



emcdda.europa.eu

Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of
the drugs problem in the European Union and
Norway*

Vybrané téma 2

Problematika konopí v souvislostech – jak rozumět růstu počtu žádostí o léčbu v Evropě

Úvod

Výraz „konopí“ se užívá pro různé produkty rostliny s názvem konopě setá (*Cannabis sativa* L.), jednoleté byliny původem ze Střední Asie, která nyní roste v mnoha mírných a tropických částech světa. Četné odrůdy *Cannabis sativa* vykazují neméně rozsáhlou škálu biologických a chemických vlastností. Na evropském drogovém trhu se vyskytují tři formy nelegálního konopí: tzv. „rostlina konopí“, tvořená vrcholky samičích okvěť, stonky a listy rostliny, „konopná pryskyřice“, což je sušený hnědý nebo černý pryskyřičný sekret z vrcholků okvěť, který se obvykle prodává ve formě lisovaných bloků, ale někdy se vyskytuje i v prášku, a konečně zdaleka nejméně obvyklý „konopný olej“, což je lepkavá viskózní tekutina.

Lidstvo užívá konopí již dlouho. Různé společnosti jej používaly jako důležitý zdroj vláken pro výrobu látek a provazů, jako pomůcku při náboženských rituálech, jako bylinné léčivo a omamný prostředek. V současné době je konopí nejběžněji vyráběnou, prodávanou a konzumovanou nelegální drogou (UNODC, 2003a). Navzdory dlouhé historii a současné popularitě konopí jsou naše vědomosti o tom, jaký vliv má jeho užívání na veřejné zdraví, stále ještě omezené. V současné době máme stále více dokladů o potenciální souvislosti mezi užíváním konopí, zejména intenzivním, a celou řadou zdravotních a sociálních problémů. Souběžně s tím roste znepokojení nad zřetelným nárůstem počtu uživatelů konopí, kteří hledají pomoc u specializovaných služeb pro uživatele drog. Avšak rozsah a povaha problémů zjištěných u evropských populací uživatelů konopí zůstávají i nadále nejasné. Stejně nejasné je i to, nakolik se do statistických informací o rostoucím počtu žádostí o léčbu promítají změny ve způsobech hlášení a doporučování k léčbě v porovnání se změnami v počtech žadatelů o pomoc. Abychom mohli na tyto otázky odpovědět, musíme zasadit žádosti uživatelů konopí o léčbu do širší perspektivy změn vzorců konzumace v Evropě a vývoje systémů hlášení a musíme přihlídnout i k měnící se povaze drogy samé. Těmito otázkami se zabývá toto samostatné téma problematiky

konopí v souvislostech, jehož cílem je napomoci informovanější debatě o potenciálních dopadech této nejběžnější formy užívání drog na veřejné zdraví.

Legislativní kontext: právní status konopí v Evropě

Trestní postih, který by se měl uplatňovat vůči uživatelům konopí, zůstává i nadále v EU do určité míry kontroverzním tématem ⁽¹⁵¹⁾ a přístup jednotlivých členských států k této otázce se do značné míry liší.

Podle přílohy I a IV Jednotné úmluvy OSN o omamných látkách (United Nations Single Convention on Narcotic Drugs) z roku 1961 ⁽¹⁵²⁾ jsou výtažky z konopí klasifikovány jako omamná látka. Úmluva vyžaduje přijetí opatření k zajištění trestnosti řady činností, včetně držení omamných látek. Členské státy však mají tuto úmluvu vykládat a aplikovat se zřetelem na své vlastní podmínky. Článek 36 odst. 1 písm. b stanoví možnosti „léčení, výchovy, doléčení, rehabilitace a nového začlenění do společnosti“.

To v praxi znamená, že postih trestných činů souvisejících s konopím je v jednotlivých státech EU různorodý. Některé státy vydaly trestní směrnice nebo právní kodexy s pokyny, jak přistupovat k určitým typům trestných činů souvisejících s konopím, přičemž se často doporučuje přistupovat k činům z právního hlediska různě podle toho, jedná-li se o trestný čin méně závažný nebo závažnější. V některých zemích se objevuje tendence uplatňovat při užívání nebo držení malého množství drogy bez přitěžujících okolností místo trestního stíhání vhodné terapeutické opatření. Trestní řád může navíc řešit problematické užívání tím, že umožní nebo nařídí odklad trestního stíhání, pokud pachatel navštěvuje poradenské nebo léčebné zařízení. Obvykle se tyto alternativy vztahují na uživatele všech drog, ovšem po změnách v zákonech z minulého roku obsahují belgické a britské právní předpisy a směrnice výslovnou zmínku o problematických uživatelích konopí, která má za cíl nasměrovat je k pomoci.

⁽¹⁵¹⁾ Viz webová stránka Evropské právní databáze o drogách (European Legal Database on Drugs (ELDD)) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ Viz: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

Fyzické, psychické a vývojové problémy související s užíváním konopí ⁽¹⁵³⁾

Národní zprávy členských států poukazují na to, že nárůst počtu žádostí uživatelů konopí o léčbu pravděpodobně odráží růst problémů souvisejících konkrétně s intenzivním užíváním konopí. Je však třeba poznamenat, že ve většině případů chybějí systematická a srovnatelná data o problémech, s nimiž se uživatelé konopí střetávají. Platforma vědeckých poznatků v této oblasti se sice dále rozvíjí, ale již nyní poskytuje stále přesvědčivější důkazy o souvislosti mezi užíváním konopí a řadou problémů, přestože povahu příslušné příčinné souvislosti nelze vždy jednoznačně určit. Přehled odborné literatury o problémech souvisejících s konopím lze nalézt na internetu (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

Je důležité rozlišovat mezi akutními (krátkodobými) účinky konopí a dlouhodobým nebo chronickým dopadem drogy. Pozitivních i negativních akutních účinků byla hlášena celá řada. K negativním účinkům patří poruchy pozornosti a koncentrace, negativní působení na motorické funkce (reflexy, koordinace), krátkodobé problémy s pamětí, úzkost, záchvaty paniky a deprese. K pozitivním účinkům patří euforie, uvolnění a zvýšená družnost. Nejvíce znepokojujícími akutními účinky jsou krátkodobá psychóza vyvolaná drogou nebo silné záchvaty paniky, zvýšená nehodovost, zvláště při řízení vozidel nebo v nebezpečném pracovním prostředí, a u mladých lidí také negativní dopad na studijní výkony (Hall a kol., 2001).

Rozpoznat chronické účinky konopí je z mnoha důvodů složitější, v neposlední řadě proto, že lze je jen obtížně oddělit od účinků chronického užívání jiných nelegálních drog, tabáku a alkoholu. Ke klíčovým problémům v této oblasti patří zvýšené riziko rakoviny plic a jiných respiračních chorob a souvislost s rozvojem dlouhodobých psychiatrických poruch, včetně deprese, psychóz a schizofrenie. Dalším problémem chronického užívání je potenciální rozvoj závislého chování. Tím, nakolik lze podle stávajících dokladů považovat užívání konopí za rizikový faktor, za kauzální faktor nebo za faktor, který s nimi prostřednictvím nějakého složitějšího vztahu pouze souvisí, se zabývá přehled, který je k dispozici on-line.

Ve většině členských států EU je konopí nelegální droga, která se u hlášených drogových trestných činů vyskytuje

nejčastěji, což není nijak překvapující, protože je také nejběžněji užívanou drogou ⁽¹⁵⁴⁾. Na rozdíl od jiných drog, například heroinu, však u konopí zřejmě neexistuje těsná souvislost mezi jeho užíváním a dalšími typy trestné činnosti.

