VÝROČNÍ ZPRÁVA 2003

Stav ve věcech drog v přistupujících a kandidátských zemích Evropské unie

EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI
NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti

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

© Evropské monitorovací centrum pro drogy
a drogové závislosti, 2003
ISBN 92-9168-167-9

Vydal © Úřad vlády České republiky
1. české vydání

ISBN 80-86734-17-X

Tuto publikaci připravilo Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) v rámci projektu Phare. Publikace je chráněna copyrightem. EMCDDA nenese žádnou odpovědnost ani závazky za případné následky vzniklé použitím dat obsažených v tomto dokumentu. V obsahu publikace se nemusí promítat oficiální stanovisko EMCDDA nebo jeho partnerů ani členských zemí EU či jakékoli instituce nebo orgánu Evropské unie či Evropských společenství.

Reprodukce je povolena s udáním pramene.

Mnoho dalších informací o Evropské unii lze nalézt na Internetu prostřednictvím serveru Europa (**http://europa.eu.int**).

Europe Direct je služba, která Vám pomůže získat odpovědi na Vaše otázky o Evropské unii.
Nové bezplatné telefonní číslo: **00 800 6 7 8 9 10 11**

Lucembursko: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2003

Českou verzi připravilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které je součástí Sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Elektronickou verzi zprávy v češtině a další informace lze získat na **www.drogy-info.cz**

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
Úřad vlády České republiky
Nábřeží E. Beneše 4
118 01 Praha 1

pracoviště: Vladislavova 4, Praha 1
mail: mravcik.viktor@vlada.cz

OBSAH

PŘEDMLUVA 7

PODĚKOVÁNÍ 8

POZNÁMKA 8

ÚVOD 9

KAPITOLA 1/ Přehled drogové situace v zemích střední a východní Evropy – situace a opatření

HISTORICKÝ PŘEHLED 11

TEMATICKÁ ANALÝZA SITUACE A OPATŘENÍ 15

ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ POLITIKA: KLÍČOVÉ ÚKOLY PRO BUDOUCNOST 29

KAPITOLA 2/ Užívání drog a alkoholu mezi mládeží

HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ 33

KOMPARATIVNÍ ANALÝZA DOSTUPNÝCH ÚDAJŮ 35

ZDRAVOTNÍ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY 38

SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY A ŠKOD 39

ZÁVĚRY 42

KAPITOLA 3/ Užívání drog a alkoholu mezi mládeží

ÚVOD 45

PREVALENCE A TRENDY HIV 46

PREVALENCE A TRENDY VIROVÉ HEPATITIDY TYPU C 47

VIROVÁ HEPATITIDA TYPU B 48

TUBERKULÓZA A JINÁ ONEMOCNĚNÍ 50

RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ VE VZTAHU K INFEKČNÍM ONEMOCNĚNÍM SPOJENÝM S UŽÍVÁNÍM DROG 50

SUBSTITUČNÍ LÉČBA 53

OČKOVÁNÍ PROTI VIROVÉ HEPATITIDĚ TYPU B 54

DOSTUPNOST PORADENSTVÍ A TESTŮ 54

DOSTUPNOST LÉČBY 54

SHRNUTÍ A ZÁVĚRY 54

KAPITOLA 4/ Charakteristika drogových strategií v přistupujících a kandidátských zemích

ÚVOD 57

LEGISLATIVA 57

NÁRODNÍ DROGOVÉ STRATEGIE 58

ZÁVĚRY 66

BIBLIOGRAFIE 68

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKA V PŘISTUPUJÍCÍCH A KANDIDÁTSKÝCH ZEMÍCH 69

PŘEDMLUVA

Rozšíření Evropské unie v příštím roce znamená, že toto je naposledy, kdy EMCDDA vydává výroční zprávu věnovanou výlučně fenoménu drog v přistupujících a kandidátských zemích. Proto je namístě využít této příležitosti a zamyslet se nad historickým vývojem fenoménu drog v těchto zemích a zároveň se detailně zaměřit na některé z hlavních problémů, kterým daný region čelí.

Pokud jde o účinná opatření vůči problému drog, představuje pro nás rozšíření Evropské unie zároveň výzvy i příležitosti. Až dosud jsme slýchali spíše o potenciálních problémech, kterým možná budeme vystaveni, než o výhodách, které mohou vzejít z užší spolupráce. V této zprávě se snažíme tuto nevyváženost napravit. Nelze ignorovat znepokojení těch, kdo se obávají, že uvolnění omezení na hranicích a masivnější volný pohyb zboží a osob povede k nárůstu obchodu s drogami ze států střední a východní Evropy nebo skrze ně. Nemůžeme opomíjet ani obavy vyjádřené některými novými členskými státy, že větší integrace povede k eskalaci užívání drog mladými lidmi v komunitách, v nichž byly dříve problémy s drogami ojedinělé. Uznáváme však, že ani obchod s drogami ani šíření jejich užívání na rozšíření EU nezávisí. Problémy s drogami vykazují ve vzrůstající míře schopnost překračovat národní hranice a v souvislosti s tím se staly globálním problémem, vůči němuž není žádná země imunní. Rozšíření EU nám dává možnost těsnější spolupráce, abychom porozuměli tomuto společnému problému a mohli vůči němu přijmout opatření, spolupráce založené na důkladné analýze povahy problému a na narůstajícím pochopení toho, co by nejspíše mohlo být účinnou akcí. Takové je pozitivní poselství, které vychází z této zprávy a odráží se též v průvodní výroční zprávě o drogové situaci v EU a Norsku.

Tento přehled klíčových aspektů drogové situace nás přivádí k celé řadě důležitých závěrů. Centrální pro ně je, že základní oporou nových drogových strategií a politik, které se vypracovávají ve všech přistupujících a kandidátských zemích, jsou spolehlivé a relevantní informace. Tato potřeba není v současnosti bezezbytku naplněna a všechny země, kterými se tato zpráva zabývá, potřebují investovat do rozvoje hlásných systémů a monitoringu (surveillance and reporting systems), nezbytných pro důkladné pochopení fenoménu drog a pro sledování jeho vývoje v čase. V regionu procházejícím tak prudkými změnami je včasné rozpoznání nových trendů a objevujících se problémů patrně zvlášť důležité, stejně jako rychlá reakce na nově zjištěné problémy. Jak je toto poselství důležité, bude zřejmé po přečtení těch oddílů tohoto dokumentu, které se týkají potenciálu budoucí epidemie HIV v mnoha sledovaných zemích.

Monitorování je důležité, protože nám dovoluje přesně zaměřit naše akce a zhodnotit jejich dopad. Nicméně pokud nevyústí v účinné programy a propracované zásahy, má malou hodnotu. Je proto mimořádně důležité, aby nově vyvíjená opatření těžila z dosavadního poznání toho, co představuje nejlepší postup. Na evropské úrovni je to jeden z důvodů pro existenci EMCDDA a sítě Reitox. Národní monitorovací střediska hrají v tomto procesu spolu s ostatními centry na regionální a místní úrovni klíčovou úlohu tím, že shromažďují a syntetizují informace potřebné pro rozvoj účinné politiky. To nám opět připomíná, že pro generování a šíření informací jsou nezbytné adekvátní a neustálé investice do lidské infrastruktury.

Při čtení této zprávy budete možná překvapeni myšlenkou, že v mnoha oblastech je potenciál budoucího rozvoje vážných a ničivých drogových problémů akutní. Problémy s drogami se kombinují s jinými nemocemi společnosti a živí se jimi, a komunity procházející společenskou změnou mohou být zvlášť zranitelné. Předkládaný dokument osvětluje daná témata; zmapování vývoje fenoménu drog v regionu je možná jednou z nejsilnějších stránek této zprávy. Doufáme však, že čtenář dospěje k pozitivnímu závěru, pokud jde o potenciál přistupujících a kandidátských zemí hrát plnohodnotnou roli ve společné a koordinované odpovědi na celoevropský problém s drogami.

Marcel Reimen
Předseda správní rady EMCDDA

Georges Estievenart
Výkonný ředitel EMCDDA

PODĚKOVÁNÍ

EMCDDA děkuje za pomoc při vyhotovení této zprávy:

- vedoucím národních monitorovacích středisek kandidátských zemí a jejich zaměstnancům;
- úřadům všech zemí, které shromažďovaly podkladová data pro tuto zprávu;
- autorům jednotlivých kapitol – Richardu Hartnollovi (kapitola 1), Tomáši Zábranskému (kapitola 2), Ireně Klavsové (kapitola 3), Danilu Ballottovi a Brendanu Hughesovi (kapitola 4) – a členům ediční skupiny koordinované Roumenem Sedefovem a Alexisem Goosdeelem;
- Evropské komisi – zvláště Generálnímu ředitelství pro rozšíření a programu Phare;
- Pompidou Group Rady Evropy, Kanceláři OSN pro drogy a kriminalitu, Světové zdravotnické organizaci, Švédské radě pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN) a Centru pro epidemiologické monitorování AIDS;
- společnosti Prepress Projects Ltd; a
- Úřadu pro úřední tisky Evropských společenství.

POZNÁMKA

Deset států přistupujících k EU v roce 2004: Česká republika, Estonsko, Kypr, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Malta, Polsko, Slovensko a Slovinsko. Někdy se na ně také odkazuje jako na nové členské státy.

Tři kandidátské země, které směřují k připojení k EU, jsou: Bulharsko, Rumunsko a Turecko (první dva státy usilují o připojení k EU v roce 2007).

Pro účely této zprávy se zeměmi střední a východní Evropy (SVE) míní Bulharsko, Česká republika, Estonsko, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Polsko, Rumunsko, Slovensko a Slovinsko.

Tato zpráva je dostupná rovněž v elektronické verzi (http://candidates.emcdda.eu.int), kde lze nalézt rovněž odkazy na zdroje dat, národní zprávy a podkladové dokumenty.

ÚVOD

V roce 2004 se Evropská unie rozšíří na 25 členských států ([1]) s výhledem dalšího rozšíření na 28 členů v roce 2007 ([2]). EMCDDA s podporou programu Phare Evropské komise spolupracuje s přistupujícími a kandidátskými zeměmi střední a východní Evropy (SVE) ([3]) na vytvoření komplexnějšího obrazu fenoménu drog v regionu a též na přípravě zemí SVE pro začlenění do evropských hlásných struktur EMCDDA. Tato zpráva znamená uzavření této přípravné fáze prací; v dalším období budou data z těchto zemí tvořit součást celkového obrazu užívání drog v Evropské unii. Je proto namístě využít této příležitosti a zamyslet se nad tím, co jsme se již dozvěděli o problémech s drogami v nových členských státech, detailně se podívat na některé z klíčových problémů a zvážit některé z možných výzev, kterým budeme v budoucnu čelit, pokud jde o rozvoj informačních systémů a odpověď na problémy s drogami. S tímto záměrem je tato zpráva EMCDDA strukturována do čtyř odborně zadaných přehledů vypracovaných experty s detailní znalostí dané oblasti a opírajících se o informace získané v rámci technické spolupráce mezi EMCDDA a přistupujícími státy. Zpráva využívá rovněž informací, které EMCDDA získalo z národních zpráv o drogové situaci za rok 2002 vypracovaných národními monitorovacími středisky (NFP – national focal points). Kde je to možné, jsou uváděny též údaje o Kypru, Maltě a Turecku.

Kapitola 1 podává historický a celkový přehled o tom, jak se drogová situace a opatření vůči problémům s drogami vyvíjely v 90. letech minulého a v prvních letech tohoto století. Tato analýza je zasazena do širšího kontextového rámce politických, ekonomických a společenských změn, které se v uvedeném období ve střední a východní Evropě odehrávaly. Důraz je položen na poptávku po drogách, její snižování a na implikace pro širší rámec zdravotní a sociální politiky. Kapitola vyúsťuje v určení některých klíčových úkolů, kterým velmi pravděpodobně budou kandidátské a přistupující země regionu čelit v souvislosti s opatřeními vůči rozvinutějším a ‚zakořeněným' problémům s drogami. Užívání drog ve střední a východní Evropě je do značné míry fenoménem mladých a z hlediska zdravotnictví musí být nahlíženo též v kontextu měnících se vzorců spotřeby alkoholu, tedy drogy, která vždy měla a stále má na zdraví lidí v mnoha zemích regionu značný dopad. Vzorce užívání drog byly mladými lidmi do určité míry převzaty jako součást širšího vývoje kultury, hudby a módy mladých. Těmito tématy se zabývá kapitola 2, která detailně sleduje to, co je známo o měnícím se obrazu užívání drog a alkoholu mezi mládeží, a odráží též tematicky blízkou část doprovodné Výroční zprávy EMCDDA o stavu ve věcech drog v Evropské unii a Norsku.

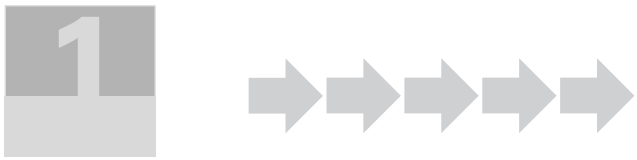
Ačkoli je prevalence nákazy virem HIV ve většině přistupujících a kandidátských zemí nízká, řada faktorů naznačuje, že potenciál pro vážné budoucí problémy zůstává značný. Tento závěr je posilován nedávným náhlým nárůstem infekce HIV v pobaltských státech a u jejich východních sousedů. Nákaza virovou hepatitidou typu C mezi uživateli drog velmi pravděpodobně rovněž povede k značným dlouhodobým zdravotním nákladům. Vzrůstající počet injekčních uživatelů drog v regionu společně s pokračujícím vysoce rizikovým chováním napovídá, že posílení zdravotních opatření k prevenci šíření HIV a VHC v této skupině je krajně závažnou oblastí zdravotní politiky. Z tohoto důvodu je předmětem kapitoly 3 této zprávy problém infekčních onemocnění spojených s užíváním drog.

Kapitola 4 podává popisný přehled hlavních „nástrojů" drogové politiky v regionu, jmenovitě zákonů, strategií a koordinačních opatření v oblasti drog. Kapitola ústí v závěr, že nové drogové strategie v kandidátských zemích jsou komplexní a zaměřují se na globální dlouhodobý přístup, některé jsou též strukturovány tak, aby monitorovaly průběh realizace.

(1) Deset států přistupujících k EU v roce 2004: Česká republika, Estonsko, Kypr, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Malta, Polsko, Slovensko a Slovinsko. Někdy se na ně také odkazuje jako na nové členské státy.

(2) Tři kandidátské země, které směřují k připojení k EU, jsou: Bulharsko, Rumunsko a Turecko (první dva státy usilují o připojení k EU v roce 2007).

(3) Pro účely této zprávy se zeměmi střední a východní Evropy (SVE) míní Bulharsko, Česká republika, Estonsko, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Polsko, Rumunsko, Slovensko a Slovinsko.



Kapitola 1

PŘEHLED DROGOVÉ SITUACE V ZEMÍCH STŘEDNÍ A VÝCHODNÍ EVROPY – SITUACE A OPATŘENÍ

Tato kapitola podává celkový přehled drogové situace v přistupujících a kandidátských zemích střední a východní Evropy (SVE) a jejich opatření za posledních 10 až 15 let. Důraz je položen na poptávku po drogách a její snižování a na implikace pro širší rámec zdravotní a sociální politiky.

HISTORICKÝ PŘEHLED

V této části je popsán vývoj drogové situace v 90. letech v historickém kontextu politických, ekonomických a společenských změn ve střední a východní Evropě.

Politický, ekonomický a sociální kontext

Od rozpadu Sovětského svazu v roce 1989 prošly země SVE prudkými politickými, ekonomickými a společenskými změnami. Navzdory významným rozdílům mezi jednotlivými zeměmi co do způsobu, stupně a tempa těchto změn jsou zde jisté společné prvky. Centralizované politické systémy (tzv. vláda jedné strany) byly obecně nahrazeny decentralizovanějšími demokratickými strukturami; to bylo často doprovázeno přenesením moci na regionální a místní autority. A nadto se ekonomiky posunuly směrem k méně regulovaným tržním systémům, byla omezena opatření sociální ochrany a mnoho státních monopolů bylo rozbito a zprivatizováno. Otevřené hranice a konvertibilní měny podpořily zvýšený pohyb zboží, peněz a lidí za účely zákonnými i nezákonnými.

Tyto politické a ekonomické změny měly významné sociální dopady. Často náhle vzrostla nezaměstnanost, jev dříve v mnoha zemích SVE takřka neznámý, a životní úroveň mnoha lidí prudce poklesla. Ačkoli se hrubé ekonomické ukazatele později opět zlepšily, přinejmenším v některých zemích bylo zotavení ekonomiky nerovnoměrné a dlouhodobé narušení sociální rovnováhy stále představuje v některých komunitách vážné problémy, zvláště v oblastech průmyslového či zemědělského poklesu. Nárůst zločinnosti, prostituce, organizovaného zločinu a obchodu s drogami či lidmi jsou dalšími indikátory některých negativních důsledků politické a ekonomické liberalizace. Tyto změny měly též významný dopad na vnímání a očekávání mladých lidí. Některé komentáře poukazují na krizi hodnot a absenci sociálního konsensu, která byla umocněna nedůvěrou v oficiální struktury a instituce a odráží se v mezigeneračním napětí. Ačkoli ekonomické změny možná přinesly řadu výhod a politická nezávislost mohla vést k pocitům národní identity a hrdosti, z napětí vyvolaných prudkými sociálními změnami se zrodila nejistota a pocit zranitelnosti v některých vrstvách společnosti, které se domnívaly, že by ještě měly pocítit výhody ze změn plynoucí.

Ačkoli zde zaměřujeme pozornost na státy SVE, jejich geopolitická poloha znamená, že každá analýza situace v těchto deseti zemích musí být zasazena do širšího regionálního kontextu, se zvláštním zřetelem k vývoji následujícímu po rozpadu bývalého Sovětského svazu a k důsledkům války v Jugoslávii. Obojí mělo a nadále má pro země SVE závažné důsledky, například co se týče obchodu s drogami, organizovaného zločinu, postavení ruských menšin v některých zemích a rizik vyvstávajících z epidemie HIV/AIDS v Rusku a na Ukrajině.

Historický vývoj fenoménu drog

Ve všech zemích SVE byl a i nadále je nejrozšířenější a nejproblematičtější psychoaktivní látkou alkohol. Dlouhodobé trendy v uplynulých čtyřech desetiletích ukazují značný nárůst spotřeby, a to zejména lihovin. Trendy z nedávné doby se různí, v některých zemích vykazuje užívání alkoholu tendenci ke stabilizaci, ve většině zemí však tendenci vzrůstající, a to zejména mezi mladými lidmi, a zvláště u mladých žen. Kromě vlivu domácích sociálních a ekonomických faktorů na užívání alkoholu hrál v utváření vzorců spotřeby jak alkoholu tak tabákových výrobků od roku 1989 stále důležitější roli marketing. Zároveň se důležitost připisovaná problémům s alkoholem ve veřejné i politické debatě, zřejmá v letech před rokem 1989, snížila, a to navzdory zvýšené spotřebě a značným individuálním i společenským nákladům alkoholismu.

Spolehlivé údaje o historickém vývoji užívání drog jsou vzácné, protože v minulosti se v oficiálních postojích často odrážela neochota přiznat existenci užívání drog, následkem které se uskutečnilo jen málo sociálních výzkumů. (Ačkoli jistý lékařsko-biologický výzkum existoval a byly vytvářeny úřední seznamy známých uživatelů.) Navzdory tomu můžeme popsat obecný historický vývoj fenoménu drog.

Ve většině zemí SVE tento vývoj započal již před dramatickým politickým mezníkem roku 1989. Například užívání drog mezi skupinami mladých lidí bylo v několika

zemích zaznamenáno na konci 60. let, jako odraz – i když v menším měřítku – dění v západních zemích. Vzorce užívání však byly obvykle naprosto odlišné od těch, které byly pozorovány v zemích západní Evropy – například užívání konopí, LSD, heroinu a kokainu bylo zmiňováno jen zřídka, i když i zde byly výjimky.

V průběhu 70. a 80. let se vyvinuly různé vzorce užívání drog, rozsah užívání však není jasný. Příslušné drogy byly převážně podomácku zpracované farmaceutické produkty, jako například léky obsahující deriváty kodeinu či morfinu, barbituráty, benzodiazepiny a další léky typu sedativ, např. glutethimid, léky proti Parkinsonově chorobě či stimulanty centrálního nervového systému. Často byly tyto léky kombinovány s alkoholem. A v některých zemích, jako např. v pobaltských státech, Bulharsku, Maďarsku a Polsku, pokračovalo tradiční užívání přípravků z doma pěstovaných drog, jako například z máku setého. V jiných zemích, například v Československu, Maďarsku a Rumunsku, bylo zmiňováno zneužívání rozpouštědel, zejména mezi dospívajícími. Ačkoli konopí roste v několika zemích, není jasné, zda a do jaké míry se ho v 70. a 80. letech užívalo.

Od konce 70. let sledujeme v některých zemích určité změny, včetně nárůstu (nelékařské) injekční aplikace drog. V Polsku se mezi mladými lidmi objevilo užívání podomácku vyrobeného ‚polského heroinu' či ‚kompotu' a počet závislých ve Varšavě a některých dalších městech na počátku 80. let rychle rostl, než se začalo zdát, že se stabilizuje. V Československu (hlavně v české části) se během 80. let rozšířilo užívání nezákonně vyráběných opiátů (‚braun') a metamfetaminu (‚pervitin'), zatímco v Maďarsku jsou zprávy o užívání ‚makového čaje' mladými lidmi a také rostoucího užívání glutethimidu a kodeinu. Užívání konopí, stejně jako heroinu, rostlo v některých částech Jugoslávie na počátku 80. let, zčásti patrně kvůli její poloze na balkánské heroinové cestě a zčásti kvůli jejím otevřeným hranicím a relativně rozsáhlým kontaktům se západními zeměmi. Vzhledem k cestovnímu ruchu a blízkosti země k Itálii je pravděpodobné, že se tento fenomén vyskytoval i na pobřeží Jadranu, včetně Slovinska.

Tyto změny byly částečně ovlivněny změnami v kultuře mladých, zahrnujícími objevení fenoménu drog, ke kterým docházelo v západních zemích na konci 60. a na počátku 70. let. Studentské protesty roku 1968 našly ohlas v některých východoevropských zemích a poptávka po ‚zakázaných' kulturních komoditách oblíbených mezi mladými lidmi na Západě (rocková hudba, pravé džínsy, dlouhé vlasy) vstoupily do povědomí nové, mladé generace. Trvalo určitou dobu, než se ve vzorcích užívání drog tato změna promítla. Zčásti proto, že vždy jistou dobu trvá, než se nové myšlenky rozšíří a zakotví a než se projeví ve viditelných změnách, zvláště když se kulturní propast zvěčňovaná rétorikou ‚studené války' jevila tak široká, a zčásti proto, že autoritářské struktury a přísné hraniční kontroly zpomalovaly jak projevení těchto myšlenek, tak rozvoj nových trhů. Existoval zde tedy nesoulad mezi oficiálním „mainstreamovým" postojem a z velké části skrytými, avšak pomalu se rozvíjejícími představami a touhami vrstev obyvatel, zejména mladých.

V mnoha zemích byla existence užívání drog a problémů s drogami oficiálně popírána nebo zlehčována, zejména před vnějším světem a širokou veřejností. Následkem toho bylo k dispozici jen málo veřejných informací a jen málo se diskutovalo o tomto tématu; koncept užívání drog jako sociálního jevu téměř neexistoval. Byly zde však poměrně sofistikované regulační a kontrolní mechanismy, včetně systémů registrace a monitoringu, udržované spoluprací policie a psychiatrie. Zvlášť výrazné to bylo v zemích, jejichž systémy se blíže podobaly systému Sovětského svazu. Modely léčby byly založeny na lékařsko-biologických teoriích o alkoholismu a drogově závislí i uživatelé drog byli obvykle registrováni a léčeni (často nuceně) ve stejných psychiatrických nemocnicích nebo narkologických klinikách jako alkoholici. Jinak bylo ve většině zemí velmi málo služeb pro uživatele drog a málo specifických politik týkajících se drog a problémů s drogami jiných než represe a institucionalizace. Sociologické modely byly silně ovlivněny socio-patologickými pohledy, podle nichž užívání drog a drogová závislost byly nahlíženy jako „vnější" jevy spojené s „úpadkem" západních zemí.

Tyto konstelace historických faktorů představovaly podstatné překážky změny a zanechaly většinu zemí zcela nepřipravených čelit novým vzorcům užívání drog, které se mezi mladšími generacemi začínaly objevovat. Potřeba prevence byla tedy zřídka uznávána, úroveň znalostí a povědomí byla jak mezi odborníky, tak v celé populaci, stejně u mladých i starých, velmi nízká, koncept sociálních procesů jako subkultura mladých v konfliktu s „mainstreamovými" společenskými hodnotami nebyl pochopitelný (jinak než snad jako pervertovaná forma politického disentu), stigma asociované s užíváním drog bylo pravděpodobně ještě zřetelnější než v mnohých západních zemích, systém léčby byl vnímán jako represivní, donucovací a jako něco, čeho je třeba se obávat, a zapojení občanské společnosti a příležitosti pro nestátní aktivity byly minimální.

V průběhu 80. let se tato situace pomalu začínala v některých zemích měnit, například v Československu,

Maďarsku, Polsku a Slovinsku. Bylo to patrně zčásti proto, že tyto země byly (relativně) rozvinutější, a to jak pokud jde o ekonomiku, tak pokud jde o kulturní a politickou nezávislost na sovětském systému. Například konec 80. let zaznamenal zvýšené zmínky o drogách ve filmu a hudbě. A také odborníci z těchto zemí měli větší kontakt se svými kolegy na mezinárodní scéně, a otevírali tak cestu k poznání a analýze objevujícího se fenoménu drog z odlišné perspektivy. První formální politické opatření vůči vyvstávajícímu fenoménu drog se objevilo v Polsku (ve formě zákona z r. 1985 o prevenci zneužívání drog, který přispěl k stimulaci služeb prevence a léčby, včetně služeb nabízených nestátními organizacemi) a v některých dalších zemích, jako je Maďarsko, byly zahájeny programy prevence. Obecně však až do 90. let k významnému pokroku v politice nedošlo.

Klíčová témata 90. let

Hlavní aspekty vývoje drogové situace a opatření v 90. letech jsou popsány dále v této kapitole. Lze však rozeznat několik klíčových témat, která jsou pro tyto vývojové aspekty a pro budoucí úkoly mimořádně závažná.

Informace, monitorování drog a výzkum

Nedostatek spolehlivých údajů v kontextu nejistoty a obav, co dělat ve zjevně rychle se měnící situaci, znamenal, že rozsah a povaha fenoménu drog byly buď zveličovány, nebo popírány. A dále, absence konceptuálního rámce pro porozumění údajům, které existovaly, znamenala, že tyto změny byly často chápány mylně. Například na počátku 90. let vedl zmatek ohledně důležitosti indikátorů zabavení drog k interpretaci, že zabavení velkých množství heroinu, kokainu či konopí na obchodních cestách přes Balkán do západní Evropy odráží zvýšenou spotřebu těchto drog v dotčených zemích. Ačkoli dopravní cesty mohou představovat riziko, v tom smyslu, že se mohou přelévat do místních trhů a stimulovat je, hlavní vzorce domácí spotřeby byly v té době stále ovládány předešlými vzorci užívání drog. Výsledkem toho bylo, že se pozornost zaměřovala hlavně na vnější faktory potlačování obchodu spíše než na analýzu a opatření vůči aktuálním vzorcům spotřeby a vnitřním faktorům (jako je sociální situace a očekávání a vnímání mladých lidí), které stimulovaly poptávku.

V průběhu 90. let se rozvinul sběr dat, monitoring a výzkum, zpočátku prostřednictvím vzdělávacího programu v epidemiologii organizovaného skupinou Pompidou Group Rady Evropy a prostřednictvím účasti mnoha zemí ve studii „Pompidou multicity study". Rozvoj epidemiologických monitorovacích systémů byl následně posílen projektem drogových informačních systémů (DIS), který byl součástí drogového programu Phare Evropské komise a který nyní pokračuje pod záštitou EMCDDA jako součást procesu přistoupení k EU. Mnoho zemí se též účastní Evropské školní studie (European school survey project – ESPAD).

Souběžně s prací na indikátorech a statistických informačních systémech podnítil rozvoj kvalitativního výzkumu užívání drog v regionu též projekt společně řízený tehdejším Programem kontroly drog při OSN (UNDCP), nynějším UNODC, a Pompidou Group. Výsledná publikace, *Devět studií nových problémů v oblasti drog – Nine studies of emerging drug problems* (UNDCP/Pompidou Group, 2001), je dobrým příkladem toho, jak může kvalitativní výzkum poskytnout paradigmata pro analýzu a výklad, které pomohou porozumět významu dat způsobem užitečným pro rozpoznání problémů a návrhy příslušných intervencí.

Privatizace a dopad tržní filozofie

Ekonomické změny devadesátých let měly zásadní dopad na opatření sociální ochrany a na poskytování zdravotní péče a léčení. V mnoha zemích různé formy pojištění nahradily univerzální státní zabezpečení, což vedlo k zásadním změnám v zajištění léčebné péče a také k nárůstu nerovnováhy, co se týče dostupnosti zdravotních a sociálních služeb. Chudší skupiny, včetně nových nezaměstnaných, byly zvláště zranitelné, a to vedlo spolu s poklesem životní úrovně k nárůstu nemocnosti a úmrtnosti. V širším smyslu prohloubené ekonomické rozdíly, způsobené objevením skupiny nových zbohatlíků souběžně s těmi, kdo poprvé zažívali vysilující chudobu, dále rozšířily materiální a psychologickou propast mezi přijímanými a zavrhovanými skupinami obyvatel.

Druhou oblastí, kde měly nové tržní ideologie dopad na drogovou situaci, byla privatizace a deregulace farmaceutického průmyslu, například v České republice, Maďarsku, Lotyšsku, Polsku a na Slovensku. To vedlo, přinejmenším krátkodobě, ke zvýšenému převodu psychoaktivních léčiv na trh s drogami užívanými k jiným než léčebným účelům a v některých případech ke skryté výrobě drog, jako jsou amfetaminy, v dříve státem vlastněných továrnách. Třetím efektem bylo, že otevření hranic a transformace místních měn na konvertibilní měny znamenaly, že se dřívější komunistické země staly součástí západního kapitalistického hospodářství, se všemi prvky volného obchodu a rozsáhlých trhů, které to implikuje. Nepřekvapuje, že ilegální trhy s drogami, i když

si podržely některé své místní charakteristiky, měly též tendenci směřovat a přiblížit se více vzorcům nabídky a poptávky pozorovaných v západních zemích.

Posun směrem k tržní filozofii byl též doprovázen rozvojem individualističtějších hledisek orientovanějších na zákazníka, zvláště mezi mladšími a ve městech žijícími skupinami obyvatel. Bylo by překvapivé, kdyby tyto změny v povědomí nesehrály důležitou roli v ovlivnění vývoje životních stylů a vzorců spotřebního chování u mladých lidí, včetně spotřeby drog, jako je konopí, amfetaminy, extáze či kokain, stejně jako alkohol. Také by bylo překvapivé, kdyby užívání drog, jako je heroin, nebo jeho levnějších alternativ, jako jsou sedativa, rozpouštědla a/nebo jejich kombinace s alkoholem, nevzrostlo též u zranitelnějších skupin či u těch, které se považují za marginalizované z hlediska širšího procesu společenských změn.

A konečně, jedním z efektů omezení centrální státní moci byl růst nestátního sektoru. Tento proces byl nerovnoměrný – nestátní organizace (NGO) vznikly dříve a hrají rozsáhlejší úlohu v České republice, Maďarsku, Polsku a Slovinsku než v jiných zemích, ve všech zemích se však NGO ve zvýšené míře snaží uspokojovat potřeby, které vyvstávají z nově zjištěných sociálních fenoménů, jako je například užívání drog, a pro jejichž řešení, zdá se, nejsou státní instituce náležitě vybaveny.

Tenze při tvorbě politik a jejich koordinaci

Prudké politické a ekonomické změny odehrávající se ve střední a východní Evropě podnítily řadu mocenských bojů, a to nejen na politické úrovni, ale také v úřadech a institucích i mezi nimi. Protože drogy nebyly ve většině zemí považovány za důležitý problém, nebylo toto pole ani dobře rozvinuto a často ho ovládala malá skupina jednotlivců či jedna instituce. Narůstající poznávání fenoménu drog a vystavení novým myšlenkám a konceptům, stejně jako rostoucí možnosti zapojení do evropských a mezinárodních projektů, přitahovaly do této oblasti nové odborníky a instituce. To pak zase často vedlo jak k tenzím a soupeření o kontrolu a zdroje mezi starými a novými orgány a mezi celostátními a místními organizacemi, tak také mezi zdravotními, kontrolními a na zákazy orientovanými hledisky a často mezi základními filosofickými přístupy k drogám. Zřejmě tedy nepřekvapí, že rozvoj politik, legislativy a koordinačních mechanismů v 90. letech byl spory provázený a často nejistý proces a že trvalo určitou dobu, než se začaly objevovat stabilní struktury a mechanismy založené na širokém konsensu.

Vliv mezinárodních zájmů

Souběžně s vnitřními procesy probíhajícími v zemích SVE po roce 1989 se daný region stal středem zvýšené pozornosti ze strany širokého okruhu mezinárodních organizací a jiných vnějších zájmových skupin. Patřily k nim takové mezinárodní organizace, jako je Evropská komise, UNDCP (nynější UNODC), WHO, Unaids, Interpol, Pompidou Group, a také nestátní organizace, jako například Lindesmith Centre of the Open Society Institute, Nordic Council (Severská rada) a městská síť ECAD. Navíc byl tento region předmětem bilaterálních intervencí, obvykle ve formě pomoci ze strany národních vlád, včetně vlád členských zemí EU a USA. Všechny tyto skupiny s sebou přinášely množství agend o problematice drog, které nebyly nutně kompatibilní. Některé se zabývaly „modernizací" legislativy v souladu se západními požadavky, zatímco jiné se snažily poskytnout alternativní ideologické koncepce, jak čelit drogám. Některé se více zabývaly organizovaným zločinem, kontrolou hranic a obchodem s drogami, zatímco jiné se zaměřovaly na zdravotní a sociální aspekty či na monitoring, výzkum a sběr dat. Západní společnosti, včetně těch se zájmem o tabákový, alkoholový a farmaceutický průmysl, též spatřovaly významné příležitosti v nově otevřených trzích. Od roku 1997 se úloha Evropské komise přesunula od poskytování technické pomoci prostřednictvím regionálního drogového programu Phare k prosazování komunitárního práva a k harmonizaci se standardy EU jako součásti procesu přistoupení.

Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi

Mezi zeměmi SVE existovaly a stále existují významné rozdíly, jak co se týče drogové situace v nich, tak rozvoje jejich politik a opatření. Tyto odlišnosti zčásti odrážejí jejich rozdílný národní, historický, kulturní a institucionální vývoj a zčásti rovnováhu vnějších vlivů (geopolitických, tržních, dopadu mezinárodních tlaků). Proto je obtížné zobecňovat napříč všemi zeměmi, a povšechné trendy nastíněné dále je třeba číst ve spojení s diferencovanějšími informacemi uvedenými v následujících kapitolách a také ve *Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v kandidátských zemích SVE za rok 2002* (EMCDDA, 2002a).

Objevují se zde i některé subregionální odlišnosti. Pobaltské státy získaly svou nezávislost později a zdá se, že rozvoj nových vzorců užívání drog a drogových politik a opatření také nastupuje v těchto zemích poněkud později než v jiných státech, ačkoli i mezi těmito třemi zeměmi existují významné odlišnosti. V balkánském subregionu jsou Bulharsko a ještě více Rumunsko ekonomicky chudší než jejich středoevropští sousedé a struktury a opatření pro řešení problémů s drogami se

zde zdají být méně rozvinuté. Jak již bylo uvedeno výše, středoevropské země se jeví jako podobnější svým západním sousedům nejen z historických důvodů a díky míře jejich kontaktu se Západem v minulých dvou desetiletích, ale také díky úrovni jejich ekonomického a sociálního rozvoje. Ve většině zemí však drogy zůstávají, i když jsou vnímány jako hrozba, relativně nízkou politickou prioritou.

TÉMATICKÁ ANALÝZA SITUACE A OPATŘENÍ

Tato část se povšechně přidržuje struktury cílů drogové strategie EU. Základní otázkou pro každé téma je: jak dalece je rozvoj opatření dostatečný a přiměřený situaci vzhledem k současným trendům v užívání drog a jeho důsledkům? Kde je to možné a užitečné, činíme srovnání s celkovým obrazem v EU. To nás přivádí k identifikaci klíčových úkolů pro budoucnost.

Užívání drog, vulnerabilita, prevence a časná intervence

Užívání drog

Úplná a srovnatelná data o užívání drog v populaci jako celku pro mnoho zemí neexistují, proto je možné podat jen přibližný popisný přehled. Více údajů existuje o školní populaci, nepokrývají však skupiny, které školu nenavštěvují, ani starší mládež, která už školu opustila. Dalším omezením je tendence podávat celoživotní prevalenci jako indikátor trendů v užívání drog, zatímco ve skutečnosti jde o kumulativní měřítko zahrnující užívání drog, ke kterému mohlo docházet před mnoha lety (viz EMCDDA, 2002e). Vhodnějším měřítkem trendů v užívání drog je současné nebo nedávné užívání (například v posledních 30 dnech nebo v posledních 12 měsících), ale tyto údaje nejsou vždy k dispozici.

