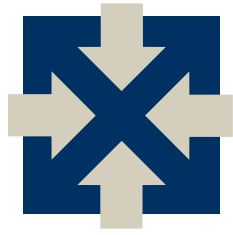




Výroční zpráva

o stavu ve věcech drog

v České republice v roce 2010



Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010

Viktor Mravčík
Roman Pešek
Michaela Horáková
Vlastimil Nečas
Pavla Chomynová
Lenka Šťastná
Lucie Grolmusová
Lucia Kiššová
Hana Fidesová
Blanka Nechanská
Jiří Vopravil
Ilona Preslová
Pavla Doležalová
Tomáš Koňák

Praha, září 2011

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI
SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY
Z pověření vlády České republiky a Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010

Vydal/ © Úřad vlády České republiky, 2011

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

Editor/ MUDr. Viktor Mravčík

Oponent/ MUDr. Tomáš Zábranský

Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

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

Pro bibliografické citace/

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P., Koňák, T. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011.

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

ISBN 978-80-7440-056-8

Obsah

| | |
|--|------------|
| SOUHRN | 1 |
| ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2010 | 5 |
| 1 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA A JEJÍ KONTEXT | 5 |
| 1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC | 5 |
| 1.2 INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC, STRATEGIE, EVALUACE A KOORDINACE | 7 |
| 1.3 ROZPOČTY A FINANCOVÁNÍ | 15 |
| 2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI | 24 |
| 2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V OBEČNÉ POPULACI | 24 |
| 2.2 UŽÍVÁNÍ DROG VE ŠKOLNÍ POPULACI | 32 |
| 2.3 UŽÍVÁNÍ DROG VE SPECIFICKÝCH SKUPINÁCH POPULACE | 33 |
| 3 PREVENCE | 35 |
| 3.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY V OBLASTI PREVENCE | 35 |
| 3.2 VŠEOBECNÁ PREVENCE | 37 |
| 3.3 SELEKTIVNÍ PREVENCE | 38 |
| 3.4 INDIKOVANÁ PREVENCE | 39 |
| 3.5 MEDIÁLNÍ KAMPANĚ, KONFERENCE A DALŠÍ AKTIVITY S MEDIÁLNÍM OHLASEM | 39 |
| 4 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG | 41 |
| 4.1 ODHADY PREVALENCE PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ DROG | 41 |
| 4.2 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG V DALŠÍCH ZDROJÍCH DAT | 44 |
| 4.3 DALŠÍ INTENZIVNÍ, ČASTÉ, DLOUHODOBÉ A JINAK PROBLEMATICKÉ FORMY UŽÍVÁNÍ DROG | 45 |
| 5 SPECIALIZOVANÁ LÉČBA A SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG | 47 |
| 5.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY V OBLASTI LÉČBY | 47 |
| 5.2 SYSTÉM LÉČBY UŽIVATELŮ DROG | 47 |
| 5.3 UŽIVATELE DROG V LÉČBĚ, JEJICH CHARAKTERISTIKY A TRENDY | 60 |
| 6 ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG | 73 |
| 6.1 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG | 73 |
| 6.2 DALŠÍ PORUCHY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG | 81 |
| 6.3 DROGOVÁ ÚMRTÍ A MORTALITA UŽIVATELŮ DROG | 85 |
| 7 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG | 93 |
| 7.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY V OBLASTI SNIŽOVÁNÍ RIZIK | 93 |
| 7.2 PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ | 93 |
| 7.3 PREVENCE A LÉČBA INFEKČÍ MEZI UŽIVATELI DROG | 94 |
| 7.4 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA DALŠÍ ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG | 100 |
| 8 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI UŽÍVÁNÍ DROG A RESOCIALIZACE UŽIVATELŮ DROG | 101 |
| 8.1 SOCIÁLNÍ EXKLUZE A UŽÍVÁNÍ DROG | 101 |
| 8.2 SOCIÁLNÍ REINTEGRACE | 102 |
| 9 DROGOVÁ KRIMINALITA, JEJÍ PREVENCE A DROGY VE VĚZENÍ | 104 |
| 9.1 DROGOVÁ KRIMINALITA | 104 |
| 9.2 PREVENCE DROGOVÉ KRIMINALITY | 111 |
| 9.3 ALTERNATIVY TRESTNÍHO POSTIHU | 111 |
| 9.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE VĚZENÍ | 112 |
| 9.5 INTERVENČE VE VĚZENÍ | 114 |
| 10 DROGOVÉ TRHY | 117 |
| 10.1 DOSTUPNOST A NABÍDKA DROG | 117 |
| 10.2 ZÁCHYTY DROG | 122 |
| 10.3 CENY A ČISTOTA DROG | 123 |

| | |
|---|------------|
| ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY | 125 |
| 11 DROGOVÁ POLITIKA A SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG VE VĚZENÍ | 125 |
| 11.2 ZDRAVOTNÍ POLITIKA A POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB VE VĚZNICÍCH | 126 |
| 11.3 POSKYTOVÁNÍ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB (ZDRAVOTNÍ PÉČE) VE VĚZNICÍCH..... | 127 |
| 11.4 KVALITA PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB VE VĚZNICÍCH | 131 |
| 11.5 SOUHRN HLAVNÍCH PROBLÉMŮ V REALIZACI OPATŘENÍ PROTIDROGOVÉ POLITIKY VE VĚZNICÍCH | 132 |
| 12 UŽIVATELÉ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A JEJICH DĚTI | 133 |
| 12.1 ROZSAH A CHARAKTER UŽÍVÁNÍ DROG RODIČI | 133 |
| 12.2 POLITIKY A ZÁKONNÝ RÁMEC V OBLASTI RODIČOVSTVÍ UŽIVATELŮ DROG V ČR A JEJICH DĚTÍ..... | 138 |
| 12.3 OPATŘENÍ A SLUŽBY URČENÉ RODIČŮM UŽÍVAJÍCÍM NÁVYKOVÉ LÁTKY A JEJICH DĚTEM..... | 138 |
| 13 PŘESHRANIČNÍ POHYB UŽIVATELŮ DROG A VYUŽÍVÁNÍ DROGOVÝCH SLUŽEB | 142 |
| 13.1 CIZINCI V KONTAKTU S LÉČEBNÝMI A PORADENSKÝMI ZAŘÍZENÍMI PRO UŽIVATELE DROG | 142 |
| 13.2 CIZINCI A TRESTNÁ ČINNOST V SOUVISLOSTI S DROGAMI | 144 |
| 13.3 DROGOVÁ TURISTIKA | 144 |
| SEZNAM TABULEK | 145 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ | 147 |
| SEZNAM MAP | 148 |
| VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU | 149 |
| ZKRATKY | 150 |
| REJSTŘÍK | 151 |
| ODKAZY | 153 |

SOUHRN

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím hlavním poradním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), která se v r. 2010 sešla pětkrát.

