



Výroční zpráva

o stavu ve věcech drog

v České republice v roce 2009



Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009

Viktor Mravčík
Roman Pešek
Michaela Horáková
Vlastimil Nečas
Kateřina Škařupová
Lenka Šťastná
Eva Škrdlantová
Lucia Kiššová
Vendula Běláčková
Hana Fidesová
Blanka Nechanská
Jiří Vopravil
Kamil Kalina
Roman Gabrhelík
Tomáš Zábanský

Praha, září 2010

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009

Vydal/ © Úřad vlády České republiky, 2010

**Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1
tel.: +420 296 153 222
<http://www.drogy-info.cz>**

**Editor/ MUDr. Viktor Mravčík
Oponent/ Mgr. Pavla Chomynová
Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová**

Zpráva byla projednána Poradním výborem RVKPP pro sběr dat o drogách.

Pro bibliografické citace/

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L., Škrdlantová, E., Kiššová, L., Běláčková, V., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Kalina, K., Gabrhelík, R., Zábranský, T. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009 [Annual Report on Drug Situation 2009 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010.

Poděkování za pomoc a spolupráci při zpracování výroční zprávy patří všem spolupracovníkům, členům pracovních skupin, organizacím, institucím a orgánům, kteří poskytli potřebná data a přispěli k jejich interpretaci. Je možno je najít v seznamu literatury nebo v samotném textu zprávy.

ISBN 978-80-7440-034-6

Obsah

SOUHRN	1
ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2009	5
1 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA A JEJÍ KONTEXT	5
1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC	5
1.2 INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC, STRATEGIE, EVALUACE A KOORDINACE	9
1.3 ROZPOČTY A FINANCOVÁNÍ	16
2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI	23
2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V OBEČNÉ POPULACI	23
2.2 UŽÍVÁNÍ DROG VE ŠKOLNÍ POPULACI	29
2.3 UŽÍVÁNÍ DROG VE SPECIFICKÝCH SKUPINÁCH POPULACE	30
3 PREVENCE	33
3.1 SYSTÉM A RÁMEC PROTIDROGOVÉ PREVENCE	33
3.2 VŠEOBECNÁ PREVENCE	35
3.3 SELEKTIVNÍ PREVENCE	35
3.4 INDIKOVANÁ PREVENCE	36
3.5 MEDIÁLNÍ KAMPANĚ A PREVENTIVNÍ INFORMAČNÍ ZDROJE NA INTERNETU	36
4 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG	37
4.1 ODHADY PREVALENCE PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ DROG	37
4.2 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG V DALŠÍCH ZDROJÍCH DAT	40
4.3 DALŠÍ INTENZIVNÍ, ČASTÉ, DLOUHODOBÉ A JINAK PROBLEMATICKÉ FORMY UŽÍVÁNÍ DROG	41
5 SPECIALIZOVANÁ LÉČBA A SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG	42
5.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY V OBLASTI LÉČBY	42
5.2 SYSTÉM LÉČBY UŽIVATELŮ DROG	42
5.3 UŽIVATELE DROG V LÉČBĚ, JEJICH CHARAKTERISTIKY A TRENDY	51
6 ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	61
6.1 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	61
6.2 DALŠÍ PORUCHY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	67
6.3 DROGOVÁ ÚMRTÍ A MORTALITA UŽIVATELŮ DROG	69
7 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	75
7.1 PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ	75
7.2 PREVENCE A LÉČBA INFEKČÍ MEZI UŽIVATELI DROG	75
7.3 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA DALŠÍ ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	81
8 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI UŽÍVÁNÍ DROG A RESOCIALIZACE UŽIVATELŮ DROG	82
8.1 SOCIÁLNÍ EXKLUZE A UŽÍVÁNÍ DROG	82
8.2 SOCIÁLNÍ REINTEGRACE	84
9 DROGOVÁ KRIMINALITA, JEJÍ PREVENCE A DROGY VE VĚZENÍ	86
9.1 DROGOVÁ KRIMINALITA	86
9.2 PREVENCE DROGOVÉ KRIMINALITY	93
9.3 ALTERNATIVY TRESTNÍHO POSTIHU	94
9.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE VĚZNICÍCH	94
9.5 INTERVENČNÍ VE VĚZNICÍCH	95
10 DROGOVÉ TRHY	99
10.1 DOSTUPNOST A NABÍDKA DROG	99
10.2 ZÁCHYTY DROG	102
10.3 CENY A ČISTOTA DROG	103

ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY.....	105
11 HISTORIE, METODY A ZAVÁDĚNÍ NÁRODNÍCH STANDARDŮ V OBLASTI LÉČBY UŽIVATELŮ DROG	105
11.1 OBECNĚ O STANDARDECH	105
11.2 STANDARDY KVALITY V OBLASTI ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB V ČR.....	107
11.3 VÝVOJ A IMPLEMENTACE CERTIFIKAČNÍCH STANDARDŮ PRO ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY V ČR	110
11.4 SHRNU TÍ VÝVOJE CERTIFIKAČNÍCH STANDARDŮ V ČR	112
12 MORTALITA SPOJENÁ S UŽÍVÁNÍM DROG (MORTALITA UŽIVATELŮ DROG)	113
12.1 ÚVOD.....	113
12.2 PŘEHLED KOHORTOVÝCH STUDIÍ MORTALITY UŽIVATELŮ DROG V ČR.....	114
12.3 DOPLŇKOVÉ ZDROJE INFORMACÍ O MORTALITĚ VE VZTAHU K UŽÍVÁNÍ DROG	118
12.4 PERSPEKTIVA VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ.....	119
13 NÁKLADY NA LÉČBU DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ	120
13.1 ZDROJE FINANCOVÁNÍ.....	120
13.2 VÝŠE NÁKLADŮ NA JEDNOTLIVÉ TYPY SLUŽEB	121
13.3 STRUKTURA NÁKLADŮ.....	125
14 PŘÍLOHY.....	127
14.1 CÍLE NÁRODNÍ STRATEGIE 2005–2009.....	127
14.2 SROVNÁNÍ VYBRANÝCH PARAGRAFŮ ZÁKONA Č. 140/1961 SB., TRESTNÍHO ZÁKONA A ZÁKONA Č. 40/2009 SB., TRESTNÍHO ZÁKONÍKU VZTAHUJÍCÍCH SE K NEDOVOLENÉMU NAKLÁDÁNÍ S OPL, S JEDY A S LÁTKAMI S HORMONÁLNÍM ÚČINKEM	128
SEZNAM TABULEK	132
SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ	134
SEZNAM MAP.....	135
VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU.....	136
ZKRATKY.....	137
REJSTŘÍK	138
ODKAZY.....	140

SOUHRN

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím hlavním poradním orgánem je *Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP)*, která se v r. 2009 sešla třikrát. V prvním pololetí 2009 v rámci předsednictví EU vedla ČR *Horizontální pracovní skupinu pro problematiku drog Rady EU*.

Rok 2009 byl posledním rokem realizace *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009* (dále Národní strategie 2005–2009) a jejího akčního plánu na období 2007–2009. Krajské strategie protidrogové politiky mělo v r. 2009 vypracováno všech 14 krajů (z toho v Plzeňském kraji je problematika drog součástí Koncepce prevence kriminality a sociálně-patologických jevů). Na přelomu let 2009 a 2010 probíhalo hodnocení obou národních strategických dokumentů a příprava nových dokumentů na následující období.

Evaluační Národní strategie 2005–2009 měla interní charakter a kromě hodnocení výsledků (cílů) se zaměřila také na fázi jejího formulování a implementace. Výsledky ukázaly, že se podařilo dosáhnout tří strategických cílů: udržení relativně stabilní situace v počtu problémových uživatelů nelegálních drog, udržení nízkého výskytu infekčních onemocnění a dalších zdravotních rizik mezi uživateli drog a také udržení sítě služeb pro uživatele drog. Naopak pokračoval nárůst experimentálního užívání drog, nepodařilo se stabilizovat ani snížit spotřebu drog a ani jejich dostupnost. Ukázalo se, že charakter, potenciál a úroveň implementace aktivit jednotlivých oblastí akčního plánu koresponduje s dosažením příslušných strategických cílů. Nedostatky byly nalezeny ve vzájemné koordinaci a spolupráci mezi jednotlivými institucemi. Hodnocení také konstatovalo, že se protidrogová politika v minulém období potýkala s nedostatkem finančních a personálních zdrojů.

V květnu 2010 byla vládou schválena nová *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018* (dále Národní strategie 2010–2018), která navazuje na předchozí strategii, ale na rozdíl od ní je dlouhodobým devítiletým dokumentem. Národní strategie 2010–2018 definuje 4 základní cíle: (I) snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi, (II) snížit míru problémového a intenzivního užívání drog, (III) snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost, (IV) snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi. Na strategii budou navazovat 3 tříleté akční plány.

Od 1. ledna 2010 nabyl účinnosti nový trestní zákoník, který obsahuje významné změny v oblasti nakládání s nelegálními drogami. Zejména se jedná o přechovávání drogy pro vlastní potřebu, kde dochází k odlišení drog podle jejich společenských a zdravotních rizik – nižší trestní sazbou než doposud bude trestáno přechovávání konopných drog v množství větším než malém, u ostatních drog platí vyšší trestní sazba. Významnou změnou je také nové ustanovení týkající se nedovoleného pěstování rostlin a hub obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, jež bude postihováno mírnější trestní sazbou než výroba drog, a současně je pěstování malého množství rostlin nebo hub pro vlastní potřebu nově přestupkem. Vláda ve dvou nařízeních stanovila větší než malá množství drog a větší než malá množství rostlin nebo hub obsahujících omamné a psychotropní látky. Jedná se o zásadní změnu, neboť dosud byla konkrétní množství upravena pouze interními předpisy policie a státního zastupitelství. Nařízení vlády jsou obecně závaznými právními předpisy, kterými se při svém rozhodování řídí také soudy.

V r. 2009 dosáhly účelově určené (označené) výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku celkové částky 607,5 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu bylo vydáno 375,4 mil. Kč, kraje a obce přispěly částkou 172,6 a 59,5 mil. Kč. Oproti r. 2008 došlo k nominálnímu nárůstu souhrnných výdajů na všech třech úrovních o 1,7 %; k poklesu došlo na centrální úrovni u výdajů všech sledovaných rezortů a centrálních institucí kromě ministerstev spravedlnosti, práce a sociálních věcí a Národní protidrogové centrály Policie ČR. Na krajské úrovni došlo souhrnně k mírnému meziročnímu nárůstu výdajů; výrazný nárůst byl zaznamenán v Jihomoravském kraji, výrazný pokles naopak ve Středočeském kraji. Více než třetina výdajů z krajů je však určena na financování záchytných stanic. V souhrnu došlo k mírnému poklesu výdajů obcí. Z celkové částky 607,5 mil. Kč bylo 177,2 mil. Kč určeno na léčbu včetně záchytných stanic (o 4 % méně než v r. 2008), 175,0 mil. Kč na služby harm reduction (o 10 % více), 154,7 mil. Kč na prosazování práva (o 2 % více než v r. 2008), 54,0 mil. Kč na primární prevenci (o 6 % méně) a 31,8 mil. Kč na následnou péči (o 28 % více). Tyto účelově určené výdaje nezahnují většinu výdajů např. na činnost policie, státních zastupitelství, soudů a vězeňského systému na represii drogové kriminality nebo výdaje na léčbu ze zdravotního pojištění (odhadem je v ČR ročně na léčbu závislosti na nealkoholových drogách vydáno ze zdravotního pojištění cca 200 mil. Kč – viz dále speciální kapitoly). Dlouhodobý pokles výdajů zejména RVKPP pokračoval i v r. 2010, což poskytovatele služeb pro uživatele drog vedlo ke zveřejnění iniciativy *Máme toho dost!*, ve které upozorňují na problémy s poskytováním dotací a podfinancování, které ohrožují kvalitu i samotnou existenci služeb.

V r. 2009 nebyla v ČR provedena žádná školní studie zabývající se tematikou drog (poslední výsledky jsou uvedeny ve VZ 2008). Bylo však uskutečněno několik menších studií a projektů v dospělé populaci. Při zohlednění výsledků studií provedených v dospělé populaci v letech 2008–2009 dosahuje míra celoživotní prevalence užívání konopných drog v české dospělé populaci cca 30 %, extáze 5–10 %, pervitinu přibližně 4 % a kokainu 2 %. Prevalence užití konopných drog v posledním roce mezi českými dospělými pak dosahuje hodnot 11–15 %, extáze 3–4 %, pervitinu do cca 1,5 % a kokainu cca 0,5 %. Mezi mladými dospělými (15–34 let) je míra prevalence užití konopných drog v posledním roce 22–28 %, extáze 3–8 %, pervitinu do 3 % a kokainu přibližně 0,5–1,5 %. Průzkumy provedené v prostředí tanečních akcí a (noční) zábavy ukazují na výrazně vyšší míry prevalence užívání nelegálních drog v této

specifické subpopulaci mladých dospělých – vedle konopných látek se jedná především o extázi a dále o pervitin, kokain a halucinogeny.

V r. 2009 výrazně vzrostla střední hodnota odhadovaného počtu problémových uživatelů drog na cca 37,4 tisíc. Na nárůstu se nejvíce podílí uživatelé pervitinu (cca 25,3 tis.). Vzrostl rovněž počet injekčních uživatelů drog (na cca 35,3 tis.). Mírně vzrostl i počet uživatelů opiátů na cca 12,1 tisíc, z nichž je odhadováno 7,1 tis. uživatelů heroinu a 5,1 tis. uživatelů Subutexu®. Intervaly spolehlivosti odhadů z posledních let se však překrývají, což znamená, že pozorovaný nárůst je třeba hodnotit opatrně. Nicméně statisticky významně meziročně vzrostl počet problémových uživatelů pervitinu a počet injekčních uživatelů drog. Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou tradičně Hl. m. Praha a Ústecký kraj. Ústecký kraj má zároveň ze všech krajů nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu. Zatímco na území hlavního města počet problémových uživatelů drog poprvé od r. 2005 poklesl, v Ústeckém kraji se odhadovaný počet problémových uživatelů zvýšil.

V r. 2009 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi (injekčními) uživateli drog – promořenost HIV je stále hluboko pod 1 %. V r. 2009 bylo nově identifikováno 7 HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog, což je méně než v r. 2007 a 2008, a hlášená incidence HIV u uživatelů drog se tak vrátila k příznivým hodnotám z dřívějších let (celková incidence HIV v ČR však stoupá zejména vlivem šíření infekce ve skupině homosexuálních mužů). Také počet nově hlášených případů VHB a VHC u injekčních uživatelů drog v posledních letech klesá, prevalence VHC mezi uživateli drog se v závislosti na charakteristikách a výběrových kritériích vyšetřovaného vzorku pohybuje od přibližně 20 % v nízkoprahových programech do 40 % ve věznicích. Relativně nejvyšší výskyt infekcí byl zaznamenán mezi vězněnými injekčními uživateli drog (např. u HIV byla v r. 2009 zjištěna prevalence přes 2 %), výsledky je však nutno hodnotit opatrně vzhledem k možné výběrové chybě. Podíl injekční aplikace mezi uživateli pervitinu a opiátů, kteří jsou v kontaktu s poradenskými nebo léčebnými institucemi, dlouhodobě povolna klesá; stále se však jedná o většinu jejich uživatelů.

Poprvé jsou za r. 2009 k dispozici údaje o nových případech pohlavně přenosných infekcí u injekčních uživatelů drog. V posledních letech je patrný rostoucí trend výskytu syfilis u injekčních uživatelů drog, v r. 2009 u nich bylo hlášeno 103 případů syfilis (tj. 10 % ze všech hlášených případů), u 17 % z nich byla současně zjištěna prostituce (jednalo se zejména o ženy).

V r. 2009 došlo podle údajů ze speciálního registru na odděleních soudního lékařství k mírnému nárůstu případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (celkem 49 případů) a v posledních dvou letech tak lze pozorovat mírně rostoucí trend. Meziročně vzrostl zejména počet smrtelných předávkování opiáty z 15 případů v r. 2008 na 20 případů v r. 2009; počet případů smrtelných předávkování pervitinem a těkavými látkami se téměř nezměnil. Po několika letech nulového výskytu byl zaznamenán výskyt tří případů smrtelných předávkování (novými) syntetickými drogami – TMA, 4-MTA a GHB. Kokain byl přítomen u dvou úmrtí klasifikovaných jako předávkování pervitinem. Ve střednědobém horizontu je patrný rostoucí počet případů nepřímých úmrtí (tj. úmrtí z jiných příčin než předávkování, zejména v důsledku nehod a sebevražd) s nálezem pervitinu a THC, i když ty v r. 2009 zůstaly na úrovni r. 2008. Poprvé jsou ve výroční zprávě prezentovány údaje o výskytu smrtelných předávkování drogami z obecného registru mortality ČR (informačního systému *Zemřelí*), které v posledních 3 letech vykazují rostoucí trend.

Podle evidence dopravní policie se v r. 2009 dále zvýšil počet a podíl nehod zaviněných pod vlivem alkoholu a drog i počet osob usmrčených při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu. Roste také počet i podíl zemřelých při nehodách pod vlivem jiných drog, ovšem jejich počet vykazovaný policií je stále mnohem nižší, než ukazují výsledky pitev zemřelých při dopravních nehodách vyšetřovaných na odděleních soudního lékařství.

Pomoc uživatelům drog a závislým je v ČR poskytována prostřednictvím sítě služeb různých typů s dobrou dostupností. Síť pomáhajících zařízení nedoznala v r. 2009 výrazných změn. Došlo ke snížení kapacity chráněného bydlení v programech následné péče pro uživatele drog. Do léčebné a poradenské praxe jsou v posledních letech stále více zaváděny nástroje pro včasnou diagnostiku a intervenci zejména mezi dětmi a mládeží.

Počet uživatelů drog v *Registru žádostí o léčbu* hygienické služby meziročně vzrostl. V r. 2009 vyhledalo léčebné služby celkem 8763 uživatelů drog, tj. přibližně o 500 osob více než v r. 2008. V porovnání s předchozími lety se obrací mírně sestupný trend a počty žadatelů o léčbu se tak dostávají na úroveň let 2004 a 2005.

Žadatelům o léčbu tradičně dominují uživatelé stimulancií, kteří byli také v r. 2009 nejpočetnější skupinou mezi všemi žadateli (59,5 %) i mezi prvožadateli (60,9 %); počet uživatelů pervitinu vykazuje také nejvyšší meziroční nárůst. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili uživatelé opiátů (23,4 %), přičemž mezi prvožadateli byli na druhém místě uživatelé konopných látek (18,3 %). Z hlediska věkové struktury je patrné mírné stárnutí populace žadatelů o léčbu. Ačkoliv meziroční nárůst průměrného věku je nízký, ze střednědobého hlediska je rostoucí trend zřetelný. V r. 2009 byl průměrný věk prvožadatelů o léčbu 24,2 let a 25,9 let u všech žadatelů. Průměrný věk prvožadatele se za poslední dekádu zvýšil o více než tři roky a u všech žadatelů pak o 3,5 roku. Ženy tvoří stabilně třetinu žadatelů o léčbu. Nejvyšší relativní prevalenci i incidence žadatelů o léčbu mají tradičně Ústecký kraj a Hl. m. Praha.

Vzrostl rovněž počet uživatelů drog hlášených z ambulantních zařízení oboru psychiatrie. Pokud se jedná o tři nejčtetnější skupiny uživatelů, došlo u uživatelů opiátů (heroinu) k mírnému nárůstu, u uživatelů stimulantů (pervitinu) k mírnému poklesu a u uživatelů kombinace látek k výraznějšímu nárůstu.

V r. 2009 došlo také k růstu počtu hospitalizovaných uživatelů nelegálních drog v psychiatrických lůžkových zařízeních, a to díky nárůstu počtu hospitalizací v psychiatrických léčebnách. Nárůst jde zejména na vrub pacientů hospitalizovaných pro poruchy způsobené kombinací užívaných látek, počet hospitalizovaných uživatelů opiátů a stimulantů klesl.

Stoupá také počet pacientů v substituční léčbě, a to jak ve specializovaných centrech, tak patrně i v ordinacích ostatních lékařů předepisujících přípravky s obsahem buprenorfinu (Subutex[®] a Suboxone[®]); léčba těmito preparáty však stále není v plném rozsahu evidována v registru substituce. Subutex[®] se zejména v Praze dostává na černý trh.

Ve věznicích jsou uživatelům drog k dispozici různé typy poradenských a léčebných služeb. Substituční léčba metadonem byla v r. 2009 realizovaná v 9 věznicích (z celkem 36). Péči o vězněné uživatele drog doplňovaly služby realizované 15 nestátními neziskovými organizacemi ve 30 věznicích.

Počet nízkoprahových programů pro uživatele drog meziročně kolísá kolem stovky, v posledních letech je však zřetelný nárůst počtu klientů v kontaktu s těmito nízkoprahovými programy. Odhadem je s nimi v kontaktu cca 70 % problémových uživatelů drog, v Praze až 80 %. Kontinuálně stoupá také počet kontaktů a množství vyměněného injekčního materiálu a dalších pomůcek pro injekční aplikaci, byť meziroční nárůst počtu distribuovaného injekčního materiálu nebyl v r. 2009 tak velký jako v předchozích letech; v r. 2009 bylo distribuováno téměř 4,9 mil ks injekčních jehel a stříkaček.

Za přetrvávající negativní trend lze označit nízkou dostupnost testování na infekční nemoci a velmi nízkou protestovanost v populaci problémových uživatelů drog. Nicméně data z posledních dvou let naznačují, že se negativní trend pozvolna obrací. V r. 2009 a 2010 byly pracovníky nízkoprahových služeb zejména v Praze opakovaně uváděny kolize terénních pracovníků s policií a problematičnost práce s etnickými menšinami. S ohledem na výskyt uživatelů drog na otevřené drogové scéně a s tím spojenými problémy v oblasti veřejného pořádku se objevily náměty na zřízení aplikačních místností pro uživatele drog a instalaci prodejních automatů injekčního materiálu v Praze.

Dlouhodobě dochází k nárůstu počtu zadržených, stíhaných i obžalovaných za drogové trestné činy, patrný je nárůst počtu osob stíhaných a obžalovaných za držení drog (§ 187a) a naopak u šíření toxikomanie (§ 188a) dochází k poklesu. Nejčastěji jsou pachatelé stíháni v souvislosti s pervitinem, dále s konopnými drogami a heroinem; aktuálně roste podíl konopných drog a klesá podíl pervitinu. Počet stíhaných je nejvyšší v krajích Moravskoslezském, Ústeckém a v Hl. m. Praze. V dlouhodobé perspektivě je následně obžalováno přibližně 90 % osob zadržených a stíhaných za drogové trestné činy. Také u odsouzených lze sledovat nárůst podílu a počtu trestných činů držení drog podle § 187a. Co do skladby trestů je situace stabilní – v posledních 3 letech se v cca 30 % jedná o nepodmíněné tresty odnětí svobody, v 50 % o tresty podmíněné. Nejvyšší počet trestů je ukládán v souvislosti s výrobou a distribucí drog (§ 187) a ve spojení s pervitinem.

Od r. 2009 projednávají přestupky přechovávání drog pro vlastní potřebu (a od r. 2010 také přestupky pěstování rostlin nebo hub obsahujících omamnou a psychotropní látku pro vlastní potřebu) obecní úřady obcí s rozšířenou působností, nikoliv již Policie ČR. Data za r. 2009 nebyla v době zpracování zprávy k dispozici.

Podle expertních odhadů se uživatelé drog podílejí na cca 71–74 tis. trestných činů ročně, což je přibližně pětina všech zjištěných trestných činů v ČR (cca 345 tis. ročně). Nejčastěji se jedná o krádeže věcí z automobilů. Podle jiného odhadu cca 14 % nových klientů v péči Probační a mediační služby ČR spáchalo trestný čin v souvislosti s drogami. Podle evidence policie bylo 22,2 tis. trestných činů spácháno pod vlivem alkoholu a 2,3 tis. pod vlivem nealkoholových drog. Nejvíce trestných činů bylo uživateli nealkoholových drog spácháno pod vlivem pervitinu a konopných drog. Při hrubém přepočtu na celkový počet zjištěných trestných činů lze počet skutků spáchaných ročně pod vlivem alkoholu odhadnout na cca 62 tis. (18 % všech zjištěných trestných činů) a pod vlivem nealkoholových drog na cca 7 tis. (2 %).

Nejdostupnější drogou v ČR je marihuana. Konopí je v ČR často pěstováno v umělých podmínkách, kde dosahuje vyššího obsahu THC. Při 117 záchytech bylo zabaveno 33 427 rostlin konopí, což je nejvyšší počet od r. 2006, roste počet odhalených velkopěstíren konopí (84 v r. 2009). Druhou nejčastěji zachycenou drogou zůstává pervitin, i když bylo odhaleno nejméně varen pervitinu za poslední 3 roky (342 v r. 2009). Od května 2009 byl v lékárnách omezen výdej léků s obsahem pseudoefedrinu, který slouží jako hlavního prekurzor pro výrobu pervitinu, což vedlo ke snížení prodeje těchto léků v ČR; byl nicméně zaznamenán zvýšený nelegální dovoz těchto léků ze zahraničí, zejména z Polska. Z tohoto důvodu jsou doporučována opatření směřující k omezení dostupnosti léků s obsahem pseudoefedrinu na evropské úrovni.

Kokain se stal etablovanou stimulační drogou zejména v prostředí zábavy a nočního života. Bylo zaznamenáno 26 záchyťů kokainu v celkovém množství 12,9 kg, což je druhé nejvyšší množství zachycené za poslední 4 roky. Počet a celkový objem záchyťů heroinu zůstal relativně stabilní.

U extáze bylo v r. 2009 evidováno nejméně záchytů a nejnižší množství zachycené drogy za poslední 4 roky; podíl tablet s účinnou látkou mCPP je na českém trhu výrazně vyšší než podíl tablet s obsahem MDMA. Především na taneční scéně byl v r. 2009 pozorován narůstající zájem o stimulační látku mefedron, který lze částečně vysvětlit právě nedostatkem tablet extáze obsahujících MDMA a tím, že mefedron stejně jako celá řada dalších (nových) syntetických drog není v mnoha zemích kontrolována, resp. zakázána. To je případ i ČR, kde lze nakládání s mefedronem a dalšími (novými) syntetickými drogami v konkrétních případech trestně stíhat pro trestný čin šíření toxikomanie, nikoliv však za výrobu a distribuci drog.

Podle odhadů drogového trhu se v ČR v r. 2008 spotřebovalo téměř 19 tun konopných drog, 4,7 mil. tablet extáze a 1 mil. kusů LSD. Do ČR byl dovezeno 550 kg 70% kokainu a spotřebovala se téměř 1 tuna kokainu o čistotě 45 %. Vyrobyly se 4,2 tuny 80% pervitinu a spotřebovány byly 4,4 tuny 70–80% pervitinu. Do ČR bylo dovezeno 330 kg 40% heroínu a spotřebovalo se 1,3 tuny heroínu o čistotě 10 %.

Ceny většiny základních drog zůstaly v r. 2009 stabilní, nicméně na maloobchodní úrovni lze sledovat mírný nárůst průměrné i nejčastější ceny marihuany.

Součástí této zprávy jsou také tři závěrečné speciální kapitoly věnované léčebným standardům, mortalitě uživatelů drog a nákladům na léčbu drogových závislostí.

První speciální kapitola se zaměřuje na léčebné standardy v oblasti léčby uživatelů drog v ČR. Standardy jsou nástroji v procesu udržování a zajišťování kvality služeb, podle nichž je možné posoudit, zda a do jaké míry je daná služba poskytována kvalitně. Existuje více typů standardů: standardy vzdělání, standardy pracovišť, zařízení a programů, standardy postupů odvozených od případu či diagnózy, standardy metod a etické standardy. V ČR je značně rozvinutý typ standardů pro pracoviště, zařízení a programy. Zejména se jedná o tzv. Certifikační standardy Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Tyto standardy jsou ověřovány v certifikačním procesu, mají mezirezortní charakter a pokrývají spektrum zdravotních, zdravotně-sociálních a sociálních služeb. Do této kategorie spadají také Standardy kvality sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí a standardy pro programy primární protidrogové prevence Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Příkladem standardů pro postupy založené na případu či diagnóze jsou v ČR např. Doporučené postupy v léčbě návykových poruch a patologického hráčství vypracované *Psychiatrickou společností ČLS JEP*. V podstatě jediným standardem metody v oboru adiktologie v ČR je Standard substituční léčby Ministerstva zdravotnictví.

Cílem druhé speciální kapitoly je podat informace týkající se mortality spojené s užíváním drog a jejího významu pro veřejné zdraví. Podává přehled o dosud provedených (kohortových) studiích mortality uživatelů drog v ČR a shrnuje jejich výsledky. Uživatelé drog v ČR vykazují výrazně vyšší míru úmrtnosti ve srovnání se svými vrstevníky v obecné populaci. Relativní riziko úmrtí je u nich podle dostupných studií přibližně 10krát i vícenásobně vyšší než ve věkově srovnatelné skupině obecné populace; nejvyšší je u žen a u velmi mladých dospělých, a to kvůli jinak nízkým mírám úmrtnosti těchto skupin v obecné populaci. Nejčastější příčinou úmrtí uživatelů drog (v cca 75 %) jsou vnější (násilné) příčiny úmrtí a smrtelné otravy. Proporcionálně nejvyššímu riziku úmrtí jsou uživatelé drog vystaveni krátce po zahájení (problémového) užívání drog, tedy vesměs na prahu dospělosti.

Třetí speciální kapitola přináší přehled nákladů na léčbu drogových závislostí v ČR, které jsou představeny v kontextu primární prevence a harm reduction a členěny podle typu léčebných intervencí. Zahnuje náklady spojené s poradenstvím, léčbou a doléčováním závislostí a užívání drog, nikoliv na léčbu zdravotních následků a komplikací užívání drog, jako jsou např. infekční onemocnění nebo úrazy. Léčba drogových závislostí je v ČR financována ze zdravotního pojištění, veřejných zdrojů (ministerstva, *RVKPP*, kraje, obce), z vlastních zdrojů a soukromých zdrojů (poplatky klientů a pacientů, příspěvky, sponzoring). Údaje se týkají r. 2007, protože novější údaje o výdajích Všeobecné zdravotní pojišťovny na léčbu uživatelů drog nebyly pro analýzu k dispozici. Identifikované náklady na prevenci, harm reduction, léčbu užívání drog a následnou péči dosáhly v r. 2007 v ČR 741,1 mil. Kč, z toho na prevenci 53,5 mil. Kč, na harm reduction 148,9 mil. Kč a na léčbu a následnou péči 505,9 mil. Kč. Nejvíce financí ve výši 204,4 mil Kč bylo na léčbu a následnou péči vynaloženo ze zdravotního pojištění. Z rozpočtu *RVKPP* je přítom léčba a následná péče dotována méně než programy harm reduction, ale výrazně více než primární prevence. Při srovnání jednotlivých typů programů v oblasti léčby a následné péče je nejvyšší podíl veškerých prostředků určen na léčbu ústavní. Na druhém místě jsou prostředky vynakládány na ambulantní léčbu vedoucí k abstinenci, na třetím místě potom na substituční léčbu. Nejnižší objem prostředků je věnován léčbě v terapeutických komunitách a následné péči. Při dalším srovnání léčebných intervencí lze konstatovat, že terapeutické komunity a doléčovací programy, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, protože nemají povahu zdravotnického zařízení, mají k dispozici relativně nejnižší objem finančních prostředků. Při přepočtu nákladů na počet klientů jsou terapeutické komunity nejdražší, průměrná délka léčby v komunitě je ale několikanásobně delší než v ústavní péči.

ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2009

1 Národní protidrogová politika a její kontext

Od 1. ledna 2010 je v ČR účinný nový trestní zákoník, který obsahuje významné změny v oblasti nakládání s nelegálními drogami. Zejména se jedná o přechovávání drogy pro vlastní potřebu, kde dochází k odlišení drog podle jejich společenských a zdravotních rizik – nižší trestní sazbou než doposud bude trestáno přechovávání konopných drog v množství větším než malém, u ostatních drog platí vyšší trestní sazba. Významnou změnou je také nové ustanovení týkající se nedovoleného pěstování rostlin a hub obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, jež bude postihováno mírnější trestní sazbou než výroba drog, a současně je pěstování malého množství rostlin nebo hub pro vlastní potřebu nově přestupkem. Vláda ve dvou nařízeních stanovila množství větší než malá drog a rostlin nebo hub, které omamné a psychotropní látky obsahují. Nařízení vlády jsou zásadní změnou, neboť dosud byla konkrétní množství upravena pouze interními předpisy policie a státního zastupitelství.

Rok 2009 byl posledním rokem realizace Národní strategie 2005–2009 a jejího Akčního plánu 2007–2009. Na přelomu let 2009 a 2010 probíhalo hodnocení obou strategických dokumentů a příprava nových dokumentů na následující období. Krajské strategie protidrogové politiky mělo v r. 2009 vypracováno všech 14 krajů.

Evaluační Národní strategie 2005–2009 měla interní charakter a kromě výsledků se zaměřila také na fázi jejího formulování a implementace. Výsledky ukázaly, že se podařilo dosáhnout tří specifických cílů strategie: udržení relativně stabilní situace v počtu problémových uživatelů nelegálních drog, udržení nízkého výskytu infekčních onemocnění mezi injekčními uživateli drog a dalších zdravotních rizik na nízké úrovni a také udržení sítě služeb pro uživatele drog. Naopak pokračoval nárůst experimentálního užívání drog, nepodařilo se stabilizovat/snížit spotřebu drog ani jejich dostupnost. Ukázalo se, že charakter a potenciál aktivit příslušných oblastí Akčního plánu 2007–2009 a úspěšnost jejich implementace koresponduje s dosažením odpovídajících strategických cílů. Nedostatky byly nalezeny ve vzájemné koordinaci a spolupráci mezi jednotlivými institucemi. Protidrogová politika v minulém období se také potýkala s nedostatkem finančních a personálních zdrojů.

V květnu 2010 byla vládou schválena nová *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018*, která navazuje na předchozí strategii, ale na rozdíl od ní je dlouhodobým devítiletým dokumentem. Národní strategie 2010–2018 definuje 4 základní cíle: (I) snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi, (II) snížit míru problémového a intenzivního užívání drog, (III) snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost, (IV) snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi. Na strategii budou navazovat 3 tříleté akční plány.

V r. 2009 dosáhly výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku celkové částky 607,5 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu bylo vydáno 375,4 mil. Kč, kraje a obce přispěly částkou 172,6 a 59,5 mil. Kč. Oproti r. 2008 došlo k nominálnímu nárůstu souhrnných výdajů na všech třech úrovních o 1,7 %; k poklesu došlo na centrální úrovni u výdajů všech sledovaných rezortů a centrálních institucí kromě ministerstev spravedlnosti, práce a sociálních věcí a Národní protidrogové centrály Policie ČR. Na krajské úrovni došlo souhrnně k mírnému meziročnímu nárůstu výdajů; výrazný pokles byl zaznamenán ve Středočeském kraji, výrazný nárůst naopak v Jihomoravském kraji. Více než třetina výdajů z krajů je však určena na financování záchytných stanic a ošetřování intoxikovaných osob. V souhrnu došlo k mírnému poklesu výdajů obcí. Z celkové částky 607,5 mil. Kč bylo 177,2 mil. Kč určeno na léčbu včetně záchytných stanic (o 4 % méně než v r. 2008), 175,0 mil. Kč na služby harm reduction (o 10 % více), 154,7 mil. Kč na prosazování práva (o 2 % více než v r. 2008), 54,0 mil. Kč na primární prevenci (o 6 % méně) a 31,8 mil. Kč na následnou péči (o 28 % více).

1.1 Legislativní rámec

1.1.1 Právní předpisy

1.1.1.1 Trestní zákoník

Dne 9. února 2009 byl vyhlášen v částce 11 Sbírky zákonů zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, který se tak stal platnou součástí českého právního systému. Zákon nabyl účinnosti dne 1. ledna 2010. Tento krok znamenal vyvrcholení rekonstrukce trestního práva hmotného. Nový trestní zákoník přinesl podstatné změny i v právní úpravě skutkových podstat drogových trestných činů.

Drogové trestné činy upravené do 31. prosince 2009 v ustanoveních § 187 až 188a zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon (sTZ), jsou nově obsaženy v § 283 až 287 nového trestního zákoníku (nTZ), jak je níže specifikováno, přičemž v závorkách jsou uvedeny korespondující ustanovení sTZ účinného do 31. 12. 2009: § 283 – Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy (§ 187 sTZ), § 284 – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedy (§ 187a sTZ), § 285 – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo

psychotropní látku (v sTZ jako zvláštní skutková podstata neupraveno), § 286 – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu (§ 188 sTZ) a § 287 – Šíření toxikomanie (§ 188a sTZ).¹

Srovnání vybraných paragrafů starého trestního zákona a nového trestního zákoníku vztahující se k nedovolenému nakládání s drogami, jedy a látkami s hormonálním účinkem je uvedeno v příloze 14.2 (str. 128).

Jednotlivé skutkové podstaty částečně odpovídají předchozí právní úpravě, v novém trestním zákoníku však dochází k dílčím změnám, zejména byly zpřesněny okolnosti podmiňující použití vyšší trestní sazby nebo druhu a výše trestů. Zcela nově je zakotvena skutková podstata dle § 285 – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku. Změny v rovině trestů jsou níže demonstrovány na příkladech změn trestních sazeb nepodmíněného trestu odnětí svobody, jednotlivé skutkové podstaty však umožňují i uložení jiného druhu trestu.

Např. ustanovení § 283, odst. 2, písm. b) nTZ nově zakotvuje recidivu jako okolnost podmiňující použití vyšší trestní sazby, tzn. že dle tohoto ustanovení hrozí pachateli, který se dopustí opětovně trestného činu nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy dle § 283 nTZ, ačkoliv byl za takový trestný čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán, trest odnětí svobody v rozmezí 2 až 10 let, nikoli tedy v rozmezí 1 až 5 let, jak tomu bylo do 31. 12. 2009. Tato změna může mít kromě jiného významný dopad např. na drobné dealery omamných a psychotropních látek, na výrobce pervitinu vyrábějící pervitin podomácku v malých varnách, resp. kuchyňských podmínkách apod., přičemž tyto osoby jsou obvykle současně problémovými uživateli drog. Ustanovení § 283, odst. 4 nTZ zvyšuje horní hranici trestní sazby z původních 15 na 18 let trestu odnětí svobody.

Ustanovení § 286 nTZ týkající se výroby a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu nově umožňuje ukládat pachateli dle odst. 1 trest v rozmezí 0 až 5 let, oproti předchozí trestní sazbě v rozmezí 1 až 5 let, odst. 2 dále nově umožňuje stíhat v rámci kvalifikované, tj. přísněji trestné, skutkové podstaty pachatele, kteří se trestného činu dopustili jako členové organizované skupiny. Obdobná změna ve vztahu ke členům organizovaných skupin je zakotvena v odst. 2 § 287 nTZ upravujícím trestný čin šíření toxikomanie. Toto ustanovení zakotvuje taktéž novou okolnost podmiňující vyšší trestnost, a to spáchání trestného činu šíření toxikomanie vůči dítěti mladšímu 15 let, které lze dle nTZ stíhat trestem odnětí svobody v rozmezí 2 až 8 let, přičemž předchozí právní úprava umožňovala trest pouze v rozmezí 1 až 5 let.

Podstatné změny přinesl nový trestní zákoník v oblasti trestných činů týkajících se přechovávání omamných a psychotropních látek (OPL) a jedů pro sebe a dále nedovoleného pěstování rostlin obsahujících OPL, a to v souvislosti s částečným rozdělením drog dle jejich zdravotních a sociálních rizik pro potřeby těchto trestných činů. Ustanovení § 284 nTZ upravující trestný čin přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu rozlišuje mezi přechováváním konopných drog a ostatních drog, pouze však v množství větším než malém. Za přechovávání konopných drog v množství větším než malém tak hrozí pachateli trest odnětí svobody až do 1 roku (dle předchozí právní úpravy až do 2 let), za přechovávání jiných OPL nebo jedů v množství větším než malém hrozí pachateli až 2 roky trestu odnětí svobody. V případě přechovávání jakékoliv OPL nebo jedu, tj. včetně konopných drog, ve větším rozsahu hrozí pachateli trest odnětí svobody v rozmezí 6 měsíců až 5 let (dle předchozí právní úpravy 1 až 5 let) a v případě téhož jednání spáchaného ve značném rozsahu hrozí pachateli 2 až 8 let odnětí svobody (dle předchozí právní úpravy trestáno v rozmezí 1 až 5 let).

Ustanovení § 285 obsahuje zcela novou skutkovou podstatu trestného činu nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, který se týká pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu. Toto ustanovení taktéž odlišuje mezi pěstiteli konopí a pěstiteli jiných rostlin a hub obsahujících OPL, pouze však pokud se týče spáchání tohoto trestného činu v malém rozsahu. U pěstování ve větším a značném rozsahu již nTZ nečiní rozdíl mezi pěstiteli konopí a jiných rostlin obsahujících OPL. Za pěstování konopí v množství větším než malém hrozí pachateli trest odnětí svobody až na 6 měsíců, naproti tomu pěstiteli jiné rostliny nebo houby obsahující OPL v množství větším než malém hrozí trest odnětí svobody až na 1 rok. V případě pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL ve větším rozsahu hrozí pachateli trest odnětí svobody až na 3 roky, u pachatelů, kteří spáchali tento trestný čin ve značném rozsahu hrozí trest odnětí svobody v rozmezí 6 měsíců až 5 let. Pěstování konopí přitom bylo do 31. 12. 2009 stíháno jako trestný čin či pokus trestného činu dle ustanovení § 187 sTZ, kde základní trestní sazba činila 1 až 5 let trestu odnětí svobody.

Držení OPL v malém množství a pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství je stíháno jako přestupek – blíže viz podkapitulu Změny v zákoně o přestupcích (str. 7).

Nový trestní zákoník přinesl změny související s nakládáním s drogami nejen pokud se týče zakotvení skutkových podstat drogových trestných činů, ale taktéž v obecné části. V rámci právní úpravy přitěžujících okolností v § 42 nTZ je v písm. p) zakotvena jako přitěžující okolnost recidiva. Současně však zákon stanoví, že soud je oprávněn tuto okolnost nepovažovat za přitěžující, jedná-li se o pachatele trestného činu, který byl spáchán uživatelem drog pod

¹ Následující § 288 obsahuje trestné činy výroby a jiného nakládání s látkami s hormonálním účinkem. Vláda svým nařízením č. 454/2009 Sb. stanovila, co se pro účely trestního zákoníku považuje za látky s anabolickým a jiným hormonálním účinkem a jaké je jejich větší množství, a co se pro účely trestního zákoníku považuje za metodu spočívající ve zvyšování přenosu kyslíku v lidském organismu a za jiné metody s dopingovým účinkem

jejich vlivem nebo v souvislosti s užíváním drog v případě, když pachatel započal léčení nebo učinil jiná potřebná opatření k jeho zahájení. Dle předchozí právní úpravy soud nemusel přihlížet k recidivě jako k přitěžující okolnosti pouze u uživatelů drog, kteří opětovně drželi OPL pro vlastní potřebu dle § 187a, odst. 1 sTZ. Nová právní úprava tak výslovně klade důraz na roli léčby uživatelů drog ve vztahu k jejich trestné činnosti, a to ve vztahu k primární i sekundární drogové kriminalitě.

Nový trestní zákoník zmocnil vládu, aby stanovila nařízením, co se považuje za jedy dle § 283, 284 a 286 nTZ a dále jaké je množství větší než malé u OPL, přípravků je obsahujících a jedů. Dále byla vláda zmocněna k vydání nařízení, které stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny nebo houby obsahující OPL dle § 285 nTZ a jaké je jejich množství větší než malé dle § 285 nTZ. Tento svůj úkol vláda splnila formou dvou nařízení, a to č. 455/2009 Sb. a č. 467/2009 Sb. Množství větší než malé pro potřeby § 284 nTZ u vybraných nejčastěji se vyskytujících OPL uvádí tabulka 1-1, seznam rostlin a hub a jejich množství pro potřeby § 285 nTZ uvádí tabulka 1-2. Zakotvení konkrétních množství většího než malého OPL v rámci obecně závazného právní předpisu je považováno za zcela zásadní změnu, neboť do 31. prosince 2009 byla tato množství pro potřeby trestního řízení upravena pouze interními předpisy závaznými pro policii a státní zastupitelství.

tabulka 1-1: Přechovávání OPL pro sebe – množství větší než malé dle nařízení vlády č. 467/2009 Sb. u vybraných OPL

Typ látky (obecně vžitý název)	Mezinárodně nechráněný název (INN)	Množství větší než malé	Účinná psychotropní látka	Nejmenší množství účinné psychotropní látky, jež musí obsahovat látka označená jako droga, aby bylo její zkoumané množství považováno za větší než malé
Pervitin	Metamfetamin	více než 2 g	(+)-1-fenyl-2-methylaminopropan	0,6 g 0,72 g (hydrochlorid)
Heroin	Heroin	více než 1,5 g	3,6-diacetylmorfin	0,2 g 0,22 g (hydrochlorid)
Kokain	Kokain	více než 1 g	methylester benzoylkonogoninu	0,54 g 0,6 g (hydrochlorid)
Marihuana	Konopí	více než 15 g sušiny	delta-9-tetrahydrocannabinol	1,5 g
Hašiš	Pryskyřice z konopí	více než 5 g	delta-9-tetrahydrocannabinol	1 g
Extáze (MDMA)	3,4-Methylen-dioxy-methamfetamin	více než 4 tbl./kapsle nebo více než 0,4 g práškovité či krystalické substance	1-(3,4-methylenedioxyfenyl)-2-methylaminopropan	0,34 g 0,40 g (hydrochlorid)

tabulka 1-2: Pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro sebe – seznam a množství větší než malé dle nařízení vlády č. 455/2009 Sb.

Seznam rostlin a hub	Množství větší než malé
Rostliny konopí (Cannabis sp.) obsahující více než 0,3 % látek ze skupiny tetrahydrokannabinolů	více než 5 ks
Rostliny obsahující DMT	více než 5 ks
Rostliny obsahující 5-methoxy-DMT	více než 5 ks
Rostliny obsahující meskalin	více než 5 ks
Kokainovník pravý (Erythroxylum coca)	více než 5 ks
Houby obsahující psilocybin a psilocin	více než 40 ks

Pozn.: Seznam rostlin a hub a jejich množství větší než malá byly z důvodu větší přehlednosti spojeny do jedné tabulky.

Z hlediska obecných principů nTZ je třeba připomenout přechod od materiálně-formálního pojetí k formálnímu pojetí trestného činu, přičemž tato změna až na výjimky neumožňuje soudu přihlížet k jiným okolnostem trestného činu než k těm, jež jsou vymezeny jako znaky trestného činu v příslušné skutkové podstatě (odpadá materiální znak vztahující se k posouzení míry nebezpečnosti trestného činu pro společnost).

Podrobně pojednává o změnách právní úpravy drogové trestné činnosti první číslo bulletinu Zaostřeno na drogy v r. 2010 (Zeman and Gajdošíková, 2010).

1.1.1.2 Změny v zákoně o přestupcích

Změny související s rekonfigurací trestního práva hmotného se promítly i do oblasti práva přestupkového, kdy do § 30 – Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, bylo s účinností od 1. 1. 2010 vloženo nové písmeno k), dle něhož se přestupku dopouští také ten, kdo neoprávněně pěstuje pro vlastní potřebu v malém množství rostlinu nebo houbu obsahující omamnou nebo psychotropní látku.

Pachatelé tohoto přestupku lze uložit pokutu až do výše 15 000 Kč, stejně jako je tomu u pachatelů přestupku dle písmena j) citovaného ustanovení, kteří drží pro vlastní potřebu OPL v malém množství – tabulka 1-1.

1.1.1.3 Změny v nakládání s léčivými obsahujícími pseudoefedrin

V návaznosti na nový zákon o léčivech byl od 1. května 2009 omezen výdej léků s obsahem do 30 mg pseudoefedrinu v tabletě (jejichž prodej do uvedeného data nebyl nijak omezen), a to na základě rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), který provedl v souladu s ustanovením § 39, odst. 3 zákona o léčivech změnu registrace těchto léků a přijal následující omezení: (1) zákaz zásilkového prodeje, (2) stanovení maximální dávky na 1 pacienta měsíčně, tj. možný výdej lékárnou pacientovi bez lékařského předpisu (1800 mg, tj. v praxi 60 tbl. po 30 mg), (3) zavedení registrace v centrálním úložišti elektronických receptů. V praktické rovině tak mohly léky obsahující pseudoefedrin vydávat při respektování uvedených omezení pouze lékárny připojené na centrální úložiště elektronických receptů.

Aplikace nové právní úpravy se však ukázala být značně problematickou, a to s ohledem na ochranu osobních údajů v souvislosti s centrálním úložištěm elektronických receptů. Úřad pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ) došel po provedení kontroly dodržování povinností stanovených zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů k závěru, že systém zavedený na základě zákona o léčivech neupravuje zpracování osobních údajů a nakládání s nimi potřebným způsobem a neposkytuje dostatečnou ochranu osobních údajů. Zároveň ÚOOÚ nařídil Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv nadále osobní údaje v centrálním úložišti neshromažďovat a osobní údaje již shromážděné zlikvidovat. Od listopadu 2009, jako reakce na nález ÚOOÚ, změnil SÚKL omezení pro výdej léků obsahujících pseudoefedrin tak, že maximální množství pro jednorázový výdej bez kontroly v centrálním úložišti elektronických receptů bylo sníženo na 900 mg, což odpovídá 30 tabletám či sáčkům některého ze 6 přípravků (Aspirin[®] Complex, Daleron[®], Modafen[®], Nurofen[®] StopGrip, Panadol[®] Plus Grip, Paralen[®] Plus)². V únoru 2010 rozhodl ÚOOÚ o uložení pokuty Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv v souvislosti se shromažďováním osobních údajů³. V reakci na tuto situaci vláda předložila dne 24. února 2010 Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR návrh novely zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, kterým by byl nově upraven institut centrálního úložiště tak, aby byl v souladu s předpisy na ochranu osobních údajů⁴.

V první polovině r. 2009 došlo i k další změně související s nakládáním s pseudoefedrinem. S účinností od 1. června 2009 byl změněn zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách ve znění pozdějších předpisů (viz také VZ 2008). Shora citovaná novela zpřísnila mimo jiné právní režim nakládání s efedrinem a pseudoefedrinem. V praxi to znamená, že distributoři všech přípravků obsahujících pseudoefedrin včetně těch s obsahem do 30 mg pseudoefedrinu musí mít od *Ministerstva zdravotnictví (MZ)* povolení k zacházení s OPL a také že lékárny, které zacházejí s prekurzory (tj. např. používají efedrin pro přípravu léčivých přípravků v lékárně), musí mít registraci MZ.

Shora uvedená opatření snížila dostupnost přípravků obsahujících pseudoefedrin, který slouží jako prekurzor pro výrobu pervitinu, v lékárnách v ČR; na produkci pervitinu v ČR však toto opatření nemělo výraznější dopad vzhledem k nárůstu nelegálního dovozu léků obsahujících pseudoefedrin ze zahraničí – blíže viz kapitola Drogové trhy (str. 99).

1.1.1.4 Ochrana před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

V průběhu r. 2009 dokončil Parlament ČR projednávání novely zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, která byla předložena jako poslanecký návrh Poslanecké sněmovně v únoru 2007. Novela byla vyhlášena ve Sbírce zákonů pod č. 305/2009 Sb. s tím, že nabývá účinnosti 1. července 2010. Cílem novelizace zákona bylo zpřesnit opatření týkající se ochrany před škodami působenými tabákovými výrobky zejména v souvislosti s pasivním kouřením včetně vyšší ochrany dětí a mládeže před negativními vlivy kouření⁵.

Novelizace přinesla řadu změn a zpřesnění, mj. přesnější definice veřejných míst, kde je zakázáno kouřit, přesnější rozdělení kompetencí kontrolních orgánů, ale také např. zpřísnění sankcí za prodej tabákových výrobků, elektronických cigaret a alkoholických nápojů osobám mladším 18 let, kdy lze nově uložit pokutu 50–500 tis. Kč a navíc lze vedle toho uložit trest zákazu činnosti až na dobu 2 let (doposud u provozovatelů – fyzických osob bylo možno za totéž uložit pokutu do výše 50 tis. Kč, u právnických osob pokutu do výše 500 tis. Kč nebo u obou trest zákazu činnosti, nikoliv však vedle pokuty). Pokud se jedná o zákaz kouření v restauračních a obdobných zařízeních, právní úprava zůstává prozatím v tomto ohledu mírná a z hlediska prevence a ochrany před pasivním

² V praxi se objevují různé režimy vydávání léků s obsahem pseudoefedrinu v lékárnách. Některé lékárny vydávají jen na recept, jiné bez receptu s omezením, některé lékárny nevydávají tyto léky vůbec (sdělení prezidenta České lékárnické komory na setkání Pracovní skupiny pro metamfetamin dne 9. 12. 2009).

³ Rozhodnutí Úřadu na ochranu osobních údajů i znění rozkladu Státního ústavu pro kontrolu léčiv je zveřejněno zde: <http://www.sukl.cz/tiskova-zprava-ze-dne-16-3-2010>.

⁴ Blíže viz sněmovní tisk č. 1056/0, rozeslaný poslancům dne 26. 2. 2010, dostupný zde:

<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=1056&CT1=0>.

⁵ Blíže viz sněmovní tisk č. 142/0, rozeslaný poslancům dne 7. 2. 2007, dostupný zde:

<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=142&CT1=0>.

kouřením méně účinná. Ani výše uvedená novela totiž nezakotvuje absolutní zákaz kouření v restauračních zařízeních, jak je tomu již v některých členských státech EU. Rozporuplná je také změna, jedná-li se o zákaz kouření na tramvajových zastávkách, vlakových nástupištích apod. – zákaz se nově vztahuje pouze na krytá nástupiště, přístřešky a čekárny veřejné a městské hromadné dopravy.

1.1.2 Aplikace práva

V aplikační praxi nedošlo oproti předchozím obdobím k zásadním změnám v oblasti aplikace právních norem týkajících se alkoholu, omamných a psychotropních látek a tabáku.

Pozornost si zaslouží trestní stíhání lékárníků, kteří měli prodat nadměrné množství léků obsahujících pseudoefedrin. Jednalo se o případy, kdy prodej těchto léčiv zásadně překročil běžný objem prodeje v jiných lékárnách. Lékárníci dle policie museli vědět, že jde o prodej za účelem výroby pervitinu a byli tedy spolupachatelé výroby pervitinu.

Konkrétně v květnu 2010 byl Vrchním soudem v Praze pravomocně odsouzen pražský lékárník za pomoc při výrobě pervitinu právě prodejem potřebných léčiv, a to k nepodmíněnému trestu odnětí svobody v trvání 8 let, dále k peněžitému trestu ve výši 3 mil. Kč a k trestu zákazu provozování lékárenské činnosti v délce 10 let. V podobném případě rozhodl koncem března 2010 také Okresní soud v Kladně, který vyměřil čtyři roky vězení lékárnici, která podle žaloby prodávala rovněž léky k výrobě pervitinu. Soud jí také na pět let zakázal působit v oboru. Obžalovaná se na místě odvolala ke krajskému soudu.⁶

O trestné činnosti v souvislosti s užíváním drog pojednává blíže kapitola Drogová kriminalita (str. 86).

1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace

1.2.1 Národní strategie a akční plán

Rok 2009 byl pátým a posledním rokem realizace Národní strategie protidrogové politiky 2005–2009 jakož i posledním rokem realizace jejího Akčního plánu na období 2007–2009. Na přelomu let 2009 a 2010 tak probíhalo hodnocení obou strategických dokumentů a příprava nových dokumentů na následující období.

1.2.1.1 Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018

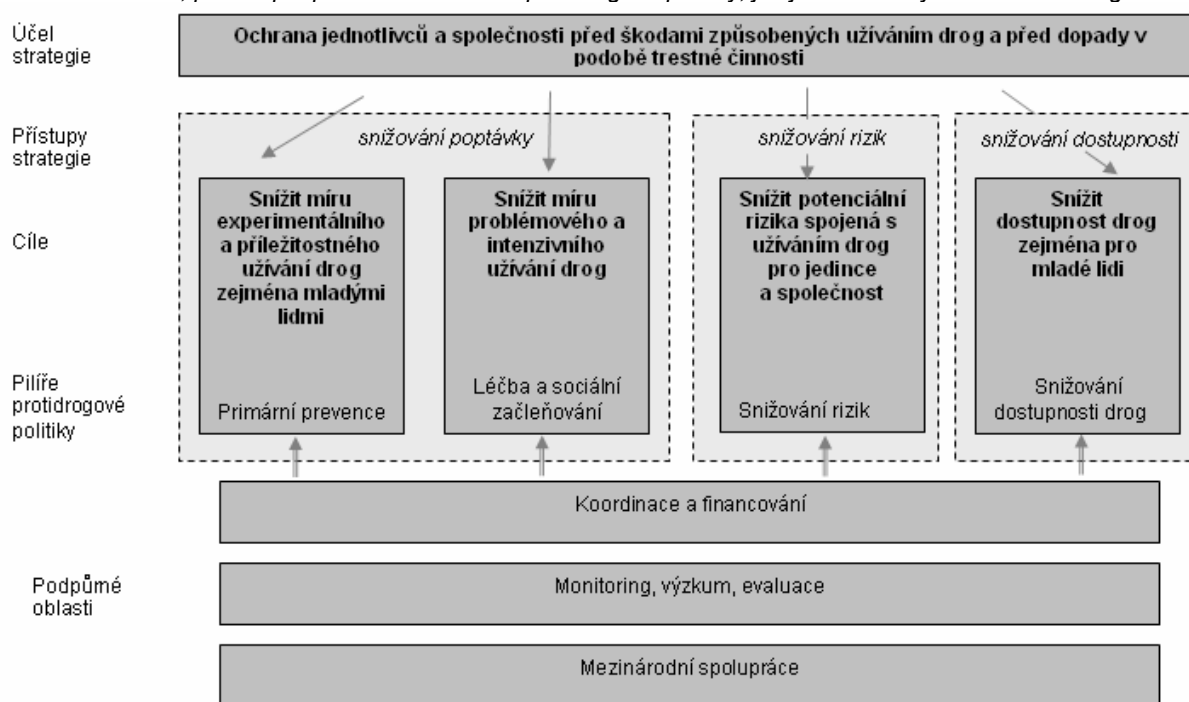
Nová *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018* byla schválena 10. května 2010 usnesením vlády č. 340. Byla zpracována na základě závěrů hodnocení předchozí strategie, navazuje na ni a je do značné míry její aktualizací.

Oproti předchozí střednědobé strategii je nová strategie navržena jako dlouhodobý strategický dokument na období 9 let. Je koncepčním dokumentem, jehož úkolem je definovat základní východiska protidrogové politiky a principy a přístupy, na kterých protidrogová politika ČR staví. Ve smyslu své dlouhodobosti definuje v obecné rovině 4 základní cíle: (I) snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi, (II) snížit míru problémového a intenzivního užívání drog, (III) snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost, (IV) snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi. Uvedené cíle odpovídají 4 pilířům, na kterých protidrogová politika staví: (1) primární prevence, (2) léčba a sociální začleňování, (3) snižování rizik a (4) snižování dostupnosti drog. K vytvoření odpovídajících podmínek pro dosažení stanovených cílů obsahuje strategie i tři podpůrné oblasti: (1) koordinace a financování, (2) monitoring, výzkum, evaluace, (3) mezinárodní spolupráce. V období platnosti nové národní strategie se plánuje zpracování tří akčních plánů, každého na období 3 let. Akční plány definují priority na dané období a konkrétní nástroje, postupy a aktivity pro dosažení strategických cílů.

Graficky znázorňuje koncept protidrogové politiky ČR a národní strategie obrázek 1-1.

⁶ Informace z médií, viz např. http://www.lidovky.cz/za-prodej-leku-na-vyrodu-pervitinu-dostali-lekarnici-osm-a-ctyri-roky-vezeni-1wc-/ln_domov.asp?c=A100331_155937_ln_domov_tai.

obrázek 1-1: Cíle, pilíře a podpůrné oblasti české protidrogové politiky, jak jsou uvedeny v Národní strategii 2010-2018



1.2.1.2 Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2012

Projednání nového akčního plánu na období 2010–2012 vládou je plánováno na říjen/listopad 2010. Akční plán byl vytvářen v prvním pololetí 2010 s pomocí pracovních skupin ke každé z intervenčních oblastí⁷. Jeho tvorba vychází z výsledků hodnocení předcházejících strategických dokumentů, SWOT analýzy situace a diskuze ke způsobům řešení identifikovaných slabých stránek a problémů.

Každá intervenční oblast obsahuje aktivity, milníky a termíny splnění aktivity, ukazatele splnění aktivity a odpovědnou a spolupracující instituci. Vzhledem k tomu, že snahou tvůrců protidrogové politiky je zajistit propojení akčních plánů s finančními zdroji ze státního rozpočtu, jsou ke každé aktivitě nově definovány tzv. předpoklady. Jde o podmínky, které je nutné splnit, aby mohla být daná aktivita realizována. Zejména jde o vyčíslení finančních prostředků na realizaci aktivity, ale i o další předpoklady jako např. přijetí odpovídající legislativy.

Akční plán dále nově stanovuje priority na následující 3 roky, navrženými prioritami na období 2010–2012 jsou: (1) realizace intervencí zaměřených na snížení vysoké míry užívání zejména konopí a dalších legálních a nelegálních drog, (2) snížení vysoké míry problémového užívání pervitinu aplikací specifických intervencí a programů, (3) posílení protidrogové politiky v oblasti legálních drog (alkoholu a tabáku), zejména v oblasti koncepčních a koordinačních mechanismů a léčebných opatření, (4) rozvíjení a zefektivnění celkových legislativních, finančních a koordinačních mechanismů protidrogové politiky.

1.2.2 Implementace a evaluace národní strategie a akčního plánu

1.2.2.1 Implementace Akčního plánu 2007–2009

V r. 2009 probíhalo konečné vyhodnocení implementace akčního plánu 2007–2009. Byl použit dotazník, který vyplnili aktéři protidrogové politiky přímo nebo nepřímo odpovědní za realizaci jednotlivých aktivit akčního plánu. Kromě ministerstev se hodnocení poprvé účastnily odborné společnosti a kraje. Zprávu o hodnocení implementace Akčního plánu na období 2007–2009 projednala v květnu 2010 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) a v červnu 2010 ji vzala na vědomí vláda ČR.

Celkově se podařilo splnit 88 (52 %) ze všech 170 aktivit Akčního plánu 2007–2009 (téměř o 21 procentních bodů méně než v předchozím Akčním plánu 2005–2006); částečně bylo splněno 34 (20 %); nesplněných nebo nehodnotitelných bylo 49 aktivit (29 %). Nejvíce aktivit bylo splněno v oblastech mezinárodní spolupráce (65 %), snižování nabídky a prosazování práva (60 %) a informace, výzkum, hodnocení (59 %); nejméně v oblasti primární prevence (35 %) a koordinace a financování (40 %). Celkové zhodnocení splněných a nesplněných aktivit uvádí tabulka 1-3.

⁷ Primární prevence; léčba a sociální začleňování; snižování rizik; snižování dostupnosti drog; monitoring, výzkum, hodnocení; koordinace a financování; mezinárodní spolupráce.

tabulka 1-3: Plnění aktivit Akčního plánu 2007–2009 podle intervenčních oblastí

Oblast	Celkem aktivit	Z toho splněno		Z toho částečně splněno		Z toho nesplněno		Z toho nehodnotitelné	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Prevence	20	7	35,0	5	25,0	8	40,0	0	0,0
Léčba a následná péče	24	14	58,0	3	13,0	7	29,0	0	0,0
Snižování rizik	17	7	41,0	7	41,0	3	18,0	0	0,0
Snižování nabídky a prosazování práva	15	9	60,0	3	20,0	3	20,0	0	0,0
Koordinace a financování	30	12	40,0	9	30,0	9	30,0	0	0,0
Informace, výzkum, hodnocení	44	26	59,0	6	14,0	12	27,0	0	0,0
Mezinárodní spolupráce	20	13	65,0	1	5,0	5	25,0	1	5,0
Celkem	170	88	52,0	34	20,0	47	28,0	1	1,0

Pozn.: „Nehodnotitelné“ znamená, že nebyly získány dostatečné informace pro odpovědné vyhodnocení aktivity.

Rezervy existují ve vzájemné koordinaci a spolupráci subjektů zejména u aktivit, které mají mezirezortní, mezioborový nebo mezisektorový charakter. Hodnocení také ukázalo na nedostatečné využití nebo pochopení významu ukazatelů (indikátorů) realizace aktivity pro objektivní zhodnocení stavu jejího splnění.

Pomocí on-line průzkumu mezi 35 respondenty, kteří mají oblast drog na starost v institucích, které byly zodpovědné za realizaci jedné nebo více aktivit akčního plánu, byly také zjišťovány pozitivní a negativní faktory ovlivňující implementaci protidrogové politiky. Úspěšná implementace staví podle závěrů průzkumu zejména na odborném potenciálu expertů, na dostupnosti relevantních informací a institucionálním zabezpečení protidrogové politiky (síť služeb, funkčnost institucí, které mají realizaci protidrogové politiky koordinovat a zajišťovat na národní i krajské úrovni). Naopak nedostatečná implementace může být způsobena rozdílnými výchozími přístupy rezortů k protidrogové politice nebo formálností ve stanovení i plnění aktivit; protidrogová politika se potýká také s nedostatkem finančních a personálních zdrojů.

1.2.2.2 Evaluace Národní strategie 2005–2009

V červnu 2010 byla vládě ČR pro informaci předložena také Zpráva z evaluace Národní strategie protidrogové politiky za období 2005–2009 po jejím květnovém projednání v RVKPP. Evaluace probíhala v období od května 2009 do března 2010. Šlo o interní evaluaci zajišťovanou sekretariátem RVKPP, na které se podíleli odborníci a subjekty odpovědné za implementaci aktivit protidrogové politiky.

Cílem evaluace bylo zjistit, do jaké míry se podařilo dosáhnout cílů stanovených v Národní strategii 2005–2009, jaký byl její účinek na drogovou situaci a její úspěchy či neúspěchy za dané období. Evaluace vycházela z teorie politického cyklu (Howlet and Ramesh, 1995), proto se kromě hodnocení výsledků protidrogové politiky zaměřila také na zhodnocení fáze jejího formulování a implementace.

Byly využity různé metody sběru a analýzy dat podle zaměření (jednotlivých částí) evaluace: metoda analýzy a komparace oficiálních a interních dokumentů; semi-strukturovaný rozhovor s národním protidrogovým koordinátorem v období formulace strategie na období 2005–2009; dotazník pro zjištění stavu a způsobu splnění aktivit akčního plánu (vyplňovaly ho subjekty odpovědné za realizaci aktivit); anonymní dotazník na zjištění názorů na strategické dokumenty a faktory ovlivňující jejich implementaci; expertní pracovní skupiny, na kterých byla provedena SWOT analýza pro zhodnocení vývoje v jednotlivých oblastech protidrogové politiky za posledních 5 let; průzkum mezi krajskými protidrogovými koordinátory mapující podmínky implementace národní strategie na krajské úrovni a analýza vývoje kvantitativních ukazatelů drogové situace.

V rámci evaluace se podařilo popsat úroveň a stav dosažení jednotlivých strategických cílů v širších souvislostech – evaluace identifikovala možné faktory, které mohly dosažení strategických cílů ovlivnit, a to ve fázi formulování i ve fázi implementace protidrogové politiky. Ukázalo se, že charakter a potenciál aktivit, které byly obsaženy v akčním plánu, a rovněž úspěšnost implementace těchto aktivit koresponduje s úrovní dosažení strategických cílů, k jejichž dosažení dané aktivity přispívaly. Např. neúspěch ve snižování experimentálního užívání drog korespondoval s nejasnou definicí aktivit v oblasti primární prevence Akčního plánu 2007–2009, s jejich nízkým potenciálem přispět ke změně situace a konečně také s nedostatečnou úrovní jejich implementace. Relativní úspěch v oblasti snižování rizik zase korespondoval se srozumitelnějším způsobem formulace aktivit, stanovením většiny takových aktivit, které měly potenciál přispět ke změně situace v dané oblasti, a také s vyšší úspěšností v jejich implementaci.

Krátce lze shrnout, že se podařilo dosáhnout tří specifických cílů strategie: udržení relativně stabilní situace v počtu problémových uživatelů nelegálních drog (cíl I), udržení výskytu infekčních onemocnění mezi injekčními uživateli drog a dalších zdravotních rizik na nízké úrovni (cíl IV) a také udržení sítě služeb s relativně širokou nabídkou programů pro uživatele zejména nelegálních drog (cíl V). U tohoto posledního cíle však tvoří výjimku dostupnost ambulantních zdravotnických zařízení specializovaných na léčbu uživatelů drog (AT poradny), jejichž počet se dlouhodobě snižuje. Plné znění všech cílů strategie je uvedeno v příloze 14.1 (str. 127).

Naopak se nepodařilo zcela dosáhnout ostatních tří specifických cílů, které spolu navzájem souvisí: zastavit nárůst experimentálního užívání drog (cíl II), stabilizovat/snížit spotřebu drog (cíl III) a snížit dostupnost drog (cíl VI). V případě experimentálního užívání došlo k zastavení nárůstu užívání mezi mladými lidmi, nicméně na vysokých hodnotách, zejména u konopných drog vykazuje ČR nejvyšší míry užívání v Evropě. Spotřeba alkoholu a tabáku je stabilizovaná na vysoké úrovni, spotřeba nelegálních drog vzrostla. Nepodařilo se snížit dostupnost legálních ani nelegálních drog.

Z technicko-organizačních cílů, které měly poskytovat podporu pro dosažení specifických cílů strategie, se příznivou situací daří držet v oblasti mezinárodní spolupráce (cíl X) a tato oblast je i neúspěšnější oblastí v implementaci naplánovaných aktivit. Částečné úspěchy se podařilo dosáhnout v oblastech financování (cíl VII) a koordinace (cíl VIII), nedošlo však k jejich plnému dosažení.

Dva cíle se nepodařilo vyhodnotit. Pro zhodnocení cíle týkajícího se evaluace aktivit (cíl XI) nebyly k dispozici dostatečné informace a nebyla ani uskutečněna žádná specifická studie v tomto směru. Cíl týkající se informování veřejnosti (cíl IX) nebyl provázán s aktivitami v akčním plánu, které by vedly k flexibilnímu modelu komunikace, jehož vytvoření bylo součástí formulovaného cíle (k vytvoření modelu komunikace nevedla žádná z aktivit akčních plánů).

Dále se protidrogové politice v průběhu posledních 5 let nepodařilo plně začlenit a řešit problematiku užívání legálních drog, což se projevuje dosud nepřehlednou situací v koordinačních mechanismech, v nízké dostupnosti její nízké podpoře a koordinaci.

1.2.2.3 Studie aktérů protidrogové politiky

V r. 2009 probíhal výzkumu klíčových aktérů protidrogové politiky ČR (Nekola, 2010). Cílem byla identifikace stanovisek a perspektiv aktérů protidrogové politiky týkajících se užívání nelegálních drog a s tím souvisejících problémů – tedy jak aktéři (skupiny aktérů) dané oblasti rozumí a jak o ní přemýšlejí, jaké jsou jejich postoje či subjektivní vnímání a interpretace dané oblasti. Byla použita metoda Q (Brown, 1996) na vzorku 24 účastníků. Podařilo se identifikovat tři nezávislé faktory reprezentující tři odlišné perspektivy.

Podle předběžných výsledků dominuje mezi aktéry protidrogové politiky perspektiva pragmatismu a odbornosti. Vyznačuje se tím, že aktéři definují užívání drog jako problém spíše individuální, který se týká pouze určitých látek a určitého způsobu jejich užívání; preferovaná je tedy orientace drogové politiky na problémové užívání drog. Pro pragmaticko-odborný pohled jsou zásadními prvky drogové politiky prevence, orientace na problémové uživatele drog, harm-reduction a substituční léčba. Perspektiva pragmatismu a odbornosti klade důraz na odbornou povahu problému, role politiků spočívá spíše v přijímání opatření navržených odborníky a v jejich komunikaci s veřejností.

Zbývající dvě perspektivy jsou do jisté míry komplementární s tím, že jedna preferuje spíše represii, zatímco druhá prevenci. Obě se však shodnou v aspektech protidrogové politiky, jako je např. vnímání vyšší míry závažnosti problému užívání drog, uvažují o problému drog nejen jako o problému odborném a akcentují roli vlády při jeho řešení. Striktně také odmítají jakékoliv formy legalizace nebo normalizace nelegálních drog.

1.2.3 Další opatření protidrogové politiky

1.2.3.1 Iniciativy v parlamentu

V Poslanecké sněmovně se v dubnu 2010 konal seminář *Perspektivy léčby konopím: Zdraví, legislativa, politika*⁸, jehož hlavním cílem bylo prozkoumat možnosti zpřístupnění účinné léčby konopím a konopnými deriváty pro nemocné. Seminář stručně shrnul současný stav výzkumu a medicínského použití konopných látek ve světě i v ČR, popsal zákony a předpisy ČR i mezinárodní úmluvy, v jejichž rámci se proces zpřístupnění konopných látek a/nebo konopí nemocným odehrává. Na semináři vystoupilo několik tuzemských i zahraničních odborníků. Seminář otevřel diskusi mezi odbornou i laickou veřejností na téma využití konopí pro léčebné účely v ČR a formuloval následující doporučení směrem ke zvýšení dostupnosti konopí či jeho produktů pro léčebné účely v ČR:

- Novelizovat zákon o návykových látkách, aby bylo – na základě licence – možné pěstovat konopí s vyšším obsahem THC než 0,3 %.
- Jmenovat státní orgán, který bude kontrolovat licencované pěstování, distribuci a předepisování konopí a/nebo jeho produktů pro léčebné účely v souladu s úmluvami OSN.
- Registrovat konopí a/nebo jeho produkty jako léky nebo léčebné přípravky či potravní doplňky ve zvláštním režimu u Státního ústavu pro kontrolu léčiv.
- Pro urychlení procesu lze převzít do českého lékopisu článek o léku konopí či z konopí podobně, jako tomu bylo v případě převzetí článku o dronabinolu od Lékopisné komise USA.

⁸ Blíže viz <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/57/1818/Seminar-Perspektivy-lecby-konopim-Zdravi-legislativa-politika-.html>. Seminář uspořádalo Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze pod záštitou poslance Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR MUDr. Mgr. Ivana Langera a děkana 1. LF UK v Praze prof. MUDr. Tomáše Zimy, DrSc., MBA.

1.2.3.2 Iniciativy v občanské společnosti

V průběhu roku 2009 a první poloviny roku následujícího se v českém veřejném prostoru objevilo několik iniciativ/výzev spojených s drogovou problematikou. Ve většině případů se jedná o akce z řad aktivistů, odborných sdružení či neziskových organizací s obecnějším cílem penetrovat veřejný prostor a současně se snahou o změnu nasměrování politické agendy v akcentovaných oblastech. Zdůrazňovány byly především dvě oblasti: (1) dlouhodobě nedostačující finanční podpora protidrogových aktivit a z toho plynoucí rizika, (2) dekriminlizace pěstování konopí a možnosti jeho léčebného využití.

První oblast reprezentuje iniciativa několika neziskových organizací s názvem *Stop HIV!*⁹ Cílem této veřejné výzvy je upozornit na rizika epidemií infekčních chorob a bojovat proti aktivitám, jež mohou vyvolat nárůst výskytu infekčních chorob, a to především v rizikových populacích, jako jsou injekční uživatelé drog či sexuální pracovníci/ce. Řešení dlouhodobých problémů spojených s poskytováním dotací a podfinancováním, které ohrožují kvalitu a samotnou existenci sítě služeb pro uživatele drog, požaduje iniciativa řady nestátních organizací a profesních sdružení v adiktologii s názvem *Máme toho dost!*¹⁰.

Iniciativou z druhé oblasti byl celodenní seminář v dubnu 2010 na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR nazvaný *Perspektivy léčby konopím: Zdraví, legislativa, politika*. Diskuze reflektovala široké spektrum pohledů nejen z odborné obce, ale také z řad výrobců konopných produktů či pacientů a aktivistů (viz také výše). Dekriminalizaci a léčebnému potenciálu konopí se dlouhodobě věnuje také občanské sdružení *Konopí je lék*¹¹, jež se snaží o popularizaci, osvětu a vzdělávání laické a odborné veřejnosti v oblasti léčebného využití konopí.

Již třináctý ročník akce na podporu dekriminlizace konopí indického a jeho uživatelů s názvem *Million Marihuana March 2010* proběhl 8. května 2010 v Praze. Průvodu a následných kulturních akcí se podle organizátorů zúčastnilo zhruba 12 tis. sympatizantů, což je nejvyšší zaznamenaný počet v historii českého *Million Marihuana March*. Celá akce proběhla v poklidu a bez jakýchkoliv konfliktů s dozorujícími příslušníky *Policie ČR*.¹²

Značnou nevoli ze strany občanů vyvolalo přesunutí *K-centra o.s. SANANIM* do ulice Na Skalce v městské části Praha-Smíchov (Praha 5). Zaměstnanci a prostory *K-centra* se stali cílem útoků ze strany rozlíčených občanů a vandalů. Opakovaně docházelo ke slovnímu napadání zaměstnanců a poškozování majetku včetně rozbíjení oken a vhazování výkalů do prostor *K-centra*¹³. Vyhrcoené situace kolem provozu nízkoprahového centra využili někteří z lokálních politiků k populistickým prohlášením v průběhu předvolební kampaně k volbám do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR v květnu 2010¹⁴. Populistická rétorika spojená s ostrakizací uživatelů drog pokračovala ze strany místní organizace České strany sociálně demokratické (ČSSD) Prahy 5 i v průběhu předvolební kampaně ke komunálním volbám na podzim 2010¹⁵ – obrázek 1-2. Proti takto vedené lokální kampani se záhy odmítavě vyjádřilo celostátní vedení ČSSD¹⁶ a heslo obsahující slova „pryč s narkomany“ bylo poté nahrazeno novým. Podobně laděnou kampaň realizovala v Praze před stejnými komunálními volbami také Strana práv občanů – Zemanovci (SPO-Z) s heslem „V zájmu našich dětí – nulová tolerance feťákům“ – obrázek 1-3. Podle kandidáta SPO-Z na primátora Hl. m. Prahy, který nepovažuje slogan za „příliš šťastný“, strana tímto heslem slibuje, že bude hlasovat „proti toleranci narkotik“¹⁷.

⁹ <http://www.stophiv.cz>.

¹⁰ <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/57/1945/Mame-toho-dost.html?acc=enb>.

¹¹ <http://www.konopijelek.cz>.

¹² <http://www.legalizace.cz>.

¹³ Viz např. <http://www.sananim.cz/aktualita-120/vysledky-konstruktivniho-dialogu-vedeneho-s-rezidenty-v-okoli-kc.html>.

¹⁴ Viz např. text předsedy bezpečnostního výboru m. č. Prahy 5 Milana Kudryse: Drogy i narkomané musí ze Santošky zmizet! (Nový horizont, květen 2010, strana 3, viz <http://praha.cssd.cz/s2796/s8186/>).

¹⁵ Viz např. <http://www.oranzovapetka.cz> (staženo 2010-09-06).

¹⁶ Viz např. <http://www.novinky.cz/domaci/210642-sobotka-zatrh-l-cssd-na-praze-5-plakaty-proti-bezdomovcum.html> (staženo 2010-09-06).

¹⁷ Viz např. <http://www.novinky.cz/domaci/211701-strany-cili-na-lidi-z-okraje-spolecnosti-politologove-varuji-pred-napetim.html> nebo http://www.lidovky.cz/politici-vytahli-proti-fetakum-vo-lice-lakaji-na-ostra-hesla-pqr-/ln_domov.asp?c=A100912_112634_ln_domov_tsh.

obrázek 1-2: Banner na webové stránce ČSSD Praha 5 v rámci kampaně ke komunálním volbám do zastupitelstva městské části Praha 5 na podzim 2010



Pozn.: Stejně heslo „Pryč s narkomany, bezdomovci a hernami“ se objevilo také na billboardech v Praze 5.

obrázek 1-3: Plakát Strany práv občanů – Zemanovců (SPO-Z) do komunálních voleb v Praze na podzim 2010



1.2.4 Koordinace protidrogové politiky

1.2.4.1 Koordinace na národní úrovni

V r. 2009 se Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), hlavní koordinační orgán vlády v otázkách protidrogové politiky, sešla celkem třikrát. Složení RVKPP viz ve VZ 2007. Pod RVKPP působí výbory a pracovní skupiny, jejichž přehled je uveden ve VZ 2008 (v r. 2009 žádné změny v této oblasti nenastaly).

V první polovině r. 2009 byla ČR předsedající zemí v *Radě EU*. *RVKPP* proto projednávala řadu dokumentů týkajících se průběhu předsednictví v Horizontální pracovní skupině pro problematiku drog *Rady EU* (Kalina, 2009b; Kalina, 2009a) – viz také *VZ 2008*. Závěrečnou zprávu o předsednictví projednala *RVKPP* v říjnu 2009.

České předsednictví věnovalo pozornost a nastolilo priority v následujících oblastech (Radimecký, 2009):

- Hodnocení desetiletého plánu kontroly drog OSN (1998–2008)¹⁸, které proběhlo na jednání Komise pro narkotické drogy (*CND*). Na jednání byly dále schváleny dokumenty významné z hlediska mezinárodní koordinace protidrogové politiky, a to Politická deklarace a Akční plán mezinárodní spolupráce k dosažení integrované a vyvážené strategie pro řešení problému drog ve světě. Stanoviska *EU* a stanoviska jednotlivých členských států byla koordinována ČR jako předsednickou zemí. Nepodařilo se však do těchto dokumentů prosadit všechny priority.
- Hodnocení efektivity potlačování nabídky drog, kde české předsednictví sehrálo významnou roli při přípravě návrhů indikátorů pro hodnocení opatření snižování nabídky drog a jejich zavedení do systému hodnocení drogových politik zemí *EU*. Návrh závěrů *Rady EU* (Council Conclusions) o indikátorech v oblasti snižování nabídky drog byl schválen v červnu 2009 v *Radě EU* pro vníro a spravedlnost.
- Zdravotní rizika spojená s migrací injekčních uživatelů drog do *EU* z třetích zemí – na toto téma se v Praze v dubnu 2009 uskutečnila tematická diskuze, která naznačila, že jde o citlivé téma a bude velmi těžké najít společné stanovisko *EU* – některé země toto téma nepřijímají pro jeho diskriminační a stigmatizační potenciál.
- Problematika výroby a užívání metamfetaminu nebo standardy kvality služeb – v obou případech šlo o tematické debaty umožňující výměnu zkušeností mezi jednotlivými zeměmi.

V návaznosti na výsledky a doporučení Evaluace systému a procesu certifikací odborné způsobilosti provedené v r. 2007 schválila *RVKPP* v říjnu 2009 změny v příslušných dokumentech – Certifikačním řádu, Metodice místního šetření i statutu Výboru pro udělování certifikací. *RVKPP* zůstává certifikační autoritou, která uděluje či odebrává certifikaci odborné způsobilosti; předseda *RVKPP* plní nově úlohu odvolacího orgánu. Nově je zaveden institut cílené certifikace, která má umožnit průběžné ověření kvality v již certifikovaných službách. Platnost certifikátu se u kvalitních služeb prodloužila na 4 roky, což má mimo jiné přispět ke snížení finančních nároků na certifikace. Nově byly formulovány úkoly vedoucího certifikačního týmu a povinnosti certifikátorů. Certifikační řád byl doplněn o Etický kodex certifikátora. Další změnou je rozšíření a posílení Výboru pro udělování certifikací o zástupce krajů a odborníky z řad certifikátorů.

V březnu 2010 projednala *RVKPP* Zprávu o činnosti pracovní skupiny pro nelátkové závislosti. Pracovní skupina byla založena v r. 2008 za účelem spolupráce na tvorbě věcného záměru zákona o provozování sázkových a jiných podobných her a o změně některých souvisejících zákonů, nové komplexní legislativy týkající se loterií a sázkových a jiných her. Legislativní proces byl pozastaven, nicméně skupina se shodla na základních principech zákona a vyzvala vládu, aby při jeho tvorbě pokračovala a zformulovala řadu doporučení: zakázat distanční hraní, omezit hraní osob závislých na sociálních dávkách, územně omezit provozování her a loterií, omezit provozní dobu, zajistit, aby odvody z her byly použity na veřejně prospěšné účely, finančně nemotivovat obce k povolování nových herních zařízení, zakázat reklamu na hazardní hry vyjma herních prostor a zajistit účinnost zákona finančními a jinými postihy.

1.2.4.2 Koordinace na krajské úrovni

Koordinaci na krajské úrovni zajišťují krajské protidrogové koordinátory. Ti byli ustaveni od r. 2004 ve všech krajích, kde působí dodnes, kromě Moravskoslezského kraje, kde byla v r. 2005 tato funkce zrušena a dosud nebyla znovu obnovena. Krajské koordinátory využívají sítě místních protidrogových koordinátorů, kteří působí na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností – pro podrobnější informace o systému koordinace na krajské a místní úrovni viz blíže *VZ 2007* a *VZ 2008*.

V průzkumu realizovaném v r. 2009 mezi krajskými protidrogovými koordinátory v rámci evaluace Národní strategie 2005–2009 a Akčního plánu 2005–2009 bylo zjištěno, že krajské protidrogové koordinátory podle výše zmíněného průzkumu působí většinou na pozici referenta, jen ve dvou krajích působí krajský protidrogový koordinátor na pozici vedoucího oddělení nebo odboru. Přestože krajské protidrogové koordinátory pracují na celý úvazek, jen 3 z nich uvedli, že se agendě drog věnují na 100 %. Další 6 koordinátorů uvedlo v průměru 18% zatížení jinými agendami, 2 koordinátory 50% zatížení jinými agendami a 3 koordinátory uvedli, že jiným agendám než drogové věnují 70 až 90 % pracovní náplně. Většina krajských protidrogových koordinátorů je členem relevantních krajských poradních orgánů, které souvisí s drogovou problematikou; méně často jsou však již přítomni na důležitých jednáních krajských orgánů, na kterých se rozhoduje o otázkách protidrogové politiky. Zdá se však, že toto postavení nijak zvlášť neovlivňuje možnosti krajských protidrogových koordinátorů přímo ovlivňovat tvorbu a realizaci protidrogové politiky kraje. Všichni koordinátory odpověděli, že tyto možnosti mají nebo spíše mají. Výjimkou je koordinátor Ústeckého kraje, který má možnost ovlivnit formulaci protidrogové politiky, nikoliv však její realizaci.

¹⁸ Plnění závěrů 20. zvláštního zasedání Valného shromáždění OSN (UNGASS) z r. 1998.

Krajské strategie protidrogové politiky má vypracováno všech 14 krajů (z toho v Plzeňském kraji je problematika drog součástí Konceptce prevence kriminality a sociálně patologických jevů). Ve většině krajů (10 ze 14)¹⁹ byl r. 2009 posledním rokem platnosti strategických dokumentů v oblasti protidrogové politiky, ve 3 krajích končí platnost těchto dokumentů v r. 2010 a v jednom v r. 2011.

Krajské strategické dokumenty protidrogové politiky vycházejí vesměs z národní strategie a národních akčních plánů. Podle výše uvedeného průzkumu byly cíle Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 v různém počtu přeneseny do krajských strategických dokumentů – od 3 cílů až po všech 11 cílů. První národní *Akční plán 2005–2006* se promítl do krajských protidrogových strategických dokumentů v 8 krajích, druhý národní *Akční plán 2007–2009* v 10 krajích, ve třech krajích ČR se do strategických dokumentů kraje nepromítl ani jeden národní akční plán. Dotazníkový průzkum zjišťoval dále i postoje krajských protidrogových koordinátorů k aktivitám, které byly formulovány v *Akčním plánu 2007–2009* jako doporučení pro kraje. Celkem 9 koordinátorů uvedlo, že tato doporučení jim pomáhají při prosazování protidrogové politiky v kraji; 4 uvedli, že tomu tak spíše není.

Finanční podpora protidrogové politiky zůstává podle vyjádření krajských protidrogových koordinátorů nejsilnějším limitujícím faktorem, který znesnadňuje realizaci aktivit protidrogové politiky na krajské úrovni. K dalším často zmiňovaným limitujícím faktorům patřily: pozice samotného krajského nebo místního protidrogového koordinátora (kumulace funkcí, nedostatek prostoru pro samotnou práci protidrogového koordinátora); některé chybějící typy drogových služeb v kraji nebo nedostatečná odbornost subjektů zabývajících se protidrogovou politikou. Ze 4 oblastí (politické podpory, zabezpečení sítě programů pro uživatele drog, zabezpečení personálních a finančních zdrojů) došlo k nejvýraznějšímu zlepšení v oblasti zabezpečení sítě programů pro uživatele drog – zlepšení uvedlo 11 krajských protidrogových koordinátorů.

V r. 2009 proběhlo hodnocení krajských strategických dokumentů (zejména akčních plánů) v 8 z celkového počtu 14 krajů. U poloviny z nich šlo o průběžné a interní hodnocení, u druhé poloviny o závěrečné hodnocení, kde byla uplatněna i kombinace interního a externího hodnocení. Používanými metodami pro hodnocení byly pracovní skupiny nebo panely expertů – využívaly se již existující protidrogové komise a pracovní skupiny nebo skupiny vytvořené přímo pro účely hodnocení. Do hodnocení byla zahrnuta data z monitoringu drogové situace a výsledky provedených studií, většinou se však žádné specifické studie pro vyhodnocení krajských strategických dokumentů nerealizovaly.

