

O b s a h

1 ABSTRAKT	8
2 SOUHRN	10
3 ÚVOD	12
SITUAČNÍ ANALÝZA UŽÍVÁNÍ DROG V ŠIRŠÍM KONTEXTU	17
4 SOCIODEMOGRAFICKÁ CHARAKTERISTIKA	18
4/1 Demografický vývoj a věková struktura	19
4/2 Porodnost a plodnost	21
4/3 Potratovost, sňatečnost a rozvodovost	22
4/4 Vzdělanost a náboženské vyznání obyvatelstva	24
4/5 Pořadí krajů z hlediska sociodemografických ukazatelů	26
5 ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATELSTVA	28
5/1 Úmrtnost	29
5/2 Nemocnost	31
5/3 Pořadí krajů z hlediska zdravotního stavu populace	33
6 SOCIOEKONOMICKÁ CHARAKTERISTIKA	34
6/1 Struktura zaměstnanosti	35
6/2 Nezaměstnanost	36
6/3 Průměrná mzda	37
6/4 Pořadí krajů z hlediska socioekonomického prostředí	38
7 TRESTNÁ ČINNOST	40
7/1 Celková kriminalita	41
7/2 Drogová kriminalita	43
7/3 Pořadí krajů z hlediska kriminality	44
8 INSTITUCIONÁLNÍ KONTEXT SLUŽEB PRO UŽIVATELE DROG	46
8/1 Zařízení a služby pro uživatele drog	47
8/2 Výměnné programy	48
8/3 Žádosti uživatelů drog o léčbu	50
8/4 Financování protidrogové politiky	52
8/5 Pořadí krajů z hlediska institucionálního kontextu drogových služeb	54
9 UŽÍVÁNÍ DROG A JEHO NÁSLEDKY	56
9/1 Užívání drog v populaci	57
9/1/1 Celopopulační průzkumy	57
9/1/2 Školské průzkumy	57
9/2 Problémové užívání drog	60
9/2/1 Odhady počtu problémových uživatelů drog	60
9/2/2 Problémoví uživatelé drog v kontaktu se zařízeními	61
9/3 Žádosti o léčbu	62
9/3/1 První žádosti o léčbu	62
9/3/2 Základní (primární) užívaná droga	62

9/3/3 Sekundární užívaná droga	64
9/3/4 Užívání alkoholu versus užívání nelegálních drog	64
9/4 Zdravotní dopady	66
9/4/1 Virové hepatitidy	66
9/4/2 HIV/AIDS	68
9/4/3 Úmrtí (mortalita)	68
9/5 Pořadí krajů z hlediska užívání drog a jeho následků	69
ANALÝZA SROVNÁNÍ KRAJŮ Z HLEDISKA UŽÍVÁNÍ DROG	71
10 ANALÝZA VZTAHU VYBRANÝCH UKAZATELŮ	72
11 FAKTOROVÁ ANALÝZA	76
12 SHLUKOVÁ ANALÝZA	80
13 ZÁVĚR	84
TABULKY	86
OBRÁZKY	88
ZKRATKY	90
POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE DAT	92



INSTITUCIONÁLNÍ KONTEXT SLUŽEB PRO UŽIVATELE DROG

Tato kapitola se zabývá rozložením služeb a zařízení pro uživatele drog a jejich vybraným charakteristikám a zároveň se zaměřuje na financování těchto služeb v jednotlivých krajích, tedy na objem dotací vynaložených na projekty drogové politiky ze státního rozpočtu a rozpočtů krajů. Výkonost jednotlivých druhů modalit lze z důvodu absence jednotného systému výkaznictví ztěžít hodnotit a tím méně srovnávat mezi kraji – až na jednu službu, kterou jsou výměnné programy. Počty vyměněných jehel a stříkaček dobře charakterizují výkonost této modalit a srovnatelná data jsou dostupná za všechny kraje ČR. Pro hodnocení využití služeb byl také použit indikátor prvních žádostí o léčbu.

8/1

Zařízení a služby pro uživatele drog

Ke konci roku 2002 fungovalo v ČR celkem 95 nízkoprahových zařízení, 24 terapeutických komunit a jiných pobytových zařízení, 19 psychiatrických léčeben, 9 center poskytujících metadonovou substituci a 19 detoxifikačních jednotek (Tabulka 8-1). Kromě těchto zařízení existuje v ČR také síť ambulantních zdravotnických zařízení (např. AT poradny) a psychiatrických oddělení nemocnic poskytujících služby uživatelům drog. Buprenorfinovou substituci (lék Subutex) mohou předepisovat všichni praktičtí lékaři. Data za předepisovanou substituci však nejsou k dispozici podle krajů ČR.

Nízkoprahovými zařízeními prošlo v roce 2002 více než

33 000 klientů, terapeutickými komunitami a pobytovými zařízeními více než 500 osob, psychiatrické léčebny zaznamenaly více než 2500 hospitalizací. Substitučními centry prošlo 463 uživatelů drog (Mravčík et al. 2003).

Z hlediska poskytovaných služeb a léčby pro uživatele drog zaujímá nejvyšší pozice Praha, Moravskoslezský, Jiho-moravský a Ústecký kraj, které nabízejí celé spektrum sledovaných služeb. Naopak omezenou nabídku služeb pro uživatele drog má Karlovarský, Liberecký, Královéhradecký a Pardubický kraj. V Karlovarském a Pardubickém kraji jsou jedinou službou, která je uživatelům drog k dispozici, nízkoprahová zařízení.

