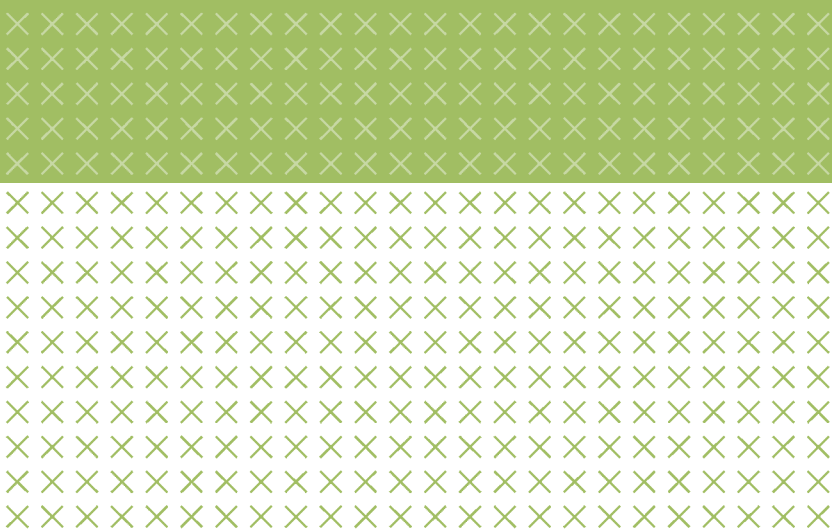




Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013



> 2013



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013

Viktor Mravčík, Pavla Chomynová, Kateřina Grohmannová, Vlastimil Nečas,
Lucie Grolmusová, Lucia Kiššová, Blanka Nechanská, Bruno Sopko,
Hana Fidesová, Jiří Vopravil, Lucie Jurystová

Praha, září 2014

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 2013

© Úřad vlády České republiky, 2014

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.

Oponent/ MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

Odpovědný redaktor/ Mgr. Lucie Grolmusová

Spolupráce na vizualizaci dat/ Ing. Alexandr Čech, 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 drogách.

Pro bibliografické citace/

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KÍŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., JURYSTOVÁ, L. 2014. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 978-80-7440-109-1

Obsah

Poděkování.....	1
Souhrn.....	3
Kapitola 1: Národní protidrogová politika a její kontext.....	11
1.1 Legislativní rámec.....	12
1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace	15
1.3 Rozpočty a financování.....	21
Kapitola 2: Užívání drog v populaci.....	33
2.1 Užívání drog v obecné populaci.....	33
2.2 Postoje k užívání návykových látek.....	38
2.3 Užívání drog ve školní populaci.....	39
2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace.....	43
Kapitola 3: Prevence	47
3.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti prevence.....	47
3.2 Preventivní působení prostředí.....	49
3.3 Všeobecná prevence.....	50
3.4 Selektivní prevence.....	50
3.5 Indikovaná prevence.....	50
3.6 Mediální a informační kampaně.....	50
3.7 Výzkum a evaluace v prevenci	53
Kapitola 4: Problémové užívání drog.....	57
4.1 Výskyt a trendy problémového užívání drog	57
4.2 Vzorové a charakteristiky problémového užívání drog	66
Kapitola 5: Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog.....	71
5.1 Politika a koordinace v oblasti léčby	72
5.2 Organizace a zajištění služeb pro uživatele drog	72
5.3 Charakteristiky léčené populace.....	80
5.4 Poskytované služby	85
5.5 Trendy léčených uživatelů drog.....	89
Kapitola 6: Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	97
6.1 Infekce spojené s užíváním drog.....	97
6.2 Další zdravotní následky užívání drog.....	107
6.3 Drogová úmrť a mortalita uživatelů drog.....	118
Kapitola 7: Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	127
7.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti snižování rizik.....	127
7.2 Prevence předávkování.....	128
7.3 Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog.....	128
7.4 Opatření zaměřená na další zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	134
Kapitola 8: Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog	137
8.1 Sociální exkluze a užívání drog	137
8.2 Sociální reintegrace	140
Kapitola 9: Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení.....	143
9.1 Primární drogová kriminalita	143
9.2 Sekundární drogová kriminalita	152
9.3 Prevence drogové kriminality.....	154
9.4 Užívání drog ve vězení	154
9.5 Prevence a léčba užívání drog ve vězení	155

Kapitola 10: Drogové trhy	161
10.1 Produkce, spotřeba, dovoz a vývoz drog	161
10.2 Záchyty drog	167
10.3 Dostupnost drog	169
Přílohy	173
Seznam tabulek, grafů a obrázků	173
Vybrané stránky s drogovou tematikou na českém internetu	179
Zkratky	181
Rejstřík	183
Použitá literatura	186

Poděkování

Tato zpráva je v pořadí dvanáctou výroční zprávou 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. Rok 2013 byl čtvrtým rokem platnosti Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a prvním rokem platnosti jejího druhého akčního plánu na období 2013–2015.

Většina krajů má zpracovány vlastní strategické dokumenty pro oblast protidrogové politiky, v letech 2013 a 2014 přijaly nové dokumenty kraje Vysočina a Praha. Také některá města a obce protidrogovou politiku definují samostatnými strategiemi. Funkce krajského protidrogového koordinátora je zřízena ve všech krajích mimo Moravskoslezského kraje. Místní protidrogoví koordinátoři byli v r. 2013 ustaveni ve 181 z celkových 205 obcí s rozšířenou působností a ve všech 22 pražských městských částech.

Klíčovým tématem projednávaným na RVKPP a v jejích poradních orgánech v r. 2013 a začátkem r. 2014 byla integrovaná protidrogová politika, tj. jednotná politika zaměřená současně na legální a nelegální látky a hazardní hraní.

➤ Legislativa

V srpnu 2013 Ústavní soud zrušil pro neústavnost podstatnou část nařízení vlády č. 467/2009, ve kterém se pro účely trestního zákoníku určovalo větší než malé množství drog. Následně zaujal v březnu 2014 Nejvyšší soud sjednocující stanovisko k výkladu pojmu „množství větší než malé“ u OPL, v jehož příloze jsou hodnoty převzaté ze zrušeného nařízení vlády s výjimkou marihuany a pervitinu, u kterých došlo ke snížení.

Od ledna 2014 je účinná novela zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a nový samostatný zákon č. 272/2013 Sb., o prekurech drog. Konkrétní seznamy návykových látek a tzv. výchozích a pomocných látek jsou nově vymezeny navazujícími nařízeními vlády č. 463/2013 Sb. a č. 458/2013 Sb. V návaznosti na zákon č. 361/2000 Sb., o silničním provozu, vláda od dubna 2014 nově stanovila svým nařízením limity vybraných nealkoholových drog v krvi řidiče, od kterých se řidič považuje za ovlivněného drogou.

V první polovině r. 2013 byl Ministerstvem zdravotnictví zahájen legislativní proces u návrhu zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, který má nahradit zákon č. 379/2005 Sb. Posléze byl v průběhu r. 2013 vzhledem k vládním změnám tento legislativní proces pozastaven a znovu se chystá jeho spuštění ke konci r. 2014. V červenci 2014 skupina poslanců předložila návrh stručné novely zákona č. 379/2005 Sb. týkající se zavedení úplného zákazu kouření ve vnitřních prostorech společného stravování bez výjimky.

➤ Financování

V r. 2013 činily účelově určené výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy na protidrogovou politiku celkem 469,6 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 234,6 mil. Kč a z místních rozpočtů 234,9 mil. Kč, z toho z krajů šlo 172,4 mil. Kč a z obcí 62,5 mil. Kč. Do výdajů nejsou za r. 2013 započítány výdaje NPC (nejsou dostupné) a domovů se zvláštním režimem (ve výši 36,3 mil. Kč, z toho 28,9 mil. Kč ze státního a 7,4 mil. Kč z krajských rozpočtů). Ve srovnání s předchozím rokem vzrostly výdaje ve srovnatelných kategoriích celkově o 1,9 %, z toho výdaje ze státního rozpočtu vzrostly o 6,1 %, výdaje krajů klesly o 2,1 % a výdaje obcí klesly o 2,8 %. Z hlediska funkčního členění výdajů došlo k mírnému nárůstu nebo zachování výše financování ve všech oblastech s výjimkou prevence a oblasti koordinace-výzkum-hodnocení, kde došlo k poklesu. Z Evropského sociálního fondu jsou na projekty protidrogové politiky na místní úrovni čerpány prostředky ve výši odhadem až 100 mil. Kč ročně.

Výdaje ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2012 činily celkem 1 597 mil. Kč, z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem bylo vydáno 1 124 mil. Kč a na léčbu dalších drog 473 mil. Kč. Část, která byla spotřebována adiktologickými (AT) programy, dosáhla 148 mil. Kč u alkoholu a 64 mil. Kč u dalších drog.

Od 1. ledna 2014 je 6 specifických adiktologických výkonů součástí seznamu zdravotních výkonů, proběhla první výběrová řízení na poskytování adiktologické péče, avšak dosud nebyla uzavřena žádná smlouva na poskytování a úhradu adiktologických služeb ze zdravotního pojištění.

➤ **Užívání drog v populaci**

Postoje obyvatel k užívání návykových látek jsou v ČR dlouhodobě stabilní, avšak v posledních letech se mírně snižuje přijatelnost kouření tabáku, zatímco se zvyšuje přijatelnost konzumace alkoholu a užívání konopných látek. Dlouhodobě roste podíl osob, které nesouhlasí s trestním postihem uživatelů konopných látek a především s postihem osob, které užívají konopné látky k léčebným účelům.

Situace v oblasti užívání drog v ČR je dlouhodobě stabilní. Studie realizované v posledních letech ukazují stejný vzorec užívání drog v obecné populaci – po alkoholu a tabáku jsou nejčastěji užívanou nelegální drogou konopné látky, které v životě vyzkoušela přibližně čtvrtina dospělé populace, v posledním roce užilo konopné látky 9 % populace. Rozsah užívání ostatních nelegálních drog se pohybuje na výrazně nižší úrovni – zkušenost s extází uvedlo 5 % a s halucinogenními houbami 2 % populace, užití dalších nelegálních drog se pohybuje pod 1 %. Užívání nelegálních drog je vyšší mezi muži a mladšími věkovými skupinami (15–34 let). Nové psychoaktivní látky užila v životě 2 % dospělé populace, v mladších věkových skupinách 4 %. Při pohledu na dlouhodobé trendy je patrný pokles aktuálního užívání konopných látek v obecné populaci, zejména v mladších věkových skupinách.

Průřezové studie ve školní populaci stabilně uvádějí prevalenci zkušeností s konopnými látkami na úrovni 26–33 % mezi 14–15letými žáky ZŠ a 42–47 % mezi 16letými studenty SŠ. Ve skupině středoškoláků existují podle studie ESPAD významné rozdíly z hlediska typu studované školy – pravidelné kouření, časté pití nadměrných dávek alkoholu i zkušenost s nelegálními drogami uvádělo výrazně více studentů odborných učilišť ve srovnání s vrstevníky z gymnázií a středních odborných škol.

➤ **Intenzivní a problémové užívání drog**

Přibližně 23,1 % (20,6–25,9 %) osob nad 15 let v ČR kouří denně, což představuje přibližně 2 mil. osob. Rizikovou konzumaci alkoholu vykazuje celkem 17–20 % české populace, tj. 1,5–1,7 mil. dospělých osob; z toho škodlivé pití (ve vysokém riziku nebo závislých na alkoholu) 5–8 % populace, tj. 450–700 tis. dospělých osob.

Podíl osob v riziku v důsledku užívání konopných látek je cca 2,7 % populace ve věku 15–64 let (4,2 % mužů a 1,2 % žen), z toho ve vysokém riziku pak 1,1 % (2,0 % mužů a 0,2 % žen). Absolutně se jedná odhadem o cca 200 tis. osob, z toho 80 tis. ve vysokém riziku.

V r. 2013 bylo v ČR odhadnuto přibližně 44,9 tis. problémových uživatelů drog (PUD), z toho bylo 34,2 tis. uživatelů pervitinu, 3,5 tis. heroinu a 7,2 tis. uživatelů buprenorfinu (celkem tedy 10,7 tis. uživatelů opiátů/opioidů). Počet injekčních uživatelů drog (IUD) byl odhadnut na 42,7 tis. Odhadovaný počet problémových uživatelů drog se v r. 2013 meziročně zvýšil o 8,7 %. Statisticky významné změny lze pozorovat u počtu uživatelů opiátů/opioidů, kde opět došlo ke snížení u heroinu a ke zvýšení u buprenorfinu. U uživatelů pervitinu došlo k významnému nárůstu jejich počtu. V posledních 10 letech narostl střední odhad počtu problémových uživatelů drog o více než polovinu a prevalence problémového užívání drog v ČR v r. 2013 přesáhla 0,6 % obyvatel ve věku 15–64 let. Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů/opioidů jsou tradičně Praha a Ústecký kraj, dále také kraje Karlovarský a Liberecký. K největšímu dlouhodobému nárůstu došlo v posledních 10 letech v Praze, v krajích Středočeském, Jihočeském, Libereckém a Vysočina.

Ze skupiny amfetaminů se stále v ČR vyskytuje téměř výhradně pervitin (metamfetamin). Opiáty zahrnutými v ČR do odhadů problémového užívání jsou především heroin a stále více zneužívaný buprenorfin. Fenoménem posledních let je výskyt nových syntetických drog ze skupiny katinonů nebo fenetylaminů – zkušenost s nimi má významný podíl problémových uživatelů drog (až třetina v Praze), ale pouhý zlomek je hláší jako primární drogu.

➤ Zdravotní a sociální důsledky užívání drog

V r. 2013 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi uživateli drog. Nově bylo identifikováno 6 HIV pozitivních osob, u kterých došlo k nákaze injekčním užíváním drog. Promořenost HIV mezi IUD je v ČR stále pod 1 %. Počet nově hlášených případů VHC u injekčních uživatelů drog v posledním roce nepatrně stoupl, nicméně prevalence VHC mezi injekčními uživateli drog se spíše snižuje a pohybuje se na hodnotách 15–50 % podle charakteristik vzorku vyšetřených. Počet případů VHB u IUD dlouhodobě klesá a projevuje se tak příznivý vliv plošného očkování zavedeného od r. 2001. Přetrvává vysoký podíl injekční aplikace mezi problémovými uživateli opiátů/opioidů a pervitinu.

Z výzkumu somatické komorbiditě vyplývá, že problémoví uživatelé drog trpí nejčastěji poruchami chrupu a kůže. Postižení kůže se týká především trofických změn na bérkách a bérkových vředů a lokálních infekcí kůže (abscesy) především v místě injekční aplikace. Zejména uživatelé heroínu vykazovali horší zdravotní stav než uživatelé jiných drog. Existují výrazné bariéry vstupu PUD do léčby, zejména se to týká žen, osob žijících s dětmi nebo cizinců. Ženy mají problém s dostupností gynekologické péče, ale obecně je problémem negativní přístup zdravotníků k ošetřování a léčbě PUD.

Jsou k dispozici data o drogových úmrtích ze soudnělékařských oddělení 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 hlášeno 45 smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v r. 2012 a 47 v r. 2013. V r. 2013 bylo identifikováno 292 případů smrtelných předávkování etanolem a 9 metanolem, což je pokles ve srovnání s 36 případy v r. 2012, kdy v září vypukl hromadný výskyt otrav metanolem.

Problémem je výskyt alkoholu a dalších drog v dopravě, v r. 2013 vzrostl počet zemřelých při nehodách zaviněných pod vlivem návykových látek; kromě vlivu alkoholu se jedná zejména o pervitin.

Mezi sociální souvislosti užívání drog patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy ve vztazích a rodině, nekvalitní a nestálé bydlení až bezdomovectví, zadluženost a další. Tyto problémy se často vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení. Výskyt sociálního vyloučení je v ČR často vázán na lokality, kde žijí Romové. Drogová scéna se v těchto lokalitách liší, jako nejrozšířenější drogy mezi Romy jsou uváděny pervitin, konopné látky a těkavé látky, lokálně (v Praze, Brně a severních Čechách) heroin a buprenorfin. Alkohol je problémem především u romských mužů ve vyšších věkových skupinách. Ve vyšší míře se v sociálně vyloučených lokalitách vyskytuje také patologické hráčství.

Jak vyplývá z průzkumu v Praze, užívání návykových látek je velmi časté u mladých bezdomovců, má vztah k psychiatrické komorbiditě, sexuální rizikovému chování, kriminalitě či viktimizaci. Vztah mezi bezdomovectvím a užíváním drog je oboustranný, avšak závislost na drogách či alkoholu je zřejmě nejzávažnější překážkou návratu mladých bezdomovců do společnosti.

➤ Prevence

Vláda v lednu 2014 projednala dokument Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí v gesci MZ. Následně v březnu 2014 byl dokument vzat na vědomí i Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR; mezi implementačními dokumenty, které by měly rozpracovávat strategii Zdraví 2020, jsou i akční plány pro oblast kontroly tabáku a omezování škod působených alkoholem.

Školské preventivní aktivity spadají do působnosti MŠMT a hlavním dokumentem je Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013–2018. V posledních letech jsou hlavním nástrojem rozvoje a koordinace primární prevence na regionální úrovni tzv. krajské plány prevence.

V r. 2013 pokračovaly systémové změny zaměřené na zkvalitňování obsahu preventivních programů a zvyšování kompetencí jejich realizátorů. Zásadní moment představovalo obnovení certifikace programů primární prevence rizikového chování. Udělení certifikace (nebo alespoň žádost o certifikaci) je nyní předpokladem pro účast v některých dotačních řízeních.

V r. 2013 byly kromě obvyklých mediálních kampaní zaměřených na odvykání kouření, podávání alkoholu mladistvým nebo řízení pod vlivem návykových látek realizovány také kampaně zaměřené na intenzivní uživatele konopných látek nebo uživatele padělaných legálních drog.

➤ **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. 2013 v ČR fungovalo celkem 111 nízkoprahových programů – 57 kontaktních center a 54 terénních programů. Hlavní cílovou skupinu klientů tvoří injekční uživatelé drog (75–80 %), především uživatelé pervitinu a opiátů/opioidů. Je patrný dlouhodobý nárůst uživatelů buprenorfinu na úkor uživatelů heroinu. Kontinuálně roste průměrný věk klientů, ženy tvoří 28 % klientů nízkoprahových programů. Specifické programy snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2013 poskytovalo pět programů.

Výměnný program jehel a stříkaček v r. 2013 nabízel 110 nízkoprahových programů, počet distribuovaného injekčního materiálu dosáhl 6,2 mil. kusů, opět tedy došlo k výraznému meziročnímu nárůstu. Roste počet programů distribuujících želatinové kapsle jako perorální alternativu injekčních stříkaček – nejméně 44 programů vydalo 113 tis. kapslí.

V r. 2013 nabízel možnost testování na HIV 72 nízkoprahových programů, na VHC 78, na VHB 52 a na syfilis 51 programů. Ačkoliv dostupnost testování pro klienty nízkoprahových programů v čase kolísá, je patrný nárůst provedených testů.

Profylaxe, léčba a péče o infikované HIV a nemocné s AIDS v ČR poskytuje 7 regionálních AIDS center. V r. 2013 poskytovalo léčbu VHC injekčním uživatelům drog celkem 39 center pro léčbu virových hepatitid, ve kterých byla léčba zahájena u 536. Ve věznicích byla léčba VHC zahájena u 246 osob – počet vězňů léčených pro VHC tak zůstává relativně vysoký.

➤ **Léčba a sociální reintegrace**

Stávající síť adiktologických služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek, avšak tvoří ji v zásadě tři oddělené systémy: (1) síť nízkoprahových programů a specializovaných programů ambulantní léčby a následné péče a terapeutických komunit, které mají převážně statut sociální služby a jsou provozovány NNO, které cílí zejména na uživatele nelegálních nealkoholových drog, výjimečně na patologické hráče, (2) síť zdravotnických zařízení oboru psychiatrie případně se specializací AT, které poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby jak uživatelům alkoholu, tak nealkoholových drog, méně patologickým hráčům, a (3) centra pro závislé na tabáku, která se vytvořila převážně při lůžkových odděleních nebo klinikách oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství.

Jádro adiktologické péče v ČR tvoří přibližně 250 programů, přibližně 200 z nich má jen ambulantní nebo terénní charakter, 50 má rezidenční složku. Téměř polovina zařízení má platnou certifikaci odborné způsobilosti RVKPP a 40 % zařízení má certifikaci sociální služby. Dostupnost programů není rovnoměrná – nízkoprahový program chybí v 21 okresech, AT ambulance v 37 okresech, substituční léčba v 25 okresech, specializovaný doléčovací program v 61 okresech, detoxifikace v 55 okresech a 2 krajích, AT lůžková péče ve 4 krajích, terapeutická komunita ve 3 krajích.

Dostupnost adiktologických služeb je problematická zejména v krajích Pardubickém, Středočeském a Libereckém.

Přibližně třetinu klientů v léčbě tvoří ženy, v různých typech programů od 22 % v nízkoprahových kontaktních centrech po 47 % ve stacionářích. Klienti v různých typech programů se liší podle užívaných drog. V nízkoprahových centrech tvoří většinu uživatelé pervitinu a opiátů/opioidů. Alkohol dominuje léčbě v ambulancích a lůžkových zařízeních oboru psychiatrie, ale vysoký je také podíl uživatelů pervitinu, opiátů/opioidů, polyvalentních uživatelů nebo osob s problémy se sedativy a hypnotiky. V záchytných stanicích tvoří většinu uživatelé alkoholu a ženy tvoří 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 zvyšuje. Dlouhodobě je patrný úbytek uživatelů opiátů a opioidů, zejména heroinu, naopak počet uživatelů buprenorfinu roste. Populace uživatelů drog stárne, v průměru nejstarší jsou uživatelé opiátů/opioidů (31–32 let), naopak uživatelé konopných látek jsou v průměru nejmladší (23 let).

V Registru sociálních služeb je evidováno 35 programů následné péče o uživatele drog. Ze Sčítání adiktologických služeb 2012 však vyplývá, že sociální práci, podpůrné služby v doléčování a služby zaměřené na sociální reintegraci uživatelů drog poskytují desítky až stovky adiktologických programů, zejména se jedná o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací. Pro významnou část problémových uživatelů drog představuje zadluženost bariéru pro návrat do společnosti a má negativní vliv na výskyt relapsu. Vyhlášení exekuce na příjmy klientů zvyšuje míru využívání sociálních dávek a nezdaněných příjmů na úkor zaměstnání, protože na sociální dávky se exekuce nevztahuje.

➤ **Kriminalita spojená s drogami**

V r. 2013 došlo k nárůstu počtu osob zadržených, stíhaných, obžalovaných i odsouzených za drogové trestné činy (DTČ). Šlo o nejvyšší meziroční nárůst za posledních 12 let. V r. 2013 bylo za DTČ zadrženo či stíháno přibližně 3600–3700 osob, obžalováno přibližně 2600 osob a pravomocně odsouzeno 2500 osob. DTČ v r. 2013 tvořily 1,6 % zjištěné trestné činnosti. Trestné činy výroby, pašování a prodeje drog představují přibližně 80 % a trestné činy přechovávání drog pro vlastní potřebu a pěstování rostlin/hub pro vlastní potřebu přibližně 15 % zjištěných trestných činů. DTČ v ČR souvisí převážně s pervitinem a konopnými látkami. Nejvyšší počet zjištěných DTČ na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let evidují Praha, Karlovarský a Liberecký kraj. Naopak kraje s nejnižším počtem byly kraje Zlínský, Královéhradecký a Moravskoslezský. V r. 2013 bylo dále projednáno 1686 přestupků nedovoleného nakládání s OPL, což je o 401 více než v r. 2012.

Nejčastěji uloženou sankcí za DTČ bylo v r. 2013 podmíněně odložené odnětí svobody. Od r. 2008 roste počet osob odsouzených za DTČ a současně se snižuje podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody ve prospěch sankcí nespojených s odnětím svobody.

Podle údajů Police ČR bylo 18,2 tis. trestných činů spácháno pod vlivem návykových látek, tj. více než 14 % objasněných trestných činů (12 % pod vlivem alkoholu a 2 % pod vlivem nealkoholových drog). Uživatelé drog páchají podle odhadů přibližně třetinu majetkových trestných činů, především krádeží.

Léčba závislosti ve vězení byla v r. 2013 v ČR dostupná v 8 věznicích z celkem 35, ochrannou léčbu bylo možno absolvovat ve 4 věznicích. Substituční léčba byla poskytována v 7 věznicích. S některou z NNO spolupracovalo na realizaci aktivit protidrogové politiky 23 věznic, z toho intenzivnější spolupráci vykazovalo 15 věznic. Dostupnost harm reduction intervencí ve věznicích je velmi omezená.

➤ **Drogový trh a nabídka drog**

V r. 2013 bylo v ČR spotřebováno 21,4 t konopných drog, 6,0 t pervitinu, 0,8 tuny heroinu, 0,8 t kokainu, přibližně 1 milion kusů tablet extáze a asi 100 tisíc dávek LSD. Spotřeba marihuany je kryta

převážně a u pervitinu výhradně domácí nelegální produkcí. Ceny drog se v r. 2013 prakticky nezměnily.

V r. 2013 bylo odhaleno celkem 276 indoor pěstíren a 3 fóliovníky, které sloužily k pěstování konopí. Největší podíl tvořily malé domácí pěstírny s počtem rostlin do 50 kusů. Do pěstování konopí a distribuce marihuany se v posledních letech výrazně zapojují organizované skupiny osob původem z Vietnamu. Za r. 2013 zajistily Policie ČR a Celní správa ČR celkem 735,4 kg marihuany, 73,6 tis. rostlin konopí a 1,3 kg hašiše. Koncentrace THC u zachyceného konopí činila průměrně 10 %.

Z Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 vyplývá, že došlo ke zvýšení podílu outdoor vypěstované marihuany mezi uživateli konopí, což patrně souvisí s legislativní změnou, která od r. 2010 dekriminalizovala pěstování malého množství rostlin konopí pro vlastní potřebu. Ačkoli se subjektivně vnímaná dostupnost konopí zvýšila, došlo ke snížení podílu komerčního černého trhu a zvýšení podílu nekomerčních transakcí.

Pervitin se v ČR vyrábí zejména v menších varnách. V r. 2013 odhalila Policie ČR 261 varen a zajistila 69,1 kg pervitinu o průměrné čistotě 71 %. Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu zůstává i nadále pseudoefedrin extrahovaný z volně dostupných léčiv dovážených převážně z Polska. Do výroby a distribuce pervitinu jsou stále více zapojeny organizované skupiny osob původem z Vietnamu.

Zachycený kokain byl do ČR dovážen zejména v poštovních zásilkách a cestovních zavazadlech, nejčastěji z Nizozemska. Celkem bylo v r. 2013 zajištěno 35,8 kg kokainu o průměrné čistotě 33 %. V r. 2013 bylo zajištěno 5,1 kg heroinu o průměrné čistotě 20 %. Kromě heroinu byly na černém trhu dostupné také tablety substitučních přípravků či opioidní analgetika.

Za r. 2013 bylo v ČR v rámci Systému včasného varování před novými drogami hlášeno 48 nových syntetických látek, z toho 12 látek vůbec poprvé a u 3 látek se jednalo o jejich první výskyt v EU. Látkou s největším zachyceným množstvím byl kanabinoid JWH-203. Nové psychoaktivní látky byly nabízeny ve 26 internetových obchodech se stránkami v českém jazyce, z toho 5 obchodů se specializovalo výhradně na syntetické látky. Mezi nejčastěji nabízené patřily látky ze skupiny katinonů a syntetických kanabinoidů.



Kapitola 1:

Národní protidrogová politika a její kontext

- 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. Rok 2013 byl čtvrtým rokem platnosti Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (Národní strategie 2010–2018) a prvním rokem platnosti jejího druhého akčního plánu na období 2013–2015.
- Většina krajů má zpracovány vlastní strategické dokumenty pro oblast protidrogové politiky, v letech 2013 a 2014 přijaly nové dokumenty kraje Vysočina a Praha. Také některá města a obce protidrogovou politiku definují samostatnými strategiemi. Klíčovým tématem projednávaným na RVKPP a v jejích poradních orgánech v r. 2013 a začátkem r. 2014 byla integrovaná protidrogová politika, tj. jednotná politika zaměřená současně na legální, nelegální látky a hazardní hráčství.
- V srpnu 2013 Ústavní soud zrušil pro neústavnost podstatnou část nařízení vlády č. 467/2009, ve kterém se pro účely trestního zákoníku určovalo větší než malé množství drog. Proto zaujal v březnu 2014 Nejvyšší soud sjednocující stanovisko k výkladu pojmu „množství větší než malé“ u OPL, v jehož příloze jsou hodnoty převzaté ze zrušeného nařízení vlády s výjimkou marihuany a pervitinu, u kterých došlo ke snížení.
- Od ledna 2014 je účinná novela zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a nový samostatný zákon č. 272/2013 Sb., o prekurzorech drog. Konkrétní seznamy návykových látek a tzv. výchozích a pomocných látek jsou nově vymezeny navazujícími nařízeními vlády č. 463/2013 Sb. a č. 458/2013 Sb. Od dubna 2014 vláda nově stanovila svým nařízením limity vybraných nealkoholových drog v krvi řidiče.
- V r. 2013 činily účelově určené výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy na protidrogovou politiku celkem 469,6 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 234,6 mil. Kč a z místních rozpočtů 234,9 mil. Kč, z toho z krajů šlo 172,4 mil. Kč a z obcí 62,5 mil. Kč. Do výdajů nejsou za r. 2013 započítány výdaje NPC (nejsou dostupné) a domovů se zvláštním režimem (ve výši 36,3 mil. Kč, z toho 28,9 mil. Kč ze státního a 7,4 mil. Kč z krajských rozpočtů). Ve srovnání s předchozím rokem vzrostly výdaje ve srovnatelných kategoriích celkově o 1,9 %, z toho výdaje ze státního rozpočtu vzrostly o 6,1 %, výdaje krajů klesly o 2,1 % a výdaje obcí klesly o 2,8 %. Z hlediska funkčního členění výdajů došlo k mírnému nárůstu nebo zachování výše financování ve všech oblastech s výjimkou prevence a oblasti koordinace-výzkum-hodnocení. Z Evropského sociálního fondu jsou na projekty protidrogové politiky na místní úrovni čerpány prostředky ve výši odhadem až 100 mil. Kč ročně.
- Výdaje ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2012 činily celkem 1597 mil. Kč, z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem bylo vydáno 1124 mil. Kč a na léčbu dalších drog 473 mil. Kč. Část, která byla vynaložena na adiktologické (AT) programy, dosáhla 148 mil. Kč u alkoholu a 64 mil. Kč u dalších drog.

1.1 Legislativní rámec

1.1.1 Právní předpisy

1.1.1.1 Trestněprávní předpisy

V r. 2013 nedošlo k žádné 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). Na půdě RVKPP se v rámci ad hoc pracovní skupiny diskutovala potřeba a způsob vymezení množství většího než malého omamné nebo psychotropní látky (OPL) pro účely skutkových podstat podle § 284, odst. 1, 2 a § 283, odst. 1, 2, písm. d) TZ, neboť od 23. srpna 2013 není v důsledku nálezu Ústavního soudu ČR¹ množství větší než malé stanoveno žádným právním předpisem – blíže viz VZ 2012. Jednání pracovní skupiny se stala jedním z podkladů pro přijetí Stanoviska trestního kolegia Nejvyššího soudu – blíže viz Aplikace práva, str. 14. Nařízení vlády č. 455/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku, zůstalo beze změn a nedošlo ani k jeho zrušení Ústavním soudem ČR či vládou samotnou.

V průběhu r. 2013 byla dále schválena změna právní úpravy návykových látek a prekurzorů, která konstrukci skutkových podstat drogových trestných činů bezprostředně ovlivňuje – viz dále.

Co do rozsahu drobnou, ale z hlediska poskytování a případného rozšíření spektra adiktologických služeb poskytovaných uvězněným poměrně významnou změnu přinesl zákon č. 276/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, a zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, s účinností od 1. ledna 2014. Novelizované znění zakazuje odsouzeným mimo jiné „přechovávat materiály obsahující popis výroby návykových látek“, ne však „přechovávání materiálů obsahujících též použití návykových látek či jedů“, jako tomu bylo před novelou. Odpadla tím bariéra znesnadňující šíření informací z oblasti prevence a snižování rizik v souvislosti s užíváním návykových látek, která v zásadě vylučovala zavedení nových programů v této oblasti. Současně novela zavedla povinnost nahradit náklady na vyšetření na přítomnost návykové látky, jestliže se prokáže její přítomnost.

1.1.1.2 Změny v zákoně o návykových látkách a prekurzorech drog

V r. 2013 došlo k zásadní změně v zákonném rámci upravujícím problematiku návykových látek a prekurzorů. S účinností od 1. ledna 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. Vláda i parlament si od tohoto řešení slibují 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 prekurzorech 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 seznamy návykových látek nebo prekurzorů drog jsou tedy od r. 2014 vymezeny podzákonnými právními předpisy. Touto změnou došlo k vyjmutí problematiky prekurzorů drog ze zákona č. 167/1998 Sb. do samostatného zákona č. 272/2013 Sb.

Kromě snadnější a rychlejší kontroly v oblasti nakládání s návykovými látkami prostřednictvím přesunutí seznamů OPL do nařízení vlády výše uvedená změna také definitivně oddělila a zpřehlednila doposud nesourodou a nepřehlednou právní úpravu prekurzorů, kdy docházelo

¹ Sp. zn. Pl. ÚS 13/12, vyhlášeno ve Sbírce zákonů pod č. 259/2013.

k aplikaci předpisů evropského primárního a zejména sekundárního práva v podobě nařízení i stávajících vnitrostátních norem².

1.1.1.3 Testování řidičů na přítomnost návykových látek

V oblasti problematiky řízení pod vlivem návykových látek jsou nově stanoveny limity vybraných návykových látek v krvi řidiče, a to nařízením 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. dubna 2014. Nově se má pro účely přestupkového řízení za to, že řidič řídil motorové vozidlo pod vlivem návykové látky, jestliže v krevním vzorku bylo dosaženo hodnot stanovených citovaným nařízením. Hodnoty jsou stanoveny pro 6 vybraných návykových látek, a to THC (2 ng/ml), metamfetamin (25 ng/ml), amfetamin (25 ng/ml), MDMA (25 ng/ml), MDA (25 ng/ml) a benzoylekgonin³ (25 ng/ml), kokain (25 ng/ml) a morfin (10/ml).⁴ U ostatních látek je nutno i nadále zkoumat ovlivnění konkrétního řidiče zjištěnou látkou individuálně prostřednictvím odborných vyjádření či ideálně znaleckých posudků. V případě trestního stíhání za trestný čin podle § 274 TZ Ohrožení pod vlivem návykové látky je vždy na místě zpracování znaleckých posudků pro posouzení toho, zda byl řidič v důsledku užití návykové látky ve stavu vylučujícím způsobilost.

1.1.1.4 Návrh zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami

Během jara 2013 proběhlo mezirezortní připomínkové řízení k návrhu zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky tabáku, alkoholu a jiných návykových látek a o změně souvisejících zákonů (zákon o ochraně zdraví před návykovými látkami) – blíže viz VZ 2012. Předkladatel, tj. Ministerstvo zdravotnictví (MZ), však bylo nuceno proces projednávání zákona v druhé polovině r. 2013 pozastavit s ohledem na vládní změny. Viz také kapitoly Další opatření protidrogové politiky (str. 16) a Politika a koordinace v oblasti léčby (str. 72).

Návrh nového zákona by měl být dílčím způsobem zároveň jedním z transpozičních předpisů, k nové směrnici Evropského parlamentu a Rady č. 2014/40/EU ze dne 3. dubna 2014 o sblížování právních a správních předpisů členských států, týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových výrobků a souvisejících výrobků a o zrušení směrnice 2001/37/ES. Projednávání návrhu tohoto významného předpisu pro oblast kontroly tabáku probíhalo na úrovni Evropské unie v průběhu celého roku 2013 a účastnila se jej i Česká republika. Gestorem návrhu směrnice bylo Ministerstvo zemědělství, které je zároveň gestorem i pro implementaci výsledné směrnice. Ministerstvo zdravotnictví figuruje v roli spolugestora.

Se zdůvodněním, že není vhodné čekat až na vládní návrh, podala dne 18. července 2014 skupina poslanců návrh stručné novely zákona č. 379/2005 Sb., spočívající v zavedení zákazu kouření ve vnitřních prostorách zařízení společného stravování⁵.

1.1.1.5 Změny týkající se profese adiktologa

Profese adiktologa zaznamenala další vývoj, pokud jde o právní zakotvení tzv. zdravotních výkonů adiktologa pro účely úhrady ze zdravotního pojištění – viz také VZ 2012. Ty byly interní kontrolou

² Důvodová zpráva k návrhu novely zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=68&t=981>

³ Metabolit kokainu

⁴ Pokud se řidič motorového vozidla při dopravní kontrole podrobí orientačnímu testu návykových látek ve slinách (např. pomocí testu Drugwipe) s pozitivní detekcí v některé z testovaných skupin látek, vzniká podezření na možné řízení pod vlivem návykových látek. V tomto případě je řidič předveden k základnímu lékařskému vyšetření, které je spojeno s odběrem vzorku krve pro konfirmační toxikologické vyšetření pomocí metod na bázi GC-MS nebo LC-MS, která má vyloučit možnou falešnou pozitivitu orientačního testu a stanovit krevní koncentrace jednotlivých návykových látek (Věstník MZ ČR 9/2012: Metodický pokyn pro postup při toxikologickém vyšetření specifikovaných návykových látek v krvi nebo v moči).

⁵ Sněmovní tisk 272/0: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=78&t=272> [2014-08-01]

MZ schváleny v březnu 2013 a následně publikovány 20. prosince 2013 vyhláškou MZ č. 421/2014, kterou se mění vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. S účinností od 1. ledna 2014 tak právně existuje celkem 6 specifických adiktologických výkonů, a to v kapitole 919 – adiktologie. Jde o vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče, kontrolní vyšetření, minimální kontakt adiktologa s pacientem, adiktologickou terapii individuální, rodinou a skupinovou⁶. Bližší podrobnosti o adiktologických výkonech jsou podrobně popsány ve speciálním čísle Zaostřeno na drogy (Fidesová et al., 2013).

1.1.2 Aplikace práva

Za účelem sjednocení soudní praxe při výkladu pojmu „množství větší než malé“ u OPL a přípravků je obsahujících a jedů, a to zejména v souvislosti posuzováním trestnosti držení drog pro vlastní potřebu ve smyslu § 284, odst. 1 a 2 TZ – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu⁷ zaujalo dne 13. 3. 2014 trestní kolegium Nejvyššího soudu ČR stanovisko k výkladu pojmu „množství větší než malé“ u omamných a psychotropních látek a přípravků je obsahujících a jedů (§ 283, § 284, 285 TZ)⁸. Nejvyšší soud ČR zaujal v citovaném stanovisku právní názor, pokud se týče znaku přechovávání pro vlastní potřebu ve smyslu § 284, odst. 1, 2 TZ, kdy „postačí po formální stránce jakýkoliv způsob držení omamné nebo psychotropní látky či jedu bez povolení pro sebe, aniž by ji pachatel musel mít přímo při sobě“. Zároveň Nejvyšší soud konstatoval, že „držení jen jedné dávky konzumentem drog před jejich použitím není přechováváním, ale jen tzv. spotřební držbou“. Pokud se týče znaku větší než malé množství, ve stanovisku soud konstatoval, že „Za ‚množství větší než malé‘ ve smyslu § 284, odst. 1, 2 tr. zákoníku je třeba obecně považovat takové množství přechovávané omamné nebo psychotropní látky nebo jedu, které vícenásobně – podle ohrožení vyplývajícího pro život a zdraví lidí ze škodlivosti jednotlivých látek – převyšuje běžnou dávku obvyklého konzumenta“. V příloze stanoviska jsou hodnoty omamných látek, psychotropních látek a přípravků je obsahujících pro účely trestního zákoníku, které byly až na 2 výjimky převzaty z nařízení vlády č. 67/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů, které bylo z podstatné části (včetně přílohy) zrušeno nálezem Ústavního soudu v roce 2013⁹. Ke změně došlo u kanabinoidů, kdy byl sjednocen podle mínění Nejvyššího soudu neodůvodněný rozdíl mezi hodnotami THC u marihuany a hašíše. Došlo tak ke snížení hodnoty THC u marihuany na 1 g (oproti předchozímu 1,5 g) a současně k proporcionálnímu snížení prahového množství „většího než malého“ na 10 g sušiny (oproti předchozím 15 g). Dále došlo ke snížení prahového množství u pervitinu z 2 g na 1,5 g a ke snížení minimálního množství účinné látky (metamfetaminu) z 0,6 na 0,5 g a u hydrochloridu z 0,72 g na 0,6 g. U ostatních OPL ponechalo kolegium Nejvyššího soudu ČR hodnoty na úrovni zrušeného nařízení vlády.

V listopadu 2013 realizovala Policie ČR akci zaměřenou na likvidaci tzv. growshopů, tj. obchodů zabývajících se prodejem a distribucí zboží a produktů pro pěstování rostlin pod umělým osvětlením, které podle policie měly šířit toxikomanii, když nabízely celou technologii k pěstování konopí. Podnětem pro zásah bylo rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 31. října 2012¹⁰, které blíže vymezilo předpoklady pro posouzení trestní odpovědnosti pro trestný čin šíření toxikomanie podle § 287 trestního zákoníku. Majitel a zaměstnanec growshopu byli nalézacím soudem odsouzeni za

⁶ Typ I. pro skupinu max. 9 osob v trvání 120 minut

⁷ Termín „množství větší než malé“ používá TZ též ve vztahu k trestnému činu Nedovolené výroby a jinému nakládání s omamnými a psychotropními látkami podle § 283, odst. 1, 2, písm. d), kdy je přísněji trestán pachatel, který nedovoleně nakládá s uvedenými látkami ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu patnácti let. S termínem množství větší než malé pracuje též § 285 TZ – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, přičemž pro účely tohoto ustanovení i nadále zůstává v účinnosti nařízení vlády č. 455/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku.

⁸ Sp. zn. Tjpn 301/2013

⁹ Sp. zn. Pl. ÚS 13/12, vyhlášeno ve Sbírce zákonů pod č. 259/2013

¹⁰ Sp. zn. 8 Tdo 1206/2012

trestný čin šíření toxikomanie podle ust. § 287 odst. 1, odst. 2 písm. c) TZ. Trestný čin spočíval v tom, že oba obvinění v období 2 měsíců během r. 2011 v growshopu nabízeli a veřejně prezentovali tiskoviny propagující pěstování konopí a užívání marihuany a poskytovali návod k pěstování různých kultivarů konopí s co nejvyšším obsahem THC. V tiskovinách byl obsažen též popis účinků užívání na lidský organismus a obsah THC v jednotlivých kultivarech. Dále obvinění nabízeli a prodávali zákazníkům semena konopí setého. Oba byli odsouzeni k trestu odnětí svobody v trvání 1 roku s podmínkou. Majiteli growshopu byl též uložen trest propadnutí věci. Odvolání ve věci byla zamítnuta jako nedůvodná. Dovolání podané Nejvyššímu soudu ČR bylo odmítnuto jako zjevně neopodstatněné. Oba odsouzení byli účastni na amnestii prezidenta republiky z 1. ledna 2013, tj. byly jim prominuty uložené podmíněně odložené tresty odnětí svobody.

Odsouzení v případě, o kterém rozhodoval Nejvyšší soud (viz výše), podali stížnost Ústavnímu soudu ČR. Na projednání ústavní stížnosti obvinění trvali, když tvrdili, že skutek, jehož se měli dopustit, není trestným činem. Obvinění mimo jiné namítali, že jejich odsouzení porušuje princip subsidiarity trestní represe a odporuje jejímu chápání jako krajního prostředku. Ústavní soud ve svém nálezu ze dne 20. února 2014¹¹ ústavní stížnost zamítl a mimo jiné konstatoval, že vnímá odborné i laické diskuse při posuzování kriminalizace či dekriminalizace drogových deliktů, v nichž nebylo dosaženo společenského konsenzu, a že se „nehodlá k legislativnímu řešení této otázky kriminalizace šíření toxikomanie jakkoliv vyjadřovat“.

Viz také kapitolu Domácí produkce, dovoz a vývoz drog (str. 161).

1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace

1.2.1 Národní strategie a akční plán

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Rok 2013 byl čtvrtým rokem platnosti Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (Národní strategie 2010–2018) a prvním rokem platnosti jejího druhého akčního plánu na období 2013–2015. V období platnosti strategie budou vytvořeny celkem 3 tříleté akční plány – blíže viz VZ 2009 a 2010.

Akční plán na období 2013–2015 byl schválen usnesením vlády č. 219 ze dne 27. března 2013. Jeho priority vycházejí z předchozího akčního plánu a jsou jimi:

- snížení míry nadměrného pití alkoholu a intenzivního užívání konopí mladými lidmi,
- zaměření na vysokou míru problémového užívání pervitinu a opiátů/opioidů,
- zefektivnění financování protidrogové politiky,
- integrovaná protidrogová politika.

Blíže k akčnímu plánu viz VZ 2012.

1.2.2 Implementace a evaluace národní strategie a akčního plánu

V březnu 2014 projednala RVKPP průběžné hodnocení plnění aktivit Akčního plánu 2013–2015 za rok 2013. Akční plán obsahuje celkem 100 aktivit, z nich 25 s průběžným plněním, 39 s termínem plnění v r. 2013 a 36 v letech 2014 a 2015. Informace poskytlo 9 ministerstev. Z celkem 64 aktivit s termínem plnění v r. 2013 a průběžným plněním bylo v r. 2013 plněno 26 (40 %), částečně plněno 31 (49 %) a nesplněno 7 (11 %).

¹¹ Sp. zn. III. ÚS 934/13

K průběžnému hodnocení Národní strategie 2010–2018 a hodnocení Akčního plánu 2010–2012 viz VZ 2012.

1.2.3 Další opatření protidrogové politiky

Klíčovým tématem projednávaným na RVKPP a v jejích poradních orgánech v r. 2013 a začátkem r. 2014 byla integrovaná protidrogová politika, tj. politika sjednocující problematiku legálních, nelegálních návykových látek a hazardního hráčství. V této souvislosti RVKPP diskutovala Zprávu národního protidrogového koordinátora: kritické zhodnocení stavu protidrogové politiky, která shrnula současný stav protidrogové politiky a její koordinace a navrhla posílit protidrogovou politiku v oblasti integrace legálních, nelegálních drog a hazardního hráčství, v oblasti koordinace a financování (např. určení části odvodů a daní z hazardních her, tabáku nebo alkoholu na řešení problémů s nimi spojených). Materiál vyvolal mezirezortní rozpory a nakonec byl z jednání vlády v prosinci 2013 stažen. V letech 2013 a 2014 RVKPP také několikrát bouřlivě diskutovala návrhy na změnu svého statutu, zejména v otázkách integrované politiky a její koordinace¹². Novela statutu, která rozšířila definici protidrogové politiky o oblast legálních drog a hazardního hráčství a odpovídajícím způsobem zvýšila počet členů RVKPP, byla schválena RVKPP v červenci 2014 a do mezirezortního připomínkového řízení byla předložena v září 2014. Téma integrované politiky a její koordinace, ale také téma definice a zajištění dostupnosti adiktologických služeb, bylo součástí diskuzí kolem návrhu zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, kterým se má nahradit zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami – blíže viz VZ 2012 a kapitolu Legislativní rámec (str. 12).

V r. 2013 a 2014 NMS na základě usnesení vlády č. 655 ze dne 6. září 2012 zpracovalo analýzu výskytu hazardního hraní a jeho zdravotních a sociálních dopadů v ČR. Zpráva byla vládě předložena v září 2014. V červnu 2013 RVKPP schválila také vyhlášení nové oblasti podpory pro oblast patologického hráčství pro r. 2013 v rámci dotačního řízení RVKPP. Do tohoto dotačního řízení se přihlásilo 18 projektů.

Akční plán na období 2013–2015 mimo jiné uložil MZ zpracovat Národní akční plán k omezení škod působených alkoholem. MZ tento úkol přehodnotilo a zpracovalo návrh samostatné Národní strategie pro omezení škod působených alkoholem. Po mezirezortní diskuzi a námitce proti vytváření paralelních strategických dokumentů v rozporu s koncepcí integrace legálních i nelegálních drog a patologického hráčství do jedné politiky byl návrh alkoholové strategie v květnu 2014 začleněn RVKPP do Národní strategie 2010–2018. Kromě začlenění oblasti alkoholu RVKPP projednala v červenci 2014 také revizi Národní strategie 2010–2018 integrující oblast hazardního hráčství. Revidovaná strategie integrující oblasti alkoholu a patologického hráčství a předpokládající vznik samostatných akčních plánů pro uvedené oblasti alkoholu a hazardního hráčství na období 2015–2018 bude do konce r. 2014 předložena ke schválení vládě.

V září 2013 zahájila činnost ad hoc Pracovní skupina (RVKPP) k nálezu Ústavního soudu k většímu než malému množství drog ze srpna 2013¹³, jež měla zhodnotit situaci a stanovit další legislativní postup v návaznosti na zrušení části právních předpisů, které stanovovaly hranici množství drog pro účely rozlišení kvalifikace držení drogy pro vlastní potřebu jako přestupku nebo trestného činu. Pracovní skupina se podílela na přípravě podkladů pro sjednocující stanovisko Nejvyššího soudu ke stanovení množství většího než malého u návykových látek – blíže viz kapitulu Legislativní rámec (str. 12).

¹² Např. Ministerstvo vnitra v červnu 2014 navrhlo dokonce zrušit RVKPP jako poradní orgán vlády pro oblast protidrogové politiky a pověřit koordinační roli některý z rezortů.

¹³ Sp. zn. Pl. ÚS 13/12, vyhlášeno ve Sbírce zákonů pod č. 259/2013.

Koncem r. 2013 vznikla ad hoc Pracovní skupina (RVKPP) pro revizi postupu zavádění zákona pro léčbu konopím do praxe¹⁴. Hlavním cílem je odstranit příčiny přetrvávající nedostupnosti léčby konopím.

Od září 2013 zajišťuje sekretariát RVKPP činnost odborné diskuzní platformy Adiktologické fórum vytvořené v rámci projektu NETAD (blíže viz kapitolu Prevence, str. 47) za účelem výměny informací a pravidelného setkávání odborníků a z oblasti adiktologie.

V březnu 2013 MZ oficiálně zřídilo Mezirezortní pracovní skupinu k problematice komplexní ochrany před škodami působenými tabákem (MPS KOTA) za účelem koordinace plnění závazků vyplývajících pro Českou republiku z Rámcové úmluvy Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku a dalších mezinárodních instrumentů a pro potřeby koordinace spolupráce státních orgánů při realizaci opatření zaměřených na prevenci a snižování spotřeby tabáku, závislosti na nikotinu (včetně problematiky elektronické cigarety a jiných souvisejících inovativních výrobků) a expozice tabákovému kouři. Vedle této nové pracovní skupiny funguje pod MZ rezortní pracovní skupina pro problematiku návykových nemocí.

Organizace Česko-vietnamská společnost a Svaz Vietnamců v ČR ve spolupráci s vietnamskou vládou připravily protidrogovou kampaň zaměřenou na prevenci drogové kriminality v příhraničních regionech s Německem (Saskem a Bavorskem), kde v posledních letech došlo k nárůstu zapojení osob vietnamské národnosti do výroby a distribuce metamfetaminu.

Projekt Vietnamsko-česká protidrogová liga¹⁵ si klade za cíl varovat před skrytým nebezpečím drogové závislosti a aktivně upozorňovat na to, že páčání drogové kriminality několika jednotlivci může poškozovat pověst Vietnamců v ČR a narušit tak jejich soužití s majoritní společností. V rámci protidrogové kampaně zorganizovala Česko-vietnamská společnost dva semináře (v březnu 2013 v Ústí nad Labem a v dubnu 2013 v Chebu) s cílem představit projekt Vietnamsko-české protidrogové ligy. Na semináře navázaly v listopadu a prosinci 2013 tři konference s názvem Stop drogám v Plzni, Liberci a Českých Budějovicích.

V souvislosti s rostoucí přeshraniční drogovou kriminalitou vyhlásil koncem roku 2013 Česko-německý fond budoucnosti jako téma pro následující rok Společné angažmá české a německé občanské společnosti v oblasti drogové prevence¹⁶. Cílem Česko-německého fondu budoucnosti je v r. 2014 (spolu)financovat projekty, které podporují výměnu informací a spolupráci organizací působících v oblasti prevence a léčby drogové závislosti na české a německé straně.

V souvislosti s volbami do místních zastupitelstev, které se budou konat v říjnu 2014, zahájily některé politické strany a politická hnutí předvolební kampaně, ve kterých se objevuje drogová problematika jako jedno z témat, která mají přilákat voliče ve velkých městech. Hnutí PRO PRAHU spustilo billboardovou kampaň upozorňující na problémy Pražanů – problémy s parkováním, nepořádek na ulicích, kriminalitu a drogy v ulicích (jeden ze sloganů zní Stříkačky jen pro hasiče: město bez drog¹⁷). Občanská konzervativní strana¹⁸ si v Praze klade za cíl řešení bezdomovecké otázky, Pirátská strana¹⁹ dlouhodobě prosazuje legalizaci pěstování, výroby a držení psychotropních látek pro osobní potřebu.

1.2.3.1 Iniciativy občanské společnosti a odborné veřejnosti

V r. 2013 se do popředí zájmu odborné a laické veřejnosti dostalo téma patologického hráčství. Byla uspořádána řada diskuzí, seminářů či konferencí na toto téma. V říjnu 2013 se v Senátu PČR konala

¹⁴ Zákon č. 50/2013 Sb., kterým se změnil zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích – viz blíže VZ 2012.

¹⁵ <http://www.cvs-praha.cz/ProtidrogovaLiga/> [2014-08-12]

¹⁶ <http://www.fondbudoucnosti.cz/aktuality/media/fond-budoucnosti-se-zameri-na-prevenci-drog-da-penize-projektum-ctk> [2014-08-12]

¹⁷ <http://www.proprahu.cz/cz/novinky/1374/pro-prahu-odstartovalo-prvni-billboardovou-kampan> [2014-08-19]

¹⁸ <http://okstrana.cz/reseni-bezdomovecke-otazky-praze/> [2014-08-19]

¹⁹ http://www.pirati.cz/program/psychotropni_latky [2014-08-19]

konference o hazardu, jeho sociálních dopadech a možnostech omezení²⁰ pořádaná Výborem pro zdravotnictví a sociální politiku. Cílem konference byla výměna názorů na hazard ve společnosti, prostor na konferenci dostali zástupci veřejných institucí, občanských sdružení bojujících proti hazardu i zástupci provozovatelů hazardních her v ČR.

V prosinci 2013 se konala odborná konference na téma Patologické hráčství – možnosti léčby, služby poskytující pomoc v této oblasti a jejich financování²¹. Konferenci předcházely v listopadu dva kulaté stoly na téma hazardu organizované v Brně a Olomouci.

Na přelomu let 2013 a 2014 proběhla bouřlivá diskuze o koncepci protidrogové politiky Hl. m. Prahy na období 2013–2020, která mimo jiné počítala se zřízením aplikačních místností pro aktivní uživatele drog a proti níž se zvedla vlna odporu ze strany městských částí. Návrh koncepce byl přepracován a schválen až v březnu 2014 (viz dále).

V březnu 2013 zorganizovalo občanské sdružení Advaita v Liberci dvoudenní konferenci pracovníků terapeutických komunit²², která navazovala na konferenci SANANIM v r. 2011 s titulem 20 let terapeutické komunity pro závislé v ČR.

V květnu 2013 organizoval SANANIM konferenci Rodina a drogy 2013²³. Na konferenci byly prezentovány přístupy k práci s rodinou, možnosti využití rodinné terapie v adiktologické ambulanci, užívání nelegálních drog v romských rodinách, ale také témata domácího násilí nebo poruch příjmu potravy (Čtrnáctá, 2013).

Dále se v květnu 2013 v Senátu PČR uskutečnil seminář ke Světovému dni bez tabáku. Pořadatelé semináře byly Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu PČR, Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, kancelář WHO v ČR a další.²⁴

V červnu 2013 proběhl 52. ročník celostátní adiktologické konference (AT konference), kterou pořádá Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP (SNN). Tématem konference v r. 2013 byl vývoj a obsah paradigmatu oboru adiktologie v ČR, další ročník konference se konal v dubnu/květnu 2014²⁵.

V říjnu 2013 uspořádal Institut pro kriminologii a sociální prevenci jednodenní odborný seminář na téma Ohrožená mládež ve světle výzkumů a praxe preventivního zacházení z perspektivy současného výzkumu²⁶ zaměřený na kriminalitu mladých lidí a jejich názory na kriminalitu a prevenci kriminality.

V říjnu 2013 se konala dvoudenní Adiktologická konference Jihočeského kraje s podtitulem Mimo střed²⁷, která se zabývala problematikou sociálního vyloučení, menšin a práce se specifickými cílovými skupinami uživatelů drog.

V listopadu 2013 se konal již 4. mezinárodní konopný veletrh Cannafest²⁸. 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.

V listopadu 2013 proběhla pod záštitou MŠMT a České národní agentury Konference o mládeži²⁹, jejímž cílem bylo poskytnout diskuzní platformu nad dalším směřováním podpory dětí a mládeže v České republice, informovat odbornou veřejnost o možnostech financování aktivit pro děti a mládež a nabídnout prostor pro sdílení zkušeností a metod z oblasti práce s dětmi a mládeží.

²⁰ <http://www.senat.cz/zpravodajstvi/zprava.php?id=1650> [2014-08-12]

²¹ <http://www.edad.cz/> [2014-08-12]

²² <http://konference.terapeutickakomunita.cz/> [2014-08-12]

²³ <http://www.sananim.cz/projekty/odborne-konference.html> [2014-08-12]

²⁴ <http://www.who.cz/31-kvetna-svetovy-den-bez-tabaku.html> [2014-10-01]

²⁵ <http://www.at-konference.cz/archiv/rocnik-2013/> [2014-08-12]

²⁶ <http://www.ok.cz/iksp/news.html> [2014-08-12]

²⁷ <http://www.akjck.cz/clanky/probehle-rocniky/2013---vii-rocnik.html> [2014-08-12]

²⁸ <http://www.cannafest.cz/profil-veletrhu/> [2014-08-12]

²⁹ <http://www.msmt.cz/mladez/konference-o-mladezi-2013-se-uskutecni-v-listopadu-v-praze> [2014-08-12]

Tématy bylo hodnocení životního stylu mládeže v ČR: rizikové faktory, ukázka akreditovaných preventivních programů a možnosti spolupráce na vytváření preventivních programů.

V listopadu 2013 byl uspořádán 10. ročník konference Primární prevence rizikového chování s názvem Jeden svět nestačí aneb sbližování paralelních světů zdravotnické a školské prevence³⁰ zaměřený na témata spolupráce rezortů školství a zdravotnictví v oblasti primární prevence rizikového chování. Konference v r. 2014 nese název (Ne)bezpečná škola! A pro koho? a zaměřuje se na téma bezpečí a nebezpečí ve škole - bezpečného prostředí pro děti, bezpečí pedagogů, ostatních pracovníků školy a rodičů.

V listopadu 2013 se konala také dvoudenní konference I. kriminologické dny³¹ organizovaná Českou kriminologickou společností a Policejní akademií ČR. Konference se zaměřila na vybraná kriminologická témata včetně vězeňství a alternativní přístupy k trestání, extremismus a politický radikalismus, organizovanou kriminalitu a drogy. Navazující konference II. kriminologické dny se konala v lednu 2014 v Českých Budějovicích (Svatoš & Kříha, 2014). Paralelně se v listopadu 2013 konala pod záštitou veřejného ochránce práv v Brně jednodenní odborná konference České kriminologické společnosti a Sekce sociálních kurátorů Společnosti sociálních pracovníků ČR s názvem Bezdomovectví a kriminalita³² zaměřená na osoby bez přístřeší jako pachatele i oběti trestné činnosti.

V prosinci 2013 proběhla odborná konference k projektu NETAD³³ s názvem Bílá místa na mapě adiktologických služeb³⁴. Pozornost byla věnována aktuálním tématům: děti a mladiství v adiktologických službách, ženy, těhotenství a kouření, adiktologie v péči o seniory a substituční léčba u pervitinu. V závěru konference proběhlo slavnostní vyhlášení vítězů Ceny adiktologie a Ceny Kiron – Cenu adiktologie v r. 2013 získala Arnoštka Maťová, dlouholetá spolupracovnice doc. Skály, za celoživotní přínos oboru adiktologie, cenu Kiron za nejlepší adiktologický počin roku získala Česká asociace adiktologů za realizaci zdravotních výkonů profese adiktologa. Dalším oceněným cenou Kiron bylo o.s. Prevent za akci Železný adiktolog³⁵ (k akci viz blíže VZ 2012). Závěrečná konference projektu NETAD s názvem Quo vadis, adiktologie: Reflexe výsledků projektu NETAD a jejich dalšího využití proběhla souběžně s AT konferencí v Seči v dubnu 2014.

V prosinci 2013 pořádalo MŠMT také konferenci Šikana a kyberšikana³⁶ určenou primárně krajským školským koordinátorům prevence, metodikům prevence v pedagogicko-psychologických poradnách a školním metodikům prevence na školách zaměřenou na rizika spojená s internetem a sociálními sítěmi. Téma šikany a kyberšikany na školách bylo také tématem krajské konference Královéhradeckého kraje³⁷ organizované v listopadu 2013.

Rovněž v prosinci 2013 se konala v Karlových Varech IV. krajská konference Prevence kriminality a rizikového chování³⁸, v listopadu proběhla Konference primární prevence Libereckého kraje, v říjnu se konala 6. krajská konference k prevenci rizikového chování v Moravskoslezském kraji.

Počátkem r. 2014 byla na internetu spuštěna kampaň Weed like to talk³⁹, která využívá práva občanů členských zemí vznášet témata pro řídicí orgány Evropské unie prostřednictvím takzvané Evropské občanské iniciativy (European Citizens' Initiative – ECI). Cílem iniciativy, kterou spustili francouzští studenti, je snaha sjednotit politiky ve vztahu ke konopným látkám v Evropě – změnit

³⁰ <http://www.pprch.cz/Minule-rocniky/X-rocnik-konference-PPRCH-2013/> [2014-08-12]

³¹ <http://www.czkrim.cz/> [2014-08-12]

³² <http://www.ok.cz/iksp/docs/a131015.pdf> [2014-08-12]

³³ Projekt Síťování vědecko-výzkumných kapacit a cílený rozvoj spolupráce mezi vysokými školami, veřejnou správou, soukromým a neziskovým sektorem v adiktologii (CZ.1.07/2.4.00/17.0111), jehož řešitelem byla Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, partnery byli A.N.O. a Sdružení Podané ruce.

³⁴ <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/580/4623/Cena-adiktologie-2013> [2014-08-12]

³⁵ <http://www.zelezny-adiktolog.cz> [2014-08-12]

³⁶ <http://www.prevence-info.cz/udalost/konference-sikana-kybersikana> [2014-08-12]

³⁷ <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/3/4307/Krajska-konference-Kralovehradeckeho-kraje-Sikana-a-kybersikana-ve-skolach> [2014-08-12]

³⁸ <http://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/socialni/Konference.aspx> [2014-08-12]

³⁹ <http://weedliketotalk.wix.com/wlwt#a-propos1/c207v> [2014-08-19]

prohibiční systém, dekriminlizovat uživatele konopných látek a zavést legální regulovaný trh s konopím a konopnými produkty. Název iniciativy je slovní hříčkou – místo správného *We'd like to talk* (Rádi bychom si promluvili) je zde použit slangový výraz pro marihuanu (*Weed*), a výrok tedy vyznívá, že tráva má cosi na srdci. Cílem iniciativy je získat 1 milion podpisů napříč EU, aby iniciativa mohla být předložena Evropské komisi. V ČR byla petice podpořena zvláštní kampaní⁴⁰.

Na konci r. 2013 byla založena Nadace ADICTA⁴¹, která si klade za cíl podporu a realizaci vědeckých, výzkumných a evaluačních aktivit v oboru adiktologie, podporu inovativních vzdělávacích a výzkumných projektů ke zvyšování odborné úrovně a prestiže celého oboru i podporu léčby uživatelů návykových látek. Hlavním posláním nadace je shromažďovat finanční prostředky na rozvoj v oboru adiktologie, na vzdělávání lékařů i nelékařských profesí v oboru adiktologie nebo na financování studijních pobytů studentů na českých i světových adiktologických pracovištích.

1.2.4 Koordinace protidrogové politiky

1.2.4.1 Koordinace na národní úrovni

V r. 2013 se RVKPP sešla 5krát a 2krát hlasovala formou *per rollam*. K zajištění horizontální koordinace na národní úrovni má RVKPP k dispozici 5 stálých výborů a 3 stálé pracovní skupiny pro specifické oblasti protidrogové politiky a 6 stálých pracovních skupin NMS. RVKPP dále zřizuje podle potřeby další pracovní skupiny.

tabulka 1-1: Přehled výborů a pracovních skupin RVKPP v r. 2013

Výbory	Stálé pracovní skupiny	Ad hoc pracovní skupiny
➤ Výbor zástupců rezortů a institucí ➤ Výbor zástupců regionů ➤ Dotační výbor ➤ Certifikační výbor ➤ Poradní výbor pro sběr dat o drogách	➤ pro metamfetamin ➤ pro prevenci a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích ➤ pro spolupráci s Evropskou unií – rezortní koordinační skupina ➤ 6 pracovních skupin NMS: – populační a školské průzkumy o postojích k užívání drog – žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním drog – infekční nemoci spojené s užíváním drog – drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog – systém včasného varování před novými drogami (EWS) – data trestněprávního sektoru	➤ k nálezů Ústavního soudu k většímu než malému množství drog ➤ pro revizi postupu zavádění zákona pro léčbu konopí do praxe ➤ pro financování protidrogové politiky

1.2.4.2 Koordinace na krajské a obecní úrovni

K organizaci koordinace protidrogové politiky na místní úrovni viz blíže VZ 2012.

Funkce krajského protidrogového koordinátora je zřízena ve všech krajích kromě Moravskoslezského. Stejně jako v předchozím roce i v r. 2013 funkci KPK na celý úvazek vykonávalo 7 koordinátorů.

Krajští protidrogoví koordinátoři jsou v organizační struktuře krajského úřadu zařazeni většinou na pozici referenta odborů sociálních věcí (10x), na odboru zdravotnictví (2x), na odboru školství (1x); v jednom případě je krajský koordinátor organizačně začleněn pod kancelář hejtmána.

V 9 krajích ze 14 jsou zřízeny komise kraje pro otázky protidrogové politiky; ve dvou krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem. V dalších třech krajích

⁴⁰ <http://weedliketotalk.cz> [2014-09-07]

⁴¹ <http://www.adicta.cz/cz/o-nadaci/> [2014-08-12]

(Královeshradeckém, Moravskoslezském a Jihomoravském), kde není zřízena komise, existují pracovní skupiny, které se koordinací protidrogové politiky zabývají.

V r. 2013 byla po několika letech ve Středočeském kraji opětovně zřízena Krajská protidrogová komise a nahradila tak stálou pracovní skupinu. Krajská protidrogová komise zřídila jako své poradní orgány 3 stálé pracovní skupiny, a to pro oblast harm reduction, léčbu a resocializaci a primární prevenci. Krajská protidrogová komise začala po svém vzniku pracovat na návrhu nové Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na období 2014–2018. Středočeský kraj momentálně nemá specifický dokument upravující protidrogovou politiku.

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. Liberecký kraj měl až do r. 2012 zpracovaný Akční plán protidrogové politiky Libereckého kraje, jehož platnost skončila v r. 2012; nový akční plán zatím nebyl schválen. V r. 2013 byl schválen nový Akční plán realizace Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2014–2015. V březnu 2014 byl schválen koncepční materiál Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014 až 2020.

V r. 2013 průběžné hodnocení strategických dokumentů protidrogové politiky realizovalo 5 krajů (Jihočeský, Královeshradecký, Pardubický, Zlínský a Moravskoslezský). Šlo hlavně o interní průběžný monitoring splnění naplánovaných opatření a priorit. Praha, Jihomoravský a Ústecký kraj v r. 2013 realizovaly závěrečné hodnocení svých předchozích strategických dokumentů.

Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři (MPK). V r. 2013 se navýšil počet MPK jen v Ústeckém kraji, kde byli ustanoveni 3 noví místní protidrogoví koordinátoři v obcích Litoměřice, Varnsdorf a Litvínov. Naopak k významnějšímu meziročnímu snížení počtu MPK došlo ve Středočeském kraji, kde se jejich počet snížil z původních 24 na 19.

Místní protidrogoví koordinátoři byli tedy v r. 2013 ustaveni ve 181 obcích s rozšířenou působností z celkového počtu 205 a ve všech 22 městských částech hl. m. Prahy. MPK ve všech obcích s rozšířenou působností mají kromě Prahy ještě kraje Plzeňský, Liberecký, Pardubický, Jihomoravský, Olomoucký a Vysočina.