Ke změnám došlo v koordinačních mechanismech protidrogové politiky krajů po krajských volbách na podzim 2008. Byly zrušeny protidrogové komise některých krajů – Středočeského, Královéhradeckého, Olomouckého. Ve Středočeském kraji byla protidrogová komise v r. 2009 ustavena v jiném složení, v kraji Královéhradeckém a Olomouckém byla protidrogová politika zahrnuta do komisí se širším záběrem. V Středočeském kraji nastaly po volbách 2008 další změny v koordinaci – byly zrušeny pracovní skupiny, zrušena vedoucí pozice krajského protidrogového koordinátora v oddělení prevence a humanitárních činností a bylo zastaveno víceleté financování adiktologických služeb.

1.3 Rozpočty a financování

1.3.1 Výdaje z veřejných rozpočtů

Tato kapitola shrnuje údaje o účelově určených a identifikovatelných (označených, „labelled“) výdajích ze státního a místních (krajských a obecních) rozpočtů, které jsou přímo určeny na financování protidrogové politiky, případně je možno je k opatřením protidrogové politiky přiřadit. Investiční (kapitálové) výdaje jsou uvedeny zvlášť.

Zdrojem dat na centrální úrovni jsou státní závěrečné účty vybraných rezortů, které mají ve svém rozpočtu program protidrogové politiky, dále pak informace přímo od zástupců či kontaktních osob z jednotlivých rezortů a státních institucí a informace od krajských protidrogových koordinátorů.

Výdaje ze státního rozpočtu dosáhly v r. 2009 celkové částky 375,4 mil. Kč, trend v letech 2002–2009 podle rezortů a institucí uvádí tabulka 1-4.

Úřad vlády ČR poskytuje dotace na programy protidrogové politiky, které schvaluje *RVKPP*. V r. 2009 bylo takto podpořeno 153 projektů na místní úrovni v celkové výši téměř 71,7 mil. Kč a dalších 22,1 mil. Kč na projekty s celorepublikovou působností. Prostředky byly použity na projekty v oblasti prevence, harm reduction, léčby a následné péče. Výdaje na činnost *RVKPP* včetně *Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS)* dosáhly 3,6 mil. Kč, a to především na monitorování a výzkum, publikační a informační činnost, zabezpečení dotačního řízení a procesu certifikací kvality odborných služeb poskytovaných v rámci protidrogové politiky.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) vydalo dle státního závěrečného účtu na protidrogovou politiku v r. 2009 celkem 11,2 mil. Kč. Výdaje *MŠMT* se týkají prevence; dotační řízení bylo rozděleno na Program I pro školy a školská zařízení prostřednictvím dotací jednotlivým krajům (v r. 2009 bylo takto rozděleno 7,7 mil. Kč), Program II určený pro projekty s celorepublikovou a regionální působností realizované zejména nestátními

¹⁹ V Praze je v platnosti Strategie protidrogové politiky hl.m. Prahy na období–2012, ale skončila platnost akčního plánu na období 2008–2009.

neziskovými organizacemi (NNO) a Program III pro školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a školská zařízení pro preventivně výchovnou péči (celkem 3,5 mil. Kč projektům v rámci Programu I a II); blíže k dotačnímu programu MŠMT a jeho chystaným změnám od r. 2011 viz kapitolu Prevence (str. 33).

Z rozpočtu *ministerstva obrany (MO)* bylo v rámci programu protidrogové politiky v r. 2009 čerpáno 4,3 mil. Kč na nákup diagnostik pro detekci drog, odborných knih a časopisů, služeb odborných přednášek a seminářů.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) již sice nemá ve svém rozpočtu položku na program protidrogové politiky, avšak v r. 2009 poskytlo dotace ve výši 86,8 mil. Kč realizátorům projektů protidrogové politiky na místní úrovni. Tyto finance byly použity především na provoz kontaktních center (31,1 mil. Kč) a terapeutických komunit (19,8 mil. Kč), na činnost terénních programů (17,5 mil. Kč), služeb následné péče (9,8 mil. Kč), sociálního poradenství (8,5 mil. Kč)²⁰.

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vydalo v r. 2009 na protidrogovou politiku celkem částku 15,0 mil. Kč, z toho byly 1,2 mil. Kč kapitálové výdaje. Částkou 10,4 mil. Kč byly financovány projekty zabezpečující ambulantní i ústavní léčbu závislých osob, substituční léčbu, detoxifikační léčbu. Na činnost kontaktních center a terénních programů bylo použito 4,3 mil. Kč.

Ministerstvo spravedlnosti (MS) poskytlo v r. 2009 na protidrogovou politiku 10,8 mil. Kč. Justiční akademie využila 0,2 mil. Kč na pořádání seminářů a Institut pro kriminologii a sociální prevenci využil částku 27,3 tis. Kč na nákup odborných publikací k drogové problematice a na účast na konferencích. Největší část prostředků šla do vězeňské služby (10,0 mil. Kč), kde 4,9 mil. Kč bylo využito na snižování nabídky drog (především na monitoring výskytu omamných a psychotropních látek) a 4,5 mil. Kč bylo poskytnuto na léčbu drogově závislých vězňů.

Generální ředitelství cel (GŘC) nemělo v r. 2009 ve svém rozpočtu program protidrogové politiky, avšak poskytlo 3,2 mil. Kč investičních výdajů spojených s pátráním po nelegálních drogách (nákup speciální techniky pro pátrání).

Ministerstvo vnitra (MV) také nemá ve svém rozpočtu výdaje na program protidrogové politiky, do tohoto rezortu však patří *Národní protidrogová centrála (NPC)*, jejíž náklady jsou uvedeny pod *MV*, a to v r. 2009 v celkové výši 146,5 mil. Kč, z toho 2,1 mil. Kč na investičních (kapitálových) výdajích.

tabulka 1-4: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku podle rezortů v r. 2002–2009 (v tis. Kč)

Účel čerpání	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
RVKPP	91 895	103 851	100 579	105 657	108 788	104 442	99 979	97 476
MŠMT	9 506	9 338	10 093	9 386	10 809	12 557	12 447	11 263
MO	3 981	4 693	3 484	3 968	4 875	3 595	5 276	4 280
MPSV	35 154	44 281	42 224	46 049	49 698	57 013	79 472	86 785
MZ	25 744	22 046	26 459	33 467	18 000	22 241	18 874	15 057
MS	9 632	14 080	13 638	36 723	41 251	12 610	7 385	10 817
GŘC	27 472	22 558	9 310	14 500	23 488	26 725	10 656	3 180
NPC	n.a.	96 230	86 477	94 972	106 482	127 743	137 846	146 548
Celkem	203 384	317 077	292 264	344 722	363 391	366 926	371 935	375 406

Protidrogová politika je financována kromě státního rozpočtu i z místních rozpočtů, tj. z rozpočtů krajů a obcí²¹. V r. 2009 poskytly kraje na tuto oblast 172,6 mil. Kč, obce 59,5 mil. Kč. Výdaje krajů a obcí v r. 2009 a trend od r. 2002 ukazuje tabulka 1-5 až tabulka 1-10.

²⁰ Ve výdajích MPSV nejsou zahrnuty dotace domovům se speciálním režimem, které poskytují péči pro starší klienty závislé na alkoholu.

²¹ Údaje o výdajích krajů a obcí vycházejí z výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky krajů, případně z vyžádaných a upřesňujících informací od krajských protidrogových koordinátorů.

tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtu krajů v r. 2002–2009 (v tis. Kč)

Kraje	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PHA	12 700	12 466	26 170	30 636	32 500	40 627	50 044	48 976
STC	3 510	8 000	13 770	14 748	14 323	17 360	17 787	12 500
JHC	2 913	2 805	5 780	5 200	6 000	6 197	10 174	10 021
PLK	0	1 000	1 500	3 365	2 326	1 810	6 394	6 623
KVK	96	500	500	1 033	813	1 128	1 330	610
ULK	1 435	7 540	7 900	6 905	6 868	4 830	5 055	4 987
LBK	0	2 730	5 760	8 075	8 074	6 474	11 456	8 313
HKK	738	945	2 020	2 050	2 896	6 783	6 909	9 633
PAK	1 500	1 500	1 800	5 500	1 650	5 500	5 575	5 300
VYS	0	1 800	4 130	6 930	3 083	7 910	3 911	3 556
JHM	3 000	2 000	5 000	7 412	8 500	8 500	8 500	18 866
OLK	80	306	1 300	2 000	2 040	2 500	8 338	8 816
ZLK	1 096	3 490	2 400	2 100	1 393	4 711	4 429	8 838
MSK	2 269	3 000	3 570	4 378	4 451	14 028	22 977	25 591
Celkem	29 337	48 082	81 600	100 332	94 917	128 358	162 878	172 631

Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky.

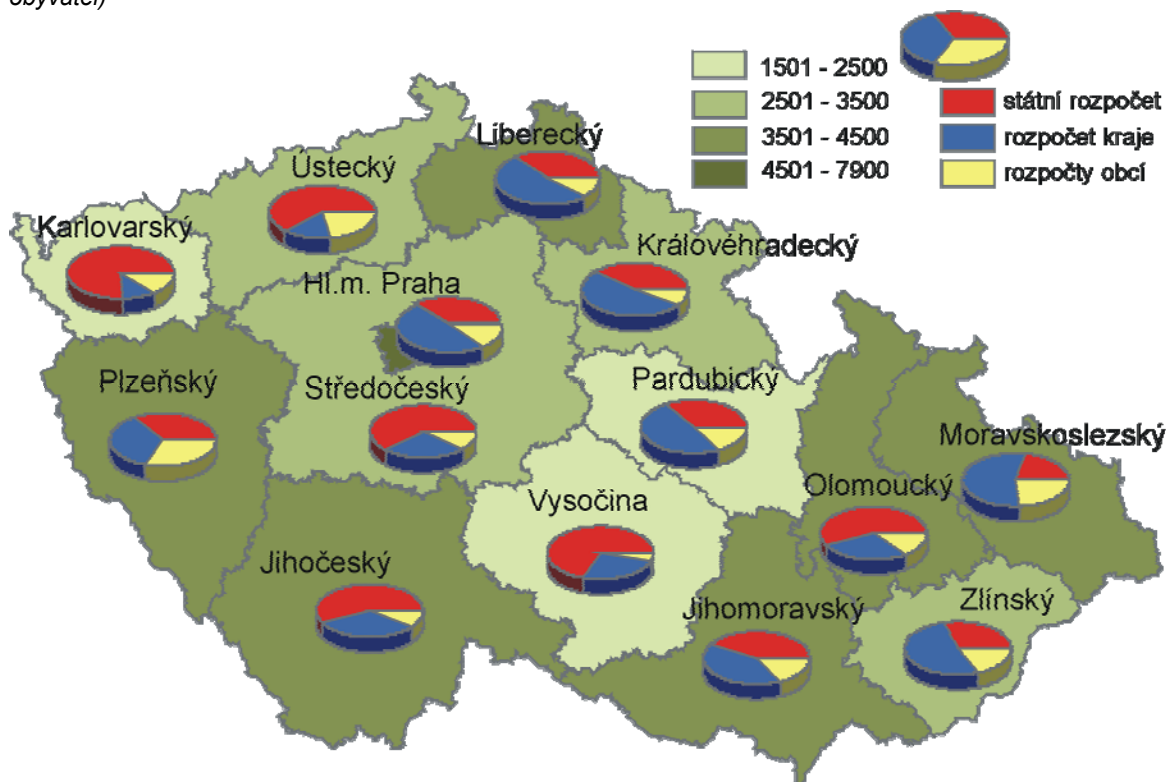
Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu ČR a z rozpočtu krajů a obcí v r. 2009 uvádí tabulka 1-9. Podrobné údaje o financování na krajské úrovni jsou rozděleny podle místa, kde byly finance realizátory jednotlivých projektů a programů využity. Celková částka identifikovatelných výdajů na protidrogovou politiku v r. 2009 dosáhla 607,5 mil. Kč, což je ve srovnání s r. 2008 o 1,7 % více²². Prostředky na realizaci protidrogové politiky v r. 2009 s krajským určením čerpané ze státního a místních rozpočtů podle krajů zobrazuje mapa 1-1.

Vývoj výdajů na protidrogovou politiku v oblasti snižování poptávky po drogách (prevence, léčba, doléčování) a harm reduction a v oblasti snižování nabídky drog (prosazování práva) v ČR v letech 2002–2009 uvádí tabulka 1-6. Do r. 2006 byly do výdajů na snižování poptávky započítávány výdaje *RVKPP*, *MŠMT*, *MO*, *MPSV* a *MZ*, zatímco do výdajů na snižování nabídky výdaje *MS*, *GŘC* a *NPC*. Od r. 2007 došlo ke zpřesnění údajů a výdaje *MS* byly podle svého skutečného účelu rozděleny do obou oblastí; časová řada tak není zcela konzistentní.

Přehled výdajů státního rozpočtu a místních rozpočtů v r. 2009 podle kategorie služeb znázorňuje tabulka 1-10. První kategorií je prevence; do kategorie harm reduction jsou zařazena kontaktní centra, nízkoprahová denní centra a terénní programy. Kategorie léčba zahrnuje zdravotnickou péči (substituční programy, detoxifikaci, AT ambulantní a lůžkovou péči, sociální služby poskytované v zařízeních ústavní péče), nezdravotnickou ambulantní péči (krizová pomoc, sociální poradenství, ambulantní léčba NNO), terapeutické komunity a zvlášť jsou uvedeny záchytné stanice. Dalšími kategoriemi jsou následná péče, prosazování práva, koordinace (zahrnující kromě koordinace také monitoring a výzkum, hodnocení služeb, šíření informací, vzdělávací aktivity) a ostatní (nezařazené výše). Z celkové částky 607,5 mil. Kč označených výdajů na protidrogovou politiku v r. 2009 (o 1,7 % více než v r. 2008) bylo 177,2 mil. Kč určeno na léčbu (o 4,0 % méně než v r. 2008), 175,0 mil. Kč na služby harm reduction (o 9,8 % více), 154,7 mil. Kč na prosazování práva (o 1,7 % více než v r. 2008), 54,0 mil. Kč na primární prevenci (o 5,8 % méně) a 31,8 mil. Kč na následnou péči (o 27,5 % více). Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2007–2009 uvádí tabulka 1-7.

²² Veškeré uváděné výdaje a jejich změny jsou uváděny v nominálních hodnotách.

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2009 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel)



tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů v r. 2002–2009 (v tis. Kč)

Rok	Snižování poptávky*			Celkem	Snižování nabídky**		Celkem
	Státní rozpočet	Rozpočty krajů	Rozpočty obcí		Státní rozpočet		
2002***	166 280	29 337	n.a.	195 617	37 104		232 721
2003	184 209	48 082	n.a.	232 291	132 868		365 159
2004	182 839	81 600	62 920	327 359	109 425		436 784
2005	198 527	100 332	50 611	349 470	146 195		495 665
2006	192 170	94 917	48 141	335 228	171 221		506 449
2007	206 135	128 358	62 278	396 771	160 791		557 562
2008	219 794	162 878	62 479	445 151	152 142		597 293
2009	220 687	172 631	59 476	452 794	154 718		607 512

Pozn.: * v r. 2002–2006 se jedná o výdaje RVKPP, MZ, MPSV, MŠMT a MO, od r. 2007 také část výdajů MS; ** v r. 2002–2006 se jedná o výdaje na činnost NPC, GŘC a z rozpočtu MS, od r. 2007 jsou výdaje MS rozděleny podle jejich typu do snižování poptávky i snižování nabídky; *** nejsou zahrnuté výdaje NPC.

tabulka 1-7: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2007–2009

Kategorie	2007		2008		2009	
	Tis. Kč	%	Tis. Kč	%	Tis. Kč	%
Prevence	48 673	8,7	58 360	9,8	54 955	9,0
Harm reduction	140 977	25,3	159 354	26,7	174 965	28,8
Léčba	152 593	27,4	184 542	30,9	177 168	29,2
Následná péče	20 525	3,7	24 919	4,2	31 761	5,2
Koordinace, výzkum, hodnocení	16 788	3	12 559	2,1	11 139	1,8
Prosazování práva	160 791	28,8	152 142	25,5	154 718	25,5
Ostatní, nezařazeno	17 215	3,1	5 417	0,9	2 807	0,5
Celkem	557 562	100,0	597 293	100,0	607 512	100,0

Strukturu rozpočtů projektů, které jsou dotovány RVKPP, včetně dalších zdrojů mimo státní a místní rozpočty, uvádí nově tabulka 1-8. V r. 2009 pocházela převážná část příjmů (54,0 %) těchto služeb ze státního rozpočtu, z toho z RVKPP to bylo 30,3 % všech příjmů. Další 36,1 % všech příjmů pocházelo z místních rozpočtů, 8,5 % z ostatních tuzemských zdrojů (především vlastní příjmy) a 1,3 % všech příjmů pocházelo ze zahraničí (z fondů EU). V letech 2006–2009 rostl podíl příjmů především z místních rozpočtů a z MPSV, podíl prostředků RVKPP naopak klesl.

tabulka 1-8: Příjmy realizátorů protidrogové politiky dotovaných z RVKPP v r. 2006–2009 podle zdrojů

Zdroj	2006		2007		2008		2009	
	Tis. Kč	%	Tis. Kč	%	Tis. Kč	%	Tis. Kč	%
Státní rozpočet	147 699	51,3	158 238	52,9	167 977	53,9	166 145	54,0
RVKPP	101 587	35,3	100 433	33,6	94 497	30,3	93 280	30,3
MŠMT	1 473	0,5	1 563	0,5	3 054	1,0	1 441	0,5
MPSV	38 619	13,4	49 496	16,6	62 153	19,9	64 563	21,0
MV	93	0,0	143	0,0	131	0,0	0	0,0
MZ	3 549	1,2	5 356	1,8	6 348	2,0	6 304	2,0
MS	100	0,0	361	0,1	574	0,2	557	0,2
Ostatní ministerstva	0	0,0	0	0,0	464	0,1	0	0,0
Úřad práce	2 278	0,8	886	0,3	757	0,2	0	0,0
Místní rozpočty	92 657	32,2	101 041	33,8	106 640	34,2	111 164	36,1
Kraje	49 874	17,3	61 153	20,4	47 491	15,2	64 553	21,0
Obce	42 783	14,9	39 888	13,3	59 149	19,0	46 611	15,2
Ostatní tuzemské	47 334	16,5	32 070	10,7	33 018	10,6	26 184	8,5
Sponzorské dary a sbírky	8 101	2,8	5 617	1,9	6 342	2,0	5 256	1,7
Vlastní příjmy a příspěvky klientů	14 333	5,0	13 642	4,6	12 695	4,1	14 225	4,6
Nadace	9 576	3,3	1 446	0,5	1 354	0,4	0	0,0
Ostatní	15 324	5,3	11 366	3,8	12 626	4,1	6 703	2,2
Zahraniční	0	0,0	7 706	2,6	4 070	1,3	4 059	1,3
Fondy EU	0	0,0	6 263	2,1	2 942	0,9	4 059	1,3
Zahraniční jiné	0	0,0	1 443	0,5	1 128	0,4	0	0,0
Celkem	287 691	100,0	299 055	100,0	311 704	100,0	307 553	100,0

1.3.2 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Ve speciální kapitole Náklady na léčbu drogových závislostí (str. 120) je uveden přehled nákladů na léčbu drogových závislostí v ČR v r. 2007 včetně zdravotního pojištění.

Centrum adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice a Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (Centrum adiktologie) začalo v r. 2009 s podporou Interní grantové agentury MZ realizovat studii společenských nákladů užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR za r. 2007. Výsledky budou k dispozici v r. 2012.

tabulka 1-9: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2009 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace (tis. Kč)

Kraje	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	GŘC	NPC	Státní rozpočet celkem	Kraje	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
PHA	23 155	866	–	8 295	5 119	–	–	–	37 435	48 976	11 518	60 494	97 929	16,1
STC	3 125	807	–	18 260	1 474	–	–	–	23 667	12 500	3 572	16 072	39 739	6,5
JHC	5 214	492	–	8 333	1 525	–	–	–	15 564	10 021	2 242	12 263	27 827	4,6
PLK	4 488	400	–	2 632	400	–	–	–	7 920	6 623	7 033	13 656	21 576	3,6
KVK	1 722	223	–	1 100	680	–	–	–	3 725	610	555	1 164	4 889	0,8
ULK	8 161	641	–	6 956	812	–	–	–	16 570	4 987	6 062	11 049	27 619	4,5
LBK	1 346	356	–	4 430	0	–	–	–	6 132	8 313	1 537	9 851	15 983	2,6
HKK	2 600	424	–	3 370	1 157	–	–	–	7 551	9 633	1 276	10 909	18 460	3,0
PAK	1 381	392	–	1 643	650	–	–	–	4 066	5 300	1 589	6 889	10 955	1,8
VYS	1 164	374	–	6 663	230	–	–	–	8 431	3 556	497	4 053	12 484	2,1
JHM	7 429	856	–	9 676	2 040	–	–	–	20 001	18 866	6 705	25 571	45 572	7,5
OLK	6 362	483	–	7 750	605	–	–	–	15 200	8 816	3 358	12 174	27 374	4,5
ZLK	1 807	455	–	2 736	210	–	–	–	5 208	8 838	2 833	11 672	16 880	2,8
MSK	3 735	967	–	4 941	55	–	–	–	9 697	25 591	10 699	36 290	45 987	7,6
Výdaje s krajským určením	71 689	7 736	–	86 785	14 957	–	–	–	181 168	172 631	59 476	232 107	413 274	68,0
Výdaje s centrálním určením	25 787	3 527	4 280	–	100	10 817	3 180	146 548	194 238	0	0	0	194 238	32,0
Celkem	97 476	11 263	4 280	86 785	15 057	10 817	3 180	146 548	375 406	172 631	59 476	232 107	607 512	100,0
– z toho investiční	0	0	0	0	1 200	0	3 180	2 107	6 487	0	0	0	6 487	1,1
Celkem (%)	16,0	1,9	0,7	14,3	2,5	1,8	0,5	24,1	61,8	28,4	9,8	38,2	100,0	–

Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky.

tabulka 1-10: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2009 podle kategorií služeb (tis. Kč)

Kategorie služby	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	GŘC	NPC	Státní rozpočet celkem	Kraj	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
Prevence	3 822	11 263	4 280	0	0	0	0	0	19 365	22 578	13 012	35 590	54 955	9,0
Harm Reduction	Kontaktní centra	26 542	0	0	31 093	2 764	0	0	60 368	25 698	17 410	43 108	103 507	17,0
	Terénní programy	16 346	0	0	17 538	1 465	0	0	35 349	16 700	11 098	27 797	63 146	10,4
	Nezařazené*	5 760	0	0	0	70	0	0	5 830	1 985	497	2 482	8 312	1,4
	Celkem	48 648	0	0	48 631	4 299	0	0	101 577	44 383	29 005	73 387	174 965	28,8
Léčba	Zdravotnická péče**	1 742	0	0	0	10 398	1 280	0	13 420	7 865	1 748	9 613	23 033	3,8
	Nezdr. amb. péče***	8 125	0	0	8 465	0	3 230	0	19 820	8 493	5 487	13 980	33 800	5,6
	Terapeut. komunity	20 838	0	0	19 849	0	0	0	40 687	12 466	3 152	15 617	56 305	9,3
	Záchytné stanice		0	0	0	0	0	0	0	64 030	0	64 030	64 030	10,5
	Nezařazené		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Celkem	30 705	0	0	28 315	10 398	4 510	0	0	73 928	92 853	10 386	103 240	177 168
Následná péče	8 495	0	0	9 840	0	0	0	0	18 335	9 713	3 713	13 426	31 761	5,2
Koordinace, výzkum, hodnocení	5 806	0	0	0	360	1 316	0	0	7 482	1 894	1 763	3 657	11 139	1,8
Prosazování práva	0	0	0	0	0	4 991	3 180	146 548	154 718	0	0	0	154 718	25,5
Ostatní, nezařazeno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 209	1 597	2 807	2 807	0,5
Celkem	97 476	11 263	4 280	86 785	15 057	10 817	3 180	146 548	375 406	172 631	59 476	232 107	607 512	100,0

Pozn.: * Jedná se o projekty zahrnující jak činnost kontaktního centra, tak terénní práci. ** Tj. např. AT ambulantní a lůžková péče včetně substituční léčby, detoxifikace, sociální péče ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. *** Tj. např. ambulantní a intenzivní ambulantní nezdravotnické programy, krizová pomoc, sociální poradenství, sociální rehabilitace, programy NNO ve vězeňství.

2 Užívání drog v populaci

V r. 2009 nebyla v ČR provedena žádná celopopulační studie zabývající se tematikou drog. Bylo však uskutečněno několik menších studií a projektů.

Na podzim 2009 byl proveden *Výzkum občanů*. Nalezené míry prevalence byly signifikantně nižší než v celopopulační studii z r. 2008. Při zohlednění výsledků obou studií dosahuje celoživotní prevalence užívání konopných drog v české dospělé populaci okolo 30 %, extáze 5–10 %, pervitinu přibližně 4 % a kokainu 2 %. Prevalence užití konopných drog v posledním roce mezi českými dospělými pak dosahuje hodnot 11–15 %, extáze 3–4 %, pervitinu do cca 1,5 % a kokainu cca 0,5 %. Mezi mladými dospělými (15–34 let) je míra prevalence užití konopných drog v posledním roce 22–28 %, extáze 3–8 %, pervitinu do 3 % a kokainu přibližně 0,5–1,5 %.

V rámci projektu *Alkohol u mladých dospělých* byla měřena roční prevalence nelegálních drog mezi respondenty ve věku 18–39 let. Výsledky jsou srovnatelné s prevalencemi naměřenými v celopopulační studii z r. 2008 a potvrzují, že prevalence užití marihuany v posledních 12 měsících v ČR ve věku 18–39 let (tj. přibližně v populaci označované jako mladí dospělí) je okolo 22–23 %, extáze 6,5–7 %, pervitinu 3–3,5 % a kokainu 0,5–1,5 %.

Návštěvníci tanečních akcí vykazují vyšší míry prevalence užívání nelegálních drog – mimo konopných látek se jedná především o extázi a dále o pervitin, kokain a halucinogeny.

Byla provedena studie užívání návykových látek mezi mládeží ve vyloučených romských lokalitách v Brně. Ve školním dotazníkovém šetření ve vyloučených lokalitách uvedlo alespoň jednu zkušenost s marihuanou 32 % dětí z 6. až 9. tříd, zkušenost s jinými drogami (extází, pervitinem nebo heroinem) uvedlo 6 % dětí. Z jiných látek byl často užívanou drogou toluen, zdá se však, že užívání toluenu je spojeno s nejnižším sociálním statutem.

V rámci projektu *DRUID (Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines)* byl zjišťován výskyt užívání nelegálních drog mezi řidiči. Celková míra prevalence řízení pod vlivem psychoaktivních látek včetně alkoholu je odhadována na 10–15 %, nejčastěji užívanou nealkoholovou drogou je marihuana. Výsledky naznačují, že výskyt užívání nealkoholových drog včetně nelegálních je mezi českými řidiči srovnatelný s užíváním alkoholu.

Podle studie *Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR* vnímají občané užívání drog spíše jako problém ČR obecně, ale v daleko menší míře cítí tuto situaci jako problematickou přímo v místě svého bydliště. Nejlépe hodnotili situaci v místě svého bydliště obyvatelé z menších obcí do 2000 obyvatel.

2.1 Užívání drog v obecné populaci

V r. 2009 byla zpracovávána data ze dvou studií, které proběhly na podzim 2008. Jednalo se o celopopulační studii zaměřenou čistě na užívání psychotropních látek v ČR (*CS 2008*) a sadu otázek na zkušenosti s alkoholem, cigaretami a nelegálními drogami, kterou obsahoval dotazník Evropského výběrového šetření o zdraví (*EHIS 2008*). První výsledky byly shmuty ve VZ 2008, podrobnější výsledky *CS 2008* budou k dispozici na konci r. 2010 (Běláčková and Horáková, 2010). Ukázalo se, že míry prevalence zkušeností s drogami nalezené ve studii *EHIS 2008* jsou výrazně nižší než ve studii *CS 2008*. Zvláštní studie zadaná *NMS* s cílem vysvětlit rozdíl ve výsledcích obou studií (Linek, 2010) a experti – členové pracovní skupiny *NMS* pro populační a školské průzkumy v oblasti drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010e) – identifikovali hned několik možných příčin těchto rozdílů: jiná formulace otázek a jejich kontext v dotazníku, jiná metodologie a způsob sběru dat i konstrukce výběrového souboru. Nižší prevalence ve studii *EHIS 2008* mohly být způsobeny zaměřením studie na zdravotní tematiku, nižší mírou soukromí při dotazování a vyšší mírou non-respondence; zároveň se lze domnívat, že osoby nezastižené na adrese svého trvalého bydliště vykazují spíše vyšší míru rizikového chování a lze u nich předpokládat vyšší míru užívání drog. Podrobnější analýzy se pak přiklání k tomu, že zásadní význam měl kontext položených otázek. Otázky ve studii *EHIS* totiž následovaly po modulu týkajícím se zdravého životního stylu a zdravotního stavu, což mohlo ovlivnit odpovědi na otázky týkající se užívání drog.

Stejný fenomén lze pozorovat při srovnání mezinárodních multicentrických studií *ESPAD* (studie zaměřená na tabák, alkohol a nelegální drogy) a *HBSC* (studie zaměřená na zdraví a životní styl), kde ve většině zemí včetně ČR jsou nalezené míry užívání drog pravidelně vyšší ve studii *ESPAD*²³. Studie, která se zabývala vysvětlením příčin těchto rozdílů, shromáždila několik faktorů, které tyto rozdíly mohly způsobit (Škařupová, 2010):

- osobní interpretace otázky v rámci zaměření výzkumu – respondent má tendenci své odpovědi usměřovat podle toho, jaké odpovědi se podle jeho názoru od něj očekávají (například žít zdravě, být „IN“),
- detailněji položené otázky v monotematicky zaměřeném drogovém výzkumu – respondentovi mohou být nabídnuty příklady, které mu pomohou rozpomenout se na jeho chování a upřesní, co je otázkou konkrétně míněno,
- priming – respondenti déle vystavení jednomu tématu si jej lépe vybavují,

²³ S přihlédnutím k rozdílnému věku respondentů v obou studiích – 15 až 16 let ve studii *ESPAD* (cca 1/3 z 9. tříd základních škol a 2/3 z 1. ročníků středních škol) a 15 let ve studii *HBSC* (jen 9. třídy základních škol).

- tendence poskytovat jednotné odpovědi, což může vést k podhodnocení prevalencí užívání drog ve výzkumu se zdravotní tematikou a naopak k nadhodnocení prevalencí ve výzkumu zaměřeném čistě na drogy,
- sociální očekávání, které zaměření některých výzkumů může, byť nechtěně, vyvolávat.

Za účelem zjištění dalších informací o možných příčinách rozdílů mezi oběma studiemi byla na podzim 2009 provedena kontrolní studie za použití otázek z obou studií. Výsledky ukázaly, že způsob formulace otázek žádný zásadní význam na rozdíly v mírách prevalence neměla (viz také kapitola Výzkum názorů a postoju občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života, str. 25).

2.1.1 Studie v populaci mladých dospělých

V r. 2009 proběhlo dotazníkové šetření *Determinanty rizikových forem užívání alkoholu v populaci mladých dospělých: analýza zdravotních, sociálních a psychologických souvislostí (Alkohol u mladých dospělých)* mezi 2221 respondenty ve věku 18–39 let²⁴. V rámci tohoto projektu bylo ve strukturovaném rozhovoru položeno i několik otázek na prevalenci užití některých ilegálních drog v posledním roce. Nejčastěji užívanou drogou byla v populaci 18–39 let marihuana s prevalencí 21,8 %. Následovaly extáze a pervitin, které v posledním roce vyzkoušelo 7,0 %, resp. 3,5 % respondentů. Nejvyšší prevalence byly v nejmladší věkové skupině 18–24 let, kde mariuanu v posledním roce vyzkoušelo 38,1 % respondentů. Z rozložení vzorců užívání nelegálních drog je zřejmé, že prevalence užití extáze v nejmladších věkových skupinách je výrazně vyšší než ve starším věku a také rozdíly mezi muži a ženami jsou zde nejmenší; u ostatních drog tak výrazné relativní rozdíly mezi věkovými skupinami nalezeny nebyly – tabulka 2-1.

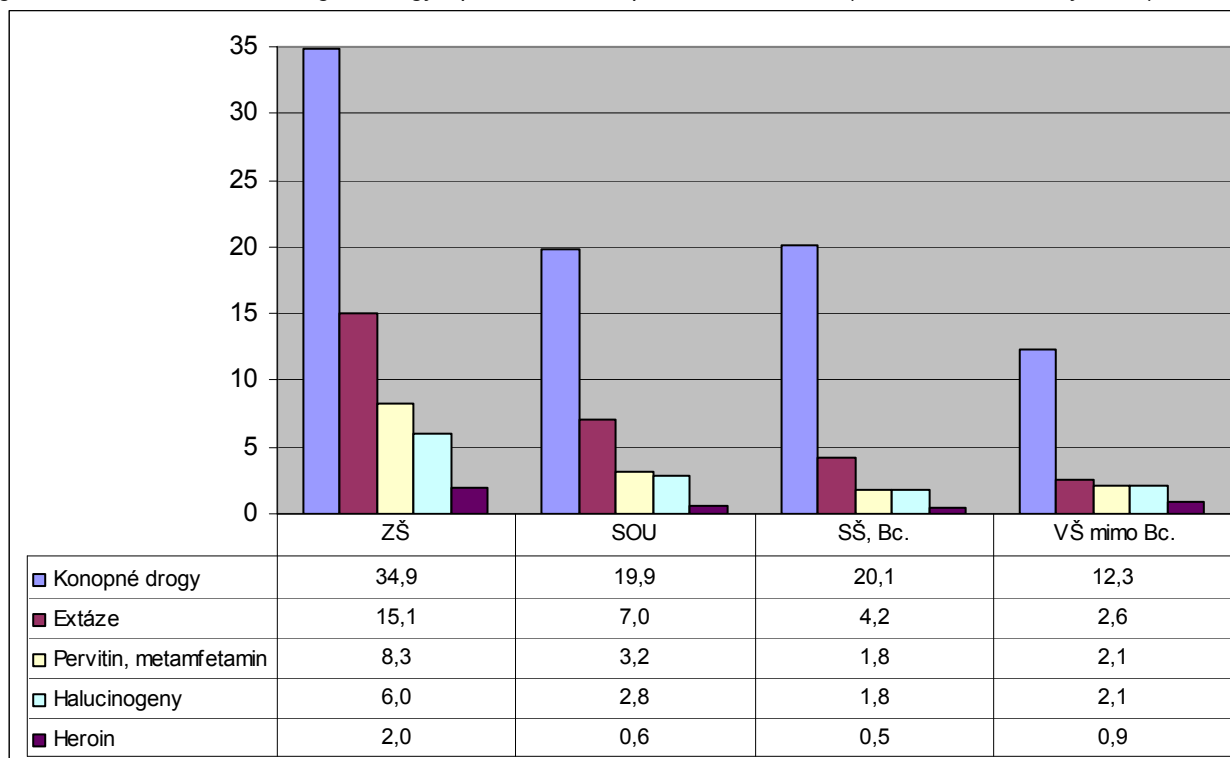
tabulka 2-1: Prevalence užití nelegální drogy v posledním roce podle pohlaví a věku, v % (Sovinová and Csémy, 2010)

Prevalence v posledním roce	Pohlaví		Věk				Celkem (N=2221)
	Muži (n=1141)	Ženy (n=1080)	18–24 (n=485)	25–29 (n=542)	30–34 (n=651)	35–39 (n=543)	
Konopné drogy	28,7	14,6	38,1	27,3	16,3	8,5	21,8
Extáze	8,7	5,3	16,5	7,6	3,8	1,8	7,0
Pervitin	4,8	2,1	6,2	4,2	2,2	2,0	3,5
Halucinogeny	4,4	1,5	4,1	3,7	2,9	1,3	3,0
Heroin	1,0	0,7	1,6	0,9	0,6	0,4	0,9

Je patrné, že vzdělání má vliv na míru užívání drog. Zdaleka nejvyšší prevalence mají respondenti s nejnižším vzděláním. V posledním roce užílo mariuanu 34,9 % respondentů se základním vzděláním, ale pouze 12,3 % respondentů se vzděláním vysokoškolským. Podobný vzorec lze pozorovat i u všech ostatních drog (viz graf 2-1). Pro správnou interpretaci dat, je však třeba zdůraznit, že respondenti se základním vzděláním mohou být často teprve studenti, kteří ještě nedokončili střední školu a zároveň jsou ve věku, který je pro uživatele drog nejtýpější. Vysoká prevalence u respondentů se základním vzděláním může tedy být dána do určité míry jejich nižším věkem.

²⁴ Grant č. NS9645-4/2008 IGA MZ ČR, hlavní řešitelka MUDr. Hana Sovinová, nositel grantu Státní zdravotní ústav v Praze.

graf 2-1: Prevalence užití nelegální drogy v posledním roce podle vzdělání, v % (Sovinová and Csémy, 2010)



2.1.2 Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života

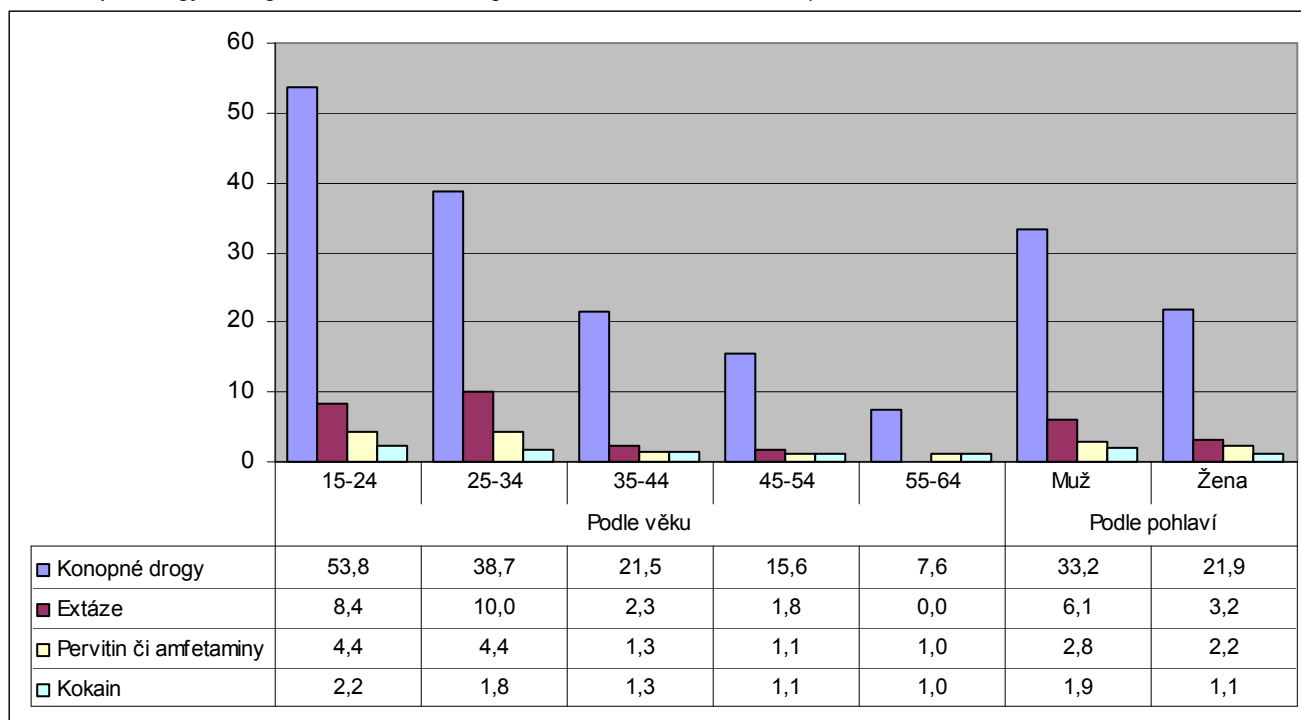
V rámci projektu *Výzkumu občanů* bylo na podzim 2009 provedeno kontrolní měření prevalencí užívání návykových látek s použitím dvou rozdílných způsobů dotazování aplikovaných ve studiích *CS 2008* a *EHIS 2008*. Cílem bylo simulovat různý způsob a kontext dotazování a osvětlit tak možnou příčinu rozdílných výsledků obou studií – jedné polovině respondentů byl položen první typ sady otázek na začátku a druhé polovině respondentů druhý typ na konci dotazníku. Způsob formulace otázek a jejich umístění v dotazníku žádný signifikantní rozdíl v nalezených mírách prevalence nepřinesly. Proto jsou výsledky uvedeny souhrnně za celý vzorek respondentů – tabulka 2-2. Užití konopné drogy někdy v životě uvedlo 27,6 % respondentů ve věku 15–64 let, extáze 4,6 %, pervitinu téměř 2,5 % a kokainu 1,5 %.

tabulka 2-2: Prevalence užití nelegální drogy ve třech časových horizontech podle pohlaví a věku, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES, 2009)

Prevalence	Typ drogy	Pohlaví		Věk					Celkem (N=1486)
		Muži (n=743)	Ženy (n=743)	15–24 (n=275)	25–34 (n=341)	35–44 (n=303)	45–54 (n=276)	55–64 (n=291)	
Celoživotní prevalence	Konopné drogy	33,2	21,9	53,8	38,7	21,5	15,6	7,6	27,6
	Extáze	6,1	3,2	8,4	10,0	2,3	1,8	0,0	4,6
	Pervitin či amfetaminy	2,8	2,2	4,4	4,4	1,3	1,1	1,0	2,5
	Kokain	1,9	1,1	2,2	1,8	1,3	1,1	1,0	1,5
Prevalence v posledním roce	Konopné drogy	15,1	7,1	29,5	15,2	4,6	4,0	2,4	11,1
	Extáze	2,0	0,8	4,0	1,8	0,3	1,1	0,0	1,4
	Pervitin či amfetaminy	0,4	0,0	0,0	0,6	0,0	0,4	0,0	0,2
	Kokain	0,4	0,4	0,7	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
Prevalence v posledním měsíci	Konopné drogy	7,0	1,2	11,6	6,2	1,0	0,7	1,0	4,1
	Extáze	0,1	0,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	Pervitin či amfetaminy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Kokain	0,1	0,1	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,1

Výsledky ukázaly, že muži měli s nelegálními drogami výrazně větší zkušenosti. V posledním roce vyzkoušelo konopné drogy dvakrát více mužů než žen (15,1 % vs. 7,1 %), podobně tomu bylo i s extází. S kokainem měl v posledním roce zkušenost stejný podíl mužů i žen (0,4 %). I z hlediska věku se potvrzují tradiční vzorce užívání a s rostoucím věkem prevalence užívání drog klesala. Konopné drogy alespoň jednou v životě vyzkoušela více než polovina mladých dospělých ve věku 15–24 let, v posledním roce pak téměř třetina.

graf 2-2: Celoživotní prevalence zkušeností s nelegálními drogami podle pohlaví a věku, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES, 2009)



2.1.3 Srovnání míry prevalence užívání drog ve studiích z let 2008–2009

Vzhledem k rozdílnému věkovému rozmezí respondentů lze míry prevalence ze všech 4 celopopulačních studií provedených v letech 2008–2009 porovnat pouze pro věkovou kategorii 18–39 let v ukazateli prevalence v posledním roce – tabulka 2-3. Z tohoto srovnání je patrné, že nalezené míry prevalence jsou nejnižší ve studii *EHIS 2008*, zaměřené na zdraví a zdravý životní styl (možné příčiny viz výše). Výzkumy se zaměřením na drogovou problematiku a s dostatečně velkým vzorkem (tj. *Alkohol u mladých dospělých* a *CS 2008*) se v míře prevalence shodují a ukazují, že prevalence užívání konopných drog v ČR v posledním roce ve věku 18–39 let je 22–24 %, extáze 6,5–7 %, pervitinu 3–3,5 % a kokainu 0,5–1,5 %.

tabulka 2-3: Porovnání prevalence užívání dané drogy v posledních 12 měsících v jednotlivých výzkumech pro populaci 18–39 let, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES, 2009; Sovinová and Csémy, 2010; Běláčková and Horáková, 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010e)

Typ drogy	Výzkum občanů 2009 (n=712)	Alkohol u mladých dospělých 2009 (n=2221)	CS 2008 (n=2114)	EHIS 2008 (n=803)
Konopné drogy	19,1	21,8	23,6	8,2
Extáze	2,4	7,0	6,4	1,4
Pervitin či amfetaminy	0,3	3,5	2,9	1,0
Halucinogeny	–	3,0	6,8	2,9
Kokain	0,6	–	1,4	0,9
Heroin	–	0,9	0,8	0,6

Pro studie *CS 2008* a *Výzkumu občanů* z r. 2009 lze porovnat míry prevalence ve všech třech sledovaných časových horizontech a pro celou dospělou populaci ve věku 15–64 let. Míry prevalence zjištěné ve *Výzkumu občanů* vycházejí signifikantně nižší než v *CS 2008*, nicméně potvrzují vyšší míru zkušeností české populace s užíváním drog než ty, které byly nalezeny ve výzkumu *EHIS 2008*. Vzhledem k tomu, že *CS 2008* a *Výzkum občanů* jsou studie z let bezprostředně po sobě následujících, nelze rozdíly mezi oběma studiemi zřejmě pokládat za začátek klesajícího trendu užívání drog ve společnosti, ale spíše za vliv metodologických rozdílů a jiného kontextu, ve kterém byla data sbírána²⁵. Výzkum občanů byl omnibusového typu²⁶, zatímco *CS 2008* byla monotematická studie zaměřená pouze na problematiku drog – tabulka 2-4.

²⁵ Největší rozdíly mezi oběma studiemi jsou pozorovány v mladších věkových skupinách a v aktuálních časových horizontech užívání, např. prevalence užívání konopných drog v posledním měsíci je ve věku 15–24 let v *CS 2008* oproti *Výzkumu občanů* téměř dvojnásobná.

²⁶ Tj. zaměřený na více témat, obsahující více tematických modulů.

tabulka 2-4: Porovnání měr prevalence užívání dané drogy ve Výzkumu občanů 2009 a CS 2008, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES, 2009; Běláčková and Horáková, 2010)

Prevalence	Typ drogy	Výzkum občanů 2009			Celopopulační studie 2008		
		15–24 let (n=275)	15–34 let (n=616)	Celkem 15–64 (N=1486)	15–24 let (n=827)	15–34 let (n=1891)	Celkem 15–64 let (N=4500)
Celoživotní prevalence	Konopné drogy	53,8	45,5	27,6	58,7	53,3	34,3
	Extáze	8,4	9,3	4,6	20,8	18,4	9,6
	Pervitin či amfetaminy	4,4	4,4	2,5	7,2	7,8	4,3
	Kokain	2,2	1,9	1,5	2,8	3,6	2,0
Prevalence v posledním roce	Konopné drogy	29,5	21,6	11,1	37,3	28,2	15,2
	Extáze	4,0	2,8	1,4	11,2	7,7	3,7
	Pervitin či amfetaminy	0,0	0,3	0,2	3,6	3,2	1,7
	Kokain	0,7	0,5	0,4	1,9	1,6	0,7
Prevalence v posledním měsíci	Konopné drogy	11,6	8,6	4,1	22,4	16,7	8,5
	Extáze	0,7	0,3	0,1	3,3	2,6	1,2
	Pervitin či amfetaminy	0,0	0,0	0,0	1,5	1,4	0,7
	Kokain	0,0	0,2	0,1	0,8	0,8	0,4

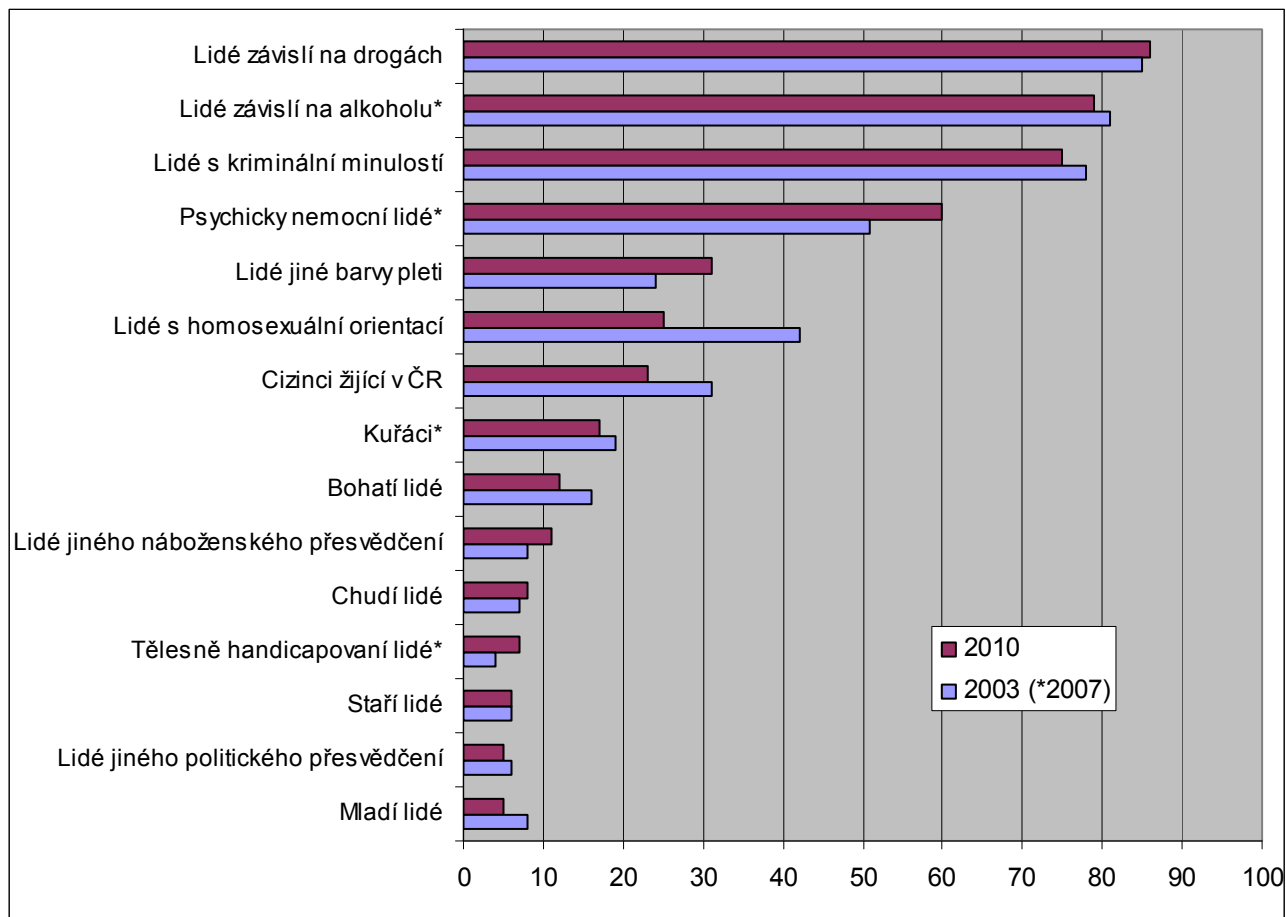
Celoživotní míra prevalence užívání konopných drog v české dospělé populaci tedy dosahuje míry cca 30 %, extáze 5–10 %, pervitinu přibližně 4 % a kokainu 2 %. Prevalence užívání konopných drog v posledním roce mezi českými dospělými pak dosahuje hodnot 11–15%, extáze 3–4 %, pervitinu do cca 1,5 % a kokainu cca 0,5 %. Mezi mladými dospělými (15–34 let) je míra prevalence užívání konopných drog 22–28 %, extáze 3–8 %, pervitinu do 3 % a kokainu přibližně 0,5–1,5 %.

Celoživotní prevalenci konopných drog sledovalo ve svém výzkumu i *Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR, v.v.i. (CVVM)*, podle kterého někdy v životě vyzkoušelo konopné drogy 28 % respondentů ve věku 15 a více let – viz níže.

2.1.4 Postoje k užívání návykových látek

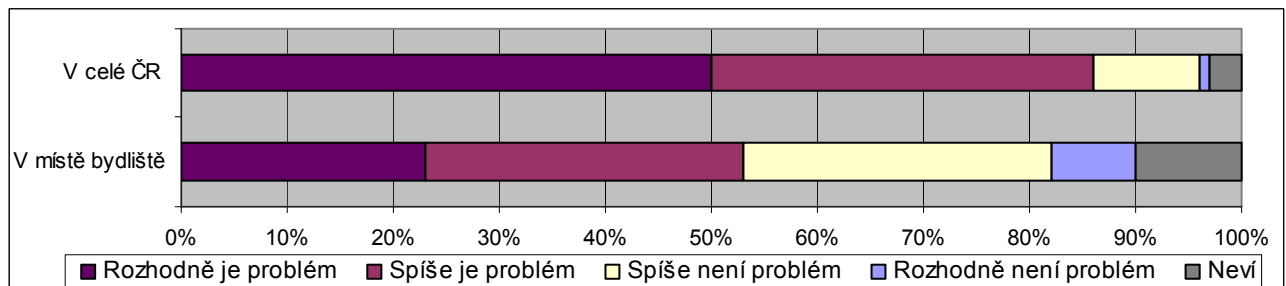
V březnu 2010 proběhl každoroční průzkum tolerance k vybraným skupinám občanů. CVVM sem zařazuje i otázku na drogově závislé a závislé na alkoholu. Míra tolerance je zjišťována pomocí otázky, ve které respondenti vybírali skupiny osob, které by nechtěli mít za sousedy. Tradičně byli občané ČR nejméně tolerantní k lidem závislým na drogách, na alkoholu a k lidem s kriminální minulostí. U všech těchto skupin však můžeme sledovat poměrně stabilní stav s drobným zvýšením tolerance – graf 2-3. Stále lépe jsou také přijímáni lidé s homosexuální orientací. Naopak růst netolerance je od r. 2003 patrný k psychicky nemocným a k lidem s jinou barvou pleti.

graf 2-3: Časové srovnání odpovědí na otázku *Koho byste nechtěl/a mít za sousedy?* Za roky 2003 (resp.2007) a 2010, respondenti ve věku 15+, v %, (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2010b)



V květnu 2010 uskutečnilo CVVM další reprezentativní šetření na vzorku 1061 respondentů, které zjišťovalo, jak občané vnímají současnou situaci užívání drog, a to jak v místě bydliště, tak v celé ČR. Ukázalo se, že občané vnímají užívání drog spíše jako problém ČR (86 % respondentů) než jako problém přímo v místě svého bydliště (53 %) – graf 2-4. Obyvatelé z obcí do 2000 obyvatel hodnotili nejpříznivěji situaci v místě svého bydliště a obyvatelé větších měst hodnotili příznivěji situaci v ČR obecně.

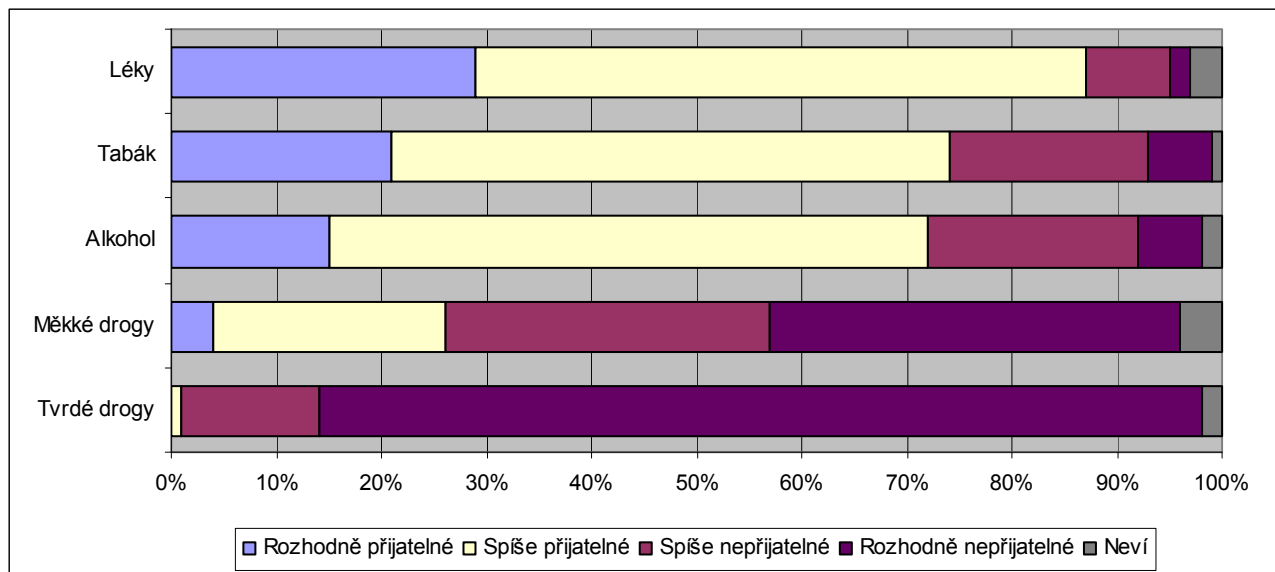
graf 2-4: Jak vnímají obyvatelé ČR současnou situaci v užívání drog, respondenti ve věku 15+ (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2010a)



Necelá polovina respondentů (47 %) se domnívá, že se instituce v ČR věnují problému užívání drog přiměřeně, 38 % se domnívá, že nedostatečně, 6 % odpovědělo, že se mu instituce věnují příliš (tento názor zastávali převážně respondenti, kteří nějaké zkušenosti s drogou mají) a 9 % obyvatel nevědělo, jak na otázku odpovědět. Dále byly položeny otázky na přijatelnost či nepřijatelnost některých návykových látek a na přímou a nepřímou zkušenost s užíváním drog – graf 2-5. Pro většinu respondentů bylo nejpříjemnější užívání léků proti bolesti, na spaní či uklidnění (87 %). Výrazná většina také akceptovala tradiční legální drogy jako tabák a alkohol (74 %, resp. 72 %). Nejméně přijatelné byly „tvrdé“ drogy (heroin, pervitin, extáze), které neakceptovalo 99 % dotázaných a „měkké“ drogy (marihuana či hašiš), které jako nepřijatelné hodnotilo 74 % respondentů²⁷. Podle CVVM, mají liberálnější postoj k užívání měkkých drog muži, lidé mladší 30 let, Pražané a ti, kdo nějakou drogu sami vyzkoušeli nebo alespoň někoho takového znají.

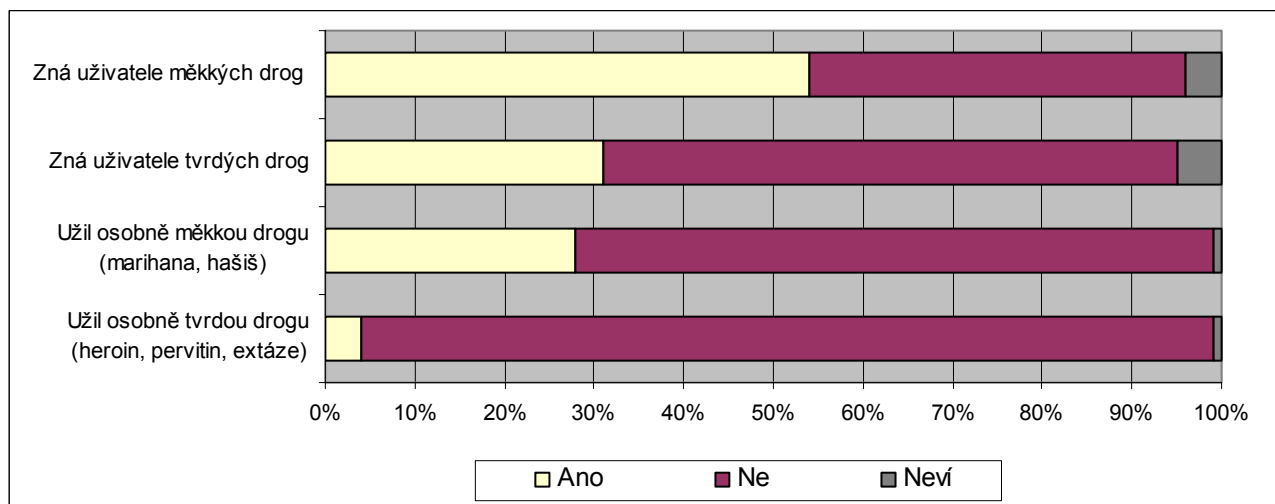
²⁷ Termíny *tvrdé* a *měkké* drogy stejně jako přiřazení jednotlivých drog k těmto kategoriím byly použity v položených otázkách realizátorem výzkumu. Dělení drog na *tvrdé* a *měkké* je nepřesné, nejasné a neoficiální; v zásadě rámcově vymezuje různou míru zdravotních a společenských rizik a dopadů jejich užívání. Z nelegálních drog jsou za *měkké* nejčastěji považovány konopné drogy.

graf 2-5: Přijatelnost užívání vybraných návykových látek, respondenti ve věku 15+ (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2010a)



Respondenti byli také alespoň orientačně dotázáni na svoje zkušenosti s drogami. Podle odpovědí vyzkoušelo marihuanu či hašiš 28 % respondentů ve věku 15 a více let a 54 % zná i někoho, kdo je vyzkoušel nebo užíval. Heroin, pervitin nebo extázi vyzkoušela 4 % respondentů a někoho s podobnou zkušeností zná 31 % respondentů – graf 2-6. I v tomto výzkumu se potvrdilo, že více přímých i nepřímých zkušeností s užíváním drog mají muži a osoby do 30 let věku. Přímou osobní zkušenost s marihuanou či hašišem uvedlo 54 % respondentů ve věku 15–19 let, 55 % ve věku 20–29 let, 35 % ve věku 30–44 let, 15 % ve věkové kategorii 45–59 let a jen 5 % mezi lidmi staršími 60 let.

graf 2-6: Vlastní a zprostředkované zkušenosti s ilegální drogou, respondenti ve věku 15+ (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2010a)



2.2 Užívání drog ve školní populaci

2.2.1 Studie ESPAD

Studie *ESPAD* je koordinována Švédskou radou pro informace o alkoholu a drogách (CAN) a je realizována od r. 1995 každé čtyři roky. ČR se studie účastní od jejího počátku, výsledky z r. 2007 včetně trendů od r. 1995 lze nalézt v souhrnné publikaci (Csémy et al. 2009), hlavní výsledky byly také uvedeny ve VZ 2007 a VZ 2008. Byly také publikovány souhrnné celoevropské výsledky studie *ESPAD* z r. 2007 s mezinárodním srovnáním (Hibell et al. 2009). V současné době probíhá příprava na pátou vlnu výzkumu, která proběhne na jaře 2011.

2.2.2 Studie HBSC

Studie *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* je mezinárodní studie zaměřená na zdraví, životní styl a chování ve vztahu k vlastnímu zdraví mezi dětmi ve věku 11, 13 a 15 let (organizovaná WHO každé čtyři roky od r. 1985, ČR se jí účastní od r. 1993). Otázky na zkušenosti s užitím nelegálních drog byly zahrnuty pouze do dotazníku pro žáky ve věku 15 let. Předposlední vlna studie proběhla v r. 2006, souhrn výsledků lze nalézt

ve VZ 2006, mezinárodní zpráva byla publikována v r. 2008 (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2008). Poslední vlna sběru dat v ČR proběhla na jaře 2010.

2.2.3 Ostatní průzkumy ve školní populaci

V r. 2009 proběhla studie provedená organizací *A Kluby ČR*, které se zúčastnilo 19 brněnských škol a dalších 10 škol z jihomoravského kraje. Celkový počet respondentů byl 3486. Respondenty tohoto výzkumu byli žáci druhého stupně základních škol, studenti středních škol (vč. učilišť) a vyšších odborných škol převážně ve věku 11–20 let. Vzhledem k tomu, že se ze středních škol vrátilo menší množství dotazníků, není možné tento vzorek považovat v tomto věkovém rozmezí za reprezentativní (*A Kluby ČR, o.p.s., 2009*). Studie měla za cíl zjistit stav zneužívání návykových látek na základních a středních školách v Brně.²⁸

Institút pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP) v r. 2009 publikoval výsledky studie, ve které bylo dotazováno 464 studentů (56 % žen, 44 % mužů) 2. a 3. ročníků středních odborných škol a učilišť na své postoje k různým aspektům podnětových povídek. Jedna z povídek, nazvaná *Konopí*, se týkala středoškoláků, kteří pěstovali, drželi, užívali, rozdávali a kupovali marihuanu – poté byl jeden z nich přistižen policií se zásobou této drogy, což byl přestupek kvůli kterému byl tento student vyloučen ze školy. Z analýzy postojů studentů na tento imaginární příběh vyplývá, že mladí lidé berou marihuanu jako samozřejmou součást kultury svých vrstevníků a její užívání vesměs považují za osobní věc. Hlavním prohřeškem protagonistů „konopného“ příběhu byla v očích jejich vrstevníků neopatrnost, tedy to, že se „nechali chytit“ při protiprávním jednání. Zároveň jsou respondenti vcelku srozuměni s riziky, které s sebou toto chování nese, a neprojevují žádnou zvláštní lítost nad případným postihem těch, kteří konopné drogy užívají a šíří. Velká část respondentů souhlasila s trestem vyloučení ze školy za marihuanové excesy a potrestání „profesionálního“ dealera bylo přijímáno zcela kladně (*Večerka et al. 2009*).

2.3 Užívání drog ve specifických skupinách populace

2.3.1 Užívání drog mezi dětmi v sociálně vyloučených romských lokalitách

Pro Agenturu pro sociální začleňování v romských lokalitách zpracovala v r. 2010 společnost *SocioFactor, s.r.o* Metodiku výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách (*SocioFactor s.r.o., 2010*). Studie byla zaměřena na romské lokality v Brně. Testovala čtyři rozdílné metodiky: rozhovory s experty na drogovou problematiku a/nebo sociální vyloučení působícími v romských lokalitách, individuální rozhovory s uživateli drog, ohniskové skupiny se žáky základních škol a dotazníkové šetření mezi 117 žáky 6. až 9. tříd, z nichž bylo přibližně 80 % Romů. Z nelegálních látek byla podle expertů mezi dětmi nejrozšířenější návykovou látkou marihuana, podle odhadů expertů s ní mělo v patnácti letech zkušenost 80 až 90 % dětí. Podle expertů je míra tolerance marihuany srovnatelná s cigaretami a je pravděpodobně vyšší než tolerance alkoholu. Z jiných látek je nejčastěji užívanou drogou toluen, zdá se však že užívání toluenu je spojeno s nejnižším sociálním statutem a děti ji považují za „drogu hloupých“. V dotazníkovém šetření přitom uvedlo alespoň jednu zkušenost s marihuanou 32 % dětí z 6. až 9. tříd, zkušenost s jinými drogami (extází, pervitinem nebo heroinem) uvedlo 6 % dětí.

2.3.2 Užívání drog mezi řidiči

Od března 2008 do června 2009 byly výzkumníky z *Centra dopravního výzkumu* v rámci projektu *DRUID*²⁹ sbírány základní demografické údaje a vzorky slin řidičů zastavených během běžných policejních hlídek. Cílem tohoto mezinárodního projektu je zvýšení bezpečnosti silničního provozu na úrovni *EU* a snížení počtu řidičů řídících pod vlivem návykových látek. Prvním ze sedmi kroků projektu tak bylo získat přehled o prevalenci užití psychoaktivních látek mezi řidiči. Získáno bylo 2039 vzorků slin od 1593 řidičů a 446 řidiček, vyšetření probíhalo v toxikologické laboratoři (*Zaoral and Weinberger, 2010*). Pozitivních na některou ze sledovaných drog včetně alkoholu bylo 108 vzorků (88 mužů a 20 žen), které obsahovaly 138 legálních a nelegálních drog. Výzkum byl dobrovolný a řidiči měli možnost účast odmítnout. Dá se předpokládat, že účast častěji odmítali řidiči pod vlivem drog. *Centrum dopravního výzkumu* odhaduje, že z celkem 500 odmítnutí přibližně třetina řidičů užila látku ovlivňující řízení. Celková míra prevalence řízení pod vlivem psychoaktivních látek je pak odhadována na 10–15 %. Ze 108 pozitivních vzorků byl aktivní metabolit konopných drog (delta-9-THC) zjištěn ve 33 případech, alkohol ve 23 případech, metamfetamin ve 12 případech, kokain v 1 případě a benzoyllecgonine (primární metabolit kokainu) ve dvou případech. Z legálních drog (léků) byla nejčastěji zjištěna přítomnost citalopramu v 18 případech, nordiazepamu v 9, bromazepamu v 8, alprazolamu v 7 a tramadolu v 6 případech. Celkem byly nelegální drogy či jejich kombinace zjištěny ve 41 případech, léky, které mají negativní vliv na schopnost řídit ve 47 případech a alkohol ve 23 případech. Nejčastější kombinace nelegálních drog byla kombinace metamfetaminu a THC, která byla zjištěna v 8 vzorcích. I kdyby vyšší výskyt alkoholu vykazovali řidiči, kteří odmítli účast ve výzkumu, výsledky přesto naznačují, že výskyt užívání nealkoholových drog včetně nelegálních je srovnatelný s užíváním alkoholu. Nález psychoaktivních látek u dopravních nehod a mezi zemřelými řidiči uvádí kapitola *Drogy a dopravní nehody* (str. 67).

²⁸ Výsledky jsou k dispozici na <http://www.vyzkum-mladez.cz/zpravy/1265711667.pdf>.

²⁹ Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicine (Řízení pod vlivem drog, alkoholu a medikamentů).

2.3.3 Užívání drog v prostředí noční zábavy

V r. 2009 pokračoval sběr dat v rámci evaluace projektu *Safer Party Tour 2009*, který navázal na obdobný projekt z r. 2008 a poskytoval preventivní a harm reduction služby na 14 letních festivalech (blíže viz kapitulu Selektivní prevence na str. 35). Dotazníkového šetření mezi klienty projektu se zúčastnilo 381 respondentů ve věku mezi 16 a 54 lety, průměrný věk celého souboru byl 24,2 let. Dvě třetiny (69,7 %) tvořili muži, jimž bylo v průměru 24,8 roku; ženám pak 22,8 roku. Necelá třetina klientů projektu (30,5 %) v době šetření studovala, 62,5 % bylo v zaměstnaneckém poměru nebo podnikalo. Pětina respondentů (20,1 %) uvedla vysokoškolské vzdělání, 53,5 % tvořili středoškoláci s maturitou.

Alespoň jednu zkušenost s některou ze sledovaných drog (s výjimkou alkoholu a tzv. sirupu³⁰) uvedla naprostá většina klientů (92 %), kteří vyplnili dotazník. Během uplynulých 12 měsíců užily některou ze sledovaných drog tři čtvrtiny souboru (75,9 %) a v posledních 30 dnech 44,9 %. Prevalence užití sledovaných látek v uvedených časových horizontech uvádí tabulka 2-5.

Největší oblibě se mezi klienty projektu těšily konopí, alkohol a extáze, následovaly lysohlávky, LSD, pervitin, poppers a kokain. Alkohol, konopí a extáze byly také drogami, o nichž respondenti nejčastěji uváděli, že je užili nebo plánují užít na festivalu, kde vyplnili dotazník; ve všech třech případech byl dokonce podíl těchto osob vyšší než podíl osob, které drogu užily v uplynulých třiceti dnech. S většinou sledovaných látek měli častěji zkušenosti muži než ženy – výjimku tvořily celoživotní a dvanáctiměsíční zkušenosti s konopím.

tabulka 2-5: Podíl klientů projektu Safer Party Tour 2009, kteří uvedli zkušenost s drogou během celého života, posledních 12 měsíců a posledních 30 dní, resp. plánovali její užití na akci, kde dotazník vyplnili, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010a)

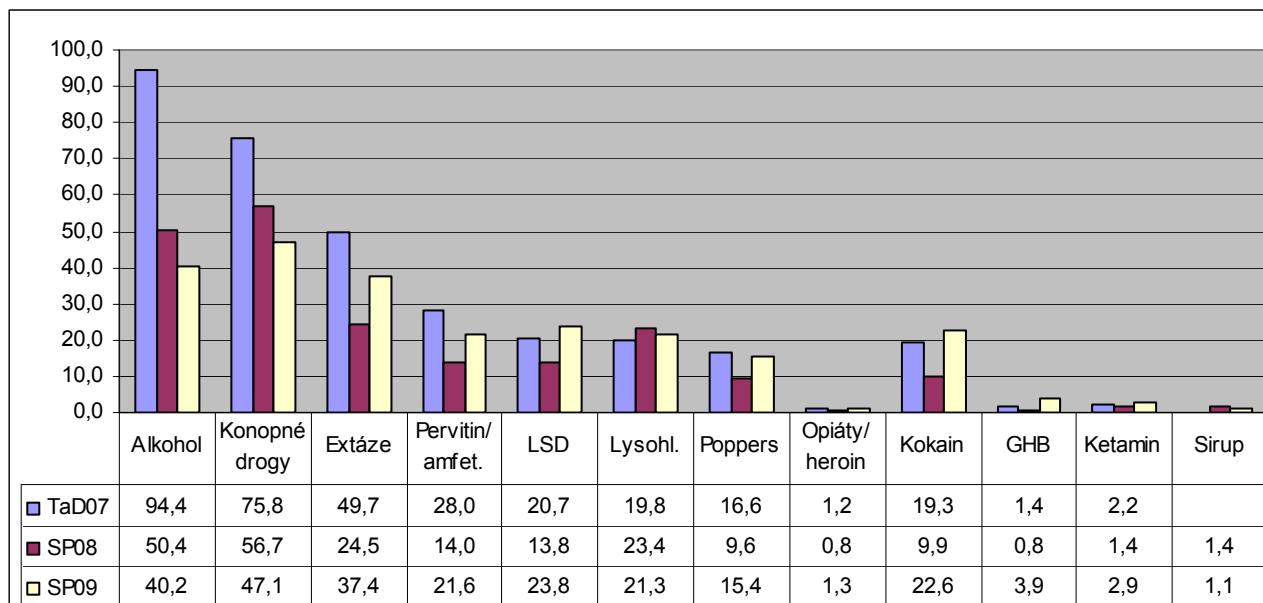
Droga	Celý život	12 měsíců	30 dní	Tato párty
Alkohol	61,7	40,2	33,1	62,5
Konopné drogy	71,1	47,1	31,8	36,6
Extáze	60,3	37,4	14,7	29,2
Pervitin/amfetamin	43,8	21,6	7,7	7,1
LSD	44,7	23,8	7,1	5,0
Lysohlávky	52,9	21,3	4,2	1,8
Poppers	44,6	15,4	5,3	2,9
Opiáty/heroin	10,3	1,3	0,5	0,5
Kokain	41,6	22,6	8,7	5,3
GHB	13,2	3,9	1,8	0,8
Ketamin	10,8	2,9	0,3	0,3
Sirup (dextromethorphan)	7,7	1,1	0,7	0,4

V červnu 2010 byl rovněž spuštěn sběr dat průzkumu *Tanec a drogy 2010* zaměřeného na rekreační užívání drog v prostředí noční zábavy, který provádí *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti* ve spolupráci s internetovými magazíny Rave.cz a Techno.cz a s magazínem Metropolis. Jedná se o internetové dotazníkové šetření sebenominovaného vzorku příznivců elektronické taneční hudby, které navazuje na obdobné studie z let 2000, 2003 a 2007. Hlavním cílem studie je prozkoumat pomocí srovnatelné metodologie trendy v užívání legálních a nelegálních drog a prevalence rizikového chování mezi mladými lidmi navštěvujícími taneční akce. Data budou sbírána do konce září 2010, na konci téhož roku by měly být k dispozici předběžné výsledky.

Srovnání míry užívání drog zjištěných ve studii *Tanec a drogy 2007* a v projektu *Safer Party Tour 2008* a 2009 poskytuje graf 2-7. Vzhledem k metodologickým rozdílům mezi studiemi a k tomu, že se v žádné ze studií nejedná o reprezentativní vzorky populace návštěvníků tanečních akcí, je třeba trendová data hodnotit opatrně.

³⁰ Sirup proti kašli s obsahem dextromethorphanu (v ČR jsou registrovány např. Robitussin® a Humex Sirup na suchý kašel), který bývá zneužíván posluchači a příznivci zejména hip-hopu.

graf 2-7: Prevalence užití sledovaných drog v posledních 12 měsících mezi klienty projektu Safer Party Tour 2008, 2009 a mezi rekreačními uživateli drog dotázanými v průzkumu Tanec a drogy 2007, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a)



Pozn.: Zkušenosti s užitím alkoholu v projektu Safer Party Tour jsou velmi pravděpodobně podhodnoceny způsobem zaznamenávání odpovědí na otázky týkající se alkoholu.

V r. 2009 se také objevilo několik průzkumů, které byly realizovány na veřejném portále vyplnto.cz³¹. Týkaly se např. prevalence drog, ovlivnění života drogami a názory na legalizaci marihuany. Vzhledem k tomu, že vzorky jsou tvořeny z uživatelů internetu a nejsou reprezentativní, mají tyto průzkumy velice omezenou vypovídací hodnotu.

³¹ Viz <http://www.vyplnto.cz/>.

Koordinace primární prevence rizikového chování, resp. užívání návykových látek v ČR spadá do působnosti *Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR*. Hlavními dokumenty v této oblasti jsou Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti *MŠMT* na období 2009–2012 a Metodický pokyn *MŠMT* k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Významnými nástroji řízení kvality v prevenci jsou *Standardy primární prevence* a proces certifikace primárně preventivních programů; ten byl v polovině r. 2009 dočasně pozastaven z důvodu transformace systému.

V dotačních programech *MŠMT* bylo v r. 2009 podpořeno 278 projektů škol a školských zařízení a 18 projektů nestátních neziskových organizací. *RVKPP* v r. 2009 podpořila 11 preventivních projektů – především se jednalo o specializované preventivní programy NNO.

Programy selektivní a indikované prevence jsou zaměřeny na práci s ohroženými skupinami, jednotlivci a rodinami. Významným tématem je prevence užívání návykových látek mezi dětmi a adolescenty z etnických minorit v ČR.

V oblasti časné diagnostiky a intervence jsou do praxe zaváděny nástroje, jako jsou diagnostická metoda *Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)*, intervenční nástroj *PREVenture* a dotazník *CRAFFT* s intervenčním manuálem pro praktické lékaře pro děti a dorost.

Mimo kampaní *Nemyslíš – zaplatíš!* a *DOMLUVME SE!*, které jsou částečně nebo zcela zaměřeny na prevenci užívání drog za volantem se na národní úrovni v r. 2009 nekonala žádná kampaň zaměřená na užívání drog. V ČR je v provozu několik kvalitních internetových portálů a aplikací, které nabízejí informace a poradenství v oblasti prevence užívání drog a jeho dopadů.

3.1 Systém a rámec protidrogové prevence

Primární prevence je tradičně jedním ze čtyř pilířů české strategie protidrogové politiky. Tvorba koncepce, obsahové náplně a koordinace primární prevence rizikového chování u dětí a mladistvých spadá v ČR do působnosti *Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR*, konkrétně je pak oblast prevence v kompetenci Úseku prevence a institucionální výchovy. Problematika užívání návykových látek je jedním z typů rizikového chování.

MŠMT je koordinátorem prevence rizikového chování, resp. prevence užívání návykových látek na úrovni horizontální, kde má za úkol aktivně spolupracovat s věcně příslušnými rezorty (*MZ, MV, MPSV, MO* a další), mj. v rámci mezirezortních orgánů a struktur (např. *RVKPP*, Republikový výbor pro prevenci kriminality). Dále pak *MŠMT* spolupracuje se samosprávou (kraji a obcemi), s poskytovateli poradenských, vzdělávacích a metodických služeb v primární prevenci (ostatní přímo řízené organizace *MŠMT*, nestátní neziskové organizace, vysoké školy, poradenská zařízení krajů). V r. 2009 byl zřízen *Výbor pro koordinaci primární prevence*, poradní orgán *MŠMT*, jehož hlavním cílem je koordinace činností na mezirezortní, krajské i regionální úrovni, sjednocování postupů a přístupů v oblasti prevence rizikového chování.

Na vertikální úrovni *MŠMT* metodicky vede a koordinuje krajské školské koordinátory prevence (pracovníci krajských úřadů), oblastní metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školní metodiky prevence (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních).

Metodický pokyn *MŠMT* č.j. 20 006/2007-51 k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních: (1) vymezuje terminologii a začlenění prevence do školního vzdělávacího programu, (2) popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka, (3) definuje *Minimální preventivní program*, (4) doporučuje postupy škol a školských zařízení (dále jen „školy“) při výskytu vybraných rizikových forem chování dětí a mládeže. V lednu 2009 *RVKPP* uložila ministru školství, mládeže a tělovýchovy upravit tento metodický pokyn zejména v otázkách provádění testů na přítomnost drog v tělních tekutinách žáků, postupu škol a spolupráce s externími subjekty při řešení problémů s návykovými látkami u žáků (blíže viz VZ 2008)³².

V dokumentu *Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti MŠMT na období 2009–2012* je v pěti oddílech představeno vyhodnocení minulé strategie na období 2005–2008, vymezeny cílové skupiny a pojmy a představen systém organizace primární prevence a strategické cíle na období 2009–2012. Tyto dlouhodobé cíle mají být rozpracovány v akčních plánech zpracovávaných vždy na dvouleté období. Strategie je přínosná také tím, že zavádí termín „rizikové chování“ místo předchozího zastaralého a nepřesného termínu „sociálně patologický jev“.

Programy primární prevence užívání návykových látek v ČR, které usilují o získání státních dotací z *MŠMT* a *RVKPP*, musí mít certifikaci³³. Smysl certifikací spočívá v zajištění minimální kvality poskytovaných preventivních programů a v zajištění efektivního vynakládání finančních prostředků z veřejných zdrojů. Udělená certifikace

³² *MŠMT* avizovalo vydání aktualizovaného metodického pokynu na podzim 2010.

³³ Na základě usnesení vlády ze dne 7. června 2006 č. 693 k zavedení systému certifikací v oblasti primární protidrogové prevence a na základě Pravidel financování protidrogové politiky schválených usnesením vlády ze dne 19. září 2007 č. 1071.

odborné způsobilosti dokládá, že program primární prevence užívání návykových látek odpovídá stanoveným normám kvality a komplexnosti. Certifikační řízení vychází ze Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2005) a certifikační systém v oblasti prevence byl spuštěn v r. 2006 – blíže viz VZ 2006 až VZ 2008. Ověření, zda program splňuje kritéria odborné způsobilosti (certifikační řízení), prováděla *Certifikační agentura* zřízená při *Institutu pedagogicko-psychologického poradenství*. Činnost *Certifikační agentury* byla k 16. 7. 2009 z příkazu ministryně školství pozastavena z důvodu avizované transformace certifikačního systému; byla tak pozastavena i veškerá certifikační řízení. Znovuzahájení certifikací programů primární prevence užívání návykových látek je plánováno od 1. 8. 2010.

MŠMT podporuje primárně preventivní programy v dotačním řízení, které je rozděleno na Program I pro školy a školská zařízení (MŠMT do r. 2009 včetně poskytovalo finanční prostředky formou dotace jednotlivým krajům, které prostředky dále rozdělovaly školám a školským zařízením), Program II určený pro projekty s celorepublikovou a regionální působností realizované zejména NNO a Program III pro školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a školská zařízení pro preventivně výchovnou péči. V r. 2009 bylo v rámci Programu I podpořeno celkem 278 projektů, z toho na základních školách 166 projektů. Nejvíce podpořených projektů bylo z Ústeckého kraje (37); v průměru nejvíce prostředků (tj. 57 400 Kč) na jeden projekt získaly projekty v Jihomoravském kraji (MŠMT, 2010b). V rámci Programu II byly nestátním neziskovým organizacím v r. 2009 poskytnuty dotace na 18 projektů (MŠMT, 2010c). V září 2009 bylo na základě Metodiky MŠMT pro poskytování dotací ze státního rozpočtu na realizaci aktivit v oblasti prevence rizikového chování v období 2010–2012 vyhlášeno dotační řízení pro r. 2010. Novinkou je, že došlo ke sloučení dotačních programů, jediným poskytovatelem dotací bude MŠMT (projekty tedy nebudou podporovány cestou dotace krajům, jak tomu bylo dříve v Programu I), lze žádat o dotaci na víceletý projekt až na tři roky, dotace však bude poskytnuta na příslušný kalendářní rok (MŠMT, 2010d). Blíže o výdajích a dotacích MŠMT na protidrogovou politiku viz také kapitola Výdaje a náklady spojené s drogami (str. 8).

Školní metodik prevence (ŠMP) koordinuje tvorbu a realizaci preventivního programu školy, kontroluje a vyhodnocuje preventivní aktivity³⁴. ŠMP vypracovává ve spolupráci s vedením školy a ostatními pedagogickými pracovníky tzv. Minimální preventivní program, který představuje základní strategii (krátkodobou na jeden školní rok, případně dlouhodobou na více let) prevence sociálně patologických jevů dané školy či školského zařízení. Minimální preventivní program je součástí výchovně vzdělávacího programu školy.

V průzkumu mezi ŠMP Ústeckého kraje realizovaném ve školním roce 2009–2010 byl sestaven profil typického ŠMP: žena ve věku 41–50 let, ve školství pracuje 21–25 let, funkci ŠMP vykonává jeden rok, vedle toho je zároveň třídní učitelkou, která neabsolvovala akreditované studium pro ŠMP, na škole nemá vybudovaný preventivní tým, mezi její nejčastější činnosti patří přímá práce se žákem, práce se třídou a konzultace s rodiči (Šťastná et al. 2010b).

Studie zaměřené na ŠMP a jejich roli ve školské prevenci, která byla realizována v Olomouckém kraji, se zúčastnilo 42 ŠMP (37 žen a 5 mužů) a pět metodiků prevence působících v pedagogicko-psychologických poradnách Olomouckého kraje. Z výsledků vyplývá, že ŠMP v regionu řeší většinou kázeňské a vztahové problémy nebo problémy spojené s kouřením. Významným problémem jsou časové dotace vymezené pro výkon předepsaných činností ŠMP a žádné nebo nízké finanční ohodnocení (Dolejš, 2009).

Ve vyhlášce MŠMT č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, je v § 9 (Studium k výkonu specializovaných činností) pro výkon funkce ŠMP stanoven požadavek absolvování specializačního studia v rozsahu nejméně 250 vyučovacích hodin. Dle Metodického pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (viz výše) náleží školnímu pedagogickému pracovníkovi, který vedle přímé pedagogické činnosti vykonává také specializované činnosti prevence rizikového chování, příplatek ve výši 1000 až 2000 Kč měsíčně, tj. přibližně 5–10 % měsíční mzdy. V průzkumu mezi ŠMP v Ústeckém kraji bylo zjištěno, že specializační kurz absolvovalo 22 % dotázaných ŠMP ze základních a 33 % ze středních škol; ŠMP nicméně absolvují v souvislosti s výkonem funkce ŠMP vzdělávací akce v rozsahu nižšího počtu hodin (Šťastná et al. 2010b).

MŠMT v r. 2009 podpořilo realizaci projektu *Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni* (reg. č. CZ.1.07/1.3.00/08.0205), který je zaměřen na vytvoření systematického vzdělávání pedagogických pracovníků škol v prevenci rizikového chování a na pilotní ověření navržených změn v pěti krajích ČR. Jeho výstupem bude návrh systému celoživotního vzdělávání v této oblasti na národní úrovni. Důraz je kladen na využitelnost při přípravě Minimálního preventivního programu a krajských strategií vzdělávání. Cílem projektu je řešení dosavadní absence systematického vzdělávání této cílové skupiny v prevenci rizikového chování a řešení problémů s rozdílnou kvalitou vzdělávání v krajích ČR³⁵.

³⁴ Činnosti školního metodika prevence jsou vymezeny v příloze č. 3/II vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

³⁵ Blíže viz <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/220/1592/Tvorba-systemu-modularniho-vzdelavani-v-oblasti-prevence-socialne-patologicky-jevu-pro-pedagogicke-a-poradenske-pracovniky-skol-a-skolskych-zarizeni-na-celostatni-urovni.html?acc=enb>.

Za spolupráce *Magistrátu hl. m. Prahy* s *UK* v Praze (1. lékařskou fakultou) byla v červnu 2009 v reakci na potřeby koordinace aktivit v primární prevenci zahájena pilotní fáze činnosti *Pražského centra primární prevence o.p.s. (PCPP)* a jednotné evidence a sběru dat z oblasti prevence v Praze, který bude současně kompatibilní s chystaným národním systémem (koordinace) prevence. *PCPP* bylo zřízeno jako odborné, servisní a koordinační pracoviště v oblasti primární prevence rizikového chování a jako odborný garant systému prevence na území hl. m. Prahy. V r. 2009 byly zahájeny přípravné fáze dalšího pilotního projektu regionálního centra primární prevence v Jihomoravském kraji.

V rámci projektu *Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence*, který je zmíněn výše, byly v r. 2009 ve spolupráci *Centra adiktologie s o.s. SANANIM* zahájeny přípravné práce na české adaptaci a pilotním spuštění on-line vzdělávacího programu pro rodiče s názvem *Prevention-Smart Parents*³⁶. Připravovaný kurz, který byl vytvořen britskou organizací *The Mentor Foundation*, bude přístupný zdarma.

