



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Výroční zpráva

o stavu ve věcech drog
v České republice
v roce 2014

> 2014



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014

Viktor Mravčík, Pavla Chomynová, Kateřina Grohmannová, Barbara Janíková,
Lucie Grolmusová, Zuzana Tion Leštinová, Zdeněk Rous, Lucia Kiššová, Blanka Nechanská,
Bruno Sopko, Tomáš Vlach, Hana Fidesová, Lucie Jurystová, Jiří Vopravil, Hana Malinová

Praha, září 2015

Z pověření vlády České republiky a Evropského monitorovacího centra pro drogy
a drogovou závislost

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI
SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014

© Úřad vlády České republiky, 2015

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

tel.: +420 296 153 222

www.drogy-info.cz

Editor/ MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

Odpovědný redaktor/ Mgr. Lucie Grolmusová

Spolupráce na vizualizaci dat/ Visual Data, www.visualdata.cz

Spolupráce na grafickém vzhledu/ Missing Element, www.missing-element.com

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

Pro bibliografické citace/

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., GROLMUSOVÁ, L., TION
LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KÍŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H.,
JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J., MALINOVÁ, H. 2015. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České
republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.).
Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 978-80-7440-134-3

Obsah

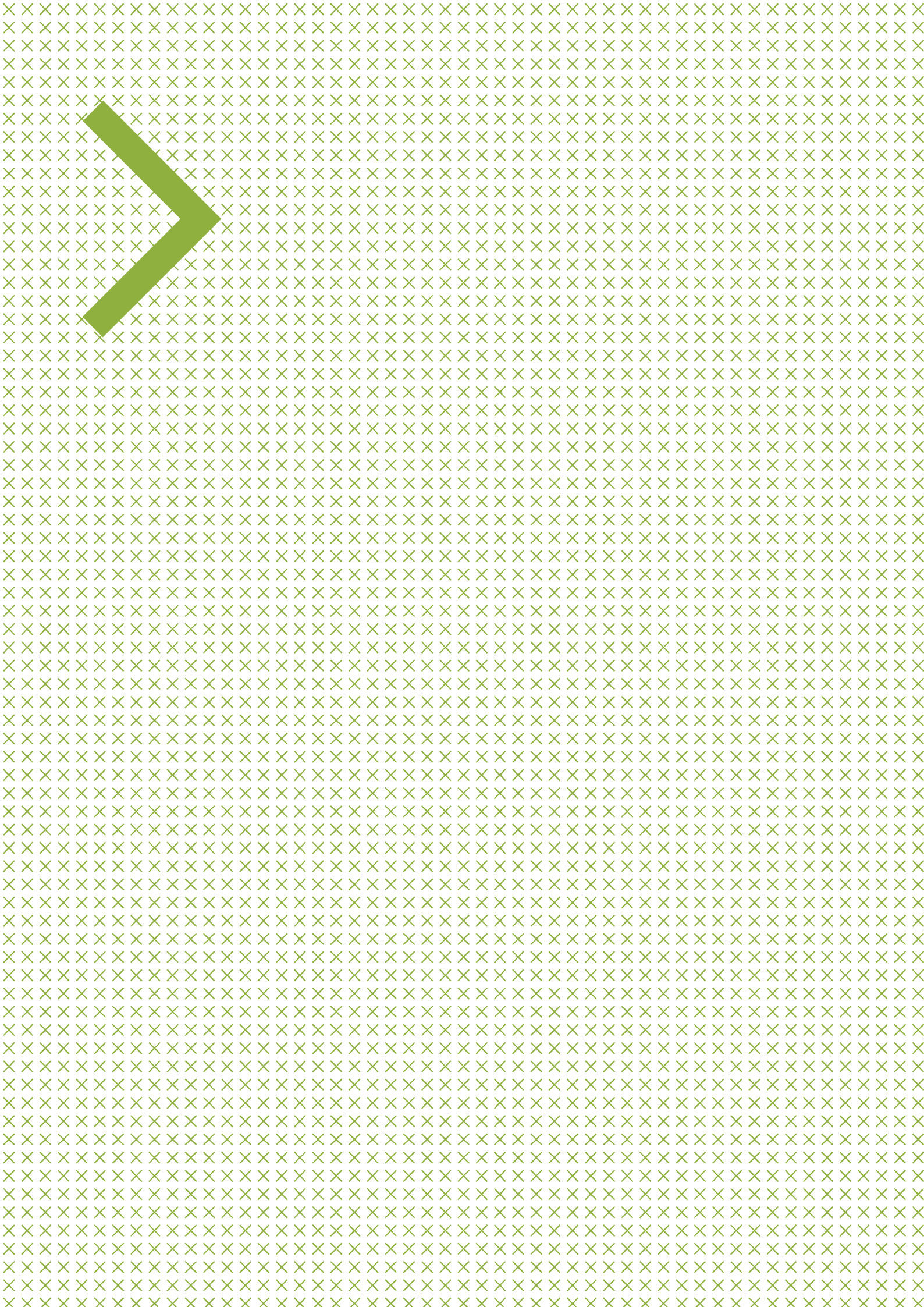
Úvod.....	1
Souhrn.....	3
Kapitola 1: Národní protidrogová politika a její kontext.....	13
1.1 Legislativní rámec.....	14
1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace	19
1.3 Rozpočty a financování.....	29
Kapitola 2: Užívání drog v populaci.....	43
2.1 Užívání drog v obecné populaci.....	44
2.2 Postoje k užívání návykových látek.....	48
2.3 Užívání drog ve školní populaci.....	50
2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace.....	56
Kapitola 3: Prevence	65
3.1 Politika a strategie v oblasti prevence	65
3.2 Všeobecná prevence.....	67
3.3 Selektivní a indikovaná prevence.....	68
3.4 Mediální a informační kampaně.....	69
3.5 Výzkum a evaluace v prevenci	72
Kapitola 4: Problémové užívání drog.....	75
4.1 Odhady počtu problémových uživatelů drog.....	75
4.2 Vzorce a charakteristiky problémového užívání drog	85
Kapitola 5: Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog.....	91
5.1 Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislostí	92
5.2 Síť specializované adiktologické péče	95
5.3 Charakteristiky léčené populace.....	107
5.4 Trendy léčených uživatelů drog.....	112
Kapitola 6: Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	117
6.1 Infekce spojené s užíváním drog.....	117
6.2 Další zdravotní následky užívání drog.....	127
6.3 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog.....	132
Kapitola 7: Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	137
7.1 Legislativní rámec a strategie v oblasti snižování rizik	137
7.2 Prevence předávkování.....	138
7.3 Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog.....	138
7.4 Opatření zaměřená na další zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	143
Kapitola 8: Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog	147
8.1 Socioekonomická situace uživatelů drog	148
8.2 Užívání drog v sociálně znevýhodněných skupinách a lokalitách	153
8.3 Sociální reintegrace	158
Kapitola 9: Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení.....	163
9.1 Primární drogová kriminalita	163
9.2 Sekundární drogová kriminalita	172
9.3 Uživatelé drog ve vězení	175
Kapitola 10: Drogové trhy	183
10.1 Produkce, spotřeba, dovoz a vývoz drog.....	183
10.2 Záchyty drog.....	190
10.3 Ceny a čistota drog.....	192

Přílohy	195
Seznam tabulek, grafů a obrázků	195
Vybrané stránky s drogovou tematikou na českém internetu	202
Zkratky	204
Rejstřík	206
Použitá literatura	209

Úvod

Tato zpráva se zabývá téměř výhradně nelegálními či pouličními drogami, nikoliv tedy primárně alkoholem, tabákem nebo hazardním hraním. Situaci v ČR v oblasti hazardního hraní a jeho dopadů monitoruje podrobně výroční zpráva o hazardním hraní (Mravčík et al., 2015c). Výskytu, vzorcům a dopadům užívání alkoholu a tabáku se podrobně věnuje samostatná výroční zpráva (Sovinová a Csémy, 2015b).

Jde o třináctou výroční zprávu Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti o drogové situaci v České republice. Národní monitorovací středisko děkuje za pomoc a spolupráci při zpracování této výroční zprávy všem svým spolupracovníkům, členům pracovních skupin, organizacím, institucím a orgánům, kteří poskytli data a informace, které shromáždili při své činnosti nebo ve svých výzkumných projektech, a kteří přispěli k jejich souhrnné interpretaci a k sestavení této zprávy.



Souhrn

> Protidrogová politika

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) se svým systémem výborů a pracovních skupin, který v souvislosti s procesem integrace prošel v r. 2015 revizí.

Protidrogová politika ČR je nově definována jako integrovaná, tzn. spojující témata užívání alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní. V prosinci 2014 byla schválena revize Národní strategie 2010–2018, která rozšířila strategii o oblast hazardního hraní a alkoholu.

V současné době je v platnosti třetí akční plán protidrogové strategie na období 2013–2015, který je primárně zaměřen na problematiku nelegálních drog. V návaznosti na proces integrace protidrogové politiky jsou v různém stadiu příprav a schvalování akční plány pro oblast hazardního hraní, alkoholu a tabáku, všechny na období 2015–2018.

Protidrogová politika 11 krajů vychází z krajských protidrogových strategických dokumentů, ve 3 krajích (Středočeském, Plzeňském a Ústeckém) je protidrogová politika součástí širší strategie pro oblast sociální politiky nebo prevence kriminality.

Funkce krajského protidrogového koordinátora je zřízena ve všech krajích kromě Moravskoslezského. Pozice místního protidrogového koordinátora byla v r. 2014 ustavena ve všech 22 pražských městských částech a ve 184 obcích s rozšířenou působností z celkového počtu 205.

> Legislativa

V průběhu r. 2014 pokračovala příprava nového zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který by měl od 1. 1. 2016 nahradit stávající zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Návrh obsahuje řadu změn v oblasti protidrogové politiky, a to zejména v oblastech souvisejících s alkoholem a tabákem. Mezi navrhovanými opatřeními je např. úplný zákaz kouření i používání elektronických cigaret v provozovnách stravovacích služeb nebo ve veřejnosti volně přístupných vnitřních prostorech s výjimkou kuřáren v budovách souvisejících s hromadnou dopravou, v uzavřených psychiatrických odděleních a v zařízeních pro léčbu závislosti.

V oblasti alkoholu obsahuje návrh zákona např. opatření, kdy je dána kompetence České obchodní inspekci nařídit uzavření provozovny až na 2 dny v případě zjištění porušení zákazu prodeje nebo podávání alkoholu osobě mladší 18 let. Dále je nově problematika týkající se záchytných stanic přesunuta do zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

V listopadu 2014 byl novelizován zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, především z důvodu změny financování sociálních služeb, která od r. 2016 přesune hlavní zodpovědnost za přidělování dotací na kraje.

Od 1. 1. 2014 je seznam návykových látek obsažen nikoliv v přílohách zákona o návykových látkách, jak tomu bylo dříve, ale v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek, což by mělo zrychlit změnu seznamu v případě potřeby kontroly nových psychoaktivních látek. Od ledna 2014 je účinný též zákon č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog, spolu s nařízením vlády č. 458/2013 Sb., o seznamu výchozích a pomocných látek a jejich ročních množstevních limitech.

V návaznosti na zrušení části právních předpisů týkajících se určování většího než malého množství drog Ústavním soudem v srpnu 2013 zaujal v březnu 2014 Nejvyšší soud sjednocující stanovisko k výkladu pojmu „množství větší než malé“ drog, v jehož příloze jsou limitní hodnoty beze změny převzaté ze zrušeného nařízení vlády s výjimkou marihuany a pervitinu, u kterých došlo ke snížení. Tyto limity stanovují hranici mezi trestným činem a přestupkem.

V oblasti problematiky řízení pod vlivem návykových látek je účinné nařízení vlády č. 41/2014 Sb., které stanovuje limity některých drog v krvi řidiče. Jeho uplatňování v praxi je provázeno nejednotným (a často nesprávným) postupem při toxikologickém vyšetření a problémy při interpretaci laboratorních výsledků správnými orgány nebo orgány činnými v trestním řízení.

Od ledna 2014 je účinná novela zákona č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, a zákona č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, která zrušila zákaz přechovávání tiskovin a materiálů obsahujících popis „použití návykových látek“, což umožní šíření harm reduction informací ve věznicích.

➤ **Financování**

V r. 2014 činily účelově určené výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy na protidrogovou politiku celkem 1253,8 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 1012,7 mil. Kč a z místních rozpočtů 241,1 mil. Kč, z toho z krajů šlo 180,2 mil. Kč a z obcí 60,8 mil. Kč. Do výdajů byly v r. 2014 nově započítány výdaje na domovy se zvláštním režimem v souhrnné výši 37,1 mil. Kč, výdaje policie mimo NPC ve výši 559,5 mil. Kč, výdaje na sociální firmy ve výši 1,2 mil. Kč a výdaje na projekt zahraniční spolupráce ve výši 3,2 mil. Kč. Ve srovnání s předchozím rokem vzrostly obsahově srovnatelné výdaje u MPSV, MZ a NPC. Podle typů služeb došlo k dalšímu meziročnímu poklesu u výdajů na prevenci, naopak k nárůstu u harm reduction a následné péče.

Výdaje ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2013 činily 1467 mil. Kč (v r. 2012 to bylo 1597 mil. Kč), z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem (dg. F10) bylo vydáno 977 mil. Kč (1 124 mil. Kč v r. 2012) a na léčbu nealkoholových poruch (dg. F11–F19) 490 mil. Kč (473 mil. Kč v r. 2012). Část, která byla spotřebována adiktologickými (AT) programy, dosáhla celkem 214 mil. Kč.

V období 2009–2013 bylo v ČR na projekty protidrogové politiky (zejména na adiktologické služby) z prostředků evropských fondů vynaloženo přibližně 310,0 mil. Kč.

➤ **Užívání drog v populaci**

Situace v oblasti užívání legálních i nelegálních drog v ČR je poměrně stabilní. Studie realizované v posledních letech ukazují stejný vzorec užívání drog v obecné populaci – nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou konopné látky, které někdy v životě vyzkoušela přibližně čtvrtina dospělé populace, v posledním roce užíla konopné látky přibližně desetina dospělé populace. Rozsah užívání ostatních nelegálních drog se pohybuje na výrazně nižší úrovni – celoživotní zkušenost s extází uvádí cca 6 %, s halucinogenními houbami 4 % a s pervitinem 3 % populace, užití dalších nelegálních drog se pohybuje pod 1 %. Zkušenost s extází v posledním roce hlásí přibližně 1,5 % dospělých osob, zkušenosti s ostatními drogami jsou téměř nulové.

Léky se sedativním a hypnotickým účinkem nebo léky s obsahem opiátů/opioidů bez lékařského předpisu nebo v rozporu s doporučením lékaře užilo v posledních 12 měsících 18,3 % dospělých osob. Zkušenost s novými drogami (syntetickými nebo rostlinnými) uvedlo 1,3 % dotázaných. Celkem 2,0 % respondentů (3,2 % mužů a 0,7 % žen) uvedlo celoživotní zkušenost s užitím anabolických steroidů.

Užívání nelegálních drog je vyšší mezi muži a mladými dospělými ve věku 15–34 let. Ve srovnání s r. 2013 došlo k posunu celoživotního i aktuálního užívání konopných látek do vyššího věku respondentů (nejvyšší míra byla ve věkové skupině 25–29 let, ale došlo k nárůstu rovněž ve skupinách 45–49 a 50–54 let). Současně však byl zaznamenán stejně jako v r. 2013 další nárůst míry prevalence užívání konopných látek ve věku 15–19 let.

Vyšší míru užívání vykazují některé populační podskupiny, např. mladí dospělí v prostředí noční zábavy, nebo některé subkultury – oblíbenost různých legálních i nelegálních drog se přitom v různých subkulturách výrazně liší.

Populační skupinou s poměrně vysokou mírou užívání návykových látek jsou vězni. Podle výsledků třetí vlny dotazníkové studie realizované mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2014 mělo alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou v životě 54 % respondentů. Kromě tabáku

a alkoholu měli respondenti nejčastěji zkušenost s konopnými látkami, pervitinem či amfetaminy a tlumivými léky bez předpisu. Ve vězení byly podle respondentů nejdostupnějšími návykovými látkami alkohol vyrobený ve věznici a léky bez předpisu. V průběhu některého z pobytů ve vězení užilo nějakou drogu včetně alkoholu 25 % respondentů. Nelegální drogu nebo lék bez předpisu užilo ve vězení 21 % respondentů. Zkušenost s injekčním užitím drog někdy v životě uvedlo 31 % respondentů. Za problémové uživatele drog lze označit 30 % vězňů, což je v přepočtu na celou vězeňskou populaci přibližně 4 800 osob.

Užívání návykových látek mezi českými dospívajícími je velmi rozšířené. V r. 2014 uvedlo kouření cigaret v posledních 30 dnech 22 % osob ve věku 14–15 let, 12 % kouřilo denně. Denní kouření uváděly častěji dívky, chlapci však byli silnějšími kuřáky. Pět a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti třikrát nebo častěji v posledních 30 dnech uvedlo 10 % chlapců a 6,5 % dívek.

Míra zkušeností s konopnými látkami mezi 14–15letými žáky ZŠ je na úrovni 26–33 % a mezi 16letými studenty SŠ 42–47 %. Studie v mladších věkových kategoriích (11–15 let) uvádějí zkušenosti s konopnými látkami na úrovni 9–11 %. K nárůstu rizikového chování dochází nejčastěji mezi 12. a 13. rokem věku. Studenti víceletých gymnázií mají nižší míru prevalence než jejich vrstevníci ze základních škol.

Pravidelné kouření (alespoň jednou týdně nebo častěji) v r. 2014 uvedla 2 % 11letých, 5 % 13letých a 16 % 15letých. Pravidelné pití alkoholu (alespoň jednou týdně) uvedl srovnatelný podíl žáků jako pravidelné kouření, opilost v posledních 30 dnech uvedlo téměř 20 % 15letých. Zkušenost s užitím konopných látek v životě mělo 24 % respondentů v 9. třídě (shodně chlapců i dívek), v posledních 30 dnech je užilo 9 % respondentů. Ve srovnání s předchozí vlnou studie realizovanou v r. 2010 byl zaznamenán pokles výskytu pravidelného kouření, pravidelné konzumace alkoholu i užití konopných látek.

Existují však podskupiny dětí a mládeže ve zvýšeném riziku. Vysoce rizikovou kategorií dospívajících jsou klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež – klienti NZDM jsou třikrát častěji pravidelnými denními kuřáky, pravidelnými konzumenty alkoholu a mají téměř dvakrát častější zkušenost s užitím konopných látek ve srovnání s běžnou školní populací stejného věku.

Postoje obyvatel k užívání návykových látek jsou v ČR dlouhodobě stabilní – šetření CVVM z r. 2015 poukázalo na to, že se v posledních letech mírně snižuje přijatelnost kouření tabáku i konzumace alkoholu, zejména jejich pravidelné užívání. Z dlouhodobých trendů se ukazuje, že lidé jsou stále méně tolerantní k uživatelům drog, psychicky nemocným lidem a osobám jiného náboženského přesvědčení.

➤ Intenzivní a problémové užívání drog

Výskyt kuřáctví i rizikové konzumace alkoholu v české dospělé populaci je dlouhodobě stabilní. V současnosti kouří 31,4 % obyvatel starších 15 let (37,4 % mužů a 25,8 % žen), denně kouří 23,5 % (28,2 % mužů a 19,0 % žen), což představuje přes 2 mil. osob. Kuřáci – muži vykouří nejčastěji 15–20 cigaret denně, ženy nejčastěji 5–9 cigaret denně. Celkem 23 % dotázaných uvedlo expozici tabákovému kouři doma, 22 % je vystaveno kouři na pracovišti.

Alkohol pije denně nebo téměř denně 12,5 % dotázaných (18,9 % mužů a 6,4 % žen). Do kategorie škodlivého pití alkoholu (konzumace 40–60 g alkoholu u mužů a 20–40 g u žen) spadá přibližně 6,0 % populace starší 15 let (7,4 % mužů a 4,7 % žen), dalších 7,2 % spadá do kategorie rizikového pití alkoholu (konzumace více než 60 g alkoholu u mužů a více než 40 g u žen), tj. absolutně 540 tis., resp. 640 tis. dospělých osob.

Ze skupiny amfetaminů se v ČR užívá téměř výhradně pervitin (metamfetamin). Opiáty/opioidy užívané v ČR problémovými uživateli jsou především heroin a buprenorfin. Více, i když stále v omezené míře, se mezi problémovými uživateli drog objevuje zneužívání opioidních analgetik – fenatanylových náplastí, analgetika Vendal® Retard obsahujícího morfin a Palladone® obsahujícího hydromorfon. Objevily se informace o výrobě relativně kvalitního heroínu acetylací ze surového opia nebo z morfinových přípravků. Výjimečně se objevuje výroba braunu z kodeinových preparátů.

Užívání desomorfinu (krokodilu) v ČR nebylo dosud zaznamenáno. Fenomémem posledních let je výskyt nových syntetických drog ze skupiny katinonů nebo fenetylaminů, ale jejich užívání se dosud vyskytuje v omezené míře. Nové syntetické drogy jsou pro problémové uživatele drog převážně doplňkovou drogou. V souvislosti s užíváním katinonů byly hlášeny somatické a psychické potíže (poškození žil, kožní poruchy, vyčerpání a únava, rozlady, psychózy).

Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opiátů/opioidů se v r. 2014 opět zvýšil, a to u všech typů drog i injekčních uživatelů. V r. 2014 dosáhl střední odhad počtu problémových uživatelů opiátů/opioidů a pervitinu celkem 47,7 tis. (0,67 % populace ve věku 15–64 let), z toho 36,4 tis. uživatelů pervitinu a 11,3 tis. uživatelů opiátů/opioidů (z toho 4,1 tis. uživatelů heroinu a 7,2 tis. uživatelů buprenorfinu). Počet injekčních uživatelů drog dosáhl 45,6 tis. Nadprůměrnou prevalenci na počet obyvatel vykazují hl. m. Praha a kraje Ústecký, Karlovarský, Liberecký, Jihočeský a Olomoucký. K největšímu nárůstu došlo v posledních 10 letech v Praze, v krajích Ústeckém, Jihočeském, Libereckém a Kraji Vysočina.

Z průzkumu mezi praktickými lékaři pro dospělé a pro děti a dorost z r. 2014 vyplývá odhad 42–54 tis. problémových uživatelů opioidů a pervitinu (z toho cca 4,5 tis. do 18 let), 180 tis. problémových uživatelů konopí (z nich 23 tis. do 18 let) a 270 tis. problémových uživatelů alkoholu (z nich cca 11 tis. do 18 let).

➤ **Zdravotní a sociální důsledky užívání drog**

V r. 2014 bylo nově diagnostikováno 9 HIV pozitivních osob, u kterých došlo k nákaze nejpravděpodobněji injekčním užíváním drog. Promořenost HIV mezi injekčními uživateli drog (IUD) zůstává v ČR stále velmi nízká, do 1 %. Počet nově hlášených případů VHC u injekčních uživatelů drog se meziročně snížil, prevalence VHC mezi injekčními uživateli drog zůstává na stejné úrovni – pohybuje se v rozmezí cca 15–50 % podle charakteristik souboru vyšetřených. Počet případů VHB u IUD dlouhodobě klesá i díky plošné vakcinaci.

Podíl injekční aplikace mezi problémovými uživateli opiátů/opioidů a pervitinu je stále vysoký. Také proto se v posledních letech zaměřila pozornost výzkumníků a terapeutů na fenomén tzv. závislosti na jehle.

Data o drogových úmrtích ze soudnělékařských oddělení jsou k dispozici pouze za r. 2012, kdy bylo hlášeno 38 případů předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, z toho 12 opiátů/opioidy, 16 pervitinem a 10 těkavými látkami. V obecném registru mortality bylo v r. 2014 hlášeno 48 případů, z toho bylo 14 předávkování opiátů/opioidy, 10 případů předávkování stimulantii mimo kokainu (převážně pravděpodobně pervitinem) a 13 těkavými látkami a 11 blíže neurčenými látkami.

V r. 2014 bylo identifikováno 322 případů smrtelných předávkování etanolem a 7 smrtelných otrav metanolem (9 v r. 2013), což je pokles ve srovnání s 36 případy v r. 2012, kdy v září začal hromadný výskyt otrav metanolem.

Vliv alkoholu na dopravní nehodovost postupně klesá, podíl usmrčených při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu se však v posledních letech zvyšuje (na 10 % v r. 2014), podíl usmrčených při nehodách pod vlivem nealkoholových drog je řádově nižší (1 %). Nejvíce nehod pod vlivem návykových látek připadá na řidiče osobních automobilů a cyklisty – cyklisté rovněž vykazují nejvyšší podíl ovlivnění návykovými látkami při nehodách, které zaviní.

Mezi sociální souvislosti užívání drog patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, zadluženost, problémy s rodinou a blízkými, s bydlením apod. Většina uživatelů drog v léčbě nemá stálé bydliště a je nezaměstnaná nebo příležitostně pracující (u obou ukazatelů téměř 60 %). Současně se však zdá, že abstijníci bývalí uživatelé drog jsou za podpory pomáhajících služeb poměrně dobře zaměstnatelní.

Většina (až 95 %) klientů adiktologických služeb má dluhy, i když většinou nezná svou dluhovou situaci podrobně. Pro významnou část je tato situace obtížně řešitelná nebo zcela neřešitelná i přes využití všech možností a svou situaci většinou neřeší. Výše dluhu dosahuje u většiny uživatelů drog

do 250 tis. Kč, ve specializovaných dluhových poradnách průměrně 650 tis. Kč. Problémoví uživatelé drog velmi často nedosáhnou na podmínky osobního bankrotu. Pokud je na mzdu uvalena exekuce, je pro uživatele drog výhodnější pracovat nelegálně, nebo nepracovat vůbec. Pro významnou část problémových uživatelů drog představuje zadluženost bariéru návratu do společnosti a k životu bez drog.

Výskyt sociálního vyloučení je v ČR vázán na lokality, kde je vyšší zastoupení Romů než v obecné populaci. Alkohol a tabák jsou nejrozšířenější návykové látky v sociálně vyloučených lokalitách. Drogová scéna se v těchto lokalitách liší, jako nejrozšířenější nelegální drogy jsou uváděny pervitin, konopné látky a těkavé látky, lokálně heroin a buprenorfin. Ve vyšší míře se v sociálně vyloučených lokalitách vyskytuje také patologické hráčství. Výroba a prodej drog jsou v těchto lokalitách běžné (zejména konopné drogy a pervitin). V některých lokalitách nemusí nelegální drogy představovat závažný problém, zatímco v jiných je užívání návykových látek považováno za průvodní jev sociálního vyloučení.

Existuje oboustranný vztah mezi bezdomovectvím a užíváním návykových látek. Bezdomovci závislí na návykových látkách představují pro pomáhající organizace zvlášť obtížnou skupinu a vzájemná kombinace užívání návykových látek a bezdomovectví je významnou překážkou návratu do společnosti.

Existuje rovněž oboustranný vztah mezi užíváním návykových látek a poskytováním komerčních sexuálních služeb. Uplatnění v sexbyznysu nacházejí ve vzrůstající míře bývalé (abstinující) uživatelky drog, které mají sníženou uplatnitelnost na trhu práce vyplývající z jejich uživatelské minulosti a mnohé jsou navíc matkami samoživitelkami.

> **Prevence**

Systém preventivních aktivit mezi dětmi a mládeží je na národní úrovni koordinován Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy, na úrovni kraje působí krajští školní koordinátoři prevence a na úrovni obcí jsou to metodici prevence pedagogicko-psychologických poraden. Hlavním dokumentem je Národní strategie primární prevence rizikového chování na aktuální období 2013–2018. Nástrojem koordinace primární prevence na regionální úrovni jsou krajské plány prevence. V r. 2014 pokračoval proces certifikace programů všeobecné, selektivní a indikované prevence, který zajišťuje Národní ústav pro vzdělávání.

V lednu 2014 vláda projednala dokument Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí v gesci MZ a v srpnu 2015 přijala 13 akčních plánů této strategie, mezi nimi také Akční plán omezování zdravotně rizikového chování, který zahrnuje i Akční plán k omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015–2018 a Akční plán pro oblast kontroly tabáku v České republice na období 2015–2018.

Návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který vláda předložila k projednání Parlamentu ČR, také posílí některá opatření ve vztahu k prevenci užívání návykových látek osobami mladšími 18 let.

Realizované preventivní a informační kampaně jsou zaměřeny především na prevenci a redukci kouření, prevenci řízení pod vlivem návykových látek a prevenci pití alkoholu mladistvými. Přibývá také kampaní zaměřených na nelegální drogy a jejich následky (např. infekční onemocnění). V oblasti patologického hráčství nebyla žádná preventivní či informační kampaň zaznamenána.

> **Harm reduction programy**

Snižování rizik spojených s užíváním drog je jednou z hlavních oblastí české protidrogové politiky. Základ sítě služeb v této oblasti tvoří v ČR nízkoprahová kontaktní centra a terénní programy. V r. 2014 působilo v ČR celkem 105 nízkoprahových programů, v tom 54 kontaktních center a 51 terénních programů.

V r. 2014 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 40 300 uživatelů drog, nejčastěji šlo o uživatele pervitinu (26 500, 66 %), dále uživatele opiátů/opioidů (7 500, 19 %) a konopných látek

(2 500, 6 %). Mezi klienty je patrný postupný nárůst problémových uživatelů pervitinu, v posledním roce pokles počtu uživatelů buprenorfinu. IUD tvoří dlouhodobě 75–80 % klientů. Pokračuje růst průměrného věku, ženy tvoří třetinu klientů nízkoprahových programů.

Místní dostupnost harm reduction služeb je relativně dobrá – na Moravě působí téměř v každém okrese kontaktní centrum či terénní program, v Čechách jsou však tyto služby rozmístěny nerovnoměrně (týká se krajů Plzeňského, Středočeského, Libereckého, Královéhradeckého, Pardubického a Kraje Vysočina).

Specifické programy snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2014 poskytovaly 4 programy. Společnost Podané ruce zahájila projekt Hard & Smart, který certifikuje provozovny noční zábavy splňující kritéria tzv. bezpečného klubu.

Výměnný program jehel a stříkaček v r. 2014 poskytovalo všech 105 nízkoprahových programů, počet distribuovaného injekčního materiálu dosáhl 6,6 mil. kusů, což je výrazný meziroční nárůst. Roste počet programů distribuujících želatinové kapsle jako perorální alternativu injekčních stříkaček – jde o více než 80 programů, které distribuovaly odhadem 200 tis. kapslí. V r. 2014 nabízelo možnost testování na HIV 74 nízkoprahových programů, na VHC 79, na VHB 54 a na syfilis 57. Od r. 2008 počet provedených testů roste.

Péče o infikované HIV a nemocné s AIDS je v ČR poskytována sedmi AIDS centry s regionální působností. V r. 2013 poskytovalo léčbu VHC injekčním uživatelům drog celkem 39 center pro léčbu virových hepatitid, ve kterých byla léčba zahájena u 536 osob (údaje za r. 2014 nejsou dostupné). Ve věznicích byla léčba VHC ve druhém pololetí 2014 zahájena u 325 osob, což znamená výrazný meziroční nárůst.

➤ **Léčba a sociální reintegrace**

Podle Sčítání adiktologických služeb 2014 je v ČR 271 zařízení poskytujících adiktologické služby. Téměř 40 % zařízení se v šetření identifikovalo jako adiktologická, 34 % jako sociální a 17 % jako psychiatrická zdravotní služba. Nejčastěji šlo o zařízení s formálním statutem sociální (58,3 %) a zdravotní (35,8 %) služby. Nejvyšší podíl zařízení pracuje s uživateli nelegálních drog (88,6 %), alkoholu (63,5 %), psychoaktivních léků (58,3 %) a patologickými hráči (50,9 %). Více než polovina zařízení (51,3 %) vedla poradník na zařazení klienta do péče, mezi pobytovými službami vedlo poradník celkem 78 % zařízení. Více než polovina zařízení je držitelem certifikátu odborné způsobilosti RVKPP, téměř stejný podíl zařízení má registraci sociální služby MPSV. V zařízeních pracovalo celkem 2 184 pracovníků, nejvíce bylo zdravotnických, sociálních pracovníků, adiktologů a psychologů.

Adiktologická zařízení poskytují především ambulantní léčbu a poradenství (134 zařízení, tj. 49,4 %) a nízkoprahové služby a poradenství (128, tj. 47,2 %). Rezidenční péči poskytuje 58 zařízení (21,4 %), z toho je 31 zdravotnických. Poskytování následné péče uvedlo 93 zařízení (zejména se jedná o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací a tzv. stabilizační pobyty v lůžkových psychiatrických zařízeních). Chráněné bydlení nebo domy na půl cesty poskytuje 38 programů, chráněné zaměstnání 25 programů, po vyloučení psychiatrických lůžkových zařízení a terapeutických komunit následnou péči s chráněným či sociálním bydlením deklaruje 23 zařízení s 254 lůžky. V Registru sociálních služeb je evidováno 35 programů následné péče o uživatele návykových látek.

Sít' adiktologických služeb je značně nerovnoměrná. Z důvodu nedostatku financí se snižuje časová dostupnost služeb a jejich personální zabezpečení (zejména je nedostatek psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů). Obzvláště špatná situace je v Karlovarském kraji, kde chybí specializované programy primární prevence, detoxifikace, substituční program, doléčovací program i terapeutická komunita.

Dostupnost adiktologických služeb ve věznicích se ve srovnání s předchozím rokem nezměnila. Léčbu závislostí ve vězení bylo v r. 2014 možno absolvovat v 8 věznicích z celkem 35, ochrannou léčbu ve 4 věznicích. Substituční léčba byla poskytována v 7 věznicích.

S některou z NNO spolupracovalo na realizaci aktivit protidrogové politiky 26 věznic, z toho intenzivnější spolupráci vykazalo 17 věznic.

Počet osob léčených v substituční léčbě opioidními agonisty v posledních 3 letech stagnuje. V r. 2014 bylo v substituční léčbě odhadem 4 000 osob, z nich většina (odhadem 3 300 osob) na přípravcích na bázi buprenorfinu, dlouhodobě roste podíl bezpečnějšího duálního přípravku Suboxone® (v r. 2014 dosáhl cca 40 % celkového objemu spotřebovaného buprenorfinu). Problémem zůstává úhrada substitučních léků ze zdravotního pojištění. Plnou úhradu má přiznánu pouze Suboxone®, ale její podmínky jsou natolik restriktivní, že k úhradě prakticky nedochází – k srpnu 2015 jsou známa 4 zařízení, která léčí hrazeným preparátem celkem cca 75 pacientů. Celkové náklady na nákup substitučního buprenorfinu v ČR přitom dosahují cca 60 mil. Kč ročně, z toho VZP uhradila podle svého vyjádření lék pro téměř 160 pacientů ve výši 2,1 mil. Kč. Většina pacientů je však odkázána na nákup léků v plné ceně, což představuje výdaje v řádu tisíců korun měsíčně z vlastní kapsy. Tato skutečnost vede pacienty k opatřování si receptů na větší množství léku (tzv. doctor shopping), které zčásti prodají za vyšší cenu na černém trhu, čímž financují dávku pro sebe. Černý trh tak spolufinancuje léčbu prováděnou v systému veřejného zdravotnictví.

Přibližně třetinu klientů v léčbě tvoří ženy, nejvyšší podíl žen (cca polovina) je ve stacionářích a v mladších věkových skupinách obecně. Klienti v různých typech programů se liší podle užívaných drog. V nízkoprahových centrech tvoří většinu uživatelé pervitinu a opiátů/opioidů. V ambulancích a lůžkových zařízeních oboru psychiatrie tvoří většinu uživatelé alkoholu, ale vysoký je podíl také uživatelů pervitinu, opiátů/opioidů, polyvalentních uživatelů nebo uživatelů sedativ a hypnotik. V záchytných stanicích převažují uživatelé alkoholu a ženy tvoří pouze 15 % klientů.

Osoby žádající o léčbu poprvé v životě (prvožadatelé) tvoří dlouhodobě přibližně polovinu všech léčených případů. V Registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog, kde se alkohol jako primární droga nehlásí, dominují uživatelé pervitinu (cca 70 % všech případů) a jejich počet se dlouhodobě zvyšuje. Dlouhodobě je patrný úbytek uživatelů opiátů/opioidů, zejména heroinu, naopak počet uživatelů buprenorfinu mírně roste. Uživatelé drog stárnou, v průměru nejstarší jsou uživatelé opiátů/opioidů (33–34 let), naopak uživatelé konopných látek jsou v průměru nejmladší (24 let).

Od ledna 2014 je v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami uvedeno také 6 výkonů pro obor adiktologie. K uzavření smluv za účelem úhrady ze systému veřejného zdravotního pojištění mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami dosud došlo velmi výjimečně.

Na začátku března 2015 byl spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog, který integruje Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek a který umožní rovněž hlášení osob s primární drogou alkohol i tabák nebo patologických hráčů.

➤ Nabídka drog a kriminalita spojená s drogami

V r. 2014 bylo odhaleno celkem 301 indoor pěstíren konopí. Největší podíl tvořily malé domácí pěstírny s počtem rostlin menším než 50 kusů. Část indoor produkce je velmi dobře organizovaná skupinami osob vietnamské národnosti. U těchto skupin je patrný odklon od pěstování konopí a naopak investice do výroby pervitinu. Vypěstované konopí je určeno převážně pro domácí trh.

V r. 2014 zajistily Policie ČR a Celní správa ČR v trestním řízení celkem 558,1 kg marihuany, 77,2 tis. rostlin konopí a 14,8 kg hašiše. Koncentrace THC u zachyceného konopí činila průměrně 8,2 %. V přestupkovém řízení bylo zajištěno dalších 11,4 kg marihuany, 503 rostlin konopí a 32 g hašiše.

Pervitin se v ČR stále vyrábí převážně v menších varnách situovaných v obydlích objektech. V r. 2014 odhalila Policie ČR 272 varen a v trestním řízení zajistila 49,8 kg pervitinu o průměrné čistotě 69,8 %. V přestupkovém řízení byl pervitin zajištěn v celkovém množství 427 g. Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu je pseudoefedrin extrahovaný z léčiv dovážených převážně

z Polska, i když se stále častěji objevují jiné výchozí látky. Pokračuje trend nárůstu vysoce organizované velkoobjemové produkce a distribuce pervitinu, na níž se podílí převážně skupiny organizované Vietnamci.

Kokain do ČR směřuje zejména v poštovních zásilkách a cestovních zavazadlech z Nizozemska v množství od 0,5 g do 5 kg. Celkem bylo v kontextu trestního řízení v r. 2014 zajištěno 5,4 kg kokainu o průměrné čistotě 25,9 %, v přestupkovém řízení to bylo 12,1 g. Na pašování a distribuci kokainu se podílí zejména osoby pocházející z Nigérie a ze západního Balkánu.

Heroin se do ČR dováží v menších zásilkách o hmotnosti do 10 kg. Na pašování a distribuci heroinu se podílí převážně skupiny etnických Albánců a osoby původem z Turecka. V r. 2014 bylo 156,8 kg heroinu zajištěno v trestním řízení a dalších 28,3 g v přestupkovém řízení. Průměrná čistota činila 29,3 %. Na černém trhu byly kromě heroinu dostupné i tablety substitučních přípravků či opioidní analgetika.

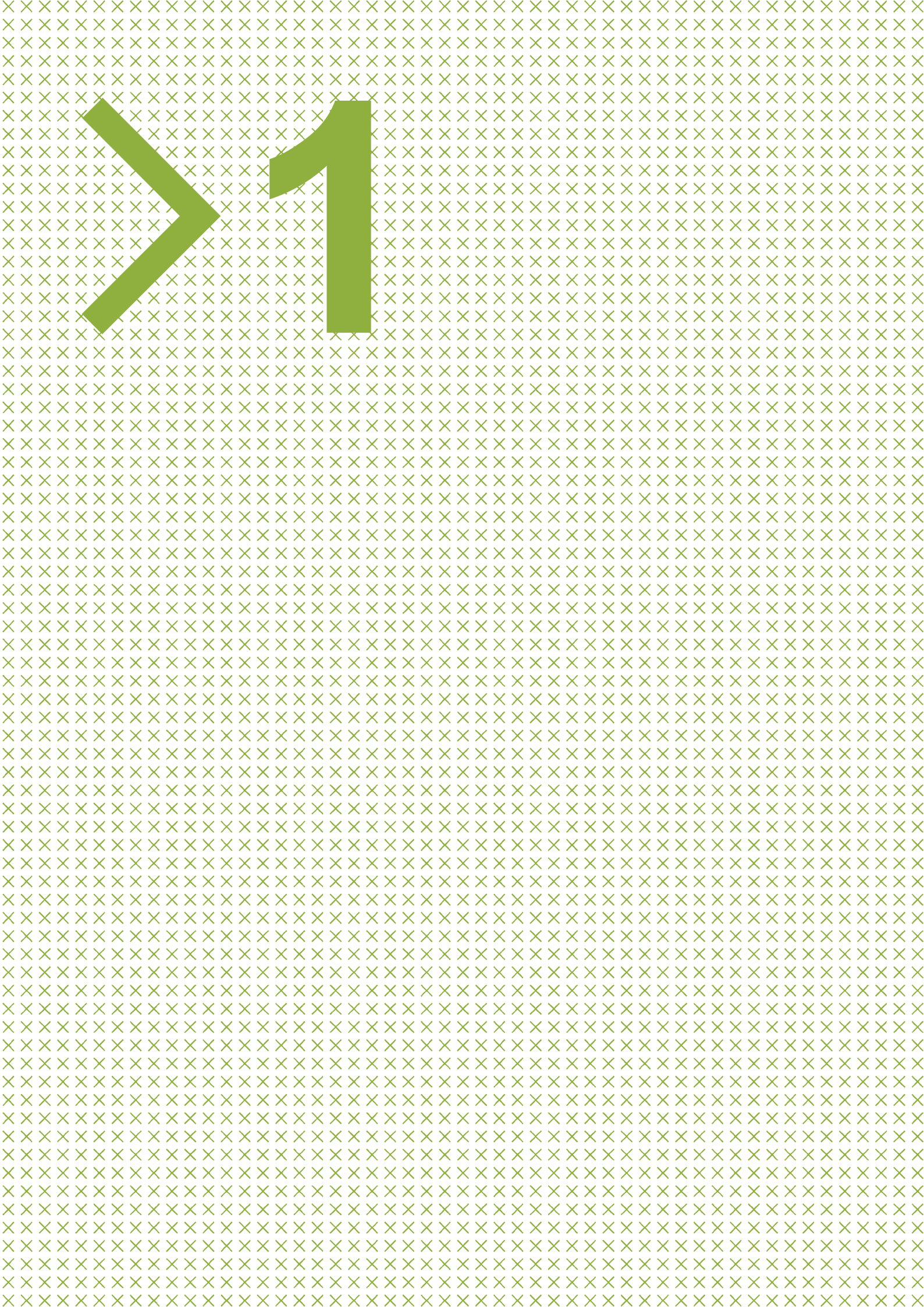
V r. 2014 pokračoval nárůst počtu pachatelů drogových trestných činů (DTČ) ve všech fázích trestního řízení, tj. zadržených, stíhaných, obžalovaných i odsouzených. Primární DTČ v r. 2014 tvořily 2 % veškeré zjištěné trestné činnosti, z toho trestné činy výroby, pašování a prodeje drog představují dlouhodobě 80 % a trestné činy přechovávání a pěstování pro vlastní potřebu 15–20 %.

Za DTČ bylo v r. 2014 zadrženo a stíháno 3 925, resp. 3 989 osob, a to nejčastěji z důvodu výroby, pašování a prodeje pervitinu či konopných látek. Obžalováno bylo 2 929 osob a pravomocně odsouzeno 2 654 osob. Nejčastěji uloženou sankcí byl podmíněně odložený trest odnětí svobody. Od r. 2008 se snižoval podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody ve prospěch sankcí nespojených s odnětím svobody, v r. 2014 se tento trend zastavil. Ochranné léčení bylo v r. 2014 uloženo 315 osobám, z toho bylo 118 závislých na nealkoholových drogách, 197 na alkoholu.

V r. 2014 bylo projednáno 1 834 přestupků nedovoleného nakládání s OPL (o 148 více než v r. 2013), což představuje přibližně 0,6 % všech přestupků.

Podle údajů Police ČR bylo 19,7 tis. trestných činů v r. 2014 spácháno pod vlivem návykových látek, z toho 78 % pod vlivem alkoholu a 22 % nealkoholových drog. Jak pod vlivem alkoholu, tak nealkoholových drog se pachatelé dopustili nejčastěji trestných činů ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství.

V Systému včasného varování před novými drogami koordinovaném NMS bylo za r. 2014 v ČR hlášeno celkem 22 nových psychoaktivních látek, z toho 13 látek bylo v ČR zaznamenáno vůbec poprvé a v případě 2 látek šlo o první výskyt v zemích EU. Nejčastěji to byly katinony a fenetylaminy. Mezi látky s největším zachyceným množstvím patřily katinon s označením MDPPP (2,2 kg) a kanabinoid 5F-PB-22 (2,0 kg). Nové psychoaktivní látky jsou dostupné zejména a ve vzrůstající míře prostřednictvím internetu, v omezené míře však i na černém trhu s tradičními nelegálními drogami. V r. 2015 bylo identifikováno celkem 33 internetových obchodů v českém jazyce, z toho 9 se specializovalo výhradně na syntetické látky. Mezi nejčastěji nabízené látky patří katinony, syntetické kanabinoidy a fenetylaminy.



Kapitola 1:

Národní protidrogová politika a její kontext

- V prosinci 2014 byla schválena revize Národní strategie 2010–2018, která rozšířila strategii o oblast hazardního hraní a alkoholu. Protidrogová politika ČR je tak nově definována jako integrovaná, tzn. spojující témata užívání alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní.
- Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda. Jejím poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) se svým systémem výborů a pracovních skupin, které v souvislosti s procesem integrace prošly v r. 2015 revizí.
- V současné době je v platnosti třetí akční plán protidrogové strategie na období 2013–2015, který je primárně zaměřen na problematiku nelegálních drog. V návaznosti na proces integrace protidrogové politiky jsou v různém stadiu příprav a schvalování akční plány pro oblast hazardního hraní, alkoholu a tabáku, všechny na období 2015–2018.
- Protidrogová politika 11 krajů vychází z krajských protidrogových strategických dokumentů, ve 3 krajích (Středočeském, Plzeňském a Ústeckém) je protidrogová politika součástí širší strategie pro oblast sociální politiky nebo prevence kriminality.
- Funkce krajského protidrogového koordinátora je zřízena ve všech krajích kromě Moravskoslezského. Pozice místního protidrogového koordinátora byla v r. 2014 ustavena ve všech 22 pražských městských částech a ve 184 obcích s rozšířenou působností z celkového počtu 205.
- V návaznosti na zrušení části právních předpisů týkajících se určování většího než malého množství drog Ústavním soudem v srpnu 2013 zaujal v březnu 2014 Nejvyšší soud sjednocující stanovisko k výkladu pojmu „množství větší než malé“ drog, v jehož příloze jsou hodnoty beze změny převzaté ze zrušeného nařízení vlády s výjimkou marihuany a pervitinu, u kterých došlo ke snížení.
- Od 1. 1. 2014 je seznam návykových látek obsažen nikoliv v přílohách zákona o návykových látkách, jak tomu bylo dříve, ale v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek, což by mělo zrychlit změnu seznamu v případě potřeby kontroly nových psychoaktivních látek. Od ledna 2014 je účinný též zákon č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog, spolu s nařízením vlády č. 458/2013 Sb., o seznamu výchozích a pomocných látek a jejich ročních množstevních limitech.
- Od ledna 2014 je účinná novela zákona č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, a zákona č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, která zrušila zákaz přechovávání tiskovin a materiálů obsahujících popis „použití návykových látek“, což umožní šíření harm reduction informací ve věznici.
- V oblasti problematiky řízení pod vlivem návykových látek je účinné nařízení vlády č. 41/2014 Sb., které stanovuje limity některých drog v krvi řidiče. Jeho uplatňování v praxi je provázáno nejednotným (a často nesprávným) postupem při toxikologickém vyšetření a problémy při interpretaci laboratorních výsledků správními orgány nebo orgány činnými v trestním řízení.
- V průběhu r. 2014 pokračovala příprava nového zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který by měl od 1. 1. 2016 nahradit stávající zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Návrh obsahuje ustanovení regulující protidrogovou politiku zejména v oblasti tabáku a alkoholu. V oblasti tabáku se jedná

např. o plošný zákaz kouření i používání elektronických cigaret ve veřejně přístupných budovách, včetně vnitřních prostor stravovacích služeb, s výjimkou kuřáren v budovách souvisejících s hromadnou dopravou, v uzavřených psychiatrických odděleních a v zařízeních pro léčbu závislosti. Dále pak obsahuje opatření zaměřená na snížení užívání alkoholických nápojů osobami mladšími 18 let. Jedním z represivních opatření je nově ukotvená pravomoc České obchodní inspekce, která bude moci nařídít uzavření provozovny až na 2 dny v případě zjištění porušení zákazu prodeje nebo podávání alkoholu osobě mladší 18 let. Nově je navrženo oblast záchytných stanic ukotvit v zákoně č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

- V listopadu 2014 byl novelizován zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, především z důvodu změny financování sociálních služeb, která od r. 2016 přesune hlavní zodpovědnost za přidělování dotací na kraje.
- V r. 2014 činily účelově určené výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy na protidrogovou politiku celkem 1 253,8 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 1 012,7 mil. Kč a z místních rozpočtů 241,1 mil. Kč, z toho z krajů šlo 180,2 mil. Kč a z obcí 60,8 mil. Kč. Do výdajů byly v r. 2014 nově započítány výdaje na domovy se zvláštním režimem v souhrnné výši 37,1 mil. Kč, výdaje policie mimo NPC ve výši 559,5 mil. Kč, výdaje na sociální firmy ve výši 1,2 mil. Kč a výdaje na projekt zahraniční spolupráce ve výši 3,2 mil. Kč. Ve srovnání s předchozím rokem vzrostly obsahově srovnatelné výdaje u MPSV, MZ a NPC. Podle typů služeb došlo k dalšímu meziročnímu poklesu u výdajů na prevenci, naopak k nárůstu u harm reduction a následné péče.
- Výdaje ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2013 činily 1 467 mil. Kč (v r. 2012 to bylo 1 597 mil. Kč), z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem (dg. F10) bylo vydáno 977 mil. Kč (1 124 mil. Kč v r. 2012) a na léčbu nealkoholových poruch (dg. F11–F19) 490 mil. Kč (473 mil. Kč v r. 2012). Část, která byla spotřebována adiktologickými (AT) programy, dosáhla celkem 214 mil. Kč.
- V období 2009–2013 bylo v ČR na projekty protidrogové politiky (zejména na adiktologické služby) z prostředků evropských fondů vynaloženo přibližně 310,0 mil. Kč.

1.1 Legislativní rámec

1.1.1 Právní předpisy

1.1.1.1 Trestněprávní předpisy

V r. 2014 nedošlo ke změně v definici skutkových podstat či vymezení trestů u tzv. drogových trestných činů, obsažených v §§ 283–287 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (TZ). S účinností od 1. 1. 2014 je seznam návykových látek obsažen nikoliv v přílohách zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, jak tomu bylo v letech 1999–2013, nýbrž v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek. Toto řešení by mělo umožnit rychlejší a efektivnější reakci na případný výskyt nových návykových látek na drogovém trhu. Od ledna 2014 je účinný též zákon č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog, spolu s prováděcím předpisem ve formě nařízení vlády č. 458/2013 Sb., o seznamu výchozích a pomocných látek a jejich ročních množstevních limitech. Konkrétní návykové látky či prekurzory jsou tedy od r. 2014 vymezeny podzákonnými předpisy.

Od ledna 2014 je účinná novela předpisů týkajících se výkonu vazby a trestu odnětí svobody, tj. zákona č. 293/1993 Sb. a zákona č. 169/1999 Sb.¹ Ve vztahu k obviněným a odsouzeným kromě jiného nově formuluje zákaz přechovávání tiskovin a materiálů obsahujících popis výroby návykových látek. Oproti předchozímu znění již nezakazuje přechovávání tiskovin a materiálů obsahujících popis užití návykových látek či jedů, což v minulosti znesnadňovalo šíření tiskovin obsahujících informace z oblasti snižování rizik v souvislosti s užíváním návykových látek a v zásadě vylučovalo zavedení nových nástrojů z této oblasti. Současně citovaná novela výslovně ukládá obviněným i odsouzeným povinnost uhradit náklady na vyšetření na přítomnost návykové látky v případě pozitivního výsledku.

Od 1. 8. 2014 je účinná novela zákona č. 141/1961 Sb., trestní řád (TŘ)². Předmětná novelizace rozšiřuje rozsah informací, které musí výslovně obdržet osoba zadržená a zatčená či obviněná. Nově § 33, odst. 6 TŘ zakotvuje povinnost orgánů činných v trestním řízení písemně poučit zadrženého či zatčeného obviněného o jeho právu na naléhavou lékařskou pomoc, dále o maximální lhůtě, po kterou může být omezen na svobodě, než bude předán soudu, a o právu nechat vyrozumět v případě vzetí do vazby konzulární úřad a rodinného příslušníka nebo jinou fyzickou osobu, o nichž uvede potřebné kontaktní údaje. Obě uvedené změny přispívají k možnosti uplatnění práv obviněného již v rané fázi přípravného řízení a snižují jeho nejistotu ohledně doby zadržení. Pro zadržené či zatčené se závislostí na návykových látkách může být v praxi významná zejména povědomost o možnosti domáhat se naléhavé lékařské pomoci, např. i v souvislosti s abstinenčním stavem.

1.1.1.2 Změny v zákoně o návykových látkách

S účinností od 1. ledna 2014 došlo k zásadní změně v právním zakotvení seznamů omamných a psychotropních látek a prekurzorů drog, a to v důsledku novelizace zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.³ Od uvedeného data je také adaptace společné evropské legislativy v oblasti prekurzorů drog upravena samostatným zákonem č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog – viz také VZ 2013. Uvedený zákon nejenže provádí společnou závaznou evropskou legislativu v této oblasti, ale umožňuje též vyhlášení vlastního národního seznamu prekurzorů drog, které označuje jako výchozí a pomocné látky.

Dále byly seznamy omamných a psychotropních látek (OPL) a přípravků, které OPL obsahují, převedeny z režimu příloh k zákonu o návykových látkách do vládního nařízení č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek. Seznam výchozích a pomocných látek je obsažen v prováděcím předpisu k citovanému novému zákonu o prekursorech drog, a to v nařízení vlády č. 458/2013 Sb., o seznamu výchozích a pomocných látek a jejich ročních množstvích limitech.

Při schvalování nařízení č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek, byly do přílohy č. 4 přidány 2 nové syntetické drogy⁴. V průběhu r. 2014 nedošlo k další změně seznamu omamných a psychotropních látek, přípravků je obsahujících ani v seznamu výchozích a pomocných látek. Na jednání vlády dne 14. 9. 2015 byla schválena novela⁵ nařízení vlády č. 463/2013 Sb., kterou bylo do přílohy č. 4 citovaného nařízení zařazeno dalších 19 nových syntetických drog⁶. Tato novelizace nařízení vlády č. 243/2015 Sb. nabyla účinnosti dne 1. října 2015.

¹ provedená zákonem č. 276/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

² provedená zákonem č. 141/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění zákona č. 105/2013 Sb.

³ provedené zákonem č. 273/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

⁴ 5-IT a 4-MA; navíc GHB se přesunul z přílohy 7 do přílohy 5.

⁵ <https://apps.odok.cz/kpl-detail?pid=KORN9UPHS5UX> [2015-09-09]

⁶ AH-7921, APINACA, 25B-NBOMe, 25C-NBOMe, 4,4'-DMAR, 3,4-DMMC, 4-FA, 5F-AKB48, 3-FMC, 5FUR-144, 25I-NBOMe, 3-MEC, 3-MMC, 3MeO-PCP, Methoxetamin, MT-45, Pentadron, α-PVP, UR-144

Na tomtéž jednání vlády byla projednána i novela nařízení vlády č. 458/2013 Sb., o seznamu výchozích a pomocných látek a jejich ročních množstevních limitech, která na seznam zařadila chlorefedrin a chlorpseudoefedrin, které slouží k nelegální výrobě metamfetaminu.⁷ Tato novelizace nařízení vlády č. 242/2015 Sb. též nabyla účinnosti dne 1. října 2015.

K problematice nových psychoaktivních látek a prekurzorů pro výrobu pervitinu viz blíže kapitulu Produkce, spotřeba, dovoz a vývoz drog (str. 183).

1.1.1.3 Testování řidičů na přítomnost návykových látek

V oblasti problematiky řízení pod vlivem návykových látek se s účinností od 2. 4. 2014 nově uplatňují výslovně stanovené limity návykových látek, které jsou uvedeny v nařízení vlády č. 41/2014 Sb., o stanovení jiných návykových látek a jejich limitních hodnot, při jejichž dosažení v krevním vzorku řidiče se řidič považuje za ovlivněného takovou návykovou látkou. Pro účely přestupkového řízení se má za to, že řidič řídil motorové vozidlo pod vlivem návykové látky, jestliže v krevním vzorku bylo dosaženo limitních hodnot, které jsou stanoveny pro 6 vybraných návykových látek⁸. U ostatních látek je nutno i nadále zkoumat ovlivnění konkrétního řidiče zjištěnou látkou individuálně prostřednictvím odborných vyjádření či znaleckých posudků. V případě trestního stíhání za trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky (§ 274 TZ) je vždy namíste zpracování znaleckých posudků pro posouzení toho, zda byl řidič v důsledku užití návykové látky ve stavu vylučujícím způsobilost.

Uplatňování předmětného nařízení přináší v praxi problémy vyplývající z nesprávného a nejednotného postupu při lékařském a toxikologickém vyšetření a nesprávné a nejednotné interpretace výsledků laboratorních testů krve a moči řidičů správnými orgány nebo orgány činnými v trestním řízení. Pozitivní výsledek orientačního imunochemického testu na návykové látky ve slinách provedeného policií znamená pouze podezření na řízení pod vlivem návykových látek. Na jeho základě je řidič předveden k lékařskému vyšetření, které zahrnuje i odběr vzorku krve pro konfirmační toxikologické vyšetření průkaznými specifickými toxikologickými metodami plynové nebo kapalinové chromatografie s hmotnostním detektorem. Cílem konfirmace je vyloučit možnou falešnou pozitivitu a stanovit krevní koncentrace jednotlivých návykových látek specifickou metodou, nikoliv detekovat imunochemicky opět celé skupiny příbuzných látek. Výsledek skupinového imunochemického testu, byť v krvi, není forenzně dostatečný a neposkytuje informaci o kvantitě specifikované látky podle nařízení vlády č. 41/2014 Sb. Za nesprávnou považuje Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie ČSL JEP rovněž praxi, kdy u konfirmačního toxikologického vyšetření je vyžadován pouze výsledek nebo odborné vyjádření, nikoliv znalecký posudek.⁹

Nevhodně řešena je dosud i otázka nákladů na provedení laboratorních testů, které nese zdravotnické zařízení (být se jedná o důkaz vyžádaný Policií ČR, případně obecním úřadem s rozšířenou působností) a v případě pozitivního výsledku tyto náklady následně vymáhá po řidiči. Ke změně tohoto nevyhovujícího stavu by mělo dojít přijetím návrhu zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (viz následující podkapitulu). Problematický je též institut zadržení řidičského průkazu v důsledku pozitivních orientačních testů na přítomnost návykových látek v situaci, kdy se až po řádově týdnech nebo měsících prokáže, že řidič nebyl v souvislosti

⁷ <https://apps.odok.cz/kpl-detail?pid=KORN9UPF7SSP> [2015-09-09]

⁸ Delta 9-THC (2 ng/ml), methamfetamin (25 ng/ml), amfetamin (25 ng/ml), MDMA (25 ng/ml), MDA (25 ng/ml) a benzoylekgonin (25 ng/ml), kokain (25 ng/ml) a morfin (10/ml)

⁹ Blíže viz Metodický pokyn pro postup při toxikologickém vyšetření specifikovaných návykových látek v krvi a moči, zveřejněný ve Věstníku MZ ČR, ročník 2012, částka 9: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c9/2012_7036_2510_11.html, Stanovisko výboru České společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie k průkazu ovlivnění řidiče návykovou látkou: <http://www.soudnilekarstvi.cz/wp-content/uploads/2014/04/Stanovisko-výboru-k-prukazu-NL-u-řidičů-konečné.pdf> a Stanovisko výboru Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČSL JEP k formě publikace výsledků vyšetření NL v krvi řidičů: <http://www.soudnilekarstvi.cz/wp-content/uploads/2014/04/Stanovisko-výboru-k-formě-publikace-výsledků-vyšetření-NL-v-krvi-řidičů.pdf> [2015-09-06].

s řízením pod vlivem návykové látky, a přesto byl po uvedené době výrazně omezen v osobním, případně pracovním životě či v podnikání.

1.1.1.4 Návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

V průběhu r. 2014 pokračovala příprava nového návrhu zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který by měl nahradit od 1. 1. 2016 stávající zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Návrh zákona, který dne 3. 6. 2015 předložila vláda Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, obsahuje řadu změn, z nichž jsou nejčastěji zmiňována opatření týkající se nekuřáckého prostředí, konkrétně zavedení úplného zákazu kouření i používání elektronických cigaret ve vnitřních prostorech provozoven stravovacích služeb nebo veřejnosti volně přístupných vnitřních prostorech. Výjimku tvoří např. stavebně oddělené prostory vyhrazené ke kouření ve vnitřním prostoru budovy související s veřejnou dopravou nebo na letištích. Zachována zůstala též možnost kouřit v uzavřených psychiatrických odděleních nebo jiných zařízeních pro léčbu závislosti, a to ve stavebně odděleném prostoru vyhrazeném ke kouření, případně na vnějším prostranství vyhrazeném ke kouření. V případě zdravotnických zařízení by se nově zákaz kouření měl týkat i vnějších prostor s výjimkou míst vyhrazených ke kouření.

Návrh zákona rovněž v oblasti tabáku částečně transponuje Směrnici Evropského parlamentu a Rady 2014/40/EU ze dne 3. 4. 2014 o sblížování právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků a o zrušení směrnice 2001/37/ES, a to v oblasti přeshraničního prodeje tabákových výrobků a elektronických cigaret na dálku (tato směrnice bude převážně transponována do právní úpravy v gesci Ministerstva zemědělství).

V návrhu zákona se dále navrhuje rozšířit okruh míst, kde nebude možný prodej tabákových výrobků, elektronických cigaret a alkoholických nápojů (alkoholické nápoje např. nebude možno prodávat prostřednictvím prodejních automatů, v pojízdných prodejnách apod.) a v této souvislosti zákon rovněž přejímá příslušná ustanovení zákona o spotřebních daních upravující místa prodeje lihovin a tabákových výrobků.

Vládní návrh zákona dále zavádí další nové povinnosti pro prodejce alkoholu, např. povinnost prodávat v provozně stravovacích služeb nebo stánku s občerstvením alespoň jeden nealkoholický levněji než alkoholický nápoj.

Návrh zákona podrobněji upravuje podmínky vyšetření přítomnosti alkoholu a jiných návykových látek. Rozšiřuje okruh osob, které jsou povinny se podrobit orientačnímu vyšetření (např. osoby mladší 18 let důvodně podezřelé z požití alkoholického nápoje nebo z užití jiné návykové látky). Odborné lékařské vyšetření a toxikologické vyšetření by měl hradit poskytovatel zdravotních služeb ten, kdo si toto vyšetření vyžádal, nikoli vyšetřovaná osoba jako dosud. V případě pozitivního výsledku uhradí vyšetřovaná osoba náklady té instituci, která si vyšetření vyžádala.

Za účelem prosazování nových opatření v praxi byly posíleny kontrolní pravomoci státních orgánů a nově stanoven systém sankcí. Nově by např. mohl mít inspektor České obchodní inspekce oprávnění nařídit uzavření provozovny až na 2 dny v případě porušení zákazu prodeje nebo podávání alkoholických nápojů osobě mladší 18 let, a to jak prodejny, tak stánku s občerstvením, provozovny stravovacích služeb, ubytovacího zařízení nebo prodeje v dopravním prostředku.

Většina přestupků v oblasti ochrany zdraví před návykovými látkami, uvedených v § 30 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, spočívajících v porušení zákazu či povinnosti podle tohoto zákona, je nově upravena přímo v tomto zákoně. Návrh zákona nenavrhuje převést přestupek týkající se úmyslné výroby lihu nebo destilátu bez povolení nebo jeho přechovávání a uvádění do oběhu, umožnění neoprávněného užívání OPL osobě mladší 18 let a neoprávněné přechovávání těchto látek v malém množství pro svoji potřebu a dále neoprávněné pěstování malého množství rostlin nebo hub obsahujících OPL.

Dále návrh zákona stanoví povinnost zdravotnických pracovníků v odůvodněných případech doporučit odbornou péči osobám, u nichž provedli orientační diagnostiku rizikového a škodlivého užívání návykové látky a diagnostiku návykových nemocí. Návrh zákona dále definuje, kdo je poskytovatelem odborné péče osobám s adiktologickou poruchou.

Za významný posun lze považovat zařazení problematiky záchytné stanice do zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Odstraní se tak alespoň částečně dosavadní nejasnosti ohledně charakteru těchto zařízení a rozsahu opatření a péče, které mají poskytovat. K návrhu zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek viz také kapitoly Další opatření protidrogové politiky (str. 22).

1.1.1.5 Změna zákona o sociálních službách

V listopadu 2014 byl novelizován zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, spolu se zákonem č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, a zákonem č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky.¹⁰

Novela především nastavila nový systém financování sociálních služeb v souvislosti s přesunutím těžiště systému zajištění služeb na místní úrovni na kraje. Po novele tak Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) bude poskytovat dotace na podporu sociálních služeb jednotlivým krajům, které budou tyto a své prostředky dále distribuovat jednotlivým poskytovatelům sociálních služeb na místní a regionální úrovni. V této souvislosti došlo rovněž k úpravě definice střednědobého plánu sociálních služeb, jehož součástí se povinně stala definice sítě sociálních služeb jako souboru potřebných služeb na daném území, který zároveň odpovídá finančním možnostem kraje. Další změny se týkají kompetencí státních orgánů v oblasti výkonu inspekci sociálních služeb, které přechází z úřadů práce na MPSV. Poslední skupina změn se týká oblasti kvalifikace sociálních pracovníků.

Výše uvedená novela zákona o sociálních službách předznamenává zásadní změny systému financování sociálních služeb, ke kterým dojde od r. 2016. Jedním z prvků nového systému je tzv. vyrovnávací platba, jejímž principem je dorovnání financování konkrétní sociální služby do výše stanoveného standardního limitu. Vzhledem k tomu, že většina adiktologických služeb v ČR je financována vícezdrojově včetně prostředků z dotací na sociální služby, budou mít tyto změny významný dopad rovněž v oblasti poskytování služeb uživatelům návykových látek a závislým a mohou poskytování těchto služeb v jejich mezioborovém pojetí ohrozit.

Od r. 2017 je plánována rozsáhlá novela zákona o sociálních službách, jejíž nejzásadnější součástí bude změna typologie sociálních služeb.

1.1.2 Aplikace práva

Při výkladu pojmu „množství větší než malé“ u OPL a přípravků je obsahujících a jedů je v praxi využíváno stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu ČR (NS ČR) ze dne 13. 3. 2014¹¹ – viz také VZ 2013.

V souvislosti s projednáváním kauz provozovatelů growshopů, kteří byli po hromadném zásahu policie trestně stíháni pro spáchání různých drogových trestných činů, dospěly soudy k rozhodnutí, že se jednalo o trestný čin šíření toxikomanie dle § 287 TZ. NS ČR se tak opakovaně vyjadřoval k výkladu skutkové podstaty šíření toxikomanie. Podle rozhodnutí NS ČR ze dne 15. 10. 2014¹² se o šíření toxikomanie podle § 287, odst. 1 a odst. 2 písm. c) TZ „jedná také tehdy, když pachatel v rámci své podnikatelské činnosti nabízí takový sortiment zboží, který je uspořádán tak, že zákazník si může bez obtíží vytvořit představu o výrobě jiné návykové látky než alkoholu. Okolnost, že pachatel

¹⁰ zákonem č. 254/2014 Sb.

¹¹ sp. zn. Tpjn 301/2013

¹² sp. zn. 3 Tdo 1218/2014

zboží opatřil informací o protiprávnosti výroby návykových látek, nemá pro vznik trestní odpovědnosti za citovaný přečin žádný význam".

V jiném rozhodnutí ze dne 12. 11. 2014¹³ se NS ČR též vyjádřil ke znaku „podněcování“ ve skutkové podstatě trestného činu šíření toxikomanie podle § 287 TZ, když konstatoval, že z hlediska naplnění tohoto znaku „se nevyžaduje, aby pachatel prodával návykové látky, ale postačí, že je veřejně prezentuje. Podněcováním ve smyslu citovaného trestného činu je taková činnost, která je ve svém souhrnu způsobilá ovlivnit rozhodnutí jiných osob zneužít jiné návykové látky než alkohol“.

NS ČR se opětovně zabýval otázkou prokazování existence stavu vylučujícího způsobilost, kterou si pachatel přivodil požitím návykové látky v souvislosti s výkonem zaměstnání nebo jiné činnosti, při níž může ohrozit život nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku. V rozhodnutí ze dne 18. 3. 2015¹⁴ NS ČR připomněl, že „pro stav vylučující způsobilost neexistuje žádná konkrétní definice, neboť různé návykové látky působí na člověka odlišně a rozdílně ho ovlivňují se zřetelem k provozované činnosti, a proto je nutné v každém jednotlivém případě zkoumat, jakou měrou byla požitou látkou ovlivněna schopnost vykonávat pachatelem provozovanou činnost“.

V oblasti rodinného práva se začaly v praxi postupně projevovat nezamýšlené dopady novelizace zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí,¹⁵ která s účinností od 1. 1. 2013 zavedla kromě dalších změn institut pěstounské péče na přechodnou dobu a vytvořila podmínky pro profesionalizaci pěstounské péče jako takové. V průběhu let 2013 až 2014 tak došlo k navýšení počtu profesionálních pěstounů, což umožnilo, aby děti matek – uživatelé návykových látek byly výrazně častěji umísťovány krátce po porodu do pěstounské nebo dočasné pěstounské péče, nikoli tedy již do ústavní péče, jak tomu bylo před novelou. Mimo pozitivních dopadů zejména na raný vývoj dítěte však tato změna významně komplikuje kvalifikovanou motivaci matek k léčbě či jejich udržení v ní, neboť navázání spolupráce s pěstounskou rodinou s cílem udržet vztah biologického rodiče s dítětem je oboustranně komplikovaný a časově náročný proces a jeho nezvládnutí může ohrozit či vyloučit návrat dítěte do biologické rodiny.¹⁶

1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace

1.2.1 Národní strategie protidrogové politiky

Odpovědnost za tvorbu a naplňování protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP).

Hlavním strategickým dokumentem určujícím zaměření protidrogové politiky je Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (Národní strategie 2010–2018) a její akční plány. V r. 2014 pokračoval proces změny v pojetí protidrogové politiky – protidrogová politika je nově definována jako integrovaná, tzn. spojující témata užívání alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní. V prosinci 2014 byla schválena revize Národní strategie 2010–2018¹⁷, která rozšířila strategii o oblast hazardního hraní a alkoholu; rozšíření strategie o téma kontroly tabáku je v plánu. Hlavním důvodem integrace je vytvoření jediné protidrogové politiky, která je z hlediska vynaložených zdrojů a dosažených efektů mnohem účinnější v řešení problémů spojených s užíváním návykových látek a patologického hráčství pro jednotlivce a společnost než řešení těchto témat odděleně.¹⁸

Protidrogová politika ČR i nadále stojí na 4 pilířích, kterými jsou (1) primární prevence, (2) léčba a sociální začleňování, (3) snižování rizik a (4) snižování dostupnosti a prosazování práva, a opírá se

¹³ sp. zn. 8 Tdo 1217/2014

¹⁴ sp. zn. 3 Tdo 198/2015

¹⁵ zákonem č. 401/2012 Sb.

¹⁶ informace zaslané PhDr. Ilonou Preslovou, SANANIM, z. ú. [2015-10-08]

¹⁷ usnesení vlády č. 1060 z 15. 12. 2014

¹⁸ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/revize-narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010-az-2018-125887/> [2015-08-30]

o 3 podpůrné oblasti: (1) koordinace a financování, (2) mezinárodní spolupráce a (3) monitoring, výzkum, evaluace.

Revize upravila 4 základní strategické cíle, které nově zní:

- snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi, snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží,
- snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství,
- snížit potenciální rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost,
- snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní.

U nových témat stanovuje revidovaná strategie podrobnější cíle. Pro oblast alkoholu jsou jimi:

- v oblasti primární prevence: zvýšení povědomí o rozsahu a povaze zdravotních, sociálních a ekonomických problémů působených škodlivým užíváním alkoholu a zajištění dostupnosti efektivních preventivních opatření,
- v oblasti léčby a sociálního začleňování: zvýšení dostupnosti efektivních léčebných intervencí k omezení a předcházení škod způsobených užíváním alkoholu,
- v oblasti snižování rizik: snížení škod spojených s užíváním alkoholu v oblasti fyzického a duševního zdraví, veřejného pořádku a bezpečnosti včetně dopravních nehod, pracovní výkonnosti a prevence a snížení škodlivého užívání alkoholu v rizikových lokalitách a skupinách (bezdomovci, senioři, těhotné ženy),
- v oblasti snižování a regulace dostupnosti a environmentálních strategií: omezení dostupnosti alkoholických nápojů zejména pro děti a mladistvé a příznivé nastavení faktorů prostředí.

Cíle strategie v oblasti hazardního hraní jsou:

- v oblasti primární prevence: zvýšení informovanosti o povaze a rizicích hazardního hraní v obecné populaci, korekce chybných informací a přesvědčení hazardních hráčů, podpora principů tzv. zodpovědného hraní, zajištění dostupnosti efektivních preventivních opatření,
- v oblasti léčby a dalších intervencí: snížení míry problémového hráčství a s ním spojených ekonomických, sociálních a zdravotních dopadů, zvýšení dostupnosti efektivních léčebných intervencí k omezení a předcházení škod způsobených problémovým hráčstvím,
- v oblasti snižování rizik: snížení negativních dopadů problémového hráčství na fyzické i duševní zdraví, bezpečnost a majetek jedinců, komunit i společnosti,
- v oblasti snižování dostupnosti a posílení kontroly a regulace dostupnosti hazardních her a jejich reklamy: regulace hazardních her, prosazování opatření snižování rizika rozvoje problémového hráčství, harmonizace podmínek pro provozování hazardních her s legislativou EU.

1.2.2 Akční plány realizace národní strategie a jejich implementace

V období platnosti strategie se počítalo s vytvořením tří navazujících akčních plánů na tříleté období, které jsou primárně zaměřeny na problematiku nelegálních drog. V současné době je v platnosti třetí z nich na období 2013–2015.

V návaznosti na integraci protidrogové politiky (viz výše) byla Národní strategie 2010–2018 doplněna o další akční plány, a to o Akční plán pro problematiku hazardního hraní na období 2015–2018, Akční plán k omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015–2018 a Akční plán pro oblast kontroly tabáku na období 2015–2018. Poslední dva jmenované byly připraveny v rámci rozpracování Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví

a prevence nemocí (blíže viz VZ 2013), RVKPP schváleny 23. 7. 2015 a spolu s dalšími akčními plány – implementačními nástroji Zdraví 2020 přijaty vládou 20. 8. 2015 (usnesení vlády č. 671).¹⁹

1.2.2.1 Akční plán pro oblast nelegálních drog

Rok 2014 byl druhým rokem platnosti Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013–2015 – blíže viz VZ 2012 a VZ 2013.

V květnu 2015 projednala RVKPP průběžné hodnocení plnění akčního plánu. Akční plán obsahuje celkem 100 aktivit, z nichž je 32 s průběžným plněním, 50 aktivit s termíny plnění v letech 2013 a 2014 a dalších 18 v r. 2015. Podle hodnotící zprávy se většina aktivit akčního plánu plní, byť se zpožděním. Realizace aktivit je zajištěna nejen interními personálními a finančními zdroji odpovědných institucí, ale i pomocí různých projektů či zakázek, což může být důvodem časového posunu v plnění úkolů. Dále zpráva konstatuje, že zatímco se podařilo stabilizovat financování protidrogové politiky a zachovat stávající účinná opatření, nedostatek finančních zdrojů znemožnil realizaci aktivit reagujících na nové trendy. Nepodařilo se např. získat prostředky na vytvoření a zavedení internetové léčebné a poradenské intervence sloužící zejména uživatelům konopí, na výzkum substituční či jiné farmakologické léčby uživatelů pervitinu ani na rozvoj stávající sítě služeb pro uživatele návykových látek a její rozšíření na další cílové skupiny.

1.2.2.2 Akční plán pro oblast hazardního hraní

V první polovině r. 2015 byl připraven návrh Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015–2018 pro oblast hazardního hraní. RVKPP návrh schválila v červenci 2015 poté, co jej dvakrát vrátila k přepracování kvůli rozporům s resorty týkajícím se finančních nároků na realizaci aktivit akčního plánu (MF) a analýzy a prevence kriminality (MV a MS). Na realizaci akčního plánu se odhadují náklady ve výši přibližně 100 mil. Kč ročně. Akční plán na období 2015–2018 stanovil následující priority:

- zvýšení informovanosti obecné i hráčské populace o rizicích hazardního hraní,
- prevence rozvoje problémového hráčství,
- včasný záchyt a intervence problémového hráčství,
- zvýšení kontaktu problémových hráčů s pomáhajícími službami,
- zvýšení dostupnosti poradenských a léčebných programů,
- důsledná kontrola dodržování přijatých regulačních opatření,
- redukce nelegálního provozování hazardních her,
- realizace komplexní politiky v oblasti hazardního hraní a její finanční zajištění,
- pravidelný monitoring a vyhodnocování situace a dopadů regulace v oblasti hazardního hraní.

V průběhu přípravy akčního plánu se ukázalo, že politika v oblasti hazardního hraní je politikou ve veřejné správě novou. Kromě MF, které plní roli regulátora, a sekretariátu RVKPP, který poskytuje administrativní podporu RVKPP, bylo obtížné nalézt orgány a instituce, které by v oblasti hazardního hraní vyvíjely činnost, na kterou by bylo možné aktivitami akčního plánu navázat. Podrobněji o procesu přípravy a obsahu akčního plánu pro oblast hazardního hraní a o politice v této oblasti viz Výroční zprávu o hazardním hraní v ČR v r. 2014 (Mravčík et al., 2015c).

1.2.2.3 Akční plán pro oblast alkoholu

Akční plán byl připraven Ministerstvem zdravotnictví jako implementační nástroj jak Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018, tak Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.

Hlavním cílem akčního plánu je snížení spotřeby alkoholu a škod jím působených. Dílčími cíli jsou:

¹⁹ http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html [2015-10-08]

- snížení spotřeby alkoholických nápojů v dospělé populaci o 3,5 % spotřeby čistého lihu na osobu do r. 2018 a o 5 % spotřeby čistého lihu na osobu do r. 2020,²⁰
- snížení prevalence užívání alkoholu u osob mladších 18 let o 3,5 % do r. 2018, a o 5 % do r. 2020 a posunutí věkové hranice první zkušenosti s alkoholem o 3 roky do r. 2020,
- snižování rizik vyplývajících z užívání alkoholických nápojů,
- zajištění dalších opatření nezbytných pro realizaci protidrogové politiky v oblasti alkoholu.

Z hlavního cíle akčního plánu vyplývá, že očekávaným a zásadním výstupem je změna vysoce tolerantního postoje populace ČR k užívání alkoholu a s tím související snížení spotřeby alkoholu a omezení škod působených jeho užíváním. Jde zejména o koordinovanou realizaci navržených aktivit (včetně finančního zajištění, pokud to vyžadují), jako je zejména zásadní zvýšení povědomí o škodlivosti alkoholu na zdraví jedince, zavedení krátkých intervencí, zvýšení dostupnosti služeb pro osoby rizikově užívající alkohol, zpřísnění právní odpovědnosti za způsobení škod v důsledku užití alkoholu.

1.2.2.4 Akční plán pro oblast kontroly tabáku

Rovněž Akční plán pro oblast kontroly tabáku v ČR na období 2015–2018 byl připraven jako implementační nástroj dvou strategií – národní strategie protidrogové politiky a strategie Zdraví 2020. Cíle akčního plánu byly nastaveny následovně:

- snížit výskyt současného užívání tabákových výrobků u osob starších 15 let do r. 2018 minimálně o 8 % a do r. 2020 minimálně o 10 % (a do r. 2025 minimálně o 30 %):
 - minimalizovat počet osob, které začínají užívat tabákové výrobky, a posunout začátek kouření do vyššího věku,
 - zastavit nárůst prevalence užívání tabáku u dětí a mladistvých,
 - zvýšit počet osob, které zanechaly užívání tabákových výrobků,
- snížit expozici osob tabákovému kouři v prostředí,
 - zamezit expozici osob tabákovému kouři ve vnitřních prostorech veřejných míst a pracovišť,
 - snížit procento osob vystavených tabákovému kouři v jiných než veřejných místech,
- zajistit další nezbytná systémová a jiná opatření k posílení komplexní ochrany před škodami působenými tabákem v ČR.

K dosažení stanovených cílů vedou opatření, jako je zvýšení ceny tabákových výrobků, dalšího omezení reklamy a fyzické dostupnosti tabákových výrobků, zavedení kombinovaných zdravotních varování a omezení propagačních/marketingových prvků na obalech tabákových výrobků, posílení regulace nových tabákových výrobků a souvisejících výrobků, posílení ochrany před expozicí tabákovému kouři zejména ve vnitřních prostorech veřejných míst, rozšíření včasné diagnostiky, minimálních a krátkých intervencí zaměřených na užívání tabáku, dostupná a kvalitní léčba závislosti na tabáku a podpora dalších služeb pro odvykání kouření atd. Navrhovaná opatření jsou legislativní i nelegislativní povahy.

1.2.3 Další opatření protidrogové politiky

Integrovaná politika a její koordinace, ale také definice a zajištění dostupnosti adiktologických služeb byly diskutovány při přípravě návrhu zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který má nahradit zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami – blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str. 14).

²⁰ Dvojí období pro stanovení cílů vyplývá z rozdílného načasování dvou strategických dokumentů – Národní strategie protidrogové politiky pro období 2010–2018 a Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.

Součástí výše uvedeného návrhu zákona byly i dva variantní návrhy na zajištění financování protidrogové politiky. Vláda na svém jednání dne 3. června 2015 schválila návrh zákona bez těchto navržených opatření, a to:

- zřízení státního fondu, jehož příjmem by byla část spotřební daně z lihu, piva, vína a meziproduktů a tabákových výrobků (a původně také z odvodů z hazardních her) ve výši 1 % daně (případně v jiné výši),
- zákonem stanovená účelová rozpočtová položka, která by byla v návrhu státního rozpočtu vyčleněná na oblast protidrogové politiky odpovídající 1 % (případně jinému podílu) spotřební daně z lihu, piva, vína a meziproduktů a tabákových výrobků (a původně také z odvodů z hazardních her).

V souvislosti s financováním protidrogové politiky projednala RVKPP v květnu 2014 návrh na změnu systému financování služeb pro osoby závislé a závislostí ohrožené. Materiál obsahuje zejména doporučení směřující k centrální správě prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku a jasnému vymezení kompetencí veřejné správy.

V souvislosti se zařazováním oblasti hazardního hraní do agendy RVKPP a jejího sekretariátu působily v r. 2014 a 2015 krátkodobě při sekretariátu RVKPP a při NMS 2 pracovní skupiny:

- k posouzení rizikovosti jednotlivých typů hazardních her v podmínkách ČR,
- k tvorbě akčního plánu pro oblast hazardního hraní 2015–2018.

V souvislosti s rozvojem oboru adiktologie byl RVKPP v červenci 2014 odbornými společnostmi předložen přehled koncepčních dokumentů v oboru adiktologie, který vznikl v projektu NETAD²¹ a který definuje obor adiktologie, jeho vztah k jiným oborům a jeho širší rámce s tím, že jednotlivé dokumenty budou předloženy RVKPP ke schválení. Celý balíček tvoří Koncepte sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice, kterou Společnost pro návykové nemoci a Česká asociace adiktologů schválily v r. 2013 (Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP et al., 2013), dále Koncepte vzdělávání v oboru adiktologie a Koncepte vědy a výzkumu v oboru adiktologie, obě pro období 2014–2020 (Miovský et al., 2014b, Miovský et al., 2014c). Úmysl předložit zejména první z uvedených dokumentů vzbudil vzrušenou diskusi v odborné veřejnosti – blíže viz kapitolu Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislostí (str. 92).

1.2.4 Politické, občanské a odborné akce a iniciativy

V I. 2013 a 2014 se do popředí zájmu odborné a laické veřejnosti dostalo téma hazardního hraní – blíže viz Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v r. 2014 (Mravčík et al., 2015c).

Na přelomu dubna a května 2014 proběhl již 53. ročník celostátní adiktologické konference (AT konference), kterou pořádá Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP (SNN). Tématem konference v r. 2014 byla Závislost od kolébky do hrobu.²² Součástí setkání byla také závěrečná konference projektu NETAD s názvem Quo vadis, adiktologie? Tématem AT konference v r. 2015 bylo Kolik stojí závislosti. V r. 2014 se konaly také další (krajské) adiktologické konference, a to v Jihočeském kraji s podtitulem Who is who aneb Vlak je prostě vlak, ale co jsou vlastně adiktologické služby a kam patří?²³, v Plzeňském kraji – Žádoucí účinky služeb z pohledu klienta, pracovníka a zadavatele, v Kraji Vysočina – Vliv zneužívání návykových látek na zdravý vývoj dětí, v Jihomoravském kraji s tématy Problematika domácího násilí a násilí na veřejnosti v souvislosti se škodlivým užíváním alkoholu, Vliv zneužívání návykových látek na výchovu dětí a funkčnost rodiny, Spolupráce NNO a institucí v oblasti léčby a následné péče závislostí na návykových látkách, v Olomouckém kraji – Adiktologická konference Restart: Teorie a praxe léčby závislostí.

²¹ Sítování vědecko-výzkumných kapacit a cílený rozvoj spolupráce mezi vysokými školami, veřejnou správou, soukromým a neziskovým sektorem v adiktologii (reg. č. CZ.1.07/2.4.00/17.0111), Realizátor: Univerzita Karlova v Praze, Klinika adiktologie

²² <http://www.at-konference.cz/archiv/rocnik-2014/> [2015-07-15]

²³ <http://www.akjck.cz/> [2015-07-15]

Každoročně v květnu se v Senátu PSP ČR koná ve spolupráci senátního Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku, Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku a Kanceláře WHO v ČR tisková konference a seminář ke Světovému dni bez tabáku (31. 5.)²⁴ s cílem upozornit na vysoký výskyt kuřáctví v ČR. V r. 2014 seminář nesl název Tabák a alkohol: Proč je v ČR tak málo motivovaných, kteří by motivovali k prevenci, zaměřený na cenovou a daňovou politiku v propojení s problematikou kouření a konzumace alkoholu. V r. 2015 byl v rámci semináře diskutován také připravovaný návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek – blíže viz kapitoly Legislativní rámec (str. 14) a Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislostí (str. 92).

V září 2014 proběhla v Praze konference s názvem (Nové) horizonty protidrogové politiky ve středoevropských metropolích,²⁵ hlavními tématy bylo snižování zdravotních a sociálních rizik v oblasti protidrogové politiky, problematika ochrany veřejného zdraví a veřejného pořádku, problematika bezdomovectví u osob se závislostmi a spolupráce poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb s policejními složkami při realizaci protidrogových politik. Konferenci organizovala společnost Proadis ve spolupráci s A.N.O. a Univerzitou Palackého v Olomouci. V návaznosti na konferenci přistoupila Praha v říjnu 2014 k Deklaraci Nové horizonty protidrogové politiky 2014 (aktualizované principy místních protidrogových politik).²⁶

Také v září 2014 pořádala Akademie Vězeňské služby ČR odbornou konferenci na téma Drogy v současné penitenciarí praxi s podtitulem Odlišný životní styl, návykové a impulzivní poruchy – opomíjený penitenciární problém?²⁷ věnovaný problematice drog ve věznicích. Další ročník konference proběhne v září 2015 na téma Alkohol, inhalační drogy a zneužívání léčiv v penitenciárních souvislostech – opomíjené závislosti z pohledu adiktologie?²⁸.

Rovněž v září 2014 uspořádalo sdružení SANANIM ve spolupráci s Justiční akademií ČR seminář Léčba místo trestu – Alternativa pro drogově závislé pachatele trestné činnosti. Cílem semináře bylo podpořit ukládání alternativních řešení pro klienty v konfliktu se zákonem. Hlavními tématy semináře byly právní zakotvení alternativních trestů, pohled na praktickou realizaci ze strany soudců, probačních a mediačních pracovníků, vězeňských psychologů, sociálních kurátorů, drogových služeb a nestátních organizací, příklady dobré praxe a potřeby změny.²⁹

V říjnu 2014 organizovala v Brně společnost A Kluby České republiky 4. ročník Podzimní adiktologické konference.³⁰ Tématy konference byly domácí násilí a násilí na veřejnosti v souvislosti se škodlivým užíváním alkoholu, vliv zneužívání návykových látek na výchovu dětí a funkčnost rodiny a spolupráce NNO, státních a nestátních zdravotnických zařízení, samosprávných i státních institucí v oblasti léčby a následné péče závislostí na návykových látkách.

Také v říjnu se ve Frýdku-Místku konal seminář Agentury pro sociální začleňování zaměřený na problematiku drogových závislostí v sociálně vyloučených lokalitách.³¹ Vystoupili na něm zástupci organizací, které zajišťují terénní služby pro drogově závislé přímo ve vyloučených lokalitách. V listopadu 2014 se pak v Praze konal seminář Agentury pro sociální začleňování s názvem Bezpečnost v sociálně vyloučených lokalitách a vybrané metody konceptu community policing.³²

²⁴ <http://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Konference-ke-Svetovemu-dni-bez-tabaku.aspx> [2015-07-07]

²⁵ <http://drug-horizon-prague.cz/> [2015-07-15]

²⁶ <http://drug-horizon-prague.cz/deklarace-2014/> [2015-07-29]

²⁷ <http://www.akademievs.cz/?clid=244> [2015-07-14]

²⁸ <http://www.akademievs.cz/?m=2&s=&ss=&typ=&clid=263> [2015-07-14]

²⁹ http://asja.jacz.cz/index.php?pageid=1002&course_id=5342 [2015-07-29]

³⁰ <http://www.akluby.cz/KonferencePAK2014P.aspx> [2015-08-04]

³¹ <http://www.socialni-zaclenovani.cz/seminar-o-problematice-drogovych-zavislosti-ve-vyloucenych-lokalitach-ve-frydku-mistku> [2015-07-15]

³² <http://www.socialni-zaclenovani.cz/agentura-porada-seminar-o-bezpecnosti-v-socialne-vyloucenych-lokalitach> [2015-07-15]

V listopadu 2014 se v Praze konal 5. mezinárodní konopný veletrh Cannafest.³³ Mezi vystavovateli byli šlechtitelé konopných semen, výrobci hnojiv a techniky, výrobci konopné kosmetiky a textilu, média zabývající se tématem konopí a instituce a firmy podporující využití konopí v medicíně. Cannafest změnil v r. 2014 reklamní kampaň – na plakátech byli zobrazeni lidé, kteří užívají konopí v reálném životě. Cílem kampaně bylo upozornit na fakt, že konopí užívá stále více lidí všech společenských vrstev. Součástí Cannafestu byla projekce dokumentárních i hraných filmů s konopnou tematikou, módní přehlídka konopného oblečení a degustační soutěž konopných nápojů.

Problematika návykových látek byla rovněž součástí aktivit s primárně jiným nebo širším zaměřením. V I. 2014 a 2015 proběhlo např. několik akcí zaměřených na problematiku bezdomovectví – v březnu 2014 pořádala Armáda spásy první Národní konferenci o zdravotní péči o lidi bez domova³⁴ s cílem upozornit na chybějící koncepci zdravotní péče pro tuto skupinu obyvatel a přiblížit specifikace práce s bezdomovci; v květnu 2015 se konference zaměřila na téma žen bez domova³⁵. V červnu 2015 uspořádalo město Plzeň celostátní konferenci statutárních měst na téma řešení problematiky bezdomovectví a sociálního vyloučení na úrovni samosprávy.³⁶

V září 2014 se v Praze uskutečnila 14. výroční konference Evropské kriminologické společnosti,³⁷ na které se podílela Česká kriminologická společnost ve spolupráci s Právnickou a Filozofickou fakultou Univerzity Karlovy v Praze. Jedním z témat bylo užívání nelegálních drog, trh s drogami a kontrola drog. V prosinci 2014 pak pořádala Městská policie hl. m. Prahy mezinárodní konferenci na téma prevence kriminality na lokální úrovni.³⁸

V listopadu 2014 proběhla v Praze konference s názvem Lidé žijící s HIV/AIDS – jejich zaměstnávání, diskriminace a bourání společenských bariér³⁹ s cílem upozornit na problematiku HIV pozitivních osob a jejich diskriminaci na trhu práce.

V únoru 2014 pořádaly organizace Provalis, Společně k bezpečí a Společnost pro podporu zdraví pro 21. století Dny prevence⁴⁰ v Ostravě, zaměřené na výměnu zkušeností v oblasti prevence rizikového chování a prevence kriminality a realizace preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních. Konference se zabývala bezpečným užíváním internetu, poruchami příjmu potravy, šikanou, krizovou intervencí, sexuální výchovou, sociálně právní ochranou dětí a problematikou nových náboženských hnutí. Na ostravskou konferenci navázaly v říjnu 2014 Dny prevence v Praze věnované kvalitě ve školské prevenci a příkladům dobré praxe.

V říjnu 2014 pořádal SANANIM ve spolupráci s Prev-centrem konferenci Škola a drogy 2014⁴¹ věnovanou především primární prevenci rizikového chování, včasné intervenci, spolupráci s rodinou, orgány sociálně-právní ochrany dětí i včasné intervenci v oblastech alkoholu, kyberšikany nebo poruch příjmu potravy.