Užívání konopí a měření problémů

I když schválená diagnostická kritéria poskytují užitečné informace k definicím škodlivého užívání a zneužívání drog a drogové závislosti, vznikají při posuzování konopí ve světle dostupných důkazů v Evropě jisté problémy ⁽¹⁵⁵⁾. Značné rozdíly existují zejména v klíčových otázkách, které souvisejí s měřením. Například v definicích výrazů jako „intenzivní užívání“, „pravidelné užívání“ a „problematické užívání“ existují nemalé rozdíly, což ztěžuje srovnávání zjištění z jednotlivých studií. Pokusy stanovit míru „závislosti“ nebo „zneužívání“ na úrovni populace podle definic ICD nebo DSM byly navíc učiněny většinou v rámci průzkumů. I v tomto ohledu chybějí v současné době standardní nástroje, které by umožňovaly provést přesvědčivé srovnání dat z různých studií nebo mezi jednotlivými populacemi.

V této oblasti však již probíhají určité práce. Například současná francouzská studie si klade za cíl lépe definovat problematické užívání a vypracovat specifické nástroje k měření frekvence užívání, vnímaného rizika a psychických a fyzických účinků (Beck, 2003).

Nejužívanějším měřítkem intenzity je v současnosti počet dní, během nichž byla droga během stanoveného období užívána, přičemž za ukazatel „intenzivního užívání“ je obvykle považováno každodenní nebo téměř každodenní užívání. I když každodenní užívání konopí nutně neimplikuje závislost, je pravděpodobné, že značný počet každodenních uživatelů bude spadat do definice závislosti nebo zneužívání podle standardních diagnostických kritérií (ICD-10, DSM-IV). Vzhledem k tomu, že frekvenci užívání lze relativně snadno měřit a v dotaznících harmonizovat, je toto měření součástí pokynů EMCDDA pro Evropský modelový dotazník (European Model Questionnaire). V této formě vykazuje frekvenci užívání v současnosti devět zemí ⁽¹⁵⁶⁾.

⁽¹⁵³⁾ Monografie věnovaná výhradně užívání konopí a souvisejícím problémům bude publikována v první polovině roku 2005. Konkrétní informace o zdravotních a fyzických účincích užívání konopí lze nalézt na webových stránkách EMCDDA.

⁽¹⁵⁴⁾ Viz Statistický věstník 2004, oddíl DRCrime Tbl 5.

⁽¹⁵⁵⁾ Definice „závislosti“ a „škodlivého užívání“ viz Mezinárodní klasifikace nemocí (International Classification of Diseases) 10. vydání (ICD-10, World Health Organisation), kódy F10 až F19: duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Tato definice je také často používána v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (4. vydání) (DSM-IV, American Psychiatric Association), který užívá pojem „závislost“ a „zneužívání“.

⁽¹⁵⁶⁾ Řecko, Španělsko, Francie, Irsko, Itálie, Lotyšsko, Nizozemsko a Portugalsko. Údaje z Finska nejsou uváděny kvůli nízkému počtu uživatelů za poslední měsíc zaznamenanému ve finském průzkumu (35). Počet případů a procentový podíl na jednotlivé země je uveden ve Statistickém věstníku 2004, oddíl GPSurvey Tbl 7.

Vývojové tendence v požadavcích na léčbu problémů s konopím

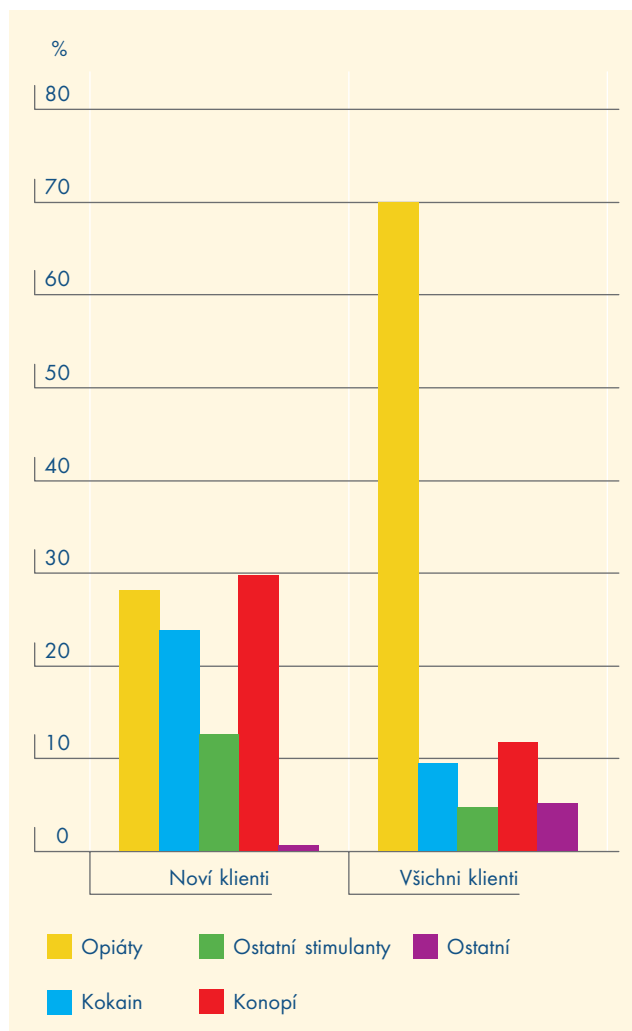
I když je konopí v Evropě nejčastěji užívanou nelegální drogou, jen malý podíl osob, které drogu užívají, vyhledá léčbu. Přesto je konopí v mnoha zemích druhou nejčastěji hlášenou primární drogou, kvůli níž lidé navštěvují specializovanou protidrogovou léčbu. Podle údajů indikátoru TDI (ukazatel požadavků na léčbu, treatment demand indicator) (viz str. 65), shromážděných ze všech typů specializovaných léčeben má cca 12 % všech klientů a 30 % nových klientů podle záznamů primární problémy s konopím (obr. 26).

Podíl nových (tj. prvně léčených) klientů, kteří vyhledávají léčbu v souvislosti s užíváním konopí, se mezi jednotlivými zeměmi značně liší a pohybuje se od téměř nuly v Litvě až po téměř jednu polovinu (48 %) v Německu, obecně je však vyšší než jedna pětina (20 %) (obr. 27). Ovšem ne všechny země dokáží poskytovat údaje o nových požadavcích na léčbu a v rámci velkých datových souborů zahrnujících všechny požadavky na léčbu jsou problémy s konopím méně zjevné.

Podle údajů TDI obdržených ze zemí, v nichž jsou k dispozici údaje o vývojových trendech, vzrostl počet prvožadatelů o léčbu užívání konopí jako primární drogy v letech 1996 až 2002 z 3 713 na 12 493. V roce 2002 dosáhl průměrný podíl těchto klientů v 11 zemích, z nichž jsou k dispozici příslušné údaje, 29 % všech nových klientů ve srovnání s 9 % v roce 1996 (zdroje dat viz obr. 20). I když všechny tyto země s výjimkou Řecka a Velké Británie ⁽¹⁵⁷⁾ hlásí růst podílu nových klientů z řad uživatelů konopí na celkovém počtu nových klientů, pohyboval se tento růst mezi 6 % v Nizozemsku a 31 % v Německu. Údaje z národních zpráv Reitox naznačují, že počet osob léčených kvůli primárnímu užívání konopí roste i v některých nových členských státech (obr. 28). V nedávném průzkumu požadavků na léčbu užívání konopí, který provedl Nizozemský národní informační systém o užívání alkoholu a drog (LADIS), se uvádí, že 29 % nových klientů, kteří zahájili léčbu v roce 2002, bylo hlášeno jako problémoví uživatelé konopí a že uživatelé konopí představovali sice malý, ale každoročně stoupající počet žadatelů. Tato zpráva také konstatovala, že i když počet žadatelů o léčbu roste, zůstává jejich podíl vzhledem k rozšířenosti užívání konopí i nadále relativně malý.