V listopadu 2009 byl uspořádán již VI. ročník konference *Primární prevence rizikového chování primární prevence s názvem Možnosti a cesty primární prevence*³⁷. V rámci zvoleného tématu konference byla reflektována stávající situace a představeny vize v primární prevenci celého okruhu rizikových forem chování v ČR.

3.2 Všeobecná prevence

Preventivní programy všeobecné prevence jsou realizovány především ve školách a školských zařízeních. Minimální preventivní program (MPP), jehož realizace je závazná pro každou školu, je koncepčním dokumentem školy o podpoře zdravého životního stylu a prevenci všech forem rizikového chování. Vypracovává jej ŠMP a MPP podléhá kontrole České školní inspekce. Školy mohou realizovat preventivní aktivity svépomocí nebo ve spolupráci s externími subjekty (např. NNO nebo Policií ČR). Za nejčastěji uváděné nedostatky školských MMP lze v r. 2009 dle hodnocení jednotlivých krajů považovat nedostatek finančních prostředků na realizaci preventivních aktivit, nízkou podporu ŠMP vedením škol i ostatními kolegy a formální pojetí MPP.

Do poslední fáze vstoupila v ČR evaluace mezinárodního preventivního programu *Unplugged* (v rámci projektu *EU-Dap 2*), který je zaměřen na prevenci užívání návykových látek u žáků 6. tříd, tj. dětí ve věku 12–14 let. Výzkumný projekt je realizován na 70 školách (experimentální skupina 966 žáků ze 37 škol; kontrolní skupina 888 žáků z 33 škol). Poslední šestá vlna sběru dat proběhla v červnu 2010 (Miovská et al. 2009; Jurystová et al. 2009; Adámková et al. 2009).

V r. 2009 podpořila *RVKPP* celkem 11 specializovaných preventivních projektů realizovaných NNO v Brně, Jindřichově Hradci, Mladé Boleslavi, Olomouci, Ostravě, Plzni, Praze (3), Slavičíně a Tišnově (celkem bylo *RVKPP* v r. 2009 podpořeno 149 projektů různých typů služeb). V rámci školní docházky bylo realizováno celkem 24 208 preventivních výkonů (bloků, besed, interaktivních seminářů, konzultací, intervencí, pobytových akcí atd.) a bylo kontaktováno 102 985 osob. Mimo školní docházku bylo v rámci indikované prevence, edukačních aktivit a informačního servisu provedeno celkem 13 578 výkonů a kontaktováno 5598 osob (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).

3.3 Selektivní prevence

Programy selektivní prevence jsou zaměřeny na ohrožené skupiny populace, u nichž je vyšší riziko užívání návykových látek. Užívání návykových látek mezi dětmi a adolescenty z etnických minorit v ČR patří z dlouhodobého hlediska k závažným a nedostatečně řešeným problémům. *Centrum adiktologie* realizovalo projekt, jehož cílem bylo zhodnocení preventivních opatření, výzkum a návrh řešení ve vztahu k časné diagnostice a intervencím (viz níže), které jsou užívány při práci s dětmi a mladistvými z etnických minorit ohrožených sociálním vyloučením a důsledky užívání návykových látek (Šťastná, 2010; Šťastná et al. 2010a).

Dlouhodobě je jako příklad dobré praxe v oblasti selektivní (a indikované) prevence v ČR uváděna činnost o.s. *Prevention-Centrum*, které realizuje Program včasné intervence pro ohrožené třídní kolektivy 5. až 9. tříd základních škol (blíže viz VZ 2008). Příkladem mohou být také aktivity o.s. *Anima*, které provozuje Dětský klub pro děti z rodin ohrožených závislostí nebo z jinak problematického prostředí (*Anima*, 2010).

Občanské sdružení *Chilli.org* realizovalo ve spolupráci s dalšími poskytovateli drogových služeb druhý ročník projektu *Safer Party Tour 2009* zaměřeného na drogovou prevenci a harm reduction intervence na velkých letních tanečních a hudebních festivalech – celkem bylo na 14 festivalech evidováno 5507 kontaktů. Vést jasnou dělicí linii mezi primárně preventivními a harm reduction intervencemi je u projektů tohoto typu problematické. Evaluaci projektu *Safer Party Tour 2009* koordinovalo *NMS*. Byly mimo jiné hodnoceny informace o organizaci a zajištění bezpečnosti návštěvníků hudebních akcí. Přestože se hudební festivaly v zajištění bezpečnosti a zdraví účastníků liší, lze za zásadní nedostatky považovat nedostatek pitné vody, špatnou hygienu na toaletách a zabavování nealkoholických nápojů bezpečnostní službou při vstupu. Nicméně oproti předchozímu ročníku byla pozitivně hodnocena vstřícnost pořadatelů ke spolupráci s realizátory projektu *Safer Party Tour 2009*. Přítomnost zdravotníků

³⁶ Viz <http://prevention-smart.org/>.

³⁷ Blíže viz <http://www.pprch.cz>.

na festivalech je standardem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010a) – pro další výsledky projektu *Safer Party Tour 2009* viz kapitolu Užívání drog v prostředí noční zábavy (str. 31).

3.4 Indikovaná prevence

Indikovaná primární prevence pracuje individuálně s ohroženým jedincem, jeho rodinou a nejbližším okolím. U těchto jednotlivců jsou přítomny první známky užívání návykových látek, nejsou však naplněna kritéria pro problémové užívání a závislost. Indikovaná prevence je v ČR realizována institucemi zřizovanými státem, kraji nebo obcemi (např. pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro dítě a rodinu) i nestátními organizacemi (např. nízkoprahové kluby pro děti a mládež, které lze řadit jak do oblasti nespecifické prevence, tak do oblasti selektivní a indikované prevence).

3.4.1 Včasná diagnostika a intervence

Na populaci českých žáků a studentů byla ověřena a adaptována screeningová psychodiagnostická metoda *Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)*. *SURPS* je určen žákům a studentům od 14 do 17 let (tj. cca 8. ročník ZŠ až 2. ročník SŠ). Jedincům, kteří na škále *SURPS* dosahují vyšší úrovně rizika, je nabídnuta intervence *PREventure* (viz níže). V oblasti včasné diagnostiky byly dále vytvořeny české populační normy pro *Osobnostní dotazník pro mládež (HSPQ)*³⁸ (Šucha, 2010a).

PREventure (Conrod et al. 2006; Conrod et al. 2008) je metodikou indikované primární prevence užívání návykových látek a včasné diagnostiky a intervence, která byla na českou populaci adaptována *Centrem adiktologie*. Metoda *PREventure* je postavena na principu krátké intervence, která se vztahuje k odpovídajícím specifickým rizikovým osobnostním rysům v rozsahu dvakrát 90 minut nebo čtyřikrát 45 minut pro každý z rizikových faktorů. *PREventure* využívá kognitivně-behaviorální techniky, prvky motivačních rozhovorů a edukaci³⁹ (Šucha, 2010b).

V ČR je od r. 2006 k dispozici adaptovaný a nyní i ověřený dotazník *CRAFFT* (Knight et al. 1999) a metodika včasné intervence v podobě *Manuálu drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost* (Starostová et al. 2007). Šestipoložkový screeningový dotazník *CRAFFT* se používá pro identifikaci jedinců se zvýšeným rizikem v oblasti alkoholu a jiných drog. Na základě výsledků screeningového vyšetření poskytuje lékař jedinci krátkou radu či intervenci. V r. 2009 byli lékaři seznamováni s výsledky projektu a nástroj byl pilotně implementován do praxe (Csémy et al. 2010; Kabíček and Csémy, 2010).

3.5 Mediální kampaně a preventivní informační zdroje na internetu

V roce 2009 pokračovala celonárodní bezpečnostní kampaň *Nemyslíš – zaplatíš!*⁴⁰ – blíže viz VZ 2008. Dalším projektem *BESIP*, jehož realizace pokračovala v r. 2009, je kampaň *DOMLUVME SE!*⁴¹ – viz blíže VZ 2007.

Od r. 2005 funguje v ČR internetová a SMS služba *Promile INFO* provozovaná o.s. *SANANIM* a zaměřená na prevenci řízení pod vlivem alkoholu. Jde o jednoduchou aplikaci, s jejíž pomocí mohou uživatelé zjistit orientační hladinu alkoholu v krvi a přibližnou dobu, kdy vystřízliví a budou moci usednout za volant. V r. 2009 byla služba v rámci rozsáhlé informační kampaně propagována na pivních táčcích a zaznamenala několikanásobný nárůst požadavků. Od začátku fungování v září 2005 do konce r. 2009 bylo přijato celkem 69 839 požadavků, na r. 2009 jich připadlo 42 373 (61 %). Ze 4670 telefonních čísel byla služba *Promile INFO* využita opakovaně. Naprostou většinu klientů tvořili v r. 2009 muži, kteří zaslali 83 % požadavků; jejich průměrný věk činil 29 let, ženám bylo v průměru 27 let. Téměř třetina požadavků (32 %) byla odeslána v době, kdy byl klient podle zadaných údajů střízlivý. S ohledem na průměrné množství spotřebovaného alkoholu dosahovaly nejvyšších hodnot požadavky uvádějící začátek konzumace v sobotu až pondělí – muži v těchto dnech zkonsumovali v průměru o 5 až 10 g čistého etanolu⁴² více než ženy, ty naopak zkonsumují více alkoholu ve všední dny (Škařupová and Kubů, 2010).

V ČR existuje několik kvalitních internetových stránek, které nabízejí informace a poradenství v oblasti prevence, některé z nich jsou uvedeny v seznamu internetových stránek s drogovou tematikou na konci zprávy.

V r. 2010 byl *Pražským centrem primární prevence* spuštěn *Portál primární prevence rizikového chování v Praze*, který nabízí informace především pro rodiče a odborníky (např. pedagogy, obvodní a školní metodiky prevence, školní psychology, krajské protidrogové koordinátory). Na webu lze najít např. informační podporu pro tvorbu minimálních preventivních programů ve školách, přehled poskytovatelů primární prevence, možnosti akreditovaného specializačního studia pro ŠMP, informace o aktuálních přednáškách, seminářích, konferencích aj.⁴³

³⁸ Blíže viz <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/218/1644/Prevod-a-standardizace-psychodiagnosticke-metody-Substance-Use-Risk-Profile-Scale-SURPS-a-tvorba-norem-u-Osobnostniho-dotazniku-pro-mladez-HSPQ-vysledky.html>.

³⁹ Blíže viz <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/218/1681/Metodika-indikovane-primarni-prevence-PREventure-zakladni-informace.html>.

⁴⁰ Blíže viz <http://www.nemyslis-zaplatis.cz/>.

⁴¹ Blíže viz <http://www.ibesip.cz/>, <http://www.domluvme-se.cz>.

⁴² Tj. 2–4 standardní dávky alkoholu. Jedna standardní dávka je např. 0,5 l piva, 2 dl vína nebo 5 ml tvrdého alkoholu.

⁴³ Blíže viz <http://www.prevence-praha.cz>.

Podle *EMCDDA* je problémové užívání drog definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). Česká definice nezahrnuje užívání kokainu, neboť to je v ČR stále na velmi nízké úrovni. Ze skupiny amfetaminů je z obdobných důvodů odhadován pouze počet uživatelů pervitinu (metamfetaminu). Mezi opiáty typicky užívanými v ČR patří především heroin a Subutex® (sezonně se objevuje také užívání opia).

V r. 2009 výrazně vzrostla střední hodnota odhadovaného počtu problémových uživatelů drog na cca 37,4 tisíc. Na nárůstu se nejvíce podílejí uživatelé pervitinu (cca 25,3 tis.). Vzrostl rovněž počet injekčních uživatelů drog (na cca 35,3 tis.). Mírně vzrostl i počet uživatelů opiátů na cca 12,1 tis., z nichž je odhadováno 7,1 tis. uživatelů heroinu a 5,1 tis. uživatelů Subutexu®. Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou Hl. m. Praha a Ústecký kraj. Ústecký kraj má zároveň ze všech krajů nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu. Zatímco na území hlavního města počet problémových uživatelů drog poprvé od r. 2005 poklesl, v Ústeckém kraji se odhadovaný počet problémových uživatelů zvýšil.

Nárůst střední hodnoty celkového počtu problémových uživatelů drog je třeba hodnotit opatrně vzhledem k tomu, že intervaly spolehlivosti odhadů z posledních let se překrývají. I přesto však statisticky významně meziročně vzrostl počet problémových uživatelů pervitinu a počet injekčních uživatelů drog.

4.1 Odhady prevalence problémového užívání drog

Pro odhad počtu problémových uživatelů drog za r. 2009 byla shodně jako v minulých letech použita multiplikační metoda. V průzkumu Multiplikátor 2010, dotazníkovém šetření mezi klienty nízkoprahových zařízení (viz také kapitola Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat na str. 40), byla aktualizována hodnota *multiplikátoru*⁴⁴, který se dále aplikuje na evidovaný počet problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními v ČR. Zdrojem údajů o počtu problémových uživatelů drog v kontaktu jsou každoročně závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení *RVKPP*. Na rozdíl od minulých let však nebyla v r. 2009 pro odhad počtu problémových uživatelů z nepodporovaných zařízení použita extrapolace, nýbrž data byla po dotazu získána přímo.

Multiplikační metoda odhadu počtu problémových uživatelů drog se v ČR používá od r. 2002. Hodnota *multiplikátoru* byla poprvé získána pomocí zvláštního dotazníkového modulu v rámci studie výskytu VHC u injekčních uživatelů drog z r. 2003 (podrobněji o studii viz VZ 2003) a aplikována pro odhady z let 2002–2005. Odhady za r. 2006 vznikly jako součet odhadu pro celou ČR mimo Prahu vypočteného pomocí *multiplikátoru* z r. 2003 a odhadu pro Prahu, kde byla aktualizovaná hodnota *multiplikátoru* získána jako vedlejší produkt studie Sexuální chování uživatelů drog (viz VZ 2006). Pro celou ČR pak byl v samostatném průzkumu *multiplikátor* aktualizován v r. 2008 (odhady pro r. 2007 a 2008) a znovu v r. 2010 (pro aktuální odhad za r. 2009).

Multiplikátor – podíl problémových uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s některým nízkoprahovým zařízením – byl v uvedených studiích zjišťován tzv. *nominační technikou*. Respondent-klient programu byl požádán, aby odpověděl na následující otázky: (1) „Kolik osob, které blíže zná, pravidelně a dlouhodobě užívá pervitin a/nebo opiáty (heroin, Subutex či Suboxone)?“ a (2) „Kolik z nich bylo během posledních 12 měsíců alespoň jednou v kontaktu s jakýmkoliv kontaktním centrem nebo terénním programem?“ *Multiplikátor* je pak vyjádřen jako vážený průměr podílu obou hodnot upraveného tak, aby zohledňoval respondenta jako uživatele v kontaktu. Do výpočtu byli zahrnuti pouze ti, kteří uváděli přiměřený počet známých uživatelů drog⁴⁵, a váhou je velikost populace problémových uživatelů drog reprezentovaná jednotlivými respondenty (počet respondentových známých). S ohledem na skutečnost, že ve všech dosavadních průzkumech byly *nominační* otázky položeny pouze uživatelům v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními – nikoliv tedy reprezentativnímu vzorku problémových uživatelů, lze nicméně předpokládat, že reálný podíl problémových uživatelů drog v kontaktu bude o něco nižší, než jak ji vyjadřuje *multiplikátor*. Trendy v odhadech počtu problémových uživatelů drog jsou vzhledem k použitým metodám citlivé na změny vstupních údajů: ve vztahu k počtu klientů nízkoprahových služeb platí přímá úměra, hodnota *multiplikátoru* pak ovlivňuje odhady nepřímou úměrou. Hodnoty *multiplikátoru* pro jednotlivé kraje získané v samostatných studiích *Multiplikátor 2008* a *2010* uvádí tabulka 4-1. Aktualizovaná hodnota *multiplikátoru* pro celou ČR bez Hl. m. Prahy vyjádřená v procentech činila 67 % (95% CI⁴⁶: 63–70 %) a oproti hodnotě z r. 2008 se snížila o jeden procentní bod. Hodnota *multiplikátoru* pro oblast hlavního města naopak o čtyři procentní body vzrostla a činila 80 % (95% CI: 70–91 %).

Odhad počtu problémových uživatelů drog v ČR je součtem odhadů pro jednotlivé kraje. Celkem tak bylo v r. 2009 odhadnuto 37 400 problémových uživatelů drog (95% CI: 33 300–41 500), z toho 25 300 (24 600–25 900) uživatelů pervitinu, 7100 (6600–7600) uživatelů heroinu a 5100 (4700–5400) uživatelů Subutexu®. Uživatelů opiátů je tedy

⁴⁴ Tj. podíl té části problémových uživatelů, která je v kontaktu s nízkoprahovými programy. Zbytek je skrytá část populace problémových uživatelů drog.

⁴⁵ Přiměřený počet známých uživatelů drogy byl arbitrárně stanoven na 25 a méně, aby byly z analýzy vyloučeny nedůvěryhodné odhady.

⁴⁶ Interval spolehlivosti (confidence interval) na hladině významnosti 95 %, tj. interval, ve kterém se hodnota nachází s 95% pravděpodobností.

celkem odhadem 12 100 (11 500–12 800). Počet injekčních uživatelů drog (IUD) byl odhadnut na 35 300 (34 200–36 400).

tabulka 4-1: Hodnoty multiplikátoru pro jednotlivé kraje v letech 2008 a 2010

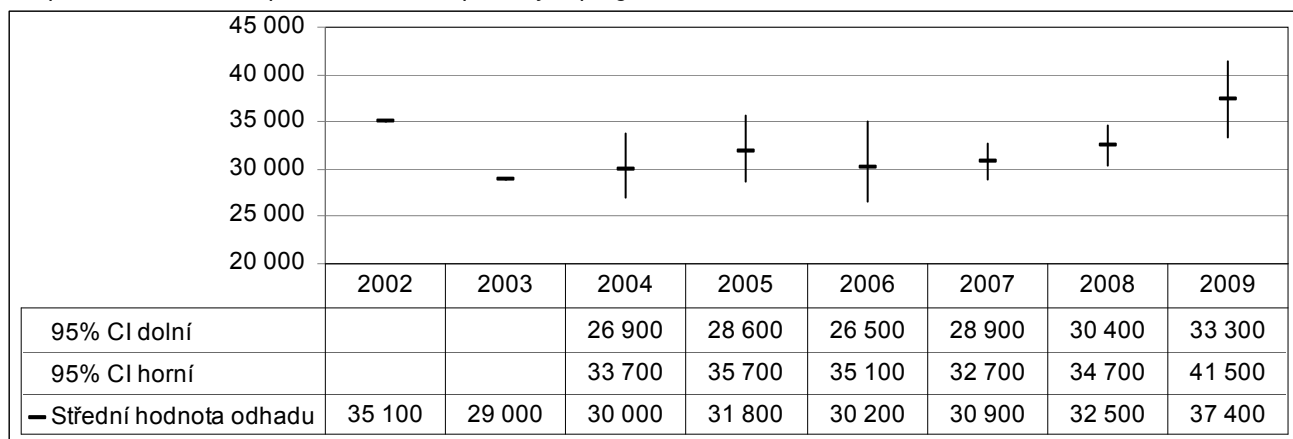
Kraj	2008			2010		
	Střední hodnota	95% CI		Střední hodnota	95% CI	
Hl. m. Praha	0,76	0,63	0,90	0,80	0,69	0,91
Středočeský	0,81	0,73	0,88	0,69	0,52	0,87
Jihočeský	0,78	0,71	0,86	0,77	0,67	0,86
Plzeňský	0,74	0,65	0,83	0,62	0,44	0,79
Karlovarský	0,68	0,65	0,71	0,91	0,65	1,17
Ústecký	0,65	0,58	0,71	0,62	0,56	0,68
Liberecký	0,63	0,45	0,80	0,31	-3,68	4,30
Královéhradecký	0,65	0,57	0,74	0,62	0,51	0,73
Pardubický	0,68	0,65	0,71	0,81	0,64	0,97
Vysočina	0,64	0,44	0,84	0,65	0,46	0,84
Jihomoravský	0,58	0,47	0,70	0,53	0,43	0,64
Olomoucký	0,84	0,45	1,22	0,53	0,40	0,66
Zlínský	0,68	0,65	0,71	0,48	0,09	0,87
Moravskoslezský	0,65	0,57	0,73	0,77	0,70	0,84
Celá ČR bez Hl. m. Prahy	0,68	0,65	0,71	0,67	0,63	0,70
Celá ČR	0,69	0,66	0,72	0,68	0,65	0,71

Odhady počtu problémových uživatelů drog z let 2002 – 2009 zachycuje tabulka 4-2. Oproti r. 2008 došlo k nárůstu celkového počtu problémových uživatelů drog. I s ohledem na šířku intervalu spolehlivosti přitom statisticky významně vzrostl počet problémových uživatelů pervitinu a počet injekčních uživatelů drog. Obrázek o statistické významnosti změn odhadovaného celkového počtu problémových uživatelů drog poskytuje graf 4-1 – intervaly spolehlivosti odhadů z posledních let se překrývají, což znamená, že trend pozorovaný u středních hodnot odhadů je třeba hodnotit opatrně.

tabulka 4-2: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b)

Rok	Problémoví uživatelé celkem		Problémoví uživatelé opiátů/opioidů				Problémoví uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé	
	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Uživatelé heroinu	Uživatelé Subutexu®	Celkem	Celkem na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89	n.a.	n.a.	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	n.a.	n.a.	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	n.a.	n.a.	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	n.a.	n.a.	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,10
2006	30 200	4,13	6 200	4 300	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,20	5 750	4 250	10 000	1,36	20 900	2,84	29 500	4,01
2008	32 500	4,39	6 400	4 900	11 300	1,52	21 200	2,87	31 200	4,21
2009	37 400	5,04	7 100	5 100	12 100	1,63	25 300	3,40	35 300	4,75

graf 4-1: Střední hodnoty a 95% intervaly spolehlivosti prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2009



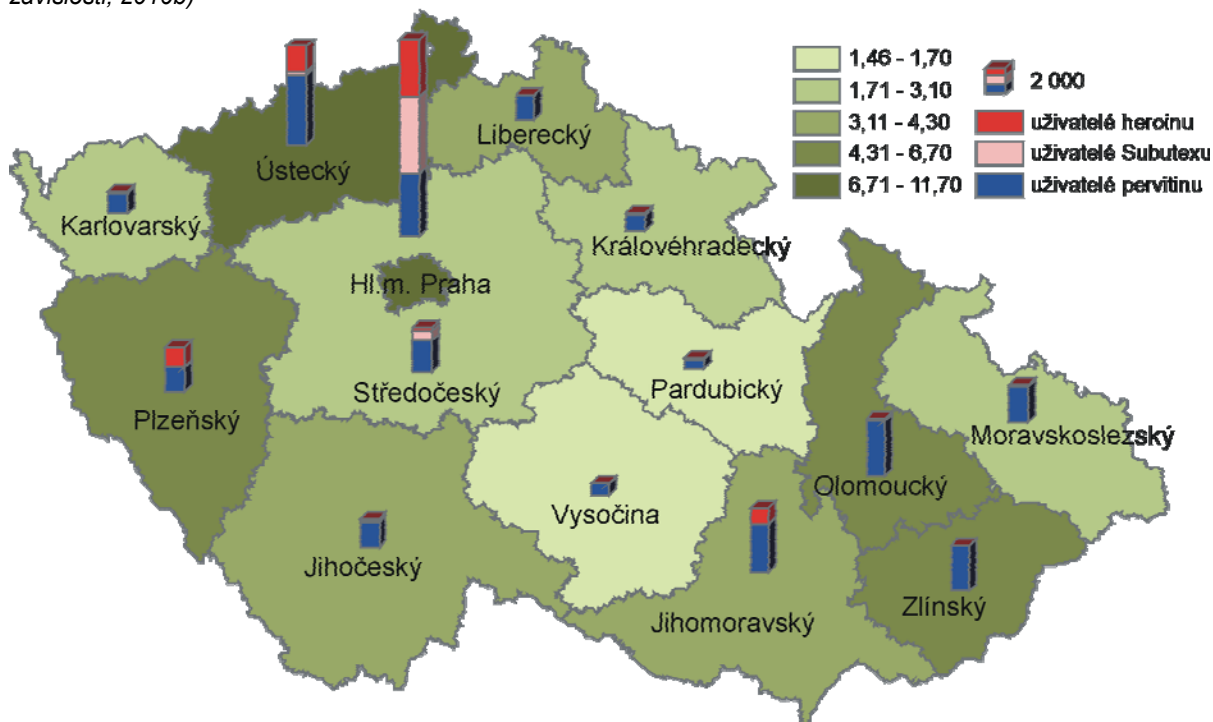
Nejvyšší počet problémových uživatelů je tradičně v Hl. m. Praze a v Ústeckém kraji, tedy v oblastech s nejvyšším počtem problémových uživatelů opiátů. V Ústeckém kraji je také nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu. Prevalenční odhady problémového užívání drog podle krajů zobrazuje tabulka 4-3 a mapa 4-1.

tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2009 podle krajů ČR – střední hodnoty (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b)

Kraj	Celkový počet problémových uživatelů	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet IUD
		Heroin	Subutex®	Celkem		
Hl. m. Praha	10 400	3 000	4 050	7 050	3 300	10 300
Středočeský	2 400	200	550	750	1 700	2 300
Jihočeský	1 500	100	100	200	1 350	1 500
Plzeňský	2 400	1 050	< 50	1 100	1 300	2 200
Karlovarský	1 200	100	< 50	150	1 050	1 100
Ústecký	5 300	1 350	250	1 600	3 700	5 100
Liberecký	1 300	< 50	< 50	< 50	1 300	1 300
Královéhradecký	1 000	100	< 50	100	850	1 000
Pardubický	500	50	< 50	50	450	500
Vysočina	600	< 50	< 50	< 50	600	500
Jihomoravský	3 400	850	< 50	850	2 500	3 100
Olomoucký	3 000	150	< 50	150	2 850	2 500
Zlínský	2 400	< 50	< 50	< 50	2 400	2 100
Moravskoslezský	2 000	100	< 50	100	1 900	1 800
Celkem ČR	37 400	7 100	5 100	12 100	25 300	35 300

Pozn.: Hodnoty v tabulce jsou zaokrouhleny.

mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2009 – střední hodnoty (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b)



Odhady problémového užívání drog v jednotlivých krajích jsou k dispozici od r. 2005 a umožňují tedy sledovat trendy užívání drog na regionální úrovni – tabulka 4-4. Kontinuální nárůst počtu problémových uživatelů je do r. 2008 patrný v Hl. m. Praze; v r. 2009 se zvýšil podíl pražských uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními a odhadovaný počet problémových uživatelů drog poprvé poklesl. Výrazný nárůst počtu problémových uživatelů drog je naopak patrný v Olomouckém, Ústeckém, Zlínském a Moravskoslezském kraji. Situace v Pardubickém, Jihomoravském a v kraji Vysočina se v uplynulých pěti letech významně nezměnila.

tabulka 4-4: Odhady problémového užívání drog provedené multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů podle krajů v r. 2005–2009, střední hodnoty (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b)

Kraj	2005	2006	2007	2008	2009
Hl. m. Praha	9 800	8 400	10 000	11 500	10 400
Středočeský	2 500	2 450	1 700	1 750	2 400
Jihočeský	1 700	1 750	1 500	1 550	1 500
Plzeňský	1 450	1 350	1 300	1 650	2 400
Karlovarský	1 450	1 250	900	1 000	1 200
Ústecký	4 450	4 450	4 100	4 150	5 300
Liberecký	750	500	500	1 500	1 300
Královéhradecký	1 150	1 050	1 750	1 100	1 000
Pardubický	600	350	450	450	500
Vysočina	600	350	700	500	600
Jihomoravský	2 800	3 150	3 400	3 250	3 400
Olomoucký	1 900	2 350	1 650	1 600	3 000
Zlínský	1 150	1 300	1 850	1 350	2 400
Moravskoslezský	1 500	1 450	1 100	1 150	2 000
Celkem ČR	31 800	30 200	30 900	32 500	37 400

4.2 Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat

V rámci projektu Multiplikátor 2010 zaměřeného primárně na odhad podílu problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními byla pomocí dotazníku od klientů sbírána i další data. Šetření se zúčastnilo 44 programů (kontaktních center a terénních programů) ze všech krajů ČR, které vyplnily dotazník s 642 klienty, kteří v době od 10. do 21. května 2010 využili jejich služeb a svolili k účasti na průzkumu. Muži tvořili 69,3 % výběrového souboru a průměrný věk respondentů činil 29,2 let (v obdobné studii z r. 2008 bylo klientům nízkoprahových zařízení v průměru 27,7 let). Mužům bylo v průměru 30,0 let, ženám 27,3 let; nejmladšímu respondentovi bylo v době průzkumu 15 let, nejstaršímu 69 let.

Většina respondentů uvedla užívání pervitinu (78,7 %), následovali uživatelé Subutexu® (15,9 %) a heroinu (13,9 %); 5 klientů uvedlo užívání Suboxone® (0,8 %). Užívání jiných hlavních drog přiznalo 121 (18,8 %) respondentů – nejčastěji se jednalo o konopné drogy (66,9 %), jiné opiáty/opioidy (např. metadon, opium, tramadol – 14,0 %), alkohol (8,2 %), těkavé látky (6,6 %) a psychoaktivní léky (4,1 %). Téměř tři čtvrtiny souboru (73,7 %) uvedly, že užívají pouze jednu hlavní drogu – do této skupiny patřilo 68,1 % uživatelů pervitinu a 53,9 % uživatelů heroinu. Dvě hlavní drogy užívalo 159 klientů (24,8 %), uživatelé tří a více hlavních drog bylo 10 osob (1,6 %).

Injekční aplikaci během posledních 30 dní uvedlo 567 klientů (88,3 %), z nichž naprostá většina (91,5 %) užila injekčně drogu opakovaně. Většina (87,5 %) injekčních uživatelů drog vypověděla, že při poslední aplikaci použili sterilní jehlu a stříkačku, 5,7 % si nedokázalo vzpomenout a 6,8 % uvedlo, že čisté náčiní k poslední aplikaci nepoužili.

Dotazník obsahoval také otázky týkající se testování a prevence infekčních onemocnění – blíže viz kapitolu Testování infekčních nemocí (str. 79).

Další informace o problémových uživatelích drog v kontaktu s různými typy služeb jsou uvedeny v kapitolách Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 42), Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 75) a Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog (str. 82).

4.3 Další intenzivní, časté, dlouhodobé a jinak problematické formy užívání drog

V ČR dosud nebylo provedeno žádné šetření zkoumající míru prevalence problematických forem užívání drog, které nespádají do definice problémového užívání drog podle EMCDDA. V rámci CS 2008 byla zkoumána riziková konzumace konopných drog a tyto výsledky byly shrnuty ve VZ 2008. Další informace o problematických formách užívání rekreačních (tanečních) drog přinese studie *Tanec a drogy 2010*. Z celopopulačních studií a z jiných zdrojů dat⁴⁷ vyplývá, že relativně vysoký výskyt zdravotních či sociálních problémů je v ČR mimo problémové užívání opiátů/opioidů a pervitinu spojen zejména s užíváním psychoaktivních léků či konopných látek.

Užíváním nelegálních drog se v ČR často zabývají studenti sociálně-vědních oborů ve svých závěrečných pracích. V r. 2009 byly na *Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze* obhájeny dvě diplomové práce využívající pro sběr dat metodu polostrukturovaných rozhovorů a pro analýzu získaných dat metodu zakotvené teorie (grounded theory).

V rámci první z nich byla vypracována typologie pravidelných uživatelů konopných drog. Uživatelé konopných drog byli rozděleni do 4 kategorií podle frekvence a délky užívání a práce se podrobněji zabývá dvěma z nich: tzv. lehkými krátkodobými uživateli (užívají 1–3krát týdně po dobu kratší než 3 roky) a tzv. těžkými dlouhodobými uživateli (užívají 4krát týdně a častěji po dobu 3 let nebo déle). Osoby v první kategorii užívají konopí rekreačně pro relaxaci a v závislosti na příležitostech, zřídka se setkávají s problémem závislosti a konzumace konopí probíhá obvykle ve skupině a ve večerních hodinách. Uživatelé dodržují vlastní pravidla, která spolu s dostupností drog regulují jejich užívání. Těžký dlouhodobý uživatel naopak kouří marihuanu, aby se uvolnil při stresu a podrážděnosti nebo se zbavil napětí. Užívání o samotě není výjimkou, často se objevuje i užívání během dne či ráno po probuzení. Pro tuto skupinu uživatelů je rovněž charakteristická stabilní dostupnost drog a občasné epizody ztráty kontroly nad užíváním konopí (Erva, 2010).

Druhá práce zkoumala fenomén kontrolovaného užívání pervitinu. Autorka dospěla k závěru, že kontrolované uživatele pervitinu lze rozdělit do dvou kategorií: na tzv. bavící se uživatele a tzv. uživatele s problémy. Bavící se uživatel je podle autorky dlouhodobě (i po dobu několika let) schopen udržet nízkou frekvenci užívání pervitinu (obvykle jednou až dvakrát měsíčně či méně často), necítí se závislý a nikdy se nepokoušel o abstinenci. Zůstává ukotven v původních sociálních vztazích a nestal se součástí komunity tzv. deviantních uživatelů drog, k jejichž atributům řadí např. bezdomovectví, nezaměstnanost, sekundární drogovou kriminalitu a velkou fixaci na drogu. Oproti tomu uživatel s problémy zaznamenal určité kritické období užívání označované v textu jako „období pekla“, kdy udržoval vztahy především s jinými uživateli pervitinu. Je pro něj typická reflexe změn charakteru, psychologických problémů a obtíží při pokusech o abstinenci. Uživatelé s problémy tvoří nekonzistentní skupinu s ohledem na vnímání vztahu k tzv. deviantním uživatelům drog – část jich přijala jejich identitu i bez nutnosti přijetí jejich životního stylu, jiní ji naopak odmítli i přesto, že se ve skupině deviantních uživatelů dlouhodobě pohybovali (Markvartová, 2010).

Autorka rovněž dospěla k závěru, že přechod od kontrolované formy užívání drog k problematictější formám a k závislosti ovlivňuje několik faktorů. Vedle osobnosti a motivací respondentů šlo především o vzorec užívání a skupinu uživatelů, v níž se respondent pohyboval. Za dlouhodobě udržitelnou – i když ne všeobecně platnou – považuje autorka frekvenci užití jednou až dvakrát měsíčně. Rovněž, pokud uživatel začne (a pokračuje) s užíváním pervitinu v rámci party či sociální skupiny, která existovala i před tím a má jiné společné zájmy a témata, mohou sociální normy skupiny ochránit uživatele od vážnějších problémů s drogami. Naopak jedinci užívající drogy ve skupinách, které se zformovaly až na základě společného zájmu – drogy, jsou podle autorky více ohroženi závislostí.

⁴⁷ Např. z dat o léčbě uživatelů drog – viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog na str. 35, či z údajů o drogové kriminalitě – viz kapitolu Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení na str. 75.

5 Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog

Počet ambulantních zdravotnických zařízení vykazujících léčbu uživatelů drog se v r. 2009 nezměnil, ale vzrostl počet pacientů registrovaných v živé kartotéce ambulantních zařízení pro poruchy spojené s užíváním nealkoholových drog. U tří nejčetnějších skupin došlo u uživatelů opiátů (heroinu) k mírnému nárůstu, u uživatelů stimulantů (pervitinu) k mírnému poklesu a u uživatelů kombinace látek k výraznějšímu nárůstu.

V r. 2009 došlo k růstu počtu hospitalizací uživatelů nelegálních drog v psychiatrických lůžkových zařízeních, a to díky nárůstu počtu hospitalizací v psychiatrických léčebnách, počty hospitalizací na psychiatrických odděleních zůstaly na stejné úrovni. Nárůst jde na vrub pacientů hospitalizovaných pro poruchy způsobené kombinací látek, počet hospitalizovaných uživatelů opiátů a stimulantů klesl.

Stoupá počet pacientů v substituční léčbě, a to jak ve specializovaných centrech, tak patrně i v ordinacích ostatních lékařů předepisujících přípravky s obsahem buprenorfinu (Subutex® a Suboxone®), léčba těmito preparáty však stále není v plném rozsahu evidována v registru substituce.

Stoupl také počet uživatelů drog v *Registru žádostí o léčbu* hygienické služby. V r. 2009 vyhledalo léčebné služby celkem 8763 uživatelů drog, tj. přibližně o 500 osob více než v r. 2008. V porovnání s předchozími lety se obrací mírně sestupný trend a počty žadatelů o léčbu se tak dostávají na úroveň let 2004 a 2005.

Žadatelům o léčbu dominují uživatelé stimulantů, kteří byli nejpočetnější skupinou mezi všemi žadateli (59,5 %) i mezi prvožadateli (60,9 %); počet uživatelů pervitinu vykazuje také nejvyšší meziroční nárůst. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří uživatelé opiátů (23,4 %), přičemž mezi prvožadateli jsou na druhém místě uživatelé konopných látek (18,3 %). Z hlediska věkové struktury je patrné mírné stárnutí populace žadatelů o léčbu. Ačkoliv meziroční nárůst průměrného věku je nízký, ze střednědobého hlediska je rostoucí trend zřetelný. V r. 2009 byl průměrný věk prvožadatelů o léčbu 24,2 let a 25,9 let u všech žadatelů. Průměrný věk prvožadatele se za poslední dekádu zvýšil o více než tři roky a u všech žadatelů pak o 3,5 roku.

Některé z charakteristik žadatelů o léčbu dlouhodobě kopírují strukturu problémových uživatelů v ČR. Například ženy tvoří stabilně třetinu žadatelů o léčbu a nejvyšší relativní prevalenci i incidenci žadatelů o léčbu mají Ústecký kraj a Hl. m. Praha. Tyto charakteristiky odpovídají genderovému a geografickému rozložení problémových uživatelů drog v ČR.

5.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti léčby

V oblasti legislativního a strategického vymezení léčby nedošlo v r. 2009 ke změnám – pro poslední souhrnné údaje viz VZ 2008.

V r. 2010 byla vládou přijata *Národní strategie protidrogové politiky na devítileté období 2010–2018* a je připravován *Akční plán 2010–2012* (blíže viz kapitolu Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace, str. 9). Léčba a sociální začleňování jsou jedním ze čtyř pilířů strategie.

5.2 Systém léčby uživatelů drog

Léčebné programy pro uživatele drog a závislé na drogách, případně jejich kapacitu a využití v r. 2009 shrnuje tabulka 5-1.

Informace o léčebných a poradenských službách určených uživatelům drog podávají i další kapitoly. O léčebných intervencích ve vězení pojednává kapitola Intervence ve věznicích (str. 94), služby typu harm reduction jsou popsány v kapitole Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 75) a programy následné péče v kapitole Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog (str. 82).

tabulka 5-1: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v r. 2009

Typ programu	Počet	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob) ¹
Ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie	298	n.a.	16 343 ²
Ambulantní (nezdravotnická) zařízení provozovaná NNO	11	n.a.	1 533
Denní stacionáře	1	10	46
Registrovaná zdravotnická zařízení poskytující substituční léčbu	34	n.a.	1 555
Záchytné stanice	14	137	27 664
Detoxifikační jednotky	14	116	n.a.
Psychiatrické léčebny pro dospělé	17	9 207 ³ (1 370 ⁴)	3 578
Psychiatrická oddělení nemocnic	31	1 383 ³	1 709
Dětské psychiatrické léčebny	3	260 ³	21
Terapeutické komunity	15–20	160 ⁵	394 ⁵
Specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství	5	74	152
Programy následné péče	15–30	134 ⁵	986 ⁵
Detoxifikační jednotky ve věznicích	4	n.a.	219
Substituční léčba ve věznicích	9	n.a.	67
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu (dobrovolná léčba)	7	294	507
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	3	120	117

Pozn.: ¹Jedná se o počet uživatelů nelegálních drog a těkavých látek kromě záchytných stanic, kde je uveden celkový počet osob včetně alkoholiků. ²Jedná se o počet osob v tzv. živé kartotéce, tj. počet osob, které navštívily zařízení alespoň jednou za rok. ³Počet všech psychiatrických lůžek. ⁴Počet lůžek na odděleních pro léčbu AT pacientů. ⁵Údaje z programů podpořených v r. 2009 v dotačním řízení RVKPP: 10 terapeutických komunit, 15 programů následné péče a 13 programů intenzivní následné péče poskytujících chráněné bydlení.

5.2.1 Odborná způsobilost služeb a zajištění jejich kvality

O systému inspekce registrovaných sociálních služeb a o systému certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog pojednávají podrobněji minulé výroční zprávy v kapitolách věnovaných léčbě a službám pro uživatele drog. Detailní informace o certifikačním systému podává speciální kapitola Historie, metody a zavádění národních standardů v oblasti léčby uživatelů drog (str. 105).

K červnu 2010 mělo platný certifikát odborné způsobilosti celkem 141 programů – tabulka 5-2.

tabulka 5-2: Přehled certifikovaných programů podle typů k 25. 6. 2010

Typ služby	Počet programů
Detoxifikace	2
Terénní programy	44
Kontaktní a poradenské služby	45
Ambulantní léčba	15
Stacionární programy	1
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	2
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	10
Ambulantní doléčovací programy	15
Substituční léčba	7
Celkem	141

V říjnu 2010 schválila RVKPP změny *Certifikačního řádu a Metodiky místního šetření* – blíže viz kapitolu Koordinace protidrogové politiky (str. 14).

V r. 2009 byla v rámci operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, který vyhlásilo Ministerstvo práce a sociálních věcí zahájena realizace projektu *Výměna zkušeností a šíření dobré praxe v oblasti řízení kvality služeb pro uživatele drog*, který realizuje Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách (CEKAS) při Národním vzdělávacím fondu, o.p.s., které plní roli tzv. certifikační agentury systému ověřování kvality služeb RVKPP. Cílem projektu je podpořit spolupráci a rozvinout na celostátní a mezinárodní úrovni dobrou praxi a zkušenosti s prováděním hodnocení kvality služeb pro uživatele drog, a to na různých úrovních – hodnotitelů kvality (certifikátorů), protidrogových koordinátorů, pracovníků sekretariátu RVKPP a pracovníků certifikační agentury.

5.2.2 Ambulantní léčba

Zdravotnická ambulantní léčba je poskytována především zařízeními oboru psychiatrie, případně dalších oborů (především praktickými lékaři pro dospělé, a to zejména v souvislosti s rozšiřující se opiátovou substituční léčbou – viz dále). Speciálním ambulantním zařízením oboru psychiatrie zaměřeným na léčbu závislosti na alkoholu a jiných

drogách byly historicky tzv. protialkoholní poradny, od r. 1981 byly označovány jako AT ambulance. Počet protialkoholních poraden se v letech 1963–1980 pohyboval mezi 165 a 180 zařízeními. Také počty AT ambulancí byly od r. 1981 do r. 1993 velmi vyrovnané (kolem 177 ordinací). K prvnímu většímu nárůstu došlo právě v r. 1993, kdy se začaly do ambulantních pracovišť AT započítávat i ambulance v psychiatrických léčebnách, ale zejména proto, že v tomto roce začaly AT péči vykazovat všechny psychiatrické ordinace, které v daném roce léčily aspoň jednoho pacienta užívajícího návykové látky. Proto počet ordinací od r. 1993 rostl až do r. 2005, kdy dosáhl svého maxima 403 zařízení, přičemž v následujících letech počty ordinací klesaly (Nechanská et al. 2010; Mravčík et al. 2010a).

V r. 2009 vykazovalo ambulantní léčbu uživatelů legálních i nelegálních drog celkem 346 ambulantních zdravotnických zařízení oboru psychiatrie⁴⁸, což je o 3 méně než v r. 2008, z toho 298 ordinací v r. 2009 léčilo aspoň jednoho uživatele nelegálních drog a 331 ordinací uživatele alkoholu. Od r. 2005 dochází k poklesu počtu těchto ambulancí, ale počet v nich léčených uživatelů nelegálních drog (mimo alkohol a tabák) se příliš nezměnil, klesl počet léčených uživatelů alkoholu⁴⁹ – tabulka 5-3. Nejpočetnější skupinu tvořily ordinace, které léčily v daném roce 1–10 pacientů užívajících nelegální drogy; ordinace s 1–50 pacienty tvořily téměř 80 %. U uživatelů alkoholu bylo nejvíce ordinací s 11–50 pacienty, a to 38 % – tabulka 5-4. Nejvyšší počet ambulancí a také nejvyšší počet pacientů je tradičně evidován v samostatných ordinacích specialistů, tj. převážně v psychiatrických ordinacích a AT ambulancích (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010a) – tabulka 5-5.

tabulka 5-3: Počet ordinací a počet léčených uživatelů návykových látek v r. 2000–2009 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010a)

Rok	Nelegální drogy		Alkohol		Návykové látky celkem	
	Počet ordinací	Počet klientů	Počet ordinací	Počet klientů	Počet ordinací	Počet klientů
2000	272	11 423	298	27 021	320	39 721
2001	285	13 050	309	28 582	330	42 955
2002	288	14 203	317	25 400	342	41 136
2003	312	15 786	340	25 017	368	42 881
2004	320	14 040	358	25 235	382	40 625
2005	337	16 394	379	27 440	401	44 971
2006	340	16 392	367	26 966	394	44 887
2007	311	15 684	348	25 342	367	42 196
2008	298	15 711	328	25 293	349	42 612
2009	298	16 343	331	24 206	346	41 419

tabulka 5-4: Počet ambulantních zdravotnických zařízení podle počtu léčených uživatelů návykových látek, alkoholu a drog v r. 2005–2009 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010a)

Počet klientů	Nelegální drogy					Alkohol					Návykové látky celkem				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
1–10	157	161	140	124	118	94	85	85	72	69	71	72	63	53	49
11–50	105	110	107	114	119	149	144	133	123	124	123	120	110	101	98
51–100	38	34	30	24	23	61	63	64	69	70	86	83	90	86	81
101–150	11	11	9	10	11	26	30	21	24	21	31	40	31	37	43
151–200	7	4	7	7	4	20	15	17	14	18	32	16	17	16	18
201–300	8	10	7	6	11	16	15	13	11	14	28	29	24	24	23
301–400	3	3	5	4	5	5	5	6	5	8	8	10	11	8	14
401 a více	8	7	6	9	7	8	10	9	10	7	22	24	21	24	20
Celkem	337	340	311	298	298	379	367	348	328	331	401	394	367	349	346

⁴⁸ Nejedná se však výhradně o AT ambulance, čili specializovaná ambulantní zařízení specializovaná na léčbu poruch spojených s užíváním alkoholu a dalších drog.

⁴⁹ Jedná se o počet pacientů v tzv. živé kartotéce, tj. léčených v daném roce.

tabulka 5-5: Počet uživatelů návykových látek (včetně uživatelů alkoholu a tabáku) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2005–2009 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010a)

Druh zařízení	2005		2006		2007		2008		2009	
	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů
Lůžková zařízení s ambulancí	58	11 053	60	13 081	54	12 458	53	11 725	55	10 259
Sdružená ambulantní zařízení (dříve polikliniky)	30	4 018	27	4 561	26	4 862	23	4 833	24	3 960
Samostatná ordinace praktického lékaře	1	8	1	12	1	14	1	16	1	14
Samostatná ord. lékaře specialisty – psychiatra	305	27 120	300	25 563	279	23 119	265	24 524	259	25 386
Zařízení pro léčbu závislostí	6	2 601	5	1 498	5	1 513	5	1 334	5	1 604
Ostatní ambulantní zařízení	1	171	1	172	2	230	2	180	2	196
Celkem	401	44 971	394	44 887	367	42 196	349	42 612	346	41 419

Zvláštním typem ambulantních zařízení v ČR jsou záchytné stanice – speciální zdravotnická zařízení pro krátkodobý pobyt (v řádu několika hodin) a detoxifikaci při akutní intoxikaci zejména alkoholem. V současné době jich v ČR funguje 14 a jsou zřizovány kraji. Do r. 2005 vývoj počtu klientů záchytných stanic kopíruje jejich počet a kapacitu, od tohoto roku lze pozorovat pokles jejich kapacity, ale naopak nárůst počtu klientů, zejména mužů. V r. 2009 v nich bylo ošetřeno 27 664 osob, z toho 23 079 mužů. Z celkového počtu těchto pacientů bylo 1222 ve věku do 20 let (Nechanská et al. 2010; Mravčík et al. 2010a).

Ambulantní léčbu poskytují v ČR také NNO; některé z těchto programů mají statut zdravotnického zařízení, některá poskytují také substituční léčbu (a tato zařízení i jejich klienti se mohou objevit i v jiných hlásných systémech); jejich společným znakem je, že jako NNO žádají o dotace na poskytování služeb ze státního rozpočtu. V r. 2009 dotovala RVKPP 11 ambulantních programů, které poskytly služby celkem 1533 klientům – uživatelům drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d) – tabulka 5-6.

tabulka 5-6: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a počet jejich klientů v r. 2003–2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Rok	Počet dotovaných zařízení	Počet klientů – uživatelů drog
2003	19	1 590
2004	20	1 493
2005	18	1 743
2006	15	2 428
2007	13	1 642
2008	12	1 923
2009	11	1 533

Intenzivní ambulantní léčbu formou denního stacionáře o délce 3 měsíců nabízí navíc dlouhodobě v ČR pouze jedno zařízení v Praze provozované o. s. SANANIM od r. 1996. Kapacita programu je přibližně 10 osob.

Pokračuje projekt o.s. P-centrum Olomouc, který spočívá přepracování britské metodiky pro dvanáctidenní „krátký intervenční program“ (hodinová sezení jednou týdně po dobu 12 týdnů), který je původně určen pro uživatele cracku a kokainu a který bude přepracován pro uživatele pervitinu. Projekt má několik fází od překladu původní metodiky, přes její úpravu a posléze ověření při práci s klienty v praxi (Růžička, 2010).

5.2.2.1 Opiátová substituční léčba

V ČR jsou k dispozici tři přípravky pro substituční léčbu závislosti na opiátech/opioidech – (1) metadon připravovaný z dovážené generické substance (dostupný ve specializovaných substitučních centrech), (2) Subutex® obsahující účinnou látku buprenorfin od r. 2000 a (3) kompozitní přípravek Suboxone® s účinnými látkami buprenorfin a naloxon od února 2008. Subutex® a Suboxone®, které jsou dostupné v lékárnách ve formě hromadně vyráběného léčivého přípravku, může předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. Substituční přípravky jsou v léčbě podávány výhradně orální formou.

V r. 2009 došlo v ČR k registraci dalších substitučních léků – metadonu ve formě hromadně vyráběného léčivého přípravku a dalšího přípravku s obsahem buprenorfinu.

Dne 18. března 2009 byl *Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL)* registrován přípravek Methadon-Zentiva® 5 mg/ml ve formě perorálního roztoku v baleních 10, 50 a 1000 ml, k uvedení na český trh však dosud nedošlo; od prosince 2009 SÚKL shromažďuje podklady pro rozhodnutí o stanovení maximální ceny, výše a podmínek úhrady pro tento přípravek. Dále SÚKL dne 29. října 2009 registroval přípravek Buprenorphine Alkaloid® v silách 0,4 mg, 2 mg a 8 mg ve formě sublingválních tablet; také v tomto případě dosud nedošlo k uvedení na trh a probíhá správní řízení o stanovení ceny. Přípravky Buprenorphine Alkaloid® by měly být uvedeny na český trh v prosinci 2010⁵⁰.

Dne 1. února 2010 nabylo platnosti rozhodnutí SÚKL, na jehož základě je částečně hrazen přípravek Suboxone® 8 mg. Částečná úhrada jednoho balení (7 sublingválních tablet) ze zdravotního pojištění je stanovena ve výši 629,72 Kč. Maximální cena v lékárně byla určena ve výši 890,76 Kč, spoluúčast pacienta je tedy 231,04 Kč + poplatek 30,00 Kč za položku na receptu. Úhrada je podmíněna odborností lékaře (musí jej předepsat psychiatr nebo lékař s odborností v oboru návykových nemocí), léčba se nehradí při nespolupráci pacienta (například při nedodržení plánovaných návštěv); další podmínka pro úhradu Suboxone® stanovuje, že léčba probíhá ve specializovaných (vybraných) zdravotnických zařízeních. Je to vůbec poprvé v historii ČR, kdy je přípravek pro substituční léčbu závislosti na opiátech/opioidech hrazen ze zdravotního pojištění.

Metodicky je substituční léčba v ČR od r. 2001 definována ve Standardu substituční léčby, který byl v r. 2008 aktualizován, blíže viz VZ 2007. Během r. 2010 by mělo dojít k jeho přepracování např. v oblasti vydefinování podmínek pro specializovaná substituční centra s ohledem na úhradu ze zdravotního pojištění a podmínek, za jakých se léčba substitučními preparáty nebude muset hlásit do *Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL, Registr substituční léčby)*, jako je např. časově omezená detoxifikace. Podrobné srovnání českého Standardu substituční léčby se vzorovým standardem WHO podává tabulka 11-1 (str. 109).

Každý lékař podávající jakoukoliv substituční látku má zákonnou povinnost hlásit údaje o pacientovi do NRULISL, jehož správcem je ÚZIS. Od listopadu 2007 je v provozu elektronická webová aplikace NRULISL⁵¹.

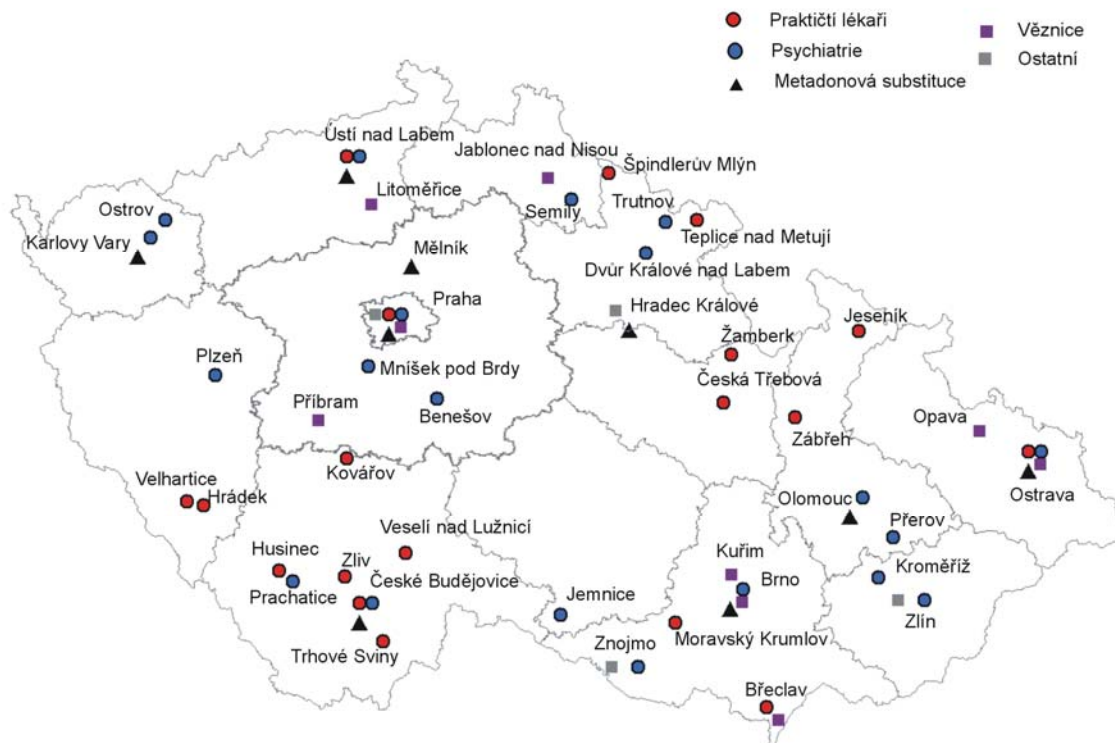
Vývoj substituční léčby v ČR do r. 2008 shrnuje VZ 2008. Na konci r. 2009 bylo v *Registru substituční léčby* registrováno celkem 72 zařízení (z toho 16 AT ambulancí, 20 psychiatrických ordinací, 23 praktických lékařů pro dospělé, 3 ostatní oddělení a 10 věznic) – mapa 5-1. V r. 2009 hlásilo léčené pacienty 34 z nich – tabulka 5-7; mezi nimi byli i 2 praktičtí lékaři pro dospělé, 5 ordinací psychiatrů a 8 věznic (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e).

Během r. 2009 bylo v *Registru substituční léčby* 1555 léčených osob (1089 mužů a 466 žen) – trend od r. 2000 uvádí tabulka 5-7. Nejvíce léčených osob bylo registrováno v substitučním centru v Ústí nad Labem, v zařízení Remedis, s.r.o. v Praze (obě 22 %) a v Drop-In, o.p.s. v Praze (necelých 17 %). Téměř nepokryty substituční léčbou zůstávají stále kraje Plzeňský, Karlovarský, Liberecký, Pardubický, Vysočina, Olomoucký a Zlínský, odkud pocházely pouze jednotkové počty osob (ne více než 23 osob na kraj) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e; Nechanská et al. 2010).

⁵⁰ Osobní komunikace s představitelem firmy Alkaloid AD Skopje dne 1. července 2010.

⁵¹ Na adrese <https://snzr.uzis.cz/nrulisl/>. Do r. 2007 byl registr veden v jednoduché databázové formě, shromažďoval hlášení pouze ze specializovaných substitučních center akreditovaných MZ a komunikace probíhala formou papírových hlášení a telefonicky.

mapa 5-1: Síť registrovaných zdravotnických zařízení v elektronické aplikaci NRULISL v r. 2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e)



Metadon používalo v r. 2009 pro léčbu 13 zařízení a 8 věznic⁵² – metadonová centra se nenacházejí v Karlovarském, Libereckém, Královéhradeckém, Pardubickém a Zlínském kraji. V Plzni bylo ve druhé polovině r. 2009 otevřeno nové metadonové centrum sdužením Ulice – Agentura sociální práce, o.s., ale klienty do NRULISL nehlásilo; léčba metadonem zde byla zahájena 1. června 2010⁵³.

V r. 2000 byl substitučními centry poskytován výhradně metadon. Od r. 2001 roste podíl pacientů užívajících přípravky obsahující buprenorfin – v r. 2001 byl Subutex® předepisován 4 % léčených klientů, v r. 2003 už více než třetině, v r. 2009 byly Subutex® nebo Suboxone® předepisovány necelým 56 % (tj. 631 a 238, dohromady 869) osob registrovaným v NRULISL (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e; Nechanská et al. 2010).

tabulka 5-7: Počet zařízení registrovaných, aktivně hlásících klienty a počet osob v substituční léčbě v NRULISL podle substituční látky v r. 2000–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e; Nechanská et al. 2010)

Rok	Počet zařízení		Počet léčených klientů		
	Registrovaných	Aktivních	Celkem	Z toho	
				Metadonem	Buprenorfinem
2000	7	7	245	245	–
2001	8	8	533	510	23
2002	8	8	560	511	49
2003	8	8	789	520	269
2004	8	8	866	546	320
2005	9	9	825	571	254
2006	12	12	938	586	352
2007	14	13	1 038	605	433
2008	38	24	1 356	689	667
2009	72	34	1 555	686	869

Pozn.: * Zařízení začala hlásit klienty do NRULISL od května 2000.

V NRULISL nejsou zaregistrována všechna zdravotnická zařízení, která předepisují přípravky obsahující buprenorfin (Subutex® a Suboxone®)⁵⁴; jejich celkový počet ani celkový počet pacientů užívajících přípravky obsahující buprenorfin tak nejsou přesně známy. Průzkum mezi lékaři v ČR provedený v r. 2007 (blíže viz VZ 2007 a VZ 2008) a průzkum v síti ambulantních psychiatrických zařízení v letech 2008–2009 (blíže viz VZ 2008) potvrdily, že mimo NRULISL se stále nachází značné množství (desítky až stovky) lékařů a (stovky až tisíce) pacientů. Celkový počet

⁵² Vězeňská služba však uvádí 9 věznic, ve kterých probíhala v r. 2009 substituční léčba – viz kapitolu Intervence ve věznicích (str. 95). Také počet pacientů v substituční léčbě evidovaných vězeňskou službou je vyšší, než jejich počet hlášený do NRULISL.

⁵³ <http://www.ulice-plzen.com/aktuality.html>, zobrazeno 2010-06-20.

⁵⁴ Všechna zařízení (specializovaná centra) používající metadon jsou v NRULISL registrována.

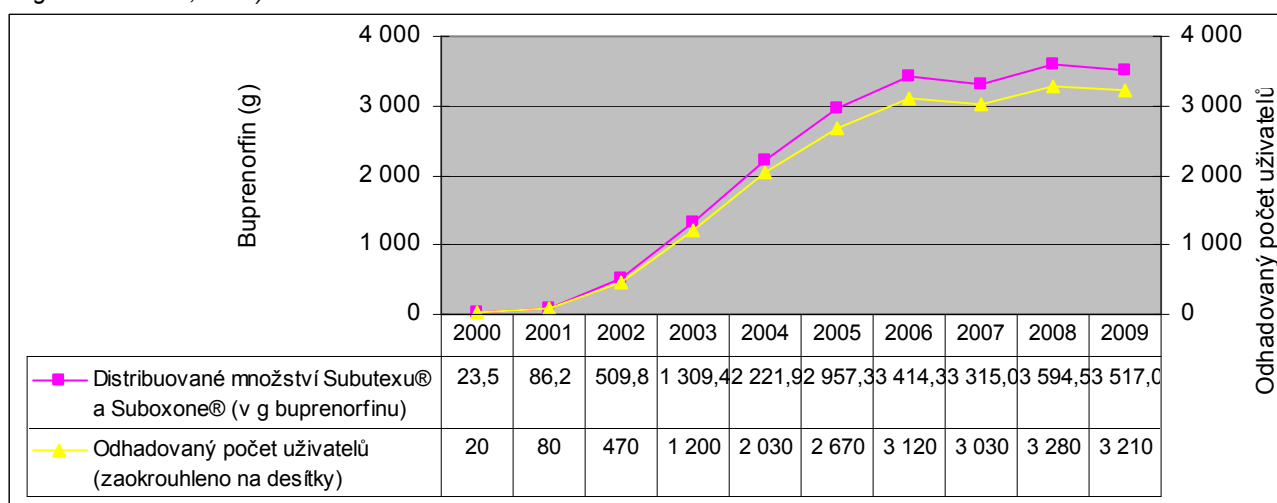
psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé předepisujících Subutex[®], včetně těch registrovaných, byl v r. 2007 odhadnut na 150 a 240 a počet pacientů užívajících Subutex[®] na celkem 4300 osob, z toho cca 3000 u psychiatrů a cca 1400 u praktických lékařů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES, 2008).

V r. 2009 bylo na českém trhu distribuováno množství Subutexu[®] a Suboxone[®] odpovídající 3517 g buprenorfinu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2010), což je téměř stejné množství jako v r. 2008.

V r. 2009 bylo distribuováno celkem 9910 balení Suboxone[®] 7x2mg, 4993 balení Suboxone[®] 7x8mg, 32 201 balení Subutexu[®] 7x2mg a 47 283 balení Subutexu[®] 7x8mg. Oproti r. 2008 došlo v r. 2009 k nárůstu distribuovaného množství Suboxone[®] a k poklesu množství Subutexu[®] (264,7 g buprenorfinu v Suboxone[®] a 3329,8 g v Subutexu[®] v r. 2008, 418,3 g buprenorfinu v Suboxone[®] a 3098,7 g v Subutexu[®] v r. 2009) (Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2009; Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2010).

Počet uživatelů Subutexu[®] a Suboxone[®] v r. 2009 lze za stejného předpokladu jako v minulých letech (tj. průměrné denní spotřeby 6 mg buprenorfinu a průměrné frekvenci aplikace obden⁵⁵) orientačně odhadnout na 3210 osob – graf 5-1.

graf 5-1: Distribuované množství Subutexu[®] a Suboxone[®] (v g buprenorfinu) a odhadovaný počet uživatelů těchto přípravků v r. 2000–2009 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004)



V rámci průzkumu Multiplikátor 2010 (blíže viz kapitulu Problémové užívání drog, str. 37) zaměřeného na odhad podílu problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními byla zjišťována i data o podílu problémových uživatelů opiátů zařazených do substitučního programu. Smyslem bylo ověřit, zda lze nominační techniku použít i k tomuto účelu.

Multiplikátor (in-treatment rate) pro substituční léčbu⁵⁶ byl vypočten jako vážený průměr podílu problémových uživatelů drog, resp. problémových uživatelů opiátů, které respondent (klient nízkoprahového zařízení) zná a kteří jsou současně zařazeni do substitučního programu. Hodnoty multiplikátoru vypočteného jako podíl ze všech uživatelů bez rozlišení drogy, tak jako podíl z uživatelů opiátů (heroinu, Subutexu[®] a Suboxone[®]), které respondent zná, uvádí spolu s odhady počtu uživatelů opiátů v substituční léčbě tabulka 5-8. Z uvedených hodnot vyplývá, že je do substituční léčby zařazeno 8 % (95% CI: 7–10 %) problémových uživatelů drog, resp. 23 % (95% CI: 20–27 %) problémových uživatelů opiátů. V obou případech se odhadovaný počet klientů substituční léčby pohybuje kolem 3000 osob a i když je spíše nižší, přesto zhruba koresponduje s odhady počtu osob v substituční léčbě uvedenými výše.

tabulka 5-8: Odhad počtu klientů substituční léčby v r. 2009 vypočtené pomocí multiplikátoru ze všech odhadovaných problémových uživatelů drog

Ukazatel	Ze všech problémových uživatelů drog	Z problémových uživatelů opiátů
Odhadovaný počet problémových uživatelů drog	37 400	12 100
Multiplikátor (in-treatment rate)	0,08	0,23
Odhad počtu klientů substituční léčby	3 100	2 800
95% CI	2 400 – 3 800	2 300 – 3 300

Pozn.: Údaje v tabulce byly zaokrouhleny.

⁵⁵ Informace o průměrné délce léčby (cca půl roku) byla získána z průzkumu mezi ambulantními psychiatry v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004), v přepočtu na rok to je průměrně 1 aplikace za 2 dny.

⁵⁶ Tj. podíl té části problémových uživatelů, která se účastní substituční léčby.

Ve speciální kapitole VZ 2008 jsou uvedeny zkušenosti s perorální substitucí pervitinu (metamfetaminu) jinými psychostimulancií v ČR.

5.2.3 Rezidenční léčba

Detoxifikační jednotky jsou lůžková zdravotnická pracoviště při odděleních psychiatrie a odděleních pro léčbu závislosti sloužící pro krátkodobou (obvykle do 3 týdnů) rezidenční léčbu s cílem zvládnout odvykací syndrom v začátcích abstinence před vstupem do další (většinou rezidenční) léčby. Tyto jednotky se nacházejí většinou v psychiatrických léčebnách a ve velkých krajských a fakultních nemocnicích. V některých lůžkových zařízeních, kde nemají vyčleněnu detoxifikační jednotku, provádějí detoxifikaci na standardních odděleních psychiatrie nebo AT odděleních a lůžka pro detoxifikaci nevyčleňují z celkového lůžkového fondu oddělení.

V současné době provozuje detoxifikační jednotky 14 zdravotnických zařízení, která mají vyčleněna 116 lůžek speciálně pro detoxifikaci AT pacientů – tabulka 5-9. Detoxifikační jednotky nejsou v Karlovarském, Pardubickém, Olomouckém a Zlínském kraji, po 3 zařízeních má Hl. m. Praha a kraj Vysočina, v ostatních krajích je vždy jedno zařízení provádějící detoxifikaci. V Praze existuje jediná detoxifikační jednotka v ČR určená pro děti a mladistvé, a to Dětské a dorostové detoxifikační centrum v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (blíže viz VZ 2008). Detoxifikace probíhala v r. 2009 také ve 4 věznicích – blíže viz Intervence ve věznicích (str. 95).

tabulka 5-9: Počty detoxifikačních jednotek a jejich lůžková kapacita v jednotlivých krajích ČR k 1.9.2010 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010d)

Kraj	Počet zařízení	Počet lůžek
Hl. m. Praha	3	42
Středočeský	1	9
Jihočeský	1	13
Plzeňský	1	6
Karlovarský	0	0
Ústecký	1	3
Liberecký	1	5
Královéhradecký	1	6
Pardubický	0	0
Vysočina	3	17
Jihomoravský	1	10
Olomoucký	0	0
Zlínský	0	0
Moravskoslezský	1	5
Celkem	14	116

Rezidenční medicínskou léčbu závislých pacientů poskytují psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení nemocnic. Zejména v psychiatrických léčebnách je léčba organizována na speciálních odděleních pro léčbu závislosti. V posledních letech zůstává síť psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení prakticky beze změn, ale dochází ke snížení celkového lůžkového fondu. V r. 2009 vzrostl počet léčeben, aniž by vzniklo nové zařízení – z psychiatrické léčebny pro dospělé v Dobřanech byla vyčleněna léčebna *U Honzíčka* v Písku. Došlo k dalšímu snížení počtu lůžek (o 40) v psychiatrických léčebnách pro děti a bylo zrušeno psychiatrické oddělení v Městské nemocnici Ostrava (Nechanská et al. 2010; Mravčík et al. 2010b; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010c).

V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo v r. 2009 uskutečněno celkem 15 336 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 10 026 pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu (od r. 2005 dochází k výraznému poklesu) a 5308 hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním dalších psychoaktivních látek bez tabáku.

O soudně nařízené léčbě včetně její ústavní formy pojednává kapitola Alternativy trestního postihu (str. 94).

tabulka 5-10: Počet psychiatrických lůžkových zařízení, jejich celková lůžková kapacita a využití uživateli nealkoholových drog (mimo tabáku) v r. 2000–2009 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010a)

Rok	Dětské psychiatrické léčebny			Psychiatrické léčebny pro dospělé				Psychiatrická oddělení nemocnic		
	Počet	Celkový počet lůžek	Počet pacientů	Počet	Celkový počet lůžek	– z toho lůžka na AT odděleních	Počet pacientů	Počet	Celkový počet lůžek	Počet pacientů
2002	4	368	13	17	9 677	1 194	2 494	33	1 546	1 200
2003	4	368	17	17	9 609	1 275	2 536	33	1 517	1 480
2004	4	368	27	17	9 583	1 266	2 880	33	1 501	1 762
2005	3	320	27	17	9 538	1 356	3 104	32	1 439	1 584
2006	3	320	29	17	9 442	1 387	3 200	31	1 420	1 846
2007	3	320	16	16	9 307	1 358	3 489	32	1 419	1 834
2008	3	300	25	16	9 240	1 341	3 527	32	1 396	1 708
2009	3	260	21	17	9 207	1 370	3 578	31	1 383	1 709

Dalším typem rezidenční léčby je terapeutická komunita (TK). Historie terapeutických komunit pro drogově závislé v ČR je shrnuta v kapitole Léčba ve VZ 2008. Terapeutické komunity jsou v ČR sdruženy v odborné sekci terapeutických komunit A.N.O., která k červnu 2010 měla 10 členů⁵⁷. Podle *Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV* fungovalo v ČR k červnu 2010 14 programů registrovaných jako terapeutická komunita, jejichž primární cílovou skupinou jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách⁵⁸.

Do rezortu školství spadá systém náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči. Spolupracují mezi sebou vzájemně čtyři typy institucionálních zařízení a jeden typ zařízení preventivní péče. Jedná se o diagnostické ústavy pro děti nebo mládež, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, dětské domovy a střediska výchovné péče. Zařízení zřizuje MŠMT, krajské úřady nebo soukromý sektor. Celkem je v ČR 272 zařízení – tabulka 5-11. Diagnostické ústavy zřizuje MŠMT a člení se na dětské diagnostické ústavy, diagnostické ústavy pro mládež, diagnostický ústav pro děti a mládež a diagnostický ústav pro děti cizinců. Dětské domovy bývají zřizovány krajskými úřady, církvemi, soukromými subjekty nebo MŠMT. Dětské domovy se školou zřizuje MŠMT. Výchovné ústavy zřizuje MŠMT nebo soukromý sektor, některé se specializují i na nezletilé matky s dětmi nebo mládež, která užívá drogy. Střediska výchovné péče organizačně spadají pod diagnostické ústavy nebo výchovné ústavy a potom nejsou samostatnými subjekty, ale mohou být zřizovány i soukromými subjekty. Počet dětí v institucionálních zařízeních se každý rok zvyšuje, v r. 2003 v nich bylo umístěno 7250 dětí, v r. 2009 se jejich počet zvýšil na 7820. Většina dětí má zkušenosti s cigaretami, přibližně třetina s drogami, zejména alkoholem a konopnými drogami⁵⁹.

tabulka 5-11: Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR

Typy zařízení	Počet zařízení
Dětské domovy	155
Dětské domovy se školou	29
Výchovné ústavy	34
Diagnostické ústavy pro děti	8
Diagnostické ústavy pro mládež	4
Diagnostický ústav pro děti a mládež	1
Diagnostický ústav pro děti cizinců	1
Střediska výchovné péče	40
Celkem	272

Součástí 5 zařízení jsou oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou závislostí. Celková kapacita těchto oddělení v r. 2009 byla 74 míst a pobyt v nich absolvovalo 152 dětí – tabulka 5-12.

tabulka 5-12: Kapacita a počet dětí s problémy s užíváním drog ve specializovaných odděleních školských zařízení ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v r. 2009

Zařízení	Kapacita	Počet dětí
Výchovný ústav Dvůr Králové	24	31
Výchovný ústav Klíčov	8	14
Výchovný ústav Žulová	8	15
Výchovný ústav Hostouň	16	25
Středisko výchovné péče Řevnice	18	67
Celkem	74	152

⁵⁷ Viz <http://www.terapeutickekomunity.org/>, zobrazeno 2010-06-20.

⁵⁸ Viz <http://iregistr.mpsv.cz/>, vyhledáno 2010-06-20.

⁵⁹ Informace podaná odborem prevence, speciálního vzdělávání a institucionální výchovy MŠMT v září 2010.

5.3 Uživatelé drog v léčbě, jejich charakteristiky a trendy

5.3.1 Systémy sběru dat o uživatelích drog v léčbě

Údaje o uživatelích drog, kteří využívají služeb nízkoprahových a léčebných zařízení, jsou k dispozici z několika zdrojů dat.

Jedná se o celostátní systém hlášení do *Registru žádostí o léčbu*, který spravuje od r. 1995 hygienická služba (HS), resp. *Hygienická stanice Hl. m. Prahy*. Do *Registru žádostí o léčbu* jsou zařazeni ti uživatelé drog, kteří v daném roce využili léčebných a poradenských služeb v zařízeních pro uživatele drog, a to jak zdravotnických, tak nezdravotnických (např. terapeutické komunity, nízkoprahová centra). Samostatně jsou evidováni uživatelé, kteří tak učinili poprvé v životě (prvožadatelé). Soubor sbíraných údajů, jejich struktura a používané definice odpovídají standardu pro sběr žádostí o léčbu *Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA)*. Registr nedostatečně pokrývá léčbu v ordinacích praktických lékařů, substituční léčbu a léčbu ve věznicích (Studničková, 2009).

Dalšími zdroji dat o léčených uživatelích drog jsou zdravotnické registry a statistické hlášené systémy, které spravuje *Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)*. Jedná se o povinně hlášená data z lůžkových a ambulantních (psychiatrických) zdravotnických zařízení a o registr substituční léčby *NRULISL* (viz výše). Do registrů *ÚZIS* přispívá větší počet zařízení než do registru *HS*, nicméně se jedná výhradně o zdravotnická zařízení.

Údaje o klientech a službách poskytnutých NNO, resp. programy realizovanými s podporou dotace ze státního rozpočtu, jsou k dispozici zejména ze závěrečných zpráv projektů v rámci dotačního řízení *RVKPP*. Tyto informace zpracovává každoročně *NMS*. Zejména se jedná o nízkoprahové programy harm reduction, ale také o ostatní typy služeb realizované NNO (ambulantní léčba a následná péče, rezidenční léčba v terapeutických komunitách)⁶⁰.

Výše uvedené sběrné systémy se navzájem překrývají. Výsledkem je, že např. ambulantní zdravotnické zařízení provozované NNO poskytující substituční léčbu hlásí data do *Registru žadatelů o léčbu*, vyplňuje výkaz o činnosti zdravotnického zařízení pro *ÚZIS*, hlásí data do *NRULISL* a zasílá zprávu v rámci dotačního řízení. K informacím pocházejícím z různých zdrojů je tedy nutno přistupovat s vědomím jejich překryvů.

V r. 2010 byla dokončena historická analýza dat o léčbě uživatelů návykových látek ve zdravotnických zařízeních sbíraných *ÚZIS* na území ČR od r. 1959 (Nechanská et al. 2010; Mravčík et al. 2010a; Mravčík et al. 2010b).

5.3.2 Registr žádostí o léčbu

Do *Registru žádostí o léčbu* nahlásilo v r. 2009 data 276 center (72 nízkoprahových, 146 ambulantních a 58 rezidenčních zařízení). Nejnavštěvovanějším typem zařízení byla tradičně nízkoprahová centra, jejich klienti tvořili stejně jako v předchozích letech více než polovinu žadatelů – 54,9 % prvožadatelů a 50,3 % všech žadatelů. Nejčastěji jsou mezi centry zastoupena ambulantní zařízení, nicméně na hlášené incidenci, resp. prevalenci léčených uživatelů drog se podílí pouze 23,0 %, resp. 24,5 % (Studničková and Petrášová, 2010).

V r. 2009 vyhledalo léčebné služby uvedených zařízení celkem 8763 uživatelů drog, tj. o přibližně 500 osob více než v r. 2008. Z toho 4318 osob požádalo o léčbu poprvé, což je zhruba o 400 osob více než v r. 2008. V porovnání s předchozími lety se obrací mírně sestupný trend a počty žadatelů o léčbu se tak dostávají na úroveň let 2004 a 2005. Ženy stabilně tvoří přibližně třetinu žadatelů o léčbu (Studničková and Petrášová, 2010).

Pořadí užívaných drog, které jsou důvodem všech, i prvních žádostí o léčbu, zůstává stejné jako v předchozích letech. Žadatelům o léčbu dominují uživatelé stimulancií, a to jak u všech žadatelů, tak i mezi prvožadateli. Uživatelé stimulancií⁶¹ byli nejpočetnější skupinou všech žadatelů (59,5 %) i prvožadatelů (60,9 %); to se týká zejména pervitinu (59,4 %, resp. 60,8 %). Druhou nejpočetnější skupinu mezi všemi žadateli tvoří uživatelé opiátů (23,4 %) a mezi prvožadateli uživatelé konopných látek (18,3 %). Vývoj počtu žadatelů o léčbu podle užívané drogy uvádí graf 5-2 a graf 5-3.

Míra výskytu žádostí o léčbu a zastoupení žadatelů o léčbu podle užívané drogy není v celé ČR stejná. Z dostupných dat je zřejmé, že nejvyšší relativní prevalenci i incidenci žadatelů o léčbu mají Ústecký kraj a Hl. m. Praha. Poměrně dominantní je výskyt nejčastěji užívané drogy u žadatelů o léčbu – pervitinu, kdy ve všech regionech napříč ČR převažují uživatelé stimulancií (od 50 % v Hl. m. Praze po 80 % ve Zlínském kraji). Uživatelé opiátů byli významněji zastoupeni mezi žadateli v Hl. m. Praze (36,9 %), Středočeském (35,3 %) a Ústeckém kraji (28,1 %). Nejvyšší podíl uživatelů konopných látek mezi žadateli o léčbu vykazují kraje Pardubický (27,2 %) a Plzeňský (26,1 %) a Vysočina (25,7 %) – mapa 5-2.

⁶⁰ Od r. 2003 spravuje *NMS* softwarovou aplikaci sjednoceného systému sběru dat v nízkoprahových zařízeních *FreeBase* a od r. 2008 aplikaci *UniData*, která je určena pro všechny typy služeb. V oblasti primární prevence funguje od r. 2008 obdobná aplikace s názvem *PrevData*. Všechny aplikace jsou primárně určeny pro záznam údajů o klientech a o službách, které jim byly poskytnuty; obsahují řadu dalších nástrojů, např. umožňují zpracování výstupů kompatibilních s požadavky Registru žádostí o léčbu a s požadavky na průběžné a závěrečné zprávy dotačního řízení *RVKPP*. Aplikace jsou bezplatně ke stažení na <http://www.drogovesluzby.cz>.

⁶¹ Do skupiny stimulancií řadí *HS* drogy amfetaminového typu včetně MDMA, fenmetrazin a efedrin; kokain je evidován odděleně.

Z hlediska věkové struktury žadatelů o léčbu lze pozorovat mírné stárnutí populace žadatelů o léčbu – graf 5-4 a graf 5-5. Ačkoliv meziroční nárůst průměrného věku je nízký, ze střednědobého hlediska je rostoucí trend zřetelný. Průměrný věk prvožadatelů o léčbu v r. 2009 byl 24,2 let a 25,9 let u všech žadatelů. Průměrný věk prvožadatele se za poslední dekádu zvýšil o více než tři roky a u všech žadatelů pak o 3,5 roku. Nejvíce zestárlí poprvé léčení uživatelé heroinu, kdy od r. 2000 lze pozorovat zvýšení průměrného věku o více než šest let na současných 27,9 let. Nejčtenější věkovou skupinou v r. 2009 mezi všemi žadateli i mezi prvožadateli byli uživatelé mezi 25–39 lety – tvořili 39 %, resp. 49,3 % všech žadatelů. Analogicky k postupnému nárůstu průměrného věku žadatelů lze pozorovat úbytek nejmladších věkových kategorií uživatelů v léčbě – postupně klesá počet osob do 19 let věku mezi prvožadateli i všemi žadateli o léčbu (Studničková and Petrášová, 2010) – graf 5-6 a graf 5-7.

Mezi nejstarší a současně nejrychleji stárnoucí skupiny žadatelů o léčbu dlouhodobě patří uživatelé heroinu a kokainu. Na druhou stranu nejmladšími žadateli jsou uživatelé konopných drog (19,7 let u prvožadatelů a 21 let u všech žadatelů). Oblíbenost konopných drog především ve skupině mladistvých a mladých dospělých potvrzují také data z jiných zdrojů – viz např. kapitola Užívání drog v populaci (str. 23).

5.3.2.1 Vybrané charakteristiky žadatelů o léčbu

Genderové rozložení žadatelů o léčbu se dlouhodobě nemění a do jisté míry kopíruje odhadovanou strukturu problémových uživatelů drog v ČR – tedy poměr dva muži na jednu ženu. Nejvyšší podíl mužů je mezi uživateli těkavých látek a halucinogenů, nejnižší mezi uživateli sedativ, hypnotik, kde ženy tvoří více než polovinu. Poměrně vysoký podíl žen je mezi uživateli stimulantů (zhruba 36 %), zatímco mezi uživateli opiátů tvoří ženy pouze 29 % (Studničková and Petrášová, 2010).

Dvě třetiny žadatelů si aplikovaly drogu injekčně, případně kouřením (15 %) či inhalací/sňupáním (12,8 %). Nejčastěji probíhal léčebný kontakt v nízkoprahovém zařízení (50,3 %), dále v ambulantních (24,5 %) a rezidenčních (25,1 %) programech.

Socioekonomické charakteristiky žadatelů se v průběhu posledních let příliš nemění. Z celkového počtu 8763 žadatelů o léčbu v r. 2009 bylo 11,5 % bez domova, dalších 8,5 % pobývalo v zařízeních (např. ve věznicích, ústavech, na ubytovnách nebo v azylových domech); stálé bydliště udalo 47 % žadatelů. Necelá polovina všech i nově evidovaných léčených uživatelů drog žije s rodiči, 20,4 % všech léčených klientů uvedlo, že žijí sami – častěji muži (24,4 %) než ženy (11,8 %); z nově evidovaných klientů žije samo 17,8 %. Celkem 582 (6,6 %) léčených uživatelů drog uvedlo, že žijí společně s dětmi. Osob bez stálého bydliště je výrazně více mezi opakovaně léčenými a dlouhodobými uživateli drog než mezi žadateli o první léčbu, podíl bezdomovců se od r. 2006 zvyšuje mezi všemi klienty i mezi prvožadateli (Studničková and Petrášová, 2010).

Více než polovina žadatelů o léčbu byla nezaměstnaná nebo vykonávala příležitostnou práci (52,9 %). Pravidelné zaměstnání udalo 14,9 % prvožadatelů a 17,2 % všech žadatelů o léčbu. Téměř polovina žadatelů o léčbu měla pouze základní vzdělání a 40 % žadatelů dokončilo střední školu (Studničková and Petrášová, 2010).

Mezi žadateli o první léčbu uvedlo v r. 2009 denní užívání drogy 1200 osob (27,8 %), dalších 1000 (23,2 %) užívalo drogu 2–6krát týdně. Heroin byl nově evidovanými uživateli nejčastěji užíván denně (50,7 %), pervitin užívalo denně 22,1 % prvožadatelů o léčbu, přičemž nejčastější frekvence užívání pervitinu je 2–6krát týdně (26,7 %).

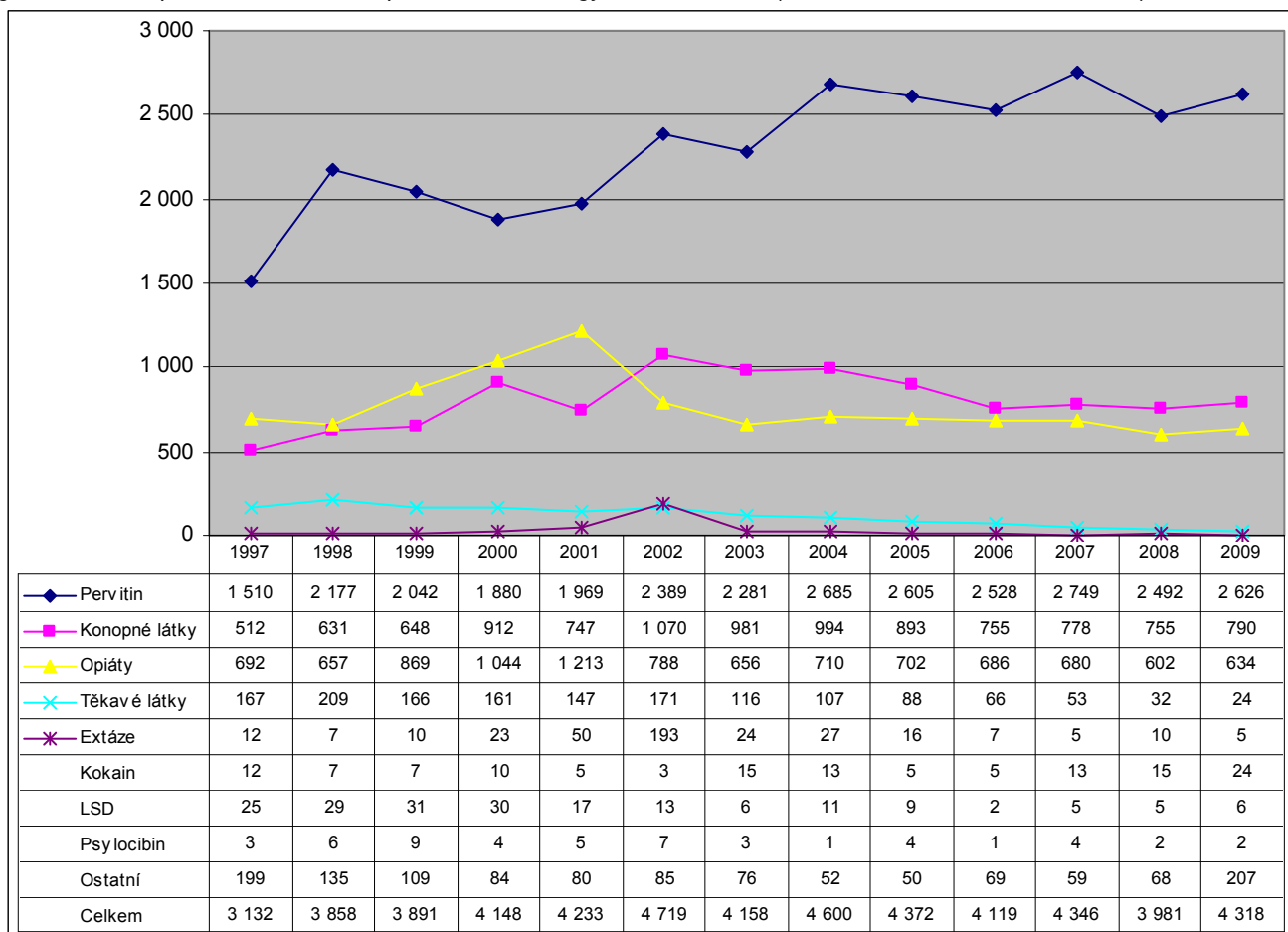
Mezi všemi léčenými klienty uvedlo denní užívání drogy 2652 (30,3 %) uživatelů drog, dalších 1886 (21,5 %) užívalo drogu 2–6krát týdně. Mezi všemi léčenými uživateli heroinu uváděla denní aplikaci zhruba polovina žadatelů, zatímco u uživatelů pervitinu převažuje nižší frekvence užívání, a to vícekrát za týden (26,1 %) oproti každodennímu užívání (21,8 %). Rovněž většina uživatelů Subutexu[®] (68,3 %) uvedla v žádosti o léčbu denní aplikaci drogy (Studničková and Petrášová, 2010).