V r. 2010 byla ukončena evaluace dvou předchozích strategických dokumentů protidrogové politiky – Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 a Akčního plánu na období 2007–2009.

V květnu 2010 byla vládou schválena nová Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. Na strategii mají navazovat 3 tříleté akční plány. První z nich na období 2010–2012 definuje čtyři priority: (1) snížení vysoké míry užívání zejména konopí a dalších legálních a nelegálních drog, (2) aplikace specifických opatření směrem k redukci problémového užívání opiátů a pervitinu, (3) posílení protidrogové politiky v oblasti legálních drog (alkoholu a tabáku) a (4) rozvíjení a celkové zefektivnění legislativních, finančních a koordinačních mechanismů protidrogové politiky.

Od 1. ledna 2010 je v ČR účinný nový trestní zákoník, který přinesl i podstatné změny v právní úpravě primárních drogových trestných činů. Nová právní úprava částečně diferencuje drogy podle zdravotních a společenských rizik, když rozlišuje konopné a ostatní drogy, pokud se týče pěstování konopí pro vlastní potřebu a jeho držení pro vlastní potřebu. Kromě zmíněné diferenciací drog trestní zákoník zavedl též novou skutkovou podstatu trestného činu nedovoleného pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku v malém množství. Následně vláda ve dvou nařízeních stanovila množství větší než malá drog a rostlin nebo hub, které omamné nebo psychotropní látky obsahují.

V r. 2010 dosáhly výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku celkové částky 627,4 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu bylo vydáno 371,6 mil. Kč, kraje a obce přispěly částkou 193,7 a 62,1 mil. Kč. Oproti r. 2009 došlo k nominálnímu nárůstu souhrnných výdajů na všech třech úrovních o 3,3 %, je však třeba vzít v úvahu meziroční změny v metodice získávání dat. K výraznému poklesu došlo na centrální úrovni u výdajů RVKPP. Na krajské úrovni došlo souhrnně k výraznému meziročnímu nárůstu výdajů – ten se týkal zejména Karlovarského, Zlínského a Moravskoslezského kraje. Více než třetina výdajů z krajů je však určena na financování záchytných stanic a ošetřování intoxikovaných osob. V souhmu došlo k mírnému nárůstu výdajů obcí. V součtu všech tří úrovní veřejných rozpočtů bylo 166,2 mil. Kč (26,5 %) určeno na služby harm reduction, 108,9 mil. Kč (17,4 %) na léčbu, 62,3 mil. Kč (9,9 %) na primární prevenci a 31,3 mil. Kč (5,0 %) na následnou péči. Záchytné stanice financované téměř výhradně z krajských rozpočtů stály 87,2 mil. Kč (13,9 %) a 149,4 mil. Kč (23,8 %) bylo určeno na prosazování práva.

Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu spojenou s užíváním nealkoholových drog činily v r. 2009 (poslední dostupný rok) 448 mil. Kč.

Z průzkumů zaměřených na postoje veřejnosti k užívání drog vyplývá, že česká populace je poměrně tolerantní k užívání konopných látek, nadpoloviční většina podporuje legalizaci pěstování a držení konopných látek, a to především pro léčebné účely. V r. 2010 a v prvním pololetí 2011 probíhaly diskuze a iniciativy na téma léčebného využití konopí, které se účastní jak občanská a odborná veřejnost, tak politici a zástupci státní správy.

Z výzkumů v posledních třech letech vyplývá, že zkušenosti s užitím nelegálních drog v obecné populaci se udržují na stabilní úrovni, nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou konopné látky (23–34 % podle studie), následované extází (4–10 %). Užití konopných látek v posledním roce uvedlo 10–15 % respondentů, užití jiných nelegálních drog méně než 4 % dotázaných dospělých. Užití nelegálních drog mimo konopné látky v posledním měsíci uvádí dlouhodobě méně než 1 % respondentů. Mladí dospělí ve věku 15–34 let vykazují vyšší míry prevalence – přibližně pětina má zkušenosti s konopnými látkami v posledním roce, 2–4 % s extází, cca 2 % s halucinogenními houbami a 1–2 % s pervitinem. Aktuální prevalence užití ostatních drog (včetně kokainu) mezi mladými dospělými nedosahují 1 %.

Z mezinárodního průzkumu HBSC v r. 2010 vyplývá, že alespoň jednou v životě vyzkoušelo v ČR konopné látky 30,5 % žáků 9. tříd, v posledním roce to bylo 21,5 % a v posledním měsíci 10,9 % žáků 9. tříd, rozdíly mezi chlapci a dívkami jsou velmi malé. Oproti předchozí vlně HBSC z r. 2006 byl zaznamenán nárůst jak celoživotní prevalence užívání konopných látek, tak prevalence jeho užívání v posledním roce.

V r. 2010 byla vůbec poprvé provedena reprezentativní studie užívání drog ve vězeňské populaci, která ukázala, že osoby nastupující do věznic mají výrazně vyšší zkušenosti s užíváním drog než obecná populace – týká se to především žen a u obou pohlaví užívání heroínu, pervitinu a kokainu.

Další subpopulací s výrazně vyšší mírou prevalence užívání nelegálních drog jsou návštěvníci tanečních akcí a osoby v prostředí (noční) zábavy – vedle konopných látek se jedná především o extází a dále o pervitin, kokain a halucinogeny.

Speciální studie zaměřená na užívání nových syntetických drog ukázala, že v ČR má zkušenost s jejich užitím necelých 5 % mladých dospělých ve věku 15–34 let; obdobný výsledek přinesla i evropská studie Eurobarometr mezi mladými Čechy ve věku 15–24 let (4 %).

V r. 2010 dále vzrostl odhadovaný počet problémových uživatelů drog – střední odhad dosáhl hodnoty 39,2 tis. osob, ve srovnání s minulými lety však tento nárůst není statisticky významný. Významně se ovšem v r. 2010 zvýšil počet problémových uživatelů pervitinu (28,2 tis.) a snížil počet problémových uživatelů opiátů (11,0 tis.). Dále se zvýšil rovněž počet injekčních uživatelů drog (na cca 37,2 tis.). Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou tradičně Praha a Ústecký kraj. Zejména v Praze a v dalších českých krajích je rozšířeno injekční užívání Subutexu[®]. Běžné je současné užívání pervitinu a opiátů. Celkem tak problémové užívání drog zasahuje 0,5 % české dospělé populace.

Odhadem desetina až čtvrtina vězňů, tj. přibližně 2–5 tis. osob, vykazuje při nástupu do věznice znaky aktuálního problémového užívání drog, což je přibližně 20–50krát vyšší prevalence problémového užívání drog než v obecné populaci.