Tabulka 8-1: Vybrané služby uživatelům drog podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003)

Kraj	Nízkoprahová zařízení	Terapeutické komunity a pobytová zařízení	Psychiatrické léčebny	Substituční léčba	Detoxifikační jednotky
Hl.m. Praha	5	2	1	3	3
Středočeský	11	4	2	1	2
Jihočeský	7	3	3	0	0
Plzeňský	7	3	1	0	1
Karlovarský	7	0	0	0	0
Ústecký	13	2	3	1	2
Liberecký	3	1	0	0	1
Královéhradecký	2	1	0	1	0
Pardubický	3	0	0	0	0
Vysočina	6	1	3	0	2
Jihomoravský	7	1	1	1	2
Olomoucký	7	2	2	1	3
Zlínský	6	0	2	0	1
Moravskoslezský	11	4	1	1	2
Česká republika	95	24	19	9	19

8/2 Výměnné programy

Data o výměnných programech injekčních stříkaček a jehel sbírají nezávisle na sobě dvě instituce. Podle údajů Hygienické stanice hlavního města Prahy se výměnnému programu stříkaček a jehel věnovalo v roce 2002 celkem 69 zařízení a 48 terénních programů. Celkem bylo za tento rok vyměněno 1 410 057 stříkaček a jehel (Polanecký et al. 2003).

Podle závěrečných zpráv projektů nízkoprahových zařízení podpořených Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP, dříve Meziresortní protidrogová komise, MPK) za rok 2002 se do výměnného projektu zapojilo celkem 88 zařízení a programů a bylo vyměněno celkem 1 469 224 stříkaček a jehel. Srovnání počtu výměnných

programů a vyměněných stříkaček a jehel v jednotlivých krajích umožňuje Tabulka 8-2. Regionální počty vyměněných stříkaček a jehel sleduje na základě údajů ze závěrečných zpráv dotovaných projektů také Obrázek 8-1.

Nejvíce výměnných programů bylo v roce 2002 v Ústeckém, Moravskoslezském kraji a Praze, největší počet kusů vyměněných stříkaček a jehel byl v přepočtu na 1 000 obyvatel v Praze, Ústeckém a Jihomoravském kraji. Nejméně výměnných programů je v Pardubickém, Královéhradeckém, Plzeňském a Libereckém kraji. Nejméně vyměněných stříkaček a jehel v přepočtu na 1 000 obyvatel bylo ve Středočeském kraji, Vysočině, Jihočeském a Libereckém kraji.

Tabulka 8-2: Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b)

Kraj	Počet výměnných programů	Počet vyměněných stříkaček a jehel	Počet vyměněných stříkaček a jehel v přepočtu na 1 000 obyvatel
Hl.m. Praha	10	858 507	741
Středočeský	9	12 561	11
Jihočeský	7	14 883	24
Plzeňský	3	23 221	42
Karlovarský	5	16 608	55
Ústecký	15	256 071	312
Liberecký	3	12 273	29
Královéhradecký	3	22 250	41
Pardubický	2	23 622	47
Vysočina	5	11 254	22
Jihomoravský	7	134 285	120
Olomoucký	5	21 809	34
Zlínský	4	19 973	34
Moravskoslezský	10	41 907	33
Česká republika	88	1 469 224	144

Obrázek 8-1: Počet vyměněných stříkaček a jehel (na 1 000 obyvatel) podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b)



8/3 Žádosti uživatelů drog o léčbu

Využití nabízených služeb hodnotí také indikátor prvních žádostí o léčbu. O léčbu poprvé požádalo v roce 2002 celkem 4 719 osob, regionální rozložení počtu žadatelů, i v přepočtu na 100 000 obyvatel, poskytuje Tabulka 8-3 a Obrázek 8-2. Vyšší počty žadatelů o léčbu odrážejí kromě prevalence uživatelů drog také vyšší nabídku služeb a do značné míry i jejich větší dostupnost.

Nejvíce žádostí o léčbu bylo v přepočtu na 100 000 obyvatel v Ústeckém kraji, Jihomoravském a Praze, kde je

zároveň nejvyšší počet zařízení poskytujících služby uživatelům drog a také nejvyšší počty vyměněných stříkaček a jehel. V těchto krajích je tedy nejvyšší využití služeb. Nejnižší využití služeb, tedy nejméně žádostí, zaznamenaly Pardubický a Královéhradecký kraj. V těchto krajích je zároveň omezená nabídka služeb pro uživatele drog, včetně omezeného počtu výměnných programů.

Podrobněji jsou žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním nelegálních drog diskutovány v kapitole 9.3.

Tabulka 8-3: První žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním nelegálních drog podle krajů (Polanecký et al. 2003)

Kraj	Počet prvních žádostí o léčbu	První žádosti o léčbu (na 100 000 obyvatel)
Hl.m. Praha	572	49,36
Středočeský	441	39,17
Jihočeský	239	38,25
Plzeňský	215	39,14
Karlovarský	98	32,26
Ústecký	741	90,43
Liberecký	169	39,54
Královéhradecký	148	26,97
Pardubický	125	24,66
Vysočina	251	48,46
Jihomoravský	677	60,30
Olomoucký	314	49,26
Zlínský	279	47,01
Moravskoslezský	450	35,59
Česká republika	4 719	46,26



Obrázek 8-2: První žádosti o léčbu podle krajů (v přepočtu na 100 000 obyvatel) (Polanecký et al. 2003)



Vláda ČR schválila usnesením č. 1045 ze dne 23. října 2000 Národní strategii protidrogové politiky na období 2001–2004, ve které bylo stanoveno, že financování protidrogové politiky bude realizováno ve dvou úrovních – centrální a místní. Stejným usnesením pověřila vláda ČR Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) rozdělováním finančních prostředků z rozpočtové kapitoly Všeobecná pokladní správa – výdaje na protidrogovou politiku (Mravčík et al. 2003).

