



Evropské monitorovací centrum  
pro drogy a drogovou závislost

CS

ISSN 2314-9035

# Evropská zpráva o drogách

Trendy a vývoj

2018





Evropské monitorovací centrum  
pro drogy a drogovou závislost

# Evropská zpráva o drogách

Trendy a vývoj

2018

## Právní oznámení

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 dat uvedených v tomto dokumentu. Obsah této publikace nemusí nutně vyjadřovat oficiální názory partnerů EMCDDA, jakéhokoli členského státu EU či agentury nebo orgánu Evropské unie.

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

Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2018

<b>PRINTED</b>	ISBN 978-92-9497-327-6	ISSN 1977-981X	doi:10.2810/170222	TD-AT-18-001-CS-C
<b>PDF</b>	ISBN 978-92-9497-273-6	ISSN 2314-9035	doi:10.2810/648983	TD-AT-18-001-CS-N

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2018  
Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Doporučená citace: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2018), *Evropská zpráva o drogách 2018: Trendy a vývoj*, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.



Evropské monitorovací centrum  
pro drogy a drogovou závislost

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisbon, Portugalsko

Tel.: +351 211210200

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## | Obsah

5	Předmluva
9	Úvodní poznámka a poděkování
11	KOMENTÁŘ <b>Pochopení evropských problémů v oblasti drog a vypracování účinných intervencí</b>
19	KAPITOLA 1 <b>Nabídka drog a trh</b>
39	KAPITOLA 2 <b>Prevalence a trendy v užívání drog</b>
59	KAPITOLA 3 <b>Škody související s drogami a intervence</b>
83	PŘÍLOHA Tabulky s národními daty



## Předmluva

S potěšením vám předkládáme nejnovější analýzu EMCDDA o situaci v oblasti drog v Evropě. *Evropská zpráva o drogách 2018: Trendy a vývoj* poskytuje aktuální přehled o problémech v oblasti drog a souvisejících intervencí v Evropě. Naše hlavní zpráva vychází z podrobného přezkumu evropských a národních dat, který umožňuje povšimnout si vznikajících vzorců a problémů. V letošním roce ji na internetu doplňuje třicet národních zpráv o drogách a zdroje obsahující celou řadu dat a grafik, což umožňuje získat přehled o situaci v jednotlivých zemích.

Naše zpráva má zainteresovaným subjektům poskytnout komplexní obrázek. Upozorní též včas na nové trendy v oblasti drog, pomůže určit priority pro strategické plánování na národní a místní úrovni, umožní srovnání jednotlivých zemí a podpoří hodnocení na základě dat o trendech. Zprávu doplňuje i naše nejnovější publikace vydávaná každé tři roky, *Zdravotní a sociální protidrogové intervence: evropský průvodce* (2017).



V letošním roce jsme u celé řady látek zaznamenali určité znepokojující známky zvýšené míry výroby drog v Evropě, a to v těsnější blízkosti ke spotřebitelským trhům. Tento vývoj usnadňuje technologický pokrok, který též propojuje evropské výrobce drog a jejich uživatele s celosvětovými trhy prostřednictvím běžného webu a darknetu. Povšimli jsme si také, že nárůst výroby kokainu v Jižní Americe má nyní dopad na evropský trh a představuje zvýšené riziko zdravotních problémů pro uživatele i komplexnější výzvy pro orgány činné v trestním řízení, jelikož obchodníci s drogami upravují a mění dodavatelské trasy. Důvodem ke znepokojení jsou i objevující se důkazy o větší dostupnosti a užívání cracku v Evropě, a tuto problematiku je tedy nutné monitorovat.



Nové psychoaktivní látky dostupné na evropských trzích s drogami i nadále způsobují problémy v oblasti veřejného zdraví a představují výzvu pro tvůrce politik. Nejnovější právní předpisy EU posílily výměnu informací o nových látkách objevujících se na trhu a zkrátily dobu, která je nutná pro posouzení rizik těchto látek a zavedení jejich kontroly v Evropě. V celé řadě prostředí způsobují problémy vysoce potentní syntetické opioidy a kanabinoidy a v případech derivátů fentanylu představují pro uživatele drog a hlavní aktéry, kteří se tyto problémy snaží vyřešit, větší nebezpečí. V rámci řešení této výzvy se pozornost opět zaměřila na roli naloxonu, antidota opioidů, ve strategiích intervencí týkajících se předávkování a na míru přístupu k tomuto léku mezi uživateli drog.

Jsme přesvědčeni, že hrozby, které drogy představují pro veřejné zdraví a bezpečnost v Evropě, vyžadují i nadále multidisciplinární intervence na vysoké úrovni. Nový akční plán EU přijatý v roce 2017 poskytuje rámec pro nezbytnou evropskou spolupráci.

Naše zpráva a analýza, kterou předkládá, je svědectvím o mohutné podpoře, které se nám dostává ze strany našich národních a institucionálních partnerů. Díky informacím od národních kontaktních míst sítě Reitox a národních odborníků jsme schopni vytvořit jedinečný přehled o situaci v oblasti drog v Evropě. Za pomoc jsme vděční také našim partnerům na evropské úrovni, zejména Evropské komisi, Europolu, Evropskému středisku pro prevenci a kontrolu nemocí a Evropské agentuře pro léčivé přípravky. Naše poděkování patří též specializovaným sítím, které s námi spolupracovaly, díky čemuž jsme mohli do naší zprávy zařadit špičková a inovativní data v oblasti analýzy odpadních vod, školních studií a případů příjmů na pohotovostních nemocničních odděleních v souvislosti s drogami.

**Laura d'Arrigo**

předsedkyně správní rady EMCDDA

**Alexis Goosdeel**

ředitel EMCDDA







## Úvodní poznámka a poděkování

Tato zpráva vychází z informací, které Evropskému monitorovacímu centru pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) poskytly formou ročních hlášení členské státy EU, kandidátská země Turecko a Norsko.

Jejím účelem je poskytnout přehled a shrnutí situace v oblasti drog v Evropě a souvisejících intervencí. Uváděná statistická data se vztahují k roku 2016 (nebo k poslednímu roku, pro který byla k dispozici). Analýza trendů zahrnuje pouze země, které poskytly dostatečná data, jež umožňují popsat změny v daném časovém období. Čtenář by si měl být také vědom skutečnosti, že monitorování vzorců a trendů týkajících se skrytého a stigmatizovaného chování, jakým je užívání drog, je z praktického i metodického hlediska náročné. Proto je v této zprávě pro účely analýzy použito více zdrojů dat. Přestože můžeme zaznamenat výrazná zlepšení, jak na úrovni jednotlivých zemí, tak z hlediska toho, čeho lze dosáhnout při analýze na evropské úrovni, je nutné přihlédnout k metodickým obtížím v této oblasti. Proto je při interpretaci nezbytná opatrnost, zejména při porovnávání zemí v souvislosti s jakýmkoli opatřením. Upozornění a vymezení týkající se dat lze nalézt v on-line verzi této zprávy a ve statistickém věstníku, ve kterém jsou uvedeny informace o metodice, vymezení analýzy a komentáře k omezením dostupných informací. Jsou zde též k dispozici informace o metodách a datech použitých pro odhady na evropské úrovni, kde lze uplatnit interpolaci.

EMCDDA děkuje za pomoc při přípravě této zprávy:

- vedoucím národních kontaktních míst sítě Reitox a jejich zaměstnancům,
- subjektům a odborníkům v jednotlivých členských státech, kteří shromáždili vstupní data pro tuto zprávu,
- členům správní rady a vědeckého výboru EMCDDA,
- Evropskému parlamentu, Radě Evropské unie – zejména její Horizontální pracovní skupině pro drogy – a Evropské komisi,
- Evropskému středisku pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), Evropské agentuře pro léčivé přípravky (EMA) a Europolu,
- skupině Pompidou Rady Evropy, Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu, Regionálnímu úřadu pro Evropu Světové zdravotnické organizace, Interpolu, Světové celní organizaci, projektu Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Základní skupině pro analýzu odpadních vod v Evropě (*Sewage Analysis Core Group Europe – SCORE*) a síti Euro-DEN Plus (*European Drug Emergencies Network*),
- Překladatelskému středisku pro instituce Evropské unie a Úřadu pro publikace Evropské unie.

### Národní kontaktní místa sítě Reitox

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

# Komentář

**Vývoj v evropských zemích  
je ovlivněn celosvětovými  
trendy v oblasti drog  
a současně tyto  
trendy ovlivňuje**

# Pochopení evropských problémů v oblasti drog a vypracování účinných intervencí

V tomto komentáři zkoumáme některé z klíčových faktorů, které zřejmě ovlivňují jak způsoby užívání drog, jimiž jsme svědky v Evropě v roce 2018, tak zdravotní, sociální a bezpečnostní problémy, které s nimi souvisí. Výchozím bodem této diskuse je celkové pozorování, že v porovnání s předchozím vývojem drogová problematika v Evropě v současnosti nejenže zřejmě prochází zvláště dynamickou fází, ale dostupná data také naznačují, že plošně je dostupnost drog vysoká a v některých oblastech dokonce stoupá. To představuje soubor významných nových výzev pro stávající národní a evropské intervence, pokud jde o užívání drog a problémy související s drogami, jejichž některé důsledky jsou analyzovány níže.

## | Znamky nárůstu produkce drog v Evropě

Vývoj v evropských zemích je ovlivněn celosvětovými trendy v oblasti drog a současně tyto trendy ovlivňuje. U některých syntetických stimulačních drog, například

MDMA, je Evropa hlavním výrobcem a vyváží výrobky a know-how do jiných částí světa. U konopí evropská produkce do určité míry nahradila dovoz a zřejmě ovlivnila obchodní modely externích producentů. Jedním z důsledků tohoto jevu je pozorovaná zvýšená potence hašiše, který je nyní pašován do Evropy.

Pokud jde o dvě další hlavní nelegální drogy rostlinného původu (kokain a heroin), zůstávají centrem produkce kokainu nadále země Latinské Ameriky a heroinu asijské země. Celosvětová data naznačují, že produkce obou látek stoupá. Je třeba věnovat pozornost tomu, jaký to má dopad na Evropu. V případě heroinu, i přes relativně vysokou čistotu drogy prodávané na ulici, zůstává celkové užívání stabilní, přičemž míra zahájení užívání se zdá být nízká. U kokainu naopak nyní některé ukazatele naznačují vzestupné trendy. To je podrobněji analyzováno níže. U obou látek ovšem data o záchytech naznačují určité nedávné změny ve výrobním řetězci, které by mohly mít významné dopady v budoucnu. V Evropě je nadále pozorováno sekundární zpracování a extrakce kokainu z „nosných materiálů“, jakož i dovoz velkého množství drogy ukrytého v přepravních kontejnerech. Novým vývojem u heroinu je, že v několika evropských zemích byly odhaleny a zlikvidovány laboratoře přeměňující morfin na heroin. To je pravděpodobně dáno větší dostupností a podstatně nižší cenou acetanhydridu (klíčového prekurzoru pro produkci heroinu) v Evropě, a to v době, kdy vzrůstá sklizeň máku setého. Tento vývoj ilustruje nejen celosvětově propojenou povahu moderních sítí výroby drog, ale také nutnost vypracovat intervence na kontrolu drog, jako jsou kontroly prekurzorů, v celosvětovém měřítku.

Podobně se zatím sice zdá, že evropské a mezinárodní snahy o omezení produkce a dostupnosti nových psychoaktivních látek mají nyní určitý dopad, existují však také zprávy o výrobě tablet a těchto látek v rámci Evropy. Dosud se tento vývoj produkce nových drog zdá být omezený. Změny v této oblasti mohou mít ovšem na problémy s drogami rychlý dopad, a proto je nutná ostražitost, aby se zajistilo, že Evropa bude připravena lépe reagovat na potenciální budoucí hrozby v této oblasti.

### Internetový prodej: Evropa v rámci celosvětového trhu

Prodej drog na internetu je dalším dobrým příkladem, jak rychle může dojít ke změně, a představuje výzvu pro stávající politické a intervenční modely a pro monitorování drog. Nedávná společná zpráva EMCDDA a Europolu analyzovala, jakou roli hrají evropští dodavatelé a spotřebitelé na tomto celosvětovém trhu. Odhaduje se, že za téměř polovinou prodeje drog na „darknetu“ v letech 2011 až 2015 stáli evropští dodavatelé. On-line prodej je v současné době v porovnání s celkovým trhem s nelegálními drogami malý, ale zdá se, že roste. Zatímco se pozornost často zaměřuje na darknet, je také zjevné, že u nových psychoaktivních látek a zneužívaných léčivých přípravků mohou být stejně významná sociální média a běžný web. Obavy vyvolává zejména výskyt nových látek podobných benzodiazepinu. Od roku 2015 bylo do systému včasného varování EU nahlášeno 14 nových benzodiazepinů. Tyto látky nejsou v Evropské unii povolenými léčivými přípravky a o jejich toxicitě se toho ví jen velmi málo. Riziko však pravděpodobně roste při jejich užití spolu s nelegálními drogami nebo alkoholem. Dostupnost zavedených i nových benzodiazepinů na trhu s nelegálními drogami zjevně v některých zemích stoupá a je známo, že tyto látky hrají významnou, i když často přehlíženou roli při úmrtích v důsledku předávkování opioidy. Zvláště varovné jsou nedávné náznaky, že užívání těchto látek zřejmě roste u mladých lidí. Jde o oblast vyžadující další výzkum, zvážení nových politických opatření a vyvinutí úsilí v oblasti prevence. Užívání benzodiazepinů u vysoce rizikových uživatelů drog je tématem, které je rozebráno v on-line dodatku této zprávy.

### Důsledky zvýšené nabídky kokainu

Zdá se, že rostoucí produkce kokainu v Latinské Americe se nyní projevuje na evropském trhu. Včasné varování na zvýšení dostupnosti a užívání drogy přinesla analýza odpadních vod, přičemž toto zvýšení se nyní projevuje i v jiných zdrojích dat. Zatímco ceny kokainu zůstaly stabilní, čistota drogy je v současné době v Evropě za posledních deset let na nejvyšší úrovni. Tradičně se většina kokainu dostává do Evropy přes Iberský poloostrov. Nedávné rozsáhlé záchyty na jiných místech naznačují, že relativní význam této trasy možná mírně klesl, přičemž kokain se do Evropy pašuje stále více přes velké kontejnerové přístavy. V tomto ohledu je třeba poznamenat, že v roce 2016 Španělsko jakožto zemi s největším objemem zadrženého kokainu předběhla Belgie.

Celkově lze dopad užívání kokainu v oblasti veřejného zdraví jen obtížně měřit, protože jeho role jak při akutních problémech, tak při dlouhodobém poškození zdraví je obtížně monitorovatelná a často zůstává nezjištěna. Pokud však stoupne prevalence užívání, zejména rizikových vzorců užívání, lze očekávat, že se problémy zhorší. Jednou ze známek, že k tomu možná dochází, je pozorovaný nárůst počtu prvních žádostí o speciální léčbu v souvislosti s užíváním kokainu, i když zjištěný počet nedosáhl vysoké úrovně pozorované naposledy před deseti lety. Znepokojující, i když stále vzácný, je určitý nárůst hlášeného užívání cracku a objevují se obavy, že se tato situace možná začíná týkat více zemí. Celkově stále dobře nevíme, co je pro uživatele kokainu účinnou léčbou, ani jak nejlépe reagovat na problémy s kokainem, které mohou provázet závislost na opioidech.



## Nové psychoaktivní látky nadále ohrožují zdravotní stav populace

Úspěch systému včasného varování EU u nových psychoaktivních látek poukazuje na význam připravenosti na nové výzvy. Tento systém je mezinárodně uznáván, protože Evropě umožňuje identifikovat výskyt nových drog, které jinde nejsou, a reagovat na něj. Nedávno byla přijata rozšířená legislativa EU v této oblasti, čímž se zvýšila rychlost hlášení a k systému se neustále přidávají noví poskytovatelé informací. Neustále se vyvíjející výzvu pro protidrogovou politiku představují nové psychoaktivní látky. Celkově systém monitoruje asi 670 látek, přičemž každoročně je hlášen výskyt asi 400 z nich. Seznam látek, které se objevují na trhu s drogami, se stále rozšiřuje, přičemž každý týden je v Evropě nahlášena jedna další nová psychoaktivní látka. Ačkoli počet nových látek, které se objevují na trhu, od maxima dosaženého v roce 2015 klesá, negativní důsledky užívání těchto drog v oblasti veřejného zdraví jsou stále značné.

Výskyt syntetických opioidů a syntetických kanabinoidů spojených s úmrtími a akutními intoxikacemi v Evropě vedl k tomu, že EMCDDA provedlo u nebývalého počtu látek hodnocení rizik v oblasti veřejného zdraví. Tento vývoj může vyvolat rychlou legislativní reakci v celé Evropské unii. Data byla v roce 2017 poskytnuta také Světové zdravotnické organizaci a u některých z těchto látek se nyní zvažuje mezinárodní kontrola. V roce 2017 bylo hodnoceno pět derivátů fentanylu. Tyto látky byly dostupné v mnoha nových formách včetně nosních sprejů. Někdy byly smíchané s jinými drogami, například s heroinem, kokainem nebo padělanými léčivými přípravky, v důsledku čehož si uživatelé často neuvědomovali, že látku užíli. Výskyt těchto silných drog, které se často prodávají na internetu, způsobuje závažné problémy jak v oblasti zdraví, tak pro orgány činné v trestním řízení. Látky se snadno přepravují a skrývají, přičemž malé objemy často představují mnoho stovek tisíc potenciálních pouličních dávek. Ze zdravotního hlediska přispívají k již značné zátěži připisované úmrtím spojeným s jinými opioidy. Ve Spojených státech nyní deriváty fentanylu významně přispívají k současné krizi v souvislosti s opioidy a během krátké doby se staly látkami nejčastěji spojenými s úmrtími v důsledku předávkování. V Evropě, nečelíme tomuto problému v takovém rozsahu, hlášení o úmrtích a nefatálních případech předávkování spojených s fentanylem a nekontrolovanými deriváty fentanylu zasílaná EMCDDA nicméně poukazují na potřebu neustálé ostražitosti.

## Syntetické kanabinoidy jsou stále více spojeny se zdravotními problémy

Hlášení poškození zdraví v souvislosti s novými syntetickými kanabinoidy vedly v roce 2017 k provedení dalších čtyř hodnocení rizik ze strany EMCDDA. Syntetické kanabinoidy byly spojeny s případy úmrtí a akutních intoxikací. Nedávná zpráva EMCDDA obrátila pozornost na narůstající zdravotní a bezpečnostní problémy, které užívání těchto látek způsobuje v některých evropských věznicích. Ukázalo se také, že tyto problémy mohou být někdy přehlíženy z důvodu snadnosti propašování těchto látek do věznic a obtížného zjišťování jejich užívání.

Syntetické kanabinoidy byly na trhu nejprve jako legální alternativy přírodních konopných produktů, ale v mnoha ohledech se liší. Syntetické kanabinoidy, které byly původně spojeny spíše s rekreačním užíváním, jsou nyní užívány problematickým způsobem marginalizovanými sociálními skupinami, jako jsou bezdomovci, nicméně naše celkové poznatky o vzorcích užívání těchto drog jsou stále omezené. Pokud jsou k dispozici data, ukazují, že prevalence užívání syntetických kanabinoidů je obecně nízká, ale potenciál těchto látek vyvolat poškození je značný. Ukazují to například nedávná data z Turecka, kde je celkový nárůst přímých drogových úmrtí zřejmě z velké části zapříčiněn užíváním syntetických kanabinoidů.

**Syntetické opioidy  
a syntetické kanabinoidy  
spojené s úmrtími  
a akutními intoxikacemi**

## Měnící se trh s konopím přináší nové výzvy pro politiku

Konopí je stále nejrozšířenější užívanou nelegální drogou v Evropě. Přední postavení této drogy je zjevné z jejího zastoupení v záchytech, drogových trestných činech, odhadech prevalence a nových žádostech o léčbu. Vývoj v Americe, který zahrnuje legalizaci této drogy v některých jurisdikcích, vedl k rychlému rozvoji trhu s konopím. Výsledkem jsou inovace, pokud jde o dostupné formy drogy a systémy její distribuce uživatelům. To zahrnuje i odrůdy konopí s vysokou potencí, náplně do elektronických cigaret a jedlé produkty. Legální trh s rekreačními drogami prošel v některých jurisdikcích regulacemi, které umožnily dostupnost konopí pro lékařské a léčebné účely. EMCDDA tento vývoj monitoruje a předkládá vysvětlující souhrny politik, jež upozorňují na některé z otázek, které v Evropě vyvstanou a které je třeba prodiskutovat. Mezi nimi je i možnost, že se některé z nových forem této drogy objeví i na evropském drogovém trhu.

Vývoj v Severní Americe rychle obnovil zájem o vliv, jaký má konopí na řízení motorových vozidel. V roce 2017 uspořádalo EMCDDA třetí mezinárodní sympozium o dopadu drog na řízení motorových vozidel. Zpráva od mezinárodních expertů, kteří se tohoto setkání zúčastnili, upozornila na obtíže s tvorbou účinných politických intervencí v této oblasti, což je téma týkající se jednotlivých zemí bez ohledu na legální status této drogy.

Další důležité politické otázky v této oblasti zahrnují identifikaci vhodné léčby onemocnění souvisejících s konopím, zajištění synergie politických opatření se strategiemi na snižování spotřeby tabáku a nalezení účinných přístupů k minimalizaci škod v této oblasti. Prevalence spotřeby konopí v Evropě zůstává tradičně vysoká, přičemž v některých členských státech EU byl nedávno zaznamenán nárůst. Na vysoké úrovni je po výrazném nárůstu v uplynulém desetiletí také potence drogy, a to jak ve formě marihuany, tak hašiše. Kromě problémů v oblasti veřejného zdraví existují obavy, jaký má tento významný nelegální trh dopad na bezpečnost ve společnosti a jak případně napomáhá financovat organizovanou trestnou činnost. Vzhledem k řadě souvisejících problémů je definování nevhodnějších intervencí v oblasti užívání konopí stále složitějším a důležitějším úkolem. EMCDDA se zavázalo zlepšit pochopení těchto otázek a poskytovat přesné odborné a nestranné informace nezbytné pro informovanou diskusi o tomto složitém politickém tématu.

## Intervence zaměřené na předávkování opioidy: role naloxonu

Úmrtnost v důsledku předávkování drogami je v Evropě stále vysoká, přičemž na většině případů se podílejí opioidy. Skutečnost, že se na evropském drogovém trhu objevují deriváty fentanylu, přidává na významu již tak pádným argumentům pro zlepšení dostupnosti opioidního antagonisty naloxonu. Přibývá důkazů, že širší dostupnost této látky v kombinaci se školením věnovaným rozpoznání předávkování a intervencím může pomoci předejít úmrtím uživatelů opioidů. Poskytování naloxonu je proto v mnoha zemích stále častěji považováno za důležitou součást strategie na snížení počtu případů předávkování. Dostupnost derivátů fentanylu rizika v této oblasti ještě více zvyšuje, a to z důvodu jejich potence a toho, že mohou být užívány jedinci, kteří dříve opioidy neužívali, nebo mohou ohrožovat osoby náhodně exponované z důvodu zaměstnání – například pracovníky orgánů činných v trestním řízení. Tento vývoj poukazuje na naléhavou potřebu přehodnotit současné politiky týkající se naloxonu a zvýšit informovanost uživatelů drog i pracovníků, kteří se s tímto lékem mohou setkávat. Tato hodnocení musí také zohlednit, že širší užívání naloxonu mohou usnadnit neinjekční formy, například nosní spreje.

## Věznice: důležité prostředí pro realizaci intervencí

Protidrogové intervence ve věznicích je jedním z témat, kterým se zabývá publikace EMCDDA s názvem *Zdravotní a sociální protidrogové intervence: evropský průvodce*. Pro osoby, které dříve užívaly opioidy, je propuštění z vězení obzvláště rizikovým obdobím. K řešení tohoto problému vypracovalo několik zemí inovativní programy, v rámci kterých je poskytován naloxon a zajišťováno školení pro osoby propuštěné z vězení. Kromě poskytování naloxonu je v této oblasti považováno za klíčovou intervencí doporučení příslušné komunitní léčby a služeb sociální podpory. To poukazuje na úlohu systému trestního soudnictví obecně, a zejména prostředí věznic jako kritického místa pro řešení problémů u vysoce rizikových uživatelů drog. Významným přínosem pro komunitu může být posouzení situace uživatelů drog a řešení jejich zdravotních a sociálních potřeb před propuštěním z vězení.

**Konopí je stále nejrozšířenější  
užívanou nelegální drogou  
v Evropě**



## ORIENTAČNÍ PŘEHLED – ODHADY UŽÍVÁNÍ DROG V EVROPSKÉ UNII

### Konopí



#### Dospělí (15–64 let)

V posledním roce **24,0 milionu**  
7,2 %



Celoživotní **87,6 milionu**  
26,3 %



#### Mladí dospělí (15–34 let)

V posledním roce **17,2 milionu**  
14,1 %



Národní odhady užívání  
v posledním roce

Nejnižší **3,5 %** Nejvyšší **21,5 %**

### Kokain



#### Dospělí (15–64 let)

V posledním roce **3,5 milionu**  
1,1 %



Celoživotní **17,0 milionu**  
5,1 %



#### Mladí dospělí (15–34 let)

V posledním roce **2,3 milionu**  
1,9 %



Národní odhady užívání  
v posledním roce

Nejnižší **0,2 %** Nejvyšší **4,0 %**

### MDMA



#### Dospělí (15–64 let)

V posledním roce **2,6 milionu**  
0,8 %



Celoživotní **13,5 milionu**  
4,1 %



#### Mladí dospělí (15–34 let)

V posledním roce **2,2 milionu**  
1,8 %



Národní odhady užívání  
v posledním roce

Nejnižší **0,2 %** Nejvyšší **7,4 %**

### Amfetaminy



#### Dospělí (15–64 let)

V posledním roce **1,7 milionu**  
0,5 %



Celoživotní **11,9 milionu**  
3,6 %



#### Mladí dospělí (15–34 let)

V posledním roce **1,2 milionu**  
1,0 %



Národní odhady užívání  
v posledním roce

Nejnižší **0 %** Nejvyšší **3,6 %**

### Opioidy



Vysoce rizikový uživatelé  
opioidů

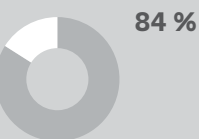
**1,3 milionu**

Žádosti o léčbu v souvislosti s  
užíváním drog

Primární droga přibližně  
u **36 %** všech žádostí o  
léčbu v souvislosti s  
užíváním drog v  
Evropské unii



Smrtelná  
předávkování

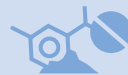


**628 000**

uživatelů opioidů  
podstoupilo v roce 2016  
substituční léčbu

Opioidy jsou zjištěny  
u **84 %** smrtelných  
předávkování

### Nové psychoaktivní látky



Studenti ve věku 15 až 16 let ve 24 evropských  
zemích

V posledním roce **3,0 %**



Celoživotní **4,0 %**



Zdroj: Zpráva ESPAD z roku 2015, doplňující tabulky.

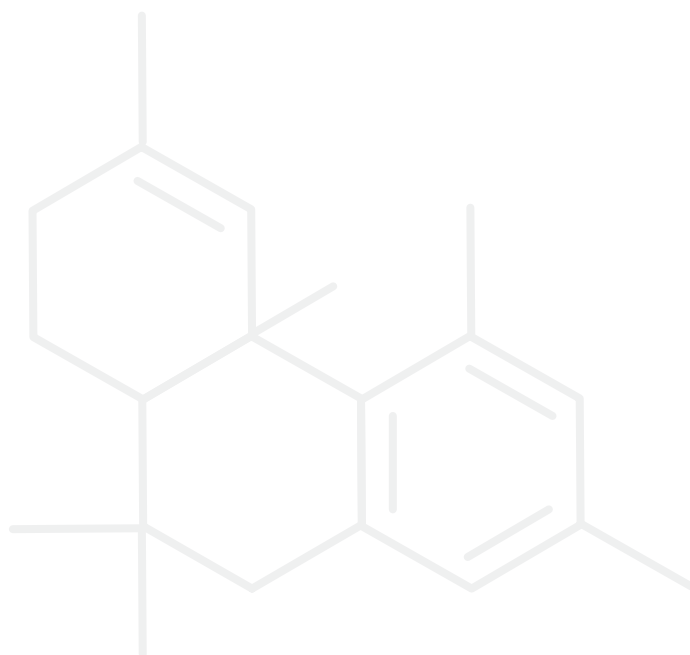
Příkladem je potenciální přínos vyplývající z rozšíření testování na infekční nemoci a jejich léčby u vězňů. To nabývá zvláštního významu vzhledem k závazku Evropské unie eliminovat virus hepatitidy C. Injekční užívání drog je hlavní cestou přenosu této infekce. V současné době jsou k dispozici nové léky, problémem ale zůstává, jak zajistit, aby k nim měly přístup infikované osoby. Pro identifikaci osob s infekcí virem VHC jsou důležitými místy věznice a služby pro léčbu drogové závislosti. V roce 2018 bude EMCDDA s cílem řešit tento významný problém související s drogami podporovat novou iniciativu na zvýšení informovanosti o vyšetřeních na hepatitidu C i její léčbě a podporu dostupnosti těchto vyšetření i léčby.

### Zajištění monitorování je i nadále citlivé na měnící se problémy v oblasti drog

I když se data o dostupnosti nových psychoaktivních látek zlepšují, je stále velmi obtížné odhadnout evropskou poptávku po těchto látkách. Tyto obtíže jsou ještě větší, když uvážíme zneužití jinak použitých, padělaných nebo nepovolených léčivých přípravků.

Důležité je zjištění, že naše stávající monitorovací nástroje nemusí zachytit některé důležité změny, ke kterým ve vzorcích užívání drog dochází. Pro udržení tempa s těmito změnami jsou zapotřebí další investice do zavedených a nových monitorovacích přístupů, jako je analýza odpadních vod, internetové průzkumy a studie mapující nové trendy. EMCDDA nedávno zveřejnilo výsledky každoročního hodnocení reziduí drog v odpadních vodách ve městech devatenácti evropských zemí, které prokázaly přínos těchto doplňkových informačních zdrojů pro získání časnějšího náhledu na trendy v oblasti drog, než je tomu v případě tradičnějších zdrojů dat.

Kromě podpory sběru dat v rámci Evropy se Evropská unie snaží pomoci také třetím zemím vytvořit si vlastní monitorovací kapacity. Iniciativy směřující k tomuto cíli zahrnují projekty technické pomoci financované Evropskou komisí pro kandidátské a potenciální kandidátské země EU a země sousedící s EU. Tyto aktivity jsou důležité nejen proto, že problémy s drogami komplikují zdravotní a bezpečnostní problémy, s nimiž se potýkají země sousedící s EU, ale také proto, že vývoj v těchto zemích ovlivňuje problémy s drogami, kterým čelíme v členských státech EU. Analýza uvedená v letošní Evropské zprávě o drogách proto výslovně konstatuje, že pro pochopení současných a budoucích problémů, které představuje užívání drog pro zdravotní a bezpečnostní politiku v Evropě, je také nezbytné porozumět globálnímu rozměru této problematiky.





# 1

**Z globálního hlediska  
představuje Evropa  
důležitý trh s drogami**

# Nabídka drog a trh

Z globálního hlediska představuje Evropa důležitý trh s drogami nabízející jak drogy z domácí produkce, tak drogy pašované z jiných částí světa.

Důležitými zdrojovými oblastmi pro nelegální drogy, které se dostávají do Evropy, jsou Jižní Amerika, západní Asie a severní Afrika, zatímco Čína je zdrojem nových psychoaktivních látek. Některé drogy a prekurzory se dále přes Evropu převážejí na jiné kontinenty. Evropa je též regionem produkujícím konopí a syntetické drogy. Konopí je určeno převážně pro místní spotřebu, zatímco některé syntetické drogy jsou vyráběny za účelem vývozu do jiných částí světa.

Od 70. a 80. let 20. století v mnoha evropských zemích existují rozsáhlé trhy s konopím, heroinem a amfetaminy. Postupem času se prosadily i další látky, včetně MDMA a kokainu v 90. letech 20. století. Evropský trh s drogami se nadále vyvíjí a v posledních deseti letech jsme byli svědky vzniku široké škály nových psychoaktivních látek. Změny, které na trhu s nelegálními drogami proběhly v poslední době, jsou z velké části spojené s globalizací a novými

technologemi a zahrnují inovace v oblasti výroby drog a způsobů pašování, vytváření nových tras pro obchodování s drogami a on-line trhy.

## Monitorování trhů s drogami, nabídky drog a protidrogových právních předpisů

Analýza uvedená v této kapitole čerpá z hlášených dat o záchytech drog a prekurzorů, o přerušovaných zásilkách, odhalených výrobnách drog, protidrogových právních předpisech, drogových trestných činech, maloobchodních cenách drog a o čistotě a potenci drog. V několika případech analýzu trendů ztěžují chybějící data o záchytech z klíčových zemí. Trendy může ovlivňovat řada různých faktorů, včetně preferencí uživatelů, změn v oblasti produkce a obchodování s drogami, intenzity a priorit orgánů činných v trestním řízení a účinnosti protidrogových opatření. Úplné soubory dat a informace o metodice naleznete v on-line statistickém věstníku.

Tato zpráva obsahuje také data o hlášeních a záchytech nových psychoaktivních látek, které do systému včasného varování EU hlásí národní partneři EMCDDA a Europolu. Jelikož tyto informace čerpají z hlášení případů spíše než ze systémů rutinního monitorování, představují odhady záchytů minimální hodnoty. Úplný popis systému včasného varování naleznete na internetových stránkách EMCDDA v oddíle [Opatření v oblasti nových drog](#).

## OBRÁZEK 1.1

**Trhy s nelegálními drogami v Evropě: složité a víceúrovňové**

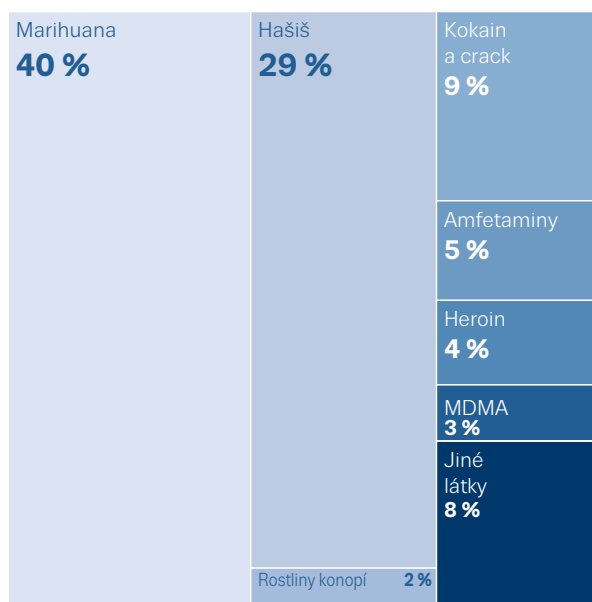
Trhy s nelegálními drogami jsou složité systémy produkce a distribuce, které generují obrovské finanční částky na různých úrovních. Vzhledem k povaze trhu je obtížné ho monitorovat. Podle konzervativního odhadu dosáhl maloobchodní trh s nelegálními drogami v Evropské unii v roce 2013 objemu 24 miliard EUR, z čehož největší podíl (38 %) připadá na konopí a poté na heroin (28 %) a kokain (24 %).

I když stále převládají off-line trhy, v posledních letech pozorujeme rostoucí význam on-line trhů jako platformy pro marketing a distribuci nelegálních drog. To přineslo nové možnosti monitorování v tržním sektoru. Nedávná analýza EMCDDA a Europolu identifikovala více než 100 celosvětových darknetových trhů, které využívají různé technologie umožňující skrýt totožnost kupujícího i prodávajícího. Podle odhadů souvisejí dvě třetiny všech prodejů na těchto trzích s drogami. Dodavatelé se sídlem v EU získali na těchto trzích v letech 2011 až 2015 přibližně 46 % příjmů z prodeje drog, z čehož většina připadla na prodejce sídlící v Německu, Nizozemsku a ve Spojeném království. Většinu ze všech prodejů drog na evropském darknetu představují stimulační drogy. Darknetové trhy umožňují především prodej malých objemů drog nebo přímý prodej uživatelům, ačkoli z analýzy jednoho trhu, Alphabay, vyplynulo, že ve srovnání s jinými drogami byl větší podíl nákupů MDMA zřejmě proveden se záměrem dalšího prodeje.

**Přes milion záchytů nelegálních drog**

Záchyty nelegálních drog orgány činnými v trestním řízení jsou významným indikátorem trhů s drogami, přičemž v Evropě byl v roce 2016 nahlášen více než 1 milion záchytů nelegálních drog. Většina hlášených záchytů se týká malého množství drog zabavených uživatelům. Většinu z celkového množství zachycených drog ovšem představují mnohakilogramové zásilky drog zabavené pašerákům a výrobcům. Nejčastěji zachycenou drogou je konopí, které představuje více než 70 % všech záchytů v Evropě (obrázek 1.1). Třemi zeměmi, které hlásí nejvyšší počty záchytů, jež společně představují přes 60 % všech záchytů drog v Evropské unii, jsou Španělsko, Spojené království a Francie.

Počet hlášených záchytů drog, podle drogy, 2016



Údaje o počtu záchytů ale nejsou k dispozici z Nizozemska a Polska, přičemž nejnovější data z Německa, Irska a Slovinska pocházejí z roku 2015, což snižuje přesnost analýzy.

**Konopí: převažují záchyty hašiše, ale množství marihuany roste**

Na evropském trhu s drogami lze nalézt dva hlavní konopné produkty: marihuanu (rostlinné konopí) a hašiš (konopnou pryskyřici). Dalším produktem je konopný olej, který se však vyskytuje poměrně zřídka. Konopné produkty tvoří největší podíl (38 %) maloobchodního trhu s nelegálními drogami v Evropské unii, což odhadem představuje objem o hodnotě 9,3 miliardy EUR (pravděpodobné rozpětí činí 8,4 miliardy až 12,9 miliardy EUR). Marihuana konzumovaná v Evropě je pěstována doma i pašována z mimoevropských zemí. Většina marihuany produkované v Evropě se pěstuje ve vnitřních prostorách. I když produkce hašiše v Evropě roste, je sem převážně dovážen, zejména z Maroka, přičemž podle hlášení se hlavním centrem pašování hašiše stala Libye. Kromě toho pochází marihuana i konopný olej ze západního Balkánu.