Zde je nutno nabádat k obezřetnosti ohledně toho, do jaké míry lze ze souhrnného souboru evropských dat vyvozovat obecné závěry. Data o prvožadatelích jsou dlouhodobě k dispozici pouze z 11 zemí. Je rovněž třeba v tomto ohledu uvést, že rostoucí počet žadatelů o léčbu z důvodu užívání konopí, který se promítá do dat TDI, je

Obr. 26: Nahlášená primární droga u nových klientů a všech klientů, kteří v roce 2002 docházeli do léčebných zařízení



Pozn.: $n = 42\,568$ (noví klienti), $351\,372$ (všichni klienti).
 Země poskytující údaje (noví klienti): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
 Země poskytující údaje (všichni klienti): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SI, SK, FI, SE, UK.
 Váženo dle počtu klientů v jednotlivých zemích.
 Pramen: Národní zprávy země zapojených do sítě Reitox za rok 2003 (Reitox national report 2003).

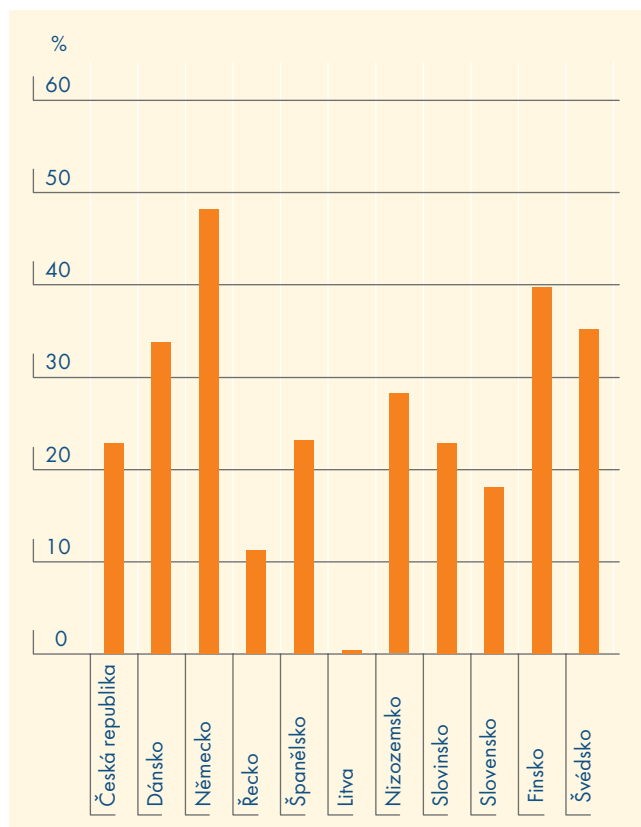
do značné míry ovlivněn údaji ze Španělska a z Německa, tedy ze zemí, které zaznamenaly zvlášť velký růst hlášení o primárních problémech s konopím. A co se týče celkových čísel, pochází okolo 50 % všech hlášených požadavků na léčbu ze Španělska.

Růst počtu žadatelů o léčbu není zaznamenáván pouze v Evropě. V USA, kde se používá jiný systém registrace protidrogové léčby ⁽¹⁵⁸⁾, se počet uživatelů marihuany přijatých k léčbě zvýšil z asi 20 000 v roce 1992 na téměř 90 000 v roce 2000 (SAMHSA, 2001; EMCDDA, 2003d).

⁽¹⁵⁷⁾ Údaje o nových klientech nejsou k dispozici z Velké Británie a informace jsou uváděny v národních zprávách.

⁽¹⁵⁸⁾ V USA se zaznamenává počet příjmů k léčbě a nikoli počet jednotlivců. Mimoto je mezi zneužívané látky počítán na rozdíl od Evropy i alkohol. Viz webové stránky SAMHSA (<http://www.samhsa.gov>). Povšimněte si, že se v USA, Kanadě a Austrálii používá namísto výrazu hašiš (konopná pryskyřice), který je v těchto zemích méně obvyklý, výraz „marihuana“.

Obr. 27: Noví klienti užívající konopí jakožto primární drogu, kteří v roce 2002 docházeli na léčbu



Pozn.: Celkový počet případů: 42 421.

Pramen: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox za 2003 (Reitox national reports 2003).

Při posuzování dopadů zvýšeného počtu požadavků na léčbu v souvislosti s konopím se naskýtají následující klíčové otázky:

- Souvisí zjištění, že roste počet osob s fyzickými a psychickými problémy s tím, že užívají konopí? A pokud ano,
 - je tento růst výsledkem zvýšení pravidelného intenzivního užívání konopí?
 - odráží tento růst jiné faktory, jako možný růst potence konopí?
- Lze tento růst vysvětlit pomocí faktorů, které nezávisí na zvýšené potřebě pomoci, jako jsou:
 - zlepšení v pokrytí systémem hlášení o počtu léčených osob;
 - rozšíření dostupných typů léčebných zařízení, zejména speciálních léčen pro mladistvé a mladé lidi (národní zprávy Reitox, 2003);

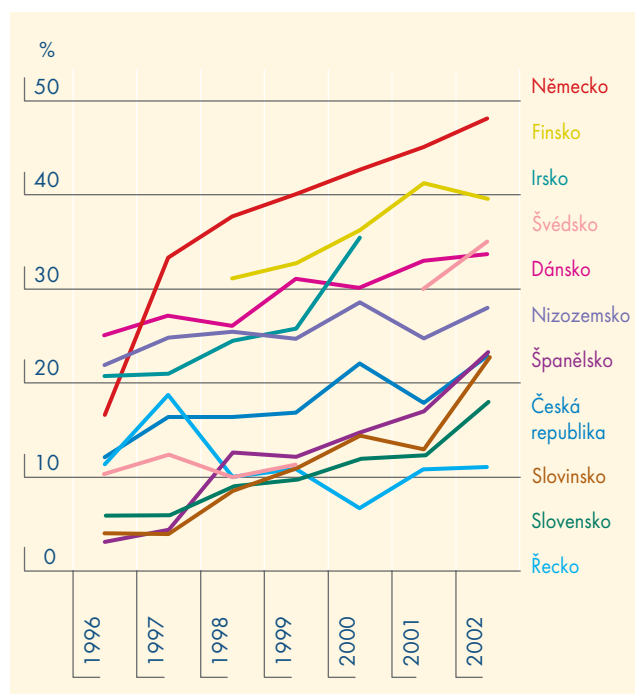
- změny způsobu, jakým k užívání konopí přistupují orgány činné v trestním řízení, školy nebo orgány pro mládež, a související zvýšení počtu léčených osob, které by jinak samy léčbu nevyhledaly.

Je důležité porozumět tomu, do jaké míry každý z těchto faktorů ovlivňuje účast na léčení. Prvním krokem je posoudit charakteristiku osob, které nastupují léčbu a jsou vedeny jako problémoví uživatelé, kteří užívají konopí jako primární drogu. Tato analýza vychází z údajů o klientech ambulantních zařízení.

Charakteristika klientů – uživatelů konopí a vzorce užívání

Existuje řada standardních možností, jak zjistit zdroj, který doporučil uživatele drog k léčení. Tyto nástroje rozlišují mezi uživateli drog, kteří sami vyhledali léčbu, a těmi, kteří jsou doporučeni k léčbě jinými institucemi, například sociálními institucemi nebo orgány činnými v trestním řízení. Většina uživatelů konopí nastupuje léčbu z podnětu

Obr. 28: Trendy u konopí uváděného jako primární droga u nových klientů docházejících na léčbu, za období 1996–2002



Pozn.: Léčba v celkových číslech (% všech klientů).
Průměr trendů (v %) v zemích.

Země poskytující údaje: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SL, SK, FI, SE.

Ve Švédsku se údaje za období 1996–1999 vztahují k nemocniční léčbě; počet případů konopí je proto v porovnání s ostatními roky poměrně nízký.

Pramen: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox za 2003 (Reitox national reports 2003).

své rodiny a přátel nebo sociálních služeb nebo ji má nařizenu orgány činnými v trestním řízení. Ve srovnání s uživateli jiných drog je počet uživatelů konopí, kteří nastoupí léčbu z vlastní vůle, nižší ⁽¹⁵⁹⁾. Obdobně je tomu i v USA a v Kanadě, kde většina primárních uživatelů marihuany nenastupuje léčbu z vlastní iniciativy (EMCDDA, 2003d).