V roce 2002 byla v dotačním řízení RVKPP poskytnuta dotace 152 protidrogovým projektům v celkové výši 88 173 000 Kč. Na 100 000 obyvatel ČR tak připadalo 864 376 Kč. Dotace v přepočtu na 100 000 obyvatel podle krajů ČR uvádí Tabulka 8-4. Regionální rozdíly v dotacích na obyvatele přibližuje Obrázek 8-3.

Projekty protidrogové politiky byly financovány také z rozpočtů krajů. Z údajů jednotlivých krajů vyplývá, že přispěly na protidrogové projekty dohromady více než 27 miliony Kč. Nejvíce finančních prostředků na drogovou problematiku uvolnila Praha, Jihomoravský a Jihočeský kraj. Naopak Plzeňský a Liberecký kraj a Vysočina na drogovou problematiku finanční prostředky neuvolnily.

Nejvyšší dotace RVKPP na předložené projekty získala v přepočtu na 100 000 obyvatel Praha. Za ní následují Ústecký, Plzeňský a Jihomoravský kraj. Nejméně peněz získaly na předložené projekty Královéhradecký, Pardubický, Liberecký a Středočeský kraj. V některých regionech souvisí tento fakt s počtem předložených projektů.

Tabulka 8-4: Dotace protidrogovým projektům v roce 2002 podle krajů (Mravčík et al. 2003, informace dodané KPK)

Kraj	Dotace z rozpočtu kraje	Dotace RVKPP	Dotace RVKPP v přepočtu na 100 000 obyvatel
Hl.m. Praha	12 700 000	31 251 000	2 696 842
Středočeský	2 210 000	3 684 000	327 253
Jihočeský	2 912 521	3 581 000	573 164
Plzeňský	–	5 292 000	963 287
Karlovarský	96 148	2 529 000	832 562
Ústecký	535 000 ^a	8 254 000	1 007 271
Liberecký	–	1 197 000	280 054
Královéhradecký	738 000 ^b	1 238 000	225 625
Pardubický	1 500 000	1 351 000	266 549
Vysočina	–	3 435 000	663 180
Jihomoravský	3 000 000	10 388 000	925 221
Olomoucký	80 000	5 432 000	852 211
Zlínský	1 096 000	2 546 000	429 011
Moravskoslezský	2 268 558	7 995 000	632 342
Česká republika	27 136 227	88 173 000	864 376

Pozn.:

^a...údaj nezahrnuje příspěvek kraje na detoxifikační jednotku v Mostě a Ústí n.L.,

^b...včetně dotace MŠMT ve výši 138 000 Kč (informace dodané KPK).

Obrázek 8-3: Dotace protidrogovým projektům (na 100 000 obyvatel) v tis. Kč podle krajů (Mravčík et al. 2003)



Pořadí krajů z hlediska institucionálního kontextu drogových služeb

Pořadí krajů bylo v této části hodnoceno na základě výše přidělených dotací na předložené projekty, počtu prvních žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním drog (oboje v přepočtu na 100 000 obyvatel) a počtu vyměněných stříkaček a jehel v přepočtu na 1 000 obyvatel, který alespoň do určité míry charakterizuje jeden z významných projektů v ČR. Výsledné pořadí krajů ukazuje Tabulka 8-5.

Z hlediska institucionálního kontextu služeb pro uživatele drog má v rámci České republiky dobré postavení Praha a Ústecký kraj, následované Jihomoravským, Olomouckým a Plzeňským krajem. Naopak méně příznivé postavení mají Královéhradecký kraj, Středočeský, Pardubický a Jihočeský kraj.

Tabulka 8-5: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů kontextu protidrogové politiky

Kraj	Počet vyměněných stříkaček a jehel (na 1 000 obyvatel)	První žádosti o léčbu (na 100 000 obyvatel)	Dotace projektům (na 100 000 obyvatel)	Celkové pořadí
Hl.m. Praha	1	3	1	1-2
Středočeský	14	8	11	13
Jihočeský	12	10	9	11
Plzeňský	6	9	3	5
Karlovarský	4	11	6	6
Ústecký	2	1	2	1-2
Liberecký	11	7	12	9
Královéhradecký	7	13	14	14
Pardubický	5	14	13	12
Vysočina	13	5	7	8
Jihomoravský	3	2	4	3
Olomoucký	8-9	4	5	4
Zlínský	8-9	6	10	7
Moravskoslezský	10	12	8	9



UŽÍVÁNÍ DROG A JEHO NÁSLEDKY

Od počátku 90. let se situace v České republice v oblasti drog začíná přibližovat situaci v Evropě. Dochází k šíření nelegálních drog a jejich užívání a ve větším rozsahu se objevují zdravotní i jiné následky užívání drog. Poslední roky jsou charakteristické vzestupem experimentální a rekreační konzumace konopných látek mezi mládeží a mladými dospělými a vzestupem pravidelného užívání konopných látek. Zároveň roste také obliba tanečních drog, především extáze. Příznivým trendem v posledních letech je pokles zkušeností s užíváním heroínu a pervitinu – ukazuje se tedy, že mladí lidé rozlišují mezi drogami s různým zdravotním rizikem; zároveň dochází i ke stabilizaci až poklesu problémového užívání heroínu a pervitinu (Mravčík et al. 2003).