V listopadu 2014 se konal také XI. ročník konference Primární prevence rizikového chování s názvem (Ne)bezpečná škola! A pro koho?⁴². Konferenci organizuje každoročně Sdružení SCAN, Klinika adiktologie a Magistrát hl. m. Prahy, tématem bylo bezpečné prostředí školy pro děti, pedagogy, ostatní pracovníky školy i rodiče. Tématem konference v r. 2015 je dobrá praxe v prevenci. Další konference či semináře na téma prevence probíhaly v krajích. V Praze Pražské

³³ <http://www.cannafest.cz/> [2015-07-15]

³⁴ <http://www.armadaspasy.cz/praha/narodni-ustredi/narodni-konference-o-zdravotni-peci-o-lidi-bez-domova> [2015-07-14]

³⁵ <http://www.armadaspasy.cz/praha/narodni-ustredi/2-narodni-konference-na-tema-zeny-bez-domova> [2015-07-14]

³⁶ <http://socialnisluzby.plzen.eu/aktuality-1/celostatni-konference-v-plzni-cilila-na-bezdomovce.aspx> [2015-07-14]

³⁷ <http://www.eurocrim2014.com/scientific-program/> [2015-07-14]

³⁸

http://www.praha.eu/jnp/cz/o_meste/magistrat/odbory/odbor_zdravotnictvi_socialni_pece/prevence_kriminality/konference_a_seminare/mezinarodni_konference_prevence.html [2015-07-14]

³⁹ <http://www.hiv-prace.cz/konference.html> [2015-07-14]

⁴⁰ <http://izdravi.info/dnyprevence/2014-2/> [2015-07-15]

⁴¹ <http://www.sananim.cz/zveme-vas.../154/konference-Skola-a-drogy-2014.html> [2015-07-15]

⁴² <http://www.pprch.cz/Minule-rocniky/XI-rocnik-konference-PPRCH-2014/> [2015-07-15]

drogové fórum primární prevence rizikového chování⁴³ (PPRCH) a seminář Škola a drogy, v Jihočeském kraji III. krajská konference rizikového chování, v Jihomoravském kraji Krajská konference primární prevence rizikového chování aneb Výměna zkušeností dobré praxe škol a školských zařízení a konference Prevence rizikového sexuálního chování, ve Zlínském kraji Krajská konference k primární prevenci rizikového chování a v kraji Moravskoslezském VII. krajská konference primární prevence.

V prosinci 2014 pořádalo MŠMT Národní kulatý stůl k primární prevenci rizikového chování.⁴⁴ Hlavním tématem kulatého stolu byl návrh nového modelu financování programů primární prevence v ČR, dále se kulatý stůl věnoval hodnocení kvality programů primární prevence rizikového chování, definicím výkonů, sběru dat a výkaznictví v primární prevenci. Druhý kulatý stůl konaný v březnu 2015 byl zaměřen na problematiku školních metodiků prevence a vertikální koordinaci v oblasti primární prevence.

Pokud jde o iniciativy v ČR zaměřené na změny v pojetí protidrogové politiky, počátkem r. 2014 byla na internetu spuštěna celoevropská kampaň Weed like to talk,⁴⁵ jejímž cílem je ukončit prohibiční politiku ve vztahu ke konopným látkám v Evropě a zavést legální regulovaný trh s konopím. V ČR byla petice podpořena zvláštní kampaní.⁴⁶ Cílem iniciativy je získat v EU přes 1 mil. podpisů. K srpnu 2015 iniciativu podepsalo téměř 170 tis. osob, z toho přes 4 326 z ČR.

V květnu 2015 proběhl v Praze 18. ročník pražské demonstrace s názvem Million Marihuana March. Hlavním požadavkem byla legalizace pěstování a držení konopí a konopných produktů pro vlastní potřebu, a to jak za účelem léčby, tak k rekreačnímu užívání.⁴⁷

V souvislosti s volbami do místních zastupitelstev, které se konaly v říjnu 2014, byla součástí předvolebních kampaní některých politických stran, hnutí či kandidátů také problematika drog. Např. jeden ze sloganů hnutí Pro Prahu zněl Stříkačky jen pro hasiče: město bez drog,⁴⁸ nezávislý kandidát České pirátské strany šel do voleb se sloganem Za Prahu travnatější⁴⁹. Mediální pozornost vzbudil plakát ČSSD se sloganem Vyženeme narkomany od škol!, který byl na internetu parodován v podobě Vyženeme narkomany do škol!, a vysloužil si tím první místo v soutěži Volební bizár 2014 serveru aktuálně.cz⁵⁰ (obrázek 1-1).

⁴³ http://www.praha.eu/jnp/cz/o_meste/magistrat/odbory/odbor_zdravotnictvi_socialni_pece/primarni_prevence_rizikoveho_chovani/aktuality/prazske_forum_primarni_prevence_2015.html [2015-07-14]

⁴⁴ <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/narodni-kulaty-stul?highlightWords=prevence> [2015-07-15]

⁴⁵ <http://weedliketotalk.wix.com/wlth#!a-propos1/c207v> [2014-08-19]

⁴⁶ <http://weedliketotalk.cz> [2015-08-05]

⁴⁷ <http://mmm.legalizace.cz> [2015-07-28]

⁴⁸ <http://www.proprahu.cz/cz/novinky/1374/pro-prahu-odstartovalo-prvni-billboardovou-kampan> [2015-06-26]

⁴⁹ <http://www.robertveverka.cz/podporte-me/> [2015-06-26]

⁵⁰ <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/volebni-bizar/r~57b5fbac497011e480800025900fea04/> [2015-06-26]

obrázek 1-1: Původní a parodující plakát ČSSD se sloganem Vyženeme narkomany od škol!



Zdroje: https://twitter.com/krték_cz/status/513933172586057729/photo/1, <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/volebni-bizar/r~57b5fbac497011e480800025900fea04/> [2015-09-08]

Zatímco výše uvedená kampaň svým heslem „vyháněla narkomany od škol“, kandidát na starostu Prahy 5 za hnutí Pro Prahu „vyháněl feťáky z ulic“⁵¹ (obrázek 1-2).

obrázek 1-2: Billboard hnutí Pro Prahu se sloganem Zajistím více bezpečnosti, vyženu feťáky z ulic



Zdroj: <http://skalicky.cz/> [2015-09-07]

1.2.5 Koordinace protidrogové politiky

1.2.5.1 Koordinace na národní úrovni

Koordinačním a poradním orgánem vlády v otázkách protidrogové politiky je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). V r. 2014 se RVKPP sešla pětkrát a dvakrát hlasovala formou *per rollam*.

V r. 2014 schválila vláda změnu statutu RVKPP,⁵² kterou rozšířila mandát RVKPP v souladu s procesem integrace protidrogové politiky (blíže viz kapitolu Národní strategie protidrogové

⁵¹ <http://skalicky.cz/> [2015-08-29]

⁵² usnesením vlády č. 858 ze dne 20. 10. 2014

politiky, str. 19). V souladu s tímto zaměřením vláda rozšířila složení RVKPP o další tři členy – ministra zemědělství, ministra průmyslu a obchodu a zástupce České asociace adiktologů.

K zajištění horizontální a vertikální koordinace na národní úrovni měla RVKPP do r. 2015 k dispozici 5 stálých výborů a 3 stálé pracovní skupiny pro specifické oblasti protidrogové politiky a 6 stálých pracovních skupin NMS (blíže viz VZ 2013).

V září 2014 zasedala ad hoc Pracovní skupina k nálezů Ústavního soudu č. 13/12 („množství drogy větší než malé“), jejímž úkolem bylo analyzovat situaci a stanovit další legislativní postup po zrušení části právních předpisů, které stanovovaly hranici malého množství jednotlivých omamných a psychotropních látek, v návaznosti na nález Ústavního soudu ze dne 23. července 2013,⁵³ jenž označil za neústavní, aby „množství větší než malé“ OPL bylo určováno vládním nařízením. V r. 2014 se skupina zabývala otázkou legislativní definice OPL, neboť skupina měla za to, že vzhledem k absenci definice OPL v české legislativě lze dříve či později očekávat obdobný nález Ústavního soudu rovněž ve věci zákonného vymezení OPL. Novelou zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, došlo totiž od ledna 2014 k přesunutí příloh obsahujících jednotlivé OPL rovněž do nařízení vlády, konkrétně nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek. Tato změna byla motivována zejména snahou urychlit proces zařazování nových psychoaktivních látek na seznam kontrolovaných OPL.

Pracovní skupina pro financování protidrogové politiky v r. 2014 zpracovala materiál Analýza a řešení vlivu ESF na financování služeb pro uživatele návykových látek a návrh na řešení v případě výpadku tohoto zdroje.

V souvislosti s rozšířením mandátu RVKPP na integrovanou protidrogovou politiku nařídila RVKPP provést revizi svých poradních orgánů. RVKPP v březnu 2015 schválila nové uspořádání svých pracovních a poradních orgánů (tabulka 1-1).

tabulka 1-1: Přehled výborů a pracovních skupin RVKPP od r. 2015

Výbory	Pracovní skupiny
> Výbor zástupců resortů a institucí	> PS pro problematiku nelegálních drog
> Výbor zástupců regionů	> PS pro problematiku alkoholu
> Dotační výbor	> PS pro problematiku hazardních her
> Výbor pro udělování certifikací a kvalitu adiktologických služeb	> PS pro problematiku tabáku
> Poradní výbor pro sběr dat o závislostech	> Adiktologické fórum
	> PS pro revizi postupu zavádění zákona pro léčbu konopí do praxe
	> PS pro financování protidrogové politiky
	> 6 pracovních skupin NMS:
	> Populační a školské průzkumy
	> Úmrtí spojená s užíváním drog
	> Data trestněprávního sektoru
	> Problémové užívání drog a využívání adiktologických služeb
	> Pro infekční nemoci spojené s užíváním drog
	> Monitorování hazardního hraní a jeho dopadů
	> Systém včasného varování před novými drogami

Roli pracovních skupin pro problematiku tabáku a alkoholu mají plnit již existující Meziresortní pracovní skupina k problematice komplexní ochrany před škodami působenými tabákem (MPS OTA) a nově zřizovaná Meziresortní pracovní skupina k omezení škod působených alkoholem, obě v gesci MZ. Ostatní pracovní skupiny jsou v gesci sekretariátu RVKPP, resp. NMS.

⁵³ sp. zn. Pl. ÚS 13/12

1.2.5.2 Koordinace na krajské a obecní úrovni

Organizační zajištění koordinace a realizace protidrogové politiky na regionální úrovni je ukotveno v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (dále jen zákon č. 379/2005 Sb.).

Základními součástmi koordinace protidrogové politiky na krajské úrovni jsou krajské protidrogové koordinátory, poradní orgány pro oblast protidrogové politiky, krajské strategie a akční plány protidrogové politiky a krajské zprávy o situaci v oblasti protidrogové politiky.

Funkce krajského protidrogového koordinátora je zřízena ve všech krajích kromě Moravskoslezského. V r. 2014 stejně jako v předchozích dvou letech vykonávalo svou funkci na celý úvazek 7 krajských protidrogových koordinátorů. Krajské protidrogové koordinátory jsou v organizační struktuře krajského úřadu zařazeni většinou na pozici referenta odboru sociálních věcí (10), zdravotnictví (2), školství (1); v jednom případě je krajský koordinátor organizačně zařazen pod kancelář hejtmána.

V 9 krajích ze 14 jsou zřízeny komise kraje pro otázky protidrogové politiky, ve 2 krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem a ve 3 krajích pracovní skupiny.

Protidrogová politika krajů většinou vychází z krajského strategického dokumentu pro oblast protidrogové politiky. Jen ve třech krajích (Středočeském, Plzeňském a Ústeckém) je protidrogová politika součástí širší strategie pokrývající celkově oblast sociální politiky nebo prevence kriminality.

Pokud jde o aktuální vývoj, v r. v r. 2014 byla zpracována Strategie protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2015–2018. Radou Středočeského kraje byl schválen střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015–2017, který v širším kontextu upravuje také protidrogovou politiku. V současné době je připravován samostatný strategický dokument Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na léta 2015–2018. Také v Libereckém kraji je zpracováván Plán protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2015–2020. V návaznosti na Strategii protidrogové politiky Jihočeského kraje 2015–2017 byla v r. 2014 schválena nová Koncepce oddělení prevence a humanitních činností 2015–2017. Další strategický dokument Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017 je v současné době připravován.

Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogové koordinátory (MPK). Pozice místního protidrogového koordinátora byla v r. 2014 ustavena ve všech 22 městských částech hl. m. Prahy a ve 184 obcích s rozšířenou působností (z toho ve 12 obcích nejde o MPK, ale o kontaktní osobu pro tuto problematiku) z celkového počtu 205. V r. 2014 nedošlo k výrazným změnám v počtu MPK v jednotlivých krajích. Od r. 2012 se významně snížil počet MPK ve Středočeském kraji, z původních 24 na 18.

1.3 Rozpočty a financování

1.3.1 Výdaje z veřejných rozpočtů

Protidrogová politika byla v r. 2014 financována podobně jako v předchozích letech ze dvou úrovní: z centrální úrovně (státní rozpočet) a regionální úrovně (krajské a obecní rozpočty). Rozpočtové výdaje na programy protidrogové politiky, které jsou plánované a identifikovatelné, se označují jako účelově určené (*labelled*). Další rozpočtové výdaje, které nejsou předem plánované, případně další nepřímé společenské náklady spojené s užíváním návykových látek se dosud neodhadují pravidelně každý rok a nejsou předmětem této kapitoly. Naposledy byly celkové společenské náklady v důsledku užívání návykových látek v ČR vyčísleny za r. 2006 a 2007 (blíže viz kapitolu Společenské náklady spojené s užíváním drog, str. 35).

Zdrojem dat pro každoroční monitoring účelově určených výdajů na centrální úrovni jsou státní závěrečné účty resortů a informace od zástupců či kontaktních osob resortů a státních institucí. Zdrojem dat na regionální úrovni jsou výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v jednotlivých krajích. Od r. 2013 zástupci státních institucí i krajské protidrogové koordinátory navíc zasílají

sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) strukturované hlášení o výdajích s podrobnějším členěním podle jednotlivých typů programů a funkcí protidrogové politiky.

Protidrogová politika jako samostatný rozpočtový program je vykazována v rozpočtech Úřadu vlády ČR na činnost sekretariátu RVKPP, Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT), Ministerstva obrany (MO), Ministerstva zdravotnictví (MZ) a Ministerstva spravedlnosti (MS).

Kromě těchto resortů se na financování protidrogové politiky podílí též Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), které sice nemá v rozpočtu samostatnou položku na protidrogovou politiku, avšak v rámci dotačního řízení podporuje služby, kde jsou identifikovanou cílovou skupinou uživatelé návykových látek. Ani Ministerstvo vnitra (MV) a Policie ČR nemají samostatnou rozpočtovou položku a protidrogovou politiku, ale poskytují údaje o resortních výdajích na programy kriminality nebo výzkumné projekty v oblasti drog a o výdajích Policie ČR v oblasti protidrogové politiky. Zejména jde o náklady na činnost Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie (NPC) a nově od r. 2014 na základě dohodnuté spolupráce rovněž náklady na nákupy testů a testovacích souprav na alkohol a OPL, na znalecké posudky a náklady na forenzní toxikologické analýzy v oblasti drog a rovněž na náklady krajských ředitelství policie v oblasti drog (tzv. problematika toxi a toxi týmy). Dále se na realizaci protidrogové politiky významnou měrou podílí Celní protidrogová jednotka (CPJ), která je součástí Generálního ředitelství cel a na jejíž činnost rovněž není vyčleněna samostatná rozpočtová položka protidrogové politiky.

Kromě veřejných rozpočtů jsou služby pro uživatele drog a závislé financovány z veřejného zdravotního pojištění a z evropských fondů – odhad těchto nákladů uvádí kapitoly Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog (str. 34) a Výdaje evropských fondů v oblasti protidrogové politiky (str. 34).

Druh výdajů na protidrogovou politiku vykazovaných jako účelově určené se napříč institucemi liší. Zatímco některé vykazují pouze prostředky rozdělené v dotačních řízeních na projekty a služby protidrogové politiky (MPSV, MV), jiné instituce do výdajů počítají kromě dotací také prostředky na administraci dotačního řízení nebo platby za služby na výzkum a analýzy, certifikační řízení, publikační a informační činnost nebo materiálové výdaje (RVKPP, MŠMT, MO, MZ, MS), nebo mzdové a provozní výdaje (Policie ČR). Jakékoliv srovnání mezi jednotlivými institucemi nebo vývoj v čase je tedy potřeba posuzovat s vědomím této nesourodosti.

RVKPP podpořila v r. 2014 realizaci 144 projektů protidrogové politiky (včetně nově vyhlášené oblasti pro patologické hráčství) v celkové výši 89,6 mil Kč. Byly podpořeny projekty v oblasti primární prevence (selektivní a indikované), terénní programy, nízkoprahové služby a poradenství, ambulantní a rezidenční léčby včetně léčby v terapeutických komunitách, programy následné péče a projekty v oblasti koordinace/výzkum/hodnocení. Na zajištění odborné činnosti sekretariátu RVKPP (administrace dotačního řízení RVKPP, certifikace odborné způsobilosti, monitoringu užívání drog a patologického hráčství) bylo čerpáno 3,6 mil Kč.

Na r. 2014 vyčlenilo MŠMT pro dotační program v oblasti prevence rizikového chování ze svého rozpočtu 20,3 mil. Kč, z toho bylo podpořeno 79 projektů v celkové výši 12,0 mil. Kč zaměřených na protidrogovou prevenci. Kromě preventivních projektů byly podpořeny také vzdělávací aktivity pro pedagogy, projekty evaluace potřebnosti, dostupnosti a efektivnosti služeb, projekty zaměřené na zvyšování informovanosti a vzdělávání odborné či laické veřejnosti. Příjemci dotací byly školy, školská zařízení a NNO pracující s dětmi a mládeží.

MO financovalo v rámci programu protidrogové politiky částkou 448 tis. Kč především nákup detekčních přístrojů, odborné literatury a služeb odborných přednášek a seminářů. MPSV nemá rozpočtový program protidrogové politiky, ale poskytuje dotace projektům, jejichž cílovou skupinou jsou osoby ohrožené užíváním návykových látek nebo na nich závislé. V r. 2014 šlo o celkovou částku 113,1 mil. Kč, kterou bylo podpořeno 185 projektů kontaktních center, terénních

programů, sociálního poradenství, terapeutických komunit, následné péče a domovů se zvláštním režimem.⁵⁴ Domovy se zvláštním režimem byly v r. 2014 financovány částkou 30,0 mil. Kč.

MZ poskytlo celkově částku 23,6 mil. Kč. Z toho bylo 14,8 mil. Kč na dotace projektům zaměřeným na léčbu osob závislých na návykových látkách (AT ordinace, substituční léčba, detoxifikace, ústavní léčba) a v oblasti harm reduction na nákup zdravotnického materiálu pro kontaktní centra a terénní programy. Dále MZ poskytuje prostředky v rámci Národního programu zdraví – projekty podpory zdraví, v rámci kterého podpořilo 3 projekty v oblasti návykových látek v celkové výši 231,0 tis. Kč. A konečně prostředky ve výši 8,7 mil. Kč byly čerpány na celkem 6 výzkumných projektů (příjemci těchto finančních prostředků byly Institut klinické a experimentální medicíny, 3 fakulty Univerzity Karlovy v Praze, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně a Přírodovědecká fakulta Univerzity Palackého v Olomouci).

V rozpočtu MS bylo vyčleněno 3,5 mil. Kč na dotační programy NNO ve věznicích zaměřené zpravidla na péči před propuštěním a zajištění postpenitenciární péče. Dále vyčlenilo 788 tis. Kč na probační programy zaměřené na mladistvé delikventy ohrožené nelegálními drogami. Institut pro kriminologii a sociální prevenci vyčerpal částku 75 tis. Kč na úhradu cestovních nákladů na mezinárodní konferenci. Justiční akademie vydala částku 545 tis. Kč na vzdělávání a semináře pro soudce a státní zástupce k problematice prevence drogových závislostí a drogové trestné činnosti. Vězeňská služba vynaložila na léčebné služby ve vězení celkem 2,7 mil. Kč, na snižování nabídky návykových látek ve vězení 2,8 mil. Kč a na vzdělávací aktivity 688 tis. Kč.

Z rozpočtu MV, které nemá žádný dotační program zaměřený výhradně na realizaci protidrogové politiky, bylo čerpáno 46 tis. Kč na preventivní program, 19,7 mil. Kč na výzkumné projekty v rámci resortního Programu bezpečnostního výzkumu ČR na roky 2010–2015 (11,2 mil. Kč na projekt Nové syntetické drogy VŠCHT v Praze, 4,4 mil. Kč na projekt Vytvoření standardů pro zjišťování míry ovlivnění řidičů po užití konopných drog realizovaný Národním ústavem duševního zdraví bylo vyčerpano a 4,1 mil. Kč na projekt Stanovení množství nelegálních drog a jejich metabolitů v komunálních odpadních vodách Výzkumného ústavu vodohospodářského T. G. M. v Praze).

Policie ČR dlouhodobě vykazuje osobní a provozní náklady na činnost NPC, které v r. 2014 dosáhly 146,8 mil. Kč. Nově v r. 2014 Policie ČR vykázala celou řadu dalších výdajů. Jde o výdaje krajských ředitelství policie v oblasti drog (tzv. problematika toxů a činnost tzv. toxů týmů) v celkové výši 501,6 mil. Kč (z toho mzdové prostředky ve výši 408,0 mil. Kč), dále náklady na nákupy testů a testovacích souprav na alkohol a OPL v celkové výši 51 954,8 tis. Kč (z toho 10 723,1 tis. Kč na alkoholtestery a k nim potřebné náustky a 41 231,7 tis. Kč na orientační testy na přítomnost OPL ze slin a potu, z moči a z pevných látek a tekutin) a dále 6 mil. Kč na forenzní toxikologické náklady v Kriminalistickém ústavu Praha.

Generální ředitelství cel (GŘC), jehož součástí je Celní protidrogová jednotka, neposkytlo za r. 2014 údaje o výdajích na protidrogovou politiku.

V oblasti zahraniční spolupráce byl v r. 2014 nově vykázán výdaj České rozvojové agentury, která je příspěvkovou organizací Ministerstva zahraničních věcí (MZV), která od r. 2014 podporuje projekt Rozvoj drogové prevence v Afghánistánu realizovaný Společností Podané ruce. Za r. 2014 bylo z celkové alokované částky 11 mil. Kč vyčerpano 3,2 mil. Kč.

Souhrnné identifikované účelově určené výdaje státního rozpočtu na protidrogovou politiku na centrální úrovni dosáhly v r. 2014 částky 1 012,7 mil. Kč, přičemž je potřeba zdůraznit, že do státních výdajů jsou v r. 2014 nově započítány dotace MPSV na domovy se zvláštním režimem ve výši 30,0 mil. Kč a nově identifikované výdaje policie mimo výdaje NPC, které dosáhly 559,5 mil. Kč. Časová řada tak je zcela nesrovnatelná, ale tabulka 1-2 v podrobnějším členění umožňuje sledovat vývoj

⁵⁴ Domov se zvláštním režimem je speciální pobytová sociální služba pro klienty se specifickými potřebami danými přítomností chronického duševního nebo somatického onemocnění. Některé domovy se zvláštním režimem jsou určeny osobám s duševní poruchou vyvolanou účinkem alkoholu a dalších návykových látek, kteří mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiných osob.

v obsahově srovnatelných položkách. V r. 2013 nebyly k dispozici údaje za NPC a v r. 2014 neposkytló údaje GŘC.

tabulka 1-2: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle resortů v l. 2005–2014, v tis. Kč

Resort	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RVKPP	99 979	97 476	85 504	90 852	90 502	95 854	93 198
MŠMT	12 447	11 263	14 967	12 993	11 521	10 455	11 956
MO	5 276	4 280	4 384	2 999	2 372	379	448
MPSV* > domovy se zvl. režimem	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	28 867	29 956
> ostatní	79 472	86 785	91 743	76 931	84 356	96 444	113 068
> celkem	79 472	86 785	91 743	76 931	84 356	125 311	143 024
MZ	18 874	15 057	21 462	21 167	18 754	14 811	23 607
MS	7 385	10 817	7 081	4 059	11 095	9 531	11 064
MV	–	–	–	–	–	4 653	19 831
GŘC	10 656	3 180	2 100	1 931	1 800	2 500	0
Policie > NPC	137 846	146 548	144 370	131 000	126 419	n. a.	146 834
ČR* > ostatní	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	559 531
> celkem	137 846	146 548	144 370	131 000	126 419	n. a.	706 365
MZV*	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	3 200
Celkem	371 935	375 406	371 611	341 932	346 819	263 494	1 012 693

Pozn.: MPSV, MV – výdaje v dotačních řízeních na prevenci kriminality a na výzkum, MŠMT, MZ – výdaje na dotační řízení a jeho administraci, RVKPP, MS – výdaje na dotační řízení, nákup služeb, materiálové a investiční výdaje, MO – nákup služeb a materiálové výdaje, NPC – mzdové a provozní výdaje. * Do výdajů MPSV v r. 2013 a 2014 jsou nově započítány dotace domovům se zvláštním režimem. Do výdajů policie v r. 2014 jsou kromě výdajů NPC započítány rovněž další výdaje. Nově jsou v r. 2014 vykázány rovněž výdaje v oblasti zahraniční pomoci a spolupráce.

Protidrogová politika je financována kromě státního rozpočtu i z místních rozpočtů, tj. z rozpočtů krajů a obcí. V r. 2014 poskytly kraje na protidrogovou politiku 180,2 mil. Kč a obce 60,8 mil. Kč, dohromady 241,1 mil. Kč. Také zde je potřeba zdůraznit, že nově jsou do výdajů krajů a obcí započítány výdaje na podporu sociálních firem (1,2 mil. Kč) a výdaje krajů na domovy se zvláštním režimem (7,2 mil. Kč) (tabulka 1-5).

Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z místních rozpočtů od r. 2005 uvádí tabulka 1-3. Údaje o financování na krajské úrovni jsou rozděleny podle místa, kde byly finance realizátory jednotlivých projektů a činností spotřebovány. Prostředky na realizaci protidrogové politiky v r. 2014 s krajským určením čerpané ze státního a místních rozpočtů podle krajů zobrazuje mapa 1-1 a tabulka 1-6.

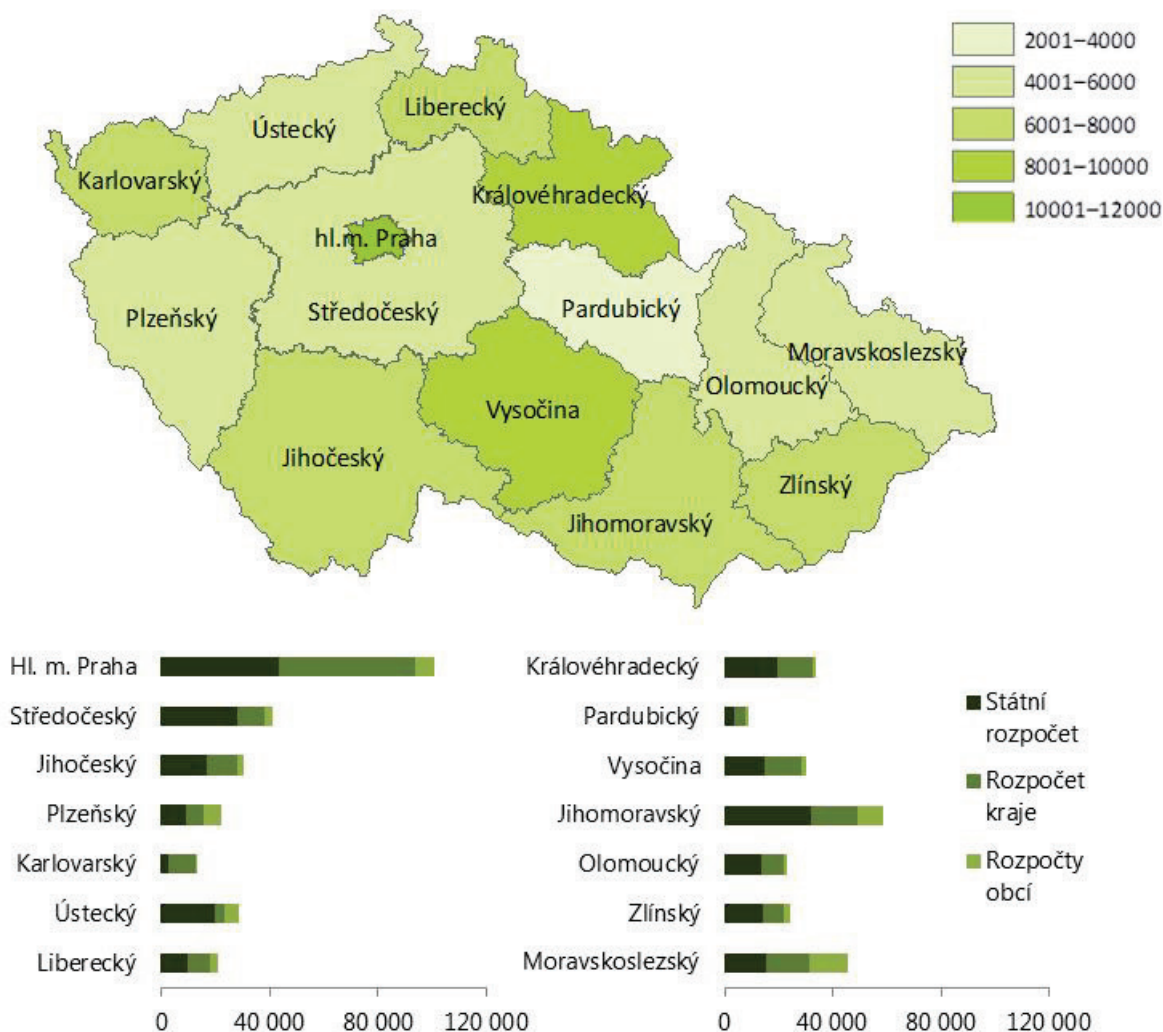
Celkové výdaje na protidrogovou politiku lze rozdělit i na hlediska snižování poptávky po drogách (prevence, harm reduction, léčba, doléčování) a na snižování nabídky (prosazování práva). Snižování poptávky po drogách je financováno jak ze státního, tak z místních rozpočtů, oblast snižování nabídky po drogách je financována ze státního rozpočtu. Podrobnou situaci v r. 2014 ukazuje tabulka 1-4, vývoj výdajů na protidrogovou politiku podle funkcí uvádí tabulka 1-7. Pominou-li se arteficiální trendy dané změnou vykazování, ve střednědobém horizontu, klesají výdaje na prevenci a současně rostou výdaje na harm reduction a následnou péči.

tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v l. 2005–2014, v tis. Kč

Kraj	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PHA	42 772	43 534	53 815	63 934	60 494	62 415	54 834	63 478	61 938	57 394
STC	20 001	20 656	21 315	22 677	16 072	21 516	17 750	17 052	6 241	13 316
JHC	6 840	7 350	7 639	12 124	12 263	10 070	10 677	11 519	11 271	13 827
PLK	7 313	7 874	8 157	14 122	13 656	14 403	15 217	14 278	12 824	13 183
KVK	1 803	1 813	1 829	2 756	1 165	6 256	4 991	6 756	8 192	10 638
ULK	11 518	12 668	10 697	10 251	11 049	12 374	10 715	9 270	8 244	8 343
LBK	9 162	8 948	7 252	13 102	9 850	10 986	11 258	11 462	11 429	11 246
HKK	2 892	3 920	7 803	7 969	10 909	7 604	8 338	9 047	13 929	14 456
PAK	6 654	2 694	7 027	7 394	6 889	8 545	8 141	7 928	9 933	5 421
VYS	7 925	3 356	9 065	4 562	4 053	4 143	5 119	10 370	10 554	15 439
JHM	12 155	8 500	13 666	14 268	25 571	21 799	25 360	28 466	25 940	27 113
OLK	3 385	4 679	5 231	10 791	12 174	11 082	11 419	12 071	12 380	9 907
ZLK	4 066	1 851	6 246	8 886	11 671	20 734	7 447	6 797	10 033	10 429
MSK	14 457	15 215	30 893	32 522	36 290	43 839	30 628	31 979	32 026	30 347
Celkem	150 943	143 058	190 635	225 357	232 106	255 764	221 895	240 474	234 933	241 059

Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitola Zkratky. Do výdajů krajů jsou nově započítány výdaje na domovy se zvláštním režimem, které v r. 2013 dosáhly 7 426 tis. Kč a v r. 2014 celkem 7 156 tis. Kč.

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2014, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů



tabulka 1-4: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v l. 2010–2014, v tis. Kč

Kategorie služby	2010		2011		2012		2013		2014	
	Částka	%	Částka	%	Částka	%	Částka	%	Částka	%
Prevence	62 296	9,9	54 921	9,7	48 725	8,3	45 606	9,0	39 994	3,2
Harm reduction	166 196	26,5	152 663	27,1	161 160	27,4	174 282	34,5	192 111	15,3
Léčba	108 856	17,4	102 157	18,1	112 145	19,1	118 531	23,4	117 981	9,4
Záchytné stanice	87 236	13,9	69 015	12,2	79 818	13,6	79 785	15,8	74 142	5,9
Následná péče	31 316	5,0	29 494	5,2	33 926	5,8	35 152	6,9	40 757	3,3
Domovy se zvláštním režimem	n. a.	–	n. a.	–	n. a.	–	36 293	7,2	37 112	3,0
Koordinace, výzkum, hodnocení*	18 952	3,0	18 598	3,3	13 497	2,3	7 763	1,5	38 002	3,0
Prosazování práva**	149 367	23,8	133 538	23,7	131 304	22,4	3 086	0,6	710 398	56,7
Ostatní, nezařazeno	3 156	0,5	3 441	0,6	6 717	1,1	5 355	1,1	3 256	0,3
Celkem	627 376	100,0	563 827	100,0	587 293	100,0	505 853	100,0	1 253 752	100,0

Pozn.: * V r. 2014 s nově vykázaným výdajem na realizaci projektu zahraniční rozvojové pomoci v oblasti protidrogové politiky. ** V r. 2013 bez výdajů NPC, v r. 2014 s nově vykázanými výdaji Policie ČR včetně NPC.

1.3.2 Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog

Náklady zdravotních pojišťoven vynaložené na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek tvoří výdaje přímo identifikovatelné, tj. vykázané na léčbu v souvislosti se základní diagnózou, a náklady neidentifikovatelné bez vazby na diagnózu, jejichž podíl na dg. F10–F19 je odhadován (blíže k metodice viz VZ 2011).

Odhadovaný objem výdajů ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2013⁵⁵ činil 1 467 mil. Kč (v r. 2012 to bylo 1 597 mil. Kč), z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem (dg. F10) bylo vydáno 977 mil. Kč (1 124 mil. Kč v r. 2012) a na léčbu poruch způsobených nealkoholovými drogami (dg. F11–F19) 490 mil. Kč (473 mil. Kč v r. 2012). Vývoj a strukturu těchto nákladů uvádí tabulka 1-8.

Částka spotřebovaná adiktologickými (AT) programy dosáhla 214 mil. Kč. Z toho 146 mil. Kč tvořily výdaje na péči o uživatele alkoholu (148 mil. Kč v r. 2012), z toho 138 mil. Kč na lůžkovou a 8 mil. Kč na ambulantní péči. U nealkoholových poruch (dg. F11–F19) dosáhly výdaje AT programů 68 mil. Kč (64 mil. Kč v r. 2012), z toho 63 mil. Kč na lůžkovou a 5 mil. Kč na ambulantní péči (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2015f).

1.3.3 Výdaje evropských fondů v oblasti protidrogové politiky

Projekty adiktologických služeb byly v uplynulém období financovány rovněž z evropských fondů. Podle dostupných údajů se předpokládalo, že jde o nezanedbatelnou částku přibližně 100 mil. Kč ročně (blíže viz VZ 2013 a 2012).

RVKPP na jednání 7. 5. 2015 usnesením č. 06/0515 projednala materiál Analýza a řešení vlivu ESF na financování služeb pro uživatele návykových látek a návrh na řešení v případě výpadku tohoto zdroje, který zpracoval sekretariát RVKPP. Zdrojem byly informace získané od krajských protidrogových koordinátorů prostřednictvím dotazníkového šetření. Cílem materiálu bylo popsat způsob a objem financování služeb v l. 2009–2013 z evropských fondů, identifikovat jeho silné a slabé stránky a navrhnout konkrétní kroky vedoucí k jeho zapojení do systému financování adiktologických služeb v dalším programovém období evropských fondů v l. 2014–2020.

Z analýzy vyplývá, že v období 2009–2013 bylo na adiktologické služby v ČR z prostředků evropských fondů vynaloženo přibližně 310,0 mil. Kč, z toho 287,2 mil. Kč (92,6 %) činily prostředky

⁵⁵ Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek jsou zpracovány s ročním zpožděním ze statistiky zdravotnických účtů podle mezinárodní metodologie System of Health Accounts.

Evropského sociálního fondu (ESF)⁵⁶ a 22,8 mil. Kč (7,4 %) prostředky Evropského fondu regionálního rozvoje⁵⁷.

Podíl prostředků evropských fondů na celkovém financování adiktologických služeb v l. 2009–2013 (bez výdajů na prosazování práva) dosáhl cca 12 %; nejvýrazněji se evropské fondy podílely na financování služeb v l. 2011–2012 (průměrně 16 %), nejméně v r. 2009 (4 %).

Pro účely smysluplného zapojení evropských fondů do financování služeb v novém programovém období byly na základě analýzy navrženy následující kroky:

- jednotlivá opatření (výzvy globálních grantů, individuálních projektů) navrhovat tak, aby sloužila pouze k rozvojovým či inovativním účelům, nikoli k financování běžných/základních činností služeb,
- podobu jednotlivých opatření navrhovat tak, aby byla v souladu se strategickými materiály veřejné správy, které jsou platné pro danou oblast služeb či regionu (minimální síť služeb, strategie protidrogové politiky, akční plány, plány rozvoje sociálních služeb apod.),
- vznik nových či rozvoj stávajících služeb podporovat pouze, pokud odpovídají potřebám na daném území,
- u projektů, u kterých se předpokládá jejich pokračování i po ukončení podpory z evropských fondů, vyžadovat ještě před jejich schválením garanta či garanty udržitelnosti, tj. ty části veřejné správy, které mají na jejich pokračování zájem a jsou schopny a ochotny je nadále financovat,
- mechanismy koordinace protidrogové politiky v oblasti financování služeb přizpůsobit odlišnostem evropských fondů a jejich organizačnímu a administrativnímu rámci,
- v souladu s principem partnerství a pro účely koordinace na národní úrovni zapojit zástupce sekretariátu RVKPP do všech relevantních orgánů gesčních resortů evropských fondů, které se podílejí na financování služeb, a naopak jejich zástupce zapojit do činnosti struktur RVKPP; obdobný postup aplikovat i na další resorty a aktéry, např. na struktury zodpovědné za individuální projekty krajů a krajské protidrogové koordinátory,
- systematicky shromažďovat a sdílet data o podílu evropských fondů na financování protidrogové politiky.

1.3.4 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Společenské náklady tabáku, alkoholu a nelegálních drog zkoumala studie Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v r. 2007 (Zábranský et al., 2011). Celkové hmotné náklady podle této studie činily v r. 2007 v ČR 56,2 mld. Kč (1,6 % HDP, což je přibližně dvakrát méně než v jiných vyspělých zemích), z toho náklady na tabák dosáhly 33,1 mld. Kč (59,0 %), na alkohol 16,4 mld. Kč (29,1 %) a na nelegální drogy 6,7 mld. Kč (11,9 %) – podrobné informace uvádí VZ 2011. Jiná studie vyčíslila náklady na alkohol v ČR v r. 2010 ve výši 19,6 mld. Kč (Gustavsson et al., 2011, Csémy a Winkler, 2012). V souvislosti s kouřením tabáku v ČR se často citují náklady ve výši 80–100 mld. Kč ročně.⁵⁸

Kromě toho byly poprvé v ČR vyčísleny společenské náklady na hazardní hraní, které za r. 2012 dosáhly 14,2–16,1 mld. Kč, z toho hmotné náklady 3,5–4,7 mld. Kč (Winkler et al., 2014) – viz také Výroční zpráva o hazardním hraní v ČR v r. 2014 (Mravčík et al., 2015c).

⁵⁶ <http://www.esfcr.cz/evropsky-socialni-fond-v-cr> [2014-09-05]

⁵⁷ <http://www.euractiv.cz/index.php?id=evropsky-fond-regionalniho-rozvo> [2014-09-05]

⁵⁸ http://zpravy.idnes.cz/cesi-prestavaji-kourit-kvuli-krizi-musi-setrit-i-na-zavislostech-p9r-/domaci.aspx?c=A100214_204732_domaci_abr [2015-09-06]; http://ceskapozice.lidovky.cz/jak-dopadne-boj-o-cigaretovy-dym-dnl-/tema.aspx?c=A121229_003800_pozice_89103 [2015-09-06]

tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v r. 2014 podle kategorií služeb, v tis. Kč

Kraj		Primární prevence	Harm reduction	Ambulantní služby	Služby ve vězení	Rezidenční služby	Následná péče	Sociální firmy	Záchytné stanice	Prevence drogové kriminality	Informace/ výzkum/ koordinace	Domovy se zvláštním režimem	Ostatní	Celkem
Rozpočty krajů	Hl. m. Praha	7 010	11 250	8 050	180	5 600	5 150	1 150	11 500	0	550	0	0	50 440
	Středočeský	119	2 600	0	100	2 040	2 238	0	3 000	0	0	0	0	10 097
	Jihočeský	1 110	3 800	1 190	0	510	580	0	4 000	0	100	0	0	11 290
	Plzeňský	540	1 470	215	203	553	614	0	2 899	0	0	0	7	6 501
	Karlovarský	450	660	0	0	0	0	0	3 214	0	0	5 580	0	9 904
	Ústecký	0	2 450	520	0	190	30	0	0	0	0	0	0	3 190
	Liberecký	30	1 120	300	200	1 320	260	0	5 000	0	0	0	30	8 260
	Královéhradecký	939	6 287	260	0	0	0	0	5 500	0	0	0	245	13 231
	Pardubický	80	710	297	0	0	0	0	2 761	0	22	0	0	3 870
	Vysočina	2 500	2 010	0	0	1 589	804	0	4 947	0	0	1 576	0	13 426
	Jihomoravský	1 510	4 647	600	430	1 900	1 259	0	7 057	0	0	0	0	17 403
	Olomoucký	40	1 850	290	50	0	310	0	6 099	0	150	0	0	8 789
	Zlínský	150	1 788	100	0	0	0	0	6 000	0	0	0	0	8 038
	Moravskoslezský	1 000	1 600	0	0	350	350	0	12 000	0	0	0	500	15 800
	Celkem	15 478	42 242	11 822	1 163	14 051	11 595	1 150	73 978	0	822	7 156	782	180 240
Rozpočty obcí	Hl. m. Praha	3 625	1 121	605	0	300	218	13	0	0	42	0	1 030	6 954
	Středočeský	1 339	1 700	0	0	0	0	0	164	0	0	0	15	3 218
	Jihočeský	114	1 709	514	0	0	200	0	0	0	0	0	0	2 537
	Plzeňský	1 484	2 345	561	160	948	1 176	0	0	0	0	0	8	6 682
	Karlovarský	0	734	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	734
	Ústecký	93	3 916	250	0	300	594	0	0	0	0	0	0	5 153
	Liberecký	280	1 637	438	13	204	403	0	0	0	10	0	0	2 986
	Královéhradecký	0	1 225	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 225
	Pardubický	20	1 046	485	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 551
	Vysočina	888	1 110	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	2 013
	Jihomoravský	238	4 937	797	200	2 590	691	0	0	258	0	0	0	9 710
	Olomoucký	21	1 064	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 118
	Zlínský	233	1 521	375	0	0	262	0	0	0	0	0	0	2 391
	Moravskoslezský	2 642	7 352	1 599	0	1 821	1 133	0	0	0	0	0	0	14 547
	Celkem	10 978	31 417	5 656	373	6 164	4 691	13	164	258	52	0	1 053	60 819

Kraj	Primární prevence	Harm reduction	Ambulantní služby	Služby ve vězení	Režidenční služby	Následná péče	Sociální firmy	Záchytné stanice	Prevence drogové kriminality	Informace/ výzkum/ koordinace	Domovy se zvláštním režimem	Ostatní	Celkem
Místní rozpočty celkem													
Hl. m. Praha	10 635	12 371	8 655	180	5 900	5 368	1 163	11 500	0	592	0	1 030	57 394
Středočeský	1 459	4 300	0	100	2 040	2 238	0	3 164	0	0	0	15	13 316
Jihočeský	1 224	5 509	1 704	0	510	780	0	4 000	0	100	0	0	13 827
Plzeňský	2 024	3 816	776	363	1 501	1 790	0	2 899	0	0	0	15	13 183
Karlovarský	450	1 394	0	0	0	0	0	3 214	0	0	5 580	0	10 638
Ústecký	93	6 366	770	0	490	624	0	0	0	0	0	0	8 343
Liberecký	310	2 757	738	213	1 524	663	0	5 000	0	10	0	30	11 246
Královéhradecký	939	7 512	260	0	0	0	0	5 500	0	0	0	245	14 456
Pardubický	100	1 756	782	0	0	0	0	2 761	0	22	0	0	5 421
Vysočina	3 388	3 120	0	0	1 589	819	0	4 947	0	0	1 576	0	15 439
Jihomoravský	1 748	9 584	1 397	630	4 490	1 950	0	7 057	258	0	0	0	27 113
Olomoucký	61	2 914	323	50	0	310	0	6 099	0	150	0	0	9 907
Zlínský	383	3 309	475	0	0	262	0	6 000	0	0	0	0	10 429
Moravskoslezský	3 642	8 952	1 599	0	2 171	1 483	0	12 000	0	0	0	500	30 347
Celkem	26 457	73 659	17 478	1 536	20 215	16 286	1 163	74 142	258	874	7 156	1 836	241 059

Pozn.: Do výdajů krajů jsou nově započítány výdaje na domovy se zvláštním režimem.

tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2014 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace, v tis. Kč

Kraje	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	MV	GŘC	Policie ČR	MZV	Státní rozpočet celkem	Kraj	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
Hl. m. Praha	23 055	2 066	–	11 064	7 078	246	–	–	n. a.	–	43 509	50 440	6 954	57 394	100 903	8,0
Středočeský	4 253	1 941	–	19 338	1 064	1 287	–	–	n. a.	–	27 883	10 097	3 218	13 316	41 199	3,3
Jihočeský	10 210	1 361	–	3 691	1 425	–	–	–	n. a.	–	16 687	11 290	2 537	13 827	30 513	2,4
Plzeňský	3 451	928	–	3 520	1 021	–	–	–	n. a.	–	8 920	6 501	6 682	13 183	22 102	1,8
Karlovarský	1 612	–	–	1 182	25	–	–	–	n. a.	–	2 819	9 904	734	10 638	13 457	1,1
Ústecký	8 955	274	–	9 326	1 554	–	–	–	n. a.	–	20 109	3 190	5 153	8 343	28 452	2,3
Liberecký	5 162	316	–	4 417	0	–	–	–	n. a.	–	9 895	8 260	2 986	11 246	21 141	1,7
Královéhradecký	2 192	325	–	16 022	575	–	–	–	n. a.	–	19 113	13 231	1 225	14 456	33 569	2,7
Pardubický	1 099	–	–	2 170	218	–	–	–	n. a.	–	3 487	3 870	1 551	5 421	8 908	0,7
Vysočina	2 602	809	–	10 873	365	–	–	–	n. a.	–	14 649	13 426	2 013	15 439	30 088	2,4
Jihomoravský	11 219	1 242	–	17 217	727	1 200	–	–	n. a.	–	31 605	17 403	9 710	27 113	58 719	4,7
Olomoucký	5 792	573	–	5 713	359	735	–	–	n. a.	–	13 172	8 789	1 118	9 907	23 079	1,8
Zlínský	2 381	700	–	10 458	223	–	–	–	n. a.	–	13 762	8 038	2 391	10 429	24 191	1,9
Moravskoslezský	6 349	229	–	8 471	170	–	–	–	n. a.	–	15 219	15 800	14 547	30 347	45 566	3,6
Výdaje s krajským určením	88 332	10 763	0	123 462	14 804	3 468	0	0	501 576	0	742 404	180 240	60 819	241 059	983 463	78,4
Výdaje s centrálním určením	4 866	1 193	448	19 562	8 804	7 596	19 831	0	204 789	0	267 089	–	–	–	267 089	21,3
Výdaje s určením v zahraničí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 200	3 200	–	–	–	3 200	0,3
Celkem	93 198	11 956	448	143 024	23 607	11 064	19 831	0	706 365	3 200	1 012 693	180 240	60 819	241 059	1 253 752	100,0
> z toho investiční	0	0	0	0	0	586	0	0	0	0	586	0	0	0	586	0,0
Celkem (%)	7,4	1,0	0,0	11,4	1,9	0,9	1,6	0,0	56,3	0,3	80,8	14,4	4,9	19,2	100,0	–

Pozn.: Do výdajů MPSV jsou v r. 2014 nově započítány dotace domovům se zvláštním režimem, do výdajů policie kromě výdajů NPC rovněž další výdaje, nově jsou vykázány rovněž výdaje v oblasti zahraniční pomoci a spolupráce.

tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2014 podle kategorií služeb, v tis. Kč

Kategorie služby		RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	MV	GŘC	Policie ČR	MZV	Státní rozpočet celkem	Kraje	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
Prevence		1 600	11 257	448	–	232	–	–	–	–	–	13 537	15 478	10 978	26 457	39 994	3,2
Harm	terénní programy	16 425	–	–	25 995	1 641	–	–	–	–	–	44 061	13 404	12 011	25 416	69 476	5,5
Reduction	kontaktní centra	29 350	–	–	38 499	2 656	–	–	–	–	–	70 505	19 582	16 013	35 595	106 101	8,5
	sloučené programy KPS a TP	3 881	–	–	0	5	–	–	–	–	–	3 886	8 607	2 834	11 441	15 327	1,2
	Jiné a nezařazené HR programy		–	–	0	0	–	–	–	–	–	0	650	558	1 208	1 208	0,1
	celkem	49 656	–	–	64 494	4 302	–	–	–	–	–	118 452	42 242	31 417	73 659	192 111	15,3
Ambulantní služby	zdravotní	2 317	–	–	700	5 684	–	–	–	–	–	8 701	8 990	1 185	10 175	18 876	1,5
	sociální	6 132	–	–	10 684		–	–	–	–	–	16 816	2 040	3 342	5 382	22 198	1,8
	jiné a nezařazené	1 610	–	–		3 459	–	–	–	–	–	5 069	792	1 129	1 921	6 990	0,6
	celkem	10 059	–	–	11 384	9 143	–	–	–	–	–	30 586	11 822	5 656	17 478	48 064	3,8
Služby ve vězení		1 019	–	–	0	0	6 168	–	–	–	–	7 187	1 163	373	1 536	8 722	0,7
Rezidenční služby	lůžkové zdravotní		–	–		939	–	–	–	–	–	939	190	2 182	2 372	3 311	0,3
	terapeut. komunity	19 995	–	–	20 046	0	–	–	–	–	–	40 041	13 861	3 982	17 843	57 884	4,6
	jiné a nezařazené		–	–		0	–	–	–	–	–	0	0	0	0	0	0,0
	celkem	19 995	–	–	20 046	939	–	–	–	–	–	40 980	14 051	6 164	20 215	61 195	4,9
Služby následné péče		6 164	–	–	17 144	–	–	–	–	–	–	23 308	11 595	4 691	16 286	39 594	3,2
Sociální podniky		0	–	–	0	–	–	–	–	–	–	0	1 150	13	1 163	1 163	0,1
Domovy se zvláštním režimem		0	–	–	29 956	–	–	–	–	–	–	29 956	7 156	0	7 156	37 112	3,0
Záchytné stanice		0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	73 978	164	74 142	74 142	5,9
Prevence drogové kriminality		0	–	–	–	–	–	46	0	–	–	46	0	258	258	304	0,0
Prosazování práva		0	–	–	–	–	4 033		0	706 365	–	710 398	0	0	0	710 398	56,7
Koordinace, výzkum, hodnocení*		4 705	699	0	0	8 663	75	19 785	0	0	3 200	37 127	822	52	874	38 002	3,0
Ostatní, nezařazeno		0	0	0	0	329	788	0	0	0	0	1 117	782	1 053	1 836	2 953	0,2
Celkem		93 198	11 956	448	143 024	23 607	11 064	19 831	0	706 365	3 200	1 012 693	180 240	60 819	241 059	1 253 752	100,0

Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitulu Zkratky. V r. 2014 nově započítány dotace domovům se zvláštním režimem, do výdajů policie kromě výdajů NPC rovněž další výdaje, nově jsou v kategorii „Koordinace, výzkum, hodnocení“ vykázány také výdaje v oblasti zahraniční pomoci a spolupráce.

tabulka 1-8: Odhad nákladů zdravotních pojišťoven na dg. F10 a dg. F11–F19 podle druhu péče v l. 2007–2013, v tis. Kč

Druh péče	Náklady na dg. F10							Náklady na dg. F11–F19						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Léčebná péče	734 289	757 268	858 293	830 829	774 893	826 562	744 320	213 317	250 467	294 451	309 185	310 823	345 494	371 579
Lůžková péče	660 829	678 961	768 529	739 154	706 997	709 665	656 562	183 601	217 824	256 329	268 815	278 494	290 287	322 052
<i>Lůžková intenzivní péče</i>	28 707	24 180	35 081	41 324	30 707	30 895	30 118	8 959	9 399	12 971	14 771	12 436	11 398	11 790
> z toho psychiatrie	1 304	759	1 233	1 448	2 250	1 558	1 619	3 378	3 089	3 592	3 261	3 175	2 072	2 694
<i>Lůžková standardní péče</i>	82 193	85 788	101 975	77 548	64 550	79 939	69 673	35 772	43 092	43 958	46 063	31 821	41 437	39 769
> z toho psychiatrie	41 060	41 041	41 663	26 964	38 610	33 816	32 509	24 157	28 631	25 018	25 395	22 883	25 062	24 702
dětská psychiatrie	0	42	27	18	0	0	3	34	29	249	35	62	123	436
<i>Lůžková dlouhodobá péče</i>	549 929	568 993	631 473	620 282	611 740	598 831	556 771	138 870	165 333	199 400	207 981	234 237	237 452	270 494
> z toho AT	129 963	111 778	146 783	147 998	139 368	140 165	137 690	46 803	44 176	61 017	62 251	61 841	59 131	62 686
psychiatrie	417 930	455 162	481 351	468 909	468 964	454 450	415 465	90 605	118 702	135 448	142 326	167 692	174 889	204 219
dětská psychiatrie	14	0	2	30	175	61	77	1 413	2 440	2 724	3 323	4 532	3 272	3 379
Jednodenní péče	600	846	824	1 226	710	2 070	632	194	315	309	458	282	864	306
Ambulantní péče	71 543	74 803	87 843	89 415	66 282	113 947	86 272	29 119	31 369	37 414	39 510	31 685	53 977	48 817
Primární péče	1 427	1 050	1 599	1 684	1 502	2 451	1 702	656	426	706	781	711	936	846
Stomatologie	302	285	1 165	362	142	124	181	101	105	429	147	68	73	100
<i>Ambulantní specializovaná péče</i>	60 456	62 405	74 641	75 998	52 793	100 370	73 581	25 856	27 584	33 121	35 587	27 597	49 810	44 741
> z toho AT	8 684	7 234	7 798	7 692	7 444	7 700	8 334	4 156	3 549	4 522	3 994	4 692	4 934	5 035
psychiatrie	37 845	37 407	36 170	35 503	36 159	35 058	35 808	15 322	16 156	16 743	17 742	19 038	18 880	22 610
dětská psychiatrie	132	99	112	94	59	79	31	425	310	433	369	447	309	305
<i>Další ambulantní specializovaná péče</i>	9 358	11 063	10 438	11 371	11 845	11 002	10 808	2 506	3 254	3 158	2 995	3 309	3 158	3 131
> z toho klinická psychologie	8 034	8 401	9 317	10 292	10 907	10 989	10 804	2 094	2 282	2 730	2 567	2 923	3 150	3 127
psychoterapie	0	0	1	6	5	0	0	6	10	17	14	12	0	0
Domácí péče	1 317	2 658	1 097	1 034	904	880	854	403	959	399	402	362	366	403
Rehabilitační péče	620	635	7 287	9 342	8 499	1 336	617	265	224	2 773	3 785	3 477	609	364
Dlouhodobá péče	11 249	18 816	18 842	21 686	24 630	20 233	16 880	1 017	3 844	2 750	4 011	3 763	1 781	3 093
Podpůrné služby	50 006	51 129	61 510	65 155	57 346	62 383	58 002	39 402	38 002	43 258	45 457	32 887	35 266	36 256
Laboratoře	18 263	19 315	25 265	27 745	24 372	27 174	23 518	32 449	30 528	34 627	36 266	25 118	26 179	25 507
> z toho toxikologie	4 350	4 104	5 083	4 852	4 805	6 678	5 110	8 183	8 418	10 759	8 877	9 121	7 973	6 753
Zobrazovací metody	7 777	7 643	10 027	10 392	5 724	6 428	6 778	2 332	2 363	3 393	3 707	1 861	2 384	2 624
Doprava a ZZS	23 966	24 171	26 218	27 018	27 250	28 781	27 705	4 621	5 111	5 238	5 484	5 908	6 703	8 124
Léky a PZT	221 376	204 877	251 233	229 155	233 344	208 772	149 953	71 090	76 442	91 793	89 758	95 354	87 691	75 062
Léky	207 129	192 004	232 952	213 467	219 117	206 232	147 752	66 493	71 600	85 110	83 585	89 506	86 575	73 902
PZT	14 247	12 873	18 281	15 688	14 227	2 540	2 202	4 597	4 842	6 683	6 173	5 848	1 116	1 160
Prevence	6 398	14 265	9 708	8 115	3 459	1 571	5 577	2 116	20 500	4 265	3 161	1 407	657	2 805
Neidentifikovaná péče	823	2 078	650	2 549	939	3 225	1 666	279	773	258	529	341	1 087	788
Celkem	1 024 761	1 049 068	1 207 523	1 166 831	1 103 110	1 124 082	977 016	327 486	390 252	439 548	455 886	448 052	472 585	489 946

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015f)

2

Kapitola 2:

Užívání drog v populaci

- Situace v oblasti užívání legálních i nelegálních drog v ČR je poměrně stabilní. Studie realizované v posledních letech ukazují stejný vzorec užívání drog v obecné populaci – nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou konopné látky, které někdy v životě vyzkoušela přibližně čtvrtina dospělé populace, v posledním roce užila konopné látky přibližně desetina dospělé populace. Rozsah užívání ostatních nelegálních drog se pohybuje na výrazně nižší úrovni – celoživotní zkušenost s extází uvádí cca 6 %, s halucinogenními houbami 4 % a s pervitinem 3 % populace, užití dalších nelegálních drog se pohybuje pod 1 %. Zkušenost s extází v posledním roce hlásí přibližně 1,5 % dospělých osob, zkušenosti s ostatními drogami jsou téměř nulové.
- Léky se sedativním a hypnotickým účinkem nebo léky s obsahem opiátů/opioidů bez lékařského předpisu nebo v rozporu s doporučením lékaře užilo v posledních 12 měsících 18,3 % dospělých osob. Zkušenost s novými drogami (syntetickými nebo rostlinnými) uvedlo 1,3 % dotázaných. Celkem 2,0 % respondentů (3,2 % mužů a 0,7 % žen) uvedlo celoživotní zkušenost s užitím anabolických steroidů.
- Užívání nelegálních drog je vyšší mezi muži a mladými dospělými ve věku 15–34 let. Vyšší míru užívání vykazují některé podskupiny mladých dospělých v prostředí noční zábavy nebo z některých subkultur – oblíbenost různých legálních i nelegálních drog se přitom v různých subkulturách výrazně liší.
- Ve srovnání s r. 2013 došlo k posunu celoživotního i aktuálního užívání konopných látek do vyššího věku respondentů (nejvyšší míra byla ve věkové skupině 25–29 let, ale došlo k nárůstu rovněž ve skupinách 45–49 a 50–54 let). Současně však byl zaznamenán stejně jako v r. 2013 další nárůst míry prevalence užívání konopných látek ve věku 15–19 let.
- Užívání návykových látek mezi českými dospívajícími je velmi rozšířené. V r. 2014 uvedlo kouření cigaret v posledních 30 dnech 22 % osob ve věku 14–15 let, 12 % kouřilo denně. Denní kouření uváděly častěji dívky, chlapci však byli silnějšími kuřáky. Pět a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti třikrát nebo častěji v posledních 30 dnech uvedlo 10 % chlapců a 6,5 % dívek ve věku 14–15 let.
- Míra zkušeností s konopnými látkami mezi 14–15letými žáky ZŠ je na úrovni 26–33 % a mezi 16letými studenty SŠ 42–47 %. Studie v mladších věkových kategoriích (11–15 let) uvádějí zkušenosti s konopnými látkami na úrovni 9–11 %. K nárůstu rizikového chování dochází především mezi 12. a 13. rokem věku. Studenti víceletých gymnázií mají nižší míru prevalence než jejich vrstevníci ze základních škol.
- Pravidelné kouření (alespoň jednou týdně nebo častěji) v r. 2014 uvedla 2 % 11letých, 5 % 13letých a 16 % 15letých. Pravidelné pití alkoholu (alespoň jednou týdně) uvedl srovnatelný podíl žáků jako pravidelné kouření, opilost v posledních 30 dnech uvedlo téměř 20 % 15letých. Zkušenost s užitím konopných látek v životě mělo 24 % respondentů v 9. třídě (shodně chlapců i dívek), v posledních 30 dnech je užilo 9 % respondentů. Ve srovnání s předchozí vlnou studie realizovanou v r. 2010 byl zaznamenán pokles výskytu pravidelného kouření, pravidelné konzumace alkoholu i užití konopných látek.
- Existují však podskupiny dětí a mládeže ve zvýšeném riziku. Vysoce rizikovou kategorií dospívajících jsou klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež – klienti NZDM jsou třikrát častěji pravidelnými denními kuřáky, pravidelnými konzumenty alkoholu

a mají téměř dvakrát častější zkušenost s užitím konopných látek ve srovnání s běžnou školní populací stejného věku.

- Postoje obyvatel k užívání návykových látek jsou v ČR dlouhodobě stabilní – šetření CVVM z r. 2015 poukázalo na to, že se v posledních letech mírně snižuje přijatelnost kouření tabáku i konzumace alkoholu, zejména jejich pravidelné užívání. Z dlouhodobých trendů se ukazuje, že lidé jsou stále méně tolerantní k uživatelům drog, psychicky nemocným lidem a osobám jiného náboženského přesvědčení.

2.1 Užívání drog v obecné populaci

Poslední celopopulační studie na reprezentativním vzorku dospělé populace ČR zaměřená na užívání návykových látek byla NMS realizována v r. 2012 (Chomynová, 2013). Její další vlna je plánována na rok 2016.

V r. 2014 proběhlo každoroční omnibusové šetření Prevalence užívání drog v populaci ČR, které v obecné populaci zjišťuje prostřednictvím jedné baterie otázek rozsah zkušeností s nelegálními drogami. Proběhl rovněž sběr dat v rámci Evropského šetření o zdraví (European Health Interview Survey, EHIS), kterou v ČR realizuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) ve spolupráci s Českým statistickým úřadem (ČSÚ) a Státním zdravotním ústavem (SZÚ).

Jsou k dispozici rovněž údaje o aktuální situaci a trendech v užívání tabáku a alkoholu, které v posledních letech každoročně publikuje SZÚ (podrobněji viz kapitolu Kouření a problémové užívání alkoholu, str. 84).

2.1.1 Výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR 2014

V prosinci 2014 realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR; šlo o další vlnu každoročního omnibusového šetření s cílem monitorovat rozsah zkušeností respondentů starších 15 let s vybranými nelegálními návykovými látkami.

Celkem bylo osloveno 1 020 respondentů starších 15 let, z toho bylo 870 respondentů ve věku 15–64 let. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem tak, aby reprezentovali populaci ČR s ohledem na věk, pohlaví, vzdělání, kraj a velikost místa bydliště. Data byla sbírána prostřednictvím osobních rozhovorů (face-to-face interview) s využitím počítače.⁵⁹ Stejně jako v předchozích letech bylo ve studii v r. 2014 sledováno užívání nových psychoaktivních látek a hraní hazardních her, nově byla do dotazníku zařazena otázka na zkušenosti s užitím anabolických steroidů. Současně byla přeformulována otázka na užití léků se sedativním účinkem – nově bylo sledováno užití léků na uklidnění, nespavost nebo bolest (na bázi opiátů) získané bez lékařského předpisu a současně byly pro odpověď nabídnuty konkrétní příklady léčivých přípravků.⁶⁰

Jakoukoliv nelegální drogu užilo někdy v životě celkem 31,1 % dotázaných ve věkové kategorii 15–64 let (39,8 % mužů a 22,1 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (28,7 %), následované extází (6,0 %), halucinogenními houbami (4,3 %) a pervitinem (2,6 %), rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je v obecné populaci na nízké úrovni (méně než 1,0 %) (tabulka 2-1). Zkušenost s novými drogami (syntetickými nebo rostlinnými) uvedlo 1,3 % dotázaných. Celkem 2,0 % respondentů (3,2 % mužů a 0,7 % žen) uvedla celoživotní zkušenost s užitím anabolických steroidů.

V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je výskyt užívání nelegálních drog v obecné populaci velmi nízký s výjimkou konopných látek, jejichž užití uvedlo 11,4 %, resp. 3,8 %

⁵⁹ Computer assisted personal interview, CAPI

⁶⁰ Diazepam, Neurol, Rohypnol, Lexaurin, kodein, Tramal

dotázaných. Prevalence užití konopných látek v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech je výrazně vyšší u mladých dospělých ve věku 15–34 let (23,9 %, resp. 8,5 %).

Ve srovnání s r. 2013 došlo v obecné populaci k opětovnému mírnému nárůstu uváděné celoživotní zkušenosti s užitím nelegálních drog, a to především v případně konopných látek a halucinogenních hub, ale i pervitinu a kokainu. V horizontu posledních 12 měsíců je patrný nárůst prevalence užívání konopných látek, extáze a halucinogenních hub, avšak míra prevalence užití jiných než konopných drog v posledních 12 měsících stále zůstává na minimální úrovni (1,6 % u extáze, méně než 1,0 % u ostatních nelegálních drog). S výjimkou konopných látek nezachytila omnibusová studie téměř žádné respondenty se zkušeností s užitím drog v posledních 30 dnech (užití pervitinu uvedl 1 respondent a užití kokainu 2 respondenti z celého souboru dotázaných, šlo o muže ve věku 25–34 let, v jednom případě šlo o tutéž osobu).

Podrobnější analýza rozsahu užívání drog podle pětiletých věkových skupin je vzhledem k míře prevalence a počtu respondentů možná pouze u konopných látek. Výsledky studie naznačují další posun celoživotního i aktuálního užívání konopných látek do vyššího věku respondentů – nejvyšší míru užívání uváděli v r. 2014 respondenti ve věkové skupině 25–29 let (v r. 2013 to bylo ve skupině 20–24 let) (graf 2-1). Současně však byl zaznamenán další nárůst míry prevalence užívání konopných látek ve věkové skupině 15–19 let. Za pozornost stojí také nárůst míry prevalence užívání konopí ve věkových skupinách 45–49 a 50–54 let.

Léky se sedativním a hypnotickým účinkem nebo léky s obsahem opiátů/opioidů užívaných proti bolesti, a to bez lékařského předpisu nebo v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka, užilo někdy v životě 34,8 % dotázaných, 18,3 % je užilo v posledních 12 měsících a 6,0 % v posledních 30 dnech. Míra prevalence užití léků byla ve všech třech sledovaných horizontech vyšší u žen (tabulka 2-1). Oproti trendům sledovaným u nelegálních drog byla vyšší míra prevalence aktuálního užívání léků ve věkových skupinách nad 35 let.

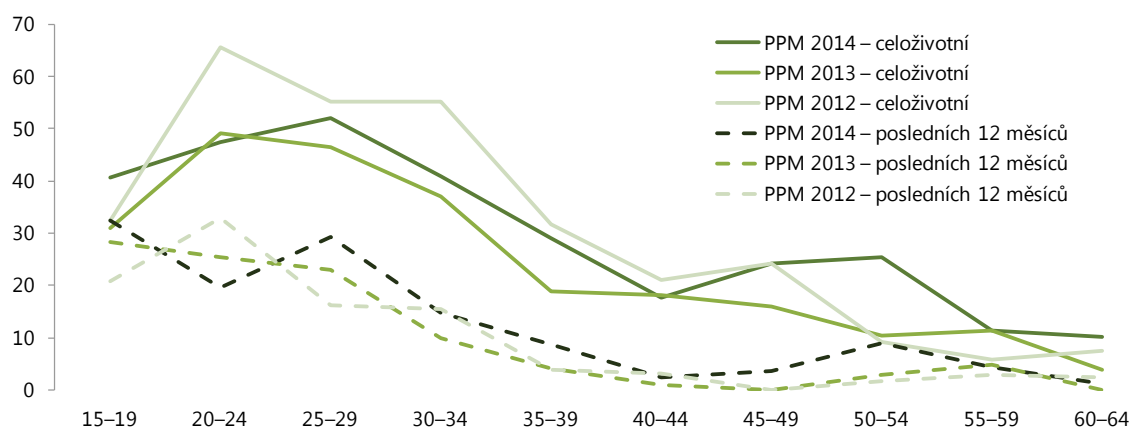
Ve srovnání s r. 2013 byl sledovaný rozsah užívání léků se sedativním a hypnotickým účinkem výrazně vyšší, avšak roli může hrát především fakt, že respondentům byly v dotazníku nabídnuty konkrétní příklady léčivých přípravků.

tabulka 2-1: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2014, v %

Typ drogy	Věková skupina 15–64 let			Mladí dospělí
	muži (n = 441)	ženy (n = 429)	celkem (n = 870)	15–34 let (n = 313)
Celoživotní prevalence				
Jakákoliv nelegální droga celkem	39,8	22,1	31,1	48,5
Konopné látky	36,2	21,0	28,7	44,9
Extáze	9,0	2,8	6,0	12,8
Pervitin	3,4	1,6	2,6	4,9
Kokain	1,6	0,2	0,9	2,3
Heroin	1,1	0,2	0,7	1,3
LSD	1,4	0,0	0,7	1,6
Halucinogenní houby	6,6	1,9	4,3	9,4
Těkavé látky	2,1	0,2	1,2	1,9
Jiné syntetické drogy	0,2	0,0	0,1	0,3
Jiné rostlinné drogy	1,6	0,9	1,3	1,3
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	31,8	38,0	34,8	25,8
Anabolické steroidy	3,2	0,7	2,0	2,9
Prevalence v posledních 12 měsících				
Jakákoliv nelegální droga celkem	16,7	8,4	12,6	26,2
Konopné látky	15,4	7,3	11,4	23,9
Extáze	2,3	0,9	1,6	3,6
Pervitin	1,4	0,2	0,8	2,3
Kokain	0,5	0,0	0,2	0,6
Heroin	0,2	0,0	0,1	0,3
LSD	0,2	0,0	0,1	0,3
Halucinogenní houby	1,6	0,0	0,8	2,3
Těkavé látky	0,7	0,0	0,3	1,0
Jiné syntetické drogy	0,0	0,0	0,0	0,0
Jiné rostlinné drogy	0,2	0,7	0,5	0,3
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	15,5	21,2	18,3	12,9
Anabolické steroidy	0,7	0,0	0,3	1,0
Prevalence v posledních 30 dnech				
Jakákoliv nelegální droga celkem	5,8	1,9	3,9	8,6
Konopné látky	5,7	1,9	3,8	8,5
Extáze	0,0	0,0	0,0	0,0
Pervitin	0,2	0,0	0,1	0,3
Kokain	0,5	0,0	0,2	0,6
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0
Halucinogenní houby	0,0	0,0	0,0	0,0
Těkavé látky	0,0	0,0	0,0	0,0
Jiné syntetické drogy	0,0	0,0	0,0	0,0
Jiné rostlinné drogy	0,0	0,0	0,0	0,0
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	3,9	8,2	6,0	2,9
Anabolické steroidy	0,5	0,0	0,2	0,6

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015b)

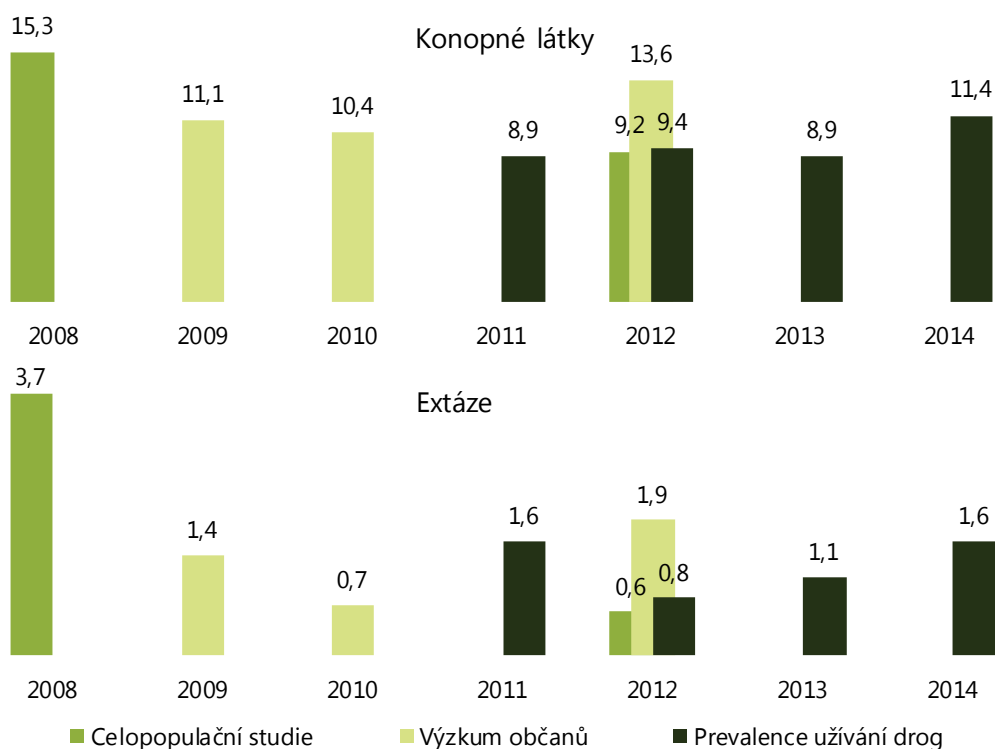
graf 2-1: Celoživotní prevalence a prevalence užití konopných látek v posledních 12 měsících podle pětiletých věkových skupin v l. 2012–2014, v %



Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015b), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a ppm factum research (2013)

Výsledky studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2014 jsou v souladu se studiemi realizovanými v předchozích letech a potvrzují stejný vzorec užívání nelegálních drog v obecné populaci – nejčastěji užitou nelegální drogou jsou konopné látky, které v životě vyzkoušelo 23–36 %, v posledním roce pak 9–15 % dotázaných. Při pohledu na dlouhodobé trendy je patrný relativně stabilní odhad středních hodnot prevalence užití konopných látek v obecné populaci v posledních 12 měsících i stabilní rozsah užívání extáze (graf 2-2).

graf 2-2: Prevalence užívání konopných látek a extáze v obecné populaci (15–64 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2014, v %



Zdroje: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2010), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2009), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a ppm factum research (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Factum Invenio (2011)

2.1.2 Evropské šetření o zdraví 2014

V r. 2014 byla ve spolupráci ÚZIS a ČSÚ realizována druhá vlna šetření EHIS.⁶¹ Sběr dat probíhal od poloviny června 2014 do poloviny ledna 2015. Výběr respondentů byl založen na vzorku 9 561 domácností oslovených v rámci integrovaného šetření domácností (IŠD), které prováděl ČSÚ. Z každé domácnosti byla náhodně vybrána jedna osoba ve věku 15 a více let, rozhovor byl proveden s 6 373 respondenty (míra response 70 %). Sběr dat probíhal převážně formou osobních rozhovorů tazatele s respondentem s využitím počítače (CAPI, 89 % rozhovorů), v případech kdy nebylo možné využít CAPI, probíhal sběr dat prostřednictvím alternativních metod – za použití papírového dotazníku (PAPI, 8 %), telefonicky (CATI, 2 %) a ve výjimečných případech byl respondentovi předán dotazník k samovyplnění (1 %).

Dotazník EHIS tvořil modul EHSM (European Health Status Module) zaměřený na zdravotní stav respondentů (výskyt vybraných onemocnění v populaci, zdravotní omezení, duševní zdraví), modul EHCM (European Health Care Module) zaměřený na využívání zdravotní péče (pobyt v nemocnici, návštěvy lékaře, užívání léků) a modul EHDM (European Health Determinants Module) zaměřený na vybrané aspekty životního stylu populace (výživa, kouření, konzumace alkoholu). V ČR je součástí dotazníku také sada otázek zaměřených na užívání nelegálních drog. Výsledky budou průběžně uveřejňovány na internetových stránkách ÚZIS.⁶²

Na dotazníkové šetření navazovalo u vybraných respondentů ve věkové skupině 25–64 let šetření EHES (European Health Examination Survey), které realizoval Státní zdravotní ústav v Praze (SZÚ). V rámci EHES bylo po souhlasu respondenta provedeno základní lékařské vyšetření (měření krevního tlaku, antropometrických parametrů a následně v laboratoři odběr žilní krve zaměřený na zjištění glykemie a cholesterolemie) (Ústav zdravotnických informací a statistiky et al., 2014).

EHIS 2014 navazuje na obdobné šetření realizované v r. 2008. Šetření o zdraví populace byla prováděna i v letech 1993, 1996, 1999, 2002, ale až poslední dvě šetření byla provedena podle jednotné metodiky harmonizované napříč zeměmi EU.

2.2 Postoje k užívání návykových látek

2.2.1 Eurobarometr 2014 – Mladí lidé a drogy

V r. 2014 se ČR zapojila do srovnávacího šetření zaměřeného na postoje mladých lidí k drogám realizovaného v rámci tematického průzkumu Flash Eurobarometer pro Evropskou komisi. Cílovou skupinou byli respondenti ve věku 15–24 let, data byla sbírána prostřednictvím telefonického dotazníku.⁶³ V ČR bylo dotázáno celkem 500 respondentů, sběr dat probíhal v červnu 2014 (výsledky studie blíže viz VZ 2013).

2.2.2 Názory občanů na drogy 2015

V květnu 2015 realizovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) další vlnu šetření s názvem Názory občanů na drogy, které navázalo na šetření z r. 2013 (do té doby probíhalo každoročně). Šetření bylo zaměřené na postoj veřejnosti k drogové problematice, morální přijatelnost konzumace návykových látek a subjektivní vnímání zdravotních rizik spojených s jejich konzumací. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem, sběr dat probíhal prostřednictvím osobního

⁶¹ Podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1338/2008 o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Nařízení definuje některé metodologické aspekty studie tak, aby byla zajištěna mezinárodní srovnatelnost získaných dat – určuje např. období sběru dat, výčet proměnných a minimální velikost souboru respondentů (minimum pro ČR představuje 6 510 získaných rozhovorů).

⁶² <http://www.uzis.cz/ehis/zakladni-informace-setrenich-his-cr> [2015-08-17]

⁶³ Computer assisted telephone interview, CATI

rozhovoru tazatele s respondentem (kombinace PAPI a CAPI). Výběrový soubor tvořilo 1 043 respondentů starších 15 let.

Celkem 88 % dotázaných vnímá užívání drog v ČR jako problém, drogy v místě svého bydliště považuje za problém 51 %. Drogy za problém v místě bydliště považují méně často lidé z obcí a měst s počtem obyvatel do 2 000, především v krajích Vysočina a Královéhradeckém, naopak jako problémová je situace vnímána v Moravskoslezském kraji (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2015a). Přibližně polovina respondentů považuje péči, kterou věnují problematice drog příslušné instituce, za přiměřenou, třetina (36 %) považuje péči za nedostatečnou a naopak 6 % za přehnanou. Vnímání drogové situace i péče institucí se významně nezměnilo od r. 2010.

Celkem 75 % respondentů souhlasí s tím, aby poradenství drogově závislým bylo zdarma, 35 % souhlasí s tím, aby byla zdarma léčba uživatelů drog, a 47 % souhlasí s tím, aby uživatelům drog byly zdarma poskytovány čisté injekční stříkačky. Z dlouhodobého srovnání vyplývá, že názory veřejnosti na dané otázky jsou v čase stabilní a mění se velmi málo, od r. 2009 mírně posílil jen názor, že práce streetworkerů je zbytečná (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2015a).

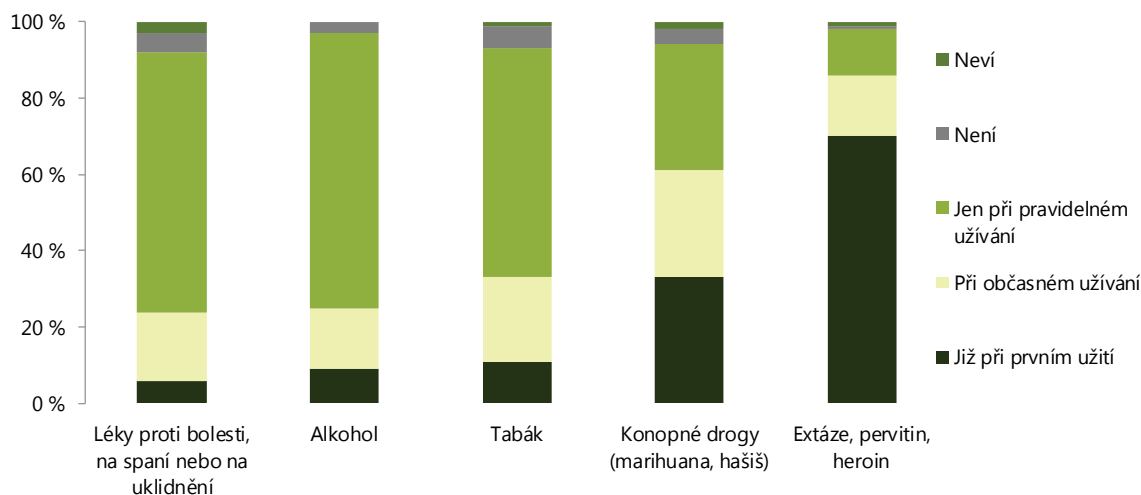
V rámci šetření byla zjišťována také morální přijatelnost konzumace vybraných návykových látek. Pro 74 % dotázaných je přijatelná konzumace tabáku, pro 32 % je přijatelné i pravidelné kouření. Konzumace alkoholu je přijatelná pro 87 % populace, 13 % toleruje i pravidelnou konzumaci alkoholu. Celkem 85 % populace toleruje užívání léků na spaní, uklidnění nebo na bolest, 15 % toleruje jejich pravidelné užívání (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2015b).

Užívání konopných látek je přijatelné pro 25 % dotázaných (3 % tolerují i jejich pravidelnou konzumaci), dalších 26 % dotázaných toleruje jednorázový experiment s nimi. Odmítavější postoj má veřejnost k ostatním nelegálním drogám – užívání nelegálních drog je nepřijatelné pro 85 % populace, 11 % toleruje jednorázový experiment a 3 % příležitostné užívání. Tolerantnější jsou lidé, kteří mají mezi svými přáteli uživatele konopných látek, případně jiných drog, a obdobně i respondenti, kteří mají vlastní zkušenost s užitím konopných látek nebo jiných nelegálních drog (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2015b). Vstřícnější postoj ke konzumaci návykových látek mají muži, respondenti v mladších věkových skupinách, a respondenti z Prahy. V předchozích šetřeních byly otázky formulovány jinak, nicméně se zdá, že v posledních letech klesá přijatelnost konzumace alkoholu i tabáku (zejména jejich pravidelného užívání).

Vlastní zkušenost s užitím konopných drog v životě uvedlo podle výzkumu celkem 29 % dotázaných (26 % v r. 2011 a 2012, 32 % v r. 2013), 4 % dlouhodobě uvádějí užití jiných nelegálních drog (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2015b).

Součástí šetření byly dále otázky týkající se zdravotní rizikovosti vybraných návykových látek. Většina respondentů uvedla, že užívání sedativ a hypnotik, pití alkoholu i kouření tabáku je rizikové jen při jejich pravidelném užívání, v případě konopných látek je podle poloviny dotázaných rizikem i jejich první užití a občasné užívání. Celkem 70 % respondentů hodnotilo jako rizikové jednorázové užití drogy typu extáze, pervitin a heroin (graf 2-3).

graf 2-3: Subjektivně vnímané riziko spojené s konzumací návykových látek, v %



Zdroj: Centrum pro výzkum veřejného mínění (2015b)

V rámci šetření CVVM v únoru 2015 byla na kvótně vybraném vzorku 1 069 respondentů starších 15 let zjišťována míra tolerance veřejnosti k vybraným skupinám obyvatel, jednou z hodnocených skupin byli také uživatelé drog. Osoby závislé na drogách by nechtělo mít za sousedy 91 % dotázaných, 78 % by nechtělo mít za sousedy osoby závislé na alkoholu, 76 % osoby s kriminální minulostí a 70 % osoby s psychickým onemocněním. Dále by respondenti nechtěli žít v sousedství s lidmi jiné barvy pleti (38 %), cizinci (31 %) a lidmi s homosexuální orientací (23 %) (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2015c). Z dlouhodobých trendů se ukazuje, že jsou lidé stále méně tolerantní vůči uživatelům drog (86 % v r. 2010 a 2012 a 91 % v r. 2015), psychicky nemocným lidem (60 % v r. 2010 a 70 % v r. 2015) nebo osobám jiného náboženského přesvědčení (11 % v r. 2010 a 20 % v r. 2015).

2.3 Užívání drog ve školní populaci

V r. 2014 se ČR zapojila do mezinárodní studie HBSC a byla zahájena příprava další vlny sběru dat pro studii ESPAD. K dispozici jsou další podrobnější výsledky ze studií zdravotně rizikového chování mládeže v rámci mezinárodního projektu SOPHIE⁶⁴ a výzkumu Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň, zveřejněny byly výsledky Výzkumu rizikového chování českých dětí na internetu. Pro r. 2014 jsou dále k dispozici výsledky regionálních školních studií realizovaných v krajích Moravskoslezském, Jihomoravském a v Praze.

2.3.1 HBSC 2014

Studie HBSC (The Health Behavior in School-aged Children) je mezinárodní výzkumná studie koordinovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) zaměřená na zdraví a životní styl mládeže, cílovou skupinou jsou žáci základních škol ve věku 11, 13 a 15 let. Studie je realizována v pravidelných 4letých intervalech od r. 1994, v r. 2014 proběhla již šestá vlna sběru dat. V ČR realizaci projektu v r. 2014 koordinoval Institut aktivního životního stylu Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazník byl zaměřen na stravovací zvyklosti, pohybovou aktivitu a trávení volného času, kouření tabáku a pití alkoholu; u kohorty 15letých studentů byla součástí dotazníku také oblast sexuálního chování a užívání konopných látek; povinný modul zahrnoval i otázky zaměřené na školní prostředí, rodinu a vrstevnické vztahy. Pro sběr dat byla použita upravená verze dotazníku z r. 2010 (Kalman et al., 2011). Pro r. 2014 bylo připraveno 5 paralelních verzí dotazníku s ohledem na věk respondentů a moduly připojené k povinným otázkám dotazníku.

⁶⁴ <http://geoqol.natur.cuni.cz/?portfolio=sophie> [2015-09-08]

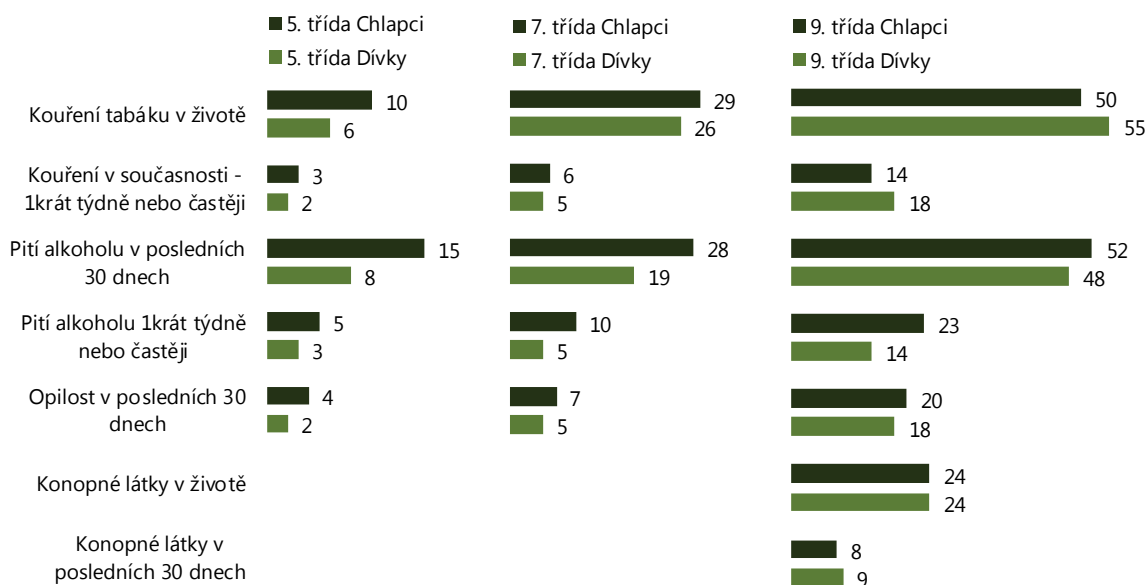
Sběr dat proběhl v dubnu až červnu 2014 na 243 vybraných základních školách a víceletých gymnáziích v rámci celé ČR. Dotazník vyplnilo celkem 14 539 žáků 5., 7. a 9. tříd. Při kontrole bylo vyřazeno 206 dotazníků, výsledný datový soubor tedy tvořilo 14 136 respondentů (6 980 chlapců a 7 156 dívek) ve třech věkových skupinách (4 511 žáků 5. tříd, 4 864 žáků 7. tříd a 4 761 žáků 9. tříd) (Kalman et al., 2015).

Zkušenost s kouřením cigaret v životě mělo 8 % žáků 5. tříd (ve věku 11 let), 28 % žáků 7. tříd (ve věku 13 let) a 52 % žáků 9. tříd (ve věku 15 let), pravidelné kouření (alespoň jednou týdně nebo častěji) uvedla 2 % 11letých, 5 % 13letých a 16 % 15letých. Zatímco zkušenosti s kouřením v 5. a 7. třídě jsou častější mezi chlapci, v 9. třídě kouří více dívky. Pravidelné pití alkoholu (alespoň jednou týdně) uvedl srovnatelný podíl žáků jako pravidelné kouření, opilost v posledních 30 dnech uvedlo téměř 20 % 15letých. Pravidelné pití alkoholu v 5. a 7. třídě je častější mezi chlapci, v 9. třídě je situace vyrovnaná. Ukázalo se, že k výraznému nárůstu kouření i konzumace alkoholu dochází v období mezi 13. a 15. rokem. Zkušenost s užitím konopných látek v životě mělo 24 % respondentů v 9. třídě (shodně chlapců i dívek), v posledních 30 dnech je užilo 9 % respondentů (graf 2-4).

Ve srovnání s předchozí vlnou studie realizovanou v r. 2010 byl zaznamenán pokles výskytu pravidelného kouření i pravidelné konzumace alkoholu v kohortě 13letých a 15letých, srovnání indikátorů ovšem komplikuje fakt, že u některých otázek došlo k jejich přeformulování. Obdobně byl zaznamenán i pokles uváděných zkušeností 15letých studentů s užitím konopných látek v životě (z 31 % v r. 2010 na 24 % v r. 2014), prevalence jejich užití v posledních 30 dnech zůstala na přibližně stejné úrovni (11 % v r. 2010 a 9 % v r. 2014).

Podrobné výsledky české části studie budou publikovány ve formě národní zprávy do konce r. 2015, mezinárodní zpráva bude zveřejněna v březnu 2016.

graf 2-4: Prevalence zkušeností s kouřením cigaret, pitím alkoholu a užíváním konopných látek ve školní populaci – studie HBSC 2014, v %



Zdroj: Kalman et al. (2015)

2.3.2 ESPAD 2015

Studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) je mezinárodní dotazníková studie zaměřená na hodnocení situace a jejího vývoje v oblasti kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog mezi 16letými studenty v evropských zemích. Studie se realizuje od r. 1995 ve 4letých intervalech, poslední vlna proběhla v r. 2011 (blíže viz VZ 2011 a VZ 2012).

V r. 2015 probíhá další vlna studie ESPAD, studii realizuje NMS ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví a agenturou FOCUS. Dotazník byl oproti předchozím vlnám významně rozšířen o oblast hraní hazardních her (gambling) a hraní počítačových her a her na internetu (tzv. gaming) a současně o oblast věnovanou novým drogám. Do české verze dotazníku byly navíc zařazeny otázky týkající se duševního zdraví.

Sběr dat proběhl v červnu 2015 na vzorku 209 vybraných škol v celé ČR (42 ZŠ a 167 SŠ všech typů). Vzhledem k tomu, že cílovou skupinou byli studenti narození v r. 1999, byly do výběrového souboru zařazeny 9. třídy základních škol a 1. ročníky středních škol.

Výsledky české části studie budou zveřejněny do konce r. 2015, mezinárodní zpráva by měla být publikována na jaře 2016.

2.3.3 Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže 2014

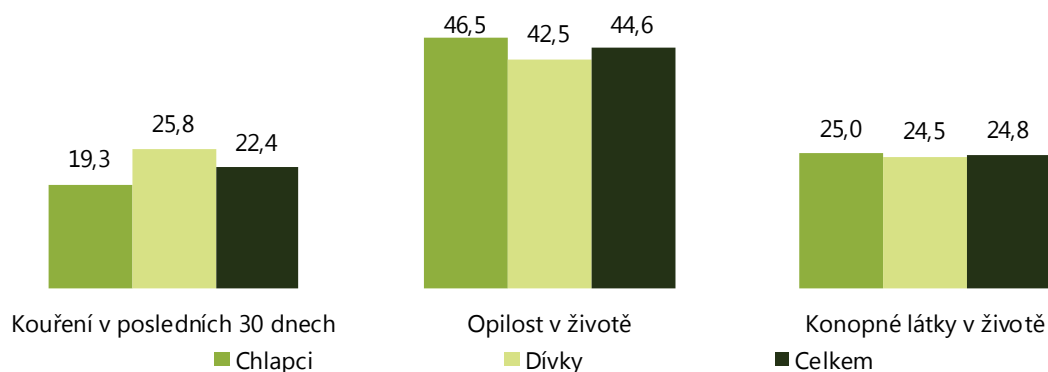
V březnu 2014 proběhl sběr dat pro dotazníkové šetření zdravotně rizikového chování mládeže ve věku 14–15 let koordinované centrem GeoQoI Katedry sociální geografie a regionálního rozvoje Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Celkem bylo v rámci celé ČR osloveno 35 základních škol a sesbíráno 1 025 dotazníků (blíže viz VZ 2013).

Údaje uvedené dříve byly při dalších analýzách upřesněny – kouření cigaret v posledních 30 dnech uvedlo celkem 22,4 % dotázaných, přibližně 12 % kouřilo denně a 4 % respondentů uvedlo kouření 11 a více cigaret denně. Zatímco denní kouření uváděly častěji dívky, chlapci byli častěji silnými kuřáky. Alkohol alespoň jednou v životě konzumovalo 77,7 % dotázaných. Chlapci byli výrazně častějšími konzumenty nadměrných dávek alkoholu – 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti třikrát nebo častěji v posledních 30 dnech uvedlo 10,1 % chlapců a 6,5 % dívek.

Konopné látky alespoň jednou v životě užilo celkem 24,8 % dotázaných (25,0 % chlapců a 24,5 % dívek) (graf 2-5). V posledních 12 měsících užilo konopné látky 23,4 %, z nich polovina je užila jednou nebo dvakrát, druhá polovina (11,3 % ze všech dotázaných) užila konopné látky v posledních 12 měsících více než dvakrát (Spilková, 2014, Spilková et al., 2015).

