



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

CS

ISSN 2314-9035

Evropská zpráva o drogách

Trendy a vývoj

2013



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

Evropská zpráva o drogách

Trendy a vývoj

2013

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, italštině, litevštině, lotyštině, maďarštině, němčině, polštině, portugalštině, rumunštině, řečtině, slovenštině, slovinštině, španělštině, švédštině a norštině.

Katalogové údaje jsou uvedeny na konci této publikace.

Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2013

ISBN 978-92-9168-607-0

doi:10.2810/87275

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2013
Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Printed in Spain

VYTIŠTĚNO NA PAPIŘE BĚLENÉM BEZ POUŽITÍ CHLORU



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

Cais do Sodré, 1249-289 Lisabon, Portugalsko

Tél. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

| Obsah

5	Předmluva
9	Úvodní poznámka a poděkování
11	SHRNUTÍ Staré a nové problémy s drogami – situace v Evropě v roce 2013
15	KAPITOLA 1 Nabídka drog v Evropě
29	KAPITOLA 2 Užívání drog a problémy spojené s užíváním drog
47	KAPITOLA 3 Řešení drogové problematiky
59	KAPITOLA 4 Protidrogové politiky
65	PŘÍLOHA Tabulky s národními daty

Předmluva

V letošním roce je každoroční analýza situace v oblasti drog vypracovaná centrem EMCDDA předkládána v novém formátu. Cílem souboru Evropské zprávy o drogách 2013, který tvoří několik vzájemně provázaných produktů, je poskytnout společnou vstupní bránu k práci EMCDDA a umožnit různým skupinám čtenářů snadný přístup ke konkrétním informacím, jež hledají. Nabízí i analýzu, která je lépe načasovaná, více interaktivní a lépe provázaná. Tato změna je nezbytná z toho důvodu, abychom udrželi krok s velmi proměnlivou situací v oblasti drog a rostoucími potřebami a měnícím se očekáváním našich čtenářů.

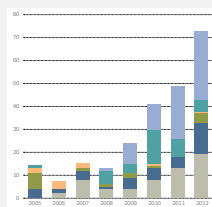
Ústředním bodem celého souboru je tato zpráva (dostupná i na internetu), která představuje shrnutí trendů a vývoje na nejvyšší úrovni. Průvodní Pohledy na drogy podrobněji seznamují s důležitými otázkami, mezi něž v letošním roce patří nové léčebné přístupy k hepatitidě C, vysoce rizikové užívání konopí a kontrola stále častějších nových psychoaktivních látek. Další úroveň souboru přináší Statistický věstník a Přehledy o jednotlivých zemích, které obsahují národní údaje a analýzu.

EVROPSKÁ ZPRÁVA O DROGÁCH 2013

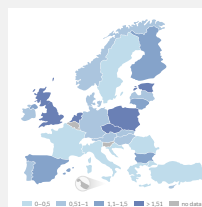
Soubor propojených prvků umožňujících otevřený přístup k dostupným údajům a analýze užívání drog v Evropě



Trendy a vývoj
poskytují analýzu
klíčového vývoje na
nejvyšší úrovni



Statistický věstník
s celou škálou údajů,
vysvětlujícími obrázky a
informacemi o uplatněné
metodice



**Přehledy o
jednotlivých zemích**
národní údaje a analýza
na dosah ruky



Pohledy na drogy
interaktivní okna o
klíčových tématech

Tento přístup se časově shoduje se zahájením nové protidrogové strategie EU pro období 2013–2020, v níž Evropská unie opětovně potvrzuje svůj závazek prezentovat vyvážený a na důkazech založený přístup k problematice drog. Důležitou součástí poslání centra EMCDDA je pomoc při poskytování informací, které jsou nezbytné pro provádění této strategie. Mnoho pozitivních změn spojených s vývojem v oblasti drog v Evropě bylo výsledkem debaty, k níž přispívalo jak stále lepší porozumění problémům, tak vědecky přesné posouzení opatření vyžadovaných pro jejich řešení. Jsme pyšní na to, jakou roli při tom centrum EMCDDA sehrálo.

Zároveň jsme si však vědomi výzev, které leží před námi. Protidrogová strategie EU bude muset řešit okolnosti nové politiky, jejichž mnohé rozměry jsou rozpracovány v této zprávě, včetně nezbytného zlepšení služeb poskytovaných uživatelům drog ve věznicích

a rostoucího významu syntetických drog. Strategie bude prováděna v období ekonomické nejistoty a v kontextu značných celosvětových vývojových a sociálních změn. Globalizace a technologické inovace mají dopad na všechny oblasti moderního života; není žádným překvapením, že ovlivňují problémy s drogami, jimž čelíme. Jako informační agentura na to reagujeme s aktuálními a přizpůsobitelnými zdroji, jež mají široký záběr. Jsme přesvědčeni, že Evropská zpráva o drogách 2013 představuje z hlediska obsahu i formy při řešení výzev, s nimiž jsme konfrontováni, důležitý krok vpřed. Ať už nabízí rychlý přístup ke strategickému přehledu situace v oblasti drog nebo hloubkovou analýzu statistických údajů, která je žádána, doufáme, že Evropská zpráva o drogách 2013 bude cenným a uživatelsky příjemným bodem přístupu k rozsáhlým zdrojům, které jsou v této oblasti nyní dostupné.

João Goulão

Předseda, správní rada 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 členské státy EU, kandidátské země Chorvatsko a Turecko, a Norsko.

Statistické údaje zde uváděné jsou údaje za rok 2011 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 úroveň, trendy a geografické rozšíření. Nezbytná upozornění technického charakteru a vymezení údajů lze najít v anglické on-line verzi této zprávy a ve Statistickém věstníku EMCDDA 2013, kde jsou uvedeny informace o metodice, sledovaných zemích 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) a Švédské radě pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN),
- Překladatelskému středisku pro instituce Evropské unie, Missing Element Designers 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, Norsku, kandidátských zemích 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

**Zdá se, že dnešní drogový trh je
proměnlivější a dynamičtější a méně
strukturovaný kolem rostlinných látek,
které jsou na spotřebitelské trhy
v Evropě zasílány z velkých dálek**

Staré a nové problémy s drogami – situace v Evropě v roce 2013

Hlavní znaky situace v oblasti drog v Evropě zůstávají v posledních letech poměrně stabilní. Užívání drog je z hlediska historických standardů stále vysoké, ale lze si povšimnout pozitivních změn s rekordními úrovněmi poskytování léčby společně s určitými známkami průlomu, pokud jde o injekční užívání drog, nové užívání heroinu, spotřebu kokainu a kouření konopí. Optimismus je však nutné zmírnit obavami, že nezaměstnanost mládeže a škrty v oblasti služeb by mohly vést k opětovnému propuknutí „starých“ problémů. Kromě toho bedlivější zkoumání naznačuje, že situace v oblasti drog by nyní mohla být ve stavu neustálých proměn, kdy se objevují „nové“ problémy, jež představují výzvu pro současnou politiku a modely z praxe: objevují se nové syntetické drogy a vzorce užívání, a to jak na nelegálním drogovém trhu, tak v kontextu nekontrolovaných látek.

Zdá se, že dnešní drogový trh je proměnlivější a dynamičtější a méně strukturovaný kolem rostlinných látek, které jsou na spotřebitelské trhy v Evropě zasílány z velkých dálek. Důležitými hnacími silami jsou zde globalizace a vývoj informačních technologií. Vzorce užívání drog v zemích s nízkými a středními příjmy se mění a to může mít také důsledky pro evropskou drogovou problematiku v budoucnosti. Narůstající výzvy představuje internet jak coby mechanismus pro velmi rychlé šíření nových trendů, tak coby vzkvétající anonymní trh s celosvětovým záběrem. Vytváří nové způsoby propojování oblasti užívání drog a jejich nabídky. Nabízí však i příležitosti k nalezení inovativních způsobů, jak poskytovat léčbu, zajišťovat prevenci a zasahovat v zájmu minimalizace škod.

Důsledky těchto změn pro veřejné zdraví nejsou ještě plně prozkoumány. Na známky toho, že současné politiky nalezly „tažnou sílu“ v některých důležitých oblastech, se musí pohlížet v kontextu rozvíjející se situace v oblasti drog, která bude vyžadovat provedení úprav současných postupů, pokud mají zůstat zacílené a vhodné pro daný účel.

Konopí

Navzdory určitým důkazům o klesajících trendech, zejména v zemích s dlouhou a zavedenou historií vysoké prevalence, zůstává užívání konopí v Evropě z historického hlediska vysoké a pro tuto látku existuje rozsáhlý a poměrně stabilní trh. Roste i rozmanitost mezi jednotlivými typy dostupných konopných produktů. Důležitější roli nyní hraje rostlinné konopí, někdy s vysokou potencí, doprovázené nedávným vznikem syntetických produktů podobných konopí. V obou případech se jedná o vývoj, který z hlediska veřejného zdraví může vyvolávat obavy. Vzhledem k svému postavení nejběžněji užívané drogy je konopí důležitým tématem pro práci s mladými lidmi v oblasti prevence a v této oblasti roste zájem o uplatňování strategií prevence zaměřených na prostředí. To je odrazem důkazů, podle nichž se přístupy zaměřené na prostředí ukázaly jako užitečné pro zmírňování problémů spojených s užíváním legálních látek, jako je tabák a alkohol.

Všechny pozitivní změny ukazatelů celkového užívání konopí v Evropě musí být chápány v kontextu poměrně různorodé situace na národní úrovni; například některé země důsledně uvádějí nízké a stabilní úroveň prevalence, zatímco v mnoha středoevropských a východoevropských zemích se míra užívání konopí po roce 2000 velmi zvýšila. Na trendy je také nutné pohlížet z hlediska různých vzorců užívání, protože se škodami je nejvíce spojeno pravidelné a dlouhodobé užívání. Problémy s konopím jsou v Evropě nyní lépe identifikovány a chápány; tato droga představuje druhou nejčastěji uváděnou látku mezi klienty, kteří nastupují specializovanou léčbu závislostí. Zatímco klienti nastupující léčbu závislosti na konopí jsou většinou muži a relativně mladí lidé, jsou stále častěji odhalovány problémy mezi staršími chronickými uživateli.

Konopí je rovněž droga, která rozděluje postoje veřejnosti, protože některé země ve svých politikách kontroly drog jasně rozlišují mezi konopím a jinými látkami.

Heroin a jiné opioidy

V kontextu k celkovému nárůstu dostupnosti léčby pro uživatele heroinu indikátory nyní naznačují sestupný trend jak u užívání, tak u dostupnosti této drogy. Dlouhodobý trend, pokud jde o množství zachyceného heroinu, je klesající a v poslední době začal klesat i počet záchytů. Některé země v posledním desetiletí uvádějí, že heroin na trhu nahrazují jiné opioidy. Jiné země zaznamenaly nedávné šoky nebo nedostatek drogy na trhu, po nichž následovalo částečné oživení.

Neustále klesá i počet uživatelů heroinu nastupujících léčbu poprvé v životě a celkově ti, kteří podstupují léčbu závislosti na heroinu, představují stárnoucí populaci. V posledních letech klesl i počet úmrtí spojených s opioidy. Z historického hlediska je pro heroin charakteristické injekční užívání, toto chování však zaznamenává dlouhodobý pokles. To společně s dopadem intervencí pravděpodobně přispělo k poklesu počtu nových infekcí HIV spojených s užíváním drog. Obavy zde však vyvolává skutečnost, že tento pozitivní trend narušilo nedávné vzplanutí nálezů HIV souvisejících s užíváním drog v Řecku a Rumunsku. To zdůrazňuje nepřetržitou potřebu sjednocovat řešení, zejména v souvislosti s minimalizací škod a účinnou léčbou závislosti, pokud se mají problémy v této oblasti v Evropě dále zmenšovat. Nehledě na jakékoli nové trendy v užívání heroinu těžko řešitelná povaha tohoto problému znamená, že i v nadcházejících letech zůstane klíčovou otázkou pro protidrogové služby. Vzhledem k velkému počtu uživatelů drog, kteří jsou nyní v kontaktu se službami, roste potřeba zaměřovat se na kontinuitu péče, služby v oblasti sociální reintegrace a budování konsenzu o tom, co představuje realistické dlouhodobé výsledky pro úzdravu.

Kokain

Problémy s užíváním cracku uvádí jen několik zemí, přičemž tam, kde se tyto problémy vyskytují, se často překrývají s problémovým užíváním jiných látek včetně heroinu. Užívání práškového kokainu je daleko běžnější, ale koncentruje se spíše v poměrně malém počtu západoevropských zemí. Pokud jde o ukazatele užívání kokainu i ukazatele jeho nabídky, vykazují v posledních letech celkově sestupný trend a dramatický pokles zachyceného množství je pravděpodobně zčásti ovlivněn tím, že skupiny organizované trestné činnosti diverzifikují metody a trasy obchodování s drogami. Z hlediska záchytů zůstává důležitým Pyrenejský poloostrov, ale v poměrném vyjádření v menší míře než

**V kontextu k celkového
nárůstu dostupnosti léčby
pro uživatele heroinu
indikátory nyní naznačují
sestupný trend jak u
užívání, tak u dostupnosti
této drogy**

v minulosti, kdežto zprávy o záchytech kokainu ve východní Evropě jsou znepokojivé a vyvolávají otázky ohledně potenciálu pro další šíření užívání.

V zemích s vyšší prevalencí naznačují údaje z průzkumů a údaje o zahájení léčby nedávný pokles užívání kokainu, ačkoli podle historických měřítek úrovně zůstávají stále vysoké. Počet úmrtí spojených s užíváním kokainu mírně klesl, třebaže při výkladu údajů v této oblasti je zapotřebí postupovat obezřetně. Důsledkem akutních problémů souvisejících s užíváním kokainu je v některých částech Evropy příchod klientů na oddělení urgentních příjmů, ale naše možnosti pro monitorování problémů v této oblasti jsou omezené. Z hlediska léčby mají problémoví uživatelé kokainu v mnoha zemích nyní k dispozici specializované služby, přičemž současná důkazní základna v této oblasti podporuje využívání psychosociálních intervencí.

Syntetické stimulanty

Pochopení všeobecných trendů v užívání syntetických stimulačních drog ztěžuje skutečnost, že jsou často vzájemně nahrazovány, protože spotřebitelé si je vybírají v závislosti na dostupnosti, ceně a vnímané „kvalitě“. Nejčastěji užívanými syntetickými stimulanty v Evropě zůstávají amfetamin a extáze, které do určité míry konkurují kokainu. Amfetamin zůstává v mnoha zemích důležitou složkou obrazu užívání drog a injekční užívání amfetaminu je historicky významnou součástí chronického problému s drogami v mnoha severních zemích. Z dlouhodobějšího hlediska zůstala většina ukazatelů amfetaminů stabilní; nedávné údaje však naznačují stále větší dostupnost metamfetaminu a na některých trzích tato látka nyní vytlačuje amfetamin. Podle některých důkazů dochází v několika posledních letech k poklesu oblíbenosti extáze, což pravděpodobně odráží skutečnost, že mnoho tabletek prodávaných jako extáze neobsahovalo MDMA nebo mělo nízkou čistotu. V poslední době se zdá, že výrobci extáze mají efektivnější zdroje MDMA a obsah tablet se v souladu s tím změnil. Teprve se ukáže, zda výsledkem bude nový zájem o tuto drogu, ale již se objevují určité prvotní náznaky postupu tímto směrem.

Stimulanty, zejména ve vysokých dávkách, mohou mít nepříznivé zdravotní důsledky a každý rok je hlášeno několik úmrtí. Uživatelé stimulantů, kteří mají problémy, se často setkají se službami poprvé na odděleních urgentních příjmů v nemocnicích. V současné době probíhají evropské projekty, jejichž úkolem je zlepšit monitorování této oblasti a poskytnout pokyny k účinným řešením akutních stavů způsobených drogami v prostředí noční zábavy. Ačkoli úmrtí související se stimulanty jsou relativně vzácná, přesto vyvolávají značné obavy, zejména pokud k nim dojde

mezi mladými, jinak zdravými dospělými. Další komplikace přináší vznik nových psychoaktivních látek s neznámou toxicitou. Nedávným příkladem je objevení nekontrolované stimulační látky 4-MA, která byla na nelegálním drogovém trhu poprvé zaznamenána v roce 2009 a byla prodávána jako amfetamin nebo byla s amfetaminem smísená. Výskyt úmrtí spojených s touto látkou spustil studie hodnocení rizik a vedl k následnému doporučení pro kontrolu této látky na evropské úrovni.

Nové psychoaktivní látky

V Evropě lze nalézt rostoucí počet nových psychoaktivních látek, které mají často napodobovat účinky kontrolovaných drog. Některé látky se prodávají přímo na nelegálním trhu, zatímco jiné, tzv. „legální opojení“, se prodávají volně na trhu. Vývoj v této oblasti postupuje velmi rychle vpřed a látky se objevují vysokým tempem. Příležitostně se objeví látka, která se stane žádanou drogou na nelegálním trhu, přičemž nejnovějším příkladem je mefedron. Systém včasného varování EU dostává v roce 2013 průběžně zprávy o zhruba jedné nové látce týdně. Posledním letům dominoval výskyt nových syntetických agonistů kanabinoidních receptorů, fenetylaminů a kationů, který byl do velké míry odrazem nejoblíbenějších nelegálních drog. Poslední změnu však ztělesňuje rostoucí podíl hlášených látek, které jsou z méně známých a nejasných chemických skupin. Mnohé z produktů, které se prodávají, obsahují směsi látek a nedostatek farmakologických a toxikologických údajů znamená, že je obtížné spekulovat o dlouhodobých zdravotních důsledcích užívání. Údaje však stále více ukazují, že některé z těchto látek způsobují problémy, které vyžadují klinické intervence, a byla zaznamenána úmrtí.

Evropská komise připravuje nový návrh na posílení reakce EU na nové psychoaktivní látky. Ačkoli se s užíváním nových psychoaktivních látek setkáváme především mezi mladými rekreačními uživateli drog, došlo k určitému rozšíření i mezi problémové uživatele drog. V zemích uvádějících nedostatek heroinu bylo zaznamenáno, že opioidy byly do určité míry nahrazeny syntetickými stimulanty, zejména kationy. Motiv pro přechod od injekčně užívaného heroinu ke kationům je nejasný, ale může být spojen se snadnou dostupností a vnímanou vysokou kvalitou nových drog. Obavy o veřejné zdraví existují v souvislosti se zvýšenými úrovněmi injekčního užívání, problémy v oblasti duševního zdraví a fyzickou újmou. Až do dnešní doby země experimentovaly s celou škálou kontrolních opatření, jimiž reagovaly na problém nových drog. Méně propracovaná, ale stejnou měrou důležitá, je potřeba identifikovat a zavést vhodná opatření v oblasti snižování poptávky.

1

Drogou, která je v Evropě zachycována nejčastěji, je konopí, což je důsledek jeho vysoké prevalence užívání

Nabídka drog v Evropě

Evropa je hlavní destinací pro kontrolované látky a hraje též omezenou 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; dynamičnost moderního trhu s drogami však znamená, že v současnosti nabývají na významu i jiné regiony světa. Evropa je též regionem produkujícím konopí a syntetické drogy. Ačkoli v podstatě veškeré vyprodukované konopí je určeno pro místní spotřebu, některé syntetické drogy jsou též vyráběny za účelem vývozu do jiných regionů.

Rostoucí 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 společně s kontrolovanými látkami na černém trhu.

Monitorování nabídky drog

Analýza v tomto oddíle vychází z celé řady zdrojů údajů: ze záchytů drog, zlikvidovaných zařízení na výrobu drog, záchytů prekursorů, trestných činů spočívajících v nabídce drog, spotřebitelských cen drog, jakož i z forenzních analýz záchytů drog. Úplné soubory dat a podrobné informace o metodickém postupu naleznete ve Statistickém věstníku. Je zapotřebí poznamenat, že trendy mohou být ovlivněny celou řadou faktorů, mezi něž patří intenzita aktivit v oblasti prosazování právních předpisů 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.

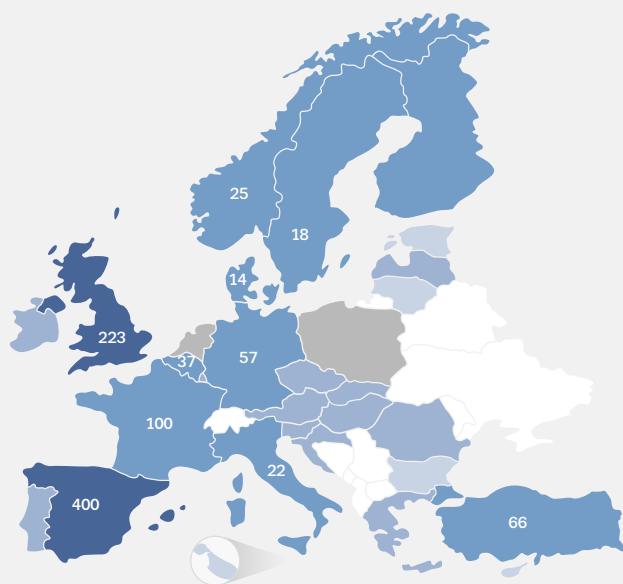
Jeden milion záchytů nelegálních drog v Evropě

Byl sledován výrazný nárůst v dlouhodobém trendu počtu záchytů nelegálních drog v Evropě, přičemž za rok 2011 byl hlášen zhruba jeden milion záchytů. Většinou se jednalo o malá množství drog zabavených uživatelům, ačkoli toto celkové množství zahrnuje i mnohakilogramové zásilky zachycené u obchodníků s drogami a výrobců.

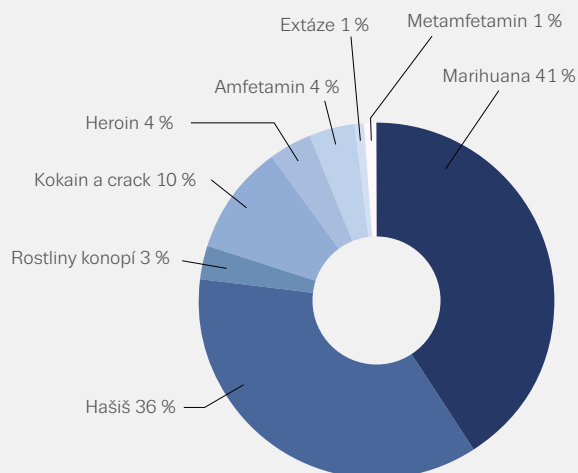
Většinu hlášení záchytů v roce 2011 pochází pouze ze dvou zemí, Španělska a Spojeného království, vysoká čísla však vykazala také Belgie a čtyři severské země. Další významnou zemí z hlediska záchytů drog je Turecko, kde

OBR. 1.1

Počet hlášených záchytů podle zemí (vlevo) a podíl záchytů u hlavních drog (vpravo), 2011



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



část zachycených drog byla určena pro spotřebu v jiných zemích v Evropě i na Středním východě.

Drogou, která je v Evropě zachycována nejčastěji, je konopí, což je důsledek jeho vysoké prevalence užívání (obr. 1.1). Kokain je celkově na druhém místě s dvojnásobným počtem záchytů, než je uváděno u amfetaminů nebo heroinu. Počet záchytů extáze je nižší a v posledních letech výrazně poklesl.

Konopí: změny v nabídce

Na evropském drogovém trhu se obvykle vyskytují dva různé konopné produkty: rostlinné konopí („marihuana“) a konopná pryskyřice („hašiš“). Hrubý odhad roční spotřeby těchto produktů činí přibližně 2 500 tun.

Rostlinné konopí (marihuana) v Evropě se pěstuje podomácku a dováží se ze sousedních zemí, ačkoli některé zprávy se zmiňují o rostlinách pocházejících z jiných regionů včetně Afriky. Většina hašiše se dováží po moři nebo letecky z Maroka. Na evropské úrovni jsou záchyty hašiše co do objemu v průměru větší než záchyty rostlinného konopí.

V průběhu uplynulých deseti let počet záchytů marihuany překonal počet záchytů hašiše a v současnosti představuje více než polovinu všech záchytů konopí (obr. 1.3). To

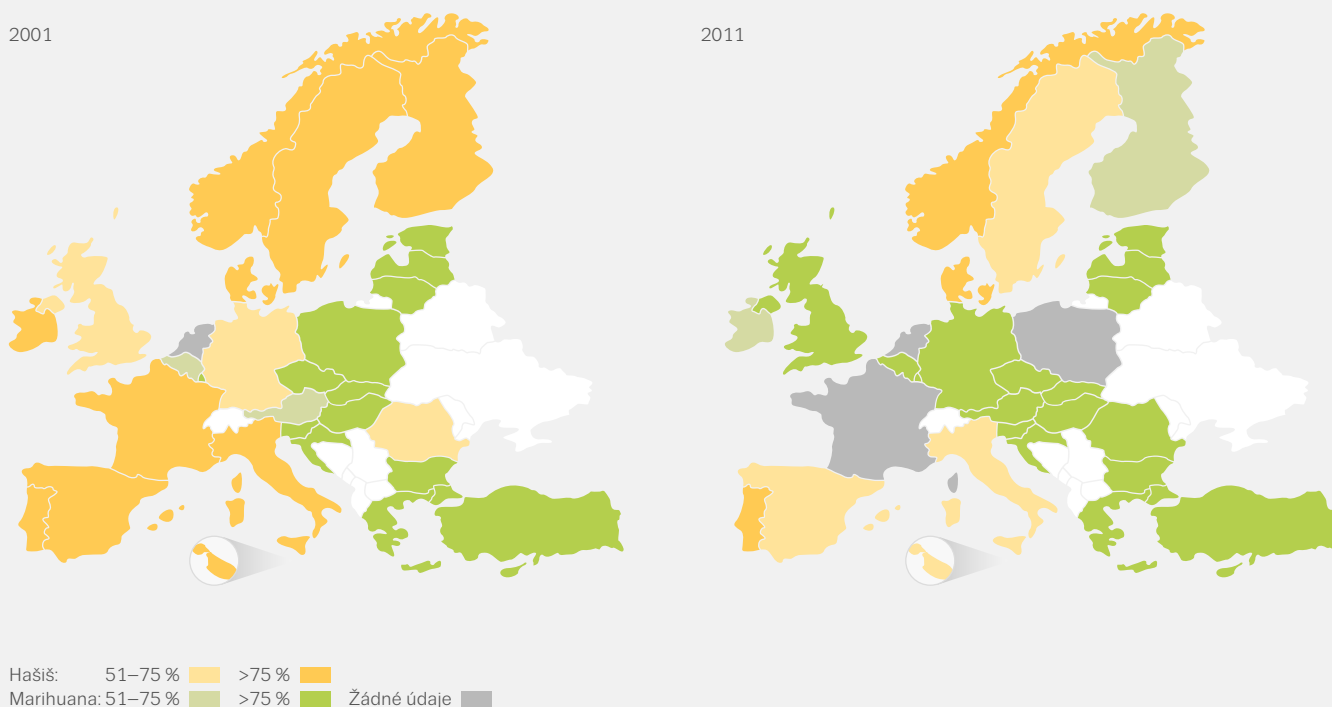
zčásti odráží zvyšující se dostupnost marihuany z domácí produkce v mnoha zemích. Množství zachyceného hašiše je však i navzdory poklesu v posledních letech stále mnohem vyšší než množství uváděného rostlinného konopí (483 tun oproti 92 tunám v roce 2011).

Evropské trendy v záchytech konopí je nutné chápat v kontextu toho, že údaje z omezeného počtu zemí se vyznačují nepoměrem v jejich důležitosti (obr. 1.4). Například Španělsko, se svou těsnou blízkostí Maroka a velkým vnitřním trhem, hlásilo v roce 2011 zhruba dvě třetiny množství hašiše zabaveného v Evropě. Pokud jde o marihuanu, Řecko a Itálie hlásily nedávný velký nárůst zachyceného množství. Od roku 2007 zachytilo největší množství marihuany Turecko.