9/1

Užívání drog v populaci

9/1/1 Celopopulační průzkumy

Celopopulační průzkumy ukazují, že alespoň jednu zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou má 16–20 % obyvatel České republiky ve věku nad 15 let, tedy asi 1,4–1,7 milionu osob. V posledním roce užilo nelegální drogu 8–10 % obyvatel (tj. přibližně 900 000 osob). Ve většině případů je užívanou drogou marihuana a hašiš. Taneční drogu (extázi) užila alespoň jednou v životě 4 % obyvatel ve věku nad 15 let, tedy asi 350 000 osob. Zkušenosti s jinými drogami (heroinem, pervitinem, kokainem nebo LSD) má méně než 2 % obyvatel, tedy přibližně 170 000 osob (Mravčík et al. 2003, Psychiatrické centrum Praha, 2003). Celopopulační průzkumy realizované v roce 2002 v ČR neumožňují regionální srovnání zkušeností s užíváním drog v obecné populaci.

9/1/2 Školské průzkumy

Průzkumy zaměřené na užívání drog u školní mládeže, např. ESPAD¹⁰, ukazují, že ve věku 16 let mělo v roce 1999 v ČR zkušenosti s jakoukoliv ilegální drogou téměř 35 % této populace, opakovaně (tedy více než 5krát) užilo nějakou nelegální drogu více než 17 %. Stejně jako u celé populace bylo u šestnáctiletých nejčastěji užívanou látkou konopí (téměř 35 %). Opakované užívání konopí uvádělo 16 % a jeho užití v posledním měsíci také 16 % této skupiny. Zkušenosti s opiáty měla 4 %, s amfetaminy (pervitinem) 5 %, s extází 3 %, s LSD nebo jinými halucinogeny 5 % a s rozpouštědly 7 % populace této věkové skupiny. Vysoké bylo také zastoupení šestnáctiletých, kteří měli zkušenosti se zneužíváním léků – téměř 18 %.

Prezentované výsledky se vztahují k roku 1999, kdy proběhla v ČR druhá vlna tohoto mezinárodního průzkumu (první vlna proběhla v roce 1995). Regionální srovnání zkušeností s užíváním jednotlivých drog podle studie ESPAD (z roku 1999) je možné jen v rámci bývalých 8 krajů ČR (Tabulka 9-1). Rozdíly v užívání drog mezi středoškolskou mládeží z hlediska nového krajského uspořádání přinesou až výsledky studie ESPAD z roku 2003, kdy byla realizována třetí vlna této studie. Výsledky za jednotlivé kraje budou k dispozici v druhé polovině roku 2004.

Značné zkušenosti s užíváním jakýchkoliv nelegálních drog měla mládež v Praze, Severočeském a Jihomoravském kraji. Toto rozložení do velké míry odpovídalo výskytu rizikových environmentálních faktorů v České republice. Zde se ukázalo, že výskyt těchto jevů je obecně vyšší ve velkoměstech a urbanizovaných oblastech. Naopak nejméně zkušeností s drogami měla mládež v méně urbanizovaném Východočeském, Jihočeském a Středočeském kraji. Nejčastěji užívanou nelegální drogou mezi středoškolskou mládeží byly konopné látky. Regionální rozdíly v užívání konopných látek sleduje Obrázek 9-1.

Obdobnou diferenciaci jako konopné látky měla i stimulantia. Oproti tomu situace v užívání rozpouštědel byla zcela odlišná – nejvíce zkušeností uváděla mládež z Východočeského a Jihočeského kraje, nejnižší zkušenosti měla mládež z Západočeském kraji. Srovnání zkušeností mládeže s konopnými a nekonopnými drogami (tj. nelegálními drogami bez konopných látek) umožňují Obrázek 9-1 a Obrázek 9-2.

¹⁰ Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

Oproti zkušenostem s konopnými látkami měly méně příznivé postavení ve vztahu k nekonopným drogám Západočeský a Jihočeský kraj. Příznivá situace v užívání nekonopných látek byla v krajích Středočeském a Východočeském.

Údaje ze studie ESPAD z roku 1999 v porovnání s rokem 1995, kdy byla tato studie provedena v ČR poprvé, ukazovaly nárůst zkušeností s užíváním drog u mládeže a zároveň také potvrzovaly zvyšující se dostupnost jednotlivých drog ve všech našich regionech.

Tabulka 9-1: Zkušenosti s drogami u populace ve věku 16-ti let (v %) podle krajů v roce 1999 (Psychiatrické centrum Praha, 1999)

Kraj	Všechny nelegální drogy	Konopné látky	Nelegální drogy bez konopí	Stimulancia	Rozpouštědla
Hl.m. Praha	47	46	14	9	8
Středočeský	30	29	6	3	6
Jihočeský	28	27	8	4	9
Západočeský	36	36	11	8	4
Severočeský	39	39	14	7	5
Východočeský	24	24	6	5	10
Jihomoravský	37	36	8	5	8
Severomoravský	34	34	7	4	7
Česká republika	35	35	9	5	7

Obrázek 9-1: Zkušenosti mládeže s konopnými drogami (v %) podle krajů (Psychiatrické centrum Praha, 1999)



Obrázek 9-2: Zkušenosti mládeže s nekonopnými drogami (v %) podle krajů (Psychiatrické centrum Praha, 1999)



9/2 Problémové užívání drog

Podle EMCDDA¹¹ je problémové užívání drog definované jako injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo amfetaminových drog; jedná se tedy o takové užívání drog, které v sobě nese značné riziko závislosti nebo poškození zdraví konzumenta. Vzhledem k tomu, že v ČR je počet uživatelů kokainu velmi nízký, jedná se především o dlouhodobé/injekční uživatele heroínu a pervitinu. Počet problémových uživatelů drog není možné zjistit v rámci populačních nebo školních průzkumů, je proto nutné jej odhadovat pomocí různých matematických metod.

