KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ

V Bruselu dne 18.4.2007
KOM(2007) 199 v konečném znění

ZPRÁVA KOMISE EVROPSKÉMU PARLAMENTU A RADĚ

o provedení doporučení Rady ze dne 18. června 2003 o prevenci a snižování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí

OBSAH

1. SOUVISLOSTI 3
2. METODIKA – shromažďování údajů 3
3. HLAVNÍ VÝSLEDKY SPOJENÉ S PROVEDENÍM DOPORUČENÍ RADY 4
4. ZÁVĚRY 8
5. NÁVAZNOST NA DOPORUČENÍ RADY Z ROKU 2003 10

TECHNICAL ANNEXES 12
5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used 12
5.2. ANNEX II – Figures 13

1. SOUVISLOSTI

Dne 18. června 2003 přijala Rada doporučení o „prevenci a snižování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí “[1]. Cílem doporučení je snížit počet úmrtí souvisejících s drogami a omezit škody na zdraví spojené s užíváním drog podporováním členských států při vypracovány a rozvíjení účinků a strategií za účelem prevence a snižování poškození zdraví v souvislosti s užíváním drog. Tato naléhavost byla znovu zdůrazněna v protidrogové strategii EU na roky 2005-2012a v protidrogovém akčním plánu EU na období 2005-2008.

Doporučení obsahuje tři hlavní body, na něž by se měla opatření členských států zaměřit:

(1) stanovit cíl prevence drogové závislosti v oblasti veřejného zdraví a s tím související snížení rizik a v souladu s tím vypracovat a provést ucelené strategie;

(2) významně omezit výskyt škod na zdraví spojených užíváním drog (např. HIV, hepatitida typu B a C a tuberkulóza) a snížit počet úmrtí souvisejících s drogami prostřednictvím 13 podbodů týkajících se služeb a zařízení ke snižování poškození zdraví (např. distribuce injekčních materiálů, očkování, léčba, informování a vzdělávání);

(3) vypracovat vhodné hodnocení ke zvýšení efektivnosti a účinnosti drogové prevence a snižování zdravotních rizik spojených s užíváním drog prostřednictvím 9 podbodů zahrnujících zabezpečení kvality, sledování a vyhodnocení programů.

Doporučení předpokládá, že členské státy budou informovat o výsledcích provedení výše uvedených bodů do dvou let od jeho přijetí, a vyzývá Komisi, aby vypracovala zprávu.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (*The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA) zveřejňuje každoročně zprávu o stavu drogové problematiky v EU, která zahrnuje informace o počtu úmrtí v souvislosti s drogami a o infekčních nemocech souvisejících s užíváním drog např. HIV/AIDS a hepatitida. **Viz obr. 1.**

2. METODIKA – SHROMAŽĎOVÁNÍ ÚDAJŮ

Tato zpráva je založena na dvou hlavních zdrojích údajů.
V roce 2005 Komise požádala 25 členských států, aby podaly zprávu o situaci ohledně provedení doporučení Rady.

Výše uvedené informace následně zpracovalo středisko Trimbos Institut, nezávislé výzkumné středisko v oblasti duševního zdraví a závislosti, jež bylo v rámci přípravy této zprávy pověřeno vypracováním podkladového dokumentu. Podkladový dokument obsahuje podrobné informace o stávajících politikách a postupech členských států k prevenci a snižování škod na zdraví spojených s drogovou závislosti spolu s přezkumem stávající situace ohledně účinnosti zásahů ke snižování škod[2].

---

1 Úř. věst. L 165, 3.7.2003, s. 0031 – 0033.
2 Viz příloha 2.

3. HLAVNÍ VÝSLEDKY SPOJENÉ S PROVEDENÍM DOPORUČENÍ RADY

3.1. Bod 1 doporučení– snižování poškození zdraví jako cíl v oblasti veřejného zdraví

Ve všech členských státech je prevence a snižování poškození zdraví souvisejících s užíváním drog stanovena jako cíl v oblasti veřejného zdraví na vnitrostátní úrovni. V tomto procesu hrálo doporučení důležitou roli, zejména ve většině zemí, které přistoupily k EU v roce 2004.

Členské státy rovněž zahrnuly odkaz na doporučení Rady do protidrogové strategie EU na roky 2005-2012.

3.2. Bod 2 doporučení – služby a zařízení ke snižování škod v členských státech

Všechny členské státy vytvořily služby a zařízení ke snižování poškození zdraví, některé v menším rozsahu.

Údaje shromážděné pro podkladový dokument poskytují dobrý přehled o dostupnosti služeb a zařízení v členských státech.

Viz obr. 2 příloha II.

- ***Zařízení a služby ke snižování poškození zdraví v členských státech***

Všechny členské státy zavedly politiku týkající se poskytování informací a poradenství uživatelům drog. Dalšími opatřeními v oblasti **informování, výchovy a komunikace** jsou telefonické linky pomoci a široká škála výchovných letáků, které jsou uživatelům drog k dispozici ve všech zemích. 22 zemí využívá internetové stránky a některé z nich mají dokonce internetové poradenské nástroje. Vzdělávací kurzy, které se zabývají prevencí rizik a poškození zdraví, jsou poskytovány v 21 zemích. Např. na Maltě je takováto průprava dostupná individuálně pro uživatele drog, kteří navštěvují ambulantní pracoviště.

Komunity a rodiny uživatelů drog jsou v členských státech široce zapojovány do činností ke snižování poškození zdraví a ve většině členských států jsou pro ně k dispozici zvláštní informační balíčky. Ve Spojeném království se např. rodiny účastní školení týkajícího se prevence předávkování s cílem snížit počet úmrtí souvisejících s drogami.