Oblast protidrogové politiky měst a obcí je obvykle alespoň v minimální míře (v oblasti specifických sociálních služeb a jejich podpory) zpracována v místních komunitních plánech sociálních služeb. Dále bývá protidrogová politika zpracována např. v koncepcích prevence kriminality nebo v rámci dokumentů o životním stylu. Některá města a obce však protidrogovou politiku zpracovávají v samostatných dokumentech⁴².

1.3 Rozpočty a financování

1.3.1 Výdaje z veřejných rozpočtů

Protidrogová politika byla v r. 2013 financována podobně jako v předchozích letech z centrální úrovně (státní rozpočet) a regionální úrovně (krajské a obecní rozpočty). Výdaje v těchto rozpočtech na programy protidrogové politiky jsou plánované a identifikovatelné a označují se jako účelově určené (tzv. labelled) výdaje. Další rozpočtové výdaje, které nejsou předem plánované, případně další nepřímé společenské náklady spojené s užíváním návykových látek se dosud neodhadují

⁴² Strategie protidrogové politiky města Milevska na období 2010–2014 (Jihočeský kraj) či Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011–2014 (Jihomoravský kraj). V r. 2013 byly schváleny nové specifické koncepční dokumenty protidrogové politiky na místní úrovni: Místní plán protidrogové politiky města Kyjova a jeho prováděcí dokument Akční plán protidrogové politiky města Kyjova na období 2014–2015 (Jihomoravský kraj), Protidrogový plán města Plzně na období 2013–2015 a jeho Akční plán na rok 2013 (Plzeňský kraj) a začátkem r. 2014 byl schválen Plán protidrogové prevence pro Benešov na období 2014–2016 (Středočeský kraj).

pravidelně každým rokem a nejsou předmětem této kapitoly. Naposledy byly celkové společenské náklady v důsledku užívání návykových látek v ČR vyčísleny za r. 2006 a 2007 (Zábranský et al., 2011) – blíže viz také VZ 2011. Kromě veřejných rozpočtů jsou adiktologické služby financovány z veřejného zdravotního pojištění – odhad těchto nákladů uvádí kapitola Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog (str. 27).

Zdrojem dat pro každoroční monitoring účelově určených výdajů ze státního rozpočtu jsou státní závěrečné účty rezortů a doplňující informace od zástupců či kontaktních osob rezortů a státních institucí. Zdrojem dat na regionální úrovni jsou výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v jednotlivých krajích. V r. 2013 byla provedena změna struktury v hlášení výdajů, kterou došlo k podrobnějšímu členění preventivních, nízkoprahových, ambulantních i rezidenčních léčebných adiktologických služeb.

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

Kromě těchto rezortů 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 identifikovatelnou cílovou skupinou uživatelé návykových látek. Ministerstvo vnitra (MV) také nemá samostatnou rozpočtovou položku pro financování protidrogové politiky, ale v souvislosti se zvýšenou drogovou kriminalitou v příhraničí s Německem vyhlásilo v r. 2013 mimořádný dotační preventivní program. Dále se na realizaci protidrogové politiky významnou měrou podílejí specializované složky orgánů vymáhání práva. Patří sem Celní protidrogová jednotka (CPJ), která je součástí Generálního ředitelství cel (GŘC), a Národní protidrogová centrála Služby Kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC). Na jejich činnost není vyčleněna samostatná rozpočtová položka protidrogová politika, a nedá se tudíž zjistit ze státního závěrečného účtu.

Druh výdajů na protidrogovou politiku vykazovaných jako účelově určené se napříč institucemi liší. Zatímco některé vykazují pouze výši prostředků rozdělených a vyúčtovaných 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 dokáží identifikovat pouze investiční prostředky (GŘC) nebo pouze mzdové a provozní výdaje, které kromě NPC v minulých letech nehlásila žádná další instituce. Jakékoliv srovnání mezi jednotlivými institucemi nebo vývoj v čase je tedy potřeba posuzovat s vědomím této nesourodosti.

Na centrální úrovni dosáhly vykázané účelově určené výdaje státního rozpočtu na protidrogovou politiku v r. 2013 celkové částky 234,6 mil. Kč, do které nejsou v r. 2013 započítány výdaje NPC. V časově srovnatelné řadě se jedná o meziroční nárůst o 6,1 %, který jde na vrub především nárůstu výdajů RVKPP a MPSV. Vývoj v letech 2004–2013 uvádí tabulka 1-2.

tabulka 1-2: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle rezortů v letech 2004–2013, v tis. Kč

Instituce	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
RVKPP	100 579	105 657	108 788	104 442	99 979	97 476	85 504	90 852	90 502	95 854**
MŠMT	10 093	9 386	10 809	12 557	12 447	11 263	14 967	12 993	11 521	10 455
MO	3 484	3 968	4 875	3 595	5 276	4 280	4 384	2 999	2 372	379
MPSV***	42 224	46 049	49 698	57 013	79 472	86 785	91 743	76 931	84 356	96 444
MZ	26 459	33 467	18 000	22 241	18 874	15 057	21 462	21 167	18 754	14 811
MS	13 638	36 723	41 251	12 610	7 385	10 817	7 081	4 059	11 095	9 531
MV	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4 653
GŘC	9 310	14 500	23 488	26 725	10 656	3 180	2 100	1 931	1 800	2 500
NPC	86 477	94 972	106 482	127 743	137 846	146 548	144 370	131 000	126 419	n.a.
Celkem	292 264	344 722	363 391	366 926	371 935	375 406	371 611	341 932	346 819	234 627*

Pozn.: MPSV, MV – pouze výdaje v dotačním řízení, MŠMT, MZ – výdaje na dotační řízení a jeho administraci, RVKPP, MS – výdaje na dotační řízení, nákup služeb a materiálové výdaje (MS včetně investic), MO – nákup služeb a materiálové výdaje, GŘC – investiční výdaje, NPC – mzdové a provozní výdaje. * Údaj nezahrnuje oproti předchozím rokům výdaje NPC. ** Včetně 6,4 mil. Kč na oblast patologického hráčství. *** Do výdajů MPSV nejsou započítány dotace domovům se zvláštním režimem, které v r. 2013 dosáhly 28 867 tis. Kč. Po jejich započítání by výdaje MPSV dosáhly 125 311 tis. Kč.

RVKPP podpořila v r. 2013 realizaci 143 projektů protidrogové politiky (včetně nově vyhlášené oblasti pro patologické hráčství) v celkové výši 91,2 mil. Kč. Na zajištění odborné činnosti sekretariátu RVKPP (administrace dotačního řízení RVKPP, certifikace odborné způsobilosti, monitoringu užívání drog a patologického hráčství) bylo čerpáno 4,7 mil. Kč.

V dotačním řízení MŠMT byly kromě preventivních projektů podpořeny také vzdělávací aktivity pro pedagogy. Podpořeno bylo 56 projektů v celkové výši 10,4 mil. Kč (z toho 1,6 mil. Kč realizovaných školskými zařízeními) zaměřených především na prevenci užívání legálních drog (alkohol tabák, medikamenty), rizikového chování, evaluaci potřebnosti, dostupnosti a efektivnosti služeb, a na poskytování odborných a ověřených informací odborné či laické veřejnosti.

Ministerstvo obrany (MO) financovalo v rámci programu protidrogové politiky celkem 26 projektů souhrnnou částkou 379 tis. Kč. V těchto projektech byl hrazen především nákup detekčních přístrojů, odborné literatury a služeb v podobě 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. 2013 šlo o celkovou částku 125,3 mil. Kč, kterou bylo podpořeno 196 projektů kontaktních center, terénních programů, sociálního poradenství, terapeutických komunit, následné péče a domovů se zvláštním režimem. Bez domovů se zvláštním režimem, které dosud nebyly do výkazů zahrnovány a které byly v r. 2013 financovány částkou 28,9 mil. Kč, dosáhly v r. 2013 výdaje MPSV 96,4 mil. Kč.

MZ poskytlo celkově částku 14,5 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 bylo v r. 2013 v rámci programu Národní program zdraví – projekty podpory zdraví podpořeno 5 projektů v oblasti návykových látek v celkové výši 257 tis. Kč.

V rozpočtu MS bylo vyčleněno 3,3 mil. Kč na dotační programy NNO ve věznicích zaměřené zpravidla na péči před propuštěním a zajištění postpenitenciární péče. Institut pro kriminologii a sociální prevenci vyčerpal částku 75 tis. Kč na výzkumné účely a Justiční akademie vydala částku 195,8 tis. Kč na organizaci seminářů. Největší částku (6,0 mil. Kč) spotřebovala Vězeňská služba ČR (VS ČR) na preventivní a léčebné služby ve vězení.

GŘC, jehož součástí je CPJ, nemá ve svém rozpočtu samostatný program protidrogové politiky, avšak v r. 2013 poskytlo 2,5 mil. Kč investičních výdajů spojených s odhalováním nelegální přepravy drog.

V rámci mimořádného dotačního programu Prevence drogové kriminality v příhraničí, který byl v r. 2013 mimořádně vyhlášen v souvislosti se zvýšenou drogovou kriminalitou v příhraničí s Německem, bylo z rozpočtu MV čerpáno 4,7 mil. Kč. Do rezortu Ministerstva vnitra také patří NPC, jejíž výdaje za r. 2013 nejsou dostupné.

Protidrogová politika je financována kromě státního rozpočtu i z místních rozpočtů, tj. z rozpočtů krajů a obcí. V r. 2013 poskytly kraje na protidrogovou politiku 172,4 mil. Kč a obce 62,5 mil. Kč, dohromady 234,9 mil. Kč. Podrobné výdaje těchto místních rozpočtů podle kategorií služeb a regionů uvádí tabulka 1-4.

Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z místních rozpočtů ve srovnatelné časové řadě od r. 2005 uvádí tabulka 1-3. Tyto výdaje v r. 2013 meziročně klesly o 5,5 mil. Kč (resp. o 2,3 %). Největší meziroční pokles v r. 2013 byl zaznamenán ve Středočeském kraji a byl způsoben ukončením podpory projektu Revolution train, který byl v posledních letech financován z krajského rozpočtu částkou 8 mil. Kč – viz také kapitolu Kampaně se sporným ohlasem (str. 52). Meziroční pokles byl dále zaznamenán v Praze, a to z rozpočtu městských částí. Naopak nárůst výdajů byl zaznamenán z rozpočtu kraje Královéhradeckého (zejména na harm reduction služby) a krajů Pardubického a Zlínského, který byl způsoben navýšením finančních prostředků na protialkoholní záchytnou stanici. Dlouhodobě klesá podpora především místních rozpočtů v Ústeckém kraji, který patří ke krajům s relativně velkým počtem problémových uživatelů drog.

Údaje o financování na krajské úrovni jsou rozděleny podle místa, kde byly finance realizátory jednotlivých projektů a programů využity. Prostředky na realizaci protidrogové politiky v r. 2013 s krajským určením čerpané ze státního a místních rozpočtů podle krajů zobrazuje mapa 1-1.

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 i z místních rozpočtů, oblast snižování nabídky po drogách je financováno pouze ze státního rozpočtu. Vývoj výdajů na protidrogovou politiku podle funkcí ve srovnatelné časové řadě uvádí tabulka 1-5. Ve všech oblastech výše výdajů meziročně stagnovala nebo rostla (nejvíce harm reduction o 8,1 %) s výjimkou prevence (pokles o 6,4 %) a oblasti koordinace-výzkum-hodnocení (pokles o 42,5 %). Vývoj v oblasti prosazování práva nelze pro nedostupnost dat meziročně hodnotit.

Projekty adiktologických služeb jsou financovány také z Evropského sociálního fondu⁴³ (ESF). K financování služeb z ESF jsou využívány 3 operační programy (OP) – OP Lidské zdroje a zaměstnanost, za jehož správu nese odpovědnost MPSV, OP Vzdělávání a konkurenceschopnost, který je v gesci MŠMT, a OP Praha – Adaptabilita, který spravuje hl. m. Praha. V rámci těchto operačních programů si organizace mohly žádat o finanční podporu prostřednictvím několika výzev vycházejících z globálních grantů (vypsanych jednotlivými správci) a také prostřednictvím řady individuálních projektů krajů (finanční podpora byla příjemcům distribuována z krajů a podpora projektům byla podmíněna souladem s krajskými strategiemi). Doba realizace projektů je 2–3 roky. Příjemci je poskytnuta záloha a následně proplaceny uskutečněné uznatelné výdaje (většinou za období 6 měsíců). Oproti klasickým nástrojům financování ze strany veřejné správy se ESF liší také co do cílů, východisek, šíře cílových skupin, délky a způsobu administrace projektů, průběžného monitoringu apod. Rovněž politika, která je těmito prostředky sledována, není cíleně protidrogová, ale spíše politika zaměstnanosti a sociální soudržnosti. Např. v letech 2010–2014 bylo v rámci tří grantových výzev MPSV (č. 43, 67 a 86) poskytnuto celkem dosud 97,5 mil. Kč na programy sociálního začleňování a podpory zaměstnanosti osob s problémy s užíváním návykových látek. Z důvodu uvedených výše je tedy obtížné stanovit, zda finanční prostředky z ESF na realizaci projektů poskytovatelů adiktologických služeb jsou výdaji v oblasti protidrogové politiky, a určit výši finančních prostředků poskytnutých v jednotlivých letech.

⁴³ <http://www.esfcr.cz/evropsky-socialni-fond-v-cr> [2014-09-05]

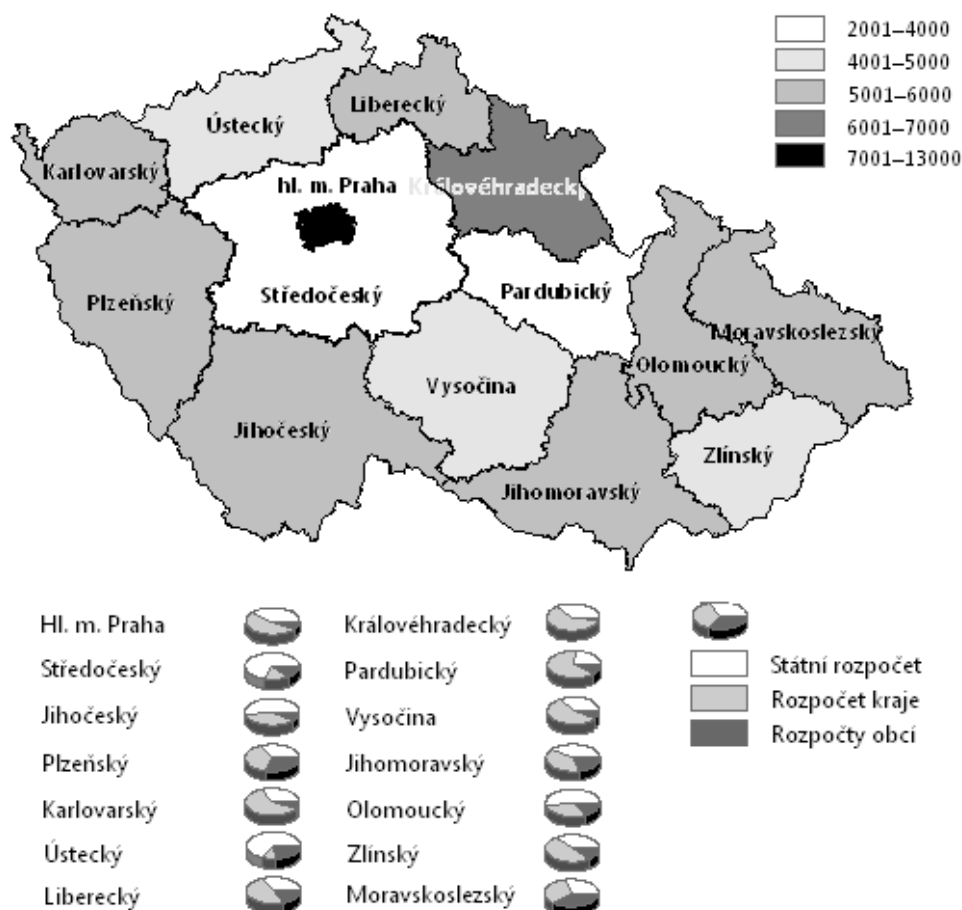
Proto i k vykazovaným výdajům z ESF ve výročních zprávách krajů o realizaci protidrogové politiky je nutno přistupovat se značnou obezřetností. Za r. 2013 kraje vykázaly financování adiktologických služeb z ESF v souhrnné výši 67,0 mil. Kč., z toho nejvíce Středočeský kraj 36,3 mil. Kč. Všechny projekty financované z ESF jsou zároveň spolufinancovány povinným podílem státu, který v tomto programovém období činil 15 % a který není započítáván do výdajů na protidrogovou politiku.

tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v letech 2005–2013, v tis. Kč

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

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

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2013, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let



tabulka 1-4: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v r. 2013 podle kategorií služeb, v tis. Kč

	Kraj	Primární	Harm	Léčba	Ambulantní	Preventivní a	Následná péče	Záchytné	Informace/	Ostatní	Celkem
		prevence	reduction		služby	léčebné služby ve vězení		stanice	výzkum/koordinace		
Rozpočty krajů	PHA	6 990	11 994	9 600	180	7 450	3 350	11 900	685	1 900	54 049
	STC	0	0	0	0	790	0	3 000	0	0	3 790
	JHC	1 180	3 780	1 310	0	310	610	2 000	99	0	9 289
	PLK	900	1 221	210	158	611	686	2 899	0	112	6 797
	KVK	450	500	0	0	0	0	6 563	0	0	7 513
	ULK	0	2 170	230	0	280	0	0	0	0	2 680
	LBK	49	1 071	550	200	1 320	260	5 000	10	10	8 469
	HKK	450	6 531	550	0	0	0	6 000	0	0	13 531
	PAK	325	592	324	0	10	0	7 300	37	0	8 588
	VYS	1 070	1 639	0	0	645	1 082	4 888	0	0	9 324
	JHM	1 355	3 662	600	430	1 900	1 606	7 057	132	815	17 557
	OLK	0	1 850	250	70	0	330	6 099	0	0	8 599
	ZLK	215	1 831	0	0	0	0	6 000	0	0	8 046
	MSK	57	1 450	300	0	350	350	11 040	0	627	14 174
	Celkem	13 041	38 290	13 924	1 038	13 666	8 274	79 747	963	3 464	172 407
Rozpočty obcí	PHA	4 456	1 365	1 385	0	330	185	0	168	0	7 889
	STC	1 180	1 127	96	0	0	0	38	0	10	2 451
	JHC	168	1 181	393	0	0	240	0	0	0	1 982
	PLK	1 479	2 251	463	160	948	726	0	0	0	6 027
	KVK	0	679	0	0	0	0	0	0	0	679
	ULK	0	4 431	0	0	300	832	0	0	0	5 564
	LBK	138	1 799	450	15	390	165	0	0	3	2 960
	HKK	0	398	0	0	0	0	0	0	0	398
	PAK	22	913	350	0	50	0	0	0	10	1 345
	VYS	363	779	0	0	0	87	0	0	0	1 229
	JHM	467	3 041	864	40	2 420	526	0	0	1 025	8 383
	OLK	534	1 386	1 215	130	0	516	0	0	0	3 781
	ZLK	173	1 402	255	0	0	158	0	0	0	1 987
	MSK	5 977	8 011	1 594	0	1 719	550	0	0	0	17 852
	Celkem	14 957	28 763	7 063	345	6 157	3 985	38	168	1 048	62 525
Místní rozpočty celkem	PHA	11 446	13 359	10 985	180	7 780	3 535	11 900	853	1 900	61 938
	STC	1 180	1 127	96	0	790	0	3 038	0	10	6 241
	JHC	1 348	4 961	1 703	0	310	850	2 000	99	0	11 271
	PLK	2 379	3 471	673	318	1 559	1 412	2 899	0	112	12 824
	KVK	450	1 179	0	0	0	0	6 563	0	0	8 192
	ULK	0	6 601	230	0	580	832	0	0	0	8 244
	LBK	187	2 870	1 000	215	1 710	425	5 000	10	13	11 429
	HKK	450	6 929	550	0	0	0	6 000	0	0	13 929
	PAK	347	1 505	674	0	60	0	7 300	37	10	9 933
	VYS	1 433	2 418	0	0	645	1 169	4 888	0	0	10 554
	JHM	1 822	6 703	1 464	470	4 320	2 132	7 057	132	1 840	25 940
	OLK	534	3 236	1 465	200	0	846	6 099	0	0	12 380
	ZLK	388	3 233	255	0	0	158	6 000	0	0	10 033
	MSK	6 034	9 461	1 894	0	2 069	900	11 040	0	627	32 026
	Celkem	27 998	67 053	20 987	1 383	19 823	12 259	79 785	1 131	4 512	234 933

Pozn.: Do výdajů krajů nejsou započítány výdaje na domovy se zvláštním režimem, které dosud nebyly do výdajů na protidrogovou politiku započítány a které ve výdajích krajů v r. 2013 činily celkem 7 426 tis. Kč, z toho v kraji Ústeckém 150 tis. Kč, Královéhradeckém 5 mil. Kč a v kraji Vysočina 2 276 tis. Kč.

tabulka 1-5: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v letech 2009–2013, v tis. Kč

Kategorie služby	2009		2010		2011		2012		2013	
	Částka	%	Částka	%	Částka	%	Částka	%	Částka	%
Prevence	54 955	9,0	62 296	9,9	54 921	9,7	48 725	8,3	45 606	9,7
Harm reduction	174 965	28,8	166 196	26,5	152 663	27,1	161 160	27,4	174 282	37,1
Léčba	113 138	18,6	108 856	17,4	102 157	18,1	112 145	19,1	118 531	25,2
Záchytné stanice	64 030	10,5	87 236	13,9	69 015	12,2	79 818	13,6	79 785	17,0
Následná péče	31 761	5,2	31 316	5,0	29 494	5,2	33 926	5,8	35 152	7,5
Koordinace, výzkum, hodnocení	11 139	1,8	18 952	3,0	18 598	3,3	13 497	2,3	7 763	1,7
Prosazování práva	154 718	25,5	149 367	23,8	133 538	23,7	131 304	22,4	3 086*	0,7
Ostatní, nezařazeno	2 807	0,5	3 156	0,5	3 441	0,6	6 717	1,1	5 355	1,1
Celkem	607 513	100,0	627 376	100,0	563 827	100,0	587 293	100,0	469 560*	100,0

* Bez výdajů NPC, které nebyly za r. 2013 dostupné.

1.3.2 Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog

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. Tvoří je náklady 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 viz VZ 2011).

Odhadovaný objem výdajů ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2012 činil 1597 mil. Kč, z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem (dg. F10) bylo vydáno 1124 mil. Kč a na léčbu dalších poruch (dg. F11–F19) 473 mil. Kč. Část, která byla spotřebována adiktologickými (AT) programy, dosáhla 148 mil. Kč u alkoholu (140 mil. Kč lůžková a 8 mil. Kč ambulantní péče) a 64 mil. Kč u dalších poruch (59 mil. Kč lůžková a 5 mil. Kč ambulantní péče). Vývoj a strukturu těchto nákladů uvádí tabulka 1-8.

1.3.3 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Společenské náklady (cost of illness, COI) užívání tří hlavních skupin návykových látek, tj. 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 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 na tabák 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.

tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2013 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace, v tis. Kč

Kraj	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	MV	GŘC	NPC	Státní rozpočet celkem	Kraj	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
PHA	23 968	2 214	–	9 991	7 254	–	–	–	–	43 427	54 049	7 889	61 938	105 365	22,4
STC	1 805	640	–	10 007	1 374	–	–	–	–	13 826	3 790	2 451	6 241	20 067	4,3
JHC	4 657	1 357	–	4 818	1 369	–	–	–	–	12 201	9 289	1 982	11 271	23 472	5,0
PLK	3 210	747	–	2 180	828	–	–	–	–	6 964	6 797	6 027	12 824	19 788	4,2
KVK	1 543	350	–	1 662	450	–	–	–	–	4 005	7 513	679	8 192	12 197	2,6
ULK	6 175		–	9 105	630	–	–	–	–	15 910	2 680	5 564	8 244	24 154	5,1
LBK	2 913		–	3 117	0	–	–	–	–	6 030	8 469	2 960	11 429	17 459	3,7
HKK	1 832	771	–	4 805	882	–	–	–	–	8 290	13 531	398	13 929	22 219	4,7
PAK	928	184	–	2 082	0	–	–	–	–	3 194	8 588	1 345	9 933	13 127	2,8
VYS	1 318	49	–	4 589	0	–	–	–	–	5 956	9 324	1 229	10 554	16 509	3,5
JHM	7 351	2 108	–	9 375	200	–	–	–	–	19 034	17 557	8 383	25 940	44 973	9,6
OLK	5 603	324	–	6 162	1 324	–	–	–	–	13 414	8 599	3 781	12 380	25 794	5,5
ZLK	2 420	526	–	3 057	132	–	–	–	–	6 135	8 046	1 987	10 033	16 168	3,4
MSK	4 725	459	–	7 500	159	–	–	–	–	12 843	14 174	17 852	32 026	44 869	9,6
Výdaje s krajským určením	68 448	9 728	–	78 450	14 603	–	–	–	–	171 228	172 407	62 525	234 933	406 161	86,5
Výdaje s centrálním určením	27 406	727	379	17 994	208	9 531	4 653	2 500	n.a.	63 399*	–	–	–	63 399*	13,5
Celkem	95 854	10 455	379	96 444	14 811	9 531	4 653	2 500	n.a.	234 627*	172 407	62 525	234 933	469 560*	100,0
➤ z toho investiční	0	0	0	0	0	586	0	2 500	0	3 086	0	0	0	3 086	0,7
Celkem (%)	20,5	2,2	0,1	20,7	3,2	2,0	1,0	0,5	0,0	50,3	36,7	13,3	50,0	100,0	–

Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky. Nejsou zahrnuty výdaje na domovy se zvláštním režimem, které byly v r. 2013 hlášeny v celkové výši 36 293 tis. Kč. * Bez výdajů NPC, které nebyly za r. 2013 dostupné.

tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2013 podle kategorií služeb, v tis. Kč

Kategorie služeb		RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	MV	GŘC	NPC	Státní rozpočet celkem	Kraje	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
Prevence		1 588	10 455	379	276	257	–	4 653	–	–	17 608	13 041	14 957	27 998	45 606	9,7
Harm reduction	Terénní programy	16 014	–	–	16 951	468	–	–	–	–	33 433	16 498	14 972	31 470	64 903	13,8
	Kontaktní centra	29 063	–	–	36 181	1 722	–	–	–	–	66 966	13 339	11 723	25 062	92 028	19,6
	Sloučené programy	3 948	–	–	–	2 881	–	–	–	–	6 829	8 454	2 068	10 522	17 351	3,7
	Celkem	49 025	–	–	53 132	5 071	–	–	–	–	107 228	38 290	28 763	67 053	174 282	37,1
Ambulantní služby	Zdravotní	–	–	–	636	5 253	–	–	–	–	5 889	8 820	2 703	11 523	17 412	3,7
	Sociální	704	–	–	5 127	–	–	–	–	–	5 831	2 580	3 722	6 302	12 133	2,6
	Jiné a nezařazené	10 871	–	–	–	–	–	–	–	–	10 871	2 524	638	3 162	14 033	3,0
	Celkem	11 575	–	–	5 763	5 253	–	–	–	–	22 591	13 924	7 063	20 987	43 579	9,3
Služby ve vězení		1 063	–	–	1 355	–	8 674	–	–	–	11 092	1 038	345	1 383	12 476	2,7
Rezidenční služby	Lůžkové zdravotní	–	–	–	859	3 842	–	–	–	–	4 701	190	2 182	2 372	7 073	1,5
	Terapeutické komunity	19 625	–	–	18 327	–	–	–	–	–	37 952	13 466	3 925	17 391	55 343	11,8
	Jiné a nezařazené	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10	50	60	60	0,0
	Celkem	19 625	–	–	19 186	3 842	–	–	–	–	42 653	13 666	6 157	19 823	62 477	13,3
Služby následné služby		6 617	–	–	16 276	–	–	–	–	–	22 893	8 274	3 985	12 259	35 152	7,5
Záchytné stanice		–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	79 747	38	79 785	79 785	17,0
Prosazování práva		–	–	–	–	–	586	–	2 500	n.a.	3 086*	–	–	–	3 086*	0,7
Koordinace, výzkum, hodnocení		6 361	–	–	–	–	271	–	–	–	6 632	963	168	1 131	7 763	1,7
Ostatní, nezařazeno		–	–	–	456	387	–	–	–	–	843	3 464	1 048	4 512	5 355	1,1
Celkem		95 854	10 455	379	96 444	14 811	9 531	4 653	2 500	n.a.	234 627*	172 407	62 525	234 933	469 560*	100,0

Pozn.: Nejsou zahrnuty výdaje na domovy se zvláštním režimem, které byly v r. 2013 hlášeny v celkové výši 36 293 tis. Kč. * Bez výdajů NPC, které nebyly za r. 2013 dostupné.

tabulka 1-8: Odhad nákladů zdravotních pojišťoven na dg. F10 a dg. F11–F19 podle druhu péče v letech 2007–2012, v tis. Kč

Druh péče	Náklady na dg. F10						Náklady na F11-F19					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Léčebná péče	742 256	762 689	865 818	838 716	782 142	826 562	552 622	253 372	298 884	313 236	315 434	345 493
Lůžková péče	661 429	679 806	769 353	740 381	707 707	709 665	183 795	218 139	256 639	269 273	278 775	290 287
Lůžková intenzivní péče	28 707	24 180	35 081	41 324	30 707	30 895	8 959	9 399	12 971	14 771	12 436	11 398
> z toho – psychiatrie	1 304	759	1 233	1 448	2 250	1 558	3 378	3 089	3 592	3 261	3 175	2 072
Lůžková standardní péče	82 193	85 788	101 975	77 548	64 550	79 939	35 772	43 092	43 958	46 063	31 821	41 437
> z toho – psychiatrie	41 060	41 041	41 663	26 964	38 610	33 816	24 157	28 631	25 018	25 395	22 883	25 062
– dětská psychiatrie	0	42	27	18	0	0	34	29	249	35	62	123
Lůžková dlouhodobá péče	549 929	568 993	631 473	620 282	611 740	598 831	138 870	165 333	199 400	207 981	234 237	237 452
> z toho – AT	129 963	111 778	146 783	147 998	139 368	140 165	46 803	44 176	61 017	62 251	61 841	59 131
– psychiatrie	417 930	455 162	481 351	468 909	468 964	454 450	90 605	118 702	135 448	142 326	167 692	174 889
– dětská psychiatrie	14	0	2	30	175	61	1 413	2 440	2 724	3 323	4 532	3 272
Jednodenní péče	600	846	824	1 226	710	2 070	194	315	309	458	282	864
Ambulantní péče	78 910	79 380	94 544	96 074	72 821	113 947	32 872	33 959	41 537	43 103	36 015	53 976
Primární péče	1 427	1 050	1 599	1 684	1 502	2 451	656	426	706	781	711	936
Stomatologie	302	285	1 165	362	142	124	101	105	429	147	68	73
Ambulantní specializovaná péče	60 456	62 405	74 641	75 998	52 793	100 370	25 856	27 584	33 121	35 587	27 597	49 810
> z toho – AT	8 684	7 234	7 798	7 692	7 444	7 700	4 156	3 549	4 522	3 994	4 692	4 934
– psychiatrie	37 845	37 407	36 170	35 503	36 159	35 058	15 322	16 156	16 743	17 742	19 038	18 880
– dětská psychiatrie	132	99	112	94	59	79	425	310	433	369	447	309
Další ambulantní specializovaná péče	9 358	11 063	10 438	11 371	11 845	11 002	337 862	3 254	3 158	2 995	3 309	3 158
> z toho – klinická psychologie	8 034	8 401	9 317	10 292	10 907	10 989	2 094	2 282	2 730	2 567	2 923	3 150
– psychoterapie	0	0	1	6	5	0	6	10	17	14	12	0
Domácí péče	1 317	2 658	1 097	1 034	904	880	403	959	399	402	362	366
Rehabilitační péče	620	635	7 287	9 342	8 499	1 336	265	224	2 773	3 785	3 477	609
Dlouhodobá péče	11 249	18 816	18 842	21 686	24 630	20 233	1 017	3 844	2 750	4 011	3 763	1 781
Podpůrné služby	50 007	51 128	61 510	65 155	57 345	62 383	39 402	38 002	43 259	45 457	32 887	35 265
Laboratoře	18 263	19 315	25 265	27 745	24 372	27 174	32 449	30 528	34 627	36 266	25 118	26 179
> z toho – toxikologie	4 350	4 104	5 083	4 852	4 805	6 678	8 183	8 418	10 759	8 877	9 121	7 973
Zobrazovací metody	7 777	7 643	10 027	10 392	5 724	6 428	2 332	2 363	3 393	3 707	1 861	2 384
Doprava a ZZS	23 966	24 171	26 218	27 018	27 250	28 781	4 621	5 111	5 238	5 484	5 908	6 703
Léky a prostředky zdravotní techniky	221 376	204 878	251 232	229 155	233 344	208 773	71 089	76 443	91 793	89 758	95 354	87 691
Léky	207 129	192 004	232 952	213 467	219 117	206 232	66 493	71 600	85 110	83 585	89 506	86 575
Prostředky zdravotní techniky	14 247	12 873	18 281	15 688	14 227	2 540	4 597	4 842	6 683	6 173	5 848	1 116
Prevence	6 398	14 265	9 708	8 115	3 459	1 571	2 116	20 500	4 265	3 161	1 407	657
Neidentifikovaná péče	823	2 078	650	2 549	939	3 225	279	773	258	529	341	1 087
Celkem	1 032 129	1 053 643	1 214 224	1 173 491	1 109 648	1 124 082	666 597	392 843	443 673	459 478	453 458	472 583



Kapitola 2:

Užívání drog v populaci

- Situace v oblasti užívání drog v ČR je dlouhodobě stabilní. Studie realizované v posledních letech ukazují stejný vzorec užívání drog v obecné populaci – nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou konopné látky, které v životě vyzkoušela přibližně čtvrtina dospělé populace, v posledním roce užilo konopné látky 9 % populace. Rozsah užívání ostatních nelegálních drog se pohybuje na výrazně nižší úrovni – zkušenost s extází uvedlo 5 % a s halucinogenními houbami 2 % populace, užití dalších nelegálních drog se pohybuje pod 1 %. Užívání nelegálních drog je vyšší mezi muži a mladšími věkovými skupinami (15–34 let). Nové psychoaktivní látky užila v životě 2 % dospělé populace, v mladších věkových skupinách 4 %.
- Při pohledu na dlouhodobé trendy je patrný pokles aktuálního užívání konopných látek v obecné populaci, zejména v mladších věkových skupinách.
- Průřezové studie ve školní populaci stabilně uvádějí prevalenci zkušeností s konopnými látkami na úrovni 26–33 % mezi 14–15letými žáky ZŠ a 42–47 % mezi 16letými studenty SŠ. Ve skupině středoškoláků existují podle studie ESPAD významné rozdíly z hlediska typu studované školy – pravidelné kouření, časté pití nadměrných dávek alkoholu i zkušenost s nelegálními drogami uvádělo výrazně více studentů odborných učilišť ve srovnání s vrstevníky z gymnázií a středních odborných škol.
- Také postoje obyvatel k užívání návykových látek jsou v ČR dlouhodobě stabilní – šetření CVVM z r. 2013 poukázalo na to, že se v posledních letech mírně snižuje přijatelnost kouření tabáku, zatímco se zvyšuje přijatelnost konzumace alkoholu a užívání konopných látek. Dlouhodobě roste podíl osob, které nesouhlasí s trestním postihem uživatelů konopných látek, a především s postihem osob, které užívají konopné látky k léčebným účelům.
- Mladí lidé (ve věku 15–24 let) ve srovnání s evropskými vrstevníky uvádějí relativně snadnou dostupnost konopných látek a častěji podceňují rizika spojená s jednorázovým experimentem s nelegálními drogami. V hodnocení rizik pravidelného užívání nelegálních drog mají čeští respondenti stejné postoje jako jejich zahraniční vrstevníci.

2.1 Užívání drog v obecné populaci

Poslední celopopulační studie na náhodně vybraném reprezentativním vzorku populace ve věku 15–64 let byla realizována NMS ve spolupráci s agenturou SC&C na podzim 2012 – výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 viz VZ 2012 a speciální číslo Zaostřeno na drogy (Chomynová, 2013).

V r. 2013 proběhla další vlna každoročního omnibusového šetření Prevalence užívání drog v populaci ČR, které prostřednictvím jedné baterie otázek zjišťuje rozsah zkušeností s nelegálními drogami v obecné populaci. V r. 2013 byla také zahájena příprava druhé vlny Evropského šetření o zdraví (European Health Interview Survey, EHIS), v r. 2014 byl v souladu s mezinárodními metodologickými doporučeními zahájen sběr dat. Výsledky studie SZÚ v rámci Dvouleté dohody o spolupráci mezi MZ ČR a WHO-EURO pro roky 2012–2013 zaměřené na kouření tabáku a pití alkoholu (Sovinová & Csémy, 2013) jsou uvedeny v kapitole Problémové užívání tabáku, alkoholu a dalších drog v obecné populaci (str. 64).

2.1.1 Výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR 2013

V prosinci 2013 realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR; jednalo se o další vlnu každoročního omnibusového šetření v obecné populaci s cílem monitorovat rozsah zkušeností respondentů starších 15 let s vybranými nelegálními návykovými látkami.

Celkem bylo ve výzkumu osloveno 1005 osob starších 15 let, z toho 868 osob ve věku 15–64 let. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem tak, aby reprezentovali populaci ČR s ohledem na věk, pohlaví, vzdělání, kraj a velikost sídla bydliště. Data byla sbírána prostřednictvím osobních rozhovorů (face-to-face interview) s využitím počítače (CAPI). Oproti předchozí studii z r. 2012 bylo ve studii podrobněji sledováno užívání nových psychoaktivních látek a hraní hazardních her.

Jakoukoliv nelegální drogu užilo v životě celkem 25,7 % dotázaných ve věkové kategorii 15–64 let (32,2 % mužů a 18,9 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (22,8 %), následované extází (5,1 %), halucinogenními houbami (2,4 %) a pervitinem (1,1 %), rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je na nízké úrovni (méně než 1,0 %) – tabulka 2-1.

tabulka 2-1: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2013, v %

Typ drogy	Věková skupina 15–64 let			Mladí dospělí
	Muži (n = 439)	Ženy (n = 429)	Celkem (n = 868)	15–34 let (n = 308)
Celoživotní prevalence				
Jakákoliv nelegální droga celkem	32,2	18,9	25,7	44,3
Konopné látky	29,6	15,8	22,8	40,7
Extáze	6,8	3,3	5,1	11,3
Pervitin	1,4	0,7	1,1	2,0
Kokain	0,7	0,0	0,4	0,7
Heroin	0,5	0,2	0,4	0,7
LSD	0,9	1,0	0,9	2,3
Halucinogenní houby	3,8	0,9	2,4	4,0
Těkavé látky	1,2	0,0	0,6	0,7
Jiné syntetické drogy	1,2	0,0	0,6	1,3
Jiné rostlinné drogy	1,9	1,4	1,7	2,7
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	23,3	19,8	21,5	18,4
Prevalence v posledních 12 měsících				
Jakákoliv nelegální droga celkem	14,5	6,0	10,3	23,6
Konopné látky	13,2	4,5	8,9	21,6
Extáze	1,2	0,9	1,1	3,0
Pervitin	0,2	0,2	0,2	0,7
Kokain	0,2	0,0	0,1	0,3
Heroin	0,2	0,0	0,1	0,3
LSD	0,2	0,2	0,2	0,7
Halucinogenní houby	0,2	0,0	0,1	0,3
Těkavé látky	0,5	0,0	0,2	0,3
Jiné syntetické drogy	0,2	0,0	0,1	0,3
Jiné rostlinné drogy	0,7	1,0	0,8	1,3
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	12,6	12,1	12,3	8,6
Prevalence v posledních 30 dnech				
Jakákoliv nelegální droga celkem	3,6	1,0	2,3	5,8
Konopné látky	3,5	0,7	2,1	5,3
Extáze	0,2	0,0	0,1	0,3
Pervitin	0,2	0,0	0,1	0,3
Kokain	0,2	0,0	0,1	0,3
Heroin	0,2	0,0	0,1	0,3
LSD	0,2	0,0	0,1	0,3
Halucinogenní houby	0,2	0,0	0,1	0,3
Těkavé látky	0,2	0,0	0,1	0,3
Jiné syntetické drogy	0,2	0,0	0,1	0,3
Jiné rostlinné drogy	0,2	0,2	0,2	0,7
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	4,2	3,8	4,0	1,7

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & ppm factum research (2014)

V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je výskyt užívání nelegálních drog v obecné populaci velmi nízký, pouze v případě konopných látek uvedlo užití 8,9 %, resp. 2,1 % dotázaných. Prevalence užití konopných látek v posledním roce a posledním měsíci je výrazně vyšší u mladých dospělých ve věku 15–34 let (21,6 %, resp. 5,3 %).

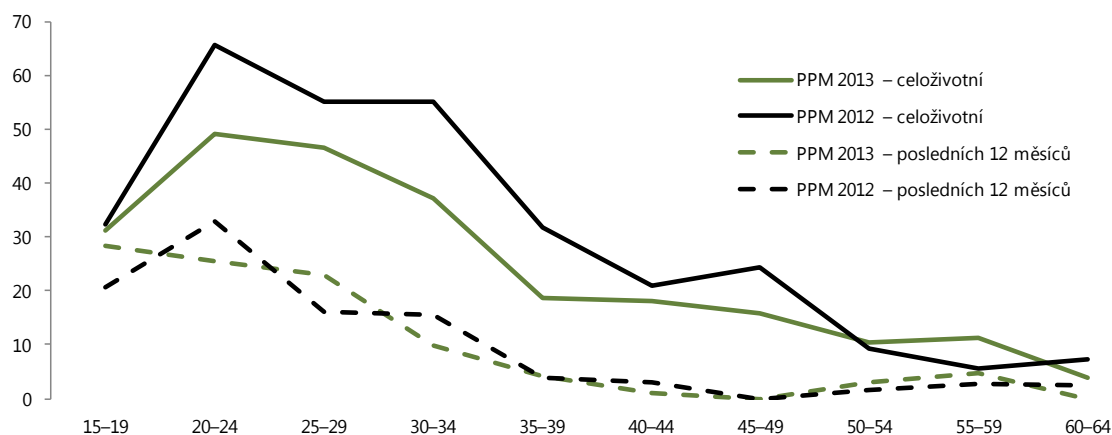
Oproti r. 2012 došlo v obecné populaci k poklesu uváděné zkušenosti s užitím nelegálních drog (ve všech třech časových horizontech), a to především v případě konopných látek, halucinogenních hub a těkavých látek. Podrobnější analýzu rozsahu užití konopných látek podle pětiletých věkových skupin ukazuje graf 2-1. Sledovaný nárůst užívání konopných látek ve věkové kategorii 15–19 let

nekorresponduje s dříve zjištěným poklesem užívání konopných látek v nejmladších věkových skupinách pozorovaném např. ve studii ESPAD mezi r. 2007 a 2011 (Csémy & Chomynová, 2012).

Nárůst prevalence užití lze pozorovat v případě léků se sedativním a hypnotickým účinkem nebo léků s obsahem opiátů/opioidů užívaných proti bolesti, a to bez lékařského předpisu nebo v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka. Tento nárůst (roční prevalence z 8,9 % v r. 2012 na 12,3 % v r. 2013) však může být do určité míry ovlivněn reformulací otázky.

Užití nových psychoaktivních látek (jiných syntetických nebo jiných rostlinných drog) v životě uvedlo 2,1 % dotázaných ve věku 15–64 let (2,8 % mužů a 1,4 % žen). Nejvyšší prevalenci zkušeností s novými drogami i jejich aktuální užívání uváděli respondenti ve věku 25–34 let (5,4 %). Ve srovnání s r. 2012 se může zdát, že došlo k nárůstu zkušeností s užitím nových psychoaktivních látek (z 0,6 % v r. 2012) – mezi roky 2012 a 2013 však byla přeformulována a více specifikována otázka na nové drogy⁴⁴.

graf 2-1: Prevalence užití konopných látek v životě a v posledních 12 měsících podle pětiletých věkových skupin – srovnání studií z let 2012 a 2013, v %



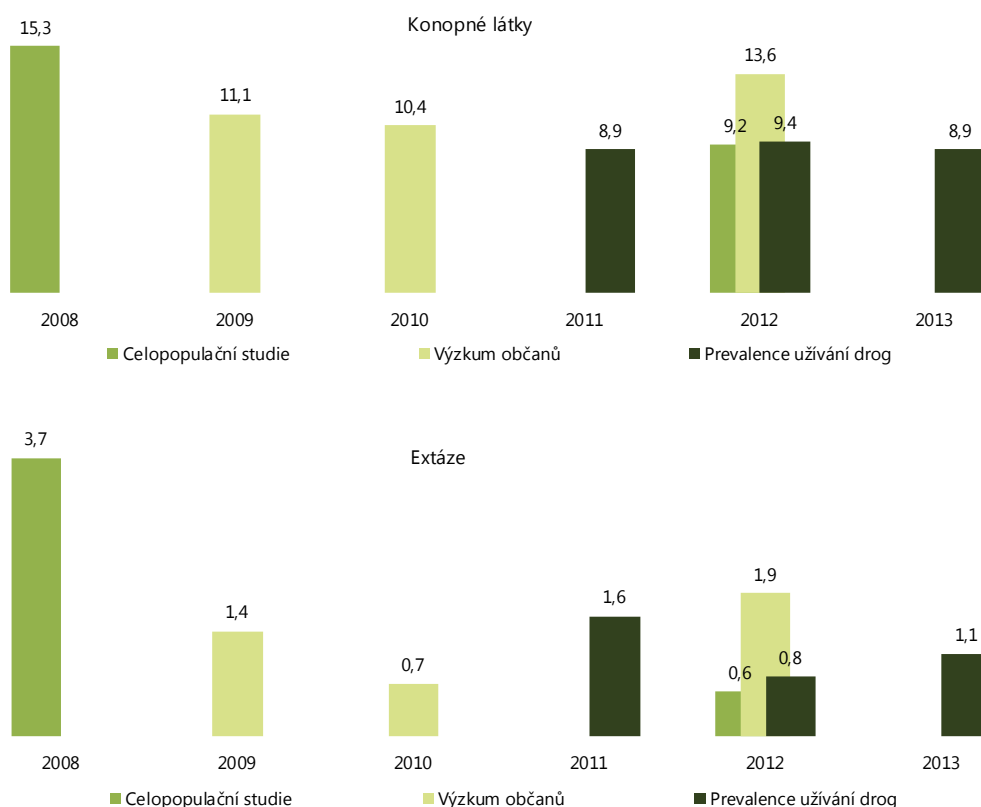
Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & ppm factum research (2013)

Výsledky studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2013 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 pokles středních hodnot prevalence užití konopných látek v obecné populaci v posledních 12 měsících a současně stabilní rozsah užívání extáze v obecné populaci – graf 2-2.

Další vlna omnibusového výzkumu výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR je plánována na prosinec 2014.

⁴⁴ V r. 2012 otázka zjišťovala užití „nových syntetických drog (např. mefedron, syntetické kanabinoidy)“ v životě, posledních 12 měsících a posledních 30 dnech. V r. 2013 byla otázka rozdělena do dvou a odděleně bylo sledováno užití „jiných syntetických drog (ketamin, GBL, pentedron, metylon, MPA, DMX, Funky, El Magico, syntetické kanabinoidy jako JWH, AM apod.)“ a „jiných rostlinných drog (šalvěj divotvorná, kanna, kratom, durman apod.)“.

graf 2-2: Srovnání prevalence užívání konopných látek a extáze v obecné populaci (15–64 let) v posledních 12 měsících v letech 2008–2013, v %



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

2.1.2 Evropské šetření o zdraví 2014

V r. 2014 probíhá druhá vlna Evropského šetření o zdraví (European Health Interview Survey, EHIS)⁴⁵, kterou koordinuje ÚZIS ČR ve spolupráci s ČSÚ. Sběr dat probíhá od poloviny června 2014 do konce ledna 2015, výběr respondentů je založen na vzorku cca 10 tis. domácností oslovených v rámci Výběrového šetření pracovních sil (VŠPS), kdy z každé domácnosti je náhodně vybrána jedna osoba (ve věku 15 a více let). Sběr dat probíhá formou osobních rozhovorů tazatele s respondentem s využitím počítače (CAPI). Na dotazníkové šetření navazuje šetření EHES (European Health Examination Survey), kdy u věkové skupiny 25–64 let bude provedeno lékařské vyšetření (měření krevního tlaku, antropometrických parametrů a odběr žilní krve zaměřený na zjištění glykemie a cholesterolemie) (Ústav zdravotnických informací a statistiky et al., 2014).

Šetření EHIS je zaměřeno na zdravotní stav respondentů (výskyt vybraných onemocnění v populaci, zdravotní omezení, duševní zdraví), využívání zdravotní péče (pobyt v nemocnici, návštěvy lékaře, užívání léků) a vybrané aspekty životního stylu populace (kouření, konzumace alkoholu a výživy).

⁴⁵ 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 (pro ČR se jedná o minimum 6 500 získaných rozhovorů).

V ČR je součástí dotazníku také otázka zaměřená na užívání nelegálních drog. Výsledky studie budou průběžně zveřejňovány na internetových stránkách ÚZIS ČR.⁴⁶

2.2 Postoje k užívání návykových látek

2.2.1 Eurobarometr 2014 – Mladí lidé a drogy

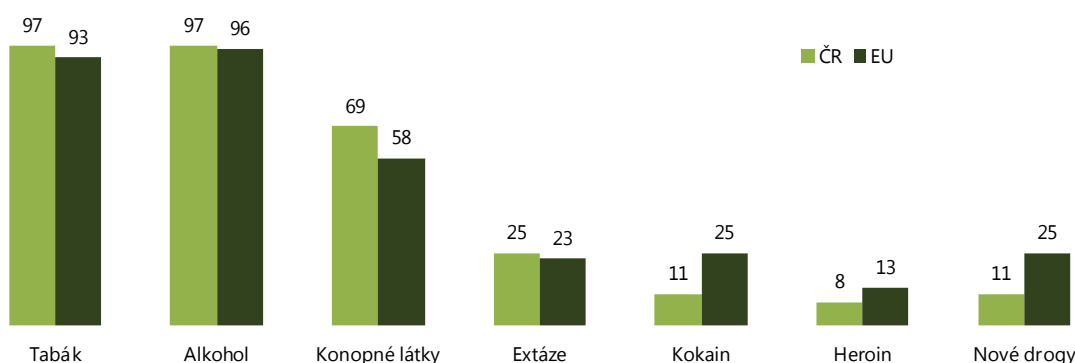
V r. 2014 se ČR stejně jako v r. 2011 zapojila do srovnávacího šetření zaměřeného na postoje mladých lidí k drogám realizovaného v rámci tematického zjišťování Flash Eurobarometer pro Evropskou komisi. Cílovou skupinou jsou respondenti ve věku 15–24 let, data jsou v jednotlivých evropských zemích sbírána prostřednictvím telefonického dotazníku (CATI). V ČR bylo dotázáno celkem 500 respondentů, sběr dat probíhal v červnu 2014.

Zkušenost s konopnými látkami v životě uvedlo celkem 45 % respondentů v ČR, tedy spolu s Francií nejvíce v EU, na dalších místech následovaly Irsko (42 %), Slovinsko (40 %), Estonsko a Španělsko (shodně 39 %). V rámci celé EU uvedlo užití konopných látek 31 %, užití v posledních 12 měsících 17 % a v posledních 30 dnech 7 % dotázaných, v ČR v posledním roce 20 % a v posledním měsíci 5 %. Ve srovnání s výsledky obdobného šetření Eurobarometr z r. 2011 se ukázalo, že zkušenost s užitím konopných látek v populaci ve věku 15–24 let v ČR poklesla (celoživotní prevalence ze 47 % na 45 % a roční prevalence z 23 % na 20 %), zatímco průměrná zkušenost s konopím v EU naopak vzrostla (celoživotní z 26 % na 31 %) (European Commission, 2014).

V rámci studie se také sledovalo užívání nových psychoaktivních látek, které napodobují účinky nelegálních drog (tzv. legal highs). V ČR uvedla užití těchto látek 4 % respondentů (ve srovnání s 8 % v celé EU), 2 % užíla tyto látky v posledních 12 měsících.

Mladí lidé v ČR častěji oproti svým evropským vrstevníkům podceňují rizika spojená s jednorázovým užitím nelegálních drog – jednorázový experiment s konopnými látkami je bez rizik nebo přináší jen malá rizika podle 72 % mladých dospělých v ČR, experiment s extází je bez rizik podle 24 %, s kokainem podle 14 % a s novými psychoaktivními látkami podle 19 % dotázaných. V hodnocení rizik pravidelného užívání nelegálních drog mají čeští respondenti stejné postoje jako jejich vrstevníci v EU – graf 2-3.

graf 2-3: Hodnocení rizik spojených s jednorázovým a opakovaným užíváním vybraných nelegálních drog (% respondentů, kteří uvedli „žádné“ nebo „malé“ riziko) – srovnání ČR a evropského průměru



Zdroj: European Commission (2014)

Mezi nejefektivnější opatření, které by vedly ke snížení problémů s drogami na národní úrovni, patří podle respondentů v ČR tvrdší postih obchodníků s drogami (69 % respondentů uvedlo jako jedno

⁴⁶ <http://www.uzis.cz/ehis/zakladni-informace-setrenich-his-cr> [2014-09-02]

ze tří nejefektivnějších opatření), informační a preventivní kampaně (50 %) a tvrdší postihy uživatelů drog (32 %). Evropští vrstevníci uváděli nejčastěji také postihy dealerů (57 %) a preventivní kampaně (43 %), častěji než postihy uživatelů drog však preferovali větší nabídku sportovního a kulturního využití pro mladé lidi (36 %). Legalizace drog by vyřešila problémy s drogami podle 11 % českých respondentů, zatímco v celoevropském průměru legalizaci podpořilo 18 % dotázaných, nejčastěji se jednalo o respondenty v Rakousku (24 %), Polsku a Slovinsku (23%), Itálii (22 %), Irsku a Francii (21%) (European Commission, 2014, The Gallup Organization, 2011).

2.2.2 Názory občanů na drogy

Poslední z každoročních šetření Centra pro výzkum veřejného mínění (CVVM) Názory občanů na drogy bylo realizováno v květnu 2013 na vzorku 1062 respondentů starších 15 let. Šetření bylo zaměřené především na morální přijatelnost konzumace návykových látek a subjektivní vnímání zdravotních rizik spojených s jejich konzumací – blíže viz VZ 2012. Vlastní zkušenost s užitím konopných drog v životě uvedlo podle výzkumu celkem 32 % dotázaných (26 % v r. 2011 a 2012), 4 % uvedla užití jiných nelegálních drog (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2013). V r. 2014 se šetření neopakuje z důvodu nedostatku místa v dotazníku.

2.3 Užívání drog ve školní populaci

V r. 2013 nebyla v ČR realizována žádná celonárodní školní studie, poslední dostupné výsledky národně reprezentativních studií jsou k dispozici z Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z r. 2011 a ze studie HBSC z r. 2010. Další vlna studie HBSC probíhá v r. 2014, další vlna studie ESPAD je plánována na r. 2015. V r. 2014 proběhl také sběr dat studie zdravotně rizikového chování mládeže v rámci mezinárodního projektu SOPHIE a výzkum Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň.

Pro r. 2013 jsou dále k dispozici výsledky dvou regionálních školních studií realizovaných v moravských krajích a průběžné výsledky mezinárodní studie zaměřené na zdraví mezi vysokoškoláky.

2.3.1 HBSC

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 již od roku 1994, v r. 2014 probíhá již šestá vlna sběru dat. V ČR realizaci projektu v r. 2014 koordinuje Institut aktivního životního stylu FTK Univerzity Palackého v Olomouci.

V červnu 2014 proběhl sběr dat na 243 vybraných základních školách a víceletých gymnáziích v rámci celé ČR. Dotazník vyplnilo celkem 14 550 žáků 5., 7. a 9. tříd, v současnosti probíhá převod dat do elektronické podoby a čištění dat. První výsledky studie budou k dispozici v příštím roce, informace jsou průběžně zveřejňovány na internetovém portálu věnovaném studii HBSC v ČR, kde je k dispozici také výzkumná zpráva z realizace studie v ČR v r. 2010 a mezinárodní výzkumná zpráva⁴⁷.

2.3.2 ESPAD

Studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) je mezinárodní studie zaměřená na hodnocení situace a jejího vývoje v oblasti kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog mezi 16letými studenty v evropských zemích. Studie je realizována v 4letých intervalech již od r. 1995, poslední vlna mezinárodní studie proběhla v r. 2011 – blíže viz VZ 2011 a VZ 2012. V r. 2014

⁴⁷ <http://hbcs.upol.cz> [2014-09-02]

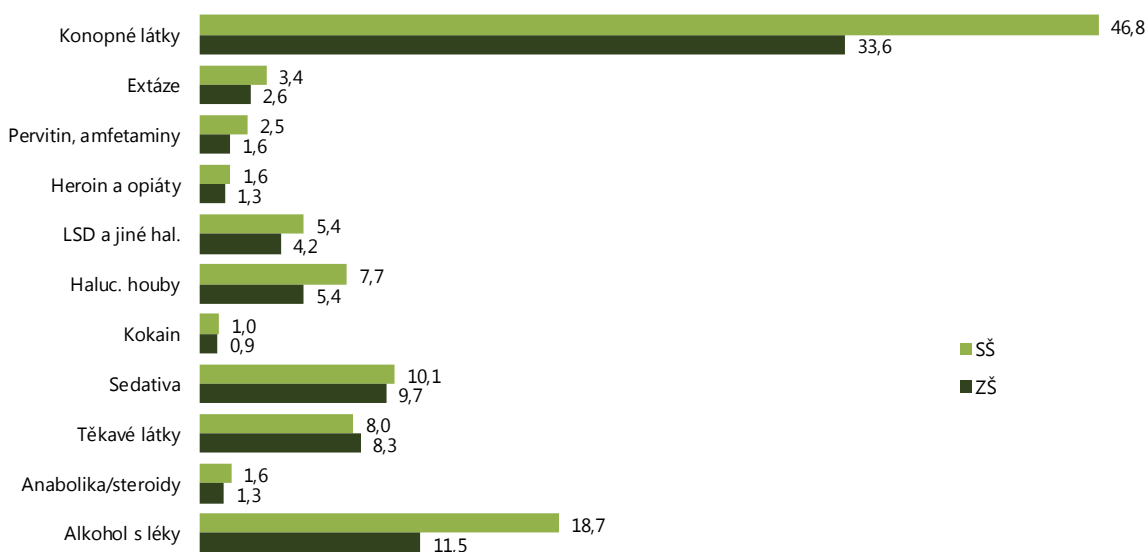
probíhá příprava metodiky studie plánované na r. 2015 a dotazníku, který bude oproti předchozím vlnám studie významně rozšířen především o oblast hraní hazardních her (gambling) a hraní počítačových her a her na internetu (tzv. gaming).

V r. 2014 byla k tisku připravena souhrnná výzkumná zpráva ze studie ESPAD 2011 s podrobnými výsledky studie v ČR včetně regionálního srovnání a srovnání chování a postojů žáků ZŠ se studenty SŠ (Chomynová et al., 2014).

Denní kouření uvedlo v roce 2011 celkem 25,5 % studentů – více než čtvrtina dotázaných středoškoláků (27,1 %) a pětina žáků základních škol (21,5 %). Nadměrné dávky alkoholu (tj. 5 a více sklenic alkoholu) často pilo 23,2 % studentů SŠ a 15,3 % žáků ZŠ. Stejně jako v případě kouření i v případě pití nadměrných dávek alkoholu existovaly mezi studenty SŠ významné rozdíly z hlediska typu studované školy – časté pití nadměrných dávek alkoholu uvádělo 14,0 % gymnazistů, 22,2 % studentů středních odborných škol a 32,2 % studentů odborných učilišť.

Nejčastěji užitou nelegální drogou byly mezi oběma skupinami studentů konopné látky – zkušenost s nimi uvedlo celkem 46,8 % středoškoláků a 33,6 % žáků základních škol. Pořadí zkušeností s nelegálními drogami bylo u obou skupin studentů stejné – následovaly halucinogenní houby a LSD a jiné halucinogeny. U všech sledovaných látek uváděli vyšší prevalenci zkušeností studenti středních škol, výjimkou byly těkavé látky, kdy vyšší míru zkušeností s užitím v životě uvedli žáci základních škol – graf 2-4.

graf 2-4: Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog – srovnání žáků základních a studentů středních škol ze studie ESPAD 2011, v %



Zdroj: Chomynová et al. (2014)

2.3.3 Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže

V březnu 2014 proběhl na školách sběr dat pro dotazníkové šetření zdravotně rizikového chování mládeže ve věku 14–15 let, které bylo realizováno v rámci mezinárodního projektu SOPHIE⁴⁸ a grantu Analýza vztahu zdravotně rizikového chování mládeže a sociogeografických determinant prostředí⁴⁹. Šetření v ČR koordinuje centrum GeoQol Katedry sociální geografie a regionálního

⁴⁸ Evaluating the impact of structural policies on health inequalities and their social determinants and fostering change – European Community's Seventh Framework Program (FP7/2007–2013)

⁴⁹ IGA MZ č. 278173

rozvoje Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Celkem bylo v rámci celé ČR osloveno 38 základních škol a sesbíráno 1032 dotazníků (495 chlapců a 537 dívek).

Kouření cigaret v posledních 30 dnech uvedlo celkem 24,1 % dotázaných, celkem 12,3 % kouřilo denně a 3,8 % respondentů uvedlo kouření 11 a více cigaret denně. Zatímco denní kouření uváděly častěji dívky, chlapci byli častěji silnými kuřáky – tabulka 2-2.

Alkohol alespoň jednou v životě konzumovalo 77,7 % dotázaných. Pivo konzumovalo s frekvencí nejméně jednou týdně 15,0 % dotázaných, víno, destiláty a míchané nápoje konzumovalo pravidelně alespoň jednou týdně shodně 5,5 % dotázaných. Chlapci byli výrazně častějšími konzumenty nadměrných dávek alkoholu – 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti 3krát nebo častěji v posledních 30 dnech uvedlo 10,1 % chlapců a 6,5 % dívek.

Konopné látky alespoň jednou v životě užilo celkem 26,1 % dotázaných (26,3 % chlapců a 25,9 % dívek), v posledních 12 měsících 23,4 % – z nich polovina užila konopné látky v posledním roce jednou nebo dvakrát, ovšem polovina z nich (11,3 % ze všech dotázaných) užila konopné látky v posledních 12 měsících 3krát nebo vícekrát. Konopné látky vyzkoušelo 7,5 % respondentů ve věku do 13 let včetně (Spilková, 2014).

tabulka 2-2: Užívání návykových látek mezi žáky základních škol ve věku 14–15 let, v %

Návykové látky	Chlapci	Dívky	Celkem
Kouření cigaret			
Kouření v posledních 30 dnech	20,7	27,9	24,1
Denní kuřáci	10,4	14,3	12,3
Silní kuřáci (11 a více cigaret denně)	4,3	3,2	3,8
Konzumace alkoholu			
Pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic 3krát nebo častěji v posledních 30 dnech)	10,1	6,5	8,3
Užívání konopných látek			
Celoživotní prevalence	26,3	25,9	26,1
Prevalence v posledních 12 měsících	22,3	24,4	23,4
Prevalence v posledních 30 dnech	11,2	9,7	10,5

Zdroj: Spilková (2014)

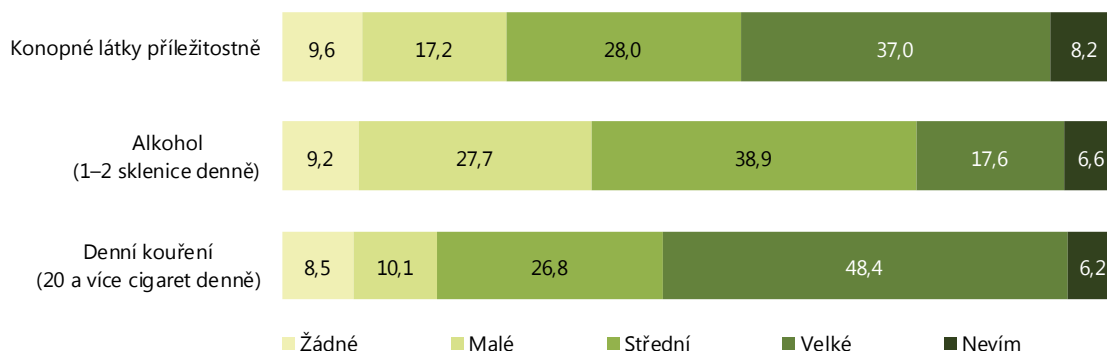
Více než třetina (36,9 %) dotázaných žáků základních škol nepovažuje za rizikovou pravidelnou konzumaci alkoholu, více než čtvrtina (26,7 %) považuje za bezrizikovou příležitostnou konzumaci konopných látek, rizika konzumace návykových látek podceňují především chlapci – tabulka 2-3. Za nejvíce rizikové při srovnání tabáku, alkoholu a konopných látek považují žáci ZŠ pravidelné kouření 20 a více cigaret denně – graf 2-5.

tabulka 2-3: Hodnocení rizik užívání návykových látek mezi žáky základních škol ve věku 14–15 let (% odpovědí „žádné“ nebo „malé“ riziko)

Riziko (žádné nebo malé)	Chlapci	Dívky	Celkem
Kouření cigaret denně (20 a více cigaret denně)	20,3	16,8	18,6
Alkohol 1–2 sklenice každý den	41,2	32,3	36,9
Konopné látky příležitostně	29,6	23,6	26,7

Zdroj: Spilková (2014)

graf 2-5: Hodnocení rizik užívání návykových látek mezi žáky základních škol ve věku 14–15 let, v %



Zdroj: Spilková (2014)

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

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 koordinuje Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Celkem bylo osloveno 54 škol v celé ČR (35 základních škol a 19 víceletých gymnázií), jednalo se o náhodný výběr škol tak, aby výsledný vzorek byl reprezentativní na národní úrovni podle krajů a typu školy. Do studie se zapojilo celkem 4198 respondentů ve věku 11–15 let (48 % chlapců a 52 % dívek) (Dolejš et al., 2014).

Cílem studie bylo prostřednictvím různých standardizovaných psychodiagnostických nástrojů zhodnotit výskyt některých forem rizikového chování, výskyt úzkostnosti, impulzivity a agresivity, a současně se zaměřoval na sebehodnocení a školní úspěšnost. Respondentům bylo předloženo pět standardizovaných dotazníků – dotazník sebepojetí školní úspěšnosti dětí, výskyt rizikového chování u adolescentů, škála osobnostních rysů u adolescentů, Rosenbergova škála sebehodnocení a dotazník agresivity (Dolejš et al., 2014).

Dosud zveřejněné výsledky naznačují, že 3 % dětí ve věku 11–15 let vykouří více než pět cigaret denně a 4 % se v posledním měsíci opila. Jednorázový experiment s marihuanou uvedlo téměř 11 % dotázaných. Zatímco šestáci mají malé zkušenosti s alkoholem, tabákem, marihuanou i dalším rizikovým chováním, se vzrůstajícím věkem se situace mění. Problémem mezi dětmi je šikana – obětí zesměšňování či ubližování prostřednictvím sociálních sítí se stalo 7 % respondentů, fyzickou agresivitu zažilo 12 %. Ukázalo se, že šikana vrcholí v osmé třídě základní školy. S věkem se u žáků také často snižuje jejich sebehodnocení a zároveň narůstá agresivita. Výzkum poukázal na to, že s rizikovým chováním je také spojena úzkostnost, emoční labilita a impulzivita. Dívky dosahují vyšší míry úzkostnosti, v porovnání s chlapci jsou ale méně impulzivní. Podrobnější výsledky studie budou k dispozici na konci roku 2014.

2.3.5 Regionální školní studie

Stejně jako v předchozích dvou letech realizovala společnost A Kluby ČR průzkum Mládež a drogy v Jihomoravském kraji. V r. 2013 bylo osloveno celkem 1763 respondentů z 2. stupně ZŠ (1003 osob), gymnázií (170 osob), středních odborných škol a učilišť (590 osob). Věk respondentů byl 11–21 let, celkem 1065 dotázaných bylo ve věkové kategorii 11–15 let (60,4 %), 663 ve věku 16–19 let (37,6 %) a 35 osob ve věku 20–21 let (2,0 %). K dispozici jsou pouze výsledky za všechny respondenty celkem, bez dalšího rozlišení podle pohlaví, věku nebo typu školy. Zkušenost s užitím konopných látek v životě uvedlo celkem 20,9 % dotázaných, 3,2 % uvedla užití halucinogenních hub, 1,3 % užila LSD a 1,7 % extázi. Hraní hazardních her (tj. hraní na výherních automatech,

kurzové sázení a on-line hazardní hry) uvedlo 11,5 % respondentů (A Kluby ČR o.p.s., 2014). Srovnání výsledků s minulými roky komplikuje fakt, že věková struktura se mezi průzkumy v jednotlivých letech liší.