Trendy a vzorce užívání drog v celkové populaci, zejména u mladých lidí

Trendy z počátku 90. let byly většinou charakterizovány pokračujícím vývojem již existujících národních a kulturních vzorců užívání drog s rostoucími známkami výskytu ‚západních' drog (konopí, heroinu, LSD, kokainu) v některých zemích. Například v Bulharsku, České republice, Maďarsku a na Slovensku převažovalo mezi mladými lidmi i nadále užívání léků obsahujících složky typu sedativ k jiným než léčebným účelům (často v kombinaci s alkoholem). Užívání derivátů kodeinu vzrostlo v České republice a Maďarsku, zatímco užívání různých doma vyráběných preparátů z máku obsahujících opiáty se stalo běžnějším v pobaltských státech, Bulharsku a Maďarsku a po určité pauze na konci 80. let vzrostlo opět v Polsku. Zneužívání rozpouštědel marginalizovanými dospívajícími, „dětmi ulice" a romskými dětmi bylo významné v Bulharsku, Rumunsku, České republice a na Slovensku (a v posledních dvou uvedených zemích také u starší mládeže a studentů), stejně jako v Maďarsku, i když v menším měřítku než dříve. Užívání pervitinu i nadále rostlo v České republice a do jisté míry rostlo též užívání amfetaminů v Polsku a zřejmě též v Bulharsku.

Dovážený heroin se začal na počátku 90. let objevovat v Bulharsku a ve větší míře ve Slovinsku (jako i v ostatních částech bývalé Jugoslávie) a také v Maďarsku, České republice a na Slovensku. K akceleraci došlo v polovině 90. let ve střední Evropě a Bulharsku, o něco později pak v Rumunsku (i když to není tak jasné). V pobaltských státech získalo užívání heroinu na významu teprve v druhé polovině 90. let, dále však od roku 1997–98 prudce rostlo a nahrazovalo doma vyráběné opiáty. Také v Polsku byla zaznamenána od roku 1997 druhá „vlna" nových uživatelů heroinu (kteří volí spíše kouření než injekční formu). Na konci desetiletí představoval heroin hlavní "problémovou drogu" ve všech zemích kromě České republiky, kde stále převažoval pervitin.

Užívání konopí začalo mezi mladými lidmi ze střední Evropy (Maďarska, České republiky, Polska, Slovenska a Slovinska) narůstat, avšak na počátku 90. let vykazovalo relativně vysoké míry užívání pouze Slovinsko. Tempo nárůstu se od poloviny 90. let zrychlovalo a na konci desetiletí se v některých zemích – i když ne ve všech – podíl mladých lidí, kteří v některé etapě svého života vyzkoušeli konopí, zřejmě přibližoval podílu, který byl zjištěn v mnoha členských zemích EU. U mladších věkových skupin školní studie ESPAD zjistily, že ve většině zemí se jak celoživotní prevalence užívání konopí, tak prevalence za posledních 30 dnů mezi šestnáctiletými školáky od roku 1995 do roku 1999 zdvojnásobila (viz obrázek 1).

Na počátku 90. let bylo užívání LSD, amfetaminů a příležitostně kokainu v nočních podnicích uváděno u malých módních part. Později, od poloviny do konce 90. let, došlo u skupin mládeže, zvláště ve městech, k určitému nárůstu užívání LSD, extáze a amfetaminů.

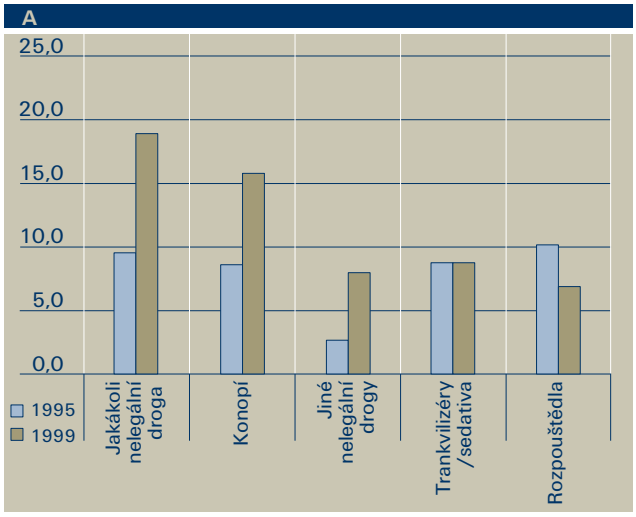
V druhé polovině 90. let tedy přetrvávaly dřívější vzorce užívání drog, na druhé straně máme doložen pohyb k západnímu vzorci jejich užívání, jmenovitě k užívání konopí napříč všemi vrstvami mladých lidí, k užívání heroinu v různých skupinách, ale zvýšenou měrou u marginalizovanějších komunit, a užívání takzvaných „tanečních" drog (extáze a LSD) primárně u více prosperující městské mládeže; užívání kokainu bylo stále relativně vzácné.

Je těžké odhadovat současné trendy, protože nejnovější údaje ve většině zemí chybí. V některých studiích existují prozatímní náznaky, že se nárůst užívání drog v některých zemích na počátku 21. století možná začal stabilizovat, zvláště ve velkých městech, kde je úroveň prevalence obvykle několikanásobně vyšší než ve venkovských oblastech (například ve Varšavě, stejně jako ve městech v Maďarsku a České republice). V jiných zemích jsou údaje vzácné nebo je k dispozici jen omezené množství kvalitativních či celostních informací naznačujících pokračující nárůst. Ve všech zemích ve vzorcích užívání drog převládá experimentální či příležitostné užívání, hlavně konopí. Současně tyto studie naznačují zvýšenou intenzitu užívání drog těmi (tou menšinou), kdo v jejich užívání pokračují. Jiné zprávy popisují rozšiřování užívání drog z velkých měst do městeček a venkovských komunit. Studie ESPAD za rok 2003 by měla pomoci osvětlit trendy mezi 16letými školáky, výsledky však budou k dispozici teprve v roce 2004 a, jak již bylo uvedeno výše, nebudou se v nich odrážet trendy u vyšších věkových skupin mladých lidí, do věku zhruba 25 let, u nichž je prevalence užívání drog velmi pravděpodobně vyšší.

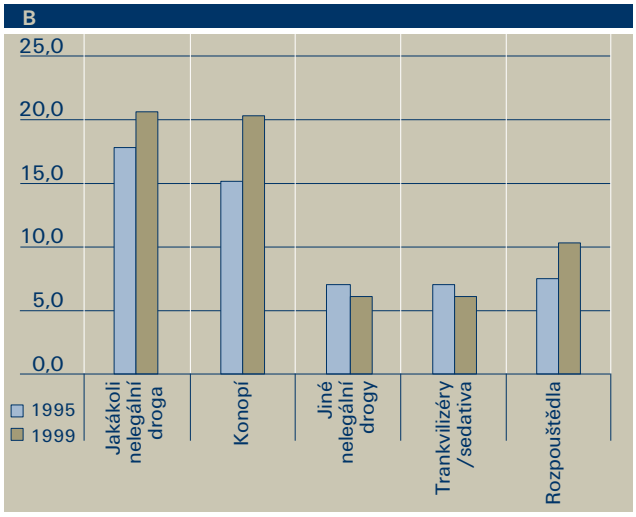
Zatímco konvergence vzorců užívání drog se vzorci sledovanými v západní Evropě nepřekvapuje, stále jsou v zemích SVE určité aspekty, které mohou vyžadovat

Obrázek 1: Celoživotní prevalence užívání konopí, jiných nelegálních drog, trankvilizérů nebo sedativ mezi školáky ve věku 15 či 16 let v zemích SVE a v EU a Norsku, 1995–99 (%)

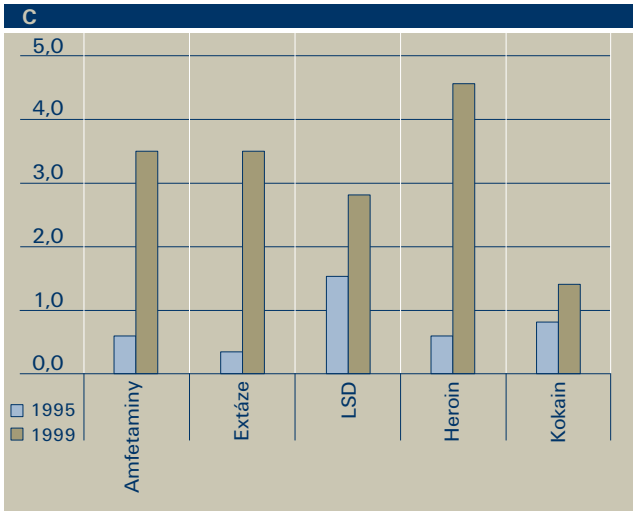
A: Užívání konopí, jiných nelegálních drog, trankvilizérů nebo sedativ a rozpouštědel v zemích SVE



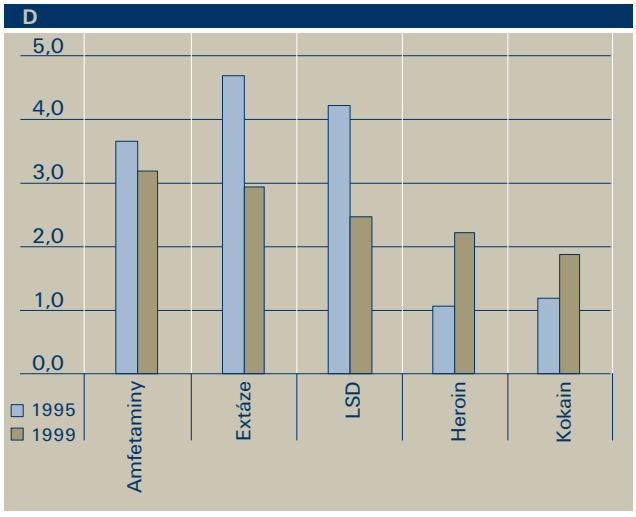
B: Užívání konopí, jiných nelegálních drog, trankvilizérů nebo sedativ a rozpouštědel v EU a Norsku



C: Užívání amfetaminů, extáze, LSD, heroinu a kokainu v zemích SVE



D: Užívání amfetaminů, extáze, LSD, heroinu a kokainu v EU a Norsku



Zdroje: Školní průzkum ESPAD (1995 a 1999)

specifickou pozornost. Patří mezi ně pokračující vysoký stupeň užívání farmaceutických drog (zejména sedativ a trankvilizérů) pro jiné než léčebné účely v některých zemích a zvýšený a často vysoký stupeň užívání jiných drog než konopí, zvláště heroinu a/nebo amfetaminů, mezi mladou populací v mnoha zemích.

Kontext, riziko a vulnerabilita

Z výše uvedené zprávy je zřejmé, že změny v užívání drog pozorované v devadesátých letech v zemích SVE se neobjevily náhle, zčista jasna, ale byly spíše projevem již probíhajících sociálních trendů ve vědomí a chování, zejména mladších skupin populace, především pak ve větších městech. Prudké politické a ekonomické změny po roce 1989 přinesly nové prvky, které do vzorců mládeže vnesly nové možnosti, životní styly a chování a přispěly k akceleraci tempa změn.

Tato analýza naznačuje, že hybné síly tvořící základ nárůstu užívání drog byly převážně spojeny s poptávkou, spíše než se zvýšenou nabídkou drog. Je ovšem pravda, že otevření se západním trhům zvýšilo vystavení „západním" látkám, včetně západních značek alkoholu a cigaret, a že během této dekády toto vystavení hrálo důležitou roli při formování charakteristik poptávky po drogách (a alkoholu), která se v důsledku toho připodobnila obrazu, který najdeme v současných členských zemích EU, zvlášť pokud jde o užívání konopí, extáze, LSD a heroinu. Jako v každé situaci je poptávka po drogách ovlivněna komplexní souhrou různých elementů – farmakologických, individuálních, sociálních i ekonomických. Nicméně je důležité odlišit faktory, které ovlivňují úroveň a vzorce poptávky po drogách obecně, od faktorů spojených se zvýšenou vulnerabilitou vůči rizikovějším či potenciálně problematickým vzorcům užívání, protože jsou často odlišné.

Faktory ovlivňující poptávku po drogách

Ve vědecké i jiné literatuře můžeme najít celou řadu vysvětlení a rizikových faktorů užívání drog. Mnohé z nich nejsou specifické pouze pro země SVE, například vysvětlení založená na farmakologických vlastnostech různých drog, na zvědavosti, tlaku vrstevníků či riskování jsou relevantní pro mnoho situací. Následující výklad se zaměřuje na vybrané pohledy, které mohou přispět k porozumění vývoji poptávky po drogách v zemích SVE v tomto okamžiku.

V mnoha zemích SVE začíná být užívání drog možná vnímáno, zejména mezi některými skupinami městské mládeže, jako spíše normativní (užívání drog jako součást moderního životního stylu) než patologické. Důvody toho není těžké sledovat – vystavení vnímaným západním ideálům a životním stylům, včetně zobrazení drog v hudbě, literatuře a reklamě, a zvýšená svoboda jejich vyjádření, může být doprovázeno zvýšenou ochotou experimentovat s drogami. Tento proces je usnadněn zvýšenou mobilitou, cestováním a turistikou, stejně jako rostoucí komunikací prostřednictvím internetu a zesílenou komercializací a globální propagací kultury mládeže a spotřebního zboží, jako je hudba, móda či počítačové hry. Dřívější vzorce užívání drog spojené s předchozími životními styly a rekreačními aktivitami se také při tomto procesu mění, budou však velmi pravděpodobně spíše adaptovány a začleněny do nových vzorců spotřeby (zejména alkoholu) než zcela zavrženy.

Tempo a povaha sociálních změn mají též zvláštní relevanci. Taková změna zahrnuje oslabení tradičních společenských vazeb, změny v rodinných vztazích a ve vztazích k autoritám, generační konflikt a hledání identity pomocí nového sdružování. Tento proces není omezen na konkrétní skupiny či vrstvy. Děti se sociálně jednotným zázemím se stejně jako kterékoli jiné bouří proti generaci svých rodičů a jejím hodnotám a hledají svůj status pomocí módnosti a senzace.

Ekonomické faktory velmi pravděpodobně rovněž ovlivňují vzorce užívání drog, které se objevují v tomto procesu změn, ačkoli vzhledem k místním odlišnostem a nedostatku výzkumů není moudré zevšeobecňovat. Vztah mezi užíváním drog (a alkoholu) a socioekonomickým statusem tedy není jednoduchý. V některých prostředích je užívání drog větší u integrovaných, lépe situovaných skupin populace, zřejmě jako odraz vyšších disponibilních příjmů, které mohou vynaložit na spotřebu. V jiných prostředích nacházíme vyšší úroveň užívání drog také u marginálnějších skupin nebo skupin s nižším příjmem. Dostupnost drog také odráží řadu domácích, mezinárodních a geopolitických faktorů (viz níže) a je dalším důležitým faktorem ovlivňujícím vzorce užívání drog v příslušných zemích.

Vulnerabilita k vysoce rizikovému užívání drog

Velkou část užívání drog, stejně jako v západních zemích, tvoří užívání experimentální či užívání omezeného trvání a intenzity. Většinou nevede k problémům, jako je závislost, onemocnění či kriminalita spojená s drogami. Některé skupiny a jednotlivci jsou však zranitelnější. Mnohé faktory spojené s vulnerabilitou nejsou specifické pro země SVE, třebaže jejich znalost by mohla být při zaměřování intervencí užitečná. Jako příklady lze uvést individuální faktory, jako je deprese, silná úzkost a duševní choroby, stejně jako rodinné poměry, například odmítavé chování, sexuální zneužívání a alkoholismus.

Samozřejmě i děti, kterých si jejich rodiče nevšímají, protože je zaměstnává starost o ekonomické přežití či o postup, mohou být vystaveny většímu riziku, i když zde nejsou žádné zjevné problémy či náznaky dysfunkce.

Faktory zranitelnosti vůči vysoce rizikovému užívání drog v zemích SVE byly zvýrazněny prudkými sociálními a ekonomickými změnami, jako je snížení životní úrovně, průmyslový pokles, rostoucí nezaměstnanost (zvláště mezi mladými lidmi) a omezené možnosti budoucí volby. Prohloubení rozdílu mezi bohatými a chudými, z toho vyplývající propast mezi očekáváními a možnostmi, pocit odcizení vzniklý v procesu prudkých sociálních změn a snížená dostupnost zdravotní a sociální péče, to vše velmi pravděpodobně ke zvýšení zranitelnosti přispívá. Marginalizace, vyloučení ze společnosti a stigmatizace jsou, zdá se, zvláště problematickými faktory mezi rusky hovořícími menšinami v oblasti Pobaltí (Estonsko a Lotyšsko), u romské mládeže napříč většinou zemí střední Evropy a Balkánu (v Bulharsku, České republice, Maďarsku, Rumunsku, Slovensku), u „dětí ulice" v Rumunsku, ve všech zemích pak u chudších skupin s nižším vzděláním, nedostatkem kvalifikace a se zkušeností s vyloučením ze škol, u migrantů, včetně těch, kteří jsou spojeni s přesunem z venkova do měst, a u imigrantů z bývalého Sovětského svazu.

Osobní či rodinné faktory ovlivňují pravděpodobnost vysoce rizikového užívání drog na individuální úrovni, zatímco sociální a ekonomické procesy činí některé komunity či skupiny obyvatel zranitelnějšími než jiné. Zvýšená dostupnost drog, jako je heroin, ve spojení s těmito faktory také hraje roli při utváření volby drog a vzorců užívání, ačkoli, jak bylo naznačeno výše, dostupnost drog není sama o sobě základním příčinným faktorem. Nicméně širší otázka vulnerability se týká též úrovně znalostí a povědomí obyvatel o užívání drog, a zejména mladých lidí, kteří již rekreačně užívají konopí, amfetaminy, extázi nebo jiné drogy. V západních zemích, kde jsou drogy a jejich užívání již po jistou dobu součástí prostředí, ve kterém mladí lidé vyrůstají, se vyvinulo větší povědomí o drogách a vytvořily se neformální sociální mechanismy rozšiřování informací a samoregulace, zejména u skupin do užívání drog více zapojených. Tyto skutečnosti mohou pomoci snížit některá rizika. Zároveň mají širší společnost, sociální instituce a odborníci zkušenost s reagováním na užívání drog mladými lidmi. Naopak v zemích, kde jsou drogy novějším fenoménem, mohou rizikové vzorce jejich užívání vést mnohem pravděpodobněji k nepatřičným reakcím, které mohou neúmyslně rizika spíše zvýšit než snížit, například „nálepkování", stigmatizace či vyloučení ze školy.

Souhrnně lze v zemích SVE načrtnout čtyři jasné skupiny vulnerabilní k užívání drog:

- mladí lidé v ekonomicky postižených oblastech a marginalizovaných skupinách, jejichž budoucí volba je omezená – tyto skupiny a komunity jsou nejvíce vystaveny riziku dlouhodobých, strukturálně zakotvených vzorců problémového užívání drog;
- děti z dysfunkčních rodin bez ohledu na jejich ekonomický status (tj. včetně těch se sociálně úplným a prosperujícím zázemím), zvláště ty děti, jejichž rodiče jsou těžkými alkoholiky nebo uživateli léků na předpis nebo které mají jiné sociální problémy či problémy s chováním, jako je vystavení konfliktu či odmítání;
- mladí lidé, včetně sociálně začleněných, kteří jsou častými uživateli různých drog, včetně alkoholu, konopí, amfetaminů a extáze, v rekreačním prostředí, jejichž znalost možných následků a rizik je však nízká a jejichž odborná zkušenost s řešením problémů s drogami může být omezená;
- úspěšní podnikatelé a jiní (a jejich děti) s přístupem k penězům a západnímu zboží, včetně drog, jako je heroin či kokain, kteří se zajímají o západní vyumělkovanost a okázalou spotřebu, kteří zažívají stres, časté cestování atd.

Prevence a časná intervence

Preventivní strategie a intervence

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v kandidátských zemích SVE za rok 2002 (EMCDDA, 2002a) popisuje nedávný vývoj a řadu přístupů k prevenci a časným intervencím, zjištěných v různých zemích.
Z dlouhodobého hlediska je důležité si uvědomit, že koncept politiky komplexní a systematické drogové prevence je ve většině zemí SVE záležitostí relativně nedávnou. I když Polsko schválilo zákon o prevenci zneužívání drog v roce 1985, do poloviny 90. let zavedly zvláštní preventivní strategie na národní úrovni pouze Maďarsko a Česká republika. Od té doby tyto a další země své strategie prevence přepracovaly či vyvinuly nové. V praxi je však často obtížné zjistit, do jaké míry a jakým způsobem byly programy, o kterých národní zprávy či politické dokumenty hovoří, uvedeny do praxe.

Jako v členských zemích EU jsou i zde nejčastěji zmiňovaným přístupem činnosti zaměřené na školy. Na konci 80. let byla největší investice do programů zaměřených na školy realizována v Maďarsku (ačkoli i tak jí většina žáků nebyla zasažena), i když Polsko zavedlo téma drog do školních osnov zákonem z roku 1985 o prevenci zneužívání drog a Bulharsko začalo školit

učitele o drogách v roce 1988. Počátkem 90. let byla v těchto a dalších zemích implementována celá škála modelových programů a místních aktivit. Můžeme učinit několik poznámek o situaci do poloviny 90. let.

V mnoha případech byla drogová prevence z velké části založena spíše informativně než pedagogicky, i když to nebránilo učitelům, aby vyslovovali o nevhodnosti užívání drog morální soudy. V té době bylo běžnou praxí překládat materiály o prevenci vyvinuté pro použití v USA či v západoevropských zemích a používat je bez úprav zohledňujících místní podmínky a potřeby. Implementace programů byla obvykle neformální a často se spoléhala spíše na školení učitelů, v naději, že se to promítne do účinné výchovy ve třídách, než na vyvíjení holističtějších přístupů, ačkoli v některých zemích se vybrané školy staly součástí sítě škol WHO podporujících zdraví.

Od té doby některé země začaly vypracovávat holističtější a pedagogicky založené školní programy, často začleněné do širšího rámce zdravotního vzdělávání a osobního rozhodování (EMCDDA, 2002b). Zhodnocení způsobu a rozsahu implementace či dopadu takových programů je však stále vzácné.

Existuje málo informací o vývoji a aplikaci mediálních kampaní o drogách, ačkoli se takové kampaně v některých zemích SVE již uskutečnily, často ve spojitosti s událostmi, jako je např. Evropský týden drogové prevence. Zdá se, že existuje značný potenciál pro zlepšení toho, jak o drogách pojednávají média, co se týče poskytování informovanějšího a jemněji rozlišujícího zpravodajství a pokud jde o podporu přemýšlivějších, méně moralistních analýz.

V posledních letech došlo v některých zemích k impozantnímu rozvoji řady preventivních aktivit zaměřených na komunitu. Většinou jsou založeny na místní či regionální úrovni a jsou prováděny prostřednictvím specifických projektů, nestátních organizací či decentralizovaných sítí místních protidrogových koordinátorů. Některé se zaměřují na specifické skupiny, jako jsou vězni či rekreační uživatelé drog, zatímco jiné se zabývají více zvyšováním prevence prostřednictvím poskytování informací a školením místních odborníků, a další projekty ještě usilují o prosazování řady aktivit pro mladé lidi. Projekty financované programem Phare zaměřeným na snižování poptávky po drogách také podporují větší vytváření sítí a výměnu informací mezi nestátními organizacemi pracujícími na různých aspektech prevence a snižování rizika v různých zemích.

Problémy a úkoly

Úrovně užívání drog se začínají podobat úrovním v západoevropských zemích a vzorce užívání často odrážejí velmi podobné základní faktory, i když specifické historické a kontextové prvky ovlivnily jak místní procesy, tak charakteristiky zranitelných skupin obyvatelstva a situací. Úkolem je uznat realitu užívání drog a reagovat na ni vyváženě, způsobem, který ani nepopírá, ani nezveličuje rizika a klade si realistické cíle, kterých lze dosáhnout.

Je rovněž důležité přijmout přístupy založené na ohodnocení sociálních a kulturních parametrů, které utvářejí vzorce užívání drog, a na porozumění tomu, že užívání drog je částí celkového životního stylu a jevem konzumu, při němž jsou někteří lidé a skupiny vystaveni problémům pravděpodobněji než jiní. To je v rozporu s názory, které vidí užívání drog jako jev vnější a patologický. Náš přístup naopak implikuje diferencovaný pedagogický a zdravotnický přístup ke konceptům rizika a vulnerability.

Nejúčinnější přístup závisí zčásti na příslušných drogách a vzorcích užívání. Konopí je nejužívanější zakázanou drogou, ale většina uživatelů se nedostane do zdravotních či sociálních problémů a individuální a sociální náklady spojené s užíváním konopí jsou relativně nízké ve srovnání s některými jinými druhy drog, ačkoli někteří zranitelnější mladí lidé mohou mít potíže. Údaje dále ukazují, že prevalence současného (v posledních 30 dnech) a nedávného (v posledních dvanácti měsících) užívání konopí je několikrát nižší než prevalence celoživotní, což dokládá, že pokračující, pravidelné užívání konopí je relativně málo frekventované, dokonce i v takzvaných vysoce prevalenčních oblastech. Rekreační užívání „tanečních" drog, jako je extáze či amfetaminy, může přinášet vyšší rizika a potenciální náklady, zvlášť je-li součástí vzorce častější spotřeby více typů drog, i když, jako u konopí, většina lidí, kteří tyto drogy užívají, tak činí spíše experimentálně či občasně než intenzívně. Naproti tomu velké zdravotní a sociální náklady vznikají ze závislosti na opiátech, zvláště heroinu, především pokud je užíván injekční formou. Vysoká prevalence injekčního užívání drog v mnoha zemích SVE znamená, že podstatným úkolem je předcházet užívání opiátů a injekční aplikaci drog a snižovat škody, které způsobují.

Konečně, užívání povolených látek, zvláště alkoholu a tabáku, je prevalentnější a častější než užívání kterékoli nezákonné drogy a bude daleko pravděpodobněji pokračovat do dospělosti. Užívání léků (pro jiné než

léčebné účely), zejména trankvilizérů a sedativ, je v zemích SVE také relativně velké.

Kromě těchto běžných témat jsou zde také důležité místní odlišnosti uvnitř jednotlivých zemí a mezi nimi, nejen v tradicích a vzorcích užívání drog a alkoholu, ale také v konstelacích rizikových faktorů, které byly zjištěny. Opatření musí brát v úvahu místní podmínky, jako je demografický a kulturní profil, socioekonomická situace či stupeň zločinnosti. Podobně instituce, struktury, služby a sítě často vyvinuly své vlastní místní styly fungování a vzájemných vztahů. Zatímco na národní úrovni dosahuje snaha o rozvoj a implementaci pedagogických přístupů k prevenci v širším rámci školních zdravotních vzdělávacích programů v některých zemích pokroku, větším úkolem je určit potřeby, identifikovat priority a vyvinout flexibilní opatření vhodná pro místní podmínky.

Dále, zatímco preventivní snahy se často zaměřují na intervence ve školách, je důležité si uvědomit, že vysoce rizikové vzorce užívání drog lze sledovat u některých mimoškolních skupin a že vyšší míry prevalence užívání drog nacházíme mezi vyššími věkovými skupinami mladých lidí často poté, co školu opustí. To platí zvláště o drogách, jako je heroin, amfetaminy a kokain. Je proto důležité stimulovat a budovat akce na úrovni komunit, které jsou širší a komplexnější. Řada zajímavých projektů a programů je již v některých zemích v běhu, je však potřeba je rozšířit a šíře implementovat.

Hlavním úkolem je zde identifikovat vhodné strategie a opatření a dosáhnout konsensu (sociální solidarity) o podpoře komplexního a integrovaného přístupu založeného na spolehlivých informacích. Tento přístup by zahrnoval adresné otázky, například jaké jsou postoje a úrovně povědomí o drogách a problémech s drogami mezi veřejností i mezi odborníky, jak implementovat relevantní informace a vzdělávací politiky, jak rozvinout opatření, která budou spíše inkluzívní než stigmatizující a vylučující, jak účinně koordinovat a jak konstruktivněji zapojit občanskou společnost. Klíčová je zde rovněž otázka úlohy médií.

Konečným úkolem je zlepšení kvality sběru dat a výzkumu, aby bylo možné založit politiky a opatření na důkladnějších důkazních základech. To by mělo zahrnovat kvantitativní a kvalitativní metody monitorování a porozumění vzorcům užívání drog a trendů mezi mládeží, stejně jako vyhodnocení implementace a účinnosti různých preventivních opatření. I když se implementace indikátorů pro monitorování prevalence a trendů zlepšuje, v mnoha zemích stále zbývá udělat mnoho a úroveň hodnocení je pořád velmi nízká. Zatím je zde existující a narůstající soubor znalostí a na výzkumu založených důkazů, které mohou být velmi nápomocné při rozvíjení politik, strategií a intervencí.

Problémové užívání drog a jeho důsledky, léčba a harm reduction

Problémové užívání drog

Prevalence

Spolehlivé odhady prevalence problémového užívání drog existují jen pro několik zemí SVE. V případě některých dalších zemí jsou k dispozici „informované odhady", ale není jasné, jak jsou spolehlivé nebo zda jsou založeny na srovnatelných kritériích.

Pro účely odhadu prevalence je „problémové užívání drog" operačně definováno střediskem EMCDDA jako injekční užívání drog či dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu a/nebo amfetaminů. I když je tato definice pro odhad prevalence užitečná, je užší než některé definice klinické, které zahrnují také těžké užívání drog, jako je konopí či sedativa.

Z dostupných údajů – s výše uvedenými výhradami – se zdá, že úroveň problémového užívání drog v zemích SVE se blíží úrovním uváděným pro členské země EU a v některých případech je překročila. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v kandidátských zemích SVE za rok 2002* (EMCDDA, 2002a) odhadovala podíl problémových uživatelů drog v populaci ve věku od 15 do 64 let vyšší než 1 % v Estonsku a Lotyšsku, kolem 0,5 % (průměr EU) v Bulharsku, České republice a Slovinsku a okolo 0,25 % v Polsku (méně, než je průměr EU, ale údaj je založen na starších datech). Prudký nárůst nových případů kouření heroinu, odrážející se v údajích o léčbě v průběhu nedávných let, naznačuje, že odhad pro Polsko by byl nyní vyšší, zatímco nový odhad pro Slovinsko implikuje míru problémového užívání drog vyšší než 1 %. Žádné odhady nejsou k dispozici pro Maďarsko, Litvu, Rumunsko či Slovensko.

Většina nárůstů během 90. let a zvlášť od poloviny 90. let byla spojena s heroinem, který je nyní hlavní drogou spojenou se všemi zeměmi kromě České republiky, kde stále převažuje užívání pervitinu. Mnohé z těchto nárůstů byly doprovázeny nárůstem injekčního užívání drog, i když kouření heroinu je běžné v Polsku a uvádí se také mezi mladými uživateli v některých dalších zemích.

Je těžké být si jist současnými trendy, protože údaje z poslední doby často nejsou k dispozici. Zdá se, že se

celková úroveň problémového užívání drog v České republice, Maďarsku, na Slovensku, ve Slovinsku a snad v Bulharsku asi stabilizuje. V Polsku, pobaltských státech a v Rumunsku se zdá, že se problémové užívání drog (zejména užívání heroinu) zvyšuje.

Současné trendy problémového užívání drog jiných než heroinu se různí. Ve většině zemí se užívání doma vyráběných opiátů snižuje. Údaje o poptávce po léčbě odrážejí jisté problémové užívání amfetaminů (například okolo 10 % celkové poptávky po léčbě) v Pobaltí, na Slovensku a v Maďarsku, ale nikoli v České republice. Nárůst problémového užívání amfetaminů je však hlášen pouze z Estonska. Užívání kokainu mezi obyvateli podstupujícími léčbu není běžné. Uživatelé sedativ (u starších věkových skupin) a rozpouštědel (u mladších věkových skupin) i nadále tvoří v několika zemích významnou menšinu uživatelů drog nastupujících léčbu, je však velmi pravděpodobné, že zprávy o užívání rozpouštědel jsou podhodnocené. Konopí představuje v některých zemích (Česká republika, Maďarsko, Polsko, Slovensko a Slovinsko) významný podíl (více než 10 %) v údajích o léčbě, ale pouze v Maďarsku a České republice jsou uváděny rostoucí trendy.

V jednotlivých zemích vykazuje problémové užívání drog typicky velmi nerovnoměrné geografické rozložení. Prevalence je často významně vyšší v regionech s vysokým stupněm sociálních problémů obecně a také ve velkých městech, ačkoli to možná zčásti odráží dočasný trend, kdy se zvýšené užívání drog objevuje nejdříve ve městech a následně se rozšiřuje do dalších částí země a do menších měst.

Průměrný věk problémových uživatelů drog nastupujících poprvé léčbu je v zemích SVE nižší (málo přes 20 let) než v členských státech EU (hodně přes 20 let) a odráží tak novější vývoj užívání heroinu. Ve většině zemí, pro něž jsou údaje za několik posledních let k dispozici, již věk lidí zahajujících léčbu neklesá a podíl prvních žádostí o léčbu jako podíl na celkové poptávce má tendenci k poklesu, v souladu se zpomalením či stabilizací míry růstu; jsou však i výjimky, například Polsko.

Implikace pro léčebná opatření a opatření harm reduction
Některé z faktorů ovlivňujících náchylnost vysoce rizikového užívání drog rozvinout se v problémové užívání byly popsány již dříve v této kapitole. Patří mezi ně individuální a rodinné poměry stejně jako sociální a ekonomické faktory i nabídka a dostupnost drog, jako je heroin. Ačkoli jsou do určité míry zasaženy všechny sociální a ekonomické sektory, problémové užívání drog vykazuje tendenci soustřeďovat se spíše v marginálnějších skupinách, například mezi rusky hovořícími obyvateli různých částí Pobaltí, romskou mládeží na Balkáně a ve střední Evropě a obecněji, i když ne výlučně, mezi mladými lidmi žijícími v komunitách zažívajících větší ekonomický pokles či v situacích sociálního rozvratu a nejistoty. To znamená, že poskytování relevantních léčebných služeb a intervencí ke snížení škodlivých důsledků problémového užívání drog vyžaduje zvláštní úsilí, mají-li být přemostěny propasti vzniklé vyloučením a stigmatizací a mají-li být překonány bariéry neznalosti, nedůvěry oficiálních institucí a omezeného přístupu k službám. To pak opět implikuje aktivní, pozitivní a kulturně citlivý přístup k prosazování lidských práv, budování důvěry, šíření spolehlivých a relevantních informací, školení a rozvíjení dostupných služeb.

Ačkoli rostoucí trendy problémového užívání drog vykazují v několika zemích známky zpomalování nebo ustalování, vysoké úrovně prevalence popsané výše naznačují přesvědčivou potřebu léčby a péče v příštích desetiletích. Zejména vysoká a v některých zemích rostoucí úroveň injekční aplikace drog znamená, že je zapotřebí radikálních kroků k prevenci nebo snížení vážných zdravotních důsledků, jako jsou infekční onemocnění a úmrtí. A dále, tendence užívání drog šířit se z velkých měst do dalších oblastí naznačuje, že služby a vzdělávání jsou potřebné na celém území. Celkem vzato, tato zjištění zdůrazňují důležitost dlouhodobého strategického plánování a rozvoj léčebných opatření, péče a opatření harm reduction.

Ačkoli je hlavní diskutovanou drogou heroin, pozornost vyžadují i další významné vzorce problémového užívání drog, včetně těžkého užívání amfetaminů, polymorfního užívání drog spolu se sedativy a/nebo alkoholem a v některých zemích rozpouštědly. Kvalitativní výzkum zahrnující uživatele jiných drog, například uživatele amfetaminů z Polska nebo České republiky, naznačuje, že se v závislosti na kontextu mohou jejich vnímání a potřeby podstatně lišit od vnímání a potřeb uživatelů heroinu. To podtrhuje důležitost analýzy místních potřeb a výzkumu, který zahrne klienty a potenciální klienty těchto služeb.

Léčebná opatření

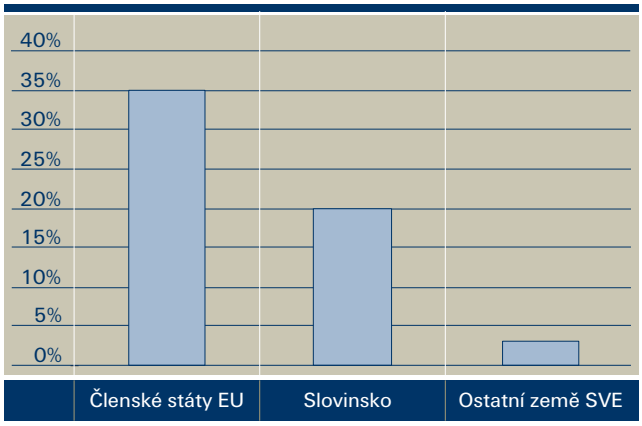
Typy a rozsah služeb drogové léčby
Více podrobností o léčebných službách poskytuje *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v kandidátských zemích SVE za rok 2002* (EMCDDA, 2002a). Léčba se tradičně skládala z často povinné ústavní detoxifikace v psychiatrických léčebnách nebo narkologických klinikách. Známí uživatelé podléhali registraci, byli

monitorováni a kontrolováni ze strany úřadů, včetně policie. Nestátní rezidenční terapeutická zařízení byla uživatelům drog k dispozici pouze v Polsku. Po roce 1989 zůstala jako dědictví ‚narkologického' systému obecně rozšířená nedůvěra k státní psychiatrické léčbě. Do poloviny 90. let se tento systém rychle hroutil pod tlakem reforem zdravotnictví – privatizace a schémata založená na pojištění zavedly opatření řízená ziskem a vyvinuly se nové systémy, i když často obsazené týmiž lidmi, takže individuální postoje vůči závislým se možná neměnily tak rychle.

V mnoha zemích SVE (například v Bulharsku, České republice, Maďarsku, na Slovensku a ve Slovinsku) se v průběhu 90. let vyvinuly ambulantní formy drogových léčebných služeb, obvykle jako součást systému zdravotnictví a spojené s psychiatrickými odděleními, v několika případech však také v soukromém sektoru. V jiných zemích léčba stále spočívá primárně v ústavní detoxifikaci. Ve velmi málo zemích jsou zapojeni též primární poskytovatelé zdravotní péče, většinou však hrají jen malou úlohu.