V průběhu uplynulých deseti let počet záchytů marihuany překonal počet záchytů hašiše a v současnosti představuje více než polovinu všech záchytů konopí

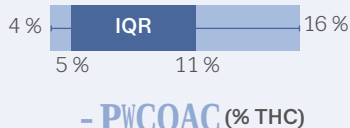
OBR. 1.2

Převažující typ konopí, hašiš nebo marihuana, v počtu záchytů v letech 2001 a 2011

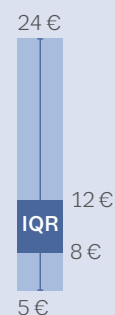
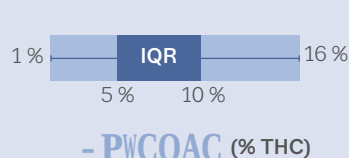
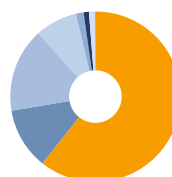


KONOPI

Hašiš

483 záchyty v tunách**504** záchyty v tunách, včetně Turecka**345 000** záchyty drogy**353 000** záchyty drogy včetně Turecka**Cena** (EUR/g)

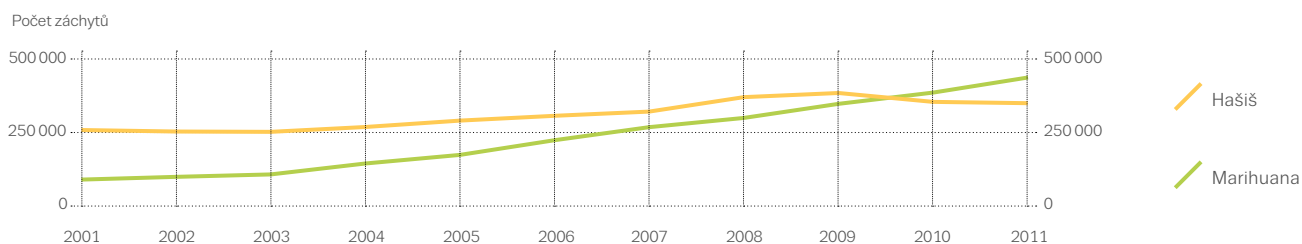
Marihuana

92 záchyty v tunách**147** záchyty v tunách, včetně Turecka**398 000** záchyty drogy**439 000** záchyty drogy včetně Turecka**Cena** (EUR/g)**113 000** hlášené trestné činy související s nabídkou drog**61 %** trestných činů obchodování s drogami u šesti hlavních drog

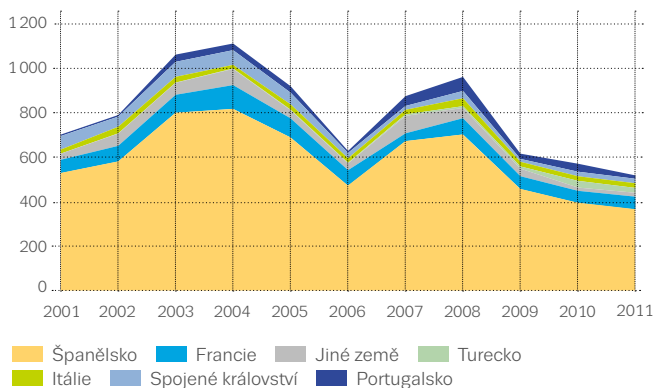
Cena a potence konopného produktu: národní průměrné hodnoty, minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR).
Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

OBR. 1.3

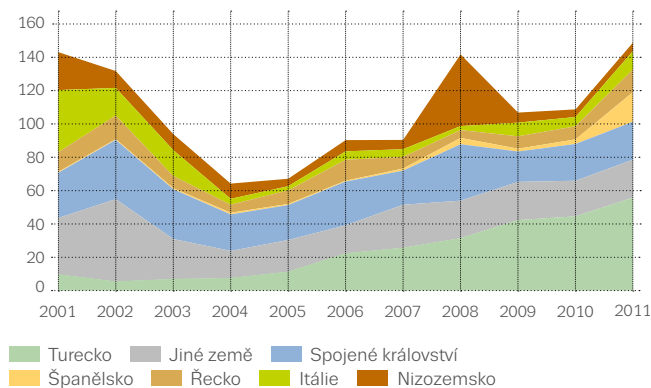
Počet záchytů konopí a zachycené množství v tunách: hašiš a marihuana, 2001–2011



Hašiš (Tuny)



Marihuana (Tuny)



Záchyty marihuany lze chápat jako ukazatel domácí produkce, ačkoli kvalita dostupných údajů v této oblasti představuje pro účely srovnání problémy. V roce 2011 bylo v Evropě hlášeno 31 000 záchytů rostlin konopí. Sem jsou zahrnuta hlášení počtu zachycených rostlin (4,4 milionu celkem) i množství (33 tun). Nejvyšší počty zachycených rostlin uvedlo Nizozemsko (2 miliony), Itálie (1 milion) a Spojené království (627 000), zatímco Španělsko (26 tun) a Bulharsko (5 tun) hlásily největší záchyty z hlediska hmotnosti.

Nový rozměr: syntetické agonisty kanabinoidních receptorů

Skutečnost, že v poslední době jsou dostupné produkty obsahující syntetické agonisty kanabinoidních receptorů, které napodobují účinky přirozeně se vyskytujících psychoaktivních sloučenin nacházejících se v konopí, dodává trhu s konopím nový rozměr. Tyto produkty, které mohou být mimořádně potentní, v současnosti uvádějí v podstatě všechny evropské země. Mnohakilogramová množství ve formě prášku se obvykle dovážejí z Asie, přičemž zpracování a balení poté probíhají v Evropě. Existují i určité důkazy o zdrojových chemických látkách, které jsou přepravovány přes Evropu, např. nedávný záchyt téměř 15 kilogramů čistého prášku syntetických agonistů kanabinoidních receptorů původem z Číny, avšak na cestě do Ruska.

Heroin: známky ústupu

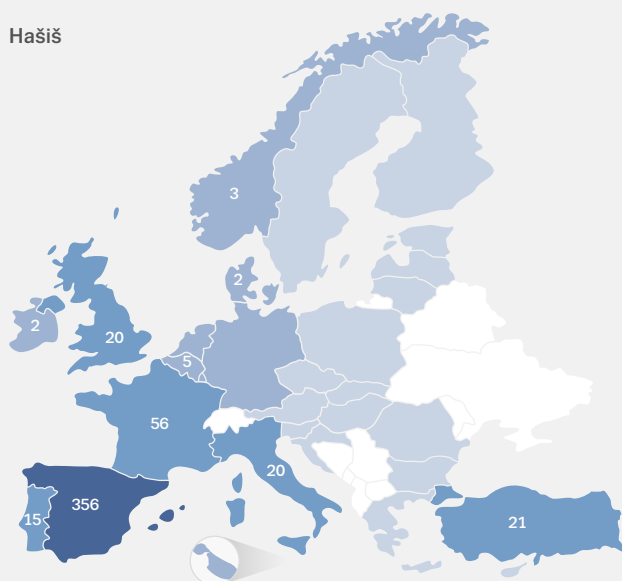
V Evropě byly v historii dostupné dvě formy dováženého heroínu: běžnější z obou forem je hnědý heroin (jeho základní chemická forma), který pochází převážně z Afghánistánu. Daleko méně běžný je bílý heroin (ve formě soli), který historicky pochází z jihovýchodní Asie, ale v současnosti se může vyrábět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

**Množství heroínu
zabaveného v roce 2011
bylo nejnižší uváděné
množství v posledním
desetiletí a odpovídalo pouze
jedné polovině množství
zachyceného v roce 2001**

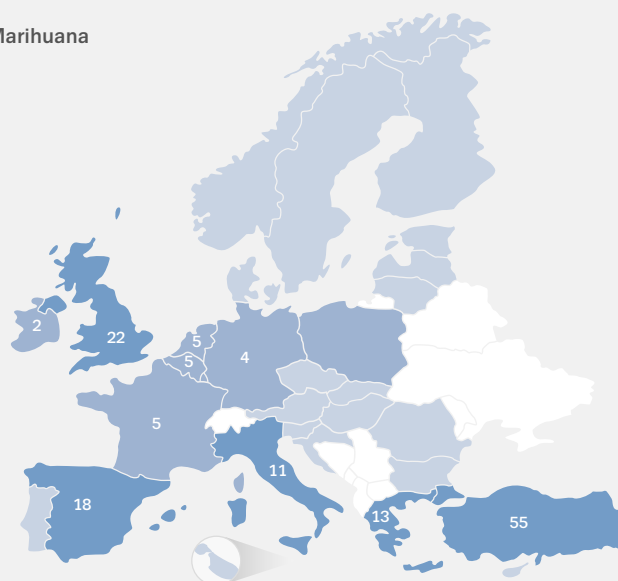
OBR. 1.4

Zachycené množství hašiše (vlevo) a marihuany (vpravo), 2011

Hašiš



Marihuana



Tuny <1 1–10 11–100 >100

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

Afgánistán 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. Do Evropy se tato droga dostává po dvou volně vymezených trasách: z historického hlediska z nich byla důležitější tzv. balkánská cesta, která vede na západ přes Turecko do balkánských zemí (Bulharsko, Rumunsko nebo Albánie) a dále do střední, jižní a západní Evropy. Novější je severní neboli „hedvábná

stezka“, která vede na sever do Ruska přes bývalé sovětské republiky ve střední Asii. Obecně se však dnes zdá, že situace je proměnlivější, protože zásilky heroinu z Íránu a Pákistánu se do Evropy dostávají letecky nebo po moři, a to buď přímo, nebo tranzitem přes západoafrické a východoafrické země.

HEROIN

6,1 záchyty v tunách **40 500** záchyty drogy
13,4 záchyty v tunách, včetně Turecka **43 800** záchyty drogy včetně Turecka



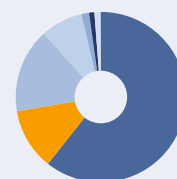
Čistota (%)



Cena (EUR/g)

23 300 hlášené trestné činy související s nabídkou

12 % trestných činů obchodování s drogami u šesti hlavních drog



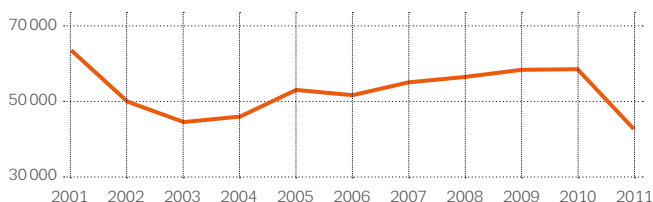
Cena a čistota „hnědého heroinu“: národní průměrné hodnoty, minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR).

Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

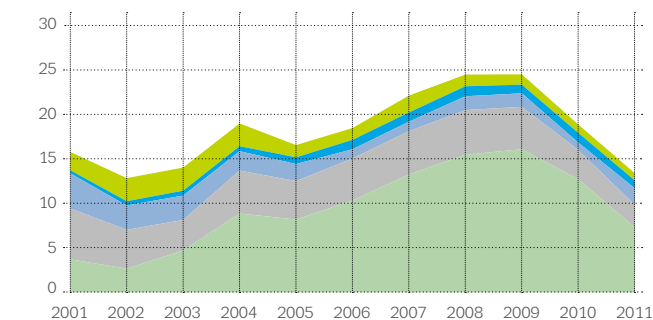
OBR. 1.5

Počet záchytů heroinu a zachycené množství, 2001–2011

Počet záchytů



Tuny



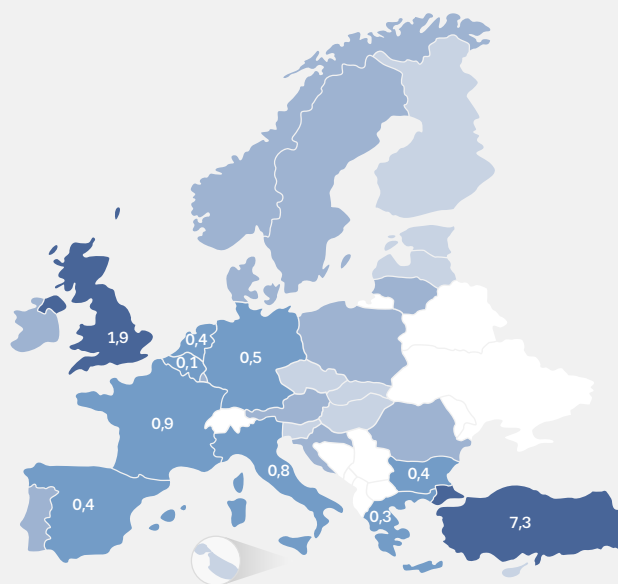
Turecko Jiné země Spojené království
Francie Itálie

Množství heroinu zabaveného v roce 2011 (6,1 tuny) bylo nejnižší uváděné množství v posledním desetiletí a odpovídalo pouze přibližně jedné polovině množství zachyceného v roce 2001 (12 tun). Klesl i počet záchytů uváděných v témže období (2001–2011), a to z nejvyšší hodnoty 63 000 v roce 2001 až na odhadovaných 40 500 v roce 2011. Tento pokles lze do jisté míry vysvětlit růstem záchytů v letech 2002 až 2009 v Turecku, kde od roku 2006 byly záchyty této drogy soustavně vyšší než ve všech ostatních zemích dohromady (obr. 1.5). V letech 2010 a 2011 byl však v Turecku hlášen výrazný pokles zachyceného množství.

Navíc k poklesu zaznamenanému u záchytů heroinu a trestných činů souvisejících s nabídkou této drogy byly v poslední době uváděny i akutnější krátkodobé šoky na trhu, které byly pravděpodobně výsledkem úspěšných protidrogových opatření na balkánské cestě. Řada zemí s poměrně velkými populacemi uživatelů heroinu zažila na přelomu let 2010 a 2011 výrazný odliv této drogy, ze kterého se, jak se zdá, zotavily jen některé trhy.

OBR. 1.6

Množství zachyceného heroinu, 2011



Tuny <0,01 0,01–0,10 0,11–1,0 >1,0

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

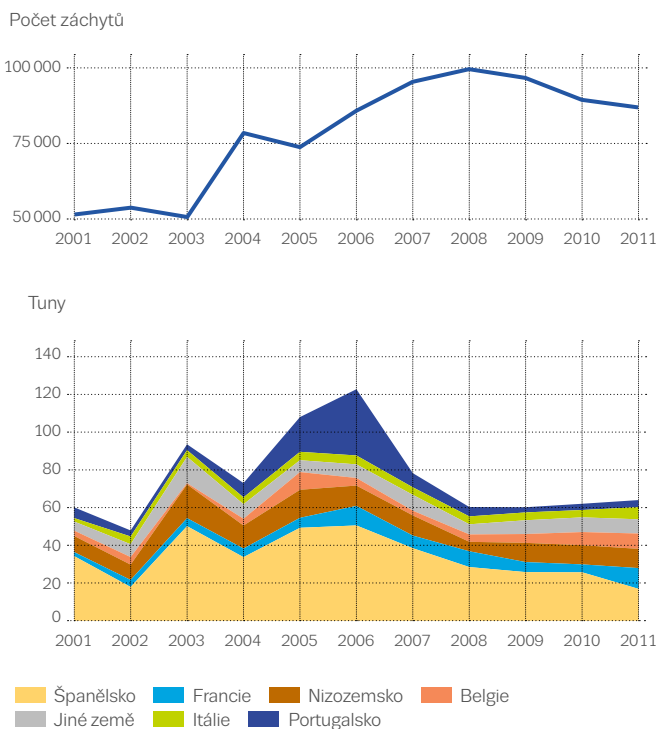
Kokain: změny v obchodování?

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. Hlavní obchodní cesta do Evropy vede podle všeho přes Pyrenejský poloostrov (Španělsko a Portugalsko), ačkoli zvýšené využívání kontejnerových zásilek znamená, že by mohl vzrůst význam velkých přístavů v Belgii, Nizozemsku a jiných západoevropských zemích. K posledním známkám probíhající diverzifikace tras pašování kokainu do Evropy patří velké individuální záchyty v přístavech v Bulharsku, Řecku, Rumunsku a pobaltských zemích.

Ne všechny kokain se do Evropy dostává ve formě vhodné k prodeji a v posledních letech byla v Evropě zlikvidována řada nelegálních „laboratoří“. Španělsko v letech 2008 až 2010 odhalilo a zlikvidovalo 73 zařízení, přičemž většinou se jednalo o laboratoře pro sekundární extrakci, které se využívají k extrakci kokainu z jiných materiálů, v nichž byl ukryt, například ze včelího vosku, hnojiv, plastu, potravin nebo oděvů.

OBR. 1.7

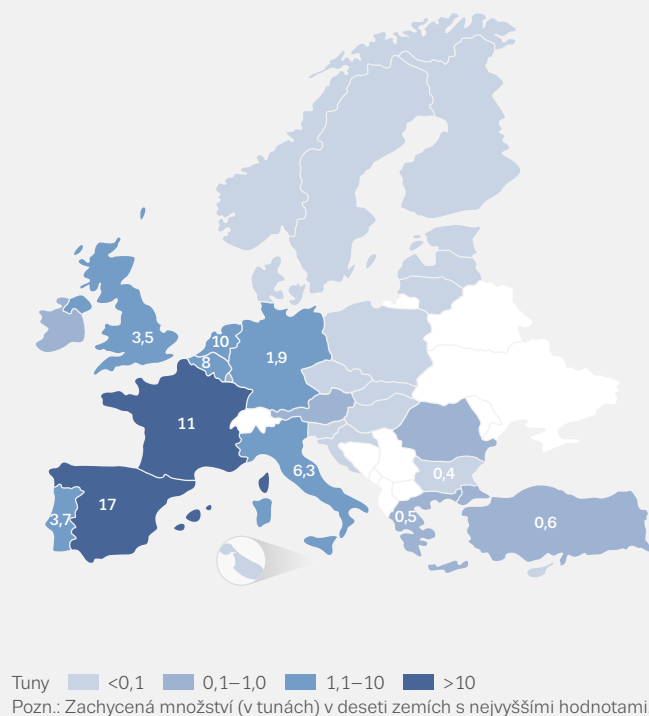
Počet záchytů kokainu a zachycené množství, 2001–2011



V roce 2011 bylo v Evropě hlášeno zhruba 86 000 záchytů kokainu, což v množství vyjádření představovalo 62 tun této drogy. Jedná se o téměř padesátiprocentní pokles ze 120 tun kokainu zachyceného v roce 2006, kdy bylo zadrženo největší množství. Klesl i počet záchytů, i když méně výrazně, vrchol byl zaznamenán v roce 2008, a sice 100 000 záchytů (obr. 1.7). Pokles množství zachyceného kokainu je nejzřetelnější na Pyrenejském poloostrově, kde celkové množství zajištěné Španělskem a Portugalskem

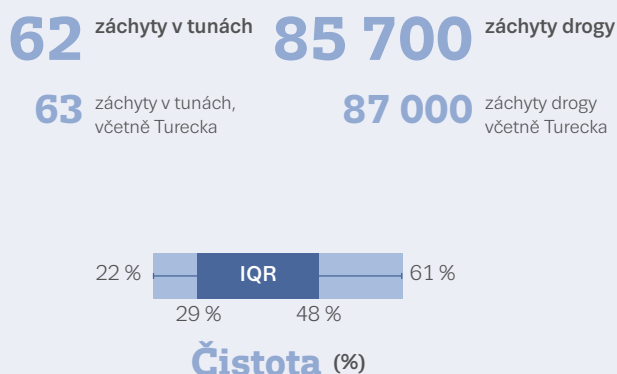
OBR. 1.8

Množství zachyceného kokainu, 2011

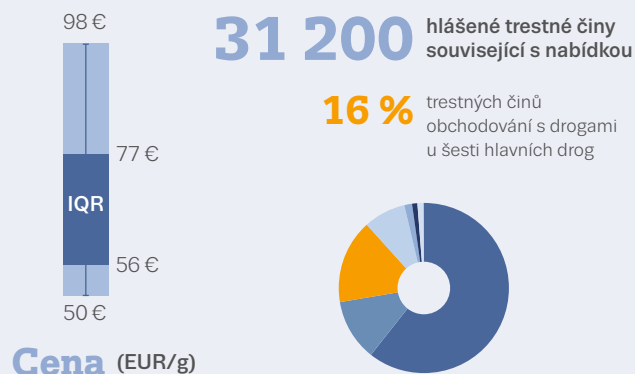


kleslo z 84 tun v roce 2006 na 20 tun v roce 2011. To odpovídá množství zachycenému v Nizozemsku a Belgii, které v roce 2011 hlásily dohromady záchyty 18 tun drogy. Rekordní záchyty kokainu uvedly v roce 2011 Francie (11 tun) a Itálie (6 tun). Není zcela zřejmé, do jaké míry změny množství zachyceného kokainu v evropských zemích odrážejí celkové změny nabídky na evropském trhu, změny v postupech prosazování právních předpisů nebo zavedení nových operativních postupů pašeráckých organizací.

KOKAIN



Cena a čistota kokainu: národní průměrné hodnoty, minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR).



Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

Amfetaminy: známky většího výskytu metamfetaminu

Metamfetamin a amfetamin, které byly původně vyvinuty pro léčebné účely a jsou obecně známy jako amfetaminy, jsou úzce spojeny se syntetickými stimulanty. Z těchto dvou drog byl v Evropě vždy běžnější amfetamin, ale nyní se objevují známky o stále větší dostupnosti metamfetaminu.

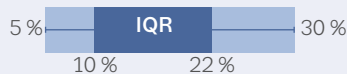
Obě drogy se v Evropě vyrábějí pro domácí poptávku, ačkoli určitá část amfetaminu se vyrábí též na vývoz, převážně na Střední východ. Výrobní techniky mohou být poměrně propracované a jejich výsledkem může být velké množství vyrobené drogy. Stejně zařízení a stejní pracovníci mohou být též využíváni k výrobě jiných syntetických látek, např. MDMA (extáze). Je známo, že významná výroba probíhá v Belgii a Nizozemsku, stejně jako v Polsku a v pobaltských zemích; laboratoře byly nalezeny i v jiných zemích včetně Bulharska, Německa a Maďarska. Velký počet výroben metamfetaminu hlásí Česká republika. Ve většině případů se jedná o malá zařízení určená k výrobě drog pro osobní potřebu, ačkoli byla zaznamenána i výroba ve větším měřítku, kde se metamfetamin vyrábí jak pro domácí trh, tak pro vývoz do sousedních zemí. Zdá se, že se rozšířila i výroba metamfetaminu v pobaltských zemích, přičemž zde se droga vyrábí na vývoz do skandinávských zemí, kde možná začíná nahrazovat amfetamin.

Po období vyšších úrovní jak z hlediska počtů, tak množství se záchyty amfetaminu v roce 2011 vrátily na přibližně stejnou úroveň, na jaké se nacházely v roce 2002

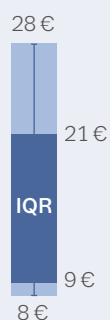
AMFETAMIN

5,9 záchyty v tunách **35 600** záchyty drogy

6,2 záchyty v tunách, včetně Turecka **35 600** záchyty drogy včetně Turecka



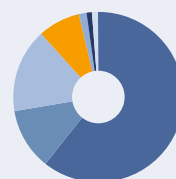
Čistota (%)



Cena (EUR/g)

16 000 hlášené trestné činy související s nabídkou

8 % trestných činů obchodování s drogami u šesti hlavních drog

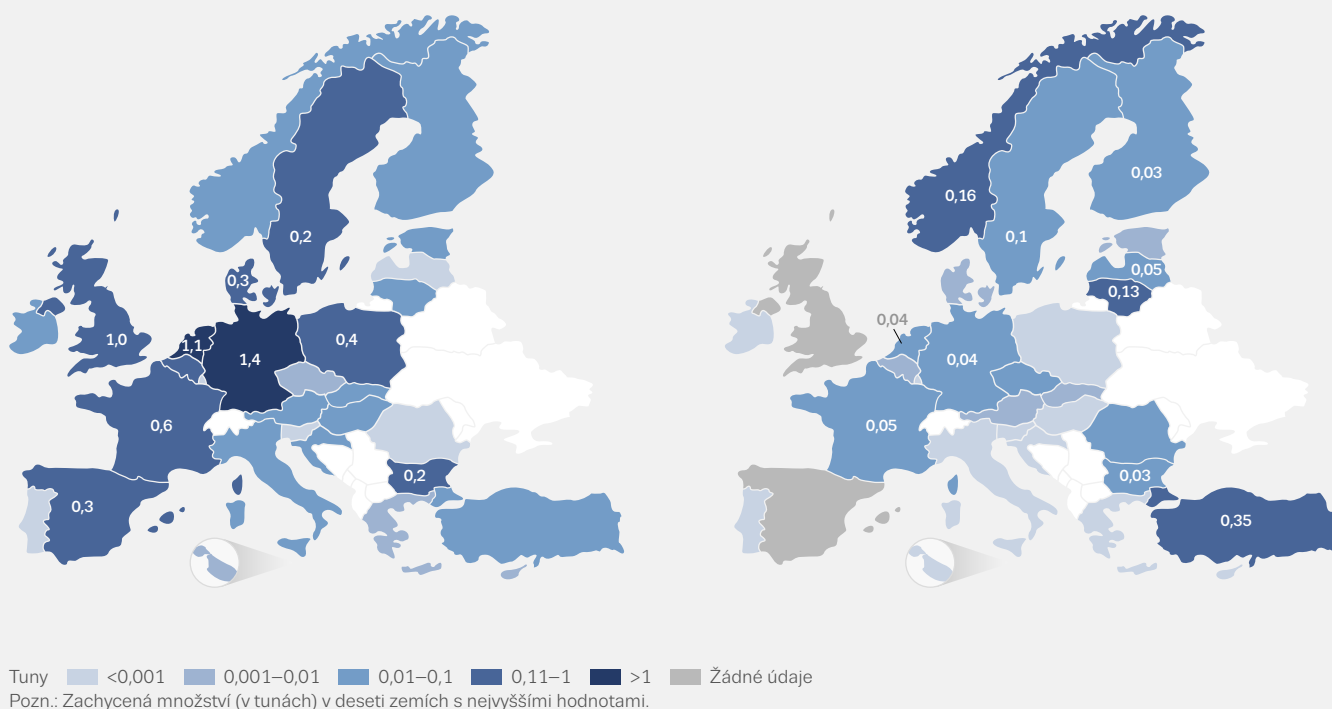


Cena a čistota amfetaminu: národní průměrné hodnoty, minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR).

Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

OBR. 1.9

Zachycené množství amfetaminu (vlevo) a metamfetaminu (vpravo), 2011



V roce 2011 bylo hlášeno zhruba 45 000 záchytů amfetaminů. Tento údaj lze rozdělit na 35 600 záchytů a 5,9 tuny amfetaminu a 9 400 záchytů představujících 0,7 tuny metamfetaminu. Po období vyšších úrovní jak z hlediska počtů, tak množství se záchyty amfetaminu v roce 2011 vrátily na přibližně stejnou úroveň, na jaké

se nacházely v roce 2002 (obr. 1.10). Naopak záchyty metamfetaminu v témže období vzrostly, i když jsou co do počtu a množství stále malé (obr. 1.11).