Informační činnost je běžnou strategií reakce k prevenci infekčních nemocí. V členských státech je dobře zavedena na ulicích nebo při zábavních akcích, jako jsou taneční párty / raveové párty, ačkoliv v jednotlivých zemích se vyskytují zeměpisné rozdíly. Např. v celé Itálii existují projekty v oblasti informování a nízkoprahové služby a postupem času se rozšířila paleta zařízení. V některých částech země byla nedávno zavedena mobilní methodonová léčba.

Vrstevníci a dobrovolníci jsou systematicky zapojováni do **informačních činností** ve většině členských států (19). Jsou k dispozici informace o vzdělávání vrstevníků a dobrovolníků, ačkoliv informace o jejich konkrétním zapojení do informačních činností jsou omezené. Např. v Belgii jsou (bývalí) uživatelé drog vyškolováni za účelem šíření informací o prevenci HIV a prevenci předávkování.

Vytváření sítí a spolupráce s agenturami pro informační činnosti existuje ve velké většině členských států (20), ačkoliv počet agentur je v některých z těchto států poměrně nízký. Je velmi povzbudivé, že brzy takovouto politiku zavede Litva a Lotyšsko.

Léčba drogové závislosti je poskytována ve všech členských státech. Členské státy zavádějí opiátovou substituční léčbu (Kypr v současnosti takovéto programy léčby připravuje). Existují udržovací nebo detoxikační režimy ke stabilizaci nebo k omezení či ukončení užívání drog. Opiátová **substituční léčba** je běžnou strategií reakce ke snížení počtu úmrtí souvisejících s drogami a substituční léčba methadonem nebo buprenorfinem podporovaná psychosociální pomocí je dostupná téměř ve všech zemích (24). Švédsko bylo např. první zemí poskytující methadonovou udržovací léčbu a v současnosti se uskutečňuje přísný vysokoprahový methadonový udržovací program.
Několik studií prokazuje vztah mezi udržovací léčbou uživatelů opiátů a snížením počtu úmrtí souvisejících s drogami. Účinnost se může zvýšit vyššími dávkami a doplněním léčebných programů psychosociálními zásahy.

Co se týká **prevence zneužívání substitučních látek**, téměř všechny členské státy (22) oznámily, že jsou zavedena opatření, jako např. přesná registrace, kontrolovaná spotřeba, zkoušky moči a každodenní zajišťování dávek s cílem zamezit úniku na černý trh. Estonsko a Slovinsko konkrétně oznámily, že výsledkem doporučení je zavedení politiky k prevenci zneužívání těchto látek.

Testování/screening infekčních nemocí jsou pro uživatele drog dostupné celostátně v 19 členských státech a v určitých zeměpisných oblastech ve třech zemích. Preventivní a výchovná opatření, jakož i zvláštní léčebné programy k prevenci infekčních nemocí zaměřené na uživatele drog jsou dostupné celostátně v 15 zemích a pro určité zeměpisné oblasti v pěti zemích. **Kampaně o očkování** proti hepatitidě typu B zaměřené specificky na uživatele drog jsou dostupné celostátně v 15 zemích a pro určité oblasti v dalších pěti zemích. V Lucembursku byl v roce 2005 národními kontaktními místy[3] zahájen akční a výzkumný program za účelem testování na místě (hepatitida typu A, B, C a HIV) a očkování (hepatitida typu A, B) specializovanými vnitrostátními nevládními organizacemi. **Programy očkování** existují v celé EU, nejsou však vždy zaměřeny konkrétně na uživatele drog.

Programy výměny injekčních jehel a stříkaček jsou dostupné pro uživatele drog ve 24 členských státech, v 15 z nich celostátně. **Rozdávání kondomů** je zajišťováno službami souvisejícími s drogami v celé EU s několika málo výjimkami (2). Programy výměny injekčních jehel a stříkaček spolu s informačními nebo výchovnými strategiemi, které se zaměřují na uživatele drog v jejich každodenním prostředí, se ukázaly jako účinné a nákladově efektivní při snižování rizikového chování uživatelů drog aplikovaných injekčně, a proto pravděpodobně zamezí přenosu infekčních nemocí.

Všechny země mají politiku, která zajišťuje, aby **záchranné služby** byly vyškoleny a vybaveny s ohledem na předávkování, a ve většině z nich (20) je v sanitních vozech běžně k dispozici opiátový antagonista naloxon. Zdravotnický personál pracující v záchranných službách je však vyškolen specificky pro předávkování drogami pouze v 10 zemích.

Poslední podbod v rámci tohoto bodu doporučení požaduje podporu **vzdělávacích činností vedoucích k uznávané kvalifikaci pro odborníky** odpovědné za prevenci a snižování zdravotních rizik spojených s drogovou závislostí. Takováto politika existuje téměř ve všech členských státech (22). Vzdělávání informačních pracovníků a odborníků na udržovací léčbu je k dispozici v 21, resp. 20 zemích. Vzdělávání odborníků pro nízkoprahové služby je poskytováno v 19 zemích.

---

[3] http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=403.

- ***Služby ke snižování poškození zdraví ve věznicích***

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) uvádí, že užívání drog aplikovaných injekčně je rozšířeno u 7 % až 38 % vězňů v Evropě. Politika zajišťující uživatelům drog ve věznicích služby, které jsou obdobné službám, jež jsou dostupné pro uživatele drog mimo věznice, existuje ve 20 členských státech a má být zavedena ve čtyřech dalších zemích.

V podkladovém dokumentu se uvádí, že programy výměny injekčních jehel a stříkaček ve věznicích jsou pravděpodobně účinné při omezování společného užívání jehel u uživatelů drog aplikovaných injekčně a přenosu infekčních nemocí spojených s užíváním drog. Mohou rovněž omezit abscesy.