Dále byly provedeny odhady rozsahu aktuálního intenzivního či problematického užívání dalších drog. Alespoň jednou týdně v posledním měsíci užilo v ČR sedativa téměř 1 mil. osob, konopné látky 360 tis. osob, extázi 35 tis. osob, halucinogenní houby 30 tis. osob a kokain téměř 15 tis. osob ve věku 15–64 let, především mladých dospělých. Pro 70 % uživatelů konopných drog představuje užívání relativně malé riziko, ovšem až 10 % uživatelů konopných drog je ve značném riziku problémů spojených s jejich užíváním a závislosti. Extrapoluje-li se tento podíl na celou populaci ČR, znamená to cca 1,0–1,5 % dospělé populace, tj. 75–110 tis. uživatelů konopných látek ve vysokém riziku. Alkohol užívá rizikově či škodlivě přibližně 1 až 1,4 mil osob a ve značném riziku závislosti nebo závislých je v ČR odhadem 50–150 tis. dospělých osob do 64 let.

V r. 2010 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi injekčními uživateli drog – promořenost HIV je v této vysoce rizikové skupině stále pod 1 %. Nově bylo v r. 2010 identifikováno 7 HIV pozitivních osob, u kterých bylo jako možná cesta přenosu nákazy zjištěno injekční užívání drog. Také počet nově hlášených případů virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů drog v posledních letech klesá, u typu B došlo v r. 2010 k mírnému meziročnímu nárůstu případů. Prevalence virové hepatitidy typu C mezi uživateli drog se v závislosti na charakteristikách a výběrových kritériích vyšetřovaného vzorku pohybuje od přibližně 20 % v nízkoprahových programech do 40 % ve věznicích nebo 70 % mezi klienty substituční léčby. Také v r. 2010 přetrvával zvyšující se výskyt syfilis u injekčních uživatelů drog.

Dlouhodobě dochází k poklesu podílu injekční aplikace mezi uživateli pervitinu a heroinu, běžná je injekční aplikace Subutexu[®]. Podíl injekčních uživatelů mezi uživateli heroinu a pervitinu je cca 60 % mezi klienty psychiatrických ambulancí a 90 %, resp. 80 % v registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog. Podle dostupných údajů dlouhodobě klesá mezi injekčními uživateli drog míra rizikového chování, např. sdílení jehel.

Podle informací z registru pitvaných na soudnělékařských odděleních došlo v r. 2010 k dalšímu nárůstu počtu smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami na celkem 55 případů. Oproti r. 2009 vzrostl zejména počet smrtelných předávkování těkavými látkami na dvojnásobek (16 případů); počet případů smrtelných předávkování opiáty/opioidy (19 případů) a pervitinem (18 případů) zůstal prakticky na stejné úrovni. Kokain nebyl v r. 2010 u žádného případu smrtelného předávkování detekován. V historii ČR vůbec poprvé byla hlášena 2 smrtelná předávkování, u kterých byl nalezen syntetický opioid fentanyl. Podobné trendy ve výskytu smrtelných předávkování drogami lze dlouhodobě pozorovat v obecném registru mortality ČR – srovnání dat získaných na základě různých selekčních kritérií ukazuje, že v posledních letech se v ČR vyskytuje 30–70 případů smrtelných předávkování pouličními drogami ročně. Výskyt smrtelných předávkování alkoholem je na základě analogických výběrových kritérií přibližně desetinásobný. V r. 2010 byl patrný další nárůst drogových úmrtí z jiných příčin než předávkování s nálezem pervitinu, k poklesu naopak došlo u nepřímých úmrtí s nálezem THC.

Podle evidence dopravní policie v r. 2010 klesl počet a podíl nehod zaviněných pod vlivem alkoholu i počet usmrcených osob při těchto nehodách – tento příznivý trend potvrzují data z pitev zemřelých při dopravních nehodách vyšetřovaných na odděleních soudního lékařství. Naopak roste počet nehod pod vlivem nealkoholových drog i počet osob při nich zemřelých, srovnání s daty ze soudních lékařství však ukazuje, že výskyt udávaný policií je stále podhodnocen.

Pomoc uživatelům drog a závislým je v ČR poskytována prostřednictvím sítě služeb různých typů, která v r. 2010 nedoznala výrazných změn.

Počet uživatelů drog v Registru žádostí o léčbu hygienické služby v posledních letech roste. V r. 2010 vyhledalo léčebné služby 9005 uživatelů drog, tj. přibližně o 200 osob více než v r. 2009. V porovnání s předchozími lety se obrací mírně sestupný trend a počet léčených se tak dostal na úroveň let 2004 a 2005. Žadatelům o léčbu dlouhodobě dominují uživatelé stimulancií, kteří byli nejpočetnější skupinou mezi všemi žadateli (62,9 %) i mezi klienty žádajícími o léčbu poprvé v životě (67,5 %); počet uživatelů pervitinu vykazuje za r. 2010 také nejvyšší meziroční nárůst. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří stále uživatelé opiátů (23,1 %), přičemž mezi prvožadateli jsou na druhém místě uživatelé konopných látek (15,9 %). Je patrné mírné stárnutí populace žadatelů o léčbu, jejich průměrný věk se za poslední dekádu zvýšil o více než čtyři roky na 27,3 let v r. 2010. Ženy tvoří stabilně třetinu žadatelů o léčbu. Nejvyšší prevalenci i incidenci žadatelů vykazuje Ústecký kraj a Praha.

Dlouhodobě se zvyšuje počet pacientů v substituční léčbě, a to jak ve specializovaných (metadonových) centrech, tak v jiných ordinacích, ve kterých jsou klienti léčeni přípravky s obsahem buprenorfinu (především Subutexem® a Suboxone®), léčba těmito preparáty však stále není v plném rozsahu evidována v registru substituce, a to navzdory existující zákonné povinnosti.

Počet psychiatrických ambulancí vykazujících v r. 2010 léčbu uživatelů alkoholu a dalších drog vzrostl téměř o třetinu na 453 zařízení. Avšak maximálně 50–70 z nich lze považovat za tzv. AT ambulance, tj. zařízení specializovaná na adiktologickou klientelu. Počet pacientů v ambulancích oboru psychiatrie se meziročně snížil, a to včetně všech tří nejčtenějších skupin pacientů, tj. léčených pro opiáty/opioidy, stimulantia a kombinace drog.

V r. 2010 došlo k mírnému snížení počtu hospitalizací uživatelů alkoholu i nealkoholových drog v psychiatrických lůžkových zařízeních. Pokles u nealkoholových drog je způsoben snížením pacientů hospitalizovaných pro poruchy způsobené kombinací látek a opiáty/opioidy, počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním ostatních stimulantů (tj. převážně pervitinu) naopak vzrostl. Počet hospitalizací pro alkohol dosahuje ročně přibližně 10 tis., počet hospitalizací pro nealkoholové drogy je zhruba poloviční. Detoxifikační jednotky se v ČR nacházejí v 16 lůžkových zařízeních s vyčleněnými 163 lůžky, detoxifikace probíhala na nevyčleněných lůžkách v dalších 12 lůžkových zařízeních. Ve sledovaném roce podstoupilo detoxifikaci od návykových látek celkem 6650 osob, z toho 3092 od ilegálních drog.