Substituční léčba, především metadonem, se rozvíjela pomalu. První (experimentální) metadonový program byl zahájen v roce 1990 ve Slovinsku, následován dalšími v České republice (1992) a Polsku (1993). V jiných zemích se první metadonové programy datují od roku 1995 či později, do roku 2001 však všechny země zavedly alespoň jeden. Počet programů je však, s výjimkou Slovinska, omezen a pokrytí zůstává opravdu velmi nízké. Ve Slovinsku poskytuje národní síť léčbu metadonem přibližně 20 % odhadované celkové populace závislých na heroinu. Ve všech ostatních zemích činí pokrytí méně než 5 % a v mnoha zemích dokonce méně než 1 až 2 %. To kontrastuje s průměrným pokrytím více než 30 % v členských státech EU (viz obrázek 2). Ostatní typy farmakologické léčby jsou k dispozici jen v omezeném rozsahu v některých zemích, včetně naltrexonu a buprenorfinu, systematické informace však nejsou k dispozici.

Obrázek 2: Pokrytí léčby metadonem: odhadovaný podíl uživatelů drog závislých na opiátech v metadonové léčbě, 2001



Zdroje: Více zdrojů včetně národních zpráv zemí EU a SVE.

Zapojení nestátních organizací (NGO) se také rozvíjí v mnoha zemích pomalu, i když v některých (Česká republika, Maďarsko, Polsko a Slovinsko) hrají NGO důležitou roli v poskytování léčby a poradenství uživatelům drog. V Polsku se tato činnost datuje téměř dvacet let nazpátek a v Maďarsku do konce 80. let, zatímco v České republice a Slovinsku se rozsáhlé sítě NGO objevily během 90. let. V době velmi nedávné začaly nestátní organizace v některých zemích hrát důležitou a vzrůstající roli.

Problémy a úkoly

Je dostatečně prokázáno, že účinný systém léčby problémových uživatelů drog může přinést významný prospěch nejen samotným uživatelům drog a jejich blízkým, ale také širší společnosti - snížením sociálních nákladů způsobených nemocemi a kriminalitou. Zatímco některé země udělaly impozantní pokrok, hlavním úkolem ve většině zemí střední a východní Evropy zůstává zvýšení diverzity, kapacity a účinnosti léčebných služeb dostupných problémovým uživatelům drog.

To je úzce spojeno s potřebou dlouhodobého strategického plánování založeného na koncepci komplexního léčebného systému nabízejícího řadu léčebných služeb a péči o celou řadu potřeb. Detaily závisí na národních a místních podmínkách, obecně však může komplexní systém zahrnovat:

- místní, nízkoprahové služby nabízející přístup, radu, poradenství, a konziliární vyšetření;
- ambulantní služby nabízející strukturované programy a individuální a rodinnou terapii;
- metadonové programy poskytující udržování i detoxifikaci;
- ústavní detoxifikaci a dlouhodobé terapeutické komunity;
- rehabilitační programy, včetně vzdělávání, odborného výcviku a prevence relapsu;
- podpora uživatelům a svépomocným skupinám;
- cílené služby (například pro ženy, děti ulice, příslušníky etnických menšin, migranty, vězně);
- vzdělávání odborníků a provozovatelů zdravotních služeb, zvlášť se zaměřením na zvýšení úrovně porozumění problému a zlepšení odborných standardů.

Pokud mají být léčebné systémy schopny vypořádat se s dlouhodobými důsledky vysokých úrovní prevalence, které nyní v mnoha zemích pozorujeme, vyvstávají některé důležité úkoly.

První hlavní výzvou je rozšířit škálu dostupných léčebných možností a zlepšit dostupnost péče. Tento proces byl již zahájen, ale vyžaduje posílení. Modely poskytování péče se v různých zemích liší, v této oblasti však mohou sehrát důležitou roli občanská společnost a nestátní organizace; jejich zapojení může být zvlášť vhodné pro rozšíření škály léčebných možností, které mají země k dispozici. Krajně závažná je potřeba podstatně rozšířit kapacitu a šíři působení léčebných programů a zajistit, aby byly vhodné léčebné možnosti dostupné a vyhovovaly zjištěným potřebám různých skupin. Substituční programy poskytující drogy, jako je metadon, mohou hrát důležitou úlohu při zaměření na problémy spojené s heroinem a dalšími opiáty. Navzdory odporu v určitých politických a odborných kruzích naznačují důkazy získané z klinické praxe a vědeckého výzkumu, že odborně vedené programy mohou být účinnou složkou komplexních léčebných opatření vůči závislosti na heroinu. Jestliže problémové užívání drog obklopuje stigma a marginalizace, je důležité prosazovat v praxi koncept lékařské etiky a práv pacientů, například práva na soukromí a důvěrnost, dostupnost služeb a výběr léčby, a šíře spojit rozvíjení léčebných služeb s širší akcí proti vyloučení ze společnosti.

Zásadním úkolem je zlepšit kvalitu informací o prevalenci, problémech a potřebách, aby bylo možné léčebné služby zacílit přiměřeněji, a zhodnotit poskytovanou léčbu, aby mohla být zvýšena její účinnost.

Zdravotní důsledky

Infekční onemocnění spojená s drogami
Infekční onemocnění, jako je HIV/AIDS, virová hepatitida typu B a C a tuberkulóza, patří mezi vážnější zdravotní důsledky problémového užívání drog, především jeho injekční formy. Více podrobností o prevalenci a trendech HIV a virové hepatitidy typu B a C mezi injekčními uživateli drog v různých zemích střední a východní Evropy podává kapitola 3.

Prevalence infekce HIV mezi injekčními uživateli drog byla v průběhu 80. až do 90. let ve všech zemích SVE velmi nízká, s výjimkou Polska, kde se na konci 80. let objevila epidemie mezi injekčními uživateli tzv. „polského heroinu". Jinak se celkový obraz nízké prevalence podobal obrazu sledovanému v severních a centrálních zemích Evropské unie, byl však v protikladu k vysokým hodnotám infekce mezi injekčními uživateli drog v některých jižních zemích EU.

V průběhu a zvlášť ke konci 90. let se vzorce infekce začaly více různit. V Polsku od roku 1991 roční incidence nových případů infekce klesala a v letech 1995 až 2002 zůstávala stabilní a na relativně nízké úrovni. Díky tomu je prevalence nákazy HIV mezi injekčními uživateli drog též stabilní, i když stále přesahuje 10 %.

Na konci 90. let došlo k prudkým nárůstům v prevalenci infekce HIV v Estonsku a Lotyšsku, pomalu rostoucí trend vykazovaly i údaje o Litvě. V roce 1999 zažilo náhlou explozi nových případů HIV mezi injekčními uživateli drog též sousední Finsko, tyto hodnoty však následně poklesly téměř na nulu, naznačujíce, že prudký vzestup byl zastaven.

Ve všech ostatních zemích SVE, u kterých máme k dispozici údaje (nejsou k dispozici pro Rumunsko), zůstává prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog velmi nízká.

Prevalence virové hepatitidy typu C mezi injekčními uživateli je vysoká (70–80 % či více) v pobaltských státech a v Bulharsku, v jiných zemích je však nižší (dokonce nižší než ve většině zemí EU), pro Polsko a Rumunsko však nejsou údaje k dispozici. V některých zemích, jako je Česká republika, počet nových infekcí patrně klesá, zatímco v jiných, jako je Maďarsko, se zdá, že mezi mladými injekčními uživateli drog roste.

Možná vysvětlení rozdílů ve výskytu infekce HIV mezi injekčními uživateli drog
Existuje několik možných (vzájemně se nevylučujících) důvodů pro vzorce a odlišnosti ve výskytu infekce HIV sledované mezi injekčními uživateli drog v různých zemích. Patří mezi ně:

- úrovně vysoce rizikového chování, jako je injekční užívání drog a sdílení injekčního materiálu, stejně jako vzorce sexuálního chování, zvlášť mezi komerčními sexuálními pracovnicemi/pracovníky;
- geografická blízkost oblastí s vysokou prevalencí HIV a stupeň mobility a kontaktu mezi vysoce rizikovými skupinami obyvatel;
- kontextově specifické faktory, jako je prevalence injekčního užívání drog ve věznicích či mezi sociálně marginalizovanými skupinami;
- úroveň povědomí o rizikových a ochranných faktorech mezi uživateli drog;
- zařízení pro hygienickou injekční aplikaci, včetně dostupnosti čistého injekčního materiálu;

- policejní opatření vůči injekčnímu užívání drog či držení stříkaček;
- v širším pojetí rozsah politik prevence HIV a míra informací a služeb harm reduction zaměřených na injekční uživatele drog;
- širší ekonomické a sociální faktory, které usnadňují šíření HIV, jako je například chudoba, vyloučení ze společnosti a stigmatizace, stejně jako stav rozvoje struktur zdravotní a sociální péče, stupeň znalosti a povědomí mezi odborníky a stupeň neznalosti a strachu mezi širokou veřejností.

Kombinace většiny těchto faktorů se vztahuje k nedávným nárůstům prevalence nákazy HIV mezi injekčními uživateli drog v některých pobaltských státech (zejména Estonsku a Lotyšsku). Prudký nárůst dostupnosti a užívání heroinu na konci 90. let byl spojen s vysokou úrovní injekční aplikace a sdílení náčiní u obyvatel s malou předchozí zkušeností s užíváním drog a s nízkým povědomím o riziku, a objevoval se nerovnoměrně mezi větším počtem marginalizovaných skupin, zejména u rusky hovořící komunity. Geografická blízkost Ruska, ruské enklávy Kaliningradu a Běloruska, kde infekce HIV u injekčních uživatelů drog též v poslední době vykázala dramatický nárůst, je dalším významným faktorem. Vysoká prevalence HIV je hlášena také mezi uživateli drog ve věznicích, a naznačuje tak důležitou cestu pro další přenos nákazy.

K nárůstu injekční aplikace heroinu v oblasti Pobaltí docházelo později, ale patrně rychleji než v jiných zemích. I když byla v Litvě zavedena opatření harm reduction o něco dříve, zdravotní opatření se v dané oblasti rozvíjela pomalu. Výměna jehel byla zavedena relativně pozdě v Estonsku a ještě později v Lotyšsku a pokrytí programů výměny jehel zůstává nízké ve všech pobaltských státech. Velmi omezená je též dostupnost metadonové substituční léčby.

Ačkoli Polsko rovněž sousedí s Kaliningradem a Běloruskem, a také s Ukrajinou (která rovněž zažívá epidemii HIV mezi injekčními uživateli drog), a ačkoli zde v druhé polovině 90. let došlo k druhé „vlně" nového užívání heroinu, incidence nových případů infekce HIV mezi uživateli drog v Polsku neroste. Je to možná dáno tím, že se nedávný nárůst užívání heroinu v Polsku týkal převážně kouření, spíše než injekčního užívání, ale je též možné, že zkušenost s dřívější epidemií HIV mezi injekčními uživateli drog v Polsku vedla k řadě opatření (informace, vzdělávání, harm reduction) a změnám v chování, které polské uživatele drog pomohly ochránit; je též možné, že polští injekční uživatelé drog mají jen malý kontakt se svými kolegy ze sousedních zemí. Ke zjištění relativní důležitosti těchto a dalších faktorů je třeba dalších informací. Zatímco však údaje o poptávce po léčbě odhalují po několik let klesající trend vysoce rizikového chování (tj. sdílení náčiní) mezi injekčními uživateli, údaje z nedávné doby naznačují, že došlo k velkému nárůstu sdílení jehel mezi novými injekčními uživateli heroinu ve Varšavě, který naznačuje potenciální riziko zvýšeného přenosu HIV v budoucnu.

V ostatních zemích střední Evropy a Balkánu injekční užívání drog v průběhu 90. let vzrostlo a stalo se nejběžnějším způsobem užívání heroinu. Stejně jako v pobaltských státech je zde sdílení injekčního materiálu také celkem běžné, tento rizikový faktor však výrazně poklesl ve Slovinsku a je, zdá se, na ústupu v České republice. Několik zemí též sousedí na východě s oblastmi s vysokou prevalencí HIV (Maďarsko, Rumunsko a Slovensko sousedí s Ukrajinou). Rozsah kontaktu mezi injekčními uživateli drog přes tyto hranice však není jasný. Slovinsko sousedí s Itálií a zde k určitým přeshraničním kontaktům vždy docházelo, hodnoty v Itálii se však nyní snižují. Navíc, užívání heroinu a injekční užívání v těchto zemích je často prevalentnější v sociálně problémovějších oblastech; existují významné marginální skupiny (například romská mládež, děti ulice, vězni), které jsou vystaveny většímu riziku.

Navzdory existenci řady významných rizikových faktorů (injekční aplikace, sdílení jehel, blízkost oblastí s vysokou prevalencí HIV, vulnerabilní skupiny obyvatel) je tedy prevalence uváděné infekce HIV v těchto zemích i nadále nízká (údaje pro Rumunsko nejsou k dispozici). Jedním vysvětlením může být, že Slovinsko a Česká republika, stejně jako Polsko a do určité míry Litva, byly rychlejší v zavádění informačních a vzdělávacích činností a činností harm reduction zaměřených na prevenci přenosu infekčních onemocnění mezi injekčními uživateli drog. Jiné země mají možná navzdory svým pomalejším či omezenějším opatřením štěstí, že jejich obyvatelé užívající drogy injekční formou byli uzavřenější nebo měli relativně malý kontakt s jinými skupinami, ve kterých je infekce HIV (a VHC) prevalentnější, protože jsou doklady o pokračujícím vysoce rizikovém chování, jako je sdílení injekčních pomůcek, ve všech zemích. Vysoké podíly nakažených VHC v Bulharsku a střední podíl (až 40 %) jinde toto hledisko posilují.

Mortalita a úmrtí spojená s užíváním drog

Údaje o úmrtích spojených s užíváním drog jsou ve většině zemí spíše omezené a nelze je mezi jednotlivými zeměmi porovnávat. Kde jsou k dispozici údaje

o trendech, naznačují v mnoha zemích nárůst, z velké části spojený s nárůstem injekční aplikace heroinu.

Pokud bude scénář rostoucího injekčního užívání drog (zvláště heroinu) pokračovat, spolu s obecně rozšířeným užíváním alkoholu a psychoaktivních léků proti depresi, můžeme očekávat podstatný nárůst drogových úmrtí, k jakému došlo během 80. a na počátku 90. let v západoevropských zemích. Omezené informace, které máme k dispozici, tímto směrem ukazují a mělo by se uvažovat o zlepšeném monitoringu a rozvíjení cílených intervencí zaměřených na omezení případů předávkování.

Lze předvídat, že – jak bylo pozorováno v jiných zemích – míry úmrtnosti mezi populacemi problémových uživatelů drog, zvlášť injekčních uživatelů, budou až dvacetkrát vyšší než mezi celkovou populací stejného věku, s dalšími úmrtími připisovanými nejen neúmyslnému předávkování, ale také nehodám, sebevraždám, AIDS a jiným infekčním onemocněním.

Prudký nárůst úmrtí spojených s užíváním drog upoutal v západních zemích během 80. a 90. let výraznou pozornost médií a politiků. Veřejný dopad drogových úmrtí v nových členských zemích bude záviset též na dalších současných politických a společenských zájmech. Měli bychom si uvědomit, že podstatné části ze 7 až 9 tisíc akutních úmrtí každoročně vykazovaných v nynějších zemích EU by bylo možné se vyhnout a stejná situace bude i v nových členských zemích.

Opatření harm reduction

V této kapitole odkazuje termín „harm reduction" k zdravotním opatřením prováděným za účelem snížení zdravotních a společenských škod způsobených jednotlivcům a komunitám užíváním drog a zvláště problémovým užíváním.

V západních zemích probíhaly debaty o harm reduction od 80. let, inspirovány převážně obavou z HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog. V některých zemích se politiky a opatření harm reduction datují dvacet let nazpátek, zatímco v jiných se objevují až v nedávné době. V některých případech stále přetrvává proti tomuto konceptu odpor, a zejména proti některým činnostem prováděným jako opatření harm reduction. Téměř ve všech zemích EU je však dnes harm reduction (třebaže se tak nemusí vždy nazývat) klíčovou složkou každé drogové politiky a mnoho zemí zavedlo intervence harm reduction či rozšířilo škálu zavedených intervencí harm reduction, jako jsou metadonové substituční programy, programy výměny injekčních stříkaček a kontaktní programy (outreach programs). Na úrovni EU je snižování zdravotních poškození spojených s užíváním drog, zvláště infekčních onemocnění spojených s užíváním drog a drogových úmrtí, jedním ze šesti hlavních cílů strategie a akčního plánu EU o drogách (2000–2004). Evropská rada nedávno přijala rezoluci vyzývající členské státy k implementaci řady opatření harm reduction. V mnohých částech střední a východní Evropy však tento přístup zůstává kontroverzní a opatření harm reduction se obecně rozvíjejí pomalu (viz obrázek 3). V daném historickém kontextu to není překvapivé. Koncept harm reduction vstoupil do zemí SVE v 90. letech jako cizí pojem importovaný ze Západu, zpočátku prostřednictvím činností střediska Lindesmith Centre of the Open Society Institute, které podporovalo takové přístupy, jako je udržovací metadonový program a výměna jehel. Zatímco projekty financované těmito institucemi se zaměřovaly na lokální intervence, jako jsou nízkoprahová centra, šíření informací, kontaktní iniciativy, programy výměny jehel a distribuce kondomů, širší debatě zastřešující tyto snahy často dominoval ideologický pohled. V některých zemích propagovaly některé organizace školení a další programy zaměřené na primární prevenci či léčbu, zatímco v Pobaltí obhajovaly organizace, jako jsou Evropská města proti drogám (ECAD), alternativní, bezdrogové přístupy. V celé střední a východní Evropě

Obrázek 3: Časový diagram: rok zavedení prvního metadonového substitučního programu a programu výměny injekčních stříkaček

První metadonový program		Slovinsko		Česká republika	Polsko		Bulharsko Maďarsko Litva	Lotyšsko		Rumunsko Slovensko			Estonsko
První program výměny injekčních stříkaček	Polsko			Česká republika Slovinsko		Slovensko	Bulharsko Maďarsko	Litva	Estonsko		Lotyšsko Rumunsko		
Rok	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001

podněcoval UNDCP vlády k reformě legislativy v souladu s konvencemi Spojených národů. To znamenalo, že se politické priority někdy zaměřovaly na kriminalizaci užívání drog a přednost mělo spíše prosazování práva, než aktivity usilující o snižování poptávky. Přístupy harm reduction byly někdy také v rozporu s hluboce zakořeněnými interpretacemi užívání drog a drogové závislosti u některých odborných skupin. Následkem toho se debata občas polarizovala, byla emocionální a příležitostně dokonce neinformovaná, nahlížející drogovou kontrolu a harm reduction jako opatření protichůdná. Výsledek byl kontraproduktivní, bránící rozvoji záměrů a implementaci zdravotních opatření, jak se vypořádat s rostoucím užíváním drog a důsledky jejich zvýšené injekční aplikace.

Řada dalších procesů, které se během 90. let vynořily, přispěla k většímu rozšíření informací o harm reduction, například účast středoevropských a východoevropských odborníků na mezinárodních konferencích o harm reduction a jiných, činnosti a projekty podporované Unaids, překlad a šíření směrnic o kontaktních/terénních aktivitách Pompidou Group nebo subprojekt o harm reduction, který byl částí projektu Phare Evropské komise o snížení poptávky a který přispěl k podnícení rozvoje politik a opatření harm reduction v České republice a Slovinsku. V některých zemích byl tento koncept přijat klíčovými odborníky nebo politickými osobnostmi, kteří prosadili harm reduction do agendy a dali podnět k jeho uznání a přijetí jako důležité složky vyvážené drogové politiky. V jiných zemích tento proces teprve nyní probíhá.

Typy a rozsah opatření harm reduction

Podrobnosti o opatřeních vůči škodám na zdraví spojeným s užíváním drog podává *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v kandidátských zemích SVE za rok 2002* (EMCDDA, 2002a) a kapitola 3 této zprávy. Všechny země SVE již opatření ke snížení škod realizují, přinejmenším do určité míry. Patří sem (pokud máme údaje dispozici) šíření informací, nízkoprahová centra drop-in, terénní programy, dostupnost čistého injekčního materiálu, distribuce kondomů, poradenství a testování HIV, léčba HIV/AIDS a v některých případech očkování proti virové hepatitidě typu B.

Dostupnost služeb se však značně liší a v některých případech je poměrně omezená. Ve většině zemí jsou finanční zajištění a šíře působení klíčových preventivních opatření a opatření harm reduction velmi omezené ve srovnání s prevalencí problémového užívání drog a váhou potenciálních následků v příštích několika letech. Zatímco programy výměny jehel a injekčních stříkaček (výměnné programy) byly implementovány ve všech zemích, pouze Česká republika dosahuje podstatného podílu (odhadem více než 50 %) injekčních uživatelů drog prostřednictvím národní sítě výměnných programů a nízkoprahových projektů; i když v některých zemích, jako je Slovinsko, bylo v některých městech dosaženo rozumné míry pokrytí. Jak již bylo poznamenáno dříve, šíře uplatnění substituční metadonové léčby, která může pomoci snížit zdravotní škody, včetně úmrtí a infekčních onemocnění spojených s užíváním drog, je extrémně nízká ve všech zemích kromě Slovinska.

Většina opatření harm reduction je zaměřena na prevenci infekčních onemocnění spojených s užíváním drog. Relativně málo se jich zaměřuje na prevenci úmrtí spojených s drogami, i když některá opatření, jako jsou metadonové programy či kontaktní/terénní projekty, které poskytují zdravotní informace, a lepší dostupnost služeb, mohou v této oblasti též významně přispět.

Problémy a úkoly

Riziko nových epidemií infekčních onemocnění, nejen infekce HIV, ale také infekce VHC, mezi injekčními uživateli drog je hlavní výzvou pro zdravotnictví v zemích SVE. Nízká prevalence HIV ve většině zemí a relativně nízká prevalence u VHC v některých z nich není důvodem pro sebeuspokojení, jak názorně ukázaly nedávné náhlé nárůsty HIV v pobaltských státech a u jejich východních sousedů. A dále, široce přetrvávající rizikové chování i širší vysoce rizikový kontext naznačuje, že zesílení zdravotních opatření k prevenci šíření HIV a virové hepatitidy typu C mezi obyvatelstvem užívajícím drogy injekční formou a k minimalizaci počtu úmrtí spojených s drogami je úkolem číslo jedna.

Zdravotní a sociální náklady pro jednotlivce i pro širší komunitu budou velmi pravděpodobně značné a budou mít dopad po mnoho nadcházejících let. Intervenování s cílem zmenšit tento potenciální problém je tedy pro zdravotní politiku jasnou prioritou a bude vyžadovat značné investice do rozvoje národních a místních struktur, přizpůsobených rozsahem a mírou pokrytí charakteru a rozměrům zdravotních problémů.

Implementace účinných opatření harm reduction vyžaduje komplexní národní strategii a závazek uvést ji do praxe. Ačkoli v mnoha zemích probíhá zajímavý vývoj, dosud se jeví jako nejpokročilejší z hlediska národních programů Česká republika a Slovinsko, i když pokrok vykazují rovněž další státy, jako například Polsko a Litva, a k určitým krokům v tomto směru dochází v Maďarsku a na Slovensku. Opatření ke snížení zdravotních škod

spojených s užíváním drog jsou zvlášť naléhavě potřebná v Estonsku a Lotyšsku. Implementace strategií prevence infekčních onemocnění spojených s drogami je, zdá se, naléhavá rovněž v Bulharsku a zvlášť v Rumunsku, a to z různých příčin, mezi něž patří velká míra vysoce rizikového chování mezi uživateli drog, relativní nedostatek znalostí o důsledcích užívání drog, existence marginalizovaných komunit, jejich relativně špatná ekonomická situace a, v případě Rumunska, dlouhá hranice s Ukrajinou.

Konkrétně představuje zlepšování prevence infekčních onemocnění a úmrtí spojených s drogami úkoly na několika úrovních, mezi něž patří:

- změna postojů a zvyšování znalostí v populaci jako celku, mezi politiky a odborníky a rozsáhlejší školení odborníků;
- poskytování informací, vzdělávání a kontaktních iniciativ injekčním uživatelům drog a vysoce rizikovým skupinám;
- zavedení intervencí harm reduction (například programů výměny jehel, programů substituční léčby metadonem a iniciativ pro prevenci předávkování);
- zvětšování šíře působení takových programů a zlepšování jejich dostupnosti pro vysoce rizikovou populaci: marginalizované skupiny, jako je rusky hovořící komunita, mladí Romové, vězni, sexuální pracovnice/pracovníci, migranti a přistěhovalci;
- omezování stigmatizace a vyloučení ze společnosti.

Konečným úkolem v mnoha zemích SVE je zajistit řádnou dostupnost kvalitních, aktuálních údajů o HIV a jiných infekčních chorobách spojených s užíváním drog, zejména virové hepatitidě typu C, a zlepšit kvalitu údajů o úmrtnosti. Zejména absence jakýchkoli údajů z Rumunska o prevalenci problémového užívání drog, jejich injekčního užívání, o infekci HIV a virové hepatitidě typu C je důvodem pro vážné znepokojení.

Drogové trhy

Tato část podává stručný přehled vývoje ilegálních drogových trhů ve střední a východní Evropě za posledních patnáct let a hodnocení některých implikací. Více informací o drogových trzích a kriminalitě spojené s drogami poskytuje kapitola 4 *Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v kandidátských zemích SVE za rok 2002* (EMCDDA, 2002a).

Obchod s drogami

Geopolitická situace ve střední a východní Evropě je klíčovým prvkem vzorců obchodování s drogami už více než dvacet let. Od konce 70. let byl heroin z jihovýchodní Asie přepravován balkánskou cestou z Pákistánu a Afghánistánu přes Írán, Turecko, Bulharsko a Jugoslávii do západní Evropy. V jiných částech regionu omezovaly rozsah obchodu s drogami autoritářské režimy a striktní kontroly pohybu zboží a osob, dokud nezměnily situaci události roku 1989. Válka v Jugoslávii na počátku 90. let rozbila balkánskou cestu a vedla k diversifikaci obchodu přes Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko a do určité míry Slovensko. Uvolnění kontrol na hranicích usnadnilo sice obchod s drogami přes danou oblast, v této fázi však byly hlavní destinací spíše západní než místní trhy. Válka však přispěla ke zvýšenému užívání heroinu v některých částech Jugoslávie. Hlavní drogu sice představoval heroin, docházelo však i k významným záchytům konopí a kokainu.

Později v 90. letech vedlo zesílení konfliktu v Kosovu ke zvýšení významu zapojení kosovských Albánců do obchodu s drogami. To postihovalo hlavně Itálii, Řecko a také Švýcarsko až do roku 1999, kdy Itálie utěsnila své hranice, aby omezila počet běženců z Kosova, což vedlo k nárůstu obchodování přes Českou republiku.

Rozpad Sovětského svazu v roce 1989 byl dalším důležitým faktorem, který zvýšil diverzitu obchodních cest; jednu novou trasu představovala takzvaná „hedvábná cesta" ze středoasijských států přes Rusko, Ukrajinu, Polsko a pobaltské státy. Kromě heroinu to také zvýšilo nabídku makoviny v pobaltských státech.

V současné době je pro přepravu heroinu z jihozápadní a střední Asie využívána velká řada cest, často obměn balkánské cesty a hedvábné cesty. V kontrastu k situaci před deseti lety představují dnes konečné trhy nejen země západní Evropy, ale i země Evropy střední a východní. Navíc procházejí oblastmi Pobaltí a Balkánu i obchodní cesty kokainu a konopí a obcházejí tak kontroly na tradičních trasách přes západoevropské země, jako je Španělsko, Nizozemsko či Velká Británie. Objevil se také obchod s amfetaminy, zvlášť z východní či střední Evropy na Západ; a obchodování s extází a jinými syntetickými drogami, které původně přicházely ze západoevropských zemí, jako je Nizozemsko, probíhá nyní oběma směry.

Domácí produkce drog

V zemích s tradicí pěstování máku setého pro legální účely, jako je použití makových semen v potravinářství (pobaltské státy, Bulharsko, Maďarsko a Polsko) pokračuje v určité míře domácí produkce opiátů, i když obecně na nižší úrovni než v minulosti. Toto snížení zčásti odráží zvýšenou dostupnost dováženého heroinu, také

však, jako např. v Polsku, se v něm promítá posun k pěstování odrůd máku s nízkou produkcí opia. Privatizace a omezení regulace chemického a farmaceutického průmyslu po roce 1989 měly, například v Polsku, za následek zvýšení nekontrolované produkce psychotropních látek, zejména amfetaminů. Od té doby se produkce syntetických drog, jako jsou amfetaminy a extáze v ilegálních laboratořích objevuje také v dalších zemích, včetně pobaltských států, Bulharska, České republiky a Maďarska. Domácí poptávka po pervitinu, který je vyráběn pro domácí spotřebu v České republice, zdá se, klesá zároveň s tím, jak tuto drogu na domácím trhu nahrazuje heroin. Část výroby je možná nyní zamýšlena pro vývoz. Neexistují žádné spolehlivé odhady domácího pěstování konopí, i když jsou ve zprávách z některých zemí uváděny.

Dostupnost drog

Dostupnost drog závisí na rozsahu distribuce a nabídky drog v každé jednotlivé zemi a na tom, jak fungují trhy, pokud jde o to, kdo má přístup k drogám a za jakých podmínek. Různé indikátory odrážejí různé aspekty dostupnosti drog a ne vždy jsou konzistentní mezi sebou navzájem či s indikátory poptávky po drogách.

Statistiky uvádějící množství zabavených drog často kombinují drogy zabavené při tranzitu s drogami určenými pro domácí trhy, a v žádném případě nepodávají spolehlivý údaj o skutečném rozsahu nabídky různých drog, protože několik zabavených velkých zásilek může daný obraz vážně narušit. Počet záchytů uskutečněných policií (na rozdíl od konfiskací uskutečněných celními úředníky) může někdy podávat nepřímý údaj o míře dostupnosti drog v dané zemi, i když i ten je ovlivněn policejními prioritami a činnostmi. Ve většině zemí počet záchytů konopí vzrůstá, zatímco nedávné trendy pro heroin, amfetaminy a kokain se různí, v některých zemích jsou tyto počty stabilní nebo kolísají, v jiných rostou. Cenové údaje jsou neúplné a zřídka dostupné za určité souvislé období, a zejména ne ve srovnatelném formátu, který by bral v úvahu celkové hodnoty inflace. Omezené údaje zhruba naznačují, že ceny drog nerostou, bez ohledu na počet záchytů či množství zabavených drog.

Jiný, alternativní indikátor dostupnosti poskytují míry vnímané dostupnosti různých drog potenciálními spotřebiteli, jako jsou mladí lidé. Například ve všech zemích, které se účastnily průzkumů ESPAD v letech 1995 a 1999, došlo během čtyř let k výraznému nárůstu vnímané dostupnosti konopí, LSD a extáze u šestnáctiletých školáků. Podobně vzrostla vnímaná dostupnost inhalačních látek, ale té neodpovídal žádný nárůst prevalence tohoto typu užívání drog.

Opatření

Není v možnostech této kapitoly podat přehled vývoje a charakteristiky strategií prosazování práva a opatření vůči obchodu s drogami, nabídce drog a kriminalitě spojené s drogami v celém regionu. Na velmi obecné úrovni se zdá, že v první polovině 90. let byla větší priorita přikládána zákazům a prosazování práva. Tento důraz byl zčásti podnícen západoevropskými zeměmi, které byly znepokojeny potenciálním nárůstem obchodu s drogami a organizovaného zločinu přes hranice, které byly dříve přísně kontrolovány. V průběhu desetiletí některé země přešly k přístupům, které kladly zvýšený důraz na prevenci, léčbu a snižování škod spojených s užíváním drog.

Jak vysvětluje kapitola 4 této zprávy, všech 10 zemí SVE již dnes přijalo nebo prochází procesem přijetí nových či revidovaných drogových strategií, orientovaných na globální přístupy, které si kladou za cíl dosažení rovnováhy mezi snižováním poptávky a nabídky. Tento posun byl ovlivněn několika faktory, jako je školení a technická pomoc při snižování poptávky, jež poskytují programy podporované Pompidou Group a programem Phare Evropské komise, a nejnověji práce na přípravě přistoupení, včetně partnerských projektů Phare (Phare twinning projects) s členskými státy EU a účasti na činnostech EMCDDA.

Problémy a úkoly

Navzdory svým omezením naznačují dostupné údaje, včetně výše popsaných kvalitativních odhadů a indikátorů poptávky po drogách, že se nabídka a dostupnost konopí, extáze, LSD, amfetaminů, heroinu a v menším měřítku kokainu během minulého desetiletí ve střední a východní Evropě zvýšily, stejně jako jejich užívání. Již bylo také dříve naznačeno, že i když změny v dostupnosti drog ovlivnily vzorce jejich užívání, nárůst užívání drog a rizikovějšího, problémového užívání byly primárně řízeny základními sociálními a ekonomickými procesy a změnami v kultuře, vnímání a očekávání mládeže.

Jedním závěrem je to, že stejně jako v západní Evropě je možná nerealistické očekávat, že užívání drog a zejména škodlivější vzorce problémového užívání a s nimi související jevy, jako je drogová kriminalita, mohou být sníženy pouze opatřeními ke snížení nabídky a dostupnosti. Úkolem je tedy vyvinout politiky řízení a kontroly drog, které vyváží opatření ke snížení nabídky

s odpovídajícími opatřeními ke snížení poptávky. Stejně jako na užívání drog, lze i na rozmach obchodu s drogami a nabídky drog nahlížet v širším kontextu nedávných historických, ekonomických a sociálních změn ve střední a východní Evropě. Navzdory místním odlišnostem ve způsobu organizace obchodu s drogami a jejich distribuce a navzdory rozdílům v charakteristice dotčených skupin existují určité společné prvky procházející vývojem ve všech sledovaných zemích, od Balkánu přes střední Evropu a státy bývalého Sovětského svazu až k oblasti Pobaltí. Všechny se vynořily v kontextu prudkých politických a ekonomických změn, doprovázených zhroucením zavedených struktur a kontrolních mechanismů. Ty byly v mnoha případech nahrazeny systémy volného trhu, které postrádaly účinné regulační procesy a způsobovaly krize legitimity stejně jako příležitosti k rychlému zisku pro ty, kdo mají moc nebo vliv. Občanské války, ozbrojené konflikty, ekonomické zbídačení, migrace a utečenecké krize, to vše k tomuto procesu dále přispívalo. Tyto faktory nevyhnutelně stimulovaly růst organizovaného zločinu a korupce a podstatný nárůst obchodování s lidmi, sexuálními službami, kradenými automobily, alkoholem, tabákem a zbraněmi, stejně jako drogami, který bylo možno sledovat v uplynulých 10 až 15 letech.

Z toho vyplývá, že opatření plánovaná s politickým zřetelem zaměřeným zvláště na drogy, například zvyšování kontrol na hranicích či zlepšování technologie detekce drog, jsou příliš úzká. Je potřeba širších strategií, aby bylo možné čelit fenoménu organizovaného zločinu jako celku, včetně finančních struktur a politických uskupení, které ho podporují, a sociálních a ekonomických podmínek, které jsou často jeho základem. To zpětně staví do popředí mnohem širší sociální a ekonomická témata, jako je péče o začlenění do společnosti a rozvoj, posilování stability a legitimnosti politických a sociálních institucí či posilování ekonomických regulačních mechanismů směřujících k řízení a snižování negativních důsledků sociálních a ekonomických změn.

Zvláště na úrovni drogové politiky je hlavním úkolem politiků, úředníků a odborníků zabývajících se prosazováním práva a trestním soudnictvím integrovat své strategie a činnosti do širších globálních přístupů, které se v mnoha zemích objevují teprve nyní. Z toho vyplývá rozvíjení spolupráce na národní a místní úrovni s řadou nových partnerů z různých oblastí, jako je zdravotnictví, vzdělávání a sociální péče, včetně nestátních organizací a dalších skupin občanské společnosti. Dalším úkolem bude zhodnocení dopadu a účinnosti legislativy a prosazování práva jako součást procesu určování, jak lze přispět k dosažení cílů oněch globálních strategií. Nedávná evaluace v Maďarsku a České republice se dotkla některých aspektů tohoto přístupu, mnoho však ještě stále zbývá udělat.

ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ POLITIKA: KLÍČOVÉ ÚKOLY PRO BUDOUCNOST

Tato část dává dohromady závěry výše uvedených analýz a shrnuje hlavní úkoly pro budoucnost.

Vnímání drog společností

Způsob, jak jsou užívání drog a problémy s drogami vnímány společností, hraje zásadní roli na politické scéně. Společenské představy nejen pomáhají zformovat takové typy drogových politik, které jsou vytvořeny a akceptovány, ale jsou též samy důležitým produktem drogové politiky. Historický výčet uvedený dříve v této kapitole naznačuje, že vnímání užívání drog jako deviantního, socio-patologického jevu bylo hlavním prvkem, o který se opíraly konkrétní formy represivních politik, jež se rozvinuly ve většině zemí střední a východní Evropy. Tyto politiky měly zpětně vážné důsledky, pokud jde o udržování neznalosti, posílení stigmatizace a budování nedůvěry k oficiálním léčebným institucím. Když se vynořily nové vzorce užívání drog a legitimita širších politických a sociálních struktur byla vystavena rostoucím pochybnostem, stalo se ještě zjevnějším, že existující politiky jsou jako základ drogových opatření nevhodné; zděděné společenské představy o užívání drog v populaci jako celku, stejně jako mezi politiky a odborníky, však představovaly vážnou překážku změny.