Rozdávání vybavení souvisejícího s užíváním drog[4] není ve věznicích běžnou praxí (pouze v 11 zemích). Tři země zajišťují výměnu injekčních jehel a stříkaček ve věznicích. Např. ve Španělsku se program výměny injekčních jehel a stříkaček provádí v 38 věznicích.

Substituční a detoxikační léčba je ve věznicích dostupná v 17, resp. 19 zemích, ačkoliv pokrytí se velmi liší. Rozdávání kondomů ve věznicích je dostupné v 16 zemích.

Viz obr. 3 příloha II.

- ***Integrace snižování poškození zdraví a sociální péče a péče v oblasti duševního zdraví***

Členské státy udávají, že se snižování poškození zdraví na úrovni protidrogové politiky považuje za nedílnou součást péče v oblasti (duševního) zdraví a sociální péče, avšak podle podkladového dokumentu není tato integrace v praxi vždy zavedena: „Členské státy se nadále potýkají s uživateli drog, kteří mají problém se závislostí i problém v oblasti duševního zdraví (komorbidita nebo dvojí diagnóza) a znovuzačlenění bývalých uživatelů drog do řádného pracovního života a bydlení je dosud často problematické“.

23 zemí má politiku na podporu náležité integrace zdravotních služeb (včetně služeb v oblasti duševního zdraví) a sociální péče na straně jedné a specializovaných přístupů ke snižování rizik na straně druhé. Čtyři pětiny zemí uvedly, že toto je zavedeným postupem. Např. ve Francii program RMS (Réseau Micro-Structures) zajišťuje péči pro všechny typy pacientů se závislostí, kterou poskytují lékaři, sociální pracovníci a psychologové.

Zdá se nicméně, že je nezbytný další rozvoj této politiky, jelikož zajištění plně integrovaného systému péče pro uživatele drog se i nadále jeví jako problém.

3.3. <u>Bod 3 doporučení – zabezpečení kvality, sledování a vyhodnocení</u>

Ne všechny členské státy považují zabezpečení kvality, sledování a hodnocení za úkol národní vlády. Obecně však podporují potřebu klást větší důraz na vědecké důkazy a využívat tyto důkazy při snižování škod. V zemích s federální nebo decentralizovanou strukturou jsou úkoly rozděleny mezi různé úrovně odpovědnosti. V ostatních zemích je zabezpečení kvality, sledování a vyhodnocení považováno za úkol pro nezávislé vědecké organizace.

---

[4] Nástroje a vybavení potřebné pro přípravu nebo podávání drog.

Viz obr. 4 příloha II.

Posuzování, sledování a vyhodnocení služeb a zařízení ke snižování poškození zdraví v členských státech

Většina členských států (19) informuje o tom, že rozhodnutí v rámci politiky jsou výslovně založena na **vědeckých důkazech účinnosti.** Několik států má výzkumné a hodnotící projekty k ověření zásahů ke snižování škod (např. substituční programy, informační činnosti, výměna injekčních jehel). Německo např. informovalo o vyhodnocování substituční léčby (methadon a heroin). Litva informovala o svém projektu výměny jehel „Modrý autobus“, který se vyhodnocuje každý měsíc, a to rovněž prováděním šetření u klientů. V Maďarsku vypracoval Národní ústav pro drogovou prevenci databázi „SZIP“ za účelem širokého zpřístupnění vědeckých důkazů o účinnosti, tj. spojením programu informování a vědeckého výzkumu. Slovensko oznámilo, že se výsledky mezinárodního výzkumu systematicky využívají k vypracovávání zásahů a politik.

Členské státy obecně souhlasí s **potřebou posuzovat** programy v počáteční fázi, často to však nestanoví jako podmínku při výběru programů a zásahů. V Irsku však základní posouzení určilo pokrytí očkováním proti hepatitidě typu B u uživatelů drog s cílem vypracovat pilotní projekt ke zlepšení preventivní péče s ohledem na infekční nemoci u uživatelů drog aplikovaných injekčně.

Vypracování hodnotících protokolů pro hodnocení zásahů se často považuje za úkol vědeckých institucí zabývajících se hodnocením kvality. Některé členské státy, např. Česká republika a Dánsko, však vypracovaly protokoly a pokyny jako součást své protidrogové politiky. Na Kypru např. vědecký výbor Protidrogové rady vypracoval zvláštní pokyny pro centra léčení drogové závislosti s cílem zajistit minimální normy kvality. V Řecku politika zahrnuje vyhodnocení ve všech programech. 12 zemí oznámilo provedení této části doporučení.

14 členských států zavedlo politiku, jejímž cílem je **podpora vypracování kritérií pro hodnocení kvality**. Tyto politiky se často nacházejí v počáteční fázi rozvoje. Např. ve Finsku akční program v rámci protidrogové politiky na období 2004-2007 požaduje vypracování rámce kvality pro poskytovatele služeb souvisejících s drogami. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) vypracovalo několik příruček a monografií o kvalitě a hodnocení[5], členské státy však výslovně neodkazují na jejich používání.

23 členských států oznámilo **soulad s pěti hlavními ukazateli Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA)**[6]. Některé z nich však dosud nezavedly všech pět ukazatelů. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) poskytuje každoročně jednotlivým zemím zpětnou vazbu ohledně kvality jejich údajů a možných nedostatků v jejich informacích. Národní zprávy jsou obvykle zveřejněny na národních internetových stránkách.