Na základě informace o frekvenci kouření v posledních 30 dnech, zkušenosti s opilostí a zkušenosti s užitím konopných látek byl vytvořen tzv. index zdravotně rizikového chování (Health Risk Behaviour, HRB), který může nabývat hodnot 0 (žádné známky rizikového chování) až 3 (spadá do všech tří typů rizikového chování, tj. kouří, konzumuje alkohol a má zkušenost s konopnými látkami). Celkem 55,3 % respondentů nevykazovalo žádné známky rizikového chování, 25,6 % vykazovalo 1 typ rizikového chování, 12,3 % 2 typy a 6,8 % souboru vykazovalo všechny 3 typy rizikového chování. Dále byl analyzován vztah vybraných faktorů rodinného, školního a vnějšího prostředí k HRB indexu. Výsledky ukázaly, že významný vliv na přítomnost rizikového chování u dospívajících mají následující faktory: (1) denní kouření matky, (2) nespokojenost se vztahem k rodičům, (3) nespokojenost se životem, (4) negativní vztah k chození do školy, (5) horší subjektivně vnímané zdraví, (6) trávení volného času venku s přáteli, (7) málo sportovních aktivit (Spilková et al., 2015).

graf 2-5: Prevalence kouření cigaret (v posledních 30 dnech), pití alkoholu (zkušenost s opilostí v životě) a užívání konopných látek (alespoň jednou v životě) mezi 14–15letými žáky ZŠ podle pohlaví, v %



Zdroj: Spilková et al. (2015)

2.3.4 Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň 2014

V období od září 2013 do února 2014 byl realizován sběr dat pro dotazníkovou studii zaměřenou na vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování českých žáků a žákyň (6.–9. třídy základních škol a primy až kvarty víceletých gymnázií), kterou koordinovala Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (Dolejš et al., 2014). Cílem studie bylo prostřednictvím různých standardizovaných psychodiagnostických nástrojů zhodnotit výskyt některých forem rizikového chování, výskyt úzkosti, impulzivity a agresivity a současně se zaměřoval na sebehodnocení a školní úspěšnost. Respondentům bylo předloženo pět standardizovaných dotazníků – dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí (SPAS), výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA), škála osobnostních rysů u adolescentů, Rosenbergova škála sebehodnocení a dotazník agresivity.

Celkem se zúčastnilo 54 škol v celé ČR (35 základních škol a 19 víceletých gymnázií), šlo o náhodný výběr, výsledný vzorek byl reprezentativní na národní úrovni podle krajů a typu školy. Do studie se zapojilo celkem 4 198 respondentů ve věku 11–15 let (48 % chlapců a 52 % dívek).

Přibližně 3 % dětí ve věku 11–15 let vykouří více než pět cigaret denně a 4 % se v posledních 30 dnech opila. Jednorázový experiment s konopnými látkami uvedlo téměř 11 % dotázaných – 12,6 % žáků ZŠ a 8,3 % studentů gymnázií. Rostoucím problémem mezi dětmi je šikana – obětí zesměšňování či ubližování prostřednictvím sociálních sítí se stalo 7 % respondentů, fyzickou agresivitu ze strany spolužáků zažilo 12 %. Srovnání žáků základních škol s jejich vrstevníky z víceletých gymnázií ukazuje v souladu s výsledky studie ESPAD 2011 (Chomynová et al., 2014), že rizikové chování je mnohem méně rozšířené mezi gymnazisty (tabulka 2-2). Přibližně třetina dotázaných odpověděla negativně na všechny položky dotazníku VRCHA, 6 nebo více položek kladně zodpovědělo 12,8 % dotázaných a potvrzují tedy realizaci 6 a více sledovaných rizikových aktivit.

Celkové skóre rizikového chování (tj. průměrná hodnota počtu uvedených rizikových aktivit) dosáhlo 2,42 (2,56 u chlapců a 2,30 u dívek). Skóre u žáků ZŠ dosáhlo 2,69, u studentů gymnázií 2,04 (Skopal et al., 2014). Studie ukázala, že výskyt všech forem rizikového chování (užívání návykových látek, delikvence i šikany) je v úzkém vztahu s osobnostním rysem impulzivity – dospívající, kteří jsou impulzivnější, více inklinují k rizikovému chování proto, že obtížněji domýšlejí důsledky těchto aktivit. Studie také zaznamenala nárůst výskytu rizikového chování mezi 12. a 13. rokem věku – zdá se, že zatímco do 12 let jsou žáci orientovaní na pedagoga a jeho uznání, od 13 let začínají hledat svou identitu a inklinují spíše k vrstevníkům, a to někdy i prostřednictvím rizikových aktivit.

tabulka 2-2: Výskyt rizikového chování mezi 11–15letými žáky ZŠ a studenty víceletých gymnázií podle dotazníku VRCHA, v %

Rizikové chování	Základní školy (n = 2 450)	Gymnázia (n = 1 733)	Celkem (N = 4 198)
Faktor abúzus			
Pití alkoholu v posledních 30 dnech	32,1	29,7	31,2
Užití marihuany nebo hašiše v životě	12,6	8,3	10,9
Kouření cigaret v posledních 30 dnech	14,6	5,5	10,9
Sexuální zkušenost v životě	7,1	3,2	5,6
Kouření 5 a více cigaret denně	4,5	1,0	3,0
Opilost v posledních 30 dnech	4,5	3,0	3,9
Užití léků bez důvodu v životě	9,5	8,3	8,9
Faktor delikvence			
Falšování podpisu rodičů	29,1	30,8	29,9
Krádež peněz rodičům nebo jiné osobě	13,1	10,1	11,9
Chození za školu	9,4	6,6	8,3
Krádež věci jiné osobě	23,5	22,9	23,3
Poškození majetku pro zábavu	16,7	12,4	15,0
Problémy s policií	9,7	3,9	7,4
Krádež v obchodě	12,6	7,9	10,7
Faktor šikana			
Fyzické ublížení sobě samému	26,8	22,9	25,2
Oběť vulgárních urážek od spolužáků	20,9	13,0	17,6
Oběť zesměšňování na internetu v posledních 30 dnech	8,2	5,6	7,1
Ublížení ze strany spolužáků v posledních 30 dnech	13,4	9,3	11,7

Zdroj: Skopal et al. (2014)

Dotazník VRCHA byl v r. 2013 přeložen také do slovenštiny (dotazník Výskytu rizikového správania adolescentov, VRSA) a použit pro srovnávací studii výskytu rizikového chování českých a slovenských žáků (N = 4 198 v ČR a N = 1 704 na Slovensku). Celkové výsledné skóre rizikového chování mezi slovenskými žáky dosáhlo 2,53 (oproti 2,42 v ČR) – vyšší průměrné skóre bylo u slovenských žáků v oblasti šikany, zatímco oblasti abúzus a delikvence byly vyrovnané (Čerešník a Dolejš, 2015).

V r. 2015 byl obdobný celonárodní průzkum za použití dotazníku VRCHA realizován na reprezentativním vzorku studentů gymnázií ve věku 15–19 let, celkem bylo sesbíráno přibližně 2 500 dotazníků. Ve vybraných třídách probíhal sběr dat prostřednictvím papírového dotazníku, paralelně v sousedních třídách na dobrovolné bázi prostřednictvím on-line dotazníku. Podrobnější informace a výsledky studie budou zveřejněny do konce r. 2015.

V období listopad 2014 až leden 2015 byl v rámci bakalářské práce na Katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci realizován výzkum zaměřený na vztah mezi tzv. locus of control (tedy subjektivní pocit kontroly jedince nad důsledky vlastního chování), rizikovým chováním a vybranými osobnostními charakteristikami žáků 8. a 9. tříd v Moravskoslezském kraji (Laštůvková, 2015). Výzkumný vzorek tvořilo 357 studentů ve věku 13–16 let, pro sběr dat byl použit výzkumný dotazník VRCHA.

Celkem 39 % studentů uvedlo pití alkoholu v posledních 30 dnech a 7 % uvedlo silnou opilost (potíže s chůzí, mluvením, zvracení, ztráta paměti). Celkem 12 % kouřilo v posledních 30 dnech cigarety, 3 % kouřilo denně více než pět cigaret. Konopné látky užilo 16 % respondentů, léky bez vědomí rodičů, aniž je potřebovali, užilo v životě 10 % žáků. Pozitivně odpovědělo alespoň na jednu otázku v dotazníku (včetně otázek týkajících se delikvence a šikany) celkem 82,6 % dotázaných, 13,7 % odpovědělo kladně na 6 nebo více položek. Celkové skóre rizikového chování dosáhlo 2,90 – vyšší hodnota ve srovnání se studií realizovanou na národní úrovni může být ovlivněna tím, že byla dotázána starší věková kategorie studentů, a to pouze na základních školách. Vyššího skóre rizikového chování dosahovali respondenti s tzv. externím místem kontroly, tj. osoby, které

nevnímají kauzalitu svého chování a následných událostí a které se častěji odvolávají na zásah zvončí a osud. Respondenti s tzv. interním místem kontroly, tedy ti, kteří chápou události jako důsledky svého chování, svých schopností nebo vlastností, dosahují nižšího skóre rizikového chování (Laštůvková, 2015).

2.3.5 Rizikové chování studentů vysokých škol – mezinárodní studie SLiCE

V rámci mezinárodní studie (Slovensko, ČR, Litva, Maďarsko) byla zjišťována prevalence v několika oblastech chování vysokoškolských studentů (riziková konzumace alkoholu, kouření, zkušenost s nelegálními drogami a sexuální chování se zřetelem na vybrané sociodemografické ukazatele: pohlaví, země, partnerský vztah). Byly zjištěny významné rozdíly v téměř všech ukazatelích rizikové konzumace alkoholu bez rozdílu země a ne/přítomnosti partnerského vztahu. V oblasti kouření vedou studenti ze Slovenska, v sexuálním chování se zdají významně rizikovější studenti z ČR a SR (Janovská et al., 2014).

2.3.6 Regionální školní studie

Stejně jako v předchozích třech letech realizovala společnost A Kluby ČR průzkum Mládež a drogy v Jihomoravském kraji (A Kluby ČR o.p.s., 2015). V r. 2014 bylo osloveno celkem 3 223 respondentů z 33 škol v kraji (1 291 žáků ZŠ, 349 studentů gymnázií, 1 325 studentů středních odborných škol a 258 studentů středních odborných učilišť). Celkem 1 455 respondentů (45,1 %) bylo ve věku 11–15 let, 1 640 (50,9 %) ve věku 16–19 let, ostatní (3,9 %) byli starší nebo věk neuvedli. Zkušenost s užitím návykové látky a/nebo hazardním hraním uvedlo 75,1 % dotázaných (64,0 % ve věku 11–15 let a 84,5 % ve věku 16–19 let). Zkušenost s užitím konopných látek v životě uvedlo celkem 29,3 % dotázaných, 3,9 % uvedlo užití halucinogenních hub, 2,3 % extázi, 1,5 % užílo LSD a pervitin. S cigaretami se respondenti setkali nejčastěji ve věku 13 let, s alkoholem a konopnými látkami ve věku 15 let, s ostatními látkami pak nejčastěji ve věku 15–17 let. Celkem 6,4 % uvedlo pravidelné užívání konopných látek (alespoň jednou týdně nebo častěji), 3,2 % ve věku 11–15 let a 8,9 % ve věku 16–19 let. Celkem 13,1 % uvedlo pravidelné hraní (alespoň jednou týdně nebo častěji) on-line hazardních her, 2,3 % hraje pravidelně na výherních automatech a 4,6 % uvedlo pravidelné kurzové sázení. Srovnání výsledků s minulými roky komplikuje fakt, že věková struktura respondentů se v průzkumech z jednotlivých let liší.

V listopadu a prosinci 2013 proběhl na vybraných základních školách městské části Praha 12 Průzkum v oblasti prevence v adiktologii mezi žáky 6. až 9. tříd (Hanusová a Dosoudil, 2014). Cílem studie bylo zmapovat výskyt užívání návykových látek a sledovat trendy v l. 2006, 2010 a 2013. V průzkumu byla současně zjišťována míra spokojenosti s vlastním životem, způsob trávení volného času, postoje žáků k vybraným otázkám životního stylu a názory žáků na prevenci realizovanou ve škole. Dotazník vyplnilo 572 žáků; v r. 2013 byl poprvé vyplňován on-line.

Zkušenost s kouřením cigaret mělo 43 % studentů, v současnosti kouří 9 % dotázaných. Alkohol pilo opakovaně 21 %, v současnosti pije 19 % (tabulka 2-3). Výsledky naznačují pokles celoživotních i aktuálních zkušeností s užíváním návykových látek mezi žáky 2. stupně ZŠ v Praze 12. Celkem 19 % dětí (23 % chlapců a 15 % dívek) uvedlo, že jim někdy v životě byla nabídnuta nelegální droga, vlastní zkušenost s nelegální drogou má 10 % dotázaných (13 % chlapců a 7 % dívek). Zatímco do 8. třídy uvedlo alespoň jednu zkušenost s drogou v životě méně než 8 % žáků, v 9. třídě uvedlo tuto zkušenost 23 %. Z celkového vzorku dotázaných uvedlo 7 % zkušenost s konopnými látkami, 2 % neuvedla, o jakou látku šlo. Třetina z těch, kteří drogu užíli, ji užíla opakovaně (více než třikrát). Podle 63 % dotázaných je užívání drog v ČR trestné, pro 44 % by bylo obtížné si drogu obstarat – nejčastěji by se droga dala získat v klubu, na ulici nebo na diskotéce.

tabulka 2-3: Užívání návykových látek mezi žáky 6.–9. tříd ZŠ v Praze 12 v l. 2006–2013, v %

Rizikové chování	2006	2010	2013
Kouření cigaret v životě	67	65	43
Kouření cigaret v současnosti	24	22	9
Opakované pití alkoholu v životě	61	43	21
Zkušenost s opilostí	22	23	11
Pití alkoholu v současnosti	44	42	19
Pravidelné pití alkoholu (alespoň 1krát týdně)	10	9	2
Zkušenost s nelegální drogou	15	19	10
Opakované užití nelegální drogy	9	13	6
Současné užívání nelegální drogy	7	11	5
Občasné a pravidelné užívání nelegální drogy	3	4	3

Zdroj: Hanusová a Dosoudil (2014)

V listopadu a prosinci 2013 byl v rámci bakalářské práce na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni realizován výzkum zaměřený na výskyt užívání návykových látek a volnočasové aktivity studentů. Výzkumný vzorek tvořilo 145 studentů ve věku 14–16 let. Současně s dotazníky pro studenty byl distribuován dotazník pro rodiče, do výzkumu se zapojilo celkem 107 rodičů. Oba dotazníky vycházely z dotazníku studie ESPAD, dotazník pro rodiče se zabýval stejnými oblastmi s cílem zjistit postoje rodičů ke konzumaci návykových látek dětmi a názory na informovanost dětí o rizicích spojených s užíváním návykových látek (Rothová, 2014).

Celkem 96 % studentů uvedlo, že v životě konzumovalo alkohol – poprvé ho nejčastěji konzumovali s kamarády (48 %) nebo rodiči (43 %), první konzumace alkoholu se odehrávala doma (62 %), případně na oslavách nebo venku (19 %). Podle rodičů pilo alkohol 79 % dětí, 21 % dotázaných rodičů uvedlo, že dítě alkohol určitě nikdy nepilo. Nikdy se neopilo 44,6 % dotázaných, zatímco o tom, že se jejich dítě nikdy neopilo, je přesvědčeno 80 % rodičů.

Alkohol studenti nejčastěji získávají od kamarádů (24 %), v hospodě (19 %) nebo od rodičů (17 %), 79 % uvedlo, že jim rodiče alkohol sami nabízeli. K vyzvání prokázat svůj věk při nákupu alkoholu v prodejně nebo provozovně nebylo vyzýváno 47 % studentů (22 % nikdy, výjimečně pak 25 %). Naopak více než polovina rodičů (58 %) je přesvědčena o tom, že děti bývají při nákupu alkoholu k prokázání věku vyzývány téměř vždy. Zajímavé je také to, že volnočasové aktivity a trávení volného času s rodiči uvedlo 43 % studentů a současně 76 % rodičů (Rothová, 2014).

2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace

Pro r. 2014 jsou k dispozici informace o užívání návykových látek u dětí v dětských domovech a u dětí-klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM). Dále byly v rámci různých studentských prací sesbírány dílčí údaje o rozsahu užívání návykových látek v subkulturách mládeže.

Na konci r. 2014 proběhla třetí vlna dotazníkové studie Dotazníkové studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015), předchozí vlny studie byly realizovány v l. 2010 a 2012. Studii realizuje NMS ve spolupráci s Vězeňskou službou ČR a agenturou ppm factum research. Výsledky studie jsou uvedeny v kapitole Uživatelé drog ve vězení (str. 175).

2.4.1 Užívání drog u dětí v dětských domovech

V rámci bakalářské práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně byl realizován průzkum mezi 59 dětmi (27 chlapců a 32 dívek) ve věku 13–19 let ve třech dětských domovech ve Zlínském kraji (Zapletalová, 2014), nejčastěji šlo o děti ve věku 15–17 let. Data byla sbírána prostřednictvím dotazníku zaměřeného jak na užívání návykových látek, tak na informovanost o drogách a postojové otázky.

Celkem 69,5 % dospívajících uvedlo, že jim někdy v životě byla nabídnuta droga, ve většině případů šlo o nabídku od kamarádů. Nelegální drogu v životě vyzkoušela více než polovina dotázaných (57,6 %) – 40,7 % drogu užilo jednou a 16,9 % opakovaně, k hlavním důvodům užití drogy patřilo začlenění do party a zvědavost. Z těch, kteří drogu užili, jich tak poprvé učinilo 67 % ve věku 11–15 let, pouze třetina dotázaných ve věku 16 let a později. Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (56 %), následované extází (7 %) a těkavými látkami (3 %).

Tři čtvrtiny respondentů jsou přesvědčeny o tom, že není problém v okolí sehnat drogu, 71 % vědělo, že se v jejich okolí nachází protidrogové centrum. V případě problémů s drogami by se respondenti obraceli nejčastěji na kamaráda, vychovatele nebo drogové centrum (Zapletalová, 2014).

2.4.2 Užívání drog u dospívajících navštěvujících nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

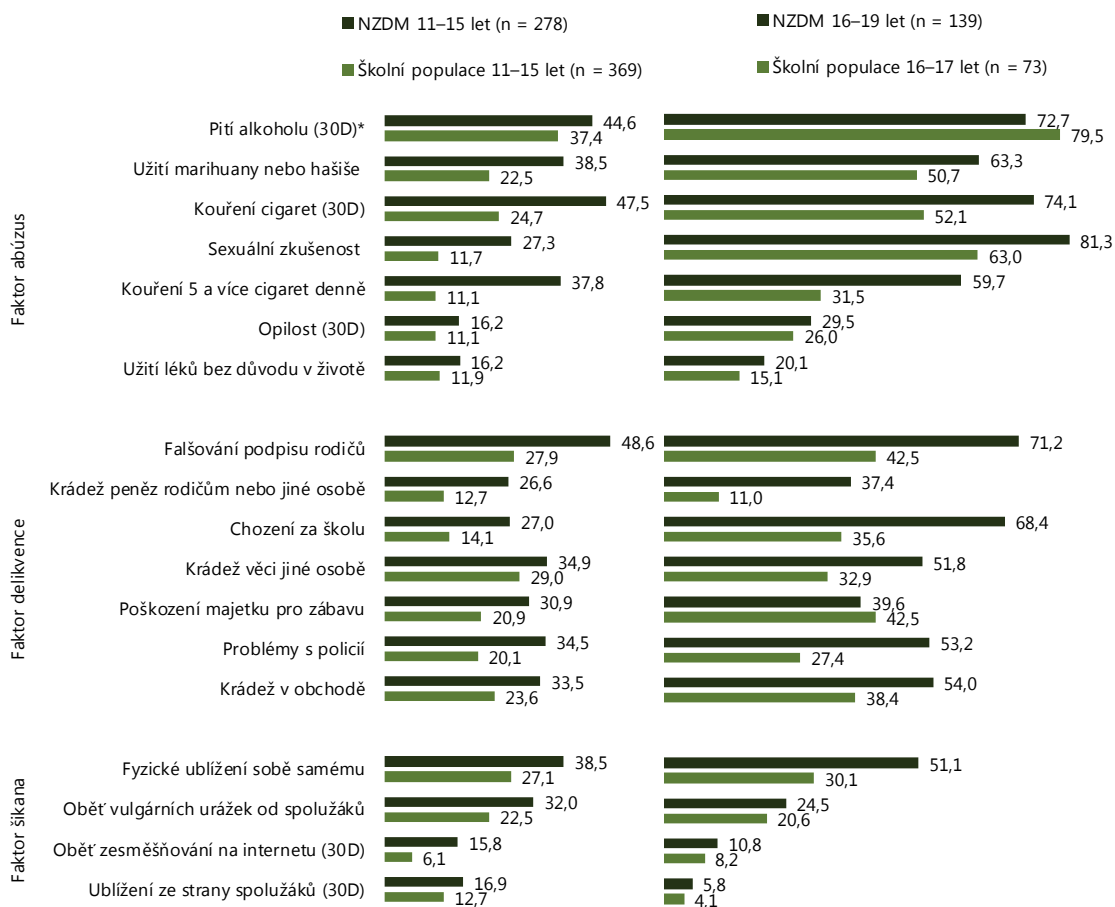
V r. 2014 proběhl celonárodní výzkum zaměřený na prevalenci rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM)⁶⁵ ve vztahu k jejich životní spokojenosti a sebehodnocení, který realizovala Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci se sdružením Neposeda.

Cílem výzkumu bylo zmapovat výskyt různých forem rizikového chování u dospívajících, kteří využívají služeb NZDM, a porovnat je se vzorkem žáků 8. a 9. tříd vybraných ZŠ a studentů 1. a 2. ročníků vybraných SŠ. Výsledný soubor tvořilo 949 respondentů (519 chlapců a 399 dívek, 31 neuvedlo pohlaví). Testová baterie obsahovala Rosenbergovu škálu sebehodnocení (RŠS), dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA) a Škálu životní spokojenosti dětí (SWLS-C).

Celkem bylo osloveno 103 NZDM, výzkumu se zúčastnilo 41 z nich. Testování proběhlo na souboru adolescentů využívajících služby NZDM ve věku 11–19 let (celkem 499 dětí, z toho 257 chlapců a 213 dívek, 29 neuvedlo pohlaví), kontrolní soubor žáků ZŠ a studentů SŠ tvořilo 450 respondentů ve věku 11–17 let (Zemanová a Dolejš, 2015a).

⁶⁵ Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež jsou ambulantní centra pro rizikové, neorganizované děti a mládež ohrožené sociálně negativními jevy a sociálním vyloučením nebo s vyhraněným životním stylem neakceptovaným většinou společnosti. Základním prostředkem pro navázání kontaktu je nabídka volnočasových aktivit, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální práce, zprostředkování kontaktu s dalšími službami. V ČR je v současnosti na 200 takových programů – blíže viz <http://www.streetwork.cz/>.

graf 2-6: Prevalence rizikových aktivit u klientů NZDM ve věku 11–15 a 16–19 let ve srovnání s obecnou školní populací ve věku 11–15 a 16–17 let, v %



Pozn.: * 30D = v posledních 30 dnech

Zdroj: Zemanová a Dolejš (2015b)

Studie ukázala, že klienti NZDM ve věku 11–15 let vykazují ve srovnání s běžnou školní populací stejného věku vyšší zkušenosti s užíváním legálních a nelegálních návykových látek i jejich častější aktuální užívání. Klienti NZDM jsou třikrát častěji pravidelnými denními kuřáky (37,8 % oproti 11,1 %) a mají téměř dvakrát častější zkušenost s užitím konopných látek (38,5 % oproti 22,5 %) (graf 2-6). Současně se u nich častěji vyskytují všechny sledované formy rizikového chování, včetně delikvence a šikany – častěji se u klientů NZDM vyskytuje záškoláctví, falšování podpisu rodičů i krádeže. Obdobné jsou rozdíly u starší věkové kategorie klientů NZDM – denně kouří 5 a více cigaret téměř 60 % z nich, zkušenost s konopnými látkami uvedlo 63,3 % dotázaných.

Celkové skóre rizikového chování (tj. průměrná hodnota počtu uvedených rizikových aktivit) dosáhlo u klientů NZDM ve věkové kategorii 11–15 let hodnoty 5,67, u kategorie 16–19 let dokonce 8,68 (pro srovnání u běžné školní populace ve věku 11–15 let dosáhlo celkové skóre 2,42). Ze studie vyplynulo, že 44 % dospívajících ve věku 11–15 let, kteří využívají služeb NZDM, dosahuje více bodů ve faktoru abúzu, než je průměrná hodnota u běžné populace stejného věku, 41 % dosahuje více bodů u faktoru delikvence a 28 % u faktoru šikany; z hlediska celkového skóre jde o 47 % dospívajících z NZDM. Je tedy patrné, že klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež jsou vysoce rizikovou kategorií dospívajících (Zemanová a Dolejš, 2015b).

2.4.3 Užívání drog na taneční scéně

Rekreačním užíváním drog v prostředí tanečních akcí se mezi lety 2000 a 2010 zabývala výběrová šetření Anketa Semtex Dance 2000 (Kubů et al., 2000) a Tanec a drogy 2003 (Kubů et al., 2006),

2007 a 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011a). Zatímco stručný průzkum v r. 2000 využil pouze čtenářské základny časopisu Tripmag, v případě výzkumu Tanec a drogy šlo o plnohodnotná výběrová šetření provedená na sebenominovaném vzorku populace příznivců elektronické taneční hudby. V on-line dotazníku byla zjišťována míra zkušeností s širokou škálou psychoaktivních látek včetně rizik spojených s užíváním návykových látek v prostředí zábavy.

Sběr dat probíhal ve všech sledovaných letech během letních měsíců a zúčastnili se jej především muži v mladších věkových skupinách, kteří tvořili zhruba dvě třetiny vzorku. Strukturu souboru v jednotlivých letech uvádí tabulka 2-4. Aby bylo možno výsledky jednotlivých studií lépe srovnat, jsou dále uvedeny výsledky pro věkovou kategorii 15–34 let.

V r. 2014 navázal na tato šetření průzkum na taneční scéně, který byl realizován v rámci projektu Nové drogy realizovaného Klinikou adiktologie 1. LF UK v Praze.⁶⁶ Sběr dat probíhal na 15 letních festivalech a parties v ČR zaměřených na elektronickou a taneční hudbu (včetně několika halových akcí a tzv. free parties, tj. nekomerčních hudebních akcí), celkem bylo vyplněno 553 platných dotazníků jak v papírové, tak v elektronické podobě pomocí tabletu (Běláčková et al., 2015a).

tabulka 2-4: Struktura souboru průzkumů Anketa Semtex Dance 2000, Tanec a drogy 2003–2010 a Nové drogy 2014

Charakteristiky souboru	2000	2003	2007	2010	2014
Počet osob	1 270	1 652	2 443	1 099	553
Věkové rozpětí	14–45	15–40	11–70	10–55	15–45
Počet osob ve věku 15–34 let	1 133	1 643	2 388	1 051	530
Průměrný věk	21,1 (±3,2)	21,2 (±3,6)	22,3 (±3,8)	24,1 (±4,3)	25,4 (±5,5)
Podíl žen ve věku 15–34 let (%)	29,1	37,1	31,2	35,5	41,9

Zdroje: Kubů et al. (2000), Kubů et al. (2006), (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011a), Běláčková et al. (2015a)

Konopné látky a extáze byly spolu s alkoholem a tabákem nejužívanějšími látkami, a to ve všech sledovaných letech. Mezi roky 2003 a 2014 byl zaznamenán pokles prevalence aktuálního užívání konopných látek a extáze (tabulka 2-5 a graf 2-7). Podobný trend lze vysledovat i u halucinogenů (LSD a lysohlávek), přičemž za r. 2014 nejsou výsledky pro halucinogeny srovnatelné s předchozím obdobím kvůli jiné formulaci otázek. Mezi l. 2003 a 2007 vzrostlo užívání pervitinu a kokainu a v následujícím období do r. 2014 se jejich užívání udrželo na poměrně stabilní úrovni. V r. 2014 byly zjištěny vyšší prevalence aktuálního užívání ketaminu, GHB, těkavých látek a heroinu než v předchozích letech. Je však potřeba přihlédnout k omezené srovnatelnosti průzkumů.

V r. 2014 bylo nově sledováno užívání tzv. nových psychoaktivních látek (NPS), jejichž užití někdy v životě uvedlo 16,9 % a v posledních 12 měsících 7,2 % respondentů. Celkem 50 osob uvedlo název nebo popis užití NPS. Konkrétní chemický název uvedlo 26 % respondentů, nejčastěji šlo o mefedron (12 %), dále uváděli respondenti komerční názvy jako *funky* nebo *turbo tdi* (19 %). Přibližně u čtvrtiny odpovědí nebylo možné látku kategorizovat, případně její označení chybělo úplně.

Někteří respondenti (celkem 38) v odpovědi na otázku týkající se NPS uvedli látku, která nespadá mezi NPS (např. MDMA nebo metamfetamin) – tito respondenti nejsou mezi uživatele NPS zahrnuti.

⁶⁶ Nové drogy – analýzy trhu, epidemiologie užívání a identifikace možností pro snižování škod č. NT-14064-33 Interní grantové agentury MZ

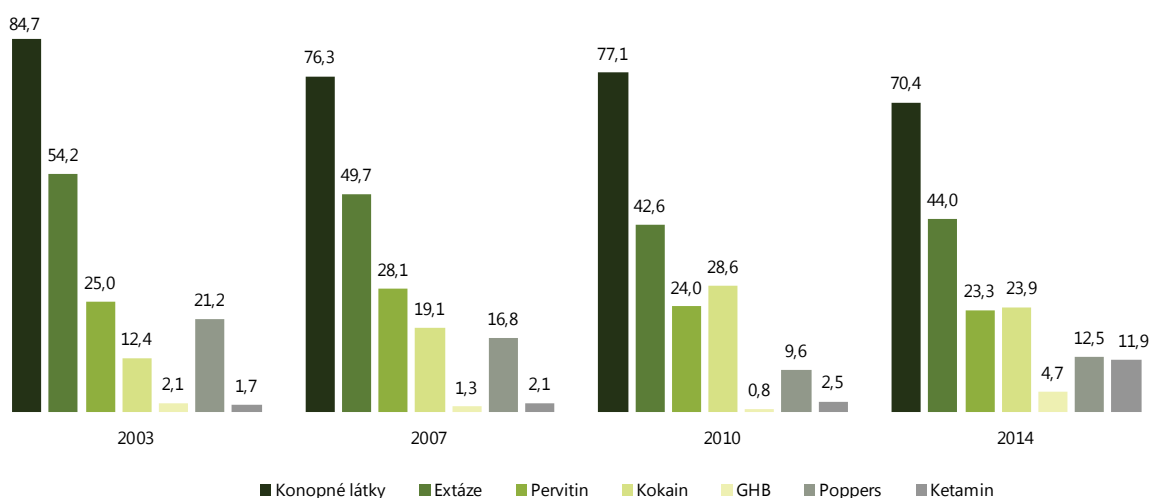
tabulka 2-5: Prevalence nejčastěji užívaných drog mezi příznivci elektronické taneční hudby ve věku 15–34 let v l. 2000–2014, v %

Droga	2000	2003			2007			2010			2014		
	LTP	LTP	12M	30D	LTP	12M	30D	LTP	12M	30D	LTP	12M	30D
Alkohol	87,5	97,9	94,9	83,8	97,1	94,8	90,1	99,1	96,2	92,3	93,2	87,2	61,8
Tabák	n. a.	90,6	78,0	61,4	90,8	76,2	67,9	93,9	79,3	69,2	85,6	73,8	48,9
Konopné látky	82,9	92,0	84,7	65,2	91,5	76,3	60,3	94,9	77,1	54,6	85,6	70,4	42,0
Extáze	53,7	67,1	54,2	32,6	69,2	49,7	29,9	70,2	42,6	19,9	62,6	44,0	16,5
Lysohlávky*	38,7	43,0	20,3	3,5	47,8	19,9	3,9	51,2	17,7	4,3	58,0	34,2	13,4
LSD*	49,8	45,2	22,8	8,8	43,0	20,8	6,8	47,6	17,6	4,9			
Pervitin	34,4	40,7	25,0	13,8	47,7	28,1	15,8	47,4	24,0	12,1	41,3	23,3	9,8
Kokain	18,9	20,1	12,4	4,3	30,6	19,1	7,5	47,2	28,6	10,8	43,1	23,9	7,6
Poppers	11,2	35,1	21,2	7,9	45,1	16,8	5,8	41,8	9,6	2,5	32,6	12,5	5,4
Amfetamin	19,8	18,4	7,6	2,9	n. a.	n. a.	n. a.	29,7	9,6	3,6	n. a.	n. a.	n. a.
Ketamin	n. a.	6,7	1,7	0,9	7,9	2,1	0,4	9,8	2,5	0,8	21,1	11,9	4,3
Heroin	9,5	6,0	1,2	0,4	6,2	1,0	0,5	6,8	0,6	0,5	11,5	3,1	2,0
GHB	9,7	6,8	2,1	0,9	5,9	1,3	0,2	6,4	0,8	0,2	11,3	4,7	2,5
Těkavé látky	4,5	5,5	1,6	0,7	5,1	0,8	0,2	5,7	0,6	0,3	11,6	3,6	1,8
Crack	2,3	2,2	1,1	0,4	1,8	0,3	0,1	2,7	0,6	0,2	n. a.	n. a.	n. a.
NPS**	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	16,9	7,2	3,4

Pozn.: * V r. 2014 byla sledována širší kategorie halucinogenních drog. ** Nové psychoaktivní látky. LTP = celoživotní prevalence, 12M = prevalence v posledních 12 měsících, 30D = prevalence v posledních 30 dnech.

Zdroje: Kubů et al. (2000), Kubů et al. (2006), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011a), Běláčková et al. (2015a)

graf 2-7: Prevalence užití vybraných nelegálních drog v posledních 12 měsících mezi příznivci elektronické taneční hudby ve věku 15–34 let v l. 2003–2014, v %



Zdroje: Kubů et al. (2006), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011a), Běláčková et al. (2015a)

Celoživotní prevalence užívání drog byla v r. 2014 nejvyšší ve věkové kategorii 30–34 let (u extáze, halucinogenů, pervitinu, kokainu, poppers, ketaminu a heroinu), následovaná věkovou skupinou 25–29 let (u alkoholu, konopných látek, tabáku a NPS). Nejmladší věková kategorie 15–19 let měla poměrně vysoké zkušenosti s užíváním GHB a těkavých látek (tabulka 2-6).

tabulka 2-6: Celoživotní prevalence užití vybraných drog mezi příznivci elektronické taneční hudby v r. 2014 podle věku, v %

Droga	15–19 let	20–24 let	25–29 let	30–34 let	35 a více let
Alkohol	92,0	91,0	96,3	92,7	92,3
Tabák	78,4	85,0	90,0	82,4	87,2
Konopné látky	72,0	86,2	89,4	85,3	76,9
Extáze	44,9	58,0	69,6	71,6	65,8
Halucinogeny	40,8	54,1	63,5	66,7	60,5
Pervitin	35,4	35,4	45,8	51,5	50,0
Kokain	34,7	36,0	50,0	52,2	46,0
Poppers	19,2	23,5	41,2	47,7	34,2
Ketamin	19,2	17,8	23,4	26,2	24,3
Heroin	18,4	5,5	13,1	19,4	8,3
GHB	16,7	7,8	14,5	9,4	13,2
Těkavé látky	19,2	8,4	13,1	11,3	6,7
NPS	13,0	16,0	21,7	10,9	15,8

Zdroj: Běláčková et al. (2015a)

V rámci bakalářské práce na 1. LF UK v Praze byl realizován výzkum zaměřený na problematiku užívání drog v prostředí taneční scény (Kulhánek, 2013). Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo v r. 2013 osloveno 199 návštěvníků pražských nočních tanečních klubů (159 mužů, 36 žen, 4 respondenti neuvedli pohlaví). Průměrný věk respondentů byl 25 let. Z výzkumu vyplývá, že nejčastěji užívanou drogou mezi dotazovanými návštěvníky tanečních klubů je alkohol – v den akce jej užilo 92,8 % respondentů. Zjištěna byla vysoká prevalence užívání alkoholu, konopných látek, extáze, kokainu a pervitinu (Kulhánek, 2013) (tabulka 2-7).

tabulka 2-7: Užívání drog mezi návštěvníky pražských tanečních klubů v r. 2013, v %

Droga	Celoživotní prevalence	Prevalence v posledních 12 měsících	Prevalence v posledních 30 dnech	Užití v den průzkumu
Alkohol	100,0	99,5	99,5	92,9
Konopné látky	96,9	90,3	76,0	42,9
Extáze	77,0	52,6	31,1	12,2
Lysohlávky	59,7	25,0	8,7	0,5
Kokain	57,7	35,2	16,8	3,1
LSD	54,6	26,0	9,2	1,5
Pervitin	47,2	20,5	10,3	3,1
Amfetamin	39,8	21,4	7,7	2,0
Poppers	28,6	4,1	1,0	0,0
Mefedron	19,9	4,6	2,0	0,0
Ketamin	14,8	3,1	0,5	0,0
GHB	10,7	1,5	0,5	0,0
Spice (synt. kanabinoidy)	9,2	2,0	1,5	0,0
Crack	6,1	0,5	0,0	0,0
Fencyklidin	5,1	1,0	0,0	0,0
Piperaziny	4,6	0,5	0,5	0,0
Heroin	3,6	0,5	0,5	0,0
Dextrometorfan	1,5	0,0	0,0	0,0
Subutex	0,0	0,0	0,0	0,0

Zdroj: Kulhánek (2013)

2.4.4 Užívání drog v subkulturách

Pojem subkultura je označení pro skupinu osob sdílející určité hodnoty a normy, kterými se odlišuje od většinové společnosti (Vladimír 518 et al., 2011, Vladimír 518 et al., 2013). V posledních letech bylo realizováno několik lokálních nebo regionálních studií zaměřených na užívání drog v různých subkulturách mládeže a mladých dospělých, které tvoří součást závěrečných prací studentů vysokých škol.

Vztahem příslušnosti k dané subkultuře a mírou užívání nelegálních drog a postoji k drogám se zabýval dotazníkový výzkum realizovaný v rámci diplomové práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně na souboru 315 středoškoláků ve věku 15–19 let (147 mužů, 168 žen) na vybraných 4 středních školách v okrese České Budějovice (Štěpánek, 2011). V rámci šetření byly zjišťovány zkušenosti příslušníků různých subkultur s nelegálními drogami – vysoká míra užívání nelegálních drog je zejména mezi příslušníky subkultury taneční scéna, hip-hop, skate a graffiti. Míra zkušeností s extází byla nejvyšší v subkultuře taneční scéna a hip-hop. Nejnižší míra užívání nelegálních drog byla zjištěna v subkulturách skinheads a metal. Nejnižší míra užívání konopných látek byla ve skupině metal a rock (tabulka 2-8).

tabulka 2-8: Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog v jednotlivých subkulturách, v %

Subkultura	Počet (n)	Konopné látky	Extáze	Pervitin	LSD	Kokain	Lysohlávky
Skinheads	7	71,4	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
Taneční scéna	49	73,5	16,3	20,4	14,3	6,1	20,4
Hip-hop	56	76,8	12,5	8,9	12,5	5,4	26,8
Graffiti	11	72,7	9,1	9,1	9,1	9,1	18,2
Rock	47	68,1	0,0	0,0	0,0	2,1	6,4
Metal	22	36,4	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6
Skate	31	77,4	16,1	22,6	25,8	6,5	25,8

Zdroj: Štěpánek (2011)

Výzkum v rámci bakalářské práce na 1. LF UK v Praze byl zaměřen na užívání drog v subkultuře goth (Jurníkl, 2015). Bylo provedeno dotazníkové šetření mezi 169 příslušníky subkultury goth ve věku 15–50 let (55 mužů a 114 žen). Šetření ukázalo, že v subkultuře se užívají všechny dotazované drogy. Zkušenost s alkoholem, tabákem a konopnými látkami mělo 94,4 %, 80,5 %, resp. 55,3 % respondentů. V posledních 30 dnech užilo konopí 14,8 % respondentů. Z výzkumného souboru uvedlo denní kouření 31,9 % souboru, denní užívání alkoholu 4,7 %, konopí 4,1 % a pervitinu a LSD shodně 1,2 % osob. Celkem 0,6 % respondentů uvedlo denní užívání extáze, kokainu, heroinu nebo těkavých látek.

Další dotazníkový průzkum realizovaný v rámci diplomové práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně se věnoval postojům respondentů k příslušníkům subkultur a percepce užívání drog v subkulturách. Dotazníkový průzkum byl proveden na souboru 214 žáků 8. a 9. tříd ZŠ, studentů 4. ročníků maturitních oborů středních odborných škol a gymnázií (Uherek, 2012). Z výsledků vyplývá, že respondenti s užíváním drog spojují na prvním místě subkultury techno a taneční scéna, dále squattery, subkultury punk a emo. U dalších subkultur bylo užívání drog považováno za nízké riziko. Výzkum potvrzuje výsledky uvedené výše (Štěpánek, 2011), že v subkultuře taneční scény je nevyšší míra užívání drog, zejména extáze a stimulancií.

Na užívání alkoholu v punkové subkultuře se zaměřila bakalářská práce na 1. LF UK v Praze – výzkum byl proveden metodou polostrukturovaného rozhovoru s 10 členy (9 mužů a 1 žena) této subkultury z celé ČR, respondenti byli ve věku 17–33 let (Broklová, 2011). Z výsledků výzkumu vyplývá, že alkohol je v punkové subkultuře oblíbený a většina respondentů si myslí, že je nedílnou součástí punku. Nejoblíbenějším nápojem bylo u dotazovaných punkerů pivo. Řada z nich přiznává, že naprosto nejsou schopni odhadnout konzumované množství, jiní udávají rozmezí 13–18 piv za večer. V kombinaci s tvrdým alkoholem se počet vypitých piv snižuje v průměru na 10 püllitrů. Dotazovaní punkeři pijí především kvůli chuti a účinkům alkoholu a s pitím začínají nejčastěji ve věku 15 let.

Údaje o užívání drog v dalších populačních skupinách uvádí kapitola Užívání drog v sociálně znevýhodněných skupinách a lokalitách (str. 153).



Kapitola 3:

Prevence

- Systém preventivních aktivit cílených na děti a mládež je na národní úrovni koordinován Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT), na úrovni kraje působí krajské školní koordinátoři prevence a na úrovni obcí jsou to metodici prevence pedagogicko-psychologických poraden. Hlavním dokumentem je Národní strategie primární prevence rizikového chování na aktuální období 2013–2018. Nástrojem koordinace primární prevence na regionální úrovni jsou krajské plány prevence.
- V r. 2014 pokračoval proces certifikace programů všeobecné, selektivní a indikované prevence, který zajišťuje Národní ústav pro vzdělávání. Ten v r. 2014 inicioval diskusi o spolupráci v rámci preventivních aktivit, o rolích a náplni práce jednotlivých aktérů systému vertikální koordinace prevence.
- V lednu 2014 vláda projednala dokument Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí v gesci MZ a v srpnu 2015 přijala 13 akčních plánů této strategie, mezi nimi také Akční plán omezení zdravotně rizikového chování, který zahrnuje 3 akční plány – Akční plán pro vytvoření interdisciplinárního mezikomunikačního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice, Akční plán k omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015–2018 a Akční plán pro oblast kontroly tabáku na období 2015–2018.
- V květnu 2015 vláda schválila návrh zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, který má nahradit stávající zákon č. 379/2005 Sb. a který posiluje některá opatření ve vztahu k prevenci užívání návykových látek osobami mladšími 18 let.
- Realizované preventivní a informační kampaně jsou zaměřeny především na prevenci a redukci kouření, prevenci řízení pod vlivem návykových látek a prevenci pití alkoholu mladistvými. Přibývá také kampaní zaměřených na nelegální drogy a jejich následky (např. infekční onemocnění). V oblasti patologického hráčství nebyla žádná preventivní či informační kampaň zaznamenána.

3.1 Politika a strategie v oblasti prevence

Základními dokumenty v oblasti školské prevence jsou Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013–2018⁶⁷ a Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže⁶⁸. Hlavním cílem strategie je prostřednictvím efektivního systému prevence, fungujícího na základě komplexního působení všech subjektů zapojených do prevence, minimalizovat vznik a snížit míru rizikového chování u dětí a mládeže.

V květnu 2014 vláda schválila⁶⁹ Koncepti podpory mládeže na období 2014–2020, která určuje strategické cíle státní politiky ve vztahu k mládeži a stanovuje cíle a opatření také v oblastech rizikového chování, fyzického a duševního zdraví, včetně oblasti návykového chování a závislostí. Primárními cílovými skupinami koncepce jsou mládež a mladí dospělí.

V červnu 2015 byl vládou schválen návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který nahradí zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Vládní návrh zákona obsahuje mimo jiné zákaz prodeje tabákových a souvisejících výrobků ve zdravotnických zařízeních, ve školách a školských zařízeních. Nově byla v souvislosti s výše uvedeným rozšířena pravomoc

⁶⁷ <http://www.msmt.cz/file/28077> [2015-08-26]

⁶⁸ č. j. 21 291/2010–28, <http://www.msmt.cz/file/20273> [2015-08-25]

⁶⁹ usnesení č. 342 ze dne 12. 5. 2014

České školní inspekce, a to kontrolovat zákaz prodeje alkoholických nápojů a tabákových výrobků ve školách či dodržování zákazu kouření ve školských zařízeních (blíže viz kapitolu Návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, str. 17).

Vláda v lednu 2014 projednala⁷⁰ dokument Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí⁷¹ (blíže viz VZ 2013). V r. 2014 byla zahájena příprava implementačních dokumentů k této strategii. Dne 20. 8. 2015 vláda projednala 13 akčních plánů této strategie, mezi nimiž jsou také Akční plán omezování zdravotně rizikového chování, který zahrnuje Akční plán k omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015–2018 a Akční plán pro oblast kontroly tabáku v České republice 2015–2018 (blíže viz kapitoly Akční plán pro oblast alkoholu na str. 21 a Akční plán pro oblast kontroly tabáku na str. 22) a rovněž Akční plán pro vytvoření interdisciplinárního meziprofesního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice (akční plán pro PPRCH).

Těžiště akčního plánu pro PPRCH je v oblasti selektivní (rizikové skupiny) a indikované (rizikové a rizikově se chovající jedinci) prevence. Jeho realizaci, průběžné vyhodnocení a případnou revizi budou koordinovat MZ a MŠMT. Hlavní cílové skupiny, na které se akční plán zaměřuje, jsou děti a dospívající:

- ze sociálně znevýhodněného prostředí, vyloučených lokalit a ohrožených chudobou,
- spadající do oblasti působnosti zákona o sociálně-právní ochraně dítěte,
- ohrožení diskriminací (např. na základě sexuální orientace atd.),
- z etnických skupin a skupin migrantů (legální i ilegální migranti),
- s psychiatrickými symptomy duševního onemocnění či přímo s neléčeným (nediagnostikovaným) duševním onemocněním a dále děti a dospívající rodičů se závažnou psychickou poruchou či onemocněním.

V r. 2014 pokračoval proces certifikace programů prevence rizikového chování, který koordinuje Pracoviště pro certifikaci⁷² Národního ústavu pro vzdělávání (NÚV) (blíže viz VZ 2012 a 2013). Do konce srpna 2015 byla udělena certifikace 83 programům v celé ČR, z toho 49 programům všeobecné primární prevence, 25 programům selektivní primární prevence a 9 programům indikované primární prevence (tabulka 3-1).

⁷⁰ usnesení č. 23 ze dne 8. 1. 2014

⁷¹ <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence> [2015-08-25]

⁷² <http://www.nuv.cz/t/pprch/pracoviste-pro-certifikace> [2015-08-24]

tabulka 3-1: Počet certifikovaných programů primární prevence rizikového chování do 31. 8. 2015 podle krajů

Kraj	Počet programů
Hl. m. Praha	19
Středočeský	9
Jihočeský	11
Plzeňský	4
Karlovarský	0
Ústecký	2
Liberecký	1
Královéhradecký	2
Pardubický	2
Vysočina	8
Jihomoravský	9
Olomoucký	4
Zlínský	4
Moravskoslezský	8
Celkem	83

Zdroj: <http://www.nuv.cz/t/pracoviste-pro-certifikace-poskytovatele> [2015-08-31]

Během r. 2014 proběhlo několik pracovních setkání metodiků prevence pedagogicko-psychologických poraden (PPP) a krajských školních koordinátorů prevence organizovaných MŠMT a NÚV s cílem podpořit diskusi o podmínkách a možnostech práce a spolupráce jednotlivých pracovníků na vertikální i horizontální úrovni. Na jaře 2015 NÚV zorganizoval pracovní setkání metodiků prevence z PPP k vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, která definuje pozici a náplň práce metodika prevence v PPP. Další témata setkání souvisela s kariérním řádem pedagogů, kvalifikačními předpoklady pro práci v prevenci, metodikami využívanými pro práci s žáky apod.

Testování žáků na návykové látky je stále diskutovaným tématem. Testování nenahrazuje pedagogickou ani preventivní činnost školy, ale poskytuje informaci o užití návykové látky. V r. 2014 by publikován článek shrnující diskusi o testování na školách, který navrhl postupy a doporučení pro školská zařízení, která se rozhodla testování v souladu s platnou právní úpravou provádět. Jde především o souhlas a informování zákonného zástupce testovaného, provádění testování proškoleným pracovníkem, testování v místnosti, která je k tomuto účelu určena a odpovídá hygienickým kritériím a kde je vyloučena přítomnost dalších osob, vysvětlení podstaty a postupů testování testovanému včetně toho, co bude následovat v případě pozitivního/negativního výsledku, obsah záznamu o testování (který podepisují všechny strany – testující, testovaný, jeho zástupce) a doporučení pro další postup při zjištění pozitivního i negativního výsledku (Zapletalová a Šejvl, 2014).

3.2 Všeobecná prevence

Programy všeobecné primární prevence jsou ty, které se zaměřují na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozdělování na méně či více rizikové skupiny, zohledňují pouze její věkové složení (Pavlas Martanová, 2012).

V rámci mezinárodního projektu European Family Empowerment,⁷³ kterého se zúčastnila Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze, byly provedeny ohniskové skupiny za účasti 83 rodičů ze 6 zemí. Ohniskové skupiny byly zaměřeny na roli rodičů v prevenci užívání návykových látek. Výsledky naznačují, že rodiče sami vnímají svůj potenciál pro PPRCH jako nízký a že pro posílení jejich pozice v PPRCH jsou významné 3 faktory: (1) upřímný zájem o jejich děti, (2) rozvoj intenzivní spolupráce

⁷³ <http://www.irefree.eu/> [2015-09-09]

se školou, (3) spolupráce s odborníky v prevenci (Gabrhelík et al., 2014). V rámci projektu vznikly publikace zacílené jak na rodiče, tak na profesionály.

3.3 Selektivní a indikovaná prevence

Programy selektivní a indikované prevence jsou určeny pro skupiny osob, resp. jednotlivce, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a rozvoj různých forem rizikového chování, tj. jsou ohroženější než jiné skupiny populace či jednotlivci, případně u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování (Pavlas Martanová, 2012). Realizují je instituce zřizované státem, krajem či obcemi (např. pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro dítě a rodinu, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, střediska výchovné péče) a NNO.

V posledních letech byl v českém prostředí pilotně implementován kanadský program Preventure. Byl standardizován diagnostický nástroj SURPS,⁷⁴ přeloženy a adaptovány metodické materiály a proběhlo školení realizátorů. V současné době je připravován návrh implementace v rámci randomizované kontrolované studie efektivity Preventure, která by mohla najít uplatnění v oblasti indikované prevence ve školách (Maierová et al., 2015).

V oblasti evaluace indikované prevence byl realizován výzkum mezi žáky 1. a 2. stupně ZŠ, kteří se účastnili programu PPP v Praze 6. Byly sledovány změny v chování dětí (vztahy s vrstevníky, s dospělými, chování ve škole, soustředění, domácí příprava, prospěch) a vztah rodiče a učitele po roce účasti v programu. Výzkum prokázal zlepšení zejména vztahu dětí k vrstevníkům, adaptace ve škole, komunikačních dovedností, chování a sebeovládání. Pozitivní změny ve vztazích s vrstevníky vnímali rodiče, děti i učitelé (Pavlas Martanová, 2014).

Organizace SANANIM provozuje od r. 2013 Internetové stránky (S)končím s hulením,⁷⁵ které poskytují informace a on-line poradenství a léčbu uživatelům konopí (viz také VZ 2013). V r. 2014 stránka zaznamenala 16 235 unikátních návštěvníků, bylo provedeno 8 189 selftestů ke zjištění závažnosti problému. Z provedených testů bylo 18 % v kategorii rizikového užívání, což je indikace pro zahájení on-line léčebného programu, který stránky nabízejí. Součástí on-line léčby je kontakt s garantem, který zahrnuje korespondenční kontakt (v prostředí aplikace nebo e-mailem) a pravidelné konzultace prostřednictvím chatu jednou týdně. Garant také průběžně sleduje postup klienta programem, kontroluje plnění úkolů a vede kartu klienta. Do on-line léčby se v období 5 měsíců pilotního provozu zaregistrovalo 81 zájemců o léčbu, služba byla nabídnuta 27 z nich, z toho strukturovaný cca 8týdenní program zahájilo 12 klientů. Program úspěšně dokončil 1 klient, 5 ukončilo předčasně po dohodě, 3 vypadli z kontaktu a 3 pokračovali v programu v r. 2015. Ukazuje se, že podstatnou roli v tom, zda zájemce léčbu skutečně zahájí, hraje kromě čekací doby také první kontakt nad rámec vlastní aplikace, která rozesílá pouze automaticky generovanou pozvánku s přihlašovacími údaji. Osobní garanti v případě potřeby kontaktují zájemce také prostřednictvím e-mailu. Zatím nejlepší výsledky z hlediska doby setrvání v programu mají intenzivní uživatelé konopí s předchozí zkušeností s pomáhající službou.

Informace a pomoc prostřednictvím anonymního dotazu v on-line prostředí nabízejí jednotlivcům z řad uživatelů i široké veřejnosti další internetové poradny, jako např. drogovaporadna.cz organizace SANANIM či poradna extc.cz Společnosti Podané ruce. Specializovanou poradnou na právní aspekty užívání drog je Právní poradna Asociace neziskových organizací (A.N.O.), poskytuje zejména právní poradenství v oblasti práva trestního, občanského, rodinného či pracovního.⁷⁶

⁷⁴ <http://www.adiktologie.cz/articles/detail/19/3939/Testova-prirucka-ke-skale-osobnostnich-rysu-predstavujicich-riziko-z-hlediska-uzivani-navykovych-latek-SURPS-SUBSTANCE-USE-RISK-PROFILE-SCALE-> [2015-09-09]

⁷⁵ <http://www.koncimshulenim.cz/> [2015-09-09]

⁷⁶ <http://poradna.asociace.org/> [2015-09-09]

3.4 Mediální a informační kampaně

3.4.1 Kampaně zaměřené na kouření, konzumaci alkoholu a prevenci zdravotních rizik

Česká koalice proti tabáku⁷⁷ organizuje každoročně 31. 5. kampaň ke Světovému dni bez tabáku. Cílem je upozornit na rizika spojená s kouřením a motivovat kuřáky k odvykání kouření. Počátkem r. 2014 zahájila Česká koalice proti tabáku provoz vlastní poradny pro odvykání kouření v Praze. Každoročně se ke kampani Světového dne bez tabáku připojuje také asociace Zdravá města ČR,⁷⁸ která připravuje v obcích a regionech různé osvětové akce, soutěže a divadelní představení zaměřené na prevenci kouření u dětí a mladistvých, např. Cesta za čistým vzduchem nebo Zvířátka také nekouří.

V r. 2015 se ke Světovému dni bez tabáku opět připojila také Česká lékárnická komora týdenní kampaní Odvykání kouření v lékárnách,⁷⁹ během níž byly ve vybraných lékárnách zdarma poskytovány konzultace o odvykání kouření.

SZÚ připravil ke Světovému dni bez tabáku 2015 literární a výtvarnou soutěž pro žáky základních škol Jak to udělat, aby lidé nekouřili.⁸⁰ Do soutěže se zapojily děti ze 114 ZŠ z celé ČR, zaslané práce byly vystaveny u příležitosti národní Konference podpory zdraví, která se konala v červnu 2015 v Praze.

Od poloviny září 2014 do konce ledna 2015 realizovalo v Brně Mezinárodní centrum klinického výzkumu ve spolupráci s Městskou policií Brno v rámci projektu Kardiovize Brno 2030 kampaň Z hlouposti do závislosti.⁸¹ Cílem kampaně bylo upozornit veřejnost na škodlivé účinky tabákových výrobků a konzumace alkoholu a poskytnout pomoc při odvykání. Součástí kampaně byla také akce V autě se nekouří zaměřená na řidiče, spolujezdce a rodiny, řidiči-nekuřáci dostávali tzv. nekuřáckou samolepku.

Informační kampaně v oblasti prevence konzumace alkoholu v r. 2014 se zaměřovaly zejména na děti a mládež, případně na rizika řízení pod vlivem alkoholu. Fórum Pijte s rozumem (PSR)⁸² spustilo na konci r. 2014 nové webové stránky pijisrozumem.cz a pobavmeseoalkoholu.cz zaměřené na zvýšení informovanosti žáků, rodičů a učitelů o rizicích konzumace alkoholu dětmi a mládeží. PSR realizuje ve spolupráci s organizací SANANIM také projekty zaměřené na škodlivost alkoholu mezi žáky 7. tříd ZŠ v rámci kampaně Pobavme se o alkoholu.

V r. 2014 pokračovala kampaň města Plzně, společnosti Plzeňský Prazdroj a Centra protidrogové prevence a terapie (CPPT) s názvem Respektuj 18,⁸³ která se snaží upozornit na konzumaci alkoholu nezletilými. Jejím cílem je změnit tolerantní postoj veřejnosti k této problematice a podpořit dodržování zákazu prodeje a podávání alkoholu dětem a mladistvým.

Iniciativa Liga otevřených mužů zorganizovala v únoru 2014 druhý ročník kampaně Suchej únor,⁸⁴ jejímž cílem bylo přesvědčit muže, že je snadné vydržet jeden měsíc v roce bez alkoholu, a tím je motivovat k nižší konzumaci alkoholu.

Pražské Centrum Alma pořádalo v průběhu r. 2014 několik akcí pro veřejnost s názvem Pojďte se s námi zdravě napít zaměřených na seznámení s riziky nadměrného pití alkoholických nápojů, kdy

⁷⁷ <http://www.bezcigaret.cz/> [2015-07-07]

⁷⁸ <http://www.zdravamesta.cz/index.shtml?apc=rkC> [2015-07-07]

⁷⁹ <http://www.lekarnici.cz/Media/Tiskove-zpravy/Svetovy-den-bez-tabaku-31-5-2015.aspx> [2015-07-07]

⁸⁰ <http://www.szu.cz/publikace/jak-to-udelat-aby-lide-nekourili> [2015-07-09]

⁸¹ <http://www.viviente.cz/prevenci-koureni-a-konzumace-alkoholu-kampan-v-brne/>, <http://www.mpb.cz/media/aktuality/u-strazniku-experti-poradi-s-odvykanim-a-premeri-plice-1/> [2015-07-13]

⁸² <http://www.pijisrozumem.cz/> [2015-07-07]

⁸³ <http://www.respektuj18.cz/> [2015-07-09]

⁸⁴ <http://ilom.cz/novinky/info-servis/tiskove-zpravy/suhej-unor-skoncil-debata-alkoholu-teprve-zacina/>, <http://suhejunor.cz/> [2015-07-13]

byla návštěvníkům nabízena lahvička balené pitné vody. Centrum působilo také na červnovém hudebním festivalu United Islands v Praze s preventivní kampaní Opravdu pijou vodu jen žaby?⁸⁵

Oddělení Bezpečnosti silničního provozu (BESIP) Ministerstva dopravy realizuje několik preventivních projektů zaměřených na problematiku návykových látek v dopravě zacílených na různé skupiny. Projekt Domluvme se!, který od r. 2006 každoročně organizuje BESIP, Iniciativa zodpovědných pivovarů a PSR, je zaměřen na mladé řidiče s cílem předcházet jízdě pod vlivem alkoholu. Koncept kampaně vychází z obdobných kampaní v zahraničí (Designated Driver, Eurobob, Capitaine de Soirée). Slogan projektu zní Pokud jedete za zábavou autem, domluvte se, kdo bude řídit a nebude pít alkohol.⁸⁶

V termínu 8.–14. 12. 2014 realizoval Český svaz pivovarů a sladoven ve spolupráci s BESIP čtvrtý ročník kampaně Řídím, piju nealko pivo.⁸⁷ Kampaň proběhla v rámci celoevropského týdne zaměřeného na prevenci řízení pod vlivem návykových látek pořádaného mezinárodní organizací TISPOL. Řidiči, kteří před jízdou nepili alkohol, byli odměňováni nealkoholickým pivem a alkotesterem. Pod záštitou BESIP probíhá každoročně v květnu také Týden bezpečnosti silničního provozu⁸⁸ (v rámci celosvětového Road Safety Week) zaměřený na bezpečnost chodců v silničním provozu.

V dubnu 2014 zahájila jihočeská policie informační a preventivní kampaň s názvem Zastav jízdu smrti⁸⁹ zaměřenou na prevenci konzumace alkoholu před jízdou autem. Kampaň odkazuje mimo jiné také na krátké spoty připravené v letech 2012–2015 BESIP věnované bezpečnosti silničního provozu (např. řízení pod vlivem návykových látek, léků), tzv. besipky.⁹⁰

Nadace Naše dítě uspořádala v polovině září 2014 Výstavu proti dětské samotě⁹¹ – cílem kampaně bylo upozornit na možné důsledky dětské samoty, jež může vést k rizikovému chování v podobě užívání alkoholu, užívání drog, vandalismu, záškoláctví apod.

Počátkem r. 2014 vypsala SZÚ v rámci realizace projektu Systémové nástroje pro ochranu a podporu veřejného zdraví a prevenci zdravotních rizik⁹² veřejnou zakázku na realizaci informační a komunikační kampaně zaměřené na prevenci civilizačních zdravotních rizik v oblasti životního stylu obyvatelstva. Jedna z klíčových aktivit projektu se měla zaměřit na prevenci rizikových způsobů chování adolescentů a mladistvých, škodlivé užívání alkoholu, tabáku a drog a hazardní hraní. Projekt měl být financován z Integrovaného operačního programu prostřednictvím Evropského fondu pro regionální rozvoj, náklady na realizaci informační kampaně byly odhadovány na cca 50 mil. Kč. Projekt byl však z neuvedených důvodů stažen a k jeho realizaci nedošlo.

3.4.2 Kampaně zaměřené na nelegální drogy a rizika spojená s jejich užíváním

Koncem září 2014 vyhlásila NPC ve spolupráci s pražským magistrátem soutěž pro žáky 2. stupně ZŠ a studenty SŠ o nejlepší plakát s protidrogovou tematikou s názvem Správným směrem.⁹³ Obdobnou soutěž vyhlašuje každoročně v červnu Magistrát hl. m. Prahy ve spolupráci s městskými částmi a Centrem sociálních služeb Praha – Pražským centrem primární prevence.

⁸⁵ <https://www.facebook.com/opravdupijouvoduujenzaby> [2015-07-13]

⁸⁶ <http://www.ibesip.cz/cz/aktivita/archiv-kampani/domluvme-se> [2015-08-25]

⁸⁷ <http://www.ibesip.cz/cz/pro-media/tiskove-zpravy/162-ridim-piju-nealko-pivo-se-spolecne-s-besipem-ucastni-mezinarodni-dopravne-bezpecnostni-akce-organizace-tispol> [2015-07-09]

⁸⁸ <http://www.ibesip.cz/cz/pro-media/aktuality/181-treti-svetovy-tyden-bezpecnosti-silnicniho-provozu-osn> [2015-07-09]

⁸⁹ <http://www.policie.cz/clanek/zastav-jizdu-smrti.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d> [2015-07-13]

⁹⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=-Og9GBcHHIo> [2015-07-13]

⁹¹ http://nasedite.cz/cs/novinky_v_nadaci/archiv_aktualit/aktivita_v_2014/1505-zahajili_jsme_vystavu_proti_detske_samote [2015-07-09]

⁹² Reg. č. CZ.1.06/3.2.01/02.06104

⁹³ http://www.praha.eu/jnp/cz/o_meste/magistrat/odbory/odbor_zdravotnictvi_socialni_pece/primarni_prevence_rizikoveho_chovani/aktuality/vyhlaseni_souteze_o_nejlepsi_plakat_s.html [2015-07-09]

Vítězný plakát slouží při propagaci festivalu amatérských krátkometrážních filmů AntiFetFest aneb Jde to i jinak,⁹⁴ který je určen školám, školským zařízením a nízkoprahovým klubům. Náměty soutěžních snímků bývají drogová závislost, kriminalita, šikana, rasismus, záškoláctví, gambling, domácí násilí apod. Představení nejlepších filmů probíhá v rámci Pražského fóra primární prevence organizovaného Magistrátem hl. m. Prahy.

V r. 2014 byly realizovány také kampaně zaměřené na prevenci šíření infekčních nemocí spojených mimo jiné s užíváním drog, kampaň na prevenci úrazů pod vlivem alkoholu a drog a kampaň na prevenci duševních onemocnění.

Od 1. do 14. 10. 2014 byla v pražském metru realizována kampaň Céčko není jen trasa metra,⁹⁵ jejímž cílem bylo zvýšit informovanost o virové hepatitidě typu C a přispět k prevenci jejího šíření. Na rizika hepatitidy typu C upozorňovaly ve vagónech metra plakáty s netradičním pojmenováním stanic jako Žloutenková, Virová, Preventivní, Transfuzní, Nitrožilní nebo Tetovací (obrázek 3-1). Současně s plakáty v metru byly cestujícím rozdávány letáčky a byla spuštěna webová stránka nabízející široké veřejnosti informace o nemoci, jejím průběhu, možnostech léčby a prevence.⁹⁶

obrázek 3-1: Plakát v metru ke kampani Céčko není jen trasa metra



Zdroj: <http://www.cecko-neni-jen-trasa-metra.cz> [2015-09-17]

U příležitosti Světového dne boje proti AIDS (1. 12.) proběhl v termínu 21.–28. 11. 2014 druhý ročník mezinárodní kampaně s názvem Evropský testovací týden⁹⁷ s cílem zpřístupnit bezplatné testování na HIV infekci nejširší veřejnosti. Kampaň v ČR zastřešoval SZÚ a zapojila se do něj řada státních, soukromých i neziskových organizací. Ročník 2014 byl zaměřen především na muže mající sex s muži, ale na popud NMS se jí zúčastnila i řada programů pro uživatele drog. Celkem se zapojilo 18 zařízení pro uživatele drog v 17 městech 7 krajů ČR. Zařízení nabízela testování pomocí rychlých testů z kapilární krve, v menší míře ze slin. Všechna zařízení nabízela testování bezplatně a anonymně.

V r. 2013 byla zahájena kampaň na podporu osvěty a správné léčby schizofrenie Jsem jako ty.⁹⁸ Kampaň zahájila putovní výstava uměleckých děl pacientů se schizofrenií, na ni navázali organizátoři Bláznivým festivalem pořádaným u příležitosti Týdne duševního zdraví a spuštěny byly internetové stránky schizofriends.cz, které se zaměřují na problematiku pacientů se schizofrenií. Do kampaně se v r. 2015 zapojilo Centrum prevence společnosti Podané ruce, upozornilo na možná rizika vzniku schizofrenie ve spojení s užíváním návykových látek.

Začátkem prázdnin 2014 byla spuštěna kampaň České asociace paraplegiků s názvem Při skákání do vody myslíte,⁹⁹ varující před skoky do neznámé vody, které mohou vést k úrazům s trvalými následky a ke kterým často dochází v době letních prázdnin v důsledku konzumace alkoholu nebo drog.

⁹⁴ http://www.praha.eu/jnp/cz/o_meste/magistrat/odbory/odbor_zdravotnictvi_socialni_pece/protidrogova_politika/aktuality/hlavni_mesto_praha_vyhlasuje_soutez_o.html [2015-07-09]

⁹⁵ <http://www.cecko-neni-jen-trasa-metra.cz/> [2015-07-09]

⁹⁶ <http://www.cecko-neni-jen-trasa-metra.cz/> [2015-09-09]

⁹⁷ <http://www.aids-hiv.cz/html/evropsky-testovaci-tyden.html> [2015-07-09]

⁹⁸ <http://www.schizofriends.cz/> [2015-07-09]

⁹⁹ <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/279347-kampan-pri-skakani-do-vody-myslete-banalni-cin-muze-byt-fatalni/> [2015-07-13]

3.4.3 Sporné kampaně

V r. 2014 proběhl již 12. ročník Cykloběhu za Českou republiku bez drog.¹⁰⁰ Akci organizuje sdružení Řekni ne drogám – řekni ano životu každoročně u příležitosti Mezinárodního dne proti zneužívání drog (26. 6.). Cykloběh se prezentuje jako největší pravidelná protidrogová akce, jejímž cílem je poukázat na zanedbané vzdělání v oblasti drogové prevence a zvýšit informovanost o drogách. V r. 2014 prošel Cykloběh 39 městy, kde probíhaly informační kampaně a přednášky o drogách.

Cykloběh za Českou republiku bez drog má každoročně podporu Senátu Parlamentu ČR, přesto patří spolu s projektem Revolution train k preventivním projektům, které odborná veřejnost dlouhodobě kritizuje (blíže viz VZ 2012 a VZ 2013).

Projekt Protidrogový revoluční vlak (Revolution train¹⁰¹) realizuje od r. 2008 Nadační fond Nové Česko a prezentuje se dlouhodobě jako nejvýznamnější projekt v oblasti drogové prevence v ČR. Projekt nabízí multimediální interaktivní zážitky. Jednotlivé sekce vlaku představují např. drogové doupě, vězení, místo autonehody v důsledku užití drog, léčebnu pro drogově závislé. Projekt byl v r. 2013 pozastaven, v r. 2014 byl vlak vykraden, ale organizátorům se podařilo projekt obnovit, získat záštitu národního protidrogového koordinátora a ředitele Národní protidrogové centrály a v dubnu 2015 byl opět zpřístupněn školám a veřejnosti.

Od března do června 2014 byl realizován projekt Policie ČR v Plzeňském kraji s názvem Stop drogám před školou.¹⁰² Speciálně vycvičení služební psi vedení policisty vyhledávali v okolí škol, ale také v parcích, hřištích, hernách, barech nebo restauracích drogy. Cílem projektu bylo omezit dostupnost drog v okolí škol, omezit první kontakt s drogou ve známém, mládeži blízkém prostředí a současně zvýšit právní vědomí mládeže v oblasti drogové problematiky. Využívání služebních psů jako nástroje v prevenci je sporné.¹⁰³

3.5 Výzkum a evaluace v prevenci

V r. 2014 započala v rámci projektu VYNSPI 2¹⁰⁴ pilotáž nástrojů v oblasti školské prevence rizikového chování vytvořených v předchozím období (2009–2012, projekt VYNSPI 1). Projekt je realizován Klinikou adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze. Cílem projektu bylo nejenom pilotní ověření již vytvořených nástrojů a konceptů (návrh modelu vzdělávání pracovníků v prevenci, ověření doporučené podoby minimálního preventivního programu), ale rovněž příprava nových. Jde například o on-line systém výkaznictví preventivních aktivit pro školy (Gabrhelík, 2015) a vydání nových publikací o prevenci rizikového chování dětí a mládeže (Miovský, 2015b, Miovský, 2015d, Miovský, 2015c, Miovský, 2015a).

Mezi klíčové návrhy na další postup patří vytvoření mezíresortního konceptu integrovaného systému školské prevence rizikového chování (ISSP) pro období 2015–2025 založeného na harmonizaci přístupu resortu školství a zdravotnictví (Miovský a Gabrhelík, 2015). Všechny výstupy projektu jsou uveřejněny a volně ke stažení na webu Kliniky adiktologie.¹⁰⁵

V r. 2014 bylo NÚV realizováno šetření mezi metodiky prevence v PPP. Cílem šetření bylo zmapovat zejména pracovní podmínky a vytížení metodiků prevence v PPP. Výsledky šetření poukázaly

¹⁰⁰ <http://scientologie.webgarden.cz/rubriky/protidrogove-kampane>, <http://vygruntovano.cz/cyklobeh-za-cr-bez-drog> [2015-07-09]

¹⁰¹ <http://www.revolutiontrain.cz/projekt.php> [2015-07-09]

¹⁰² <http://test3.plzen.eu/stop-drogam-pred-skolou-1.aspx> [2015-07-09]

¹⁰³ <http://www.policie.cz/clanek/prevence-873871.aspx?q=Y2hudW09OQ%3D%3D> [2015-09-09]

¹⁰⁴ Implementace a evaluace minimálního preventivního programu, systémových nástrojů ve vzdělávání a vytvoření sběrného systému v oblasti prevence rizikového chování pro pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni; ESF OPVK č. CZ.1.07/1.1.00/53.0017

¹⁰⁵ <http://www.adiktologie.cz> [2015-08-25], sekce Publikace – monografie

především na nerovnoměrné pracovní vytížení vzhledem k výši úvazků alokovaných na pozici metodika prevence v PPP.¹⁰⁶

V r. 2014 realizovalo Centrum prevence rizikové virtuální komunikace Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci s firmami Seznam.cz a Google v rámci projektu E-bezpečí¹⁰⁷ pátou vlnu výzkumu rizikového chování dětí na internetu, zaměřeného na kyberšikanu, seznamování v prostředí internetových služeb, rizikové využívání sociálních služeb, sdílení intimních fotek v prostředí internetu a zveřejňování osobních údajů. Dotazník vyplnilo 28 232 dětí (z toho 14 877 dětí ve věku 11–14 let a 11 911 dětí ve věku 15–17 let). Děti byly osloveny prostřednictvím e-mailu školám a prostřednictvím sociální sítě. Výsledky výzkumu potvrdily, že děti jsou ve vysoké míře ochotny sdělovat osobní informace lidem, které znají jen z on-line prostředí. Celkem 63 % (o 10 % více než v r. 2013) dotázaných dětí pošle cizímu člověku své jméno a příjmení, e-mailovou adresu mu sdělí 43 % a telefonní číslo 38 %. Fotografie obličeje by na požádání poslalo 39 % účastníků výzkumu. Celkem 40 % by bez problému šlo na schůzku s člověkem, kterého znají jen z internetu. Téměř 8 % v prostředí internetu sdílí vlastní intimní fotografie a videa, přičemž svým partnerům nebo přátelům je zasílá více než 12 % dětí; 10 % uvedlo, že jejich intimní fotografii umístil na internet někdo jiný. Polovina dotázaných (50,9 %) se setkala s některým z projevů kyberšikany (verbální útoky, vydírání, ztrapňování šířením fotografie apod.), vydírání prostřednictvím internetu (s využitím materiálů sexuální povahy) uvedlo 8 % dětí (Kopecký a Kožíšek, 2015).

V r. 2014 pokračoval projekt Randomizovaná studie univerzální drogové preventivní intervence Unplugged s přídatnými sezeními zaměřenými na alkohol, tabák a konopné drogy,¹⁰⁸ který realizovala Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Cílem bylo vyhodnocení efektivity rozšířeného programu Unplugged. Sběr dat proběhl mezi zapojenými žáky a jejich rodiči. Projekt rozšiřuje preventivní program Unplugged pro žáky o návaznou komponentu s názvem nPrevence (Gabrhelík et al., 2015). V metodice nPrevence byla v r. 2015 pilotně vyškolená první skupina pedagogů – školních metodiků prevence, kteří program ve svých školách realizovali. Projekt pokračuje do konce r. 2015, mapování efektivity programu probíhá v pravidelných intervalech na 70 školách v ČR.

Na evropské úrovni byla Česká republika v r. 2014 zastoupena v několika významných projektech. Prvním je European Drug Prevention Quality Standards: The Prevention Standards Partnership in Phase II,¹⁰⁹ jenž je spolufinancován z grantu Evropské komise Drug Prevention and Information Programme (DPIP) a jehož cílem je implementace Evropských preventivních standardů¹¹⁰ do praxe. Druhý projekt Science for Prevention Academic Network (SPAN)¹¹¹ představuje síť, v níž jsou zastoupeny univerzity a instituce z celé Evropy. Cílem je podpořit rozvoj vědy a výzkumu v oblasti prevence na akademické úrovni, a to jak facilitací excelentních výzkumů v prevenci, tak podporou výuky a studia prevence podle jednotného evropského kurikula zasazeného do mezinárodně srovnatelného kreditního systému ECTS. Českou republiku v této síti zastupuje Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze.

V rámci dalšího mezinárodního projektu Boys & Girls¹¹² byla vyvinuta sada inovativních on-line a off-line nástrojů určených učitelům a pracovníkům s mládeží, které mají podpořit zájem mládeže o zdravý životní styl a zvyšovat povědomí o rizicích spojených s užíváním drog. V r. 2015 bylo v této metodice pilotně proškoleny přibližně 40 pedagogů z ČR, kteří program ve svých školách realizovali.

¹⁰⁶ <http://www.nuv.cz/t/pprch/analyza-cinnosti-metodiku-prevence-v-pedagogicko> [2015-09-11]

¹⁰⁷ <http://www.e-bezpeci.cz/> [2015-08-20]

¹⁰⁸ registrační číslo GAČR č. 13-23290S

¹⁰⁹ <http://prevention-standards.eu/the-prevention-standards-partnership-in-phase-ii/> [2015-08-25]

¹¹⁰ <http://prevention-standards.eu/standards/> [2015-08-25]

¹¹¹ <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/4162/Vznikla-nova-evropska-sit-preventivni-mediciny-vedena-Oxford-Brookes-Univerzitou-1-LF-UK-je-clenem> [2015-08-25]

¹¹² www.boysandgirlslabs.eu [2015-08-25]



Kapitola 4: Problémové užívání drog

- > Výskyt kuřáctví i rizikové konzumace alkoholu v české dospělé populaci je dlouhodobě stabilní. V současnosti kouří 31,4 % obyvatel starších 15 let (37,4 % mužů a 25,8 % žen), denně kouří 23,5 % (28,2 % mužů a 19,0 % žen), což představuje přes 2 mil. osob. Kuřáci-muži vykouří nejčastěji 15–20 cigaret denně, ženy nejčastěji 5–9 cigaret denně. Celkem 23 % dotázaných uvedlo expozici tabákovému kouři doma, 22 % je vystaveno kouři na pracovišti.
- > Alkohol pije denně nebo téměř denně 12,5 % dotázaných (18,9 % mužů a 6,4 % žen). Do kategorie škodlivého pití alkoholu (konzumace 40–60 g alkoholu u mužů a 20–40 g u žen) spadá přibližně 6,0 % populace starší 15 let (7,4 % mužů a 4,7 % žen), dalších 7,2 % spadá do kategorie rizikového pití alkoholu (konzumace více než 60 g alkoholu u mužů a více než 40 g u žen), tj. absolutně 540 tis., resp. 640 tis. dospělých osob.
- > Ze skupiny amfetaminů se v ČR užívá téměř výhradně pervitin (metamfetamin). Opiáty/opioidy užívané v ČR problémovými uživateli jsou především heroin a buprenorfin. Více, i když stále v omezené míře, se mezi problémovými uživateli drog objevuje zneužívání opioidních analgetik – fentanylových náplastí, analgetika Vendal[®] Retard, obsahujícího morfin, a Palladone[®], obsahujícího hydromorfon. Objevily se informace o výrobě relativně kvalitního heroinu acetylací ze surového opia nebo z morfinových přípravků. Výjimečně se objevuje výroba braunu z kodeinových preparátů. Užívání desomorfinu (krokodilu) v ČR nebylo dosud zaznamenáno.
- > Fenoménem posledních let je výskyt nových syntetických drog ze skupiny katinonů nebo fenetylaminů, ale jejich užívání se dosud vyskytuje v omezené míře. Nové syntetické drogy jsou pro problémové uživatele drog převážně doplňkovou drogou. V souvislosti s užíváním katinonů byly hlášeny somatické a psychické potíže (poškození žil, kožní poruchy, vyčerpání a únava, rozlady, psychózy).
- > Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opiátů/opioidů se v r. 2014 opět zvýšil, a to u všech typů drog i injekčních uživatelů. V r. 2014 dosáhl střední odhad počtu problémových uživatelů opiátů/opioidů a pervitinu celkem 47,7 tis. (0,67 % populace ve věku 15–64 let), z toho 36,4 tis. uživatelů pervitinu a 11,3 tis. uživatelů opiátů/opioidů (z toho 4,1 tis. uživatelů heroinu a 7,2 tis. uživatelů buprenorfinu). Počet injekčních uživatelů drog dosáhl 45,6 tis. Nadprůměrnou prevalenci na počet obyvatel vykazují hl. m. Praha a kraje Ústecký, Karlovarský, Liberecký, Jihočeský a Olomoucký. K největšímu nárůstu došlo v posledních 10 letech v Praze, v krajích Ústeckém, Jihočeském, Libereckém a Kraji Vysočina.
- > Z průzkumu mezi praktickými lékaři pro dospělé a pro děti a dorost z r. 2014 vyplývá odhad 42–54 tis. problémových uživatelů opioidů a pervitinu (z toho cca 4,5 tis. do 18 let), 180 tis. problémových uživatelů konopí (z nich 23 tis. do 18 let) a 270 tis. problémových uživatelů alkoholu (z nich cca 11 tis. do 18 let).

4.1 Odhady počtu problémových uživatelů drog

Problémové užívání nelegálních drog (tzv. Problem Drug Use, PDU) bylo v Evropě tradičně definováno jako injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). V ČR není do odhadů PDU kokain zahrnován vzhledem k velmi nízkým počtům uživatelů kokainu v použitých zdrojích dat. Tato zastřešující definice byla od r. 2011 v Evropě

revidována a nyní se hovoří o tzv. vysoce rizikovém užívání drog (tzv. high-risk drug use, HRDU), které je definováno jako opakované užívání drog s negativními důsledky zahrnujícími závislost, ale i ostatní zdravotní, psychické a sociální problémy, nebo představuje vysokou pravděpodobnost takových důsledků. Operační definice potom upřesňuje, že jde o injekční užívání nebo užívání látek s vysokou frekvencí – u konopí denně či téměř denně a u ostatních drog alespoň jednou týdně (Thanki a Vicente, 2013).

4.1.1 Problémové užívání pervitinu a opioidů

4.1.1.1 Odhad problémového užívání pervitinu a opioidů v ČR multiplikační metodou

Národní odhad počtu problémových uživatelů drog (PUD), resp. problémových uživatelů opioidů a pervitinu (PUOP), je každoročně od r. 2002 prováděn multiplikační metodou (MM). Ta extrapoluje počet problémových uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými programy za pomoci podílu (multiplikátoru), jakým je v těchto programech zachycena celá uživatelská populace¹¹³; národní odhad vzniká jako součet odhadů pro jednotlivé kraje (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2014a).

V r. 2014 bylo v ČR odhadnuto přibližně 47 700 problémových uživatelů opioidů a pervitinu dohromady (95% CI: 43 400–51 900), z toho 36 400 (35 000–37 800) uživatelů pervitinu, 4 100 (3 500–4 600) uživatelů heroinu a 7 200 (6 400–8 000) uživatelů buprenorfinu (především Subutexu®). Uživatelů opiátů/opioidů bylo tedy odhadnuto celkem 11 300 (10 200–12 400). Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (IUD) dosáhl 45 600 (43 200–48 000). V r. 2014 dosáhla prevalence problémového užívání drog v ČR 0,67 % obyvatel ve věku 15–64 let.

Trendy v letech 2002–2014 prezentuje tabulka 4-1 a graf 4-1. Počet PUD se v r. 2014 opět zvýšil, došlo k nárůstu středních odhadů počtu uživatelů všech drog i injekčních uživatelů. Je však potřeba vzít v úvahu metodologické aspekty – v r. 2013 došlo ke změně postupu sběru dat. Zdrojem dat pro odhady MM jsou závěrečné zprávy z dotačního řízení RVKPP a data projektů bez dotační podpory. Do počtu klientů je nově započítán i odhad počtu neidentifikovaných (anonymních) klientů. Vzhledem k tomu, že vykazované počty klientů a výkonů ze závěrečných zpráv se postupně stále více používají pro hodnocení projektu v dotačním řízení, je pravděpodobné systematické navyšování těchto údajů ve srovnání s předchozím obdobím. Také je potřeba vzít v úvahu, že použitý multiplikátor je z r. 2013, takže nemusí reflektovat případné aktuální změny v podílu klientů v kontaktu. Je tedy otázka, nakolik je pozorovaný nárůst artefaktem a nakolik odrazem skutečných změn v počtu problémových uživatelů drog případně v charakteristikách klientely nízkoprahových programů.

¹¹³ Odhad multiplikační metodou vzniká jako součin velikosti známé populace uživatelů (v tomto případě počtu PUOP v kontaktu s nízkoprahovými programy v kalendářním roce) a hodnoty multiplikátoru. Zdrojem údajů o počtu problémových uživatelů drog v kontaktu jsou každoročně závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP a v l. 2009–2013 navíc průzkum mezi programy, které nebyly podpořeny v dotačním řízení, a není tudíž k dispozici závěrečná zpráva. Multiplikátor v zásadě vyjadřuje podíl problémových uživatelů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, na všech problémových uživatelích. Zbytek je skrytá část populace problémových uživatelů drog. Multiplikační metoda odhadu počtu PUOP z dat o klientech nízkoprahových programů 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 l. 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), v r. 2010 (pro odhady za r. 2009–2011) a v r. 2013 (pro odhady za r. 2012 a 2013). V r. 2015 byla metoda pro odhad intervalů spolehlivosti multiplikátoru použitého pro odhady v l. 2012–2014 změněna. Hodnota multiplikátoru z r. 2013 (použitého v odhadech 2012–2014) vyjádřená v procentech pro celou ČR bez Prahy činí 65 % (95% CI: 50–81 %), hodnota středního odhadu multiplikátoru pro Prahu dosáhla 78 % (95% CI: 61–96 %).

Prevalenční odhady problémového užívání drog podle krajů zobrazuje tabulka 4-2 a mapa 4-1, trendy od r. 2006 tabulka 4-3.

Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog je tradičně odhadován v Praze a Ústeckém kraji, tedy současně v oblastech s vysokým výskytem problémových uživatelů opiátů/opioidů. Nadprůměrnou prevalenci PUD na počet obyvatel vykazují také kraje Karlovarský, Liberecký, Jihočeský a Olomoucký. K největšímu nárůstu došlo v posledních 10 letech v Praze, v krajích Ústeckém, Jihočeském, Libereckém a Kraji Vysočina.

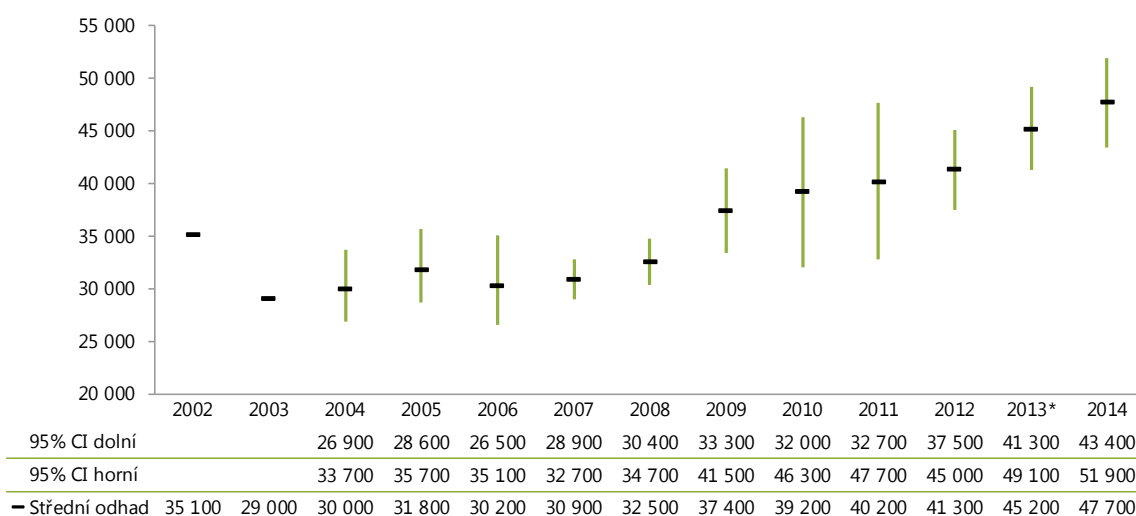
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2014

Rok	Problémoví uživatelé celkem		Uživatelé opiátů/opioidů				Uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé drog	
	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Uživatelé heroinu	Uživatelé buprenorfinu	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	–	–	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	–	–	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	–	–	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	–	–	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
2010	39 200	5,30	6 000	5 000	11 000	1,48	28 200	3,81	37 200	5,03
2011	40 200	5,51	4 700	4 600	9 300	1,27	30 900	4,24	38 600	5,29
2012	41 300	5,71	4 300	6 300	10 600	1,47	30 700	4,25	38 700	5,35
2013*	45 200	6,32	3 500	7 200	10 700	1,50	34 500	4,82	44 400	6,22
2014	47 700	6,73	4 100	7 200	11 300	1,59	36 400	5,13	45 600	6,43

Pozn.: * Zpětně byla provedena oprava odhadu v Plzeňském kraji za r. 2013, která se projevila rovněž navýšením odhadu za ČR.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015b)

graf 4-1: Střední hodnoty a 95% intervaly spolehlivosti prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2014



Pozn.: * Zpětně byla provedena oprava odhadu v Plzeňském kraji za r. 2013, která se projevila rovněž navýšením odhadu za ČR. V letech 2012 a 2013 byl použit postup výpočtu intervalů spolehlivosti, který bral v potaz „váhu“ jednotlivých respondentů při výpočtu multiplikátoru (Waller et al., 1994) a který vedl k mimořádně úzkým intervalům spolehlivosti. V r. 2014 a zpětně od r. 2012 byl tento postup nahrazen neváženou metodou, která byla použita i v předchozích letech.

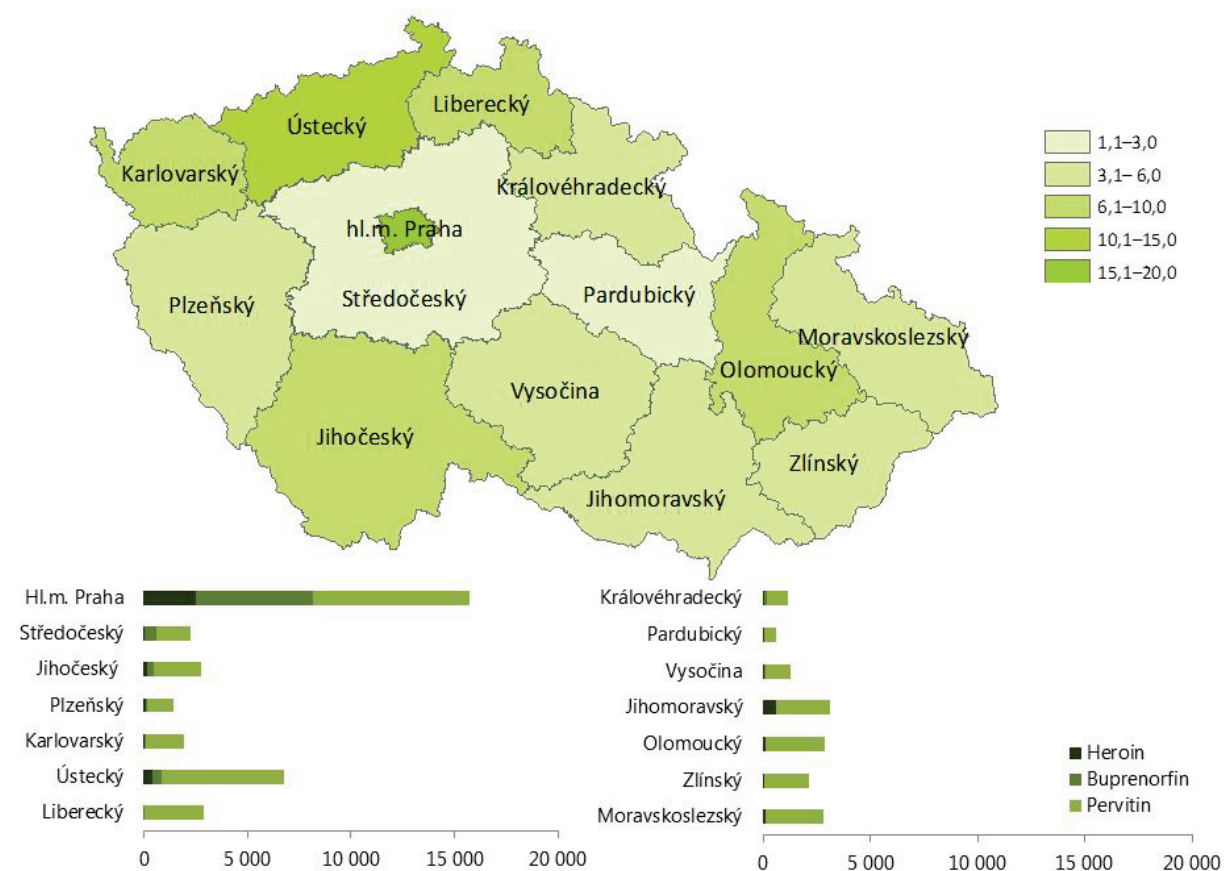
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015b)

tabulka 4-2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2014 podle krajů – střední hodnoty

Kraj	Celkem PUD		Uživatelé opiátů/opioidů			Uživatelé pervitinu	IUD
	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Heroin	Buprenorfin	Celkem		
Hl. m. Praha	15 700	18,59	2 500	5 700	8 200	7 500	15 700
Středočeský	2 300	2,58	< 50	600	600	1 700	2 200
Jihočeský	2 800	6,46	100	300	500	2 300	2 700
Plzeňský	1 400	3,71	100	< 50	200	1 300	1 400
Karlovarský	1 900	9,54	< 50	< 50	100	1 900	1 900
Ústecký	6 800	12,12	400	400	900	5 900	6 800
Liberecký	2 900	9,83	< 50	< 50	< 50	2 900	2 600
Královéhradecký	1 100	3,13	< 50	100	100	1 000	1 000
Pardubický	600	1,77	< 50	< 50	< 50	600	600
Vysočina	1 300	3,76	< 50	< 50	100	1 200	1 200
Jihomoravský	3 100	3,91	600	< 50	600	2 500	2 800
Olomoucký	2 900	6,74	100	< 50	100	2 800	2 300
Zlínský	2 100	5,36	< 50	< 50	< 50	2 100	1 900
Moravskoslezský	2 800	3,35	100	< 50	100	2 700	2 400
Celkem ČR	47 700	6,73	4 100	7 200	11 300	36 400	45 600

Zdroj: Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015b)

mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2013 podle drog a krajů – střední hodnoty



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015b)

tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v l. 2005–2014 podle krajů, střední hodnoty v absolutních počtech

Kraj	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hl. m. Praha	8 400	10 000	11 500	10 400	11 350	10 900	14 600	14 300	15 700
Středočeský	2 450	1 700	1 750	2 400	2 150	2 100	2 500	3 100	2 300
Jihočeský	1 750	1 500	1 550	1 500	1 400	1 300	2 000	2 800	2 800
Plzeňský	1 350	1 300	1 650	2 400	2 000	1 900	1 250	1 400*	1 400
Karlovarský	1 250	900	1 000	1 200	900	1 200	1 950	1 700	1 900
Ústecký	4 450	4 100	4 150	5 300	4 900	6 200	4 600	5 900	6 800
Liberecký	500	500	1 500	1 300	2 650	2 800	1 750	2 500	2 900
Královéhradecký	1 050	1 750	1 100	1 000	950	1 100	1 050	1 100	1 100
Pardubický	350	450	450	500	400	400	1 000	600	600
Vysočina	350	700	500	600	600	600	750	1 300	1 300
Jihomoravský	3 150	3 400	3 250	3 400	3 900	4 000	2 650	3 100	3 100
Olomoucký	2 350	1 650	1 600	3 000	3 300	3 200	2 350	3 000	2 900
Zlínský	1 300	1 850	1 350	2 400	2 350	2 500	1 850	1 900	2 100
Moravskoslezský	1 450	1 100	1 150	2 000	2 350	2 000	3 000	2 500	2 800
Celkem ČR	30 200	30 900	32 500	37 400	39 200	40 200	41 300	45 200*	47 700

Pozn.: * Zpětně byla provedena oprava odhadu v Plzeňském kraji za r. 2013, která se projevila také navýšením odhadu za ČR.
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015b)

Na situaci a trendy ve výskytu problémového užívání drog v ČR byly zaměřeny dvě ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových zařízení, které NMS realizovalo ve spolupráci s agenturou ppm factum research v srpnu 2015 (blíže viz kapitolu Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů, str. 82).