METAMFETAMIN

0,7 záchyty v tunách

1,0 záchyty v tunách,
včetně Turecka

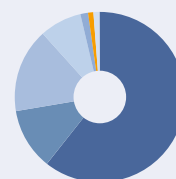
9 400 záchyty drogy

9 500 záchyty drogy
včetně Turecka

Čistota (%)



Cena (EUR/g)

2 200 hlášené trestné činy
související s nabídkou1 % trestných činů
obchodování s drogami
u šesti hlavních drog

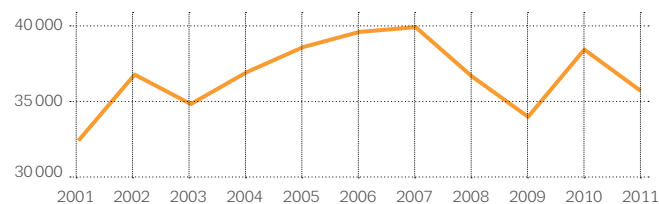
Cena a čistota metamfetaminu: národní průměrné hodnoty, minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR).

Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

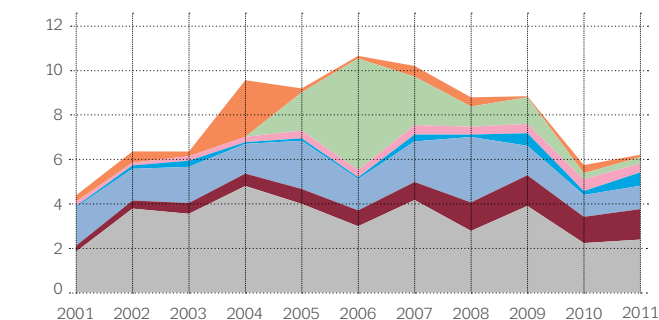
OBR. 1.10

Počet záchytů amfetaminu a zadržené množství, 2001–2011

Počet záchytů



Tuny

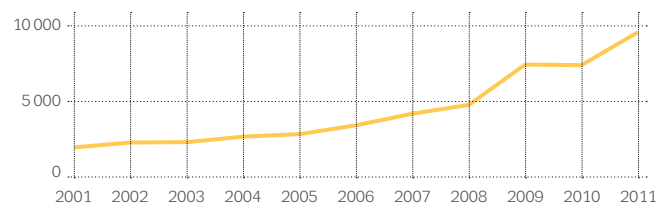


Jiné země Německo Spojené království
Francie Polsko Turecko Belgie

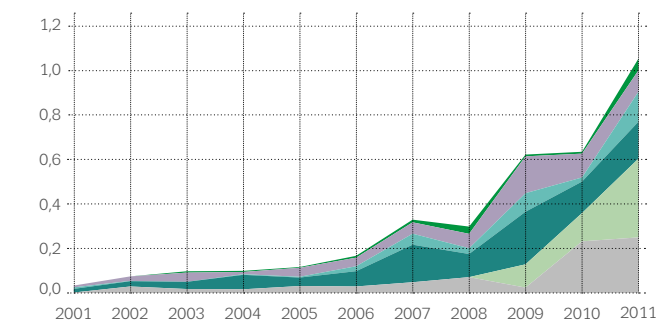
OBR. 1.11

Počet záchytů metamfetaminu a zadržené množství, 2001–2011

Počet záchytů



Tuny



Jiné země Turecko Norsko Litva
Švédsko Lotyšsko

| Extáze: začíná návrat?

Extáze je obvykle označení pro syntetickou látku MDMA, která je chemicky příbuzná amfetaminům, avšak liší se do určité míry svými účinky. Tablety prodávané jako extáze však mohou obsahovat kteroukoli z řady látek podobných MDMA a nepřibuzných chemických látek.

Vrchol výroby extáze v Evropě nastal asi v roce 2000, kdy byla hlášena likvidace 50 laboratoří. Tento údaj klesl na tři v roce 2010 a na pět v roce 2011, což naznačuje, že se úroveň výroby v celé Evropě snížila. Nejvyšší počty zlikvidovaných laboratoří uvádělo v posledním desetiletí Nizozemsko následované Belgií a má se za to, že tato skutečnost poukazuje z geografického hlediska na hlavní výrobní oblasti této drogy.

EXTÁZE

4,3 miliony zadržených tablet **10 000** záchyty drogy

5,7 miliony zadržených tablet, včetně Turecka **13 000** záchyty drogy včetně Turecka



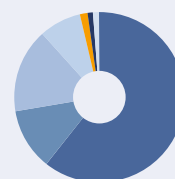
Čistota (MDMA, mg/tableta)



Cena (EUR/tableta)

3 000 hlášené trestné činy související s nabídkou

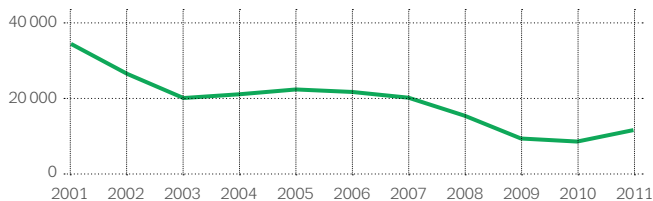
1 % trestných činů obchodování s drogami u šesti hlavních drog



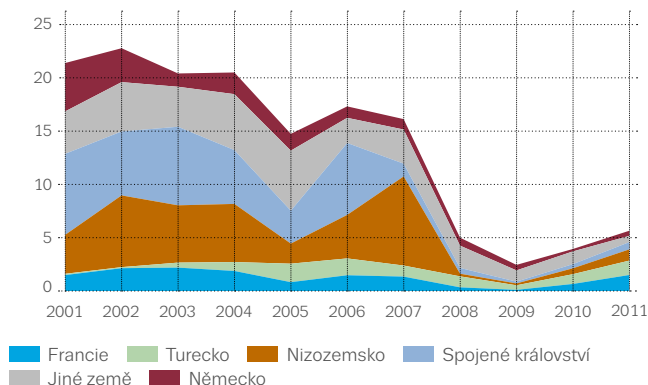
Cena a čistota tablet extáze: národní průměrné hodnoty, minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí (IQR).

Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

Počet záchytů

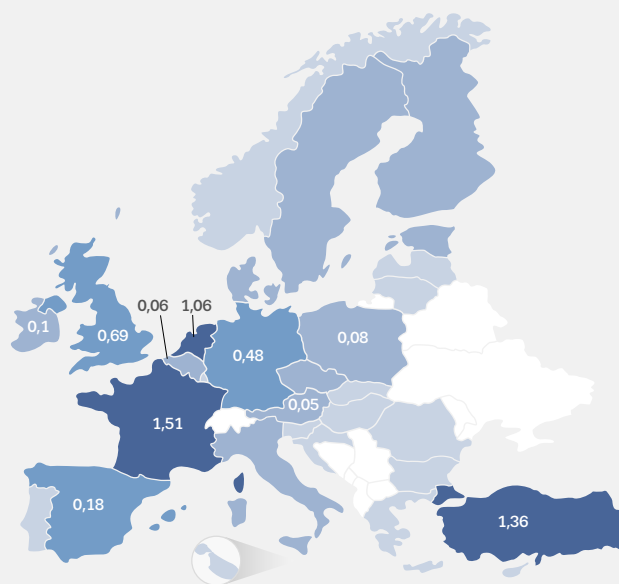


Tablety (miliony)



OBR. 1.13

Množství zachycené extáze, 2011



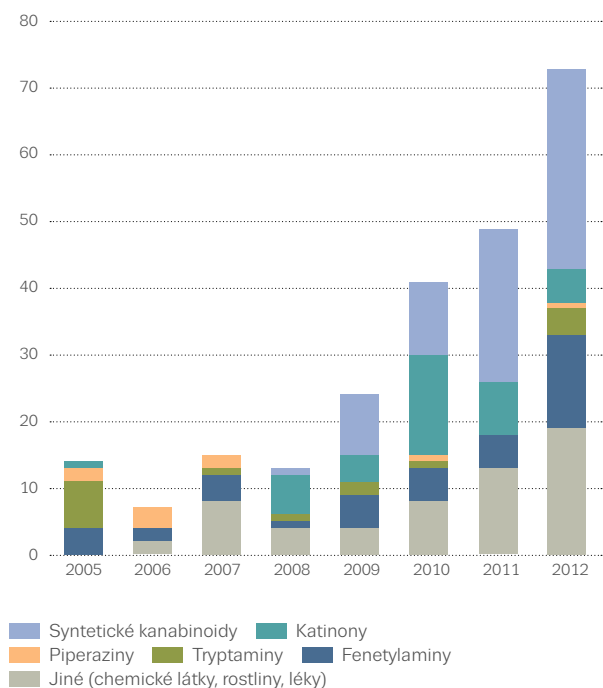
Tablety (milióny) <0,01 0,01–0,1 0,11–1,0 >1,0

Pozn.: Zachycená množství (v počtu tablet) v deseti zemích s nejvyššími hodnotami.

Od roku 2007 záchyty této drogy prudce klesají a současný údaj 4,3 milionu zadržených tablet extáze představuje jen malý zlomek maxima, které bylo zadrženo v roce 2002

OBR. 1.14

Počet a hlavní skupiny nových psychoaktivních látek hlášených do systému včasného varování EU, 2005–2012



V průběhu roku 2012 bylo členskými státy hlášeno prostřednictvím Systému včasného varování EU poprvé 73 nových psychoaktivních látek

Nové drogy: v nabídce je více látek

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 s úmyslem 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 v Číně nebo Indii, a poté jsou atraktivně baleny a uváděny na trh v Evropě jako „legální opojení“. Termín „legální opojení“ 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.

V průběhu roku 2012 bylo členskými státy hlášeno prostřednictvím systému včasného varování EU poprvé 73 nových psychoaktivních látek (obr. 1.14). V reakci na poptávku uživatelů po produktech podobných konopí se u třiceti z těchto látek jednalo o syntetické agonisty kanabinoidních receptorů. Devatenáct sloučenin neodpovídalo snadno identifikovatelným chemickým skupinám (včetně rostlin a léků), ačkoli bylo hlášeno i

čtrnáct nových substituovaných fenetylaminů, což byl nejvyšší počet od roku 2005.

Jelikož pro nové psychoaktivní látky je důležitým trhem internet, provádí EMCDDA pravidelný rychlý průzkum, při němž monitoruje řadu on-line obchodů, které nabízejí produkty evropským spotřebitelům. Tento zjištěný počet obchodů neustále roste a v lednu 2012 bylo identifikováno 693 on-line obchodů.

Poté, co jsou nové psychoaktivní látky podrobeny kontrolním opatřením, jsou často velmi rychle nahrazeny, čímž jsou intervenční opatření v této oblasti velmi náročná. Vzácným příkladem nové drogy, která se mohla stát vyhledávanou látkou na trhu s nelegálními stimulanty, je mefedron. Navzdory kontrolám v celé Evropské unii se zdá, že tato droga je stále dostupná v některých zemích, kde se nyní prodává na nelegálním trhu. Ačkoli mohou existovat zásoby pořízené před vyhlášením zákazu a stále může probíhat tajný dovoz, znepokojivé je nedávné odhalení výroby mefedronu v Polsku s vazbami na mezinárodní skupiny organizované trestné činnosti a důkazy o pašování do jiných evropských zemí.

VÍCE INFORMACÍ

Publikace EMCDDA

2012

Cannabis production and markets in Europe, EMCDDA Insights 12.

2011

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

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications. Souhrnná zpráva z EMCDDA Trendspotter, zasedání ve dnech 18.–19. října 2011.

Reakce na nové psychoaktivní látky, Úkol drogy, č. 22.

Publikace EMCDDA a Europolu

2013

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

2011

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

**Nejméně 85 milionů dospělých
Evropanů, což je přibližně čtvrtina
dospělé populace Evropy, vyzkoušelo
někdy v životě nelegální drogu**

Užívání drog a problémy spojené s užíváním drog

Monitorování užívání drog a s tím souvisejících škodlivých účinků komplikuje mnoho faktorů. Existují velmi rozdílné cesty užívání nelegálních drog, vzorce užívání například sahají od experimentálních a příležitostných až po každodenní a dlouhodobé. Rizika, jimž jsou jednotlivci vystaveni, budou zprostředkovávat i četné faktory, mezi něž patří: zkonsumovaná dávka, způsob aplikace, souběžná konzumace jiných látek, počet a délka epizod užívání drog a zranitelnost jednotlivých osob.

Monitorování užívání drog a problémů spojených s užíváním drog

Monitorování užívání drog a škod souvisejících s drogami v Evropě vychází převážně z pěti epidemiologických indikátorů: užívání drog v běžné populaci, problémové užívání drog, úmrtí a úmrtnost související s drogami, infekční nemoci související s drogami a počet žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním drog. Informace o těchto indikátorech včetně informací o metodickém postupu naleznete na internetových stránkách EMCDDA v oddíle Klíčové indikátory a ve Statistickém věstníku.

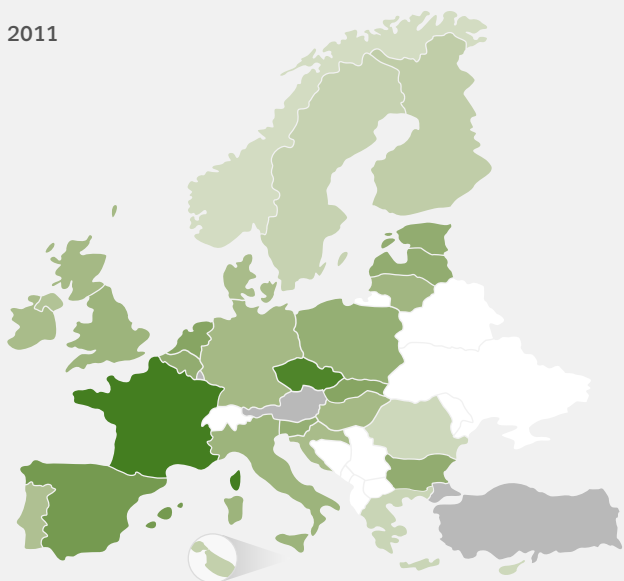
Čtvrtina dospělých Evropanů někdy užila nelegální drogy

Nejméně 85 milionů dospělých Evropanů, což je přibližně čtvrtina dospělé populace Evropy, vyzkoušelo někdy v životě nelegální drogu. Většina uvádí, že užila konopí (77 milionů), přičemž odhady celoživotního užívání jiných drog jsou mnohem nižší: 14,5 milionu u kokainu, 12,7 milionu u amfetaminů a 11,4 milionu u extáze. Existují značně rozdílné úrovně celoživotní prevalence užití drog uváděné v Evropě, počínaje zhruba třetinou dospělých v Dánsku, Francii a Spojeném království a konče každou desátou osobou v Bulharsku, Maďarsku, Rumunsku, Řecku a Turecku.

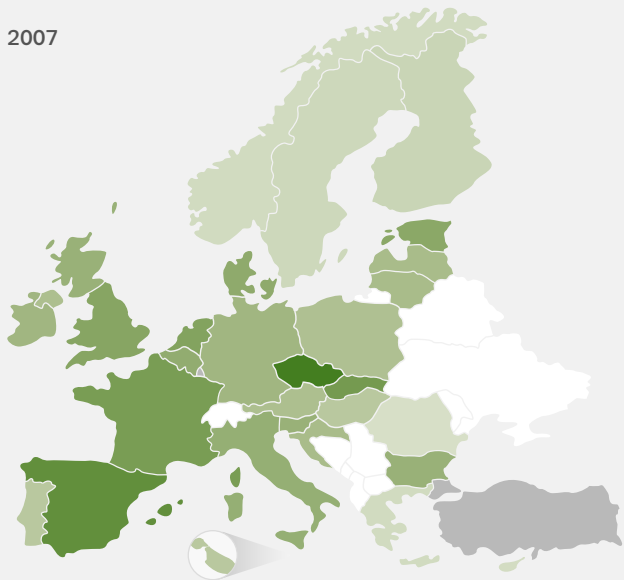
OBR 2.1

Celoživotní prevalence užití konopí mezi studenty ve věku 15 až 16 let

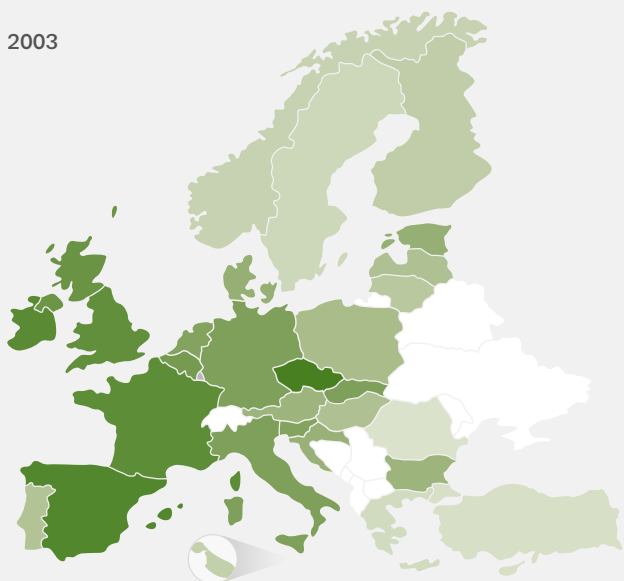
2011



2007



2003



2 % 10 20 30 40 45 % Žádné údaje

Pozn.: Údaje z průzkumu ESPAD a národních průzkumů ve Španělsku a Spojeném království.

Konopí: stabilní nebo klesající trend v zemích s vyšší prevalence

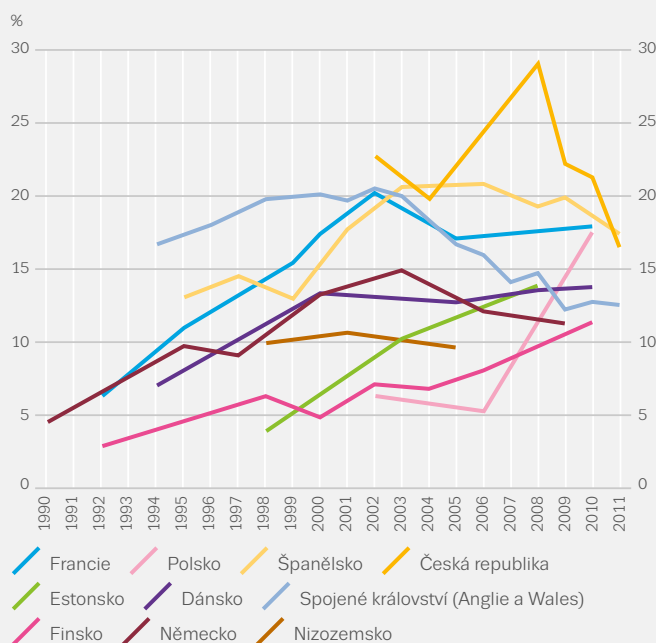
Konopné produkty se obecně kouří a často se míchají s tabákem. Vzorce užívání konopí sahají od příležitostného nebo experimentálního až po pravidelné a závislé užívání a problémy související s konopím jsou do značné míry spojeny s častým užíváním a vyšším užívaným množstvím. K účinkům na zdraví mohou patřit dýchací obtíže, problémy v oblasti duševního zdraví a závislost. Některé z nových syntetických agonistů kanabinoidních receptorů mohou být mimořádně potentní a stále častěji jsou hlášeny akutní nepříznivé důsledky.

Konopí je nelegální droga, u níž je nejvyšší pravděpodobnost, že ji vyzkoušejí evropští studenti. Ve studii ESPAD v roce 2011 se celoživotní užití konopí mezi patnáctiletými až šestnáctiletými pohybovalo od 5 % v Norsku po 42 % v České republice (obr. 2.1). Různil se i poměr mezi pohlavími, a to od vyrovnaného poměru až po zhruba 2,5 chlapců na jednu dívku. Z hlediska celkového evropského trendu se v letech 1995 až 2003 zvýšilo užívání konopí studenty, v roce 2007 mírně kleslo a od té doby zůstává stabilní. Během tohoto období je patrným trendem omezení užívání konopí v mnohých zemích, které uváděly vysoké úrovně prevalence v dřívějších průzkumech. V témže období se míry užívání konopí mezi studenty zvýšily v mnoha zemích střední a východní Evropy, což ukázalo určitý stupeň sblížování napříč Evropou. V šesti zemích, které uvedly, že po studii ESPAD (2011/12) byly provedeny národní průzkumy ve školách, prevalence užívání konopí mezi studenty zůstává stabilní nebo mírně klesá.

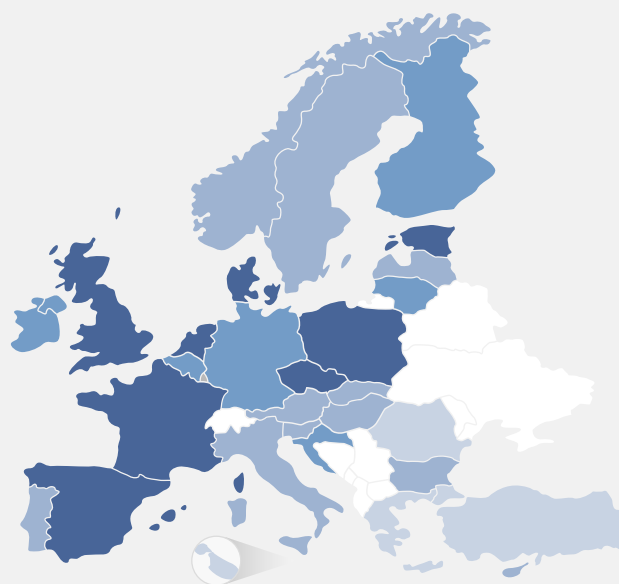
V posledním roce užilo konopí podle odhadů 15,4 milionu mladých Evropanů (15–34 let) (11,7 % této věkové skupiny), přičemž 9,2 milionu představují osoby ve věku 15–24 let (14,9 %). Konopí užívají všeobecně více muži. Dlouhodobější trendy mezi mladými dospělými jsou v zásadě v souladu s trendy mezi studenty s postupně se zvyšujícím užíváním v některých zemích s nižší prevalence a současným poklesem v zemích s vyšší prevalence. Vyjma Polska a Finska uvádějí země s nedávno provedenými průzkumy (v roce 2010 nebo později) stabilní nebo klesající trendy mezi mladými dospělými (obr. 2.2). O užívání syntetických agonistů kanabinoidních receptorů informuje v současnosti jen málo národních průzkumů; u těch, které tak činí, jsou úrovně prevalence obecně nízké.

OBR 2.2

Prevalence užití konopí v posledním roce mezi mladými dospělými: vybrané trendy a nejnovější údaje



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



% 0–4 4,1–8 8,1–12 >12

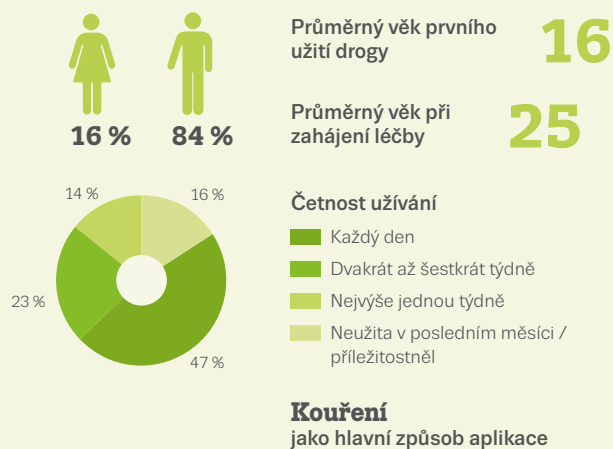
Více než 3 miliony každodenních uživatelů konopí a rostoucí počet žádostí o léčbu

Významná menšina uživatelů konopí konzumuje tuto látku intenzivně. Každodenní nebo téměř každodenní užívání konopí je definováno jako užívání dvacet nebo více dnů

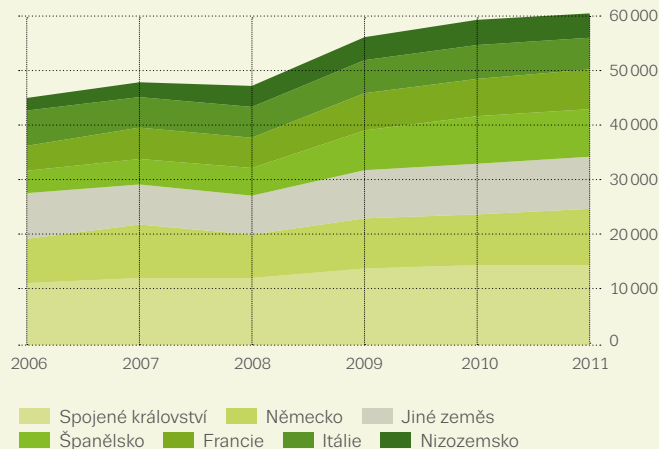
v měsíci, který předcházel průzkumu. Údaje z 22 zemí naznačují, že zhruba 1 % dospělých, nejméně tři miliony, uvádí, že tuto drogu užívají tímto způsobem. Více než dvě třetiny těchto osob jsou ve věku od 15 do 34 let a v této věkové skupině tvoří přes tři čtvrtiny muži.

UŽIVATELÉ KONOPÍ V LÉČBĚ

Charakteristika



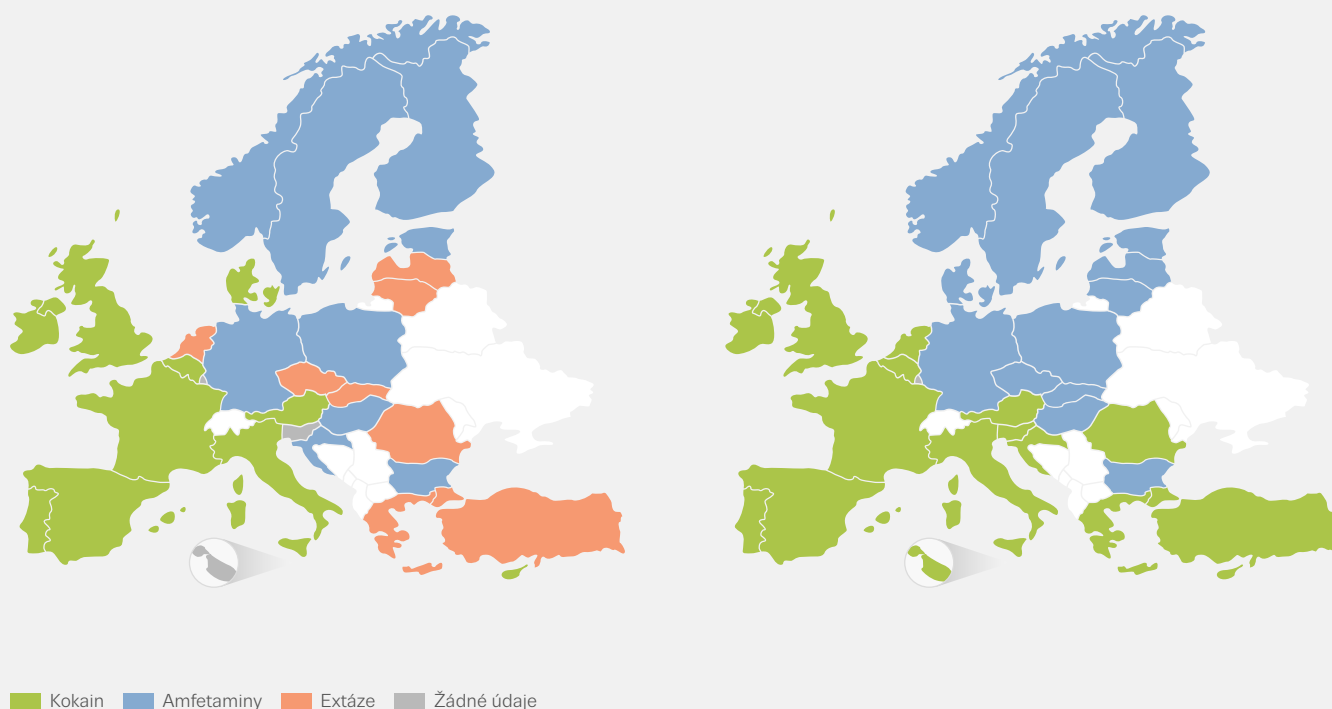
Trendy u klientů nastupujících léčbu poprvé



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.

