



KOMISIA EURÓPSKÝCH SPOLOČENSTIEV

Brusel, 18.4.2007
KOM(2007) 199 v konečnom znení

SPRÁVA KOMISIE EURÓPSKEMU PARLAMENTU A RADE

**O implementácii odporúčania Rady z 18. júna 2003 o prevencii a znižovaní zdravotnej
ujmy súvisiacej s drogovou závislosťou**

OBSAH

1.	SÚVISLOSTI	3
2.	METODOLÓGIA – ZHROMAŽĐOVANIE ÚDAJOV	3
3.	HLAVNÉ VÝSLEDKY SÚVISIACE S IMPLEMENTÁCIOU ODPORÚČANIA RADY	4
4.	ZÁVERY	9
5.	DOPLŇUJÚCA SPRÁVA ODPORÚČANIA RADY Z ROKU 2003.....	10
TECHNICAL ANNEXES.....		13
5.1.	ANNEX I – Abbreviations and technical terms used	13
5.2.	ANNEX II – Figures	14

1. SÚVISLOSTI

18. júna 2003 prijala Rada odporúčanie o „prevencii a znižovaní zdravotnej ujmy súvisiacej s drogovou závislosťou“¹. Cieľom odporúčania je znížiť počet úmrtí súvisiacich s drogami (drug-related deaths - DRD) a obmedziť poškodenie zdravia zapríčinené drogami podporovaním členských štátov pri zostavovaní a rozvíjaní účinkov a stratégií v súvislosti s prevenciou a znižovaním zdravotnej ujmy súvisiacej s drogovou závislosťou. Naliehavosť tejto otázky sa znovu objavila v stratégii EÚ pre boj proti drogám na roky 2005 - 2012 a v akčnom protidrogovom pláne EÚ na roky 2005 - 2008.

Odporúčanie obsahuje tri základné body činnosti členských štátov:

- (1) ustanoviť cieľ prevencie drogovej závislosti v oblasti verejného zdravia a s tým súvisiace zníženie rizík a adekvátne rozvíjať a realizovať ucelené stratégie;
- (2) podstatne znížiť výskyt zdravotnej ujmy zapríčinennej drogami (ako je HIV, hepatitída B a C, a tuberkulóza) a počet úmrtí súvisiacich s drogami prostredníctvom 13 čiastkových hodnotení súvisiacich so službami a zariadeniami na znižovanie poškodenia zdravia (napríklad distribúcia injekčného materiálu, očkovanie, liečenie, informácie a odborná príprava);
- (3) pripraviť primerané hodnotenie na zvýšenie účinnosti a pôsobenia drogovej prevencie a znižovať riziká zdravia zapríčinené drogami prostredníctvom 9 čiastkových hodnotení zahŕňajúcich kvalitu zabezpečenia, monitorovanie a vyhodnotenie programov.

V odporúčaní Rady sa predpokladá, že členské štáty pripravia správu o výsledkoch implementácie uvedených bodov v priebehu dvoch rokov po jeho prijatí a Komisia sa vyzýva, aby následne zostavila správu.

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDZ) uverejnilo ročnú správu o stave drogového problému v EÚ, vrátane informácií o úmrtiach na infekčné choroby súvisiacich s drogami, ako napríklad HIV/AIDS a hepatitída. **Pozri graf 1.**

2. METODOLÓGIA – ZHROMAŽĎOVANIE ÚDAJOV

Základom správy sú dva hlavné zdroje.

Prvým zdrojom boli správy z roku 2005 o stave vecí súvisiacich s implementáciou odporúčania Rady, ktoré si od 25 členských štátov vyžiadala Komisia.

Okrem toho boli, informácie uvedené vyššie následne spracované inštitútom v Trimbose, nezávislým výskumným strediskom v oblasti duševného zdravia a závislosti, ktoré bolo poverené, aby napísalo východiskový dokument v súvislosti s prípravou správy. Východiskový dokument obsahuje podrobné informácie o existujúcich protidrogových politikách a praktikách členských štátov týkajúcich sa prevencie a znižovania zdravotnej ujmy spojennej s drogovou závislosťou spolu s prehľadom súčasnej situácie súvisiacej s efektívnosťou zásahov zameraných na znižovanie ujmy na zdraví².

1 Ú. v. EÚ L 165, 3.7.2003, s. 0031 – 0033

2 Pozri prílohu 2

3. Hlavné výsledky súvisiace s implementáciou odporúčania Rady

3.1. Bod 1 odporúčania Rady – Zníženie zdravotnej ujmy ako cieľ verejného zdravia

Vo všetkých členských štátoch je prevencia a zníženie zdravotnej ujmy súvisiacej s drogami definovaná ako cieľ verejného zdravia na národnej úrovni. V tomto procese zohralo odporúčanie Rady veľmi dôležitú úlohu najmä v tých krajinách, ktoré pristúpili do EÚ v roku 2004.

Členské štáty zaradili do stratégie EÚ pre boj proti drogám na roky 2005 - 2012 aj odkaz na odporúčanie Rady.

3.2. Bod 2 odporúčania Rady – Služby a zariadenia na znižovanie poškodenia zdravia v členských štátoch

Všetky členské štáty zriadili služby a zariadenia na znižovanie poškodenia zdravia, niektoré v menšej miere.

Údaje zhromaždené pre východiskový dokument poskytujú dôkladný prehľad o dostupnosti služieb a zariadení v členských štátoch.

Pozri graf 2, príloha II.