4.1.1.2 Odhad problémového užívání drog z průzkumu mezi lékaři ČR

V listopadu a prosinci 2014 byl proveden omnibusový sociologický průzkum mezi lékaři ČR, který ve dvouletých intervalech opakuje agentura INRES-SONES. Z iniciativy NMS byl do průzkumu opět zařazen modul s otázkami na prevalenci problémového užívání návykových látek, na které odpovídali pouze praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti a dorost, a také otázky na zkušenosti lékařů s podáváním substituční léčby (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES, 2015) (výsledky týkající se substituce viz kapitulu Substituční léčba, str. 97). Podobný modul je zařazován do stejného průzkumu od r. 2003. V r. 2014 bylo dotazováno celkem 1 200 lékařů z celé ČR.¹¹⁴ Soubor proporcionálně odpovídal populaci lékařů ČR podle pohlaví, věku, způsobu výkonu lékařského povolání (soukromí vs. ostatní) a krajů. Vzhledem k tomu, že na otázky k prevalenci problémových uživatelů drog odpovídali pouze lékaři registrující své pacienty pro účely kapitační platby ze zdravotního pojištění, byl počet praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost ve vzorku navýšen na přibližně dvojnásobek, než jak by odpovídalo jejich reálnému zastoupení v populaci lékařů ČR – do průzkumu jich bylo zařazeno celkem 340, resp. 210.

Lékařům byly položeny otázky na počet u nich registrovaných osob spadajících do následujících skupin:

- patologických hráčů nebo osob se závažnými problémy s hraním hazardních her, jako jsou automaty, kasinové hry či kurzové sázení (včetně internetového sázení),
- „alkoholiků“ nebo osob se závažnými problémy způsobenými nadměrnou konzumací alkoholu,
- pravidelných nebo intenzivních uživatelů marihuany nebo hašiše,
- osob užívajících injekčně, pravidelně nebo dlouhodobě opiáty (heroin či substituční preparáty z černého trhu),
- osob užívajících injekčně, pravidelně nebo dlouhodobě pervitin.

¹¹⁴ Osloveno bylo 1 668 náhodně vybraných lékařů, rozhovor odmítlo poskytnout 468 lékařů (28,1 % oslovených).

Oproti r. 2012 byly dotazy rozšířeny o problémové uživatele alkoholu a nebyl položen dotaz na problémové uživatele drog celkem – jejich počet byl odhadnut jako součet uživatelů opioidů a pervitinu.

Výsledky získané od lékařů ze vzorku byly extrapolovány jednak na celkový počet osob v ČR (údaje za r. 2013) a také na celkový počet praktických lékařů (v r. 2013) a ambulantních pediatrů (v r. 2012) v ČR (Chudobová, 2014, Marková, 2013). Frekvence jednotlivých skupin problémových uživatelů a hráčů mezi registrovanými osobami byla vypočítána jako průměrná frekvence vážená počtem registrovaných pacientů. Odhady pro celou ČR ukazuje tabulka 4-4 a tabulka 4-5.

tabulka 4-4: Odhad počtu patologických hráčů, problémových uživatelů alkoholu, konopí, opioidů a pervitinu v r. 2014 z průzkumu mezi lékaři extrapolací na počet obyvatel ČR

Obor	Odhad	Patologičtí hráči	Problémoví uživatelé alkoholu	Problémoví uživatelé konopí	Problémoví uživatelé opioidů a pervitinu		
					Opioidy	Pervitin	Celkem
PL pro dospělé	Střední hodnota	101 811	299 692	178 112	26 262	23 673	49 935
	95% CI – dolní mez	82 865	254 744	138 390	18 517	16 999	36 427
	95% CI – horní mez	120 757	344 640	217 833	34 006	30 347	63 442
PL pro děti	Střední hodnota	10 828	10 947	21 884	2 441	1 982	4 423
	95% CI – dolní mez	6 868	6 547	14 045	1 467	1 196	2 763
	95% CI – horní mez	14 787	15 347	29 724	3 415	2 768	6 082
Celkem	Střední hodnota	112 638	310 639	199 996	28 702	25 655	54 358
	95% CI – dolní mez	89 733	261 291	152 435	19 984	18 195	39 190
	95% CI – horní mez	135 544	359 987	247 557	37 421	33 115	69 525

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2015)

tabulka 4-5: Odhad počtu patologických hráčů, problémových uživatelů alkoholu, konopí, opioidů a pervitinu v r. 2014 z průzkumu mezi lékaři extrapolací na celkový počet lékařů

Obor	Odhad	Patologičtí hráči	Problémoví uživatelé alkoholu	Problémoví uživatelé konopí	Problémoví uživatelé opioidů a pervitinu		
					Opioidy	Pervitin	Celkem
PL pro dospělé	Střední hodnota	76 468	225 094	133 777	19 725	17 780	37 505
	95% CI – dolní mez	62 454	188 984	101 270	13 767	11 852	26 070
	95% CI – horní mez	90 483	261 203	166 284	25 682	23 708	48 940
PL pro děti	Střední hodnota	11 660	11 789	23 567	2 628	2 134	4 763
	95% CI – dolní mez	5 926	5 608	14 892	1 210	891	2 235
	95% CI – horní mez	17 394	17 969	32 243	4 047	3 378	7 291
Celkem	Střední hodnota	88 129	236 882	157 344	22 353	19 915	42 268
	95% CI – dolní mez	68 380	194 592	116 161	14 977	12 743	28 305
	95% CI – horní mez	107 877	279 173	198 527	29 729	27 087	56 231

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2015)

Pro r. 2014 dosáhl střední odhad počtu problémových uživatelů opioidů a pervitinu celkem 42–54 tis., z toho 22–29 tis. uživatelů opioidů a 20–26 tis. uživatelů pervitinu; z toho praktickými lékaři pro děti a dorost bylo odhadnuto přibližně 4,5 tis. problémových uživatelů opioidů a pervitinu (tj. osob do 18 let). Je potřeba vzít v úvahu, že prevalenční odhady získané prostřednictvím praktických lékařů jsou založeny na kvalifikovaných odhadech jednotlivých lékařů a jsou zatíženy poměrně vysokou chybou (viz intervaly spolehlivosti). Podobně jako v uplynulých letech velmi pravděpodobně nadhodnocují počty uživatelů opiátů a podhodnocují počty uživatelů pervitinu, neboť u praktického lékaře existuje možnost substituční léčby preparáty obsahujícími buprenorfin, což může vést ke zvýšenému kontaktu s lékařem; pro uživatele pervitinu žádná podobná léčebná alternativa v ordinacích praktických lékařů neexistuje. V r. 2012 dosáhl odhad stejnou metodou 16,5 tis., což znamenalo oproti odhadům z minulých let značný pokles, který se nepodařilo vysvětlit. V r. 2014 se tedy odhad vrací k hodnotám minulých let (tabulka 4-6).

V r. 2012 byl poprvé do průzkumu mezi lékaři zařazen dotaz na intenzivní uživatele konopí a v r. 2014 na problémové uživatele alkoholu. Odhadovaný počet problémových uživatelů konopí

dosáhl v r. 2014 přibližně 180 tis. osob, z nich 23 tis. bylo odhadnuto praktickými lékaři pro děti a dorost (tedy do věku přibližně 18 let). Odhadovaný počet problémových uživatelů alkoholu dosáhl přibližně 270 tis. osob, z toho přibližně 11 tis. do 18 let (tabulka 4-7).

tabulka 4-6: Střední odhady počtu problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v letech 2003, 2005, 2007, 2010, 2012 a 2014

Rok	Počet PUD celkem		Počet IUD		Počet uživatelů opiátů		Počet uživatelů pervitinu	
	Počet	Na 1 000 osob	Počet	Na 1 000 osob	Počet	Na 1 000 osob	Počet	Na 1 000 osob
		15–64 let		15–64 let		15–64 let		15–64 let
2003	n. a.	–	n. a.	–	21 200	2,6*	n. a.	–
2005	32 000	4,4	n. a.	–	17 000	2,3	15 000	2
2007	28 500	3,9	n. a.	–	11 600	1,6	16 600	2,3
2010	32 900**	4,4	23 300	3,2	20 400	2,8	12 500	1,7
	53 500***	7,2						
2012	16 500**	2,3**	9 500	1,3	7 700	1,1	8 800	1,2
	14 600–15 600***							
2014	48 000–54 000**	6,7**	n. a.	–	25 500 ⁺	3,6	23 000 ⁺	3,2

Pozn.: * Na 1 000 osob ve věku 18 a více let. ** Jde o součet problémových uživatelů podle drog. *** Jde o odhad přímo z otázky na celkový počet problémových uživatelů drog mezi klientelou lékaře. ⁺ průměr středních odhadů

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2015)

tabulka 4-7: Průměr středních odhadů počtu problémových uživatelů alkoholu a konopných látek získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v letech 2012 a 2014

Rok	Počet problémových uživatelů alkoholu		Počet problémových uživatelů konopných látek	
	Počet	Na 1 000 osob	Počet	Na 1 000 osob
		15–64 let		15–64 let
2012	n. a.	–	151 500	21,2
2014	274 000	38,3	178 500	25,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2015)

4.1.1.3 Odhad problémového užívání opioidů a pervitinu v Praze metodou zpětného zachytu

Stejně jako za r. 2011 a 2013, také za r. 2014 poskytlo 7 nízkoprahových programů v Praze¹¹⁵ NMS anonymní identifikační kódy¹¹⁶ svých klientů pro provedení odhadu PUD metodou zpětného zachytu (CRM). Pro statistickou analýzu byla použita log-lineární analýza v modulu Rcapture programu R (Baillargeon a Rivest, 2007), která bere v potaz rozsah, v jakém se jednotlivé zdroje překrývají mezi sebou.¹¹⁷

Všech 7 programů nahlásilo v součtu 8 904 klientů, jimž byl přidělen kód. Porovnáním seznamů jednotlivých programů bylo zjištěno celkem 5 648 jedinečných kódů, 4 140 (73,3 %) z nich bylo hlášeno pouze jedním programem, 1 508 (26,7 %) dvěma a více programy. V kontaktu se všemi 7 programy najednou byly 3 osoby (resp. kódy). Data vstupující do modelu byla korigována na základě proporce klientů bez kódu (Sopko et al., 2013) (tabulka 4-8).

¹¹⁵ Šlo o kontaktní centrum a terénní program organizací Drop In a Progressive a kontaktní centrum, terénní program a projekt Sanitka organizace SANANIM.

¹¹⁶ Tzv. harm reduction kódy, jejichž konstrukce je následující: první tři písmena křestního jména matky, dvě číslice dne narození klienta, první tři písmena křestního jména klienta a dvě číslice měsíce narození klienta. Jiné údaje, jako pohlaví, rok narození či užívané drogy nebo způsob aplikace, nebyly k dispozici. Lze však předpokládat, že jde převážně o injekční uživatele drog.

¹¹⁷ K výpočtům byly využity zdroje poskytnuté MetaCentrem v programu LM2010005 a CERIT-SC v programu „Centre CERIT, scientific cloud“, součást OP „Výzkum a Vývoj pro Inovace“, CZ.1.05/3.2.00/08.0144.

tabulka 4-8: Distribuce kódů v r. 2014 podle počtu nízkoprahových programů, ve kterých jsou evidovány

Počet programů	Počet kódovaných klientů	Korigovaný počet
1	4 140	6 321
2	638	1015
3	354	571
4	235	378
5	203	323
6	75	118
7	3	5
Celkem	5 648	8 731

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015a)

Střední odhad PUD v Praze v r. 2014 provedený metodou CRM dosáhl 14 400 osob (tabulka 4-9). Vývoj odhadů PUD v Praze na základě metody CRM ukazuje tabulka 4-10. V l. 2013 a 2014 dosáhl odhadovaný počet PUD v Praze přibližně stejné hodnoty, která odpovídá hodnotě zjištěné pomocí multiplikační metody (blíže viz kapitulu Odhad problémového užívání pervitinu a opioidů v ČR multiplikační metodou, str. 76).

tabulka 4-9: Odhad počtu PUD v Praze v r. 2014 metodou zpětného zachytu z dat nízkoprahových programů před a po korekci na nekódované klienty

Vstupní data	Odhad počtu PUD		
	Střední hodnota	95% CI – dolní mez	95% CI – horní mez
Jen kódovaní klienti	9 519	9 247	9 791
Všichni klienti po korekci na nekódované	14 416	14 093	14 739

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015a)

tabulka 4-10: Odhadovaný počet PUD v Praze v l. 2011, 2013 a 2014 metodou zpětného zachytu z dat nízkoprahových programů

Rok	PUD celkem			Z toho		
	Střední hodnota	95% CI dolní mez	95% CI horní mez	Pervitin	Heroin	Buprenorfin
2011	10 800	10 400	11 100	5 600	2 600	4 700
2013	14 400	14 000	14 800	5 800	1 300	5 400
2014	14 400	14 100	14 700	n. a.	n. a.	n. a.

Pozn.: Zaokrouhleno na stovky.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015a)

4.1.1.4 Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů

V srpnu 2015 NMS realizovalo výzkum, při kterém byly provedeny dvě ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových zařízení, které byly zaměřeny na aktuální trendy u problémových uživatelů drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research, 2015a). Účastnilo se jich celkem 10 osob za oblast Čech a 10 za oblast Moravy a Slezska.

Klientela nízkoprahových programů stárne, průměrný věk se pohybuje mezi 30 a 32 lety. Změna je patrná ve věkovém složení prvních kontaktů. Častěji přicházejí uživatelé mladší 18 let, ale v některých regionech je zaznamenán nárůst počtu uživatelů, kteří začínají drogy užívat kolem 50 let věku. Starší uživatelé se dostávají do kontaktu s drogami na ubytovnách, které jsou označovány za ohnisko sociálně negativních jevů – lze zde získat kontakty na uživatele drog a osoby obchodující s drogami, není výjimkou, že na ubytovně dochází i k výrobě pervitinu. Klienti ve věku 15–18 let spíše nevyhledávají kontakt v kontaktním centru sami, ale často ho zprostředkuje rodina, orgán sociálně-právní ochrany dětí či terénní pracovník. Spolupráce s touto věkovou skupinou je hodnocena jako obtížná, klienti nejsou sociálně zdatní, často pocházejí ze sociálně slabých rodin, žijí v ubytovnách, mezi dlouhodobě nezaměstnanými, v rodinách s nestandardními vzorci chování či

mezi staršími uživateli drog, kterými jsou někdy i jejich rodiče. Mladiství uživatelé drog jsou popisováni jako odvážnější, agresivnější, s vyšší tendencí k překračování hranic i kriminálnímu jednání. Experimentují s různými látkami a kombinacemi látek. Nemají tendenci vytvářet komunity, jak tomu bývalo u drogově závislých dříve, ale jsou to individualisté zaměřeni na image a konzum.

Rostoucí věk uživatelů může mít vliv na vyšší spotřebu injekčních stříkaček, potřebuje aplikovat drogu častěji. Dlouholeté užívání se ve vyšším věku pojí též s častějšími či závažnějšími zdravotními (endokarditidy, abscesy, flegmóny) a existenčními problémy. Narůstá míra psychiatrické komorbidity, včetně paranoidních poruch a toxických psychóz. Řešení potíží je obtížné, psychiatři je často odmítají převzít do péče kvůli užívání návykových látek nebo sami pomoc nevyhledávají. S rostoucím věkem vzrůstá podíl klientů-rodičů, což klade na služby další nároky. Z hlediska pohlaví nedochází k výrazným změnám, poměr je v čase stále přibližně stejný – muži převažují v poměru 2 : 1 či 3 : 2.

Nejrozšířenější drogou mezi problémovými uživateli drog je pervitin.¹¹⁸ V menší, ale stále významné míře je zastoupen buprenorfin. Počet uživatelů heroinu se snížil v důsledku omezené dostupnosti a zhoršené kvality heroinu. Kvalitní heroin se za přijatelnou cenu objevuje sporadicky.

Kvalita a dostupnost pervitinu kolísá, pravděpodobně kvůli samozásobitelské produkci a policejním zásahům. Léky s obsahem pseudoefedrinu jsou obstarávány v Polsku, ale i Bulharsku. Pervitin je vyráběn na ubytovnách, opuštěných místech v lese, ale i v bytech či zahradních chatkách. Dopady odhalování varen pervitinu mají spíše časově a místně omezený dopad, většina uživatelů bývá součástí samozásobitelské skupiny, která vyprodukuje potřebné množství drogy svépomocí. Po policejním zásahu dojde k obnovení lokální drogové scény do 6 měsíců až 1 roku.¹¹⁹ Podle odhadů je na jednoho vaříče navázáno 5–7 lidí. Za drogu nižší kvality je považován „vietnamský pervitin“, i když o jeho kvalitě panují dohady a pochybnosti. Kvalitnější „vietnamský pervitin“ je údajně nabízen zahraničním zákazníkům nebo vyvážen za hranice, méně kvalitní směřuje na domácí trh a více se vyskytuje v Čechách než na Moravě, převážně na Kolínsku, Chebsku, v Ústí nad Labem, v Ostravě a Olomouci. Cena pervitinu dosahuje 800–1 200 Kč, vietnamského většinou 500–600 Kč, ale i více. Černý trh s buprenorfinovými preparáty se vyskytuje především v Čechách. Na Moravě a ve Slezsku jsou substituční preparáty dostupné pouze v okolí léčebných center. Na Kopřivnicko, Ostravsko a Frýdecko-Místeko je buprenorfin dovážen sezónně z Prahy skupinkou prostitutů. Zdrojem buprenorfinu jsou recepty lékařů a uživatelé, kteří svou dávku nespotřebují.

Uživatelům více záleží na tom, jakou kvalitu drogy a účinek za své peníze dostanou. Protože kvalita heroinu se zhoršila, klienti upustili od užívání opiátů nebo byl heroin lokálně nahrazen jinými opiáty. Zneužívání léků Vendal® Retard, náplasti s obsahem fentanylu či léku Palladone® bylo zaznamenáno zejména v Plzni, fentanyl je užíván také na Chebsku a Novojičinsku, v těchto třech regionech se nevyskytuje užívání buprenorfinu, protože není dostupný. Lék Vendal® Retard je na černém trhu výrazně levnější než heroin, cena Vendalu® Retard je cca 500 Kč za tabletu o síle 200 mg, což má dopad na snížení sekundární kriminality. Fentanylové náplasti jsou obstarávány prostřednictvím lékařů, kteří náplasti předepisují na účet jiných pacientů, často seniorů. Uživatelé získávají fentanylové náplasti rovněž přímo od pacientů, jimž jsou náplasti předepisovány na bolest a kteří nespotřebují celou dávku, nebo z nemocničního odpadu. Uživatelé malou část náplasti vyvaří s citronovou šťávou či vylouhují v alkoholu, takto vzniklý výluh aplikují injekčně. Někdy je účinná látka seškrabávána z lepicí strany náplasti a vyváří se pouze takto získaná hmota. U fentanylu spočívá vysoké nebezpečí především v tom, že vzhledem k vysoké potenci fentanylu se obtížně odhaduje množství látky ve výluhu. V souvislosti s užitím fentanylu bylo v minulosti zaznamenáno

¹¹⁸ Vysoký výskyt uživatelů pervitinu mezi klienty nízkoprahových programů vysvětlují někteří pracovníci také způsobem zjišťování údajů o klientech, který je zaměřen na hlášení tzv. primární drogy, přičemž řada uživatelů je polyvalentních. To navádí k výběru jedné zneužívané látky, kterou je často ta nejvíce se vyskytující, čili pervitin.

¹¹⁹ Pokud vaříč tuší, že bude zatčen, předá svou znalost někomu jinému. Pracovníci z Moravy a Slezska se domnívají, že podíl uživatelů schopných vyrobit pervitin je vysoký. Než si však vaříč znalost osvojí, je kvalita drogy horší. V této souvislosti byl zmíněn tzv. babicovský způsob vaření, kdy odkazem na televizního kuchaře komentoval jeden z pracovníků přístup některých mladších výrobců, kteří, pokud jim některá látka chybí, nahradí ji jinou, což posléze negativně ovlivní kvalitu drogy a zhoršuje zdravotní komplikace po užití.

několik úmrtí. Cena fentanylu se v Plzni pohybuje kolem 500 Kč za 1 náplast o síle 100 µg/h, na Moravě může být cena i poloviční.

Je patrný trend hledání levnějších alternativ k užívaným drogám. Jako alternativa může být užíván alkohol ve zvýšené míře, levnější a méně kvalitní pervitin od vietnamských výrobců a nové syntetické drogy. Objevuje se také zneužívání benzodiazepinů (klonazepam, alprazolam, diazepam). Ve většině krajů je dlouhodobě zaznamenáváno sezónní užívání surového opia, braun se vyrábí a užívá velmi ojediněle. K opatřování syntetických opioidů je někdy využíván internet. Zvýšená míra konzumace nových syntetických drog, která byla zaznamenána před cca 2 lety, již pominula. Užívají je spíše mladší uživatelé a považují je za levné náhražky podobně jako alkohol, psychofarmaka a konopné látky, není-li jiná látka dostupná. Pracovníci nízkoprahových programů se domnívají, že se uživatelé za konzumaci nových syntetických drog stydí a spojují jejich užívání s nižším sociálním statutem.

4.1.2 Kouření a problémové užívání alkoholu

V r. 2014 byla do omnibusového šetření Výzkum názorů a postojů občanů České republiky k otázkám zdravotnictví a zdraví, které každoročně realizuje agentura INRES-SONES, zařazena baterie otázek zaměřených na rozsah kouření a konzumace alkoholu. V rámci šetření bylo kvótním výběrem osloveno 2 204 osob, výzkumný soubor tvořilo 1 810 respondentů (míra response tedy dosáhla 82,1 %) starších 15 let, z toho bylo 1 662 osob ve věku 15–64 let. Otázky týkající se kouření vycházely z dotazníku Globální tabákové studie pro dospělé (GATS) – Tobacco Questions for Surveys (TQS)¹²⁰, otázky týkající se užívání alkoholu z dotazníku připraveného v rámci projektu EU SMART¹²¹ (Sovinová a Csémy, 2015a). Dotazník ke kouření obsahoval 22 otázek zaměřených na prevalenci kouření, expozici tabákovému kouři, povědomí o zdravotních rizicích, působení reklamy a výdaje na tabákové výrobky. Otázky k alkoholu se zaměřovaly na frekvenci pití a objem konzumovaných dávek alkoholu (pro odhad spotřeby alkoholu pomocí metody Beverage Specific Frequency-Quantity, BSFQ), frekvenci pití nadměrných dávek alkoholu (60 nebo více gramů alkoholu), důvody abstinence a postoj praktického lékaře. Součástí setu otázek v omnibusovém šetření bylo také subjektivní hodnocení zdravotního stavu a socioekonomický status.

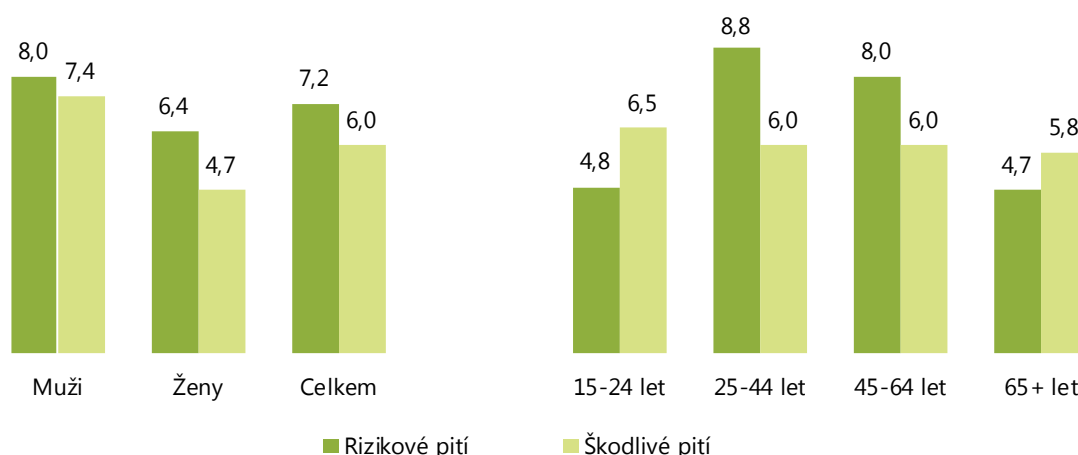
Studie ukázala, že v současnosti kouří 31,4 % obyvatel starších 15 let (37,4 % mužů a 25,8 % žen), denně pak kouří 23,5 % (28,2 % mužů a 19,0 % žen). Současných nekuřáků je tedy 68,6 %, z toho 53,9 % jsou nekuřáci celoživotní. Aktuálních kuřáků je nejvíce ve věkové skupině 15–24 let a klesá s věkem, častější je mezi obyvateli měst. Současní kuřáci-muži vykouří nejčastěji 15–20 cigaret denně, ženy nejčastěji 5–9 cigaret denně. Podíl současných i pravidelných kuřáků je od r. 2012 stabilní. Kouření elektronických cigaret uvedlo 3,9 % respondentů (4,6 % mužů a 3,2 % žen), nejčastěji ve věku 25–44 let. Celkem 23 % dotázaných uvedlo expozici tabákovému kouři doma, 22 % je vystaveno kouři na pracovišti. Mezi nekuřáky uvedlo expozici tabákovému kouři doma 11 %, na pracovišti 14 %.

Alkohol pije pravidelně nebo téměř denně 12,5 % dotázaných (18,9 % mužů a 6,4 % žen), abstinenci v posledních 12 měsících uvedlo 10 % respondentů. K důvodům abstinence patří nejčastěji zdravotní důvody (47,6 %), 11,4 % (16,9 % mužů a 8,2 % žen) uvedlo jako důvod abstinence problémy s alkoholem v minulosti. Průměrná roční spotřeba alkoholu v průzkumu dosáhla 7,2 l čistého alkoholu (10,3 l u mužů a 4,4 l u žen), vyšší je mezi respondenty na venkově (8,9 l). Do kategorie škodlivého pití alkoholu (konzumace 40–60 g alkoholu u mužů a 20–40 g u žen) spadá přibližně 6,0 % populace starší 15 let (7,4 % mužů a 4,7 % žen), dalších 7,2 % spadá do kategorie rizikového pití alkoholu (konzumace více než 60 g alkoholu u mužů a více než 40 g u žen) (graf 4-2).

¹²⁰ <http://www.who.int/tobacco/surveillance/tqs/en/> [2015-09-10]

¹²¹ <http://www.alcsmart.ipin.edu.pl/> [2015-09-10]

graf 4-2: Výskyt rizikového a škodlivého pití alkoholu v populaci osob starších 15 let, v %



Zdroj: Sovinová a Csémy (2015a)

Výsledky studie ukázaly, že existuje souvislost mezi kouřením a konzumací alkoholu – s rostoucí konzumací alkoholu roste prevalence kouření a dochází tak ke kumulaci zdravotních rizik. Výskyt kouření i konzumace alkoholu se dlouhodobě nemění, situace se nijak nemění od r. 2012 (Sovinová et al., 2014).

Odhad počtu problémových uživatelů alkoholu vycházející z průzkumu mezi praktickými lékaři pro dospělé a lékaři pro děti a dorost je uveden v kapitole Odhad problémového užívání drog z průzkumu mezi lékaři ČR (str. 79).

4.1.3 Vysoce rizikové užívání dalších drog

V pravidelném omnibusovém průzkumu Prevalence užívání drog v populaci ČR realizovaném NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research není podrobně sledována frekvence užití. Je k dispozici pouze prevalence užití drog ve standardních časových horizontech, tedy i v posledních 30 dnech (bližší viz kapitola Výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR 2014, str. 44). Prevalence užití konopných látek v posledních 30 dnech v dospělé populaci dosáhla 3,8 %, tj. absolutně cca 270 tis. osob, většinu tvořili mladí dospělí – mezi mladými dospělými ve věku 15–34 let to bylo 8,5 %, což je v přepočtu cca 220 tis. osob. Podrobné údaje o vysoce rizikovém užívání dalších drog na základě celopopulační studie z r. 2012 jsou uvedeny ve VZ 2012 a VZ 2013.

Odhad počtu problémových uživatelů konopných drog vycházející z průzkumu mezi praktickými lékaři pro dospělé a lékaři pro děti a dorost je uveden v kapitole Odhad problémového užívání drog z průzkumu mezi lékaři ČR (str. 79).

4.2 Vzorce a charakteristiky problémového užívání drog

Ze skupiny amfetaminů se v ČR užívá téměř výhradně pervitin (metamfetamin). Opiáty/opioidy zahrnuté v ČR do odhadů problémového užívání jsou především heroin a buprenorfin.

Stále více, i když zatím v omezené míře, se mezi problémovými uživateli drog objevuje zneužívání opioidních analgetik. Fenoménem posledních let je výskyt nových syntetických drog ze skupiny katinonů nebo fenetylaminů, ale rovněž jejich užívání se vyskytuje omezeně.

Ve výročních zprávách o realizaci protidrogové politiky v krajích za r. 2014 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2015b) byla v souvislosti s výskytem užívání vietnamského pervitinu (crystalu) v Karlovarském a Plzeňském kraji hlášena změna vzorce užívání směrem k mnohačetné denní aplikaci (viz také informace o fixaci na jehlu v kapitole Psychiatrická komorbidita, str. 127), což s sebou přináší zvýšená zdravotní rizika. Na druhou stranu uvádějí služby napříč ČR přechod klientů k méně rizikovým způsobům aplikace – roste zájem o perorální kapsle,

alobal a trubičky ke šňupání drogy (tzv. šňupátka), a to v krajích Pardubickém, Plzeňském, Středočeském, Královéhradeckém, v Jihomoravském (Břeclavsko) a Karlovarském (Sokolovsko).

Gluzová (2014) ve své bakalářské práci zkoumala vzorce užívání injekčních uživatelů buprenorfinu – klientů terénního programu SANANIM na souboru 28 respondentů ve věku 22–42 let (průměr 33 let) za pomoci semistrukturovaného dotazníku. Průměrná doba užívání buprenorfinu byla 7 let s frekvencí u většiny respondentů 2–3krát denně, u dvou respondentů 5–6krát denně. Denní dávka buprenorfinu za poslední týden se u dotazovaných pohybovala v rozmezí 0,5–8 mg, v průměru 3 mg. Byla popsána obvyklá příprava a užití přípravku k injekční aplikaci: uživatel tabletu rozdělí na menší části, rozdrtí ve víčku stříkačky, rozpustí ve stříkačce nebo jiné nádobce a aplikuje do žil na předloktí. Třetina dotazovaných používala filtry při natahování dávky do stříkačky nebo alkoholové tampony k dezinfekci. Tabletů si uživatelé nejčastěji zakoupili na černém trhu (39 %) nebo legálně na předpis svého lékaře (29 %). Často sdílí drogu získanou na jeden recept více uživatelů. Nejčastější zdravotní komplikace respondentů byla neprůchodnost cév (70 %), otoky (36 %) a brnění rukou (25 %). Polyvalentně užívalo drogy 82 % respondentů, nejvíce byl spolu s buprenorfinem užíván pervitin (89 %).

Na frekvenci injekční aplikace drog u problémových uživatelů s cílem odhadnout celkovou (roční) spotřebu injekčního materiálu se ve své diplomové práci zaměřila Švůgerová (2015). Byla provedena dotazníková studie 117 respondentů – klientů 5 pražských nízkoprahových programů. Soubor tvořilo 31 % žen a 69 % mužů, průměrná délka injekční aplikace byla 12,7 let. Polovinu (51 %) respondentů tvořili uživatelé pervitinu, uživatelé buprenorfinu tvořili třetinu (32 %). Uživatelé pervitinu užívají s frekvencí v širokém rozpětí 1–15krát denně. Jejich užívání je méně pravidelné a vyskytují se v něm přestávky (dny, kdy uživatel neužívá pervitin vůbec). Uživatelé opiátů (heroinu a buprenorfinu) injekčně aplikují pravidelněji, je přítomno méně přestávek v rámci jednoho týdne. Injekční uživatelé v Praze ve větší míře stříkačky nesdílí (12 % v posledním týdnu), nicméně používají opakovaně svou již použitou stříkačku. Nejvyšší spotřebu stříkaček mají uživatelé opiátů, zejména uživatelé buprenorfinu, kteří denně spotřebují necelé čtyři stříkačky (3,9); uživatelé heroinu spotřebují denně průměrně 3,4 a pervitinu 2,0 stříkaček. Týdenní spotřeba injekčního uživatele buprenorfinu činí 27 stříkaček, uživatele heroinu 24 a uživatele pervitinu 14 stříkaček. Polyvalentní uživatelé (bez preference jedné primární drogy) spotřebují v průměru 21 stříkaček týdně.

V r. 2014 bylo v Praze zaznamenáno propojování Vietnamců závislých na návykových látkách s problémovými uživateli drog z majoritní společnosti ve smyslu společného bydlení a zřejmě i distribuce a případně výroby nelegálních drog. Obecně však poskytovatelé služeb narážejí na uzavřenost a těžkou přístupnost vietnamské komunity (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2015b).

Podrobné údaje týkající se aktuální situace a trendů mezi problémovými uživateli drog – klienty nízkoprahových programů jsou uvedeny v kapitole Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů (str. 82).

Charakteristiky souborů uživatelů drog v léčbě a službách jsou uvedeny rovněž v kapitolách Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 91), Nízkoprahové harm reduction programy (str. 138), Socioekonomické charakteristiky uživatelů drog (str. 148) a Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 178).

4.2.1 Zneužívání opioidních analgetik a dalších léků problémovými uživateli drog

Ve výročních zprávách o realizaci protidrogové politiky v krajích za r. 2014 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2015b) byl hlášen pokračující výskyt zneužívání fentanylu, resp. roztoku z fentanylových náplastí v Plzeňském, Karlovarském a Moravskoslezském kraji. Pro některé klienty v Plzeňském kraji se fentanyl stal primární drogou. Dále pokračoval trend převážně injekčního užívání analgetika Vendal® Retard obsahujícího morfin v Jihočeském a Plzeňském kraji.

V Plzeňském a Královéhradeckém kraji se nově objevuje injekční užívání analgetika Palladone[®] obsahujícího účinnou látkou hydromorfon. Zneužívání opiátových léků s obsahem hydromorfonu bylo zaznamenáno také ve Středočeském (Kolínsko a Kutnohorsko) a Královéhradeckém kraji.

Ve studii somatické komorbidity problémových uživatelů drog v Praze z r. 2013 (Mravčík a Nečas, 2014, Mravčík et al., 2015a) byla zjišťována míra zkušeností s injekčním užitím vybraných opioidních léků a z nich získávaných drog (blíže viz VZ 2013) – užití fentanylu v posledních 12 měsících uvedlo 16 %, morfinu 14 %, kodeinu 17 % respondentů. Z analýzy ohniskových skupin v téže studii vyplývá, že všichni účastníci mají zkušenost s drogami vyráběnými z léků, nevidí jako velký problém léky získat a deklarují znalosti výrobních postupů. Typicky jde o přípravu pervitinu z léků obsahujících efedrin a pseudoefedrin, braunu z kodeinu nebo kodeinu prostým rozpuštěním tablet ve vodě nebo extrakci fentanylu z náplastí za pomoci vody nebo lihu. Z jiných léků uvedli zkušenost s užíváním benzodiazepinů jak v tabletách, tak v injekční formě (diazepam, flunitrazepam, klonazepam).

Z výsledků studie realizované v ČR v r. 2014 v rámci mezinárodního projektu zaměřeného na nové syntetické drogy¹²² (Herzog et al., 2015) vyplývá, že opioidní léky jsou injekčními uživateli zneužívány jako náhražka heroinu, což může souviset s poklesem jeho kvality a dostupnosti nebo s nedostatkem finančních prostředků na nákup heroinu.

V poslední době byly v ČR zaznamenány informace o relativně kvalitní nelegální výrobě heroinu acetylací ze surového opia nebo z morfinu (extrahovaného z přípravku Vendal[®] Retard) (viz také kapitulu Drogové trhy, str. 183).

Byla publikována práce zabývající se zneužíváním léků ze skupiny stimulancií i opioidů v období socialistického Československa, a to i před rozšířením pervitinu a braunu podomácku vyráběných z léků (Brenza a Gabrhelík, 2014). Byl vydán autobiografický příběh uživatele a výrobce drog popisující zneužívání léků přímo nebo pro nelegální výrobu drog (pervitinu a braunu) v kontextu života uživatelů drog a fungování drogové scény na severní Moravě v 80. a začátku 90. let (Pecha a Motýl, 2013).

4.2.2 Problémové užívání nových syntetických drog

Lze předpokládat rozšíření nových syntetických drog (NSD) mezi problémovými uživateli drog v ČR podobně, jak k tomu krátkodobě nebo dlouhodobě došlo např. v Irsku, Maďarsku nebo Rumunsku (Van Hout a Bingham, 2012, Peterfi et al., 2014, Abagiu et al., 2014). Zejména mezi uživateli pervitinu by mohly stimulační NSD ze skupiny katinonů a fenetylaminů hrát roli jakési „náhradní“ či „náhražkové“ drogy – levnější a přinejmenším ve smyslu rizika zákonných sankcí proti uživatelům „bezpečnější“. Mezi problémovými (injekčními) uživateli opioidů v ČR hrozí rozšíření NSD ze skupiny opioidů, např. vysoce potentních derivátů fentanylu (Mravčík et al., 2015b).

Již na začátku r. 2011, kdy došlo ke skokovému zvýšení nabídky NSD v ČR v kamenných obchodech známých hlavně jako Amsterdam shopy, byl na severní Moravě ohlášen výskyt užívání mefedronu mezi problémovými uživateli pervitinu (Kantor, 2011). V r. 2013 v průzkumu mezi 1 797 klienty 62 nízkoprahových programů z celé ČR užívání NSD jako primární drogy (jednalo se především o katinony označované jako Funky) uvedli pouze 3 (0,2 %) klienti z Prahy, ale 10,5 % respondentů v celém vzorku (32,5 % v Praze, 19,5 % v Jihomoravském a 18,8 % v Královéhradeckém kraji) uvedlo užití NSD v posledních 12 měsících (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a). V jiném průzkumu mezi 240 problémovými uživateli drog ve 4 pražských nízkoprahových programech hlásilo v r. 2013 syntetické katinony (Funky, El Magico) jako svou primární drogu pouze 5 (2,1 %) klientů (Mravčík a Nečas, 2014, Mravčík et al., 2015a) (viz také kapitulu Nové psychoaktivní látky na českém trhu, str. 188).

Z výsledků studie realizované v ČR v r. 2014 v rámci mezinárodního projektu zaměřeného na nové syntetické drogy (Herzog et al., 2015) vyplývá, že IUD v ČR mají zkušenost s užíváním NSD,

¹²² New Psychoactive Substances among People Using Drugs Heavily – Towards Effective and Comprehensive Health Responses in Europe: <http://www.npsineurope.eu/> [2015-06-26]

především katinonů, míra jejich užívání však stagnuje, až klesá. Nové psychoaktivní látky jsou pro problémové uživatele drog převážně doplňkovou drogou – katinony jsou užívány hlavně jako náhražka dominantní stimulační drogy v ČR, tj. pervitinu. Katinony, jejichž cena je nižší než cena pervitinu, mohou být jako pervitin prodávány. Pro část problémových uživatelů drog mohou katinony představovat zajímavou alternativu z důvodu silného a dlouhého nástupu účinku a silnějšího účinku. Jako somatické a psychické potíže při užívání katinonů byly hlášeny častější aplikace a z toho vyplývající větší poškození žil, kožní poruchy, vyčerpání a únava, smutky, rozlady, psychózy.

K výskytu nových psychoaktivních látek v ČR viz také kapitulu Drogové trhy (str. 183).

5

Kapitola 5:

Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog

- Podle Sčítání adiktologických služeb 2014 je v ČR 271 zařízení poskytujících adiktologické služby. Téměř 40 % zařízení se v šetření identifikovalo jako adiktologická, 34 % jako sociální a 17 % jako psychiatrická zdravotní služba. Nejčastěji šlo o zařízení s formálním statutem sociální (58,3 %) a zdravotní (35,8 %) služby. Nejvyšší podíl zařízení pracuje s uživateli nelegálních drog (88,6 %), alkoholu (63,5 %), psychoaktivních léků (58,3 %) a patologickými hráči (50,9 %). Adiktologická zařízení poskytují především ambulantní léčbu a poradenství (134 zařízení, tj. 49,4 %) a nízkoprahové služby a poradenství (128, tj. 47,2 %). Rezidenční péči poskytuje 58 zařízení (21,4 %), z toho je 31 zdravotnických. Poskytování následné péče uvádí 93 zařízení, ale následnou péči s chráněným či sociálním bydlením deklaruje mimo psychiatrických lůžkových zařízení a terapeutických komunit jen 23 zařízení s 254 lůžky. Více než polovina zařízení (51,3 %) vedla pořadník na zařazení klienta do péče, mezi pobytovými službami vedlo pořadník celkem 78 % zařízení. Více než polovina zařízení je držitelem certifikátu odborné způsobilosti RVKPP, téměř stejný podíl zařízení má registraci sociální služby MPSV. V zařízeních pracovalo celkem 2 184 pracovníků, nejvíce bylo zdravotnických, sociálních pracovníků, adiktologů a psychologů.
- Místní dostupnost harm reduction služeb je relativně dobrá – na Moravě působí téměř v každém okrese kontaktní centrum či terénní program, v Čechách jsou však tyto služby rozmístěny nerovnoměrně (týká se krajů Plzeňského, Středočeského, Libereckého, Královéhradeckého, Pardubického a Vysočiny). Síť programů ambulantní léčby je značně nerovnoměrná. Z důvodu nedostatku financí se snižuje časová dostupnost služeb a jejich personální zabezpečení (zejména je nedostatek psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů). Obzvláště špatná situace je v Karlovarském kraji, kde chybí specializované programy primární prevence, detoxifikace, substituční program, doléčovací program i terapeutická komunita.
- Od ledna 2014 je v seznamu zdravotních výkonů 6 specifických adiktologických výkonů. K uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami dosud došlo velmi výjimečně.
- Počet osob léčených v substituční léčbě opioidními agonisty v posledních 3 letech stagnuje. V r. 2014 bylo v substituční léčbě odhadem 4 000 osob, z nich většina (odhadem 3 300 osob) na přípravcích na bázi buprenorfinu, dlouhodobě roste podíl bezpečnějšího duálního přípravku Suboxone® (v r. 2014 dosáhl cca 40 % celkového objemu spotřebovaného buprenorfinu). Problémem zůstává úhrada substitučních léků ze zdravotního pojištění. Plnou úhradu má přiznánu pouze Suboxone®, ale její podmínky jsou natolik restriktivní, že k úhradě prakticky nedochází – k srpnu 2015 jsou známa 4 zařízení, která léčí hrazeným preparátem celkem cca 75 pacientů. Celkové náklady na nákup substitučního buprenorfinu v ČR přitom dosahují cca 60 mil. Kč ročně, z toho VZP uhradila podle svého vyjádření lék pro téměř 160 pacientů ve výši 2,1 mil. Kč. Většina pacientů je však odkázána na nákup léků v plné ceně, což představuje výdaje v řádu tisíců Kč měsíčně z vlastní kapsy. Tato skutečnost vede pacienty k opatrování si receptů na větší množství léku (tzv. doctor shopping), které zčásti prodají za vyšší cenu na černém trhu, čímž financují dávku pro sebe. Černý trh tak spolufinancuje léčbu prováděnou v systému veřejného zdravotnictví.
- Přibližně třetinu klientů v léčbě tvoří ženy, nejvyšší podíl žen (cca polovina) je ve stacionářích a v mladších věkových skupinách obecně. Klienti v různých typech

programů se liší podle užívaných drog. V nízkoprahových centrech tvoří většinu uživatelé pervitinu a opiátů/opioidů. V ambulancích a lůžkových zařízeních oboru psychiatrie tvoří většinu uživatelé alkoholu, ale vysoký je podíl také uživatelů pervitinu, opiátů/opioidů, polyvalentních uživatelů nebo uživatelů sedativ a hypnotik.

V záchytných stanicích převažují uživatelé alkoholu a ženy tvoří pouze 15 % klientů.

- Osoby žádající o léčbu poprvé v životě (prvožadatelé) tvoří dlouhodobě přibližně polovinu všech léčených případů. V Registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog, kde se alkohol jako primární droga nehlásí, dominují uživatelé pervitinu (cca 70 % všech případů) a jejich počet se dlouhodobě zvyšuje. Dlouhodobě je patrný úbytek uživatelů opiátů/opioidů, zejména heroinu, naopak počet uživatelů buprenorfinu mírně roste. Uživatelé drog stárnou, v průměru nejstarší jsou uživatelé opiátů/opioidů (33–34 let), naopak uživatelé konopných látek jsou v průměru nejmladší (24 let).
- Na začátku března 2015 byl spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog, který integruje Registr žádostí o léčbu hygienické služby a národní registr substituční léčby a který umožní rovněž hlášení osob s primární drogou alkohol i tabák nebo patologických hráčů.

5.1 Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislosti

Léčba a sociální začleňování a snižování rizik představují dva ze čtyř pilířů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. Na strategii navazuje Akční plán 2013–2015 a v r. 2015 připravené 3 nové akční plány pro oblast kontroly tabáku, alkohol a hazardní hraní (bližší viz kapitolu Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace, str. 19). Všechny tyto strategické dokumenty se věnují oblasti prevence, včasné intervence, poradenství a léčby návykových poruch spojených s užíváním návykových látek a s hazardním hraním.

Adiktologické služby jsou financovány dotacemi z MZ (zdravotní služby), MPSV (sociální služby), RVKPP (různé typy služeb), krajů a obcí (různé typy služeb) a významnými plátcí péče jsou také zdravotní pojišťovny (zdravotní služby) (bližší viz kapitolu Rozpočty a financování, str. 29).

Vláda schválila a postoupila parlamentu k projednání návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který má nahradit zákon č. 379/2005 Sb. Návrh zákona mj. mění ustanovení týkající se adiktologických služeb, zavádí definici adiktologické poruchy a uvádí, kdo je poskytovatelem odborné péče osobám s adiktologickou poruchou. Zatímco zákon č. 379/2005 Sb. obsahuje poměrně podrobnou typologii adiktologických služeb, vládní návrh zákona definuje odbornou péči poskytovanou osobám s adiktologickou poruchou jako takovou, která zahrnuje prevenci poruch zdravotního stavu spojených s touto poruchou, včetně snižování zdravotních a sociálních rizik, jejich včasnou diagnostiku a léčbu, poradenství, sociální rehabilitaci a reintegraci osob postižených těmito poruchami (odborná péče). Tuto odbornou péči zajišťují podle návrhu zákona poskytovatelé zdravotních služeb, poskytovatelé sociálních služeb a také vězeňská služba, jde-li o péči ve věznicích nebo v ústavech pro zabezpečovací detenci. Viz také kapitoly Legislativní rámec (str. 14) a Další opatření protidrogové politiky (str. 22).

Podle Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR, která byla v r. 2013 schválena Společností pro návykové nemoci ČLS JEP (SNN) a Českou asociací adiktologů (ČAA) (Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP et al., 2013), se za specializovanou adiktologickou péči považuje diferencovaně poskytovaná péče pacientům/klientům s adiktologickými poruchami v ambulancích, stacionářích či lůžkových (pobytových) zařízeních. Specializovaná adiktologická péče je poskytována uživatelům všech typů psychoaktivních látek, patologickým hráčům a lidem trpícím obdobnými poruchami. Poskytují ji pracovníci různých odborností – adiktologové, lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, pedagogové aj. Je poskytována ve službách registrovaných veskrze jako zdravotní a/nebo sociální. Standardy odborné způsobilosti (viz dále) definují 10 typů služeb: detoxifikace, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčba,

stacionární programy (denní stacionáře), krátkodobá a střednědobá ústavní léčba, rezidenční péče v terapeutických komunitách, ambulantní doléčovací programy, substituční léčba a adiktologické služby ve vězení.

Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb se v I. 2014 a 2015 stala předmětem kritiky části odborné veřejnosti. Ta v souvislosti s koncepcí vyjádřila řadu obav a výtek, z nichž hlavní byla, že koncepce je příliš zdravotnický zaměřena a v nedostatečné míře reflektuje mezioborovost adiktologie. Praktickým vyjádřením této nespokojenosti byl vznik tzv. Platformy pro komplexní přístup k užívání drog a závislostem, jejímž cílem bylo zabránit praktické realizaci Koncepce adiktologických služeb v podobě navržené v rámci projektu NETAD (např. Nepustil et al., 2014). Tento odborný spor vyvrcholil 8. 4. 2015 diskusí na Adiktologickém fóru,¹²³ po kterém se odborné společnosti a zástupci služeb dohodli na vzniku pracovní skupiny, jejímž cílem bude úprava koncepce v bodech, ke kterým směřovaly hlavní výtky.

Od ledna 2014 je uvedeno 6 specifických adiktologických výkonů v seznamu zdravotních výkonů ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Taktéž s účinností od 1. 1. 2014 byla úhradovou vyhláškou č. 428/2013 Sb. poprvé stanovena hodnota bodu adiktologických výkonů, a to ve výši 1 Kč. Úhrada výkonů adiktologa je vázána na kvalifikaci zdravotnického pracovníka s vysokoškolským vzděláním v příslušném oboru se specializovanou způsobilostí (tato nyní v oboru adiktologie neexistuje) nebo zvláštní odbornou způsobilostí, která se získává absolvováním tzv. certifikovaného kurzu akreditovaného MZ ČR.¹²⁴ Takové kurzy organizují např. Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze nebo SANANIM.¹²⁵

Poskytovatelé služeb v oboru adiktologie (odbornost 919), kteří se rozhodli pro vstup do systému zdravotního pojištění, se v I. 2014–2015 připravovali k registraci zdravotnického zařízení (tj. získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb), aby splnili požadavky na personální zajištění, technické a věcné vybavení zdravotních služeb a aby zdravotní služby, které poskytují, mohly být následně hrazeny ze systému veřejného zdravotního pojištění. Před uzavřením smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb o poskytování a úhradě hrazených služeb se musí konat výběrové řízení. Během r. 2014 a první poloviny r. 2015 prošlo výběrovými řízeními na poskytování zdravotních služeb v oboru adiktologie 13 subjektů. V současné době je tedy nejméně 13 zařízení oprávněno uzavřít smlouvu se zdravotními pojišťovnami o poskytování a úhradě zdravotních služeb v oboru adiktologie.

Přesto nedošlo v I. 2014 a 2015 k významnému posunu v uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami o poskytování služeb a k jejich úhradě v praxi nedochází i přes intenzivní jednání se 3 největšími zdravotními pojišťovnami v ČR¹²⁶ iniciovaná zástupci České asociace adiktologů (ČAA) za podpory a aktivní účasti SNN, Asociace poskytovatelů sociálních služeb a národního protidrogového koordinátora. Výjimkou je jediná smlouva s VZP, kterou uzavřela dětská adiktologická ambulance Kliniky adiktologie 1. LF UK v Praze, a několik málo smluv s dalšími pojišťovnami¹²⁷. Až v září 2015 došlo na základě jednání s náměstkem ředitele VZP pro zdravotní péči, které bylo iniciováno národním protidrogovým koordinátorem, k dohodě, na jejímž základě má VZP uzavřít smlouvy v 7 krajích s alespoň jedním poskytovatelem adiktologických služeb v rámci pilotního provozu. Podle doporučení ČAA a MZ by měla být uzavřena alespoň 1 smlouva v každém kraji ČR.¹²⁸

¹²³ Odborná diskusní platforma, která má nově statut pracovní skupiny RVKPP.

¹²⁴ § 61 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

¹²⁵ <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/4668/Certifikovane-kurzy-pro-adiktology-pro-ziskani-zvlastni-odborne-zpusobilosti-podzimni-termin>, <http://www.sananim.cz/kurzy.html> [2015-08-06]

¹²⁶ Všeobecná zdravotní pojišťovna, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra a Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

¹²⁷ např. <http://zavislostiolomouc.cz/?p=144> [2015-08-06]

¹²⁸ osobní komunikace s Mgr. Ondřejem Sklenářem, předsedou České asociace adiktologů [2015-09-10]

5.1.1 Národní registr léčby uživatelů drog

Na začátku března 2015 byl spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD)¹²⁹ v rámci rekonstrukce celého Národního zdravotního informačního systému ČR, jehož správcem je ÚZIS. NRLUD je legislativně zakotven v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

NRLUD integruje Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). Do Registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog hlásily od r. 1995 čtvrtletně jak zdravotní, tak sociální služby informace o léčených osobách s problémy s nealkoholovými (nelegálními, pouličními) drogami. Druhým informačním systémem byl NRULISL, který spravoval ÚZIS, sběr probíhal elektronickou formou a sledovali se v něm pouze pacienti substituční léčby. Po spuštění NRLUD do něj byly převedeny údaje z obou stávajících informačních systémů a tyto zanikly. Další hlášené povinnosti zejména pro ÚZIS budou postupně zjednodušeny či dokonce zrušeny.

NRLUD na rozdíl od Registru žádostí o léčbu umožňuje rovněž hlášení osob s primární drogou alkohol i tabák nebo patologických hráčů. Primární diagnóza (problém), pro kterou je pacient léčen, je tedy závislostní a zahájená léčba (intervence) směřuje bezprostředně k úzdavě. Základem je hlášení zahájení léčby, ale umožňuje také hlášení ukončení léčby.

Zařízení, jež poskytují programy typu terapeutických komunit, programy v kontextu následné péče a doléčování, programy substituční léčby, nezdravotnické i zdravotnické intervence a programy s psychosociálním poradenstvím a podporou ke změně postojů k užívání drog, vzorců užívání drog, redukci užívání drog, prevenci relapsu apod. hlásí do registru osoby, kterým byla poskytnuta intervence, jako je poradenství, detoxifikace či abstinenčně orientovaná léčba.

Registr shromažďuje základní sociodemografické údaje klientů/pacientů, údaje o užívaných návykových látkách, rizikovém chování, zdravotních a sociálních dopadech jejich užívání atd. Vkládání dat o pacientech/klientech bude probíhat buď přímo do individuálního elektronického formuláře, nebo v dávkách exportem z existujících systémů, tzn. vysoký standard správy údajů, bezpečnosti dat, podpory uživatelů a dalšího vývoje samotného registru (Nechanská et al., 2014, Nechanská et al., 2015).

5.1.2 Zajištění kvality péče

Systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (certifikační systém RVKPP)¹³⁰ slouží od r. 2006 k zajištění kvality adiktologických služeb. Jeho základem jsou Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, které mají část obecnou a pro každý typ služeb i část speciální. Z formálního hlediska vymezují standardy odborné způsobilosti specializovanou adiktologickou péči. Původně bylo speciálními standardy definováno 9 typů služeb, k jejichž revizi došlo v r. 2013. Od září 2015 je v platnosti 10. speciální standard pro adiktologické služby ve vězení a následnou péči po propuštění (viz také VZ 2013). Standardy odborné způsobilosti definují adiktologické služby jako multidisciplinární, vycházejí z konceptu nedělitelnosti zdravotní a sociální péče a otevírají adiktologické služby cílové skupině pacientů/klientů, kteří hledají pomoc v souvislosti se zneužíváním nebo závislostí na všech typech návykových látek či s patologickým hráčstvím. Ke konci března 2015 mělo platnou certifikaci RVKPP celkem 173 programů (tabulka 5-1).

¹²⁹ <http://www.uzis.cz/registry/narodni-zdravotni-registry/nr-lecby-uzivatelu-drog> [2015-08-05]

¹³⁰ schválen usnesením vlády č. 300 ze dne 16. 3. 2005

tabulka 5-1: Přehled certifikovaných programů podle typu v l. 2011–2015*

Typ služby	2011	2012	2013	2014	2015
Detoxifikace	2	1	2	2	3
Terénní programy	49	50	49	52	53
Kontaktní a poradenské služby	52	49	50	52	52
Ambulantní léčba	15	13	18	19	22
Stacionární programy	1	1	1	1	1
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	2	2	2	5	6
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	10	10	10	10	10
Ambulantní doléčovací programy	16	17	17	17	18
Substituční léčba	8	8	7	7	8
Celkem	155	151	156	165	173

Pozn.: * k 16. 5. 2011, 29. 5. 2012, 28. 6. 2013, 30. 6. 2014, 31. 3. 2015

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2015a)

Postupy pro léčbu závislosti na návykových látkách jsou součástí doporučených postupů psychiatrické péče, resp. její již 4. revize z r. 2014 (Raboch et al., 2014). SNN připravuje vlastní doporučené postupy v oblasti adiktologie.

5.2 Sít' specializované adiktologické péče

Stávající systém adiktologických služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek, avšak tvoří ji v zásadě tři sítě:

- sít' nízkoprahových programů a specializovaných programů ambulantní léčby a následné péče a terapeutických komunit, které mají převážně statut sociální služby a jsou provozovány NNO a cílí zejména na uživatele nelegálních nealkoholových drog, výjimečně na patologické hráče,
- sít' zdravotnických zařízení oboru psychiatrie případně se specializací AT, které poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby jak uživatelům alkoholu, tak nealkoholových drog, méně patologickým hráčům,
- centra pro závislé na tabáku, která se vytvořila převážně při lůžkových odděleních nebo klinikách oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství.

Zatímco poslední uvedená sít' funguje prakticky nezávisle, první dvě jmenované sítě spolu ve stále vzrůstající míře spolupracují a vytvářejí do značné míry společnou sít' – důvody jsou podobná nebo totožná cílová skupina, personální a organizační propojení a zejména vnímaná příslušnost k multidisciplinárnímu oboru adiktologie (Mravčík a Kiššová, 2015).

Ze zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2014 vyplývá, že zatímco místní dostupnost harm reduction služeb je relativně dobrá (na území Moravy je v každém okrese kontaktní centrum či sídlo terénního programu s výjimkou okresu Brno-venkov a Karviná), v Čechách jsou tyto služby rozmístěny nerovnoměrně (týká se krajů Plzeňského, Středočeského, Libereckého, Královéhradeckého, Pardubického a Vysočiny). Pokrytí programy ambulantní léčby je značně nerovnoměrné. Obecně je problémem časová dostupnost a personální zabezpečení služeb – z finančních důvodů dochází k omezování jednotlivých činností a provozní doby a také ke snižování časové dotace na práci s klientem. Nedostatek financí je pravděpodobně příčinou nízkého počtu psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů ochotných pracovat s cílovou skupinou uživatelů návykových látek, na který kraje dlouhodobě upozorňují. Přetrvává obzvláště špatná situace v dostupnosti služeb v Karlovarském kraji, kde chybí specializované programy primární prevence, detoxifikace, substituční program, doléčovací program či terapeutická komunita (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2015b).

5.2.1 Ambulantní péče

Ambulantní zdravotnická péče o uživatele drog je v současné době poskytována především v ambulancích psychiatrů a v adiktologických lékařských (AT) ordinacích specializovaných na léčbu závislostí (tabulka 5-2). Léčbu adiktologických pacientů, tj. pacientů se základní diagnózou F10–F19, ročně vykazuje 450–500 ambulantních psychiatrických oddělení a pracovišť. Nejde výhradně o specializované AT ambulance, ale o všechny psychiatrické ambulance, které léčí alespoň jednoho adiktologického pacienta. Pouze cca 50 z těchto ambulančí lze považovat za specializované, tj. adiktologičtí pacienti v nich v r. 2013 tvořili více než 50 % celkového počtu pacientů (52 ambulančí) nebo měly v péči více než 200 AT pacientů (38). Údaje za r. 2014 nejsou k dispozici stejně jako řada dalších údajů pocházejících z ročních výkazů o činnosti různých lékařských oborů shromažďovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Z důvodů přechodu na plně elektronické předávání výkazů do nového centrálního úložiště výkazů (CÚV) nejsou k dispozici údaje za všechny poskytovatele zdravotních služeb v daném oboru.

Především výše uvedené specializované ambulantní programy poskytují opiátovou substituční léčbu. V r. 2014 nahlásilo pacienty do Národního registru uživatelů lékářsky indikovaných substitučních látek (registr substituční léčby) celkem 64 zdravotnických zařízení. Jediným krajem bez aktivního substitučního programu zůstává Pardubický kraj.

V r. 2014 poskytlo informace o své činnosti 17 záchytných stanic, v těchto záchytných stanicích bylo evidováno 161 lůžek, jedna záchytná stanice v r. 2014 nedodala údaje o své činnosti.

Za r. 2014 nejsou k dispozici ani informace o činnosti krizových center a terapeutických stacionářů.

Sít' nízkoprahových zařízení pro uživatele drog blíže popisuje kapitola Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 137). Adiktologické služby ve věznicích popisuje kapitola Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 178), služby následné péče kapitola Sociální reintegrace (str. 158).

tabulka 5-2: Síť programů ambulantní adiktologické péče v r. 2014

Typ programu	Počet programů	Kapacita (místa)	Charakteristika
Nízkoprahová kontaktní centra*	54	–	nízkoprahové harm reduction služby především pro uživatele nelegálních drog, resp. problémové (injekční) uživatele drog
Záchytné stanice	17 (18)**	161	krátkodobá detence (v řádu hodin) do vystřízlivění, určená především pro intoxikované alkoholem, v menší míře jinými drogami
Ambulantní léčba	> ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie	50 (500)***	–
	> ambulantní (nezdravotnické) programy****	13	–
Substituční léčba	> registr substituční léčby	64	–
	> roční výkaz psychiatrů a praktických lékařů ⁺	274	–
Léčba ve věznicích	> substituční léčba	7	–
	> dobrovolná léčba	8	287
	> ochranná léčba ⁺⁺	5	129
	> bezdrogové zóny ⁺⁺⁺	34	1 889
	> programy NNO ⁺⁺⁺⁺	26 (17)	–
Krizová centra ⁺	1	–	programy poskytující krizovou intervenci
Psychoterapeutické stacionáře ⁺	8	363	stacionární programy (denní centra) především pro uživatele nelegálních drog
Speciální programy následné péče	11	99	adiktologické programy, jejichž cílem je podpora a resocializace klientů po absolvování léčby, určené především pro uživatele nelegálních drog
Centra pro závislé na tabáku	40	–	ambulantní léčba závislosti na tabáku realizovaná především v rámci lůžkových zařízení oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství

Pozn.: * Bez terénních programů. ** Jedna záchytná stanice neodevzdala výkaz o činnosti. *** Odhad na základě minulých let, údaj za r. 2014 není k dispozici: počet ambulancí, které je možno považovat za specializované na adiktologii (počet všech ambulancí, které nahlásily v r. 2013 alespoň jednoho adiktologického pacienta). **** Ambulantní programy dotované RVKPP, které nemají statut zdravotnického zařízení. ⁺ Údaj se vztahuje k r. 2013, neboť za r. 2014 není k dispozici. ⁺⁺ 5 oddělení ve 4 věznicích. ⁺⁺⁺ Z toho 31 bez a 3 s terapeutickým režimem se 1797, resp. 101 pacienty, ⁺⁺⁺⁺ Počet věznic, v nichž probíhá spolupráce s NNO (počet věznic s intenzivní spoluprací s NNO).

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c), Nechanská (2015), Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (2015), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015c), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

5.2.1.1 Substituční léčba

V r. 2014 byl k dispozici pouze jeden zdroj dat o substituční léčbě, a to NRULISL (registr substituční léčby). Každý lékař podávající substituční látku má zákonnou povinnost hlásit údaje o jednotlivých pacientech do registru substituční léčby, který funguje od r. 2000. V r. 2014 nahlásilo pacienty v substituci celkem 64 zdravotnických zařízení. Během r. 2014 evidoval ÚZIS v registru substituční léčby 2 314 léčených osob (z toho 2 220 psychiatry, 67 praktickými lékaři a 27 ostatními odbornostmi). Jediným krajem bez aktivně hlásícího zařízení zůstává Pardubický kraj.

Roční výkazy praktických lékařů ani ambulantních zařízení oboru psychiatrie nejsou za r. 2014 k dispozici. V r. 2013 vykazalo substituční léčbu celkem 59 psychiatrických ambulancí a 215 ordinací praktických lékařů.

V ČR je k dispozici 5 přípravků pro substituční léčbu závislosti na opiátech/opioidech:

- od r. 1997 metadon připravovaný z dovážené generické substance (dostupný ve specializovaných substitučních centrech),
- od r. 2000 Subutex® obsahující účinnou látku buprenorfin,
- od února 2008 kompozitní přípravek Suboxone® s účinnými látkami buprenorfin a naloxon,
- od ledna 2011 přípravek Buprenorphine Alkaloid® obsahující buprenorfin,
- od června 2011 přípravek Ravata® obsahující buprenorfin.

K dalším přípravkům, které byly či jsou registrovány v ČR, ale nebyly uvedeny na trh, viz podrobněji VZ 2013.

V r. 2014 bylo do ČR dovezeno 16,3 kg čisté metadonové substance a distribuováno bylo necelých 3,3 kg buprenorfinu v přípravcích Buprenorphine Alkaloid®, Ravata®, Suboxone® a Subutex®, každý z nich v balení po 7 sublingválních tabletách a ve dvou různých silách 2 mg a 8 mg v jedné tabletě (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015) (tabulka 5-3). Je zřejmé, že spotřeba substitučních preparátů v ČR od r. 2011 klesá, což je spíše negativní jev vzhledem k dlouhodobě stabilnímu odhadovanému počtu problémových uživatelů opioidů (blíže viz Problémové užívání drog, str. 75).

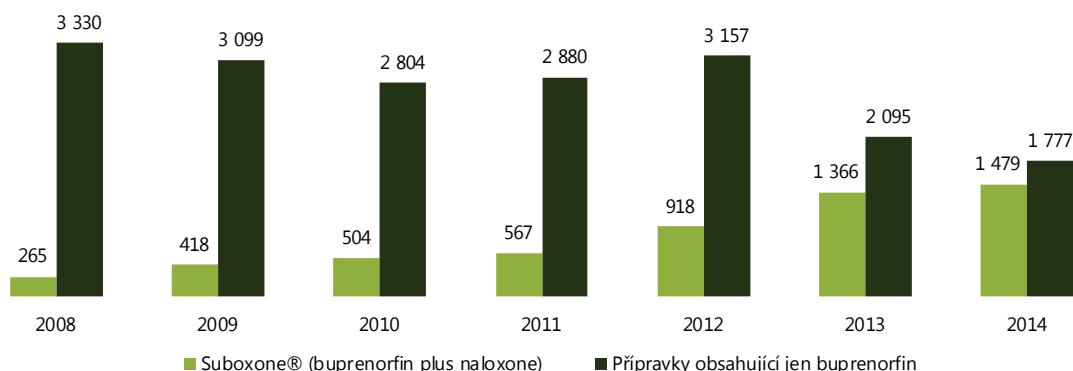
Od r. 2008 dochází k nárůstu spotřeby kompozitního přípravku Suboxone® na vrub přípravků obsahujících pouze buprenorfin (graf 5-1). Nejužívanějším přípravkem s obsahem buprenorfinu je Subutex® o síle 8 mg v 1 tabletě.

tabulka 5-3: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v l. 1999–2014

Rok	Metadon – dovoz (kg)	Buprenorfin – distribuce (g)
1999	13,5	–
2000	11,7	23,5
2001	–	86,2
2002	–	509,8
2003	8,1	1 309,4
2004	11,3	2 221,9
2005	5,7	2 957,3
2006	12,2	3 414,3
2007	10,8	3 315,0
2008	12,6	3 594,5
2009	15,4	3 517,0
2010	22,5	3 308,0
2011	24,3	3 446,8
2012	18,0	4 075,1
2013	17,9	3 460,7
2014	16,3	3 256,3

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR (2015)

graf 5-1: Množství buprenorfinu distribuované v přípravcích obsahujících pouze buprenorfin a v kompozitním přípravku s obsahem naloxonu v l. 2008–2014, v gramech



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR (2015)

Substituční přípravky jsou v ČR léčebně podávány výhradně orální formou a může je předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. Centrální nákup metadonové substance je hrazen z dotace MZ. Od r. 2010 je preparát Suboxone® 8 mg jako jediný hromadně vyráběný substituční preparát hrazen ze zdravotního pojištění (blíže viz VZ 2010). Stanovená výše úhrady (629,72 Kč za balení 7 tablet po 8 mg buprenorfinu) se téměř kryje s maximální cenou za balení (631,90 Kč), což by znamenalo prakticky plnou úhradu ze zdravotního pojištění a minimální spoluúčast ze strany pacienta. Vzhledem k nastavení podmínek však k úhradě v praxi v zásadě nedochází – je to způsobeno zejména tím, že léčba je vázána na specializovaná centra. Suboxone® je hrazen jako tzv. zvlášť účtovaný léčivý přípravek, jehož spotřeba je na základě speciální dohody a pravidelného hlášení zpětně hrazena přímo léčebnému centru. Lék dostává pacient nikoliv v lékárně, ale od lékaře. Systém úhrady je pro léčebná centra administrativně a finančně náročný.

Pokud by se cena ročního množství spotřebovaného buprenorfinu (tabulka 5-3) přepočítala v poměru 40 : 60 na cenu 8 mg Suboxone® o síle 8 mg (cca 630 Kč za balení 7 tablet) a Subutexu® (cca 1 300 Kč za balení 7 tablet), dosahuje souhrnná maloobchodní cena prodaných přípravků s buprenorfinem cca 60 mil. Kč.

VZP v r. 2014 údajně uhradila přípravek Suboxone® pro 157 klientů v celkové výši 2,1 mil. Kč. Za první čtyři měsíce r. 2015 uhradila VZP Suboxone® pro 131 klientů v celkové výši 1,1 mil. Kč.¹³¹

Otázkou však zůstává, kde a kteří klienti jsou hrazeným Suboxone® léčeni. Právě s cílem zjistit rozsah úhrady Suboxone® ze zdravotního pojištění provedlo NMS v červnu až srpnu 2015 průzkum mezi substitučními programy. Osloveno bylo přibližně 70 ambulantních a substitučních center z Mapy pomoci na webu drogy-info.cz. Odpovědělo 29 programů, z nichž 4 substituci vůbec neprovádějí. Ze zbývajících 25 předepisuje Suboxone® 9 programů a úhrada Suboxone® pojišťovnou probíhá ve 4 ordinacích u celkem cca 75 pacientů (nejvíce v pražských ambulancích CADAS SANANIM u cca 50 pacientů a na poliklinice Remedis u 15–20 pacientů). Jedna další ambulance využívá k bezplatnému podávání Suboxone® dotaci MZ. Lékaři hodnotili administrativní zátěž spojenou s úhradou léku Suboxone® jako značnou. Konkrétně uváděli žádání a zdůvodňování proplacení přípravku každý měsíc, schvalování léčby u každého pacienta na 3 měsíce, kontroly dodržování léčebného režimu pacienty, úhrady léku se zpožděním a problematické zařazování nových pacientů do hrazené péče. V Substitučním centru Plzeň měli v r. 2014 na hrazeném Suboxone® 3 pacienty, přičemž k úhradě centru do poloviny r. 2015 nedošlo a smlouva na r. 2015 nebyla prodloužena (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015e).

V listopadu a prosinci 2014 byl proveden pravidelný průzkum mezi lékaři ČR (mimo stomatologů) na souboru získaném kvótním výběrem, který provádí ve dvouletých intervalech agentura INRES-

¹³¹ <http://zdravi.e15.cz/news/check-sub?id=479527> [2015-08-07]

-SONES a do kterého je z iniciativy NMS zařazen také modul s otázkami na prevalenci problémového užívání drog, patologického hráčství a také na zkušenosti lékařů s podáváním substituční léčby (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES, 2015) – výsledky týkající se problémového užívání drog viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 75). V r. 2014 bylo dotazováno celkem 1 200 lékařů z celé ČR. Soubor proporcionálně odpovídal populaci lékařů ČR podle pohlaví, věku, způsobu výkonu lékařského povolání (soukromí vs. ostatní) a krajů. Osloveno bylo 1 668 náhodně vybraných lékařů, rozhovor odmítlo poskytnout 468 lékařů (28,1 % oslovených). Na žádost NMS byl počet praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost navýšen na přibližně dvojnásobek jejich reálného zastoupení v populaci lékařů ČR z důvodu prevalenčních odhadů problémových uživatelů drog. Proto nelze považovat výběrový soubor za reprezentativní z hlediska odbornosti lékaře.

Celkem 51 lékařů (4,3 %) z celého vzorku uvedlo (v r. 2012 to bylo 3,3 %), že poskytuje substituční léčbu závislosti na opiátech celkem 772 pacientům¹³². Po vyčištění dat byl výběr zúžen na 27 lékařů (2,3 %)¹³³ s celkem 213 pacienty na substituci s průměrem 7,9 pacientů na předepisujícího lékaře a 0,18 na jednoho lékaře celkem (tabulka 5-4).

tabulka 5-4: Lékaři poskytující substituci a počet pacientů v substituci podle průzkumu mezi lékaři ČR 2014

Odbornost	Celkem ve vzorku	Poskytuje substituci		Počet pacientů v substituci		
		Počet	Podíl (%)	Celkem počet	Průměr za předepisující lékaře	Průměr za všechny lékaře
Praktický lékař pro dospělé	340	14	4,1	84	6,0	0,25
Praktický lékař pro děti a dorost	210	2	1,0	30	15,0	0,14
Gynekologie, porodnictví	174	0	–	–	–	–
Chirurgie	84	2	2,4	33	16,5	0,39
Interna	66	3	4,5	11	5,5	0,17
Psychiatrie	6	3	50,0	12	4,0	2,00
Ostatní*	320	4	1,3	43	10,8	0,13
Celkem	1 200	27	2,3	213	7,9	0,18

Pozn.: Mezi předepisujícími lékaři jiných odborností byl geriatr, neurolog, pneumolog a nemocniční lékař s blíže neurčenou odborností.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2015)

Počet předepisujících lékařů i počet pacientů je nižší než ve stejném průzkumu z r. 2012.

U praktických lékařů pro dospělé připadalo v r. 2014 průměrně 6 pacientů na jednoho předepisujícího lékaře a 0,25 pacienta na jednoho praktického lékaře celkem (v r. 2012 to bylo 4,0 a 0,26) (blíže viz VZ 2012).

Vzhledem ke struktuře výzkumného souboru a výsledkům podle odborností byl odhad počtu pacientů v substituční léčbě v ČR proveden pouze u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost – výsledky z výběrového souboru byly extrapolovány na celkový počet 5 331 praktických lékařů pro dospělé v r. 2013 (Chudobová, 2014) a 2 075 ambulantních praktických lékařů pro děti a dorost v ČR v r. 2012 (Marková, 2013).

¹³² Průměr 15,1 pacientů na předepisujícího lékaře a 0,6 na jednoho lékaře v souboru celkem.

¹³³ V souboru bylo 21 lékařů, kteří nahlásili předepisování nebo podávání substituční léčby, ale přitom nepodávali preparát s obsahem buprenorfinu. Za lékaře předepisující nebo podávající substituční léčbu byli tedy označeni ti, kteří předepisují buď monopreparát s buprenorfinem (např. Subutex, Ravata), nebo kombinovaný preparát s buprenorfinem a naloxonem (Suboxone). Lékaři oboru psychiatrie by mohli ev. pracovat i v metadonovém substitučním centru, ale v souboru nebyl žádný psychiatr, který by nahlásil poskytování substituční léčby, ale přitom nepodával preparáty s buprenorfinem. Dále byly z analýzy vyřazeny 3 extrémní případy s vysokým počtem hlášených pacientů v substituci: 150 (internista), 100 a 76 případů (praktičtí lékaři pro dospělé). Případ s nejvyšším počtem pacientů na substituci, který v analýze zůstal, byl praktický lékař pro dospělé s 30 pacienty.

Lze odhadnout, že v r. 2014 v ČR přibližně 220 praktických lékařů a 20 praktických lékařů pro děti a dorost poskytovalo substituční léčbu preparáty na bázi buprenorfinu 1 300, resp. 300 pacientům, dohromady tedy přibližně 1 600 pacientům (tabulka 5-5).

tabulka 5-5: Odhad počtu pacientů v opiatové substituční léčbě u praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost v r. 2014

Pohlaví	Ukazatel	Praktičtí lékaři pro dospělé			Praktičtí lékaři pro děti a dorost		
		Celkem v léčbě	z toho		Celkem v léčbě	z toho	
			buprenorfin	buprenorfin s naloxonem		buprenorfin	buprenorfin s naloxonem
Muži	Střední hodnota	831	172	157	158	138	59
	95% CI – dolní mez	111	32	0	0	0	0
	95% CI – horní mez	1 551	313	351	378	338	176
Ženy	Střední hodnota	486	220	94	138	40	10
	95% CI – dolní mez	103	7	0	0	0	0
	95% CI – horní mez	870	432	225	331	101	29
Celkem	Střední hodnota	1 317	392	251	296	178	69
	95% CI – dolní mez	225	61	0	0	0	0
	95% CI – horní mez	2 409	723	571	709	427	206

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2015)

5.2.2 Lůžková péče

Detoxifikace od návykových látek byla v r. 2014 poskytována ve 49 lůžkových zařízeních (33 v r. 2013), z toho v 6 fakultních nemocnicích, 29 nemocnicích akutní péče a 14 psychiatrických nemocnicích. Jediným krajem bez možnosti detoxifikace byl stejně jako v minulých letech Karlovarský kraj. Vyčleněná lůžka k detoxifikaci byla vykázána v celkovém počtu 183 v 16 lůžkových zařízeních (153 v 16 zařízeních v r. 2013). V dalších 33 lůžkových zařízeních (17 v r. 2013) detoxifikovali pacienti na různých odděleních bez vyčleněných lůžek pro tyto účely.

Rezidenční abstinenci orientovanou léčbu pacientům závislým na návykových látkách poskytují v ČR převážně psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení nemocnic. Zejména v psychiatrických léčebnách je léčba organizována na speciálních odděleních pro léčbu závislosti. Počet psychiatrických lůžkových zařízení se v r. 2014 nezměnil – 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé a 3 pro děti, 30 psychiatrických oddělení nemocnic a 2 psychiatrická oddělení v ostatních lůžkových zařízeních). Počet lůžek na psychiatrických odděleních nemocnic se snížil.

Sekce terapeutických komunit A.N.O. dlouhodobě sdružuje celkem 14 zařízení¹³⁴ v 10 krajích (terapeutická komunita pro závislé neexistuje v Praze, krajích Karlovarském, Královéhradeckém, Pardubickém, Zlínském a Kraji Vysočina). Počet terapeutických komunit, které mají certifikát odborné způsobilosti, je dlouhodobě 10. V Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV¹³⁵ je dlouhodobě 13 terapeutických komunit poskytujících služby osobám ohroženým závislostí nebo závislým na návykových látkách. Sjednocení všech tří zdrojů tvoří 16 programů, jejichž seznam je uveden ve VZ 2013.

Do resortu školství spadá systém náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči, kam patří diagnostické ústavy pro děti a pro mládež, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, dětské domovy a střediska výchovné péče – celkem se v r. 2014 jednalo o 238 zařízení. Součástí 6 zařízení (v r. 2013 to bylo jen 5 zařízení) jsou oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou

¹³⁴ <http://www.terapeutickakomunita.cz/> [2015-08-05]

¹³⁵ <http://iregistr.mpsv.cz/> [2015-08-05]

závislosti¹³⁶ – celková kapacita těchto speciálních oddělení v r. 2014 byla 84 míst (meziroční nárůst o 16 míst) a pobyt v nich absolvovalo 200 dětí (meziroční nárůst o 63 osob) (MŠMT, 2015).

Počet a kapacitu programů lůžkových léčebných zařízení v r. 2014 uvádí tabulka 5-6.

tabulka 5-6: Síť adiktologických lůžkových léčebných zařízení v r. 2014

Typ zařízení		Počet programů	Kapacita (lůžka)	Charakteristika
Detoxifikace	➤ lůžková zdravotnická zařízení	16 (49*)	183	zdravotnická služba, jejímž účelem je obvykle na začátku léčby minimalizovat odvykací příznaky
	➤ věznice	5	n. a.	
Psychiatrická lůžková péče	➤ psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé	18	8 582	abstinenčně orientovaná zdravotnická léčba závislostí
	➤ psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti	3	250	v lůžkových zařízeních oboru psychiatrie, využívající
	➤ psychiatrická oddělení nemocnic	30	1 274	farmakologické
	➤ ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	2	66	i psychoterapeutické přístupy, určená pro všechny závislostní poruchy
Terapeutické komunity		16	277**	rezidenční péče na principu terapeutické komunity, jejíž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog
Zařízení speciálního školství		6	84	specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových školských zařízeních
Chráněné bydlení		10***	120	ubytování pro klienty programu následné péče, jejichž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog

Pozn.: * včetně zařízení s nevyčleněnými lůžky, ** odhadem 277, protože 10 programů podporovaných v dotačním řízení RVKPP mají kapacitu 173 míst, *** programy podpořené v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2014

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015b), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015e), MŠMT (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

5.2.3 Sčítání adiktologických služeb 2014

Na přelomu let 2014 a 2015 realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research průzkum Sčítání adiktologických služeb 2014. Šlo o druhou vlnu tohoto průzkumu v ČR, první vlna byla realizována v r. 2012 (Nechanská et al., 2013) (viz také VZ 2012). Bylo osloveno celkem 318 programů na základě kontaktů ze Sčítání adiktologických služeb z r. 2012 a z kontaktů Mapy pomoci na drogy-info.cz. Do analýzy bylo zařazeno 271 zařízení splňujících vstupní kritéria.¹³⁷

¹³⁶ Výchovné ústavy Dvůr Králové, Praha 9 – Klíčov, Žulová, Hostouň, oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí Cesta Řevnice a od září 2014 Výchovný ústav Pšov

¹³⁷ V rámci průzkumu pojem „zařízení“ označuje samostatnou organizační jednotku, tedy ordinaci, centrum, program apod., která má definovány cíle, postupy, pravidla a rozsah poskytovaných služeb a intervencí, cílovou skupinu, pracovní tým a vedoucího (zodpovědnou osobu). Je věcí provozovatele a jeho organizační struktury, jak jsou jednotlivá zařízení vymezena. Průzkum probíhal ve dvou fázích, nejprve musela zařízení projít 4bodovým vstupním filtrem: (1) Zabývá se vaše organizace léčbou nebo poradenstvím u uživatelů návykových látek / patologických hráčů? Pokud ano, pak musela kladně odpovědět na alespoň jednu z následujících 3 otázek: (2a) Je práce s uživateli návykových látek / patologickými hráči hlavní náplní vaší práce?, (2b) Je vaše zařízení držitelem certifikátu RVKPP?, (2c) Má zařízení smlouvu se zdravotní pojišťovnou na poskytování péče v oboru návykových nemocí?. V další fázi pokračoval sběr dat vyplněním dotazníku za asistence tazatele.

Nejčastěji byly zastoupeny služby se statutem zařízení sociálních služeb (58,3 %), zdravotnického zařízení (35,8 %), přičemž 15 služeb má zároveň statut zdravotnického zařízení i zařízení sociálních služeb, 1 zařízení zdravotní i církevní a 3 zařízení sociální i církevní. Téměř 40 % zařízení se v šetření identifikovala jako adiktologická služba, tj. specializovaná péče o osoby s problémy s návykovými látkami nebo závislostními poruchami, u které se předpokládá mezioborový charakter. Jako sociální služba se identifikovalo 34 % zařízení, psychiatrická zdravotnická péče 17 % zařízení (tabulka 5-7).

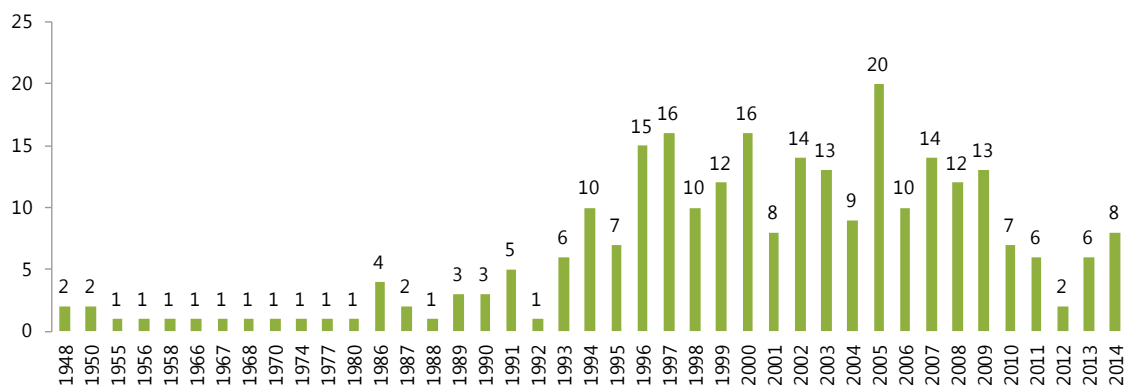
tabulka 5-7: Charakteristika hlavního zaměření programu

Charakter zařízení	Počet	Podíl v %
Adiktologická péče	107	39,5
Sociální služba	93	34,3
Psychiatrická zdravotnická péče	46	17,0
Speciálně pedagogické služby	4	1,5
Práce s osobami ve vězení	3	1,1
Duchovní a pastorační činnost	3	1,1
Jiná zdravotnická péče	1	0,4
Jiné	14	5,2
Celkem	271	100,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015c)

Adiktologická zařízení byla zakládána zejména v l. 1994–2011, nové programy vznikaly i v posledních 3 letech (graf 5-2).

graf 5-2: Počet programů podle roku založení



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015c)

Z hlediska územního rozložení byl nejvyšší počet adiktologických služeb zaznamenán ve Středočeském kraji (55), hl. m. Praze (51) a Moravskoslezském kraji (46). Celkem 265 zařízení mělo v r. 2014 v péči 88 tis. klientů.¹³⁸ Nejvíce zařízení (48) pracuje s klientelou o velikosti 200–300 osob. Nejvyšší počet klientů (více než 3 000) vykázaly především AT ambulance. Zařízení se převážně orientují na více cílových skupin, největší šanci nalézt odbornou službu mají uživatelé nelegálních drog (88,6 %), uživatelé alkoholu (63,5 %), psychoaktivních léků (58,3 %) a patologičtí/problémoví hráči (50,9 %). Stejně tak více než polovina dotázaných služeb poskytuje poradenství či terapii rodinným příslušníkům či osobám blízkým (tabulka 5-8).

¹³⁸ Klienti programů primární prevence nebyli započítáni (8 tis.).

tabulka 5-8: Hlavní cílové skupiny zařízení

Cílové skupiny	Počet	Podíl v %
Uživatelé nelegálních drog	240	88,6
Uživatelé alkoholu	172	63,5
Rodinní příslušníci a osoby blízké	160	59,0
Uživatelé psychoaktivních léků	158	58,3
Patologičtí hráči	138	50,9
Uživatelé jiných látek nebo osoby s jinými duševními poruchami nebo poruchami chování	103	38,0
Osoby s poruchami příjmu potravy	47	17,3

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015c)

Adiktologická zařízení poskytují především ambulantní léčbu a poradenství (134 zařízení) a nízkoprahové služby a poradenství (128). Rezidenční péči poskytuje 58 zařízení, z toho je 31 zdravotnických zařízení s 5–140 lůžky (průměrně 37). Poskytování následné péče uvedlo 93 zařízení, z toho následnou péči s chráněným či sociálním bydlením uvádí 48 zařízení s celkovou kapacitou 862 lůžek. Následnou péči poskytuje také řada psychiatrických lůžkových zařízení¹³⁹ a terapeutických komunit – mimo ně uvedlo poskytování následné péče 23 zařízení s 254 lůžky.

Ze 187 ambulantních a pobytových léčebných zařízení vedla poradník na zařazení klienta do péče více než polovina (51,3 %). V ambulantní léčbě pacienti čekají na péči v průměru 14 dní, maximálně až 95 dní. Mezi pobytovými službami (51 zařízení typu detoxifikace, rezidenční léčba a terapeutické komunity) vedlo poradník celkem 78 % zařízení, s průměrnou čekací dobou 29 dní, maximální čekací lhůta je jeden rok (pouze u jednoho zařízení). Průměrná čekací doba ve všech zařízeních činí 21 dní (tabulka 5-9).

tabulka 5-9: Doba od kontaktu po vstup do péče ve dnech podle typu zařízení

Typ služby	Počet zařízení	Maximum	Průměr
Ambulantní léčba a poradenství	59	95	14
Stacionární péče	9	60	11
Detoxifikace na lůžku	17	42	14
Rezidenční zdravotnická péče	17	60	24
Rezidenční péče typu terapeutické komunity	17	365	49
Následná péče	94	100	15
Celkem	213	365	13

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015c)

Více než polovina zařízení je držitelem certifikátu odborné způsobilosti RVKPP, téměř totožný počet zařízení disponuje registrací sociální služby MPSV. Oba procesy podstoupily nízkoprahové programy v 68 %, programy ambulantní léčby a poradenství v 32 %, zařízení následné péče v 28 % a zařízení primární prevence v 17 %. Počet zařízení s jednotlivými druhy certifikací a akreditací uvádí tabulka 5-10. Mezi akreditacemi/certifikacemi uvedenými v kategorii „jiné“ byla uvedena hodnocení kvality poskytovaných služeb Českou asociací streetwork, systém uznávání kvality specializované ambulantní péče ASAC či akreditace nemocnic.

¹³⁹ V lůžkových psychiatrických zařízeních jde nejčastěji o tzv. stabilizační pobyty, kdy pacienti, kteří prošli léčbou a v následujícím období porušili abstinenci, mohou absolvovat stabilizační kúru nejčastěji v délce 1 měsíce až 6 týdnů.

tabulka 5-10: Certifikáty a akreditace zařízení

Typ certifikátu/akreditace	Počet zařízení
Certifikát odborné způsobilosti RVKPP	157
Registrace sociální služby MPSV	154
Národní akreditace zdravotnického zařízení (SAK)	35
Certifikát programů primární prevence MŠMT	16
Jiná akreditace/certifikace	21

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015c)

Souhrnné náklady všech zařízení v r. 2014 činily 763 325 tis. Kč, v průměru 3 601 tis. Kč na zařízení. Zdroji financování byl především státní rozpočet, krajské a místní samosprávy, dary a jiné zdroje, především systém zdravotního pojištění. Nadnárodní zdroje (dotační programy EU, EHP a jiné) k financování využívá 21 % zařízení, jak uvádí tabulka 5-11.

tabulka 5-11: Zdroje financování zařízení

Zdroje	Počet zařízení	Podíl v %
Příspěvky/dotace nadnárodních orgánů		
Dotační programy EU (ESF, ERDF, ROP)	49	18
Finanční mechanismy EHP/Norska (tzv. norské fondy)	6	2
Program švýcarsko-české spolupráce	1	0
Jiné	9	3
Nečerpají z tohoto zdroje	214	79
Příspěvky/dotace orgánů národní správy		
MPSV	164	61
RVKPP	133	49
MZ	103	38
Úřad práce	20	7
MS	14	5
MŠMT	10	4
Ministerstvo kultury	2	1
Jiné (církvní sbírky, soukromí dárci atd.)	37	14
Nečerpají z tohoto zdroje	64	24
Příspěvky/dotace z krajských samospráv		
Hl. m. Praha	35	29
Středočeský	21	13
Jihočeský	16	8
Plzeňský	12	6
Karlovarský	8	4
Ústecký	21	3
Liberecký	10	8
Královéhradecký	6	4
Pardubický	3	2
Vysočina	8	1
Jihomoravský	21	3
Olomoucký	16	8
Zlínský	7	6
Moravskoslezský	16	3
Nečerpají z tohoto zdroje	78	6
Rozpočty místních samospráv	165	61
Dary nebo dotace z jiných zdrojů (včetně zdravotního pojištění)	118	44

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015c)

Ve srovnání zdravotních a sociálně/terapeutických profesí převažují v 57 % v adiktologických službách úvazky zdravotnických pracovníků (zdravotní sestra, lékař, adiktolog). Zaměstnaneckých úvazků lékařů s atestací v oboru návykových nemocí je 53 ve 40 zařízeních. Skupina zastoupená sociálními pracovníky, psychology, pedagogy a dalšími terapeutickými profesemi tvoří 36 % úvazků. Nadto je v adiktologických službách 334 úvazků ostatních odborností. Profesí zastoupenou v největším počtu zařízení je sociální pracovník (201 zařízení) (tabulka 5-12).

tabulka 5-12: Profesionální zastoupení v adiktologických službách podle typu smlouvy

Odbornost	Zaměstnanecké úvazky		DPP/DPČ	
	Počet úvazků	Počet zařízení	Počet úvazků	Počet zařízení
Zdravotní sestra	537	71	62	25
Sociální pracovník	467	201	111	53
Adiktolog	176	103	27	15
Lékař s atestací v oboru psychiatrie	148	83	32	26
Psycholog	140	90	34	24
Jiný zdravotnický pracovník	103	21	10	4
Psychoterapeut	94	55	24	13
Pedagog, speciální pedagog	59	35	15	10
Lékař s atestací v oboru návykových nemocí	53	40	8	7
Lékař s atestací v jiném oboru	38	22	10	6
Ergoterapeut, arteterapeut, fyzioterapeut	35	21	13	8
Ostatní	334	120	158	46
Celkem	2 184	862	504	237

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015c)

Kromě češtiny jsou služby poskytovány nejvíce ve slovenštině (142 zařízení), angličtině (62), ruštině (28), polštině (15), němčině (12). Tři zařízení poskytují služby ve znakové řeči a pouze jedna služba v romštině, výjimečně zařízení služby nabízí v arabštině, francouzštině, chorvatštině a maďarštině.