V r. 2009 bylo mezi všemi žadateli o léčbu 7811 (89,1 %) a mezi prvožadateli 3607 (83,5 %) problémových uživatelů drog⁶². Injekční aplikaci drogy uvedlo 5840 (66,6 %) všech žadatelů a 2402 (55,6 %) prvožadatelů o léčbu (Studničková and Petrášová, 2010). Trendy vybraných charakteristik mezi žadateli o léčbu uvádí graf 5-6 a graf 5-7. Další informace o injekčním užívání drog mezi žadateli o léčbu jsou uvedeny v kapitole Rizikové chování uživatelů drog (str. 65).

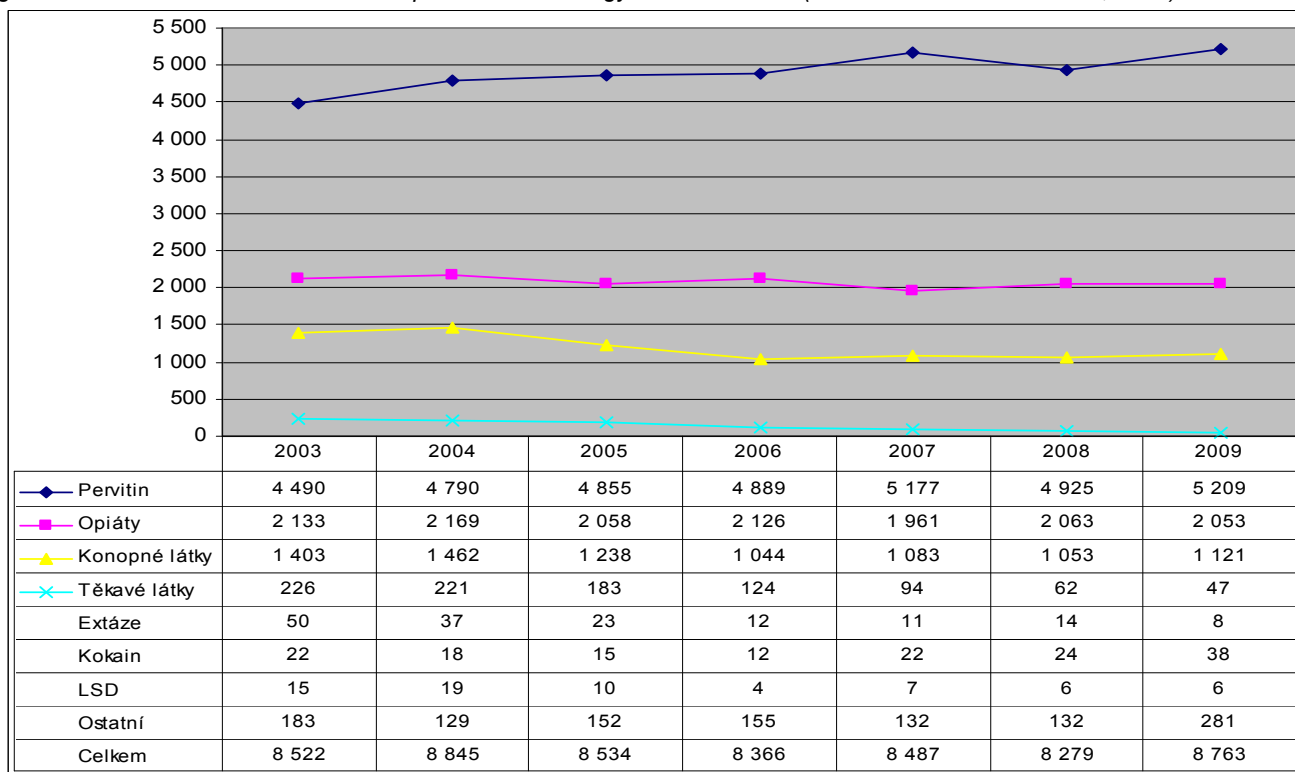
Typickým léčeným klientem v r. 2009 tak byl nezaměstnaný muž české národnosti mezi 25 a 30 lety, s dokončeným základním vzděláním, z Prahy či Středních Čech, se stálým bydlištěm, žijící s rodiči a užívající stimulantia (pervitin). Drogu užíval několikrát týdně, převážně injekčně.

⁶² EMCDDA definuje problémové užívání drog jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). V ČR je užívání kokainu na velmi nízké úrovni a prevalence jeho problémového užívání se neodhaduje.

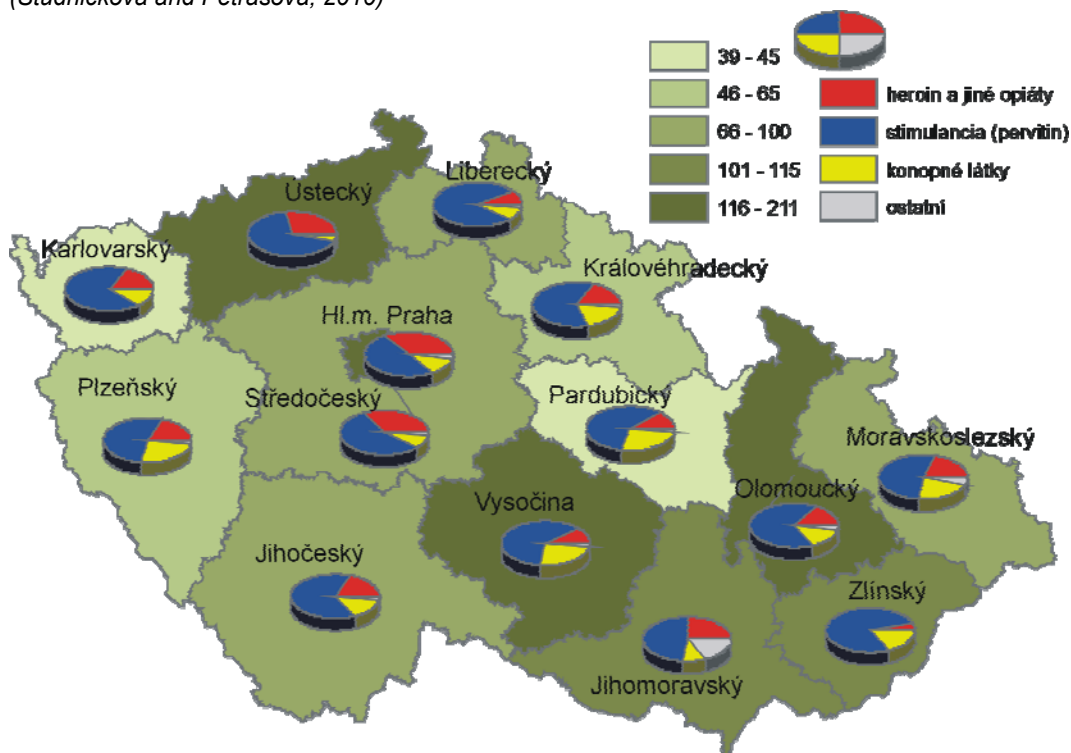
graf 5-2: Počet prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 1997–2009 (Studničková and Petrášová, 2010)



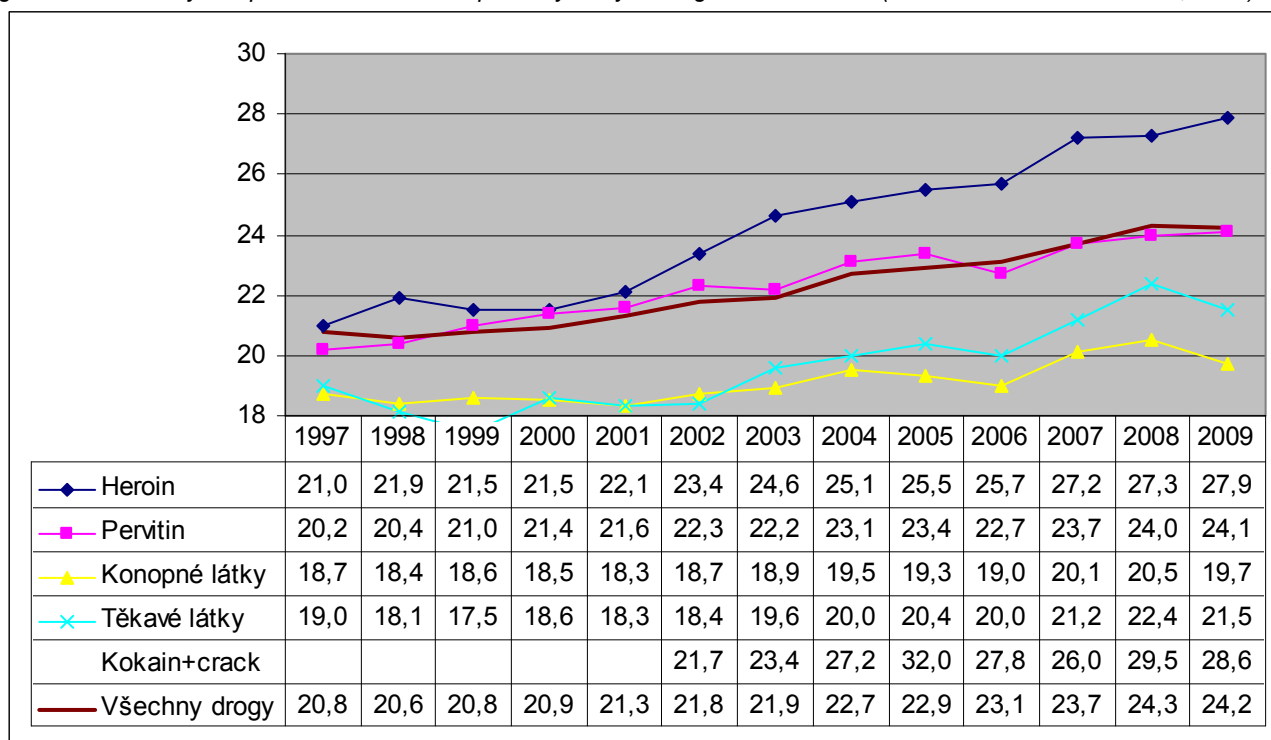
graf 5-3: Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 2002–2009 (Studničková and Petrášová, 2010)



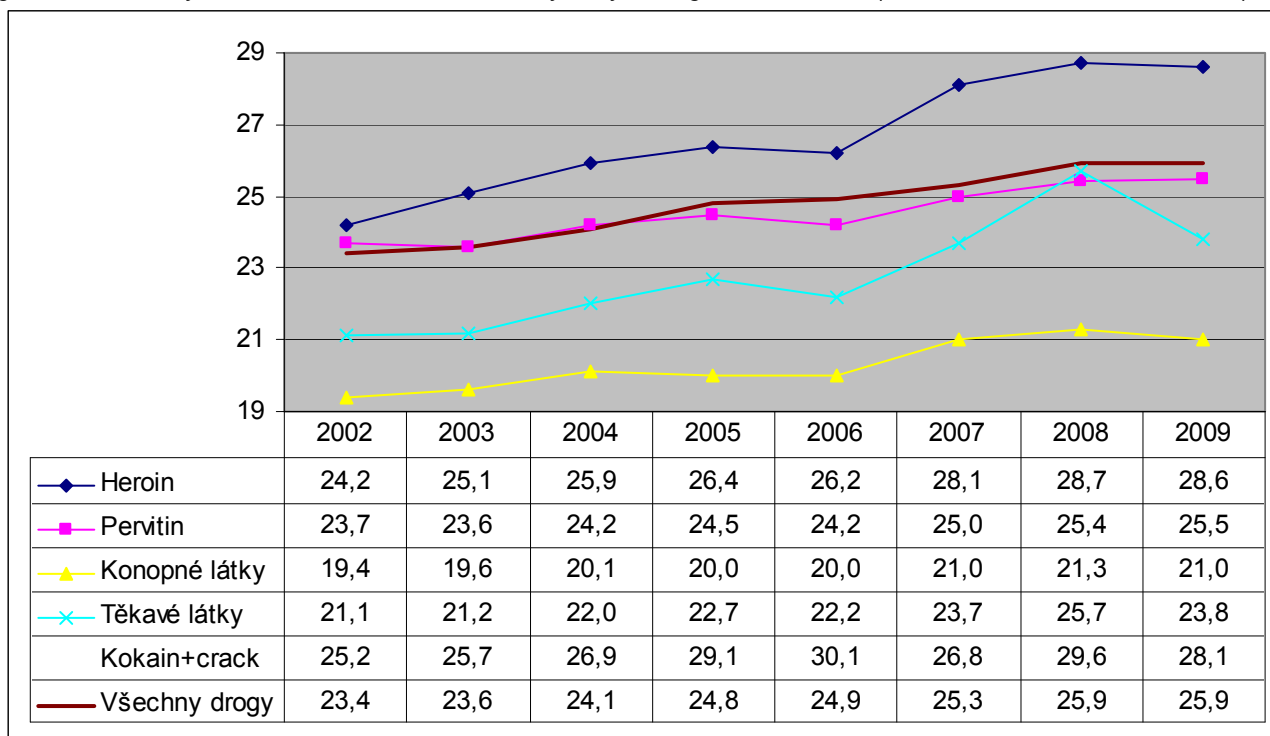
mapa 5-2: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2009 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let (Studničková and Petrášová, 2010)



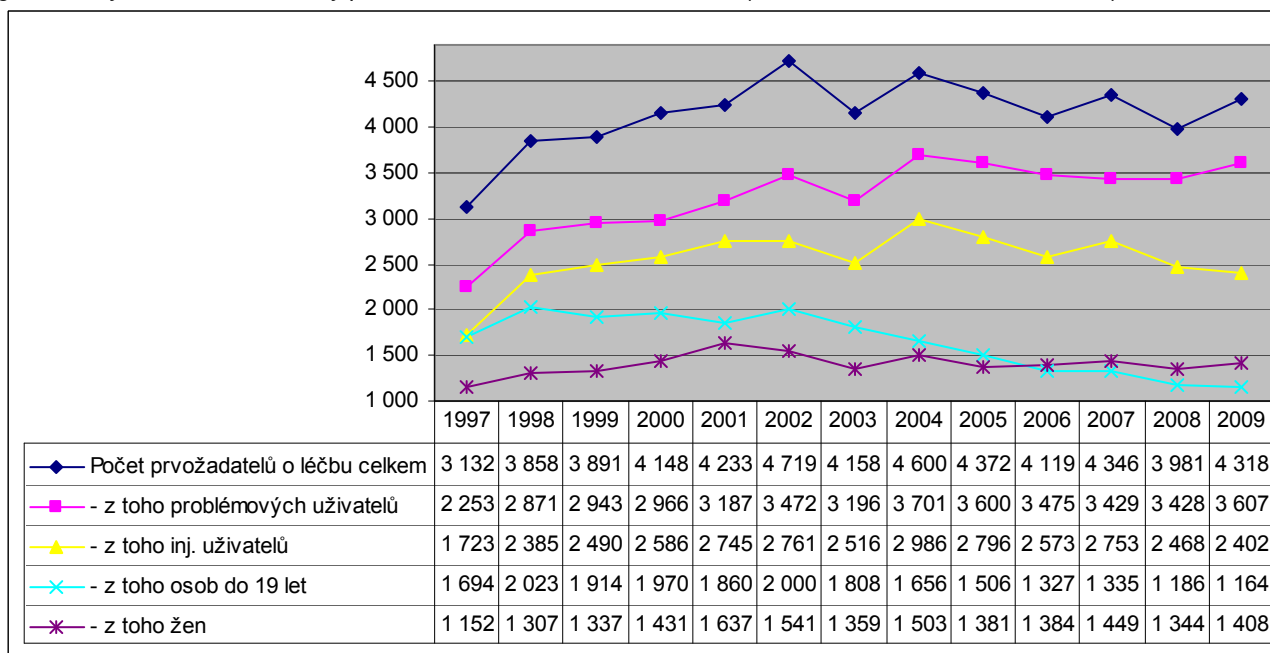
graf 5-4: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 1997–2009 (Studničková and Petrášová, 2010)



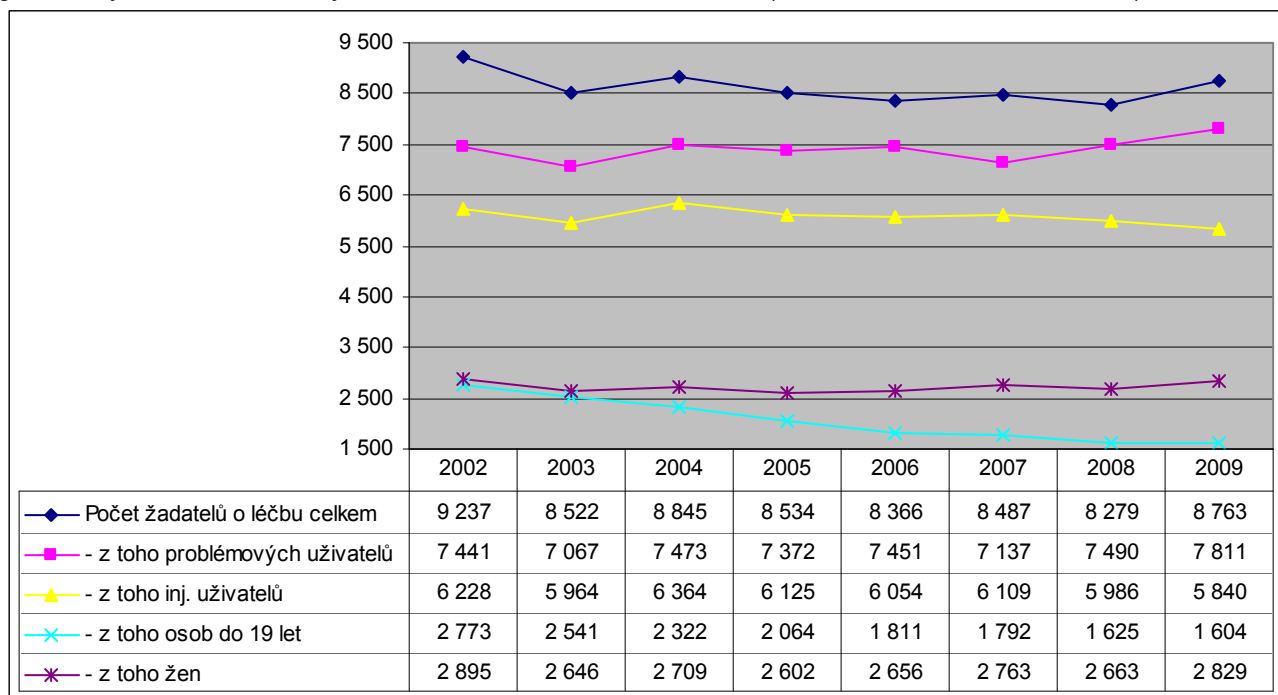
graf 5-5: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu dle vybraných drog v r. 2002–2009 (Studničková and Petrášová, 2010)



graf 5-6: Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v r. 1997–2009 (Studničková and Petrášová, 2010)



graf 5-7: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v r. 2002–2009 (Studničková and Petrášová, 2010)



5.3.3 Klienti ambulantní léčby

V r. 2009 bylo v ambulantních zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie léčeno 41 419 uživatelů alkoholu a drog, z toho bylo 17 213 uživatelů nealkoholových drog (dg. F11–F19) a 16 343 uživatelů nelegálních drog bez tabáku (dg. F11–F16, F18–F19). Proti r. 2008 došlo k mírnému poklesu ambulantně léčených AT pacientů, zejména vlivem poklesu počtu pacientů užívajících alkohol. Celkový počet léčených mužů klesl, zatímco počet žen se mírně zvýšil. Počet dětí do 15 let se v r. 2009 meziročně zvýšil na dvojnásobek (78 dětí), a to především vlivem uživatelů konopných látek a tzv. problémových uživatelů drog v této věkové skupině. Vzrostl celkový počet problémových uživatelů drog, a to zejména žen, zvýšil se také podíl pacientů z vyšších věkových skupin (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010b).

Mezi uživateli drog (vyjma tabáku) bylo 10 924 mužů (67 %) a 5419 žen (33 %). Nejvíce pacientů bylo ve věku 20–39 let (70 %), ve věku do 20 let bylo necelých 12 % pacientů. Poruchy spojené s užíváním opiátů (F11), stimulancií (F15) a kombinace drog (F19) jsou dlouhodobě nejčastějšími diagnózami léčených pacientů. Vývoj celkového počtu pacientů uvádí tabulka 5-13. Vývoj podílu injekční aplikace u ambulantně léčených pacientů v psychiatrických ordinacích uvádí graf 6-6 (str. 66).

tabulka 5-13: Vývoj počtu uživatelů návykových látek léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 1993–2009 podle (skupin) návykových látek (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010b)

Rok	Alkohol	Opiáty a opioidy	– z toho heroin	Kanabinoidy	Sedativa a hypnotika	– z toho benzodiazepiny	Kokain	Ostatní stimulancia	– z toho metamfetamin	Halucinogeny	Tabák	Těkavé látky	Kombinace drog	Jiné	Drogy celkem	Drogy bez tabáku
1993	49 102	816	–	211	2 589	–	8	595	–	62	–	561	260	132	5 234	5 234
1994	44 660	653	–	291	2 561	–	8	706	–	87	–	380	558	367	5 611	5 611
1995	32 956	461	–	383	712	–	14	699	–	69	–	281	473	246	3 338	3 338
1996	30 259	1 619	–	474	761	–	20	1 471	–	84	–	347	685	480	5 941	5 941
1997	31 691	2 183	1 813	659	810	347	33	2 125	979	120	–	347	710	527	7 514	7 514
1998	31 955	2 255	1 823	1 039	1 011	456	95	2 896	2 436	127	–	370	1 148	491	9 432	9 432
1999	28 022	3 368	2 552	1 293	1 613	1 080	42	3 655	3 211	160	1 965	368	1 750	247	14 461	12 496
2000	27 021	3 815	3 176	1 152	1 122	491	52	3 169	2 695	244	1 277	280	1 430	159	12 700	11 423
2001	28 582	4 336	3 464	1 248	1 787	644	57	3 415	2 718	182	1 323	310	1 559	156	14 373	13 050
2002	25 400	4 029	3 171	1 505	2 292	774	63	3 185	2 719	232	1 533	261	2 480	156	15 736	14 203
2003	25 017	4 768	4 035	1 718	2 090	799	129	3 714	3 162	200	2 078	189	2 912	66	17 864	15 786
2004	25 235	4 592	3 644	1 354	2 257	1 014	79	3 025	2 579	170	1 350	180	2 279	104	15 390	14 040
2005	27 440	5 558	3 635	1 634	2 312	1 101	47	4 076	2 662	196	1 137	174	2 275	122	17 531	16 394
2006	26 966	4 640	3 357	1 681	2 190	1 153	45	3 746	3 055	137	1 529	187	3 631	135	17 921	16 392
2007	25 342	4 259	2 614	1 544	1 799	1 057	33	3 979	3 272	198	1 170	140	3 616	116	16 854	15 684
2008	25 293	4 585	3 055	1 620	2 229	1 408	73	4 103	3 330	177	1 608	79	2 489	356	17 319	15 711
2009	24 206	4 797	3 120	1 667	2 377	1 492	36	3 907	3 383	74	870	90	3 071	324	17 213	16 343

Pozn.: Údaje odděleně pro heroin, benzodiazepiny a pervitin nejsou k dispozici do r. 1996, pro tabák do r. 1998.

Ambulantní léčbu zajišťovalo v r. 2009 také 11 NNO dotovaných RVKPP. Služby poskytly celkem 1533 uživatelům nelegálních drog, z nichž bylo 783 (51 %) mužů, 750 (49 %) žen a jejichž průměrný věk byl 26,8 roku. Celkem 712 (46,4 %) klientů užívalo drogy injekčně, 700 (45,7 %) klientů užívalo pervitin, 173 (11,3 %) heroin, 139 (9,1 %) konopné látky a 80 (5,2 %) jiné opiáty, především nelegálně získaný buprenorfin. Ve srovnání s r. 2008 došlo k poklesu počtu klientů, zejména uživatelů heroinu a Subutexu® a k výraznému nárůstu počtu uživatelů pervitínu. Srovnání let 2003–2009 uvádí tabulka 5-14 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).

tabulka 5-14: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a vybrané charakteristiky jejich klientů v r. 2003–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet dotovaných zařízení	19	20	18	15	13	12	11
Počet klientů	2 820	2 506	3 127	4 301	3 044	3 278	3 060
Počet uživatelů drog	1 590	1 493	1 743	2 428	1 642	1 923	1 533
– z toho injekčních uživatelů drog	848	697	1 034	1 024	708	724	712
– z toho uživatelů pervitínu	547	540	540	771	511	456	700
– z toho uživatelů konopných látek	246	339	158	405	101	118	139
– z toho uživatelů heroinu	310	223	391	240	256	317	173
– z toho uživatelů Subutexu®	–	–	126	110	116	186	65
Průměrný věk uživatelů drog	23,6	25,9	26,8	29,6	26,3	28,9	26,8

Intenzivní ambulantní léčbu formou denního stacionáře o délce 3 měsíců nabízí dlouhodobě v ČR pouze 1 zařízení v Praze provozované o.s. SANANIM od r. 1996. Kapacita programu je přibližně 10 osob, v r. 2009 byly služby poskytnuty 46 klientům (19 mužů, 27 žen), jejichž průměrný věk byl 25,9 roku. Celkem 25 (54,3 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 25 (54,3 %) klientů užívalo heroin a 6 (13 %) pervitin. Léčbu úspěšně dokončilo 54,3 % klientů. Délka léčby jednoho klienta byla průměrně 2 měsíce (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).

5.3.4 Klienti substituční léčby

V r. 2009 bylo v *Registru substituční léčby* 1555 léčených osob (1089 mužů a 466 žen) ve věku od 17 do 57 let, přičemž nejstaršími pacienty byli muži (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e) – trend od r. 2000 uvádí tabulka 5-15. Oproti r. 2008 vzrostl počet léčených klientů v *Registru substituční léčby* o téměř 15 % (o 199 klientů). K největšímu nárůstu o 110 klientů došlo v Hl. m. Praze (o 20 %) a ve Středočeském kraji o 54 klientů (o 39 %). Naopak k poklesu počtu klientů došlo v Jihočeském kraji, kde jediné substituční centrum v Českých Budějovicích omezilo svoji činnost, a v Karlovarském kraji, kde zařízení s nejvíce klienty ukončilo poskytování substituční léčby.

Do substitučního programu bylo v r. 2009 nahlášeno celkem 755 nových případů léčby u 643 hlášených osob, muži tvořili 70 % případů i osob; 343 osob (248 mužů a 95 žen) nastoupilo léčbu v r. 2009 poprvé v životě, u 412 případů se jednalo o osoby již dříve léčené. Oproti r. 2008 došlo k poklesu nových případů o téměř 15 %. Není výjimkou opakované přijetí téže osoby v daném roce. Z osob, které nastoupily do léčby v r. 2009, byly u 6 % osob evidovány 2 pokusy, u 2 % osob 3 pokusy; maximální počet byly 4 nástupy téže osoby. Nejvyšší podíl opakovaných nástupů vykazala Fakultní nemocnice Ostrava, Drop-In o.p.s. v Praze, Jihočeské substituční centrum a Nemocnice s poliklinikou Mělník. Opakovaná přijetí, resp. ukončení léčby, která jim předchází, jsou nejčastěji důsledkem porušení léčebného režimu ze strany pacienta – dlouhodobě je opakované porušení terapeutické smlouvy důvodem 70 % všech případů ukončení léčby. Léčba byla během r. 2009 ukončena celkem 508krát (354 případů ukončení u mužů a 154 případů u žen) u 415 osob (288 mužů a 127 žen), což je o téměř 11 % méně než v r. 2008 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e) – tabulka 5-15.

Nejčastěji byli mezi nově nahlášenými zastoupeni klienti z Hl. m. Prahy (43 %), Ústeckého kraje (17 %) a Středočeského kraje (13 %). Naopak ojediněle byli zastoupeni klienti z krajů Plzeňského, Karlovarského, Libereckého, Pardubického, Olomouckého, Zlínského a z kraje Vysočina (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e).

tabulka 5-15: Vývoj léčených osob, nahlášených a ukončených případů léčby v NRULISL v r. 2000–2009 podle pohlaví (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e)

Rok	Počet léčených osob			Počet nových případů léčby			Počet ukončených případů léčby		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
2000	173	72	245	207	86	293	72	30	102
2001	369	164	533	374	167	541	261	107	368
2002	393	167	560	265	106	371	265	110	375
2003	557	232	789	499	183	682	345	115	460
2004	605	261	866	375	136	511	430	159	589
2005	578	247	825	438	150	588	395	135	530
2006	652	286	938	455	175	630	378	145	523
2007	719	319	1 038	403	157	560	378	143	521
2008	949	407	1 356	621	266	887	389	179	568
2009	1 089	466	1 555	530	225	755	354	154	508

5.3.5 Klienti rezidenční léčby

Užívání kombinace látek (dg. F19) bylo v r. 2009 opět nejčastější příčinou (tvořila téměř polovinu) hospitalizací uživatelů nelegálních drog v psychiatrických lůžkových zařízeních. Dalšími příčinami hospitalizací bylo užívání stimulantů (28 %) a opioidů (13 %). V dětských psychiatrických léčebnách byly příčinami hospitalizace užívání kombinace látek, těkavých látek, konopných drog a stimulantů. Téměř polovina hospitalizovaných uživatelů nelegálních drog byla ve věku 20–29 let a necelá čtvrtina ve věku 30–39 let, osoby ve věku do 20 let tvořily 16 % z celkového počtu hospitalizovaných uživatelů nelegálních drog. Z hlediska regionální distribuce bylo v souvislosti s drogami (bez tabáku) hospitalizováno nejvíce pacientů s trvalým bydlištěm v Ústeckém kraji (92 pacientů na 100 tisíc obyvatel kraje) a Hl. m. Praze (87). S odstupem následovaly kraje Liberecký (62), Středočeský (55) a Plzeňský (54). Počty pacientů podle hlavních diagnóz a typů psychiatrických zařízení v r. 2009 uvádí tabulka 5-16.

tabulka 5-16: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2009 podle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010c)

Diagnóza	Dětské psychiatrické léčebny			Psychiatrické léčebny pro dospělé			Psychiatrická oddělení nemocnic		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
F11 (opioidy)	0	0	0	262	108	370	209	108	317
F12 (konopné látky)	5	0	5	68	13	81	75	13	88
F13 (sedativa/hypnotika)	0	0	0	51	122	173	39	85	124
F14 (kokain)	0	0	0	0	3	3	1	1	2
F15 (ostatní stimulancia)	1	2	3	627	370	997	282	206	488
F16 (halucinogeny)	0	0	0	4	0	4	1	0	1
F18 (těkavé látky)	5	0	5	44	2	46	11	5	16
F19 (kombinace látek)	4	4	8	1 354	550	1 904	443	230	673
Drogy celkem (F11–19 bez F17)	15	6	21	2 410	1 168	3 578	1 061	648	1 709
F10 (alkohol)	0	0	0	5 348	2 164	7 512	1 500	1 014	2 514
F17 (tabák)	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Návykové látky celkem (F10-F19)	15	6	21	7 758	3 332	11 090	2 562	1 663	4 225

Trendy v počtu hospitalizovaných podle jednotlivých (skupin) drog se liší. V r. 2001 a 2002 došlo k výraznému poklesu počtu hospitalizací pro poruchy způsobené opioidy (F11), který s drobnými výkyvy přetrvával i v následujících letech. Počet hospitalizací pro poruchy způsobené kombinací látek (F19) dlouhodobě roste (2,6krát v letech 1997–2009), počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním stimulantů jiných než kokain (F15) se v období 1997–2009 zvýšil o více než dvě třetiny, od r. 2007 ale dochází k jejich mírnému poklesu. Počty hospitalizací pro poruchy způsobené ostatními drogami jsou řádově nižší, v r. 2009 došlo k jejich nárůstu, pouze u halucinogenů se počty hospitalizací snížily (Nechanská et al. 2010; Mravčík et al. 2010b; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010c) – tabulka 5-17.

tabulka 5-17: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 1997–2009 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010c)

Rok	Počet hospitalizací na diagnózu										Návykové látky celkem	Drogy (bez tabáku)
	F10 (alkohol)	F11 (opioidy)	F12 (konopné látky)	F13 (sedativa/hypnotika)	F14 (kokain)	F15 (ostatní stimulanty)	F16 (halucinogeny)	F17 (tabák)	F18 (těkavé látky)	F19 (kombinace látek)		
1997	10 188	1 170	48	162	7	892	26	6	139	991	13 629	3 435
1998	9 997	1 624	57	175	6	1 194	64	-	137	1 276	14 530	4 533
1999	9 511	2 069	60	152	9	1 082	39	-	110	1 222	14 254	4 743
2000	9 875	2 327	65	153	5	901	41	1	135	1 448	14 951	5 075
2001	10 176	2 079	79	164	5	814	33	1	106	1 496	14 953	4 776
2002	10 492	918	91	149	9	925	16	2	128	1 471	14 201	3 707
2003	11 068	989	112	154	13	986	15	6	153	1 611	15 107	4 033
2004	11 669	1 068	95	199	3	1 227	21	2	128	1 928	16 340	4 669
2005	11 691	981	115	223	9	1 222	15	1	92	2 058	16 407	4 715
2006	10 705	875	147	240	7	1 564	5	2	103	2 134	15 782	5 075
2007	10 514	889	148	219	3	1 638	12	-	75	2 355	15 853	5 339
2008	10 360	713	161	270	3	1 524	13	4	48	2 528	15 624	5 260
2009	10 026	687	174	297	5	1 488	5	2	67	2 585	15 336	5 308

RVKPP v r. 2009 v rámci dotačního řízení podpořila 10 terapeutických komunit (TK), od nichž jsou k dispozici údaje o počtu klientů a poskytnutých služeb ze závěrečných zpráv zařízení – tabulka 5-18.

Kapacita těchto 10 TK byla 160 lůžek a pobyt v nich absolvovalo 394 uživatelů drog, jejichž průměrný věk byl 26,6 roku. Celkem 343 (87,1 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 276 (70,1 %) klientů užívalo pervitin a 74 (18,8 %) opiáty (z toho 69 heroin a 5 nelegálně získaný buprenorfin). Úspěšně dokončilo léčebný program 93 (26,6 %) klientů a průměrná délka úspěšné (dokončené) léčby byla 309 dní. Předčasně ukončilo léčbu 163 (41,4 %) klientů, z toho 35 % do 3 měsíců po započetí léčby. Průměrná délka léčby všech klientů byla 181 dní. Srovnání let 2003–2009 uvádí tabulka 5-18.

tabulka 5-18: Terapeutické komunity a jejich klienti v r. 2003–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet komunit	17	14	12	12	11	10	10
Kapacita zařízení	238	218	183	185	169	138	160
Počet klientů	510	546	491	451	472	427	394
– z toho injekčních uživatelů	428	429	400	375	347	326	343
– z toho uživatelů pervitinu	270	306	287	281	291	283	276
– z toho uživatelů heroínu	187	151	132	93	66	67	69
Průměrný věk klientů	23,4	24,2	24,9	25,1	24,2	23,8	26,6

Od počátku r. 2007 probíhá v pěti terapeutických komunitách, které jsou sdruženy v *Sekci terapeutických komunit A.N.O.*, výzkumná studie *Evaluace výsledků léčby v terapeutické komunitě pro uživatele drog*, která by měla být ukončena v r. 2010 – analýzu vzorku při vstupu do studie a další informace o studii uvádí blíže VZ 2008.

6 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

V r. 2009 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi (injekčními) uživateli drog – promořenost HIV je stále hluboko pod 1 %. V r. 2009 bylo nově identifikováno 7 HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog, což je méně než v r. 2007 a 2008 a hlášená incidence HIV se tak vrátila k příznivým hodnotám z dřívějších let (celková incidence HIV v ČR však stoupá zejména vlivem šíření infekce ve skupině homosexuálních mužů). Také počet nově hlášených případů VHB a VHC u injekčních uživatelů drog v posledních letech klesá, prevalence VHC mezi uživateli drog se v závislosti na charakteristikách a výběrových kritériích vyšetřovaného vzorku pohybuje od přibližně 20 % v nízkoprahových programech do 40 % ve věznicích. Relativně nejvyšší výskyt infekcí byl zaznamenán mezi vězněnými injekčními uživateli drog (např. u HIV byla v r. 2009 zjištěna prevalence přes 2 %), výsledky je však hodnotit opatrně vzhledem k možné výběrové chybě.

Poprvé jsou za r. 2009 k dispozici údaje o nových případech pohlavně přenosných infekcí u injekčních uživatelů drog. V posledních letech je patrný rostoucí trend výskytu syfilis u injekčních uživatelů drog, v r. 2009 u nich bylo hlášeno 103 případů syfilis (tj. 10 % ze všech hlášených případů), u 17 % z nich byla současně zjištěna prostituce (jednalo se zejména o ženy).

Podíl injekční aplikace mezi uživateli pervitinu a opiátů dlouhodobě pozvolna klesá, stále se však jedná o většinu jejich uživatelů v kontaktu s poradenskými nebo léčebnými institucemi.

V r. 2009 došlo meziročně k mírnému nárůstu případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (celkem 49 případů) a v posledních dvou letech tak lze pozorovat mírně rostoucí trend. Meziročně vzrostl zejména počet smrtelných předávkování opiáty z 15 případů v r. 2008 na 20 případů v r. 2009; počet případů smrtelných předávkování pervitinem a těkavými látkami zůstal prakticky na stejné úrovni. Po několika letech nulového výskytu byl zaznamenán výskyt tří případů smrtelných předávkování (novými) syntetickými drogami. Kokain byl přítomen u dvou úmrtí klasifikovaných jako předávkování pervitinem. Ve střednědobém horizontu je patrný rostoucí počet případů nepřímých úmrtí (tj. úmrtí z jiných příčin než předávkování, zejména v důsledku nehod a sebevražd) s nálezem pervitinu a THC, i když ty v r. 2009 zůstaly na úrovni r. 2008.

Poprvé jsou ve výroční zprávě prezentovány údaje o výskytu smrtelných předávkování drogami z obecného registru mortality ČR (informačního systému *Zemřelí*). I přes metodologické těžkosti spojené s výběrem případů je v posledních 3 letech patrný rostoucí trend počtu smrtelných předávkování drogami v obecném registru mortality.

Podle evidence dopravní policie se v r. 2009 dále zvýšil počet a podíl nehod zaviněných pod vlivem alkoholu a drog i počet osob usmrčených při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu. Roste také počet i podíl zemřelých při nehodách pod vlivem dalších drog, ovšem jejich počet vykazovaný policií je stále mnohem nižší než ukazují výsledky pitev zemřelých při dopravních nehodách vyšetřovaných na odděleních soudního lékařství.

6.1 Infekce spojené s užíváním drog

6.1.1 Hlášená incidence HIV/AIDS, virových hepatitid a pohlavních nemocí

Do r. 2006 bylo v ČR ročně hlášeno 2–8 nových případů HIV infekce mezi injekčními uživateli drog (IUD) a 1–2 případy ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální styk. V r. 2007 bylo hlášeno 17 a o rok později 12 případů HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog. V r. 2009 se situace v oblasti nově diagnostikovaných případů HIV infekce mezi injekčními uživateli drog v ČR vrátila k hodnotám z předchozích let – bylo evidováno celkem 7 případů, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog. K 31. prosinci 2009 bylo v ČR evidováno celkem 1344 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 65 IUD a 25 dalších osob je ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální styk (Státní zdravotní ústav Praha, 2010b) – tabulka 6-1.

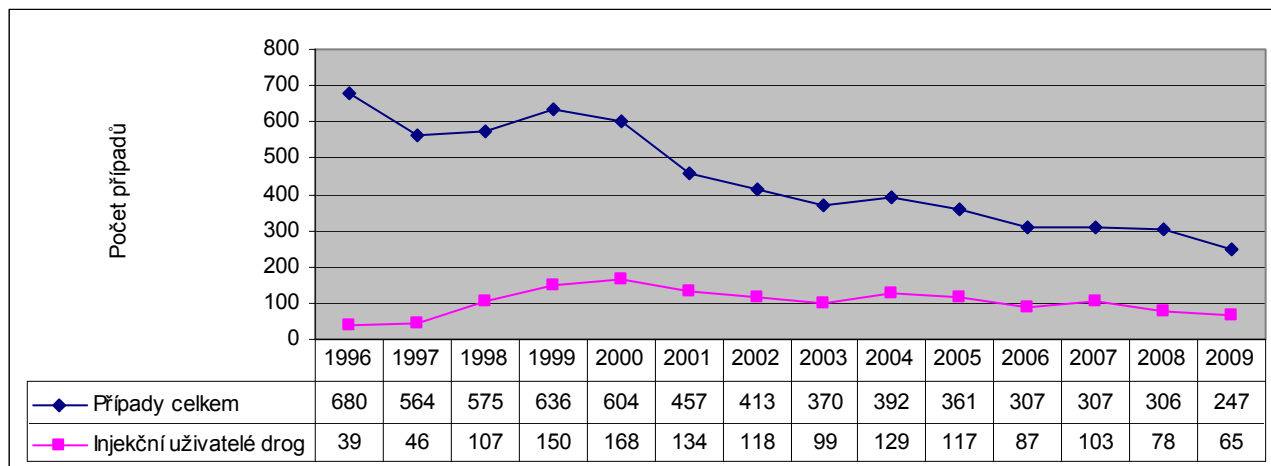
tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2009 podle jednotlivých let a způsobu přenosu (Státní zdravotní ústav Praha, 2010b)

Způsob přenosu (riziková skupina)	1985–2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Celkem	
								Počet	%
Homo/bisexuální styk	356	30	52	54	72	88	102	754	56,1
Heterosexuální styk	209	31	29	26	28	45	41	409	30,4
IUD	26	7	4	4	12	8	4	65	4,8
IUD a homo/bisexuální styk	10	1	1	1	5	4	3	25	1,9
Ostatní	37	0	0	0	0	0	0	37	2,8
Nezjištěno	27	3	4	6	4	3	7	54	4,0
Celkem	665	72	90	91	121	148	157	1 344	100,0

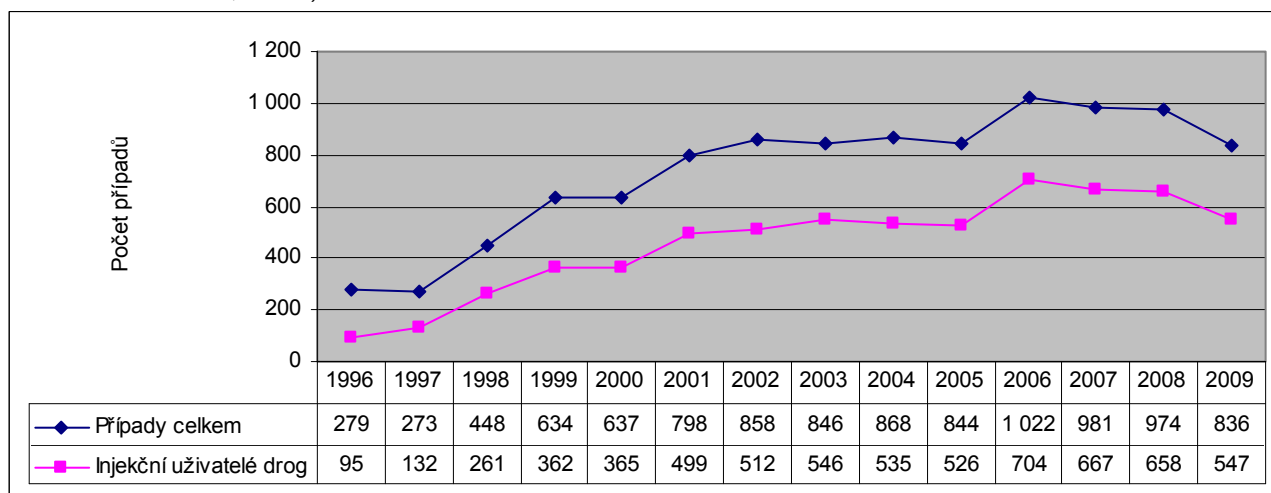
Pozn.: Počet případů se průběžně upravuje i za minulá léta – úpravy vyplývají ze zjištěných duplicit a z dodatečného upřesnění informací o způsobu přenosu.

V r. 2009 došlo v celostátním systému povinného hlášení infekčních onemocnění EPIDAT k dalšímu poklesu nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB, dg. B16) i typu C (VHC, dg. B17.1 a B18.2), a to jak případů celkem, tak u injekčních uživatelů drog (Státní zdravotní ústav Praha, 2010a) – viz graf 6-1 a graf 6-2.

graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2009 (Státní zdravotní ústav Praha, 2010a)

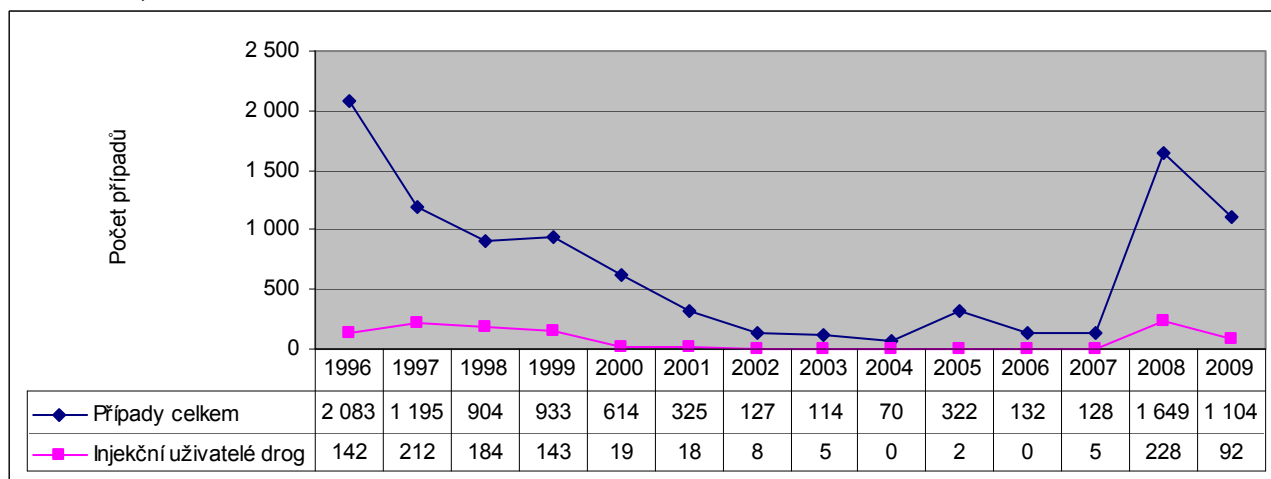


graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2009 (Státní zdravotní ústav Praha, 2010a)



Po epidemii virové hepatitidy typu A (VHA, dg. B15), která probíhala zejména v Praze a poté ve středních Čechách od konce května 2008 (zpočátku zejména mezi injekčními uživateli drog), přetrvával zvýšený výskyt VHA v r. 2009 (Státní zdravotní ústav Praha, 2010a) – graf 6-3.

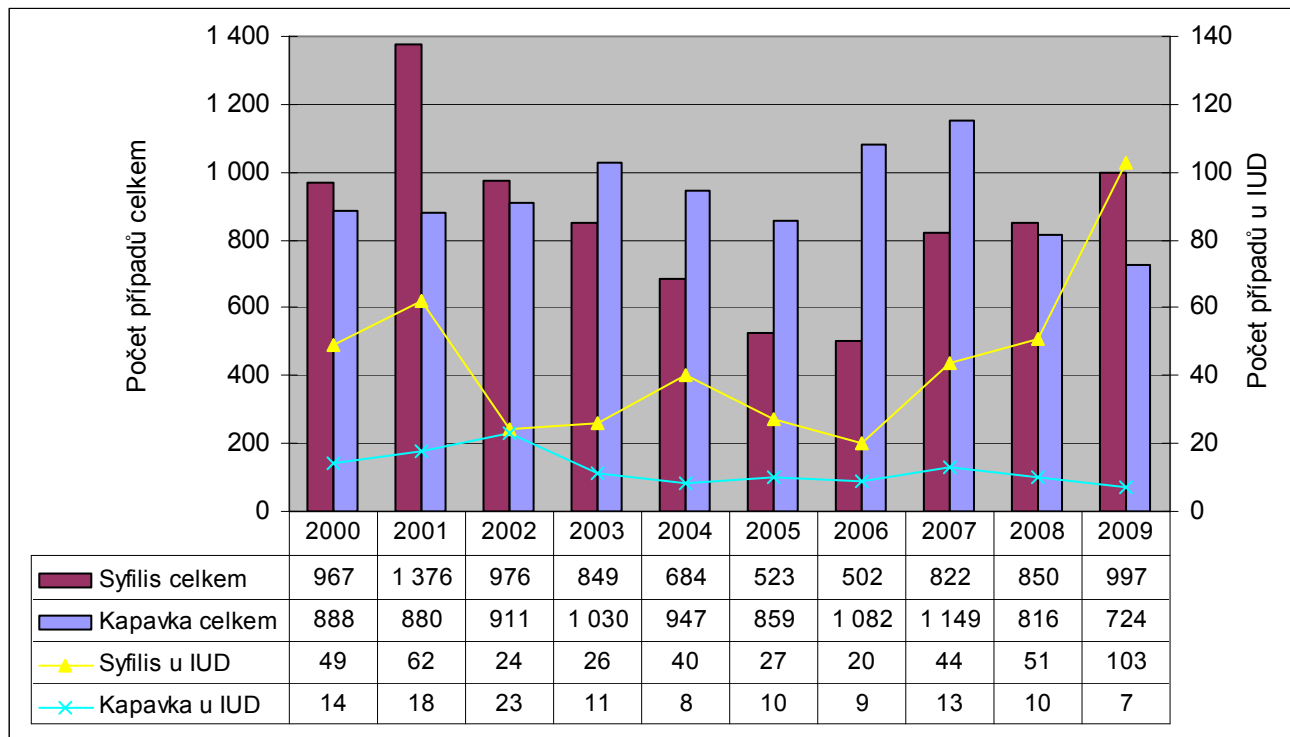
graf 6-3: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2009 (Státní zdravotní ústav Praha, 2010a)



Letos poprvé jsou ve výroční zprávě publikovány údaje z Národního registru pohlavních nemocí (NRPN). Povinné hlášení se vyplňuje za všechny osoby, u kterých se zjistilo onemocnění pohlavní nemocí, úmrtí na pohlavní nemoc

a podezření z onemocnění nebo nákazy pohlavní nemocí na území ČR. Povinnému hlášení ze všech zdravotnických zařízení podléhají syfilis (dg. A50 až A53), kapavka (dg. A54), lymphogranuloma venereum (dg. A55) a ulcus molle (A57). Jako rizikové faktory jsou zjišťovány mimo jiné injekční užívání drog a prostituce. Vývoj počtu hlášených případů celkem a u injekčních uživatelů drog (IUD) u syfilisu a kapavky ukazuje graf 6-4. Od r. 2006 je patrný zejména nárůst případů syfilisu, který se týká i IUD. V r. 2009 IUD tvořili 10,3 % případů syfilisu a 1,0 % případů kapavky (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010g).

graf 6-4: Hlášená incidence syfilisu a kapavky celkem a u injekčních uživatelů drog (IUD) v ČR v r. 2000–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010g)



Celkově se pohlavní onemocnění vyznačují výrazně vyšším výskytem u mužů než u žen, a to v průměru za sledované období o 29 % u syfilisu a více než dvojnásobně u kapavky. U IUD byl počet žen nakažených syfilisem vyšší než počet mužů (o 14 %), oproti tomu u kapavky bylo mužů o 37 % více než žen. V letech 2000–2009 tvořilo časné stadium syfilisu (dg. A51) více než 42 % případů, u IUD to byly více než dvě třetiny případů. U kapavky se v 88 % jednalo o akutní formu, u IUD bylo diagnostikováno jako akutní 81 % případů.

Data o výskytu rizikového chování u hlášených případů pohlavních nemocí ukazují na poměrně vysoký současný výskyt prostituce a injekčního užívání drog. V letech 2000–2009 bylo injekční užívání drog zjištěno u celkem 14,6 % případů syfilisu a kapavky u komerčních sexuálních pracovníků a u 16,9 % IUD (především se jednalo o ženy) byla současně zjištěna prostituce – tabulka 6-2.

tabulka 6-2: Výskyt komerčních sexuálních pracovníků (KSP) a injekčních uživatelů drog (IUD) u hlášených případů syfilisu a kapavky v r. 2000–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010g)

Infekce	Počet hlášených případů				Podíl (%)	
	Celkem	KSP	IUD	- z toho KSP i IUD	IUD na KSP	KSP na IUD
Syfilis	8 546	449	446	83	18,5	18,6
Kapavka	9 286	207	123	13	6,3	10,6
Celkem	17 833	656	569	96	14,6	16,9

Od prosince 2009 byl v Evropě zaznamenán výskyt nákazy antraxem u injekčních uživatelů heroínu⁶³. V ČR nebyl dosud evidován žádný případ antraxu ani jiné infekce vyvolané sporulujícími bakteriemi (tetanu, botulizmu či plynatě sněti), ke kterému by došlo cestou injekční aplikace drog⁶⁴.

V kapitole Intervence ve věznicích (str. 95) jsou uvedeny informace o onemocnění a léčbě VHB, VHC a HIV mezi vězňenými osobami včetně uživatelů drog.

⁶³ K 22. červenci 2010 bylo ve Skotsku, Anglii a Německu evidováno celkem 52 případů antraxu u IUD, z toho 15 smrtelných. Blíže viz http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/varovani_nove_drogy/vyskyt_antraxu_u_uzivatelu_heroinu_ve_skotsku_anglii_a_nemecku.

⁶⁴ Komunikace s orgány ochrany veřejného zdraví (MZ, SZÚ Praha), srpen 2010.

6.1.2 Prevalence infekcí mezi uživateli drog

V r. 2009 bylo v ČR podle *Národní referenční laboratoře pro AIDS Státního zdravotního ústavu v Praze (NRL AIDS)* provedeno celkem 906 870 laboratorních vyšetření HIV u občanů ČR a rezidentů, z toho bylo 157 (0,17 %) s pozitivním výsledkem, u IUD⁶⁵ bylo provedeno 806 vyšetření s jedním pozitivním výsledkem (1,2 %); počet testů provedených IUD se v r. 2009 opět snížil, zejména díky absenci testů ze slin, a dosáhl nejnižší hodnoty za sledované období (Státní zdravotní ústav Praha, 2010b) – tabulka 6-3⁶⁶.

tabulka 6-3: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v r. 1994–2009 (Státní zdravotní ústav Praha, 2010b)

Rok	Testy z krve		Testy ze slin		Celkem	
	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních
1994–1997	1 206	1	895	0	2 101	1
1998	1 034	0	1 124	0	2 158	0
1999	1 101	0	1 219	0	2 320	0
2000	1 090	0	1 001	0	2 091	0
2001	1 208	1	961	0	2 169	1
2002	801	0	735	1	1 536	1
2003	985	1	652	0	1 637	1
2004	1 382	0	227	0	1 609	0
2005	925	1	449	1	1 374	1*
2006	994	1	412	0	1 406	1
2007	845	1	531	1	1 376	2
2008	886	1	477	0	1 363	1
2009	806	1	0	0	806	1
Celkem	13 263	8	8 683	3	20 540	10

Pozn.: * Jedná se o případ, který byl identifikován slinným testem a posléze potvrzen z krve.

Od r. 2004 probíhá monitoring testování infekcí u IUD v nízkoprahových programech, výsledky za r. 2009 byly získány prostřednictvím internetového dotazníku v červenci až srpnu 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010c). Odpovědělo celkem 20 nízkoprahových programů, z toho 13 kontaktních center, 5 terénních programů a 2 programy současně provozujících kontaktní centrum i terénní program. Výsledky uvádí tabulka 6–4. Vzhledem k velmi nízké účasti nízkoprahových programů v dotazníkovém šetření je velmi obtížné získané výsledky zobecňovat. Nicméně i tyto výsledky naznačují velmi nízký výskyt HIV infekce i VHC mezi injekčními uživateli drog⁶⁷.

tabulka 6-4: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na infekce v nízkoprahových zařízeních v r. 2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010c)

Infekce	Druh testu*	Počet programů	Počet testů		Počet osob		
			Celkem	Pozit.	Celkem	Pozit.	Pozit. (%)
HIV	Test ze slin**	–	–	–	–	–	–
	Rychlý test z kapilární krve	8	414	1	395	1	0,3
	Rychlý test z kapilárního séra	4	79	0	68	0	0,0
	Laboratorní test ze žilního séra	1	5	0	5	0	0,0
	Celkem	12	498	0	468	0	0,0
VHC	Rychlý test z kapilární krve	1	5	0	5	0	0,0
	Rychlý test z kapilárního séra	10	387	76	343	76	22,2
	Laboratorní test ze žilního séra	1	5	3	5	3	60,0
	Celkem	10	397	0	353	79	22,4
VHB	Laboratorní test ze žilního séra	1	5	0	5	0	0,0
Syfilis	Rychlý test z kapilární krve	3	253	19	244	19	7,8
	Laboratorní test ze žilního séra	1	4	2	4	2	50,0
	Celkem	3	257	0	248	21	8,5

Pozn.: * Zjišťují se výsledky testů dlouhodobě přetrvávajících protilátek. ** Slinné testy nebyly v r. 2009 k dispozici.

⁶⁵ Jedná se o případy, kdy je informace o užívání drog známa před testem či je uváděným důvodem jeho provedení.

⁶⁶ V této tabulce jsou uvedeny pouze testy provedené v laboratořích ČR s explicitním popisem, že důvodem testu je injekční užívání drog. Injekční uživatelé drog mohou být testováni i z mnoha jiných důvodů, přičemž se až zpětně zjistí, že jde o injekčního uživatele drog. V r. 2009 byli nově zjištěni celkem 4 HIV pozitivní injekční uživatelé drog, z toho 3 při testu z důvodu klinických příznaků onemocnění. Ze 3 mužů, kteří mají v roce 2009 uvedenu kategorii homo/bisexuální styk a IUD, byl 1 vyšetřen na vlastní žádost, 1 v souvislosti s prostitucí a 1 pro klinickou diagnózu.

⁶⁷ Je třeba vzít v úvahu, že zčásti jde o orientační testy a že nabídky testování využívají hlavně noví, tedy v menší míře infikovaní klienti.

Trend počtu nízkoprahových zařízení, která testovala sledované infekce, a počty provedených testů podle informací ze závěrečných zpráv projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP uvádí tabulka 7-6 (str. 79) v kapitole Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog.

Údaje o testování infekcí a výsledcích tohoto testování sleduje i *Registr žádostí o léčbu* (Studničková, 2010). Jedná se o informace od samotných klientů případně o údaje z jejich dokumentace; zahrnuté jsou pouze výsledky testů se známým výsledkem – tabulka 6-5. Data, i když jejich vypovídací hodnota je omezená, indikují stabilní a v posledních letech spíše klesající výskyt infekcí mezi uživateli drog.

tabulka 6-5: Výsledky testování žadatelů o léčbu na HIV, VHA, VHB a VHC podle jejich vlastních výpovědí v r. 2003–2009 (Studničková, 2010)

Infekce		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HIV	Celkem testováno	2 471	2 483	2 253	2 196	1 905	2 332	2 558
	Pozitivní v %	0,8	0,4	0,2	0,5	0,3	0,6	0,5
VHA	Celkem testováno	2 132	2 059	1 931	1 997	1 774	2 271	2 307
	Pozitivní v %	7,1	5,5	4,5	3,3	3,3	8,4	6,1
VHB	Celkem testováno	2 504	2 581	2 332	2 290	2 004	2 463	2 553
	Pozitivní v %	11,2	9,9	10,1	10,0	8,4	8,9	8,3
VHC	Celkem testováno	2 884	2 913	2 577	2 497	2 168	2 636	2 852
	Pozitivní v %	31,5	33,6	35,0	32,6	31,0	32,0	29,8

Za první pololetí 2010 jsou k dispozici výsledky testování vězňů injekčních uživatelů drog (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010d). Výběr vězňů není reprezentativní, je proto nutná opatrnost při zobecňování výsledků. Výsledky nicméně naznačují vyšší výskyt infekcí mezi vězni ve srovnání s dostupnými výsledky studií a monitorovacích systémů zaměřených na uživatele drog v zařízeních civilního sektoru – zejména výskyt HIV je (i když se jedná o nízké počty vyšetřených) relativně vysoký – tabulka 6-6.

tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC ve vězení v 1. pololetí 2010 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010d)

Infekce	Testovaný ukazatel	Nástup do VTOS	Nástup do VV	V průběhu VTOS	Celkem	
HIV	Celkem testováno	24	56	88	168	
	Pozitivních	2	2	0	4	
	Pozitivních (%)	8,3	3,6	0,0	2,4	
VHB	HBsAg*	Celkem testováno	575	392	833	1 800
		Pozitivních	87	51	134	272
		Pozitivních (%)	15,1	13,0	16,1	15,1
	anti-HBc IgG**	Celkem testováno	496	311	603	1 410
		Pozitivních	70	30	128	228
		Pozitivních (%)	14,1	9,6	21,2	16,2
VHC	anti-HCV	Celkem testováno	848	486	812	2 146
		Pozitivních	359	214	319	892
		Pozitivních (%)	42,3	44,0	39,3	41,6

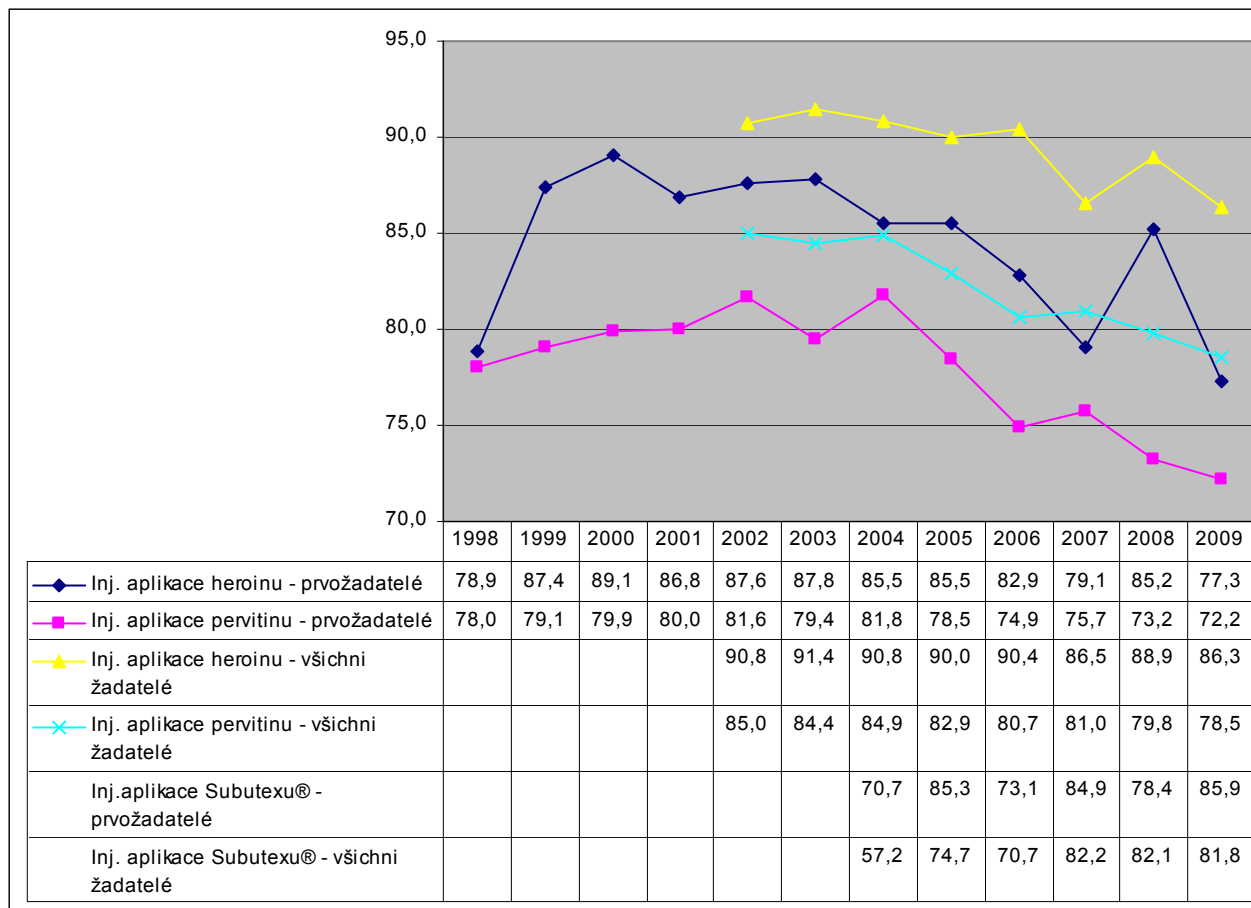
Pozn.: VTOS – výkon trestu odnětí svobody, VV – výkon vazby. * Antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci, ** protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravení.

V rámci studentské práce byl sledován soubor injekčních uživatelů pervitinu a heroínu, kteří nastoupili do léčby v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr ve 2. pololetí 2009. Vzorek zahrnoval celkem 135 osob, z toho bylo 84 mužů. Podle primární drogy se jednalo ve 104 případech o uživatele pervitinu, v 31 případech o uživatele heroínu. Výskyt protilátek proti viru VHC (anti-HCV) byl zjištěn u 34,8 % případů (Borská, 2010).

6.1.3 Rizikové chování uživatelů drog

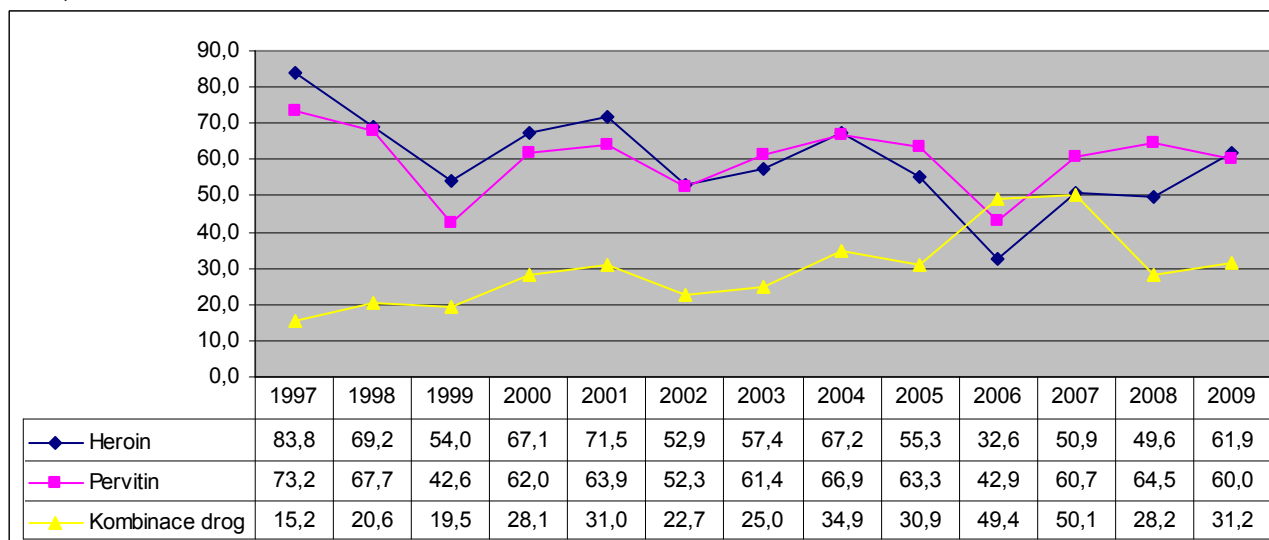
Dlouhodobě dochází k mírnému poklesu podílu injekční aplikace mezi prvožadatelé o léčbu v souvislosti s užíváním heroínu a pervitinu; injekční aplikace je rovněž nejčastější formou aplikace mezi uživateli Subutexu® – vývoj v r. 1998–2009 zachycuje graf 6-5. Kokain je v ČR užíván téměř výhradně šňupáním (4 z celkem 38 uživatelů kokainu uvedli injekční aplikaci při žádosti o léčbu); v souvislosti s užíváním cracku nebyla v r. 2009 zaznamenána žádná žádost o léčbu (Studničková and Petrášová, 2010).

graf 6-5: Vývoj podílu injekční aplikace u prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu, Subutexu® a pervitinu, v % (Studničková and Petrášová, 2010)



Vývoj podílu injekčních uživatelů mezi pacienty – uživateli heroinu, pervitinu a polyvalentních uživatelů (F19) v živé kartotéce (tj. ošetřených alespoň jednou v daném roce) ambulantních psychiatrických zařízení ukazuje graf 6-6 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010b). Podíl injekční aplikace mezi uživateli heroinu a pervitinu dlouhodobě klesá a je nižší než v *Registru žadatelů o léčbu* (graf 6-5). Rostoucí podíl injekčních uživatelů drog mezi uživateli kombinace drog (F19) je pravděpodobně odrazem nárůstu uživatelů pervitinu a opiátů kombinujících tyto drogy navzájem či s jinými drogami.

graf 6-6: Vývoj podílu injekční aplikace u uživatelů heroinu, pervitinu a polyvalentních uživatelů (F19) v živé kartotéce psychiatrických ambulancí v letech 1997–2009, v % (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010b)



Trend v podílu injekčních uživatelů žádajících o léčbu, kteří uvádějí sdílení jehel a stříkaček, osciluje kolem 40 % – tabulka 6-7.

tabulka 6-7: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v r. 2002–2009 (Studničková, 2010)

Rok	Počet IUD	Počet sdílejících	Sdílející v %
2002	6 437	2 590	40,2
2003	5 901	2 356	39,9
2004	6 314	2 725	43,2
2005	5 769	2 421	42,0
2006	5 860	2 313	39,5
2007	5 338	2 139	40,1
2008	5 766	2 057	35,7
2009	6 012	2 263	37,6

6.2 Další poruchy spojené s užíváním drog

6.2.1 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích⁶⁸ je založen na systému provozovaném hygienickou službou, data sbírá centrálně Hygienická stanice hl. m. Prahy. Přetrvávají značné regionální rozdíly v systému sběru dat⁶⁹. Hlášení do systému poskytují různé typy zdravotnických zařízení, zejména pracoviště záchranné služby. V r. 2009 bylo zaznamenáno 1018 případů nefatálních intoxikací drogami, trend popisuje tabulka 6-8.

tabulka 6-8: Nefatální intoxikace drogami v ČR v r. 2001–2009 (Studničková and Petrášová, 2010)

Droga	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Pervitin	163	191	149	180	222	231	343	364	187
Heroin	285	176	152	179	244	149	190	166	122
Metadon	2	6	3	2	10	7	2	1	1
Subutex®	–	–	2	12	14	18	32	7	0
Ostatní opiáty	16	23	22	20	19	21	40	17	42
Benzodiazepiny	137	89	157	126	153	124	139	113	180
Jiná sedativa, hypnotika	195	137	82	103	88	107	125	135	127
Konopné látky	63	101	90	84	73	72	127	108	105
Těkavé látky	75	58	69	64	48	28	31	9	33
Psilocybin	15	7	4	10	6	5	10	9	7
Kokain, crack	4	2	6	5	7	8	1	7	2
Durman	4	0	0	0	1	0	1	5	2
LSD	3	2	3	7	3	5	7	4	13
MDMA	15	4	8	3	8	12	12	3	1
Jiné známé drogy a léky	182	179	100	92	111	89	124	140	173
Ostatní, neznámo	24	25	34	65	186	78	71	58	23
Celkem	1 183	1 000	881	952	1 193	954	1 255	1 146	1 018

6.2.2 Psychiatrická a somatická komorbidita uživatelů drog

Za r. 2009 nejsou k dispozici žádná nová data.

6.2.3 Drogy a dopravní nehody

Od r. 2003 jsou analyzovány nálezy etanolu a ostatních drog⁷⁰ u zemřelých účastníků dopravních nehod pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR – blíže kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 69). Zvláště se sledují tzv. aktivní účastníci dopravních nehod (chodci, cyklisté a řidiči)⁷¹. Výsledky za r. 2008 (blíže viz také VZ 2008) byly časopisecky publikovány (Mravčík et al. 2010). Analyzovaný soubor tvořilo 1040 zemřelých účastníků dopravních nehod, z toho 387 řidičů. Zemřelí řidiči byli na etanol pozitivní ve 29,2 %, na jednu nebo více ostatních sledovaných psychoaktivních látek ve 12,7 %, z toho nejčastěji na stimulancia (pervitin) v 9,2 % a kanabinoidy v 6,2 %. U řidičů dodávky, nákladního automobilu nebo autobusu (tj. v podstatě řidičů z povolání) byl s výjimkou jednoho nálezu pervitinu (6,7 % z této podskupiny) nulový výskyt etanolu i dalších drog. Pozitivní na etanol byli

⁶⁸ V rámci tohoto systému jsou hlášeny případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících urgentní hospitalizaci.

⁶⁹ Na trendech hlášených případů se výrazně podílejí změny v síti hlásících zařízení – např. od r. 2007 jsou k dispozici údaje ze záchranné služby Středočeského kraje; v r. 2007 a 2008 nebyl z krajů Jihomoravského a Královéhradeckého a v r. 2009 z krajů Jihočeského, Jihomoravského a z Vysočiny nahlášen žádný případ; od 30. června 2009 byl v Praze omezen sběr dat.

⁷⁰ Za pozitivní jsou u etanolu považovány případy s hladinou vyšší než 0,2 g/kg (Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie, 1999), u konopných látek případy, kde je prokázán THC nebo jeho aktivní metabolit (nikoliv tedy např. THC-COOH), a u těkavých látek nález těch látek, které nevznikají posmrtně nebo nejsou prokazovány u některých fyziologických nebo patologických stavů (jako např. aceton, acetaldehyd, n-propanol, n-butanol).

⁷¹ Do kategorie ostatní jsou zařazeni především spolujezdci v motorových vozidlech a zemřelí nepatřící do předchozích 3 kategorií (jiné než silniční dopravní nehody, např. nehody letadla, nehody na staveništích, cestující v prostředcích hromadné dopravy apod.).

nejčastěji zemřeli muži ve věku kolem 40 let, na stimulancia a konopné látky osoby ve věku 30, resp. 25 let bez rozdílu pohlaví. Celkem bylo v celém souboru z r. 2008 identifikováno 146 zemřelých aktivních účastníků silničního provozu pozitivních na etanol (z toho 59 řidičů) a 45 pozitivních na nějakou ze sledovaných OPL (z nich 27 řidičů).

V r. 2009 zemřelo podle údajů z oddělení soudního lékařství při dopravních nehodách nebo na jejich následky 914 osob, z toho 508 (56 %) bylo toxikologicky vyšetřeno⁷², což je obdobný podíl jako v letech minulých. Největší podíl pozitivních výsledků byl zjištěn u etanolu. U tří nejčastějších nealkoholových drog došlo k meziročnímu poklesu u podílu pozitivních nálezů u pervitinu a konopných drog a k nárůstu naopak u benzodiazepinů – tabulka 6-9. Nálezy kokainu a těkavých látek byly v r. 2009 nulové, u barbiturátů a opiátů nepřesáhly 2 % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010). Celkem bylo v celém souboru z r. 2009 identifikováno 109 zemřelých aktivních účastníků silničního provozu pozitivních na etanol (z toho 46 řidičů) a 33 pozitivních na nějakou ze sledovaných OPL (z nich 22 řidičů).

tabulka 6-9: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v r. 2003–2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010)

Droga	Rok	Kategorie zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod							
		Chodci		Cyklisté		Řidiči		Celkem	
		Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)
Etanol	2003	141	51,8	50	40,0	203	32,0	394	40,1
	2004	150	48,7	44	29,5	209	23,9	403	33,7
	2005	148	45,3	35	34,3	198	18,7	381	30,4
	2006	102	55,9	35	37,1	164	26,2	301	37,5
	2007	130	50,8	44	40,9	215	20,9	389	33,2
	2008	139	51,8	40	37,5	202	29,2	381	38,3
	2009	114	50,9	30	16,7	184	25,0	328	33,2
Stimulancia (vč. pervitinu a extáze)	2003	91	1,1	27	0,0	152	3,3	270	2,2
	2004	109	1,8	23	0,0	170	1,8	302	1,7
	2005	103	1,9	17	0,0	148	0,7	268	1,1
	2006	79	1,3	15	0,0	125	7,2	219	4,6
	2007	107	0,9	27	0,0	223	5,8	357	3,9
	2008	121	3,3	21	0,0	195	9,2	337	6,5
	2009	84	3,6	18	0,0	175	5,1	277	4,3
Konopné látky (aktivní metabolity THC)	2003	70	2,9	21	0,0	101	4,0	192	3,1
	2004	44	2,3	14	0,0	100	0,0	158	0,6
	2005	54	1,9	11	0,0	94	3,2	159	2,5
	2006	53	11,3	8	12,5	91	4,4	152	7,2
	2007	61	3,3	11	0,0	154	4,5	226	4,0
	2008	60	6,7	13	0,0	130	6,2	203	5,9
	2009	49	4,1	9	0,0	125	1,6	183	2,2
Benzodiazepiny	2003	89	3,4	28	7,1	150	2,0	267	3,0
	2004	109	5,5	23	4,3	172	2,9	304	3,9
	2005	103	2,9	17	5,9	147	4,1	267	3,7
	2006	81	2,5	15	0,0	127	3,9	223	3,1
	2007	114	7,0	30	3,3	223	5,8	367	6,0
	2008	135	5,2	24	12,5	204	2,0	363	3,9
	2009	99	6,1	22	13,6	189	4,2	310	5,5
Jakákoliv droga mimo etanol	2003	108	7,4	35	11,4	171	6,4	314	7,3
	2004	117	9,4	26	7,7	181	5,5	324	7,1
	2005	110	8,2	19	5,3	158	7,0	287	7,3
	2006	84	9,5	18	5,6	133	12,8	235	11,1
	2007	122	9,0	30	6,7	233	13,7	385	11,7
	2008	142	10,6	29	10,3	213	12,7	384	11,7
	2009	100	8,0	22	13,6	191	11,5	313	10,5

⁷² Tj. vyšetřeno na etanol nebo na některou drogu z těchto skupin: těkavé látky, opiáty, stimulancia, konopné látky, kokain, benzodiazepiny, barbituráty.

Informace o vlivu alkoholu a jiných drog na nehodovost na pozemních komunikacích evidované policií uvádí tabulka 6-10. Podle těchto údajů se v r. 2009 zvýšil počet a podíl nehod zaviněných pod vlivem alkoholu a drog a počet usmrčených při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu. Roste také počet zemřelých při nehodách pod vlivem drog, ovšem ten je stále mnohem nižší, než ukazují výsledky pitev zemřelých při dopravních nehodách vyšetřovaných na odděleních soudního lékařství (viz výše).

tabulka 6-10: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v r. 2003–2009 – vliv alkoholu a jiných drog (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2010)

Rok	Nehody					Usmrcení při nehodách				
	Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem léků a jiných drog		Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem léků a jiných drog	
	Počet	Počet	%	Počet	%	Počet	Počet	%	Počet	%
2003	195 851	9 076	4,9	39	0,02	1 319	111	8,5	0	0,0
2004	196 484	8 445	4,5	53	0,03	1 215	59	4,9	1	0,1
2005	199 262	8 192	4,3	60	0,03	1 127	59	5,2	0	0,0
2006	187 965	6 807	3,8	64	0,03	956	42	4,3	1	0,1
2007	182 736	7 266	4,3	78	0,04	1 123	36	3,2	2	0,2
2008	160 376	7 252	4,8	109	0,07	992	80	8,1	1	0,1
2009*	74 815	5 725	8,1	137	0,18	832	123	14,9	6	0,7

Pozn.: * Od 1. ledna 2009 se zvýšila hranice pro povinné hlášení nehody policii z původních 50 000 Kč na 100 000 Kč.

Dopravní policie provádí od r. 2007 testování na OPL pomocí orientačních testů ze slin⁷³. Je-li výsledek orientačního testu pozitivní, je nutné provést odborné lékařské a následné toxikologické vyšetření. V r. 2007 bylo provedeno celkem 2758 orientačních testů, z toho bylo 347 pozitivních (12,6 %), nejčastěji se jednalo o drogy amfetaminového typu (152 případů), dále o konopné látky (81), extázi (15), opiáty (6) a halucinogeny (1); více drog současně bylo nalezeno u 77 případů. V r. 2008 bylo provedeno 8511 orientačních testů, z toho bylo 794 pozitivních (9,3 %). Kompletní výsledky za r. 2009 nejsou k dispozici, nicméně bylo zjištěno 1149 případů požití OPL a 13 767 případů požití alkoholu (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2010).

Údaje o úmrtích z dalších příčin (včetně nehod a úrazů celkem) pod vlivem drog jsou uvedeny níže v kapitole Úmrtí za přítomnosti drog (str. 71), údaje o výskytu užívání drog mezi řidiči (řízení pod vlivem drog) uvádí kapitola Užívání drog ve specifických skupinách populace (str. 30).

6.3 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

6.3.1 Drogová úmrtí ve Speciálním registru mortality

V ČR jsou povinně soudním lékařem prováděny pitvy všech náhlých úmrtí v případech, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a všech násilných úmrtí (tj. všech úrazů a otrav). Od r. 1998 jsou rutinně sledována přímá drogová úmrtí (smrtná předávkování) a od r. 2003 také nepřímá úmrtí (za přítomnosti drog) prostřednictvím speciálního registru vedeného na všech odděleních soudního lékařství za úzké spolupráce NMS a Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČLS JEP (SSLST). Za r. 2009 byla podrobná data získána ze 14 oddělení⁷⁴, na kterých bylo provedeno celkem 13 276 pitev. Od r. 2007 jsou získávána agregovaná hlášení také ze 3 pracovišť patologie, na kterých jsou soudními lékaři nepravidelně prováděny i pitvy povinné podle § 115 trestního řádu (za r. 2009 nebylo z těchto tří pracovišť nahlášeno žádné drogové úmrtí).

6.3.1.1 Smrtná předávkování drogami

V r. 2009 bylo zjištěno 225 úmrtí na předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychotropními léky (238 v r. 2008). Z toho bylo 49 smrtných předávkování pouličními drogami, tj. nelegálními drogami a těkavými látkami⁷⁵ (44 v r. 2008), a 176 psychotropními léky (194 v r. 2008). V r. 2009 se ve všech případech podařilo zjistit látku, která smrtné předávkování způsobila.

Bylo identifikováno celkem 20 případů smrtných předávkování (nelegálními) opiáty (v r. 2008 to bylo 15 případů), především heroinem (15 potvrzených či velmi pravděpodobných případů). V 16 případech byly opiáty identifikovány samotné nebo případně s etanolem (2 případy), z toho v jednom případě šlo pravděpodobně o smrtné předávkování opiem, v jednom se jednalo o samotný metadon a v dalším o kombinaci metadonu a heroinu. Ve čtyřech dalších případech byl opiát příčinou smrtného předávkování v kombinaci s ostatními nealkoholovými drogami, z toho dvakrát s benzodiazepiny, jednou s benzodiazepiny a pervitinem a jednou s pervitinem a THC. Pervitin byl příčinou smrtného předávkování v 18 případech (19 případů v r. 2008), z toho ve dvou případech v kombinaci s kokainem, po jednom v kombinaci s THC a s MDMA a ve třech případech v kombinaci s psychoaktivními léky. V 8 případech se jednalo o smrtné předávkování těkavými látkami (10 případů v r. 2008). Byla hlášena 3 smrtná předávkování syntetickými (tanečními) drogami – v jednom případě šlo o metoxylovaný

⁷³ Jsou používány testy DrugWipe (<http://www.drugwipe.us>).

⁷⁴ Oproti r. 2008 se podařilo získat data z oddělení soudního lékařství v Mostě (Ústecký kraj).

⁷⁵ Čili případy vybrané podle selekce D standardu EMCDDA pro drogová úmrtí.

derivát amfetaminu trimetoxymfetamin (TMA)⁷⁶, v jednom o 4-methyltioamfetamin (4-MTA)⁷⁷ a v dalším o gamahydroxybutyrát (GHB) v kombinaci s diazepamem. V r. 2009, stejně jako nikdy v minulosti, nebylo identifikováno smrtelné předávkování s nálezem buprenorfinu a nebylo ani hlášeno žádné smrtelné předávkování halucinogeny nebo THC či jiným kanabinoidem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010) – tabulka 6-11.

tabulka 6-11: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2009 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010)

Droga/věková skupina	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Neznámo	Celkem		
														Muži	Ženy	Celkem
Jen opiáty/opioidy (vyjma metadonu)	0	0	4	3	3	2	3	0	0	0	0	0	0	13	2	15
Jen metadon	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Více látek včetně opiátů/opioidů	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4
– z toho metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem opiáty/opioidy	0	0	5	6	4	2	3	0	0	0	0	0	0	17	3	20
Jedna nebo více látek, nikoliv však opiáty/opioidy	1	0	5	6	5	4	4	1	0	3	0	0	0	22	7	29
– z toho těkavé látky	0	0	2	1	1	0	1	0	0	3	0	0	0	8	0	8
– z toho pervitin	1	0	3	5	3	3	2	1	0	0	0	0	0	12	6	18
– z toho kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– z toho syntetické (taneční) drogy (např. MDMA)	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1	3
– z toho halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nespecifikováno/neznámo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem nelegální drogy a těkavé látky (selektce D EMCDDA)	1	0	10	12	9	6	7	1	0	3	0	0	0	39	10	49
Psychoaktivní léky	2	4	7	5	15	16	20	31	21	20	14	21	0	94	82	176
– z toho benzodiazepiny	0	1	1	3	8	7	9	13	7	10	6	9	0	42	32	74
Celkem	3	4	17	17	24	22	27	32	21	23	14	21	0	133	92	225

Smrtelná předávkování psychotropními léky představují velmi heterogenní kategorii a její přesné zhodnocení je obtížné. Zahnuje totiž předávkování sebevražedná, náhodná či bez zjištěného úmyslu, a to jak léky lege artis předepsanými, tak léky zneužívanými. Celkem bylo v r. 2009 zjištěno 176 případů smrtelných předávkování psychotropními léky⁷⁸ (194 případů v r. 2008), z toho v 74 případech benzodiazepiny (77 v r. 2008) a ve 24 případech léky s obsahem opiátů (37 v r. 2008).

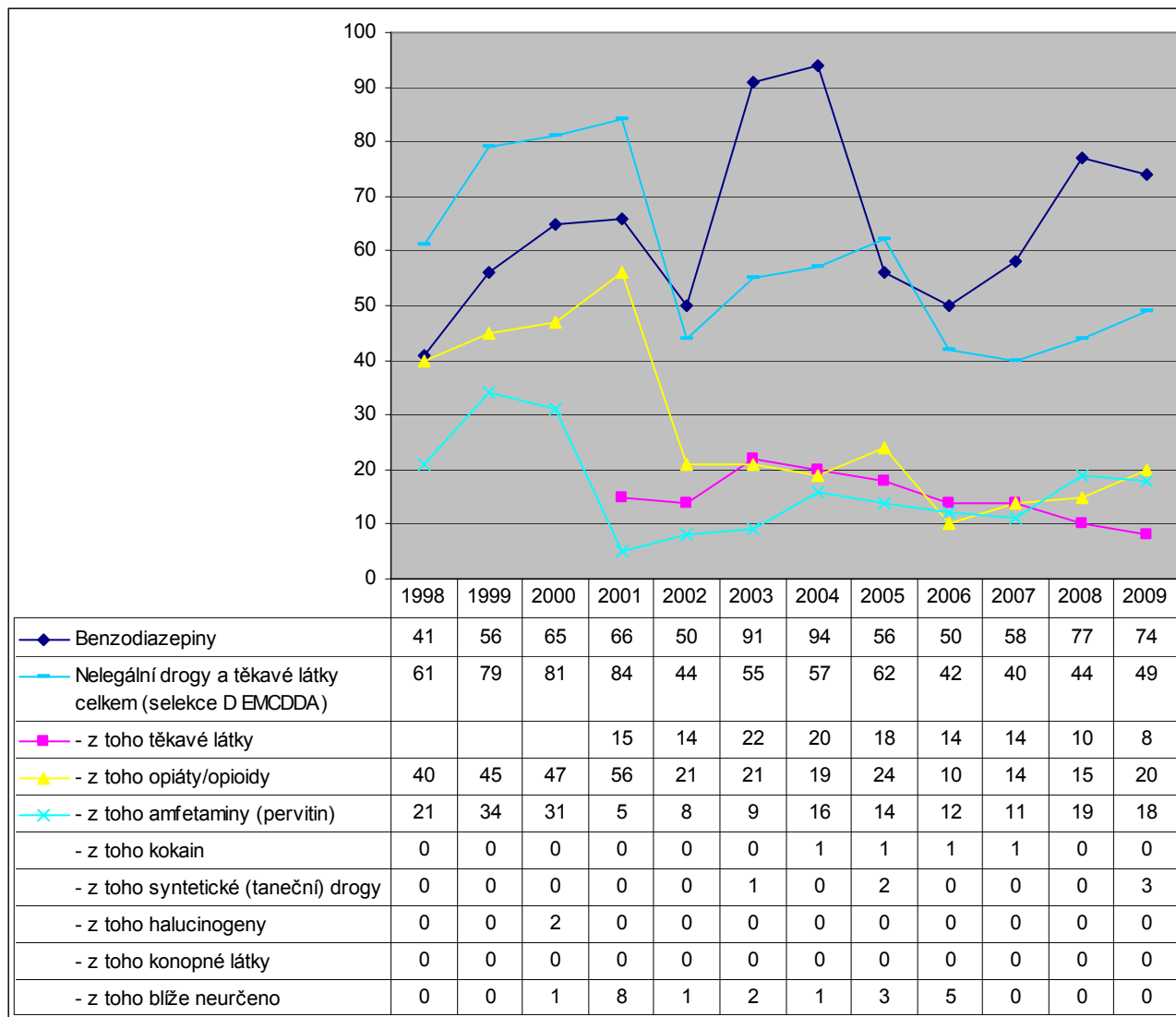
V r. 2009 došlo meziročně k mírnému nárůstu případů smrtelných předávkování nelegálními drogami, a to zejména vlivem nárůstu smrtelných předávkování opiáty z 15 případů v r. 2008 na 20 případů v r. 2009; počet případů smrtelných předávkování pervitinem a těkavými látkami zůstal prakticky na stejné úrovni. Po několika letech nulového výskytu byl zaznamenán výskyt tří případů smrtelného předávkování (novými) syntetickými drogami. Kokain byl přítomen u dvou úmrtí klasifikovaných jako předávkování pervitinem. Dlouhodobý trend ukazuje graf 6-7.