- *Služby a zariadenia na znižovanie poškodenia zdravia v členských štátoch*

Všetky členské štáty realizovali politiku poskytovania informácií a konzultácií používateľom drog. Ďalším opatrením v rámci **informácií, vzdelávania a komunikácie (information, education and communication - IEC)** sú telefónne linky pomoci a široká škála vzdelávacích letákov, ktoré sú prístupné užívateľom drog vo všetkých krajinách. Dvadsaťdva krajín používa internetové stránky a v niektorých krajinách prebiehajú konzultácie prostredníctvom internetu. Odborná príprava venovaná prevencii rizík a zdravotnej ujmy sa poskytuje v 21 krajinách. Napríklad na Malte je takáto odborná príprava založená na individuálnom prístupe, dostupná pre tých užívateľov drog, ktorí sú členmi skupiny ambulantných pacientov.

Komunity a rodiny užívateľov drog sa v členských štátoch vo veľkej miere zapájajú do činností zameraných na znižovanie zdravotnej ujmy a vo väčšine krajín sú pre nich k dispozícii špecifické informačné balíčky. Vo Veľkej Británii sa s cieľom zníženia počtu úmrtí súvisiacich s drogami zúčastňujú rodiny na odbornej príprave v rámci prevencie proti predávkovaniu.

Podporná aktivita je stratégiou uceleného účinku na prevenciu infekčných chorôb. Vo všetkých členských štátoch, aj s ich geografickými variáciami, je dobre zavedený projekt prevencie v pouličných alebo rekreačných zariadeniach, akými sú napríklad tanečné zábavy/podujatia. Napríklad po celom Taliansku existujú podporné projekty a nízkoprahové služby a postupom času sa tu rozmáhajú rôzne zariadenia. V niektorých častiach krajiny bola nedávno zavedená mobilná metadónová liečba.

Rovnocenní partneri a dobrovoľníci sa systematicky zúčastňujú **podporných aktivít** vo väčšine členských štátov (19). Informácie o odbornej príprave rovnocenných partnerov a dobrovoľníkov sú dostupné, aj keď informácie o ich konkrétnej angažovanosti v podporných

aktivitách sú obmedzené. Napríklad v Belgicku (bývalých) používateľov drog školia v oblasti prevencie proti šíreniu HIV a prevencie proti predávkovaniu.

Budovanie siete a spolupráca medzi agentúrami podporných aktivít existuje v prevažnej časti členských štátov (20), i keď v niektorých z nich je počet agentúr dosť nízky. Je veľmi povzbudivé, že aj Litva a Lotyšsko čoskoro implementujú túto politiku.

Zabezpečenie protidrogovej liečby je vo všetkých členských štátoch a zavádzajú sa substitučné ópiové liečby (Cyprus pripravuje takéto liečebné programy). Existujú udržiavacie a detoxikačné režimy na stabilizáciu, respektíve zníženie/ukončenie užívania drog. Ópiová **substitučná liečba** je stratégiou uceleného účinku na zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami a metadónová a/alebo buprenorfinová substitučná liečba umocnená psychosociálnou starostlivosťou, je k dispozícii skoro vo všetkých krajinách (24). Švédsko bolo, napríklad, prvou krajinou, ktorá poskytovala metadónové udržiavacie programy a v súčasnosti tu prebieha prísny vysokoprahový metadónový udržiavací program.

Niekoľko štúdií dokazuje súvislosť medzi udržiavacím programom užívateľov opiátov a znížením úmrtí súvisiacich s drogami. Efektívnosť sa môže zvýšiť s vyššími dávkami, a ak psychosociálny zásah dopĺňa liečebné programy.

V súvislosti s **prevenciou zneužívania substitučných prostriedkov** takmer všetky členské štáty (22) uviedli, že také opatrenia, ako napríklad prísna registrácia, spotreba pod dohľadom, testovanie moču a denné kontrolovanie dávok sú ako prevencia voči prenikaniu na čierny trh opodstatnené. Napríklad Estónsko a Slovinsko výslovne uviedli, že implementácia politiky prevencie zneužívania je výsledkom odporúčania Rady.

Testovanie/skríning infekčných chorôb je celoštátne k dispozícii užívateľom drog v 19 členských štátoch a v určených geografických oblastiach v troch krajinách. Preventívne a vzdelávacie opatrenia, ako aj špecifické liečebné programy na prevenciu infekčných chorôb zameraných na užívateľov drog sú celoštátne dostupné v 15 krajinách a v piatich krajinách v špecifických geografických oblastiach. **Očkovacie kampane** na hepatitídu B zamerané na používateľov drog sú celoštátne k dispozícii v 15 krajinách a v piatich krajinách v špecifických geografických oblastiach. Napríklad v Luxembursku iniciovali vnútroštátne kontaktné miesta³ v roku 2005 akčné a výskumné programy, aby na mieste zabezpečili testovanie (hepatitídy A, B, C, a HIV) a očkovanie (hepatitídy A, B) špecializovanými vnútroštátnymi mimovládnyimi organizáciami. **Očkovacie programy** existujú v celej EÚ, ale nie vždy sú špecificky zamerané na užívateľov drog.

Programy na výmenu ihl a striekačiek sú dostupné užívateľom drog v členských štátoch, z toho v 15 celoštátne. **Distribúcia kondómov** je, s malými výnimkami (2), zabezpečená v celej EÚ prostredníctvom drogových služieb. Programy na výmenu ihl a striekačiek kombinované s informačnými alebo vzdelávacími stratégiami zameranými na užívateľov drog v ich dennom prostredí dokázali, že sú účinné a nákladovo efektívne pri znižovaní rizikového správania medzi injekčnými užívateľmi drog a z tohto dôvodu sú vhodné ako prevencia prenosu infekčných chorôb.