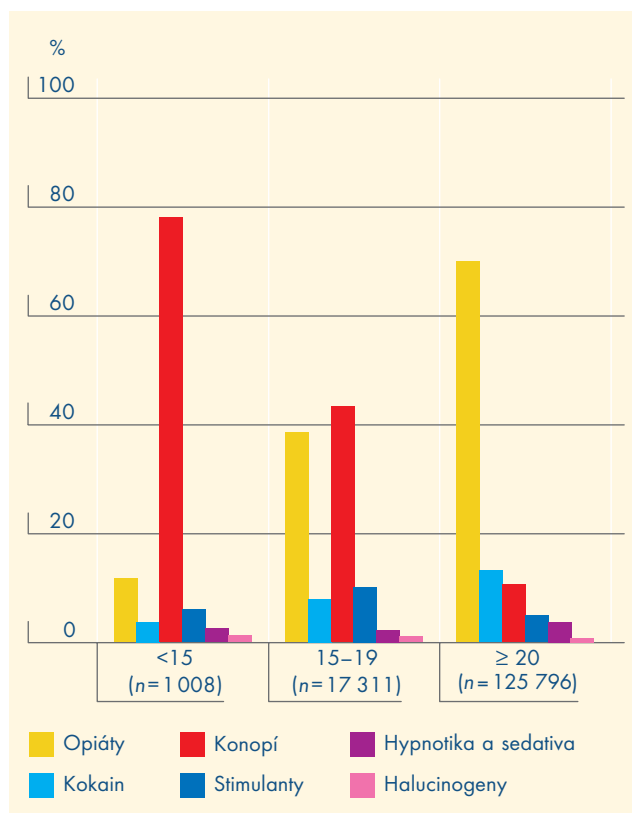
Důležitým rozdílem ve způsobu, jakým jsou uživatelé konopí doporučováni k léčbě, je fakt, že osoby, které nastupují léčbu z podnětu rodinných příslušníků nebo sociálních služeb (často i školy), jsou obvykle mladší, je mezi nimi menší počet osob, které spolu s konopím užívají dalších drogy, a jsou lépe sociálně integrováni, zatímco klienti, kteří mají léčbu nařizenou právními orgány nebo ji nastupují z vlastní iniciativy, jsou zpravidla starší a často užívají spolu s konopím i jiné drogy (národní zprávy Reitox, 2003). V Německu a ve Finsku, tj. v zemích s nejvyšším podílem klientů z řad primárních uživatelů konopí, hrají právní orgány a školy při doporučování těchto klientů k léčbě důležitou úlohu.

Zatímco noví klienti z řad uživatelů konopí jsou většinou mladí a muži (83 %) s věkovým mediánem 22–23 let, je podíl klientů z řad uživatelů jiných drog marginálně nižší a jejich věkový medián o něco vyšší. Konopí jako primární droga je důvodem léčby u téměř 80 % nových klientů z kategorie „velmi mladých“ (mladších 15 let) a u 40 % klientů ve věku 15–19 let (obr. 29) ⁽¹⁶⁰⁾. I když většinu klientů těchto skupin tvoří muži, je podíl žen v těchto skupinách vyšší než podíl žen na celkovém počtu klientů této kategorie. Rozložení klientů podle věku a pohlaví v jednotlivých zemích je z obecného hlediska stejné jako u všech ostatních klientů.

Relativně nízký věk klientů z řad uživatelů konopí se promítá do vysokého podílu (45 %) těch, kdo dosud navštěvují školu, ve srovnání s pouhými 8 % u klientů léčených kvůli problémům s jinými drogami. Dalších 24 % klientů léčených kvůli problémům s konopím má pravidelné zaměstnání. Toto procento je stejně vysoké jako podíl nezaměstnaných klientů ⁽¹⁶¹⁾. To je v přímém protikladu s klienty, kteří užívají takové drogy, jako je heroin. Také stále bydliště uvádějí klienti z řad uživatelů konopí častěji než osoby léčené kvůli problémům s jinými drogami ⁽¹⁶²⁾. To odráží skutečnost, že mnoho klientů z řad uživatelů konopí jsou mladí lidé, studenti a lidé, kteří bydlí s rodiči.

Vzorci užívání mezi klienty léčenými ambulantně kvůli užívání konopí jako primární drogy se navzájem velmi liší a jsou zcela rozdílné od vzorců užívání u jiných typů drog,

Obr. 29: Distribuce uváděných primárních drog u osob docházejících na ambulantní léčbu v členění podle věkových skupin: 2002



Pozn.: Všichni klienti. Země poskytující údaje: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK. Dánští a britští chlapci tvoří 56 % všech klientů věkové skupiny pod 20 let léčených pro závislost na konopných drogách, dalších 17 % tvoří španělské chlapce.

Prameny: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox za rok 2003 (2003 Reitox national reports); ambulantní léčebná zařízení TDI.

zejména opiátů (obr. 30). Jen 36 % klientů s primárním problémem s konopím léčených v roce 2002 užívalo drogu denně a jen 17 % z nich ji užívalo častěji než jednou za týden (2–6 krát týdně); 15 % těchto klientů užívalo drogu jednou týdně nebo řidčeji a 28 % z nich byli občasní uživatelé nebo za poslední měsíc neužili drogu vůbec. Naproti tomu 84 % léčených uživatelů opiátů užívá drogu denně.

Podíl ambulantně léčených uživatelů konopí, kteří užívají drogu denně, se v jednotlivých zemích liší. Nejvyšší procento každodenních uživatelů konopí je hlášeno z Nizozemska (80 %) a z Dánska (76 %), zatímco nejvyšší podíl občasných uživatelů je hlášen v Německu (41 %) ⁽¹⁶³⁾.

⁽¹⁵⁹⁾ Viz obr. 22 OL: Zdroj doporučení k léčbě u všech klientů: drogy vůbec a konopí.

⁽¹⁶⁰⁾ Viz též Statistický věstník 2004, oddíl TDI Tbl. 4.

⁽¹⁶¹⁾ Viz obr. 23 OL: Zaměstnání klientů užívajících konopí a všech klientů.

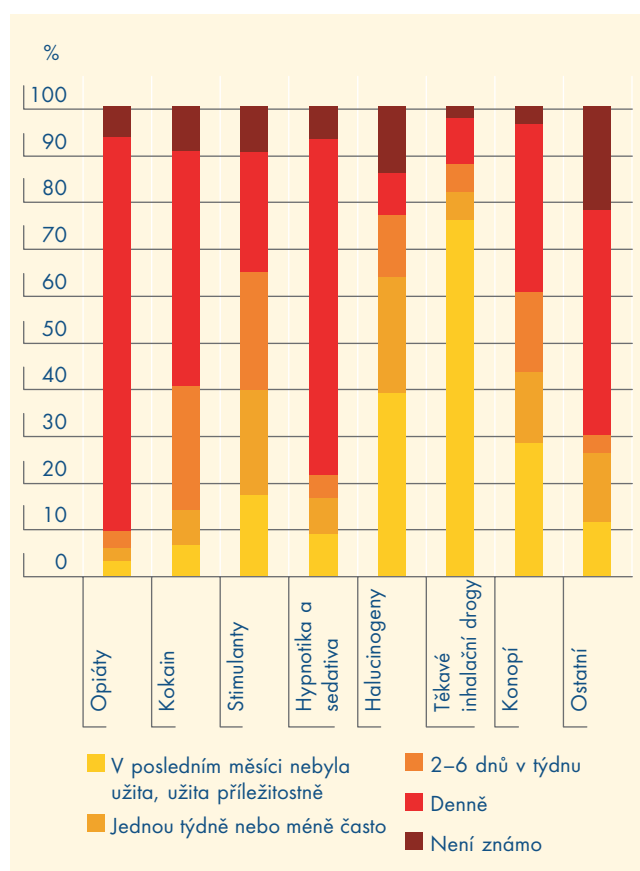
⁽¹⁶²⁾ Viz obr. 24 OL: Životní podmínky klientů užívajících konopí a všech klientů.