V r. 2013 proběhla také Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a osobnostních charakteristikách adolescentů, kterou realizovala Katedra psychologie, Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Sběr dat proběhl v rámci ověřování účinnosti dotazníkového nástroje SURPS (Substance Use Risk Profile Scale). Cílovou skupinou byli žáci osmých a devátých tříd základních škol a víceletých gymnázií v Olomouckém, Zlínském, Jihomoravském a Moravskoslezském kraji. Celkem bylo sesbíráno 836 dotazníků od respondentů ve věku 13–16 let. Podle výsledků šetření mělo 23,2 % respondentů zkušenost s konopnými látkami, halucinogenní houby užilo 2,6 %, LSD 1,4 % a pervitin 0,1 %. Těkové látky užilo 3,6 % a léky se sedativním účinkem 8 % dotázaných (Skopal & Dolejš, 2014).

2.3.6 Užívání drog ve vysokoškolské populaci

V letech 2012–2014 je ČR zapojena do mezinárodní longitudinální studie SLiCE (Student Life Cohort in Europe)⁵⁰, která se zaměřuje na různé aspekty zdraví studentů vysokých škol a je realizována na univerzitách ve 13 evropských zemích. Cílem studie je analyzovat zdraví, životní styl a životní perspektivy studentů vysokých škol a sledovat jejich vývoj v průběhu vysokoškolského studia. Cílem je dále porovnat situaci a trendy mezi jednotlivými evropskými zeměmi a identifikovat potřeby pro intervenční programy, které by mohly zlepšit zdraví studentů (Janovská et al., 2014). Za ČR je do studie zapojena Klinika adiktologie 1. LF a VFN UK v Praze.

Cílový vzorek v ČR měl dosáhnout 1000 respondentů, avšak do studie se podařilo ve školním roce 2011/2012 získat pouze 192 studentů (z toho 137 žen), kteří byli v následujícím školním roce znovu kontaktováni, aby vyplnili další část dotazníku.

Jednorázové užití konopných látek v posledním měsíci uvedlo 10,1 % dotázaných, častější užití pak 5,7 % respondentů (Janovská et al., 2014).

2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace

V r. 2012 byla zpracována kvalitativní studie zaměřená na zjištění rozsahu zkušenosti s užíváním konopných látek a způsobu jejich získávání ve skupině mladistvých v zařízeních pro cizince a jeho srovnání s rozsahem zkušeností s užíváním konopí v zařízeních ústavní výchovy (Piskáčková, 2013). Výzkumu se zúčastnilo 16 respondentů (pouze mužů) – 8 respondentů bylo umístěno v zařízeních pro děti-cizince⁵¹ (ZDC), 8 respondentů české národnosti v zařízeních ústavní nebo ochranné výchovy (ZÚV). Věk účastníků byl 15–18 let, respondenti byli vybráni záměrně tak, aby se jednalo o osoby se zkušeností s užitím konopných látek, dotazování byli prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru.

Ukázalo se, že mezi dvěma skupinami respondentů se lišil věk první zkušenosti s konopnými látkami – zatímco respondenti ze ZDC uváděli průměrně věk při první zkušenosti s konopím 13,9 roku, respondenti ze ZÚV 12,1 roku. Mezi respondenty ZDC převažovali lehčí uživatelé konopných látek (užívali konopné látky s frekvencí 1–2krát týdně) a krátkodobí uživatelé (neužívali konopí déle než 4 měsíce), zatímco mezi respondenty ZÚV převažovali těžší uživatelé (užívali 5krát týdně nebo častěji) a dlouhodobí uživatelé (užívali konopí déle než 2 roky). V obou skupinách respondenti nejčastěji uváděli, že užívají konopné látky na vycházkách, dovolenkách nebo na útěku, výjimečně je užívají při pobytu v zařízení. Celkem 14 respondentů uvedlo, že konopné látky sdílí s ostatními,

⁵⁰ <http://www.slice-study.eu/> [2014-08-18]

⁵¹ Jde o nezletilé děti-cizince bez doprovodu v České republice.

a to obvykle kdykoli nastane příležitost konopné látky užít. Nikdo z respondentů konopí nepěstuje, získávají ho nejčastěji od známých nebo kamarádů (obvykle zadarmo), 5 respondentů uvedlo nákup od dealera, 7 má zkušenost s krádeží konopných látek. 10 respondentů uvedlo, že mají obavy, že by na jejich užívání konopí mohl někdo přijít (především se jednalo o skupinu z ZDC).

V r. 2014 probíhá příprava třetí vlny dotazníkové studie Užívání drog v populaci vězňů před a po nástupu do výkonu trestu odnětí svobody, předchozí vlny studie byly realizovány v letech 2010 a 2012. Studii realizuje NMS ve spolupráci s Generálním ředitelstvím Vězeňské služby ČR (GR VS) a agenturou ppm factum research. Výsledky studie z r. 2012 viz VZ 2012.

Údaje o užívání drog v dalších populačních skupinách uvádí kapitola Sociální exkluze a užívání drog (str. 137).



Kapitola 3:

Prevence

- Vláda v lednu 2014 projednala dokument Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí v gesci MZ. Školské preventivní aktivity spadají do působnosti MŠMT a hlavním dokumentem je Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013–2018. V posledních letech jsou hlavním nástrojem rozvoje a koordinace primární prevence na regionální úrovni tzv. krajské plány prevence.
- V r. 2013 pokračovaly systémové změny zaměřené na zkvalitňování obsahu preventivních programů a zvyšování kompetencí jejich realizátorů. Zásadní moment představovalo obnovení certifikace programů primární prevence rizikového chování. Udělení certifikace (nebo alespoň žádost o certifikaci) je nyní předpokladem pro účast v některých dotačních řízeních.
- V r. 2013 byly kromě obvyklých mediálních kampaní zaměřených na kouření, podávání alkoholu mladistvým nebo řízení pod vlivem návykových látek realizovány také kampaně zaměřené na intenzivní užívání konopných látek nebo padělaných legálních drog.

3.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti prevence

Vláda v lednu 2014 projednala⁵² dokument Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí⁵³. Následně v březnu 2014 byl dokument vzat na vědomí i Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR⁵⁴. Hlavním cílem strategie je stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Mezi prioritami strategie je podpora tělesné aktivity a zdravé výživy, zvyšování znalostí obyvatelstva o zdraví, snižování zdravotně rizikového chování a nerovností ve zdraví a zvyšování úrovně sekundární prevence vč. screeningových programů. V r. 2015 má být strategie rozpracována do akčních plánů pro jednotlivé oblasti, které se mimo jiné stanou podkladem pro uplatnění nároků ČR na využití evropských strukturálních a investičních fondů nebo např. z Třetího víceletého programu v oblasti zdraví na období 2014–2020⁵⁵. Mezi implementačními dokumenty, které by měly rozpracovávat strategii Zdraví 2020, jsou uvedeny i akční plány a mezirezortní strategické dokumenty pro oblast kontroly tabáku a omezování škod působených alkoholem. Implementační dokumenty by se měly zaměřit na tvorbu mezirezortních nástrojů navazujících na cíl č. 12 Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21). Měly by být v souladu s Národní strategií protidrogové politiky na období 2010–2018 a jejími akčními plány a dalšími národními a mezinárodními dokumenty zaměřenými na tato témata (v případě tabáku bude zohledněna zejména Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku).

⁵² Usnesení č. 23 ze dne 8. ledna 2014

⁵³ http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html [2014-08-23]

⁵⁴ Usnesení č. 175 Poslanecké sněmovny PČR ze 7. schůze dne 20. března 2014

⁵⁵ http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.htm [2014-08-23]

V květnu 2014 schválila vláda⁵⁶ 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.

Základními dokumenty v oblasti školské prevence jsou Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013–2018⁵⁷ a Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže⁵⁸. Hlavním cílem strategie je prostřednictvím efektivního systému prevence, fungujícího na základě komplexního působení všech na sebe vzájemně navazujících subjektů, minimalizovat vznik a snížit míru rizikového chování u dětí a mládeže.

Novým nástrojem pro efektivnější řízení a koordinaci preventivních aktivit v jednotlivých regionech jsou tzv. krajské plány prevence vytvořené na základě Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, které kraje zpracovávají poprvé v r. 2012. Tyto strategické plány vycházejí z jednotné struktury, která obsahuje východiska plánu prevence včetně demografických charakteristik regionu a samotnou strategii prevence včetně hlavních priorit, sítě služeb a koordinace preventivních aktivit. Její součástí je rovněž financování preventivních aktivit a přehled poskytnutých dotací v kraji. Plány obsahují také SWOT analýzu, na jejíž tvorbě se v některých krajích podílely pracovní týmy složené např. ze zástupců pedagogicko-psychologických poraden, škol, školských zařízení, dětských domovů, obcí a neziskového sektoru.

Mezi pozitiva, která z analýz krajských plánů prevence vyplývají, patří především zlepšující se ochota ke spolupráci klíčových osob vykonávajících nebo koordinujících preventivní aktivity a rozvíjející se metodické vedení (školní metodik prevence, okresní metodik prevence v pedagogicko-psychologických poradnách a krajský školský koordinátor prevence), koordinace aktivit a síťování s neziskovým sektorem. Dále je to plánování na krajské úrovni a zavedení strategických prvků, např. vytváření koncepčních materiálů, vznik krajského centra primární prevence v některých krajích, podpora specifické primární prevence a dotační program. V některých krajích se daří pravidelně monitorovat rizikové chování. V některých krajských plánech je pozitivně hodnocena spolupráce v rámci systému prevence a stabilita dotačního systému MŠMT. Na úrovni škol jsou jako přínos hodnoceny minimální preventivní programy a školská poradenská pracoviště. Z několika krajských plánů vyplývá pozitivní ohlas na existenci standardů primární prevence rizikového chování ve školství, na systém certifikace preventivních programů a na postupné posilování legislativního rámce prevence. Jako pozitivní je v některých krajích vnímána stabilizovaná síť NNO, které se prevencí rizikového chování zabývají.

Z negativ ohrožujících systém prevence rizikového chování je uváděn především systém přerozdělování dotací, nedostatečné čerpání dotací z EU a centralizace financí na prevenci na MŠMT. Dalším úskalím je vážnoucí komunikace a koordinace, zejména na národní, ale v některých případech také na krajské úrovni. Rovněž negativem a potenciální hrozbou je omezené využívání závěrů výzkumných studií a neinformovanost osob na klíčových pozicích ve státní správě o problematice primární prevence stejně jako formální přístup České školní inspekce k problematice prevence rizikového chování.

Potenciální hrozbou pro vývoj prevence rizikového chování je nedostatečná kapacita a postoj klíčových pracovníků školy k zajištění prevence rizikového chování. Jedná se především o školního metodika prevence a ředitele škol. V některých krajích je negativně hodnocena kumulace funkcí školního metodika prevence a běžné pedagogické činnosti. Dále je v některých krajích kritizován formální přístup vedení škol k dalšímu vzdělávání pedagogických pracovníků a malá podpora prevence rizikového chování, jejíž příčinou může být i nízká informovanost vedení školy. Přes přesycenost vzdělávacími aktivitami různých evropských projektů se projevuje nedostatečná erudice

⁵⁶ Usnesení č. 342 ze dne 12. května 2014

⁵⁷ <http://www.msmt.cz/file/28077> [2014-08-23]

⁵⁸ Č. j. 21 291/2010–28, <http://www.msmt.cz/file/20273> [2014-08-23]

v prevenci (zejména třídních učitelů) a absence supervize v oblasti prevence. Praxe se v některých krajích potýká s nedostatkem kvalitních a dlouhodobých preventivních programů, na jejichž realizaci beztak není dostatek prostoru. Nevyhovující je rovněž hodnocení těchto programů a jako problematické je vnímáno zjišťování jejich efektivity, a to i ekonomické. Do některých škol stále vstupují organizace, které nejsou považovány za kvalitní, programy jsou často duplicitní a některé cílové skupiny jsou preventivními aktivitami přehlčeny. Naopak chybí preventivní programy zaměřující se na rodiny a celková informovanost veřejnosti o smyslu prevence je nízká.

V r. 2013 byl pro zajištění kvality primárně-preventivních aktivit obnoven certifikační proces programů prevence rizikového chování, který je založen na Standardech odborné způsobilosti poskytovatelů školské primární prevence (Pavlas Martanová, 2012c) a dále na dokumentech Certifikační řád a metodika místního šetření (Pavlas Martanová, 2012a) a Manuál certifikátora (Pavlas Martanová, 2012b) – blíže viz VZ 2012. Z pověření MŠMT bylo v červnu 2013 Národním ústavem pro vzdělávání otevřeno Pracoviště pro certifikace, které celý systém udělování certifikací koordinuje. Celkově bylo k červnu 2014 provedeno 36 místních šetření. Hodnoceno bylo 66 programů všeobecné, selektivní i indikované prevence rizikového chování, z nichž 10 nebyla certifikace udělena.⁵⁹

Během r. 2013 proběhlo několik pracovních setkání zástupců různých cílových skupin zabývajících se primárně preventivními aktivitami (školní metodici prevence, pracovníci pedagogicko-psychologických poraden, školní psychologové atp.) s cílem osvojit si některé nové preventivní metodiky (např. Unplugged, Kočičí zahrada, Unplugged pro rodiče) a také diskutovat a navrhovat možnosti jejich implementace⁶⁰. Detailní informace o metodikách a metodických publikacích jsou uvedeny ve VZ 2012.

V r. 2013 bylo v rámci dotačních programů MŠMT na aktivity v oblasti prevence rizikového chování a prevence kriminality vyčleněno 18,5 mil. Kč, z toho 10,4 mil. Kč tvořily výdaje z rozpočtu na protidrogovou politiku – blíže viz kapitolu Výdaje z veřejných rozpočtů (str. 21).

RVKPP podpořila v dotačním řízení na r. 2013 celkem 5 preventivních projektů v celkové výši 1588 tis. Kč, což představovalo 22,8 % jejich celkových nákladů. Všechny se v průběhu r. 2013 věnovaly všeobecné, selektivní i indikované prevenci, tři realizovaly také informační a vzdělávací aktivity. V rámci všeobecné a selektivní prevence programy realizovaly blokované přednášky, interaktivní semináře a osobní konzultace. Nejčastěji využívanými službami v programech indikované primární prevence bylo telefonické a internetové poradenství.

3.2 Preventivní působení prostředí

Základní legislativní rámec v oblasti environmentální prevence poskytuje zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který by měl být nahrazen zákonem o ochraně zdraví před návykovými látkami, který byl v r. 2013 a 2014 diskutován – blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str. 12).

Pro informace o teoretickém zakotvení, základních přístupech v oblasti environmentální prevence a o konkrétních opatřeních regulujících v ČR dostupnost a užívání alkoholu, tabáku a případně dalších drog viz VZ 2011 a 2012.

⁵⁹ <http://www.nuv.cz/cinnosti/ppp/pracoviste-pro-certifikace/poskytovatele> [2014-08-23]

⁶⁰ Tyto aktivity byly podpořeny z projektu NETAD: Síťování vědecko-výzkumných kapacit a cílený rozvoj spolupráce mezi vysokými školami, veřejnou správou, soukromým a neziskovým sektorem v adiktologii (CZ.1.07/2.4.00/17.0111).

3.3 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, 2012c).

K 30. červnu 2014 byla udělena certifikace 30 programům všeobecné primární prevence v různých regionech ČR. Jejich aktualizovaný seznam je k nalezení na webové stránce Pracoviště pro certifikace Národního ústavu pro vzdělávání.

VZ 2012 informovala o orientaci metodických a výzkumných aktivit směrem k roli a zapojení rodičů do prevence rizikového chování dětí v ČR. O možnostech rodičů zapojit se do preventivních aktivit v rámci ochrany svých dětí před užíváním návykových látek pojednávají Gabrhelík et al. (2014).

3.4 Selektivní prevence

Programy selektivní prevence rizikového chování jsou určeny pro skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a rozvoj různých forem rizikového chování, tj. jsou ohroženější než jiné skupiny populace (Pavlas Martanová, 2012c).

K 30. červnu 2014 bylo certifikováno 16 programů selektivní primární prevence v celé ČR⁶¹.

3.5 Indikovaná prevence

Programy indikované prevence jsou zaměřeny na jedince, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a rozvoj rizikového chování, tj. jsou ohroženější než jejich vrstevníci a jiné osoby běžné populace, případně u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování (Pavlas Martanová, 2012c). Indikovanou prevenci realizují instituce zřizované státem, krajem či obcemi (např. pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro dítě a rodinu, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, střediska výchovné péče) a NNO.

K 30. červnu 2014 byla udělena certifikace celkem 7 programům indikované primární prevence v celé ČR⁶².

3.6 Mediální a informační kampaně

Česká koalice proti tabáku⁶³ spouští každoročně 31. května kampaň ke Světovému dni bez tabáku. Cílem je upozornit na rizika spojená s kouřením a motivovat kuřáky, aby alespoň jeden den v roce prožili bez tabáku a zvážili možnost odvykání kouření. Tématem kampaně pro r. 2013 byl přínos nekuřáckých restaurací. Počátkem r. 2014 zahájila Česká koalice proti tabáku v Praze provoz vlastní poradny pro odvykání kouření.

U příležitosti Světového dne bez tabáku připravila Česká lékárnická komora ve spolupráci s PACE 2015 a Společností pro léčbu závislostí na tabáku kampaň Odvykání kouření v lékárnách⁶⁴, ve které byly v rámci jednoho týdne ve vybraných lékárnách zdarma poskytovány konzultace s lékárníky na téma možnosti odvykání kouření.

⁶¹ Jules a Jim, Prev-Centrum, PROSPE, Proxima Sociale, Život bez závislosti (Praha), Pedagogicko-psychologická poradna, Společnost Podané ruce (Brno), AVE (Karviná), CPPT (Plzeň), LECCOS (Český Brod), MADIO (Zlín), Magdaléna (Mníšek p. Brdy), P-Centrum (Olomouc), Renarkon (Ostrava), Semiramis (Nymburk), Společně k bezpečí (Orlík n. Vltavou).

⁶² Prev-Centrum (Praha), Pedagogicko-psychologická poradna, Společnost Podané ruce (Brno), AVE (Karviná), CPPT (Plzeň), LECCOS (Český Brod), Madio (Zlín).

⁶³ <http://www.bez cigaret.cz/> [2014-08-12]

⁶⁴ <http://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Informace-pro-verejnost/Odvykani-koureni-v-lekarnach.aspx> [2014-08-12]

Ke kampani Světového dne bez tabáku se v ČR každoročně připojuje také asociace Zdravá města ČR⁶⁵, která organizuje v obcích a regionech tzv. cesty za čistým vzduchem, výtvarné soutěže s protikuřáckou tematikou a další osvětové akce zaměřené na prevenci kouření u dětí a mladistvých.

V roce 2013 probíhala i v České republice další etapa mezinárodní kampaně s názvem Ex-kuřáci jsou nezastavitelní, kterou pořádala Evropská komise.⁶⁶

V r. 2013 pokračovaly také kampaně v oblasti prevence alkoholu a dalších drog za volantem – blíže viz VZ 2012. V březnu 2013 probíhal třetí ročník kampaně Řídím, piju nealko pivo⁶⁷, kterou realizuje Český svaz pivovarů a sladoven ve spolupráci s Policií ČR a ve které každoročně odměňují nealkoholickým pivem řidiče, kteří před jízdou nepili alkohol. Český svaz pivovarů a sladoven každoročně připravuje také stánek na pivních a hudebních festivalech, kde si mohou účastníci vyzkoušet tzv. opilé brýle, které navozují stav po požití alkoholu, a účastníci si tak mohou vyzkoušet, jak zvládají běžné úkony při sníženém zrakovém vnímání simulujícím stav opilosti.

V květnu 2013 proběhl v ČR pod záštitou BESIP Týden bezpečnosti silničního provozu⁶⁸ (v rámci celosvětového Road Safety Week) zaměřený na bezpečnost chodců v silničním provozu – blíže viz VZ 2012.

Ke dni dětí 1. června 2013 byla spuštěna komunikační kampaň města Plzně, společnosti Plzeňský Prazdroj a Centra protidrogové prevence a terapie (CPPT) s názvem Respektuj 18⁶⁹, která se snaží upozornit na konzumaci alkoholu nezletilými. Jejím cílem je změnit postoj lidí k této problematice a podpořit dodržování zákazu prodeje a podávání alkoholu mladistvým do 18 let věku – blíže viz VZ 2012.

V r. 2012 spustilo o. s. SANANIM webové stránky koncimshulenim.cz⁷⁰ zaměřené na prevenci (nadměrné) konzumace konopných látek – blíže viz kapitolu Další aktuální informace o drogové léčbě (str. 92). Na službu upozorňoval speciální konopný bigboard umístěný u dálnice – obrázek 3-1. U bigboardu s podtitulem Nenech si to přerůst přes hlavu byly umístěny truhlíky s technickým konopím a očekávalo se, že v průběhu času bude konopí přerůstat přes samotné sdělení a tím přitáhne pozornost cílové skupiny.

⁶⁵ <http://zdravamesta.cz/index.shtml?apc=rkC> [2014-08-12]

⁶⁶ http://www.exsmokers.eu/cz-cs/news_and_events.html [2014-10-01]

⁶⁷ <http://www.ridimpijunealkopivo.cz/realizovane-projekty.php> [2014-08-12]

⁶⁸ <http://www.ibesip.cz/cz/aktivity/akce-a-kampane-v-roce-2013/road-safety-week-2013> [2014-08-12]

⁶⁹ <http://www.respektuj18.cz/> [2014-08-12]

⁷⁰ <http://www.koncimshulenim.cz/> [2014-08-10]

obrázek 3-1: Konopný bigboard projektu koncimshulenim.cz sdružení SANANIM



Zdroj: <http://www.feedit.cz/>

Hlavní město Praha ve spolupráci s jednotlivými městskými částmi pořádá každoročně již od r. 2008 festival amatérských filmů pro školy, školská zařízení a nízkoprahové kluby (a vyhlašuje soutěž o nejlepší studentský film) s názvem AntiFetFest aneb Jde to i jinak⁷¹. Do soutěže je možné přihlásit film s námětem rizikového chování (např. drogová závislost, kriminalita, šikana, rasismus, záškoláctví, hazardní hráčství nebo domácí násilí) v délce do 15 minut.

3.6.1 Kampaně se sporným ohlasem

Národní protidrogová centrála (NPC) se v r. 2014 rozhodla podpořit celonárodní vzdělávací kampaň legálních výrobců a prodejců tabákových výrobků iniciovanou společností Philip Morris ČR zaměřenou na boj s obchodem s nelegálními tabákovými výrobky a dalšími nelegálními komoditami. Inzerce v rámci kampaně vyšla v celostátních denících MF Dnes a Lidové noviny i v regionálním tisku⁷² v průběhu července a srpna 2014 – obrázek 3-2. NPC svou podporu prezentovala jako „podporu boje s trestnou činností, ne podporu závislostem“ a své připojení k této kampani zdůvodnila skutečností, že obchod s nelegálními cigaretami a ostatními padělkami se nejčastěji odehrává v místech, kde policisté odhalují drogovou kriminalitu⁷³. Některá jiná média tento krok kritizovala jako „podporu prodeje cigaret“⁷⁴ nebo „preventistický přešlap“⁷⁵. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku varovala před diskreditací policie a vyzvala ji, aby zveřejnila podmínky spolupráce s tabákovým průmyslem⁷⁶.

⁷¹ <http://rs.antifetfest.cz/hlavni-stranka-2013> [2014-08-12]

⁷² http://data.5plus2.cz/5p2pdf/2014/08-01/20140801DQA000_PETPLUSDVA_QA-PRAHA-V.pdf [2014-08-31]

⁷³ <http://www.policie.cz/clanek/podpora-vzdelavaci-kampane.aspx> [2014-08-12]

⁷⁴ <http://mam.ihned.cz/c1-62650190-padelane-drogy> [2014-08-31]

⁷⁵ <http://www.reflex.cz/clanek/komentare/57973/jiri-x-dolezal-zavre-sef-protidrogovky-sam-sebe.html> [2014-08-31]

⁷⁶ <http://blog.aktualne.cz/blogy/eva-kralikova.php?itemid=23613> [2014-09-05]

obrázek 3-2: Inzerce v rámci celonárodní vzdělávací kampaně legálních výrobců a prodejců tabákových výrobků



Národní protidrogová centrála SKPV PČR varuje: „Obchodování s padělký financuje drogovou kriminalitu.“

Philip Morris ČR, GECO, a.s., British American Tobacco (Czech Republic), s.r.o., TOP TANK s.r.o., T.G., a.s.

NEPODPORUJTE ZLOČIN - NAKUPOUJTE POUZE LEGÁLNÍ ZBOŽÍ U PROVĚŘENÝCH OBCHODNÍKŮ

Zdroj: týdeník 5plus2 (1. srpna 2014, str. 4)

V r. 2013 proběhl již 11. ročník Cykloběhu za Českou republiku bez drog⁷⁷. Akci organizuje o. s. Řekni ne drogám – řekni ano životu. Cykloběh se koná každoročně u příležitosti Mezinárodního dne proti zneužívání drog, který připadá na 26. červen. Cykloběh se prezentuje jako největší pravidelná protidrogová kampaň spojená se sportem, jejím cílem je poukázat na zanedbané vzdělání v oblasti drogové prevence a snaží se o zvýšení drogové gramotnosti. Každoročně cykloběh prochází přibližně 40 městy, kde probíhají informační kampaně a přednášky o drogách, akce má každoročně podporu Senátu PČR. Cykloběh patří spolu s projektem Revolution train k preventivním projektům, které odborná veřejnost dlouhodobě kritizuje – blíže viz VZ 2012. Druhý z projektů, Revolution train, v r. 2013 nepokračoval vzhledem k tomu, že nebyl doporučen k podpoře ze strany kraje, navíc byl v r. 2014 vykraden a poškozen⁷⁸.

3.7 Výzkum a evaluace v prevenci

V r. 2013 Klinika adiktologie 1. LF UK a VFU v Praze zahájila projekt Randomizovaná studie univerzální drogové preventivní intervence Unplugged s přídatnými sezeními zaměřenými na alkohol, tabák a konopné drogy⁷⁹. Cílem je vyhodnocení efektivity programu Unplugged rozšířeného o přídatná sezení v následujícím školním roce. V září 2013 bylo vyškoleno přibližně 45 školních metodiků prevence, kteří program Unplugged pro žáky v 6. třídách implementovali. Zároveň proběhl první sběr dat v rámci evaluace efektivity tohoto programu. Projekt pokračuje až do konce r. 2015, přičemž mapování efektivity programu bude probíhat v pravidelných intervalech. Projekt je ojedinělý tím, že rozšiřuje již dobře známý preventivní program Unplugged pro žáky o návazné komponenty, které mají efekt původního programu posílit a upevnit. Do projektu je celkově zapojeno přibližně 70 základních škol a gymnázií z Prahy, Brna a Přerova.

Na evropské úrovni je Česká republika zastoupena v několika významných projektech. První nese název European Drug Prevention Quality Standards: The Prevention Standards Partnership in Phase II⁸⁰ a jeho cílem je implementace Evropských preventivních standardů⁸¹ do praxe. Druhý projekt Science for Prevention Academic Network (SPAN)⁸² představuje síť, v níž jsou zastoupeny univerzity a instituce z celé Evropy. Tato síť má za cíl podpořit rozvoj vědy a výzkumu v oblasti

⁷⁷ <http://rekninedrogam.cz/cyklobeh-za-cr-bez-drog> [2014-08-12]

⁷⁸ <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/regiony/275660-odstaveny-a-vykradeny-protidrogovy-vlak-za-miliony-chatra/> [2014-08-12]

⁷⁹ GAČR č. 13-232905

⁸⁰ <http://prevention-standards.eu/the-prevention-standards-partnership-in-phase-ii/> [2014-08-22], spolufinancován z grantu Evropské komise DrugPrevention and InformationProgramme (DPIP)

⁸¹ <http://prevention-standards.eu/standards/> [2014-08-22]

⁸² <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/4162/Vznikla-nova-evropska-sit-preventivni-mediciny-vedena-Oxford-Brookes-Univerzitou-1-LF-UK-je-clenem> [2014-08-22]

prevence na akademické úrovni jak skrze facilitaci excelentních výzkumů v prevenci, tak především díky podpoře výuky a studia prevence podle jednotného evropského kurikula zasazeného do mezinárodně srovnatelného kreditního systému ECTS. Českou republiku v této síti zastupuje Klinika adiktologie. Další projekt Boys & Girls⁸³ vyvíjí sadu 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.

⁸³ www.boysandgirlslabs.eu [2014-08-22]



Kapitola 4:

Problémové užívání drog

- Přibližně 23,1 % (20,6–25,9 %) osob nad 15 let v ČR kouří denně, což představuje přibližně 2 mil. osob. Rizikovou konzumaci alkoholu vykazuje celkem 17–20 % české populace, tj. 1,5–1,7 mil. dospělých osob, z toho škodlivé pití (ve vysokém riziku nebo závislých na alkoholu) pak 5–8 % populace, tj. 450–700 tis. dospělých osob.
- Podíl osob ve vysokém riziku v důsledku užívání konopných látek je cca 1,1 % populace ve věku 15–64 let (2,0 % mužů a 0,2 % žen), podíl osob ve středním riziku je pak 1,6 % populace (2,2 % mužů a 1,0 % žen). Absolutně jde odhadem o 80 tis. uživatelů konopných látek ve vysokém a 120 tis. ve středním riziku v souvislosti s užíváním konopných látek. Pravděpodobnost výskytu problémů spojených s užíváním konopných látek se zvyšuje s frekvencí jejich užívání. Intenzivních uživatelů kokainu (s frekvencí alespoň jednou týdně) je v ČR odhadem pouze 0,1 % dospělé populace.
- V r. 2013 bylo v ČR odhadnuto přibližně 44,9 tis. problémových uživatelů drog (střední odhad), z toho bylo 34,2 tis. uživatelů pervitinu, 3,5 tis. heroinu a 7,2 tis. uživatelů buprenorfinu (celkem tedy 10,7 tis. uživatelů opiátů/opioidů). Počet injekčních uživatelů drog byl odhadnut na 42,7 tis. Odhadovaný počet problémových uživatelů drog se v r. 2013 meziročně zvýšil o 8,7 %. Statisticky významné změny lze pozorovat u počtu uživatelů opiátů/opioidů, kde opět došlo ke snížení u heroinu a ke zvýšení u buprenorfinu. U uživatelů pervitinu došlo k významnému nárůstu jejich počtu. V posledních 10 letech narostl střední odhad počtu problémových uživatelů drog o více než polovinu a prevalence problémového užívání drog v ČR v r. 2013 přesáhla 0,6 % obyvatel ve věku 15–64 let. Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů/opioidů jsou tradičně Praha a Ústecký kraj, dále také kraje Karlovarský a Liberecký. K největšímu dlouhodobému nárůstu došlo v posledních 10 letech v Praze, v krajích Středočeském, Jihočeském, Libereckém a Vysočina.
- Ze skupiny amfetaminů se v ČR užívá téměř výhradně pervitin (metamfetamin). Opiáty/opioidy zahrnuté v ČR do odhadů problémového užívání jsou především heroin a stále častěji zneužívaný buprenorfin. Fenoménem posledních let je výskyt nových syntetických drog ze skupiny katinonů nebo fenetylaminů – zkušenost s nimi má významný podíl problémových uživatelů drog (až třetina v Praze), ale pouhý zlomek je hlásí jako primární drogu.

4.1 Výskyt a trendy problémového užívání drog

4.1.1 Problémové užívání opioidů a pervitinu v ČR

Národní odhad počtu problémových uživatelů drog (PUD), resp. problémových uživatelů opioidů a pervitinu (PUOP), byl za r. 2013 byl stejně jako v minulých letech proveden multiplikační metodou (MM), která koriguje počet problémových uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými programy podílem

(multiplikátorem), jakým je v těchto programech zachycena celá uživatelská populace⁸⁴; národní odhad vzniká jako součet odhadů pro jednotlivé kraje (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014b).

V r. 2013 bylo v ČR odhadnuto přibližně 44 900 problémových uživatelů opioidů a pervitinu dohromady (95% CI: 44 500–45 300), z toho 34 200 (34 100–34 400) uživatelů pervitinu, 3500 (3400–3600) uživatelů heroinu a 7200 (7100–7300) uživatelů buprenorfinu (především Subutexu®). Uživatelů opiátů/opioidů bylo tedy odhadnuto celkem 10 700 (10 600–10 800). Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (IUD) dosáhl 42 700 (42 500–42 900). Prevalence problémového užívání drog v ČR přesáhla v r. 2013 hranici 0,6 % obyvatel ve věku 15–64 let.

Trendy v letech 2002–2013 prezentuje tabulka 4-1 a graf 4-1. Celkový počet PUD se v r. 2013 opět zvýšil, v posledních 10 letech narostl střední odhad počtu PUD o více než polovinu. Statisticky významné změny lze pozorovat u počtu uživatelů opiátů/opioidů, kde opět došlo ke snížení u heroinu a ke zvýšení u buprenorfinu. Ve srovnání s rokem 2012 se opět výrazně zvýšil počet uživatelů pervitinu. 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. 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. V MM není rovněž zohledněn překryv klientů mezi jednotlivými programy, zejména v Praze. Pokud by byl tento překryv zohledněn, odhad pro Prahu a tedy i pro ČR by byl o cca 4 tis. nižší. Na druhou stranu, samostatný odhad PUD v Praze v r. 2013 jinou metodou (CRM) činí 14,3 tis., což je ve shodě s nekorigovaným odhadem MM – viz kapitolu Problémové užívání opioidů a pervitinu v Praze (str. 61).

Prevalenční odhady problémového užívání drog podle krajů zobrazuje tabulka 4-2 a mapa 4-1, trendy 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. Vysoce nadprůměrnou prevalenci PUD na počet obyvatel vykazují také kraje Karlovarský, Liberecký, Jihočeský a Olomoucký. K největšímu dlouhodobému nárůstu došlo v posledních 10 letech v Praze, v krajích Středočeském, Jihočeském, Libereckém a Vysočina.

Ve výročních zprávách o realizaci protidrogové politiky v krajích za r. 2013 byl hlášen pokračující vzestupný trend zneužívání fentanylu v krajích Plzeňském, Karlovarském a Moravskoslezském a morfinového analgetika Vendal® Retard v krajích Jihočeském a Plzeňském (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2014b).

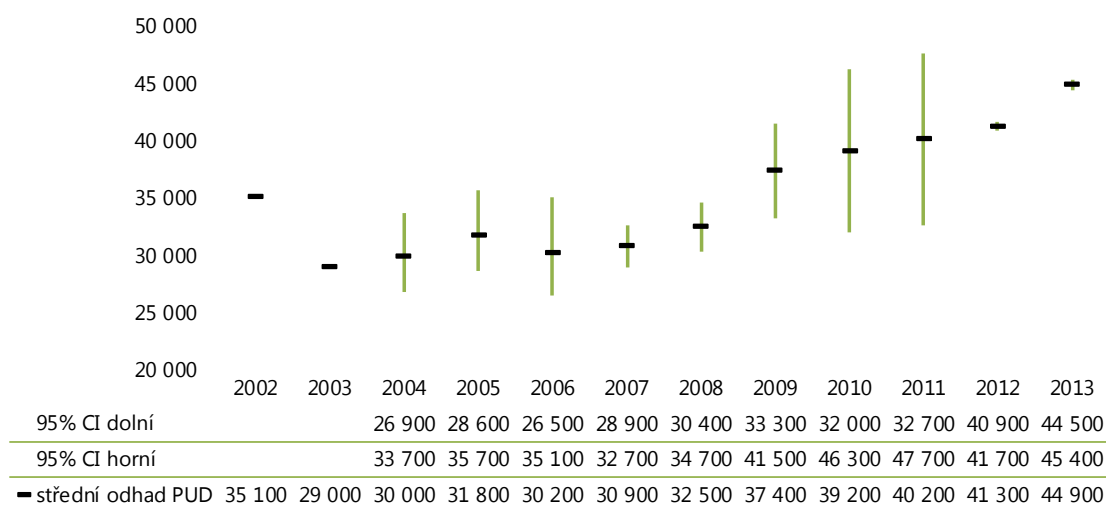
⁸⁴ Odhad multiplikační metodou vzniká jako součin velikosti známé populace uživatelů (v tomto případě počtu PUOP v kontaktu s nízkoprahovými programy v kalendářním roce) a hodnoty multiplikátoru. Zdrojem údajů o počtu problémových uživatelů drog v kontaktu jsou každoročně závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP a v r. 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 let 2002–2005. Odhady za r. 2006 vznikly jako součet odhadu pro celou ČR mimo Prahy 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. 2013 činila hodnota multiplikátoru zjištěná nominační technikou vyjádřená v procentech pro celou ČR bez Prahy 65 % (95% CI: 63–70 %) a oproti hodnotě z r. 2011 se snížila o dva procentní body. Hodnota multiplikátoru pro Prahu se naopak nezměnila a činila 80 % (95% CI: 74–85 %). Odhad počtu problémových uživatelů drog v ČR je dán jako součet odhadů pro jednotlivé kraje. Blíže viz VZ 2012.

tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v letech 2002–2013

Rok	Problémoví uživatelé drog celkem		Problémoví uživatelé opiátů/opioidů				Problémoví uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé drog	
	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Uživatelé heroinu	Uživatelé buprenorfinu	Celkem	Celkem na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89	–	–	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	44 900	6,29	3 950	7 100	10 700	1,50	34 200	4,79	42 700	5,97

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014b)

graf 4-1: Střední hodnoty a 95% intervaly spolehlivosti prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v letech 2002–2013



Pozn.: Různě široké intervaly spolehlivosti vyplývají z různé přesnosti multiplikátoru v jednotlivých letech dané velikosti souboru respondentů v jednotlivých krajích (čím méně respondentů, tím širší interval spolehlivosti).

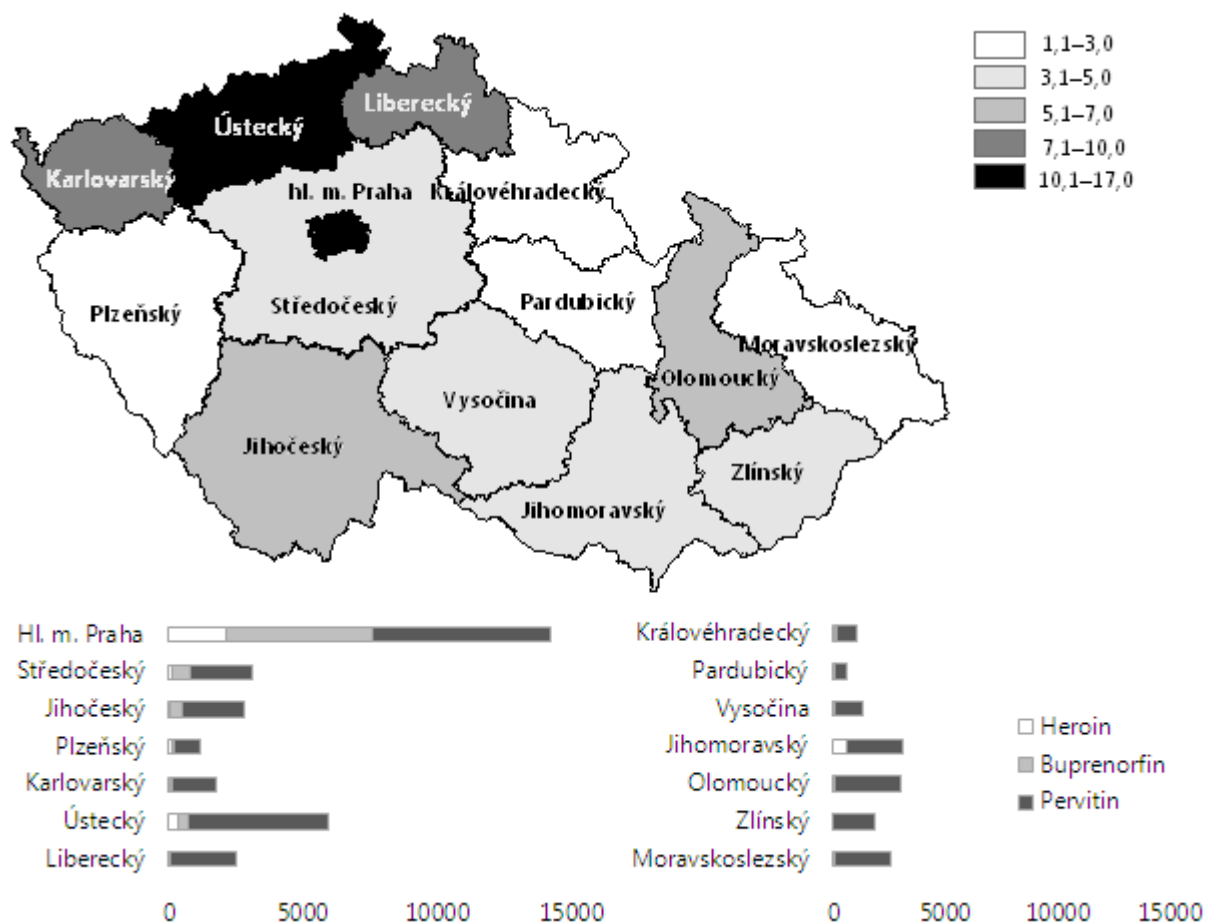
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014b)

tabulka 4-2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2013 podle krajů – střední hodnoty

Kraj	Celkem PUD		Uživatelů opiátů/opioidů			Uživatelé pervitinu	IUD
	Počet	Na 1000 os. 15–64 let	Heroin	Buprenorfin	Celkem		
Hl. m. Praha	14 300	16,8	2 200	5 400	7 600	6 700	14 300
Středočeský	3 100	3,5	100	700	800	2 300	2 900
Jihočeský	2 800	6,5	100	400	500	2 300	2 600
Plzeňský	1 100	2,9	100	100	200	1 000	1 100
Karlovarský	1 700	8,4	100	< 50	100	1 700	1 700
Ústecký	5 900	10,5	300	400	700	5 200	5 800
Liberecký	2 500	8,3	< 50	< 50	< 50	2 500	2 400
Královéhradecký	1 100	2,9	< 50	100	100	900	1 000
Pardubický	600	1,8	< 50	< 50	< 50	600	600
Vysočina	1 300	3,8	< 50	< 50	100	1 300	1 200
Jihomoravský	3 100	4,0	600	< 50	600	2 600	2 700
Olomoucký	3 000	6,9	100	< 50	100	2 900	2 500
Zlínský	1 900	4,7	< 50	< 50	< 50	1 900	1 500
Moravskoslezský	2 500	3,0	< 50	< 50	< 50	2 500	2 400
Celkem ČR	44 900	6,3	3 500	7 200	10 700	34 200	42 700

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014b)

mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2013 podle drog a krajů – střední hodnoty



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014b)

tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v letech 2005–2013 podle krajů, střední hodnoty v absolutních počtech

Kraj	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hl. m. Praha	9 800	8 400	10 000	11 500	10 400	11 350	10 900	14 600	14 300
Středočeský	2 500	2 450	1 700	1 750	2 400	2 150	2 100	2 500	3 100
Jihočeský	1 700	1 750	1 500	1 550	1 500	1 400	1 300	2 000	2 800
Plzeňský	1 450	1 350	1 300	1 650	2 400	2 000	1 900	1 250	1 100
Karlovarský	1 450	1 250	900	1 000	1 200	900	1 200	1 950	1 700
Ústecký	4 450	4 450	4 100	4 150	5 300	4 900	6 200	4 600	5 900
Liberecký	750	500	500	1 500	1 300	2 650	2 800	1 750	2 500
Královéhradecký	1 150	1 050	1 750	1 100	1 000	950	1 100	1 050	1 100
Pardubický	600	350	450	450	500	400	400	1 000	600
Vysočina	600	350	700	500	600	600	600	750	1 300
Jihomoravský	2 800	3 150	3 400	3 250	3 400	3 900	4 000	2 650	3 100
Olomoucký	1 900	2 350	1 650	1 600	3 000	3 300	3 200	2 350	3 000
Zlínský	1 150	1 300	1 850	1 350	2 400	2 350	2 500	1 850	1 900
Moravskoslezský	1 500	1 450	1 100	1 150	2 000	2 350	2 000	3 000	2 500
Celkem ČR	31 800	30 200	30 900	32 500	37 400	39 200	40 200	41 300	44 900

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014b)

4.1.2 Problémové užívání opioidů a pervitinu v Praze

Stejně jako za r. 2011 také za r. 2013 poskytlo 6 nízkoprahových programů v Praze⁸⁵ NMS anonymní identifikační kódy⁸⁶ svých klientů pro provedení odhadu PUD metodou zpětného zachytu (CRM). Pro statistickou analýzu byla použita log-lineární analýza v modulu Rcapture programu R (Baillargeon & Rivest, 2007), která bere v potaz rozsah, v jakém se jednotlivé zdroje překrývají mezi sebou – lze zohlednit vztahy mezi jednotlivými zdroji a rozhodnout se pro nejpravděpodobnější variantu.

Všech 6 programů nahlásilo v součtu 7952 klientů, jimž byl přidělen kód. Porovnáním seznamů jednotlivých programů bylo zjištěno celkem 4805 jedinečných kódů, 3354 (69,8 %) z nich bylo hlášeno pouze jedním programem, 1451 (30,2 %) dvěma a více programy. V kontaktu se všemi 6 programy najednou bylo 52 osob (resp. kódů). Data vstupující do modelu byla korigována na základě proporce klientů bez kódu (Sopko et al., 2013) – tabulka 4-4.

tabulka 4-4: Distribuce kódů podle počtu programů, ve kterých jsou evidovány

Počet programů	Počet kódovaných klientů	Korigovaný počet
1	3 354	5 560
2	578	955
3	347	596
4	281	481
5	193	328
6	52	88
Celkem	4 805	8 008

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014a)

⁸⁵ Šlo o tři kontaktní centra (KC) a tři terénní programy (TP) organizací SANANIM, Drop In a Progressive, po jednom KC a TP z každé organizace.

⁸⁶ 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.

Celkové výsledky včetně srovnání s odhadem pomocí multiplikační metody (MM) uvedené výše uvádí tabulka 4-5 a tabulka 4-6. Odhady oběma metodami se poměrně shodují včetně proporce užívaných drog, CRM poskytuje mírně nižší odhad počtu uživatelů pervitinu. Poměr mužů k ženám je mezi PUD v Praze přibližně 3 : 1. Zkušenost s užíváním nových syntetických drog (Funky, El Magico) v posledních 12 měsících má v Praze odhadem 4 800 PUD, tj. přibližně třetina.

Vývoj odhadů PUD v Praze metodou CRM ukazuje tabulka 4-7. V posledních dvou letech odhadovaný počet PUD v Praze pravděpodobně stoupl, k mírnému nárůstu došlo v počtu klientů uvádějících jako primární drogu pervitin a buprenorfin, k poklesu počtu naopak u uživatelů heroínu. V r. 2011 nebyly jako primární drogy vůbec uvedeny Suboxone® nebo nové syntetické drogy. V r. 2013 bylo odhadnuto 1200 uživatelů Suboxone® a 1100 uživatelů jiných primárních drog (z nich 700 uživatelů nových syntetických drog).

tabulka 4-5: Odhad počtu PUD v Praze v r. 2013 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	8 719	8 395	9 069
Všichni klienti po korekci na nekódované	14 376	13 964	14 814

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014a)

tabulka 4-6: Srovnání odhadu počtu PUD v Praze v r. 2013 metodou zpětného zachytu (CRM) a multiplikační metodou (MM)

Metoda	PUD celkem			Základní droga					
	Celkem	Muži	Ženy	Pervitin	Heroin	Buprenorfin	Metadon	Suboxone	Jiné
CRM	14 400	11 000	3 400	5 800	1 300	5 400	500	1 200	1 100
MM	14 300	–	–	6 700	2 200	5 400	n. a.	n. a.	n. a.

Pozn.: V MM mají klienti přiřazenu jen jednu primární drogu, zatímco v CRM se skupiny podle drog překrývají, klienti mohli nahlásit více primárních drog. Zaokrouhleno na stovky.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014a)

tabulka 4-7: Vývoj odhadovaného počtu PUD v Praze v r. 2011 a 2013 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

Pozn.: Zaokrouhleno na stovky.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014a), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014b)

4.1.3 Problémové užívání konopných látek v ČR

Podle screeningové škály CAST (Cannabis Abuse Screening Test) používané pro hodnocení problémového nebo rizikového užívání konopných látek (Piontek et al., 2008, Legleye et al., 2007, Beck & Legleye, 2008), která byla součástí Národního výzkumu užívání návykových látek⁸⁷ v r. 2012,

⁸⁷ Škála CAST obsahuje 6 otázek zaměřených na různé aspekty užívání konopných látek ve vztahu k období posledních 12 měsíců (užívání konopných látek před polednem, o samotě, pokusy skončit s užíváním konopí nebo užívání omezit, výskyt problémů v souvislosti s užíváním konopí), jednotlivé otázky mohou nabývat hodnot 0 = nikdy až 4 = velmi často; výsledné CAST skóre tak může dosáhnout 0–24 bodů. Metodologie výzkumu viz VZ 2012.

se ukázalo, že pro více než dvě třetiny současných uživatelů konopných látek (tj. těch, kteří užili konopné látky v posledním roce) nepředstavuje užívání žádné nebo jen nízké riziko.

V r. 2014 byl v souladu s nově publikovanými odbornými články a výstupy týkajícími se škály CAST (Spilka et al., 2013, Legleye et al., 2011, Thanki et al., 2013, Gyepesi et al., 2014) upraven výpočet odhadu podílu uživatelů konopí i jejich zastoupení v obecné populaci. Podle aktualizovaných výpočtů spadalo do kategorie mírného/středního rizika (tj. 3–6 bodů na škále CAST) celkem 17,5 % respondentů (17,2 % mužů a 18,2 % žen) a dalších 12,0 % dotázaných (15,6 % mužů a 3,6 % žen) spadalo do kategorie vysokého rizika v souvislosti s užíváním konopných látek (tj. 7 a více bodů na škále CAST) – tabulka 4-8. Respondenti s 1 nebo 2 body byli zařazeni do kategorie žádného/nízkého rizika.

Podíl osob ve vysokém riziku odpovídá cca 1,1 % populace ve věku 15–64 let (2,0 % mužů a 0,2 % žen), podíl osob ve středním riziku pak 1,6 % populace (2,2 % mužů a 1,0 % žen). Při přepočtu na populaci ve věku 15–64 let se jedná odhadem o 79 tis. uživatelů konopných látek ve vysokém riziku a o dalších cca 116 tis. osob v mírném/středním riziku v souvislosti s užíváním konopných látek.

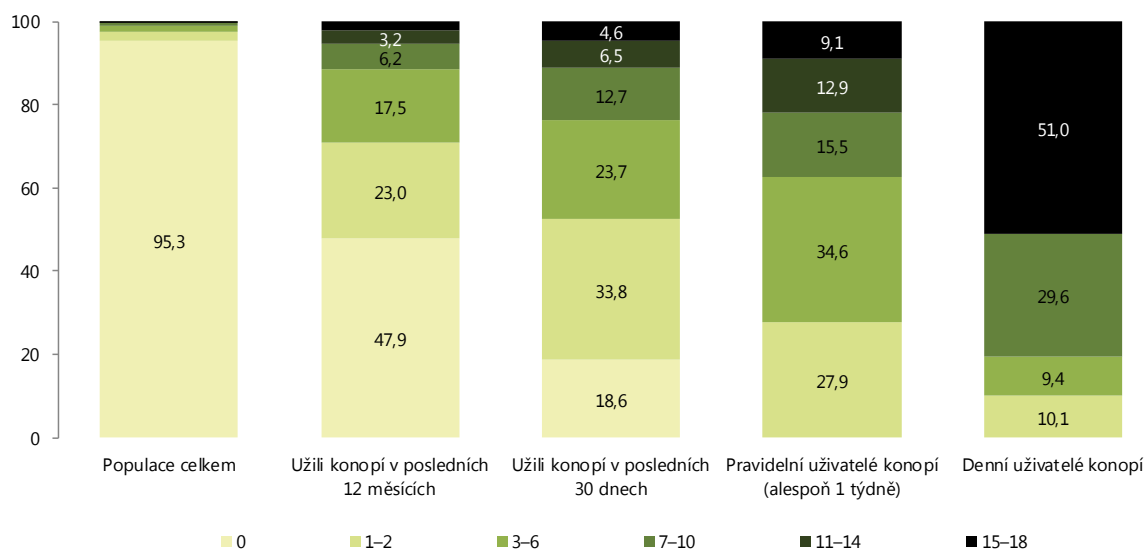
tabulka 4-8: Výsledky škály CAST a výskyt rizikového užívání marihuany (v % těch, kteří užili konopí v posledních 12 měsících, a v % populace celkem)

Škála CAST	Muži	Ženy	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	Celkem	Z toho 15–34 let
Rizikové užívání – mezi těmi, kteří užili konopí v posledních 12 měsících									
Žádné nebo nízké riziko (0–2 body)	67,2	78,2	71,8	75,8	59,3	72,7	50,0	70,5	73,5
Mírné nebo střední riziko (3–6 bodů)	17,2	18,2	19,2	17,7	3,7	27,3	50,0	17,5	19,4
Vysoké riziko (7 a více bodů)	15,6	3,6	9,0	6,5	37,0	0,0	0,0	12,0	7,1
Rizikové užívání – v obecné populaci									
Žádné nebo nízké riziko (0–2 body)	95,8	98,8	93,6	96,6	97,5	99,2	99,8	97,3	95,2
Mírné nebo střední riziko (3–6 bodů)	2,2	1,0	4,4	2,5	0,2	0,8	0,2	1,6	3,5
Vysoké riziko (7 a více bodů)	2,0	0,2	2,0	0,9	2,3	0,0	0,0	1,1	1,3

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SC&C (2013)

Ukázalo se, že pravděpodobnost výskytu problémů spojených s užíváním konopných látek se zvyšuje s frekvencí jejich užívání – zatímco polovina (47,9 %) z těch, kteří užili konopné látky v posledních 12 měsících, nevykazuje žádné známky rizika spojeného s užíváním konopí, ti, kteří užili konopí v posledních 30 dnech, spadají nejčastěji (v 33,8 %) do kategorie nízkého rizika (1–2 body) a ti, kteří užívají konopí pravidelně s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji, spadají nejčastěji (v 34,6 %) do kategorie mírného nebo středního rizika (3–6 bodů). Denní uživatelé konopných látek častěji dosahují skóre 7 a více bodů, a spadají tak nejčastěji (v 80,6 %) do kategorie vysokého rizika spojeného s užíváním konopných látek – graf 4-2.

graf 4-2: Frekvence výsledného CAST skóre v jednotlivých podskupinách uživatelů konopných látek, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SC&C (2013)

4.1.4 Problémové užívání tabáku, alkoholu a dalších drog v obecné populaci

V r. 2012 byla v ČR realizována reprezentativní studie v rámci Dvouleté dohody o spolupráci mezi MZ ČR a WHO-EURO pro roky 2012–2013 zaměřená na kouření tabáku a pití alkoholu v populaci (Sovinová & Csémy, 2013). Jedním z cílů studie bylo posoudit použitelnost různých metod odhadu spotřeby alkoholu v populaci – z testovaných nástrojů se jako nejvhodnější pro českou populaci ukázala metoda BSQF založená na obvyklé frekvenci pití a konzumované kvantitě alkoholu s ohledem na druh konzumovaného alkoholu. Otázky týkající se kouření vycházely z Globální tabákové studie pro dospělé (GATS) a otázky týkající se alkoholu z projektu SMART. Do studie se zapojilo celkem 1802 respondentů starších 15 let. Data byla sesbírána ve spolupráci s Agenturou INRES-SONES v rámci omnibusového Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života (Výzkum občanů) v listopadu 2012.

Studie ukázala, že v ČR je v současné době 23,1 % denních kuřáků (26,7 % mužů a 19,6 % žen) a dalších 8,2 % příležitostných. Muži kouří nejčastěji 15–24 cigaret denně, ženy 10–14 cigaret denně.

Alkohol pilo každý den nebo téměř každý den 6,6 % dotázaných (10,2 % mužů a 3,1 % žen), průměrná roční spotřeba alkoholu dosahovala 7,43 litru čistého alkoholu na osobu (11,0 l u mužů a 4,1 l u žen) – nejvyšší byla ve věkové kategorii 15–24 let (8,9 l). Na základě spotřeby alkoholu na den⁸⁸ spadalo do kategorie škodlivého pití 7,1 % dotázaných (9,9 % mužů a 4,3 % žen), dalších 6,9 % do kategorie rizikového pití (7,7 % mužů a 6,7 % žen). Časté pití (alespoň jednou týdně nebo častěji) nadměrných dávek alkoholu (spotřeba 60 a více gramů čistého alkoholu) při jedné příležitosti uvádělo 18 % dotázaných – častěji muži (28 % oproti 8,7 % žen), výskyt častého pití nadměrných dávek klesá s věkem a častěji je uváděn respondenty, kteří žijí na venkově.

Z dotázaných uvedlo 8,6 %, že jim jejich praktický lékař doporučil omezit konzumaci alkoholu – mezi konzumenty alkoholu však o vyhledání odborné pomoci kvůli problémům s pitím uvažovalo 1,2 % dotázaných a léčbu vyhledalo 0,4 % respondentů (Sovinová & Csémy, 2013).

⁸⁸ Podle definice OECD je za škodlivé pití považována průměrná denní spotřeba více než 60 gramů alkoholu u mužů a více než 40 gramů alkoholu u žen. Za rizikové pití se považuje denní příjem 40–60 gramů alkoholu u mužů a 20–40 gramů alkoholu u žen.

Do kategorie problémových konzumentů⁸⁹ alkoholu, u kterých jde pravděpodobně o závislost, spadalo 4,8 % populace (7,2 % mužů a 2,4 % žen). Dalších 16,0 % populace (23,0 % mužů a 9,3 % žen) spadalo do kategorie vysokého a 48,7 % (47,3 % mužů a 49,9 % žen) do nízkého rizika v souvislosti s konzumací alkoholu. Abstinenty nebo umírněnými konzumenty alkoholu bylo 30,6 % respondentů (22,5 % mužů a 38,3 % žen) (Sovinová & Csémy, 2013).

Odhady problémového užívání z Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 (Chomynová, 2013) a jejich extrapolaci na celou populaci ČR ve věku 15–64 let ukazuje tabulka 4-9 (bližší viz VZ 2012). V ČR bylo v této věkové skupině odhadem 23,1 % (95% CI: 20,6–25,9 %) denních kuřáků (což se přesně shoduje také s odhadem Sovinové a Csémyho výše), tj. 1,5–1,9 mil. osob.

Pokud jde o alkohol, 10,1–14,2 % dospělých bylo konzumenty nadměrných dávek (5 a více sklenic při jedné příležitosti s frekvencí jednou týdně nebo častěji), tj. 730 tis.–1 mil. osob ve věku 15–64 let. Denně nebo téměř denně (5–7krát v týdnu) pilo nadměrné dávky alkoholu 1,7–3,0 %, tj. přibližně 120–200 tis. osob. Kritéria rizikové konzumace alkoholu podle škály CAGE splňovalo ve věku 15–64 let 15,2–18,8 % (1,1–1,4 mil.) osob, z nich 6,9–9,6 % (500–690 tis.) bylo v kategorii vysokého rizika v souvislosti s pitím alkoholu (Chomynová, 2013).

tabulka 4-9: Intenzivní a rizikové užívání drog a problémové hráčství v populaci ČR ve věku 15–64 let

Ukazatel	Podíl (%)		Počet	
	Střední odhad	95% CI	Střední odhad	95% CI
Denní kuřáci	23,1	20,6–25,9	1 669 000	1 488 000–1 871 000
Pravidelní konzumenti alkoholu (5 a více sklenic s frekvencí alespoň 1 x týdně v posledních 30 dnech)	12,8	10,1–14,2	925 000	730 000–1 026 000
Pravidelní konzumenti alkoholu (5 a více sklenic s frekvencí denně nebo téměř denně)	2,3	1,7–3,0	166 000	123 000–217 000
Osoby s rizikovou konzumací alkoholu (skóre CAGE 1+)	17,0	15,2–18,8	1 230 000	1 100 000–1 360 000
Osoby se škodlivou konzumací alkoholu (skóre CAGE 2+)	8,2	6,9–9,6	590 000	500 000–690 000
Uživatelé konopí s frekvencí alespoň 1 x týdně v posledních 30 dnech	2,0	1,4–2,6	145 000	101 000–188 000
Uživatelé konopí denně v posledních 30 dnech	0,3	0,1–0,5	22 000	7 000–36 000
Uživatelé konopí ve vysokém riziku (CAST skóre 7+)*	1,1	0,7–1,7	79 000	51 000–123 000
Uživatelé kokainu s frekvencí alespoň 1 x týdně v posledních 30 dnech	0,1	–	7 000	–
Intenzivní uživatelé jakékoliv drogy (mimo tabáku) – alespoň 1 x týdně v posledních 30 dnech	13,9	12,4–15,4	1 004 000	896 000–1 123 000
Intenzivní uživatelé jakékoliv drogy (mimo tabáku) – denně v posledních 30 dnech	2,5	1,8–3,2	180 000	130 000–231 000
Osoby ve středním riziku vzniku problémového hráčství (PGSI skóre 3–7)	1,7	1,2–2,2	126 000	86 000–166 000
Osoby ve vysokém riziku vzniku problémového hráčství – patologičtí hráči (PGSI skóre 8+)	0,6	0,3–0,9	42 000	21 700–65 000

Pozn.: Odhady počtu byly zaokrouhleny na tisíce. * Viz také předchozí podkapitolu Problémové užívání konopných látek v ČR (str. 62).

Zdroj: Chomynová (2013)

⁸⁹ Kromě spotřeby alkoholu v pásmu škodlivého pití zahrnuje také frekvenci epizodického pití nadměrných dávek alkoholu.

4.2 Vzorce a charakteristiky problémového užívání drog

Charakteristiky souborů uživatelů drog v léčbě a službách jsou uvedeny v kapitolách Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 71), Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog (str. 128), Socioekonomické charakteristiky uživatelů drog (str. 137) a Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 155).

4.2.1 Problémoví uživatelé v průzkumu somatické komorbidity v Praze

V listopadu 2013 provedlo NMS ve spolupráci s agenturou FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu studii somatické komorbidity a bariér léčby mezi problémovými uživateli drog (PUD), kteří jsou klienty nízkoprahových programů v Praze (Mravčík & Nečas, 2014, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu, 2014). Studie sestávala ze tří částí: dotazníkového šetření na vzorku celkem 240 PUD, lékařského vyšetření celkem 40 klientů a dvou ohniskových skupin s celkem 14 PUD (8 mužů a 6 žen) – blíže viz kapitolu Somatická komorbidita problémových uživatelů drog (str. 108).

V souboru dotazníkového šetření bylo celkem 240 osob, z toho 188 (78,3 %) mužů a 52 (21,7 %) žen. Věkové rozpětí souboru bylo 18–64 let, průměrný věk 34,8 roků (muži 18–64, průměr 35,8, ženy 19–49, průměr 31,4 roků).

Bez domova žije 116 osob (48,3 %), v přechodném bydlišti 53 (22,1 %), v zařízení 26 (10,8 %), stále bydliště uvedlo 40 (16,7 %) osob. Samo žije 93 (38,8 %) osob, s partnerem 64 (26,7 %), s přáteli 45 (18,8 %) osob. S dětmi ve společné domácnosti žije 11 (4,6 %) osob. S jiným nebo jinými uživateli drog žije 127 (52,9 %) respondentů.

Nezaměstnaných bylo 167 (69,6 %) osob, pravidelné zaměstnání uvedlo 26 (10,8 %) osob, příležitostnou práci 25 (10,4 %) osob. V důchodu bylo 5 (2,1 %) osob. Střední vzdělání bez maturity uvedl nejvyšší podíl respondentů (48,3 %), dále základní vzdělání (30,4 %) a úplné střední vzdělání s maturitou (16,7 %). V souboru bylo 231 Čechů a 9 osob jiné národnosti (8 Slováků a 1 Maďar).

Užívání pervitinu uvedlo 198 (82,5 %) osob, buprenorfinu injekčně 101 (42,1 %) a heroinu 44 (18,3 %). Užívání marihuany uvedlo 46 (19,2 %) osob, z toho 7 osob jako primární drogu. Užívání jiných drog uvedlo méně než 5 % respondentů (např. makovinu 3,3 %, braun 2,1 %, Funky, El Magico či jiné nové syntetické drogy 2,1 %).

Někdy v životě užilo drogu injekčně 237 (98,8 %) osob, injekční užití drogy v posledních 12 měsících uvedlo 232 (96,7 %) a v posledním měsíci 228 (95,0 %) osob.

Injekční užívání v současnosti užívaných drog uvedlo 222 (92,5 %) osob. Injekční užívání primární drogy (drogy uvedené jako první) uvedlo 210 (87,5 %) osob.

Délka užívání primární drogy byla 1–43 let, průměrně 11,1 roků. Nejméně jednou týdně uvedlo užití primární drogy 230 (95,8 %) respondentů, denní užívání 174 (72,5 %) respondentů.

V substitučním programu bylo někdy léčeno 78 (32,5 %) osob, v současnosti je v substituci 58 (24,2 %) respondentů.

Zkušenosti s jiným typem programu má 133 (55,4 %) osob. Z nich v ambulantním léčebném programu bylo léčeno 30 (12,5 %), na detoxifikaci 79 (32,5 %), v psychiatrické léčebně 82 (34,2 %), v terapeutické komunitě 43 (17,9 %), v rámci výkonu trestu odnětí svobody 35 (14,6 %).

Použitou jehlou nebo stříkačkou užilo někdy drogu 116 (48,9 %) z 237 injekčních uživatelů, v posledním měsíci 35 (15,4 %) z 227 osob, které uvedly injekční užití drogy v posledním měsíci.

Výměnný program injekčního materiálu využilo v posledním měsíci 220 (91,7 %) osob. Jiný zdroj injekčního materiálu uvedlo 116 (48,3 %) osob. Z toho od přátel 60 (25,0 %), z lékárny 54 osob (22,5 %), od jiného uživatele drog 43 (17,9 %), od dealera 21 (8,8 %), z jiné prodejny 5 (2,1 %). Žádný respondent neuvedl jako zdroj injekčního materiálu krádež v lékárně, obchodě nebo nemocnici.

Osoby, které užily injekčně drogu v posledním měsíci, měly k dispozici průměrně (medián) 50 stříkaček.

4.2.2 Zkušenosti s podomácku vyráběnými drogami a zneužíváním léků

Ve studii somatické komorbidity (viz výše a také kapitulu Somatická komorbidita problémových uživatelů drog na str. 108) bylo k dotazníkovému šetření a také k ohniskovým skupinám přidáno téma zkušeností s podomácku vyráběnými drogami (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu, 2014).

Míru zkušeností s injekčním užitím vybraných drog, které jsou v ČR často získávány z léků, uvádí tabulka 4-10. Většina užitého fentanylu nebo kodeinu pocházela podle respondentů z léků nebo náplastí; u morfinu byl tento podíl pod 50 %, zřejmě s ohledem na zkušenosti s užíváním makoviny – tabulka 4-11. Nejčastějším zdrojem zneužívaných léků je podle respondentů kamarád/přítel nebo dealer – tabulka 4-12. Přibližně třetina respondentů by dokázala podle vlastní výpovědi bez cizí pomoci vyrobit pervitin, 13 % braun⁹⁰.

tabulka 4-10: Celoživotní prevalence (LTP) a prevalence v posledním roce (LYP) injekčního užití vybraných drog

Droga	N	LTP		LYP	
		Počet	%	Počet	%
Fentanyl	237	45	19,0	38	16,0
Morfin	239	78	32,6	34	14,2
Kodein	238	76	31,9	40	16,8
Braun	238	105	44,1	61	25,6

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu (2014)

tabulka 4-11: Počet a podíl respondentů tvrdících, že vybrané drogy měly svůj původ v lécích (tabletech nebo náplastech u fentanylu) – z těch, kteří někdy v životě užili vybrané drogy, %

Droga	n	Počet	%
Fentanyl	45	32	71,1
Morfin	78	38	48,7
Kodein	76	52	71,2
Braun	3	3	100,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu (2014)

⁹⁰ Braun je směs derivátů kodeinu a morfinu podomácku připravovaná z léků obsahujících kodein.

tabulka 4-12: Zdroj léků, které byly zneužity jako droga nebo pro výrobu drogy

Droga	n	Lékárna		Zdravotnické zařízení		Kamarád/přítel		Dealer		Ostatní	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Fentanyl	45	5	11,1	1	2,2	23	51,1	12	26,7	4	8,9
Morfin	71	7	9,9	6	8,5	37	52,1	14	19,7	7	9,9
Kodein	71	9	12,7	4	5,6	33	46,5	16	22,5	9	12,7
Braun	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu (2014)

tabulka 4-13: Dokázal/a byste bez cizí pomoci „uvařit“ danou drogu?

Droga	Ano		Ne		Odmítl/a odpovědět	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Pervitin	83	34,6	151	62,9	6	2,5
Braun	30	12,5	206	85,8	4	1,7

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu (2014)

Z analýzy ohniskových skupin vyplývá, že všichni účastníci mají zkušenost s drogami, které se vyrábějí z léků, nevidí jako velký problém léky získat, zdá se, že mají znalosti přesných postupů výroby, ale jen neradi svoje zkušenosti sdělují z obavy z právního postihu.

