



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

CS

ISSN 2314-9035

Evropská zpráva o drogách

Trendy a vývoj

2014



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

Evropská zpráva o drogách

Trendy a vývoj

2014

| Právní upozornění

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

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

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

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

(*) Někteří operátoři mobilních sítí neumožňují volání na čísla 00 800 nebo mohou tyto hovory účtovat.

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

Katalogové údaje jsou uvedeny na konci této publikace.

Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2014

ISBN 978-92-9168-690-2

doi:10.2810/29679

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2014
Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Printed in Spain

VYTIŠTĚNO NA PAPIŘE BĚLENÉM BEZ POUŽITÍ ELEMENTÁRNÍHO CHLORU (ECF)



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisabon, Portugalsko
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

| Obsah

5	Předmluva
9	Úvodní poznámka a poděkování
11	SHRNUTÍ Mapování dopadu drog na veřejné zdraví na měnícím se evropském trhu
17	KAPITOLA 1 Nabídka drog
33	KAPITOLA 2 Užívání drog a problémy spojené s užíváním drog
53	KAPITOLA 3 Zdravotní a sociální intervence při řešení problémů s drogami
67	KAPITOLA 4 Protidrogové politiky
73	PŘÍLOHA Tabulky s národními daty

Předmluva

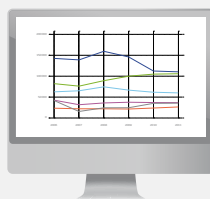
Evropská zpráva o drogách 2014 zpracovaná centrem EMCDDA předkládá novou analýzu situace v oblasti drog, kterou doprovází přehled vývoje opatření a politik. Celý soubor, který vychází z komplexního přezkumu evropských i vnitrostátních údajů, nabízí několik vzájemně provázaných produktů, přičemž hlavním z nich je zpráva Trendy a vývoj. Pomocí komplexního přístupu je předkládána hloubková analýza klíčových témat spolu se souhrnným přehledem významných problémů a dlouhodobých trendů. Tento přístup je velmi cenný, neboť umožňuje pochopit rozdílné vnitrostátní zkušenosti v širších souvislostech údajů na evropské úrovni. Ať se o evropskou situaci v oblasti drog zajímáte z jakéhokoli důvodu, věříme, že celý nový soubor dokumentů se souhrnným názvem Evropská zpráva o drogách vám umožní snadný přístup k vysoce kvalitním informacím a analýze dle vašich konkrétních potřeb.

EVROPSKÁ ZPRÁVA O DROGÁCH 2014

Soubor vzájemně propojených prvků umožňujících plný přístup k dostupným údajům o drogové problematice v Evropě a její analýze



Trendy a vývoj
dokument, který souhrnně analyzuje klíčový vývoj (v tištěné podobě i na internetu)



Data a statistické přehledy
dokument, který obsahuje celou škálu dat, grafy a informace o uplatněné metodice (na internetu)



Přehledy o jednotlivých zemích
dokumenty obsahující přehledná data a analýzy pro jednotlivé země (na internetu)



Pohledy na drogy
interaktivní okna o klíčových tématech (na internetu)

Ve vývoji vyvážené politické reakce na drogovou problematiku v Evropě bylo dosaženo pokroku, což je významné sdělení, které vyplývá z letošní analýzy. V některých klíčových oblastech veřejného zdraví jsou celkové trendy nyní příznivé a v relativním celosvětovém kontextu se evropský model jeví jako úspěšný. Drogová problematika je dynamická, neustále se vyvíjí a nenechává nás usnout na vavřínech, jelikož kromě zbylých a dlouhodobých problémů se objevují také nové hrozby. Drogy, s nimiž se v současnosti setkáváme, se v mnohém liší od těch, jež jsme znali v minulosti. Vidíme to u zavedených drog, přičemž příkladem stojícím za zmínku je konopí, kde mají nové výrobní postupy dopad na potenci hašiše i marihuany. Pozorujeme to také ve výrobě syntetických drog, kde se objevuje přemíra nových látek. Je třeba, abychom se vážně zabývali skutečností, že jsme v poslední době svědky výskytu nových syntetických opioidů i halucinogenních látek, které jsou tak vysoce farmakologicky účinné, že i nepatrná množství lze použít k výrobě více dávek. Teprve začínáme chápat budoucí důsledky tohoto vývoje jak pro veřejné zdraví, tak pro kontrolu drog, ale zjevně mají potenciál změnit povahu problémů, se kterými se potýkáme.

K významným změnám dochází nejen na evropském drogovém trhu, ale zrychlujícím se tempem také v celém čím dál tím propojenějším světě. EMCDDA si je vědomo celosvětové a dynamické povahy této problematiky a problémů, které představuje. Tento vývoj navíc vyvíjí zvyšující se tlak na naše současné systémy sledování a je zcela zásadní, aby naše nástroje dohledu nadále plnily svůj účel. Téměř před dvěma desetiletími Evropa jako první zřídila systém včasného varování, který identifikuje potenciální nové hrozby v této oblasti. V současnosti je zřejmé, že tento systém má svůj význam, naše celková forenzní kapacita rozpoznávat a oznamovat důsledky zavedených i nových látek pro veřejné zdraví nicméně zůstává nedostatečná. V této souvislosti můžeme pouze upozornit na význam zajištění dostatečných prostředků na udržení a posílení práce v této oblasti a zdůraznit přidanou hodnotu, kterou systém včasného varování přináší evropskému společenství jako celku.

Jsme hrdí na komplexní analýzu, kterou celý soubor dokumentů se souhrnným názvem Evropská zpráva o drogách poskytuje, a na to, že naše práce nadále představuje vědecký základ pro utváření evropských politik a řešení. Nyní jsme víc než kdy jindy pevně přesvědčeni, že je to důležité, a budeme nadále usilovat o poskytování včasných, objektivních a vyvážených analýz současné složité a měnící se drogové problematiky.

João Goulão

předseda správní rady EMCDDA

Wolfgang Götz

ředitel EMCDDA

Úvodní poznámka a poděkování

Tato zpráva vychází z informací, které Evropskému monitorovacímu centru pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) poskytly v podobě národní zprávy členské státy EU, kandidátská země Turecko a Norsko.

Statistické údaje zde uváděné jsou údaje za rok 2012 nebo poslední dostupný rok. Celkové údaje a trendy v Evropě vycházejí z dat ze zemí, které za uvedené období poskytly postačující a relevantní údaje. Analýza údajů upřednostňuje úrovně, trendy a geografické rozšíření. Nezbytná upozornění technického charakteru a vymezení údajů lze najít v anglické on-line verzi této zprávy a v on-line přístupné zprávě s názvem *Evropská zpráva o drogách: Data a statistické přehledy*, kde jsou uvedeny informace o metodice, zemích podávajících zprávy a letech. On-line verze navíc poskytuje odkazy na další zdroje.

EMCDDA děkuje za pomoc při přípravě této zprávy:

- vedoucím národních monitorovacích středisek sítě Reitox a jejich pracovníkům,
- subjektům a odborníkům v jednotlivých členských státech, kteří shromáždili vstupní údaje pro tuto zprávu,
- členům správní rady a vědeckého výboru EMCDDA,
- Evropskému parlamentu, Radě Evropské unie — zejména její horizontální pracovní skupině pro drogy — a Evropské komisi,
- Evropskému středisku pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), Evropské agentuře pro léčivé přípravky (EMA) a Europolu,
- skupině Pompidou Rady Evropy, Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu, Regionálnímu úřadu pro Evropu Světové zdravotnické organizace, Interpolu, Světové celní organizaci, projektu Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Základní skupině pro analýzu odpadních vod v Evropě (Sewage Analysis Core Group Europe – SCORE) a Švédské radě pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN),
- Překladatelskému středisku pro instituce Evropské unie, grafikům Missing Element a Composiciones Rali.

Národní kontaktní místa sítě Reitox

Reitox je evropská informační síť pro drogy a drogovou závislost. Je tvořena národními kontaktními místy – národními monitorovacími středisky – v členských státech EU, v kandidátské zemi Turecku, v Norsku a kontaktním místem při Evropské komisi. Kontaktní místa, za která zodpovídají příslušné vlády, jsou národní subjekty, které poskytují informace Evropskému monitorovacímu centru pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). Kontaktní údaje národních kontaktních míst lze nalézt na internetových stránkách EMCDDA.

Shrnutí

**Tato zpráva přináší přehled
dlouhodobých trendů a vývoje v
Evropě na nejvyšší úrovni a zároveň
se zaměřuje na objevující se
problémy spojené s užíváním drog**

Mapování dopadu drog na veřejné zdraví na měnícím se evropském trhu

Hlavní zjištění nové analýzy evropské drogové problematiky provedené EMCDDA zůstávají v souladu s naší zprávou z roku 2013: celková situace je obecně stabilní s pozitivními známkami v některých oblastech, ale neustále se objevují nové problémy. Stará dichotomie mezi poměrně malým počtem vysoce problémových uživatelů drog, často injekčních, a větším počtem rekreačních a experimentálních uživatelů se rozpadá a nahrazuje ji členitější a složitější situace. V dnešní evropské drogové problematice hraje heroin menší roli než v minulosti a na významu nabývají stimulancia, syntetické drogy, konopí a léčivé přípravky.

Podíváme-li se na „celkový obraz“, bylo dosaženo pokroku u řady významných politických cílů v oblasti veřejného zdraví vytyčených v minulosti. Evropský pohled však může zastříhat významné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Dokladem jsou údaje o úmrtích v důsledku předávkování a o infekcích HIV souvisejících s drogami, dvou nejzávažnějších následcích užívání drog. Zde je celkově příznivý trend v EU v ostrém kontrastu se znepokojivým vývojem v některých zemích. S ohledem na tuto složitost přináší tato zpráva přehled dlouhodobých trendů a vývoje v Evropě na nejvyšší úrovni a zároveň se zaměřuje na objevující se problémy spojené s užíváním drog.

Heroin je na ústupu, ale látky, které jej nahrazují, vzbuzují obavy

I když je nutno poznamenat, že odhadovaná celosvětová produkce heroinu zůstává vysoká a záchyty v Turecku částečně vzrostly, celkově jsou ukazatele užívání heroinu obecně stabilní nebo vykazují pokles. Patří k nim údaje, které ukazují setrvalý pokles v oblasti zahájení léčby závislosti na heroinu, spolu s celkově dlouhodobě klesajícími trendy u úmrtí v důsledku předávkování drogami a u infekcí HIV souvisejících s drogami – oba uvedené ukazatele historicky souvisejí s injekčním užíváním heroinu. Údaje z některých zemí však tento příznivý vývoj zpochybňují. Nedávná vzplanutí nákazy HIV mezi uživateli drog v Řecku a Rumunsku společně s dlouhodobými problémy v některých pobaltských zemích pozastavila evropský pokrok při snižování počtu nových infekcí souvisejících s drogami. Částečně to zjevně souvisí s nahrazením heroinu jinými látkami, včetně syntetických

opioidů a stimulantů. Kromě toho je významným přispěvatelem pravděpodobně také neexistence dostatečných intervencí za účelem snižování poptávky, zejména dostupnosti léčby, a opatření na minimalizaci škod. Nedávné studie hodnocení rizik provedené EMCDDA a ECDC také znepokojivě odhalily řadu dalších evropských zemí, kde behaviorální ukazatele nebo ukazatele vztahující se k intervencím naznačují potenciální zvýšené riziko budoucích škod a zdravotních problémů.

U přímých drogových úmrtí bylo zjištěno více látek

Předávkování drogami zůstává hlavní příčinou odvratitelné úmrtnosti mladých Evropanů, v posledních letech však bylo dosaženo pokroku při omezování tohoto problému. Částečně to lze vysvětlit rozšířením řešení a omezením rizikového chování podílejícího se na uvedeném problému. V rozporu s celkovými trendy v řadě zemí, většinou na severu Evropy, zůstává počet úmrtí v důsledku předávkování poměrně vysoký a zvyšuje se.

Zatímco počet úmrtí souvisejících s heroinem obecně klesá, počet úmrtí souvisejících se syntetickými opioidy se zvyšuje a v některých zemích nyní překračuje počet úmrtí připisovaných heroinu. Výjimečně vysoká míra úmrtí v důsledku předávkování drogami hlášena například Estonskem souvisí s užíváním fentanylů, což je skupina vysoce potentních syntetických opiodů. V roce 2013 EMCDDA stále dostávalo zprávy o kontrolovaných i nekontrolovaných fentanylech, které se objevují na evropském drogovém trhu. Z drog hlášených v roce 2013 do systému včasného varování EU nebyl fentanyl na

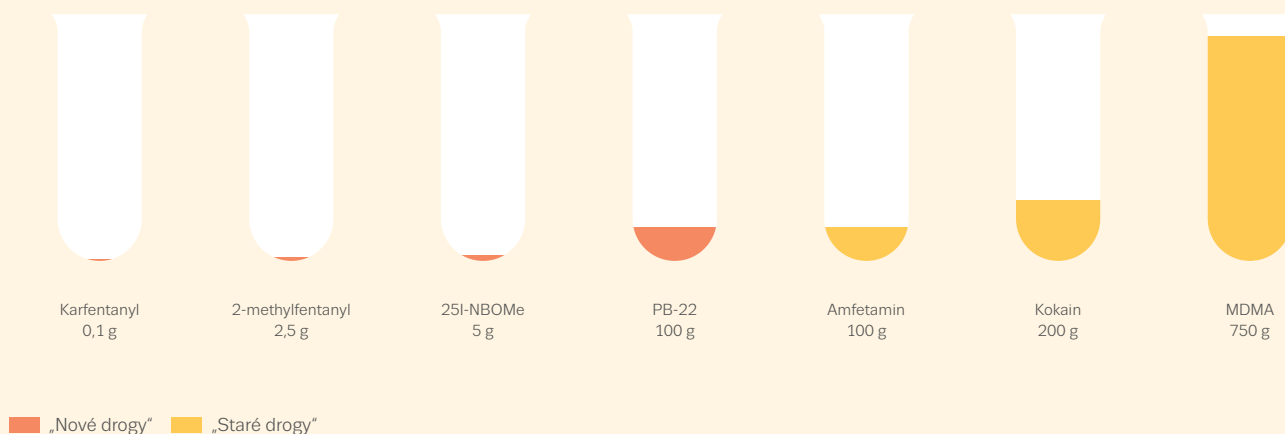
drogovém trhu EU nikdy předtím zaznamenán. Tyto látky představují problém pro odhalování, jelikož mohou být v toxikologických vzorcích přítomné ve velmi malém množství.

Nové psychoaktivní látky: žádné známky zmírnění

K většině předávkování dochází u jedinců, kteří užili několik látek, a určení příčinné souvislosti je často problematické. Vzhledem k neustálému uvádění nových psychoaktivních látek na drogový trh panuje obava, že nové nebo nejasné látky, které se podílely na úmrtích, mohou uniknout odhalení. Odhalení některých syntetických látek dále komplikuje jejich vysoká potence, jelikož v krvi budou přítomné pouze ve velmi nízké koncentraci. Objevení vysoce potentních syntetických látek má také důsledky pro prosazování práva, jelikož i z malého množství těchto drog lze vyrobit několik dávek (obrázek).

V roce 2013 bylo do systému včasného varování EU nahlášeno 81 nových psychoaktivních látek, čímž se celkový počet sledovaných látek zvýšil na více než 350. Jsou zahajována formální hodnocení rizik látek podezřelých z působení významných škod na evropské úrovni. V roce 2013 byla provedena hodnocení rizik dvou látek, do dubna 2014 budou provedena hodnocení ještě čtyř a další se očekávají. To znamená, že v době, kdy se projednávají nové právní předpisy EU v této oblasti, se systém včasného varování v důsledku objemu a rozmanitosti látek objevujících se na trhu dostává pod rostoucí tlak.

KOLIK ČISTÉ DROGY JE ZAPOTŘEBÍ K VÝROBĚ 10 000 DÁVEK?



Pro činnost systému včasného varování jsou nepostradatelné zprávy o nežádoucích účincích, v zásadě o úmrtích a akutních intoxikacích. Avšak rozsáhlé systémy monitorování akutních příhod spojených s užíváním drog existují pouze v několika zemích. Na úrovni EU nedochází k standardizovanému hlášení na toto téma a nedostatečné systematické sledování v této oblasti představuje hluché místo evropského dohledu nad objevujícími se zdravotními hrozbami. Příkladem jsou potíže při zvažování, co vyplývá ze zpráv z některých zemí o vážných reakcích na užívání syntetických kanabinoidů pro evropskou úroveň.

Konopí: kontroverze, rozdíly a rozpory

Z postojových výzkumů v Evropské unii vyplývá, že konopí je droga, kde zůstává veřejné mínění nejvíce polarizováno. To přispívá k živé veřejné debatě, kterou nedávno podnítil mezinárodní vývoj v oblasti kontroly dostupnosti a užívání konopí, zejména regulační změny v některých částech Spojených států a Latinské Ameriky.

V Evropě na rozdíl od jiných částí světa je rozsah užívání konopí zjevně stabilní, nebo dokonce klesá, především u mladších věkových skupin. Obrázek však není jednotný. Řada zemí s obecně nízkou prevalencí pozoruje v poslední době nárůst rozsahu užívání.

Na rozdíl od politické debaty charakterizované diskusí o regulačních možnostech se vývoj v praxi zaměřuje v prvé řadě na opatření v oblasti sociálních problémů a škod souvisejících s produkcí a užíváním konopí. Začínají být lépe chápány zdravotní důsledky různých vzorců užívání konopí. Zvýšila se dostupnost léčby problémů s konopím a vstup do ní, ačkoliv počet klientů závislých na konopí nastupujících specializovanou léčbu drogové závislosti se stabilizoval. Konopí je nyní u klientů nastupujících léčbu poprvé v životě nejčastěji uváděnou drogou. Vyrůstá také pochopení toho, co v této oblasti představuje účinné řešení, a země investují do celé řady služeb, od intenzivních podpůrných sezení zapojujících rodinné příslušníky po krátké intervence poskytované přes internet.

Orientační přehled — odhady užívání drog v Evropské unii

Konopí

Konopí v životě užilo 73,6 milionu neboli 21,7 % dospělých (15–64 let)

18,1 milionu neboli 5,3 % dospělých (15–64 let) užilo konopí v posledním roce

14,6 milionu neboli 11,2 % mladých dospělých (15–34 let) užilo konopí v posledním roce

0,4 % a 18,5 % – nejnižší a nejvyšší odhady jednotlivých zemí týkající se užívání konopí mezi mladými dospělými v posledním roce

Kokain

Kokain v životě užilo 14,1 milionu neboli 4,2 % dospělých (15–64 let)

3,1 milionu neboli 0,9 % dospělých (15–64 let) užilo kokain v posledním roce

2,2 milionu neboli 1,7 % mladých dospělých (15–34 let) užilo kokain v posledním roce

0,2 % a 3,6 % – nejnižší a nejvyšší odhady jednotlivých zemí týkající se užívání kokainu mezi mladými dospělými v posledním roce

Amfetaminy

Amfetaminy v životě užilo 11,4 milionu neboli 3,4 % dospělých (15–64 let)

1,5 milionu neboli 0,4 % dospělých (15–64 let) užilo amfetaminy v posledním roce

1,2 milionu neboli 0,9 % mladých dospělých (15–34 let) užilo amfetaminy v posledním roce

0,0 % a 2,5 % – nejnižší a nejvyšší odhady jednotlivých zemí týkající se užívání amfetaminů mezi mladými dospělými v posledním roce

Extáze

Extázi v životě užilo 10,6 milionu neboli 3,1 % dospělých (15–64 let)

1,6 milionu neboli 0,5 % dospělých (15–64 let) užilo extázi v posledním roce

1,3 milionu neboli 1,0 % mladých dospělých (15–34 let) užilo extázi v posledním roce

0,1 % a 3,1 % – nejnižší a nejvyšší odhady jednotlivých zemí týkající se užívání extáze mezi mladými dospělými v posledním roce

Opioidy

1,3 milionu problémových uživatelů opioidů (15–64 let)

3,5 % všech úmrtí Evropanů ve věku 15–39 let je způsobeno předávkováním drogami. Opioidy jsou zjištěny asi u třetí čtvrtin smrtelných předávkování

Primární droga přibližně u 45 % všech žádostí o léčbu drogové závislosti v Evropské unii

700 000 uživatelů opioidů podstoupilo v roce 2012 substituční léčbu

Pozn.: úplný soubor dat a informací o metodice naleznete v on-line přístupné zprávě s názvem *Evropská zpráva o drogách: Data a statistické přehledy*.

Přibližně od roku 2000 zmírnilo mnoho zemí přísnost sankcí za prosté užívání nebo držení. Obecněji řečeno, evropské diskuse o kontrole konopí se zaměřují spíše na nabídku drog a obchodování s nimi než na užívání.

V rozporu s tím se však celkový počet případů držení a užívání konopí téměř deset let stabilně zvyšuje.

Výroba a nabídka drog: hlavní výdělečná činnost organizovaného zločinu

Rozsah trhu s konopím společně se zvýšením domácí produkce vede ke vzrůstajícímu poznání významu uvedené drogy jakožto zdroje peněžních prostředků pro organizované zločinecké skupiny. Více pozornosti si nyní také získávají související sociální náklady, které zahrnují násilí a jiné formy porušování právních předpisů, a zátěž, jež pro donucovací orgány představuje potírání výroby drog.

S produkcí konopí jsou v mezinárodním měřítku i v rámci Evropské unie spojovány mj. organizované zločinecké skupiny z jihovýchodní Asie. Objevují se znepokojivé známky toho, že nyní v některých částech střední Evropy rozšiřují svou činnost na výrobu a prodej metamfetaminu. Projevuje se zde obecnější vývoj zaznamenaný v nedávné analýze drogového trhu provedené EMCDDA a Europol: skupiny trestné činnosti se soustředí na více komodit a zaujímají přízpůsobivý a provázaný přístup. To lze pozorovat v případě skupin trestné činnosti, které se historicky zabývaly obchodem s heroinem a nyní na základě dostupných zpráv obchodují v Evropské unii s kokainem a metamfetaminem a využívají zavedené heroinové cesty.

Zpráva z roku 2014 vzbuzuje nové obavy kvůli důkazům o zvyšující se dostupnosti metamfetaminu v Evropě. Vedle

domácí výroby ve střední a severní Evropě je tato droga také vyráběna na Středním východě a někdy dovážena do Evropské unie za účelem zpětného vývozu do zemí jihovýchodní Asie. Část této výroby však čím dál tím více přispívá k dostupnosti uvedené drogy v Evropě. Zvláště znepokojivé jsou nové zprávy o výskytu kouření metamfetaminu v Řecku a Turecku vzhledem k potenciálním zdravotním rizikům spojeným s užíváním této drogy uvedeným způsobem.

Čím dál tím dynamičtější, globálnější a inovativnější povahu moderního drogového trhu také dokládá opětovný výskyt vysoce kvalitní extáze v prášku nebo tabletách na trhu v Evropské unii i jinde. To je zjevně důsledkem dovozu nekontrolovaných nebo „maskovaných“ chemikálií pro výrobu drogy nelegálními výrobci. Nedávno Europol zaznamenal v Belgii likvidaci dvou největších výroben drog, které kdy byly v Evropské unii odhaleny a které byly schopny rychle vyrábět velké objemy MDMA (3,4-methylenedioxyamfetamin). Záchyty a zprávy o závažných zdravotních důsledcích také přiměly Europol a EMCDDA vydat společné varování před dostupností extrémně vysoce potentních přípravků obsahujících MDMA.

Mění se trh se stimulancii

Časem se ukáže, zda zvýšený obsah MDMA v tabletách extáze povede k obnovenému zájmu konzumentů o tuto drogu. Celkový trh s nelegálními stimulancii je zjevně poměrně stabilní, přičemž kokain je preferovaný v jižních a západních zemích a amfetamin je více užíván v severních a východních zemích. Ukazatele pro užívání kokainu i amfetaminu jsou obecně na sestupu.

Význam geografických rozdílů na evropském trhu se stimulancii podporují nové studie odpadních vod, které stále častěji poskytují údaje o chování konzumentů drog na úrovni měst a ve specifickém prostředí.

Klíčovým faktorem v konzumaci stimulancií je dostupnost. Nedostatek drogy může přimět konzumenty k vyzkoušení jiné látky a významnými faktory budou cena a vnímání kvality. To bylo pozorováno v prostředí zábavy a mezi injekčními uživateli drog. K tomu dochází na pozadí zvyšujícího se počtu produktů, které jsou nyní dostupné na trhu se stimulancii a které zahrnují syntetické katinony spolu s metamfetaminem, amfetaminem, extází a kokainem.

**Čím dál tím dynamičtější,
globálnější a inovačtější
povahu moderního drogového
trhu také dokládá opětovné
objevení vysoce kvalitní extáze
v prášku nebo tabletkách**

Dlouhodobé náklady na léčbu problémů s drogami

Evropa se potýká s dvěma náročnými úkoly – vyvíjením účinných řešení nově se objevujících problémů a průběžným řešením potřeb uživatelů drog v dlouhodobé léčbě.

Tato zpráva upozorňuje na změny a výskyt nových vzorců v oblasti užívání drog a v oblasti intervencí. Nicméně podstatná část nákladů spojených s léčbou užívání drog stále pramení z problémů, které mají kořeny v heroinové „epidemii“ z 80. a 90. let 20. století. Ačkoliv zahájení užívání heroinu může být na ústupu, klíčovým předmětem intervencí zůstává závislost na heroinu, charakterizovaná modelem chronické choroby s cykly relapsu a nástupu léčby. Evropská unie značně investovala do nabídky léčby této skupině, přičemž odhadem tři čtvrtě milionu klientů v současnosti absolvuje substituční léčbu závislosti na opiátech. Přesvědčivým argumentem pro tuto intervenci jsou přínosy pro veřejné zdraví a její podíl na oslabení nelegálního trhu. Evropa se nyní musí postarat o stárnoucí kohortu současných a bývalých uživatelů heroinu, z nichž mnozí jsou sociálně znevýhodnění a vyloučení. V této souvislosti roste politický zájem na úzdavě a sociální reintegraci. Navíc jak tato populace stárne, pravděpodobně se zvýší její náchylnost k řadě zdravotních problémů.

1

**V Evropě je každoročně hlášen
asi jeden milion záchytů
drog na nelegálním trhu**

Nabídka drog

Evropa je hlavní cílovou destinací pro kontrolované látky a hraje též určitou roli jako tranzitní prostor pro drogy putující do jiných regionů. Důležitými zdrojovými oblastmi pro drogy vstupující do Evropy jsou Latinská Amerika, západní Asie a severní Afrika. Evropa je též regionem produkujícím konopí a syntetické drogy. Ačkoliv v podstatě veškeré konopí vyprodukované v Evropě je určeno pro místní spotřebu, některé syntetické drogy jsou též vyráběny za účelem vývozu do jiných regionů.

Dostupnost „nových psychoaktivních látek“, které nejsou kontrolovány v rámci mezinárodních smluv o kontrole drog, představuje poměrně novou změnu na evropských trzích s drogami. Tyto látky se běžně vyrábějí mimo Evropu a lze je získat prostřednictvím internetových obchodů, specializovaných obchodů a někdy se prodávají i na černém trhu.

Monitorování nabídky drog

Analýza v tomto oddíle vychází z celé řady zdrojů dat: ze záchytů drog, zlikvidovaných zařízení na výrobu drog, záchytů prekurzorů, drogových trestných činů, spotřebitelských cen drog a z forenzních analýz záchytů drog. Úplné soubory dat a informace o metodickém postupu naleznete v on-line přístupné zprávě s názvem *Evropská zpráva o drogách: Data a statistické přehledy*. Je zapotřebí poznamenat, že trendy mohou být ovlivněny celou řadou faktorů, mezi něž patří intenzita aktivit v oblasti prosazování práva a účinnost protidrogových opatření.

Údaje o nových psychoaktivních látkách vycházejí z hlášení do systému včasného varování EU, který se opírá o údaje, které poskytují národní síť centru EMCDDA a Europolu. Úplný popis tohoto mechanismu lze nalézt na internetových stránkách EMCDDA v oddíle *Opatření v oblasti nových drog*.

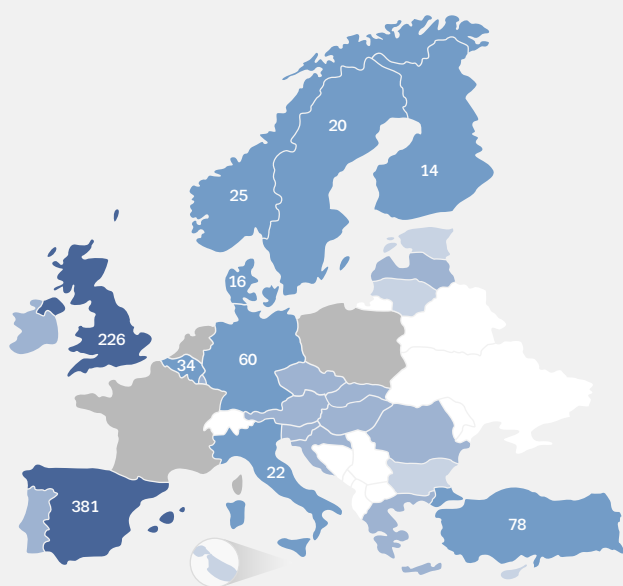
80 % záchytů v Evropě představuje konopí

V Evropě je každoročně hlášen asi jeden milion záchytů drog na nelegálním trhu. Většinou se jednalo o malá množství drog zabavených uživatelům, ačkoliv toto celkové množství zahrnuje i mnohakilogramové zásilky zachycené u obchodníků s drogami a výrobců.

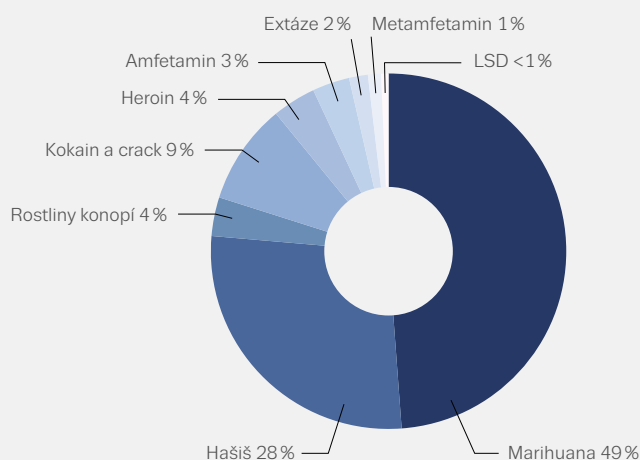
V roce 2012 byly dvě třetiny všech záchytů v Evropské unii hlášeny dvěma zeměmi, Španělskem a Spojeným královstvím. Menší, avšak nezanedbatelné počty záchytů hlásilo Německo, Belgie, Itálie a čtyři severské země

OBRÁZEK 1.1

Počet hlášených záchytů podle zemí (vlevo) a podíl záchytů u hlavních drog (vpravo), 2012



Záchyty (v tis.) <1 1–10 11–100 >100 Žádné údaje
 Pozn.: počty záchytů (v tisících) v deseti zemích s nejvyššími hodnotami.