V roce 2016 bylo v Evropské unii hlášeno 763 000 záchytů konopných produktů, z toho 420 000 záchytů marihuany, 317 000 záchytů hašiše a 22 000 záchytů rostlin konopí. Od roku 2009 počet záchytů marihuany v Evropě překročil počet záchytů hašiše, přičemž od roku 2011 je vývoj záchytů hašiše i konopí relativně stabilní (obrázek 1.2). Množství zachyceného hašiše je však více než třikrát vyšší než množství zachycené marihuany (424 tun oproti 124 tunám). To je částečně důsledkem toho, že většina hašiše se přepravuje ve velkém objemu na větší vzdálenosti a přes státní hranice, a proto je pravděpodobnější, že bude zachycen. V analýze množství zachyceného konopí má velký význam malý počet zemí kvůli své poloze na hlavních trasách obchodování s konopím. Například Španělsko jako hlavní místo vstupu hašiše produkovaného v Maroku hlásilo zhruba tři čtvrtiny celkového množství zachyceného hašiše v Evropské unii v roce 2016 (obrázek 1.3).

Zvýšení množství zachycené marihuany v roce 2016 částečně souvisí s nárůstem hlášeným ve Španělsku, Řecku a Itálii. Také Turecko hlásilo větší množství zachycené marihuany v roce 2016 (111 tun) než v roce 2015.

Záchyty rostlin konopí lze chápat jako ukazatel produkce této drogy v dané zemi. Pozornost při interpretaci záchytů marihuany si ovšem zaslouží rozdíly mezi zeměmi ať v provádění hlášení, prioritách orgánů činných v trestním řízení, či zdrojích. Počet zachycených rostlin dosáhl v Evropě maxima (11,5 milionu rostlin) v roce 2015 z důvodu intenzivních záchytů v Nizozemsku v daném roce a poté klesl na 3,3 milionu rostlin v roce 2016, což je množství odpovídající předchozím rokům. V roce 2016 bylo hlášeno 1 200 záchytů konopného oleje, tj. téměř čtyřikrát více než v roce 2015, přičemž největší množství bylo zachyceno v Turecku (53 litrů) a v Dánsku (14 litrů).

## KONOPI



### HAŠIŠ

#### Záchyty drogy

Počet

**317 000** EU **332 000** EU + 2

Množství

**424** EU **463** EU + 2

Cena

(EUR/g)

**25 €**  
**9–13 €**  
**2 €**

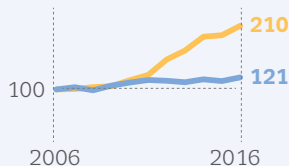
Potence

(% THC)

**27 %**  
**14–21 %**  
**7 %**

#### Indexované trendy

Cena a potence



### MARIHUANA

#### Záchyty drogy

Počet

**420 000** EU **454 000** EU + 2

Množství

**124** EU **235** EU + 2

Cena

(EUR/g)

**21 €**  
**8–12 €**  
**4 €**

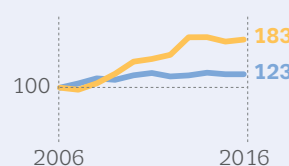
Potence

(% THC)

**18 %**  
**9–12 %**  
**2 %**

#### Indexované trendy

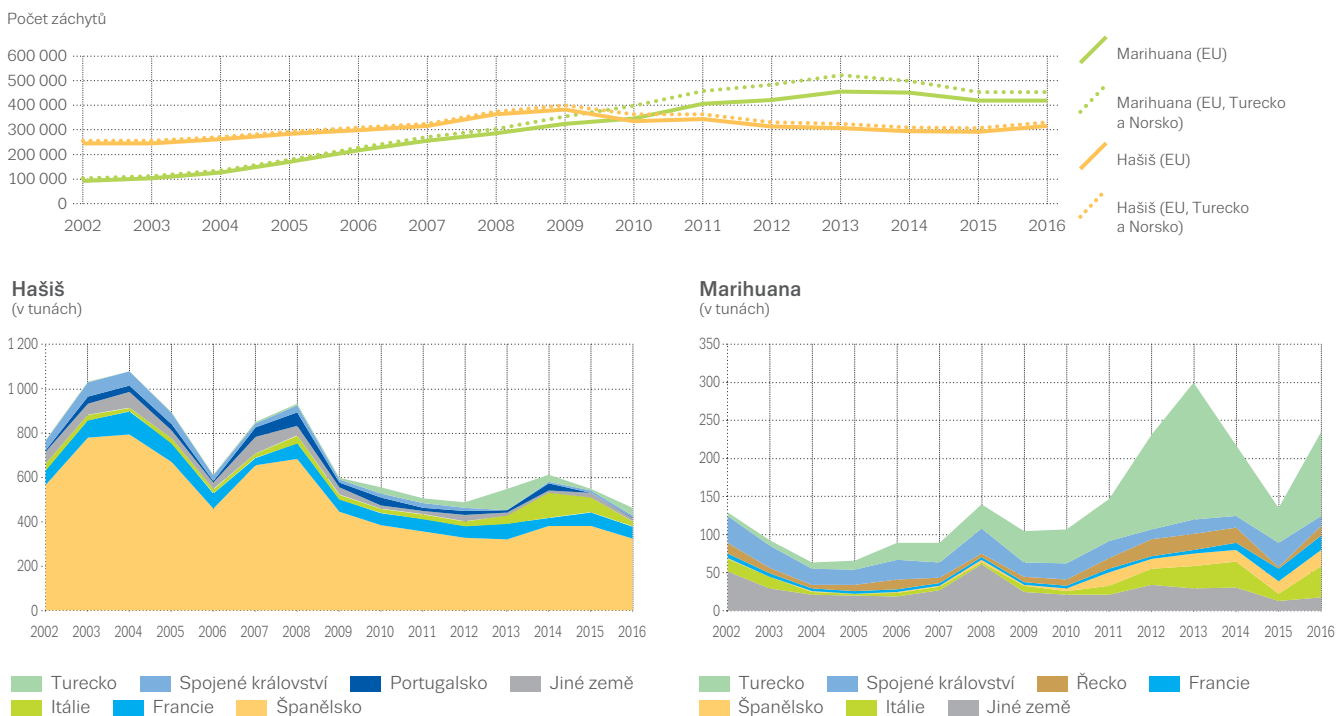
Cena a potence



Pozn.: EU + 2 označuje členské státy EU a Turecko a Norsko. Cena a potence konopných produktů: národní střední hodnoty – minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí. Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.

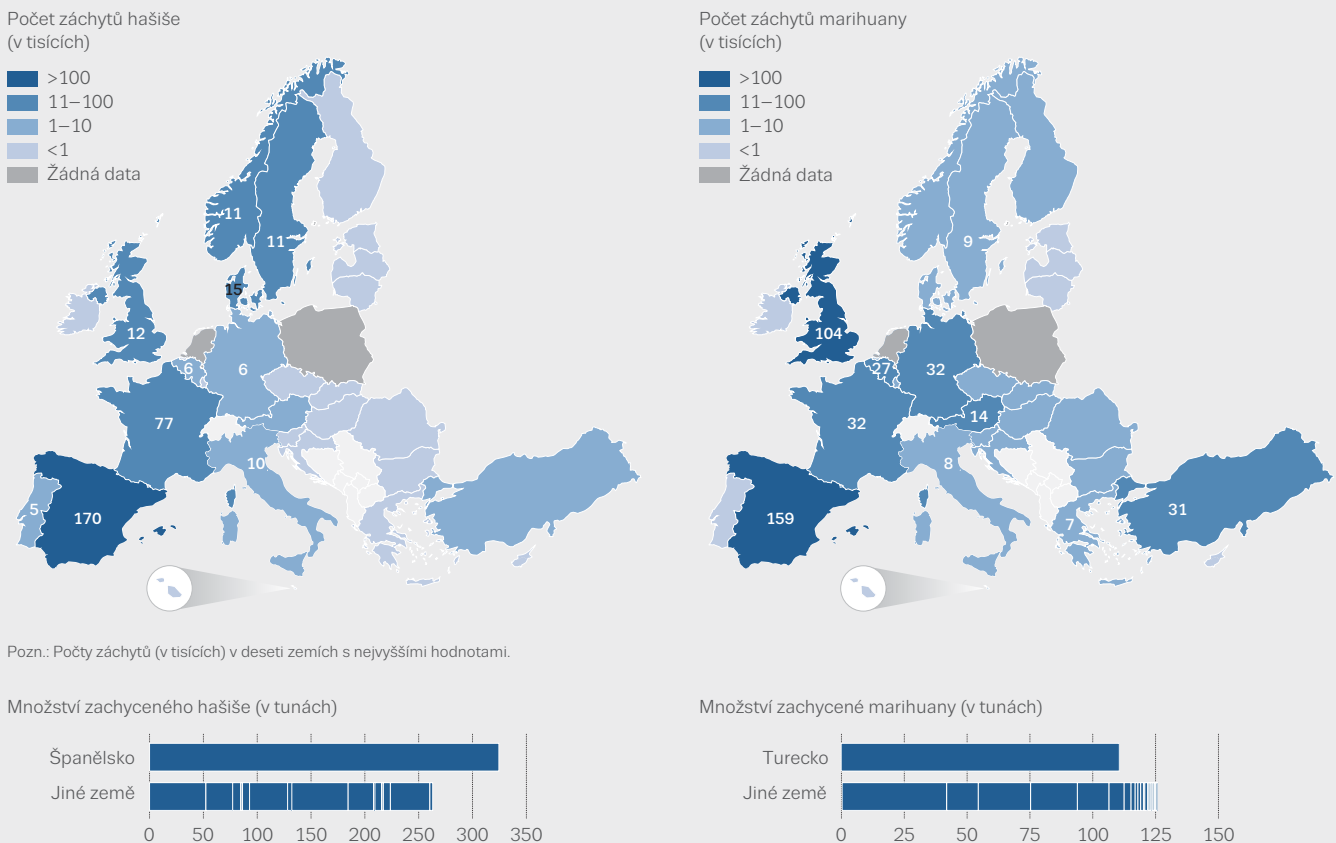
## OBRÁZEK 1.2

Trendy v počtu záchytů konopí a zachyceného množství konopí: hašiš a marihuana



## OBRÁZEK 1.3

Záchyty hašiše a marihuany, v roce 2016 nebo v posledním roce





Analýza indexovaných trendů mezi zeměmi, které podávají hlášení pravidelně, ukazuje vysoké zvýšení potence marihuany i hašiše (obsahu tetrahydrokanabinolu, THC) od roku 2006. Potence obou forem se zvyšovala až do roku 2013. Od té doby se potence marihuany stabilizovala, zatímco potence hašiše stále roste. Největší podíl na růstu potence hašiše může mít zavedení intenzivních metod produkce v celé Evropě, zavedení rostlin s vysokou potencí a nových metod v Maroku nebo hašiš vyrobený z nových vícedruhových nebo hybridních rostlin. I když průměrně má hašiš větší potenci než marihuana, data naznačují, že ceny jsou podobné.

### Záchyty heroinu: množství klesá

Heroin je nejběžnějším opioidem na drogovém trhu EU; jeho maloobchodní hodnota se odhaduje minimálně na 6,8 miliardy EUR (pravděpodobné rozpětí činí 6 miliard až 7,8 miliardy EUR) v roce 2013. Dovážený heroin je v Evropě tradičně dostupný ve dvou formách: běžnější je hnědý heroin (ve formě báze), který pochází převážně z Afghánistánu. Daleko méně běžný je bílý heroin (ve formě soli), který v minulosti pocházel z jihovýchodní Asie, ale v současnosti se může vyrábět také v Afghánistánu nebo sousedních zemích. Další opioidy dostupné na nelegálních trzích zahrnují opium a léčiva morfin, metadon, buprenorfin, tramadol a různé deriváty fentanylu. Některé opioidy mohou být získány z legálních dodávek léčivých přípravků, zatímco jiné jsou vyráběny nelegálně.

Afghánistán zůstává největším světovým nelegálním výrobcem opia a předpokládá se, že převážná část heroinu v Evropě byla vyrobena právě v této zemi nebo v sousedním Íránu či Pákistánu. Až donedávna se nelegální produkce opioidů v Evropě omezovala na podomácku získávané produkty z máku v některých východoevropských zemích. Odhalení několika laboratoří, ve kterých se heroin vyráběl z morfinu, v Nizozemsku, ve Španělsku a v České republice v posledních letech naznačuje, že určité množství heroinu se vyrábí v Evropě. Tato změna může být odrazem toho, že dodavatelé usilují o snížení nákladů a poslední fáze výroby heroinu provádějí v Evropě, kde mohou být prekuzory, jako je acetanhydrid, dostupné za nižší ceny než v zemích produkujících opium. Cílem výroby drogy v blízkosti spotřebitelského trhu může být také snížení rizik záchytu.

## HEROIN

### Záchyty drogy

Počet

**38 000** EU  **47 000** EU + 2

Množství

**4,3** EU  **9,9** EU + 2

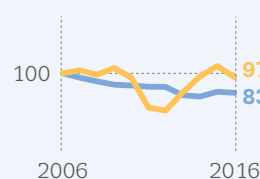
### Cena

(EUR/g)

**140** €  
**35–65** €  
**22** €

### Indexované trendy

Cena a čistota



### Čistota

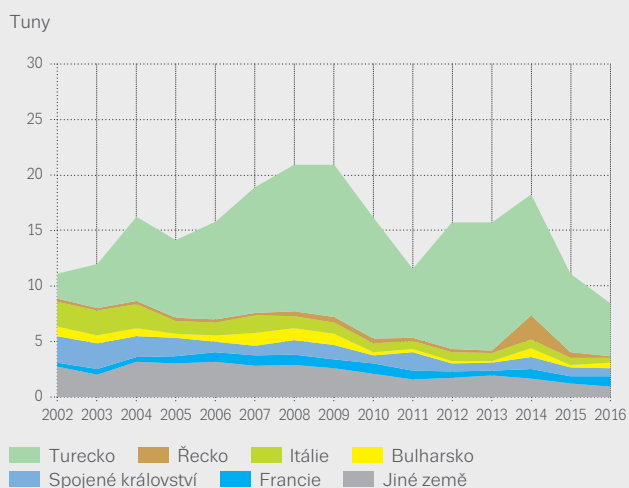
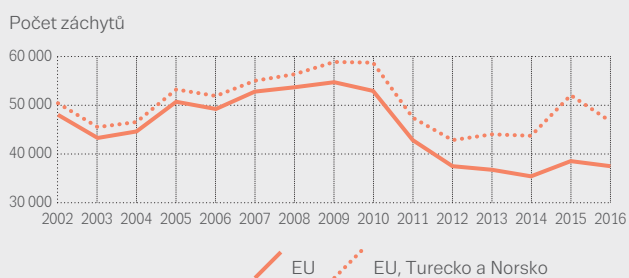
(%)

**41** %  
**15–29** %  
**11** %

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

## OBRÁZEK 1.4

## Počet záchytů heroinu a zachycené množství: trendy a v roce 2016 nebo v posledním roce



Heroin se do Evropy dostává po čtyřech hlavních trasách. Dvě nejdůležitější jsou „balkánská trasa“ a „jižní trasa“. Balkánská trasa vede přes Turecko do balkánských zemí (Bulharsko, Rumunsko nebo Řecko) a dále do střední, jižní a západní Evropy. Vznikla také odnož balkánské trasy zahrnující Sýrii a Irák. V posledních letech roste význam jižní trasy. Zásilky z Íránu a Pákistánu se do Evropy dostávají letecky nebo po moři, a to buď přímo, či tranzitem přes africké země. Další trasy zahrnují „severní trasu“ a trasu vedoucí přes jižní Kavkaz a Černé moře.

Na trzích s drogami došlo v mnoha evropských zemích v letech 2010 až 2011 ke snížení nabídky heroinu, o čemž svědčí celkový pokles záchytů v letech 2009 až 2014 a následná stabilizace v letech 2015 a 2016. V letech 2002 až 2014 kleslo množství heroinu zachyceného v Evropské unii na polovinu z 10 na 5 tun a v posledních letech se stabilizovalo, přičemž v roce 2016 bylo registrováno množství 4,3 tuny. V Turecku je zachycené množství heroinu nadále vyšší než ve všech ostatních evropských zemích dohromady (obrázek 1.4), i když množství heroinu

## TABULKA 1.1

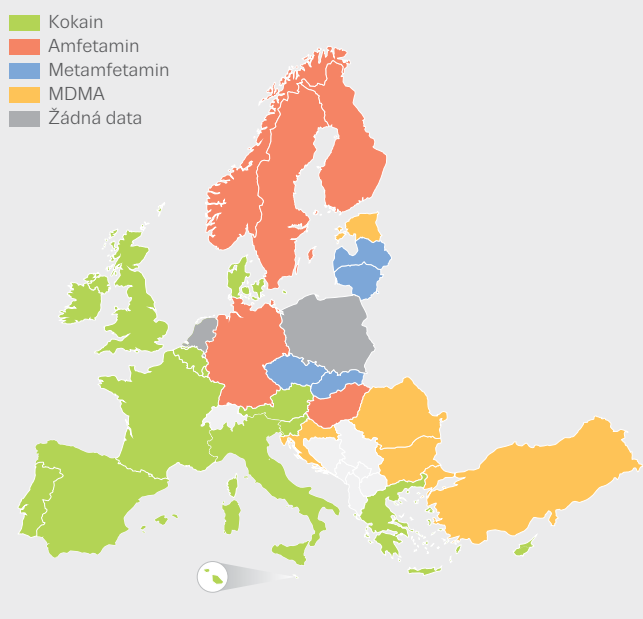
## Záchyty jiných opioidů než heroinu v roce 2016

Opioid	Počet	Množství			Počet zemí
		v kilogramech	v litrech	v tabletách	
Metadon	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfin	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Deriváty fentanylu	738	1,55	1,2	11 792 (†)	12
Morfin	225	11,08		4 201	13
Opium	335	327,5			10
Kodein	339	20,65		9 506	9
Oxykodon	12	0,005		107	6

(†) Náplast nebo savé papírky.

## OBRÁZEK 1.5

Nejčastěji zachycované stimulační drogy v Evropě, v roce 2016 nebo v posledním roce



zachyceného v Turecku kleslo z 8,3 tuny v roce 2015 na 5,6 tuny v roce 2016. Indexované trendy ze zemí, které pravidelně podávají hlášení, naznačují, že po období rychlého zlepšení z nejhroší situace v roce 2012 čistota heroinu v Evropě v roce 2016 oproti roku 2015 klesla, přičemž v posledních deseti letech klesla cena.

Kromě heroinu evropské země zachycují i další opioidové produkty, ty však představují jen zlomek celkových záchytů. Mezi další nejčastěji zachycené opioidy patří lékové opioidy tramadol, buprenorfin a metadon (viz tabulka 1.1). V roce 2016 došlo k velkému nárůstu počtu zachycených tablet tramadolu, přičemž v mnohem větším množství byly zachyceny rovněž deriváty fentanylu.

## Evropský trh se stimulancií: regionální rozdíly

Hlavní nelegální stimulační drogy dostupné v Evropě jsou kokain, amfetamin, metamfetamin a MDMA. Maloobchodní hodnota trhu se stimulancií v Evropské unii se v roce 2013 odhadovala na 6,3 až 10,2 miliardy EUR. Druhy nejčastěji zachycovaných stimulancií se v jednotlivých regionech liší (obrázek 1.5), což je ovlivněno umístěním vstupních přístavů, tras pro obchodování s drogami, hlavních výroben a velkých spotřebitelských trhů. Nejčastěji zachyceným stimulantem v mnoha západních a jižních zemích je kokain, zatímco v severní a východní Evropě převažují záchyty amfetaminů a MDMA.

## Trh s kokainem: pokračující oživení

V Evropě jsou dostupné dvě formy kokainu, z nichž nejběžnější je kokain ve formě prášku (ve formě soli) a méně často dostupný je crack (volná báze), což je forma kokainu vhodná ke kouření. Kokain se vyrábí z listů keře koky, který se pěstuje zejména v Bolívii, Kolumbii a Peru. Do Evropy se přepravuje různými způsoby, včetně osobní letecké dopravy, nákladní letecké dopravy, poštovních služeb, soukromých letadel, jacht a námořních kontejnerů. Hodnota maloobchodního trhu s kokainem v Evropské unii v roce 2013 se odhadovala přinejmenším na 5,7 miliardy EUR.

**Nejběžnějším opioidem  
na drogovém  
trhu EU je heroin**



indexované trendy naznačují, že trend zvyšující se čistoty kokainu patrný od roku 2010 pokračoval i v roce 2016, což vedlo k nejvyšší míře čistoty kokainu zaznamenané za posledních deset let.

V roce 2016 byly v Evropě zachyceny i další produkty z koky, včetně 569 kg kapaliny obsahující kokain a 3 kg listů koky. Zachycení 79 kilogramů pasty z koky ve Španělsku a dalších 7 kilogramů v Itálii navíc naznačuje existenci nelegálních výroben hydrochlorid kokainu v Evropě. Tento vývoj ukazuje na změnu výrobních taktik některých zločineckých organizací, protože doposud většina laboratoří na výrobu kokainu odhalených v Evropě sloužila jako „zařízení pro sekundární extrakci“, kde se kokain získával z materiálů, do nichž byl přidán (jako jsou vína, oděvy, plasty).

## Výroba drog: vývoj chemických prekurzorů

Prekurzory jsou chemické látky potřebné pro výrobu nelegálních drog. Jelikož mnohé z nich mají legální využití, nejsou zakázány, ale obchod s nimi je sledován a kontrolován prostřednictvím nařízení EU, která stanovují množství určitých chemických látek (tj. jsou zařazeny na seznam regulovaných látek). Dostupnost prekurzorů má značný vliv na trh se syntetickými drogami a na postupy výroby používané v nelegálních laboratořích. Výrobní metody se neustále vyvíjejí, aby se vyzrálo nad kontrolami. Změny obvykle zahrnují použití neregulovaných chemických látek k výrobě syntetických drog nebo jejich prekurzorů, jako je například nedávno odhalený N-t-BOC-MDMA (N-terc-butyloxykarbonyl-MDMA). Další zpracování vyžaduje více chemických látek a vzniká při něm větší množství odpadu, což může vést k poškození životního prostředí.

Data o záchytech a přerušených zásilkách prekurzorů drog potvrzují používání regulovaných i neregulovaných chemických látek při výrobě nelegálních drog v Evropské unii, zejména amfetaminů a MDMA (tabulka 1.2). Regulace APAAN ( $\alpha$ -fenylacetoacetonitrilu), což je prekurzor BMK (benzylmethylketonu), na konci roku 2013 má zřejmě stále určitý dopad, jelikož záchyty klesly ze 48 000 kg v roce 2013 na přibližně 600 kg v roce 2016. Záchyty alternativních chemických látek APAA (alfa-fenylacetoacetamidu) a glycidových derivátů BMK, z nichž lze snadno připravit BMK, hlášené poprvé v roce 2015, v roce 2016 prudce stouply.

### TABULKA 1.2

Shrnutí záchytů a přerušených zásilek prekurzorů regulovaných EU a neregulovaných chemických látek používaných pro výrobu vybraných syntetických drog v Evropské unii v roce 2016

Regulované/neregulované	Záchyty drogy		Přerušené zásilky		CELKEM	
	Počet	Množství	Počet	Množství	Počet	Množství
<b>MDMA nebo související látky</b>						
PMK (v litrech)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrol (v litrech)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (v kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
Glycidové deriváty PMK (v kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (v kg)	1	123	0	0	1	123
<b>Amfetamin a metamfetamin</b>						
Efedrin, sypký (v kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (v litrech)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedrin, sypký (v kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (v kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, kyselina fenylactová (v kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (v kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Glycidové deriváty BMK (v kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

V roce 2016 vzrostly záchyty jak PMK (piperonylmethylketonu), tak neregulovaných chemických látek pro výrobu MDMA. Záchyty PMK ve Francii, glycidových derivátů PMK v Bulharsku a přerušené zásilky prekurzorů ve Španělsku ukazují, že trasy pro obchodování s drogami se mění.

### Amfetamin a metamfetamin: záchyty jsou nadále stabilní

Amfetamin a metamfetamin jsou syntetické stimulační drogy, často souhrnně označované jako „amfetaminy“, proto se v některých souborech dat obtížně rozlišují. Ze záchytů v posledních deseti letech vyplývá, že dostupnost metamfetaminu vzrostla, i když je stále mnohem nižší než u amfetaminu.

Obě drogy se vyrábějí v Evropě pro evropský trh. Existují známky toho, že amfetamin se vyrábí zejména v Belgii, Nizozemsku a Polsku a v menší míře v pobaltských státech a Německu. Některé z těchto zemí nahlásily odhalení laboratoří, ve kterých probíhala konečná fáze výroby, přeměna amfetaminové olejové báze na sulfát amfetaminu. To ukazuje na přesun této fáze výrobního procesu, zřejmě související s tím, že některé skupiny upřednostňují obchodování s tekutinami před obchodováním s finálním produktem, aby se vyhnuly záchytům.

Určité množství amfetaminu se vyrábí též na vývoz, zejména na Střední východ, Dálný východ a do Oceánie. V poslední době rovněž stoupl počet záchytů amfetaminových tablet označených logem „Captagon“, a to zejména v Turecku, kde bylo v roce 2016 zachyceno přes 13 milionů tablet.

## AMFETAMINY



### AMFETAMIN

#### Záchyty drogy

Počet

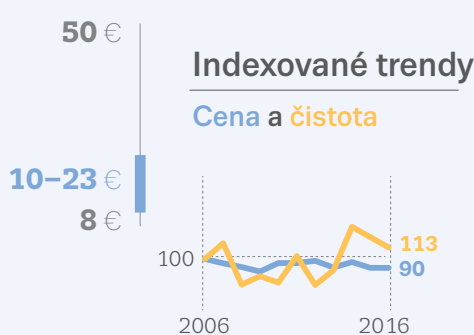
**34 000** EU  **39 000** EU + 2

Množství

**5,7** EU  **9,5** EU + 2

Cena

(EUR/g)



Čistota

(%)

**61 %**  
**20–31 %**  
**14 %**

### METAMFETAMIN

#### Záchyty drogy

Počet

**9 000** EU  **14 000** EU + 2

Množství

**0,5** EU  **0,8** EU + 2

Cena

(EUR/g)

**170 €**  
**19–71 €**  
**15 €**

Čistota

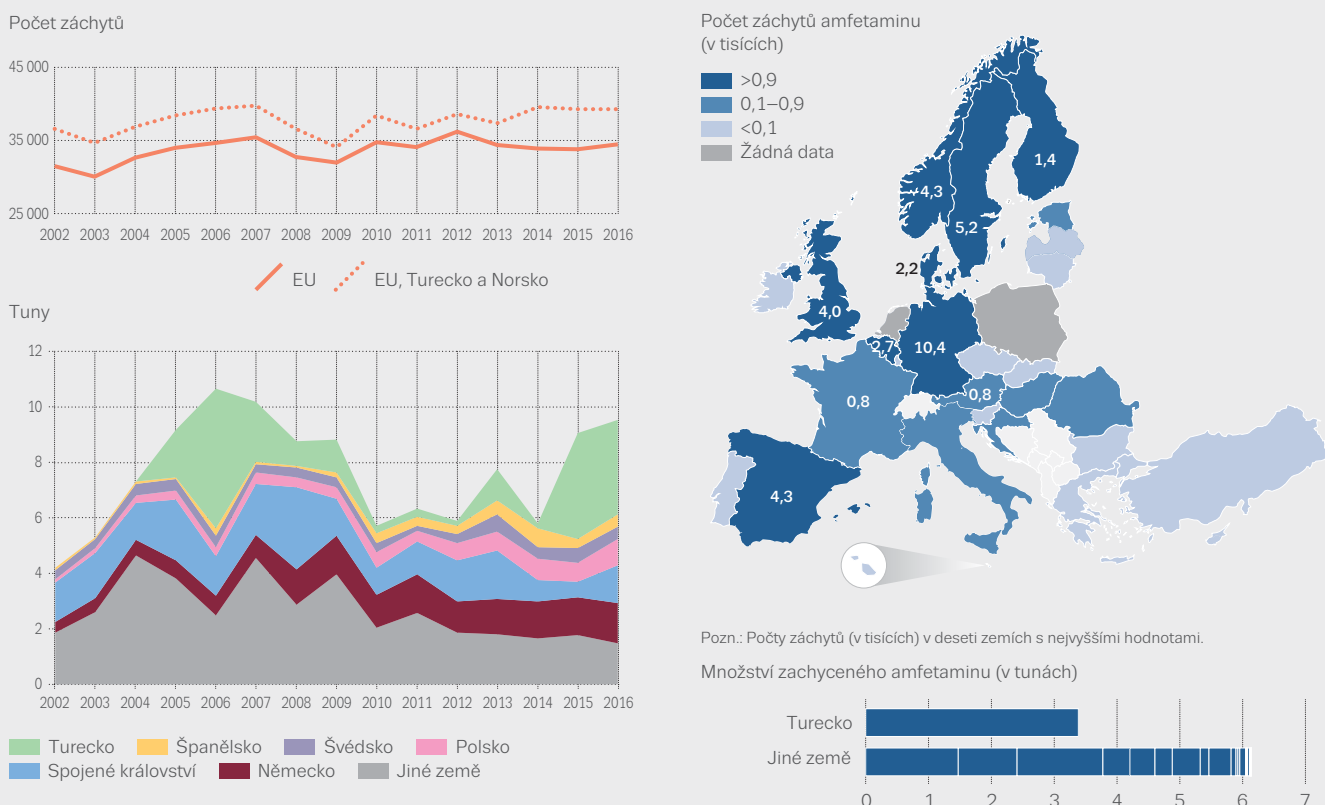
(%)

**73 %**  
**25–58 %**  
**22 %**

Pozn.: EU + 2 označuje členské státy EU a Turecko a Norsko. Cena a čistota amfetaminů: národní střední hodnoty – minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí. Zahrnuté země se liší podle ukazatelů. Pro metamfetamin nejsou indexované trendy k dispozici.

## OBRÁZEK 1.7

## Počet záchytů amfetaminu a zachycené množství: trendy a v roce 2016 nebo v posledním roce



Zdrojem většiny metamfetaminu v Evropě je již dlouho Česká republika a nověji také příhraniční oblasti sousedních zemí. V České republice se metamfetamin vyrábí hlavně z prekurzoru pseudoefedrin, který je extrahován z léčivých přípravků dovážených převážně z Polska, nebo stále častěji odjinud přes Polsko. K výrobě drogy může být použit i BMK. V roce 2016 bylo v Evropě hlášeno 291 nelegálních laboratoří na výrobu metamfetaminu, z čehož 261 v České republice. Převažují malé laboratoře, které zásobují domácí trh, ale byly hlášeny i velké výroby se zapojením organizovaných zločineckých skupin, které produkují metamfetamin pro jiné evropské země.

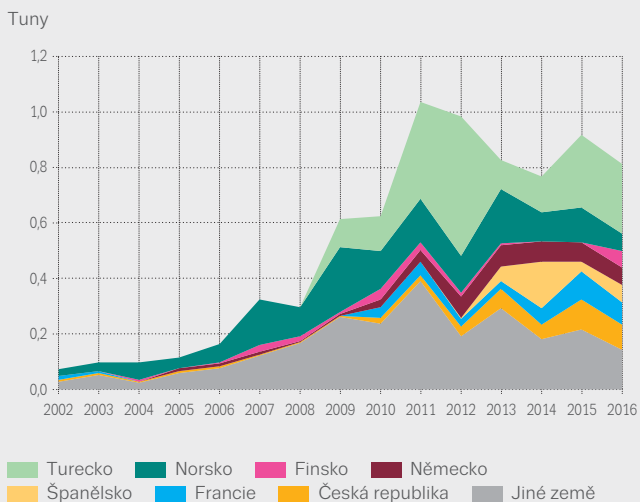
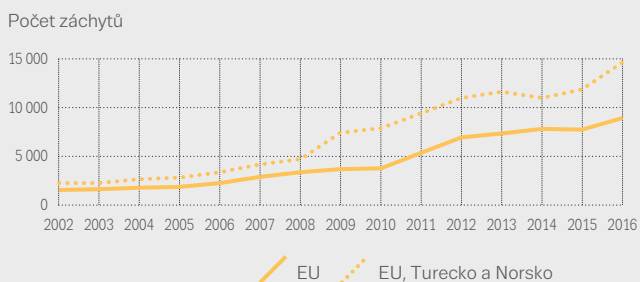
V roce 2016 hlásily členské státy EU 34 000 záchytů amfetaminu, které představovaly 5,7 tuny. Celkově je množství amfetaminu zachyceného v Evropské unii stabilní; od roku 2010 se pohybuje okolo 5 až 6 tun za rok (obrázek 1.7). V roce 2016 bylo v Evropské unii hlášeno 9 000 záchytů, což představovalo 0,5 tuny, přičemž největší množství bylo zachyceno v České republice (obrázek 1.8). Počet záchytů metamfetaminu vykazuje od roku 2002 vzestupný trend, zatímco zachycené množství je od roku 2009 relativně stabilní. V roce 2016 bylo velké množství amfetaminů zachyceno také v Turecku, převážně označené logem „Captagon“ (1,3 milionu tablet neboli

odhadované 3,4 tuny amfetaminu) a také 0,25 tuny ve formě metamfetaminu.

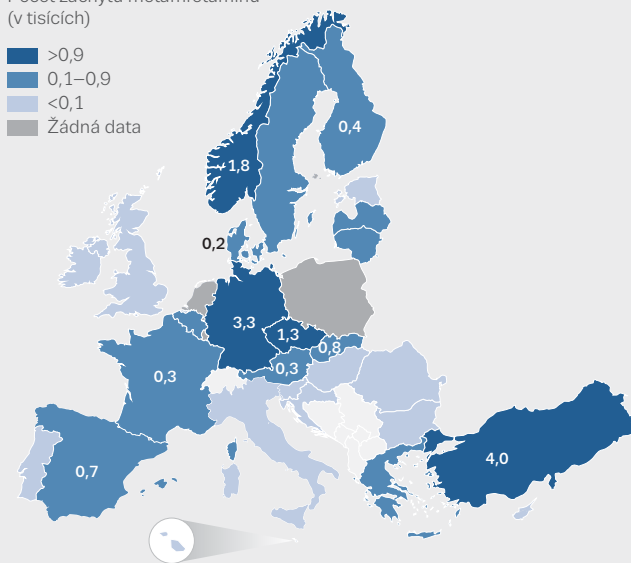
Průměrná uváděná čistota je obvykle vyšší u vzorků metamfetaminu než amfetaminu.

## OBRÁZEK 1.8

Počet záchytů metamfetaminu a zachycené množství: trendy a v roce 2016 nebo v posledním roce

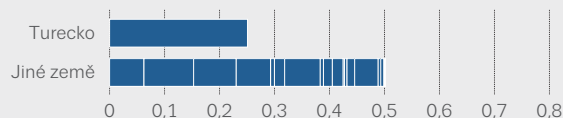


Počet záchytů metamfetaminu (v tisících)



Pozn.: Počty záchytů (v tisících) v deseti zemích s nejvyššími hodnotami.

Množství zachyceného metamfetaminu (v tunách)



### MDMA: růst výroby a záchytů

MDMA (3,4-methylenedioxyamfetamin) je syntetická droga chemicky příbuzná s amfetaminy, avšak s odlišnými účinky. MDMA se užívá v tabletách (často označovaných

jako extáze) a je k dostání i v práškové nebo krystalické formě. Na trh jsou neustále uváděny nové podoby tablet MDMA, v různých barvách, tvarech a s různými logy. Objem maloobchodního trhu s MDMA v Evropské unii v roce 2013 se odhaduje přibližně na 0,7 miliardy EUR. Po období nízky

## MDMA

### Záchyty drogy

Počet

**24 000** EU **31 000** EU + 2

Množství

**5,3** EU **9,1** EU + 2

**295** EU **306** EU + 2

### Cena

(EUR/tabletu)

**16** €

**6–11** €

**4** €

### Čistota

(MDMA, mg/tabletu)

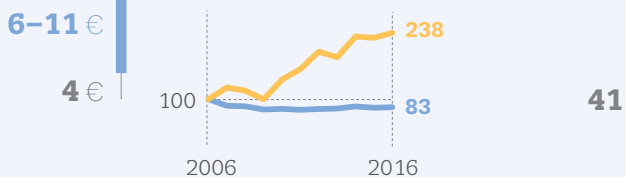
**168**

**86–152**

**41**

### Indexované trendy

Cena a čistota

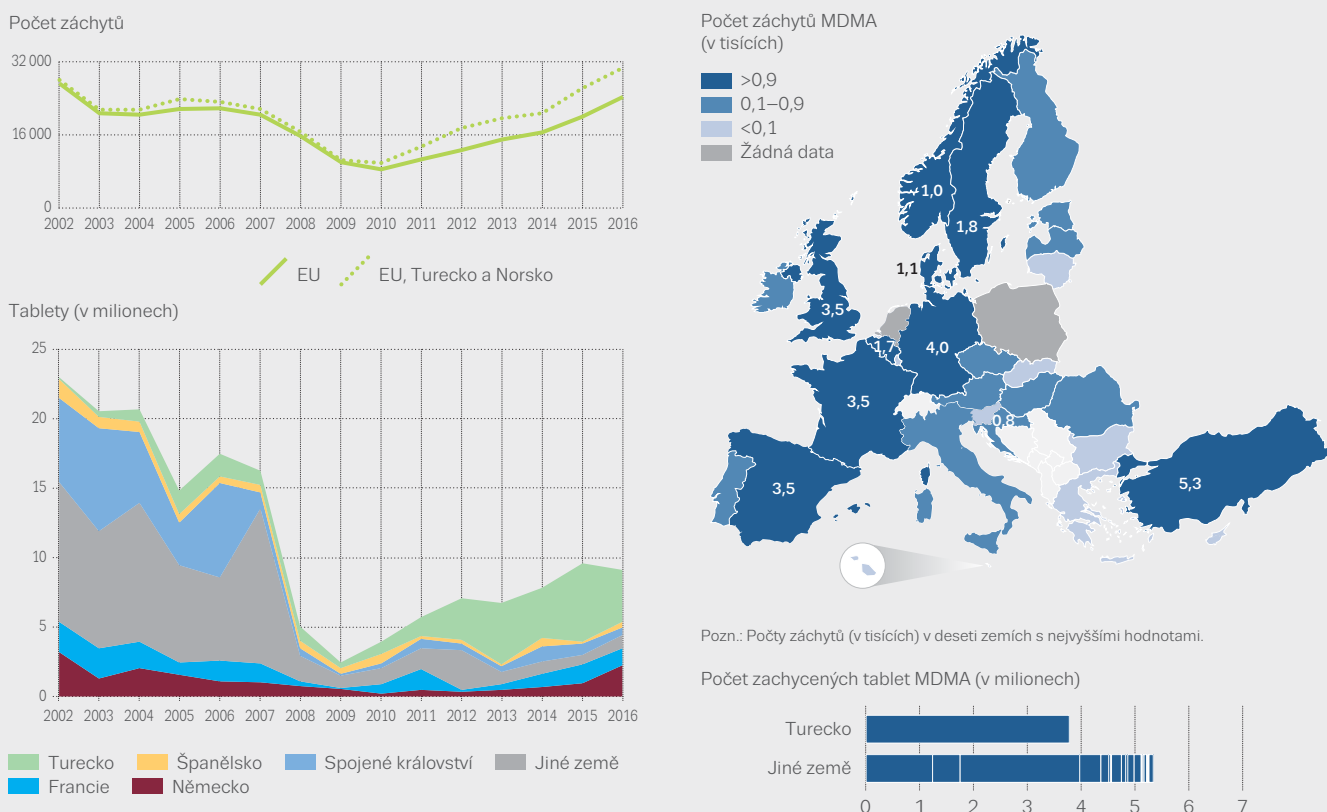


Pozn.: EU + 2 označuje členské státy EU a Turecko a Norsko. Cena a čistota MDMA: národní střední hodnoty – minimum, maximum a mezikvartilové rozpětí. Zahrnuté země se liší podle ukazatelů.