Devatenáct členských států zdůraznilo, že **výsledky hodnocení přispívají k zdokonalení a rozvoji politik v oblasti drogové prevence**. Členské státy oznámily, že hodnocení národních strategií a akčních plánů v oblasti drog nabývá stále více na významu, avšak pouze omezený

---

5 K dispozici na adrese http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html.

6 http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1365.

počet zemí provádí systematické hodnocení s cílem posoudit účinnost konkrétních zásahů. Mnoho systémů hodnocení se nezaměřuje výslovně na zásahy za účelem snižování škod, ale spíše na širší oblast snižování poptávky po drogách. Např. v Polsku vedlo hodnocení programů léčby drogové závislosti pro ženy ve věznicích zaměřených na předcházení recidivě k zařazení nových cílů do národního programu pro drogovou prevenci. V Portugalsku byla národní strategie v oblasti drog „Horizonte 2004“ vyhodnocena interně i externě a výsledkem byla nová doporučení, např. další rozvíjení stávajících iniciativ ke zlepšení systémů snižování rizik a minimalizace škod (např. substituční programy, výměna injekčních stříkaček, kampaně propagující používání kondomů).

Vyhodnocování vzdělávacích programů pro různé úrovně a cílové skupiny se provádí ve 14 členských státech. Jako (spolu)organizátoři těchto vzdělávacích programů jsou často zmiňována národní kontaktní místa, nebyly však poskytnuty informace, že vyhodnocení je součástí řádných studijních plánů pro odborníky. Např. v České republice však byly vypracovány a zavedeny normy kvality pro služby léčení drogové závislosti v rámci vzdělávacího programu pro odborníky a v Rakousku jsou zabezpečení kvality a hodnotící formuláře součástí osnov pro další vzdělávání související s drogami.

Čtrnáct členských států oznámilo, že zavedlo politiku s cílem umožnit **všem účastníkům a dotčeným osobám podílet se na procesu hodnocení,** bylo však uvedeno velmi málo konkrétních příkladů účasti a zapojení. V Nizozemsku byl např. vytvořen systém tzv. „klientských rad“ pro pacienty ve zdravotní péči, včetně péče o drogově závislé. Ve Španělsku je zapojení dotčených osob do hodnocení prioritou v národním protidrogovém akčním plánu.

Byly vypracovány dvou- a mnohostranné programy zahrnující několik členských států a 21 členských států oznámilo, že mají politiku na **podporu výměny informací a spolupráce s ostatními.** Zdá se, že členské státy nyní více spolupracují, a to i s třetími zeměmi. Spolupracují rovněž s Komisí, např. prostřednictvím programu Společenství v oblasti veřejného zdraví, za účelem výměny dovedností a zkušeností v rámci EU**.** Twinningový program Phare EU[7] byl důležitým nástrojem ke zlepšení spolupráce mezi starými a novými zeměmi, které vstoupily do EU v roce 2004. Sedm zemí uvádí, že doporučení bylo důležitým nástrojem při rozvíjení tohoto druhu činnosti.

Viz obr. 5 příloha II.

4. ZÁVĚRY

(1) Všechny členské státy zavedly politiky a akce, které velkou měrou odrážejí opatření uvedená v doporučení, a ve většině nových zemí je dokument považován za důležitou podporu pro vypracování politiky. Sloužil rovněž jako orientační cíl při provádění zásahů ke snižování škod. Jelikož úroveň provedení se v rámci jednotlivých zemí i mezi nimi liší, je důležité dále rozvíjet opatření ke snižování škod a zavádět služby / zařízení ke snižování škod jako součást integrovaného systému prevence a péče.

[7] http://ec.europa.eu/enlargement/key_documents/phare_legislation_and_publications_en.htm.

(2) Téměř všechny členské státy zavedly politiku na podporu náležité integrace zdravotních služeb (včetně služeb v oblasti duševního zdraví a sociální péče) a specializovaných služeb ke snižování škod. Je nutno toto úsilí o integraci programů v rámci obecného systému zdravotní péče prohloubit a dále v něm pokračovat.

(3) Methadonová a buprenorfinová substituční léčba s podporou psychosociální pomoci je dostupná ve všech členských státech a v posledním desetiletí se dostupnost významně zvýšila. Mezi jednotlivými zeměmi však existují rozdíly, pokud jde o rozsah, nakolik její poskytování odpovídá odhadované potřebě. Je nutno zajistit dostupnost, pokrytí a udržitelnost těchto služeb.

(4) Údaje o dostupnosti služeb / zařízení ke snižování škod, jež shromáždilo Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), jsou obsáhlé a vysoce kvalitní. Měly by se však zlepšit informace o dostupnosti a využívání těchto zařízení, s konkrétním zaměřením na ohrožené skupiny obyvatelstva, s cílem získat přehled o situaci v jednotlivých zemích s jednoznačnými údaji o pokrytí jako hlavním prvkem v hodnocení politiky. Rovněž je třeba se zabývat nedostatečným souladem s pěti hlavními ukazateli Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA).

(5) Téměř všechny členské státy zavedly opatření týkající se prevence infekčních nemocí u uživatelů drog ve věznicích. Zásahy ke snižování poškození zdraví ve věznicích v rámci Evropské unie nejsou dosud v souladu se zásadou rovnocennosti přijatou Valným shromážděním OSN[8], UNAIDS/WHO[9] a UNODC[10], která vyžaduje rovnocennost mezi zdravotními službami a péčí (včetně snižování poškození zdraví) ve věznicích a těmi, které jsou dostupné pro společnost mimo vězení. Proto je pro jednotlivé členské státy důležité, aby přizpůsobily činnosti ke snižování poškození zdraví ve věznicích s cílem uspokojit potřeby uživatelů drog ve věznicích a vězeňského personálu a zlepšit přístup ke službám. Po propuštění z vězení by měla být zajištěna kontinuita těchto služeb, včetně kvality a přístupu.

(6) Členské státy si jsou stále více uvědomují potřebu vypracovat politiky založené na výzkumu a faktech a provádět činnosti na základě důkazů, včetně činností v oblasti prevence a snižování škod na zdraví. Za účelem kritického vyhodnocení těchto opatření by se nedílnou součástí celkové politiky v oblasti prevence a snižování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí mělo stát lepší sledování a podrobný výzkum, jak je uvedeno v doporučení, v protidrogové strategii EU na roky 2005-2012a v protidrogovém akčním plánu EU na období 2005-2008.