V průběhu 90. let se začaly některé prvky této vzájemně propojené konstrukce politik, představ a aktuální drogové situace měnit, v některých zemích více než v jiných, a drogové politiky a vnímání drog se začaly rovněž proměňovat. Některé možné důvody toho byly zmíněny dříve, jako například větší sociální a ekonomické změny, větší vystavení alternativním pohledům na drogy a drogovou politiku či lepší informace o užívání drog a jeho důsledcích. V mnoha zemích jsou však převažujícími charakteristikami společenských postojů a očekávání vůči drogám a uživatelům drog nejistota a ambivalence, a to jak mezi veřejností, tak odborníky. To ztěžuje rozvíjení a implementaci koherentních a účinných strategií, které by se těšily společenské, politické a odborné podpoře. Hlavním úkolem je tedy vytvořit široký konsensus, který by měl společenskou a stejně tak i politickou a odbornou podporu pro dlouhodobé politiky a strategie založené na faktech a zkušenostech s tím, co by mohlo velmi pravděpodobně být účinné.

Snižování poptávky po drogách
Hlavní úkoly opatření ke snižování poptávky byly identifikovány dříve a lze je shrnout následovně:

Prevence a časná intervence

Zakládat iniciativy, dávat přednost místním, široce pojatým a komunitně založeným iniciativám přizpůsobeným místním podmínkám spíše než spoléhat výhradně na celostátní školní programy či mediální kampaně. Zejména:

- identifikovat zranitelné skupiny a specifické situace spojené s rizikovějšími vzorci užívání drog (a alkoholu) a vyvinout cílenější, kontextualizovanější opatření;
- investovat do zvyšování kompetence, zvláště do zvyšování povědomí a školení učitelů, pracovníků s mládeží, sociálních pracovníků, praktických lékařů, psychiatrů, úředníků místních orgánů, zdravotníků a policie.

Léčba

Rozvíjet komplexnější léčebné systémy založené na dlouhodobém strategickém plánování, které nabízejí řadu služeb k uspokojení významné úrovně poptávky, jež v příštích deseti letech vznikne. Zejména:

- rozvinout komplexní rozsah možností léčby a posílit úlohu občanské společnosti a nestátních organizací;
- podstatně rozšířit poskytování léčby, včetně substitučních programů, kde je to vhodné;
- rozvinout léčebná opatření v kontextu širších akcí vůči vyloučení ze společnosti (sociální exkluzi) a v kontextu zlepšování dostupnosti služeb.

Harm reduction

Rozvinout komplexní strategii a zajistit si politickou vůli a zdroje k její implementaci v rozsahu dostačujícím pro to, aby bylo možno čelit vážné a zhoršující se úrovni zdravotních a sociálních škod spojených s problémovým užíváním drog, zvláště jeho injekční formou. Zejména:

- rozptýlit obavy z harm reduction poskytováním informací, zvyšováním povědomí a informovanou diskusí mezi tvůrci politik, odborníky a veřejností;
- rozšířit podstatně řadu a rozsah působení vhodných intervencí harm reduction za účelem prevence šíření HIV a VHC a minimalizace úmrtí spojených s drogami;
- zlepšit dostupnost služeb pro vysoce rizikové skupiny obyvatel, včetně menšin a vězňů, a dávat vysokou prioritu opatřením čelícím stigmatizaci a vyloučení ze společnosti.

Odhady místních potřeb a monitorování místních opatření

Místní diverzita je společné téma procházející napříč všemi oblastmi snižování poptávky po drogách. To znamená, že národní průzkumy a indikátory by měly být na regionální a komunální úrovni doplněny odhady místních potřeb, aby se určily priority pro akci, a monitorováním místních trendů a intervencí pro udržení přehledu o místní situaci a zlepšení zápasu mezi protidrogovými opatřeními a problémovým vývojem užívání drog. Nemusí to být drahé výzkumné programy velkého rozsahu, ale mohou být založeny na inteligentním využití existujících indikátorů a údajů z místních agentur. Šíření informací a rychlá zpětná vazba na místní úřady a odborníky jsou základní podmínkou, pokud má být místní monitoring prospěšný při řízení politik.

Témata drogové politiky

Prosazování práva a zákazy
I když zde nejsou nabídka a dostupnost drog a kriminalita spojená s drogami detailně zpracovány, výše bylo naznačeno, že země střední a východní Evropy jsou nyní nedílnou součástí širších evropských trhů, jak co se týče mezinárodního obchodu, tak domácí nabídky a poptávky. Hlavním úkolem je akceptovat, že úloha prosazování práva by nyní již neměla být nahlížena jako relativně samostatný úkol přerušení obchodu s drogami přes region, ale spíše jako součást globálního přístupu založeného na implicitním předpokladu, že aktivity směřující ke snižování nabídky velmi pravděpodobně nemohou být samy o sobě účinné, pokud nejsou spojeny s investicí do snižování poptávky.

Vyvážený a komplexní přístup

Pojem vyváženého přístupu k drogové politice se během posledních 10 až 15 let stal určujícím pojmem a začíná být nyní šíře přijímán ve střední a východní Evropě, s tím, že se větší pozornost věnuje snižování poptávky (viz kapitola 4). Současným úkolem je zvýšit přijetí tohoto přístupu a rozšířit veřejnězdravotní přístup v oblasti předávání informací, prevence, časné intervence, harm reduction a léčby.

Pojem vyváženosti implikuje takový přístup, který je komplexní, pokud jde o pokrytí všech významných aktérů a zúčastněných stran. To posouvá do popředí dva specifické úkoly:

- Jak koordinovat politiky a opatření v různých oblastech (zdraví, vzdělání, justice, mezinárodní vztahy, výzkum atd.). Kapitola 4 popisuje pokrok, který byl v tomto ohledu učiněn.

- Jak zapojit nejen vládní úřady, ale také širší veřejnost (občanskou společnost, média, nestátní organizace, místní úřady atd.). I když toto je úkolem všude, v nedávném historickém kontextu střední a východní Evropy to je zvláště důležité.

Proporcionální a nákladově efektivní politiky

Z dříve uvedené analýzy by mělo být zřejmé, že vzorce užívání drog a jejich důsledky ovlivňuje mnoho faktorů a že existují významné rozdíly, pokud jde o výsledné náklady pro jednotlivce a společnost. Vyvážený a komplexní přístup k problému drog neznamená, že by měla být všem aspektům přikládána stejná váha a že by na ně měly být vynakládány stejné prostředky. Spíše, protože prostředky jsou nezbytně omezené, by přijímané politiky měly být proporcionální, tj. důležitost jim přikládaná by měla být korelována s jejich vnímanou prioritou, a měly by být efektivní vzhledem k vynaloženým nákladům, pokud jde o zacílení intervencí, které by měly co nejlépe zhodnotit vynaložené peníze. Zásadním úkolem tedy je vyvinout politiky, které:

- jsou založeny na analýze rozdílné zranitelnosti, rizik a následků;
- specifikují priority, cíle, cílové skupiny obyvatel a prostředí;
- navrhují intervence založené na důkazech účinnosti a nákladů.

Informace, monitoring, evaluace a výzkum

Spolehlivé a relevantní informace jsou základem pro podepření politik, které mají za cíl být proporcionální a efektivní vzhledem k vynaloženým nákladům. Na evropské úrovni je to důvod pro existenci EMCDDA a jeho sítě národních monitorovacích středisek. Národní monitorovací střediska spolu s dalšími centry na regionální a místní úrovni mohou však také hrát klíčovou roli při shromažďování a syntéze informací pro formování vývoje národních politik. Je proto podstatné, aby národní monitorovací střediska ve střední a východní Evropě získala adekvátní a dlouhodobou podporu. Mezi klíčové patří následující teze:

- Zlepšené shromažďování a analýza dat jsou nezbytným prvním krokem při určování rozsahu a charakteristik fenoménu drog a při popisování současných opatření a odhadování jejich dostatečnosti a vhodnosti.
- Odhad situace nestačí. Nutný je monitoring k určení toho, jak se drogová situace a opatření mění, a zhodnocení, aby bylo možné porozumět tomu, co je účinné.
- Interpretace je klíčem k porozumění tomu, co se odehrává a proč, a k předvídání trendů a určování toho, co je potřeba.

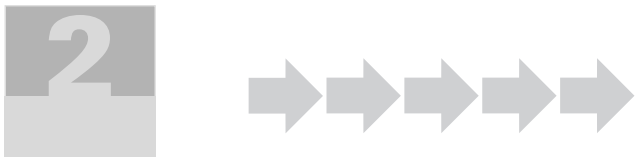
Z odhadu drogové situace a monitorování trendů a opatření na národní nebo subnárodní úrovni vyplývá implementace klíčových indikátorů a pravidelný sběr dalších základních dat, stejně jako diskuse s hlavními odborníky k interpretaci toho, co z těchto údajů plyne pro národní a místní politiky a strategie. To také znamená, že je potřeba věnovat pozornost standardům a zárukám kvality. To opět předpokládá, že bude věnována (skromná) část národních a místních rozpočtů na sběr dat a analýzu.

Identifikace vysvětlujících faktorů a příčinných mechanismů, stejně jako vědecké vyhodnocení intervencí, často vyžaduje zásadnější výzkum, kvalitativní stejně jako kvantitativní, který lze nejlépe provést s využitím specializovaných center s nahromaděnou odbornou způsobilostí na tomto poli. To vyžaduje zvláštní rozpočet určený na rozvoj výzkumných programů na národní, a, kde je to relevantní, regionální úrovni.

Širší sociální a etické problémy

Užívání drog a problémy spojené s drogami jsou úzce propojeny s řadou širších sociálních problémů napříč různými oblastmi a staví před tvůrce politik úkoly daleko přesahující oblast drog. Přehled vývoje fenoménu drog podaný v této kapitole zdůraznil ústřední roli řady sociálních a ekonomických faktorů. Z toho plyne, že drogové politiky musí být spojeny s politikami zaměřenými na širší témata, které užívání drog a s ním spojená rizika ovlivňují. Ty by mohly zahrnovat regionální a místní ekonomické politiky, zaměstnanost mládeže a školicí programy, programy bytové a komunitní obnovy, programy veřejné bezpečnosti a prevence kriminality, strategie vůči organizovanému zločinu či politiky rovných příležitostí a začlenění do společnosti.

Posledním a možná nejzávažnějším úkolem je vybudovat drogové politiky založené na respektování lidských práv a všeho, co z toho vyplývá, pokud jde o prosazování rovného přístupu k službám, respektování lékařské etiky, jako je například pacientovo soukromí a důvěrnost, omezování stigmatizace, a dále podporu začlenění do společnosti a demokratickou spoluúčast.



Kapitola 2

UŽÍVÁNÍ DROG A ALKOHOLU MEZI MLÁDEŽÍ

Tato kapitola podrobně zkoumá dosavadní známé skutečnosti o užívání drog a alkoholu mezi mládeží a jejich trendy, a doplňuje tak podobně zaměřenou kapitolu v doprovodné zprávě o stavu drogové problematiky v Evropské unii a Norsku.

HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

Zjištění, která jsme shrnuli v této kapitole, představují pouze část známých skutečností o užívání nelegálních drog a alkoholu mezi mládeží v zemích SVE. Je třeba zdůraznit, že získané informace pocházejí většinou od studentů středních škol. To znamená, že v zemích SVE průzkum ukazatelů užívání alkoholu a nelegálních drog nebyl prováděn právě u nejvíce zranitelných skupin mládeže: u těch mladých lidí, kteří školu nenavštěvují a/nebo u představitelů marginalizovaných skupin.Tento fakt lze považovat za největší slabinu předložených údajů.

Nejčastěji hlášeným ukazatelem (jenž ovšem zdaleka není nejvíce informativní, ať už z veřejně zdravotního hlediska, či z hlediska rizika pro společnost) byla celoživotní prevalence ([4]) užívání jak legálních ([5]) tak nelegálních drog. Ze dvou studií ESPAD, jejichž výsledky jsou zatím známé, (Hibbell et al., 1997; 2000), vyplývá, že celoživotní prevalence užívání alkoholu či „jakékoli nelegální drogy" se v zemích SVE v letech 1995 a 1999 rapidně zvýšila. Tato zjištění potvrzují četné celostátní i lokální studie, které byly podle zpráv národních monitorovacích středisek provedeny téměř ve všech zemích SVE.

Většina mladých lidí ze zemí SVE ve věku 16 let ještě nikdy nelegální drogy neužila, a ti, kteří drogy vyzkoušeli, mají většinou zkušenost pouze s konopím. Průměrná celoživotní prevalence užívání nelegálních drog mezi mládeží ve věku 16 let v zemích SVE je 19 % , přičemž se pohybuje mezi 12 % v Rumunsku a 35 % v České republice. Průměrná celoživotní prevalence užívání konopí mezi mládeží ve věku 16 let v zemích SVE je 16 % s tím, že se pohybuje mezi 1 % zkoumané populace v Rumunsku (i když 8 % mělo nejméně jednu zkušenost s kouřením heroinu) a 34 % v České republice. Naproti tomu téměř ve všech zemích SVE mělo více než 90 % mládeže ve věku 16 let nejméně jednu zkušenost s alkoholem a téměř dvě třetiny dotazovaných připouštějí, že se alespoň jednou v životě opili.

Pokud jde o postoj mládeže ve věku 16 let k užívání drog v roce 1999, ve všech zemích SVE bylo procento mladých lidí, kteří odsuzovali opilost jednou za týden, velmi podobné počtu mladých lidí odsuzujících experimentování s konopím, i když míra nesouhlasu se v jednotlivých zemích lišila. Zjištění, která se objevila již ve studii ESPAD z roku 1995, jsou ještě patrnější z údajů z roku 1999 (viz obrázek 4). Daná situace vypovídá o tom, že mládež stále více považuje experimentování s konopím (nebo opíjení se) za normální.

V roce 1999 nesouhlasilo s „opíjením se" větší nebo stejné množství mládeže než s „experimentováním s konopím" v České republice, Lotyšsku, Slovensku a Slovinsku. Nesouhlas s experimentováním s konopím byl výrazně větší než nesouhlas s užíváním alkoholu v Bulharsku, Maďarsku, Rumunsku a Litvě. V Estonsku byl rozdíl mezi těmito dvěma hodnoceními ze statistického hlediska nevýznamný. Míra nesouhlasu se v obou případech snížila ve všech zemích, u nichž byly k dispozici údaje jak z roku 1995, tak z roku 1999, přičemž výrazně se snížila míra nesouhlasu s experimentováním s konopím. Vzhledem k tomu, že požívání alkoholu je v kultuře zemí SVE hluboce zakořeněno, lze se domnívat, že experimentální a rekreační užívaní konopí se mezi mládeží v těchto zemí v budoucnu ještě více rozšíří.

Každopádně, alespoň co se týče postojů, mezi mládeží v zemích SVE naprosto jasně převládá rostoucí tendence souhlasit s experimentováním s konopím. Tato tendence je srovnatelná s vývojem ve stávajících členských zemích EU před několika málo lety.

Ve dvou zemích je míra nesouhlasu s užíváním psychotropních látek a především konopí znatelně nižší než jinde. V České republice a Slovinsku tvoří šestnáctiletí, kteří nesouhlasí s experimentováním s konopím či opíjením se jednou týdně, pouhých 50 % dotázané populace (viz obrázek 4B). Tato zjištění potvrdily i jiné studie, jak celonárodní, tak lokální, jejichž

([4]) Celoživotní prevalence je kumulativní indikátor celkového počtu lidí, kteří někdy v životě vyzkoušeli drogy, včetně případů v dávné minulosti. Z definice vyplývá, že toto užití nelze zvrátit (EMCDDA and Hartnoll, 2002e)

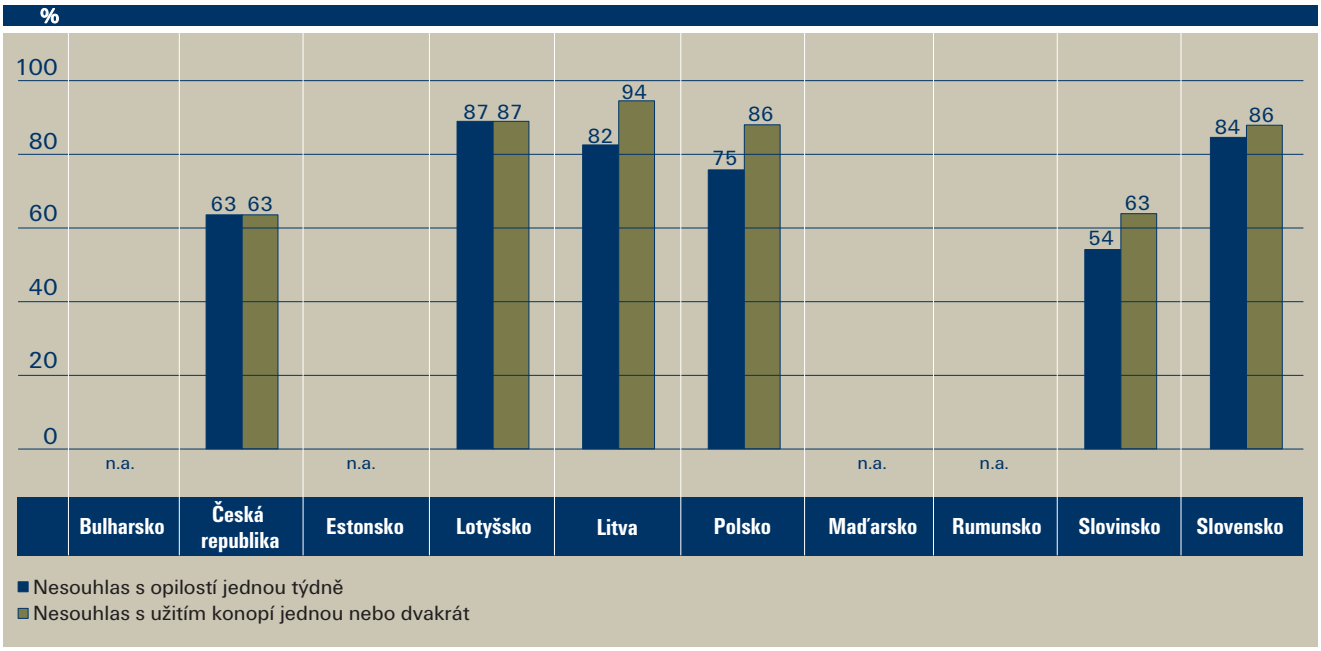
([5]) Tabák a alkohol; v této kapitole budeme pojednávat pouze o alkoholu.

výsledky jdou ruku v ruce se skutečností, že celoživotní prevalence užívání konopí je v těchto dvou zemích nejvyšší. Také celoživotní prevalence užívání jakéhokoli alkoholu je v České republice (98 %) a Slovinsku (91 %) vyšší než průměr v zemích SVE, přičemž Česká republika vykazuje vůbec nejvyšší úroveň ze všech zemí SVE. Česká republika je tedy jednou ze tří evropských zemí, které mají podle studie ESPAD nejvyšší celoživotní prevalenci užívání alkoholu (spolu s Dánskem a Řeckem), zatímco slovinské údaje pouze mírně převyšují průměrnou hodnotu, tj. 89 %.

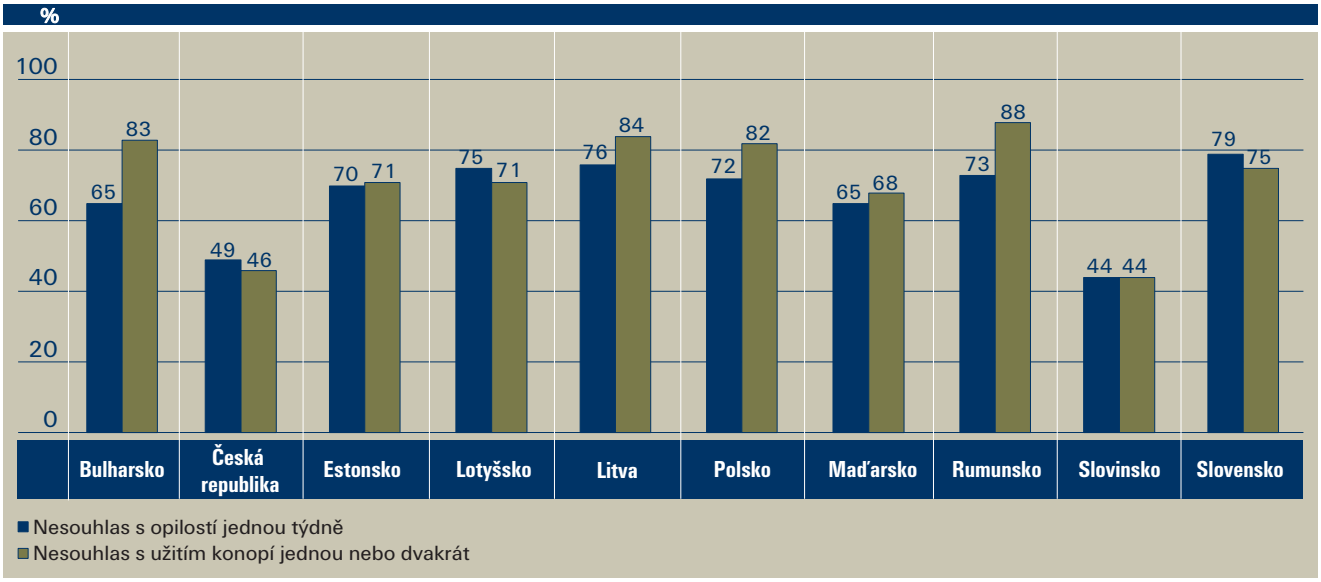
Ve všech zemích SVE funguje značné množství různých iniciativ zabývajících se primární prevencí, včetně sportovních a hudebních zařízení, masmediálních kampaní, šíření vzdělávacích materiálů, školních preventivních programů a programů komunitního typu. Vzhledem k současné rostoucí celoživotní prevalenci užívání psychotropních látek mezi mládeží a odpovídajícímu poklesu záporného postoje k jejich užívání, jak je uvedeno výše, lze však účinnost prostředků primární prevence zpochybnit. Ve skutečnosti se toho o kvalitě a účinnosti preventivních programů v zemích SVE

Obrázek 4: Nesouhlas s opilostí jednou týdně a užíváním konopí mezi šestnáctiletými

Obrázek 4A: 1995



Obrázek 4B: 1999



Zdroj: Školní průzkum ESPAD (1995 a 1999)

ví velmi málo. Navíc zde panuje značná nejednotnost v terminologii: neexistuje všeobecná shoda názorů, zda se pojem „(primární) protidrogová prevence“ vztahuje pouze na aktivity specificky zaměřené na užívání drog, anebo zahrnuje také aktivity, které propagují „zdravý životní styl“ všeobecně, jinými slovy, aktivity nabízející jinou možnost, než je užívání drog.

Primární prevence je v zemích SVE, pokud jde o drogy, naprosto nejrozšířenějším prostředkem (viz např. Kenis et al., 2001), hodnocení iniciativ zabývajících se primární prevencí jsou však omezena na výčet aktivit, osob/dětí zapojených do těchto aktivit a v některých případech vyčíslení nákladů dané iniciativy. Tento fakt nejen dále volá po podpoře evaluace, ale též poukazuje na příležitost, která se nabízí se zemím SVE, tedy použít výsledků, kterých v této oblasti za posledních deset let dosáhly členské země Evropské unie.

KOMPARATIVNÍ ANALÝZA DOSTUPNÝCH ÚDAJŮ

Prevalence, trendy a vzorce užívání

Podle studií ESPAD se v letech 1995 až 1999 celoživotní prevalence užívání alkoholu a nelegálních drog zvýšila ve všech zemích SVE. Zatímco zvýšení celoživotní prevalence užívání alkoholu bylo relativně malé (mělo by však být bráno v úvahu, že úroveň byla ve všech zemích SVE vysoká již v roce 1995 – okolo 90 %), celoživotní prevalence užívání drog se výrazně zvýšila ve všech zemích SVE bez výjimky. Ze zemí, u nichž byly k dispozici údaje z obou studií ESPAD, tj. jak údaje studie z roku 1995, tak údaje z roku 1999, zaznamenala největší nárůst Litva (osminásobný – ze 2 % na 16 %), Lotyšsko (čtyřnásobný – z 5 % na 21 %) a Maďarsko (trojnásobný – ze 4 % na 13 %).

Z hlediska veřejného zdraví je ještě důležitější nárůst rizikových vzorců užívání jak alkoholu, tak nelegálních drog.

Alkohol

Podle zprávy Světové zdravotnické organizace WHO (1999) „[...] mají země evropského regionu kromě nejvýchodněji položených oblastí regionu (tj. islámem ovlivněných republik bývalého Sovětského svazu) nejvyšší úroveň prevalence spotřeby alkoholu u dospělých na celém světě“. Některé souhrnné hodnoty zaznamenané i nezaznamenané ([6]) konzumace alkoholu jsou skutečně pozoruhodné (viz tabulka 1).

Tabulka 1. Spotřeba alkoholu na osobu v zemích SVE (v litrech čistého alkoholu za rok)

Země	Zaznamenaná spotřeba	Odhadovaná nezaznamenaná spotřeba (pokud k dispozici)
Bulharsko	6,8	není k dispozici
Česká republika	10,2	není k dispozici
Estonsko	2,4	6,0
Litva	12,0	6,5
Lotyšsko	7,1	14,2
Maďarsko	9,4	10,1
Polsko	6,2	1,5
Rumunsko	9,5	není k dispozici
Slovensko	8,3	není k dispozici
Slovinsko	11,7	7,5

Zdroj: Databáze „World drink trends 1999“ a „Health for all“, Regionální zastoupení Světové zdravotnické organizace (WHO) v Evropě , Rehn et al., 2001.

Alkohol je v zemích SVE tradičně chápán jako součást společenského života dospělých osob. Je tedy pochopitelné, že mládež svým chování tento přístup odráží.

Podle Csémyho et al. (2000) je průměrná spotřeba silných konzumentů alkoholu ([7]) ve věku 16 let v České republice 9,8 litru čistého alkoholu (etanol) za rok – což je úroveň blížící se průměrné roční spotřebě na jednoho obyvatele (10,2 litru).

Studie ESPAD se zabývají také ukazatelem, který odráží schopnost nezletilé mládeže obstarat si velké množství alkoholu, „opilost do 13 let věku“. Tento ukazatel dosáhl v roce 1999 nejvyšší hodnoty v Rumunsku (22 %), za nímž následovalo Estonsko a Slovinsko. Je všeobecně známo, že požívání alkoholu v raném věku poukazuje na pravděpodobnost užívání této látky v budoucnosti, vede k neúspěchům ve škole a delikventnímu chování (viz např. Ellickson et al., 2003).

Počet mladých lidí ve věku 16 let, které lze charakterizovat jako „zkušené konzumenty“ (tj. kteří během života konzumovali alkohol čtyřicetkrát nebo vícekrát) se ve všech zemích kromě Maďarska výrazně zvýšil. Největší relativní nárůst zaznamenala Litva ([8]), Estonsko ([9])

([6]) Hodnoty nezaznamenané konzumace alkoholu (tj. konzumace nelegálních a/nebo doma vyrobených alkoholických nápojů) jsou zahrnuty pouze, pokud byly k dispozici.

([7]) U mládeže ve věku 16 let Csemy definuje "silného konzumenta alkoholu" jako osobu, která pije alkoholické nápoje obsahující celkem nejméně 100 ml čistého alkoholu (etanol) třikrát nebo vícekrát do měsíce.

([8]) Z 12 % v roce 1995 na 23 % v roce 1999

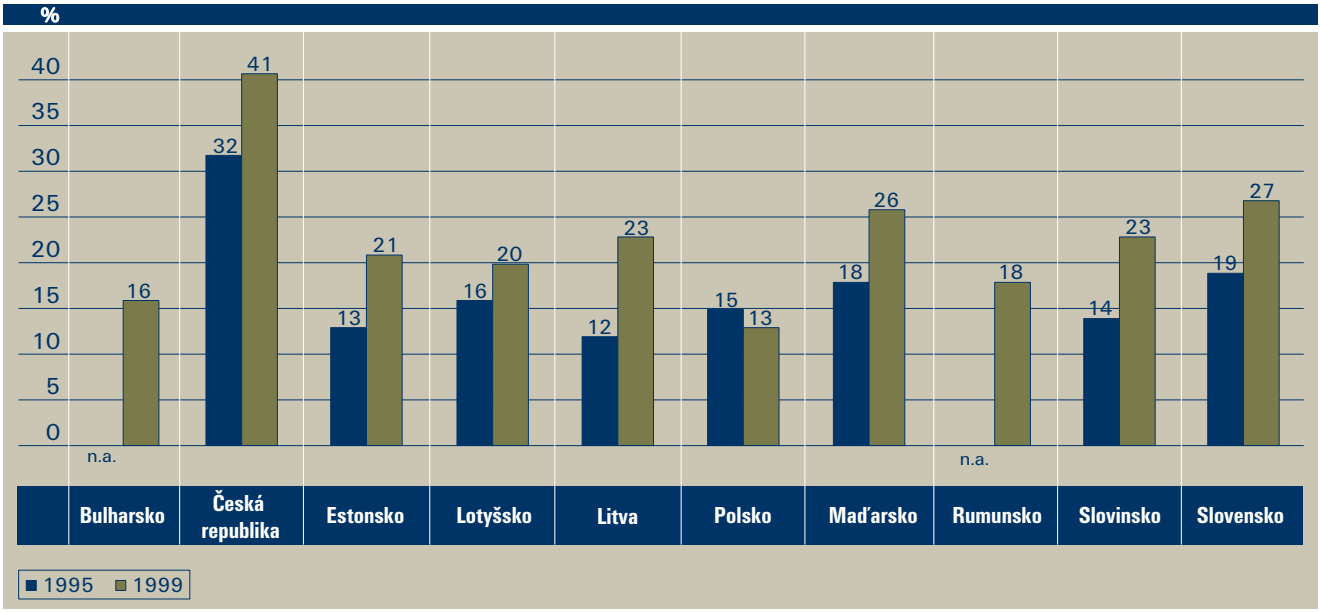
([9]) Z 13 % v roce 1995 na 21 % v roce 1999

a Slovinsko ([10]), zatímco největší procento „zkušených konzumentů" bylo zjištěno v České republice ([11]) (viz obrázek 5).

Novým trendem, který je z hlediska veřejného zdraví ještě nebezpečnější, je zřetelný nárůst vysoce rizikových vzorců užívání alkoholu, takzvané nadměrné pití *(binge drinking)* (viz dále v textu). Pro určitou skupinu mládeže („silné konzumenty") již konzumace alkoholu nepředstavuje pouze společenskou aktivitu, ale alkohol mají v oblibě též díky relaxačním účinkům, tj. používá se k zapomenutí na starosti, k uklidnění. Tato tendence se projevuje také ve Velké Británii a jinde (viz např. Egginton et al., 2002). Jinými slovy, alkohol je u mladých lidí oblíbený díky svým psychotropním účinkům ovlivňujícím mysl.

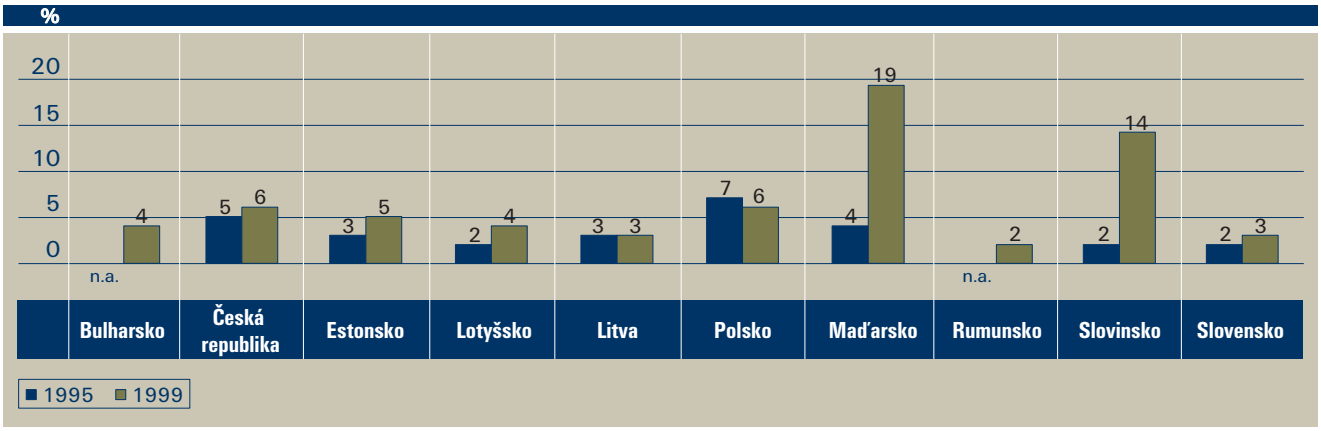
Nejrizikovějším vzorcem užívání alkoholu je častá konzumace velkého množství. Tento vzorec nepředstavuje riziko pouze z lékařského hlediska, ale také vzhledem k riziku násilí souvisejícímu s touto aktivitou. Alkohol má mnohem více než jiné drogy na svědomí násilné činy (Secretary of Health and Human Services, 2000). V zemích SVE byl největší nárůst ukazatele „konzumace pěti či více alkoholických nápojů šestkrát nebo vícekrát během posledních třiceti dní"

Obrázek 5: Procento šestnáctiletých, kteří konzumovali alkohol 40krát nebo vícekrát za život



Zdroj: Školní průzkum ESPAD (1995 a 1999)

Obrázek 6: Procento šestnáctiletých, kteří za posledních 30 dní konzumovali pět či více sklenic alkoholu při šesti nebo více příležitostech



Zdroj: Školní průzkum ESPAD (1995 a 1999)

([10]) Z 14 % v roce 1995 na 23 % v roce 1999

([11]) Z 32 % v roce 1995 na 41 % v roce 1999

zaznamenán v Polsku (ze 4 % v roce 1995 na 19 % v roce 1999) (viz obrázek 6). Jedná se o velmi významný ukazatel vysoce rizikového nadměrného pití. Největší hodnota tohoto ukazatele byla v roce 1999 také zaznamenána v Polsku, po němž následovalo Slovinsko (14 %), kde byl též zaznamenán prudký nárůst.

Nelegální drogy

Přehled

V zemích SVE jsou průzkumy zabývající se nelegálními drogami běžnější než průzkumy zaměřené na alkohol ([12]) (či studie zaměřené zároveň na legální i nelegální drogy). Velký počet těchto studií však při řešení dané problematiky nesplňuje normy týkající se postupů při výběru vzorků či uplatnění příslušných metod. Je třeba vyvinout další snahu k zavedení evropských standardů a dosažení srovnatelnosti na národní i mezinárodní úrovni.

Zvýšení celoživotní prevalence užívání (jakékoli nelegální drogy), které vyplynulo ze studií ESPAD, již bylo podrobně popsáno a analyzováno ve dvou předchozích zprávách EMCDDA zabývajících se problematikou drog v zemích SVE (EMCDDA, 2001; 2002a). Nové studie, které jsou k dispozici buď na národní nebo na regionální úrovni potvrzují, že stoupající tendence celoživotní prevalence užívání konopí od roku 1999 stále trvá. V některých zemích, jako např. v Bulharsku a České republice (viz Mravčík and Zábranský, 2001), došlo navíc k poklesu užívání „tvrdých drog". tj. opiátů/heroinu, amfetaminů a kokainu, a někdy i k poklesu užívání rozpouštědel.

Ze studie zabývající se užíváním drog mezi mládeží ve věku 15 až 16 let, která byla provedena v bulharském hlavním městě Sofii v roce 2001, vyplynulo, že celoživotní prevalence užití jakékoli nelegální drogy je u této skupiny 27,2 % (v porovnání se 14 % zjištěnými studií ESPAD v roce 1999). Nejčastěji užívanou drogou bylo opět konopí (26,9 % připustilo, že konopí vyzkoušeli, v porovnání s 11 % z této věkové skupiny v Bulharsku celkem v roce 1999). Celoživotní prevalence užívání extáze byla navíc výrazně vyšší než v Bulharsku celkem v roce 1999–4 % v porovnání s 1 %. Nebylo nicméně zaznamenáno zvýšení celoživotní prevalence užívání drog spadajících do vysoce rizikových vzorců užívání; užívání kokainu zůstalo na hodnotě 2 % a v porovnání s výsledky celonárodní studie ESPAD z roku 1999 byl zjištěn pokles v celoživotní prevalenci užívání heroinu u dětí školního věku v Sofii.

V Litvě byla provedena nová studie vycházející z ESPAD v odborných učilištích (školy, kde se děti vyučí konkrétní profesi) v hlavním městě Vilniusu v roce 2001. Výsledky studie prokázaly, že v porovnání s celonárodními výsledky z roku 1999 došlo k výraznému nárůstu (viz tabulka 2).

Užívání drog, tanec a mládež

V zemích SVE se stále více dostává do popředí závažnost rekreačního užívání drog. Danému tématu byla věnována celá kapitola v loňské zprávě o drogové situaci v zemích SVE (EMCDDA, 2002a) ([13]). Z nových informací, které jsou k dispozici, vyplývá, že rekreační a experimentální užívání „tanečních drog", a to především extáze, mezi mladými lidmi nadále roste, především u mládeže, která navštěvuje taneční akce (parties). Průzkum provedený v roce 1999 navíc ukazuje, že popularita konopí neklesá. Je na studii ESPAD z roku 2003, aby tuto tendenci potvrdila, či vyvrátila.

Nejvyšší celoživotní prevalence ([14]) užívání extáze mezi mládeží ve věku 16 let v zemích SVE byla zaznamenána v Lotyšsku (6 %), po něm následuje Litva, Česká republika a Slovinsko (ve všech případech 4 %), přičemž užívání extáze mezi mládeží navštěvující taneční akce se v zemích SVE příliš neliší od situace jinde v EU. Podobné výsledky přinesla studie provedená v Praze a dalších šesti hlavních městech v EU v letech 1999–2000 (Tossmann et al., 2001) i množství dalších současných studií zabývajících se rekreačním užíváním drog, které byly provedeny v různých prostředích a využívaly jak kvantitativní, tak kvalitativní metody (viz např. Kubů et al., 2000; Demetrovics, 2001; Allaste and Lagerspetz, 2002).