## OBRÁZEK 1.9

Počet záchytů MDMA a zachycené množství: trendy a v roce 2016 nebo v posledním roce



dostupnosti MDMA způsobené nedostatkem prekurzorů potřebných k výrobě této drogy zaznamenal trh s MDMA v posledních letech oživení. Průměrný obsah MDMA v tabletách se od roku 2009 zvyšuje a vysoké množství MDMA v některých šaržích je spojováno s negativními dopady a úmrtími.

Výroba MDMA v Evropě je soustředěna zejména v Nizozemsku a v Belgii, přičemž v roce 2016 bylo v Evropské unii odhaleno 11 laboratoří vyrábějících MDMA (10 v Nizozemsku a 1 v Belgii), což je oproti roku 2015 více než dvojnásobek. MDMA vyráběný v Evropě se také vyváží do jiných částí světa. Například australská policie hlásila, že největší jednotlivé množství MDMA zachycené v Austrálii v roce 2016 (1,2 tuny) pocházelo z Evropy.

Hodnocení nejnovějších trendů v oblasti záchytů MDMA je obtížné, protože chybí data z některých zemí, která by mohla k celkovému součtu významně přispět. Za rok 2016 nejsou k dispozici žádná data z Nizozemska a počet záchytů není k dispozici ani z Německa a Polska. Bez zahrnutí těchto důležitých dat se množství MDMA zachyceného v Evropské unii v roce 2016 zvýšilo a odhaduje se na 5,3 milionu tablet MDMA a 295 kilogramů MDMA ve formě prášku.

Celkový počet hlášených záchytů MDMA v Evropské unii od roku 2010 nadále roste, přičemž zachycené množství za stejné období rovněž poněkud stoupl, i když existují meziroční výkyvy. Velké množství MDMA zachytilo v roce 2016 také Turecko, a to 3,8 milionu tablet MDMA (obrázek 1.9). Indexované trendy ukazují, že se obsah MDMA v zachycených tabletách v posledních letech podstatně zvýšil.

### Záchyty LSD, GHB a ketaminu

V Evropské unii jsou hlášeny záchyty dalších nelegálních drog, včetně například přibližně 1 700 záchytů LSD (diethylamidu D-formy kyseliny lysergové) v roce 2016, což představuje 97 000 dávek. Celkový počet záchytů LSD se od roku 2010 téměř zdvojnásobil, přestože zachycené množství kolísalo. Čtrnáct zemí EU hlásilo přibližně 1 800 záchytů ketaminu, celkem odhadem 83 kg, přičemž většinu zachytily Dánsko, Itálie a Spojené království. Také Norsko hlásilo malý počet záchytů ketaminu – 50 záchytů představujících 0,2 kilogramu. V roce 2016 hlásilo záchyty GHB (kyseliny gama-hydroxymáselné) nebo GBL (gama-butyrolaktonu) čtrnáct zemí EU plus Norsko a Turecko. Celkový odhadovaný počet záchytů činí

1 700 a představuje téměř 360 kilogramů a 1 400 litrů drogy, přičemž více než čtvrtina celkového počtu záchytů připadá na Norsko.

### Nové psychoaktivní látky: složitý trh

Na konci roku 2017 monitorovalo EMCDDA více než 670 nových psychoaktivních látek, které byly identifikované v Evropě. Tyto látky nepodléhají mezinárodní kontrole drog a jedná se o širokou škálu drog, např. syntetické kanabinoidy, stimulantia, opioidy a benzodiazepiny (obrázek 1.10). Většinou se prodávají jako „legální“ náhražky nelegálních drog, některé jsou však zaměřeny na malé skupiny, které chtějí zkoumat případné nové účinky.

V mnoha případech nové látky vyrábějí ve velkém chemické a farmaceutické firmy v Číně. Odtud se dovážejí do Evropy, kde se zpracovávají do produktů, balí a prodávají. Některé nové látky mohou kromě toho pocházet z léčivých přípravků buď získaných z legálního dodavatelského řetězce, nebo nelegálně. Tyto látky mohou být též vyráběny v tajných laboratořích v Evropě nebo jinde. Různé indicie, včetně odhalení nelegálních laboratoří, analýzy odpadu vznikajícího při výrobě syntetických drog a záchytů prekurzorů, ukazují na nárůst této výroby v Evropě v několika posledních letech.

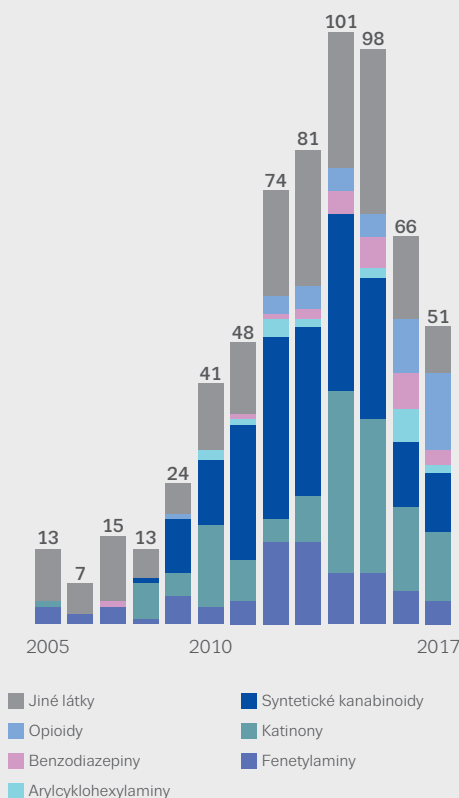
Některé nové látky se prodávají otevřeně ve specializovaných kamenných obchodech a na běžném webu – často jsou označeny jako tzv. výrobky „legal high“. Kromě toho se prodávají na darknetových trzích a na černém trhu, někdy pod vlastním názvem a někdy jsou vydávány za nelegální drogy, jako je heroin, kokain, extáze a benzodiazepiny.

Téměř 70 % nových látek zjištěných prostřednictvím systému včasného varování Evropské unie bylo odhaleno v posledních 5 letech. Během roku 2017 bylo v Evropě poprvé zaznamenáno 51 nových látek. To je méně než v kterémkoliv z předchozích 5 let a znamená to pokles z maximální míry asi 100 nových zjištěných látek, které bylo dosaženo v letech 2014 a 2015. Není jasné, co tento pokles způsobilo, ale částečně to může být díky opatřením přijatým vládami evropských států, která zakazují nové látky, zejména jejich otevřený prodej. Důležitým faktorem by kromě toho mohla být kontrolní opatření a operace orgánů činných v trestním řízení v Číně zaměřené na laboratoře vyrábějící nové látky.

Každoroční počet poprvé zaznamenaných nových látek je jen jedním z řady ukazatelů, které EMCDDA používá k pochopení celého trhu. Jako příklad ilustrující, jak složitým se tento trh stal, lze uvést, že během roku 2016

OBRÁZEK 1.10

Počet a kategorie nových psychoaktivních látek poprvé hlášených do systému včasného varování EU, 2005–2017



bylo na evropském trhu s drogami stále zaznamenáno přes 50 % (369) nových látek, které jsou v současné době monitorovány.

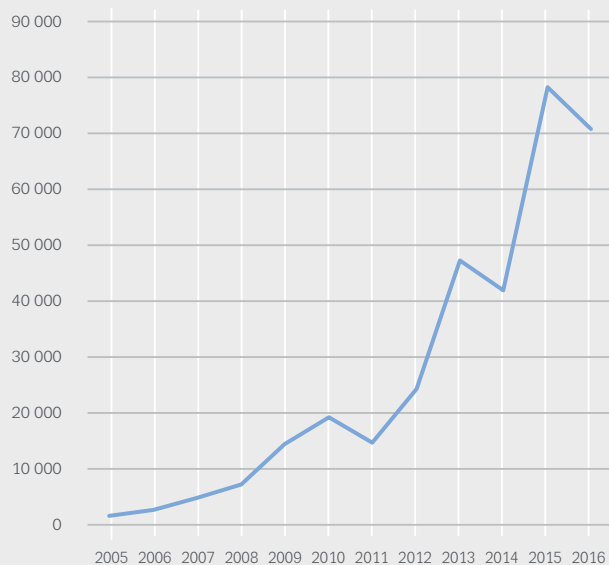
### Záchyty nových psychoaktivních látek: stále převažují syntetické katinony a kanabinoidy

V roce 2016 bylo do systému včasného varování nahlášeno přes 71 000 záchytů nových psychoaktivních látek (obrázek 1.11). Společně představují syntetické katinony a syntetické kanabinoidy téměř 80 % všech záchytů a 80 % celkového množství nových látek zachycených v roce 2016. V porovnání s předešlým rokem byl v roce 2016 pozorován celkový pokles zachyceného množství. Zachycené množství syntetických katinonů, benzodiazepinů a syntetických opioidů se ale zvýšilo. Celkový počet záchytů nových látek v Evropě je nutno chápat jako minimální hodnoty, jelikož data jsou získávána z hlášení případů spíše než ze systémů monitorování. Hlášené záchyty ovlivňují takové faktory, jako je zvyšování povědomí o nových látkách, jejich měnící se právní status, kapacita a priority orgánů činných v trestním řízení a způsoby, jakými data hlásí.

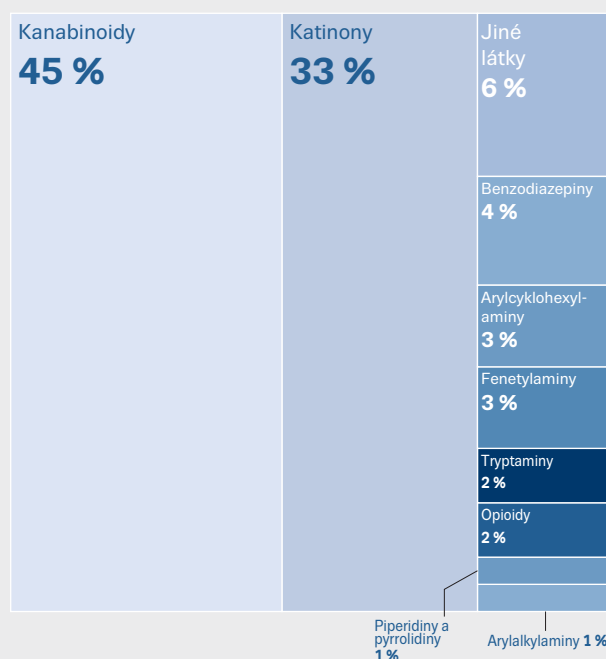
## OBRÁZEK 1.11

Počet záchytů nových psychoaktivních látek hlášených do systému včasného varování EU: trendy a rozdělení podle kategorií v roce 2016

Počet případů záchytů



Pozn.: Data za členské státy EU, Turecko a Norsko.



### Nové syntetické opioidy

Na evropském drogovém trhu bylo od roku 2009 zaznamenáno celkem 38 nových opioidů, včetně 13 hlášených poprvé v roce 2017. To zahrnuje 28 derivátů fentanylu, z čehož 10 bylo v roce 2017 hlášeno poprvé. Přestože nové deriváty fentanylu na evropském drogovém trhu nyní hrají malou roli, jedná se o vysoce potentní látky, které představují vážnou hrozbu pro zdraví jednotlivců i v oblasti veřejného zdraví.

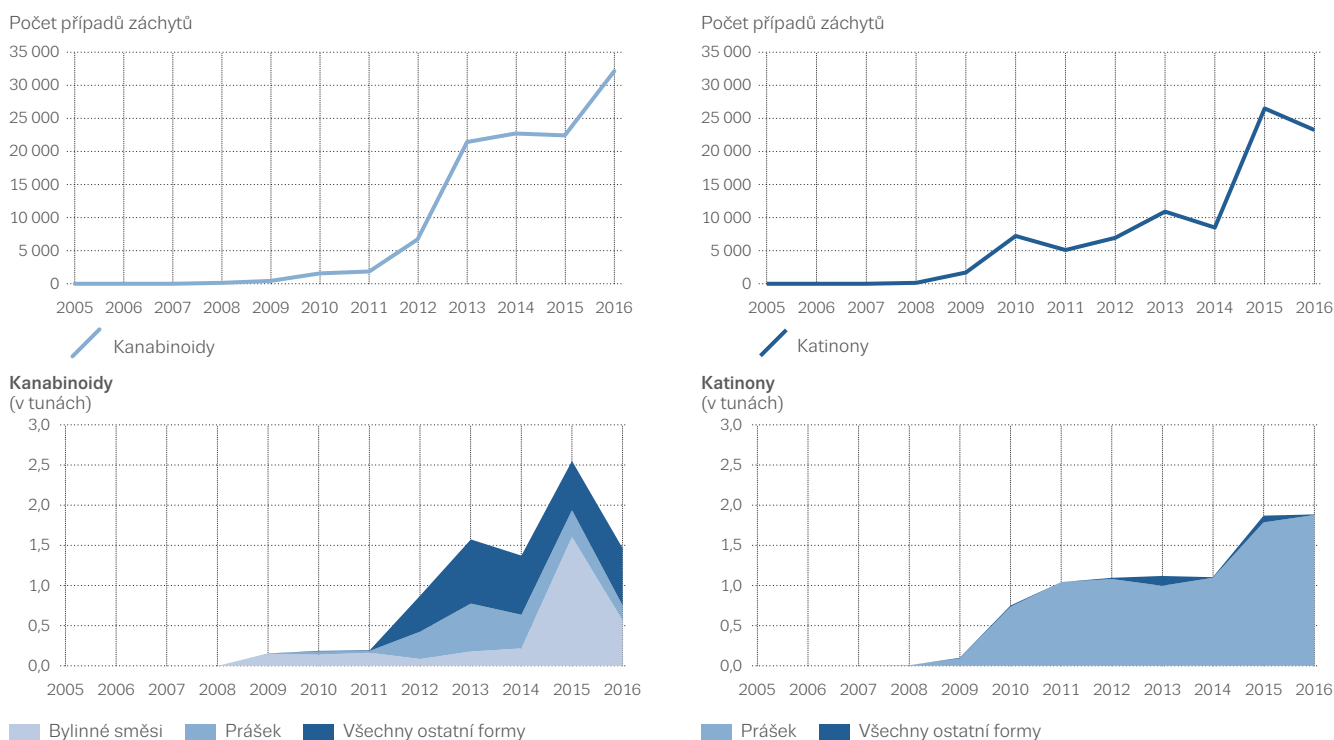
Nové opioidy byly zachyceny v různých formách: převážně ve formě prášku, tablet a tekutin. V roce 2016 bylo zachyceno asi 4,6 litru syntetických opioidů, což je o 1,8 litru více, než bylo hlášeno v předchozím roce. Přes 70 % z přibližně 1 600 záchytů nových syntetických opioidů hlášených v roce 2016 tvořily deriváty fentanylu. Deriváty fentanylu byly zjištěny ve více než 96 % zachycených kapalin. Obavy v tomto ohledu vzbuzuje skutečnost, že se na trhu objevily nosní spreje obsahující deriváty fentanylu, jako je akryloylfentanyl, furanylfentanyl, 4-fluoroisobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranylfentanyl a karfentanil. Nové opioidy tvořily v roce 2016 2,3 % celkového počtu záchytů nových látek oproti 0,8 % hlášeným v roce 2015.

### Syntetické kanabinoidy

Syntetické kanabinoidy jsou látky, které napodobují účinky delta-9-tetrahydrocannabinolu (THC), který je hlavním zdrojem většiny psychoaktivních účinků konopí. Evropští výrobci dovážejí hromadné zásilky kanabinoidů v prášku a mísí je se sušeným rostlinným materiálem. Poté je nabízejí na trhu jako legální náhražky konopí a prodávají jako hotové „bylinné směsi ke kouření“. Syntetické kanabinoidy nadále tvoří největší skupinu nových látek, kterou EMCDDA monitoruje, a z chemického hlediska jsou čím dál rozmanitější. Od roku 2008 jich bylo zaznamenáno 179 – z čehož 10 jich bylo hlášeno v roce 2017.

## OBRÁZEK 1.12

## Záchyty syntetických kanabinoidů a katinonů hlášené do systému včasného varování EU: trendy počtu záchytů a zachyceného množství



Pozn.: Data za členské státy EU, Turecko a Norsko.

Syntetické kanabinoidy byly v roce 2016 opět nejčastěji zachycenými novými psychoaktivními látkami s počtem hlášených záchytů těsně nad 32 000 (obrázek 1.12). Jde o nárůst o téměř 10 000 záchytů oproti předchozímu roku a téměř o polovinu celkového počtu záchytů nových psychoaktivních látek hlášených v roce 2016. Pět nejčastěji zachycenými syntetickými kanabinoidy v roce 2016 byly MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 a ADB-FUBINACA.

Záchyty syntetických kanabinoidů představovaly téměř 1,5 tuny látek. To znamená významný pokles oproti 2,5 tuny zachycené v roce 2015. V roce 2016 tvořily bylinné směsi 40 % zachyceného množství a práškové formy téměř 13 %.

Záchyty syntetických kanabinoidů ve formě prášku společně s odhalením zpracovatelských zařízení v Evropě jsou známkou toho, že se produkty balí v Evropě. Zachycený prášek by v případě zpracování do podoby bylinných směsí ke kouření mohl být zdrojem mnoha milionů dávek. Kanabinoidy s nejvyšším celkovým zachyceným množstvím ve formě prášku v roce 2016 byly AM-6527 5-fluoropentyllový derivát (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) a AB-FUBINACA (7 kg).

### Syntetické katinony

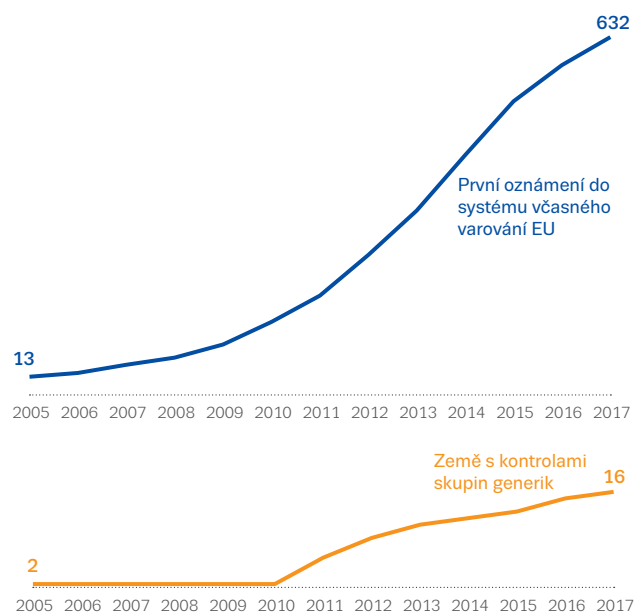
Syntetické katinony jsou látky chemicky příbuzné katinonu, což je přírodní stimulant, které se nachází v rostlině s názvem kata jedlá (*Catha edulis*). Tyto látky mají podobné účinky jako běžné nelegální stimulační drogy, jako je amfetamin, kokain a MDMA. Syntetické katinony tvoří druhou největší skupinu nových látek monitorovaných EMCDDA; celkem jich bylo zjištěno 130, z čehož 12 poprvé v roce 2017.

Syntetické katinony byly druhou nejčastěji zachycenou skupinou nových psychoaktivních látek v roce 2016 s více než 23 000 záchytů, což představuje téměř jednu třetinu celkového počtu záchytů. To je mírný pokles oproti hodnotě z předchozího roku. Pět nejčastěji zachycenými katinony v roce 2016 byly  $\alpha$ -PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-methyl-N,N-dimethylkathinon a 3-MMC.

Záchyty těchto látek představovaly téměř 1,9 tuny, čímž se syntetické katinony staly v roce 2016 nejčastěji zachycenými novými psychoaktivními látkami z hlediska množství (obrázek 1.12). Syntetické katinony se obvykle vyskytují ve formě prášku. Katinony s největším celkovým zachyceným množstvím v práškové formě byly 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) a mexedron (50 kg).

## OBRÁZEK 1.13

Výskyt nových psychoaktivních látek a zavedení kontrol skupin generik v Evropě od roku 2005



## Nové benzodiazepiny

EMCDDA nyní monitoruje 23 nových benzodiazepinů – z čehož 3 byly v Evropě poprvé zaznamenány v roce 2017. Některé nové benzodiazepiny se prodávají jako tablety, kapsle nebo prášek pod vlastním názvem. V jiných případech padělatelé používají tyto látky k výrobě padělaných forem běžně předepisovaných léků proti úzkosti, jako je diazepam a alprazolam, které se prodávaly přímo na trhu s nelegálními drogami. Zatímco počet záchytů benzodiazepinů v roce 2016 v porovnání s rokem 2015 klesl, zachycené množství značně vzrostlo. Během roku 2016 bylo zachyceno přes půl milionu tablet obsahujících benzodiazepiny, například diklazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam a fonazepam – což představuje nárůst asi o dvě třetiny oproti množství hlášenému v roce 2015.

## Nové psychoaktivní látky: nové právní intervence

Evropské země přijímají opatření, jejichž cílem je zabránit nabídce drog, v souladu se třemi úmluvami Organizace spojených národů, které stanoví rámec pro kontrolu výroby, obchodování a držení více než 240 psychoaktivních látek. Rychlý výskyt nových psychoaktivních látek a rozmanitost dostupných produktů se ukázaly jako výzva pro úmluvy a evropské tvůrce politik a zákonů.

Na národní úrovni se pro kontrolu nových látek používají různá opatření a lze určit tři obecné typy právních intervencí. Mnoho evropských zemí nejprve reagovalo prostřednictvím legislativy o bezpečnosti spotřebitelů a následně rozšířilo nebo upravilo stávající protidrogové právní předpisy tak, aby zahrnovaly nové psychoaktivní látky. Země stále častěji vytvářejí specifické nové právní předpisy, které tento jev upravují.

Řadu let většina evropských zemí na seznam kontrolovaných látek zařazovala pouze jednotlivé látky. Se stoupajícím počtem nových látek zaznamenaných v Evropě se ale více zemí snaží kontrolovat skupiny látek (obrázek 1.13). Většina zemí vymezila tyto skupiny látek podle chemické struktury (skupiny „generik“), přičemž několik zemí je definovalo podle účinků. Většina zemí, které zvolily generický přístup, doplnila definice skupin látek do

stávajících protidrogových právních předpisů, některé však pouze zahrnuly tyto skupiny látek do konkrétní legislativy týkající se nových psychoaktivních látek.

Na úrovni EU byl revidován právní rámec z roku 2005 pro intervence v souvislosti se zdravotními a sociálními hrozbami pro veřejnost v důsledku nových psychoaktivních látek, a to s cílem vytvořit pohotovější a účinnější systém. Nová legislativa si zachovává tříступňový přístup intervencí zaměřených na nové psychoaktivní látky – včasné varování, hodnocení rizik a kontrolní opatření – a současně posiluje stávající postupy zefektivněním a zrychlením sběru a hodnocení dat a zavedením kratších lhůt. V návaznosti na hodnocení rizik může Komise podat návrh, aby látka podléhala kontrolním opatřením. Evropský parlament a Rada mají právo do dvou měsíců a za určitých podmínek vznést proti návrhu Komise námitky. Jakmile rozhodnutí vstoupí v platnost, mají národní orgány 6 měsíců (namísto 12) na to, aby zavedly kontrolu dané látky na svém území.

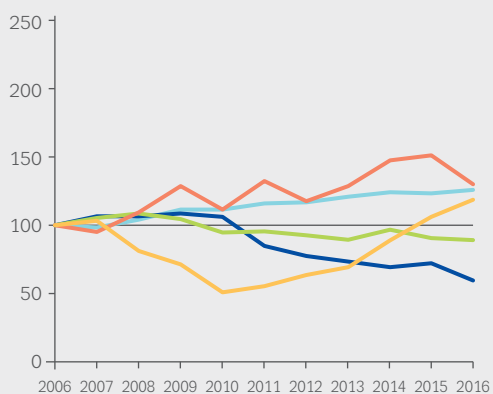
**EMCDDA nyní  
monitoruje 23 nových  
benzodiazepinů**

## OBRÁZEK 1.14

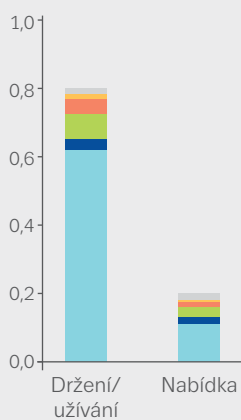
Drogové trestné činy v Evropě související s užíváním drog, držením drog pro vlastní potřebu nebo nabídkou drog: indexované trendy a hlášené trestné činy v roce 2016

## Trestné činy držení/užívání drog

Indexované trendy

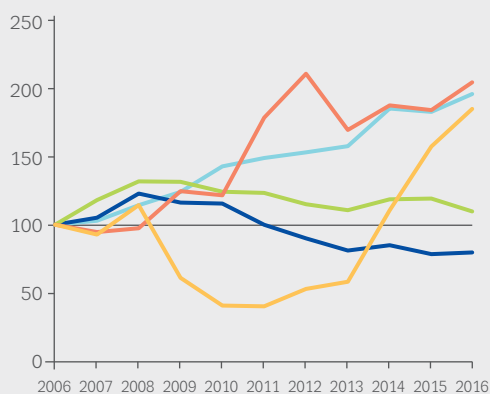


Počet trestných činů (v milionech)



## Trestné činy nabídky drog

Indexované trendy



Heroin Kokain MDMA Konopí Amfetaminy Jiné látky

Pozn.: Data o trestných činech, u nichž byla uvedena droga, o kterou v dané věci šlo.

## Drogové trestné činy: většina je spojena s konopím

Provádění právních předpisů je monitorováno prostřednictvím dat o hlášených drogových trestných činech. V Evropské unii bylo podle odhadů v roce 2016 hlášeno 1,5 milionu drogových trestných činů, což od roku 2006 představuje nárůst o třetinu (33 %). Většina z těchto trestných činů (74 %) souvisela s užíváním nebo držením drogy a celkově představovala přibližně 1 milion trestných činů v roce 2016, což představuje oproti roku 2006 nárůst o 28 %. Více než tři čtvrtiny trestných činů užívání nebo držení drogy se týkaly konopí (77 %). Vzestupný trend v počtu trestných činů užívání nebo držení MDMA pokračoval i v roce 2016, i když tvoří stále pouze 2 % trestných činů souvisejících s užíváním drog (obrázek 1.14).

Celkově se v roce 2016 počet trestných činů týkající se nabídky drog v Evropské unii od roku 2006 zvýšil o 14 % a dosáhl odhadem více než 200 000 případů. Ve většině trestných činů spojených s nabídkou drog (57 %) figurovalo konopí. Od roku 2013 došlo k prudkému nárůstu počtu hlášených trestných činů spojených s nabídkou MDMA (obrázek 1.14).

## VÍCE INFORMACÍ

### Publikace EMCDDA

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

#### 2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

#### 2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

### Společné publikace EMCDDA a Europolu

#### 2018

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

#### 2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

#### 2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

#### 2015

EMCDDA–Europol Joint Report on  $\alpha$ -PVP.

### Společné publikace EMCDDA a Eurojustu

#### 2016

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

Všechny tyto publikace naleznete na adrese [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications).

# 2

**Užívání drog v Evropě nyní  
zahrnuje širší škálu  
látek než v minulosti**



# Prevalence a trendy v užívání drog

Užívání drog v Evropě nyní zahrnuje širší škálu látek než v minulosti. Uživatelé drog často užívají několik drog zároveň a individuální vzorce užívání sahají od experimentálního užití po návykové a závislostní užívání. Prevalence užívání konopí je zhruba pětikrát vyšší než u jiných látek. Zatímco užívání heroinu a dalších opioidů zůstává poměrně ojedinělé, tyto drogy jsou stále nejčastěji spojovány se škodlivějšími formami užívání, včetně injekčního užívání drog. Drogy užívají všeobecně více muži, kteří se často vyznačují intenzivnějšími nebo pravidelnými vzorci užívání.

## Monitorování užívání drog

EMCDDA shromažďuje a spravuje soubory dat, které se týkají užívání drog a vzorců užívání v Evropě.

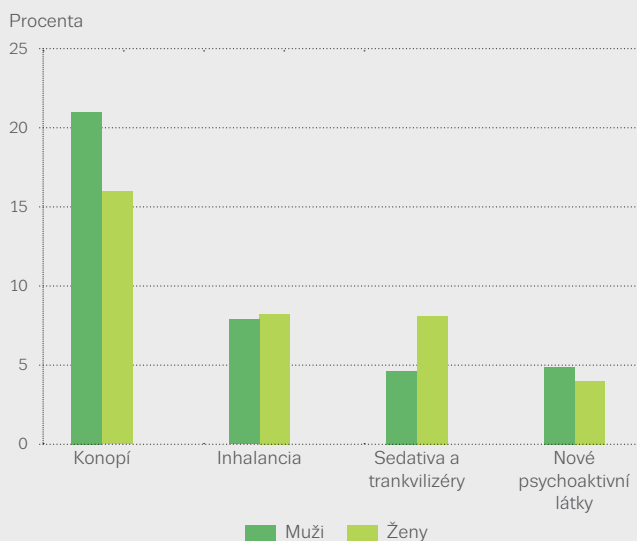
Průzkumy provedené mezi studenty a obecnou populací mohou poskytnout přehled o prevalenci experimentálního a rekreačního užívání drog. Výsledky z průzkumů lze doplnit analýzami reziduí drog v komunálních odpadních vodách na lokální úrovni prováděnými ve městech po celé Evropě.

Studie poskytující odhady vysoce rizikového užívání drog mohou pomoci určit rozsah hlubších problémů s užíváním drog, zatímco data o osobách žádajících o specializovanou protidrogovou léčbu, jsou-li posuzována spolu s dalšími ukazateli, mohou poskytnout informace o povaze a trendech vysoce rizikového užívání drog.

Úplné soubory dat a informace o metodickém postupu naleznete v on-line [statistickém věstníku](#).

## OBRÁZEK 2.1

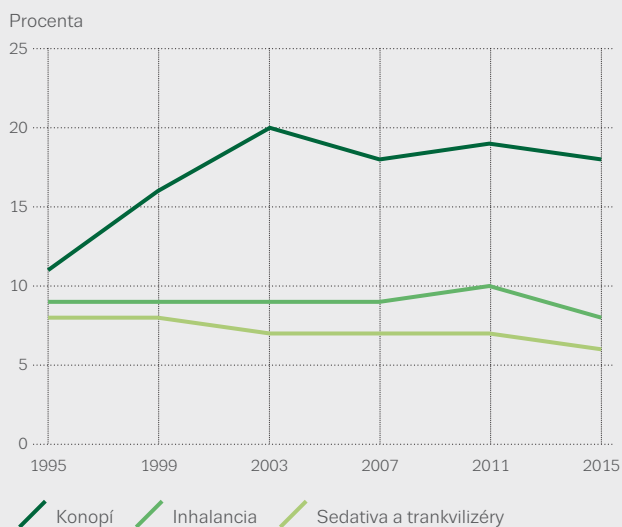
Užití látek nejméně jednou v životě u evropských studentů ve věku 15 až 16 let podle pohlaví



Pozn.: Na základě dat z 23 členských států EU a Norska, které se zúčastnily studie ESPAD v roce 2015.

## OBRÁZEK 2.2

Trendy celoživotní prevalence užití konopí, inhalancí a léčivých přípravků (sedativ a trankvilizérů bez lékařského předpisu) u evropských studentů ve věku 15 až 16 let



Pozn.: Na základě dat z 21 členských států EU a Norska, které se zúčastnily nejméně čtyř kol studie ESPAD.

### Užívání látek mezi studenty: stabilní nebo klesající trendy

Monitorování užívání látek mezi studenty poskytuje důležité informace o rizikovém chování současné mládeže a potenciálních budoucích trendech. V roce 2015 proběhl již po šesté od roku 1995 sběr dat v rámci Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Toto poslední kolo studie shromáždilo srovnatelná data o užívání látek mezi studenty ve věku 15 až 16 let z 35 evropských zemí, včetně 23 členských států EU a Norska. V průměru 18 % studentů v těchto 24 zemích uvedlo, že užívali konopí nejméně jednou v životě (celoživotní prevalence), přičemž největší míru celoživotní prevalence hlásily Česká republika (37 %) a Francie (31 %). 8 % studentů uvedlo, že konopí užívali v posledních 30 dnech. Užívání jiných nelegálních drog než konopí (MDMA/extáze, amfetaminu, kokainu, metamfetaminu a halucinogenů) bylo mnohem nižší s celkovou celoživotní prevalencí 5 %.

Průzkum zahrnoval také otázky na užívání jiných látek, jako jsou inhalancia, léčivé přípravky a nové psychoaktivní látky. U respondentů z EU a Norska činila průměrná celoživotní prevalence užívání inhalancí 8 % (v rozmezí od 3 % v Belgii (Flandry) po 25 % v Chorvatsku). Užití sedativ nebo trankvilizérů bez lékařského předpisu nejméně jednou v životě uvedlo v průměru 6 % studentů (v rozmezí od 2 % v Rumunsku po 17 % v Polsku) a užití nových psychoaktivních látek nejméně jednou v životě uvedla v průměru 4 % studentů (v rozmezí od 1 % v Belgii (Flandry) po 10 % v Estonsku a Polsku) (obrázek 2.1). Mezi

těmi, kteří užívali nové psychoaktivní látky v posledních 12 měsících (3,2 % respondentů), byly nejčastěji užívanými typy látek (uvedenými u 2,6 % všech respondentů) bylinné směsi ke kouření, přičemž užívání nových psychoaktivních látek ve formě prášku, krystalů nebo tablet, tekutin či jiných forem bylo méně časté.

Ve 22 zemích s daty umožňujícími analýzu byl nejvyšší podíl užití konopí nejméně jednou v životě hlášen v roce 2003 a poté následoval mírný pokles v průzkumu z roku 2007 (obrázek 2.2). Od té doby je prevalence relativně stabilní. V letech 2011 až 2015 došlo k poklesu hlášeného užití inhalancí nejméně jednou v životě (z 10 na 8 %), dlouhodobý trend v letech 1995 až 2015 však byl poměrně stabilní (obrázek 2.2). U sedativ a trankvilizérů se míra užití nejméně jednou v životě v letech 1995 až 2015 mírně snížila, přičemž i v tomto období byla prevalence užívání stále vyšší u dívek než u chlapců. Data o trendech týkajících se nových psychoaktivních látek nejsou ze studie ESPAD dostupná, neboť otázky týkající se užívání těchto drog byly poprvé do této studie zařazeny až v roce 2015.

## Více než 92 milionů dospělých vyzkoušelo nelegální drogy

Odhadem o něco málo více než čtvrtina osob ve věku 15 až 64 let v Evropské unii, což odpovídá více než 92 milionům osob, v životě vyzkoušela nelegální drogy. Zkušenosti s užíváním drog uvádějí častěji muži (56,0 milionu) než ženy (36,3 milionu). Nejčastěji užitou drogou je konopí (53,5 milionu mužů a 34,3 milionu žen), přičemž odhadované počty osob, které během svého života užíly kokain (11,8 milionu mužů a 5,2 milionu žen), MDMA (9,0 milionu mužů a 4,5 milionu žen) a amfetaminy (8,0 milionu mužů a 4,0 milionu žen) jsou mnohem nižší. Míra užití konopí nejméně jednou v životě se v jednotlivých zemích značně liší, počínaje zhruba 41 % dospělých ve Francii a konče méně než 5 % na Maltě.

Užívání drog v posledním roce představuje měřítko užívání drog v poslední době a vyskytuje se převážně u mladých dospělých. Odhaduje se, že v posledním roce užílo drogy 18,9 milionu mladých dospělých (ve věku 15–34 let), přičemž toto užití uvedlo dvakrát více mužů než žen.

## Užívání konopí: celkově stabilní, ale s velkými rozdíly mezi zeměmi

Konopí je nelegální droga, u níž je nejvyšší pravděpodobnost, že ji budou užívat všechny věkové skupiny. Tato droga se obvykle kouří a v Evropě se často

míchá s tabákem. Vzorce užívání konopí sahají od občasného po pravidelné a závislostní.