Z prováděných intervencí dominuje v 82 % zařízeních orientační diagnostika užívání návykových látek vyjma tabáku a alkoholu, dále je prováděna orientační diagnostika užívání alkoholu v 71 % a více než polovina zařízení provádí komplexní diagnostiku užívání návykových látek (58 %). Orientační diagnostika duševních poruch, užívání tabáku a komplexní diagnostika duševního zdraví byla prováděna ve více než třetině zařízení (tabulka 5-13). Ze 128 nízkoprahových zařízení distribuovalo či vyměňovalo injekční materiál 77 %, želatinové kapsle 66 % a aluminiovou fólii 57 % zařízení. Součástí služeb je nabídka či povinnost klienta podrobit se různým testům, z nichž je nejvíce používán test na přítomnost drog (65 %), polovina zařízení používá dechové zkoušky nebo jiný test na přítomnost alkoholu. Z infekčních chorob testuje na VHC 45 %, HIV 41 %, VHB 38 %, pohlavně přenosné choroby 35 % a TBC 8 % zařízení. Z dalších intervencí je nejvíce nabízeno individuální poradenství 93 %, rodinné poradenství 75 % a dále sociální intervence jako pomoc s hledáním práce, s bydlením a řešením dluhů. Překvapivě nízký počet zařízení nabízí vrstevnickou podporu (peer support) a podporované zaměstnávání, a to pouze 10 %, resp. 9 % všech zařízení (tabulka 5-14).

tabulka 5-13: Vstupní zhodnocení a diagnostika klienta podle typu vyšetření

Typ zhodnocení a diagnostiky	Počet zařízení	Podíl v %
Orientační diagnostika užívání návykových látek (vyjma tabáku a alkoholu)	221	82
Orientační diagnostika užívání alkoholu	193	71
Komplexní diagnostika užívání návykových látek	158	58
Orientační diagnostika duševních poruch	107	39
Orientační diagnostika užívání tabáku	103	38
Komplexní diagnostika duševního zdraví	85	31

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015c)

tabulka 5-14: Počet poskytovaných intervencí v zařízeních

Poskytované intervence	Počet zařízení	Podíl v %
Individuální poradenství	253	93
Rodinné poradenství	203	75
Poradenství a pomoc s hledáním pracovních příležitostí pro klienty	186	69
Testování na přítomnost drog ve vzorcích biologického materiálu (moč, sliny, pot)	175	65
Pomoc s dluhy	174	64
Pomoc klientům s hledáním bydlení	167	62
Skupinové poradenství	155	57
Dechové zkoušky nebo jiný typ testování na přítomnost alkoholu (etanolu) v krvi	140	52
Právní poradenství	137	51
Individuální psychoterapie	136	50
Testování na virovou hepatitidu typu C	123	45
Následná péče/další péče	121	45
Testování na HIV	112	41
Skupinová psychoterapie	106	39
Testování na virovou hepatitidu typu B	104	38
Rodinná psychoterapie	100	37
Testování na pohlavně přenosné choroby	94	35
Farmakoterapie psychiatrické symptomatologie, poruch a komorbidit	76	28
Averzivní terapie (disulfiram)	67	25
Poradenství v oblasti odvykání kouření	66	24
Pomoc v oblasti rodinného, partnerského či domácího násilí (fyzického, sexuálního a psychického týrání)	66	24
Organizace a podpora svépomocné skupiny (např. typu AA, NA, GA)	56	21
Medikace sloužící k odvykání kouření tabáku (např. bupropion, vareniklin)	54	20
Arteterapie	54	20
Podpůrná léčba akamprosatem	52	19
Příprava na propuštění z lůžkové/rezidenční péče	47	17
Substituční terapie buprenorfinem v kombinaci s naloxonem	43	16
Poskytování chráněného bydlení klientům, domy na půl cesty atd.	38	14
Podpůrná léčba naltrexonem	37	14
Substituční terapie buprenorfinem (např. Subutex®)	36	13
Nikotinové náhrady	34	13
Vrstevnická podpora (peer support)	28	10
Poskytování chráněného zaměstnání	25	9
Péče o děti klientů	24	9
Orientační testování na tuberkulózu	22	8
Substituční terapie metadonem	19	7
Příprava na propuštění z vězení	17	6
Možnost pobytu dětí v zařízení společně s hospitalizovaným klientem	12	4

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015c)

5.3 Charakteristiky léčené populace

5.3.1 Registr žádostí o léčbu

Registr žádostí o léčbu spravovaný hygienickou službou fungoval ve své stávající podobě do r. 2014. Od r. 2015 došlo k jeho spojení se substitučním registrem do nově vzniklého Národního registru léčby uživatelů drog (blíže viz kapitolu Národní registr léčby uživatelů drog, str. 94).

Údaje o léčených klientech v r. 2014 nahlásilo do registru celkem 194 programů, přičemž více než polovina (51,5 %) hlášení pochází z 66 nízkoprahových programů, čtvrtina (24,5 %) z 84 ambulantních programů a čtvrtina (24,0 %) ze 44 pobytových léčebných zařízení (Füleová et al., 2015). Nejčastěji zastoupenými regiony v registru byly Moravskoslezský kraj (31 hlásících zařízení),

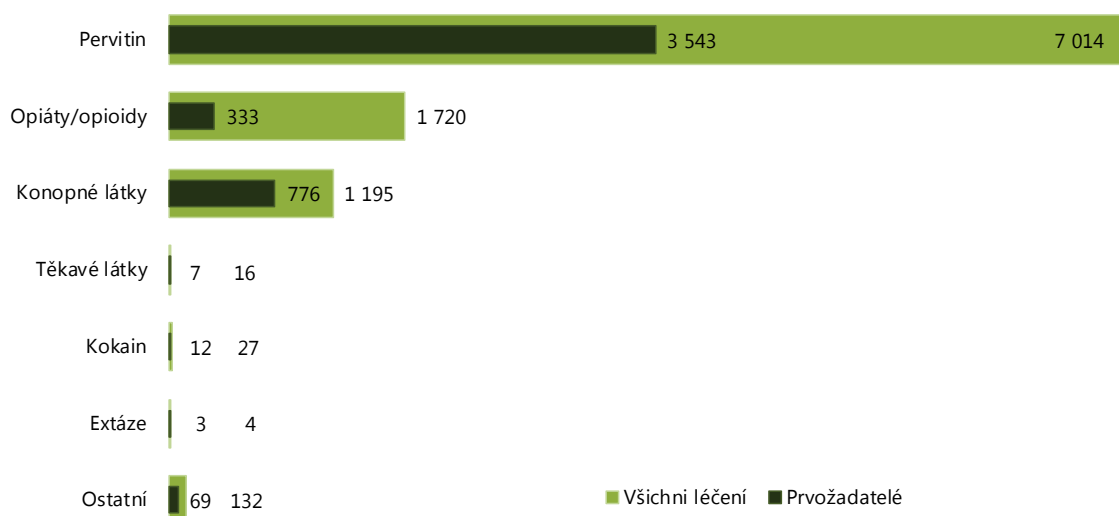
Praha (30) a Olomoucký kraj (27). Celkově bylo v r. 2014 evidováno 10 108 žadatelů o léčbu, z nichž 4 743 zahájilo léčbu v souvislosti s užíváním drog poprvé v životě (tzv. prvožadatelé).

Z hlediska užívaných drog je nejčastější pervitin, který jako hlavní užívanou látku označilo 7 014 osob (69,4 %), následovaný opiáty/opioidy (1 720; 17,0 %) a kanabinoidy (1 195; 11,8 %). U prvožadatelů o léčbu je pořadí podle primární drogy jiné – nejvyšší počet je u pervitinu, následují konopné látky a opiáty/opioidy (graf 5-3).

Nejvyšší počet nově evidovaných klientů byl v r. 2014 v kraji Jihomoravském (683 osob), Olomouckém (653 osob), Ústeckém (631 osob), v Praze (609 osob) a v kraji Moravskoslezském (484 osob). Nejvyšší počet klientů byl v r. 2014 hlášen v Praze (1 630 osob), dále v krajích Ústeckém (1 475 osob), Středočeském (1 189 osob) a Jihomoravském kraj (1 140 osob). Nejvyšší počet léčených klientů v přepočtu na počet obyvatel bylo v r. 2014 vykázáno v kraji Ústeckém (178,8/100 tis. obyvatel), dále v Kraji Vysočina (159,7), Olomouckém (154,2), Praze (131,1) a Jihomoravském kraji (97,4) (mapa 5-1).

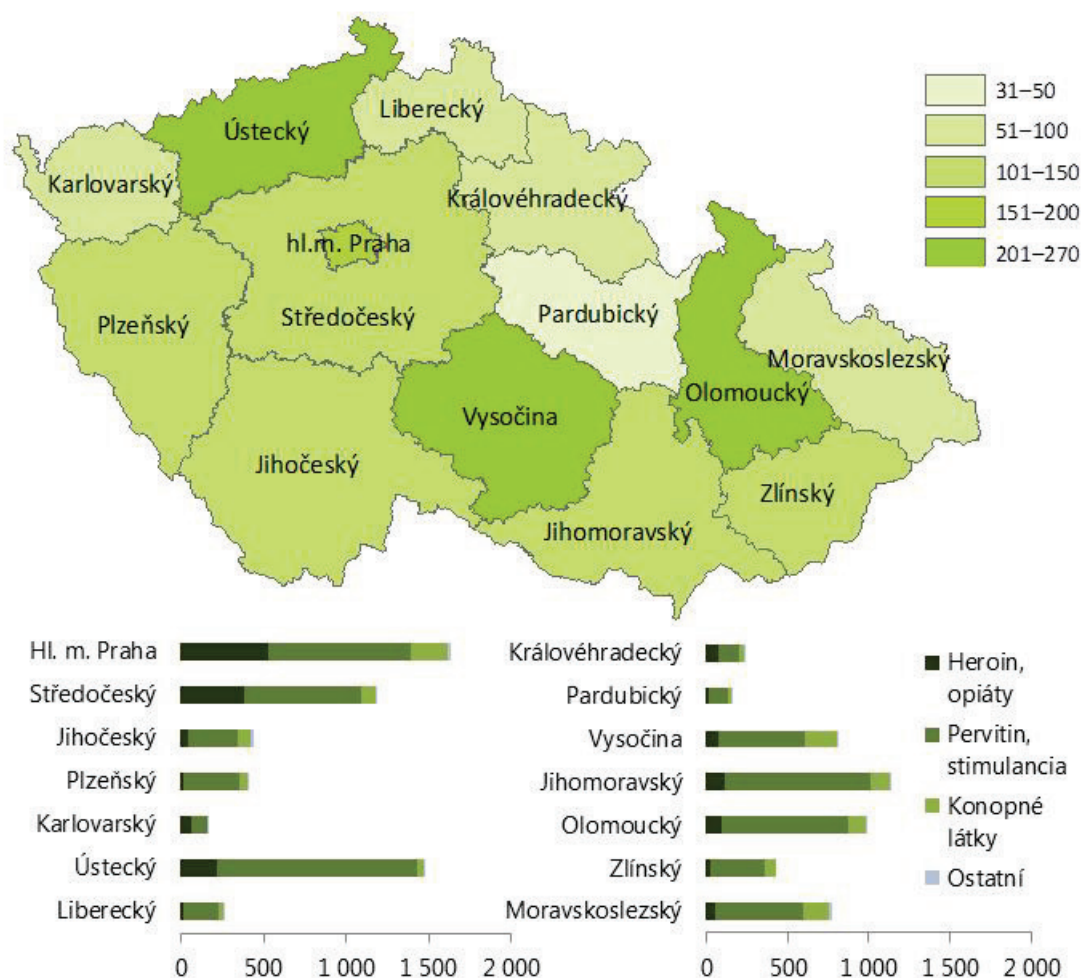
Poměr mužů a žen v populaci žadatelů o léčbu je v posledních letech přibližně 2 : 1 (2,1 : 1 v r. 2014), podíl žen dlouhodobě mírně roste. V mladších věkových skupinách je podíl žen vyšší, nejvyrovnanější je poměr mužů a žen u skupiny 15–19letých (1,2 : 1). Podíl žen je nejvyšší u hypnotik/sedativ a halucinogenů, kde je podíl žen přibližně 60 %. Průměrný věk všech léčených uživatelů v r. 2014 byl 28,9 let (muži 29,8, ženy 27,0) a 27,1 let (muži 27,9, ženy 25,5) u prvožadatelů. Průměrný věk žadatelů o léčbu se u obou pohlaví dlouhodobě zvyšuje.

graf 5-3: Struktura žadatelů o léčbu podle primární drogy v r. 2014



Zdroj: Füleová et al. (2015)

mapa 5-1: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2014 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let



Zdroj: Füleová et al. (2015)

5.3.2 Klienti ambulantních programů

Přibližně dvě třetiny klientů ambulantních adiktologických programů tvoří muži – relativně nejvíce mužů bylo mezi klienty záchytek (85 %) a nejméně v psychoterapeutických stacionářích (přibližně polovina). Podíl dětí a mladistvých je velmi nízký – pod 5 % ve všech typech programů. Podíl různých typů návykových látek se významně liší v závislosti na typu programu (tabulka 5-15).

tabulka 5-15: Uživatelé návykových látek v ambulantních adiktologických programech v r. 2014

Typ zařízení		Počet klientů	Podíl v %	
			ženy	osoby do 20 let
Nízkoprahová kontaktní centra		17 578	32	n. a.
Záchytné stanice		23 903	15	2
Ambulantní léčba	➤ ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie ⁺	36 379	36	3
	➤ ambulantní (nezdravotnické) programy*	1 940	36	n. a.
Substituční léčba	➤ registr substituční léčby	2 314	30	0
	➤ roční výkaz psychiatrů a praktických lékařů ⁺	2 485	31	n. a.
Věznice	➤ substituční léčba	50	n. a.	n. a.
	➤ dobrovolná léčba	504	0	n. a.
	➤ ochranná léčba	188	25	n. a.
	➤ bezdrogové zóny**	3 528	3	n. a.
	➤ programy NNO	8 073	n. a.	n. a.
Krizová centra ⁺		73	22	4
Psychoterapeutické stacionáře ⁺		343	47	3
Speciální programy následné péče		680	36	n. a.
Centra pro závislé na tabáku		n. a.	–	–

Pozn.: * ambulantní programy dotované RVKPP, které nemají statut zdravotnického zařízení, ** 3 323 osob v bezdrogových zónách standardních a 205 osob v bezdrogových zónách s terapeutickým režimem, ⁺ Údaje se vztahují k r. 2013, neboť za r. 2014 není k dispozici.

Zdroje: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c), Nechanská (2015), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015c), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

V nízkoprahových kontaktních centrech bylo v r. 2014 hlášeno 17 578 uživatelů návykových látek (18 149 v r. 2013), z toho 11 671 uživatelů pervitinu (12 468 v r. 2013), 2852 opiátů/opioidů (3 395), uživatelů alkoholu bylo v nízkoprahových zařízeních vykázáno pouze 306 (592). Ženy tvořily 30 % klientů.

Pacientů v psychiatrických ambulancích bývá ročně léčeno kolem 36 tisíc, z nich nejvíce je evidovaných s poruchami způsobenými užíváním alkoholu – více než 60 %, pacientů s poruchami způsobenými užíváním nealkoholových drog (bez tabáku) bývá ročně necelých 40 %, uživatelů tabáku pouze necelá 2 %. Nejvíce uživatelů nealkoholových drog bývá ročně léčeno pro zneužívání stimulantů mimo kokainu (cca 25 %), kam v ČR patří především pervitin (24 %), užívání více drog současně (23 %) a opiátů/opioidů (23 %). Podíl pacientů léčených pro užívání konopných látek se pohybuje kolem 10 % a pro užívání sedativ a hypnotik 16 %. Počet a podíl uživatelů ostatních drog byl velmi nízký. U všech sledovaných návykových látek bývá každý rok vyšší podíl mužů než žen, výjimku tvořila sedativa a hypnotika, kde bývá podíl žen téměř 60 %. Data za rok 2014 nejsou k dispozici. Pro data do r. 2013 viz VZ 2013, případně VZ z předchozích let.

Během r. 2014 bylo v registru substituční léčby evidováno 2 314 léčených osob, necelých 30 % tvořily ženy. Více než 68 % z celkového počtu pacientů ve sledovaném roce bylo ve věku 30–39 let a téměř 17 % ve věku 20–29 let. Mladistvých ve věku 15–19 let byla pouze 2 %. V r. 2014 byla 71 % poskytována substituční léčba buprenorfinem (z nich 37 % kombinovaným přípravkem Suboxone[®]), 29 % metadonem.

Z 23 903 osob, jimž byly poskytnuty služby v záchytných stanicích v r. 2014, bylo 357 (2 %) intoxikováno nealkoholovými drogami. Z tohoto počtu bylo 15 % žen, podíl mladistvých do 20 let byl 2 % a podíl starších 65 let byl téměř 7 %.

Cílovou skupinu nízkoprahových zařízení pro uživatele drog blíže popisuje kapitola Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 137), adiktologických služeb ve věznicích kapitola Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 178) a služeb následné péče kapitola Sociální reintegrace (str. 158).

5.3.3 Klienti lůžkových zařízení

Ve všech rezidenčních programech tvoří muži přibližně dvě třetiny klientů. Podíl dětí a mladistvých je nízký, pod 10 % (s výjimkou dětských psychiatrických léčeben) (tabulka 5-16).

tabulka 5-16: Počet klientů (uživatelů návykových látek) v lůžkových léčebných zařízeních v r. 2013

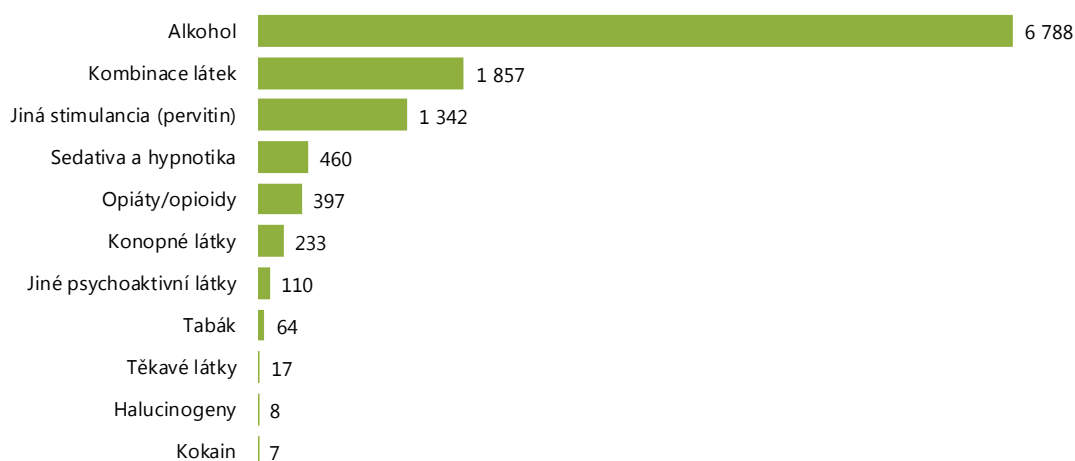
Typ zařízení	Počet klientů	Podíl v %		
		ženy	osoby do 20 let	
Detoxifikace	> lůžková zdravotnická zařízení	11 283	32	6
	> věznice	154	13	n. a.
Psychiatrická lůžková péče	> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé	11 911	29	3
	> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti	17	47	100
	> psychiatrická oddělení nemocnic	4 374	37	8
	> ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	86	34	2
Terapeutické komunity*	401	33	n. a.	
Zařízení speciálního školství**	200	22	100	

Pozn.: * údaje z 10 komunit podpořených v dotačním řízení RVKPP, ** 4 z 5 zařízení jsou určena pouze pro chlapce

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015b), MŠMT (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

Pro detoxifikaci od návykových látek bylo v r. 2014 hospitalizováno celkem 11 283 pacientů (9 361 v r. 2013), z nichž více než třetinu tvořily ženy a více než 6 % děti a mladiství ve věku do 20 let. Více než 60 % pacientů, tj. 6 788 (60,2 %), byla hospitalizována pro detoxifikaci od alkoholu, pro nealkoholové drogy bylo detoxifikováno 4 495 pacientů. Pokud jde o nealkoholové drogy, nejvíce pacientů bylo detoxifikováno od kombinace dvou a více látek (1 857 pacientů, tj. 41 % uživatelů nealkoholových drog), téměř třetina (1 342 pacientů) od jiných stimulantů a více než 10 % (460 pacientů) od sedativ a hypnotik. Hospitalizace pro detoxifikaci od ostatních nealkoholových drog tvořily necelou pětinu (836 pacientů) (graf 5-4).

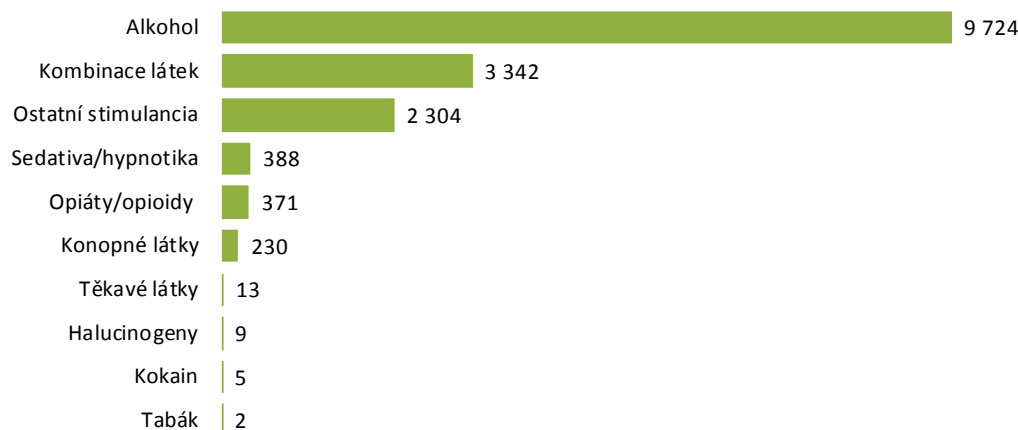
graf 5-4: Struktura pacientů hospitalizovaných pro detoxifikaci od návykových látek podle drogy v r. 2014



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015e)

V r. 2014 bylo evidováno 16 388 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9 724 (59 %) pro alkohol, 6 664 (41 %) pro nealkoholové drogy. Téměř třetinu hospitalizací tvořily ženy a více než 4 % děti a mladiství do 20 let. Necelé tři čtvrtiny hospitalizací se uskutečnily v psychiatrických léčebnách/nemocnicích, čtvrtina byla na psychiatrických odděleních nemocnic. U hospitalizací uživatelů nealkoholových drog bylo nejčastější příčinou užívání kombinace látek (20 %), dále užívání stimulantů mimo kokain (14 %), sedativa a hypnotika a opiátů/opioidů (obě 2 %) (graf 5-5).

graf 5-5: Struktura pacientů v lůžkové psychiatrické péči podle drogy v r. 2014



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015b)

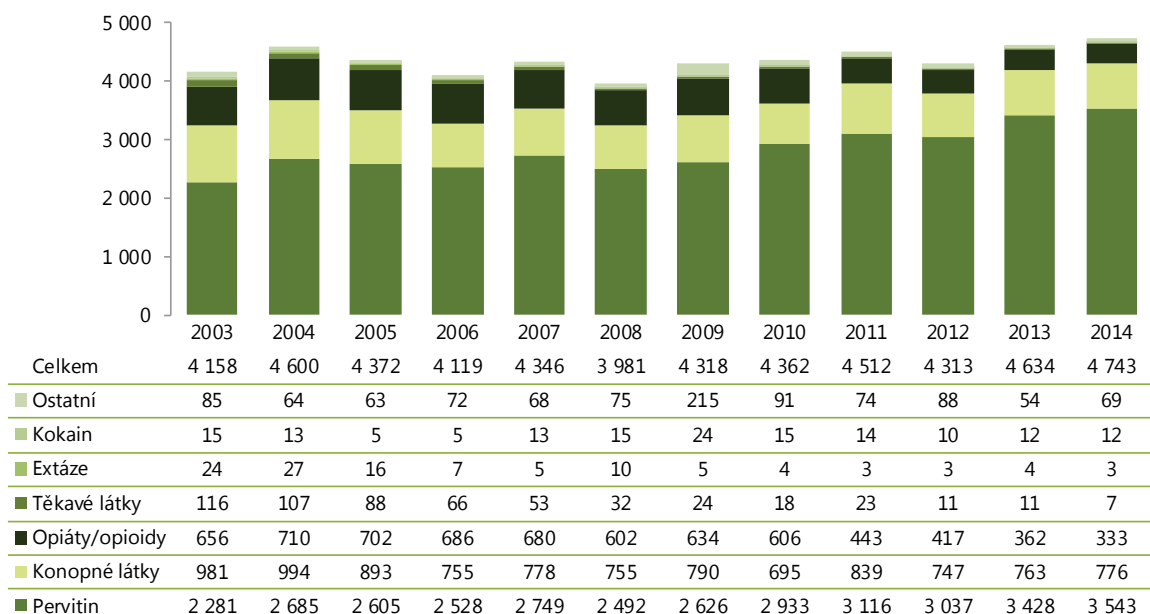
Klientelu terapeutických komunit tvoří z jedné třetiny ženy. Většina jejich klientů byla v r. 2014 injekčními uživateli drog (85 %), přičemž největší skupinu tvořili opět uživatelé stimulancií, resp. pervitinu (83 %); uživatelé opiátů/opioidů byli zastoupeni v 9 % a uživatelé konopných látek ve 4 %. Primární problematika alkoholu a hráčství se objevuje sporadicky, celkem se v tomto typu zařízení léčilo 5 klientů se základní drogou alkohol a 1 klient primárně kvůli patologickému hráčství.

5.4 Trendy léčených uživatelů drog

5.4.1 Vývoj počtu klientů v Registru žádostí o léčbu

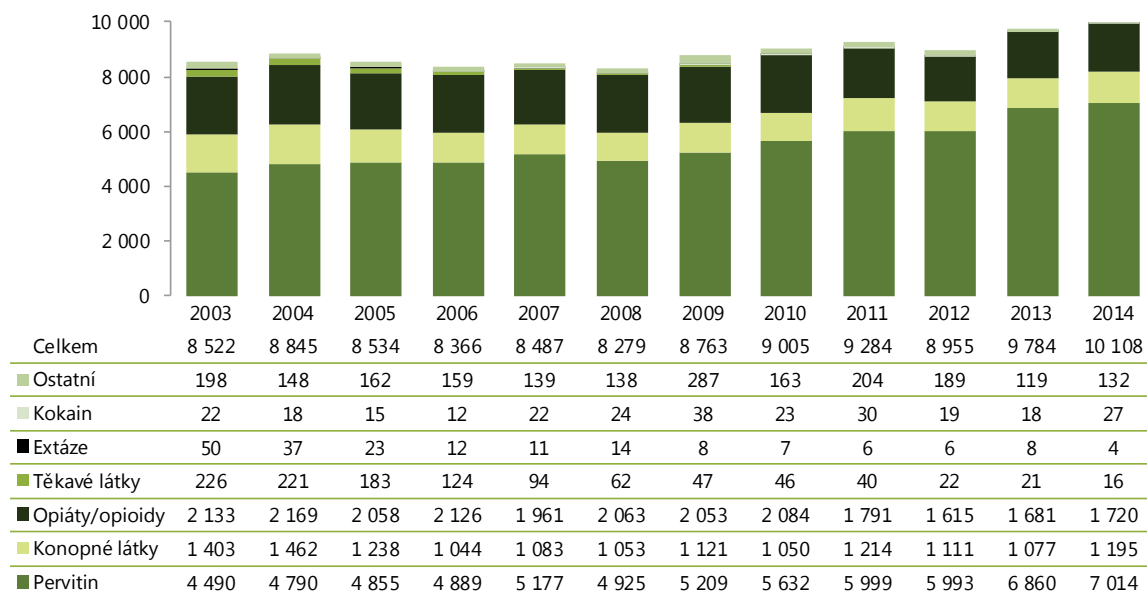
Registr žádostí o léčbu neshromažďuje informace o uživatelích alkoholu a tabáku jako primárních drog. Osoby žádající o léčbu poprvé v životě (prvožadatelé) tvoří dlouhodobě přibližně polovinu všech případů v registru. Uživatelé pervitinu jako primární drogy tvoří kolem 70 % všech žadatelů a jejich počet dlouhodobě roste. Dlouhodobě je naopak patrný úbytek uživatelů opiátů/opioidů, který jde na vrub zejména heroinu, mírně roste počet léčených uživatelů buprenorfinu (graf 5-6 až graf 5-8).

graf 5-6: Vývoj počtu prvožadatelů v Registru žádostí o léčbu podle základní drogy v l. 2003–2014



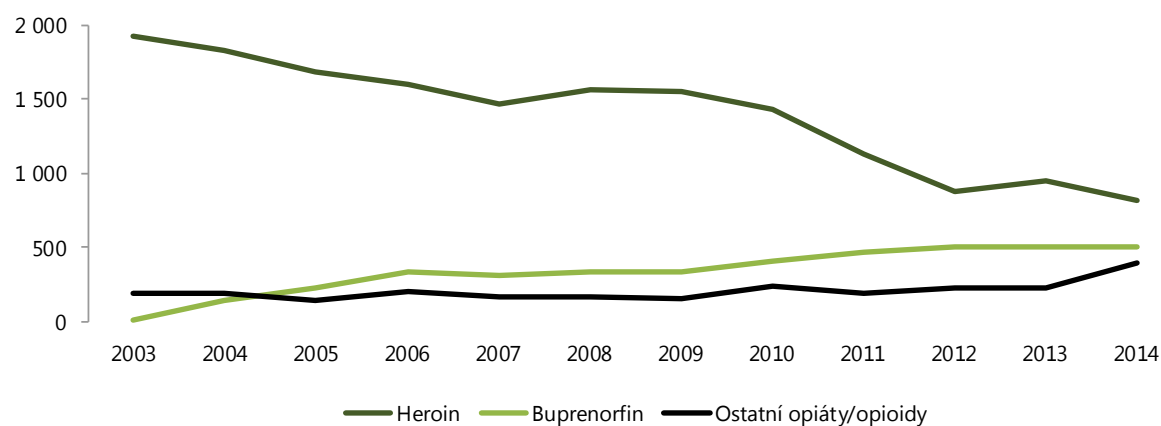
Zdroj: Füleová et al. (2015)

graf 5-7: Vývoj počtu všech klientů v Registru žádostí o léčbu podle základní drogy v l. 2003–2014



Zdroj: Füleová et al. (2015)

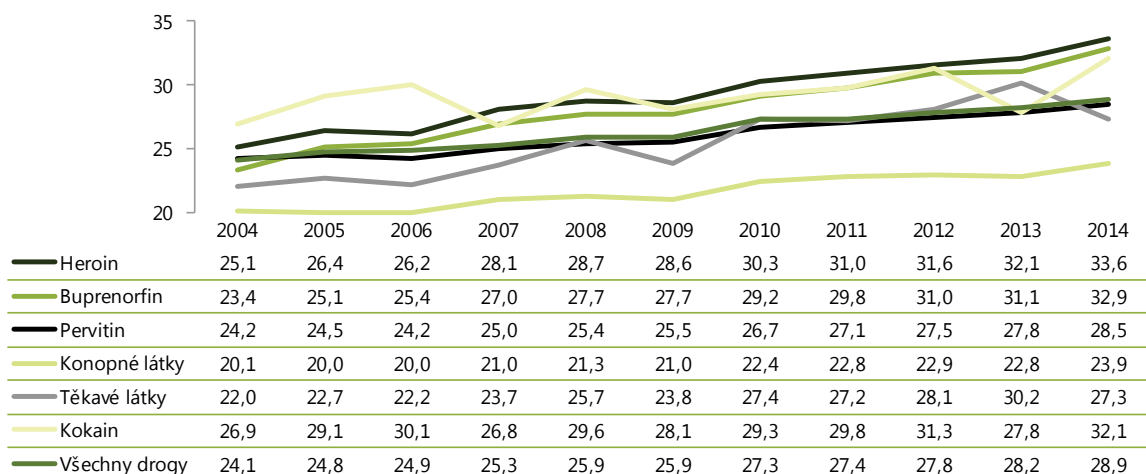
graf 5-8: Vývoj počtu uživatelů opiátů/opioidů mezi všemi klienty v Registru žádostí o léčbu v l. 2003–2014



Zdroj: Füleová et al. (2015)

Uživatelé drog stárnou a tento trend se týká uživatelů všech drog, v r. 2014 byl průměrný věk žadatelů o léčbu téměř 29 let. V průměru nejstarší jsou uživatelé opiátů/opioidů (33–34 let), naopak uživatelé konopných látek jsou v průměru nejmladší (24 let) (graf 5-9).

graf 5-9: Průměrný věk žadatelů o léčbu podle základní drogy v l. 2004–2013

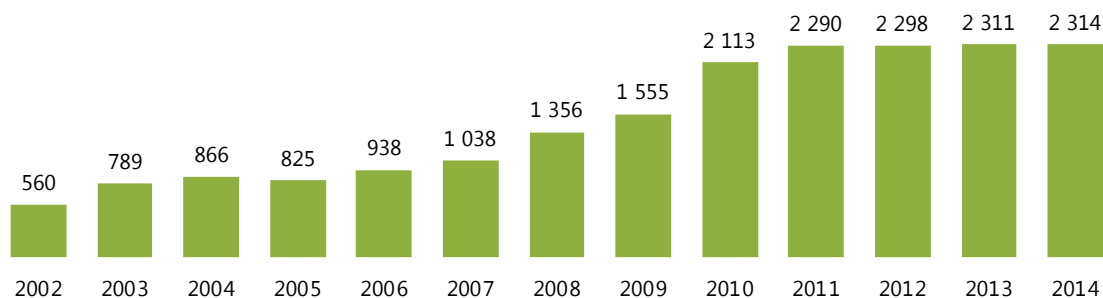


Zdroj: Füleová et al. (2015)

5.4.2 Vývoj počtu klientů v ostatních informačních systémech

Počty léčených nahlášených do registru substituční léčby strmě rostly od r. 2007, kdy byla spuštěna webová aplikace, až do r. 2010. V r. 2011 došlo ke zpomalení nárůstu a v l. 2011–2014 se počty léčených substituční léčbou prakticky nezměnily (graf 5-10).

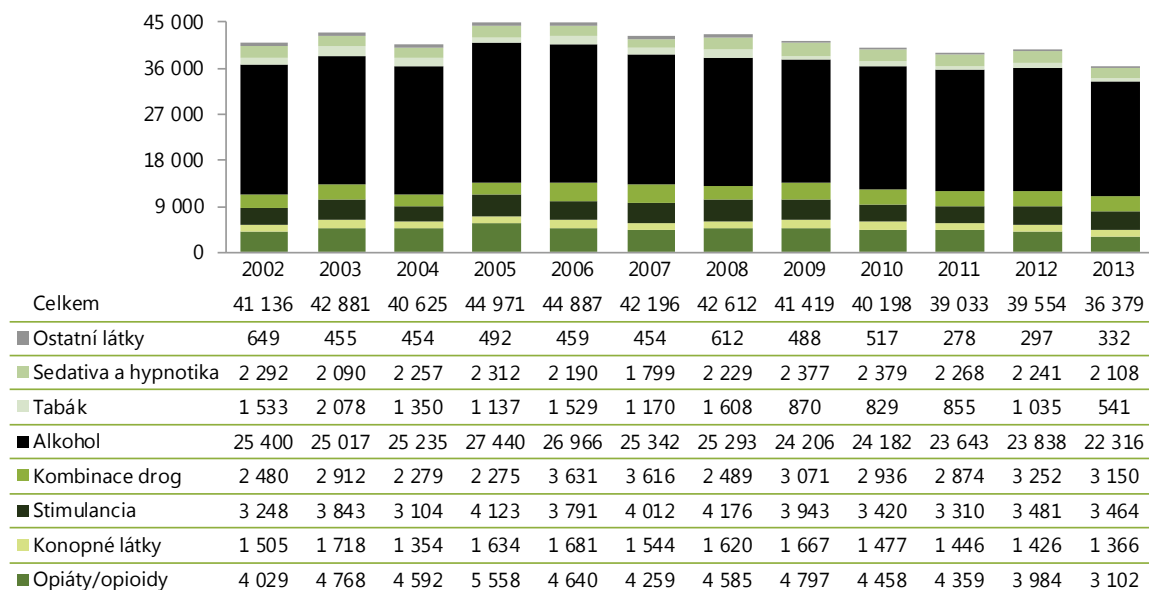
graf 5-10: Počet léčených klientů v substituční léčbě v l. 2002–2014



Zdroj: Nechanská (2015)

Počet pacientů léčených v ambulantních psychiatrických zařízeních se v l. 2002–2009 s výkyvy pohyboval mezi 15,5 a 16,5 tis. pacientů. Od r. 2009 se jejich počty postupně snižovaly, a to především z důvodu snižování počtu pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním opiátů/opioidů (graf 5-11). Data za r. 2014 nejsou k dispozici.

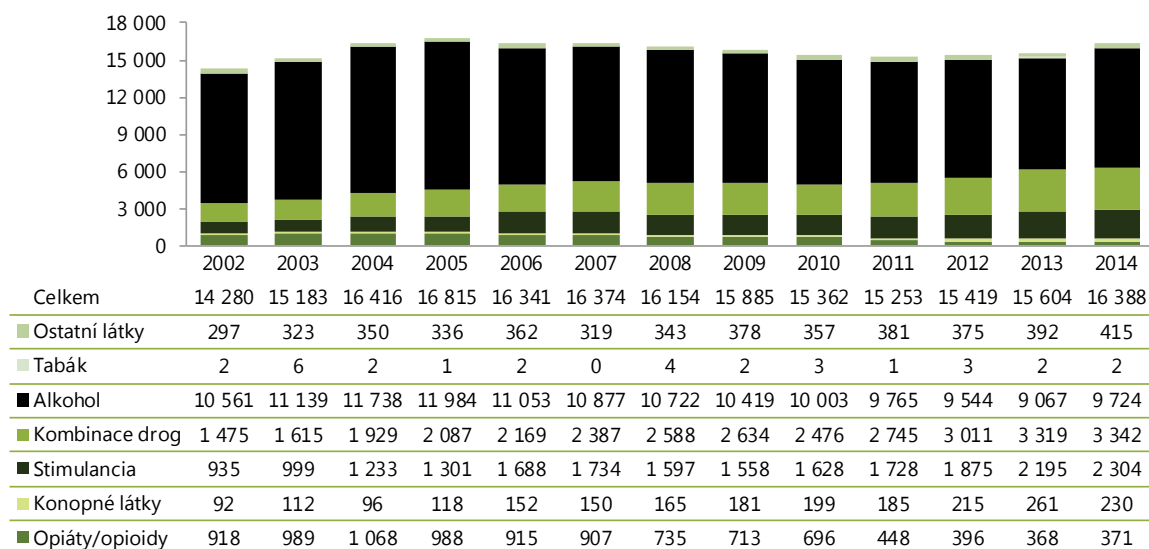
graf 5-11: Počet léčených pacientů v ambulantní psychiatrické léčbě v l. 2002–2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c)

Počet hospitalizací u nealkoholových drog (mimo tabák) dlouhodobě narůstá. Největší vliv na tento nárůst měl zvyšující se počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním stimulancií a kombinace více látek. Ve sledovaném období došlo k významnému snížení počtu hospitalizací pro užívání opiátů/opioidů (graf 5-12).

graf 5-12: Počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v l. 2002–2014



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015b)

>6

Kapitola 6:

Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

- V r. 2014 bylo nově diagnostikováno 9 HIV pozitivních osob, u kterých došlo k nákaze nejpravděpodobněji injekčním užíváním drog. Promořenost HIV mezi injekčními uživateli drog (IUD) zůstává v ČR stále velmi nízká do 1 %. Počet nově hlášených případů VHC u injekčních uživatelů drog se meziročně snížil, prevalence VHC mezi injekčními uživateli drog zůstává na stejné úrovni – pohybuje se v rozmezí cca 15–50 % podle charakteristik souboru vyšetřených. Počet případů VHB u IUD dlouhodobě klesá i díky plošné vakcinaci.
- Podíl injekční aplikace mezi problémovými uživateli opiátů/opioidů a pervitinu je stále vysoký. Také proto se v posledních letech zaměřila pozornost výzkumníků a terapeutů na fenomén tzv. závislosti na jehle.
- Data o drogových úmrtích ze soudnělékařských oddělení jsou k dispozici pouze za r. 2012, kdy bylo hlášeno 38 případů předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, z toho 12 opiátů/opioidy, 16 pervitinem a 10 těkavými látkami. V obecném registru mortality bylo v r. 2014 hlášeno 48 případů, z toho bylo 14 předávkování opiátů/opioidy, 10 případů předávkování stimulancií mimo kokainu (převážně pravděpodobně pervitinem) a 13 těkavými látkami a 11 blíže neurčenými látkami.
- V r. 2014 bylo identifikováno 322 případů smrtelných předávkování etanolem a 7 smrtelných otrav metanolem (9 v r. 2013), což je pokles ve srovnání s 36 případy v r. 2012, kdy v září začal hromadný výskyt otrav metanolem.
- Vliv alkoholu na dopravní nehodovost postupně klesá, podíl usmrčených při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu se však v posledních letech zvyšuje (na 10 % v r. 2014), podíl usmrčených při nehodách pod vlivem nealkoholových drog je řádově nižší (1 %). Nejvíce nehod pod vlivem návykových látek připadá na řidiče osobních automobilů a cyklisty – cyklisté rovněž vykazují nejvyšší podíl ovlivnění návykovými látkami při nehodách, které zaviní.

6.1 Infekce spojené s užíváním drog

6.1.1 Nově diagnostikované případy

6.1.1.1 HIV/AIDS

Podle dat Státního zdravotního ústavu Praha (SZÚ) je podíl přenosu viru HIV prostřednictvím injekčního užívání drog dlouhodobě nízký. V r. 2014 bylo nově diagnostikováno 9 případů HIV u injekčních uživatelů drog (IUD), tj. osob, u nichž došlo k přenosu infekce HIV velmi pravděpodobně prostřednictvím injekčního užívání drog. V anamnéze mělo injekční užívání drog dalších 12 nově diagnostikovaných HIV pozitivních osob (tabulka 6-1). Dominantní cestou přenosu HIV v ČR je sexuální styk mezi muži, tato cesta přenosu tvoří 72,4 % ze všech nových případů v r. 2014 (Státní zdravotní ústav Praha, 2015a).

tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2014 podle způsobu přenosu

Způsob přenosu	1985–2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Celkem
IUD	32	4	4	12	8	4	4	7	5	6	9	95
> muži	26	3	3	5	7	4	3	7	2	4	4	68
> ženy	6	1	1	7	1	0	1	0	3	2	5	27
Homo/bisexuální styk a IUD	12	1	1	5	4	3	3	5	5	4	6	49
Jiný s IUD	27	2	2	5	2	3	5	2	2	3	6	59
v anamnéze												
Jiný bez IUD	665	83	83	99	134	146	168	139	200	222	212	2 151
v anamnéze												
Celkem	736	90	91	121	148	156	180	153	212	235	232	2 354

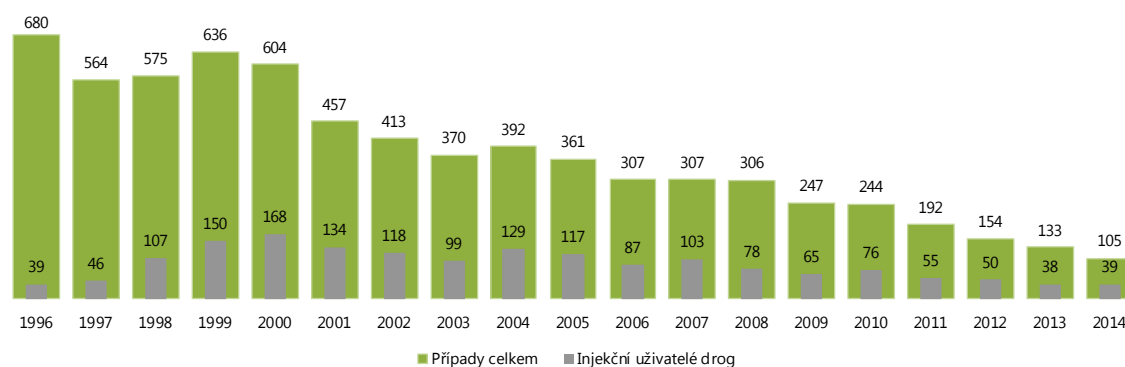
Pozn.: Počet případů se průběžně upravuje i za předchozí léta – úpravy vyplývají ze zjištěných duplicit a z dodatečného upřesnění informací o způsobu přenosu.

Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2015c)

6.1.1.2 Virové hepatitidy

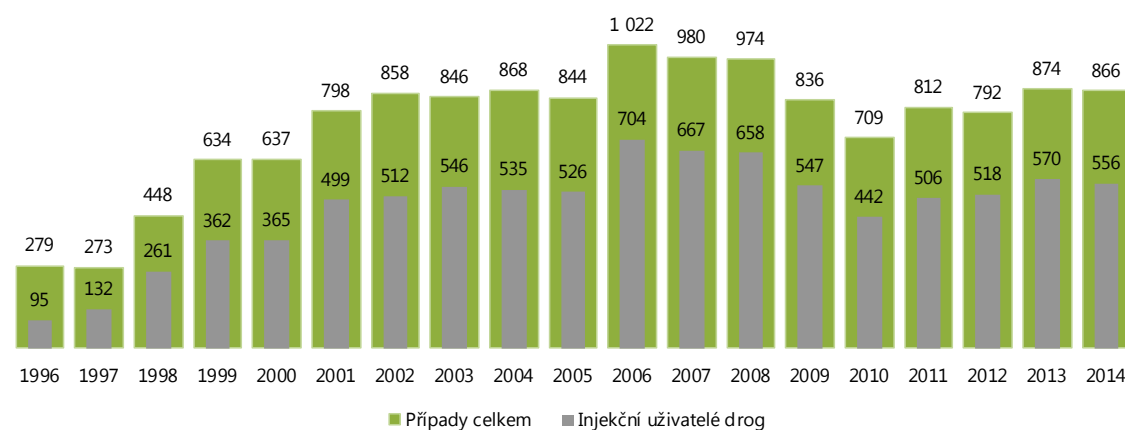
V posledních letech klesá počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB, dg. B16) celkem i mezi IUD. U virové hepatitidy typu C (VHC, dg. B17.1 a B18.2) došlo v r. 2014 k mírnému poklesu celkem i mezi IUD, kteří tvoří 64 % všech nakažených. Dlouhodobě roste průměrný věk nakažených injekčních uživatelů drog (graf 6-1 až graf 6-3).

graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2014



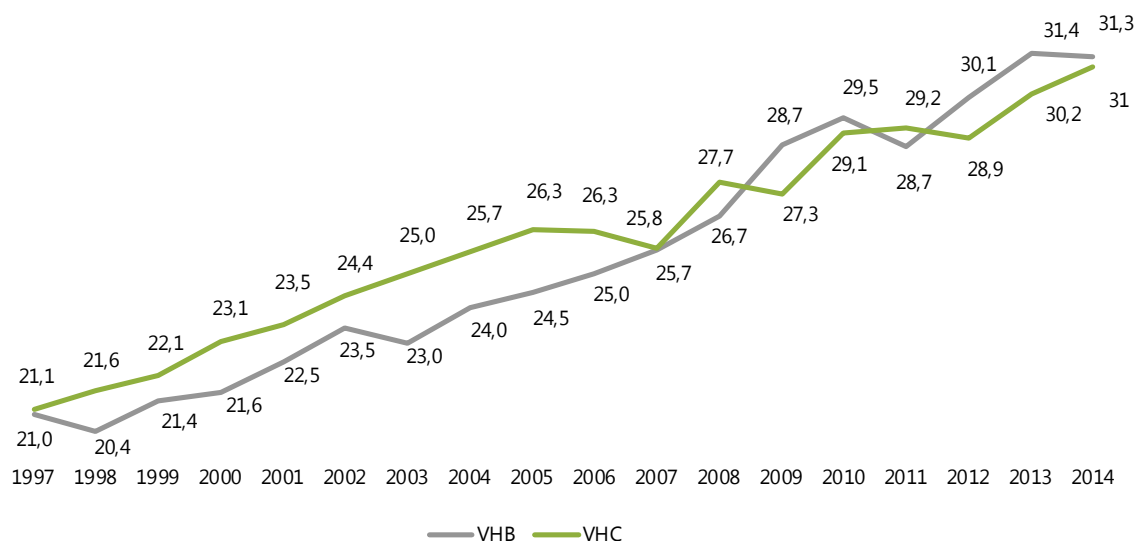
Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2015b)

graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2014



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2015b)

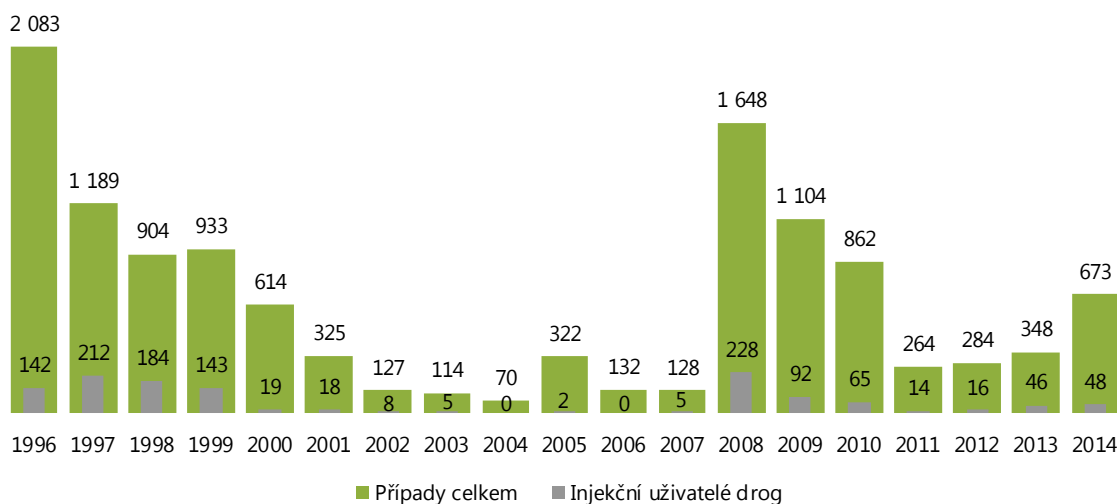
graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u kterých byla hlášena VHB a VHC v l. 1997–2014



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2015b)

Výskyt virové hepatitidy typu A (VHA, dg. B15) má kolísavý charakter. Po epidemii v r. 2008 s ohnisky zejména v Praze a středních Čechách, která byla na počátku spojena s IUD (blíže viz VZ 2008), se roční počet případů do r. 2011 snižoval. Od r. 2012 je patrný vzrůstající trend celkem i mezi IUD (graf 6-4). V druhé polovině r. 2014 vypukla epidemie VHA na Chebsku, ve které bylo k 31. 1. 2015 hlášeno celkem 47 případů, z toho 28 případů ze skupiny uživatelů drog a osob bez přístřeší.¹⁴⁰

graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2014



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2015b), Füleová et al. (2015)

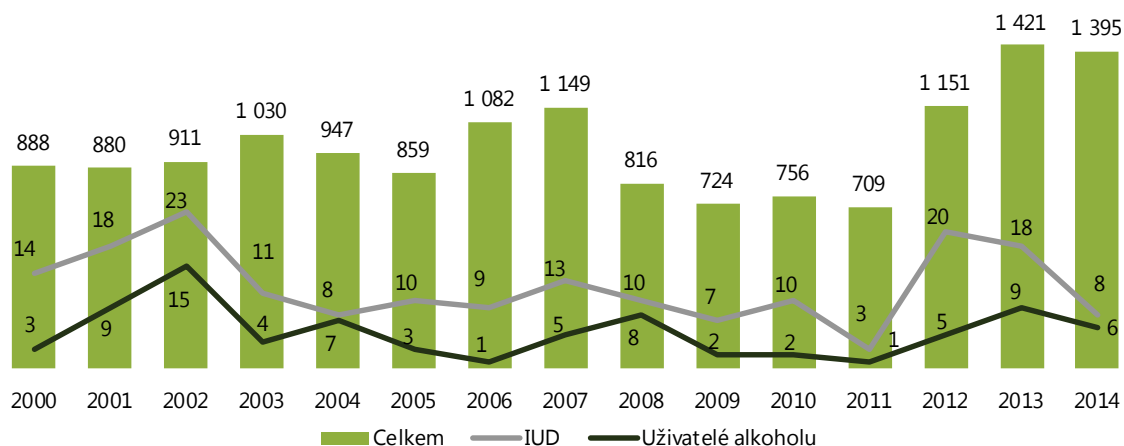
6.1.1.3 Pohlavní nemoci

Vývoj celkového počtu hlášených případů syfilis v Národním registru pohlavních nemocí a počtu případů u IUD a uživatelů alkoholu ukazuje graf 6-5. Po nárůstu v l. 2006–2010 počet všech hlášených případů syfilis i počet případů mezi IUD v l. 2011–2014 stagnoval. Celkový počet hlášení

¹⁴⁰ <http://apps.szu.cz/epidemie/cr/aksit0615.doc> [2015-08-21]

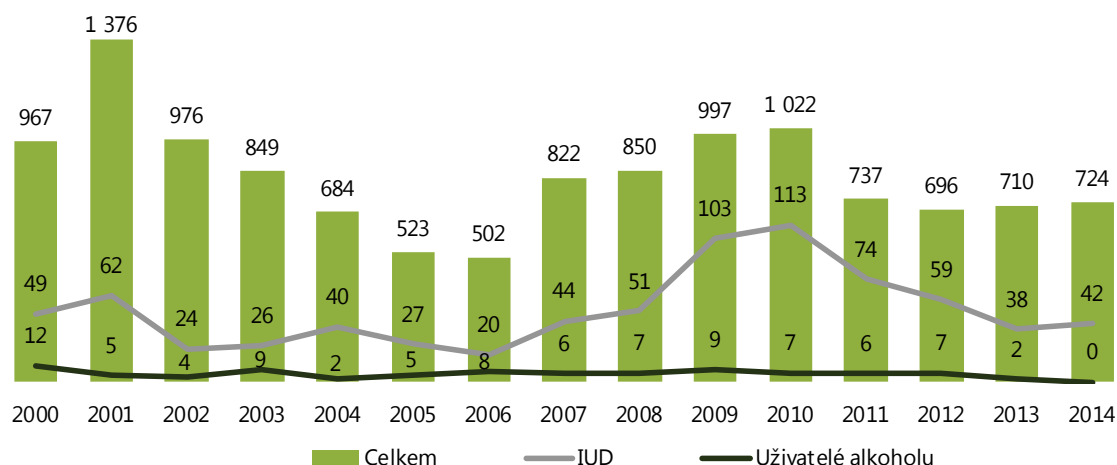
onemocnění kapavkou po dvouletém nárůstu v l. 2012–2013 opět poklesl na 1 395 případů, z toho počet případů u uživatelů drog nebo alkoholu je v řádu jednotek (graf 6-6).

graf 6-5: Hlášená incidence syfilis celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v ČR v l. 2000–2014



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015c)

graf 6-6: Hlášená incidence kapavky celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v ČR v l. 2000–2014

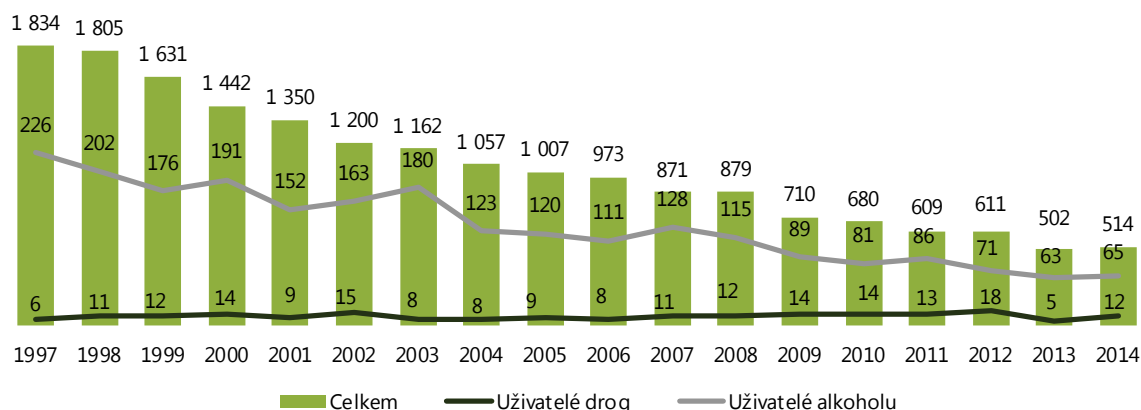


Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015c)

6.1.1.4 Tuberkulóza

V l. 1997–2014 se počet ročně evidovaných hlášených onemocnění v Registru tuberkulózy snížil téměř čtyřikrát. Počet hlášených případů u nealkoholových drog je několikanásobně nižší než u uživatelů alkoholu a i u nich je pozorován spíše klesající trend (graf 6-7).

graf 6-7: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v ČR v l. 1997–2014



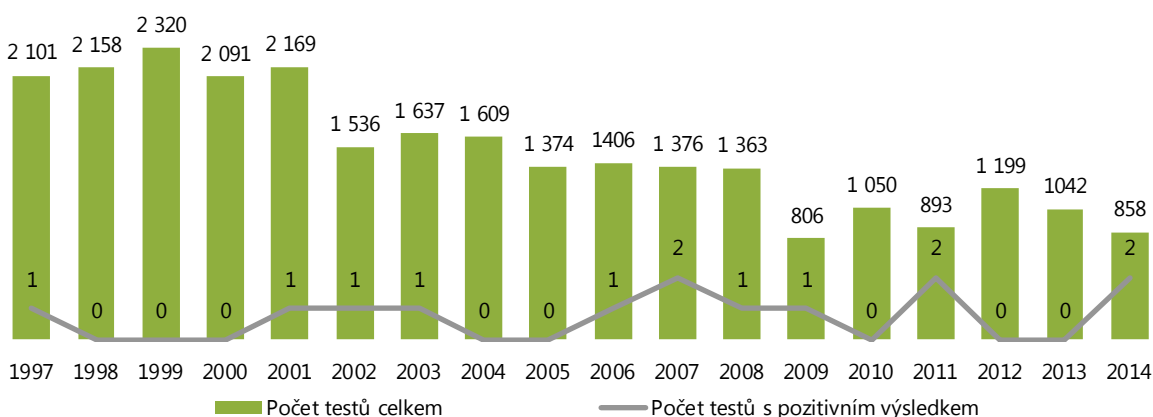
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015d)

6.1.2 Prevalence infekčních onemocnění mezi uživateli drog

6.1.2.1 Monitoring HIV testů v laboratořích

V r. 2014 bylo Národní referenční laboratoří pro AIDS evidováno 858 HIV testů¹⁴¹ provedených injekčním uživateli drog, 2 testy byly pozitivní (Státní zdravotní ústav Praha, 2015c) (graf 6-8).

graf 6-8: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1997–2014



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2015c)

6.1.2.2 Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových programech

Od r. 2004 realizuje NMS každoroční průzkum mezi nízkoprahovými programy pro uživatele drog s cílem zmapovat dostupnost testování, počty a výsledky provedených testů a základní charakteristiky otestovaných klientů. Údaje za r. 2014 byly získány pomocí on-line dotazníkového šetření v průběhu července 2015 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015d). Do průzkumu se zapojilo celkem 57 nízkoprahových programů napříč ČR, z nich 55 uvedlo výsledky testování na VHC, 50 na HIV infekci, 40 na syfilidu a 40 na VHB; jsou zjišťovány výsledky všech typů testů (rychlých imunochromatografických i laboratorních imunoenzymatických typu ELISA) (tabulka

¹⁴¹ Jde o testy, kdy je informace o užívání drog známa před testem či je uváděným důvodem jeho provedení. Injekční uživatelé drog mohou být testováni i z mnoha jiných důvodů, přičemž se v případě pozitivního výsledku zpětně zjistí, že jde o injekčního uživatele drog – takto byly identifikovány i další hlášené případy HIV positivity u IUD. Testování v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog není v celém rozsahu Národní referenční laboratoří pro AIDS evidováno.

6-2). Celkový počet nízkoprahových programů nabízejících testování na infekční onemocnění je uveden v kapitole Testování infekčních nemocí (str. 142).

tabulka 6-2: Počet nízkoprahových programů v monitoringu testování infekcí v r. 2014

Kraj	Počet programů	Počet programů provádějících testy na			
		HIV	VHB	VHC	Syfilis
Hl. m. Praha	2	2	0	2	2
Středočeský	4	2	1	4	1
Jihočeský	6	6	5	6	3
Plzeňský	3	3	3	3	6
Karlovarský	4	4	4	3	4
Ústecký	9	8	5	4	6
Liberecký	3	3	1	3	2
Královéhradecký	2	1	1	2	1
Pardubický	2	0	2	2	0
Vysočina	2	2	2	2	2
Jihomoravský	7	7	7	6	4
Olomoucký	6	6	4	6	5
Zlínský	4	3	2	3	2
Moravskoslezský	3	2	3	1	2
Celkem	57	50	40	47	40

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015d)

Podobně jako v minulých letech naznačují výsledky za r. 2014 poměrně nízký výskyt infekcí mezi klienty nízkoprahových zařízení (tabulka 6-3). Je však nutné zohlednit fakt, že vzorek zúčastněných programů a soubor otestovaných klientů nelze označit za reprezentativní výběr. Navíc jde o diagnostický screening, kterého pravděpodobně ve vyšší míře využívají dosud negativní klienti. Uvedené výsledky tedy spíše podhodnocují prevalenci daných nemocí v populaci uživatelů drog, resp. klientů nízkoprahových zařízení.

tabulka 6-3: Výsledky testování uživatelů drog na infekční nemoci v nízkoprahových programech v r. 2014

Infekce	Testovaný ukazatel	Počet programů podle typu používaného testu			Osoby		
		Rychlý	Laboratorní	Celkem	Testováno celkem	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
HIV	anti-HIV*	46	6	50	2 065	7	0,4
VHC	anti-HCV*	47	2	47	2 008	316	15,7
VHB	HBsAg**	26	4	30	1077	11	1,0
	anti-HBc IgG***	10	1	11	94	0	–
Syfilis	anti-treponema pallidum	34	6	40	1 355	23	1,7

Pozn.: * Jedno zařízení může používat oba typy testů, ** antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci VHB, *** anti-HBc IgG jsou protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravení.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015d)

Existují regionální odlišnosti v prevalenci VHC, je však třeba vzít v úvahu, že v rámci monitoringu infekčních chorob skrze výsledky testování v nízkoprahových službách nejde o reprezentativní vzorek uživatelů drog ani zařízení (některá testující zařízení se průzkumu nezúčastnila), soubor testovaných je v některých případech velmi malý a indikační kritéria jednotlivých zařízení pro testování klientů se mohou lišit. Ve většině krajů byla prevalence VHC 15 % a méně, zatímco v krajích Karlovarském a v Praze přesáhla 30 %, což může odrážet místní odlišnosti v míře rizika infekce VHC, ale může být také výsledkem výše uvedené výběrové chyby (tabulka 6-4).

tabulka 6-4: Výsledky testování uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2014 podle krajů

Kraj	Počet programů		Počet osob		
	Odpovědělo	Testovalo na VHC	Testováno celkem	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
Hl. m. Praha	2	2	230	74	32,2
Středočeský	4	4	115	18	15,7
Jihočeský	6	6	194	29	14,9
Plzeňský	3	3	256	39	15,2
Karlovarský	4	3	142	49	34,5
Ústecký	9	4	129	20	15,5
Liberecký	3	3	63	7	11,1
Královéhradecký	2	2	135	7	5,2
Pardubický	2	2	36	5	13,9
Vysočina	2	2	167	9	5,4
Jihomoravský	7	6	267	32	12,0
Olomoucký	6	6	182	20	11,0
Zlínský	4	3	87	7	8,0
Moravskoslezský	3	1	5	0	0,0
Celkem	57	47	2 008	316	15,7

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015)

Poslední celorepubliková VHC séroprevalenční studie mezi uživateli drog byla provedena v r. 2003 (Mravčík et al., 2006), kdy prevalence dosahovala 35 %. Ve studii mezinárodního projektu IMPACT realizovaného v l. 2010–2012, který byl zaměřen na testování infekčních chorob mezi uživateli drog a rizikové chování, dosáhla séroprevalence VHC mezi IUD v Praze 50 %¹⁴².

6.1.2.3 Údaje o testování infekcí v Registru žádostí o léčbu

Údaje o testování infekcí a jeho výsledcích v Registru žádostí o léčbu ukazují stabilní a relativně nízkou séroprevalenci sledovaných infekcí mezi IUD (tabulka 6-5). Data však pocházejí částečně od samotných klientů, což snižuje jejich vypovídací hodnotu. Od r. 2015 se Registr žádostí o léčbu integruje do Národního registru léčby uživatelů drog (blíže viz stejnojmennou kapitolu na str. 94). Data o výsledcích testování infekcí budou v registru nadále sledována.

tabulka 6-5: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHA, VHB a VHC v Registru žádostí o léčbu v l. 2003–2014

Rok	HIV		VHA		VHB		VHC	
	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)
2003	2 471	0,8	2 132	7,1	2 504	11,2	2 884	31,5
2004	2 483	0,4	2 059	5,5	2 581	9,9	2 913	33,6
2005	2 253	0,2	1 931	4,5	2 332	10,1	2 577	35,0
2006	2 196	0,5	1 997	3,3	2 290	10,0	2 497	32,6
2007	1 905	0,3	1 774	3,3	2 004	8,4	2 168	31,0
2008	2 332	0,6	2 271	8,4	2 463	8,9	2 636	32,0
2009	2 558	0,5	2 307	6,1	2 553	8,3	2 852	29,8
2010	2 865	0,6	2 515	5,8	2 837	8,1	3 189	30,4
2011	2 933	0,9	2 429	5,5	2 915	7,2	3 276	28,7
2012	2 942	0,7	2 428	7,0	2 888	10,3	3 286	29,2
2013	3 603	0,6	2 740	8,4	3 494	10,3	3 976	29,0
2014	3 607	0,2	2 566	7,0	3 361	8,7	3 991	29,4

Pozn.: Jsou zahrnuty pouze testy se známým výsledkem.

Zdroj: Füleová et al. (2015)

¹⁴² <http://drogy.doktorka.cz/zloutenka-a-syfilis-nejcastejsi-infekcni-choroby-u-drogove-zavislych/> [2015-08-21]

6.1.2.4 Testování pacientů v substituční léčbě na infekční nemoci

Výsledky testování na HIV, VHB a VHC osob v registru substituční léčby z testování v r. 2014 uvádí tabulka 6-6. Celkem bylo v r. 2014 v registru hlášeno 2 314 léčených osob (blíže viz kapitolu Substituční léčba, str. 97). HIV test byl proveden u 193 osob, v 1 případě s pozitivním výsledkem. Test na přítomnost protilátek proti viru VHC (anti-HCV) byl hlášen u 93 osob (oproti 187 osobám v r. 2013), pozitivních bylo 47 (séroprevalence 50,5 %). Meziročně séroprevalence VHC mírně vzrostla (graf 6-9), je však potřeba vzít v úvahu značný pokles počtu vyšetřených.

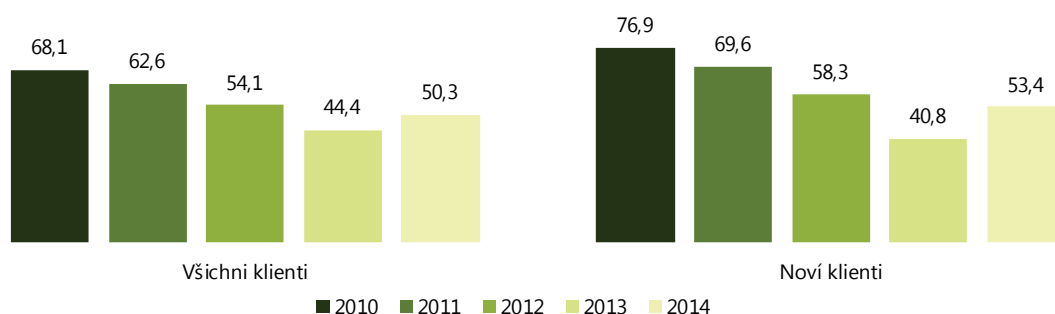
tabulka 6-6: Výsledky testování pacientů v substituční léčbě na HIV, VHB a VHC v r. 2014

Infekce	Testovaný ukazatel	Všichni klienti			Noví klienti		
		Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (%)
HIV	anti-HIV	193	1	0,5	89	1	1,1
	HBsAg*	101	8	7,9	92	7	7,6
VHB	anti-HBc IgG**	76	20	26,3	55	2	3,6
	anti-HBs**	68	25	36,8	56	14	25,0
VHC	anti-HCV	93	47	50,5	88	47	53,4

Pozn.: * antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci VHB, ** anti-HBc IgG jsou protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravě

Zdroj: Nechanská (2015)

graf 6-9: Séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2014, v %



Zdroj: Nechanská (2015)

6.1.2.5 Testování vězněných uživatelů drog

Vězeňská služba sleduje vyšetřování vězněných injekčních uživatelů drog u vybraných krví přenosných infekčních onemocnění¹⁴³ (tabulka 6-7). Meziroční srovnání poskytuje graf 6-10. Výsledky naznačují, že výskyt sledovaných infekčních onemocnění mezi vězni vzrůstá, je však potřeba mít na paměti, že se nejedná o průzkumy na reprezentativních vzorcích, ale diagnostický screening vězňů.

¹⁴³ Výběr vězňů však není reprezentativní a nelze vyloučit ani opakovaná vyšetření téže (pozitivní) osoby v různých fázích výkonu trestu odnětí svobody (VTOS), je proto nutná opatrnost při interpretaci a zobecňování výsledků a trendů.

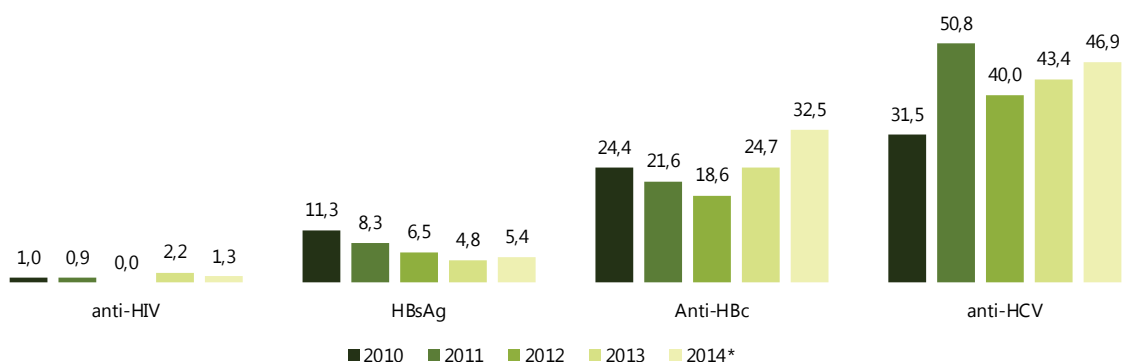
tabulka 6-7: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2014 (2. pololetí)

Infekce	Testovaný ukazatel		Nástup VTOS	Nástup VV	V průběhu VTOS	Celkem
HIV	anti-HIV	Celkem testováno	92	224	81	397
		Pozitivních	2	0	3	5
		Pozitivních (%)	2,2	0,0	3,7	1,3
VHB	HBsAg*	Celkem testováno	835	736	909	2 480
		Pozitivních	30	56	47	133
		Pozitivních (%)	3,6	7,6	5,2	5,4
	anti-HBc IgG**	Celkem testováno	405	433	461	1 299
		Pozitivních	119	125	178	422
		Pozitivních (%)	29,4	28,9	38,6	32,5
VHC	anti-HCV	Celkem testováno	932	781	1 067	2 780
		Pozitivních	379	350	574	1 303
		Pozitivních (%)	40,7	44,8	53,8	46,9

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

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015b)

graf 6-10: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězněných injekčních uživatelů drog v l. 2010–2014, v %



Pozn.: * výsledky za 2. pololetí 2014

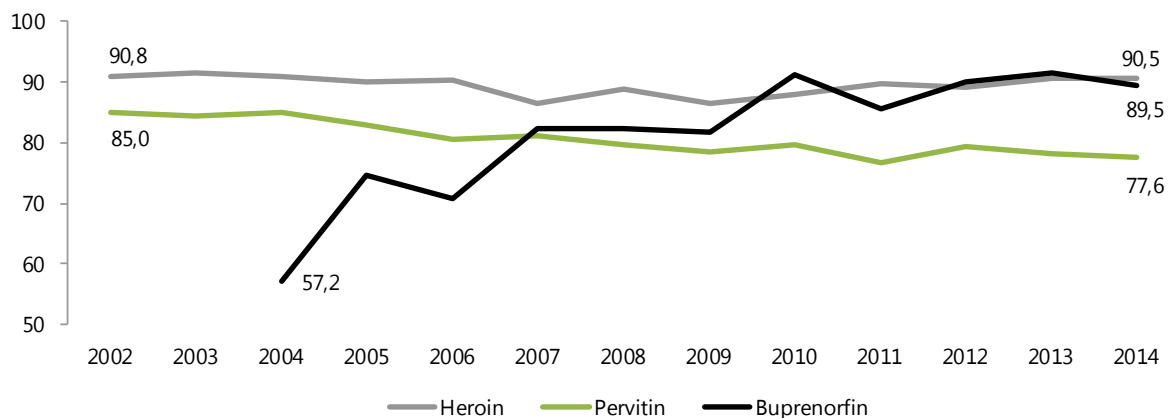
Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015b)

6.1.3 Rizikové chování uživatelů drog

6.1.3.1 Injekční aplikace

Mezi žadateli o léčbu je míra injekčního užívání drog dlouhodobě velmi vysoká a představuje nejčastější způsob aplikace pervitinu, heroinu a buprenorfinu (Füleová et al., 2015) (graf 6-11).

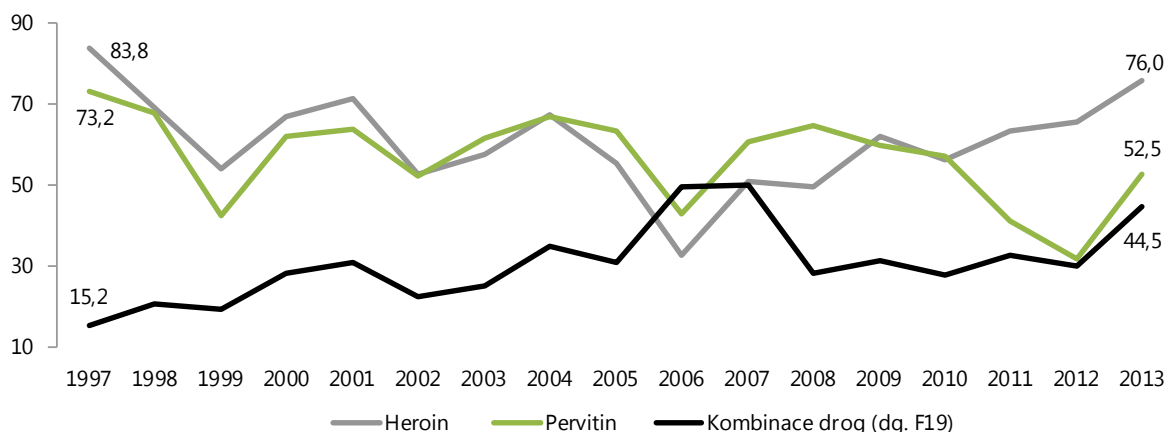
graf 6-11: Podíl injekční aplikace mezi žadateli o léčbu se základní drogou heroin, pervitin a buprenorfin v l. 2002–2014, v %



Zdroj: Füleová et al. (2015)

Podíl injekční aplikace u uživatelů léčených v psychiatrických ordinacích je nižší než v Registru žádostí o léčbu, v posledních letech stoupá zejména u uživatelů opiátů/opioidů a polyvalentních uživatelů (graf 6-12). Data za r. 2014 nejsou k dispozici.

graf 6-12: Podíl injekční aplikace u uživatelů heroinu, pervitinu a kombinace drog léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2013, v %



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c)

6.1.3.2 Sdílení jehel a stříkaček

Podíl injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu, kteří uvedli sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti, dlouhodobě klesá (tabulka 6-8).

tabulka 6-8: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog (IUD) žádajícími o léčbu v l. 2002–2014

Rok	Počet IUD	Počet sdílejících	Podíl sdílejících (%)
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
2010	6 581	2 146	32,6
2011	6 471	2 136	33,0
2012	6 481	1 976	30,5
2013	7 184	2 395	33,3
2014	7 213	2 544	35,3

Zdroj: Füleová et al. (2015)

6.2 Další zdravotní následky užívání drog

6.2.1 Psychiatrická komorbidita

Řada výzkumníků a terapeutů se v ČR v posledních letech věnovala tématu „závislosti na jehle“ (*needle fixation*). Pates et al. (2001) definovali závislost na jehle jako opakující se porušování integrity kůže injekcí s nebo bez aplikace psychoaktivní látky cestou žilní, podkožní nebo svalovou, a také bez vazby na očekávaný efekt, který způsobuje účinná látka. Má se za to, že závislost na jehle vzniká díky klasickému behaviorálnímu podmiňování asociací s nástupem účinku drogy následujícím bezprostředně po její aplikaci (tzv. nájezd). Dále byly popsány tzv. sekundární zisky vznikající operantním podmiňováním, kterými jsou sexuální uspokojení, bolest a potěšení ze získaných dovedností souvisejících s injekční aplikací. Vliv může hrát také hospodárnost injekční aplikace. Závislost na jehle se může projevovat injekční aplikací i jiných látek než drog (např. injekční vody, alkoholu), snahou injekčně aplikovat přes nepřítomnost vhodné žíly, dělením drogy na malá množství a častější injekční aplikací, opakovaným nebo protahovanou aspirací krve ze žíly (tzv. *booting*, *flushing*). Závislost na jehle má charakter obsedantně kompulzivní poruchy s bažením, relapsy, přičemž komplikuje průběh a výsledky léčby závislosti (Pates et al., 2001, Pešek, 2013).

Sklenář (2014) se závislosti na jehle zabýval ve svém výzkumu metodou strukturovaných rozhovorů a ohniskových skupin s problémovými uživateli drog a pracovníky adiktologických služeb. Zjistil, že termín „závislost na jehle“ je mezi uživateli i profesionály široce rozšířen již od 80. let. Většina účastníků se injekčních uživatelů drog se považovala za závislé na jehle a téměř všichni uvedli, že znají další takové osoby ve svém okolí. Popisovali zkušenosti s aplikací vody či alkoholu. Podle pracovníků je závislost na jehle spojena zejména s injekční aplikací substitučních preparátů (buprenorfinu). Jde podle nich o obsesivní chování, dochází k vícečetné aplikaci během jednoho dne a charakteristická je nutkavost tohoto chování. Byla uvedena souvislost se sebepoškozováním a sexuálním uspokojováním. Pracovníci ambulantních programů s tímto fenoménem pracují v léčbě a využívají k tomu motivační rozhovory nebo relaxační techniky. Sklenář (2014) na základě svého výzkumu dospěl k vlastní definici závislosti na jehle: Závislost na jehle je fenomén, který se může u injekčních uživatelů drog objevit v různém stadiu závislosti či během abstinence. Primárně se jedná o neovladatelné nutkání porušovat integritu kůže injekcí či jiným ostrým předmětem s frekvencí v řádu jednotek až desítek vpichů během jednoho dne. Součástí tohoto aktu může, ale nemusí být aplikace psychoaktivní látky, a to cestou žilní, podkožní nebo svalovou. Injekční aplikace může probíhat bez vazby na očekávaný účinek, který způsobuje účinná látka. V některých případech to znamená, že získaná zkušenost s předchozí pravidelnou injekční aplikací drog způsobí snahu

o dosažení psychické či fyzické úlevy pouze díky jehle. V jiných případech může být závislost na jehle spojena s vlastní identifikací se skupinou a životním stylem IUD.

V r. 2014 byly publikovány výsledky studie zkoumající poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) u uživatelů drog a jejich vliv na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách. Studii, která má experimentální design, realizovala Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze na souboru 170 klientů 8 terapeutických komunit pro drogově závislé. V průběhu léčby jsou obě skupiny posuzovány psychodiagnostickými nástroji¹⁴⁴ a je sledován výskyt projevů specificky spojených s ADHD. Sleduje se průběh léčby a případné komplikace v procesu léčby v závislosti na ADHD. Studie má ověřit vhodné nástroje pro diagnostiku ADHD u uživatelů drog a zjistit, zda ADHD je spojeno s horšími výsledky léčby (Miovský et al., 2014a, Školníková et al., 2014). Byly publikovány výsledky pilotní studie na souboru 76 klientů ve věku 15–45 let z 6 terapeutických komunit v ČR. Ukázalo se, že u klientů s ADHD byl zjištěn vysoký výskyt komplikací vzhledem k začátku, průběhu a předčasnému ukončení léčby. Klienti s ADHD vykazovali ve vyšší míře problémy v behaviorální, kognitivní, sociální a exekutivní oblasti v porovnání s kontrolní skupinou (Kalina et al., 2014).

6.2.2 Somatická komorbidita problémových uživatelů drog

Výsledky studie somatické komorbidity, která byla realizována v Praze Národním monitorovacím střediskem a agenturou FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu v r. 2013, jsou uvedeny ve VZ 2013.

Problematikou infekčních nemocí u uživatelů drog se zabývala ve své bakalářské práci Englcová (2014). Vycházela z dat o nelegálních uživatelích drog za léta 2011–2012 léčených na infekčním oddělení FN Motol (6. stanice interní kliniky). Soubor čítal 315 léčených uživatelů drog, z toho 128 ambulantních a 187 hospitalizovaných s následnou ambulantní péčí. Věk klientů byl 15–57 let, nejčastějším způsobem užití drog byla nitrožilní aplikace, průměrná délka drogové kariéry téměř 8 let u žen a 10 let u mužů. VHC byla diagnostikována u 37,5 % hospitalizovaných osob, důvodem hospitalizace byla v 19,3 % infekce kůže a měkkých tkání, v 11,8 % sepse (nejčastěji byl příčinou *Staphylococcus aureus*), v 9,1 % infekční endokarditida a v 10,7 % případů byl zjištěn pozitivní test na syfilis.

6.2.3 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích zajišťuje hygienická služba v rámci zvláštního hlášeného (sentinelového) systému od r. 1995, který vykazuje značné regionální rozdíly komplikující interpretaci aktuální situace i trendů.¹⁴⁵ V r. 2014 bylo zaznamenáno 1 123 případů nefatálních intoxikací drogami (Füleová et al., 2015) (tabulka 6-9). Nejvyšší podíl hlášených intoxikací připadá na benzodiazepiny a pervitin, hlášené nefatální intoxikace heroinem mají od r. 2011 klesající tendenci.

¹⁴⁴ Celý balík nástrojů obsahuje: DIVA 2.0, Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1), Ravenovy progresivní matice – standardní, SCL-90, strukturovanou anamnézu, dotazník WURS, EuropASI, dotazník kvality života WHO-QOL 100, dotazníky SOC a PVS, posuzovací škály klienta – CTQ – škála Connersové pro terapeutu.

¹⁴⁵ V rámci tohoto systému jsou hlášeny případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících urgentní hospitalizaci. Hlášení do systému poskytují různé typy zdravotnických zařízení, zejména pracoviště záchranné služby a JIP. V r. 2014 nebyl sběr dat realizován ve 4 krajích (Jihočeský, Jihomoravský, Královéhradecký a Praha).

tabulka 6-9: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2005–2014 evidované hygienickou službou

Droga	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pervitin	222	231	343	364	187	148	150	260	245	257
Heroin	244	149	190	166	122	162	96	77	63	44
Metadon	10	7	2	1	1	0	0	0	0	0
Subutex®	14	18	32	7	0	0	0	0	0	0
Ostatní opiáty/opioidy	19	21	40	17	42	24	32	42	37	60
Benzodiazepiny	153	124	139	113	180	136	138	206	248	282
Jiná sedativa a hypnotika	88	107	125	135	127	112	105	120	101	97
Konopné látky	73	72	127	108	105	102	84	125	125	118
Těkavé látky	48	28	31	9	33	18	25	26	15	15
Lysohlávky	6	5	10	9	7	4	2	7	4	5
Kokain, crack	7	8	1	7	2	0	1	5	3	4
Durman	1	0	1	5	2	0	0	2	1	0
LSD	3	5	7	4	13	3	7	15	7	8
Extáze	8	12	12	3	1	2	0	4	0	7
Jiné známé drogy a léky	111	89	124	140	173	137	139	147	191	224
Ostatní/neznámo	186	78	71	58	23	1	26	3	3	2
Celkem	1 193	954	1 255	1 146	1 018	849	805	1 039	1 043	1 123

Zdroj: Füleová et al. (2015)

Dále jsou k dispozici informace o výskytu intoxikací návykovými látkami z Národního registru hospitalizovaných.¹⁴⁶ Přes zřejmé nedostatky v kódování substancí ze strany lékařů lze v dlouhodobém horizontu pozorovat pokles hospitalizací pro intoxikaci návykovými látkami, přičemž otravy alkoholem tvoří přibližně dvojnásobek předávkování všemi OPL dohromady – tabulka 6-10.

tabulka 6-10: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v l. 2005–2014

Droga	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Heroin	24	18	31	41	19	20	17	4	13	8
Metadon	0	6	1	2	3	2	1	2	1	3
Jiné opiáty/opioidy	71	79	64	62	50	62	57	79	96	107
Kokain	7	2	1	4	1	3	1	1	9	2
Konopné drogy	78	67	55	86	66	66	58	57	65	62
LSD	0	6	5	3	4	1	2	2	2	2
Pervitin a jiná stimulantia	25	22	29	30	25	25	17	30	39	57
Jiné a neurčené drogy	116	146	136	83	94	77	79	87	98	107
Nelegální drogy celkem	321	346	322	311	262	256	232	262	323	324
Alkohol	1 220	1 184	1 161	1 125	919	724	714	738	608	557
Těkavé látky	401	401	306	264	230	243	241	262	234	303
Celkem	1 942	1 931	1 789	1 700	1 411	1 223	1 187	1 262	1 165	1 184

Pozn.: Heroin (T40.1), metadon (T40.3), jiné opiáty/opioidy (T40.0, T40.2), kokain (T40.5), konopné drogy (T40.7), LSD (T40.8) pervitin a jiná stimulantia (T43.6), jiné a neurčené drogy (T40.4, T40.6, T40.9), alkohol (T51.0, T51.9), těkavé látky (T52.0–T52.9)

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015b)

¹⁴⁶ Tento registr spravuje ÚZIS a jsou v něm evidovány pouze případy vyžadující hospitalizaci delší než 24 hodin. Extrahovány byly případy náhodné, úmyslné nebo blíže nezjištěné otravy nelegálními drogami, tj. diagnózy pro otravu nealkoholovými drogami mimo léků (dg. T40 a T43.6) a pro toxický účinek alkoholu (T51.0, T51.9) a těkavých látek (T52.0–T52.9).

6.2.4 Otravy metanolem

Hromadný výskyt otrav metanolem, který vypukl v září 2012, dozníval ještě v I. 2013 a 2014. V r. 2014 bylo hlášeno 11 hospitalizací pro intoxikaci metanolem a 7 případů úmrtí (tabulka 6-11). Ke kauze z r. 2012 blíže viz VZ 2012.

tabulka 6-11: Počet hospitalizací a úmrtí na intoxikaci metanolem v ČR v I. 2002–2014

Rok	Počet hospitalizovaných*	Počet zemřelých
2002	11	0
2003	8	2
2004	12	0
2005	9	3
2006	8	1
2007	2	1
2008	7	1
2009	3	3
2010	11	3
2011	10	3
2012	97	36
2013	15	9
2014	11	7

Pozn.: * Zahrnuje hospitalizace pro náhodné, úmyslné nebo blíže nezjištěné intoxikace.

Zdroje: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015b), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015a)

6.2.5 Úrazy pod vlivem drog

Za r. 2014 nejsou k dispozici údaje o úrazech pod vlivem návykových látek z výkazu o činnosti oboru chirurgie. V r. 2013 dosáhl hlášený počet úrazů celkem 1 787,8 tis., z toho bylo 43,0 tis. (2,4 %) pod vlivem alkoholu a 2,1 tis. (0,1 %) pod vlivem jiných drog (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2014b) (blíže viz VZ 2013).

Dále jsou z Národního registru hospitalizovaných extrahovány všechny případy s vnější příčinou úrazu a případy pod vlivem návykových látek, resp. ty případy, u kterých byl vliv návykových látek patrný z vedlejší diagnózy.¹⁴⁷ Podíl úrazů pod vlivem návykových látek v r. 2014 byl 5,2 % (nejvíce za období sledování), z toho nejvíce pod vlivem alkoholu (3,6 %), přičemž podíl úrazů pod vlivem alkoholu dlouhodobě roste. Podíl úrazů pod vlivem psychoaktivních léků dosáhl 1,4 %, podíl nelegálních drog a těkavých látek 0,2 %, resp. 0,1 % (tabulka 6-12).

¹⁴⁷ Jako úrazy pod vlivem alkoholu byly definovány případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F10.0 nebo T51.0, nebo T51.9, u nelegálních drog případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F11.0 nebo F12.0, nebo F14.0, nebo F15.0, nebo F16.0, nebo F19.0, nebo T40, nebo T43.6, u těkavých látek případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F18.0 nebo T52 a u psychoaktivních léků případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F13.0 nebo T42, nebo T43 kromě T43.6.

tabulka 6-12: Počet hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v l. 2002–2014

Rok	Celkem úrazů	Z toho úrazy pod vlivem				
		návykových látek celkem	alkoholu	nelegálních drog	psychoaktivních léků	těkavých látek
2002	187 090	8 942	4 959	443	3 350	441
2003	196 577	9 080	5 373	428	3 090	421
2004	203 211	9 681	6 010	402	3 098	446
2005	202 815	9 341	5 845	391	2 991	415
2006	195 803	8 659	5 216	423	2 872	412
2007	191 937	9 157	5 878	410	2 812	315
2008	196 013	9 588	6 650	425	2 566	271
2009	198 738	9 670	6 974	370	2 385	242
2010	200 319	9 163	6 615	365	2 255	249
2011	200 553	9 416	6 807	326	2 325	250
2012	205 090	10 032	7 190	384	2 519	271
2013	204 603	10 040	7 049	458	2 692	237
2014	210 340	10 846	7 611	464	2 961	309

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015b)

6.2.6 Drogy a dopravní nehody

Údaje o nálezech etanolu a ostatních drog¹⁴⁸ u zemřelých účastníků dopravních nehod pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR do r. 2012 jsou k dispozici ve VZ 2013. Novější údaje nejsou k dispozici (viz také kapitolu Drogová úmrť a mortalita uživatelů drog, str. 132).

Policie ČR v r. 2014 evidovala 4 637 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu (5,4 % všech nehod), při kterých bylo usmrceno 63 osob (10,0 % všech usmrčených) a 2 366 osob bylo zraněno. Vliv alkoholu na dopravní nehodovost postupně klesá, počet a podíl usmrčených a zraněných při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu se však v posledních letech zvyšuje. Nejvyšší podíl nehod pod vlivem alkoholu byl zaznamenán v Plzeňském, Zlínském a Jihočeském kraji (11,0 %, 10,1 %, resp. 9,5 %). Nejvíce usmrčených při těchto nehodách bylo na území krajů Ústeckého (8 osob), Středočeského a Moravskoslezského (shodně 7 osob). Nejvyšší podíl usmrčených osob při těchto nehodách byl ve Zlínském kraji (15,2 %), v Praze a v Libereckém kraji – shodně 15,0 %. Z celkového počtu 4 637 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu připadá na řidiče osobních automobilů 3 217 nehod (69,4 %), což je o 121 nehod méně než v r. 2013, na cyklisty 786 nehod (17,0 %), což je o 63 nehod více než v r. 2013, a na řidiče nákladních automobilů 194 nehody (4,2 %), což je o 8 nehod méně než v r. 2013. Nejvyšší podíl zaviněných nehod, kdy viník byl pod vlivem alkoholu, byl u řidičů jiného druhu vozidla, povozů a u jízdy na koni, kteří pod vlivem alkoholu zavinili shodně 33,3 % z celkového počtu řidiči zaviněných nehod, následují cyklisté (30,3 %), řidiči mopedů (19,6 %).

Dále policie evidovala 260 nehod s pozitivním nálezem nealkoholových drog u viníka nehody (nárůst o 16 nehod), při nichž bylo 6 osob usmrceno (pokles o 8) a 138 osob zraněno (nárůst o 24). Z výše uvedených nehod bylo 40, u kterých byl viník pozitivní jak na alkohol, tak na nealkoholové drogy (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2015) (tabulka 6-13).

¹⁴⁸ Za pozitivní jsou u etanolu považovány případy s hladinou vyšší než 0,2 g/kg, 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).

tabulka 6-13: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v l. 2003–2014 – vliv alkoholu a jiných drog

Rok	Nehody					Usmrcení při nehodách*				
	Celkem		Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem jiných drog	Celkem		Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem 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
2010	75 522	5 015	6,6	165	0,22	753	102	13,5	15	2,0
2011	75 137	5 242	7,5	165	0,24	707	89	12,6	10	1,4
2012	81 404	4 974	6,7	173	0,22	681	45	6,6	9	1,3
2013	84 398	4 686	6,1	244	0,32	583	52	9,0	14	2,4
2014	85 859	4 637	5,4	260	0,30	629	63	10,0	6	1,0

Pozn.: * do 24 hodin po nehodě, ** Od 1. 1. 2009 se zvýšila hranice odhadované škody pro povinné hlášení nehody policií z původních 50 tis. Kč na 100 tis. Kč, proto došlo k poklesu počtu hlášených dopravních nehod.

Zdroj: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2015)

Celkem Policie ČR v r. 2014 spotřebovala 2 007 248 orientačních testů na alkohol a 98 785 na OPL, z toho dopravní policií bylo spotřebováno 724 447, resp. 28 489 testů.

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. také všech úrazů a otrav). Od r. 1998 jsou rutinně sledována přímá drogová úmrtí (smrtelná 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), kterých je v ČR celkem 13.

Od 1. 4. 2012 platí zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve kterém je mezi národními zdravotními registry nově zařazen Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství spravovaný ÚZIS, který od r. 2015 nahradil speciální registr drogových úmrtí.

Poslední dostupná data ze speciálního registru drogových úmrtí jsou k dispozici za r. 2012, kdy bylo zjištěno 199 úmrtí na předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychotropními léky celkem. Z toho bylo 38 případů předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (z toho 12 opiáty/opioidy, 16 pervitinem a 10 těkavými látkami). Muži tvořili většinu (84 %) případů a nejpočetnější byla věková skupina 30–34 let. Psychoaktivní léky byly příčinou předávkování ve 161 případech, mírně převažovaly ženy (55 %) a většina byla ve věku 45 a více let.

Dále bylo v r. 2012 identifikováno 124 úmrtí za přítomnosti drog, nejvíce stejně jako v minulosti v důsledku nehod a sebevražd. V dlouhodobém horizontu je nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí s nálezem pervitinu a THC (blíže viz VZ 2013).

6.3.2 Drogová úmrť v obecném registru mortality

Pro extrakci dat o drogových úmrtích z informačního systému Zemřelí, tzv. obecného registru mortality, se používají kritéria EMCDDA, jejichž základem je výběr příslušných diagnóz příčin úmrtí nebo kombinace příčin a mechanismu úmrtí.