V Maďarsku byly u všech věkových skupin porovnány údaje získané na základě dvou studií, přičemž celoživotní prevalence byla vyšší (o 1,5–2násobek) u populace dotazované v zábavních zařízeních v Budapešti (Demetrovics, 2001) než u dotazovaných na středních školách (ESPAD 1999). Pokud však byli z této analýzy vyřazeni mladí lidé narození v letech 1981 až 1984, celoživotní prevalence u mládeže navštěvující taneční akce byla 76,3 %, což je třikrát více než u celkové populace (25,3 %).

([12]) Výjimku představují studie, které koordinuje WHO „Health behaviour in school-aged children" (viz např. Setteriobulte et al., 2001).

([13]) O dané problematice pojednává též periodikum EMCDDA Drugs in focus 6 (EMCDDA, 2002f). – Pozn. české redakce – český překlad vydán v Zaostřeno na drogy č. 5/2003

([14]) Užita alespoň jednou za život.

Tabulka 2. Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog v Litvě, 1999, a Vilniusu, 2001 (%)

Omamná/psychotropní látka	Odborná učiliště Vilnius			ESPAD 1999		
	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky
Jakákoli	44,1	48,6	38,2	15,5	21,0	9,6
Marihuana/hašiš	32,2	41,5	20,1	11,9	17,4	6,1
Amfetaminy	11,5	13,9	8,3	1,5	1,9	1,0
LSD	6,1	8,4	3,2	1,4	2,9	0,7
Extáze	4,5	5,5	3,2	4,4	6,4	2,3
Kokain	3,0	4,0	1,7	1,1	1,3	0,8
Crack	0,6	1,1	–	0,3	0,5	0,1
Heroin – kouření	10,6	13,2	6,6	4,1	4,9	3,3
Heroin – jinak	2,9	3,8	1,7	0,7	1,0	0,3
Injekčně	2,5	3,5	1,1	0,5	0,6	0,4
Alkohol s prášky	9,4	10,4	8,0	6,5	7,2	5,6
Alkohol s marihuanou	12,9	16,3	8,3	4,6	7,2	1,8
Halucinogenní houby	0,7	1,3	–	0,3	0,5	0,1
Anabolické steroidy	3,2	5,1	0,9	0,8	1,4	0,2

Zdroj: Litevská výroční zpráva za r. 2002 a školní průzkum ESPAD. Obě studie použily metodologii ESPAD.

V roce 2001 provedla WHO studii zabývající se užíváním extáze v Estonsku, především u studentů a dětí školního věku žijících s rodiči ([15]). Podle předběžných výsledků studie začínají mladí lidé užívat extázi ve velmi mladém věku a zejména o víkendech. Během tříměsíčního období před počátkem studie přibližně jedna šestina ze zkoumaného vzorku užívala extázi jednou týdně a přibližně jedna třetina ji užívala dvakrát nebo třikrát měsíčně. Výsledky studie také odhalily, že mladí lidé, kteří užívají extázi, užívají většinou i jiné drogy, a to v kombinaci některých z následujících látek: alkohol, konopí, amfetamin, gama-hydroxybutyrate (GHB), kokain a ketamin (Talu a Hammer-Pratka, 2002).

ZDRAVOTNÍ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY

Alkohol

Odborníci ze zemí SVE se všeobecně shodují na tom, že po pádu komunistických režimů a následném odstranění tabu spojeného s veřejnými diskusemi na téma užívání drog, se objevily nové nelegální drogy, jež odvedly pozornost veřejnosti (a do jisté míry i vědeckých pracovníků) od problematiky alkoholu. Tento vývoj doprovázela zvýšená tendence podceňovat spojitost mezi užíváním drog a alkoholu.

Ve zprávách, které jednotlivé země SVE připravují pro EMCDDA, nebyl popsán žádný současný výzkum zaměřený na škodlivé účinky konzumace alkoholu u mladých lidí.

Pokud jde o úmrtnost spojenou s alkoholem u mladých lidí ve věku 12–18 let, v zemích SVE byla zaznamenána pouze dvě úmrtí zapříčiněná předávkováním alkoholem, obě z nich v Estonsku. Z dostupných údajů je však zřejmé, že v souvislosti s užitím alkoholu došlo k většímu počtu úmrtí – ve většině případů připisovaných konzumaci léků obsahujících psychoaktivní látky (jako např. benzodiazepiny). Obecně lze říci, že v zemích SVE údaje týkající se úmrtí spojených s alkoholem téměř neexistují.

V současné době se začíná věnovat pozornost tomu, zda existuje nějaká souvislost mezi raným zahájením (zne)užívání alkoholu a zneužíváním konopí a jiných, ještě škodlivějších drog. Csémy and Nešpor (2002a,b) provedli analýzu údajů ESPAD a určitou spojitost mezi (zne)užíváním legálních drog a nelegálních látek objevili, což vedlo k otevření diskuse o principech primární prevence a o významu právního statutu jednotlivých látek pro prevenci (viz též Miovský 2003). Studie provedená na Slovensku a zaměřená na analýzu údajů ESPAD v zemi (Nociar and Miller, 2002) odhalila, že studenti, u nichž se rychle vyvine tolerance alkoholu, jsou více náchylní k užívání nelegálních drog. Zjištěné údaje byly platné i po uvážení míry konzumace alkoholu.

Nelegální drogy

Problémové užívání drog

Ze školních průzkumů se o vysoce rizikových vzorcích užívání drog lze obvykle dozvědět jen velmi málo, neboť v daném prostředí není toto chování běžně rozšířeno, tj. je pod hranicí možnosti učinit na základě průzkumů statistické závěry. Jediným ukazatelem, který by mohl

([15]) Studii „Extasy and young people" vedl John Marsden v rámci celosvětového výzkumného programu WHO zaměřeného na amfetaminová stimulancia (ATS) a užívání extáze mezi mladými lidmi ve věku 16–25 let. Celkem bylo použito 100 vzorků.

sloužit k ilustraci vysoce rizikových modelů užívání drog je „jakákoli droga podaná injekčně". V obou průzkumech ESPAD z let 1995 a 1999 se ve všech zemích SVE hodnoty tohoto ukazatele pohybovaly mezi 0 a 1 %, přičemž během čtyř let mezi oběma zprávami došlo jen k nepatrným změnám.

Zneužívání rozpouštědel

O charakteru a rozsahu zneužívání rozpouštědel mezi mládeží v zemích SVE či o výsledných škodlivých účincích je toho v současné době známo velmi málo. Jedním z důvodů je, že rozpouštědla mají statut legálních látek, dalším je fakt, že rozpouštědla zneužívají velmi mladí lidé a/nebo lidé z okrajových skupin, kteří nebývají do rutinních monitoringů či průzkumů zahrnuti. Zneužívání rozpouštědel je zcela zřejmě oblastí, kde je třeba více informací, především z toho důvodu, že tam, kde údaje o případech smrtelného předávkování k dispozici jsou (jako např. v České republice), se právě rozpouštědla řadí mezi nejčastější příčiny úmrtí.

Extáze a stimulancia amfetaminového typu

Estonský výzkum zaměřený na rekreační užívání drog (Talu a Hammer-Pratka, 2002) došel k závažnému zjištění, a to že polovina respondentů ve skupině dotázaných splňovala kriteria závislosti. Tato skupina měla navíc velmi omezený přístup k informacím, poradenství či léčbě. Z výsledků studie je též zřejmé, že tito mladí lidé byli vystaveni riziku zdravotního poškození ve spojitosti s užíváním (různých) drog. Z vysokého stupně závislosti (stanoveného podle kritérií DSM-IV) je patrné, že pro uživatele syntetických drog je potřeba zřídit systém služeb.

V roce 2001 bylo v České republice vykázáno jedno úmrtí v souvislosti s užitím extáze. Na předávkování zemřel muž ve věku 27 let poté, co snědl tabletu obsahující látku PMA (para-metoxy-amfetamin), kterou zakoupil v Německu jako extázi. Ve Slovinsku byla v souvislosti s extází v roce 2001 vykázána dvě úmrtí: jedna osoba zemřela na edém mozku (možný vedlejší účinek vyvolaný MDMA- metylen-dioxy-metamfetamin), druhá na mozkovou mrtvici. V roce 2001 bylo ve Slovinsku více naléhavých případů edému mozku v souvislosti s požitím MDMA, tyto případy však nebyly smrtelné a byly úspěšně vyléčeny v nemocnici.

Slovinský průzkum zaměřený na stimulancia amfetaminového typu došel k závěru, že užívání syntetických (a dalších) drog mezi mládeží je ve Slovinsku rizikové, vzhledem k frekvenci a chaotickému způsobu užívání. Mládež navštěvující taneční akce často kombinuje různé drogy (37,4 % ze vzorku) nebo kombinuje drogy a alkohol (21,0 % ze vzorku). Téměř polovina ze zkoumaného vzorku (42,8 %) uvedla požití směsi extáze a amfetaminů.

SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY A HARM REDUCTION

Alkohol

Legální kontrola alkoholu

Pouze ve třech zemích SVE – v České republice, na Slovensku a ve Slovinsku – neexistuje žádný systém licencí (koncesí) vztahující se k prodeji alkoholu (Rehn et al., 2001), přičemž právo prodávat a nabízet alkohol mají všechny prodejny. To pravděpodobně vede k vysoké míře tolerance ke konzumaci alkoholu v těchto třech zemích. Ve všech ostatních zemích SVE musí mít prodejny licenci ([16]).

Ve všech zemích SVE existují zákonná omezení prodeje alkoholu osobám mladším 18 let. Postihy za porušení se v jednotlivých zemích liší. O tom, do jaké míry jsou tyto zákony prosazovány, je k dispozici jen velmi málo informací.

Zajímavá studie údajů ESPAD z roku 1999 analyzovala, do jaké míry jsou prosazovány zákony týkající se požívání alkoholu mezi nezletilými a toho, do jaké míry veřejnost (ne)schvaluje konzumaci alkoholu u mládeže ve věku 16 let. Celkový počet respondentů, kteří v údaji „místo, kde naposledy pili alkohol" uvedli „bar, hospoda", „diskotéka" nebo „restaurace" ([17]), se příliš nelišil od celoživotní prevalence konzumace alkoholu a svědčí o tom, že většina nezletilých konzumuje alkohol na veřejných místech. Vůbec nejslabší je prosazování zákonů o požívání alkoholu u nezletilých v České republice, kde je také nejshovívavější přístup ke konzumaci alkoholu nezletilými. Na druhém místě v tomto ohledu skončilo opět Slovinsko (viz obrázek 7).

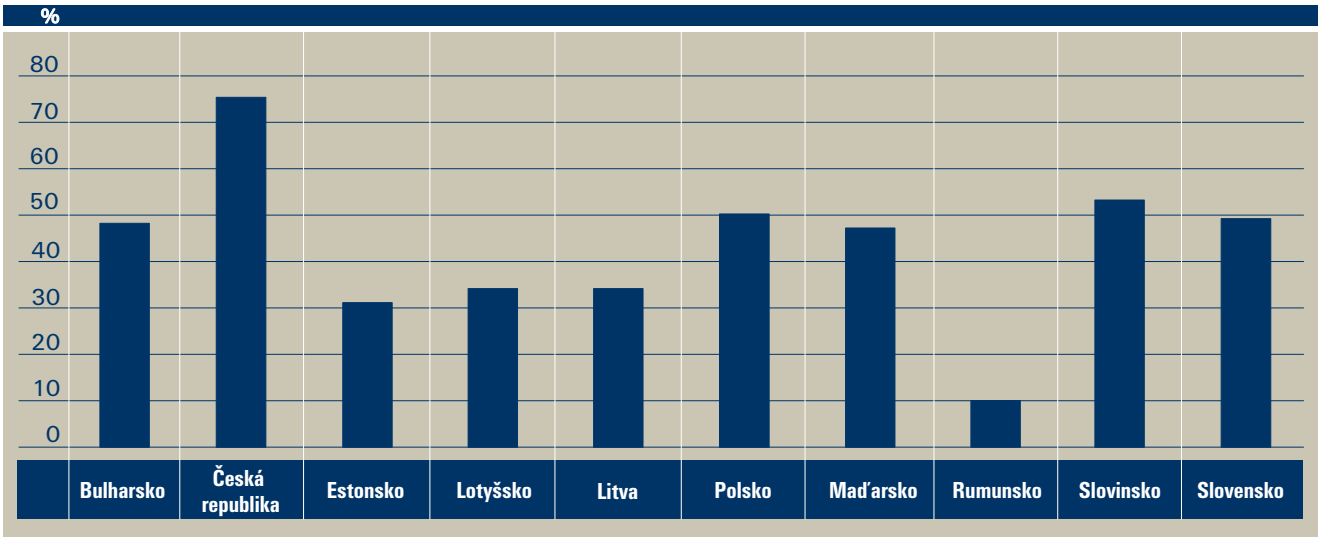
Důležitým faktorem pro zamezení počátku konzumace alkoholu v raném věku, stejně jako souhlasu s konzumací

([15]) Studii „Extasy and young people" vedl John Marsden v rámci celosvětového výzkumného programu WHO zaměřeného na amfetaminová stimulancia (ATS) a užívání extáze mezi mladými lidmi ve věku 16–25 let. Celkem bylo použito 100 vzorků.

([16]) Stejně jako ve všech stávajících členských zemích EU kromě Rakouska a Španělska (Rehn et al., 2001)

([17]) Toto jsou všechna veřejná místa, kde se může prodávat alkohol. Další možné odpovědi na otázku, kde se konzumuje alkohol, jsou „u někoho jiného doma", „na ulici, v parku, na pláži", „jinde" a „nikdy jsem nepil/a alkohol".

Obrázek 7: Pití alkoholu v komerčních zařízeních mezi patnácti a šestnáctiletými



Zdroj: Školní průzkum ESPAD (1999)

alkoholu, je omezení reklamy na alkohol. Na stabilním a nasyceném trhu je hlavní úlohou reklamy zajistit obměnu starých spotřebitelů za nové a nedopustit, aby konzumace alkoholu byla snižována osvětou (prevencí). Reklama na alkohol prezentuje konzumaci alkoholu jako bezpečnou a bezproblémovou věc a zlehčuje možné zdravotní riziko a negativní následky. Reklama na alkohol potvrzuje společenskou vhodnost konzumace alkoholu, ignoruje nepříznivé účinky, které má alkohol na zdraví jednotlivce i na veřejné zdraví, a napadá cíle prevence. Tyto nepřímé důsledky jsou samy o sobě dostatečným odůvodněním potřeby kontrolovat rozsah i obsah reklamy na alkohol (Rehn et al., 2001). Omezení reklamy na alkohol v zemích SVE jsou znázorněna v tabulce 3.

Prevence konzumace alkoholu

V zemích SVE nejsou k dispozici žádné systematické informace týkající se iniciativ zaměřených na prevenci konzumace alkoholu a tabáku u mládeže. Ojedinělý příklad lze nalézt v Maďarsku. Jedná se o programy v mateřských školkách, které souvisí s vývojovými psychologickými potřebami příslušné věkové skupiny a vytváří cíle zabývající se prevencí drog („Srdce – pokladnice", „Dobrodružství v zemi vůní", apod.). Tyto programy poukazují na nebezpečí spojené s užíváním legálních drog (jde především o kouření) v kontextu zdravotní osvěty a většinou využívají jako hlavní nástroj předávání znalostí. Jejich kladným rysem je, že vyžadují aktivní zapojení dítěte, a osvědčily se jako efektivní. Programy v mateřských školkách uvedlo také Slovinsko.

Ve slovinském hlavním městě Lublani a dalších dvou regionech probíhá pilotní projekt školního programu primární prevence zaměřeného na konzumaci alkoholu mezi mládeží pod názvem „Alkohol? Dospělí nás mohou ovlivnit". Projekt využívá metodu vycházející z výsledků

Tabulka 3. Omezení reklamy na alkohol v zemích SVE, 2002

Země	Lihoviny				Stolní víno				Pivo			
	TV	Rozhlas	Tisk	Billboardy	TV	Rozhlas	Tisk	Billboardy	TV	Rozhlas	Tisk	Billboardy
Bulharsko	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno
Česká republika	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní
Estonsko	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno
Litva	Omezeno	Omezeno	?	?	Omezeno	Omezeno	?	?	Omezeno	Omezeno	?	?
Lotyšsko	Zakázáno	Zakázáno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno
Maďarsko	Není	Není	Není	Není	Není	Není	Není	Není	Není	Není	Není	Není
Polsko	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno
Rumunsko	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno	Omezeno
Slovensko	Zakázáno	Zakázáno	Omezeno	Omezeno	Zakázáno	Zakázáno	Omezeno	Omezeno	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní	Fakultativní
Slovinsko	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno	Zakázáno

Zdroj: Podle Rehn et al. (2001), aktualizováno podle národních monitorovacích středisek.

předchozího testování všech cílových skupin (rodiče, učitelé, žáci) a po celém Slovinsku bude rozšířen na přelomu let 2003/2004.

Slovinsko je příkladem toho, že se lze pokoušet zavádět inovativní systematický přístup ke zdravotní prevenci na školách vycházející ze správných postupů, jež jsou uplatňovány v evropských zemích a identifikovány mezinárodními organizacemi a odborníky. Tato iniciativa ([18]) přistupuje k psychotropním látkám holisticky a pokrývá devět stěžejních oblastí.

V zemích, které jsou členy Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a v nichž je reklama na lihoviny zakázána, je spotřeba alkoholu přibližně o 16 % nižší než v zemích, kde žádné podobné zákazy neexistují. V zemích, kde je zakázána i reklama na pivo a víno, je spotřeba alkoholu přibližně o 11 % nižší než v zemích, kde je zakázána pouze reklama na lihoviny. Počet smrtelných úrazů při autonehodách je přibližně o 10 % nižší v zemích, kde je zakázána reklama na lihoviny, a přibližně o 23 % nižší v zemích, kde je zakázána taktéž reklama na pivo a víno. Bylo prokázáno, že je-li mladý člověk denně o pět minut déle vystaven reklamě na alkohol, spotřeba alkoholu se u něj zvýší o 5 gramů denně (Rehn et al., 2001).

Nelegální drogy

Programy protidrogové prevence zaměřené (výhradně) na nelegální drogy jsou v zemích SVE mnohem rozšířenější.

Všechny výroční zprávy zpracované národními monitorovacími středisky Reitox (viz **http://candidates.emcdda.eu.int**) uvádějí celou řadu iniciativ zaměřených na prevenci, včetně školních programů, peer (vrstevnických) programů, linek pomoci po telefonu a v poslední době také programů komunitního typu. Avšak jen ve velmi málo případech obsahují tyto programy kromě vyčíslení počtu lidí, kteří do nich byli zapojeni, také vědecké doložení jejich přínosu. Přesto lze uvést několik příkladů svědčících o tom, že určitý rozvoj v oblasti evaluace preventivních aktivit existuje ([19]).

Hlavním metodologickým problémem, který je třeba zmínit, je, že školní průzkumy se v žádné ze zemí SVE nezaměřují na nejrizikovější skupiny - skupiny na okraji společnosti či ze společnosti vyřazené. Tato skutečnost do značné míry snižuje vypovídací hodnotu těchto průzkumů. I když ve všech zemích existují „zvláštní" ([20]) základní školy pro tzv. znevýhodněné děti a z kvalitativních informací je zřejmé, že míra zneužívání nelegálních drog, alkoholu a rozpouštědel je v této skupině mnohem vyšší než v celkové populaci (viz např. Grund et al., 2000), v zemích SVE doposud nebyl proveden žádný výzkum zabývající se touto oblastí.

Na hygienické stanici v Teplicích v České republice byla provedena studie nazvaná „Formování negativních postojů dětí k užívání drog a látek vzbuzujících návyky" (Ševčík, 2001). Ve třech okresech probíhal ve dvou časových plánech sociologický průzkum s cílem určit postoj k užívání drog. Pouze v jednom z okresů byly během studie realizovány také iniciativy zaměřené na prevenci (na základě principů komunitní prevence). Výsledky ukázaly, že v okrese, kde byla prováděna i prevence, se nesouhlas s užíváním drog na rozdíl od zbývajících dvou okresů zvýšil.

Výsledky této studie jsou oporou pro ty, kdo věří v pozitivní účinky komplexních programů prevence komunitního typu.

Určitá evaluace, a to v oblasti preventivní role provozování sportovních aktivit v dětství, byla v nedávné době provedena také na Slovensku a v Maďarsku.

Okruhlica et al. (2001) provedli jednoduchý průzkum pomocí dotazníku mezi uživateli heroinu a pro kontrolu rozdali stejné dotazníky náhodně vybranému vzorku studentů středních škol. Zjistili, že pokud jde o provozování sportovních aktivit do věku 15 let, nebyly ze statistického hlediska mezi výsledky obou skupin žádné podstatné rozdíly, a to jak u chlapců, tak u dívek.

Vingender and Sipos (2001) zkoumali vztah mezi sportováním a kouřením, užíváním alkoholu a drog. Autoři rozdělili vzorek 1 103 studentů středních škol do čtyř skupin (ti, kdo provozují sport závodně; ti, kdo provozují sport rekreačně; ti, kteří dříve sportovali, ale před zahájením studie přestali a ti, kdo nesportují vůbec) a porovnali intenzitu užívání různých látek v jednotlivých skupinách. Zjistili, že provozování sportovních aktivit užívání různých látek nebrání. Naopak zanechání sportu však s užíváním drog souvisí a může znamenat užívání drog v budoucnu (Vingender and Sipos, 2001). Vzájemná korelace však není silná a postupná regresní analýza k modelu užívání drog žádné další proměnné v souvislosti se sportem nepřidala.

([18]) Program by měl být definitivně schválen a zaveden během roku 2003.

([19]) Viz též maďarské vyhodnocení školních preventivních programů z roku 2001 popsané v EMCDDA a Olszewski et al. (2002:13)

([20]) V těchto školách je nadměrné zastoupení žáků z národnostních menšin a jiných okrajových skupin.

Další důležitou cílovou skupinou účinné prevence jsou ti, kdo užívají drogy rekreačně a konzumují je především na místech, kam se chodí bavit. Rekreační užívání jak legálních, tak nelegálních drog je do značné míry akceptováno, i když „závislost" a/nebo problémy spojené s užíváním drog jsou neustále přijímány s nevolí (viz např. Allaste and Lagerspetz, 2002).

Na uživatele drog na techno scéně a taneční scéně nemají vliv ani všeobecné „vzdělávací/osvětové" kampaně, ani opatření zaměřená přímo na problémové uživatele drog. V tomto prostředí je navíc vzhledem ke společenské různorodosti uživatelů obtížné vést konkrétně zaměřenou kampaň. Jednou z možností, kde takovou konkrétně zaměřenou kampaň vést, by byla ta místa a společenské události, na nichž se mladí lidé, kteří jsou potenciálními uživateli „nových syntetických drog", setkávají, tj. rave párty („raves"), taneční akce („parties"), taneční kluby, apod.

Výroční zprávy o věcech drog České republiky, Estonska, Maďarska, Lotyšska a Slovinska v této oblasti cílenou prevenci uvádějí. V Estonsku byly v roce 2000 zaznamenány snahy zaměřit se na rekreační uživatele, především dívky navštěvující taneční akce, a poskytnout jim realistické informace o nebezpečí spojeném s předávkováním drogami a s možnými škodlivými účinky takzvaných rekreačních drog. Tato iniciativa však vyvolala kritiku a v roce 2001 již zopakována nebyla. V ostatních zemích SVE však rozvoj speciálních služeb v souladu s místními potřebami pokračuje.

V Maďarsku byl vypracován a zahájen program pro bezpečná zábavní místa (bezpečný tanec), který je primárně zaměřen na omezení užívání drog v hudebních a tanečních klubech a na diskotékách a na řízení zdravotních rizik způsobených užíváním drog. Následně byla založena Maďarská asociace pro místa bezpečné zábavy.

Ze zemí SVE provádí kroky harm reduction v tomto prostředí pouze Česká republika. Tyto kroky zahrnují (kvalitativní) testování tablet přímo na místě v kombinaci s kvantitativními testy vzorků tablet a zveřejňování výsledků na internetu.

ZÁVĚRY

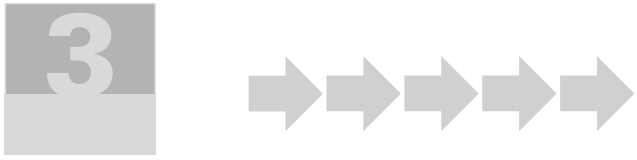
Z dostupných informací o užívání alkoholu a nelegálních drog mezi mládeží a z relevantních reakcí zemí SVE lze učinit následující závěry.

- Celoživotní prevalence užívání konopí (a pravděpodobně i extáze) se sice v zemích, které poskytly nové údaje, neustále zvyšuje, ale pokud jde o užívání vysoce rizikových drog, jako např. heroinu či amfetaminů, u mládeže ve věku 16 let, je situace mnohem nejasnější.
- Užívání alkoholu mezi mládeží je v zemích SVE velmi rozšířené a zvyšuje se prevalence vysoce rizikového nárazového pití alkoholu.
- Užívání jak legálních, tak nelegálních drog v okrajových skupinách (mimo školy či ve zvláštních školách) není v zemích SVE věnována dostatečná pozornost.
- V zemích SVE se do popředí zájmu stále více dostává jev rekreačního užívání drog a potřeba zasáhnout a celkově mu přizpůsobit drogovou politiku, jasný názor na strategii intervence v této oblasti však neexistuje.
- V některých zemích je stále více pozornosti věnováno spojitosti mezi užíváním nelegálních a legálních drog. Ve většině zemí SVE je u mládeže ve věku 16 let míra nesouhlasu s každotýdenní opilostí a experimentováním s konopím víceméně stejná.
- Evaluace preventivních aktivit je v zemích SVE stále na nízké úrovni.
- Zákony, které mají dětem a mládeži bránit v konzumaci alkoholu, jsou často nedostatečně prosazovány.

Programy zaměřené na prevenci užívání nelegálních drog nebo problémového užívání drog by měly tvořit pouze část širších programů zaměřených na prevenci problémů spojených s užíváním veškerých psychoaktivních látek, včetně alkoholu a tabáku.

Podle současných odhadů WHO se alkohol a tabák v Evropě a dalších vyspělých zemích podílejí na nemocech a invaliditě v mnohem větší míře než nelegální drogy, tj. více než 21 % porovnání s méně než 2 % u nelegálních drog (Ezzati et al., 2002).

Programy prevence zaměřené na mládež musí brát v potaz, že u mládeže dochází mezi kouřením, pitím a užíváním nelegálních drog ke značnému překrývání, především co se týče intoxikace alkoholem nebo drogami. Při uvážení těchto souvislostí je pravděpodobné riziko, že velmi úzce zaměřená prevence užívání nelegálních drog mezi mládeží nebude spolehlivá (Room, 2003).



Kapitola 3

INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ SPOJENÁ S UŽÍVÁNÍM DROG

V této kapitole jsou analyzovány údaje o infekčních onemocněních spojených s užíváním drog, které byly pro daný region získány, a existující opatření zamezující jejich šíření.

ÚVOD

Infekční onemocnění spojená s užíváním drog mezi injekčními uživateli drog (IUD) představují z veřejně zdravotního hlediska závažný problém. Mezi tato onemocnění patří infekce HIV, virová hepatitida typu C (VHC), virová hepatitida typu B (VHB) a další závažná onemocnění. Vzhledem k tomu, že virus HIV a v menší míře i viry VHB a VHC se mohou přenášet pohlavním stykem, pravděpodobnost šíření na sexuální partnery IUD při nechráněném sexuálním styku je vysoká, stejně jako u sexuálně aktivní populace, která nelegální drogy injekčně neužívá. Všechny tři infekce se přenášejí také vertikálně (z matky na dítě) a navíc je zde riziko nozokomiálního přenosu infekce (přenos v prostředí zdravotnických zařízení, pokud nejsou dodržována preventivní bezpečnostní opatření). Nákaze virovou hepatitidou typu B lze předejít pomocí očkování. Mezi populaci, která by měla být očkována, patří IUD a další skupiny, jimž hrozí nákaza z kontaktu s nakaženou krví nebo tělními tekutinami, nebo skupiny, které se vystavují vysokému riziku přenosu prostřednictvím nechráněného pohlavního styku, případně celá populace. Na rozdíl od VHB, vakcína proti HIV a VHC v blízké budoucnosti k dispozici pravděpodobně nebude. Prevence tedy spočívá především v zamezení rizikovému chování a podpoře změn chování.

Výrazné snížení rozsahu poškozování zdraví spojeného s užíváním drog, včetně infekce HIV, VHC a VHB, je jedním ze šesti hlavních cílů drogové strategie EU (2000-04). Tento cíl má z hlediska veřejného zdraví velký význam i v přistupujících a kandidátských zemích. Aby bylo možné na základě získaných údajů provádět preventivní opatření a snižovat rozsah poškozování zdraví na národní i mezinárodní úrovni, je nutné sledovat úroveň infekčních onemocnění u IUD a jejich vývoj. EMCDDA pomáhá přistupujícím a kandidátským zemím SVE při shromažďování, analýze a šíření objektivních, spolehlivých a porovnatelných informací o výskytu těchto infekcí mezi IUD. Další informace týkající se nákazy virem HIV u IUD shromáždilo EuroHIV (Evropské centrum pro epidemiologické monitorování AIDS, 2002).

Informace, které umožňují monitorovat vývoj rozšíření infekce HIV u dostupných populačních skupin IUD, jsou získávány ve většině zemí SVE. Informací o rozšíření infekce VHC a VHB je méně. Ve všech zemích SVE jsou také shromažďovány relativně validní údaje o nových případech infekce HIV. Naproti tomu národní údaje o incidenci VHC a VHB jsou většinou do značné míry podhodnoceny a spolehlivé informace o možných způsobech přenosu jsou často nedostupné. Jak nedostatečná úroveň vykazování, tak dostupnost spolehlivých údajů o způsobech přenosu se u jednotlivých zemí často značně liší. Lišit se navíc mohou i samotné definice. Z těchto důvodů je přínos každé snahy porovnat incidenci nových hlášených)infekcí VHC a VHB velmi sporný. Pokud však testování a vykazování probíhá v zemi stabilně po určité časové období, lze monitorováním incidence získat informace o trendech výskytu těchto nemocí.

Šíření HIV, VHB a VHC mezi IUD je podmíněno především rizikovým chováním při injekční aplikaci, konkrétně sdílením injekčních pomůcek. Důležitým faktorem je však i přenos prostřednictvím nechráněného pohlavního styku mezi IUD a jejich sexuálními partnery, kteří IUD nejsou, a to především v případě HIV a VHB. U VHC je riziko přenosu pohlavním stykem považováno za nízké. Vzhledem k tomu, že prevence a kontrola jsou většinou odkázány na zamezování vysoce rizikového chování a podporu změn chování, je nutné do průzkumů infekčních onemocnění spojených s užíváním drog u IUD zařadit informace o rizikovém chování a chování snižujícím riziko. Při sledování HIV v zemích s malou prevalencí infekce či koncentrované epidemie, mezi něž v současné době patří všechny země SVE (Hammer and Downs, 2003), hraje prvek chování ještě důležitější roli (Unaids/WHO, 2000). Poskytuje informace nutné k formování prevence a intervencí harm reduction zaměřených na IUD a přispívá k evaluaci jejich účinku. V prostředí, kde je prevalence infekce HIV nízká, je nárůst rizikového chování mezi IUD prvním varováním, že by mohlo dojít k jejímu rychlému šíření. Navíc vzhledem k tomu, že VHC se šíří při injekčním užívání drog snadněji než HIV, a protože VHC se při injekční aplikaci snadno přenáší i sdílením jiných pomůcek než jehel a injekčních stříkaček, např. vaty, lžiček nebo vody, jsou informace o výskytu infekce VHC velmi důležité pro zjištění

rizikového chování při injekčním užívání a účinnosti preventivních opatření. Informace týkající se jiných infekcí šířených pohlavním stykem, jako je např. syfilis, získané při běžném sledování, mohou navíc pomoci odhalit rizikové sexuální chování u IUD ještě před přenosem HIV.

Infekční onemocnění spojená s užíváním drog lze eliminovat či minimalizovat zpřístupněním sterilních injekčních pomůcek v lékárnách či prostřednictvím iniciativ komunitních programů, nebo prostřednictvím kontaktních preventivních programů a harm reduction. Mezi další důležitá opatření patří umožnění přístupu k informacím o bezpečném užívání drog, propagace bezpečného sexu, včetně používání kondomů, léčba drogové závislosti, především pomocí substitučních látek, jako je metadon apod., a očkování proti virové hepatitidě typu B. Dopad těchto infekčních onemocnění na jednotlivce i společnost, včetně vzniku závažných onemocnění a prevence druhotného přenosu, lze zmírnit zajištěním adekvátního přístupu k poradenství a testování a účinnou léčbou diagnostikovaných infekcí.

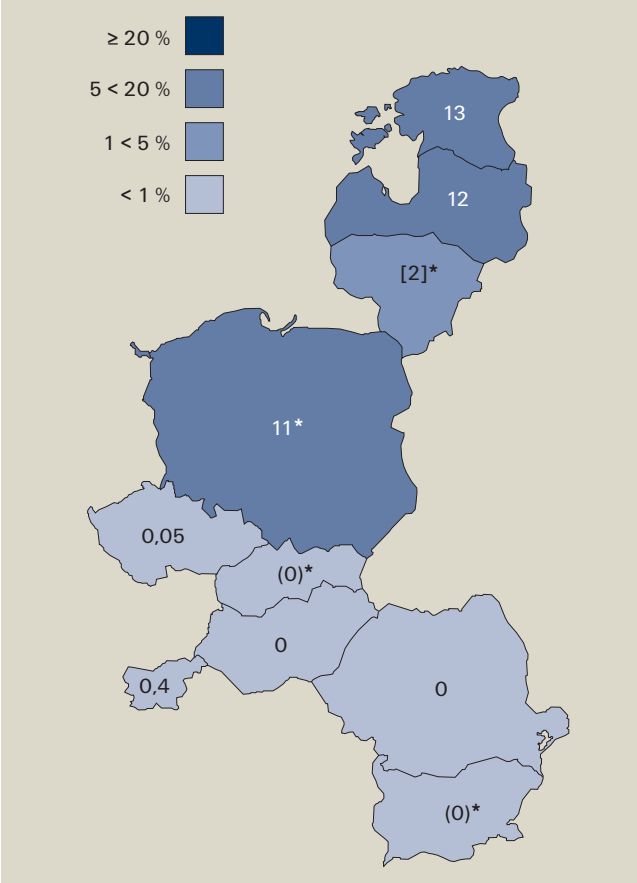
Při zpracování této kapitoly byly použity informace, které poskytla národní monitorovací střediska Reitox. Doplňuje kapitolu 3 loňské *Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v kandidátských zemích SVE* (EMCDDA, 2002a). V případě použití jiných zdrojů informací je vždy uveden odkaz na zdroj.

PREVALENCE A TRENDY INFEKCE HIV

Ve většině zemí SVE k epidemii HIV mezi IUD nedošlo, alarmující je však tempo, jakým se v současné době HIV mezi IUD šíří ve dvou pobaltských republikách: Estonsku a Lotyšsku.

Prevalence infekce HIV mezi IUD v zemích SVE je uvedena na obrázku 8 (za rok 2001 nebo za poslední rok u nějž byly údaje k dispozici). Relativně vysokou národní prevalenci mezi různými podskupinami IUD, kterým byl v roce 2001 proveden test HIV, vykazuje Estonsko (13 %) a Lotyšsko (12 %). V estonském hlavním městě Tallinu však lokální prevalence HIV dosáhla alarmující hodnoty 41 %. V Lotyšsku a Polsku dosáhla prevalence HIV mezi IUD v roce 1998 více než 5 % a od té doby na této úrovni zůstala. V Litvě dosáhla prevalence HIV v roce 1997 více než 1 %, ale od té doby zůstala až do roku 2001 pod úrovní 5 %. Naproti tomu v Bulharsku, České republice, Maďarsku, Slovensku a Slovinsku setrvala prevalence HIV mezi IUD v letech 1996 až 2001 stabilně pod úrovní 1 % (Evropské centrum pro epidemiologické monitorování AIDS, 2002). V těchto zemích je prevalence HIV mezi

Obrázek 8: Prevalence (%) infekce HIV mezi IUD v zemích SVE, 2001 nebo poslední rok, u nějž je odhad k dispozici



Pozn.: Údaje v závorce představují (místní) nebo (nespecifikované) geografické pokrytí. Pokud byl odhad k dispozici pouze pro jiný rok než rok 2001, je označen hvězdičkou. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi je nutné vykládat s přihlédnutím k tomu, že byly použity údaje z různých zdrojů a subpopulací testovaných IUD, a též s přihlédnutím k rozdílnosti použitých metod průzkumu.

Zdroje: Národní monitorovací střediska Reitox, u Slovenska pak EuroHIV.

Bulharsko:	Rok: 2000; pokrytí: Sofie; zdroje dat: léčebná střediska, nízkoprahová zařízení, výměny jehel, kontaktní centra; velikost vzorku: 711.
Česká republika:	Rok: 2001; pokrytí: celostátní; zdroj dat: laboratoře (veřejného zdraví); velikost vzorku: 2 169.
Estonsko:	Rok: 2001; pokrytí: celostátní a Tallin; zdroj dat: státní zdravotní laboratoře a léčebná střediska, nemocnice, výměny injekčních stříkaček; velikost vzorku: 2 078 a 964.
Maďarsko:	Rok: 2001; pokrytí: zdroj dat: IUD registrovaní v léčebném programu; velikost vzorku: 315.
Lotyšsko:	Rok: 2001; pokrytí: celostátní; zdroj dat: léčebná střediska; velikost vzorku: 687.
Litva:	Rok: 2000; pokrytí: nespecifikováno; zdroj dat: nespecifikováno; velikost vzorku: 772.
Polsko:	Rok: 2000; pokrytí: celostátní; zdroj dat: léčebná střediska, kliniky STD, nemocnice, testovací místa; velikost vzorku: 3 106.
Rumunsko:	Rok: 2001; pokrytí: celostátní; zdroj dat: oddělení veřejného zdraví; velikost vzorku: 2 135.
Slovensko:	Rok: 2000; pokrytí: Bratislava, Košice; zdroj dat: léčebná střediska; velikost vzorku: 801; zdroj informací: EuroHIV.
Slovinsko:	Rok: 2001; pokrytí: celostátní; zdroj dat: léčebná střediska; velikost vzorku: 559.