(7) Členské státy v současnosti využívají celou škálu různých metodik k posouzení, sledování a vyhodnocování služeb a zařízení ke snižování poškození zdraví. Je proto na nich, aby je projednaly a aby si vyměňovaly informace o osvědčených postupech s ohledem na tyto metody s cílem vypracovat standardizované koncepce a nástroje pro shromažďování objektivních, spolehlivých a srovnatelných údajů.

---

8 http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf.
9 http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf.
10 http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf.

(8) Je nanejvýš důležité zajistit synergie mezi politikami a iniciativami se zdravotními aspekty a možnou vazbou na užívání drog (např. duševní zdraví, alkohol, prevence HIV/AIDS, drogová závislost na pracovišti, drogy/léky a řízení motorových vozidel).

5. NÁVAZNOST NA DOPORUČENÍ RADY Z ROKU 2003

Zpráva o provedení doporučení zahrnuje období v délce 1,5 roku až 2 let. Toto období je příliš krátké, než aby bylo možno poskytnout spolehlivý obraz o vlivu doporučení na vnitrostátní politiky, služby a zařízení ke snižování poškození zdraví. Nové členské státy mimoto vstoupily do EU v průběhu období, za něž se podává zpráva (2004).

Tato zpráva by se proto měla považovat především za základní měření, pokud jde o provedení doporučení Rady. Může sloužit rovněž jako základní přehled o stávajících opatřeních ke snižování škod v EU pro vyhodnocení protidrogového akčního plánu EU na období 2005-2008.

Komise chce tento přezkum zopakovat v rámci příštího protidrogového akčního plánu EU na období 2009-2012 s cílem ověřit, zda pokročilo zavádění politik, služeb a zařízení v souvislosti se snižováním škod. Poté bude Komise moci spolu s členskými státy uvážit, zda je nutno vydat další doporučení.

Komise bude dále rozvíjet iniciativy v oblastech, které úzce souvisejí s doporučením Rady a které aktivně přihlížejí k politikám a postupům, jež mohou významně ovlivnit provedení hlavních činností. V protidrogovém akčním plánu EU na období 2005-2008 jsou zahrnuta dvě zvláštní opatření v oblastí zdraví týkající se drogové prevence (opatření 12 a 13.2):

- návrh doporučení Rady o drogách a věznicích; mezi vězni se vyskytuje velký počet uživatelů drog a prostředí věznic představuje naléhavou záležitost, pokud jde o užívání drog, a zejména uživatele drog aplikovaných injekčně;
- zpráva o situaci v oblasti léčby drogové závislosti a o výměně osvědčených postupů v EU; v Evropě se substituční léčby dostává více než půl milionu osob.

Program v oblasti veřejného zdraví

Program Společenství v oblasti veřejného zdraví zahrnuje opatření týkající se drogové prevence zaměřená na řešení zdravotních faktorů, což jsou mnohorozměrné otázky spojené s řadou závažných zdravotních problémů.

Program drogové prevence a informování na období 2007-2013

Činnosti podpoří provádění protidrogové strategie EU financováním projektů a činností v oblasti snižování poptávky po drogách, včetně snižování poškození zdraví.

Práce na snižování poptávky po drogách by měla být spojena s těmito oblastmi:

- Prevence HIV/AIDS

Aplikování drog injekčně je hlavním způsobem přenosu HIV/AIDS. Sdělení Komise Radě a Evropskému parlamentu *o boji proti HIV/AIDS v Evropské unii a v sousedních zemích na*

období 2006-2009[11] stanoví akční plán pro práci v oblasti prevence HIV a uznává potřebu synergií s hlavními činnostmi v oblasti prevence. Jedním z hlavních bodů je vývoj osnov odborné přípravy pro odborníky působící ve službách (prevence, léčba a péče) pro osoby s HIV/AIDS a skupiny obyvatelstva, které jsou zvlášť zranitelné ve vztahu k HIV/AIDS (včetně nitrožilních uživatelů drog a migrujících osob). Expertní skupina typu „think tank" v oblasti HIV/AIDS se navíc stala užitečným fórem pro výměnu zkušeností a informací mezi partnery.

- Prevence konzumace alkoholu

V souvislosti s užíváním více drog je nutno posuzovat škody související s alkoholem a škody související s užíváním drog společně. Sdělení Komise o strategii EU v oblasti podpory členských států při zmírňování škodlivých účinků alkoholu[12] zahrnuje prosazování účinné změny chování dětí a dospívajících ve školách a rodinách a při dalších vhodných příležitostech, jakož i snížení počtu dopravních nehod spojených s konzumací alkoholu a užíváním různých typů drog současně.

- Podpora duševního zdraví

Užívání drog se často objevuje společně s duševní nemocí. Pro politiku v oblasti veřejného zdraví zůstává i nadále důležitou výzvou zlepšení přístupu uživatelů drog k lékařskému ošetření a psychiatrické léčbě. Zelená kniha o duševním zdraví, kterou Komise[13] zveřejnila v říjnu 2005, navrhla vypracování strategie v oblasti duševního zdraví na úrovni EU. V současnosti se tato strategie připravuje a měla by být koordinována s ostatními iniciativami v rámci různých politik Společenství, např. protidrogovou strategií EU na období 2005-2012.

- Zapojení občanské společnosti

Je nutno rovněž vynaložit úsilí ke snižování nepřímých škod, které mohou uživatelé drog přivodit ostatním. Uživatelé drog se musejí aktivně podílet na tomto úsilí. Zelená kniha o úloze občanské společnosti v protidrogové politice v Evropské unii, kterou Komise přijala v červnu 2006[14], přezkoumala možnosti zlepšení zapojení občanské společnosti.