Všetky krajiny majú politiku, ktorá zabezpečuje, že **pohotovostné služby** poskytuje školený personál, ktorý dokáže riešiť stavy predávkovania a vo väčšine z nich (20) vozia sanitky opiátovú antagonistickú látku nalaxon. Iba v 10 krajinách však dostáva zdravotnícky personál pracujúci v pohotovostných službách špecifické školenie v zaobchádzaní s drogovým predávkovaním.

3 <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=403>

Posledná časť tohto bodu odporúčania nabáda k podpore **vzdelávacích aktivít vedúcich k uznávaným kvalifikáciám odborníkov** zodpovedných za prevenciu a zníženie rizík poškodenia zdravia súvisiaceho s drogovou závislosťou. Takáto politika existuje takmer vo všetkých členských štátoch (22). Vzdelávanie pre podporných pracovníkov a odborníkov v udržiavacej liečbe je dostupné v 21 a 20 krajinách. Vzdelávanie pre odborníkov v nízkoprahových službách sa poskytuje v 19 krajinách.

- ***Služby na znižovanie poškodenia zdravia vo väzniciach***

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDZ) uvádza, že životnosť výskytu drog, ktoré sa podávajú injekčnou striekačkou používanou medzi väzňami v Európe, je medzi 7 % a 38 %. Politika, ktorá poskytuje užívateľom drog vo väzniciach služby a je podobná tej, ktorá je dostupná pre používateľov drog mimo väznice, existuje v 20 členských štátoch a má sa zaviesť v štyroch krajinách.

Východiskový dokument uvádza, že programy na výmenu ihlíc a striekačiek sú vo väzniciach nepochybne účinné v rámci znižovania spoločného používania ihlíc medzi používateľmi injekčných drog a pri prenose infekčných ochorení súvisiacich s drogami. Takisto sa znižujú abscesy.

Distribúcia drogových parafernálií⁴ nie je vo väzniciach obvyklou praxou (iba 11 krajín). Tri krajiny poskytujú programy na výmenu ihlíc a striekačiek vo väzniciach. Napríklad v Španielsku je program na výmenu ihlíc a striekačiek dostupný v 38 väzniciach.

Substitučná liečba je vo väzniciach v podstate dostupná v 17 krajinách a detoxikačná liečba v 19 krajinách, hoci, jej rozsah sa v jednotlivých krajinách odlišuje. Distribúcia kondómov je k dispozícii vo väzniciach 16 krajín.

Pozri graf 3, príloha II.

- ***Integrácia zníženia zdravotnej ujmy so sociálnou starostlivosťou a starostlivosťou o duševné zdravie***

Členské štáty uvádzajú, že zníženie zdravotnej ujmy sa na úrovni protidrogovej politiky považuje za integračnú súčasť zdravotnej (duševnej) a sociálnej starostlivosti, ale podľa východiskového dokumentu sa táto integrácia v praxi vždy neuplatňovala: „Členské štáty pokračujú v boji s užívateľmi drog, ktorí majú problém nielen so závislosťou, ale aj problém s duševným zdravím (komorbidita alebo dvojité diagnózy) a opätovné začlenenie bývalých užívateľov drog do normálneho pracovného života a bývania je stále veľmi problematické“.

Dvadsaťtri krajín využíva svoju politiku tak, aby napomáhala zodpovedajúcej integrácii medzi zdravotníckymi službami (vrátane služieb duševného zdravia) a sociálnou starostlivosťou na jednej strane a špecializovanými prístupmi k znižovaniu rizika na strane druhej. V štyroch pätinách krajín sa uvádza ako implementovaná prax. Napríklad vo Francúzsku program RMS (Réseau Micro-Structures) poskytuje všetkým deťom narkomanov starostlivosť lekárov, sociálnych pracovníkov a psychológov.

4

Nástroje a vybavenie potrebné na prípravu alebo podávanie drog

Napriek tomu sa zdá, že implementácia takejto politiky potrebuje neustály vývoj, a to najmä od momentu zistenia, že poskytovanie úplného integračného systému starostlivosti o užívateľov drog zostáva naďalej výzvou.

3.3. Bod 3 odporúčania Rady – zabezpečenie kvality, monitorovanie a hodnotenie

Nie všetky členské štáty vidia zabezpečenie kvality, monitorovanie a hodnotenie ako úlohu vnútroštátnych vládnych orgánov. Vo všeobecnosti však schvaľujú potrebu väčšieho dôrazu na vedecké dôkazy o znižovaní zdravotnej ujmy v praxi a na ich využitie. V krajinách s federálnou a decentralizovanou štruktúrou sú úlohy rozdelené na rôzne úrovne zodpovednosti. V ostatných krajinách sa zabezpečenie kvality, monitorovanie a hodnotenie chápe ako úloha pre nezávislé vedecké organizácie.

Pozri graf 4, príloha II.

Posudzovanie, monitorovanie a hodnotenie služieb a zariadení na zníženie poškodenia zdravia v členských štátoch

Väčšina členských štátov (19) uvádza, že politické rozhodnutia sú osobitne založené na **vedeckých dôkazoch o efektívnosti**. Niektoré z nich majú výskumné a hodnotiace projekty zamerané na preskúvanie zásahov na zníženie poškodenia zdravia (napríklad náhradné programy, podporné programy, programy na výmenu ihliel). Napríklad Nemecko uvádza hodnotenie substitučnej liečby (metadónovej a heroínovej). Litva uvádza svoj „Modrý autobus“ – projekt na výmenu ihliel, ktorého realizácia je zabezpečená na mesačnej báze a takisto vykonávaním prieskumov medzi klientmi. V Maďarsku Štátny inštitút pre drogovú prevenciu vytvoril databázu „SZIP“, aby tak rozšíril dostupnosť vedeckých dôkazov o efektívnosti, t. j. kombináciou informačného programu a vedeckého výskumu. Slovensko uviedlo, že výsledky medzinárodného výskumu sa systematicky používajú v súvislosti s rozvojom zásahov a postupov.