9/2/1 Odhady počtu problémových uživatelů drog

Počet problémových uživatelů drog v ČR se dlouhodobě pohybuje kolem 35 - 37 000, jde především o uživatele pervitinu a heroínu. Injekčních uživatelů je v ČR asi 30 000. Počet problémových uživatelů pervitinu se odhaduje na 22 000, heroínu na 13 - 15 000. V posledních letech dochází k růstu užívání heroínu, a to na úkor pervitinu. V roce 2003 byl poprvé proveden odhad počtu problémových uživatelů drog podle krajů (Mravčík et al. 2003), srovnání regionálních počtů ukazují Tabulka 9-2 a Obrázek 9-3.

Největší odhadovaný počet problémových uživatelů drog v přepočtu na 1 000 obyvatel je v Praze, následují kraje Ústecký a Karlovarský. Velmi nízké počty jsou naopak odhadovány v Pardubickém, Libereckém kraji a Vysočině.

Tabulka 9-2: Prevalence problémových uživatelů drog v roce 2002 podle krajů (Mravčík et al. 2003)

Kraj	Počet problémových uživatelů drog	Přepočet na 1 000 obyvatel ve věku 15-64 let
Hl.m. Praha	10 950	13,3
Středočeský	3 350	4,2
Jihočeský	1 550	3,6
Plzeňský	1 850	4,8
Karlovarský	1 150	5,3
Ústecký	4 200	7,2
Liberecký	550	1,8
Královéhradecký	1 050	2,8
Pardubický	600	1,7
Vysočina	700	1,9
Jihomoravský	3 350	4,3
Olomoucký	1 450	3,2
Zlínský	1 550	3,7
Moravskoslezský	2 800	3,1
Česká republika	35 100	4,9

¹¹ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

Obrázek 9-3: Prevalenční odhad problémového užívání podle krajů (na 1 000 obyvatel ve věku 15 - 64 let) (Mravčík et al. 2003)



9/2/2 Problémoví uživatelé drog v kontaktu se zařízeními

Odhaduje se, že v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními je cca 60 % problémových uživatelů drog a ukazuje se, že tento podíl postupně vzrůstá. Takový trend souvisí patrně s velkou dostupností výměnných programů. Ambulantní nebo ústavní či pobytovou léčbu využije každoročně kolem 8 000 problémových uživatelů drog. Nízká je však účast uživatelů opiátů v substituční léčbě – v roce 2002 se do tohoto programu zapojilo přibližně 1 000 osob (substituční léčba metadonem i buprenorfinem), tedy asi 7 % uživatelů opiátů (Mravčík et al. 2003). Roli zde jistě hraje dostupnost substituční léčby pro uživatele opiátů.

9/3 Žádosti o léčbu

Počet žadatelů o první léčbu v souvislosti s užíváním drog každým rokem vzrůstá. Tento růst je ovlivněn především zvýšenou ochotou uživatelů podrobit se léčbě; do určité míry může souviset také s počtem problémových uživatelů drog. Od roku 2002 se kromě prvních žádostí sledují i všechny žádosti o léčbu.

9/3/1 První žádosti o léčbu

O léčbu poprvé požádalo v ČR v roce 2002 celkem 4 719 osob, z toho 3 173 mužů a 1 524 žen (Polanecký et al. 2003). Průměrný věk prvožadatelů byl 21,8 let a v posledních letech se postupně zvyšuje. U 16 % žadatelů o léčbu byly základní užívanou drogou opiáty (788 osob), u 55 % stimulancia (2 598 osob, u 51 % se jednalo o pervitin), 23 % kanabinoidy (1 070 osob) a necelých 4 % rozpouštědla. Nejvyšší absolutní počet žadatelů o první léčbu v roce 2002 byl v Ústeckém kraji, v Jihomoravském a v Praze, nejnižší v Karlovarském, v Pardubickém a v Královéhradeckém. Mezi kraji existovaly velké rozdíly z hlediska základní drogy, v souvislosti s ní uživatel vyhledal léčbu.

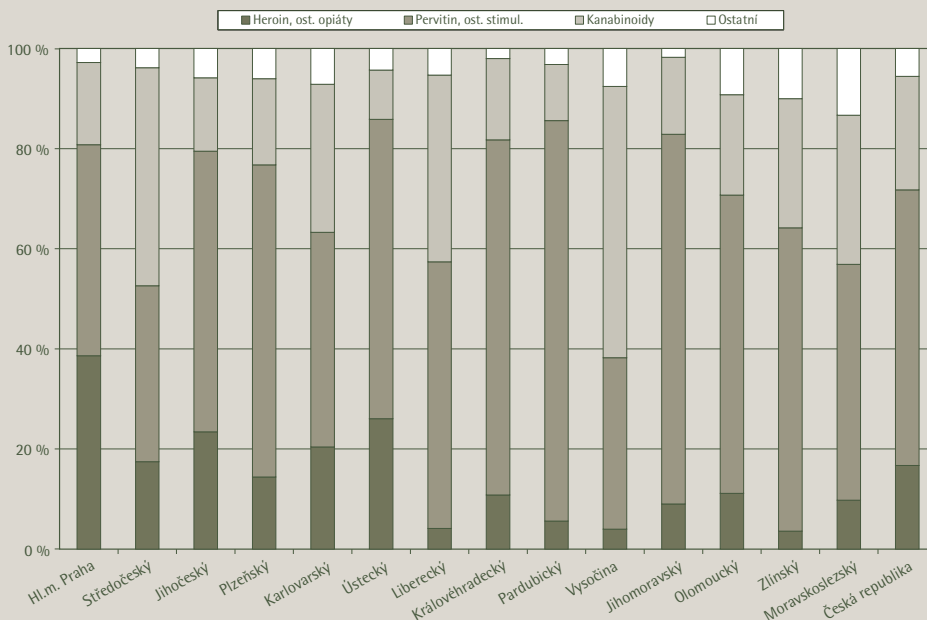
9/3/2 Základní (primární) užívaná droga

Ve všech krajích České republiky uvedl největší podíl žadatelů o první léčbu jako základní drogu pervitin, v Praze se tomuto podílu téměř vyrovnal počet osob žádajících o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu (Obrázek 9-5). Přes 20 % uživatelů v Jihočeském a Ústeckém kraji vyhledalo léčbu v souvislosti s užíváním heroinu. Regionální srovnání počtu žadatelů o první léčbu v přepočtu na 100 000 obyvatel podle základní užívané drogy v krajích poskytuje Tabulka 9-3.