V ČR je 36 věznic, ve kterých jsou uživatelům drog k dispozici bezdrogové zóny a různé typy poradenských a léčebných služeb jako poradny drogové prevence a specializovaná oddělení jak pro dobrovolnou léčbu, tak pro soudem nařízenou léčbu. Jejich počet se v r. 2010 téměř nezměnil, došlo k nárůstu počtu věznic provádějících detoxifikaci ze 4 na 5. Substituční léčba metadonem byla v r. 2010 realizovaná v 8 věznicích. Péči o vězněné uživatele drog doplňovaly služby realizované 15 nestátními neziskovými organizacemi ve 32 věznicích. Odhadem přibližně čtvrtina osob, které lze při nástupu do výkonu trestu odnětí svobody označit za problémové uživatele drog, je ve věznicích zařazena na specializovaná nebo obdobná odborná oddělení jako jsou bezdrogové zóny.

Počet nízkoprahových programů pro uživatele drog meziročně kolísá kolem stovky, v posledních 6 letech je však zřetelný nárůst počtu klientů v kontaktu. Dlouhodobě stoupá také počet kontaktů a množství vyměněného injekčního materiálu a dalších pomůcek pro injekční aplikaci – v r. 2010 bylo distribuováno téměř 5 mil. ks injekčních jehel a stříkaček. Dochází rovněž k rozšiřování programů distribuce želatinových kapslí jako perorální alternativy injekční aplikace pervitinu. Podle dostupných informací funguje v ČR nejméně 30 *kapslových programů*, do kterých je zapojena přibližně čtvrtina jejich klientů; v r. 2010 bylo rozdáno téměř 60 tis. kapslí.

V posledních třech letech je patrný postupný nárůst provedených testů na infekční choroby mezi uživateli drog v kontaktu s nízkoprahovými službami. Protestovanost klientů nízkoprahových programů na infekce je však ve srovnání s minulými lety stále poměrně nízká.

Specifické programy snižování rizik v prostředí klubové a taneční zábavy v roce 2010 realizovaly celkem čtyři organizace v pěti programech. Aktuálně dochází spíše k útlumu intervencí poskytovaných v tomto prostředí.

Léčba a péče o infikované HIV a nemocné s AIDS je v ČR poskytována v 7 AIDS centrech a je hrazena převážně ze zdravotního pojištění; problémem je zajištění dispenzární péče a terapie nepojištěným HIV pozitivním klientům, což se potenciálně týká i injekčních uživatelů drog. Na jaře 2011 byla realizována dotazníková studie v centrech pro léčbu virových hepatitid. Výsledkem je mimo jiné odhad, že pro virovou hepatitidu typu C byli v r. 2010 injekční uživatele drog (většinou bývalí) léčeni v 39 centrech.

Z různých policejních zdrojů a z informací ze státních zastupitelství vyplývá, že v ČR bylo v r. 2010 stíháno pro drogové trestné činy přibližně 2,4 až 2,5 tis. osob. Obžalováno bylo necelých 2,2 tis. osob, což odpovídá dlouhodobému podílu 90 % stíhaných. Odsouzeno bylo v r. 2010 necelých 1,7 tis. osob. Ženy tvoří 15 % pachatelů drogové trestné činnosti. Nejvyšší podíl trestných činů (cca 80 %) je spojen s výrobou, pašováním a prodejem drog. Nejvyšší podíl představuje drogová kriminalita spojená s pervitinem (cca 55–70 % v závislosti na zdroji dat) a konopnými látkami; podíl heroínu ani kokainu nedosahuje 5 %. Mezi kraje s nejvyšším relativním výskytem drogové trestné činnosti patří Praha, kraje Středočeský, Karlovarský a Ústecký. V r. 2010 bylo evidováno 1021 přestupků držení drogy nebo pěstování rostliny obsahující omamnou a psychotropní látku v malém množství pro vlastní potřebu. Nejčastěji (v 94 %) šlo o držení drogy, pouze 6 % přestupků se týkalo pěstování rostlin obsahujících omamnou a psychotropní látku.

Počet osob stíhaných za drogové trestné činy dlouhodobě roste, přičemž se zvyšuje podíl osob stíhaných za držení drogy pro vlastní potřebu. V dlouhodobém horizontu lze pozorovat rovněž nárůst drogových trestných činů spojených s pervitinem a naopak pokles u extáze a heroínu; počet případů souvisejících s kokainem je stále relativně nízký.

Pod vlivem návykové látky bylo v r. 2010 spácháno celkem 19,6 tis. (16,6 %) z celkového počtu 117,7 tis. trestných činů, z nich 17,3 tis. (14,7 %) pod vlivem alkoholu a 2,3 tis. (1,9 %) pod vlivem nealkoholových drog.

V r. 2010 byly nejvíce dostupnými drogami marihuana a metamfetamin (pervitin), zvyšuje se obliba a dostupnost kokainu. Ceny a čistota drog jsou stabilní nebo v rozmezí, ve kterém je možno pozorovat mírné meziroční výkyvy u některých drog.

Většina vypěstované marihuany je určena pro domácí trh. Část produkce konopí pěstovaného pod umělým osvětlením je dobře organizována a podílí se na něm především osoby vietnamského původu. Bylo zachyceno 278 kg marihuany a téměř 65 tisíc rostlin konopí, což je dvakrát více rostlin konopí než v r. 2009. Roste také počet odhalených pěstíren konopí – bylo jich odhaleno 145.

Pervitin vyrábí tuzemští výrobci zejména v malých domácích laboratořích. Stále častěji ale dochází k produkci pervitinu ve vyšším objemu, na které se podílí organizované skupiny osob původem z Vietnamu nebo Albánie. Pervitin se vyrábí většinou z léčiv obsahujících pseudoefedrin dovážených hlavně z Polska. Droga je určena zejména pro domácí trh. Menší část produkce je vyvážena do zahraničí, zejména do Německa, na čemž se podílí v rámci drogové turistiky zejména němečtí občané individuálními vývozy malých množství. Bylo zachyceno celkem 21,3 kg pervitinu, což je nejvíce za poslední 4 roky, a bylo odhaleno 307 varen.

Kokain se v ČR vyskytuje zejména v prostředí zábavy a nočního života. Do importu a distribuce kokainu se vedle Albánců, Rumunů a Bulharů zapojují především osoby původem ze Západní Afriky, zejména Nigérie. K pašování se využívají tělní dutiny kurýrů (tzv. polykači). Kurýři dovážejí kokain přímo z Jižní Ameriky nebo ze zemí západní Evropy. Od r. 2008 roste počet záchytů i objem zabaveného kokainu; v r. 2010 bylo zaznamenáno 42 záchytů kokainu o celkovém objemu 14,2 kg.