IUD nižší než v jakémkoli členském státě EU, kde se úroveň infekce u různých podskupin IUD pohybuje od přibližně 1 % ve Velké Británii (průzkumy a vzájemně nesouvisející anonymní šetření) do 34 % ve Španělsku (rutinní diagnostické testování při léčbě drogové závislosti) (EMCDDA, 2002c).

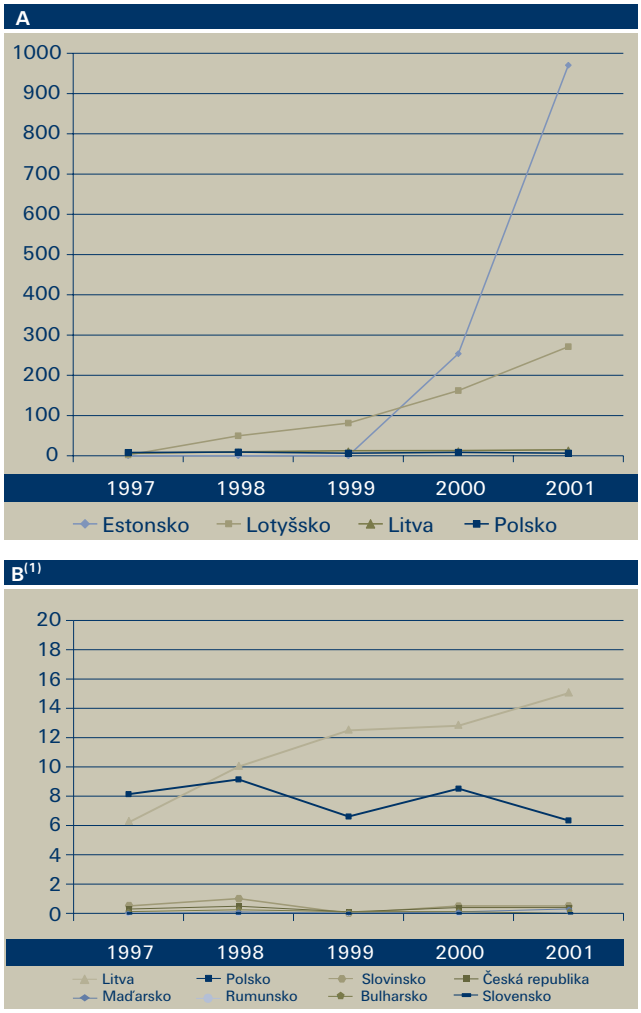
Informace o výskytu nových případů infekce HIV jsou dalším dokladem toho, jak velké jsou v současné době mezi jednotlivými zeměmi SVE rozdíly v rozšíření infekce HIV mezi IUD. Roční udávanou incidenci nových případů infekce HIV mezi IUD na milión osob celkové populace znázorňuje obrázek 9A a B (Evropské centrum pro epidemiologické monitorování AIDS, 2002; Hammers and Downs, 2003). V posledních několika letech se incidence nejdramatičtěji zvýšila v Estonsku a dost výrazně také v Lotyšsku. V roce 2001 dosahovala incidence v Estonsku 970 případů na milión obyvatel a v Lotyšsku 271 případů na milión obyvatel (což v porovnání s předchozím rokem představuje nárůst o 282 %, respektive 67 %). Toto je mnohem vyšší incidence než celková incidence nových případů HIV (nejen u IUD) hlášená z jakékoli členské země EU, kde se v roce 2001 celková incidence nových případů infekce HIV pohybovala mezi 16 případy na milión obyvatel v Německu a 251 případy na milión obyvatel v Portugalsku (Evropské centrum pro epidemiologické monitorování AIDS, 2002). To znamená, že některé východoevropské země jsou ohroženy nejrychleji se šířící epidemií HIV na světě. Výrazně nižší byl v roce 2001 počet nových případů infekce HIV mezi IUD na milión obyvatel z celkové populace v Litvě a Polsku, kde bylo hlášeno 15, respektive 6 případů na milión obyvatel, přičemž všechny ostatní země SVE vykázaly ještě nižší počet - méně než 1 případ na milión obyvatel.

Stejně, jako předtím šíření infekce HIV mezi IUD, stoupala v Lotyšsku i roční incidence AIDS mezi IUD a v roce 2001 dosáhla 12 případů na milión obyvatel (Evropské centrum pro epidemiologické monitorování AIDS, 2002). V Polsku se v letech 1997 až 2001 hlášená incidence AIDS mezi IUD stabilizovala na hodnotě jen o málo nižší než 2 případy na milión obyvatel a v ostatních zemích SVE, včetně Estonska, zůstala menší než 1 případ na milión obyvatel.

PREVALENCE A TRENDY INFEKCE VIROVOU HEPATITIDOU TYPU C

Chronická infekce VHC, která postihuje většinu infikovaných osob (ale ne všechny), může mít závažné zdravotní následky, včetně vážného poškození jater a předčasného úmrtí. Informace získané o prevalenci

Obrázek 9: Hlášené nové případy infekce HIV mezi IUD na milión obyvatel v zemích SVE, 1997–2001



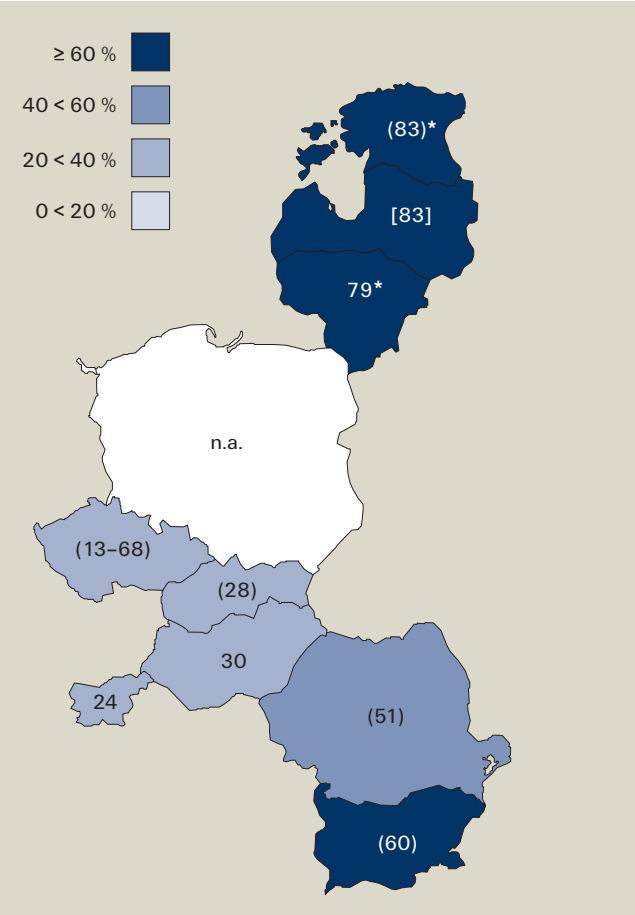
(1) Estonsko a Lotyšsko není uvedeno.

Zdroj: Převzato z Evropského centra pro epidemiologické monitorování AIDS (2002).

protilátek proti VHC mezi IUD za rok 2001 nebo za poslední rok či období, kdy byly informace k dispozici, jsou uvedeny na obrázku 10. Z údajů všech zemí SVE, které odhady prevalence uvedly, je patrné, že prevalence infekce virovou hepatitidou typu C je mnohem větší než prevalence infekce HIV. Proto je možné, že alespoň v některých zemích SVE může být v blízké budoucnosti kontrola infekce virovou hepatitidou typu C mezi IUD náročnějším úkolem než kontrola infekce HIV.

Prevalence protilátek proti VHC mezi IUD v České republice, Maďarsku, Slovensku a Slovinsku dosahuje hodnoty až 40 %. To znamená, že v těchto čtyřech zemích je mnohem nižší úroveň výskytu virové hepatitidy typu C mezi IUD než v kterékoli členské zemi EU, kde se míra výskytu infekce VHC mezi IUD pohybuje mezi 40 % a 90 %, kromě Velké Británie, kde je míra výskytu nižší

Obrázek 10: Prevalence (%) protilátek proti virové hepatitidě typu C mezi IUD v zemích SVE, 2001 nebo poslední rok u nějž je odhad k dispozici



Pozn.: n.a. = není k dispozici. Údaje v závorce představují (místní) nebo (nespecifikované) geografické pokrytí. Pokud byl odhad k dispozici pouze pro jiný rok než rok 2001, je označen hvězdičkou. V případě více poskytnutých odhadů je uvedeno jejich rozmezí. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi je nutné vykládat s přihlédnutím k tomu, že byly použity údaje z rozdílných zdrojů či rozdílných subpopulací testovaných IUD, a též s přihlédnutím k rozdílnosti použitých metod průzkumu.

Zdroje: Národní monitorovací střediska Reitox, u Slovenska pak EuroHIV.

Bulharsko:	Rok 2001; pokrytí: Sofie; subpopulace IUD: léčebná střediska, výměny jehel, nízkoprahová zařízení, kontaktní centra; velikost vzorku: 435.
Česká republika:	Rok 2001; pokrytí: okres Karviná a Praha; zdroje dat: nízkoprahová zařízení a metadonová substituce; velikost vzorku: 38 a 60.
Estonsko:	Období 1994–95; pokrytí: Tallin; zdroj dat: nespecifikováno; velikost vzorku: 57.
Maďarsko:	Období 2001; pokrytí: zdroj dat: IUD registrovaní v léčebném programu; velikost vzorku: 315.
Lotyšsko:	Rok 2001; pokrytí: Riga; zdroj dat: výměny injekčních stříkaček; velikost vzorku: 261.
Litva:	Rok 2000; pokrytí: celostátní; zdroj dat: nespecifikováno; velikost vzorku: 693.
Rumunsko:	Rok 2001; pokrytí: Bukurešť; zdroj dat: protidrogové léčebny; velikost vzorku: přibližně 1 200.
Slovensko:	Rok 2001; pokrytí: Bratislava; zdroj dat: první žádosti o léčbu; velikost vzorku: 183..
Slovinsko:	Rok 2001; pokrytí: celostátní; zdroj dat: léčebná střediska; velikost vzorku: 554.

(EMCDDA, 2002c). V Bulharsku, Estonsku, Lotyšsku a Litvě je odhad prevalence infekce VHC vyšší a blíží se členským zemím EU. V některých zemích SVE jsou při průzkumech výskytu VHC mezi IUD shromažďovány informace, na jejichž základě je možné monitorovat trendy. V posledních několika letech byla prevalence protilátek proti VHC mezi IUD poměrně stabilní ve Slovinsku, zatímco v Litvě se snížila stejně jako u jedné subpopulace v okrese Karviná v České republice. Prevalence se naopak zvýšila v bulharském hlavním městě Sofii, a to z méně než 60 % v letech 1996 až 1998 na více než 70 % v letech 1999 až 2001. Tyto trendy je možné považovat za pravdivý odraz změn v prevalenci, přesto je při vyvozování závěrů ve všech případech nutno postupovat obezřetně. Rozdíly mohou odrážet i změny ve způsobu testování nebo změny charakteristik testovaných subpopulací IUD, např. rozdíly v historii nebo trvání injekčního užívání, nebo jiné metodologické rozdíly mezi sledovanými obdobími.

Odhady prevalence infekce VHC mezi novými IUD, kteří injekčně užívají nelegální drogy méně než dva roky, jsou k dispozici jen u dvou zemí SVE - České republiky, kde je prevalence nižší než 20 %, a Slovinska, kde prevalence dosahovala v roce 1996 hodnoty 0 %, v roce 1999 rekordních 13 % a v roce 2001 opět poklesla na 7 %. Tyto odhady prevalence VHC jsou mnohem nižší než příslušné odhady hlášené ze zemí EU, kde obvykle dosahují hodnoty 40 % nebo vyšší (EMCDDA, 2000c).

Na základě údajů o nových případech infekce VHC mezi IUD lze monitorovat národní trendy v zemích, které používají stabilní vzorce testování IUD i stálé metody vykazování. Česká republika například uvedla, že roční incidence akutní infekce VHC mezi IUD klesla z 21 případů na milión obyvatel z celkové populace v roce 1999 na 16 případů na milión obyvatel v roce 2001, což svědčí o poklesu vysoce rizikového injekčního užívání mezi IUD.

INFEKCE VIROVOU HEPATITIDOU TYPU B

Informace o prevalenci HBsAg (sérologické označení přítomnosti infekce VHB) mezi IUD byly k dispozici pouze od Bulharska, Maďarska a Rumunska. Informace o prevalenci protilátek proti VHB byly k dispozici od České republiky, Estonska, Lotyšska, Litvy, Slovenska a Slovinska (viz obrázek 11).

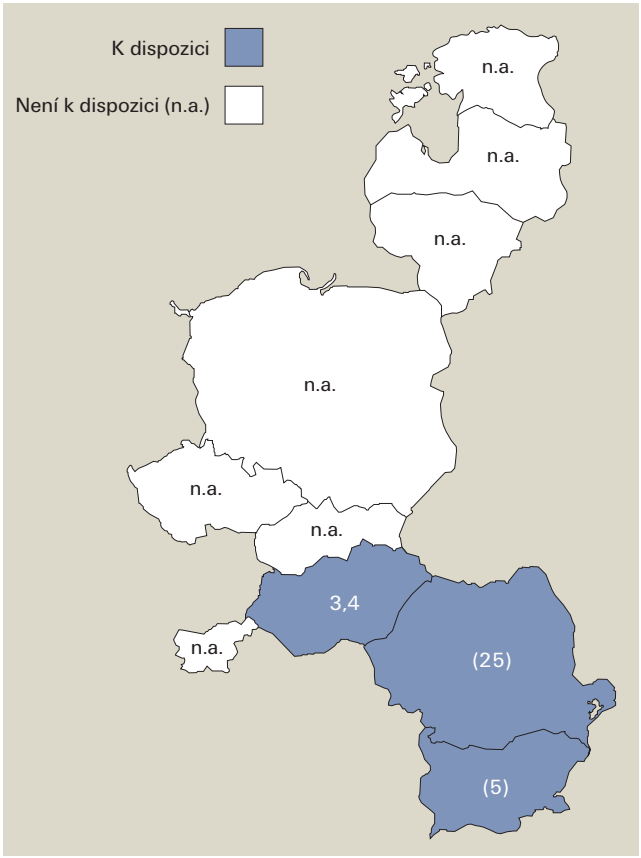
Přítomnost protilátek proti VHB (HBcAb, HBsAb) může signalizovat buď stávající nebo dřívější infekci, nebo očkování proti virové hepatitidě typu B. Proto je při porovnávání údajů o prevalenci protilátek proti VHB mezi IUD nutné brát v úvahu rozdílnou praxi v očkování

v jednotlivých zemích. Ta část IUD, v jejichž krvi nebyly zjištěny žádné znaky VHB (HBcAb, HBsAb, HBsAg), jsou ti, kterým ještě hrozí infekce, a představují proto populaci, která by potenciálně měla být očkována. Kdyby byly k dispozici informace o prevalenci některých či všech ukazatelů infekce VHB od všech zemí SVE, interpretace a porovnání dat by bylo mnohem snazší.

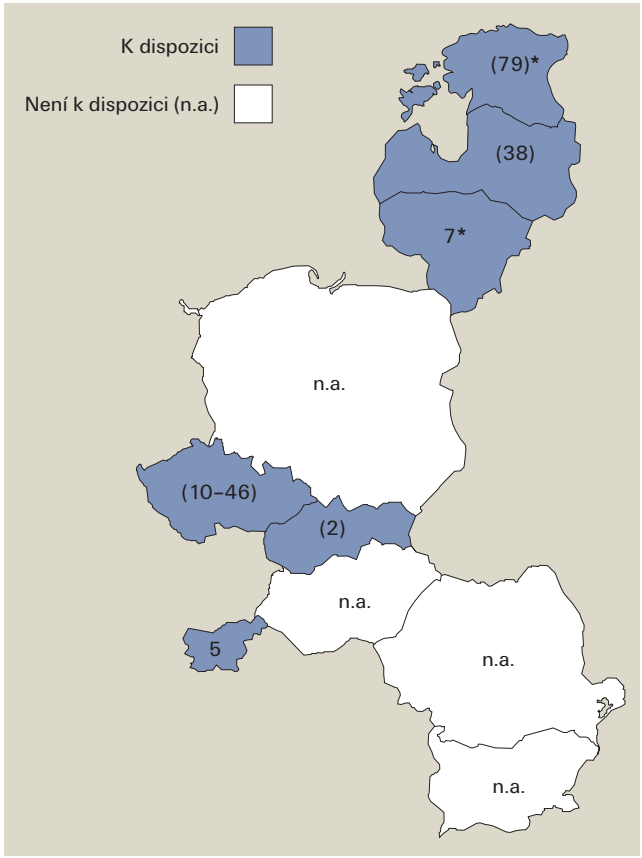
V Bulharsku, České republice, Litvě a Slovinsku jsou z průzkumů VHB získávány informace, které umožňují monitorovat trendy. Ve většině případů je však těžké učinit závěr, zda tyto trendy odrážejí skutečné změny v prevalenci. Například v Bulharsku prevalence HBsAg mezi testovanými IUD v Sofii postupně klesala z 16 % v roce 1996 na 5 % v roce 2001. Pokud vyloučíme možnost, že jde o skutečný pokles prevalence, lze toto zjištění vysvětlit rozdílnými možnostmi přístupu k testování a jinými kritérii testování (např. v současné době je testováno více IUD bez klinických příznaků infekce), rozdílnou charakteristikou IUD (např. větší počet mladších uživatelů či uživatelů, kteří sdílí injekční pomůcky po kratší dobu, nebo změnami vzorců sdílení pomůcek s IUD, kteří nejsou nositeli HBsAg) a zpřístupněním, nebo rozšířením očkování proti virové hepatitidě typu B.

Obrázek 11: (A) Prevalence (%) HBsAg mezi IUD v zemích SVE, 2001 nebo poslední rok u nějž je odhad k dispozici
(B) Prevalence (%) protilátek proti VHB mezi IUD v zemích SVE, 2001 nebo poslední rok u nějž je odhad k dispozici

Obrázek 11A: HBsAg



Obrázek 11B: VHB



Pozn.: Údaje v závorce jsou místní. Pokud byl odhad k dispozici pouze pro jiný rok než rok 2001, je označen hvězdičkou. V případě více poskytnutých odhadů je uvedeno jejich rozmezí. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi je nutné vykládat s přihlédnutím k tomu, že byly použity údaje z rozdílných zdrojů či rozdílných subpopulací testovaných IUD, a též s přihlédnutím k rozdílnosti použitých metod průzkumu.

Zdroje: Národní monitorovací střediska Reitox.

Bulharsko:	Rok 2001; pokrytí: Sofie; zdroj dat: léčebná střediska, výměny jehel, nízkoprahová zařízení, kontaktní centra; velikost vzorku: 689.
Česká republika:	Rok 2001; pokrytí: okres Karviná a Praha; zdroje dat: nízkoprahová zařízení a metadonová substituce; velikost vzorku: 39 a 60.
Estonsko:	Období 1994-95; pokrytí: Tallin; zdroje dat: nespecifikováno; velikost vzorku: 57.
Maďarsko:	Období 2001; pokrytí: zdroj dat: IUD registrovaní v léčebném programu; velikost vzorku: 315.
Lotyšsko:	Rok 2001; pokrytí: Riga; zdroj dat: výměny injekčních stříkaček; velikost vzorku: 261.
Litva:	Rok 2000; pokrytí: celostátní; zdroj dat: nespecifikováno; velikost vzorku: 698.
Rumunsko:	Rok 2000; pokrytí: Bukurešť; zdroj dat: protidrogové léčebny; velikost vzorku: přibližně 1 200.
Slovensko:	Rok 2001; pokrytí: Bratislava; zdroj dat: první žádosti o léčbu; velikost vzorku: 101.
Slovinsko:	Rok 2001; pokrytí: celostátní; zdroj dat: léčebná střediska; velikost vzorku: 550.

TUBERKULÓZA A JINÁ ONEMOCNĚNÍ

Údaje o výskytu tuberkulózy (TBC), infekčních onemocnění šířených pohlavním stykem a dalších závažných zdravotních problémech, které souvisejí s injekčním užíváním drog, jsou velmi vzácné. Zatímco v některých zemích SVE představuje TBC mezi IUD závažný zdravotní problém a vykazovaná incidence je u nich mnohem vyšší než u celkové populace, přičemž existuje i mnoho případů současné infekce HIV/TBC (Lotyšsko, Rumunsko), v jiných zemích tuberkulóza mezi IUD závažný problém nepředstavuje. Například ve Slovinsku souvisely v roce 2001 s injekčním užíváním drog pouze dva z 372 případů akutní TBC (18,7 % na 100 000 obyvatel).

RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ VE VZTAHU K INFEKČNÍM ONEMOCNĚNÍM SPOJENÝM S UŽÍVÁNÍM DROG

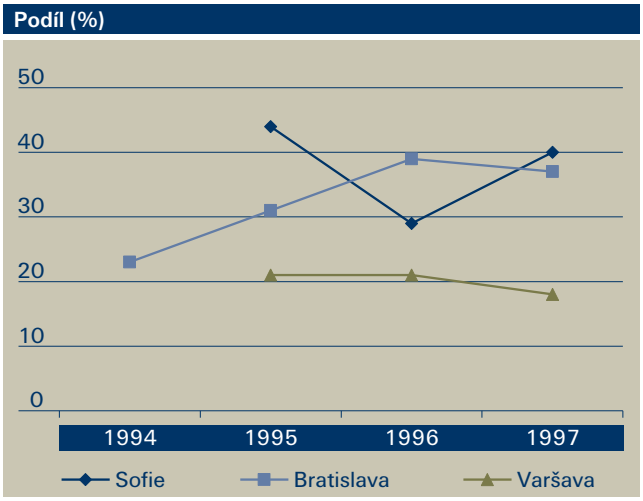
Informace z průzkumů vysoce rizikového injekčního užívání a rizikového sexuálního chování jsou velmi řídké, přestože v ideálním případě by měly tvořit nedílnou součást průzkumu infekčních onemocnění spojených s užíváním drog mezi IUD. Systematické shromažďování srovnatelných údajů dvou indikátorů vysoce rizikového chování IUD (sdílení jehel a injekčních stříkaček, celoživotní a třicetidenní prevalence) bylo představeno v projektu Pompidou Group zabývajícím se poptávkou po léčbě. Projekt byl zaměřen na monitorování trendů, které jsou relevantní pro problémové užívání drog, prostřednictvím získávání srovnatelných dat na místech žádostí o léčbu. Projektu se účastnilo celkem 23 evropských měst, včetně některých měst ze zemí SVE. Podíl současných IUD (tj. těch, kdo v posledním měsíci užili drogu injekčně) kteří uvedli, že sdíleli jehly a injekční stříkačky v měsíci předcházejícím žádosti o léčbu, je znázorněn na obrázku 12. Údaje jsou uvedené pro tři vybraná města po několikaleté období (Pompidou Group, 1999). Výsledky bylo možné uvést pouze u těch měst, která každý rok poskytla údaje o nejméně 100 IUD. I když u údajů získaných od uživatelů dobrovolně nelze přirozeně počítat s naprostou spolehlivostí, výsledky mají přesto vypovídací hodnotu. Tento přístup je pro účely monitorování trendů naprosto správný, neboť umožňuje reflektovat změny v dostupnosti sterilních injekčních pomůcek pro IUD, a to např. prostřednictvím programů výměny injekčních stříkaček (SEP). Procento IUD, kteří uvedli, že sdíleli injekční pomůcky, bylo znepokojivě vysoké a nijak nesvědčí o očekávaném přínosu programů výměny sterilních injekčních pomůcek. V roce 2001 bylo získávání údajů zastaveno.

V zemích SVE proběhly různé jednorázové výzkumné projekty zaměřené na vysoce rizikovou injekční aplikaci a sexuální chování mezi IUD. Výsledky těchto studií lze pro porovnání jednotlivých zemí použít jen stěží, neboť všechny faktory, jako je zkoumaná populace, metoda sběru dat a časový rámec se mohou lišit, stejně jako měřené indikátory vysoce rizikového chování a prezentace výsledků. Přesto jsou tyto studie nesmírně hodnotné jak po stránce informativní, tak z hlediska přínosu pro návrh preventivních opatření a možností intervencí harm reduction (snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog) mezi IUD v konkrétním místním kontextu, a mohou též přispět k evaluaci jejich dopadu.

V roce 2001 byl v regionu Ida-Virumaa v Estonsku proveden rozsáhlý průzkum injekčního užívání a sexuálního rizikového chování mezi IUD, kombinovaný s testováním na infekci VHC a VHB. Dotazník vyplnilo celkem 2 930 IUD, kteří navštívili různá centra výměny injekčních stříkaček. Průzkum se setkal s vysokou celkovou odezvou (98 %). Sdílení injekčních stříkaček uvedlo 45 % klientů. 31 % respondentů uvedlo, že injekční stříkačky nakupují v lékárnách. 50 % respondentů přiznalo, že měli v uplynulém roce nejméně čtyři sexuální partnery, ale jen 15 % uvedlo, že pravidelně používají kondom.

V mnoha dalších zemích SVE byly provedeny studie menšího rozsahu. V roce 2001 byl například proveden průzkum 95 IUD na různých místech v Budapešti. Respondentům byly položeny otázky týkající se vysoce rizikového injekčního a sexuálního chování, včetně pohlavního styku s osobou, která není IUD, a toho, jak

Obrázek 12: Podíl stávajících IUD (injekční aplikace během posledního měsíce), kteří uvedli, že sdíleli jehly a injekční stříkačky v průběhu posledního měsíce předtím, než požádali o léčbu, 1994–97 (projekt Pompidou Group vedený v několika městech zaměřený na poptávku po léčbě)



Zdroj: Převzato od Pompidou Group (1999)

vnímají riziko onemocnění infekční chorobou, do jaké míry se setkali s prevencí či intervencemi, jaký mají přístup k testům na HIV, VHC a VHB, a zda byli očkováni proti virové hepatitidě typu B. 33 % z dotazovaných uvedlo, že během posledního měsíce sdíleli jehly a injekční stříkačky, a 41 % přiznalo sdílení jiných parafernálií. Více než jednoho sexuálního partnera během posledního měsíce uvedlo 34 % sexuálně aktivních IUD, přičemž 26 % uvedlo, že jejich sexuálními partnery jsou výhradě osoby, které nepatří k IUD. 28 % dotázaných uvedlo, že za poslední měsíc získali výměnou za sex drogy, a 21 % získalo za sex peníze. 72 % respondentů se domnívalo, že jsou vystaveni riziku infekce HIV, ale pouhých 14 % se domnívalo, že jsou vystaveni riziku infekce virovou hepatitidou (VHA, VHB nebo VHC). 86 % již někdy obdrželo informace o prevenci nebo ochranné prostředky, 47 % podstoupilo testy na HIV a 40 % testy na některý typ virové hepatitidy. 14 % bylo očkováno proti VHB.

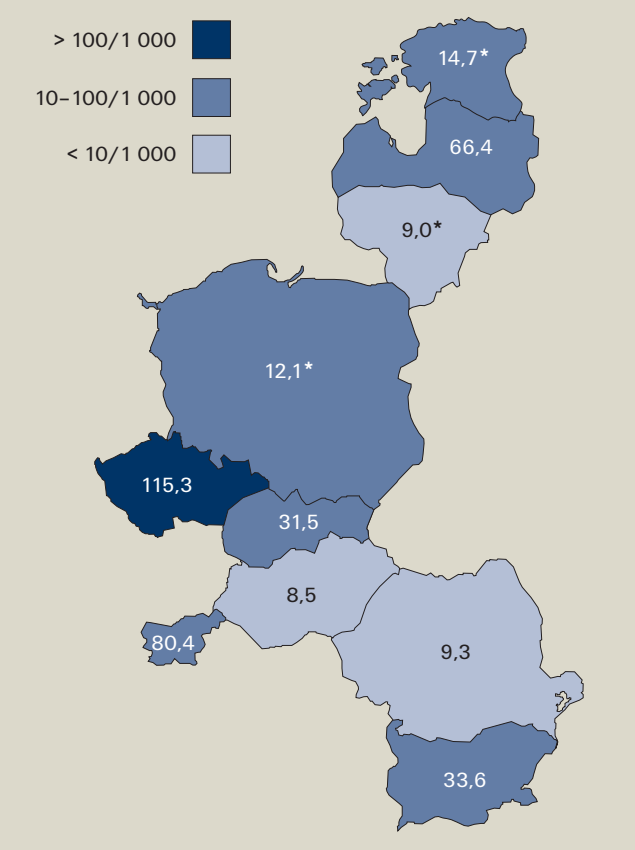
Výsledky několika dalších studií v zemích SVE byly uvedeny ve *Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v kandidátských zemích SVE za rok 2002* (EMCDDA, 2002a).

Harm reduction

Pro zamezení šíření infekčních onemocnění spojených s užíváním drog mezi IUD je nezbytné umožnit přístup ke sterilním injekčním pomůckám a informacím o bezpečnějším užívání drog. Pohlavnímu šíření těchto onemocnění lze bránit také prostřednictvím propagace bezpečnějšího sexu, včetně používání kondomů, jak mezi IUD, tak při styku s osobami, které drogy neužívají.

Ve všech zemích SVE, které poskytly příslušné údaje, lze sterilní injekční pomůcky zakoupit v lékárnách bez předpisu. V roce 2001 se ve většině zemí SVE cena injekčních stříkaček v lékárnách pohybovala kolem 0,1 euro. Výjimku tvořilo Estonsko, kde byla cena nižší (0,06 euro) a Slovinsko a Rumunsko, kde byla vyšší

Obrázek 13: Celkový odhadovaný počet injekčních stříkaček vyměněných nebo distribuovaných mezi IUD na 1 000 obyvatel v zemích SVE, 2001 nebo poslední rok, u nějž jsou informace k dispozici



Pozn.: Pokud byl odhad k dispozici pouze pro jiný rok než rok 2001, je označen hvězdičkou. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi je nutné vykládat s přihlédnutím k rozdílné dostupnosti údajů a možným omezením platnosti.

Zdroje: Národní monitorovací střediska Reitox.

Bulharsko: Rok 2001; pokrytí: 5 programů, Sofie (2), Pleven, Plovdiv a Burgas; rok implementace prvního programu: 1995; poměr vyměněných a distribuovaných stříkaček: není k dispozici.

Česká republika: Rok 2001; pokrytí: celostátní (65 středisek); rok implementace prvního programu: 1992; poměr vyměněných a distribuovaných stříkaček: 1/1.

Estonsko: Rok 2000; pokrytí: 20 programů, Tallin, Tartu, Narva, Sillamae, Kohlta-Jarve, Johvi, Kivioli; rok implementace prvního programu: 1997; poměr vyměněných a distribuovaných stříkaček: není k dispozici.

Maďarsko: Rok 2001; pokrytí: 7 programů,Budapešť (3), Miskolc, Veszpren, Pecs, Szeged; rok implementace prvního programu: 1995; poměr vyměněných a distribuovaných stříkaček: není k dispozici.

Lotyšsko: Rok 2001; pokrytí: 7 programů, Riga, Jurmala, Tukums, Liepaja, Olaine; rok implementace prvního programu: 1999; poměr vyměněných a distribuovaných stříkaček v roce 2001: 1/0,89.

Litva: Rok 2000; pokrytí: v 5 městech; rok implementace prvního programu: 1996; poměr vyměněných a distribuovaných stříkaček: není k dispozici.

Polsko: Rok 2000; pokrytí: není k dispozici; rok implementace prvního programu: není k dispozici; poměr vyměněných a distribuovaných stříkaček: není k dispozici

Rumunsko: Rok 2001; pokrytí: 4 programy, Timisoara (Timisiensis XXI), Bukurešť (ARAS, ALIAT, Otevřené dveře), některá další města (ARAS); rok implementace prvního programu: 1998; poměr vyměněných a distribuovaných stříkaček v roce 2001: 2,88/1.

Slovensko: Rok 2001; pokrytí: 4 programy, Bratislava (3), Bánská Bystrica (1); rok implementace prvního programu: 1994; poměr vyměněných a distribuovaných stříkaček: není k dispozici.

Slovinsko: Rok 2001; pokrytí: nejméně 3 programy, Lublaň, Celje, Zalec (poslední dva v lékárnách); rok implementace prvního programu: 1992; poměr vyměněných a distribuovaných stříkaček v roce 2001: 1/0,80.

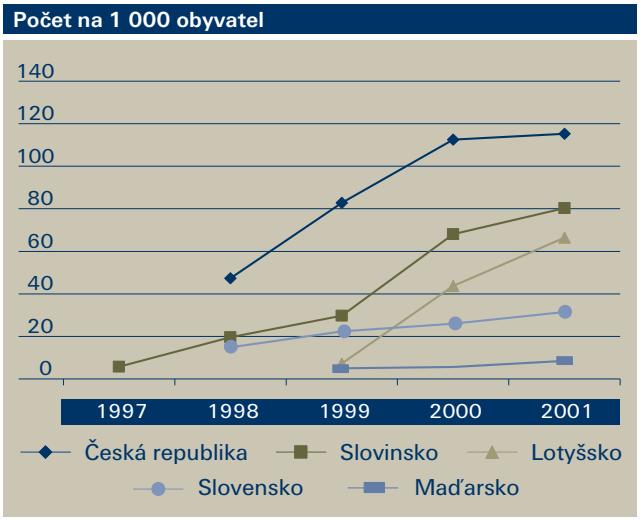
(0,14 euro, respektive až 0,2 euro). Pouze ve Slovinsku a Lotyšsku je možné v lékárnách injekční stříkačky také měnit či rozdávat. Ani jedna země SVE neuvedla žádný národní program na podporu prodeje injekčních stříkaček injekčním uživatelům v lékárnách, i když v Estonsku a Lotyšsku byly zaznamenány určité sporadické snahy poskytnout lékárníkům alespoň minimální instruktáž s cílem zvýšit povědomí o potřebě prevence infekčních onemocnění spojených s užíváním drog mezi IUD. Až na Litvu neuvedla žádná země SVE distribuci preventivních informací, které by byly zaměřeny konkrétně na IUD, prostřednictvím lékáren. Údaje o množství injekčních stříkaček, které se v lékárnách prodají IUD, by byly velmi cenné při posouzení celkové dostupnosti injekčních pomůcek pro IUD. Česká republika uvedla, že v roce 2001 byl v lékárnách injekčním uživatelům drog prodán přibližně jeden milión injekčních stříkaček (97,8 injekčních stříkaček na 1 000 obyvatel). Národní odhady podílu IUD, kteří si sterilní injekční pomůcky kupují v lékárnách, nejsou většinou k dispozici, s výjimkou Maďarska, kde jejich počet v roce 2001 představoval přibližně 30–40 %.

Ve všech zemích SVE fungují nějaké komunitní nebo kontaktní/terénní programy harm reduction, které zajišťují přístup ke sterilním injekčním pomůckám a informacím o bezpečnějším užívání drog, a které propagují bezpečnější sex, včetně distribuce kondomů. V Polsku byl v roce 1988 zahájen „Národní program prevence a boje proti AIDS", který doporučil zavedení výměnných programů, a v roce 1988 zahájila výměnný program největší nestátní organizace Monar distribuci (UN ODCCP/Unaids, 2003). V roce 1989 ministr zdravotnictví a sociální péče nařídil vedoucím lékařům v provinciích, aby zřídili speciální střediska, kde by byly zdarma distribuovány sterilní injekční pomůcky, a vyčlenili pro tyto účely příslušné finanční zdroje. V roce 1992 respektive 1993 byly zavedeny výměnné programy ve Slovinsku a České republice, a v polovině devadesátých let v několika dalších zemích střední a východní Evropy: na Slovensku v roce 1994, v Bulharsku a Maďarsku v roce 1995 a v Rumunsku v roce 1998. Z pobaltských republik byly tyto programy nejdříve zahájeny v Litvě a Estonsku, a to v roce 1996 respektive 1997. Poté následovalo v roce 1999 Lotyšsko. U zemí SEV, kde jsou informace k dispozici, se počet vyměněných nebo distribuovaných injekčních stříkaček pohyboval od 8,5 na 1 000 obyvatel v Maďarsku do 115,3 na 1 000 obyvatel v České republice. V roce 2001 bylo tedy v České republice získáno prostřednictvím programů SEP nebo v lékárnách odhadem 213,1 injekčních stříkaček na 1 000 obyvatel. Počet injekčních stříkaček vyměněných nebo distribuovaných mezi IUD na 1 000 obyvatel v roce 2001 nebo v posledním roce, kdy byly informace k dispozici, je znázorněn na obrázku 13.

Značné rozdíly v míře výskytu informují o míře pokrytí výměnnými programy. Vyšší výpovědní hodnotu by měly údaje, které by zohledňovaly odhadovaný počet IUD, jelikož v jednotlivých zemích SVE se dostupné prevalenční odhady IUD značně liší co do přesnosti a srovnatelnosti. V několika zemích SVE, u nichž jsou informace k dispozici, svědčí zvýšení počtu vyměněných nebo distribuovaných sterilních injekčních stříkaček v posledních letech o postupném zlepšování dostupnosti sterilních injekčních pomůcek (viz obrázek 14). I když jde o příznivou tendenci, dostupnost přesto neuspokojuje poptávku. Kdyby poptávka po sterilních výměnách uspokojena byla (což je ideální případ), trendy vyměněných nebo distribuovaných injekčních pomůcek by odrážely zvýšení či snížení poptávky a mohly by se stát prostředkem k monitorování změn v míře injekčního užívání drog.