OBR 2.3

Převládající stimulační droga podle prevalence v posledním roce mezi osobami ve věku 15 až 34 let (vlevo) a podle primární drogy osob nastupujících léčbu poprvé (vpravo)



V roce 2011 bylo konopí po heroinu druhou nejčastěji uváděnou primární drogou pro klienty nastupující specializovanou protidrogovou léčbu v Evropě (109 000) a nejčastěji uváděnou drogou mezi těmi, kteří nastupovali léčbu poprvé. Lze si však povšimnout značných rozdílů mezi jednotlivými zeměmi, počínaje 4 % všech drogově závislých klientů uvádějících tuto drogu jako příčinu nástupu na léčbu v Bulharsku a konče 69 % v Maďarsku. Tyto rozdíly lze vysvětlit rozdílnými postupy odesílání klientů do léčby, rozdílnými typy dostupných služeb v oblasti léčby a rozdílnou mírou prevalence v jednotlivých zemích. Evropa byla svědkem toho, že počty klientů závislých na konopí nastupujících léčbu poprvé vzrostly ze zhruba 45 000 v roce 2006 na 60 000 v roce 2011.

Konopí... nejčastěji uváděnou drogou mezi těmi, kteří nastupovali léčbu poprvé

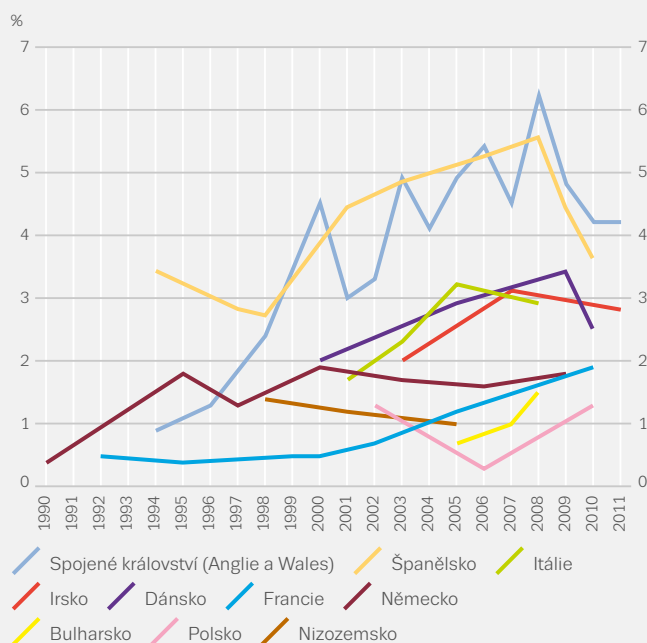
Nelegální stimulanty v Evropě: regionální vzorce užívání

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

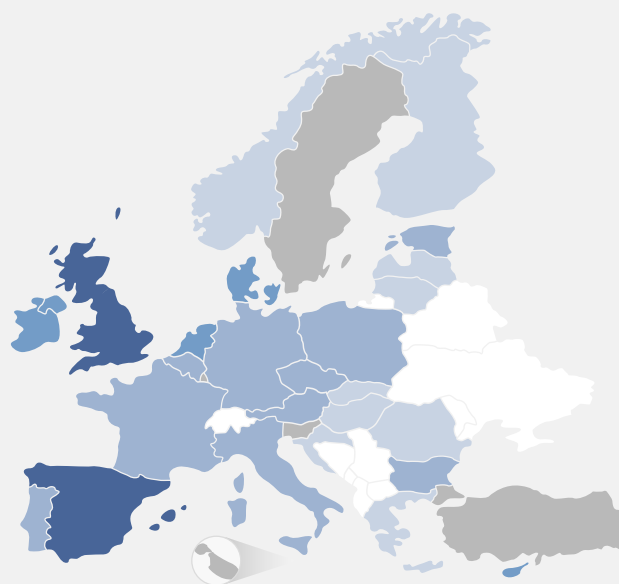
Údaje o prevalenci ilustrují geograficky různorodý trh se stimulanty v Evropě, kde kokain je častější na jihu a západě Evropy, amfetaminy jsou běžnější ve středoevropských a severních zemích a extáze je nejčastějším stimulantem v zemích na jihu a východě (obr. 2.3). Údaje o léčbě ukazují podobné vzorce pro kokain a amfetamin, zatímco počty osob nastupujících léčbu v případě problémů s extází jsou nízké.

OBR 2.4

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



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

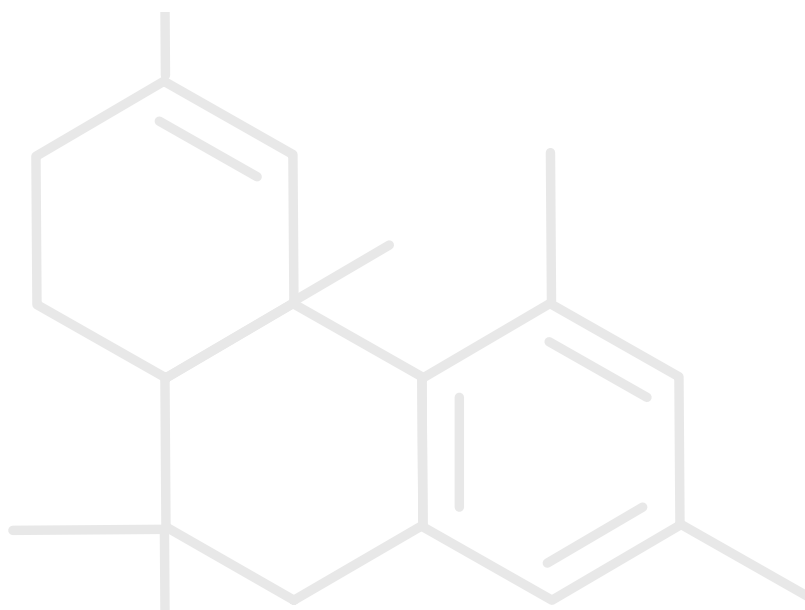


% 0–1 1,1–2 2,1–3 >3 Žádné údaje

Kokain: klesající užívání v zemích s vysokou prevalencí

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

Nejběžněji užívanými nelegálními stimulanty v Evropě jsou kokain, amfetaminy a extáze



Kokain je nejčastěji užívanou nelegální stimulační drogou v Evropě, ačkoli většinu uživatelů lze nalézt v poměrně malém počtu zemí. Odhaduje se, že přibližně 2,5 milionu mladých Evropanů (1,9 % z této věkové skupiny) užilo v posledním roce kokain. Poměrně vysoké úrovně užití kokainu v posledním roce mezi mladými dospělými (2,5–4,2 %) uvádělo Dánsko, Irsko, Spojené království a Španělsko (obr. 2.4). V zemích s vyšší prevalencí a s novějšími průzkumy měly úrovně užití kokainu v posledním roce mezi mladými dospělými tendenci dosáhnout vrcholu v letech 2008/09 a následně ukázaly mírnější pokles nebo stabilizaci. V jiných zemích zůstaly úrovně užívání kokainu poměrně nízké a stabilní, i když Francie a Polsko hlásily v roce 2010 nárůst.

Známky poklesu 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 2009 u dospělé populace: Španělsko odhadovalo „intenzivní užívání kokainu“ na 0,45 %, Německo odhadovalo „problémy související s kokainem“ na 0,20 % a Itálie stanovila odhad ve výši 0,34 % pro „potenciálně problémové užívání kokainu“. Za období 2009/10 Spojené království odhadlo užívání cracku u dospělé populace v Anglii na 0,54 %, ale konstatovalo, že mnohé z těchto osob jsou pravděpodobně uživateli cracku i opioidů.

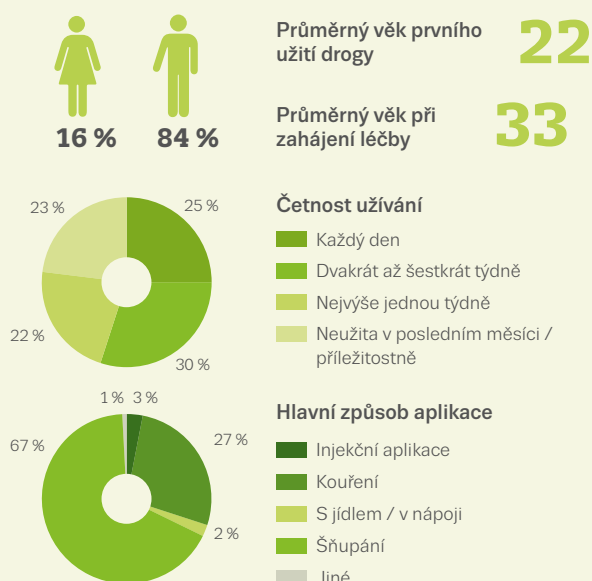
Kokain byl jako primární droga uváděn u 14 % všech hlášených klientů nastupujících specializovanou léčbu závislosti v roce 2011 (60 000) a u 19 % osob, které léčbu nastupovaly poprvé (31 000). Mezi zeměmi jsou velké rozdíly, přičemž zhruba 90 % všech klientů závislých na kokainu bylo uváděno pouze pěti zeměmi (Německo, Španělsko, Itálie, Nizozemsko, Spojené království). Počet klientů nastupujících léčbu závislosti na kokainu jako primární drogy poprvé v životě vzrostl z 35 000 v roce 2006 na 37 000 v roce 2009 a poté klesl na 31 000 v roce 2011 (23 zemí). Španělsko zaznamenalo malé, ale soustavné snižování počtů nových klientů závislých na kokainu nastupujících léčbu od roku 2005, Spojené království od roku 2008 a Itálie od roku 2009. V roce 2011 nastoupilo v Evropě léčbu jen asi 3 000 nových primárních uživatelů cracku, přičemž z tohoto počtu představovalo zhruba dvě třetiny Spojené království a valnou většinu zbývajících třetiny Španělsko a Nizozemsko.

Dlouhodobější nárůst urgentních příjmů v nemocnicích souvisejících s kokainem

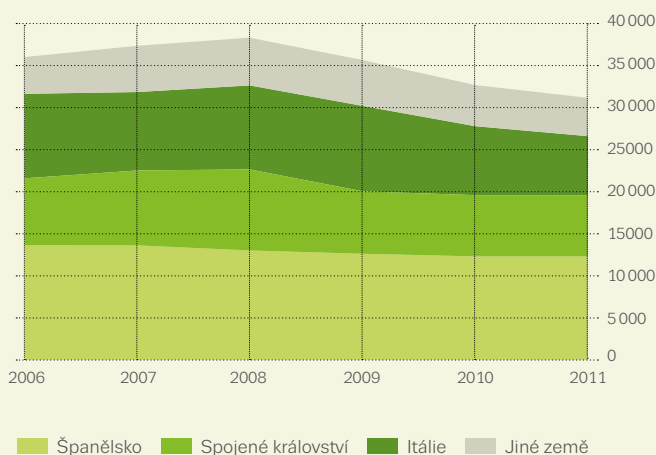
Nedávný evropský průzkum zjistil v některých zemích trojnásobný nárůst ukazatelů urgentních příjmů v nemocnicích souvisejících s kokainem od 90. let 20. století, přičemž maxima bylo dosaženo přibližně v roce 2008 ve Španělsku a ve Spojeném království (Anglie). Většina urgentních příjmů souvisejících s kokainem se týkala mladých mužů. Úmrtí způsobená akutní otravou

UŽIVATELÉ KOKAINU V LÉČBĚ

Charakteristika



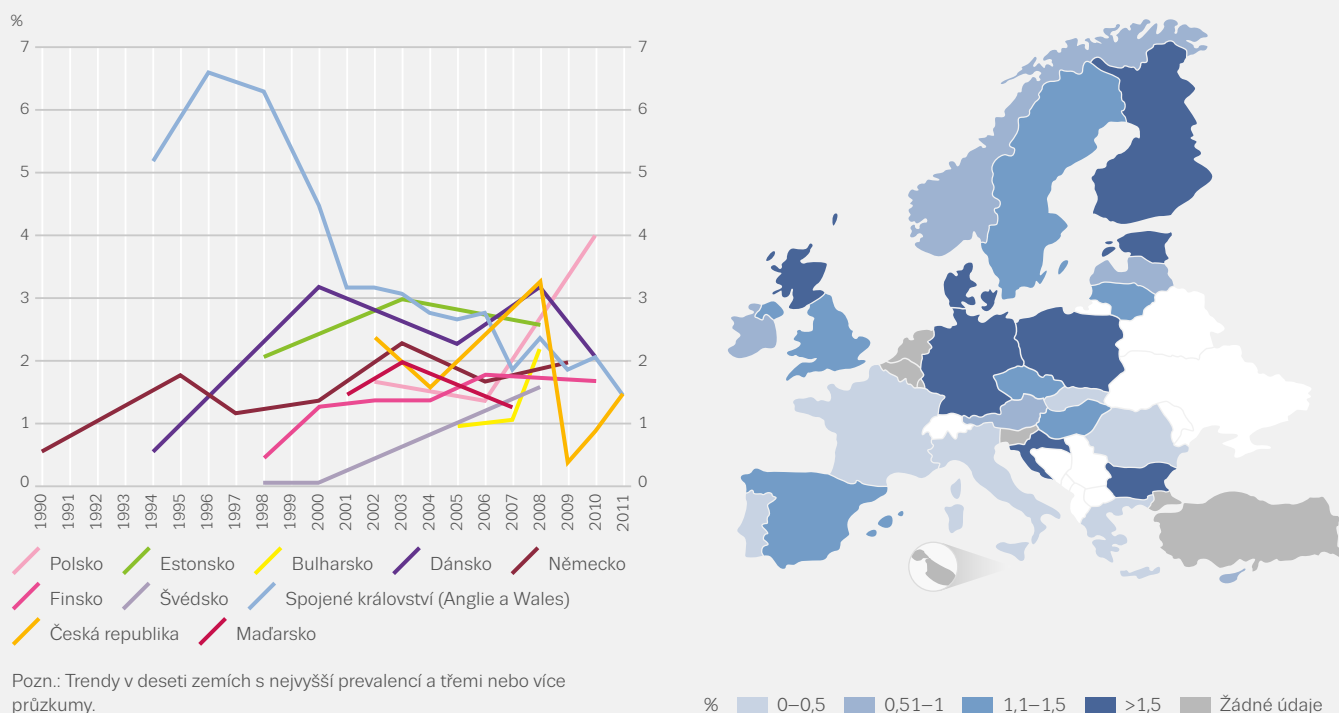
Trendy u klientů nastupujících léčbu poprvé



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

OBR 2.5

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



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

kokainem se jeví jako relativně málo běžná. V roce 2011 bylo v sedmnácti zemích hlášeno nejméně 475 úmrtí souvisejících s kokainem, ačkoli byly často přítomny i jiné drogy. Nedávné údaje ze Španělska a Spojeného království naznačují pokles úmrtí souvisejících s kokainem od roku 2008. Kokain pravděpodobně také hraje roli u některých úmrtí způsobených kardiovaskulárními příhodami, ale údajů v této oblasti je nedostatek.

Amfetaminy: stabilní užívání, ale přetrvávající zdravotní riziká

V Evropě je amfetamin mnohem dostupnější než metamfetamin, jehož užívání je historicky omezeno na Českou republiku a v poslední době na Slovensko. Amfetaminy se obvykle užívají perorálně nebo šňupáním, ale v několika zemích je mezi problémovými uživateli drog a klienty, kteří nastoupili léčbu, relativně běžná injekční aplikace těchto drog.

Většina studií o nepříznivých zdravotních důsledcích spojených s užíváním amfetaminů pochází z Austrálie a Spojených států amerických, kde převládá kouření krystalické formy metamfetaminu, a jejich zjištění nelze přenést přímo na situaci v Evropě. Tyto studie identifikují účinky včetně kardiovaskulárních, plicních, neurologických problémů a potíží v oblasti duševního zdraví, počínaje úzkostí, agresí a depresemi a konče akutní paranoidní

psychózou, zatímco injekční užívání je rizikovým faktorem pro infekční nemoci. I když jsou úmrtí související s amfetaminy v porovnání s úmrtími v souvislosti s opioidovými drogami vzácná, jsou některými zeměmi uváděna, a sice především těmi, které mají poměrně velkou populaci uživatelů amfetaminu. Předávkování amfetaminy může ale být obtížnější rozpoznat, protože příznaky mohou být méně specifické. Tento problém je komplikován vznikem nových stimulačních drog. Například v letech 2011 a 2012 bylo více než dvacet úmrtí spojováno se 4-metylamfetaminem, sloučeninou příbuznou amfetaminu, což EMCDDA a Europol přimělo k provedení hodnocení rizik na evropské úrovni a Evropskou komisi k doporučení kontrolních opatření pro celou EU.

V Evropě je amfetamin mnohem dostupnější než metamfetamin

Odhaduje se, že amfetaminy užilo v posledním roce asi 1,7 milionu (1,3 %) mladých dospělých (15–34 let). V letech 2006 až 2011 zůstávalo užívání amfetaminů v posledním roce mezi mladými dospělými ve většině evropských zemí na poměrně nízké a stabilní úrovni, přičemž úroveň prevalence se ve všech sledovaných zemích pohybovaly nejvýše kolem 2 % s výjimkou Bulharska (2,1 %), Estonska (2,5 %) a Polska (3,9 %). Všechny země s nedávnými průzkumy (z roku 2010 nebo pozdějšími) uváděly stabilní nebo klesající úroveň prevalence amfetaminu, s výjimkou Polska, které uvádělo nárůst (obr. 2.5).

Nárůst počtu žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním metamfetaminu

Nové odhady počtu problémových uživatelů metamfetaminu mají pouze dvě země, a sice Česká republika s odhady dospělých (15–64 let) v přibližné výši 0,42 % (2011) a Slovensko s odhadem zhruba 0,21 % (2007). Znamky problémového užívání metamfetaminu byly v poslední době zaznamenány v Německu, Řecku, na Kypru a v Turecku.

Přibližně 6 % klientů nastupujících specializovanou protidrogovou léčbu v Evropě v roce 2011 uvádí jako svou primární drogu amfetaminy (přibližně 24 000 klientů, z nichž 10 000 nastoupilo léčbu poprvé v životě). Primární uživatelé amfetaminu tvoří značné procento hlášených

nástupů k první léčbě v Lotyšsku, Polsku a ve Švédsku, zatímco metamfetamin uvádí jako svou primární drogu velká část klientů nastupujících poprvé léčbu v České republice a na Slovensku. V letech 2006 až 2011 zůstaly trendy u uživatelů amfetaminů nastupujících poprvé léčbu do značné míry na setrvalé úrovni, s výjimkou České republiky a Slovenska, které hlásily zvýšené počty klientů nastupujících poprvé léčbu závislosti na metamfetaminu.

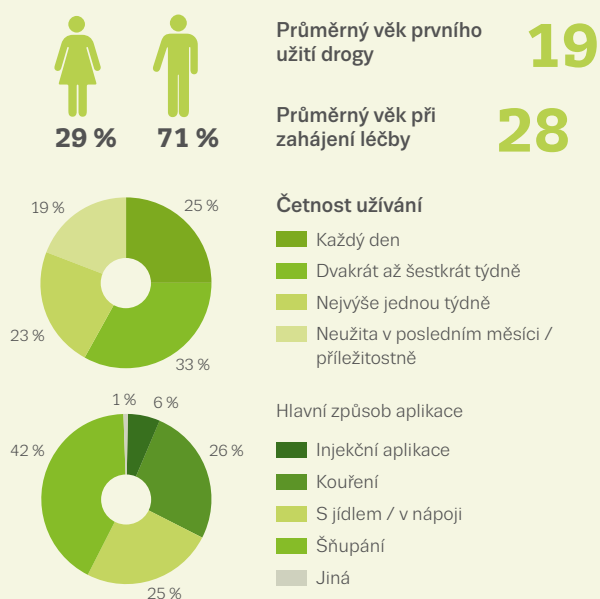
Extáze: nízký počet žádostí o léčbu

Extáze je obvykle označení pro syntetickou látku MDMA. Droga se většinou užívá ve formě tablet, ale někdy je dostupná jako prášek; lze ji polknout, šňupat nebo (vzácně) aplikovat injekčně. Užívání extáze je historicky spojeno se scénou elektronické taneční hudby a soustředí se na mladé dospělé, zejména mladé muže. K problémům spojených s užíváním této drogy patří akutní hypertermie a problémy v oblasti duševního zdraví. Úmrtí související s extází jsou vzácná.

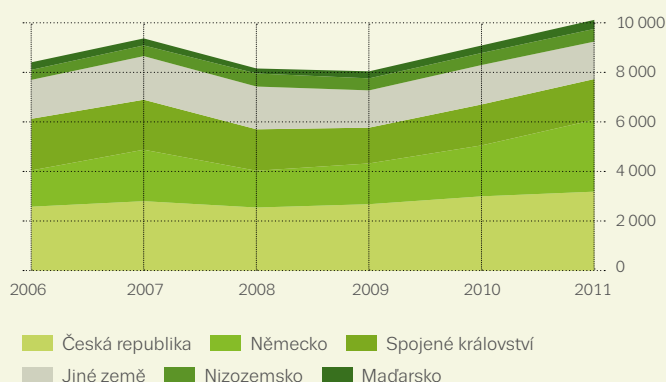
Odhaduje se, že 1,8 milionu mladých dospělých užilo extázi v posledním roce, a odhady jednotlivých zemí se pohybují od méně než 0,1 % až po 3,1 %. Spotřeba této drogy charakteristicky dosáhla svého vrcholu v období let 2000 až 2005 a poté začala klesat (obr. 2.6). V letech 2006 až 2011 většina zemí uváděla stabilní nebo klesající trendy v užívání extáze. S výjimkou Polska je tento pokles stále patrný v údajích ze zemí, které informují o průzkumech

UŽIVATELÉ AMFETAMINŮ V LÉČBĚ

Charakteristika



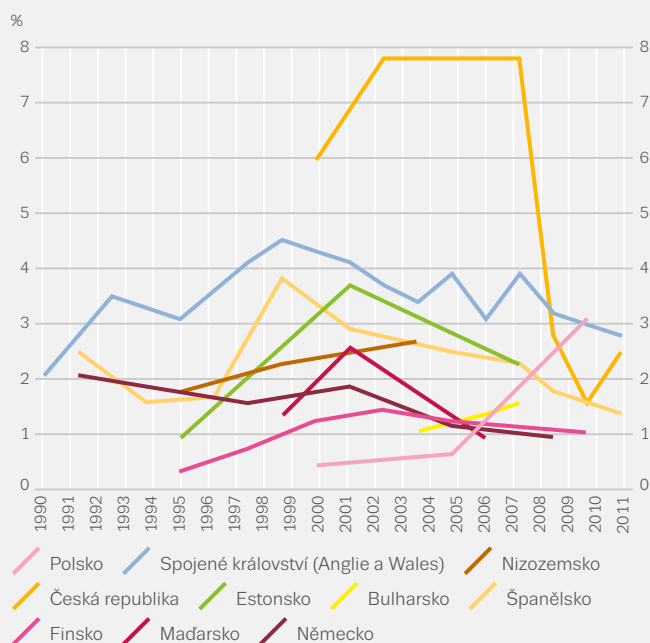
Trendy u klientů nastupujících léčbu poprvé



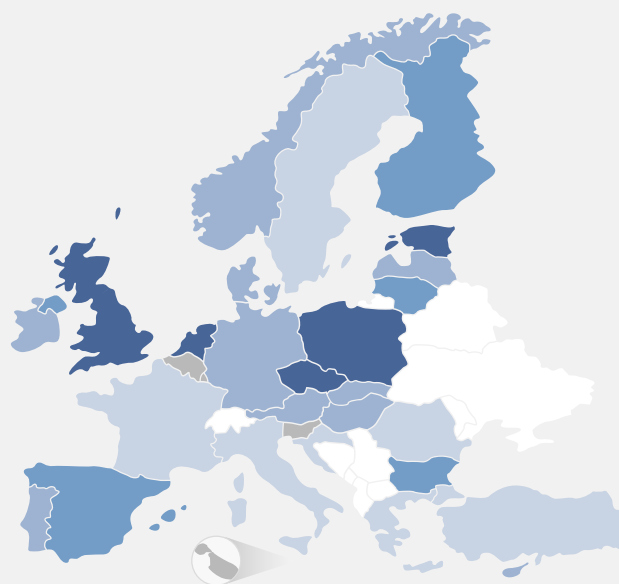
Pozn.: Charakteristiky se vztahují na všechny klienty nastupující léčbu, jejichž primární drogou jsou amfetaminy. Trendy se vztahují na klienty nastupující léčbu poprvé, jejichž primární drogou jsou amfetaminy. Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

OBR 2.6

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



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



% 0–0,5 0,51–1,0 1,1–2,0 >2,0 Žádné údaje

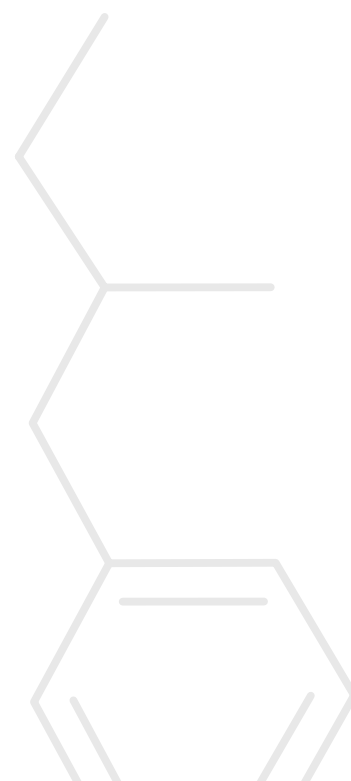
od roku 2010. V roce 2011 nastoupilo léčbu z důvodu problémů souvisejících s extází jen málo uživatelů: extázi uvedlo v Evropě jako primární drogu méně než 1 % (zhruba 600 klientů) hlášených klientů nastupujících léčbu poprvé.

Mefedron: nový hráč na trhu se stimulanty

Existují známky toho, že v některých zemích si místo na trhu s nelegálními stimulanty vytvořily syntetické katinony včetně mefedronu. V současnosti má však opakované průzkumy, které zahrnují tyto drogy, pouze Spojené království. V nejnovějších údajích uvedlo užití mefedronu v posledním roce 1,1 % dospělých (16–59 let) v Anglii a Walesu, a mefedron se tak stal čtvrtou nejčastěji užívanou nelegální drogou. Mezi osobami ve věku 16 až 24 let byla prevalence v posledním roce stejná jako prevalence extáze (3,3 %), třetí nejčastější drogy v této věkové skupině. V porovnání s průzkumem v letech 2010/11 byl však pokles úrovně užívání zaznamenán u všech skupin.

Obecněji stále platí, že úmrtnost a nemocnost související s mefedronem jsou v Evropě hlášeny neustále, i když v poměrně nízké míře. Některé země uvádějí i injekční aplikaci mefedronu, MDPV a jiných syntetických katinonů ve skupinách problémových uživatelů drog a mezi klienty protidrogové léčby (Maďarsko, Rakousko, Rumunsko, Spojené království).

V některých zemích si místo na trhu s nelegálními stimulanty vytvořily syntetické katinony včetně mefedronu



Halucinogenní látky, GHB a ketamin: období klidu

Na nelegálním drogovém trhu v Evropě je dostupná řada psychoaktivních látek s halucinogenními, anestetizujícími a sedativními účinky: tyto látky mohou být užívány samotně, společně nebo místo jiných běžnějších drog. Celkové úrovně prevalence užívání halucinogenních hub a LSD v Evropě jsou po řadu let všeobecně nízké a stabilní. Mezi mladými dospělými (15–34 let) uvádějí národní průzkumy odhady prevalence v posledním roce pro užití halucinogenních hub od 0 % po 2,2 % a u LSD od 0 % po 1,7 %.