Odhaduje se, že konopí někdy v životě vyzkoušelo 87,6 milionu dospělých v Evropské unii (ve věku 15–64 let), tj. 26,3 % osob z této věkové skupiny. Z toho v posledním roce užílo konopí podle odhadů 17,2 milionu mladých dospělých (ve věku 15–34 let) (14,1 % osob z této věkové skupiny), přičemž 9,8 milionů představují osoby ve věku 15–24 let (17,4 % osob z této věkové skupiny). Míry prevalence v posledním roce u osob ve věku 15 až 34 let se pohybují od 3,5 % v Maďarsku po 21,5 % ve Francii. Poměr mužů a žen mezi mladými lidmi, kteří v posledním roce užíli konopí, je dva ku jedné.

Výsledky posledního průzkumu ukazují, že většina zemí hlásí za poslední rok buď setrvalý stav, nebo nárůst užívání konopí u mladých dospělých. Ze zemí, které provádějí průzkumy od roku 2015 a hlásí intervaly spolehlivosti, 8 uvedlo vyšší odhady, 9 vykazovalo stabilní výsledky a 2 uvedlo nižší odhady než v předchozím srovnatelném průzkumu.

## UŽIVATELÉ KONOPÍ ŽÁDAJÍCÍ O LÉČBU



### Charakteristiky

16% 84%



16 Průměrný věk při prvním užití drogy

25 Průměrný věk při nástupu do první léčby

83 000  
Osoby  
žádající o  
léčbu poprvé



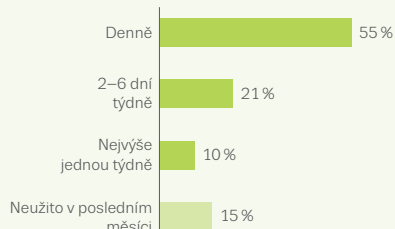
57 000  
Osoby žádající o  
léčbu opakovaně

59%

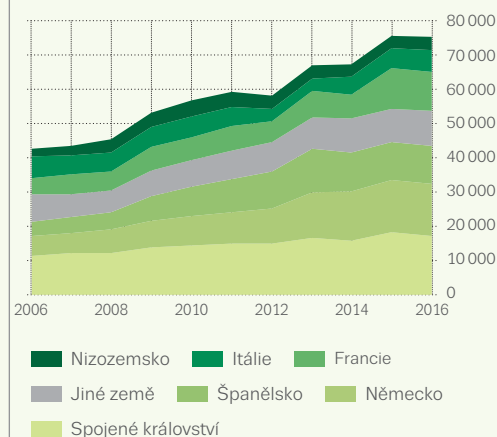
41%

### Četnost užívání v posledním měsíci

Průměrné užívání 5,5 dne týdně



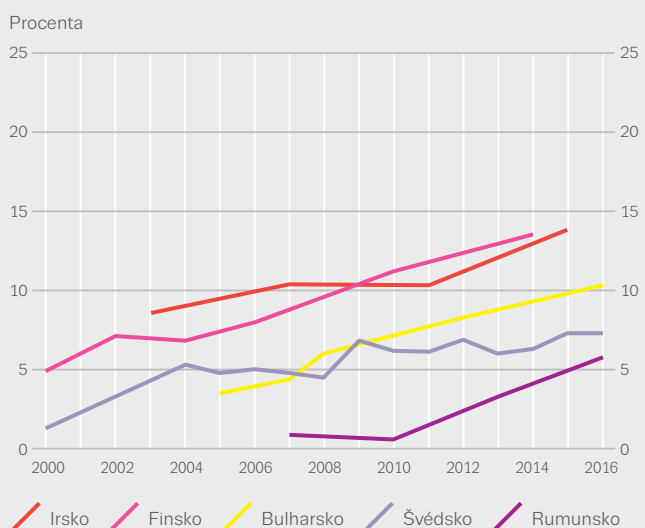
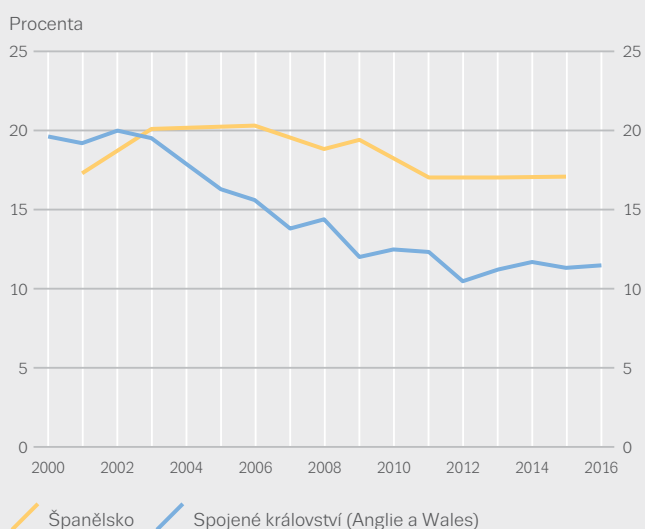
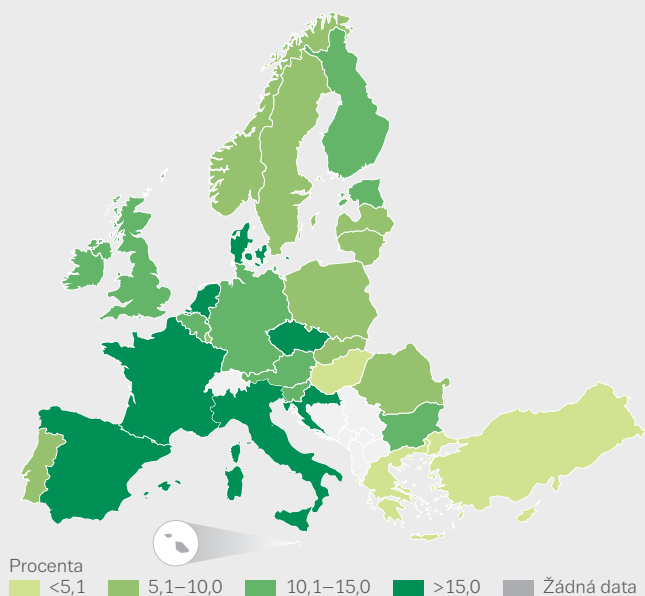
### Trendy u osob žádajících o léčbu poprvé



Pozn.: Kromě trendů se data týkají všech osob žádajících o léčbu, jejichž primární drogou je konopí. Trendy týkající se osob žádajících o léčbu poprvé jsou založeny na datech z 25 zemí. Do grafu trendů jsou zahrnuty pouze země, které mají data za minimálně 9 z 11 let. Chybějící data jsou interpolována z předcházejících nebo následujících let. Kvůli změnám toku dat na národní úrovni nejsou data od roku 2014 za Itálii srovnatelná s předchozími roky.

## OBRÁZEK 2.3

Prevalence užití konopí v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let): nejnovější data (mapa) a vybrané trendy



Pouze několik zemí má dostatek dat z průzkumů, které umožňují statistickou analýzu trendů v užívání konopí mezi mladými dospělými (15–34 let) v posledním roce.

Dlouhodobé klesající trendy, které byly v posledním desetiletí pozorovány ve Španělsku a Spojeném království, se podle nejnovějších dat stabilizovaly (obrázek 2.3).

V posledních deseti letech byly vzestupné trendy prevalence užívání konopí v posledním roce u mladých dospělých pozorovány v řadě zemí. Patří mezi ně Irsko a Finsko, kde nejnovější data představují hodnoty blízké se průměru EU 14,1 %, a Bulharsko, Rumunsko a Švédsko, kde jsou ovšem tyto hodnoty nižší. Ze zemí, které nahlásily data z nedávných průzkumů, potvrdil třetí srovnatelný roční průzkum v Nizozemsku provedený v roce 2016 prevalenci těsně pod 16 %. V Dánsku ukázal průzkum v roce 2017 jeden z mála poklesů: 15,4 % oproti odhadu z roku 2013, který činil 17,6 %.

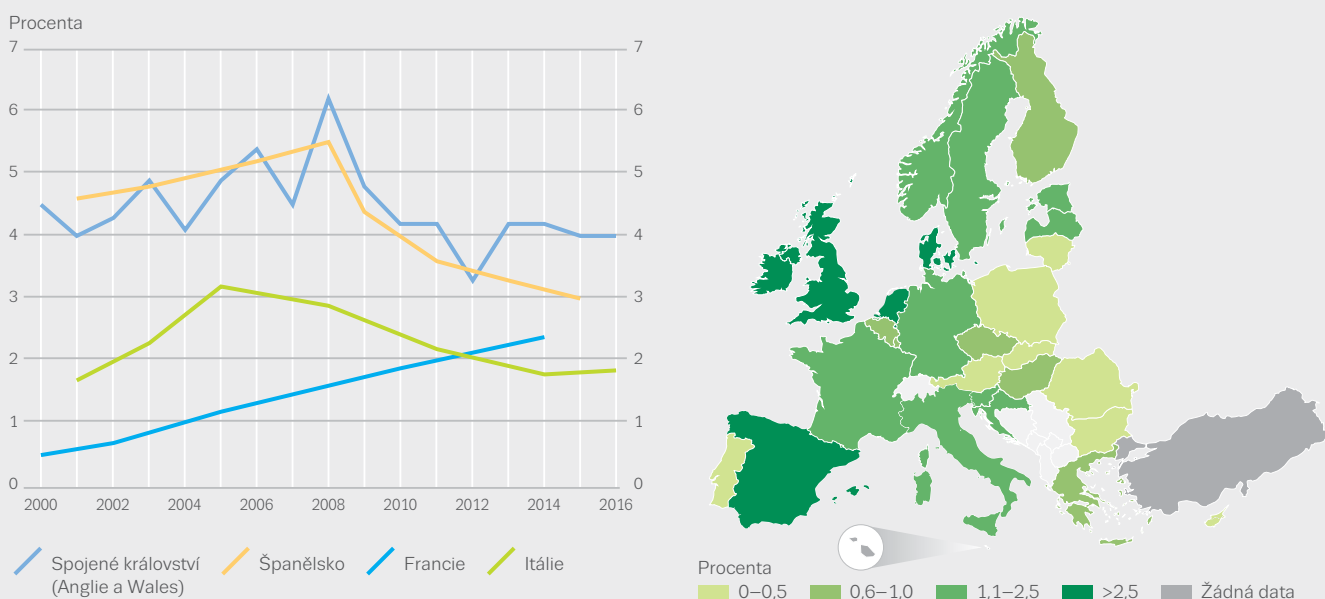
### Vysoce rizikové užívání konopí: vzestupný trend

Na základě průzkumů v obecné populaci se odhaduje, že přibližně 1 % dospělých Evropanů užívá konopí denně nebo téměř denně, tj. že v posledním měsíci užíli drogu ve 20 dnech nebo častěji. Zhruba 37 % z nich jsou starší uživatelé drog ve věku 35 až 64 let a zhruba tři čtvrtiny tvoří muži.

Posuzujeme-li data o osobách žádajících o léčbu závislosti na konopí společně s dalšími ukazateli, můžeme získat informace o povaze a rozsahu vysoce rizikového užívání konopí v Evropě. V roce 2016 požádalo v Evropě o léčbu drogové závislosti v souvislosti s užíváním konopí více než 150 000 osob, z čehož asi 83 000 o ni požádalo poprvé v životě. V 25 zemích s dostupnými daty vzrostl v letech 2006 až 2016 celkový počet osob žádajících o léčbu poprvé z důvodu problémů s konopím o 76 %, přičemž většina (18) zemí zaznamenala v tomto období nárůst. Tento nárůst může souviset s více faktory, mezi něž patří vyšší prevalence užívání konopí u obecné populace, nárůst počtu intenzivních uživatelů, dostupnost produktů s vyšší potencí, změny ve vnímání rizika, zvýšení úrovně léčby a doporučení k léčbě, zejména z podnětu systému trestního soudnictví. Celkově 50 % primárních uživatelů konopí, kteří v roce 2016 požádali o léčbu poprvé, hlásilo v posledním měsíci každodenní užívání této drogy. Podíl každodenních uživatelů se však v jednotlivých zemích značně liší, a to v rozmezí od nejvýše 10 % v Lotyšsku, Maďarsku a Rumunsku až po nejméně 60 % ve Španělsku, Francii, Nizozemsku a Turecku.

## OBRÁZEK 2.4

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



### Užívání kokainu: celkově stabilní, ale se známkami nárůstu

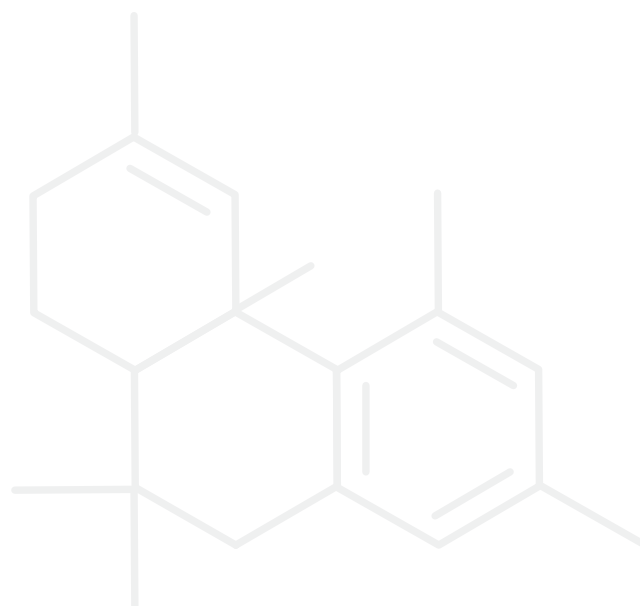
Kokain je nejčastěji užívanou nelegální stimulační drogou v Evropě a jeho užívání je častější v jižních a západních zemích. U pravidelných uživatelů lze zhruba rozlišovat mezi sociálně integrovanými uživateli, kteří kokain (hydrochlorid kokainu) často šňupou, a marginalizovanými uživateli, kteří kokain užívají injekčně nebo kouří crack (kokainovou bázi), někdy společně s užíváním opioidů. V řadě souborů dat není možné rozlišovat mezi oběma formami kokainu (kokainovým práškem nebo crackem) a pojem užívání kokainu se vztahuje na obě formy.

Odhaduje se, že kokain někdy v životě vyzkoušelo 17 milionů dospělých Evropanů (ve věku 15–64 let), tj. 5,1 % osob z této věkové skupiny. Přibližně 2,3 milionu z toho jsou mladí dospělí ve věku 15 až 34 let (1,9 % osob z této věkové skupiny), kteří tuto drogu užíli v posledním roce.

Pouze Dánsko, Irsko, Španělsko, Nizozemsko a Spojené království uvádějí prevalenci užívání kokainu mezi mladými dospělými v posledním roce ve výši 2,5 % či více. Pokles v užívání kokainu v Evropě hlášený v předchozích letech nebyl v nejnovějších průzkumech zaznamenán. Ze zemí, které provádějí průzkumy od roku 2015 a hlásí intervaly spolehlivosti, 3 uvedly vyšší odhady, 14 stabilní trend a 1 nižší odhad než v předchozím srovnatelném průzkumu.

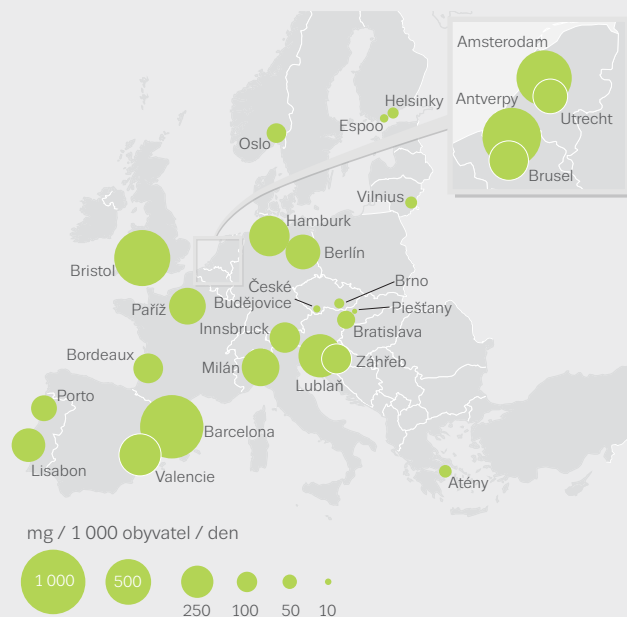
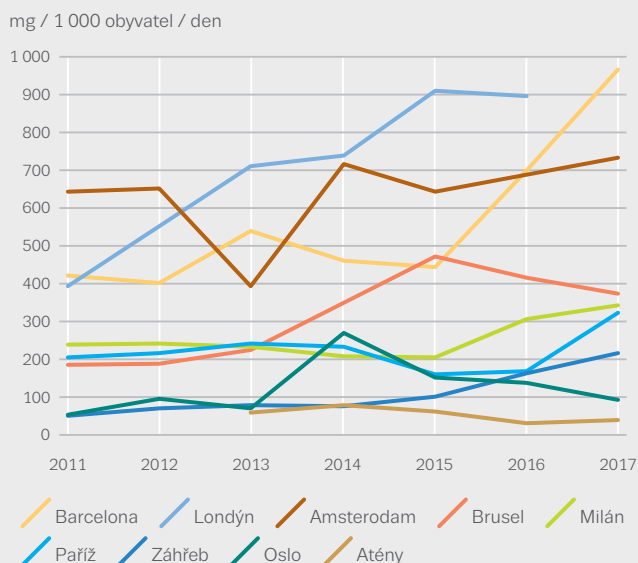
Statistickou analýzu dlouhodobých trendů užívání kokainu mezi mladými dospělými v posledním roce lze provést jen

u malého počtu zemí a nová data stávající trendy potvrzují. Španělsko a Spojené království zaznamenaly rostoucí trendy prevalence od roku 2008 a poté se trend změnil buď na stabilní, nebo klesající (obrázek 2.4). Zatímco v Itálii byl pozorován pokles z maximálních hodnot dosažených v roce 2005, poslední průzkum naznačuje, že se míra prevalence nyní možná stabilizovala. Ve Francii byl v roce 2014 pozorován vzestupný trend, přičemž prevalence poprvé vzrostla o 2 %.



## OBRÁZEK 2.5

Rezidua kokainu v odpadních vodách ve vybraných evropských městech: trendy a nejnovější data



Pozn.: Střední denní množství benzoylkegoninu v miligramech na 1 000 obyvatel. Vzorky byly odebrány ve vybraných evropských městech po dobu jednoho týdne každým rokem v letech 2011 až 2017.

Zdroj: Základní skupina pro analýzu odpadních vod v Evropě (SCORE).

Výsledky populačních průzkumů doplňuje analýza reziduí kokainu v komunálních odpadních vodách provedená v rámci studie v řadě evropských měst. Zprávy o kolektivní konzumaci čistých látek v určité komunitě sestavené na základě analýzy odpadních vod a výsledky nejsou přímo srovnatelné s odhady prevalence z průzkumů mezi obyvateli v jednotlivých zemích. Výsledky analýzy odpadních vod jsou uváděné ve standardizovaných hodnotách (objemové zatížení) rezidua drogy na 1 000 obyvatel za den.

Analýza odpadních vod z roku 2017 zjistila nejvyšší objemové zatížení benzoylkegoninem, hlavním metabolitem kokainu, ve městech v Belgii, Španělsku, Nizozemsku a Spojeném království a velmi nízké hladiny ve většině sledovaných východoevropských měst (viz obrázek 2.5). Z 31 měst, která mají k dispozici data za roky 2016 a 2017, 19 uvedlo nárůst, 6 pokles a 6 stabilní situaci. Rostoucí dlouhodobé trendy uvádí řada ze 13 měst, která mají k dispozici data za rok 2011 a za rok 2017.

### Vysoce rizikové užívání kokainu: o léčbu žádá více lidí

Prevalence vysoce rizikového užívání kokainu u dospělých v Evropě se měří obtížně, jelikož pouze čtyři země mají odhady z nedávné doby a používají se různé definice a metodiky. Ve Španělsku byla v novém průzkumu použita vysoká frekvence užívání a na základě toho byl stanoven odhad vysoce rizikového užívání kokainu u osob ve věku 14–18 let v letech 2016–2017 na 0,43 %. V roce 2015 byl na základě otázek týkajících se závažnosti míry závislosti odhadnut podíl vysoce rizikových uživatelů kokainu v Německu na 0,20 %. V roce 2015 byl v Itálii odhadovaný podíl dospělé populace, která potřebovala léčbu z důvodu užívání kokainu, 0,65 %. V Portugalsku bylo v roce 2015 pomocí studie využívající nepřímé statistické metody odhadnuto vysoce rizikové užívání kokainu u dospělé populace na 0,98 %.

Španělsko, Itálie a Spojené království tvoří téměř tři čtvrtiny (73 %) všech hlášených žádostí o specializovanou léčbu závislosti na kokainu v Evropě. Celkově uvádělo v roce 2016 kokain jako primární drogu více než 67 000 klientů žádajících o specializovanou léčbu drogové závislosti a přibližně 30 000 klientů, kteří o léčbu požádali poprvé.

Po období poklesu se celkový počet osob žádajících o léčbu závislosti na kokainu poprvé v letech 2014 až 2016 zvýšil více než o pětinu. I když většina z tohoto nárůstu

připadá na Itálii a Spojené království, nárůst hlásily během stejného období téměř všechny země.

Většina osob, které žádají o specializovanou léčbu kvůli problémům spojeným s užíváním kokainu, jsou primární uživatelé kokainu ve formě prášku (51 000 neboli 10 % všech klientů léčených z drogové závislosti v roce 2016). Většina primárních klientů užívajících kokain žádá o léčbu kvůli užívání této drogy samotné (31 % všech klientů užívajících kokain ve formě prášku) nebo v kombinaci s konopím (26 %), alkoholem (31 %) či jinými látkami (12 %). U této skupiny je obecně hlášena dobrá společenská integrace se stabilními životními podmínkami a pravidelným zaměstnáním. Další skupina, kterou tvoří více marginalizovaní uživatelé, žádá o léčbu primárně z důvodu užívání cracku (8 300 klientů neboli 2 % všech klientů léčených z drogové závislosti v roce 2016), přičemž řada z nich možná užívá jako sekundární drogu heroin. Zvýšení počtu klientů užívajících crack bylo v poslední době hlášeno v Itálii a ve Spojeném království.

Užívání kokainu v kombinaci s heroinem nebo jinými opioidy uvedlo v roce 2016 v Evropě 53 000 klientů žádajících o specializovanou léčbu drogové závislosti. Toto číslo představuje 15 % všech osob žádajících o léčbu, u nichž jsou k dispozici informace jak o primární, tak o sekundární droze.



## UŽIVATELÉ KOKAINU ŽÁDAJÍCÍ O LÉČBU

### Charakteristiky

14%  86% 

**23** Průměrný věk při prvním užití drogy

**34** Průměrný věk při nástupu do první léčby

**30 300**  
Osoby žádající o léčbu poprvé

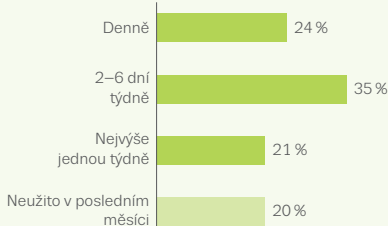
**47%**

**34 400**  
Osoby žádající o léčbu opakovaně

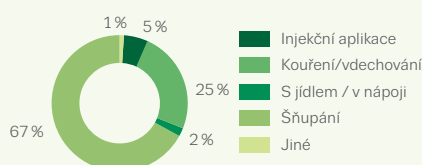
**53%**

### Četnost užívání v posledním měsíci

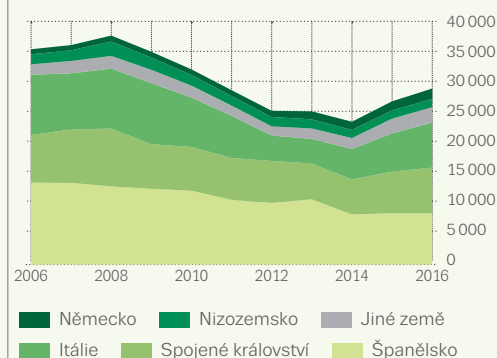
Průměrné užívání **4,1** dne týdně



### Způsob aplikace



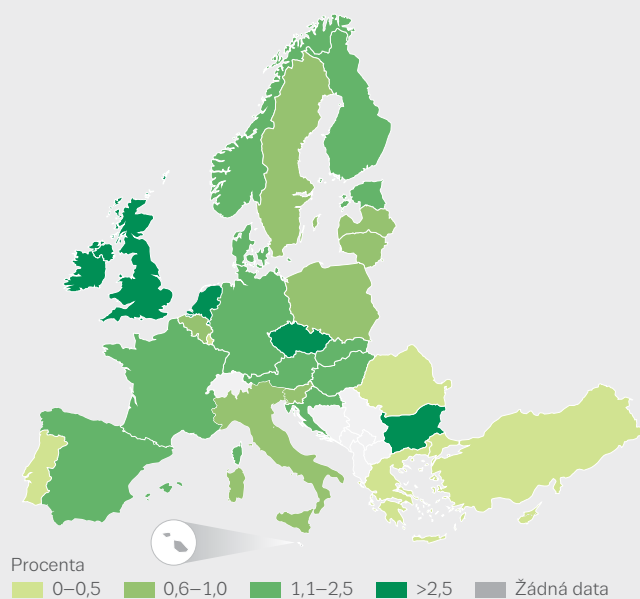
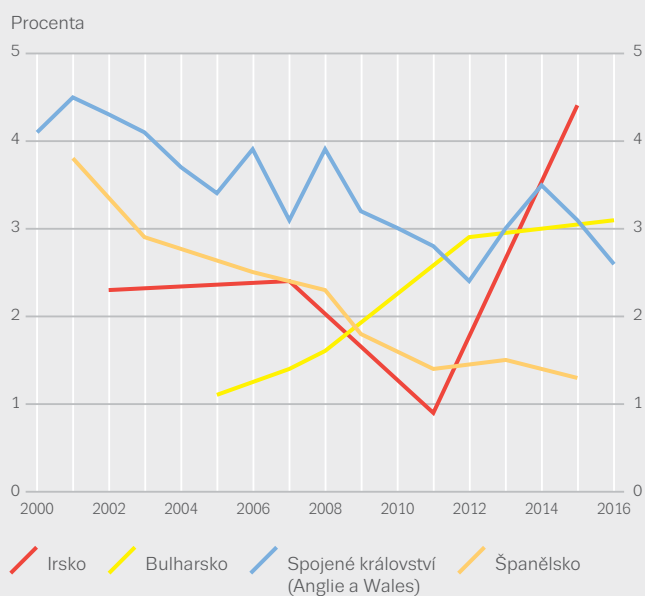
### Trendy u osob žádajících o léčbu poprvé



Pozn.: Kromě trendů se data týkají všech osob žádajících o léčbu, jejichž primární drogou je kokain. Trendy týkající se osob žádajících o léčbu poprvé jsou založeny na datech z 25 zemí. Do grafu trendů jsou zahrnuty pouze země, které mají data za minimálně 9 z 11 let. Chybějící data jsou interpolována z předcházejících nebo následujících let. Kvůli změnám toku dat na národní úrovni nejsou data od roku 2014 za Itálii srovnatelná s předchozími roky.

## OBRÁZEK 2.6

Prevalence užití MDMA v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let): vybrané trendy a nejnovější data



### MDMA: zdá se, že se užívání stabilizuje

MDMA (3,4-methylendioxyamfetamin) se užívá ve formě tablet (často nazývaných extáze) a také krystalů a prášku. Tablety se obvykle polykají, zatímco krystaly a prášek lze užívat perorálně a také šňupáním.

Odhaduje se, že MDMA/extázi někdy v průběhu života vyzkoušelo 13,5 milionu dospělých Evropanů (ve věku 15–64 let), tj. 4,1 % osob z této věkové skupiny. Z dat o aktuálním užívání MDMA ve věkové skupině, která drogy užívá nejvíce, vyplývá, že v posledním roce užilo MDMA 2,2 milionu mladých dospělých (15–34 let), tj. 1,8 % osob z této věkové skupiny, přičemž národní odhady se pohybují od 0,2 % v Portugalsku a Rumunsku po 7,4 % v Nizozemsku.

Až donedávna byla prevalence MDMA v mnoha zemích na sestupu z maxima, kterého dosáhla v letech 2000 až 2005. V posledních letech ovšem monitorovací zdroje naznačují v některých zemích stabilizaci nebo nárůst užívání MDMA. Ze zemí, které od roku 2015 provedly nové průzkumy a hlásily intervaly spolehlivosti, jich 5 uvedlo vyšší odhady než v předchozím srovnatelném průzkumu, 12 stabilní odhady a 1 nižší odhad.

Tam, kde jsou k dispozici data pro statistickou analýzu trendů užívání MDMA mezi mladými dospělými v posledním roce, poukazují novější data na změny v situaci (obrázek 2.6). Ve Spojeném království byl po sestupném trendu následný nárůst v letech 2012 až 2014 podle posledních dat odvrácen. Ve Španělsku zůstávají

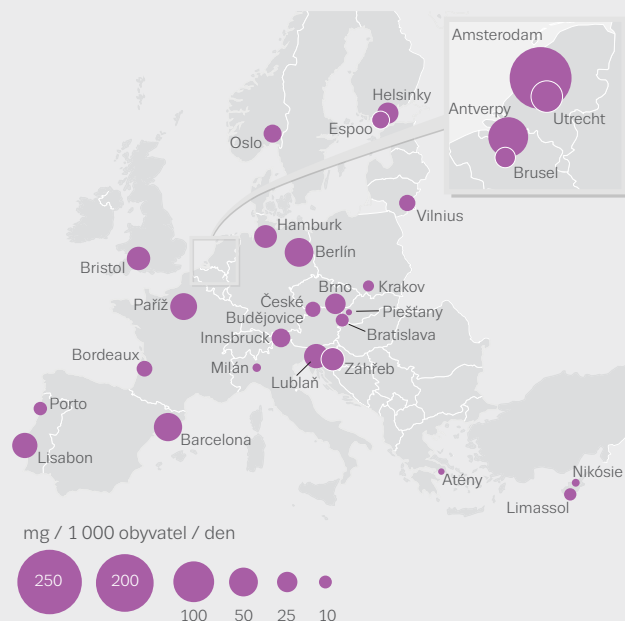
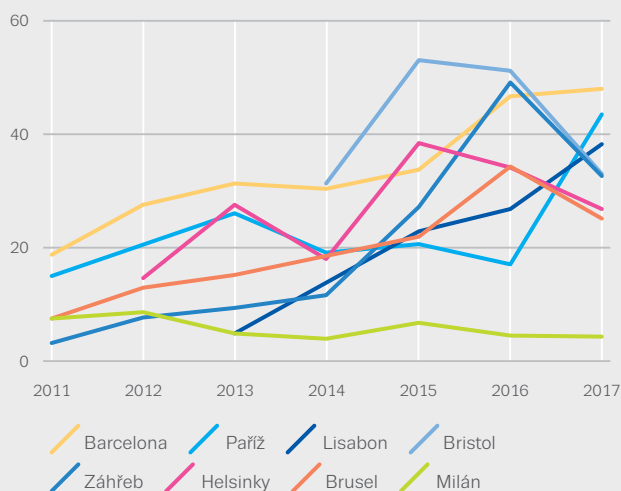




## OBRÁZEK 2.7

## Rezidua MDMA v odpadních vodách ve vybraných evropských městech: trendy a nejnovější data

mg / 1 000 obyvatel / den



Pozn.: Střední denní množství MDMA v miligramech na 1 000 obyvatel. Vzorky byly odebírány ve vybraných evropských městech po dobu jednoho týdne každý rok v letech 2011 až 2017.

Zdroj: Základní skupina pro analýzu odpadních vod v Evropě (SCORE).

zachovány dlouhodobé sestupné trendy, i když poslední hodnoty jsou stabilní. Nejnovější data ukazují značné zvýšení prevalence v Irsku od roku 2011 a pokračující vzestupný trend v Bulharsku. Data z průzkumu provedeného v Nizozemsku v roce 2016 potvrzují vysokou míru hlášenou v předchozích dvou ročních průzkumech.

Analýza provedená v roce 2017 v řadě měst zjistila nejvyšší objemové zatížení MDMA v odpadních vodách ve městech v Belgii, Nizozemsku a Německu (obrázek 2.7). Z 33 měst, která mají k dispozici data za roky 2016 a 2017, 11 uvedlo nárůst, 7 stabilní situaci a 15 pokles. Pokud se podíváme na dlouhodobější trendy, ve většině měst s daty z let 2011 i 2017 (12 měst) bylo množství MDMA v odpadních vodách vyšší v roce 2017 než v roce 2011. Prudký nárůst zaznamenaný v letech 2011–2016 se ale ve většině měst zřejmě v roce 2017 stabilizoval.

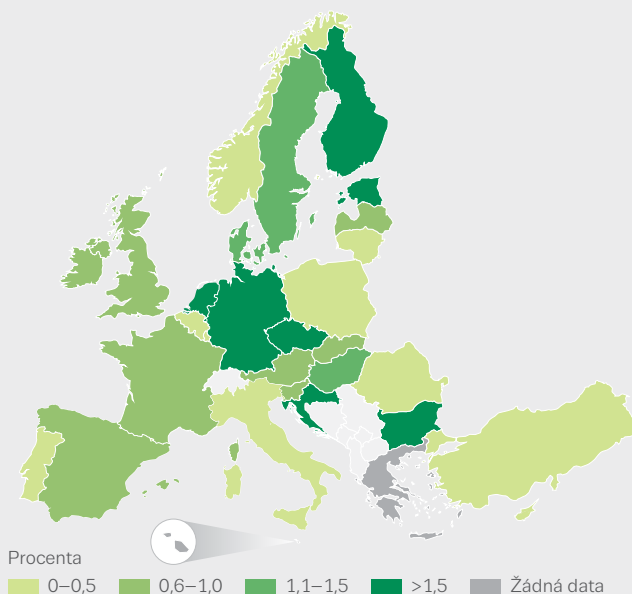
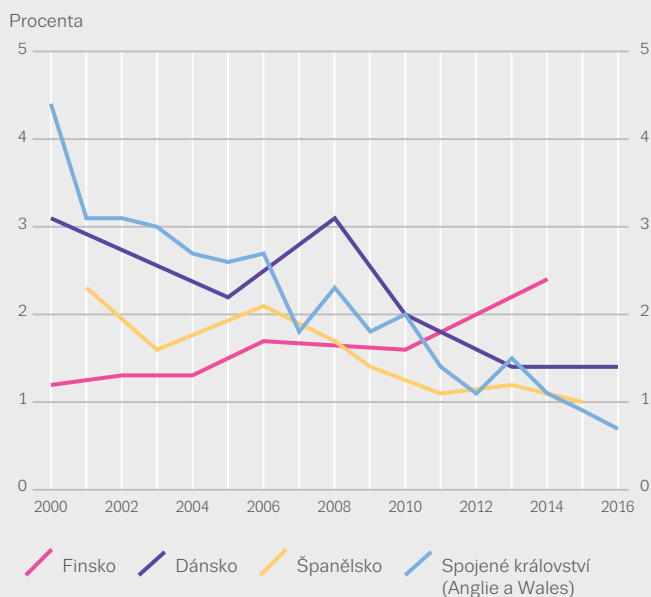
MDMA se často užívá spolu s dalšími látkami, včetně alkoholu. Z aktuálních dat vyplývá, že v zemích s vyšší prevalencí MDMA již MDMA dávno není okrajovou nebo subkulturní drogou užívanou pouze v tanečních klubech a na party, ale užívá ji široké spektrum mladých lidí v prostředí běžné noční zábavy, včetně barů a akcí označovaných jako house party.

Užívání MDMA je zřídka uváděno jako důvod vyhledání specializované léčby drogové závislosti. V roce 2016 uvádělo v Evropě MDMA méně než 1 % (asi 1 000) osob žádajících o léčbu poprvé, a to zejména ve Španělsku, Francii, Spojeném království a Turecku.

**Monitorovací zdroje  
naznačují stabilizaci nebo  
nárůst užívání MDMA**

## OBRÁZEK 2.8

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



### Amfetaminy: výkyvy v užívání, ale stabilní trendy

V Evropě se užívá amfetamin i metamfetamin, dvě úzce spojená stimulantia, ačkoli mnohem častěji se užívá amfetamin. Užívání metamfetaminu je tradičně omezeno na Českou republiku a v poslední době na Slovensko, ačkoli v posledních letech bylo zaznamenáno rostoucí užívání i v jiných zemích. V některých souborech dat nelze tyto dvě látky rozlišit a v takových případech se používá obecný pojem amfetaminy.

Obě drogy lze užívat perorálně i šňupáním, navíc v některých zemích představuje významnou součást problému s drogami i injekční užívání. Metamfetamin lze také kouřit, ale tento způsob aplikace v Evropě není běžně hlášen.

Odhaduje se, že amfetaminy někdy v průběhu života vyzkoušelo 11,9 milionu dospělých Evropanů (ve věku 15–64 let), tj. 3,6 % osob z této věkové skupiny. Z dat o aktuálním užívání MDMA ve věkové skupině, která drogy užívá nejvíce, vyplývá, že v posledním roce užilo amfetaminy 1,2 milionu (1,0 %) mladých dospělých (ve věku 15–34 let), přičemž nejnovější národní odhady prevalence se pohybují od méně než 0,1 % v Portugalsku po 3,6 % v Nizozemsku. Dostupná data naznačují, že přibližně od roku 2000 je ve většině evropských zemí situace ohledně trendů užívání amfetaminů relativně stabilní. Ze zemí, které od roku 2015 provedly nové průzkumy a hlásily intervaly spolehlivosti, 2 uvedly vyšší odhady, 13 stabilní trend a 2 nižší odhady než v předchozím srovnatelném průzkumu.

Statistickou analýzu trendů prevalence užívání amfetaminů mezi mladými dospělými v posledním roce lze provést jen u malého počtu zemí. Dlouhodobé sestupné trendy jsou pozorovány v Dánsku, Španělsku a Spojeném království (obrázek 2.8). Oproti tomu prevalence užívání amfetaminů vzrostla v letech 2000 až 2014 u mladých dospělých ve Finsku.