Počet předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v r. 2014 dosáhl 48, z toho bylo 14 případů předávkování opiáty/opioidy, 10 případů stimulancií mimo kokainu (převážně pravděpodobně pervitinem), 13 těkavými a 11 nespecifikovanými látkami (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2015a). Strukturu smrtelných předávkování v r. 2014 podle standardní i rozšířené selekce B podle EMCDDA¹⁴⁹ podle věku, pohlaví a druhu drogy uvádí tabulka 6-14 a vývoj úmrtí podle jednotlivých drog v období 1994–2013 ukazuje tabulka 6-15. Počet případů v posledních letech roste, tento nárůst jde na vrub mimo jiné zvyšující se kázně a kvalitě hlášení, což je vidět v nárůstu počtu předávkování stimulancií (pervitinem), který byl v minulosti pravděpodobně značně podhlášen.

tabulka 6-14: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2014 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví

Droga	Věková skupina												Pohlaví		Celkem
	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	> 64	Muži	Ženy	
Opiáty/opioidy	0	0	0	2	2	2	2	0	2	2	1	1	10	4	14
Konopné látky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ostatní stimulancia	0	1	2	1	4	1	0	0	0	0	0	1	7	3	10
Halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drogy blíže nespecifikované	0	0	1	0	4	2	1	1	0	0	1	1	10	1	11
Celkem nelegální drogy*	0	1	3	3	10	5	3	1	2	2	2	3	27	8	35
Těkavé látky	0	0	0	1	1	1	2	0	1	2	0	5	13	0	13
Celkem nelegální drogy a těkavé látky	0	1	3	4	11	6	5	1	3	4	2	8	40	8	48

Pozn.: * selekce B standardu EMCDDA

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015a)

¹⁴⁹ Jako standard je používána tzv. selekce B podle EMCDDA, která spočívá ve výběru úmrtí, kde je prvotní příčinou duševní porucha a porucha chování způsobená nelegálními drogami a jejich kombinacemi (dg. F11–F19 bez F13, F17 a F18) nebo jde o náhodnou, úmyslnou nebo blíže nezjištěnou otravu nelegálními drogami, tj. kombinaci diagnóz uvedených pod písmeny X nebo Y s diagnózami pro otravu danou substancí (dg. T40 a T43.6). Ve snaze co nejvíce sblížit selekci B z obecného registru se selekcí D ze speciálního registru mortality bylo provedeno rozšíření standardní selekce B o těkavé látky, tzn. o dg. F18 (duševní porucha a porucha chování způsobená užíváním těkavých látek) a o dg. X46, X66 a Y16 v kombinaci s dg. T52, tj. náhodná, úmyslná nebo nezjištěná otrava těkavými látkami.

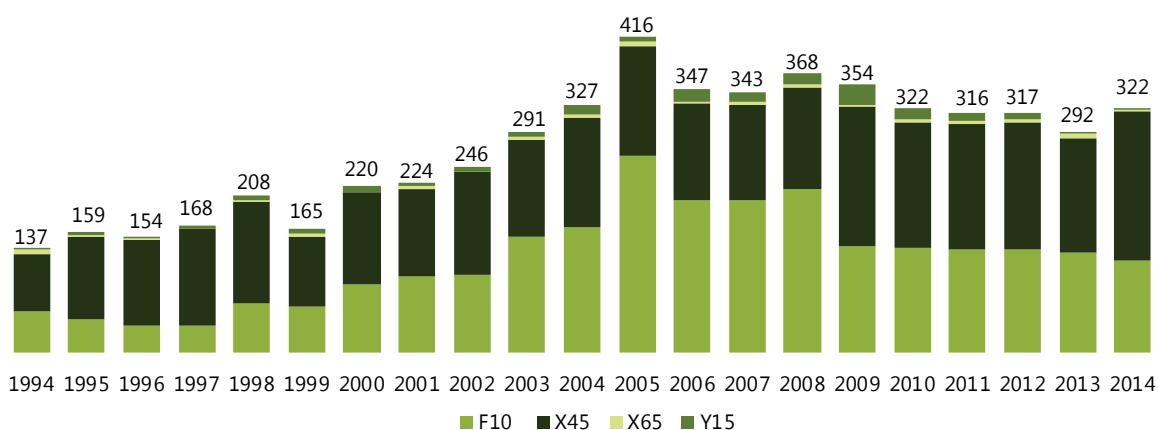
tabulka 6-15: Smrtelná předávkování drogami v ČR podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2014

Rok	Opiáty/ opioidy	z toho metadon	Konopné látky	Kokain	Ostatní stimulancia (pervitin)	Halucinogeny	Drogy blíže neurčené	Celkem nelegální drogy	Těkavé látky	Celkem nelegální drogy a těkavé látky
1994	7	0	0	0	0	0	3	10	12	22
1995	0	0	0	0	0	0	3	3	9	12
1996	2	0	0	0	0	0	4	6	18	24
1997	4	0	0	0	0	0	9	13	17	30
1998	7	0	0	0	0	0	9	16	10	26
1999	14	1	1	0	1	0	8	24	14	38
2000	11	0	0	0	0	0	12	23	19	42
2001	18	0	0	0	0	0	13	31	21	52
2002	6	0	0	0	3	0	4	13	17	30
2003	12	0	0	0	2	0	4	18	14	32
2004	2	0	0	0	1	0	11	14	14	28
2005	9	0	0	1	2	0	7	19	16	35
2006	11	0	1	1	1	0	5	19	14	33
2007	6	1	1	0	2	0	10	19	15	34
2008	9	0	0	0	7	0	8	24	8	32
2009	20	1	1	0	2	0	10	33	10	43
2010	13	1	0	0	8	0	8	29	13	42
2011	12	0	0	1	3	1	5	22	5	27
2012	17	1	0	0	7	0	8	32	13	45
2013	17	1	3	0	10	0	9	39	8	47
2014	14	0	0	0	10	0	11	35	13	48

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015a)

V r. 2014 bylo hlášeno 322 smrtelných předávkování alkoholem, vývoj od r. 1994 uvádí graf 6-13.

graf 6-13: Počet smrtelných předávkování alkoholem v ČR v obecném registru úmrtí v l. 1994–2014 podle diagnostických skupin



Pozn.: Dg. F10 – duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, dg. X45 – náhodná otrava alkoholem a expozice jeho působení, dg. X65 – úmyslná otrava alkoholem a expozice jeho působení, dg. Y15 – otrava alkoholem a expozice jeho působení, nezjištěného úmyslu

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2015a)

6.3.3 Pitvy na soudnělékařských odděleních

Informace z ročního výkazu o činnosti oboru soudní lékařství není za r. 2014 k dispozici.

6.3.4 Mortalita uživatelů drog

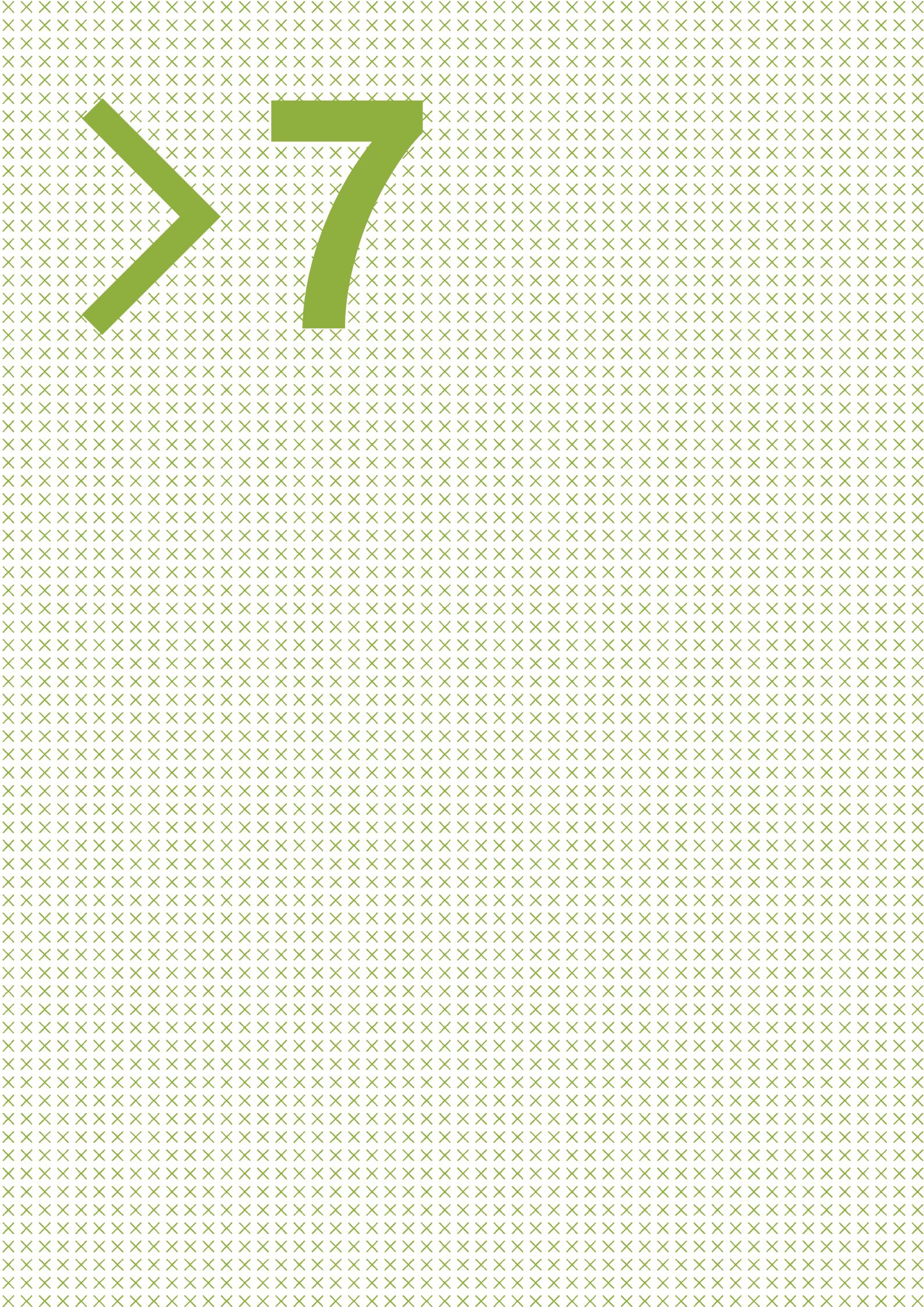
V registru substituční léčby se jako jeden z důvodů ukončení léčby uvádí také úmrtí klienta.

V r. 2014 bylo registrováno celkem 2 314 léčených osob, z nichž 5 v průběhu roku zemřelo (Nechanská, 2015), což znamená hrubou roční míru úmrtnosti 2,2 ‰ (tabulka 6-16). Míra úmrtnosti v registru substituční léčby je však podhodnocena, protože lékaři nehlásí do registru všechna úmrtí svých pacientů.

tabulka 6-16: Úmrtnost pacientů v registru substituční léčby v l. 2000–2014

Rok	Počet registrovaných	Počet zemřelých	Míra úmrtnosti (‰)
2000	245	0	–
2001	533	2	3,8
2002	560	0	–
2003	789	2	2,5
2004	866	2	2,3
2005	825	1	1,2
2006	938	1	1,1
2007	1 038	0	–
2008	1 356	3	2,2
2009	1 555	3	1,9
2010	2 113	4	1,9
2011	2 290	4	1,7
2012	2 298	3	1,3
2013	2 311	3	1,3
2014	2 314	5	2,2

Zdroj: Nechanská (2015)



Kapitola 7:

Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

- Snižování rizik spojených s užíváním drog je jednou z hlavních oblastí české protidrogové politiky. Základ sítě služeb v této oblasti tvoří v ČR nízkoprahová kontaktní centra a terénní programy. V r. 2014 působilo v ČR celkem 105 nízkoprahových programů, v tom 54 kontaktních center a 51 terénních programů.
- V r. 2014 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 40 300 uživatelů drog, nejčastěji šlo o uživatele pervitinu (26 500, 66 %), dále uživatele opiátů/opioidů (7 500, 19 %) a konopných látek (2 500, 6 %). Mezi klienty je patrný postupný nárůst problémových uživatelů pervitinu, v posledním roce pokles počtu uživatelů buprenorfinu. IUD tvoří dlouhodobě 75–80 % klientů. Pokračuje růst průměrného věku, ženy tvoří třetinu klientů nízkoprahových programů.
- Dostupnost harm reduction programů je nerovnoměrná zejména v krajích Plzeňském, Středočeském, Libereckém, Královéhradeckém, Pardubickém a Kraji Vysočina.
- Specifické programy snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2014 poskytovaly 4 programy. Společnost Podané ruce zahájila projekt Hard & Smart, který certifikuje provozovny noční zábavy splňující kritéria tzv. bezpečného klubu.
- Výměnný program jehel a stříkaček v r. 2014 poskytovalo všech 105 nízkoprahových programů, počet distribuovaného injekčního materiálu dosáhl 6,6 mil. kusů, což je výrazný meziroční nárůst. Roste počet programů distribuujících želatinové kapsle jako perorální alternativu injekčních stříkaček – jde o více než 80 programů, které distribuovaly odhadem 200 tis. kapslí.
- V r. 2014 nabízelo možnost testování na HIV 74 nízkoprahových programů, na VHC 79, na VHB 54 a na syfilis 57. Od r. 2008 počet provedených testů roste.
- Péče o infikované HIV a nemocné s AIDS je v ČR poskytována sedmi AIDS centry s regionální působností. V r. 2013 poskytovalo léčbu VHC injekčním uživatelům drog celkem 39 center pro léčbu virových hepatitid, ve kterých byla léčba zahájena u 536 osob (údaje za r. 2014 nejsou dostupné). Ve věznicích byla léčba VHC ve druhém pololetí 2014 zahájena u 325 osob, což znamená výrazný meziroční nárůst.

7.1 Legislativní rámec a strategie v oblasti snižování rizik

V Národní strategii protidrogové politiky na období 2010–2018 tvoří oblast snižování rizik jeden ze čtyř základních pilířů. V Akčním plánu 2013–2015 jsou aktivity v kapitole Harm reduction rozděleny do dvou oblastí:

- prevence infekčních onemocnění a dalších rizik spojených s injekčním a problémovým užíváním drog,
- prevence předávkování a dalších rizik v kontextu rekreačního užívání návykových látek a mezi konzumenty obecně.

V r. 2015 byly schváleny 3 nové akční plány strategie, které mají rovněž své části věnující se snižování rizik: akční plán pro hazardní hraní, akční plán pro alkohol a akční plán pro kontrolu tabáku, všechny na období 2015–2018.

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013–2017 obsahuje řadu aktivit, jejichž cílovou skupinou jsou rovněž IUD (viz také VZ 2012). V r. 2015 došlo k navýšení rozpočtu dotačního programu Národní program zdraví a programu prevence HIV/AIDS ze 3 na 6 mil. Kč (ještě v r. 2006 přitom tento program disponoval rozpočtem přes 23 mil. Kč).

7.2 Prevence předávkování

Prevence předávkování je v ČR prováděna prostřednictvím poradenství a vzdělávání uživatelů drog v rámci služeb poskytovaných v nízkoprahových a léčebných zařízeních (blíže viz kapitoly Nízkoprahové harm reduction programy, str. 138, a Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog, str. 91). V ČR dosud nebyly zavedeny ani testovány programy distribuce opioidního antagonisty naloxonu (mj. nemají význam pro uživatele pervitinu, kterých je v ČR mezi problémovými uživateli drog většina). Akademie celoživotního vzdělávání zdravotníků ve spolupráci s 1. LF UK v Praze nabízí akreditovaný kurz Prevence předávkování návykovými látkami u dospělých, který je určen adiktologům v nízkoprahových a ambulantních službách.¹⁵⁰ Vzdělávání pracovníků nízkoprahových služeb také probíhá formou Letní školy harm reduction, kterou organizuje SANANIM.¹⁵¹

7.3 Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog

7.3.1 Nízkoprahové harm reduction programy

Prevence šíření infekčních onemocnění patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými programy. Kromě toho jsou v ČR realizovány také programy určené uživatelům drog v prostředí noční zábavy.

Zdrojem údajů o nízkoprahových službách jsou závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015e) doplněné o informace o nedotovaných programech z otevřených zdrojů nebo na vyžádání. Sít nízkoprahových služeb v ČR tvoří kontaktní centra a terénní programy poskytující služby snižování rizik (harm reduction) prostřednictvím výměny injekčního materiálu, distribuce kondomů, poskytování či zprostředkování testování na infekční choroby a šíření informací o rizicích spojených s užíváním drog. Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři i jejich rodiny a blízcí. Nízkoprahové programy jsou zpravidla místem prvního kontaktu s uživateli, kteří se rozhodují nastoupit do léčby. Počet nízkoprahových programů se v posledních letech pohybuje kolem 100. V r. 2014 jich bylo 105, v tom 54 kontaktních center a 51 terénních programů.¹⁵²

V r. 2014 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 40 300 uživatelů drog,¹⁵³ nejčastěji šlo o uživatele pervitinu (26 500, 66 %), dále uživatele opiátů/opioidů (7 500, 19 %) a konopných látek (2 500, 6 %). Je patrný postupný nárůst problémových uživatelů pervitinu, v posledním roce byl zaznamenán pokles uživatelů buprenorfinu (tabulka 7-1). Podíl IUD mezi klienty nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje na úrovni 75–80 %. Zvyšuje se průměrný věk klientů (od r. 2006 se zvýšil o 5 let), což je možné interpretovat tak, že ubývá nových (a tedy mladších) klientů (meziročně počet prvních kontaktů poklesl o 962 výkonů) a/nebo přicházejí do kontaktu s programy v pozdějším věku a/nebo se do kontaktu dostávají dosud nekontaktovaní uživatelé drog. Ženy tvoří 33 % klientů nízkoprahových programů. Vzhledem k vysokému podílu injekčních uživatelů mezi problémovými uživateli drog je nejvyužívanější poskytovanou službou výměnný program injekčních setů a distribuce parafernálií (tabulka 7-2). Nejvyšší počet kontaktů i výměn injekčního materiálu vykázaly v r. 2014 nízkoprahové programy v Praze, následované programy v Ústeckém a Středočeském kraji (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015e). Podrobný přehled o výkonech v nízkoprahových programech podle krajů v r. 2014 poskytuje tabulka 7-3.

¹⁵⁰ <http://www.acvz.cz> [2015-09-04]

¹⁵¹ <http://www.sananim.cz> [2015-09-04]

¹⁵² Počet programů je ovlivňován formálním členěním jednotlivých organizací a dotační politikou organizace a donorů. Kontaktní centrum a terénní program mohou být provozovány jedním subjektem v rámci jednoho zařízení či organizace, v jiných případech nebo v různých letech může jít o dva i více programů.

¹⁵³ Součet identifikovaných i anonymních klientů.

tabulka 7-1: Uživatelé návykových látek v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR v l. 2006–2014

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Uživatelé pervitinu	12 100	14 600	14 900	16 000	17 500	19 400	19 500	23 500	26 500
Uživatelé opiátů/opioidů	6 900	7 300	8 300	8 900	8 100	6 800	9 200	8 400	7 500
> z toho heroinu	4 000	4 100	4 600	4 950	4 200	3 300	2 800	2 700	2 900
> z toho buprenorfinu	2 900	3 200	3 700	3 950	3 900	3 500	6 200	5 500	4 700
Uživatelé konopných látek	2 700	2 000	1 700	2 200	1 900	3 200	3 300	1 600	2 500
Uživatelé těkavých látek	450	390	300	250	300	250	160	250	160
Injekční uživatelé	18 300	20 900	22 300	23 700	24 500	25 300	28 000	31 500	33 000
Průměrný věk (roky)	25,3	26,1	26,4	27,4	27	28,1	28,5	29,3	30,4
Celkem uživatelů drog	25 900	27 200	28 300	30 000	32 400	35 500	34 500	38 300	40 300

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových programů v l. 2006–2014, v tis.

Výkony	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hygienický servis	41,1	40,0	34,8	44,3	56,3	53,0	46,4	42,4	44,7
Individuální poradenství	21,9	24,1	21,0	27,8	37,6	30,8	34,0	27,4	30,9
Krizová intervence	1,8	1,6	1,1	1,6	2,4	2,4	1,8	1,4	1,3
Potravinový servis	97,6	94,1	87,8	108,8	107,7	100,7	94,3	100,2	97,7
Skupinové poradenství	1,5	1,0	1,1	1,3	1,3	0,7	0,5	0,5	0,6
Výměnný program	191,0	215,8	217,2	237,8	234,9	256,5	240,1	279,1	292,2
Zdravotní ošetření	10,5	9,4	7,7	10,2	9,7	9,5	9,2	10,8	11,7
Celkem kontaktů	322,9	338,1	329,5	365,6	396,8	415,4	421,5	458,1	476,7

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových programů v r. 2014 podle krajů

Kraj	Kontakty celkem	První kontakt	Výměnný program	Individuální poradenství	Krizová intervence	Zdravotní ošetření
Hl. m. Praha	143 884	1 997	116 100	6 121	150	6 170
Středočeský	17 813	680	11 223	856	36	163
Jihočeský	23 056	1 167	13 666	1 630	145	392
Plzeňský	24 014	933	11 024	2 388	110	277
Karlovarský	31 574	933	18 090	717	34	163
Ústecký	87 861	3 903	54 586	2 256	156	1 355
Liberecký	18 380	479	9 385	2 524	35	43
Královéhradecký	11 191	299	5 597	478	31	32
Pardubický	3 979	149	1 693	133	14	9
Vysočina	9 707	262	3 622	1 190	24	101
Jihomoravský	27 223	1 565	13 875	2 625	112	656
Olomoucký	26 086	1 272	7 502	3 430	106	1 761
Zlínský	16 959	327	5 624	1 492	35	183
Moravskoslezský	34 987	924	20 224	5 068	284	411
Celkem ČR	476 714	14 890	292 211	30 908	1 272	11 716

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

Ze zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2014 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2015b) vyplývá, že zatímco většina území Moravy je pokryta harm reduction programy rovnoměrně a téměř v každém okrese existuje kontaktní centrum či sídlo terénního programu, v Čechách a na Vysočině jsou tyto služby rozmístěny nerovnoměrně (týká se krajů Plzeňského, Středočeského, Libereckého, Královéhradeckého, Pardubického a Kraje Vysočina). Z důvodu finančních problémů se omezuje činnost programů, zkracuje provozní doba a snižuje časová dotace na práci s klientem.

7.3.1.1 Výměnné programy injekčních jehel a stříkaček

Distribuci stříkaček, jehel a dalších parafernálií v r. 2014 realizovalo 105 nízkoprahových programů.¹⁵⁴ Množství distribuovaného materiálu dlouhodobě roste, v r. 2014 bylo vydáno 6,6 mil. kusů injekčního náčiní (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2014d). Trend počtu programů a počtu distribuovaných injekčních stříkaček ukazuje tabulka 7-4, počty vydaných stříkaček v jednotlivých krajích tabulka 7-5 a mapa 7-1.

Podle dostupných informací ze závěrečných zpráv si injekční uživatelé, kteří navštívili nízkoprahová zařízení v r. 2014,¹⁵⁵ vyměnili průměrně 200 kusů injekčního náčiní. Množství injekčního materiálu distribuovaného v jednotlivých krajích odpovídá relativnímu počtu injekčních, resp. problémových uživatelů drog.

tabulka 7-4: Počet výměnných programů a vydaných jehel a stříkaček v ČR v l. 1998–2014

Rok	Počet výměnných programů	Počet vydaných jehel a stříkaček
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
2010	96	4 942 816
2011	99	5 292 614
2012	103	5 356 318
2013	110	6 175 118
2014	105	6 594 069

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v l. 2005–2014 podle krajů, v tis.

Kraj	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hl. m. Praha	1 697,6	1 850,3	2 071,8	2 060,6	2 130,7	2 130,4	2 198,7	2 266,9	2 516,1	2 634,3
Středočeský	110,3	168,2	215,6	309,6	345,2	350,1	332,8	414,1	486,6	439,8
Jihočeský	124,5	141,8	212,8	228,9	239,7	183,3	202,5	206,8	253,9	318,5
Plzeňský	116,6	157,3	189,9	207,9	188,4	190,6	181,4	204,1	247,6	270,7
Karlovarský	58,7	66,4	83,5	79,8	102,5	141,4	177,8	151,5	150,3	211,8
Ústecký	479,4	612,3	655,9	637,9	678,0	604,2	735,9	616,6	830,7	941,8
Liberecký	32,8	47,8	64,0	129,9	87,3	130,0	150,8	174,7	220,2	207,7
Královéhradecký	86,2	98,3	139,1	173,4	183,2	200,6	253,3	217,8	245,6	266,8
Pardubický	38,7	48,1	29,9	52,7	62,5	85,0	88,9	93,8	87,8	92,3
Vysočina	61,4	68,7	99,4	65,3	81,1	89,8	86,1	79,5	136,7	145,2
Jihomoravský	173,1	227,8	269,2	264,9	252,1	286,3	331,1	311,6	318,8	336,1
Olomoucký	96,4	150,0	134,4	137,3	164,7	197,8	199,9	175,9	199,5	213,5
Zlínský	52,2	69,0	115,7	89,9	111,1	96,3	91,5	88,9	97,8	112,3
Moravskoslezský	143,8	162,8	175,7	206,1	232,5	257,0	261,9	354,1	383,4	403,3
Celkem ČR	3 271,6	3 868,9	4 457,0	4 644,3	4 859,1	4 942,8	5 292,6	5 356,3	6 175,1	6 594,1

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

¹⁵⁴ Do tohoto počtu jsou zahrnuty výměnné programy jehel a stříkaček i prodejní automaty.

¹⁵⁵ Součet identifikovaných a anonymních klientů.

mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2014 na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

Výdejní automaty na stříkačky a injekční materiál byly v r. 2014 umístěny při kontaktních centrech v Plzni (Plzeňský kraj), Kolíně (Středočeský kraj) a Strakonici (Jihočeský kraj). Celkem bylo v těchto 3 automatech vydáno 16 719 kusů stříkaček.

V r. 2014 byly publikovány výsledky analýzy dostupnosti injekčního materiálu v Plzni (Petr et al., 2014). Výzkumný soubor tvořilo 45 lékáren, 7 prodejen zdravotnických potřeb, 4 nízkoprahové programy pro uživatele drog a Městská policie. Celkem bylo v Plzni v 1. pololetí 2010 distribuováno 94 791 ks stříkaček, vrátilo se 81 527 použitých stříkaček (86 %). V lékárnách se prodalo 10 % celkového objemu distribuovaného materiálu. Injekční materiál neprodávalo injekčním uživatelům drog 39 % lékáren, což znamená nedostatečné využití potenciálu lékáren ve snižování rizik užívání drog.

Výměna injekčních stříkaček a jehel je v nízkoprahových programech doplňována distribucí aluminiové fólie určené ke kouření heroínu a želatinových kapslí určených k perorální aplikaci jako alternativy injekčního užívání drog, především pervitinu.

V monitoringu testování a prevence infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových programech za r. 2014 odpovědělo celkem 57 nízkoprahových programů (viz také kapitulu Infekce spojené s užíváním drog, str. 117). Z nich nabízelo želatinové kapsle 47 programů (83 %) a vydalo 123 tis. kapslí (v průměru 2,6 tis. na jedno zařízení). V průzkumu Sčítání adiktologických služeb 2014 (blíže viz kapitulu Sčítání adiktologických služeb 2014, str. 102) odpovědělo 128 nízkoprahových zařízení, z nichž distribuovalo želatinové kapsle 84 (66 %) a aluminiovou fólii 73 (57 %) zařízení. Odhadem tedy 84 nízkoprahových zařízení vydá cca 200 tis. kapslí ročně. Distribuce želatinových kapslí se v posledních letech stává standardní součástí nabídky nízkoprahových programů pro uživatele drog v ČR a část klientů programů kapsle využívá jako alternativu injekčního užívání (viz např. Nezdarová, 2011, Mravčík et al., 2011b).

tabulka 7-6: Distribuce želatinových kapslí v nízkoprahových programech v l. 2008–2014

Rok	Počet programů, které odpovíděly na dotazník	Programy distribuující kapsle		Počet distribuovaných kapslí (tis.)
		Počet	Podíl (%)	
2008	50	16	32,0	23,9
2009	20	14	70,0	28,6
2010	43	30	69,8	56,9
2011	52	42	80,8	72,6
2012	38	27	71,1	46,8
2013	49	44	89,7	112,8
2014	57	47	82,5	123,1

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015d)

7.3.1.2 Testování infekčních nemocí

Počet testujících programů a počet provedených testů v nízkoprahových zařízeních zjišťuje NMS ze závěrečných zpráv projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP. Výsledky testování v nízkoprahových programech jsou k dispozici z jiného zdroje (blíže viz kapitolu Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových programech, str. 121). V r. 2014 nabízelo možnost testování na HIV 74 programů, na VHB 54, na VHC 79 a na syfilis 57 programů (tabulka 7-7). Od r. 2008 je patrný nárůst provedených testů, zejména na HIV a VHC.

tabulka 7-7: Počet testů na infekční nemoci a počet testujících nízkoprahových programů v l. 2003–2014

Rok	HIV		VHB		VHC		Syfilis	
	Programy	Testy	Programy	Testy	Programy	Testy	Programy	Testy
2003	64	2 629	21	739	60	2 499	4	209
2004	58	2 178	25	932	53	2 582	1	84
2005	54	2 425	28	1 370	55	2 664	2	54
2006	46	1 253	56	693	62	1 133	3	209
2007	53	609	19	370	24	401	4	62
2008	50	1 120	18	399	40	862	3	124
2009	47	1 592	23	560	43	1 501	4	143
2010	58	1 821	40	1 200	59	2 134	20	771
2011	78	2 833	69	1 598	80	3 158	66	1 516
2012	64	2 892	48	1 468	67	3 011	46	1 969
2013	72	2 952	52	1 756	78	3 278	51	1 811
2014	74	3 028	54	1 889	79	3 359	57	1 829

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

Z monitoringu testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových programech za r. 2014 (blíže viz kapitolu Infekce spojené s užíváním drog, str. 117) vyplývá, že klienti většiny služeb mají o testování na infekční choroby zájem, někdy však pouze verbální. Některá zařízení popisují, že nižší zájem o testování projevují klienti v horší sociální situaci. S žádostí o testování přicházejí také neuživatelé, kteří přišli do kontaktu s uživateli drog. Služby v regionu Chebska a částečně Libereckého kraje informovaly klienty o místní epidemii VHA, testování na VHA však nenabízely. Jeden program ukončil testování kvůli neschválení odběrové místnosti ze strany orgánu ochrany veřejného zdraví (z důvodu nedodržení minimální plochy 10 m²).

Vyšetření klientů na HIV, VHB a VHC v minulosti se sleduje také v Registru žádostí o léčbu. Informace v těchto položkách mají převážně charakter informací uváděných samotnými uživateli, 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 l. 2004–2014 uvádějících vyšetření na jednotlivé infekce v jejich životě uvádí tabulka 7-8. Od r. 2012 je patrný klesající trend protestovanosti na HIV.

tabulka 7-8: Testování klientů – IUD na VHB, VHC a HIV v Registru žádostí o léčbu v l. 2004–2013

Rok	Počet IUD žádajících o léčbu	Testováno v %		
		VHB	VHC	HIV
2004	6 364	38,7	44,8	52,8
2005	6 125	39,8	44,1	54,8
2006	6 022	38,4	42,2	55,7
2007	6 109	37,4	40,3	53,4
2008	5 986	42,1	45,0	55,1
2009	6 157	42,9	48,2	57,8
2010	6 581	43,1	48,5	57,7
2011	6 471	45,0	50,6	57,1
2012	6 481	44,6	50,7	55,2
2013	7 184	48,6	55,3	50,2
2014	7 213	46,6	55,3	50,0

Pozn.: Jde o podíl testovaných na dané infekce ze všech injekčních uživatelů drog, kteří v daném roce žádali o léčbu, bez ohledu na znalost výsledku testu.

Zdroj: Füleová et al. (2015)

7.3.2 Léčba HIV/AIDS a virové hepatitidy typu C

Diagnostika, profylaxe a léčba HIV/AIDS v ČR probíhá v 7 regionálních AIDS centrech (blíže k organizaci léčby viz VZ 2013).

V posledních 10–12 letech byla standardní terapie chronické infekce VHC založena na podání kombinace pegylovaných interferonů α (PEG-IFN) s ribavirinem (RBV). Od r. 2011 je používána léčba přímo působícími antiviroty, která cílí na různé fáze replikace viru, tj. přímo inhibují některý z enzymů uplatňujících se v průběhu replikačního cyklu VHC. Prvními schválenými preparáty se staly telaprevir a boceprevir, jejich použití se uplatňuje pouze v kombinaci s pegylovaným interferonem a ribavirinem, přičemž účinnost se pohybuje v rozmezí 65–70 %. V průběhu r. 2013 a 2014 byly schváleny k užití u chronické VHC infekce další preparáty, především sofosbuvir, simeprevir a daclatasvir. Zavedení bezinterferonových režimů s novými preparáty brání jejich vysoká cena. Postup a volbu preparátů stanovuje materiál České hepatologické společnosti a Společnosti infekčního lékařství Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C (Urbánek et al., 2014).

V r. 2012 a 2013 ÚZIS v ročním výkazu oborů gastroenterologie a infekčního lékařství sledoval počet pacientů celkem i IUD léčených pro VHC (blíže viz VZ 2012 a 2013). V r. 2013 zahájilo léčbu ve 39 zařízeních obou odborností 536 osob s anamnézou IUD (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2014a), data za r. 2014 nejsou k dispozici.

Z dat Vězeňské služby ČR vyplývá, že ve druhém pololetí 2014 byla léčba VHC zahájena u 325 vězňů ve výkonu trestu odnětí svobody, což znamená nárůst oproti předchozím rokům – v r. 2013 byla léčba zahájena u 246, v r. 2012 u 272, v r. 2011 u 239 osob a v r. 2010 u 69 osob (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015c, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015b).

7.4 Opatření zaměřená na další zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Preventivní programy na tanečních a hudebních akcích nejsou až na výjimky realizovány, což pravděpodobně souvisí s jejich omezenou finanční podporou. Služby se preventivním aktivitám v prostředí noční zábavy věnují okrajově v rámci provozování stávajících programů, zejména terénních.

Ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP vyplývá, že v r. 2014 poskytovaly služby na tanečních akcích celkem 4 programy, které navštívily 11 akcí. Pravidelnou účast uvedly na 8 akcích, přičemž služby využílo přibližně 1 700 návštěvníků.

Z výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích vyplývá, že v r. 2014 realizovaly preventivní aktivity na letních hudebních festivalech v Olomouckém kraji Terénní programy Olomouc Společnosti Podané ruce a ojediněle také Terénní programy Šumpersko a Terénní program organizace KAPPA-HELP. V Jihočeském kraji situaci na jednotlivých akcích, jako jsou festivaly, slavnosti a koncerty, mapují služby pouze příležitostně (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2015b).

Prostředí noční zábavy se v minulosti dlouhodobě věnovaly Terénní programy Brno Společnosti Podané ruce, které od r. 2012 svou činnost v prostředí zábavy obnovily. Realizují projekt Hard & Smart, který cílí na snižování rizik v prostředí noční zábavy prostřednictvím zvyšování bezpečnosti v klubech. Na základě spolupráce v projektu získal brněnský klub Fléda jako první v ČR certifikát bezpečného klubu.¹⁵⁶ Činnost terénních pracovníků spočívá v jejich pravidelné účasti na akcích v klubu Fléda, školí ochranku klubu v komunikaci s osobami pod vlivem návykových látek a ve zvládání krizových situací (včetně situací před příjezdem zdravotnické záchranné služby). Klub musí splňovat deset kritérií bezpečného klubu projektu NEWIP.¹⁵⁷

- dostupnost informačních stánků s nabídkou letáků o zdravotních rizicích spojených s nočním životem,
- podpora prevence řízení pod vlivem alkoholu či drog,
- volný přístup k pitné vodě,
- školení zaměstnanci, kteří znají pravidla bezpečnosti, první pomoci a ví, jak řešit konflikty,
- možnost koupit si kondom v automatu nebo od obsluhy,
- špunty do uší pro zaměstnance i pro hosty, dodržování hlukových limitů,
- poskytování informací o dopravě (MHD, taxi apod.), zajištění odvozu podnapilých osob,
- dobře vybavená chill-out zóna s kvalitním odvětráváním, možností posedět a odpočinout si, prodej potravin z automatu nebo na baru,
- zřetelná nabídka nealkoholických nápojů,
- bezpečná šatna pro ukládání osobních věcí.

Od r. 2005 provozuje SANANIM internetovou a SMS službu Promile INFO,¹⁵⁸ která je zaměřená na prevenci řízení pod vlivem alkoholu. Jde o nástroj, s jehož pomocí mohou uživatelé zjistit orientační hladinu alkoholu v krvi a přibližnou dobu, kdy vystřízliví. K dispozici je zdarma ke stažení také aplikace pro chytré telefony. Aplikace Promile INFO byla v průběhu r. 2014 stažena a instalována téměř v 5 tis. případech a uživatelé služby ji použili k celkem 35,6 tis. výpočtům hladiny alkoholu. SANANIM působí také na letních festivalech, kde provozuje klidovou zónu s názvem K-LEE-DECK, poskytuje informace a poradenství týkající se konzumace alkoholu, provedení orientační dechové zkoušky na alkohol a distribuuje jednorázové testy. V r. 2014 program poskytoval služby na 18 festivalech, bylo provedeno 8 430 dechových zkoušek v rámci 19 500 kontaktů s účastníky akcí.

V r. 2014 byla publikována práce zaměřená na vnímání rizik spojených s novými psychoaktivními látkami (NPS) ze strany jejich uživatelů a na používané strategie, zaměřené na předcházení těmto rizikům (Drápalová a Běláčková, 2014). Autorky provedly kvalitativní obsahovou analýzu internetových diskusních fór sdružujících uživatele NPS (16 internetových diskusních fór s celkovým počtem 832 příspěvků) a kvalitativní analýzu polostrukturovaných rozhovorů s 9 uživateli NPS. Pokud jde o vnímání rizikovitosti, existuje skupina uživatelů, kteří rizikovitost těchto látek vnímají jako malou, což pravděpodobně souvisí s legálností těchto látek. Vnímání rizikovitosti se v průběhu užívání NPS mění a uživatelé mají tendenci přistupovat k NPS obezřetněji na základě vlastních zkušeností nebo od ostatních uživatelů ze svého okolí a z diskusních fór. Za účelem snižování rizik volili uživatelé NPS strategie, jako je užívání menšího množství látky (obzvláště při prvním užití), volbu vhodného prostředí, kde k užití dochází, a nekombinování NPS navzájem a s jinými drogami.

¹⁵⁶ Obdržení certifikátu je podmíněno splněním nejméně 8 z 10 bodů – http://brno.idnes.cz/klub-fleda-dostal-bezpecnostni-certifikat-fix-/brno-zpravy.aspx?c=A141129_2120400_brno-zpravy_daj [2015-09-03]

¹⁵⁷ Nightlife Empowerment and Well-being Implementation Project: <http://newip.safernightlife.org/> [2015-08-27]

¹⁵⁸ <http://www.promile.info/> [2015-09-03]

Za důležité považují uživatelé získání podrobných informací o užívané látce, neboť informace z veřejných zdrojů a od prodejců považují uživatelé NPS za nedostatečné a nedůvěryhodné. Ukázalo se, že internetová fóra sdružující uživatele NPS jsou široce využívaným a relevantním zdrojem informací a měla by být podporována a využívána programy snižování rizik.

8

Kapitola 8:

Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog

- Mezi sociální souvislosti užívání drog patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, zadluženost, problémy s rodinou a blízkými, s bydlením apod. Většina uživatelů drog v léčbě nemá stálé bydliště a je nezaměstnaná nebo příležitostně pracující (u obou ukazatelů téměř 60 %). Současně se však zdá, že abstinující bývalí uživatelé drog jsou za podpory pomáhajících služeb poměrně dobře zaměstnatelní.
- Negativní socioekonomické faktory se často vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení uživatelů drog. Specifické charakteristiky má užívání drog v etnických, národnostních a dalších menšinách, které jsou sociálním vyloučením ohroženy více než většinová společnost.
- Většina (až 95 %) klientů adiktologických služeb má dluhy, i když většinou nezná svou dluhovou situaci podrobně. Pro významnou část je tato situace obtížně řešitelná nebo zcela neřešitelná i přes využití všech možností a svou situaci většinou neřeší. Výše dluhu dosahuje u většiny uživatelů drog do 250 tis. Kč, ve specializovaných dluhových poradnách průměrně 650 tis. Kč. Problémoví uživatelé drog velmi často nedosáhnou na podmínky osobního bankrotu. Pokud je na mzdu uvalena exekuce, je pro uživatele drog výhodnější pracovat nelegálně nebo nepracovat vůbec. Pro významnou část problémových uživatelů drog představuje zadluženost bariéru návratu do společnosti a k životu bez drog.
- Výskyt sociálního vyloučení je v ČR vázán na lokality, kde je vyšší zastoupení Romů než v obecné populaci. Alkohol a tabák jsou nejrozšířenější návykové látky v sociálně vyloučených lokalitách. Drogová scéna se v těchto lokalitách liší, jako nejrozšířenější nelegální drogy jsou uváděny pervitin, konopné látky a těkavé látky, lokálně heroin a buprenorfin. Ve vyšší míře se v sociálně vyloučených lokalitách vyskytuje také patologické hráčství. Výroba a prodej drog jsou v těchto lokalitách běžné (zejména konopné drogy a pervitin). V některých lokalitách nemusí nelegální drogy představovat závažný problém, zatímco v jiných je užívání návykových látek považováno za průvodní jev sociálního vyloučení.
- Existuje oboustranný vztah mezi bezdomovectvím a užíváním návykových látek. Bezdomovci závislí na návykových látkách představují pro pomáhající organizace zvlášť obtížnou skupinu a vzájemná kombinace užívání návykových látek a bezdomovectví je významnou překážkou návratu do společnosti.
- Existuje rovněž oboustranný vztah mezi užíváním návykových látek a poskytováním komerčních sexuálních služeb. Uplatnění v sexbyznysu nacházejí ve vzrůstající míře bývalé (abstinující) uživatelky drog, které mají sníženou uplatnitelnost na trhu práce vyplývající z jejich uživatelské minulosti a mnohé jsou navíc matkami samoživitelkami.
- Podle Sčítání adiktologických služeb 2014, kterého se účastnilo 271 programů, sociální práci a podpůrné služby v doléčování a sociální reintegraci uživatelů drog poskytují desítky až stovky adiktologických programů. Zejména jde o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací. Chráněné zaměstnání poskytuje 25 programů, následnou péči s chráněným či sociálním bydlením deklaruje 23 zařízení s 254 lůžky. V Registru sociálních služeb je evidováno 35 programů následné péče o uživatele návykových látek.

8.1 Socioekonomická situace uživatelů drog

8.1.1 Socioekonomické charakteristiky uživatelů drog

V r. 2014 bylo v Registru žádostí o léčbu spravovaném hygienickou službou evidováno 10 108 žadatelů o léčbu, z nichž 4 743 uvedlo, že léčbu podstupuje poprvé v životě (tzv. prvožadatelé) (viz také kapitolu Registr žádostí o léčbu, str. 107).

Největší podíl klientů měl základní nebo nedokončené základní vzdělání (45,5 %), následovali klienti se středoškolským vzděláním bez maturity (27,7 %); vyšší či vysokoškolské vzdělání uvedlo pouze 1,5 % klientů (Füleová et al., 2015). Pravidelné zaměstnání mělo 17,9 % klientů (častěji muži). Nezaměstnaných či příležitostně pracujících bylo 58,1 % klientů. Podíl nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících byl vyšší mezi muži (59,9 %) než mezi ženami (54,2 %). Studentů a žáků bylo 8,0 % (více mezi ženami). Nezaměstnaní tvoří největší podíl v krajích Ústeckém (71,8 %), Olomouckém (68,8 %), Moravskoslezském (68,0 %) a Libereckém (67,9 %), naopak nejmenší v kraji Karlovarském (34,5 %).

Většina klientů nemá stálé bydliště. Stálé bydliště v r. 2014 uvedlo 43,2 % klientů (téměř stejný podíl jako v r. 2013). Podíl osob bez domova se snížil z 14,0 % v r. 2013 na 12,7 % v r. 2014, mezi bezdomovci výrazně převažují muži nad ženami. Podíl osob bydlících v zařízení byl 10,8 %, nejčastěji šlo o věznici, ubytovnu, výchovný či diagnostický ústav, doléčovací centrum či terapeutickou komunitu. Celkem 24,4 % klientů žilo s jiným uživatelem drog (častěji ženy).

Čtvrtina léčených uživatelů drog žije s rodiči, 23,1 % žije sami – častěji muži (27,4 %) než ženy (13,9 %), mezi nově evidovanými klienty je to celkem 20,8 % (muži 25,0 %, ženy 12,2 %). S dětmi žije 957 (9,5 %) léčených uživatelů drog (o 155 více než v r. 2013), s dítětem žijí výrazně častěji ženy než muži.

Celkem 52,3 % všech a 42,8 % nově evidovaných žadatelů vyhledalo léčebná centra z vlastního rozhodnutí nebo na popud rodinných příslušníků (v r. 2013 to bylo 57,6 % ze všech klientů a 50,4 % z nově evidovaných uživatelů drog). Soudem nařízená byla léčba 4,5 % mužů a 3,8 % žen.

Jinou než českou národnost uvedlo v r. 2014 celkem 194 klientů (179 v r. 2013) – nejčastěji slovenskou (102 osob), romskou (54) a ukrajinskou (16) (Füleová et al., 2015).

Tématem zaměstnanosti klientů pražských doléčovacích center organizací SANANIM, Drop In a Magdaléna se zabývala Pavlovská (2014). Bylo provedeno dotazníkové šetření na souboru 43 klientů v průměrném věku 31 let, kteří byli v programech na přelomu I. 2011 a 2012. Cílem bylo zmapovat a popsat charakteristiky klientů a jejich zkušenosti s ohledem na uplatnění na trhu práce. Čtvrtina souboru měla základní vzdělání, téměř 50 % respondentů se pokoušelo o další studium vyššího stupně. Celkem 14 osob (30,2 %) mělo záznam v rejstříku trestů (šlo spíše o osoby s nižším vzděláním), 25 % trpělo psychickou poruchou. Celkem 33 osob (77 %) umělo pracovat s PC, 28 (65 %) znalo cizí jazyk, 66 % klientů vlastnilo řidičský průkaz. V souboru bylo v době sběru dat 25 zaměstnaných (58 %), všichni si práci našli nejpozději do 3 měsíců. Práce pro klienty představovala jistotu a stabilitu. Celkem 26 osob (60 %) mělo více než 3 pracovní zkušenosti v historii, téměř 50 % celého souboru mělo za sebou období nezaměstnanosti delší než 2 roky. Představy o měsíční mzdě byly spíše realistické. Ukázalo se, že abstinující uživatelé drog jsou poměrně dobře zaměstnatelní a že tedy tréninková či startovací pracovní místa by měla být určena pro ty klienty, kteří jsou handicapováni komplexně, jsou dlouhodobě nezaměstnaní a mají potíže práci získat.

V srpnu 2015 realizovalo NMS dvě ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových zařízení, které byly zaměřeny na popis aktuální situace v populaci problémových uživatelů drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research, 2015a). Z výsledků vyplynulo, že od r. 2010 po novele zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, využila řada uživatelů možnost bydlení na ubytovnách díky doplatku na bydlení. Situace se změnila po novele zákona na jaře 2015, která zpřísnila podmínky, které musí prostor určený k bydlení splňovat. Řada ubytoven

využívaných uživatelů drog nemusí tyto podmínky splnit (např. stanovené hygienické normy). Další negativní vliv na ekonomickou situaci uživatelů měla změna podmínek pro výkup kovů ve sběrnách druhotných surovin, která znemožnila výplatu peněz v hotovosti.

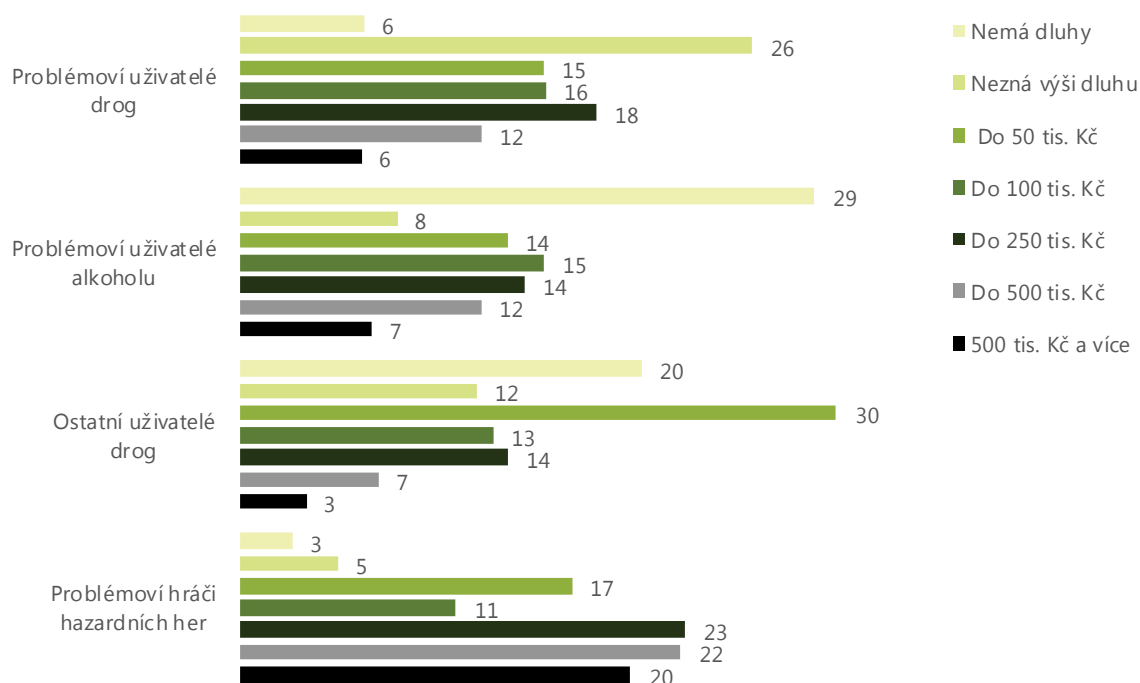
8.1.2 Zadluženost uživatelů drog

Na jaře 2015 realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research internetový dotazníkový průzkum v síti adiktologických služeb na téma zadluženost klientů (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research, 2015d). Podnětem pro realizaci průzkumu byly naléhavé informace zástupců služeb o vysoké míře zadluženosti problémových uživatelů drog znemožňující jejich plnohodnotný návrat do společnosti. Průzkumu se zúčastnilo celkem 147 programů¹⁵⁹ z celé ČR, z toho 93 programů zaměřených na problémové uživatele drog (PUD), 28 na problémové uživatele alkoholu (PUA), 13 na ostatní uživatele drog (OUD) a 13 na problémové hráče hazardních her (PH). Mezi účastníky byla zastoupena kontaktní centra (39) a terénní programy (20) pro PUD, ambulantní programy (20) a programy následné péče (8). Dotazník obsahoval 21 otázek na strukturu a příčiny zadlužení a možnosti jeho řešení. Počet klientů jednotlivých programů se pohyboval od 5 do 3 tisíc.

Pracovníci služeb odpovídali na škále 0–5 na dotaz, jak často se svými klienty řeší problematiku zadluženosti a jak závažný problém pro jejich klienty zadluženost představuje. Nejčastěji programy řeší problematiku zadlužení s PH (průměr 4,0), následují služby pracující s PUA (3,4), PUD (3,3) a OUD (2,5). Respondenti vnímali zadluženost klientů jako velmi závažný problém, jako nejzávažnější je na stejné škále zadluženost vnímána u patologických hráčů (průměr 4,7), následují PUD (3,9), PUA (3,5) a OUD (3,2).

Nejvyšší dluhy mají podle pracovníků služeb PH, PUA dluhy nemívají, PUD často výši svých dluhů neznají (graf 8-1).

graf 8-1: Odhad výše dluhů u cílových skupin adiktologických programů, průměr v %*



Pozn.: * průměr nevážený počtem klientů

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015d)

¹⁵⁹ Na otázky odpověděly také dva programy věnující se kuřákům, ty však nebyly vzhledem k nízkému zastoupení do analýzy zahrnuty.

Velká část PUD svoje zadlužení aktivně neřeší (na rozdíl od PH), často ani nemají přehled o výši dluhu a věřitelích. O svých dlužích má přehled odhadem 34 % PUD,¹⁶⁰ což je výrazně méně než u ostatních typů klientů, zejména PH. Značná část PUD má na svůj majetek či výplatu uvalenu exekuci. Podle odhadů služeb většina klientů není schopna svou zadluženost řešit bez odborné pomoci a velká část je v bezvýhodné situaci – jejich zadluženost pro ně představuje neřešitelnou situaci i přes využití všech dostupných nástrojů. U ostatních typů klientů to není tak výrazné (tabulka 8-1).

tabulka 8-1: Podíl klientů s vybranými znaky v oblasti zadluženosti podle cílových skupin, průměr v %

Otázka	PUD	PUA	ODU	PH
Jak velké procento vašich klientů má přehled o tom, kolik kde dluží?	34	56	57	68
Jaké procento vašich klientů má na svůj majetek či plat uvalenu exekuci?	37	27	18	34
Jaké procento zadlužených klientů podle vašeho názoru své problémy se zadlužeností aktivně řeší, ať už s Vámi, či s jinými službami?	25	46	42	67
Jakému procentu zadlužených klientů se podle vašeho názoru daří snižovat celkovou výši svého dluhu?	19	38	45	58
Jaké procento zadlužených klientů nedokáže svou dluhovou situaci řešit bez odborného dluhového poradenství?	60	41	42	40
Pro jaké procento zadlužených klientů představuje zadluženost neřešitelnou situaci i přes využití všech dostupných možností?	40	16	12	17

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015d)

Další otázka směřovala na významnost jednotlivých příčin zadlužení. Zatímco u PUD i OUD jsou nejvýznamnější příčinou neuhrazené platby za zdravotní pojištění a pokuty, u PH a PUA jsou to zejména bankovní půjčky a spotřebitelské úvěry (tabulka 8-2).

tabulka 8-2: Příčiny zadluženosti klientů podle cílové skupiny, průměry*

Cílová skupina	PUD	PUA	ODU	PH
Pokuty	4,0	2,5	3,2	1,9
Spotřebitelské úvěry	3,7	3,3	2,3	3,7
Bankovní půjčky	3,0	3,7	2,6	4,2
Nájemné a energie	2,2	2,6	2,3	1,5
Telefon, internet	2,9	2,3	1,9	2,4
Zdravotní pojištění	4,1	2,7	2,8	2,3
Alimenty	2,8	2,5	1,3	2,1
Náklady trestního řízení, na pobyt ve vězení	2,7	1,3	1,0	1,5

Pozn.: * Průměr nevážený počtem klientů. Na škále 0–5 hodnota 0 znamená, že daná položka je vzhledem k celkové zadluženosti klientů nevýznamná, a 5 znamená, že je velmi významná.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015d)

Jako další zdroj dluhu byla často zmíněna lichva, ale i nebankovní či rychlé půjčky a půjčky od fyzických osob (včetně rodinných příslušníků).

Z níže uvedených platí podle respondentů především tvrzení, že pokud je na mzdu uvalena exekuce, je výhodnější pracovat nelegálně nebo nepracovat vůbec, což se týká především PUD. Také u PUD především platí, že zadluženost je zásadní překážkou jejich reintegrace.

¹⁶⁰ Pracovníci odpovídali na škále 1–6, kde 1 znamenalo 0 % klientů, 2 znamenalo 1–20 % klientů, 3 znamenalo 21–40 % klientů atd. K výpočtu průměru sloužily středy intervalů, tj. 0 %, 10 %, 30 % atd. Jde o prostý průměr nevážený počtem klientů jednotlivých programů.

tabulka 8-3: Výroky týkající se vybraných aspektů zadluženosti podle cílové skupiny, průměry

Výrok	PUD	PUA	ODU	PH
Zadlužení klienti mají problém se ve svých dluzech orientovat	3,8	2,6	2,2	2,2
Pro zadlužené klienty, kteří mají na mzdu uvalenu exekuci, je finančně výhodnější nepracovat	3,6	2,8	1,9	2,6
Pro zadlužené klienty, kteří mají na mzdu uvalenu exekuci, je finančně výhodnější pracovat nelegálně	4,1	3,1	2,5	3,4
Exekuce zvyšuje u zadlužených klientů pravděpodobnost získávání finančních prostředků trestnou činností	3,3	1,8	1,6	1,8
Zadluženost je zásadní překážkou reintegrace klientů	3,5	2,6	1,8	2,3
Zadluženost je zásadní příčinou relapsu užívání drog u již abstinujících klientů	2,5	2,2	1,4	1,7
Institut oddlužení je vhodným nástrojem pro oddlužení zadlužených klientů	2,2	2,9	2,6	2,8
Situaci klienta komplikuje obtížná komunikace s exekutorem	3,0	2,4	2,4	2,6

Pozn.: Škála 0–5, kde 0 znamená, že tvrzení se klientů netýká, a 5 znamená, že tvrzení se týká všech zadlužených klientů. Neváženo podle počtu klientů jednotlivých programů.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015d)

Jednou z možností řešení dluhu je dohoda s věřitelem o splácení v menších částkách podle tzv. splátkového kalendáře. Tuto možnost se nejvíce daří využívat PH a PUA, na druhou stranu tuto možnost využívá zcela zanedbatelné procento PUD a OUD.

Další možností řešení předluženosti je institut oddlužení.¹⁶¹ Podle respondentů to není vhodný nástroj pro většinu PUD (průměr 2,2) (tabulka 8-3). Pro klienty může být obtížné na tento institut dosáhnout. Průměr odhadu procent klientů, kteří by měli zájem využít institut oddlužení, je pro PUD 40 %, OUD 21 %, PUA 30 % a PH 32 %. Většina PUD však nesplňuje zákonné podmínky institutu oddlužení (absence pravidelného příjmu či zaměstnání, předchozí majetková trestná činnost, absence dostatečně dlouhé historie zaměstnání), navíc je podle respondentů pro většinu z nich proces oddlužení administrativně příliš složitý. Významná část PUD svoji zadluženost vůbec neřeší, zatímco u ostatních cílových skupin je vůle zadlužení řešit silnější.

tabulka 8-4: Souhlas s tvrzeními týkajícími se institutu oddlužení podle typu klientů, průměry

Tvrzení	PUD	PUA	ODU	PH
Klienti svoji zadluženost vůbec neřeší	3,1	2,0	2,0	1,4
PUD klienti svoji zadluženost řeší raději jinak	2,6	2,6	2,3	2,3
Klienti o možnosti využití institutu oddlužení nevědí	1,9	1,3	0,9	1,1
Klienti institutu oddlužení nedůvěřují	1,7	1,2	1,0	1,5
Klienti nesplňují podmínky institutu oddlužení – nemají zaměstnání či jiný pravidelný příjem	4,1	3,2	2,8	2,8
Klienti nesplňují podmínky institutu oddlužení – nemají dostatečně dlouhou historii zaměstnání či jiného pravidelného příjmu	4,2	3,2	2,3	2,7
Klienti nesplňují podmínky institutu oddlužení – předchozí majetková trestná činnost	3,9	1,8	1,8	1,8
Institut oddlužení je pro klienty administrativně příliš složitý	3,3	2,4	2,3	1,5

Pozn.: Škála 0–5, kde 0 znamená, že tvrzení se klientů netýká, a 5 znamená, že tvrzení se týká všech zadlužených klientů. Neváženo počtem klientů programů.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015d)

Poslední série otázek směřovala na poskytování dluhového poradenství (tabulka 8-5). Většina zařízení by uvítala spolupráci s právníkem ohledně dluhového poradenství. Specialista na dluhové poradenství je zaměstnán ve zlomku programů.

¹⁶¹ Zákon č. 182/2006 Sb., o úpadku a způsobech jeho řešení (insolvenční zákon), vstoupil v platnost dne 1. 1. 2008. Jeho hlava V se týká tzv. osobního oddlužení či osobního bankrotu, tj. procesu vyhlášeného soudem na žádost dlužníka, při kterém fyzická osoba, která nemá dluhy z podnikání, v insolvenční za přesně stanovených podmínek (např. více dlužníků, dluhy po splatnosti, prokázaná neschopnost splácet ad.) splácí své závazky do výše 30 % jejich celkového objemu. V průběhu osobního oddlužení nepodléhá exekuci ani úrokům ze splátek.

tabulka 8-5: Podíl programů poskytujících vybrané typy dluhového poradenství, v %

Typ služby	PUD	PUA	ODU	PH
Zařízení poskytuje dluhové poradenství	53	46	31	38
V týmu zařízení je pracovník vyškolený v oblasti dluhového poradenství	49	21	46	15
V týmu zařízení je pracovník, který se věnuje výhradně dluhovému poradenství	5	4	0	8
Zařízení spolupracuje s jiným/dalším programem či zařízením/institucí/odborníkem specializovaným na dluhové poradenství	89	68	54	54
Zařízení by uvítalo spolupráci s právníkem ohledně dluhového poradenství	88	71	69	69

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015d)

Respondenti v komentářích poukazují na to, že řešení dluhového problému je u uživatelů drog komplikováno tím, že se nezdržují v místě trvalého bydliště a doručování písemností nemůže v tomto případě plnit upozorňující preventivní roli, nemalá část klientů nevládní občanský průkaz pro vyzvednutí písemností zaslaných doporučeně. Snahy o řešení zadluženosti komplikuje systém penalizací, kdy výše dluhu dosáhne částky, kterou je nemožné splatit. Uživatelé drog bývají zneužíváni organizovanými skupinami lichvářů, poskytovateli nebankovních půjček, majiteli zastaváren, advokáty a vymáhajícími společnostmi. I když sami páchají trestnou činnost, stávají se mnohdy obětmi kriminálních živlů (tzv. terciární trestná činnost), ale i právo vymáhajících institucí, neboť se nedokáží účinně bránit, neznají svá práva a nedosáhnou na kvalitní právní zastoupení. Společenský statut uživatelů drog tak již v jejich produktivním věku může klesnout natolik, že dosáhnou stadia tzv. sociální smrti.

8.1.2.1 Klienti dluhových poraden v souvislosti s užíváním drog

V r. 2014 analyzovalo NMS data 20 poraden Asociace občanských poraden (AOP) zapojených do projektu Dluhové poradenství.¹⁶² Do systému evidence klientů je od r. 2013 zařazena položka týkající se příčin zadluženosti klientů a od r. 2014 také položka zjišťující, zda klient poradny je sám dlužník, nebo osoba blízká. Z celkového počtu 7 669 řešených případů v r. 2014 byly jako nejčastější příčina zadlužení uváděny nadměrné půjčky nebo úvěry (spotřební, nákup zboží na splátky apod.), a to téměř ve čtvrtině případů (1 871). Druhá nejčastější příčina (887) zadlužení byla ztráta nebo snížení příjmu v důsledku nezaměstnanosti, nemoci apod.; následovala změna životní situace v důsledku rozchodu, rozvodu, ovdovění apod. (547).

Užívání návykových látek včetně alkoholu bylo uvedeno jako příčina nebo jedna z příčin zadlužení u 114 případů, tj. 1,5 % z celkového počtu případů. Z toho 93 (82,3 %) byli dlužníci sami, 21 (17,7 %) osoby blízké. Ve skupině klientů, kteří uvedli jako příčinu či jednu z příčin zadlužení užívání návykových látek, včetně alkoholu, mírně převažovali muži nad ženami (65, resp. 50),¹⁶³ klienti byli nejčastěji z věkové kategorie 20–30 let a 31–40 let (45, resp. 38), ve věkových kategoriích 41+ let se počet případů pohybuje v řádu jednotek. Nejčastěji byl uveden příjem v kategorii do 8 tis. Kč (42), dále v kategorii 8 000–13 200 Kč (28 případů), avšak podobný počet případů příjem neuvedlo vůbec (26). Z těch, kteří uvedli výši dluhu, 31 případů mělo dluh v rozmezí 100–500 tis. Kč, 30 případů nad 500 tis. Kč. Výše dluhu po splatnosti dosahovala průměrně 646 tis. Kč (max. 4,5 mil. Kč). Počet věřitelů se pohyboval od 1 do 20 a patřili mezi ně především nebankovní poskytovatelé půjček, jiní věřitelé (např. dopravní podniky, zdravotní pojišťovny, telekomunikační společnosti, Česká správa sociálního zabezpečení, nemocnice, fyzické osoby) a dále banky.

¹⁶² Projekt Dluhové poradenství proti dluhové pasti, který má za cíl nabízet kvalifikované dluhové poradenství všem občanům ČR, realizovalo v r. 2014, stejně jako v r. 2013, 20 občanských poraden v 17 městech: Bohumín, Brno, České Budějovice, Jihlava, Karviná, Liberec, Most, Nymburk, Ostrava, Pardubice, Praha 1, 2, 3 a 12, Rokycany, Rumburk, Rychnov nad Kněžnou, Šumperk, Třebíč a Valašské Meziříčí. Více o projektu na <http://dluhy.obcanskeporadny.cz> [2015-04-08].

¹⁶³ V 1 případě bylo uvedeno obojí pohlaví – je pravděpodobné, že se na dluhovou poradnu obrátil partnerský/manželský pár.

Podíl osob mezi klienty občanských poraden, jejichž zadluženost souvisela s užíváním drog včetně alkoholu, je velmi pravděpodobně značně podhodnocen kvůli obavám ze stigmatizace. V r. 2013 byl podíl osob, které přiznaly užívání návykových látek, včetně alkoholu, jako příčinu finančních problémů, stejně nízký – 105 (1,5 %) z celkového počtu 6 821 případů (Mravčík et al., 2014a).

8.2 Užívání drog v sociálně znevýhodněných skupinách a lokalitách

8.2.1 Užívání návykových látek v kontextu sociodemografických faktorů

Zíb Palasová (2015) se ve své diplomové práci zabývala problematikou vybraných sociálně negativních jevů v ČR. Byl proveden popis sociálně negativních jevů a zhodnocení jejich regionálních disparit na úrovni 77 okresů za rok 2011, kdy bylo ČSÚ provedeno Sčítání lidu, domů a bytů. Byla použita korelační, faktorová a shluková analýza za pomoci 28 ukazatelů, mezi nimi byly také počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních pro návykové látky (dg. F10–F19) a počet heren a kasin na 1 000 obyvatel v r. 2011.

Faktorová analýza vedla k vytvoření 7 faktorů:

- demograficky negativní faktor (zahrnující ukazatele jako míra rozvodovosti a potratovosti, podíl obydlených bytových či rodinných domů se sníženou kvalitou, počet osob na byt či dům, míra kriminality, podíl neúplných rodin, podíl věřících obyvatel, střední délka života),
- faktor kvalitního lidského kapitálu (zahrnující ukazatele, jako podíl obyvatel s úplným středoškolským a vysokoškolským vzděláním, naděje dožití při narození u mužů, podíl domácností vybavených počítačem s internetem, dlouhodobá nezaměstnanost),
- metropolitní faktor (zahrnující ukazatele, jako hustota obyvatel, rozloha obce, relativní počet krádeží, pokrytí lékaři ambulantní péče),
- faktor přírůstku (přirozený a migrační přírůstek, index stárí),
- faktor sociálního úpadku a nouze (míra hospitalizací pro návykové látky, výskyt osob bez domova, dlouhodobá nezaměstnanost, počet uchazečů na pracovní místo, sebevraždnost),
- faktor nemocnosti (pracovní neschopnost a její průměrná délka),
- faktor deviance (mravnostní kriminalita, počet heren a kasin).

Shlukovou analýzou bylo vytvořeno celkem 5 skupin okresů:

- první skupinu tvořily Praha a okres Brno-město jako metropolitní typ sídel s vysokým přírůstkem obyvatelstva, vysokou hustotou zalidnění, nadprůměrně vysokým podílem vysokoškolsky vzdělaného obyvatelstva a dobrou lékařskou dostupností,
- ve druhé nejpočetnější skupině se nacházelo 34 okresů charakterizovaných nízkou hustotou obyvatelstva a příznivými sociálními ukazateli,
- třetí skupina čítala 19 příhraničních a s nimi sousedících okresů charakteristických migračním úbytkem obyvatelstva a nadprůměrnými hodnotami všech negativních ukazatelů,
- čtvrtý shluk byl tvořen okresy Praha-východ a Praha-západ, které tvoří prosperující okolí hlavního města Prahy s vysoce nadprůměrnou hodnotou přirozeného a migračního přírůstku, nadprůměrným podílem vysokoškoláků, což je dáno tím, že do těchto okresů se stěhují mladí lidé zakládající rodiny a dojíždějící za prací do Prahy,
- poslední pátý shluk byl tvořen 20 okresy převážně na území Moravy a Slezska s nadprůměrným počtem věřících obyvatel a podprůměrnými hodnotami ukazatelů kriminality.

Okresy s nejvyššími hodnotami ukazatelů sociálně negativních jevů, včetně hospitalizace pro užívání návykových látek a hustoty heren a kasin, byly Most, Teplice, Ústí nad Labem, Jeseník, Karviná, Ostrava-město a Česká Lípa, které se nacházejí na území krajů Ústeckého, Libereckého, Olomouckého a Moravskoslezského (Zíb Palasová, 2015).

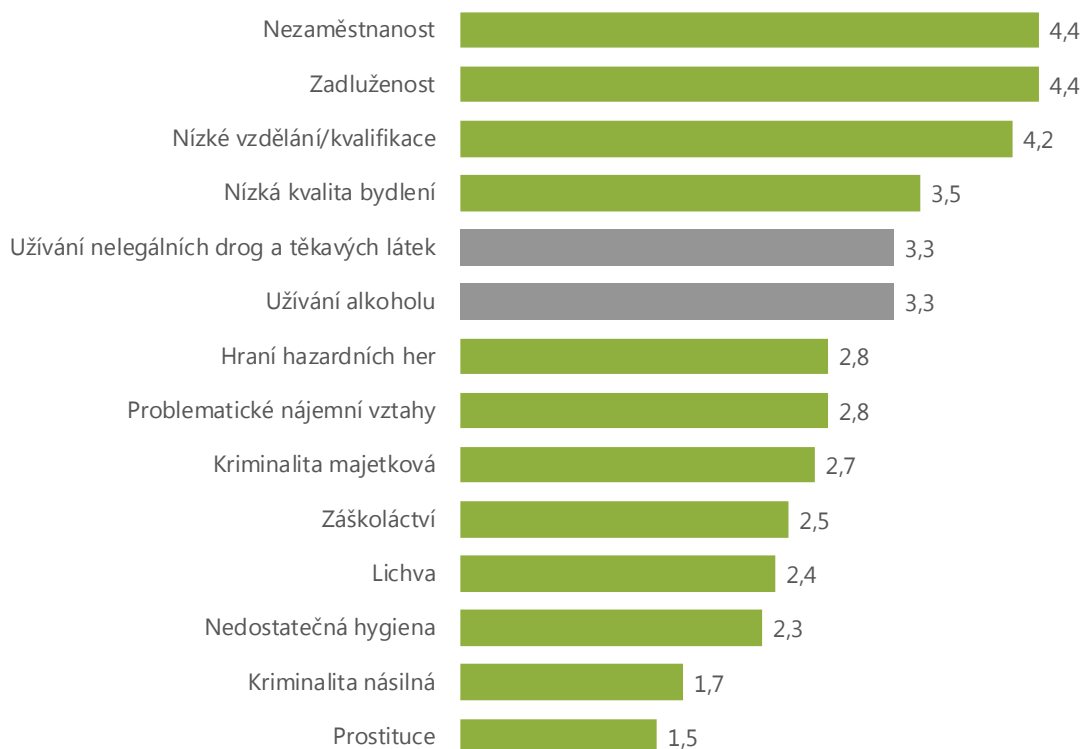
8.2.2 Užívání drog v sociálně vyloučených lokalitách

Na přelomu r. 2014 a 2015 realizovalo NMS ve spolupráci s Agenturou pro sociální začleňování (ASZ) při Úřadu vlády ČR dotazníkové šetření mezi zástupci ASZ v sociálně vyloučených lokalitách (SVL) zaměřené na problematiku hazardu a užívání drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování, 2015). Dotazník vyplnilo 21 respondentů působících ve 23 obcích či oblastech.¹⁶⁴

Byla zkoumána závažnost užívání návykových látek v porovnání s ostatními problémy v SVL, míra užívání drog v SVL podle jednotlivých látek, a to zvlášť pro dospělé a zvlášť pro děti mladší 15 let. Dále bylo zjišťováno, jak jsou v SVL rozšířeny nelegální výroba a distribuce drog. Poslední, otevřená otázka se týkala dopadů užívání návykových látek ve sledované lokalitě.

Zjišťováno bylo, jak velký problém návykové látky v SVL představují ve srovnání s ostatními problémy, a to na 6bodové škále od 0 (daný jev nepředstavuje problém) do 5 (jev v dané lokalitě představuje velmi závažný problém). Jako nejzávažnější problémy označili zástupci ASZ v daných lokalitách nezaměstnanost, zadluženost a nízké vzdělání/kvalifikaci (graf 8-2).

graf 8-2: Průměrná míra závažnosti výskytu sociálně negativních jevů ve sledovaných SVL



Pozn.: Respondenti odpovídali na 6bodové škále od 0 (daný jev nepředstavuje problém) do 5 (jev v dané lokalitě představuje velmi závažný problém).

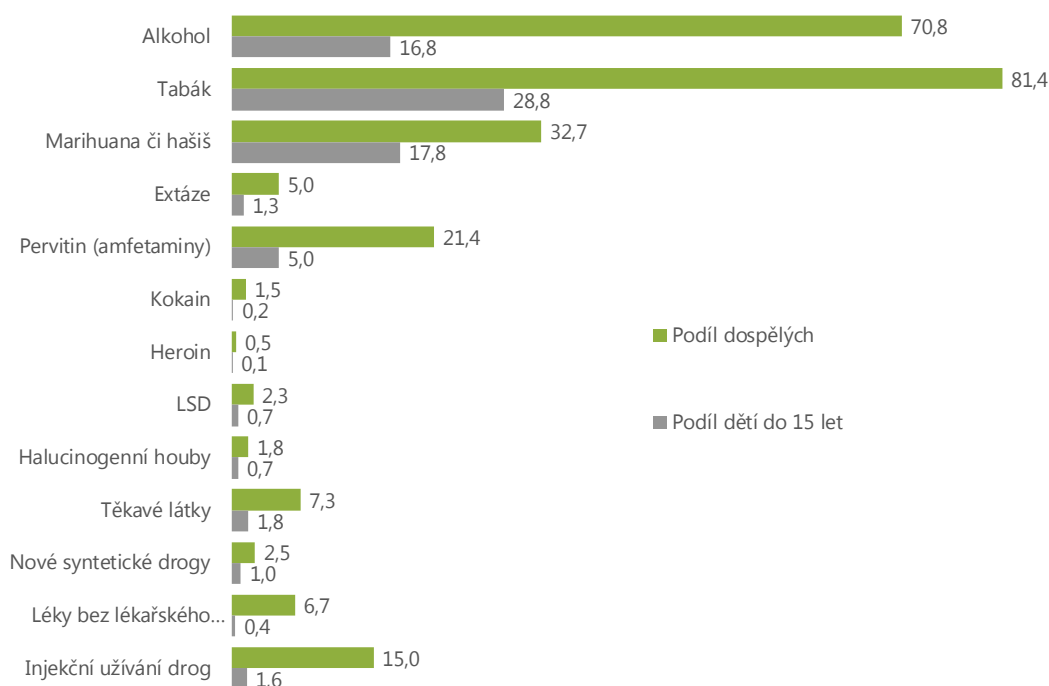
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2015)

Nejvíce je v SVL rozšířeno¹⁶⁵ užívání legálních návykových látek – podle respondentů užívá alkohol 71 % dospělých obyvatel a 17 % dětí, kouří 81 % dospělých a 29 % dětí. Z nelegálních drog je nejvíce rozšířeno užívání konopných látek a pervitinu (33 %, resp. 21 % dospělých). Injekčně užívá drogy 15 % dospělých obyvatel SVL (graf 8-3).

¹⁶⁴ České Velenice, Dubí, Frýdek-Místek, Frýdlantsko, Chodov, Jaroměř, Kralupy nad Vltavou, Krnov, Mikulovice a Velké Kunčice, Moravský Beroun, Odry, Osoblaha, Ostrava, Příbram, Rumburk, Slaný, Štětí, Šternberk, Tanvaldsko, Veselí nad Moravou, Vrbno pod Pradědem

¹⁶⁵ Otázka zněla na podíl obyvatel SVL, u kterého se „užívání těchto látek (resp. způsob jejich užití) vyskytuje“. Nelze tedy vyvodit, že daný podíl osob má s užíváním dané látky problém či je na ní závislý.

graf 8-3: Průměrná míra užívání návykových látek mezi obyvateli SVL, v %

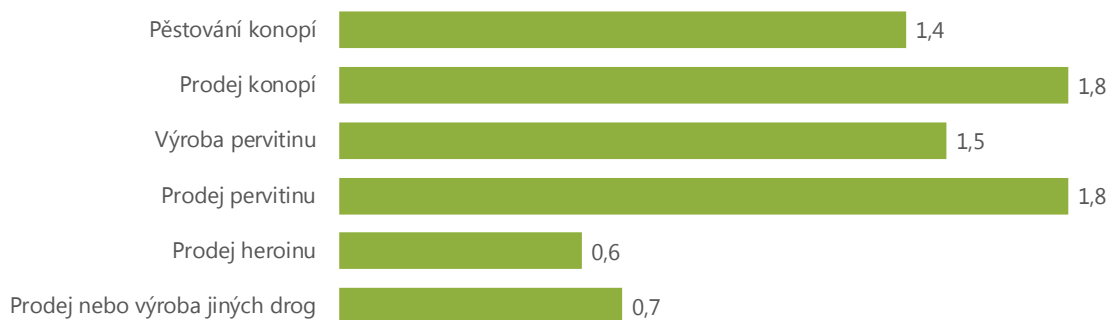


Pozn.: Na otázku týkající se užívání drog mezi dospělými odpovědělo 12 respondentů, na otázku týkající se dětí 11 z nich. Jde o průměrné údaje nevážené počtem obyvatel jednotlivých lokalit.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2015)

Výroba a prodej drog jsou podle respondentů v SVL relativně rozšířeným jevem. Na stupnici 0 (nulový výskyt) až 3 (velmi vysoký výskyt) byla rozšířenost výroby a prodeje konopných drog nebo pervitinu hodnocena na úrovni 1,4–1,8 bodu (tj. přibližně středně vysoký). Jako velmi vysoký hodnotili výskyt pěstování a prodeje konopí a výroby pervitinu 2 z 19 respondentů (11 %). Rozšířenost prodeje pervitinu byla jako velmi vysoká hodnocena v 5 z 19 SVL (26 %), přičemž jako nulová nebyla hodnocena v žádné SVL (graf 8-4).

graf 8-4: Výskyt drogové trestné činnosti v SVL



Pozn.: Respondenti odpovídali na škále 0 (nulový výskyt), 1 (nízký výskyt), 2 (vysoký výskyt), 3 (velmi vysoký výskyt).

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2015)

V řadě SVL nepředstavuje podle respondentů užívání návykových látek problém, který by se svou závažností lišil od situace mimo SVL, zatímco v jiných je užívání návykových látek považováno za průvodní jev SVL a souvislost mezi mírou užívání návykových látek a mírou ohrožení sociálním vyloučením je zjevná. Byly uvedeny dopady zdravotní, které jsou typické u injekčního užívání drog (abscesy, flegmóny, hepatitidy, toxické psychózy, poškození chrupu), sociální (dlouhodobá nezaměstnanost, chudoba, zadluženost, exekuce, nízký standard bydlení či bezdomovectví) a kriminální (prostituce, sexuální zneužívání, lichva, rušení veřejného pořádku, vandalismus, drobná majetková kriminalita, drogová trestná činnost). Z nelegálních drog je typické užívání konopných látek a pervitinu, v některých SVL bylo jako značný problém uvedeno zneužívání těkavých látek.

V některých SVL (např. Chodov, Frýdlantsko) byly zaznamenány znaky charakteristické pro otevřené drogové scény (např. „vysedávání“ na veřejných místech typu parky, aplikace a prodej drog na veřejnosti, výskyt použitých injekčních stříkaček na veřejných prostranstvích).

Z analýzy sociálně vyloučených lokalit v ČR (GAC spol. s r.o., 2015) vyplývá, že užívání návykových látek a hazardní hraní jsou negativním jevem, který doprovází život v SVL a představuje únikovou strategii z bezvýchodné situace a projevuje se jako spouštěče kriminálního jednání. Do služeb pro drogově závislé se obyvatelé SVL dostávají po delší době užívání a řešení následků bývá komplikované a nákladné. Dalším rysem užívání návykových látek v SVL je jeho vícegenerační výskyt, což komplikuje zapojení rodiny do léčby (starší generace užívají především alkohol). Nejčastěji užívanými látkami v SVL jsou alkohol, nikotin, pervitin a marihuana, užívání těkavých látek se vyskytuje spíše výjimečně. V SVL byl také zaznamenán vyšší výskyt hazardního hraní a jako problém byl vnímán až v 60 % zkoumaných SVL. Většina obcí se SVL hazard reguluje na svém území vyhláškou či takovou vyhláškou v době výzkumu připravovala. V některých SVL podle účastníků výzkumu došlo ke snížení dostupnosti preventivních a poradenských programů pro uživatele návykových látek. Služby prevence nejsou podle výzkumu dostupné v 1/3 zkoumaných SVL.

Zpráva o naplňování Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2011–2015 (Agentura pro sociální začleňování, 2015) hodnotí různé oblasti strategie a stav jejich naplňování. Problematika návykových látek spadá do oblasti primární prevence, jejíž součástí má být vznik dotačního titulu na preventivní programy v SVL v gesci MŠMT. Tento záměr dosud nebyl naplněn. Z vyhodnocení opatření v oblasti bezpečnosti vyplývá, že nedošlo k zásadnímu zlepšení bezpečnostní situace v SVL a jejich okolí. Ve většině SVL se kombinují negativní jevy, jako je nezaměstnanost, špatné životní podmínky, nevyhovující bydlení, vysoká míra užívání návykových látek i výskyt problémového hráčství na jedné straně s nízkým právním povědomím a nedůvěrou ve státní instituce na straně druhé. Důsledkem je vysoká latence i závažné trestné činnosti v SVL.

Mezi obyvateli SVL jsou významnou měrou zastoupeni Romové. Podle Zprávy o stavu romské menšiny v České republice za r. 2013 patří mezi hlavní příčiny sociálního napětí a spouštěče občanských nepokojů kromě sociálních a materiálních faktorů, jako nezaměstnanost, sankční vyřazení z evidence úřadu práce, ztráta nároku na sociální dávky a nenadálá životní událost spojená s vyššími finančními výdaji, rovněž závislost na návykových látkách. Romské děti a romská mládež mají velmi nízkou věkovou hranici prvního kontaktu s návykovou látkou. Vysoký je rovněž výskyt hraní hazardních her, a to i mezi ženami, což souvisí s vyšší dostupností heren a hracích automatů v SVL a jejich okolí. Pozitivně lze v tomto ohledu vnímat zvyšující se zájem měst a obcí o regulaci či přímo zákaz heren a hracích automatů formou obecních vyhlášek (Rada vlády pro záležitosti romské menšiny, 2014).

8.2.3 Užívání drog a bezdomovectví

Existuje vztah mezi bezdomovectvím a výskytem závislosti na návykových látkách, často je však obtížně rozlišitelné, co je příčinou a co následkem. Bezdomovectví se navíc vyskytuje v kombinaci s poruchami duševního zdraví a s dalšími sociálně negativními faktory.

Občanská konzervativní strana chce v rámci programu řešení bezdomovecké otázky v Praze, jehož hlavním bodem je ochrana Pražanů před bezdomovectvím, zavést evidenci bezdomovců. Bezdomovce rozlišuje na ty, kteří se do této situace „dostali jen souhrou nešťastných okolností“ a chtějí se vrátit do běžného života, a na ty, kteří si bezdomovectví „vybrali jako životní styl“ a „na ulici se dostali vlastní vinou“ – jde především o uživatele alkoholu a drog, duševně nemocné, tedy ty, kteří svou situaci reálně měnit nechťejí. Přes zjednodušený pohled na příčiny a kontext bezdomovectví a navzdory samotnému názvu programu strana nenabízí kromě evidence žádné konstruktivní řešení.¹⁶⁶

¹⁶⁶ <http://okstrana.cz/reseni-bezdomovecke-otazky-praze/> [2015-08-29]

Údaje o užívání drog mezi dětmi umístěnými v dětských domovech a u dospívajících navštěvujících nízkoprahová zařízení pro děti a mládež uvádí kapitola Užívání drog ve specifických skupinách populace (str. 56).

8.2.4 Užívání drog a prostituce

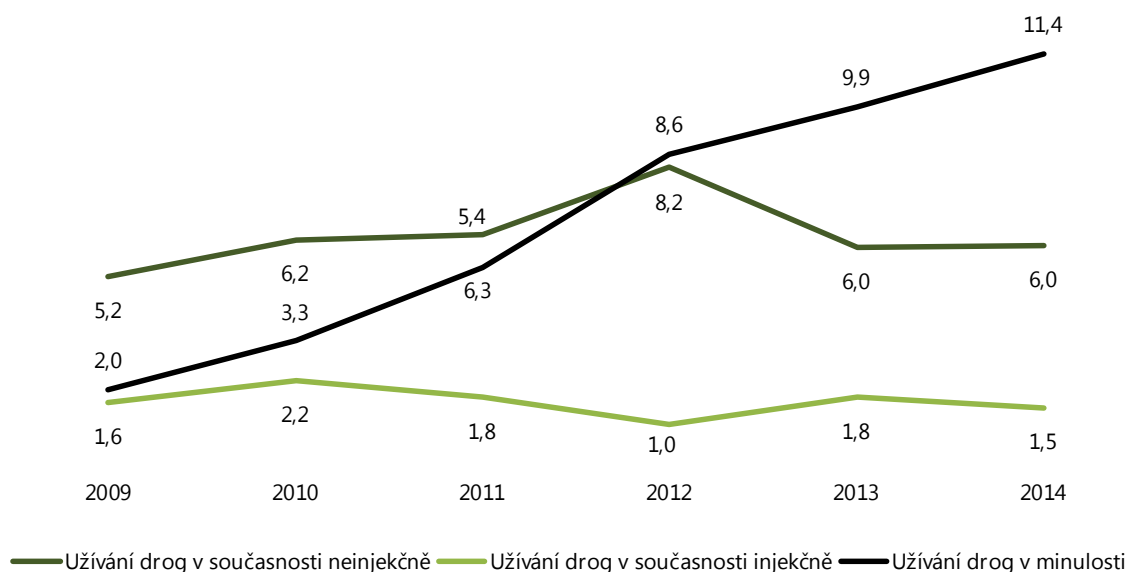
Existuje souvislost mezi užíváním drog a poskytováním komerčních sexuálních služeb, a to zejména u pouliční prostituce. Přibližně 20–25 % komerčních sexuálních pracovníků, které jsou klientkami organizace Rozkoš bez Rizika (R-R), jsou nebo byly uživatelkami nelegálních drog. Jejich drogová kariéra je však různá – s ohledem na uživatelské vzorce a zkušenosti s užíváním drog je možné komerční sexuální pracovníce rozdělit do následujících 4 skupin (Rozkoš bez rizika, 2014):

- Aktivní uživatelky drog, které si drogy neaplikují injekčně a u nichž nelze s určitostí stanovit, zda začaly poskytovat sexuální služby, aby si vydělaly na drogu, nebo začaly užívat drogy až v průběhu své kariéry v sexbyznysu, aby se s jejich pomocí se svou situací lépe psychicky vyrovnaly. Jejich podíl v průběhu posledních šesti let mírně poklesl z 11 % na 8 %.
- Injekční uživatelky drog, které jsou na drogách zjevně závislé a jejichž motivací k nabízení sexuálních služeb je především získání peněz na drogy. Operují na venkovních stanovištích, mají často problémy s policií. Jejich podíl se v posledních šesti letech stabilizoval na 2–3 % klientely R–R.
- Bývalé (abstinující) uživatelky drog, které nacházejí uplatnění v sexbyznysu ve vzrůstající míře. Jejich podíl na celkové klientele R–R za posledních šest let vzrostl téměř čtyřnásobně ze 4,2 % v r. 2009 na 15,5 % v r. 2014. Příčiny je možno hledat v tom, že sexbyznys se stále častěji stává útočištěm pro ženy se sníženou uplatnitelností na trhu práce vyplývající z jejich uživatelské minulosti, neboť mají prázdná místa v životopise, celkově nižší úroveň vzdělání a kvalifikace, postrádají praxi v jakémkoliv zaměstnání a mnohé jsou navíc matkami samoživitelkami (samoživitelek je mezi všemi klientkami R–R přibližně polovina).
- Poslední skupinou jsou komerční sexuální pracovníci, které drogy nikdy neužívaly. Ty mají především zájem, aby v komerčním sexu fungovaly zásady obchodního jednání, a snaží se zachovat si při práci „čistou hlavu“. Jejich podíl na klientele R–R dosahuje 75–80 %.

Po r. 2007 se zvýšil počet obcí, které regulují poskytování komerčních sexuálních služeb formou obecně závazných vyhlášek (OZV), ve kterých většinou zakazují nabídku sexuálních služeb na veřejných prostranstvích.¹⁶⁷ To vedlo k významnému poklesu výskytu sexuálních pracovníků na venkovních stanovištích (ulice, silnice apod.), které často užívaly nelegální drogy, včetně injekčního užívání (tamtéž). Vývoj užívání drog mezi klientkami R–R uvádí graf 8-5.

¹⁶⁷ Podle nálezů Ústavního soudu (ÚS) Pl. ÚS 69/04 (Ústí nad Labem) a Pl. ÚS 10/06 (Plzeň) je prostituce činností, kterou je možno obecně závaznou vyhláškou vydanou podle § 10 písm. a) zákona č. 128/2000 Sb., o obcích, zakázat na všech veřejných prostranstvích obce s ohledem na prevenci ohrožení výchovy dětí a mládeže a urážku mravního cítění veřejnosti. Podle výkladu ÚS obec při regulaci činností, které by mohly narušit veřejný pořádek, je zásadně povinna určit místo a čas pro konání těchto činností, popřípadě stanovit, že na některých místech jsou takové činnosti zakázány. Tento závěr však v případě regulace prostituce neplatí absolutně, neboť činnosti s mimořádně vysokou způsobilostí narušit veřejný pořádek mohou obce zakázat na veřejných prostranstvích na celém území obce. V tomto případě ÚS považuje za dostatečné, pokud tato prostranství obec vymezí prostým odkazem na § 34 zákona o obcích (definice veřejného prostranství). Zdroj: <http://www.mvcr.cz/docDetail.aspx?docid=21413670&doctype=ART&chum=2#11> [2015-09-16]

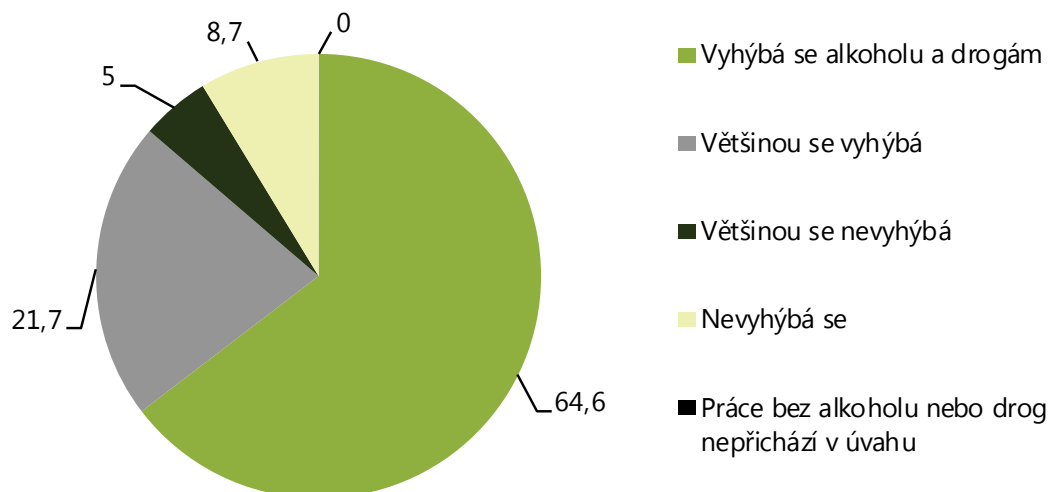
graf 8-5: Podíl současných a bývalých uživatelů nelegálních drog mezi klientkami R-R v l. 2009-2014, v %



Zdroj: Rozkoš bez rizika (2014)

Užívání návykových látek souvisí rovněž s násilím páchaným na ženách pracujících v sexbyznysu. Ze studie Násilí páchané na ženách v sexbyznysu, kterou realizovala organizace R-R v r. 2014 vyplývá, že 86,2 % dotázaných klientek se s cílem předejít násilí užívání alkoholu a drog při poskytování sexuálních služeb vyhýbá (Malinová, 2015) (graf 8-6).

graf 8-6: Odpověď dotazovaných ve výzkumu Násilí páchané na ženách v sexbyznysu na otázku, zda se vyhýbají drogám a alkoholu, v %



Zdroj: Malinová (2015)

8.3 Sociální reintegrace

Služby v oblasti sociální reintegrace uživatelů návykových látek a závislých mají statut zejména sociálních služeb a jako takové jsou i financovány. V této souvislosti je zásadní změna systému financování sociálních služeb, ke které dojde v r. 2016 (blíže viz kapitolu Změna zákona o sociálních službách, str. 18).

Resocializace a podpora uživatelů drog, zejména ve fázi po ukončení léčby, je náplní především služeb následné péče. Ty zahrnují především ambulantní doléčovací programy, které mohou být rozšířeny o další podpůrné služby, jako např. o chráněné bydlení a chráněné zaměstnávání (chráněné dílny, chráněné a podporované zaměstnání). V srpnu 2015 (stejně jako v srpnu 2014) bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb¹⁶⁸ MPSV 35 programů následné péče, jejichž cílovou skupinu tvořily osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. Z průzkumu Sčítání adiktologických služeb 2014 vyplývá, že sociální práci a podpůrné služby zaměřené na sociální reintegraci uživatelů drog poskytují desítky až stovky adiktologických zařízení a programů, zejména šlo o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací. Chráněné bydlení nebo domy na půl cesty poskytuje 38 programů, chráněné zaměstnání 25 programů (blíže viz kapitola Sčítání adiktologických služeb 2014, str. 102).