Od poloviny 90. let 20. století je v určitých podskupinách uživatelů drog v Evropě zaznamenáváno rekreační užívání ketaminu a kyseliny gamahydroxymáselné (GHB). Stále častěji jsou odhalovány zdravotní problémy související s těmito látkami, například poškození vylučovací soustavy spojené s dlouhodobým užíváním ketaminu. Ztráta vědomí a závislost jsou rizika spojená s užíváním GHB a byl zdokumentován abstinenční syndrom. Existují-li, zůstávají národní odhady prevalence užívání GHB a ketaminu v dospělé populaci a populaci žáků škol na nízké úrovni. Ve Spojeném království uvedlo užití ketaminu v posledním roce 1,8 % osob ve věku od 16 do 24 let, přičemž v letech 2008 až 2012 zůstaly úrovně stabilní, ačkoli vzrostly z 0,8 % v roce 2006. Cílené průzkumy v prostředí nočních podniků uvádějí vyšší úrovně celoživotní prevalence, například podle průzkumu mezi dánskými návštěvníky klubů jich ketamin vyzkoušelo 10 %. Mezi respondenty internetového průzkumu ve Spojeném království, kteří se označili za pravidelné návštěvníky klubů, hlásilo 40 % užití ketaminu v posledním roce a 2 % užití GHB v posledním roce.

Opioidy: více než 1,4 milionu problémových uživatelů

Užívání opioidů má stále nepoměrně velký podíl na úmrtnosti a nemocnosti 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, např. buprenorfin, metadon a fentanyl. Uživatelé opioidů jsou většinou souběžní užívatelé dalších drog a číselné údaje vyjadřující prevalenci jsou vyšší v městských oblastech a v marginalizovaných skupinách. Kromě zdravotních problémů uživatelé opioidů nastupující léčbu obvykle uvádějí v porovnání s užívateli jiných drog vyšší míru bezdomovectví a nezaměstnanosti a nižší úroveň vzdělání.

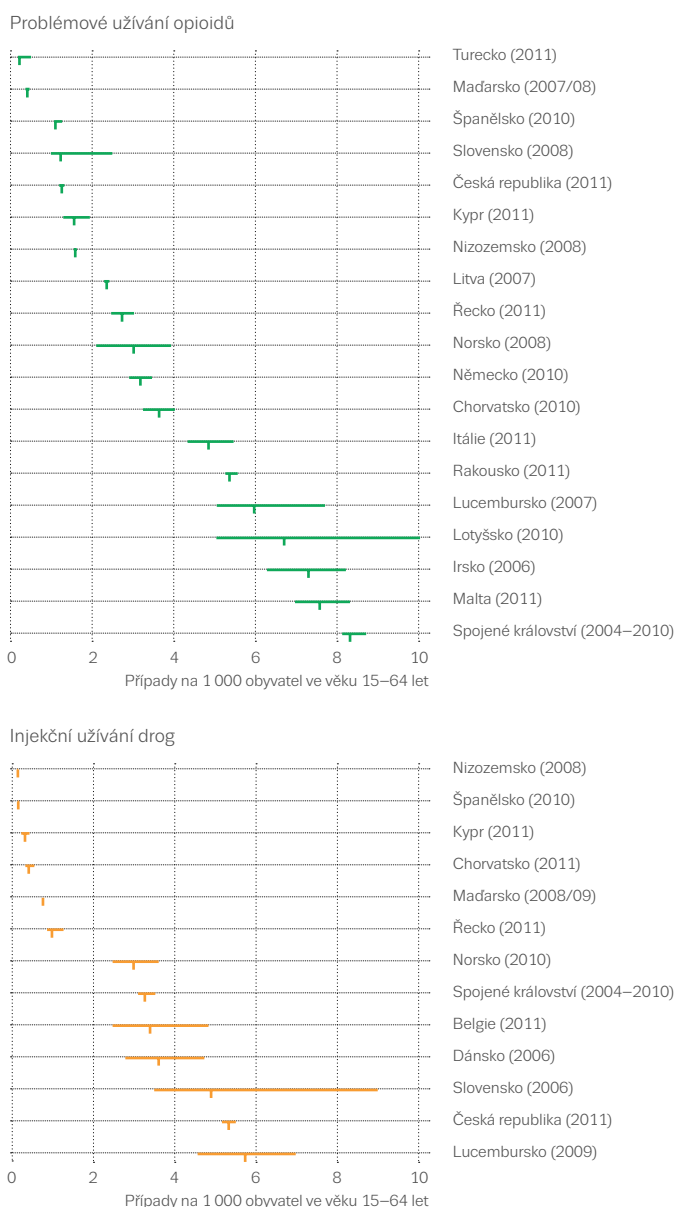
Evropa zažila několik vln závislosti na heroinu: první, která postihla mnoho západoevropských zemí od poloviny

70. let 20. století, a druhou, která dopadla na střední a východní Evropu v druhé polovině 90. let. Ačkoli 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 0,41 % neboli 1,4 milionu problémových uživatelů opioidů v Evropě v roce 2011. 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 (obr. 2.7).

OBR 2.7

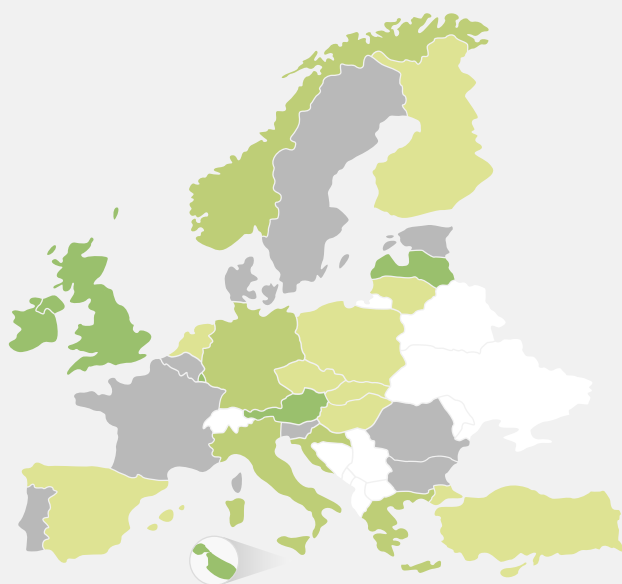
Národní odhady prevalence problémového užívání opioidů a injekčního užívání drog



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

OBR 2.8

Odhady problémového užívání opioidů v Evropě



Míra na 1 000 obyvatel 0,0–2,5 2,51–5,0 >5,0 Žádné údaje
Pozn.: Údaje za Polsko a Finsko z roku 2005

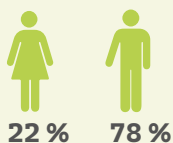
Heroin: pokles počtu nových klientů nastupujících léčbu

Uživatelé opioidů (především heroinu) představují 48 % všech klientů, kteří v roce 2011 nastoupili v Evropě specializovanou léčbu (197 000 klientů), a zhruba 30 % osob, které nastoupily léčbu poprvé. Z hlediska trendů jsou v Evropě celkové počty nových klientů užívajících heroin na sestupu, protože klesly z maxima ve výši 59 000 v roce 2007 na 41 000 v roce 2011, přičemž pokles je nejzřejmější v západoevropských zemích. Celkově se zdá, že růst počtu nových uživatelů heroinu bude nejspíš na ústupu a že to má v současnosti dopad na žádosti o léčbu.

**Všeobecně se nyní zdá,
že počet nových uživatelů
heroinu klesá**

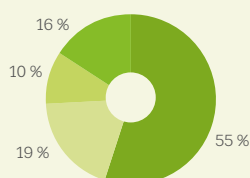
UŽIVATELÉ HEROINU V LÉČBĚ

Charakteristika



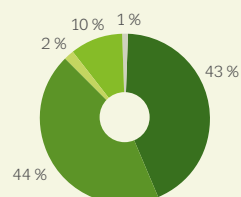
Průměrný věk prvního
užití drogy **22**

Průměrný věk při
zahájení léčby **35**



Četnost užívání

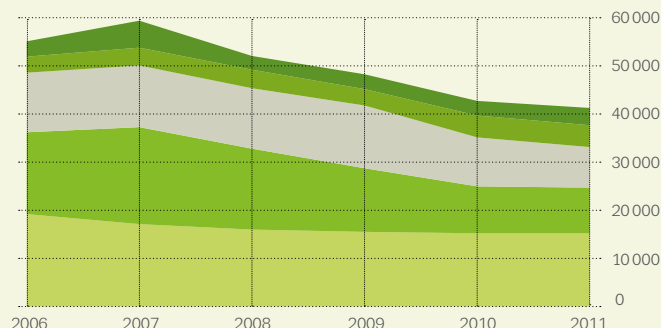
- Každý den
- Dvakrát až šestkrát týdně
- Nejvýše jednou týdně
- Neužita v posledním měsíci / příležitostně



Hlavní způsob aplikace

- Injekční aplikace
- Kouření
- S jídlem / v nápoji
- Šňupání
- Jiné

Trendy u klientů nastupujících léčbu poprvé

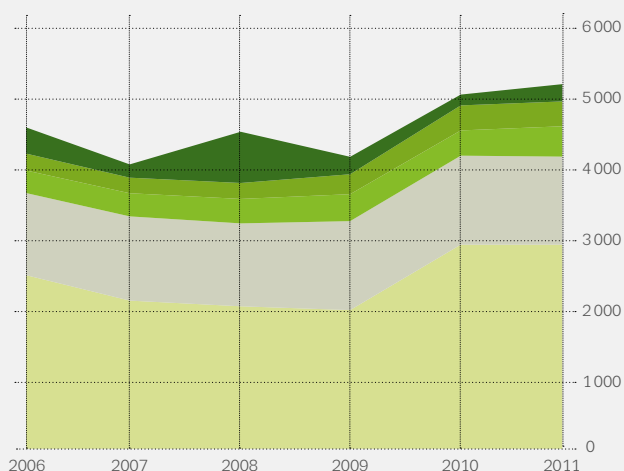


Spojené království Itálie Jiné země Španělsko Německo

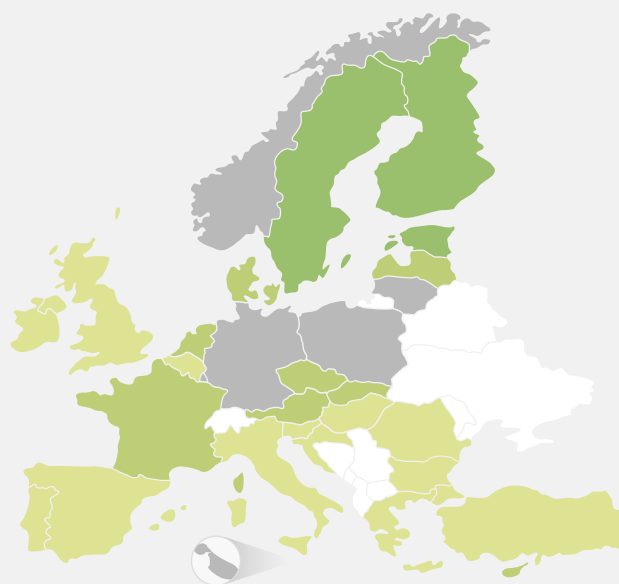
Pozn.: Charakteristiky se vztahují na všechny klienty nastupující léčbu, jejichž primární drogou je heroin. Trendy se vztahují na klienty nastupující léčbu poprvé, jejichž primární drogou je heroin. Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

OBR 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)



■ Spojené království ■ Jiné země ■ Francie
■ Španělsko ■ Itálie



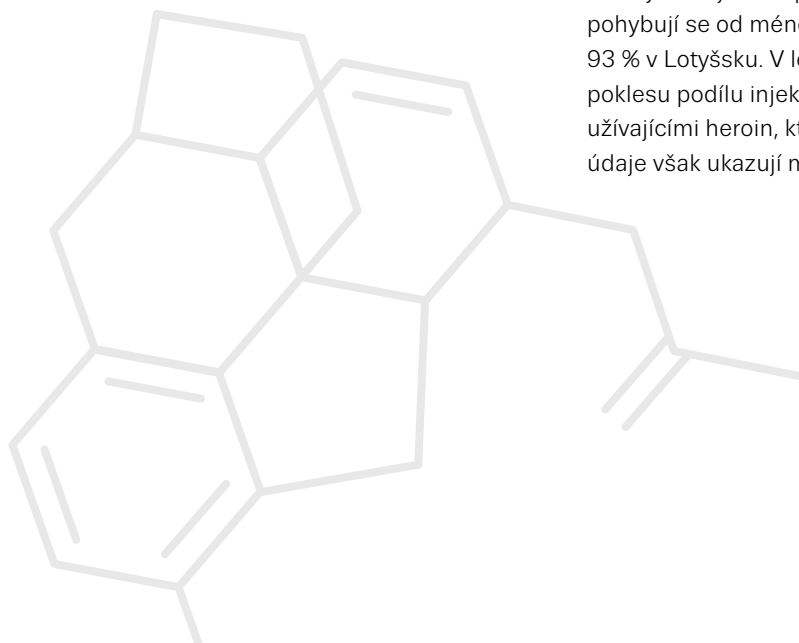
% ■ 0–10 ■ 11–50 ■ >50 ■ Žádné údaje

Opioidy jiné než heroin: výzva v některých zemích

V roce 2011 jedenáct evropských zemí uvedlo, že nejméně 10 % jejich klientů nastupujících poprvé specializovanou léčbu závislosti na opioidech užívalo opioidy jiné než heroin, včetně fentanylu, metadonu a buprenorfinu (obr. 2.9). V některých zemích tyto drogy nyní představují nejběžnější formu užívání opioidů: v Estonsku užívala většina osob nastupujících léčbu závislosti na opioidech nelegální fentanyl, zatímco ve Finsku většina klientů užívajících opioidy je prý primárními uživateli buprenorfinu.

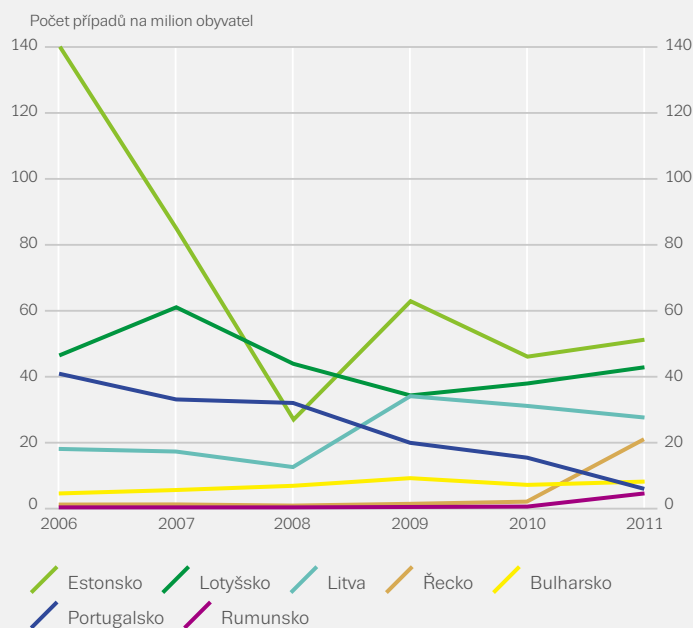
Injekční užívání drog: dlouhodobý pokles

Injekční uživatelé drog patří k osobám, u nichž je nejvyšší riziko zdravotních problémů plynoucích z užívání drog, jako jsou krví přenosné infekce nebo předávkování drogami. Injekční aplikace je běžně spojena s užíváním opioidů, ačkoli v několika zemích je velkým problémem injekční užívání amfetaminů. Třináct 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 24 % klientů užívajících amfetamin. Úrovně injekční aplikace mezi klienty užívajícími opioidy se v jednotlivých zemích různí a pohybují se od méně než 9 % v Nizozemsku až po více než 93 % v Lotyšsku. V letech 2006 až 2011 došlo k celkovému poklesu podílu injekčních uživatelů drogy mezi klienty užívajícími heroin, kteří nastoupili léčbu poprvé; nejnovější údaje však ukazují mírný vzestup.

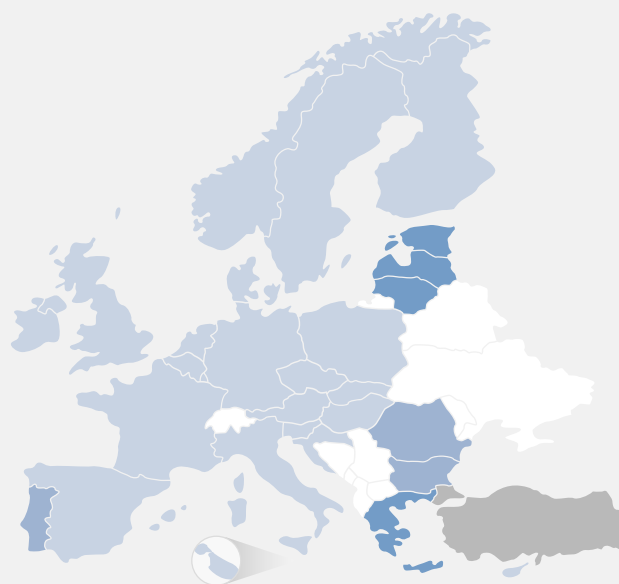


OBR 2.10

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



Pozn.: Nově diagnostikované infekce HIV mezi injekčními uživateli drog v zemích uvádějících nejvyšší míry v roce 2011 (zdroj: ECDC)



Vzplanutí nákazy ohrožují dlouhodobý pokles počtu případů HIV

Injekční užívání drog je stále důležitým mechanismem pro přenos infekčních onemocnění, včetně HIV/AIDS a hepatitidy C. 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 (obr. 2.10). V roce 2011 průměrná míra hlášených nových infekcí HIV připisovaná injekčnímu užívání drog činila 3,03 případu na milion osob. Ačkoli čísla je třeba podrobit revizi, v roce 2011 se objevilo 1 507 nově hlášených případů, což bylo o něco více než v roce 2010 a mělo to za následek přerušení celkového sestupného trendu sledovaného od roku 2004.

Evropský údaj maskuje důležité rozdíly v úrovních a trendech nových infekcí HIV v jednotlivých zemích. V roce 2011 Řecko a Rumunsko uváděly 353 případů infekce neboli 23 % z celkového počtu, zatímco v roce 2010 tyto země zastupovaly jen o něco více než 2 % (31/1 469). Bulharsko, Estonsko a Lotyšsko hlásily v roce 2011 mírný nárůst míry nově diagnostikovaných infekcí HIV mezi injekčními uživateli drog, zatímco naopak míry uváděné Irskem, Španělskem a Portugalskem stále klesaly v souladu se sestupným trendem, který lze sledovat od roku 2004.

Injekční uživatelé drog patří k osobám, u nichž je nejvyšší riziko zdravotních problémů plynoucích z užívání 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 2010–2011 pohyboval přibližně v rozmezí 18 až 80 %, přičemž osm zemí z dvanácti s národními údaji uvádí míru prevalence přesahující 40 % (obr. 2.11). Prevalence na této nebo vyšší úrovni může naznačovat, že existuje potenciál pro nová vzplanutí přenosu HIV v souvislosti s injekčním užíváním drogy. Mezi zeměmi s národními údaji o trendech za období 2006–2011 byla klesající prevalence VHC u injekčních uživatelů drog uváděna ve třech zemích (Itálie, Portugalsko, Norsko), zatímco dvě další zaznamenaly nárůst (Řecko, Kypr).

Při vypočtení průměru všech osmnácti zemí, pro něž jsou údaje za období 2010–2011 k dispozici, zastupují injekční uživatelé drog 58 % všech infekcí HCV a 41 %

akutních hlášených infekcí HCV, kde je kategorie rizika známa. U hepatitidy typu B představují injekční uživatelé drog 7 % všech infekcí a 15 % 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 infekce antraxu, pravděpodobně způsobená kontaminovaným heroinem. Například v období od června 2012 do začátku března 2013 bylo hlášeno patnáct případů antraxu souvisejících s drogami, z nichž sedm skončilo smrtí. To může souviset s dřívějším vzplanutím případů antraxu hlášených v letech 2009/10.

Úmrtí související s drogami: nejen předávkování

Užívání drog je jednou z hlavních příčin úmrtí mezi mladými lidmi v Evropě jak přímo v důsledku předávkování (úmrtí vyvolaná drogami), tak nepřímo v důsledku nemocí a nehod souvisejících s užíváním drog, násilí a sebevražd. Většina studií kohort problémových uživatelů drog uvádí míru úmrtnosti v rozmezí 1 % až 2 % ročně, což představuje úmrtnost deset až dvacetkrát převyšující očekávanou míru. Nedávná analýza centra EMCDDA odhaduje, že v Evropě každý rok zemře 10 000 až 20 000 uživatelů opioidů. K většině těchto úmrtí dochází mezi muži ve věku od 30 do 40 let; ale věk, úmrtnost a příčiny smrti se v jednotlivých zemích a obdobích liší.

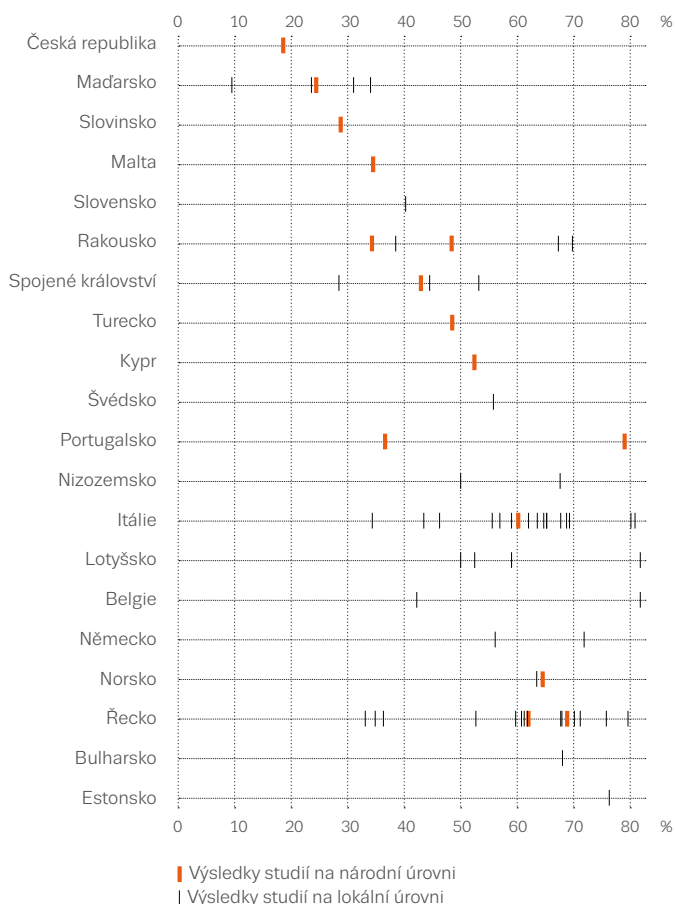
Úmrtnost související s HIV je nejlépe zdokumentovanou nepřímou příčinou smrti mezi uživateli drog. Nejnovější odhad naznačuje, že v roce 2010 zemřelo v Evropě zhruba 1 700 osob na HIV/AIDS, které lze připsat injekčnímu užívání drog, a že trend je sestupný. Značný počet úmrtí mezi uživateli drog mají pravděpodobně na svědomí i choroby jater, zejména v důsledku nákazy VHC a často zhoršené nadměrnou konzumací alkoholu, evropské údaje však nejsou k dispozici. Vliv na vysokou úmrtnost mezi uživateli drog mají i sebevraždy, úrazy a zabití, ačkoli i zde chybí spolehlivé odhady.

Hlavní příčinou smrti mezi problémovými uživateli drog v Evropě je předávkování a ve většině hlášených případů jsou přítomny opioidy, především heroin a jeho metabolity, často v kombinaci s jinými látkami, například s alkoholem nebo benzodiazepiny. Kromě heroinu patří k jiným opioidům uváděným v toxikologických zprávách metadon, buprenorfin a fentanyl.

K přibližně 90 % úmrtí v důsledku předávkování hlášených v Evropě dochází u osob starších 25 let a průměrný věk osob umírajících v důsledku předávkování stoupá, což naznačuje výskyt stárnoucí kohorty problémových uživatelů

OBR 2.11

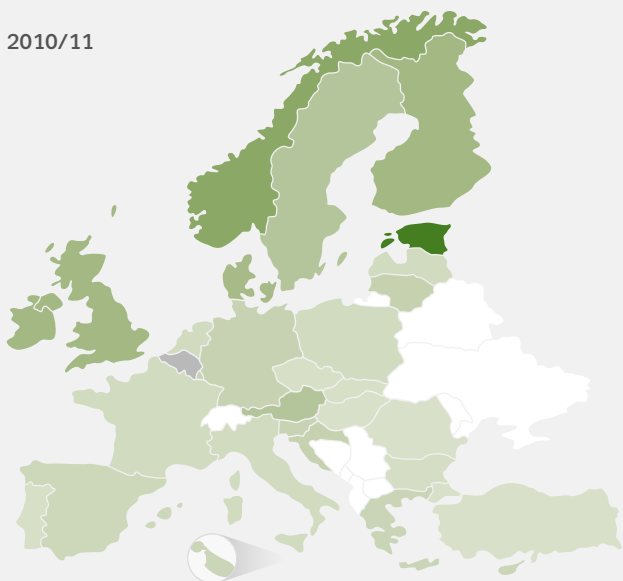
Výskyt protilátek VHC mezi injekčními uživateli drog, 2010/11



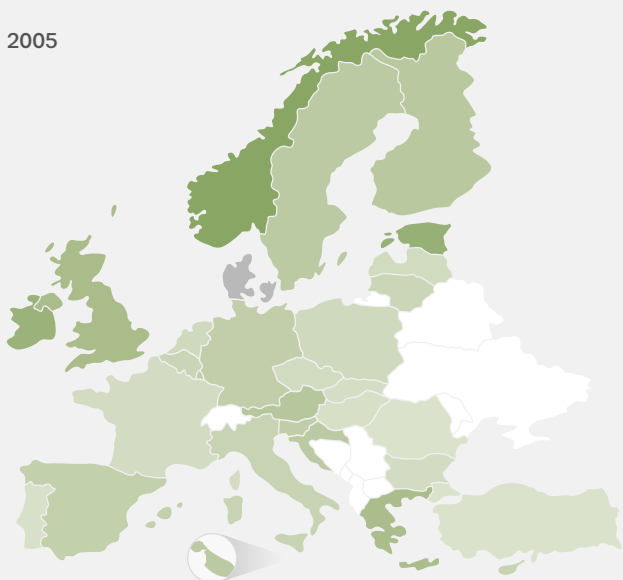
OBR 2.12

Úmrtnost vyvolaná drogami mezi dospělými (15–64 let)

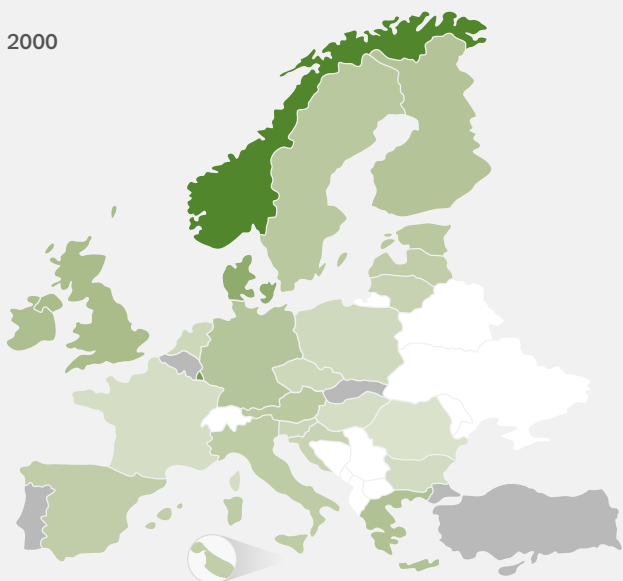
2010/11



2005



2000



1 17 51 85 119 136
Počet případů na milion obyvatel

Žádné údaje

drog. Většina úmrtí v důsledku předávkování (80 %) je hlášena mezi muži.