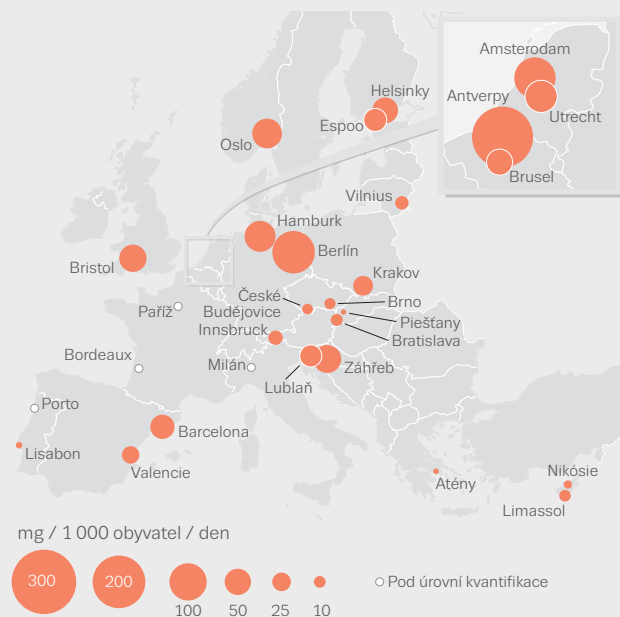
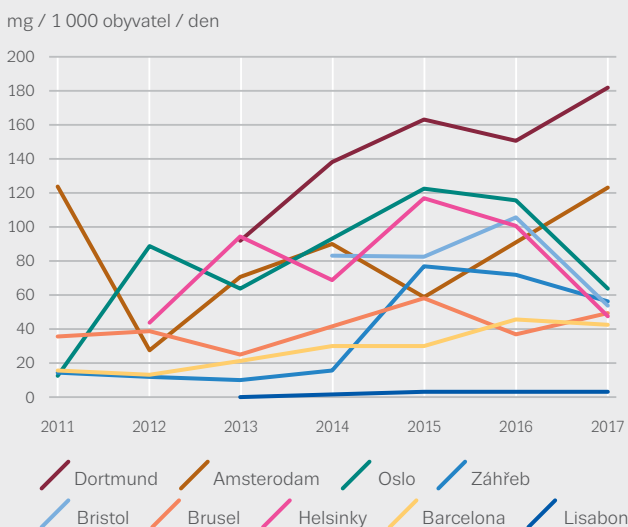
Analýza komunálních odpadních vod provedená v roce 2017 zjistila, že objemové zatížení amfetaminem se v jednotlivých evropských zemích značně liší, přičemž největší hodnoty uváděla města na severu a východě Evropy (viz obrázek 2.9). Ve městech na jihu Evropy byly zaznamenány mnohem nižší hodnoty obsahu amfetaminu.

Z 33 měst, která mají k dispozici data za roky 2016 a 2017, 9 uvedlo nárůst, 11 stabilní situaci a 13 pokles. Celková data z let 2011 až 2017 týkající se amfetaminů ukazují ve většině měst odlišný obraz, ale relativně stabilní trendy.

Metamfetamin se obecně užívá v Evropě málo a jeho užívání se tradičně soustředilo na Českou republiku a Slovensko, nyní se nicméně zdá, že se užívá také na Kypru, na východě Německa, ve Španělsku a v severní Evropě (viz obrázek 2.10). V letech 2016 a 2017 ze 34 měst, která mají k dispozici data o metamfetaminu v odpadních vodách, 12 hlásilo nárůst, 10 stabilní situaci a 12 pokles.

OBRÁZEK 2.9

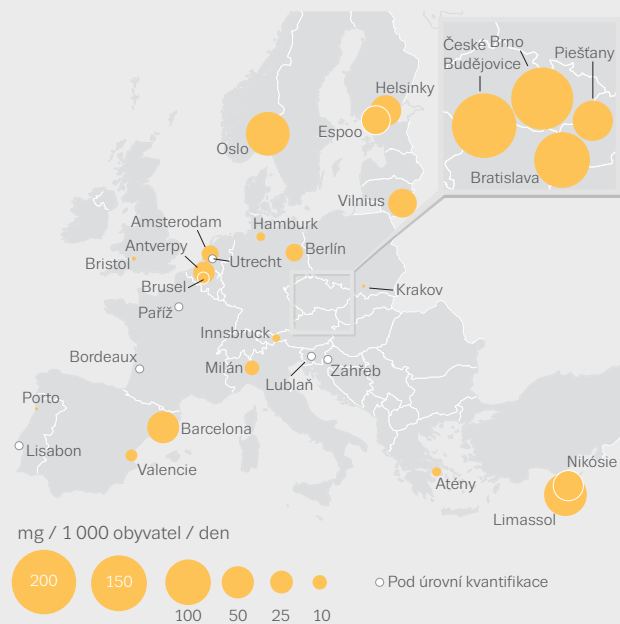
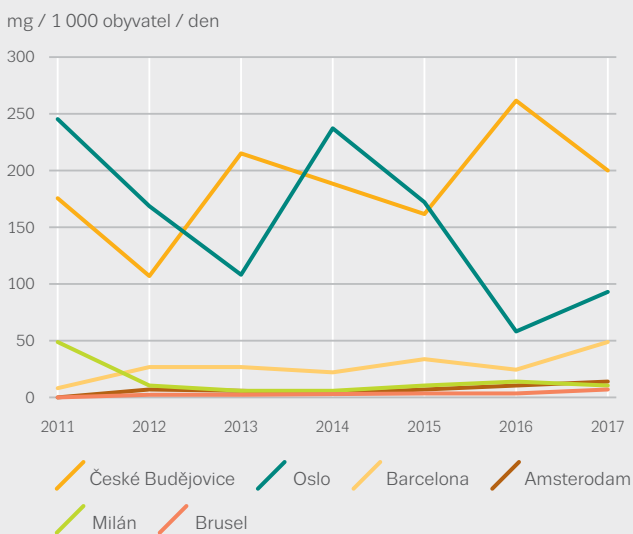
Rezidua amfetaminu v odpadních vodách ve vybraných evropských městech: trendy a nejnovější data



Pozn.: Střední denní množství amfetaminu v miligramech na 1 000 obyvatel. Vzorby byly odebrány ve vybraných evropských městech po dobu jednoho týdne každý rok v letech 2011 až 2017.  
Zdroj: Základní skupina pro analýzu odpadních vod v Evropě (SCORE).

OBRÁZEK 2.10

Rezidua metamfetaminu v odpadních vodách ve vybraných evropských městech: trendy a nejnovější data



Pozn.: Střední denní množství metamfetaminu v miligramech na 1 000 obyvatel. Vzorby byly odebrány ve vybraných evropských městech po dobu jednoho týdne každý rok v letech 2011 až 2017.  
Zdroj: Základní skupina pro analýzu odpadních vod v Evropě (SCORE).

## Vysoce rizikové užívání amfetaminů: poptávka po léčbě je stále vysoká

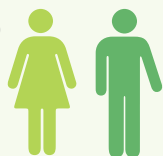
Problémy spojené s dlouhodobým, chronickým a injekčním užíváním amfetaminu byly tradičně nejvíce zjevné v severoevropských zemích. Naopak problémy s metamfetaminem jsou nejvíce patrné v České republice a na Slovensku. Nejnovější odhady vysoce rizikového užívání amfetaminů jsou k dispozici pro Norsko s odhadem 0,33 % neboli 11 200 dospělých (v roce 2013) a pro Německo s odhadem 0,19 % neboli 102 000 dospělých v roce 2015. Uživatelé amfetaminů pravděpodobně představují většinu z odhadovaných 2 230 (0,18 %) vysoce rizikových uživatelů stimulancií, které hlásilo Lotyšsko v roce 2016, což je pokles z 6 540 (0,46 %) v roce 2010. Nejnovější odhady vysoce rizikového užívání metamfetaminu jsou k dispozici pro Českou republiku a Kypr. V České republice bylo vysoce rizikové užívání metamfetaminu u dospělých (15–64 let) v roce 2016 odhadnuto přibližně na 0,50 % (což odpovídá 34 300 uživatelů). To představuje nárůst z 20 900 uživatelů v roce 2007, i když počet uživatelů je v posledních letech relativně stabilní. Na Kypru bylo v roce 2016 odhadem 105 (0,02 %) uživatelů.

Přibližně 35 000 klientů žádajících o specializovanou léčbu drogové závislosti v Evropě v roce 2016 uvedlo jako primární drogu amfetaminy, z čehož asi 15 000 osob požádalo o léčbu poprvé. Primární uživatelé amfetaminu tvoří více než 15 % osob žádajících o léčbu poprvé v Německu, Lotyšsku, Polsku a Finsku. Osoby žádající o léčbu, které jako primární drogu uvádějí metamfetamin, se soustředí v České republice a na Slovensku a dohromady tvoří 90 % z 9 200 klientů žádajících o specializovanou léčbu závislosti na metamfetaminu v Evropě.

## UŽIVATELÉ AMFETAMINŮ ŽÁDAJÍCÍ O LÉČBU

### Charakteristiky

27% 73%



20 Průměrný věk při prvním užití drogy

29 Průměrný věk při nástupu do první léčby

15 500

Osoby žádající o léčbu poprvé

19 900

Osoby žádající o léčbu opakovaně

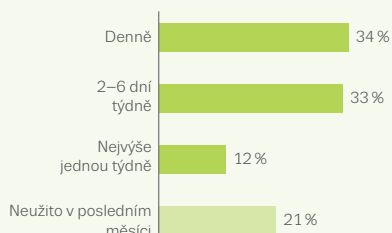
43%

57%

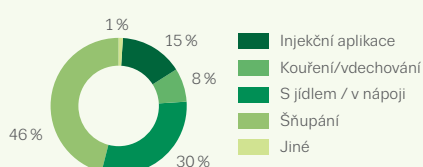


### Četnost užívání v posledním měsíci

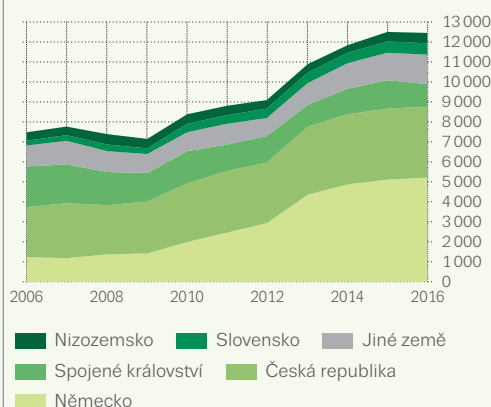
Průměrné užívání 4,4 dne týdně



### Způsob aplikace



### Trendy u osob žádajících o léčbu poprvé



Pozn.: Kromě trendů se data týkají všech osob žádajících o léčbu, jejichž primární drogu jsou amfetaminy. Trendy týkající se osob žádajících o léčbu poprvé jsou založeny na datech z 25 zemí. Do grafu trendů jsou zahrnuty pouze země, které mají data za minimálně 9 z 11 let. Chybějící data jsou interpolována z předcházejících nebo následujících let.

### Ketamin, GHB a halucinogeny: užívání zůstává na nízké úrovni

V Evropě se používá řada dalších látek s halucinogenními, anestetickými, disociačními nebo sedativními účinky: patří mezi ně LSD (diethylamid D-formy kyseliny lysergové), halucinogenní houby, ketamin a GHB (kyselina gama-hydroxymáselná).

Během posledních dvaceti let je v určitých podskupinách uživatelů drog v Evropě zaznamenáváno rekreační užívání ketaminu a GHB (včetně jejího prekurzoru, GBL, gama-butyrolaktonu). Existují-li, zůstávají národní odhady prevalence užívání GHB a ketaminu v populaci dospělých i studentů na nízké úrovni. Norsko v průzkumu z roku 2016 uvedlo prevalenci užívání GHB v posledním roce u dospělých (16–64 let) ve výši 0,1 %. Prevalence užívání ketaminu v posledním roce u mladých dospělých (15–34 let) byla v roce 2016 odhadnuta na 0,1 % v České republice a Rumunsku a na 0,8 % ve Spojeném království.

Celkové míry prevalence užívání LSD a halucinogenních hub v Evropě jsou po řadu let všeobecně nízké a stabilní. U mladých dospělých (15–34 let) hlásí národní průzkumy z roku 2016 nebo z posledního roku průzkumu odhadovanou prevalenci v posledním roce u obou látek nižší než 1 %, kromě Nizozemska (1,9 %), Finska (1,9 %) a České republiky (3,1 %) u halucinogenních hub a Finska (1,3 %) a České republiky (1,4 %) u LSD.

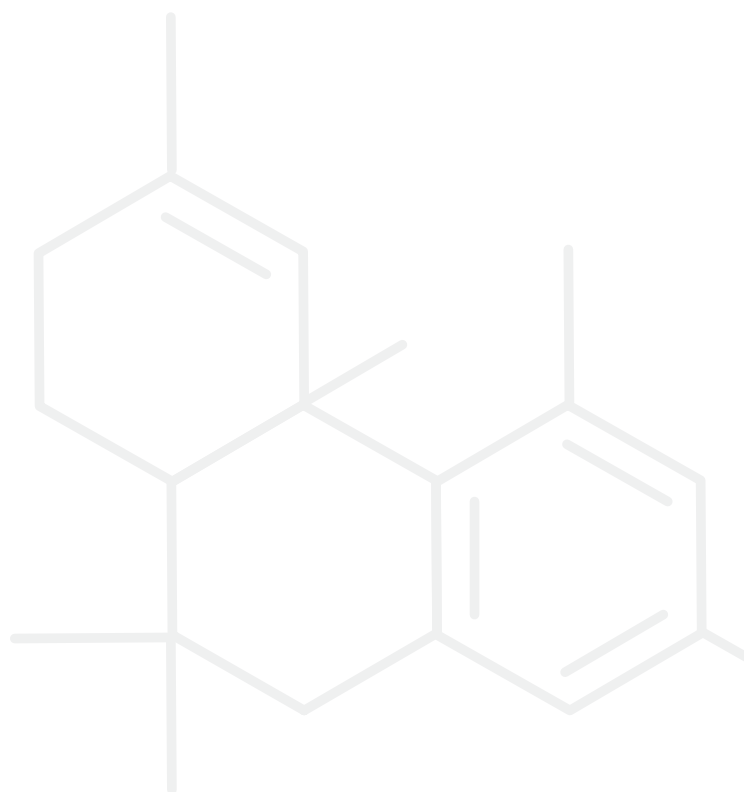
### Užívání nových psychoaktivních látek: vysoce rizikové užívání u marginalizovaných populací

Řada zemí zařadila nové psychoaktivní látky do svých průzkumů v obecné populaci, avšak odlišné metody a otázky průzkumu neumožňují plné srovnávání mezi zeměmi. Třináct evropských zemí hlásí národní odhady užívání nových psychoaktivních látek (vyjma ketaminu a GHB) od roku 2011. U mladých dospělých (ve věku 15–34 let) se prevalence užívání těchto látek v posledním roce pohybovala od 0,2 % v Itálii a Norsku do 1,7 % v Rumunsku. Data z průzkumu týkající se užívání mefedronu jsou k dispozici za Spojené království (Anglii a Wales). V posledním průzkumu (2016–2017) se užívání této drogy v posledním roce mezi osobami ve věku 16 až 34 let odhadovalo na 0,3 %, což je pokles oproti 1,1 % v letech 2014–2015. V nejnovějších průzkumech se užívání syntetických kanabinoidů v posledním roce u osob ve věku 15 až 34 let pohybovalo od 0,2 % ve Španělsku do 1,5 % v Lotyšsku.

Zatímco míra užívání nových psychoaktivních látek je v Evropě celkově nízká, ve studii EMCDDA z roku 2016 hlásily více než dvě třetiny zemí jejich užívání vysoce rizikovými uživateli drog. Se zdravotními a sociálními problémy je spojeno zejména užívání syntetických katinonů injekčními uživateli opioidů a stimulantů. V mnoha evropských zemích bylo označeno za problém také kouření syntetických kanabinoidů v marginalizovaných populacích včetně bezdomovců a vězňů.

Celkově v Evropě v současné době žádá o léčbu kvůli problémům spojeným s užíváním nových psychoaktivních látek jen málo lidí, i když v některých zemích jsou tyto látky významné. Podle nejnovějších dat uvedlo užívání syntetických kanabinoidů jako hlavní důvod žádosti o specializovanou léčbu drogové závislosti 17 % klientů v Turecku a 7 % v Maďarsku. Ve Spojeném království uvedlo problémy související s primárním užíváním syntetických katinonů 0,3 % osob žádajících o léčbu.

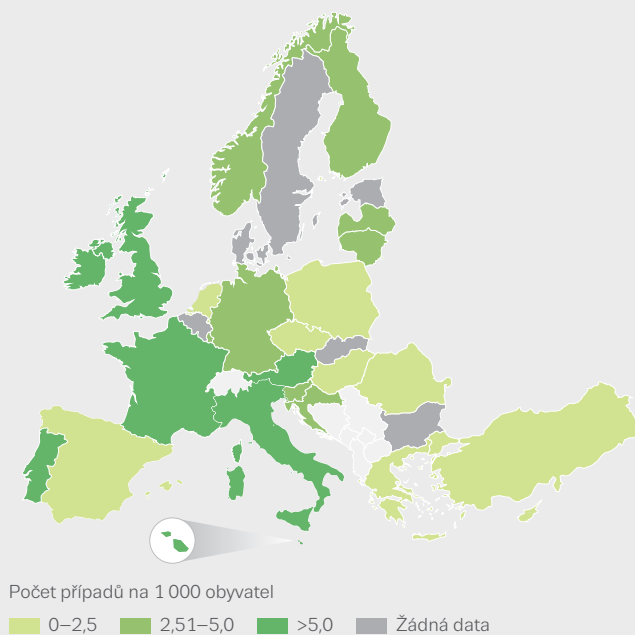
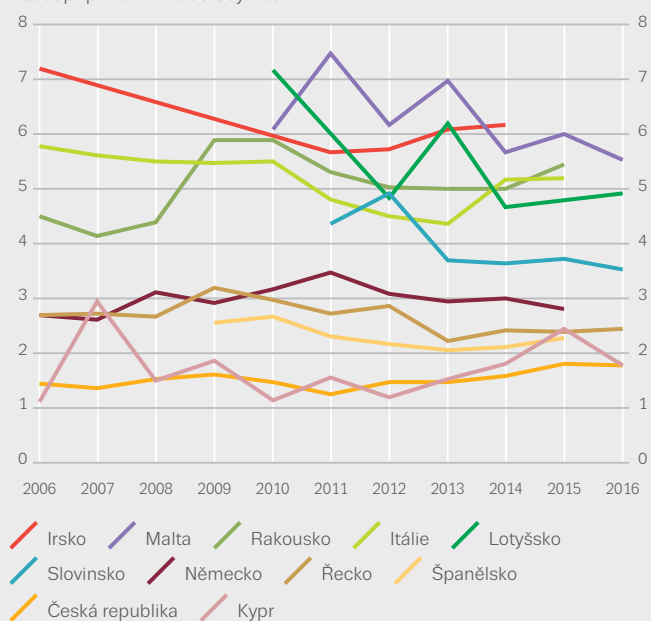
Ve Spojeném království vyvolává obavy zejména užívání syntetických kanabinoidů u vězňů. Průzkum provedený v roce 2016 ve věznicích ve Spojeném království zjistil, že 33 % z 625 vězňů uvedlo v posledním měsíci užití syntetické marihuany zvané „Spice“, přičemž 14 % vězňů uvedlo, že v posledním měsíci užilo konopí.



## OBRÁZEK 2.11

Národní odhady roční prevalence vysoce rizikového užívání opioidů: vybrané trendy a nejnovější data

Počet případů na 1 000 obyvatel



### Vysoce rizikové užívání opioidů: stále převládá heroin

Nejčastěji užívaným opioidem v Evropě je heroin, který lze kouřit, šňupat nebo aplikovat injekčně. Zneužívá se i celá řada syntetických opioidů, jako je metadon, buprenorfin a fentanyl.

Evropa zažila několik vln závislosti na heroínu: první, která postihla mnoho západních zemí od poloviny 70. let 20. století, a druhou, která dopadla na ostatní země, zejména ty ve střední a východní Evropě, v druhé polovině 90. let. V posledních letech bylo pozorováno stárnutí kohorty vysoce rizikových uživatelů opioidů, kteří pravděpodobně již podstoupili substituční léčbu.

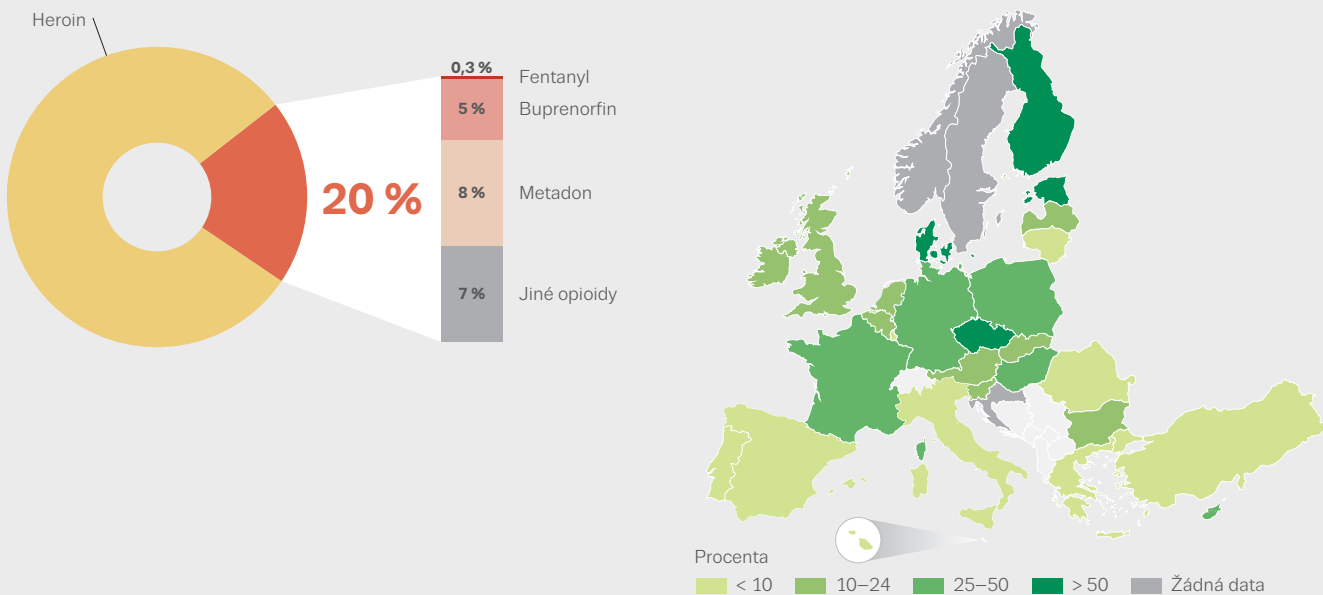
Prevalence vysoce rizikového užívání opioidů mezi dospělými (15–64 let) se v roce 2016 odhaduje na 0,4 % populace EU neboli 1,3 milionu vysoce rizikových uživatelů opioidů. Na národní úrovni se odhady prevalence vysoce rizikového užívání opioidů pohybují od méně než jednoho do více než osmi případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let. V pěti nejlidnatějších zemích Evropské unie, které tvoří 62 % její populace (v Německu, Španělsku, Francii, Itálii a Spojeném království), žijí tři čtvrtiny (76 %) odhadovaného počtu vysoce rizikových uživatelů opioidů. Z jedenácti zemí s pravidelnými odhady vysoce rizikového užívání opioidů v letech 2006 až 2016 vykazují Španělsko a Itálie statisticky významný pokles, zatímco v České republice byl zaznamenán statisticky významný nárůst (obrázek 2.11).

V roce 2016 hlásilo užívání opioidů jako hlavní důvod žádosti o specializovanou léčbu drogové závislosti 177 000 klientů neboli 37 % všech klientů žádajících o léčbu drogové závislosti v Evropě. 35 000 z nich požádalo o léčbu poprvé. Primární uživatelé heroínu tvořili 82 % klientů žádajících poprvé o léčbu závislosti na opioidech.

Podle dostupných dat o trendech se počet uživatelů heroínu žádajících poprvé o léčbu od roku 2007, kdy bylo dosaženo maxima, snížil v roce 2013 o více než polovinu na nejnižší úroveň a poté se v posledních letech stabilizoval.

OBRÁZEK 2.12

Osoby žádající o léčbu v souvislosti s opioidy jako primární drogou: podle typu opioidu (vlevo) a procenta osob uvádějících jiné opioidy než heroin (vpravo)



**Syntetické opioidy: v rámci Evropy se užívají různé látky**

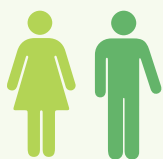
Heroin sice zůstává nejčastěji užívaným nelegálním opoidem, z řady zdrojů je však patrné, že roste míra zneužívání legálních syntetických opoidů (jako je metadon, buprenorfin a fentanyl). Mezi opioidy uváděné osobami

žadajícími o léčbu patří zneužívaný metadon, buprenorfin, fentanyl, kodein, morfin, tramadol a oxykodon. V některých zemích představují nejběžnější formu užívání opoidů mezi osobami žádajícími o specializovanou léčbu jiné opioidy než heroin. V roce 2016 osmnáct evropských zemí uvádělo, že více než 10 % všech klientů užívajících opioidy, kteří žádají o specializovanou léčbu drogové závislosti, mělo

**UŽIVATELÉ HEROINU ŽÁDAJÍCÍ O LÉČBU**

**Charakteristiky**

20% 80%



23 Průměrný věk při prvním užití drogy

34 Průměrný věk při nástupu do první léčby

28 200 Osoby žádající o léčbu poprvé

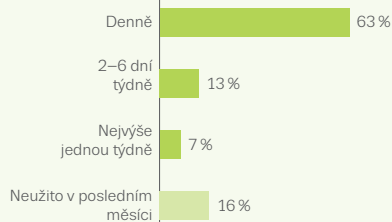
19%

117 200 Osoby žádající o léčbu opakovaně

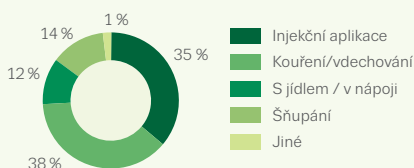
81%

**Četnost užívání v posledním měsíci**

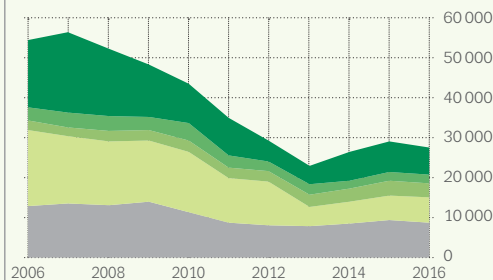
Průměrné užívání 6 dne týdně



**Způsob aplikace**



**Trendy u osob žádajících o léčbu poprvé**

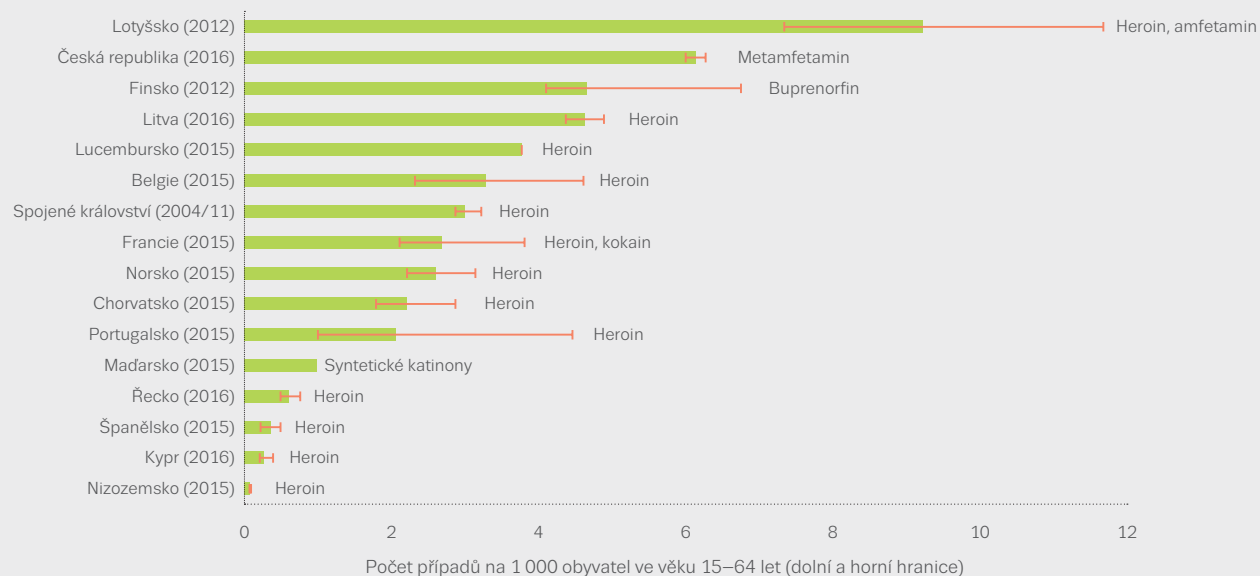


Itálie Španělsko Německo Spojené království Jiné země

Pozn.: Kromě trendů se data týkají všech osob žádajících o léčbu, jejichž primární drogou je heroin. Data z Německa se týkají osob žádajících o léčbu, jejichž primární drogou jsou „opioidy“. Trendy týkající se osob žádajících o léčbu poprvé jsou založeny na datech z 25 zemí. Do grafu trendů jsou zahrnuty pouze země, které mají data za minimálně 9 z 11 let. Chybějící data jsou interpolována z předcházejících nebo následujících let. Kvůli změnám toku dat na národní úrovni nejsou data od roku 2014 za Itálii srovnatelná s předchozími roky.

## OBRÁZEK 2.13

## Injekční užívání drog: nejnovější odhady prevalence a hlavní injekčně užívaná droga



problémy primárně s jinými opioidy než heroinem (obrázek 2.12). V Estonsku většina osob žádajících o léčbu, které jako primární drogu uváděly opioidy, užívala fentanyl, zatímco ve Finsku byl nejčastěji uváděným primárním opioidem u osob žádajících o léčbu buprenorfin. Zneužívání buprenorfinu uvádí okolo 30 % klientů užívajících opioidy v České republice a zneužívání metadonu 22 % klientů užívajících opioidy v Dánsku. Na Kypru a v Polsku žádá o léčbu z důvodu problémů spojených s užíváním jiných opioidů, jako je oxykodon (Kypr) a „kompot“ – heroin z makové slámy (Polsko), 20 až 30 % klientů užívajících opioidy. Kromě toho mohou být pod obecným označením opioidů hlášeny osoby žádající o léčbu z důvodu problémů souvisejících s novými psychoaktivními látkami s účinky podobnými opioidům.

### Injekční užívání drog: pokračující pokles počtu nových klientů žádajících o léčbu

Injekční užívání drog je nejčastěji spojováno s opioidy, ačkoli v několika zemích je problémem injekční užívání stimulantů, jako jsou amfetaminy nebo kokain.

Odhady prevalence injekčního užívání drog od roku 2011 má pouze šestnáct zemí. Tyto odhady se pohybují od méně než jednoho po devět případů na 1 000 obyvatel ve věku 15-64 let. Ve většině těchto zemí lze hlavní injekčně užívanou drogu jasně identifikovat, i když v některých zemích je míra užívání podobně vysoká u dvou drog. Opioidy jsou hlášeny jako hlavní injekčně užívaná droga ve většině (14) zemí (viz obrázek 2.13). 13 z těchto zemí uvádí heroin, zatímco Finsko buprenorfin. Stimulancia jsou hlášena jako hlavní injekčně užívaná droga ve čtyřech zemích, kde užívané látky zahrnují syntetické katinony (Maďarsko), kokain (Francie), amfetamin (Lotyšsko) a metamfetamin (Česká republika).

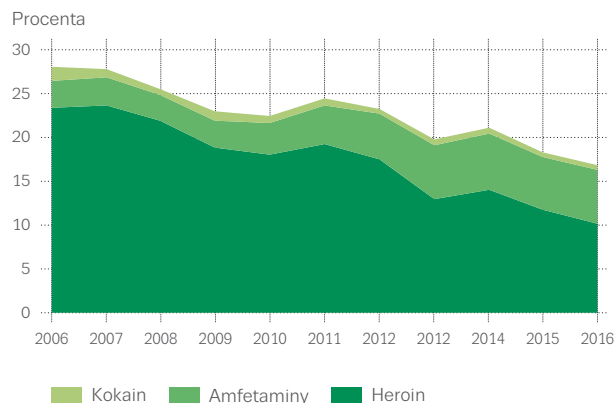


OBRÁZEK 2.14

Z klientů závislých na heroinu jako primární droze, kteří požádali o specializovanou léčbu drogové závislosti poprvé v roce 2016, 27 % uvedlo jako hlavní způsob aplikace injekční užívání, což představuje pokles ze 43 % v roce 2006. Míry injekční aplikace v této skupině se v jednotlivých zemích liší, od 8 % ve Španělsku po 90 či více % v Lotyšsku, Litvě a Rumunsku. Injekční způsob aplikace uvádí jako nejčastější způsob aplikace 1 % uživatelů kokainu žádajících o léčbu poprvé a 47 % primárních uživatelů amfetaminů žádajících o léčbu poprvé. Celkový obraz situace s amfetaminy je ovšem silně ovlivněn Českou republikou, na kterou v Evropě připadá 87 % nových klientů užívajících injekčně metamfetamin. Vezmeme-li v úvahu všechny tyto tři injekčně užívané drogy společně, míra injekční aplikace u osob žádajících o léčbu poprvé v Evropě klesla z 28 % v roce 2006 na 17 % v roce 2016 (obrázek 2.14).

Injekční užívání syntetických katinonů, byť se nejedná o rozšířený jev, je nadále hlášeno u specifických populací, včetně injekčních uživatelů opioidů a klientů žádajících o léčbu drogové závislosti v některých zemích, a u klientů programu výměny jehel v Maďarsku. V nedávné studii EMCDDA deset zemí uvedlo injekční užívání syntetických katinonů (často spolu s dalšími stimulanty a GHB) v souvislosti se sex party malých skupin mužů majících sex s muži.

**Injekční užívání u osob žádajících o léčbu poprvé, jejichž primární drogou je heroin, kokain nebo amfetaminy: procento osob, které nahlásily injekční aplikaci jako hlavní způsob aplikace drogy**



Pozn.: Trendy vycházejí z dat 21 zemí za minimálně 9 z 11 let.



**Injekční užívání  
syntetických katinonů  
je nadále hlášeno  
u specifických populací**

## VÍCE INFORMACÍ

### Publikace EMCDDA

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

#### 2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

#### 2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communications.

#### 2015

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2013

Trends in heroin use in Europe: what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

#### 2012

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

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

### Společné publikace EMCDDA a ESPAD

#### 2016

ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Všechny tyto publikace naleznete na adrese [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications).



# 3

**Užívání nelegálních drog  
je uznávaným faktorem,  
který přispívá k celosvětové  
zátěži způsobené nemocí**

# Škody související s drogami a intervence

Užívání nelegálních drog je uznávaným faktorem, který přispívá k celosvětové zátěži způsobené nemocností.

S užíváním drog jsou spojovány chronické i akutní zdravotní problémy, které dále umocňují různé faktory, včetně vlastností látek, způsobu aplikace, zranitelnosti jedince a sociálního kontextu, v němž se drogy užívají. Chronické problémy zahrnují závislost a infekční nemoci související s drogami, existuje však i řada akutních poškození, z nichž nejlépe zdokumentovaným je předávkování. Přestože užívání opioidů je poměrně ojedinělé, tyto drogy stále tvoří většinu případů nemocnosti a úmrtnosti spojených s užíváním drog. Injekční užívání drog zvyšuje rizika. V porovnání s tím, přestože zdravotní problémy spojené s užíváním konopí jsou nepochybně menší, vysoká prevalence užívání této drogy může mít důsledky v oblasti veřejného zdraví. Různorodý obsah a čistota dostupných látek zvyšují potenciální škody a ztěžují protidrogové intervence.

Navržení a realizace účinných protidrogových intervencí založených na důkazech stojí ve středu zájmu evropských protidrogových politik a zahrnuje řadu opatření. Přístupy

v oblasti prevence a včasné intervence usilují o předcházení užívání drog a souvisejících problémů, zatímco léčba, včetně psychosociálních a farmakologických přístupů, představuje primární reakci na závislost. Některé hlavní intervence, jako je substituční léčba závislosti na opioidech a programy výměny jehel a stříkaček, byly vyvinuty v rámci reakce na injekční užívání opioidů a související problémy, zejména šíření infekčních nemocí a úmrtí v důsledku předávkování.