Vo všeobecnosti členské štáty súhlasia s **potrebou odborných posudkov** v začiatkovej etape programov, ale často nevytvárajú podmienku pri výbere programov a zásahov. V Írsku však základný posudok určoval pokrytie očkovania hepatitídy B u používateľov drog s cieľom zostaviť pilotný projekt na zdokonalenie preventívnej starostlivosti proti infekčným chorobám pre užívateľov injekčne aplikovateľných drog (IDU – Injection drug users).

Vypracovanie hodnotiacich protokolov na hodnotenie zásahov je úloha, ktorá sa často považuje za jednu z úloh pre vedecké inštitúcie, ktoré sa zaoberajú kvalitou hodnotenia. Niektoré členské štáty, ako napríklad Česká republika a Dánsko, však zostavili protokoly a príručky ako súčasť svojej protidrogovej politiky. Na Cypre, napríklad, vedecký výbor antidrogovej rady vyvinul špecifické príručky pre centrá drogovej liečby na zabezpečenie minimálnych noriem kvality. V Grécku zahŕňa politika hodnotenie v každom programe. Dvanásť krajín uvádza, že táto časť odporúčania Rady sa už implementuje.

Štrnásť členských štátov zaviedlo politiku, ktorej cieľom je **podpora rozvoja kritérií hodnotenia kvality**. Takéto politiky sú často v začiatkovej etape vývoja. Napríklad vo Fínsku akčný protidrogový plán na roky 2004 - 2007 vyzýva na zdokonalenie systému kvality poskytovateľov protidrogových služieb. Európske monitorovacie centrum pre drogy a

drogovú závislosť vyhotovilo množstvo manuálov a monografií o kvalite a hodnotení⁵, ale krajiny sa výslovne k ich používaniu nevyjadrujú.

Dvadsaťtri členských štátov uvádza **súlady s piatimi kľúčmi indikátormi EMCDDZ**⁶. Niektoré z nich však všetkých päť nerealizujú. EMCDDZ každý rok poskytuje jednotlivým krajinám spätnú väzbu o kvalite ich vstupu a o možných chybách v ich informáciách. Národné správy sú zvyčajne uverejnené na vnútroštátnych internetových stránkach.

Devätnásť členských štátov zdôrazňuje, že **výsledky hodnotenia prispievajú k zlepšeniu a rozvíjaniu politiky v oblasti protidrogovej prevencie**. Krajiny uvádzajú, že hodnotenie národných protidrogových stratégií a akčných plánov sa stáva stále dôležitejším, ale zdá sa, že iba obmedzený počet z nich vykonáva systematické hodnotenie na posúdenie efektívnosti špecifických zásahov. Veľa hodnotiacich schém sa špecificky nezameriava na zásahy zníženia poškodenia zdravia, ale skôr na širšiu oblasť zníženia drogovej závislosti. V Poľsku, napríklad, hodnotenie programov protidrogovej terapie pre ženy vo väzniciach na prevenciu recidív malo za následok zahrnutie nových cieľov v rámci Národného programu protidrogovej prevencie. V Portugalsku interné ako aj externé vyhodnotenie Národného programu protidrogovej stratégie „Horizont 2004“ viedlo k novým odporúčaniam, ako napríklad ďalšie rozvíjanie existujúcich iniciatív na zdokonaľovanie znižovania rizika a systémov na minimalizáciu poškodenia zdravia (napríklad náhradné programy, program na výmenu striekačiek, kampane za používanie kondómov).

Hodnotiace vzdelávacie programy pre rôzne úrovne a cieľové skupiny sa realizovali v 14 členských štátoch. Vnútroštátne kontaktné miesta sa často spomínajú ako (spolu-)organizátori takýchto vzdelávacích programov, ale nie sú považované za súčasť bežného študijného plánu odborníkov. V Českej republike sa však normy kvality pre služby v oblasti liečby drogovej závislosti rozvíjali a implementovali v rámci vzdelávacích programov pre odborníkov a v Rakúsku tvorí zabezpečenie kvality a hodnotenie časť študijného plánu ďalšieho vzdelávania v oblasti protidrogovej špecializácie.

Štrnásť členských štátov uviedlo zavedenie politiky z dôvodu, aby sa **všetci činitelia a zúčastnené strany zapojili do hodnotiaceho procesu**, ale len veľmi málo štátov ponúka konkrétne príklady účasti a zainteresovanosti. Napríklad v Holandsku bol vytvorený systém „výborov klientov“ pre pacientov v zdravotnej starostlivosti vrátane starostlivosti o drogovú závislosť. V Španielsku je angažovanosť zúčastnených strán prioritou Národného akčného protidrogového plánu.

Vytvorili sa bilaterálne a multilaterálne programy zahŕňajúce veľa členských štátov a 21 z nich uvádza, že zavedením protidrogovej politiky sa podporuje **vzájomná výmena a spolupráca**. Objavuje sa viac nových spoluprác medzi členskými štátmi a dokonca aj s tretími krajinami. Takisto spolupracujú s Komisiou, napríklad v rámci programu Spoločenstva o verejnom zdraví, aby si vymenili zručnosti a skúsenosti v rámci EÚ. Partnerský program Phare EÚ⁷ je dôležitým nástrojom pri posilňovaní spolupráce medzi starými a novými štátmi, ktoré pristúpili k EÚ v roku 2004. Sedem štátov potvrdilo, že odporúčanie Rady bolo dôležitým nástrojom pri rozvíjaní tejto formy činnosti.