(obrázek 1.1). Nutno poznamenat, že nejsou dostupné nejnovější údaje za tři země, které v minulosti hlásily značné množství záchytů. Kromě toho je významnou zemí z hlediska záchytů drog Turecko, kde některé zachycené drogy byly určeny ke konzumaci v jiných zemích jak v Evropě, tak na Středním východě.

Více než 80 % záchytů v Evropě představuje konopí (obrázek 1.1), což odráží poměrně vysokou prevalenci jeho užívání. Druhý v celkovém pořadí je kokain asi s dvojnásobným počtem záchytů oproti amfetaminům nebo heroinu. Počet záchytů extáze je nižší, ale v posledních letech se zvyšuje.

Více než 80 % záchytů v Evropě představuje konopí, což odráží poměrně vysokou prevalenci jeho užívání

Konopí: zvyšující se dostupnost rostlinných přípravků

Na evropském drogovém trhu lze běžně nalézt dva různé konopné produkty: marihuanu a hašiš. Roční spotřebu těchto produktů lze zhruba odhadnout asi na 2 000 tun.

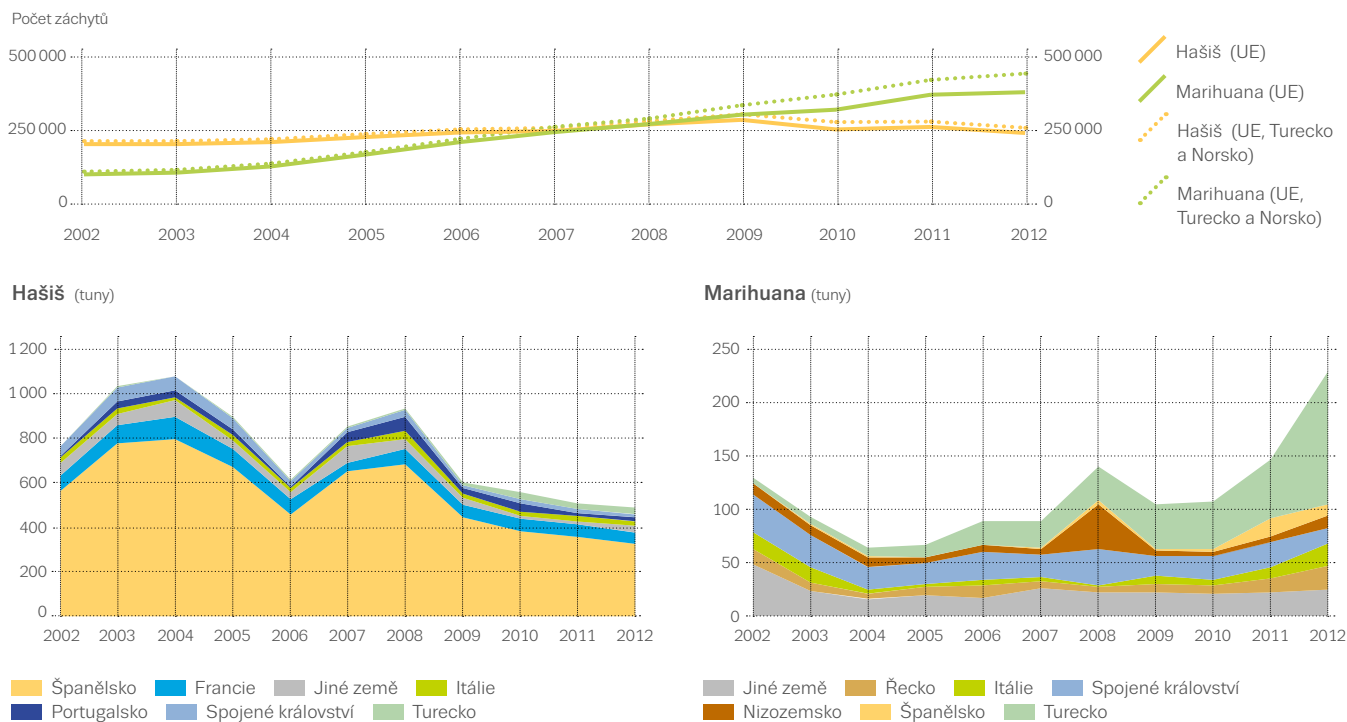
Marihuana dostupná v Evropě je pěstována doma i pašována z vnějších zemí. Většina hašiše je dovážena po moři nebo letecky z Maroka.

V průběhu uplynulých deseti let překonal počet záchytů marihuany počet záchytů hašiše a v současnosti představuje téměř dvě třetiny všech záchytů konopí (obrázek 1.2). To odráží zvyšující se dostupnost marihuany z domácí produkce v mnoha zemích. Množství hašiše zachyceného v Evropské unii je však i navzdory poklesu v posledních letech stále mnohem vyšší než množství uváděné marihuany (457 tun oproti 105 tunám v roce 2012). To lze zřejmě vysvětlit skutečností, že hašiš je s vyšší pravděpodobností přepravován ve velkém objemu na větší zeměpisné vzdálenosti a přes hranice, a proto je náchylnější k zachycení.

Z hlediska zachyceného množství má nepoměrný význam malý počet zemí, částečně kvůli své poloze na hlavních trasách obchodování s drogami (obrázky 1.2 a 1.3). Například Španělsko, se svou těsnou blízkostí Maroka a velkým vnitřním trhem, hlásilo v roce 2012 zhruba dvě

OBRÁZEK 1.2

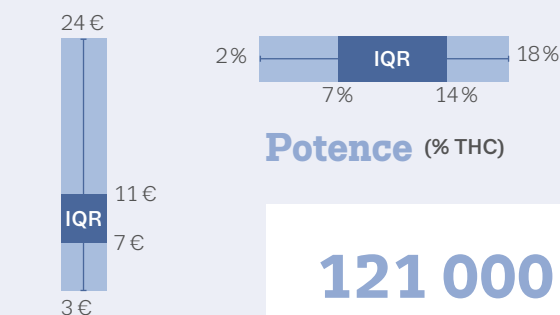
Počet záchytů konopí a zachycené množství v tunách: hašiš a marihuana, 2002–2012



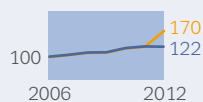
KONOPI

Hašiš

457 záchyty v tunách
486 záchyty v tunách (EU + 2)
240 000 záchyty
258 000 záchyty (EU + 2)



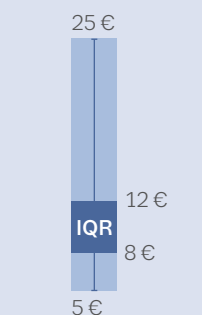
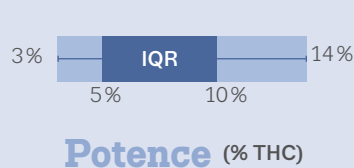
Cena (EUR/g)



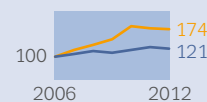
Indexy ceny a potence

Marihuana

105 záchyty v tunách
230 záchyty v tunách (EU + 2)
395 000 záchyty
457 000 záchyty (EU + 2)

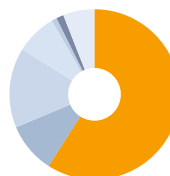


Cena (EUR/g)



Indexy ceny a potence

121 000 hlášené trestné činy související s nabídkou konopí
59% hlášených trestných činů souvisejících s nabídkou konopí

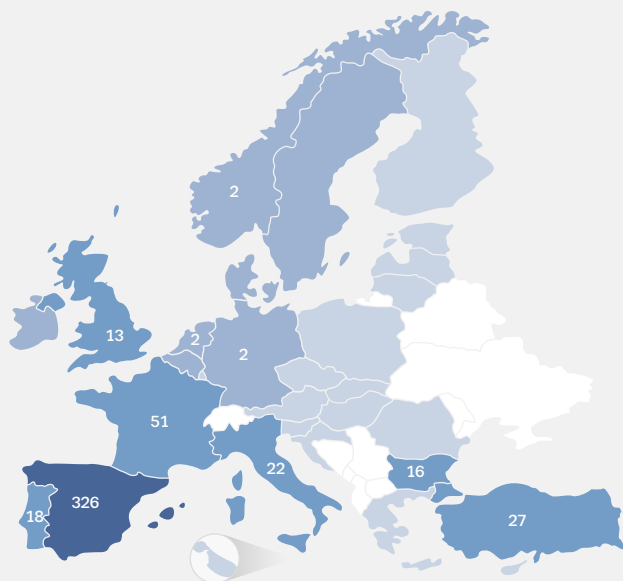


EU + 2 označuje členské státy EU a Turecko a Norsko. Cena a potence konopného produktu: národní průměrné hodnoty – minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR). Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

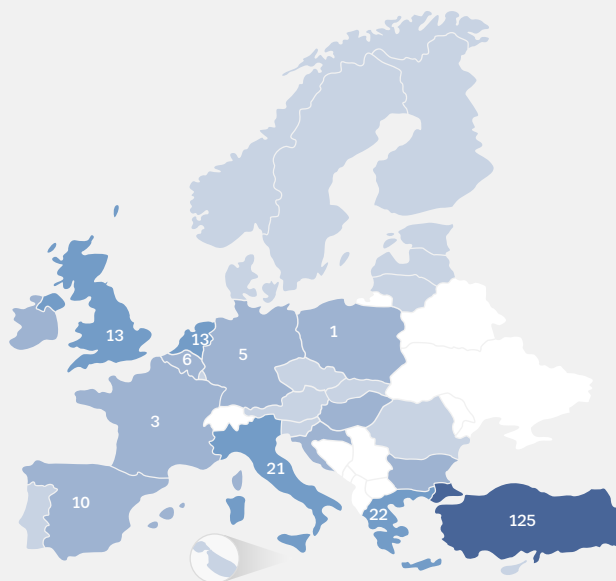
OBRÁZEK 1.3

Zachycené množství hašiše a marihuany, 2012

Hašiš



Marihuana



Tuny <1 1–10 11–100 >100

Pozn.: zachycená množství (v tunách) v deseti zemích s nejvyššími hodnotami.

třetiny množství hašiše zachyceného v Evropě. Pokud jde o marihuanu, Řecko a Itálie hlásily nedávný velký nárůst zachyceného množství. Od roku 2007 zachytilo Turecko větší množství marihuany než jakýkoliv členský stát EU a objem nahlášený v roce 2012 byl oproti roku 2011 více než dvojnásobný.

Záchyty marihuany lze chápat jako ukazatel domácí produkce, ačkoliv kvalita dostupných údajů v této oblasti představuje pro účely srovnání problémy. V roce 2012 bylo v Evropě hlášeno 33 000 záchytů rostlin konopí. V letech 2011 až 2012 se počet hlášených záchytů rostlin konopí zvýšil z 5 milionů na 7 milionů, což je do velké míry důsledkem čtyřnásobného nárůstu počtu záchytů hlášených z Itálie. Během stejného období se zvýšilo zachycené množství z 33 tun na 45.

Indexované trendy na evropské úrovni ukazují zvýšení maloobchodní ceny i potence (hladiny tetrahydrokanabinolu, THC) marihuany a hašiše v letech 2006 až 2012. Potence se od roku 2006 zvýšila u obou forem konopí, i když u hašiše bylo velké zvýšení pozorováno v letech 2011 až 2012.

Nový rozměr trhu s konopím dodal nástup syntetických kanabinoidů, chemických látek, které napodobují účinky konopí. Většina práškových syntetických kanabinoidů je zjevně vyráběna v Číně a pak hromadně přepravována s využitím zavedených legitimních dopravních a distribučních sítí. Jakmile jsou látky v Evropské unii, jsou obvykle smíchány s rostlinami nebo jsou na ně nastříkány a poté jsou zabaleny jako „*legal high*“ (česky tzv. nové syntetické nebo nové rostlinné drogy) a prodávány na internetu či prostřednictvím jiných obchodníků. V prvních šesti měsících roku 2013 ohlásilo osmnáct zemí více než 1 800 záchytů syntetických kanabinoidů. Největší záchyty ohlásilo Španělsko (20 kg) a Finsko (7 kg).

Heroin: celkový pokles záchytů, ale zvýšení v Turecku

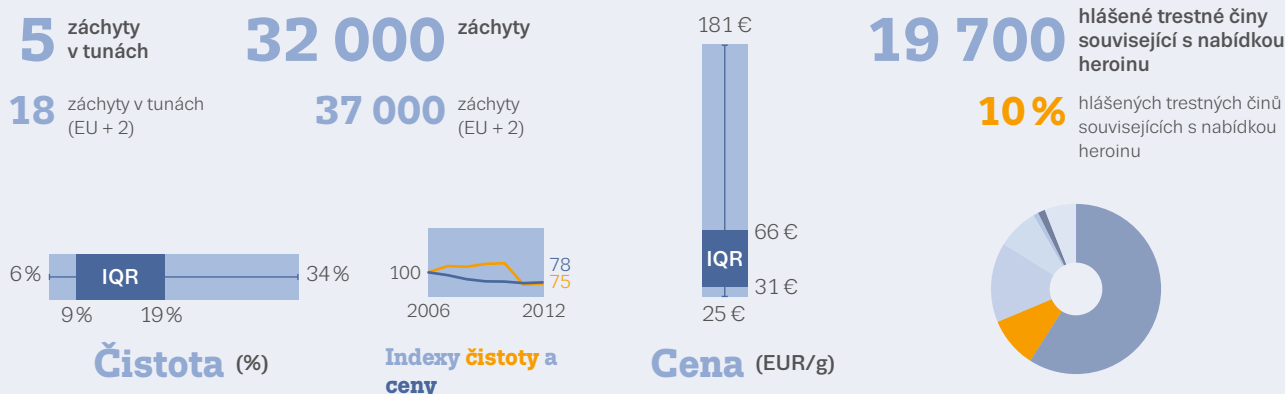
V Evropě byly historicky dostupné dvě formy dováženého heroinu: běžnější z obou forem je hnědý heroin (ve formě báze), který pochází převážně z Afghánistánu. Daleko méně běžný je bílý heroin (ve formě soli), který historicky pochází z jihovýchodní Asie, ale v současnosti se může vyrábět i jinde. V omezené míře se opiooidové drogy vyrábějí přímo v Evropě, podomácku získávané produkty z máku jsou hlášeny zejména v některých částech východní Evropy.

Afghánistán zůstává největším světovým nelegálním výrobcem opia a předpokládá se, že převážná část heroinu v Evropě byla vyrobena právě v této zemi nebo v menší míře v sousedním Íránu nebo Pákistánu. Droga se do Evropy dostává řadou tras. Jedna z těchto tras vede přes Turecko do balkánských zemí (Bulharska, Rumunska nebo Albánie) a dále do střední, jižní a západní Evropy. Další trasa vede Ruskem přes bývalé sovětské republiky ve střední Asii. Zásilky heroinu z Íránu a Pákistánu se mohou do Evropy dostávat také letecky nebo po moři, a to buď přímo, či tranzitem přes západoafrické a východoafrické země.

V letech 2002 až 2010 byl počet záchytů heroinu hlášených v Evropě poměrně stabilní, ročně asi 50 000. Avšak od roku 2010 počet záchytů heroinu značně klesl – v roce 2012 jich bylo hlášeno odhadem 32 000. Množství heroinu zachyceného v roce 2012 (5 tun) bylo nejnižší uváděné množství v posledním desetiletí a odpovídalo pouze polovině množství zachyceného v roce 2002 (10 tun). Klesající počet záchytů v Evropské unii doprovází jejich zvyšující se počet v Turecku, kde bylo od roku 2006 každý rok zachyceno více heroinu než ve všech zemích EU dohromady (obrázky 1.4 a 1.5).

Od roku 2010 počet záchytů heroinu značně klesl – v roce 2012 jich bylo hlášeno odhadem 32 000

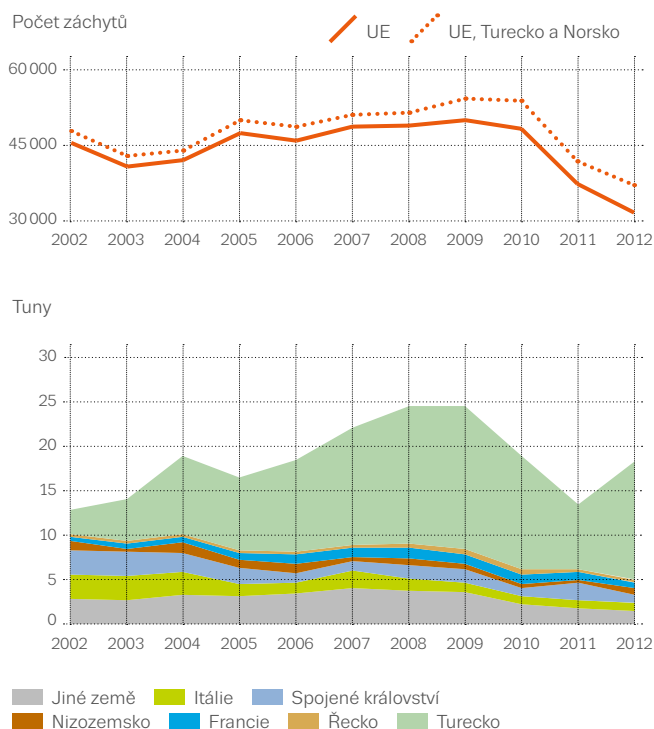
HEROIN



EU + 2 označuje členské státy EU a Turecko a Norsko. Cena a čistota „hnědého heroinu“: národní průměrné hodnoty – minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR). Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

OBRÁZEK 1.4

Počet záchytů heroinu a zachycené množství, 2002–2012

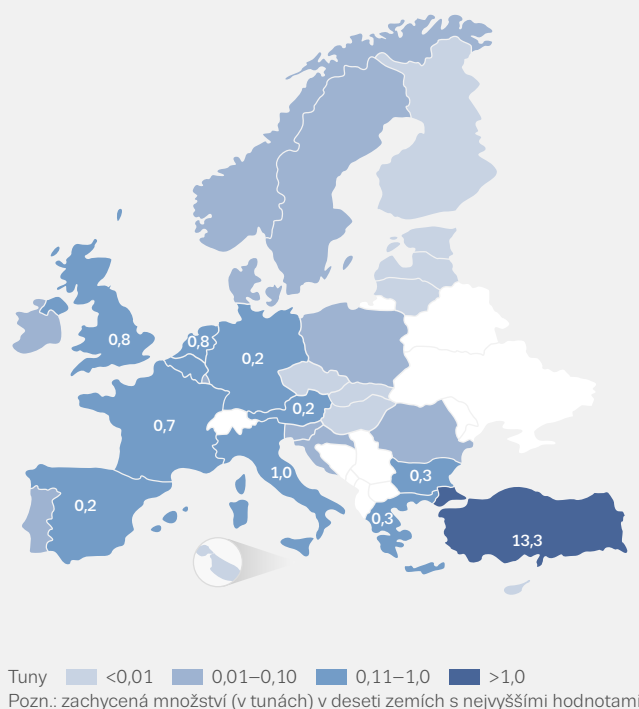


Pokles počtu záchytů heroinu pozorovaný od přelomu let 2010/2011 se odráží v trendech týkajících se údajů o čistotě i trestných činech souvisejících s nabídkou této drogy (viz kapitola 4). Řada zemí zažívala v této době významné výpadky na trhu, ze kterých se, jak se zdá, plně zotavily jen některé. V Turecku však množství zachyceného heroinu v roce 2011 kleslo, aby se v roce 2012 vrátilo na vyšší úroveň.

Do systému včasného varování EU byly hlášeny syntetické opioidy, které lze užívat jako alternativu heroinu. Patří sem vysoce potentní fentanyly, které lze získávat z dodávek léčivých přípravků, včetně neadekvátně zlikvidovaných analgetických náplastí, nebo mohou být vyráběny přímo pro nelegální trh. V letech 2012 a 2013 bylo hlášeno 28 záchytů nového syntetického opioidu AH-7921, který je z farmakologického hlediska podobný morfinu (viz strana 28).

OBRÁZEK 1.5

Množství zachyceného heroinu, 2012

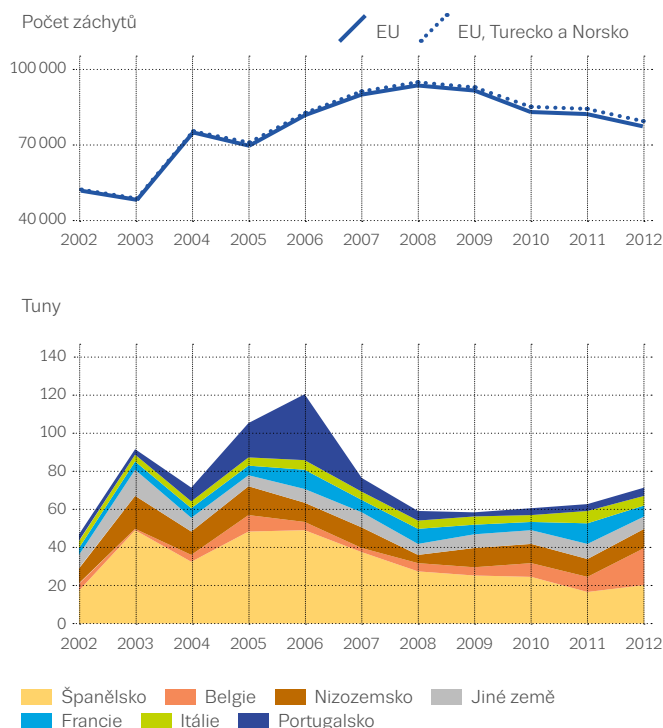


Kokain: počet záchytů dále klesá

V Evropě jsou dostupné dvě formy kokainu, z nichž je nejběžnější práškový kokain (hydrochloridová sůl, HCl). Méně často je dostupný crack, forma této drogy vhodná ke kouření. Kokain se vyrábí z listů keře koky. Droga se vyrábí téměř výhradně v Bolívii, Kolumbii a Peru a do Evropy se přepravuje letecky i po moři. K pašování kokainu do Evropy – a k potírání tohoto pašování – zjevně dochází hlavně v západních a jižních zemích; 85 % ze 71 tun zachycených v roce 2012 hlásí společně Španělsko, Belgie, Nizozemsko, Francie a Itálie (obrázek 1.6). Ke známkám probíhající diverzifikace tras pašování kokainu do Evropy patří velké jednorázové záchyty v přístavech v Bulharsku, Řecku, Rumunsku a pobaltských zemích.

OBRÁZEK 1.6

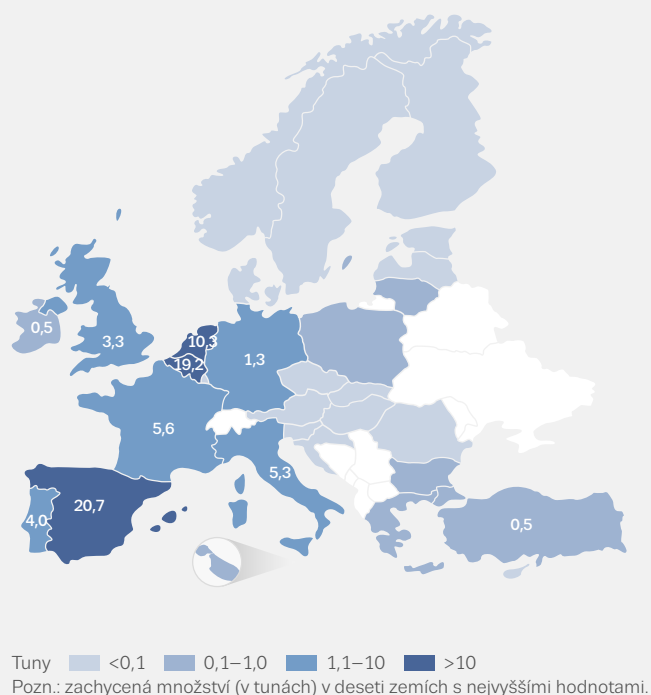
Počet záchytů kokainu a zachycené množství, 2002–2012



V roce 2012 bylo v Evropské unii hlášeno asi 77 000 záchytů kokainu, což představuje 71 tun zachycené drogy. Počet záchytů kokainu hlášených v roce 2012 zůstává v porovnání s rokem 2002 vysoký. Oproti odhadovanému vrcholu v roce 2008, který činil asi 95 000 záchytů, však jejich počet poklesl. Množství kokainu zachyceného v roce 2012 se oproti předchozímu roku zvýšilo asi o 10 tun, ale

OBRÁZEK 1.7

Množství zachyceného kokainu, 2012



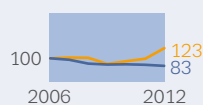
stále ani zdaleka nedosahuje vrcholu 120 tun zachycených v roce 2006 (obrázek 1.6). Pokles množství zachyceného kokainu lze nejvíce pozorovat na Pyrenejském poloostrově, zejména v Portugalsku v letech 2006 až 2007 a pozvolněji ve Španělsku v letech 2006 až 2011. Rekordní záchyty kokainu hlásila v roce 2012 Belgie (19 tun) (obrázek 1.7).

KOKAIN

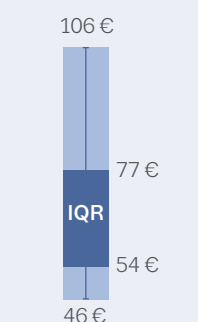
71 záchyty v tunách **77 000** záchyty
72 záchyty v tunách (EU + 2) **80 000** záchyty (EU + 2)



Čistota (%)



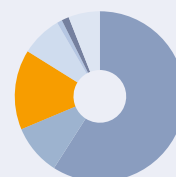
Indexy čistoty a ceny



Cena (EUR/g)

31 000 hlášené trestné činy související s nabídkou kokainu

15% hlášených trestných činů souvisejících s nabídkou kokainu



EU + 2 označuje členské státy EU a Turecko a Norsko. Cena a čistota kokainu: národní průměrné hodnoty – minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR). Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

Amfetaminy: známky zvýšené výroby metamfetaminu

Amfetamin a metamfetamin, obecně známé jako amfetaminy, jsou úzce spojeny se syntetickými stimulanty. Z těchto dvou drog byl v Evropě vždy běžnější amfetamin, ale nyní se objevují známky stále větší dostupnosti metamfetaminu.

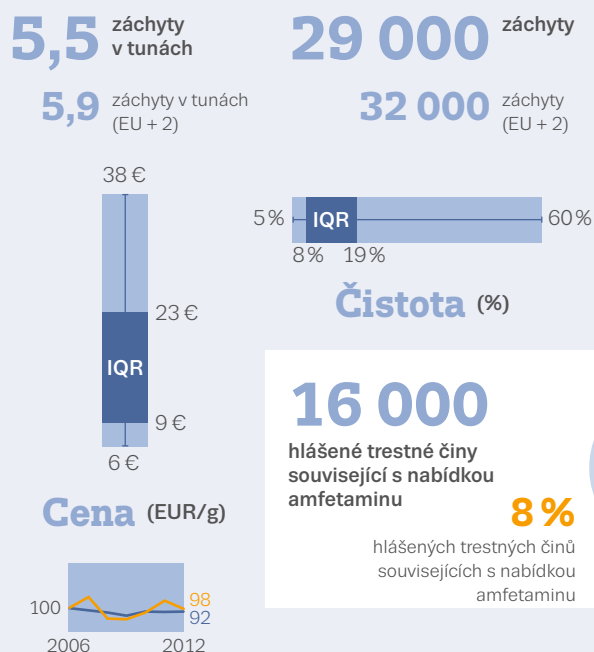
Obě drogy se v Evropě vyrábějí pro domácí poptávku, ačkoliv určitá část amfetaminu se vyrábí též na vývoz, převážně na Střední východ. Je známo, že výroba amfetaminu probíhá v Belgii a Nizozemsku, stejně jako v Polsku a v pobaltských zemích. Co se týče výroby metamfetaminu, lze označit dvě hlavní oblasti. První oblastí jsou pobaltské státy, kde se výroba soustředí kolem Litvy a vyváží se do Norska, Švédska a Spojeného království. V tomto regionu se jako hlavní prekurzor používá BMK (benzylmethylketon). V druhé oblasti soustředěné kolem České republiky a sousedních zemí Slovenska a Německa je výroba založena hlavně na efedrinu a pseudoefedrinu a probíhá v domácích laboratořích, tzv.

varnách. Zde je produkce určena v první řadě k distribuci v rámci dané země. V posledních dvou letech se objevují známky většího zapojení vietnamských organizovaných zločineckých skupin na českém trhu s metamfetaminem a zvýšení výroby. V roce 2011 bylo hlášeno 350 případů likvidace vyroben metamfetaminu v Evropě, většina z nich byly malé varny hlášené Českou republikou (338).

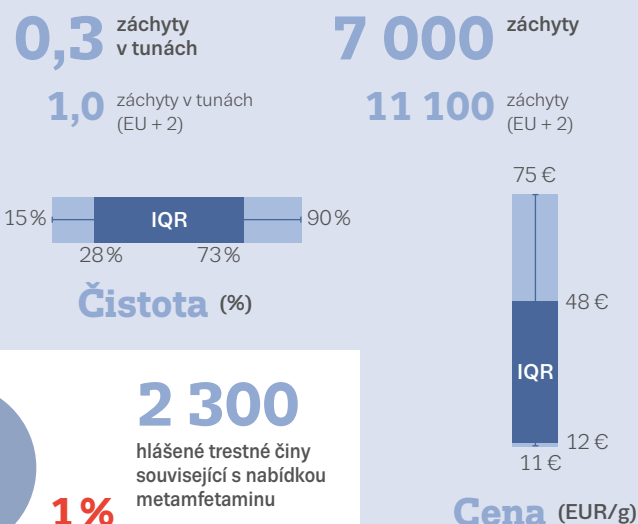
V roce 2012 hlásily členské státy EU 29 000 záchytů amfetaminu, které představovaly 5,5 tuny. Více než polovina celkového množství amfetaminu byla zachycena v Německu, Nizozemsku a Spojeném království (obrázek 1.8). Po období vyšších záchytů, jak z hlediska počtu, tak z hlediska množství, se záchyty amfetaminu v roce 2012 vrátily přibližně na tutéž úroveň jako v roce 2003 (obrázek 1.9). Záchyty metamfetaminu, byť jsou z hlediska počtu i množství malé, se za totéž období zvýšily (obrázek 1.10). V roce 2012 bylo v Evropské unii hlášeno 7 000 záchytů metamfetaminu, což představuje 0,34 tuny. Dalších 4 000 záchytů v objemu 0,64 tuny ohlásilo Turecko a Norsko, které tak společně ohlásily asi dvojnásobek množství zachyceného v Evropské unii.