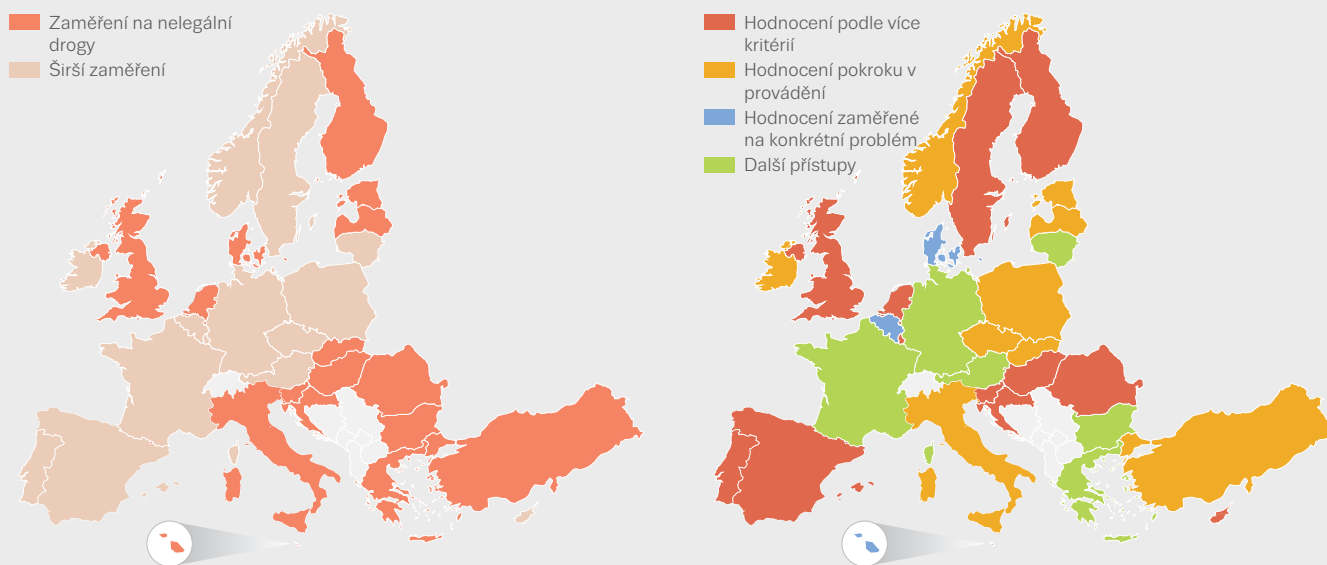
## Monitorování škod souvisejících s drogami a intervencí

Informace o zdravotních a sociálních intervencích při řešení problémů s užíváním drog, včetně protidrogových strategií a veřejných výdajů souvisejících s drogami, EMCDDA poskytuje národní kontaktní místa sítě Reitox a pracovní skupiny odborníků. Tam, kde nejsou dostupné formalizovanější soubory dat, poskytují doplňující informace o dostupnosti intervencí odborná hodnocení. Tato kapitola je také založena na přehledech vědecky ověřených informací o účinnosti intervencí v oblasti veřejného zdraví. Další informace naleznete na internetových stránkách EMCDDA v oddílech *Zdravotní a sociální protidrogové intervence: evropský průvodce* a *Portál osvědčených postupů*.

Infekční nemoci související s drogami a nemocnost a úmrtnost spojená s užíváním drog jsou hlavní poškození zdraví, která EMCDDA systematicky monitoruje. Doplňují je omezenější data o akutních hospitalizacích spojených s drogami a data ze systému včasného varování EU, který monitoruje škody související s novými psychoaktivními látkami. Další informace jsou k dispozici na internetu v oddílech *Klíčové epidemiologické ukazatele*, *Statistický věstník* a *Opatření v oblasti nových drog*.

## OBRÁZEK 3.1

## Zaměření národních protidrogových strategií (vlevo) a způsob hodnocení (vpravo) v roce 2017



Pozn.: Strategie se širším zaměřením mohou zahrnovat například legální drogy a další závislosti. Zatímco Spojené království má strategii zaměřenou na nelegální drogy, Wales i Severní Irsko mají široké strategie, do nichž je zahrnut alkohol.

### Protidrogové strategie: širší zaměření

Téměř polovina ze třiceti zemí monitorovaných EMCDDA má ve svých národních protidrogových strategiích vedle nelegálních drog nyní zahrnuté také různé kombinace problémů spojených s návykovými látkami a chováním. Tyto nástroje pro plánování používají vlády k vypracování celkového přístupu a konkrétních intervencí u různých zdravotních, sociálních a bezpečnostních aspektů problémů souvisejících s drogami. Zatímco v Dánsku je národní protidrogová politika promítnuta do řady strategických dokumentů, právních předpisů a konkrétních opatření, všechny ostatní země mají jeden dokument o národní protidrogové strategii. V šestnácti zemích se protidrogová strategie zaměřuje zejména na nelegální drogy. V ostatních čtrnácti zemích je zaměření politiky širší a více zohledňuje i další návykové látky a chování (viz obrázek 3.1). Ve Spojeném království však mají obsáhlé strategické dokumenty decentralizované správy Walesu a Severního Irsku. Pokud zahrneme i tyto dva dokumenty, zvýší se celkový počet obsáhlých protidrogových strategií na šestnáct. Uvedené obsáhlé dokumenty se zabývají zejména nelegálními drogami, přičemž rozsah zahrnutí dalších látek a závislostí se liší. Všechny dokumenty se zabývají alkoholem, deset bere v potaz tabák, devět zahrnuje léčivé přípravky, tři doping ve sportu (např. drogy na zvýšení výkonnosti) a osm se věnuje návykovému chování (např. gamblerství). Všechny národní protidrogové strategie bez ohledu na své zaměření podporují vyvážený přístup k protidrogové politice navržené v protidrogové

strategii EU (2013–2020) a akčním plánu (2017–2020), které klade důraz na snížení poptávky po drogách i nabídky drog.

Všechny evropské země hodnotí své národní protidrogové strategie, i když různými přístupy. Cílem hodnocení zpravidla bývá posoudit dosaženou úroveň provádění strategie a změny celkové situace v oblasti drog v průběhu času. V roce 2017 bylo hlášeno dvanáct hodnocení podle více kritérií, devět hodnocení pokroku v provádění a tři hodnocení zaměřená na konkrétní problémy, zatímco šest zemí použilo jiné přístupy, jako je kombinace posuzování ukazatelů a výzkumných projektů (viz obrázek 3.1). Trend směřující k používání široce zaměřených strategií se postupně odráží v používání hodnocení se širším zaměřením. V současné době zveřejňují hodnocení široce zaměřených strategií Francie, Lucembursko, Švédsko a Norsko. Tato rozšířená strategie přináší možnost dosáhnout integrovanějšího přístupu k veřejnému zdraví, ale i výzvy, pokud jde o koordinaci jejího provádění, monitorování a hodnocení.

### Prevence založená na důkazech: podpora realizace

Prevence užívání drog a problémů souvisejících s drogami mezi mladými lidmi je klíčovým cílem národních protidrogových strategií v Evropě a zahrnuje širokou škálu přístupů. Strategie prevence zaměřené na prostředí a všeobecné prevence se orientují na celou populaci, selektivní prevence si za svůj cíl vybírá zranitelné skupiny, u nichž hrozí vyšší riziko, že se u nich rozvinou problémy s užíváním drog, a indikovaná prevence se soustředí na ohrožené jedince.

Zájem o uplatňování programů prevence založených na důkazech se v Evropě v posledních letech zvyšuje, což podporují zřízené registry, vzdělávací iniciativy a standardy kvality. V roce 2018 byly registry založeny nebo jsou vyvíjeny ve více než třetině ze třiceti zemí, které EMCDDA monitoruje. Registry mají vstupní a hodnotící kritéria pro účinnost programů. Evropský registr Xchange odkazuje na národní registry a obsahuje přibližně dvacet programů pro prevenci užívání drog, které vycházejí z příruček a byly důkladně posouzeny včetně jejich výsledků. Poskytuje také zkušenosti z realizace v praxi, včetně organizačních a kulturních překážek při provádění programu (nábor, načasování, problémy s adaptací) a způsobu jejich překonání.

Pro úspěšné zavedení preventivních přístupů je zásadní odborné školení. Možnosti formálního odborného vzdělávání v oblasti prevence jsou však omezené. Nedávno byla pro evropské posluchače upravena jedna nová iniciativa nazvaná Kurikulum všeobecné prevence, která vychází z mezinárodních doložených standardů, a to ve formě 9týdenního univerzitního programu i ve zhuštěné formě 3–5denního školicího kurzu (UPC-Adapt) pro osoby s regionální nebo místní rozhodovací pravomocí nebo tvůrců veřejného mínění. Krátká verze je v roce 2018 zaváděna ve třetině členských států EU.

### Prevence v určitém prostředí: vícesložkové programy zaměřené na prostředí noční zábavy

Zvýšené využívání přístupů zaměřených na prostředí k prevenci v prostředí noční zábavy uvádí řada zemí, většinou v severní Evropě. Většina přístupů zaměřených na prostředí se primárně zaměřuje na alkohol, ale díky sdíleným

(kontextuálním) rizikovým faktorům problémového užívání alkoholu a jiných drog mohou být tyto přístupy přínosné také v prevenci zneužívání dalších látek. Jejich uplatňování je ale stále omezené. Jedním ze zajímavých přístupů jsou vícesložkové koalice v prostředí nočních podniků, které kombinují školení obsluhy, vstupní kontroly, dohled a mobilizaci komunity. Objevují se důkazy, které naznačují, že tento přístup může být účinný při snižování škodlivého dopadu alkoholu a drog. Jedním příkladem je projekt STAD ve Švédsku, který se nyní rozjíždí v šesti dalších zemích EU. V roce 2016 ale hlásily širokou dostupnost vícesložkových intervencí jen dvě země (Finsko a Spojené království).

### Mobilní zdravotní aplikace: rozšíření přístupu k intervencím

Stále se zvyšuje dostupnost široké škály protidrogových intervencí on-line, včetně mobilních zdravotních aplikací pro chytré telefony. Internetové intervence a intervence v rámci mobilních zdravotních aplikací mají potenciál rozšířit dosah preventivních a léčebných programů a jejich zeměpisné pokrytí tak, aby se dostaly k lidem, kteří by jinak ke specializovaným drogovým službám neměli přístup. Intervence, které jsou k dispozici prostřednictvím chytrých telefonů, mohou zahrnovat nástroje elektronického učení pro odborníky na drogovou problematiku, protidrogovou prevenci a opatření na omezování škod, digitální dosah v rámci sociálních médií, monitorování pacientů, dohled a poskytování léčby.

Nedávná studie EMCDDA identifikovala více než 60 mobilních zdravotních aplikací souvisejících s drogami dostupných v on-line obchodech s aplikacemi, z čehož téměř polovina pocházela z Evropy. Většina aplikací poskytuje informace související s drogami spojené s určitou formou intervence. Primárním cílem evropských intervencí v rámci mobilních zdravotních aplikací byla podpora minimalizace škod u návštěvníků party a mladých lidí. V rámci metod používaných v aplikacích byly zavedeny intervenční metody léčby prostřednictvím internetu, jako jsou deníky užívání drog, personalizovaná zpětná vazba k samostatně stanoveným cílům snížení užívání drog a interakce s profesionálními terapeuty, například prostřednictvím šifrovaných zpráv. Některé aplikace také používají účinné metody prevence, jako jsou metody sociálních norem, a omezení klamných představ o užívání drog u vrstevníků. Nedostatek standardů kvality pro mobilní zdravotní aplikace v oblasti drog, stejně jako obavy týkající se ochrany dat a nedostatek základních důkazů představují výzvy pro budoucí vývoj v této oblasti. Mobilní zdravotní aplikace se ale pravděpodobně stanou důležitými intervenčními nástroji souvisejícími s drogami pro uživatele i odborníky v celé Evropě.

**Pro úspěšné zavedení preventivních přístupů je zásadní odborné školení**

## OBRÁZEK 3.2

**Léčba drogové závislosti: komunitní služby**

Léčba drogové závislosti představuje hlavní způsob intervence používaný u jednotlivců, kteří mají problémy s užíváním drog, včetně závislosti. Zajistit dobrý přístup k vhodným službám v oblasti léčby je klíčovým politickým cílem.

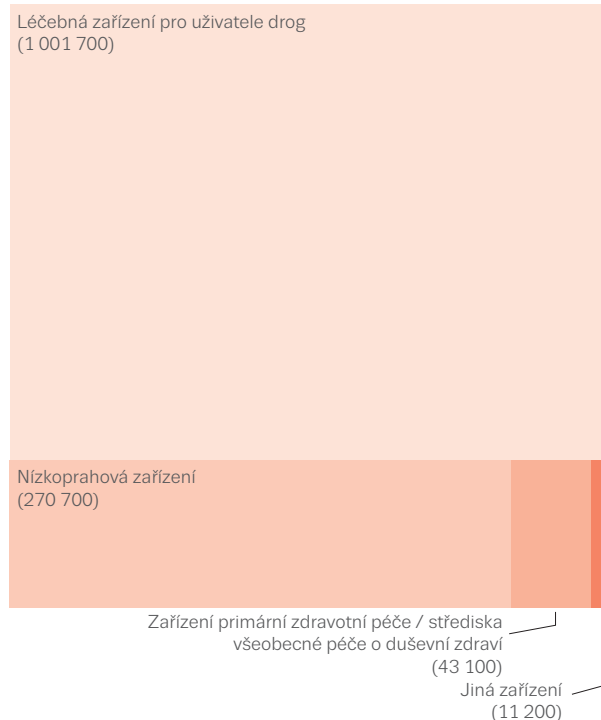
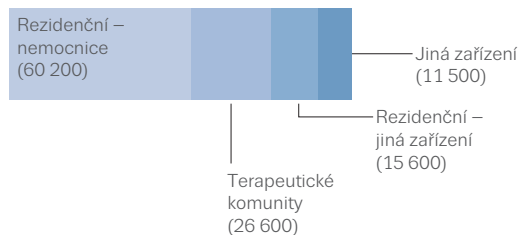
V Evropě je léčba drogové závislosti většinou poskytována v ambulantních zařízeních, přičemž největším poskytovatelem z hlediska počtu léčených uživatelů drog jsou zařízení pro specializovanou ambulantní léčbu uživatelů drog (obrázek 3.2). Druhým největším poskytovatelem péče jsou nízkoprahová zařízení, po nichž následuje primární zdravotní péče a střediska všeobecné péče o duševní zdraví. Do této poslední kategorie patří ordinace praktických lékařů, kteří v některých velkých zemích, např. ve Francii a Německu, plní významnou úlohu, pokud jde o předepisování substituční léčby závislosti na opioidech. Jinde, například ve Slovinsku, hrají v poskytování ambulantní léčby ústřední úlohu střediska péče o duševní zdraví.

Menší část léčby drogové závislosti je v Evropě poskytována v nemocničních zařízeních, zejména v nemocničních rezidenčních zařízeních (např. psychiatrických léčebnách), ale také v terapeutických komunitách a zařízeních pro specializovanou rezidenční léčbu. Relativní význam poskytování ambulantní a ústavní léčby v rámci národních systémů léčby drogové závislosti se mezi jednotlivými zeměmi značně liší.

**Léčba drogové závislosti: druhy žádostí a způsoby absolvování léčby klienty**

Odhaduje se, že v roce 2016 podstoupilo léčbu závislosti na nelegálních drogách v Evropě 1,3 milionu osob (1,5 milionu včetně Norska a Turecka). Nejběžnější stále je, že o specializovanou léčbu drogové závislosti požádá klient na základě vlastního rozhodnutí. Tato forma žádosti, která zahrnuje také doporučení ze strany rodinných příslušníků nebo přátel, se v Evropě v roce 2016 týkala téměř poloviny (48 %) klientů, kteří požádali o specializovanou léčbu drogové závislosti. Asi čtvrtinu (26 %) klientů doporučily zdravotní, vzdělávací a sociální služby včetně jiných léčebných zařízení pro uživatele drog a 16 % systém trestního soudnictví. V řadě zemí jsou zavedeny režimy, které umožňují odklon v trestním řízení a předání pachatele drogové trestné činnosti z trestněprávního systému do

Počty klientů, které v roce 2016 podstoupili léčbu drogové závislosti v Evropě, podle zařízení

**Ambulantní****Ústavní****Věznice**

**V Evropě je léčba drogové závislosti většinou poskytována v ambulantních zařízeních**



## OBRÁZEK 3.3

programů léčby drogové závislosti. To může zahrnovat soudní příkaz k absolvování léčby nebo podmíněný trest odnětí svobody pod podmínkou nástupu na léčbu; v některých zemích je odklon možný i v dřívější fázi trestního řízení.

Praxe doporučení k léčbě se velmi liší jak mezi jednotlivými zeměmi, tak podle primární drogy. Při doporučení uživatelů konopí k léčbě hraje zvláště významnou roli trestní soudnictví. Celkově v Evropě doporučí systém trestního soudnictví k léčbě 26 % klientů, kteří užívají konopí. Tento podíl se ale mezi zeměmi značně liší. V roce 2016 se v zemích s více než 100 novými klienty léčenými z důvodu závislosti na konopí pohyboval podíl doporučení k léčbě ze strany soudu, probační služby nebo policie od 2 % v Nizozemsku po více než 80 % v Maďarsku a Rumunsku.

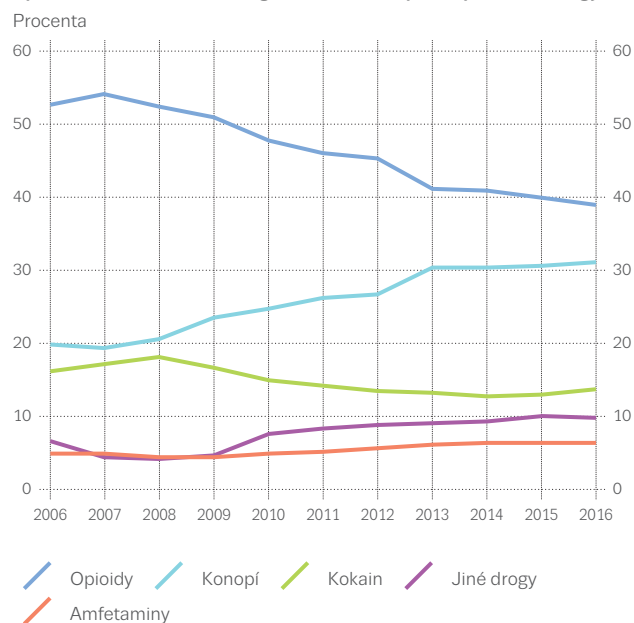
Způsob, jakým klienti absolvují léčbu drogové závislosti, je často charakterizován využíváním různých služeb, opakovanými žádostmi o léčbu a různou dobou pobytu. Největší skupinu podstupující specializovanou léčbu představují uživatelé opioidů, na něž také připadá největší procento dostupných zdrojů na léčbu, a to zejména v podobě substituční léčby. Přehled o průběhu léčby poskytují výsledky analýzy dat o specializované léčbě z devíti evropských zemí v roce 2016. Z hlášených 370 000 klientů absolvujících léčbu v těchto zemích nastoupilo v daném roce necelých 20 % na léčbu poprvé v životě, 27 % opakovaně poté, co absolvovali léčbu v předcházejícím roce, a více než polovina se soustavně léčila déle než jeden rok. Většina klientů v probíhající léčbě byli muži ve věku 35–40 let, kteří se již léčili déle než tři roky a měli problémy s užíváním opioidů, zejména heroínu.

### Substituční léčba závislosti na opioidech: poskytování se v jednotlivých státech liší

Nejčastější léčbou závislosti na opioidech je substituční léčba, často kombinovaná s psychosociálními intervencemi. Ve prospěch tohoto přístupu hovoří dostupné důkazy, přičemž byly zaznamenány pozitivní výsledky z hlediska udržení pacientů v léčbě, užívání nelegálních opioidů, hlášeného rizikového chování, škod a úmrtnosti v souvislosti s drogami. Druhou a třetí největší skupinou, která žádá o léčbu, jsou uživatelé konopí a kokainu (obrázek 3.3). Hlavním typem intervencí zaměřených na tyto klienty jsou psychosociální intervence.

Substituční léčba byla v roce 2016 v Evropské unii poskytována odhadem 628 000 uživatelů opioidů (636 000, pokud zahrneme i Norsko). Tento trend vykazuje nárůst počtu klientů až do nejvyšší hodnoty v roce 2010, po kterém následoval pokles o 10 % do roku 2016. V letech

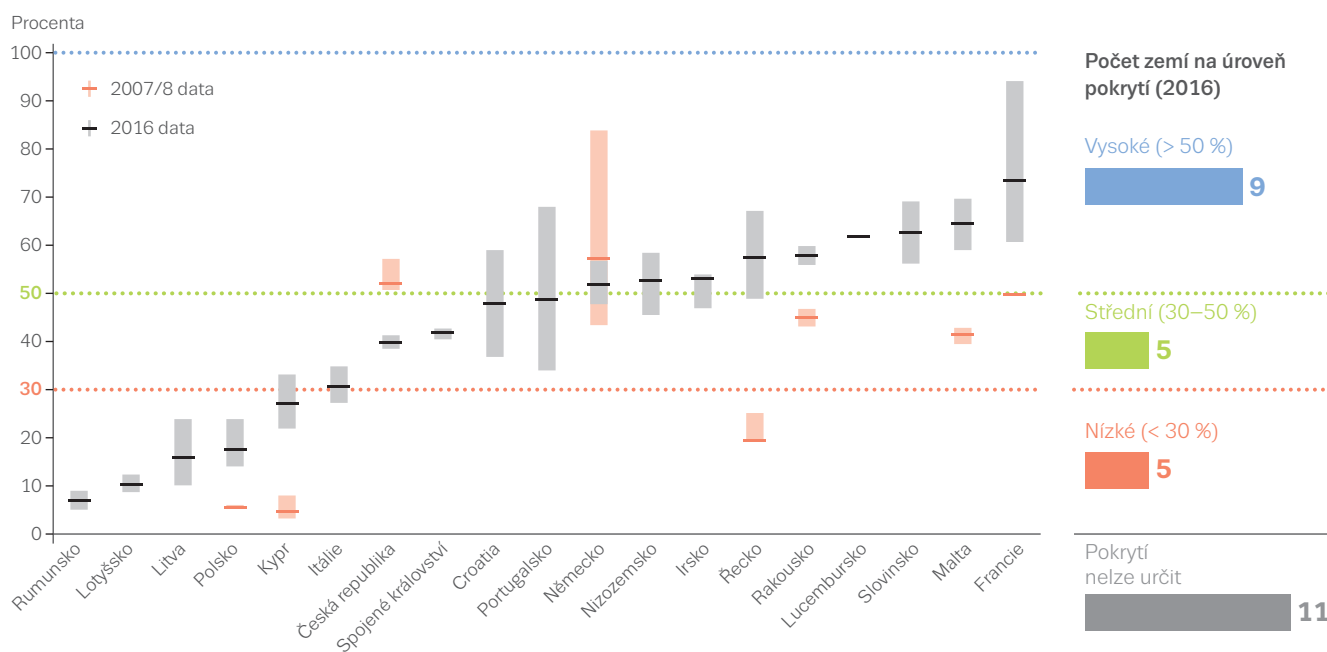
Trendy v procentuálních podílech klientů žádajících o specializovanou léčbu drogové závislosti, podle primární drogy



2010 až 2016 byl pokles pozorován ve dvanácti zemích, přičemž nejvyšší pokles (o více než 25 %) hlásily Španělsko, Nizozemsko a Portugalsko. Tento pokles lze vysvětlit faktory souvisejícími s poptávkou nebo poskytováním i zmenšující se populací stárnoucích chronických uživatelů opioidů nebo změnou cílů v oblasti léčby v některých zemích. Ostatní země pokračovaly v rozšiřování poskytování substituční léčby v rámci snahy o zlepšování dostupnosti léčby, přičemž šestnáct zemí hlásilo v letech 2010 až 2016 nárůst počtu osob podstupujících substituční léčbu, a to včetně Lotyšska (173 %), Rumunska (167 %) a Řecka (57 %).

## OBRÁZEK 3.4

**Pokrytí substituční léčbou závislosti na opioidech (procento odhadovaného počtu vysoce rizikových uživatelů opioidů, na něž je intervence zaměřena) v roce 2016 nebo v posledním roce a v letech 2007–2008**



Pozn.: Data uvedená jako bodové odhady a intervaly spolehlivosti.

Z porovnání se současnými odhady počtu vysoce rizikových uživatelů opioidů v Evropě vyplývá, že celkově jich přibližně polovina v substituční léčbě, situace se však v jednotlivých zemích liší (obrázek 3.4). V zemích, ve kterých jsou k porovnání dostupná data z let 2007 nebo 2008, došlo obecně k nárůstu pokrytí. V některých zemích ovšem zůstává poskytování substituční léčby na nízké úrovni.

Nejčastěji předepisovaným lékem pro substituční léčbu závislosti na opioidech je metadon, který v Evropě dostávají více než dvě třetiny (63 %) klientů na substituční léčbě. Další 35 % klientů je léčeno medikací na bázi buprenorfinu, který je hlavním substitučním lékem v osmi zemích (obrázek 3.5). Jiné látky, například morfin s pomalým uvolňováním nebo diacetylmorfin (heroin), jsou v Evropě předepisovány spíše výjimečně a odhaduje se, že je užívají 2 % klientů v substituční léčbě. Většina osob v substituční léčbě v Evropě je starších 35 let a tuto léčbu podstupuje déle než 2 roky. Ve všech evropských zemích jsou pro uživatele opioidů dostupné alternativní možnosti léčby. Ve třinácti zemích, o nichž jsou data k dispozici, je 3 až 28 % všech uživatelů opioidů léčených ze závislosti léčeno způsoby, které nezahrnují substituci opioidů.

### Výsledky léčby: úloha standardů kvality

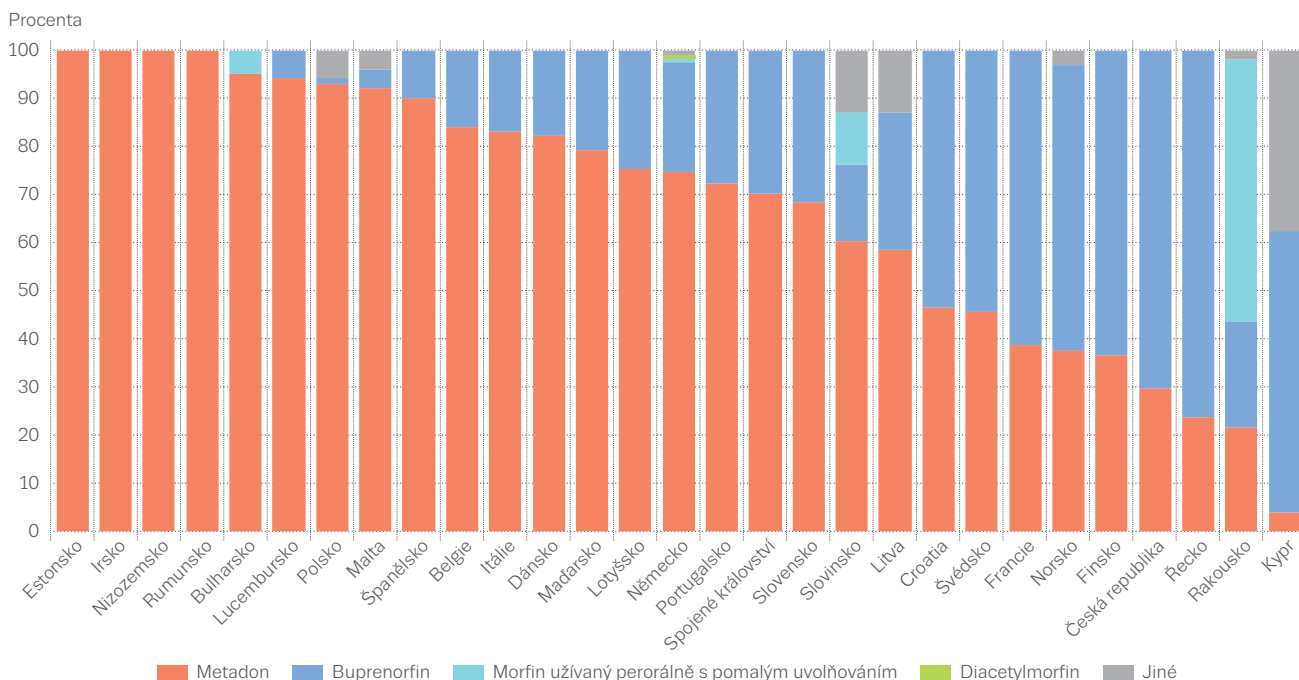
Monitorování výsledků léčby je důležité pro zlepšování léčebného procesu, který klienti absolvují, a upravování

služeb tak, aby lépe vyhovovaly zjištěným potřebám. Zavedení monitorování výsledků však brání absenci dohody o cílech léčby a vhodných opatřeních. Nedávný přehled, který provedlo EMCDDA, upozornil na velkou variabilitu měřených výsledků, přičemž bylo identifikováno osm různých domén výsledků: „užívání drog“, „kriminalita“, „zdraví“, výsledky „související s léčbou“, „sociální fungování“, „poškození“, „úmrtí“ a „ekonomické odhady“.

Dalším způsobem, jak zajistit vhodné uplatňování intervencí a doporučení uvedených v pokynech v praxi, je používání standardů kvality. Zatímco obecně probíhá uplatňování pomocí standardů na místní úrovni, existují také mezinárodní standardy, které se používají k vytvoření konsensu o obecných zásadách intervencí. Například evropské minimální požadavky na jakost v oblasti snižování poptávky po drogách přijaté Radou EU stanovují obecné zásady, které se uplatňují na národní úrovni různými způsoby.

OBRÁZEK 3.5

Podíl klientů v evropských zemích, kteří užívali jako substituci opioidů různé typy předepsaných léčivých přípravků



Pozn.: Data ze Spojeného království zahrnují Anglii, Wales a Severní Irsko.

KLIENTI NA SUBSTITUČNÍ LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA OPIOIDECH

Populace

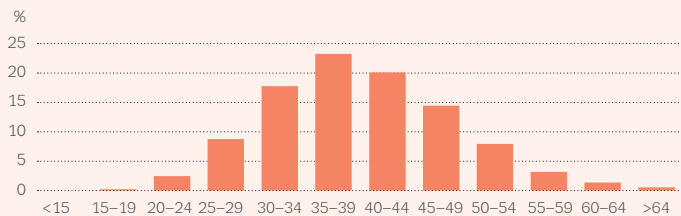
628 000 EU

636 000 EU + Norsko

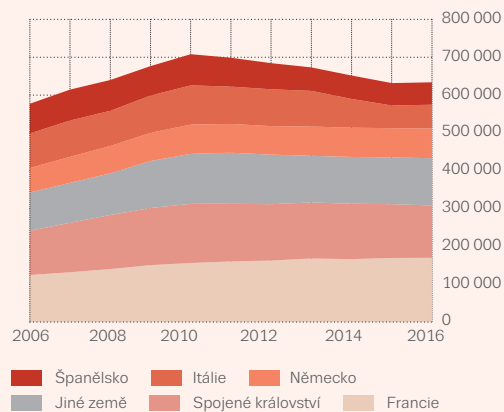
26% 74%



Rozdělení podle věku



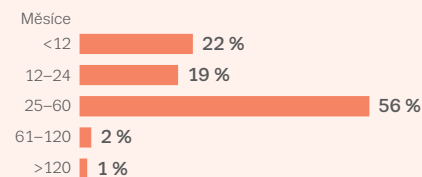
Trendy v počtech osob v substituční léčbě



Druh léčivého přípravku



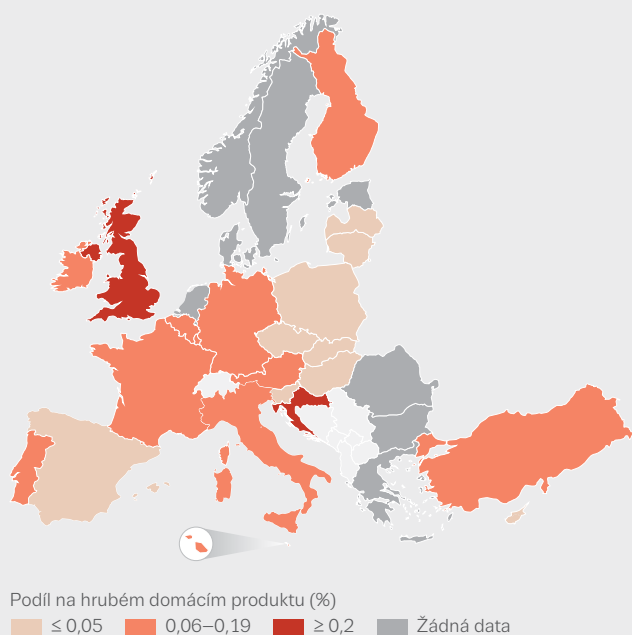
Doba trvání léčby



Pozn.: Do grafu trendů jsou zahrnuty pouze země, které mají data za minimálně 8 z 11 let. Chybějící data jsou interpolována z předcházejících nebo následujících let.

## OBRÁZEK 3.6

Nejnovější odhady veřejných výdajů souvisejících s drogami (% HDP)



### Protidrogové intervence: výdaje a náklady

Pochopení nákladů na protidrogová opatření je důležité pro tvorbu i hodnocení politik. Dostupné informace o veřejných výdajích souvisejících s drogami v Evropě na lokální i národní úrovni jsou však nadále ojedinělé a nestejnorodé. V posledním desetiletí připravilo kompletní odhad veřejných výdajů souvisejících s drogami 22 zemí (obrázek 3.6). Odhady se pohybují od 0,01 po 0,5 % hrubého domácího produktu (HDP), přičemž asi polovina odhadů spadá do rozmezí 0,05 až 0,2 % HDP.

Podle odhadů hlášených EMCDDA během posledního desetiletí se výdaje na iniciativy pro snižování poptávky jako procento celkového rozpočtu na protidrogovou politiku v jednotlivých zemích značně liší a pohybují se od 21 do 75 % veřejných výdajů souvisejících s drogami. Léčba drogové závislosti a další zdravotní náklady představují velký podíl odhadovaných výdajů souvisejících s intervencemi na snížení poptávky. I když jsou rozdíly mezi zeměmi dány částečně různou politikou a odlišnostmi v opatřeních, mají na výsledky významný vliv také rozdíly v problémech s drogami a v uspořádání veřejných služeb a také odlišné metody odhadu.

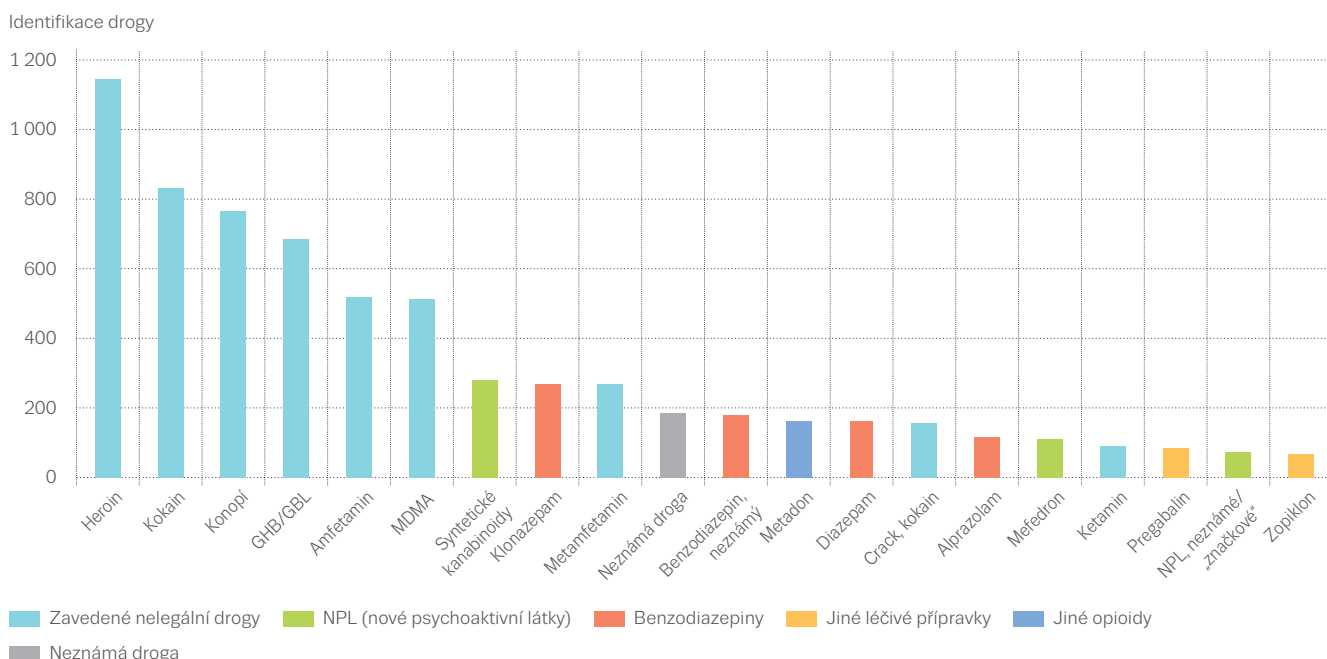
### Akutní zdravotní problémy související s drogami: převažuje heroin a kokain

Určitý náhled na akutní zdravotní problémy související s drogami a lepší pochopení dopadu užívání drog v oblasti veřejného zdraví v Evropě mohou poskytnout data z pohotovostních nemocničních oddělení. Akutní příjmy na pohotovostních odděleních související s drogami monitoruje na národní úrovni pouze malý počet zemí. Z těchto států hlásilo Lotyšsko a Spojené království, že roste počet akutních příjmů souvisejících s heroinem. Naopak klesající trendy v počtu akutních příjmů souvisejících s heroinem hlásila Česká republika a Dánsko. Ve Španělsku se na téměř polovině hlášených případů akutních příjmů souvisejících s drogami v roce 2015 podílel kokain, přičemž tento podíl se po určitém poklesu stabilizoval. Ve stejném období stále rostl podíl akutních příjmů souvisejících s konopím. Také Slovinsko hlásilo v roce 2016 vzestupný trend v počtu akutních příjmů souvisejících s kokainem, amfetaminem a GHB. V roce 2016 zaznamenaly monitorované regiony v Nizozemsku 272 případů akutních příjmů v souvislosti s 4-fluoroamfetaminem (4-FA), novou látkou stimulující centrální nervový systém. Většina těchto případů byla zaznamenána na pracovištích první pomoci v prostředí noční zábavy, zatímco téměř třetina přivolání zdravotní záchranné služby v souvislosti s drogami byla spojena s užitím GHB.

Síť Euro-DEN Plus (European Drug Emergencies Network) monitoruje příjmy z důvodu akutní toxicity související s drogami v 19 (monitorovaných) nemocnicích ve třinácti evropských zemích. V roce 2016 bylo v rámci tohoto projektu zaznamenáno 4 874 příjmů, přičemž medián věku ošetřených byl 32 let a většinu tvořili muži (77 %). Téměř ve třech čtvrtinách případů přivezla ošetřeného do nemocnice sanitka. Většina ošetřených (78 %) byla z nemocnice propuštěna do 12 hodin. Jen malá část (6 %) byla přijata na jednotku intenzivní péče nebo na psychiatrické oddělení (4 %). Zaznamenáno bylo celkem 22 případů úmrtí, z čehož 13 případů souviselo s opioidy.