⁷⁶ Jedná se o látku strukturálně velmi blízkou mezkalinu, jejíž účinky jsou spíše halucinogenní než stimulační.

⁷⁷ Jedná se o velmi nebezpečnou náhražku extáze, jejíž užití je spojeno s rizikem rozvoje tzv. serotoninového syndromu a úmrtí.

⁷⁸ Převážná většina předávkování léky má charakter sebevraždy, většinou se jedná o kombinaci (více) léků s alkoholem.

graf 6-7: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v r. 1998–2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010)



Pozn.: Těkavé látky jsou zvlášť sledovány od r. 2001. Od r. 2002 jsou data z oddělení soudních lékařství k dispozici v elektronické databázové formě.

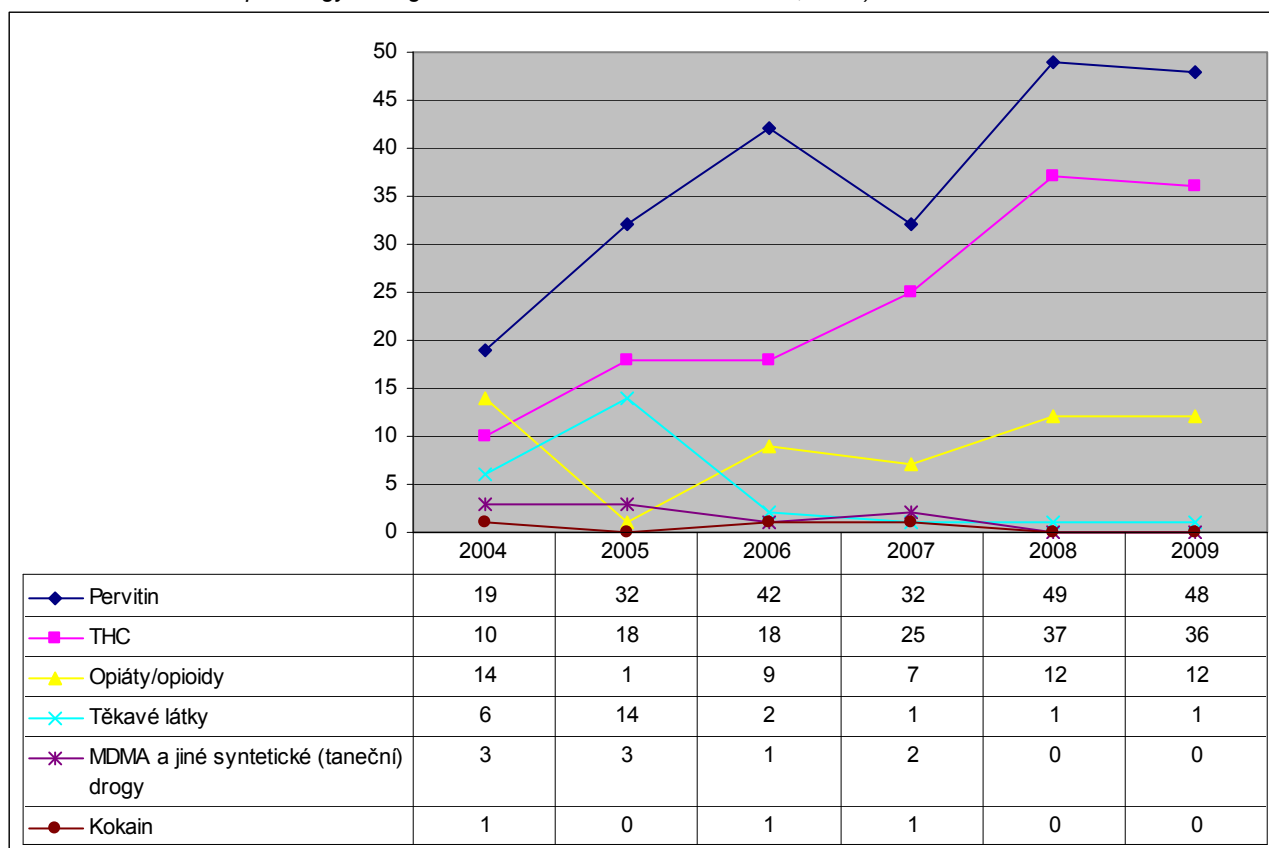
6.3.1.2 Úmrtí za přítomnosti drog

Celkem bylo v r. 2009 identifikováno 117 úmrtí za přítomnosti drog (209 v r. 2008), z toho 8 pro nemoc (8 v r. 2008), 51 případů nehod (89 v r. 2008), 47 případů sebevražd (108 v r. 2008) a 7 případů zabití či vraždy (4 v r. 2008). Přehled počtu a podílu vybraných skupin drog na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti drog uvádí tabulka 6-12, trend od r. 2004 graf 6-8 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010). Ve střednědobém horizontu je patrný zejména rostoucí počet případů nepřímých úmrtí s nálezem pervitinu a THC, i když v r. 2009 zůstal na úrovni r. 2008. Ani v jednom případě úmrtí za přítomnosti drog nebyly v r. 2009 identifikovány opioidy používané v substituční léčbě.

tabulka 6-12: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2009 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010)

Droga	Nemoc (n = 12)	Nehoda (n = 51)	Sebevražda (n = 47)	Zabití/vražda (n = 7)	Jiné (n = 0)	Celkem (n = 117)	Podíl (%)
Pervitin	2	29	15	2	0	48	41,0
THC	7	17	10	2	0	36	30,8
Benzodiazepiny	1	8	14	1	0	24	20,5
Jiné psychoaktivní léky	1	5	13	1	0	20	17,1
Opiáty/opioidy	1	5	5	1	0	12	10,3
Těkavé látky	0	0	0	1	0	1	0,9
MDMA a jiné syntetické (taneční) drogy	0	0	0	0	0	0	0,0
Kokain	0	0	0	0	0	0	0,0

graf 6-8: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2004–2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010)



Nález drog v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod – viz kapitolu Další poruchy spojené s užíváním drog (str. 67).

6.3.2 Drogová úmrtí v obecném registru mortality

Na začátku r. 2010 se pracovní skupina NMS pro drogová úmrtí⁷⁹ zabývala problematikou extrakce drogových úmrtí z obecného registru mortality (informačního systému *Zemřelí*), který vede ČSÚ a poskytuje ho k dalšímu zpracování ÚZIS. U všech případů úmrtí v ČR je lékařem diagnostikujícím úmrtí povinně vyplňován *List o prohlídce mrtvého*, který je v případě, že je prováděna pitva, doplňován o pitevní diagnózu a zasílán na matriku. Na matrice dochází k přepisu dat z *Listu o prohlídce mrtvého* do formulářů ČSÚ (*Hlášení o úmrtí*), které se shromažďují na ČSÚ v Praze, kde jsou údaje vkládány do databáze informačního systému *Zemřelí*. Uplatňují se přitom doporučení WHO pro kódování příčin úmrtí. V případě, že jsou lékařem nebo oddělením soudního lékařství zjištěny nové skutečnosti o příčině úmrtí, je zpracováno změnové hlášení *Listu o prohlídce mrtvého*, které je zasláno na regionální pracoviště ÚZIS v Praze, Hradci Králové, Brně a Ostravě, která je postupují ČSÚ⁸⁰.

Pro extrakci dat o drogových úmrtích ze statistiky zemřelých se používají kritéria EMCDDA, jejichž základem je výběr příslušných diagnóz příčin úmrtí nebo kombinace příčin úmrtí a mechanismu úmrtí. Jako standard je

⁷⁹ Blíže viz http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/pracovni_skupiny.

⁸⁰ V současné době je připravena novela zdravotnické legislativy, která mění proces zasílání LPM mezi/do různých institucí (matriky, ČSÚ, ÚZIS) a časové lhůty pro hlášení, ale také doplňuje LPM o řadu dalších údajů včetně vlivu OPL na úmrtí.

používána tzv. selekce B podle EMCDDA, která spočívá ve výběru úmrtí, kde je příčinou porucha duševní a porucha chování způsobená nelegálními drogami a jejich kombinacemi (dg. F11 až F19, bez F13, F17 a F18) nebo se jedná o náhodnou, úmyslnou nebo blíže nezjištěnou otravu nelegálními drogami, tj. kombinaci diagnóz uvedených pod písmeny X nebo Y s diagnózami pro otravu danou substancí – narkotikem nebo psychodysleptikem (dg. T40 a T43.6). V r. 2010 byla ze statistiky zemřelých poprvé provedena také tzv. alternativní selekce, která u náhodných, úmyslných nebo nezjištěných otrav narkotiky a psychodysleptiky (X42, X62 a Y12) nevyžaduje kombinaci s diagnózou T pro substanci. Nevýhodou alternativní selekce je, že bez kódů pro substance nelze rozlišit jednotlivé typy drog, které byly příčinou smrtelného předávkování.

Strukturu případů smrtelných předávkování drogami v r. 2009 podle standardní selekce B EMCDDA podle věku, pohlaví a druhu drogy ukazuje tabulka 6-13. Vývoj úmrtí pro standardní selekci B EMCDDA podle drog ukazuje tabulka 6-14 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010f).

tabulka 6-13: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2009 podle selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010f)

Droga	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Neznámo	Celkem		
														Muži	Ženy	Celkem
Opiáty/opioidy	0	0	4	3	2	2	3	1	2	1	1	1	0	12	8	20
Konopné drogy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ostatní stimulancia	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drogy blíže nespecifikované	1	0	1	4	0	1	2	0	0	0	0	1	0	5	5	10
Celkem	1	0	5	8	3	3	5	1	2	2	1	2	0	20	13	33

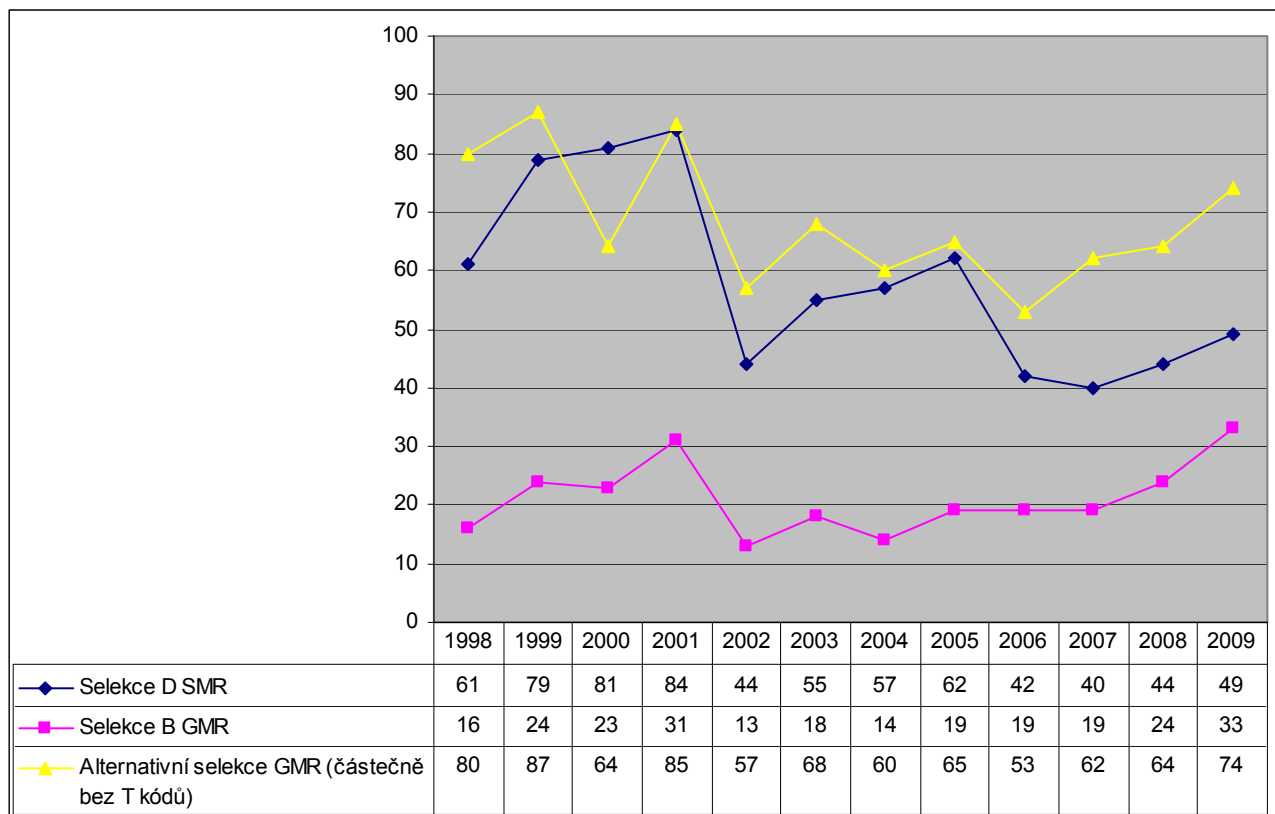
tabulka 6-14: Smrtelná předávkování drogami v ČR podle selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v r. 1994–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010f)

Rok	Opiáty/opioidy	- z toho metadon	Konopné drogy	Kokain	Ostatní stimulancia	Halucinogeny	Drogy blíže nespecifikované	Celkem
1994	7	0	0	0	0	0	3	10
1995	0	0	0	0	0	0	3	3
1996	2	0	0	0	0	0	4	6
1997	4	0	0	0	0	0	9	13
1998	7	0	0	0	0	0	9	16
1999	14	1	1	0	1	0	8	24
2000	11	0	0	0	0	0	12	23
2001	18	0	0	0	0	0	13	31
2002	6	0	0	0	3	0	4	13
2003	12	0	0	0	2	0	4	18
2004	2	0	0	0	1	0	11	14
2005	9	0	0	1	2	0	7	19
2006	11	0	1	1	1	0	5	19
2007	6	1	1	0	2	0	10	19
2008	9	0	0	0	7	0	8	24
2009	20	1	1	0	2	0	10	33

Pozn.: Ve srovnání s daty podle selekce D speciálního registru mortality nejsou do selekce B obecného registru mortality zařazena smrtelná předávkování těkavými látkami. Úmrtí kódované jako úmrtí těkavou látkou bylo však ve speciálním registru zaznamenáno jen jedno, a to v r. 2004.

Vývoj počtu drogových úmrtí podle standardní selekce B EMCDDA a alternativní selekce ve srovnání s daty o smrtelných předávkováních nelegálními drogami a těkavými látkami ze speciálního registru drogových úmrtí (selekce D) uvádí graf 6-9. Je patrné, že trendy smrtelných předávkování drogami ze speciálního registru úmrtí a alternativní selekce z obecného registru mortality se navzájem poměrně shodují a počet smrtelných předávkování podle selekce B dosahuje postupně počtu smrtelných předávkování podle selekce D ve speciálním registru úmrtí.

graf 6-9: Srovnání trendů výskytu smrtelných předávkování drogami extrahovaných z obecného (GMR) a speciálního registru mortality (SMR) v r. 1998–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010f; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010)



6.3.3 Mortalita uživatelů drog

Viz podrobné informace uvedené ve speciální kapitole Mortalita spojená s užíváním drog (mortalita uživatelů drog) (str. 113).

7 Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Snižování rizik je již od r. 1993 jednou z hlavních oblastí české protidrogové politiky. Opatření směřující ke snížení zdravotních rizik spojených s užíváním drog provádějí především nízkoprahová zařízení pro uživatele drog. Odhadem je s těmito zařízeními v kontaktu cca 70 % problémových uživatelů drog, v Praze až 80 %.

Počet nízkoprahových programů pro uživatele drog meziročně kolísá, v posledních letech je však zřetelný nárůst počtu klientů v kontaktu. Kontinuálně stoupá také počet kontaktů a množství vyměněného injekčního materiálu a dalších pomůcek pro injekční aplikaci, byť meziroční nárůst počtu distribuovaného injekčního materiálu nebyl v r. 2009 tak velký jako v předchozích letech. V r. 2009 bylo distribuováno téměř 4,9 mil ks injekčních jehel a stříkaček.

Za přetrvávající negativní trend lze označit nízkou dostupnost testování na infekční nemoci a velmi nízkou protestovanost v populaci problémových uživatelů drog. Nicméně data z posledních dvou let naznačují, že se negativní trend pozvolna obrací.

Z hlediska pracovníků nízkoprahových služeb jsou opakovaně uváděny kolize terénních pracovníků s policisty a problematičnost práce s etnickými menšinami. S ohledem na výskyt uživatelů drog na otevřené drogové scéně a s tím spojenými problémy v oblasti veřejného pořádku se objevily náměty na zřízení aplikačních místností pro uživatele drog a instalaci prodejních automatů injekčního materiálu v Praze.

7.1 Prevence předávkování

Prevence předávkování je v ČR prováděna prostřednictvím poradenství a tréninku uživatelů drog v rámci služeb poskytovaných v nízkoprahových a léčebných zařízeních – o nízkoprahových programech viz níže, léčbou se zabývá kapitola Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 42). Hlavními tématy vzdělávání jsou první pomoc v případě předávkování, rizika kombinování drog a zásady bezpečného užívání. Většina nízkoprahových zařízení poskytuje poradenství v těchto oblastech i prostřednictvím e-mailu a telefonu. K dispozici je celá řada informačních materiálů zpracovávaných samotnými zařízeními, některé z nich i v cizích jazycích.

Sdílení informací z oblasti harm reduction, včetně informací o bezpečném užívání a prevenci předávkování, je věnován nový internetový portál eDekontaminace.cz⁸¹.

V rámci *Systému včasného varování před novými psychoaktivními látkami (EWS)* jsou všechna nízkoprahová zařízení informována v případě, že je v ČR (případně kdekoli v Evropě) zachycen výskyt nových drog či nebezpečných drog se zvýšeným rizikem vzniku zdravotních potíží a předávkování. V r. 2009 byla například zařízení upozorněna na možnost průniku fentanylu⁸² na český drogový trh a byly také předány informace týkající se výskytu nákazy antraxem u injekčních uživatelů drog ve Velké Británii.

Žádné další specifické aktivity vedoucí k prevenci předávkování (např. preventivní distribuce opiátových antagonistů, jako je naloxon mezi uživateli) nejsou v ČR realizovány. Informace o poradenství a dalších službách poskytovaných uživatelům drog při výstupu z vězení uvádí podkapitola Intervence ve věznicích (str. 95). Za hodnou pozornosti lze označit diskuzi probíhající v r. 2010 mezi odbornou obcí, poskytovateli služeb, policií a místní samosprávou na téma možnosti realizace aplikační místnosti pro injekční uživatele drog v Praze.

7.2 Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog

7.2.1 Nízkoprahové harm reduction programy

Prevence šíření infekčních onemocnění patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými zařízeními. V rámci nízkoprahových služeb v ČR jsou harm reduction opatření realizována především pomocí výměny injekčního materiálu, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování na infekční choroby a distribuce informací o rizicích spojených s užíváním drog. Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich rodiny a blízcí. Kromě toho jsou realizovány programy určené uživatelům drog v prostředí noční zábavy.

Druh a objem poskytovaných služeb se v jednotlivých nízkoprahových programech liší, nicméně systém certifikace kvality, která je podmínkou udělení dotace ze státního rozpočtu a z rozpočtu některých krajů, zaručuje minimální kvalitu služeb – blíže viz speciální kapitola Historie, metody a zavádění národních standardů v oblasti léčby uživatelů drog (str. 105).

Sít' nízkoprahových programů v ČR tvoří kontaktní centra a terénní programy, v r. 2009 jich bylo celkem 95 – tabulka 7-1.

⁸¹ Blíže viz <http://www.edekontaminace.cz>.

⁸² Fentanyl je vysokopotentní opioid. V r. 2009 byl poprvé zachycen na Slovensku, což bylo bezprostředním důvodem informování služeb.

Údaje o službách poskytovaných v nízkoprahových zařízeních a o osobách, které je využily, jsou získávány zejména ze závěrečných zpráv, které zařízení zpracovávají pro potřeby dotačního řízení RVKPP⁸³. Počet uživatelů v kontaktu v r. 2009 se zvýšil a tento trend je dlouhodobě pozorován u všech drog mimo těkavých látek⁸⁴.

Jak ukazuje tabulka 7-2, nejvyužívanější službou v nízkoprahových programech je výměna injekčního náčiní a distribuce parafernálií, což je pochopitelné vzhledem k vysokému počtu IUD mezi klienty HR programů. Na jednoho klienta v kontaktu v r. 2009 připadlo průměrně 12 kontaktů.

Co se týče regionální distribuce, nejvyšší počet kontaktů v r. 2009 opět vykázaly nízkoprahové programy v Hl. m. Praze, následované, stejně jako v minulých letech, programy v Ústeckém, Jihomoravském a Olomouckém kraji. Nejvyšší počet výkonů ve výměnných programech (počet výměn) vykazují služby v Hl. m. Praze (cca 124 tis.), následované Ústeckým (cca 32 tis.), Středočeským (cca 23 tis.), Jihomoravským (cca 11,5 tis.) a Jihočeským (cca 11 tis.) krajem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d). Detailní přehled o výkonech v nízkoprahových programech podle krajů v r. 2009 podává tabulka 7-3.

tabulka 7-1: Klienti českých nízkoprahových zařízení v r. 2002–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Ukazatel	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet nízkoprahových zařízení/programů	92	93	92	92	90	109	100	95
Počet uživatelů drog	n.a.	25 200	24 200	27 800	25 900	27 200	28 300	30 000
– z toho injekčních uživatelů	19 000	16 700	16 200	17 900	18 300	20 900	22 300	23 700
– z toho uživatelů pervitinu	12 900	11 300	12 200	12 300	12 100	14 600	14 900	16 000
– z toho uživatelů opiátů/opioidů	8 000	6 100	6 000	6 800	6 900	7 300	8 300	8 900
– z toho uživatelů heroínu	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4 000	4 100	4 600	4 950
– z toho uživatelů Subutexu [®]	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2 900	3 200	3 700	3 950
– z toho uživatelů konopných látek	3 400	5 500	4 100	3 600	2 700	2 000	1 700	2 200
– z toho uživatelů těkavých látek	n.a.	705	560	470	450	390	300	250
Průměrný věk uživatelů drog (roky)	22,0	23,2	23,4	25,0	25,3	26,1	26,4	27,4
Počet kontaktů/návštěv celkem (tis.)	290,0	315,0	317,9	403,9	322,9	338,1	329,5	365,6

tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2004–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Ukazatel	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet realizovaných výměn injekčního náčiní	139 800	249 000	191 000	215 800	217 200	237 848
Potravinový servis	94 700	99 500	97 600	94 100	87 800	108 774
Hygienický servis	34 500	40 900	41 100	40 000	34 800	44 271
Individuální poradenství	27 300	25 800	21 900	24 100	21 000	27 825
Zdravotní ošetření	13 500	12 500	10 500	9 400	7 700	10 233
Krizová intervence	3 000	2 500	1 800	1 600	1 100	1 577
Skupinové poradenství	1 800	1 500	1 500	1 000	1 100	1 261

⁸³ Počet programů je ovlivňován tím, jak nízkoprahová zařízení podávají projekty na své aktivity do dotačních řízení a jak jednotlivé aktivity formálně rozlišují. Kontaktní centrum a terénní program mohou být provozovány jedním subjektem v rámci jednoho projektu, v jiných případech nebo v různých letech se může jednat o dva i více projektů. Přes tyto vlivy je nabídka a dostupnost nízkoprahových služeb v ČR v posledních několika letech stabilní.

⁸⁴ Byť např. Ústecký kraj se vyznačuje vyšším podílem uživatelů těkavých látek.

tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2009 v jednotlivých krajích, extrapolováno na celkový počet programů (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Kraj*	Kontakt	První kontakt	Výměna injekčního náčiní	Potravinový servis	Hygienický servis	Individuální poradenství	Reference**	Zdravotní ošetření	Krizová intervence	Skupinové poradenství
PHA	145 891	645	123 971	17 054	5 424	4 075	3 827	2 618	274	223
STC	17 229	616	23 121	7 369	2 760	1 617	943	69	131	12
JHC	22 204	660	10 944	10 465	3 498	1 963	1 749	188	220	84
PLK	14 565	1 014	5 175	5 474	2 348	2 526	1 964	607	127	107
KVK	7 733	535	4 181	4 930	2 923	670	227	2 786	25	11
ULK	48 135	1 859	32 047	11 669	5 440	1 934	2 821	626	166	32
LBK	6 502	252	2 824	2 576	1 198	613	84	33	64	3
HKK	8 042	277	3 139	2 559	2 505	573	144	178	25	0
PAK	3 134	188	1 058	930	891	83	174	73	21	0
VYS	7 782	184	1 613	4 543	2 042	713	895	124	20	1
JHM	19 568	770	11 523	7 501	3 538	2 457	609	393	41	64
OLK	23 682	1 244	5 669	13 275	3 123	4 782	1 003	1 014	102	59
ZLK	11 326	606	4 280	2 928	1 786	1 009	2 715	434	73	79
MSK	28 627	623	8 303	17 501	6 795	4 810	930	1 090	288	586
Celkem ČR	364 420	9 473	237 848	108 774	44 271	27 825	18 085	10 233	1 577	1 261

Pozn.: * Zkratky uvedené v tabulce viz kapitulu Zkratky. ** Reference do kontaktního centra nebo léčebného zařízení včetně substituční léčby.

Další údaje o klientech nízkoprahových zařízení podává také kapitola Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 40). V r. 2009 realizovalo *Centrum adiktologie* pro NMS kvalitativní studii zaměřenou na trendy na drogové scéně v ČR. Hlavním cílem šetření bylo zjistit kvalitativní údaje o aktuálním stavu a nových trendech na drogové scéně v regionech ČR, a to prostřednictvím informací od terénních a kontaktních pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele (nelegálních) drog – v ohniskových skupinách a jejich následné analýzy. Na základě průzkumu autoři identifikují následující hlavní trendy: zvyšující se počet těhotných aktivních uživatelů drog, současné užívání pervitinu a benzodiazepinů mezi mladšími uživateli drog, narůstající obliba heroinu a zvyšující se výskyt uživatelů s duálními diagnózami. Pracovníci nízkoprahových služeb opakovaně uváděli kolize terénních programů s policií, problematičnost práce s etnickými menšinami a vyjádřili potřebu zřízení aplikačních místností a prodejních automatů injekčního materiálu v Praze (Radimecký et al. 2010).

7.2.1.1 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel

Výměnný program stříkaček a jehel v r. 2009 poskytovalo 95 nízkoprahových programů. Srovnání počtu programů a počtu distribuovaných injekčních stříkaček v letech 1998–2009 uvádí tabulka 7-4, počty distribuovaných stříkaček v jednotlivých krajích pak tabulka 7-5.

Dle dostupných informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který navštívil nízkoprahové zařízení v r. 2009, vyměnil průměrně 10krát (9,7krát v r. 2008) a obdržel v průměru 205 sterilních stříkaček (208 v r. 2008). Rozložení objemu distribuovaného injekčního materiálu v jednotlivých krajích odpovídá relativnímu počtu injekčních (problémových) uživatelů drog – mapa 7-1 (viz dále) a mapa 4-1 (str. 40).

tabulka 7-4: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Rok	Počet výměnných programů	Počet vyměněných stříkaček a jehel
1998	42	486 600
1999	64	850 285
2000	80	1 152 334
2001	77	1 567 059
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	93	3 868 880
2007	107	4 457 008
2008	98	4 644 314
2009	95	4 859 100

Zvyšující se množství distribuovaného injekčního materiálu lze kromě rostoucího počtu odhadovaných injekčních uživatelů drog (blíže viz kapitolu Problémové užívání drog na str. 37) vysvětlit následujícími faktory, které lze obecně předpokládat a jejichž existence je podpořena také kvalitativními daty:

- drogová populace postupně stárne a lze tedy předpokládat, že vlivem delší drogové kariéry mají uživatelé poškozený žilní systém a tedy k úspěšné aplikaci drogy spotřebují vícero injekčních stříkaček,
- dochází ke změně uživatelských návyků, někteří injekční uživatelé Subutexu® filtrují roztok k injekční aplikaci v jedné stříkačce a k samotné aplikaci použijí stříkačku jinou,
- uživatelé dbají více zásad bezpečné aplikace a používají více sterilního materiálu (Radimecký et al. 2010).

tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v r. 2002–2009 podle krajů (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Kraj*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PHA	858 507	979 560	1 210 704	1 697 554	1 850 330	2 071 788	2 060 588	2 130 729
STC	12 561	31 682	66 600	110 325	168 220	215 640	309 590	345 214
JHC	14 883	69 004	102 621	124 454	141 825	212 791	228 872	239 690
PLK	23 221	44 670	88 450	116 611	157 317	189 894	207 938	188 416
KVK	16 608	29 299	35 756	58 680	66 382	83 462	79 834	102 467
ULK	256 071	262 418	351 561	479 383	612 259	655 882	637 887	678 007
LBK	12 273	21 108	33 467	32 800	47 756	63 967	129 903	87 272
HKK	22 250	45 089	41 021	86 221	98 269	139 075	173 417	183 186
PAK	23 622	23 330	36 081	38 725	48 144	29 908	52 690	62 541
VYS	11 254	29 363	39 348	61 425	68 682	99 447	65 343	81 127
JHM	134 285	122 137	165 846	173 090	227 833	269 236	264 872	252 145
OLK	21 809	33 832	85 872	96 416	150 024	134 433	137 321	164 699
ZLK	19 973	11 362	41 977	52 169	69 005	115 744	89 913	111 099
MSK	41 907	75 103	56 232	143 771	162 834	175 741	206 146	232 508
Celkem	1 469 224	1 777 957	2 355 536	3 271 624	3 868 880	4 457 008	4 644 314	4 859 100

Pozn.: * Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky.

mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2009 na 1000 obyvatel ve věku 15-64 let (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)



Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel jsou doplňovány distribucí aluminiové fólie určené ke kouření heroínu a distribucí želatinových kapslí určených k perorální aplikaci drogy jako alternativy injekčního užívání drog, především pervitinu.

V rámci projektu Multiplikátor 2010 zaměřeného primárně na odhad podílu problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními (blíže viz kapitolu Problémové užívání drog na str. 37 a také kapitolu Testování infekčních nemocí níže) bylo zjišťováno užívání kapslí respondenty. Kapsle k perorální aplikaci drogy obdrželo alespoň jednou v uplynulém roce 189 z celkem 642 respondentů (29,4 %), z nichž většina (87,8 %) byla uživateli pervitinu.

V r. 2008 bylo v internetovém průzkumu zjištěno, že želatinové kapsle distribuovalo 16 z 50 nízkoprahových zařízení (32 %), která odpověděla na dotazník (Mravčík et al. 2010). V monitoringu testování infekcí u IUD v nízkoprahových programech za r. 2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010c) odpovědělo celkem 20 nízkoprahových programů (viz také kapitola Infekce spojené s užíváním drog na str. 61). Z nich realizovalo program distribuce kapslí 14 programů (70 %), bylo rozdáno 28 638 kapslí 719 uživatelům drog, převážně pervitinu.

Byly publikovány výsledky studie s klienty kontaktního centra *Charáč* v Uherském Hradišti užívajícími pervitin (kvalitativní studie analyzující 7 polostrukturovaných rozhovorů a průzkum formou strukturovaného rozhovoru se 49 klienty), která byla zaměřena na uživatelské zvyklosti a zkušenosti s užíváním kapslí a probíhala od poloviny r. 2007 do března 2009 průzkumu (Guryčová, 2010). Mimo jiné bylo zjištěno, že manipulaci s kapslí a její aplikaci nepovažují zejména zkušenější uživatelé za problematickou. Nástup a intenzita účinku jsou popisovány jako slabší u aplikace v kapsli ve srovnání s injekční aplikací. Rovněž použitá dávka bývá u perorální aplikace vyšší. Při použití kapslí byly méně často popisovány pocity předávkování nebo byla intenzita předávkování pocíťována jako nižší. Odeznívání účinku pervitinu bylo vnímáno také jako mírnější ve srovnání s injekční aplikací.

7.2.1.2 Testování infekčních nemocí

Některá nízkoprahová zařízení prováděla testování HIV protilátek ze slin ve spolupráci s *NRL AIDS*. Ovšem koncem r. 2008 bylo testování na HIV ze slin zastaveno, a to z důvodu přerušení dodávek laboratorního materiálu ze strany výrobce. Podobně jako v letech 2006 a 2007 přetrvával problém s dostupností testování na VHC v nízkoprahových zařízeních, zejména kvůli absenci rychlého testu na protilátky proti VHC z plné krve. V červnu 2008 se pro vybraná nízkoprahová zařízení podařilo zajistit nabídku rychlých testů na VHC ze séra kapilární krve spolu s příslušným vybavením – v průběhu července a srpna 2008 začala některá zařízení tyto testy provádět. V průběhu r. 2009 pak byl na trh uveden nový, řádně certifikovaný test na VHC z plné kapilární krve. Nicméně ani dostupnost validních testů neřeší všechny problémy spojené s testováním v prostředí nízkoprahových zařízení, tedy v nelaboratorních podmínkách. Právě obtížím a nástrahám testování a poradenství v oblasti infekčních onemocnění mezi uživateli drog byl věnován celodenní seminář, který proběhl v listopadu 2009 ve spolupráci se SZÚ. Ze závěrů vyplývají tři klíčové oblasti, jež brání rozšíření rychlého testování: (1) finanční náklady na nákup testů, (2) podmínky pro odběr krevního vzorku v nezdravotnických zařízeních, (3) zajištění kvalitního proškolení pracovníků provádějících testování.

NMS zjišťuje rozsah testování infekcí v nízkoprahových zařízeních ze závěrečných zpráv projektů podpořených v dotačním řízení *RVKPP*. Výsledky testů jsou k dispozici z monitoringu testování v nízkoprahových programech – blíže viz kapitola Infekce spojené s užíváním drog (str. 61). V r. 2009 nabízelo možnost testování na HIV 47 zařízení, na VHC 43, na VHB 23 a na syfilis 4 nízkoprahová zařízení – tabulka 7-6.

tabulka 7-6: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v r. 2002–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Rok	HIV		VHB		VHC		Syfilis	
	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení
2002	1 158	35	515	26	1 202	33	176	2
2003	2 629	64	739	21	2 499	60	209	4
2004	2 178	58	932	25	2 582	53	84	1
2005	2 425	54	1 370	28	2 664	55	54	2
2006	1 253	46	693	56	1 133	62	209	3
2007	609	53	370	19	401	24	62	4
2008	1 120	50	399	18	862	40	124	3
2009	1 592	47	560	23	1 501	43	143	4

V letech 2005–2007 byl pozorován výrazný úbytek provedených testů u IUD, zejména HIV testů a testů na VHC a stejně tak byl pozorován pokles počtu testujících (nízkoprahových) zařízení pro uživatele drog. Údaje z r. 2007 a 2008 naznačují, že se tento nepříznivý trend zastavil a celkový počet provedených testů roste. Počty provedených testů však byly ve srovnání s počty před r. 2006 stále velmi nízké.

V r. 2009 hlásila nízkoprahová zařízení v závěrečných zprávách projektů pro dotační řízení *RVKPP* kontakt s celkem 23,7 tis. injekčními uživateli drog. Současně nahlásila nízkoprahová zařízení v závěrečných zprávách projektů pro dotační řízení *RVKPP* provedení 1592 HIV testů a 1501 testů na VHC (tabulka 7-6). Za předpokladu, že testy byly prováděny injekčními uživateli drog a žádná osoba nebyla testována opakovaně, lze odhadnout, že v r. 2009 byl HIV test proveden nízkoprahovými zařízeními u 6,7 % klientů a VHC test u 6,3 % klientů. Takto nízká míra protestovanosti je v ostrém kontrastu s potenciálem pro provádění testování a s ním spojeného poradenství, který síť nízkoprahových zařízení nabízí. V r. 2005, kdy počet provedených testů na VHC dosáhl v nízkoprahových zařízeních vrcholu, bylo v kontaktu hlášeno 17 900 injekčních uživatelů drog, provedeno bylo 2662 testů a protestovanost injekčních uživatelů drog na VHC tak dosáhla 14,9 %.

Nízkou protestovanost potvrzují údaje získané v monitoringu testování infekcí u IUD v nízkoprahových programech v r. 2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010c), kterého se zúčastnilo celkem

20 nízkoprahových programů. Podíl otestovaných injekčních uživatelů drog v r. 2009 (vypočtený jako počet testů v přepočtu na počet injekčních uživatelů drog v kontaktu s těmito zařízeními) dosáhl 6,0 % u testů na HIV, 4,5 % u testů na VHC a 3,2 % u testů na syfilis.

Z výše uvedeného vyplývá, že v průběhu posledních let se snížila dostupnost testování na infekční onemocnění pro IUD a k poklesu jejich protestovanosti. Lze také předpokládat, že se zvýšil počet neodhalených a neléčených případů infekcí u IUD, včetně infekcí virem HIV a VHC, a zvýšila se tak pravděpodobnost dalšího šíření těchto onemocnění v populaci IUD i v obecné populaci. Nízká protestovanost injekčních uživatelů drog současně omezuje přehled o výskytu infekcí v této rizikové populační skupině a možnost včasného odhalení a kontroly případného epidemického výskytu, a to včetně epidemie HIV (Mravčík and Nečas, 2010).

Mimo samotné testování je také velmi důležité před- a potestové poradenství, kdy je možné navázat s klientem bližší kontakt, vysvětlit rizika případné infekce a také předat informace o bezpečném užívání (UNAIDS and WHO, 2004; Dolanská Pavla et al. 2004). Vyšší protestovanost rizikové populace prospívá nejen klientům, ale má zřetelný pozitivní dopad na ochranu veřejného zdraví. Naopak, nízká míra protestovanosti cílové populace s sebou nese řadu negativních důsledků. Včasné odhalení infekce zvyšuje pravděpodobnost efektivní léčby a uzdravení a snižuje možnost dalšího šíření nákazy. Významným aspektem jsou také finanční náklady na léčbu, které jsou nižší u případů odhalených včas. Se zvýšením protestovanosti populace problémových uživatelů drog se tedy zvyšuje efektivita včasné intervence u nakažených IUD a v konečném důsledku také efektivita harm reduction služeb obecně (Mravčík and Nečas, 2010).

V rámci projektu Multiplikátor 2010 zaměřeného primárně na odhad podílu problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními (blíže viz kapitolu Problémové užívání drog na str. 37) bylo zjišťováno, zda byli klienti v minulosti testováni na HIV či VHC. Provedení testu na HIV během posledních 12 měsíců uvedlo 316 z celkem 642 respondentů (49,2 %), test na VHC uvedlo 375 osob (58,4 %). Uvedené údaje o testování naznačují mnohem vyšší protestovanost uživatelů drog na HIV a VHC, než jak ukazují údaje o testování v nízkoprahových zařízeních uvedené výše. Otázkou nicméně zůstává, kde a při jaké příležitosti k testování dochází.

Provedení vyšetření na HIV, VHB a VHC v minulosti klientů se sleduje také v *Registru žádostí o léčbu*. Informace v těchto položkách mají převážně charakter informací uváděných samotnými uživateli (self-reported), i když může jít i o údaje z dokumentace, případně o hlášení vyšetření infekcí v rámci dané léčebné epizody. Podíl injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu v letech 2002 až 2009, uvádějících provedení vyšetření na jednotlivé infekce ve svém životě, uvádí tabulka 7-7.

tabulka 7-7: Vyšetření na VHB, VHC a HIV v minulosti všech klientů – injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu v r. 2002–2009, v %* (Studničková, 2010)

Rok (N*)	VHB	VHC	HIV
2002 (N=6225)	39,8	45,6	47,7
2003 (N=5959)	41,3	47,8	48,2
2004 (N=6364)	38,7	44,8	52,8
2005 (N=6125)	39,8	44,1	54,8
2006 (N=6022)	38,4	42,2	55,7
2007 (N=6109)	37,4	40,3	53,4
2008 (N=5986)	42,1	45,0	55,1
2009 (N=6157)	42,9	48,2	57,8

* V jednotlivých letech se jedná o počet injekčních uživatelů drog, kteří byli testováni a současně znali výsledek testu.

7.2.1.3 Programy zaměřené na užívání drog v prostředí zábavy

Specifické programy snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2009 realizovalo celkem pět⁸⁵ organizací v sedmi programech. V rámci těchto programů bylo v loňském roce evidováno celkem 3774 kontaktů (40,5 % mužů; průměrný věk 22,3 let) a nejčastěji zmiňovanou užívanou nelegální drogou byly kanabinoidy (31,5 %), následované extází (23,0 %) a halucinogeny (14,5 %). Kvalitativnímu testu bylo podrobena celkem 665 tablet (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d). Ve srovnání s loňským rokem lze pozorovat více než dvojnásobný nárůst kontaktů a pětinašobné navýšení provedených testů tablet extáze. V r. 2008 bylo osloveno celkem 1839 klientů. Ve srovnání s r. 2007 lze pozorovat zřetelný nárůst poskytovaných služeb, který navazuje na období jejich poklesu od r. 2004, kdy došlo v důsledku negativního politického postoje k provádění kvalitativních testů extáze k výraznému omezení preventivních aktivit na taneční scéně (v r. 2003 bylo v této oblasti aktivních 18 programů, které oslovily téměř 5000 klientů) – blíže viz VZ 2007, VZ 2008 a číslo Zaostřeno na drogy věnované této problematice (Mravčík et al. 2008; Mravčík et al. 2009; Mravčík et al. 2008). MV a Policie ČR zopakovaly v červnu 2010 své předchozí negativní stanovisko k orientačnímu kvalitativnímu testování tablet extáze na tanečních

⁸⁵ CPPT Plzeň, Sdružení Podané ruce, Středisko pro prevenci a léčbu Drop-In, Občanské sdružení Prevent a občanské sdružení Kappa-Help.

akcích⁸⁶, po čemž následovala mediální diskuze, ve které zazněly i názory a stanoviska odkazující na přínosy této specifické metody práce s uživateli drog⁸⁷.

Na prostředí zábavy se soustředí také projekt *Safer Party Tour* – blíže viz kapitolu Selektivní prevence (str. 35).

7.3 Opatření zaměřená na další zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Léčba uživatelů drog s duální diagnózou probíhá v ČR převážně v síti léčebných zařízení pro uživatele drog se zohledněním jejich specifických potřeb – viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 42).

⁸⁶ <http://www.mvcr.cz/clanek/stanovisko-mv-a-policie-cr-k-testovani-tablet-extaze-na-tanecni-scene.aspx>.

⁸⁷ Viz např. http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/testovani-extaze-v-klubech-rozdeluje-odborniky_172662.html.

K nejdůležitějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, nízké vzdělání a špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví. Uvedené problémy jsou kumulovány zejména mezi uživateli drog z řad etnických menšin a přistěhovalců (v ČR zejména mezi Romy) a také mezi staršími uživateli drog.

Bezdomovectví je v ČR pravděpodobně spojeno s užíváním zejména alkoholu. Zdá se, že výskyt užívání drog mezi Romy je v ČR v průběhu několika posledních let stabilní, jedná se zejména o legální alkohol a tabák, z nelegálních drog jsou nejvíce rozšířeny marihuana a pervitin.

V r. 2009 došlo k poklesu počtu zařízení poskytujících služby následné péče, avšak kapacita ani počet klientů výrazně nepoklesly. K výraznému poklesu došlo u kapacity chráněného bydlení.

8.1 Sociální exkluze a užívání drog

8.1.1 Sociální exkluze mezi uživateli drog

K nejdůležitějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, nízké vzdělání a špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví. Uvedené problémy jsou kumulovány zejména mezi uživateli drog z řad etnických menšin a přistěhovalců a také mezi staršími uživateli drog (viz např. speciální kapitola VZ 2008).

Informace o sociálních důsledcích užívání drog mezi uživateli drog včetně uživatelů z řad etnických minorit pocházející ze dvou studií z r. 2008 jsou uvedeny ve VZ 2008. Socioekonomické charakteristiky žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním drog uvádí kapitola Vybrané charakteristiky žadatelů o léčbu (str. 52).

8.1.2 Užívání drog v sociálně vyloučených skupinách

8.1.2.1 Bezdomovci

Řada studií upozorňuje na úzký vztah mezi výskytem závislostí a duševních poruch mezi osobami bez domova; často je však složité určit, zda je závislost, případně duševní porucha příčinou nebo následkem sociálního statutu bezdomovců. Duševní nemoc může být v kombinaci se sociálními a ekonomickými problémy spouštěcím mechanismem bezdomovectví, na druhé straně však bezdomovectví může vést k psychickým problémům, depresím a k užívání návykových látek (Šupková, 2008).

V r. 2008 se Katedra studií občanské společnosti *Fakulty humanitních studií UK v Praze* zapojila do 7. rámcového projektu EU *Boj proti sociálnímu vyloučení mezi mladou bezdomoveckou populací: srovnávací výzkum cest k bezdomovectví mezi lokální bílou populací, lokálními etnickými skupinami a mezi migranty a migrantkami a adekvátní metody návratu*⁸⁸. Jedná se o tříletý projekt, který se zaměřuje na výzkum životních drah mladých žen a mužů bez domova z většinové populace, z lokálních etnických skupin a migrantů. Vedle ČR se do projektu zapojily tři další země, a to Velká Británie, Portugalsko a Nizozemsko. Z výzkumné zprávy vyplývá, že většinová část populace bezdomovců je ve věku nad 40 let, přibližně 15 % patří do mladší věkové skupiny, ve které převažují muži bez základního vzdělání nebo s velmi nízkým vzděláním a často také s anamnézou užívání drog (Disdarevič and Šloufová, 2009).

8.1.2.2 Romské komunity

V ČR se sociální exkluze týká také některých romských komunit. Exkluze je výsledkem nakupení sociálních problémů, kterými jsou především dlouhodobá nezaměstnanost, nízký příjem, nedostupnost bydlení nebo jeho špatná kvalita (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007a). Na konci r. 2009 byla schválena Koncepce romské integrace na období 2010–2013. Koncepce nemění základní východiska dosavadního přístupu vlády k řešení situace romských komunit, nadále usiluje o dosažení provázanosti a koordinace činnosti klíčových subjektů pro romskou inkluzi na národní i na lokální úrovni. Koncepce se zaměřuje na podporu romské kultury a jazyka, na vzdělávání, na oblast zaměstnanosti, nadměrné zadluženosti, na oblast bydlení, sociální ochrany a zdravotní péče. Snaží se také řešit situaci komunit ohrožených sociálním vyloučením a v neposlední řadě se zabývá také bezpečnostními aspekty romské integrace (Kocáb, 2010).

Dlouhodobým sledováním a hodnocením situace v romských komunitách v ČR se zabývá Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity v rámci Programu podpory terénních sociálních pracovníků. V r. 2009 bylo do programu zapojeno celkem 47 obcí a bylo podpořeno 72 pracovních míst pro terénní pracovníky (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2010b).

Terénní sociální pracovníci poskytli v r. 2009 služby celkem 13 903 klientům, z nichž 53 % bylo ve věkové kategorii 25–29 let, významný podíl tvořily děti do 14 let (21 %) a věková kategorie 15–24 let (22 %). Pokud jde o strukturu

⁸⁸ V originále *Combating social exclusion among young homeless populations (CSEYHP): a comparative investigation of homeless paths among local white, local ethnic group and migrant young men and women and appropriate reinsertion methods*.

řešených problémů, nejčastěji se jednalo o služby týkající se řešení dluhů (27 %), nezaměstnanosti (22 %) a nízké kvality bydlení (17 %). V souvislosti s užíváním drog využilo služeb terénních pracovníků celkem 291 klientů (2 %) – tabulka 8-1.

Je patrný pokles problémů spojených s lichvou, i když počet a podíl intervencí v souvislosti s dluhy poklesl jen mírně; výrazně přibýlo problémů souvisejících s nezaměstnaností. Počet a podíl problémů souvisejících s užíváním nelegálních drog a gamblingem je dlouhodobě stabilní a relativně nízký (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2010b).

tabulka 8-1: Počet klientů, kterým poskytli služby romští terénní sociální pracovníci v r. 2006–2009, podle typu problému (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007b; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2008; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2009; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2010a)

Typ problému	2006		2007		2008		2009	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Dluhy	4 477	34,1	5 314	31,9	3 779	28,7	3 722	26,8
Nezaměstnanost	2 672	20,4	2 916	17,5	2 598	19,8	3 070	22,1
Nízká kvalita bydlení	3 362	25,6	3 364	20,2	2 432	18,5	2 408	17,3
Problematické nájemní vztahy	1 847	14,1	1 522	9,1	1 285	9,8	1 413	10,2
Nedostatečná hygiena	1 300	9,9	1 204	7,2	1 282	9,7	1 309	9,4
Záškoláctví	907	6,9	716	4,3	1 000	7,6	679	4,9
Lichva	277	2,1	320	1,9	696	5,3	218	1,6
Kriminalita	620	4,7	574	3,4	636	4,8	532	3,8
Užívání drog	457	3,5	391	2,3	344	2,6	291	2,1
Gambling	268	2,0	302	1,8	323	2,5	236	1,7
Prostituce	63	0,5	39	0,2	51	0,4	25	0,2
Celkem*	13 116	100,0	16 662	100,0	13 144	100,0	13 903	100,0

* Součet počtu klientů rozdělených podle problémů může být vyšší než celkový počet klientů – jedná se patrně o kumulaci problémů u jednotlivých klientů a způsob vykazování v jednotlivých letech.

V r. 2007 byla vládou zřízena Agentura pro odstraňování sociálního vyloučení v romských lokalitách. Hlavním cílem agentury je transformace romských ghett s cílem zvýšit kvalitu života obyvatel problematických lokalit – blíže viz VZ 2007.

Agentura působila v r. 2009 v celkem 13 lokalitách (v Brně, Broumově, Břeclavi, Holešově, Chebu, na Jesenicku, v Mostě, v Přerově, v Roudnici nad Labem a ve Slezské Ostravě) a spolupracovala s Litvínovem.

Agentura byla v r. 2009 zapojena do realizace výzkumného projektu *Dlouhodobý monitoring situace romských komunit – české lokality* (GAC spol. s r.o., 2009), který navazuje na předchozí projekt *Dlouhodobý monitoring situace romských komunit – moravské lokality* (Kašparová et al. 2008). Cílem projektu bylo monitorování situace v Ústí nad Labem, Mostu, Chebu, Broumově a na Šluknovsku, především s ohledem na faktory, které ovlivňují postavení sociálně vyloučených Romů (nevyhovující kvalita bydlení, zhoršený přístup ke vzdělání, nezaměstnanost a nízká vzdělanost). Průzkum se mimo jiné zaměřil na zdravotní stav obyvatel sociálně vyloučených komunit včetně užívání drog. Jako nejčastěji užívaná droga je uváděn pervitin (Ústí nad Labem, Most, Šluknovsko, Cheb), dále heroin (Ústí nad Labem, Most, Cheb), konopné drogy (Ústí nad Labem, Šluknovsko, Cheb) a toluen (Most, Šluknovsko, Broumov). Vedle užívání drog je také velmi rozšířeno gamblerství a s tím spojená lichva a zadlužování (GAC spol. s r.o., 2009).

Agentura se také podílela na projektu Světové banky a Rady vlády pro záležitosti romské komunity s názvem *Česká republika: Šance na zlepšení zaměstnanosti Romů* a dále na výzkumu *Romská populace a zdraví* v rámci projektu SASTIPEN. Projekty měly za cíl zpracování studie zaměřené na zdravotní a sociální situaci v romské menšině a přístup k sociálním a zdravotním zdrojům. Studie se podrobněji zaměřila na kouření a konzumaci alkoholu. Z výsledků vyplývá, že v současné době kouří denně 60 % Romů starších 16 let a dalších 9 % patří mezi nepravidelné kuřáky. K nejoblíbenějším nápojům patří pivo a víno, které alespoň někdy pije polovina (víno) nebo tři pětiny (pivo) Romů přiznávajících konzumaci alkoholu v posledním roce (Nesvadbová et al. 2009).

Agentura realizovala v r. 2009 vedle situačních analýz také dílčí inovativní a tematicky zaměřené výzkumné studie s ohledem na potřeby jednotlivých lokalit. Např. v Přerově byl realizován výzkum kriminogenních faktorů pro realizaci opatření prevence kriminality a pro Brno byla vytvořena Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží – další informace a podrobnější výsledky o užívání drog z brněnské studie jsou uvedeny v kapitole Užívání drog ve specifických skupinách populace (str. 30).

V r. 2009 byly publikovány výsledky terénní socioetnografické studie provedené v pěti romských rodinách, která byla zaměřena na hodnocení vlivu užívání návykových látek na zdraví (Kajanová and Mrhálek, 2009). Mezi účastníky studie převládala závislost na nikotinu, a to i u mládeže ve věku 12 let, která také často přetrvává i u žen v těhotenství. Zatímco pravidelná konzumace alkoholu se mezi respondenty vyskytovala spíše ojediněle, mezi

mladými Romy bylo pozorováno nadužívání nelegálních drog; podle autorů nebyla marihuana komunitou za drogu ani považována. Důležitou roli hraje spíše tolerantní postoj rodiny a komunity k užívání návykových látek, což je patrné při tolerování kuřáctví i u malých dětí. Podle autorů patří příbuzenská skupina rovněž mezi nejčastější iniciátory užívání drog.

8.2 Sociální reintegrace

Následná péče o uživatele drog a jejich sociální začleňování je v ČR zajišťována prostřednictvím ambulantních doléčovacích programů, jejichž součástí mohou být programy chráněného bydlení a chráněné pracovní programy (chráněná dílna, chráněné zaměstnání a podporované zaměstnání). Cílovou populací strukturovaných intenzivních doléčovacích programů jsou osoby s doporučenou dobou abstinence minimálně 3 měsíce.

V r. 2009 poskytovalo následnou péči 15 zařízení dotovaných RVKPP⁸⁹, z nichž 13 nabízelo svým klientům chráněné bydlení a 4 také chráněné zaměstnání. Celkem využilo služeb následné péče 986 klientů (611 mužů), 627 (63,6 %) z nich užívalo před léčbou drogy injekčně, 585 (59,3 %) užívalo pervitin, 161 (16,3 %) heroin. Celková kapacita poskytovaného chráněného bydlení byla 134 ubytovacích míst. V chráněných dílnách pracovalo 29 klientů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d) – srovnání r. 2005–2009 uvádí tabulka 8-2.

tabulka 8-2: Programy následné péče dotované RVKPP v r. 2005–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Ukazatel	2005	2006	2007	2008	2009
Počet zařízení	20	18	18	18	15
Počet klientů v následné péči	865	904	883	1 041	986
Kapacita chráněného bydlení (počet míst)	118	126	126	283	134
Počet klientů v chráněném bydlení	244	235	261	–	–
Počet klientů v chráněných dílnách	59	40	44	25	29

Ambulantní následnou péči nabízelo 11 zařízení a využilo ji 443 klientů (z toho 277 mužů), což představuje mírný pokles oproti r. 2008. Průměrný věk klientů dlouhodobě roste, v r. 2009 byl 30,4 let. Celkem 235 (53 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 246 (55,5 %) užívalo pervitin a 64 (14,4 %) opiáty (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d). Srovnání r. 2003–2009 uvádí tabulka 8-3.

tabulka 8-3: Programy ambulantní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet zařízení	8	14	13	10	12	12	11
Počet klientů	460	444	336	380	389	487	443
– z toho IUD	320	307	218	230	236	306	235
– z toho uživatelů pervitinu	210	187	182	216	209	259	246
– z toho uživatelů opiátů	120	115	58	78	69	71	64
Průměrný věk klientů	26,0	26,6	27,4	26,4	29,3	30,3	30,4

Intenzivní následnou péči (v dlouhodobém strukturovaném programu, většinou s chráněným bydlením a zaměstnáním) poskytovalo 12 zařízení, jejichž celková kapacita 316 míst byla využita 543 klienty (z nich bylo 334 mužů). Průměrný věk klientů byl 29,2 let. Celkem 392 (72,2 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 329 (60,6 %) užívalo pervitin a 99 (18,2 %) opiáty (heroin, Subutex[®] či metadon). Průměrná délka setrvání klienta v programu intenzivní následné péče byla 6 měsíců. Celkem 174 (32 %) klientů dokončilo program úspěšně, 132 (24,3 %) předčasně a 52 (9,6 %) bylo z programu vyloučeno (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d) – tabulka 8-4.

tabulka 8-4: Programy intenzivní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Počet zařízení	14	14	15	16	15	15	12
Kapacita	321	342	385	365	325	283	316
Počet klientů	585	562	526	524	494	554	543
– z toho IUD	463	404	399	364	360	422	392
– z toho uživatelů pervitinu	245	260	276	304	284	317	329
– z toho uživatelů opiátů	224	184	143	105	104	105	99
Průměrný věk klientů	24,5	27,0	26,4	27,1	26,6	28,7	29,2

⁸⁹ V Registru poskytovatelů sociálních služeb (<http://iregistr.mpsv.cz>), který provozuje MPSV, bylo uvedeno celkem 30 programů následné péče pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách (vyhledáno 2010-09-05). MPSV rovněž provozuje další databáze shromažďující a poskytující informace o dostupných sociálních službách – podrobněji viz VZ 2008.

Kromě výše uvedených zařízení mohou služby následné péče poskytovat i jiná pobytová nebo ambulantní léčebná zařízení, ovšem jejich počet a rozsah jimi poskytované péče jsou obtížně zjistitelné. Na principu svépomoci fungují skupiny Anonymních alkoholiků (AA). V současnosti funguje 47 skupin AA ve 34 městech ČR (Anonymní alkoholici - Česká republika, 2010). O svépomocné skupině Fatima, která byla v květnu 2009 založena v Brně a sdružovala uživatele nealkoholových drog, nejsou další informace. Nejsou k dispozici informace ani o žádné jiné svépomocné skupině v ČR zaměřené na nealkoholové drogy.

9 Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení

V r. 2009 bylo Národní protidrogovou centrálou evidováno celkem 2340 osob zadržených, Ministerstvo vnitra evidovalo 2415 a Ministerstvo spravedlnosti 2553 osob stíhaných za drogové trestné činy. Absolutní počet stíhaných je nejvyšší v krajích Moravskoslezském, Ústeckém a v Hl. m. Praze; v přepočtu na 100 tis. obyvatel v kraji Karlovarském, Ústeckém a v Hl. m. Praze. V r. 2009 bylo za drogové trestné činy obžalováno 2332 osob. V dlouhodobé perspektivě je následně obžalováno přibližně 90 % osob zadržených a stíhaných za drogové trestné činy.

Dochází k nárůstu počtu stíhaných i obžalovaných, patrný je nárůst počtu osob stíhaných a obžalovaných za držení drog (§ 187a) a naopak u šíření toxikomanie (§ 188a) dochází k poklesu. Nejčastěji jsou pachatelé stíháni v souvislosti s pervitinem, dále s konopnými drogami a heroinem; aktuálně roste podíl konopných drog a klesá podíl pervitinu.

Za drogové trestné činy bylo v r. 2009 odsouzeno 1535 osob, což je nejvyšší počet za poslední 3 roky. Také u odsouzených lze sledovat nárůst podílu a počtu trestných činů držení drog podle § 187a. V r. 2009 bylo uděleno 489 nepodmíněných a 869 podmíněných trestů. Ochranné léčení v ústavní nebo ambulantní formě bylo soudem v r. 2009 uloženo 123 osobám, z toho 68 osobám v ambulantní formě a 55 osobám ve formě ústavní. Co do skladby trestů je situace stabilní – v posledních 3 letech se v cca 30 % jedná o nepodmíněné tresty odnětí svobody, v 50 % o tresty podmíněné. Nejvyšší počet trestů je ukládán v souvislosti s výrobou a distribucí drog (§ 187) a ve spojení s pervitinem.

Od r. 2009 projednávají přestupky přechovávání drog pro vlastní potřebu (a od r. 2010 také přestupky pěstování rostlin nebo hub obsahujících omamnou a psychotropní látku pro vlastní potřebu) obecní úřady obcí s rozšířenou působností, nikoliv již Policie ČR. Data za r. 2009 nebyla v době zpracování zprávy k dispozici.

Podle expertních odhadů se uživatelé drog podílí na cca 71–74 tis. trestných činů ročně, což je přibližně pětina všech zjištěných trestných činů v ČR. Nejčastěji se jedná o krádeže věcí z automobilů. Podle jiného odhadu cca 14 % nových klientů v péči Probační a mediační služby ČR spáchalo trestný čin v souvislosti s drogami.

Podle evidence policie bylo 22,2 tis. skutků spácháno pod vlivem alkoholu – nejčastěji se jednalo o trestný čin ohrožování pod vlivem návykové látky, opilství a silniční dopravní nehody z důvodu nedbalosti. Pod vlivem nealkoholových drog bylo evidováno 2,3 tis. trestných činů – nejčastěji se jednalo opět o ohrožování pod vlivem návykové látky, opilství a různé druhy krádeží nebo krádeží vloupáním. Nejvíce trestných činů bylo uživateli nealkoholových drog spácháno pod vlivem pervitinu a konopných drog. Při hrubém přepočtu na celkový počet zjištěných trestných činů (345 tis. ročně) lze počet skutků spáchaných ročně pod vlivem alkoholu odhadnout na cca 62 tis. (18 %) a pod vlivem nealkoholových drog na cca 7 tis. (2 %).

V ČR bylo v r. 2009 celkem 36 věznic. Ani v r. 2009 nebyly k dispozici výsledky žádné reprezentativní studie mezi vězni, ze které by bylo možno kvalifikovaně usuzovat na skutečnou míru užívání drog v této populaci. Ve věznicích byly v r. 2009 k dispozici služby různých typů určené uživatelům drog. Jednalo se o poradny drogové prevence, které fungují ve všech věznicích, detoxifikaci ve 4 věznicích, bezdrogové zóny ve 33 věznicích a dva typy specializovaných oddělení – oddělení pro dobrovolnou léčbu v 7 věznicích a oddělení k výkonu soudem nařízeného ochranného léčení v ústavní formě ve 3 věznicích. Substituční léčba metadonem byla v r. 2009 realizovaná v 9 věznicích. Péči o vězněné uživatele drog doplňovaly služby realizované 15 nestátními neziskovými organizacemi v 30 věznicích; z nich 6 poskytovatelů sdružených v sekci Drogové služby ve vězení A.N.O. působilo v 19 věznicích.

9.1 Drogová kriminalita

V ČR existuje několik zdrojů informací o tzv. drogových trestných činech (DTČ), tj. trestných činech podle ustanovení § 187 (nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami (OPL) a s jedy), § 187a (přechovávání OPL a jedu), § 188 (výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedu) a § 188a (šíření toxikomanie) zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona (sTZ)⁹⁰. Jedná se především o statistiky *Policie ČR (PČR)*, zejména o *Evidenční systém statistik kriminality (ESSK)* a statistiky speciálního policejního útvaru – *Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC)* a dále o statistiky státních zastupitelství a soudů zpracovávané *Ministerstvem spravedlnosti ČR (MS)*. Další data v této oblasti shromažďují *Probační a mediační služba ČR (PMS)* a *Vězeňská služba ČR (VS)*.

Osoby zadržené nebo stíhané za DTČ jsou evidovány jak v systému *NPC*, který se zaměřuje výhradně na drogovou kriminalitu, tak v systémech *PČR* a *MS*, které sledují celkovou, tedy nejen drogovou kriminalitu. Údaje z výše uvedených zdrojů se mírně liší. Rozdíly v některých údajích jsou důsledkem rozdílné hlásné praxe, kázně a metodologických rozdílů mezi jednotlivými evidenčními systémy. Jedná se např. o zaznamenávání trestných činů

⁹⁰ Tento starý trestní zákon byl účinný do 31. prosince 2009. Od 1. ledna 2010 nabyl účinnosti zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. V tomto novém trestním zákoníku jsou ustanovení týkající se drogových trestných činů obsažena v § 283 až 287. Blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str.5). Srovnání znění vybraných paragrafů starého trestního zákona i nového trestního zákoníku jsou uvedena v příloze 14.2 (str. 128).

a jejich pachatelů v různých fázích trestního řízení⁹¹, o různé definice hlášených případů a různé statistické jednotky (osoby, případy nebo trestné činy), duplicity osob v evidovaných datech (např. pokud jedna osoba porušila zároveň více drogových paragrafů a/nebo v souvislosti s více typy drog). Nevýhodou je v této souvislosti neexistence jednotného evidenčního systému pro všechny instituce zapojené do trestního řízení (PČR, státní zastupitelství, soudy, PMS, VS).

9.1.1 Drogové trestné činy podle drogových paragrafů a typů drog

Policejní data a údaje MS potvrzují relativně stabilní situaci v posledních 3 letech co do počtu zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za DTČ, a to jak podle drogových paragrafů, tak podle typů drog i jednotlivých krajů ČR. V dlouhodobém horizontu cca 10 let lze ovšem vysledovat některé změny v objemu a struktuře drogových trestných činů.

V r. 2009 bylo podle NPC evidováno celkem 2340 osob zadržených, podle ESSK 2415 a podle MS 2553 osob trestně stíhaných za DTČ; za poslední 3 roky (2007–2009) se podle všech 3 statistik jedná o nejvyšší počet osob zadržených nebo stíhaných tabulka 9-1. Podíly osob zadržených nebo stíhaných za DTČ podle paragrafů a podle hlavních typů drog ukazuje tabulka 9-2, tabulka 9-3 a tabulka 9-4. Obžalováno bylo 2332 osob; za poslední 3 roky se jedná o nejvyšší počet osob obžalovaných za DTČ (2042 v r. 2007, 2100 v r. 2008); podíly osob obžalovaných podle paragrafů a podle hlavních typů drog ukazuje tabulka 9-5. Osob odsouzených bylo 1535; za poslední 3 roky se jedná o nejvyšší počet osob odsouzených (1382 v r. 2007, 1360 v r. 2008); podíly odsouzených osob podle paragrafů a podle hlavních typů drog ukazuje tabulka 9-6.

tabulka 9-1: Počty osob zadržených (NPC) a stíhaných (PČR, MS) za drogové trestné činy v letech 2005–2009 podle různých informačních zdrojů (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c; Ministerstvo vnitra ČR, 2010a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010c)

Zdroj	2005	2006	2007	2008	2009
NPC (zadržení)	2 168	2 198	2 031	2 322	2 340
ESSK (stíhaní)	2 209	2 344	2 023	2 296	2 415
MS (stíhaní)	2 429	2 630	2 282	2 304	2 553

Počet osob stíhaných za DTČ je v posledních letech stabilní. Po zahrnutí dat ze všech 3 výše zmíněných statistik bylo v posledních 3 letech (2007–2009) evidováno 2023–2553 (průměr 2285) osob zadržených a stíhaných za DTČ. Podle statistik MS bylo za poslední 3 roky stíháno průměrně 2380 osob, z toho průměrně 1771 (74 %) osob za porušení § 187, 355 (15 %) osob za porušení § 187a, 222 (10 %) osob za porušení § 188 a 32 (1 %) osob za porušení § 188a. Mezi lety 2007 a 2009 lze sledovat nárůst počtu osob stíhaných podle § 187 (1684 osob v r. 2007, 1970 osob v r. 2009), v uvedeném období je také evidentní pokles počtu osob stíhaných za porušení § 188a (53 osob v r. 2007, 12 osob v r. 2009) (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010c). Podíl drog, v jejichž souvislosti byly osoby za DTČ stíhány, je za poslední 3 roky stabilní; nejčastěji jsou osoby stíhány za DTČ v souvislosti s pervitinem (cca 60 %), s konopnými drogami (cca 30 %) a s heroinem (cca 7 %) (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010d). Mezi kraje s nejvyšším absolutním počtem stíhaných osob patřily v r. 2009 Hl. m. Praha (375 osob), kraje Moravskoslezský (268) a Středočeský (262). V přepočtu na 100 tis. obyvatel bylo nejvíce osob stíháno v kraji Karlovarském (50 osob), Ústeckém (32) a v Hl. m. Praze (32) (Ministerstvo vnitra ČR, 2010b). Za poslední 3 roky jsou nejvyšší absolutní počty osob stíhaných osob v krajích Moravskoslezském, Ústeckém a v Hl. m. Praze; v přepočtu na 100 tis. obyvatel se jedná o kraje Karlovarský, Ústecký a Hl. m. Praha.

tabulka 9-2: Počty osob zadržených a stíhaných pro drogové trestné činy v rozdělení podle paragrafů v r. 2009 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c; Ministerstvo vnitra ČR, 2010a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010c)

Zdroj	§ 187 + § 188		§ 187a		§ 188a		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
NPC (zadržení)	2 044	87	285	12	11	1	2 340	100
ESSK (stíhaní)	2 096	87	302	12	17	1	2 415	100
MS (stíhaní)	2 177	85	364	14	12	1	2 553	100

⁹¹ V policejních statistikách (NPC a ESSK) se případ eviduje již při zahájení trestního řízení. Do statistik MS jsou jednotlivé případy zaznamenány s časovým posunem – až po skončení přípravné fáze trestního řízení (po rozhodnutí o podání obžaloby nebo o zastavení trestního stíhání apod.).

tabulka 9-3: Počty zadržených osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů sTZ v r. 2009 podle NPC (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c)

Typ drogy	§ 187 + § 188		§ 187a		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Konopné látky	661	32	125	44	786	34
Pervitin	1 160	57	115	40	1 275	55
Kokain	41	2	6	2	47	2
Heroin	103	5	33	12	136	6
Ostatní drogy	79	4	6	2	85	3
Celkem osob	2 044	100	285	100	2 329*	100

* Není započítáno 11 osob zadržených za porušení § 188a, protože informace o typu drogy zde chybí. Celkový počet zadržených podle NPC v r. 2009 je 2340 osob.

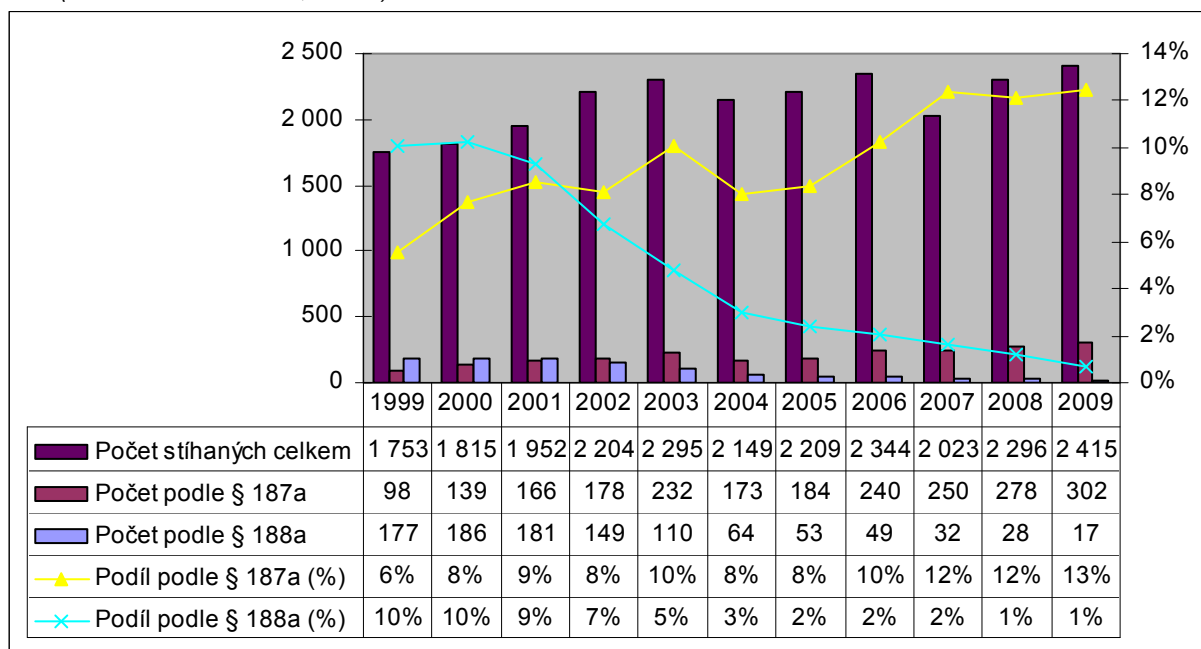
tabulka 9-4: Počty stíhaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů sTZ podle MS (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010d; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010c)

Typ drogy	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Konopné látky	605	31	154	42	11	5	6	50	776	30
Pervitin	1 237	63	160	44	191	92	3	25	1 591	62
Kokain	44	2	4	1	0	0	0	0	48	2
Heroin	124	6	45	12	0	0	0	0	169	7
Ostatní drogy	114	6	30	8	17	8	3	25	164	6
Celkem osob*	1 970	100	364	100	207	100	12	100	2 553	100

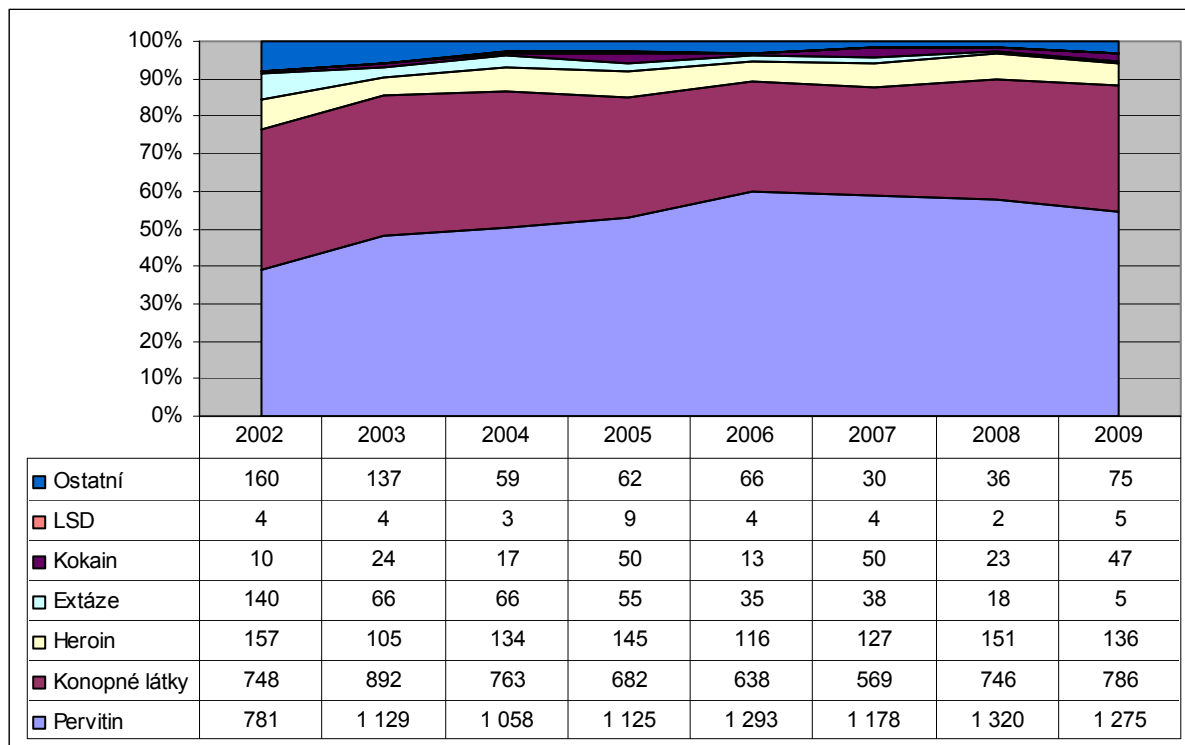
* Údaje v řádce „celkem osob“ nejsou součtem počtu ani podílu (%) trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány zároveň za porušení více drogových paragrafů nebo ve spojení s více drogami a jedna osoba může být tedy započítána vícekrát. MS poskytuje 2 různé statistické sestavy, a to podle drog a podle drogových paragrafů.

Historicky lze v posledních cca 10 letech sledovat nárůst celkového počtu osob stíhaných za DTČ, je patrný nárůst podílu osob stíhaných za držení drogy (§ 187 a) a pokles podílu osob stíhaných za šíření toxikomanie (§ 188 a) – graf 9-1. Je pozorován stabilní dlouhodobý vývoj podílu jednotlivých typů drog mezi případy osob zadržených pro drogovou trestnou činností podle typu drog – graf 9-2.

graf 9-1: Celkový počet stíhaných osob a množství a podíly osob stíhaných podle § 187a a 188a sTZ v letech 1999–2009 (Ministerstvo vnitra ČR, 2010a)



graf 9-2: Dlouhodobý vývoj podílu jednotlivých typů drog u osob zadržených pro páchaní drogové trestné činnosti (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c):



Počet osob obžalovaných za DTČ je v posledních letech stabilní. Podle statistik MS bylo v posledních 3 letech (2007–2009) evidováno 2042–2332 (průměr cca 2160) osob obžalovaných za DTČ. Za poslední 3 roky bylo obžalováno průměrně cca 1630 (75 %) osob za porušení § 187, cca 300 (14 %) osob za porušení § 187a, cca 200 (10 %) osob za porušení § 188 a cca 30 (1 %) osob za porušení § 188a. Mezi lety 2007 a 2009 lze sledovat obdobné trendy jako v případě stíhaných osob (viz výše) – nárůst počtu osob obžalovaných podle § 187 (1526 osob v r. 2007, 1820 osob v r. 2009) a pokles počtu osob obžalovaných za porušení § 188a (45 osob v r. 2007, 11 osob v r. 2009). Ze statistik tedy vyplývá, že cca 90 % osob zadržených a stíhaných za DTČ je následně obžalováno; podíl podle drogových paragrafů je u zadržených, stíhaných a obžalovaných přibližně stejný (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010c). Podíl drog, v jejichž souvislosti byly osoby za DTČ obžalovány, je za poslední 3 roky stabilní, nicméně roste podíl obžalovaných osob v souvislosti s konopnými drogami (16 % v r. 2007, 28 % v r. 2009) a mírně klesá podíl osob obžalovaných ve spojení s pervitinem (70 % v r. 2007, 65 % v r. 2009) (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010d).

tabulka 9-5: Počty obžalovaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů sTZ (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010d; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010c)

Typ drogy	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Konopné látky	509	28	116	38	11	6	6	55	642	28
Pervitin	1 192	66	148	48	180	92	2	18	1 522	65
Kokain	43	2	3	1	0	0	0	0	46	2
Heroin	120	7	41	13	0	0	0	0	161	7
Ostatní drogy	108	6	26	9	0	0	0	0	134	6
Celkem osob*	1820	100	306	100	195	100	11	100	2 332	100

*Údaje v řádce „celkem osob“ nejsou součtem počtu a podílu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou obžalovány zároveň za porušení více drogových paragrafů nebo ve spojení s více drogami a jedna osoba může být tedy započítána vícekrát. MS poskytuje 2 různé statistické sestavy, a to podle drog a podle drogových paragrafů.

Počet osob odsouzených za DTČ je v posledních letech relativně stabilní. Podle statistik MS bylo za poslední 3 roky (2007–2009) evidováno 1360–1535 (průměr 1426) osob odsouzených za DTČ. Za poslední 3 roky bylo odsouzeno průměrně 1146 (80 %) osob za porušení § 187, 167 (12 %) osob za porušení § 187a, 100 (7 %) osob za porušení § 188 a 12 (1 %) osob za porušení § 188a. Mezi lety 2007 a 2009 lze sledovat zvýšený nárůst podílu a počtu osob odsouzených podle § 187a (138 osob v r. 2007, 214 osob v r. 2009). Ze statistik tedy vyplývá, že cca dvě třetiny obžalovaných osob jsou následně odsouzeny; podíl podle drogových paragrafů je u obžalovaných a odsouzených přibližně stejný (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a). Podíl drog, v jejichž souvislosti byly osoby za DTČ odsouzeny, je za poslední 3 roky stabilní, nejčastěji jsou osoby odsouzeny v souvislosti s pervitinem (47 %), následují konopné drogy (19 %) a heroin (6 %) (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010d).

tabulka 9-6: Počty odsouzených osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů sTZ (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010b).

Typ drogy	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Konopné látky	263	22	56	26	6	5	4	31	329	21
Pervitin	564	48	71	33	77	60	0	0	712	46
Kokain	25	2	2	1	0	0	0	0	27	2
Heroin	80	7	15	7	0	0	0	0	95	6
Ostatní drogy	155	13	34	16	30	23	8	62	227	15
Celkem osob*	1 180	100	214	100	128	100	13	100	1 535	100

*Údaje v řádce „celkem osob“ nejsou součtem počtu ani podílu (%) trestných činů podle jednotlivých drog, protože u všech osob, které byly odsouzeny za drogovou trestnou činnost, nebyl určen typ drogy, v souvislosti se kterou daný trestný čin spáchaly.

9.1.1.1 Tresty za drogové trestné činy

V posledních 3 letech bylo v ČR každý rok evidováno celkem cca 1400 osob odsouzených za celkem cca 1600 DTČ. Zhruba 30 % z uložených trestů byly tresty nepodmíněné, 50 % tresty podmíněné, ve zbylých případech byly ukládány jiné druhy trestů. Nejvyšší počet trestů byl uložen nejčastěji v souvislosti s porušením § 187 a ve spojení s pervitinem. Vývoj celkového počtu osob, počtu a podílu nepodmíněných a podmíněných trestů uložených za DTČ v letech 2002 až 2009 ukazuje graf 9-3.

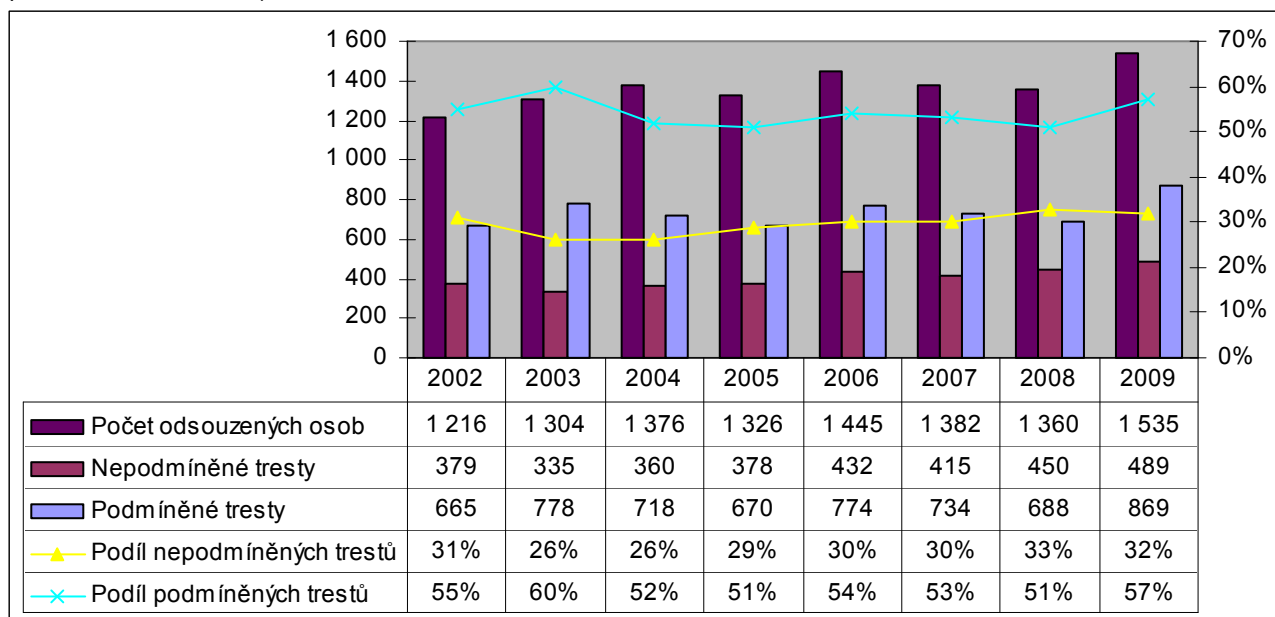
Počet a skladba trestů osob odsouzených za DTČ v r. 2009 odpovídaly stavu z minulých let. Podle statistik MS (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010b; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a) bylo v r. 2009 odsouzeno 1535 osob za 1595 DTČ (1360 osob za 1607 DTČ v r. 2008, 1382 osob za 1623 DTČ v r. 2007). Bylo uděleno 489 nepodmíněných trestů (450 v r. 2008, 415 v r. 2007) a 869 podmíněných trestů (688 v r. 2008, 734 v r. 2007). Skladbu trestů v r. 2009 u § 187, § 187a u vybraných typů drog uvádí tabulka 9-7.

tabulka 9-7: Počet trestů udělených za drogové trestné činy u vybraných drogových paragrafů a drog v r. 2009 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010b; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a)

Druhy trestů	Celkem	Z toho				
		§ 187	§ 187a	Konopné látky	Pervitin	Heroin
Nepodmíněné tresty						
– v délce do 1 roku	75	45	19	5	40	5
– v délce 1–5 let	358	300	31	49	198	43
– v délce 5–15 let	55	52	3	1	14	11
– v délce nad 15 let	0	1	0	0	0	0
Nepodmíněné tresty celkem	489	398	53	55	252	59
Podmíněné tresty						
	869	665	127	223	392	33
Vybrané další druhy trestů						
Obecně prospěšné práce	87	69	15	35	42	0
Trestní opatření uložené ve spojení s jiným trestem*	696	478	150	146	313	57
Upuštěno od potrestání	56	40	11	13	23	2
Ochranná opatření**	122	99	12	17	74	13
Výchovná opatření***	21	17	2	12	6	1
Odsouzených osob celkem	1 535	1 180	214	329	712	95

*Jedná se např. o zákaz činnosti, peněžitý trest, vyhoštění, **Jedná se např. o ochranné léčení, *** Jedná se např. o dohled probačního úředníka, probační program, napomenutí s výstrahou.

graf 9-3: Vývoj počtu osob a skladby trestů uložených za drogovou trestnou činnost v letech 2002–2009 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a)



9.1.2 Přestupky přechovávání drog pro vlastní potřebu

V r. 2006 bylo zjištěno 970 přestupků přechovávání drog pro vlastní potřebu, v r. 2007 to bylo 966 přestupků. Za r. 2008 byla k dispozici neúplná data⁹², podle nichž bylo zaznamenáno 450 přestupkových případů, na kterých se podílelo 473 osob. Informace o přestupcích přechovávání drog pro vlastní potřebu za r. 2009 nebyly v době zpracování zprávy k dispozici.

Novelizací⁹³ zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, došlo ke změně příslušnosti k projednání přestupků podle ustanovení § 30, odst. 1, písm. j), tj. držení drogy v malém množství pro vlastní potřebu. S účinností od 1. ledna 2009 jsou k projednávání těchto přestupků příslušné obecní úřady obcí s rozšířenou působností; dříve byla příslušným orgánem Policie ČR. Ustanovení § 30 zákona o přestupcích náleží do působnosti MZ, které je kompetentní jako odvolací orgán vyššího stupně (přezkum, rozklad správního rozhodnutí), nicméně sběr dat o projednávaných přestupcích zajišťuje MV. Do zavedeného formuláře se data o přestupcích sbírají od obcí souhrnně za celý uplynulý kalendářní rok. Tyto údaje sbírají krajské úřady, které data kompletují a zasílají na MV (odbor všeobecné správy). Data o přestupcích podle § 30, odst. 1, písm. j) v r. 2009 budou získána ve spolupráci s MV zpětně⁹⁴. Pro r. 2010 bude pro sběr dat o přestupcích použita rozšířená podoba formulářů, které budou podrobněji mapovat přestupky ve vztahu k § 30 písm. j) neoprávněné přechovávání drog v malém množství pro svoji potřebu, a písm. k) neoprávněné pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu v malém množství.

9.1.3 Sekundární drogová kriminalita

NPC opět realizovala sběr dat pro odhad sekundární drogové kriminality v r. 2009, a to na základě obdobné metodiky jako v r. 2008, kdy byla odhadována sekundární kriminalita za období r. 2007 a 1. pololetí 2008 (blíže viz VZ 2008). Studie probíhala formou expertního retrospektivního odhadu krajských ředitelství a územních odborů Policie ČR, která za r. 2009 ve svém územním obvodu u každého ze 42 vybraných⁹⁵ trestných činů (TČ) odhadla podíl spáchaný uživateli drog zejména za účelem získání prostředků na nákup OPL pro vlastní potřebu. Při zpracování dat, které realizovalo NMS, byly odhadované podíly váženy skutečným počtem objasněných trestných činů v jednotlivých okresech (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010).