Respondenti měli kromě jiných drog (konopí, lysohlávek, extáze) zkušenost s užíváním pervitinu, heroinu, braunu, makoviny (surového opia). Z léků uvedli zkušenost s užíváním benzodiazepinů v tabletách i v injekční formě (diazepam, flunitrazepam, klonazepam), Subutex[®], fentanylu z náplastí. Užívání Subutexu[®] jako hlavní drogy označují za současný trend. Složení léků se podle respondentů neustále mění, je proto potřeba sledovat nové trendy. Významným informačním zdrojem je doporučení známých. Léky se dají sehnat pod rukou od známých lékárníků či sanitářů nebo na padělané recepty.

Jako zdroj pro výrobu drogy, která se dá aplikovat injekčně, se používají především léky obsahující efedrin (či pseudoefedrin) nebo kodein. Produkty jsou potom pervitin (z efedrinu a pseudoefedrinu), surový kodein nebo braun (z kodeinu). Uvádějí také pokusy o výrobu heroinu z makoviny (surového opia).

Ženy se velmi kriticky vyjadřovaly k aktuálnímu užívání nových syntetických drog (Funky, El Magico), které považují za nekvalitní a nebezpečné.

Respondenti mají přehnané představy o možnostech domácí výroby drog a schopnostech výrobců („dá se vyrobit cokoli z čehokoliv“). Respondenti sami uvádějí znalost postupu pro výrobu pervitinu pomocí červeného fosforu, který je údajně získáván pod rukou z chemických laboratoří ve školách. Dále je uváděna zkušenost s extrakcí fentanylu z náplastí a s extrakcí účinných látek z tablet za pomoci vody nebo lihu. Stává se, že se výroba drog doma nepodaří – důvody jsou podle respondentů nedodržení postupu nebo použití jiných surovin.



Kapitola 5:

Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog

- Stávající síť adiktologických služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek, avšak tvoří ji v zásadě tři oddělené systémy: (1) síť nízkoprahových programů a specializovaných programů ambulantní léčby a následné péče a terapeutických komunit, které mají převážně statut sociální služby a jsou provozovány NNO, které cílí zejména na uživatele nelegálních nealkoholových drog a výjimečně na patologické hráče, (2) síť zdravotnických zařízení oboru psychiatrie, případně se specializací AT, které poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby jak uživatelům alkoholu, tak nealkoholových drog, méně patologickým hráčům a (3) centra pro závislé na tabáku, která se vytvořila převážně při lůžkových odděleních nebo klinikách oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství.
- Od 1. ledna 2014 je 6 specifických adiktologických výkonů součástí seznamu zdravotních výkonů.
- Jádrem adiktologické péče v ČR tvoří přibližně 250 programů, přibližně 200 z nich má jen ambulantní nebo terénní charakter, 50 poskytuje také nebo výhradně rezidenční služby. Téměř polovina zařízení má platnou certifikaci odborné způsobilosti RVKPP a 40 % zařízení mělo registraci sociální služby. Geografická dostupnost není rovnoměrná – nízkoprahový program chybí v 21 okresech, AT ambulance v 37 okresech, substituční léčba v 25 okresech, specializovaný doléčovací program v 61 okresech, detoxifikace v 55 okresech a 2 krajích, AT lůžková péče ve 4 krajích, terapeutická komunita ve 3 krajích. Dostupnost adiktologických služeb je problematická zejména v krajích Pardubickém, Středočeském a Libereckém.
- Přibližně třetinu klientů v léčbě tvoří ženy, v různých typech programů od 47 % ve stacionářích po 22 % v nízkoprahových kontaktních centrech. 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 osob s problémy se sedativy a hypnotiky. V záchytných stanicích dominují uživatelé alkoholu a ženy tvoří 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 zvyšuje. Dlouhodobě je patrný úbytek uživatelů opiátů/opioidů, zejména heroinu, naopak počet uživatelů buprenorfinu roste. Uživatelé drog stárnou, v průměru nejstarší jsou uživatelé opiátů/opioidů (31–32 let), naopak uživatelé konopných látek jsou v průměru nejmladší (23 let).

5.1 Politika a koordinace v oblasti léčby

Léčba a sociální začleňování a snižování rizik představují dva ze čtyř pilířů platné Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. V platnosti je na strategii navazující Akční plán 2013–2015, který stanovuje 4 priority, zaměřené na vysokou míru užívání drog mezi mladými lidmi, pervitin, problematiku financování včetně financování služeb a integraci různých návykových látek a návykového chování do jedné politiky. Léčba je v akčním plánu rozpracována ve 3 oblastech: (1) síť služeb pro uživatele drog, její dostupnost a kvalita s 12 aktivitami, (2) rozvoj programů pro uživatele návykových látek ve vězení a udržení jejich dostupnosti s 6 aktivitami a (3) rozvoj a zvyšování kvality poskytování substituční léčby s 5 aktivitami. Také kraje zpracovávají protidrogové strategie – v různé podobě je má všech 14 krajů – viz také kapitolu Legislativní rámec (str. 12).

Adiktologické služby jsou financovány dotacemi z rezortů 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) – blíže viz kapitolu Rozpočty a financování (str. 21).

Od 1. dubna 2012 je v účinnosti nová zdravotnická legislativa, z níž klíčový je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který je v gesci MZ – blíže viz VZ 2011.

V r. 2013 a 2014 realizovalo MZ připomínkové řízení k návrhu zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, který má nahradit zákon č. 379/2005 Sb., který mimo jiné definuje typy odborné péče poskytované osobám škodlivě užívajícím návykové látky a zajištění protidrogové politiky včetně oblasti léčby – viz také kapitolu Legislativní rámec (str. 12).

V r. 2014 SNN, Česká asociace adiktologů (ČAA) a Klinika adiktologie společně připravily a schválily Koncepti vzdělávání v oboru adiktologie pro období 2014–2020. Tento dokument navrhuje rozlišení odborné základní (adiktolog ve zdravotnictví) a specializované způsobilosti (klinický adiktolog). Vedle toho byly vypracovány a oběma odbornými společnostmi v r. 2014 přijaty také dokumenty Koncepte vědy a výzkumu v oboru adiktologie pro období 2014–2020 a Etický kodex pracovníků v adiktologii.

5.2 Organizace a zajištění služeb pro uživatele drog

Podle Koncepte sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR (Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP et al., 2013) se za specializovanou adiktologickou péči považuje diferencovaná poskytovaná péče pacientům/klientům s adiktologickými poruchami v ambulancích, stacionářích či lůžkových (pobytových) službách. 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. Z formálního hlediska je specializovaná adiktologická péče vymezena prostřednictvím standardů odborné způsobilosti, které se ověřují v tzv. certifikačním systému RVKPP (viz dále).

Adiktologická péče zahrnuje různé procedury a výkony, které se často slučují do skupin jako programy. V rámci adiktologické služby se tak vytvářejí menší celky s různými dílčími cíli, které slouží různým cílovým skupinám. Služby adiktologické péče zahrnují různé formy intervencí – komplexní diagnostiku, individuální a skupinovou psychoterapii, farmakoterapii, socioterapii, sociální práci, rodinnou terapii, poradenství a edukaci příbuzných a osob blízkých a další léčebné metody podle specifických potřeb pacientů/klientů. Dlouhodobá komplexní péče je významná pro minimalizaci epizod relapsu a jejich nepříznivých zdravotních a sociálních důsledků.

Stávající síť adiktologických služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek, avšak je nedostatečně koordinována a vyvažována, díky čemuž jsou některé oblasti nastaveny disproporčně, někdy nejsou dostatečně zajištěny návaznosti a současně některé segmenty péče buďto vůbec neexistují, nebo trpí hlubokým podfinancováním a postupně zanikají nebo se nerozvíjí žádoucím směrem. Léčebné a poradenské služby uživatelům alkoholu, tabáku, jiných psychoaktivních látek a patologickým hráčům jsou dnes poskytovány v zásadě třemi oddělenými systémy a sítěmi služeb – adiktologickými službami zdravotními, nezdravotními (převážně sociálními), z nichž obě mají formu ambulantní i rezidenční, a programy odvykání kouření, které mají ambulantní charakter.

Jádro adiktologické péče v ČR tvoří přibližně 250 programů. Sčítání adiktologických služeb v r. 2012 se zúčastnilo 254 zařízení různých typů, nejčastěji se statutem zdravotnického zařízení a sociální služby. Více než polovina 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. Významná část služeb (zejména se statutem sociální služby) byla poskytována nestátním sektorem, u zdravotních služeb byla zařízení provozována především fyzickými osobami (ambulance) a příspěvkovými organizacemi (lůžková péče). Zdravotnická zařízení nabízela převážně ambulantní a lůžkovou péči, zařízení sociálních služeb nízkoprahové služby a ambulantní péči. Celkem 204 (80 %) programů mělo jen ambulantní nebo terénní charakter, 50 (20 %) mělo rezidenční složku. Téměř polovina zařízení měla platnou certifikaci odborné způsobilosti RVKPP (viz dále) a 41 % zařízení mělo registraci sociální služby. V zařízeních lůžkové péče bylo pro léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek vyčleněno 1505 lůžek, kapacita ambulantních služeb byla ve sledovaný den 3818 klientů. V zařízeních v den sčítání, tj. 20. června 2012, pracovalo 2303 pracovníků na hlavní pracovní poměr (v přepočtu na úvazky 2111,3), na dohodu o provedení práce pracovalo 171 pracovníků. Nejčastější cílovou skupinou byli uživatelé nelegálních drog – uvedlo ji 226 (89 %) zařízení, 191 (75 %) zařízení uvedlo jako svou cílovou skupinu uživatele psychoaktivních léků, 167 (66 %) uživatele alkoholu, 143 (56 %) patologické hráče, 54 (21 %) uživatele tabáku.

Ambulantní adiktologické služby jsou v současné praxi poskytovány především nízkoprahovými programy a zdravotnickými ambulantními službami. Většina těchto programů je registrována jako sociální služba (některé z nich mají registraci také jako zdravotní služba) a specializují se především na práci s uživateli nealkoholových drog. Počet nízkoprahových programů v ČR se v posledních letech pohybuje kolem 100, přičemž v r. 2013 bylo identifikováno celkem 111 nízkoprahových programů z toho 57 kontaktních center a 54 terénních programů.

V oblasti ambulantních zdravotních služeb se jedná typicky o psychiatrické ordinace vykazující léčbu osob s návykovými poruchami; některé z nich jsou specializovány na léčbu adiktologických poruch – jsou to tzv. AT ordinace, jejichž dobře fungující a koordinovaná síť se rozpadla na počátku devadesátých let minulého století (Mravčík et al., 2011b). V současnosti bylo takových specializovaných AT ordinací odhadováno 40–70 (Vavrinčková et al., 2013, Mravčík et al., 2013b). Především tyto specializované ambulantní programy poskytují v ČR opiátovou substituční léčbu.

Dále se jedná o ambulantní poradenská a léčebná centra (opět s převažující registrací sociálních služeb) a programy, která poskytují více strukturovanou péči a mohou mít charakter také následné péče, resp. doléčování (jsou provozována převážně NNO).

Výše uvedenou adiktologickou péči doplňují psychoterapeutické stacionáře, z nichž některé se specializují na adiktologickou klientelu, a krizová centra.

Mezi ambulantní péči (i přesto, že zahrnují pobyt na lůžku) se řadí také záchytné stanice. Jedná se o programy zajišťující diagnostickou a léčebnou péči pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž ohrožují sebe nebo okolí. Avšak neexistuje pro ně speciální standard odborné způsobilosti, nemají návaznost na jiné adiktologické služby a jejich provoz je spojen s ekonomickými a etickými problémy (Burešová et al., 2013, Mravčík et al., 2013a). Ve své současné podobě proto odbornou společností nejsou považovány za specializovanou adiktologickou péči (Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP et al., 2013).

Krátkodobá, střednědobá i dlouhodobá lůžková péče je zajištěna sítí psychiatrických léčeben/nemocnic a oddělení pro léčbu závislosti v rámci nemocničních komplexů a dále po r. 1990 vzniklou sítí terapeutických komunit pro drogově závislé. Tyto programy jsou zpravidla regionálního nebo nadregionálního charakteru. Z celkem přibližně 50 existujících lůžkových psychiatrických zařízení v ČR (psychiatrických léčeben/nemocnic i psychiatrických oddělení nemocnic akutní péče) s cca 90 odděleními či pracovišti, je přibližně 15–17 z nich možno považovat za specializované adiktologické programy (Mravčík et al., 2012, Vavrinčíková et al., 2013). Dále je v ČR podle různých zdrojů uváděno 11–16 terapeutických komunit specializovaných na léčbu závislosti (Mravčík & Nechanská, 2013, Vavrinčíková et al., 2013).

Kromě specializované lůžkové péče jsou adiktologičtí pacienti léčeni ve všeobecných psychiatrických službách – psychiatrických odděleních a klinikách a psychiatrických léčebnách/nemocnicích. Dále jsou součástí systému lůžkové péče také kapacity chráněného bydlení doléčovacích center sloužící k sociální stabilizaci formou přechodně poskytovaného ubytování (ty jsou provozovány především NNO).

Mezi služby lůžkové adiktologické péče spadají také oddělení a jednotky poskytující detoxifikaci. Jsou zřizovány zejména v rámci lůžkových psychiatrických zařízení. Detoxifikace je poskytována také mimo specializované jednotky na nevyčleněných lůžkách oddělení dalších odborností.

Sít' zdravotních a sociálních adiktologických služeb doplňuje 5 zařízení⁹¹, která mají programy specializované na adiktologické problémy mezi dětmi a mládeží.

Zvláštním typem programů jsou programy ve vězení – mají charakter převážně ambulantních služeb poskytovaných v průběhu vazby nebo výkonu trestu. Část péče je zajištěna externě programy NNO – blíže viz kapitolu Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 155).

Kromě výše uvedených ambulantních služeb vznikla v poslední době díky iniciativě Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku sít' cca 40 center pro závislé na tabáku zřizovaných především v rámci lůžkových zařízení oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství.⁹² Jejich úzká specializace pouze na kuřáky je dalším faktorem, který z těchto programů vytváří samostatný segment v systému péče o závislé na návykových látkách v ČR.

Analýza geografické dostupnosti sítě adiktologických služeb v ČR provedená v r. 2013 (Vavrinčíková et al., 2013) na úrovni okresů⁹³ ukázala, že nízkoprahový program chybí v 21 okresech, AT ambulance v 37 okresech, substituční léčba v 25 okresech, specializovaný doléčovací program v 61 okresech, detoxifikace v 55 okresech a 2 krajích, AT lůžková péče ve 4 krajích, terapeutická komunita ve 3 krajích. Z výsledků je patrné, že v dostupnosti adiktologických služeb existovaly značné rezervy zejména v krajích Pardubickém, Středočeském a Libereckém.

Kraje ve svých výročních zprávách za r. 2013 upozornily na nedostatky v síti služeb ambulantní léčby, na jejich nerovnoměrné rozložení a poddimenzovanost. Kraje vesměs upozorňují na nedostatky v síti ambulantních zdravotnických zařízení a na nedostatek lékařů a terapeutů, kteří jsou ochotní s uživateli drog pracovat. Z poskytnutých údajů ve výročních zprávách stojí za zmínku situace v síti služeb v Karlovarském kraji, kde byla v r. 2013 identifikována absence více typů služeb, zejména rezidenčních, jako je detoxifikace, rezidenční léčba, terapeutická komunita, ale také specializovaného substitučního nebo doléčovacího programu. V r. 2013 vzniklo ve Středočeském kraji Ambulantní centrum Laxus v Mladé Boleslavi, ve Zlínském kraji Ambulance adiktologie Společnosti Podané ruce ve Zlíně a nová služba následné péče, která je součástí Doléčovacího centra Restart o.s. Darmoděj v Kroměříži (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2014b).

⁹¹ Z celkem 240 zařízení speciálního školství v r. 2013, mezi která patří 176 dětských domovů, 29 výchovných ústavů, 12 diagnostických ústavů, 1 zařízení pro děti-cizince a 22 středisek výchovné péče s celkem 52 detašovanými pracovišti, z toho 39 ambulantními a 13 internátními.

⁹² <http://www.slzt.cz/centra-lecby> [2014-08-05]

⁹³ Analýza pracovala se 76 okresy a Hl. m. Praha, tedy celkem se 77 jednotkami ve 14 krajích.

Od 1. ledna 2014 je 6 specifických adiktologických výkonů součástí seznamu zdravotních výkonů – blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str. 12). Od začátku r. 2014 pak Česká asociace adiktologů (ČAA) ve spolupráci se SNN ČLS JEP vstoupila do jednání se zdravotními pojišťovnami ohledně rozsahu a výše úhrad adiktologické péče (resp. její zdravotní části) ze zdravotního pojištění. Již během r. 2013 a dále pak v r. 2014 začali jednotliví poskytovatelé adiktologických služeb v ČR registrovat adiktologické ambulance jako zdravotnická zařízení a to buď v rámci stávajících služeb, které měly doposud registraci sociální služby, nebo jako službu zcela novou. Od r. 2014 také postupně začala probíhat výběrová řízení před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě adiktologických služeb na jednotlivých krajských úradech v ČR. Zdravotní pojišťovny přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb⁹⁴.

K 1. 8. 2014 bylo v ČR registrováno celkem 235 adiktologů⁹⁵, tj. zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Hrazení výkonů adiktologa ze zdravotního pojištění je kromě této povinné registrace a minimálně 2 let praxe v oboru vázáno na kvalifikaci zdravotnického pracovníka s vysokoškolským vzděláním v příslušném oboru se specializovanou způsobilostí (tato nyní v oboru adiktologie neexistuje) nebo zvláštní odbornou způsobilostí. Získat zvláštní odbornou způsobilost v praxi znamená absolvování bakalářského studia oboru adiktologie a tzv. certifikovaného kurzu akreditovaného MZ ČR⁹⁶.

5.2.1 Ambulantní péče

Ambulantní zdravotnická péče o uživatele drog je v současné době poskytována především v ambulancích psychiatrů a v adiktologických lékařských (tzv. AT) ordinacích specializovaných na léčbu závislostí. Léčbu adiktologických pacientů, tj. pacientů se základní diagnózou F10–F19, vykazalo v r. 2013 celkem 488 ambulantních psychiatrických oddělení a pracovišť. Nejde výhradně o specializované AT ambulance, ale o všechny psychiatrické ambulance, které léčily alespoň jednoho adiktologického pacienta.

Pouze v 52 ze 488 ambulančí tvořili adiktologičtí pacienti více než 50 % celkového počtu pacientů, z nich bylo 38 AT ordinací, 13 psychiatrických ambulančí a 1 ambulance dětské psychiatrie. Více než 200 AT pacientů v péči uvedlo 42 ambulančí. Jedno nebo druhé kritérium splnilo v r. 2013 celkem 74 ordinací, z nich bylo 34 ambulančí psychiatrů (včetně 1 oddělení dětské psychiatrie) a 40 AT ordinací. V těchto specializovaných ambulancích bylo léčeno 48 % z celkového počtu pacientů léčených pro problémy s alkoholem a 65 % z počtu pacientů léčených pro užívání nelegálních drog.

V r. 2013 nahlásilo pacienty v substituci do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (registr substituční léčby) celkem 64 zdravotnických zařízení. Jediným krajem bez aktivně hlásícího zařízení stále zůstává Pardubický kraj.

Agregované údaje o pacientech v substituci jsou sledovány na výkaze o činnosti ambulantních zařízení oboru psychiatrie a oboru praktický lékař pro dospělé. Substituční léčbu vykazalo celkem 59 psychiatrických ambulantních zařízení a 215 praktických lékařů pro dospělé. Většina praktických lékařů měla v péči 1–2 pacienty.

V r. 2013 poskytlo informace o své činnosti 17 záchytných stanic, v těchto záchytných stanicích bylo evidováno 153 lůžek. V r. 2013 byla převedena činnost záchytné stanice v Praze z Nemocnice na Bulovce do Městské polikliniky Praha a byla založena nová záchytná stanice v Krajské nemocnici Liberec, která však nedodala výkaz o své činnosti.

V r. 2013 péči o uživatele drog vykazalo 1 krizové centrum a 8 terapeutických stacionářů se 363 místy.

⁹⁴ Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno (dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění).

⁹⁵ <http://www.nconzo.cz/web/guest/info-registr>

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

Síť nízkoprahových zařízení pro uživatele drog blíže popisuje kapitola Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 127). Adiktologické služby ve věznicích popisuje kapitola Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 155), služby následné péče kapitola Sociální reintegrace (str. 140).

tabulka 5-1: Síť programů ambulantní adiktologické péče v r. 2013

Typ programu		Počet programů	Kapacita (místa)	Charakteristika
Nízkoprahová kontaktní centra*		57	–	nízkoprahové harm reduction služby především pro uživatele nelegálních drog, resp. problémové (injekční) uživatele drog
Záchytné stanice		17 (18)**	153	krátkodobá detence (v řádu hodin) do vystrážlivění určená především pro intoxikované alkoholem, v menší míře jinými drogami
Ambulantní léčba	➤ ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie	74 (488)***	–	ambulance oboru návykových nemocí (resp. psychiatrie), jejíž cílovou skupinou jsou především uživatelé alkoholu a nelegálních drog
	➤ ambulantní (nezdravotnické) programy****	7	–	ambulantní adiktologické (sociální) služby, jejichž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog
Substituční léčba	➤ registr substituční léčby	64	–	substituční léčba formou ambulantní zdravotní služby různých odborností, jejichž cílovou skupinou jsou uživatelé opiátů/opioidů, případně v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentní uživatelé)
	➤ roční výkaz psychiatrů a praktických lékařů	274	–	
Léčba ve věznicích	➤ substituční léčba	7	–	
	➤ dobrovolná léčba	8	306	
	➤ ochranná léčba*****	5	128	ambulantní adiktologické služby ve vazbě a výkonu trestu především pro uživatele nelegálních drog
	➤ bezdrogové zóny*****	34	1898	
	➤ programy NNO	23(15)	–	
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		38	–	ambulantní léčba závislosti na tabáku realizovaná především v rámci lůžkových zařízení oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství

* Jde o nízkoprahová (stacionární) centra. **Jedna záchytná stanice neodevzdala výkaz o činnosti. *** 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.

***** 5 oddělení ve 4 věznicích. ***** Z toho 31 bez a 3 s terapeutickým režimem se 1797, resp. 101 pacienty.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014h), Nechanská (2014), Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2014), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2014d), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

Přibližně dvě třetiny klientů ambulantních adiktologických programů tvoří muži – v různých programech od 53 % do 85 %, relativně nejvíce mužů bylo mezi klienty záchytek a nejméně v psychoterapeutických stacionářích. 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 podle jeho zacílení.

tabulka 5-2: Počet klientů (uživatelů návykových látek) v ambulantních adiktologických programech v r. 2013

Typ zařízení	Počet klientů	Podíl (%)		
		žen	osob do 20 let	
Nízkoprahová kontaktní centra	18 149	30	n.a.	
Záchytné stanice	23 018	15	2	
Ambulantní léčba	> ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie	36 379	36	3
	> ambulantní (nezdravotnické) programy*	991	36	n.a.
Substituční léčba	> registr substituční léčby	2 311	30	0
	> roční výkaz psychiatrů a praktických lékařů	2 485	31	n.a.
Věznice	> substituční léčba	62		
	> dobrovolná léčba	589		
	> ochranná léčba	184		
	> bezdrogové zóny**	3 748		
	> programy NNO	5 035		
Krizová centra	73	22	4	
Psychoterapeutické stacionáře	343	47	3	
Speciální programy následné péče	696	37	n.a.	
Centra pro závislé na tabáku	n.a.	–		

* ambulantní programy dotované RVKPP, které nemají statut zdravotnického zařízení, ** 3552 osob v bezdrogových zónách standardních a 196 osob v bezdrogových zónách s terapeutickým režimem

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014h), Nechanská (2014), Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2014), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2014d), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

5.2.2 Lůžková péče

Detoxifikace od návykových látek byla v r. 2013 poskytována ve 33 lůžkových zařízeních, z toho v 5 fakultních nemocnicích, 14 nemocnicích akutní péče a 14 psychiatrických léčebnách. Jediným krajem bez možnosti detoxifikace byl stejně jako v minulém roce Karlovarský kraj. Vyčleněná lůžka k detoxifikaci byla vykázána v celkovém počtu 153 v 16 lůžkových zařízeních. V dalších 17 lůžkových zařízeních 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 (léčebny) a psychiatrická oddělení nemocnic. Zejména v psychiatrických léčebnách je léčba organizována na speciálních odděleních pro léčbu závislosti. Počet psychiatrických lůžkových zařízení se v r. 2013 nezměnil (18 psychiatrických léčen/nemocnic pro dospělé a 3 pro děti, 30 psychiatrických oddělení nemocnic a 2 psychiatrická oddělení v ostatních lůžkových zařízeních). Došlo k dalšímu poklesu počtu lůžek v psychiatrických léčebnách.

Sekce terapeutických komunit A.N.O. měla v říjnu 2013 celkem 14 zařízení⁹⁷ v 10 krajích (terapeutická komunita pro závislé nefungovala v Praze, krajích Karlovarském, Královéhradeckém, Pardubickém, Zlínském a v Kraji Vysočina). Terapeutických komunit, které měly k červnu 2014 certifikát odborné způsobilosti v rámci systému RVKPP bylo celkem 10. V Registru poskytovatelů

⁹⁷ <http://www.terapeutickakomunita.cz/> [2014-08-04]

sociálních služeb MPSV⁹⁸ bylo v srpnu 2014 celkem 13 terapeutických komunit poskytujících služby osobám ohroženým závislostí nebo závislým na návykových látkách. Sjednocením všech tří zdrojů je seznam 16 zařízení – tabulka 5-4.

tabulka 5-3: Síť adiktologických lůžkových léčebných zařízení v r. 2013

Typ zařízení		Počet programů	Kapacita (lůžka)	Charakteristika
Detoxifikace	➤ lůžková zdravotnická zařízení	16 (17*)	153	zdravotnická služba, jejímž účelem je obvykle na začátku léčby minimalizovat odvykací příznaky
	➤ věznice	4	n.a.	
Psychiatrická lůžková péče	➤ psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé	18	8 606	abstinenčně orientovaná zdravotnická léčba závislostí v lůžkových zařízeních oboru psychiatrie, využívající farmakologické i psychoterapeutické přístupy, určená pro všechny závislostní poruchy
	➤ psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti	3	250	
	➤ psychiatrická oddělení nemocnic	30	1 275	
	➤ ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	2	66	
Terapeutické komunity		16	272**	rezidenční péče na principu terapeutické komunity, jejíž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog
Zařízení speciálního školství		5	74	specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových školských zařízeních
Chráněné bydlení		9***	99	ubytování pro klienty programu následné péče, jejichž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog

* detoxifikace na nevyčleněných lůžkách, ** odhadem 272, protože průměr 10 programů podporovaných v dotačním řízení RVKPP je 17 (kapacita 171 míst v 10 komunitách), *** programy podpořené v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2013

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

⁹⁸ <http://iregistr.mpsv.cz/> [2014-08-05]

tabulka 5-4: Terapeutické komunity (TK) pro závislé v ČR v r. 2014

Zařízení/program	Obec (kraj) poskytování služby	Provozovatel
TK ADVAITA	Chrastava (Liberecký)	ADVAITA
TK Sejšek	Nedvědice (Jihomoravský)	Kolpingovo dílo České republiky
Byty na půl cesty	Brno-střed (Jihomoravský)	Lotos - doléčovací centrum
TK Magdaléna	Mníšek pod Brdy (Středočeský)	Magdaléna
TK Občanské sdružení Krok	Kyjov (Jihomoravský)	Občanské sdružení Krok
TK Renarkon	Čeladná (Moravskoslezský)	Renarkon
TK Salebra	Hrabětice (Jihomoravský)	Salebra
TK Karlov	Čimelice (Jihočeský)	SANANIM
TK Němčice	Protivín (Jihočeský)	SANANIM
TK Podcestný Mlýn	Dačice (Jihočeský)	Společnost Podané ruce
TK Vršíček	Rokycany (Plzeňský)	Středisko křesťanské pomoci Plzeň
TK WHITE LIGHT I.	Ústě (Ústecký)	WHITE LIGHT I
TK Kladno - Dubí	Kladno (Středočeský)	Zařízení sociální intervence Kladno
TK Fénix	Bílá Voda (Olomoucký)	Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské
TK Harmonie	Bílá Voda (Olomoucký)	Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské
TK Kaleidoskop	Solenice (Středočeský)	Občanské sdružení Kaleidoskop

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

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

Typ zařízení		Počet klientů	Podíl (%)	
			žen	osob do 20 let
Detoxifikace	➤ lůžková zdravotnická zařízení	9 361	34	6
	➤ věznice	187	n.a.	n.a.
Psychiatrická lůžková péče	➤ psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé	11 429	29	4
	➤ psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti	24	29	100
	➤ psychiatrická oddělení nemocnic	4 058	38	9
	➤ ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	93	39	1
Terapeutické komunity*		420	33	n.a.
Zařízení speciálního školství**		159	35	100

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

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

5.2.3 Celkový odhad klientů v léčbě

Odhadnout celkový počet uživatelů drog a závislých v kontaktu s adiktologickými službami v daném roce je velmi obtížné, protože agregovaná data neumožňují vyloučit vícečetné záznamy o téže klientovi a jednotlivé hlášené systémy se překrývají.

Nicméně počet adiktologických klientů celkem a počet v jednotlivých kategoriích lze velmi orientačně odhadnout součtem jednotlivých zdrojů, které se s největší pravděpodobností nepřekrývají nebo překrývají co nejméně. Odhadovaný počet včetně použitého zdroje nebo zdrojů, jejichž součtem odhad vznikl, podle skupin uvádí tabulka 5-6.

tabulka 5-6: Odhad celkového počtu adiktologických klientů v kontaktu se službami za r. 2013 podle užívaných drog / typu závislostní poruchy

Kategorie	Zdroje	Počet*
Uživatelé alkoholu	APL, NZ, TK	23 000
Uživatelé tabáku	APL, CLZT	n.a. (500 APL)
Uživatelé sedativ/hypnotik	APL	3 100
Patologičtí hráči	APL, NZ	1 600
Uživatelé nelegálních (pouličních) drog	NZ, LPL, TK	44 900
> z toho uživatelé pervitinu	NZ, LPL, TK	26 000
> z toho uživatelé opiátů/opioidů	NZ, LPL, TK	9 000
> z toho klienti v substituční léčbě	SL	3 000–4 000
Adiktologičtí klienti celkem		73 000**

APL = ambulantní psychiatrická léčba, CLZT = centrum pro léčbu závislosti na tabáku, LPL = lůžková psychiatrická léčba, NZ = nízkoprahová zařízení, TK = terapeutické komunity, SL = substituční léčba; * zaokrouhleno na stovky, počet uživatelů opiátů/opioidů a adiktologických klientů celkem na tisíce, ** mimo léčených uživatelů tabáku

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014h), Nechanská (2014), Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2014), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2014d), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

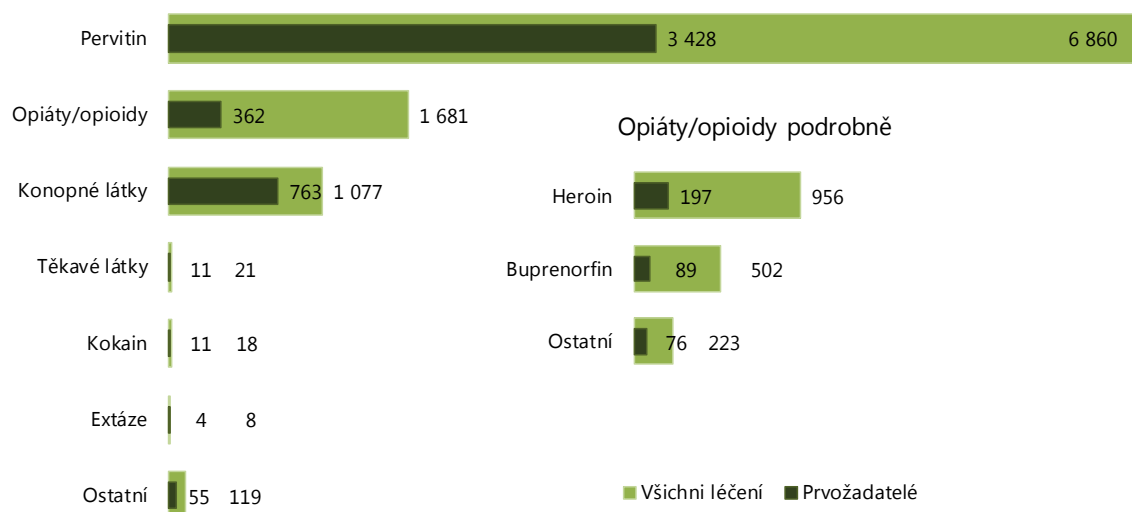
5.3 Charakteristiky léčené populace

5.3.1 Registr žádostí o léčbu

Údaje o léčených klientech v r. 2013 nahlásilo do registru celkem 198 zařízení, přičemž více než polovina (51,7 %) hlášení pochází z celkem 65 nízkoprahových kontaktních center, čtvrtina (24,6 %) z 85 ambulantních programů a čtvrtina (23,7 %) ze 48 pobytových léčebných zařízení (Petrášová & Füleová, 2014). Nejčastěji zastoupenými regiony v registru jsou Moravskoslezský kraj (36 hlásících zařízení) a hl. m. Praha (30 hlásících zařízení). Celkově bylo v r. 2013 evidováno 9784 žadatelů o léčbu, z nichž 4 634 uvedlo, že léčbu v souvislosti s užíváním drog zahajují poprvé v životě (tzv. prvožadatelé). Nejvyšší počet žadatelů byl evidován v hl. m. Praze (1659; 17,0 %) a ve Středočeském kraji (1288; 13,1 %). Z hlediska užívaných drog je nejčastější pervitin, který jako hlavní užívanou látku označilo 6860 (70,1 %) žadatelů o léčbu, následovaný opiátovými drogami (1681; 17,2 %) a kanabinoidy (1077; 11,0 %) – graf 5-1 a mapa 5-1.

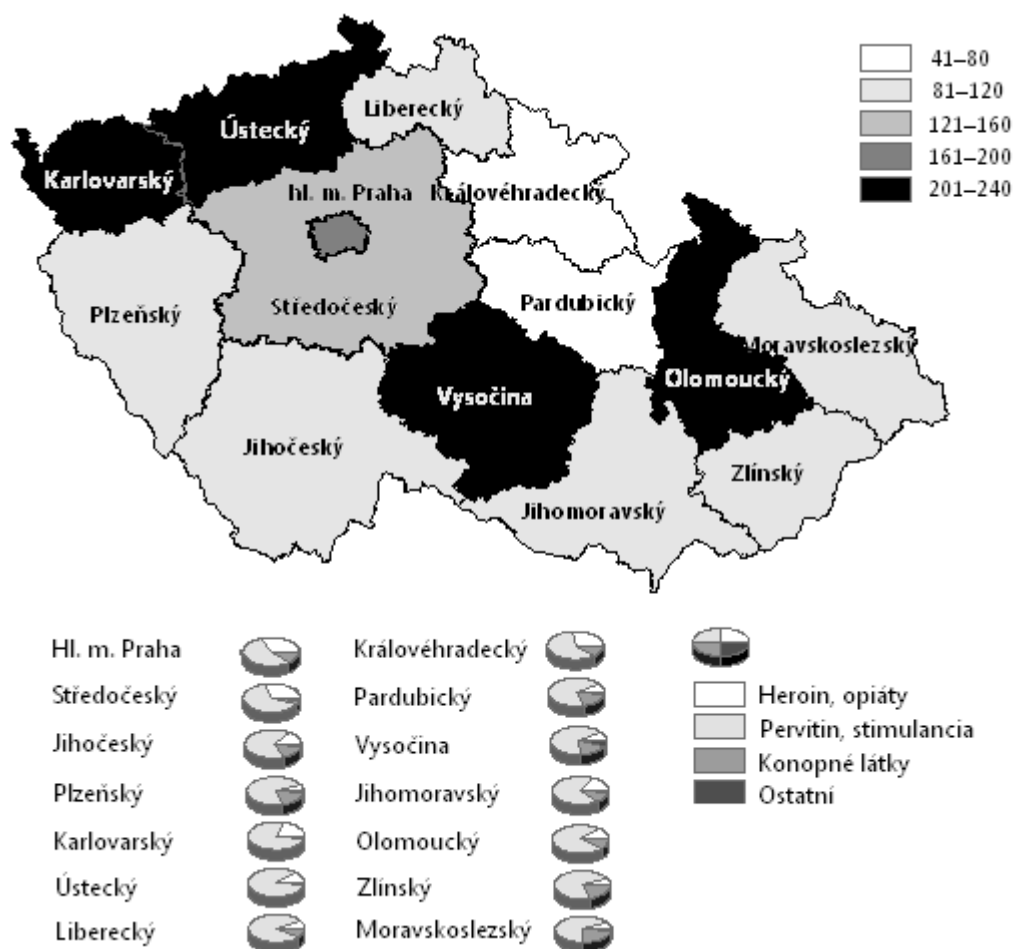
Poměr mužů a žen v populaci žadatelů o léčbu je dlouhodobě přibližně 2–3 : 1 (2,25 : 1 v r. 2013) u všech primárních drog s výjimkou hypnotik a sedativ, kde ženy tvoří většinu (60 % v r. 2013). Druhou výjimkou je skupina léčených uživatelů pervitinu ve věkové kategorii 15–19 let, kde bylo hlášeno 351 žen (56,3 %) a 273 mužů. Průměrný věk všech léčených uživatelů v r. 2013 byl 28,2 roku (muži – 29,4 let, ženy – 26,9 let) a 26,5 roku (muži – 27,4 roku, ženy – 25,5 roku) u prvožadatelů. Průměrný věk žadatelů o léčbu se dlouhodobě zvyšuje, od r. 2003 v obou skupinách o 4,5 roku.

graf 5-1: Struktura žádostí o léčbu podle základní drogy v r. 2013



Zdroj: Petrášová & Füleová (2014)

mapa 5-1: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2013 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let



Zdroj: Petrášová & Füleová (2014)

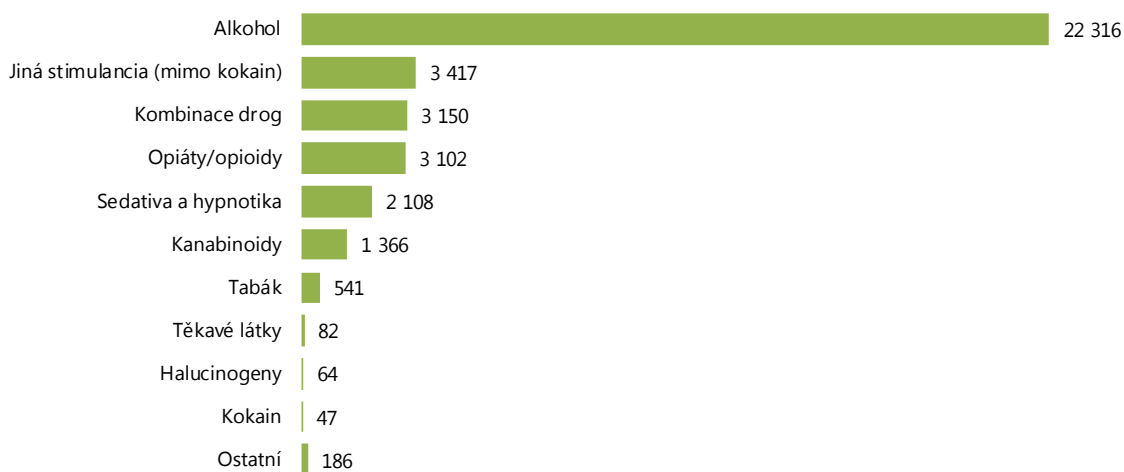
5.3.2 Klienti ambulantních programů

V nízkoprahových kontaktních centrech byla v r. 2013 většina z 18 149 uživatelů návykových látek uživateli pervitinu (12 468), opiátů/opioidů (3395), uživatelů alkoholu bylo v nízkoprahových zařízeních vykázáno pouze 592. Nízkoprahová centra vykázala také kontakt se 140 patologickými hráči. Ženy tvořily 30 % klientů.

Naopak mezi pacienty psychiatrických ambulancí, kterých v r. 2013 bylo 36 379, bylo evidováno nejvíce pacientů s poruchami způsobenými užíváním alkoholu – 22 316, pacientů s poruchami způsobenými užíváním nealkoholových drog (bez tabáku) bylo 13 522, uživatelů tabáku pouze 541. Nejvíce uživatelů nealkoholových drog bylo v r. 2013 léčeno v ambulancích psychiatrů pro zneužívání stimulantů mimo kokainu (25 %), kam v ČR patří především pervitin (24 %), užívání více drog současně (23 %) a opiátů/opioidů (23 %). Podíl pacientů léčených pro užívání konopných látek dosáhl 10 % a pro užívání sedativ a hypnotik 16 %. Počet a podíl uživatelů ostatních drog byl velmi nízký. Podrobnější struktura skupiny opiátů/opioidů naznačuje, že většina uživatelů opiátů/opioidů v péči psychiatrických ambulancí je zařazena do opiátové substituční léčby – graf 5-2 a graf 5-3.

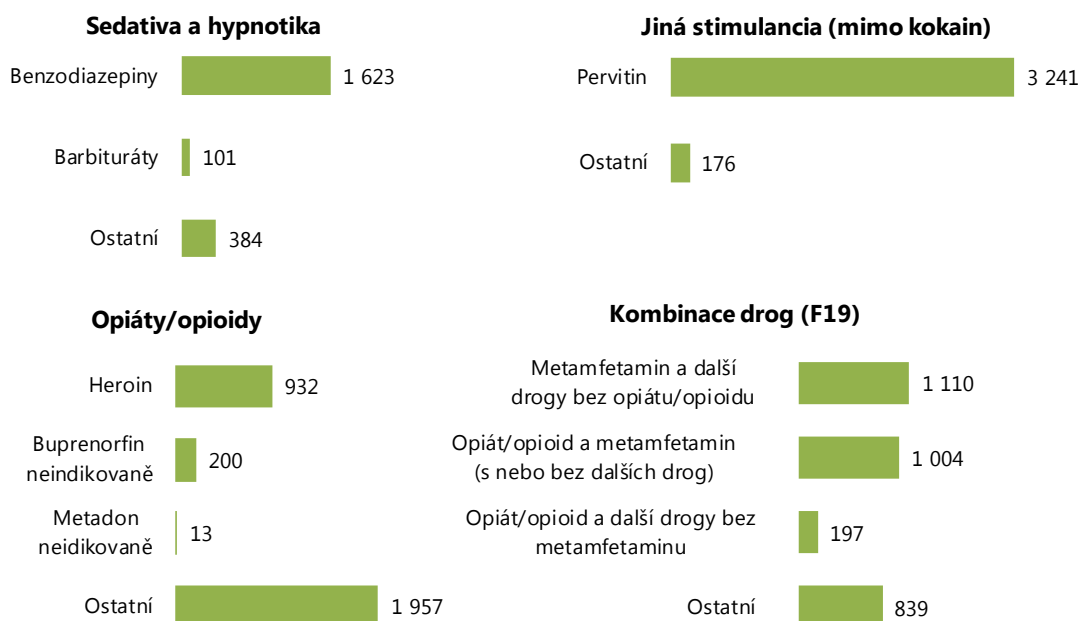
U všech sledovaných návykových látek byl zjištěn vyšší podíl mužů než žen, výjimku tvořila sedativa a hypnotika, kde byl podíl žen téměř 60 %. V síti 74 zařízení s významným podílem nebo počtem adiktologických pacientů, které je možno označit za specializované AT ambulance (viz výše), bylo evidováno 19 394 pacientů, tj. 53 % z celkového počtu 36 379 léčených AT pacientů. Patologických hráčů bylo v psychiatrických ambulancích v r. 2013 léčeno 1429.

graf 5-2: Struktura pacientů v ambulantní psychiatrické péči podle skupin drog v r. 2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014h)

graf 5-3: Struktura pacientů v ambulantní psychiatrické péči podle jednotlivých látek ve skupinách drog v r. 2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014h)

Během r. 2013 evidoval ÚZIS v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek 2311 léčených osob, z nichž 30 % tvořily ženy. Více než dvě třetiny osob léčených v r. 2013 byly ve věku 30–39 let, necelá čtvrtina ve věku 20–29 let a 6 mladistvých do 20 let. Z ročního výkazu o činnosti hlášenému ÚZIS vyplývá, že substituční léčba v psychiatrických ambulantních zařízeních byla poskytnuta 1991 pacientům, z nichž bylo 31 % žen. Více než 84 % těchto pacientů bylo ve věku 20–39 let, 15 % ve věku 40–64 let a necelé 1 % ve věku 15–19 let (13 pacientů). V ordinacích praktických lékařů pro dospělé bylo v substituční léčbě 494 osob, podíl žen se pohyboval kolem 30 %.

Z 23 018 osob, jimž byly poskytnuty služby v záchytných stanicích v r. 2013, bylo 238 (1 %) intoxikováno nealkoholovými drogami. Z tohoto počtu bylo 15 % žen, podíl mladistvých do 20 let byl necelá 2 % a podíl starších 65 let byl téměř 6 %.⁹⁹

Jedno krizové centrum evidovalo 73 osob s problémy způsobenými užíváním návykových látek, ženy tvořily 22 %. Služeb psychoterapeutických stacionářů využilo 343 uživatelů návykových látek s vyšším podílem žen (47 %).

Cílovou skupinu nízkoprahových zařízení pro uživatele drog blíže popisuje kapitola Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 127), adiktologických služeb ve věznicích kapitola Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 155) a služeb následné péče kapitola Sociální reintegrace (str. 140).

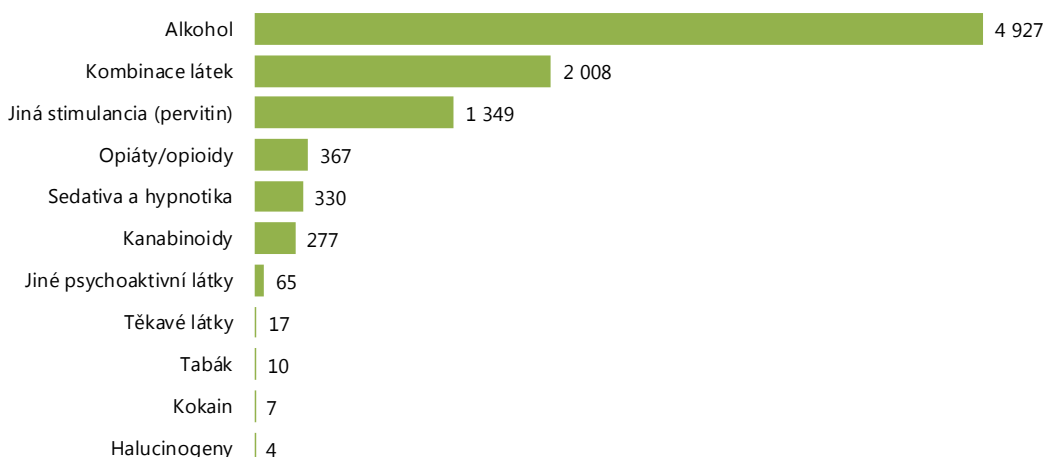
5.3.3 Klienti lůžkových zařízení

Pro detoxifikaci od návykových látek bylo v r. 2013 hospitalizováno celkem 9 361 pacientů, z nichž více než třetinu tvořily ženy a více než 6 % tvořily děti a mladiství ve věku do 20 let. Více než

⁹⁹ Významný vliv na vykazované údaje o činnosti záchytných stanic v r. 2013 měla změna provozovatele záchytné stanice v Praze, kdy byla Městskou poliklinikou v Praze převzata pouze „lůžková“ část, ostatní činnosti převedeny nebyly. Vlivem této změny se v roce 2013 snížil počet pacientů záchytných stanic o počet vyšetřovaných osob na žádost policie (tj. cca o jednu pětinu), které dříve pražská záchytná vykazovala do své činnosti. Sledované údaje nepředala v r. 2013 nově vzniklá záchytná stanice v Liberci.

polovina pacientů, tj. 4927 (53 %), byla hospitalizována pro detoxifikaci od alkoholu, pro nealkoholové drogy bylo detoxifikováno 4434 pacientů. Pokud jde o nealkoholové drogy, nejvíce pacientů bylo detoxifikováno od kombinace dvou a více látek (2008 pacientů, tj. 45 % uživatelů nealkoholových drog), téměř třetina (1349 pacientů) od jiných stimulancií a více než 8 % (367 pacientů) od opiátů/opioidů. Hospitalizace pro detoxifikaci od ostatních nealkoholových drog tvořily 16 % (710 pacientů).

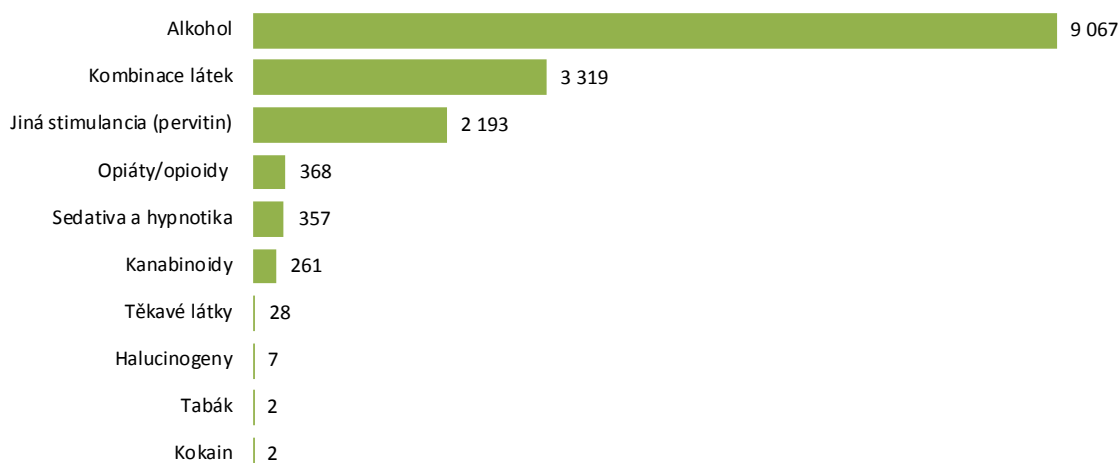
graf 5-4: Struktura pacientů hospitalizovaných pro detoxifikace od návykových látek podle drogy v r. 2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014h)

V r. 2013 bylo evidováno 15 604 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek. Z tohoto počtu bylo 9067 (58 %) hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním alkoholu, 6537 (42 %) pro poruchy spojené s užíváním nealkoholových drog. Téměř třetinu hospitalizací tvořily ženy a více než 5 % děti a mladiství do 20 let. Přibližně tři čtvrtiny hospitalizací se uskutečnily v psychiatrických léčebnách/nemocnicích, čtvrtina byla na psychiatrických odděleních nemocnic. Pacienti hospitalizovaní pro poruchy způsobené užíváním alkoholu tvořili téměř 58 % všech hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek. U hospitalizací uživatelů nealkoholových drog bylo nejčastější příčinou užívání kombinace látek (21 %), dále užívání stimulancií mimo kokain (14 %) a opiátů/opioidů (2 %).

graf 5-5: Struktura pacientů v lůžkové psychiatrické péči podle drogy v r. 2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c)

Klientelu terapeutických komunit tvořily v r. 2013 z jedné třetiny ženy. V terapeutických komunitách tvořili většinu uživatelé stimulancií, resp. pervitinu (85 %); uživatelé opiátů/opioidů tvořili 11 % a konopných látek 3,6 %. Klienti s problémy s užíváním alkoholu nebo patologičtí hráči jsou v terapeutických komunitách výjimkami.

5.4 Poskytované služby

5.4.1 Intervence poskytované sítí adiktologických služeb

V r. 2012 byl realizován průzkum Sčítání adiktologických služeb, kde se sledovala také dostupnost poskytovaných intervencí. V šetření bylo sledováno šest okruhů poskytovaných intervencí, a to zhodnocení stavu klienta a předléčebné služby, které nabízelo 208 (82 %) zařízení, dále nízkoprahové služby (41 %), provádění testů z biologického materiálu (71 %), intervence v oblasti sociální práce, edukace a jiné podpůrné intervence (86 %), farmakoterapie (37 %) a následná péče (48 %). Z výsledků dále vyplývá, že psychosociální léčba/poradenství bylo dostupné ve všech ambulantních i pobytových programech, a to v podobě individuální nebo skupinové terapie. V ambulantních programech byla ve většině programů zajištěna pomoc s přístupem k dalším zdravotním a sociálním službám, pomoc s hledáním zaměstnání či bydlení. Vybrané typy intervencí uvádí tabulka 5-7.

tabulka 5-7: Dostupnost vybraných intervencí v ambulantních a pobytových léčebných zařízeních ve Sčítání adiktologických služeb 2012, v % programů, které danou intervenci nabízely

Typ intervence	Ambulantní programy (n = 204)	Pobytové programy (n = 50)	Celkem (N = 254)
Psychosociální léčba/poradenství	100,0	100,0	100,0
> z toho individuální psychoterapie	49,0	78,0	54,7
> z toho skupinová psychoterapie	26,5	74,0	35,8
Screening duševních onemocnění	28,0	39,6	30,2
Komplexní zhodnocení nebo diagnostika duševních poruch	30,0	56,3	35,1
Podpůrné služby v oblasti duševního zdraví	30,0	37,5	31,5
Case management	44,5	41,7	44,0
Terénní programy pro klienty v komunitě	33,0	2,1	27,0
Detoxifikace (na lůžku)	–	53,1	10,5
Pomoc s přístupem k dalším zdravotním a sociálním službám	77,5	54,2	73,0
Pomoc s hledáním zaměstnání	61,5	37,5	56,9
Pomoc s hledáním bydlení	59,5	33,3	54,4
Vrstevnická podpora (peer support)	4,5	22,9	8,1
Podpora svépomocné skupiny	13,0	20,8	14,5

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014c)

5.4.2 Substituční léčba

Od r. 2011 jsou k dispozici dva zdroje údajů o počtu pacientů v substituční léčbě závislosti na opiátech/opioidech. Prvním zdrojem je Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných návykových látek (registr substituční léčby), druhým jsou agregované údaje z ročních výkazů o činnosti ambulantních zařízení oboru psychiatrie a oboru praktický lékař pro dospělé.

Každý lékař podávající jakoukoliv substituční látku má zákonnou povinnost hlásit údaje o jednotlivých pacientech do registru substituční léčby, který funguje od r. 2000. V r. 2013 nahlásilo pacienty v substituci celkem 64 zdravotnických zařízení. Jediným krajem bez aktivně hlásícího

zařízení stále zůstává Pardubický kraj. Substituční léčbu vykazalo celkem 59 psychiatrických ambulantních zařízení a 215 ordinací praktických lékařů.

Během r. 2013 bylo v registru substituční léčby evidováno 2311 léčených osob (z toho 2201 psychiatry, 67 praktickými lékaři a 43 ostatními odbornostmi), necelých 30 % tvořily ženy. Více než 60 % z celkového počtu pacientů ve sledovaném roce bylo ve věku 30–39 let a více než čtvrtina ve věku 20–29 let. Mladistvých ve věku 15–19 let bylo pouze 1 %. V r. 2013 bylo téměř 74 % léčených osob hlášených v registru substituční léčby substituováno buprenorfinem, z nich téměř dvě třetiny ve formě léčivého přípravku Subutex® a třetina Suboxone®, léčba jinými přípravky na bázi buprenorfinu byla výjimečná. Metadon užívalo 26 % pacientů.

V r. 2013 podstoupilo substituční léčbu v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé celkem 2485 pacientů. Substituční léčba byla poskytnuta 1991 pacientům v psychiatrických ambulantních zařízeních a 494 v ordinacích praktických lékařů. Ženy tvořily 31 % z celkového počtu pacientů. V registru substituční léčby tedy pravděpodobně stále nejsou registrováni všichni předepisující lékaři ani léčení pacienti.

V r. 2013 bylo v ČR k dispozici pět 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.

V letech 2009–2013 byly v ČR registrovány další hromadně vyráběné léčivé přípravky s obsahem metadonu i buprenorfinu určené k substituční léčbě, které ale nebyly uvedeny na trh¹⁰⁰.

Substituční přípravky jsou v ČR léčebně podávány výhradně orální formou a může je předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. Od r. 2010 je možno preparát Suboxone® 8 mg jako jediný substituční preparát částečně hradit ze zdravotního pojištění (blíže viz VZ 2010), ale vzhledem k nastavení podmínek k úhradě v praxi v zásadě nedochází. Centrální nákup metadonové substance je hrazen MZ.

V r. 2013 bylo do ČR dovezeno 17,9 kg čisté metadonové substance a distribuováno bylo 3,5 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, 2014) – tabulka 5-8. Od r. 2008 dochází k nárůstu spotřeby buprenorfinu v kompozitním přípravku Suboxone®, který obsahuje také naloxon, na vrub přípravků obsahujících pouze buprenorfin – graf 5-6.

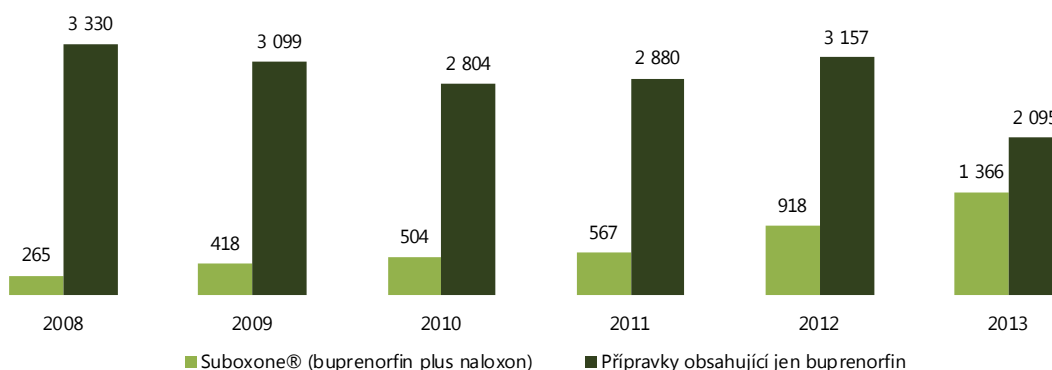
¹⁰⁰ Dne 18. března 2009 byl registrován přípravek Methadon-Zentiva® 5 mg/ml ve formě perorálního roztoku v baleních 10, 50 a 1000 ml; v červenci 2011 nepřiznal SÚKL tomuto přípravku úhradu ze zdravotního pojištění a dosud k jeho uvedení na trh nedošlo. SÚKL registroval 20. listopadu 2013 metadonový koncentrát pro perorální roztok MISYO v baleních 1 l a 0,1 l v síle 10 mg/ml, který také dosud nebyl uveden na trh. Substitučnímu přípravku Addnok®, který byl SÚKL registrován v r. 2010, byla pozastavena registrace.

tabulka 5-8: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v letech 1999–2013

Rok	Metadon – dovoz (kg)	Buprenorfin – distribuce (g)
1999	13,5	–
2000	11,7	23,5
2001	0,0	86,2
2002	0,0	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

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR (2014)

graf 5-6: Množství buprenorfinu distribuované v přípravcích obsahujících pouze buprenorfin a v kompozitních přípravcích s obsahem naloxonu v letech 2008–2013, v gramech



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR (2014)

V období mezi srpnem 2012 a dubnem 2013 se ČR zúčastnila mezinárodního průzkumu o dostupnosti a kvalitě substituční léčby závislostí na opioidech INSIGHT (The International Survey Informing Greater Insights in Opioid Dependence Treatment). Prostřednictvím dotazníkového šetření byl proveden sběr dat v devíti zemích ve střední a východní Evropě, Jižní Africe a jihovýchodní Asii od pacientů se závislostí na opioidech užívající substituční léčbu, od lékařů a zdravotních sester, pečujících o pacienty závislé na opioidech, a od neléčených uživatelů opiátů. Průzkum zkoumal zkušenosti a vědomosti zúčastněných o dostupnosti, principech a podmínkách substituční léčby, zjišťoval výše podávaných dávek substitučních léků, péči o zdravotní stav pacientů a také zda a jak jsou substituční léky zneužívány. Mezi zeměmi, které se zúčastnily studie INSIGHT patří ČR mezi ty, které mají nejhorší dostupnost substituční léčby. Dostupnost léčby je přitom jedním z nejdůležitějších faktorů (a výsledky studie INSIGHT to potvrzují), které rozhodují o tom, zda klient léčbu vyhledá. Ve všech zemích (s výjimkou ČR, Rumunska a Jihoafrické republiky) je pacientům k dispozici alespoň jeden léčivý přípravek (často dva, resp. všechny), který je plně hrazený z prostředků zdravotního pojištění (Abagiu et al., 2014).

Výskyt preparátů obsahujících buprenorfin na černém trhu a jejich zneužívání problémovými uživateli drog je v ČR poměrně rozsáhlý jev (metadon se na černém trhu prakticky nevyskytuje díky tomu, že je dostupný pouze v několika metadonových centrech). První zprávy o výskytu Subutexu®

na černém trhu v Praze se objevily v létě 2002 z terénních programů (Řezníčková & Nedvěd, 2004), na sklonku r. 2002 se podobné zprávy objevily i v severních Čechách a ojediněle jinde v ČR. Postupně injekční uživatelé opiátů přecházeli k injekčnímu užívání buprenorfinu a nahrazovali tak výrazně dražší heroin (Mravčík et al., 2004, Mravčík & Orlíková, 2007). Užívání buprenorfinu na otevřené drogové scéně bylo již v r. 2003 spojováno také s pozitivními dnes zřejmými veřejnozdravotními dopady (Větrovec, 2003). K rozšíření zneužívání buprenorfinu přispěla novela zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, která nabyla účinnosti 1. září 2003 a kterou byl buprenorfin přeřazen do přílohy č. 5, což v praxi znamenalo, že jeho předepisování začalo být vázáno na recept s modrým pruhem, což je spojeno se zvýšeným kontrolním režimem a nižší dostupností. To vedlo k negativním změnám a vytvoření černého trhu s buprenorfinovými přípravky; negativně k tomu přispěl také krátkodobý výpadek v dodávce Subutexu® do ČR koncem r. 2003 (Nechanská et al., 2012). Podrobné informace o problémovém užívání buprenorfinu podává kapitola Problémové užívání drog (str. 57).

5.4.3 Zajištění kvality péče

Systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (certifikační systém RVKPP)¹⁰¹ slouží k zajištění kvality adiktologických služeb. Systém funguje od r. 2006 a certifikace je nezbytnou podmínkou pro poskytnutí dotace NNO ze státního rozpočtu od r. 2007. Jeho základem jsou Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, které mají část obecnou a pro každý typ služeb i část speciální. Původně bylo definováno 9 typů služeb (Kalina et al., 2003). V červenci 2013 byla ukončena revize standardů¹⁰² probíhající od r. 2010, jejíž součástí bylo i jejich pilotní ověření a vytvoření 10. speciálního standardu pro adiktologické služby ve vězení (Libra et al., 2012) – tabulka 5-9. Aktuálně je v připomínkovacím procesu v odborných obcích návrh inovované verze Certifikačního řádu. Revize čeká na schválení RVKPP.

tabulka 5-9: Obsah revidovaných standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb v r. 2013

A – Obecná část	B – Speciální část (10 typových standardů)
1. Charakteristika služby a práva pacientů/klientů	1. Detoxifikace
2. Personální práce, zajištění odbornosti služby	2. Terénní programy
3. Vstup klienta/pacienta do služby	3. Kontaktní a poradenské služby
4. Zásady poskytování služby, individuální plán, vedení dokumentace a ukončení služby	4. Ambulantní léčba
5. Organizační aspekty služby, finance, vnější vztahy a návaznost služby	5. Ambulantní stacionární péče
6. Prostředí, mimořádné události a nouzové situace	6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
7. Hodnocení kvality, bezpečí a efektivita služby	7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách
	8. Doléčovací programy
	9. Substituční léčba
	10. Adiktologické služby ve vězení

Zdroj: Kalina et al. (2003), Libra et al. (2012)

Ke konci června 2014 mělo platnou certifikaci RVKPP celkem 165 programů – tabulka 5-10.

¹⁰¹ Schválen usnesením vlády č. 300 ze dne 16. března 2005.

¹⁰² V rámci projektu Výměna zkušeností a šíření dobré praxe v oblasti řízení kvality služeb pro uživatele drog (financováno ESF OPLZZ) realizovaného v l. 2009–2012 Centrem pro kvalitu v sociálních službách Národního vzdělávacího fondu.

tabulka 5-10: Přehled certifikovaných programů podle typu v letech 2011–2014

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

Pozn.: K 16. květnu 2011, 29. květnu 2012, 28. červnu 2013, 30. červnu 2014

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2014a)

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, probíhá registrace sociálních služeb, o které rozhoduje příslušný krajský úřad (u zařízení zřizovaných krajem je to MPSV). Krajský úřad (případně MPSV) provádí inspekci registrovaných služeb, při níž se kvalita sociálních služeb ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Systémy kontroly kvality sociálních služeb a certifikační systém RVKPP se překrývají v požadavcích na odbornou způsobilost programů.

Postupy pro léčbu závislosti na návykových látkách jsou z perspektivy odbornosti psychiatrie definovány Psychiatrickou společností ČLS JEP (Popov & Nešpor, 2006). Je zde uvedena léčba odvykacích stavů a postupy a léčebné metody při léčbě závislosti z oblasti psychoterapie a psychosociální intervence, farmakoterapie včetně substituční léčby a harm reduction. Je zdůrazněn význam psychiatrické péče zejména při zvládání akutních psychických stavů (intoxikace a odvykací stavy, toxické psychózy) a psychiatrické komorbidity (např. deprese, poruchy příjmu potravy, patologické hráčství). Revidovaná verze byla zveřejněna v r. 2010 (Nešpor, 2010) a v r. 2012 byla zahájena práce na další revizi. SNN připravuje vlastní doporučené postupy v oblasti adiktologie. Již dříve byly zpracovány některé dílčí oblasti, např. oblast zvládání akutních stavů (Dvořáček, 2003), oblast terapeutických komunit pro závislé (Adameček et al., 2003).

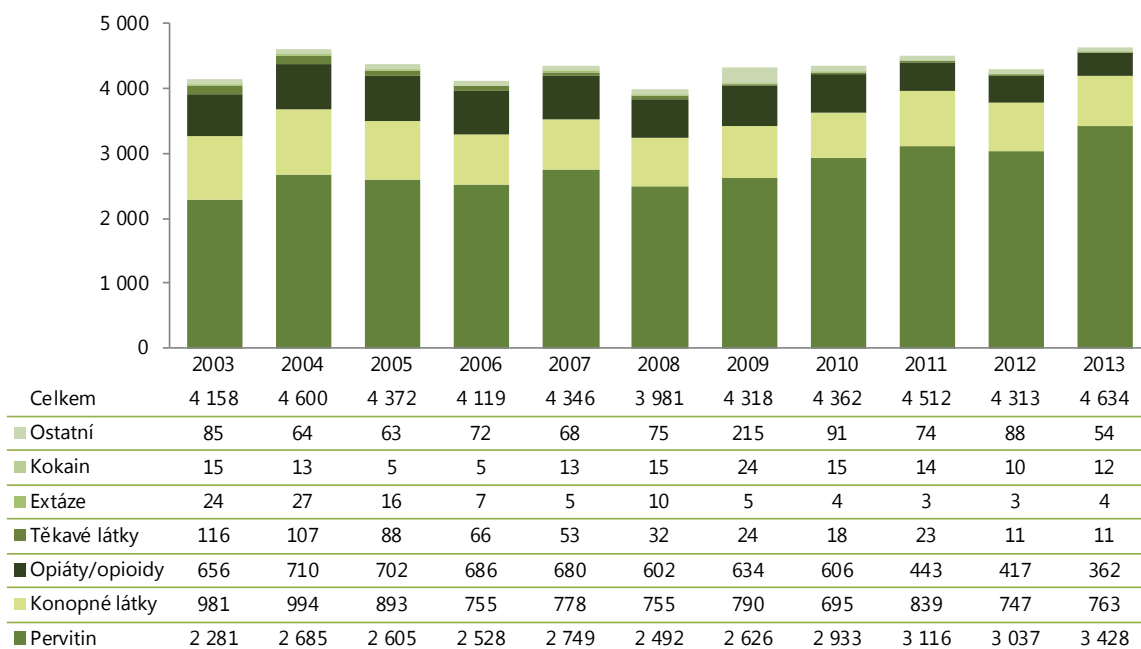
Jediným oficiálně vydaným standardem léčebné metody v oboru adiktologie v ČR je Standard substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008).