## OBRÁZEK 3.7

## Dvacet nejčastěji zaznamenaných drog při hospitalizacích pro akutní stavy v roce 2016



Pozn.: Výsledky 4 874 akutních příjmů v 19 monitorovaných nemocničních zařízeních v 13 evropských zemích.  
 Zdroj: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

Na jeden příjem bylo v průměru hlášeno 1,5 drogy (celkem 7 423). Nejčastěji se jednalo o heroin, kokain, konopí, GHB/GBL, amfetamin a MDMA (obrázek 3.7). V pětině případů (21 %) souvisel příjem se zneužitím předepsaných nebo volně prodejných léků (nejčastěji opioidů nebo benzodiazepinů), v 7 % s novými psychoaktivními látkami (v porovnání s 9 % v roce 2015 a 6 % v roce 2014). Počet příjmů souvisejících se syntetickými katinony značně klesl ze 400 případů v roce 2014 na 160 v roce 2016, přičemž ve stejném období vzrostl počet přijetí souvisejících se syntetickými kanabinoidy z 28 na 282 případů. Na zvýšení počtu příjmů souvisejících se syntetickými kanabinoidy mají největší podíl zařízení v Londýně a v Polsku.

Rozdíly v drogách spojených s akutním příjmem mezi jednotlivými pracovišti mohou odrážet odlišnosti ve spádové oblasti nemocnice a v lokálních modelech užívání drog. Například příjmy pro akutní stavy související s heroinem byly nejčastější v Dublinu (Irsko) a Oslu (Norsko), zatímco v Londýně (Spojené království) převládaly příjmy související s GHB/GBL, kokainem a MDMA.

## Nové drogy: vysoká potence a škody

Nové psychoaktivní látky včetně syntetických opioidů, syntetických kanabinoidů a syntetických katinonů způsobují v Evropě řadu závažných škod a představují výzvu pro protidrogovou politiku. Dvěma zvláště obávanými skupinami látek jsou syntetické opioidy a syntetické kanabinoidy.

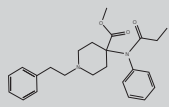
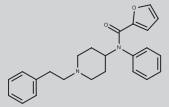
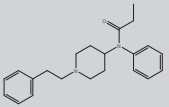
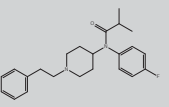
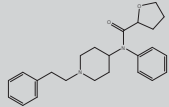
Přestože na evropském drogovém trhu hrají nové opioidy malou roli, představují vážnou hrozbu pro zdraví jednotlivců i v oblasti veřejného zdraví. Zvláště obávané jsou deriváty fentanylu, které tvoří většinu nových opioidů monitorovaných EMCDDA. Tyto látky mohou být zvláště potentní a i v nepatrném množství mohou vyvolat život ohrožující otravu z důvodu rychlé a závažné respirační deprese. Proto jsou zvláště nebezpečné, zejména pro důvěřivé uživatele, kteří se domnívají, že kupují heroin, jinou nelegální drogu nebo lék proti bolesti. V takových

situacích může být zapotřebí zvážit dostupnost antidota opioidů, naloxonu. Kromě akutního rizika předávkování mají deriváty fentanylu zřejmě také vysoký potenciál zneužívání a vyvolání závislosti, což by mohlo mít nepříznivý dopad v oblasti veřejného zdraví a sociální situace, které jsou běžně spojeny s vysoce rizikovým užíváním opioidů.

## Společná šetření a hodnocení rizik

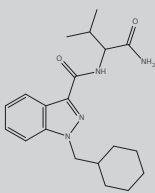
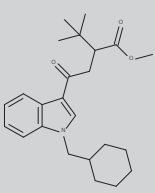
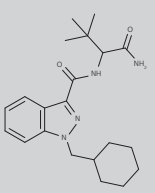
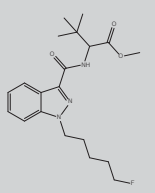
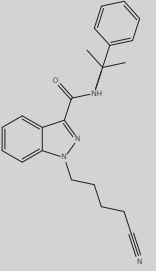
V návaznosti na dvě společná šetření týkající se akryloylfentanylu a furanylfentanylu, provedená EMCDDA a Europolem v roce 2016, bylo v roce 2017 hodnoceno dalších pět derivátů fentanylu poté, co byla prostřednictvím systému včasného varování EU nahlášena úmrtí. Tyto látky (4-fluorizobutyrylfentanyl, tetrahydrofuranlylfentanyl, karfentanil, methoxyacetylfentanyl, cyklopropylfentanyl) se podílely na více než 160 případech úmrtí, z čehož mnohé byly přičítány přímo těmto látkám. Riziko pěti z těchto sedmi látek v roce 2017 celkově formálně posoudilo také EMCDDA (tabulka 1); zbývající dvě látky budou hodnoceny v roce 2018. Akryloylfentanyl a furanylfentanyl jsou dosud předmětem kontrolních opatření na úrovni EU z důvodu rizik, jaká představují v oblasti veřejného zdraví v Evropě.

Tabulka 1. Hlavní zjištění hodnocení rizik pěti derivátů fentanylu

Běžný název	Karfentanil	Furanylfentanyl	Akryloylfentanyl	4F-iBF (4-fluoroisobutyrylfentanyl)	THF-F (tetrahydrofuranlylfentanyl)
Chemická struktura					
Formální oznámení do systému včasného varování EU	12. února 2013	úterý 3. listopadu 2015	čtvrtek 7. července 2016	pátek 26. srpna 2016	pátek 23. prosince 2016
Počet úmrtí	61	23	47	20	14
Počet zemí, v nichž došlo k souvisejícím případům úmrtí	8	6	3	2	1
Počet záchytů ze strany orgánů činných v trestním řízení	801	143	162	24	53
Počet zemí, ve kterých byly zachyceny (EU, Turecko a Norsko)	7	14	5	4	1

Během roku 2017 byly také hodnoceny čtyři syntetické kanabinoidy, což umožnilo posoudit jejich rizika (tabulka 2). Tyto látky (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) se podílely na více než 80 případech úmrtí. Tyto látky následují po MDMB-CHMICA, což je první kanabinooid, u něhož EMCDDA provedlo hodnocení rizik. Mezi příčiny závažné toxicity, kterou tyto látky mohou vyvolat, patří jejich vysoká potence a nevalné výrobní postupy. Z důkazů vyplývá, že výrobci určují množství látky, které přidají k výrobě „směsi ke kouření“, odhadem. Používané primitivní výrobní techniky navíc mohou způsobit, že látka není v produktu rovnoměrně rozložena. Díky tomu mohou některé produkty obsahovat toxické množství látky, což znamená větší riziko otravy.

Tabulka 2. Hlavní zjištění hodnocení rizik pěti syntetických kanabinoidů

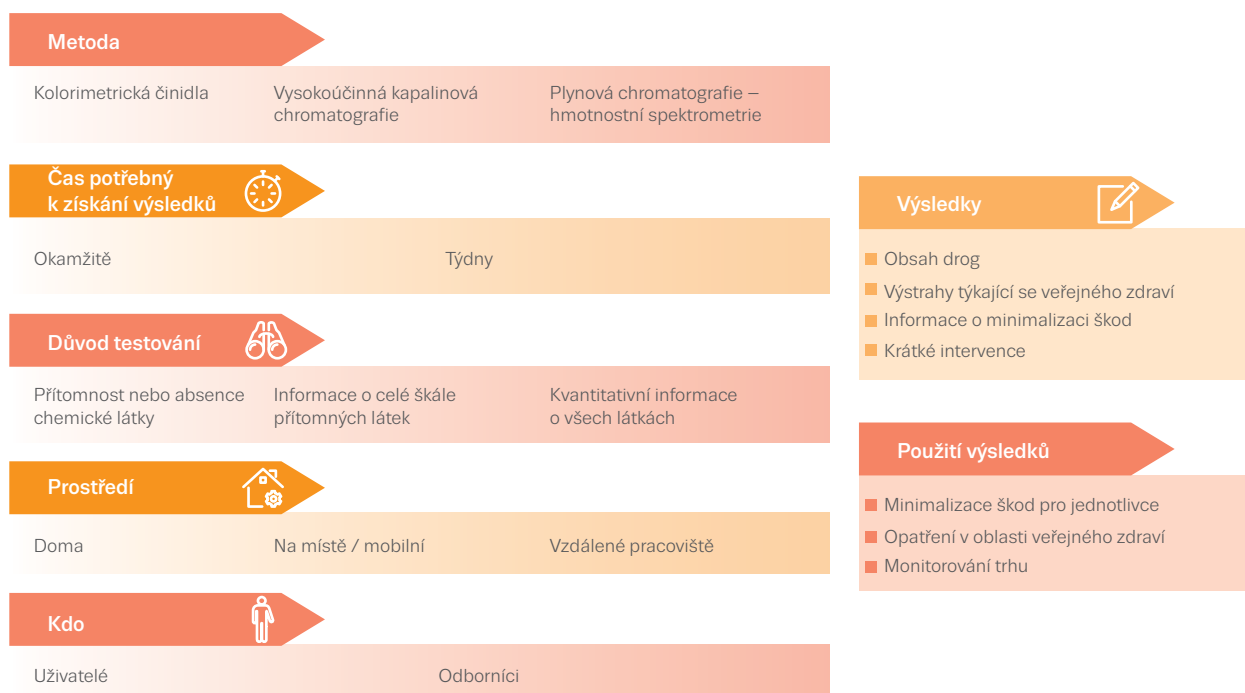
Běžný název	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Chemická struktura					
Formální oznámení do systému včasného varování EU	čtvrtek 10. dubna 2014	pátek 12. září 2014	středa 24. září 2014	8. ledna 2015	4. března 2016
Počet úmrtí	31	29	13	28	11
Počet zemí, v nichž došlo k souvisejícím případům úmrtí	6	6	3	2	2
Počet záchytů ze strany orgánů činných v trestním řízení	6 422	> 3 600	3 794	1 986	2 461
Počet zemí, ve kterých byly zachyceny (EU, Turecko a Norsko)	26	25	19	27	12

**Nové opioidy představují závažnou hrozbu pro zdraví jednotlivců i v oblasti veřejného zdraví**



## OBRÁZEK 3.8

## Příklady metod kontroly drog a jejich použití



## Služby pro kontrolu drog: dostupnost v Evropě

Služby pro kontrolu drog umožňují uživatelům analyzovat své drogy a zjistit, co vzorek obsahuje. Cíle služeb pro kontrolu drog se pohybují od omezení poškození skrze poskytování poradenství a informací uživatelům drog po monitorování současných a vznikajících trendů týkajících se drog. V některých zemích jsou služby pro kontrolu drog nedílnou součástí národních systémů včasného varování a pomáhají zejména při identifikaci a monitorování nových psychoaktivních látek.

Služby pro kontrolu drog jsou k dispozici v deseti zemích EU. Služby se liší v mnoha ohledech, jako je umístění, metody, včasnost výsledků, způsoby a účel sdělení výsledků (obrázek 3.8). Testovací služby mohou být umístěny ve stálých laboratořích nebo v mobilních laboratořích, například na hudebních festivalech a v klubech. Použité metody se pohybují od souprav pro samostatné testování, které ukazují přítomnost nebo nepřítomnost konkrétní drogy nebo příměsí, až po sofistikovaná zařízení, která dokáží identifikovat a kvantifikovat řadu látek. Také čas na získání výsledku se může lišit od několika sekund po několik dní.

Sdělení výsledků je pro služby kontroly drog důležité a zjištěné výsledky jsou často sdělovány spolu s poradenstvím nebo krátkými intervencemi. Použité metody sdělení výsledku zahrnují zdravotní a spotřebitelská varování, informační tabule na tanečních

akcích, zveřejňování výsledků on-line nebo předání výsledků přímo jednotlivcům.

## Chronické problémy spojené s užíváním drog: počet nakažených virem HIV klesá, stále však přetrvává pozdní diagnostikování

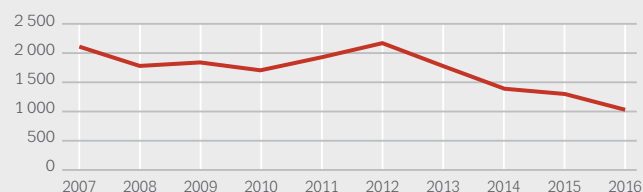
Lidé užívající drogy, zejména injekční uživatelé, jsou ohroženi přenosem infekčních nemocí v důsledku sdílení materiálů pro užívání drog a nechráněného pohlavního styku. Rizikové chování při injekčním užívání drog nadále hraje ústřední úlohu při šíření infekcí přenášených krví, jako je virus hepatitidy typu C (VHC) a v některých zemích virus lidské imunodeficiency (HIV). V roce 2016 bylo v Evropské unii zaznamenáno 1 027 nově diagnostikovaných případů nákazy virem HIV u osob infikovaných prostřednictvím injekčního užívání drog (obrázek 3.9), tj. 5 % všech diagnostikovaných případů HIV, u nichž je znám způsob přenosu. Toto procento bylo během posledních deseti let nízké a stabilní. Počet nových infekcí virem HIV mezi injekčními uživateli drog ve většině evropských zemí klesl, celkově o 51 % v letech 2007 až 2016. V některých zemích ale injekční užívání drog zůstává důležitým způsobem přenosu: v roce 2016 byla podle dat hlášených Evropskému středisku pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) připisována injekčnímu užívání drog více než jedna čtvrtina nově diagnostikovaných případů HIV v Litvě (47 %), Lucembursku (29 %) a Lotyšsku (27 %). V Rumunsku a v Řecku sice počet nových infekcí HIV připisovaných



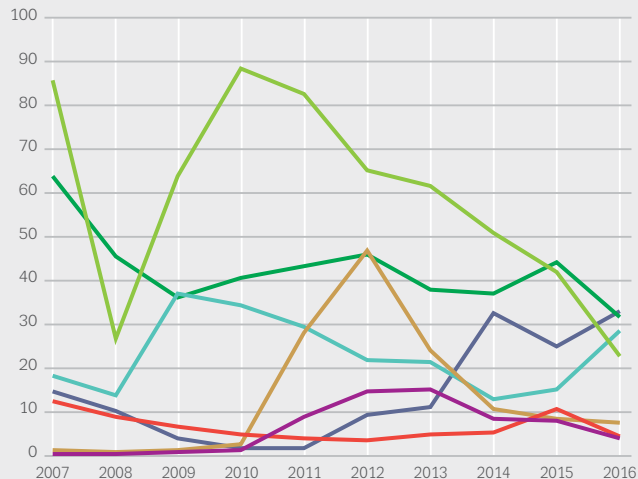
## OBRÁZEK 3.9

## Nově diagnostikované případy infekce HIV v souvislosti s injekčním užíváním drog: celkové a vybrané trendy a nejnovější data

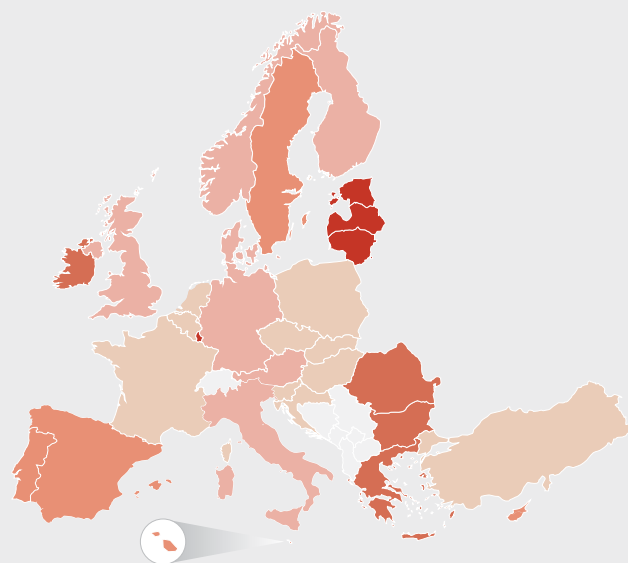
Počet případů v Evropské unii



Počet případů na milion obyvatel



— Lucembursko    — Lotyšsko    — Litva    — Estonsko  
— Řecko    — Irsko    — Rumunsko



Počet případů na milion obyvatel

■ <1    ■ 1,0–2    ■ 2,1–3    ■ 3,1–8    ■ >8

Zdroj: ECDC. Data za rok 2016.

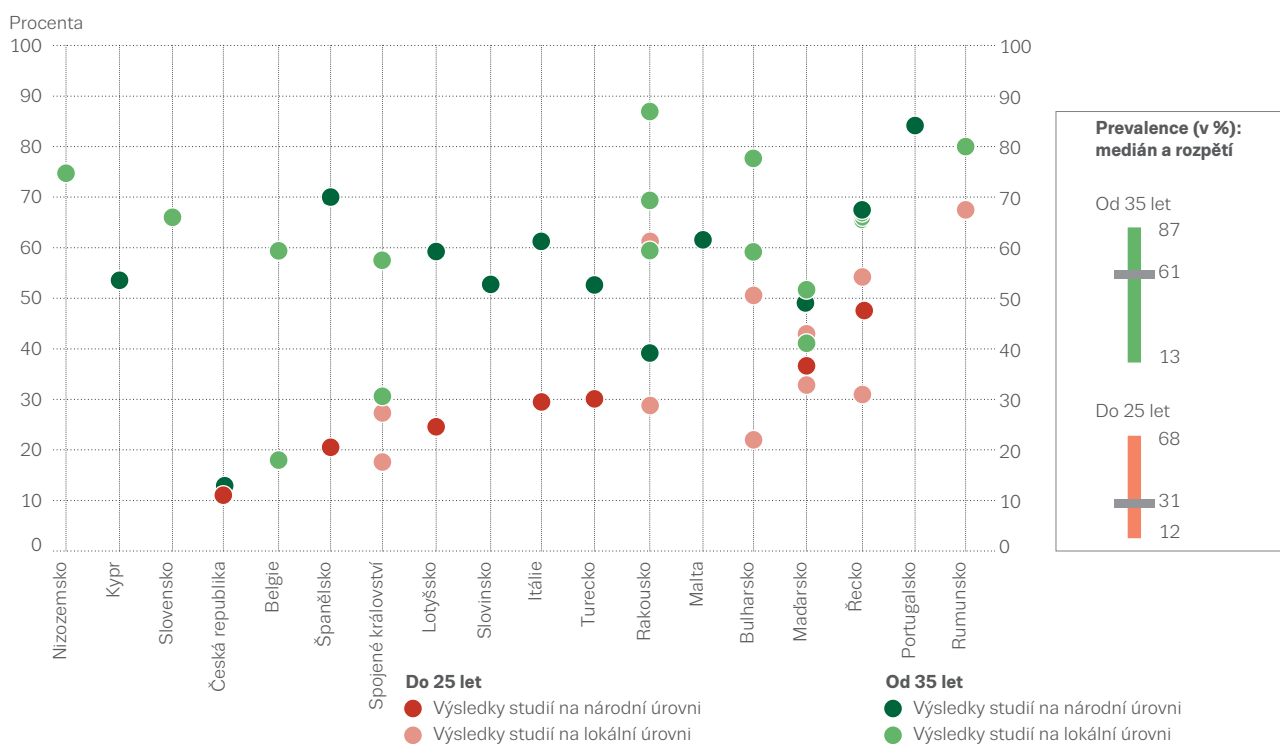
injekčnímu užívání drog v roce 2016 nadále klesal, přesto však zůstával nad úrovní hlášenou před hromadným výskytem nákazy v roce 2012.

Většina zemí hlásila v letech 2015 až 2016 pokles počtu případů HIV souvisejících s injekčním užíváním drog, a to včetně Irsku a Spojeného království, které v roce 2015 hlásily nárůst. V Irsku a ve Spojeném království to zčásti souviselo s lokálními rozšířeními nákazy. Rozšíření nákazy hlášené v Lucembursku v roce 2014 pokračovalo do roku 2016, přičemž faktorem, který k rozšíření nákazy přispěl, bylo zvýšené injekční užívání stimulačních látek společně s velkou mírou marginalizace uživatelů. Prudký vzestup nových infekcí HIV mezi injekčními uživateli drog zaznamenala Litva, přičemž v roce 2016 se počet případů téměř zdvojnásobil ze 44 na 83. Mimoto je se zvýšeným rizikem přenosu nákazy spojováno injekční užívání stimulantů v sexuálním kontextu (tzv. slamming) v malých skupinách mužů majících sex s muži.

V roce 2016 bylo v Evropské unii injekčnímu užívání drog připisováno 13 % nových případů AIDS, u nichž byl znám způsob přenosu. 422 hlášených případů spojených s injekčním užíváním drog představuje necelou čtvrtinu počtu hlášeného před deseti lety.

## OBRÁZEK 3.10

Prevalence hepatitidy C u injekčních uživatelů drog podle věku, 2015 až 2016



Pozn.: Výsledky studií zahrnující méně než 10 osob nejsou zobrazeny. Pořadí zemí podle dat u skupiny do 25 let.

Tam, kde byly k dispozici informace, byla polovina nově diagnostikovaných případů HIV připisovaných injekčnímu užívání drog v Evropské unii v roce 2016 diagnostikována pozdě – to znamená v době, kdy virus již začal poškozovat imunitní systém. V Řecku a v Rumunsku byly pozdě diagnostikovány přibližně 2 z každých 3 nových případů HIV souvisejících s injekčním užíváním drog. Pozdní diagnóza HIV je spojena s opožděným zahájením antiretrovirové léčby a zvýšenou nemocností a úmrtností. Politika přístupu k HIV označovaná jako „test-and-treat“, tedy „testuj a leč“, v rámci níž je antiretrovirová léčba nasazena okamžitě po diagnóze HIV, vede ke snížení počtu přenosů a je obzvláště důležitá ve skupinách s rizikovějším chováním, jako jsou injekční uživatelé drog. Včasná diagnóza a zahájení antiretrovirové léčby pro infikované osoby znamená šanci na normální střední délku života.

### Prevalence VHC: rozdíly mezi jednotlivými zeměmi

Virová hepatitida, zvláště infekce způsobená virem hepatitidy typu C (VHC), má mezi injekčními uživateli drog v celé Evropě vysokou prevalenci. Na každých 100 osob nakažených virem VHC připadá 75 až 80 osob, u nichž onemocnění přejde do chronického stadia. To má významné dlouhodobé důsledky, jelikož chronická infekce VHC, často zhoršená nadměrnou konzumací alkoholu,

povede mezi stárnoucí populací vysoce rizikových uživatelů drog ke zvyšujícímu se počtu úmrtí a případů závažného onemocnění jater, včetně cirhózy a rakoviny jater.

Výskyt protilátek VHC, které jsou známkou současné či prodělané infekce, v národních vzorcích injekčních uživatelů drog se v letech 2015–2016 pohyboval v rozmezí od 15 do 82 %, přičemž šest z třinácti zemí s národními daty uvádí míru prevalence přesahující 50 %. Mezi zeměmi s národními daty o trendech za období 2010–2016 byla klesající prevalence VHC u injekčních uživatelů drog uváděna ve čtyřech zemích, zatímco dvě další země zaznamenaly nárůst.

VHC se vyskytuje častěji u starších než u mladších injekčních uživatelů drog, což poukazuje na nahromadění rizik v průběhu let a na vysokou zátěž danou infekcí u starších skupin (obrázek 3.10).

U uživatelů drog je infekce virem hepatitidy B (VHB) méně obvyklá než infekce VHC. V případě tohoto viru je však přítomnost povrchového antigenu VHB známkou současné infekce, která může být akutní nebo chronická. V sedmi zemích s národními daty je virem VHB aktuálně nakaženo odhadem 1,5 až 11 % injekčních uživatelů drog.

Injekční užívání drog je rizikovým faktorem i pro další infekční nemoci. V roce 2016 hlásily epizody hepatitidy A spojené s užíváním drog Česká republika a Německo. Epizody a ojedinělé případy botulismu způsobeného kontaminací rány mezi injekčními uživateli drog byly hlášené také v Německu, Norsku a Spojeném království.

### Prevence infekčních nemocí: účinná opatření

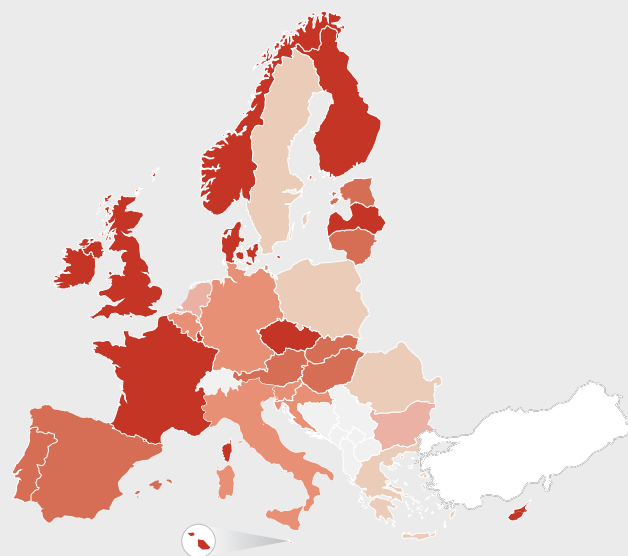
Doporučená opatření ke snížení výskytu infekčních nemocí souvisejících s drogami u injekčních uživatelů drog zahrnují poskytnutí substituční léčby závislosti na opioidech, distribuci sterilního injekčního vybavení, očkování, testování na přítomnost infekčních onemocnění, léčbu hepatitidy a léčbu HIV, jakož i intervence na podporu zdraví zaměřené na bezpečnější chování při aplikaci injekcí a omezení rizikového sexuálního chování.

U injekčních uživatelů opioidů substituční léčba významně snižuje riziko infekce, přičemž některé analýzy uvádějí vyšší ochranný účinek, pokud se vysoká dostupnost léčby zkombinuje s rozsáhlou distribucí injekčních stříkaček. Z důkazů vyplývá, že programy výměny jehel a stříkaček jsou účinné při snižování přenosu HIV mezi injekčními uživateli drog. Z třiceti zemí, které EMCDDA monitoruje, všechny kromě Turecka poskytují ve specializovaných výdejních místech zdarma čisté injekční náčiní. Mezi zeměmi však existují značné rozdíly v zeměpisném rozložení výdejních míst injekčních stříkaček (viz obrázek 3.11). Mezi zeměmi jsou také rozdíly v pokrytí cílové populace intervencí (obrázek 3.12). Informace o poskytování injekčních stříkaček prostřednictvím specializovaných programů jsou dostupné z 25 zemí, které uvádějí, že v posledních letech, za která mají k dispozici data (2015–2016), dohromady distribuovaly přes 54 milionů injekčních stříkaček. Toto číslo je velmi podhodnocené, jelikož několik velkých zemí, jako je Německo, Itálie a Spojené království, neuvádí úplná národní data o poskytování stříkaček.

Evropské země hlásí vedle injekčních stříkaček a jehel také distribuci dalších materiálů specializovanými protidrogovými agenturami. Více než polovina zemí hlásí například předávání písemných informací o bezpečnějším užívání, kondomů, dezinfekčních podložek a kyseliny citronové. Osm zemí hlásí poskytování fólií nebo trubiček na umožnění a podporu inhalačního užívání drog na úkor injekčního a v České republice jsou distribuovány želatinové kapsle pro podporu perorálního užívání metamfetaminu (pervitinu).

OBRÁZEK 3.11

Zeměpisná dostupnost programů výměny jehel a stříkaček v Evropské unii, Norsku a Turecku



Procento územních jednotek s 1 nebo více výdejními místy  
 0 <20 20–39 40–59 60–79 >80

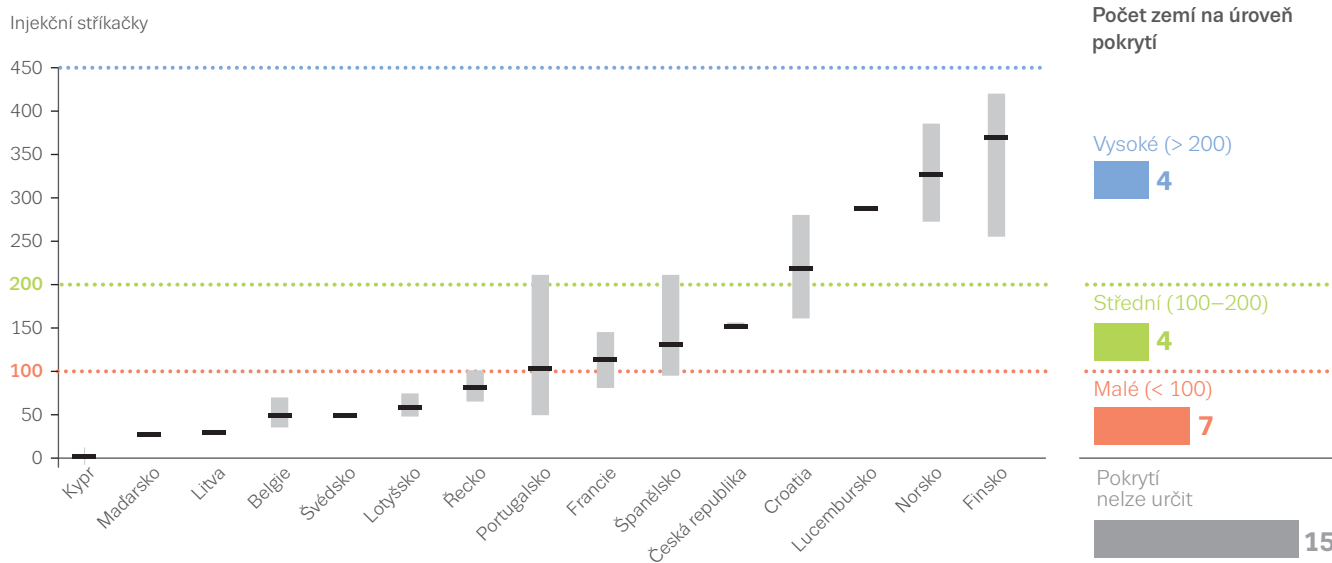
Pozn.: Podle územních jednotek NUTS-3 uplatňovaných Eurostatem. Hodnoty za Španělsko, Německo a Itálii vycházejí z odhadů odborníků. Zeměpisná dostupnost nemusí odrážet podíl cílové populace pokryté intervencí.

### Eliminace VHC: dostupnost testování a léčby

Minimální standardy kvality pro intervence na snižování poptávky v EU podporují dobrovolné testování na infekční onemocnění přenášená krví v komunitních centrech společně s poradenstvím ohledně rizikového chování a pomoci při léčbě onemocnění. Překážkou pro absolvování testů a léčby je však stigmatizace a marginalizace uživatelů drog. Pro překonání těchto výzev jsou zapotřebí inovativní metody, zejména širší využívání poradenství a testování vyškolenými komunitními poskytovateli péče. Každé rozšíření testů na infekční onemocnění by navíc mělo být doprovázeno opatřeními, která zajistí odpovídající nabídku léčby infekcí.

## OBRÁZEK 3.12

Pokrytí specializovaných programů výměny stříkaček: počet poskytnutých injekčních stříkaček na odhadovaný počet injekčních uživatelů drog



Pozn.: Data uvedená jako bodové odhady a intervaly spolehlivosti.

Pokyny vytvořené evropskými odborníky doporučují bezodkladně zvážit léčbu VHC u osob s vysokým rizikem přenosu viru, což zahrnuje aktivní injekční uživatele drog a vězňů.

Nové účinné lépe tolerované zcela perorální bezinterferonové režimy léčby přímo působícími antivirovými látkami mohou vést k vyléčení v 95 % případů. Neomezený přístup k léčbě je stále vzácný vzhledem k vysoké ceně těchto léků. K říjnu 2017 stanovila každá druhá evropská země svůj přístup k prevenci a léčbě hepatitidy v politickém dokumentu. Klinické pokyny v devíti zemích ale obsahovaly kritéria, která omezují přístup k léčbě VHC pro osoby, které užívají drogy (např. vyžadují abstinenci od užívání drog po dobu 3–12 měsíců).

### Intervence ve věznicích: dostupnost se v jednotlivých zemích liší

Vězni uvádějí vyšší míry celoživotního užívání drog a škodlivější vzorce užívání, včetně injekční aplikace, než obecná populace, a proto jsou věznicemi důležitým prostředím pro intervence související s užíváním drog. Mnoho vězňů má komplexní potřeby z hlediska zdravotní

péče a posouzení užívání drog a problémů spojených s drogami je v mnoha zemích součástí zdravotního vyšetření při nástupu do věznic. Z analýzy dat o prevalenci HIV a VHC u injekčních uživatelů drog ze sedmnácti evropských zemí za období 2006–2017 vyplynulo, že prevalence těchto infekcí byla ve většině zemí významně vyšší u jedinců, kteří byli v minulosti vězňi: v deseti ze sedmnácti zemí v případě HIV a ve čtrnácti ze sedmnácti zemí v případě VHC.

Testování na přítomnost infekčních nemocí (HIV, VHB, VHC a tuberkulózy) je ve většině zemí ve věznicích dostupné, ačkoli může být omezeno na testování při nástupu trestu nebo pouze na testování jedinců vykazujících příznaky nákazy. Poskytování léčby hepatitidy C hlásí pouze jedenáct zemí. Existenci programů očkování proti hepatitidě B hlásí šestnáct zemí. Poskytování čistého vybavení pro injekční aplikaci je méně běžné, přičemž programy výměny stříkaček hlásí pět zemí, z čehož pouze tři uvádějí skutečnou realizaci intervence.

Dvě důležité zásady pro provádění intervencí v oblasti zdravotní péče ve věznicích jsou poskytování stejných služeb jako v komunitních zařízeních a pokračování péče po propuštění z vězení. Ve 28 zemích je možné poskytovat

ve věznicích substituční léčbu závislosti na opioidech, ale pokrytí je ve většině zemí malé. Intervence nabízené vězňům zahrnují detoxikaci, individuální a skupinové poradenství, léčbu v terapeutických komunitách a na zvláštních lůžkových odděleních. Poskytování jedné nebo více z těchto terapeutických možností hlásí skoro všechny země. Ve většině evropských zemích byla navázána spolupráce mezi vězeňskými zdravotnickými službami a poskytovateli služeb uživatelům drog v komunitě s cílem zajistit poskytování zdravotního vzdělávání a léčby ve věznicích a také kontinuitu péče po nástupu do vězení a po propuštění. Ve všech zemích probíhá příprava na propuštění z věznic, včetně sociální reintegrace. Programy zaměřené na prevenci rizika předávkování drogami, k němuž velice často dochází zejména mezi injekčními uživateli opioidů v období po odchodu z věznic, uvádí pět zemí a zahrnují školení a informace a poskytování naloxonu po propuštění z vězení.

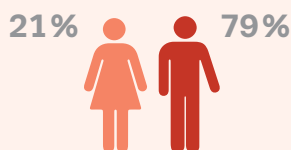
### Úmrtí v důsledku předávkování: nárůst u vysoce rizikových uživatelů drog

Užívání drog je uznávanou příčinou odvrátitelných úmrtí mezi dospělými v Evropě. Studie kohort vysoce rizikových uživatelů běžně uvádí celkovou míru úmrtnosti v rozmezí 1–2 % ročně. Pravděpodobnost úmrtí je u uživatelů opioidů v Evropě celkově pětkrát až desetkrát vyšší než u jejich vrstevníků téhož věku a pohlaví. Vyšší úmrtnost mezi uživateli opioidů se primárně spojuje s předávkováním, ale významné jsou i jiné příčiny úmrtí, které s užíváním drog nepřímo souvisí, jako jsou infekce, nehody, násilí a sebevražda. Běžný je špatný zdravotní stav vyznačující se akumulovanými a vzájemně souvisejícími onemocněními. Pacienti často trpí chronickými onemocněními plic a jater i kardiovaskulárními nemocemi, které jsou příčinou zvýšeného procenta úmrtí mezi staršími a chronickými uživateli drog.

Celkově v Evropě předávkování drogami nadále zůstává hlavní příčinou úmrtí u vysoce rizikových uživatelů drog a více než tři čtvrtiny těch, kteří zemřeli na předávkování, jsou muži (79 %). Data o předávkování a zejména kumulativní součet za EU je však třeba interpretovat opatrně. Důvodem je mimo jiné systematické uvádění nižších hodnot v některých zemích a procesy registrace, které způsobují zpoždění v hlášení dat. Roční odhady proto představují předběžnou minimální hodnotu.

## PŘÍMÁ DROGOVÁ ÚMRTÍ

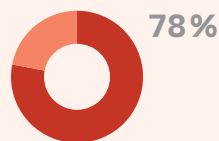
### Charakteristiky



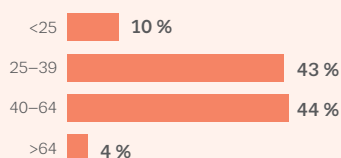
Průměrný věk při úmrtí

**39**  
let

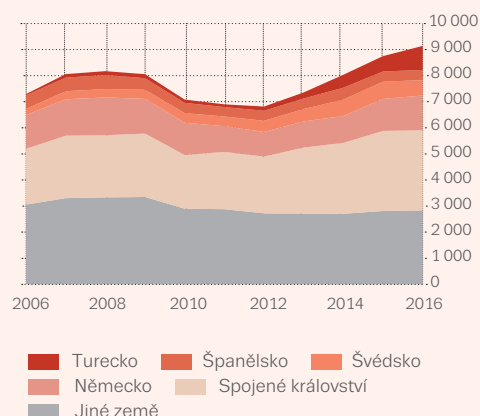
### Úmrtí, kde byly zjištěny opioidy



### Věk při úmrtí



### Trendy v počtu úmrtí v důsledku předávkování



### Počet úmrtí

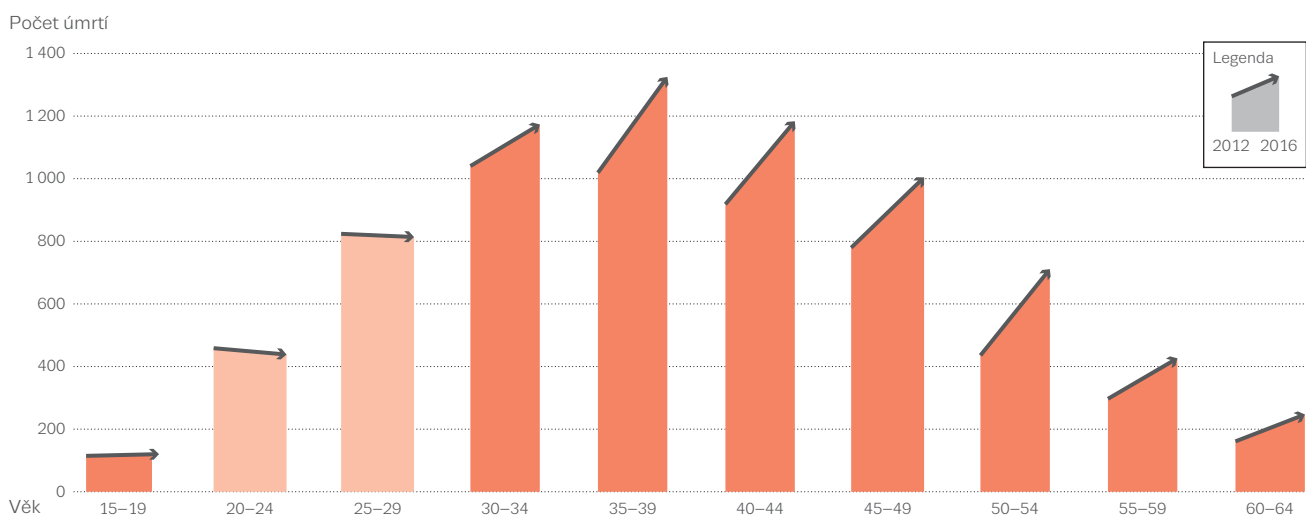
7 929 EU

9 138 EU + 2

Pozn.: Data za členské státy EU, Turecko a Norsko (EU + 2).