Pozri graf 5, príloha II.

5 Dostupné na http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html

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

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

4. ZÁVERY

- (1) Všetky členské štáty zaviedli protidrogovú politiku a činnosti, ktoré vo veľkej miere odzrkadľujú opatrenia navrhované v odporúčaní a vo väčšine nových štátov sa dokument považuje za dôležitú pomoc v rozvoji protidrogovej politiky. Služi aj ako meradlo pri implementácii zásahov na znižovanie poškodenia zdravia. Keďže je úroveň implementácie v rámci jednotlivých krajín a medzi nimi rozdielna, je dôležité, aby sa pokračovalo v rozvíjaní opatrení na zníženie poškodenia zdravia a v implementácii služieb a zariadení na zníženie poškodenia zdravia ako súčasti integrovaného systému prevencie a starostlivosti.
- (2) Takmer všetky členské štáty zaviedli protidrogovú politiku, aby podporili zodpovedajúcu integráciu medzi zdravotníckymi službami (vrátane služieb týkajúcich sa duševného zdravia a sociálnej starostlivosti) a špecializovanými službami na zníženie poškodenia zdravia. Tieto snahy o integráciu programov musia v rámci všeobecného systému zdravotnej starostlivosti pokračovať a zosilniť.
- (3) Metadónová a buprenorfínová substitučná liečba podporovaná psychosociálnou starostlivosťou je dostupná vo všetkých členských štátoch a v priebehu poslednej dekády jej dostupnosť značne vzrástla. Rozdiel medzi jednotlivými štátmi spočíva v rozsahu, do akého zabezpečenie spĺňa odhadovanú potrebu. Mala by sa zabezpečiť dostupnosť, pokrytie a udržateľnosť týchto služieb.
- (4) Údaje o dostupnosti služieb a zariadení na zníženie poškodenia zdravia zozbierané EMCDDZ sú komplexné a majú vysokú kvalitu. Informácie o dostupnosti a vyťažnosti takýchto zariadení, najmä so zameraním na rizikové skupiny obyvateľstva, by sa však mali ďalej zdokonaľovať s cieľom získať prehľad o situácii v rôznych krajinách so zreteľnými ukazovateľmi o pokrytí ako základného prvku hodnotenia politiky. Navyše je potrebné zamerať sa na rozdiely týkajúce sa súladu s piatimi kľúčovými ukazovateľmi EMCDDZ.
- (5) Takmer všetky členské štáty zaviedli opatrenia na prevenciu infekčných chorôb medzi používateľmi drog vo väzniciach. Zásahy na zníženie poškodenia zdravia vo väzniciach však nie sú v rámci Európskej únie stále v súlade so zásadou rovnocennosti prijatou valným zhromaždením OSN⁸, UNAIDS/ WHO⁹ a UNODC¹⁰, ktorá vyžaduje rovnocennosť medzi zdravotníckymi službami a starostlivosťou (vrátane zníženia poškodenia zdravia) vo vnútri väznice a tými, ktoré sú dostupné spoločnosti mimo väznice. Z tohto dôvodu je pre štáty veľmi dôležitá úprava väzenských aktivít zameraných na zníženie ujmy na zdraví s cieľom naplniť potreby užívateľov drog a zamestnancov väznice a zlepšiť prístup k týmto službám. Kontinuita týchto služieb, vrátane kvality a prístupu, by mala byť zabezpečená aj po prepustení z väznice.
- (6) Medzi členskými štátmi sa zvyšuje povedomie o potrebe rozvíjania politík založených na výskume a faktoch a implementácie činností založených na dôkazoch, vrátane činností zameraných na zabránenie a zníženie ujmy na zdraví. Na kritické zhodnotenie takýchto opatrení by sa malo integrovanou súčasťou celkovej politiky

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

v oblasti prevencie a zníženia ujmy na zdraví v súvislosti s drogami stať zdokonalené monitorovanie a podrobný výskum, ako sa uvádza v odporúčaní, v stratégii EÚ pre boj proti drogám 2005-2012 a v akčnom protidrogovom pláne EÚ (2005-2008).

- (7) V súčasnosti sa medzi členskými štátmi používa škála rôznych metodík na hodnotenie, monitorovanie a vyhodnotenie služieb a zariadení na zníženie poškodenia zdravia. Pre členské štáty to znamená uskutočniť diskusiu a výmenu informácií o osvedčených postupoch vzhľadom na tieto metódy so zámerom rozvíjať štandardizované postupy a nástroje na zhromažďovanie objektívnych, hodnoverných a porovnateľných informácií.
- (8) Nakoniec je maximálne dôležité zabezpečiť spolupôsobenie medzi politikami a iniciatívami s aspektmi súvisiacimi so zdravím a možné spojenia s používateľmi drog (napríklad duševným zdravím, alkoholom, prevenciou proti HIV/AIDS, drogovou závislosťou na pracovisku, riadením motorového vozidla pod vplyvom drog/liekov).

5. DOPLŇUJÚCA SPRÁVA ODPORÚČANIA RADY Z ROKU 2003

Podávanie informácií o implementácii odporúčania Rady zahŕňa obdobie 1,5 až 2 roky. Toto obmedzené obdobie nie je postačujúce na vytvorenie dôveryhodného obrazu vplyvu odporúčania Rady na národné politiky v oblasti znižovania ujmy na zdraví, služby a zariadenia na zníženie zdravotnej ujmy. Navyše v priebehu skúmaného obdobia (2004) vstúpili do EÚ nové štáty.