⁽¹⁶³⁾ Viz obr. 25 OL: Četnost užívání konopí v členění podle zemí.

Čím nižší je věk, v němž uživatelé poprvé užijí konopí, tím větší je riziko budoucího vzniku drogového problému (Kraus a kol., 2003). 28 % všech uživatelů konopí v Evropě, kteří se léčili v roce 2002, začalo užívat drogu ještě před dosažením 15 let věku a většina (80 %) ještě dříve, než jim bylo 20 let. U opiátů činí odpovídající údaje 8 % a 42,8 %, u kokainu 6 % a 26,5 %.

Většina zemí hlásí, že klienti, kteří podstupují léčbu primárního problému s konopím, často vykazují polymorfní vzorec užívání. To může naznačovat artefakt v hlášení, například situaci, kdy by byli polymorfní uživatelé pro usnadnění vedení jako primární uživatelé konopí. Avšak kvantitativní údaje o podílu polymorfních uživatelů mezi klienty vůbec nejsou k dispozici. Mezi klienty, kteří užívají pouze konopí, a těmi, kteří je užívají v kombinaci s jinou drogou, existují určité rozdíly (národní zprávy Reitox, 2003). Ti první jsou zpravidla mladší a lépe sociálně

Obr. 30: Distribuce četnosti užívání uváděné primární drogy u osob docházejících v roce 2002 na ambulantní léčbu



Pozn.: $n = 109\,699$ (všichni klienti). Země poskytující údaje: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – všechny typy léčebných zařízení).
Prameny: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox za rok 2003 (Reitox national reports 2003); ambulantní léčebná zařízení TDI.

integrování než ti druzí (tzn. je u nich větší pravděpodobnost toho, že mají zaměstnání, dosáhli vyššího vzdělání a s menší pravděpodobností opustí nebo předčasně opustili školu). Nejčastěji uváděnými sekundárními látkami, které klienti s primárním problémem s konopím užívají, jsou alkohol (32,9 %) a stimulanty (25 %) ⁽¹⁶⁴⁾, i když jsou v tomto podílu mezi jednotlivými zeměmi rozdíly.

Někteří klienti, kteří se léčí kvůli užívání konopí, také přiznávají, že užívají injekčně jiné drogy, a někteří uvádějí celoživotní zkušenost s injekčním užíváním, přestože v současné době neužívají jinou drogu než konopí. Například i když 14,7 % řeckých klientů s problémem s konopím a zaznamenaným užíváním sekundární drogy aplikovalo drogu injekčně během uplynulých 30 dní, hlásilo 25,4 % všech klientů, kteří užívají konopí, celoživotní zkušenost s injekčním užíváním jiné látky (řecká národní zpráva, 2003). Také údaje z České republiky (obsažené v národní zprávě) naznačují, že polovina klientů v některých léčebnách užívá drogy rovněž injekčně.

Trendy u požadavků na léčbu: změny

Na zvýšení poptávky po léčbě primárního užívání konopí je nutno pohlížet v kontextu změn v charakteristice a vzorcích užívání. Země, které poskytují data, zaznamenaly v období 2000 až 2002 mimořádný růst celkového počtu osob, jimž byla nařazena léčba ze strany právních orgánů (o 103 %), a také počtu osob, které se léčí z podnětu rodiny a přátel (o 81 %) a sociálních služeb (o 136 %) ⁽¹⁶⁵⁾. Mezi jednotlivými zeměmi nebyly zjištěny žádné významné rozdíly, s výjimkou Německa, kde se rovněž zvýšil podíl léčby nařázené orgány činnými v trestním řízení (z 21,7 % na 26,7 %).

O sociodemografických tendencích klientů-uživatelů konopí nejsou k dispozici žádná spolehlivá data, i když se některé národní zprávy (z ČR, Francie a Lucemburska) zmiňují o zvyšování počtu klientů s problémy ve škole, se sociálními a psychologickými problémy. Podíl klientů, kteří denně užívají konopí, se zvýšil v letech 2001 až 2002 z 31,7 % na 39,2 % ⁽¹⁶⁶⁾. Některé země hlásí vyšší podíl každodenních uživatelů mezi staršími klienty (více než 20 let).

Konopí v obecné populaci: od experimentování k dennímu užívání

Jak je uvedeno výše, dá se říci, že i když užívání konopí ve všech zemích během devadesátých let dvacátého století výrazně vzrostlo a je tou nejvíce užívanou drogou, je stále ještě užíváno jen občas nebo krátkodobě. Je

⁽¹⁶⁴⁾ Viz obr. 26 OL: Nejčastěji užívaná sekundární droga u všech uživatelů konopí v členění podle zemí a Statistický věstník 2004, oddíl TDI Tbl 9.

⁽¹⁶⁵⁾ Viz obr. 27 OL: Zdroj doporučení u klientů jako celku, 2000–2002.

⁽¹⁶⁶⁾ Viz obr. 28 OL: Četnost užívání u všech uživatelů konopí a Statistický věstník 2004, oddíl TDI Tbl 8.

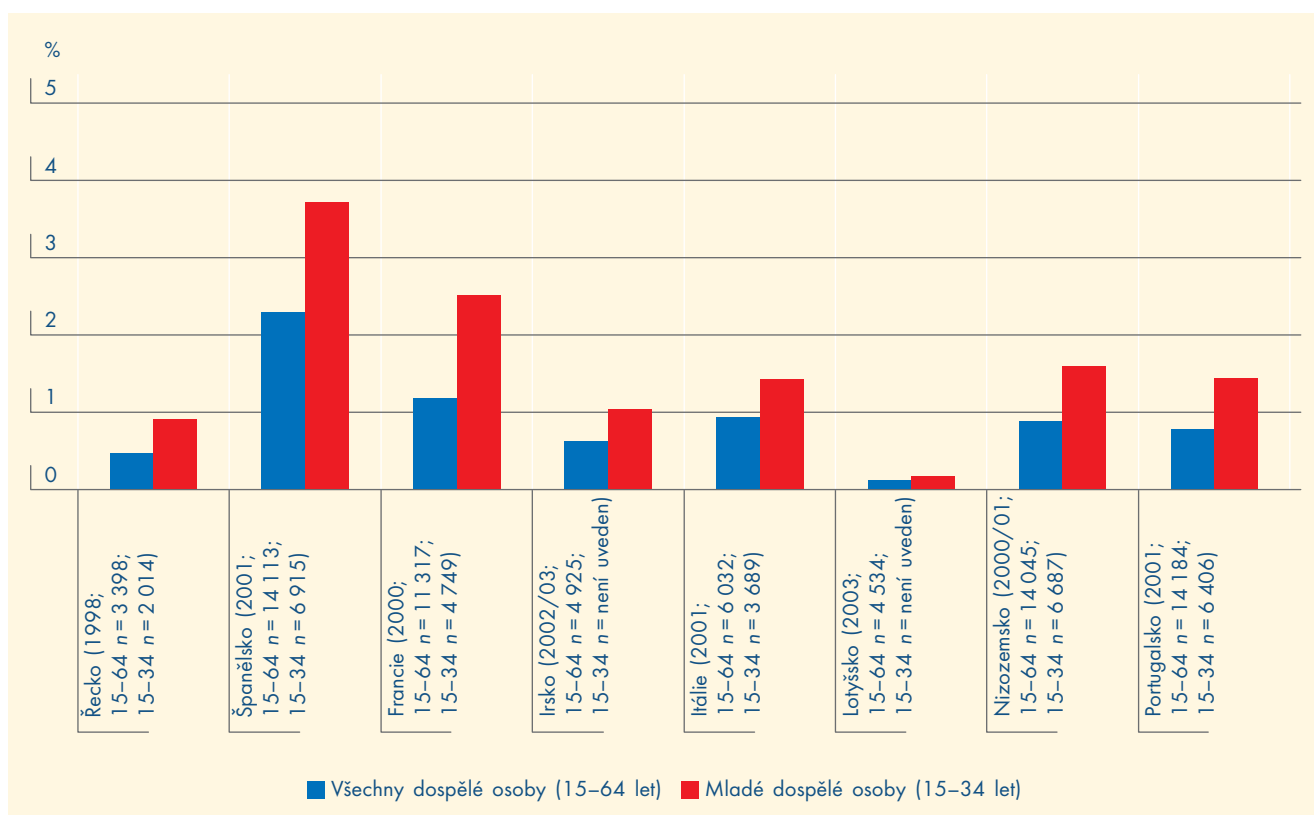
pravděpodobné, že uživatelé, kterým hrozí největší riziko problémů nebo závislosti, jsou ti, kdo užívají drogu intenzivně. Je to však právě tato oblast, kde jsou informační zdroje nejslabší, i když je známo, že nedávni uživatelé (tj. ti, kdo užili drogu v posledních 30 dnech) jsou obvykle mladí muži žijící ve městech.