5.5 Trendy léčených uživatelů drog

5.5.1 Vývoj počtu klientů v registru žádostí o léčbu

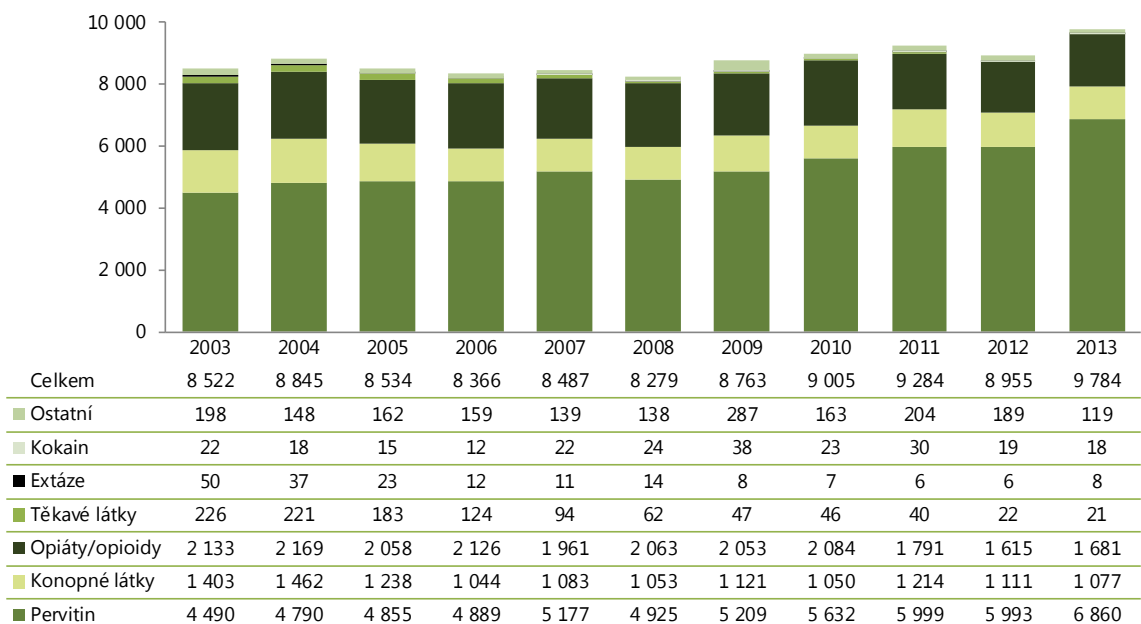
Registr žádostí o léčbu sleduje uživatele primárních drog kromě alkoholu a tabáku. Osoby žádající o léčbu poprvé v životě (prvožadatelé) tvoří dlouhodobě přibližně polovinu všech případů v registru. Uživatelé pervitinu jako primární drogy tvoří kolem 70 % všech žadatelů. Dlouhodobě je patrný úbytek uživatelů opiátů/opioidů (o pětinu od r. 2003), zejména heroínu (pokles o 50,3 % od r. 2003), roste počet léčených uživatelů buprenorfinu ze 16 v r. 2003 na 502 v r. 2013.

graf 5-7: Vývoj počtu provozadatelů v registru žádostí o léčbu podle základní drogy v letech 2003–2013



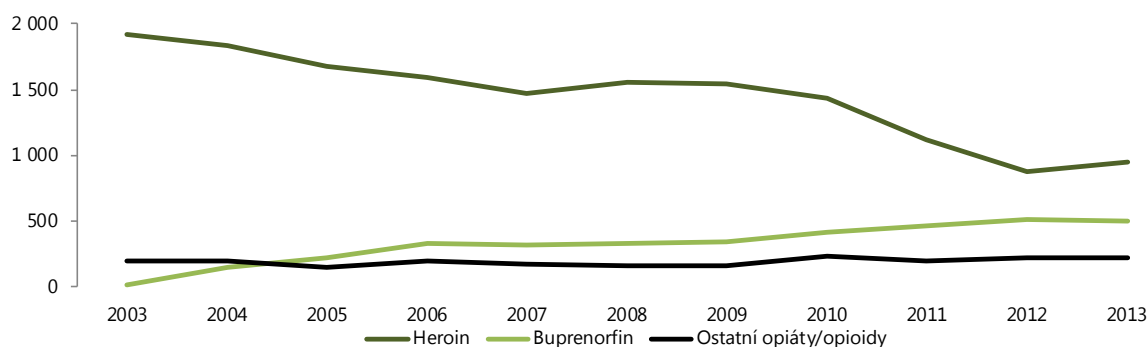
Zdroj: Petrášová & Füleová (2014)

graf 5-8: Vývoj počtu všech klientů v registru žádostí o léčbu podle základní drogy v letech 2003–2013



Zdroj: Petrášová & Füleová (2014)

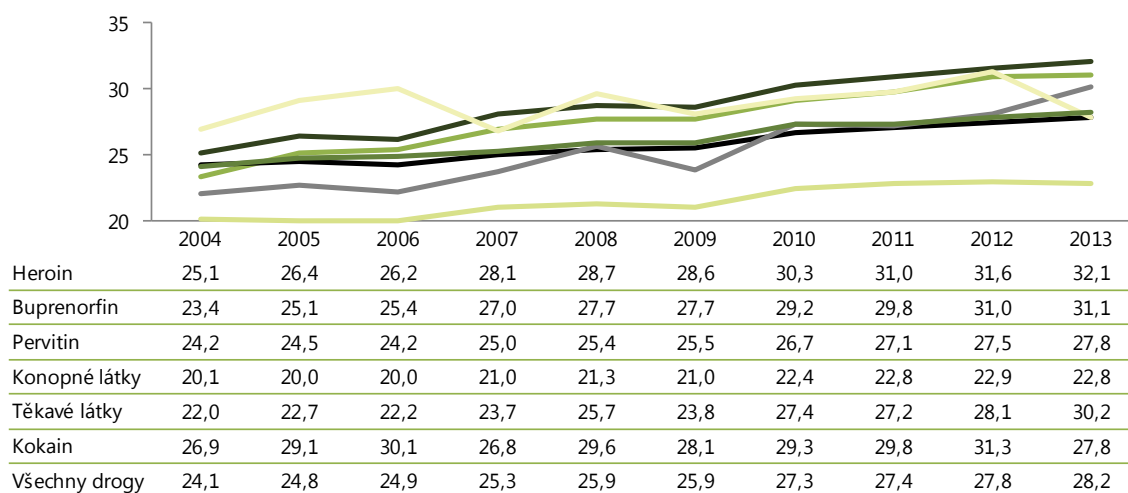
graf 5-9: Vývoj počtu uživatelů opiátů/opioidů mezi všemi klienty v registru žádostí o léčbu v letech 2003–2013



Zdroj: Petrášová & Füleová (2014)

Uživatelé drog stárnou, v průměru nejstarší jsou uživatelé opiátů/opioidů (31–32 let), naopak uživatelé konopných látek jsou v průměru nejmladší (23 let) – graf 5-10.

graf 5-10: Vývoj průměrného věku žadatelů o léčbu podle základní drogy v letech 2004–2013

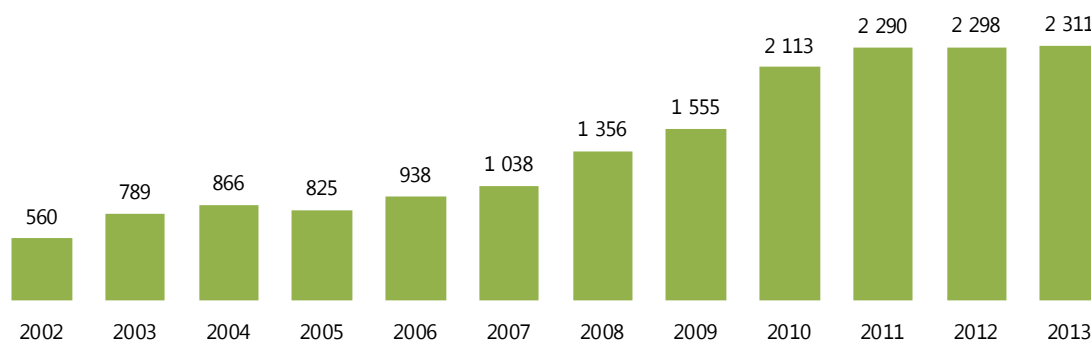


Zdroj: Petrášová & Füleová (2014)

5.5.2 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 letech 2012 a 2013 se počty léčených substituční léčbou prakticky nezměnily – graf 5-11.

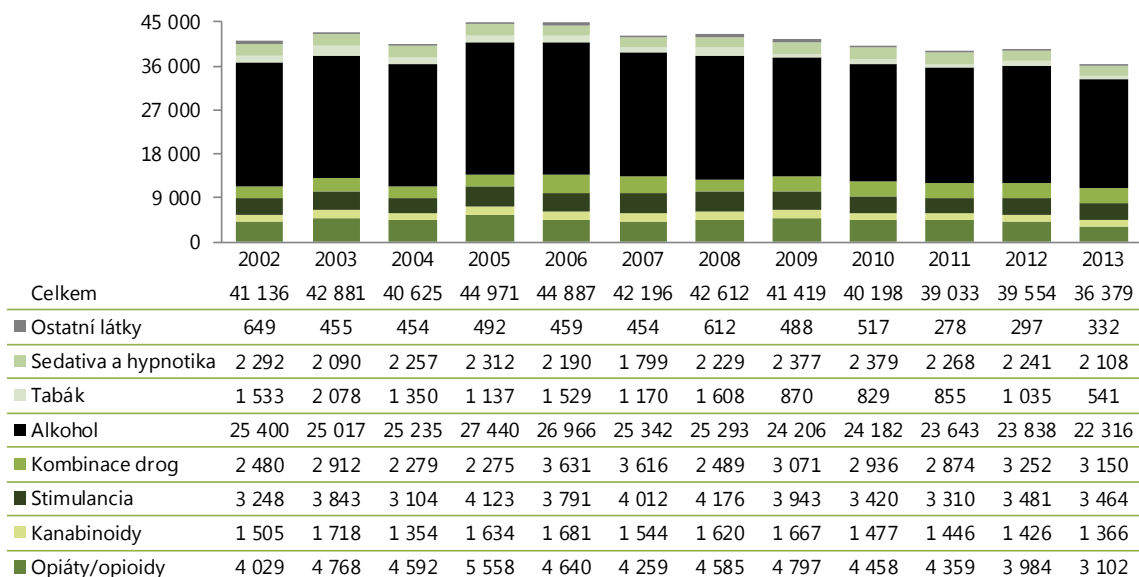
graf 5-11: Vývoj počtu léčených klientů v substituční léčbě v letech 2002–2013



Zdroj: Nechanská (2014)

Počet pacientů léčených v ambulantních psychiatrických zařízeních se v letech 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.

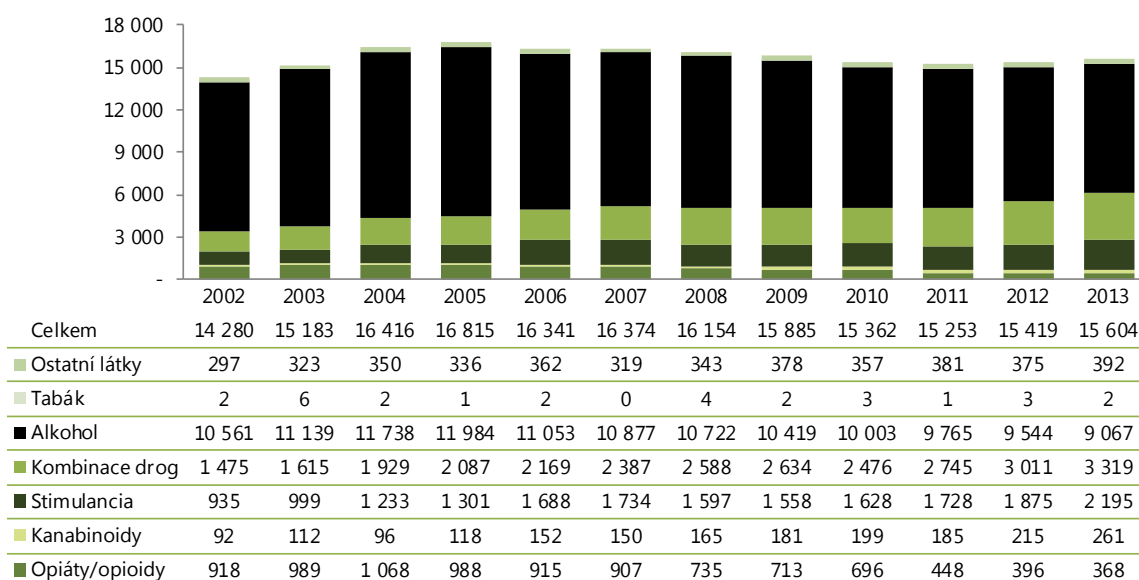
graf 5-12: Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantní psychiatrické léčbě v letech 2002–2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014h)

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 5-13: Vývoj počtu hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v letech 2002–2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c)

5.5.3 Další aktuální informace o drogové léčbě

Byla publikována práce zaměřená na léčbu pacientek závislých na pervitinu zaměřená na typologii léčených uživatelů pervitinu a léčebné intervence (Hetzerová & Gabrhelík, 2014). Byly provedeny

polostrukturné rozhovory s 5 pracovníky ženského odd. Kliniky adiktologie

U Apolináře doplněné analýzou dokumentace a zúčastněným pozorováním. V r. 2012 bylo na sledované oddělení přijato 7 žen závislých na pervitinu. Podle pracovníků jsou pacientky na pervitinu mladé, nezralé, kreativní, impulzivní, s vnější motivací a disociálním chováním, dokáží být destruktivní, agresivní, bezohledné, neznají pravidla a hranice slušného chování. V případě udržení v léčbě mají dobré předpoklady k úzdavě. Intervence se v zásadě neliší od intervencí u jiných pacientek. Uživatelky pervitinu mohou mít vyšší míru podpory v následné péči, např. v pomoci při nástupu do terapeutické komunity, prodloužení léčby nebo při hledání zaměstnání.

V rámci diplomové práce oboru adiktologie byl proveden kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo popsat společné a rozdílné charakteristiky pacientů s diagnózou patologického hráčství a pacientů s jinou závislostí z hlediska klinického obrazu, potřeb, průběhu léčby a zjistit zkušenosti se společnou léčbou a související postoje (Solfronková, 2014). Byly osloveny všechny psychiatrické nemocnice (léčebny), ve kterých probíhá léčba obou skupin závislých společně, výsledný soubor tvořilo 21 pacientů ze 4 zařízení. Data byla získána pomocí polostrukturných rozhovorů v období duben–červen 2014. Hráči hazardních her tvořili v zařízeních výraznou menšinu. Hráči pohlíží na uživatele drog s despektem, což přináší komplikace v procesu léčby. Více než polovina hráčů by zvolila léčbu specializovanou. Uživatelé drog by většinou volili léčbu společnou. Jako vhodná se jeví společná léčba s některými oddělenými prvky léčby podle typu závislosti. Hráči by byli léčeni pouze v těch zařízeních, která by takové rozdělení umožňovala a měla specializované programy, tudíž by se nestávalo, že v zařízení je jeden hráč. Překážkou je omezená kapacita léčebných zařízení. Ukázala se také nízká míra informovanosti hráčů o možnostech adiktologické péče.

Pracovníci Kanceláře veřejného ochránce práv v rámci systematických návštěv zařízení, v nichž dochází k omezení svobody osob, v r. 2013 a 2014 navštívili celkem 6 protialkoholních záchytných stanic z celkového počtu 18 v ČR (Veřejný ochránce práv, 2014). Bylo zjištěno, že personál většiny stanic neví o tom, že o umístění na záchytce rozhoduje poskytovatel zdravotních služeb (nikoliv policie), a ne vždy je patrné naplnění zákonných podmínek pro umístění na stanici. Není plněna povinnost vyrozumět praktického lékaře umístěných osob. Byl zjištěn podstav pracovníků, převaha ženského personálu či absence školení ve zvládání agresivních osob, což snižuje bezpečnost umístěných osob i personálu stanice. Na pokojích žádné ze stanic nebyla instalována signalizace, pomocí níž by umístěné osoby mohly v případě potřeby přivolat personál. Pro zvládání agresivních osob jsou na stanicích používány omezovací prostředky (zejména kurtování a sedativa). Na některých stanicích personál nebyl dostatečně obeznámen s podmínkami použití omezovacích prostředků, někde také chyběl vnitřní předpis, který by použití omezení upravoval, což vedlo k závažným nedostatkům v používání omezovacích prostředků a jeho dokumentaci. Na polovině navštívených stanic byly zjištěny případy, kdy omezení (přikurtování) trvalo několik hodin, aniž by bylo zřejmé, zda důvod omezení stále trval. Z celkem 23 náhodně zmapovaných případů trvala v 10 případech kurtace déle než 3 hodiny (43 %), z toho v 6 případech byla delší než 6 hodin (26 %). Na většině navštívených stanic nebývá lékař přítomen po celou provozní dobu, na pěti stanicích je vždy dostupný alespoň na zavolání, na jedné stanici není po vymezenou denní dobu lékař dostupný vůbec, a to i přesto, že o přijetí, propuštění nebo aplikaci omezovacích prostředků může podle zákona rozhodnout pouze lékař. Na žádné z navštívených stanic nebylo dostatečně zajištěno soukromí při používání toalety, soukromí nebývá vždy zajištěno ani při příjmové proceduře. Pobyt na stanici je hrazen přímou úhradou, přičemž výše úhrady se mezi stanicemi výrazně lišila od 600 do 4300 Kč. Přitom klienty záchytných stanic tvoří převážně osoby sociálně slabé a přímá úhrada standardní zdravotní péče představuje rozpor s ústavně garantovaným právem na bezplatnou zdravotní péči. Podle ombudsmanky není systém hrazení záchytné služby v ČR vhodně nastaven, představuje pro provozovatele i zřizovatele velkou finanční zátěž a je problematický také s ohledem na ochranu práv umístěných osob. Bylo doporučeno, aby MZ stanovilo právním předpisem minimální požadavky na personální a materiálně-technické vybavení záchytných stanic. Řada doporučení se dále týkala zákonného zpřísnění a dodržování podmínek pro umístění osob na záchytné stanici a pro dokumentaci indikace k tomuto umístění, použití omezovacích prostředků a jeho dokumentace, vyrozumění registrujícího praktického lékaře, vyjasnění a narovnání výše

platby za pobyt na záchytné stanici, dostatečného a vhodného personálního a materiálně-technického zajištění nebo dodržování soukromí a bezpečnosti zachycených (Veřejný ochránce práv, 2014).

Na český trh byl v r. 2013 uveden přípravek Selincro[®], obsahující nalmefen, modulátor opioidních receptorů. Používá se při léčbě závislosti, snižuje bažení po alkoholu a jeho spotřebu. Selincro[®] je indikován u dospělých pacientů, u kterých přetrvává vysoké riziko pití i po konzultaci s lékařem a kteří nevyžadují bezprostřední detoxifikaci. Musí být předepisován pouze v kombinaci s psychosociální podporou zaměřenou na snižování spotřeby alkoholu. Je užíván podle potřeby – když si pacient uvědomuje riziko pití alkoholu, má být užita jedna tableta, pokud možno 1–2 hodiny před předpokládaným pitím (Šulcová & Popov, 2013, Lundbeck, 2013).

SANANIM provozuje internetové stránky koncimshulenim.cz¹⁰³, které jsou určeny uživatelům konopných látek. Nabízí informace o konopných drogách a rizicích jejich užívání a rady, jak užívání omezit nebo s ním skončit. Stránky také nabízí možnost provedení sebehodnotícího testu zaměřeného na zjištění míry problémového užívání konopí a léčebný on-line program v délce 4–6 týdnů, první svého druhu v ČR. Viz také kapitolu Mediální a informační kampaně (str. 50).

Od r. 2012 provozuje Klinika adiktologie on-line adiktologickou poradnu¹⁰⁴, která nabízí informace, sebetestování a pomoc ve 4 oblastech: alkohol, závislost na internetu, prokrastinace a ostatní závislosti. V části týkající se závislosti na internetu, prokrastinace a alkoholu může návštěvník navíc využít možnosti svépomocného intervenčního programu, program je rozdělen do tří na sebe navazujících částí: motivační fáze, fáze změny a fáze prevence relapsu.

Od r. 2012 se některé, zejména nízkoprahové, programy zaměřují na problematiku nových drog. Např. v Plzni se věnují při poradenství problematice fentanylu, neboť mezi jejich klienty se lokálně zneužívání fentanylu z náplastí vyskytlo – viz také VZ 2012. Pražský SANANIM se problematice nových drog průběžně věnuje při poradenství a poskytování informací klientům – v časopise pro uživatele drog Dekontaminace a na webových stránkách eDekontaminace¹⁰⁵. Kromě těchto aktivit nízkoprahových zařízení speciální program pro uživatele nových syntetických drog není.

¹⁰³ <http://www.koncimshulenim.cz/> [2014-08-10]

¹⁰⁴ <http://poradna.adiktologie.cz/> [2014-08-10]

¹⁰⁵ <http://www.edekontaminace.cz/> [2014-08-10]. Číslo. 4/2012 se mimo jiné věnovalo tématu kvality drog a jejich příměsí, 1/2013 droze Funky (katinon, jehož užívání se vyskytlo mezi pražskými PUD) a 4/2013 se věnovalo tématu nových syntetických drog obecně.

> 6

Kapitola 6:

Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

- V r. 2013 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi uživateli drog. Nově bylo identifikováno 6 HIV pozitivních osob, u kterých došlo k nákaze injekčním užíváním drog. Promořenost HIV mezi IUD zůstává v ČR stále pod 1 %. Počet nově hlášených případů VHC u injekčních uživatelů drog v posledním roce nepatrně stoupl, nicméně prevalence VHC mezi injekčními uživateli drog se spíše snižuje a pohybuje se v rozmezí 15–50 % podle charakteristik vzorku vyšetřených. Počet případů VHB u IUD dlouhodobě klesá a projevuje se tak příznivý vliv plošného očkování zavedeného od r. 2001.
- Podíl injekční aplikace mezi problémovými uživateli opiátů/opioidů a pervitinu je stále vysoký, injekčně užívá většina problémových uživatelů těchto drog.
- Z výzkumu somatické komorbiditity PUD vyplývá, že problémem jsou zejména nemoci chrupu a kůže. Postižení kůže se týká především trofických změn na bérkách a bérkových vředů a lokálních infekcí kůže (abscesy, vředy). Zejména uživatelé heroinu vykazovali horší zdravotní stav než uživatelé jiných drog. Existují výrazné bariéry vstupu PUD do léčby, zejména se to týká žen, osob žijících s dětmi nebo cizinců. Ženy mají problém s dostupností gynekologické péče, ale obecně je problémem negativní přístup zdravotníků k ošetřování a léčbě PUD.
- Data o drogových úmrtích ze soudnělékařských oddělení jsou k dispozici 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 hlášeno 45 smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v r. 2012 a 47 v r. 2013. V r. 2013 bylo identifikováno 292 případů smrtelných předávkování etanolem a 9 metanolem, což je pokles ve srovnání s 36 případy v r. 2012, kdy v září vypukl hromadný výskyt otrav metanolem.
- Problémem je výskyt alkoholu a dalších drog v dopravě, v r. 2013 vzrostl počet zemřelých při nehodách zaviněných pod vlivem návykových látek; kromě vlivu alkoholu jde zejména o pervitin.

6.1 Infekce spojené s užíváním drog

6.1.1 Nově diagnostikované případy

6.1.1.1 HIV/AIDS

V r. 2013 bylo nově diagnostikováno 6 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 7 nově diagnostikovaných HIV pozitivních osob – tabulka 6-1 (Státní zdravotní ústav Praha, 2014b). Dominantní cestou přenosu HIV v ČR je sexuální styk mezi muži.

tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2013 podle způsobu přenosu

Způsob přenosu (riziková skupina)	Rok										Celkem
	1985–2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
IUD	32	4	4	12	8	4	4	7	5	6	86
> muži	26	3	3	5	7	4	3	7	2	4	64
> ženy	6	1	1	7	1	0	1	0	3	2	22
Homo/bisexuální styk a IUD	12	1	1	5	4	3	3	5	5	4	43
Jiný s IUD v anamnéze	27	2	1	5	2	3	5	2	2	3	52
Jiný bez IUD v anamnéze	665	83	85	99	134	146	168	139	200	222	1 941
Celkem	736	90	91	121	148	156	180	153	212	235	2 122

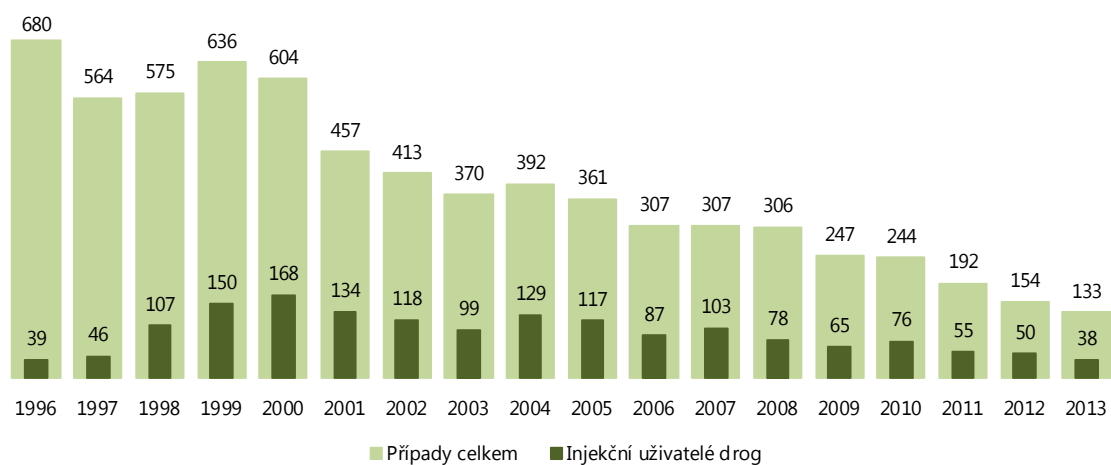
Pozn.: Počet případů se průběžně upravuje i za předchozí léta – úpravy vyplývají ze zjištěných duplicit a z dodatečného upřesnění informací o způsobu přenosu.

Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2014b)

6.1.1.2 Virové hepatitidy

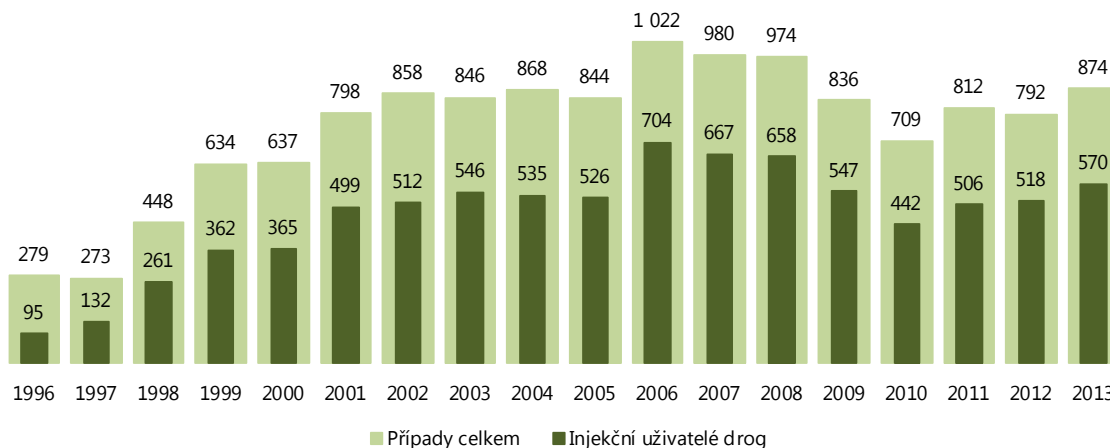
V posledních letech klesá počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB, dg. B16) celkem i mezi IUD. U virové hepatitidy typu C (VHC, dg. B17.1 a B18.2) došlo v r. 2013 opět k nárůstu mezi IUD. Dlouhodobě roste průměrný věk nakažených injekčních uživatelů drog (Státní zdravotní ústav Praha, 2014a) – graf 6-1, graf 6-2 a graf 6-3.

graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v letech 1996–2013



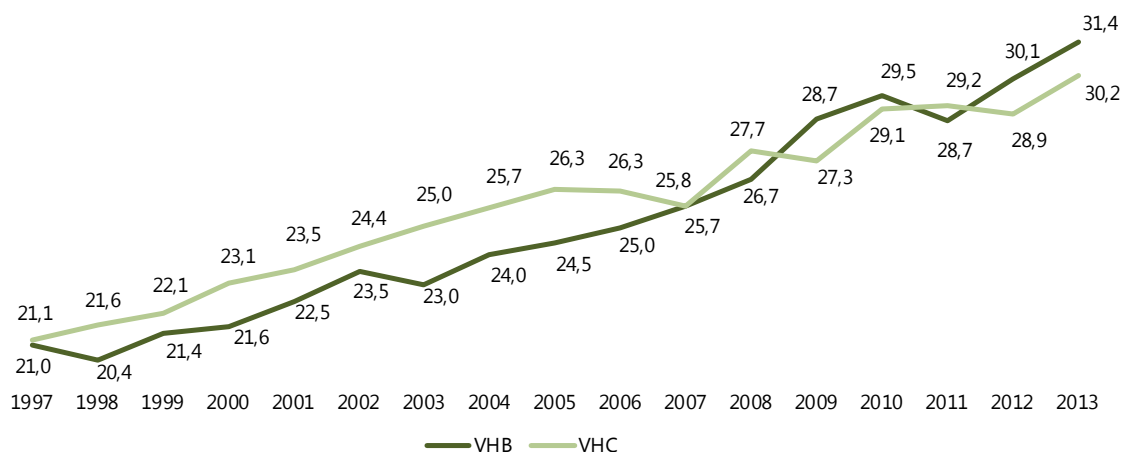
Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2014a)

graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v letech 1996–2013



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2014a)

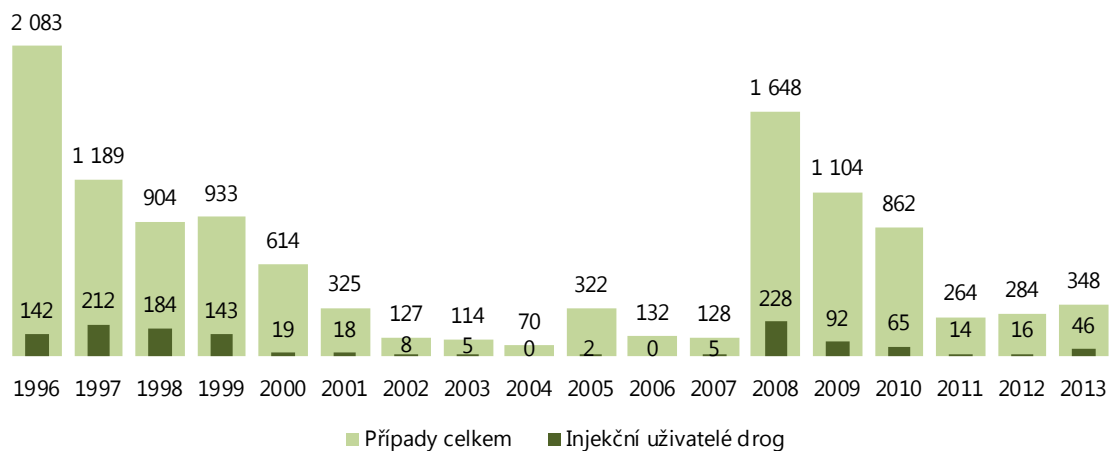
graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u kterých byla hlášena VHB a VHC v letech 1997–2013



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2014a)

Po epidemii virové hepatitidy typu A (VHA, dg. B15), která probíhala v r. 2008, zejména v Praze a ve středních Čechách a na počátku byla spojena s injekčními uživateli drog – blíže viz VZ 2008, se počet případů od r. 2011 vrací k nízkým hodnotám před epidemií. V r. 2013 se počet hlášených případů u uživatelů drog zvýšil téměř 3krát (Státní zdravotní ústav Praha, 2014a) – graf 6-4.

graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v letech 1996–2013



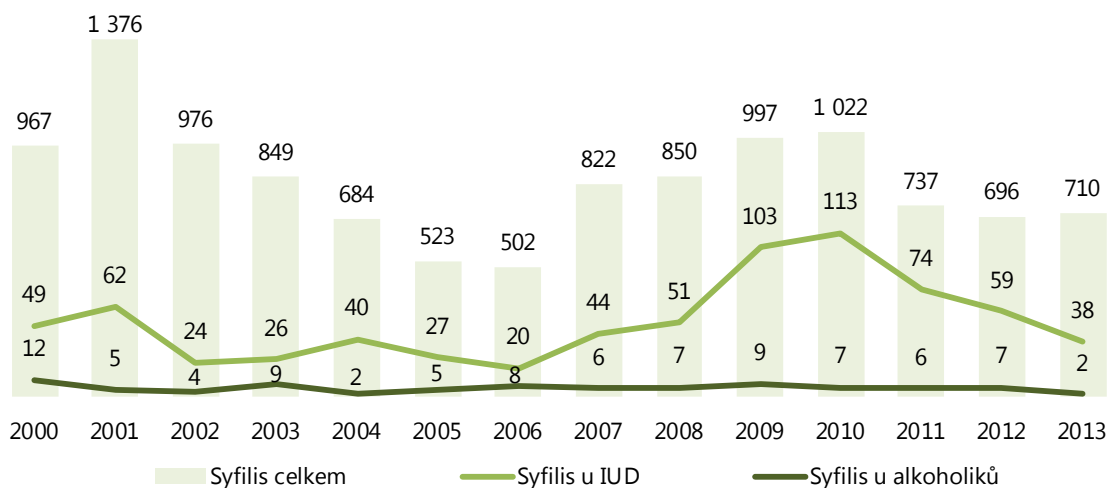
Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2014a)

6.1.1.3 Pohlavní nemoci

Vývoj celkového počtu hlášených případů syfilis v Národním registru pohlavních nemocí a počtu případů u injekčních uživatelů drog (IUD) a u uživatelů alkoholu ukazuje graf 6-5.

Po nárůstu v letech 2006–2010 počet hlášených případů syfilis v letech 2011–2013 mezi IUD i celkově stagnoval. Celkový počet hlášení onemocnění kapavkou v posledních 2 letech rostl a v r. 2013 dosáhl počtu 1421, z toho počet případů u uživatelů drog nebo alkoholu je v řádu jednotek.

graf 6-5: Hlášená incidence syfilis celkem, u injekčních uživatelů drog a alkoholiků v ČR v letech 2000–2013

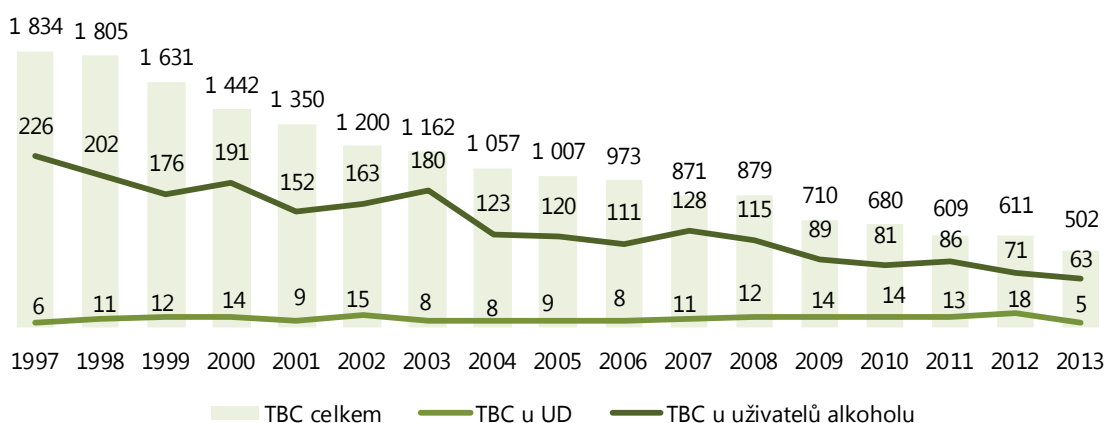


Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014d)

6.1.1.4 Tuberkulóza

V letech 1997–2013 se počet ročně evidovaných hlášených onemocnění v Registru tuberkulózy snížil více než třikrát. Počet hlášených případů u uživatelů alkoholu je několikanásobně vyšší než u uživatelů nealkoholových drog, u uživatelů alkoholu je pozorován klesající trend – graf 6-6.

graf 6-6: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a dalších drog v ČR v letech 1997–2013



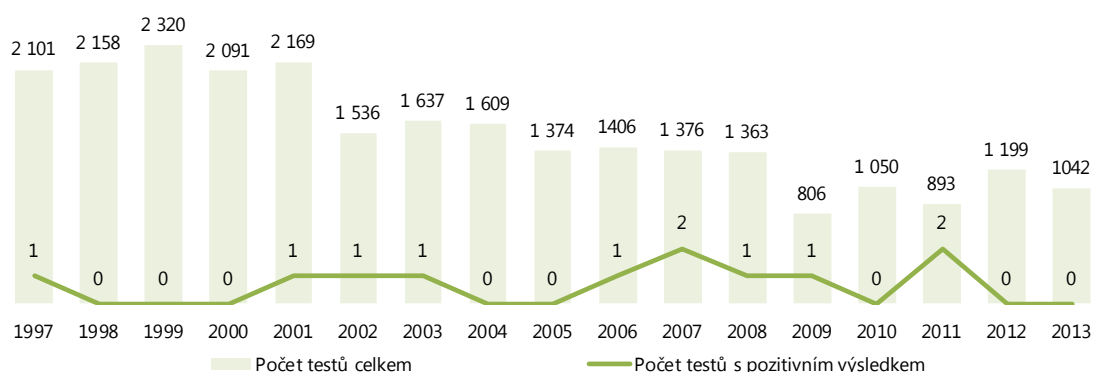
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014e)

6.1.2 Prevalence infekcí mezi uživateli drog

6.1.2.1 Monitoring HIV testů v laboratořích

V r. 2013 bylo Národní referenční laboratoří pro AIDS evidováno 1042 HIV testů provedených injekčním uživateli drog, všechny s negativním výsledkem (Státní zdravotní ústav Praha, 2014b) – graf 6-7.

graf 6-7: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v letech 1997–2013



Pozn.: 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 NRL pro AIDS evidováno.

Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2014b)

6.1.2.2 Testování infekcí v nízkoprahových programech

Již 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. 2013 byly získány pomocí on-line dotazníkového šetření v průběhu července a srpna 2014 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014f). Do průzkumu se zapojilo celkem 49 nízkoprahových programů napříč ČR, z nich 41 uvedlo výsledky testování na VHC, 36 na HIV infekci, 30 na syfilidu a 25 na VHB; jsou zjišťovány výsledky všech typů testů (rychlých imunochromatografických i laboratorních imunoenzymatických typu ELISA) – tabulka 6-2.

tabulka 6-2: Počet nízkoprahových programů v monitoringu testování infekcí v r. 2013

Kraj	Celkem	z toho testuje na			
		HIV	VHB	VHC	Syfilis
Hl. m. Praha	5	3	0	3	3
Středočeský	6	4	1	6	3
Jihočeský	2	2	1	2	2
Plzeňský	3	3	3	3	2
Karlovarský	2	1	1	1	1
Ústecký	10	7	6	7	6
Liberecký	2	2	0	2	2
Královéhradecký	3	1	1	3	1
Pardubický	1	0	1	1	0
Vysočina	2	2	1	2	2
Jihomoravský	3	3	3	3	2
Olomoucký	4	4	3	4	3
Zlínský	2	2	2	2	1
Moravskoslezský	4	2	2	2	2
Celkem	49	36	25	41	30

: * 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: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014f)

Podobně jako v minulých letech naznačují výsledky za r. 2013 poměrně nízký výskyt infekcí mezi klienty nízkoprahových zařízení. 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, respektive klientů nízkoprahových zařízení – tabulka 6-3.

tabulka 6-3 Výsledky testování uživatelů drog na infekční nemoci v nízkoprahových programech v r. 2013

Infekce	Testovaný ukazatel	Počet programů podle typu používaného testu			Testy		
		Rychlý	Laboratorní	Celkem	Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (%)
HIV	anti-HIV	32	4	36	1 762	2	0,1
VHC	anti-HCV	39	4	41	1 873	274	14,6
VHB	HBsAg*	17	2	19	834	2	0,2
	anti-HBc IgG**	4	2	6	293	5	1,7
Syfilis	anti-treponema pallidum	26	4	30	1 181	25	2,1

* 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: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014f)

Existují regionální odlišnosti v prevalenci VHC, je však třeba vzít v úvahu, že nejde o reprezentativní vzorek uživatelů drog ani zařízení (některá existující a 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 je prevalence VHC mezi klienty nízkoprahových zařízení kolem 10 % a méně, zatímco v krajích Jihočeském, Ústeckém, Pardubickém, Jihomoravském a v Praze dosahovala 20–30 % – tabulka 6-4.

tabulka 6-4: Výsledky testování uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2013

Kraj	Počet programů		Počet testovaných osob		
	Odpovědělo	Testovalo na VHC	Celkem	Počet pozitivních	Pozitivní (%)
Hl. m. Praha	5	3	252	63	25,0
Středočeský	6	6	221	25	11,3
Jihočeský	2	2	41	12	29,3
Plzeňský	3	3	228	25	11,0
Karlovarský	2	1	60	2	3,3
Ústecký	10	7	241	62	25,7
Liberecký	2	2	109	11	10,1
Královéhradecký	3	3	173	12	6,9
Pardubický	1	1	21	5	23,8
Vysočina	2	2	139	5	3,6
Jihomoravský	3	3	104	23	22,1
Olomoucký	4	4	165	20	12,1
Zlínský	2	2	94	8	8,5
Moravskoslezský	4	2	45	3	6,7
Celkem	49	41	1 893	276	14,2

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014f)

Ve studii somatické komorbidity, kterou provedlo NMS ve spolupráci s agenturou FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu v listopadu 2013 mezi problémovými uživateli drog v Praze, byly od klientů zjišťovány také výsledky testů na virové hepatitidy a HIV – viz kapitolu Somatická komorbidita problémových uživatelů drog (str. 108).

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 pocházejí částečně od samotných klientů, což snižuje jejich vypovídací hodnotu. Nicméně ukazují stabilní a relativně nízkou séroprevalenci sledovaných infekcí mezi IUD – tabulka 6-5. I když je vypovídací hodnota dat omezená, indikují stabilní a relativně nízkou séroprevalenci sledovaných infekcí mezi IUD.

tabulka 6-5: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHA, VHB a VHC v registru žádostí o léčbu v letech 2003–2013

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

Pozn.: Jsou zahrnuty pouze testy se známým výsledkem.

Zdroj: Petrášová & Füleová (2014)

6.1.2.4 Testování infekčních nemocí u pacientů v substituční léčbě

Výsledky testování na HIV, VHB a VHC osob v registru substituční léčby z testování v r. 2013 uvádí tabulka 6-6. Celkem bylo v r. 2013 v registru hlášeno 2311 léčených osob. HIV test byl proveden 182 osobám, jeden s pozitivním výsledkem. Test na přítomnost protilátek proti viru VHC (anti-HCV) byl proveden 187 osobám, pozitivních bylo 83 (séroprevalence 44,4 %). Z těchto 83 osob bylo 68 osobám provedeno vyšetření přímo identifikující virus VHC (PCR-RNA), z nichž 34 bylo pozitivních, což svědčí o přechodu infekce do chronické fáze (Nechanská, 2014). Trend séroprevalence VHC uvádí graf 6-8.

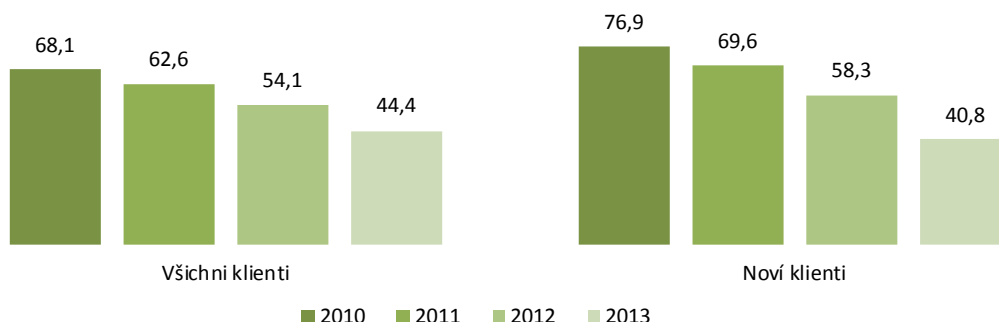
tabulka 6-6: Výsledky testování HIV, VHB a VHC u pacientů v substituční léčbě v r. 2013

Infekce	Testovaný ukazatel	Všichni klienti			Noví klienti		
		Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (%)
HIV	anti-HIV	182	1	0,5	69	–	0,0
	HBsAg*	185	13	7,0	69	3	4,3
VHB	anti-HBc IgG**	142	26	18,3	52	4	7,7
	anti-HBs**	138	40	29,0	51	13	25,5
VHC	anti-HCV	187	83	44,4	71	29	40,8

* 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 (2014)

graf 6-8: Vývoj séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v letech 2010–2013, v %



Zdroj: Nechanská (2014)

6.1.2.5 Testování vězněných uživatelů drog

Vězeňská služba sleduje vyšetřování vězněných injekčních uživatelů drog u vybraných infekcí¹⁰⁶ – tabulka 6-7. Meziroční srovnání poskytuje graf 6-9.

¹⁰⁶ 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.

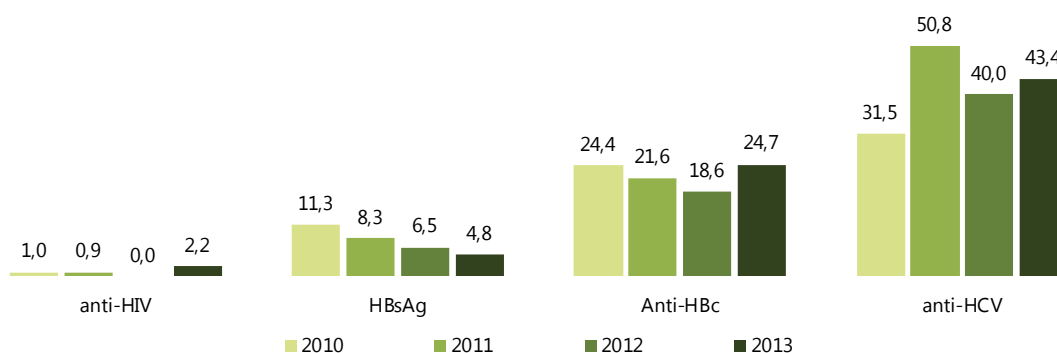
tabulka 6-7: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2013

Infekce	Testovaný ukazatel		Nástup VTOS	Nástup VV	V průběhu VTOS	Celkem
HIV	anti-HIV	Celkem testováno	271	265	336	872
		Pozitivních	19	0	0	19
		Pozitivních (%)	7,0	0,0	0,0	2,2
VHB	HBsAg*	Celkem testováno	1 506	1 644	1 162	4 312
		Pozitivních	61	82	62	205
		Pozitivních (%)	4,1	5,0	5,3	4,8
	anti-HBc IgG**	Celkem testováno	802	1 190	829	2 821
		Pozitivních	226	231	239	696
		Pozitivních (%)	28,2	19,4	28,8	24,7
VHC	anti-HCV	Celkem testováno	1 473	1 762	1 355	4 590
		Pozitivních	633	791	569	1 993
		Pozitivních (%)	43,0	44,9	42,0	43,4

VTOS – výkon testu odněti 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 (2014c)

graf 6-9: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězněných injekčních uživatelů drog v letech 2010–2013, v %



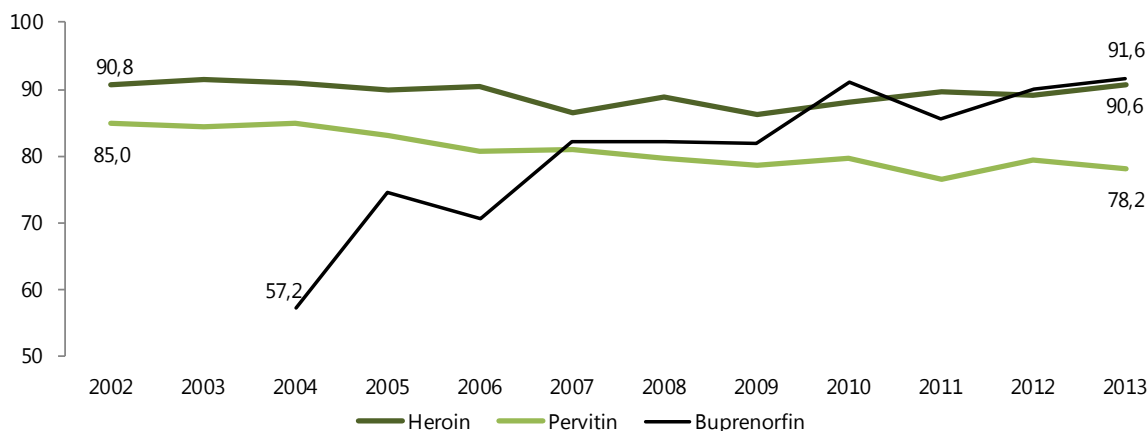
Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2014c)

6.1.3 Rizikové chování uživatelů drog

6.1.3.1 Podíl injekční aplikace

Mezi žadateli o léčbu je míra injekčního užívání drog dlouhodobě velmi vysoká a představuje nejčastější způsob aplikace pervitinu, heroinu a buprenorfinu (Petrášová & Füleová, 2014) – graf 6-10.

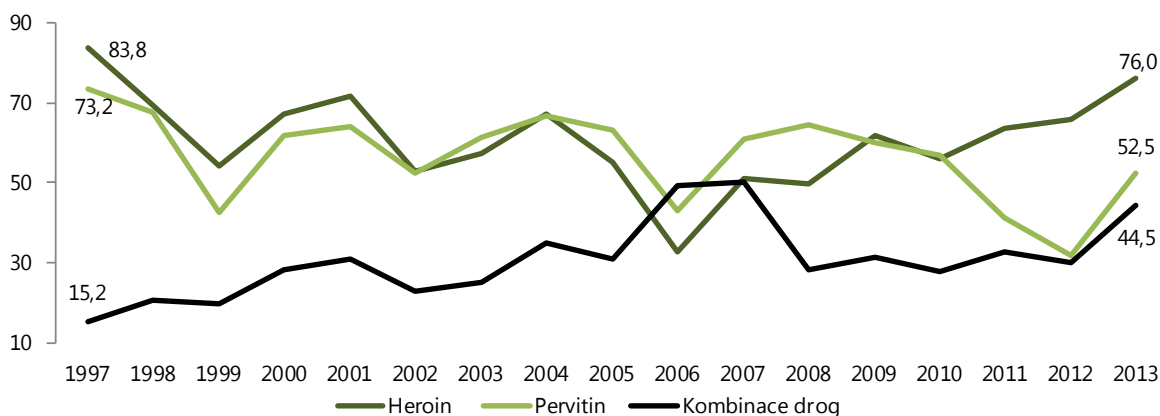
graf 6-10: Vývoj podílu IUD mezi žadateli o léčbu se základní drogou heroin, pervitin a buprenorfin v letech 2002–2013, v %



Zdroj: Petrášová & Füleová (2014)

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 6-11.

graf 6-11: Vývoj podílu injekční aplikace u uživatelů heroinu, pervitinu a polyvalentních uživatelů léčených v psychiatrických ambulancích v letech 1997–2013, v %



6.1.3.2 Sdílení jehel a stříkaček

Trend podílu 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 žádajícími o léčbu v letech 2002–2013

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

Zdroj: Petrášová & Füleová (2014)

Ve studii somatické komorbidity, kterou provedlo NMS ve spolupráci s agenturou FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu v listopadu 2013 mezi problémovými uživateli drog v Praze, byla zjišťována také míra sdílení jehel a stříkaček a další faktory rizikového chování – viz kapitolu Problémoví uživatelé v průzkumu somatické komorbidity v Praze (str. 66).

6.1.3.3 Sexuální rizikové chování a užívání drog

V r. 2011 byla provedena studie sexuálního rizikového chování ve vztahu k užívání návykových látek v obecné populaci, k dispozici jsou výsledky pro ženy (Stemmler et al., 2014). O vyplnění dotazníku byli požádáni návštěvníci barů, kaváren a zahrádek v průběhu července a srpna 2011, výběr byl prováděn metodou time-space¹⁰⁷. Soubor čítal 124 žen ve věku 18–67 let (průměrný věk 29 let), 25 % identifikovalo svou sexuální orientaci jako jinou než heterosexuální. Ukázala se souvislost mezi nadměrným užíváním alkoholu a počtem nových, náhodných nebo často se měnících partnerů u mladších žen. Nižší konzumace alkoholu byla zjištěna u žen-matek. Kondom nikdy nepoužilo 60 % žen, což souviselo se svobodným stavem, větším počtem mužských partnerů a krátkým trváním sexuálního vztahu. Použití kondomů bylo častější u žen, které měly dlouhodobější vztah a diskutovaly o HIV statutu se sexuálním partnerem. Ženy, které vyhledaly HIV test, byly mladší a heterosexuálně orientované. Ukázalo se tedy, že alkohol zvyšuje riziko přenosu pohlavních chorob včetně HIV a že použití kondomu a další ochranné a preventivní praktiky jsou v české ženské populaci vzácné.

6.2 Další zdravotní následky užívání drog

6.2.1 Psychiatrická komorbidita

Všetička (2014) publikoval práci zaměřenou na souvislosti mezi užíváním pervitinu a marihuany a toxickými psychózami a schizofrenií. Východiskem práce byl nárůst incidence a prevalence endogenních psychóz (dg. F20–F29) a současně nárůst míry užívání v české populaci v letech 1994–2011, přičemž hranice mezi toxickou psychózou (způsobenou užíváním návykových látek, především centrálních stimulantů a konopných látek) a endogenní psychózou je neostrá. Byl analyzován soubor 510 hospitalizovaných v r. 2011 v Psychiatrické nemocnici Brno s diagnózou F20–F29, u kterých byla sledována celoživotní zkušenost s užíváním pervitinu a konopných drog.

¹⁰⁷ Pravděpodobnostní strategie výběru pro populace bez známé opory výběru (tzv. sampling frame), podobně jako respondent-driven sampling.

Výsledky byly porovnány s prevalencí těchto látek v obecné populaci. Bylo zjištěno, že pacienti s endogenní psychózou mají vyšší míru zkušeností s pervitinem oproti běžné populaci, naopak míra užívání konopných drog u těchto pacientů byla stejná nebo nižší oproti běžné populaci. Odds ratio (OR) pro pervitin bylo 2,9–8,7 (podle populačního průzkumu použitého ke srovnání), tj. hospitalizovaní pacienti s psychózou měli 3–9krát častější zkušenost s pervitinem než obecná populace. V podsouboru 280 pacientů se schizofrenií bylo OR pro pervitin dokonce 4,3–12,7. Dále byl v práci sledován výskyt hospitalizací pro toxické psychózy způsobené konopnými drogami, pervitinem a polyvalentním užíváním (dg. F19) v období 1994–2011, u kterých došlo k přibližně desetinásobnému nárůstu. Nejčastější jsou hospitalizace pro psychózu způsobenou více látkami a pervitinem, méně pak konopnými látkami. Zkušenost s konopnými drogami je v obecné populaci podle různých průzkumů 8–12krát častější než užívání pervitinu, ale hospitalizace pro toxickou psychózu způsobenou konopnými drogami byla ve sledovaném období v průměru 5,3krát méně častá než u pervitinu, což znamená, že pervitin je k vyvolání toxické psychózy 42–64krát potentnější. Nárůst toxických i endogenních psychóz v ČR by tedy mohl jít podle autora částečně na vrub užívání pervitinu (Všetička, 2014).

Byly publikovány výsledky sledování klientek léčených v letech 2010–2012 v programu Slunečnicová zahrada Centra pro rodinu Drop In, o. p. s., který spočívá v komplexní multidisciplinární péči o matky – uživatelky drog (Doležalová et al., 2014). Analýza byla zaměřena na výskyt traumatické zátěže a psychopatologie ve vztahu k užívání drog. V souboru bylo 75 žen s průměrným věkem 35 let, z nichž 36 užívalo jako primární drogu pervitin, 35 heroin a 4 alkohol. Bylo zjištěno, že 44 % bylo někdy obětí fyzického týrání, 29 % domácího násilí, 65 % bylo zanedbáváno, 95 % prožilo emoční trauma. Některá z poruch osobnosti a chování byla diagnostikována u 21 % souboru, úzkostná porucha u 44 %, bipolární afektivní porucha u 48 % a porucha příjmu potravy u 8 % (s významně vyšším 14% výskytem u uživatelky pervitinu). Ze závěrů vyplývá, že zkušenost s traumatem zvyšuje výskyt psychiatrické komorbidity, řešení symptomů posttraumatické stresové poruchy v léčbě redukuje problémy s užíváním drog a tento efekt přetrvává po léčbě a že léčba zvýšila subjektivně vnímanou kvalitu života.

V rámci školní práce bylo zpracováno dotazníkové šetření zaměřené na souvislosti problémového užívání drog a poruchy příjmu potravy (Čejdová, 2014). Výzkumný soubor tvořilo 37 žen ve věku 17–41 let (délka užívání drog 2–20 let), které byly klientkami kontaktního centra a programu substituční léčby v Brně a z nichž bylo 25 uživatelky pervitinu a 12 opiátů/opioidů (včetně metadonu). Diagnóza některé z poruch příjmu potravy a změna tělesné hmotnosti byly zjišťovány anamnesticky – porucha příjmu potravy byla někdy diagnostikována 10 klientkám (27 %). Podle BMI¹⁰⁸ spadalo 10 klientek do kategorie podváhy a 2 do kategorie podvýživy (dohromady 32 %), nadváhu měly 3 klientky. Za dobu, po kterou užívají drogy, se hmotnost snížila 27 (73 %) klientkám. Podíl klientek s tělesnou hmotností pod hranicí normální hmotnosti (tj. BMI < 18,5) či s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy byl významně vyšší než v obecné populaci a byl vázán především na užívání pervitinu.

6.2.2 Somatická komorbidita problémových uživatelů drog

6.2.2.1 Studie mezi klienty nízkoprahových programů v Praze

V listopadu 2013 provedlo NMS ve spolupráci s agenturou FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu studii mezi klienty 4 pražských nízkoprahových programů pro uživatele drog – kontaktních center SANANIM, Stage 5 Progressive, Drop In a terénního programu Sanitka SANANIM. Cílem studie bylo zmapování somatických potíží, souvisejících léčebných potřeb a bariér léčby u aktivních problémových uživatelů drog (PUD). Studie sestávala ze tří částí: dotazníkového

¹⁰⁸ V průzkumu nebyla zjišťována jednotlivá diagnostická kritéria konkrétních poruch příjmu potravy, a BMI tedy nemusely být zachyceny některé z poruch příjmu potravy, které se sníženou hmotností neprojevují, a BMI mimo normál nemusí souviset s poruchou příjmu potravy.

šetření na vzorku 240 PUD zaměřeného na zdravotní potíže a bariéry při využívání zdravotnických služeb, lékařského vyšetření 40 PUD a dvou ohniskových skupin – první s 8 muži a druhá se 6 ženami (Mravčík & Nečas, 2014, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu, 2014).

Data v dotazníkovém šetření byla sbírána metodou face-to-face rozhovoru s proškoleným tazatelem (PAPI) na vzorku 240 PUD. Popis vzorku je podrobně uveden v kapitole Problémová uživatelská v průzkumu somatické komorbidit v Praze (str. 66). Dotazník se skládal z celkem 209 položek, otázky pokrývaly následující oblasti:

- sociodemografické charakteristiky,
- užívané drogy, rizikové chování, předchozí testování na HIV, VHA, VHB, VHC a jeho výsledky (otázky převzaty z formuláře hlášení do registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog hygienické služby),
- zkušenosti s adiktologickou léčbou,
- zapojení do výměnných programů injekčního náčiní, předchozí diagnózy a léčba vybraných somatických onemocnění; otázky byly převzaty ze vzorového dotazníku EMCDDA pro behaviorální studie v populacích injekčních uživatelů drog (EMCDDA, 2013),
- index opiátové léčby (OTI), část 3: zdraví (Darke et al., 1991),
- bariéry při využívání léčby; otázky vycházely z Barriers to Treatment Inventory, z původních 59 otázek bylo převzato 38 otázek (Rapp et al., 2006),
- vlastní zkušenosti s využíváním zdravotních služeb při somatických potížích.

Příznaky svalových a kosterních onemocnění mělo v posledním měsíci 37,2 % uživatelů (především ztuhlost a bolesti kloubů a svalů), obecné zdravotní problémy 36,8 % (únava, ztráta hmotnosti, problémy se spánkem, problémy se zuby) a 34,6 % žen uvádělo gynekologické obtíže (především nepravidelný menstruační cyklus). Současně 12–30 % PUD uvádělo aktuální příznaky neurologických, kardiovaskulárních a dýchacích, trávicích, pohlavních a vylučovacích onemocnění a problémy spojené s injekčním užíváním drog. Zejména uživatelé heroinu vykazovali významně vyšší výskyt (téměř) všech skupin problémů než uživatelé jiných drog.

Nejčastější diagnózou, kterou se někdy v životě respondenti dozvěděli od lékaře, byla VHC (59,6 % respondentů), dále byly lékařem nejčastěji diagnostikovány poruchy chrupu (54,6 %), abscesy v místě vpichu (39,6 %), zápal plic (33,8 %), VHB (29,6 %), abscesy jinde na těle (16,7 %), zánět ledvin (13,3 %), jaterní cirhóza (10,0 %). Podle vlastních vyjádření prodělalo někdy VHA 16,3 %, VHB 32,9 % a VHC 63,7 % respondentů. HIV pozitivní byli 2 (0,9 %) respondenti.

Většině respondentů byla zdravotní péče poskytnuta u všech nemocí s výjimkou stomatologie (péče byla poskytnuta 42,0 % respondentů). Péče v případě VHC byla podle sdělení respondentů poskytnuta v 60,8 %, v případě abscesů v místě vpichu v 77,9 % nebo zápalu plic v 82,7 % případů. Poměrně vysoký podíl osob odmítlo péči u diagnostikované VHC a problémů se zuby (kolem 8 %).

V posledních 12 měsících vyhledalo lékařskou péči ve zdravotnickém zařízení (mimo kontaktní centrum) 141 (58,8 %) respondentů. Z nich 100 (70,9 %) osob bylo vždy vyšetřeno/ošetřeno, 31 (22,0 %) většinou vyšetřeno/ošetřeno, 10 (7,1 %) osob bylo vyšetřeno/ošetřeno v polovině a méně případů. Celkem 96 (68,1 %) osob bylo alespoň jednou ošetřeno ambulantně, 46 (32,6 %) osob bylo hospitalizováno. Alespoň jednou bylo v posledních 12 měsících odvezeno rychlou záchrannou službou 70 (29,2 %) osob, z toho opakovaně 32 (13,3 %) osob.

Bylo identifikováno pět základních faktorů, které představují bariéry vstupu do léčby a při jejím poskytování. Je patrné, že bariéry musí ve vyšší míře překonávat ženy, osoby žijící s dětmi nebo cizinci. Sestupně podle důležitosti jsou to:

1. vnímaná nepotřebnost, zbytečnost léčby – respondenti se domnívají, že léčbu nepotřebují, nebo nevěří, že by jim mohla pomoci,
2. strach z neznáma, nechut' k léčbě – široké spektrum obav vycházejících jak z praktických pohnutek (strach ze ztráty přátel, abstinčních příznaků či možných spolupacientů), tak z méně konkrétních příčin (ostych, nechut', snaha vyhnout se stresu),

3. špatná předchozí zkušenost – s léčbou, jejími výsledky nebo přístupem zdravotnického personálu,
4. strach z represe, kriminalizace – obava, že nástup do léčby povede k nežádoucí konfrontaci se systémem (právním, zdravotním, sociálním) nebo prohloubí již existující konfrontaci,
5. bariéra rodinných a existenčních vazeb – neochota nebo nemožnost vymanit se ze svého rodinného, sociálního či existenčního zázemí a přerušit nebo uvolnit fungující vazby a vztahy.

Lékařem bylo vyšetřeno 40 PUD, po 10 z každého ze zúčastněných programů. Všichni klienti prošli anamnestickým a fyzikálním vyšetřením, dále byla měřena hmotnost, výška anamnesticky nebo skládacím metrem, byl vypočítán index tělesné hmotnosti (BMI). Celkem 20 klientům bylo provedeno orientační vyšetření moči¹⁰⁹.

Krevní tlak mělo v normě 27 (67,5 %) vyšetřených, nízký a zvýšený po 3 osobách (7,5 %), vysoký 7 (17,5 %) osob. Normální tepovou frekvenci mělo 34 (85,0 %) osob, 6 osob (15,0 %) mělo tachykardii (nad 90 tepů za minutu). V pásmu normální tělesné hmotnosti bylo 29 (73 %) respondentů (80 % žen a 70 % mužů), dvě ženy (pětina žen a 5 % celého souboru) byly v pásmu podváhy, 8 mužů mělo nadváhu a 1 měl mírnou obezitu.

Nejvyšší výskyt patologického nálezu byl zaznamenán u stavu chrupu (90,0 %), kůže (15,0 %) a končetin (7,5 %). V případě chrupu šlo nejčastěji o sanovaný nebo neléčený kaz, nekompletní chrup až dokonce úplnou extrakci zubů (3 případy). Postižení kůže se týkalo především trofických změn na bérkách a bérkových vředů a lokální infekce kůže, jako abscesy nebo pustuly, v jednom případě byla nalezena mykóza v oblasti chodidla.

Pokud jde gynekologickou anamnézu, 1–2 potraty uvedly 3 ženy z 10, porod uvedlo 6 žen (5 jednou, 1 dvakrát), menstruaci mělo v současnosti 9 žen, antikoncepci používala 1 žena. Příznaky gynekologických chorob byly lékařem zjištěny u 2 žen z 10.

Lékař označil zdravotní stav 35 vyšetřených (87,5 %) za dobrý či uspokojivý a 5 vyšetřených (12,5 %) za neuspokojivý. Nejčastěji postavenou diagnózou byly (chronická) VHC, stav po VHA, VHB, chronický zubní kaz, nekompletní chrup, otoky bérků a trofické změny na bérkách po tromboflebitidě, hnisavé kožní defekty, vředová choroba gastroduodena, kouření. Kognitivně bylo 39 vyšetřených v normě.

Všichni vyšetření byli lékařem doporučeni k dalšímu vyšetření nebo do další péče různých odborností. Nejčastěji se jednalo o péči stomatologa, dále hepatologii nebo gastroenterologii (z důvodu hepatitidy nebo vředové choroby gastroduodena), interní ambulanci (z důvodu hypertenze, jiného nálezu nebo celkového stavu), dermatovenerologii (z důvodu kožních defektů nebo pohlavní nemoci), praktického lékaře (z důvodu kontroly stavu, např. krevního tlaku), chirurgii (především z důvodu lokalizovaných kožních zánětů – abscesů, ale v souboru byl i jeden případ podezření na náhlou příhodu břišní, vyšetřený však odmítl převoz) nebo neurologii (stav po cévní mozkové příhodě nebo podezření na epilepsii).

Podle vyšetřujícího lékaře neměli klienti až na výjimky doklad o zdravotním pojištění, někteří neměli doklady totožnosti, obecně měli problémy s dostupností zdravotní péče. Lékařskou pomoc obvykle vyhledají až v případě výrazných zdravotních problémů na pohotovosti. Lékař se však domnívá, že „výrazná menšina“ by využívala pravidelnou péči, účastnila se plánovaných kontrol, vyšetření, řídila se doporučeními lékaře.

Dále proběhly dvě ohniskové skupiny s celkem 14 PUD (8 mužů a 6 žen). Ukázalo se, že PUD vnímají návštěvu zdravotnického zařízení jako vstup do nepřátelského a nevstřícného prostředí. Všichni mají negativní zkušenost s přístupem zdravotníků osobně nebo vůči jiným uživatelům drog.

¹⁰⁹ Diagnostické proužky HEPTAPHAN na pH, bílkoviny, ketony, urobilinogen, krev a hemoglobin.

Uživatelé drog řeší své zdravotní problémy pokud možno svépomocí, nejčastěji pomocí nelegálních drog (pervitinu) nebo volně prodejných léků. Pokud jsou nuceni navštívit zdravotnické zařízení, raději svůj problém s drogami zamlčí z obavy z negativních reakcí lékařů a sester.

Negativní přístup ze strany zdravotníků vnímají PUD jako agresi a nepochopení jejich situace, jsou přesvědčeni, že jim v podstatě pomoci nechťejí. Setkání se zdravotnickým personálem se často mění ve vzájemný konflikt. Jsou si vědomi, že pokud se oni sami chovají vstřícně a slušně ke zdravotnickému personálu, dočkají se často lepšího chování.

Velmi problematická je situace pro ženy, pokud chtějí řešit gynekologické problémy či nechtěné těhotenství. Nejsou schopny najít gynekologa, pokud přiznají užívání drog.

Ženy mají pozitivní zkušenosti s nabídnutou substitucí při hospitalizaci. Muži tuto zkušenost nemají, v nemocnici je drogami častěji zásobovali známí.

Přestože mají respondenti ke zdravotním institucím jako takovým v podstatě negativní vztah, uvítali by takové zařízení, kde by nebyli stigmatizováni pro svou závislost a kde by byl personál podobně jako v kontaktních centrech připraven na práci s uživateli drog.