Poptávka po heroinu je na českém trhu saturována prostřednictvím menších zásilek (do 10 kg), které jsou před samotným prodejem na ulici ředěny (nejčastěji paracetamolem a kofeinem). Čistota zabaveného pouličního heroinu se pohybovala v rozmezí 5–10 %. Množství zachyceného heroinu a počet záchytů zůstává stabilní – ročně se jedná o 50–100 záchytů v celkovém množství 20–40 kg.

Od r. 2010 je v ČR patrný zvýšený výskyt nových syntetických drog. Jedná se o látky, které mají podobné účinky jako tradiční drogy (pervitin, marihuana, extáze, halucinogeny aj.), ale nejsou na seznamu zakázaných OPL a vymykají se tak mezinárodnímu i národnímu systému kontroly nelegálních drog. Dováží se především z Asie (zejména z Číny) a jednalo se hlavně o syntetické kanabinoidy a deriváty katinonu, zejména mefedron. V r. 2010 Celní správa zajistila a analyzovala cca 250 kg nových syntetických drog (z toho 80 kg mefedronu). V reakci na zvýšenou nabídku nových syntetických drog byl na jaře 2011 novelizován zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách – jeho přílohy byly rozšířeny o 33 nových látek, z toho 30 syntetických drog.

Součástí této výroční zprávy jsou také tři závěrečné speciální kapitoly věnované podrobněji intervencím pro uživatele ve věznicích, problematice rodičovství a dětí uživatelů drog a drogové turistice. První z nich podává podrobný přehled o drogové politice a službách určených uživatelům drog ve vězeňském systému v ČR v kontextu zdravotní péče o vězněné osoby obecně. Cílem druhé speciální kapitoly je popsat výskyt, trendy a charakteristiky těhotných uživatelů drog a uživatelů, kteří jsou již rodiči nezletilých dětí, a dále popsat specifické služby, které jsou v ČR pro tyto uživatele a jejich děti určeny. Poslední speciální kapitola přináší (s ohledem na obtížnost tématu a nedostatek informací) spíše nesystematický přehled informací o spojení problematiky přeshraničního pohybu osob a užívání drog v ČR, čili o tzv. drogovém turizmu.

ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2010

1 Národní protidrogová politika a její kontext

Od 1. ledna 2010 je v ČR účinný nový trestní zákoník, který přinesl i podstatné změny v právní úpravě primárních drogových trestných činů. Nová právní úprava částečně diferencuje drogy podle zdravotních a společenských rizik, když rozlišuje konopné a ostatní drogy, pokud se týče pěstování konopí pro vlastní potřebu a jeho držení pro vlastní potřebu. Kromě zmíněné diferenciaci drog trestní zákoník zavedl též novou skutkovou podstatu trestného činu nedovoleného pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku. Vláda dále ve dvou nařízeních stanovila množství větší než malá drog a rostlin nebo hub, které omamné a psychotropní látky obsahují.

Jako reakce na masivní rozšíření nabídky nových syntetických drog od konce r. 2010 byl na jaře 2011 novelizován zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách – jeho přílohy byly rozšířeny o 33 nových látek.

V r. 2010 byla ukončena evaluace dvou předchozích strategických dokumentů protidrogové politiky – Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 a Akčního plánu na období 2007–2009.

V květnu 2010 byla vládou schválena nová Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. Na strategii navazují 3 tříleté akční plány. První z nich na období 2010–2012, který vláda schválila v lednu 2011, definuje na období své účinnosti čtyři priority: (1) snížení vysoké míry užívání zejména konopí a dalších legálních a nelegálních drog, (2) aplikace specifických opatření směrem k redukci problémového užívání opiátů a pervitinu, (3) posílení protidrogové politiky v oblasti legálních drog (alkoholu a tabáku) a (4) rozvíjení a zefektivnění celkových legislativních, finančních a koordinačních mechanismů protidrogové politiky.

V květnu 2011 RVKPP schválila Národní akční plán drogového informačního systému na období 2011–2012. Jde o nástroj sloužící k plánování a koordinaci systému sběru, analýzy a rozšiřování informací o situaci ve věcech drog v ČR.

V r. 2010 a v prvním pololetí 2011 probíhaly diskuze a iniciativy na téma léčebného využití konopí, kterých se účastní jak občanská a odborná veřejnost, tak politici a zástupci státní správy.

V r. 2010 dosáhly výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku celkové částky 627,4 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu bylo vydáno 371,6 mil. Kč, kraje a obce přispěly částkou 193,7 a 62,1 mil. Kč. Oproti r. 2009 došlo k nominálnímu nárůstu souhrnných výdajů na všech třech úrovních o 3,3 %, je však třeba vzít v úvahu nárůst počtu rozpočtových zdrojů, ve kterých se daří výdaje na protidrogovou politiku identifikovat. K výraznému poklesu došlo na centrální úrovni u výdajů RVKPP. Na krajské úrovni došlo souhrnně k výraznému meziročnímu nárůstu výdajů – ten se týkal zejména Karlovarského, Zlínského a Moravskoslezského kraje. Více než třetina výdajů z krajů je však určena na financování záchytných stanic a ošetřování intoxikovaných osob. V souhrnu došlo k mírnému nárůstu výdajů obcí. Z celkové částky 627,4 mil. Kč bylo 166,2 mil. Kč (26,5 %) určeno na služby harm reduction, 108,9 mil. Kč (17,4 %) na léčbu, 62,3 mil. Kč (9,9 %) na primární prevenci a 31,3 mil. Kč (5,0 %) na následnou péči. Záchytné stanice financované téměř výhradně z krajských rozpočtů stály 87,2 mil. Kč (13,9 %) a 149,4 mil. Kč (23,8 %) bylo určeno na prosazování práva.

Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu spojenou s užíváním nealkoholových drog činily v r. 2009 (rok s posledními dostupnými údaji) 448 mil. Kč.

1.1 Legislativní rámec

1.1.1 Právní předpisy

1.1.1.1 Trestní zákoník

Dne 1. ledna 2010 nabyl účinnosti zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, který přinesl i podstatné změny v právní úpravě primárních drogových trestných činů. Nová právní úprava částečně diferencuje drogy podle zdravotních a společenských rizik, když rozlišuje konopné a ostatní drogy u pěstování konopí pro vlastní potřebu a jeho držení pro vlastní potřebu. U ostatních způsobů nedovoleného nakládání s drogami již nový trestní zákoník (nTZ) mezi jednotlivými druhy drog nerozlišuje. Kromě zmíněné diferenciaci drog trestní zákoník zavedl též novou privilegovanou (mírněji trestnou) skutkovou podstatu trestného činu nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku (§ 285 citovaného zákona). Bližší podrobnosti o právní úpravě jednotlivých skutkových podstat primárních drogových trestných činů jsou uvedeny ve VZ 2009 a také ve speciálním čísle Zaostřeno na drogy (Zeman, Gajdošiková, 2010).