Při porovnání let 2007, 2008 a 2009 jsou odhady sekundární drogové kriminality stabilní. Podle expertních odhadů se uživatelé drog podílí na třetině vybraných trestných činů, což je cca 71–74 tis. činů. Nejčastěji se jedná o krádeže věcí z automobilů, na kterých se uživatelé drog podílejí cca ze dvou třetin a celkově se tak jedná o více jak 30 tis.

⁹² Jedná se v průměru o 60 % ze všech požadovaných měsíčních hlášení, která mohla během r. 2008 příslušná okresní policejní ředitelství poskytnout NPC.

⁹³ Novela byla provedena zákonem č. 274/2008 Sb., jímž se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o Policii ČR.

⁹⁴ Výsledky retrospektivního sběru dat o přestupcích přechovávání drog pro vlastní potřebu v r. 2009 by měly být od MV k dispozici na podzim 2010.

⁹⁵ Jednalo se především o trestné činy majetkové (např. krádež, podvod), dále o trestné činy násilné (např. loupež, ublížení na zdraví, porušování domovní svobody) a další (zanedbání povinné výživy, vydírání aj.) podle podrobného členění Evidenčního systému statistik kriminality (ESSK). Do výběru byly zařazeny také trestné činy nedovolené výroby a distribuce drog podle § 187 TZ.

těchto trestných činů ročně. Deset druhů trestných činů, na kterých se uživatelé drog podíleli nejčastěji, uvádí tabulka 9-8.

Celkem bylo ročně v ČR v letech 2007–2009 zjištěno 333–357 tis. trestných činů. Za předpokladu, že je ročně zjištěno cca 345 tis. všech trestných činů a že uživatelé drog páchají v průměru 73 tis. vybraných trestných činů ročně, potom lze podíl uživatelů drog na celkové zjištěné kriminalitě odhadnout na cca 21 %, tj. na každém 5. zjištěném trestném činu se podílí uživatel drog.

tabulka 9-8: Odhadovaný podíl trestných činů spáchaných uživateli drog na vybraných (zjištěných) trestných činech a jejich odhadovaný počet podle druhu v letech 2007–2009 (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010)

Druh trestného činu	Podíl 2007–2008* (%)	Počet 2007	Počet 2008	Podíl 2009 (%)	Počet 2009
KP věci z automobilů	62,7	32 301	30 993	68,5	31 888
KP kapesní	34,2	6 560	6 229	33,8	6 289
KV do ostatních objektů	19,4	6 066	5 711	19,9	5 924
KP v jiných objektech	13,6	3 496	3 351	16,7	3 850
KP automobilů	21,9	4 271	3 944	24,7	3 452
KP jízdních kol	31,0	1 672	1 629	37,9	2 427
Neoprávněné držení platební karty	27,4	2 220	2 148	29,9	2 420
KP jiné na osobách	17,0	1 524	1 633	22,1	2 143
Výroba a distribuce OPL	70,7	1 567	1 671	81,1	1 980
KP ostatní	19,5	2 340	1 983	14,6	1 076
Ostatní	17,7	12 148	12 157	12,8	12 660
Celkem spácháno uživateli drog	29,4	74 143	71 451	31,4	74 109
Celkem zjištěno vybraných TČ	100,0	252 547	242 852	100,0	236 116

*KP – krádeže prosté, KV – krádeže vloupáním. * Studie pokrývala období 1,5 roku od začátku r. 2007 do konce 1. pololetí 2008. Vypočtený podíl uživatelů drog na páchaní vybraných trestných činů byl aplikován na celkový zjištěný počet těchto činů jak v r. 2007, tak v r. 2008.*

Za r. 2009 byly podle ESSK zpracovány také údaje o trestné činnosti spáchané pod vlivem alkoholu a nealkoholových drog (Policejní prezidium České republiky, 2010). Podle ESSK zpracovaných pro jednotlivé okresy bylo v ČR v r. 2009 objasněno 125 tis. trestných činů. Z nich bylo 22,2 tis. skutků spáchané pod vlivem alkoholu – nejčastěji se jednalo o trestný čin (TČ) ohrožení pod vlivem návykové látky, opilství (11,4 tis. TČ) a silniční dopravní nehody z důvodu nedbalosti (3,9 tis.), úmyslné ublížení na zdraví, výtržnictví, poškozování cizí věci, nebezpečné vyhrožování. Celkem 2,3 tis. skutků bylo spáchané pod vlivem nealkoholových drog – nejčastěji se jednalo o TČ ohrožení pod vlivem návykové látky, opilství (1 tis.) a různé druhy krádeží nebo krádeží vloupáním (311 TČ), nedovolená výroba OPL podle § 187 sTZ (187 TČ). Nejvíce TČ spáchaných uživateli drog bylo pod vlivem pervitinu nebo jiných amfetaminů (1201), následovaly konopné drogy (272), syntetické drogy (162), heroin či jiné opiáty (92). Při hrubém přepočtu na celkový počet zjištěných trestných činů (345 tis. ročně) lze počet skutků spáchaných pod vlivem alkoholu odhadnout na cca 62 tis. a pod vlivem nealkoholových drog na cca 7 tis. skutků ročně, což je cca 10 % odhadovaných trestných činů spáchaných uživateli drog (viz výše) a 2 % všech trestných činů zjištěných v ČR.

V r. 2010 byl dokončen výzkum zaměřený na sekundární drogovou kriminalitu. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 66 uživatelů drog v kontaktu nebo léčbě (42 mužů, 24 žen, průměrný věk 28 let). Celkem 46 dotazovaných (70 %) v minulosti spáchalo alespoň 3 trestné činy (TČ), nejčastěji šlo o krádež (83 % všech spáchaných TČ), a to zejména krádež v obchodě (44% všech krádeží), vloupáním do automobilu (24 % všech krádeží) nebo do jiných objektů (11 % všech krádeží); znásilnění nebo vražda nebyly UD uskutečněny ani jednou. Alespoň 1krát kradlo 70 % dotazovaných, 20 % alespoň 1krát neoprávněně drželo platební kartu, spáchalo loupež, poškozovalo cizí věc nebo spáchalo úvěrový podvod. U klientů, kteří uvedli min. 3 spáchané TČ (46 osob), byly sledovány aspekty trestné činnosti v závislosti na preferenci užívaných drog a v závislosti na akutním účinku drog – TČ pod vlivem drogy páchalo podle vlastních výpovědí vždy 17 %, často 26 %, někdy 48 % a nikdy 5 % z nich. Uživatelé opiátů páchali výhradně ekonomicky motivované TČ – téměř výhradně se jednalo o krádeže, které byly z 66 % motivovány okamžitou potřebou financí na nákup drogy, následoval popud způsobený vhodnou příležitostí (18 %). Většina uživatelů heroinu (54 %) kradla s rozmyslem („Heroin mě dokázal vyklidnit, naopak když jsem jednou nebo dvakrát vyzkoušel pervitin, byl jsem vystrašený.“). U uživatelů pervitinu byla škála páchaných TČ širší a více se objevovaly násilné TČ – z 27 uživatelů pervitinu spáchalo loupež 9 z nich, kdežto z 13 uživatelů heroinu to byl jediný. TČ ublížení na zdraví se dopustilo 6 osob preferujících pervitin a žádný uživatel opiátů. Většina (56 %) uživatelů pervitinu kradla na základě momentálního impulzu („Perníkáři berou všechno, co se jim naskytne. Jeden čas jsme kradli kytky v květináčích z chodeb domů. Nemělo to žádný racionální důvod. Nakonec jsme to neměli na balkoně ani kam dávat.“), jejich nejčastějším motivem pro krádež byla okamžitá potřeba (38 %), následovaná vhodnou příležitostí (32 %). Studie ukazuje, že délka drogové kariéry přímo nesouvisí s četností spáchaných TČ a v této

souvislosti jsou diskutovány i další vlivy na páchaní TČ, jako jsou např. osobnost uživatele drog a sociální prostředí, ve kterém se pohybuje (Škuba, 2010).

9.1.4 Údaje o klientech Probační a mediační služby ČR

Za r. 2009 jsou opět k dispozici údaje o klientech *Probační a mediační služby ČR (PMS)* užívajících drogy. V r. 2009 evidovala PMS celkem 25 851 (v r. 2008 to bylo 25 465) nových klientů, z toho 531 (2,1 %) pachatelů drogové kriminality. Drogová kriminalita podle PMS zahrnuje jak trestnou činnost spáchanou podle § 187, 187a, 188, 188a sTZ (tj. primární drogová kriminalita), tak majetkovou trestnou činnost za účelem získání prostředků na nákup drogy (tj. sekundární drogová kriminalita). Podíl všech nových případů⁹⁶ spojených s drogovou kriminalitou na všech nových případech PMS se v r. 2006–2009 pohyboval od 2,1 do 3,5 % ročně (Probační a mediační služba ČR, 2010) – tabulka 9-9.

tabulka 9-9: Osoby vedené PMS v souvislosti s drogovou kriminalitou v r. 2006–2009 (Probační a mediační služba ČR, 2010)

Případy evidované PMS	2006		2007		2008		2009	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Všechny případy	24 885	100,0	27 648	100,0	25 465	100,0	25 851	100,0
– z toho primární drogová kriminalita	712	2,9	692	2,5	659	2,6	531	2,1
– z toho § 187 sTZ	506	2,0	566	2,0	501	1,9	475	1,8
– z toho § 247 sTZ*	86	0,3	101	0,4	75	0,3	101	0,4
– z toho ostatní**	69	0,3	138	0,5	134	0,5	n.a.	n.a.

* Krádež, kterou spáchal uživatel drog. ** Ostatní trestné činy, které spáchal uživatel drog.

V pilotní studii Uživatelé návykových látek v péči PMS, která proběhla na přelomu let 2009 a 2010, bylo prostřednictvím dotazníku osloveno 38 pracovníků PMS. Jedním z výstupů je expertní odhad, že cca 14 % nových případů PMS za r. 2009, tzn. odhadem 3600 osob, souviselo s drogovou kriminalitou⁹⁷. Tyto osoby preferovaly nejčastěji marihuanu, pervitin, heroin a nelegálně získávaný Subutex[®]. Každý 5. klient z této cílové skupiny byl mladší 18 let. Oproti tomu oficiální statistiky PMS pro r. 2009 uváděly pouze 531 případů drogové kriminality. Na základě 6 rozhovorů s pracovníky PMS bylo zjištěno, že podhodnocení dat v této oblasti může být způsobeno mj. neexistencí standardizovaného nástroje pro diagnostiku uživatelů drog a dobrovolností hlášení údajů o souvislosti trestné činnosti s drogami do evidenčního systému PMS. Mezi nejčastější problémy, se kterými se pracovníci PMS při práci s touto klientelou setkávají, patří diagnostika akutní intoxikace a nedostatek dovedností motivovat tyto klienty ke změně návykového chování – úroveň adiktologických znalostí a dovedností mezi pracovníky PMS bude pravděpodobně vykazovat značné rozdíly. Analýza rozhovorů s 12 uživateli drog, kteří byli kontaktováni v nízkoprahových a doléčovacích programech a kteří jsou/byli v kontaktu s PMS, ukázala, že převažovala spíše spokojenost s přístupem a stylem práce probačních pracovníků, kteří byli hodnoceni jako vstřícní, podporující a tolerující. Objevily se ale také zkušenosti s nepřiměřeně přísným a nekompromisním přístupem ze strany pracovníků PMS. Žádný z respondentů nereféroval o intenzivnější formě spolupráce mezi PMS a adiktologickými službami. Výsledky studie budou podkladem pro iniciaci odborné diskuse s cílem zlepšit adiktologickou péči o klienty PMS, doporučeno bude provést celorepublikové šetření zaměřené na zjištění skutečné prevalence drogové kriminality v rámci PMS, zavést standardizovaný nástroj pro diagnostiku uživatelů drog, revidovat sběr a výkaznictví dat v dané oblasti a konečně navrhnout strukturu systematického adiktologického vzdělávání pracovníků PMS (Gabrhelíková, 2010).

9.2 Prevence drogové kriminality

Prevence kriminality v ČR spadá do působnosti *Ministerstva vnitra (MV)*, které problematiku řeší bez rozlišování, zda se jedná o prevenci drogové či jiné kriminality. Informace jsou soustředěny na internetových stránkách MV⁹⁸, včetně dokumentu Strategie prevence kriminality na léta 2008–2011. Tato strategie je zaměřena zejména na snižování majetkové a násilné kriminality a na eliminaci kriminálně rizikových sociálně negativních jevů. Mezi cílové skupiny, na které se strategie zaměřuje, patří také osoby závislé na alkoholu a jiných drogách. Problematika prevence kriminality se dotýká i působnosti rezortu MŠMT, který odpovídá za prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – blíže viz kapitolu Prevence (str. 33).

Specifické aktivity v rámci prevence drogové kriminality realizovala v r. 2009 především *Národní protidrogová centrála (NPC)*. Projekt s názvem *Nepodporuji výrobu drog* byl uskutečněn ve spolupráci NPC a České lékárnické komory, kdy lékárníci, provozovatelé a majitelé lékáren byli vyzváni, aby neprodávali větší množství léčiv s obsahem pseudoefedrinu osobám, které jsou důvodně podezřelé z účasti na výrobě pervitinu. NPC rovněž zahájila projekt

⁹⁶ Podle metodiky vykazování PMS se u neznámého počtu osob jednalo o porušení více ustanovení TZ zároveň, čili jedna osoba mohla spáchat více trestných činů. Z toho vyplývá, že celkový počet osob může být nižší než součet zaznamenaných případů.

⁹⁷ Jedná se o případy, které souvisely s primární drogovou kriminalitou (tj. porušení tzv. drogových paragrafů), se sekundární drogovou kriminalitou (tj. zejména páchaní trestné činnosti za účelem získání prostředků pro nákup drogy) a s kriminální činností, která byla páchána pod vlivem nealkoholové drogy.

⁹⁸ Viz <http://www.mvcr.cz/clanek/programy-prevence-kriminality.aspx>.

s názvem *STOP indoor pěstírnám konopí*, kdy prostřednictvím informativního dopisu oslovila občany regionu Chebska, kde je nejvyšší výskyt ilegálních velkopěstíren, s žádostí o spolupráci s policií při odhalování pěstíren. S podobnou žádostí byly osloveny i radnice obcí s rozšířenou působností; výsledky tohoto projektu budou k dispozici v průběhu r. 2010. V souvislosti s odhalováním ilegálních velkopěstíren konopí NPC spolupracovala také se zástupci energetických distribučních firem, které mohou jako první zjistit podezřelé skutečnosti, jako jsou neúměrná spotřeba elektrické energie z jediného odběrného místa nebo velké úniky z rozvodných sítí v jednom místě (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010a).

9.3 Alternativy trestního postihu

Ochranné léčení a zabezpečovací detence jsou tzv. ochranná opatření, která stejně tak jako tresty patří mezi trestněprávní sankce. Na rozdíl od trestů je však jejich účelem ochrana společnosti výhradně prostředky speciální prevence, nevyjadřují tedy odsudek pachatele a jeho činu a jsou nezávislá na míře pachatelovy viny, tj. lze je uložit i osobám, jež nejsou trestně odpovědné (Novotný et al. 2007). Ochranné léčení⁹⁹ se podle povahy nemoci a léčebných možností ukládá ve formě ústavní nebo ambulantní. Ústavní ochranné léčení se vykonává ve zdravotnických zařízeních či ve věznicích, pokud bylo uloženo vedle trestu odnětí svobody a v příslušné věznici ochranné léčení lze vykonat. V r. 2009 bylo ochranné léčení protitoxikomanické v ústavní nebo ambulantní formě uloženo celkem 123 osobám, z toho 68 osobám v ambulantní a 55 osobám v ústavní formě. Z celkového počtu 123 uložených ochranných léčení bylo 49 určeno pro pachatele odsouzené za drogové trestné činy, z toho jich 39 porušilo § 187 (výroba a distribuce drog) zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona (sTZ); dalším 47 osobám bylo nařízeno ochranné léčení pro porušení § 247 sTZ (krádež). Počet nařízených ochranných léčení je dlouhodobě stabilní (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a) – tabulka 9-10.

tabulka 9-10: Počty osob, kterým bylo soudem nařízeno ochranné léčení protitoxikomanické a protialkoholní v ambulantní nebo ústavní formě v letech 2004–2009 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a).

Typ ochranného léčení	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Protitoxikomanické	161	141	164	139	162	123
Protialkoholní	190	193	220	232	217	195
Celkem	351	334	384	371	379	318

Zabezpečovací detence se vykonává v ústavu pro výkon zabezpečovací detence se zvláštní ostrahou a ve spojení s léčebnými, psychologickými, vzdělávacími, pedagogickými, rehabilitačními a pracovními programy. Podmínkou pro uložení zabezpečovací detence je, že v daném případě nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti (jedná se o pachatele, kteří nejsou ochotni či schopni léčbu v rámci ochranného léčení podstoupit).

Dne 1. ledna 2010 nabyl účinnosti zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (nTZ), který oproti předchozí právní úpravě přináší jedinou významnější změnu, jež se týká uživatelů návykových látek. Podle nTZ soud může uložit zabezpečovací detenci vzhledem k osobě pachatele a s přihlédnutím k jeho dosavadnímu životu a jeho poměrům i tehdy, jestliže pachatel, který zneužívá návykové látky, znovu spáchal zvlášť závažný zločin (tj. úmyslný trestný čin, na který je stanoven trest odnětí svobody s horní hranicí trestní sazby 10 a více let), a byl již pro zvlášť závažný zločin spáchaný pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody nejméně na 2 léta. Podmínkou je, že nelze očekávat, že by bylo možné dosáhnout uložení ochranného léčení dostatečné ochrany společnosti, a to i s přihlédnutím k již projevenému postoji pachatele k ochrannému léčení. Pokud jde o ochranné léčení, stále platí, že soud může uložit ochranné léčení pachateli, který zneužívá návykovou látku a spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním (§ 99 odst. 2 písm. b) nTZ). Ochranné léčení však soud pachateli neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že účelu ochranného léčení nelze dosáhnout (tj. že by nucená léčba pro pachatele v dané době byla zřejmě bezvýsledná).

U uživatelů drog se kromě institutu ochranného léčení i v r. 2009 využívaly také jiné možnosti v rámci odklonů v trestním řízení nebo alternativních trestů, zejména uložení přiměřené povinnosti se léčit. To připadalo v úvahu např. v rámci rozhodnutí o podmíněném odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem (§ 60a sTZ) nebo při podmíněném propuštění z výkonu trestu odnětí svobody s dohledem (§ 63 sTZ). V těchto případech je důležitá osobní motivace k léčbě, která zásadním způsobem ovlivňuje rozhodování soudu nebo (v přípravném řízení) státního zástupce. Nejedná se o ochranné léčení, nicméně nesplnění povinnosti podrobit se léčbě, případně se zdržet užívání návykových látek, může mít negativní vliv na rozhodnutí soudu o osvědčení se ve zkušební době podmíněného odsouzení nebo podmíněného propuštění z výkonu trestu. Negativním důsledkem pro pachatele však nemůže být případné trestní stíhání pro trestný čin maření výkonu úředního rozhodnutí jako v případě ochranného léčení.

9.4 Užívání drog ve věznicích

V ČR bylo v r. 2009 celkem 36 vazebních věznic a věznic. Ke konci r. 2009 *Vězeňská služba ČR (VS)* evidovala celkem 21 734 vězněných osob (18 901 osob v r. 2007, 20 502 v r. 2008), z toho bylo 19 374 osob odsouzených

⁹⁹ Institut ochranného léčení a jeho výkon byl podrobněji popsán ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2008; tato situace platila beze změn i v r. 2009.

k výkonu trestu odnětí svobody (VTOS) a 2360 obviněných osob bylo ve vazbě. K uvedenému datu bylo mezi odsouzenými osobami 1007 žen, nejvíce vězňů (21 %) mělo uložen trest odnětí svobody v délce 1–2 roky, nejčastější věk odsouzených (36 %) byl 30–40 let a nejvíce osob vykonávalo trest ve věznicích s ostrahou (51 %). V přepočtu na 100 tis. obyvatel bylo v ČR v r. 2009 vězněno 204 osob, např. v USA to bylo 753 osob, v Rusku 610 osob, v Japonsku 63 osob (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010a). Průměrný počet osob vězněných na 100 tis. obyvatel v EU (prison population rate) je 70–100 osob (Valeš, 2009).

Ke konci r. 2009 bylo u vězněných osob evidováno celkem 3899 drogových trestných činů (DTČ) podle § 187 až 188a sTZ, což je o 135 % více než v r. 2008 – tabulka 9-11. Celkový počet vězněných osob mohl být ovšem nižší, protože jedna osoba mohla být odsouzena pro spáchání zároveň více DTČ.

tabulka 9-11: Počet drogových trestných činů podle § 187–188a sTZ evidovaných u vězněných osob na konci let 2007, 2008 a 2009 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010a).

Drogové trestné činy	31. 12. 2007	31. 12. 2008	31. 12. 2009
§ 187	1 314	1 257	3 073
§ 187a	101	127	323
§ 188	144	185	365
§ 188a	69	93	138
Celkem	1 628	1 662	3 899

Ani v r. 2009 nebyly k dispozici výsledky žádné reprezentativní (průřezové) studie mezi vězni, ze které by bylo možno kvalifikovaně usuzovat na skutečnou míru užívání drog v této populaci. Míru užívání drog v českých věznicích v r. 2009 lze jen rámcově odhadovat na základě informací, které poskytuje *Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (GR VS)*. Tyto údaje se týkají výsledků vyšetření a ošetření vězněných osob, výsledků orientačních toxikologických testů z moči u odsouzených osob a záchytů drog ve věznicích s pomocí psů (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b).

Pracovníci Odboru zdravotní služby provedli v r. 2009 celkem 316 662 vyšetření či ošetření v rámci léčebně preventivní péče pro obviněné a odsouzené; v této spojitosti bylo evidováno 9802 osob (v r. 2008 to bylo 9390 osob) závislých na návykových látkách, včetně alkoholu.

V r. 2009 bylo ve 26 věznicích, resp. v bezdrogových zónách a v léčebných odděleních, provedeno celkem 1286 orientačních toxikologických testů z moči, z toho 28 testů bylo laboratorně potvrzeno jako pozitivních. Podrobnější výsledky toxikologických testů jsou uvedeny níže.

Ve 36 věznicích se uskutečnily plánované i namátkové prohlídky ve spolupráci se cvičenými psy – jednalo se o prohlídky ubytovacích a společných prostor, pracovišť, kontrolovala se korespondence, včetně balíků apod. Psi provedli celkem 150 záchytů (115 v r. 2008) různých druhů drog o celkovém objemu 210 g Nejčastěji se v 65 případech jednalo o tzv. pozitivní označení bez nálezu (služební pes označil místo, ale fyzickou prohlídkou nebyla žádná droga nalezena), ve 24 případech byla nalezena marihuana, 22krát amfetamin nebo extáze, 17krát pervitin a 18krát neznámá látka nebo injekční stříkačka.

9.5 Intervence ve věznicích

Informace o poradenských a léčebných intervencích pro uživatele drog ve věznicích každoročně poskytuje *GR VS*. Stěžejním dokumentem pro tuto oblast byl v r. 2009 Plán činnosti Vězeňské služby ČR v protidrogové politice na období 2007–2009, který byl *GR VS* přijat v listopadu 2007. Tento plán, který je kompatibilní s Akčním plánem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007–2009, se zaměřuje na 7 základních oblastí: (1) primární prevence, (2) léčba a následná péče, (3) snižování rizik, (4) snižování nabídky a prosazování práva, (5) informace-výzkum-hodnocení, (6) koordinace a financování, (7) mezinárodní spolupráce. Od r. 2010 realizaci protidrogových opatření ve Vězeňské službě ČR upravují mimo *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018* (blíže viz kapitolu Národní strategie a akční plán na str. 9) strategické dokumenty, kterými jsou především Plán činnosti Vězeňské služby ČR v protidrogové politice na období 2007–2009¹⁰⁰ a Konceptce rozvoje českého vězeňství do r. 2015, která byla zpracována v r. 2005¹⁰¹ (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b).

9.5.1 Poradny drogové prevence

Poradny drogové prevence jsou zřízeny ve všech věznicích a poskytují uživatelům drog např. motivační rozhovory, individuální poradenství, vzdělávací aktivity, skupinovou a individuální terapii. Cílem těchto aktivit je minimalizovat zdravotní a sociální rizika vyplývající z užívání drog a motivovat uživatele drog k léčbě během VTOS. V r. 2009 využilo služeb těchto poraden 5504 osob (6892 osob v r. 2008) (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b).

¹⁰⁰ Platnost tohoto základního dokumentu protidrogové politiky VS ČR je prodloužena do r. 2010.

¹⁰¹ Další pravidla upravující protidrogovou politiku VS ČR jsou uvedena ve vnitřních předpisech, které se zaměřují na pravidla, organizaci, evidenci, formy a metody zacházení s různými stupni závislosti na odděleních speciálně určených pro uvedený typ zacházení s osobami, které užívají návykové látky.

9.5.2 Detoxifikace

Za r. 2009 jsou podruhé k dispozici podrobnější údaje o detoxifikaci uživatelů drog. Ta byla prováděna buď ambulantní formou, většinou za pomoci psychofarmak ve zdravotnickém středisku příslušné věznice, přičemž detoxifikované osoby zůstávaly na své cele, nebo (v závažnějších případech a na základě rozhodnutí lékaře) byly umístěny na specializovaných odděleních (např. Psychiatrické oddělení Vazební věznice Brno). K farmakoterapii při detoxifikaci se v závislosti na indikaci používají zejména opioidy (např. buprenorfin), benzodiazepiny či neuroleptika. Doba detoxifikace se pohybuje v rozmezí 5–10 dní. V r. 2009 prováděly detoxifikaci 4 věznice (Praha-Pankrác, Praha-Ruzyně, Brno, Ostrava). Celkem bylo detoxifikováno 219 osob (v r. 2008 to bylo 208 osob), z toho 196 mužů, 200 injekčních uživatelů, 155 uživatelů opiátů, 56 uživatelů pervitinu a 5 uživatelů benzodiazepinů (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b).

9.5.3 Bezdrogové zóny

Cílem bezdrogových zón (BZ) je omezit kontakt odsouzených osob s drogami, vést je k abstinenci a zdravému životnímu stylu v průběhu VTOS a po jeho skončení. Do BZ jsou odsouzení přijímáni buď na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře, nebo na základě vlastní žádosti, kterou posuzuje komise složená z odborných zaměstnanců věznice. Důvodem pro vyřazení odsouzeného z BZ je porušení stanovených pravidel a kontrolních opatření (kterými jsou např. častější testování na přítomnost drog v moči); dodržování pravidel naopak přináší odsouzeným výhody. Jednotlivé BZ jsou strukturovány podle pohlaví, věku a druhu drogového problému. V r. 2009 stejně jako v r. 2008 provozovalo BZ celkem 33 věznic, z toho 10 bylo určeno pro neuživitele drog, 3 pro bývalé uživatele drog a 20 BZ bylo kombinovaných, tj. pro osoby s různorodými drogovými problémy – tabulka 9-12. Ve všech BZ bylo v r. 2009 provedeno 920 toxikologických orientačních testů, z nichž 21 testů bylo následně laboratorně potvrzeno jako pozitivní na pervitin (13), benzodiazepiny (5), THC (3), morfium (2) a jiné drogy (3) (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b).

9.5.4 Specializovaná léčebná oddělení

Ve věznicích v r. 2009 stejně jako v minulosti fungovaly 2 typy specializovaných oddělení zaměřených na uživatele drog. Prvním typem jsou oddělení pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním psychotropních látek, kde se uskutečňuje dobrovolná léčba, a osoby jsou do ní zařazovány na základě vlastní žádosti, kterou posuzuje komise složená z odborných zaměstnanců věznice. Tato oddělení fungovala v r. 2009 v 7 věznicích¹⁰², všechna byla určena pouze pro muže a jejich celková kapacita byla 294 míst – tabulka 9-12. V těchto odděleních vykonávalo v r. 2009 trest odnětí svobody 507 mužů, z toho jich 283 léčbu ukončilo. Ve všech zmíněných 7 věznicích bylo v r. 2009 provedeno 245 toxikologických orientačních testů, z nichž 5 testů bylo následně laboratorně potvrzeno jako pozitivní na pervitin (3) a benzodiazepiny (2).

Druhý typ oddělení slouží k výkonu soudem nařízeného ochranného léčení v ústavní formě. Tato oddělení se nacházejí ve věznicích Opava, Rýnovice a Znojmo. Využívá se zde režimových aktivit, jejichž základem je skupinová terapie s prvky terapeutické komunity; léčebný program je vypracován na 6–12 měsíců, ale délka pobytu se posuzuje individuálně. Celková kapacita těchto oddělení v r. 2009 byla 120 osob, léčbu zde podstoupilo 117 osob (z nich 87 léčbu úspěšně ukončilo) – tabulka 9-12. Ve všech výše zmíněných 3 věznicích bylo v r. 2009 provedeno 121 toxikologických orientačních testů, z nichž 2 testy byly následně laboratorně potvrzeny jako pozitivní na pervitin (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b).

tabulka 9-12: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení ve věznicích v ČR v r. 2006–2009 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b).

Rok	Bezdrogové zóny			Oddělení pro dobrovolnou léčbu			Oddělení pro soudem nařízenou léčbu		
	Počet oddělení/ věznic	Kapacita	Počet osob	Počet oddělení/ věznic	Kapacita	Počet osob	Počet oddělení/ věznic	Kapacita	Počet osob
2006	31	1 665	3 201	6	286	625	3	105	162
2007	35	1 877	3 524	6	258	419	3	114	200
2008	33	1 998	3 646	6	262	422	3	120	206
2009	33	2 057	4 224	7	294	507	3	120	117

9.5.5 Substituční léčba

V r. 2009 byla substituční léčba dostupná v 9 věznicích (7 věznic v r. 2008) z celkově 10 pro substituční léčbu plánovaných. Substituci zajišťovalo celkem 7 psychiatrů, 9 lékařů jiných specializací a 18 zdravotních sester. Jako substituční látka byl podáván metadon, který je plně hrazen Ministerstvem zdravotnictví ČR. Obviněné a odsouzené osoby mohou být do substituční léčby zařazeny na vlastní žádost (součástí žádosti je potvrzení zdravotnického zařízení, kde osoba absolvovala léčbu před nástupem do věznice) nebo je může do programu doporučit ošetřující

¹⁰² Bělušice, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Všechny, Valdice.

lékař věznice provádějící vstupní vyšetření. Celkem substituční léčbu ve věznicích v r. 2009 využilo 67 osob (76 v r. 2008), 1 osoba byla z programu vyřazena z důvodu porušení terapeutické smlouvy – tabulka 9-13.

tabulka 9-13: Věznice, ve kterých byla plánována substituční léčba, a počet léčených osob v r. 2009 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b).

Věznice	Realizace programu	Počet osob
Brno	Ano	9
Břeclav	Ne	0
Kuřim	Ano	7
Litoměřice	Ano	10
Opava	Ano	3
Ostrava	Ano	1
Praha-Pankrác	Ano	16
Praha-Ruzyně	Ano	1
Příbram	Ano	14
Rýnovice	Ano	6
Celkem	–	67

9.5.6 Prevence a léčba infekčních onemocnění

Podle informací Odboru zdravotní služby GŘ VS bylo ke konci r. 2009 ve věznicích evidováno 1376 osob nemocných chronickou hepatitidou typu B, z toho se jednalo o 1133 (82 %) uživatelů drog; 5 osob k uvedenému dni absolvovalo virostatickou léčbu interferonem. Zároveň bylo evidováno 3123 osob nemocných hepatitidou typu C, z toho ve 2730 případech (87 %) se jednalo o uživatele drog; celkem 68 osob s VHC k uvedenému dni absolvovalo virostatickou léčbu interferonem. Ve věznicích bylo k uvedenému datu evidováno celkem 15 HIV pozitivních osob¹⁰³, z toho 7 absolvovalo antiretrovirovou léčbu, nicméně počet HIV pozitivních osob s drogovou anamnézou znám nebyl (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010c).

9.5.7 Služby poskytované uživatelům drog ve věznicích nestátními organizacemi

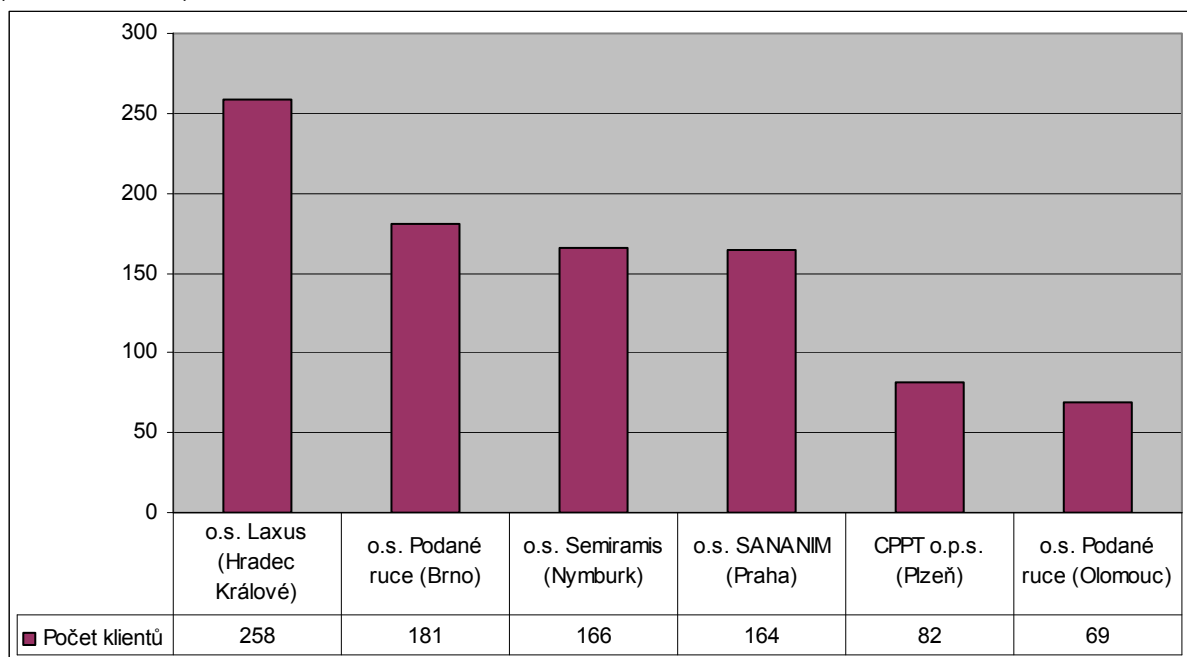
V r. 2009 byla péče o vězněné uživatele drog doplňovaná také službami, které realizovalo 15 nestátních neziskových organizací (NNO). Šest z nich je spolu s projektem A.N.O. Právní poradna sdruženo v sekci Drogové služby ve vězení A.N.O. Těchto 6 NNO poskytovalo v r. 2009 především individuální a skupinové poradenství a psychoterapii v 19 českých věznicích a vazebních věznicích (viz tabulka 9-14) – všechny programy se intenzivně zaměřovaly zejména na předvýstupní fázi s cílem připravit klienta na odchod z vězení a navázat ho na další léčebné ambulantní i pobytové služby. Pracovníci těchto 6 programů učinili v 19 věznicích více než 700 návštěv, poskytli služby 920 osobám (1/3 vazebně stíhaní, 2/3 odsouzení), 64 vězněných osob se účastnilo skupinové terapie a 925 osob navštívilo besedy – graf 9-4 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b; Ženíšková, 2010).

tabulka 9-14: Poskytovatelé drogových služeb sdružených do sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. a vazební věznice a věznice, ve kterých v r. 2009 působili (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b).

Sekce Drogové služby ve vězení A.N.O.	Věznice a vazební věznice
o.s. SANANIM (Praha)	Praha-Pankrác, Praha-Ruzyně, Vinařice
o.s. Semiramis (Nymburk)	Jiřice, Rýnovice, Stráž pod Ralskem
o.s. Podané ruce (Brno)	Brno, Kuřim, Opava, Znojmo, Rapotice
o.s. Podané ruce (Olomouc)	Olomouc, Mírov
o.s. Laxus (Hradec Králové)	Hradec Králové (včetně samostatného oddělení Hradec Králové – Pouchov), Pardubice, Světlá nad Sázavou, Valdice, Odolov
CPPT o.p.s. (Plzeň)	Plzeň

¹⁰³ Za celý r. 2009 evidovala vězeňská služba 27 HIV pozitivních osob (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010a).

graf 9-4: Počet osob, které využily služby poskytované sekci Drogové služby ve vězení A.N.O. v r. 2009 podle organizací (Ženíšková, 2010)



Ostatní NNO rovněž nabízely různé druhy drogových služeb, ale jejich realizace byla obvykle nepravidelná, nesystematická. Nejčastěji se jednalo o besedy s protidrogovou tematikou a představování služeb organizace, kterých mohou věznění osoby po svém propuštění využít. Mezi tyto NNO patřily o.s. White Light I., které působilo ve věznicích Litoměřice, Nové Sedlo, Teplice a Všehrady; Renarkon o.p.s. (Heřmanice, Ostrava); Renarkon o.p.s., Dům na půl cesty – Doléčovací centrum (Karviná, Heřmanice); o.s. Rodiče (Příbram); Magdaléna o.p.s. (Příbram); o.s. Světlo Kadaň, K-Centrum Karlovy Vary (Horní Slavkov); Teen Challenge Plzeň (Drahonice); Program následné péče CPPT o.p.s., Plzeň (Ostrov); Arcidiecézní charita Praha (Příbram). Tyto NNO působily v celkem 11 českých věznicích, kde jejich pracovníci uskutečnili celkem 45 návštěv, 60 vězněných osob využilo individuální pohovor a 125 se účastnilo skupinových aktivit. V 6 věznicích (Bělušice, Břeclav, České Budějovice, Kynšperk nad Ohří, Liberec a Oráčov) nepůsobí žádná NNO, která by se zaměřovala na protidrogové služby pro vězněné osoby (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b).

9.5.8 Postpenitenciární péče

Programy prevence předávkování se realizují pouze formou poskytování informací konkrétní osobě, která opouští vězení. Postpenitenciární péče, čili péče po propuštění z vězení, a reintegrace propuštěných uživatelů drog je součástí služeb poskytovaných ve věznicích nestátními organizacemi – viz výše. Cíleně se na postpenitenciární péči, resp. na cílovou skupinu propuštěných vězňů v r. 2009 zaměřoval 1 program, který realizovalo občanské sdružení Podané ruce Brno. Podle Výroční zprávy sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. za r. 2009 využilo ambulantní péči ihned po propuštění 114 osob. Problémem v oblasti postpenitenciární péče je i nadále nedostatek služeb pro propuštěné uživatele drog, zejména v severních a západních Čechách a obecně nedostatečná spolupráce mezi drogovými a nedrogovými sociálními službami (Ženíšková, 2010).

Nejdostupnější drogou v ČR je marihuana. Konopí je v ČR často pěstováno v umělých podmínkách, kde dosahuje vyššího obsahu THC. Počet záchytů marihuany se v předchozích 4 letech (2005–2008) pohyboval v rozmezí 550 až 600 záchytů ročně, nicméně v r. 2009 bylo evidováno záchytů méně (384). V r. 2009 bylo zachyceno 172 kg marihuany. Dále bylo při 117 záchytech zabaveno 33 427 rostlin konopí, což je nevyšší počet od r. 2006, roste počet odhalených pěstíren konopí (84 v r. 2009). Počet záchytů hašiše byl v letech 2006–2009 relativně stabilní, jedná se o cca 30–40 záchytů ročně.

Druhou nejčastěji zachycenou drogou zůstává pervitin (326 záchytů v r. 2009); v posledních 4 letech se jedná o cca 300–400 záchytů ročně. V r. 2009 bylo zachyceno 3,6 kg pervitinu, 96 % záchytů bylo v množství do 50 g. Bylo odhaleno nejméně varen pervitinu za poslední 3 roky (342 v r. 2009). Od května 2009 byl Státním ústavem pro kontrolu léčiv omezen výdej léků s obsahem pseudoefedrinu v lékárnách, které slouží jako hlavního prekurzor pro výrobu pervitinu, což vedlo ke snížení prodeje těchto léků v ČR. Byl nicméně zaznamenán zvýšený nezákonný dovoz těchto léků zejména z Polska.

Kokain se stal etablovanou stimulační drogou zejména v prostředí zábavy a nočního života. Bylo zaznamenáno 26 záchytů kokainu o celkovém objemu 12,9 kg, což je druhý nejvyšší objem zachycený za poslední 4 roky. Extáze je dovážena po desítkách či stovkách tablet hlavně z Nizozemska, Polska a ze Slovenska; v r. 2009 bylo evidováno nejméně záchytů a nejnižší objem zachycené extáze za poslední 4 roky; podíl tablet s účinnou látkou mCPP, která v ČR nepatří mezi kontrolované OPL, je na českém trhu výrazně vyšší než podíl tablet s obsahem MDMA. Počet a objem záchytů heroinu zůstává relativně stabilní; ročně se jedná asi o 100 záchytů v celkovém objemu 20–40 kg.

Ceny většiny základních drog v r. 2009 zůstávají stabilní, nicméně na maloobchodní úrovni lze sledovat mírný nárůst průměrné i nejčastější ceny marihuany. Pro přesnější pochopení vývoje čistoty/potence drog a souvisejících cen je vhodné rozlišit maloobchodní a velkoobchodní úroveň drogového trhu. S pervitinem se obchoduje téměř výhradně jen na maloobchodní úrovni a v množstvích do 50 g; jeho čistota se za poslední 3 roky pohybuje kolem 70 % a jeho cena je 1000 Kč za gram. Rozdíly v čistotě (15–35 %) a ceně (1500–2500 Kč) u kokainu ve velkém množství a při prodeji na ulici jsou minimální, k ředění kokainu dochází pravděpodobně už mimo území ČR. Heroin se do ČR dostává prostřednictvím tzv. balkánské cesty až v čistotě kolem 90 %, nicméně po jeho dalším ředění se jeho čistota snižuje a na maloobchodní úrovni se pak heroin vyskytuje v čistotě 10–15 % a jeho cena je 1000–1400 Kč za gram, na velkoobchodní úrovni se vyskytuje heroin v průměrné čistotě 20–30 % a cena 1 kg 30% heroinu je odhadována na 200–800 tis. Kč.

Především na taneční scéně byl v r. 2009 pozorován narůstající zájem o stimulační látku mefedron. Zvýšenou poptávku po nových stimulačních látkách je možné částečně vysvětlit změnami na drogovém trhu v celé Evropě (např. nedostatkem tablet extáze obsahujících MDMA) a tím, že řada z nich není v mnoha zemích kontrolována, resp. zakázána. To je případ i ČR, kde lze nakládání s mefedronem a dalšími (novými) syntetickými drogami v konkrétních případech trestně stíhat pro trestný čin šíření toxikomanie podle § 188a starého trestního zákona, resp. § 287 nového trestního zákoníku, nikoliv však za výrobu a distribuci drog.

Podle odhadů drogového trhu se v ČR v r. 2008 spotřebovalo téměř 19 tun konopných drog, 4,7 mil. tablet extáze a 1 mil. kusů LSD. Do ČR byl dovezeno 550 kg 70% kokainu a spotřebovala se téměř 1 tuna kokainu o čistotě 45 %. Vyrobiti se 4,2 tuny pervitinu a spotřebovány byly 4,4 tuny 70–80% pervitinu. Do ČR bylo dovezeno 330 kg 40% heroinu a spotřebovalo se 1,3 tuny heroinu o čistotě 10 %.

10.1 Dostupnost a nabídka drog

Základním zdrojem údajů o dostupnosti, výrobě, pašování a distribuci drog na území ČR jsou informace poskytované *Národní protidrogovou centrálou Policie ČR (NPC)* a *Generálním ředitelstvím cel (GŘC)* (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010b; Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c; Celní protidrogová jednotka, 2010b). V r. 2009 byly nejvíce dostupnými drogami marihuana, metamfetamin (pervitin) a pozorován byl trend zvyšující se obliby a dostupnosti kokainu.

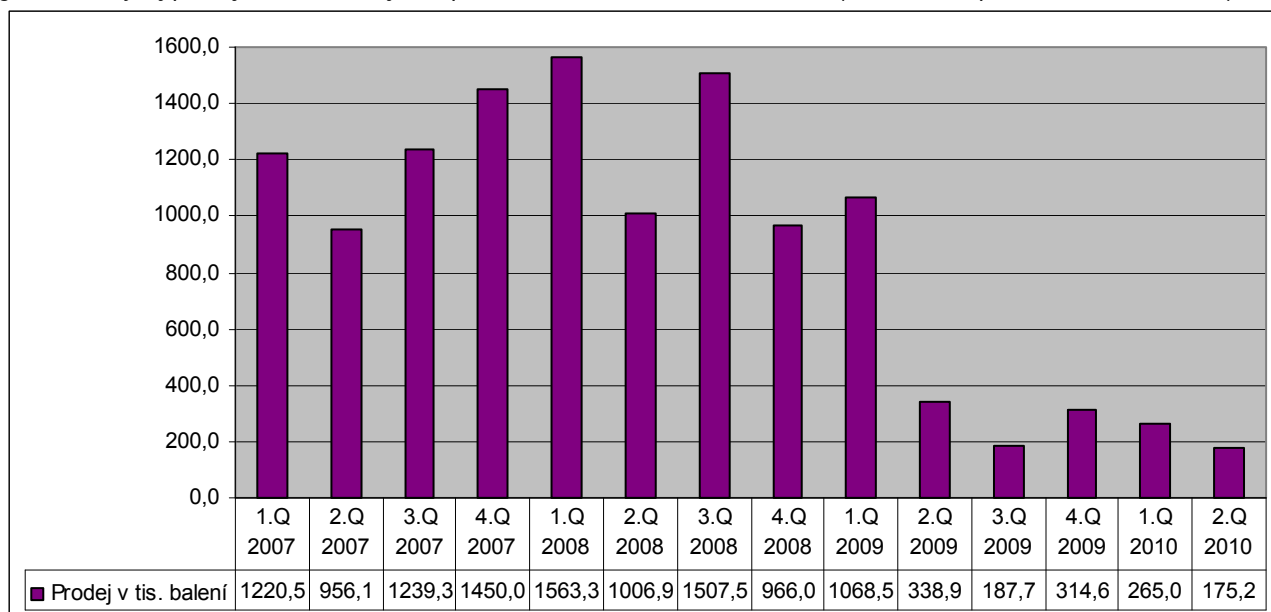
Většina v ČR vypěstované marihuany je určena pro domácí trh. Od r. 2005 však dochází k nárůstu indoorového pěstování marihuany s vysokým obsahem THC (až 20 %) ve velkém; 80 % odhalených pěstíren bylo v r. 2009 provozováno osobami vietnamské národnosti a většina produkce směřovala do zahraničí, zejména do Německa, Nizozemska a Velké Británie, menší část na tuzemský trh¹⁰⁴. V r. 2009 bylo zachyceno 84 nelegálních pěstíren konopí. V r. 2009 Celní protidrogová jednotka (CPJ) evidovala 92 záchytů marihuany o celkovém objemu 79,4 kg, z toho bylo 22 záchytů o celkovém objemu 24,7 kg marihuany, která byla určena na vývoz do zahraničí – z toho polovina (13) směřovala formou leteckých zásilek do Velké Británie. Hašiš má původ především v Severní Africe (Maroko), je pašován do ČR hlavně přes Španělsko a Nizozemsko v letecky přepravovaných poštovních zásilkách.

¹⁰⁴ V srpnu r. 2010 Celní protidrogová jednotka a NPC zadržely 21 osob vietnamské národnosti, které v organizované skupině ročně vyprodukovaly až 1,4 tuny této drogy cca za 100 mil. Kč. Marihuana byla prodávána na domácím trhu a vyvážena do Maďarska, Rakouska a na Slovensko.

Pervitin vyrábí výhradně tuzemští výrobci (zpravidla rovněž uživatelé pervitinu) téměř výhradně z pseudoefedrinu, který je extrahován z léků vydávaných bez předpisu; nicméně během posledních 3 let se zvýšil objem zachyceného efedrinu (6 kg v r. 2009), který byl dominantním prekurzorem pro výrobu pervitinu v minulosti a v případě, že je v současnosti dostupný, je preferovaný před pseudoefedrinem – tabulka 10-2. Pervitin je určen hlavně pro domácí trh, menší část produkce pervitinu je vyvážena do zahraničí, především na Slovensko a do Německa – v r. 2009 evidovala CPJ celkem 16 záchytů pervitinu o celkovém objemu 1,2 kg, z toho 2 záchyty v množství 312 g a 500 g pervitinu byly určeny na vývoz do Německa.

Od května 2009 omezil SÚKL výdej léků s obsahem pseudoefedrinu (LOP) v lékárnách a byla zavedena registrace výdeje LOP do centrálního úložiště elektronických receptů, v listopadu 2009 došlo vlivem nálezu Úřadu pro ochranu osobních údajů k modifikaci tohoto omezení – blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str. 5). Na základě výše uvedených opatření prodej LOP v lékárnách dramaticky klesl již v květnu 2009 a tato nízká úroveň prodeje přetrvávala – graf 10-1. Od června 2009 je sledován nárůst nelegálního dovozu LOP z okolních zemí, především z Polska, kde byl monitorován nárůst prodeje LOP v lékárnách, zejména v příhraničních regionech s ČR (Szymanski, 2010). Zvýšené množství zadržovaných LOP dovážených z Polska zaznamenala i CPJ, která v r. 2009 provedla 6 záchytů LOP o celkovém množství 42 449 tablet a v r. 2010 byly do konce dubna provedeny další 4 záchyty LOP vyvážených z Polska v celkovém množství 9512 tablet (v r. 2008 byl zaznamenán pouze jeden záchyt 15 litrů roztoku pseudoefedrinu ve vnitrozemí) – tabulka 10-3. V prvním čtvrtletí 2010 podle odhadu NPC pocházelo až 95 % LOP používaných pro výrobu pervitinu z Polska. Množství pseudoefedrinu se na českém nelegálním trhu tedy nezmenšilo – odhaduje se, že z Polska se doveze asi tolik LOP, očklesl jejich prodej v ČR (Pracovní skupina pro metamfetamin, 2010). I přes výše uvedený pokles jsou LOP prodané v ČR stále používány pro výrobu pervitinu (viz dále). Z výše uvedených faktů a expertních odhadů vyplývá potřeba zavedení regulace prodeje LOP na evropské úrovni, především v sousedních zemích (např. Polsko, Slovensko, Německo), a potřeba omezení dostupnosti dalších klíčových látek pro výrobu pervitinu, např. červeného fosforu, a to jak na národní, tak i mezinárodní úrovni.

graf 10-1: Vývoj prodeje léků obsahujících pseudoefedrin v ČR v r. 2007–2010 (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2010)



Kokain se stal etablovanou stimulační drogou zejména v prostředí zábavy a nočního života – viz také kapitolu Užívání drog ve specifických skupinách populace (str. 30) a již není doménou jen vyšších sociálních vrstev – tuto skutečnost je třeba vnímat v kontextu rostoucí nabídky a poptávky po kokainu v celé Evropě. Do importu a distribuce kokainu se zapojují především osoby původem ze Západní Afriky, zejména Nigérie, které si často najímají kurýry z jiných afrických zemí, popř. využívají i české občany. Kurýři pak dovážejí kokain do ČR zejména ze zemí západní Evropy, jako jsou Nizozemsko, Velká Británie, Španělsko a Francie. Kokain se nejčastěji převáží v autech, autobusech či vlacích a obvykle v množství mezi 1–3 kg. CPJ v r. 2009 evidovala celkem 12 záchytů kokainu o celkovém objemu 8,1 kg, kdy byl kokain pašován v tělních dutinách (tzv. polykači), z toho v 10 případech kokain přepravovali Nigerijci a ve většině případů letecky ze Španělska, Nizozemska a Belgie. Pouiční distribucí kokainu se zabývají především Nigerijci a jiní občané ze západní Afriky, kteří s kokainem obchodují mj. v centru Prahy a v pražských nočních klubech. Na pouliční distribuci se podílí rovněž čeští občané.

ČR je pro heroin podle NPC jak spotřebitelskou, tak především tranzitní zemí. Na organizaci dovozu heroínu do ČR se podílejí zejména kosovští a makedonští Albánci. Jako kurýři jsou využíváni zejména občané Rumunska, Bulharska, Maďarska, Slovenska a ČR, kteří dopravují a přepravují heroin z Turecka, nejčastěji v zásilkách do 10 kg přes Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko, Slovensko a ČR do Německa, Nizozemska a Velké Británie (tzv. balkánská cesta). CPJ v r. 2009 evidovala 4 záchyty heroínu o celkovém objemu 14,6 kg, z toho 2 největší zásilky měly objem 2,7 kg a 11,8 kg heroínu. První zásilka byla ukryta v cestovním zavazadle a byla přepravována bulharským

občanem letecky z Turecka, druhou zásilku přepravoval český občan v osobním automobilu. Na nižší úrovni distribuce heroinu se angažují také občané romské a vietnamské národnosti (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010a).

Na černém trhu se nadále objevuje Subutex[®], který konkuruje heroinu. Od února 2008 byl na trh v ČR uveden substituční přípravek Suboxone[®], o který ve srovnání se Subutexem[®] není na černém trhu výrazný zájem, a to především z důvodu rozvoje abstinenčních příznaků při intravenózní aplikaci. Tableta Subutexu[®] s obsahem 8 mg buprenorfinu se na černém trhu prodává za 300–800 Kč, tableta s obsahem 2 mg účinné látky stojí 100–250 Kč. Viz také kapitoly Problémové užívání drog (str. 37) a Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 42).

Extáze se v ČR podle dostupných údajů nevyrábí, je dovážena hlavně z Nizozemska, Polska a ze Slovenska. Jedná se především o individuální dovoz desítek (až stovek) tablet prostřednictvím hromadné mezistátní pozemní a letecké dopravy. V ČR se následně extáze prodává na open-air festivalech, v hudebních klubech a na koncertech rockové a elektronické taneční hudby.

10.1.1 Nové drogy na české drogové scéně

Během r. 2009 NPC monitorovala několik on-line obchodů a kamenných obchodů (tzv. smart shopy) nabízejících (přírodní) psychoaktivní látky, v jejichž nabídce byla i směs koření s názvem *Spice* prodávaná jako vonná přírodní směs určená k vykuřování. *Spice* se dováží do ČR mj. z Asie (Čína) a i přesto, že přesné a faktické složení této směsi nebývá na obalu uvedeno, často obsahuje syntetické kanabinoidy, např. JWH-018, CP 47-498 (v r. 2010 byly také zachyceny syntetické kanabinoidy JWH-073 a JWH-076). Prodejci této směsi se vystavují riziku trestního stíhání pro šíření toxikomanie podle § 188a starého (sTZ), resp. § 287 nového trestního zákona (nTZ). Pravděpodobně z důvodu relativně snadné dostupnosti levnějších konopných drog nebyla v ČR doposud zaznamenána vyšší míra užívání syntetických kanabinoidů.

Během r. 2009 a v 1. pololetí 2010 byl v ČR především na taneční scéně sledován narůstající zájem o stimulační látku mefedron. Podle odhadů českých expertů v síti EWS se v ČR mohou nacházet tisíce gramů mefedronu, který se objevuje v práškové podobě, šňupe se v dávkách 100 a více mg, je často kombinován s alkoholem a marihuanou, a po jeho užití byly popsány velmi nepříjemné stavy („bad trips“). Mefedron se prodává např. jako hnojivo pro pokojové rostliny zpomalující růst listů a je možné si jej objednat zejména prostřednictvím internetu ze zahraničí¹⁰⁵. V ČR byla rovněž zaznamenána žádost o dovoz soli do koupele obsahující mefedron. I přesto, že tato látka není prozatím v ČR uvedena na seznamu kontrolovaných látek zákona 167/1998, o návykových látkách, lze nakládání s mefedronem a dalšími (novými) syntetickými drogami v konkrétních případech trestně stíhat pro trestný čin šíření toxikomanie podle § 188a sTZ, resp. § 287 nTZ. CPJ v r. 2010 zachytila také 10 kg efedronu, stimulační látky chemickou strukturou podobné mefedronu – zachycená zásilka byla určena pro tuzemskou spotřebu.

V r. 2009 byly v ČR zachyceny tablety s názvem *Head Candy* obsahující centrální stimulantium pipradrol. Do března 2010 CPJ zachytila 3 kg stimulační látky MDPV (methylenedioxypropyvaleron) a 1 kg látky propiofenonu (v hodnotě 8000 eur), ze které se dále vyrábí efedrin – prekurzor pro výrobu metamfetaminu.

Zvýšenou poptávku po těchto nově se vyskytujících stimulačních látkách a jejich nabídku je možné částečně vysvětlit změnami na drogovém trhu v celé Evropě (např. nedostatkem tablet extáze obsahujících MDMA) a tím, že řada z nich není v mnoha zemích na seznamech zakázaných či kontrolovaných OPL.

10.1.2 Odhad spotřeby drog a drogového trhu

Drogový trh na určitém území v sobě zahrnuje tuzemskou výrobu, zahraniční obchod (dovoz a vývoz) a spotřebu. Pro odhad drogového trhu byla použita metoda odhadující drogový trh ze strany poptávky, resp. spotřeby drog.

Odhad spotřeby vybraných drog byl proveden pro r. 2008 na základě výsledků *Celopopulační studie (CS 2008)* z r. 2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009), která měřila míru prevalence užívání nelegálních drog v ČR, a dále na základě prevalenčních odhadů problémových uživatelů drog. Spotřeba byla poté vypočítána tak, že se odhadovaný počet uživatelů vynásobil množstvím spotřebovaných drog během roku podle jejich uživatelských návyků, resp. odpovědí na otázky o frekvenci užívání v posledních 12 měsících u dotazníkové populační studie a publikovaných dat o spotřebě drog problémovými uživateli drog.

Počet příležitostných uživatelů drog a frekvence jejich užívání v posledním roce z *CS 2008* byly vztaženy na střední stav obyvatelstva v jednotlivých pětiletých věkových skupinách mužů a žen. Počty problémových uživatelů jednotlivých drog byly publikovány ve VZ 2008 stejně jako údaje o frekvenci užívání a průměrné dávce drog (Petroš et al. 2005). Množství drogy užitá při jedné příležitosti (např. u konopných drog to je 0,26 g) vychází z publikovaných dat (EMCDDA, 2004; Vopravil, 2005). Dalšími použitými zdroji dat byly informace o záchytech drog – jednalo se o množství a objem záchytů a o informace, zda k zabavení došlo při dovozu, vývozu nebo ve vnitrozemí. V potaz byla brána i čistota těch drog, které se běžně ředí (kokain, pervitin, heroin) – rozdílnou koncentraci účinných látek při výrobě, dovozu a prodeji způsobují dealeré, kteří drogy ředí za účelem dosažení vyšších zisků, a proto je vyrobené

¹⁰⁵ Zejména z Číny, do dubna 2010 také z Velké Británie, kde byl ovšem mefedron v dubnu 2010 zařazen na seznam kontrolovaných látek.

nebo dovezené množství některých drog nižší než spotřebované množství, resp. množství prodávané konečným uživatelům (Vopravil, 2010) – tabulka 10-1.

tabulka 10-1: Odhad spotřeby vybraných drog v ČR v r. 2008 (Vopravil, 2010)

Ukazatel	Konopné drogy (kg)	Extáze (tis. ks)	LSD (tis. ks)	Kokain		Pervitin		Heroin	
				Množství (kg)	Čistota (%)	Množství (kg)	Čistota (%)	Množství (kg)	Čistota (%)
Spotřeba drog celkem	18 846	4 715	1 053	957	45	4 436	70–80	1 314	10
– z toho dovoz	3 769	4 715	1 053	547	70	0	0	329	40
– z toho tuzemská výroba	15 228	0	0	0	0	4 226	80	0	0
– z tuzemské výroby vyvezeno	151	0	0	0	0	141	70	0	0

V ČR se v r. 2008 podle těchto odhadů spotřebovalo téměř 19 tun konopných drog, 4,7 mil. tablet extáze a 1 mil. kusů LSD. Do ČR byl dovezeno 550 kg kokainu o průměrné čistotě 70 %, ale ke konečnému uživateli se tato droga dostala v množství téměř 1 tuny o průměrné koncentraci 45 %. Podle expertních odhadů se vyrobily 4,2 tuny pervitinu o průměrné čistotě 80 %, ale tato droga se často ředí a její koncentrace při prodeji na ulici nebo při vývozu se snižuje na 70 %; v ČR byly odhadem spotřebovány 4,4 tuny. Heroin se do ČR dovezl v množství 330 kg o průměrné koncentraci 40 %, na trhu se však prodával v koncentraci cca 10 % a v ČR se spotřebovalo 1,3 tuny.

10.2 Záchyty drog

Údaje o záchytech drog zahrnují záchyty uskutečněné Policií ČR (PČR) a Celní správou ČR, resp. Celní protidrogovou jednotkou (CPJ), které obsahují i případy řešené jako přestupky (přechovávání drog v malém množství pro vlastní potřebu). Záchyty, při nichž bylo zachyceno více typů drog současně, jsou započteny u každé drogy zvlášť – bylo tedy uskutečněno méně záchytů, než je součet všech zaznamenaných záchytů podle jednotlivých drog.

Nejčastěji zadrženou drogou byla v r. 2009 marihuana – počet záchytů se v posledních 4 letech (2005–2008) pohyboval v rozmezí 550–600 záchytů ročně, ale v r. 2009 byl sledován nižší počet záchytů (384). Množství marihuany zadržené v r. 2009 bylo 172 kg. V r. 2009 bylo dále při 117 záchytech zachyceno celkem 33 427 rostlin konopí, což je nevyšší počet od r. 2006. Roste také počet odhalených pěstíren konopí, v r. 2009 jich bylo odhaleno 84. Počet záchytů hašiše byl v letech 2006–2009 relativně stabilní, jedná se o cca 30–40 záchytů ročně, nicméně množství zachyceného hašiše v r. 2009 oproti r. 2008 několikanásobně vzrostlo na 12,5 kg – tabulka 10-4.

Druhou nejčastěji zadrženou drogou zůstává pervitin (326 záchytů v r. 2009); v posledních 4 letech se jedná o cca 300–400 záchytů ročně; množství 3,6 kg pervitinu zachyceného v r. 2009 je srovnatelné s r. 2008 – tabulka 10-4. Bylo odhaleno nejméně varen za poslední 3 roky (342 v r. 2009). Kromě léků obsahujících pseudoefedrin, který je hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu v ČR v posledních letech, se v posledních 3 letech výrazně zvýšilo množství zachyceného efedrinu (6 kg v r. 2009) – tabulka 10-2.

tabulka 10-2: Záchyty prekurzorů pervitinu, varen pervitinu a pervitinu v období 2007–2009 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010b)

Zachyceno	2007	2008	2009
Efedrin (g)	1 185	1 677	6 023
Pseudoefedrin (g)	218	–	–
Modafen [®] (tbl.)	3 480	7 876	840
Nurofen [®] StopGrip (tbl.)	11 948	21 785	876
Panadol [®] Plus Grip (tbl.)	72	17 021	1 224
Paralen [®] Plus	–	–	1 440
Acatar [®] (tbl.)	–	–	3 508
Cirrus [®] (tbl.)	–	–	6
Ibuprofen [®] (tbl.)	–	–	80
Ibuprom [®] (tbl.)	–	–	22 080
Sudafed [®] (tbl.)	–	–	12 231
Počet varen	388	434	342
Pervitin (g)	5 978	3 799	3 599

tabulka 10-3: Záchyty pseudoefedrinu v léčivých přípravcích při dovozu do ČR v r. 2009 (Celní protidrogová jednotka, 2010a)

Místo nálezu	Množství (tbl.)	Odkud
Letadlo	17 000	Vietnam
Domovní prohlídka	280	-
Osobní automobil	1 140	Polsko
Osobní automobil	1 192	Polsko
Osobní automobil	22 081	Polsko
Osobní automobil	756	Polsko
Celkem	42 449	-

Pozn.: Přípravky: Decolgen® Forte, Sudafed®, Reactime®, Acatar®, Rhinafen®. Obsah pseudoefedrinu v 1 tabletě 30–120 mg.

V r. 2009 bylo zaznamenáno 26 záchytů kokainu o celkovém objemu 12,9 kg, což je druhé největší množství zachycené za poslední 4 roky. Naopak v r. 2009 bylo evidováno nejméně záchytů a nejmenší množství zachycené extáze za poslední 4 roky. V případě heroinu zůstává zachycené množství i počet záchytů relativně stabilní – ročně se jedná cca o 100 záchytů v množství 20–40 kg. Relativně stabilní je i situace v oblasti záchytů LSD, za poslední 3 roky se jedná o celkem 5 záchytů v množství 100–200 dávek LSD ročně. Ani v r. 2009 nebyl v ČR zachycen žádný crack – tabulka 10-4.

tabulka 10-4: Počet záchytů a množství zachycených hlavních typů drog v r. 2006–2009 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c)

Typ drogy	2006		2007		2008		2009	
	Počet	Množství	Počet	Množství	Počet	Množství	Počet	Množství
Marihuana (g)	556	108 352	563	122 124	602	392 527	384	171 799
Pervitin (g)	406	5 249	374	5 978	405	3 799	326	3 599
Heroin (g)	86	27 877	96	20 332	105	46 302	73	31 257
Rostliny konopí (ks)	44	2 276	46	6 992	69	25 223	117	33 427
Hašiš (g)	42	466	25	387	30	696	41	12 499
Extáze (tbl.)	29	26 259	30	62 226	18	16 610	13	198
Kokain (g)	11	4 708	38	37 587	24	7 631	26	12 904
LSD (dávký)	7	1 748	5	117	5	246	5	142

Z rozložení záchytů v r. 2009 podle hmotnosti vyplývá, že téměř tři čtvrtiny záchytů marihuany byly záchyty do 100 g a 7 % záchytů bylo nad 1 kg (v r. 2008 to bylo 6 % nad 1 kg), z toho 3 záchyty nad 10 kg; nejvíce záchytů (185) bylo v kategorii do 15 g. V případě rostlin konopí bylo 16 % záchytů v množství do 5 ks včetně, 41 % záchytů v množství 6–50 ks rostlin, 11 % záchytů v množství nad 1000 ks rostlin, 2 záchyty v množství nad 2000 ks rostlin. U hašišu bylo 85 % záchytů do 50 g, nejvíce (18, tj. 44 %) v kategorii 6–50 g, největší záchyt měl hmotnost 11,2 kg. Záchyty pervitinu byly v 96 % do 50 g, nejvíce v kategorii do 2 g (159 záchytů), největší záchyt pervitinu vážil 0,5 kg. Rozložení záchytů kokainu bylo ve sledovaných intervalech relativně stabilní a pohybovalo se od 1 do 5 záchytů, nejvíce v kategorii 500–799 g (5 záchytů); 4 záchyty měly objem vyšší než 1 kg, nejobemnější záchyt měl váhu 1,6 kg. U heroinu byly téměř tři čtvrtiny záchytů do 10 g, 6 záchytů (8 %) bylo nad 1 kg, největší záchyt vážil 11 kg. Všechny záchyty extáze (13) byly do 100 tablet, největší záchyt byl v počtu 100 tablet (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010b).

10.3 Ceny a čistota drog

Informace o cenách základních typů drog v ČR jsou každoročně určovány na základě odhadů zasílaných krajskými ředitelstvími a územními odbory Policie ČR na NPC. Ceny většiny základních drog v r. 2009 zůstávají stabilní, nicméně na pouliční úrovni lze vysledovat mírný nárůst průměrné i nejčastější ceny marihuany – tabulka 10-5.

tabulka 10-5: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v r. 2006–2009, v Kč (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c)

Typ drogy	2006		2007		2008		2009	
	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus
Marihuana (g)	190	150	180	100	180	200	210	250
Hašiš (g)	270	200	260	200	240	250	270	300
Extáze (tableta)	220	150	210	200	220	200	220	250
Pervitin (g)	1 060	1 000	1 130	1 000	1 130	1 000	1 290	1 000
Heroin (g)	1 090	800	1 100	1 000	1 080	1 000	1 280	1 000
Kokain (g)	2 220	2 000	2 060	2 000	2 000	2 000	1 920	2 500
LSD (dávký)	160	150	180	200	180	100	200	200

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.

Údaje o čistotě jsou k dispozici jen pro část zadržovaných drog a jsou získávány především z odboru kriminalisticko-technických expertíz krajských ředitelství Policie ČR (OKTE) a z Kriminalistického ústavu Praha. Uvedené údaje

(tabulka 10-6) mají jen orientační hodnotu, protože počet vzorků, ze kterých je čistota/potence drog určována, může být malý a zároveň jsou při statistickém vyhodnocení směřovány vzorky drog ze záchytů většího objemu drog s vyšší koncentrací účinných látek se vzorky drog z maloobchodní úrovně drogového trhu, jejichž čistota je nižší. Podrobnější analýza cen, čistot a příměsí vybraných typů drog je uvedena níže.

tabulka 10-6: Průměrné čistoty drog v letech 2005–2009, v % (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c)

Typ drogy	2006		2007		2008		2009	
	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)
Marihuana	151	4,5	177	4,7	404	5,5	289	8,1
Hašiš	1	11,0	2	8,1	5	5,2	3	15,9
Extáze*	54	22,6	31	27,4	20	17,5	6	3,4
Pervitin	58	52,3	123	66,4	145	64,3	144	68,1
Heroin	35	7,9	31	17,4	47	22,6	57	16,6
Kokain	12	40,2	48	49,1	35	43,5	21	33,1

* Průměrná čistota tablet extáze je vyjádřena jako průměrné množství MDMA v mg v jedné tabletě obsahující MDMA.

10.3.1 Maloobchodní a velkoobchodní úroveň trhu s drogami

Pro lepší a přesnější pochopení vývoje čistoty/potence drog a souvisejících cen je vhodné rozlišovat maloobchodní a velkoobchodní úroveň nelegálního trhu s drogami, resp. maloobchodní (např. do 0,5 kg) a velkoobchodní (nad 0,5 kg) množství obchodovaných drog. Je zřejmé, že hranice mezi malo- a velkoobchodním množstvím se u různých drog liší.

Na velkoobchodní úrovni trhu s marihuánou (tedy v obchodovaném množství 1,5 kg a více) bylo v r. 2009 zaznamenáno 16 záchytů, kdy průměrná cena marihuany byla odhadována na 100 tis. Kč za 1 kg. Lze odhadovat, že větší objemy marihuany se prodávají za 60–115 tis. Kč za 1 kg. Při maloobchodní ceně cca 250 Kč za 1 g marihuany (tj. 250 tis. Kč za 1 kg) na maloobchodní úrovni může prodejce na 1 kg získat až 150 tis. Kč.

S pervitinem se obchoduje téměř výhradně jen na maloobchodní úrovni v množstvích do 50 g. Jeho čistota se za poslední 3 roky pohybuje kolem 70 % a jeho cena je 1000 Kč za 1 g. Pokud se pervitin ředí, používá se k tomuto účelu nejčastěji piracetam. V případě větších obchodních transakcí se 1 g pervitinu prodává za 18 eur (cca 500 Kč) a 1 kg za cca 800 tis. Kč.

Heroin se do ČR dostává především tzv. balkánskou cestou v čistotě kolem 90 %, nicméně po jeho dalším ředění (často směsí paracetamolu a kofeinu nebo anestetiky prokainem a mezokainem) se jeho čistota snižuje. Cena směsi k ředění heroínu může být až 15 tis. Kč za 1 kg. Na maloobchodní úrovni se pak vyskytuje heroin o čistotě 10–15 % a jeho cena je od 1000 do 1400 Kč za gram, tj. 1 mil. Kč v přepočtu na jeden kg. Na velkoobchodní úrovni drogového trhu se vyskytuje heroin o průměrné čistotě 20–30 % a cena 1 kg 30% heroínu je odhadována na 200 až 800 tis. Kč.

Kokain se na pouliční úrovni objevuje v čistotě 10–35 %, jeho cena v posledních letech klesá – v r. 2009 se pohybovala v rozmezí 1500–2500 Kč za 1 g, nejnižší udávaná cena je 1000 Kč za 1 g. Kokain se často ředí fenacetinem (derivát paracetamolu, látka používaná v minulosti jako lék proti bolesti a ke snížení teploty) nebo levamisolem (veterinární lék používaný proti střevním parazitům) – v r. 2008 byl levamisol přítomen ve 20 % analyzovaných vzorků kokainu, v r. 2009 to bylo již 50 % vzorků a téměř veškerý kokain zachycený v ČR od května 2009 byl ředěn levamisolem. Na území ČR je v posledních 3 letech sledován trend klesající čistoty kokainu – tabulka 10-6. Na velkoobchodní úrovni drogového trhu se čistota kokainu pohybuje v rozmezí 15–35 % a nákupní cena za 1 kg cca 15% kokainu je odhadována na cca 1,5 mil. Kč. Lze tedy tvrdit, že rozdíl v čistotě a ceně kokainu ve velkém množství a při prodeji na ulici jsou minimální a že k ředění kokainu dochází pravděpodobně už mimo území ČR.

Jako extáze je někdy prodáváno falzum, které neobsahuje MDMA ani žádnou podobnou látku (např. MDEA, MDA), někdy jsou smíchány různorodé látky a léčiva (např. paracetamol, benzodiazepiny, kofein, ibuprofen), které jsou následně slisovány a nabízeny jako extáze. Někdy jsou tato falza dovezena ze zahraničí. Je evidován zvýšený výskyt tablet extáze s mCPP; jejich množství na trhu je výrazně vyšší než výskyt tablet s obsahem MDMA. V r. 2009 Kriminologický ústav Praha analyzoval 25 tablet extáze, z toho 6 tablet obsahovalo MDMA spolu s jinými látkami, jako např. kofein, amfetamin a mCPP; 1 tableta obsahovala MDEA, 1 tableta MDA. Hlavní účinnou látkou 13 tablet bylo mCPP. V r. 2009 Jihočeský streetwork, o.s. Prevent, otestoval v rámci 3 tanečních akcí 290 tablet extáze a z toho jen 26 (9 %) tablet obsahovalo účinnou látku MDMA (Jihočeský streetwork, 2010).

ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY

Každoročně jsou do výroční zprávy zařazeny speciální kapitoly. Témata určuje EMCDDA ve spolupráci s monitorovacími středisky jednotlivých zemí sítě Reitox s ohledem na jejich aktuálnost a potřebu výzkumu. Od loňského roku jsou všemi zeměmi povinně zpracovávány alespoň 2 speciální kapitoly – jedna z nich povinně (letos kapitola Historie, metody a zavádění národních standardů v oblasti léčby uživatelů drog), druhá je volena ze dvou nabízených témat. NMS zpracovalo za ČR stejně jako loni všechny tři speciální kapitoly.

11 Historie, metody a zavádění národních standardů v oblasti léčby uživatelů drog

Tato kapitola se zaměřuje na léčebné standardy (treatment guidelines)¹⁰⁶ v oblasti léčby uživatelů drog v ČR¹⁰⁷. V přehledech EMCDDA je ČR uváděna mezi těmi členskými zeměmi EU, které léčebné standardy pro oblast návykových látek zavedly a používají. Při bližším zkoumání toho, co bylo v ČR v tomto ohledu zavedeno a co a jak se používá, to však není zcela jisté. Na počátku je proto účelné provést stručnou sondu do obecné problematiky standardů, jejich typologie, účelu a logiky jejich vzájemné provázanosti.

11.1 Obecně o standardech

11.1.1 Definice a typologie

Standardy jsou nástroji v procesu udržování a zajišťování kvality služeb (quality maintenance, quality assurance). Pojem „standard“ znamená soubor kritérií, podle nichž je možné posoudit, zda a do jaké míry je daná služba poskytována kvalitně. Pohled na „kvalitu“ je ovšem dosti široký a zahrnuje nejen správné provádění určitých výkonů s ověřenou účinností, ale také manažerské a organizační zajištění služby, její dostupnost, vstřícnost vůči klientům, zapojení do sítě dalších služeb apod.

Tato multidimenzionální kritéria obvykle nejsou shrnuta do jediného kodexu. Existuje více typů pro různé přístupy ke „kvalitě“. Podle WHO (WHO, 1997; Kalina, 2001) se standardy dělí takto:

1. standardy vzdělání,
2. standardy pracovišť, zařízení a programů,
3. standardy postupů odvozených od případu či diagnózy,
4. standardy metod,
5. etické standardy.

Typy 3 a 4 se někdy souhrnně označují jako „standardy dobré praxe“. Jsou cenným prostředníkem mezi výzkumem a praxí. Jejich hlavním cílem je pomoc profesionálům i pacientům v rozhodování o vhodných intervencích za určitých specifických okolností, např. při určité zdravotní události či jejich komplikacích. Pomáhají však také veřejným činitelům, administrátorům a klinickým manažerům v plánování služeb a zajištění prostředí pro dobrou praxi. V neposlední řadě jde také o učební texty; dobře zpracované „guidelines“ jsou oporou vzdělávání studentů i pokročilejších adeptů odbornosti. K hlavním požadavkům na solidní standardy dobré praxe patří široká expertní báze a vědecká průkaznost (Kalina, 2010).

Druhou komponentou zajišťování kvality jsou „mechanismy“, jimiž se naplňování kritérií ověřuje. K mechanismům patří například komplexní management kvality na pracovišti, vnitřní a vnější supervize, vzájemné horizontální hodnocení v odborné komunitě (peer reviewing) a rovněž formální a „úřední“ mechanismy typu inspekce, akreditace, certifikace, licencování apod.

11.1.2 Účel standardů

Tato podkapitola se zabývá otázkami, komu standardy slouží, kdo je potřebuje a kdo a k čemu je využívá.

11.1.2.1 Odborné komunity

Historicky vznikaly standardy v profesních společenstvích, především lékařských, jejichž zájmem bylo upevnit kvalitní výkon povolání a získat prestiž navenek. Zde mají původ termíny „dobrá praxe“ či postup „lege artis“. Odborné publikace, přednášky, semináře a jiné náležitosti života profesních společenství dobrou praxi šířily a přenášely do vzdělání adeptů profese. Formalizace dobré praxe, tj. standardy v dnešním slova smyslu, se objevují v medicíně ve 2. polovině 20. století, v USA i dříve. V 50. a 60. letech si tento vzor osvojuje nově vznikající nelékařská profese sociálních pracovníků, především v anglicky mluvících zemích. Ve stejné době vznikají

¹⁰⁶ Terminologická poznámka: jako ekvivalent anglického *guideline* (směrnice) je častěji používán v ČR zavedený pojem *standard*. Co se týče termínu *treatment*, shodně s EMCDDA je chápán jako odborná péče poskytovaná pacientům či klientům, tj. ve větší šíři než pouze v medicínském smyslu slova *léčba*.

¹⁰⁷ Odkazy na vybrané odborné zdroje jsou uvedeny v textu kapitoly. Dále byla kapitola zpracována s využitím následující odborné literatury: (Kalina and Jaroš, 1998; Kalina K. et al., 2001; Kalina, 2000; Kalina, 2003; Kalina, 2007a; Kalina, 2009b; Mioviský, 2008; WHO, 2000).

společensví institucí, např. sdružení nemocnic, a rozšiřují kritéria dobré praxe o organizační aspekty. Rozšiřují se mechanismy typu „peer review“ a supervize.

Řada společensví poskytovatelů péče si kladla za cíl, aby samo členství v nich bylo znakem a zárukou kvality. Tzv. akreditační společensví podrobovalo kandidáty členství (jednotlivce či instituce) náročným prověrkám dřive, než je přijalo. Příkladem mohou být prestižní *Royal College* v zemích britské koruny.

Koncem 20. století přestává být zajiřtování kvality výhradní záležitostí poskytovatelů a významnou úlohu přebírá stát, často k jejich nevoli. Ti, kteří služby přímo poskytují, však mají na rozvoji kvality zájem i nadále, a odborné komunity jsou stále nezastupitelným zdrojem profesionálních parametrů dobré praxe.

11.1.2.2 Státní a veřejná správa

Intervence státu do oblasti kvality zdravotních a sociálních služeb vychází z toho, že stát zaručuje svým občanům k těmto službám přístup: místní dostupnost (accessibility) a dostupnost finanční (affordability). Záruku realizuje tak, že tyto služby financuje, ať už přerozdělováním obecných daní nebo z účelově vázaných „daní“ typu veřejného zdravotního pojiřtění. Aby zajistil správné využití těchto finančních prostředků dle principu „hodnota za peníze“, bere na sebe i kontrolu kvality a garantuje kvalitu občanům. Zejména v členských zemích *EU* je rozsah těchto záruk enormní.

Touto trojí garancí se však stát dostává do pasti. Veřejné finanční zdroje jsou vždy omezené, a jak dokládají sociální ekonomové, soukromé zdroje také. Na druhé straně potřeby stoupají bez omezení, tlačené nároky občanů (k těm legitimním patří např. stárnutí populace) a tažené odborným rozvojem služeb (poskytovatelé neustále zvyšují svůj potenciál kvality). Potíže, které to přináší politikům a administrátorům, si lze představit, když se státem garantované hodnoty v pojmech „kvalita-dostupnost-náklady“ vepíří do vrcholů trojúhelníku, který ovšem nemůže stát na všech třech vrcholech najednou. Je-li základnou „péče kvalitní – péče nákladná“, zřejmě nebude široce dostupná. Stojí-li základna na péči kvalitní a široce dostupné, rostou výdaje. Zvolí-li se základnou „péče široce dostupná – péče levná“, bude obtížné udržet její kvalitu. Veřejná politika vždy musí vážit mezi dostupností, kvalitou a nákladností péče, ale zároveň podléhá úslví „Nikdy nemůžeme mít všechno najednou, ale vždycky to chceme“ (Acheson, 1994), cit. in Kalina (2001).

Stát a poskytovatelé se tak dostávají do konfliktního postavení. Stát prosazuje princip „hodnota za peníze“, takže požaduje kvalitu a dostupnost za co nejmenší výdaje, poskytovatelé prosazují princip „peníze za hodnotu“ a žádají, aby dosažená úroveň byla přiměřeně zaplácena a podpořen rozvoj. Současná situace v ČR ve službách pro uživatele drog a závislé dokládá, že nejde o učebnicový popis (viz také informace o iniciativě *Máme toho dost* v kapitole Iniciativy v občanské společnosti na str. 13).

11.1.2.3 Mezinárodní a mezivládní organizace

Na světové scéně je to především *WHO*, která standardy propaguje s cílem přenést dobrou praxi z vyspělých zemí do méně vyspělých, a přispět tak ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel. Spolu s Radou Evropy tak činí i v „evropském“ regionu obou organizací, který zahrnuje i celý postsovětský prostor včetně bývalých sovětských republik ve Střední Asii. Méně vyspělé země ovšem obvykle volí formuli „péče dostupná – péče levná“ a na zvyšování kvality jim chybí finanční prostředky.

Intervence Evropské unie do oblasti kvality služeb vyplývá z ústředních principů *EU*: volný pohyb služeb a osob. Cílem je zajistit pro obyvatele *EU* srovnatelnou a optimální úroveň služeb ve všech členských zemích. Co se týče služeb pro uživatele drog a závislé, je tématu společných standardů věnováno několik úkolů v nynějším Akčním plánu *EU*. Současná iniciativa *EMCDDA* směřuje k jejich realizaci.

11.1.2.4 Uživatelé služeb

Je to opět *WHO*, která prosazuje „uživatelské posuzování“, které by měli provádět uživatelé služeb, jejich blízcí a v širším smyslu zainteresovaná veřejnost. Ve vyspělé Evropě jde o významný trend, podporovaný Evropskou regionální úřadovnou *WHO*. Vyjadřuje zásadu „orientace služeb na pacienta či klienta“ a přesvědčení, že „hlas a volba uživatele“ (user's voice and choice) jsou pro poskytování služeb stejně směrodatné jako odborná a ekonomická hlediska. Veřejná správa členských zemí *EU* většinou pokládá mínění uživatelů za nezbytný doplněk odborného a administrativního posuzování. Sami poskytovatelé služeb, zejména na evropském kontinentu, však donedávna zvýšení vlivu laiků příliš nevíтали.

Podíl uživatelů na zajiřtování kvality může být cenný a nemusí být na újmu odborným hlediskům. V každém případě srozumitelné standardy mohou přispět k překonání informační nerovnováhy mezi poskytovatelem a uživatelem služby; větší vřled, náročnost a kritičnost z toho vyplývající však může být pro poskytovatele nezvyklá.

11.1.3 Vnitřní souvislosti standardů

Jádrem standardů jsou standardy dobré praxe a z nich zejména typ 3 – standardy postupů odvozených od případu či diagnózy (viz výře). V optimálním provedení by měly jasně formulovat, co je potřebné s člověkem – nositelem problému – od vstupu do výstupu z odborné péče dělat, aby se uchovala a zlepřila kvalita jeho života. Standard typu 3 odkazuje na podrobný popis jednotlivých ověřených intervencí (typ 4), lze z něj odvodit parametry zařízení, která

jsou způsobilá dobrou praxi provádět (typ 2) i kvalifikaci pracovníků, kteří jsou schopni ji vykonávat (typ 1). Navíc dává také srozumitelnou představu uživateli služeb o jeho nároku a je základem „faktury“ vůči veřejným finančním zdrojům.

Ačkoliv jsou standardy typu 3 klíčové (nebo právě proto), jejich provedení nebývá optimální: nezachycují např. celé kontinuum řešení problému, ale jen jeho výšeč (např. akutní stav), nebo obsahují jen soubor metod a intervencí, které přicházejí v úvahu¹⁰⁸. Historie pokusů ukazuje, že na straně poskytovatelů i veřejných plátců existují určité obavy z přílišné precizace (a tím přílišné závaznosti) takových postupů¹⁰⁹.

11.2 Standardy kvality v oblasti adiktologických služeb v ČR

Tento oddíl se pokusí zpřehlednit, jaké typy standardů existují v ČR zejména v oblasti služeb pro uživatele drog a závislé.

11.2.1 Standardy vzdělávání

Jak už bylo řečeno, standardy tohoto typu říkají, jakou kvalifikaci má mít, co má znát a umět člověk, aby byl způsobilý „dobrou praxi“ provádět. Standardizace vzdělání je nejpodrobněji propracována tradičně v medicíně soustavou vysokoškolských kurikulů a osnov postgraduálních specializací, subspecializací a mikrospecializací zakotvenou ve zdravotnické legislativě. V tom se ČR neliší od jiných vyspělých zemí. V čem se liší, a to pozitivně, je začlenění návykových poruch a jejich léčby do kurikula mediků a začínajících lékařů. Povinné penzum v pregraduálním i postgraduálním studiu, které je v ČR pokládáno v zásadě za nedostatečné, představuje slušný evropský nadprůměr (Vermeulen et al. 2003). ČR je rovněž jednou z mála evropských zemí, kde existuje lékařská specializace v oboru návykových nemocí, a to již od r. 1980 (blíže viz VZ 2008). Zájem o ni však není příliš velký a rovněž nelze zaručit, že takto specializovaný lékař bude ovládat v praxi potřebné psychosociální intervence.

Výše zmíněný nedostatek specialistů by měla kompenzovat nová zdravotnická profese adiktologa (bakalářské studium na 1. LF UK v Praze od r. 2005, navazující magisterské připravováno na r. 2010). Kurikulum tohoto studijního oboru vychází z „bio-psycho-sociálního“ konceptu WHO a z integrovaného mezioborového modelu vzdělávání šířeného Radou Evropy na přelomu století¹¹⁰. Adiktologie v této podobě jako zdravotnická nelékařská specializace zřejmě nemá v Evropě obdobu. Předpokládá se, že v budoucnu by měli adiktolog-lékař a adiktolog-nelékař tvořit dva profesní pilíře systému adiktologických služeb v ČR.

Další profesí ve službách pro uživatele drog a závislé (konkrétně v těch, které spadají do sektoru sociálních služeb) je sociální pracovník (blíže viz VZ 2008), jehož úřední definice je nejasná a široká. Nejsou známy žádné standardy vzdělávání, které by „sociálního pracovníka“ kvalifikovaly pro dobrou praxi v zařízeních pro drogovou klientelu.

11.2.2 Standardy pracovišť, zařízení a programů

Tento typ standardů je v ČR značně rozvinutý, jeho přímý vliv na dobrou praxi ve službách pro uživatele drog a závislé je však obtížné hodnotit, protože se zde setkávají (a střetávají) přístupy rezortní a mezirezortní.

Ministerstvo zdravotnictví formuluje základní požadavky na různé formy zdravotnických zařízení v právních normách a ve svém rozsáhlém programu kvality a bezpečnosti zdravotní péče pamatuje i na standardy kvality pro nemocnice a léčebny, které jsou prověřovány *Spojenou akreditační komisí o.p.s.* v akreditačním procesu (akreditační standardy pro nemocnice, pro dlouhodobou péči a další). Tyto standardy kvality odpovídají mezinárodně uznávaným akreditačním standardům kvality a bezpečnosti zdravotní péče a požadavkům EU. Zaměřují se na kvalitu a bezpečnost péče v širším pojetí¹¹¹. Tam, kde se jedná o oddělení či samostatná zařízení pro léčbu závislostí, nepochybně kvalitu stimulují.

Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo *Standardy kvality sociálních služeb*¹¹², závazné pro valnou nezdravotnickou část služeb pro uživatele drog a závislé, které dle zákona¹¹³ do sociálních služeb spadají. Jejich vliv na kvalitu je však málo stimulující, protože příliš nerespektují specifické odborné zaměření. Jejich naplnění, prokazované v inspekčním procesu, je však podmínkou finanční podpory z dotací MPSV (viz dále).