6.2.2.2 Studie mezi pracovníky nízkoprahových programů v Praze

V rámci magisterské práce oboru adiktologie byl proveden výzkum zaměřený na řešení somatických komplikací IUD mezi pracovníky nízkoprahových programů v Praze (Spůrová, 2013). Bylo provedeno dotazníkové šetření ve všech 7 nízkoprahových programech (terénní programy Sananim, Drop In, Progressive a Eset Help, kontaktní centra Sananim, Drop In a Stage 5 Progressive). Z celkového počtu 56 pracovníků se šetření zúčastnilo 38 (68 %). Z analýzy vyplývá, že všichni respondenti poskytují informace IUD o somatických komplikacích a 87 % respondentů samo provádí zdravotní ošetření. Druh ošetřovaných somatických komplikací uvádí tabulka 6-9.

tabulka 6-9: Somatické komplikace IUD – počet intervencí podle druhu za posledních 30 dní

Somatické komplikace IUD	Počet provedených intervencí	Podíl (%)
Drobná zahnisaná ložiska	251	14,3
Abscesy	249	14,2
Bércové vředy	236	13,4
Nejasné jiné kožní obtíže	215	12,2
Hepatitidy	187	10,6
Mechanická poškození, př. bodné a řezné rány, odřenin	142	8,1
Záněty žil	111	6,3
Sexuálně přenosné infekce	77	4,4
Parazitární onemocnění (např. svrab, vši)	73	4,2
Flegmóny	70	4,0
HIV	47	2,7
Infekční endokarditida	35	2,0
Celková seps	34	1,9
Popáleniny, omrzliny	27	1,5
Jiné		
> plísňová onemocnění	2	0,1
> předávkování	1	0,1
> epileptické záchvaty	1	0,1
Celkem	1 758	100,0

Zdroj: Spůrová (2013)

Mezi intervence spojené s řešením somatických komplikací IUD patří ošetření a poskytnutí informací o somatických komplikacích, případně odkaz do zdravotnického zařízení. Nejčastějším problémem pracovníků při poskytování zdravotního ošetření je ve 40 % nejistota. Dále pracovníci postrádali manuální zručnost a systematickosti při ošetření (29 %), schopnost rozpoznat somatické

komplikace (16 %), znalost správného postupu (16 %) a také dostatek zdravotnických dovedností obecně (16 %); pouze 6 % respondentů uvedlo, že dovednosti nepostrádají. Respondenti nejčastěji získávají informace i praktické dovednosti při ošetřování od zkušenějších kolegů, následně z odborné literatury, kurzů, seminářů či konferencí. Jako součást diplomové práce byla zpracována metodika zvládání somatických komplikací u IUD pro pracovníky nízkoprahových služeb (Spůrová, 2013).

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.¹¹⁰ V r. 2013 bylo zaznamenáno 1043 případů nefatálních intoxikací drogami (Petrášová & Füleová, 2014) – tabulka 6-10. Nejvyšší podíl hlášených intoxikací připadá na pervitin a benzodiazepiny.

tabulka 6-10: Nefatální intoxikace drogami v ČR v letech 2004–2013 evidované hygienickou službou

Droga	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pervitin	180	222	231	343	364	187	148	150	260	245
Heroin	179	244	149	190	166	122	162	96	77	63
Metadon	2	10	7	2	1	1	0	0	0	0
Subutex®	12	14	18	32	7	0	0	0	0	0
Ostatní opiáty/opioidy	20	19	21	40	17	42	24	32	42	37
Benzodiazepiny	126	153	124	139	113	180	136	138	206	248
Jiná sedativa a hypnotika	103	88	107	125	135	127	112	105	120	101
Konopné látky	84	73	72	127	108	105	102	84	125	125
Těkavé látky	64	48	28	31	9	33	18	25	26	15
Lysohlávky	10	6	5	10	9	7	4	2	7	4
Kokain, crack	5	7	8	1	7	2	0	1	5	3
Durman	0	1	0	1	5	2	0	0	2	1
LSD	7	3	5	7	4	13	3	7	15	7
Extáze	3	8	12	12	3	1	2	0	4	0
Jiné známé drogy a léky	92	111	89	124	140	173	137	139	147	191
Ostatní/ neznámo	65	186	78	71	58	23	1	26	3	3
Celkem	952	1 193	954	1 255	1 146	1 018	849	805	1 039	1 043

Zdroj: Petrášová & Füleová (2014)

Dále jsou k dispozici informace o výskytu intoxikací návykovými látkami z Národního registru hospitalizovaných¹¹¹. 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 6-11.

¹¹⁰ 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. 2013 nebyl sběr dat realizován ve třech krajích (Jihočeský, Jihomoravský, Královéhradecký).

¹¹¹ 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 toxický účinek těkavých látek (T52.0–T52.9).

tabulka 6-11: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v letech 2002–2013

Droga	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Heroin (T40.1)	27	24	18	31	41	19	20	17	4	13
Metadon (T40.3)	1		6	1	2	3	2	1	2	1
Jiné opiáty/opioidy (T40.0, T40.2)	50	71	79	64	62	50	62	57	79	96
Kokain (T40.5)	2	7	2	1	4	1	3	1	1	9
Konopné látky (T40.7)	95	78	67	55	86	66	66	58	57	65
LSD (T40.8)	4		6	5	3	4	1	2	2	2
Pervitin a jiná stimulancia (T43.6)	24	25	22	29	30	25	25	17	30	39
Jiné a neurčené drogy (T40.4, T40.6, T40.9)	100	116	146	136	83	94	77	79	87	98
Nelegální drogy celkem	303	321	346	322	311	262	256	232	262	323
Alkohol (T51.0, T51.9)	1 505	1 220	1 184	1 161	1 125	919	724	714	738	608
Těkavé látky (T52.0–T52.9)	434	401	401	306	264	230	243	241	262	234
Celkem	2 242	1 942	1 931	1 789	1 700	1 411	1 223	1 187	1 262	1 165

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c)

6.2.4 Otravy metanolem

Hromadný výskyt otrav metanolem, který vypukl v září 2012, dozníval ještě v r. 2013, kdy bylo hlášeno 15 hospitalizací pro metanolovou intoxikaci s 9 případy úmrtí – tabulka 6-12. Ke kauze z r. 2012 viz blíže VZ 2012.

tabulka 6-12: Vývoj počtu hospitalizací a úmrtí na intoxikaci metanolem v ČR v letech 2002–2013

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

Pozn.: * Zahnuje hospitalizace na náhodné, úmyslné nebo blíže nezjištěné intoxikace.

Zdroje: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014b)

6.2.5 Úrazy pod vlivem drog

Počet úrazů pod vlivem nealkoholových drog ošetřených v chirurgických ambulancích¹¹² v r. 2013 vzrostl o téměř polovinu, mírně vzrostl také počet úrazů pod vlivem alkoholu – tabulka 6-13.

¹¹² Údaje jsou čerpány z výkazu o činnosti oboru chirurgie, který jednou ročně vyplňuje každé ambulantní oddělení nebo pracoviště oboru chirurgie; sledován je počet úrazů ošetřených na chirurgických odděleních a zvláště počet úrazů, které nastaly pod vlivem alkoholu nebo pod vlivem drog.

tabulka 6-13: Vývoj počtu úrazů ošetřených na chirurgických odděleních celkem a pod vlivem alkoholu a drog v letech 2001–2013

Rok	Počet úrazů celkem	Z toho úrazů pod vlivem			
		Alkoholu		Jiných drog	
		Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
2001	1 681 741	37 954	2,3	816	0,05
2002	1 776 050	42 414	2,4	919	0,05
2003	1 806 886	39 182	2,2	869	0,05
2004	1 824 015	40 608	2,2	819	0,04
2005	1 841 339	40 205	2,2	1 071	0,06
2006	1 855 697	38 584	2,1	1 085	0,06
2007	1 794 213	41 498	2,3	1 433	0,08
2008	1 649 519	39 116	2,4	1 671	0,10
2009	1 640 975	45 606	2,8	1 446	0,09
2010	1 661 721	35 041	2,1	1 996	0,12
2011	1 696 419	42 940	2,5	2 696	0,16
2012	1 739 243	41 252	2,4	1 442	0,08
2013	1 787 775	43 021	2,4	2 140	0,12

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014f)

Dále byly z Národního registru hospitalizovaných extrahovány všechny případy s vnější příčinou úrazu a ty pod vlivem návykových látek, resp. ty případy, u kterých byl vliv návykových látek patrný z vedlejší diagnózy¹¹³. Podíl úrazů pod vlivem návykových látek byl v r. 2013 4,9 %, z toho nejvíc pod vlivem alkoholu (3,4 %), přičemž podíl úrazů pod vlivem alkoholu dlouhodobě roste. Podíl úrazů pod vlivem psychoaktivních léků dosáhl 1,3 %. Podíl nelegálních drog a těkavých látek byl ve sledovaném období velmi nízký a v r. 2013 dosáhl 0,1–0,2 % – tabulka 6-14.

tabulka 6-14: Vývoj počtu hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v letech 2002–2013

Rok	Celkem úrazů	Z toho pro 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

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014c)

¹¹³ 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.

6.2.6 Drogy a dopravní nehody

Od r. 2003 jsou analyzovány nálezy etanolu a ostatních drog¹¹⁴ u zemřelých účastníků dopravních nehod pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR – blíže v kapitole Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 118). Zvláště se sledují tzv. aktivní účastníci dopravních nehod (chodci, cyklisté a řidiči)¹¹⁵. Nově jsou k dispozici údaje za r. 2012.

V r. 2012 bylo na 12 odděleních soudního lékařství¹¹⁶ pitváno 807 osob zemřelých při dopravních nehodách nebo na jejich následky, z toho 414 (51,3 %) bylo toxikologicky vyšetřeno¹¹⁷, což je stejně jako v roce předchozím. Největší podíl pozitivních výsledků (26,7 %) byl zjištěn u etanolu, i když oproti minulým letům došlo k výraznému poklesu, a to zejména u řidičů motorových vozidel.

U pervitinu byl zaznamenán dosud nejvyšší podíl pozitivních nálezů od začátku sledování v r. 2003 (7,0 %), tento nárůst jde na vrub řidičům (z celkem 14 případů bylo 12 u řidičů). U konopných látek nebyl zaznamenán ani jeden pozitivní nález, u benzodiazepinů došlo k dalšímu meziročnímu poklesu na 3,6 % – tabulka 6-15. Opiát/opioid byl nalezen jen v jednom případě u řidiče, barbituráty ve dvou případech u řidiče a cyklisty; těkavé látky ani kokain nebyly v r. 2012 nalezeny (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2014). Celkem bylo identifikováno 75 zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod pozitivních na etanol (z toho 25 řidičů) a 23 pozitivních na nějakou ze sledovaných OPL (z nich 16 řidičů), což je mnohem vyšší počet, než eviduje Policie ČR (je však potřeba vzít v úvahu různou metodiku sledování a vykazování).

¹¹⁴ 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).

¹¹⁵ Do kategorie ostatní jsou zařazeni především spolujezdci v motorových vozidlech a zemřelí nepatřící do předchozích 3 kategorií (jiné než silniční dopravní nehody, např. nehody letadla, nehody na staveništích, cestující v prostředcích hromadné dopravy apod.).

¹¹⁶ Tj. na všech mimo Ústav soudního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, který nedodal databázi provedených pitev.

¹¹⁷ Tj. vyšetřeno na etanol nebo na některou drogu z těchto skupin: těkavé látky, opiáty, stimulancia, konopné látky, kokain, benzodiazepiny, barbituráty.

tabulka 6-15: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v letech 2008–2012

Droga	Rok	Chodci		Cyklisté		Řidiči		Celkem	
		Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)
Etanol	2008	139	51,8	40	37,5	202	29,2	381	38,3
	2009	114	50,9	30	16,7	184	25,0	328	33,2
	2010	144	50,0	30	43,3	198	19,7	372	33,3
	2011	115	56,5	19	42,1	139	27,3	273	40,7
	2012	106	40,6	17	41,2	158	15,8	281	26,7
Stimulancia (vč. pervitinu a extáze)	2008	121	3,3	21	0,0	195	9,2	337	6,5
	2009	84	3,6	18	0,0	175	5,1	277	4,3
	2010	97	1,0	16	0,0	172	4,7	285	3,2
	2011	67	6,0	7	0,0	120	2,5	194	3,6
	2012	68	2,9	7	0,0	125	9,6	200	7,0
Konopné látky (aktivní metabolity THC)	2008	60	6,7	13	0,0	130	6,2	203	5,9
	2009	49	4,1	9	0,0	125	1,6	183	2,2
	2010	51	5,9	8	0,0	119	5,9	178	5,6
	2011	39	10,3	4	0,0	82	1,2	125	4,0
	2012	38	0,0	4	0,0	94	0,0	136	0,0
Benzodiazepiny	2008	135	5,2	24	12,5	204	2,0	363	3,9
	2009	99	6,1	22	13,6	189	4,2	310	5,5
	2010	114	4,4	18	0,0	197	6,1	329	5,2
	2011	83	3,6	14	21,4	131	3,1	228	4,4
	2012	90	5,6	14	0,0	147	2,7	251	3,6
Jakákoliv droga mimo etanol	2008	142	10,6	29	10,3	213	12,7	384	11,7
	2009	100	8,0	22	13,6	191	11,5	313	10,5
	2010	124	7,3	21	0	205	14,6	350	11,1
	2011	93	10,8	14	21,4	135	5,9	242	8,7
	2012	101	5,9	15	6,7	152	10,5	268	8,6

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP (2014)

Policie ČR v r. 2013 eviduje 4686 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu (tj. 6,1 % z celkového počtu), při kterých eviduje 52 usmrcených osob (tj. 9,0 % z celkového počtu) a dalších 2306 osob bylo zraněno (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2014) – tabulka 6-16. Více než každá 16. nehoda je zaviněna pod vlivem alkoholu a každá 11. usmrcená osoba přišla o život při této nehodě. V porovnání s r. 2012 je počet těchto nehod nižší o 288, počet usmrcených je vyšší o 7 osob a počet zraněných je nižší o 219 osob. Nejvyšší podíl nehod zaviněných pod vlivem alkoholu byl na území Zlínského a Karlovarského kraje (10,9 %, resp. 9,8 %). Nejvíce usmrcených při těchto nehodách bylo na území krajů Středočeského (9), Královéhradeckého (9) a Moravskoslezského (7). Nejvyšší podíl usmrcených osob při těchto nehodách byl stejně jako v r. 2012 v Libereckém kraji – 20 %. Žádnou usmrcenou osobu při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu nevykazuje Karlovarský kraj. Viník nehod pod vlivem alkoholu měl nejčastěji (v 59,4 %) hladinu etanolu v krvi vyšší než 1,5 ‰.

tabulka 6-16: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v letech 2003–2013 – vliv alkoholu a jiných drog

Rok	Nehody					Usmrcení při nehodách (do 24 hodin po nehodě)				
	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

* Od 1. ledna 2009 se zvýšila hranice odhadované škody pro povinné hlášení nehody policii 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 (2014)

Dále bylo policií evidováno 213 nehod s pozitivním nálezem nealkoholových drog u viníka nehody, při nichž bylo 10 osob usmrceno a 102 zraněno. Dále bylo v r. 2013 evidováno 31 nehod, kdy byla zjištěna u viníka přítomnost alkoholu i návykových látek současně, při nichž zemřely 4 osoby, 12 bylo zraněno.

Z celkového počtu 4686 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu připadá na řidiče osobních automobilů 3331 nehod (71,1 %). Nejvyšší podíl zaviněných nehod, kdy viník byl pod vlivem alkoholu, byl stejně jako v r. 2012 zjištěn u cyklistů, kteří pod vlivem alkoholu zavinili 30,2 % z celkového počtu jimi zaviněných nehod, následují řidiči mopedů (23,7 %) a chodci (15,9 %). Pokles počtu nehod pod vlivem alkoholu v r. 2013 ovlivnil především pokles u řidičů motorových vozidel (o 6,3 %) a chodců (o 12,6 %). Nárůst usmrcených jde pak na vrub nehodám, kdy viníkem byli řidiči motorových vozidel a cyklisté (shodně o 3 osoby). Nejvíce policií evidovaných nehod zaviněných pod vlivem alkoholu připadá na soboty a neděle, naopak nejméně na pondělí.

Dopravní policie testuje řidiče na alkohol a od r. 2007 i na OPL pomocí orientačních testů DrugWipe ze slin. Je-li výsledek orientačního testu na nealkoholové drogy pozitivní, je nutné provést odborné lékařské a následné toxikologické vyšetření. Zjištěný počet pozitivních nálezů OPL a alkoholu u řidičů v letech 2007–2014 uvádí tabulka 6-17. Nárůst nálezů OPL je ovlivněn především nárůstem počtu provedených testů.

tabulka 6-17: Pozitivní nálezy omamných a psychotropních látek (OPL) a alkoholu (etanolu) u řidičů v letech 2007–2014

Rok	OPL	Etanol
2007	347	7 395
2008	794	7 600
2009	1 149	13 298
2010	1 450	13 268
2011	1 717	12 777
2012	2 195	11 046
2013	2 785	9 729
2014 (1. pololetí)	1 742	5 139

Zdroj: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2014)

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). Nově jsou k dispozici data za r. 2012 ze 12 oddělení¹¹⁸.

Od 1. dubna 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 ČR, který by měl od r. 2015 nahradit speciální registr drogových úmrtí.

6.3.1.1 Smrtelná předávkování drogami

V r. 2012 bylo zjištěno 199 úmrtí na předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychotropními léky (190 v r. 2011), a to jak předávkování sebevraždou, náhodná či bez zjištěného úmyslu. Z toho bylo 38 případů podle selekce D standardu EMCDDA pro drogová úmrtí, tj. případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, což znamená nárůst oproti mimořádně nízkému výskytu v předchozím roce (28 v r. 2011). Psychoaktivní léky byly příčinou předávkování v 161 případech (162 v r. 2011).

Bylo identifikováno celkem 12 případů smrtelných předávkování (nelegálními) opiáty/opioidy (v r. 2011 to bylo mimořádně pouze 6 případů, což byl vůbec nejnižší roční výskyt od počátku speciálního registru pitev na soudnělékařských odděleních). Třikrát byl v r. 2012 příčinou opiát/opioid samotný (z toho jednou heroin), ve třech případech v kombinaci s etanolem (z toho jednou se jednalo o heroin) a také shodně po třech případech v kombinaci s pervitinem a s THC. Ve dvou případech byl nalezen metadon v kombinaci s léky, jiným opiátem/opioidem a alkoholem a jednou buprenorfin v kombinaci s morfinem, pervitinem a THC.

Pervitin byl příčinou smrtelného předávkování v 16 případech (shodně 16 případů v r. 2011), z toho v 11 případech samotný a jinak v různých kombinacích s THC, tramadolem, etanolem, benzodiazepiny; minimálně v 1 případě šlo o německého občana. V 10 případech se jednalo o smrtelné předávkování těkavými látkami (4 případy v r. 2011), z toho v 6 případech se jednalo o toluen, ve třech případech o propan-butan a v jednom případě o trichloretylen.

V r. 2012 nebylo hlášeno žádné úmrtí v důsledku předávkování kokainem, tanečními drogami typu MDMA nebo nových syntetických drog, halucinogeny ani THC (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2014) – tabulka 6-18.

¹¹⁸ Tj. ze všech mimo Ústav soudního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze, který nedodal databázi provedených pitev. Celkem bylo na zbývajících 12 odděleních v r. 2012 provedeno 12 784 pitev. V r. 2011 bylo na 12 odděleních soudního lékařství mimo Ústav soudního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze provedeno 12 472 pitev, na pracovišti 1. LF UK a VFN v Praze 1087, celkem na všech 13 pracovištích v r. 2011 tedy 13 559 pitev.

tabulka 6-18: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2012 ve speciálním registru podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví

Droga	Věková skupina												Celkem		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	1	3	4	4	0	0	0	0	0	0	12	0	12
➤ z toho jen opiáty/opioidy	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	3
➤ z toho více látek včetně opiátů/opioidů	0	0	1	2	3	3	0	0	0	0	0	0	9	0	9
– z toho metadon	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Jiné drogy než opiáty/opioidy	0	1	1	5	8	2	3	2	2	1	0	1	20	6	26
➤ z toho těkavé látky	0	0	0	2	1	0	2	2	1	1	0	1	9	1	10
➤ z toho pervitin	0	1	1	3	7	2	1	0	1	0	0	0	11	5	16
Celkem nelegální drogy a těkavé látky*	0	1	2	9	12	9	7	2	3	1	1	1	32	6	38
Psychoaktivní léky	2	1	4	6	8	17	14	24	22	20	14	29	72	89	161
➤ z toho benzodiazepiny	0	1	0	2	3	4	6	7	6	5	4	9	22	25	47
Celkem	2	2	6	15	20	26	21	26	25	21	15	30	104	95	199

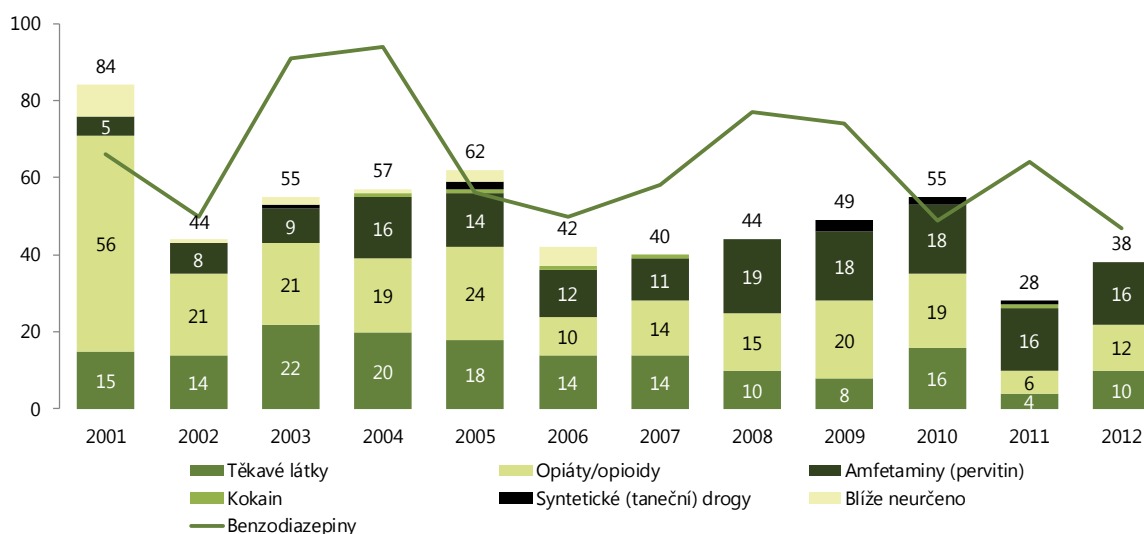
* selekce D standardu EMCDDA

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP (2014)

Smrtelná předávkování psychoaktivními léky zahrnují ve vyšší míře předávkování sebevražděná, většinou se jedná o kombinaci (více) léků s alkoholem. Celkem bylo v r. 2012 zjištěno 161 případů smrtelných předávkování psychotropními léky (162 v r. 2011), z toho ve 47 případech šlo o benzodiazepiny (64 v r. 2011) a v 23 případech léky s obsahem opiátů/opioidů (32 v r. 2011).

V r. 2012 přetrvával příznivý nízký výskyt počtu smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, a to zejména vlivem poklesu smrtelných předávkování opiáty/opioidy a těkavými látkami; počet případů smrtelných předávkování pervitinem zůstal prakticky na stejné úrovni, předávkování ostatními nelegálními drogami jsou stále velmi sporadická. Dlouhodobý trend ukazuje graf 6-12.

graf 6-12: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v letech 2001–2012



Pozn.: Od r. 2002 jsou data z oddělení soudních lékařství k dispozici v elektronické databázové formě.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP (2014)

6.3.1.2 Úmrtí za přítomnosti drog

Celkem bylo v r. 2012 identifikováno 124 úmrtí za přítomnosti drog (113 v r. 2011), z toho nejvíce stejně jako v minulosti v důsledku nehod a sebevražd. Přehled počtu a podílu vybraných skupin drog na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti drog uvádí tabulka 6-19, trend od r. 2004 graf 6-13. V dlouhodobém horizontu je nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí s nálezem pervitinu a THC.

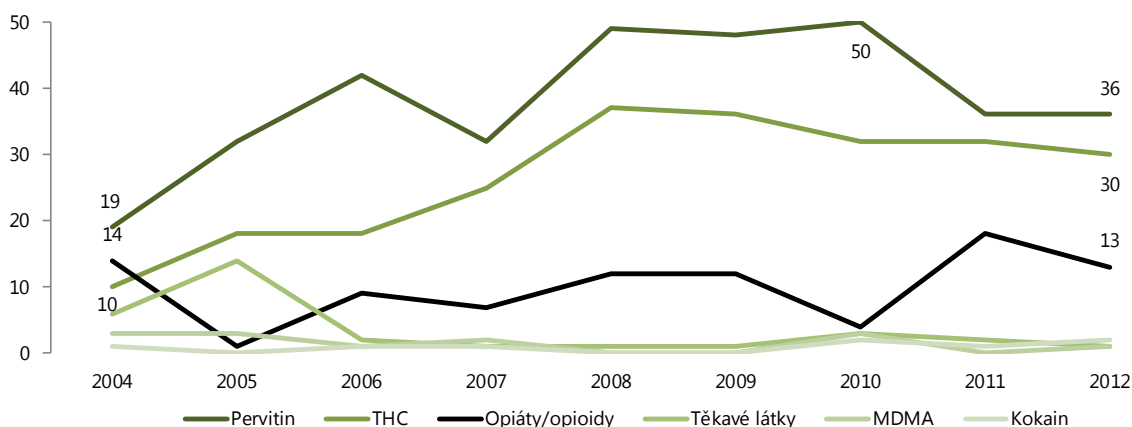
tabulka 6-19: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2012 podle vybraných skupin drog a příčin smrti

Droga	Nemoc (n = 10)	Nehoda (n = 70)	Sebevražda (n = 36)	Zabití/vražda (n = 8)	Jiné (n = 0)	Celkem (N = 124)	Podíl (%)
Benzodiazepiny	2	20	13	4	0	39	31,5
Pervitin	3	26	5	2	0	36	29,0
THC	2	18	8	2	0	30	24,2
Jiné psychoaktivní léky	2	10	5	1	0	18	14,5
Opiáty/opioidy	2	6	5	0	0	13	10,5
Kokain	0	1	0	1	0	2	1,6
Těkavé látky	0	0	1	0	0	1	0,8
MDMA a jiné syntetické drogy	0	1	0	0	0	1	0,8

Pozn.: U jednoho případu úmrtí může být zjištěno více drog.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP (2014)

graf 6-13: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v letech 2004–2012



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP (2014)

Nález drog v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod – viz kapitolu Drogy a dopravní nehody (str. 115).

V rámci bakalářské práce oboru adiktologie byla provedena studie výskytu úmrtí spojených s užíváním opioidů v Praze v letech 2005–2011 na základě analýzy pitevních protokolů ve třech pražských ústavech soudního lékařství (Zvingerová, 2013). Výzkumný soubor tvořilo 55 pitevních protokolů osob zemřelých v souvislosti s užitím opiátů/opioidů. Hlavním kritériem pro výběr byla přítomnost opioidů v těle zemřelého. Záchyt metabolitů heroinu (resp. morfin) se v krvi objevil u 37 zemřelých, u 9 osob to byly jiné opioidy (metadon, ethylmorfin, fentanyl, hydrokodon s dihydrokodeinem – metabolity svědčící o aplikaci podomácku vyráběného braunu, petidin a tramadol). V dalších 9 případech nebyly opioidy detekovány v krvi (séru), ale v moči nebo orgánech. Pouze opiát/opioid (bez přítomnosti jiných látek) byl nalezen v 8 případech, dalšími

nejčastěji nalezenými drogami byly benzodiazepiny, alkohol a pervitin (metamfetamin). Jako příčina úmrtí byl nejčastěji v 38 případech uveden otok mozku a plic spolu s dechovou nedostatečností, často kvůli vdechnutí žaludečního obsahu. Intoxikace jako samostatná příčina úmrtí byla uvedena pouze v 5 případech. Choroby a chorobné stavy byly mezi příčinami úmrtí uvedeny v 10 případech (např. bronchopneumonie, sepse, encefalopatie, renální selhání, zánět pobřišnice, embolie, srdeční selhání), v 1 případě se jednalo o dopravní úraz. Nejfrekventovanějším místem úmrtí byl soukromý byt či ubytovna, kde došlo k 24 úmrtím (44 %), dále odd. ARO, JIP či vůz rychlé záchranné služby (16 %), veřejné prostranství (16 %) nebo veřejné záchodky (9 %). Typickým případem úmrtí souvisejícího s opioidy byl muž kolem 30 let, který zemřel v soukromém bytě na otok mozku a plic zapříčiněný náhodným předávkováním heroinem v kombinaci s jinou omamnou a psychotropní látkou.

6.3.2 Drogová úmrtí 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 úmrtí a mechanismu úmrtí.

Strukturu případů smrtelných předávkování drogami v r. 2013 podle standardní i rozšířené selekce B podle EMCDDA¹¹⁹ podle věku, pohlaví a druhu drogy uvádí tabulka 6-20 a vývoj úmrtí podle jednotlivých drog v období 1994–2013 ukazuje tabulka 6-21 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013).

tabulka 6-20: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2013 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví

Droga	Věková skupina												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	Celkem
Opiáty/opioidy	0	1	0	3	0	1	2	2	3	3	0	2	12	5	17
Konopné drogy	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	3
Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ostatní stimulantia	0	1	1	2	5	1	0	0	0	0	0	0	8	2	10
Halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drogy blíže nespecifikované	0	1	1	1	1	0	0	2	1	0	0	2	5	4	9
Celkem nelegální drogy*	0	3	3	6	6	2	3	4	4	3	0	5	27	12	39
Těkavé látky	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	2	2	6	2	8
Celkem nelegální drogy a těkavé látky	0	3	4	6	6	2	3	6	4	4	2	7	33	14	47

* selekce B standardu EMCDDA

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014b)

¹¹⁹ 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 se jedná o náhodnou, úmyslnou nebo blíže nezjištěnou otravu nelegálními drogami, tj. kombinaci diagnóz uvedených pod písmeny X nebo Y s diagnózami pro otravu danou substancí (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.

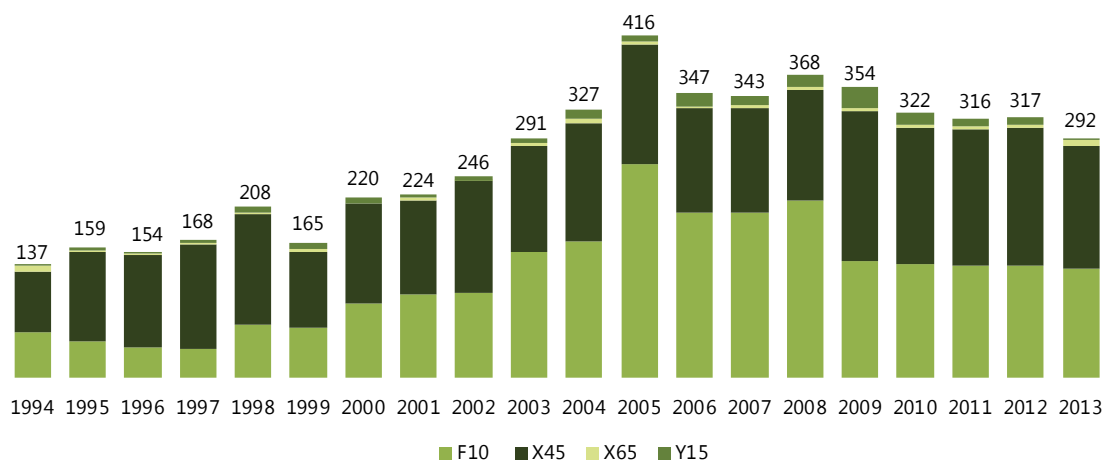
tabulka 6-21: Smrtelná předávkování drogami v ČR podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v letech 1994–2013

Rok	Opiáty/ opioidy	Z toho metadon	Konopné látky	Kokain	Ostatní stimulancia (pervitin)	Halucinogeny	Drogy blíže neurčené	Celkem nelegální drogy	Těkové látky	Celkem nelegální drogy a těkové 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

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014b)

V r. 2013 bylo identifikováno 292 případů smrtelných předávkování alkoholem, jejich vývoj od r. 1994 uvádí graf 6-14.

graf 6-14: Struktura smrtelných předávkování alkoholem v ČR v obecném registru úmrtí v letech 1994–2013



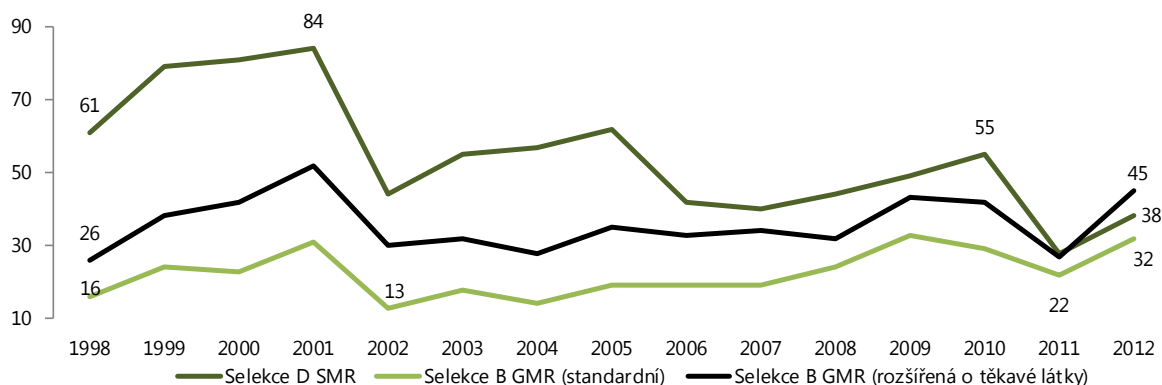
Pozn.: Dg. F10 – duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, dg. X45 – náhodná otrava alkoholem a expozice jeho působení, dg. X65 – úmyslná otrava alkoholem a expozice jeho působení, dg. Y15 – otrava alkoholem a expozice jeho působení, nezjištěného úmyslu

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014b)

6.3.3 Srovnání výskytu přímých drogových úmrtí napříč zdroji dat

Srovnání vývoje počtu drogových úmrtí ve speciálním registru drogových úmrtí (selekce D EMCDDA) a v obecném registru mortality (selekce B EMCDDA) uvádí graf 6-15. Je patrné, že všechny křivky vykazují shodný trend a v posledních letech dochází navíc k jejich vzájemnému sblížování i co do absolutních hodnot.

graf 6-15: Srovnání trendů výskytu smrtelných předávkování drogami extrahovaných z obecného (GMR) a speciálního registru mortality (SMR) v letech 1998–2012



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014b), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP (2014)

6.3.4 Pitvy na soudnělékařských odděleních

Dalším zdrojem informací o výskytu drogových úmrtí je roční výkaz o činnosti oboru soudní lékařství¹²⁰. Počet zemřelých v souvislosti s požitím návykových látek (tj. nepřímá úmrtí) byl v r. 2013 podle tohoto výkazu přibližně 3,5krát vyšší než počet smrtelných předávkování. V r. 2013 bylo poprvé odděleno sledování počtu zemřelých na předávkování či v souvislosti s požitím pro alkohol a pro OPL. Na předávkování zemřelo celkem 258 osob, z toho 118 pro OPL. V souvislosti s požitím návykové látky zemřelo 929 osob, z toho 124 pro OPL. Vývoj celkového počtu pitev a počet pitev na předávkování a v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo OPL uvádí graf 6-16. Počet nepřímých drogových úmrtí dobře koresponduje s daty ze speciálního registru, počet smrtelných předávkování (zahrnující rovněž psychoaktivní léky) je pravděpodobně podhodnocen.

graf 6-16: Počet pitev provedených na soudnělékařských odděleních v letech 2002–2013



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2014g)

¹²⁰ Výkaz jednou ročně vyplňují soudnělékařská oddělení a toxikologická pracoviště. Zvlášť se sleduje počet pitev předávkování alkoholem nebo OPL (tedy přímá drogová úmrtí) a počet pitev osob zemřelých v souvislosti s požitím alkoholu nebo OPL, tj. případy pozitivního průkazu při příčině smrti jiné než předávkování, jako je např. úraz (tedy nepřímá drogová úmrtí). Výkaz je agregovaný – není možno rozlišit jednotlivé látky nebo příčiny úmrtí.

6.3.5 Mortalita uživatelů drog

V registru substituční léčby se jako jeden z důvodů ukončení léčby uvádí také úmrtí klienta. V r. 2013 bylo registrováno celkem 2311 léčených osob, z nich byla hlášena celkem 3 úmrtí (Nechanská, 2014), což znamená roční hrubou míru úmrtnosti 1,3 ‰. Údaje od r. 2000 i přes velmi malé počty naznačují spíše klesající trend úmrtnosti registrovaných pacientů – tabulka 6-22. Míra úmrtnosti v registru substituční léčby je však podhodnocena, protože lékaři nehlásí do registru všechna úmrtí svých pacientů.

tabulka 6-22: Úmrtnost pacientů v registru substituční léčby v letech 2000–2013

Rok	Počet registrovaných	Počet zemřelých	Míra úmrtnosti (‰)
2000	245	0	0,0
2001	533	2	3,8
2002	560	0	0,0
2003	789	2	2,5
2004	866	2	2,3
2005	825	1	1,2
2006	938	1	1,1
2007	1 038	0	0,0
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

Zdroj: Nechanská (2014)



Kapitola 7:

Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

- Snížování 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. 2013 v ČR fungovalo celkem 111 nízkoprahových programů – 57 kontaktních center a 54 terénních programů. Dominantní skupinu klientů tvoří injekční uživatelé drog (75 až 80 %), především uživatelé pervitinu a opiátů/opioidů. Je patrný dlouhodobý nárůst uživatelů buprenorfinu na úkor uživatelů heroinu. Kontinuálně roste průměrný věk klientů, ženy tvoří 28 % klientů nízkoprahových programů. Specifické programy snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2013 poskytovalo pět programů.
- Výměnný program jehel a stříkaček v r. 2013 nabízel 110 nízkoprahových programů, počet distribuovaného injekčního materiálu dosáhl 6,2 mil. kusů a opět tedy došlo k výraznému meziročnímu nárůstu. Roste počet programů distribuujících želatinové kapsle jako perorální alternativu injekčních stříkaček – nejméně 44 programů vydalo 113 tis. kapslí.
- V r. 2013 nabízel možnost testování na HIV 72 nízkoprahových programů, na VHC 78, na VHB 52 a na syfilis 51. Ačkoliv dostupnost testování pro klienty nízkoprahových programů v čase kolísá, je patrný střednědobý nárůst provedených testů.
- 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. Ve věznicích byla léčba VHC zahájena u 246 osob – počet vězňů léčených pro VHC tak zůstává poměrně vysoký.

7.1 Legislativní rámec, strategie a politiky 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 rekreačním kontextu užívání návykových látek a mezi konzumenty obecně.

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013–2017 obsahuje řadu aktivit, jejichž cílovou skupinou jsou rovněž injekční uživatelé drog – viz také VZ 2012. Vláda v lednu 2014 projednala dokument Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – blíže viz kapitolu Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti prevence (str. 47).

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 kapitolu Nízkoprahové harm reduction programy (str. 128). V ČR dosud nebyly zavedeny ani testovány programy distribuce naloxonu uživatelům drog ke svépomocné léčbě předávkování opiáty/opioidy.

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.

Sít' nízkoprahových programů 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 šířením 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 pro ty uživatele, kteří se rozhodují nastoupit do léčby. Počet nízkoprahových programů se v posledních letech pohybuje kolem jednoho sta. V r. 2013 působilo v České republice celkem 111 nízkoprahových programů, v tom 57 kontaktních center a 54 terénních programů¹²¹.

V r. 2013 bylo v kontaktu s těmito nízkoprahovými programy 38 315 uživatelů drog, nejčastěji šlo o uživatele pervitinu (23 417, 61,1 %), dále uživatele opiátů/opioidů (8 332, 21,7 %) a konopných drog (1 561). Je patrný postupný nárůst problémových (injekčních) uživatelů buprenorfinu na úkor uživatelů heroinu. Podíl IUD mezi klienty nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje na úrovni 75–80 %. Zvyšuje se průměrný věk klientů (od r. 2006 o čtyři roky), což je možné interpretovat tak, že nových klientů ubývá a/nebo přichází do kontaktu s programy v pozdějším věku, a do kontaktu se dostávají dosud nekontaktovaní uživatelé drog – tabulka 7-1. Ženy tvoří 28 % klientů nízkoprahových programů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014g).

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 realizovaných výměn injekčního materiálu vykázaly v r. 2013 nízkoprahové programy v Praze, následované programy v Ústeckém a Středočeském kraji (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014g). Podrobný přehled o výkonech v nízkoprahových programech podle krajů v r. 2013 poskytuje tabulka 7-3.

Další údaje o klientech nízkoprahových zařízení podává také kapitola Vzorce a charakteristiky problémového užívání drog (str. 66).

¹²¹ 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 se může jednat o dva i více programů.

tabulka 7-1: Uživatelé návykových látek v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR v letech 2006–2013

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uživatelé pervitinu	12 100	14 600	14 900	16 000	17 500	19 400	19 457	23 417
Uživatelé opiátů/opioidů	6 900	7 300	8 300	8 900	8 100	6 800	9 160	8 332
› z toho heroinu	4 000	4 100	4 600	4 950	4 200	3 300	2 802	2 659
› z toho buprenorfinu	2 900	3 200	3 700	3 950	3 900	3 500	6 167	5 487
Uživatelé konopných látek	2 700	2 000	1 700	2 200	1 900	3 200	3 303	1 561
Uživatelé těkavých látek	450	390	300	250	300	250	159	238
Injekční uživatelé	18 300	20 900	22 300	23 700	24 500	25 300	27 553	31 271
Průměrný věk (roky)	25,3	26,1	26,4	27,4	27,0	28,1	28,5	29,3
Celkem uživatelů drog	25 900	27 200	28 300	30 000	32 400	35 500	34 248	38 315

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových programů v letech 2006–2013, v tis.

Výkony	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hygienický servis	41,1	40,0	34,8	44,3	56,3	53,0	46,4	42,4
Individuální poradenství	21,9	24,1	21,0	27,8	37,6	30,8	34,0	27,4
Krizová intervence	1,8	1,6	1,1	1,6	2,4	2,4	1,8	1,4
Potravinový servis	97,6	94,1	87,8	108,8	107,7	100,7	94,3	100,2
Skupinové poradenství	1,5	1,0	1,1	1,3	1,3	0,7	0,5	0,5
Výměnný program	191,0	215,8	217,2	237,8	234,9	256,5	240,1	279,1
Zdravotní ošetření	10,5	9,4	7,7	10,2	9,7	9,5	9,2	10,8
Celkem kontaktů	322,9	338,1	329,5	365,6	396,8	415,4	421,5	458,1

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových programů v r. 2013 podle krajů

Kraj	Kontakty celkem	První kontakt	Výměnný program	Individuální poradenství	Krizová intervence	Zdravotní ošetření	Vydané jehly
Hl. m. Praha	154 084	3 439	121 842	5 477	147	5 594	2 516 107
Středočeský	28 310	1 096	15 949	1 047	87	310	486 648
Jihočeský	21 398	1 467	12 921	1 501	156	342	253 895
Plzeňský	16 140	706	7 515	1 260	165	340	247 632
Karlovarský	23 309	415	9 621	433	43	267	150 344
Ústecký	75 176	3 339	47 970	3 298	128	1 162	830 720
Liberecký	14 035	643	8 453	373	50	70	220 184
Královéhradecký	11 222	306	5 034	731	30	102	245 608
Pardubický	3 117	170	1 410	101	8	39	87 839
Vysočina	9 053	301	3 665	1 028	29	106	136 669
Jihomoravský	27 509	733	14 671	2 019	84	528	318 798
Olomoucký	21 883	1 754	6 939	3 236	84	1 336	199 494
Zlínský	17 738	366	4 172	1 235	35	167	97 826
Moravskoslezský	35 108	1 081	18 987	5 703	316	468	383 354
Celkem ČR	458 082	15 816	279 149	27 442	1 362	10 831	6 175 118

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

Ze Souhrnné zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2013 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2014b) vyplývá, že zatímco území Moravy je pokryto harm reduction programy rovnoměrně a téměř v každém okrese existuje kontaktní centrum či sídlo terénního programu se zázemím, v Čechách jsou tyto služby rozmístěny nerovnoměrně. K rozšíření služeb v oblasti snižování rizik došlo v r. 2013 v krajích Ústeckém, Královéhradeckém a Plzeňském, naopak v Libereckém kraji došlo ke zrušení kontaktního místa v Jablonci nad Nisou. Problémem je časová dostupnost vyplývající z omezené (personální) kapacity programů. Z důvodu finančních

problémů dochází k omezování jednotlivých činností, zkracování provozní doby a také ke snižování časové dotace na práci s klientem. V posledních letech došlo k rozšíření výdejních automatů na stříkačky a injekční materiál – v r. 2013 byly umístěny v kontaktních centrech v Plzni (Plzeňský kraj), Kolíně (Středočeský kraj) a Strakonících (Jihočeský kraj).

7.3.1.1 Výměnné programy injekčních jehel a stříkaček

Program distribuce stříkaček, jehel a dalších parafernálií v r. 2013 poskytovalo 103 nízkoprahových programů. Množství distribuovaného materiálu dlouhodobě roste, v r. 2013 bylo vydáno 6,2 mil kusů injekčního náčiní (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014g). Trend počtu programů a počtu distribuovaných injekčních stříkaček uvádí tabulka 7-4, počty vydaných stříkaček v jednotlivých krajích pak tabulka 7-5 a mapa 7-1.

Podle dostupných informací ze závěrečných zpráv si injekční uživatelé, kteří navštívili nízkoprahová zařízení v r. 2013, vyměnili průměrně 161 kusů injekčního náčiní. Rozložení množství distribuovaného injekčního materiálu v jednotlivých krajích odpovídá relativnímu počtu injekčních, resp. problémových uživatelů drog.

tabulka 7-4: Výměnné programy v ČR v letech 1998–2013

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

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v letech 2005–2013 podle krajů, v tis.

Kraj*	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
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
Středočeský	110,3	168,2	215,6	309,6	345,2	350,1	332,8	414,1	486,6
Jihočeský	124,5	141,8	212,8	228,9	239,7	183,3	202,5	206,8	253,9
Plzeňský	116,6	157,3	189,9	207,9	188,4	190,6	181,4	204,1	247,6
Karlovarský	58,7	66,4	83,5	79,8	102,5	141,4	177,8	151,5	150,3
Ústecký	479,4	612,3	655,9	637,9	678,0	604,2	735,9	616,6	830,7
Liberecký	32,8	47,8	64,0	129,9	87,3	130,0	150,8	174,7	220,2
Královéhradecký	86,2	98,3	139,1	173,4	183,2	200,6	253,3	217,8	245,6
Pardubický	38,7	48,1	29,9	52,7	62,5	85,0	88,9	93,8	87,8
Vysočina	61,4	68,7	99,4	65,3	81,1	89,8	86,1	79,5	136,7
Jihomoravský	173,1	227,8	269,2	264,9	252,1	286,3	331,1	311,6	318,8
Olomoucký	96,4	150,0	134,4	137,3	164,7	197,8	199,9	175,9	199,5
Zlínský	52,2	69,0	115,7	89,9	111,1	96,3	91,5	88,9	97,8
Moravskoslezský	143,8	162,8	175,7	206,1	232,5	257,0	261,9	354,1	383,4
ČR celkem	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

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2013 na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

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

V monitoringu testování a prevence infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových programech za r. 2013 odpovědělo celkem 49 nízkoprahových programů – viz také kapitolu Testování infekcí v nízkoprahových programech (str. 101). Z nich nabízelo želatinové kapsle 44 programů (90 %) a bylo rozdáno téměř 113 tisíc kapslí. 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., 2011c). Stále však není dost ověřených informací o způsobech používání těchto kapslí a jejich potenciálním přínosu a rizicích.

tabulka 7-6: Distribuce želatinových kapslí v nízkoprahových programech v ČR v letech 2008–2013

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

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

Další informace o programech distribuce želatinových kapslí uvádí VZ 2012.

Ve studii somatické komorbidity, kterou provedlo NMS ve spolupráci s agenturou FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu v listopadu 2013 mezi problémovými uživateli drog v Praze, bylo zjišťováno také využívání harm reduction programů – viz kapitolu Problémoví uživatelé v průzkumu somatické komorbidity v Praze (str. 26).

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 části těchto programů jsou k dispozici z jiného zdroje, kterým je monitoring testování infekcí v nízkoprahových programech – blíže viz kapitolu Testování infekcí v nízkoprahových programech (str. 101). V r. 2013 nabízelo možnost testování na HIV 72 programů, na VHB 52, na VHC 78 a na syfilis 51 programů – tabulka 7-7. Ačkoliv počet zařízení nabízejících testování na infekční choroby v průběhu posledních let kolísá, je patrný střednědobý trend nárůstu provedených testů.

tabulka 7-7: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových programů v letech 2003–2013

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

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

Provedení vyšetření na HIV, VHB a VHC v minulosti klientů se sleduje také v Registru žádostí o léčbu. Informace v těchto položkách mají převážně charakter informací uváděných samotnými uživateli, i když může jít i o údaje z dokumentace, případně o hlášení vyšetření infekcí v rámci dané léčebné epizody. Podíl injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu v letech 2004–2013 uvádějících vyšetření na jednotlivé infekce ve svém životě uvádí tabulka 7-8.

tabulka 7-8: Podíl klientů – IUD žádajících o léčbu v letech 2004–2013, kteří byli v minulosti vyšetřeni na VHB, VHC a HIV, v %

Rok	Počet IUD žádajících o léčbu	Testy na		
		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

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: Petrášová & Füleová (2014)

7.3.2 Léčba HIV/AIDS a virové hepatitidy typu C

Diagnostika, profylaxe a léčba HIV/AIDS v ČR probíhá podle doporučeného postupu, který byl v r. 2012 aktualizován (Rozsypal et al., 2013). Je organizována v síti 7 regionálních AIDS center, metodické vedení zajišťuje pracoviště v Nemocnici Na Bulovce (Staňková, 2013).

Standardní léčebnou modalitou pro léčbu VHC se vedle tradiční dvojkombinace pegylovaného interferonu α (PEG-IFN) s ribavirinem (RBV) od r. 2011 stala léčba přímo působícími antiviroty cílícími na různé fáze replikace virových částic; jako celosvětově první byly schváleny inhibitory proteázy telaprevir a boceprevir – blíže viz VZ 2012. Také v ČR je od listopadu 2012 hrazena léčba VHC přímo působícími antiviroty u 120 pacientů v 17 centrech (Česká hepatologická společnost, 2012). Počátkem r. 2013 byl Českou hepatologickou společností a Společností infekčního lékařství s ohledem na nejnovější vývoj modifikován Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C. S ohledem na specifické podmínky ČR a vysokou cenu obou preparátů je v něm trojkombinační léčba PEG-IFN a RBV s boceprevirem či telaprevirem doporučována jako postup druhé volby, tj. pro osoby s anamnézou neúspěšné léčby tradiční dvojkombinací¹²².

V r. 2012 začal ÚZIS v ročním výkazu oborů gastroenterologie a infekčního lékařství nově sledovat počet pacientů celkem i IUD léčených pro VHC. V r. 2012 existovalo celkem 38 zařízení obou odborností, která léčila pro VHC 745 (bývalých či současných) IUD – blíže viz VZ 2012. V r. 2013 se sledování VHC upravilo – nyní jsou vykazováni ti pacienti, u kterých byla léčba VHC protivirovými preparáty v daném roce zahájena. Ve 39 zařízeních obou odborností zahájilo v roce 2013 léčbu 536 bývalých i současných IUD (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2014a).

Z dat Vězeňské služby ČR vyplývá, že v r. 2013 byla léčba VHC zahájena u 246 osob ve výkonu trestu odnětí svobody – počet vězňů léčených pro VHC tak zůstává na vysokých hodnotách – v r. 2012 byla léčba zahájena u 272 osob, v r. 2011 u 239 osob, v r. 2010 u 69 osob (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2014c).

¹²² <http://www.ces-hep.cz/standardni-diagnosticky-a-terapeuticky-postup-chronicke-infekce-virem-hepatitidy-c> [2014-08-20]

7.4 Opatření zaměřená na další zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Podle výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích nejsou specifické preventivní programy na tanečních a hudebních akcích příliš rozšířeny, což souvisí s jejich omezenou finanční podporou. Služby se preventivním aktivitám v prostředí noční zábavy věnují okrajově v rámci provozování stávajících programů, zejména terénních. V r. 2013 realizovaly preventivní aktivity na letních hudebních festivalech ve Středočeském kraji terénní programy Magdaléna a terénní programy SEMIRAMIS, které navštíví každoročně cca 15 festivalů, včetně nepovolených techno akcí. V Jihočeském kraji terénní programy PREVENT navštívily dvě větší taneční akce, v Plzeňském kraji nabízel aktivity v prostředí zábavy KOTEC. Na brněnské klubové scéně působí znovuotevřený program Terénní práce v prostředí noční zábavy Společnosti Podané ruce (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2014b).

Podle závěrečných zpráv v rámci dotačního řízení RVKPP realizovaly specifické programy snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2013 tři programy¹²³, tj. stejně jako v r. 2012 (v r. 2011 to bylo 6 programů). Dva z nich poskytly podrobné informace – na 5 akcích kontaktovaly 545 osob (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014g).

Kromě toho funguje od r. 2005 internetová a SMS služba Promile INFO¹²⁴, kterou provozuje SANANIM a 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. 2013 stažena a instalována ve 23 tis. případech a uživatelé služby ji použili k celkem 263 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. 2013 bylo navštíveno 20 festivalů, bylo distribuováno 2400 alkotesterů a provedeno 6736 dechových zkoušek.

¹²³ Společnost Podané ruce, Jihočeský streetwork (PREVENT) a Terénní program Drop In.

¹²⁴ <http://www.promile.info/> [2014-09-23]

> 8

Kapitola 8:

Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog

- Mezi sociální souvislosti užívání drog patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy ve vztazích a rodině, nekvalitní a nestálé bydlení až bezdomovectví, zadluženost a další. Tyto problémy se často vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení. Ve zvýšené míře se manifestují v některých populačních skupinách, jako jsou např. etnické a národnostní menšiny (v ČR především Romové), bezdomovci, migranti, přistěhovalci.
- Výskyt sociálního vyloučení je v ČR často vázán na lokality, kde žijí Romové. Drogová scéna se v těchto lokalitách liší, jako nejrozšířenější drogy mezi Romy jsou uváděny pervitin, konopné látky a těkavé látky, lokálně (v Praze, Brně a severních Čechách) heroin a buprenorfin. Alkohol je problémem především u romských mužů ve vyšších věkových skupinách. Ve vyšší míře se v sociálně vyloučených lokalitách vyskytuje také patologické hráčství.
- Užívání návykových látek je velmi časté u mladých bezdomovců, má vztah k psychiatrické komorbiditě, sexuálně rizikovému chování, kriminalitě či viktimizaci. Vztah mezi bezdomovectvím a užíváním drog je oboustranný, avšak závislost na drogách či alkoholu je zřejmě nejzávažnější překážkou návratu mladých bezdomovců do společnosti.
- V Registru sociálních služeb je evidováno 35 programů následné péče o uživatele drog. Ze Sčítání adiktologických služeb 2012 ovšem vyplývá, že sociální práci a podpůrné služby v doléčování a sociální reintegraci uživatelů drog však poskytují desítky až stovky adiktologických programů, zejména se jedná o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací. Pro významnou část problémových uživatelů drog představuje zadluženost bariéru pro návrat do společnosti a má negativní vliv na výskyt relapsu. Vyhlášení exekuce na příjmy klientů zvyšuje míru využívání sociálních dávek na úkor zaměstnání, protože na sociální dávky se exekuce nevztahuje.

8.1 Sociální exkluze a užívání drog

8.1.1 Socioekonomické charakteristiky uživatelů drog

Z celkového počtu 9784 žadatelů o léčbu v r. 2013 uvedlo pravidelné zaměstnání 15,9 %, studentů/žáků byla necelá desetina (9,5 %) a více než polovina byla nezaměstnaných (58,5 %). Téměř polovina žadatelů (44 %) uvedla pouze základní vzdělání. Stálé bydlení mělo 42,4 % uživatelů, přechodné bydlení 21,2 % a 14,0 % uživatelů bylo bez domova. Celkem 802 (8,2 %) léčených uživatelů uvedlo, že s nimi v domácnosti žijí děti. S dítětem žijí výrazně častěji ženy než muži, často samy bez partnera. Přibližně čtvrtina uživatelů drog (23 %) žije s dalším uživatelem drog (Petrášová & Füleová, 2014).

Vondrka (2014) ve své školní práci sledoval výskyt zadluženosti a možnost jejího vlivu na návrat do společnosti u klientů služby následné péče DC Restart Jeseník na souboru 23 klientů (22 mužů a 1 žena), z nichž 11 klientů užívalo alkohol jako hlavní drogu, 8 uvedlo pervitin a 4 uvedli kombinaci užívaných látek. Bylo zjištěno, že 20 klientů (87 %) má problémy s dluhy a stejný počet se

domnívá, že dluhy zvyšují riziko relapsu. Schopnost splatit dluhy uvedlo 16 klientů. Pro významnou část klientů představuje zadluženost bariéru pro návrat do společnosti a má negativní vliv na výskyt relapsu. Vyhlášení exekuce na příjmy klientů zvyšuje míru využívání sociálních dávek na úkor zaměstnání klientů, protože na sociální dávky se exekuce nevztahuje. Částečným řešením této situace může být vyhlášení osobního bankrotu.

8.1.2 Užívání drog v marginalizovaných skupinách

Údaje o užívání drog mezi dětmi umístěnými v zařízeních pro děti-cizince uvádí kapitola Užívání drog ve specifických skupinách populace (str. 43).

8.1.2.1 Užívání drog v romské populaci

Ukazuje se, že dostupné údaje o prevalenci užívání návykových látek v romské populaci se liší, často vzhledem k tomu, že se jedná pouze o dílčí výzkumy v prostorově ohraničených, obvykle sociálně vyloučených lokalitách (Šťastná et al., 2010). Také Nepustil et al. (2012) v analýze informačních zdrojů o užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám upozorňují, že rozsah užívání drog se může výrazně lišit podle regionu, resp. lokality, kde byl výzkum proveden.

Podle dostupných údajů je v romské populaci vyšší prevalence denních kuřáků (61 %), Romové začínají kouřit průměrně ve 14 letech. Přibližně čtvrtina romské populace pije pravidelně alkohol s frekvencí alespoň 4krát týdně, především pivo. Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky, heroin, pervitin, buprenorfin (Subutex®), léky se sedativním účinkem a těkavé látky. Věk začátku užívání nelegálních drog je v romské populaci nižší ve srovnání s majoritní populací. Dostupné studie upozorňují na to, že problémem při sběru dat týkajících se užívání návykových látek v romské populaci je nízká otevřenost a ochota účastnit se výzkumu (Davidová et al., 2010).

V r. 2014 byla publikována přehledová studie shrnující výsledky výzkumů zaměřených na užívání návykových látek v romských komunitách v ČR a na Slovensku (Kajanová & Hajduchová, 2014), ze které vyplývá, že Romové ve srovnání s většinovou populací začínají s užíváním drog dříve (často pod vlivem vrstevnické skupiny příbuzných) a jsou méně informovaní o škodlivých důsledcích užívání drog. Nejčastěji užívané drogy v romských lokalitách jsou buprenorfin, konopné látky, toluen a jiné těkavé látky, heroin a pervitin. Dále výzkumy v ČR ukazují, že Romové jsou častými kuřáky, u alkoholu se setkáváme s rozdílným přístupem k jeho užívání. Zatímco u mužů je užívání alkoholu společensky přijatelné, opilost u žen je považována za společenský přestupek. Nejčastěji se konzumuje pivo, olašští Romové uváděli pití luxusních lihovin. Romští klienti jsou v užívání podle zjištění autorek více rizikováni, vyskytuje se sdílení injekčního materiálu, nižší věk přechodu na injekční aplikaci a nižší povědomí o rizicích způsobených užíváním drog. Rodina pak bývá iniciátorem i udržovacím prvkem v drogové kariéře a vyskytuje se tak vícegenerační užívání drog.

Ze Zprávy o stavu romské menšiny za r. 2012 vyplývá, že jedním z negativních jevů, které sociální vyloučení provázejí je užívání drog a hazardní hraní. Jsou zde popisovány jako úniková strategie z bezvýchodné situace, ale také jako spouštěč kriminálního jednání. Za alarmující problém je považována nízká věková hranice (9–13 let) prvního kontaktu s drogou a neexistence oficiálních statistik o užívání drog mezi Romy. Rodina má mezi Romy výrazný vliv na průběh drogové kariéry, uživatel drog nebývá vyloučen, je o něj pečováno, časté je také vícegenerační užívání drog či seznámení se s drogou přes rodinu. Užívání drog výrazně snižuje integrační potenciál a může být překážkou v dostupnosti sociálního bydlení. Drogové scény se v jednotlivých lokalitách liší podle užívané drogy, jako nejrozšířenější droga mezi Romy je uváděn pervitin, konopné látky a těkavé látky. V Ústí nad Labem, v Praze a na Jižní Moravě (v Brně) převažuje užívání heroinu a buprenorfinu (Subutex®). Užívání drog se v romské populaci pojí spíše s mladším věkem, alkohol je častěji zaznamenán u uživatelů ve vyšším věku. V souvislosti s užíváním drog mezi Romy se vyskytuje také výroba a distribuce drog, vyšší je i výskyt hazardního hraní, a to zejména z důvodu vyšší dostupnosti heren v blízkosti sociálně vyloučených lokalit – v reakci na to obce v řadě případů zakázaly

provozování takových heren (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské menšiny & Sekretariát Rady vlády pro národnostní menšiny, 2013).

Rada vlády České republiky pro záležitosti romské menšiny (2014) vydala výroční zprávu za rok 2013, kde popisuje přípravu Koncepce romské integrace, v jejímž rámci se sešla pracovní skupina, která mimo jiné diskutovala strategie pro sociální začleňování, témata zdraví včetně užívání návykových látek a podobu programů na užívání drog mezi Romy.

Ze Zprávy o bezpečnostních rizicích, kterou zpracovala Agentura pro sociální začleňování (2014), je patrné, že odhady počtu uživatelů drog v populaci žijící v sociálně vyloučených lokalitách se pohybují v rozmezí 10–70 %. Důsledky užívání drog jsou pak především nárůst agresivity a zvýšení trestné činnosti a přestupků včetně dopravních nehod, konflikty v sousedských vztazích a nárůst napětí ve vyloučených lokalitách. Problémy s návykovými látkami přispívají k prohlubování sociálního vyloučení v kontextu dalších obvyklých negativních jevů, jako je nízká kvalifikace, nezaměstnanost, nekvalitní bydlení apod. Autoři zprávy pozorují souvislost mezi zhoršováním sociální situace v sociálně vyloučených lokalitách (SVL) a nárůstem distribuce drog jako jednou z mála možností obživy. Současně dochází ke zvyšování míry užívání drog jako důsledek nepříznivé sociální situace. V SVL se také snižuje věková hranice uživatelů drog, přibývá romských uživatelů pervitinu a to napříč všemi sociálními vrstvami, hlavně mezi mladými lidmi. U romských uživatelů se vyskytuje zkušenost s více návykovými látkami, nízký věk uživatelů, nedůvěra k institucím, nedostatečná informovanost o rizicích užívání, riziková aplikace, nízké pokrytí lokalit sociálními službami. Tíživost celé situace dokresluje nedůvěra v policii a nedostatečná reakce místní samosprávy. Existují však příklady dobré praxe, kde se samospráva problémem užívání drog v SVL zabývala včetně podpory sítě služeb pro uživatele drog.

8.1.2.2 Užívání drog a bezdomovectví

Mezi výskytem závislosti nebo jiné duševní poruchy a bezdomovectvím existuje úzký vztah, ve kterém však není vždy snadné rozlišit příčinu a následek. Duševní nemoc v kombinaci se socioekonomickými problémy může být spouštěcím mechanismem bezdomovectví. Naopak bezdomovectví může vést k duševním potížím, depresím a užívání návykových látek (Šupková, 2008).

Vágnerová et al. (2013) se zabývali otázkou bezdomovectví jako alternativní existencí mladých lidí. Z přehledu literatury je zřejmé, že užívání drog u mladých bezdomovců je velmi časté, závislost na návykových látkách je nejčastější duševní porucha u bezdomovců. Častý je také současný výskyt abúzu návykových látek a psychických poruch (až u 35–60 % mladých bezdomovců). Nadužívání drog může mít souvislost i se sexuálně rizikovým chováním a kriminálním jednáním, riziko kriminálního jednání a viktimizace se s užíváním návykových látek zvyšuje. Nadměrné užívání návykových látek je popisováno jako jedna z příčin propadu mladých lidí na ulici, ačkoliv nebývá obvykle příčinou jedinou, ale spíše součástí celého spektra faktorů, jako jsou ztráta zaměstnání, ztráta bydlení a dalších adaptačních mechanismů. V jejich důsledku pak jedinec opouští vzdělávací proces, bez potřebné kvalifikace nenachází pracovní uplatnění, nedostatečné výdělky a životní náklady vedou k zadlužení a ztrátě domova. Užívání drog nemusí být vždy příčinou bezdomovectví, nicméně se často objevuje s přijetím bezdomoveckého stylu života. Užívání drog u mladých lidí může být také formou protestu proti společenským normám, úniku od reality, od traumata apod. Vztah mezi bezdomovectvím a užíváním drog je oboustranný, avšak závislost na drogách či alkoholu je zřejmě nejzávažnější překážkou návratu do společnosti.

Autoři realizovali průzkum v souboru 90 pražských mladých bezdomovců (60 mužů a 30 žen) ve věku 19–26 let. Součástí průzkumu byla i otázka na užívání návykových látek či alkoholu v posledních 6 měsících. Na základě odpovědí autoři rozdělili soubor do tří skupin. První skupinu tvořili ti, kteří v současné době alkohol nekonzumují (17 %), druhou skupinu tvořili ti, kteří uvedli, že pijí, ale nelze je označit za problémové konzumenty alkoholu (59 %), třetí skupinu tvořili ti, kteří pijí často a současně konzumují nadměrné dávky alkoholu (24 %). Pokud jde o užívání drog, nějakou nelegální drogu užilo celkem 61 % dotázaných, nejčastěji šlo o pervitin (39 %), konopné látky

(21 %), Subutex® (9 %), heroin (2 %) a kokain (1 %). Marihuana byla nejčastěji užívána v kombinaci s pervitinem. Vliv užívání drog a alkoholu na školní docházku není podle autorů nijak výjimečný. Jen 2 klienti, kteří uvedli, že užívali návykové látky na základní a střední škole a užívají je stále, považují užívání drog za hlavní příčinu bezdomovectví. Jako impulzy ke změně životního stylu byly mladými bezdomovci uváděny problémy s užíváním drog, silná kocovina po užití drogy nebo smrt blízké osoby (Vágnerová et al., 2013).

8.2 Sociální reintegrace

Resocializace a podpora uživatelů drog zejména ve fázi po ukončení léčby je náplní především služeb následné péče. Ty zahrnují zejména ambulantní doléčovací programy, které mohou být rozšířeny o další podpůrné služby, především o chráněné bydlení a chráněné zaměstnávání (chráněné dílny, chráněné a podporované zaměstnání). V srpnu 2014 bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb¹²⁵ MPSV 35 programů následné péče, jejichž cílovou skupinu tvořily osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. Ze Sčítání adiktologických služeb 2012 ovšem vyplývá, že sociální práci a podpůrné služby zaměřené na sociální reintegraci uživatelů drog poskytují desítky až stovky adiktologických zařízení a programů, zejména se jedná o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací (Nechanská et al., 2013) – blíže viz také VZ 2011 a kapitolu

Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 71).

Z celkem 11 programů následné péče dotovaných RVKPP v r. 2013 poskytovalo chráněné bydlení 9 programů, zatímco chráněné zaměstnání neuvedl v tomto roce žádný program. Služeb následné péče využilo celkem 1412 klientů (z toho 612 mužů), z toho 757 (53,6 %) užívalo před léčbou drogy injekčně, 770 (54,5 %) užívalo jako primární drogu pervitin, 137 (9,7 %) heroin a konopné látky užívalo 29 klientů (2,1 %). Chráněné bydlení mělo v r. 2013 kapacitu 99 míst (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014g) – tabulka 8-1.

tabulka 8-1: Programy následné péče dotované RVKPP v letech 2007–2013

Ukazatel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet programů	18	18	15	16	15	11	11
Počet klientů v následné péči	883	1 041	986	987	1 095	1 134	1 412
Kapacita chráněného bydlení (počet míst)	126	283	134	127	129	108	99
Počet klientů v chráněném zaměstnání	44	25	29	25	20	4	–

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014g)

Nestrukturovanou následnou péči v r. 2013 poskytovalo 8 zařízení a využilo ji 764 klientů, z toho 323 mužů. Průměrný věk klientů programů byl 30,2 roku, což znamená další zvýšení oproti předchozím letům. Celkem 374 (57,7 %) klientů užívalo před léčbou drogy nitrožilně, 378 (58,3 %) klientů užívalo pervitin, 63 (9,7 %) heroin a 14 (2,2 %) klientů užívalo konopné látky (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014g) – tabulka 8-2.