1.1.1.2 Změny v souvislosti s přestupkovým řízením

V souvislosti s vyřizováním přestupků na úseku ochrany před alkoholizmem a jinými toxikomaniemi (např. držení drogy v malém množství či pěstování nejvýše 5 rostlin konopí) došlo ke změně při projednávání přestupků v tzv. blokovém řízení. Tento typ zjednodušeného řízení o přestupku umožňuje zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v případě, kdy je přestupek spolehlivě zjištěn, nestačí domluva a obviněný z přestupku je ochoten pokutu zaplatit.

Změna zákona č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, provedená zákonem č. 150/2011 Sb., jednoznačně stanoví, že v případech přestupků, které se týkají omamných nebo psychotropních látek, policie takovou látku zničí nebo předá pro účely výuky, výcviku, zkoušek, expertizní, znalecké a vědecko-výzkumné činnosti. Před účinností novely policie poukazovala na nemožnost zajistit drogu v blokovém řízení.

1.1.1.3 Změny zákona o návykových látkách

V r. 2010 došlo k masivnímu nárůstu nabídky nových syntetických drog. Jedná se o nové látky, které nejsou obsaženy v seznamech mezinárodních úmluv týkajících se nedovoleného nakládání s omamnými a psychotropními látkami (tj. v Jednotné úmluvě o omamných látkách z r. 1961 a Úmluvě o psychotropních látkách z r. 1971) a ani ve vnitrostátní normě, kterou je zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Tento stav znemožňoval či výrazně ztěžoval trestní stíhání osob, které s těmito látkami nelegálně nakládají, neboť pro potřeby trestního stíhání primárních drogových trestných činů (vyjma trestného činu šíření toxikomanie) jsou omamné a psychotropní látky stanoveny právě zákonem č. 167/1988 Sb. Proto zákonodárce přistoupil k novelizaci tohoto zákona, kterou provedl zákonem z 6. dubna 2011 č. 106/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Dosavadní přílohy zákona o návykových látkách, které obsahují omamné a psychotropní látky, tak byly rozšířeny o dalších 33 látek, přičemž se nejedná jen o nové syntetické drogy, ale i látky ve farmacii a lékařství používané (např. ketamin, tapentadol); na seznam byl zařazen i Salvinorin A (alkaloid šalvěje divotvorné).

1.1.1.4 Změny zákona k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

1. července 2010 vešla v účinnost novela zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, která byla vyhlášena ve Sbírce zákonů pod č. 305/2009 Sb. Cílem novelizace zákona bylo zpřesnit opatření týkající se ochrany před škodami působenými tabákovými výrobky, zejména v souvislosti s pasivním kouřením včetně vyšší ochrany dětí a mládeže před negativními vlivy kouření.

Novelizace přinesla řadu potřebných změn a zpřesnění, mj. kvalitnější definice veřejných míst, kde je zakázáno kouřit, přesnější rozdělení kompetencí kontrolních orgánů, ale také např. zásadní zpřísnění sankcí za prodej tabákových výrobků, elektronických cigaret a alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. Pokud se jedná o zákaz kouření v restauračních a obdobných zařízeních, právní úprava zůstává prozatím v tomto ohledu mírná a z hlediska prevence a ochrany před pasivním kouřením méně účinná. Ani výše uvedená novela totiž nezakotvila absolutní zákaz kouření v restauračních zařízeních, jak je tomu dnes v některých členských státech EU a i jinde ve světě.

1.1.1.5 Změny týkající se profese adiktologa

V průběhu r. 2010 pokračovaly legislativní práce související s řádným zakotvením profese adiktologa v právních předpisech. Novelizací provedenou vyhláškou MZ č. 129/2010 Sb. došlo kromě jiného k doplnění profese adiktologa do vyhlášky MZ č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, a to v rámci § 20a.

Dále byly ve vyhlášce MZ č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení, stanoveny také zvláštní požadavky na věcné a technické vybavení zdravotnických adiktologických pracovišť. Ke speciálnímu vybavení patří podle vyhlášky alkalotest, tester na přítomnost drog a samostatné bezpečnostní signalizační zařízení, pokud je poskytována substituční péče. V adiktologických stacionářích se zřizuje místnost pro terapii.

Profese adiktologa byla zařazena do nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, a to jako položka 2.19.31 s platovým zařazením v 9. až 11. platové třídě. Současné platové zařazení se týká adiktologů, kteří dosáhli bakalářského vzdělání. Do budoucna se předpokládá novelizace vyhlášky včetně rozšíření platových tříd v souvislosti s absolvováním magisterského studia v oboru adiktologie.

V návaznosti došlo v r. 2011 ve vyhlášce MZ č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, k vymezení konkrétních činností, které může adiktolog vykonávat ať už bez odborného dohledu a indikace lékaře, nebo na základě indikace lékaře či pod jeho odborným dohledem.

1.1.1.6 Navrhované změny v souvislosti s ochrannou léčbou a zabezpečovací detencí

V létě 2011 projednával Parlament České republiky novelu zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, a zákona č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), která v případě schválení ve stávající podobě¹ významně zmírní podmínky uložení zabezpečovací detence z obligatorních i fakultativních důvodů ve vztahu k uživatelům drog. Novela nově navrhuje možnost uložení zabezpečovací detence v uvedených případech pachatelům zločinů (tedy trestných činů s horní hranicí trestní sazby nejméně 5 let), zatímco dosavadní úprava umožňuje uložení zabezpečovací detence pachatelům či recidivujícím pachatelům zvláště závažných zločinů (tedy trestných činů s horní hranicí trestní sazby převyšující 10 let). Navrhovaná právní úprava by znamenala zcela zásadní rozšíření

¹ <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=297&CT1=0> (2011-09-06)

možnosti uložení zabezpečovací detence problémovým uživatelům drog. Tato možnost se otevírá v kombinaci se skutečností, že recidiva, byť drobného prodeje drogy či výroby drogy pro vlastní potřebu, je od účinnosti nTZ hodnocena jako okolnost podmiňující použití vyšší trestní sazby v rozmezí 2 až 10 let (§ 283, odst. 2, písm. b) nTZ).

Kromě zmínění podmínek pro uložení zabezpečovací detence novela navrhuje též zásadní rozvolnění podmínek pro změnu ochranného léčení na zabezpečovací detenci úpravou § 99, odst. 5 nTZ. Nově by soud mohl změnit ústavní ochranné léčení na zabezpečovací detenci, jestliže uložené a vykonávané ochranné léčení neplní svůj účel nebo nezajišťuje dostatečnou ochranu společnosti, zejména v případě, že pachatel utekl ze zdravotnického řízení, užil násilí vůči zaměstnancům zdravotnického zařízení nebo jiným osobám ve výkonu ochranného léčení nebo opakovaně odmítl vyšetřovací nebo léčebné výkony či jinak projevil negativní postoj k ochrannému léčení. V krajním případě by důvodem pro změnu ochranného léčení na zabezpečovací detenci mohlo být i to, že pachatel „jinak projevil negativní postoj k ochrannému léčení“. U uživatelů drog mohou být ovšem výše vyjmenované podmínky běžným projevem nedostatku motivace k léčbě v rámci ochranného léčení, která se zpravidla řeší v rámci motivační práce s klientem. Takto vágní definice podmínek pro změnu ochranného léčení na detenci znamená potenciální nebezpečí nadměrného využívání institutu zabezpečovací detence.