Pro rok 2011 se v Evropě odhaduje průměrná úmrtnost v důsledku předávkování na 18 úmrtí na milion obyvatel ve věku 15–64 let. Míry nad 40 úmrtí na milion obyvatel byly hlášeny v šesti zemích, přičemž nejvyšší míry uvádělo Norsko (73 na milion obyvatel) a Estonsko (136 na milion obyvatel) (obr. 2.12).

Většina zemí hlásila rostoucí trend v úmrtí v důsledku předávkování v období od roku 2003 do let 2008/09, kdy se celkové úrovně nejprve stabilizovaly a poté začaly klesat. V roce 2011 bylo celkově hlášeno zhruba 6 500 úmrtí v důsledku předávkování, což je pokles ze 7 000 případů v roce 2010 a 7 700 v roce 2009. Nicméně situace se v jednotlivých zemích liší a některé stále hlásí růst.

**V roce 2011 bylo celkově
hlášeno zhruba 6 500 úmrtí
v důsledku předávkování, což
je pokles ze 7 000 případů
v roce 2010 a 7 700 v roce
2009**

VÍCE INFORMACÍ

Publikace EMCDDA

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 EMCDDA.

Publikace EMCDDA a ESPAD

2012

Souhrn. Zpráva ESPAD za rok 2011.

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

**Opatření související s drogami lze
přibližně zařadit do kategorií buď jako
aktivity vedoucí ke snížení poptávky po
drogách, nebo aktivity snižující nabídku
drog**

Řešení drogové problematiky

Opatření související s drogami lze přibližně zařadit do kategorií buď jako aktivity vedoucí ke snížení poptávky po drogách, nebo aktivity snižující nabídku drog. První skupina zahrnuje zdravotní a sociální intervence, např. prevenci, minimalizaci škod, léčbu a sociální reintegraci. Do druhé skupiny patří prosazování právních předpisů týkajících se drog, především policií, celními orgány a soudy, s primárním cílem snížit dostupnost drog.

Monitorování opatření protidrogové politiky

Řešení drogové problematiky jsou v současnosti monitorována pomocí kombinace obvyklých zdrojů údajů, národních hodnocení a odborných hodnocení. Údaje o zdravotních a sociálních řešeních zahrnují odhady týkající se poskytování substituční léčby závislosti na opioidech a poskytování jehel a stříkaček. Kromě toho informace o efektivnosti intervencí v rámci veřejného zdraví poskytují přehledy vědeckých důkazů, například ty, které nabízí organizace Cochrane Collaboration. Další informace o údajích zde prezentovaných a o vědecky ověřených opatřeních naleznete na internetových stránkách centra EMCDDA ve Statistickém věstníku a na Portálu dobré praxe.

Postup směrem ke školní prevenci založené na vědecky ověřených informacích

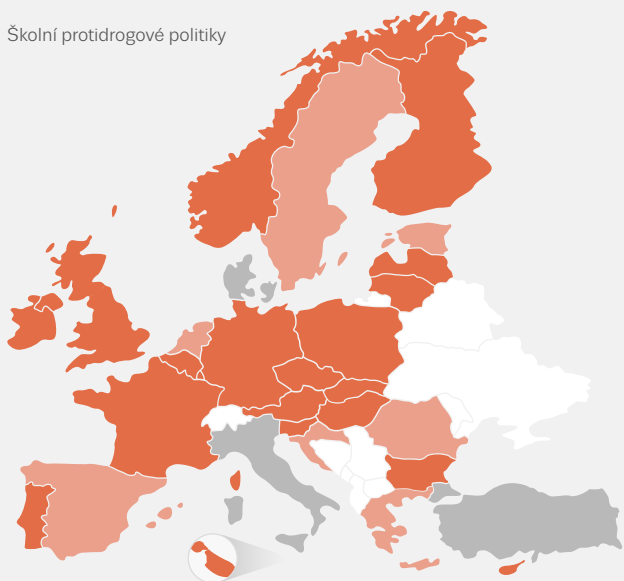
Řešením užívání drog a problémů souvisejících s drogami se zabývá celá řada strategií prevence. Přístupy environmentální a všeobecné prevence se orientují na celou populaci, selektivní prevence si za svůj cíl vybírá zranitelné skupiny a indikovaná prevence se soustředí na ohrožené jedince. V Evropě většina činností v rámci prevence probíhá z velké části ve školách (obr. 3.1), ačkoli jsou prováděny i v jiném prostředí.

Jak naznačují výzkumy, environmentální strategie prevence, jejichž cílem je změna kulturního, sociálního, fyzického a ekonomického prostředí, mohou být účinné

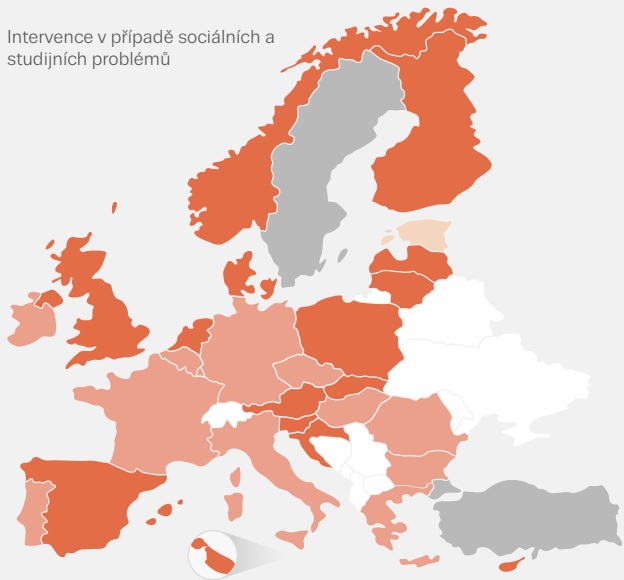
OBR 3.1

Dostupnost specifických intervencí v oblasti protidrogové prevence ve školách (odborná hodnocení, 2010)

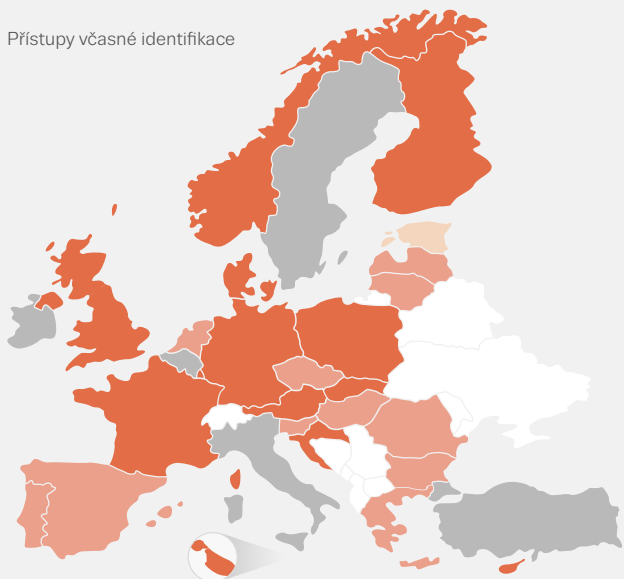
Školní protidrogové politiky



Intervence v případě sociálních a studijních problémů



Přístupy včasné identifikace



■ Plná/rozsáhlá
 ■ Omezená/vzácná
 ■ Není k dispozici
■ Žádné údaje

při změně normativního přesvědčení a následně užívání látek. V Evropě obecně zůstává využití intervencí v oblasti prostředí ve školách vzácné. Avšak v některých oblastech, např. při podpoře chráněného klimatu ve školách a tvorbě školních protidrogových politik (např. pokyny, jak reagovat na užívání či prodej drog žáky), bylo dosaženo pokroku. Byl zaznamenán i malý posun směrem k využívání pozitivně hodnocených přístupů všeobecné prevence ve školách, např. trénink osobních a sociálních dovedností, a odklon od takových činností, jako je poskytování základních informací, kde jsou důkazy o efektivnosti nedostatečné. Zvýšil se počet zpráv o úspěšném přenosu pozitivně hodnocených severoamerických a evropských programů prevence (např. Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro a Preventure).

Cílem selektivních preventivních intervencí jsou zranitelné skupiny mladých lidí, u nichž hrozí vyšší riziko, že se u nich rozvinou problémy s užíváním drog. Odborné zprávy naznačují celkový nárůst dostupnosti intervencí ve prospěch některých zranitelných skupin v Evropě, zejména zvýšenou aktivitu směřovanou na žáky se sociálními a studijními problémy. Školy také představují důležité prostředí pro činnosti v rámci indikované prevence, včetně využití přístupů zaměřených na včasnou identifikaci žáků s problémovým chováním a problémy s drogami.

Intervence v prostředí noční zábavy: potřeba integrovaného přístupu

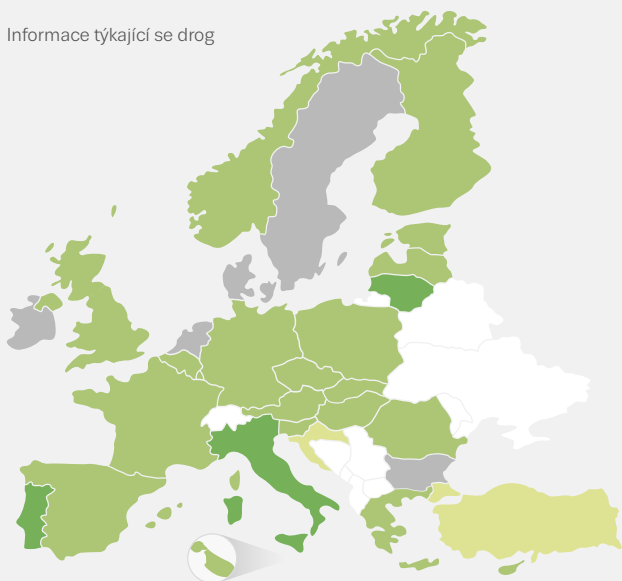
O užívání nelegálních drog, zejména stimulantů, je známo, že je spojováno s prostředím noční zábavy, a mladí lidé navštěvující některé druhy akcí mohou přistupovat k vzorcům užívání drog a alkoholu, které pro ně mohou znamenat vysoké riziko zdravotních problémů, nehod nebo úrazů. Evropská iniciativa nazvaná Healthy Nightlife Toolbox zdůrazňuje, jak je důležité zajistit, aby v prostředí zábavy byl zaveden komplexní soubor opatření pro řešení těchto rizik; doporučený přístup slučuje intervence v oblasti prevence, minimalizace škod, regulace a prosazování právních předpisů.

Využívání strategií prevence a minimalizace škod v prostředí zábavy uvádí o málo více než třetina zemí. Některé z těchto strategií se zaměřují na jednotlivé osoby pomocí šíření informačních letáků, intervencí školitelů z řad vrstevníků a využívání mobilních týmů. Jiné strategie se orientují na prostředí: například regulace prostor, kde se prodává alkohol, a udělování licencí; prosazování odpovědného podávání alkoholu; zavádění iniciativ v oblasti řízení davu a zajišťování přístupu k bezplatné vodě a bezpečné noční dopravě. Taková opatření propaguje portál club-health.eu a značení kvality bezpečných

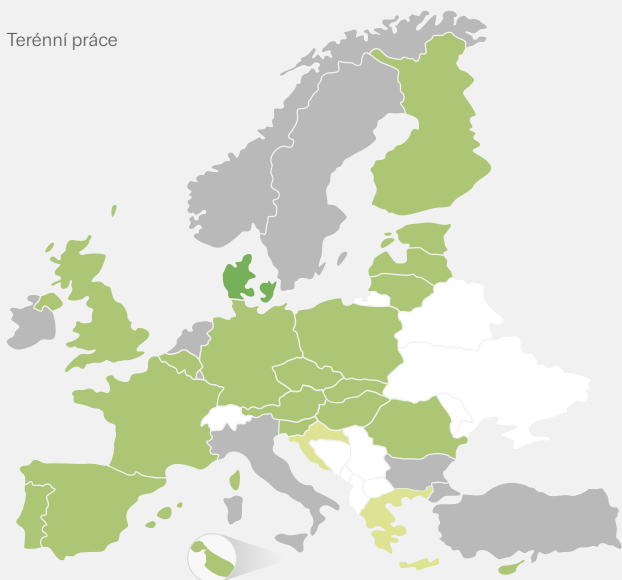
OBR 3.2

Dostupnost specifických intervencí v prostředí noční zábavy
(odborná hodnocení, 2011)

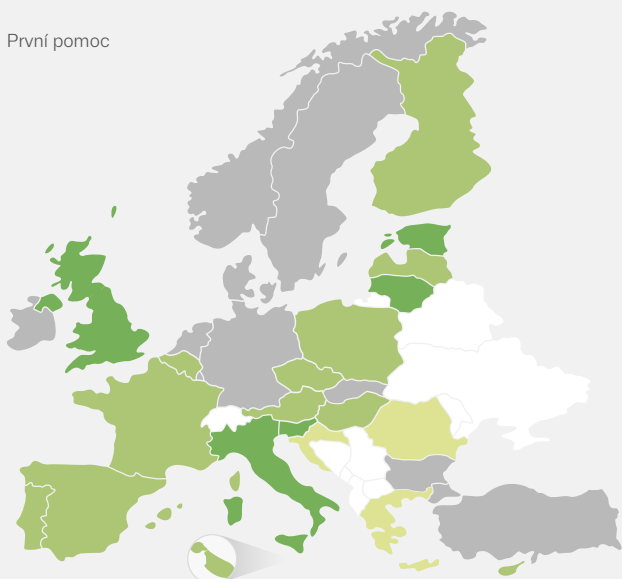
Informace týkající se drog



Terénní práce



První pomoc

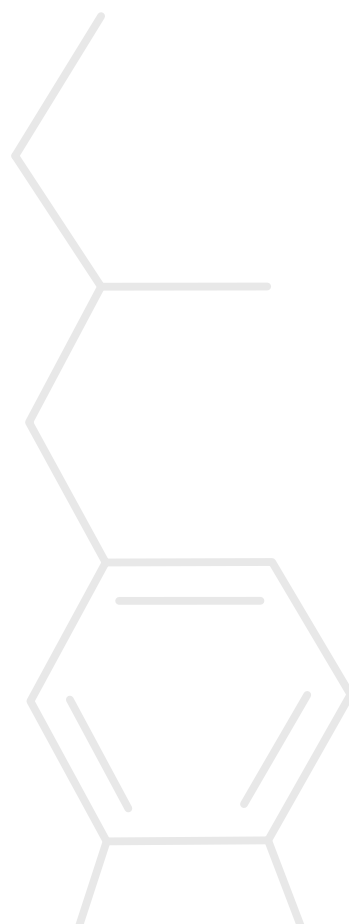


■ Omezená/vzácná
 ■ Plná/rozsáhlá
 ■ Není k dispozici
■ Žádné údaje

zábavních nočních akcí propagované v evropském projektu „Party+“. Průzkum dostupnosti tří intervencí v prostředí noční zábavy (poskytování informačních materiálů, terénní práce a první pomoc) však naznačuje, že činnost v této oblasti je ve většině zemí stále omezená (obr. 3.2).

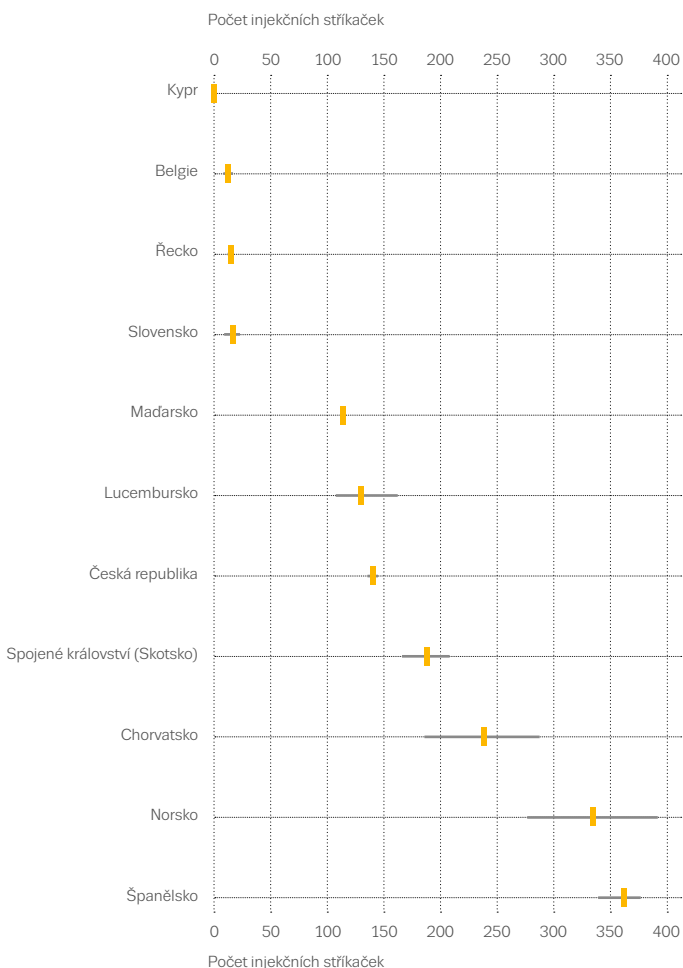
Prevence infekčních nemocí: léčba hepatitidy C vyžaduje větší pozornost

Uživatelé drog, zejména injekční uživatelé drog, jsou ohroženi přenosem infekčních nemocí v důsledku sdílení materiálu pro užívání drog a nechráněného sexu. Prevence přenosu HIV, virové hepatitidy a dalších infekcí je tudíž důležitým cílem pro evropské protidrogové politiky. U injekčních uživatelů opioidů byla efektivnost substituční léčby v této oblasti prokázána v několika nedávných přezkumech a podle všeho se zvyšuje v kombinaci s programy výměny jehel a stříkaček.



OBR 3.3

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



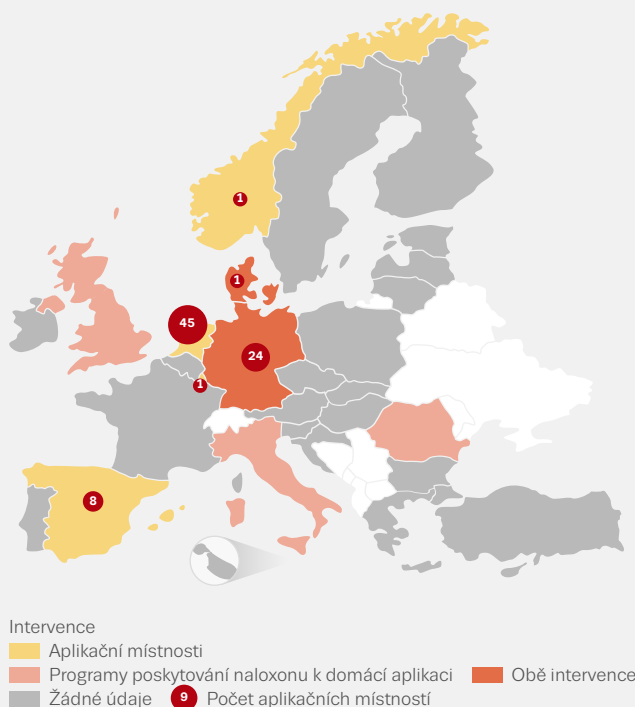
Pozn.: Údaje uvedené jako bodové odhady a intervaly spolehlivosti.

Počet injekčních stříkaček distribuovaných v rámci specializovaných programů vzrostl ve 23 zemích, které poskytly údaje za oba roky, z 34,2 milionu v roce 2005 na 46,3 milionu v roce 2011. V jedenácti zemích, pro které jsou k dispozici nové odhady počtu injekčních uživatelů drog, bylo v rámci specializovaných programů v roce 2011 rozdáno průměrně 127 injekčních stříkaček na jednoho injekčního uživatele drog, a to od méně než 50 po více než 300 stříkaček na jednoho uživatele (obr. 3.3).

Existuje bezpečná a účinná vakcína pro prevenci šíření viru hepatitidy typu B (VHB) a 25 evropských zemí ji zařadilo do národních programů očkování. Šestnáct zemí také uvádí cílené programy očkování proti VHB pro injekční uživatele drog. Pro hepatitidu typu C, proti které vakcína neexistuje, se uplatňují podobná preventivní opatření jako pro přenos HIV. V některých evropských zemích jsou však iniciativy zaměřené na testování a poradenství pro injekční uživatele drog ohledně hepatitidy C stále omezené a nedostatečně financované. Modelovací studie také naznačují, že

OBR 3.4

Země s programy poskytování naloxonu k domácí aplikaci a aplikačními místnostmi s lékařským dohledem v Evropě



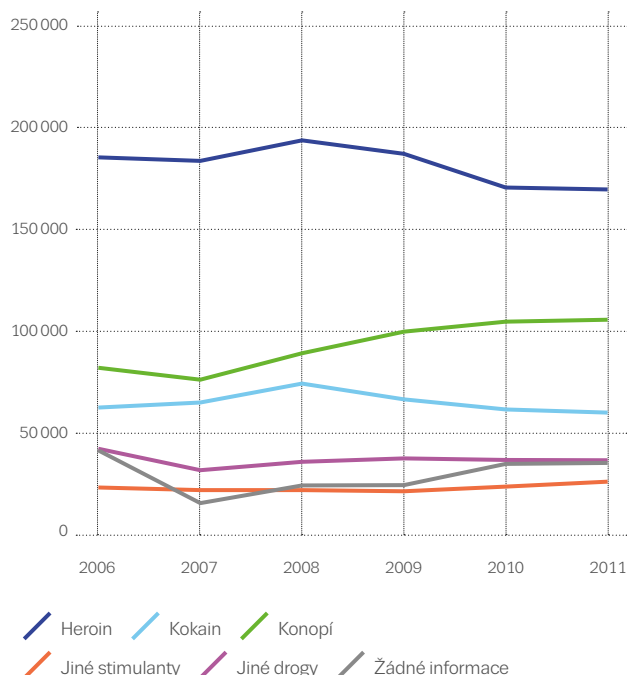
zařazením nakažených uživatelů do antivirové léčby hepatitidy C se může omezit přenos tohoto viru. Navzdory této skutečnosti a rostoucím důkazům podporujícím efektivní využívání antivirové léčby u injekčních uživatelů drog je tato léčba hepatitidy C v Evropě v současné době poskytována poměrně malému počtu uživatelů drog.

Prevence předávkování: zásadní výzva pro veřejné zdraví

Snížení počtu úmrtí v důsledku předávkování drogou a dalších úmrtí souvisejících s drogami zůstává pro politiku veřejného zdraví v Evropě zásadní výzvou. Účast ve specializované léčbě, zejména substituční léčbě závislosti na opioidech, významnou měrou snižuje riziko úmrtí uživatelů drog a na zlepšení přístupu k léčbě a udržení pacienta v ní lze pohlížet jako na důležité opatření v rámci prevence předávkování. O rizicích předávkování je však známo, že se zvyšují u uživatelů opioidů po propuštění z věznic a u některých forem léčby, pravděpodobně z důvodu snížených úrovní tolerance. Jedním z inovativních přístupů k řešení těchto rizik je mnohem větší zpřístupnění naloxonu, antagonisty opioidů. Pět zemí informuje o pilotních projektech nebo programech, které poskytují uživatelům opioidů, jejich rodinným příslušníkům a pečovatelným naloxon k domácí aplikaci (obr. 3.4). Ve Spojeném království studie ukázala, že zdravotníci včetně protidrogových pracovníků mohou zlepšit své znalosti, dovednosti a sebedůvěru

OBR 3.5

Počty klientů nastupujících specializovanou léčbu, podle primární drogy



týkající se zvládání případů předávkování opioidy a podávání naloxonu s minimálním školením.

Většina zemí uvádí distribuci informací o riziku předávkování pro problémové uživatele drog. Hodnocení rizika předávkování provedené školenými protidrogovými pracovníky nebo zdravotníky může také napomoci včasné identifikaci vysoce rizikových osob, zatímco aplikační místnosti s lékařským dohledem se mohou dostat do blízkosti skupin marginalizovaných uživatelů drog. Taková zařízení existují v šesti zemích a mohou přispívat k prevenci úmrtí v důsledku předávkování a ke snížení dopadu nefatálních předávkování.

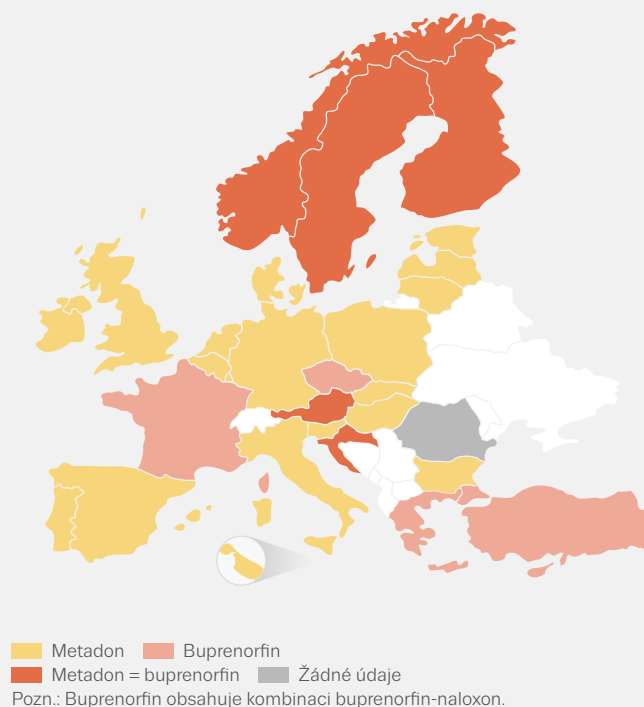
Více než milion Evropanů v léčbě závislosti

Odhaduje se, že v průběhu roku 2011 nejméně 1,2 milionu osob podstoupilo léčbu závislosti na nelegálních drogách. Uživatelé opioidů představují největší skupinu, která podstupuje léčbu, zatímco údaje o nástupu do léčby (obr. 3.5) naznačují, že uživatelé konopí a kokainu jsou pravděpodobně druhou a třetí největší skupinou, ačkoli mezi zeměmi lze pozorovat rozdíly.

Hlavními přístupy léčby závislosti v Evropě jsou psychosociální intervence, substituční léčba závislosti na opioidech a detoxifikace. Léčba je většinou poskytována v ambulantních zařízeních, jako jsou specializovaná centra,

OBR 3.6

Převládající substituční léčba závislosti na opioidech podle počtu klientů



ordinace praktických lékařů a nízkoprahová zařízení. Významný, ačkoli klesající podíl specializované léčby je poskytován i v lůžkových zařízeních.