Ukazatelem běžného či soudobého užívání je „užití drogy během posledních 30 dnů“, který se týká osob, jež drogu užívají intenzivně. S výjimkou Švédska (0,1 %) nedávne průzkumy ukazují, že během posledních 30 dnů užilo drogu 1–7 % všech dospělých a 3–12 % mladých dospělých. Mezi jednotlivými zeměmi však existují rozdíly a běžné užívání je nejobvyklejší v České republice, Španělsku, Francii, Irsku a Velké Británii. V zemích, kde

lze analyzovat trendy běžného užívání za určité období, je zjištěn určitý, i když nikoli dramatický nárůst.

Údaje, na jejichž základě lze podrobně zjistit četnost užívání konopí za posledních 30 dní, jsou k dispozici z devíti zemí – z Řecka, Španělska, Francie, Irska, Itálie, Lotyšska, Nizozemska, Portugalska a Finska (nebylo předloženo). S jedinou výjimkou (Lotyšsko) zhruba jedna čtvrtina (19–33 %) klientů, kteří v uplynulém měsíci užívali konopí, tak činili denně nebo téměř denně⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁶⁸⁾. Každodenní uživatelé tvořili v těchto zemích 0,5–2,3 % celkové populace⁽¹⁶⁹⁾ a 0,9–3,7 % mladých dospělých (15–34 let) (obr. 31). Většinu osob (76–92 %), které přiznaly, že v předchozím měsíci užívaly konopí, bylo 15 až 34 let a každodenní uživatelé byli tedy rovněž soustředěni v této

Obr. 31: Podíl „každodenních nebo téměř každodenních uživatelů“ konopí ze všech dospělých osob a z mladých osob v některých zemích EU, podle národních průzkumů obyvatelstva



Pozn.: „Každodenní nebo téměř každodenní uživatelé“ jsou osoby, které v měsíci před pohovorem užívaly drogu 20 nebo více dní.

Údaje pocházejí z nejnovějších dostupných národních průzkumů v jednotlivých zemích.

Věkový rozsah všech osob označovaných jako „dospělí“ je 15–64 let (v Itálii 44 let) a u osob označovaných jako „mladí dospělí“ 15–34 let. Rozdíly ve věkovém rozmezí mohou být příčinou určitých disparit mezi zeměmi.

Prameny: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox za rok 2003 (Reitox national reports 2003), údaje převzaté ze zpráv o průzkumech obyvatelstva nebo z vědeckých článků. Viz též Standardní epidemiologické tabulky ve Statistickém věstníku za rok 2004.

⁽¹⁶⁷⁾ Informace uvedené v tomto oddíle se týkají „užívání po dobu 20 a více dní během uplynulých 30 dní“, což je rovněž formulovááno jako „každodenní nebo téměř každodenní užívání“. Evropský modelový dotazník požaduje uvést přesný počet dní užívání, ale pro hlášení údajů na úrovni jednotlivých zemí byla užívací frekvence rozdělena do čtyř samostatných kategorií, z nichž nejvyšší je „20 a více dní“.

⁽¹⁶⁸⁾ Viz obr. 29 OL: Podíl každodenních nebo téměř každodenních uživatelů mezi dospělými (věk 15–64 let), kteří v posledním měsíci užívali konopí.

⁽¹⁶⁹⁾ Procento osob, které užívaly konopí v posledním měsíci, vynásobené procentem „každodenních nebo téměř každodenních uživatelů“, tj. 6 % (prevalence za uplynulý měsíc) \times 25 % (procento uživatelů, kteří užili drogu dvacet- nebo vícekrát) = 1,5 %.

věkové skupině. Každodenní uživatelé jsou navíc v převážné většině muži, i když se podíl mužů pohybuje v rozmezí od 62 % v Nizozemsku do 92 % v Řecku.

Z těchto údajů lze vyvodit hrubý odhad počtu intenzivních uživatelů konopí v Evropě. Za předpokladu, že denně užívá konopí zhruba 1 % populace, je v zemi s 25 miliony obyvatel (ve věku 15–64 let) 250 000 každodenních uživatelů konopí. Prevalence v celé EU s celkem 302 miliony osob ve věku 15–64 let by činila okolo 3 milionů.

Počet intenzivních uživatelů konopí z řad mladých dospělých se v jednotlivých věkových kohortách liší a je obvykle vyšší u mladších skupin. Během průzkumu organizovaného v roce 2002 ve španělských školách uvedlo 3,6 % čtrnáctiletých až osmnáctiletých studentů, že berou konopí denně nebo téměř denně (tj. na horním konci rozmezí zjištěného u mladých dospělých ve věku 15–34 let). A jak ukázaly údaje francouzského průzkumu mezi sedmnáctiletými až devatenáctiletými (ESCAPAD), byl podíl každodenních uživatelů za posledních 30 dní ještě vyšší – činil 9,2 % u chlapců a 3,3 % u dívek (Beck a Legleye, 2003).

Účinky závislosti nebo zneužívání konopí se jeví být méně závažné než u jiných drog. Nejintenzivnější uživatelé konopí jsou zjevně relativně integrovaní mladí lidé, kteří jsou ohroženi vyšším rizikem jiných sociálních problémů (dopravní nehody, nedokončení vzdělání, rozpad rodiny) než jinou trestnou činností, a intervence by měly tedy této skutečnosti odpovídat a neměly by vytvářet další problémy nebo vylučovat tyto osoby ze společnosti.

Potence a dávky konopí

Objevily se dohady, zda za růst problémů, a tedy i za zvýšení počtu osob přijatých k léčbě nemůže částečně i nárůst potence konopí. Máme-li porozumět otázkám souvisejícím s potencí konopí, vyvolává řadu komplikovaných otázek dávka, kterou dostávají jednotliví uživatelé a pravděpodobný dopad této dávky na akutní a chronické problémy. Ke zkoumání vědeckých důkazů o potenci konopí provedla EMCCDZ zvláštní studii, jejíž klíčové výsledky lze nalézt na straně 90.

Potence konopí je při výpočtu dávky, kterou člověk dostane za určité období, pouze jedním z faktorů (Hall a kol., 2001). Stejně důležité, ne-li důležitější pro výpočet úrovně ohrožení je způsob dávkování, technika kouření, množství konopí užitého při sezení a počet sezení, jichž se dotýčný účastní. Vysoce potentní konopí bylo vždy v určité míře k dispozici a znepokojení nad touto otázkou není ničím novým. Je také třeba poznamenat, že nevíme, zda

uživatelé konopí mění své chování tak, aby dosáhli žádoucího dávkového efektu. Nakolik tedy potentnější konopí znamená nutně také vysoké dávky, je třeba dále zkoumat.