¹²⁵ <http://iregistr.mpsv.cz/> [2014-08-25]

tabulka 8-2: Programy nestrukturované následné péče dotované RVKPP v letech 2007–2013

9

Kapitola 9:

Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení

- Drogové trestné činy (DTČ) v r. 2013 tvořily 1,6 % zjištěné trestné činnosti. Trestné činy výroby, pašování a prodeje drog představují přibližně 80 % a trestné činy přechovávání drog pro vlastní potřebu a pěstování rostlin/hub pro vlastní potřebu přibližně 15 % zjištěných trestných činů.
- Za drogovou trestnou činnost bylo v r. 2013 zadrženo a stíháno 3701, resp. 3568 osob, a to nejčastěji z důvodu výroby, pašování a prodeje pervitinu či konopných látek. Počet osob stíhaných za drogové trestné činy dlouhodobě roste.
- V r. 2013 bylo za drogovou trestnou činnost obžalováno 2615 osob a pravomocně odsouzeno 2522 osob. Nejčastěji uloženou sankcí bylo podmíněně odložené odnětí svobody. Od r. 2008 roste počet osob odsouzených za DTČ a současně se snižuje podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody ve prospěch sankcí nespojených s odnětím svobody.
- V r. 2013 bylo projednáno 467,2 tis. přestupků, z toho 1686 přestupků nedovoleného nakládání s OPL, což je o 401 více než v r. 2012. Stejně jako loni představovaly tyto přestupky cca 0,4 % všech projednaných přestupků.
- Podle údajů Police ČR bylo 18,2 tis. trestných činů spácháno pod vlivem návykových látek, tj. více než 14 % objasněných trestných činů (12 % pod vlivem alkoholu a 2 % pod vlivem nealkoholových drog). Uživatelé drog páchají podle odhadů přibližně třetinu majetkových trestných činů, především krádeží.
- V r. 2013 bylo ochranné léčení uloženo 287 osobám, z toho u 112 osob šlo o léčbu závislosti na nealkoholových drogách a u 175 osob o léčbu závislosti na alkoholu. Ochranné léčení protialkoholní bylo nejčastěji uloženo osobám odsouzeným za trestný čin výtržnictví, zatímco ochranné léčení protitoxikomanické soud nejčastěji uložil osobám, které spáchaly trestný čin krádeže.
- Léčba závislostí ve vězení byla v r. 2013 v ČR dostupná v 8 věznicích z celkem 35, ochrannou léčbu bylo možno absolvovat ve 4 věznicích. Substituční léčba byla poskytována v 7 věznicích. S některou z NNO spolupracovalo na realizaci aktivit protidrogové politiky 23 věznic, z toho intenzivnější spolupráci vykazalo 15 věznic.

9.1 Primární drogová kriminalita

Primární drogová kriminalita je trestná činnost spočívající v jednání, které porušuje právní předpisy v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami (Zeman & Gajdošíková, 2010). Znaky trestného jednání jsou uvedeny v zákoně č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále TZ), který s účinností od 1. ledna 2010 nahradil zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon (dále sTZ).¹²⁸ Primární drogová kriminalita zahrnuje trestné činy:

- nedovolené výroby a nedovoleného držení OPL (§ 283, § 284 a § 285 TZ),
- nedovolené výroby a nedovoleného držení předmětů určených výrobě OPL (§ 286 TZ),

¹²⁸ V r. 2013 nadále docházelo k souběhu obou výše uvedených právních norem. Případy, které nebyly uzavřeny před nabytím účinnosti TZ, se posuzovaly podle té právní normy, která za dané jednání stanovila mírnější trestní sazbu.

➤ podněcování či svádění jiného k užívání jiné návykové látky než alkoholu (§ 287 TZ).¹²⁹

V textu a v tabulkách jsou údaje uváděny vždy pro stejnou skutkovou podstatu trestného činu podle ustanovení sTZ a TZ, název dané kategorie je tvořen ve stylu § sTZ/§ TZ, výjimku tvoří § 285 TZ, který v sTZ neměl analogii.

Zdrojem dat jsou Evidenční systém statistik kriminality (ESSK) Policejního prezidia Policie ČR (PP PČR), Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), Ministerstvo spravedlnosti ČR (MS), Vězeňská služba ČR (VS) a Probační a mediační služba ČR (PMS). Informace o osobách zadržených nebo stíhaných za 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 Drogové trestné činy podle skutkových podstat a drog

Podle údajů bylo v r. 2013 za drogovou trestnou činností (DTČ) zadrženo celkem 3701 osob, stíháno podle dvou různých zdrojů 2836 až 3568 osob. Ženy tvořily 15 % a osoby mladší 18 let 5 % stíhaných. Obžalováno bylo 2615 a odsouzeno 2522 osob.

V r. 2013 došlo k nárůstu 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 (26 %) byl zaznamenán v případě počtu stíhaných osob (PP PČR). Šlo o nejvyšší meziroční nárůst za posledních 12 let – tabulka 9-1.

tabulka 9-1: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy v letech 2002–2013

Rok	Zadržení	Stíhání (PP PČR)	Stíhání (MS)	Obžalování	Odsouzení
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

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2014b), Policejní prezidium Policie ČR (2014), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2014c), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2014a)

Trestní řízení bylo nejčastěji vedeno proti osobám, které se dopustily nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (76 % v r. 2013, 81 % v r. 2012) – tabulka 9-2. Skladba DTČ podle jednotlivých skutkových podstat se ve srovnání s předchozím rokem zásadně nezměnila.

¹²⁹ § 187/§ 283: nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedy, § 187a/§ 284: přechovávání OPL a jedů pro vlastní potřebu, § 285: nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 188/§ 286: výroba a držení předmětů k nedovolené výrobě OPL a jedů, § 188a/§ 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. 2013

Pachatelé podle fáze trestního řízení	§ 187/§ 283		§ 187a/§ 284		§ 285		§ 188/§ 286		§ 188a/§ 287		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Zadržení	2 861	77,3	508	13,7	164	4,4	88	2,4	80	2,2	3 701	100,0
Stíhání (PP PČR)	2 694	75,5	500	14,0	194	5,4	105	2,9	75	2,1	3 568	100,0
Stíhání (MS)	2 275	80,2	299	10,5	110	3,9	132	4,7	20	0,7	2 836	100,0
Obžalování	2 133	81,6	259	9,9	78	3,0	129	4,9	16	0,6	2 615	100,0
Odsouzení	1 963	77,8	317	12,6	113	4,5	117	4,6	12	0,5	2 522	100,0

Zdroje: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2014b), Policejní prezidium Policie ČR (2014), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2014c), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2014a)

Pachatelé DTČ v r. 2013 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. V porovnání s předchozím rokem došlo k výraznému nárůstu počtu zadržených pro výrobu, pašování a prodej konopných látek a pervitinu, ale také pro šíření toxikomanie v souvislosti s konopnými látkami.

tabulka 9-3: Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu drogové trestné činnosti v r. 2013

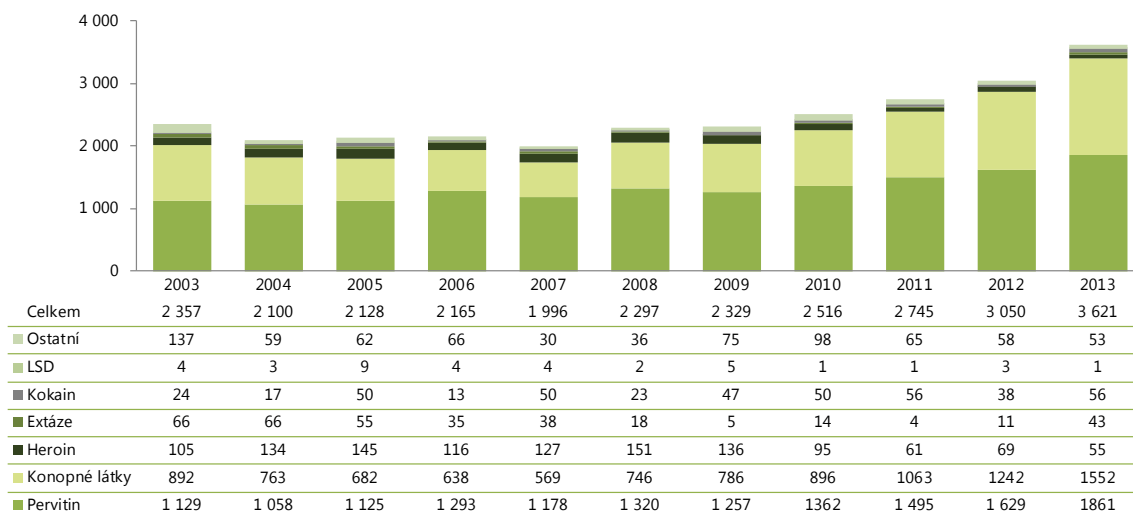
Droga	Výroba, pašování a prodej		Držení pro vlastní potřebu		Šíření toxikomanie		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	1 073	36,4	479	71,3	70	87,5	1 622	43,8
Pervitin	1 719	58,3	142	21,1	4	5,0	1 865	50,4
Kokain	35	1,2	21	3,1	0	0,0	56	1,5
Heroin	54	1,8	1	0,1	0	0,0	55	1,5
Extáze	23	0,8	20	3,0	-	0,0	43	1,2
LSD	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Amfetamin	4	0,1	1	0,1	0	0,0	5	0,1
Ostatní drogy	40	1,4	8	1,2	6	7,5	54	1,5
Celkem osob	2 949	100,0	672	100,0	80	100,0	3 701	100,0

Pozn.: Výroba, pašování a prodej zahrnuje § 187/§ 283 a § 188/§ 286, držení pro vlastní potřebu zahrnuje § 187a/§ 284 a § 285 TZ a šíření toxikomanie § 188a/§ 287.

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2014a)

Od r. 2009 roste počet osob zadržených v souvislosti s pervitinem, jejichž podíl ze všech osob zadržených pro DTČ se od r. 2006 pozvolna snižuje, stále se však pohybuje kolem 50 %. V případě konopných látek roste od r. 2007 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. 2013 byl současně zaznamenán nejvyšší meziroční nárůst počtu zadržených v souvislosti s konopnými látkami za posledních 11 let. Podíl osob zadržených v souvislosti s heroinem v posledních 3 letech dosahuje 2 %. Podíl zadržených v souvislosti s kokainem je dlouhodobě velmi nízký (pod 2 %) – graf 9-1.

graf 9-1: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL, jedy a předměty k jejich výrobě v letech 2003–2013 podle drog



Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2014a)

Trestná činnost spáchaná v souvislosti s alkoholem, tzv. alkoholová trestná činnost, analogicky k definici primární DTČ zahrnuje jeden trestný čin, kterým je podávání alkoholických nápojů dítěti (§ 218/§ 204). Podle údajů z ESK bylo v r. 2013 zjištěno 99 těchto trestných činů (101 v r. 2012). V dané souvislosti bylo stíháno 71 osob, z toho 23 žen (Policejní prezidium Policie ČR, 2014).

Podle evidence MS došlo v r. 2013 k nárůstu počtu stíhaných osob u všech DTČ. Stejně jako v předchozím roce bylo nejvíce osob stíháno pro nedovolené nakládání s pervitinem – 1396 osob (§ 187 / § 283). Druhou nejpočetnější skupinu tvořily osoby stíhané pro stejný trestný čin v souvislosti s konopnými látkami – 955 osob – tabulka 9-4.

tabulka 9-4: Počet stíhaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a drogových trestných činů v r. 2013

Drogy	§ 187/§ 283		§ 187a/§ 284		§ 285		§ 188/§ 286		§ 188a/§ 287		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Konopné látky	955	42,0	176	58,9	105	95,5	31	23,5	9	45,0	1 276	45,0
Pervitin	1 396	61,4	99	33,1	0	0,0	98	74,2	9	45,0	1 602	56,5
Kokain	31	1,4	9	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	1,4
Heroin	56	2,5	7	2,3	0	0,0	1	0,8	0	0,0	64	2,3
Extáze	20	0,9	15	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	1,2
Ostatní drogy	86	3,8	25	8,4	6	5,5	7	5,3	5	25,0	129	4,5
Celkem osob	2 275	–	299	–	110	–	132	–	20	–	2 836	–

Pozn.: Údaje v řádce „celkem“ nejsou součtem počtu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány zároveň za porušení více drogových paragrafů nebo ve spojení s více drogami, a jedna osoba tedy může být započítána vícekrát.

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2014c)

Počet osob obžalovaných pro DTČ v r. 2013 vzrostl. Nárůst byl zaznamenán u všech DTČ s výjimkou trestného činu nedovoleného pěstování rostlin/hub s obsahem OPL pro vlastní potřebu. Nejvíce osob bylo obžalováno pro nedovolenou výrobu, pašování a prodej pervitinu – 1343 osob. Přehled počtu obžalovaných podle jednotlivých drog a DTČ uvádí tabulka 9-5.

tabulka 9-5: Počet obžalovaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a drogových trestných činů v r. 2013

Drogy	§ 187/§ 283		§ 187a/§ 284		§ 285		§ 188/§ 286		§ 188a/§ 287		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Konopné látky	856	40,1	145	56,0	70	89,7	30	23,3	6	37,5	1 107	42,3
Pervitin	1 343	63,0	90	34,7	0	0,0	96	74,4	8	50,0	1 537	58,8
Kokain	30	1,4	8	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	1,5
Heroin	49	2,3	6	2,3	0	0,0	1	0,8	0	0,0	56	2,1
Extáze	18	0,8	13	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	1,2
Ostatní drogy	79	3,7	22	8,5	4	5,1	7	5,4	3	18,8	115	4,4
Celkem osob	2 133	–	259	–	78	–	129	–	16	–	2 615	–

Pozn.: Údaje v řádku „celkem“ nejsou součtem počtu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány zároveň za porušení více drogových paragrafů nebo ve spojení s více drogami, a jedna osoba tedy může být započítána vícekrát.

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2014b)

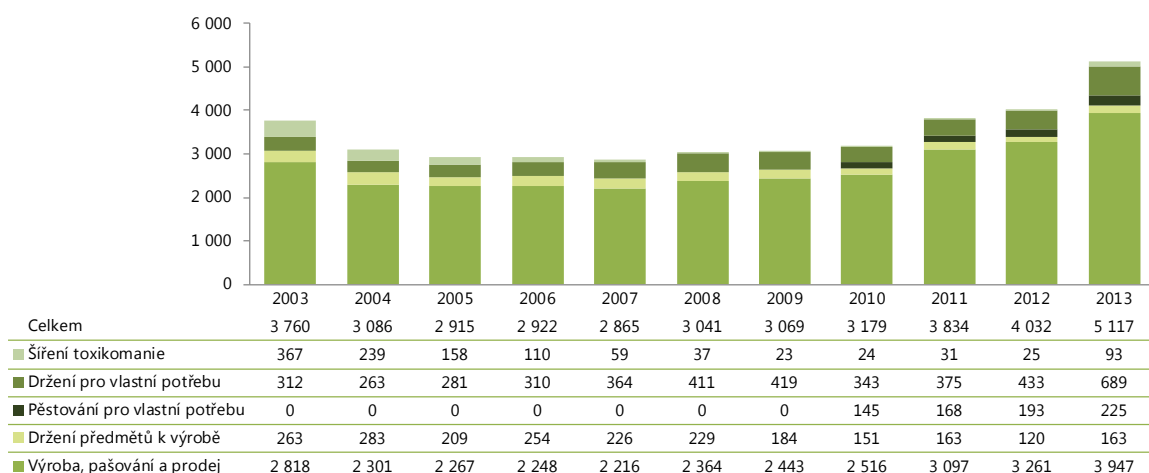
V r. 2013 pokračoval nárůst počtu drogových trestných činů a stejně tak jejich podílu na zjištěné trestné činnosti – tabulka 9-6. Na tomto trendu se podílí zejména rostoucí počet trestných činů výroby, pašování a prodeje drog, které tvoří přibližně 80% podíl DTČ. Trestné činy přechovávání drog pro vlastní potřebu a pěstování rostlin/hub pro vlastní potřebu tvoří přibližně 15 % – graf 9-2.

tabulka 9-6: Vývoj počtu drogových trestných činů (DTČ) a jejich podílu na zjištěných trestných činech v letech 2002–2013

Rok	Zjištěné trestné činy	Počet DTČ	Podíl DTČ (%)
2002	372 341	4 330	1,2
2003	357 740	3 760	1,1
2004	351 629	3 086	0,9
2005	344 060	2 915	0,8
2006	336 446	2 922	0,9
2007	357 391	2 865	0,8
2008	343 799	3 041	0,9
2009	332 829	3 069	0,9
2010	313 387	3 179	1,0
2011	317 177	3 834	1,2
2012	304 528	4 032	1,3
2013	325 366	5 117	1,6

Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2014)

graf 9-2: Počet zjištěných drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v letech 2003–2013



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2014)

Nejvyšší počet zjištěných DTČ na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let evidují Praha, Karlovarský a Liberecký kraj. Naopak kraje s nejnižším počtem byly kraje Zlínský, Královéhradecký a Moravskoslezský. V r. 2013 byl zaznamenán nárůst počtu zjištěných DTČ ve všech krajích kromě Středočeského, k nejvýraznějšímu meziročnímu nárůstu došlo v Praze, Pardubickém, Karlovarském a Jihomoravském kraji. Kraje s nejvyšším počtem stíhaných osob na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byly Karlovarský a Ústecký. Naopak nejnižší počet stíhaných osob na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let evidují za r. 2013 Zlínský a Moravskoslezský kraj – tabulka 9-7 a mapa 9-1.

tabulka 9-7: Zjištěné drogové trestné činy a osoby stíhané pro DTČ v r. 2013 podle krajů

Kraj	Drogové trestné činy			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	1 529	29,9	181,4	522	14,6	61,9
Středočeský	588	11,5	67,1	495	13,9	56,5
Jihočeský	264	5,2	61,5	230	6,4	53,5
Plzeňský	246	4,8	63,6	202	5,7	52,2
Karlovarský	191	3,7	93,0	179	5,0	87,2
Ústecký	390	7,6	69,5	365	10,2	65,1
Liberecký	210	4,1	70,9	181	5,1	61,1
Královéhradecký	161	3,1	43,8	146	4,1	39,7
Pardubický	175	3,4	50,3	147	4,1	42,3
Vysočina	241	4,7	70,0	146	4,1	42,4
Jihomoravský	407	8,0	51,6	326	9,1	41,3
Olomoucký	210	4,1	48,9	206	5,8	47,9
Zlínský	137	2,7	34,5	107	3,0	26,9
Moravskoslezský	368	7,2	44,0	316	8,9	37,8
Celkem	5 117	100,0	72,0	3 568	100,0	50,2

Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2014)

mapa 9-1: Drogové trestné činy v r. 2013 v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2014)

9.1.2 Tresty uložené za drogové trestné činy

Za drogovou trestnou činnost bylo v r. 2013 odsouzeno 2522 osob. Ženy tvořily 15 % a mladiství necelá 3 % odsouzených. Podíl žen a mladistvých se ve srovnání s r. 2012 v podstatě nezměnil. Dosud netrestané osoby představovaly 41 % 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. 2013 podmíněně odložené odnětí svobody (72 %). Oproti předchozímu roku došlo ke zvýšení podílu této sankce o 11 procentních bodů. Nepodmíněné tresty odnětí svobody představovaly druhou nejpočetnější skupinu (22 %). Délka trvání byla nejčastěji (73 %) 1–5 let.

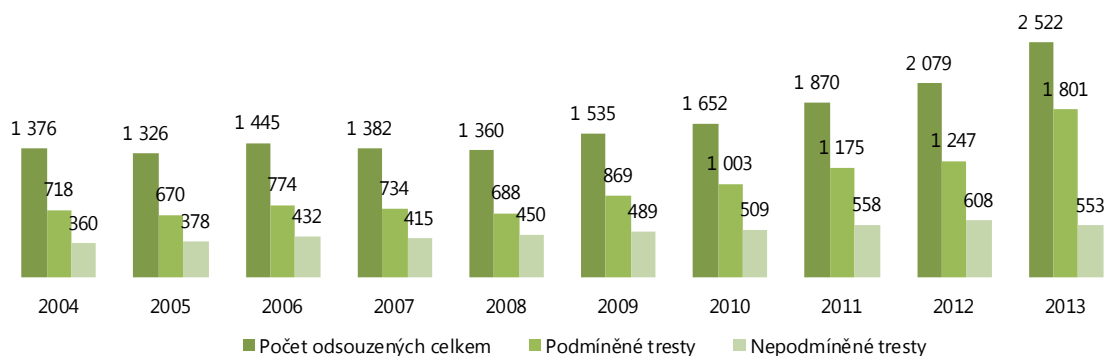
tabulka 9-8: Uložené sankce za drogové trestné činy v r. 2013 podle drogových trestných činů

Uložené sankce za DTČ	§ 187/283		§ 187a/284		§ 285		§ 188/286		§ 188a/ 287		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Odnětí svobody nepodmíněně	490	25,3	36	11,6	2	1,8	25	0,2	0	0,0	553	22,2
Odnětí svobody podmíněně	1 368	70,7	247	79,4	94	83,2	82	0,7	10	0,8	1 801	72,4
Domácí vězení	6	0,3	1	0,3	0	0,0	1	0,0	0	0,0	8	0,3
Obecně prospěšné práce	52	2,7	21	6,8	5	4,4	7	0,1	1	0,1	86	3,5
Zákaz činnosti	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Propadnutí majetku	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Peněžitý trest	9	0,5	0	0,0	6	5,3	0	0,0	0	0,0	15	0,6
Propadnutí věci	1	0,1	5	1,6	6	5,3	1	0,0	0	0,0	13	0,5
Vyhoštění	9	0,5	1	0,3	0	0,0	1	0,0	1	0,1	12	0,5
Zákaz pobytu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	1 935	100,0	311	100,0	113	100,0	117	1,0	12	1,0	2 488	100,0

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2014a)

Jak ukazuje graf 9-3, od r. 2008 roste počet osob odsouzených za DTČ a současně se snižuje podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody ve prospěch sankcí nespojených s odnětím svobody.

graf 9-3: Vývoj počtu osob odsouzených za DTČ a skladba sankcí uložených v letech 2004–2013



Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2014a)

9.1.3 Ochranná a výchovná opatření

Ochranné léčení patří mezi nejčastěji ukládaná ochranná opatření¹³⁰. V r. 2013 bylo ochranné léčení uloženo 287 osobám, z toho u 112 osob šlo o léčbu závislosti na nealkoholových drogách a u 175 osob o léčbu závislosti na alkoholu. Ochranné léčení protialkoholní bylo nejčastěji uloženo osobám odsouzeným za trestný čin výtržnictví, týrání osoby žijící ve společném obydlí, nebezpečného vyhrožování a těžkého ublížení na zdraví. Ochranné léčení protitoxikomanické soud nejčastěji uložil osobám, které spáchaly trestný čin krádeže, nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL, poškození cizí věci, výtržnictví a porušování domovní svobody. Vývoj počtu uložených ochranných léčení uvádí graf 9-4.

V rámci odklonů v trestním řízení nebo alternativních trestů může soud uložit přiměřená omezení a povinnosti. Podle evidence PMS byla v r. 2013 celkem 168 osobám uložena povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, 534 osobám soud uložil zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek. V porovnání s předchozím rokem došlo v r. 2013 k nárůstu počtu osob s uloženým omezením nebo povinností v souvislosti s užíváním drog (Probační a mediační služba, 2014).

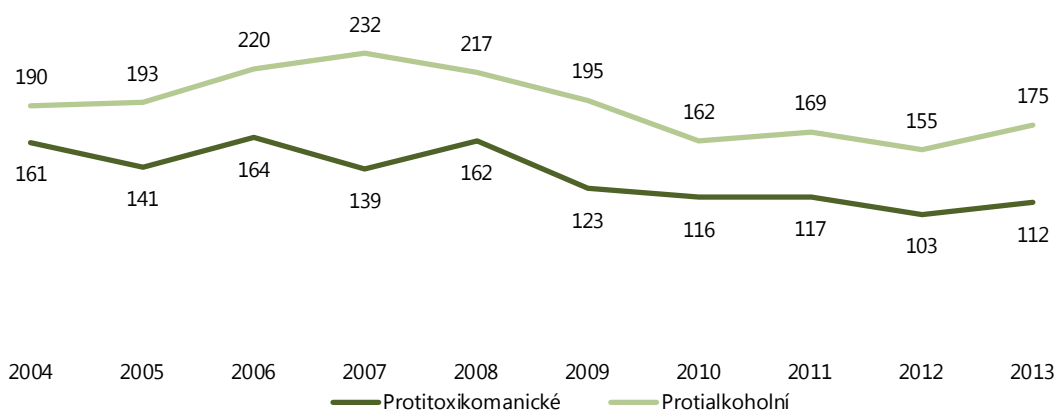
V r. 2013 soud v souvislosti s drogovou trestnou činností uložil v 17 případech výchovná opatření – v 6 případech dohled probačního úředníka, v 1 případě účast v probačním programu, ve 2 případech výchovné povinnosti¹³¹ a v 8 případech výchovná omezení¹³² (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2014a).

¹³⁰ Ochranné léčení se vykonává na základě pravomocného rozhodnutí soudu, a to formou lůžkové nebo ambulantní péče. Soud může uložit ochranné léčení 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.

¹³¹ Např. povinnost bydlet s rodiči, nahradit škodu nebo se podrobit léčení závislosti na návykových látkách

¹³² Např. zákaz návštěv určitých akcí, zákaz styku s určitými osobami

graf 9-4: Vývoj počtu uložených ochranných léčení v letech 2004–2013



Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2014a)

Za r. 2013 evidovala PMS celkem 26 028 klientů, tj. osob odsouzených k jinému trestu než odnětí svobody, osob s uloženou povinností či omezením nebo podmíněně propuštěných z výkonu trestu odnětí svobody se stanovenou zkušební dobou a dohledem.

Celkem 828 z nich (3,2 %) bylo odsouzeno za trestný čin nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (§ 187/§ 283), 87 osob (0,3 %) se dopustilo trestného činu přechovávání OPL pro vlastní potřebu (§ 187a/§ 284), 20 osob (0,1 %) nedovoleného pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu (§ 285) a 9 osob (0,03 %) šíření toxikomanie (§ 188a/§ 287). Ochranné léčení závislosti na návykových látkách mělo v r. 2013 uloženo 73 klientů PMS, z toho 36 osobám bylo uloženo ochranné léčení protialkoholní a 37 protitoxikomanické. Přiměřená povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, které není ochranným léčením podle TZ, byla uložena 1 osobě.

V rámci probačního dohledu, zejména při kontrole dodržování povinnosti zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek¹³³, bylo v r. 2013 provedeno 3228 testů, z toho 797 s pozitivním výsledkem. Nejčastěji detekovanými drogami byly konopné látky a pervitin (Probační a mediační služba, 2014).

9.1.4 Přestupky nedovoleného nakládání s OPL

Za r. 2013 evidovaly správní orgány celkem 942 662 přestupků. Dalších 129 065 přestupků zůstalo nevyřízeno z minulého období. V r. 2013 bylo projednáno 467 242 přestupků, z toho 1686 přestupků (0,4 %) spočívajících v neoprávněném přechovávání drog v malém množství pro svoji potřebu a/nebo v neoprávněném pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství pro svoji potřebu (§ 30 odst. 1, písm. j a k zákona č. 200/1990 Sb.). V r. 2013 pokračoval pokles podílu drogových přestupků páchaných nezletilými osobami (8,8 % v r. 2013 a 12,1 % v r. 2012). Mezi kraje s nejvyšším absolutním počtem projednaných přestupků patřily v r. 2013 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 (127 přestupků v r. 2012, 266 v r. 2013), naopak největší pokles byl zaznamenán ve Zlínském a Jihočeském kraji (Zlínský 103 přestupků v r. 2012, 73 v r. 2013 a Jihočeský 81 přestupků v r. 2012, 51 v r. 2013).

Z důvodu změny v hlášeném systému nejsou od r. 2010 k dispozici údaje o přestupcích v rozdělení podle jednotlivých drog (blíže viz VZ 2010), lze však předpokládat, že se jedná především o přestupky v souvislosti s konopnými látkami a pervitinem.

¹³³ Uloženo podle § 48 odst. 4 písm. h) zák. č. 40/2009 Sb.

tabulka 9-9: Drogové přestupky projednané v r. 2013 v rozdělení podle paragrafů, věku pachatele a krajů

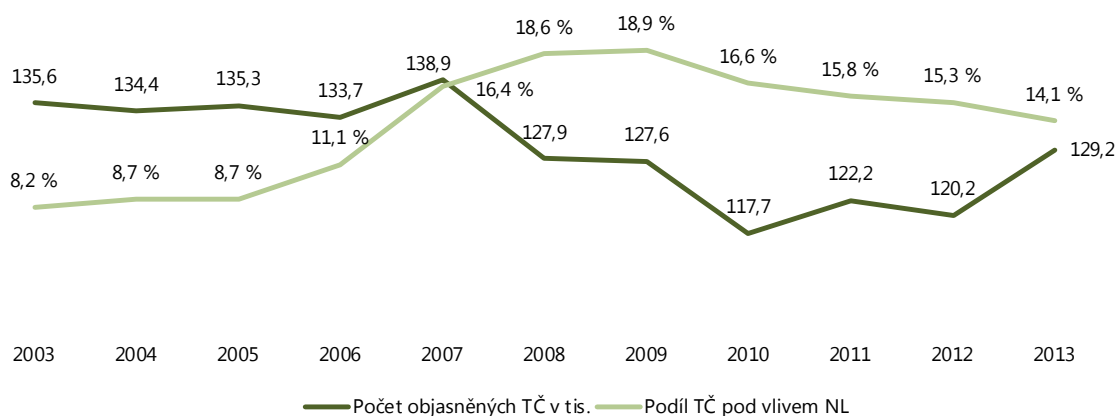
Kraj	Držení drog		Pěstování rostlin a hub		Drogové přestupky celkem	Přestupky celkem
	Celkem	z toho do 18 let	Celkem	z toho do 18 let		
Hl. m. Praha	229	8	6	0	235	187 423
Středočeský	219	19	47	0	266	38 741
Jihočeský	39	10	12	0	51	13 692
Plzeňský	93	0	5	0	98	14 475
Karlovarský	108	5	3	0	111	9 216
Ústecký	164	20	37	2	201	32 777
Liberecký	120	10	6	0	126	29 620
Královéhradecký	39	5	7	0	46	11 527
Pardubický	99	10	9	0	108	10 901
Vysočina	21	3	5	0	26	9 045
Jihomoravský	125	18	8	2	133	34 498
Olomoucký	63	7	23	2	86	20 643
Zlínský	67	8	6	0	73	16 364
Moravskoslezský	116	19	10	0	126	38 320
Celkem	1 502	142	184	6	1 686	467 242

Zdroj: Ministerstvo vnitra ČR (2014)

9.2 Sekundární drogová kriminalita

Jako sekundární drogová kriminalita se označují trestné činy (TČ), které nezahrnují přímo nakládání s nelegálními látkami, ale jsou spáchány v souvislosti s jejich užíváním a nakládáním s nimi (Zábranský et al., 2011). Podle údajů Police ČR bylo v r. 2013 objasněno celkem 129,2 tis. TČ, z toho 18,2 tis. (14,1 %) bylo spácháno pod vlivem návykových látek. Od r. 2005 do r. 2009 rostl podíl TČ spáchaných pod vlivem návykových látek, v posledních 4 letech však dochází k jeho snižování – graf 9-5.

graf 9-5: Vývoj počtu objasněných trestných činů a podílu trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek v letech 2003–2013



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2014)

Za r. 2013 eviduje Policie ČR 15,2 tis. TČ spáchaných pod vlivem alkoholu, tj. 84,1 % TČ spáchaných pod vlivem návykových látek – tabulka 9-10. Největší podíl TČ spáchaných pod vlivem alkoholu tvořily ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství (48 %), nedbalostní dopravní nehody (16 %), úmyslné ublížení na zdraví (6 %) a výtržnictví (6 %). Pod vlivem nealkoholových drog bylo

v r. 2013 spácháno 2,9 tis. TČ, tj. 15,9 % TČ spáchaných pod vlivem návykových látek. Pachatelé se nejčastěji dopustili TČ ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství (69 %), maření výkonu úředního rozhodnutí (12 %) a nedbalostní dopravní nehody (3 %). 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 – tabulka 9-10.

tabulka 9-10: Počet trestných činů (TČ) spáchaných pod vlivem alkoholu a dalších drog v letech 2003–2013

Rok	TČ pod vlivem alkoholu		TČ pod vlivem nealkoholových drog		Celkem TČ pod vlivem návykových látek
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	
2003	10 143	91,5	939	8,5	11 082
2004	10 916	93,0	816	7,0	11 732
2005	11 020	93,4	781	6,6	11 801
2006	14 075	95,0	735	5,0	14 810
2007	22 030	96,5	793	3,5	22 823
2008	22 826	95,7	1 019	4,3	23 845
2009	22 277	92,1	1 900	7,9	24 177
2010	17 290	88,4	2 277	11,6	19 567
2011	17 168	88,9	2 142	11,1	19 310
2012	16 130	87,6	2 289	12,4	18 419
2013	15 265	84,1	2 890	15,9	18 155

Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2014)

Za r. 2013 byl opět proveden odhad sekundární drogové kriminality (Národní protidrogová centrála & Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014). Stejně jako v předchozích letech se jednalo o expertní retrospektivní odhad pracovníků krajských ředitelství a územních odborů Policie ČR, který spočíval v určení podílu TČ spáchaných uživateli drog zejména za účelem získání prostředků na nákup drog pro vlastní potřebu. Posuzováno bylo 17 TČ, odhadované podíly byly váženy skutečným počtem zjištěných a objasněných TČ v okresech.

V r. 2013 bylo zjištěno celkem 231 tis. vybraných TČ, z nich odhadem 34 % spáchali uživatelé drog (78 tis. TČ). Nejvyšší podíl představovaly krádeže. Z vybraných trestných činů bylo objasněno 75 tis. TČ, z toho odhadem 24 % spáchali uživatelé drog (18 tis. TČ). Výsledky shrnuje tabulka 9-11.

tabulka 9-11: Odhad vybraných trestných činů (TČ) spáchaných uživateli drog (UD) v r. 2013

Skutková podstata TČ	Zjištěné TČ			Objasněné TČ		
	Celkem	Spácháno UD	Podíl (%)	Celkem	Spácháno UD	Podíl (%)
Krádež	112 939	46 399	41,1	25 833	8 317	32,2
Krádež, neoprávněné užívání cizí věci	21 322	8 561	40,2	4 107	1 551	37,8
Loupež	2 959	1 055	35,6	1 777	635	35,8
Neoprávněné držení platebního prostředku	8 244	2 706	32,8	1 946	635	32,6
Krádež, porušování domovní svobody	52 936	15 694	29,6	12 663	3 810	30,1
Porušování domovní svobody	3 253	732	22,5	1 872	430	23,0
Podvod	4 995	1 040	20,8	3 871	819	21,1
Zpronevěra	2 528	320	12,6	2 187	280	12,8
Úmyslné ublížení na zdraví	5 374	560	10,4	4 458	458	10,3
Zanedbání povinné výživy	14 726	1 215	8,3	14 730	1 215	8,3
Vydírání	1 441	118	8,2	1 209	99	8,2
Omezení a zbavení osobní svobody	258	10	3,7	194	7	3,7
Vražda	11	0	0,0	12	0	0,0
Celkem	230 986	78 411	33,9	74 859	18 257	24,4

Zdroj: Národní protidrogová centrála & Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2014)

Za r. 2013 evidovala Probační a mediační služba ČR (PMS) celkem 26 028 klientů. V případě 402 klientů (1,5 %) bylo v průběhu trestního řízení nebo při kontaktu s pracovníkem PMS zjištěno (problémové) užívání návykových látek. Celkem 144 z nich užívalo alkohol a 258 nealkoholové drogy. Uživatelé alkoholu se nejčastěji dopustili trestných činů ohrožení pod vlivem návykové látky (28 %), výtržnictví (17 %), maření výkonu úředního rozhodnutí a vykázání (15 %) a krádeže (15 %). Uživatelé nealkoholových drog nejčastěji spáchali trestné činy krádeže (37 %), nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (31 %), porušování domovní svobody (10 %) a maření výkonu úředního rozhodnutí (8 %). Ve srovnání s předchozím obdobím došlo v r. 2013 ke snížení počtu klientů, u kterých bylo zjištěno užívání návykových látek, o 16 %; jejich podíl se nezměnil (Probační a mediační služba, 2014).

9.3 Prevence drogové kriminality

Prevence kriminality spadá do působnosti Ministerstva vnitra (MV), které koordinuje aktivity v tomto směru napříč rezorty, Policií ČR a dalšími subjekty, a to jak přímo, tak prostřednictvím Republikového výboru pro prevenci kriminality. Rok 2013 byl druhým rokem platnosti Strategie prevence kriminality na léta 2012–2015 – viz VZ 2012.

Prevence kriminality je na národní úrovni podporovaná zvláštním dotačním titulem MV. V r. 2013 navíc MV vyhlásilo mimořádný dotační titul Prevence drogové kriminality v příhraničí v r. 2013 s cíli podpořit projekty zaměřené na prevenci před zapojením vybraných cílových skupin do drogové kriminality, zvýšit motivaci ke spolupráci s Policií ČR při odhalování drogové kriminality a předcházet užití/užívání drog. Za tímto účelem vyčlenilo celkem 4,7 mil. Kč. Předloženo bylo 29 žádostí, většina z nich byla zaměřena na aktivity pro děti s cílem prevence užití/užívání drog. Podpořeno bylo 13 projektů. Realizace byla zahájena v květnu/červnu 2013 a ukončena k 31. prosinci 2013. Konkrétní dopady realizovaných projektů na drogový trh v příhraničních oblastech jsou přitom více než sporné, neboť většina projektů se svým zaměřením a aktivitami, tj. prevence užívání drog s důrazem na žáky středních a základních škol, nijak netýkala řešení problémů v příhraničních oblastech popisovaných NPC. Celkem 10 příjemců dotace realizovalo z přidělených prostředků aktivity zaměřené na snižování poptávky po drogách, z toho pouze ve 2 případech se jednalo o subjekty s certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog.

9.4 Užívání drog ve vězení

Vězeňská služba ČR spravovala v r. 2013 celkem 35 věznic. K 31. prosinci 2013 bylo ve vězení 16 645 osob (tj. přibližně o 6 tisíc méně, než v předchozím roce¹³⁴), z toho 14 301 odsouzených a 2308 obviněných. V detenčních ústavech bylo umístěno 36 osob. Ženy tvořily 5,7 % vězeňské populace, mladiství 0,7 %. Podíl cizinců představoval 9 % vězeňské populace. Počet osob vězněných za DTČ se oproti předchozímu roku snížil na 1465, tj. o 11 %. Ke snížení počtu osob došlo u všech DTČ, nejvýrazněji však v případě uvězněných za trestný čin nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL. Také u trestných činů souvisejících přímo s intoxikací návykovou látkou – ohrožení pod vlivem návykové látky (§ 201/§ 274) a opilství (§ 201a/§ 360) – byl v r. 2013 zaznamenán pokles počtu osob, a to o 45 % – tabulka 9-12.

¹³⁴ Začátkem r. 2013 došlo v důsledku vyhlášení částečné amnestie k výraznému snížení počtu uvězněných osob. Rozhodnutí bylo vyhlášeno 2. ledna 2013 ve Sbírce zákonů pod číslem 1/2013 Sb. v samostatné části 1/2013.

tabulka 9-12: Počet osob vězněných za drogové trestné činy a trestné činy v souvislosti s užíváním návykových látek k 31. prosinci daného roku

Rok	§ 187/ § 283	§ 187a/ § 284	§ 188/ § 286	§ 188a/ § 287	§ 201/ § 274	§ 201a/ § 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

Pozn.: § 201/§ 274 – ohrožení pod vlivem návykové látky, § 201a/§ 360 – opilství.

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2014b)

Za r. 2013 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, 2014b, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2014d). V r. 2013 bylo provedeno celkem 59 118 vyšetření či ošetření vězněných osob. Na základě výsledků evidovala zdravotní služba 8468 osob s užíváním návykových látek v anamnéze (11 463 osob v r. 2012 a 11 534 osob v r. 2011).

Na návykové látky bylo v r. 2013 testováno celkem 32 640 vězněných osob (37 411 v r. 2012), z toho 8238 nastupujících výkon vazby nebo trestu odnětí svobody. Na alkohol bylo testováno 14 307 osob a na nelegální návykové látky 18 333 osob. Konfirmace pozitivního výsledku byla provedena pouze u osob zařazených do výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody (nikoli u nastupujících). Pozitivní výsledek na nealkoholové drogy byl zjištěn u 503 osob (530 v r. 2012), na alkohol u 18 osob (34 v r. 2012). V případě nealkoholových drog se nejčastěji jednalo o pervitin (41 % testovaných) a konopné látky (31 %). Užití více drog bylo zjištěno u 10 % testovaných.

Odborem zdravotnické služby GR VS byly v r. 2013 rovněž vykázaný souhrnné výsledky testování osob nastupujících výkon vazby nebo výkon trestu. V těchto případech se provádí pouze testování orientačními testy bez konfirmace jako součást vstupní lékařské prohlídky. Celkem 55 % osob nastupujících do vězení (56,5 % obviněných a 53,5 % odsouzených) užilo některou z testovaných návykových látek, nejčastěji se jednalo o THC a pervitin, častý byl nález více látek současně.

VS ČR evidovala v r. 2013 celkem 82 záchytů návykových látek ve vězení (celkem 124 g). Nejčastěji zachycenými drogami byly pervitin (38 případů, 41,9 g) a konopné látky (42 případů, 79,5 g). Drogy včetně léků byly zajištěny zejména při kontrole korespondence (32 případů) a kontrole vězněných osob (23 případů). Dále v r. 2013 věznice vykazaly 3 nálezy alkoholu (alkoholického nápoje) a 10 nálezů léků s obsahem návykových látek (417 tablet). Při kontrolách jsou používáni psi speciálně vycvičení na vyhledávání drog (SPD psi). V r. 2013 bylo provedeno celkem 462 792 prohlídek. Ve 44 případech byla po předchozím označení psem nalezena podezřelá látka, v dalších 56 případech SPD pes označil místo, kde se původně droga pravděpodobně nacházela.

V r. 2014 probíhá příprava sběru dat třetí vlny dotazníkové studie zaměřené na užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody. Studie je realizována ve dvouletých intervalech. Poslední vlna studie proběhla v r. 2012. Studii realizuje NMS ve spolupráci s GR VSČR. Výsledky první vlny studie z r. 2010 viz VZ 2010 a Zaostrěno na drogy 5/2011 (Mravčík et al., 2011a). Výsledky druhé vlny studie z r. 2012 viz VZ 2012.

9.5 Prevence a léčba užívání drog ve vězení

Primární prevence, léčba závislostí a snižování možných zdravotních a sociálních dopadů užívání drog byly ve věznicích realizovány prostřednictvím poraden drogové prevence, bezdrogových zón, specializovaných oddělení a programů spolupracujících NNO.

Poradny drogové prevence byly ve všech věznicích. Služeb některé z nich využilo v r. 2013 celkem 5588 osob¹³⁵, což je o 1721 osob méně než v předchozím roce. Příčinou poklesu počtu osob v péči poraden bylo snížení celkového počtu vězňů v důsledku amnestie na začátku roku. Poradny v jednotlivých věznicích se poměrně lišily 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.¹³⁶ V r. 2013 mělo bezdrogovou zónu se standardním zacházením 31 věznic, jejich ubytovací kapacita¹³⁷ činila 1797 míst. I přesto, že v r. 2013 došlo ke snížení celkové kapacity věznic v důsledku amnestie, dopad na počet míst v bezdrogových zónách byl pouze mírný. V r. 2013 využilo možnosti umístění na bezdrogových zónách se standardním zacházením celkem 3552 osob. Bezdrogovou zónu s terapeutickým zacházením měly v r. 2013 celkem 3 věznice (Příbram, Vlnáře, Znojmo). Ubytovací kapacita činila 101 míst. Možnost umístění na těchto odděleních využilo 196 osob, z toho 87 nově zařazených.

Léčbu závislostí během VTOS bylo možno v r. 2013 absolvovat na specializovaných odděleních, ta byla dostupná ve 12 věznicích, z toho v 8 věznicích bylo specializované oddělení určeno pro dobrovolnou léčbu (Bělušice, Kuřim, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Valdice a Všechny) a ve 4 věznicích pro výkon soudem nařízeného ochranného léčení (Heřmanice, Opava, Rýnovice, Znojmo). V r. 2013 byla kapacita specializovaných oddělení s dobrovolným léčením 306 míst. Možnosti dobrovolného léčení na některém z oddělení využilo v r. 2013 celkem 589 osob (nově zařazeno 324 osob).

Pro výkon ochranného léčení¹³⁸ (protialkoholní, protitoxikomanické a léčení patologického hráčství) sloužilo 5 specializovaných oddělení ve 4 věznicích, z toho jedno pro ženy (Opava). Počet ani profilace oddělení se ve srovnání s předchozím rokem nezměnily. Kapacita těchto oddělení byla 128 míst. V r. 2013 evidovala VS ČR 184 osob v péči těchto oddělení. Přehled o počtech osob, kapacitách a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení poskytuje tabulka 9-13.

¹³⁵ Využití služeb znamená poskytnutí alespoň jedné intervence. Každá osoba se v daném roce počítá pouze jednou bez ohledu na to, kolik intervencí jí bylo poskytnuto.

¹³⁶ 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.

¹³⁷ Při dodržení minimální ubytovací plochy je 4 m² na jednu osobu

¹³⁸ GŘ VS vydalo v r. 2011 stanovisko, podle kterého nelze zdravotní péči poskytovanou v rámci stávajících specializovaných oddělení pro výkon soudem nařízeného ochranného léčení považovat za ústavní zdravotní péči a ochranné léčení ve věznicích má tedy charakter ambulantní péče. Od r. 2011 tedy narůstá podíl případů v ambulantním ochranném léčení ve věznicích. Stanovisko VS ČR je kodifikováno novým zákonem č. 373/2011 Sb., o speciálních zdravotních službách, který je účinný od 1. 4. 2012. Podle § 83 odst. 2 uvedeného zákona lze ochranné léčení vykonávat během VTOS ve zdravotnických zařízeních VS, a to ochranné léčení ústavní vykonávané formou jednodenní péče a ochranné léčení vykonávané formou ambulantní péče.

tabulka 9-13: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení v letech 2006–2013

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

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2014d)

K poskytování substituční terapie¹³⁹ má povolení 10 věznic, z toho 7 věznic hlásilo v r. 2013 léčené pacienty. Programy substituční léčby ve věznicích evidovaly 62 léčených osob, tj. o 27 osob méně než v předchozím roce. Průměrná délka léčby se ve srovnání s r. 2012 zvýšila na 7,6 měsíce – tabulka 9-14. Jako substituční látka byl používán metadon.

tabulka 9-14: Počet osob v substituční léčbě a průměrná délka léčby (v měsících) v jednotlivých věznicích v letech 2010–2013

Věznice	2010		2011		2012		2013	
	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
Břeclav	0	–	0	–	0	–	0	–
Kuřim	7	19,5	12	2,0	13	3,0	12	1,3
Litoměřice	10	4,8	11	1,0	9	3,0	3	7,0
Opava	5	6,0	13	1,5	5	1,0	5	6,0
Ostrava	0	–	0	–	0	–	0	–
Praha-Pankrác	15	8,3	24	5,2	15	5,0	11	7,0
Praha-Ruzyně	1	1,0	0	–	0	–	0	–
Příbram	16	6,5	14	11,0	17	8,0	7	10,0
Rýnovice	2	4,0	3	12,0	2	3,0	4	21,0
Celkem	67	7,6	99	5,1	89	3,9	62	7,6

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2014d)

Detoxifikaci prováděly v průběhu r. 2013 celkem 4 věznice. Léčbu akutních odvykacích stavů podstoupilo 187 osob, z toho 147 mužů a 40 žen. Uživatelé opiátů/opioidů tvořili 74 % detoxikovaných osob, uživatelé pervitinu 9 %. Oproti předchozímu roku došlo k výraznému poklesu počtu detoxikovaných osob o 47 % (353 osob v r. 2012).

V r. 2013 spolupracovalo s některou z neziskových organizací 23 věznic, z toho 16 mělo spolupráci vymezenou písemnou dohodou. Spolupráce věznic s neziskovými organizacemi byla v r. 2013 intenzivnější než v období předchozího roku, 10 a více návštěv za rok vykázalo celkem 15 věznic (9 v r. 2012). V kontaktu s některou z NNO bylo v r. 2013 celkem 5035 osob ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody, což představuje téměř 38% nárůst ve srovnání s r. 2012. Individuální výkony tvořily 47 % poskytovaných služeb. Přehled NNO poskytujících drogové služby ve vězení, počtu návštěv a počtu klientů uvádí tabulka 9-15.

¹³⁹ Zařazení do programu substituční terapie ve vězení je podmíněno předchozí účastí v substitučním programu před vzetím do vazby nebo před nástupem VTOS.

tabulka 9-15: NNO poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet předvedených osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody v r. 2013

Název NNO	Věznice	Počet návštěv	Počet klientů
CPPT	Plzeň	48	508
Laxus	Hradec Králové, Jiřice, Liberec, Odolov, Pardubice, Rýnovice, Stráž p R, Světlá nad Sázavou, Valdice	286	1 559
Magdaléna	Příbram	2	20
Modrý kříž	Ostrava, Heřmanice	2	83
Most k naději	Liberec	2	21
Společnost Podané ruce	Brno, Kuřim, Mírov, Rapotice, Světlá nad Sázavou, Znojmo, Olomouc	321	2 188
Renarkon	Heřmanice, Karviná	3	34
Riaps	Hradec Králové	23	91
SANANIM	Praha-Ruzyně, Světlá nad Sázavou, Vinařice, Znojmo	67	522
White light I.	Teplice	2	9
Celkem		756	5 035

Pozn.: Pokud byla osoba předvedena během jednoho dne vícekrát, např. se zúčastnila besedy a poté využila možnosti individuálního poradenství, počítá se v daném dni pouze jedno předvedení. Pokud byla tatáž osoba předvedena ve více dnech, počítá se každý den jako jedno předvedení.

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2014d)

V r. 2013 provedla VS ČR Analýzu možnosti pilotního zavedení distribuce harm reduction materiálu ve věznicích v návaznosti na úkol v Akčním plánu národní strategie protidrogové politiky na období 2013–2015. Konstatuje, že ve věznicích není vzhledem k platnému zákonnému rámci možná distribuce sterilních jehel a stříkaček a dalších pomůcek k injekční aplikaci ani distribuce dezinfekčního prostředku k čištění injekčních pomůcek. Také konstatuje, že systematická distribuce kondomů v současné době ve věznicích neprobíhá, odsouzení i obvinění však mají možnost zakoupit si kondomy ve vězeňské kantýně, kde jsou kondomy povinnou součástí sortimentu. Distribuce kondomů však není v rozporu s předpisy upravujícími výkon trestu odnětí svobody nebo výkon vazby. Materiál doporučuje vyrobit informační materiály pro vězně zaměřené na prevenci rizika předávkování, na prevenci přenosu infekčních chorob v souvislosti s užíváním drog, včetně informací o rizicích spojených s tetováním a piercingem, na prevenci sexuálně přenosných infekčních chorob apod. Dále doporučuje proškolen zdravotnické pracovníky v problematice drogové závislosti (včetně prevence předávkování) a s ní souvisejícím výskytem infekčních chorob a nastavit režim, ve kterém se bude poskytovat poradenství v problematice drogové závislosti včetně prevence předávkování a infekčních chorob v poradnách drogové prevence ve věznicích (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2014a).

≥ 10

Kapitola 10:

Drogové trhy

- Podle předběžných odhadů bylo v ČR v r. 2013 spotřebováno 21,4 t konopných drog, 6,0 t pervitinu, 0,8 tuny 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.
- V r. 2013 bylo odhaleno celkem 276 indoor pěstíren a 3 fóliovníky, které sloužily k pěstování konopí. Největší podíl tvořily malé domácí pěstírny s počtem rostlin do 50 kusů. Do pěstování konopí a distribuce marihuany se v posledních letech výrazně zapojují organizované skupiny osob původem z Vietnamu. Za r. 2013 zajistily Policie ČR a Celní správa ČR celkem 735,4 kg marihuany, 73,6 tis. rostlin konopí a 1,3 kg hašiše. Koncentrace THC u zachyceného konopí činila průměrně 10 %.
- Z Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 vyplývá, že došlo ke zvýšení podílu outdoor vypěstované marihuany mezi uživateli konopí, což patrně souvisí s legislativní změnou, která od r. 2010 dekriminalizovala pěstování malého množství rostlin konopí pro vlastní potřebu. Ačkoli se subjektivně vnímaná dostupnost konopí zvýšila, došlo ke snížení podílu komerčního černého trhu a zvýšení podílu nekomerčních transakcí.
- Pervitin se v ČR vyrábí zejména v menších varnách. V r. 2013 odhalila Policie ČR 261 varen a zajistila 69,1 kg pervitinu o průměrné čistotě 71 %. Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu zůstává i nadále pseudoefedrin extrahovaný z volně dostupných léčiv dovážených převážně z Polska. Do výroby a distribuce pervitinu jsou stále více zapojeny organizované skupiny osob původem z Vietnamu.
- Kokain je do ČR dovážen zejména v poštovních zásilkách a cestovních zavazadlech, nejčastěji z Nizozemska. Celkem bylo v r. 2013 zajištěno 35,8 kg kokainu o průměrné čistotě 33 %. V r. 2013 bylo zajištěno 5,1 kg heroinu o průměrné čistotě 20 %. Kromě heroinu byly na černém trhu dostupné také tablety substitučních přípravků či opioidní analgetika.
- Za r. 2013 byl do systému včasného varování v ČR hlášen výskyt 48 nových syntetických látek, z toho 12 látek vůbec poprvé a u 3 látek se jednalo o jejich první výskyt v EU. Látkou s největším zachyceným množstvím byl kanabinoid JWH-203. Nové psychoaktivní látky byly nabízeny ve 26 internetových obchodech v českém jazyce, z toho 5 obchodů se specializovalo výhradně na syntetické látky. Mezi nejčastěji nabízené patřily látky ze skupiny katinonů a syntetických kanabinoidů.

10.1 Produkce, spotřeba, dovoz a vývoz drog

10.1.1 Domácí produkce, dovoz a vývoz drog

Základní zdroje informací představují data poskytovaná Národní protidrogovou centrálou SKPV Policie ČR (NPC) a Celní protidrogovou jednotkou Generálního ředitelství cel (CPJ). Jde především o počty záchytů pěstíren a varen, počty záchytů jednotlivých drog a zajištěné množství drog v rozdělení podle místa záchytu (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2014b, Celní protidrogová jednotka, 2014).

Policie ČR a Celní správa ČR odhalily v r. 2013 celkem 276 indoor pěstíren¹⁴⁰ a 3 fóliovníky, které sloužily k pěstování konopí. Největší podíl odhalených pěstíren, tj. celkem 45 %, tvořily malé domácí pěstírny¹⁴¹. Naproti tomu pěstírny s největší kapacitou představovaly 7 %. Největší počet odhalených pěstíren byl hlášen v Praze (48 v r. 2013, 27 v r. 2012), Moravskoslezském (44 v r. 2013, 17 v r. 2012) a Plzeňském kraji (35 v r. 2013, 19 v r. 2012). Nejvýraznější meziroční změnu představoval nárůst počtu odhalených pěstíren v Moravskoslezském kraji. V posledních 3 letech převládají v záchytech domácí a malé pěstírny, v r. 2013 činil jejich podíl více než 72 %. Do pěstování konopí a distribuce marihuany se podle NPC velmi výrazně zapojují skupiny osob původem z Vietnamu. V poslední době je patrná změna strategie těchto skupin v podobě provozování většího počtu pěstíren s nižší kapacitou (tj. cca 300–500 rostlin) namísto velkokapacitních pěstíren, případně úplná změna orientace na výrobu pervitinu. Důvodem pro změnu obchodního artiklu jsou vysoká počáteční investice při zřízení velkokapacitní pěstírny a vysoké riziko jejího odhalení.

Vypěstované konopí směřuje většinou na domácí trh, nicméně represivní orgány evidují i případy jeho vývozu a dovozu. Za r. 2013 je evidováno 57 záchytů při vývozu marihuany v celkovém množství 13 kg. Hmotnost největšího záchytu marihuany směřujícího z ČR do zahraničí byla 10 kg. Marihuana byla v tomto případě nalezena v osobním automobilu na trase ČR – Polsko. V předchozích 7 letech nepřesáhly případy vývozu marihuany počet 50 záchytů ročně, je však patrný určitý nárůst. Většinou šlo o záchyty do 100 g přepravované v poštovních zásilkách. Marihuana byla nejčastěji zajištěna na trase ČR – Velká Británie. Dalšími zeměmi, kam byla marihuana z ČR vyvážena, byly sousední státy, Ukrajina, Maďarsko a Skandinávie. Případy dovozu marihuany do ČR nepřesahují 15 záchytů ročně, jejich největší počet je evidován na trasách z Nizozemska, Španělska či Polska.

Pokud jde o nelegální produkci konopí, v listopadu 2013 realizovala Policie ČR v návaznosti na rozhodnutí Nejvyššího soudu akci zaměřenou na činnost tzv. growshopů, tj. obchodů zabývajících se prodejem a distribucí zboží a produktů pro pěstování rostlin pod umělým osvětlením. Právě činnost těchto obchodů spojuje NPC s nárůstem pěstování konopí a produkcí marihuany v ČR. Growshopy jsou provozovány jako kamenné prodejny i internetové obchody. Celkově bylo v rámci této akce vedeno 56 trestních řízení. Aktuálně je v ČR provozováno více než 120 obchodů, některé z nich mají pozastavenou činnost v důsledku trestního stíhání provozovatelů. Technologie pro pěstování rostlin pod umělým osvětlením jsou jako takové v ČR legální a bývají dováženy nejčastěji z Nizozemska a Velké Británie (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2014b, Nejvyšší státní zastupitelství, 2014). Viz také kapitulu Aplikace práva (str. 14).

Pervitin se v ČR vyrábí zejména v menších varnách, v posledních letech však NPC upozorňuje na rostoucí počet záchytů varen s vyšší produkcí. V r. 2013 odhalila Policie ČR 261 varen, tj. o 26 více než v předchozím roce. Dlouhodobě je přibližně od r. 2008 patrný pokles počtu zachycených varen a naopak roste množství zajištěného pervitinu. Podle NPC lze pozorovat trend zvyšování objemu výroby v rámci jednoho výrobního cyklu (řádově desítky kilogramů) s tím, že výroba bývá zpravidla organizována do několika směn. Největší počet odhalených varen byl v r. 2013 zaznamenán v Jihomoravském (62), Olomouckém (29) a Moravskoslezském (27) kraji. V r. 2012 to byly kraje Zlínský (34), Jihomoravský (29) a Moravskoslezský (26).

Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu zůstává i nadále pseudoefedrin extrahovaný z volně dostupných léčiv. Díky regulaci výdeje léčiv s obsahem pseudoefedrinu se jejich prodej v ČR drží na stabilně nízké úrovni, poptávka ze strany výrobců je však saturovaná prostřednictvím nelegálního dovozu, a to téměř výhradně z Polska, kde jsou tato léčiva volně dostupná – graf 10-1. V ČR je maximální množství pro jednorázový výdej bez kontroly omezen na 900 mg, což odpovídá množství 30 tablet či sáčků obsahujících 30 mg pseudoefedrinu. Tradičním postupem výroby pervitinu je tzv.

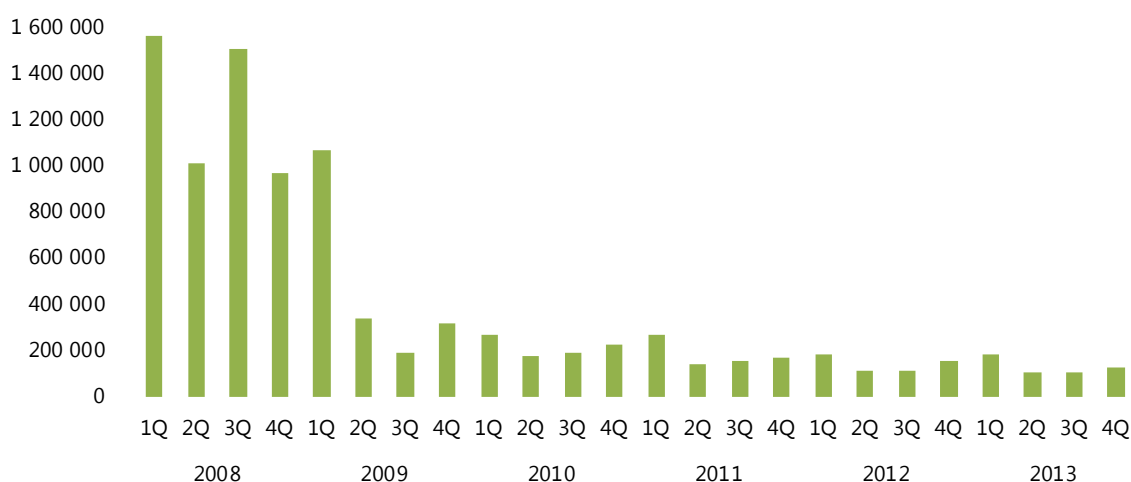
¹⁴⁰ Pěstování rostlin v uzavřeném prostředí pod umělým osvětlením

¹⁴¹ Malá domácí pěstírna 6–49 rostlin, malá pěstírna 50–249 rostlin, střední pěstírna 250–499 rostlin, velká pěstírna 500–999 rostlin a průmyslová pěstírna 1 000 a více rostlin. Zdroj: NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR (2014b).

jodo-fosforová cesta, byly však zaznamenány i případy výroby pervitinu z jiných prekurzorů či jiným postupem. Zvláštní skupinu látek pro výrobu drog tvoří tzv. pre-prekurzory¹⁴², které jsou dováženy převážně z Číny. Specifický problém výroby pervitinu představuje toxický odpad a jeho likvidace.

Zapojení organizovaných skupin osob původem z Vietnamu do výroby a distribuce pervitinu nabývá stále většího rozsahu, podle NPC dané skupiny v posledních dvou letech prakticky převzaly kontrolu nad touto částí nelegálního trhu s drogami. Jak ukazují data o záchytech, na trhu byl dostupný velmi čistý pervitin jak v práškové formě, tak pervitin ve formě krystalů, který poptávají uživatelé zejména z Německa, Rakouska, ale také z Polska. V příhraničních oblastech sousedících zejména se Německem a Rakouskem byl pervitin distribuován v tržnicích, ale také v hernách, barech a dalších provozovnách (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2014b). Odhalování trestné činnosti v těchto regionech věnovala NPC ve spolupráci s CPJ a dalšími kontrolními orgány zvláštní pozornost. Koordinací společného postupu příslušných orgánů státní správy proti drogové kriminalitě v pohraničí s Německem se zabývala pracovní skupina složená z náměstků ministrů vnitra, spravedlnosti, financí, průmyslu a obchodu, zemědělství, zdravotnictví, generálního ředitele Generálního ředitelství cel, policejního prezidenta, generálního ředitele Hasičského záchranného sboru, zástupce Nejvyššího státního zastupitelství a národního protidrogového koordinátora. Další aktivity namířené proti výrobě a vývozu pervitinu popisuje kapitola Další opatření protidrogové politiky (str. 16).

graf 10-1: Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR v letech 2008–2013, v kusech balení



Zdroj: Státní ústav pro kontrolu léčiv (2014)

Kokain se do ČR dostává z Jižní Ameriky. Pro jeho přepravu do zemí EU bývají často najímány sociálně slabší osoby ze střední a západní Evropy, Balkánu a pobaltských zemí. Pokud jde o způsob přepravy, nejčastěji byly odhaleny případy pašování v poštovních zásilkách a cestovních zavazadlech. Největší počet záchytů byl v r. 2013 zaznamenán na trase z Nizozemska, šlo o 50 záchytů této drogy v celkovém množství 274 g. Ve všech případech šlo o záchyty o hmotnosti do 25 g. Na pašování a distribuci kokainu se stejně jako v předchozím roce podílely osoby pocházející ze západoafrických států, zejména z Nigérie, ale také skupiny ze zemí západního Balkánu, jako je Srbsko, Chorvatsko, Bosna a Hercegovina (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2014b).

Heroin se do ČR dováží v menších zásilkách o hmotnosti do 10 kg. ČR je cílovou destinací i tranzitní zemí. Na pašování a distribuci heroínu se podílely skupiny etnických Albánců, zejména z Kosova a Makedonie, ale také osoby původem z Turecka. Podle NPC bývá heroin často převážen v kamionech s textilním zbožím. Pokud jde o obchod s heroinem, nově se na území ČR etablovaly

¹⁴² Jedná se 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.

makedonské organizované skupiny, ty se ve spolupráci se skupinami osob z Bulharska a Vietnamu zapojily také do distribuce marihuany a pervitinu (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2014b). 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, nebo je uživatelé získávají jako použité z nezajištěného odpadu. Poptávka po jiných látkách opiátového typu je velmi pravděpodobně stimulována nedostatkem a nízkou kvalitou heroinu na konci distribučního řetězce.

10.1.2 Odhad drogových trhů

Odhady drogových trhů vycházejí z dat o průměrné spotřebě drog a míře užívání drog v posledních 12 měsících z populačních průzkumů, z každoročních odhadů problémového užívání drog, z údajů o průměrných dávkách drog a dále z informací o záchytech drog v ČR, na vývozu a dovozu. Průměrná spotřeba v kategoriích uživatelů konopných drog (výjimečně užívající, příležitostní, pravidelní, intenzivní uživatelé) byla doplněna o výsledky evropského výzkumného projektu (Trimbos Institute, 2013).

Podle předběžných odhadů se v ČR v r. 2013 vyrobilo 18,3 t konopných drog, 3,4 t byly dovezeny a 0,3 t bylo vyvezeno. Pervitinu bylo v ČR vyrobeno přibližně 6,5 t, z toho bylo 0,5 t vyvezeno. Heroinu bylo dovezeno 0,2 t, a toto množství bylo ještě téměř 4krát naředěno, než se dostalo ke konečnému uživateli. Ředění drog místními dealery je považováno za tuzemskou produkci a je do ní zařazeno. Podobně u kokainu, kterého bylo dovezeno asi 0,5 t, avšak byl naředěn na celkové spotřebované množství 0,8 t. Extáze a LSD jsou dovážené nelegální drogy, které se v dovezeném množství spotřebují – tabulka 10-1.

Spotřebováno v r. 2013 bylo 21,4 t konopných drog, 6,0 t pervitinu, 0,8 tuny heroinu, 0,8 t kokainu, přibližně 1 mil. kusů tablet extáze a asi 100 tis. dávek LSD. Z toho problémoví uživatelé spotřebovali 5,7 t pervitinu (95 %) a prakticky všechen heroin. V posledních letech v souladu s vývojem dat o výskytu užívání v populaci a o prevalenci problémového užívání drog klesá spotřeba konopných látek, extáze a heroinu a roste spotřeba pervitinu a kokainu – tabulka 10-2.

tabulka 10-1: Odhad drogového trhu v ČR v r. 2013

Ukazatel	Konopné drogy (t)	Pervitin (t)	Heroin (t)	Kokain (t)	Extáze (mil. tbl)	LSD (mil. dávek)
Domácí produkce	18,3	6,5	0,6	0,3	0,0	0,0
➤ pro vlastní spotřebu	10,6	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0
➤ pro domácí trh	7,4	3,8	0,6	0,3	0,0	0,0
➤ pro vývoz	0,3	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Dovoz	3,4	0,0	0,2	0,5	1,1	0,1
Spotřeba	21,4	6,0	0,8	0,8	1,1	0,1

Pozn.: Odhad počítá s rozdílnými koncentracemi účinných látek v drogách v různých fázích trhu, resp. s ředěním drog.

Zdroj: Vopravil (2014)

tabulka 10-2: Vývoj spotřeby vybraných drog v ČR v letech 2003–2013

Droga	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Konopné drogy (t)	24,8	26,5	27,5	28,4	29,4	27,5	26,3	25,1	23,8	22,6	21,4
Pervitin (t)	3,6	3,8	3,9	4,0	4,2	4,3	4,6	5,0	5,3	5,7	6,0
Heroin (t)	2,2	2,0	1,8	1,7	1,5	1,3	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8
Kokain (t)	0,0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8
Extáze (mil. ks)	4,8	6,3	7,3	6,2	5,2	3,6	3,1	2,6	2,1	1,6	1,1
LSD (mil. ks)	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1

Zdroj: Vopravil (2014)

10.1.3 Trh s konopnými drogami

Respondenti Národního výzkumu užívání návykových látek 2012, kteří uvedli, že užili konopné látky v posledních 12 měsících, byli ve speciálním modulu otázek dotazováni na další aspekty konopných trhů v ČR. Na otázky v tomto modulu odpovídalo tedy více než 190 respondentů. Současně je možné srovnání s r. 2008, kdy byly obdobné otázky zařazeny do Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu (Mravčík et al., 2009, Běláčková et al., 2012, Běláčková, 2014).