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky zavedla *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, tzv. Certifikační standardy*

¹⁰⁸ Těmito nedostatky trpí i nedávno zpracované Doporučené postupy v psychiatrii, o jejichž části zabývající se léčbou návykových poruch pojednává blíže kapitola 11.2.3 (str. 108).

¹⁰⁹ Příkladem standardů typu 3 může být schéma DRG (*Diagnosis-Related Groups*), aplikované zejména v USA pro platby zdravotnickým zařízením. Na vytvoření několika obdůb DRG se v ČR s výraznou veřejnou finanční podporou pracuje od 90. let minulého století, k zavedení do praxe však nedošlo. Implementací DRG se v ČR zabývá zájmové sdružení právnických osob Národní referenční centrum (<http://www.nrc.cz>), které také vede Registr Národní sady standardů zdravotních služeb (<https://kvalita.nrc.cz>).

¹¹⁰ European Drug Abuse Treatment Training Programme, Drug Demand Reduction Staff Training Programme. Viz též (Miovský et al. 2009).

¹¹¹ Postupy v oblasti péče a řízení její kvality, především dostupnost péče a její kontinuitu, organizaci vyšetření a léčby pacientů, provozní pravidla, kvalifikované personální zajištění, celoživotní vzdělávání, vedení dokumentace a jiné administrativní, manažerské a organizační parametry, hygienické a epidemiologické aspekty, zajištění bezpečí a práv pacientů, jejich bezpečnosti apod.

¹¹² Příloha č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb.

¹¹³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

(Kalina K. et al., 2003). Standardy jsou ověřované v certifikačním procesu. Mají mezirezortní charakter, pokrývají spektrum zdravotních, zdravotně-sociálních a sociálních služeb a měly ambice překlenout mezirezortní rozhraní. *Certifikační standardy* reflektují odborná specifika i širší oblasti kvality, v konkurenci s rezortními politikami však neuspěly a jejich naplnění je dnes pouze podmínkou pro vstup do dotačního systému *RVKPP* a (některých) krajů. Podrobně se jim věnuje kapitola 11.3 (str. 110). Jejich oprávněné zařazení mezi standardy tohoto typu však zároveň říká, že nejde o typické léčebné standardy (treatment guidelines) v pojetí *EMCDDA*.

V této kategorii je třeba uvést, že Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy zpracovalo standardy pro programy primární prevence užívání/zneužívání drog (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2005). Formálně jsou tyto standardy inspirovány certifikačními standardy *RVKPP* a rovněž certifikační proces je obdobný. Udělení certifikátu je podmínkou nutnou, nikoliv však postačující pro získání rezortní dotace.

11.2.3 Standardy léčebných postupů založených na případu či diagnóze

Jak je uvedeno výše, jde o klíčovou a tudíž dosti ožehavou záležitost v celém okruhu zajišťování kvality. Optimálních vzorů není mnoho. Z odborného hlediska jsou zásadními požadavky pro tvorbu těchto standardů (1) přístup založený na ověřených datech (evidence-based), (2) široká participace odborníků a (3) konsenzus příslušné odborné komunity.

V oblasti řešení závislostní problematiky lze za příklady dosažitelného standardu považovat např. standardy z Velké Británie nebo návrhy týmu prof. Hassena z Hamburku, vypracované pro Evropskou komisi (Department of Health (England) and the devolved administrations, 2007; Haasen et al., 2008).

Vývoj tohoto typu standardů odborné léčebné péče v ČR je dlouhodobým procesem, který nezbytně vyžaduje aktivní zapojení všech zainteresovaných institucí. Za přípravu těchto standardů v jednotlivých oblastech odpovídají odborné společnosti sdružené v *České lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČLS JEP)*. Z důvodu zajištění jednotné metodiky pro přípravu národních standardů *MZ* zřídilo *Odborné fórum pro tvorbu standardů péče a koncentraci vybrané vysoce specializované péče*¹¹⁴. Až dosud bylo vytvořeno více než 300 tzv. diagnostických a léčebných standardů pokrývajících různé akutní a subakutní stavy především v somatické medicíně. V rámci těchto iniciativ zformulovala *Psychiatrická společnost ČLS JEP* soubor tzv. doporučených postupů pro různé diagnostické okruhy v psychiatrii.

Jednou ze složek souboru jsou i *Doporučené postupy v léčbě návykových poruch a patologického hráčství* (Nešpor, 2010), které navazují na obdobné doporučené postupy *Psychiatrické společnosti* z r. 2006 (Popov and Nešpor, 2006). Nová verze těchto doporučených postupů vznikla bez vědomí a účasti výboru *Společnosti pro návykové nemoci (SNN) ČLS JEP*. Někteří členové výboru *SNN* k nim vyjádřili značné výhrady (Jeřábek, 2010; Kalina, 2010). *SNN* připravuje vlastní standardy, kterými naváže na předchozí práce v tomto směru¹¹⁵.

11.2.4 Standardy metod

„Evidence-based“ přístup a konsenzus odborné komunity jsou opět zásadními požadavky. Z oblasti léčby návykových nemocí je možné jako dobré vzory uvést britský soubor standardů psychosociálních intervencí nebo standard substitučních postupů vydaný *WHO* (NICE, 2008; WHO, 2009).

V podstatě jediný standard tohoto typu v oboru adiktologie se týká rovněž substituce. Standard substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008) ve své první verzi z r. 2001 vznikl v počátcích rozvoje substitučních programů v ČR. V současnosti se uvažuje o výrazné novele tohoto standardu, která by v dostatečné míře reflektovala aktuální vývoj substitučních programů i „vzorový“ standard pro substituční léčbu *WHO* (2009). Srovnání českého standardu substituční léčby s kritérii standardu *WHO* poskytuje tabulka 11-1. Sebelepší standard však sám o sobě dobrou praxi nezajistí, pokud chybí kontrola, což právě v oblasti substituce v ČR představuje nemalý problém – bližší viz kapitoly *Opiátová substituční léčba* (str. 45) a *Drogové trhy* (str. 99).

11.2.5 Etické standardy

Etika k „dobré praxi“ nezbytně patří, v komplexu zajišťování kvality je však zdánlivě popelkou. Standardy pracovišť, zařízení a programů se vždy důkladně zabývají právy pacientů, opomíjejí však skutečnost, že každé takové právo musí být také zakotveno v etickém závazku poskytovatele. Etické otázky nebývají zmiňovány ani ve specifických odborných standardech. Etické kodexy profesí a odborných komunit s vlastními kontrolními mechanismy (etické komise apod.) tak stojí trochu stranou.

V ČR sice existují etické standardy různých povolání a odborností, které působí v drogových službách, etické vědomí však není příliš vysoké a citlivost vůči etickým problémům se zvyšuje jen zvolna. Je proto zajímavé, že již asi v polovině 90. let se v ČR ujal etický kodex terapeutických komunit pro závislé¹¹⁶ a s jistými úpravami se rozšířil do

¹¹⁴ Viz <http://www.nrc.cz/cs/odborne-forum-pro-tvorbu-standardu-pece-koncentraci-vybrane-vysoce-specializovane-pece>.

¹¹⁵ Např. již dříve byla zpracována oblast zvládání akutních stavů (Dvořáček, 2003), publikační a výzkumná opora je k dispozici i pro oblast terapeutických komunit pro závislé.

¹¹⁶ Jeho původ je ve Světové federaci terapeutických komunit (WFTC).

dalších služeb. Odkazují na něj i *Certifikační standardy* a požadují, aby v certifikovaném zařízení byla zajištěna jeho znalost a dodržování¹¹⁷ (tato položka je ve standardech klasifikována jako „nezbytná“).

tabulka 11-1: Srovnání českého Standardu substituční léčby s doporučeními vzorového standardu WHO

Doporučení standardu WHO	Obsaženo v českém standardu?	Poznámka
Volba typu léčby		
Většině pacientů závislých na opiátech/opioidech by měla být jako farmakologická metoda volby nabídnuta udržovací substituční léčba.	Ne	Substituční léčba (SL) je uvedena jako metoda druhé volby pro pacienty objektivně nebo subjektivně neschopné podstoupit léčbu bez agonistů.
Léčba opioidním antagonistou po předchozí detoxifikaci by měla být zvažena u pacientů, kteří nezhájili udržovací substituční léčbu.	Ne	Český standard neřeší jiné typy léčby, tedy ani léčbu s využitím antagonistů.
Udržovací léčba agonisty		
Většině pacientů v substituční léčbě by měl být přednostně nabídnut metadon před buprenorfinem.	Ne	Tento aspekt český standard neřeší.
V zaváděcí fázi léčby by dávky metadonu neměly být obecně vyšší než 20 mg a určitě ne vyšší než 30 mg denně.	Ne	Úvodní dávka je stanovena na 5–10 mg denně u pacientů s nižší tolerancí a 20–40 mg denně u pacientů s vysokou tolerancí.
Průměrné dávky metadonu by v udržovací fázi léčby měly dosahovat 60–120 mg denně.	N.a.	Průměrná dávka není definována, určuje se individuálně s tím, že je uvedena obvyklá dávka mezi 60 a 100 mg denně, uvádí se ale nutnost i násobků takové dávky pro individuální případy nebo specifické situace (např. v případě současné antiretrovirové terapie).
Průměrné dávky buprenorfinu by v udržovací fázi léčby měly dosahovat nejméně 8 mg denně.	Ne	Nejnižší terapeutická dávka je uvedena jako 4 mg denně, resp. 8 mg ob den.
V časně fázi léčby by substituční látka měla být podávána pod přímým dohledem.	Ano	Je definováno sledování po podání dávky v délce nejméně 2 hodiny.
Pokud jsou dávky pacientovi vydávány s sebou (take-away) a nejsou tedy podány pod dozorem, pravidelně se posuzuje, zda přínos nižší frekvence návštěv převažuje nad rizikem úniku na černý trh	Ne	Průběžné hodnocení pacienta tento specifický aspekt výslovně nezmiňuje.
Spolu s farmakologickou léčbou by měla být rutinně nabízena i psychosociální podpora	Ano	Jsou definovány 4 typy substituční léčby, z nichž 3 zahrnují jako standardní součást psychosociální nebo sociální poradenství/podporu. Není zahrnuta jen u krátkodobého emergentního podávání (hospitalizace pro jiné onemocnění apod.).
Řízená detoxifikace		
Při detoxifikaci by měly být použity snižující se dávky opioidních agonistů, ačkoliv je možno použít také alfa-2 adrenergní agonisty.	Ano	Schémat pro detoxifikaci za použití agonistů jsou uvedena jako metoda první volby, alfa-2 adrenergní agonisté nejsou zmíněni.
V klinické praxi by se při řízené detoxifikaci neměla rutinně používat kombinace opioidních antagonistů a minimální sedace.	N.a.	Český standard uvádí jen detoxifikační schémata a není specificky standardem detoxifikace za využití substitučních léčiv; uvádí obecné interakce substitučních léčiv s jinými farmakologickými skupinami včetně sedativ.
V klinické praxi by se při řízené detoxifikaci neměla rutinně používat kombinace opioidních antagonistů a těžké sedace.	N.a.	Tento aspekt český standard neřeší.
Při řízené detoxifikaci by měla být rutinně spolu s farmakologickou léčbou nabízena i psychosociální podpora.	N.a.	Tento aspekt český standard neřeší.
Těhotenství		
Udržovací substituční léčba by měla být použita při léčbě závislosti na opiátech/opioidech v těhotenství.	Ano	Těhotenství je uvedeno jako faktor podporující zařazení do léčby.
Udržovací substituční léčba metadonem by měla být při léčbě závislosti na opiátech/opioidech v těhotenství použita přednostně před léčbou buprenorfinem; ačkoliv informací o bezpečnosti buprenorfinu je méně, může být také nabízen.	Ne	Tento aspekt český standard neřeší (autoři nepovažují takové doporučení za vhodné/zobecnitelné/založené na důkazech).

Pozn.: Uvedené informace byly konzultovány s autory standardu P. Popovem a T. Zábranským. N.a. znamená, že český standard se vybraným kritériem nezabývá nebo jej řeší jiným způsobem uvedeným v poznámce.

¹¹⁷ A-Obecná část, bod 5.11.

11.3 Vývoj a implementace Certifikačních standardů pro adiktologické služby v ČR

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Certifikační standardy) vznikaly v letech 1998–2003 na bázi předchozího souboru, tzv. *Minimálních standardů*, které vydala a doporučila tehdejší *Mezirezortní protidrogová komise (MPK)*¹¹⁸ v r. 1995. *Minimální standardy* vypracoval na základě materiálů WHO Pavel Bém, který v té době zastával funkci generálního sekretáře MPK. *Minimální standardy* byly vcelku pozitivně akceptovány komunitou poskytovatelů a tehdy vzniklá *Asociace nestátních organizací (A.N.O.)* je přijala za své se záměrem stát se akreditující asociací, která by sama garantovala kvalitu služeb u poskytovatelů, které jsou jejími členy. Tento záměr se nenaplnil, protože převládnu názor, že proces ověřování standardů na sebe musí vzít stát a prokázaná kvalita služeb se musí zohlednit při přidělování státních dotací. Na naplnění tohoto záměru A.N.O. a sekretariát MPK/RVKPP pracovaly přes řadu překážek dalších mnoho let.

Projekt systému certifikací¹¹⁹ se realizoval ve střídavé působnosti MPK/RVKPP a MZ, ale v relativně stálé skupině externích odborníků vedené Kamilem Kalinou. Standardy vytvářené touto skupinou byly ověřovány v pilotních studiích a diskutovalo se o nich v odborné komunitě. Cílem bylo zajistit jasný a široký konsenzus a také nezpochybnitelnou kompatibilitu certifikačních standardů se souběžnými iniciativami rezortů, zejména MZ¹²⁰ a MPSV. V poslední etapě¹²¹ byl zpracován a zajištěn proces ověřování standardů, tj. vlastní certifikace odborné způsobilosti. Vznikl *Certifikační řád*, doprovodné manuály, bodovací schéma¹²², soubor tzv. vzorových dokumentů ke standardům, byl uspořádán první kurz pro budoucí certifikátory – odborníky z praxe. V r. 2005 vláda schválila¹²³ celý certifikační systém a zmocnila RVKPP k udělování certifikátů. Certifikace byly zahájeny v r. 2005. Organizačně je zajišťuje třetí (nestátní) subjekt, tzv. certifikační agentura¹²⁴. Místní šetření provádí tříčlenný tým vyškolených certifikátorů, výstupy projednává *Certifikační výbor RVKPP* a na jeho doporučení RVKPP uděluje certifikaci. V letech 2005–2009 se certifikace udělovala na dobu maximálně 3 let.

První etapa certifikačního procesu (2005–2006) byla podrobena evaluaci, z níž vyšla řada podnětů pro úpravu procesu, standardů i bodovacího schématu (Radimecký J. et al. 2008). Podněty byly částečně využity k novelizaci *Certifikačního řádu* a dalších dokumentů směrodatných pro certifikační proces. K žádoucí inovaci samotných standardů a bodovacího schématu však zatím nedošlo, stejně jako k rozšíření typů ve speciální části, kde se řadu let uvažuje o standardu drogových služeb ve vězení a o standardu víceúčelového ambulantního zařízení.

Současnou podobu standardů uvádí tabulka 11-2. Jejich obecná část (část A) mapuje „kvalitu“ komplexně a podrobně. Obsahuje 12 oddílů a celkem 136 položek, z nichž 42 je klasifikováno jako „nezbytné“. Speciální standardy pro 9 základních typů služeb v části B mají 18–25 položek, „nezbytných“ je 3–8¹²⁵. Podle bodovacího schématu musí zařízení získat v obecné části minimálně 635 bodů z 815 možných (80 %), z toho 176 musí tvořit body za „nezbytné“ položky (28 % z minima). Ve speciální části podle typu služby by zařízení mělo získat (průměrně za všechny typy služeb) minimálně 125 bodů ze 165 možných (76 %), z toho 25 bodů je za „nezbytné“ položky (20 % z minima). K nezbytným položkám v obecné části patří mj. vzdělávání pracovníků, nezávislá supervize a hodnocení efektivity služby.

tabulka 11-2: Obsah certifikačních standardů RVKPP

A – Obecná část	B – Speciální část („typové“ standardy)
1. Přístupnost odborných služeb	1. Detoxifikace
2. Práva pacientů/klientů	2. Terénní programy (včetně programu výměny injekčního náčiní)
3. Příjem a úvodní zhodnocení	3. Kontaktní a poradenské služby (včetně programu výměny injekčního náčiní)
4. Spektrum služeb a zásady jejich poskytování	4. Ambulantní léčba
5. Personální práce	5. Stacionární programy
6. Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů	6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
7. Dostupnost, vnější vztahy	7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách
8. Organizační aspekty	8. Ambulantní doléčovací programy (včetně programů chráněného bydlení a chráněné práce)
9. Finance	9. Substituční léčba
10. Prostředí a materiálně-technické zázemí	
11. Minimální bezpečí	
12. Hodnocení kvality a efektivity služeb	

¹¹⁸ Nyní Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP).

¹¹⁹ V prvních letech se používal termín akreditace a akreditační standardy.

¹²⁰ Tehdy se jednalo o kritéria ISQua/JCIA (Kalina K. et al., 2002).

¹²¹ V rámci projektu PHARE Twinning CZ 2000/IB/JH/03 *Posílení národní protidrogové politiky* mezi ČR a Rakouskem.

¹²² Dostí složitě bodovací schéma vycházelo z tehdejší akreditační bodovací listiny Spojené akreditační komise ČR (pro akreditaci nemocnic).

¹²³ Usnesení vlády ze dne 16. 3. 2005 č. 300 k tezi změn ve financování protidrogové politiky.

¹²⁴ Rolí certifikační agentury plní na základě smlouvy s Úřadem vlády České republiky *Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách (CEKAS)* při *Národním vzdělávacím fondu, o.p.s.*, blíže viz <http://www.cekas.cz/>.

¹²⁵ Pro doléčovací programy jsou uvedeny ještě dílčí standardy pro chráněné bydlení a chráněné dílny, pokud jsou provozovány, a bodovací schéma k nim.

Ačkoliv „typové“ standardy v části B vcelku podrobně specifikují, co má dané zařízení dělat, aby standard splňovalo (včetně používání nezbytných či žádoucích přístupů), nelze je pokládat za „treatment guidelines“ ve smyslu *EMCDDA*. Specifikovat postupy nebylo cílem při vytváření tohoto souboru standardů, proto zde tento rozměr zcela chybí. Nedostatečnost v tomto směru ukázala studie zaměřená na standard B7 – terapeutické komunity (Kalina, 2007b). Studie potvrdila předchozí obavu, že zařízení, které prošlo certifikací podle standardu B7, vůbec nemusí být terapeutickou komunitou ve smyslu mezinárodně uznávaných kritérií pro terapeutickou komunitu jako „evidence-based“ léčebnou metodu. V rámci studie byl proto vypracován, pilotně ověřen a publikován doplňkový standard k B7, v certifikační praxi se však nepoužívá (Kalina, 2006). Podobně lze uvažovat o dalších typových standardech v certifikačním souboru.

Certifikační standardy měly původně vysoké ambice: měly být skutečnými „národními standardy“ pro oblast drogových služeb, jejich naplnění mělo být podmínkou pro přístup k jakýmkoliv veřejným finančním zdrojům (tj. k dotacím státu, krajů, ale i k platbám zdravotních pojišťoven). V posledních letech však jejich význam a hodnota oslabily, protože rezortní přístupy převládly nad přístupem mezirezortním. V současné době neuznává certifikaci ani *MZ* (má vlastní kritéria a mechanismy hodnocení kvality ve zdravotnictví), ani *MPSV* (má vlastní standardy kvality sociálních služeb a jejich ověřování v procesu inspekce). Certifikace je dnes pouze jednou z podmínek přístupu k dotacím *RVKPP*. Při přidělování dotací ji bere v úvahu Hl. m. Praha a některé další kraje. V posledních letech 2009–2010 se systém certifikací potýká s nedostatkem finančních prostředků, proces certifikačních šetření musel být proto již dvakrát z tohoto důvodu pozastaven.

Přehled certifikovaných programů podle typů k červnu 2010 podává tabulka 5-2 (str. 43).

11.3.1 Standardy kvality sociálních služeb a jejich význam pro adiktologické služby

Standardy kvality sociálních služeb *MPSV* vznikaly prakticky souběžně s certifikačními standardy *RVKPP* a někteří odborníci pracovali v obou týmech. Na straně tvůrců certifikačních standardů byla snaha o „neprodyšnou slučitelnost“, což znamenalo, že certifikační standardy obsahují vše podstatné, co je ve standardech *MPSV*. Opak však neplatil a snad ani nemohl, protože *MPSV* a jeho pracovní skupiny vytvářely standardy pro veškeré sociální služby, počínaje klasickými ústavami pro seniory a lidi fyzicky, mentálně či smyslově handicapované až po drobné nestátní iniciativy typu raná péče nebo krizová centra pro děti. *MPSV* se netajilo tím, že chce zlepšit kvalitu péče především ve velkých ústavech, kde byla kvalita péče často kritická.

Ve srovnání s certifikačními standardy jsou standardy *MPSV* odborně méně propracované a také „jen sociální“, což je na překážku nezbytnému komplexnímu, bio-psycho-sociálnímu přístupu ve službách pro uživatele drog. Porovnání obou souborů podle 13 hledisek obsahuje tabulka 11-3 (Kalina K. et al., 2002). Co se týče speciálních standardů pro jednotlivé typy sociálních služeb, *MPSV* s nimi začalo, ale nakonec od tohoto rozsáhlého projektu ustoupilo a typy jsou stručně charakterizovány v sociální legislativě.

tabulka 11-3: Porovnání Certifikačních standardů a Standardů kvality sociálních služeb (Kalina K. et al., 2002)

Sledovaný aspekt Certifikačních standardů <i>RVKPP</i>	Standardy kvality sociálních služeb <i>MPSV</i>
1. Kvalitní řízení	ano
2. Komplexní vstupní zhodnocení klienta	ano – jinak
3. Hodnocený a dokumentovaný proces péče	ano
4. Bio-psycho-sociální přístup	ne
5. Zajištění komplexnosti péče	ne
6. Zajištění kontinuity péče	ano
7. Zajištění důvěrnosti informací	ano
8. Požadavky na minimální bezpečí	částečně
9. Práva klienta	ano
10. Odpovídající skladba týmu	ano – jinak
11. Vzdělávání personálu	ano
12. Hodnocení účinnosti	částečně
13. Obligatorní obsah a rozsah péče dle typu	ne

Standardy *RVKPP* byly autorizovány pouze usnesením vlády, tj. nejvyšší a nejméně závaznou právní normou, zatímco za standardy sociálních služeb stojí zákon¹²⁶. Zákonem je dán i mechanismus jejich ověřování – inspekce sociálních služeb, kterou provádějí převážně krajští úředníci podle zákona o státní kontrole. Ze strany poskytovatelů služeb pro uživatele drog i odborníků v této oblasti je dopad sociálních standardů a inspekce na již zavedenou koncepci a dosaženou odbornost adiktologických služeb vnímán rozdílně. Pokusy o mezirezortní harmonizaci standardů v rámci *RVKPP* však dosud byly neúspěšné s odvoláváním se *MPSV* na zákon o sociálních službách.

¹²⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

11.4 Shrnutí vývoje certifikačních standardů v ČR

Vývoj linie standardů pracovišť a programů v ČR v uplynulých téměř 15 letech od vydání prvních tzv. *minimálních standardů* k *Certifikačním standardům* je možno hodnotit jako velmi přínosný pro služby i odborníky. Jednotná a podrobná deskripce služeb pozdvihla a sjednotila úroveň poskytovatelů, vešla do publikací i do osnov studijního oboru adiktologie, inspirovala standardy primární prevence a podnítila i odbornou práci na jiných typech evaluačních kritérií, která měla certifikační standardy doplnit o další hlediska¹²⁷, a podnítila tak další publikační, výzkumné i vzdělávací počiny.

Na druhé straně je zjevné, že v jádrové oblasti „treatment guidelines“, diagnostických a léčebných standardů, doporučených „evidence-based“ postupů apod. existují v ČR obrovské mezery a nedostatečně zaplněná místa. S ohledem na údaje uvedené v předchozích částech této kapitoly existuje riziko, že i ty *Certifikační standardy*, které jsou vcelku oprávněně pokládány za „rodinné stříbro“ oboru adiktologie, ztratí v systému adiktologických služeb své místo a význam.

Pokus o stručnou souhrnnou analýzu současné situace v oblasti zajišťování kvality služeb pro uživatele drog a závislé v ČR nabízí tabulka 11-4.

tabulka 11-4: Pokus o SWOT analýzu současné situace v zajišťování kvality služeb pro uživatele drog a závislé v ČR

Silné stránky
Existuje odborná kvalifikace lékařská i nelékařská
15 let stimulujícího vlivu Minimálních/Certifikačních standardů
Zavedení odborného certifikačního procesu
Schopnost a vůle odborné komunity zabývat se kvalitou a pracovat na odborném rozvoji
Slabé stránky
„Evidence-based“ diagnostické a léčebné standardy chybí nebo jsou nedostatečně zpracované
Nekoordinované iniciativy, řada zpracovaných metodik a nástrojů hodnocení není využita
Nedostatek finančních prostředků na výzkum a rozvoj
Slabé zajištění a nedostatečná kontrola dodržování postupů, např. v substituci
Tříštění mezirezortních a rezortních přístupů, certifikační standardy zatlačovány rezortními schématy
Příležitosti
Nový akční plán ČR zahrnuje tvorbu diagnostických a léčebných standardů a další inovace
Rostou možnosti zapojení studentů a absolventů adiktologie do projektů kvality
Formuluje se program propojení výzkumu a praxe v adiktologii
Hrozby
Nedostatek finančních prostředků sníží kvalitu služeb
Zanikne certifikační systém RVKPP
Oslabí se specifická (drogová) odbornost služeb spadajících do sociálního sektoru

¹²⁷ Např. seznam a definice adiktologických výkonů, tzv. minimální evaluační set (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006), již zmíněný standard terapeutické komunity jako metody, zpracování indikátorů výkonnosti, tzv. *performance indicators* (Russel, Hrdina, Kalina a Kuda, nedokončeno a nepublikováno), kritéria nákladové efektivity v dotačním řízení *RVKPP* apod.

12 Mortalita spojená s užíváním drog (mortalita uživatelů drog)

Kapitola podává přehled o dosud provedených (kohortových) studiích mortality uživatelů drog v ČR a o významu mortality uživatelů drog pro veřejné zdraví.

Uživatelé drog v ČR vykazují výrazně vyšší míru úmrtnosti ve srovnání se svými vrstevníky v obecné populaci. Relativní riziko úmrtí je u nich podle dosavadních studií přibližně 10krát i vícenásobně vyšší než ve věkově srovnatelné skupině obecné populace; nejvyšší je u žen a u velmi mladých dospělých, a to kvůli jinak nízkým mírám úmrtnosti těchto skupin v obecné populaci. Nejčastější příčinou úmrtí uživatelů drog (v cca 75 %) jsou vnější (násilné) příčiny úmrtí a smrtelné otravy. Proporcionálně nejvyššímu riziku úmrtí jsou uživatelé drog vystaveni krátce po zahájení (problémového) užívání drog, tedy vesměs na prahu dospělosti.

12.1 Úvod

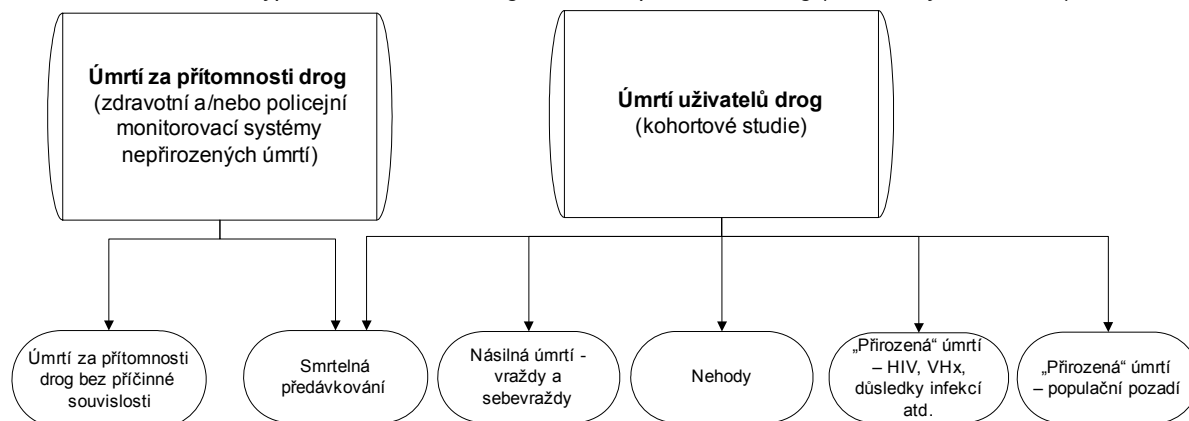
Užívání nelegálních i legálních drog může vést k celé řadě závažných zdravotních problémů, z nichž některé mohou mít za následek (předčasné) úmrtí. Mimořádně nebezpečné je v tomto směru zejména intenzivní (časté) užívání drog a/nebo užívání drog vysoce rizikovými způsoby.¹²⁸

Úmrtí jako nejzávažnějšímu a nevratnému následku užívání nelegálních drog je v posledních letech celosvětově věnována vzrůstající pozornost. Úmrtí z předávkování, resp. smrtelné akutní otravy (nelegálními) drogami jsou v ČR dobře zmapovány celoplošným hlášeným systémem (blíže viz kapitolu Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog na str. 69). U ostatních typů úmrtí souvisejících s drogami je ale situace složitější. Protože mají vztah

- k chronické toxicitě drog (např. některé poruchy oběhového systému u uživatelů stimulancií),
- k následkům infekčních nemocí, získaných v souvislosti s užíváním drog (typicky HIV, cirhóza jater, endokarditidy, myokarditidy, flebitidy a řada dalších),
- k sociálním důsledkům užívání drog, životním podmínkám a životnímu stylu uživatelů drog (nehody, násilná úmrtí a sebevraždy),

případně s užíváním drog nesouvisí a jedná se o úmrtí podobná úmrtím v obecné (neuživatelské) populaci¹²⁹, nemusí být ohledávajícím lékařem souvislost daného úmrtí s užíváním drog zřejmá a úmrtí nebývají tedy jako „drogová“ zaznamenána do pitevního protokolu. Ohledávající lékař nemá obvykle ani prostředky pro identifikaci uživatele drog zemřelého z jiné příčiny, než je smrtelné předávkování¹³⁰.

obrázek 12-1: Schéma typů úmrtí uživatelů drog a úmrtí za přítomnosti drog (Zábranský et al. 2004)



Pro zjišťování celkové mortality uživatelů drog a dalších odvozených ukazatelů¹³¹ proto nelze užít standardního hlášeného systému, jako je tomu u smrtelných předávkování nelegálními drogami.

Celková mortalita uživatelů (nelegálních) drog tak je zjišťována, resp. odhadována pomocí *kohortových studií*, kdy kohortou (souborem určitého počtu jedinců, kteří mají určitý společný znak) je definovaná skupina uživatelů nelegálních drog, těkavých látek a nemedicínsky užívaných psychotropních léků¹³². V této skupině se potom zjišťuje úmrtnost, a to buď prospektivně (postupně v čase, v budoucnosti od okamžiku identifikace) nebo retrospektivně (zpětně v čase, od okamžiku identifikace v minulosti směrem k přítomnosti).

¹²⁸ Tj. např. injekčně do žíly, tepny nebo svalů; v různých vzájemných kombinacích nelegálních drog navzájem nebo s alkoholem.

¹²⁹ Například při chřipkové epidemii umírají uživatelé i neuživatelé drog. Ta část úmrtnosti uživatelů drog, která je shodná s úmrtností neuživatelů drog je pak označována jako „populační pozadí“ úmrtnosti uživatelů drog.

¹³⁰ Nebo není souvislost úmrtí s užíváním drog prokazatelná. Pracoviště soudních lékařství ani patologie nedisponují prostředky, které by jim umožňovaly rozsáhlá anamnestická pátrání, a epidemiologické určování etiologicky vzdálených příčin úmrtí ani není jejich úkolem.

¹³¹ Typicky ukazatele (zvýšeného) rizika úmrtí, jemuž jsou uživatelé drog vystaveni v porovnání s neuživatelskou nebo všeobecnou „průměrnou“ populací (např. relativní riziko úmrtí).

¹³² Typicky uživatelé, kteří byli v léčbě nebo v kontaktu s jinou institucí specializovaných služeb pro uživatele nelegálních drog, případně s institucí prosazování práva.

První typ kohortové studie, kdy se nejdříve identifikuje kohorta uživatelů drog a potom jsou tyto uživatelé periodicky kontaktováni a je zjišťován jejich zdravotní stav, v ČR ve své typické podobě dosud neproběhl. V běhu je nicméně podobným způsobem konstruovaná studie, kdy je s odstupem deseti a více let zjišťován životní, zdravotní a sociální stav kohorty problémových uživatelů drog, interviewovaných ve druhé polovině devadesátých let minulého století v léčebných zařízeních a v kontaktních harm reduction centrech v Praze (viz níže).

V ČR proběhly dvě retrospektivní kohortové studie, kdy byly soubory (kohorty) uživatelů drog zpětně v minulosti extrahovány z existujících zdravotnických registrů a potom bylo pomocí propojení s obecným registrem mortality (informačním systémem *Zemřelí*) zjištěno, kteří z těchto (ex)uživatelů drog zemřeli, včetně informací o datu a příčině jejich úmrtí.¹³³

12.2 Přehled kohortových studií mortality uživatelů drog v ČR

V ČR proběhly prozatím tři kohortové studie mortality uživatelů drog (UD):

1. Historicky první česká studie zkoumala mortalitu 18 772 osob, identifikovaných jako uživatelé drog ve věku 15 až 49 let (v okamžiku prvního záznamu) ve třech celonárodních zdravotnických registrech – registru hospitalizací, registru substituční léčby a registru hlášených infekčních onemocnění (Lejčková and Mravčík, 2005; Lejčková and Mravčík, 2007). Studie pracovala s následujícími čtyřmi (kohortovými) podsoubory:
 - a. 207 osob hospitalizovaných v ČR v letech 1997–2002 s hlavní diagnózou poruch spojených s užíváním nelegálních psychotropních látek, těkavých látek a psychotropních léků (diagnózy F11–F19 s vyloučením F17);
 - b. 2824 osob s vedlejší diagnózou těchto poruch, hospitalizovaných v ČR v letech 1997–2002;
 - c. 704 pacientů substituční léčby v ČR v letech 2000–2002;
 - d. 3037 osob s lékařsky diagnostikovanou virovou hepatitidou, hlášených v ČR v letech 1997–2002 a identifikovaných jako ex/uživatelé drog.

Takto získaná data byla srovnána (byly identifikovány průniky) s obecným registrem mortality za r. 1997–2002.

2. Druhá studie navázala na předchozí studii a pracovala se stejnými celonárodními zdroji dat jako předchozí studie, s výjimkou souboru osob s virovou hepatitidou, ale za delší období (Zábranský et al. 2009). Soubor 27 475 problémových uživatelů drog ve věku 15–39 let (v okamžiku prvního záznamu) se skládal z:
 - a. 20 068 osob hospitalizovaných v ČR v letech 1997–2007 s hlavní diagnózou poruch spojených s užíváním nelegálních návykových látek, těkavých látek a léků (diagnózy F11–F19 s vyloučením F17);
 - b. 5827 osob s vedlejší diagnózou těchto poruch, hospitalizovaných v ČR v letech 1997–2007;
 - c. 1580 pacientů substituční léčby v ČR v letech 2000–2007.

Obecný registr úmrtí, s nímž byla takto získaná data srovnána, zahrnoval osoby zesnulé v letech 1997–2007.

3. Nejmladší a metodicky odlišná studie sledovala mortalitu v souboru 185 osob, které byly dotazovány v rámci studie zaměřené na rizikové faktory vzniku závislosti mezi dubnem 1996 a prosincem 1998, kdy byly klienty nízkoprahových zařízení nebo pobytových zařízení léčby závislosti v Praze (Csémy, 1999; Zábranský et al. 2010). Data 151 respondentů, kteří dali souhlas s pozdějším sledováním, byla v rámci přípravné fáze této studie „FUP1990s“ porovnána s obecným registrem úmrtí za roky 1994–2008 včetně. V době finalizace této výroční zprávy probíhá terénní fáze (follow-up) studie, během níž jsou kontaktováni žijící účastníci studie z devadesátých let a je od nich odebíráno rozsáhlé kvantitativní interview a kvalitativní pohovor spolu s baterií psychologických testů s cílem zmapovat u nich „přirozený vývoj nemoci“. Terénní fáze studie bude ukončena v r. 2010 a první výsledky analýzy budou publikovány v r. 2011.

12.2.1 Celková mortalita problémových uživatelů drog

Historicky nejstarší studie Lejčkové (Chomynové) a Mravčíka (2005) zjišťovala hrubou míru úmrtnosti ve všech čtyřech skupinách (subkohortách) studie. Nejvyšší byla mezi uživateli drog, identifikovaných díky hospitalizaci s vedlejší diagnózou poruchy spojené s užíváním nelegálních drog, těkavých látek a léků (v této kapitole dále jen drog). To může být způsobeno typem identifikace účastníků studie v této kohortě – tedy faktem, že takto identifikovaní uživatelé drog trpěli nad rámec poruch z užívání drog ještě jinou závažnou chorobou, jež byla primární příčinou hospitalizace.

Přehled základních charakteristik (sub)kohort studie z roku 2005 včetně míry úmrtnosti (na 1000 osoboroků¹³⁴ – vyjádřeno v ‰) podává tabulka 12-1.

¹³³ U všech tří studií bylo znakem, jenž sloužil k propojení záznamů v databázích, rodné číslo jednosměrně zašifrované programem *EpiCrypt*, který byl pro účely epidemiologických šetření posouzen a schválen *Úřadem na ochranu osobních údajů*. Identita zemřelých ani živých osob z databází, se kterými studie pracovaly, tak nebyla známa nikomu z výzkumníků v žádné ze studií popsanych v této kapitole.

¹³⁴ Osoborok (obecně osobočas) je epidemiologický ukazatel zahrnující v sobě počet osob a dobu, po jakou byly v rámci studie sledovány. Využívá se při sledování incidence sledovaného jevu (v našem případě úmrtí), protože všechny osoby nejsou sledovány po stejnou dobu. Typicky se jedná o osoby, u kterých nastane sledovaný jev a jejich individuální doba sledování tím končí, nebo osoby do

V podrobnější analýze subkohorty z nejstarší studie, která byla identifikována díky hospitalizaci primárně pro poruchy plynoucí z užívání drog, se úmrtnost zvyšovala s věkem participantů – od 2,60 ‰ ve věkové kohortě 15 až 19letých po 29,36 ‰ v kohortě 45–49letých – a snižovala se s časem uběhlým od první hospitalizace.

tabulka 12-1: Charakteristika kohort studie mortality uživatelů drog z r. 2005 (Lejčková and Mravčík, 2005)

Kohorta 15–64 let	Roky sledování	Počet osob v kohortě	Počet zemřelých z kohorty	Osoboroky sledování (follow-up)	Hrubá míra úmrtnosti (v ‰)
Hospitalizovaní – hlavní dg. F11–F19	1997–2002	12 207	320	37 325,20	8,39
Hospitalizovaní – vedlejší dg. F11–F19	1997–2002	2 824	112	7 259,79	15,43
Injekční uživatelé – virové hepatitidy (EPIDAT)	1997–2002	1 998	36	4 991,46	7,21
Uživatelé drog v substituční léčbě	2000–2002	706	8	1 106,51	7,23

Studie Zábranského et al. (2009) měla ve srovnání s první studií k dispozici data z dvojnásobně dlouhého časového období, kohorta ale zahrnovala jen osoby mezi 15 a 39 lety, byla tedy (artifciálně) výrazně mladší. To vysvětluje nižší hrubou úmrtnost v této kohortě uživatelů drog a zejména v podskupině s vedlejší diagnózou poruchy, plynoucí z užívání drog, kde se úmrtnost na závažná onemocnění, jež vedly primárně k hospitalizaci, nutně projeví méně než ve starší kohortě ze studie předchozí – tabulka 12-2.

tabulka 12-2: Charakteristika kohort studie mortality uživatelů drog z r. 2009 (Zábranský et al. 2009)

Kohorta 15–39 let	Roky sledování	Počet osob v kohortě	Počet zemřelých z kohorty	Osoboroky sledování (follow-up)	Hrubá míra úmrtnosti (v ‰)
Hospitalizovaní – hlavní dg. F11–F19	1997–2007	20 068	771	110 977,81	6,95
Hospitalizovaní – vedlejší dg. F11–F19	1997–2007	5 827	232	26 315,79	8,82
Uživatelé drog v substituční léčbě	2000–2007	1 853	42	12 173,80	3,45

Design třetí a zatím poslední české kohortové studie, zaměřené na mortalitu uživatelů drog, se liší o dva řády nižším počtem participantů i způsobem náboru do studie: na rozdíl od obou retrospektivních studií šlo o rozsáhlá diagnostická interview s uživateli drog v zařízení nízkoprahových služeb nebo pobytové léčby. Některé charakteristiky uživatelů podává tabulka 12-3.

tabulka 12-3: Charakteristiky kohorty studie FUP1990s (Zábranský et al. 2010)

Proměnná	Muži	Ženy	Celkem
Počet	65	86	151
Průměrný věk v době prvního kontaktu	18,2 roku	17,2 roku	17,6 roku
Střední věk (mean) v době prvního kontaktu	18 let	17 let	18 let
Hlavní droga heroin	27 (42 %)	38 (44 %)	65 (43 %)
Hlavní droga pervitin	34 (52%)	43 (50 %)	77 (51 %)
Hlavní droga jiná než výše	4 (6 %)	5 (6 %)	9 (6 %)
Nízkoprahové centrum 1	13 (20 %)	14 (16 %)	27 (18 %)
Nízkoprahové centrum 2	45 (69 %)	44 (51 %)	89 (59 %)
Lůžkové oddělení pro léčbu závislostí	4 (6 %)	15 (17 %)	19 (13 %)
Diagnostický ústav pro mládež	3 (5 %)	6 (7 %)	9 (6 %)
Dětský domov pro mládež se specifickými problémy (vč. závislostí)	0 (0 %)	7 (8 %)	7 (5 %)

Významné rozdíly v míře úmrtnosti byly v kohortách uživatelů drog nalezeny v obou retrospektivních studiích mezi pohlavími. V obou studiích byl nalezen také statisticky signifikantní rozdíl mezi hrubou úmrtností uživatelů několika drog oproti uživatelům jen jedné (injekční) drogy – tabulka 12-4 a tabulka 12-5.

tabulka 12-4: Osoboroky a míra úmrtnosti (v ‰) podle pohlaví a hlavní drogy u hospitalizovaných primárně pro poruchy z užívání nelegálních drog (N=12 207) ve studii z r. 2005 (Lejčková and Mravčík, 2005)

Pohlaví	Osoboroky sledování				Hrubé míry úmrtnosti			
	Uživatelé opiátů	Uživatelé stimulantů	Polyvalentní užívání	Celkem	Uživatelé opiátů	Uživatelé stimulantů	Polyvalentní užívání (všechny kombinace)	Celkem
Muži	9 209,9	6 081,5	6 873,9	25 313,7	9,88	6,08	12,07*	9,96*
Ženy	4 114,0	3 666,8	3 138,3	12 817,4	5,59	3,00	6,37	5,31*
Celkem	13 323,9	9 748,4	10 012,2	38 131,2	8,56	4,92	10,29	8,39

* statisticky signifikantní rozdíl (p=0,05).

sledování (studie) vstupují v různém okamžiku. Incidence, v našem případě incidence úmrtí, čili úmrtnost (mortalita), je pak vyjádřena jako poměr nově vzniklých sledovaných jevů (úmrtí) k celkovému osobočasů sledovaného vzorku.

tabulka 12-5: Osoboroky a míra úmrtnosti (v %) podle pohlaví a hlavní drogy u hospitalizovaných primárně pro poruchy z užívání nelegálních drog (N=20 068) ve studii z r. 2009 (Zábranský et al. 2009)

Pohlaví	Osoboroky sledování				Hrubé míry úmrtnosti			
	Uživatelé opiátů	Uživatelé stimulancií	Polyvalentní užívání	Celkem	Uživatelé opiátů	Uživatelé stimulancií	Polyvalentní užívání (opiáty + stimulancia)	Celkem
Muži	21 898,9	23 371,3	3255,7	48 525,9	8,49	5,90	2,31*	8,46*
Ženy	9761,2	12 687,2	1766,3	24 214,7	3,89	2,84	0,55	3,69*
Celkem	31 660,2	36 058,5	5022,0	72 740,6	7,07	4,83	1,95	6,47

* statisticky signifikantní rozdíly ($p=0,05$).

Ve třetí – „prospektivní“ – studii byl rozdíl v úmrtnosti mezi pohlavími největší, protože všech osm dosud zemřelých osob jsou muži (ve sledovaném období nezemřela ani jedna žena) – tabulka 12-6.

tabulka 12-6: Osoboroky a míra úmrtnosti (v %) podle pohlaví a hlavní drogy u follow-up 151 klientů nízkoprahových a léčebných zařízení v Praze v letech 1996–1998 (Zábranský et al. 2010)

Pohlaví	Osoboroky sledování				Hrubé míry úmrtnosti			
	Uživatelé opiátů	Uživatelé stimulancií	Jiná primární droga	Celkem	Uživatelé opiátů	Uživatelé stimulancií	Jiná primární droga	Celkem
Muži	263,98	365,63	46,67	676,28	18,94	8,21	0	11,829
Ženy	427,98	497,54	57,91	983,43	0	0	0	0
Celkem	691,97	863,17	104,57	1659,72	7,225	3,48	0	4,82

12.2.1.1 Standardizovaná míra úmrtnosti

Za objektivnější a ilustrativní ukazatel úmrtnosti ve specifických kohortách je považována *standardizovaná míra úmrtnosti*, resp. *standardizovaný index úmrtnosti (standardized mortality ratio, SMR)* – ten vyjadřuje, kolikrát vyšší je úmrtnost v kohortě identifikovaných uživatelů drog oproti referenční populaci stejné věkové skladby – v našem případě tedy vyjadřuje, kolikrát větší riziko úmrtí má průměrný uživatel drog z daného souboru ve srovnání s průměrným českým občanem v jeho věku.

tabulka 12-7: Standardizované indexy úmrtnosti (SMR) v kohortách studie z r. 2005 (Lejčková and Mravčík, 2005)

Kohorta	Celkem	Muži	Ženy	Opiáty	Stimulancia	Kombinace drog
Hospitalizovaní – hlavní diagnózy F11–F19	8,149	8,130	8,224	8,960	6,224	8,614
Hospitalizovaní – vedlejší diagnózy F11–F19	11,106	10,500	13,572	12,491	4,092	11,717
Injekční uživatelé drog – virové hepatitidy (EPIDAT)	8,441	8,197	9,777	–	–	–
Uživatelé drog v substituční léčbě	7,180	6,086	15,588	–	–	–

tabulka 12-8: Standardizované indexy úmrtnosti (SMR) v kohortách studie z r. 2009 (Zábranský et al. 2009)

Kohorta	Celkem	Muži	Ženy	Opiáty	Stimulancia	Kombinace drog (opiáty + stimulancia)
Hospitalizovaní – hlavní diagnózy F11–F19	8,549	7,658	9,044	9,309	6,349	4,184
Hospitalizovaní – vedlejší diagnózy F11–F19	11,600	9,072	14,394	13,342	8,150	5,458
Uživatelé drog v substituční léčbě	4,539	3,405	6,677	4,960	–	1,329

Studie z r. 2005 tedy zjistila, že uživatelé drog z kohorty hospitalizovaných primárně pro poruchy plynoucí z užívání drog vykazují zhruba osmkrát vyšší úmrtnost než jejich protějšky z obecné populace. Nejvyšší relativní riziko úmrtí (SMR) v této podskupině vykazují uživatelky opiátů: jejich úmrtnost je 11krát vyšší než u jejich vrstevnic z obecné populace. Studie z r. 2009, jejíž soubor zahrnoval dvojnásobně dlouhé období, zjistila podobné hodnoty jako studie z r. 2005, a to přesto, že pracovala s mladší věkovou kohortou; indikátor SMR je totiž od vlivu věkové struktury očištěn. Vyšší SMR u uživatelů s vedlejší „drogovou“ diagnózou má stejné vysvětlení jako jejich vysoká hrubá úmrtnost, tedy přítomnost závažné nemoci jiné, než je vlastní porucha z užívání. Naopak ve studii z r. 2009 jsou polyvalentní uživatelé méně ohroženi než celý soubor; to je ale způsobeno rozdílnou definicí, kdy ve studii z r. 2005 polyvalentní uživatelé zahrnují dg. F19, tj. uživatele jakkoliv kombinovaných drog vč. léků, zatímco v r. 2009 byli do této podskupiny zahrnuti jen uživatelé se zjištěným užíváním opiátů a stimulancií současně. Zajímavý ve studii

z r. 2005 je vysoký SMR mezi uživateli drog v substituční léčbě – jejich míra úmrtnosti je více než 15krát vyšší než u obecné populace; ve studii z r. 2010 je již nižší než v ostatních subkohortách.

tabulka 12-9: Standardizovaný index úmrtnosti (SMR) mužů podle věkových skupin ve studii se 151 klienty nízkoprahových a léčebných zařízení v Praze v letech 1996–1998 (Zábranský et al. 2010)

Věková kohorta	Osoboroky sledování	Pozorovaná úmrtí	Očekávaná úmrtí podle obecné populace	SMR	95% interval spolehlivosti
15–19	83,18754	3	0,049913	60,1	19,4–186,4
20–24	297,77618	3	0,238221	12,6	4,1–39,0
25–29	271,13415	2	0,244021	8,2	2,0–32,8
> 30	24,18412	0	0,024184	0,0	–
Celkem	676,282	8	0,556338	14,8	7,2–28,8

Prospektivní studie, analyzující data 151 klientů specializovaných zařízení z let 1996–1998, zjistila vůbec nejvyšší standardizovanou míru úmrtnosti mezi muži (a nulovou u žen). To je způsobeno vysoce specifickým vzorkem ve studii (velmi mladí problémoví uživatelé, kde k úmrtím dochází ve věkových kohortách, jež ve standardní populaci mají úmrtnost extrémně nízkou) a pravděpodobně i jeho relativně malou velikostí.

12.2.1.2 Pravděpodobnost přežití (survival probability)

Analýza pravděpodobnosti přežití v retrospektivní kohortové studii s daty pacientů za roky 1997–2007 a v prospektivní studii 151 klientů specializovaných služeb, jak ji obsahuje tabulka 12-10, ukazuje, že nejvyšší míra úmrtnosti (nejrychleji sestupný gradient pravděpodobnosti přežití) je u problémových uživatelů drog – „nováčků“.

tabulka 12-10: Pravděpodobnost přežití v jednotlivých studiích (Zábranský et al. 2009; Zábranský et al. 2010)

Studie	po 1 roce	po 2 letech	po 3 letech	po 5 letech	po 10 letech
Retrospektivní studie 1997–2007	0,9919	0,9856	0,9811	0,9721	0,9576
Prospektivní studie s klienty z let 1996–1998	0,9934	0,9538	0,9077	0,9077	0,8769

12.2.2 Specifická mortalita podle příčin úmrtí

V obou retrospektivních kohortových studiích byla provedena analýza specifické mortality podle příčin úmrtí osob v subkohortě hospitalizovaných pro primární diagnózu poruchy související s užíváním drog. Obě studie přinesly konzistentní výsledky, podle nichž jsou nejčastější příčinou úmrtí mezi uživateli drog zranění, otravy a další vnější příčiny – v obou retrospektivních kohortových studiích šlo přibližně o ¼ všech případů zjištěných úmrtí. Dalšími nejčastějšími příčinami úmrtí byly v obou studiích nemoci oběhového (cca 7,5 % úmrtí) a trávicího systému (cca 5 %). Podrobnou strukturu příčin úmrtí hospitalizovaných uživatelů drog v letech 1997–2007 ukazuje tabulka 12-11.

Zásadní roli vnějších příčin pro úmrtnost uživatelů drog potvrzuje i struktura příčin úmrtí v kohortě 151 mladých injekčních uživatelů drog kontaktovaných v letech 1996–1998 v zařízeních specializované léčby či služeb. Všechny osm dosavadních úmrtí v této kohortě lze zařadit do skupiny „úmrtí z vnější příčiny“. Nejčastější jsou smrtelná předávkování drogami (4 případy, tj. 50%), dále se jednalo o předávkování alkoholem (1 případ) a kyanidy (1 případ); u posledně jmenovaného úmrtí šlo pravděpodobně o sebevraždu. Ve dvou případech šlo o úmrtí v důsledku úrazu.

tabulka 12-11: Struktura příčin úmrtí podle diagnostických skupin u zemřelých uživatelů drog – pacientů ústavní léčby v letech 1997–2007 ze studie z r. 2009 (Zábranský et al. 2009)

Skupina diagnóz	Počet	%
Infekční a parazitární onemocnění	10	0,96
Nádory	15	1,44
Nemoci krevního a imunitního systému	15	1,44
Endokrinní, nutriční a metabolické poruchy	4	0,38
Duševní nemoci a poruchy chování	23	2,20
Nemoci nervového systému	25	2,39
Nemoci oběhového systému	80	7,66
Nemoci dýchacího systému	23	2,20
Nemoci trávicího systému	52	4,98
Nemoci pohybového aparátu	2	0,19
Nemoci močového a pohlavního systému	7	0,67
Vrozené vady a deformity	2	0,19
Zranění, otravy a další vnější (násilné) příčiny	765	73,21
Symptomy a nálezy, neuvedené jinde	22	2,11
Celkem	1045	100,00

12.2.3 Rizikové a ochranné faktory úmrtí v populaci problémových uživatelů drog

Plnohodnotná analýza předpovědních faktorů rizika úmrtí v populaci problémových uživatelů drog nebyla v žádné z kohortových studií v ČR dosud provedena, a dosud nedošlo ani k vytvoření předpovědního modelu typu Coxova regresního modelu. Z dosavadních analýz je ale zřejmé, že vyšší riziko úmrtí mezi uživateli drog vykazují muži než ženy a že je nejvyšší v nejmladším věku, resp. krátce po zahájení užívání drog, a s délkou drogové kariéry se postupně snižuje. Participace v substituční léčbě zejména u žen z první retrospektivní studie zdánlivě byla předpovědním faktorem pro velmi vysoké riziko úmrtí; vzhledem k jeho snížení u druhé retrospektivní studie, jež pracovala s podobnými daty, avšak za dvojnásobné časové období, se lze domnívat, že šlo o artefakt způsobený zahrnutím té nejproblémovější části populace krátce po spuštění programů substituční léčby v ČR. V delším časovém horizontu už je substituční léčba u obou pohlaví asociována naopak s nižším rizikem úmrtí než u pacientů jiných typů léčby.

12.3 Doplnkové zdroje informací o mortalitě ve vztahu k užívání drog

12.3.1 Mortalita mezi osobami s HIV/AIDS

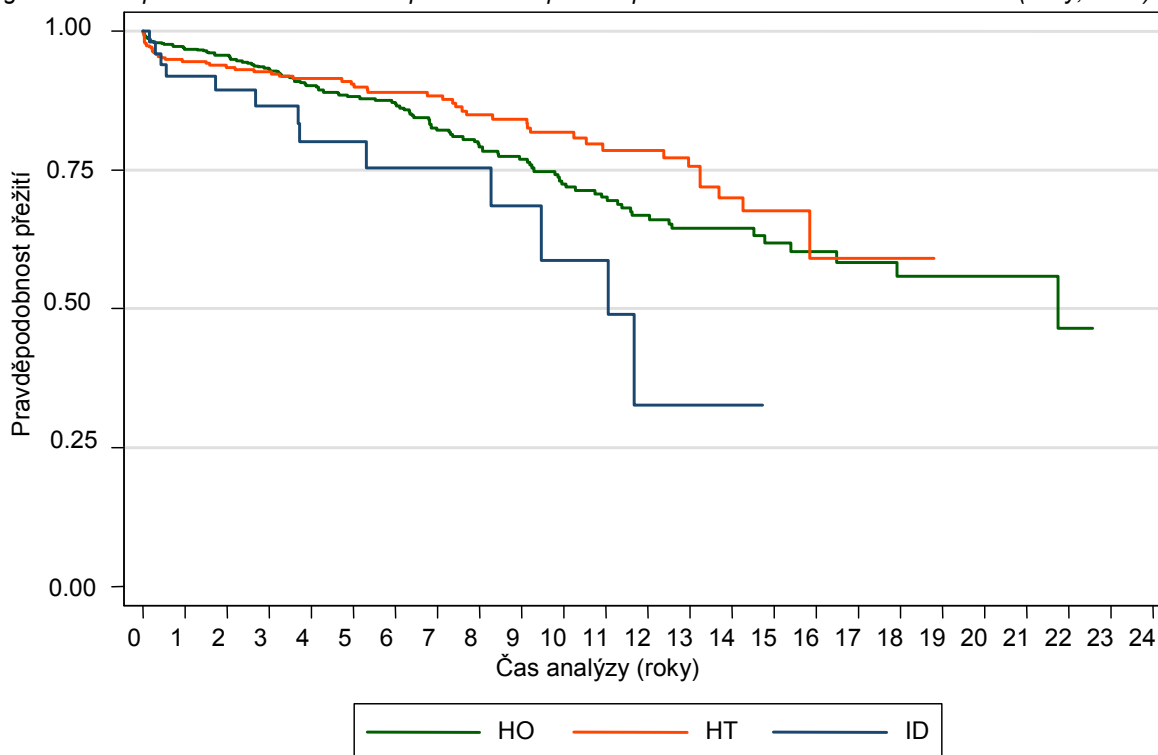
V ČR existuje od roku 1987 databáze všech diagnostikovaných případů HIV/AIDS, v níž je zaznamenána také předpokládaná cesta nákazy. K 31. 7. 2010 bylo Národní referenční laboratoří pro HIV/AIDS SZÚ v Praze evidováno celkem 1462 případů nákazy HIV u občanů ČR a osob s trvalým pobytem v ČR.

Od roku 1987 do 31. 7. 2010 bylo evidováno celkem 217 případů úmrtí HIV pozitivních osob, z nichž 160 trpělo v okamžiku úmrtí příznaky AIDS, a 57 případů bylo asymptomatických. V kategorii úmrtí asymptomatických HIV pozitivních osob převládají jako příčiny úmrtí kardiovaskulární onemocnění, sebevraždy a nehody.

Mezi zemřelými bylo 13 HIV pozitivních, u nichž došlo k přenosu infekce prostřednictvím injekčního užívání drog, z nichž u dvou byla příčinou úmrtí intoxikace. Další 3 zemřeli byli v kategorii „injekční uživatelé drog + homo/bisexuální muži“, z nichž jeden spáchal sebevraždu. Injekční užívání drog měli v anamnéze ještě dva další zemřelí, kteří se však pravděpodobně nakazili homosexuálním stykem, jeden z nich zemřel na předávkování drogami (Malý, 2010).

Analýza připravená pro účely této speciální kapitoly dochází k závěru, že HIV pozitivní pacienti s předpokládaným přenosem infekce injekčním užíváním drog mají statisticky významně nižší míru přežití než skupina s heterosexuálním přenosem ($p < 0,01$) a dokonce i než skupiny s přenosem homosexuálním ($p < 0,05$) – graf 12-2. Možnou příčinou může být nižší compliance k léčbě a vyšší náchylnost k infekčním a dalším onemocněním – zejména v případech pokračujícího injekčního užívání drog pacienty. Při interpretaci je nicméně třeba zohlednit nízký počet osob ve skupině HIV pozitivních injekčních uživatelů drog.

graf 12-2: Kaplanova-Meierova křivka přežití tří skupin HIV pozitivních osob v ČR od roku 1987 (Malý, 2010)



HO – homosexuální přenos; HT – heterosexuální přenos; ID – injekční užívání drog

12.3.2 Mortalita v důsledku nemocí a vnějších příčin smrti

Strukturou úmrtnosti podle příčin úmrtí v dosud provedených studiích mortality v ČR se zabývá kapitola 12.2.2 (str. 117).

V první retrospektivní kohortové studii byla jako zdroj dat použita databáze EPIDAT, soustřeďující data o hlášených případech infekčních onemocnění včetně virových hepatitid spolu s informací o předpokládané cestě přenosu infekce včetně injekčního užívání. Dostupné výsledky pro tuto subkohortu uživatelů drog v letech 1997–2002, shrnuje tabulka 12-1 a tabulka 12-7.

Pravidelné analýzy úmrtí aktivních účastníků dopravních nehod pod vlivem alkoholu a nealkoholových drog využívají data ze speciálního registru úmrtí z oddělení soudních lékařství a jejich výsledky jsou shrnuty v kapitole Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 69). Speciální registr mortality nicméně neobsahuje data o (předchozím ani současném) užívání drog a je tak vhodný pouze k analýze dat o osobách, které v okamžiku úmrtí měly v tělních tekutinách a/nebo tkáních drogy či jejich metabolity. Nehodí se tedy k analýze úmrtí uživatelů drog z jiných příčin než z předávkování.

12.4 Perspektiva veřejného zdraví

Obě dosavadní kohortové studie mortality uživatelů drog v léčbě s celorepublikovým pokrytím shodně nacházejí jako nejčastější příčinu úmrtí uživatelů drog (v cca 75 %) vnější násilná úmrtí a otravy. Toto zjištění je potvrzeno i nereprezentativní prospektivní studií mladých problémových uživatelů drog, kteří byli v kontaktu se zařízeními léčby a služeb v Praze v letech 1996–1998. Všechny tři studie rovněž ukazují, že proporcionálně nejvyšší riziko úmrtí u injekčních uživatelů drog nastává krátce po započetí injekčního užívání drog nebo užívání drog obecně, a to vesměs ve velmi mladém věku. Dalšími příčinami úmrtí u uživatelů drog jsou nemoci oběhového a trávicího traktu, k nimž vesměs dochází až s delším odstupem po započetí užívání drog. Ženy – uživatelky drog, i když jejich hrubá míra úmrtnosti je nižší než u mužů, mají významně vyšší relativní riziko úmrtí než muži (tj. v poměru k neuživatelské populaci).

Z těchto zjištění vyplývají logická doporučení pro specifickou prevenci úmrtnosti v této vysoce rizikové skupině obyvatel:

- Zaměřit se na vývoj specifických intervencí pro mladé a velmi mladé uživatele drog a na jejich aktivní vyhledávání na počátku jejich drogových kariér.
- Vyvinout moduly předcházení rizikovým situacím (nejenom ve smyslu předávkování) pro mladé muže – uživatele drog. Velmi nadějně se v tomto směru jeví zejména vrstevnické (peer-driven) intervence (Madray et al. 2000; Hughes, 1999).
- V péči o stárnoucí populaci problémových/injekčních uživatelů a bývalých uživatelů drog se zaměřit na prevenci a včasnou diagnostiku chorob srdce a cév, plynoucích z jejich poškození častými injekcemi nesterilních roztoků s obsahem pevných částic, a prevenci a včasnou diagnostiku chorob trávicího systému a zejména jater s ohledem na vysokou prevalenci virových hepatitid v této populaci.
- S ohledem na vysokou prevalenci virových hepatitid (zejména VHC) mezi injekčními uživateli drog a vyšší míru úmrtnosti HIV pozitivních uživatelů drog ve srovnání s ostatními HIV pozitivními rizikovými skupinami se zaměřit na zvýšení compliance k virostatické a antiretrovirové léčbě u skupiny infikovaných (ex)uživatelů drog.

13 Náklady na léčbu drogových závislostí

Kapitola přináší přehled nákladů na léčbu drogových závislostí v ČR v r. 2007, které jsou představeny v kontextu nákladů v dalších pilířích protidrogové politiky (primární prevenci a harm reduction) a členěny podle typu léčebných intervencí. Zahnuje náklady spojené s poradenstvím, léčbou a doléčováním závislostí a užívání drog, nikoliv na léčbu zdravotních následků a komplikací užívání drog, jako jsou např. infekční onemocnění nebo úrazy.

Léčba drogových závislostí je v ČR financována ze zdravotního pojištění, veřejných zdrojů (ministerstva, RVKPP, kraje, obce), z vlastních zdrojů a soukromých zdrojů (poplatky klientů a pacientů, příspěvky, sponzoring). Údaje se týkají právě r. 2007, protože novější údaje o výdajích *Všeobecné zdravotní pojišťovny* na léčbu uživatelů drog nebyly pro analýzu k dispozici.

Identifikované náklady na prevenci, harm reduction, léčbu užívání drog a následnou péči dosáhly v r. 2007 v ČR 741,1 mil. Kč, z toho na prevenci 53,5 mil. Kč, na harm reduction 148,9 mil. Kč a na léčbu a následnou péči 505,9 mil. Kč. Nejvíce financí ve výši 204,4 mil Kč bylo na léčbu a následnou péči vynaloženo ze zdravotního pojištění. Z rozpočtu *RVKPP* je přitom léčba a následná péče dotována méně než programy harm reduction, ale výrazně více než primární prevence.

Při srovnání jednotlivých typů programů v oblasti léčby a následné péče je nejvyšší podíl veškerých prostředků určen na léčbu ústavní. Na druhém místě jsou prostředky vynakládány na ambulantní léčbu vedoucí k abstinenci, na třetím místě potom na substituční léčbu. Nejnižší objem prostředků je věnován léčbě v terapeutických komunitách a následné péči.

Při dalším srovnání léčebných intervencí lze konstatovat, že terapeutické komunity a doléčovací programy, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, protože nemají povahu zdravotnického zařízení, mají k dispozici relativně nejnižší objem finančních prostředků. Při přepočtu nákladů na počet klientů jsou terapeutické komunity nejdražší, průměrná délka léčby v komunitě je ale několikanásobně delší než v ústavní péči.

13.1 Zdroje financování

Informace o nákladech na léčbu uvedené v této kapitole byly získány z několika zdrojů. Prvním zdrojem dat byla *Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)* a získané údaje se týkaly úhrad *VZP* zařízením ambulantní a ústavní péče oboru psychiatrie za zdravotnické výkony, za léky a zdravotnický materiál u pacientů s hlavní diagnózou F11–F19¹³⁵. Další veřejný zdroj představují dotace, a to ze státního rozpočtu (Úřadu vlády ČR – Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a jednotlivých ministerstev) a místních rozpočtů (krajů a obcí) vyčíslené ve VZ 2007. Další zdroj představují vlastní zdroje a poplatky klientů za léčbu nebo náklady na nákup substitučního preparátu *Subutex*[®] (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2008), který nebyl v r. 2007 hrazen ze zdravotního pojištění. Soukromé náklady klientů byly odhadnuty podle údajů publikovaných *ÚZIS*¹³⁶. Přehled finančních zdrojů a charakter financovaných organizací poskytuje tabulka 13-1.

Většina programů financovaných ze státního a místních rozpočtů formou dotací je provozována NNO. Zdravotnická zařízení financovaná z prostředků zdravotního pojištění jsou státní, krajská nebo soukromá. Náklady na prevenci, harm-reduction, léčbu a doléčování užívání drog dosáhly v ČR v r. 2007 741,1 mil Kč. Jejich strukturu podle jednotlivých zdrojů uvádí tabulka 13-1.

tabulka 13-1: Zdroje a výše nákladů na prevenci, harm reduction, léčbu a doléčování užívání drog v ČR v r. 2007

Zdroje financování	Instituce	Tis. Kč
Zdravotní pojištění	VZP a další zdravotní pojišťovny*	204 377,7
Státní rozpočet – národní agentura	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky**	100 046,0
Státní rozpočet – rezorty	MZ, MPSV, MS, MSMT, MO**	101 692,7
Místní samospráva	Kraje, obce**	190 636,2
Zahraniční zdroje***	Evropská unie, jiné**	7 706,5
Vlastní zdroje a poplatky****	Vlastní činnost, poplatky klientů, cena léků**	118 208,8
Nadace, sponzoři***	Sponzoring, sbírky, nadace**	7 063,1
Jiné	–	11 365,5
Zjištěné náklady celkem	–	741 096,5

Pozn.: * Zdravotnické zařízení (státní, krajské, soukromé) – nelze rozlišit; ** NNO a organizace zřizované státem, kraji a obcemi, *** Údaje dostupné pouze za organizace financované z rozpočtu *RVKPP*, **** Údaje dostupné za organizace financované z rozpočtu *RVKPP*, za sektor zdravotnictví odhadnuté na základě dat *ÚZIS* o průměrných soukromých výdajích pacientů v ČR v r. 2007 a údaje spotřebě *Subutexu*[®] v ČR za rok 2007 publikované *SÚKL*.

¹³⁵ Náklady za všechny pojištěnce byly přepočteny z dat *VZP* na základě jejího podílu na struktuře populace ČR podle pětiletých věkových kategorií (*VZP*, 2008).

¹³⁶ Jedná se o průměrné soukromé náklady jednoho pacienta na ambulantní a rezidenční léčbu, náklady na předepsané i nepředepsané léky a na zdravotnické prostředky v r. 2007 podle dat *ČSÚ* publikovaných *ÚZIS* (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008).

13.2 Výše nákladů na jednotlivé typy služeb

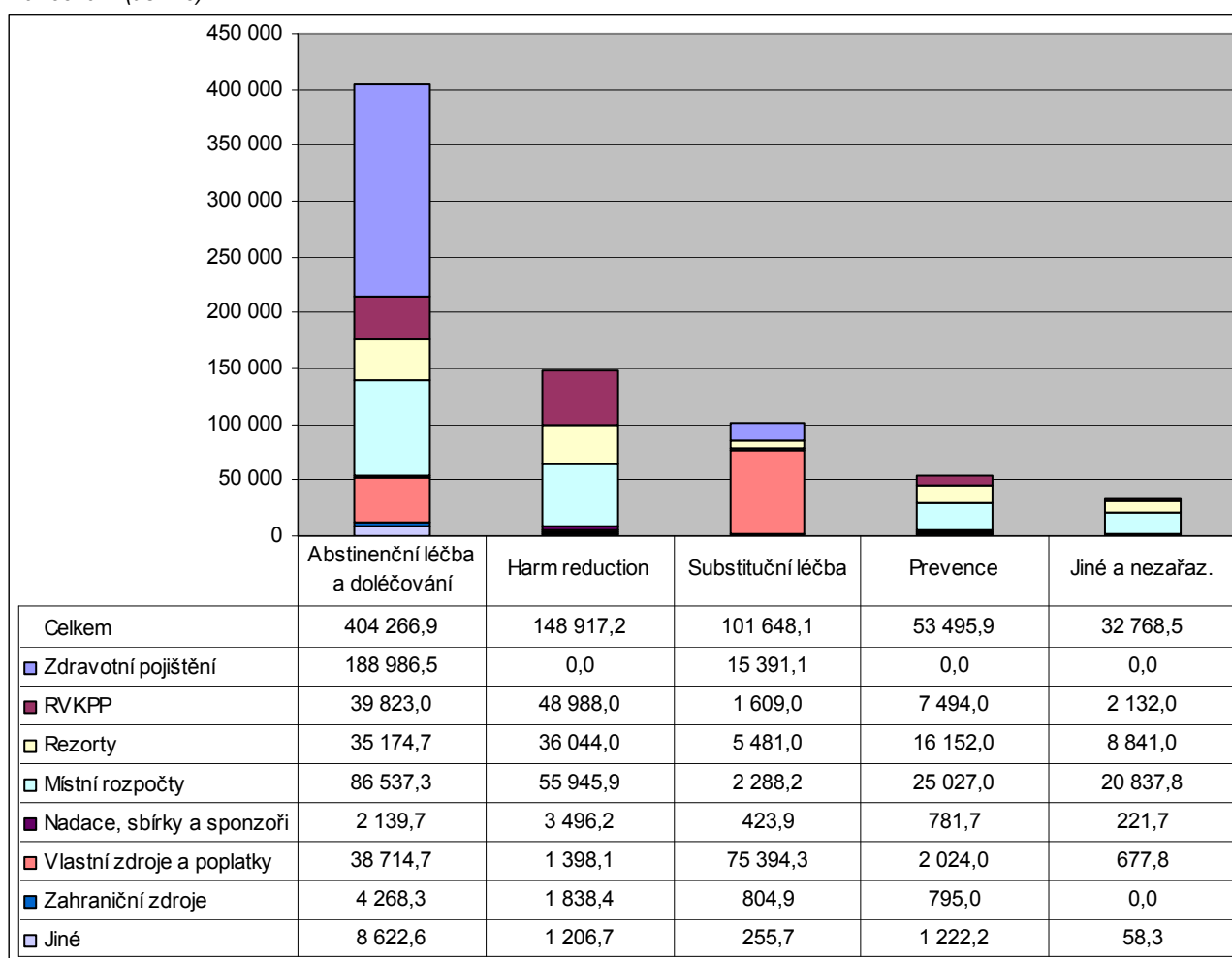
Následující přehled ukazuje objem financí z jednotlivých zdrojů financování podle následujících charakteristik:

- náklady na jednotlivé oblasti drogové politiky s výjimkou vymáhání práva (abstinenční léčba, harm reduction, substituční léčba, primární prevence) a typ programu (ústavní léčba, ambulantní abstinenční léčba, substituční léčba, terapeutická komunita, kontaktní centrum, terénní program, doléčovací program, primární prevence),
- náklady na jednoho klienta v oblasti zdravotnictví a v oblasti služeb kofinancovaných z prostředků RVKPP,
- náklady na léčbu podle velikosti programu vyjádřené počtem klientů (programy kofinancované z prostředků RVKPP).

13.2.1 Celkové náklady na jednotlivé typy služeb

Při porovnání zjištěných nákladů jednotlivých oblastí drogové politiky byl v r. 2007 na léčbu a následnou péči věnován nejvyšší podíl veřejných i soukromých prostředků (celkem 505,9 mil Kč), na druhém místě byla oblast harm reduction (148,9 mil Kč) a na třetím místě primární prevence (53,5 mil Kč)¹³⁷. Ze zdravotního pojištění byla hrazena více než čtvrtina (27,6 %) všech zjištěných nákladů na drogovou politiku (mimo oblast vymáhání práva) a dvě pětiny (40,4 %) všech nákladů na léčbu a následnou péči – graf 13-1.

graf 13-1: Účelově určené výdaje na protidrogovou politiku v r. 2007 podle oblastí (mimo vymáhání práva) dle zdrojů financování (tis. Kč)



Z hlediska jednotlivých typů léčebných intervencí bylo v r. 2007 nejvíce prostředků vynaloženo na rezidenční léčbu (ústavní léčba a terapeutické komunity), a to celkem 261,8 mil Kč, z toho 192,8 mil Kč na ústavní léčbu závislosti ve zdravotnických zařízeních a 69,0 mil Kč v terapeutických komunitách. Na ambulantní léčbu bylo vynaloženo 218,1 mil Kč, z toho odhadem 116,6 mil Kč na léčbu vedoucí k abstinenci a 101,6 mil Kč na léčbu substituční¹³⁸. Nezařazené a jiné služby financované z veřejných prostředků, jako například právní poradna, výzkumné projekty

¹³⁷ Řada kontaktních center, jejichž náklady spadají pod oblast harm reduction, realizuje také výkony v oblasti primární prevence. Tyto náklady nebyly pro účel této analýzy vyčísleny.

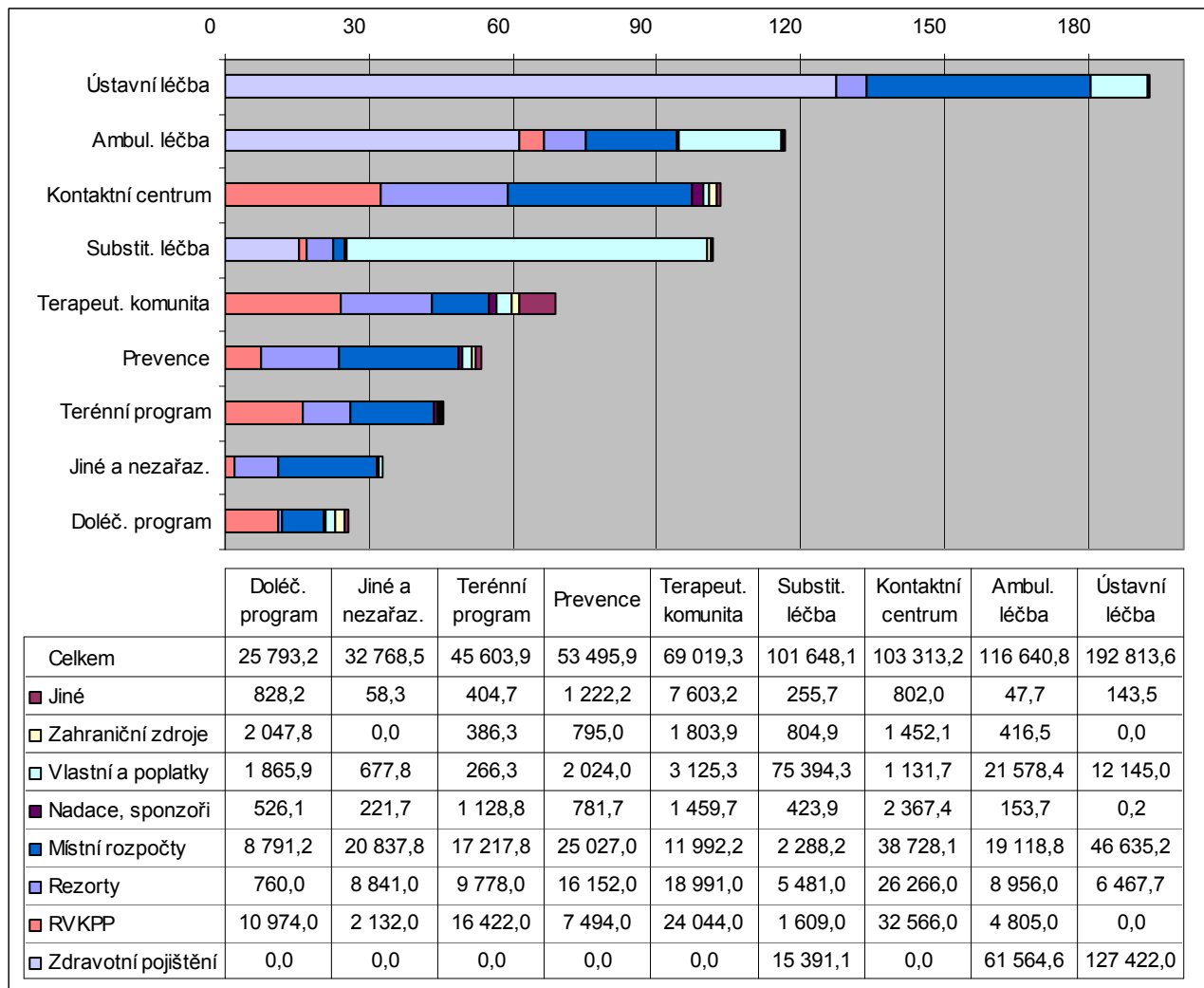
¹³⁸ Podíl pacientů v substituční léčbě ve zdravotnictví byl odhadnut na základě odhadovaného počtu pacientů v substituční léčbě a celkového počtu klientů v kontaktu s ambulantními psychiatrickými zařízeními na 20 % všech pacientů v ambulantní léčbě závislosti; substituční léčbě byl přiřazen stejný podíl ambulantních výkonů.

nebo projekty zaměřené na šíření informací představovaly náklady ve výši 32,8 mil Kč. Doléčovací programy stály v r. 2007 25,8 mil Kč.

RVKPP byla největším přispěvatelem služeb v terapeutických komunitách a druhým největším přispěvatelem harm reduction programů (kontaktních centrech a terénních programů) – hradila 34,8 %, resp. 33,0 % jejich nákladů. *RVKPP* ze svých prostředků přidělila největší objem na harm reduction programy (49,0 mil Kč) a dále potom na terapeutické komunity (24,0 mil Kč), tedy na služby, které nejsou financovány ze zdravotního pojištění – graf 13-2.

Zdravotní pojištění¹³⁹ bylo hlavním zdrojem pro financování ústavní léčby (66,1 % jejich nákladů) a ambulantní léčby vedoucí k abstinenci (52,8 % nákladů). V substituční léčbě představovalo zdravotní pojištění 15,1 % všech zdrojů, 74,2 % nákladů zde bylo hrazeno pacienty, a to v ceně preparátu Subutex®, který pojišťovna v r. 2007 neproplácela.

graf 13-2: Účelově určené výdaje na protidrogovou politiku v r. 2007 podle typu služeb a zdrojů financování (tis. Kč)



13.2.2 Náklady služeb podle počtu klientů a výkonů

Byly srovnány náklady na klienta ve zdravotnických zařízeních financovaných ze zdravotního pojištění (se započtením dalších prostředků uvolněných na tento typ péče z veřejných rozpočtů a soukromých zdrojů) se službami poskytovanými mimo zdravotnický sektor kofinancovanými *RVKPP* (spoluúčasť rezortů, krajů soukromých prostředků).¹⁴⁰

Jednotlivé typy programů se lišily jak v absolutní výši nákladů, tak v počtu klientů a výkonů, popřípadě lůžkodní. Ve zdravotnických zařízeních se léčilo více klientů (12 100 v ambulantní, 3300 v rezidenční a odhadem 3000 v substituční léčbě) oproti počtu klientů v léčebných programech provozovaných NNO (1600 klientů v ambulantní, 750 v substituční léčbě, 470 v komunitě a 1150 v doléčovacím programu)¹⁴¹.

¹³⁹ Do systému zdravotního pojištění povinně přispívá každý občan ČR; za osoby bez příjmů (nezaměstnaní, studenti, děti apod.) přispívá do systému stát. Pro účel této kapitoly byla získána data od Všeobecné zdravotní pojišťovny, která byla přepočtena podle jejího podílu pojištěnců na celkové skladbě obyvatel ČR.

¹⁴⁰ O dalších programech financovaných výhradně z rezortů nebo krajských rozpočtů nebyly k dispozici údaje o počtu klientů a výkonů.

¹⁴¹ Podle dat poskytnutých VZP za r. 2007 a podle závěrečných zpráv o realizaci projektů v dotačním řízení *RVKPP* za r. 2007, zaokrouhleno. Uvedené počty klientů ve zdravotnických zařízeních jsou v relaci s počty pacientů v živé kartotéce či s počty hospitalizací

V průměru tak byly náklady na jednoho klienta ve zdravotnické ambulantní léčbě 7567 Kč, zatímco v ambulantní péči zajišťované NNO šlo o 6974 Kč. V ústavní péči realizované ve zdravotnictví to bylo 40 597 Kč na jednoho klienta¹⁴². Terapeutická komunita, jejíž léčebný program je zpravidla čtyřikrát delší než v ústavní péči a mnohonásobně delší než v programu detoxifikace, měla průměrný náklad na klienta 89 794 Kč¹⁴³.

13.2.3 Náklady na léčbu uživatelů drog podle velikosti zařízení

Náklady na léčbu uživatelů drog byly dále členěny podle zdrojů financování v závislosti na velikosti programu. Tato analýza zahrnuje pouze programy spolufinancované *RVKPP*, neboť v případě ostatních (zdravotnických) zařízení nebyly dány k dispozici informace o rozložení zdravotnických výkonů do zařízení podle jejich velikosti. Zdrojem dat jsou závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení *RVKPP* v r. 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008b). Pro účel této analýzy byla jednak rozdělena všechna zařízení pro léčbu a snižování škod do kategorií podle fixně určeného počtu klientů (graf 13-3) a dále byla všechna zařízení ambulantní péče, rezidenční péče a následné péče rovněž rozdělena do pěti kvintilů podle počtu klientů (graf 13-4).

Služby v oblasti harm reduction se v průměru vyznačovaly větší kapacitou a průtokem osob než léčebné služby, u kterých byla většina zdrojů alokována do relativně menších zařízení (83 % zdrojů pro rezidenční péči bylo alokováno do zařízení pobytové léčby s kapacitou do 125 klientů, stejně jako 84 % zdrojů pro doléčovací zařízení; v nízkoprahových službách nebo v ambulantní péči směřovalo do zařízení s touto kapacitou jen 11 % celkových finančních prostředků určených na tyto služby). *RVKPP* financovala větší podíl velkých služeb harm reduction (37 % zdrojů v programech s kapacitou nad 550 klientů oproti průměrným 30 % v menších programech), naopak v oblasti rezidenční péče relativně více podpořila menší služby do 125 klientů (40 % jejich zdrojů z *RVKPP* oproti 19 % u stejných služeb s kapacitou nad 125 klientů).

Pokud jde o financování jednotlivých léčebných služeb podle jejich kvintilového rozdělení, v zařízeních ambulantní léčby v 5. kvintilu (nad 330 klientů) měly významný podíl soukromé náklady na lék Subutex[®] 144 (neboli zařízení substituční léčby měla v průměru větší kapacitu než zařízení abstinenčně orientované léčby), prostředky z veřejných zdrojů byly v absolutní výši nižší. V ambulantní léčbě šlo nejvíce zdrojů do velkých zařízení (5. kvintil – nad 331 klientů, 38 % zdrojů), v oblasti rezidenční péče spíše velká zařízení (4. kvintil, 41–165 klientů, 44,5 % zdrojů) a v oblasti následné péče středně velká zařízení (3. kvintil, 41–60 klientů, 37 % zdrojů). Kvintilové rozdělení používá v současné době také sekretariát *RVKPP* při hodnocení výkonnosti služeb v dotačním řízení.

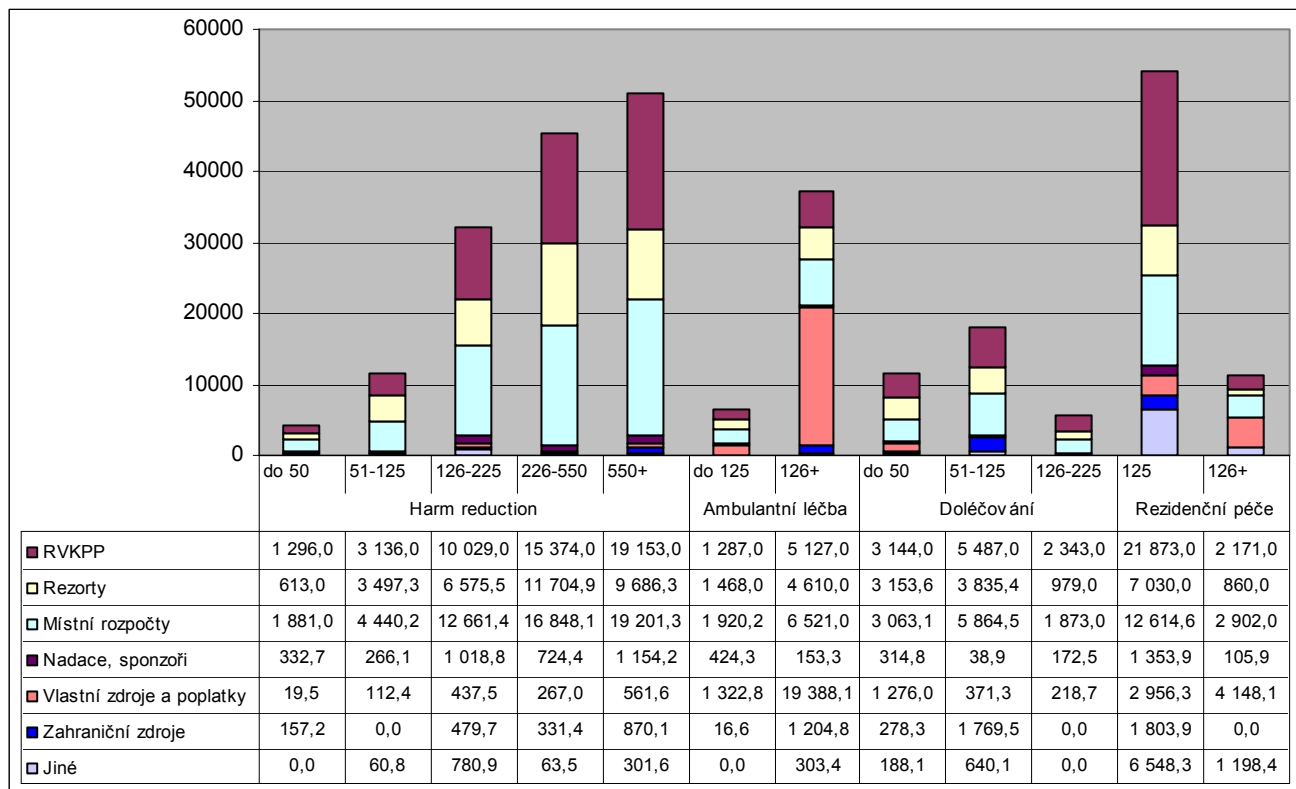
uváděných ÚZIS – viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 42). Mezi pacienty v jednotlivých typech péče existuje překryv.