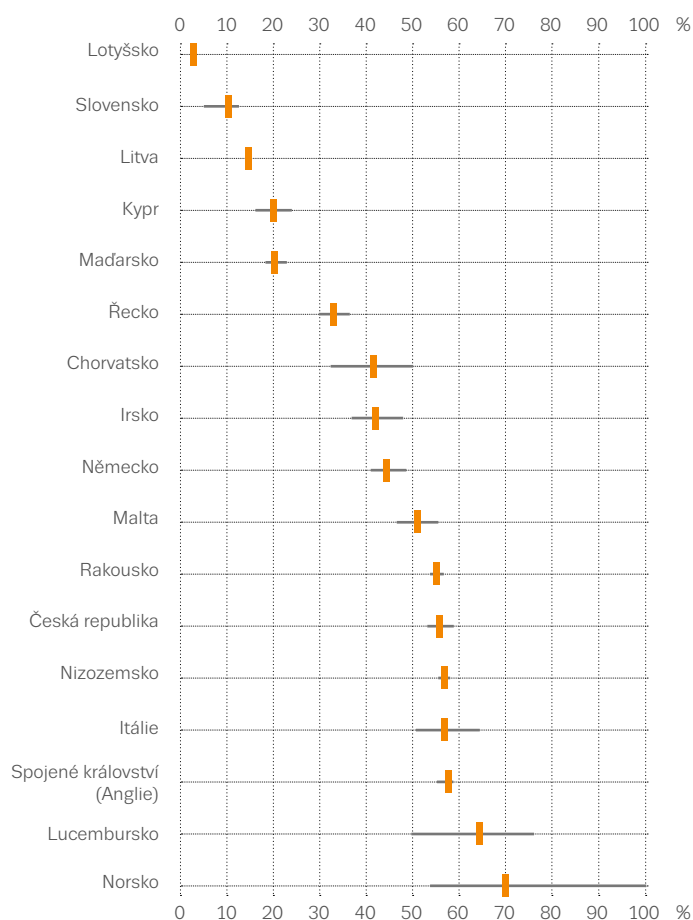
Uživatelé opioidů: substituční léčba je první volbou

Nejčastější léčbou závislosti na opioidech v Evropě je substituční léčba, typicky integrovaná s psychosociální péčí a poskytovaná ve specializovaných ambulantních centrech nebo praktickými lékaři. Nejčastěji předepisovanou medikací je metadon, který dostávají až tři čtvrtiny klientů, zatímco většině zbývajících klientů je předepisován buprenorfin, který je hlavní substituční medikací v pěti zemích (obr. 3.6). Základem méně než 5 % veškeré substituční léčby v Evropě je předepisování jiných látek, například morfinu s pomalým uvolňováním nebo diacetylmorfinu (heroin).

Odhaduje se, že v průběhu roku 2011 nejméně 1,2 milionu osob podstoupilo léčbu závislosti na nelegálních drogách

OBR 3.7

Procentní podíl problémových uživatelů opioidů procházejících substituční léčbou (odhad)



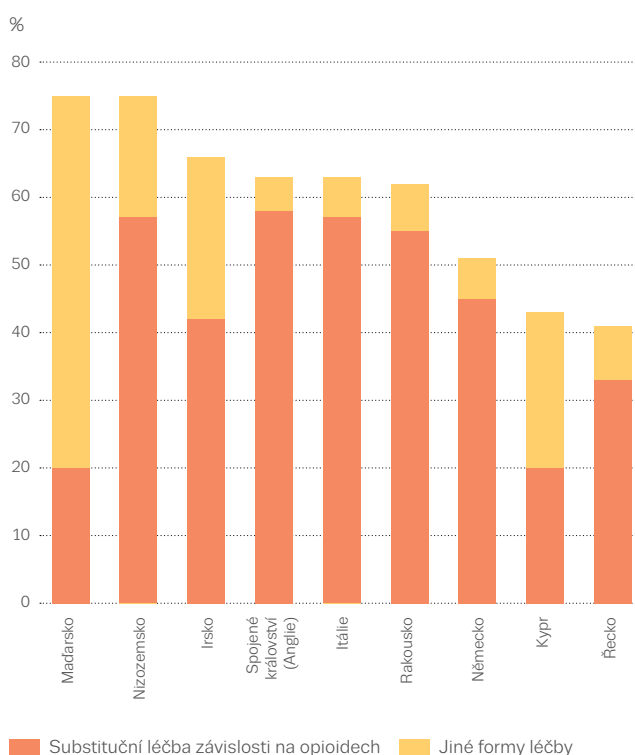
Pozn.: Údaje uvedené jako bodové odhady a intervaly spolehlivosti.

Dostupné důkazy svědčí ve prospěch substituční léčby závislosti na opioidech, spojené s psychosociální péčí, s cílem udržet pacienty v léčbě, stejně jako snížit užívání nelegálních opioidů a škody a úmrtnost v souvislosti s drogami. Ukázalo se, že metadon, buprenorfin a diacetylmorfin jsou účinné při přerušení cyklu intoxikace a abstinence a pomáhají tak pacientům stabilizovat se a využívat jiné typy intervencí (např. léčba pro HIV/AIDS a hepatitidu). Ukázalo se též, že substituční léčba zlepšuje kvalitu života a usnadňuje sociální reintegraci.

Celkový počet uživatelů opioidů podstupujících substituční léčbu v Evropě se odhaduje na 730 000 v roce 2011, což je nárůst z 650 000 v roce 2008. To pravděpodobně představuje zhruba 50 % problémových uživatelů opioidů v Evropě, odhadovanou míru pokrytí, která je srovnatelná s mírou pokrytí uváděnou pro Austrálii a Spojené státy. V Evropě ale existují velké rozdíly mezi zeměmi v mírách pokrytí, přičemž nejnižší odhadované míry (3–20 %) uvádějí Lotyšsko, Slovensko a Litva (obr. 3.7). Pět zemí

OBR 3.8

Procentní podíl problémových uživatelů opioidů procházejících léčbou (odhad)



Substituční léčba závislosti na opioidech Jiné formy léčby

uvádělo dlouhé čekací doby pohybující se od jednoho měsíce po šest měsíců, zatímco čekací doby delší než šest měsíců byly hlášeny v Bulharsku a Řecku. Avšak po vzplanutí nových nálezů HIV mezi injekčními uživateli heroínu v roce 2010 Řecko nedávno rozšířilo poskytování substituční léčby a čekací doby se zkrátily.

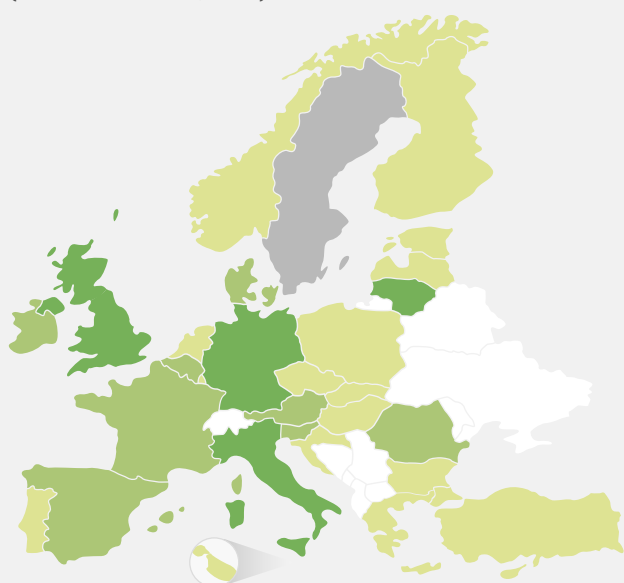
Další léčba pro uživatele opioidů: dostupná ve všech zemích

Uživatelům opioidů ve všech evropských zemích je běžně poskytována léčba bez substituční medikace. Může probíhat v ambulantních i lůžkových zařízeních a její součástí jsou psychosociální intervence, například kognitivně-behaviorální terapie, terapeutické komunity a další přístupy. Abstinenci léčbě někdy předchází detoxifikační program, který pro zvládnutí fyzických abstinenciálních symptomů poskytuje farmakologickou podporu. Kognitivně-behaviorální intervence projevily u uživatelů opioidů určitou míru účinnosti, ale důkazy nejsou dostatečně spolehlivé na to, aby bylo možné určit, která intervence je nejúčinnější. Neexistují žádné ověřené důkazy o účinnosti abstinenciálních terapeutických komunit.

Pokrytí léčebnými přístupy jinými než substituční medikací se pohybuje od 5 % po více než 50 % veškerých problémových uživatelů opioidů v devíti zemích, které poskytly dostatečné údaje (obr. 3.8). Ve všech těchto

OBR 3.9

Dostupnost specifických léčebných programů pro uživatele kokainu (odborná hodnocení, 2011)



Plná/rozsáhlá Omezená/vzácná Není k dispozici Žádné údaje

zemích překračují míry pokrytí u všech typů léčby pro problémové uživatele opioidů 40 %.

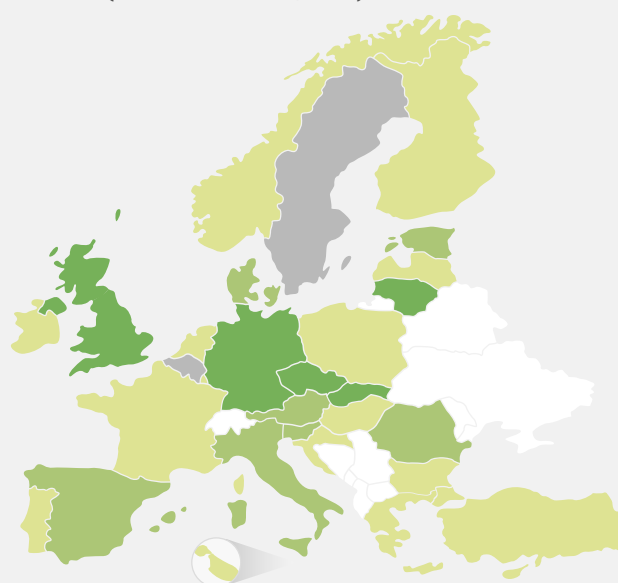
Léčba pro uživatele kokainu: existují specifické programy

Primárními možnostmi léčby závislosti na kokainu jsou psychosociální intervence, přičemž jako nejúčinnější intervence se jeví motivační terapie založená na odměnách (contingency management). Z hlediska medikace mohou být při omezování užívání kokainu účinní agonisté dopaminu a antipsychotika.

Ačkoli s osobami, které mají problémy s kokainem, se lze setkat v obecných službách v oblasti léčby, ve dvanácti zemích existují specializované programy pro uživatele kokainu nebo cracku (obr. 3.9), včetně zemí s nejvyššími úrovněmi užívání kokainu. V některých zemích se takové programy zaměřují na sociálně integrované uživatele kokainu, kteří se mohou zdráhat navštěvovat jiné služby. V Dánsku a v Rakousku je léčba pro uživatele kokainu poskytována i v programech zaměřených na souběžné užívání více drog. Bulharsko, Malta a Nizozemsko uvádějí, že mají v plánu poskytování specifických léčebných programů v blízké budoucnosti. V Dánsku, Německu a Spojeném království byly vytvořeny specifické pokyny pro léčbu uživatelů kokainu.

OBR 3.10

Dostupnost specifických léčebných programů pro uživatele amfetaminů (odborná hodnocení, 2011)



Plná/rozsáhlá Omezená/vzácná Není k dispozici Žádné údaje

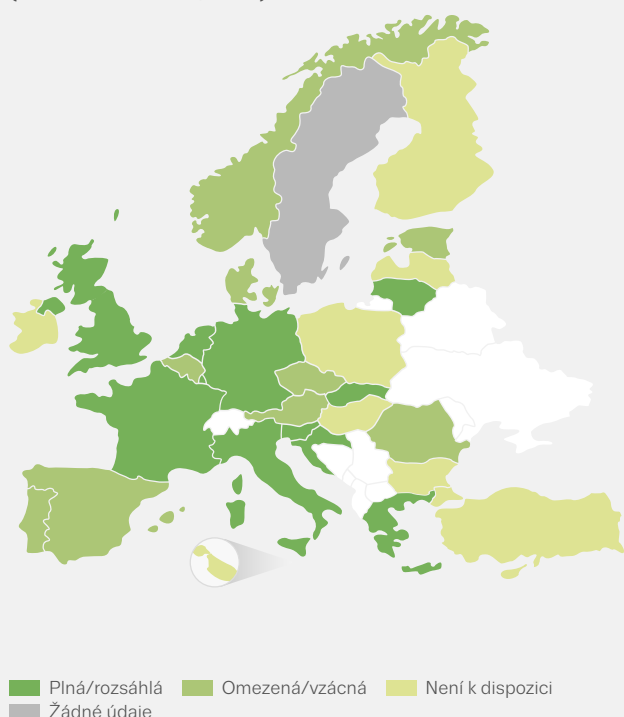
Léčba závislosti na amfetaminech: geografické rozdíly

Psychosociální intervence poskytované v ambulantních zařízeních protidrogových služeb jsou pro uživatele amfetaminů primární možností léčby. Zdá se, že kognitivně-behaviorální terapie a motivační terapie založená na odměnách, někdy v kombinaci, jsou spojeny s pozitivními výsledky. Pro léčbu závislosti na amfetaminu a metamfetaminu bylo zkoumáno několik léčiv, jakákoli farmakologická léčba však stále vyžaduje přesvědčivé důkazy.

Možnosti léčby dostupné uživatelům amfetaminů v Evropě se mezi zeměmi značně liší. V zemích s dlouhou historií léčby uživatelů amfetaminů jsou primárně dostupné specificky upravené léčebné programy (obr. 3.10). Kromě toho Bulharsko a Maďarsko uvádějí, že existují plány na zavedení specifických léčebných programů pro uživatele amfetaminu v blízké budoucnosti.

OBR 3.11

Dostupnost specifických léčebných programů pro uživatele konopí (odborná hodnocení, 2011)



Z údajů o klientech, kteří v roce 2011 nastoupili specializovanou léčbu závislostí, vyplývá, že zhruba polovina z nich byla nezaměstnaná a téměř každý desátý neměl stále ubytování

GHB: prozkoumány možnosti léčby

Závislost na kyselině gamahydroxymáselné (GHB) je uznávána jako klinické onemocnění s potenciálně těžkým abstinčním syndromem po pravidelném či chronickém užívání. Výzkum se dosud zaměřoval na popis tohoto syndromu a souvisejících komplikací, které může být v náhlých případech obtížné rozpoznat. Dosud nebyly vytvořeny žádné standardní protokoly navržené pro léčbu syndromu odnětí GHB, ačkoli v Nizozemsku probíhají šetření kontrolované detoxifikace pomocí léčivých přípravků obsahujících GHB.

Léčba závislosti na konopí: řada přístupů

V Evropě zahrnuje léčba uživatelů konopí rozsáhlou řadu přístupů včetně léčby založené na využití internetu, krátkodobých intervencí, multidimenzionální rodinné terapie, kognitivně-behaviorální terapie a dalších strukturovaných psychosociálních intervencí v ambulantních či lůžkových zařízeních. Pokud jde o odesílání k léčbě, jsou v některých zemích důležitými zdroji trestněprávní systém, úrazové a pohotovostní služby a psychiatrická oddělení. Dostupnost hodnotících studií léčby závislosti na konopí v posledních letech vzrostla, přičemž například nedávná metaanalýza multidimenzionální rodinné terapie ukázala pozitivní výsledky z hlediska snižování míry užívání látek a udržení pacienta v léčbě. Probíhá i výzkum léčiv, která by mohla podpořit psychosociální intervence. Například rimonabant, což je agonista, vykázal pozitivní výsledky při snižování akutních fyziologických obtíží spojených s kouřením konopí.

V roce 2011 více než polovina evropských zemí uvedla, že mají k dispozici specifické programy léčby závislosti na konopí (obr. 3.11), zatímco Bulharsko, Kypr, Maďarsko a Polsko plánují, že programy v této oblasti zavedou.

Sociální reintegrace: chybějící prvek?

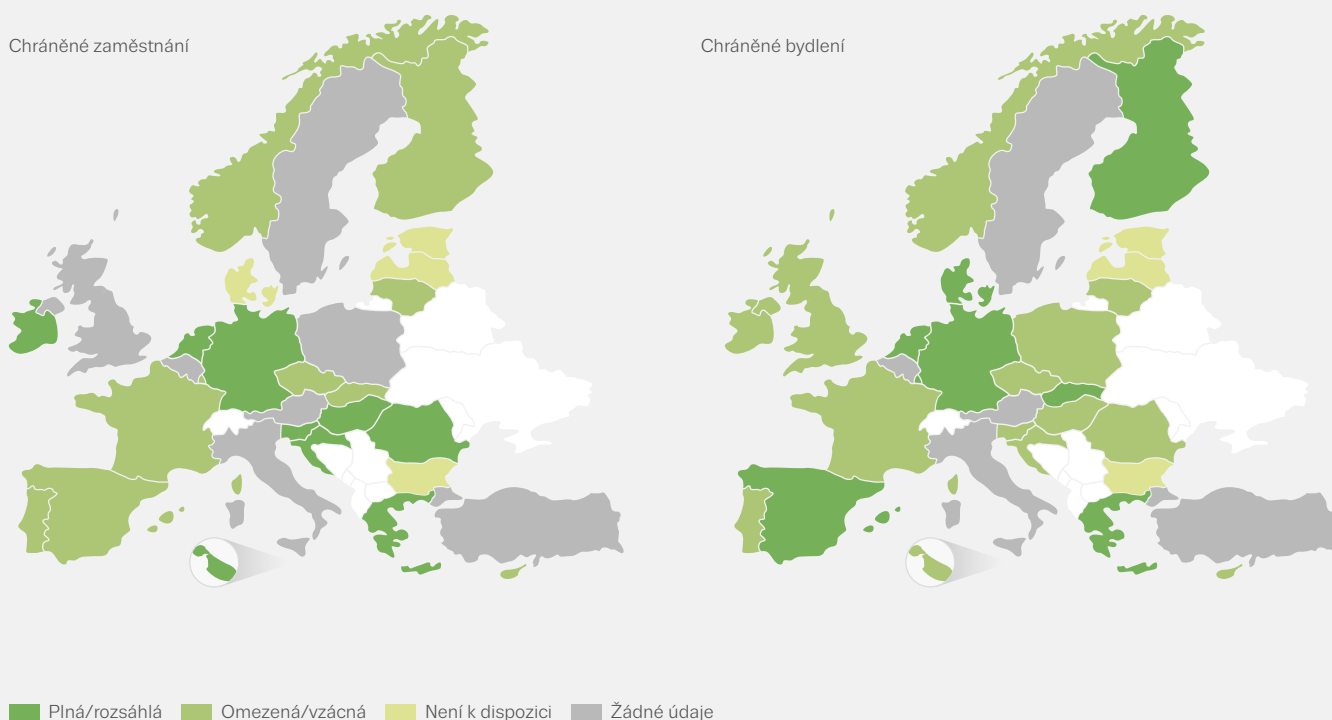
Z údajů o klientech, kteří v roce 2011 nastoupili specializovanou léčbu závislostí, vyplývá, že zhruba polovina z nich byla nezaměstnaná (47 %) a téměř každý desátý neměl stále ubytování (9 %). V této skupině je také běžná nízká úroveň vzdělání, přičemž 36 % dosáhlo pouze základního vzdělání, a 2 % dokonce nedosáhla ani této úrovně.

Služby v oblasti sociální reintegrace, které zahrnují zlepšování sociálních dovedností, podporu vzdělávání a zaměstnatelnosti a řešení potřeb bydlení, mohou být buď poskytovány v průběhu léčby, nebo až po jejím ukončení. Ačkoli o takových službách v oblasti sociální reintegrace se zmiňuje většina zemí (obr. 3.12), úroveň jejich poskytování vzhledem k potřebám obecně nepostačují. Přístup ke službám je navíc často podmíněn, může být například podmiňován abstinencí dané osoby nebo stálým bydlením a to může vylučovat některé z těch osob, které podporu potřebují nejvíce.

Úspěch opatření sociální reintegrace často závisí na efektivní spolupráci mezi různými typy podpůrných služeb. Tímto tématem se důkladně zabýval nedávný průzkum centra EMCDDA, v němž 17 z 28 zemí uvedlo existenci nějaké formy partnerských smluv mezi agenturami zajišťujícími léčbu a službami nabízejícími podporu v takových oblastech, jako je bydlení a zaměstnanost.

OBR 3.12

Dostupnost programů sociální reintegrace pro uživatele drog podstupující léčbu (odborná hodnocení, 2010)



Služby pro vězně: stále nedostatečně rozvinuté

Vězni uvádějí vyšší celkové míry užívání drog než obecná populace a škodlivější vzorce užívání, jak naznačují nedávné studie uvádějící, že 5 % až 31 % vězňů již 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.

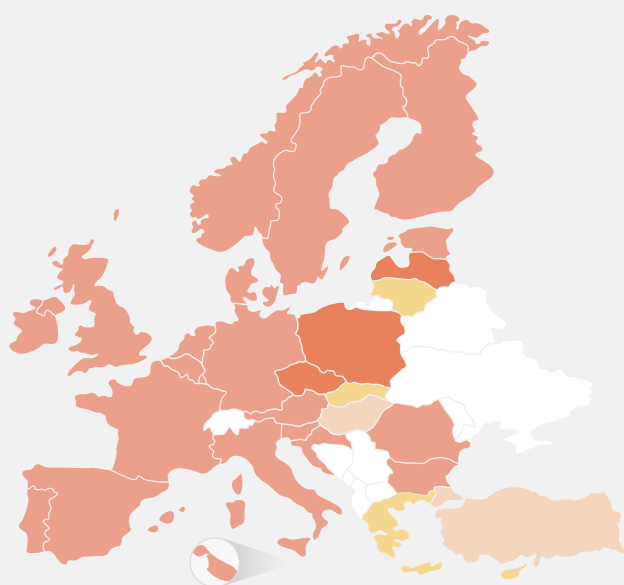
Protože vězni s historií užívání drog mají často četné a komplexní zdravotní potřeby, které mohou vyžadovat mnohooborový a specializovaný zásah lékařských služeb, důležitou intervencí je hodnocení potřeb po nástupu do vězení. Ve většině zemí fungují nyní spolupráce mezi vězeňskými zdravotnickými službami a poskytovateli služeb uživatelům drog v komunitě, aby bylo možné nabízet intervence v podobě zdravotního vzdělávání a léčby ve věznicích, ale také zajistit kontinuitu péče po nástupu do vězení a po propuštění. Sedm evropských zemí zařadilo zdraví ve věznicích do působnosti ministerstva zdravotnictví. Navzdory všeobecnému závazku dodržovat zásadu rovnosti péče však celkové poskytování protidrogových služeb ve věznicích stále často zaostává za úrovní těchto služeb dostupných širší komunitě.

Služby uživatelům drog ve věznicích poskytované v Evropě zahrnují celou řadu intervencí, k nimž patří: poskytování informací, poradenství a léčba, opatření pro minimalizaci škod a příprava na propuštění. Při nástupu do vězení a v několika zemích i při propouštění je často nabízen screening infekčních nemocí, především HIV. Součástí stávajících testovacích programů ale není vždy screening nákazy VHC. Poskytování čistého injekčního náčiní v prostředí věznic je vzácné, pouze čtyři země uvádějí, že v nejméně jedné věznici jsou k dispozici injekční stříkačky.



OBR 3.13

Dostupnost substituční léčby závislosti na opioidech ve věznicích



■ Pokračování a zahájení léčby
■ Pouze pokračování léčby
■ Nehlášeny žádné případy ■ Není k dispozici

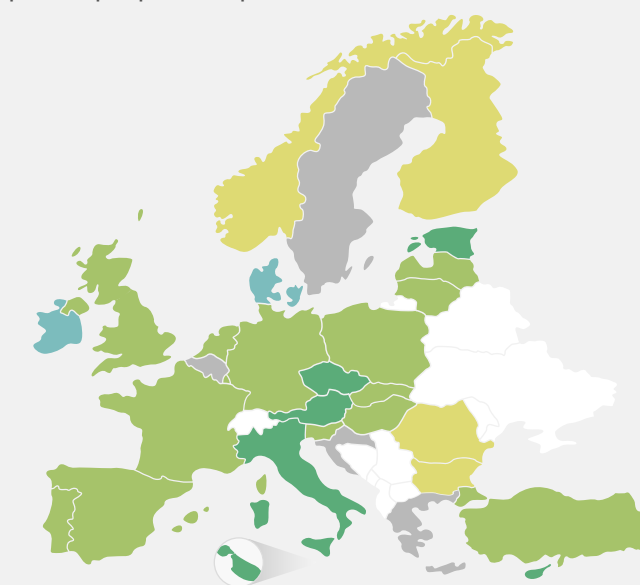
Ve většině zemí nyní existuje ve věznicích substituční léčba závislosti na opioidech, ale její zavedení bylo pomalejší než v běžné populaci. Podle posledního odhadu se tato léčba dostane v průběhu roku k nejméně 74 000 vězňů, ačkoli úroveň poskytování se mezi zeměmi výrazně různí. Mohou existovat i omezení, některé země poskytují substituční léčbu pouze vězňům, kteří ji podstupovali již před výkonem trestu odnětí svobody (obr. 3.13).

Snižování nabídky drog: odklon od specializovaných protidrogových jednotek

Ačkoli jsou obvykle dokumentovány intervence v zájmu snížení poptávky, systematický sběr údajů o činnostech vedoucích ke snížení nabídky je mnohem vzácnější, a to i navzdory skutečnosti, že takové činnosti často pohlít větší díl z národních rozpočtů na protidrogová opatření. Klíčovou součástí snižování nabídky je prosazování protidrogových právních předpisů a centrum EMCDDA nedávno zahájilo pilotní projekt, jehož cílem je zlepšit popis a chápání organizace činností v této oblasti. Výchozím bodem je zmapování existujících subjektů prosazování práva, jejichž prvotním posláním je odhalování a vyšetřování případů drogových trestných činů. Rozlišují se dva hlavní typy takových subjektů: specializované protidrogové jednotky a orgány pro boj s organizovanou trestnou činností speciálně pověřené snižováním nabídky drog.

OBR 3.14

Typy specializovaných subjektů pro prosazování protidrogových právních předpisů v Evropě



■ Specializované protidrogové jednotky
■ Jednotky pro boj se závažnou organizovanou trestnou činností
■ Oba ■ Jiné ■ Žádné údaje

Alespoň jeden z těchto dvou typů subjektů existuje ve 26 zemích, které uvedly celkem více než 1 000 útvarů speciálně pověřených prosazováním protidrogových právních předpisů (obr. 3.14). Ve 23 zemích byl proveden odhad počtu úředníků prosazujících protidrogové právní předpisy a specializujících se na nelegální drogy, který činí nejméně 17 000 specializovaných úředníků, většinou z policejních složek. Ačkoli uváděné počty nejsou vždy přímo srovnatelné, lze odhadnout, že specializovaní úředníci představují 0,2 % až 3,3 % všech úředníků prosazujících právní předpisy na národní úrovni.

Většina protidrogových útvarů a orgánů pro boj s organizovanou trestnou činností speciálně pověřených snižováním nabídky drog je spojena s policejními složkami, ačkoli malý počet je přiřazen i k celním službám. Navíc jedenáct zemí uvádí existenci spolupráce mnoha orgánů, obvykle ve formě společných policejních a celních útvarů či jednotek, ale někdy zahrnují i jiné orgány, například pobřežní stráž nebo pohraniční jednotky. Ty však představují pouze 42 z více než 1 000 identifikovaných orgánů.

Ačkoli 21 zemí uvádí existenci specializovaných protidrogových útvarů, údaje naznačují, že tato forma specializované jednotky je v Evropě celkově na ústupu a místo ní jsou zřizovány komplexnější orgány pro „závažnou a organizovanou trestnou činnost“. To do určité míry odráží vývoj na úrovni EU, kde je nabídka drog v posouzení hrozeb závažné a organizované trestné činnosti, které provádí Europol, a v rámci cyklu politiky Evropské rady pro organizovanou a závažnou mezinárodní trestnou činnost ve stále větší míře považována za jeden z několika propojených rozměrů boje proti organizované trestné činnosti.