AMFETAMINY

Amfetamin



Metamfetamin

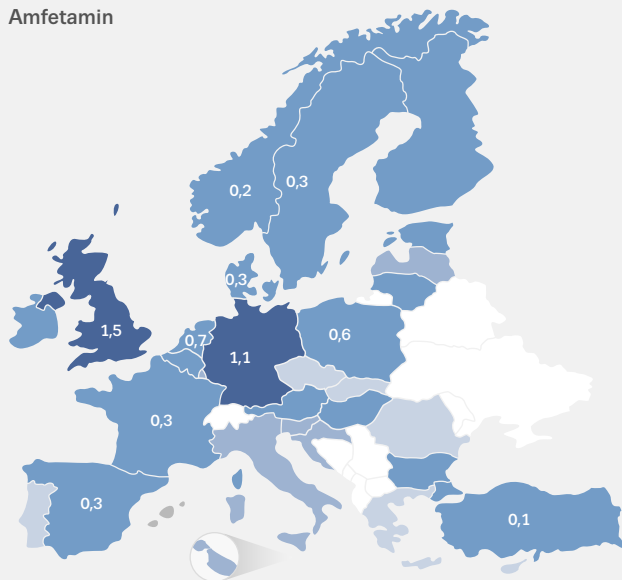


EU + 2 označuje členské státy EU a Turecko a Norsko. Cena a čistota amfetaminů: národní průměrné hodnoty – minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR). Pro metamfetamin nejsou indexy k dispozici. Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

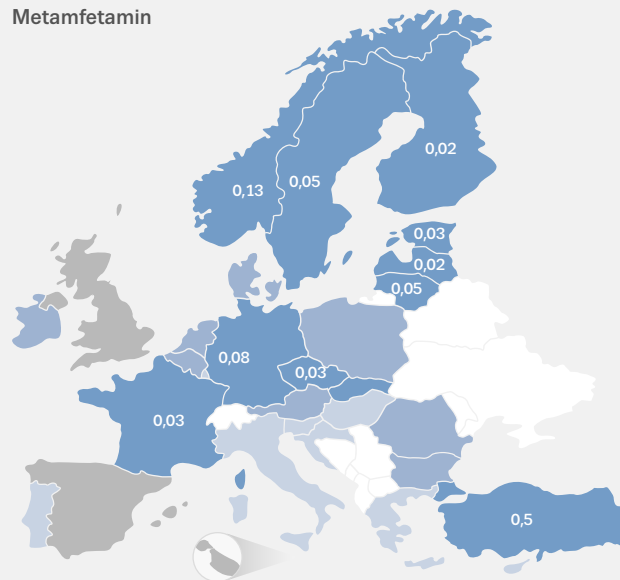
OBRÁZEK 1.8

Zachycené množství amfetaminu a metamfetaminu, 2012

Amfetamin



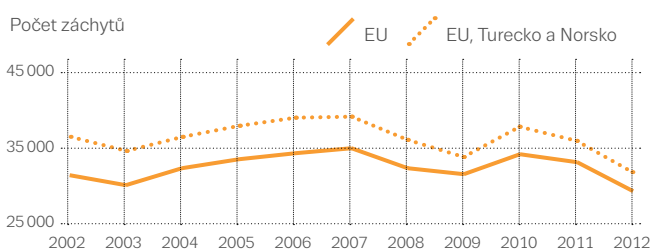
Metamfetamin



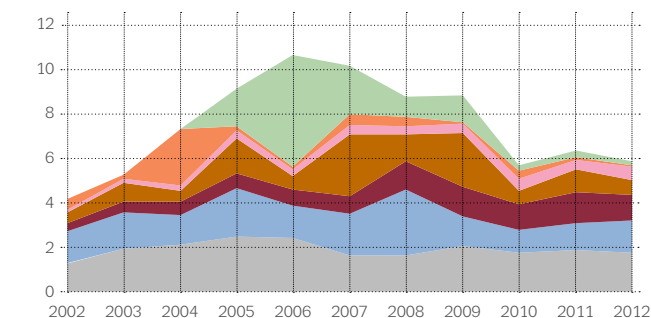
Tuny ■ <0,001 ■ 0,001–0,010 ■ 0,011–1,0 ■ >1,0 ■ Žádné údaje
 Pozn.: zachycená množství (v tunách) v deseti zemích s nejvyššími hodnotami.

OBRÁZEK 1.9

Počet záchytů amfetaminu a zachycené množství, 2002–2012



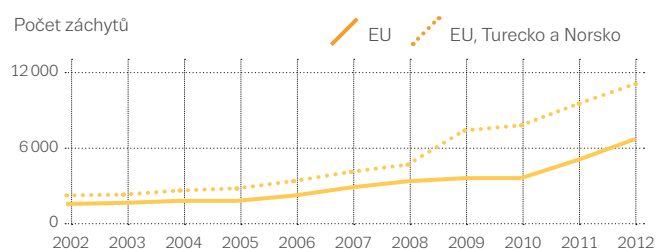
Tuny



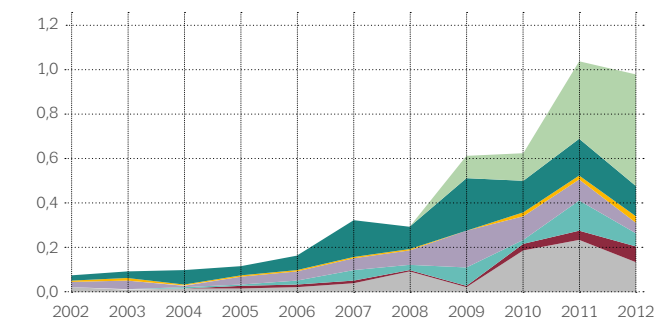
Jiné země ■ Spojené království ■ Německo ■
 Nizozemsko ■ Polsko ■ Belgie ■ Turecko ■

OBRÁZEK 1.10

Počet záchytů metamfetaminu a zachycené množství, 2002–2012



Tuny



Jiné země ■ Německo ■ Litva ■ Švédsko ■
 Česká republika ■ Norsko ■ Turecko ■

Extáze: k dostání prášek vysoké čistoty

Extáze je obvykle označení pro syntetickou látku MDMA (3,4-methylenedioxyamfetamin), která je chemicky příbuzná amfetaminům, avšak liší se do určité míry svými účinky. Tablety prodávané jako extáze však mohou obsahovat kteroukoliv z řady látek podobných MDMA a nepříbuzných chemických látek. Zdá se, že se MDMA v prášku a krystalech stává běžnější, a v některých částech Evropy je dostupný prášek vysoké čistoty.

Výroba extáze v Evropě se zjevně soustředí v Belgii a Nizozemsku, jak dokládá počet laboratoří zlikvidovaných v těchto zemích v posledním desetiletí. Počet laboratoří vyrábějících extázi zlikvidovaných v Evropě klesl z 50 v roce 2002 na tři v roce 2010, z čehož vyplývá velký pokles výroby uvedené drogy. V poslední době se objevují známky ožívání trhu s extází, neboť v Belgii a Nizozemsku bylo v roce 2013 zlikvidováno několik velkých výroben MDMA.

V roce 2012 byly v Evropské unii zachyceny 4 miliony tablet extáze, hlavně v Nizozemsku (2,4 milionu), za kterým následuje Spojené království (0,5 milionu) a Německo (0,3 milionu). Kromě toho Turecko v tomtéž roce zachytilo 3,0 miliony tablet extáze (obrázky 1.11 a 1.12). Množství tablet extáze zachycených v Evropské unii v roce 2012

představuje méně než jednu pětinu množství zachyceného v roce 2002 (23 milionů). Celkově záchyty extáze v letech 2002 až 2009 poklesly, ale v následujících letech se začaly pomalu zvyšovat (obrázek 1.11). Tento trend se také odráží v dostupných údajích o obsahu MDMA v analyzovaných tabletách extáze, který do roku 2009 klesal, ale v posledních třech letech, za něž jsou podávány zprávy, se zvýšil.

Trendy pozorované v nabídce extáze lze zčásti připsat zesíleným kontrolám a cílenému záchytu PMK (piperonylmethylketon), hlavního chemického prekurzoru pro výrobu MDMA. Výrobci extáze na kontroly prekurzorů na základě dostupných údajů zareagovali používáním „pre-prekurzorů“ neboli „maskovaných prekurzorů“, tj. základních chemických látek, které lze legálně dovážet jako nekontrolované látky a poté převádět na prekurzory nezbytné pro výrobu MDMA.

Zdá se, že se MDMA v prášku a krystalech stává běžnější, a v některých částech Evropy je dostupný prášek vysoké čistoty

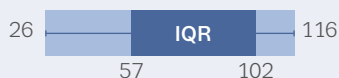
EXTÁZE

4 miliony zadržených tablet

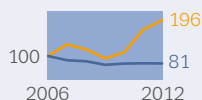
7 miliony zadržených tablet (EU + 2)

11 200 záchyty

16 000 záchyty (EU + 2)



Čistota (MDMA mg/tableta)



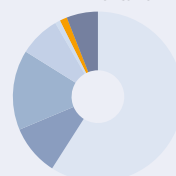
Indexy čistoty a ceny



Cena (EUR/tableta)

3 000 hlášené trestné činy související s nabídkou extáze

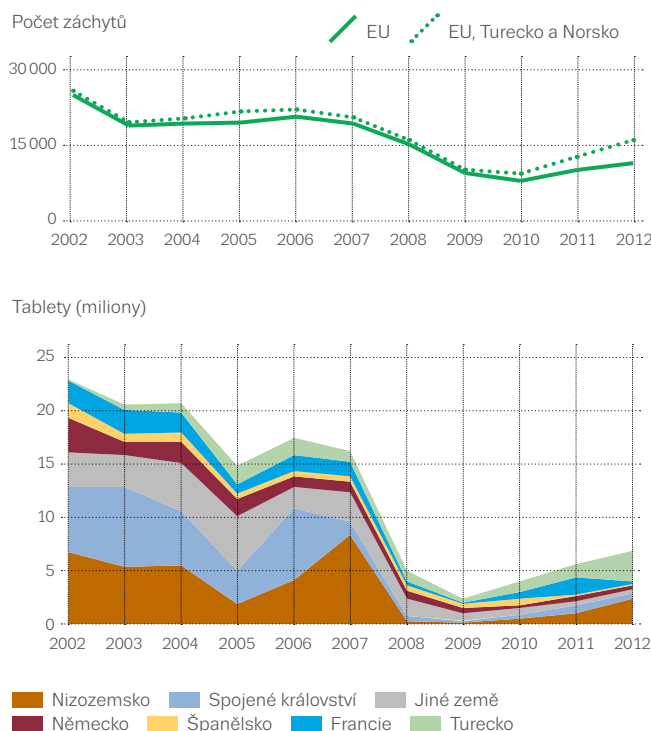
1 % hlášených trestných činů souvisejících s nabídkou extáze



EU + 2 označuje členské státy EU a Turecko a Norsko. Cena a čistota extáze: národní průměrné hodnoty – minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR). Zařazené země se liší podle ukazatelů.

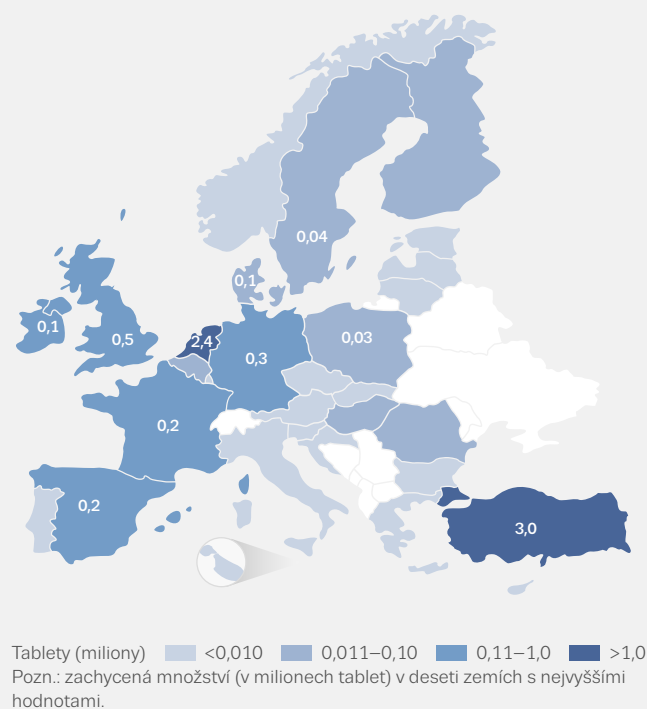
OBRÁZEK 1.11

Počet záchytů extáze a zadržené tablety, 2002–2012



OBRÁZEK 1.12

Množství zachycené extáze, 2012



Katinony, nová třída stimulantů v Evropě

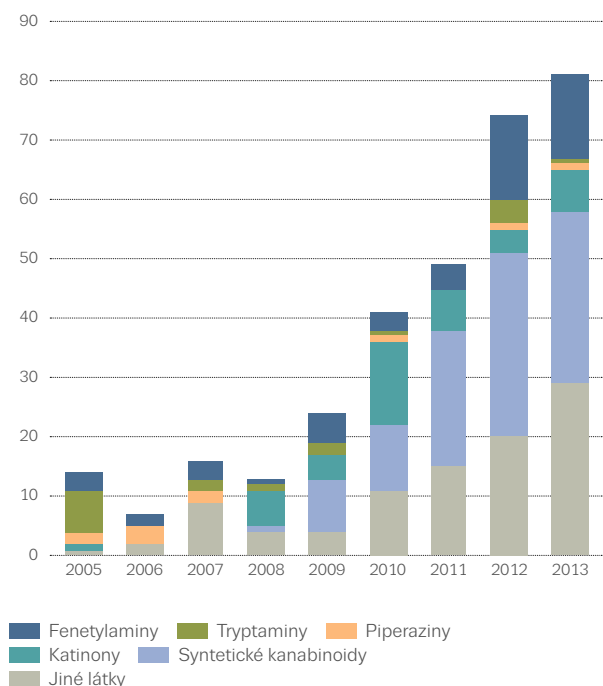
V posledních letech bylo v Evropě zjištěno více než 50 substituovaných derivátů katinonu. Nejznámější příklad, mefedron, se etabloval na trhu se stimulanty v některých zemích. Další katinon, MDPV (3,4-methylenedioxy-pyrovaleron), se na evropském trhu prodává převážně ve formě prášku a tablet jako nová syntetická droga, ale objevuje se také na nelegálním trhu. V letech 2008 až 2013 hlásilo 29 zemí více než 5 500 záchytů práškového MDPV, což představuje přes 200 kilogramů drogy.

Zvyšující se rozmanitost zjištěných nových drog

Analýzu drogového trhu komplikuje výskyt nových drog (nových psychoaktivních látek), což jsou chemické nebo přírodní látky, které podle mezinárodního práva nepodléhají kontrole a jsou vyráběny se záměrem napodobit účinky kontrolovaných drog. V některých případech jsou nové drogy v Evropě vyráběny v tajných laboratořích a prodávány přímo na trhu. Jiné chemické látky jsou dováženy od dodavatelů, často z Číny nebo Indie, a poté jsou atraktivně baleny a uváděny na trh v Evropě jako legálně dostupné psychoaktivní látky (v angličtině se používá termín „*legal highs*“). Tento termín je nevhodným pojmenováním, protože látky mohou být v některých členských státech kontrolovány nebo jsou v rozporu s nařízeními o bezpečnosti spotřebitelů či uvádění na trh, jsou-li prodávány ke spotřebě. Aby se tyto produkty vyvarovaly kontrol, mají často zavádějící označení, například jako „chemikálie pro výzkumné účely“ nebo „výživa pro rostliny“ s prohlášením o vyloučení odpovědnosti, podle kterého produkt není určen k lidské spotřebě.

OBRÁZEK 1.13

Počet a hlavní skupiny nových psychoaktivních látek hlášených do systému včasného varování EU, 2005–2013



V průběhu roku 2013 bylo členskými státy hlášeno prostřednictvím systému včasného varování EU poprvé 81 nových psychoaktivních látek (obrázek 1.13). U dvaceti devíti z těchto látek se jednalo o syntetické kanabinoidy a dalších 30 sloučenin neodpovídalo snadno identifikovatelným chemickým skupinám (včetně rostlin a léků). Bylo také hlášeno 13 nových substituovaných fenetylaminů, sedm syntetických katinonů, tryptamin a piperazin.

**V průběhu roku 2013 bylo
členskými státy hlášeno
prostřednictvím systému
včasného varování EU poprvé
81 nových psychoaktivních
látek**

Hodnocení rizik nových drog

Na evropské úrovni byla provedena hodnocení rizik 4-methylamfetaminu (v roce 2012) a 5-(2-aminopropyl) indolu (v roce 2013) v reakci na objevující se důkazy o škodách, které zahrnovaly 20 úmrtí v krátké době spojených s každou látkou. Obě tyto látky podléhají v celé Evropě kontrolním opatřením. V dubnu 2014 byla zhodnocena rizika čtyř nových psychoaktivních látek (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV a methoxetamin).

25I-NBOMe je substituovaný fenetylamin a potentní plný agonista serotoninového 5-HT_{2A} receptoru, který má zjevně halucinogenní účinky. Na drogovém trhu EU je dostupný minimálně od května 2012. Ve čtyřech členských státech byla hlášena těžká toxicita související s užíváním uvedené látky, včetně jednoho úmrtí, kde byla tato látka odhalena.

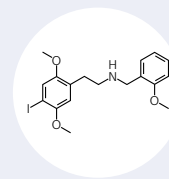
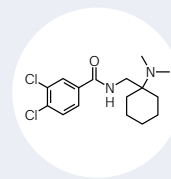
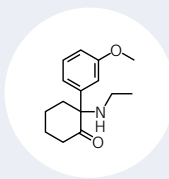
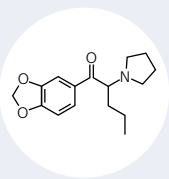
AH-7921 je syntetický opioid, který je v Evropské unii dostupný minimálně od července 2012. Ve většině případů byl zachycen v malých množstvích jako prášek. Tento opioid byl zjištěn u šesti nefatálních intoxikací a patnácti úmrtí ve Švédsku, Spojeném království a Norsku.

MDPV je syntetický derivát katinonu blízko příbuzný pyrovaleronu. Látka MDPV je na drogovém trhu EU minimálně od listopadu 2008 a byla zjištěna až u 107 nefatálních intoxikací a 99 úmrtí, zejména ve Finsku a Spojeném království. Existují určité náznaky, že je prodávána jako „legální“ nebo syntetická verze kokainu, a také byla nalezena v tabletách připomínajících „extázi“.

Methoxetamin je arylcyklohexylamin blízko příbuzný ketaminu a na drogovém trhu EU je dostupný minimálně od září 2010. Byla zachycena mnohakilogramová množství uvedené látky ve formě prášku. Bylo hlášeno dvacet úmrtí a 110 nefatálních intoxikací souvisejících s touto látkou.

Nové psychoaktivní látky se mohou na trhu objevovat pod maskou kontrolované drogy nebo jako alternativa kontrolované drogy. Například 4-methylamfetamin byl prodáván přímo na nelegálním drogovém trhu jako amfetamin, methoxetamin je uváděn na trh jako legální alternativa ketaminu a látka 25I-NBOMe je prodávána jako „legální“ alternativa LSD.

ČTYŘI LÁTKY, U KTERÝCH BYLA V ROCE 2014 ZHODNOCENA RIZIKA



MDPV	Methoxetamin	AH-7921	25-INBOMe	Látka
Katinony	Arylcyklohexylaminy	Opioidy	Fenetylaminy	Skupina drog
2008	2010	2012	2012	Rok prvního nahlášení do systému včasného varování EU
99	20	15	1	Počet úmrtí souvisejících s látkou
107	110	6	15	Počet nefatálních intoxikací
29	24	8	24	Počet zemí, kde byla zjištěna (EU, Turecko a Norsko)
22	9	1	6	Počet zemí, kde podléhá kontrolním opatřením podle právních předpisů (EU, Turecko a Norsko)

Internet jako rozrůstající se trh

Internet hraje při utváření způsobu prodeje drog čím dál tím větší úlohu a pro přerušení nabídky „nových“ i „starých“ drog představuje specifický problém. Vzhledem ke skutečnosti, že výrobci, dodavatelé, obchodníci, služby *webhostingu* a zpracování plateb mohou mít sídlo v různých zemích, je velmi obtížné internet kontrolovat. K těmto problémům přispívá vzrůstající využívání anonymizačních sítí – tzv. „darknetů“ – k prodeji drog překupníkům a konzumentům. Technologie pro přístup na tyto stránky je čím dál tím častěji zabudována do uživatelského softwaru, což tento trh otevírá více lidem. Kromě toho veřejný prodej nových syntetických a rostlinných drog na internetu zjevně zvýšil jejich dostupnost pro distributory a konzumenty. V roce 2013 zjistilo EMCDDA 651 internetových stránek, které prodávaly Evropanům nové psychoaktivní drogy.

Zachyceno více léků

Rostoucí počet nových drog, které jsou odhaleny na drogovém trhu, má legitimní využití jako léky. Někdy jsou prodávány jako léky, v jiných případech jsou prodávány tajně jako nelegální drogy, například heroin, nebo mohou být prodávány jako nové syntetické nebo rostlinné drogy, „chemikálie pro výzkumné účely“, a dokonce jako „doplňky stravy“. K příkladům látek z poslední doby, které na základě dostupných dat injekčně užívají uživatelé opioidů, patří: pregabalin, používaný k léčbě neuropatické bolesti, epilepsie a generalizované úzkosti, tropikamid, používaný

při vyšetření očí k rozšíření zornic, a karfentanil, opioid používaný ke zklidnění velkých zvířat.

K dalším léčivým přípravkům, které byly v poslední době nahlášený do systému včasného varování, patří: fenazepam, benzodiazepin, který je prodáván jako „legální“ benzodiazepin, jako „chemikálie pro výzkumné účely“ a jako kontrolovaný lék diazepam, a fenibut, anxiolytikum používané k léčbě závislosti na alkoholu v Rusku, jež se prodává přes internet jako „doplňek stravy“. Zdrojů těchto léků může být řada: léky s licencí mohou být získávány z regulovaného trhu a léky bez licence mohou být dováženy ze zemí mimo Evropskou unii. Kromě toho mohou být složky drog dováženy ve velkém ze zemí, jako je Čína, pak zpracovány a zabaleny v evropských zemích a prodávány přímo na nelegálním drogovém trhu, na trhu s novými syntetickými nebo rostlinnými drogami nebo na stránkách elektronických obchodů.

**Rostoucí počet nových
drog, které jsou odhaleny
na drogovém trhu, má
legitimní využití jako léky**

VÍCE INFORMACÍ

Publikace EMCDDA

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Pohledy na drogy.

Exploring methamphetamine trends in Europe, dokumenty EMCDDA.

2013

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, hodnocení rizik.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, hodnocení rizik.

Synthetic cannabinoids in Europe, Pohledy na drogy.

Synthetic drug production in Europe, Pohledy na drogy.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, zprávy ze zasedání Trendspotter.

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, hodnocení rizik.

Reakce na nové psychoaktivní látky, Úkol drogy.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

Společné publikace EMCDDA a Europolu

2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone).

2013

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Všechny tyto publikace naleznete na adrese www.emcdda.europa.eu/publications.

2

**Odhadem téměř čtvrtina
dospělých obyvatel Evropské
unie nebolí více než 80 milionů
dospělých užilo někdy v životě
nelegální drogu**

Užívání drog a problémy spojené s užíváním drog

Výraz „užívání drog“ zahrnuje mnoho různých vzorců užívání, které sahají od jednorázového experimentálního užití po návykové a závislostní užívání. Různé vzorce užívání jsou spojeny s různou úrovní rizika a škod. Celkově budou rizika, kterým bude člověk při užívání drog vystaven, ovlivněna faktory včetně kontextu, v němž jsou drogy užívány, zkonsumované dávky, způsobu aplikace, souběžné konzumace jiných látek, počtu a délky epizod užívání drog a zranitelnosti jednotlivých osob.

Monitorování užívání drog a problémů spojených s užíváním drog

Společný přístup k monitorování užívání drog v Evropě je stanoven pěti klíčovými epidemiologickými indikátory EMCDDA. Tyto soubory dat zahrnují: populační průzkumy zaměřené na užívání drog, odhady problémového užívání, úmrtí související s drogami, infekční nemoci a žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním drog. Dohromady představují významný zdroj pro analýzu trendů a vývoje prováděnou EMCDDA. Technické informace o indikátorech naleznete on-line v *oddíle Klíčové indikátory* a v on-line přístupné zprávě s názvem *Evropská zpráva o drogách: Data a statistické přehledy*.

Více než 80 milionů Evropanů má zkušenost s nelegální drogou

Odhadem téměř čtvrtina dospělých obyvatel Evropské unie, což odpovídá více než 80 milionům dospělých, užilo někdy v životě nelegální drogu. Ve většině případů užili konopí (73,6 milionu), přičemž odhady celoživotního užívání kokainu (14,1 milionu), amfetaminů (11,4 milionu) a extáze (10,6 milionu) jsou nižší. Úroveň celoživotní prevalence užití se v jednotlivých zemích značně liší, počínaje zhruba třetinou dospělých v Dánsku, Francii a Spojeném království a konče každou desátou osobou v Bulharsku, Řecku, na Kypru, v Maďarsku, Portugalsku, Rumunsku a Turecku.

Užívání drog mezi studenty

Monitoring užívání látek mezi studenty poskytuje důležitý náhled na rizikové chování současné mládeže a poukazuje na budoucí trendy. V Evropě představuje cenný zdroj pro sledování časových trendů v užívání látek mezi studenty ve věku 15 až 16 let studie ESPAD. Podle nejnovějších údajů z roku 2011 nelegální drogu někdy užil odhadem každý čtvrtý student ve věku 15 až 16 let, ačkoliv úroveň prevalence se v jednotlivých zemích značně liší. Z nelegálních drog tato skupina v drtivé většině užila konopí; 24 % respondentů uvedlo užití v životě, 20 % užití v posledním roce a 12 % v posledním měsíci. V porovnání s dívkami uváděli chlapci 1,5krát častěji užití konopí v posledním měsíci.

Mnozí z těch, kteří uvedli, že někdy užili konopí, látku užili pouze jednou nebo dvakrát. Menšina studentů však uvádí intenzivnější vzorce užívání – asi 2 % uvedla, že užila drogu v posledním měsíci více než 10krát.

Prevalence užívání jiných nelegálních drog než konopí je daleko nižší, ačkoliv v několika zemích bylo zaznamenáno výraznější užívání extáze a amfetaminů. Celkově asi 7 % studentů uvádí zkušenost s více než jednou nelegální drogou v životě. Studie ESPAD také přináší informace o užívání alkoholu a tabáku. Obě tyto látky byly mezi

studenty užívány častěji než konopí a ti, kteří někdy užili konopí, byli také s větší pravděpodobností pravidelnými uživateli alkoholu a tabáku. 19 % studentů uvedlo, že v posledním měsíci kouřilo jednu nebo více cigaret denně, přičemž 4 % kouřilo více než 10 cigaret denně. Téměř dvě třetiny studentů uvedly, že v posledním měsíci alespoň jednou pili alkohol, a 20 % jich bylo v tomto období alespoň jednou intoxikováno.

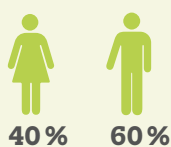
Konopí: odlišné trendy v jednotlivých zemích

Konopí se obvykle kouří a v Evropě se často míchá s tabákem. Vzorce užívání konopí sahají od příležitostného nebo experimentálního až po pravidelné užívání a závislost a problémy jsou do značné míry spojeny s častějším užíváním a vyššími dávkami.

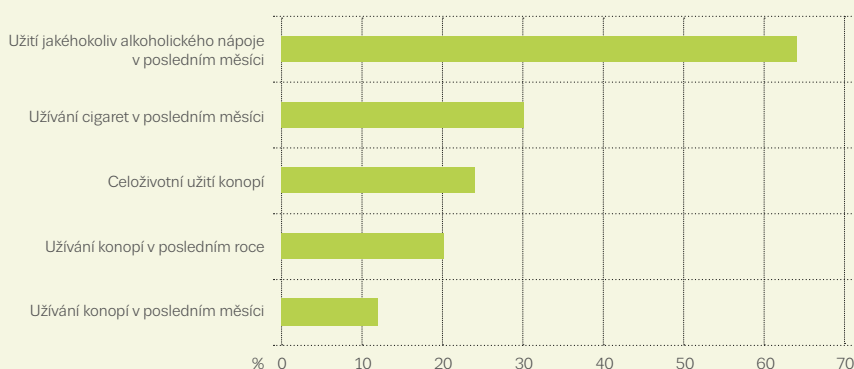
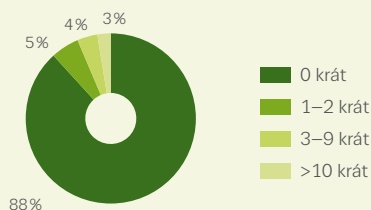
Konopí je nelegální droga, u níž je nejvyšší pravděpodobnost, že ji budou užívat všechny věkové skupiny. V posledním roce užilo konopí podle odhadů 14,6 milionu mladých Evropanů (ve věku 15–34 let) (11,2 % této věkové skupiny), přičemž 8,5 milionu představují osoby ve věku 15–24 let (13,9 %). Konopí užívají obecně více muži, kteří se obvykle vyznačují intenzivnějšími nebo pravidelnými vzorci užívání. Současné trendy v užívání konopí v jednotlivých zemích jsou zjevně odlišné, jak

UŽÍVÁNÍ LÁTEK EVROPSKÝMI STUDENTY VE VĚKU 15 AŽ 16 LET (ESPAD, 2011)

Uživatelé konopí v posledním měsíci podle pohlaví

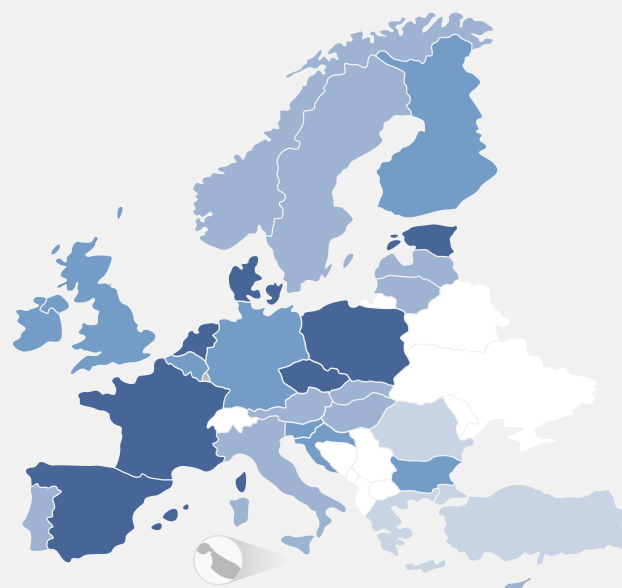
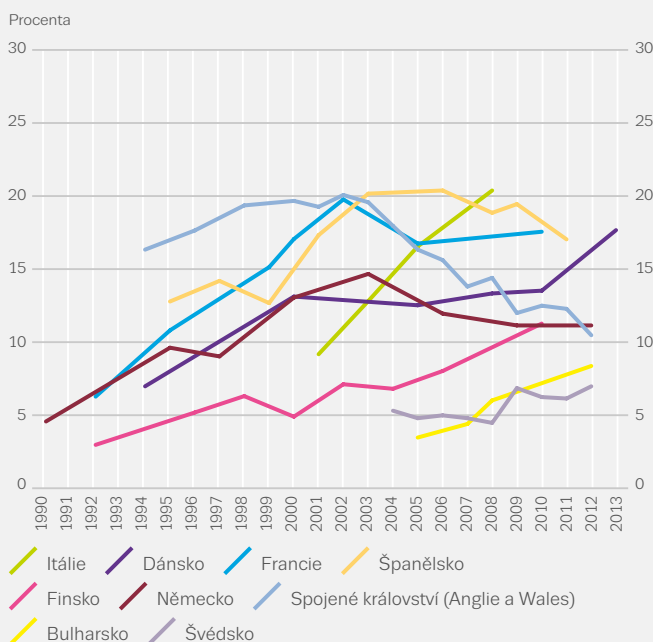


Četnost užívání konopí v posledním měsíci



OBRÁZEK 2.1

Prevalence užití konopí v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let): země se statisticky významnými trendy (vlevo) a nejnovější údaje (vpravo)



dokládá skutečnost, že ze zemí, které od roku 2011 realizovaly nové průzkumy, jich osm hlásilo pokles prevalence v posledním roce a pět naopak zvýšení. O užívání syntetických agonistů kanabinoidních receptorů informuje v současnosti jen málo národních průzkumů; u těch, které tak činí, jsou úrovně prevalence obecně nízké.