- Drogy / léky a řízení motorových vozidel[15]

V rámci dopravní politiky se řeší rovněž otázka užívání různých typů drog současně a řízení motorových vozidel. Komise rovněž spolufinancuje projekt nazvaný DRUID (Driving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines (řízení pod vlivem drog, alkoholu a léků)) v rámci šestého rámcového programu pro výzkum a technologický rozvoj (6.RP).

- Drogová závislost na pracovišti

Komise v současnosti připravuje strategii pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci na období 2007-2012. Je nutno vypracovat konkrétní iniciativy na podporu specifických opatření v oblasti veřejného zdraví zabývajících se drogovou závislostí na pracovišti.

---

11 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0654en01.pdf.

12 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf.

13 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf.

14 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf.

15 Usnesení Rady ze dne 27. listopadu 2003 o boji proti užívání psychoaktivních látek ve spojení s dopravními nehodami (*neověřený překlad)*: *Úř. věst. C 097 ze dne 22.4.2004 s. 0001 – 0003.*

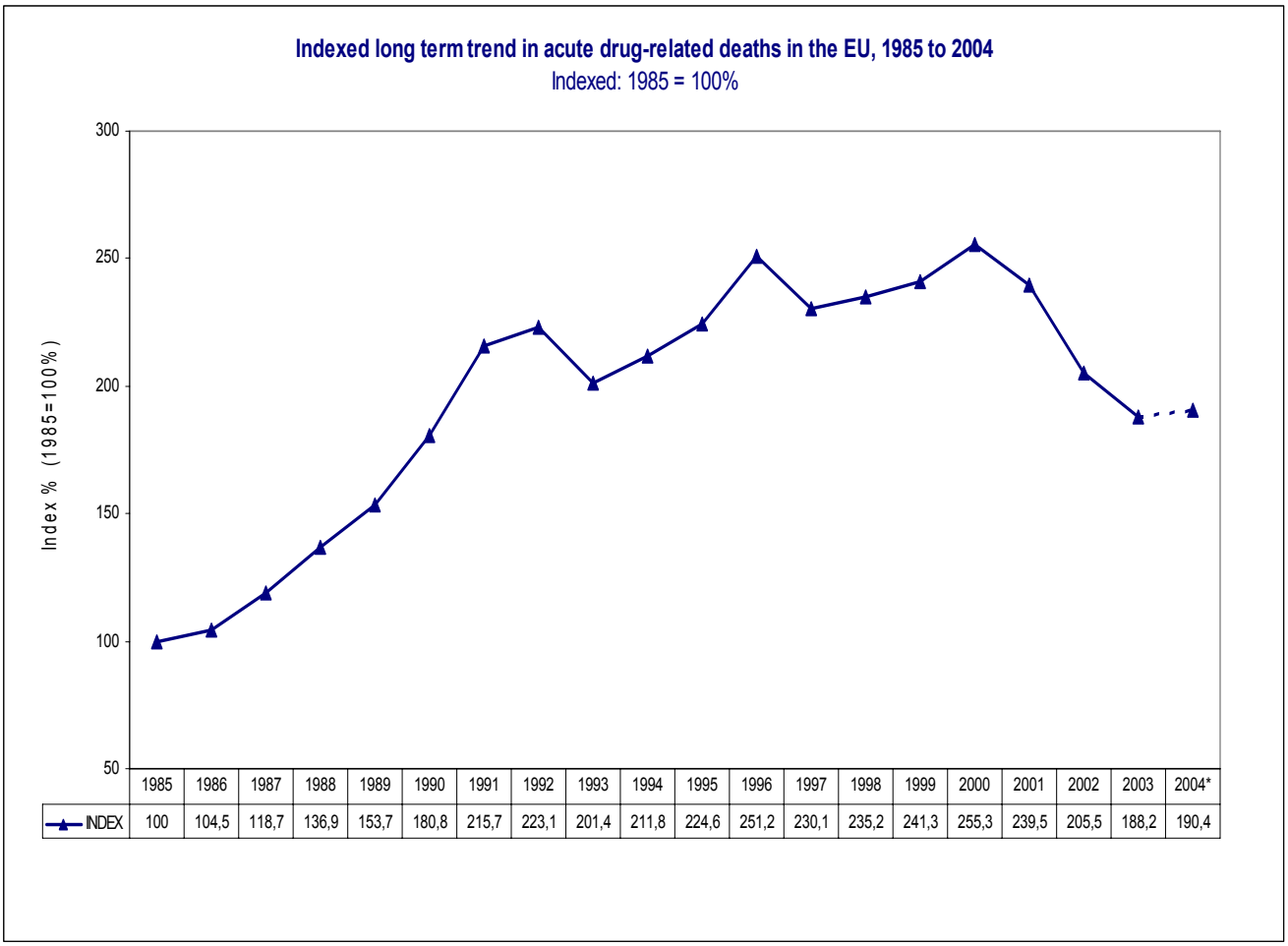
TECHNICAL ANNEXES

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used

DRD	**Drug-Related Death**
EMCDDA	**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction**
IDU	**Injecting Drug User**
IEC	**Information, Education, Communication**
NFPs	**National Focal Points**
UNAIDS	**Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**
WHO	**World Health Organization**
UNODC	**United Nations Office on Drugs and Crime**

5.2. ANNEX II – Figures

Figure 1



EMCDDA annual report 2006

Notes:

The new Member States and Candidate Countries are not included in this graphic due to the lack of retrospective data in most of them.

Index: 1985=100%.

A few countries did not provide data for some years (see Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2]). To correct this situation, it has been used the computation method defined in the report "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. Project CT.99.RTX.04, Co-ordinated by the Trimbos Institute. Lisbon: EMCDDA.