Řešení potřeb osob trpících problémy souvisejícími s konopím

Pochopení potřeb osob, které hledají pomoc pro řešení problémů s konopím, má pro efektivní řešení těchto problémů zásadní význam. Analýza žádostí o léčbu a jiné ukazatele naznačují, že jak uživatelé konopí, kteří se léčí, tak i uživatelé vůbec tvoří heterogenní populaci, která má příslušně heterogenní potřeby. Z toho plyne, že je nutno hledat celou škálu řešení, počínaje prevencí a snižováním rizika až po formální léčbu. Jednou možnou otázkou je, zda je vhodné posílat do specializovaných center pro léčbu drogových závislostí mladé lidi, kteří užívají konopí pouze příležitostně. Odpověď na ni závisí do značné míry na konfiguraci služeb a na tom, do jaké míry se klienti dostávají do styku s chronickými uživateli jiných látek. Důležitým tématem k zamyšlení tedy zůstává i nadále hledání odpovídajících cest k léčbě pro osoby s různými vzorci konzumace konopí.

Co se týče prevence, jen málo iniciativ je navrženo jako konkrétní odezva na růst konzumace konopí mezi mládeží, protože prevence je jen zřídka zaměřena na konkrétní látku. Některé členské státy EU však v této oblasti hlásí nová opatření, která vycházejí ze dvou hlavních strategií: 1. zdůrazňování nebezpečí toho, že se mladí uživatelé konopí mohou dostat do konfliktu s orgány činnými v trestním řízení, a 2. využívání masových nebo specificky zaměřených mediálních kampaní ve snaze zvrátit společenský postoj, který považuje užívání konopí za normu.

V Německu, Řecku, Irsku, Finsku a Velké Británii se zavádějí opatření ke snížení psychosociálních následků trestního postihu mladistvých provinilců, kteří se do konfliktu se zákonem kvůli konzumaci konopí dostali poprvé. Nejnovějším příkladem toho je německý program FRED, zavedený v roce 2000, který nyní funguje v osmi spolkových zemích a nabízí pro uživatele drog na bázi dobrovolnosti krátkodobou časovou intervenci⁽¹⁷⁰⁾. Ve Velké Británii působí na stejném základě týmy pro mladistvé provinilce. Poté, co došlo ve Velké Británii ke změnám přístupu orgánů činných v trestním řízení k některým aspektům užívání konopí a k reklasifikaci této drogy (z třídy B do třídy C), se trestným činem stalo držení, nikoli konzumace; tomuto držení se tak dostává varování. Existuje speciální postup pro formální varování

⁽¹⁷⁰⁾ Další informace o tomto a jiných programech prevence lze nalézt v databázi EDDRA vedené EMCCDA (http://eddra.emccda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

Potence konopných drog (pramen: EMCDDA, 2004c)

1. Země EU lze rozdělit do dvou zřetelných skupin podle toho, zda jsou v nich nejběžněji užívaným produktem konopí jako rostlina nebo konopná pryskyřice. Ze zemí, o nichž byly k dispozici příslušné informace, bylo užívání produktů konopné pryskyřice běžnější v Německu, Irsku, Portugalsku a Velké Británii, zatímco užívání konopí v rostlinné formě bylo běžnější v Belgii, České republice, Estonsku, Nizozemsku a Rakousku.
2. U potence rostlinného konopí nebo konopné pryskyřice dovážených do Evropy se neprojevuje žádný výrazný dlouhodobě rostoucí trend. V zemích EU, snad s výjimkou Nizozemska pochází většina konzumovaného konopí z dovozu, i když systematické údaje o dostupnosti rostlin konopí z domácí produkce v současnosti chybějí.
3. V krytých prostorách se určité množství konopí pěstuje ve všech evropských zemích. V Nizozemsku pokrývá domácí produkce více než polovinu konzumace konopných drog, ve většině ostatních zemích je však významnější dovoz.
4. Rostlinné konopí pěstované v krytých prostorách pomocí intenzivních metod (například za použití hydroponních systémů s umělým osvětlením, při množení řízkováním a regulaci délky dne) má obvykle vyšší obsah THC než droga dovážená. Rozmezí potence doma pěstovaného rostlinného konopí se sice může s odpovídajícím rozsahem u konopí dováženého překrývat, ovšem v průměru může být potence konopných drog z domácí produkce dvakrát až třikrát vyšší.
5. Celkový nárůst potence konopí, hlášený z některých zemí, lze prakticky kompletně připsat na vrub nárůstu podílu spotřeby konopí z domácí produkce.
6. Vezmeme-li v úvahu podíl různých konopných produktů na trhu, lze konstatovat, že jejich efektivní potence zůstává již mnoho let téměř ve všech zemích poměrně stabilní a pohybuje se kolem 6–8 %. Jedinou výjimkou je Nizozemsko, kde v roce 2001 dosáhla výše 16 %.
7. V Nizozemsku má konopná pryskyřice z domácí produkce zvláště vysoký obsah THC, tento materiál však není v zemi dosud běžný a v jiných zemích je téměř neznámý.
8. Zprávy v hromadných sdělovacích prostředcích o tom, že se potence konopných drog v několika posledních desetiletích zvýšila desetkrát nebo i dokonce více, nejsou podpořeny oním omezeným objemem údajů, které jsou ze Spojených států či z evropských zemí k dispozici. K největším dlouhodobým změnám došlo zřejmě v USA, je však nutno vzít v úvahu skutečnost, že do roku 1980 byla potence konopných drog užívaných ve Spojených státech podle evropských měřítek nízká.
9. Celkový závěrem studie je, že v obsahu THC došlo k určitým mírným změnám, které mají většinou souvislost s tím, jak se v poslední době objevilo na trhu EU intenzivně pěstované konopí z domácí produkce. Dále se konstatuje, že se obsah THC v různých konopných produktech nesmírně různí. Je bezesporu potřeba vytvořit monitorovací systémy, které budou schopny posoudit tržní podíl jednotlivých konopných produktů a průběžně sledovat změny. V současné době je informací tohoto druhu velký nedostatek.
10. Ve studii je vyjmenována řada významných oblastí, jímž je třeba věnovat pozornost, máme-li správně hodnotit problémy potence konopných drog. Patří k nim konsenzus v oblasti nomenklatury konopných produktů, lepší monitorování informací o trhu, zdokonalení laboratorních analytických standardů a sběr a prezentace dat na evropské úrovni a studie zkoumající v Evropě vztah mezi kuřáckým chováním, potenci a hladinou THC/metabolitu v krvi; a rovněž je třeba zkoumat, nakolik je důsledkem užívání vysoce potentního konopí zvyšování konzumovaných dávek, a zjišťovat veškeré případné vztahy ke zdravotním problémům. Autoři studie konstatují, že za úvahu stojí též porovnání nákladů a přínosů různých způsobů, jimiž se na různé konopné produkty reaguje.

mladých osob (tj. mladších 18 let). V britských hromadných sdělovacích prostředcích byla také zavedena kampaň, v níž se opětovně zdůrazňuje negativní a nelegální povaha konopí.

Další novou iniciativou je zavádění preventivní kampaně do tzv. „coffee shopů“, kde se dají obstarat malé dávky

konopí. Tato intervence má formu kurzu a příručky pro majitele coffee-shopů, jež mají za účel předcházet v těchto zařízeních drogovým problémům. Příručka obsahuje informace o konopí, drogové legislativě, psychických poruchách, první pomoci, podnikání a osvětě. Nizozemsko má tradici adresného a přímého přístupu ke konzumaci konopí, důkazem čehož je tzv. Týden hašiše

a trávy (Hash and Weed Week) ⁽¹⁷¹⁾, kdy silní konzumenti konopí pořádají skupinová setkání, na nichž diskutují o důsledcích intenzivního užívání a potenciálních změnách chování.