Nejvyšší podíl žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu byl v přepočtu na 100 000 obyvatel v Ústeckém kraji a Praze, s velkým odstupem následoval kraj Jihočeský (Obrázek 9-4). Nejméně žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu bylo v roce 2002 v Pardubickém, Libereckém a Zlínském kraji.

V souvislosti s užíváním pervitinu bylo nejvíce žádostí (na 100 000 obyvatel) opět v Ústeckém kraji, následují kraje Jihomoravský, Olomoucký a Zlínský (Obrázek 9-6). Nejméně žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním

Obrázek 9-4: Procentuální rozložení žadatelů o první léčbu podle vybraných drog a krajů (Polanecký et al. 2003)



pervitinu bylo ve Středočeském a Karlovarském kraji. V souvislosti s užíváním kanabinoidů bylo nejvíce žádostí na Vysočině, ve Středočeském a Libereckém kraji, tedy v krajích, v nichž bylo relativně málo žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu.

Tabulka 9-3: Žadatelé o první léčbu v souvislosti s užíváním vybraných drog na 100 000 obyvatel (Polanecký et al. 2003)

Kraj	Všechny drogy	Heroin, ostatní opiáty	Pervitin, ostatní stimulantia	Kanabinoidy
Hl.m. Praha	49,36	19,07	20,80	8,11
Středočeský	39,17	6,84	13,77	17,06
Jihočeský	38,25	8,96	21,45	5,60
Plzeňský	39,14	5,64	24,39	6,73
Karlovarský	32,26	6,58	13,83	9,55
Ústecký	90,43	23,55	54,06	8,91
Liberecký	39,54	1,64	21,06	14,74
Královéhradecký	26,97	2,92	19,14	4,37
Pardubický	24,66	1,38	19,73	2,76
Vysočina	48,46	1,93	16,60	26,26
Jihomoravský	60,30	5,43	44,53	9,26
Olomoucký	49,26	5,49	29,34	9,88
Zlínský	47,01	1,69	28,48	12,13
Moravskoslezský	35,59	3,48	16,77	10,60
Česká republika	46,26	7,72	25,47	10,49

Obrázek 9-5: První žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu podle krajů (v přepočtu na 100 000 obyvatel) (Polanecký et al. 2003)



Obrázek 9-6: První žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním pervitinu podle krajů (v přepočtu na 100 000 obyvatel) (Polanecký et al. 2003)



9/3/3 Sekundární užívaná droga

Nejčastější sekundární užívanou drogou¹² uváděnou žadateli o léčbu je marihuana. Z celkového počtu evidovaných 4 719 prvožadatelů o léčbu užívalo nějakou další drogu 2 427 osob (tj. více než 50 % prvožadatelů), z toho kanabinoidy 1 278 osob (tj. téměř 30 % z nich).

9/3/4 Užívání alkoholu versus užívání nelegálních drog

V roce 2002 byla v psychiatrických ambulancích evidována také incidence¹³ a prevalence¹⁴ diagnóz týkajících se užívání alkoholu a jiných psychoaktivních látek v populaci. Na 10 000 obyvatel připadalo v ČR 23 sledovaných psychiatrických poruch v souvislosti s užíváním alkoholu (diagnóza F10 podle MKN) a 10 po-

ruch v souvislosti s užíváním drog (diagnózy F11–F19 podle MKN). Nově bylo v přepočtu na 10 000 obyvatel evidováno 6 osob s psychiatrickými poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu a 3 v souvislosti s užíváním drog (incidence). Ukazuje se tedy, že výskyt psychiatrických poruch v souvislosti s užíváním alkoholu je v ČR výrazně vyšší než výskyt poruch v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek. Regionální srovnání poskytuje Tabulka 9-4.

Nejvyšší výskyt všech sledovaných poruch (prevalence) v souvislosti s užíváním alkoholu bylo zaznamenáno v Olomouckém, Moravskoslezském a Zlínském kraji, na čtvrtém místě následuje Praha. Prevalence psychiatrických diagnóz v souvislosti s užíváním nealkoholových drog byla naopak nejvyšší v Praze, Plzeňském a Jihomoravském kraji, relativně vysoká také v Ústeckém a Královéhradeckém kraji.

¹² Sekundární užívaná droga je další (nelegální) psychotropní látka, kterou uživatel konzumuje v kombinaci se základní drogou; dosavadní metodika Hygienické stanice hl. m. Prahy, která za sběr těchto dat odpovídá, nezahrnuje užívání alkoholu.

¹³ Incidence je míra frekvence výskytu nových onemocnění v populaci; jedná se o počet nových (nově hlášených) onemocnění (sledovaných psychiatrických poruch v souvislosti s alkoholem nebo drogami) vztahených ke střednímu stavu obyvatelstva.

¹⁴ Prevalence je míra frekvence všech sledovaných onemocnění v populaci; jedná se o počet všech existujících onemocnění (psychiatrických poruch v souvislosti s alkoholem nebo drogami) vztahených ke střednímu stavu obyvatelstva.