10.1.3.1 Místa prodeje konopných drog

Téměř polovina všech respondentů v r. 2012 označila získání konopných drog za celkem obtížné až nemožné (40 %), 29,9 % naopak za velmi snadné. To je rozdíl oproti r. 2008, kdy byly konopné drogy považovány za obtížně dosažitelné více než polovinou respondentů. V tom smyslu došlo ke zvýšení subjektivně vnímané dostupnosti konopných drog.

Pro osoby, které konopí v posledním roce užily, byla nejčastějším místem získání konopné drogy soukromá akce nebo domácí prostředí (36 %), z toho 12 % transakcí se uskutečnilo u prodejce doma. Druhým nejčastějším místem jeho získání byl bar, restaurace nebo klub, kde si naposledy opatřilo konopnou drogu 35 % respondentů, podobně jako v r. 2008. V tomto ohledu se konopný trh od r. 2008, kdy byly nejčastějším místem získání konopí bar nebo restaurace (36 %), změnil ve prospěch mírné převahy uzavřenějšího, domácího prostředí. Třetím nejčastějším místem získání konopné drogy bylo veřejné prostranství (24 %). Jen minimum respondentů naposledy získalo marihuanu ve škole nebo na pracovišti (3 %).

10.1.3.2 Způsoby získávání konopných drog

Většina respondentů (86 %, oproti 72 % v r. 2008) uvedla, že konopnou drogu naposledy získala zdarma nebo sdílením, kde vyšší podíl připadá na sdílení (67 %). Jen 7 % respondentů naposledy konopnou drogu koupilo a 6 % uvedlo jako zdroj konopné drogy vlastní pěstování. V r. 2008 přitom nákup konopí uvedlo jako poslední způsob získání 17 % respondentů. Tyto údaje naznačují, že došlo ke snížení podílu komerčního černého trhu.

Převládajícím vztahem mezi uživatelem a osobou, od které uživatel konopnou drogu naposledy získal, byl ze 71 % vztah kamarádský (nárůst oproti 61 % v r. 2008), příbuzenský nebo partnerský. Od známého získalo konopnou drogu 17 % respondentů a od prodejce nebo neznámé osoby přibližně 5 % respondentů. V průměru 68 % uživatelů konopnou drogu, kterou naposledy obdrželi či vypěstovali, někomu darovalo nebo ji sdílelo s ostatními.

10.1.3.3 Maloobchodní a velkoobchodní ceny a množství a makroekonomické souvislosti

V r. 2012 více než dvě třetiny (67 %) respondentů, kteří marihuanu naposledy koupili, zaplatili za 1 g méně než 200 Kč. Nejčastější uváděná cena v přepočtu za 1 gram byla méně než 50 Kč (38 % respondentů), další nejčastější cena byla 200–249 Kč za 1 gram (29 % respondentů). Outdoor marihuana byla pořízena průměrně za 60 Kč (medián 25 Kč), indoor marihuana průměrně za 180 Kč

(medián 166 Kč) za 1 g, tedy o něco více než v r. 2008, kdy byla průměrná cena, za kterou respondenti nakoupili indoor konopí, 164 Kč.

Téměř polovina respondentů (46 %, podobně jako v r. 2008) naposledy získala množství konopí 1 g a menší. Stejný podíl respondentů uvedl nákup 3 a více gramů, přičemž 10 a více gramů si při posledním nákupu obstaralo 21 % respondentů, kteří užili marihuanu v posledním roce.

10.1.3.4 Původ konopných drog na tuzemském trhu

V r. 2012 představovala největší podíl konopných drog v ČR outdoor vypěstovaná marihuana, kterou naposledy užilo 39 % respondentů. Indoor vypěstovanou marihuanu naposledy užilo 25 % respondentů, včetně těch, kteří si indoor marihuanu sami vypěstovali. To je významný posun od r. 2008, kdy převládalo užití i pořízení indoor vypěstované marihuany. Hašiš nadále představuje jen malý podíl naposledy získané marihuany (3 %). Třetina respondentů (o 3 procentní body méně než v r. 2008) nevěděla, jaký druh marihuany naposledy získala.

Většina (78 %) uživatelů konopných drog označila v r. 2012 ČR jako zemi původu naposledy získané konopné drogy, následovalo zahraničí (4 %). Pětina respondentů nedokázala určit, odkud konopná droga pocházela. V tom se situace od r. 2008, kdy o původu konopí, které užili, nemělo povědomí 34 % respondentů, změnila.

10.1.4 Nové psychoaktivní látky na českém trhu

Nové psychoaktivní látky se na české drogové scéně vyskytují ve zvýšené míře přibližně od r. 2010. Jedná se o syntetické a rostlinné substance s různým účinkem, nejčastěji se stimulačním či halucinogenním. Jsou nabízeny pod různými komerčními názvy, v případě syntetických látek přímo pod jejich chemickým názvem nebo určitou zkratkou, která vychází z chemického názvu látky¹⁴³. Nové syntetické drogy se do ČR dovážejí zejména z Číny a Indie. Při dovozu bývají deklarovány jako jiný druh zboží nebo uváděny pod jiným chemickým názvem. Jedná se o látky různých chemických skupin. V rámci Systému včasného varování před novými drogami koordinovaného NMS bylo v r. 2013 v ČR hlášeno celkem 48 nových syntetických látek, z toho 12 látek bylo v ČR zaznamenáno vůbec poprvé a v případě 3 látek se jednalo o první výskyt v zemích EU. Nejčastěji šlo o katinony, kanabinoidy a fenetylamin. Mezi látky s největším zachyceným množstvím patřily kanabinoid JWH-203 (8,5 kg) a ketamin (8 kg), látka která patří mezi arylcyklohexaminy. Pokud jde o nové čisté rostlinné substance, v r. 2013 nebyl v ČR zaznamenán žádný výskyt (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014d).

Nové psychoaktivní látky byly prodávány zejména prostřednictvím internetových obchodů. Kamenné obchody, jejichž rozmach byl zaznamenán v období od konce r. 2010 do dubna 2011, po novele zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, v podstatě ukončily svoji činnost.

V únoru 2013 byl NMS realizován pravidelný průzkum nabídky nových psychoaktivních látek na internetu. Předmětem průzkumu byly internetové obchody se stránkami v českém jazyce, které nabízely syntetické či rostlinné látky či produkty s psychoaktivním účinkem. Celkem bylo identifikováno 19 internetových obchodů, z toho 4 se specializovaly výhradně na syntetické látky. V nabídce se nejčastěji objevovaly katinony a kanabinoidy. Nabídka internetových obchodů se do určité míry překrývala, celkem 6 látek nabízely současně 3 internetové obchody. Počet internetových obchodů specializovaných na syntetické drogy se v porovnání s předchozím rokem sice snížil (11 v r. 2012 a 4 v r. 2013), nabídka látek se však značně rozšířila. Zatímco v r. 2012 bylo možno v 19 internetových obchodech koupit 12 různých syntetických látek, v r. 2013 jich stejný počet obchodů nabízel 42 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013). Další vlnu studie realizovalo NMS v srpnu 2014. Nové psychoaktivní látky byly nabízeny ve

¹⁴³ Rostlinné látky jsou prodávány ve formě extraktu, drti, sušiny nebo směsi. Syntetické látky jsou cíleně vybírány tak, aby nepodléhaly mezinárodnímu systému kontroly, případně národnímu systému kontroly cílové země.

26 internetových obchodech, z toho 5 obchodů se specializovalo pouze na syntetické látky. Nabídka syntetických látek se oproti předchozímu roku opět rozšířila, a to na 64 látek. Stejně jako v předchozím roce tvořily největší podíl katinony a kanabinoidy. Překryv nabídky obchodů se v porovnání s r. 2013 zvětšil, 1 látku nabízely současně 4 obchody a dalších 8 látek se objevilo v nabídce 3 obchodů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014e).

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 represivními orgány. Hlavní zdroj informací představují data NPC a CPJ (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2014a, Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2014b, Celní protidrogová jednotka, 2014).

Počet záchytů a zajištěné množství jednotlivých drog za období 2007–2013 uvádí tabulka 10-4. Stejně jako v předchozích letech byla nejčastěji zadrženou drogou marihuana. Za r. 2013 evidují Policie ČR a Celní správa ČR 875 záchytů této drogy v celkovém množství 735,4 kg, což je o 172 kg více než v předchozím roce. Hmotnost největšího záchytu marihuany byla 66,2 kg. Od r. 2009 roste počet záchytů i zadržené množství. Rostliny konopí byly v r. 2013 zajištěny v 361 případech. Celkem šlo o 73,6 tis. rostlin. V porovnání s předchozím rokem vykázaly represivní orgány vyšší počet záchytů rostlin konopí, počet zabavených rostlin je však celkově nižší. Počet záchytů hašišu se oproti předchozímu roku nepatrně zvýšil, zachycené množství však bylo mnohonásobně nižší (1,3 kg v r. 2013 a 20,5 kg v r. 2012). Hmotnost největšího záchytu hašišu byla 834,1 g.

Druhou nejčastěji zadrženou drogou byl pervitin. Za r. 2013 je evidováno 464 záchytů v množství 69,1 kg. Celkové množství zadrženého pervitinu se ve srovnání s r. 2012 zvýšilo více než dvojnásobně (31,9 kg v r. 2012). Jedná se o dosud vůbec nejvyšší roční zachycené množství této látky. Hmotnost největšího záchytu byla 18,3 kg. Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu jsou léky s obsahem pseudoefedrinu pašované ze zahraničí, nejčastěji z Polska. Mezi nejčastěji zachycené patřil 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. 2013 celkem 223 382 tablet různých léků s obsahem pseudoefedrinu, což představuje přibližně stejné množství jako v předchozím roce. Největším záchytem byl záchyt 105 160 tablet. Pokud jde o efedrin, tradiční prekurzor pro výrobu pervitinu v ČR, represivní orgány zachytily v r. 2013 minimální množství této látky ve srovnání s předchozím rokem. Záchyty jednotlivých léků s obsahem pseudoefedrinu za období posledních 5 let shrnuje tabulka 10-3.

tabulka 10-3: Množství zachycených léků s obsahem pseudoefedrinu v letech 2009–2013

Název léku	2009	2010	2011	2012	2013
Acatar® (tbl.)	3 508	26 924	240	168	72
Apselan® (tbl.)	-	-	-	160	1 647
Cirrus® (tbl.)	6	68	17 551	24 788	158 842
Claritine Active® (tbl.)	-	-	-	20 981	36 221
Efedrin (g)	6 023	8 152	2 317	2 167	23
Efedrin (tbl.)	-	15 000	4 070	0	0
Gripex, Gripex Max® (tbl.)	-	-	-	-	170
Ibuprofen® (tbl.)	80	0	0	0	0
Ibuprom® (tbl.)	22 080	551	1 474	0	1 499
Modafen® (tbl.)	840	3 356	2 762	2 208	1 095
Neoafirin® (tbl.)	-	-	2 120	2 492	0
Nurofen Stop Grip® (tbl.)	876	0	14 892	228	2 760
Panadol Plus Grip® (tbl.)	1 224	0	0	0	0
Paralen Plus®	1 440	144	0	0	0
Pseudoefedrin (g)	-	2 179	2 880	2 307	63 739
Pseudoefedrin (tbl.)	-	-	40	0	0
Reactine® duo (tbl.)	-	-	10 940	0	0
Rhinafen® (tbl.)	-	-	960	0	0
Rhinoprone® (tbl.)	-	-	540	588	24
Sudafed® (tbl.)	12 231	278 133	403 105	169 348	21 052
Zyrtec® (tbl.)	-	-	28 140	0	0

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2014b)

Počet záchytů kokainu a jeho zadržené množství bylo výrazně vyšší než v předchozím roce. Za r. 2013 je evidováno 106 případů v celkovém množství 35,8 kg, což představuje největší zajištěné množství od r. 2007. Hmotnost největšího záchytu kokainu byla 32,1 kg. Kokain byl v tomto případě pašován do ČR letecky v cestovním zavazadle na trase z Dominikánské republiky.

U heroinu bylo v porovnání s r. 2012 zaznamenáno snížení počtu záchytů i zadrženého množství, a to ze 41 záchytů v množství 7,6 kg na 38 záchytů v množství 5,1 kg v r. 2013. Hmotnost největšího záchytu heroinu byla 2,5 kg.

Počet záchytů extáze se zvýšil z 12 případů v r. 2012 na 114 v r. 2013. Vedle počtu záchytů vzrostlo také zadržené množství této drogy. Zatímco v r. 2012 zajistily represivní orgány 1782 tablet extáze, v r. 2013 se jednalo o 5061 tablet. Největším záchytem bylo 987 tablet. Nárůst počtu záchytů a zajištěného množství drogy byl zaznamenán také v případě LSD. Za r. 2013 je evidováno 11 záchytů v počtu 471 dávek, zatímco v r. 2012 se jednalo o 3 záchyty v celkovém počtu 44 dávek. Největším záchytem bylo 160 dávek LSD.

tabulka 10-4: Počet záchytů a zajištěné množství jednotlivých drog v letech 2007–2013

Rok		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

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2014a)

10.3 Dostupnost drog

10.3.1 Subjektivně vnímaná dostupnost

Z výzkumu Eurobarometr 2014 mezi mladými dospělými ve věku 15–24 let (viz také kapitolu Eurobarometr 2014 – Mladí lidé a drogy, str. 38) vyplynulo, že mladí lidé v ČR oproti svým vrstevníkům z ostatních evropských zemí uvádějí relativně snadnou dostupnost alkoholu, tabáku a konopných drog (69 % dotázaných v ČR uvedlo, že je pro ně celkem snadné si obstarat marihuanu nebo hašiš oproti 58 % dotázaných celkem ve 28 zemích EU), ale oproti ostatním zemím považují za více obtížné obstarat si heroin (za snadno dostupný ho považuje jen 8 % dotázaných, resp. 13 % v EU), kokain nebo nové psychoaktivní látky (11 % v ČR, resp. 25 % v EU) (European Commission, 2014).

Subjektivně vnímanou dostupnost nelegálních drog zjišťoval v rámci své bakalářské práce Papáček (2013). Výběrový soubor dotazníkového šetření tvořili studenti 4 středních odborných škol zahradnických oborů (Litomyšl, Praha 9, Liberec a Kopidlno). Průzkumu se zúčastnilo celkem 330 studentů. Sběr dat probíhal v prvním pololetí 2013. Celkem snadno nebo velmi snadno by si dokázalo obstarat konopné látky 41 % respondentů. Naopak 49 % respondentů uvedlo, že obstarat konopné látky by pro ně bylo nemožné či velmi obtížné, a 13 % nedokázalo dostupnost konopných látek posoudit. Extázi nebo pervitin by si velmi snadno nebo celkem snadno dokázalo sehnat 23 % respondentů, těkavé látky 21 % a léky na uklidnění bez předpisu 12 % respondentů. Pořízení pervitinu hodnotilo jako nemožné či velmi obtížné celkem 49 % respondentů, v případě léků na uklidnění bez receptu to bylo 63 %, u extáze 41 % a těkavých látek 45 % respondentů. Dostupnost jiných nelegálních látek nebyla zjišťována.

Informace o dostupnosti konopných látek a jejím vývoji poskytuje také kapitola Trh s konopnými drogami (str. 165).

10.3.2 Ceny a čistota drog

Zdrojem informací o cenách drog jsou případy trestných činů vyšetřované Policií ČR, k dispozici jsou však pouze u omezeného počtu případů s ohledem na charakter trestné činnosti. Informace o čistotě drog poskytují prostřednictvím NPC odbory kriminalisticko-technických expertíz krajských ředitelství Policie ČR (OKTE) a Kriminalistický ústav Praha. Data o čistotě drog mají poměrně omezenou vypovídací hodnotu, která je daná počtem analyzovaných vzorků. Při vyhodnocování čistoty navíc nejsou rozlišovány vzorky ze záchytů většího objemu s vyšší koncentrací účinné látky a vzorky z pouličního prodeje, jejichž čistota je často výrazně nižší. Bez rozlišení úrovně obchodního řetězce je však jakákoliv interpretace vývoje jak cen drog, tak jejich čistoty velmi obtížná. Přehled průměrné čistoty drog a jejich průměrné a nejčastěji udávané ceny uvádí – tabulka 10-5 a tabulka 10-6.

Vzorky marihuany analyzované v r. 2013 obsahovaly v porovnání s výsledky analýz v předchozím roce vyšší podíl THC. Celkem bylo zkoumáno 478 vzorků (tj. 55 % záchytů marihuany). Nejnižší podíl THC činil 0,03 %, nejvyšší 29,9 %. Cena byla známa v 359 případech. Nejnižší zjištěná cena za 1 gram marihuany byla 50 Kč, nejvyšší 500 Kč.

Počet zkoumaných vzorků heroinu byl v r. 2013 výrazně nižší než v loňském roce. Zatímco v r. 2012 bylo analyzováno 40 vzorků, v r. 2013 to bylo pouze 14 vzorků (tj. 37 % záchytů heroinu). Nejnižší podíl účinné látky byl 5,5 %, nejvyšší 75,6 %. Cena byla známa u 29 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 gram heroinu byla 700 Kč, nejvyšší 2000 Kč.

V případě pervitinu bylo analyzováno 241 vzorků (52 % záchytů pervitinu). Nejnižší podíl účinné látky činil 16,3 %, nejvyšší 84,0 %. Cena byla známa u 659 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 gram pervitinu byla 450 Kč, nejvyšší 5000 Kč.

Čistota kokainu byla zkoumána u 34 vzorků (tj. 32 % záchytů kokainu). Nejnižší podíl účinné látky činil 9,1 %, nejvyšší 80,0 %. Cena byla známa u 6 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 gram kokainu byla 100 Kč, nejvyšší 2000 Kč.

Extáze byla zkoumána ve 32 případech (tj. 28 % záchytů extáze). Nejnižší podíl účinné látky činil 9,0 %, nejvyšší 81,0 %. Cena byla známa u 17 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 tabletu byla 70 Kč, nejvyšší 500 Kč.

tabulka 10-5: Průměrná čistota drog v letech 2007–2013, v % čisté 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

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.

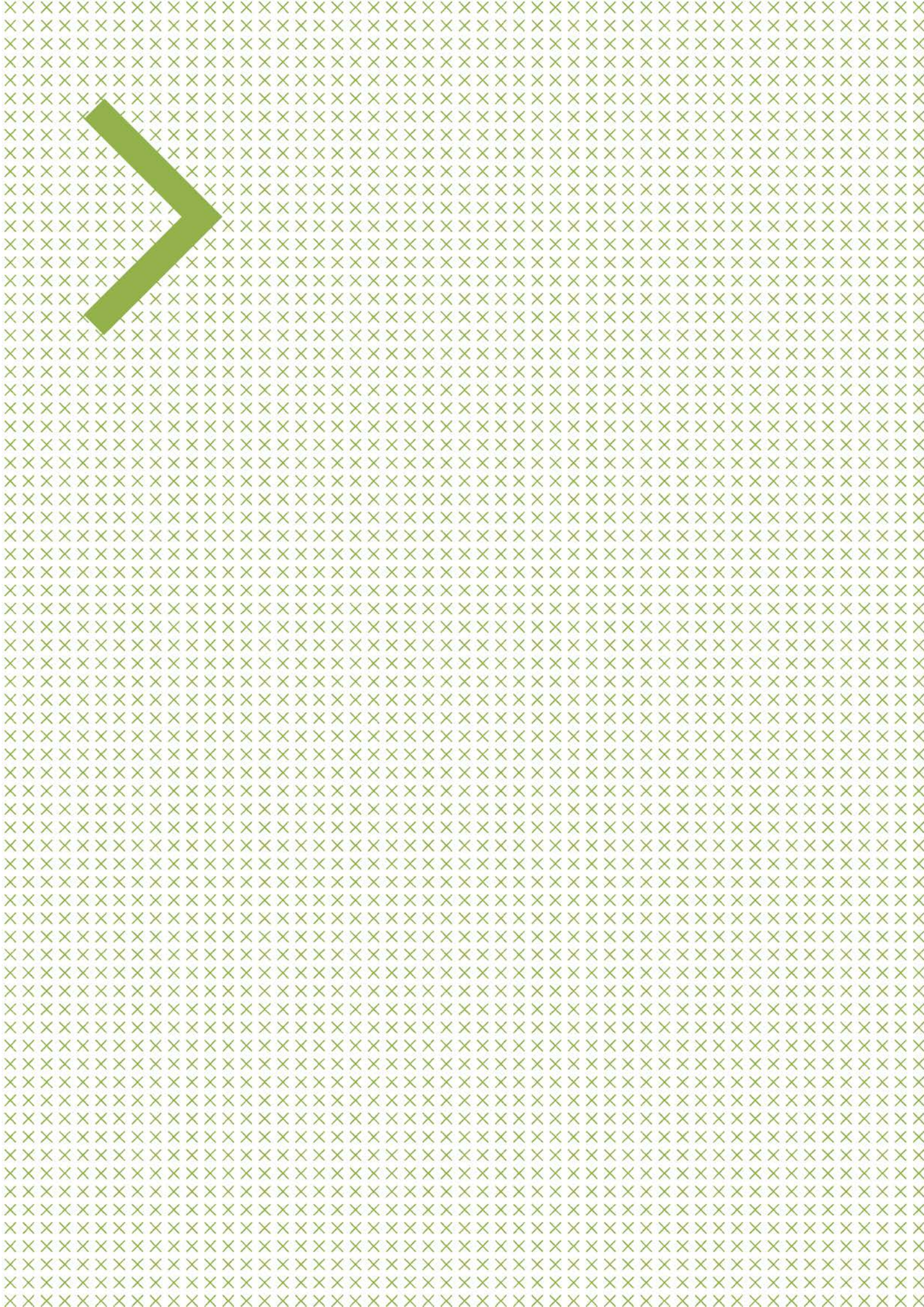
Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2014a)

tabulka 10-6: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v letech 2007–2013, v Kč

Rok	Marihuana (g)		Hašíš (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

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2014a)



Přílohy

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Seznam tabulek

tabulka 1-1: Přehled výborů a pracovních skupin RVKPP v r. 2013	20
tabulka 1-2: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle rezortů v letech 2004–2013, v tis. Kč	23
tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v letech 2005–2013, v tis. Kč	25
tabulka 1-4: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v r. 2013 podle kategorií služeb, v tis. Kč	26
tabulka 1-5: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v letech 2009–2013, v tis. Kč	27
tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2013 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace, v tis. Kč	29
tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2013 podle kategorií služeb, v tis. Kč	30
tabulka 1-8: Odhad nákladů zdravotních pojišťoven na dg. F10 a dg. F11–F19 podle druhu péče v letech 2007–2012, v tis. Kč	31
tabulka 2-1: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2013, v %	35
tabulka 2-2: Užívání návykových látek mezi žáky základních škol ve věku 14–15 let, v %	41
tabulka 2-3: Hodnocení rizik užívání návykových látek mezi žáky základních škol ve věku 14–15 let (% odpovědí „žádné“ nebo „malé“ riziko)	41
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v letech 2002–2013	59
tabulka 4-2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2013 podle krajů – střední hodnoty	60
tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v letech 2005–2013 podle krajů, střední hodnoty v absolutních počtech	61
tabulka 4-4: Distribuce kódů podle počtu programů, ve kterých jsou evidovány	61
tabulka 4-5: Odhad počtu PUD v Praze v r. 2013 z dat nízkoprahových programů před a po korekci na nekódované klienty	62
tabulka 4-6: Srovnání odhadu počtu PUD v Praze v r. 2013 metodou zpětného zachytu (CRM) a multiplikační metodou (MM)	62
tabulka 4-7: Vývoj odhadovaného počtu PUD v Praze v r. 2011 a 2013 z dat nízkoprahových programů	62
tabulka 4-8: Výsledky škály CAST a výskyt rizikového užívání marihuany (v % těch, kteří užili konopí v posledních 12 měsících, a v % populace celkem)	63
tabulka 4-9: Intenzivní a rizikové užívání drog a problémové hráčství v populaci ČR ve věku 15–64 let	65

tabulka 4-10: Celoživotní prevalence (LTP) a prevalence v posledním roce (LYP) injekčního užití vybraných drog	67
tabulka 4-11: Počet a podíl respondentů tvrdících, že vybrané drogy měly svůj původ v lécích (tabletech nebo náplastí u fentanylu) – z těch, kteří někdy v životě užívali vybrané drogy, %.....	67
tabulka 4-12: Zdroj léků, které byly zneužity jako droga nebo pro výrobu drogy.....	68
tabulka 4-13: Dokázal/a byste bez cizí pomoci „uvařit“ danou drogu?.....	68
tabulka 5-1: Síť programů ambulantní adiktologické péče v r. 2013.....	76
tabulka 5-2: Počet klientů (uživatelů návykových látek) v ambulantních adiktologických programech v r. 2013.....	77
tabulka 5-3: Síť adiktologických lůžkových léčebných zařízení v r. 2013.....	78
tabulka 5-4: Terapeutické komunity (TK) pro závislé v ČR v r. 2014	79
tabulka 5-5: Počet klientů (uživatelů návykových látek) v lůžkových léčebných zařízeních v r. 2013.....	79
tabulka 5-6: Odhad celkového počtu adiktologických klientů v kontaktu se službami za r. 2013 podle užívaných drog / typu závislostní poruchy.....	80
tabulka 5-7: Dostupnost vybraných intervencí v ambulantních a pobytových léčebných zařízeních ve Sčítání adiktologických služeb 2012, v % programů, které danou intervenci nabízely	85
tabulka 5-8: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v letech 1999–2013	87
tabulka 5-9: Obsah revidovaných standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb v r. 2013	88
tabulka 5-10: Přehled certifikovaných programů podle typu v letech 2011–2014	89
tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2013 podle způsobu přenosu	98
tabulka 6-2: Počet nízkoprahových programů v monitoringu testování infekcí v r. 2013	102
tabulka 6-3: Výsledky testování uživatelů drog na infekční nemoci v nízkoprahových programech v r. 2013.....	102
tabulka 6-4: Výsledky testování uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2013	103
tabulka 6-5: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHA, VHB a VHC v registru žádostí o léčbu v letech 2003–2013.....	103
tabulka 6-6: Výsledky testování HIV, VHB a VHC u pacientů v substituční léčbě v r. 2013	104
tabulka 6-7: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2013	105
tabulka 6-8: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v letech 2002–2013	107
tabulka 6-9: Somatické komplikace IUD – počet intervencí podle druhu za posledních 30 dní	111
tabulka 6-10: Nefatální intoxikace drogami v ČR v letech 2004–2013 evidované hygienickou službou	112
tabulka 6-11: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v letech 2002–2013	113
tabulka 6-12: Vývoj počtu hospitalizací a úmrtí na intoxikaci metanolem v ČR v letech 2002–2013	113
tabulka 6-13: Vývoj počtu úrazů ošetřených na chirurgických odděleních celkem a pod vlivem alkoholu a drog v letech 2001–2013	114

tabulka 6-14: Vývoj počtu hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v letech 2002–2013	114
tabulka 6-15: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v letech 2008–2012	116
tabulka 6-16: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v letech 2003–2013 – vliv alkoholu a jiných drog	117
tabulka 6-17: Pozitivní nálezy omamných a psychotropních látek (OPL) a alkoholu (etanolu) u řidičů v letech 2007–2014	117
tabulka 6-18: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2012 ve speciálním registru podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví	119
tabulka 6-19: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2012 podle vybraných skupin drog a příčin smrti	120
tabulka 6-20: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2013 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví	121
tabulka 6-21: Smrtelná předávkování drogami v ČR podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v letech 1994–2013	122
tabulka 6-22: Úmrtnost pacientů v registru substituční léčby v letech 2000–2013	124
tabulka 7-1: Uživatelé návykových látek v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR v letech 2006–2013	129
tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových programů v letech 2006–2013, v tis.	129
tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových programů v r. 2013 podle krajů	129
tabulka 7-4: Výměnné programy v ČR v letech 1998–2013	130
tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v letech 2005–2013 podle krajů, v tis.	131
tabulka 7-6: Distribuce želatinových kapslí v nízkoprahových programech v ČR v letech 2008–2013	132
tabulka 7-7: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových programů v letech 2003–2013	132
tabulka 7-8: Podíl klientů – IUD žádajících o léčbu v letech 2004–2013, kteří byli v minulosti vyšetřeni na VHB, VHC a HIV, v %	133
tabulka 8-1: Programy následné péče dotované RVKPP v letech 2007–2013	140
tabulka 8-2: Programy nestrukturované následné péče dotované RVKPP v letech 2007–2013	141
tabulka 8-3: Programy strukturované následné péče dotované RVKPP v letech 2007–2013	141
tabulka 9-1: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy v letech 2002–2013	144
tabulka 9-2: Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle jednotlivých trestných činů v r. 2013	145
tabulka 9-3: Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu drogové trestné činnosti v r. 2013	145
tabulka 9-4: Počet stíhaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a drogových trestných činů v r. 2013	146
tabulka 9-5: Počet obžalovaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a drogových trestných činů v r. 2013	147

tabulka 9-6: Vývoj počtu drogových trestných činů (DTČ) a jejich podílu na zjištěných trestných činech v letech 2002–2013.....	147
tabulka 9-7: Zjištěné drogové trestné činy a osoby stíhané pro DTČ v r. 2013 podle krajů.....	148
tabulka 9-8: Uložené sankce za drogové trestné činy v r. 2013 podle drogových trestných činů....	149
tabulka 9-9: Drogové přestupky projednané v r. 2013 v rozdělení podle paragrafů, věku pachatele a krajů.....	152
tabulka 9-10: Počet trestných činů (TČ) spáchaných pod vlivem alkoholu a dalších drog v letech 2003–2013.....	153
tabulka 9-11: Odhad vybraných trestných činů (TČ) spáchaných uživateli drog (UD) v r. 2013.....	153
tabulka 9-12: Počet osob vězněných za drogové trestné činy a trestné činy v souvislosti s užíváním návykových látek k 31. prosinci daného roku	155
tabulka 9-13: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení v letech 2006–2013.....	157
tabulka 9-14: Počet osob v substituční léčbě a průměrná délka léčby (v měsících) v jednotlivých věznicích v letech 2010–2013	157
tabulka 9-15: NNO poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet předvedených osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody v r. 2013	158
tabulka 10-1: Odhad drogového trhu v ČR v r. 2013.....	164
tabulka 10-2: Vývoj spotřeby vybraných drog v ČR v letech 2003–2013.....	165
tabulka 10-3: Množství zachycených léků s obsahem pseudoefedrinu v letech 2009–2013.....	168
tabulka 10-4: Počet záchyťů a zajištěné množství jednotlivých drog v letech 2007–2013	169
tabulka 10-5: Průměrná čistota drog v letech 2007–2013, v % čisté látky	170
tabulka 10-6: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v letech 2007–2013, v Kč.....	171

Seznam grafů

graf 2-1: Prevalence užití konopných látek v životě a v posledních 12 měsících podle pětiletých věkových skupin – srovnání studií z let 2012 a 2013, v %.....	36
graf 2-2: Srovnání prevalence užívání konopných látek a extáze v obecné populaci (15–64 let) v posledních 12 měsících v letech 2008–2013, v %	37
graf 2-3: Hodnocení rizik spojených s jednorázovým a opakovaným užíváním vybraných nelegálních drog (% respondentů, kteří uvedli „žádné“ nebo „malé“ riziko) – srovnání ČR a evropského průměru	38
graf 2-4: Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog – srovnání žáků základních a studentů středních škol ze studie ESPAD 2011, v %.....	40
graf 2-5: Hodnocení rizik užívání návykových látek mezi žáky základních škol ve věku 14–15 let, v %	42
graf 4-1: Střední hodnoty a 95% intervaly spolehlivosti prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v letech 2002–2013	59
graf 4-2: Frekvence výsledného CAST skóre v jednotlivých podskupinách uživatelů konopných látek, v %.....	64

graf 5-1: Struktura žádostí o léčbu podle základní drogy v r. 2013	81
graf 5-2: Struktura pacientů v ambulantní psychiatrické péči podle skupin drog v r. 2013	82
graf 5-3: Struktura pacientů v ambulantní psychiatrické péči podle jednotlivých látek ve skupinách drog v r. 2013	83
graf 5-4: Struktura pacientů hospitalizovaných pro detoxifikace od návykových látek podle drogy v r. 2013	84
graf 5-5: Struktura pacientů v lůžkové psychiatrické péči podle drogy v r. 2013	84
graf 5-6: Množství buprenorfinu distribuované v přípravcích obsahujících pouze buprenorfin a v kompozitních přípravcích s obsahem naloxonu v letech 2008–2013, v gramech	87
graf 5-7: Vývoj počtu provozovatelů v registru žádostí o léčbu podle základní drogy v letech 2003–2013	90
graf 5-8: Vývoj počtu všech klientů v registru žádostí o léčbu podle základní drogy v letech 2003–2013	90
graf 5-9: Vývoj počtu uživatelů opiátů/opioidů mezi všemi klienty v registru žádostí o léčbu v letech 2003–2013	91
graf 5-10: Vývoj průměrného věku žadatelů o léčbu podle základní drogy v letech 2004–2013	91
graf 5-11: Vývoj počtu léčených klientů v substituční léčbě v letech 2002–2013	91
graf 5-12: Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantní psychiatrické léčbě v letech 2002–2013	92
graf 5-13: Vývoj počtu hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v letech 2002–2013	92
graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v letech 1996–2013	98
graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v letech 1996–2013	99
graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u kterých byla hlášena VHB a VHC v letech 1997–2013	99
graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v letech 1996–2013	100
graf 6-5: Hlášená incidence syfilis celkem, u injekčních uživatelů drog a alkoholiků v ČR v letech 2000–2013	100
graf 6-6: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a dalších drog v ČR v letech 1997–2013	101
graf 6-7: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v letech 1997–2013	101
graf 6-8: Vývoj séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v letech 2010–2013, v %	104
graf 6-9: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězněných injekčních uživatelů drog v letech 2010–2013, v %	105
graf 6-10: Vývoj podílu IUD mezi žadateli o léčbu se základní drogou heroin, pervitin a buprenorfin v letech 2002–2013, v %	106
graf 6-11: Vývoj podílu injekční aplikace u uživatelů heroinu, pervitinu a polyvalentních uživatelů léčených v psychiatrických ambulancích v letech 1997–2013, v %	106
graf 6-12: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v letech 2001–2012	119

graf 6-13: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v letech 2004–2012	120
graf 6-14: Struktura smrtelných předávkování alkoholem v ČR v obecném registru úmrtí v letech 1994–2013	122
graf 6-15: Srovnání trendů výskytu smrtelných předávkování drogami extrahovaných z obecného (GMR) a speciálního registru mortality (SMR) v letech 1998–2012	123
graf 6-16: Počet pitev provedených na soudnělékařských odděleních v letech 2002–2013	123
graf 9-1: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL, jedy a předměty k jejich výrobě v letech 2003–2013 podle drog	146
graf 9-2: Počet zjištěných drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v letech 2003–2013	148
graf 9-3: Vývoj počtu osob odsouzených za DTČ a skladba sankcí uložených v letech 2004–2013	150
graf 9-4: Vývoj počtu uložených ochranných léčení v letech 2004–2013	151
graf 9-5: Vývoj počtu objasněných trestných činů a podílu trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek v letech 2003–2013	152
graf 10-1: Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR v letech 2008–2013, v kusech balení	163

Seznam obrázků

obrázek 3-1: Konopný bigboard projektu koncimshulenim.cz sdružení SANANIM	52
obrázek 3-2: Inzerce v rámci celonárodní vzdělávací kampaně legálních výrobců a prodejců tabákových výrobků	53

Seznam map

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2013, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let	25
mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2013 podle drog a krajů – střední hodnoty	60
mapa 5-1: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2013 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let	81
mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2013 na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let	131
mapa 9-1: Drogové trestné činy v r. 2013 v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů	149

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.drogovaluzby.cz>

Benzodiazepinová poradna (provozuje SANANIM, z.ú.):

<http://www.benzo.cz>

Celní správa České republiky:

<http://www.cs.mfcr.cz>

Centrum pro výzkum veřejného mínění – Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.:

<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, z.ú.):

<http://www.drogy.net>

Drogová poradna (provozuje SANANIM, z.ú.):

<http://www.drogovaporadna.cz>

EXTC – webová poradna a prevence zneužívání syntetických drog (provozuje Společnost Podané ruce, o.p.s.):

<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, z.ú.):

<http://www.edekontaminace.cz>

Informační centrum OSN v Praze:

<http://www.osn.cz>

Informační portál primární prevence (provozuje SANANIM, z.ú.):

<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, (útvár Policie České republiky):

<http://www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skpv.aspx>

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:
<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, o.s.:
<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, v.v.i.:
<http://www.vupsv.cz>

Zkratky

A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním	KBT – kognitivní a kognitivně-behaviorální přístupy
AOP – Asociace občanských poraden	Klinika adiktologie – Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze
ASZ – Agentura pro sociální začleňování	KVK – Karlovarský kraj
AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislostí)	LBK – Liberecký kraj
ČAA – Česká asociace adiktologů	MF – Ministerstvo financí
CPJ – Celní protidrogová jednotka	MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
CPPT – Centrum protidrogové prevence a terapie, o. p. s.	MM – multiplikační metoda
CRM – metoda zpětného zachytu	MO – Ministerstvo obrany
CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění	MPP – minimální preventivní program
ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně	MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
ČSÚ – Český statistický úřad	MS – Ministerstvo spravedlnosti
dg. – diagnóza, diagnostický	MSK – Moravskoslezský kraj
DSM-IV – manuál Americké psychiatrické asociace, čtvrtá verze	MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
DTČ – drogový trestný čin	MV – Ministerstvo vnitra
EK – Evropská komise	MZ – Ministerstvo zdravotnictví
EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost	Národní strategie 2010–2018 – Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018
EPIDAT – informační systém Infekční nemoci	NS – Nejvyšší soud
ESF – Evropský sociální fond	NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, po změně statutu RVKPP v říjnu 2014 Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách	NNO – nestátní nezisková(é) organizace
ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR	NPC – Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR
EU – Evropská unie	NRHOSP – Národní registr hospitalizovaných
GŘC – Generální ředitelství cel	OLK – Olomoucký kraj
GŘVS – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR	OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)
HDP – hrubý domácí produkt	PAK – Pardubický kraj
HKK – Královéhradecký kraj	PHA – Hlavní město Praha
HS – hygienická služba	PLK – Plzeňský kraj
IKSP – Institut pro kriminologii a sociální prevenci	PMS – Probační a mediační služba ČR
IUD – injekční uživatel(é) drog	PN – psychiatrická nemocnice
JHC – Jihočeský kraj	PP PČR – Policejní prezidium Policie ČR
JHM – Jihomoravský kraj	PS PČR – Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR
	PUD – problémový(i) uživatel(é) drog

PUOP – problémový uživatel opiátu/opioidů a/nebo pervitinu
 RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
 SAK – Spojená akreditační komise o.p.s.
 SMR – Standardizovaný index mortality
 STC – Středočeský kraj
 sTZ – zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon
 SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv
 SVL – sociálně vyloučená lokalita
 SZÚ – Státní zdravotní ústav
 TČ – trestný čin
 TK – terapeutická komunita
 TZ – zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
 ULK – Ústecký kraj
 UNODC – Úřad OSN pro drogy a kriminalitu

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, 77, 78, 156
- adiktolog, 13, 19, 72, 75
- akční plán Národní strategie protidrogové politiky, 15, 16, 72
- akreditace, 19, 182
- alkohol, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 15, 16, 23, 27, 33, 37, 39, 40, 41, 47, 49, 51, 53, 57, 64, 65, 71, 73, 76, 80, 82, 84, 85, 89, 94, 97, 100, 101, 107, 108, 112, 113, 114, 116, 117, 121, 122, 123, 137, 138, 139, 143, 144, 150, 152, 153, 154, 155, 169, 181
- aluminiová fólie, 131
- amfetamin, 13
- analýza, 61, 74, 115
- aplikace, 61, 106
- aplikační místnost, 18
- Asociace nestátních organizací (A.N.O) zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 19, 77, 179, 181
- AT poradny, 23, 73, 75
- bezdrogové zóny, 76, 77, 156
- braun, 66, 67, 68, 120
- buprenorfin, 4, 5, 6, 7, 57, 58, 59, 62, 66, 71, 86, 87, 88, 89, 105, 106, 118, 127, 128, 129, 137, 138, 164
- cena drog, 170, 171
- certifikace, 6, 22, 23, 47, 48, 49, 50, 72, 88, 89, 154
- cizinec, 5, 97, 109, 154
- crack, 112
- čistota drog, 170
- detoxifikace, 6, 23, 66, 71, 74, 77, 78, 83, 84, 94, 157
- doléčování, 6, 7, 24, 71, 73, 74, 79, 88, 89, 137, 140
- dopravní nehoda, 115, 116, 117, 120, 123, 139, 152
- durman, 36
- ESPAD, 4, 33, 36, 39, 40, 181
- Evropská unie, 8, 19, 33, 38, 48, 64, 161, 163, 166, 169, 181
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), 109, 118, 119, 121, 123, 181
- Evropský sociální fond, 3, 11, 24, 25, 88, 181
- extáze, 4, 7, 13, 33, 34, 36, 37, 38, 68, 116, 118, 120, 161, 164, 168, 169, 170
- fentanyl, 58, 67, 68, 94, 120, 164
- financování, 15, 20, 24
- gambling, 3, 5, 11, 16, 17, 23, 40, 52, 65, 85, 89, 93, 137, 138, 156
- Generální ředitelství cel, 22, 23, 29, 30, 181
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 181
- halucinogeny, 4, 33, 34, 35, 40, 42, 43, 118
- harm reduction, 7, 21, 23, 24, 61, 76, 89, 127, 128, 129, 131, 132, 158
- hepatitida, 98, 99, 101, 103, 110, 133, 182
- heroin, 4, 5, 6, 7, 8, 57, 58, 59, 62, 66, 68, 71, 88, 89, 97, 105, 106, 108, 109, 118, 120, 127, 128, 129, 131, 137, 138, 140, 141, 145, 161, 163, 164, 168, 169, 170
- HIV/AIDS, 5, 6, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 127, 132, 133, 179
- hospitalizace, 84, 92, 108, 111, 112, 113, 114
- chrup, 5, 97, 109, 110
- incidence, 98, 99, 100, 101, 107
- injekční užívání, 4, 5, 6, 57, 58, 61, 66, 67, 88, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 138, 158, 181
- ketamin, 36, 166
- Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 19, 43, 53, 54, 72, 94, 179, 181
- kokain, 13, 84, 115, 119, 140, 169
- komorbidita, 5, 66, 67, 89, 97, 103, 107, 108, 109, 132
- kondom, 107, 128, 158
- konopí, 8, 14, 15, 18, 20, 43, 51, 62, 63, 65, 68, 94, 161, 162, 165, 166, 167, 169, 180
- konopné látky, 4, 5, 6, 7, 20, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 47, 51, 53, 57, 62, 63, 64, 65, 71, 82, 85, 91, 94, 107, 115, 128, 129, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 145, 146, 151, 155, 161, 164, 165, 166, 169, 170
- hašiš, 8, 14, 161, 167, 169
- marihuana, 3, 7, 8, 11, 14, 15, 42, 63, 66, 107, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 170
- kouření, 3, 4, 6, 13, 19, 33, 37, 39, 40, 41, 47, 50, 51, 64, 73, 110, 131
- kriminalita, 5, 7, 12, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 49, 52, 137, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 163, 181, 182
- drogová, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 154, 155
- drogová – sekundární, 18, 152, 153
- kvalita, 49, 72, 88, 89, 94, 164
- zajištění, 88
- léčba, 66, 74, 76, 77, 83, 85, 86, 88, 89, 104, 124, 140, 141, 155, 156, 157, 164
- ambulantní, 6, 27, 31, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 82, 83, 92, 113, 140, 150, 156

- lůžková, 6, 23, 27, 71, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 88, 89, 150, 181
ochranná, 24, 76, 77, 143, 150, 151, 156
rezidenční, 74
substituční, 6, 19, 23, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 82, 83, 85, 86, 89, 91, 104, 108, 111, 124, 157
léky, 8, 17, 36, 37, 43, 67, 68, 73, 111, 112, 114, 118, 119, 120, 123, 138, 155, 161, 162, 163, 167, 168, 169, 180, 182
LSD, 7, 35, 40, 42, 43, 112, 113, 145, 161, 164, 165, 168, 169
lysohlávky, 68
mefedron, 36
menšiny, 18, 110, 137, 138, 139
metadon, 86, 87, 108, 118, 119, 120, 122, 157
migrant, 137
ministerstvo
 financí, 52, 181
 obran, 22, 23, 29, 30, 181
 práce a sociálních věcí, 22, 23, 24, 29, 30, 72, 78, 89, 140, 181
 spravedlnosti, 13, 22, 23, 29, 30, 144, 145, 146, 181
 školský, mládeže a tělovýchovy, 6, 18, 19, 22, 23, 24, 29, 30, 47, 48, 49, 181
 vnitřní, 16, 22, 23, 24, 29, 30, 154, 181
 zdravotnictví, 5, 13, 14, 16, 17, 22, 23, 29, 30, 33, 40, 47, 64, 72, 75, 86, 93, 181
mladiství, 6, 19, 43, 47, 51, 77, 79, 83, 84, 149, 154
množství větší než malé, 3, 11, 12, 14
morfin, 13, 67, 120
náklady, 12, 22, 27, 31, 139
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), 2, 1, 16, 20, 33, 34, 35, 36, 37, 44, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 76, 77, 78, 79, 80, 85, 101, 102, 103, 107, 108, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 123, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 140, 141, 153, 155, 166, 179, 181
Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 3, 11, 22, 23, 24, 27, 29, 30, 52, 144, 145, 154, 161, 162, 163, 167, 170, 181
Národní strategie protidrogové politiky, 3, 11, 15, 72, 127
následná péče, 6, 7, 23, 71, 73, 74, 76, 77, 78, 83, 85, 88, 137, 140, 141
nizkoprahová zařízení, 6, 23, 58, 59, 61, 62, 66, 71, 73, 76, 80, 82, 83, 88, 94, 101, 102, 103, 108, 111, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 179
NNO (nestátní neziskové organizace), 6, 7, 23, 48, 50, 71, 73, 74, 76, 77, 88, 143, 155, 157, 158, 181
nové drogy, 5, 36, 57, 62, 66, 68, 94, 118, 169
obvinění, 15, 154, 155, 158
obžalování, 7, 144, 145, 146, 147
očkování, 5, 97
odnětí svobody, 105, 149, 150, 151, 157, 158
odsouzení, 7, 15, 143, 144, 145, 149, 150, 151, 154, 155, 156, 158
opilství, 152, 154, 155
opium, 68
pervitin, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 34, 43, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 67, 68, 71, 72, 80, 82, 85, 89, 92, 97, 105, 106, 107, 108, 111, 112, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 127, 128, 129, 131, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 145, 146, 151, 155, 157, 161, 162, 163, 164, 167, 169, 170, 181
policie, 8, 14, 22, 51, 115, 116, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 152, 153, 154, 161, 162, 163, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 179, 181
polyvalentní užívání, 27, 31, 75, 108, 114, 121
poradenství, 23, 49, 50, 72, 85, 94, 128, 129, 156, 158, 179
prevence, 3, 5, 6, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 94, 127, 128, 131, 143, 154, 155, 156, 158, 179, 180, 181
 indikovaná, 49, 50
 selektivní, 49, 50
probace, 144, 150, 151, 154, 181
problémové užívání, 4, 5, 15, 57, 58, 59, 65, 66, 94, 108, 128, 164
protilátky, 101, 102, 104, 105
předávkování, 5, 97, 111, 112, 118, 119, 121, 122, 123, 127, 128, 158
přechovávání, 7, 12, 14, 143, 144, 147, 151
přestupek, 7, 16, 138, 139, 143, 151, 152
Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), 2, 3, 6, 11, 12, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 29, 30, 49, 58, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 88, 89, 132, 134, 140, 141, 182
Romové, 5, 18, 137, 138, 139
rozpočet, 3, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 49, 88
sociálně vyloučená lokalita, 139, 182
sociální reintegrace, 6, 7, 137, 140
soud, 3, 11, 14, 15, 143, 150, 181, 182
společenské náklady, 21, 27
standard, 73, 121
stíhání, 7, 143, 144, 145, 146, 148
Suboxone®, 62, 86, 164
substituce, 66, 75, 85, 111, 124

- Subutex, 86, 88, 58, 59, 60, 68, 86, 87, 112, 138, 140, 164
- Světová zdravotnická organizace (WHO), 33, 39, 64, 182
- syfilis, 6, 100, 127, 132
- syntetické drogy, 35, 62, 66, 120, 166
- MDMA, 118, 170
- šíření toxikomanie, 14, 15, 145, 146, 151
- tabák, 4, 6, 13, 16, 17, 23, 27, 33, 41, 49, 50, 51, 52, 53, 64, 65, 71, 73, 74, 76, 77, 80, 82, 89, 92, 169
- taneční drogy, 118, 128
- těhotenství, 19, 111
- techno, 134
- těkavé látky, 5, 35, 40, 97, 112, 114, 115, 118, 119, 121, 122, 129, 137, 138, 169
- terapeutická komunita, 6, 18, 23, 66, 71, 74, 77, 78, 80, 85, 88, 89, 93, 182
- testování, 6, 101, 102, 103, 104, 105, 109, 127, 128, 131, 132, 155
- THC, 8, 13, 14, 15, 115, 116, 118, 120, 151, 161, 170
- toluen, 118, 138
- trestný čin, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 170, 181, 182
- úmrtnost, 5, 20, 97, 113, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 140, 182
- vězení, 6, 7, 12, 23, 26, 27, 30, 44, 66, 72, 74, 76, 78, 79, 83, 88, 104, 105, 110, 127, 133, 143, 149, 150, 151, 154, 155, 156, 157, 158, 182
- vláda, 1, 2, 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 22, 48, 58, 74, 88, 89, 129, 134, 139, 180, 182
- výdaje, 3, 11, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 49
- investiční, 23
- výměnný program, 128
- záchyt, 155, 161, 162, 163, 167, 168, 169, 170
- drog, 155
- záchytné stanice, 73, 75, 76, 83, 93
- zákon, 3, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 49, 72, 75, 88, 89, 93, 118, 143, 151, 154, 156, 166, 182
- o návykových látkách, 166
- žádost o léčbu, 20, 81, 103, 104, 132
- želatinové kapsle, 6, 127, 131, 132

Použitá literatura

- A KLUBY ČR O.P.S. 2014. Statistika Mládež a drogy 2013. Dotazníkový průzkum mezi žáky a studenty jihomoravských škol. Brno: A Kluby ČR o.p.s.
- ABAGIU, A. O., CAVAR, Z., DANNON, P., GEORGE, P., HABRAT, B., MAHOMEDY, Z., POPOV, P., SARASVITA, R., UTAMI, D. S. & KASTELIC, A. 2014. Outcomes from the International Survey Informing Greater Insights in Opioid Dependence Treatment (INSIGHT) project. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 1-11.
- ADAMEČEK, D., RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M. & KALINA, K. 2003. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. Kapitola 8/8. In: KALINA, K. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2014. Průběžná zpráva o bezpečnostních rizicích v sociálně vyloučených lokalitách za první pololetí 2014.
- BAILLARGEON, S. & RIVEST, L. P. 2007. Rcapture: Loglinear models for capture-recapture in R. *Journal of Statistical Software*, 19, 1-31.
- BECK, F. & LEGLEYE, S. 2008. Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. In: EMCDDA (ed.) *A cannabis reader: global issues and local experiences, vol. II*. Luxembourg: EMCDDA.
- BĚLÁČKOVÁ, V. 2014. Národní výzkum užívání návykových látek 2012 - zpracování modulu konopných trhů.
- 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.
- BUREŠOVÁ, Z., MRAVČÍK, V., POPOV, P. & MIOVSKÝ, M. 2013. Institucionální analýza současného stavu záchytných stanic v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*, 109 (3), 115-121.
- CELNÍ PROTIDROGOVÁ JEDNOTKA 2014. Záchyty OPL a prekursorů drog v roce 2013 Celní správou ČR.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2013. Názory občanů na drogy - květen 2013. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CSÉMY, L. & CHOMYNOVÁ, P. 2012. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011 [ESPAD: An overview of the main results in the Czech Republic in 2011]. *Zaostřeno na drogy*, 10, 1-12.
- ČEJDOVÁ, E. 2014. *Komorbidita závislosti na nelegálních návykových látkách a poruch příjmu potravy*. Klasifikovaná zápočtová práce pro předmět: Metodologie výzkumu v adiktologii 2.
- ČESKÁ HEPATOLOGICKÁ SPOLEČNOST. 2012. *Novinky v léčbě chronické hepatitidy C* [On-line]. Available: <http://www.ces-hep.cz/> [2012-12-18].
- ČTRNÁCTÁ, Š. (ed.) 2013. *Rodina a drogy. Sborník odborné konference, Praha 16.-17. května 2013.*, Praha: SANANIM.
- DARKE, S., WARD, J., HALL, W., HEATHER, N. & WODAK, A. 1991. The Opiate Treatment Index (OTI) Researcher's Manual. National Drug and Alcohol Research Centre, Technical Report No. 11. .
- DAVIDOVÁ ET AL. 2010. Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton.
- DOLEJŠ, M., SKOPAL, O. & SUCHÁ, J. 2014. Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň.

- DOLEŽALOVÁ, P., VACEK, J. & SEDLÁČKOVÁ, S. Treatment of pregnant women with substance use disorder at high risk of stigmatization. Eighth Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy, 21-23. 5. 2014 2014 Roma, Italy. Klinika adiktologie and DropIn.
- DVOŘÁČEK, J. 2003. Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci obecné otázky. Kapitola 5/5. - Zvládání akutní intoxikace - speciální postupy u jednotlivých návykových látek. Kapitola 5/6. - Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. Kapitola 5/7. In: KALINA K. ET AL. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- EMCDDA 2013. DRID Guidance Module: Example questionnaire for bio-behavioural surveys in people who inject drugs. Lisbon: European monitoring centre for drugs and drug addiction.
- EUROPEAN COMMISSION 2014. Young People and Drugs. Flash Eurobarometer 401. European Commission.
- FIDISOVÁ, H., SKLENÁŘ, O., VAVRINČÍKOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L. & MIOVSKÝ, M. 2013. Vstup adiktologických služeb do systému zdravotnictví. Praktický návod registrace a provozu adiktologické služby jako zdravotnického zařízení. *Zaostřeno na drogy*, 11(6).
- GABRHELÍK, R., CALAFAT, A., SUMNALL, H., BRENTA, J., JUAN, M., MENDES, F., KARLSSON RÅDELIUS, E., TALÍČ, 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.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2014a. Analýza možnosti pilotního zavedení distribuce harm reduction materiálu ve věznicích
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2014b. Statistická ročenka VS ČR za rok 2013.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2014c. Údaje o testování a léčbě vězňů pro VHB, VHC a HIV v r. 2013.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2014d. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2013.
- GYEPESI, A., URBÁN, R., FARKAS, J., PIONTEK, D., PAKSI, B., HORVÁTH, G., MAGI, A., EISINGER, A., PILLING, J., KÖKÖNYEI, G., KUN, B. & DEMETROVICS, Z. 2014. Psychometric Properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *European Addiction Research*, 20, 119-128.
- HETZEROVÁ, L. & GABRHELÍK, R. 2014. Pohled personálu ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie na léčbu pacientek závislých na pervitinu: Pilotní studie. *Adiktologie*, 14 (1), 22-29.
- 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.
- 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 (2), 134-144.
- KAJANOVÁ, A. & HAJDUCHOVÁ, H. 2014. Romská minorita a návykové látky v České republice a na Slovensku. *Adiktologie*, 14 (2), 168-172.
- KALINA ET AL. 2003. *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémových uživatelů a závislým na návykových látkách, verze 7 - 2.revize*.
- KANCELÁŘ RADY VLÁDY PRO ZÁLEŽITOSTI ROMSKÉ MENŠINY & SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO NÁRODNOSTNÍ MENŠINY 2013. Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2012

- LEGLEYE, S., KARILA, L., BECK, F. & REYNAUD, M. 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use* 12, 233-242.
- LEGLEYE, S., PIONTEK, D. & KRAUS, L. 2011. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 229-235.
- LIBRA ET AL. 2012. Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Verze 2.4 : Po připomínkách resortů MPSV, MZ, září 2012.
- LUNDBECK. 2013. *Příbalová informace: informace pro pacienta: Selincro 18 mg potahované tablety nalmefenum* [On-line]. Available: http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Selincro_18mg_PIL.pdf [Accessed 22. 04. 2014].
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2014a. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2013 podle paragrafů trestního zákoníku.
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2014b. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2013 podle typů drog a drogových paragrafů.
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2014c. Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách v r. 2013 podle paragrafů trestního zákoníku.
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, 2014. Údaje o specializovaných odděleních pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství.
- MINISTERSTVO VNITRA ČR 2014. Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi v r. 2013.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2008. Věstník MZ ČR částka 3/2008 - Standard substituční léčby. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2014. Přehled dovozu a distribuce metadonu a přípravků obsahujících buprenorfin v r. 2013.
- MRAVČÍK, V., BUREŠOVÁ, Z., POPOV, P. & MIOVSKÝ, M. 2013a. Záchytné stanice v ČR v kontextu obdobných služeb o akutně intoxikované v Evropě. *Časopis lékařů českých*, 152(3), 129-134.
- MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K., CHOMYNOVÁ, P., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., FIDESOVÁ, H., KALINA, K., VOPRAVIL, J., KOSTELECKÁ, L. & JURYSTOVÁ, L. 2012. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*, Praha, Úřad vlády ČR.
- 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. 2013b. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*, Praha, Úřad vlády ČR.
- MRAVČÍK, V., KORČIŠOVÁ, B., LEJČKOVÁ, P., MIOVSKÁ, L., ŠKRDANTOVÁ, E., PETROŠ, O., RADIMECKÝ, J., SKLENÁŘ, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H. & VOPRAVIL, J. 2004. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*, Praha, Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V. & NEČAS, V. 2014. Somatická komorbidita uživatelů drog. *nepublikovaný rukopis*.
- MRAVČÍK, V. & NECHANSKÁ, B. 2013. České terapeutické komunity ve Sčítání adiktologických služeb 2012. *Adiktologie*, 13 (2), 92-105.
- MRAVČÍK, V., NECHANSKÁ, B. & ŠTASTNÁ, L. 2011b. Ambulantní péče o uživatele a závislé na návykových látkách v ČR ve zdravotnické statistice od r. 1963. . *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie*, 60 (2), 64-73.

- MRAVČÍK, V. & ORLÍKOVÁ, B. 2007. Překryv klientů mezi jednotlivými nízkoprahovými programy a zneužívání buprenorfinu v Praze. *Adiktologie*, 7 (1), 13-20.
- MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., ŠTASTNÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., BĚLÁČKOVÁ, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H. & VOPRAVIL, J. 2009. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*, Praha, Úřad vlády ČR.
- MRAVČÍK, V., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ZÁBRANSKÝ, T., KARACHALIOU, K. & SCHULTE, B. 2011c. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: A new harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 22(2), 172-73.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013. *Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2013*.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014a. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog metodou Capture-Recapture z dat nízkoprahových zařízení v Praze.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014b. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení v r. 2013.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014c. Sčítání adiktologických služeb 2012 – analýza dat pro účely výroční zprávy o stavu ve věcech drog.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014d. Systém včasného varování před novými drogami - zpráva za rok 2013.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014e. *Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2014*.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014f. Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2013.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014g. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 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 & FOCUS – CENTRUM PRO SOCIÁLNÍ A MARKETINGOVOU ANALÝZU 2014. Somatická komorbidita problémových uživatelů drog, podomácku připravované drogy: hrubé výsledky studie mezi klienty 4 nízkoprahových programů v Praze.
- 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 DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & SC&C 2013. Výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek 2012.

- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & SSLST ČLS JEP 2014. Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2012.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA & NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014. Retrospektivní odhad rozsahu finančně motivované sekundární drogové kriminality v r. 2013.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2014a. Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2013.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2014b. Výroční zpráva 2013.
- NECHANSKÁ, B. 2014. Informace z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - rok 2013. Aktuální informace č. 01/2014. Praha: ÚZIS ČR.
- NECHANSKÁ, B., MRAVČÍK, V. & POPOV, P. 2012. *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice. Idnetifikace zdrojů dat*, Praha, Úřad vlády České republiky.
- NECHANSKÁ, B., NEČAS, V. & MRAVČÍK, V. 2013. Sčítání adiktologických služeb 2012. *Zaostřeno na drogy*, 2013/5, 1-16.
- NEJVYŠŠÍ STÁTNÍ ZASTUPITELSTVÍ 2014. Zpráva o činnosti státního zastupitelství za rok 2013.
- NEPUŠTIL, P., PANČOCHA, K., FRIŠAUFOVÁ, M., KALIVODOVÁ, R. & BÁRTOVÁ, A. 2012. *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů*, Praha, Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- NEŠPOR, K. 2010. *Doporučené postupy v léčbě návykových poruch a patologického hráčství*, Praha, Psychiatrická společnost ČLS JEP.
- NEZDAROVÁ, E. 2011. Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi. *1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- PAPÁČEK, A. 2013. *Nebezpečí drogové závislosti na středních školách*. Bc., Mendelova univerzita v Brně.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012a. Certifikační řád a metodika místního šetření pro proces certifikace dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012b. Manuál certifikátora. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012c. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- PETRÁŠOVÁ, B. & FÜLEOVÁ, A. 2014. *Výroční zpráva: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2013*, Praha, Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie.
- PIONTEK, D., KRAUS, L. & KLEMPHOVA, D. 2008. Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. *Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy*, 3.
- PISKÁČKOVÁ, K. 2013. *Získávání konopných drog mladistvými: srovnání zkušeností svěřenců ze zařízení pro cizince s vybranými zařízeními pro svěřence české národnosti. [Obtaining cannabis drugs by adolescents: experience of wards of selected facilities of Czech and other nationality comparison]* Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- POLICEJNÍ PREZIDIUM POLICIE ČR 2014. Statistické přehledy kriminality v r. 2013 (ESSK).
- POPOV, P. & NEŠPOR, K. 2006. Závislost na psychoaktivních látkách. In: RABOCH ET AL. (ed.) *Psychiatrie - Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP.
- PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA 2014. Informace o činnosti Probační a mediační služby v souvislosti s drogovou problematikou za r. 2013.

RADA VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY PRO ZÁLEŽITOSTI ROMSKÉ MENŠINY 2014. Výroční zpráva Rady vlády České republiky pro záležitosti romské menšiny za rok 2013.

RAPP, R. C., XU, J., CARR, C. A., LANE, D. T., WANG, J. & CARLSON, R. 2006. Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat*, 30, 227-35.

ROZSYPAL, H., STAŇKOVÁ, M., SEDLÁČEK, D., SNOPOKOVÁ, S., KAPLA, J., ASTER, M., MACHALA, L., JILICH, D., DLOUHÝ, P., KOLČÁKOVÁ, J., ZJEVÍKOVÁ, A., JERHOTOVÁ, Z. & OLBRECHTOVÁ, L. 2013. Doporučený postup péče o dospělé infikované HIV a postexpoziční profylaxe infekce HIV. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*, 19, 62-71.

ŘEDITELSTVÍ SLUŽBY DOPRAVNÍ POLICIE POLICEJNÍHO PREZIDIA ČR 2014. Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2013. Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR.

ŘEZNÍČKOVÁ, M. & NEDVĚD, T. 2004. Zkušenosti terénních pracovníků s uživateli Subutexu na otevřené drogové scéně. *Adiktologie*, 4, 410-411.

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2014a. Seznam certifikovaných programů k 30. červnu 2014.

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2014b. Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích ČR za r. 2013.

SKOPAL, O. & DOLEJŠ, M. 2014. Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a osobnostních charakteristikách adolescentů. *Adiktologie*, 14 (1), 54-65.

SOLFRONKOVÁ, R. 2014. *Společná ústavní léčba patologického hráčství a syndromu závislosti: potřeby, zkušenosti a postoje pacientů. [Conjoint inpatient treatment of pathological gambling and addiction syndrome: needs, experiences and attitudes of patients]* Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

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. 2013. Užívání tabáku a alkoholu v České republice v roce 2012. Praha: Státní zdravotní ústav.

SPIILKA, S., JANSSEN, E. & LEGLEYE, S. 2013. Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis: Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies.

SPIILKOVÁ, J. 2014. Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže. Přehled výsledků zpracovaných pro NMS.

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.

SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. 2014. *Centra pro závislé na tabáku* [On-line]. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Available: <http://www.slzt.cz/centra-lecby> [Accessed 5 August 2014].

SPŮROVÁ, N. 2013. *Mapování a metodika zvládání somatických komplikací injekčních uživatelů drog. [Mapping and methodological management of physical complications of injecting drug users]*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

STAŇKOVÁ, M. 2013. Trendy a perspektivy léčby HIV/AIDS v České republice. In: STEHLÍKOVÁ, D. (ed.) *Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2011–2012*. Praha: Státní zdravotní ústav.

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV 2014. Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR 2007-2013.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2014a. Virové hepatitidy 1996-2013 (EPIDAT) – analýza pro účely VZ 2013.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2014b. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2013 – analýza pro účely VZ 2013 zpracovaná NRL pro AIDS.

STEMMLER, M., HALL, T., PROKOPÍK, P. & SHOPTAW, S. 2014. A time-site survey of substance use, sexual behaviors, and HIV-testing practices among women attending social venues in Prague. *Cent Eur J Public Health*, in press.

SVATOŠ, R. & KRÍHA, J. (eds.) 2014. *II. kriminologické dny*, České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií.

ŠŤASTNÁ, L., ADÁMKOVÁ, T. & CHOMYNOVÁ, P. 2010. Užívání drog v národnostních menšinách v ČR. *Adiktologie*, (10) 1, 36-44.

ŠULCOVÁ, A. & POPOV, P. 2013. Nalmefen v léčbě alkoholové závislosti. *Psychiatrie*, 17 (3), 151-155.

THANKI, D., DOMINGO-SALVANY, A., BARRIO ANTA, G., SANCHEZ MANEZ, A., LLORENZ ALEIXANDRE, N., SUELVEZ, J. M., BRIME BETETA, B. & VICENTE, J. 2013. The Choice of Screening Instrument Matters: The Case of Problematic Cannabis Use Screening in Spanish Population of Adolescents. *Addiction*, 2013, 13.

THE GALLUP ORGANIZATION 2011. Youth attitudes on drugs. Flash Eurobarometer No. 330. The Gallup Organization for European Commission.

TRIMBOS INSTITUTE 2013. *Further insights into aspects of the illicit EU drugs market Justice*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2013. Údaje z informačního systému Zemřelí – extrakce případů drogových úmrtí. Praha: ÚZIS ČR.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014a. Informace z ročního výkazu oboru gastroenterologie a infekční lékařství.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014b. Údaje z informačního systému Zemřelí ČSÚ – extrakce případů drogových úmrtí.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014c. Údaje z Národního registru hospitalizovaných.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014d. Údaje z Národního registru pohlavních nemocí.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014e. Údaje z Registru tuberkulózy.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014f. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkaz o činnosti oboru chirurgie.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014g. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkaz o činnosti oboru soudní lékařství.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014h. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkazy ambulantních zařízení oboru psychiatrie, praktického lékařství pro dospělé a detoxifikace.

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.

VÁGNEROVÁ, M., CSÉMY, L. & MAREK, J. 2013. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*, Praha, Karolinum.

VAVRINČÍKOVÁ, L., MRAVČÍK, V., BUREŠOVÁ, Z., KIŠŠOVÁ, L., NEČAS, V. & VOPRAVIL, J. 2013. Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie. Analytická zpráva pro Ministerstvo zdravotnictví ČR – program Národní akční plány a koncepce 2012. Praha: Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV 2014. Zpráva ze systematických návštěv protialkoholních záchytných stanic.

VĚTROVEC, M. 2003. Užívání buprenorfinu na pražské drogové scéně Harm reduction konference Praha.

VONDRKA, J. 2014. *Výskyt zadluženosti a souvisejících faktorů u klientů v programu následné péče DC Restart Jeseník*. Klasifikovaná zápočtová práce pro předmět: Metodologie výzkumu v adiktologii 2.

VOPRAVIL, J. 2014. Odhad drogových trhů a spotřeby drog v r. 2013. unpublished.

VŠETIČKA, J. 2014. Souvislosti mezi užíváním pervitinu a marihuany, toxickými psychózami a schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110 (2), 67-74.

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.

ZEMAN, P. & GAJDOŠÍKOVÁ, H. 2010. Nový trestní zákoník. *Zaostřeno na drogy*, 8 (1), 1-12.

ZVINGEROVÁ, N. 2013. *Úmrtí za přítomnosti opioidů v Praze v letech 2005-2011. [Opioids related deaths in Prague between years 2005-2011]*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Výroční zpráva

o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013

- › Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 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 978-80-7440-109-1



9 788074 401091 >