Z celkem 11 programů následné péče dotovaných RVKPP poskytovalo v r. 2014 chráněné bydlení 10 programů, zatímco chráněné zaměstnání neuvedl v tomto roce žádný program. Služeb následné péče využilo celkem 792 klientů (z toho 516 mužů), včetně 2 patologických hráčů a 110 osob s primární drogou alkohol. Z celkového počtu 680 uživatelů drog užívalo 75 % před léčbou injekčně, 545 (80 %) užívalo jako primární drogu pervitin, 83 (12 %) heroin, pouze 3 klienti kokain a konopné látky užívalo 19 klientů (3 %). Průměrný věk uživatelů drog byl 29,7 let, uživatelů alkoholu 41,3 a patologických hráčů 36,5 let. Služby využili také příbuzní a blízcí klientů (178 osob). Chráněné bydlení mělo v r. 2014 kapacitu 120 míst (tabulka 8-6).

tabulka 8-6: Programy následné péče dotované RVKPP v l. 2007–2014

Ukazatel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Počet programů	18	18	15	16	15	11	11	11
Počet klientů v následné péči	883	1 041	986	987	1 095	1 134	1 412	970
Kapacita chráněného bydlení (počet míst)	126	283	134	127	129	108	99	120
Počet klientů v chráněném zaměstnání	44	25	29	25	20	4	–	9

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

Programy následné péče poskytují zejména terapeutické a poradenské služby, sociální práci a socioterapii (tabulka 8-7). V r. 2014 bylo v celkem 11 zařízeních uskutečněno celkem 47 771 kontaktů s klienty.

tabulka 8-7: Vybrané služby programů následné péče a počty výkonů provedených v r. 2014

Poskytovaná služba	Počet výkonů
Individuální psychoterapie	7 746
Informační servis	7 294
Individuální poradenství	6 241
Sociální práce	4 337
Telefonické, písemné a internetové poradenství	4 123
Socioterapie	3 516
Testy na přítomnost drog	1 963
Skupinové poradenství	1 106
Krizová intervence	152

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015e)

Celková kapacita programů v r. 2014 byla 250 míst, v chráněném bydlení 120 míst. V r. 2014 úspěšně ukončilo léčbu 164 klientů, 158 klientů opustilo program předčasně, průměrná délka programu na jednoho klienta činila 199 dnů. Počet klientů ve strukturovaném programu dosáhl 519 osob, v nestrukturovaném programu 349 osob.

V r. 2014 vrcholila diskuse na téma sociálního bydlení, a to také pro uživatele návykových látek. Zatímco koncept *housing ready* je založen na tom, že klient musí být sociálními službami nejdříve připraven na samostatné bydlení, koncept *housing first* je založen na předpokladu opačném, tj. aby mohlo dojít ke zlepšení sociální situace klienta, je nutné mu v první řadě zajistit důstojné bydlení.

¹⁶⁸ <http://iregistr.mpsv.cz/> [2015-08-25]

V souvislosti s přípravou zákona o sociálním bydlení se v r. 2014 v Senátu ČR uskutečnila konference Sociální bydlení: fakta a mýty a Národní seminář k sociálnímu bydlení.¹⁶⁹

V posledních letech se objevila řada nových inspirativních projektů v oblasti sociální reintegrace uživatelů návykových látek.

Resocializační programy jihočeské organizace PREVENT pomáhají najít a udržet si práci uživatelům návykových látek. Zahrnují nácvik sociálních dovedností, sestavení životopisu, motivačního dopisu, nácvik pracovního pohovoru, nácvik komunikačních dovedností, zvyšování povědomí o pracovně právních vztazích atd. V r. 2014 prošlo programy 90 klientů, z nichž 50 byli aktivní a 40 abstinující uživatelé.¹⁷⁰

Nezisková organizace Šance pro Tebe z Chrudimi, která se dlouhodobě věnuje podpoře osob ohrožených sociálním vyloučením, realizovala v r. 2013 pilotní projekt Máme šanci na sobě pracovat, který byl zaměřen na vzdělávání v oboru šití a úklidových prací. V r. 2014 se podařilo na projekt navázat a otevřít prodejnu a šicí dílnu Ušito s šancí, které poskytují pracovní příležitosti klientům NZDM a osobám ohroženým sociálním vyloučením na Chrudimsku.¹⁷¹ Tréninkové zaměstnání mladým lidem od 15 do 26 let, kteří jsou klienty nízkoprahových sociálních služeb, nabízí rovněž nově vzniklá služba Restart Shop provozovaná v rámci projektu Streetwork pro děti a mládež České asociace streetwork. V pracovním poměru na dobu až 6 měsíců získávají kompetence pro další uplatnění na trhu práce. Zisk z prodeje je určen na podporu činnosti sítě NZDM.¹⁷²

Podporu začleňování do společnosti nabízejí také svépomocné skupiny. Podle údajů Sdružení pro služby Anonymním alkoholikům v ČR v srpnu 2015 fungovalo 58 skupin Anonymních alkoholiků ve 43 městech ČR¹⁷³ (v srpnu 2014 to bylo 59 skupin ve 42 městech). Podle dostupných údajů existují i dvě skupiny Anonymních narkomanů, a to v Praze a v Brně, nově vznikla i skupina v Ostravě.¹⁷⁴

¹⁶⁹ http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=4630 [2015-08-28]

¹⁷⁰ <http://www.os-prevent.cz/aktuality/abstinujici klienti obcanskeho sdruzeni prevent maji vetsi sanci najiti si praci> [2015-08-28]

¹⁷¹ http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=4660 [2015-08-28]

¹⁷² <http://www.restartshop.cz/> [2015-08-21]

¹⁷³ <http://www.anonymni alkoholici.cz/setkani/adresar-skupin.html> [2015-08-28]

¹⁷⁴ <http://anonymni-narkomani.webnode.cz/kontakt/> [2015-08-28]

9

Kapitola 9:

Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení

- Trestná činnost v souvislosti s drogami zahrnuje čtyři druhy trestné činnosti. Prvním jsou trestné činy spočívající v porušování drogové legislativy označované také jako primární drogová kriminalita. Pro ostatní se používá termín sekundární drogová kriminalita – ta zahrnuje trestné činy pod vlivem drog, ekonomicky motivovanou trestnou činnost problémových uživatelů drog a závislých a systémovou trestnou činnost související s výrobou a distribucí drog.
- V r. 2014 pokračoval nárůst počtu pachatelů drogových trestných činů (DTČ) ve všech fázích trestního řízení, tj. zadržených, stíhaných, obžalovaných i odsouzených. Primární DTČ v r. 2014 tvořily 2 % veškeré zjištěné trestné činnosti, z toho trestné činy výroby, pašování a prodeje drog představují dlouhodobě 80 % a trestné činy přechovávání a pěstování pro vlastní potřebu 15–20 %.
- Za DTČ bylo v r. 2014 zadrženo a stíháno 3 925, resp. 3 989 osob, a to nejčastěji z důvodu výroby, pašování a prodeje pervitinu či konopných látek. Obžalováno bylo 2 929 osob a pravomocně odsouzeno 2 654 osob. Nejčastěji uloženou sankcí byl podmíněně odložený trest odnětí svobody. Od r. 2008 se snižoval podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody ve prospěch sankcí nespojených s odnětím svobody, v r. 2014 se tento trend zastavil. Ochranné léčení bylo v r. 2014 uloženo 315 osobám, z toho bylo 118 závislých na nealkoholových drogách, 197 na alkoholu.
- V r. 2014 bylo projednáno 1 834 přestupků nedovoleného nakládání s OPL (o 148 více než v r. 2013), což představuje přibližně 0,6 % všech přestupků.
- Podle údajů Police ČR bylo 19,7 tis. trestných činů v r. 2014 spácháno pod vlivem návykových látek, z toho 78 % pod vlivem alkoholu a 22 % nealkoholových drog. Jak pod vlivem alkoholu, tak nealkoholových drog se pachatelé dopustili nejčastěji trestných činů ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství.
- Dostupnost adiktologických služeb ve věznicích se ve srovnání s předchozím rokem nezměnila. Léčbu závislostí ve vězení bylo v r. 2014 možno absolvovat v 8 věznicích z celkem 35, ochrannou léčbu ve 4 věznicích. Substituční léčba byla poskytována v 7 věznicích. S některou z NNO spolupracovalo na realizaci aktivit protidrogové politiky 26 věznic, z toho intenzivnější spolupráci vykazalo 17 věznic.
- Podle výsledků třetí vlny dotazníkové studie realizované mezi odsouzenými vězni v r. 2014 mělo alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou v životě 54 % respondentů. Kromě tabáku a alkoholu měli respondenti nejčastěji zkušenost s konopnými látkami, pervitinem či amfetaminy a tlumivými léky bez předpisu. Ve vězení byly podle respondentů nejdostupnějšími návykovými látkami alkohol vyrobený ve věznici a léky bez předpisu. V průběhu některého z pobytů ve vězení užilo nějakou drogu, včetně alkoholu, 25 % respondentů. Nelegální drogu nebo lék bez předpisu užilo ve vězení 21 % respondentů. Zkušenost s injekčním užitím drog někdy v životě uvedlo 31 % respondentů. Za problémové uživatele drog lze označit 30 % vězňů, což je v přepočtu na celkový počet odsouzených přibližně 4 800 osob.

9.1 Primární drogová kriminalita

Primární drogová kriminalita spočívá v porušování drogové legislativy a souvisejících právních předpisů v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami (Zeman a

Gajdošíková, 2010). Znaký trestného jednání jsou uvedeny v zákoně č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále TZ)¹⁷⁵ a zahrnují:

- nedovolenou výrobu a nedovolené nakládání s OPL (§§ 283, 284 a 285 TZ),
- nedovolenou výrobu a držení předmětů určených k výrobě OPL (§ 286 TZ),
- podněcování či svádění jiného k užívání jiné návykové látky než alkoholu (§ 287 TZ).¹⁷⁶

Zdrojem dat o kriminalitě v souvislosti s drogami jsou zejména Evidenční systém statistik kriminality (ESSK) Policejního prezidia Policie ČR (PP PČR) a statistiky Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), Ministerstva spravedlnosti ČR (MS), Vězeňské služby ČR (VS ČR) a Probační a mediační služby ČR (PMS). Informace o osobách zadržených nebo stíhaných za primární DTČ jsou evidovány v systémech NPC, PP PČR i MS. Odlišnosti údajů z těchto zdrojů jsou dány rozdíly v hlášené praxi a postupech sběru dat.

9.1.1 Primární drogové trestné činy podle skutkových podstat a drog

Za primární DTČ bylo v r. 2014 zadrženo celkem 3 925 osob a stíháno 3 208 až 3 989 osob (s ohledem na zdroj dat). Stejně jako v předchozím roce tvořily ženy 15 %, mladiství (15–17 let) 5 % a nezletilí (do 15 let) 1 % stíhaných osob. Obžalováno bylo 2 929 a odsouzeno 2 654 osob.

V r. 2014 pokračoval nárůst počtu osob ve všech fázích trestního řízení, tj. zadržených (zdrojem je NPC), stíhaných (zvláště PP PČR i MS), obžalovaných i odsouzených osob (MS). Nejvýraznější nárůst (13 %) byl zaznamenán v počtu stíhaných osob (MS). Od r. 2008 roste počet osob odsouzených pro primární DTČ, a to průměrně o 12 % ročně (tabulka 9-1).

tabulka 9-1: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2002–2014

Rok	Zadržení (NPC)	Stíhání (PP PČR)	Stíhání (MS)	Obžalování (MS)	Odsouzení (MS)
2002	2 000	2 204	2 504	2 247	1 216
2003	2 357	2 295	3 088	2 737	1 304
2004	2 157	2 149	2 944	2 589	1 376
2005	2 168	2 209	2 429	2 157	1 326
2006	2 198	2 344	2 630	2 314	1 444
2007	2 031	2 023	2 282	2 042	1 382
2008	2 322	2 296	2 304	2 100	1 360
2009	2 340	2 415	2 553	2 332	1 535
2010	2 525	2 437	2 377	2 152	1 652
2011	2 759	2 782	2 798	2 549	1 870
2012	3 065	2 827	2 593	2 368	2 079
2013	3 701	3 568	2 836	2 615	2 522
2014	3 925	3 989	3 208	2 929	2 654

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2015a), Policejní prezidium Policie ČR (2015), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2015b), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2015c)

Trestní řízení bylo nejčastěji vedeno proti osobám, které se dopustily nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (80 % v r. 2014, 76 % v r. 2013) (tabulka 9-2). Struktura primárních DTČ podle jednotlivých skutkových podstat se ve srovnání s předchozím rokem zásadně nezměnila. Meziroční změny se pohybují řádově v jednotkách procent.

¹⁷⁵ Trestní zákoník nahradil s účinností od 1. 1. 2010 zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon. Případy, které nebyly uzavřeny před nabytím účinnosti nové právní normy, se posuzovaly podle té právní normy, která za dané jednání stanovila mírnější trestní sazbu. V r. 2014 docházelo již k minimálnímu souběhu obou právních norem.

¹⁷⁶ § 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedů, § 284 – přechovávání OPL a jedů pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedů, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky

tabulka 9-2: Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle jednotlivých trestných činů v r. 2014

Pachatelé podle fáze trestního řízení	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Zadržení	3 142	80,1	487	12,4	191	4,9	68	1,7	37	0,9	3 925	100,0
Stíhání (PP PČR)	3 130	78,5	574	14,4	157	3,9	82	2,1	46	1,2	3 989	100,0
Stíhání (MS)	2 479	77,3	404	12,6	130	4,1	115	3,6	80	2,5	3 208	100,0
Obžalování	2 302	78,6	349	11,9	100	3,4	106	3,6	72	2,5	2 929	100,0
Odsouzení	1 958	73,8	453	17,1	122	4,6	92	3,5	29	1,1	2 654	100,0

Pozn.: § 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedy, § 284 – přechovávání OPL a jedů pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedy, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky

Zdroje: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2015a), Policejní prezidium Policie ČR (2015), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2015b), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2015c)

Pachatelé primární DTČ v r. 2014 byli nejčastěji zadrženi z důvodu nedovolené výroby, pašování a prodeje pervitinu. Druhým nejčastějším důvodem zadržení bylo pěstování, pašování a prodej konopných látek (tabulka 9-3). Nejvýraznější meziroční změnu představoval nárůst počtu i podílu zadržených v souvislosti s pervitinem, konkrétně šlo o výrobu, pašování a prodej. Zatímco v r. 2013 bylo pro výrobu, pašování a prodej pervitinu zadrženo 1 719 osob, tj. 58 % zadržených pro výrobu, pašování a prodej drog, v r. 2014 to bylo 2 004 osob, což je 62 % zadržených pro výrobu, pašování a prodej drog.

tabulka 9-3: Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu primární drogové trestné činnosti v r. 2014

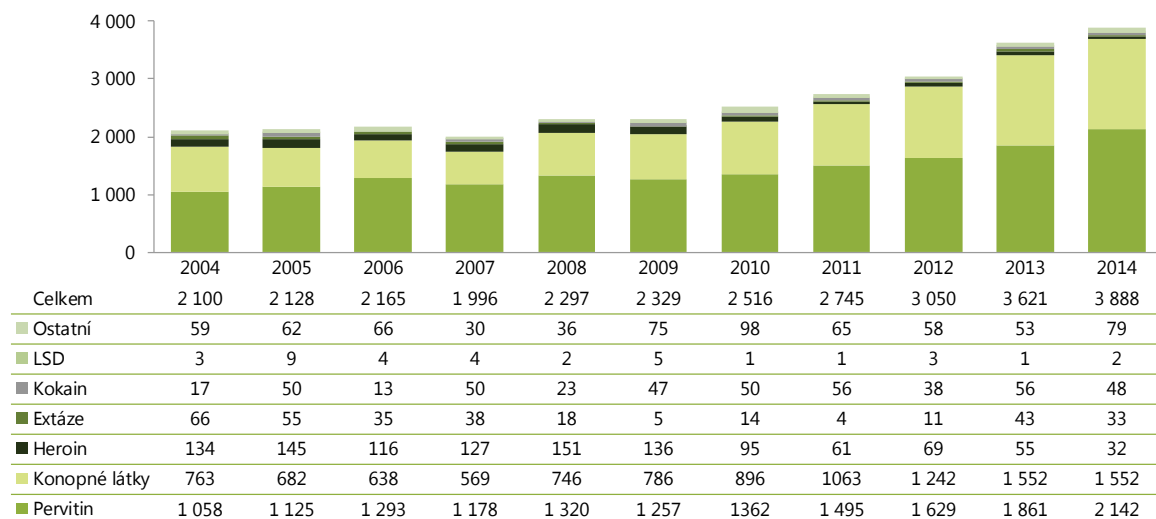
Droga	Výroba/pěstování, pašování a prodej		Držení a pěstování pro vlastní potřebu		Šíření toxikomanie		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	1 052	32,8	500	73,7	29	78,4	1 581	40,3
Pervitin	2 004	62,4	138	20,4	2	5,4	2 144	54,6
Kokain	36	1,1	12	1,8	0	–	48	1,2
Heroin	29	0,9	3	0,4	0	–	32	0,8
Extáze	21	0,7	12	1,8	0	–	33	0,8
LSD	2	0,1	0	–	0	–	2	0,1
Amfetamin	4	0,1	0	–	0	–	4	0,1
Ostatní drogy	62	1,9	13	1,9	6	16,2	81	2,1
Celkem osob	3 210	100,0	678	100,0	37	100,0	3 925	100,0

Pozn.: Výroba, pašování a prodej zahrnuje §§ 283 a 286, držení a pěstování pro vlastní potřebu zahrnuje §§ 284 a 285 TZ a šíření toxikomanie je samostatný trestný čin podle § 287.

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2015a)

Od r. 2009 roste počet osob zadržených v souvislosti s pervitinem, jejich podíl ze všech osob zadržených pro primární DTČ se od r. 2006 pohybuje v intervalu 51–55 %. Nejvyšší podíl osob zadržených v souvislosti s pervitinem byl zaznamenán v r. 2006, šlo o 60 % zadržených pro DTČ. V případě konopných látek rostl v l. 2007–2013 počet i podíl zadržených osob. Zatímco v r. 2007 bylo v souvislosti s konopnými látkami zadrženo přibližně 29 %, v r. 2013 šlo téměř o 43 % osob zadržených pro DTČ. V r. 2014 byl prvně od r. 2007 zaznamenán pokles podílu osob zadržených v souvislosti s konopnými látkami, počet zůstal stejný jako v předchozím roce. Nejvyšší podíl osob zadržených v souvislosti s konopnými látkami byl zaznamenán v r. 2013, šlo o 43 % zadržených pro DTČ. Počet i podíl osob zadržených v souvislosti s heroinem dosáhl nejnižší hodnoty od r. 2002. Podíly osob zadržených v souvislosti s kokainem, extází či LSD nepřesáhly od r. 2007 hranici 2 % (graf 9-1).

graf 9-1: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL, jedy a předměty k jejich výrobě v l. 2004–2014 podle drog



Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2015a)

Trestná činnost spočívající v porušování alkoholové legislativy, primární alkoholová trestná činnost, zahrnuje pouze jeden trestný čin, kterým je podávání alkoholických nápojů mládeži, tedy osobám mladším osmnácti let (§ 218). Podle údajů z ESK bylo v r. 2014 zjištěno 91 těchto trestných činů (99 v r. 2013 a 101 v r. 2012). V dané souvislosti bylo stíháno 60 osob, z toho 11 žen (Policejní prezidium Policie ČR, 2015). Vzhledem k míře užívání alkoholu mezi českými nezletilými je zřejmé, že primární alkoholové DTČ se vyznačují značnou latencí.

Podle evidence MS došlo v r. 2014 k nárůstu počtu stíhaných i obžalovaných osob, a to u všech primárních DTČ s výjimkou nedovolené výroby a držení předmětů určených k výrobě OPL (§ 286 TZ). Stejně jako v předchozím roce bylo nejvíce osob stíháno a obžalováno pro nedovolenou výrobu, pašování a prodej pervitinu – 1 530 osob bylo obviněno a 1 471 obžalováno (§ 283). Druhou nejpočetnější skupinu tvořily osoby stíhané či obžalované pro stejný trestný čin v souvislosti s konopnými látkami – 986 osob bylo obviněno a 875 obžalováno. Přehled počtu obviněných podle jednotlivých drog a DTČ uvádí tabulka 9-4, počty obžalovaných ve stejné struktuře uvádí tabulka 9-5.

tabulka 9-4: Počet stíhaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2014

Drogy	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	986	39,8	248	61,4	121	93,1	18	15,7	69	86,3	1 442	45,0
Pervitin	1 530	61,7	154	38,1	13	10,0	94	81,7	4	5,0	1 795	56,0
Kokain	28	1,1	16	4,0	0	–	0	–	0	–	44	1,4
Heroin	55	2,2	3	0,7	0	–	2	1,7	0	–	60	1,9
Extáze	38	1,5	11	2,7	1	0,8	1	0,9	1	1,3	52	1,6
Ostatní drogy	138	5,6	30	7,4	4	3,1	7	6,1	8	10,0	187	5,8
Celkem	2 479	–	404	–	130	–	115	–	80	–	3 208	–

Pozn.: Údaje v řádce „celkem“ nejsou součtem počtu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány za porušení více drogových paragrafů současně nebo ve spojení s více drogami, a jedna osoba tedy může být započítána vícekrát.

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2015c)

tabulka 9-5: Počet obžalovaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2014

Drogy	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	875	38,0	206	59,0	94	94,0	14	13,2	63	87,5	1 252	42,7
Pervitin	1 471	63,9	148	42,4	13	13,0	89	84,0	4	5,6	1 725	58,9
Kokain	28	1,2	13	3,7	0	–	0	–	0	–	41	1,4
Heroin	53	2,3	3	0,9	0	–	2	1,9	0	–	58	2,0
Extáze	33	1,4	8	2,3	1	1,0	1	0,9	1	1,4	44	1,5
Ostatní drogy	129	5,6	26	7,4	1	1,0	7	6,6	6	8,3	169	5,8
Celkem	2 302	–	349	–	100	–	106	–	72	–	2 929	–

Pozn.: Údaje v řádku „celkem“ nejsou součtem počtu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány za porušení více drogových paragrafů současně nebo ve spojení s více drogami, a jedna osoba tedy může být započítána vícekrát.

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2015b)

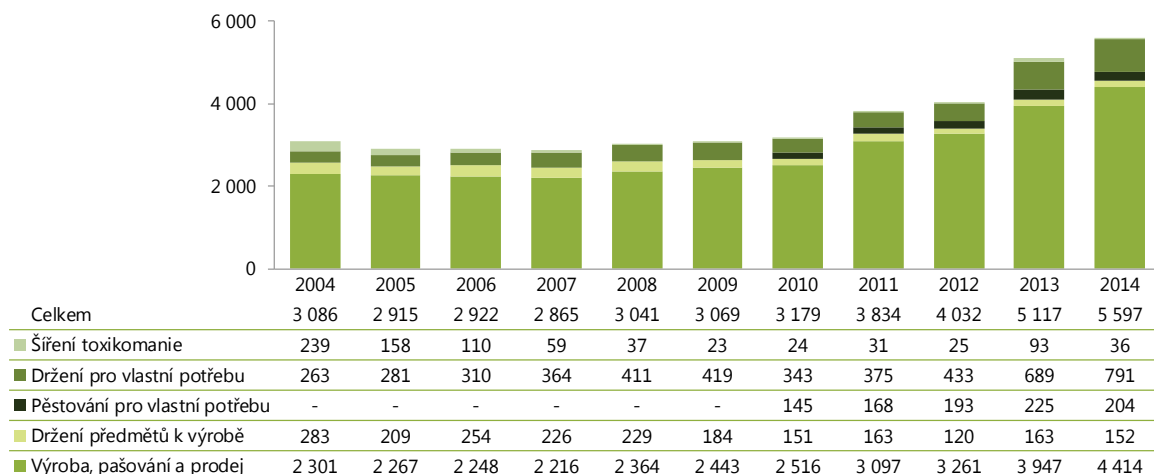
V r. 2014 pokračoval nárůst počtu primárních DTČ i jejich podílu na zjištěné trestné činnosti. Od r. 2007 roste počet zjištěných DTČ v přepočtu na 100 tis. osob ve věku 15–64 let a v r. 2014 dosáhl tento ukazatel maxima za posledních 13 let (tabulka 9-6). Na nárůstu primární DTČ se podílí zejména rostoucí počet trestných činů výroby, pašování a prodeje drog, které tvoří přibližně 80% podíl DTČ. Trestné činy přechovávání drog pro vlastní potřebu a pěstování rostlin/hub pro vlastní potřebu dlouhodobě tvoří 15–20 % (graf 9-2).

tabulka 9-6: Vývoj počtu primárních drogových trestných činů (DTČ) a jejich podílu na všech zjištěných trestných činech (TČ) v l. 2002–2014

Rok	Zjištěné TČ	Počet DTČ	Podíl DTČ ze zjištěných (%)	Počet DTČ na 100 tis. os. 15–64 let
2002	372 341	4 330	1,2	60,2
2003	357 740	3 760	1,1	52,0
2004	351 629	3 086	0,9	42,5
2005	344 060	2 915	0,8	40,0
2006	336 446	2 922	0,9	39,9
2007	357 391	2 865	0,8	38,8
2008	343 799	3 041	0,9	40,9
2009	332 829	3 069	0,9	41,4
2010	313 387	3 179	1,0	43,1
2011	317 177	3 834	1,2	52,8
2012	304 528	4 032	1,3	56,1
2013	325 366	5 117	1,6	72,0
2014	288 660	5 597	1,9	79,3

Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2015)

graf 9-2: Počet zjištěných primárních drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v l. 2004–2014



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2015)

Nejvyšší počet zjištěných primárních DTČ na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byl v Praze, Ústeckém a Karlovarském kraji. Naopak kraje s nejnižším počtem byly kraje Zlínský, Pardubický a Jihomoravský. V r. 2014 byl v porovnání s předchozím obdobím zaznamenán nárůst počtu zjištěných DTČ téměř ve všech krajích kromě Zlínského, Jihomoravského, Pardubického a Karlovarského, k nejvýraznějšímu meziročnímu nárůstu došlo v Praze, Ústeckém a Moravskoslezském kraji. Kraje s nejvyšším počtem stíhaných osob na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byly Ústecký, Karlovarský a Liberecký kraj. Naopak nejnižší počet stíhaných osob na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let evidují za r. 2014 Zlínský, Pardubický a Jihomoravský kraj (tabulka 9-7 a mapa 9-1).

tabulka 9-7: Zjištěné primární drogové trestné činy a stíhané osoby v r. 2014 podle krajů

Kraj	Zjištěné DTČ			Osoby stíhané pro DTČ		
	Počet	Podíl (%)	Na 100 tis. os. 15–64 let	Počet	Podíl (%)	Na 100 tis. os. 15–64 let
Hl. m. Praha	1 674	29,9	198,1	566	14,2	67,0
Středočeský	616	11,0	70,4	536	13,4	61,2
Jihočeský	285	5,1	66,7	258	6,5	60,3
Plzeňský	273	4,9	70,8	235	5,9	61,0
Karlovarský	168	3,0	82,3	172	4,3	84,3
Ústecký	515	9,2	92,4	499	12,5	89,5
Liberecký	235	4,2	79,8	201	5,0	68,2
Královéhradecký	208	3,7	56,8	181	4,5	49,5
Pardubický	139	2,5	40,2	126	3,2	36,4
Vysočina	259	4,6	75,6	146	3,7	42,6
Jihomoravský	380	6,8	48,3	316	7,9	40,2
Olomoucký	254	4,5	59,4	229	5,7	53,6
Zlínský	127	2,3	32,1	98	2,5	24,8
Moravskoslezský	464	8,3	55,9	426	10,7	51,3
Celkem	5 597	100,0	79,0	3 989	100,0	56,3

Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2015)

mapa 9-1: Primární drogové trestné činy v r. 2014 v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2015)

9.1.2 Tresty uložené za primární drogové trestné činy

Za primární drogovou trestnou činnost bylo v r. 2014 odsouzeno 2 654 osob. Stejně jako v předchozím roce tvořily ženy 15 % a mladiství 3 % odsouzených. Dosud netrestané osoby představovaly 40 % odsouzených za DTČ. Z hlediska věku byly nejpočetnější skupinou osoby ve věku 30–39 let (30 %). Jak ukazuje tabulka 9-8, nejčastěji uloženou sankcí bylo v r. 2014 podmíněně odložené odnětí svobody (69 % sankcí). Oproti předchozímu roku došlo ke snížení podílu této sankce o 4 procentní body, naopak se mírně zvýšil podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody a trestů obecně prospěšných prací. Nepodmíněné tresty odnětí svobody představovaly druhou nejpočetnější skupinu (24 %). Délka trvání byla nejčastěji 1–5 let (69 % nepodmíněných trestů odnětí svobody). Ve srovnání s r. 2013 je patrné snížení podílu trestů v délce do 5 let (85 % v r. 2013 a 80 % v r. 2014) a naopak nárůst podílu trestů v délce trvání od 5 do 15 let (15 % v r. 2013 a 20 % v r. 2014).

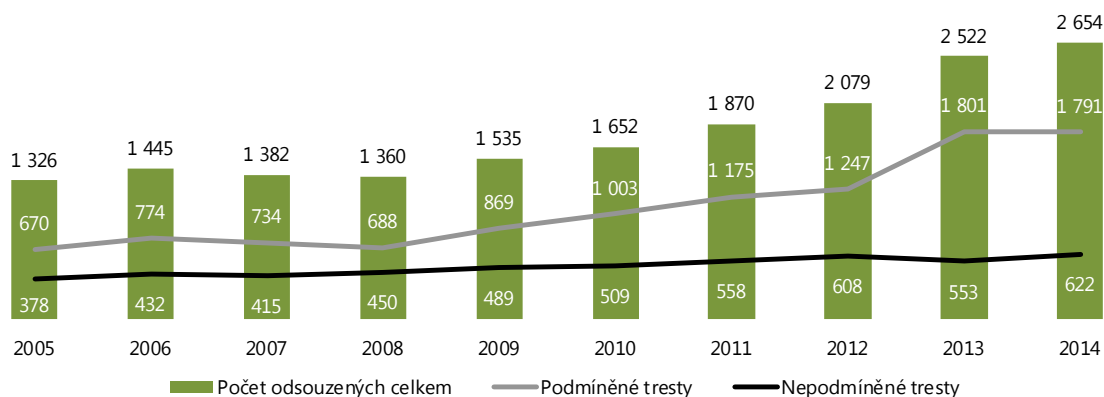
tabulka 9-8: Uložené sankce za primární DTČ v r. 2014 podle jednotlivých trestných činů

Uložené sankce za DTČ	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Odnětí svobody nepodmíněně	544	28,4	50	11,1	4	3,3	23	26,1	1	3,7	622	23,9
Odnětí svobody podmíněně	1 273	66,4	338	75,3	100	82,0	57	64,8	23	85,2	1 791	68,8
Domácí vězení	2	0,1	1	0,2	1	0,8	0	0,0	0	–	4	0,2
Obecně prospěšné práce	73	3,8	36	8,0	10	8,2	8	9,1	0	–	127	4,9
Zákaz činnosti	1	0,1	0	–	0	–	0	–	0	–	1	0,0
Propadnutí majetku	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Peněžitý trest	12	0,6	5	1,1	2	1,6	0	–	1	3,7	20	0,8
Propadnutí věci	4	0,2	7	1,6	5	4,1	0	–	1	3,7	17	0,7
Vyhoštění	6	0,3	10	2,2	0	–	0	–	1	3,7	17	0,7
Zákaz pobytu	1	0,1	2	0,4	0	–	0	–	0	–	3	0,1
Celkem	1 916	100,0	449	100,0	122	100,0	88	100,0	27	100,0	2 602	100,0

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2015a)

Jak ukazuje graf 9-3, v l. 2008–2013 rostl počet osob odsouzených za primární DTČ a současně se snižoval podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody ve prospěch sankcí nespojených s odnětím svobody. V r. 2014 došlo ke snížení podílu podmíněně odložených trestů odnětí svobody (70 % v r. 2013 a 67 % v r. 2014) a současně k mírnému nárůstu podílu nepodmíněných trestů odnětí svobody a ostatních trestů.

graf 9-3: Vývoj počtu osob odsouzených za primární DTČ a skladba sankcí uložených v l. 2005–2014



Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2015a)

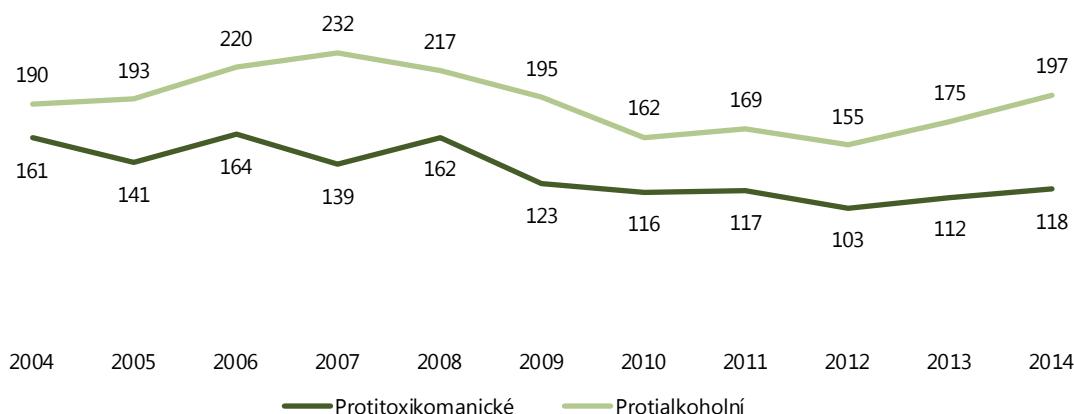
9.1.3 Ochranná a výchovná opatření

Ochranné léčení patří mezi nejčastěji ukládaná ochranná opatření.¹⁷⁷ V r. 2014 bylo podle evidence MS ochranné léčení uloženo 315 osobám, z toho 118 závislým na nealkoholových drogách a 197 na alkoholu. Ochranné léčení protialkoholní bylo stejně jako v předchozím roce nejčastěji uloženo osobám odsouzeným za trestný čin výtržnictví, týrání osoby žijící ve společném obydlí,

¹⁷⁷ Ochranné léčení se vykonává na základě pravomocného rozhodnutí soudu, a to formou lůžkové nebo ambulantní péče. Soud může uložit ochranné léčení samostatně nebo vedle trestu, a to v případě, že pachatel, který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Výkon ochranného léčení probíhá ve zdravotnických zařízeních. Ochranné léčení v ambulantní formě uložené vedle trestu odnětí svobody lze vykonat také ve vězení. Pokud je vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že prostřednictvím ochranného léčení nelze dosáhnout dostatečné ochrany společnosti, může soud uložit opatření v podobě zabezpečovací detence. Ochranné léčení trvá, dokud to vyžaduje jeho účel. Nejdéle ho lze uložit na dobu 2 let. V případě potřeby však může soud rozhodnout o jeho prodloužení.

nebezpečného vyhrožování nebo těžkého ublížení na zdraví. Ochranné léčení protitoxikomanické soud nejčastěji uložil osobám, které spáchaly trestný čin krádeže, nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL, porušování domovní svobody nebo výtržnictví. Od r. 2012 evidujeme nárůst počtu uložených ochranných opatření, na němž se podílí zejména ochranná léčba protialkoholní (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2015a). Vývoj počtu uložených ochranných léčení uvádí graf 9-4.

graf 9-4: Počet ochranných léčení uložených v l. 2004–2014



Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2015a)

Soud v souvislosti s primární DTČ uložil přiměřená omezení a povinnosti ve 110 případech, z toho v 95 případech šlo o přiměřená omezení a povinnosti podle § 48 odst. 4 TZ, jako jsou např. léčení závislosti na návykových látkách, zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek, podrobit se vhodnému programu sociálního výcviku a převýchovy, programům psychologického poradenství apod. Dále bylo ve 20 případech soudem uloženo výchovné opatření, konkrétně v 7 případech dohled probačního úředníka, v 5 případech účast v probačním programu, ve 3 případech výchovné povinnosti,¹⁷⁸ v 8 případech výchovná omezení¹⁷⁹ a ve 3 případech napomenutí s výstrahou (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2015a). Vzhledem k vysokému počtu osob odsouzených za primární DTČ je počet uložených přiměřených omezení a povinností poměrně nízký.

Soud může uložit přiměřená omezení a povinnosti rovněž v rámci odklonů v trestním řízení nebo spolu s alternativním trestem. Podle evidence PMS došlo v porovnání s předchozím rokem k nárůstu počtu osob s uloženým omezením nebo povinností v souvislosti s užíváním drog. Povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách byla v r. 2014 uložena 220 osobám (167 v r. 2013) a celkem 920 osobám soud uložil zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek (534 v r. 2013) (Probační a mediační služba, 2015b).

Za r. 2014 evidovala PMS celkem 31 526 osob v různých fázích trestního řízení. Celkem 985 z nich (3,1 %) bylo v kontaktu s PMS v souvislosti s nedovolenou výrobou a jiným nakládáním s OPL či předměty k výrobě OPL (§§ 283 a 286), 158 osob (0,5 %) v souvislosti s přechováváním OPL pro vlastní potřebu (§ 284), 33 osob (0,1 %) v souvislosti s nedovoleným pěstováním rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu (§ 285) a 9 osob (0,03 %) v souvislosti s šířením toxikomanie (§ 287). Ochranné léčení závislosti na návykových látkách mělo v r. 2014 uloženo 80 osob v kontaktu s PMS, z toho 52 osobám bylo uloženo ochranné léčení protialkoholní a 32 protitoxikomanické (Probační a mediační služba, 2015b).

V rámci probačního dohledu, zejména při kontrole dodržování povinnosti zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek,¹⁸⁰ bylo v r. 2014 provedeno 4 733 testů na nelegální drogy, z toho 1 251 s pozitivním výsledkem (26 %). Nejčastěji detekovanými nelegálními drogami byly konopné látky a pervitin. Ve srovnání s předchozím rokem byl zaznamenán pokles

¹⁷⁸ např. povinnost bydlet s rodiči, nahradit škodu nebo se podrobit léčení závislosti na návykových látkách

¹⁷⁹ např. zákaz návštěv určitých akcí, zákaz styku s určitými osobami

¹⁸⁰ uloženo podle § 48 odst. 4 písm. h) zák. č. 40/2009 Sb.

podílu pozitivních testů na konopné látce (Probační a mediační služba, 2015a). Kromě testů na nelegální drogy provádí PMS také testy na alkohol, souhrnně však vyhodnocuje pouze testování na nelegální drogy.

9.1.4 Přestupky nedovoleného nakládání s OPL

Za r. 2014 evidovaly správní orgány celkem 763 153 přestupků. Dalších 355 956 přestupků zůstalo nevyřízeno z minulého období. V r. 2014 bylo projednáno 309 963 přestupků, z toho bylo 1 834 přestupků (0,6 %) neoprávněného přechovávání drog v malém množství pro svoji potřebu a/nebo pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství pro svoji potřebu¹⁸¹. V r. 2014 pokračoval pokles podílu drogových přestupků páchaných nezletilými osobami (12,1 % v r. 2012, 8,8 % v r. 2013 a 6,8 % v r. 2014). Mezi kraje s nejvyšším absolutním počtem projednaných přestupků patřily stejně jako v předchozím roce Středočeský kraj, Praha a Ústecký kraj (tabulka 9-9). Krajem s největším podílem drogových přestupků ze všech projednaných přestupků byl Karlovarský kraj. Ve srovnání s předchozím rokem byl největší nárůst počtu projednaných přestupků zaznamenán ve Středočeském kraji (266 v r. 2013 a 387 v r. 2014), naopak největší pokles byl evidován v Jihomoravském kraji (133 v r. 2013 a 96 v r. 2014). Nejčastěji se lidé dopouštěli přestupku v souvislosti s konopnými drogami (75 % osob) a pervitinem (28 %)¹⁸² (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2015b).

tabulka 9-9: Drogové přestupky projednané v r. 2014 podle paragrafů, věku pachatele a krajů

Kraj	Držení drog		Pěstování rostlin a hub		Drogové přestupky celkem	Přestupky celkem
	Celkem	Z toho mladistvými	Celkem	Z toho mladistvými		
Hl. m. Praha	290	13	8	0	298	36 911
Středočeský	379	10	8	0	387	42 695
Jihočeský	65	12	18	0	83	15 118
Plzeňský	105	9	4	0	109	15 223
Karlovarský	84	4	2	0	86	7 435
Ústecký	211	21	10	0	221	29 760
Liberecký	139	8	11	0	150	26 802
Královéhradecký	52	6	5	0	57	12 845
Pardubický	85	4	3	0	88	11 222
Vysočina	15	4	2	0	17	9 374
Jihomoravský	86	10	10	2	96	29 611
Olomoucký	49	3	11	1	60	20 252
Zlínský	53	7	6	0	59	16 433
Moravskoslezský	111	10	12	0	123	36 282
Celkem	1 724	121	110	3	1 834	309 963

Zdroj: Ministerstvo vnitra ČR (2015)

9.2 Sekundární drogová kriminalita

Sekundární drogová kriminalita zahrnuje tři druhy trestné činnosti, kterými jsou psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost, ekonomicky motivovaná a systémová trestná činnost. Jako psychofarmakologicky podmíněnou trestnou činnost označujeme trestné činy spáchané pod vlivem psychoaktivních látek. Ekonomicky motivovaná trestná činnost zahrnuje trestné činy páchané za účelem získání prostředků na financování užívání drog. Systémovou trestnou činností rozumíme trestné činy páchané v rámci procesu nezákonné nabídky, výroby

¹⁸¹ § 30 odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb.

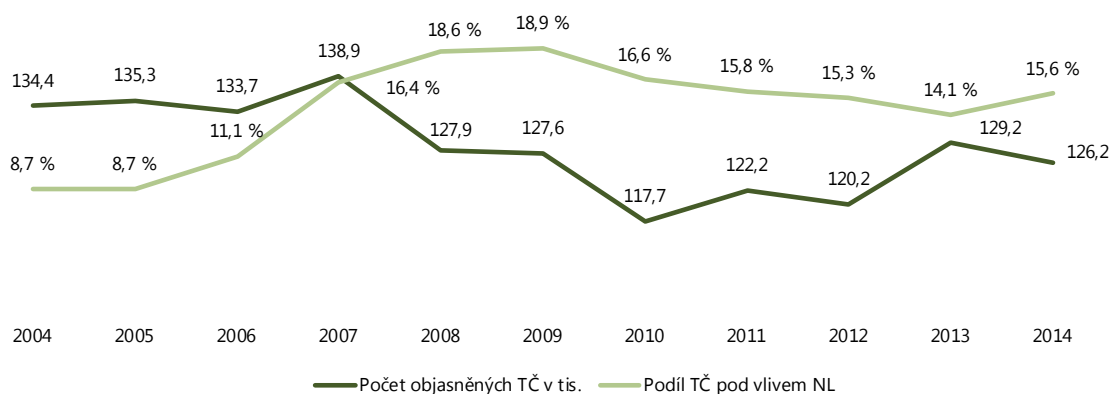
¹⁸² Z důvodu změny v hlášeném systému MV nejsou v l. 2010–2013 k dispozici údaje o přestupcích v rozdělení podle jednotlivých drog (blíže viz VZ 2010). Od r. 2014 jsou tato data dostupná ze zpráv o realizaci protidrogové politiky v jednotlivých krajích.

a distribuce drog, jako jsou násilné trestné činy (např. vraždy), korupce, praní špinavých peněz, zločiny proti lidskosti (EMCDDA, 2007).

Odhad sekundární drogové kriminality v podobě expertního retrospektivního odhadu provádí NMS spolu s NPC ve dvouletých intervalech. Poslední byl realizován v r. 2013 (výsledky viz VZ 2013).

Pokud jde o trestnou činnost pod vlivem drog, je k dispozici evidence Policie ČR v rámci systému ESSK. V r. 2014 bylo objasněno celkem 126,2 tis. TČ, z toho 19,7 tis. (16 %) bylo spácháno pod vlivem návykových látek. V posledních 4 letech docházelo k pozvolnému poklesu podílu TČ spáchaných pod vlivem návykových látek, v r. 2014 však byl zaznamenán nárůst (graf 9-5).

graf 9-5: Vývoj počtu objasněných trestných činů a podílu trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek v l. 2004–2014



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2015)

Za r. 2014 eviduje Policie ČR 15,5 tis. TČ spáchaných pod vlivem alkoholu, tj. 78 % TČ spáchaných pod vlivem návykových látek (tabulka 9-10). Největší podíl TČ spáchaných pod vlivem alkoholu tvořily TČ ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství¹⁸³ (48 %, tj. 7 477), nedbalostní dopravní nehody (17 %) a úmyslné ublížení na zdraví (7 %). Pod vlivem nealkoholových drog bylo v r. 2014 spácháno 4,3 tis. TČ, tj. 22 % TČ spáchaných pod vlivem návykových látek. Pachatelé se nejčastěji dopustili TČ ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství (74 %, tj. 3 155), maření výkonu úředního rozhodnutí (11 %), nedbalostní dopravní nehody (2 %) nebo nedovolené výroby a nakládání s OPL (2 %). Dlouhodobě je patrný vysoký podíl trestné činnosti páchané osobami pod vlivem alkoholu, od r. 2007 však dochází k jeho snižování a naopak k nárůstu podílu TČ spáchaných pod vlivem nealkoholových drog. V r. 2014 je patrná zatím nejvýraznější meziroční změna v daném trendu (tabulka 9-10). Na výrazném nárůstu počtu TČ spáchaných pod vlivem nealkoholových drog mezi l. 2013 a 2014 se podílí zejména TČ ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství (1990 v r. 2013 a 3155 v r. 2014) (Policejní prezidium Policie ČR, 2015). Vzhledem k tomu, že TČ opilství nepatří obecně mezi frekventovanou trestnou činnost,¹⁸⁴ dá se předpokládat převažující podíl TČ ohrožení pod vlivem návykových látek, a to pravděpodobně řízení motorového vozidla ve stavu vylučujícím způsobilost. Pravděpodobně se zde projevil vliv nařízení vlády č. 41/2014 Sb., o stanovení jiných návykových látek a jejich limitních hodnot, při jejichž dosažení v krevním vzorku se řidič považuje za ovlivněného takovou návykovou látkou, které nabylo účinnosti 2. 4. 2014.

¹⁸³ V evidenčním systému statistik kriminality (ESSK) jsou trestné činy ohrožení pod vlivem návykových látek (§ 274) a opilství (§ 360) vykazány souhrnně.

¹⁸⁴ MS eviduje za r. 2014 celkem 44 osob stíhaných pro TČ opilství (54 TČ) a 846 osob stíhaných pro TČ ohrožení pod vlivem návykové látky (13 286 TČ).

tabulka 9-10: Počet trestných činů (TČ) spáchaných pod vlivem alkoholu a dalších drog v l. 2003–2014

Rok	TČ pod vlivem alkoholu		TČ pod vlivem nealkoholových drog		Celkem TČ pod vlivem NL	TČ pod vlivem NL na 100 tis. os. 15–64 let
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)		
2003	10 143	91,5	939	8,5	11 082	153,2
2004	10 916	93,0	816	7,0	11 732	161,6
2005	11 020	93,4	781	6,6	11 801	161,8
2006	14 075	95,0	735	5,0	14 810	202,2
2007	22 030	96,5	793	3,5	22 823	308,8
2008	22 826	95,7	1 019	4,3	23 845	320,9
2009	22 277	92,1	1 900	7,9	24 177	326,1
2010	17 290	88,4	2 277	11,6	19 567	265,2
2011	17 168	88,9	2 142	11,1	19 310	265,9
2012	16 130	87,6	2 289	12,4	18 419	256,2
2013	15 265	84,1	2 890	15,9	18 155	255,4
2014	15 466	78,4	4 250	21,6	19 716	279,4

Zdroj: Mravčík et al. (2014b), Policejní prezidium Policie ČR (2015)

Za r. 2014 evidovala Probační a mediační služba ČR (PMS) celkem 31 526 osob v různé fázi trestního řízení. V případě 1 431 osob (5 %) bylo v průběhu trestního řízení nebo při kontaktu s pracovníkem PMS zjištěno (problémové) užívání návykových látek, z toho 86 % tvořili muži a 14 % ženy. Celkem 146 osob užívalo alkohol (10 %), 313 nealkoholové drogy (22 %) a 31 alkohol i nealkoholové drogy (2 %), u 941 osob (66 %) nebyla látka blíže specifikována. Uživatelé alkoholu se nejčastěji dopustili trestných činů ohrožení pod vlivem návykové látky (22 %), výtržnictví (17 %) nebo krádeže (16 %). Uživatelé nealkoholových drog nejčastěji spáchali trestné činy krádeže (44 %), nedovolené výroby a nakládání s OPL (21 %) nebo maření výkonu úředního rozhodnutí a vykázání (11 %).

Sekundární drogovou kriminalitou a kriminální kariérou pachatelů užívajících drogy se ve své diplomové práci zabývala Kulhová (2015). Její výzkumná práce spočívala v analýze 26 trestních spisů pachatelů (19 mužů a 7 žen), kterým bylo některým z pražských soudů v l. 2009 a 2012 uloženo ochranné léčení protitoxikomaniace v ústavní nebo ambulantní formě. Polovinu souboru tvořily osoby se základním vzděláním, dalších 8 se vyučilo bez maturity. V době spáchání posledního trestného činu byli nejčastěji nezaměstnaní bez evidence na úřadu práce (19 osob). Pokud jde o rodinné zázemí, nejvíce osob pocházelo z neúplné (10 osob) nebo úplné (7 osob) problémové rodiny, případně částečně či úplně osiřeli (5 osob). Délka užívání drog často překračovala více než 10 let (18 osob). Podle závěru soudních znalců šlo o osoby závislé (23 osob) nebo pravidelné uživatele drog (3 osoby). Celkem 15 osob spáchalo alespoň jednou během své kriminální kariéry trestný čin pod vlivem návykových látek, 10 osob spáchalo někdy v životě trestný čin za účelem získání finančních prostředků na nákup drog. Osoby, jejichž spisy byly zkoumány, byly v době prvního odsouzení většinou ještě mladistvé. Od prvního odsouzení do spáchání posledního trestného činu byly trestány průměrně šestkrát, první odsouzení bylo zpravidla pro trestný čin krádeže. Nejčastěji páchaly majetkovou trestnou činnost, přičemž výrazně převládala různorodost páchaných trestných činů nad trestnou činností omezenou na úzkou skupinu trestných činů, popř. na konkrétní trestný čin. Převládala trestná činnost páchaná samostatně, spolupachatelství se vyskytovalo minimálně.

Výhradně na ekonomicky motivovanou trestnou činnost se zaměřila Šormová (2013), která analyzovala rozhovory s 65 problémovými uživateli drog kontaktovanými na otevřené drogové scéně v centru Prahy. Mezi nejfrekventovanější trestné činy páchané s motivem získat prostředky na drogy patřily krádeže a prodej drog. Převažovaly zejména krádeže v hodnotě nad 5 tis. Kč (§ 205 odst. 1 písm. a) TZ) a krádeže vloupáním (§ 205 odst. 1 písm. b) TZ). Poměrně frekventovaná byla také recidiva (§ 205 odst. 2 TZ). Krádež v hodnotě nad 5 tis. Kč někdy v životě spáchalo

45 respondentů (69 %), v posledním roce se daného trestného činu dopustilo 18 respondentů (28 %). Celkem 39 (60 %) respondentů někdy v životě prodalo buprenorfin (§ 283 TZ), aby financovalo vlastní užívání drog, jinou drogu za daným účelem prodalo 36 respondentů. V posledním roce uvedlo prodej buprenorfinu 24 respondentů (37 %) a prodej jiných drog 20 respondentů.

9.3 Uživatelé drog ve vězení

9.3.1 Užívání drog ve vězení

Vězeňská služba ČR (VS ČR) spravovala v r. 2014 celkem 35 věznic. K 31. 12. 2014 bylo ve vězení 18 658 osob (tj. přibližně o 2 tisíce více než v r. 2013¹⁸⁵), z toho 16 433 odsouzených a 2 185 obviněných. V detenci bylo umístěno 40 osob. Ženy tvořily 6 % vězeňské populace, mladiství necelé 1 %. Podíl cizinců představoval 8 % vězeňské populace. Počet osob odsouzených za primární DTČ oproti předchozímu roku vzrostl na 1 670, tj. o 14 % (v r. 2013 to bylo 1 465 osob odsouzených za primární DTČ). K nárůstu došlo zejména v případě odsouzených za trestný čin nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL. Také souhrnně u trestných činů souvisejících přímo s intoxikací návykovou látkou – ohrožení pod vlivem návykové látky (§ 274) a opilství (§ 360) – byl v r. 2014 zaznamenán nárůst počtu osob, a to o 25 % (tabulka 9-11).

tabulka 9-11: Počet osob vězněných za primární drogové trestné činy a vybrané trestné činy v souvislosti s užíváním návykových látek k 31. 12. daného roku

Rok	§ 283	§ 284	§ 286	§ 287	§ 274	§ 360	Celkem
2007	1 314	101	144	69	299	95	2 022
2008	1 257	127	185	93	554	158	2 374
2009	3 073	323	365	138	1 595	106	5 600
2010	1 696	143	145	32	936	27	2 979
2011	1 929	126	155	26	1 077	27	3 340
2012	1 399	120	112	14	883	33	2 561
2013	1 281	98	78	8	480	27	1 972
2014	1 470	118	76	6	615	18	2 303

Pozn.: § 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedy, § 284 – přechovávání OPL a jedů pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedů, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky, § 274 – ohrožení pod vlivem návykové látky, § 360 – opilství

Zdroj: Mravčík et al. (2014b), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015a)

Za r. 2014 jsou opět k dispozici údaje o počtu uživatelů drog ve vězení získané z vyšetření/ošetření praktickými lékaři, z orientačních toxikologických testů a záchytů drog ve věznicích (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015c, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015a). V r. 2014 bylo provedeno celkem 374 186 vyšetření či ošetření vězněných osob. Na základě jejich výsledků evidovala zdravotní služba 11 022 osob s užíváním návykových látek v anamnéze (8 468 osob v r. 2013, 11 463 v r. 2012).

Na návykové látky bylo v r. 2014 testováno celkem 30 394 vězněných osob (32 640 v r. 2013), z toho na alkohol 8 583 osob a na nelegální návykové látky 21 811 osob. Konfirmace pozitivního výsledku se standardně provádí pouze u osob zařazených do výkonu vazby (VV) nebo výkonu trestu odnětí svobody (VTOS), nikoli u nastupujících. Z 19 667 osob zařazených do VV nebo VTOS byl pozitivní výsledek na nealkoholové drogy zjištěn u 457 (4,1 %), na alkohol u 32 osob (0,4 %). V případě nealkoholových drog šlo nejčastěji o pervitin (54 % pozitivních) a konopné látky (26 %). Užití více drog bylo zjištěno u 7 % osob s pozitivním výsledkem testu.

V případě osob nastupujících VV nebo VTOS se provádí pouze orientační testování bez konfirmace pozitivního výsledku, a to jako součást vstupní lékařské prohlídky. Z 10 727 osob nastupujících do

¹⁸⁵ Příčinou výkyvů počtu uvězněných osob v l. 2013 a 2014 byla částečná amnestie vyhlášená 2. 1. 2013 ve Sbírce zákonů pod číslem 1/2013 Sb. v samostatné části 1/2013.

vězení užilo 52 % osob některou z testovaných nelegálních návykových látek, nejčastěji konopné látky (34 % pozitivních) nebo pervitin (32 %). Často bylo zjištěno více látek současně (24 %).

VS ČR evidovala v r. 2014 celkem 58 záchytů návykových látek (celkem 1 021,7 g) a 11 záchytů léků s obsahem návykových látek (39,9 g a 436 tablet). Nejčastěji zachycenými drogami byly pervitin (29 případů v celkovém množství 19,6 g) a konopné látky (27 případů, 81,3 g). V případě léků nejčastěji šlo o klonazepam a tramadol. Drogy včetně léků byly zajištěny zejména při kontrole korespondence (18 případů) a kontrole vězněných osob (36 případů). Nálezy alkoholu, ať doneseného do věznice, nebo vyrobeného přímo ve věznici, vězeňská služba standardně nevykazuje. Stejně tak běžně nevykazuje ani nálezy injekčních stříkaček. Při kontrolách jsou používáni psi speciálně vycvičení na vyhledávání drog (SPD psi). Celkem 455 861 prohlídek (462 792 v r. 2013) provedli v r. 2014 SPD psi se svými psovody a ve 34 případech podezřelou látku našli a v dalších 68 případech označili místo, kde se látka původně pravděpodobně nacházela. Oproti předchozímu roku nedošlo ke změně v počtu SPD psů. Z celkového počtu 101 psů je 82 zcela vycvičených, ostatní SPD psi se na výkon svých funkcí připravují.

9.3.1.1 Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni

V r. 2014 proběhla třetí vlna Dotazníkové studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015). Studii realizovalo NMS ve spolupráci s VS ČR a agenturou ppm factum research. Výsledky předchozích vln studie viz VZ 2010, Zaostřeno na drogy 5/2011 (Mravčík et al., 2011a) a VZ 2012.

Výběrový soubor v r. 2014 tvořilo 2 100 osob ve výkonu trestu odnětí svobody (VTOS). Pro výběr respondentů byl stejně jako v minulých letech použit prostý náhodný výběr, v r. 2014 z celkem 15 880 osob vykonávajících k datu výběru trest odnětí svobody ve všech 35 věznicích v ČR. Vyplněno bylo 1 751 dotazníků, míra response dosáhla 83 %. Administrace dotazníků probíhala stejně jako v předešlých vlnách po skupinách v jednotlivých věznicích. Pro sběr dat byl použit dotazník z první vlny studie upravený s ohledem na aktuální trendy na drogové scéně. Prostřednictvím dotazníku byly mapovány oblasti jako kriminální kariéra, zkušenosti s léčbou závislostí, prevalence užívání drog, včetně problémového užívání, a to jak v období před nástupem do vězení, tak po nástupu, dostupnost drog ve vězení a hraní hazardních her. Oproti předchozímu běhu studie byl přidán set otázek zaměřených na vnímanou dostupnost adiktologických služeb ve věznicích. Nově byly v r. 2014 sledovány zkušenosti s užíváním tabáku a anabolických steroidů.

Alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou v životě uvedlo 54 % respondentů. Kromě tabáku a alkoholu měli respondenti nejčastěji zkušenost s konopnými látkami, pervitinem či amfetaminy a tlumivými léky bez předpisu. Alespoň jednou v životě užilo konopné látky 41 % respondentů, amfetaminy (pervitin) 40 % a léky se sedativním účinkem bez lékařského předpisu 23 % dotázaných. Extázi užilo 22 %, halucinogenní houby 18 %, LSD 17 %, kokain 17 % a heroin 14 %. Nové syntetické drogy někdy v životě vyzkoušelo 7 % respondentů. V posledních 12 měsících užilo nějakou nelegální drogu 23 % a v posledních 30 dnech 10 % dotázaných (tabulka 9-12).

tabulka 9-12: Míra zkušeností s užitím drog ve vězeňské populaci v r. 2014, v %

Typ drogy	Celoživotně	V posledních 12 měsících	V posledních 30 dnech	Nikdy neužil(a)	Neví / bez odpovědi
Jakákoliv droga, včetně alkoholu	73,5	32,9	13,5	10,6	15,9
Jakákoliv nelegální droga	54,4	23,2	10,1	26,1	19,5
Jakákoliv nelegální droga kromě konopí	49,6	20,8	9,1	30,2	20,2
Tabák	79,0	68,8	63,0	10,1	10,9
Alkohol	62,0	21,9	7,3	15,2	22,8
Konopné látky	40,7	13,7	5,5	34,6	24,7
Extáze	22,1	5,1	2,5	48,4	29,5
Pervitin/amfetaminy	39,9	15,8	5,8	36,8	23,4
LSD	17,0	3,5	1,7	52,3	30,7
Lysohlávky	18,4	4,2	2,1	50,8	30,7
Heroin	14,3	4,5	2,6	55,6	30,2
Buprenorfin bez předpisu	8,7	3,6	1,6	58,9	32,4
Kokain	17,1	3,8	1,9	51,7	31,2
Nové syntetické drogy	6,8	2,1	1,4	60,0	33,2
Těkavé látky	7,3	2,0	1,4	59,9	32,8
Léky bez předpisu	22,7	8,1	4,5	47,4	29,9
Anabolické steroidy	5,5	1,8	1,2	61,2	33,3
Jiné drogy	3,2	1,8	1,4	56,7	40,1

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015)

Ve vězení byl podle respondentů nejdostupnější návykovou látkou alkohol vyrobený ve věznici následovaný léky na uklidnění, nespavost nebo na bolest získané bez předpisu. Jako snadno dostupné hodnotilo tyto látky shodně přibližně 20 % z těch, kteří se k dostupnosti drog ve vězení vyjádřili. Následovaly konopné látky a pervitin, které byly ve vězení snadno dostupné podle téměř 18 % respondentů. Nejobtížněji dostupný byl podle respondentů alkohol donesený do věznice, tento názor zastávalo téměř 15 % respondentů.

V průběhu některého z pobytů ve vězení užilo nějakou drogu, včetně alkoholu, 25 % respondentů. Nelegální drogu nebo lék bez předpisu užilo ve vězení 21 % respondentů. Užití jiných nelegálních drog kromě konopných látek ve vězení uvedlo 19 % respondentů. Nejčastěji šlo o alkohol vyrobený ve věznici (15 %), konopné látky (13 %), pervitin (13 %), léky bez receptu (12 %) či alkohol donesený do věznice (8 %). V případě ostatních látek nepřekročila prevalence užití 4 %.

Celkem 31 % respondentů uvedlo injekční užití drogy alespoň jednou v životě. V posledních 30 dnech před nástupem do současného VTOS užilo drogu injekčně 23 % respondentů. Celkem 12 % respondentů sdílelo někdy v životě jehlu nebo stříkačku, tj. 37 % těch, kteří uvedli injekční užití drogy někdy v životě. Injekční užití drogy při některém z pobytů ve vězení uvedlo 9 % respondentů. Injekční náčiní ve vězení sdílelo 7 % respondentů, tj. 79 % těch, kteří uvedli injekční užívání drog ve vězení. Za problémové uživatele drog (tj. injekční uživatele nebo ty, kteří opakovaně užili pervitin, opiáty nebo kokain v období 30 dní před nástupem do vězení) lze označit 30,4 % vězňů, což v přepočtu na celkový počet odsouzených ve věznicích odpovídá přibližně počtu 4 800 osob (tabulka 9-13).

tabulka 9-13: Problémové užívání drog a rizikové chování ve vztahu k injekčnímu užívání ve vězeňské populaci v l. 2010, 2012 a 2014, v %

Ukazatel	2010	2012	2014
Injekční užití drogy někdy v životě	30,1	28,5	31,4
Injekční užití drogy 30 dní před nástupem	22,1	18,8	23,3
Injekční užití drogy během pobytu ve vězení	8,4	6,7	8,5
Sdílení injekčního materiálu někdy v životě	13,4	11,4	11,5
Sdílení injekčního materiálu někdy ve vězení	6,6	5,0	6,7
Opakované aktuální užití opiátů, pervitinu či kokainu	14,7	20,2	21,8
Problémové užívání drog*	26,1	25,9	30,4

Pozn.: * tj. injekční užití nebo opakované užití pervitinu, opioidů/opiátů nebo kokainu v období 30 dní před nástupem do vězení

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011)

Před nástupem do VTOS se 5 % respondentů léčilo kvůli problémům s alkoholem, 9 % kvůli problémům s jinými návykovými látkami a 4 % respondentů byla před nástupem stávajícího trestu v substituční léčbě. V r. 2014 byla v dotazníkové studii prvně zjišťována dostupnost adiktologických služeb ve vězení. Jako nejdostupnější hodnotili respondenti testování na VHC, naopak nejméně dostupné byly podle respondentů kondomy (tabulka 9-14). Čisté injekční stříkačky jsou i přes existenci injekčního užívání drog ve věznicích nedostupné.

tabulka 9-14: Dostupnost adiktologických služeb ve vězení v r. 2014, v %

Služby ve vězení	Odpověďe	Vždy	Někdy	Vůbec	Neví/bez odpovědi
Detoxifikace	1 399	9,0	4,9	36,2	49,9
Substituční léčba	1 350	6,3	4,9	38,4	50,4
Poradenství zaměřené na užívání drog	1 373	13,5	8,2	34,7	43,5
Léčba závislosti	1 380	13,2	6,8	35,4	44,6
Testování na HIV/AIDS	1 369	17,8	6,9	30,5	44,7
Testování na VHC	1 403	24,5	7,9	26,6	41,0
Kondomy	1 356	5,5	3,7	40,6	50,3

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015)

9.3.2 Prevence a léčba užívání drog ve vězení

Primární prevence, léčba závislosti a snižování možných zdravotních a sociálních dopadů užívání drog jsou ve věznicích realizovány prostřednictvím poraden drogové prevence, bezdrogových zón, specializovaných oddělení a programů NNO.

Poradny drogové prevence byly ve všech věznicích. Služeb některé z nich využilo v r. 2014 celkem 6 247 osob,¹⁸⁶ což je o 629 osob více než v předchozím roce. Poradny v jednotlivých věznicích se poměrně liší rozsahem poskytovaných služeb s ohledem na zaměření a kapacitu odborného personálu. Ve všech věznicích však poradny poskytovaly informační servis a individuální poradenství.

Bezdrogové zóny jsou zvláštní oddělení věznic, a to buď se standardním, nebo s terapeutickým zacházením.¹⁸⁷ V r. 2014 mělo bezdrogovou zónu se standardním zacházením 31 věznic, jejich ubytovací kapacita¹⁸⁸ činila 1 797 míst. Možnosti umístění na bezdrogových zónách se standardním

¹⁸⁶ Využití služeb znamená poskytnutí alespoň jedné intervence. Každá osoba se v daném roce počítá pouze jednou bez ohledu na to, kolikrát službu využila.

¹⁸⁷ Hlavním cílem bezdrogové zóny se standardním zacházením je motivovat odsouzené k abstinenci a dodržování bezdrogového režimu. Cílovou skupinou bezdrogových zón s terapeutickým zacházením jsou výhradně uživatelé drog. Program je zaměřený na budování motivace k nastoupení do léčby buď v průběhu pobytu ve vězení, nebo po výstupu.

¹⁸⁸ Při dodržení minimální ubytovací plochy je 4 m²/osoba.

zacházením využilo 3 323 osob, z toho 1 834 nově zařazených. Bezdrogovou zónu s terapeutickým zacházením měly 3 věznice (Příbram, Vlnařice, Znojmo). Ubytovací kapacita činila 92 míst. Možnost umístění na těchto odděleních využilo 205 osob, z toho 112 nově zařazených.

Léčbu závislosti během VTOS bylo možno v r. 2014 absolvovat na specializovaných odděleních, ta byla dostupná ve 12 věznicích. V 8 věznicích bylo specializované oddělení určené pro dobrovolnou léčbu (Bělušice, Kuřim, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Valdice a Všehrady). Ve 4 věznicích pro výkon soudem nařízeného ochranného léčení¹⁸⁹ (Heřmanice, Opava, Rýnovice, Znojmo) na celkem 5 odděleních. Ve věznici Heřmanice probíhá pouze výkon ochranné léčby protialkoholní a léčby patologického hráčství, ve Věznici Opava je specializované oddělení zvláště pro muže a pro ženy.

V r. 2014 byla kapacita specializovaných oddělení s dobrovolným léčením závislosti na nelegálních drogách celkem 287 míst. Možnosti dobrovolného léčení na některém z oddělení využilo v r. 2014 celkem 504 osob, z toho nově zařazeno bylo 270 osob.

Ochranné léčení protitoxikomanické bylo možno absolvovat ve 3 věznicích, celková kapacita oddělení byla 129 míst. V r. 2014 evidovala VS ČR 188 osob v péči těchto oddělení, z toho nově zařazeno bylo 94 osob. Přehled o počtech osob, kapacitě a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení pro dobrovolnou a ochrannou léčbu poskytuje tabulka 9-15. Počet oddělení zaměřených na ochrannou léčbu protitoxikomanickou ani jejich zařazení podle typu věznice¹⁹⁰ se ve srovnání s předchozím rokem v podstatě nezměnily.

tabulka 9-15: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení pro dobrovolnou a ochrannou léčbu ve věznicích v l. 2006–2014

Rok	Bezdrogové zóny		Oddělení pro dobrovolnou léčbu			Oddělení pro ochrannou léčbu			
	Počet věznic	Kapacita	Počet osob	Počet věznic	Kapacita	Počet osob	Počet 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
2010	33	2 075	3 443	7	300	437	3	109	128
2011	33	1 905	4 279	7	287	535	3	113	206
2012	34	1 918	4 549	7	287	537	3	128	184
2013	34	1 898	3 747	8	306	589	3	128	184
2014	34	1 889	3 528	8	287	504	3	129	188

Zdroj: Mravčík et al. (2014b), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015c)

K poskytování substituční léčby¹⁹¹ má povolení 10 věznic, z toho 7 věznic hlásilo v r. 2014 léčené pacienty, 3 další věznice Břeclav, Ostrava a Praha-Ruzyně substituční léčbu dlouhodobě neprovádějí. Programy substituční léčby ve věznicích evidovaly 50 léčených osob, tj. o 12 osob méně než v předchozím roce. Průměrná délka léčby se ve srovnání s r. 2013 zvýšila na 9,3 měsíce (tabulka 9-16). Substituční látkou ve věznicích je metadon.

¹⁸⁹ Podle § 83 odst. 2 zákona č. 373/2011 Sb., o speciálních zdravotních službách, lze ochranné léčení vykonat během VTOS ve zdravotnických zařízeních VS ČR, a to ochranné léčení ústavní v podobě jednodenní péče a ochranné léčení ambulantní. Ochranné léčení ve věznicích má tedy charakter ambulantní péče.

¹⁹⁰ věznice s dohledem, dozorem, ostrahou a zvýšenou ostrahou

¹⁹¹ Zařazení do programu substituční terapie ve vězení je podmíněno předchozí účastí v substitučním programu před vzetím do vazby nebo před nástupem VTOS.

tabulka 9-16: Počet osob v substituční léčbě a průměrná délka léčby (v měsících) v jednotlivých věznicích v l. 2010–2014

Věznice	2010		2011		2012		2013		2014	
	Počet osob	Délka léčby	Počet osob	Délka léčby	Počet osob	Délka léčby	Počet osob	Délka léčby	Počet osob	Délka léčby
Brno	11	11,0	22	3,0	28	4,0	20	1,0	24	1,0
Břeclav	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Kuřim	7	19,5	12	2,0	13	3,0	12	1,3	6	7,0
Litoměřice	10	4,8	11	1,0	9	3,0	3	7,0	3	11,0
Opava	5	6,0	13	1,5	5	1,0	5	6,0	4	18,0
Ostrava	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Praha-Pankrác	15	8,3	24	5,2	15	5,0	11	7,0	3	4,0
Praha-Ruzyně	1	1,0	0	–	0	–	0	–	0	–
Příbram	16	6,5	14	11,0	17	8,0	7	10,0	7	12,0
Rýnovice	2	4,0	3	12,0	2	3,0	4	21,0	3	12,0
Celkem	67	7,6	99	5,1	89	3,9	62	7,6	50	9,3

Zdroj: Mravčík et al. (2014b), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015c)

Detoxifikaci provádělo v průběhu r. 2014 celkem 5 věznic. Léčbu akutních odvykacích stavů podstoupilo 154 osob, z toho 134 mužů a 20 žen. Většinou šlo o uživatele opiátů/opioidů (72 % detoxikovaných). Oproti předchozímu roku došlo k dalšímu poklesu počtu detoxifikovaných osob o 17 % (187 v r. 2013 a 353 osob v r. 2012).

V r. 2014 spolupracovalo s některou z nestátních neziskových organizací (NNO) 26 věznic. Spolupráce věznic s NNO byla v r. 2014 intenzivnější než před rokem, 10 a více návštěv za rok vykázalo celkem 17 věznic (15 v r. 2013, 9 v r. 2012). V kontaktu s některou z NNO bylo v r. 2014 celkem 8 073 osob ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody, což představuje více než 60% nárůst ve srovnání s r. 2013 (5 035 osob v r. 2013). Individuální výkony tvořily 60 % kontaktů. Přehled NNO poskytujících drogové služby ve vězení, počtu návštěv a počtu klientů uvádí tabulka 9-17.

tabulka 9-17: Neziskové organizace poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet předvedených osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody v r. 2014

Nezisková organizace	Věznice	Počet návštěv	Počet klientů
CPPT	Plzeň, Oráčov	88	565
Charita Třebíč	Znojmo	1	25
Lexus	Hradec Králové, Jiřice, Liberec, Odolov, Pardubice, Rýnovice, Stráž pod Ralskem, Světlá nad Sázavou, Valdice	366	1 919
Magdaléna	Příbram, Opava	5	44
Most k naději	Bělušice	104	2 678
Společnost Podané ruce	Brno, Heřmanice, Kuřim, Mírov, Rapotice, Světlá nad Sázavou, Znojmo, Olomouc	360	1 975
Renarkon	Heřmanice, Karviná, Opava, Ostrava	4	110
SANANIM	Opava, Praha-Ruzyně, Světlá nad Sázavou, Vlnařice, Znojmo	110	744
White light I.	Teplice	2	10
Celkem		1 040	8 073

Pozn.: Pokud byla osoba kontaktována během jednoho dne vícekrát, např. se zúčastnila besedy a poté využila možnosti individuálního poradenství, počítá se v daném dni pouze jeden kontakt. Pokud byla tatáž osoba kontaktována během dvou nebo více dní, počítá se jeden den jako jeden kontakt.

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015c)

≥ 10

Kapitola 10:

Drogové trhy

- V r. 2014 bylo odhaleno celkem 301 indoor pěstíren konopí. Největší podíl tvořily malé domácí pěstírny s počtem rostlin menším než 50 kusů. Část indoor produkce je velmi dobře organizovaná skupinami osob vietnamské národnosti. U těchto skupin je patrný odklon od pěstování konopí a naopak investice do výroby pervitinu. Vypěstované konopí je určeno převážně pro domácí trh.
- V r. 2014 zajistily Policie ČR a Celní správa ČR v trestním řízení celkem 558,1 kg marihuany, 77,2 tis. rostlin konopí a 14,8 kg hašiše. Koncentrace THC u zachyceného konopí činila průměrně 8,2 %. V přestupkovém řízení bylo zajištěno dalších 11,4 kg marihuany, 503 rostlin konopí a 32 g hašiše.
- Pervitin se v ČR stále vyrábí převážně v menších varnách situovaných v obydlených objektech. V r. 2014 odhalila Policie ČR 272 varen a v trestním řízení zajistila 49,8 kg pervitinu o průměrné čistotě 69,8 %. V přestupkovém řízení byl pervitin zajištěn v celkovém množství 427 g. Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu je pseudoefedrin extrahovaný z léčiv dovážených převážně z Polska, i když se stále častěji objevují jiné výchozí látky. Pokračuje trend nárůstu vysoce organizované velkoobjemové produkce a distribuce pervitinu, na níž se podílí převážně skupiny organizované Vietnamci.
- Kokain do ČR směřuje zejména v poštovních zásilkách a cestovních zavazadlech z Nizozemska v množství od 0,5 g do 5 kg. Celkem bylo v kontextu trestního řízení v r. 2014 zajištěno 5,4 kg kokainu o průměrné čistotě 25,9 %, v přestupkovém řízení bylo 12,1 g. Na pašování a distribuci kokainu se podílí zejména osoby pocházející z Nigérie a ze západního Balkánu.
- Heroin se do ČR dováží v menších zásilkách o hmotnosti do 10 kg. Na pašování a distribuci heroinu se podílí převážně skupiny etnických Albánců a osoby původem z Turecka. V r. 2014 bylo 156,8 kg heroinu zajištěno v trestním řízení a dalších 28,3 g v přestupkovém řízení. Průměrná čistota činila 29,3 %. Na černém trhu byly kromě heroinu dostupné i tablety substitučních přípravků či opioidní analgetika.
- V Systému včasného varování před novými drogami koordinovaném NMS bylo za r. 2014 v ČR hlášeno celkem 22 nových psychoaktivních látek, z toho 13 látek bylo v ČR zaznamenáno vůbec poprvé a v případě 2 látek šlo o první výskyt v zemích EU. Nejčastěji to byly katinony a fenetylamin. Mezi látky s největším zachyceným množstvím patřily katinon s označením MDPPP (2,2 kg) a kanabinoid 5F-PB-22 (2,0 kg). Nové psychoaktivní látky jsou dostupné zejména a ve vzrůstající míře prostřednictvím internetu, v omezené míře však i na černém trhu s tradičními nelegálními drogami. V r. 2015 bylo identifikováno celkem 33 internetových obchodů v českém jazyce, z toho 9 se specializovalo výhradně na syntetické látky. Mezi nejčastěji nabízené látky patří katinony, syntetické kanabinoidy a fenetylamin.

10.1 Produkce, spotřeba, dovoz a vývoz drog

10.1.1 Domácí produkce, dovoz a vývoz drog

Základní zdroje informací představují data Národní protidrogové centrály SKPV Policie ČR (NPC) a Celní protidrogové jednotky Generálního ředitelství cel (CPJ). Jde především o počty odhalených pěstíren a varen, počty záchytů jednotlivých drog a zajištěné množství drog v rozdělení podle místa záchytu (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2015a, Celní protidrogová jednotka, 2015).

Policie ČR a Celní správa ČR odhalily v r. 2014 celkem 301 indoor pěstíren konopí,¹⁹² což je o 25 více než v r. 2013. Největší podíl odhalených pěstíren tvořily malé domácí pěstírny¹⁹³. Ve srovnání s předchozím rokem však byl v r. 2014 pozorován pokles podílu těchto malých domácích pěstíren (40 % v r. 2014 a 45 % v r. 2013) a současně mírný nárůst podílu pěstíren s největší kapacitou (9 % v r. 2014 a 7 % v r. 2013). Největší počet odhalených pěstíren všech typů byl v r. 2014 hlášen v Praze (46), Moravskoslezském (41) a Plzeňském kraji (38). Nejvýraznější meziroční změnu představoval nárůst počtu odhalených pěstíren v Ústeckém kraji (21 v r. 2013 a 37 v r. 2014). Část indoor produkce je velmi dobře organizovaná a výrazně se na ní podílí organizované skupiny Vietnamců. U těchto skupin je patrný odklon od pěstování konopí a naopak investice do výroby pervitinu, což představuje větší a rychlejší zisk. Dále pokračuje trend distribuce pěstování konopí do více pěstíren s nižší kapacitou (cca 300–500 rostlin) s cílem minimalizovat pravděpodobnost odhalení a případné ztráty.

Vypěstované konopí je určeno jak pro domácí trh, tak pro vývoz. Za r. 2014 je evidováno 128 záchytů při vývozu marihuany v celkovém množství 34,3 kg. Většinou (91 %) šlo o záchyty do 100 g přepravované v poštovních zásilkách. Objevují se i záchyty většího objemu, tj. řádově v desítkách kilogramů (2 záchyty v r. 2014). Marihuana byla nejčastěji zajištěna na trase ČR–Velká Británie (87 záchytů), ale také při vývozu do sousedních států, na Ukrajinu, do Maďarska a Skandinávie. Pokud jde o dovoz marihuany do ČR, za r. 2014 bylo evidováno 27 záchytů o celkové hmotnosti 2,9 kg, všechny z Nizozemska.

Pervitin se v ČR vyrábí převážně v menších domácích varnách situovaných v obydlených objektech. V r. 2014 odhalila Policie ČR 272 varen, tj. o 11 více než v předchozím roce. Největší počet odhalených varen byl v r. 2014 zaznamenán v Jihomoravském (43), Ústeckém (40) a Moravskoslezském kraji (35). V r. 2013 to byly kraje Jihomoravský (62), Olomoucký (29) a Moravskoslezský (27).

Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu je i nadále pseudoefedrin extrahovaný z léčiv. Díky regulaci výdeje¹⁹⁴ léčiv s obsahem pseudoefedrinu se jejich prodej v ČR drží na stabilně nízké úrovni (graf 10-1). Potřeba prekurzorů je však saturovaná z nelegálního dovozu léčiv zejména z Polska, ale také Slovenska, Maďarska či Turecka. Jak ukazuje graf 10-2, od zavedení regulace výdeje léčiv s obsahem pseudoefedrinu od května 2009 je patrný výrazný nárůst záchytů při dovozu. Na nelegálním dovozu do ČR se podle NPC podílí mimo jiné i skupiny osob pocházejících z Bulharska, které zejména prostřednictvím dovozu z Polska zásobují varny provozované osobami vietnamského původu. Při výrobě se uplatňuje především tzv. jodo-fosforová cesta. Pseudoefedrin je dlouhodobě stěžejním prekurzorem pro výrobu pervitinu, byly však zaznamenány i případy výroby z jiných „netradičních“ prekurzorů, jako je např. chlorefedrin v ČR prvně identifikovaný v r. 2013, či z tzv. pre-prekurzorů,¹⁹⁵ jako je např. L-fenylacetylkarbinol (L-PAC). Podle NPC pokračuje trend nárůstu vysoce organizované velkoobjemové produkce a distribuce pervitinu. Prekurzory a chemické látky nezbytné k výrobě pervitinu bývají získávány prostřednictvím subjektů, které jsou registrovány jako legální dodavatelé těchto látek, přičemž od některých z nich je získávají výrobci pervitinu. Jednou z chemických látek zneužívaných k výrobě pervitinu je i červený fosfor. Začátkem r. 2014 nabyly účinnosti zákon č. 272/2013 Sb., o prekurzorech, a nařízení vlády č. 458/2013 Sb., kterým se stanoví seznam výchozích a pomocných látek. Ten zahrnuje i červený fosfor, což umožnilo mj. i monitorování jeho uvádění na trh. Ukázalo se, že velká většina obchodovaného červeného fosforu

¹⁹² pěstování rostlin v uzavřeném prostředí pod umělým osvětlením

¹⁹³ malá domácí pěstírna 6–49 rostlin, malá pěstírna 50–249 rostlin, střední pěstírna 250–499 rostlin, velká pěstírna 500–999 rostlin a průmyslová pěstírna 1000 a více rostlin; zdroj: NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2014. Výroční zpráva 2013.

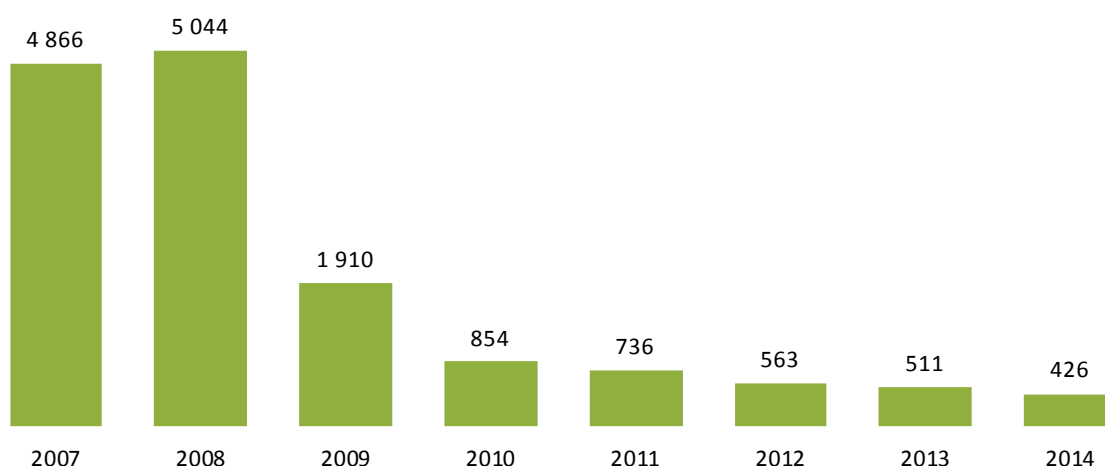
¹⁹⁴ V ČR je výdej léčiv s obsahem pseudoefedrinu omezen jednorázově na max. 900 mg, což odpovídá množství 30 tablet či sáčků obsahujících 30 mg pseudoefedrinu.

¹⁹⁵ Jde o chemické látky, které je možno jednoduchou konverzí převést na prekurzory. Nakládání s pre-prekurzory není upraveno mezinárodními úmluvami na rozdíl od řady prekurzorů, jejichž dostupnost je na nelegálním trhu poměrně omezená. Cena pre-prekurzorů je tak v porovnání s prekurzory velmi nízká.

je velmi pravděpodobně zneužívána k nelegální výrobě pervitinu, což svědčí o neúčinnosti stávajících kontrolních a regulačních opatření pro omezení dostupnosti červeného fosforu k nelegální výrobě pervitinu.

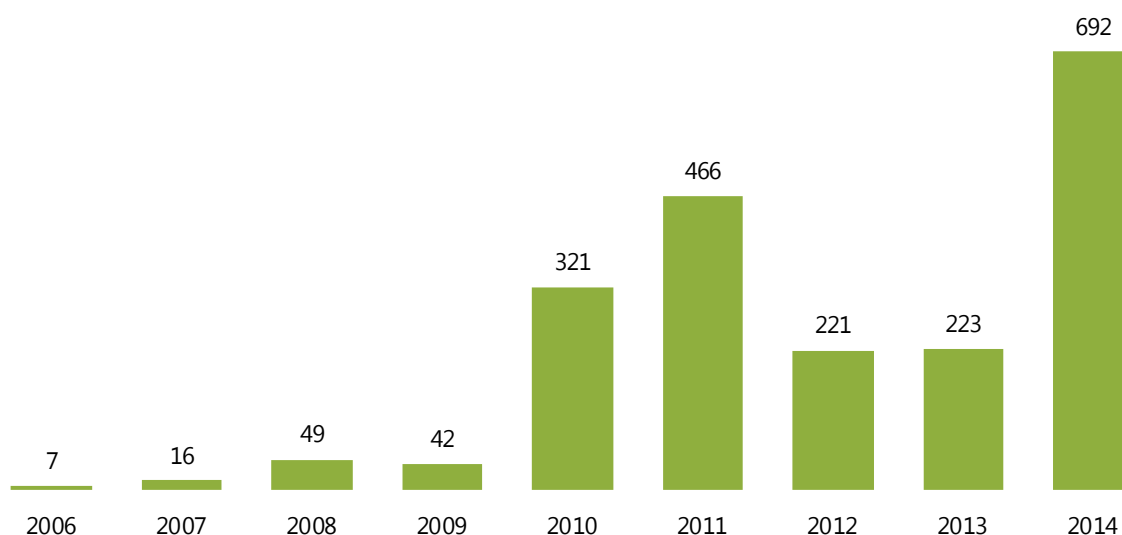
Velkoobjemová výroba je podle NPC doménou skupin osob s vietnamským původem. Jak ukazují data o záchytech, na trhu je dostupný poměrně čistý pervitin (kolem 75 % účinné látky) ve formě prášku nebo krystalů, který poptávají hlavně uživatelé z Německa, Rakouska, ale i Polska. Pervitin bývá distribuován v tržnicích, hernách, barech a dalších provozovnách nebo je do sousedních zemí pašován prostřednictvím kurýrů. Jako kurýři jsou najímáni většinou sociálně slabé osoby, na pašování se však podílí i Vietnamci napojení na hlavní organizátory.

graf 10-1: Prodej léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR v l. 2007–2014, v tis. kusů balení



Zdroj: Státní ústav pro kontrolu léčiv (2015), Mravčík et al. (2014b)

graf 10-2: Množství léčiv s obsahem pseudoefedrinu zajištěných represivními orgány v l. 2006–2014, v tis. kusů jednotek lékové formy (tablet)



Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2015b), Mravčík et al. (2014b)

Řešení drogového trhu s pervitinem v příhraničí je v posledních letech předmětem čilé mezinárodní komunikace a spolupráce. Oblast policejní spolupráce s Německem upravuje dohoda mezi vládou České a Slovenské federativní republiky a vládou SRN o spolupráci v boji proti organizované kriminalitě z r. 1991, která upravuje obecně spolupráci na celostátní úrovni, a smlouva mezi ČR a Německem o spolupráci policejních orgánů a orgánů působících při ochraně státních hranic v příhraničních oblastech z r. 2000. Nárůst drogové kriminality a zesílení spolupráce policejních

a celních orgánů se stal předmětem jednání ministrů ČR a Německa, které se uskutečnilo v r. 2012 v německém Hofu, kterým započal tzv. hofský dialog. Jeho součástí byla pravidelná setkání na úrovni ministrů vnitra, příprava nové smlouvy o policejní spolupráci, vznik pracovní skupiny Crystal a působení společných česko-německých hlídek. Jednání pokračovala v r. 2013 s hlavním výstupem v podobě dohody o rozšíření policejní a celní součinnosti o justiční orgány. V r. 2014 podepsali ministři vnitra ČR a Sasko prohlášení o vzájemné policejní spolupráci mezi oběma zeměmi. Obsahem prohlášení jsou společná opatření zaměřená na drogovou a majetkovou kriminalitu. Podobné prohlášení jako se Saskem připravuje MV také s Bavorskem. Drogová problematika v česko-německém příhraničí byla předmětem také diskusního setkání s názvem Drogy v Česku a Německu: společný problém, společná řešení, které se uskutečnilo v dubnu 2014 v Praze. Debaty se zúčastnili čeští i němečtí politici, odborníci z neziskového sektoru, státní správy a zástupci médií. Diskuse se soustředila na problematiku výroby a spotřeby pervitinu v ČR a Německu a možné způsoby řešení.

Kokain se do ČR dostává ze zemí Jižní Ameriky. Na pašování a distribuci kokainu se podílí zejména osoby pocházející z Nigérie, skupiny ze zemí západního Balkánu (Srbsko, Chorvatsko, Bosna a Hercegovina), ale také Češi a etničtí Albánci. Pro přepravu kokainu do zemí EU bývají často jako kurýři najímány sociálně slabé osoby ze střední a východní Evropy, Balkánu a pobaltských zemí. Pokud jde o způsob přepravy, nejčastěji byly odhaleny případy pašování v poštovních zásilkách a cestovních zavazadlech. Objevují se i případy pašování kokainu v trávicím traktu a tělních dutinách. Největší počet záchytů kokainu byl v r. 2014 zaznamenán na trase z Nizozemska – šlo o 48 záchytů v celkovém množství 142,3 g, ve všech případech to byly záchyty o hmotnosti do 13 g.

Heroin se do ČR dováží v menších zásilkách o hmotnosti do 10 kg. ČR je cílovou destinací i tranzitní zemí. Na pašování a distribuci heroinu se podílí převážně skupiny etnických Albánců, zejména z Kosova a Makedonie, a osoby původem z Turecka. Distribuční síť je dále tvořena převážně uživateli drog. Podle NPC bývá heroin často převážen v kamionech s textilním či jiným spotřebním zbožím. V ČR patří heroin výhradně mezi dovozní komodity, výjimku představuje případ výroby heroinu odhalené v r. 2014 ve Středočeském kraji, přičemž šlo o vůbec první takový případ v ČR (šlo o pokus o výrobu heroinu z makoviny pocházející z potravinářského máku, která měla velmi nízkou výtěžnost, a následně o výrobu heroinu z morfinu pocházejícího z analgetik). Kromě heroinu byly na černém trhu dostupné také tablety substitučních přípravků s účinnou látkou buprenorfin (Subutex[®], Suboxone[®] a Ravata[®]), dále morfinová analgetika Vendal[®] Retard či transdermální náplasti obsahující fentanyl. Náplasti s fentanylem se na černý trh dostávají buď prostřednictvím příbuzných vážně nemocných osob užívajících náplasti k léčbě bolesti, prostřednictvím samotných pacientů nebo je uživatelé získávají jako použité z nezajištěného odpadu. Na černém trhu se cena náplasti pohybuje kolem 3 tis. Kč za kus. Poptávka po jiných látkách opiátového typu je zřejmě stimulovaná nedostatkem a nízkou kvalitou heroinu.

10.1.2 Odhad spotřeby drog pomocí analýzy odpadních vod

Odhady pomocí analýzy odpadních vod jsou založeny na laboratorním vyšetření drog a jejich metabolitů v komunálních odpadních vodách s cílem zpětně kvantifikovat (tzv. back-calculation) míru konzumace drog ve spádové populaci uzlového bodu kanalizační sítě nebo čistírny odpadních vod¹⁹⁶ (EMCDDA, 2008, Daughton a Ternes, 1999, Daughton, 2011). Výsledky studií provedených v ČR v minulosti jsou uvedeny ve VZ 2011.

Výzkumný ústav vodohospodářský T. G. Masaryka realizoval v r. 2013 odběry v 10 městech ČR v rámci projektu DRAGON¹⁹⁷ (Očenášková et al., 2014). Odhad roční spotřeby vybraných drog uvádí tabulka 10-1.

¹⁹⁶ Odpadní voda je v podstatě velmi zředěným směsným vzorkem moči všech osob ve spádové oblasti.

¹⁹⁷ projekt VG 20122015101 podpořený z Programu bezpečnostního výzkumu ČR v l. 2010–2015 (BV II/2 – VS)

tabulka 10-1: Odhad spotřeby drog v ČR na základě výsledků analýzy odpadních vod v r. 2013

Město	Počet obyvatel	Spotřeba celkem (kg)				Spotřeba na obyvatele (mg/1 obyvatele)			
		MDMA	Amfetamin	Pervitin	Kokain	MDMA	Amfetamin	Pervitin	Kokain
Naměřené výsledky									
Praha	1 134 874	24,52	43,49	360,22	54,73	21,6	38,3	317,4	48,2
Brno	421 961	4,54	6,38	54,21	3,69	10,8	15,1	128,5	8,7
Ostrava	296 200	0,86	8,71	114,63	1,47	2,9	29,4	387,0	5,0
Plzeň	164 000	1,29	3,55	40,86	2,20	7,9	21,6	249,1	13,4
Ústí n. Labem	81 358	0,24	9,89	58,47	1,09	2,9	121,6	718,7	13,4
Haviřov	85 768	0,14	2,35	19,96	0,30	1,6	27,4	232,7	3,5
Frýdek-Místek	62 635	0,10	1,44	12,22	0,07	1,6	23,0	195,1	1,1
Český Těšín	22 790	0,03	0,36	3,50	0,06	1,3	15,8	153,6	2,6
Karviná	10 760	0,08	2,04	14,73	0,16	7,4	189,6	1 369,0	14,9
Orlová	28 074	0,08	0,70	4,91	0,02	2,8	24,9	174,9	0,7
Celkem	2 308 420	31,88	78,91	683,71	63,79	13,8	34,2	296,2	27,6
› bez Prahy	1 173 546	7,36	35,42	323,49	9,06	6,3	30,2	275,7	7,7
Extrapolace									
ČR bez Prahy	9 265 957	58,11	279,67	2 554,18	71,53	6,3	30,2	275,7	7,7
Praha	1 244 762	26,89	47,70	395,10	60,03	21,6	38,3	317,4	48,2
Celkem ČR	10 510 719	85,01	327,37	2 949,28	131,56	8,1	31,1	280,6	12,5

Pozn.: Extrapolace na území ČR mimo Prahu proběhla extrapolací průměrných výsledků za ČR mimo Prahu na základě počtu obyvatel. Na počet obyvatel byla provedena i extrapolace v Praze.

Zdroj: Očenášková et al. (2014), extrapolace NMS

Potvrdil se zvýšený výskyt MDMA o víkendech a v době konání letních festivalů, což souvisí s rekreačním užíváním extáze. Vyšší výskyt drog byl zaznamenán ve větších městech (Praze, Brně, Ostravě), spotřeba kokainu v Praze několikanásobně překročila hodnoty v ostatních městech. Spotřeba metamfetaminu v ČR výrazně překračuje hodnoty v jiných evropských městech a zemích, u ostatních drog se ČR nachází spíše v průměru nebo pod průměrem. V r. 2014 se do projektu zapojila další města Cheb, Mariánské Lázně, Františkovy Lázně, Aš, Olomouc, Opava a Nový Jičín (Očenášková et al., 2014).