Vzrůstající počet zemí má nyní dostatek údajů z průzkumů, které umožňují statistickou analýzu dlouhodobých časových trendů v užívání konopí mezi mladými dospělými (15–34 let). V Dánsku, Finsku a Švédsku lze pozorovat vzestupný trend v užívání konopí v posledním roce mezi mladými dospělými, ačkoliv s různou úrovní prevalence (obrázek 2.1). Naopak míra prevalence v Norsku zůstala poměrně stabilní. Je zajímavé, že Německo, Francie a Spojené království zaznamenaly stabilní nebo klesající trend v užívání v posledním desetiletí, přičemž před tímto obdobím pozorovaly zvýšení. Také Španělsko zaznamenalo v posledním desetiletí nižší prevalence. Společně tyto čtyři země představují téměř polovinu obyvatel EU. Bulharsko a Itálie s kratšími časovými řadami zaznamenaly vzestupné trendy. V poslední době hlásí nižší úroveň prevalence Itálie, ačkoliv vzhledem k různé metodologii nejsou průzkumy plně srovnatelné.

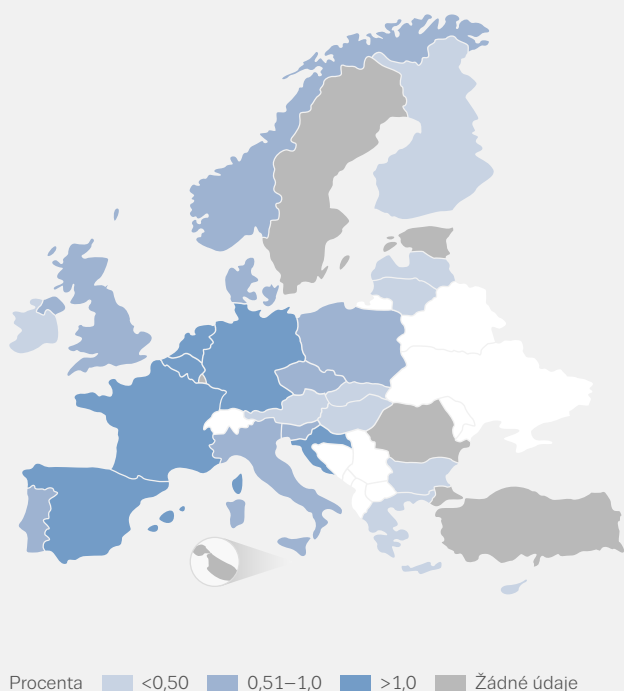
Obavy o uživatele konopí

Menšina uživatelů konopí konzumuje tuto látku intenzivně. Každodenní nebo téměř každodenní užívání konopí je definováno jako užívání dvacet nebo více dnů v posledním měsíci. Podle těchto kritérií je každodenními nebo téměř každodenními uživateli konopí odhadem jen necelé 1 % evropských dospělých. Více než dvě třetiny těchto osob jsou ve věku od 15 do 34 let a v této věkové skupině tvoří přes tři čtvrtiny muži. V zemích, které poskytly údaje, sahá odhadovaný procentuální podíl každodenních nebo téměř každodenních uživatelů mezi mladými dospělými (15–34 let) od 0,1 % na Slovensku po 4,4 % ve Španělsku (obrázek 2.2).

V roce 2012 bylo konopí drogou, kterou klienti nastupující léčbu drogové závislosti poprvé nejčastěji uváděli jako hlavní důvod vyhledání léčby. Poté, co se celkový počet klientů nastupujících léčbu poprvé v letech 2006 až 2011 zvýšil ze 45 000 na 61 000, se v roce 2012 stabilizoval (59 000). Konopí bylo druhou nejčastěji uváděnou drogou mezi všemi klienty, kteří nastoupili léčbu v roce 2012 (110 000). Lze si však povšimnout značných rozdílů mezi jednotlivými zeměmi, počínaje 2 % všech klientů nastupujících léčbu závislosti na konopí jako primární drogy v Bulharsku a konče 66 % v Maďarsku. Tuto různorodost lze vysvětlit rozdílnými postupy odesílání klientů do léčby, rozdílnými právními předpisy, rozdílnými

OBRÁZEK 2.2

Prevalence každodenního a téměř každodenního užívání konopí mezi mladými dospělými (15–34 let)



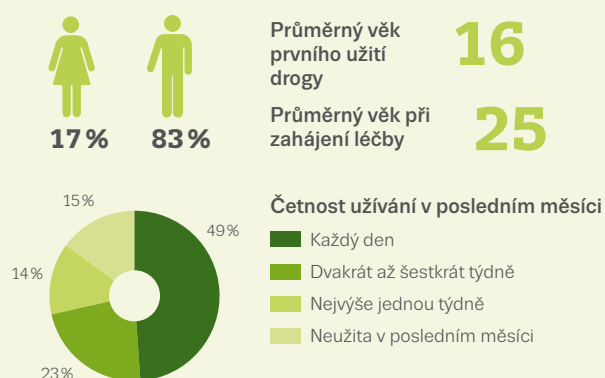
typy dostupných služeb v oblasti léčby a rozdílnou mírou prevalence užívání konopí v jednotlivých zemích.

Akutní stavy související s konopím a syntetickými kanabinoidy

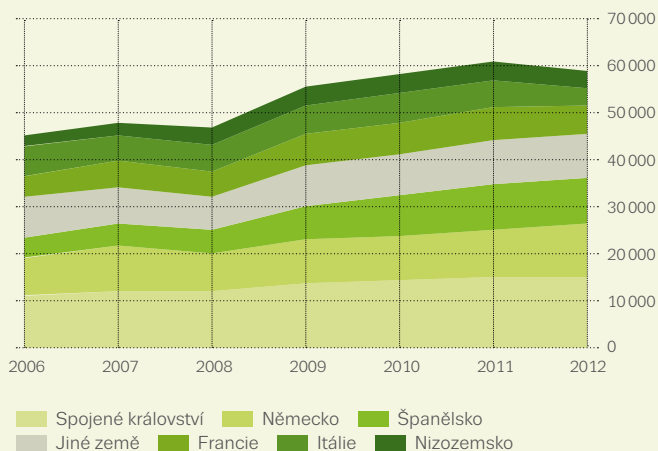
Ačkoliv je to vzácné, mohou po užití konopí, zvláště ve vysokých dávkách, nastat akutní stavy. V zemích s vyšší úrovní prevalence jsou akutní stavy způsobené konopím zjevně narůstajícím problémem. Nedávný nárůst akutních stavů způsobených užíváním konopí hlásí Česká republika, Dánsko a Španělsko. K většině akutních stavů způsobených konopím dochází u mladých mužů a často jsou spojeny s intoxikací alkoholem. Příznaky mohou zahrnovat úzkost, psychózu nebo jiné psychiatrické příznaky a ve většině případů nevyžadují hospitalizaci. Dalším znepokojivým vývojem je objevení syntetických kanabinoidů. Tyto látky jsou nesmírně potentní, ale nejsou chemicky podobné konopí, a proto mohou vést k jiným a potenciálně vážnějším zdravotním následkům. Ačkoliv naše současné chápání zdravotních následků konzumace těchto látek zůstává omezené, zprávy o akutních nepříznivých následcích spojených s jejich užíváním budí narůstající obavy.

UŽIVATELÉ KONOPÍ NASTUPUJÍCÍ LÉČBU

Charakteristika



Trendy u klientů nastupujících léčbu poprvé



Pozn.: charakteristiky se vztahují na všechny klienty nastupující léčbu, jejichž primární drogou je konopí. Trendy se vztahují na klienty nastupující léčbu poprvé, jejichž primární drogou je konopí. Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

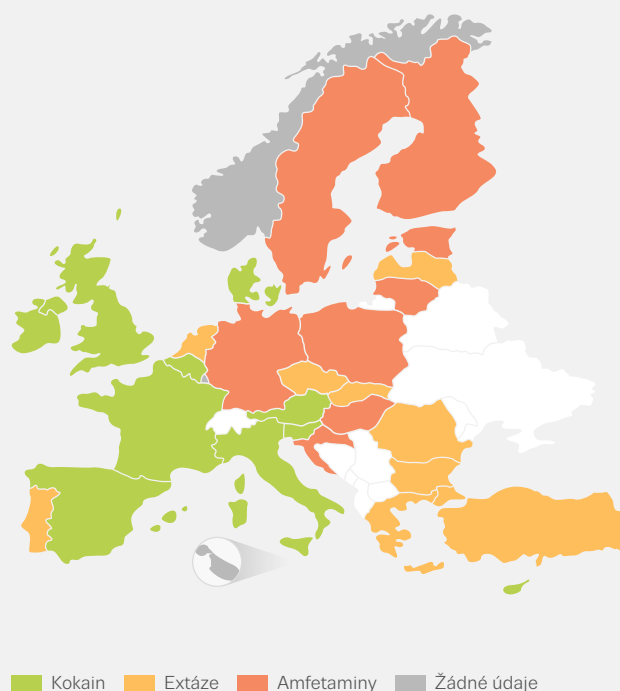
Geografické rozdíly ve vzorcích užívání stimulancií

Nejběžněji užívanými nelegálními stimulanty v Evropě jsou kokain, amfetaminy a extáze, ačkoliv pro stimulující účinky mohou být nelegálně užívány i některé méně známé látky, včetně piperazinů (např. BZP, benzylpiperazin) a syntetických katinonů (např. mefedron a MDPV). Vysoké úrovně užívání stimulantů jsou spíše spojovány se specifickým prostředím tanečních akcí a podniků noční zábavy, kde se tyto drogy užívají často v kombinaci s alkoholem.

Údaje z průzkumů ilustrují geografické rozdíly vzorců užívání stimulantů v Evropě. Kokain je častější na jihu a západě Evropy, amfetaminy jsou běžnější ve středoevropských a severních zemích a extáze – byť s nízkou úrovní prevalence – je nejčastějším stimulantem v zemích na jihu a východě (obrázek 2.3). Údaje z analýzy odpadních vod provedené v rámci studie v řadě evropských měst také ukazují rozdíl v regionálních vzorcích užívání. Poměrně vysoké koncentrace amfetaminu byly zjištěny ve vzorcích odpadních vod z řady měst v severní a severozápadní Evropě, kdežto nejvyšší hladina

OBRÁZEK 2.3

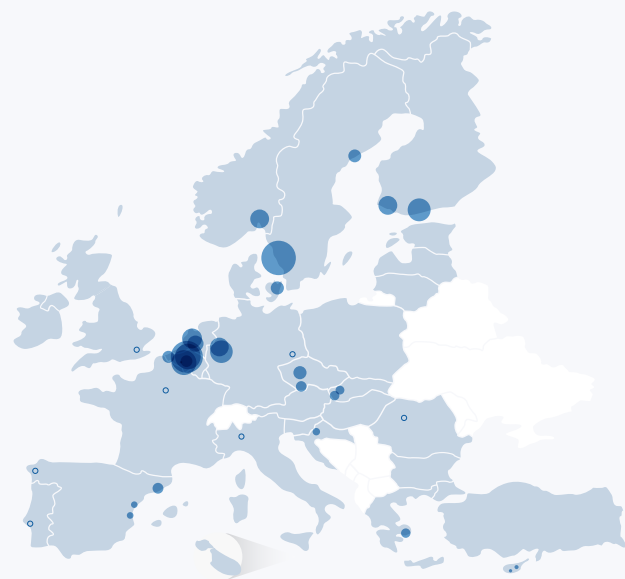
Převládající stimulační droga podle prevalence v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let)



OBRÁZEK 2.4

Amfetaminy v odpadních vodách vybraných evropských měst

Amfetamin



Metamfetamin

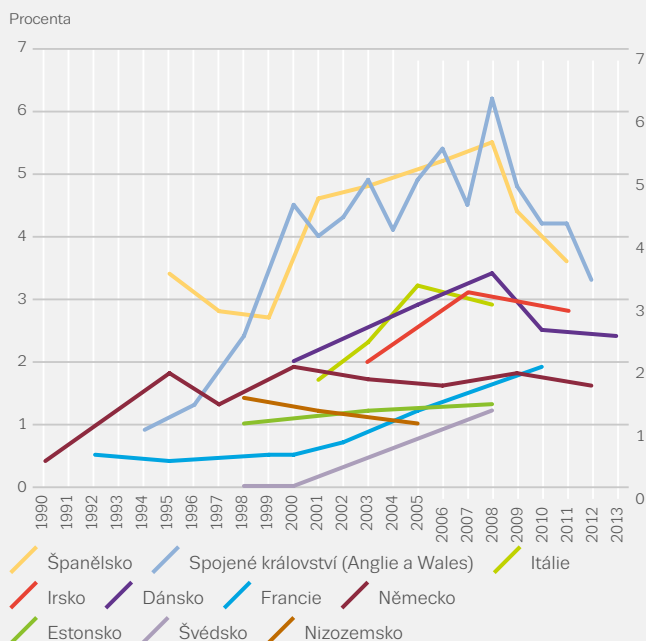


mg/1 000 obyvatel/den 0 10 50 100 200 300

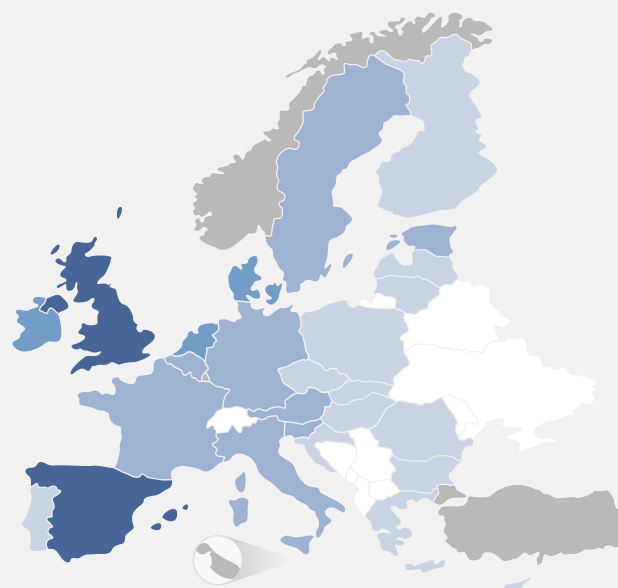
Pozn.: střední denní množství amfetaminů v miligramech na 1 000 obyvatel ze vzorků odebíraných po dobu jednoho týdne v roce 2013.
Zdroj: základní skupina pro analýzu odpadních vod v Evropě (SCORE)

OBRÁZEK 2.5

Prevalence užití kokainu v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let):
vybrané trendy (vlevo) a nejnovější údaje (vpravo)



Pozn.: trendy v deseti zemích s nejvyšší prevalencí a třemi nebo více průzkumy.



metamfetaminu byla zjištěna ve městech v České republice a na Slovensku (obrázek 2.4).

Kokain: prevalence dále klesá

Kokain se primárně šňupe, ale někdy se aplikuje též injekčně, zatímco crack se obvykle kouří. U pravidelných uživatelů lze zhruba rozlišovat mezi sociálně integrovanými uživateli, kteří mohou tuto drogu užívat příležitostně, a spíše marginalizovanými uživateli drog, kteří kokain užívají, často společně s opioidy, v rámci chronického problému s drogami. Pravidelné užívání kokainu je spojováno s kardiovaskulárními příhodami, neurologickými problémy a problémy v oblasti duševního zdraví, se zvýšeným rizikem úrazů a závislosti. Injekční užívání kokainu a užívání cracku je spojeno s největšími zdravotními riziky, včetně přenosu infekčních nemocí.

Kokain je nejčastěji užívanou stimulační drogou v Evropě, ačkoliv většinu uživatelů lze nalézt v omezeném počtu zemí. Odhaduje se, že přibližně 2,2 milionu mladých dospělých ve věku 15 až 34 let (1,7 % z této věkové skupiny) užilo kokain v posledním roce.

Vzhledem k dlouhodobějším trendům v užívání kokainu bylo v Dánsku, Španělsku a Spojeném království, které hlásily poměrně vysokou míru prevalence, možné po vrcholu v roce 2008 pozorovat pokles (obrázek 2.5). Většina ostatních zemí vykazuje stabilní nebo sestupné trendy.

Pokles v užívání kokainu lze také vypočítat z většiny nejnovějších údajů, kdy 11 z 12 zemí, kde byly v letech 2011 až 2013 provedeny celopopulační průzkumy, hlásí pokles prevalence.

**Kokain je nejčastěji
užívanou stimulační
drogou v Evropě**

Setrvalý pokles počtu žádostí o léčbu závislosti na kokainu

Pouze čtyři země mají relativně nové odhady intenzivního nebo problémového užívání kokainu a ty je obtížné porovnat, jelikož použité definice se liší. V roce 2012 u dospělé populace Německo odhadovalo „závislost na kokainu“ na 0,20 %, Itálie stanovila odhad ve výši 0,26 % pro osoby „potřebující léčbu závislosti na kokainu“ a v roce 2011 Španělsko odhadovalo „vysoce rizikové užívání kokainu“ na 0,4 %. Za období 2010/2011 Spojené království odhadlo užívání cracku u dospělé populace v Anglii na 0,49 %, ačkoliv většina z nich byla také uživateli opioidů.

Kokain byl jako primární droga uváděn u 14 % všech hlášených klientů nastupujících specializovanou léčbu drogové závislosti v roce 2012 (55 000) a u 18 % osob, které léčbu nastupovaly poprvé (26 000). Mezi zeměmi jsou rozdíly, přičemž zhruba 90 % všech klientů závislých na kokainu bylo uváděno pouze pěti zeměmi (Německo, Španělsko, Itálie, Nizozemsko a Spojené království). Společně těchto pět zemí představuje něco málo přes polovinu obyvatel EU. Počet klientů nastupujících léčbu závislosti na kokainu jako primární droze poprvé v životě v posledních letech klesá, z maximální hodnoty 38 000

v roce 2008 na 26 000 v roce 2012. Velkou část tohoto poklesu lze připsat snížení počtu hlášenému z Itálie. V roce 2012 uvedl primární užívání cracku pouze malý počet (2 300) klientů nastupujících léčbu poprvé, přičemž z tohoto počtu představovalo zhruba dvě třetiny Spojené království a valnou většinu zbývajících třetiny Španělsko a Nizozemsko.

Kokain je také zodpovědný za akutní hospitalizace a úmrtí. Uvedená droga může být také příčinou části úmrtnosti připisované kardiovaskulárním příhodám. I když údaje v této oblasti jsou omezené, 19 zemí hlásilo v roce 2012 více než 500 zjištěných případů úmrtí spojených s kokainem.

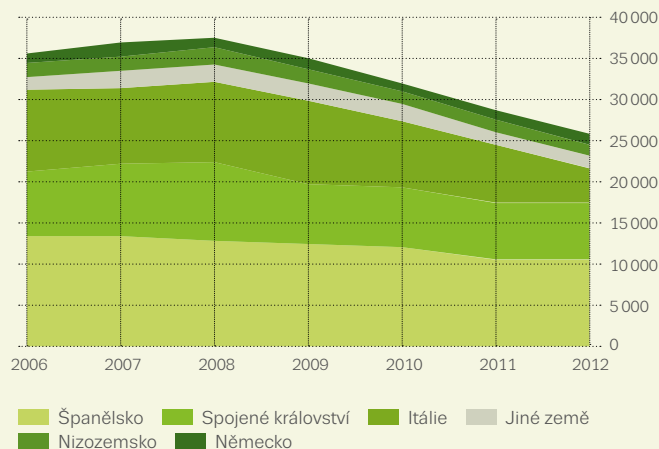
**19 zemí hlásilo v roce 2012
více než 500 zjištěných
případů úmrtí spojených
s kokainem**

UŽIVATELÉ KOKAINU NASTUPUJÍCÍ LÉČBU

Charakteristika



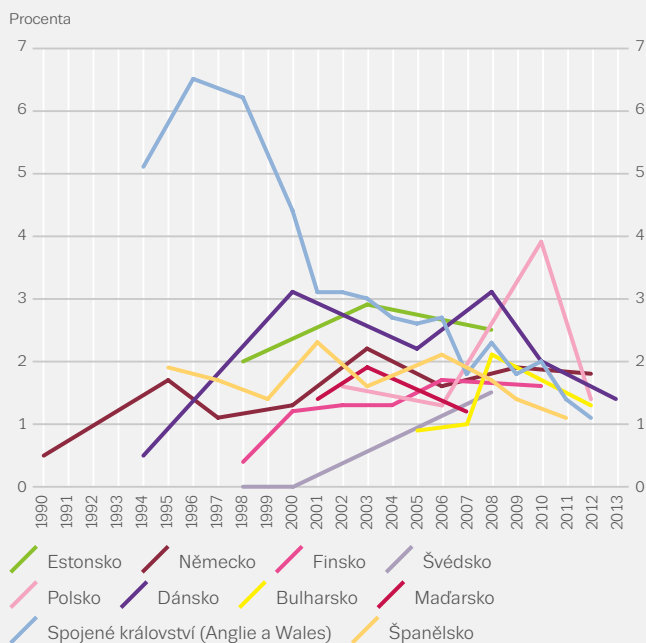
Trendy u klientů nastupujících léčbu poprvé



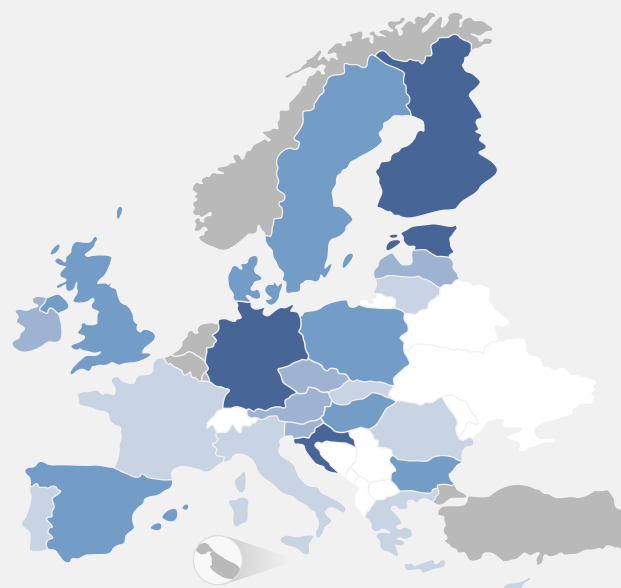
Pozn.: charakteristiky se vztahují na všechny klienty nastupující léčbu, jejichž primární drogou je kokain/crack. Trendy se vztahují na klienty nastupující léčbu poprvé, jejichž primární drogou je kokain/crack. Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

OBRÁZEK 2.6

Prevalence užití amfetaminů v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let): vybrané trendy (vlevo) a nejnovější údaje (vpravo)



Pozn.: trendy v deseti zemích s nejvyšší prevalencí a třemi nebo více průzkumy



Procenta <0,5 0,51–1,0 1,1–1,5 >1,5 Žádné údaje

Amfetaminy: klesající rozsah užívání, ale přetrvávající zdravotní rizika

V Evropě se užívá amfetamin i metamfetamin, dva úzce spojené stimulanty, ačkoliv amfetamin je daleko dostupnější. Konzumace metamfetaminu je historicky omezena na Českou republiku a v poslední době na Slovensko, ačkoliv to se nyní mění.

Obě drogy lze užívat orálně a šňupáním, v některých zemích je mezi problémovými uživateli drog běžná injekční aplikace. Metamfetamin lze také kouřit, ale tento způsob aplikace je v Evropě hlášen teprve poslední dobou.

Nepříznivé zdravotní důsledky spojené s užíváním amfetaminů zahrnují kardiovaskulární, dýchací a neurologické problémy a potíže v oblasti duševního zdraví, zatímco injekční užívání je rizikovým faktorem pro infekční nemoci. Stejně jako u jiných stimulantů lze úmrtí související s amfetaminy obtížně rozpoznat. Každý rok jsou však hlášeny malé počty, obvykle zeměmi, kde je vysoká úroveň prevalence.

Odhaduje se, že amfetaminy užilo v posledním roce asi 1,2 milionu (0,9 %) mladých dospělých (15–34 let). V letech 2007 až 2012 zůstávala odhadovaná roční prevalence užívání mezi mladými dospělými ve většině evropských zemí na poměrně nízké a stabilní úrovni, přičemž úroveň prevalence se ve všech zemích podávajících zprávy pohybovaly nejvýše kolem 2,5 %. Z 12 zemí s průzkumy od roku 2011 jich 11 ohlásilo klesající úroveň prevalence amfetaminu (obrázek 2.6).

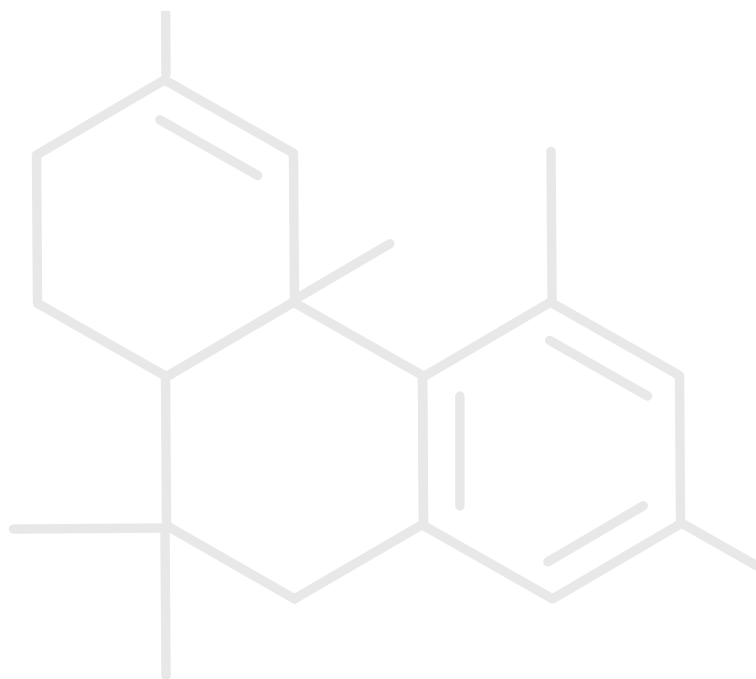


Užívání amfetaminů, jev s mnoha aspekty

Česká republika i Slovensko hlásí dlouhodobé zakořeněné vzorce užívání metamfetaminu, přičemž nejnovější odhady problémového užívání mezi dospělými (15–64 let) činí za Českou republiku asi 0,42 % (2012) a na Slovensku 0,21 % (2007). Nedávno byly také hlášeny náznaky problémového užívání metamfetaminu mezi vysoce rizikovými uživateli drog v některých regionech Německa a v Řecku, na Kypru, v Lotyšsku a Turecku. Patří sem znepokojivé známky kouření krystalické formy metamfetaminu mezi subpopulacemi injekčních uživatelů opioidů v jihoevropských zemích. Kromě toho byly v některých velkých evropských městech zaznamenány nové trendy v injekčním užívání mezi malými skupinami mužů, kteří mají pohlavní styk s muži.

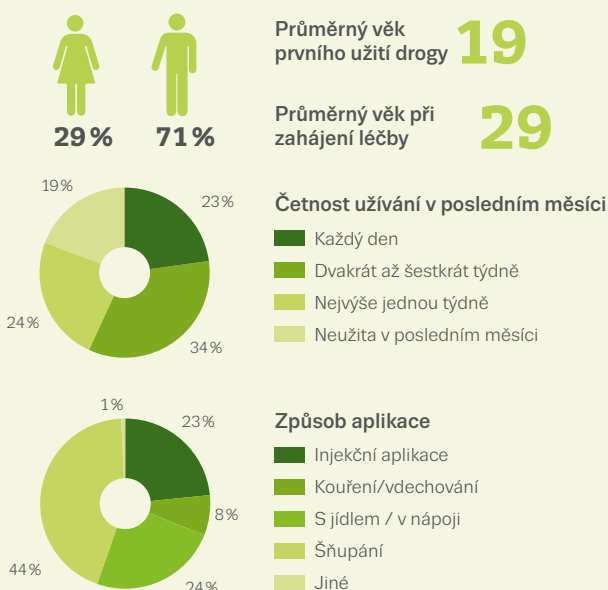
Přibližně 6 % klientů nastupujících specializovanou léčbu drogové závislosti v Evropě v roce 2012 uvádí jako svou primární drogu amfetaminy (přibližně 25 000 klientů, z nichž 10 000 nastoupilo léčbu poprvé v životě). Primární uživatelé amfetaminu tvoří značné procento hlášených nástupů do první léčby pouze v Německu, Lotyšsku a Polsku, zatímco metamfetamin uvádí jako svou primární drogu velká část klientů nastupujících poprvé léčbu v České republice a na Slovensku. Za nedávné zvýšení počtu klientů nastupujících léčbu poprvé kvůli amfetaminům je

odpovědné převážně Německo a za zvýšení počtu klientů závislých na metamfetaminu nastupujících poprvé léčbu Česká republika a Slovensko.