Následne by táto správa v prvom rade mohla predstavovať základný systém opatrení na implementáciu odporúčania Rady. Môže pôsobiť aj ako základný prehľad o existujúcich opatreniach na zníženie zdravotnej ujmy v EÚ na vyhodnotenie Akčného protidrogového plánu EÚ na roky 2005 - 2008.

Zámerom Komisie je zopakovať tento výkon v rámci ďalšieho akčného protidrogového plánu EÚ 2009-2012 s cieľom preveriť, či implementácia protidrogovej politiky, služieb a zariadení na zníženie zdravotnej ujmy pokročila. Komisia bude potom môcť posúdiť spolu s členskými štátmi, či sú nevyhnutné ďalšie odporúčania.

Okrem toho bude Komisia pokračovať v rozvíjaní iniciatív v oblastiach, ktoré úzko súvisia s odporúčaním Rady, a ktoré aktívne rešpektujú protidrogové politiky a postupy, ktoré by mohli mať významný vplyv na výsledok jeho hlavných aktivít. Akčný protidrogový plán EÚ na roky 2005 - 2008 zahŕňa dve špecifické akcie v oblasti zdravia súvisiace s protidrogovou prevenciou (akcie 12 a 13.2):

- návrh na odporúčanie Rady o drogách a väzniciach; väzenská populácia má vysoké percento užívateľov drog a väzenské prostredie sa stáva naliehavou otázkou vzhľadom na užívanie drog a najmä na užívateľov injekčne aplikovateľných drog (IDU);
- správa o situácii súvisiacej s protidrogovou liečbou a výmenou osvedčených postupov v celej EÚ; viac ako pol milióna osôb sa v Európe lieči pomocou substituenej liečby.

Program verejného zdravia

Program verejného zdravia Spoločenstva zahŕňa akcie v oblasti protidrogovej prevencie zacielené na boj s kľúčovými faktormi, ktoré sú viacrozmernými otázkami spojenými s počtom závažnejších zdravotných problémov.

Protidrogová prevencia a informačný program na roky 2007 - 2013

Aktivity budú podporovať implementáciu stratégie EÚ pre boj proti drogám financovaním projektov a aktivít v oblasti zníženia drogovej závislosti vrátane zníženia zdravotnej ujmy.

Práca na znižovaní drogovej závislosti by mala byť spojená s nasledujúcimi oblast'ami:

- Prevenencia proti HIV/AIDS

Aplikácia drog injekčnou striekačkou je hnacou silou na prenos HIV/AIDS. V oznámení Komisie Rade a Európskemu parlamentu *o boji proti HIV/AIDS v rámci Európskej únie a v susediacich krajinách, na roky 2006 - 2009*¹¹, ustanovuje akčný plán pre prácu na prevenciu proti HIV a uznáva sa potreba spolupôsobenia s kľúčovými aktivitami prevencie. Jedným z kľúčových bodov je vypracovanie prispôbených učebných osnov pre odborníkov pracujúcich v službách (prevencia, liečba a starostlivosť) pre ľudí, ktorí majú HIV/AIDS a pre obyvateľstvo, ktoré je mimoriadne náchylné na HIV/AIDS (vrátane používateľov drog intravenózne a migrantov). Okrem toho sa expertná skupina pre HIV/AIDS stala plodným fórom na výmenu skúseností a informácií medzi partnermi.

- Prevenencia proti alkoholu

Kontext užívania polydrog, zdravotnej ujmy v súvislosti s alkoholom a zdravotnej ujmy v súvislosti s drogami je potrebné vidieť v súvislostiach. Oznámenie Komisie pre stratégiu EÚ na podporu členských štátov v znižovaní zdravotnej ujmy v súvislosti s alkoholom¹² zahŕňa podporu účinnej zmeny správania detí a dospievajúcich v školách a rodinách a v inom príslušnom prostredí, ako aj znižovania dopravných nehôd zavinených požitím alkoholu alebo polydrog.

- Podpora duševného zdravia

Užívanie drog je veľmi často spojené s duševnými chorobami. Zlepšovanie prístupu používateľov drog k lekárskej a psychiatrickej liečbe zostáva významnou úlohou politiky v oblasti verejného zdravia. V zelenej knihe o duševnom zdraví, ktorú uverejnila Komisia v októbri 2005¹³, sa navrhol rozvoj stratégie duševného zdravia na úrovni EÚ. V súčasnosti sa práve pripravuje a mala by sa skoordinať s ostatnými iniciatívami v rámci rôznych politík Spoločenstva, ako napríklad stratégia EÚ pre boj proti drogám na roky 2005 - 2012.

- Účast' občianskej spoločnosti

Je nevyhnutné takisto vyvinúť úsilie na zníženie nepriameho poškodenia, ktoré môžu používatelia drog zapríčiniť ostatným. Užívatelia drog musia byť do tohto úsilia aktívne

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

zapojení. V zelenej knihe o drogovej politike a občianskej spoločnosti v Európskej únii, ktorú Komisia prijala v júni 2006¹⁴, sa preskúmali možnosti zlepšenia účasti občianskej spoločnosti.

- Drogy/lieky a vedenie motorového vozidla¹⁵

V kontexte dopravnej politiky sa otázka užívania polydrog a vedenia motorového vozidla rieši. Komisia spolufinancuje projekt s názvom DRUID (Driving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines – Vedenie motorového vozidla pod vplyvom drog, alkoholu a liekov) v rámci šiesteho rámcového programu výskumu a technologického vývoja (FP6).

- Drogová závislosť na pracovisku

Komisia v súčasnosti pripravuje svoju stratégiu o bezpečnosti a zdraví na pracovisku 2007 - 2012. Mali by sa rozvíjať konkrétne iniciatívy na podporu špecifických aktivít akcií v oblasti verejného zdravia zaoberajúce sa drogovou závislosťou na pracovisku.