¹⁴² Z prostředků *RVKPP* byl podporován jeden detoxifikační program pro děti ve zdravotnickém zařízení zřizovaném církevní organizací, kde byly náklady přibližně 27 041 Kč na klienta,

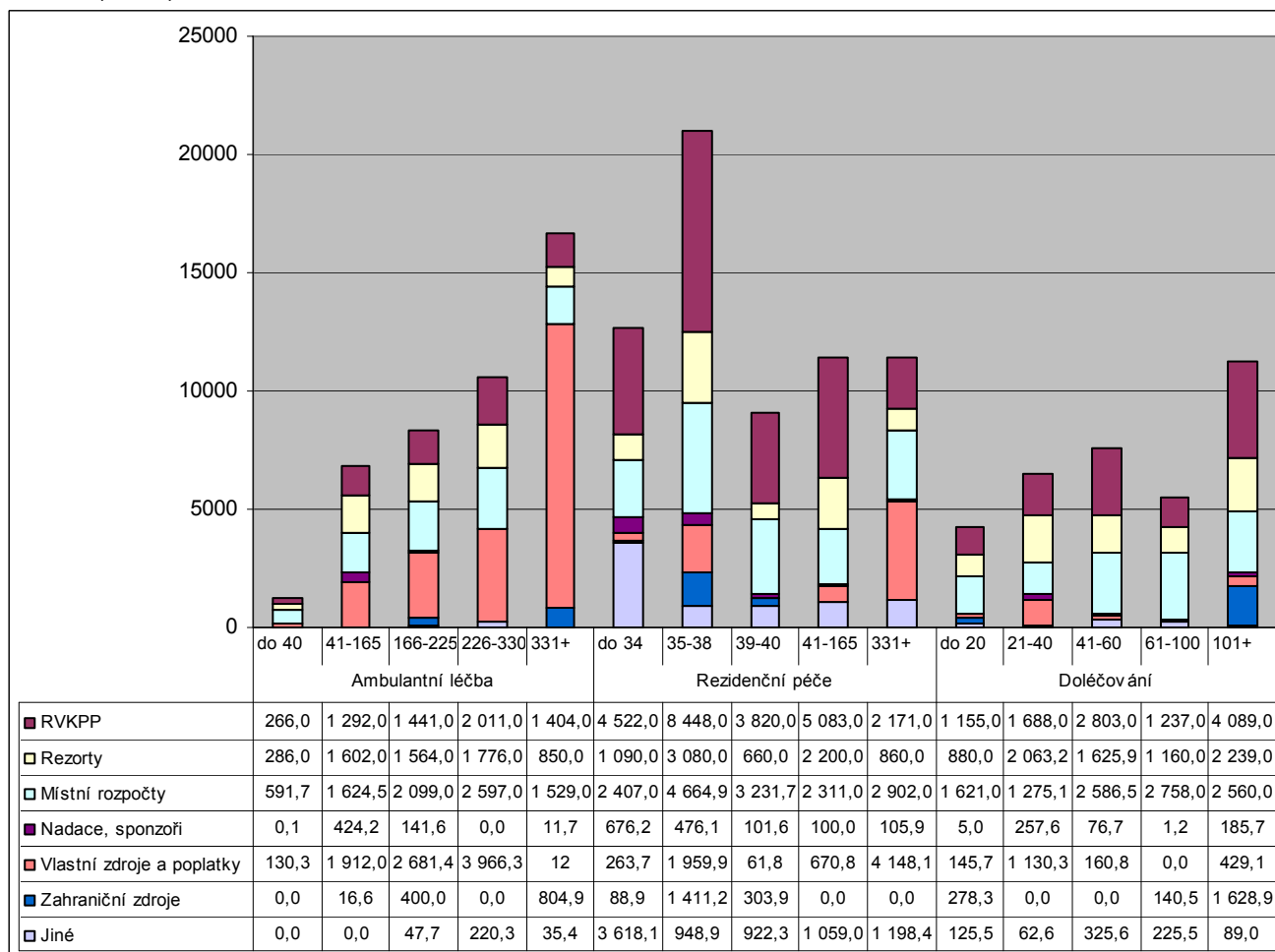
¹⁴³ Srovnávat nákladovost různých typů služeb z hlediska objemu realizovaných výkonů je obtížné vzhledem k rozdílné definici výkonů. Absolutní počet výkonů byl v zařízeních realizovaných NNO výrazně vyšší než ve zdravotnických zařízeních. Náklady na jeden „výkon“ ambulantní péče tak ve zdravotnictví se zahrnutím materiálu dosahovaly výše 4787 Kč, v NNO to bylo 348 Kč; v ústavní péči šlo o 15 743 Kč v porovnání s 2442 Kč v NNO nebo 1213 Kč v terapeutické komunitě.

¹⁴⁴ Podíl nákladů klientů NNO na lék Subutex[®] na celkových nákladech na Subutex[®] byl odhadnut podle poměru počtu klientů substituční léčby v NNO a ve zdravotnických zařízeních.

graf 13-3: Zdroje financování podle velikosti zařízení (počet klientů podle fixních kategorií) – programy léčby a harm reduction dotované RVKPP v r. 2007 (tis. Kč)



graf 13-4: Zdroje financování podle velikosti zařízení (počet klientů podle kvintilů) – programy léčby dotované RVKPP v r. 2007 (tis. Kč)



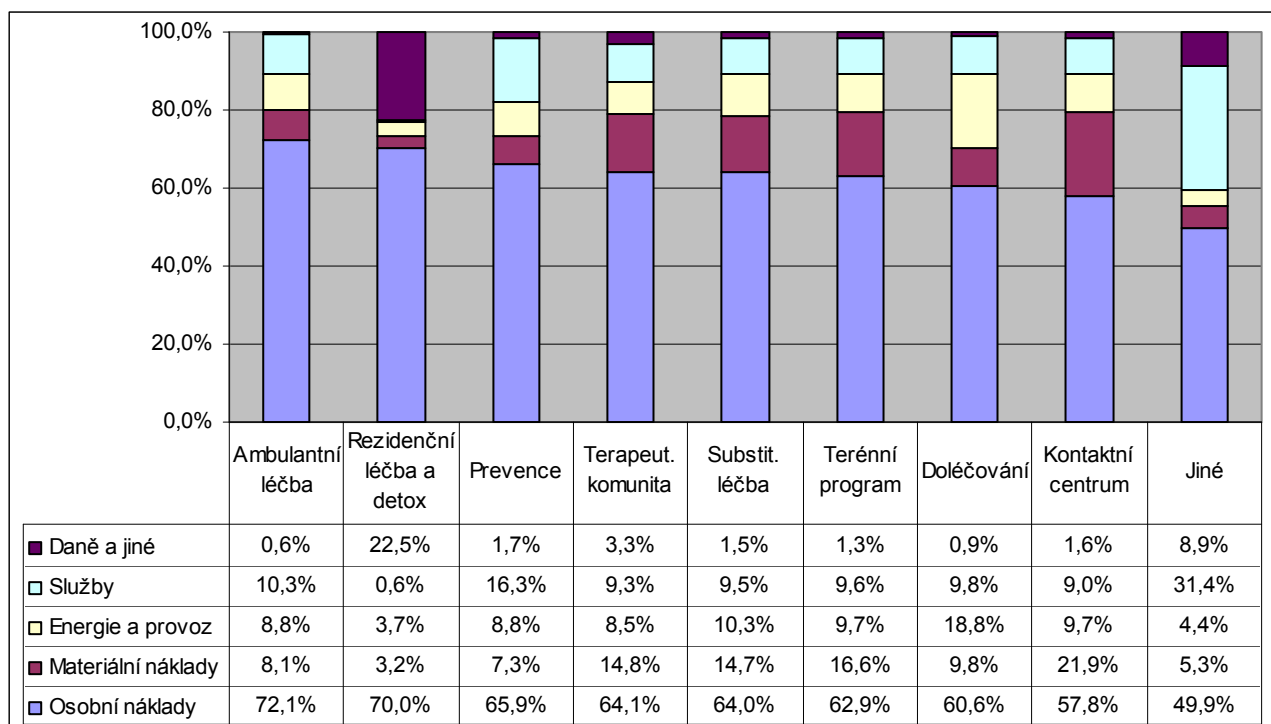
13.3 Struktura nákladů

V ČR dosud nebyly realizovány studie, které by se zaměřovaly na skladbu nákladů jednotlivých programů nebo porovnávaly jejich efektivnost. V současné době probíhá studie Společenských nákladů užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v r. 2007. Výsledky budou dostupné na konci r. 2011. Nebyly realizovány žádné další studie, které by dokládaly nákladovou efektivnost léčby drogových závislostí specificky pro ČR.

Neziskové organizace dotované z prostředků RVKPP ovšem každoročně předkládají podrobné vyúčtování projektů. Z tohoto hlášení byly vybrány položky, které nejlépe odpovídají struktuře formuláře Brief DATCAP¹⁴⁵, který EMCDDA požaduje pro prezentování druhu nákladů pro tuto kapitolu. Souhrnné výsledky poskytuje graf 13-5, podrobné členění nákladů tabulka 13-2.

Nejvyšší náklady v léčbě závislostí jsou náklady personální, tedy náklady na mzdy a na sociální odvody, které představují v průměru asi dvě třetiny všech nákladů. Nejvyšší podíl personálních nákladů byl v ambulantní léčbě (72,1%) a detoxifikaci (70,0 %), v substituční léčbě a v terapeutických komunitách se tento podíl snížil (64 %) s rostoucími materiálními náklady. Například službami pro uživatele drog představují personální náklady relativně nejnižší podíl na celkových nákladech v kontaktních centrech (57,8 %), pětinu nákladů zde představuje zdravotnický materiál určený k výměně. V doléčovacích programech, které jsou zpravidla spojeny s chráněným bydlením, představovaly významnou položku provozní náklady (18,8 %).

graf 13-5: Struktura nákladů v programech léčby drogových závislostí, prevence a harm reduction dotovaných RVKPP v r. 2007



Při podrobnějším pohledu na jednotlivé položky nákladů je patrné, že samotné personální náklady představují polovinu všech nákladů programů léčby závislostí (57,1 %), další pětinu nákladů (17,7 %) představují sociální odvody a pojištění. Třetí nejvýznamnější položkou jsou ostatní služby (6,4 %) a dále potom zdravotnický materiál (5,1 %), drobný materiál (3,7 %) a nájemné (3,4 %).

Z hlediska srovnání jednotlivých typů léčebných intervencí se nejnižší podíl mzdových nákladů objevoval v doléčovacích zařízeních a v terapeutických komunitách (44,6 %, resp. 45,3 %), které k provozování programu potřebují hradit náklady spojené s pobytem klientů. Nejvyšší personální náklady byly v ambulantní léčbě a v detoxifikační jednotce¹⁴⁶ (52,9 % resp. 52,0 %). V substituční léčbě představovaly významný podíl materiální náklady spojené s léčbou ve výši 11,8 %.

¹⁴⁵ Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (<http://www.datcap.com/>).

¹⁴⁶ Z prostředků RVKPP byl podporován jen jeden detoxifikační program, nejedná se tedy o reprezentativní vzorek.

tabulka 13-2: Struktura nákladů v programech léčby závislosti (bez primární prevence a harm reduction) dotovaných RVKPP v r. 2007 – podrobné členění (tis. Kč)

Druh nákladů	Podrobnější členění nákladů	Terapeutická komunita		Doléčovací program		Ambulantní léčba		Rezidenční léčba a detoxifikace		Substituční léčba		Celkem	
		Tis. Kč	%	Tis. Kč	%	Tis. Kč	%	Tis. Kč	%	Tis. Kč	%	Tis. Kč	%
Osobní náklady	Mzdové náklady	23 584,64	45,3	15 208,17	44,6	8 486,66	52,9	6 103,93	52,0	4 228,22	49,9	57 611,62	47,1
	Sociální odvody a náklady	9 772,92	18,8	5 482,92	16,1	3 074,52	19,2	2 111,60	18,0	1 200,61	14,2	21 642,57	17,7
	Mezisoučet	33 357,56	64,1	20 691,09	60,7	11 561,18	72,1	8 215,53	70,0	5 428,83	64,1	79 254,19	64,7
Materiální náklady	Dlouhodobý hmotný majetek	1 025,69	2,0	1 385,70	4,1	627,55	3,9	14,40	0,1	173,22	2,0	3 226,56	2,6
	Zdravotnický materiál	3 139,26	6,0	1 512,90	4,4	437,55	2,7	163,60	1,4	998,58	11,8	6 251,89	5,1
	Drobný materiál	3 527,20	6,8	452,93	1,3	241,93	1,5	193,80	1,7	71,34	0,8	4 487,20	3,7
	Mezisoučet	7 692,15	14,8	3 351,53	9,8	1 307,03	8,1	371,80	3,2	1 243,14	14,6	13 965,65	11,4
Energie a provoz	Elektřina	12,78	0,0	1 023,72	3,0	123,93	0,8	112,70	1,0	63,50	0,7	1 336,63	1,1
	Benzín	923,68	1,8	114,82	0,3	42,66	0,3	0,00	0,0	6,00	0,1	1 087,16	0,9
	Plyn a další energie	757,56	1,5	933,46	2,7	269,76	1,7	101,90	0,9	140,48	1,7	2 203,16	1,8
	Voda	77,62	0,1	265,61	0,8	35,32	0,2	44,50	0,4	14,21	0,2	437,26	0,4
	Telefon	887,16	1,7	757,02	2,2	364,93	2,3	36,50	0,3	117,38	1,4	2 162,99	1,8
	Nájemné	780,83	1,5	2 638,76	7,7	368,49	2,3	99,30	0,8	315,50	3,7	4 202,88	3,4
	Opravy a údržba	1 010,85	1,9	699,73	2,1	214,15	1,3	40,90	0,3	219,13	2,6	2 184,76	1,8
	Mezisoučet	4 450,48	8,5	6 433,12	18,8	1 419,24	8,9	435,80	3,7	876,20	10,4	13 614,84	11,1
Služby	Cestovné personálu	566,15	1,1	365,02	1,1	155,52	1,0	0,00	0,0	31,31	0,4	1 118,00	0,9
	Cestovné klientů	158,04	0,3	44,29	0,1	9,89	0,1	0,00	0,0	0,00	0,0	212,22	0,2
	Vzdělávání personálu	520,89	1,0	518,94	1,5	268,49	1,7	6,00	0,1	216,65	2,6	1 530,97	1,3
	Ostatní služby	3 615,44	6,9	2 404,72	7,0	1 222,26	7,6	60,90	0,5	556,39	6,6	7 859,71	6,4
	Mezisoučet	4 860,52	9,3	3 332,97	9,7	1 656,16	10,4	66,90	0,6	804,35	9,6	10 720,90	8,8
Daně a jiné	Daně a poplatky	115,83	0,2	93,22	0,3	24,21	0,2	0,00	0,0	6,42	0,1	239,68	0,2
	Jiné	1 585,69	3,0	226,22	0,7	73,68	0,5	2 640,20	22,5	118,52	1,4	4 644,31	3,8
	Mezisoučet	1 701,52	3,2	319,44	1,0	97,89	0,7	2 640,20	22,5	124,94	1,5	4 883,99	4,0
Celkem		52 062,23	100,0	34 128,15	100,0	16 041,50	100,0	11 730,23	100,0	8 477,46	100,0	122 439,57	100,0

14.1 Cíle Národní strategie 2005–2009

Hlavní cíle:

- Potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog.
- Snížit užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat.

Specifické cíle:

- I. Stabilizovat, případně snížit počet problémových uživatelů drog.
- II. Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog.
- III. Stabilizovat, případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi.
- IV. Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost.
- V. Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace.
- VI. Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů.

Technicko-organizační cíle:

- VII. Efektivní financování – zefektivnit a zprůhlednit financování jednotlivých strategií a opatření protidrogové politiky na základě identifikovaných potřeb a jejich prokázané efektivity.
- VIII. Koordinace – vytvořit dostatečnou zákonnou oporu protidrogové politiky, zkvalitnit její stávající systém a vybudovat funkční a přehlednou strukturu založenou na efektivní koordinaci aktivit zapojených subjektů na všech úrovních s jasně definovanými a rozdělenými povinnostmi a kompetencemi.
- IX. Informování veřejnosti – navrhnout a zavést do praxe flexibilní model všestranné komunikace a stanovit kompetence zúčastněných subjektů, aby byly veřejnosti poskytovány komplexní, objektivní, spolehlivé a vyvážené informace o užívání drog, jeho dopadech a o realizovaných opatřeních.
- X. Mezinárodní spolupráce – plně se zapojovat do mezinárodní spolupráce a zajišťovat aktivní účast zástupců ČR v procesech harmonizace protidrogové politiky s ostatními zeměmi Evropské unie.
- XI. Evaluace aktivit – důsledně uplatňovat výzkumem ověřené postupy při vyhodnocování účinnosti opatření ve všech oblastech protidrogové politiky a aplikovat poznatky z evaluací v praxi.

14.2 Srovnání vybraných paragrafů zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona a zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku vztahujících se k nedovolenému nakládání s OPL, s jedy a s látkami s hormonálním účinkem

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, účinný do 31. 12. 2009		Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, účinný od 1. 1. 2010	
Ustanovení	Trest	Ustanovení	Trest
§ 187 – Nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů		§ 283 – Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy	
(1) Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, preparát obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let.	1–5 let	(1) Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, preparát obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem.	1–5 let, peněžitý trest
(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán, a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny, nebo ve větším rozsahu, nebo b) spáchá-li takový čin vůči osobě mladší než osmnáct let.	2–10 let	(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 a) jako člen organizované skupiny, b) ač byl za takový čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán, c) ve značném rozsahu, nebo d) ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu patnácti let.	2–10 let, propadnutí majetku
(3) Odnětím svobody na osm až dvanáct let bude pachatel potrestán, a) získá-li činem uvedeným v odstavci 1 značný prospěch, b) spáchá-li takový čin vůči osobě mladší patnácti let, nebo c) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví.	8–12 let	(3) Odnětím svobody na osm až dvanáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví, b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch, c) spáchá-li takový čin ve velkém rozsahu, nebo d) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti mladšímu patnácti let.	8–12 let, propadnutí majetku
(4) Odnětím svobody na deset až patnáct let bude pachatel potrestán, a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví více osob nebo smrt, b) získá-li takovým činem prospěch velkého rozsahu, nebo c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.	10–15 let	(4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob nebo smrt, b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu, nebo c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.	10–18 let, propadnutí majetku

§ 187a – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu		§ 284 – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu	
(1) Kdo bez povolení přechovává omamnou nebo psychotropní látku nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo peněžitým trestem.	až 2 roky nebo peněžitý trest	(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC), bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.	až 1 rok, zákaz činnosti nebo propadnutí věci
–	–	(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává jinou omamnou nebo psychotropní látku než uvedenou v odstavci 1 nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.	až 2 roky, zákaz činnosti nebo propadnutí věci
(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 ve větším rozsahu.	1–5 let	(3) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.	6 měsíců – 5 let nebo peněžitý trest
–	–	(4) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.	2–8 let
Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku zvlášť neupravoval.¹⁴⁷		§ 285 – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku (nová skutková podstata)	
–	–	(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém rostlinu konopí, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.	až 6 měsíců, peněžitý trest nebo propadnutí věci
–	–	(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém houbu nebo jinou rostlinu než uvedenou v odstavci 1 obsahující omamnou nebo psychotropní látku, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.	až 1 rok, peněžitý trest nebo propadnutí věci
–	–	(3) Odnětím svobody až na tři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.	až 3 roky nebo peněžitý trest
–	–	(4) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.	6 měsíců – 5 let

¹⁴⁷ Neoprávněně pěstování rostlin obsahujících OPL pro vlastní potřebu bylo při absenci zvláštní skutkové podstaty postihováno jako trestný čin dle § 187a či § 187 starého trestního zákona.

§ 188 – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu		§ 286 – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu	
(1) Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku obsahujícího omamnou nebo psychotropní látku nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.	1–5 let, nebo zákaz činnosti nebo peněžitý trest nebo propadnutí věci	(1) Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává prekursor nebo jiný předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku, který obsahuje omamnou nebo psychotropní látku, nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody až na pět let, peněžitým trestem, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.	až 5 let, peněžitý trest, zákaz činnosti nebo propadnutí majetku
(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán, a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 ve větším rozsahu, b) spáchá-li takový čin vůči osobě mladší než osmnáct let, nebo c) získá-li takovým činem značný prospěch.	2–10 let	(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán, a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny, b) spáchá-li takový čin ve značném rozsahu, c) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti, nebo d) získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.	2–10 let
§ 188a – Šíření toxikomanie		§ 287 – Šíření toxikomanie	
(1) Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem.	až 3 roky nebo zákaz činnosti nebo peněžitý trest	(1) Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.	až 3 roky nebo zákaz činnosti
(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 vůči osobě mladší než osmnáct let, nebo b) spáchá-li takový čin tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem.	1–5 let	(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 a) jako člen organizované skupiny, b) vůči dítěti, nebo c) tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem.	1–5 let nebo peněžitý trest
–	–	(3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 vůči dítěti mladšímu patnácti let.	2–8 let

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, oblast výroby a jiného nakládání s látkami s hormonálním účinkem zvlášť neupravoval.		§ 288 – Výroba a jiné nakládání s látkami s hormonálním účinkem (nová skutková podstata)	
–	–	(1) Kdo neoprávněně ve větším množství vyrobí, přechovává, doveze, vyveze, proveze, nabízí, prodá, jinému poskytne nebo podá látku s anabolickým nebo jiným hormonálním účinkem za jiným než léčebným účelem, nebo kdo vůči jinému použije metodu spočívající ve zvyšování přenosu kyslíku v lidském organismu nebo jinou metodu s dopingovým účinkem za jiným než léčebným účelem, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.	až 1 rok
–	–	(2) Odnětím svobody na jeden rok až tři léta bude pachatel potrestán, a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny, nebo b) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu patnácti let.	1–3 roky
–	–	(3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví, b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch, c) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti mladšímu patnácti let, d) spáchá-li takový čin jako lékař nebo jiná způsobilá zdravotnická osoba.	2–8 let
–	–	(4) Odnětím svobody na pět let až dvanáct let bude pachatel potrestán, a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob nebo smrt, b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu, nebo c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.	5–12 let

SEZNAM TABULEK

tabulka 1-1: Přečovávání OPL pro sebe – množství větší než malé dle nařízení vlády č. 467/2009 Sb. u vybraných OPL	7
tabulka 1-2: Pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro sebe – seznam a množství větší než malé dle nařízení vlády č. 455/2009 Sb.	7
tabulka 1-3: Plnění aktivit Akčního plánu 2007–2009 podle intervenčních oblastí	11
tabulka 1-4: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku podle rezortů v r. 2002–2009 (v tis. Kč)	17
tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtu krajů v r. 2002–2009 (v tis. Kč)	18
tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů v r. 2002–2009 (v tis. Kč)	19
tabulka 1-7: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2007–2009	19
tabulka 1-8: Příjmy realizátorů protidrogové politiky dotovaných z RVKPP v r. 2006–2009 podle zdrojů	20
tabulka 1-9: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2009 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace (tis. Kč)	21
tabulka 1-10: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2009 podle kategorií služeb (tis. Kč)	22
tabulka 2-1: Prevalence užívání nelegální drogy v posledním roce podle pohlaví a věku, v % (Sovinová and Csémy, 2010)	24
tabulka 2-2: Prevalence užívání nelegální drogy ve třech časových horizontech podle pohlaví a věku, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES, 2009)	25
tabulka 2-3: Porovnání prevalencí užívání dané drogy v posledních 12 měsících v jednotlivých výzkumech pro populaci 18–39 let, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES, 2009; Sovinová and Csémy, 2010; Běláčková and Horáková, 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010e)	26
tabulka 2-4: Porovnání měr prevalencí užívání dané drogy ve Výzkumu občanů 2009 a CS 2008, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES, 2009; Běláčková and Horáková, 2010)	27
tabulka 2-5: Podíl klientů projektu Safer Party Tour 2009, kteří uvedli zkušenost s drogou během celého života, posledních 12 měsíců a posledních 30 dní, resp. plánovali její užití na akci, kde dotazník vyplnili, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010a)	31
tabulka 4-1: Hodnoty multiplikátoru pro jednotlivé kraje v letech 2008 a 2010	38
tabulka 4-2: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b)	38
tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2009 podle krajů ČR – střední hodnoty (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b)	39
tabulka 4-4: Odhady problémového užívání drog provedené multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů podle krajů v r. 2005–2009, střední hodnoty (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b)	40
tabulka 5-1: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v r. 2009	43
tabulka 5-2: Přehled certifikovaných programů podle typů k 25. 6. 2010	43
tabulka 5-3: Počet ordinací a počet léčených uživatelů návykových látek v r. 2000–2009 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010a)	44
tabulka 5-4: Počet ambulantních zdravotnických zařízení podle počtu léčených uživatelů návykových látek, alkoholu a drog v r. 2005–2009 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010a)	44
tabulka 5-5: Počet uživatelů návykových látek (včetně uživatelů alkoholu a tabáku) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2005–2009 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010a)	45
tabulka 5-6: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a počet jejich klientů v r. 2003–2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)	45
tabulka 5-7: Počet zařízení registrovaných, aktivně hlásících klienty a počet osob v substituční léčbě v NRULISL podle substituční látky v r. 2000–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e; Nechanská et al. 2010)	47
tabulka 5-8: Odhad počtu klientů substituční léčby v r. 2009 vypočtené pomocí multiplikátoru ze všech odhadovaných problémových uživatelů drog	48
tabulka 5-9: Počty detoxifikačních jednotek a jejich lůžková kapacita v jednotlivých krajích ČR k 1.9.2010 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010d)	49
tabulka 5-10: Počet psychiatrických lůžkových zařízení, jejich celková lůžková kapacita a vyžití uživateli nealkoholových drog (mimo tabáku) v r. 2000–2009 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010a)	50
tabulka 5-11: Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR	50
tabulka 5-12: Kapacita a počet dětí s problémy s užíváním drog ve specializovaných odděleních školských zařízení ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v r. 2009	50
tabulka 5-13: Vývoj počtu uživatelů návykových látek léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 1993–2009 podle (skupin) návykových látek (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010b)	57
tabulka 5-14: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a vybrané charakteristiky jejich klientů v r. 2003–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d)	58
tabulka 5-15: Vývoj léčených osob, nahlášených a ukončených případů léčby v NRULISL v r. 2000–2009 podle pohlaví (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e)	59
tabulka 5-16: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2009 podle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010c)	59
tabulka 5-17: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 1997–2009 (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010c)	60

tabulka 5-18: Terapeutické komunity a jejich klienti v r. 2003–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	60
tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2009 podle jednotlivých let a způsobu přenosu (Státní zdravotní ústav Praha, 2010b).....	61
tabulka 6-2: Výskyt komerčních sexuálních pracovníků (KSP) a injekčních uživatelů drog (IUD) u hlášených případů syfilisu a kapavky v r. 2000–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010g).....	63
tabulka 6-3: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v r. 1994–2009 (Státní zdravotní ústav Praha, 2010b).....	64
tabulka 6-4: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na infekce v nízkoprahových zařízeních v r. 2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010c).....	64
tabulka 6-5: Výsledky testování žadatelů o léčbu na HIV, VHA, VHB a VHC podle jejich vlastních výpovědí v r. 2003–2009 (Studničková, 2010).....	65
tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC ve vězení v 1. pololetí 2010 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010d).....	65
tabulka 6-7: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v r. 2002–2009 (Studničková, 2010).....	67
tabulka 6-8: Nefatální intoxikace drogami v ČR v r. 2001–2009 (Studničková and Petrášová, 2010).....	67
tabulka 6-9: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v r. 2003–2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010).....	68
tabulka 6-10: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v r. 2003–2009 – vliv alkoholu a jiných drog (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2010).....	69
tabulka 6-11: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2009 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010).....	70
tabulka 6-12: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2009 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010).....	72
tabulka 6-13: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2009 podle selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010f).....	73
tabulka 6-14: Smrtelná předávkování drogami v ČR podle selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v r. 1994–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010f).....	73
tabulka 7-1: Klienti českých nízkoprahových zařízení v r. 2002–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	76
tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2004–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	76
tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2009 v jednotlivých krajích, extrapolováno na celkový počet programů (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	77
tabulka 7-4: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	77
tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v r. 2002–2009 podle krajů (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	78
tabulka 7-6: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v r. 2002–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	79
tabulka 7-7: Vyšetření na VHB, VHC a HIV v minulosti všech klientů – injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu v r. 2002–2009, v %* (Studničková, 2010).....	80
tabulka 8-1: Počet klientů, kterým poskytl služby romští terénní sociální pracovníci v r. 2006–2009, podle typu problému (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007b; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2008; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2009; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2010a).....	83
tabulka 8-2: Programy následné péče dotované RVKPP v r. 2005–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	84
tabulka 8-3: Programy ambulantní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	84
tabulka 8-4: Programy intenzivní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2009 (Mravčík et al. 2009; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	84
tabulka 9-1: Počty osob zadržených (NPC) a stíhaných (PČR, MS) za drogové trestné činy v letech 2005–2009 podle různých informačních zdrojů (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c; Ministerstvo vnitra ČR, 2010a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010c).....	87
tabulka 9-2: Počty osob zadržených a stíhaných pro drogové trestné činy v rozdělení podle paragrafů v r. 2009 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c; Ministerstvo vnitra ČR, 2010a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010c).....	87
tabulka 9-3: Počty zadržených osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů sTZ v r. 2009 podle NPC (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c).....	88
tabulka 9-4: Počty stíhaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů sTZ podle MS (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010d; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010c).....	88
tabulka 9-5: Počty obžalovaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů sTZ (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010d; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010c).....	89
tabulka 9-6: Počty odsouzených osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů sTZ (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010b).....	90
tabulka 9-7: Počet trestů udělených za drogové trestné činy u vybraných drogových paragrafů a drog v r. 2009 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010b; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a).....	90

tabulka 9-8: Odhadovaný podíl trestných činů spáchaných uživateli drog na vybraných (zjištěných) trestných činech a jejich odhadovaný počet podle druhu v letech 2007–2009 (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010)	92
tabulka 9-9: Osoby vedené PMS v souvislosti s drogovou kriminalitou v r. 2006–2009 (Probační a mediační služba ČR, 2010)	93
tabulka 9-10: Počty osob, kterým bylo soudem nařízeno ochranné léčení protitoxikomanické a protialkoholní v ambulantní nebo ústavní formě v letech 2004–2009 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a)	94
tabulka 9-11: Počet drogových trestných činů podle § 187–188a sTZ evidovaných u vězňených osob na konci let 2007, 2008 a 2009 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010a)	95
tabulka 9-12: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení ve věznicích v ČR v r. 2006–2009 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b)	96
tabulka 9-13: Věznice, ve kterých byla plánována substituční léčba, a počet léčených osob v r. 2009 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b)	97
tabulka 9-14: Poskytovatelé drogových služeb sdružených do sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. a vazební věznice a věznice, ve kterých v r. 2009 působili (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2010b)	97
tabulka 10-1: Odhad spotřeby vybraných drog v ČR v r. 2008 (Vopravil, 2010)	102
tabulka 10-2: Záchyty prekurzorů pervitinu, varen pervitinu a pervitinu v období 2007–2009 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010b)	102
tabulka 10-3: Záchyty pseudoefedrinu v léčivých přípravcích při dovozu do ČR v r. 2009 (Celní protidrogová jednotka, 2010a)	103
tabulka 10-4: Počet záchytů a množství zachycených hlavních typů drog v r. 2006–2009 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c)	103
tabulka 10-5: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v r. 2006–2009, v Kč (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c)	103
tabulka 10-6: Průměrné čistoty drog v letech 2005–2009, v % (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c)	104
tabulka 11-1: Srovnání českého Standardu substituční léčby s doporučeními vzorového standardu WHO	109
tabulka 11-2: Obsah certifikačních standardů RVKPP	110
tabulka 11-3: Porovnání Certifikačních standardů a Standardů kvality sociálních služeb (Kalina K. et al., 2002)	111
tabulka 11-4: Pokus o SWOT analýzu současné situace v zajišťování kvality služeb pro uživatele drog a závislé v ČR	112
tabulka 12-1: Charakteristika kohort studie mortality uživatelů drog z r. 2005 (Lejčková and Mravčík, 2005)	115
tabulka 12-2: Charakteristika kohort studie mortality uživatelů drog z r. 2009 (Zábranský et al. 2009)	115
tabulka 12-3: Charakteristiky kohorty studie FUP1990s (Zábranský et al. 2010)	115
tabulka 12-4: Osoboroky a míra úmrtnosti (v ‰) podle pohlaví a hlavní drogy u hospitalizovaných primárně pro poruchy z užívání nelegálních drog (N=12 207) ve studii z r. 2005 (Lejčková and Mravčík, 2005)	115
tabulka 12-5: Osoboroky a míra úmrtnosti (v ‰) podle pohlaví a hlavní drogy u hospitalizovaných primárně pro poruchy z užívání nelegálních drog (N=20 068) ve studii z r. 2009 (Zábranský et al. 2009)	116
tabulka 12-6: Osoboroky a míra úmrtnosti (v ‰) podle pohlaví a hlavní drogy u follow-up 151 klientů nízkoprahových a léčebných zařízení v Praze v letech 1996–1998 (Zábranský et al. 2010)	116
tabulka 12-7: Standardizované indexy úmrtnosti (SMR) v kohortách studie z r. 2005 (Lejčková and Mravčík, 2005)	116
tabulka 12-8: Standardizované indexy úmrtnosti (SMR) v kohortách studie z r. 2009 (Zábranský et al. 2009)	116
tabulka 12-9: Standardizovaný index úmrtnosti (SMR) mužů podle věkových skupin ve studii se 151 klienty nízkoprahových a léčebných zařízení v Praze v letech 1996–1998 (Zábranský et al. 2010)	117
tabulka 12-10: Pravděpodobnost přežití v jednotlivých studiích (Zábranský et al. 2009; Zábranský et al. 2010)	117
tabulka 12-11: Struktura příčin úmrtí podle diagnostických skupin u zemřelých uživatelů drog – pacientů ústavní léčby v letech 1997–2007 ze studie z r. 2009 (Zábranský et al. 2009)	117
tabulka 13-1: Zdroje a výše nákladů na prevenci, harm reduction, léčbu a doléčování užívání drog v ČR v r. 2007	120
tabulka 13-2: Struktura nákladů v programech léčby závislostí (bez primární prevence a harm reduction) dotovaných RVKPP v r. 2007 – podrobné členění (tis. Kč)	126

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

obrázek 1-1: Cíle, pilíře a podpůrné oblasti české protidrogové politiky, jak jsou uvedeny v Národní strategii 2010–2018	10
obrázek 1-2: Banner na webové stránce ČSSD Praha 5 v rámci kampaně ke komunálním volbám do zastupitelstva městské části Praha 5 na podzim 2010	14
obrázek 1-3: Plakát Strany práv občanů – Zemanovců (SPO-Z) do komunálních voleb v Praze na podzim 2010	14
graf 2-1: Prevalence užití nelegální drogy v posledním roce podle vzdělání, v % (Sovinová and Csémy, 2010)	25
graf 2-2: Celoživotní prevalence zkušeností s nelegálními drogami podle pohlaví a věku, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES, 2009)	26
graf 2-3: Časové srovnání odpovědí na otázku Koho byste nechtěl/a mít za sousedy? Za roky 2003 (resp.2007) a 2010, respondenti ve věku 15+, v %, (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2010b)	28
graf 2-4: Jak vnímají obyvatelé ČR současnou situaci v užívání drog, respondenti ve věku 15+ (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2010a)	28
graf 2-5: Přijatelnost užívání vybraných návykových látek, respondenti ve věku 15+ (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2010a)	29
graf 2-6: Vlastní a zprostředkované zkušenosti s ilegální drogou, respondenti ve věku 15+ (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2010a)	29
graf 2-7: Prevalence užití sledovaných drog v posledních 12 měsících mezi klienty projektu Safer Party Tour 2008, 2009 a mezi rekreačními uživateli drog dotázanými v průzkumu Tanec a drogy 2007, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a)	32

graf 4-1: Střední hodnoty a 95% intervaly spolehlivosti prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2009	39
graf 5-1: Distribuované množství Subutexu® a Suboxone® (v g buprenorfinu) a odhadovaný počet uživatelů těchto přípravků v r. 2000–2009 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004).....	48
graf 5-2: Počet prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 1997–2009 (Studničková and Petrášová, 2010).....	53
graf 5-3: Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 2002–2009 (Studničková and Petrášová, 2010).....	53
graf 5-4: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 1997–2009 (Studničková and Petrášová, 2010) ..	54
graf 5-5: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu dle vybraných drog v r. 2002–2009 (Studničková and Petrášová, 2010) ..	55
graf 5-6: Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v r. 1997–2009 (Studničková and Petrášová, 2010)	55
graf 5-7: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v r. 2002–2009 (Studničková and Petrášová, 2010).....	56
graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2009 (Státní zdravotní ústav Praha, 2010a).....	62
graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2009 (Státní zdravotní ústav Praha, 2010a).....	62
graf 6-3: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2009 (Státní zdravotní ústav Praha, 2010a)	62
graf 6-4: Hlášená incidence syfilis a kapavky celkem a u injekčních uživatelů drog (IUD) v ČR v r. 2000–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010g).....	63
graf 6-5: Vývoj podílu injekční aplikace u prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroínu, Subutexu® a pervitinu, v % (Studničková and Petrášová, 2010).....	66
graf 6-6: Vývoj podílu injekční aplikace u uživatelů heroínu, pervitinu a polyvalentních uživatelů (F19) v živé kartotéce psychiatrických ambulancí v letech 1997–2009, v % (Nechanská et al. 2010; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010b)	66
graf 6-7: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v r. 1998–2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010)	71
graf 6-8: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2004–2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010)	72
graf 6-9: Srovnání trendů výskytu smrtelných předávkování drogami extrahovaných z obecného (GMR) a speciálního registru mortality (SMR) v r. 1998–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010f; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2010)	74
graf 9-1: Celkový počet stíhaných osob a množství a podíly osob stíhaných podle § 187a a 188a sTZ v letech 1999–2009 (Ministerstvo vnitra ČR, 2010a).....	88
graf 9-2: Dlouhodobý vývoj podílu jednotlivých typů drog u osob zadržených pro páchaní drogové trestné činnosti (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2010c):.....	89
graf 9-3: Vývoj počtu osob a skladby trestů uložených za drogovou trestnou činnost v letech 2002–2009 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010a).....	91
graf 9-4: Počet osob, které využily služby poskytované sekci Drogové služby ve vězení A.N.O. v r. 2009 podle organizací (Ženíšková, 2010)	98
graf 10-1: Vývoj prodeje léků obsahujících pseudoefedrin v ČR v r. 2007–2010 (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2010) ..	100
obrázek 12-1: Schéma typů úmrtí uživatelů drog a úmrtí za přítomnosti drog (Zábranský et al. 2004).....	113
graf 12-2: Kaplanova-Meierova křivka přežití tří skupin HIV pozitivních osob v ČR od roku 1987 (Malý, 2010)	118
graf 13-1: Účelově určené výdaje na protidrogovou politiku v r. 2007 podle oblastí (mimo vymáhání práva) dle zdrojů financování (tis. Kč).....	121
graf 13-2: Účelově určené výdaje na protidrogovou politiku v r. 2007 podle typu služeb a zdrojů financování (tis. Kč)....	122
graf 13-3: Zdroje financování podle velikosti zařízení (počet klientů podle fixních kategorií) – programy léčby a harm reduction dotované RVKPP v r. 2007 (tis. Kč).....	124
graf 13-4: Zdroje financování podle velikosti zařízení (počet klientů podle kvintilů) – programy léčby dotované RVKPP v r. 2007 (tis. Kč).....	124
graf 13-5: Struktura nákladů v programech léčby drogových závislostí, prevence a harm reduction dotovaných RVKPP v r. 2007	125

SEZNAM MAP

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2009 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel).....	19
mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2009 – střední hodnoty (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b)	40
mapa 5-1: Síť registrovaných zdravotnických zařízení v elektronické aplikaci NRULISL v r. 2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2010e).....	47
mapa 5-2: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2009 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let (Studničková and Petrášová, 2010)	54
mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2009 na 1000 obyvatel ve věku 15-64 let (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010d).....	78

VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU

V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané oficiální stránky klíčových institucí v oblasti drog. Vyčerpávající seznam pomáhajících organizací je uveden v aplikaci Mapa pomoci na internetových stránkách drogy-info.cz.

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí: <http://www.adiktologie.cz/Casopis-Adiktologie.html>

A.N.O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí: <http://www.asociace.org/>

Aplikace pro evidenci klientů a služeb v adiktologických službách: <http://www.drogovesluzby.cz>

Celní správa ČR: <http://www.cs.mfcr.cz/>

Centrum adiktologie VFN a Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze: <http://www.adiktologie.cz/>

Centrum pro výzkum veřejného mínění – Sociologický ústav AV ČR: <http://www.cvvm.cas.cz/>

Česká asociace streetwork: <http://www.streetwork.cz/>

Česká lékařská společnost JEP: <http://www.cls.cz/>

Česká neuropsychofarmakologická společnost: <http://www.cnps.cz/>

Český statistický úřad: <http://www.czso.cz/>

Databáze služeb sociální prevence: <https://www.sluzbyprevence.mpsv.cz/>

Drogový informační server (provozuje o.s. SANANIM): <http://www.drogy.net/>

Drogová poradna (provozuje o.s. SANANIM): <http://www.drogovaporadna.cz/>

Drogové služby ve vězení (provozuje o.s. Podané ruce): <http://www.wezeni.cz/>

EXTC – webová poradna a prevence zneužívání syntetických drog: <http://www.extc.cz/>

Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie: <http://www.hygp Praha.cz>

Informace pro pracovníky a klienty terénních programů a kontaktních center (provozuje o.s. SANANIM): <http://www.edekontaminace.cz/>

Informační centrum OSN v Praze: <http://www.osn.cz/>

Informační portál primární prevence (provozuje o.s. SANANIM): <http://www.odrogach.cz/>

Iniciativa Safer Party: <http://www.saferparty.cz>

Institut pedagogicko-psychologického poradenství: <http://www.ippp.cz/>

Institut pro kriminologii a sociální prevenci: <http://www.ok.cz/iksp/>

Ministerstvo spravedlnosti (portál českého soudnictví): <http://portal.justice.cz/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: <http://www.mpsv.cz/>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: <http://www.msmt.cz/>

Ministerstvo vnitra: <http://www.mvcr.cz/>

Ministerstvo zdravotnictví: <http://www.mzcr.cz/>

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: <http://www.drogy-info.cz/>

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/133-narodni-program-reseni-problematiky-hiv-aids.html>; Národní program boje proti AIDS ČR: <http://www.aids-hiv.cz/>

Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a vyšetřování, Policie ČR: <http://www.policie.cz/clanek/narodni-protidrogova-centrala-skpv-prezentace-utvaru.aspx>

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, Výbor pro zdravotnictví, Zdravotní výbor: <http://www.psp.cz/sqw/fsnem.sqw?f1=8&f2=6&id=963>

Probační a mediační služba ČR: <http://www.pmscr.cz>

Psychiatrické centrum Praha: <http://www.pcp.lf3.cuni.cz>

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: <http://rvkpp.vlada.cz>

Registr poskytovatelů sociálních služeb: <http://www.mpsv.cz/cs/3880>

Sekce terapeutických komunit A.N.O.: <http://www.terapeutickekomunity.org/>

Státní zdravotní ústav: <http://www.szu.cz/>

Ústav farmakologie 3. LF UK – neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky: <http://www.uzis.cz/>

Vězeňská služba ČR: <http://www.vscv.cz/>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: <http://www.vupsv.cz/>

ZKRATKY

Akční plán 2005–2006 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006

Akční plán 2007–2009 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009

Akční plán 2010–2012 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012

A.N.O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí

AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislostí)

BZ – bezdrogová zóna

Centrum adiktologie – Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze

CPPT – Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.

CS 2008 – Celopopulační studie užívání psychotropních látek v ČR v r. 2008

ČSSD – Česká strana sociálně demokratická

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

DTČ – drogový trestný čin

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR

EU – Evropská unie

EWS – Systém včasného varování před novými psychoaktivními látkami (Early-Warning System)

GŘC – Generální ředitelství cel

GŘVS – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

HBSC – studie Health Behaviour in School-aged Children

HS – hygienická služba

IKSP – Institut pro kriminologii a sociální prevenci

IUD – injekční uživatel(é) drog

Kraje ČR:

PHA – Hlavní město Praha

STC – Středočeský

JHC – Jihočeský

PLK – Plzeňský

KVK – Karlovarský

ULK – Ústecký

LBK – Liberecký

HKK – Královéhradecký

PAK – Pardubický

VYS – Vysočina

JHM – Jihomoravský

OLK – Olomoucký

ZLK – Zlínský

MSK – Moravskoslezský

LF – lékařská fakulta

ministerstva ČR:

MO – Ministerstvo obrany

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MS – Ministerstvo spravedlnosti

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

MKN-10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

MPP – minimální preventivní program

Národní strategie 2005–2009 – Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009

Národní strategie 2010–2018 – Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

NNO – nestátní nezisková(é) organizace

NPC – Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR

NRULISL – Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (registr substituce)

nTZ – zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

OLP – ochranná léčba protitoxikomanická

OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)

PMS – Probační a mediační služba ČR

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SPO-Z – Strana práv občanů – Zemanovci

SSLST – Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie

SŠ – střední škola

sTZ – zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

TČ – trestný čin

TŘ – zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (Trestní řád)

UK – Univerzita Karlova v Praze

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

VHA – virová hepatitida typu A

VHB – virová hepatitida typu B

VHC – virová hepatitida typu C

VS – Vězeňská služba ČR

VTOS – výkon trestu odnětí svobody

VZ – Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZŠ – základní škola

REJSTŘÍK

- abstinence, 49, 84
akreditace, 105, 110
aluminiová fólie, 78
amfetamin, 25, 26, 27, 31, 70, 95, 103, 104
Anonymní alkoholici, 85
Asociace nestátních organizací (A.N.O) zabývajících se
 prevencí a léčbou drogových závislostí, 50, 60, 86,
 97, 98, 110, 134, 135, 136, 137
bezdrogové zóny, 86, 95, 96
buprenorfin, 3, 42, 45, 46, 47, 48, 58, 60, 70, 95, 96,
 101, 109, 135
cena drog, 103, 134
Centrum adiktologie 1. LF UK a VFN, 12, 20, 35, 36,
 77, 136, 137
Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického
 ústavu AV ČR, 27, 28
certifikace, 1, 4, 15, 16, 33, 34, 43, 75, 105, 108, 110,
 111, 112, 134
crack, 45, 65, 67, 103
Česká asociace streetwork, 136
čistota drog, 3, 103, 104, 134
dopravní nehoda, 2, 30, 61, 67, 68, 69, 72, 86, 92, 119,
 133
držení drogy, 1, 3, 5, 86, 88, 91
ESPAD, 23, 29, 137
Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou
 závislost (EMCDDA), 37, 41, 51, 52, 69, 70, 73, 101,
 105, 106, 108, 111, 125, 137
extáze, 1, 4, 7, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 51, 67,
 68, 69, 70, 72, 80, 95, 99, 101, 102, 103, 104
financování, 3, 1, 5, 9, 10, 11, 12, 16, 18, 33, 95, 110,
 120, 121, 122, 123, 124, 127, 135
Generální ředitelství cel, 17, 18, 19, 21, 22, 99, 137
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 95, 137
GHB, 2, 31, 70
halucinogeny, 2, 23, 52, 59, 60, 69, 70, 80
harm reduction, 1, 4, 5, 12, 16, 18, 31, 35, 42, 51, 75,
 80, 114, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 134, 135
hepatitida, 62, 64, 115, 116, 137
heroin, 2, 3, 4, 23, 28, 30, 31, 37, 38, 41, 42, 48, 52, 57,
 58, 60, 63, 65, 66, 69, 76, 77, 78, 83, 84, 86, 87, 89,
 92, 93, 99, 100, 101, 103, 104, 115, 135
HIV/AIDS, 2, 13, 61, 63, 64, 65, 79, 80, 97, 113, 118,
 119, 133, 135, 136
hospitalizace, 3, 42, 49, 59, 60, 67, 109, 114, 115, 122,
 132
hygienická služba, 2, 37, 40, 42, 51, 67, 77, 137
incidence, 2, 37, 42, 51, 61, 62, 63, 135
internetová poradna, 136
intoxikace, 4, 45, 67, 93, 113, 118, 133
kokain, 2, 23, 30, 31, 51, 59, 60, 68, 70, 100, 101, 104
komorbidita, 67, 81
kondom, 75
konopí, 3, 6, 7, 10, 12, 13, 31, 41, 94, 99, 102, 103, 129
konopné látky, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 23, 25, 26, 27, 28, 30,
 41, 42, 50, 51, 52, 56, 58, 59, 60, 67, 68, 69, 76, 83,
 86, 87, 89, 92, 99, 101, 102, 105, 112
hašiš, 28, 29, 99, 102, 103
marihuana, 3, 4, 23, 24, 28, 29, 30, 32, 82, 84, 95,
 99, 101, 102, 103, 104
kouření, 8, 34, 52, 78, 83
kriminalita, 3, 1, 7, 9, 16, 33, 41, 83, 86, 91, 92, 93, 134,
 137
léčba
 ambulantní, 4, 17, 18, 22, 43, 44, 45, 51, 56, 58, 84,
 85, 86, 94, 96, 97, 98, 120, 121, 122, 123, 125,
 132, 133, 134
 lůžková, 17, 18, 22, 43, 49, 50, 86, 96, 110, 121, 132
 ochranná, 94, 137
 rezidenční, 49, 51, 120, 121
 substituční, 3, 4, 12, 17, 18, 22, 42, 43, 45, 46, 47,
 48, 51, 58, 77, 96, 97, 108, 109, 114, 118, 120,
 121, 123, 132, 134, 137
legalizace, 12, 13
legislativa, 10, 12, 13, 15, 72
léky, 3, 8, 9, 12, 28, 30, 41, 46, 67, 69, 70, 72, 93, 99,
 100, 102, 104, 109, 113, 114, 116, 120, 135, 137
LSD, 4, 31, 67, 99, 102, 103
lysohlávky, 31
menšiny, 3, 75, 77, 82
metadon, 3, 41, 45, 46, 47, 69, 70, 73, 84, 86, 96, 109
metoda
 multiplikační, 37, 38, 39, 40, 132, 135
Ministerstvo
 financí, 21, 137
 obran, 17, 18, 19, 21, 22, 33, 120, 137
 práce a sociálních věcí, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 33,
 43, 50, 84, 107, 110, 111, 120, 136, 137
 spravedlnosti, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 86, 87, 88, 89,
 90, 91, 94, 120, 133, 134, 135, 136, 137
 školský, mládeže a tělovýchovy, 16, 17, 18, 19, 20,
 21, 22, 33, 34, 50, 93, 108, 136, 137
 vnitřní, 17, 20, 33, 80, 86, 87, 88, 91, 93, 133, 135,
 136, 137
 zdravotnictví, 8, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 33, 46, 48,
 63, 91, 107, 108, 110, 111, 120, 135, 136, 137
místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele
 drog, 75
množství větší než malé, 1, 5, 6, 7, 128, 129, 131, 132
náklady, 4, 17, 20, 34, 79, 80, 106, 120, 121, 122, 123,
 125, 126
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové
 závislosti (NMS), 2, 16, 23, 25, 26, 27, 31, 32, 35, 38,
 39, 40, 45, 48, 51, 58, 60, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73,
 74, 76, 77, 78, 79, 80, 84, 91, 92, 101, 105, 112, 123,
 132, 133, 134, 135, 136, 137
Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 3, 17,
 18, 19, 21, 22, 86, 87, 88, 91, 93, 99, 100, 101, 103,
 133, 137
Národní strategie protidrogové politiky, 1, 5, 9, 10, 11,
 16, 42, 95, 137
následná péče, 1, 2, 4, 5, 11, 16, 17, 18, 42, 43, 51, 82,
 84, 85, 95, 98, 105, 120, 121, 123, 133
návykové látky, 5, 8, 12, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 33, 35,
 36, 44, 45, 49, 50, 51, 57, 82, 83, 84, 86, 92, 93, 94,
 95, 96, 101, 105, 107, 110, 114, 130, 132, 134
nízkoprahová zařízení, 13, 37, 40, 48, 51, 52, 64, 65,
 75, 76, 77, 78, 79, 80, 114, 133
NNO (nestátní neziskové organizace), 3, 17, 18, 22, 33,
 34, 35, 43, 45, 51, 58, 86, 97, 98, 120, 122, 123, 132,
 137
obvinění, 86, 95
obžalování, 3, 86, 87, 89, 133
odnětí svobody, 3, 6, 9, 65, 86, 94, 95, 96, 137
odsouzení, 3, 86, 87, 89, 90, 94, 95, 96, 97, 133
ohrožené skupiny, 33, 35
ochranná výchova, 17, 34, 50, 132
omamné a psychotropní látky, 1, 5, 6, 7, 8, 68, 69, 72,
 86, 91, 92, 93, 96, 99, 101, 128, 129, 130, 132, 137
opilství, 86, 92
otrava, 113, 117, 119
pervitin, 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29,
 30, 31, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 48, 51, 52, 57, 58,
 60, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 76, 77, 78, 79, 82,
 83, 84, 86, 87, 89, 90, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100,
 101, 102, 103, 104, 115, 134, 135

Policie ČR, 1, 3, 5, 13, 35, 80, 86, 87, 88, 89, 91, 94,
 99, 101, 102, 103, 104, 133, 134, 135, 136, 137
 poppers, 31
 prevence, 3, 1, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 30, 31,
 33, 34, 35, 36, 41, 50, 51, 75, 80, 81, 83, 86, 93, 94,
 95, 98, 108, 112, 119, 120, 121, 125, 126, 134, 135,
 136, 137
 indikovaná, 33, 35, 36
 selektivní, 35
 probace, 86, 87, 90, 93, 134, 137
 problémové užívání, 12, 36, 37, 41, 52
 protilátky, 64, 65, 79, 133
 průzkum
 celopopulační, 23
 školský, 1, 137
 předávkování, 3, 2, 61, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 79,
 98, 113, 117, 118, 119, 133, 135
 přestupek, 1, 3, 5, 6, 7, 30, 86, 91, 102
 psilocybin, 7, 31
 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
 (RVKPP), 2, 1, 4, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20,
 21, 22, 33, 35, 37, 43, 45, 51, 58, 60, 65, 75, 76, 79,
 84, 108, 110, 111, 112, 120, 121, 122, 123, 124, 125,
 126, 132, 133, 134, 135, 137
 registr žádostí o léčbu, 51, 65
 regulace, 100
 Rohypnol, 103
 Romové, 30, 82, 83, 101, 133
 rozpočet, 1, 4, 5, 10, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 34, 45,
 51, 75, 120, 122, 132, 135
 sociální exkluze, 82
 soud, 6, 9, 94
 standardy
 kvality, 15, 33, 43, 75, 105, 107, 110, 111, 112
 léčebné, 4, 105, 108, 111, 112
 starší uživatelé drog, 82
 stíhání, 3, 86, 87, 88, 89, 97, 133, 135
 strategie, 3, 1, 5, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 33, 42, 75, 93,
 95, 127, 137
 streetwork, 104, 136
 Suboxone®, 3, 37, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 101, 135
 substituce, 3, 42, 48, 108, 112, 137
 Subutex®, 2, 3, 37, 38, 39, 41, 42, 45, 47, 48, 52, 58,
 65, 66, 67, 76, 78, 84, 93, 95, 101, 120, 122, 123,
 135
 Světová zdravotnická organizace (WHO), 29, 46, 72,
 80, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 134, 137
 syfilis, 2, 61, 63, 79, 80, 133, 135
 syntetické drogy, 2, 4, 61, 70, 92, 99, 101
 4-MTA, 2, 70
 GHB, 2, 31, 70
 MDA, 104
 MDMA, 4, 7, 51, 67, 69, 70, 72, 99, 101, 104
 šíření toxikomanie, 3, 4, 86, 88, 99, 101
 škola, 4, 16, 30, 33, 34, 35, 36, 50, 108, 136, 137
 tabák, 9, 10, 12, 20, 23, 28, 44, 45, 49, 50, 56, 57, 59,
 60, 82, 125, 132
 taneční drogy, 70, 75
 taneční scéna, 4, 80, 99, 101
 těkavé látky, 2, 23, 30, 41, 43, 52, 59, 60, 61, 67, 68,
 69, 70, 71, 73, 76, 83, 113, 114, 135
 testování, 3, 41, 64, 65, 69, 75, 79, 80, 96, 133
 THC, 2, 3, 12, 30, 61, 67, 68, 70, 71, 72, 96, 99, 129
 toluen, 23, 30, 83
 trest, 3, 6, 8, 9, 43, 86, 90, 94, 95, 96, 128, 129, 130,
 137
 trestný čin, 3, 4, 5, 6, 7, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93,
 94, 95, 99, 101, 129, 134, 137
 úmrtnost, 3, 1, 2, 4, 61, 63, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74,
 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 128, 131, 133,
 134, 135
 vazba, 65, 94
 vězení, 3, 2, 3, 9, 41, 42, 43, 46, 47, 49, 51, 52, 61, 63,
 65, 75, 86, 94, 95, 96, 97, 98, 110, 133, 134, 135,
 136
 vláda, 1, 7, 8, 10, 110
 výdaje
 investiční, 17, 21
 účelově určené, 1, 16
 záchyt, 3, 4, 95, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 134
 drog, 95, 101, 102
 zákon, 1, 3, 5, 6, 7, 8, 12, 15, 34, 69, 86, 91, 94, 99,
 100, 101, 107, 111, 128, 129, 131, 132, 137
 o návykových látkách, 8, 101
 o ochraně před škodami působenými tabákovými
 výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, 8
 o přestupcích, 7, 91
 trestní, 1, 5, 6, 7, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95,
 99, 101, 128, 129, 131, 137
 trestní řád, 69, 94, 137
 zdravotní pojištění, 120, 122, 137
 žádost o léčbu, 2, 42, 51, 52, 54, 65, 80, 135
 želatinová tobolka, 78

ODKAZY

- Acheson, D. (1994) Archie Cochran Memorial Lecture 1993. Proceedings of Annual Conference of British Association of Public Health and Policy. p. 5-7. LSHTM - University of London.
- Adámková, Z., Jurystová, L., Gabrhelík, R., Miovská, L. and Miovský, M. (2009) Primární prevence ve školách zapojených do projektu EUDAP2. *Adiktologie* 9 (2), 87-94.
Notes: anglický abstrakt na str. 86
- Anima (2010) Anima. Dětský klub.
Notes: 6.5.2010, <http://www.anima-os.cz/?dklub>
- Anonymní alkoholici - Česká republika . Anonymní alkoholici - Česká republika. 2010.
Notes: <http://www.sweb.cz/aaceskol/>; zobrazeno: 2010-08
- Borská, V. (2010) Jaký je výskyt virových hepatitid C a B u klientů v psychiatrické léčebně Červený Dvůr za pololetí 1.7.-31.12.2009 užívajících návykové látky intravenózně?
Notes: Zápočtová práce k předmětu Metodologie výzkumu 2, obor Adiktologie, 2. ročník, kombinované studium, 1. LF UK v Praze
- Brown, S.R. (1996) Q Methodology and Qualitative Research. *Qualitative Healths Research* 6 (4), 561-567.
- Běláčková, V. and Horáková, M. (2010) Celopopulační studie užívání návykových látek CS 2008. Praha: NMS, CA.
Notes: V tisku
- Celní protidrogová jednotka (2010a) Přehled záchytů léčiv s obsahem pseudoefedrinu v r. 2009.
Notes: Nepublikováno
- Celní protidrogová jednotka (2010b) Přehled záchytů OPL Celní protidrogovou jednotkou v ČR v r. 2009.
Notes: Nepublikováno
- Centrum pro výzkum veřejného mínění (2010a) Názory občanů na drogy. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění:
Notes: Tisková zpráva ze 12.7.2010
- Centrum pro výzkum veřejného mínění (2010b) Tolerance ke skupinám obyvatel. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění:
Notes: Tisková zpráva ze 4.6.2010
- Conrod, P., Castellanos, N. and Mackie, C. (2008) Personality-targeted interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49 (2), 181-190.
- Conrod, P., Stewart, S., Comeau, N. and Maclean, A. (2006) Efficacy of Cognitive-Behavioral Interventions Targeting Personality Risk Factors for Youth Alcohol Misuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 35 (4), 550-563.
- Csémy, L., Knight, J., Starostová, O., Sherritt, L., Kabíček, P. and Van Hook, S. (2010) Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT .
Notes: 2.3.2010, <http://www.cepros.cz/lekari/screening-rizikoveho-uzivani-navykovych-latek-u-dospivajicich:-zkušenosti-s-ceskou-adaptaci-dotazniku-crafft.html>
- Csémy, L. (1999) Závěrečná zpráva projektu NR1264 - IGA MZd ČR „Mládež a návykové látky“ . NR1264 - IGA MZd. 48 Praha: Ministerstvo zdravotnictví.
- Csémy, L., Chomynová, P. and Sadílek, P. (2009) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády ČR. 978-80-87041-94-9.
- Department of Health (England) and the devolved administrations (2007) Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.
Notes: http://www.nta.nhs.uk/areas/clinical_guidance/clinical_guidelines/default.aspx [2010-08-12]
- Disdarevič, S. and Šloufová, R. (2009) National Report on Youth Homelessness and Youth at Risk of Homelessness in the Czech Republic. Prague: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií.
- Dolanská Pavla, Korčíšová Blanka, Mravčík Viktor and Řehák Vratislav (2004) Testování infekcí u uživatelů drog v

nízkoprahových zařízeních. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-16-1.

- Dolejš, M. (2009) Školní metodici prevence v Olomouckém kraji - analýza pracovních podmínek. *Adiktologie* 9 (1), 44-51.
- Dvořáček, J. (2003) Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci obecné otázky. Kapitola 5/5. - Zvládání akutní intoxikace - speciální postupy u jednotlivých návykových látek. Kapitola 5/6. - Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. Kapitola 5/7. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, Praha: Úřad vlády České republiky]
- EMCDDA (2004) An overview of cannabis potency in Europe . Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities.
- Erva, J. (2010) Typologie pravidelných uživatelů marihuany podle míry kontroly. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd.
Notes: bakalářská práce
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009) An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.
Notes: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_67060_EN EMCDDA-PDU-overview.pdf
- Gabrhelíková, P. (2010) Uživatelé návykových látek v péči Probační a mediační služby České republiky: prevalenční odhady, evidence a výkaznictví dat - závěrečná zpráva výzkumné studie .
Notes: Nepublikováno, zpracováno pro NMS
- GAC spol. s r.o. (2009) Dlouhodobý monitoring situace romských lokalit - české lokality. Souhrnná zpráva. Praha: GAC spol. s r.o.
Notes: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Souhrnna-zprava.pdf>
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2010a) Statistická ročenka VS ČR za rok 2009.
Notes: <http://www.vscz.cz/generalni-reditelstvi-19/statistiky-a-udaje-103/statisticke-rocenky-1218/>
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2010b) Vyhodnocení činnosti Vězeňské služby České republiky v protidrogové politice za období 2009.
Notes: Nepublikováno
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2010c) Údaje o aktuálním počtu evidovaných a léčených vězňů infikovaných VHB, VHC a HIV v r. 2009.
Notes: Poskytnuto pro potřeby NMS Odborem zdravotní služby GRVS
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2010d) Údaje o testování vězňů na VHB, VHC a HIV v 1. pololetí 2010.
Notes: Poskytnuto pro potřeby NMS Odborem zdravotní služby GRVS
- Guryčová, Z. (2010) Perorální aplikace pervitinu formou želatinové kapsle. *Adiktologie* 10 (1), 56-62.
- Haasen et al. (2008) Quality of treatment services in Europe drug treatment situation and exchange of good practice. Brussels: European Commission, Directorate General for Health and Consumer Protection.
Notes: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf [2010-08-12]
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A. and Kraus, L. (2009) The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries . Stocholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Howlet, M. and Ramesh, M. (1995) Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems. Oxford: Oxford University Press.
- Hughes, J.J. (1999) Paying injection drug users to educate and recruit their peers: why participant-driven interventions are an ethical public health model. *Qual Manag Health Care* 7(4) 4-12.
- Jeřábek, P. (2010) Quo vadis, adiktologické guidelines? *Adiktologie* 10 (1), 189-192.
- Jihočeský streetwork, o.s.P. (2010) Prevence zneužívání syntetických drog 2009.
Notes: Prezentace uskutečněná na pracovní skupině NMS Systém včasného varování před novými drogami 4. května 2010
- Jurystová, L., Gabrhelík, R. and Miovský, M. (2009) Formativní evaluace procesu implementace preventivního

programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie* 9 (1), 11-19.

- Kabíček, P. and Csémy, L. (2010) Syndrom rizikového chování dospívajících. *Zaostřeno na drogy*
Notes: V tisku
- Kajanová, A. and Mrhálek, T. (2009) Užívání návykových látek jako sociální determinanty zdraví vybraných romských rodin. *Adiktologie* 9(4), 214-220.
- Kalina, K. and Jaroš, J. (1998) Omezování poptávky po zdravotních službách individualizací plateb. Grant IGA MZ ČR 5046-1. Praha: Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy.
- Kalina K. et al. (2001) Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Filia Nova/Rada vlády ČR - Meziresortní protidrogová komise.
- Kalina K. et al. (2002) Standardy a akreditace služeb pro problémové uživatele drog a drogově závislé v České republice. Souborná zpráva, PHARE Twinning Project CZ 2000/IB/JH/03 „Posílení národní protidrogové politiky“.
- Kalina K. et al. (2003) Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémových uživatelům a závislým na návykových látkách, verze 7 - 2.revize.
Notes: www.cekas.cz [2010-08-12]
- Kalina, K. (2000) Kvalita a efektivita v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Praha: Inverze/Sananim.
- Kalina, K. (2001) Jaká péče je kvalitní? Zajišťování a hodnocení kvality ve službách a programech pro drogově závislé. *Adiktologie* 1(1), 53-68.
- Kalina, K. (2003) Hodnocení služeb: kvalita, účinnost, náklady. Kapitola 7/8. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, Praha: Úřad vlády České republiky]
- Kalina, K. (2006) Therapeutic Communities for Addicts in the Czech Republic Roots, Recent Development and Current Profiles. *Therapeutic Communities* 27(1) 31-44.
- Kalina, K. (2007a) Developing the System of Drug Services in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues* 37 (1), 181-204.
- Kalina, K. (2007b) Profily terapeutických komunit. Kapitola 3/1. Nevšímal, P., (Ed.) Praha: Nakladatelství Lidové noviny (Středočeský kraj/hlavní město Praha/Magdaléna o.p.s.).
- Kalina, K. (2009a) Drogy, mýty a politika (o sexu nemluvě). *Adiktologie* 9 (1 - supplementum), 37-45.
Notes: předneseno na XV. celostátní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 48. celostátní konferenci AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Měřín 31.5. - 4.6.2009
- Kalina, K. (2009b) Z Čech až na konec světa (o českém předsednictví v Horizontální skupině pro drogy při Radě EU). *Adiktologie* 9(3) 133-136.
- Kalina, K. (2010) Nedoporučitelné „doporučené postupy“. *Adiktologie* 10(1) 193-196.
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2007a) Zpráva o stavu romských komunit v České republice v roce 2006. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
Notes: Zpráva schválená vládou ČR usnesením č. 679 ze dne 18. června 2007
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2007b) Závěrečná zpráva dotačního programu Podpora terénní sociální práce za rok 2006. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2008) Závěrečná zpráva dotačního programu Podpora terénní sociální práce za rok 2007. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2009) Závěrečná zpráva dotačního programu Podpora terénní sociální práce za rok 2008. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2010a) Závěrečná zpráva dotačního programu Podpora terénní sociální práce za rok 2009. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2010b) Závěrečná zpráva o stavu romských komunit v České republice za rok 2009. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.

- Kašparová, I., Ripka, Š. and Janků, K.S. (2008) Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice - moravské lokality. Praha: Úřad vlády ČR.
- A Kluby ČR, o.p.s. (2009) Mládež a drogy .
Notes: Výzkumná zpráva pro zadavatele. Nепublikováno.
- Knight, J.R., Sherritt, L., Harris, S.M., Gates, E.C. and Chang, G. (1999) A New Brief Screen for Adolescent Substance Abuse. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* 153, 591-596.
- Kocáb, M. (2010) Koncepce romské integrace na období 2010-2013. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
- Lejčková, P. and Mravčík, V. (2005) Úmrtnost uživatelů drog ČR. Souhrn výsledků kohortové studie. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 54 (4), 154-160.
- Lejčková, P. and Mravčík, V. (2007) Mortality of Hospitalized Drug Users in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues* 37 (1), 103-118.
- Linek, L. (2010) Vliv kvality datových souborů, znění otázek a kontextu dotazování na relativní četnosti odpovědí vedou dotazníkových šetřeních ohledně užívání drog. (srovnání Celopopulačního průzkumu užívání psychotropních látek a postojů k němu v ČR v roce 2008 a Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu v ČR).
Notes: Nепublikováno, zpracováno pro NMS
- Madray, H., van Hulst, Y. and Hughes, J.J. (2000) Reducing HIV/AIDS high-risk behavior among injection drug users: peers vs. education. *J Drug Educ* 30(2) 205-11.
- Malý, M. (2010) Úmrtí osob s HIV/AIDS v ČR k 31.7.2010. SZÚ Praha.
Notes: Nепublikováno, 6 stran
- Markvartová, L. (2010) Kontrolované užívání pervitinu. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd.
Notes: bakalářská práce
- Ministerstvo spravedlnosti ČR (2010a) Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2009 podle paragrafů trestního zákona . Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.
Notes: <http://portal.justice.cz>
- Ministerstvo spravedlnosti ČR (2010b) Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2009 podle typů drog a podle drogových paragrafů .
Notes: Zpracováno pro NMS
- Ministerstvo spravedlnosti ČR (2010c) Statistiky státních zastupitelství za r. 2009: Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách podle paragrafů trestního zákona. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.
Notes: <http://portal.justice.cz>
- Ministerstvo spravedlnosti ČR (2010d) Trestní statistika státních zastupitelství za r. 2009: Přehledy o stíhaných, podezřelých, obžalovaných, odsouzených osobách a trestech podle typů drog a podle drogových paragrafů.
Notes: Zpracováno pro NMS
- Ministerstvo vnitra ČR (2010a) Statistické přehledy kriminality v r. 2009 (ESSK). Praha: Ministerstvo vnitra ČR.
Notes: <http://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-327216.aspx>
- Ministerstvo vnitra ČR (2010b) Statistické přehledy kriminality v r. 2009 podle krajů (ESSK). Praha: Ministerstvo vnitra ČR.
Notes: <http://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-327216.aspx>
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2008) Věstník MZ ČR částka 3/2008 - Standard substituční léčby . Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Notes: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_2035_1034_3.html [2010-08-12]
- Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL (2009) Přehled dovozu a distribuce přípravku Subutex a Suboxone v r. 2008.
Notes: Zpracováno pro potřeby NMS
- Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL (2010) Přehled dovozu a distribuce přípravku Subutex a Suboxone v r. 2009.
Notes: Zpracováno pro potřeby NMS
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2005) Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek.

- Miovská, L., Miovský, M., Gabrhelík, R. and Adámková, T. (2009) Pilotní implementace a výsledky evaluace primárně preventivního programu Unplugged v rámci projektu EU-Dap 2 . Praha: Centrum adiktologie.
Notes: Tisková zpráva
- Miovský, M., Kalina, K., Radimecký, J., Zábranský, T. and others (2009) Výroční zpráva Centra adiktologie. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1.LF UK.
- Miovský, M. (2008) Evaluace adiktologických programů a služeb. Kapitola 22. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Základy klinické adiktologie*, Praha: Grada Publishing]
- Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., Miovská, L., Gajdošíková, H. and Vopravil, J. (2008) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007 . Praha: Úřad vlády ČR. 978-80-870241-46-8.
- Mravčík, V., Nechanská, B. and Šťastná, L. (2010a) Ambulantní péče o uživatele a závislé na návykových látkách v ČR ve zdravotnické statistice od r. 1963.
Notes: připraveno k publikaci
- Mravčík, V., Nechanská, B. and Šťastná, L. (2010b) Lůžková péče o uživatele a závislé na návykových látkách v ČR ve zdravotnické statistice od r. 1959.
Notes: odesláno k publikaci
- Mravčík, V. and Nečas, V. (2010) Testování infekčních chorob jako součást prevence a snižování rizika infekcí mezi injekčními uživateli drog v ČR. *Adiktologie* (10)2 84-90.
- Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Kiššová, L., Běláčková, V., Gajdošíková, H. and Vopravil, J. (2009) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008 . Praha: Úřad vlády ČR. 978-80-870241-99-4.
- Mravčík, V., Zábranský, T. and Vorel, F. (2010) Výskyt etanolu a dalších drog u smrtelných dopravních nehod v České republice v r. 2008. *Čas Léč Čes* 149 (7) 332-336.
- Mravčík, V., Škařupová, K. and Orlíková, B. (2008) Rekreační užívání drog. Užívání drog v prostředí zábavy a existující intervence v ČR. *Zaostřeno na drogy* 6 (3), 1-16.
- Mravčík, V., Škařupová, K., Orlíková, B., Zábranský, T., Karachaliou, K. and Schulte, B. (2010) Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: A new harm reduction approach .
Notes: Journal article submitted for publication
- Nechanská, B., Mravčík, V., Šťastná, L. and Brožová, J. (2010) Uživatelé alkoholu a drog ve zdravotnické statistice od r. 1959. Praha: Úřad vlády České republiky.
Notes: připraveno k publikaci
- Nekola, M. (2010) Užívání nelegálních drog z pohledu aktérů české drogové politiky. Fakulta sociálních věd, Univerzita Karlova v Praze.
Notes: Nepublikovaný manuskript
- Nesvadbová, L., Šandera, J. and Haberlová, V. (2009) Romská populace a zdraví. Česká republika - Národní zpráva 2009. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
- Nešpor, K. (2010) Doporučené postupy v léčbě návykových poruch a patologického hráčství. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP.
Notes: www.psychiatrie.cz [2010-08-12]
- NICE (2008) Drug Misuse. Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline No. 51. London/Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, for NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence).
- Novotný, O., Vanduchová, M. and kol. (2007) Trestní právo hmotné. Obecná část. Praha: ASPI.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004) Vedlejší výsledky studie "Rozsah péče v psychiatrických ordinacích poskytujících služby uživatelům návykových látek". Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
Notes: Nepublikovaná část výsledků
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006) Seznam a definice výkonů drogových služeb.

Praha: Úřad vlády České republiky.

- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008a) Studie Tanec a drogy 2007 - souhrn hlavních výsledků. Praha: Úřad vlády ČR.
Notes: Tisková zpráva, zveřejněná 11. 3. 2008.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008b) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2007.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009) Celopopulační studie Užívání psychotropních látek a postoje k němu v České republice v roce 2008: předběžné výsledky. NMS.
Notes: Dosud nepublikováno.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2010a) Evaluace projektu Safer Party Tour 2009.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2010b) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat z nízkoprahových zařízení v r. 2009.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2010c) Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2009.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2010d) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2009.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2010e) Zápis ze setkání pracovní skupiny NMS „Populační a školské průzkumy o postojích k užívání drog“.
Notes: http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/pracovni_skupiny
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES (2008) Lékaři České republiky 2007 - Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES (2009) Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP (2010) Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2009.
Notes: Nepublikováno
- Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2010) Retrospektivní odhad rozsahu finančně motivované sekundární drogové kriminality v r. 2009.
Notes: Nepublikováno
- Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2010a) Výroční zpráva za rok 2009. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
- Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2010b) Záchyty drog v r. 2009 podle objemu.
Notes: Zpracováno pro NMS
- Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2010c) Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2009.
Notes: Zpracováno pro NMS
- Petroš, O., Mravčík, V. and Korčišová, B. (2005) Spotřeba drog problémovými uživateli. *Adiktologie* 5 (1), 49-59.
- Policejní prezidium České republiky (2010) Skutky spáchané pod vlivem (statistické sestavy zpracované pro celou ČR a podle policejních krajů). Praha: Policejní prezidium České republiky, .
Notes: Nepublikováno, pro potřeby NMS zpracovala Centrála informatiky a analytických procesů SKPV Policejního prezidia ČR, Odbor analytických procesů
- Popov, P. and Nešpor, K. (2006) Závislost na psychoaktivních látkách. In: Raboch et al., (Ed.) *Psychiatrie - Doporučené postupy psychiatrické péče II.*, Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP]

- Pracovní skupina pro metamfetamin (2010) Zápisy z jednání 9.12. 2009 a 25.5. 2010.
Notes: http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/pracovni_skupiny
- Probační a mediační služba ČR (2010) Přehled trestných činů uživatelů drog v r. 2009.
Notes: Zpracováno pro NMS
- Radimecký J. et al. (2008) Evaluace 1. etapy procesu certifikací. Praha: Národní vzdělávací fond/Úřad vlády ČR.
Notes: www.cekas.cz [2010-08-12]
- Radimecký, J. (2009) Editorial aneb zpráva o stavu unie pod českým předsednictvím. *Adiktologie* 9 (2), 69-70.
- Radimecký, J., Janíková, B. and Záborský, T. (2010) Trendy na drogové scéně v ČR. Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů. Praha: Úřad vlády ČR.
Notes: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/e_publikace/trendy_na_drogove_scene_v_cr_ohniskove_skupiny_s_pracovniky_nizkoprahovych_programu
- Růžička, M. (2010) Krátký intervenční program pro ambulantní léčbu osob závislých na stimulantech. *Adiktologie* 10 (1), 64-67.
- Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2010) Nehodovost na pozemních komunikacích v České republice za rok 2003-2008 - analýza poskytnutá pro účely VZ 2009.
Notes: Nepublikováno
- SocioFactor s.r.o. (2010) Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách - pilotní ověření. Ostrava - Přívoz, SocioFactor s.r.o.:
Notes: Zpracováno pro Agenturu pro sociální začleňování v romských lokalitách. Nepublikováno.
- Sovinová, H. and Csémy, L. (2010) Determinanty rizikových forem užívání alkoholu v populaci mladých dospělých: analýza zdravotních, sociálních a psychologických souvislostí. Praha: # NS9645-4/2008 IGA MZ CR.
Notes: Nepublikováno
- Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie (1999) Stanovisko Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie k problematice výpočtů koncentrace etanolu v krvi. *Soudní lékařství* 44, 55
- Starostová, O., Kabiček, P., Jacobs, P. and Čápková, E. (2007) Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost - praktická příručka prevence. *Vox Paediatricae* 7, 36-38.
- Studničková, B. (2009) Žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog v ČR. Hodnocení kvality sbíraných dat. *Zaostřeno na drogy* 7 (1), 1-12.
- Studničková, B. (2010) Výsledky testů na HIV, VHA, VHB a VHC a výskyt rizikového chování u žadatelů o léčbu v Registru žádostí o léčbu - analýzy pro účely zpracování VZ 2009.
Notes: Nepublikováno
- Studničková, B. and Petrášová, B. (2010) Výroční zpráva ČR 2009. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.
- Státní zdravotní ústav Praha (2010a) Virové hepatitidy 1996-2009 (EPIDAT) - analýza pro účely VZ 2009.
Notes: Nepublikováno
- Státní zdravotní ústav Praha (2010b) Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2009 - analýza pro účely VZ 2009 zpracovaná NRL pro AIDS.
Notes: Nepublikováno
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2008) Spotřeba léčiv v České republice v roce 2007.
Notes: <http://www.sukl.cz/spotreba-leciv-2007>
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2010) Množství léčiv s obsahem pseudoefedrinu prodávaných v letech 2007 až 2010.
Notes: Nepublikováno
- Szymanski, P. (2010) Produkty z pseudoefedryna - analýza.
Notes: Nepublikováno
- Škařupová, K. and Kubů, P. (2010) Analýza využití služby Promile INFO za období od 1/9/2005 do 31/8/2010.
Notes: Nepublikované výsledky.

- Škařupová, K. (2010) Health and Drug Surveys.
Notes: Zpráva pro EMCDDA. Nepublikováno.
- Škuba, J. (2010) Sekundární drogová kriminalita. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky.
Notes: Nepublikováno, bakalářská práce oboru Adiktologie
- Šucha, M. (2010a) Metodika indikované primární prevence PREVenture základní informace.
Notes: 3.6.2010, <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/218/1681/Metodika-indikovane-primarni-prevence-PREVenture-zakladni-informace.html>
- Šucha, M. (2010b) Převod a standardizace psychodiagnostické metody Substance Use Risk Profile Scale (SURPS) a tvorba norem u Osobnostního dotazníku pro mládež (HSPQ) - výsledky.
Notes: 3.6.2010, <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/218/1644/Prevod-a-standardizace-psychodiagnosticke-metody-Substance-Use-Risk-Profile-Scale-SURPS-a-tvorba-norem-u-Osobnostniho-dotazniku-pro-mladez-HSPQ-vysledky.html>
- Šupková, D. (2008) Závislost jako jeden z aspektů života bezdomovců. *Adiktologie* 8 (1), 45-51.
- Šťastná, L. (2010) Užívání návykových látek u dětí a dospívajících z etnických minorit s důrazem na přenos poznatků a zkušeností z Norska ohledně výzkumu, vývoje a úpravu programů pro selektivní a indikovanou prevenci - výstupy projektu.
Notes: 6.3.2010, <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/365/1749/Uzivani-navykovych-latek-u-deti-a-dospivajicich-z-etnickych-minorit-s-durazem-na-prenos-poznatku-a-zkusenosti-z-Norska-ohledne-vyzkumu-vyvoje-a-upravu-programu-pro-selektivni-a-indikovanou-prevenci-vystupy-projektu.html>
- Šťastná, L., Adámková, T. and Chomynová, P. (2010a) Užívání drog v národnostních menšinách v ČR. *Adiktologie* (10) 1, 36-44.
- Šťastná, M., Beníšková, T., Homolová, K. and Leitermannová D. (2010b) Zpracování analýzy a aktuální situace v poskytování služeb v oblasti prevence sociálně patologických jevů na území Ústeckého kraje.
Notes: 20.7.2010, : <http://www.pppuk.cz/nase-sluzby/projekty-a-akce>
- UNAIDS and WHO (2004) Policy statement on HIV testing.
Notes: http://data.unaids.org/una-docs/hivtestingpolicy_en.pdf
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2008) Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2010a) Psychiatrická péče o uživatele návykových látek v r. 2009 - analýza pro účely VZ 2009.
Notes: Nepublikováno
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2010b) Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v ambulantních zařízeních ČR v roce 2009 - Aktuální informace č. 18/2010. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2010c) Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR v roce 2009 - Aktuální informace č. 44/2010. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2010d) Údaje o počtu a kapacitě detoxifikačních jednotek v ČR.
Notes: Nepublikovaný průzkum pro potřeby NMS
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2010e) Údaje v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - rok 2009 - Aktuální informace č. 4/2010. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2010f) Údaje z informačního systému Zemřelí - extrakce případů drogových úmrtí podle kritérií EMCDDA.
Notes: Nepublikováno
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2010g) Údaje z Národního registru pohlavních nemocí v letech 2000 až 2009.
Notes: Nepublikováno
- Valeš, F. (2009) Vězeňství a trestní justice.
Notes: <http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2009042104>
- Vermeulen, E., Buisman, W. and others (2003) MedEd Final Report. Amsterdam: Jellinek International Projects & EATI (European Addiction Training Institute).

- Večerka, K., Holas, J., Tomášek, J., Diblíková, S. and Blatníková, Š. (2009) *Mládež v kriminologické perspektivě*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Vopravil, J. (2010) *Odhad drogového trhu jako součásti nelegální ekonomiky*. Praha: Vysoká škola ekonomická.
Notes: Disertační práce
- Vopravil, J.e.al. (2005) *Data Collection: Illegal Activities*.
Notes: PHARE Multi-beneficiary Statistical Co-operation Programme 2002, Eurostat Grant Contract No. 2004.19100.005, dostupné z <http://circa.europa.eu/>
- WHO (1997) *Guidelines for Health Care Practice*. Editor. Selbstmann, J., (Ed.) Copenhagen: WHO European Regional Office.
- WHO (2000) *International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. Geneva: WHO/UNDCP/EMCDDA.
- WHO (2009) *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse
. Notes: http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf [2010-08-12]
- World Health Organization, Regional Office for Europe (2008) *Inequalities in Young People's Health*. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO.
- Zaoral, A. and Weinberger, J. (2010) *DRUID Roadside Survey - Country Report Czech Republic*. Transport Research Centre.
Notes: Nepublikováno.
- Zeman, P. and Gajdošíková, H. (2010) *Nový trestní zákoník. Zaostřeno na drogy* 8 (1), 1-12.
- Zábranský, T., Csémy, L., Grohmannová, K. and Janíková, B. (2010) *Úmrtnost a zdravotní stav klientů pražských zařízení služeb pro injekční uživatele nelegálních drog z let 1996-8: follow-up studie. Průběžná zpráva*. Praha: Centrum adiktologie.
- Zábranský, T., Mravčík, V. and Chomynová, P. (2009) *Overall Mortality of Drug Users in the Czech Republic*. 1st edn, Prague / Lisbon: ResAd / EMCDDA.
- Zábranský, T., Vorel, F., Balíková, M. and Šejvl, J. (2004) *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR. Stručný souhrn a manuál pro monitorování*. Praha: Úřad vlády ČR. 80-86734-37-4.
- Ženíšková, J. (2010) *Zpráva sekce Drogových služeb ve vězení Asociace nestátních organizací za rok 2009*.
Notes: Poskytnuto pro potřeby NMS

VÝROČNÍ ZPRÁVA O STAVU VE VĚCÍCH DROG V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2009

- Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR vydává Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS). Poprvé byla v knižní podobě vydána v r. 2001. Zpráva se zpracovává podle osnovy zadané Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) se sídlem v Lisabonu.
- Distribuci zajišťuje vydavatel. Elektronická verze je k dispozici na drogovém informačním portálu, na adrese www.drogy-info.cz (česky a anglicky).

DOSUD VYDANÉ ODBORNÉ PUBLIKACE

- Action Plan for the Implementation of the National drug Policy Strategy for the period 2005–2006, ISBN 80-86734-61-7
- Addiction and Eating Disorders – Neurobiology and Comorbidities, (Workshop), ed. Šulcová, A., ISBN 978-80-87041-18-5
- Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006, ISBN 80-86734-56-0
- Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003, Miovska, L., Miovska, M., Gabrhelík, R. & Charvát, M., ISBN 80-86734-44-7
- Buprenorfin – rozbor kritických otázek, Verster, A., Buning, E., ISBN 978-80-87041-11-6
- Drogy a drogová závislost: Vzájemné propojení výzkumu, politiky a praxe, Hartnoll, R., ISBN 80-86734-45-5
- Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, Kalina, K. a kol., 2003, ISBN 80-86734-05-6
- Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003, Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H., ISBN 80-86734-94-3
- Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) - Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007, Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P., 2009, ISBN 978-80-87041-94-9.
- Impact Analysis Project of New Drugs Legislation (Summary Final Report), Zábanský, T. et. al., 2001, bez ISBN
- Informace pro tvůrce politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech, Verster, A., Buning, E., 2004, ISBN 80-86734-15-3
- Interakce mezi léky při substituční léčbě opioidy, kol., 978-80-87041-69-7
- Jak maskovat etické otázky ve výzkumu závislosti, Uhl, A., 978-80-87041-39-0
- Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí (Příručka o efektivní školní drogové prevenci), Galla, M. et. al., ISBN 80 6734-38-2
- Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti, Gossop, M., 978-80-87041-81-9

- Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, ISBN 80-86734-39-0
- National Drug Policy Strategy for the period 2005 to 2009 – The Czech Republic, ISBN 80-86734-40-4
- Nové syntetické drogy, Páleníček, T., Kubů, P., Mravčík, V., 2004, ISBN 80-86734-26-9
- Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu, Sadílek, P., Mravčík, V., ISBN 80-86734-89-7
- Poziční dokument o věznicích, drogách a harm reduction, WHO, 2006, ISBN 80-86734-76-5
- Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací., McGrath, J., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M., ISBN 978-80-87041-16-1
- Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy (souhrnná závěrečná zpráva), Zábanský, T. a kol., 2001, bez ISBN
- Protidrogová strategie EU (2005-2012), ISBN 80-86734-64-1
- Protidrogový akční plán EU (2005-2008), ISBN 80-86734-57-9
- Průvodce léčbou v terapeutické komunitě, Preston, A., Malinowski, A. a Šefránek, M., ISBN 978-80-87041-28-4
- Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling), Hartnoll, R., 2003, ISBN 80-86734-08-0
- Seznam a definice výkonů drogových služeb, kolektiv, ISBN 80-86734-81-1
- Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci, kolektiv, 2003, ISBN 80-86734-09-9
- Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR, Zábanský, T., Vorel, F., Balíková, M., Šejvl, J., 2004, 80-86734-37-4
- Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002, Lejčková, P., Mravčík, V., Radimecký, J., 2004, ISBN 80-86734-14-5
- Tanec a drogy 2000 a 2003; výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice, Kubů, P., Škařupová, K., Csémy, L., ISBN 80-86734-77-3
- Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních, Dolanská, P., Korčíšová, B., Mravčík, V., 2004, ISBN 80-86734-16-1
- Užívání drog v EU – legislativní přístupy, EMCDDA, ISBN 80-86734-50-1
- Vězeňství a nelegální drogy, sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích, Miovska, M. a kol., 2003, ISBN 80-86734
- Výměna jehel ve věznicích: Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností, Lines, R., Juergens, R., Betteridge, G., Stoeber, H., Laticevschi, D., Nelles, J., ISBN 80-86734-79-X
- Výroční zpráva 2003 – Stav ve věcech drog v přístupujících a kandidátských zemích EU, kolektiv, 2004, ISBN 80-86734-17-X



neprodejné