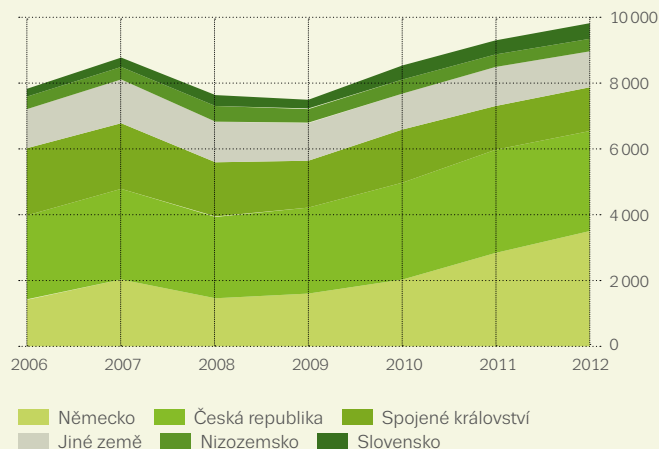


UŽIVATELÉ AMFETAMINŮ NASTUPUJÍCÍ LÉČBU

Charakteristika



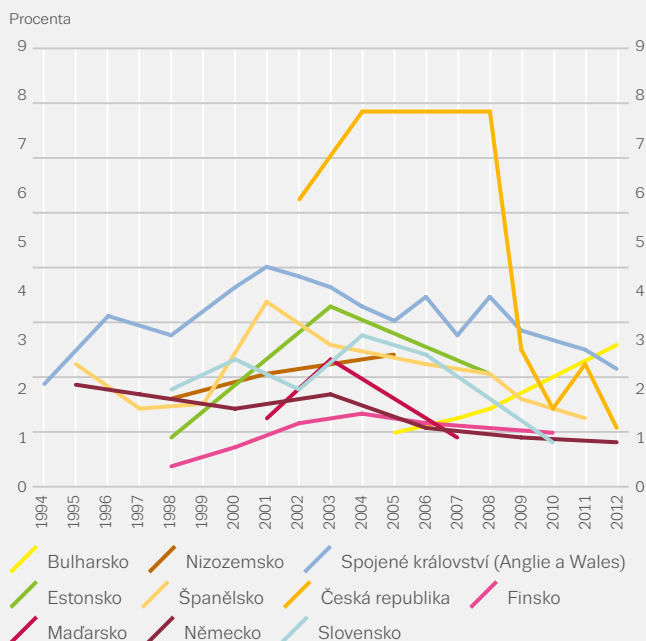
Trendy u klientů nastupujících léčbu poprvé



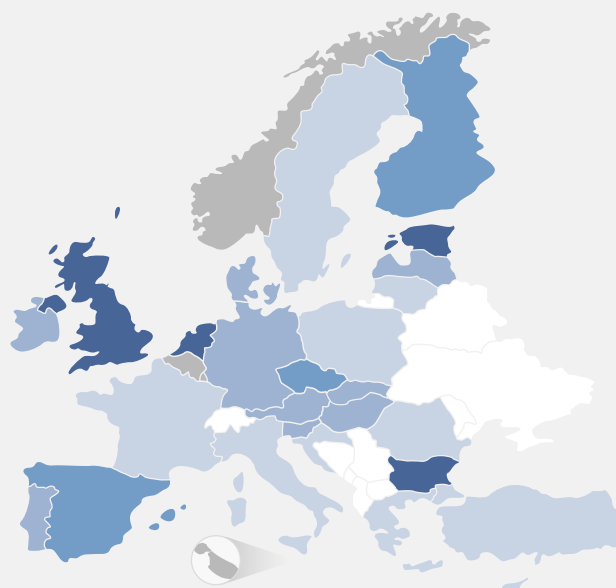
Pozn.: charakteristiky se vztahují na všechny klienty nastupující léčbu, jejichž primární drogou jsou amfetaminy. Trendy se vztahují na klienty nastupující léčbu poprvé, jejichž primární drogou jsou amfetaminy. Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

OBRÁZEK 2.7

Prevalence užití extáze v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let): vybrané trendy (vlevo) a nejnovější údaje (vpravo)



Pozn.: trendy v deseti zemích s nejvyšší prevalencí a třemi nebo více průzkumy.



Procenta <0,5 0,51–1,0 1,1–2,0 >2,0 Žádné údaje

Užívání extáze: nízké a stabilní trendy u běžné populace

Extáze je obvykle označení pro syntetickou látku MDMA. Droga se běžně užívá ve formě tablet, ale je také dostupná jako krystaly či prášek; obvykle se polyká nebo šňupe. Užívání extáze je historicky spojeno se scénou elektronické taneční hudby a soustředí se na mladé dospělé, zejména mladé muže. K problémům spojeným s užíváním této drogy patří akutní hypertermie a problémy v oblasti duševního zdraví. Úmrtí související s extází jsou hlášena, ale jsou vzácná.

Odhaduje se, že 1,3 milionu mladých dospělých (15–34 let) užilo extázi v posledním roce (1,0 % z této věkové skupiny), a odhady jednotlivých zemí se pohybují od méně než 0,1 % po 3,1 %. Spotřeba této drogy v Evropě charakteristicky dosáhla svého vrcholu v období let 2000 až 2005 a poté začala klesat (obrázek 2.7). V letech 2007 až 2012 většina zemí uváděla stabilní nebo klesající trendy v užívání extáze. S výjimkou Bulharska, kde je od roku 2005 prevalence na vzestupu, je tento pokles zřejmý u všech 12

zemí, které od roku 2011 uvádějí data z celopopulačních průzkumů. V roce 2012 nastoupilo léčbu z důvodu problémů souvisejících s extází jen málo uživatelů: extázi uvedlo v Evropě jako primární drogu méně než 1 % (zhruba 550 klientů) hlášených klientů nastupujících léčbu poprvé.

**V letech 2007 až 2012
většina zemí uváděla
stabilní nebo klesající
trendy v užívání extáze**

Syntetické katinony: obavy vzbuzuje injekční užívání

V některých zemích si místo na trhu s nelegálními stimulanty nyní vytvořily syntetické katinony, jako mefedron a MPDV. Z omezených dostupných informací vyplývá, že úroveň prevalence užívání těchto látek zůstává nízká. Opakované průzkumy, které zahrnují katinony, má pouze Spojené království (Anglie a Wales). V nejnovějším průzkumu (2012/2013) se užití mefedronu mezi dospělými ve věku 16 až 59 let v posledním roce odhaduje na 0,5 %, což je oproti 1,1 % v letech 2011/2012 a 1,4 % v letech 2010/2011 pokles. Také výsledky nereprezentativního průzkumu mezi pravidelnými návštěvníky klubů ve Spojeném království ukazují pokles užití mefedronu v posledním roce (z 19,5 % v roce 2011 na 13,8 % v roce 2012).

Obavy nadále vzbuzuje injekční aplikace katinonů, včetně mefedronu, MDPV a pentedronu, jež je hlášena u různých populací, včetně injekčních uživatelů opioidů, klientů v léčbě drogové závislosti, vězňů a malých populací mužů, kteří mají pohlavní styk s muži. Nárůst počtu žádostí o léčbu v souvislosti s problémy s užíváním syntetických katinonů hlásí Maďarsko, Rumunsko a Spojené království. V Rumunsku uvedl nové psychoaktivní látky jako primární drogu vyšší podíl klientů nastupujících léčbu poprvé (37 %) než u heroinu (21 %). V letech 2011/2012 nastoupilo léčbu ve Spojeném království odhadem 1 900 uživatelů mefedronu, přičemž více než polovina z nich byla mladší 18 let.

Nízká míra užívání halucinogenů, GHB a ketaminu

Na nelegálním drogovém trhu v Evropě je dostupná řada psychoaktivních látek s halucinogenními, anestetizujícími a sedativními účinky: tyto látky mohou být užívány samostatně, společně nebo místo jiných běžnějších drog. Celkové úrovně prevalence užívání halucinogenních hub a LSD (diethylamid kyseliny D-lysergové) v Evropě jsou po řadu let všeobecně nízké a stabilní. Mezi mladými dospělými (15–34 let) uvádějí národní průzkumy odhady prevalence v posledním roce u halucinogenních hub od 0 % do 0,8 % a u LSD od 0 % do 0,7 %.

Od poloviny 90. let 20. století je v určitých podskupinách uživatelů drog v Evropě zaznamenáváno rekreační užívání ketaminu a kyseliny gammahydroxymáselné (GHB). Stále častěji jsou odhalovány zdravotní problémy související s těmito látkami, například poškození močového měchýře spojené s dlouhodobým užíváním ketaminu. Ztráta vědomí, abstinenční syndrom a závislost jsou rizika spojená

s užíváním GHB, přičemž několik žádostí o léčbu hlásí Belgie a Nizozemsko.

Existují-li, zůstávají národní odhady prevalence užívání GHB a ketaminu v dospělé populaci i školní populaci na nízké úrovni. Dánsko hlásí prevalenci užití ketaminu v posledním roce u mladých dospělých (15–34 let) ve výši 0,3 % a Spojené království užití ketaminu v posledním roce u osob ve věku 16 až 24 let ve výši 0,8 %, což je oproti vrcholu 2,1 % v roce 2010 pokles. Cílené průzkumy v prostředí noční zábavy obvykle uvádějí vyšší úroveň prevalence. Mezi respondenty internetového průzkumu ve Spojeném království z roku 2013, kteří se označili za pravidelné návštěvníky klubů, hlásilo 31 % užití ketaminu v posledním roce a 2 % užití GHB v posledním roce.

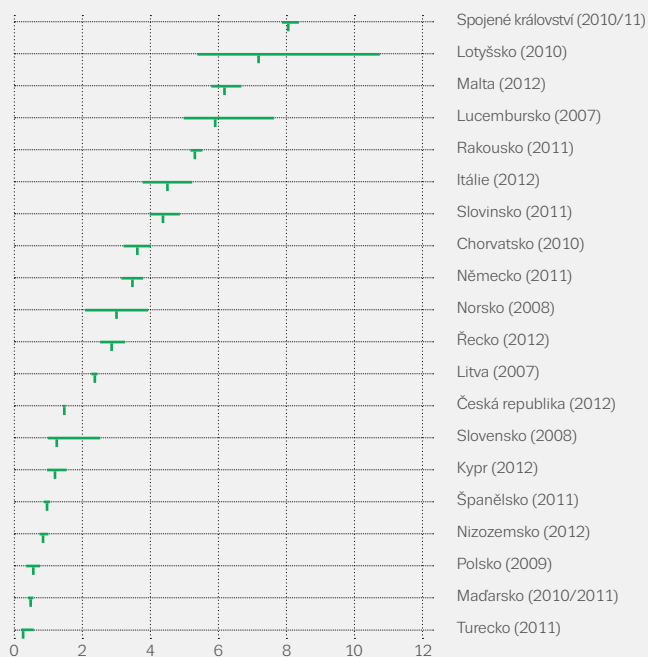
Na nelegálním drogovém trhu v Evropě je dostupná řada psychoaktivních látek s halucinogenními, anestetizujícími a sedativními účinky



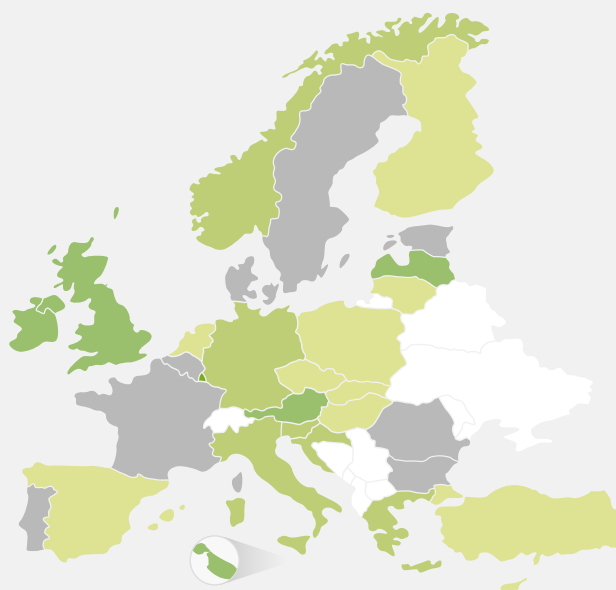
OBRÁZEK 2.8

Národní odhady prevalence problémového užívání opioidů v posledním roce

Případy na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let



Pozn.: údaje uvedené jako bodové odhady a intervaly spolehlivosti.



Míra na 1 000 obyvatel: <2,50, 2,51–5,0, >5,0
 Žádné údaje

Pozn.: údaje za Finsko pocházejí z roku 2005 a za Irsko z roku 2006.

Opioidy: 1,3 milionu problémových uživatelů

Užívání opioidů má stále nepoměrně velký podíl na nemocnosti a úmrtnosti v důsledku užívání drog v Evropě. Hlavním opioidem užívaným v Evropě je heroin, který lze kouřit, šňupat nebo aplikovat injekčně. Na černém trhu je dostupná i celá řada dalších syntetických opioidů, buprenorfin, metadon a fentanyl. Užívání opioidů bývá nejvyšší u marginalizovaných populací v městských oblastech.

Evropa zažila několik vln závislosti na heroinu: první, která postihla mnoho západoevropských zemí od poloviny 70. let 20. století, a druhou, která dopadla na střední a východní Evropu v druhé polovině 90. let. Ačkoliv trendy se v posledním desetiletí měnily, všeobecně se nyní zdá, že počet nových uživatelů heroinu klesá.

Průměrná prevalence problémového užívání opioidů mezi dospělými (15–64 let) se odhaduje na 0,4 % neboli 1,3 milionu problémových uživatelů opioidů v Evropě v roce 2012. Na národní úrovni se odhady prevalence problémového užívání opioidů pohybují mezi méně než jedním a zhruba osmi případy na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let (obrázek 2.8).

Heroin: setrvalý pokles počtu žádostí o léčbu

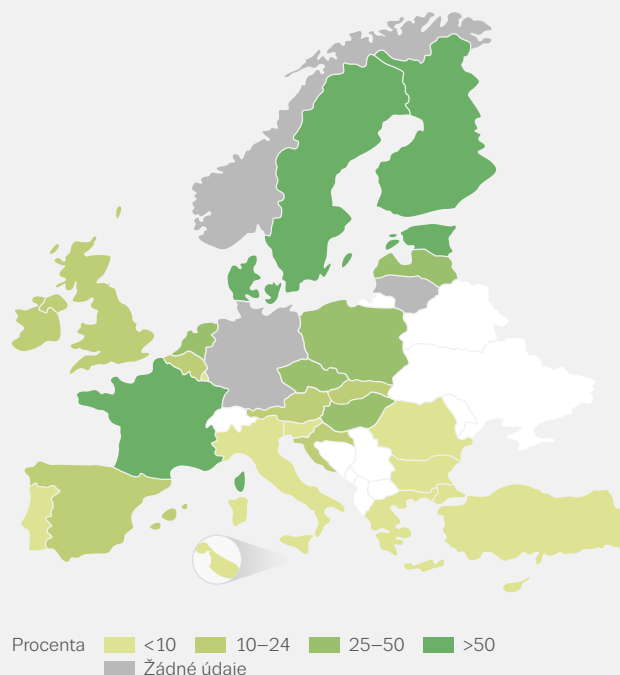
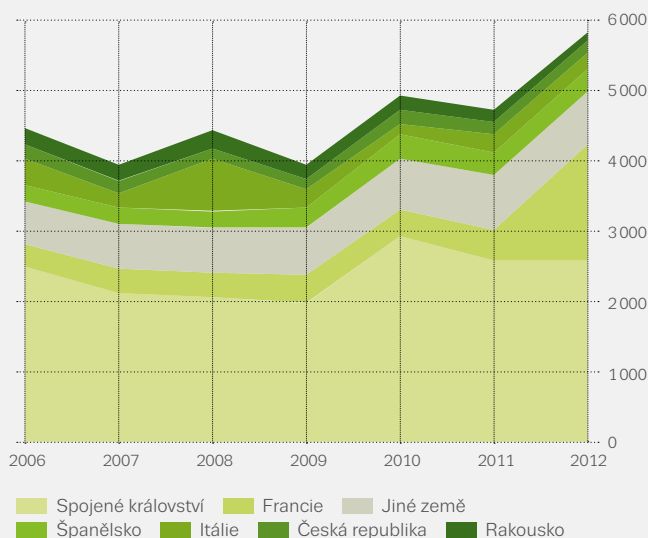
Klienti užívající jako primární drogu opioidy, především heroin, představují 46 % všech uživatelů drog, kteří v roce 2012 nastoupili v Evropě specializovanou léčbu (180 000 klientů), a zhruba 26 % osob, které nastoupily léčbu poprvé. V Evropě jsou celkové počty nových klientů užívajících heroin na sestupu, protože klesly z maxima ve výši 59 000 v roce 2007 téměř o polovinu na 31 000 v roce 2012. Celkově se zdá, že růst počtu nových uživatelů heroinu bude nejspíš na ústupu a že to má v současnosti dopad na žádosti o léčbu.

Opioidy jiné než heroin: obavy narůstají

V roce 2012 ve většině evropských zemí (17) více než 10 % klientů nastupujících poprvé specializovanou léčbu závislosti na opioidech zneužívalo jiné opioidy než heroin (obrázek 2.9). Patří k nim metadon, buprenorfin a fentanyl. V některých zemích tyto drogy představují nejběžnější formu užívání opioidů. V Estonsku užívala většina osob nastupujících léčbu závislosti na opioidech nelegální fentanyl, zatímco ve Finsku je většina klientů užívajících opioidy primárními uživateli buprenorfinu.

OBRÁZEK 2.9

Klienti poprvé nastupující léčbu závislosti na opioidech jiných než heroin: trendy v počtech (vlevo) a jako procento všech klientů nastupujících léčbu poprvé, jejichž primární drogou jsou opioidy (vpravo)

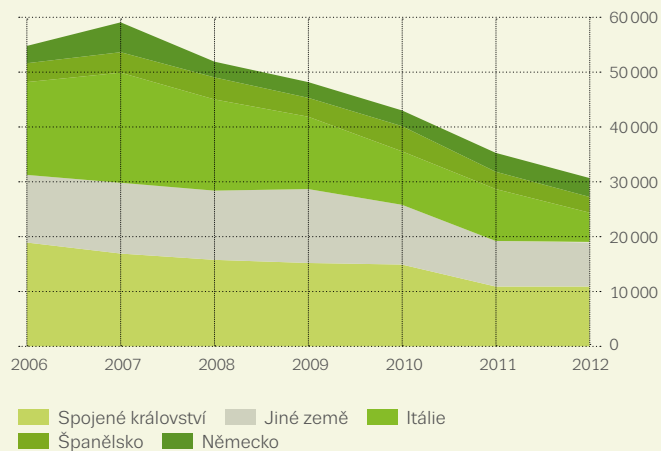


UŽIVATELÉ HEROINU NASTUPUJÍCÍ LÉČBU

Charakteristika



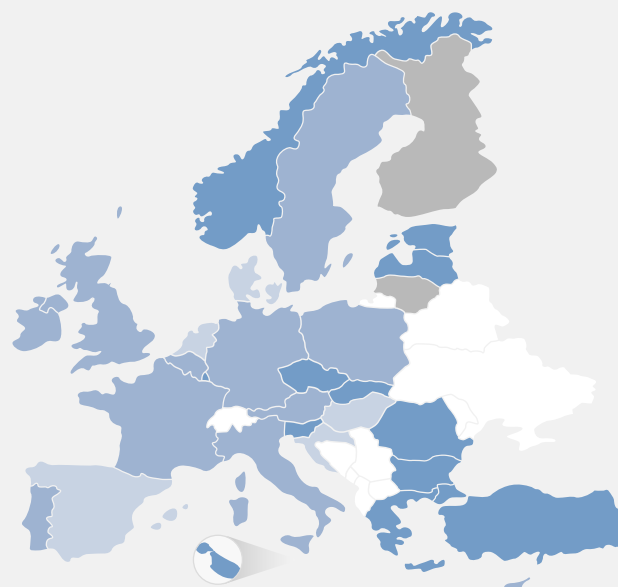
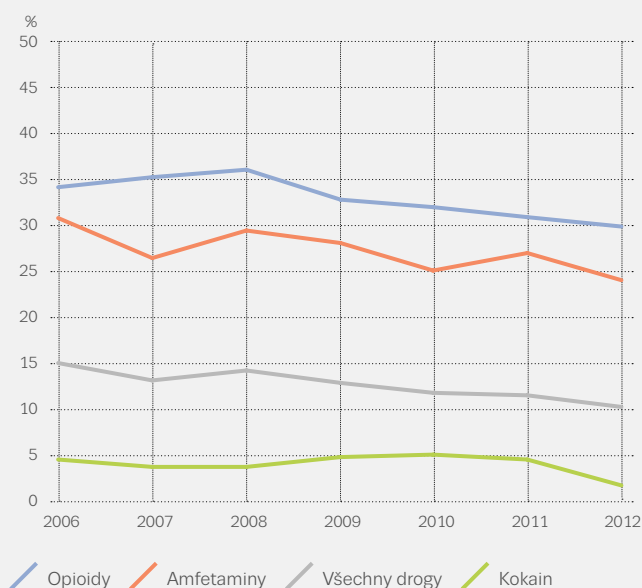
Trendy u klientů nastupujících léčbu poprvé



Pozn.: charakteristiky se vztahují na všechny klienty nastupující léčbu, jejichž primární drogou je heroin. Trendy se vztahují na klienty nastupující léčbu poprvé, jejichž primární drogou je heroin. Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

OBRÁZEK 2.10

Prevalence injekční aplikace v posledním měsíci mezi klienty nastupujícími léčbu: trendy mezi novými klienty nastupujícími léčbu (vlevo), vnitrostátní míry mezi všemi klienty nastupujícími léčbu (vpravo)

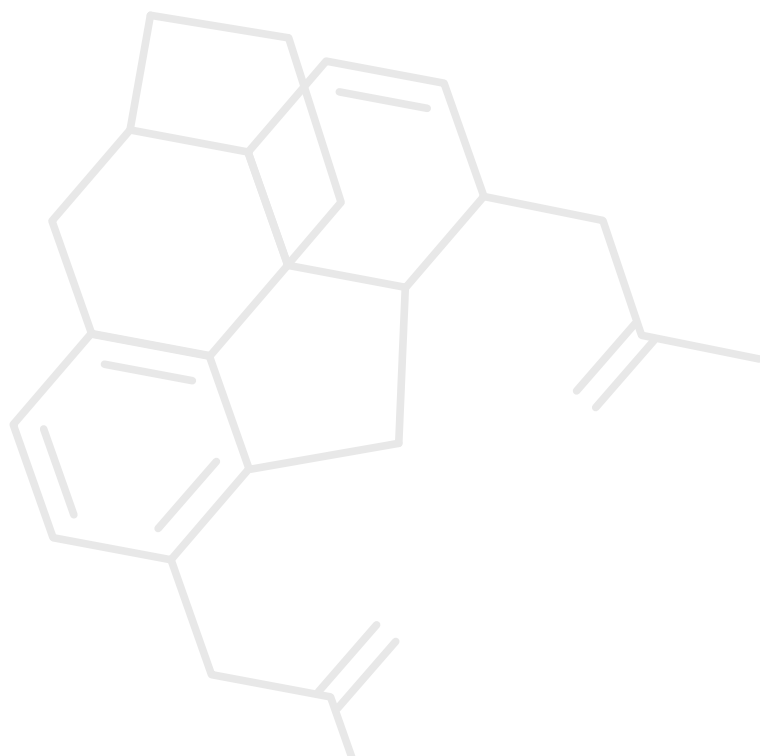


Procenta 0–10 11–20 >20 Žádné údaje

Injekční užívání drog: dlouhodobý pokles

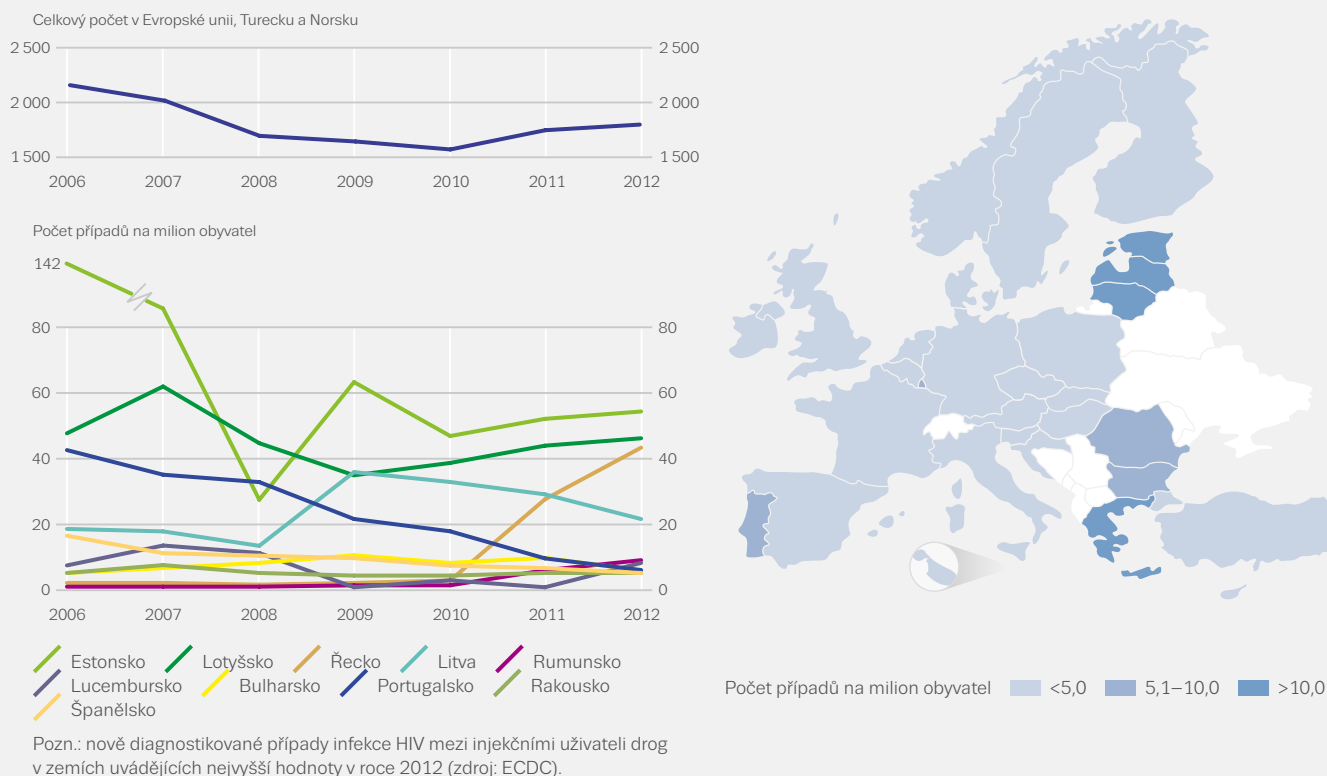
Injekční uživatelé drog patří k osobám, u nichž je nejvyšší riziko zdravotních problémů plynoucích z užívání drog, jako jsou infekce přenášené krví nebo předávkování drogami. Injekční aplikace je běžně spojena s užíváním opioidů, ačkoliv v několika zemích je velkým problémem injekční užívání amfetaminů. Dvanáct zemí má nové odhady prevalence injekčního užívání drog, pohybující se od méně než jednoho případu až po přibližně šest případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let. Mezi klienty nastupujícími specializovanou léčbu uvádí injekční aplikaci drogy 38 % klientů užívajících opioidy a 23 % klientů užívajících amfetaminy. Úroveň injekční aplikace mezi klienty užívajícími opioidy se v jednotlivých zemích liší a pohybují se od méně než 6 % v Nizozemsku až po 100 % v Litvě.

Analýza časových trendů v Evropě mezi klienty nastupujícími léčbu poprvé naznačuje, že injekční užívání jako hlavní způsob aplikace od roku 2006 pokleslo (obrázek 2.10). Ve stejném časovém období také poklesl podíl nových klientů, kteří uvádějí, že si v posledním měsíci injekčně aplikovali amfetaminy, kokain nebo opioidy.



OBRÁZEK 2.11

Nově diagnostikované infekce HIV v souvislosti s injekčním užíváním drog: trendy (vlevo) a nejnovější údaje (vpravo)



HIV: vzplanutí nákazy mají dopad na trend v EU

Injekční užívání drog je stále důležitým mechanismem pro šíření infekčních nemocí přenášovaných krví, jako je virová hepatitida typu C a v některých zemích HIV/AIDS. Nejnovější statistiky ukazují, že dlouhodobý pokles počtu nových infekcí HIV v Evropě by mohl být přerušen v důsledku vzplanutí nákazy mezi injekčními uživateli drog v Řecku a Rumunsku (obrázek 2.11). V roce 2012 průměrná míra hlášených nových infekcí HIV připisovaná injekčnímu užívání drog činila 3,09 případu na milion osob. Ačkoliv čísla je třeba podrobit revizi, v roce 2012 se objevilo 1 788 nově hlášených případů, což bylo o něco více než v roce 2011 (1 732), a pokračoval tak vzestupný trend sledovaný od roku 2010.

Zatímco v roce 2010 se Řecko a Rumunsko na celkovém počtu nově hlášených infekcí podílely jen více než 2 %, do roku 2012 se toto číslo zvýšilo na 37 %. V jiných zemích, jako je Španělsko a Portugalsko, které v minulosti zažily období s vysokou mírou infekcí, jsou trendy v míře hlášených nových infekcí nadále na sestupu. Méně příznivá je však situace v Estonsku, kde míra hlášených nových infekcí zůstává vysoká, a v Lotyšsku, kde se roční míra od roku 2009 zvyšuje.

Úmrtnost související s HIV je nejlépe zdokumentovanou nepřímou příčinou smrti mezi uživateli drog. Nejnovější odhad naznačuje, že v roce 2010 zemřelo v Evropě zhruba 1 700 osob na HIV/AIDS, které lze připsat injekčnímu užívání drog, a že trend je sestupný. Značný a zvyšující se počet úmrtí mezi injekčními uživateli drog mají pravděpodobně na svědomí i choroby jater, zejména v důsledku nákazy VHC a často zhoršené nadměrnou konzumací alkoholu.

Úmrtnost související s HIV je nejlépe zdokumentovanou nepřímou příčinou úmrtí mezi uživateli drog

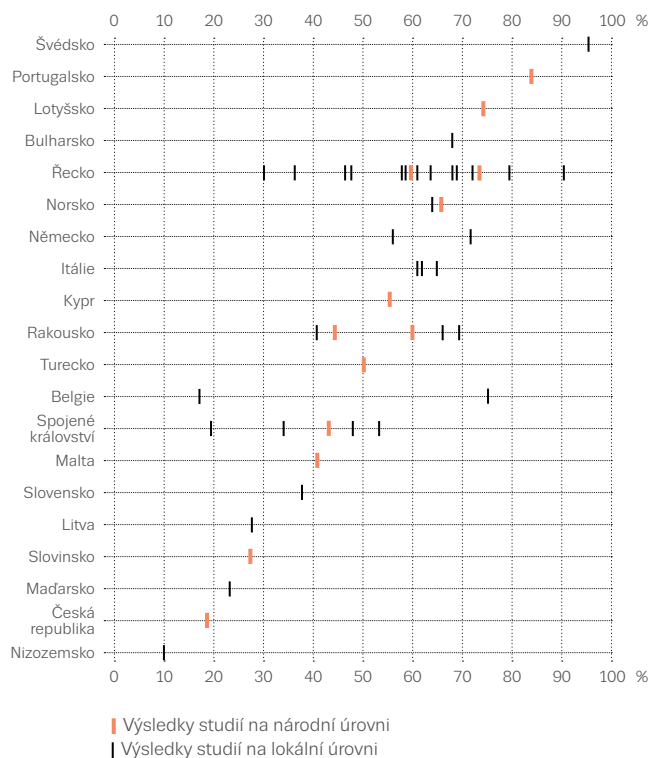
Hepatitida a další infekce: velké problémy v oblasti zdraví

Virová hepatitida, zvláště infekce způsobená virem hepatitidy typu C (VHC), má mezi injekčními uživateli drog v celé Evropě vysokou prevalenci. Výskyt protilátek VHC v národních vzorcích injekčních uživatelů drog se v letech 2011–2012 pohyboval přibližně v rozmezí od 19 do 84 %, přičemž sedm zemí z jedenácti s národními údaji uvádí míru prevalence přesahující 50 % (obrázek 2.12). Mezi zeměmi s národními údaji o trendech za období 2007–2012 byla klesající prevalence VHC u injekčních uživatelů drog uváděna v Norsku, zatímco sedm dalších zemí zaznamenalo nárůst.