Odhady o výrobě a spotřebě drog se provádějí rovněž z dat o míře a frekvenci užívání z populačních průzkumů a odhadů problémového užívání drog, na které jsou aplikovány údaje o průměrných dávkách drog a informace o dovozu a vývozu zachycených drog. Podle posledních odhadů bylo v ČR za r. 2013 spotřebováno 21,4 t konopných drog, 6,0 t pervitinu, 0,8 t heroinu, 0,8 t kokainu, přibližně milion kusů tablet extáze a asi 100 tisíc dávek LSD. Spotřeba marihuany je kryta převážně a pervitinu výhradně domácí nelegální produkcí (blíže viz VZ 2013).

10.1.3 Trh s konopnými látkami

Na fungování trhu s konopnými látkami v ČR se v několika analýzách zaměřili Běláčková a Zábranský (Běláčková a Zábranský, 2014b, Běláčková a Zábranský, 2014a, Běláčková et al., 2015b). V l. 2009–2010 byl proveden sběr dat prostřednictvím rozhovorů s 61 respondenty a 2 ohniskových skupin s 18 dalšími aktivními účastníky na konopném trhu v ČR. Výběr prvních respondentů byl cílený, další byli rekrutováni technikou sněhové koule. Všichni respondenti byli aktivními účastníky na trhu s konopím, 44 % mělo zkušenost s pěstováním konopí, 21 % s prodejem nebo nákupem pro známé. Výzkum popsal změny na trhu s konopím v ČR v posledních cca dvou dekadách. V období před r. 1989 se konopí pěstovalo outdoor a uživatelé jej mezi sebou zdarma sdíleli (outdoor pěstování konopí přetrvává do jisté míry dodnes). V 90. letech se trh s konopím otevřel a začala se na něm objevovat indoor marihuana dovezená ze západní Evropy (typicky Nizozemska). Od r. 2000 se začalo šířit indoor pěstování také v ČR, přičemž od r. 2005 se v ČR objevují velkokapacitní indoor pěstírny provozované vietnamskými organizovanými skupinami produkujícími konopí pro export.

Indoor pěstování snížilo ceny konopí na otevřeném trhu. Je pravděpodobné, že uplatňování mírnější drogové politiky ve smyslu dekriminizace držení a pěstování pro vlastní potřebu přispělo v ČR k tomu, že podíl pěstování pro vlastní potřebu a malokapacitního pěstování je poměrně vysoký ve srovnání s organizovaným velkokapacitním pěstováním, což se projevuje nižším obratem a zisky na nelegálním trhu (Běláčková a Zábranský, 2014b). Také srovnání výsledků týkajících se konopného trhu z celopopulačních studií z r. 2008 a 2012 naznačuje, že v ČR došlo ke snížení podílu komerčního černého trhu (Běláčková, 2014) (blíže viz VZ 2013).

Posun konopného trhu k indoor pěstovaným odrůdám je podle respondentů spojen s řadou zdravotních rizik, která se týkají kombinace s tabákem nebo přítomnosti cizorodých látek v konopí. Při nákupu respondenti postrádali informace o odrůdě a kvalitě, byli nespokojeni s omezenou rozmanitostí nabídky a s vysokými zisky distributorů. Indoor pěstování znamená poměrně vysoké náklady a riziko trestního stíhání (Běláčková a Zábranský, 2014a).

Srovnání konopného trhu v Nizozemsku a ČR ukázalo, že i když jsou politiky obou zemí podobné, jejich implementace a podoba konopných trhů se významně liší. V ČR se trestněprávní politika soustředila na velkokapacitní pěstitele, což přispělo ke vzniku konkurenčního malopěstitelského trhu a ke snížení ceny konopí na trhu. V Nizozemsku je situace ovlivněna existencí coffee shopů, které jsou do značné míry příčinou absence malopěstování v indoor podmínkách pro vlastní potřebu, protože vstupní náklady jsou poměrně vysoké. Navíc se policie v Nizozemsku v poslední době zaměřila na malopěstitele, což posílilo roli organizovaného pěstování ve velkém měřítku a zvýšilo cenu konopí na trhu. Rozhodnutí, zda nakupovat na otevřeném trhu, nebo pěstovat pro vlastní potřebu, je tak ovlivněno transakčními náklady, podobou drogové politiky a represe a místní kulturou spojenou s konopným trhem (Běláčková et al., 2015b).

Havlíčková (2015) se ve své výzkumné bakalářské práci zaměřila na trh s konopím. Prostřednictvím elektronického dotazníku zjišťovala, jaký způsob pěstování konopí převažuje, z jakých zdrojů získávají aktivní uživatelé konopné látky a jaké jsou jejich preference, pokud jde o konopí pěstované v indoor či outdoor podmínkách. Dotazník vyplnilo 3 125 respondentů, kterými byli aktivní uživatelé konopných látek, z toho 69 % mužů a 31 % žen. Nejčastěji šlo o osoby ve věku 15–20 let (48 % respondentů). Podle výsledků 46 % respondentů konopí kupuje, 31 % ho dostává od jiné osoby zdarma a 22 % si konopí pěstuje. Naprostá většina (83 %) z těch, kteří konopí sami pěstují, preferuje pěstování v outdoor podmínkách. Naproti tomu více než polovina (53 %) uživatelů, kteří nakupují konopí, mají spíše zájem o konopí vypěstované v indoor podmínkách.

10.1.4 Nové psychoaktivní látky na českém trhu

Nové psychoaktivní látky (NPS) jsou látky různých chemických skupin, které ve většině případů nejsou zahrnuty mezi omamné a psychotropní látky aktuálně kontrolované mezinárodními úmluvami OSN a jejich užívání může být spojeno s řadou zdravotních a sociálních rizik. Pokrývají široké spektrum účinků od stimulačních přes euforizující a halucinogenní až po tlumivé. Snaha výrobců vyhnout se kontrolním opatřením se odráží v rychlé změně nabídky těchto látek. Na nelegálním trhu jsou tak poměrně snadno dostupné látky s neznámým složením a účinkem, které bývají často daleko rizikovější než látky, jejichž účinek mají napodobit. V Evropě bývají nové psychoaktivní látky vyráběny spíše zřídka. Dovážejí se zejména z Číny a Indie a v Evropě jsou dále zpracovávány, baleny a distribuovány.

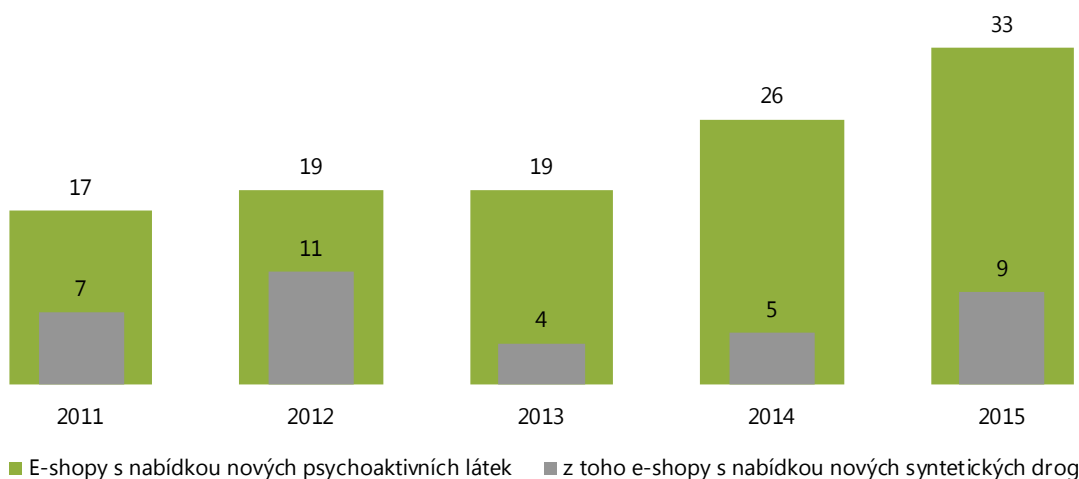
NPS bývají nabízeny jako legální alternativa již kontrolovaných drog (*legal highs*), chemické látky pro výzkumné účely (*research chemicals*), potravinové doplňky určené pro maximalizaci výkonu, napodobeniny nelegálních drog, případně se objevují jako příměsi již známých nelegálních drog. Poměrně specifickou skupinu představují farmaceutické přípravky, které se prostřednictvím pacientů či jejich příbuzných dostávají na černý trh nebo jsou nelegálně importovány. Nové psychoaktivní látky jsou dostupné zejména prostřednictvím internetových obchodů, ale vyskytují se i na černém trhu. Jsou nabízeny pod různými komerčními názvy, v případě syntetických látek přímo

pod jejich chemickým názvem nebo určitou zkratkou, která vychází z chemického názvu látky (Mravčík et al., 2015b).

V Systému včasného varování před novými drogami koordinovaném NMS¹⁹⁸ bylo za r. 2014 v ČR hlášeno celkem 22 NPS, z toho 13 vůbec poprvé a v případě 2 látek šlo o první výskyt v zemích EU. Nejčastěji to byly katinony a fenetylaminy. Mezi látky s největším zachyceným množstvím patřily katinon s označením MDPPP (2,2 kg) a kanabinoid 5F-PB-22 (2,0 kg). Kromě nových syntetických drog byla v r. 2014 identifikována jedna nová rostlinná látka (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2014b). Pro katinony, tzn. látky chemicky podobné amfetaminům, se na černém trhu ujalo označení *funky*. Původně šlo o komerční název jednoho z produktů nabízených v ČR v r. 2010, od té doby se výraz *funky* ujal jako označení pro nové psychoaktivní drogy se stimulačním účinkem, jejíž složení se mění v čase.

V ČR je zvýšený výskyt NPS patrný přibližně od r. 2010. Po značné redukci nabídky prostřednictvím kamenných obchodů v dubnu 2011¹⁹⁹ jsou NPS dostupné zejména prostřednictvím internetu. V dubnu 2015 provedlo NMS již pátou vlnu pravidelného průzkumu zaměřeného na nabídku NPS na internetu. Předmětem průzkumu byly internetové obchody se stránkami v českém jazyce, tzn. obchody cílící na českou populaci, které nabízely syntetické či rostlinné látky a produkty s psychoaktivním účinkem. V r. 2015 bylo identifikováno celkem 33 internetových obchodů, z toho 9 se specializovalo výhradně na syntetické látky. V nabídce internetových obchodů specializovaných na syntetické drogy se nejčastěji objevovaly katinony (35 různých látek), kanabinoidy (34 látek) a fenetylaminy (24 látek). Jejich nabídka se do určité míry překrývala, celkem 45 látek nabízelo současně 3 a více internetových obchodů. Nejčastěji nabízenou látkou byl kanabinoid α -PVP nabízený současně 9 různými internetovými obchody. Jak ukazuje graf 10-3, počet internetových obchodů specializovaných na syntetické drogy se v porovnání s r. 2014 zvýšil téměř dvojnásobně, současně se značně rozšířila i celková nabídka syntetických drog. Zatímco v r. 2014 nabízely internetové obchody specializované na syntetické drogy celkem 42 různých NPS, o rok později to byl již více než trojnásobek, tj. celkem 145 různých syntetických látek s psychoaktivním účinkem (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015c, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2014c).

graf 10-3: Počet e-shopů s nabídkou nových psychoaktivních látek a e-shopů specializovaných na syntetické látky v l. 2011–2015



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011b), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2013b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2014c), (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015c)

¹⁹⁸ <http://www.drogy-info.cz/nms/pracovni-skupiny/pracovni-skupina-system-vcasneho-varovani-pred-novymi-drogami/> [2015-09-16]

¹⁹⁹ po rozšíření seznamů OPL novelou zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách

Trhem a uživatelskými zvyklostmi spojenými s novými syntetickými drogami u problémových uživatelů drog se ve své diplomové práci zabývala Beranová (2015). Sběr dat proběhl dotazníkovým šetřením s 270 respondenty – klienty 5 nízkoprahových programů (64 % z Prahy) a polostrukturovanými rozhovory s 36 respondenty na konci r. 2013. Nejčastěji si uživatelé obstarávali nové syntetické drogy prostřednictvím tzv. telefonických srazů, kdy po domluvě přes telefon se 15–40 osob účastní schůzky s prostředníkem, který buď vyzvedne peníze a později dodá balíčky drog, nebo vydá drogy přímo. Cena nových syntetických drog se pohybuje nejčastěji kolem 300 Kč za cca 0,25–0,5 gramu, což představuje přibližně 2 dávky. Respondenti neměli dostatek informací o složení, objevily se spekulace o výskytu jedů v nových syntetických drogách. Názvy drog jsou různé a mění se i v závislosti na lokalitě, nejčastěji zmiňovaným názvem bylo *funky*.

10.2 Záchyty drog

Záchytem drog se rozumí zajištění jedné nebo více látek v určitém čase a na jednom místě v rámci řešení případu neoprávněného nakládání s OPL orgány vymáhajícími právo. Hlavní zdroj informací představují data NPC a CPJ (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2015a, Celní protidrogová jednotka, 2015). Počet záchytů a množství drog zajištěných v rámci trestního řízení za období 2007–2014 uvádí tabulka 10-3. Za r. 2014 jsou dostupné také údaje o počtech záchytů a množství drog zajištěných v rámci přestupkového řízení (tabulka 10-4).

Nejčastěji zadrženou drogou byly stejně jako v předchozích letech konopné látky. Za r. 2014 evidují NPC a CPJ ČR 975 případů zajištění marihuany v rámci vyšetřování drogové trestné činnosti, a to v celkovém množství 558,1 kg. Hmotnost největšího záchytu byla 71 kg. Největší podíl však tvořily záchyty o hmotnosti 10–50 g (32 % záchytů). Celkově představovaly záchyty do 0,5 kg 85 % záchytů marihuany. Od r. 2009 roste počet záchytů. V l. 2009–2013 rostlo zadržené množství marihuany, za r. 2014 však evidujeme v porovnání s předchozím rokem pokles o 177,2 kg. V přestupkovém řízení byla marihuana zajištěna v 1 858 případech v celkovém množství 11,4 kg. Ve více než polovině případů (60 %) šlo o množství do 2 g.

Rostliny konopí byly v r. 2014 zajištěny v 346 případech trestných činů. Celkem šlo o 77,2 tis. rostlin. Největší záchyt se týkal téměř 11 tis. rostlin konopí. Více než polovinu případů (63 %) tvořily záchyty s počtem rostlin do 50 ks. V porovnání s předchozím rokem vykázaly represivní orgány nižší počet záchytů rostlin konopí, počet zabavených rostlin je však celkově vyšší o 3,5 tis. rostlin. V přestupkovém řízení byly rostliny konopí zajištěny ve 138 případech v celkovém množství 503 rostlin. Více než polovinu případů (62 %) tvořily záchyty v počtu 1–3 rostliny.

Počet záchytů i zajištěné množství hašišu se oproti předchozímu roku výrazně zvýšily, šlo o 49 případů o celkové hmotnosti 14,8 kg (28 záchytů o hmotnosti 1,3 kg v r. 2013). Hmotnost největšího záchytu hašišu byla 13,7 g. Největší podíl tvořily záchyty od 2 do 10 g (49 %). V přestupkovém řízení byl hašiš zajištěn ve 24 případech v celkovém množství 32 g, v 67 % případů šlo o záchyty o hmotnosti do 1 g.

Druhou nejčastěji zadrženou drogou byl pervitin. Za r. 2014 je v kontextu trestního řízení evidováno 596 záchytů v množství 10 l v tekuté a 49,8 kg v krystalické formě. V porovnání s předchozím rokem vykázaly represivní orgány vyšší počet záchytů pervitinu (464 záchytů v r. 2013), zajištěné množství je však celkově nižší o 19,3 kg nižší (69,1 kg v r. 2013). Hmotnost největšího záchytu byla 4,6 kg. Největší podíl (35 %) tvořily záchyty o hmotnosti 2–10 g. V přestupkovém řízení byl pervitin zajištěn v 577 případech v celkovém množství 427 g, v 60 % šlo o záchyty o hmotnosti do 0,5 g.

Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu jsou léky s obsahem pseudoefedrinu pašované ze zahraničí, zejména z Polska. Mezi nejčastěji zachycené patřil stejně jako v předchozím roce Cirrus®. Pašování léků s obsahem pseudoefedrinu ze zahraničí je stimulováno především regulací jejich prodeje v ČR, nižší cenou a současně vyšším obsahem pseudoefedrinu v lékové jednotce než na českém trhu. CPJ a Policie ČR zadržely v r. 2014 celkem 691,9 tis. tablet různých léků s obsahem pseudoefedrinu, což představuje více než trojnásobek ve srovnání s předchozím rokem

(223,4 tis. tablet v r. 2013). Pokud jde o tradiční prekurzor pro výrobu pervitinu v ČR, tj. efedrin, v r. 2014 zachytily represivní orgány 13,6 kg a 2,4 tis. tablet tohoto prekurzoru. Poměrně novým prekurzorem je chlorpseudoefedrin, zachycený v r. 2014 v množství 600 g. Záchyty jednotlivých léků s obsahem pseudoefedrinu za období posledních 6 let shrnuje tabulka 10-2.

tabulka 10-2: Počet tablet jednotlivých léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu zachycených v l. 2009–2014

Název léku	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Acatar [®]	3 508	26 924	240	168	72	1 880
Apselan [®]	–	–	–	160	1 647	4 222
Cirrus [®]	6	68	17 551	24 788	158 842	618 767
Clarinase Repetabs [®]	–	–	–	–	–	70
Claritine Active [®]	–	–	10 926	20 981	36 221	24 795
Disophrol [®] repetabs	–	104	16	282	0	0
Gripex, Gripex Max [®]	–	–	–	–	170	0
Ibuprom [®]	22 080	551	1 474	0	1 499	180
Modafen [®]	840	3 356	2 762	2 208	1 095	420
Neoafirin [®]	–	–	2 120	2 492	0	0
Nurofen Stop Grip [®]	876	0	14 892	228	2 760	8 200
Panadol Plus Grip [®]	1 224	0	0	0	0	0
Paralen Plus [®]	1 440	144	0	0	0	0
Pseudoefedrin	–	–	40	0	0	0
Reactine [®] duo	–	11 284	10 940	0	0	0
Rhinafen [®]	–	–	960	0	0	0
Rhinopront [®]	–	–	660	588	24	0
Sudafed [®]	12 231	278 133	403 105	169 348	21 052	27 181
Neurčené léky	–	–	–	–	–	6 152
Celkem	42 205	320 564	465 646	221 243	223 382	691 867

Zdroj: Mravčík et al. (2014b), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2015b)

Přestože byl v r. 2014 evidován vyšší počet záchytů kokainu než v předchozím roce, jeho zadržené množství bylo výrazně nižší. Za r. 2014 bylo v kontextu trestního řízení vykázáno 123 případů v celkovém množství 5,4 kg (106 případů o celkové hmotnosti 35,8 kg v r. 2013). Hmotnost největšího záchytu kokainu byla 1,3 kg. Největší podíl (76 %) tvořily záchyty o hmotnosti do 2 g. V přestupkovém řízení byl kokain zajištěn ve 21 případech v celkovém množství 12,1 g, v polovině případů šlo o záchyty o hmotnosti do 0,5 g.

U heroinu byl v porovnání s r. 2013 zaznamenán přibližně stejný počet záchytů, zajištěné množství však bylo mnohonásobně vyšší. V kontextu trestního řízení bylo za r. 2014 evidováno 41 záchytů o celkové hmotnosti 156,8 kg. Hmotnost největšího záchytu heroinu byla 155,5 kg (heroin byl ukrytý v paletách nákladu převáženého kamionem, který směřoval z Turecka do ČR). Největší podíl (41 %) tvořily záchyty o hmotnosti do 2 g. V přestupkovém řízení byl heroin zajištěn ve 24 případech v celkovém množství 28,3 g, v polovině případů šlo o záchyty o hmotnosti do 0,5 g.

Počet záchytů extáze i množství zajištěných tablet se ve srovnání s předchozím rokem snížil. Zatímco v r. 2013 zajistily represivní orgány 5 061 tablet extáze, v r. 2014 to bylo pouze 1 521 tablet. Největším záchytem bylo 295 tablet. Největší podíl (35 %) tvořily záchyty v počtu 5–10 tablet. Naproti tomu za r. 2014 evidujeme ve srovnání s předchozím rokem dvojnásobný nárůst zajištěného množství MDMA, šlo o 83,8 g v r. 2014 a 41,8 g v r. 2013. V přestupkovém řízení byly tablety extáze v r. 2014 zajištěny v 16 případech v celkovém počtu 112 tablet. Vedle toho byla v 8 případech zajištěna látka MDMA v celkovém množství 3,4 g.

Počet záchytů i množství zachyceného LSD jsou nízké. Za r. 2014 je v kontextu trestního řízení evidováno 24 záchytů v celkovém počtu 357 dávek, zatímco v r. 2013 šlo o 11 záchytů v celkovém počtu 471 dávek. Největším záchytem bylo 100 dávek LSD. Polovina (50 %) případů byly záchyty do 5 dávek. V přestupkovém řízení bylo LSD zajištěno v 11 případech v celkovém množství 81 dávek.

tabulka 10-3: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci trestního řízení v l. 2007–2014

Rok	Ukazatel	Marihuana (g)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Rostliny konopí (ks)	Hašiš (g)	Extáze (tablety)	Kokain (g)	LSD (dávk)
2007	Počet	563	374	96	46	25	30	38	5
	Množství	122 124	5 978	20 332	6 992	387	62 226	37 587	117
2008	Počet	602	405	105	69	30	18	24	5
	Množství	392 527	3 799	46 302	25 223	696	16 610	7 631	246
2009	Počet	384	326	73	117	41	13	26	5
	Množství	171 799	3 599	31 257	33 427	12 499	198	12 904	142
2010	Počet	455	283	61	189	27	16	42	8
	Množství	277 988	21 301	30 453	64 904	9 354	865	14 162	1 218
2011	Počet	508	304	34	240	24	15	44	7
	Množství	440 780	20 054	4 730	62 817	2 375	13 000	16 071	1 313
2012	Počet	558	355	41	259	24	12	44	3
	Množství	563 335	31 901	7 576	90 091	20 532	1 782	8 050	44
2013	Počet	875	464	38	361	28	114	106	11
	Množství	735 362	69 137	5 046	73 639	1 321	5 061	35 788	471
2014	Počet	975	596	41	346	49	74	123	24
	Množství	558 116	49 811	156 782	77 182	14 820	1 521	5 394	357

Zdroj: Mravčík et al. (2014b), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2015a)

tabulka 10-4: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci přestupkového řízení v r. 2014

Ukazatel	Marihuana (g)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Rostliny konopí (ks)	Hašiš (g)	Extáze (tablety)	Kokain (g)	LSD (dávk)
Počet	1 858	577	24	138	24	16	21	11
Množství	11 448	427	28	503	32	112	12	81

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2015a)

10.3 Ceny a čistota drog

Zdrojem informací o cenách drog je dokumentace případů drogových trestných činů vyšetřovaných Policií ČR. Informace o čistotě drog poskytují prostřednictvím NPC odbory kriminalisticko-technických expertíz krajských ředitelství Policie ČR (OKTE), Kriminalistický ústav Praha a CPJ. Data o cenách a čistotě drog mají poměrně omezenou vypovídací hodnotu, která je daná počtem případů, kdy je cena drog známa, a počtem analyzovaných vzorků. Při evidenci případů se navíc nezaznamenává úroveň obchodního řetězce, takže v souhrnném přehledu dat nejsou rozlišovány vzorky ze záchytů většího objemu s vyšší koncentrací účinné látky a vzorky z pouličního prodeje, jejichž čistota bývá výrazně nižší. Bez rozlišení úrovně obchodního řetězce je však jakákoliv interpretace vývoje cen a čistoty drog velmi obtížná. Přehled průměrné čistoty jednotlivých drog a jejich průměrné a nejčastěji udávané ceny uvádí tabulka 10-5 a tabulka 10-6.

Vzorky marihuany analyzované v r. 2014 obsahovaly v porovnání s výsledky analýz v předchozím roce nižší podíl THC. Celkem bylo zkoumáno 743 vzorků (tj. o 265 vzorků více než v r. 2013). Nejnížší podíl THC činil 0,18 %, nejvyšší 26,8 %. Cena byla známa ve 440 případech. Nejnížší zjištěná cena za 1 gram marihuany byla 50 Kč, nejvyšší 500 Kč, obvyklá 200 Kč.

V r. 2014 bylo zkoumáno 13 vzorků heroinu. Nejnížší podíl účinné látky byl 4,3 %, nejvyšší 98,7 %, průměr 29,3 %. Cena byla známa u 11 vzorků. Obvyklá cena za 1 gram heroinu byla 1 000 Kč, nejvyšší 1 200 Kč.

V případě pervitinu bylo analyzováno 320 vzorků (tj. o 79 více než v r. 2013). Nejnižší podíl účinné látky činil 9,8 %, nejvyšší 87,7 %, průměr 69,8 %. Cena byla známá u 746 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 gram pervitinu byla 400 Kč, nejvyšší 5 000 Kč, nejčastěji 1 000 Kč.

Čistota kokainu byla zkoumána u 41 vzorků. Nejnižší podíl účinné látky činil 6,2 %, nejvyšší 87,5 %, průměr 25,9 %. Cena byla známá u 10 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 gram kokainu byla 1 000 Kč, nejvyšší 3 000 Kč, nejčastěji 2 000 Kč.

Extáze byla zkoumána ve 33 případech. Nejnižší podíl účinné látky činil 9,8 %, nejvyšší 87,7 %. Cena byla známá u 14 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 tabletu byla 130 Kč, nejvyšší 500 Kč.

tabulka 10-5: Počet analyzovaných vzorků drog a jejich průměrná čistota v l. 2007–2014, v % čistě látky

Rok	Marihuana		Hašiš		Extáze		Pervitin		Heroin		Kokain	
	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)
2007	177	4,7	2	8,1	31	27,4	123	66,4	31	17,4	48	49,1
2008	404	5,5	5	5,2	20	17,5	145	64,3	47	22,6	35	43,5
2009	289	8,1	3	15,9	6	3,4	144	68,1	57	16,6	21	33,1
2010	391	7,7	8	9,3	9	15,3	160	64,4	51	24,6	35	27,9
2011	497	7,2	24	11,0	5	43,0	163	69,0	31	14,0	52	45,0
2012	599	7,1	11	12,2	7	37,5	146	71,6	40	14,7	49	36,9
2013	478	10,0	7	19,2	32	38,1	241	71,0	14	20,2	34	33,0
2014	743	8,2	7	13,9	33	42,1	320	69,8	13	29,3	41	25,9

Pozn.: U konopných drog jde o koncentraci THC. Průměrná čistota tablet extáze je vyjádřena jako průměrné množství MDMA v mg v jedné tabletě obsahující MDMA.

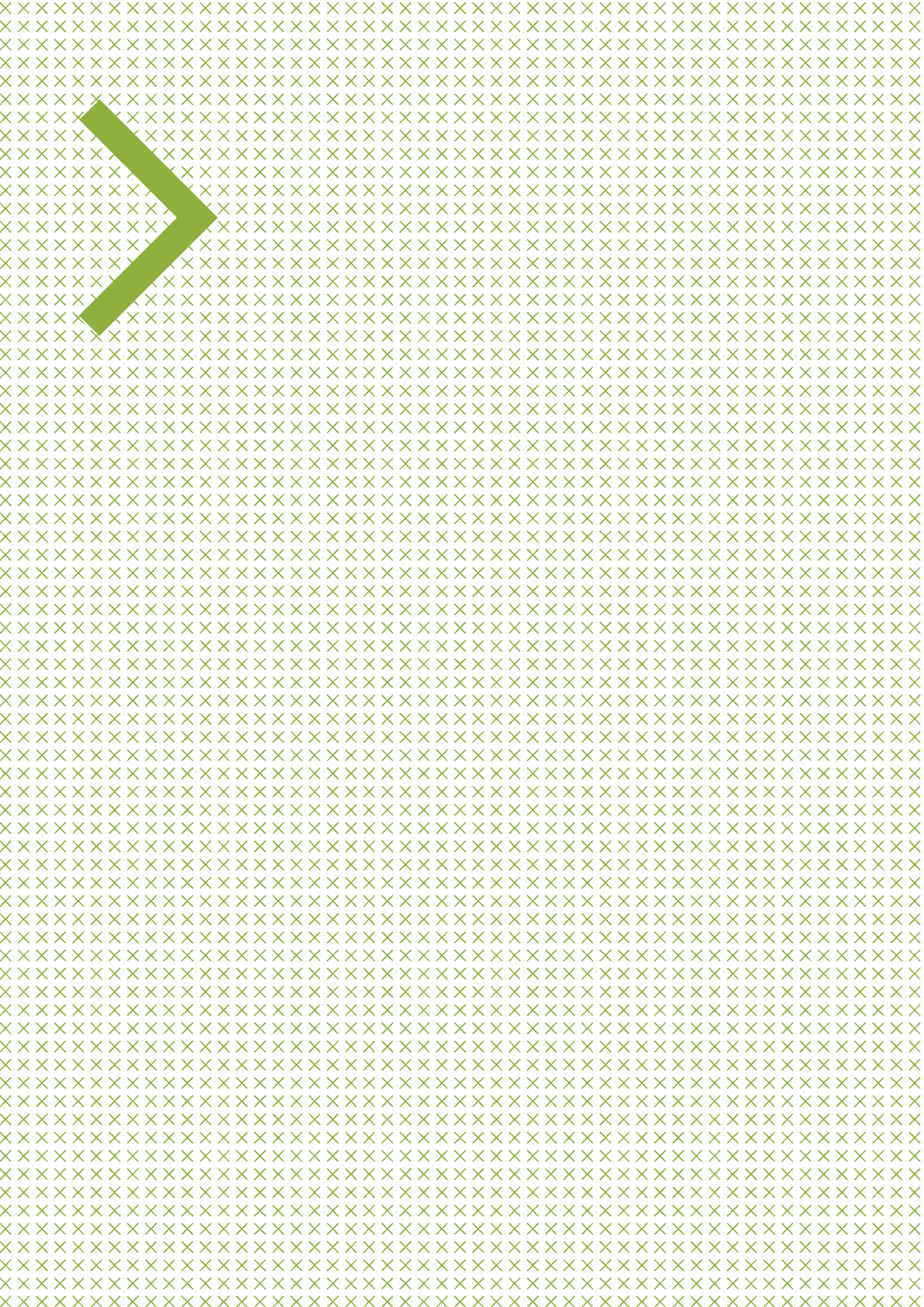
Zdroj: Mravčík et al. (2014b), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2015a)

tabulka 10-6: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v l. 2007–2014, v Kč

Rok	Marihuana (g)		Hašiš (g)		Extáze (tbl.)		Pervitin (g)		Heroin (g)		Kokain (g)	
	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus
2007	180	100	260	200	210	200	1 130	1 000	1 100	1 000	2 060	2 000
2008	180	200	240	250	220	200	1 130	1 000	1 080	1 000	2 000	2 000
2009	210	250	270	300	220	250	1 290	1 000	1 280	1 000	1 920	2 500
2010	200	250	220	250	200	250	1 290	1 000	1 280	1 000	2 000	2 000
2011	190	200	220	–	150	150	1 290	1 000	1 080	1 000	2 210	2 000
2012	190	200	200	–	250	–	1 220	1 000	1 080	1 000	1 750	1 500
2013	180	200	170	–	210	200	1 290	1 000	1 110	1 000	1 620	2 000
2014	190	200	170	–	230	200	1 270	1 000	1 040	1 000	1 980	2 000

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.

Zdroj: Mravčík et al. (2014b), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2015a)



Přílohy

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Seznam tabulek

tabulka 1-1: Přehled výborů a pracovních skupin RVKPP od r. 2015.....	28
tabulka 1-2: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle resortů v l. 2005–2014, v tis. Kč	32
tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v l. 2005–2014, v tis. Kč	33
tabulka 1-4: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v l. 2010–2014, v tis. Kč	34
tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v r. 2014 podle kategorií služeb, v tis. Kč	36
tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2014 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace, v tis. Kč	38
tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2014 podle kategorií služeb, v tis. Kč.....	39
tabulka 1-8: Odhad nákladů zdravotních pojišťoven na dg. F10 a dg. F11–F19 podle druhu péče v l. 2007–2013, v tis. Kč.....	40
tabulka 2-1: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2014, v %	46
tabulka 2-2: Výskyt rizikového chování mezi 11–15letými žáky ZŠ a studenty víceletých gymnázií podle dotazníku VRCHA, v %	54
tabulka 2-3: Užívání návykových látek mezi žáky 6.–9. tříd ZŠ v Praze 12 v l. 2006–2013, v %.....	56
tabulka 2-4: Struktura souboru průzkumů Anketa Semtex Dance 2000, Tanec a drogy 2003–2010 a Nové drogy 2014.....	59
tabulka 2-5: Prevalence nejčastěji užívaných drog mezi příznivci elektronické taneční hudby ve věku 15–34 let v l. 2000–2014, v %	60
tabulka 2-6: Celoživotní prevalence užití vybraných drog mezi příznivci elektronické taneční hudby v r. 2014 podle věku, v %.....	61
tabulka 2-7: Užívání drog mezi návštěvníky pražských tanečních klubů v r. 2013, v %.....	61
tabulka 2-8: Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog v jednotlivých subkulturách, v %.....	62
tabulka 3-1: Počet certifikovaných programů primární prevence rizikového chování do 31. 8. 2015 podle krajů.....	67
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2014	77
tabulka 4-2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2014 podle krajů – střední hodnoty	78
tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v l. 2005–2014 podle krajů, střední hodnoty v absolutních počtech	79
tabulka 4-4: Odhad počtu patologických hráčů, problémových uživatelů alkoholu, konopí, opioidů a pervitinu v r. 2014 z průzkumu mezi lékaři extrapolací na počet obyvatel ČR.....	80

tabulka 4-5: Odhad počtu patologických hráčů, problémových uživatelů alkoholu, konopí, opioidů a pervitinu v r. 2014 z průzkumu mezi lékaři extrapolací na celkový počet lékařů	80
tabulka 4-6: Střední odhady počtu problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v letech 2003, 2005, 2007, 2010, 2012 a 2014.....	81
tabulka 4-7: Průměr středních odhadů počtu problémových uživatelů alkoholu a konopných látek získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v letech 2012 a 2014.....	81
tabulka 4-8: Distribuce kódů v r. 2014 podle počtu nízkoprahových programů, ve kterých jsou evidovány	82
tabulka 4-9: Odhad počtu PUD v Praze v r. 2014 metodou zpětného zachytu z dat nízkoprahových programů před a po korekci na nekódované klienty.....	82
tabulka 4-10: Odhadovaný počet PUD v Praze v l. 2011, 2013 a 2014 metodou zpětného zachytu z dat nízkoprahových programů	82
tabulka 5-1: Přehled certifikovaných programů podle typu v l. 2011–2015*	95
tabulka 5-2: Síť programů ambulantní adiktologické péče v r. 2014	97
tabulka 5-3: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v l. 1999–2014	98
tabulka 5-4: Lékaři poskytující substituci a počet pacientů v substituci podle průzkumu mezi lékaři ČR 2014	100
tabulka 5-5: Odhad počtu pacientů v opiatové substituční léčbě u praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost v r. 2014	101
tabulka 5-6: Síť adiktologických lůžkových léčebných zařízení v r. 2014.....	102
tabulka 5-7: Charakteristika hlavního zaměření programu.....	103
tabulka 5-8: Hlavní cílové skupiny zařízení.....	104
tabulka 5-9: Doba od kontaktu po vstup do péče ve dnech podle typu zařízení	104
tabulka 5-10: Certifikáty a akreditace zařízení	105
tabulka 5-11: Zdroje financování zařízení.....	105
tabulka 5-12: Profesní zastoupení v adiktologických službách podle typu smlouvy	106
tabulka 5-13: Vstupní zhodnocení a diagnostika klienta podle typu vyšetření.....	106
tabulka 5-14: Počet poskytovaných intervencí v zařízeních	107
tabulka 5-15: Uživatelé návykových látek v ambulantních adiktologických programech v r. 2014 .	110
tabulka 5-16: Počet klientů (uživatelů návykových látek) v lůžkových léčebných zařízeních v r. 2013	111
tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2014 podle způsobu přenosu	118
tabulka 6-2: Počet nízkoprahových programů v monitoringu testování infekcí v r. 2014	122
tabulka 6-3: Výsledky testování uživatelů drog na infekční nemoci v nízkoprahových programech v r. 2014.....	122
tabulka 6-4: Výsledky testování uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2014 podle krajů	123
tabulka 6-5: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHA, VHB a VHC v Registru žádostí o léčbu v l. 2003–2014	123
tabulka 6-6: Výsledky testování pacientů v substituční léčbě na HIV, VHB a VHC v r. 2014.....	124

tabulka 6-7: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2014 (2. pololetí).....	125
tabulka 6-8: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog (IUD) žádajícími o léčbu v l. 2002–2014.....	127
tabulka 6-9: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2005–2014 evidované hygienickou službou.....	129
tabulka 6-10: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v l. 2005–2014	129
tabulka 6-11: Počet hospitalizací a úmrtí na intoxikaci metanolem v ČR v l. 2002–2014	130
tabulka 6-12: Počet hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v l. 2002–2014	131
tabulka 6-13: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v l. 2003–2014 – vliv alkoholu a jiných drog.....	132
tabulka 6-14: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2014 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví.....	133
tabulka 6-15: Smrtelná předávkování drogami v ČR podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2014.....	134
tabulka 6-16: Úmrtnost pacientů v registru substituční léčby v l. 2000–2014.....	135
tabulka 7-1: Uživatelé návykových látek v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR v l. 2006–2014	139
tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových programů v l. 2006–2014, v tis.....	139
tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových programů v r. 2014 podle krajů	139
tabulka 7-4: Počet výměnných programů a vydaných jehel a stříkaček v ČR v l. 1998–2014	140
tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v l. 2005–2014 podle krajů, v tis.	140
tabulka 7-6: Distribuce želatinových kapslí v nízkoprahových programech v l. 2008–2014.....	142
tabulka 7-7: Počet testů na infekční nemoci a počet testujících nízkoprahových programů v l. 2003–2014.....	142
tabulka 7-8: Testování klientů – IUD na VHB, VHC a HIV v Registru žádostí o léčbu v l. 2004–2013	143
tabulka 8-1: Podíl klientů s vybranými znaky v oblasti zadluženosti podle cílových skupin, průměr v %.....	150
tabulka 8-2: Příčiny zadluženosti klientů podle cílové skupiny, průměry*	150
tabulka 8-3: Výroky týkající se vybraných aspektů zadluženosti podle cílové skupiny, průměry	151
tabulka 8-4: Souhlas s tvrzeními týkajícími se institutu oddlužení podle typu klientů, průměry.....	151
tabulka 8-5: Podíl programů poskytujících vybrané typy dluhového poradenství, v %	152
tabulka 8-6: Programy následné péče dotované RVKPP v l. 2007–2014.....	159
tabulka 8-7: Vybrané služby programů následné péče a počty výkonů provedených v r. 2014.....	159
tabulka 9-1: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2002–2014.....	164
tabulka 9-2: Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle jednotlivých trestných činů v r. 2014	165

tabulka 9-3: Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu primární drogové trestné činnosti v r. 2014.....	165
tabulka 9-4: Počet stíhaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2014	166
tabulka 9-5: Počet obžalovaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2014	167
tabulka 9-6: Vývoj počtu primárních drogových trestných činů (DTČ) a jejich podílu na všech zjištěných trestných činech (TČ) v l. 2002–2014	167
tabulka 9-7: Zjištěné primární drogové trestné činy a stíhané osoby v r. 2014 podle krajů	168
tabulka 9-8: Uložené sankce za primární DTČ v r. 2014 podle jednotlivých trestných činů	170
tabulka 9-9: Drogové přestupky projednané v r. 2014 podle paragrafů, věku pachatele a krajů.....	172
tabulka 9-10: Počet trestných činů (TČ) spáchaných pod vlivem alkoholu a dalších drog v l. 2003–2014	174
tabulka 9-11: Počet osob vězněných za primární drogové trestné činy a vybrané trestné činy v souvislosti s užíváním návykových látek k 31. 12. daného roku	175
tabulka 9-12: Míra zkušeností s užitím drog ve vězeňské populaci v r. 2014, v %.....	177
tabulka 9-13: Problémové užívání drog a rizikové chování ve vztahu k injekčnímu užívání ve vězeňské populaci v l. 2010, 2012 a 2014, v %	178
tabulka 9-14: Dostupnost adiktologických služeb ve vězení v r. 2014, v %	178
tabulka 9-15: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení pro dobrovolnou a ochrannou léčbu ve věznicích v l. 2006–2014.....	179
tabulka 9-16: Počet osob v substituční léčbě a průměrná délka léčby (v měsících) v jednotlivých věznicích v l. 2010–2014	180
tabulka 9-17: Neziskové organizace poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet předvedených osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody v r. 2014.....	180
tabulka 10-1: Odhad spotřeby drog v ČR na základě výsledků analýzy odpadních vod v r. 2013 ...	187
tabulka 10-2: Počet tablet jednotlivých léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu zachycených v l. 2009–2014	191
tabulka 10-3: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci trestního řízení v l. 2007–2014	192
tabulka 10-4: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci přestupkového řízení v r. 2014	192
tabulka 10-5: Počet analyzovaných vzorků drog a jejich průměrná čistota v l. 2007–2014, v % čisté látky	193
tabulka 10-6: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v l. 2007–2014, v Kč	193

Seznam grafů

graf 2-1: Celoživotní prevalence a prevalence užití konopných látek v posledních 12 měsících podle pětiletých věkových skupin v l. 2012–2014, v %.....	47
graf 2-2: Prevalence užívání konopných látek a extáze v obecné populaci (15–64 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2014, v %	47

graf 2-3: Subjektivně vnímané riziko spojené s konzumací návykových látek, v %	50
graf 2-4: Prevalence zkušeností s kouřením cigaret, pitím alkoholu a užíváním konopných látek ve školní populaci – studie HBSC 2014, v %	51
graf 2-5: Prevalence kouření cigaret (v posledních 30 dnech), pití alkoholu (zkušenost s opilostí v životě) a užívání konopných látek (alespoň jednou v životě) mezi 14–15letými žáky ZŠ podle pohlaví, v %	53
graf 2-6: Prevalence rizikových aktivit u klientů NZDM ve věku 11–15 a 16–19 let ve srovnání s obecnou školní populací ve věku 11–15 a 16–17 let, v %	58
graf 2-7: Prevalence užití vybraných nelegálních drog v posledních 12 měsících mezi příznivci elektronické taneční hudby ve věku 15–34 let v l. 2003–2014, v %	60
graf 4-1: Střední hodnoty a 95% intervaly spolehlivosti prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2014	77
graf 4-2: Výskyt rizikového a škodlivého pití alkoholu v populaci osob starších 15 let, v %	85
graf 5-1: Množství buprenorfinu distribuované v přípravcích obsahujících pouze buprenorfin a v kompozitním přípravku s obsahem naloxonu v l. 2008–2014, v gramech	99
graf 5-2: Počet programů podle roku založení	103
graf 5-3: Struktura žadatelů o léčbu podle primární drogy v r. 2014	108
graf 5-4: Struktura pacientů hospitalizovaných pro detoxifikace od návykových látek podle drogy v r. 2014	111
graf 5-5: Struktura pacientů v lůžkové psychiatrické péči podle drogy v r. 2014	112
graf 5-6: Vývoj počtu prvožadatelů v Registru žádostí o léčbu podle základní drogy v l. 2003–2014	112
graf 5-7: Vývoj počtu všech klientů v Registru žádostí o léčbu podle základní drogy v l. 2003–2014	113
graf 5-8: Vývoj počtu uživatelů opiátů/opioidů mezi všemi klienty v Registru žádostí o léčbu v l. 2003–2014	113
graf 5-9: Průměrný věk žadatelů o léčbu podle základní drogy v l. 2004–2013	114
graf 5-10: Počet léčených klientů v substituční léčbě v l. 2002–2014	114
graf 5-11: Počet léčených pacientů v ambulantní psychiatrické léčbě v l. 2002–2013	115
graf 5-12: Počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v l. 2002–2014	115
graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2014	118
graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2014	118
graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u kterých byla hlášena VHB a VHC v l. 1997–2014	119
graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2014	119
graf 6-5: Hlášená incidence syfilis celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v ČR v l. 2000–2014	120
graf 6-6: Hlášená incidence kapavky celkem, u injekčních uživatelů drog a uživatelů alkoholu v ČR v l. 2000–2014	120

graf 6-7: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v ČR v l. 1997–2014	121
graf 6-8: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1997–2014	121
graf 6-9: Séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2014, v %	124
graf 6-10: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězňů injekčních uživatelů drog v l. 2010–2014, v %	125
graf 6-11: Podíl injekční aplikace mezi žadateli o léčbu se základní drogou heroin, pervitin a buprenorfin v l. 2002–2014, v %	126
graf 6-12: Podíl injekční aplikace u uživatelů heroínu, pervitinu a kombinace drog léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2013, v %	126
graf 6-13: Počet smrtelných předávkování alkoholem v ČR v obecném registru úmrtí v l. 1994–2014 podle diagnostických skupin	134
graf 8-1: Odhad výše dluhů u cílových skupin adiktologických programů, průměr v %*	149
graf 8-2: Průměrná míra závažnosti výskytu sociálně negativních jevů ve sledovaných SVL	154
graf 8-3: Průměrná míra užívání návykových látek mezi obyvateli SVL, v %	155
graf 8-4: Výskyt drogové trestné činnosti v SVL	155
graf 8-5: Podíl současných a bývalých uživatelů nelegálních drog mezi klientkami R–R v l. 2009–2014, v %	158
graf 8-6: Odpověď dotazovaných ve výzkumu Násilí páchané na ženách v sexbyznysu na otázku, zda se vyhýbají drogám a alkoholu, v %	158
graf 9-1: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL, jedy a předměty k jejich výrobě v l. 2004–2014 podle drog	166
graf 9-2: Počet zjištěných primárních drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v l. 2004–2014	168
graf 9-3: Vývoj počtu osob odsouzených za primární DTČ a skladba sankcí uložených v l. 2005–2014	170
graf 9-4: Počet ochranných léčení uložených v l. 2004–2014	171
graf 9-5: Vývoj počtu objasněných trestných činů a podílu trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek v l. 2004–2014	173
graf 10-1: Prodej léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR v l. 2007–2014, v tis. kusů balení	185
graf 10-2: Množství léčiv s obsahem pseudoefedrinu zajištěných represivními orgány v l. 2006–2014, v tis. kusů jednotek lékové formy (tablet)	185
graf 10-3: Počet e-shopů s nabídkou nových psychoaktivních látek a e-shopů specializovaných na syntetické látky v l. 2011–2015	189

Seznam obrázků

obrázek 1-1: Původní a parodující plakát ČSSD se sloganem Vyženeme narkomany od škol!	27
obrázek 1-2: Billboard hnutí Pro Prahu se sloganem Zajistím více bezpečnosti, vyženu fetišáky z ulic	27
obrázek 3-1: Plakát v metru ke kampani Céčko není jen trasa metra	71

Seznam map

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2014, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů.....	33
mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2013 podle drog a krajů – střední hodnoty.....	78
mapa 5-1: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2014 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let.....	109
mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2014 na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let.....	141
mapa 9-1: Primární drogové trestné činy v r. 2014 v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů.....	169

Vybrané stránky s drogovou tematikou na českém internetu

V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané stránky klíčových institucí a služeb v oblasti drog. Vyčerpávající seznam pomáhajících organizací je uveden v aplikaci Mapa pomoci na internetových stránkách www.drogy-info.cz.

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti:

<http://www.adiktologie.cz>

Agentura pro sociální začleňování:

<http://www.socialni-zaclenovani.cz>

A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním:

<http://www.asociace.org>

Anonymní alkoholici:

<http://www.anonymnialkoholici.cz>

Aplikace pro evidenci klientů a služeb v adiktologických službách (UniData):

<http://www.drogovesluzby.cz>

Benzodiazepinová poradna (provozuje SANANIM):

<http://www.benzo.cz>

Celní správa České republiky:

<http://www.cs.mfcr.cz>

Centrum pro výzkum veřejného mínění – Sociologický ústav AV ČR:

<http://www.cvvm.cas.cz/>

<http://cvvm.soc.cas.cz>

Česká asociace adiktologů:

<http://www.asociace-adiktologu.cz>

Česká asociace streetwork:

<http://www.streetwork.cz>

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně:

<http://www.cls.cz>

Česká neuropsychofarmakologická společnost:

<http://www.cnps.cz>

Český statistický úřad: <http://www.czso.cz>

Informační portál a databáze služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením:

<https://www.sluzbyprevence.mpsv.cz>

Drogový informační server (provozuje SANANIM):

<http://www.drogy.net>

Drogová poradna (provozuje SANANIM):

<http://www.drogo vaporadna.cz>

EXTC – webová poradna a prevence

zneužívání syntetických drog (provozuje

Společnost Podané ruce): <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

SANANIM): <http://www.edekontaminace.cz>

Informační centrum OSN v Praze:

<http://www.osn.cz>

Informační portál primární prevence

(provozuje SANANIM):

<http://www.odrogach.cz>

Institut pro kriminologii a sociální prevenci:

<http://www.ok.cz/iksp>

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze:

<http://www.adiktologie.cz>

Ministerstvo spravedlnosti (oficiální server

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 závislosti: <http://www.drogy-info.cz>

Národní program boje proti AIDS v České

republice (stránku provozuje Státní zdravotní

ústav): <http://www.aids-hiv.cz/>

Národní protidrogová centrála SKPV PČR,

(útvary Policie České republiky):

<http://www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skpv.aspx>

Národní ústav duševního zdraví:

<http://www.nudz.cz/>

Národní ústav pro vzdělávání (školské

poradenské zařízení a zařízení pro další

vzdělávání pedagogických pracovníků):

<http://www.nuv.cz>

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, Výbor pro zdravotnictví:

<http://www.psp.cz>

Prevence rizikového chování (prevence-info.cz, projekt podporovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy):

<http://www.prevence-info.cz>

Probační a mediační služba České republiky:

<http://www.pmscr.cz>

Psychiatrické centrum Praha (viz také Národní ústav duševního zdraví):

<http://www.pcp.lf3.cuni.cz>

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: <http://rvkpp.vlada.cz>

Registr poskytovatelů sociálních služeb (Ministerstvo práce a sociálních věcí):

<http://iregistr.mpsv.cz>

Sdružení azylových domů v ČR:

<http://www.azylovedomy.cz>

Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně:

<http://snncls.cz>

Společnost sociálních pracovníků ČR:

<http://socialnipracovnici.cz>

Státní agentura pro konopí pro léčebné použití: <http://www.sakl.cz>

Státní ústav pro kontrolu léčiv:

<http://www.sukl.cz>

Státní zdravotní ústav: <http://www.szu.cz>

Ústav farmakologie 3. LF UK – neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí: <http://www.lf3.cuni.cz>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: <http://www.uzis.cz>

Vězeňská služba České republiky:

<http://www.vscr.cz>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí:

<http://www.vupsv.cz>

Zkratky

1. LF UK – 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

AA – Anonymní alkoholici

ADHD – poruchy pozornosti s hyperaktivitou

AG – Anonymní gambleři

AN – Anonymní narkomani

AIDS – syndrom získané imunodeficiency

A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním

ASZ – Agentura pro sociální začleňování

AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislosti)

BESIP – Oddělení Bezpečnost silničního provozu Ministerstva dopravy

CI – konfidenční interval

CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění

CPJ – Celní protidrogová jednotka

CRM – metoda zpětného zachytu

ČAA – Česká asociace adiktologů

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČSÚ – Český statistický úřad

dg. – diagnóza, diagnostický

DTČ – drogový trestný čin / drogová trestná činnost

EHIS – European Health Interview Survey

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

ESF – Evropský sociální fond

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR

EU – Evropská unie

GŘC – Generální ředitelství cel

HIV – virus lidské imunodeficiency

HKK – Královéhradecký kraj

IUD – injekční uživatel(é) drog

JHC – Jihočeský kraj

JHM – Jihomoravský kraj

KPK – krajský protidrogový koordinátor

KVK – Karlovarský kraj

LBK – Liberecký kraj

MF – Ministerstvo financí

MM – multiplikační metoda

MO – Ministerstvo obrany

MPK – místní protidrogový koordinátor

MPP – minimální preventivní program

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MS – Ministerstvo spravedlnosti

MSK – Moravskoslezský kraj

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

NNO – nestátní nezisková(é) organizace

NPC – Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR

NPS – nové psychoaktivní látky

NRLUD – Národní registr léčby uživatelů drog

NRULISL – Národní registr uživatelů lékářsky indikovaných substitučních látek

NS ČR – Nejvyšší soud

NSD – nové syntetické drogy

NÚV – Národní ústav pro vzdělávání

NZDM – nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

OLK – Olomoucký kraj

OP – operační program (evropské fondy)

OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)

ODU – ostatní uživatelé drog

PAK – Pardubický kraj

PH – problémový(i) hráč(i) hazardních her

PHA – Hlavní město Praha

PLK – Plzeňský kraj

PMS – Probační a mediační služba ČR

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

PPRCH – primární prevence rizikového chování

PP PČR – Policejní prezidium Policie ČR

PUA – problémový(i) uživatel(é) alkoholu

PUD – problémový(i) uživatel(é) drog

PUOP – problémový(i) uživatel(é)

opiátu/opioidů a/nebo pervitinu

R–R – Rozkoš bez rizika

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SNN – Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

SPD psi – psi speciálně vycvičení na vyhledávání drog

STC – Středočeský kraj

SVL – sociálně vyloučená lokalita

SZÚ – Státní zdravotní ústav

TBC – tuberkulóza

TČ – trestný čin / trestná činnost

THC - delta-9-tetrahydrokanabinol

TK – terapeutická komunita

TŘ – zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád

TZ – zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

ULK – Ústecký kraj

ÚS – Ústavní soud

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

VHA – virová hepatitida typu A

VHB – virová hepatitida typu B

VHC – virová hepatitida typu C

VS ČR – Vězeňská služba ČR

VTOS – výkon trestu odnětí svobody

VV – výkon vazby

VYS – Kraj Vysočina

VZ – Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZLK – Zlínský kraj

Rejstřík

- abstinence, 84, 94, 101, 102, 104, 127, 178
 adiktolog, 93, 105
 akční plán Národní strategie protidrogové politiky, 92
 akreditace, 104, 105
 alkohol, 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 30, 31, 34, 35, 43, 44, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 60, 61, 62, 65, 66, 69, 70, 71, 73, 75, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 91, 92, 94, 95, 97, 103, 104, 106, 107, 110, 111, 112, 117, 119, 120, 121, 127, 129, 130, 131, 132, 134, 137, 144, 149, 152, 153, 154, 156, 158, 159, 163, 164, 166, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 204
 aluminiová fólie, 86, 141
 amfetamin, 5, 16, 163, 176, 177
 anabolické steroidy, 4, 43, 44, 176
 Anonymní alkoholici, 107, 160, 202, 204
 Anonymní narkomané, 107, 160
 Asociace nestátních organizací (A.N.O.) zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 24, 68, 101, 202, 204
 benzodiazepiny, 84, 87, 128
 bezdrogové zóny, 97, 110, 178
 braun, 5, 75, 84, 87
 buprenorfin, 5, 6, 7, 8, 9, 75, 76, 77, 80, 83, 85, 86, 91, 92, 98, 99, 100, 101, 107, 110, 112, 125, 126, 127, 137, 138, 139, 147, 175, 186
 Celní protidrogová jednotka Generálního ředitelství cel (CPJ), 30, 183, 190, 192, 204
 cena drog, 192, 193
 certifikace, 7, 28, 30, 65, 66, 67, 94, 104, 105
 cizinec, 50, 175
 crack, 129
 Česká asociace streetwork, 202
 čistota drog, 192
 detoxifikace, 8, 31, 91, 92, 94, 95, 101, 104, 111, 180
 dluhové poradenství, 151, 152
 doléčování, 8, 32, 91, 93, 94, 95, 147, 148, 159
 dopravní nehoda, 20, 131, 132, 173
 ESPAD, 50, 51, 52, 53, 56, 204
 Evropská unie, 10, 17, 20, 26, 48, 84, 105, 183, 186, 189, 204
 Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), 133, 173, 204
 Evropský sociální fond, 28, 34, 35, 72, 105, 204
 extáze, 4, 16, 43, 44, 45, 47, 49, 57, 59, 60, 61, 62, 165, 187, 191, 193
 fenetylaminy, 10, 183, 189
 fentanyl, 83, 86, 87, 186
 funky, 59, 189, 190
 gambling, 7, 19, 30, 35, 52, 65, 70, 71, 92, 100, 137, 147, 149, 156, 179, 204
 GHB, 15, 59, 60, 61
 halucinogeny, 4, 43, 44, 45, 55, 59, 60, 108, 176
 harm reduction, 4, 8, 13, 14, 31, 32, 59, 81, 86, 91, 95, 97, 137, 138, 139
 hepatitida, 6, 8, 71, 76, 106, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 137, 142, 143, 155, 178, 205
 heroin, 5, 6, 7, 9, 10, 49, 59, 60, 62, 75, 76, 77, 79, 83, 85, 86, 87, 92, 112, 125, 126, 128, 138, 139, 141, 147, 159, 165, 176, 183, 186, 187, 191, 192
 HIV/AIDS, 6, 8, 25, 71, 106, 107, 117, 118, 121, 122, 123, 124, 125, 137, 142, 143, 178, 202, 204
 hospitalizace, 111, 115, 128, 129, 130, 131, 153
 hygienická služba, 9, 92, 94, 107, 128, 129, 148
 indoor, 9, 183, 184, 187, 188
 injekční užívání, 6, 8, 49, 75, 76, 81, 83, 86, 87, 112, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 154, 155, 157, 176, 177, 178, 204
 intoxikace, 128, 129, 130, 175
 Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 23, 25, 67, 73, 93, 128, 202
 kokain, 16, 75, 111, 129, 159, 176, 177, 191
 komorbidita, 83, 85, 87, 127, 128
 kondom, 138, 144, 178
 konopí, 6, 9, 21, 25, 26, 28, 45, 62, 68, 75, 76, 80, 155, 177, 183, 184, 187, 188, 190, 192, 203
 konopné látky, 4, 5, 7, 9, 10, 31, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 73, 81, 84, 85, 92, 102, 108, 110, 112, 113, 129, 131, 137, 138, 139, 147, 154, 155, 159, 163, 165, 166, 171, 172, 175, 176, 177, 187, 188, 190, 193
 hašiš, 9, 54, 79, 183, 190
 marihuana, 3, 9, 13, 54, 79, 156, 183, 184, 187, 190, 192
 kouření, 3, 5, 7, 14, 17, 22, 24, 35, 43, 44, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 62, 65, 66, 69, 84, 85, 92, 107, 141
 léčba, 79, 80, 86, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 110, 124, 135, 159, 176, 178, 179, 180, 186

- ambulantní, 8, 30, 34, 40, 57, 91, 92, 95, 96, 97, 104, 110, 115, 128, 149, 153, 159, 170, 174, 179
- lůžková, 30, 31, 34, 93, 95, 101, 102, 104, 107, 111, 112, 170
- ochranná, 97, 110, 170, 171, 174, 179
- substituční, 8, 9, 31, 79, 80, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 110, 114, 124, 135, 178, 179, 180
- LSD, 46, 55, 59, 60, 61, 62, 129, 165, 176, 177, 187, 191, 192
- lysohlávky, 59
- mefedron, 59
- metadon, 98, 99, 107, 110, 129, 134, 179
- migrant, 66
- ministerstvo
 - financí, 21, 204
 - obransy, 30, 32, 38, 39, 204
 - práce a sociálních věcí, 4, 8, 14, 18, 30, 32, 38, 39, 91, 92, 101, 104, 105, 159, 204
 - spravedlnosti, 21, 30, 31, 32, 38, 39, 105, 164, 165, 166, 170, 173, 204
 - školsví, mládeže a tělovýchovy, 26, 30, 32, 38, 39, 65, 66, 67, 102, 105, 111, 156, 204
 - vnitřní, 21, 30, 31, 32, 38, 39, 172, 186, 204
 - zdravotnictví, 4, 7, 14, 16, 28, 30, 31, 32, 38, 39, 59, 65, 66, 92, 93, 99, 105, 204
- mladiství, 7, 20, 22, 31, 65, 69, 70, 109, 110, 111, 164, 169, 172, 174, 175
- množství větší než malé, 3, 13, 18, 28
- morfin, 5, 16, 75, 86, 87, 186
- náklady, 9, 15, 16, 17, 21, 29, 30, 34, 35, 40, 70, 91, 105, 188
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS), 2, 1, 10, 23, 28, 44, 52, 56, 71, 77, 78, 79, 81, 82, 85, 87, 97, 99, 100, 102, 110, 111, 121, 122, 123, 128, 132, 133, 138, 139, 140, 141, 142, 148, 149, 152, 154, 159, 173, 183, 187, 189, 202, 204
- Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 4, 14, 30, 31, 32, 34, 38, 39, 70, 164, 165, 173, 183, 184, 185, 186, 190, 192, 204
- Národní strategie protidrogové politiky, 19, 21, 22, 28, 92, 137
- Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ), 202, 203
- následná péče, 4, 8, 14, 23, 24, 30, 31, 32, 39, 91, 94, 95, 96, 97, 102, 104, 110, 147, 149, 159
- nízkoprahová zařízení, 5, 7, 8, 30, 31, 43, 56, 57, 58, 76, 77, 79, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 92, 95, 96, 97, 104, 106, 107, 110, 121, 122, 123, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 148, 149, 157, 190, 202, 204
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, 5, 43, 56, 57, 58, 157, 160, 204
- NNO (nestátní neziskové organizace), 9, 23, 24, 30, 31, 68, 95, 97, 110, 163, 178, 180, 204
- noční zábava, 4, 8, 43, 61, 137, 138, 143, 144
- nové drogy, 6, 15, 61, 75, 84, 85, 87, 144, 188, 189, 190, 204
- obvinění, 166, 175
- obžalování, 10, 163, 164, 165, 166, 167
- odnětí svobody, 125, 169, 170, 176, 179, 180
- odsouzení, 10, 163, 164, 165, 169, 170, 171, 174, 175, 177, 178
- ochranná výchova, 101
- omamné a psychotropní látky, 10, 15, 17, 18, 28, 30, 31, 129, 132, 163, 164, 165, 166, 171, 172, 173, 174, 175, 188, 189, 190, 204
- opilství, 10, 163, 173, 175
- opioidní analgetika, 5, 10, 46, 75, 85, 86, 183
- opium, 5, 75, 84, 87
- parlament, 7, 17, 48, 92
- pervitin, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 16, 21, 43, 44, 45, 49, 55, 59, 60, 61, 62, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 92, 108, 110, 112, 117, 125, 126, 128, 129, 132, 133, 134, 137, 138, 139, 141, 147, 154, 155, 156, 159, 163, 165, 166, 172, 175, 176, 177, 178, 183, 184, 185, 187, 190, 193, 205
- pěstounská péče, 19
- policie, 9, 16, 30, 31, 32, 34, 38, 39, 72, 131, 132, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 173, 174, 183, 184, 185, 190, 191, 192, 193, 202, 204
- polyvalentní užívání, 4, 14, 34, 40, 96, 130, 133, 153
- poppers, 60
- poradenství, 8, 30, 31, 49, 68, 69, 91, 92, 94, 102, 103, 104, 106, 107, 138, 139, 144, 150, 151, 152, 159, 171, 178, 180, 202, 204
- prevence, 3, 4, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 36, 55, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 91, 92, 94, 95, 103, 104, 105, 137, 138, 141, 144, 156, 157, 163, 178, 202, 203, 204
- indikovaná, 7, 65, 68
- selektivní, 68
- probace, 31, 164, 171, 172, 174, 204
- problémové užívání, 5, 44, 76, 77, 79, 81, 82, 84, 85, 100, 176, 187
- protilátky, 121, 122, 124, 125
- předávkování, 6, 117, 128, 129, 132, 133, 134, 137, 138

- přechovávání, 4, 10, 13, 15, 17, 163, 164, 165, 167, 171, 172, 175
- přestupek, 3, 10, 17, 163, 172
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), 2, 3, 8, 13, 19, 21, 23, 27, 28, 30, 32, 34, 35, 38, 39, 76, 91, 92, 93, 94, 97, 102, 104, 105, 110, 111, 138, 142, 143, 159, 205
- registr žádostí o léčbu, 9, 92, 112, 113, 123, 126
- rodič, 19, 25, 56, 67, 68, 73, 83, 148, 171
- Romové, 7, 147, 148, 156
- rozpočet, 4, 14, 23, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 105, 137
- sexbyznys, 7, 147, 157, 158
- sociálně vyloučená lokalita, 154, 155, 156, 205
- sociální
- reintegrace, 8, 147, 158, 159, 160
 - smrt, 152
- soud, 3, 13, 170, 171, 204, 205
- společenské náklady, 29, 35
- spotřeba drog, 186, 187
- stíhání, 10, 163, 164, 165, 166, 168, 173
- streetwork, 57, 104, 160, 202
- subkultura, 4, 61, 62
- Suboxone[®], 9, 91, 98, 99, 100, 110, 186
- substituce, 79, 97, 99, 100, 135
- Subutex[®], 61, 76, 77, 78, 98, 99, 100, 107, 129, 186
- Světová zdravotnická organizace (WHO), 24, 50, 128, 205
- syfilis, 8, 119, 120, 123, 128, 137, 142
- syntetické drogy, 6, 15, 31, 46, 75, 84, 87, 176, 177, 189, 190, 204
- MDMA, 193
- šíření toxikomanie, 18, 19, 165, 166, 171
- tabák, 1, 3, 4, 5, 7, 9, 13, 17, 19, 20, 22, 24, 28, 35, 44, 49, 50, 60, 65, 66, 69, 70, 73, 92, 94, 95, 97, 106, 107, 110, 112, 115, 137, 147, 163, 176
- taneční drogy, 138
- taneční scéna, 58, 59, 61, 62
- těkavé látky, 6, 7, 45, 57, 59, 60, 62, 117, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 139, 147, 155, 156
- terapeutická komunita, 8, 30, 31, 91, 93, 94, 95, 101, 102, 104, 112, 128, 148, 205
- THC, 9, 16, 131, 132, 172, 183, 192, 193, 205
- trestný čin, 3, 10, 14, 16, 18, 19, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 190, 192, 204, 205
- úmrtnost, 6, 84, 117, 130, 131, 132, 133, 134, 135
- vězení, 4, 8, 13, 15, 24, 31, 34, 36, 39, 56, 72, 86, 92, 93, 94, 96, 97, 102, 103, 107, 110, 111, 124, 125, 127, 137, 143, 150, 163, 170, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 205
- Vietnamci, 10, 83, 85, 86, 183, 184, 185
- vláda, 1, 2, 3, 4, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 27, 28, 30, 65, 66, 85, 86, 94, 95, 139, 144, 154, 156, 172, 173, 184, 203, 205
- výdaje, 4, 9, 14, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 84, 91
- výkon trestu, 56, 124, 125, 176, 180
- výměnný program, 138, 140
- zadluženost, 6, 8, 107, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 159
- záchyt, 21, 175, 176, 183, 184, 186, 190, 191, 192
- záchytné stanice, 3, 9, 14, 18, 92, 96, 97, 110
- zdravotní pojištění, 9, 91, 93, 99, 150, 205
- žádost o léčbu, 109, 123, 124, 142
- želatinové kapsle, 8, 106, 137, 141, 142

Použitá literatura

- A KLUBY ČR O.P.S. 2015. Statistika Mládež a drogy - JMK 2014. Dotazníkový průzkum mezi žáky a studenty jihomoravských škol. Brno: A Kluby ČR o.p.s.
- ABAGIU, A. O., MARINESCU, A. G., NICULESCU, I. T., KOULOUSOUSAS, A., PARIS, E. & MARDARESCU, M. 2014. 5 years of legal highs in romania - consequences and solutions. *Alcohol Alcohol*, 49 Suppl 1, i5.
- AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2015. Zpráva o naplňování Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2011–2015.
- BAILLARGEON, S. & RIVEST, L. P. 2007. Rcapture: Loglinear models for capture-recapture in R. *Journal of Statistical Software*, 19, 1-31.
- BĚLÁČKOVÁ, V. 2014. Národní výzkum užívání návykových látek 2012 - zpracování modulu konopných trhů.
- BĚLÁČKOVÁ, V., IVANOVÁ, L., DRÁPALOVÁ, E. & ZÁBRANSKÝ, T. 2015a. Nové drogy – analýzy trhu, epidemiologie užívání a identifikace možností pro snižování škod: předběžné výsledky projektu Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze.
- BĚLÁČKOVÁ, V., MAALSTE, N., ZÁBRANSKÝ, T. & GRUND, J. P. 2015b. "Should I Buy or Should I Grow?" How drug policy institutions and drug market transaction costs shape the decision to self-supply with cannabis in the Netherlands and the Czech Republic. *Int J Drug Policy*, 26, 296-310.
- BĚLÁČKOVÁ, V., NECHANSKÁ, B., CHOMYNOVÁ, P. & HORÁKOVÁ, M. 2012. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*, Praha, Úřad vlády České republiky.
- BĚLÁČKOVÁ, V. & ZÁBRANSKÝ, T. 2014a. Assessing the Users' Risks in the Shift towards Indoor Cannabis Cultivation - the Case of the Czech Republic. *Adiktologie*, 14 (4), 410-418.
- BĚLÁČKOVÁ, V. & ZÁBRANSKÝ, T. 2014b. Transformation of the Marijuana Market in the Czech Republic - from Free-of-charge Outdoor Cannabis to a Competitive Market with Indoor Products. *Adiktologie*, 14 (4), 382-391.
- BERANOVÁ, K. 2015. *Užívání Nových Syntetických Drog (NSD) mezi problémovými uživateli - distribuce NSD na otevřené drogové scéně ČR a jejich identifikace (Abuse of new synthetic drugs among troubled users - distribution of NSD on open drug scene in the Czech Republic and their identification)*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika/Ústav 1. LF UK
- BRENZA, J. & GABRHELÍK, R. 2014. Vývoj užívání léčiv v České socialistické republice v období před "objevem" postupů pokoutní výroby pervitinu a braunu. *Adiktologie*, 14 (3), 284-293.
- BROKLOVÁ, L. 2011. *Téma alkoholu v české punkové subkultuře*. Bakalářská práce, Univerzita Karlova.
- CELNÍ PROTIDROGOVÁ JEDNOTKA 2015. Záchyty OPL a prekurzorů drog v roce 2014 Celní správou ČR.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2015a. Názor občanů na drogy - květen 2015. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2015b. Postoj veřejnosti ke konzumaci vybraných návykových látek - květen 2015. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2015c. Tolerance k vybraným skupinám obyvatel - únor 2015. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CSÉMY, L. & WINKLER, P. 2012. Alkohol v České republice: spotřeba, zdravotní důsledky a ekonomické náklady společnosti. *Psychiatrie*, 16, 210-216.
- ČEREŠNÍK, M. & DOLEJŠ, M. 2015. Spoločný projekt dvoch národov alebo podobnosti a rozdiely v procese a výsledkov výskumu zameraného na rizikové správanie a osobnostné rysy

- dospívajících na Slovensku a v České republice. In: MAIEROVÁ, E., ŠRÁMKOVÁ, L., HOSÁKOVÁ, K., DOLEJŠ, M. & SKOPAL, O., eds. PhD Existence 2015. Česko-Slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. , 2015 Olomouc. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 203-219.
- DAUGHTON, C. G. 2011. Illicit drugs: contaminants in the environment and utility in forensic epidemiology. *Rev Environ Contam Toxicol*, 210, 59-110.
- DAUGHTON, C. G. & TERNES, T. A. 1999. Pharmaceuticals and personal care products in the environment: agents of subtle change? *Environ Health Perspect*, 107 Suppl 6, 907-38.
- DOLEJŠ, M., SKOPAL, O. & SUCHÁ, J. 2014. Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň.
- DRÁPALOVÁ, E. & BĚLÁČKOVÁ, V. 2014. Vnímání rizikovosti nových psychoaktivních látek neboli "sběratelských předmětů" jejich uživateli. *Adiktologie*, 14 (3), 212-227.
- EMCDDA 2007. *Úkol drogy. Drogy a trestná činnost — složitý vztah.*, Lisbon, Portugal, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA 2008. *Assessing illicit drugs in wastewater*, Lisbon, EMCDDA.
- ENGLCOVÁ, B. 2014. *Souvislosti mezi výskytem infekčních chorob a užíváním drog u pacientů Interní kliniky (6. stanice - Infekce) Fakultní nemocnice v Motole v letech 2011 a 2012 (The relationship between the occurrence of infectious diseases and drug use in patients of Internal medicine Clinic (6th station - Infection) University Hospital in Motol in 2011 and 2012)*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION 2009. An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.
- FÜLEOVÁ, A., ZÓNOVÁ, J. & PETRÁŠOVÁ, B. 2015. *Výroční zpráva: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2014*, Praha, Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie.
- GABRHELÍK, R. 2015. Systém výkaznictví aktivit školské prevence [School-based Prevention Reporting System]. *Adiktologie*, 15 (1), 48-60.
- GABRHELÍK, R., CALAFAT, A., SUMNALL, H., BRENZA, J., JUAN, M., MENDES, F., KARLSSON RÅDELIUS, E., TALIĆ, S., CSÉMY, L. & GROUP, T. E. 2014. (Self) Organizing Potential of European Parents to Prevent Children from Alcohol, Tobacco and Other Drug Use. *Adiktologie*, 14 (2), 116-124.
- GABRHELÍK, R., SKÁCELOVÁ, L., MIOVSKÝ, M. & VAN DER KREEFT, P. 2015. *nPrevence: Metodika pro učitele - Prevence užívání návykových látek.*, Praha, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze.
- GAC SPOL. S R.O. 2015. Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR. Praha: GAC spol. s r.o.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2015a. Statistická ročenka VS ČR za rok 2014.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2015b. Údaje o testování a léčbě vězňů pro VHB, VHC a HIV v r. 2014.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2015c. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2014.
- GLUZOVÁ, J. 2014. *Vzorové užívání buprenorfinu u klientů Terénního programu SANANIM (Patterns of buprenorphine use among clients of Outreach Programme SANANIM)*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- GUSTAVSSON, A., SVENSSON, M., JACOBI, F., ALLGULANDER, C., ALONSO, J., BEGHI, E., DODEL, R., EKMAN, M., FARAVELLI, C., FRATIGLIONI, L., GANNON, B., JONES, D. H., JENNUM, P., JORDANOVA, A., JONSSON, L., KARAMPAMPA, K., KNAPP, M., KOBELT, G., KURTH, T., LIEB, R., LINDE, M., LJUNGCRANTZ, C., MAERCKER, A., MELIN, B., MOSCARELLI, M., MUSAYEV, A., NORWOOD, F., PREISIG, M., PUGLIATTI, M., REHM, J., SALVADOR-CARULLA, L., SCHLEHOFER, B., SIMON, R., STEINHAUSEN, H. C., STOVNER, L. J., VALLAT, J. M., VAN DEN

- BERGH, P., VAN OS, J., VOS, P., XU, W., WITTCHEN, H. U., JONSSON, B. & OLESEN, J. 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21, 718-79.
- HANUSOVÁ, J. & DOSOUDIL, P. 2014. Průzkum žáků 6.-9. tříd Městské části Praha 12. Praha.
- HAVLÍČKOVÁ, V. 2015. *Preference uživatelů marihuany: indoor versus outdoor*. Bc., Univerzita Karlova v Praze.
- HERZOG, A., VEJRYCH, T. & RICHTER, J. 2015. Nové psychoaktivní látky v České republice - výsledky výzkumu. Praha: SANANIM,.
- CHOMYNOVÁ, P. 2013. Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci [2012 National Survey on Substance Abuse. Smoking, alcohol and other drugs use in the general population]. *Zaostřeno na drogy*, 11, 1-16.
- CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L. & SADÍLEK, P. 2014. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky.
- CHUDOBOVÁ, M. 2014. Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2013. Aktuální informace č. 16/2014. Praha: ÚZIS ČR.
- JANOVSKÁ, A., OROSOVÁ, O. & JURYSTOVÁ, L. 2014. Rizikové správanie vysokoškolákov v kontexte vybraných sociodemografických charakteristik – porovnanie štyroch krajín v rámci medzinárodnej štúdie SLICE. *Adiktologie*, 14, 134-144.
- JURNIKL, R. 2015. Užívání psychotropních látek v goth subkultuře. Dotazníkové šetření. Praha: Univerzita Karlova.
- KALINA, K., RUBÁŠOVÁ, E., MIOVSKÝ, M., ČABLOVÁ, L. & ŠTASTNÁ, L. 2014. Vliv ADHD na proces a výstupy léčby u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice - pilotní studie. *Adiktologie*, 14 (3), 228-246.
- KALMAN, M., BAĐURA, P., SIGMUNDOVÁ, D., SIGMUND, E., PAVELKA, J., HOLLEIN, T., CSÉMY, L. & HAMŘÍK, Z. 2015. Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2014 v rámci projektu "Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)". (Připravuje se k tisku.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- KALMAN, M., SIGMUND, E., SIGMUNDOVÁ, D., HAMŘÍK, Z., BENEŠ, L., BENEŠOVÁ, D. & CSÉMY, L. 2011. Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National Study (HBSC)“. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- KANTOR, B. 2011. Zkušenosti služeb v moravskoslezském kraji (Renarkon, o.p.s.). *Regionální konference Nové drogy - prevence, léčba regulace*. Praha: 1. LF UK.
- KOPECKÝ, K. & KOŽÍŠEK, M. 2015. Výzkum rizikového chování dětí v prostředí internetu 2014. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- KUBŮ, P., KRÍŽOVÁ, E. & CSÉMY, L. 2000. Anketa Semtex Dance 2000. *Tripmag*, 4, 24-30.
- KUBŮ, P., ŠKAŘUPOVÁ, K. & CSÉMY, L. 2006. *Tanec a drogy 2000 a 2003. Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice*, Praha, Úřad vlády České republiky.
- KULHÁNEK, A. 2013. *Užívání návykových látek v pražských klubech zaměřených na elektronickou taneční hudbu*. Dotazníkové šetření. Bakalářská práce, Univerzita Karlova.
- KULHOVÁ, L. 2015. *Kriminologické aspekty drogové kriminality*. Univerzita Karlova v Praze.
- LAŠTŮVKOVÁ, K. 2015. *Vztah mezi locus of control, rizikovým chováním a vybranými osobnostními charakteristikami žáků 8. a 9. tříd v Moravskoslezském kraji*. Bc., Univerzita Palackého v Olomouci.
- MAIEROVÁ, E., CHARVÁT, M., MIOVSKÝ, M. & ŠTASTNÁ, L. 2015. Evaluace procesu české adaptace programu cílené krátké intervence Preventure a jeho pilotní implementace pro žáky

- základních škol [Preventure: Adaptation and Pilot Implementation of a Targeted Brief Intervention in the Czech Setting - Process Evaluation Study]. *Adiktologie*, 15 (1), 12-32.
- MALINOVÁ, H. 2015. Výsledky výzkumu Násilí páchané na ženách v sexbyznysu. Praha: Rozkoš bez rizika, z .s. .
- MARKOVÁ, J. 2013. Činnost oboru dětského a dorostového v ambulantní péči v roce 2012. Aktuální informace č. 26/2013. Praha: ÚZIS ČR.
- MINISTERSTVO SPRÁVEDLNOSTI ČR 2015a. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2014 podle paragrafů trestního zákoníku.
- MINISTERSTVO SPRÁVEDLNOSTI ČR 2015b. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2014 podle typů drog a drogových paragrafů.
- MINISTERSTVO SPRÁVEDLNOSTI ČR 2015c. Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách v r. 2014 podle paragrafů trestního zákoníku.
- MINISTERSTVO VNITRA ČR 2015. Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi v r. 2014.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2015. Přehled dovozu a distribuce metadonu a přípravků obsahujících buprenorfin v r. 2014.
- MIOVSKÝ, M., ČABLOVÁ, L., KALINA, K. & ŠTASTNÁ, L. 2014a. The Effects of ADHD on the Course and Outcome of Addiction Treatment in Clients of Therapeutic Communities: research design. *Adiktologie*, 14 (4), 392-400.
- MIOVSKÝ, M., ET AL 2015a. *Kvalita a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících*, Praha, Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova.
- MIOVSKÝ, M., ET AL 2015b. *Prevence rizikového chování ve školství*, Praha, Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova.
- MIOVSKÝ, M., ET AL 2015c. *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*, Praha, Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova.
- MIOVSKÝ, M., ET AL 2015d. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*, Praha, Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova.
- MIOVSKÝ, M. & GABRHELÍK, R. 2015. Struktura návrhu implementačního plánu národního systému školské prevence rizikového chování v České republice pro období 2015-2025. Harmonizace přístupu resortu zdravotnictví a školství [Structure of an Implementation Plan for the National System of School-based Prevention of Risk Behaviour in the Czech Republic for 2015-2025. Harmonisation of the Approaches Adopted by the Ministries of Health and Education]. *Adiktologie*, 15 (1), 88-105.
- MIOVSKÝ, M., GABRHELÍK, R., LIBRA, J., POPOV, P. & PAVLOVSKÁ, A. 2014b. Návrh koncepce vědy a výzkumu v oboru adiktologie v České republice. *Adiktologie*, 14 (3), 294-308.
- MIOVSKÝ, M., KALINA, K., LIBRA, J., POPOV, P. & PAVLOVSKÁ, A. 2014c. Rámec a role Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie v České republice. *Adiktologie*, 14 (3), 310-328.
- MRAVČÍK ET AL. 2015a. Somatická komorbidita problémových uživatelů drog – výsledky dotazníkového šetření. *přípraveno k publikaci*.
- MRAVČÍK, V., ČERNÝ, J., LEŠTINOVÁ, Z., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., LICEHAMMEROVÁ, Š., ZIEGLER, A. & KOCAREVOVÁ, V. 2014a. Hazardní hraní v České republice a jeho dopady. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K., BĚLÁČKOVÁ, V. & ZÁBRANSKÝ, T. 2015b. Nové psychoaktivní látky a jejich výskyt v ČR. *Čas. Lék. čes.*, 154 (5), 216-221.
- MRAVČÍK, V., HORÁKOVÁ, M., PEŠEK, R. & KOŇÁK, T. 2011a. Drogy a vězni v ČR: Výsledky dotazníkové studie mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody. *Zaostřeno na drogy*, 9 (5), 1-15.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. & JURYSTOVÁ, L. 2014b. *Výroční*

- zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic]*, Praha, Úřad vlády České republiky. .
- MRAVČÍK, V. & KIŠŠOVÁ, L. Ekonomické a další rámce protidrogové politiky a adiktologických služeb. XXI. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 54. celostátní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, 7. - 11. června 2015, 2015 Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady. Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP.
- MRAVČÍK, V. & NEČAS, V. 2014. Somatická komorbidita uživatelů drog. *Zaostřeno na drogy*, 12.
- MRAVČÍK, V., PETROŠOVÁ, B., ZÁBRANSKÝ, T., COUFALOVÁ, M. & ŘEHÁK, V. 2006. *Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog*, Praha, Úřad vlády ČR.
- MRAVČÍK, V., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., DRBOHLAVOVÁ, B., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B. & VLACH, T. 2015c. Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2014. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ZÁBRANSKÝ, T., KARACHALIOU, K. & SCHULTE, B. 2011b. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: A new harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 22(2), 172-73.
- MŠMT 2015. Údaje o specializovaných odděleních pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2008. Studie Tanec a drogy 2007 - souhrn hlavních výsledků. Praha: Úřad vlády ČR.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2011a. Studie Tanec a drogy 2010 - předběžné výsledky.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2011b. *Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2011*.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2012. *Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2012*.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013a. Multiplikátor 2013: průzkum mezi klienty nízkoprahových programů. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013b. *Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2013*.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & FACTUM INVENIO 2011. Prevalence užívání drog v populaci ČR.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2011. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2013. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2012.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2009. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2010. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2013. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2012.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2013. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2012.

- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2014. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2013.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2014a. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení v r. 2013.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2014b. Systém včasného varování před novými drogami - zpráva za rok 2013.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2014c. *Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2014.*
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2014d. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2013.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2015a. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog metodou Capture-Recapture z dat nízkoprahových zařízení v Praze.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2015b. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení v r. 2014.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2015c. *Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2015.*
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2015d. Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2014.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2015e. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2014.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2015. Problematika hazardu a drog v sociálně vyloučených lokalitách v roce 2014.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2015. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2014.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2015. Lékaři České republiky 2014 - Problematika substituční léčby, problémové užívání návykových látek a patologické hráčství mezi pacienty.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2014. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2013.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2015a. Fokusní skupiny s pracovníky nízkoprahových zařízení. Praha.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2015b. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2014.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2015c. Sčítání adiktologických služeb 2014. Praha.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2015d. Výskyt zadluženosti mezi klienty adiktologických programů. Praha.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2014. Výroční zpráva 2013.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2015a. Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2014.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2015b. Výroční zpráva 2014.
- NECHANSKÁ, B. 2015. Informace z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - rok 2014, nepublikováno. Praha: ÚZIS ČR.

- NECHANSKÁ, B., MRAVČÍK, V. & POPOV, P. 2014. Národní registr léčby uživatelů drog. *Adiktologie*, 14 (4), 364-365.
- NECHANSKÁ, B., MRAVČÍK, V. & POPOV, P. 2015. Máme se bát národního registru léčby uživatelů drog? *Česká a slovenská psychiatrie*, 111 (3), 117-118.
- NECHANSKÁ, B., NEČAS, V. & MRAVČÍK, V. 2013. Sčítání adiktologických služeb 2012. *Zaostřeno na drogy*, 2013/5, 1-16.
- NEPUSTIL, P., LARISCH, J. & ČERNÝ, J. 2014. Několik výhrad ke koncepci adiktologických služeb. *Adiktologie*, 14 (3), 329-331.
- NEZDAROVÁ, E. 2011. Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi. *1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- OČENÁŠKOVÁ, V., POSPÍCHALOVÁ, D., SVOBODOVÁ, A. & TUŠIL, P. 2014. Drogy v odpadních vodách. *Bulletin NPC*, 3/2014, 13-22.
- PATES, R. M., MCBRIDE, A. J., BALL, N. & ARNOLD, K. 2001. Towards An Holistic Understanding of Injecting Drug Use: An Overview of Needle Fixation. *Addiction Research & Theory*, 9, 3-17.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2014. Evaluace dlouhodobého programu indikované prevence v pedagogicko-psychologické poradně. *Adiktologie*, 14 (1), 42-53.
- PAVLOVSKÁ, A. 2014. Zkušenosti klientů doléčovacích center v Praze s uplatněním na trhu práce. *Adiktologie*, 14 (3).
- PECHA, R. & MOTÝL, P. 2013. *Perníková chaloupka*, Protimluv.
- PEŠEK, M. 2013. Závislost na jehle: důvody pro injekční aplikaci drog – teoretický přehled. *edekontaminace.cz*, 6/2013.
- PETERFI, A., TARJAN, A., HORVATH, G. C., CSESZTREGI, T. & NYIRADY, A. 2014. Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones. *Drug Test Anal*, 6, 825-31.
- PETR, M., FRÝBERT, J., PARULA, M. & VRBOVÁ, J. 2014. Průzkum dosažitelnosti injekčního materiálu v Plzni s většinovým zaměřením na lékárny za 1. pololetí roku 2010. *Adiktologie*, 14 (1), 80-88.
- POLICEJNÍ PREZIDIUM POLICIE ČR 2015. Statistické přehledy kriminality v r. 2014 (ESSK).
- PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA 2015a. Drogové testování v České republice v roce 2014.
- PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA 2015b. Informace o činnosti Probační a mediační služby v souvislosti s drogovou problematikou za r. 2014.
- RABOCH ET AL. 2014. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV*, Praha, Česká lékařská společnost J.E. Purkyně.
- RADA VLÁDY PRO ZÁLEŽITOSTI ROMSKÉ MENŠINY 2014. Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2013. Rada vlády pro národnostní menšiny.
- ROTHOVÁ, A. 2014. *Prevence rizikového chování dospívajících*. Bc., Západočeská univerzita.
- ROZKOŠ BEZ RIZIKA 2014. Analýza sociodemografických dat a rizikového chování klientek programu organizace Rozkoš bez rizika.
- ŘEDITELSTVÍ SLUŽBY DOPRAVNÍ POLICIE POLICEJNÍHO PREZIDIA ČR 2015. Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2014. Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2015a. Seznam certifikovaných programů k 31. březnu 2015.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2015b. Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích ČR za r. 2014.
- SKLENÁŘ, O. 2014. *Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR*. Mgr. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

- SKOPAL, O., DOLEJŠ, M. & SUCHÁ, J. 2014. Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- SOPKO, B., NEČAS, V., ŠKAŘUPOVÁ, K. & MRAVČÍK, V. 2013. The capture-recapture estimation of problem drug users in Prague in 2011 from low-threshold data: adjusting for non-coded clients *Odesláno k publikaci*.
- SOVINOVÁ, H. & CSÉMY, L. 2015a. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014. Praha: Státní zdravotní ústav.
- SOVINOVÁ, H. & CSÉMY, L. 2015b. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014. The Use of Tobacco and alcohol in the Czech Republic 2014. Praha.
- SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. & KERNOVÁ, V. 2014. Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let. Praha: Státní zdravotní ústav.
- SPILKOVÁ, J. 2014. Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže. Přehled výsledků zpracovaných pro NMS.
- SPILKOVÁ, J., PIKHART, H. & DZÚROVÁ, D. 2015. Multilevel Analysis of Health Risk Behaviour in Czech Teenagers. *AUC Geographica*, 50, 91-100.
- SPOLEČNOST PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI ČLS JEP, KLINIKA ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE & ČESKÁ ASOCIACE ADIKTOLOGŮ 2013. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Verze 4.7 z 5. listopadu 2013. In: VAVRINČÍKOVÁ, L., LIBRA, J., MIOVSKÝ, M., MRAVČÍK, V. & JEP, V. S. P. N. N. Č. (eds.). Praha.
- SPOLEČNOSTI PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. 2015. *Centra pro závislé na tabáku* [Online]. Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku. Available: <http://www.slzt.cz/centra-lecbu> [Accessed 4 August 2015].
- STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV 2015. Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR 2007-2014.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2015a. Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2014. Tisková zpráva NRL pro HIV/AIDS.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2015b. Virové hepatitidy 1996-2014 (EPIDAT) – analýza pro účely VZ 2014.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2015c. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2014 – analýza pro účely VZ 2014 zpracovaná NRL pro AIDS.
- ŠKOLNÍKOVÁ, M., MIOVSKÝ, M., ČABLOVÁ, L. & ŠTASTNÁ, L. 2014. Vývoj diagnózy ADHD, její přechod z dětství do dospělosti a vliv na kvalitu života u uživatelů návykových látek. *Adiktologie*, 14 (3), 332-346.
- ŠORMOVÁ, M. 2013. *Kriminalita spojená s užíváním drog*. POLICEJNÍ AKADEMIE ČESKÉ REPUBLIKY V PRAZE.
- ŠTĚPÁNEK, B. 2011. *Zneužívání drog a subkultury mládeže*. Diplomová práce, Masarykova univerzita.
- ŠVŮGEROVÁ, H. 2015. *Spotřeba injekčního materiálu klienty pražských harm reduction služeb v závislosti na vzorcích užívání (Consumption of material for injection clients of Prague harm reduction services depending on use patterns)*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK.
- THANKI, D. & VICENTE, J. 2013. PDU (Problem drug use) revision summary. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- UHEREK, K. 2012. *Subkultura mládeže a jejich rizika*. Diplomová práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- URBÁNEK, P., HUSA, P., ŠPERL, J., PLÍŠEK, S., ROŽNOVSKÝ, L. & KÜMPEL, P. 2014. Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C (HCV).
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014a. Informace z ročního výkazu oboru gastroenterologie a infekční lékařství.

- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014b. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkaz o činnosti oboru chirurgie.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014c. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkazy ambulantních zařízení oboru psychiatrie, praktického lékařství pro dospělé a detoxifikace.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2015a. Údaje z informačního systému Zemřelí ČSÚ – extrakce případů drogových úmrtí.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2015b. Údaje z Národního registru hospitalizovaných.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2015c. Údaje z Národního registru pohlavních nemocí.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2015d. Údaje z Registru tuberkulózy.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2015e. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkazy detoxifikace.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2015f. Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v letech 2007-2013.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD & STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV 2014. Evropské výběrové šetření o zdraví EHIS 2014 (European Health Interview Survey): Základní informace o šetření. Praha: ÚZIS ČR, ČSÚ a SZÚ.
- VAN HOUT, M. C. & BINGHAM, T. 2012. "A costly turn on": patterns of use and perceived consequences of mephedrone based head shop products amongst Irish injectors. *Int J Drug Policy*, 23, 188-97.
- VLADIMÍR 518, SOUČEK, T. & VESELÝ, K. 2011. *Kmeny*, Praha, BiggBoss.
- VLADIMÍR 518 ET AL. 2013. *Kmeny 0*, Praha, BiggBoss, Yinachi.
- WALLER, J. L., ADDY, C. L., JACKSON, K. L. & GARRISON, C. Z. 1994. Confidence intervals for weighted proportions. *Stat Med*, 13, 1071-82.
- WINKLER, P., BEJDOVÁ, M., CSÉMY, L. & WEISSOVÁ, A. 2014. *Problémové hráčství: Společenské náklady na hazardní hraní v České republice*, Praha, Psychiatrické centrum Praha.
- ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V., ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J. & LANGROVÁ, M. 2011. *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*, Praha, Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze.
- ZAPLETALOVÁ, J. & ŠEJVL, J. 2014. Etické a právní faktory testování na přítomnost návykových látek ve školském prostředí. *Adiktologie*, 14 (2), 174-182.
- ZAPLETALOVÁ, R. 2014. *Drogová problematika u dětí v dětském domově*. Bc., Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- ZEMAN, P. & GAJDOŠÍKOVÁ, H. 2010. Nový trestní zákoník. *Zaostřeno na drogy*, 8 (1), 1-12.
- ZEMANOVÁ, V. & DOLEJŠ, M. 2015. Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež aneb jak se liší od „normálních“ adolescentů? In: MAIEROVÁ, E., ŠRÁMKOVÁ, L., HOSÁKOVÁ, K., DOLEJŠ, M. & SKOPAL, O., eds. PhD Existence 2015. Česko-Slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. , 2015 2015a Olomouc. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 280-294.
- ZEMANOVÁ, V. & DOLEJŠ, M. 2015b. Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- ZÍB PALASOVÁ, B. 2015. *Analýza sociálně patologických jevů v České republice*. Bc., Vysoká škola ekonomická v Praze.

Výroční zpráva

o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014

- › Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 vydává Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Poprvé byla v knižní podobě vydána za rok 2001.
- › Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS) je součástí Sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který je organizačně začleněn do Úřadu vlády České republiky. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky je stálým poradním, iniciačním a koordinačním orgánem vlády České republiky v oblasti integrované protidrogové politiky, kterou se rozumí politika v oblasti legálních i nelegálních návykových látek a patologického hráčství, s nimi souvisejících závislostních poruch a dalších zdravotních a sociálních dopadů a souvislostí. NMS je součástí mezinárodní sítě monitorovacích středisek Reitox (národních monitorovacích středisek evropských zemí), která je koordinována Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). Sít' monitorovacích středisek Reitox ustavily a podporují vlády zemí EU. Jejím úkolem je sběr a analýza dat o situaci v oblasti drog v Evropě.
- › Distribuci zajišťuje vydavatel. Elektronická verze je k dispozici webových stránkách NMS www.drogy-info.cz.

Vydal Úřad vlády České republiky
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
www.vlada.cz

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-134-3



9 788074 401343