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

¹⁵ Uznesenie Rady z 27. novembra 2003 o boji proti vplyvu požívania psychoaktívnych látok na dopravné nehody: Úradný vestník č. C 097 z 22. 4. 2004 s. 0001 – 0003.

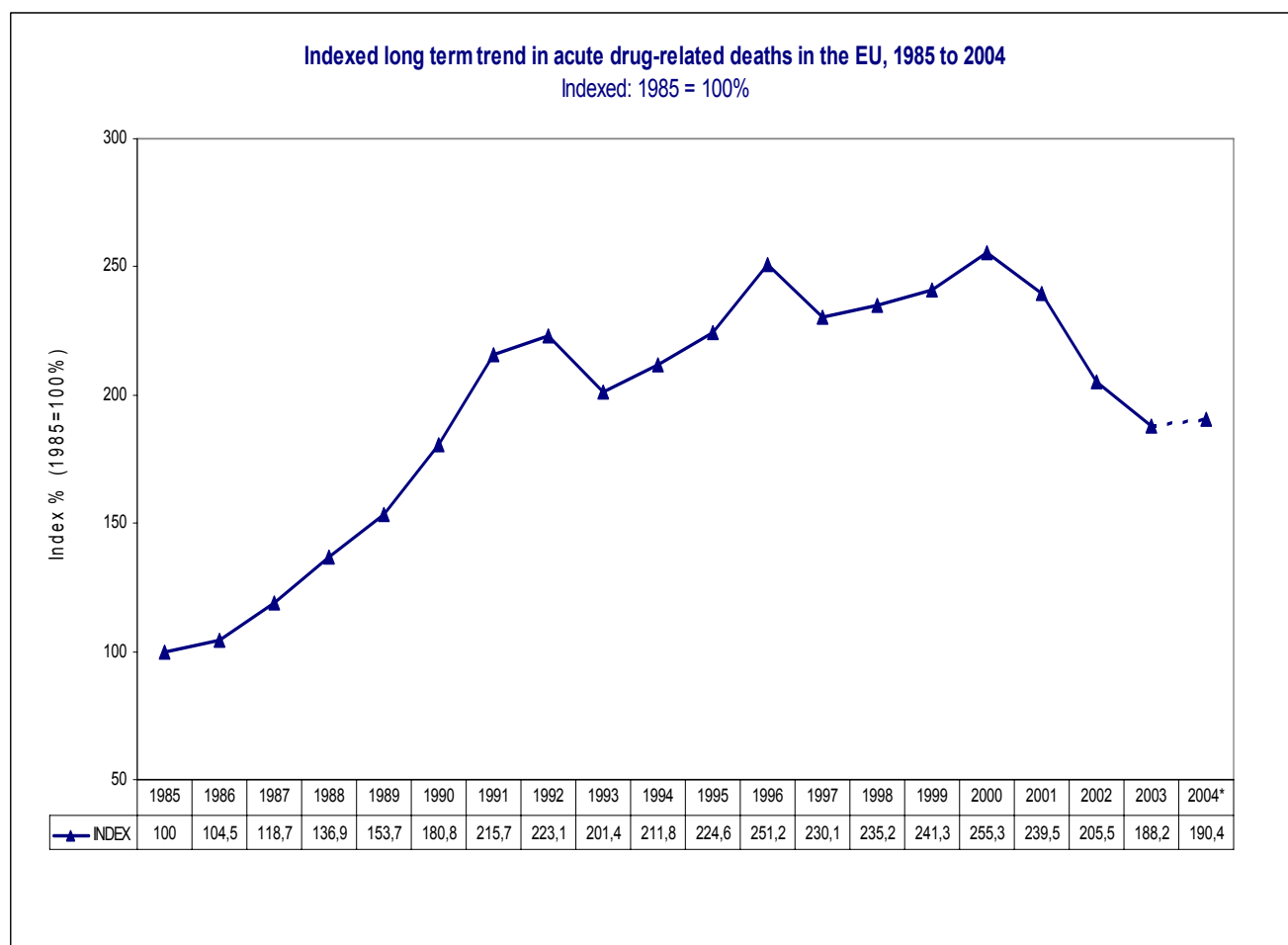