Při vypočtení průměru všech osmnácti zemí, pro něž jsou údaje za období 2011–2012 k dispozici, zastupují injekční uživatelé drog 64 % všech případů infekcí VHC a 50 % akutních případů hlášených infekcí VHC, u kterých je kategorie rizika známa. U hepatitidy typu B představují injekční uživatelé drog 9 % všech infekcí a 21 % akutních případů infekce. Užívání drog může být rizikovým faktorem pro další infekční nemoci včetně hepatitidy typu A a D, pohlavně přenosných chorob, tuberkulózy, tetanu a botulismu. V Evropě jsou také ojediněle hlášena vzplanutí

OBRÁZEK 2.12

Výskyt protilátek VHC mezi injekčními uživateli drog, 2011/2012



Osoby, které zemřou na předávkování drogami, jsou obvykle ve věku 35 nebo více let a jejich průměrný věk v době úmrtí stoupá

infekce antraxu, pravděpodobně způsobená kontaminovaným heroinem. Například v období od června 2012 do března 2013 bylo hlášeno 15 případů antraxu souvisejících s drogami, z nichž sedm skončilo smrtí.

Úmrtí v důsledku předávkování: celkově pokles, ale v některých zemích nárůst

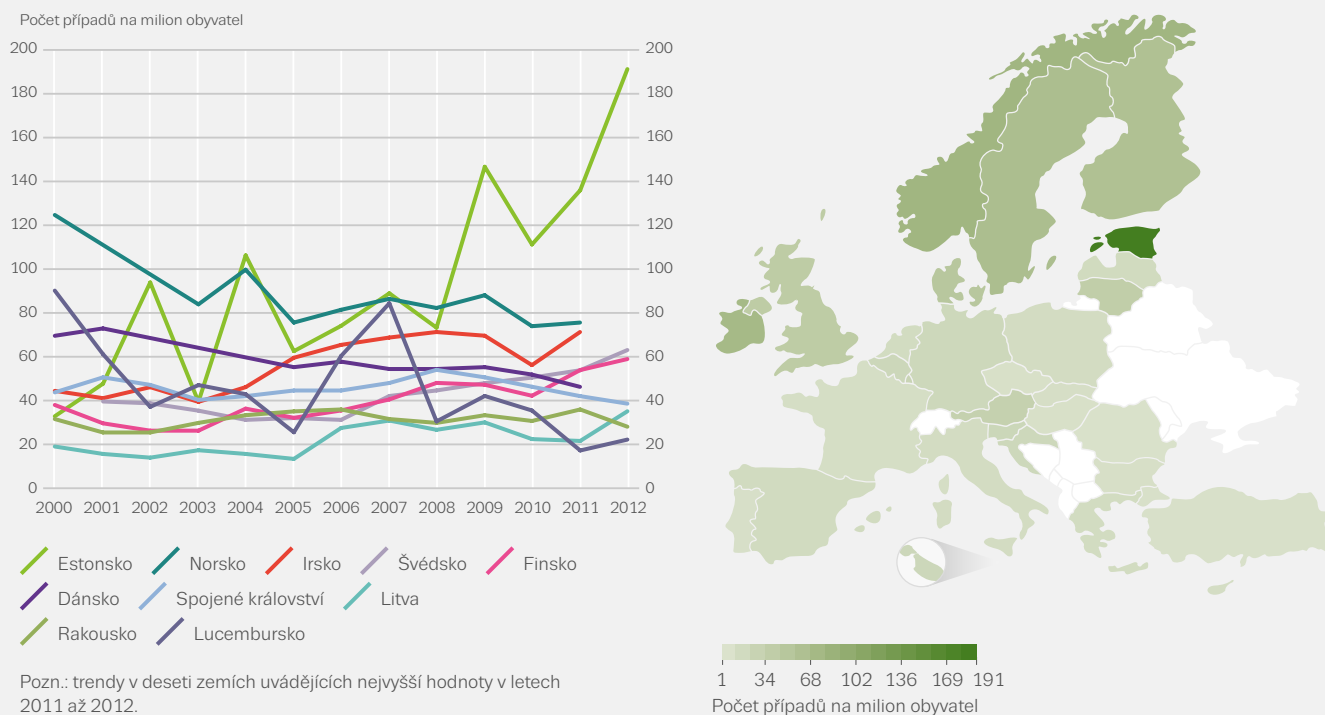
Užívání drog je jednou z hlavních příčin úmrtí mezi mladými lidmi v Evropě jak přímo v důsledku předávkování (přímá drogová úmrtí), tak nepřímo v důsledku nemoci a nehod souvisejících s užíváním drog, násilí a sebevražd. Většina studií kohort problémových uživatelů drog uvádí míru úmrtnosti v rozmezí 1–2 % ročně a podle odhadů v Evropě každý rok zemře 10 000 až 20 000 uživatelů opioidů. Celkově mají uživatelé opioidů alespoň 10krát vyšší pravděpodobnost, že zemřou, než jejich vrstevníci téhož věku a pohlaví. U uživatelů opioidů v některých zemích může být riziko úmrtí až 30krát vyšší než u jejich vrstevnic.

Předávkování drogami je nadále hlavní příčinou smrti problémových uživatelů drog. Ve většině hlášených smrtelných předávkování je přítomen heroin nebo jeho metabolity, často v kombinaci s jinými látkami, například s alkoholem nebo benzodiazepiny. Kromě heroinu jsou v toxikologických zprávách pravidelně uváděny i jiné opioidy. Patří k nim metadon, buprenorfin, fentanyl a tramadol, přičemž některé země uvádějí, že tyto látky jsou zodpovědné za podstatný podíl úmrtí v důsledku předávkování. Ve dvou zemích je vyšší počet předávkování souvisejících s metadonem než s heroinem. Ve většině případů, kde je zjištěn metadon, oběť není v době smrti v substituční léčbě, ale v rámci polyvalentního užívání drog užila metadon, který unikl na černý trh.

I když úmrtí související s drogami u velmi mladých lidí vzbuzují značné obavy, pouze 10 % úmrtí v důsledku předávkování hlášených v Evropě se týká osob mladších 25 let. Osoby, které zemřou na předávkování drogami, jsou obvykle ve věku 35 nebo více let a jejich průměrný věk v době úmrtí stoupá, což naznačuje výskyt stárnoucí

OBRÁZEK 2.13

Úmrtnost vyvolaná drogami mezi dospělými (15–64 let): vybrané trendy (vlevo) a nejnovější údaje (vpravo)



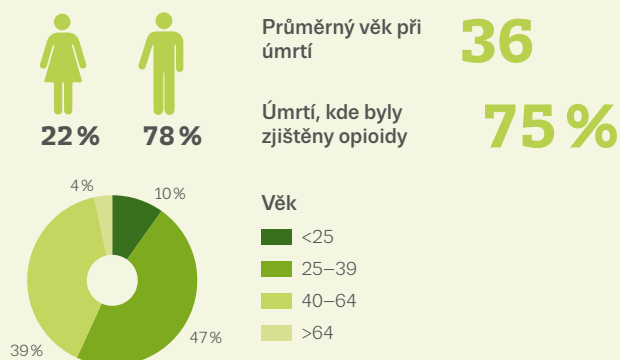
kohorty problémových uživatelů opioidů. Většinu předávkovaných (78 %) tvoří muži.

Pro rok 2012 se v Evropě odhaduje průměrná úmrtnost v důsledku předávkování na 17 úmrtí na milion obyvatel ve věku 15–64 let. Míra úmrtnosti v jednotlivých zemích se značně liší a ovlivňují ji faktory, jako vzorce užívání drog, zejména injekční užívání, charakteristika populací

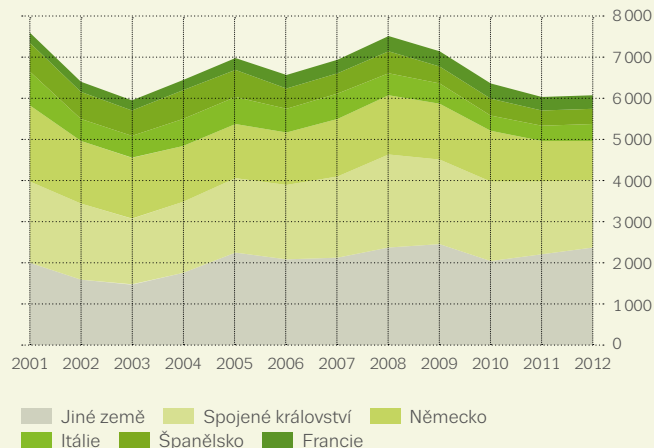
užívajících drogy a způsob hlášení dat. Míry nad 40 úmrtí na milion obyvatel byly hlášeny v šesti zemích, přičemž nejvyšší míry uvádělo Norsko (76 na milion obyvatel) a Estonsko (191 na milion obyvatel) (obrázek 2.13). Počet úmrtí v důsledku předávkování se v Estonsku prudce zvýšil a dokládá, jaký dopad mohou mít různé vzorce konzumace drog na vnitrostátní údaje – v Estonsku většinou souvisejí

PŘÍMÁ DROGOVÁ ÚMRTÍ

Charakteristiky



Trendy úmrtí v důsledku předávkování



úmrť v důsledku předávkování s užíváním fentanylů, což jsou vysoce potentní syntetické opioidy.

Většina zemí hlásila rostoucí trend v úmrtích v důsledku předávkování v období od roku 2003 do let 2008/2009, kdy se celkové úrovně nejprve stabilizovaly a poté začaly klesat. V roce 2012 bylo celkově hlášeno zhruba 6 100 úmrtí v důsledku předávkování. To se podobá počtu hlášenému v roce 2011, což je pokles ze 7 100 případů v roce 2009. Nicméně situace se v jednotlivých zemích liší a některé stále hlásí růst.

VÍCE INFORMACÍ

Publikace EMCDDA

2014

Injection of cathinones, Pohledy na drogy.

Wastewater analysis and drugs: results from a European multi-city study, Pohledy na drogy.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Pohledy na drogy.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Pohledy na drogy.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Pohledy na drogy.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, tematický dokument.

Fentanyl in Europe, Studie EMCDDA Trendspotter.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, tematický dokument.

2011

Mortality related to drug use in Europe, speciální kapitola.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, speciální kapitola.

Trends in injecting drug use in Europe, speciální kapitola.

2009

Polydrug use: patterns and responses, speciální kapitola.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, svazek 2 část I: Epidemiology a část II: Health effects of cannabis use, monografie.

Společné publikace EMCDDA a ESPAD

2012

Souhrn. Zpráva ESPAD za rok 2011.

Společné publikace EMCDDA a ECDC

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

Všechny tyto publikace naleznete na adrese
www.emcdda.europa.eu/publications

3

**Tato kapitola přezkoumává
zásahy, které mají předcházet
škodám souvisejícím s
užíváním drog, napravovat
je a minimalizovat**

Zdravotní a sociální intervence při řešení problémů s drogami

Tato kapitola shrnuje opatření, která mají předcházet škodám souvisejícím s užíváním drog, napravovat je a minimalizovat. Kapitola se zabývá tím, zda země zaujaly společné přístupy, do jaké míry jsou inspirovány ověřenými informacemi a jestli dostupnost služeb odpovídá odhadovaným potřebám.

Monitorování zdravotních a sociálních intervencí

Tato kapitola čerpá z každoročních národních hodnocení poskytnutých kontaktními místy EMCDDA. Doplnují je údaje o počtu žádostí o léčbu, o substituční léčbě závislosti na opiátech a o poskytování jehel a stříkaček. Tam, kde nejsou dostupné formalizovanější soubory dat, poskytují doplňující informace o dostupnosti služeb odborná hodnocení. Kapitola je také založena na přehledech dostupných vědecky ověřených informací o efektivnosti intervencí v oblasti veřejného zdraví.

Podkladové informace naleznete na internetové stránce EMCDDA v rubrikách týkajících se *profilů zdravotních a sociálních intervencí*, zprávy s názvem *Evropská zpráva o drogách: Data a statistické přehledy* a na *portálu dobré praxe*.

Protidrogová prevence u zranitelných skupin mladých lidí

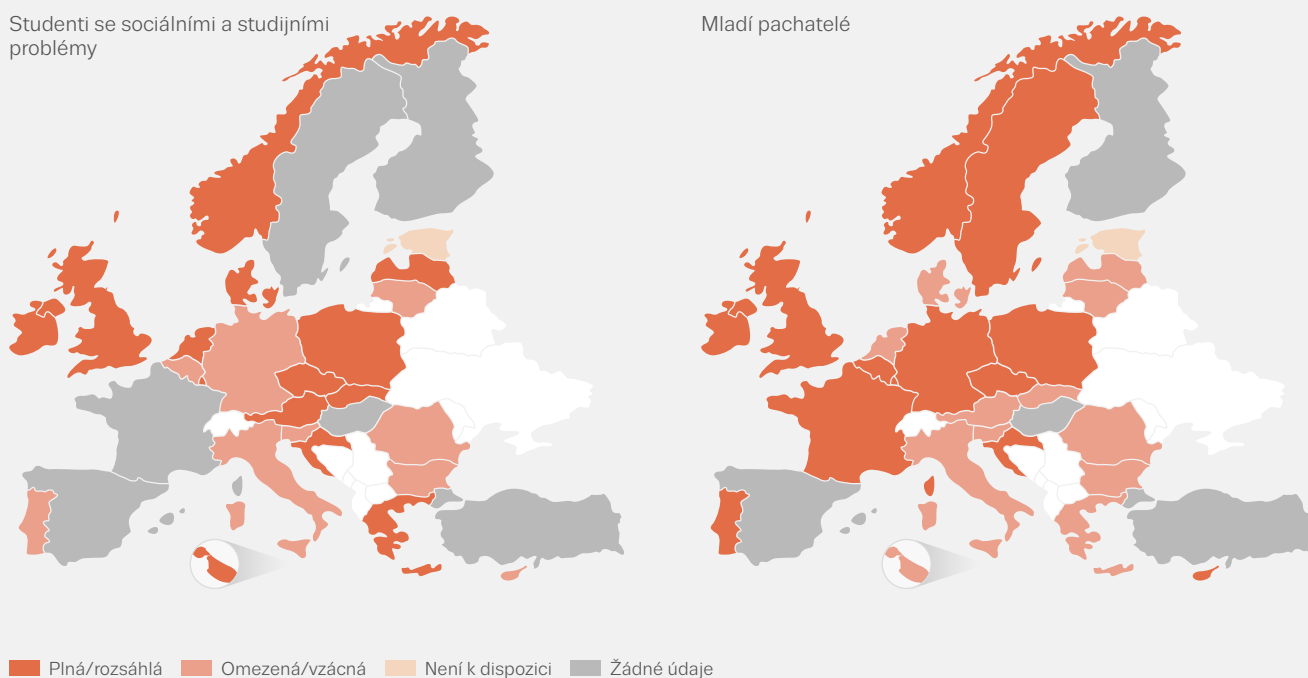
Řešením užívání drog a problémů souvisejících s drogami se zabývá celá řada strategií prevence. Přístupy environmentální a všeobecné prevence se orientují na celou populaci, selektivní prevence si za svůj cíl vybírá zranitelné skupiny, u nichž hrozí vyšší riziko, že se u nich rozvinou problémy s užíváním drog, a indikovaná prevence se soustředí na ohrožené jedince. Letošní zpráva se zaměřuje na selektivní prevenci, což je přístup, u kterého narůstá počet důkazů o účinnosti programů, jež se zaměřují na stanovování norem, restrukturalizaci v oblasti vlivu na prostředí, motivaci, dovednosti a rozhodování. Mnoho programů je však nadále založeno na poskytování

OBRÁZEK 3.1

Dostupnost specifických intervencí v oblasti drogové prevence pro vybrané zranitelné skupiny (odborná hodnocení, 2012)

Studenti se sociálními a studijními problémy

Mladí pachatelé



informací, zvyšování povědomí a poradenství, což jsou přístupy, o jejichž účinnosti existuje jen velmi málo důkazů.

Dvěma významnými cílovými skupinami selektivních preventivních intervencí jsou studenti se studijními a sociálními problémy a mladí pachatelé trestných činů (obrázek 3.1). Hodnocení expertů naznačují celkový nárůst poskytování intervencí ve prospěch obou těchto skupin v letech 2007 až 2010, ačkoliv v roce 2013 nebyly pozorovány žádné další změny.

U intervencí zaměřených na studenty vyplývá z důkazů, že strategie, které zlepšují klima ve školách, mohou vést k omezení užívání látek. Přístupy v této oblasti zahrnují odbornou přípravu učitelů a opatření na zlepšení zapojení studentů a podporu pozitivního školního prostředí. Jiné preventivní přístupy, které se zaměřují na studenty, mají za cíl zvýšit sebekontrolu a vybudovat sociální kompetence, zatímco přístupy zaměřené na rodinu mají za cíl zlepšit rodičovské dovednosti.

U mladých pachatelů trestných činů hlásí nyní většina zemí zavedení alternativních opatření k trestním sankcím. Jedním programem v této oblasti stojícím za zmínku je *FreD*, soubor intervencí definovaných v manuálu programu, který byl nyní zaveden v 15 členských státech EU. Vyhodnocení tohoto programu ukázala pokles míry recidivy.

Minimalizace škod v prostředí noční zábavy: potřeba integrovaného přístupu

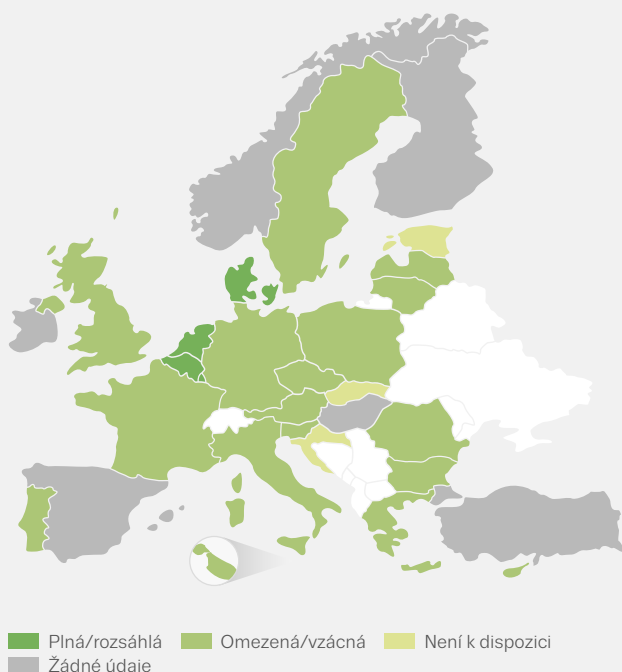
Spojení mezi prostředím noční zábavy a některými vzorci vysoce rizikového užívání drog a alkoholu je dobře známé. Navzdory tomu pouze omezený počet evropských zemí hlásí zavádění preventivních strategií v této oblasti (obrázek 3.2) a z odborných hodnocení vyplývá celkový pokles činností v letech 2010 až 2013.

Na evropské úrovni nabízejí pokyny k realizaci preventivních programů v prostředí zábavy standardy zpracované portály *Club Health* a *Safer Nightlife*. Pokud jde o minimalizaci škod, přinášejí příznivé výsledky integrované environmentální preventivní přístupy, které zahrnují složky, jako jsou odpovědné podávání alkoholu, školení zaměstnanců barů a bezpečnostních zaměstnanců a spolupráce s donucovacími orgány.

Zvláště znepokojivé je riziko, jemuž jsou vystaveni mladí lidé, kteří jedou domů autem z nočních podniků po užití alkoholu a drog. Nedávný výzkum zjistil, že počet dopravních nehod způsobených alkoholem za volantem mohou snížit cílené kampaně v médiích společně s nabídkou bezplatné dopravy pozdě v noci. Intervence zaměřené na řízení pod vlivem drog však nejsou běžné.

OBRÁZEK 3.2

Dostupnost specifických intervencí v oblasti drogové prevence v prostředí noční zábavy (odborná hodnocení, 2012)



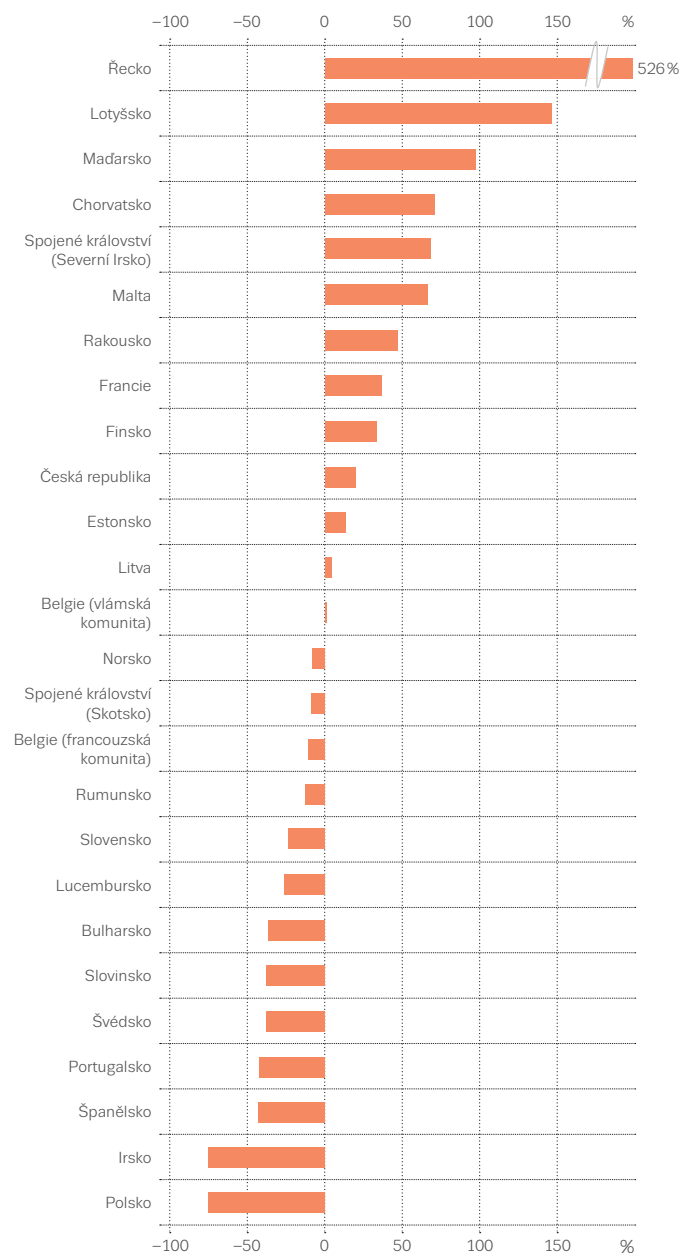
Prevence šíření infekčních nemocí

Uživatelé drog, zejména injekční uživatelé drog, jsou ohroženi přenosem infekčních nemocí v důsledku sdílení materiálu pro užívání drog a nechráněného sexu. Prevence přenosu HIV, virových hepatitid a dalších infekcí je tudíž důležitým cílem pro evropské protidrogové politiky. U injekčních uživatelů opioidů je nyní dostatečně prokázáno, že substituční léčba omezuje uváděné rizikové chování, přičemž z některých studií vyplývá, že se ochranný účinek zvyšuje v kombinaci s programy výměny jehel a stříkaček.

Počet injekčních stříkaček distribuovaných v rámci specializovaných programů vzrostl v Evropě (26 zemí) ze 42,9 milionu v roce 2007 na 46,0 milionů v roce 2012. Na úrovni jednotlivých zemí je situace evidentně rozdílná, neboť asi polovina zemí hlásí nárůst poskytování a polovina pokles (obrázek 3.3). Nárůsty lze vysvětlit rozšířením poskytování, případně jsou do výpočtu zahrnuty nízké absolutní hodnoty. Pokles lze vysvětlit propadem dostupnosti služby nebo snížením počtu klientů. Ve 12 zemích, pro které jsou k dispozici nové odhady počtu injekčních uživatelů drog, dosahoval průměrný počet stříkaček na jednoho injekčního uživatele drog rozdaných v roce 2012 v rámci specializovaných programů od nuly na Kypru po více než 300 ve Španělsku a Norsku (obrázek 3.4).

OBRÁZEK 3.3

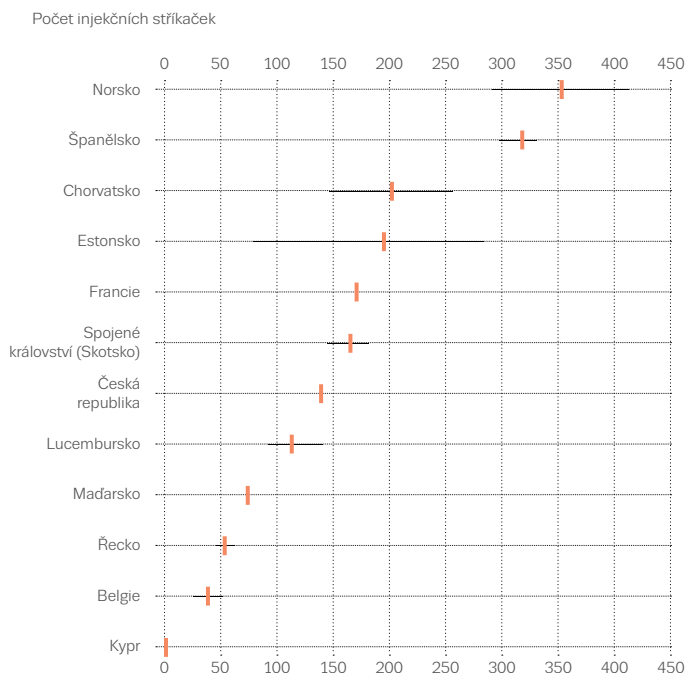
Změna počtu injekčních stříkaček poskytnutých v rámci specializovaných programů v letech 2007 až 2012



Uživatelé drog, zejména injekční uživatelé drog, jsou ohroženi přenosem infekčních nemocí v důsledku sdílení materiálu pro užívání drog a nechráněného sex

OBRÁZEK 3.4

Počet injekčních stříkaček poskytnutých v rámci specializovaných programů na jednoho injekčního uživatele drog (odhad)



Pozn.: údaje uvedené jako bodové odhady a intervaly spolehlivosti.

V Řecku a Rumunsku byla nedávno hlášena vzplanutí nových případů HIV mezi injekčními uživateli drog, jak je uvedeno v kapitole 2. To urychlilo zpracování hodnocení rizik s cílem určit další země, ve kterých by mohlo dojít ke vzplanutí nových nákaz HIV. Na obrázku 3.5 je uveden přehled některých ukazatelů možných rizik. Na základě této jednoduché analýzy je možné přibližně jednu třetinu zemí považovat za země s určitými rizikovými faktory. Z toho vyplývá, že je třeba zachovávat ostražitost a zvážit rozšíření pokrytí opatření prevence HIV.

Preventivní opatření zaměřená na přenos hepatitidy typu C jsou podobná opatřením prevence HIV. Na politické úrovni zvyšující se počet zemí přijímá nebo připravuje zvláštní strategie zaměřené na hepatitidu typu C. Iniciativy zaměřené na testování a poradenství pro injekční uživatele drog ohledně hepatitidy C zůstávají omezené. Navzdory rostoucím důkazům o efektivitě antivirové léčby hepatitidy typu C u injekčních uživatelů drog zůstává úroveň jejího poskytování nízká.

OBRÁZEK 3.5

Souhrnné ukazatele potenciálního zvýšeného rizika infekcí HIV mezi injekčními uživateli drog

	Belgie	Bulharsko	Česká republika	Dánsko	Německo	Estonsko	Irsko	Řecko	Španělsko	Francie	Chorvatsko	Itálie	Kypr	Lotyšsko	Litva	Lucembursko	Maďarsko	Malta	Nizozemsko	Rakousko	Polsko	Portugalsko	Rumunsko	Slovinsko	Slovensko	Švédsko	Finsko	Spojené království	Turecko	Norsko
Prevalence HIV a trendy																														
Prevalence a trendy v injekčním užívání drog (riziko přenosu)																														
Pokrytí substituční léčbou závislosti na opiátech – méně než 30 %																														
Pokrytí programy výměny a distribuce jehel a stříkaček – méně než 100 stříkaček na jednoho injekčního uživatele drog																														

Nebyl zjištěn žádný z těchto rizikových faktorů: zvýšení počtu hlášených případů HIV nebo prevalence HIV či VHC; zvýšení rizika přenosu; nízké pokrytí intervencemi.

Možné přítomné rizikové faktory: lokální zvýšení prevalence HIV nebo VHC či rizika přenosu; konzistentní, ale nevýznamný růst na vnitrostátní úrovni.

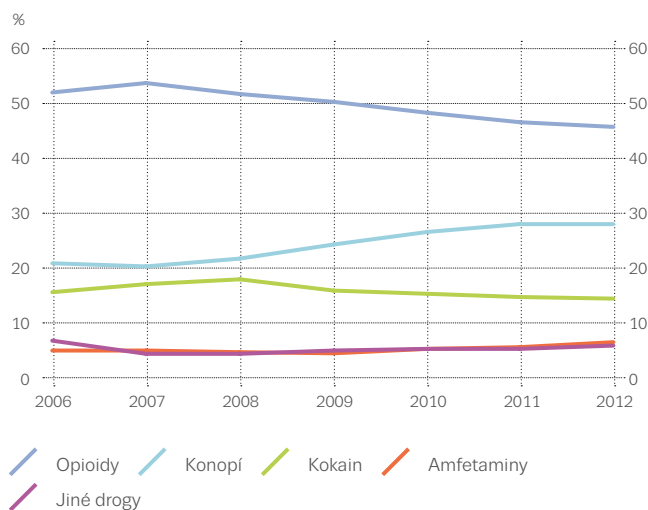
Přítomné rizikové faktory: významné zvýšení počtu hlášených případů HIV nebo prevalence HIV či VHC; zvýšení rizika přenosu; nízké pokrytí intervencemi.

ECDC ani EMCDDA nemají k dispozici žádné informace.

Upraveno podle portálu *Eurosurveillance* 2013;18(48):pii=20648.