Ten countries provided information for 2004 and six did not. Therefore, the figure for 2004 is provisional, based in comparing 2003 and 2004 only for those countries with data for both years. The trends for those countries that provided information can be seen in the figures with

trends by country. Number of cases per country per year are presented in Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2].

The EMCDDA estimates the yearly number of acute DRDs (overdoses) in the EU since 1990 to be from 6500 to over 9000.

Recently published estimates show that a substantial proportion of mortality among young adults in some EU urban areas can be attributed to opioid use. In addition, HIV transmission is continuing to be a concern in specific injecting groups across Europe, although most countries report low rates of newly diagnosed HIV infection attributable to drug injecting and estimate the HIV infection rates among injectors to be below 5%. A far more negative picture presents itself for rates of infection with the hepatitis C virus (HCV), which remain almost universally high among drug injectors.

Since 2000, many EU countries have reported decreases in DRD numbers. In 2004, however, there was an increase. While the number of DRDs is still far too high from a longer-term public health perspective, a better availability of drug treatments and increased coverage of harm reduction services in recent years seem to have had an impact.

Figures from the background document on "prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence - an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003".

The document is available in print (EN) and can be downloaded (EN, FR, DE) at the following web address: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug_en.htm

The Trimbos Institute extracted and analysed relevant data, in particular from the EMCDDA sources (the NFPs coordinated by the EMCDDA confirmed and updated the information provided for the Recommendation point 2), the projects funded under the 'Programme of Community action on the prevention of drug dependence' and the ongoing Public Health Programme, the projects funded under the 4th, 5th and 6th Framework Programmes for Research and Technological Development as well as from some field organisations, the World Health Organization (WHO), the Pompidou Group (PG), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Finally, a literature review was conducted to identify, assess and summarise scientific evidence on harm reduction interventions and approaches.