Ve většině zemí SVE, u nichž jsou údaje k dispozici (Bulharsko, Maďarsko, Lotyšsko, Slovinsko), neexistují pro výměnné programy žádná výrazná omezení, jako je např. požadavek odevzdat použitou injekční stříkačku výměnou za novou, a distribuce sterilních injekčních stříkaček je relativně liberální. Naproti tomu v Estonsku se striktně dodržuje pravidlo výměny stříkačky za použitou. Údaje o poměru sterilních injekčních stříkaček poskytnutých výměnou za použité poskytly v roce 2001 pouze tři země SVE. Tyto poměry činily 1 : 0,98 v Lotyšsku, 1 : 0,80 na Slovensku a 1 : 0,35 v Rumunsku. Téměř všude je znát, že financování

Obrázek 14: Trendy odhadovaného počtu injekčních stříkaček vyměněných nebo rozdaných mezi IUD na 1 000 obyvatel ve vybraných zemích SVE, 1997–2001



Zdroj: Národní monitorovací střediska Reitox.

programů výměny injekčních stříkaček je neadekvátní a geografické pokrytí nedostatečné, i když ve většině zemí SVE nějaké programy výměny injekčních stříkaček mimo hlavní města zřízeny byly.

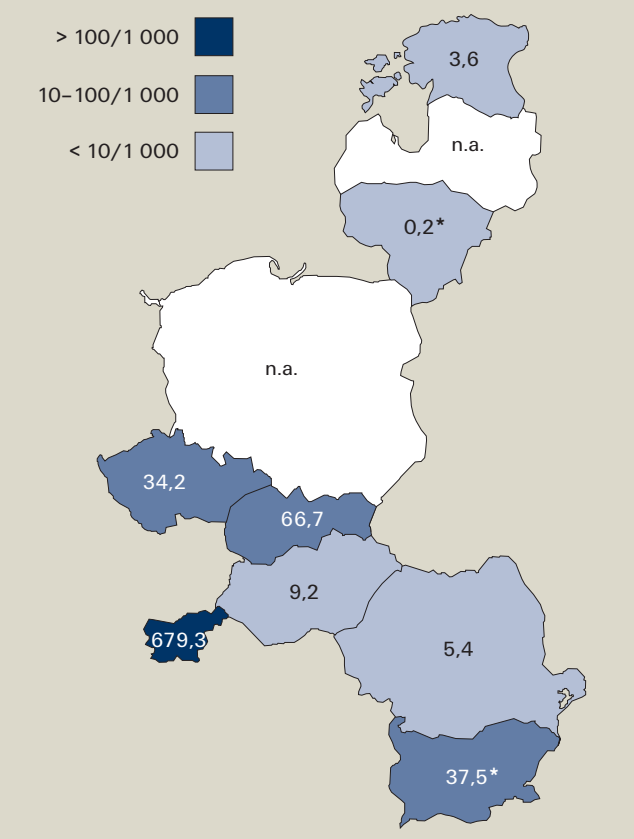
Nedílnou součástí jakéhokoliv komunitního nebo kontaktního/terénního programu harm reduction pro IUD by měla být propagace bezpečnějšího sexu. Informace o podobných intervencích, např. o počtu distribuovaných kondomů, jsou však ještě hůře dostupné, i když je známo, že v některých zemích (Bulharsko, Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Lotyšsko, Rumunsko a Slovinsko) kondomy prostřednictvím výměnných programů distribuovány byly. Výměnné programy jsou přitom spolehlivější jako zdroj sterilních injekčních pomůcek, než jako zdroj kondomů. Kondomy lze však ve všech zemích SVE snadno zakoupit. V zemích, které poskytly příslušné informace (Česká republika, Maďarsko, Lotyšsko, Slovinsko) se jejich cena se pohybuje od 0,3 do 0,7 euro.

SUBSTITUČNÍ LÉČBA

Substituční léčba je pro IUD dostupná ve všech zemích SVE, míra dostupnosti se však značně liší. Ve Slovinsku bylo v roce 2001 do metadonového substitučního programu přijato 679 IUD na milión z celkové populace, ale příslušný poměr v Estonsku činil pouze 3,6. Celkový odhadovaný počet IUD v metadonových substitučních programech na milión obyvatel v roce 2001 nebo v posledním roce, za který je odhad k dispozici je znázorněn na obrázku 15. S možnou výjimkou Slovinska je dostupnost metadonových substitučních programů zjevně nedostačující. Druhý nejvyšší poměr vykázaly Slovensko a Česká republika, kde však byl počet uživatelů drog v metadonových programech přibližně 10–20krát nižší. Stejně jako u pokrytí výměnných programů by vyšší vypovídací hodnotu měly údaje, které by zohlednily odhadovaný počet IUD.

U některých zemí SVE byly k dispozici údaje o trendech. Příznivou skutečností je, že v letech 1997 až 2001 stoupl ve Slovinsku počet pacientů v metadonových substitučních programech ze 464,2 na milión obyvatel na 679,3; na Slovensku z 4,1 na 66,7 na milión obyvatel a v Estonsku z 2,1 na 3,6 na milión obyvatel. Údaje o tom, do jaké míry je v zemích SVE substituční léčba dostupná prostřednictvím praktických lékařů, k dispozici nejsou. Celkově je tedy třeba k interpretaci dostupných informací o metadonové substituci přistupovat opatrně.
Na Slovensku je například praktický lékař[1] oprávněn předepsat buprenorfin, což svědčí o lepší dostupnosti substituční léčby, než je patrné pouze z údajů o metadonové substituci.

Obrázek 15: Celkový odhadovaný počet IUD v substituční léčbě na milión obyvatel v zemích SVE



Pozn.: Pokud byl odhad k dispozici pouze pro jiný rok než rok 2001, je označen hvězdičkou. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi je nutné vykládat s přihlédnutím k rozdílné dostupnosti údajů a možným omezením platnosti.

Zdroje: Národní monitorovací středisko Reitox.

Bulharsko:	Rok 2002; první program v roce 1995; pokrytí: 1 centrum v Sofii; substituční látka: metadon.
Česká republika:	Rok 2001; pilotní program: schválený program byl zahájen v roce 1997; pokrytí: 8 center: v Praze a v 7 dalších městech; substituční látka: metadon.
Estonsko:	Rok 2001; první program v roce 1997; pokrytí: 2 centra; substituční látka: metadon.
Maďarsko:	Rok 2001; první program v roce 2001; pokrytí: 4 centra; substituční látka: metadon; bez údajů o jednotlivých předpisech od roku 1993.
Litva:	Rok 2000; první program v roce 1995; pokrytí: 4 města; substituční látka: metadon.
Rumunsko:	Rok 2001; první program: údaj není k dispozici; substituční látka: metadon.
Slovensko:	Rok 2001; první program v roce 1997; pokrytí: 1 centrum, v Bratislavě; substituční látka: metadon; buprenorfin může předepsat jakýkoli praktický lékař.
Slovinsko:	Rok 2001; první program v roce 1990; pokrytí: 17 center, po celé zemi; substituční látka: metadon.

[1] Pozn. české redakce: I v ČR mohou praktiční lékaři předepisovat buprenorfin, avšak nyní jen na přísněji evidovaný recept „s modrým pruhem".

OČKOVÁNÍ PROTI VIROVÉ HEPATITIDĚ TYPU B

Teoreticky je očkování proti virové hepatitidě typu B injekčním uživatelům drog dostupné ve většině zemí SVE. Prakticky má pokrytí do ideálního stavu daleko, a ve většině zemí je velmi slabé. Údaje o kratších základních očkovacích kalendářích, které se někdy používají ke zvýšení míry dokončení očkování mezi IUD, jsou nedostatečné; avšak Česká republika udává, že podobné kalendáře používá při epidemiích VHB. Zdravotní pojišťovny většinou očkování IUD proti VHB nehradí, kromě Slovinska, kde byla očkována většina pacientů v metadonových substitučních programech, kteří pravidelně navštěvují lékařská zařízení. V budoucnu však budou očkováni všichni IUD, neboť ve všech zemích SVE bylo zavedeno očkování veškerého obyvatelstva proti virové hepatitidě typu B. V mnoha zemích by základní série očkování měla být splněna během prvního roku života, ale v některých, jako např. v České republice, Estonsku, Maďarsku, Slovinsku a Rumunsku, jsou zaměřovány věkově starší skupiny, a to buď výhradně, nebo navíc k dětem v prvním roce života (ve věku 12, 13, 14, 6, respektive 9 let). V roce 2001 bylo odhadované pokrytí vcelku vysoké, od 90 % v Estonsku až po 99 % v České republice, Polsku a Slovensku (WHO, 2003). Například v České republice, kde jsou od roku 2001 očkovány děti ve věku 12 let, bude do roku 2005 očkována naprostá většina šestnáctiletých adolescentů. Na Slovensku, kde bylo v roce 1998 zavedeno očkování dětí ve věku 6 let, bude tohoto cíle dosaženo v roce 2008.

DOSTUPNOST PORADENSTVÍ A TESTŮ

Anonymní poradenství a testy na HIV jsou dostupné v mnoha zemích SVE, ale metody a postupy při testování se liší. V Litvě jsou například na základě vyhlášky ministerstva zdravotnictví povinné testy na HIV pro všechny známé IUD nejméně jednou ročně. Oproti tomu ve Slovinsku jsou dobrovolné a anonymní testy nabízeny každoročně všem pacientům přijatým k léčbě metadonem. Estonsko uvádí, že testy na infekci VHC, které k byly dispozici dříve, jsou nyní pozastaveny, neboť veškeré dostupné zdroje byly přesměrovány na testování infekce HIV.

DOSTUPNOST LÉČBY

Kvalitní srovnatelné údaje o dostupnosti léčby HIV a VHC injekčním uživatelům drog k dispozici nejsou. Ve všech zemích, u nichž údaje k dispozici jsou, je léčba bezplatná. Celkově je ale dostupnost kvalitní léčby infekce HIV a VHC velmi omezená. Vysoce aktivní antiretrovirová terapie (HAART) pro IUD infikované HIV je snadno dostupná pouze v České republice, Maďarsku a Slovinsku.

SHRNUTÍ A ZÁVĚRY

- Infekční onemocnění spojená s užíváním drog mezi injekčními uživateli drog (IUD), tj. infekce HIV, VHC a VHB a některá další závažná onemocnění, včetně TBC a nemocí šířených pohlavním stykem, představují klíčové veřejně zdravotní problémy plynoucí z poškoze ní zdraví v souvislosti s užíváním drog. Vysoká prevalence těchto infekcí mezi IUD představuje rovněž hrozbu jejich rozšíření v celkové populaci.
- Výrazné snížení incidence poškozování zdraví v souvislosti s užíváním drog, včetně infekce HIV, VHC a VHB, je jedním ze šesti hlavních cílů drogové politiky EU (2000-04).
- V poslední době se infekce HIV znepokojivě rychle šíří v Estonsku a Lotyšku. V roce 2001 dosáhla prevalence HIV u skupiny IUD v Tallinu 41 %. V Polsku zůstala prevalence HIV pod úrovní 20 %, v Litvě je nižší než 5 % a ve všech ostatních zemích SVE zůstává pod úrovní 1 %, přičemž poslední údaj je nižší než ve všech členských státech EU.
- V mnoha zemích SVE (Bulharsko, Estonsko, Lotyšsko, Litva) je prevalence protilátek proti VHC mezi IUD vyšší než 60 % stejně jako téměř ve všech členských státech EU. V ostatních zemích (Česká republika, Maďarsko, Slovensko, Slovinsko) je tento údaj, ač stále vysoký, pod úrovní 40 %.
- Mezi důvody, proč existují v rozšíření infekčních onemocnění spojených s drogami mezi jednotlivými zeměmi takové rozdíly, patří odlišné vzorce vysoce rizikového chování, doba trvání infekcí, dostupnost sterilních injekčních pomůcek IUD, informovanost o bezpečnějším užívání drog a léčebných programech (zejména o substituční léčbě) a pokrytí očkování proti virové hepatitidě typu B. Konkrétní účinky těchto a dalších možných faktorů je však obtížné stanovit.
- Prevence infekce HIV a VHC mezi IUD spočívá především v zamezení vysoce rizikového injekčního a sexuálního chování a v podpoře změn chování. Z tohoto důvodu by mělo nedílnou součást průzkumů infekčních onemocnění spojených s užíváním drog tvořit sledování vysoce rizikového chování, které by monitorovalo změny v daném chování v průběhu času. V současné době jsou podobné údaje bohužel nedostačující.
- Ve všech zemích SVE, u nichž jsou informace k dispozici, lze zakoupit sterilní injekční pomůcky bez lékařského předpisu v lékárnách. Přístup ke sterilním injekčním pomůckám je dále umožňován prostřednictvím komunitních a kontaktních programů harm reduction.

Neexistují však žádné celonárodní programy, které by snadnou dostupnost injekčních stříkaček v lékárnách podporovaly. Téměř všude jsou nedostatečně financovány programy výměny injekčních stříkaček a nedostatečné je i geografické pokrytí těchto programů. Podobná situace je u substitučních programů, jejichž dostupnost, ačkoli existují (především metadonové substituční programy, které jsou účinné v redukci nebezpečné injekční aplikace), je ještě horší.

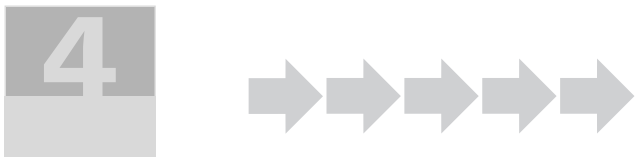
- Očkování proti virové hepatitidě typu B je pro IUD v zásadě dostupné ve všech zemích SVE, pokrytí má však k ideální situaci daleko. Očekává se ale, že v budoucnu se pokrytí očkování mezi IUD zlepší, neboť ve všech zemích SVE byly proti virové hepatitidě typu B zahájeny celopopulační imunizační programy. V krátkodobé perspektivě by měly být zavedeny cílené očkovací programy zaměřené na ochranu stávajících skupin injekčních uživatelů a nadále by měl pokračovat důkladný monitoring pokrytí IUD.
- Ke snížení výskytu infekcí HIV, VHC a VHB je zapotřebí rozsáhlých intervencí harm reduction . V zemích, kde byly intervence harm reduction zavedeny dříve, než došlo k vypuknutí infekce HIV, bude budoucí výskyt AIDS jak mezi IUD, tak u celkové populace pravděpodobně mnohem nižší než jinde.
- Kvalitní srovnatelné informace o dostupnosti testů na HIV, VHC a VHB pro IUD k dispozici nejsou, špatná je i dostupnost léčby HIV a VHC. Metody a praktiky testování se v jednotlivých zemích SVE liší. Ve většině zemí SVE je přístup ke kvalitní léčbě jak infekce HIV, tak infekce VHC velmi omezený.
- Národní monitorovací střediska Reitox v zemích SVE by měla nadále podporovat vývoj indikátorů infekčních onemocnění, a to na celonárodní úrovni, dále zavádění opatření na základě získaných údajů a sběr dat o typech a pokrytí specifických opatření.
- Existuje stále více důkazů toho, že zavádění programů harm reduction s dobrým pokrytím a poskytování snadno dostupné substituční léčby přispívá ke snižování míry infekčních onemocnění spojených s užíváním drog (Hurley et al., 1997). Je známo, že jakmile se infekce HIV dostane do komunity IUD, může se v závislosti na míře rizikového chování velmi rychle šířit (Unaids/WHO, 2000). Právě to se v současné době děje v Estonsku a Lotyšsku. Zavádění intervencí harm reduction s dobrým pokrytím přispívá ke snižování prevalence infekce HIV v poslední fázi epidemie. V Polsku je včasnému zavedení výměnných programů (v roce 1988) alespoň částečně připisováno malé množství případů infekce HIV mezi IUD (UN ODCCP/UNAIDS, 2003). V mnoha zemích SVE se infekce HIV ještě rychle šířit nezačala. Pokud budou intervence harm reduction a široce dostupná substituční léčba zahájeny rychle a včas, dříve než infekce HIV populaci IUD ovládne, prevalence infekce HIV bude v budoucnu nižší, než kdyby byly intervence zahájeny, až když se infekce začne šířit. Země, kde začaly rozsáhlé intervence harm reduction fungovat už před proniknutím infekce HIV do komunity IUD, jako např. Česká republika nebo Slovinsko, učinily dobrou investici.

Další výzvy ke sběru smysluplných informací

Národní i mezinárodně koordinovaná prevence a intervence harm reduction zaměřené na snížení výskytu infekcí HIV, VHC a VHB spojených s užíváním drog mezi IUD a minimalizace rizika šíření těchto infekcí v celkové populaci vyžaduje zkvalitnění získávání, analýzy a šíření objektivních, spolehlivých a srovnatelných informací o zatížení a trendech infekčních onemocnění spojených s užíváním drog mezi IUD. Jak na mezinárodní, tak na národní úrovni by měly být přiděleny dostatečné zdroje a měly by být zkoumány možnosti intenzivnější spolupráce příslušných institucí, zejména těch, které se specializují na užívání drog a infekční onemocnění.

Pravidelné a harmonizované rutinní získávání informací o infekčních onemocněních spojených s užíváním drog doplněné o sběr údajů o příslušných indikátorech a hloubkové studie by mělo být podporováno v rámci sledování infekčních onemocnění mezi IUD jako jeho nedílná součást.

Pokud jde o prevenci infekčních onemocnění spojených s užíváním drog mezi IUD, velmi důležité je poskytování objektivních informací o souvisejících rizicích, vzdělávání zaměřené na rizikové chování, očkování proti virové hepatitidě typu B, metadonové substituční programy a jiné varianty léčby a dostupnost sterilních injekčních stříkaček a dalších injekčních pomůcek. To vše by mělo být vymezeno jako konkrétní cíl protidrogové politiky a monitorováno a vyhodnocováno na pozadí prevence infekčních onemocnění.



Kapitola 4

CHARAKTERISTIKA DROGOVÝCH STRATEGIÍ V PŘISTUPUJÍCÍCH A KANDIDÁTSKÝCH ZEMÍCH

Tato kapitola je popisným přehledem hlavních nástrojů drogové politiky, jmenovitě zákonů, strategií a koordinačních opatření v oblasti drog.

ÚVOD

Tato kapitola vychází ze zpráv národních středisek Reitox, oficiálních drogových strategií a právních textů obsažených v Evropské právní drogové databázi (European legal database on drugs – ELDD) (**http://elld.emsdda.eu.int**). Je též výsledkem úzké spolupráce národních monitorovacích středisek a dalších odborníků v přistupujících a kandidátských zemích.

V důsledku malého množství dostupných údajů a informací se tato kapitola omezuje na popis formálních opatření, která ve zkoumaných zemích v současné době existují. Podrobnější aspekty, jako je např. zavedení zákonů, posouzení národních strategií či účinnosti mechanismů koordinace drogové politiky, jsou proto mimo dosah tohoto zkoumání. Je zřejmé, že pouhé porovnání formálních nástrojů drogové politiky, tj. zákonů, systémů plánování a koordinace, předem vylučuje přesnější analýzu, přičemž mohou být zastřeny rozdíly mezi zeměmi, kde jsou oficiální postoje efektivně zaváděny do praxe, a zeměmi, kde dobré úmysly zůstávají pouze „na papíře". Míra implementace národní drogové strategie může být zjištěna pouze prostřednictvím precizních případových studií.Vezmeme-li však v úvahu výše uvedená omezení, jako první krok je důležité přinést informace o formálních nástrojích a zároveň zjistit, jakým způsobem jednotlivé vlády drogovému problému čelí.

V této kapitole se věnujeme 13 přistupujícím a kandidátským zemím EU. V důsledku nedostatku dostupných informací se však zaměřujeme především na 10 zemí střední a východní Evropy; u Malty, Kypru a Turecka se zabýváme pouze legislativními aspekty.

LEGISLATIVA ([21])

Tvorba zákonů

Většina zemí SVE od roku 1991 aktivně přistupuje k zásadním změnám legislativy s ohledem na řešení drogové problematiky. Před rokem 1990 byla situace v řadě těchto zemí v souladu s úmluvami OSN a „drogové" zákony byly podobné legislativnímu rámci bývalého Sovětského svazu. To poskytlo relativně stejnorodou základnu, na které se začala samostatně vytvářet národní legislativa v jednotlivých zemích. Změny či posílení legislativy v oblasti drog se v těchto zemích začaly projevovat zejména od poloviny devadesátých let.

Většina přistupujících a kandidátských zemí se vydala cestou zapracovávání skutků souvisejících s držením drog a obchodu s drogami do svých trestních zákoníků. Za posledních 10 let přijalo nový trestní zákoník nebo jej výrazně přepracovalo sedm ([22]) zemí tak, aby obsahovaly revizi trestných činů a/nebo postihů spojených s drogovou problematikou. Ze zemí, které mají pro drogové trestné činy zvláštní zákony, schválilo v posledních pěti letech nové úplné znění zákonů Rumunsko a Polsko, zatímco maltské zákony o drogové kontrole, které vznikly před několika desítkami let, byly naposledy zásadním způsobem aktualizovány v roce 1985.

Navzdory tomu, že v České republice a Maďarsku proběhly poslední změny legislativy poměrně nedávno, v obou zemích už se uskutečnily výzkumné studie zaměřené na posouzení dopadu těchto zákonů. V České republice předběžné výsledky těchto studií ukázaly, že zavedení trestnosti „držení většího než malého množství" v roce 1999 přineslo společnosti více nákladů než výnosů, přičemž situace mohla být lepší, kdyby byla stanovena hranice malého množství, k čemuž však došlo až v roce 2000 vydáním pokynu nejvyšší státní zástupkyně, a kdyby byly definovány různé kategorie drog vycházející z míry škody drogou způsobené ([23]). V Maďarsku mělo zavedení trestnosti užívání jakékoli drogy v roce 1999 více negativních důsledků než pozitivních účinků, a proto byl tento specifický trestný čin v roce 2003 zrušen.

([21]) Pro tento oddíl nebyly k dispozici údaje od sítě ELLD pro Slovinsko.

([22]) Slovensko (1996), Česká republika (1999), Lotyšsko (1999), Bulharsko (2000), Rumunsko (2000), Estonsko (2002), Litva (2003) a Maďarsko (1999, 2003).

([23]) V době napsání této zprávy se připravovala.

Právní postoje k uživatelům drog

Ve třech zemích (Kypr, Malta, Turecko) je užívání drog samo o sobě považováno za trestný čin, i když na Maltě se tento trestný čin vztahuje pouze na užívání upraveného opia. V letech 1999 až 2003 bylo užívání drog trestným činem také v Maďarsku, což se ale změnilo po výše uvedeném vyhodnocení. V některých zemích (Rumunsko, Estonsko, Lotyšsko a Litva) je zakázána konzumace kontrolovaných látek bez předpisu, což je však, při prvním porušení zákona, obvykle trestáno pouze správními sankcemi.

Interpretace „malého množství drogy pro vlastní potřebu" je v různých zemích velmi rozdílná. Z devíti zemí (Bulharsko, Kypr, Litva, Maďarsko, Malta, Polsko, Rumunsko, Slovensko a Turecko), v nichž je toto hodnoceno jako trestný čin, čtyři (Kypr, Malta, Rumunsko a Turecko) uzákonily trestnost veškerého nedovoleného držení bez ohledu na množství a ve dvou (Bulharsko a Maďarsko) není přezkoumáván úmysl, pro který je droga přechovávána. V Polsku a Litvě bylo držení uzákoněno jako trestný čin teprve nedávno, zatímco předtím představovalo správní delikt. V těchto zemích mohou být pro zmírnění trestu uznány polehčující okolnosti.

Ve třech zemích (Česká republika, Estonsko a Lotyšsko) jsou k potrestání prvního přestupku držení malého množství drogy pro vlastní potřebu nadále používána správní opatření, což je podobné sovětskému zákoníku, podle kterého bylo držení malého množství jakékoli omamné látky pro vlastní potřebu považováno za správní přestupek a ne trestný čin (Babayan, 1990). Ale i v těchto zemích existuje možnost stíhat delikventa na základě trestního zákoníku, pokud se jedná o opakovaný přestupek nebo pokud je množství drogy větší než malé. Ve všech třech uvedených zemích byla hranice maximálního „malého množství" konkrétně definována buď v zákonech nebo ve směrnicích pro státní zástupce, zatímco v mnoha zemích EU je to ponecháno čistě na rozhodnutí soudce nebo státního zástupce (ELDD, 2003).

Je zajímavé, že několik přistupujících a kandidátských zemí během posledních 12 let postupuje směrem k uzákonění trestnosti držení drog pro vlastní potřebu, nebo užívání jako takovému, zatímco nejnovější změny v legislativě zemí Evropské unie přistupují k téže problematice naprosto rozdílně (ELLD, 2002).

Obchod s drogami

Jak je výše uvedeno, v některých přistupujících a kandidátských zemích je „malé množství" drogy jasně definováno zákonem a držení většího množství je považováno za trestný čin, i když ne vždy za obchod s drogami. Ve třech zemích (Česká republika, Estonsko, Lotyšsko) je trestný čin držení většího než malého množství drogy odstupňován v závislosti na úmyslu, a tresty, které mohou být uděleny, jsou přísnější, pokud je důvodem k držení drogy prodej nebo zisk. V Polsku je například maximální výše trestu za držení značného množství drogy nižší než maximální výše trestu za poskytnutí jakéhokoli množství s výdělečným záměrem. Jak již bylo uvedeno, v Bulharsku a Maďarsku se motiv popisu ve skutkové podstatě trestného činu v úvahu nebere. V Maďarsku se přestupky liší podle malého nebo velkého množství drogy, zatímco v Bulharsku lze za protiprávní činy spojené s držením nebo poskytnutím drogy udělit celou škálu trestů. Bulharské zákony obsahují zvláštní ustanovení pro přestupek pouze v případě, že delikvent je na droze závislý a držené množství svědčí o záměru použít ji pro vlastní potřebu.

Zvláštní zákonná ustanovení pro prodej v malém rozsahu za účelem financování vlastní závislosti obsahují zákony v Maďarsku, a do určité míry také v Estonsku a Polsku. Objasnění, zda jsou tato ustanovení za daných okolností uplatňována, či zda jsou dané okolnosti zohledňovány, pokud jde o stanovení trestu za obchod s drogami, by však vyžadovalo podrobnější průzkum uplatňování daného zákona.

Ve většině přistupujících a kandidátských zemí existují zvláštní ustanovení pro pěstování drog a obchod s nimi (držení nebo přechovávání za účelem prodeje či zisku, což běžně zahrnuje také výrobu). V některých zemích (včetně Estonska, Lotyšska, Litvy a Polska) je za pěstování nižší maximální trest než za výrobu nebo obchod s drogami, ale v Bulharsku by nejvyšší trest mohla obdržet spíše skupina vytvořená za účelem výroby nebo pěstování než za účelem obchodu.

A konečně, v mnoha přistupujících a kandidátských zemích zákony zahrnují zvýšení horní sazby trestu v případech, kdy se na obchodu s drogami podílí organizovaná skupina nebo zločinecké uskupení. To může být považováno za přitěžující okolnost anebo potrestáno podle zvláštního ustanovení.

Postihy za držení drog a obchodování s nimi v přistupujících a kandidátských zemích jsou uvedeny v tabulce 4.

NÁRODNÍ DROGOVÉ STRATEGIE

Současné národní drogové strategie

Údaje v této části pocházejí od 10 kandidátských nebo přistupujících zemí střední a východní Evropy (SVE), tj. Bulharska, České republiky, Estonska, Litvy, Lotyšska, Maďarska, Polska, Rumunska, Slovenska a Slovinska.

Údaje o Maltě, Kypru a Turecku nebyly k dispozici. Národní strategie drogové politiky existovaly, nebo se připravovaly, ve všech 10 zemích SVE. Trend rozvoje určitých strategií, který lze sledovat i na úrovni EU, svědčí o tom, že země SVE zaujímají v drogové politice neustále komplexnější postoje a aktivity spojené s drogovou problematikou již pojímají jako širší celonárodní strategie drogové politiky (viz tabulka 5). V mnoha případech je skutečně vidět, že drogové strategie v zemích SVE se již blíží řízené politice: jsou komplexní, zaměřené na konkrétní cíle a jejich implementaci s důrazem kladeným na koordinaci.

Tabulka 4. Tresty za držení drog a obchodování s drogami v přistupujících a kandidátských zemích

Země	Trest za držení pro vlastní potřebu (1)(2)	Trest za obchodování (trest odnětí svobody) (3)
Bulharsko	Vysoce rizikové drogy: 10–15 let Rizikové drogy: 3–15 let	Vysoce rizikové drogy: 10–15 let Rizikové drogy: 3–15 let Pašování velkého množství: až 20 let Zapojení do skupiny: až 15 let za nepovolený obchod, až doživotí za výrobu
Česká republika	Správní pokuta Pokud větší než malé množství: až 2 roky	1–5 let Pokud ve větším rozsahu nebo organizovaná skupina: 2–10 let Zapojení do mezinárodní zločinecké organizace, nebo majetkový prospěch velkého rozsahu: 10–15 let
Estonsko	Malé množství: správní pokuta nebo správní zadržení až 30 dní Velké množství: jako u obchodu	Malé množství: pokuta nebo 1 rok Velké množství: 1–5 let (pokud opakovaně nebo zapojení do skupiny: 2–10 let)
Kypr	Až doživotní vězení, a/nebo pokuta	Až doživotní vězení v závislosti na typu drogy
Litva	Až 2 roky	Až 3 roky Pokud velké množství: 2–8 let Pokud velmi velké množství: 5–15 let
Lotyšsko	Pokud malé množství (definováno): správní pokuta nebo správní zadržení až 15 dní Až 3 roky	Až 10 let Pokud ve skupině: 5–12 let Pokud velké množství nebo obzvlášť nebezpečná látka: 8–15 let
Maďarsko	Malé množství: až 2 roky	2–8 let Pokud zapojení do organizované skupiny: 5–10 let Pokud velké množství: 5 let až doživotí
Malta(4)	Soud nižší instance: 3–12 měsíců a/nebo pokuta Trestní soud: 1–10 let	Psychotropní léky: Soud nižší instance: 3–12 měsíců a/nebo pokuta Trestní soud: až 10 let Všechny drogy kromě psychotropních léků: Soud nižší instance: až 10 let Trestní soud: doživotní, nebo až 30 let
Polsko	Pokud menší závažnost: až 1 rok, omezení svobody nebo pokuta Až 3 roky	Až 8 let Pokud značné množství: až 10 let
Rumunsko	2–5 let	Vysoké riziko: 10–20 let Rizikové drogy: 3–5 let Pašování: až 25 let Pokud organizovaná skupina, až doživotí
Slovensko	Až 3 roky	2–8 let Pokud značná či podstatná hodnota: až 10 let Pokud ve spojení s organizovanou skupinou: 12–15 let, nebo doživotí pokud mimořádné
Turecko	1–2 roky	Prodej a související činnost: 4–10 let Prodej kokainu, heroinu, morfia: 6–15 let Dovoz či výroba: až 30 let Pokud organizovaná skupina: zvýšení trestu o polovinu

(1) Země mohou mít různé postihy pro jakékoli držení/držení pro osobní potřebu/držení bez záměru obchodu
(2) Řada zemí má více než jeden trestný čin, který může chování delikventa popisovat, a různé příslušné postihy. Státní zástupce vybere pro každý případ ten nejvhodnější.
(3) V tomto případě obchod s drogami znamená jakýkoli trestný čin, který zahrnuje prodej nebo distribuci drog.
(4) Na Maltě právní systém dovoluje žalobci vybrat soud, což má vliv na rozsah možného trestu.

Ve většině zemí SVE jsou národní drogové strategie přímo napojeny na drogovou strategii EU a akční plán EU boje proti drogám (2000 - 2004). Šest cílů plánu EU tvoří například základ cílů české strategie. Tytéž cíle jsou též výslovně uvedeny v nových verzích estonské a lotyšské strategie, v národní drogové strategii Polska a Rumunska a v návrzích strategií Litvy a Slovinska. Tento trend též odráží odezvu na mezinárodní požadavek „vyváženého, komplexního a multidisciplinárního přístupu", který byl uložen na zvláštním zasedání Valného shromáždění OSN (UNGASS) věnovaného drogám v červnu 1998.

Všechny drogové strategie, které jsou v této části analyzovány, mají strukturu přizpůsobenou tomu, aby pokrývaly činnost v oblasti snižování poptávky i nabídky. Jednotlivé strategie ve všech případech popisují opatření sloužící k posílení či vylepšení činností spojených s prosazováním práva (např. policie, celníci, kontrola hranic) a k zavedení či upevnění struktur a programů zaměřených na zkvalitnění prevence užívání drog v komunitě, léčby a doléčování, a v mnoha případech i opatření sloužících k omezení negativních následků užívání drog. I když to všechno nemůže automaticky zaručit implementaci „vyváženého přístupu", skutečnost, že národní strategie berou v úvahu obě stránky drogového problému (poptávku a nabídku), představuje dobrý výchozí bod.

Národní drogové strategie jsou obvykle navrhovány na dobu čtyř až pěti let. V některých zemích SVE však panuje přesvědčení, že pokud má strategie drogovou problematiku nějakým způsobem ovlivnit, je zapotřebí mnohem delšího plánování. Drogová strategie, která byla v Maďarsku přijata v roce 2000, si vytyčila cíle až do roku 2009. Slovenská národní drogová strategie, která byla aktualizována v roce 1999, pokrývá časové období až do roku 2003 s tím, že ji bude možné prodloužit až do roku 2008. V Estonsku se očekává přijetí strategie, která bude platit až do roku 2012.

Další zajímavou oblastí je statut národních drogových strategií. Rumunsko a Slovensko uvádí, že strategie je závazná pro všechna ministerstva, která se podílejí na její implementaci. Slovenská strategie konkrétně žádá každoročně na tzv. aktualizačních schůzkách každé ministerstvo o vypracování zprávy o jeho vlastní činnosti ve vztahu k národnímu programu, a v případě potřeby o revize, cíle, úkoly, časové harmonogramy a financování. V České republice jsou aktivity, které drogová strategie pokrývá, závazné pro každé ministerstvo do té míry, že musí schválit vlastní plán a vyhodnotit výsledný dopad na rozpočet. Také nová estonská drogová strategie bude požadovat, aby vládní orgány samy plánovaly svou činnost a dodržovaly předem stanovené termíny. Díky těmto metodám a nástrojům lze zajistit lepší vymezení odpovědností i lepší realizaci plánovaných úkolů.

Některé národní drogové strategie zemí SVE jsou revidované předchozí strategie ve věcech drog. Někde však byly připraveny nové dokumenty více zaměřené na

Tabulka 4. Tresty za držení drog a obchod s nimi v přistupujících a kandidátských zemích

Datum přijetí	Země	Národní strategie[2]
1999	Litva	Národní program drogové kontroly a prevence, 1999–2003
2000	Slovensko	Národní program boje proti drogám (přijat v roce 1995 a aktualizován v roce 1999) do roku 2003 s možností prodloužení do roku 2008
2001	Maďarsko	Národní strategie boje proti drogám
2002	Česká republika	Národní strategie protidrogové politiky, 2001–4
	Bulharsko	Národní protidrogová strategie, 2002–7
	Polsko	Národní program boje proti drogové závislosti, 2002–5
	Rumunsko	Národní protidrogová strategie, 2002–4
	Slovinsko	Národní drogový program, 2003–8
2003 (připravuje se, předběžné názvy a data)	Slovinsko	Národní drogový program, 2003-08 (v době přípravy této zprávy ještě nebyl přijat)
	Estonsko	Národní protidrogová strategie, 2012
	Lotyšsko	Program prevence a kontroly drog a jejich zneužívání, 2004–8
	Litva	Národní program protidrogové prevence a kontroly, 2004–7

[2] Pozn. české redakce: Zatímco v angličtině se používá pojem „drug strategy", v češtině (a možná i v jiných národních jazycích) se dosud převážně používal pojem „protidrogová strategie". NMS i Sekretariát RVKPP nyní přechází k užívání angličtině odpovídajících pojmů „drogová strategie", „drogová politika", atp. Při zpětném překladu názvů národních programů z angličtiny tak mohlo dojít k nepřesnosti.

problematiku financování, výkonnost a implementaci, neboť původní drogovou strategii se naplnit nepodařilo (ať již z politických nebo finančních důvodů). Většina přepracovaných verzí vypovídá o snaze aplikovat přístup založený na vědecky prokázaných faktech. Změna stávající situace a zapojení velkého počtu odborníků jsou též dva z klíčových aspektů současných národních drogových strategií v zemích EU (EMCDDA, 2002d).

Například v České republice je národní drogová strategie výsledkem detailní analýzy SWOT (analýza silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb) stávající drogové politiky. Pomocí této analýzy byly definovány priority, cíle a úkoly nové strategie. Polský národní program boje proti drogám (2002–5) je výsledkem rozsáhlého přepracování předchozí drogové strategie (1999–2001), které proběhlo v rámci třítýdenního semináře. Na přípravě nové strategie se v rámci semináře podílelo téměř 30 odborníků. Ve Slovinsku a Estonsku tvoří základ nové strategie analýza stávající drogové situace a předpokládané budoucí trendy. Estonsko uvedlo jako klíčový faktor spolupráci s Německem v twinningovém projektu. Rumunská národní drogová strategie (2002–4) počítá s rozsáhlou účastí vládních i nevládních institucí, které pracují v oblasti drog, a také s radami odborníků ze Španělska, s nímž Rumunsko spolupracuje v rámci twinningového projektu Phare.

Práce vykonaná v rámci asistenčních programů Phare a v poslední době především pod záštitou twinningových projektů Phare (viz tabulka 6) přispívá k podpoře „dobré praxe" (alespoň v oblasti vznikajících institucí) a utváření kultury v oblasti poskytování služeb a jejich výkonnosti. Tímto způsobem je propagováno sdílení schopností a zkušeností mezi starými a novými členy EU.