OBRÁZEK 3.6

Procentuální podíly klientů nastupujících specializovanou léčbu drogové závislosti podle primární drogy



Prevence předávkování a úmrtí souvisejících s drogami

Snížení počtu úmrtí v důsledku předávkování drogou a dalších úmrtí souvisejících s drogami zůstává pro politiku veřejného zdraví v Evropě zásadní výzvou. Cílené intervence v této oblasti se zaměřují na prevenci výskytu předávkování nebo na zlepšení pravděpodobnosti jeho přežití. Léčba drogové závislosti, zejména substituční léčba závislosti na opiátech, předchází předávkování a snižuje riziko úmrtí uživatelů drog. Při předávkování může zachránit život odborná příprava týkající se intervencí při předávkování s distribucí naloxonu, antagonisty opioidů. Jedním z typů intervence, jehož cílem je omezit výskyt předávkování a zvýšit šanci na jeho přežití, je využívání místností pro aplikaci pod odborným dohledem. Tato zařízení – celkem 73 – v současnosti poskytuje šest členských států EU a Norsko. V uplynulých třech letech byla kvůli klesající poptávce uzavřena řada zařízení v Nizozemsku, zatímco v Dánsku byla otevřena čtyři nová a v Řecku jedno.

Více než milion Evropanů v léčbě drogové závislosti

Odhaduje se, že v průběhu roku 2012 podstoupilo léčbu závislosti na nelegálních drogách nejméně 1,3 milionu osob. Uživatelé opioidů představují největší skupinu, která podstupuje léčbu, zatímco údaje o nástupu do léčby (obrázek 3.6) naznačují, že uživatelé konopí a kokainu jsou pravděpodobně druhou a třetí největší skupinou, ačkoliv mezi zeměmi lze vyzorovat rozdíly.

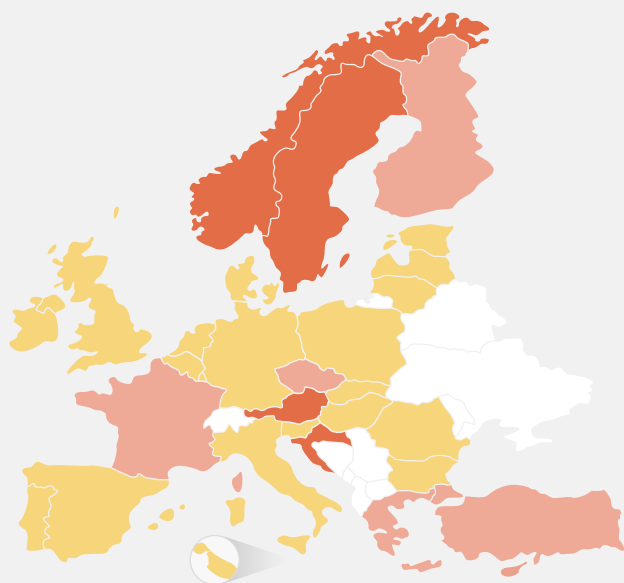
Léčba je většinou poskytována v ambulantních zařízeních, jako jsou specializovaná centra, všeobecná zdravotnická střediska, včetně ordinací praktických lékařů, a nízkoprahová zařízení. Značná část léčby drogové závislosti je také poskytována v zařízeních dlouhodobé péče, jako jsou střediska pro specializovanou rezidenční léčbu, terapeutické komunity a nemocniční střediska dlouhodobé péče (např. psychiatrické léčebny). Novým a inovačním přístupem k léčbě je poskytování služeb přes internet, což osobám, které chtějí pomoci s problémem s drogami, umožňuje účastnit se léčebných programů z domova.

Nejčastější léčbou závislosti na opioidech v Evropě je substituční léčba, typicky kombinovaná s psychosociálními intervencemi. Dostupné důkazy svědčí ve prospěch tohoto kombinovaného přístupu s cílem udržet pacienty v léčbě, stejně jako snížit užívání nelegálních opioidů a škody a úmrtnost v souvislosti s drogami. Hlavním způsobem léčby využívaným u uživatelů závislých na stimulantech jsou psychosociální intervence, přičemž ze studií vyplývá, že jak kognitivní behaviorální terapie, tak motivační terapie založená na odměnách jsou spojeny s pozitivními výsledky. Vzrůstající počet zemí nyní nabízí léčbu závislosti konkrétně na konopí, přičemž dostupné důkazy podporují využívání kombinace kognitivní behaviorální terapie, motivačních pohovorů a motivační terapie založené na odměnách. Některé důkazy podporují využívání komplexní rodinné terapie u mladých uživatelů konopí.

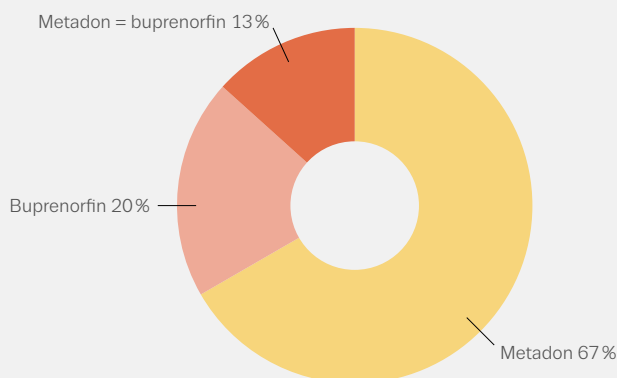
**Snížení počtu úmrtí
v důsledku předávkování
drogou a dalších úmrtí
souvisejících s drogami
zůstává pro politiku veřejného
zdraví v Evropě zásadní
výzvou**

OBRÁZEK 3.7

Převládající substituční léčba závislosti na opiátech na vnitrostátní úrovni (vlevo)
a jako podíl klientů v substituční léčbě v Evropě (vpravo)



Metadon Buprenorfin Metadon = buprenorfin



Substituční léčba: hlavní typ ambulantní léčby

Nejčastěji předepisovanou medikací je metadon, který dostávají až dvě třetiny klientů v substituční léčbě, zatímco většinu zbývajících klientů je předepisován buprenorfin (asi 20 %), který je hlavní substituční medikací v šesti zemích (obrázek 3.7). Základem asi 6 % veškeré substituční léčby v Evropě je předepisování jiných látek, například morfinu s pomalým uvolňováním nebo diacetylmorfinu (heroin).

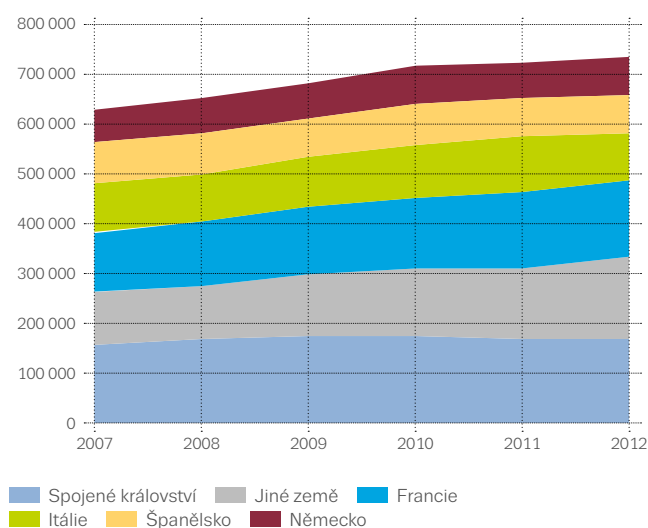
Počet uživatelů opioidů podstupujících substituční léčbu v Evropě se odhaduje na 734 000 v roce 2012. Toto číslo je v porovnání s rokem 2011 (726 000) poměrně stabilní, ale vyšší než odhad za rok 2007 (630 000) (obrázek 3.8).

V roce 2012 pět zemí ohlásilo zvýšení počtu klientů o více než 25 % v porovnání s odhadem za předchozí rok. Největší procentuální nárůst byl zaznamenán v Turecku (250 %), následovalo Řecko (45 %) a Lotyšsko (28 %).

K procentuálnímu nárůstu v těchto třech zemích však došlo v souvislosti s poměrně nízkými základními počty. Naopak největší procentuální pokles odhadovaného počtu klientů za totéž období ohlásilo Rumunsko (-30 %).

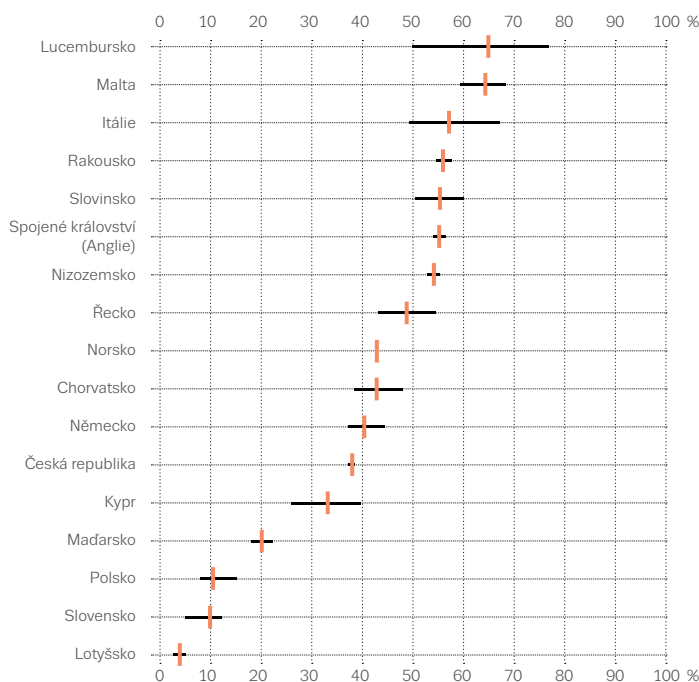
OBRÁZEK 3.8

Trendy v počtu klientů v substituční léčbě závislosti na opiátech



OBRÁZEK 3.9

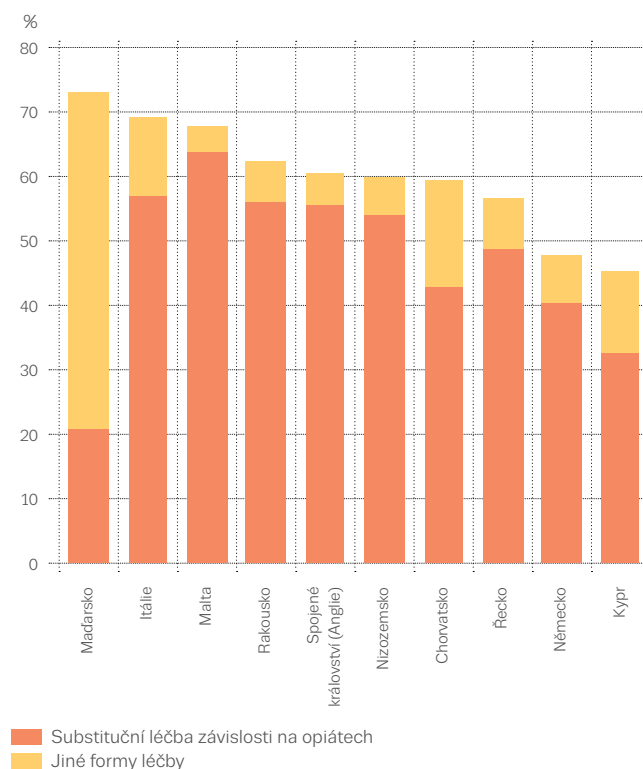
Procentní podíl problémových uživatelů opioidů procházejících substituční léčbou (odhad)



Pozn.: údaje uvedené jako bodové odhady a intervaly spolehlivosti.

OBRÁZEK 3.10

Procentní podíl problémových uživatelů opioidů procházejících léčbou drogové závislosti (odhad)



Dostupnost léčby: v substituční léčbě je více než polovina uživatelů opioidů

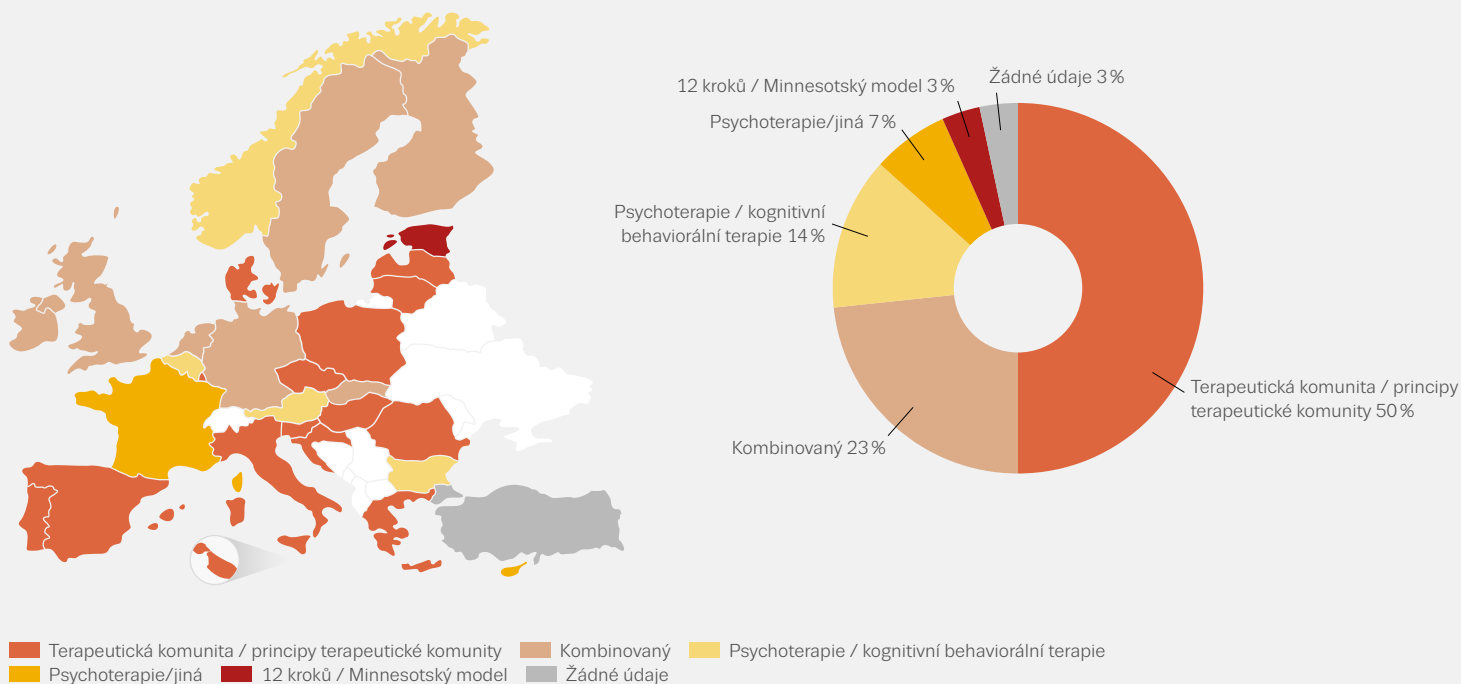
Pokrytí substituční léčbou závislosti na opiátech – podíl osob, které potřebují intervenci – se odhaduje na více než 50 % evropských problémových uživatelů opioidů. K tomuto odhadu je z metodických důvodů zapotřebí přistupovat opatrně, ale v mnoha zemích většina uživatelů opioidů je nebo byla v kontaktu se službami v oblasti léčby. Na vnitrostátní úrovni však stále existují velké rozdíly v míře pokrytí, přičemž nejnižší odhadovanou míru (asi 10 % nebo méně) hlásí Lotyšsko, Slovensko a Polsko (obrázek 3.9).

Léčba bez substituční medikace je poskytována uživatelům opioidů ve všech evropských zemích. Pokrytí léčebnými přístupy bez substituční medikace se v deseti zemích, které poskytly dostatečné údaje, obecně pohybuje od 3 % do 17 % veškerých problémových uživatelů opioidů, přičemž v Maďarsku dosahuje více než 50 % (obrázek 3.10).



OBRÁZEK 3.11

Převažující léčebný přístup v rezidenčních programech – celkový počet – na vnitrostátní (vlevo) a evropské (vpravo) úrovni, 2011



Rezidenční léčba: převládají terapeutické komunity

Ve většině evropských zemí tvoří rezidenční léčebné programy významnou součást možností léčby a resocializace uživatelů drog. Nedávná studie EMCDDA zjistila v Evropě 2 500 středisek rezidenční léčby, přičemž více než dvě třetiny z nich se soustředí v šesti zemích: v Německu, Španělsku, Irsku, Itálii, Švédsku a Spojeném království. Největší skupinu tvoří komunitní lůžková zařízení (2 330), přičemž 17 zemí uvádí, že taková jsou všechna jejich lůžková zařízení. Kromě toho bylo v celé Evropě zjištěno 170 nemocničních rezidenčních léčebných programů.

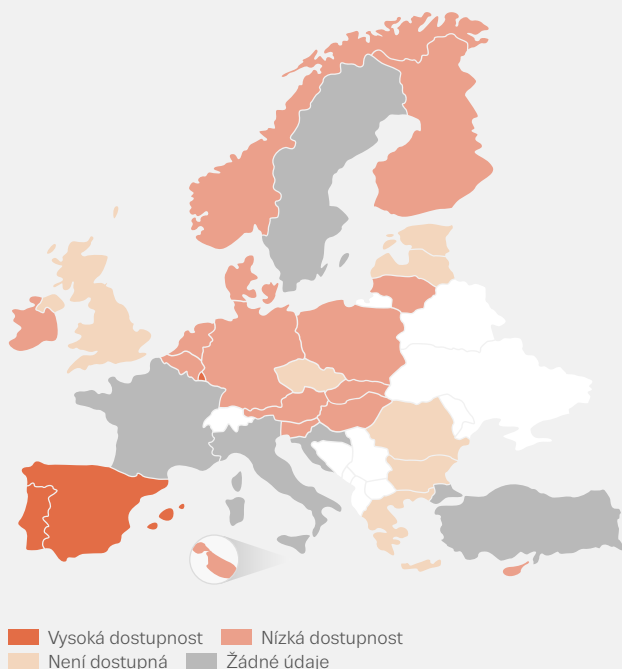
Mnoho rezidenčních programů je zaměřeno na zdraví, osobní a sociální fungování a vyšší kvalitu života. Pro rezidenční programy jsou charakteristické čtyři hlavní léčebné přístupy: program 12 kroků neboli Minnesotský model, metoda terapeutické komunity, psychoterapie pomocí kognitivní behaviorální terapie a psychoterapie využívající jiné modely péče. Z těchto přístupů převládá v 15 zemích „model terapeutické komunity“ (obrázek 3.11).

Důkazy o účinnosti abstinencně orientovaných terapeutických komunit nejsou ověřené, částečně kvůli metodickým potížím při provádění výzkumu výsledků léčby v této oblasti. Většina výzkumu na toto téma v Evropě je omezena na pozorovací studie, a proto jsou závěry nejisté. Obecně však tyto studie uvádějí příznivé výsledky léčby spojené s delším udržením pacientů v léčbě a dokončením léčby. Téměř všechny pozorovací studie uvádějí, že klienti terapeutických komunit vykazují snížení užívání drog, nižší počet zatčení i zlepšení kvality života.

Ačkoliv historicky byly rezidenční léčebné programy výlučně abstinencní, současné údaje naznačují, že narůstá poskytování substituční medikace jako složky rezidenčních léčebných programů pro uživatele opioidů. Určitou míru začlenění substituce opioidů do rezidenční léčby drogové závislosti uvádí 18 z 25 zemí podávajících zprávy (obrázek 3.12).

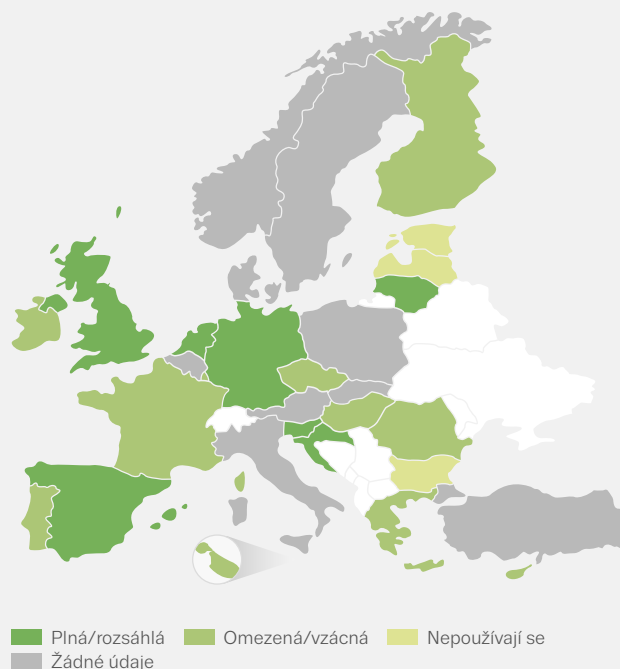
OBRÁZEK 3.12

Dostupnost substituce opioidy v rámci rezidenčních programů, 2011



OBRÁZEK 3.13

Dostupnost intervencí na trhu práce pro klienty v léčbě drogové závislosti (odborná hodnocení, 2011)



Sociální reintegrace: zaměření na zaměstnatelnost

Služby v oblasti sociální reintegrace podporují léčbu a předcházejí relapsu, neboť se zabývají klíčovými aspekty sociálního vyloučení uživatelů drog. Zhruba polovina klientů, kteří v roce 2012 nastoupili v Evropě specializovanou léčbu drogové závislosti, byla nezaměstnaná (47 %) a téměř každý desátý neměl stálé ubytování (9 %). V této skupině je také běžná nízká úroveň vzdělání. Ačkoliv sociální reintegrace uživatelů drog je uváděna jako klíčový cíl vnitrostátních protidrogových strategií, poskytování těchto intervencí se v jednotlivých zemích značně liší.

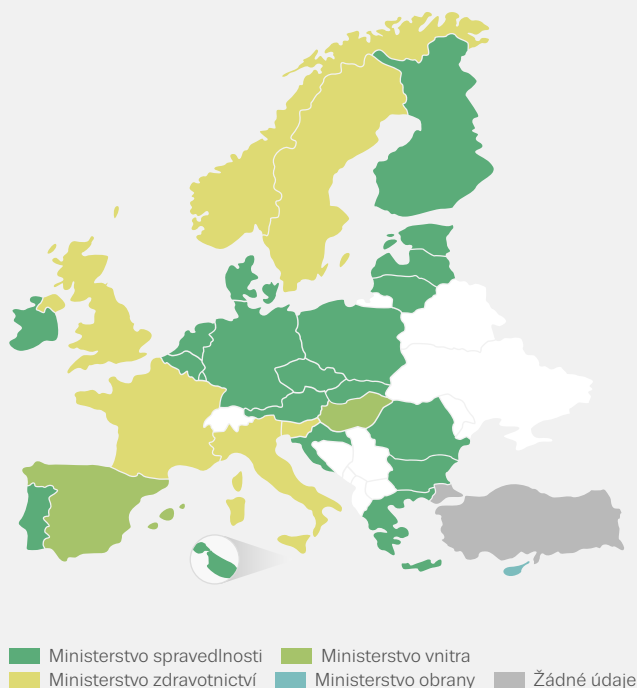
Zvýšení zaměstnatelnosti klientů v léčbě může pomoci s jejich reintegrací do společnosti. U jednotlivců závisí zaměstnatelnost na jejich znalostech, dovednostech a postojích, na způsobu, jakým uvedené klady využívají, a na prostředí, v němž hledají práci. Jedním ze způsobů, jak toho dosáhnout, je podpůrný systém zaměřený na znevýhodněné jedince, jehož cílem je překlenout mezeru mezi dlouhodobou nezaměstnaností a trhem práce. Tento systém se často označuje jako přechodný trh práce. Klientům v léčbě mohou být nabídnuty smlouvy o dočasném zaměstnání společně s činnostmi v oblasti odborné přípravy, pracovních zkušeností, osobního rozvoje a hledání zaměstnání. V této souvislosti se běžně uvažuje o typech iniciativ, jako jsou projekty sociálních podniků. Tyto podniky produkují sociálně užitečné zboží a služby

a zaměstnávají skupiny, které se na trhu práce potýkají se znevýhodněními. Ačkoliv tyto intervence jsou dostupné ve většině členských států (viz obrázek 3.13), přístup osob v léčbě k nim je zjevně omezený a může jej komplikovat vysoká míra nezaměstnanosti v běžné populaci.

Služby v oblasti sociální reintegrace podporují léčbu a předcházejí relapsu, neboť se zabývají klíčovými aspekty sociálního vyloučení uživatelů drog

OBRÁZEK 3.14

Ministerská zodpovědnost za poskytování vězeňských zdravotnických služeb



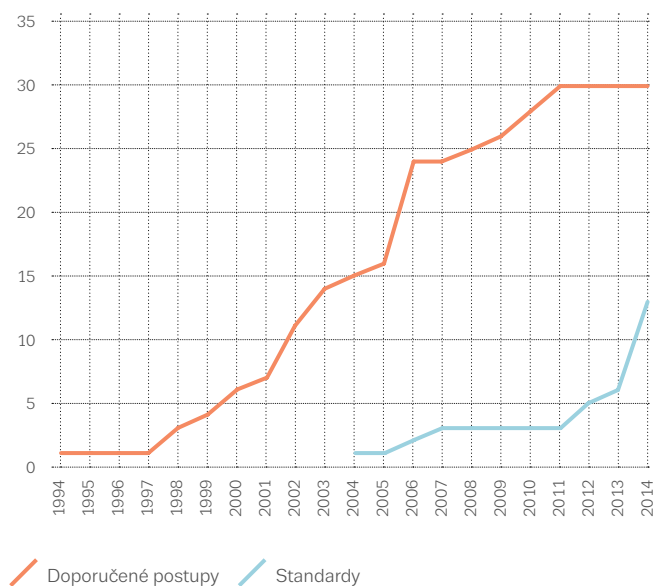
Za zdraví ve věznicích zůstávají do velké míry zodpovědná ministerstva spravedlnosti a vnitra

Vězni uvádějí vyšší celkové míry užívání drog než obecná populace a škodlivější vzorce užívání, jak naznačují nedávné studie uvádějící, že 5 % až 31 % vězňů někdy injekčně užilo drogy. Při nástupu do vězení většina uživatelů užívání drog omezí nebo ukončí. Nelegální drogy si ale i přesto najdou do mnoha věznic svou cestu a někteří vězni v užívání drog pokračují nebo je začnou užívat v období výkonu trestu odnětí svobody.

Ve většině zemí nyní funguje spolupráce mezi vězeňskými zdravotnickými službami a poskytovateli služeb uživatelům drog v komunitě. Tato partnerství nabízejí intervence v podobě zdravotního vzdělávání a léčby ve věznicích a také zajišťují kontinuitu péče po nástupu do vězení a po propuštění. Za vězeňské zdravotnické služby zůstává obecně zodpovědné ministerstvo spravedlnosti nebo vnitra. V některých zemích je však nyní poskytování vězeňských zdravotnických služeb povinností ministerstva zdravotnictví (obrázek 3.14), což usnadňuje větší integraci poskytování všeobecných zdravotnických služeb v této komunitě.

OBRÁZEK 3.15

Souhrnný počet zemí, které zveřejnily doporučené postupy a standardy kvality pro zdravotní a sociální intervence v oblasti drog, podle roku zveřejnění



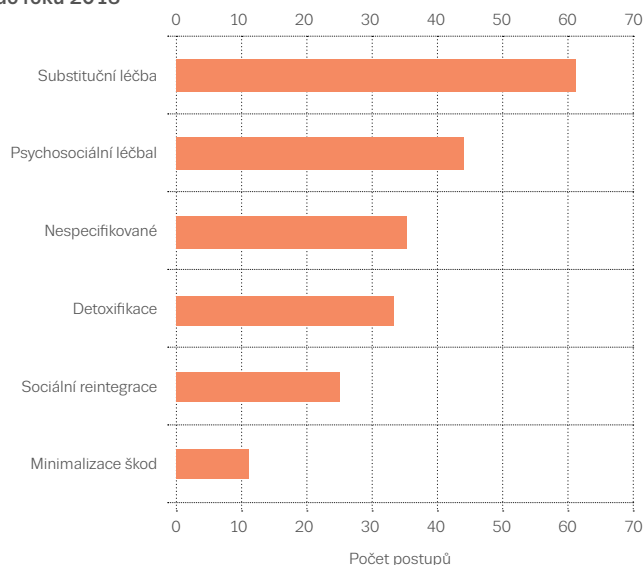
V 26 z 30 zemí sledovaných EMCDDA je nyní ve věznicích poskytována substituční léčba závislosti na opiátech, ačkoliv k jejímu zavedení došlo obecně později než v běžné populaci. Mohou existovat i omezení. Například ve čtyřech zemích je substituční léčba ve věznicích omezena pouze na vězně, kteří ji měli předepsanu již před výkonem trestu odnětí svobody.

Intervence založené na důkazech: využívání doporučených postupů a standardů

Zdravotní a sociální intervence při řešení problémů s drogami v Evropě se čím dál tím více opírají o doporučené diagnostické a léčebné postupy (guidelines) a standardy kvality, jejichž účelem je převádět důkazy na uspokojivé a udržitelné výsledky. Obecně lze pozorovat proces, kdy doporučené postupy o několik let předběhly zavedení standardů kvality (obrázek 3.15).

OBRÁZEK 3.16

Vnitrostátní doporučené postupy související s drogami týkající se zdravotních a sociálních intervencí v oblasti drog ohlášené v Evropě do roku 2013



**Zdravotní a sociální řešení
problémů s drogami v Evropě se
čím dál tím více opírají
o doporučené postupy a
standardy**

Doporučené postupy obsahují informace a doporučení, jež mají optimalizovat péči o klienty. Obvykle vycházejí ze systematického přezkumu důkazů a z hodnocení výhod a nevýhod alternativních možností péče. Účelem doporučených postupů je pomoci klientům, pečovateltům a poskytovatelům služeb při rozhodování o volbě vhodných intervencí. Během posledních 20 let bylo zveřejněno více než 150 souborů doporučených postupů souvisejících s drogami, přičemž ve všech členských státech jsou dostupné od roku 2011. Zahrnují celou řadu zdravotních a sociálních intervencí v oblasti drog, ačkoliv existuje větší počet zdravotních intervencí, jako je substituční léčba a detoxifikace, než intervencí týkajících se minimalizace škod a sociální reintegrace (obrázek 3.16).

Standardy kvality jsou zásady a soubory pravidel založené na důkazech, které pomáhají provádět intervence doporučené v diagnostických a léčebných postupech. Mohou se týkat otázek obsahu, procesů nebo strukturálních aspektů zajištění kvality, jako je pracovní prostředí a personální složení. V oblasti protidrogové prevence je dostupný soubor standardů kvality na evropské úrovni, který podporuje vypracování programů. Tyto standardy zdůrazňují faktory, jako je zajištění významu činností pro cílové populace, dodržování přijímaných etických zásad a začlenění a podpora vědecké důkazní základny.

VÍCE INFORMACÍ

Publikace EMCDDA

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Pohledy na drogy.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Pohledy na drogy.

Internet-based drug treatment, Pohledy na drogy.

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Pohledy na drogy.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, tematické dokumenty.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Pohledy na drogy.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, tematické dokumenty.

Preventing overdose deaths in Europe, Pohledy na drogy.

2012

Snižování poptávky po drogách: využití globálních důkazů pro opatření na místní úrovni, Úkol drogy.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), příručky.