**Ve 23 zemích byl
proveden odhad počtu
úředníků prosazujících
protidrogové právní
předpisy a specializujících
se na nelegální drogy,
který činí nejméně 17 000
specializovaných úředníků**

VÍCE INFORMACÍ

Publikace EMCDDA

2012

Snížování poptávky po drogách: využití globálních důkazů pro opatření na místní úrovni, Úkol drogy, č. 23.

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

New heroin-assisted treatment, EMCDDA Insights.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, Příručka.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, monografie EMCDDA.

Treatment and care for older drug users, Speciální kapitola.

2009

Internet-based drug treatment interventions, EMCDDA Insights.

2008

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

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

Politiky kontroly drog v Evropě působí ve všeobecném kontextu, který zajišťuje mezinárodní kontrolní systém vybudovaný na třech úmluvách Organizace spojených národů

Protidrogové politiky

V Evropě spadá přijetí právního, strategického, organizačního a rozpočtového rámce nezbytného pro řešení problémů souvisejících s drogami do působnosti vlád a parlamentů jednotlivých zemí, kdežto protidrogové právní předpisy a víceleté strategie a akční plány EU poskytují rámec pro koordinované kroky na nadnárodní úrovni. Společně tyto prvky vytvářejí protidrogové politiky, díky nimž mohou země rozvíjet a provádět intervence v zájmu snížení nabídky drog a poptávky po nich.

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 kontaktních míst a právních korespondentů. Údaje a informace o metodickém postupu v oblasti trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy najdete ve Statistickém věstníku a komplexní informace o evropské protidrogové politice a právních předpisech jsou dostupné na internetu.

Protidrogové právní předpisy: společný rámec

Politiky kontroly drog v Evropě působí ve všeobecném kontextu, který zajišťuje mezinárodní kontrolní systém vybudovaný na třech úmluvách Organizace spojených národů. Tento systém stanovuje rámec pro kontrolu výroby, obchodování a držení více než 240 psychoaktivních látek, z nichž většina má uznávané uplatnění v medicíně. Podle úmluv je každá země povinna 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“. Evropské země toto ustanovení nevykládají jednotně, což se odráží v různých právních přístupech v této oblasti.

Držení drog pro osobní potřebu: odklon od trestů odnětí svobody

Ve většině evropských zemí je držení drog pro osobní potřebu (a někdy jejich užití) trestným činem, který lze potrestat odnětím svobody. V některých zemích jej však lze potrestat pouze postihem nespádajícím do trestního práva, jako jsou pokuty nebo odebrání řidičského průkazu. Dalším faktorem je droga, jíž se to týká. Ve dvou třetinách evropských zemí vnitrostátní právní předpisy stanovují stejný trest za trestný čin držení pro osobní potřebu bez ohledu na látku. U zbývajících zemí se možný trest liší podle dané látky.

Celkově existuje zhruba od roku 2000 napříč Evropou všeobecný trend omezovat možnost trestu odnětí svobody za držení drog pro osobní potřebu. Některé země změnily své právní předpisy s cílem tresty odnětí svobody zrušit (například Portugalsko, Slovinsko, Bulharsko a naposledy Chorvatsko), kdežto další vydaly pokyny pro policii nebo státní zastupitelství, aby využívaly sankce jiné než tresty odnětí svobody. Zvláštní mezinárodní pozornost si vysloužil přístup Portugalska. Opatření zavedená v roce 2001 zmenšila důraz kladený na potrestání a uživatele drog směřující na síť „komisí pro odrazování od užívání drog“, kterou řídí ministerstvo zdravotnictví.

Ve většině evropských zemí pojednává valná část zpráv o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy v souvislosti s užíváním drog nebo držením drog pro vlastní potřebu; celkově v Evropě představovaly více než milion v roce 2011, což je 15% nárůst oproti roku 2006. Více než tři čtvrtiny těchto trestných činů se týkají konopí (obr. 4.1).

Praxe v oblasti stanovování trestů vrhá určité světlo na provádění a skutečné výsledky v Evropě, pokud jde o trestné činy užití drogy nebo držení drogy pro vlastní potřebu. V roce 2009 sbírka údajů centra EMCDDA ukázala, že za držení drog pro vlastní potřebu mnoho zemí dává pokuty, vydává upozornění nebo nařizuje veřejně prospěšné práce, ačkoli některé střeoevropské a východoevropské země, např. Bulharsko, Polsko, Rumunsko, Slovensko a Chorvatsko, využívaly spíše podmíněné tresty odnětí svobody.

Nabídka drog: odchylky v trestech

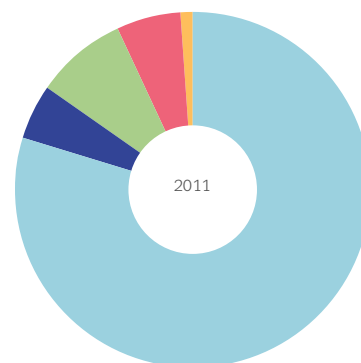
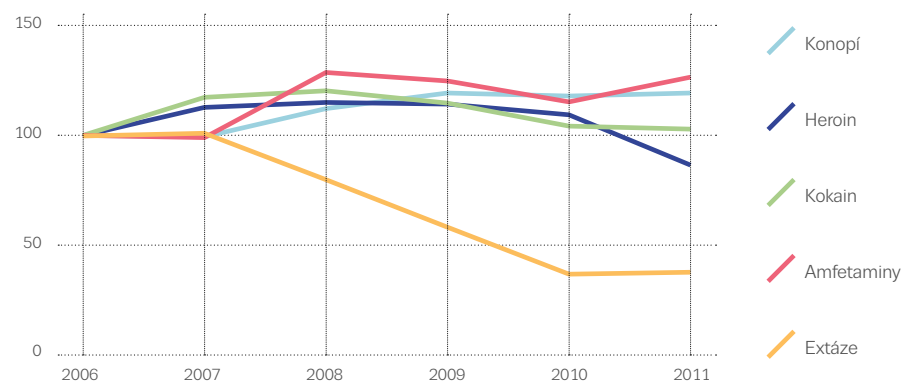
Nabídka nelegálních drog je v Evropě vždy trestným činem, ale existují výrazné rozdíly mezi maximálními možnými tresty. V některých zemích se na trestný čin nabídky drog může vztahovat jedno široké rozpětí trestu (až doživotní trest odnětí svobody). Jiné země rozlišují mezi trestnými činy týkajícími se nabídky menšího či většího rozsahu drog, které jsou určovány takovými faktory, jako je množství nalezených drog, a to s odpovídajícími maximálními tresty. Dalším přístupem, zjištěným ve čtrnácti z třiceti zde sledovaných zemí, je upravovat tresty podle drogy, jíž se to týká (obr. 4.2).

Trestné činy týkající se nabídky drog jsou od roku 2006 hlášeny o jednu čtvrtinu častěji a v roce 2011 dosáhly více než 225 000 případů. Stejně jako u trestných činů týkajících se držení drog, připadala většina hlášených trestných činů týkajících se nabídky drog na konopí. Kokain, heroin a amfetaminy však představovaly větší podíl trestných činů nabídky drog než trestných činů držení drog pro osobní potřebu (obr. 4.3).

OBR 4.1

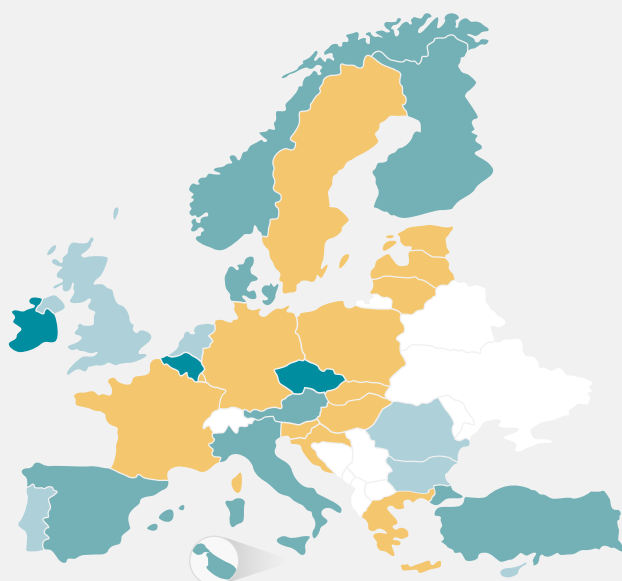
Uváděné trestné činy související s užíváním drog nebo držením drog pro vlastní potřebu v Evropě, trendy a rozdělení podle drog (hlavní drogy)

Index (2006 = 100)



OBR 4.2

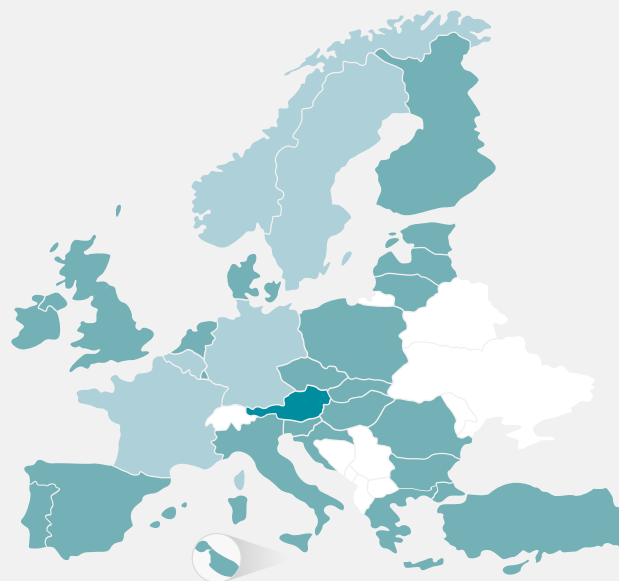
Tresty uložené za drogové trestné činy: varianty podle drogy



Stejně tresty za všechny drogy
Tresty se liší podle drogy za:
Trestné činy týkající se nabídky drog
Trestné činy týkající se držení drog pro vlastní potřebu
Oba typy trestných činů

OBR 4.4

Národní protidrogové strategie a akční plány, dostupnost a rozsah



Kombinovaná strategie pro legální a nelegální drogy
Strategie pro nelegální drogy
Žádná národní protidrogová strategie

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

Statistika vynesených rozsudků pro vybraný počet zemí z roku 2009 ukazuje, že za trestný čin týkající se nabídky drog byl udělen trest odnětí svobody s vyšší pravděpodobností než za trestný čin týkající se držení drog pro vlastní potřebu. Maximální tresty však byly vzácné nebo nikdy uloženy, zatímco průměrné tresty odnětí svobody byly krátké a často podmíněné, což naznačuje, že jen malý počet pachatelů byl považován za významnější obchodníky s drogami. Výsledky také ukázaly, že průměrné uložené tresty se lišily podle druhu drogy, a to dokonce i v zemích, kde zákon posuzuje všechny drogy stejně.

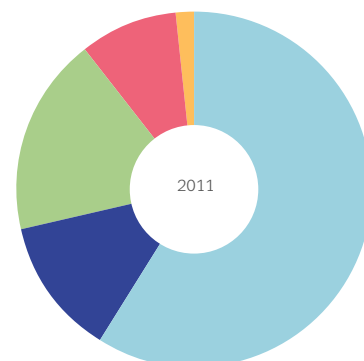
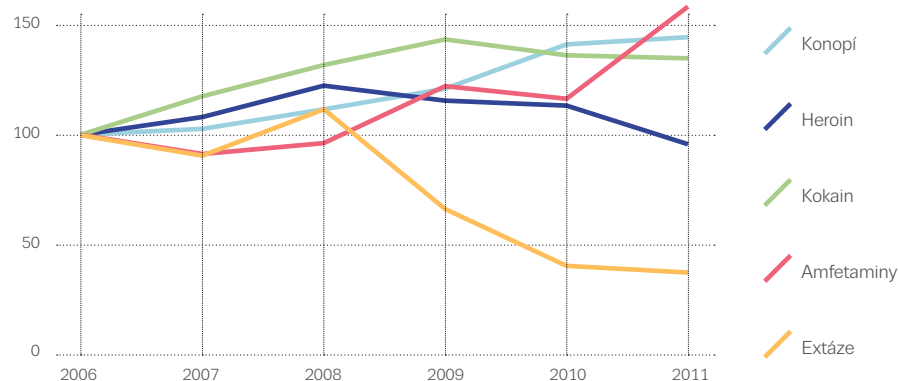
Národní protidrogové strategie: evropský standard

Od konce 90. let je zavedenou praxí, že vlády jednotlivých zemí v Evropě přijímají 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. Pět zemí přijalo národní strategie a akční plány, které zahrnují legální i nelegální drogy (obr. 4.4).

OBR 4.3

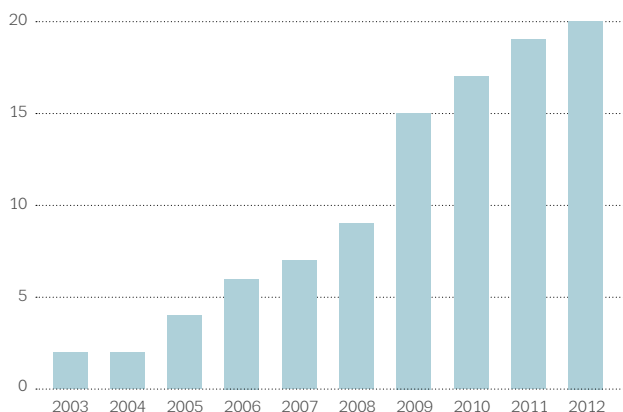
Uváděné trestné činy související s nabídkou drog v Evropě, trendy a rozdělení podle drog (hlavní drogy)

Index (2006 = 100)



OBR 4.5

Souhrnný počet zemí s hodnocenou národní protidrogovou strategií



Podpůrné protidrogové strategie: mechanismy koordinace a hodnocení

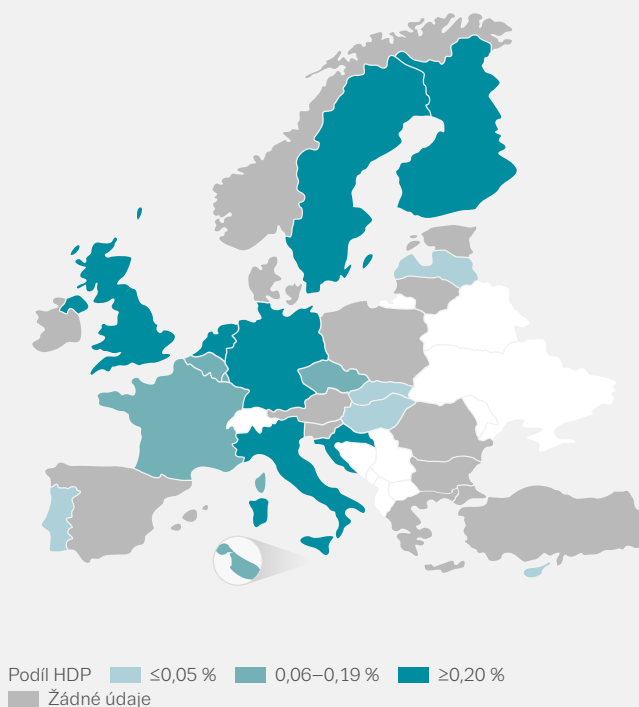
Souběžně s formulováním národních protidrogových strategií země vytvořily i mechanismy pro koordinaci provádění své protidrogové politiky. Na vnitrostátní úrovni má nyní většina zemí meziresortní komisi pro drogy, kterou doplňuje národní koordinační orgán protidrogové politiky, odpovědný za každodenní řízení činností. Ve čtrnácti zemích je přiřazen k ministerstvu zdravotnictví, kdežto jinde je přiřazen k úřadu vlády nebo k úřadu předsedy vlády, k ministerstvu vnitra nebo k jiným ministerstvům. Dvacet dva zemí také uvádí, že mají oficiálně jmenovaného národního protidrogového koordinátora, který je často vedoucím národního koordinačního orgánu. Národní koordinátoři se setkávají na úrovni EU.

Na regionální nebo místní úrovni existují ve většině zemí protidrogové koordinační agentury, protidrogoví koordinátoři nebo oba subjekty. V některých zemích, zejména v zemích s federální strukturou, navíc propagují spolupráci mezi národní a místní úrovní orgány pro vertikální koordinaci. V jiných zemích na koordinaci na regionální nebo místní úrovni často přímo dohlíží vnitrostátní orgány.

V posledních letech Evropská unie i rostoucí počet zemí provedly konečné hodnocení své protidrogové strategie nebo akčního plánu (obr. 4.5). Cílem je obecně posoudit dosaženou úroveň provádění a také změny v celkové situaci v oblasti drog, aby bylo možné určit rozvoj další strategie. V celé Evropě je většina hodnocení interních, prováděných agenturou nebo institucí odpovědnou za plán, ale rostoucí počet zemí si zadává společné nebo externí hodnocení. V současné době má většina evropských zemí v plánu provést závěrečné hodnocení své současné protidrogové strategie.

OBR 4.6

Většina nedávných odhadů veřejných výdajů na protidrogovou politiku (% HDP)



Ekonomické hodnocení: potřeba lepších údajů

Důležitým nástrojem pro hodnocení politiky může být ekonomické hodnocení pomocí přezkumu komparativních nákladů a přínosů alternativních prováděných opatření. Avšak množství a kvalita informací, které jsou o veřejných výdajích souvisejících s drogami v Evropě dostupné, zůstávají velmi omezené a to představuje významnou překážku pro analýzu nákladové efektivity. Byl nicméně zaznamenán nárůst v řadě zemí, které se pokusily odhadnout, alespoň jednou za poslední desetiletí, jak vysokou částku vláda utratila na protidrogovou politiku. Tyto země uvádějí odhady výdajů od 0,01 % do 0,7 % HDP (obr. 4.6), ačkoli provést srovnání mezi zeměmi je složité, protože rozsah a kvalita odhadů se značně liší. Navzdory těmto omezením se však na základě dostupných

Na vnitrostátní úrovni má nyní většina zemí meziresortní komisi pro drogy, kterou doplňuje koordinační orgán protidrogové politiky, odpovědný za každodenní řízení činností

informací zdá, že činnosti v oblasti snižování nabídky drog představují ve většině zemí největší podíl veřejných výdajů souvisejících s drogami.

Evropa, stejně jako mnoho jiných částí světa, se stále vyrovnává s důsledky nedávné ekonomické krize. Ty mohou zahrnovat negativní hospodářský růst, rostoucí míry nezaměstnanosti, zejména mezi mladými lidmi, a snižování vládních výdajů. To se může dotknout dostupných rozpočtů pro opatření v oblasti zdravotnictví, veřejného pořádku a bezpečnosti, což jsou právě ty oblasti, kde většina veřejných výdajů souvisejících s drogami vzniká. V současné době se zdá, že míra fiskální konsolidace nebo úsporná opatření a jejich dopad jsou v jednotlivých evropských zemích značně odlišné. K zemím s největším poklesem veřejných výdajů patří Lotyšsko, Litva a Estonsko. Řada evropských zemí nyní také uvádí škrtý v protidrogových programech a službách.

VÍCE INFORMACÍ

Publikace EMCDDA

2013

Drug policy profiles: Ireland.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Tematický dokument.

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.

2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, Speciální kapitola.

2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, Tematický dokument.

Publikace centra 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 ze Statistického věstníku centra EMCDDA z roku 2013, jehož jsou součástí a v němž 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	
		% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)	počet
Belgie	—	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bulharsko	—	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
Česká republika	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Dánsko	—	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Německo	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Estonsko	—	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Irsko	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Řecko	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
Španělsko	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Francie	—	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Itálie	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Kypr	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Lotyšsko	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Litva	2,3–2,4	—	72,1 (181)	—	98,6 (136)	798
Lucembursko	5,0–7,6	67,4 (151)	—	58,9 (89)	—	1 228
Maďarsko	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Malta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Nizozemsko	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Rakousko	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Polsko	—	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portugalsko	—	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
Rumunsko	—	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Slovinsko	—	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Slovensko	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Finsko	—	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Švédsko	—	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Spojené království	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Chorvatsko	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Turecko	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Norsko	2,1–3,9	37,5 (2 884)	—	73,1 (160)	—	6 640

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	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bulharsko	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
Česká republika	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Dánsko	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Německo	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Estonsko	–	1,3	–	–	–	–	–
Irsko	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Řecko	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
Španělsko	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Francie	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Itálie	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Kypr	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Lotyšsko	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Litva	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Lucembursko	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Maďarsko	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Malta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Nizozemsko	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Rakousko	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Polsko	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portugalsko	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumunsko	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Slovinsko	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Slovensko	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Finsko	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Švédsko	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Spojené království	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Chorvatsko	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Turecko	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Norsko	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

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	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bulharsko	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
Česká republika	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Dánsko	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Německo	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Estonsko	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Irsko	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Řecko	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Španělsko	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Francie	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Itálie	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Kypr	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Lotyšsko	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Litva	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Lucembursko	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Maďarsko	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Malta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Nizozemsko	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Rakousko	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Polsko	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portugalsko	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumunsko	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Slovinsko	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Slovensko	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Finsko	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Švédsko	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Spojené království	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Chorvatsko	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Turecko	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Norsko	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

TABULKA 4

EXTÁZE

	Odhad 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	0,6 (38)	1 (23)
Bulharsko	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
Česká republika	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Dánsko	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Německo	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Estonsko	–	2,3	3,0	–	–
Irsko	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Řecko	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
Španělsko	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Francie	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Itálie	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Kypr	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Lotyšsko	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Litva	2,1	1,9	2,0	–	–
Lucembursko	–	–	–	–	–
Maďarsko	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Malta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Nizozemsko	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Rakousko	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Polsko	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portugalsko	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumunsko	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Slovinsko	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Slovensko	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Finsko	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Švédsko	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Spojené království	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Chorvatsko	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Turecko	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Norsko	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–

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 (1 832)	48,2 (1 077)
Bulharsko	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
Česká republika	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Dánsko	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Německo	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Estonsko	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Irsko	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Řecko	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
Španělsko	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Francie	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Itálie	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Kypr	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Lotyšsko	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Litva	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Lucembursko	–	–	–	12,9 (29)	–
Maďarsko	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Malta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Nizozemsko	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Rakousko	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Polsko	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portugalsko	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumunsko	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Slovinsko	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Slovensko	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Finsko	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Švédsko	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Spojené království	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Chorvatsko	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Turecko	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Norsko	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

TABULKA 6

DALŠÍ INDIKÁTORY

	Úmrtí vyvolaná drogami (15–64 let)	Infekce HIV mezi injekčními uživateli drog (ECDC)	Odhad injekčního užívání drog	Injekční stříkačky distribuované prostřednictvím specializovaných programů
Země	počet případů na milion obyvatel (počet)	počet případů na milion obyvatel (počet)	počet případů na 1 000 obyvatel	počet
Belgie	19,6 (142)	1 (11)	2,5–4,8	938 674
Bulharsko	4,8 (24)	8,4 (63)	–	643 377
Česká republika	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1–5,5	5 398 317
Dánsko	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8–4,7	–
Německo	17,9 (966)	1,1 (90)	–	–
Estonsko	135,7 (123)	51,5 (69)	–	2 130 306
Irsko	51,8 (159)	3,6 (16)	–	1 097 000
Řecko	–	21,7 (245)	0,9–1,3	119 397
Španělsko	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2–0,2	2 672 228
Francie	7,9 (331)	1,3 (87)	–	–
Itálie	9,1 (362)	2,7 (161)	–	–
Kypr	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3–0,5	42
Lotyšsko	7,9 (11)	40,4 (90)	–	hm i l h
Litva	20,9 (43)	26,5 (86)	–	181 408
Lucembursko	17,1 (6)	0 (0)	4,5–6,9	246 858
Maďarsko	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Malta	17,3 (5)	0 (0)	–	289 940
Nizozemsko	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2–0,2	–
Rakousko	35,3 (201)	4,3 (36)	–	4 329 424
Polsko	8,4 (232)	1,2 (47)	–	175 902
Portugalsko	2,7 (19)	5,8 (62)	–	1 650 951
Rumunsko	1 (15)	5 (108)	–	901 410
Slovinsko	16,9 (24)	0 (0)	–	632 462
Slovensko	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5–8,9	15 064
Finsko	53,3 (189)	1,5 (8)	–	3 539 009
Švédsko	35,5 (217)	1,3 (12)	–	244 493
Spojené království	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1–3,5	–
Chorvatsko	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4–0,6	340 357
Turecko	1,9 (93)	0,1 (5)	–	0
Norsko	73,1 (238)	2 (10)	2,5–3,6	2 639 000

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	počet
Belgie	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bulharsko	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Česká republika	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Dánsko	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Německo	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Estonsko	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Irsko	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Řecko	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
Španělsko	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Francie	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Itálie	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Kypr	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Lotyšsko	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Litva	11	234	10	23	13	46	303	5
Lucembursko	24	244	24	94	3	15	91	6
Maďarsko	3	22	13	108	24	483	270	22
Malta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Nizozemsko	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Rakousko	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Polsko	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portugalsko	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
Rumunsko	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Slovinsko	4	503	2	272	1	204	34	14
Slovensko	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Finsko	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Švédsko	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Spojené království	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Chorvatsko	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Turecko	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Norsko	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

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	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (–)	1 070
Bulharsko	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Česká republika	2	24	441	508	62 817 (–)	240
Dánsko	2 267	8 403	168	891	– (1 452)	710
Německo	1 748	7 285	3 957	27 144	– 133 650	1 804
Estonsko	46	22	53	409	– (29,3)	25
Irsko	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (–)	582
Řecko	122	172	13 393	5 774	33 242 (–)	460
Španělsko	355 904	199 770	17 535	140 952	– (26 108)	1 436
Francie	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (–)	2 146
Itálie	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (–)	1 208
Kypr	1	33	76	758	86 (–)	27
Lotyšsko	283	55	34	399	– (497)	7
Litva	168	31	43	311	– (–)	0
Lucembursko	2	171	11	833	81 (–)	5
Maďarsko	18	63	209	2 073	14 121 (–)	192
Malta	89	48	1,5	32	44 (–)	7
Nizozemsko	1 000	–	5 000	–	2 000 000 (–)	–
Rakousko	75	1 197	621	5 272	– (219)	261
Polsko	–	–	1 265	–	52 914 (–)	–
Portugalsko	14 633	3 093	108	460	5 523 (–)	304
Rumunsko	18	328	252	1 365	897 (–)	9
Slovinsko	4,2	89	613	3 306	12 836 (–)	178
Slovensko	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Finsko	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Švédsko	950	7 465	264	5 272	– (–)	92
Spojené království	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (–)	16 672
Chorvatsko	2	373	421	3 684	4 136 (–)	195
Turecko	21 141	8 192	55 251	43 217	– (–)	7 318
Norsko	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

Evropská zpráva o drogách 2013: trendy a vývoj

Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie

2013 — 72 s. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-607-0

doi:10.2810/87275

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 *Statistickým věstníkem*, *Přehledy o jednotlivých zemích* a dokumentem *Pohledy na drogy* tvoří soubor publikací s názvem Zpráva o drogové problematice v Evropě 2013.

O EMCDDA

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) shromažďuje informace o drogové problematice v Evropě. Jeho posláním je poskytovat EU a členským státům EU „věcné, objektivní, spolehlivé a srovnatelné informace“ o drogách, drogové závislosti a souvisejících dopadech. Centrum EMCDDA bylo zřízeno v roce 1993, přičemž činnost zahájilo v Lisabonu v roce 1995. EMCDDA je jednou z decentralizovaných agentur EU. Disponuje vysoce kvalitním týmem odborníků z různých oborů, který tvůrcům politik poskytuje potřebné podklady pro vypracování protidrogových právních předpisů a strategií. Pomáhá také odborníkům z praxe a výzkumným pracovníkům při identifikaci příkladů správné praxe a určování nových oblastí, které je třeba podrobit analýze.