Tabulka 6. Twinningové projekty Phare

Země	Twinningový partner
Bulharsko	Velká Británie
Česká republika	Rakousko
Estonsko	Německo
Litva	Španělsko (hlavní partner) a Švédsko
Lotyšsko	Španělsko
Maďarsko	Španělsko
Polsko	Francie
Rumunsko	Španělsko
Slovensko	Francie
Slovinsko	Španělsko (hlavní partner) a Rakousko

Podobné twinningové projekty by měly začít mezi Kyprem, Španělskem a Řeckem a Tureckem, Španělskem a Řeckem.

V Lotyšsku, Litvě a Rumunsku hrál twinningový projekt se Španělskem významnou roli při přijímání nového strukturovaného plánu a při zakládání centrální koordinační agentury podle Španělské vládní delegace pro národní drogový plán. V Bulharsku měl twinningový projekt s Velkou Británií zjevný vliv na organizaci rozšíření národní drogové strategie na místní úrovni. Byl zřízen systém obecních drogových rad na základě koncepce britských drogových akčních týmů ([24]). Polskou drogovou strategii pomohli vyhodnotit francouzští twinningoví partneři.

Cíle a témata

Z průzkumu národních drogových strategií vyplynulo, že existují tři společné cíle:

- zdokonalit účinnost implementace a rozšíření koordinované činnosti v dané oblasti;
- zaujmout k užívání nezákonných drog a obchodu s nimi realistický postoj;
- zredukovat problémy způsobené drogami.

Zdokonalování implementace

Na zvýšení účinnosti implementace klade zvláštní důraz národní strategie v Bulharsku, kde se předpokládá obnovení národních struktur a vytvoření nového akčního plánu, a v Lotyšsku, kde jí chtějí docílit lepší koordinací a zaručeným financováním. Nová strategie Litvy je zaměřená na vytvoření rámce pro koherentní a široce integrovanou drogovou politiku, zatímco Česká republika zastává názor, že je potřeba „skutečné zodpovědnosti" a „aktivní participace" a spolupráce mezi všemi státními i nestátními organizacemi. Mezi slovinské priority patří upevňování struktur a programů všeobecně.

Realistický postoj

V Rumunsku a Maďarsku je větší důraz kladen na dosažení předem stanovených cílů drogové politiky. V Rumunsku si strategie dává za cíl zaujmout k užívání nezákonných drog a obchodu s nimi realistický postoj, a to snižováním poptávky a nabídky. Maďarská strategie podporuje „svobodnou, sebevědomou a produktivní společnost", která „zvládá zdravotní, společenská a kriminální rizika a škody spojené s užíváním drog a obchodováním s nimi".

Redukování problémů

Na řešení problémů způsobených drogami klade důraz nová estonská a také polská národní drogová strategie.

([24]) Ve Velké Británii představují drogové akční týmy stálé místní struktury složené ze všech představitelů komunity zabývajících se realizací drogové politiky.

I strategie, která byla přijata na Slovensku, si klade za cíl vypořádat se se zdravotními, psychologickými a společenskými škodami způsobenými drogami.

Ve všech zkoumaných národních strategiích jsou v různé míře zastoupeny všechny čtyři tradiční pilíře drogové politiky – prevence, léčba, prosazování práva a mezinárodní spolupráce. Vzájemná analýza navíc odhaluje další společné principy: partnerskou spolupráci, koordinaci a vědecký monitoring. Partnerská spolupráce, která je definována jako interakce ministerstev a agentur, je silně zdůrazňována v mnoha národních dokumentech. Koordinace, neboli zdokonalování koordinačních a kooperačních systémů v oblasti drog, je též středem pozornosti mnoha strategií. Vědecký monitoring je považován za důležitý v tom smyslu, aby drogová politika byla založena spíše na vědeckých podkladech než na pouhých domněnkách. Uvedené tři hlavní principy jsou obzvlášť patrné v národních drogových strategiích Bulharska, České republiky, Estonska, Lotyšska, Maďarska, Polska a Rumunska.

V některých zemích (Česká republika a Estonsko) je navíc za hlavní princip drogové strategie považována harm reduction. V Polsku se používá termín „redukce zdravotního rizika". Mezi další pilíře drogových strategií patří na Slovensku mediální politika, v Estonsku intervence ve věženích a v Bulharsku implementace na místní úrovni (viz tabulka 7).

Implementace

Pokud jde o implementaci národních drogových strategií, je zřejmé, že bez důkladné evaluace není možné ověřit, zda plánované aktivity byly (a) plně implementovány, (b) přispěly k dosažení stanovených cílů, nebo (c) měly na drogovou situaci nějaký dopad. Nicméně, omezíme-li analýzu na formální strukturu národních strategií, některá kritéria, jež by mohla implementaci stanovených cílů usnadnit, identifikovat lze. Většina národních drogových strategií obsahuje indikátory výkonnosti odpovídající evaluačním nástrojům a detailním cílům intervencí v různých oblastech. Pozitivní je navíc i zjištění, že do přípravy návrhů většiny národních strategií byla zapojena řada odborníků, kteří se podílejí též na jejich zavádění. Zejména v České republice, Maďarsku a Polsku stanovily národní drogové strategie indikátory výkonnosti a evaluační nástroje pro krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé cíle ve formě matice. Estonská strategie navíc obsahuje pololetní plán implementace (připojený k nové národní strategii, 2003) a návrh nového slovinského národního drogového programu (2003–8) zahrnuje národní drogovou strategii a akční plán. Litevský návrh drogové strategie (2004–7) se skládá z akčního plánu s podrobným plánem činnosti, rozpočtu a odpovědných orgánů.

Klíčovým prvkem v procesu implementace nových národních drogových strategií se tedy zdá být zdokonalování řízení a vědecké kultury. Jak ale uvedly některé země, tento cílově orientovaný přístup by mohl být ve skutečnosti zmařen nedostatkem politické vůle nebo příslušných zdrojů vyčleněných pro drogovou oblast. (viz tabulka 8).

Evaluace

I přes rozšíření počtu zpracovaných národních strategií je evaluace brána v úvahu jen sporadicky anebo je méně

Tabulka 7. Hlavní témata národních drogových strategií

Bulharsko	vyvážená politika	strategická koordinace	výměna informací	místní šíření politiky			
Česká republika	primární prevence	harm reduction	léčba a resocializace	represe			
Estonsko	prevence	léčba a rehabilitace	harm reduction	snížení nabídky	drogy ve vězení	monitoring a evaluace	
Litva	snížení poptávky po drogách	snížení nabídky drog	monitoring posouzení informace výzkum evaluace	mezinárodní spolupráce			
Lotyšsko	koordinace	snížení poptávky po drogách	snížení nabídky drog	monitoring informace výzkum evaluace školení	mezinárodní spolupráce		
Maďarsko	komunita	prevence	sociální činnost	léčba a rehabilitace	snížení nabídky		
Polsko	prevence	léčba rehabilitace	snížení zdravotních rizik	snížení nabídky	průzkum monitoring posouzení		
Rumunsko	snížení poptávky po drogách	snížení nabídky drog	mezinárodní spolupráce				
Slovensko	snížení poptávky po drogách	snížení nabídky drog	politika masmédií	mezinárodní spolupráce			
Slovinsko	lidská práva	koordinace	podpora programů	globální akce	decentralizace	veřejné nařízení	zvláštní skupiny populace

Tabulka 8. Příklady cílově orientovaných přístupů v národních drogových strategiích zemí SVE

Bulharsko	Národní strategie stanoví 22 úkolů rozdělených mezi snížení poptávky (12) a snížení nabídky drog (10).
Česká republika	Strategie, která bude implementována jak ve veřejném, tak v soukromém sektoru, identifikuje více než 80 úkolů, které jsou uvedeny v příloze dokumentu.
Estonsko	Každá kapitola strategie obsahuje jeden dlouhodobý cíl pro rok 2012 a střednědobé cíle pro rok 2007.
Litva	Návrh národní drogové strategie obsahuje podrobný seznam opatření, která mají být provedena, identifikuje, kdo je zodpovědný za realizaci, definuje data dosažení cílů a předpokládané výdaje pro příslušný rok spolu s požadovanými prostředky a zdroji financování.
Lotyšsko	Nový drogový program, který má být přijat v roce 2003, klade důraz na šíření a měřitelnou výkonnost, je strukturován podle cílů.
Maďarsko	Každý ze čtyř hlavních cílů je rozdělen na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé cíle. Termíny jejich dosažení jsou v daném pořadí 2000, 2002 a 2009.
Polsko	Cíle a úkoly jsou identifikovány a zpracovány s ohledem na jejich změřitelnost. Strategie se zaměřuje především na jasnou identifikaci zodpovědnosti a alokaci financování. U každé instituce je uveden časový harmonogram a předpokládané náklady.
Rumunsko	Jsou identifikovány obecné i konkrétní cíle a akční plány, každé ministerstvo má svůj vlastní akční plán v souladu s cíli národní drogové strategie. Termíny pro evaluaci jsou stanoveny na rok 2003 a 2004.
Slovensko	Každý všeobecný cíl se skládá z dílčích cílů, jichž se má dosáhnout: devět v oblasti snížení poptávky, osm v oblasti snížení nabídky drog a prosazování práva, tři v oblasti politiky masmédií a šest v oblasti mezinárodní spolupráce.
Slovinsko	V budoucí strategii jsou cíle rozděleny na všeobecné cíle (pro období 2002–8), střednědobé cíle (od roku 2004 do roku 2006) a priority (do roku 2004). Konkrétní činnost bude jasně definována v akčním plánu.

strukturovaná, než by se mohlo očekávat. Účelem stanovení detailních cílů, úkolů, financování, odpovědnosti a časového rozvržení je obecně identifikace potenciálních zlepšení a vyřešení případných problémů. I když v některých zemích se aktivity budící dojem evaluační kultury objevují, celkově v daném regionu dostatečná evaluační kultura neexistuje. Bylo nalezeno jen několik příkladů: v Polsku je evaluace drogové strategie prováděna za podpory twinningového projektu s Francií a v Bulharsku bude za evaluaci strategie pravděpodobně zodpovědná navrhovaná drogová agentura.

Pokud jde o ostatní země, přesnější by bylo uvést, že zde existují více či méně strukturované „monitorovací procesy". Například v Maďarsku provádí sekretariát koordinačního výboru pravidelné pohovory a shromažďuje údaje o implementaci národní drogové strategie. V České republice hodnotí různé úkoly ministerstev každoročně vláda. Tento proces koordinuje Rada vlády pro koordinaci drogové politiky. Na Slovensku umožňuje každoroční revizi a reedici činností národní drogové strategie „aktualizovaný systém" (viz výše) a ve Slovinsku má být nový národní akční plán (který předpokládá drogová strategie 2003–8) revidován každé dva roky, zároveň s přípravou státního rozpočtu, která se provádí každé dva roky. Nová litevská strategie navíc počítá se zavedením odboru drogové kontroly, který bude podřízen vládě a bude zodpovědný za řízení, kontrolu, evaluaci a implementaci strategie.

V některých zemích je právě zaváděn, nebo se chystá k přijetí, již druhý nebo třetí plán národní strategie, a přesto v něm chybí jasné odkazy na vědeckou evaluaci. V této oblasti je třeba vynaložit další úsilí.

Financování

Z deseti zkoumaných národních drogových strategií pouze litevská obsahuje „na papíře" údaje o tom, kolik budou plánované aktivity stát. V ostatních zemích národní drogové strategie žádný konkrétní rozpočet nemají a víceméně se očekává, že ministerstva či jiné instituce budou samy financovat své úkoly ze svých vlastních rozpočtů.

Otázka financování je obecně zahrnuta v polské a rumunské národní drogové strategii, přičemž v obou případech je této otázce věnována jedna konkrétní kapitola z celého dokumentu. V České republice, kde je otázka financování nahlížena jako plán s dlouhodobými, střednědobými a krátkodobými cíli, se každé ministerstvo vyzývá, aby zhodnotilo, jaký budou mít aktivity definované ve strategii dopad na rozpočet. I v Estonsku počítá nová strategie s tím, že každé ministerstvo vyhradí určité zdroje, které použije při implementaci vlastních aktivit.

Nedostatek finančních prostředků byl často uváděn jako důvod, proč nebyly implementovány předchozí strategie a/nebo koordinační struktury, a to především v Lotyšsku a Litvě. V některých zemích, přestože považují problematiku financování národní drogové strategie za důležitou, jsou na seznamu národních priorit na přednějším místě závažnější problémy než zneužívání drog (např. chudoba a alkoholismus).

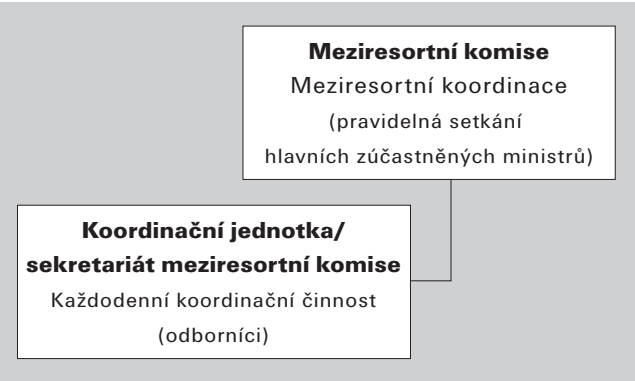
Koordinace

Země SVE jsou zajedno v tom, že pro dosažení efektivní implementace drogové politiky je potřeba posílit spolupráci a koordinaci veškerých zapojených aktérů, a to jak na státní, tak nestátní úrovni. Národní drogové strategie skutečně často uvádějí jako hlavní cíl zlepšení koordinace. K dosažení tohoto cíle je však třeba většího politického odhodlání a větších finančních zdrojů. Vzhledem k nedostatku jednotných údajů a informací u všech zemí je obtížné učinit komplexní a podrobné srovnání. Jedno však přesto vysledovat lze. Zdá se, že v celém regionu se koordinace zakládá na jednotném, dvouúrovňovém modelu, který se skládá z meziresortní komise a technického orgánu (viz obrázek 16).

Meziresortní komise

Ve všech zemích SVE zajišťuje koordinaci drogové politiky na politické úrovni meziresortní komise, ať již pod názvem Národní (proti)drogová komise, Rada ministrů či Národní (proti)drogová rada. Meziresortní komise je hlavním koordinačním orgánem a skládá se z představitelů všech ministerstev a úřadů/institucí zabývajících se realizací drogové politiky. Ve většině případů se chová jako poradenský, koordinační a iniciační orgán vlády v oblasti drog. V některých případech zodpovídá i za kontrolní činnost. Tyto komise se obvykle scházejí dvakrát až čtyřikrát ročně, přičemž doba zasedání je většinou načasována tak, aby probíhala ve stejnou dobu jako jiné důležité události, např. novelizace zákonů, plánování drogové politiky či příprava strategických dokumentů. Ministři se těchto zasedání musí osobně účastnit (viz tabulka 9).

Obrázek 16: Model koordinace národní drogové politiky



Stálé koordinační jednotky

Druhou rovinu představují jednotky odborné povahy, které se skládají z administrativních pracovníků a odborníků. Jejich úlohou je obvykle průběžná koordinace a plánování národní drogové strategie; v některých zemích také monitoring a výměna informací. Ve čtyřech zemích (Bulharsko, Česká republika, Maďarsko a Slovensko) vykonává tyto funkce sekretariát meziresortní komise[3]. V ostatních zemích se stálou koordinací zabývají jiné vládní drogové koordinační jednotky (viz tabulka 10). V České republice, Polsku, Slovensku a v budoucnosti i v Rumunsku spadají/budou spadat pod záštitu těchto koordinačních jednotek národní monitorovací střediska sítě Reitox.

Tato dvouúrovňová struktura se podobá koordinačnímu modelu, který byl přijat v mnoha zemích EU. Ve stávajících členských zemích EU však technické koordinační jednotky hrají důležitější roli. Přebírají totiž více zodpovědnosti za běžnou koordinaci provádění drogové strategie; strategická a politická rozhodnutí nechávají na meziresortních komisích.

Odpovědnost za koordinaci drogové politiky tedy nese jeden z resortů vlády, který se drogovou politikou tradičně zabývá; v jednotlivých zemích se jedná o různé resorty. Jak je vidět na obrázku 17, odpovědnost za koordinaci drogové politiky nese v pěti případech ministerstvo zdravotnictví nebo sociálních věcí, ve dvou případech ministerstvo vnitra a ve třech zemích výbor ministrů. Ve Slovinsku mají v úmyslu přenést v blízké budoucnosti zodpovědnost za koordinaci drogové politiky z úřadu předsedy vlády na ministerstvo zdravotnictví. Tato zjištění odrážejí současnou situaci v EU, kde 12 ze 16 ([25]) členských států přidělilo zodpovědnost za koordinaci drogové politiky ministerstvům, která se věnují sociálním věcem.

Zatímco odpovědnost za koordinaci drogové politiky je ve všech deseti zemích SVE relativně jasně vyhraněna, role národního koordinátora (která existuje v zemích EU) tak dobře propracována není. V zemích SVE obvykle převezme typickou roli národního koordinátora drogové politiky ([26]) předseda meziresortní komise nebo vedoucí stálé koordinační jednotky (viz tabulka 9 a 10), což zahrnuje především tyto role: kontrolu, předávání informací na politickou úroveň, roli spojovacího článku

[3] Pozn. české redakce: V ČR původně Meziresortní protidrogová komise; nyní působí pod názvem Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Údaj o ČR v tabulce 10 byl upraven (anglická verze zprávy obsahuje jen údaj „Council of Ministers"; ve skutečnosti je Sekretariát RVKPP organizační součástí Úřadu vlády ČR, avšak řídí se usneseními Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.).

([25]) 15 členských států EU a Norsko.

([26]) Toto je výraz, který současná terminologie (především na mezinárodní úrovni) používá k označení osob zodpovědných za koordinaci protidrogové politiky na národní úrovni. Na evropské úrovni není výraz "národní koordinátor protidrogové politiky" ujednocen.

Tabulka 9. Meziresortní komise zodpovědné za koordinaci v oblasti drog

Země	Meziresortní komise	Předseda
Bulharsko	Národní drogová rada	Ministr zdravotnictví
Česká republika	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky	Předseda vlády, výkonný místopředseda: místopředseda vlády
Estonsko	Ministerská komise drogové politiky	Ministr sociálních věcí
Litva	Vládní komise pro drogovou kontrolu (2)	Ministr zdravotnictví
Lotyšsko	Národní koordinační komise pro drogovou kontrolu a prevenci zneužívání drog (1)	Ministr vnitra
Maďarsko	Koordinační komise pro drogové záležitosti	Dva předsedové: Ministr pro děti, mládež a sport a ministr zdravotnictví a sociálních a rodinných věcí
Polsko	Rada pro boj proti drogové závislosti	Náměstek ministerstva zdravotnictví
Rumunsko	n.a. (3)	
Slovensko	Rada ministrů pro drogovou závislost a drogovou kontrolu	Místopředseda vlády pro integraci do EU, lidská práva a menšiny
Slovinsko	Meziresortní drogová komise	Ministr zdravotnictví

(1) V Lotyšsku počítá nová strategie s ustanovením nového centrálního koordinačního orgánu.
(2) V Litvě počítá drogová strategie s vytvořením nového centrálního koordinačního orgánu, resortu drogové kontroly, který bude podléhat vládě.
(3) V Rumunsku byla Meziresortní komise pro boj proti drogám zrušena v prosinci 2002 současně s vytvořením Národní drogové agentury

Tabulka 10. Stálé koordinační jednotky a jejich umístění ve vládě

Země	Trvalé koordinační úřady	Umístění
Bulharsko	Sekretariát Národní drogové rady(1)	Ministerstvo zdravotnictví
Česká republika	Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky	Úřad vlády/Výbor ministrů
Estonsko	Oddělení veřejného zdraví	Ministerstvo sociálních věcí
Maďarsko	Sekretariát Koordinační komise pro drogové záležitosti	Ministerstvo dětí, mládeže a sportu
Lotyšsko	n.a.	
Litva	Sekretariát Vládní komise pro drogovou kontrolu	Státní veřejná zdravotnická služba
Polsko	Národní kancelář pro drogovou prevenci (včetně sekretariátu Meziresortní rady)	Ministerstvo zdravotnictví
Rumunsko	Národní drogová agentura	Ministerstvo vnitra
Slovensko	Sekretariát rady ministrů pro drogové závislosti a kontrolu drog	Výbor ministrů
Slovinsko	Úřad vlády pro drogovou problematiku	Výbor ministrů

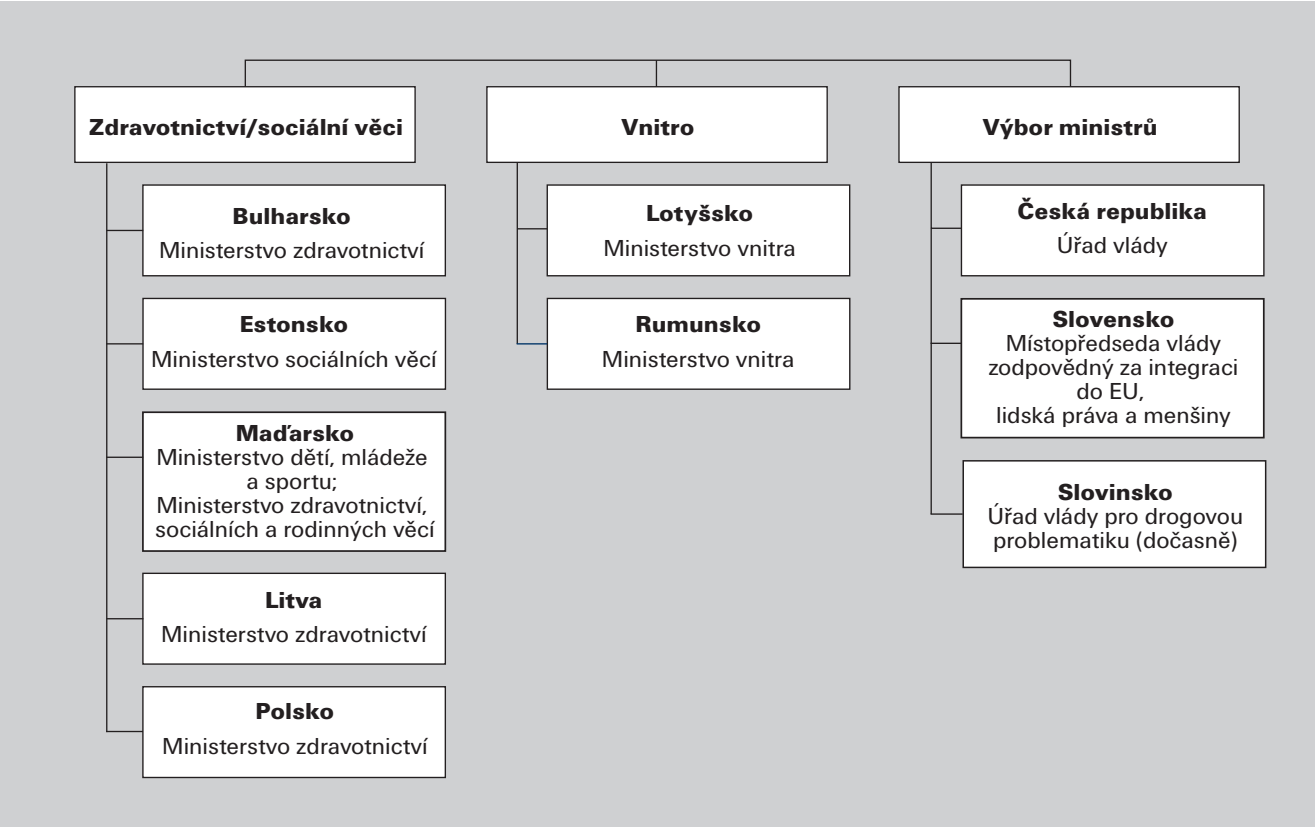
(1) V Bulharsku nová strategie navrhuje vytvoření jednotky pro koordinaci a analýzu drogové politiky

mezi pracovníky v dané oblasti a těmi, kdo činí rozhodnutí, a dále koordinaci, řízení a odpovědnost za danou oblast. Srovnání jednotlivých zemí však učinit nelze, neboť termín „národní koordinátor drogové politiky" není ve strategiích zemí SVE definován.

Ačkoliv „na papíře" se implementace koordinace drogové politiky jeví jako velmi dobře strukturovaná, v některých zemích naráží na překážky. Například meziresortní komise, která byla v Estonsku vytvořena za účelem koordinace drogové politiky v roce 1996, se v letech 2000 až 2002 nesešla ani jednou. Lotyšská Národní koordinační komise pro drogovou kontrolu a prevenci zneužívání drog, která byla vytvořena v roce 1993, byla od roku 1996 téměř nefunkční a v roce 2002 již nefungovala vůbec, neboť neměla výkonného tajemníka, personál ani konkrétní rozpočet. Konečně v Rumunsku se meziresortní komise setkávala pouze výjimečně a v roce 2002 ji nahradila Národní drogová agentura.

Modifikace institucionálních rámců a vytvoření nových trvalých centrálních koordinačních orgánů, zvláště za pomoci twinningových partnerů, je ze strany zemí SVE často nahlíženo jako příležitost k zavedení účinnějších koncepcí a nástrojů koordinace. V této souvislosti má být v Bulharsku vytvořena jednotka pro koordinaci a analýzu drogové politiky, která bude pomáhat Národní drogové radě a koordinovat přijetí strategie napříč ministerstvy. I v Lotyšsku se počítá s novým centrálním koordinačním orgánem (národní drogová agentura).

Obrázek 17: Hlavní zodpovědnost za koordinaci v oblasti drog v národních vládách



Pokud jde o rozsah koordinace, není k dispozici dostatek informací ani pro analýzu kompetencí koordinačních orgánů, tj. meziresortních komisí či stálých koordinačních jednotek, ani pro analýzu toho, zda jsou jejich pravomoci komplexní a zahrnují všechny aspekty drogové politiky, anebo zda se týkají pouze určitých oblastí, např. snížení poptávky či nabídky. Pro posouzení skutečného dosahu komplexní koordinace je potřeba dalších průzkumů.

Koordinace v oblasti drog je samozřejmě velmi důležitým faktorem, a to především na regionální a místní úrovni, kde se politické cíle národních drogových strategií musí změnit v konkrétní činnost. Místní koordinační aktivity uvádí několik zemí SVE. V České republice jsou za dohled nad implementací strategií regionální drogové politiky zodpovědné protidrogové komise v čele s krajskými koordinátory[4]. V Maďarsku začala na místní úrovni fungovat Koordinační fóra pro drogové záležitosti, jejichž úkolem je koordinace činnosti zaměřené na snížení poptávky po drogách. V Estonsku fungují od roku 2002 ve všech okresech Rady drogové prevence a v Rumunsku existuje síť 47 středisek poradenské a protidrogové činnosti. Konečně v Bulharsku byly na místní úrovni v návaznosti na twinningový projekt s Velkou Británií vytvořeny Obecní drogové rady. Skládají se z vedoucích představitelů všech agentur, institucí a organizací, které se v obci zabývají drogovou problematikou, a jejich hlavním cílem je rozšíření národní strategie a akčního plánu na místní/obecní úrovni. Za tím účelem mají Obecní drogové rady vytvořit obecní a regionální akční plány prevence užívání drog a léčby uživatelů drog. Skutečný dosah koordinace drogové politiky na místní úrovni bude opět možné posoudit až po důkladnějším prozkoumání.

ZÁVĚRY

Všechny přistupující a kandidátské země vykazují v legislativní oblasti činnost od roku 1990. I když z důvodů daných historickým vývojem byla legislativa v mnoha z nich dosti podobná, nyní je již zřejmé, že další

[4] Poznámka české redakce: Toto není přesný popis situace v ČR. Více o postavení krajských protidrogových koordinátorů a krajských protidrogových komisí je možno zjistit na webových stránkách jednotlivých krajů a ve Výroční zprávě o situaci ve věcech drog v České republice v roce 2002.

kroky vedou značně rozdílnými směry. V mnoha zemích byly novely trestních zákoníků přijaty teprve nedávno, a tak se v tomto ohledu sotva stihl usadit rozvířený prach. Ve většině zemí je držení malého množství drogy pro vlastní potřebu považováno za trestný čin, ve třech zemích je však posuzováno jako správní přestupek. Bulharská a maďarská zákonná ustanovení se nezabývají tím, jaký je záměr držení drogy, ale berou v úvahu stupeň závislosti pachatele jako možnou polehčující okolnost. Postihy za nedovolené obchodování s drogami jsou podobné jako u stávajících členských států EU.

Je chvályhodné, že i za tak krátkou dobu dokázali v České republice a Maďarsku naplánovat a realizovat určitou formu vědecké evaluace či analýzy dopadu legislativních změn, a poté měli odvahu podniknout na základě výsledků této evaluace určité kroky.

Ve všech zemích SVE již existují, nebo mají být brzy přijaty, plány ve formě národních strategií drogové politiky. Dané dokumenty vycházejí z globálního přístupu, stanoví cíle a termíny, odkazují na cíle drogových strategií EU a určují osoby zodpovědné za implementaci. Z formálního hlediska tedy země SVE postupují směrem k „vyváženému, komplexnímu a multidisciplinárnímu přístupu“ (Ungass, 1998). Tento oficiální obraz je však třeba porovnat s tím, jak jsou dané národní strategie ve skutečnosti realizovány na regionální a místní úrovni.

Pokud jde o koordinaci, spojíme-li dohromady těch několik málo získaných prvků, vyjde najevo, že koordinace drogové politiky se v zemích SVE zdá být poměrně novým pojmem. Národní koordinační systémy v některých zemích jsou velmi mladé, a tudíž ještě ne plně funkční, zatímco v jiných zemích nebyly koordinační systémy dovedeny až k realizaci, i když již určitou dobu existují, a to především díky nedostatku zdrojů. V některých zemích se koordinační orgány zaměřují především na snížení poptávky po drogách a ostatní aspekty drogové politiky opomíjejí. V některých zemích se zdají být účinnými systémy pravidelného vykazování a kontroly ze strany ministerstev. Tato problematika by měla být znovu otevřena, až bude k dispozici více přesnějších a podrobnějších informací.

Při přípravě této kapitoly jsme oslovili jak odborníky, kteří pracují v národních monitorovacích střediscích, tak vládní úředníky, a zeptali jsme se jich, co by podle jejich názoru mohlo být na národní drogové strategii a koordinaci drogové politiky zlepšeno. Z jejich odpovědí, které braly v úvahu místní specifika a potřeby, vyplynuly i některé všeobecné závěry.

Obecně lze připustit, že nové národní drogové strategie v porovnání s předešlými více splňují požadavky na „vyvážený, multidisciplinární a komplexní přístup“ k drogové politice. Bylo rovněž konstatováno, že by mělo být vynaloženo více úsilí na zajištění účinnosti programů a projektů a na celkové řízení drogové politiky. Toho by mohlo být dosaženo posílením spolupráce mezi institucemi zapojenými do implementace a zdokonalováním schopností zapojených pracovníků a „hráčů“. Druhým aspektem, ohledně kterého panuje širší shoda, je skutečnost, že koordinační jednotky by měly disponovat určitými výkonnými pravomocemi, pokud jde o řízení a koordinaci národní drogové strategie. Nedostatek výkonné moci je někdy považován za slabinu koordinačních orgánů. Měla by být též podporována a zaváděna kultura managementu se zaměřením na intenzivní komunikaci a vytyčení rolí a kompetencí. Konečně bylo zdůrazňováno, že na úrovni EU by byla velkým přínosem organizace pravidelných každoročních setkání těch, kdo jsou za koordinaci, implementaci a evaluaci národních strategií zodpovědní. Průzkum, který byl proveden během zpracovávání této kapitoly, naznačuje, že drogové strategie zemí SVE všeobecně odpovídají vizi, kterou popsali dotázaní odborníci a úředníci. Snaží se být komplexní, centrálně koordinované a orientované na globální dlouhodobý přístup, přičemž některé jsou dokonce strukturovány tak, aby monitorovaly výkonnost. To může být důsledkem zapojení odborníků a profesionálů (také ze zemí EU) z dané oblasti do přípravy a koncepce těchto strategií. Je však zřejmé, že pokud se má splnit přání směrovat k „moderní drogové politice“, která bude centrálně koordinovaná a strukturovaná co do cílů, úkolů a ukazatelů výkonnosti, je třeba silné politické vůle, finančních zdrojů a většího důrazu na efektivitu.

Zdroje

Koncepční rámec vládní drogové strategie, Maďarsko, červenec 2000.

De Torres, S. and Ballotta, D., „Analysis of the legal framework related to drugs concerning legislation, judicial application and the organisation of operation structures in the central and east European countries", Evropská komise, duben 1997.

Návrh národní drogové strategie týkající se prevence drogové závislosti (2003–12) v Estonsku.

EMCDDA, Report on the drug situation in the candidate countries of central and eastern Europe, 2001 a 2002.

EMCDDA, Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review, listopad 2002.

EMCDDA, European legal database on drugs (ELDD).

EMCDDA, Národní zprávy Reitox zemí střední a východní Evropy, 2000 a 2001.

Hedrich, D., „Drug demand reduction policy and strategy development: progress and potential", Evropská komise, prosinec 1999.

Institucní rámec pro drogovou kontrolu a prevenci zneužívání drog v Lotyšsku, 1999.

Národní drogová strategie Bulharské republiky (2002–7).

Národní strategie protidrogové politiky v České republice na období 2001–2004, říjen 2000.

Národní drogová strategie, 2002–4, Rumunsko, září 2002.

Národní drogová kontrola a program prevence proti drogám (1999-2003), Litva, září 1999.

Národní program boje proti drogám do roku 2003 s výhledem do roku 2008, Slovensko, leden 2000.

Dotazníky a rozhovory s odborníky v zemích střední a východní Evropy, 2003.

Sedefov, R. and Vanhout, A., „Overview of the legal and institutional responses to the drug phenomenon in the central and eastern European countries", Evropská komise, 2000 a 2001.

Národní program boje proti drogové závislosti, 2002–5, Polsko.

Krátká prezentace drogové politiky ve Slovinsku, říjen 2000.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKA V PŘISTUPUJÍCÍCH A KANDIDÁTSKÝCH ZEMÍCH

Bulharsko
Národní centrum pro závislosti
117, Pirotska Str.
BG-1030 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel.: (359-2) 831 30 79
Fax: (359-2) 832 10 47
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

Česká republika
Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
Úřad vlády České republiky
Nábř. Edvarda Beneše 4
CZ-118 01 Praha 1 - Malá Strana
Viktor MRAVČÍK
Tel.: (420-29) 61 53 391/222
Fax: (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Estonsko
Národní institut pro rozvoj zdraví
Oddělení epidemiologie a biostatistiky
Estonské monitorovací středisko drog
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel.: (372) 670 70 99/(372) 522 72 67
Fax: (372) 670 68 14
E-mail: ave.talu@ekmi.ee

Litva
Státní veřejná zdravotní služba
Kalvariju 153
LT-2001 Vilnius
Audrone ASTRAUSKIENE
Tel.: (3705-2) 77 80 36
Fax: (3705-2) 77 80 93
E-mail: audrone.astrauskiene@vvspt.lt

Lotyšsko
Státní středisko pro prevenci a léčbu zneužívání drog
(Narkotické centrum)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva BERZINA
Tel.: (371-7) 37 77 83
Fax: (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.berzina@latnet.lv

Maďarsko
Ministerstvo zdravotnictví
Arany János u. 6–8
H-1245 Budapest
PO Box 487
József LIPTÁK
Tel.: (36-1) 332 31 00
Fax: (36-1) 269 40 07
E-mail: liptak.jozsef@eum.hu

Polsko
Národní kancelář pro prevenci drog
Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warsaw
Janusz SIEROSLAWSKI
Tel.: (48-22) 641 15 01
Fax: (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Rumunsko
Národní monitorovací středisko
37th Unirii Boulevard, BL. A4
Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel./Fax: (4021) 326 47 87/407 22 45 39 99
Tel./Fax: (4021) 323 30 30/217 31/217 06
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Slovensko
Centrální uzel drogového informačního systému
Generální sekretariát výboru ministrů pro drogové
záležitosti a kontrolu drog
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel.: (421-2) 57 29 55 54
Fax: (421-2) 57 29 55 71
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk

Slovinsko
Institut veřejného zdraví
Trubarjeva 2
SLO-1000 Ljubljana
Mercedes LOVRECIC
Tel.: (386-1) 244 14 79
Fax: (386-1) 244 14 47
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Turecko
HÜNER Ýlhami
Necatibey Cd. No:108
TR-Any´ttepe/Ankara
Tel.: (90-312) 412 75 00
Fax: (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Malta
Národní komise pro závislosti
Oddělení biomedicínských věd
Maltská univerzita
MT-Msida MSD 06
Richard MUSCAT
Tel.: (356) 23 40 20 53
Fax: (356) 21 31 05 77
E-mail: rmus@biotech.um.edu.mt

Kypr
Národní drogová rada
Ministerstvo zdravotnictví
CY
Tonia BAYADA
Tel.: (357-22) 44 29 61
Fax: (357-22) 30 53 46
E-mail:ministryofhealth.eu@cytanet.com.cy

Monitorovací střediska členských států EU:
http://www.emcdda.eu.int/partners/nfp.shtml

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003
(Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti)
Výroční zpráva 2003: Stav ve věcech drog v přistupujících a kandidátských zemích Evropské unie
Lucembursko: Úřad pro oficiální publikace Evropských společenství
ISBN 92-9168-167-9

Česká verze:
Vydal © Úřad vlády České republiky
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Překlad: Easytalk, s.r.o.
Editor české verze: MUDr. Viktor Mravčík
Design obálky: Missing-Element
Sazba: Michal Korecký – TAG reklama & propagace

ISBN 80-86734-17-X