## OBRÁZEK 3.13

Počet přímých drogových úmrtí hlášených v Evropské unii v letech 2012 a 2016 nebo v posledním roce, podle věku



Podle odhadů došlo v roce 2016 v Evropské unii minimálně k 7 929 úmrtím v důsledku předávkování (jedou nebo více nelegálními drogami). Pokud zohledníme i Norsko a Turecko, stoupne tato hodnota na odhadovaných 9 138 úmrtí, což je 4% nárůst oproti revidované hodnotě za rok 2015, která činila 8 749. Situace v EU je v porovnání s rokem 2015 celkově stabilní. Stejně jako v předchozích letech přibližně polovina z celkového počtu úmrtí v důsledku předávkování v Evropě připadá na Spojené království (34 %) a Německo (15 %). To souvisí částečně s velikostí ohrožených populací v těchto zemích, ale také s uváděním nižších hodnot v některých jiných zemích. Pokud se zaměříme na země s relativně propracovaným systémem hlášení, které mají k dispozici data za rok 2016, byl zaznamenán nárůst počtu úmrtí v důsledku předávkování v Estonsku a Německu. V Nizozemsku není zatím jasné, zda velký nárůst počtu hlášených úmrtí z důvodu předávkování (o 91 % více než v roce 2014) představuje skutečný nárůst počtu přímých drogových úmrtí nebo je způsoben jinými příčinami, jako jsou změny v registraci. Ve Spojeném království bylo hlášeno zvýšení v roce 2015, a to o 13 % oproti roku 2014 a o 21 % oproti roku 2013. Prozatímní data naznačují, že tento nárůst pokračoval i v roce 2016. Vzestupný trend, který byl několik let patrný ve Švédsku, se v roce 2016 zcela obrátil. Turecko

i nadále hlásí velké nárůsty, přičemž počet za rok 2016 je téměř dvojnásobný než v roce 2014, zdá se však, že je z velké části ovlivněn zlepšením sběru dat a hlášení.

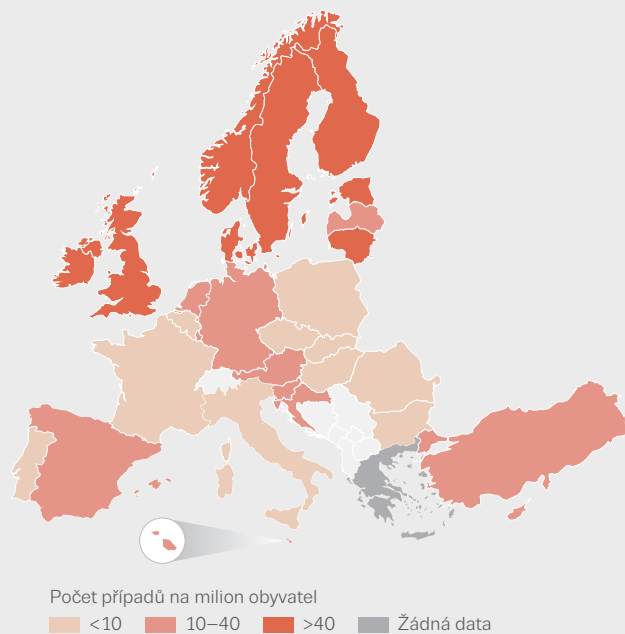
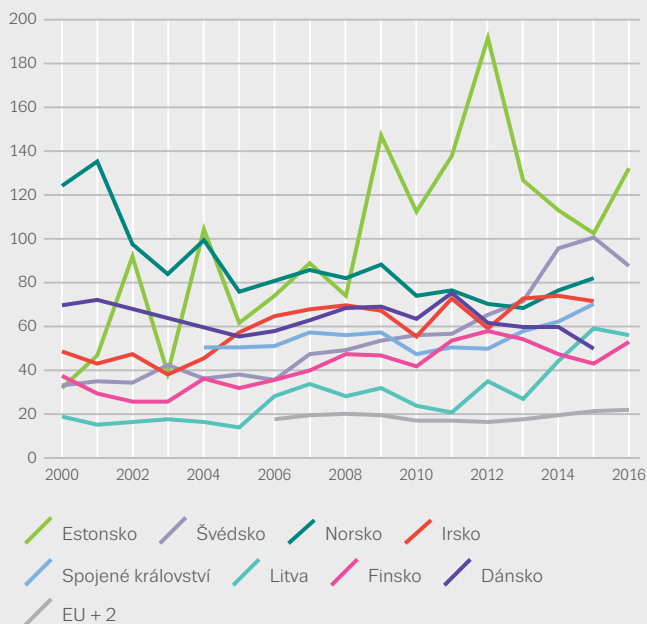
Vzestupný trend hlášeného počtu úmrtí v důsledku předávkování u starších věkových skupin odráží stárnutí evropských uživatelů opioidů, kteří jsou úmrtím v důsledku předávkování drogami nejvíce ohroženi. V letech 2012 až 2016 vzrostl počet úmrtí v důsledku předávkování v Evropské unii ve všech věkových kategoriích nad 30 let (obrázek 3.13). Počet úmrtí ve věkových kategoriích 50+ celkově stoupl o 55 % v porovnání s nárůstem počtu úmrtí o 25 % u osob ve věku 30–49 let. Počet úmrtí v důsledku předávkování v mladších věkových skupinách je v Evropské unii celkově stabilní. Analýza smrtelných předávkování hlášených z Turecka v roce 2016 ukazuje mladší profil obětí než v Evropské unii, průměrný věk 31 let (v porovnání s 39 lety v EU) a ve třetině případů věk do 25 let.

**Předávkování drogami  
nadále zůstává hlavní  
příčinou úmrtí u vysoce  
rizikových uživatelů drog**

OBRÁZEK 3.14

## Úmrtnost související s drogami u dospělých (15–64 let): vybrané trendy a nejnovější data

Počet případů na milion obyvatel



Pozn.: Trendy v osmi zemích uvádějících nejvyšší hodnoty v roce 2016 nebo 2015 a celkový trend v Evropě. EU + 2 označuje členské státy EU a Turecko a Norsko.

### Úmrtnost v souvislosti s drogami: nejvyšší hodnoty jsou hlášeny v severní Evropě

Úmrtnost v důsledku předávkování v Evropě v roce 2016 se odhaduje na 21,8 úmrtí na milion obyvatel ve věku 15–64 let. Míra úmrtnosti u mužů (34,7 případu na milion mužů) je téměř čtyřikrát vyšší než u žen (8,9 případu na milion žen). Míra úmrtnosti v důsledku předávkování je u mužů nejvyšší ve věku 35–39 let, kdy dosahuje 57,4 úmrtí na milion mužů, a u žen ve věku 40–44 let s hodnotou 12,4 úmrtí na milion žen. U mužů i žen je však průměrný věk v době úmrtí 39 let. Míry úmrtnosti a trendy se v jednotlivých zemích značně liší (obrázek 3.14) a ovlivňují je faktory, jako je prevalence a vzorce užívání drog i národní praxe v oblasti hlášení, zaznamenávání informací a kódování případů předávkování včetně různé míry nedostatečného hlášení v národních databázích úmrtnosti. Podle posledních dostupných dat byl podíl nad 40 úmrtí na milion obyvatel hlášen v osmi zemích severní Evropy, přičemž nejvyšší podíl uvádělo Estonsko (132 na milion obyvatel), Švédsko (88 na milion obyvatel), Norsko (81 na milion obyvatel), Irsko (70 na milion obyvatel) a Spojené království (70 na milion obyvatel) (obrázek 3.14).

## Smrtná předávkování: převažují úmrtí v souvislosti s opioidy

Ve většině smrtných předávkování hlášených v Evropě je přítomen heroin nebo jeho metabolity, často v kombinaci s jinými látkami. Nejnovější data ukazují v Evropě nárůst počtu úmrtí souvisejících s heroinem, a to zejména ve Spojeném království, kde většina úmrtí v důsledku předávkování (87 %) souvisela s některou formou opioidu. V Anglii a Walesu byly heroin a morfin uvedeny u 1 177 úmrtí zaznamenaných v roce 2015, což je 18 % nárůst oproti předchozímu roku a 44 % nárůst oproti roku 2013. Počty smrtných případů souvisejících s heroinem nebo morfinem vzrostly také ve Skotsku (Spojené království), přičemž v roce 2016 bylo zaznamenáno 473 těchto úmrtí, což představuje nárůst oproti předchozímu roku o 37 %. Ve Francii se heroin podílel v roce 2015 na 30 % úmrtí v důsledku předávkování v porovnání s 15 % v roce 2012. V toxikologických zprávách pravidelně figurují i další opioidy. Tyto látky, zejména metadon, ale také buprenorfin (Finsko), fentanyl a jeho deriváty (zejména v Estonsku) a tramadol, jsou v některých zemích spojeny s velkým podílem na úmrtích v důsledku předávkování.

Stimulancia, např. kokain, amfetaminy, MDMA a katinony, se v Evropě podílejí na menším počtu úmrtí v důsledku předávkování, ačkoli jejich význam se v jednotlivých zemích liší. Ve Spojeném království (Anglii a Walesu) počet úmrtí, při nichž byl přítomen kokain, vzrostl ze 169 v roce 2013 na 340 v roce 2015, ačkoli mnohá z nich jsou považována za předávkování heroinem u osob, které užívaly také crack.

V roce 2016 zahrnoval počet úmrtí souvisejících se stimulancii v Turecku 100 případů souvisejících s kokainem, 98 případů souvisejících s amfetaminy a 252 případů souvisejících s MDMA. Turecko také hlásilo velký nárůst počtu úmrtí souvisejících se syntetickými kanabinoidy: ze 137 v roce 2015 na 373 v roce 2016. Ve Spojeném království zůstává počet úmrtí souvisejících s novými psychoaktivními látkami relativně nízký, od roku 2010 však vzrostl, zejména ve Skotsku.

## Předávkování a úmrtí související s drogami: preventivní intervence

Snížení nemocnosti a úmrtnosti v důsledku předávkování je v Evropě z hlediska veřejného zdraví velkou výzvou. Širší intervence v této oblasti veřejného zdraví jsou zaměřeny na snížení zranitelnosti uživatelů drog zejména odstraněním překážek a zpřístupněním služeb a podporou méně rizikového chování uživatelů drog (obrázek 3.15). Výskytu předávkování pomáhá předcházet posouzení rizika předávkování u uživatelů drog a posílení jejich povědomí o riziku předávkování spolu s poskytováním účinné léčby drogové závislosti. Zvláštní pozornost je třeba věnovat obdobím zvýšeného rizika, jako je propuštění z vězení a propuštění nebo odstoupení z léčby. Intervence, jako jsou zařízení pro kontrolované užívání drog nebo programy poskytující naloxon pro domácí aplikaci, jsou vysoce cílené intervence, jejichž cílem je zvýšit pravděpodobnost přežití předávkování.

OBRÁZEK 3.15

Rozhodující přístupy pro snížení počtu úmrtí souvisejících s opioidy

### Omezení smrtných důsledků předávkování

### Omezení rizika předávkování

### Omezení zranitelnosti





Zařízení pro kontrolované užívání drog jsou prostory, kde mohou uživatelé drog užívat drogy v hygienických a bezpečnějších podmínkách. Cílem této intervence je jednak prevence předávkování, a jednak zajištění dostupnosti odborné pomoci, pokud k předávkování dojde. Tato zařízení zpravidla poskytují přístup k široké škále zdravotnických a sociálních služeb, stejně jako doporučení k léčbě drogové závislosti, a dokážou přilákat skrytou populaci uživatelů. Jednotlivá zařízení kontrolují řadu užití drog, která by jinak proběhla na ulici nebo za jiných rizikových okolností. Stále přibývá důkazů o jejich přínosu, který zahrnuje omezení rizikového chování, úmrtnosti v důsledku předávkování a přenosu infekcí a také zlepšení přístupu uživatelů drog k léčbě a dalším zdravotnickým a sociálním službám. Současně mohou přispět k omezení užívání drog na veřejnosti a ke zlepšení veřejného prostoru v oblastech obklopujících trhy s drogami ve městech. Taková zařízení nyní fungují v 56 městech v šesti zemích EU a v Norsku; celkem jde o 78 zařízení. V Německu, kde tato zařízení působí od počátku devadesátých let, byly v poslední době revidovány právní předpisy, aby umožnily dohlížet i na méně rizikové typy užívání, jako je šňupání, kouření a vdechování. Kromě toho dvě ze šestnácti spolkových zemí začaly povolovat jejich využití i osobami v substituční léčbě.

### | Naloxon: programy poskytování pro domácí aplikaci

Naloxon je léčivý přípravek, který působí jako opioidní antagonist a může odvrátit předávkování opioidy. Používá ho personál na pohotovostních odděleních v nemocnicích, v sanitkách i v dalších službách, který pravidelně přichází do styku s uživateli drog. V posledních letech došlo k rozšíření programů poskytování naloxonu pro domácí aplikaci, díky kterým je tento léčivý přípravek dostupný pro uživatele opioidů, jejich partnery, osoby ve stejné situaci a rodinu, spolu se školením, jak poznat předávkování a jak v jeho případě reagovat. V roce 2017 fungovalo v deseti evropských zemích šestnáct programů poskytování naloxonu pro domácí aplikaci. [Systematický přehled](#) účinnosti naloxonu pro domácí aplikaci poskytl důkazy o tom, že poskytování naloxonu pro domácí aplikaci

společně se vzdělávacími a školicími intervencemi snižuje úmrtnost v důsledku předávkování. Z toho mohou těžit především některé populace, jimž hrozí vyšší riziko předávkování, jako jsou osoby právě propuštěné z vězení. Vězni jsou zařazeni do programů poskytování naloxonu pro domácí aplikaci v Estonsku, Francii a ve Spojeném království, přičemž distribuce naloxonu ve věznicích má být v roce 2018 spuštěna i v Norsku.

Většina souprav s naloxonem poskytovaných protidrogovými a zdravotnickými službami obsahuje generický injekční naloxon (0,4 nebo 1 mg / 1 ml) buď v ampulkách, nebo v injekčních stříkačkách předem naplněných tímto léčivým přípravkem. Ve Francii byla v červenci 2017 registrována koncentrovanější nosní forma tohoto léčivého přípravku (0,9 mg / 0,1 ml), testovaná od roku 2016, což usnadnilo jeho širší použití. V listopadu 2017 povolila Evropská komise uvedení nosního spreje na trh v Evropské unii, v Norsku, na Islandu a v Lichtenštejnsku. Sprej obsahuje 1,8 g naloxonu v 0,1 ml roztoku.



**Snížení nemocnosti  
a úmrtnosti v důsledku  
předávkování je z hlediska  
veřejného zdraví velkou výzvou**

## VÍCE INFORMACÍ

### Publikace EMCDDA

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs (update).

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

#### 2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Evaluating drug policy: A seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations, Manuals.

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

#### 2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe: update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

#### 2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Papers.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

#### 2014

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Treatment for cocaine dependence: reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

#### 2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

### Společné publikace EMCDDA a ECDC

#### 2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

#### 2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

#### 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](http://www.emcdda.europa.eu/publications).



# Příloha

Národní odhady týkající se prevalence užívání drog včetně problémového užívání opioidů, substituční léčby, celkového počtu klientů podstupujících léčbu, nástupu do léčby, injekčního užívání drog, přímých drogových úmrtí, infekčních onemocnění souvisejících s drogami, distribuce injekčních stříkaček a záchytů. Data jsou čerpána ze **statistického věstníku 2018** EMCDDA, jehož jsou součástí a v němž jsou k dispozici poznámky a metadata. Roky, jichž se data týkají, jsou uvedeny.

## TABULKA A1

## OPIOIDY

Země	Odhad počtu problémových uživatelů opioidů		Osoby žádající o léčbu v průběhu roku						Klienti v substituční léčbě
			Klienti závislí na opioidech jako % osob žádajících o léčbu			% klientů závislých na opioidech s injekčním užíváním (hlavní způsob aplikace)			
			Všechny osoby žádající o léčbu	Osoby žádající o léčbu poprvé	Osoby žádající o léčbu opakovaně	Všechny osoby žádající o léčbu	Osoby žádající o léčbu poprvé	Osoby žádající o léčbu opakovaně	
Rok odhadu	Počet případů na 1 000 obyvatel	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)	Počet	
Belgie	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulharsko	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Česká republika	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Dánsko	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Německo	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estonsko	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irsko	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Řecko	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Španělsko	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Francie	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Chorvatsko	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Itálie	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Kypr	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Lotyšsko	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Litva	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Lucembursko	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Maďarsko	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Nizozemsko	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Rakousko	2015	5,3–5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Polsko	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugalsko	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Rumunsko	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slovinsko	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovensko	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finsko	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Švédsko (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Spojené království	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Turecko	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	–
Norsko (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Evropská unie	–	–	<b>36,1 (167 443)</b>	<b>17,9 (31 520)</b>	<b>49,1 (130 977)</b>	<b>33,8 (46 440)</b>	<b>26,2 (6 709)</b>	<b>35,3 (37 608)</b>	<b>628 289</b>
EU, Turecko a Norsko	–	–	<b>36,8 (176 549)</b>	<b>19,2 (35 490)</b>	<b>49,5 (136 113)</b>	<b>33,3 (48 434)</b>	<b>24,9 (7 270)</b>	<b>35,2 (39 041)</b>	<b>635 843</b>

Data o osobách žádajících o léčbu jsou za rok 2016 nebo za poslední rok, pro který byla k dispozici: Česká republika, 2014; Dánsko, Španělsko, Nizozemsko a Turecko, 2015.

Data o klientech v substituční léčbě jsou za rok 2016 nebo za poslední rok, pro který byla k dispozici: Dánsko, Španělsko, Maďarsko, Polsko a Finsko, 2015; Nizozemsko, 2014; Turecko, 2011. Počet pro Švédsko nepředstavuje všechny klienty.

(¹) Data u klientů žádajících o léčbu se týkají pouze nemocniční péče a specializovaných zařízení pro ambulantní péči.

(²) Procento klientů léčených ze závislosti na opioidech představuje minimální hodnotu a nezahrnuje klienty užívající opioidy, kteří jsou registrovaní jako uživatelé více drog.

## TABULKA A2

## KOKAIN

Země	Odhadované prevalence				Osoby žádající o léčbu v průběhu roku					
	Obecná populace			Školní populace	Klienti závislí na kokainu jako % osob žádajících o léčbu			% klientů závislých na kokainu s injekčním užíváním (hlavní způsob aplikace)		
	Rok průzkumu	Celoživotní prevalence, dospělí (15–64 let)	Prevalence v posledních 12 měsících, mladí dospělí (15–34 let)	Celoživotní prevalence, studenti (15–16 let)	Všechny osoby žádající o léčbu	Osoby žádající o léčbu poprvé	Osoby žádající o léčbu opakovaně	Všichni klienti	Osoby žádající o léčbu poprvé	Osoby žádající o léčbu opakovaně
Belgie	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulharsko	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Česká republika	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dánsko (¹)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Německo (²)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estonsko	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irsko	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Řecko (²)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Španělsko	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Francie	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Chorvatsko	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Itálie	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Kypr	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Lotyšsko	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litva	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lucembursko	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Maďarsko (²)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Nizozemsko	2016	5,9	3,7	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Rakousko	2015	3,0	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Polsko	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugalsko	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Rumunsko	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovinsko	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovensko	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finsko	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Švédsko (¹,³)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Spojené království (¹,⁴)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turecko	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norsko (¹)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
<b>Evropská unie</b>	–	<b>5,1</b>	<b>1,9</b>	–	<b>14,5 (67 113)</b>	<b>17,1 (30 195)</b>	<b>12,8 (34 253)</b>	<b>5,3 (3 597)</b>	<b>1,9 (567)</b>	<b>7,9 (2 947)</b>
<b>EU, Turecko a Norsko</b>	–	–	–	–	<b>14 (67 377)</b>	<b>16,4 (30 319)</b>	<b>12,5 (34 393)</b>	<b>5,2 (3 597)</b>	<b>1,9 (567)</b>	<b>7,9 (2 947)</b>

Odhadovaná prevalence u školní populace pochází z průzkumu ESPAD 2015 s výjimkou Belgie (2016; pouze Flandry), Španělska (2016), Německa (2011), Itálie (2016), Lucemburska (2010; věk 15 let), Švédska (2016) a Spojeného království (2014; pouze Anglie, věk 15 let). Vzhledem k nejistotě ohledně postupů sběru dat nemusejí být data za Lotyšsko srovnatelná.

Data o osobách žádajících o léčbu jsou za rok 2016 nebo za poslední rok: Česká republika, 2014; Dánsko, Španělsko, Nizozemsko a Turecko, 2015.

(¹) Věkové rozpětí odhadů prevalence u obecné populace: 16–64 let, 16–34 let.

(²) Věkové rozpětí odhadů prevalence u obecné populace: 18–64 let, 18–34 let.

(³) Data u klientů žádajících o léčbu se týkají pouze nemocniční péče a specializovaných zařízení pro ambulantní péči.

(⁴) Odhady prevalence u obecné populace se vztahují pouze na Anglii a Wales.

## TABULKA A3

## AMFETAMINY

Země	Odhady prevalence				Osoby žádající o léčbu v průběhu roku						
	Obecná populace			Školní populace	Klienti závislí na amfetaminech jako % osob žádajících o léčbu			% klientů závislých na amfetaminech s injekčním užíváním (hlavní způsob aplikace)			
	Rok průzkumu	Celoživotní prevalence, dospělí (15–64 let)	Prevalence v posledních 12 měsících, mladí dospělí (15–34 let)	Celoživotní prevalence, studenti (15–16 let)	Všechny osoby žádající o léčbu	Osoby žádající o léčbu poprvé	Osoby žádající o léčbu opakovaně	Všechny osoby žádající o léčbu	Osoby žádající o léčbu poprvé	Osoby žádající o léčbu opakovaně	
	%	%	%	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)	
Belgie	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)	
Bulharsko	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)	
Česká republika	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)	
Dánsko (¹)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)	
Německo (²)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)	
Estonsko	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)	
Irsko	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)	
Řecko	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)	
Španělsko	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)	
Francie	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)	
Chorvatsko	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–	
Itálie	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)	
Kypr	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)	
Lotyšsko	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)	
Litva	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)	
Lucembursko	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–	
Maďarsko (²)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)	
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)	
Nizozemsko	2016	5,3	3,6	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)	
Rakousko	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)	
Polsko	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)	
Portugalsko	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–	
Rumunsko	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Slovensko	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)	
Slovensko	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)	
Finsko	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)	
Švédsko (¹,³)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–	
Spojené království (¹,⁴)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)	
Turecko	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)	
Norsko (¹)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–	
<b>Evropská unie</b>	–	<b>3,6</b>	<b>1,0</b>	–	<b>7,4 (34 270)</b>	<b>8,3 (14 576)</b>	<b>7,2 (19 304)</b>	<b>15,1 (7 303)</b>	<b>16,7 (3 179)</b>	<b>14,1 (4 088)</b>	
<b>EU, Turecko a Norsko</b>	–	–	–	–	<b>7,3 (35 222)</b>	<b>8,1 (14 963)</b>	<b>7,2 (19 869)</b>	<b>15,1 (7 304)</b>	<b>16,6 (3 180)</b>	<b>14 (4 088)</b>	

Odhadovaná prevalence u školní populace pochází z průzkumu ESPAD 2015 s výjimkou Belgie (2016; pouze Flandry), Španělska (2016), Německa (2011), Itálie (2016), Lucemburska (2010; věk 15 let), Švédska (2016) a Spojeného království (2014; pouze Anglie, věk 15 let). Vzhledem k nejistotě ohledně postupů sběru dat nemusejí být data za Lotyšsko srovnatelná.

Data o osobách žádajících o léčbu jsou za rok 2016 nebo za poslední rok: Česká republika, 2014; Dánsko, Španělsko, Nizozemsko a Turecko, 2015. Data za Německo, Švédsko a Norsko se týkají uživatelů jiných stimulantů než kokainu.

(¹) Věkové rozpětí odhadů prevalence u obecné populace: 16–64 let, 16–34 let.

(²) Věkové rozpětí odhadů prevalence u obecné populace: 18–64 let, 18–34 let.

(³) Data u klientů žádajících o léčbu se týkají pouze nemocniční péče a specializovaných zařízení pro ambulantní péči.

(⁴) Odhady prevalence u obecné populace se vztahují pouze na Anglii a Wales.

## TABULKA A4

## MDMA

Země	Odhady prevalence				Osoby žádající o léčbu v průběhu roku		
	Rok průzkumu	Obecná populace		Školní populace	Klienti závislí na MDMA jako % osob žádajících o léčbu		
		Celoživotní prevalence, dospělí (15–64 let)	Prevalence v posledních 12 měsících, mladí dospělí (15–34 let)	Celoživotní prevalence, studenti (15–16 let)	Všechny osoby žádající o léčbu	Osoby žádající o léčbu poprvé	Osoby žádající o léčbu opakovaně
	%	%	%	% (počet)	% (počet)	% (počet)	
Belgie	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulharsko	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Česká republika	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Dánsko <sup>(1)</sup>	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Německo <sup>(2)</sup>	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonsko	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irsko	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Řecko <sup>(2)</sup>	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Španělsko	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Francie	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Chorvatsko	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Itálie	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Kypr	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Lotyšsko	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Litva	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Lucembursko	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Maďarsko <sup>(2)</sup>	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Nizozemsko	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Rakousko	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Polsko	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugalsko	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Rumunsko	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovinsko	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovensko	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finsko	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Švédsko <sup>(1)</sup>	2013	–	1,0	1	–	–	–
Spojené království <sup>(1,3)</sup>	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turecko	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norsko <sup>(1)</sup>	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
<b>Evropská unie</b>	–	<b>4,1</b>	<b>1,8</b>	–	<b>0,3 (1 442)</b>	<b>0,5 (951)</b>	<b>0,2 (424)</b>
<b>EU, Turecko a Norsko</b>	–	–	–	–	<b>0,3 (1 548)</b>	<b>0,6 (1 028)</b>	<b>0,2 (453)</b>

Odhadovaná prevalence u školní populace pochází z průzkumu ESPAD 2015 s výjimkou Belgie (2016; pouze Flandry), Španělska (2016), Německa (2011), Itálie (2016), Lucemburska (2010; věk 15 let), Švédska (2016) a Spojeného království (2014; pouze Anglie, věk 15 let). Vzhledem k nejistotě ohledně postupů sběru dat nemusejí být data za Lotyšsko srovnatelná.

Data o osobách žádajících o léčbu jsou za rok 2016 nebo za poslední rok: Česká republika, 2014; Dánsko, Španělsko, Nizozemsko a Turecko, 2015.

<sup>(1)</sup> Věkové rozpětí odhadů prevalence u obecné populace: 16–64 let, 16–34 let.

<sup>(2)</sup> Věkové rozpětí odhadů prevalence u obecné populace: 18–64 let, 18–34 let.

<sup>(3)</sup> Odhady prevalence u obecné populace se vztahují pouze na Anglii a Wales.



## TABULKA A5

## KONOPI

Země	Odhady prevalence				Osoby žádající o léčbu v průběhu roku		
	Obecná populace			Školní populace	Klienti závislí na konopí jako % osob žádajících o léčbu		
	Rok průzkumu	Celoživotní prevalence, dospělí (15–64 let)	Prevalence v posledních 12 měsících, mladí dospělí (15–34 let)	Celoživotní prevalence, studenti (15–16 let)	Všechny osoby žádající o léčbu	Osoby žádající o léčbu poprvé	Osoby žádající o léčbu opakovaně
	%	%	%	% (počet)	% (počet)	% (počet)	
Belgie	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulharsko	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Česká republika	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Dánsko <sup>(1)</sup>	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Německo <sup>(2)</sup>	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estonsko	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irsko	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Řecko <sup>(2)</sup>	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Španělsko	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Francie	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Chorvatsko	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Itálie	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Kypr	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Lotyšsko	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Litva	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Lucembursko	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Maďarsko <sup>(2)</sup>	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Nizozemsko	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Rakousko	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Polsko	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugalsko	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Rumunsko	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovinsko	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovensko	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finsko	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Švédsko <sup>(1,3)</sup>	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Spojené království <sup>(1,4)</sup>	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turecko	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norsko <sup>(1)</sup>	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
<b>Evropská unie</b>	–	<b>26,3</b>	<b>14,1</b>	–	<b>32,1 (148 793)</b>	<b>46,3 (81 720)</b>	<b>20,9 (55 625)</b>
<b>EU, Turecko a Norsko</b>	–	–	–	–	<b>31,5 (151 106)</b>	<b>45,1 (83 157)</b>	<b>20,5 (56 501)</b>

Odhadovaná prevalence u školní populace pochází z průzkumu ESPAD 2015 s výjimkou Belgie (2016; pouze Flandry), Španělska (2016), Německa (2011), Itálie (2016), Lucemburska (2010; věk 15 let), Švédska (2016) a Spojeného království (2014; pouze Anglie, věk 15 let). Vzhledem k nejistotě ohledně postupů sběru dat nemusí být data za Lotyšsko srovnatelná.

Data o osobách žádajících o léčbu jsou za rok 2016 nebo za poslední rok: Česká republika, 2014; Dánsko, Španělsko, Nizozemsko a Turecko, 2015.

<sup>(1)</sup> Věkové rozpětí odhadů prevalence u obecné populace: 16–64 let, 16–34 let.

<sup>(2)</sup> Věkové rozpětí odhadů prevalence u obecné populace: 18–64 let, 18–34 let.

<sup>(3)</sup> Data u klientů žádajících o léčbu se týkají pouze nemocniční péče a specializovaných zařízení pro ambulantní péči.

<sup>(4)</sup> Odhady prevalence u obecné populace se vztahují pouze na Anglii a Wales.

## TABULKA A6

## DALŠÍ UKAZATELE

Země	Přímá drogová úmrtí (věk 15–64 let)	Případy infekce HIV související s injekčním užíváním drog (ECDC)	Odhad injekčního užívání drog		Injekční stříkačky distribuované prostřednictvím specializovaných programů
	Počet případů na milion obyvatel (počet)	Počet případů na milion obyvatel (počet)	Rok odhadu	Počet případů na 1 000 obyvatel	Počet
Belgie	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulharsko	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Česká republika	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Dánsko	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Německo	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estonsko	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irsko <sup>(1)</sup>	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Řecko	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Španělsko <sup>(2)</sup>	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Francie <sup>(1)</sup>	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Chorvatsko	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Itálie	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Kypr	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Lotyšsko	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Litva	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Lucembursko	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Maďarsko	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Nizozemsko	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Rakousko	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Polsko	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugalsko	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Rumunsko <sup>(3)</sup>	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovinsko	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovensko	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finsko	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Švédsko	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Spojené království <sup>(4)</sup>	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turecko	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norsko	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
<b>Evropská unie</b>	<b>22,4 (7 443)</b>	<b>2,0 (1 027)</b>	–	–	–
<b>EU, Turecko a Norsko</b>	<b>21,8 (8 500)</b>	<b>1,8 (1 043)</b>	–	–	–

Při srovnávání statistických údajů o přímých drogových úmrtích je potřeba postupovat obezřetně s ohledem na problémy s kódováním, pokrytím a uváděním nižších hodnot v některých zemích.

(1) Data o injekčních stříkačkách distribuovaných prostřednictvím specializovaných programů se vztahují k roku 2014.

(2) Data o injekčních stříkačkách distribuovaných prostřednictvím specializovaných programů se vztahují k roku 2015.

(3) Přímá drogová úmrtí: pokrytí na lokální úrovni.

(4) Data o injekčních stříkačkách za Spojené království: Anglie – žádná data; Skotsko – 4 742 060, Wales – 3 100 009 (oba státy 2016); Severní Irsko – 309 570 (2015).

## TABULKA A7

## ZÁCHYTY DROG

Země	Heroin		Kokain		Amfetaminy		MDMA	
	Zachycené množství	Počet záchytů	Zachycené množství	Počet záchytů	Zachycené množství	Počet záchytů	Zachycené množství	Počet záchytů
	v kg	Počet	v kg	Počet	v kg	Počet	tablety (v kg)	Počet
Belgie	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulharsko	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Česká republika	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Dánsko	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Německo	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estonsko	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irsko	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Řecko	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Španělsko	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Francie	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Chorvatsko	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Itálie	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Kypr	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Lotyšsko	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Litva	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Lucembursko	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Maďarsko	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Nizozemsko	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Rakousko	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Polsko	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugalsko	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Rumunsko	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slovinsko	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovensko	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finsko	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Švédsko	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Spojené království	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turecko	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norsko	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
<b>Evropská unie</b>	<b>4 275</b>	<b>37 548</b>	<b>70 883</b>	<b>97 520</b>	<b>6 221</b>	<b>43 405</b>	<b>5 305 409 (295)</b>	<b>24 383</b>
<b>EU, Turecko a Norsko</b>	<b>9 874</b>	<b>46 725</b>	<b>71 832</b>	<b>100 229</b>	<b>10 317</b>	<b>53 504</b>	<b>9 127 499 (306)</b>	<b>30 672</b>

Amfetaminy zahrnují amfetamin a metamfetamin.

Všechna data jsou za rok 2016 nebo za poslední rok.

## TABULKA A7

## ZÁCHYTY DROG (pokračování)

Země	Hašiš		Marihuana		Rostliny konopí	
	Zachycené množství	Počet záchytů	Zachycené množství	Počet záchytů	Zachycené množství	Počet záchytů
	v kg	Počet	v kg	Počet	rostliny (v kg)	Počet
Belgie	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulharsko	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Česká republika	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Dánsko	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Německo	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estonsko	548	22	46	575	- (79)	28
Irsko	-	192	-	1 049	- (-)	182
Řecko	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Španělsko	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Francie	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Chorvatsko	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Itálie	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Kypr	2	20	171	753	311 (-)	37
Lotyšsko	3	96	44	872	- (50)	22
Litva	551	54	68	654	- (-)	0
Lucembursko	1	173	21	875	359 (-)	16
Maďarsko	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Nizozemsko	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Rakousko	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Polsko	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugalsko	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Rumunsko	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovinsko	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovensko	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finsko	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Švédsko	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Spojené království	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turecko	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norsko	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
<b>Evropská unie</b>	<b>424 186</b>	<b>316 546</b>	<b>123 947</b>	<b>420 092</b>	<b>3 268 037 (29 723)</b>	<b>22 049</b>
<b>EU, Turecko a Norsko</b>	<b>463 258</b>	<b>332 117</b>	<b>235 365</b>	<b>454 471</b>	<b>3 268 037 (29 771)</b>	<b>25 583</b>

Všechna data jsou za rok 2016 nebo za poslední rok.





## Obrátte se na EU

### Osobně

Po celé Evropské unii se nachází stovky informačních středisek Europe Direct. Adresu nejbližšího střediska naleznete na internetové stránce: [https://europa.eu/european-union/contact\\_cs](https://europa.eu/european-union/contact_cs).

### Telefonicky nebo e-mailem

Europe Direct je služba, která odpoví na vaše dotazy o Evropské unii. Můžete se na ni obrátit:

- prostřednictvím bezplatné telefonní linky: 00 800 6 7 8 9 10 11 (někteří operátoři mohou tento hovor účtovat),
- na standardním telefonním čísle: +32 22999696 nebo
- e-mailem prostřednictvím internetové stránky: [https://europa.eu/european-union/contact\\_cs](https://europa.eu/european-union/contact_cs).

## Vyhledávání informací o EU

### On-line

Informace o Evropské unii ve všech úředních jazycích EU jsou dostupné na internetových stránkách Europa na adrese: [https://europa.eu/european-union/index\\_cs](https://europa.eu/european-union/index_cs).

### Publikace EU

Publikace EU, ať už bezplatné, nebo placené, si můžete stáhnout nebo objednat na adrese: <https://publications.europa.eu/cs/publications>. Chcete-li obdržet více než jeden výtisk bezplatných publikací, obraťte se na službu Europe Direct nebo na místní informační střediska (viz [https://europa.eu/european-union/contact\\_cs](https://europa.eu/european-union/contact_cs)).

### Právo EU a související dokumenty

Právní informace EU včetně všech právních předpisů EU od roku 1952 ve všech úředních jazykových verzích jsou dostupné na stránkách EUR-Lex na adrese: <http://eur-lex.europa.eu>.

### Veřejně přístupná data od EU

Portál veřejně přístupných dat EU (<http://data.europa.eu/euodp/cs>) umožňuje přístup k datovým souborům z EU. Data lze bezplatně stahovat a opakovaně použít pro komerční i nekomerční účely.

## 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](#) a třiceti [národními zprávami o drogách](#) tvoří soubor publikací s názvem [Evropská zpráva o drogách 2018](#).

## O EMCDDA

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) je ústředním zdrojem dat a potvrzenou autoritou, pokud jde o drogovou problematiku v Evropě. Již více než 20 let shromažďuje, analyzuje a šíří vědecky podložené informace o drogách a drogových závislostech a jejich důsledcích.

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