TECHNICAL ANNEXES

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

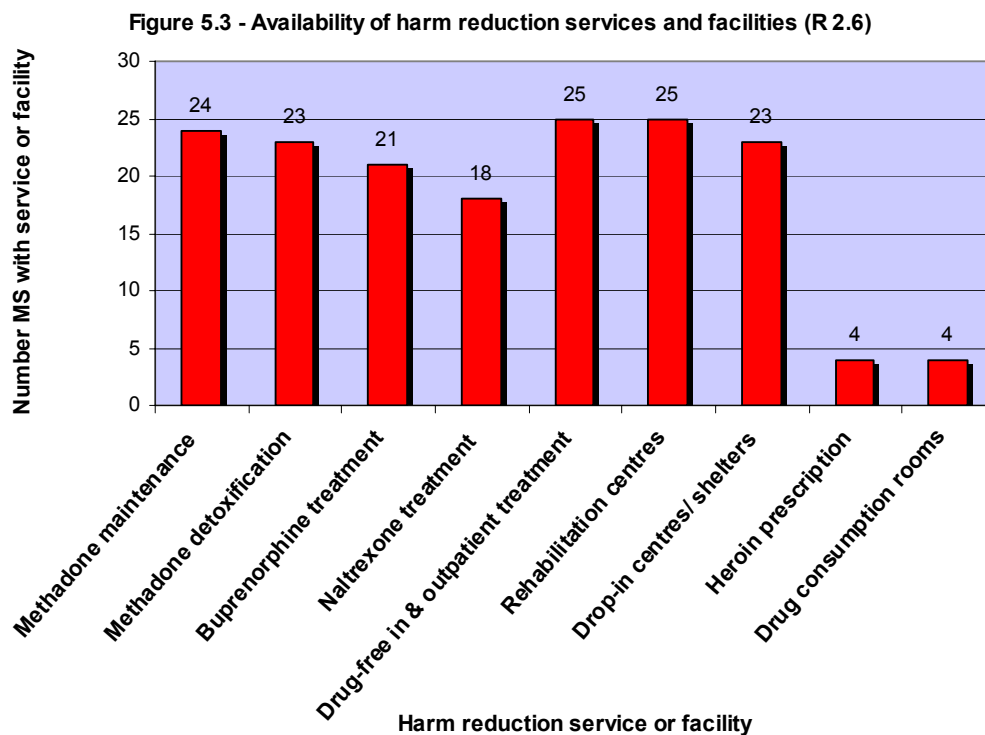


Figure 3

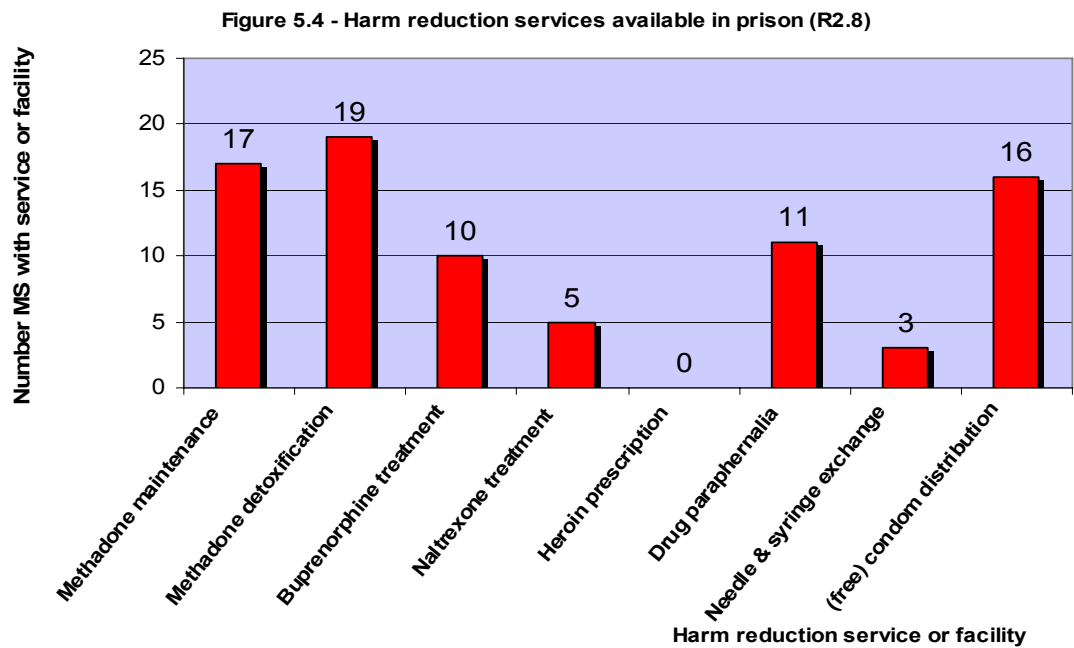


Figure 4

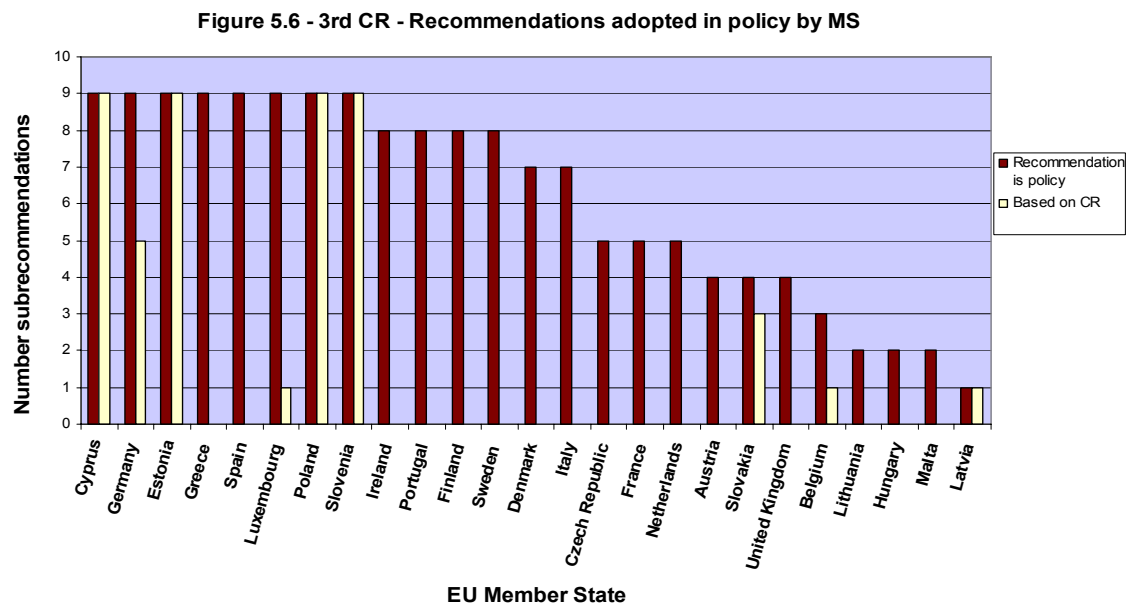


Figure 5