Tabulka 9-4: Incidence a prevalence vybraných psychiatrických diagnóz podle krajů (na 10 000 obyvatel) (ÚZIS, 2003a)

Kraj	dg. F10 (alkohol)		dg. F11-19 (ostatní psychoaktivní látky)	
	Incidence ¹³	Prevalence ¹⁴	Incidence	Prevalence
Hl.m. Praha	8,3	29,6	9,4	27,1
Středočeský	3,5	13,5	1,5	7,8
Jihočeský	4,8	17,0	1,8	6,0
Plzeňský	7,5	23,6	5,2	18,0
Karlovarský	2,0	16,8	1,0	4,5
Ústecký	2,7	10,5	3,2	10,6
Liberecký	4,6	16,5	1,3	3,9
Královéhradecký	4,9	23,5	3,6	10,0
Pardubický	3,3	14,9	0,5	3,3
Vysočina	2,2	13,2	0,7	2,0
Jihomoravský	5,4	18,9	2,4	5,7
Olomoucký	15,6	46,1	5,9	13,1
Zlínský	8,8	30,1	1,0	3,7
Moravskoslezský	8,2	35,2	1,6	9,2
Česká republika	6,1	22,9	3,1	10,0

9/4 Zdravotní dopady

Užívání drog a především injekční užívání drog s sebou přináší různé zdravotní dopady, především výskyt infekčních nemocí; sleduje se virová hepatitida, především typu C a B, a výskyt HIV/AIDS. Nejzávažnějším negativním následkem užívání nelegálních drog je úmrtí.

9/4/1 Virové hepatitidy

O výskytu virových hepatitid (VH) u injekčních uživatelů drog existují dostupná data z hlášení akutní virové hepatitidy typu B a C a výsledky seroprevalenčních studií. Celkový výskyt virových hepatitid v poslední době v České republice klesá. V roce 2002 bylo celkem hlášeno 127 nových případů VH typu A, z toho 6 případů u injekčních uživatelů drog, 413 případů VH typu B, z toho 112 u injekčních uživatelů drog, a 213 případů akutní VH typu C, z toho 127 u injekčních uživatelů drog (Polanecký et al. 2003). Výskyt VH v jednotlivých regionech sleduje Tabulka 9-5.

Nejvyšší výskyt nových případů (incidence) akutní virové hepatitidy typu C byl zaznamenán v Ústeckém kraji, za ním následuje Praha a Středočeský kraj. V regionech

Moravy a východních Čech je naopak incidence akutní VHC velmi nízká. Téměř 60 % nakažených osob akutní VH typu C v České republice jsou injekční uživatelé drog, v případě VH typu B se jedná o 27 % a u VH typu A o necelých 5 % osob. Vysoký počet injekčních uživatelů nakažených VHB a VHC je opět v Ústeckém kraji, Praze a Středočeském kraji.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) zahájilo v roce 2002 multicentrickou studii „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“. Cílem je zhodnotit výskyt protilátek u uživatelů drog a identifikovat rizikové faktory, které prevalenci ovlivňují. Do studie se zapojilo 12 nízkoprahových zařízení v celé ČR. Výsledky seroprevalenční studie VHC ukazují, že třetina injekčních uživatelů drog byla infikována virovou hepatitidou typu C (Tabulka 9-6). Regionální rozdíly ukazuje Obrázek 9-7.

Nejvyšší podíl pozitivně testovaných uživatelů drog na VHC byl sledován v Ústí nad Labem a v Praze, za nimi následují České Budějovice. Naopak nejméně VHC pozitivních v celkovém počtu testovaných osob bylo v Jihlavě, Opavě a Liberci.

Tabulka 9-5: Hlášení virové hepatitidy v celé populaci a u injekčních uživatelů drog podle krajů (Polanecký et al. 2003)

Kraj	VHA celkem	injekční uživatelé		VHB celkem	injekční uživatelé		VHC celkem	injekční uživatelé	
		počet	%		počet	%		počet	%
Hl.m. Praha	16	0	0,0	109	45	41,3	42	23	54,8
Středočeský	7	1	14,3	57	13	22,8	32	19	59,4
Jihočeský	1	0	0,0	16	3	18,8	15	6	40,0
Plzeňský	2	0	0,0	14	4	28,6	5	2	40,0
Karlovarský	3	0	0,0	15	6	40,0	7	6	85,7
Ústecký	55	5	9,1	71	27	38,0	74	53	71,6
Liberecký	6	0	0,0	11	1	9,1	11	5	45,5
Královéhradecký	5	0	0,0	21	3	14,3	5	2	40,0
Pardubický	13	0	0,0	8	1	12,5	0	0	0,0
Vysočina	2	0	0,0	6	0	0,0	3	1	33,3
Jihomoravský	7	0	0,0	15	3	20	11	4	36,4
Olomoucký	5	0	0,0	30	3	10	2	2	100,0
Zlínský	4	0	0,0	5	0	0,0	1	1	100,0
Moravskoslezský	1	0	0,0	35	3	8,6	5	3	60,0
Česká republika	127	6	4,7	413	112	27,1	213	127	59,6

Tabulka 9-6: Průběžné výsledky seroprevalenční studie VHC ve vybraných zařízeních (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)

Zařízení	Počet otestovaných respondentů	Počet testů s pozitivním výsledkem	
		Počet	%
Drop in Praha	90	46	51,1
KC SANANIM Praha	55	23	41,8
KC České Budějovice	28	13	46,4
KC Tábor	36	6	16,7
KC Plzeň	59	9	15,3
KC Ústí nad Labem	91	50	54,9
KC Děčín	33	12	36,4
KC Liberec	36	5	13,9
KC Hradec Králové	64	10	15,6
KC Jihlava	18	1	5,6
KC Brno	65	14	21,5
KC Opava	28	2	7,1
Celkem	619	193	31,2