New heroin-assisted treatment, Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, speciální kapitola.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights.

2011

European drug prevention quality standards, příručky.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, speciální kapitola.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, monografie.

Treatment and care for older drug users, speciální kapitola.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, tematické dokumenty.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, svazek 2 část III Prevention and treatment, monografie.

Drugs and vulnerable groups of young people, speciální kapitola.

Společné publikace EMCDDA a ECDC

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Všechny tyto publikace naleznete na adrese
www.emcdda.europa.eu/publications

4

**Mezinárodní rámec pro kontrolu
výroby, obchodování a držení více
než 240 psychoaktivních látek je
stanoven ve třech úmluvách
Organizace spojených národů**

Protidrogové politiky

Na evropské úrovni poskytují protidrogové právní předpisy EU spolu s víceletými strategiemi a akčními plány rámec pro koordinované kroky. Na vnitrostátní úrovni spadá přijetí právního, strategického, organizačního a rozpočtového rámce nezbytného pro řešení problémů souvisejících s drogami do působnosti vlád a parlamentů jednotlivých zemí.

Monitorování protidrogových politik

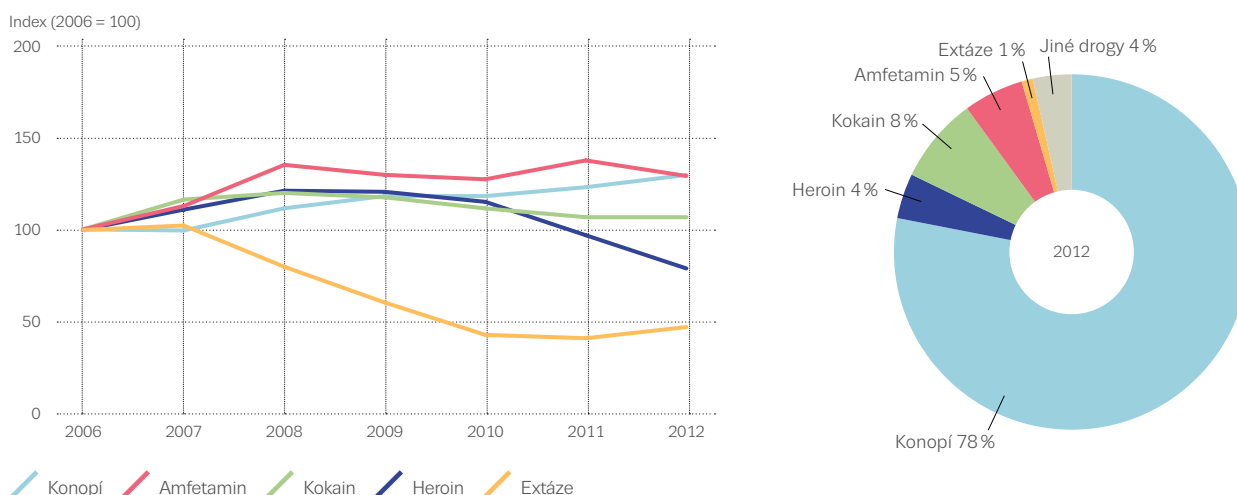
Mezi klíčové rozměry politik, které lze monitorovat na evropské úrovni, patří: protidrogové právní předpisy a drogové trestné činy, národní protidrogové strategie a akční plány, mechanismy hodnocení a koordinace politiky, jakož i rozpočty a veřejné výdaje na protidrogovou politiku. Údaje jsou shromažďovány prostřednictvím dvou sítí centra EMCDDA: národních monitorovacích středisek a právních a politických korespondentů. Údaje a informace o metodickém postupu v oblasti drogových trestných činů najdete v on-line přístupné zprávě s názvem *Evropská zpráva o drogách: Data a statistické přehledy* a komplexní údaje o evropské protidrogové politice a právních předpisech jsou také dostupné na internetu.

Protidrogové právní předpisy: společný rámec

Mezinárodní rámec pro kontrolu výroby, obchodování a držení více než 240 psychoaktivních látek je stanoven ve třech úmluvách Organizace spojených národů. Podle nich je každá země povinná nakládat s neoprávněnou nabídkou drogy jako s trestným činem. Totéž je vyžadováno pro držení drog pro osobní potřebu, ale s ohledem na „ústavní principy dané země a základní pojmy jejího právního systému“. Toto ustanovení není vykládáno jednotně, což se odráží v různých právních přístupech v evropských i jiných zemích.

OBRÁZEK 4.1

Uváděné trestné činy související s užíváním drog nebo držením drog pro vlastní potřebu v Evropě, trendy a rozdělení podle drog



Držení pro osobní potřebu: odklon od trestů odnětí svobody

Ve většině evropských zemí je držení drog pro osobní potřebu – a někdy i jejich užití – trestným činem, který lze potrestat odnětím svobody. V mnoha evropských zemích však trest odnětí svobody není běžný a zhruba od roku 2000 je napříč Evropou patrný trend omezovat tresty odnětí svobody za držení drog pro osobní potřebu. Některé země tresty odnětí svobody zcela zrušily a některé země šly ještě dál, takže trestné činy držení drogy pro vlastní potřebu lze potrestat pouze netrestními sankcemi, obvykle pokutou.

Ve většině evropských zemí pojednává valná část zpráv o drogových trestných činech v souvislosti s užíváním drog

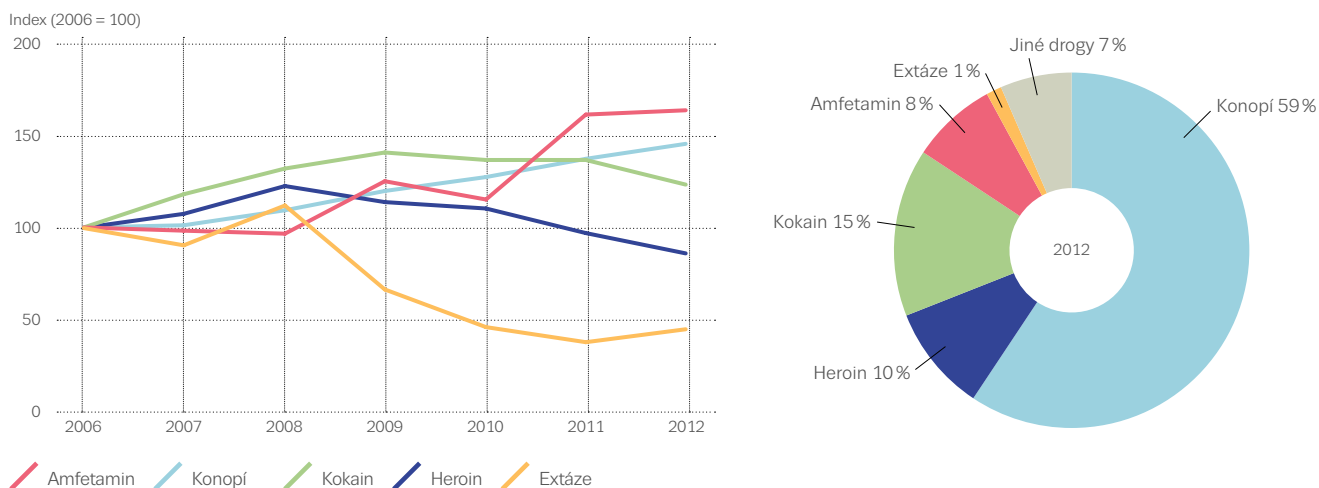
nebo držením drog pro vlastní potřebu. Celkově se odhaduje, že v roce 2012 byl v Evropě hlášen víc než jeden milion těchto trestných činů, což je 17% nárůst oproti roku 2006. Více než tři čtvrtiny těchto trestných činů se týkají konopí (obrázek 4.1).

Nabídka drog: velké odchylky v trestech

Nabídka nelegálních drog je v Evropě vždy trestným činem, ale v jednotlivých zemích existují výrazné rozdíly mezi možnými tresty. V některých zemích se na trestný čin nabídky drog může vztahovat široké rozpětí trestu (až doživotní trest odnětí svobody). Jiné země rozlišují mezi trestnými činy týkajícími se nabídky menšího či většího

OBRÁZEK 4.2

Uváděné trestné činy související s nabídkou drog v Evropě, trendy a rozdělení podle drog



rozsahu drog, které jsou určovány takovými faktory, jako je množství nebo typ nalezených drog, a to s odpovídajícími maximálními a minimálními tresty.

Celkově jsou trestné činy týkající se nabídky drog od roku 2006 hlášeny o 28 % častěji a v roce 2012 dosáhly více než 230 000 případů. Stejně jako u trestných činů týkajících se držení drog připadala většina případů na konopí. Kokain, heroin a amfetaminy však představovaly větší podíl trestných činů nabídky drog než trestných činů držení drog pro osobní potřebu. Pokračuje sestupný trend trestných činů nabídky kokainu a heroinu (obrázek 4.2).

Nové psychoaktivní látky: vyvíjející se kontrolní systémy

Rychlost, s jakou jsou látky, které byly nedávno podrobeny kontrolním mechanismům, nahrazovány látkami novými, a rozmanitost dostupných produktů představují pro evropské zákonodárce náročný úkol.

Na vnitrostátní úrovni tyto problémy podnítily v evropských zemích různá inovační právní řešení. Obecně řečeno lze určit tři typy. Zaprvé mohou země využít stávající zákony, které se zabývají otázkami, jež s kontrolovanými drogami nesouvisí, jako jsou právní předpisy o bezpečnosti spotřebitelů nebo o kontrole léků: v Polsku bylo v roce 2010 během jednoho víkendu na základě stávajících pravomocí k ochraně zdraví uzavřeno více než 1 000 maloobchodních prodejen. Zadruhé mohou země rozšířit nebo přizpůsobit stávající protidrogové zákony: ve Spojeném království byla v roce 2011 za účelem kontroly nabídky zavedena v rámci zkoumání rizik pro zdraví nařízení o drogách v přechodných třídách. Zatřetí mohou země navrhnout nové právní předpisy: v roce 2013 zavedlo Portugalsko a Slovensko zákony, které mají konkrétně zastavit neoprávněný prodej některých nových látek.

Tato dynamická právní oblast se stále vyvíjí. Pokud jde o nejnovější vývoj, Polsko a Rumunsko posílily stávající zákony zavedením speciálně navržených nových právních předpisů; nyní se souběžně používají staré i nové. V roce 2012 přepracoval Kypr své obecné definice tak, aby zahrnovaly látky mimo rozsah současných definic, zatímco Nizozemsko v témže roce obecné definice zrušilo na základě toho, že nejsou dostatečně cílené.

Tato různá řešení se velmi liší i co do kritérií pro zavedení legislativního řešení a trestů za nedodržování předpisů. Nicméně v jednotlivých zemích zjevně existuje trend zaměřovat se na trestání nabídky, a nikoliv držení těchto látek.

OBRÁZEK 4.3

Národní protidrogové strategie a akční plány: dostupnost a rozsah



Pozn.: zatímco Spojené království má strategii pro nelegální drogy, Wales i Severní Irsko mají kombinované strategie, do nichž je zahrnut alkohol.

Národní protidrogové strategie

Nyní je zavedenou praxí, že vlády jednotlivých zemí v Evropě přijímají národní protidrogové strategie a akční plány. Tyto časově omezené dokumenty obsahují soubor obecných zásad, cílů a priorit a specifikují opatření a subjekty odpovědné za jejich provádění. V současné době mají národní protidrogovou strategii či akční plán všechny země, kromě Rakouska, kde existují plány jednotlivých spolkových zemí. Sedm zemí přijalo národní strategie a akční plány, které zahrnují legální i nelegální drogy (obrázek 4.3). Mnoho zemí své protidrogové strategie a akční plány nyní systematicky vyhodnocuje. Cílem hodnocení je obecně posoudit dosaženou úroveň provádění a také změny v celkové situaci v oblasti drog.

Nyní je zavedenou praxí, že vlády jednotlivých zemí v Evropě přijímají protidrogové strategie a akční plány

OBRÁZEK 4.4

Různé organizace podporující protidrogovou politiku

V posledních letech se na vypracování protidrogových strategií čím dál tím častěji podílejí občanská sdružení, včetně skupin podporujících protidrogovou politiku. Nedávná studie EMCDDA zjistila více než 200 organizací, které se v Evropě podílejí na podpoře protidrogové politiky, přičemž asi 70 % z nich působí na vnitrostátní úrovni a zbytek rovným dílem na místní a evropské úrovni. Téměř dvě třetiny těchto organizací uváděly cíle v oblasti zavádění opatření do praxe, přičemž 39 % jich podporuje přístupy k minimalizaci škod a 26 % prevenci a snížení užívání drog. Zbývající organizace byly zaměřeny na legislativní změny, přičemž 23 % jich podporuje omezení kontrol drog a 12 % jejich posílení.

Většina podpůrných organizací se zabývá cílenými činnostmi zaměřenými na ovlivnění postojů a názorů veřejnosti a tvůrců politiky, které se týkají poskytování protidrogových služeb a kontroly drog. K ovlivnění protidrogové politiky využívají osvětové činnosti, jako je účast na veřejných debatách nebo stránky v sociálních sítích. Organizace prosazující omezení kontroly nebo minimalizaci škod hovoří hlavně za uživatele drog, kdežto organizace podporující snížení užívání drog a posílení kontroly hovoří hlavně za širší společnost a zejména za mladé lidi a rodiny.

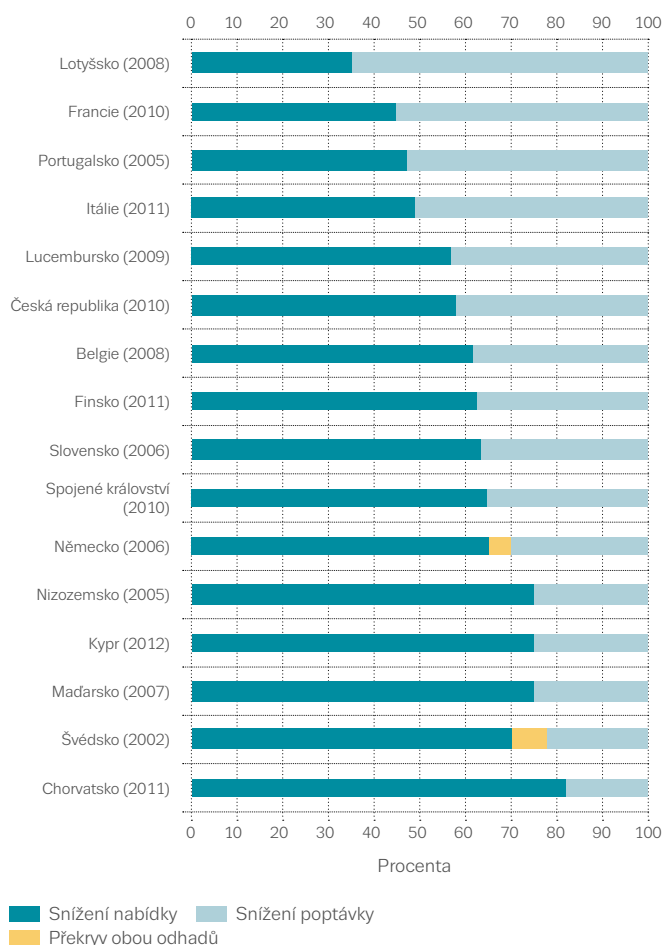
Ekonomické hodnocení: finančních prostředků na intervence se dotkla úsporná opatření

Mnoho evropských zemí se stále vyrovnává s důsledky nedávné hospodářské krize. Míra fiskální konsolidace nebo úsporná opatření a jejich dopad jsou v jednotlivých evropských zemích odlišné. V 18 zemích se srovnatelnými údaji jsou hlášena omezení týkající se zdraví a veřejného pořádku a bezpečnosti, což jsou oblasti vládních výdajů, ze kterých pochází většina veřejných výdajů souvisejících s drogami. Celkově bylo v letech 2009 až 2011 pozorováno větší snížení veřejných výdajů ve zdravotnictví.

Evropské země také uvádějí škrty v protidrogových programech a službách, které se dotýkají zejména intervencí v oblasti protidrogové prevence a výzkumu souvisejícího s drogami. Několik zemí také uvádí, že pokusy omezit financování léčby drogové závislosti nebyly vždy úspěšné.

Důležitým nástrojem pro hodnocení politiky může být ekonomická analýza, ačkoliv omezené informace, které jsou o veřejných výdajích souvisejících s drogami v Evropě dostupné, představují významnou překážku a ztěžují

Rozdělení veřejných výdajů souvisejících s drogami mezi snižování poptávky a snižování nabídky



porovnání jednotlivých zemí. V 16 zemích, které od roku 2002 poskytují odhady, se veřejné výdaje související s drogami pohybují od 0,01 % do 0,5 % jejich hrubého domácího produktu (HDP). Z dostupných informací se zdá, že největší podíl veřejných výdajů souvisejících s drogami představují činnosti v oblasti snižování nabídky drog (obrázek 4.4).

Veřejné výdaje na snižování nabídky zahrnují mj. výdaje na pachatele drogových trestných činů ve věznicích. EMCDDA spočítalo řadu odhadů, kde nízký odhad bere v potaz pouze vězně, kteří již byli odsouzeni za drogový trestný čin, a vysoký odhad zahrnuje také vazebně stíhané, jež soudní jednání teprve čeká. Uplatníme-li tato kritéria, vydaly evropské země na pachatele drogových trestných činů ve vězení v roce 2010 odhadem 0,03 % HDP neboli 3,7 miliardy EUR. S vazebně stíhanými se odhad zvyšuje na 0,05 % HDP neboli 5,9 miliardy EUR.

VÍCE INFORMACÍ

Publikace EMCDDA**2014**

Drug policy profiles — Austria, dokumenty EMCDDA.

Drug policy profiles — Poland, dokumenty EMCDDA.

2013

Drug policy advocacy organisations, dokumenty EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, dokumenty EMCDDA.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Pohledy na drogy.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Pohledy na drogy.

The new EU drugs strategy (2013–20), Pohledy na drogy.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, tematické dokumenty.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, speciální kapitola.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, speciální kapitola.

Společné publikace EMCDDA a Evropské komise**2010**

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

Všechny tyto publikace naleznete na adrese
www.emcdda.europa.eu/publications

Příloha

Národní data zde prezentovaná jsou
čerpána z rubriky internetových
stránek týkající se on-line přístupné
zprávy s názvem Evropská zpráva o
drogách: Data a statistické přehledy,
v níž jsou k dispozici další údaje, roky,
poznámky a metadata

TABULKA 1

OPIOIDY

Země	počet případů na 1 000 obyvatel	Indikátor žádostí o léčbu, primární droga				Klienti v substituční léčbě
		Klienti závislí na opioidech jako % osob nastupujících léčbu		% klientů závislých na opioidech s injekčním užíváním (hlavní způsob aplikace)		
		Všechny osoby nastupující léčbu	Osoby nastupující léčbu poprvé	Všechny osoby nastupující léčbu	Osoby nastupující léčbu poprvé	
Země	počet případů na 1 000 obyvatel	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)	počet
Belgie	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bulharsko	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
Česká republika	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Dánsko	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Německo	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Estonsko	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Irsko	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Řecko	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Španělsko	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Francie	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Chorvatsko	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Itálie	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Kypr	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Lotyšsko	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Litva	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Lucembursko	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Maďarsko	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Nizozemsko	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Rakousko	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Polsko	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugalsko	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Rumunsko	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Slovinsko	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Slovensko	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finsko	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Švédsko	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Spojené království	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Turecko	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Norsko	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
Evropská unie	–	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
UE, Turecko e Norsko	–	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

TABULKA 2

KOKAIN

	Odhady prevalence			Indikátor žádostí o léčbu, primární droga			
	Obecná populace		Školní populace	Klienti závislí na kokainu jako % osob nastupujících léčbu		% klientů závislých na kokainu s injekčním užíváním (hlavní způsob aplikace)	
	Celoživotní prevalence, dospělí (15–64 let)	Posledních 12 měsíců, mladí dospělí (15–34 let)	Celoživotní prevalence, studenti (15–16 let)	Všechny osoby nastupující léčbu	Osoby nastupující léčbu poprvé	Všechny osoby nastupující léčbu	Osoby nastupující léčbu poprvé
Země	%	%	%	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)
Belgie	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bulharsko	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Česká republika	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Dánsko	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Německo	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estonsko	–	1,3	2	–	–	–	–
Irsko	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Řecko	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Španělsko	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Francie	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Chorvatsko	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Itálie	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Kypr	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Lotyšsko	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Litva	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Lucembursko	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Maďarsko	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Nizozemsko	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Rakousko	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Polsko	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugalsko	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumunsko	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Slovinsko	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Slovensko	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finsko	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Švédsko	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Spojené království	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Turecko	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Norsko	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
Evropská unie	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
UE, Turecko e Norsko	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

TABULKA 3

AMFETAMINY

	Odhady prevalence			Indikátor žádostí o léčbu, primární droga			
	Obecná populace		Školní populace	Klienti závislí na amfetaminu jako % osob nastupujících léčbu		% klientů závislých na amfetaminech s injekčním užíváním (hlavní způsob aplikace)	
	Celoživotní prevalence, dospělí (15–64 let)	Posledních 12 měsíců, mladí dospělí (15–34 let)	Celoživotní prevalence, studenti (15–16 let)	Všechny osoby nastupující léčbu	Osoby nastupující léčbu poprvé	Všechny osoby nastupující léčbu	Osoby nastupující léčbu poprvé
Země	%	%	%	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)
Belgie	–	–	5	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bulharsko	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
Česká republika	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Dánsko	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Německo	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estonsko	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Irsko	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Řecko	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Španělsko	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Francie	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Chorvatsko	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Itálie	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Kypr	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Lotyšsko	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Litva	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Lucembursko	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Maďarsko	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Nizozemsko	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Rakousko	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Polsko	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugalsko	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumunsko	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovinsko	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovensko	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finsko	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Švédsko	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Spojené království	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Turecko	0,3	–	–	–	–	–	–
Norsko	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
Evropská unie	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
UE, Turecko e Norsko	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

TABULKA 4

EXTÁZE

	Odhady prevalence			Indikátor žádostí o léčbu, primární droga	
	Obecná populace		Školní populace	Klienti závislí na extázi jako % osob nastupujících léčbu	
	Celoživotní prevalence, dospělí (15–64 let)	Posledních 12 měsíců, mladí dospělí (15–34 let)	Celoživotní prevalence, studenti (15–16 let)	Všechny osoby nastupující léčbu	Osoby nastupující léčbu poprvé
Země	%	%	%	% (počet)	% (počet)
Belgie	–	–	4	0,5 (36)	1,1 (19)
Bulharsko	2,0	2,9	4	–	–
Česká republika	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Dánsko	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Německo	2,7	0,9	2	–	–
Estonsko	–	2,3	3	–	–
Irsko	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Řecko	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Španělsko	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Francie	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Chorvatsko	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Itálie	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Kypr	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Lotyšsko	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Litva	1,3	0,3	2	–	–
Lucembursko	–	–	–	–	–
Maďarsko	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Nizozemsko	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Rakousko	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Polsko	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugalsko	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumunsko	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Slovinsko	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Slovensko	1,9	0,9	4	–	–
Finsko	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Švédsko	2,1	0,2	1	–	–
Spojené království	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Turecko	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Norsko	–	–	1	–	–
Evropská unie	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
UE, Turecko e Norsko	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

TABULKA 5

KONOPÍ

	Odhady prevalence			Indikátor žádostí o léčbu, primární droga	
	Obecná populace		Školní populace	Klienti závislí na konopí jako % osob nastupujících léčbu	
	Celoživotní prevalence, dospělí (15–64 let)	Posledních 12 měsíců, mladí dospělí (15–34 let)	Celoživotní prevalence, studenti (15–16 let)	Všechny osoby nastupující léčbu	Osoby nastupující léčbu poprvé
Země	%	%	%	% (počet)	% (počet)
Belgie	14,3	11,2	24	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bulharsko	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
Česká republika	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Dánsko	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Německo	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estonsko	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Irsko	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Řecko	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Španělsko	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Francie	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Chorvatsko	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Itálie	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Kypr	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Lotyšsko	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Litva	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Lucembursko	–	–	–	26 (72)	–
Maďarsko	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Nizozemsko	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Rakousko	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Polsko	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugalsko	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumunsko	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Slovinsko	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Slovensko	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finsko	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Švédsko	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Spojené království	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Turecko	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Norsko	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
Evropská unie	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
UE, Turecko e Norsko	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

TABULKA 6

DALŠÍ INDIKÁTORY

	Úmrtí vyvolaná drogami (15–64 let)	Infekce HIV mezi injekčními uživateli drog (ECDC)	Odhad injekčního užívání drog	Injekční stříkačky distribuívané prostřednictvím specializovaných programů
Země	počet případů na milion obyvatel (počet)	počet případů na milion obyvatel (počet)	počet případů na 1 000 obyvatel	počet
Belgie	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bulharsko	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
Česká republika	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Dánsko	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Německo	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estonsko	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Irsko	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Řecko	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Španělsko	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Francie	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Chorvatsko	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Itálie	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Kypr	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Lotyšsko	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Litva	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Lucembursko	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Maďarsko	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Nizozemsko	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Rakousko	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Polsko	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugalsko	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Rumunsko	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Slovinsko	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Slovensko	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finsko	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Švédsko	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Spojené království	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Turecko	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Norsko	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
Evropská unie	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
UE, Turecko e Norsko	–	3,1 (1 788)	–	–

TABULKA 7

ZÁCHYTÝ DROGY

	Heroin		Kokain		Amfetaminy		Extáze	
	Zachycené množství	Počet záchytů	Zachycené množství	Počet záchytů	Zachycené množství	Počet záchytů	Zachycené množství	Počet záchytů
Země	kg	počet	kg	počet	kg	počet	tablety (kg)	počet
Belgie	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (–)	1 015
Bulharsko	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Rep. Čecha	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Dánsko	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (–)	523
Německo	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (–)	1 786
Estonsko	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Irsko	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Řecko	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Španělsko	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (–)	2 128
Francie	701	–	5 602	–	307	–	156 337 (–)	–
Chorvatsko	30	192	6	132	3	268	– (1,1)	105
Itálie	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Kypr	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Lotyšsko	1	427	1	28	30	820	847 (–)	24
Litva	0,5	112	120	10	80	119	54 (–)	8
Lucembursko	3	190	2	122	1	13	137 (–)	10
Maďarsko	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (–)	27
Nizozemsko	750	–	10 000	–	681	–	2 442 200 (61)	–
Rakousko	222	393	65	912	35	607	8 998 (–)	113
Polsko	36	–	213	–	618	–	31 092 (0,01)	–
Portugalsko	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Rumunsko	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Slovinsko	20	439	27	251	9	203	960 (–)	16
Slovensko	0,3	82	2	19	11	607	529 (–)	16
Finsko	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (–)	513
Švédsko	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Spojené království	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6515	473 000 (–)	3 716
Turecko	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Norsko	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
Evropská unie	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
UE, Turecko e Norsko	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

TABULKA 7

ZÁCHYTÝ DROGY (pokračování)

	Hašiš		Marihuana		Rostliny konopí	
	Zachycené množství	Počet záchytů	Zachycené množství	Počet záchytů	Zachycené množství	Počet záchytů
Země	kg	počet	kg	počet	rostliny (kg)	počet
Belgie	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bulharsko	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Rep. Čechy	21	24	563	558	90 091 (–)	259
Dánsko	1 334	9 239	223	1 287	– (1 401)	675
Německo	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (–)	2 204
Estonsko	5	48	25	466	– (7)	12
Irsko	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (–)	542
Řecko	44	145	22 383	6 262	34 040 (–)	831
Španělsko	325 563	179 993	10 457	150 206	– (39 932)	1 677
Francie	51 118	–	3 270	–	131 307 (–)	–
Chorvatsko	23	343	1 070	4 098	6 703 (–)	211
Itálie	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (–)	1 216
Kypr	0,1	20	100	863	385 (–)	39
Lotyšsko	117	64	74	414	– (335)	4
Litva	424	23	96	242	– (–)	–
Lucembursko	1	83	30	774	39 (–)	9
Maďarsko	3	103	1 777	2 092	7 382 (–)	193
Malta	16	96	3	50	46 (–)	5
Nizozemsko	2 200	–	12 600	–	1 400 000 (–)	–
Rakousko	174	1 192	812	5 732	– (173)	210
Polsko	39	–	1 489	–	61 585 (–)	–
Portugalsko	18 304	3 298	49	554	7 788 (–)	397
Rumunsko	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Slovinsko	3	66	706	3 350	11 166 (–)	174
Slovensko	1	17	177	1 242	2 927 (–)	38
Finsko	714	1 870	–	5 036	18 150 (66)	3 339
Švédsko	1 091	6 761	641	7 611	–	–
Spojené království	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Turecko	27 413	6 881	124 673	57 744	–	3 646
Norsko	1 605	10 985	314	4 402	– (133)	364
Evropská unie	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
UE, Turecko e Norsko	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou
závislost

Evropská zpráva o drogách 2014: trendy a vývoj

Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie
2014 — 80 s. — 21 x 29.7 cm

ISBN: 978-92-9168-690-2

doi:10.2810/29679

JAK ZÍSKAT PUBLIKACE EU

Bezplatné publikace

prostřednictvím stránek EU Bookshop
(<http://bookshop.europa.eu>)

v zastoupeních a delegacích Evropské unie. Jejich kontaktní údaje naleznete na adrese
<http://ec.europa.eu/nebo> si je můžete vyžádat faxem na čísle +352 2929-42758

Placené publikace

prostřednictvím stránek EU Bookshop
(<http://bookshop.europa.eu>)

Předplatné

(např. roční řady *Úředního věstníku Evropské unie*, sbírky rozhodnutí Soudního dvora Evropské unie)

u některého z prodejců Úřadu pro publikace Evropské unie (http://publications.europa.eu/others/agents/index_cs.htm)

O této zprávě

Zpráva s názvem *Trendy a vývoj* přináší přehled drogové problematiky v Evropě na nejvyšší úrovni. Zabývá se nabídkou drog, jejich užíváním, souvisejícími problémy v oblasti veřejného zdraví a rovněž protidrogovými politikami a opatřeními. Společně s on-line přístupnými *daty a statistickými přehledy, Přehledy o jednotlivých zemích a Pohledy na drogy* tvoří soubor publikací s názvem Evropská zpráva o drogách 2014.

O EMCDDA

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) je ústředním zdrojem údajů a potvrzenou autoritou, pokud jde o drogovou problematiku v Evropě. Více než 20 let shromažďuje, analyzuje a šíří vědecky podložené informace o drogách a drogové závislosti a o jejich důsledcích, přičemž poskytuje čtenářům svých publikací obraz drogové problematiky na evropské úrovni založený na důkazech.

Publikace EMCDDA jsou hlavním zdrojem informací pro celou řadu čtenářů, včetně tvůrců politik a jejich poradců, odborníků a výzkumných pracovníků pracujících v oblasti drog a obecněji sdělovacích prostředků a široké veřejnosti. EMCDDA se sídlem v Lisabonu je jednou z decentralizovaných agentur Evropské unie.