Figure 2

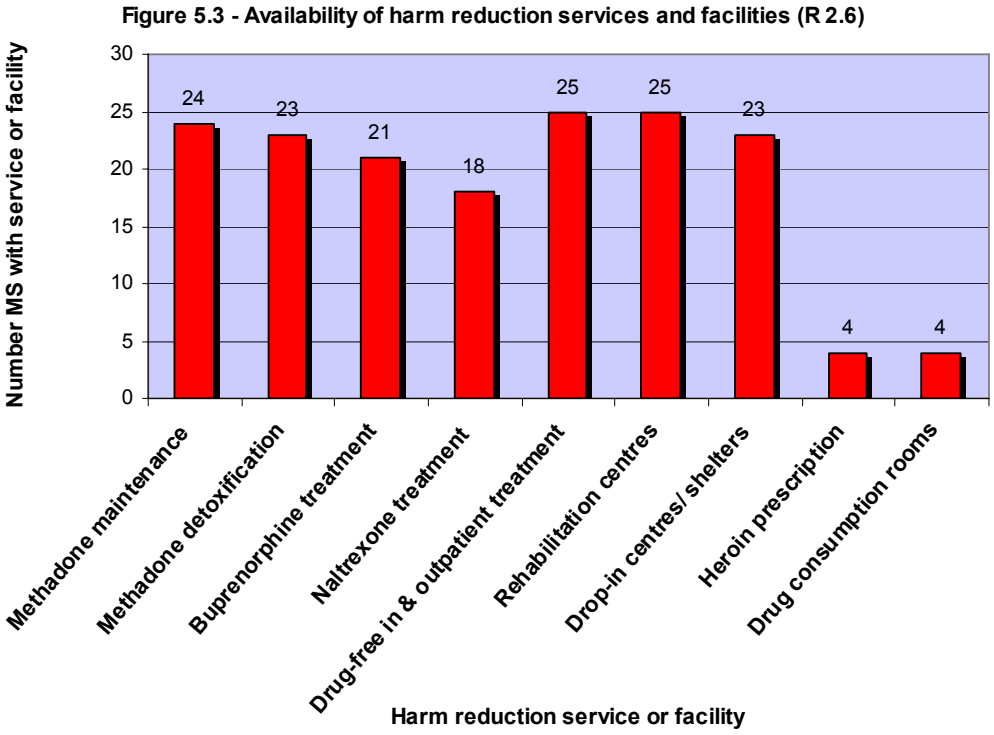


Figure 3

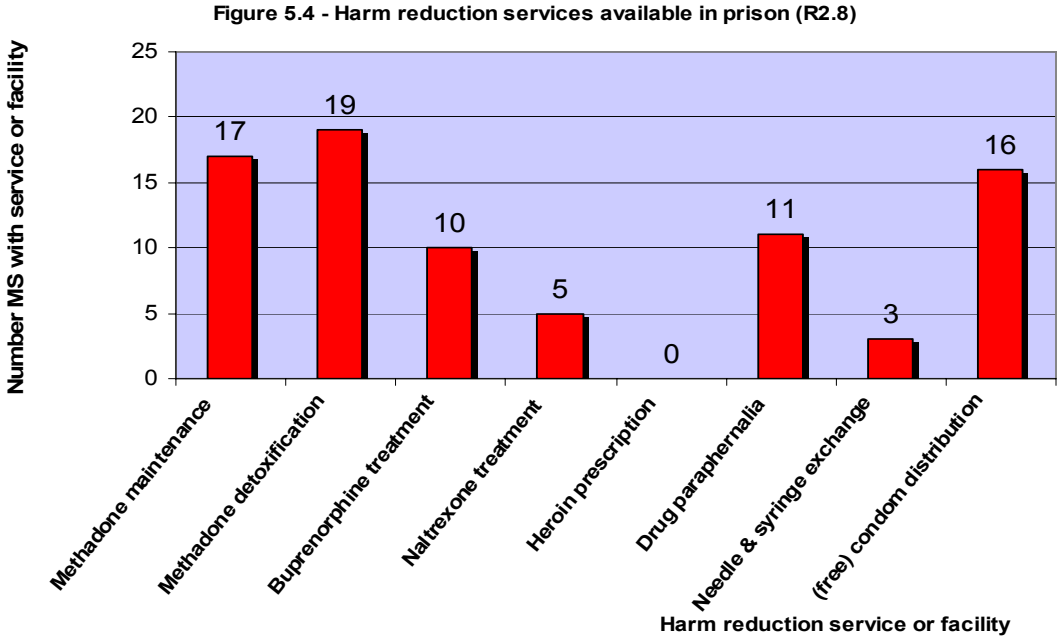


Figure 4

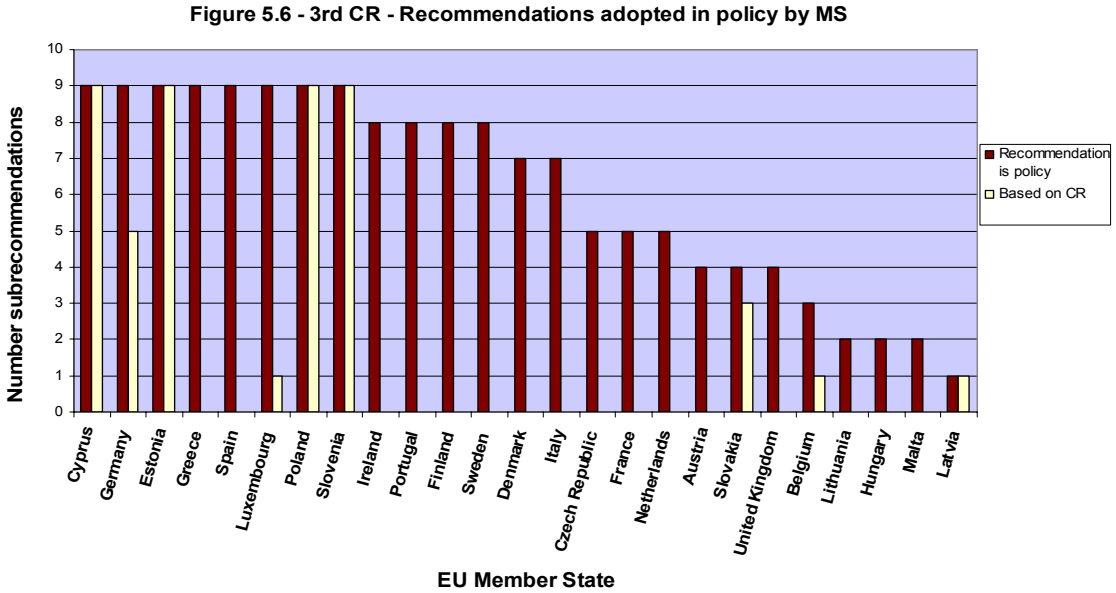


Figure 5

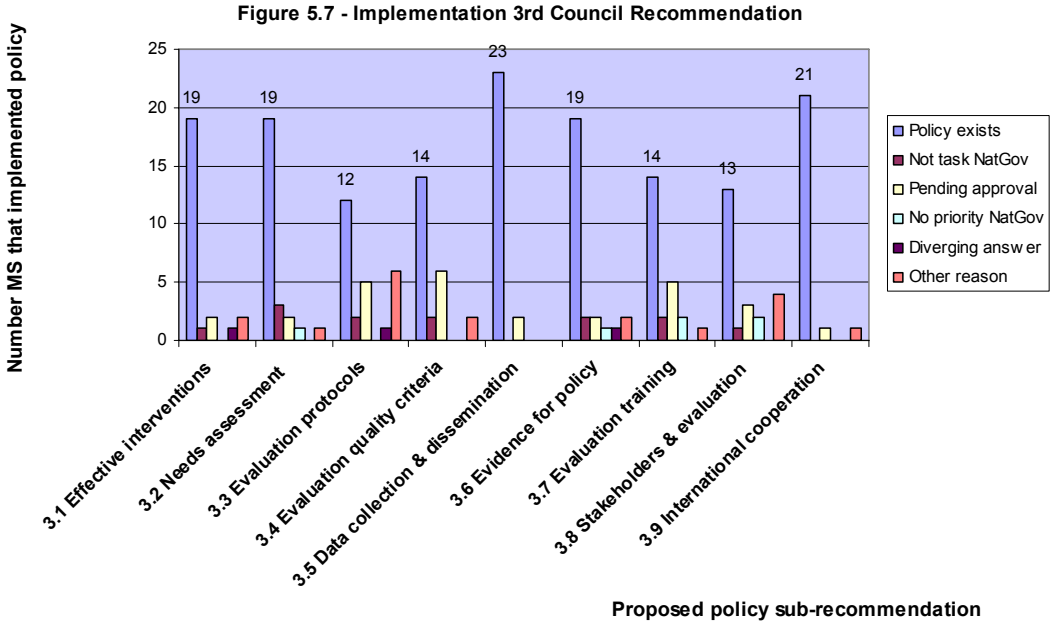


Figure 5.7 - Implementation 3rd Council Recommendation
Number MS that implemented policy
25
20
15
10
5
0
19
19
12
14
23
19
14
13
21
3.1 Effective interventions
3.2 Needs assessment
3.3 Evaluation protocols
3.4 Evaluation quality criteria
3.5 Data collection & dissemination
3.6 Evidence for policy
3.7 Evaluation training
3.8 Stakeholders & evaluation
3.9 International cooperation
Proposed policy sub-recommendation
Policy exists
Not task NatGov
Pending approval
No priority NatGov
Diverging answ er
Other reason