Obrázek 9-7: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ (% pozitivních testů) podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)



9/4/2 HIV/AIDS

K 31. 12. 2002 bylo v ČR evidováno 601 HIV pozitivních osob, z toho 163 případů AIDS. Z HIV pozitivních osob bylo 22 injekčních uživatelů drog (Mravčík et al. 2003). Další 7 osob jsou současně injekčními uživateli drog a homo/bisexuály, u nichž není možné určit způsob přenosu infekce. Výskyt nových případů HIV/AIDS v ČR je stabilní, každoročně je hlášeno asi 50 nových případů, z toho se jedná o 1 až 4 injekční uživatele drog. Vzhledem k nízkému počtu HIV pozitivních uživatelů drog není možné hodnotit rozdíly mezi regiony.

9/4/3 Úmrtí (mortalita)

Od roku 2001 funguje jednotný systém pro poskytování a vyhodnocování dat o drogové úmrtnosti v ČR. V roce 2002 bylo zaznamenáno celkem 115 případů smrtelného předávkování drogami, z toho bylo 21 případů úmrtí v souvislosti s užíváním opiátů, 72 případů úmrtí v souvislosti s užitím psychotropních léčiv, 14 případů užívání rozpouštědel a 8 případů v souvislosti s užíváním pervitinu (Mravčík et al. 2003). Ostatní případy úmrtí nastaly v souvislosti s užíváním jiných látek. Ukazuje se tedy významné postavení hypnotik, často v kombinaci s alkoholem, jako nástroje předávkování.

Pro srovnání užívání drog a jeho následků byly použity zkušenosti mládeže ve věku 16-ti let s drogami, odděleně s konopnými a nekonopnými drogami, odhad prevalence problémových uživatelů drog (v přepočtu na 1 000 osob ve věku 15–64 let), první žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním heroínu a pervitinu (v přepočtu na 100 000 obyvatel), incidence vybraných psychiatrických diagnóz (F11–F19 podle MKN) v populaci (v přepočtu na 100 000 osob). Pořadí krajů z hlediska jednotlivých ukazatelů i celkové pořadí krajů shrnuje Tabulka 9-7.

Situace v užívání drog a jeho následcích je nejméně příznivá v Ústeckém kraji, Praze, Plzeňském a Jihomoravském kraji. V těchto regionech najdeme u populace, především u školní, vyšší výskyt zkušeností s užíváním nelegálních drog, vyšší počet problémových uživatelů drog a vyšší relativní počet žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroínu a pervitinu. V těchto krajích je však většinou dostatečný počet zařízení zabývajících se léčbou a prevencí drogových závislostí, které nabízejí dostatečné spektrum služeb v této oblasti. Tyto kraje získaly také v přepočtu na 100 000 obyvatel nejvíce dotací na protidrogové programy a projekty.

Nejpříznivější „drogová“ situace je v Pardubickém kraji, Vysočině, Královéhradeckém a Moravskoslezském kraji. Zmíněné kraje jsou charakteristické nižšími zkušenostmi obyvatelstva, především mládeže, s užíváním drog a je zde relativně méně žadatelů o léčbu. Ukázalo se, že v některých z těchto krajů je nižší počet léčebných a kontaktních zařízení a omezené spektrum služeb, které tato zařízení poskytují (konkrétně v Pardubickém kraji). Zároveň byl v některých z nich předložen malý počet projektů a kraje získaly v přepočtu na 100 000 obyvatel nejméně dotací (Královéhradecký a Pardubický kraj).

Opět se tedy do určité míry ukazuje obdobné regionální rozložení ukazatelů užívání drog a jeho následků, které bylo možné sledovat u demografických jevů, zdravotního stavu a kriminality, stejně jako i dalších rizikových environmentálních faktorů. Největší koncentrace problémů spojených s užíváním drog je v urbanizovaných oblastech a průmyslových regionech – především tedy v Praze a severozápadních Čechách, zatímco situace v méně urbanizovaných oblastech východních Čech je ve vztahu k užívání drog a jeho následkům mnohem příznivější.

Tabulka 9-7: Pořadí krajů podle vybraných ukazatelů užívání drog a jeho následků

Kraj	Zkušenosti s konop. látkami (v %)	Zkušenosti s nekonop. látkami (v %)	Odhad prevalence problémových uživatelů*	Žádosti o léčbu - heroín**	Žádosti o léčbu - pervitin**	Incidence psych. diagnóz F11–19***	Celkové pořadí
Hl.m. Praha	14	12–14	14	13	7	14	13
Středočeský	4	1–3	9	11	1	6	5
Jihočeský	3	6–9	7	12	9	8	8
Plzeňský	7–11	10–11	11	9	10	12	12
Karlovarský	7–11	10–11	12	10	2	3–4	9
Ústecký	12–13	12–14	13	14	14	10	14
Liberecký	12–13	12–14	3	2	8	5	7
Královéhradecký	1–2	1–3	4	5	5	11	3
Pardubický	1–2	1–3	1	1	6	1	1
Vysočina	7–11	6–9	2	4	3	2	2
Jihomoravský	7–11	6–9	10	7	13	9	11
Olomoucký	5–6	4–5	6	8	12	13	10
Zlínský	7–11	6–9	8	3	11	3–4	6
Moravskoslezský	5–6	4–5	5	6	4	7	4

Pozn.: * na 1 000 osob ve věku 15 – 64 let, ** v přepočtu na 100 000 obyvatel, *** v přepočtu na 10 000 obyvatel