Tyto přístupy jsou do určité míry orientovány jak na „snižování škod“ (harm reduction), tak na prevenci. Avšak přes známou souvislost mezi kouřením a dýchacími problémy a přes rostoucí znepokojení nad negativním vlivem intenzivního užívání konopí na zdraví jsou intervence zaměřené na snižování poškození souvisejícího s užíváním konopí ve srovnání s intervencemi určenými pro uživatele jiných drog dosud málo rozvinuté.

Možnosti léčby dostupné problémovým uživatelům konopí lze nalézt většinou v léčebnách, které nabízejí péči pro klienty závislé na legálních i nelegálních drogách nebo s jiným druhem závislého chování. Některé země (Dánsko, Německo, Řecko, Francie, Nizozemsko, Rakousko, Švédsko a Norsko) uvádějí, že pro uživatele konopí zavedly specializované služby, ale obecně je specializovaná péče tohoto druhu velice omezená. V mnoha zemích jsou léčebny pro uživatele konopí součástí zařízení pro léčbu generických drogových problémů (Belgie, Česká republika, Dánsko, Německo, Španělsko, Francie, Irsko, Itálie, Lucembursko, Nizozemsko, Rakousko, Portugalsko, Slovinsko a Norsko).

Ve většině případů jsou problémoví uživatelé konopí léčeni spolu s klienty, kteří se léčí kvůli problémům s jinými nelegálními drogami, zpravidla opiáty. Vzhledem k tomu, že mnoho těchto specializovaných léčeben je zařízení pro potřeby často chaotické a marginalizované populace, je sporné, zda jsou pro léčení osob s méně akutními problémy, jakými většina uživatelů konopí je, vhodné. Léčebny v členských státech EU si tyto problémy uvědomují a mnoho zemí ve svých národních zprávách Reitox uvádí, že léčení problémových uživatelů konopí společně s problémovými uživateli heroínu nebo polymorfními uživateli drog může být kontraproduktivní a nevhodné, a na tento fakt se odvolávají jako na jeden z důvodů, proč by uživatelé konopí neměli být léčeni ústavně. Je jednodušší navrhnout ambulantní programy zvlášť orientované na uživatele konopí. Podle rakouské národní zprávy by tam, kde je ústavní léčba vůbec nutná, měla být prováděna nejlépe v generické psychiatrické léčebně pro mladistvé a nikoli ve specializovaném zařízení pro léčbu drog. Nová opatření pro potřeby uživatelů konopí, která byla nedávno hlášena členskými státy, zahrnují „příručku kognitivní léčby“ pro chronické uživatele konopí, která byla vypracována ve Švédsku,

svépomocnou internetovou stránku pro problémové uživatele konopí vytvořenou v Nizozemsku a zavedení akupunkturní léčby ve Finsku.

Závěry

Cílem tohoto přehledu je zasadit pozorovaný nárůst požadavků na léčbu problémů s konopím do širšího analytického kontextu. Když tak učiníme, ukazuje se, že mnoho důležitých otázek, které jsou klíčové pro informovanou debatu o zásadách a postupech, jež se týkají tohoto kontroverzního tématu, zůstává nezodpovězeno. Je rovněž zřejmé, že stávající doklady neospravedlňují poplašné tendence, nemohou však ani být důvodem k přehnanému uspokojení.

Osoby, které trpí problémy s konopím, představují v některých zemích nezanedbatelnou část požadavků na léčbu ve specializovaných zařízeních a jsou důležitou podskupinou širší populace v léčebnách. Většina těchto osob jsou mladí muži, zpravidla ve věku kolem 20 let, a mnozí začali drogu užívat ve věku 16 nebo 17 let.

Klienti léčení na problémy s konopím mají v porovnání s uživateli jiných látek odlišné vzorce užívání. Významné rozdíly existují i mezi uživateli konopí samými. Profily různých podskupin léčících se uživatelů konopí mají zřejmě přímý význam pro to, abychom porozuměli jejich potřebám a zajistili jim potřebné řešení. Důležitými aspekty v tomto ohledu jsou frekvence užívání, současné a minulé užívání jiných drog a zdroj, který uživatelé k léčbě doporučil. Shrňme-li údaje z národních zpráv a TDI, lze obecně rozlišit dva zřetelné klientské profily:

- mladší uživatelé, často žáci či studenti, které k léčbě doporučuje rodina nebo škola a kteří konzumují pouze konopí, někdy spolu s alkoholem nebo stimulanty;
- polymorfní uživatelé, kteří jsou zpravidla starší a méně sociálně integrovaní, které na léčbu častěji posílají právní orgány nebo zdravotní či sociální služby a kteří se překrývají s chronickými uživateli drog.

Dále jsou zde určité doklady existence další skupiny, která má léčbu nařízenou právními orgány a jež neužívá jiné drogy a konopí užívá jen občas.

Při posuzování změn v charakteristice primárních žádostí o léčbu, k nimž dochází za určité období, naznačují dostupné informace:

- nárůst počtu uživatelů léčených v některých zemích z nařízení orgánů činných v trestním řízení;

⁽¹⁷¹⁾ http://edra.emccda.eu.int/edra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

- nárůst doporučení ze strany rodiny a ostatních podpůrných sociálních sítí (rodina, přátelé, sociální služby, škola);
- nárůst podílu intenzivních (každodenních) uživatelů konopí, přestože tito uživatelé zůstávají v menšině;
- rostoucí sociální problémy a problémy se vzděláním v některých zemích. Údaje v této oblasti jsou však stále nedostačující.

Při posuzování nárůstu počtu žádostí o léčbu se ukazuje, že svůj vliv zde mají změny v systému doporučování k léčbě a že většina osob, které léčbu nastupují, nejsou intenzivními uživateli drog. Avšak přinejmenším v některých zemích značná část žádostí o léčbu od intenzivních uživatelů konopí pochází. Problémy této skupiny jsou až doposud málo chápány a v této oblasti je naléhavě zapotřebí dalšího výzkumu. Zjištění, že většina žádostí o léčbu v té nejmladší skupině pochází od uživatelů konopí, naznačuje, že potřeby, způsoby doporučení k léčbě a odezvy této skupiny si vyžadují zvláštní pozornosti.

Je také třeba si uvědomit, že žádosti o léčbu nejsou přímým ukazatelem rozsahu a povahy problémů s konopím. Údaje z průzkumů mezi celkovou populací naznačují, že v porovnání s občasným užíváním konopí není jeho intenzivní užívání příliš běžné. Ovšem z toho, jak je užívání konopí rozšířené, plyne, že značný počet

osob užívá drogu intenzivně, přinejmenším po určitou dobu svého života.

Podle odhadů užívá konopí intenzivně 0,5 % až 2 % dospělé populace a 1 % a 3 % mladých lidí. U mladých mužů je prevalence zřejmě značně vyšší. Z údajů z průzkumu si lze jen obtížně udělat obraz o počtu uživatelů, kteří mají s konopím problémy nebo jsou na něm závislí. I když jsou účinky závislosti nebo zneužívání konopí méně závažné než u jiných drog, mohou mít nicméně značný dopad na zdraví obyvatelstva s ohledem na to, jak je užívání konopí velmi rozšířeno, a na skutečnost, že mnoho z nejvíce postižených osob jsou mladí lidé, kteří užívají drogu intenzivně během významné fáze svého vývoje nebo tehdy, když jsou zvlášť ohroženi. U sociálně znevýhodněných rodin nebo komunit může závislost na konopí nebo jeho zneužívání ještě zhoršovat problémy jednotlivců, když se jim tak dále omezuje možnost získat vzdělání nebo zaměstnání.

Souhrnně řečeno je i nadále naléhavě zapotřebí výzkum, který by umožnil porozumět vztahu mezi různými vzorci užívání konopí a rozvojem souvisejících problémů. Rozsah a povaha problémů, jimiž trpí uživatelé konopí, jsou stále špatně chápány. Posouzení těchto problémů v rámci celkové populace vyžaduje metodické nástroje. Takové informace jsou předpokladem k tomu, aby veřejné zdravotnictví v Evropě dokázalo problém užívání konopí nalézt, rozpracovat a uplatnit potřebná řešení.