1.1.2 Aplikace práva

Změny aplikační praxe právních norem týkajících se nelegálních drog bezprostředně souvisí s nabytím účinnosti zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. V r. 2010 soudy při rozhodování o primární drogové kriminalitě aplikovaly jak tzv. nový trestní zákoník, tak dosavadní právní úpravu podle zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění účinném do 31. 12. 2009, neboť trestnost činu se posuzuje podle zákona účinného v době, kdy byl čin spáchán. Podle pozdějšího zákona se posuzuje jen tehdy, jestliže to je pro pachatele příznivější. U trestných činů spáchaných před 1. lednem 2011 tak musel soud posuzovat, který z obou trestních kodexů je pro pachatele příznivější. Posuzováním této otázky se zabývala také rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR. Další oblast problémů se týkala posuzování rozsahu jednání pachatelů primární drogové kriminality (větší rozsah, značný rozsah a velký rozsah) ve světle nové právní úpravy. Lze konstatovat, že dosavadní judikatura k této problematice bude do značné míry využitelná i při aplikaci nového trestního zákoníku. Ze všech rozhodnutí lze zvláště upozornit na usnesení Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 4 Tdo 827/2010 ze dne 15. září 2010, kde soud kromě jiného konstatoval, že při posuzování rozsahu jednání pachatele vůči dítěti by měl postačovat menší rozsah jednání pachatele, než by tomu bylo při stejném rozsahu vůči dospělému konzumentovi. Zde by se tedy nová soudní praxe měla výrazněji odlišovat od předchozích rozhodnutí. Další rozhodnutí týkající se posuzování nejasných otázek v souvislosti s aplikací nTZ (např. v souvislosti s přechováváním více látek v malém množství pro vlastní potřebu, s pěstováním konopí k léčebným účelům apod.) dosud nepadla.

Co se týká aplikační praxe v oblasti přestupků přechovávání drog a pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství pro osobní potřebu podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, lze usuzovat, že vzhledem k počtu uživatelů drog, resp. počtu osob v ČR přechovávajících drogy v malém množství pro vlastní potřebu, a relativně nízkému počtu projednávaných přestupků je vymahatelnost práva v oblasti přestupků v oblasti drog nízká. Hlavním důvodem je pravděpodobně skrytost tohoto nedovoleného jednání, ale vliv může mít také složitost a nákladnost přestupkového řízení. Výskyt drogových trestných činů a přestupků uvádí kapitola Drogová kriminalita (str. 104).

V oblasti přestupkového řízení v souvislosti s dopravou lze zmínit dosud přetrvávající nejednotnou a často chybnou praxi související s testováním řidičů na přítomnost jiných návykových látek než alkoholu v organizmu. U řidičů, u nichž došlo při orientačním testu k pozitivní reakci na konopné drogy, bývá v rámci dalšího upřesnění výsledku nesprávně prováděn pouze test moči namísto krevního testu se stanovením aktivních metabolitů THC, které vypovídají o možném ovlivnění volních a rozpoznávacích schopností řidiče a nikoliv o užití drogy v minulosti, jak je tomu u testů z moči. Výsledky testů moči samy o sobě tedy nevypovídají o tom, zda řidič skutečně byl v době řízení pod vlivem návykové látky či zda byl dokonce ve stavu vylučujícím způsobilost řídit motorové vozidlo. Tyto skutečnosti by měl posoudit znalec z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie se zaměřením na návykové nemoci, což se v praxi děje spíše v souvislosti s obranou přestupkově stíhaného. V budoucnu by bylo namístě stanovit jednoznačný postup v souladu se stavem vědeckého poznání v této oblasti.

1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace

1.2.1 Národní strategie a akční plán

V r. 2010 vláda projednávala významné strategické dokumenty protidrogové politiky. V červnu 2010 vláda projednala a schválila Zprávu z evaluace Národní strategie protidrogové politiky za období 2005–2009 a Zprávu o vyhodnocení implementace Akčního plánu na období 2007–2009. V květnu 2010 vláda ČR přijala novou Národní strategii protidrogové politiky na období 2010–2018. Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2012 schválila vláda v lednu 2011.

1.2.1.1 Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018² se od předchozí strategie na období 2005–2009 výrazně neliší. Základní struktura, principy, východiska a pilíře protidrogové politiky zůstaly zachovány. Došlo k posunu ve vnímání strategie jako spíše dlouhodobého dokumentu, jehož úkolem je politicky definovat rámec realizace protidrogové politiky, základní východiska, principy a přístupy, na kterých protidrogová politika ČR staví.

Nová národní strategie byla proto navržena s účinností na 9 let a definuje 4 obecné cíle. Těm odpovídají 4 pilíře protidrogové politiky – prevence, léčba a sociální rehabilitace, snižování rizik, snižování dostupnosti drog, které doplňují 3 podpůrné oblasti – koordinace a financování, monitoring, výzkum, evaluace a mezinárodní spolupráce – více viz VZ 2009.

Konkrétní postupy a aktivity v protidrogové politice na kratší časové období jsou definovány v akčních plánech realizace Národní strategie protidrogové politiky (Akční plán). V období platnosti strategie budou sestaveny 3 akční plány, každý na období 3 let.

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

Akční plán 2010–2012 byl vládou schválen v lednu 2011³ až při jeho druhém projednávání⁴.

Akční plán definuje na období své platnosti čtyři priority, které by měly být realizovány za podmínky zachování dobré praxe z minulých let:

- Realizace intervencí zaměřených na snížení vysoké míry užívání zejména konopných a dalších legálních a nelegálních drog. Důvodem pro určení této priority je v ČR dlouhodobě vykazovaná nejvyšší prevalence užívání konopných drog (ale také některých dalších legálních i nelegálních drog) mezi evropskými zeměmi, zejména u dětí a mládeže. Na rozdíl od jiných západoevropských zemí nebyla v ČR dosud realizována žádná cílená opatření směřující k redukci (intenzivního) užívání konopných látek.
- Zaměřit se na vysokou míru problémového užívání opiátů a pervitinu formulací a aplikací programů specifických pro tuto cílovou skupinu. V ČR je problémové užívání drog spojeno především s pervitinem a dále pak s opiáty/opioidy. Chybí však specifické intervence v oblasti snižování poptávky a potlačování nabídky orientované na uživatele pervitinu a v oblasti opiátové substituce je nutné posílení kontroly, registrace (a její vymahatelnosti) a zavedení úhrady z veřejného zdravotního pojištění.
- Posílení protidrogové politiky v oblasti legálních drog (alkoholu a tabáku), zejména v oblasti koncepčních a koordinačních mechanismů a léčebných opatření. K této prioritě byla v akčním plánu nově vytvořena samostatná oblast Alkohol a tabák. Hodnocení národní strategie 2005–2009 konstatovalo neúspěch předchozí strategie v záměru integrovat legální drogy do systému protidrogové politiky. To se projevuje nepřehledností koordinačních mechanismů v oblasti legálních drog, nižší dostupností dat o rozsahu a důsledcích užívání alkoholu a tabáku a o realizovaných opatřeních nebo nedostatečně zakotvenou sítí a spektrem služeb určených uživatelům legálních drog. Akční plán v této samostatné oblasti tedy s větším důrazem hledá možnosti vzájemného propojení/začlenění politiky legálních drog zejména z hlediska koordinace a dostupnosti informací.
- Rozvíjení a zefektivnění celkových legislativních, finančních a koordinačních mechanismů protidrogové politiky. Tato priorita odráží výsledky hodnocení předchozí strategie, ze kterého vyplývá nutnost věnovat zvýšenou pozornost financování protidrogové politiky a efektivnímu využívání dostupných finančních zdrojů, koordinaci vícezdrojového financování a hledání možností postupného přechodu z dotačního systému na systém úhrady služeb (včetně úhrady ze zdravotního pojištění).

1.2.2 Implementace a evaluace národní strategie a akčního plánu

1.2.1.3 Implementace Akčního plánu 2010–2012

V zájmu zefektivnění hodnocení implementace akčního plánu obsahuje každá intervenční oblast milníky a termíny splnění aktivit, hodnotící ukazatele a odpovědnou a spolupracující instituci. Ke každé aktivitě jsou také definovány tzv. předpoklady. Jde o podmínky, které je nutné splnit, aby mohla být daná aktivita realizována. Zejména se jedná o vyčíslení finančních prostředků na realizaci aktivity, ale i o další předpoklady, jako např. přijetí odpovídající legislativy.

Průběh implementace Akčního plánu 2010–2012 by měl být hodnocen každoročně. Vzhledem k tomu, že Akční plán 2010–2012 byl vládou přijat v lednu 2011, plánované hodnocení za r. 2010 neproběhlo. V říjnu 2011 bude RVKPP předložena zpráva o implementaci akčního plánu za období r. 2010 a 1. pololetí r. 2011.

² Schválena usnesením vlády č. 340 ze dne 10. května 2010. Ke stažení na <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010-az-2018-71880/> (2011-09-05).

³ Schválen usnesením vlády č. 47 ze dne 19. ledna 2011. Ke stažení na <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/akcni-plan/akcni-plan-realizace-narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010-az-2012-80326/>.

⁴ Vláda Akční plán 2010–2012 neschválila hned na prvním projednávání, ale vrátila zpracovateli k přepracování znění navrhovaného usnesení. Návrh původního usnesení, který vláda odmítla schválit, zavazoval vládu k vyčlenění finančních prostředků na realizaci akčního plánu (cca 54 mil Kč na tři roky). Konečné znění zavazuje jednotlivá ministerstva vyčlenit finanční prostředky na realizaci akčního plánu „dle možností státního rozpočtu“.

1.2.1.4 Evaluace národní strategie a akčního plánu

V r. 2010 byla ukončena evaluace dvou strategických dokumentů protidrogové politiky – Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009⁵ a Akčního plánu 2007–2009⁶. Stručné závěry obou evaluačních zpráv byly publikovány ve VZ 2009 a časopisecky (Kiššová, Mravčík, 2011).

1.2.2 Další opatření protidrogové politiky

V r. 2010 byla zahájena aktualizace Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století, který je v gesci ministerstva zdravotnictví (Sekce ochrany a podpory veřejného zdraví). Cíl č. 12 je zaměřen na snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem. Do konce r. 2010 probíhalo zhodnocení dosažení stanovených cílů. Aktualizace zatím nebyla ukončena a výsledky hodnocení dosud nebyly zveřejněny.

V květnu 2011 RVKPP schválila Národní akční plán drogového informačního systému (NAPDIS) na období 2011–2012. Jde o nástroj sloužící k plánování a hodnocení drogového informačního systému a koordinaci činnosti institucí v oblasti monitoringu drogové situace. NAPDIS stanoví cíle drogového informačního systému na dané období, definuje hlavní zdroje dat, ukládá úkoly a termíny jejich plnění.

K opatřením legislativního charakteru viz kapitolu Legislativní rámec (str. 5).

1.2.2.1 Iniciativy odborné a občanské veřejnosti

V r. 2010 a v prvním pololetí 2011 probíhaly diskuze a iniciativy na téma léčebného využití konopí, které se účastní jak občanská a odborná veřejnost, tak politici a zástupci státní správy.

V dubnu 2010 se v Poslanecké sněmovně konal seminář nazvaný Perspektivy léčby konopím: Zdraví, legislativa, politika – blíže viz VZ 2009. V návaznosti na uvedený seminář byla odborníky, pacienty a občanskou společností v srpnu 2011 iniciována petice Léčebné konopí za legislativní změny, které by pacientům v České republice zpřístupnily léčbu konopím a umožnily jeho výzkum⁷.

V listopadu 2010 byla zveřejněna také Petice za léčivé konopí⁸ požadující legislativní změny směrem k tomu, aby pacienti mohli sami pěstovat konopí k léčebným účelům a aby bylo možno konopí využívat k vědeckým účelům. Požadavky formulované v petici byly také elektronickou poštou zaslány do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky, která obdržela od občanů 308 e-mailů v r. 2010 a 320 v r. 2011 (do 24. srpna)⁹.

V listopadu 2010 se léčebnému využití konopí v ČR věnovala také odborná diskuze zorganizovaná v rámci inspekce Mezinárodního výboru pro kontrolu drog (INCB). Diskuze probíhala za účasti komisaře INCB a českých profesionálů pracujících v drogové problematice (terapeutů, policistů, výzkumníků, státních úředníků atd.). Diskuze se také dotkla i druhého tématu probíraného v odborné veřejnosti, a to problematiky místností pro zdravotnický supervidovanou aplikaci omamných a psychotropních látek (tzv. aplikačních místností).

Kromě iniciativ zasazujících se za medicínské využití konopí (viz výše) jsou v ČR přítomny také iniciativy zasazující se o celkovou dekriminalizaci konopí indického. V květnu 2010 o.s. Legalizace.cz zorganizovalo v Praze pravidelnou každoroční demonstraci Million Marihuana March 2010 za legalizaci konopí pro léčebné účely, pěstování a držení pro osobní potřebu, zavedení regulace a zdaněného prodeje konopí apod.¹⁰ Demonstrace se podle organizátorů zúčastnilo téměř 6 tisíc osob¹¹.

Vedle iniciativ směřujících k legalizaci konopí existují v ČR občanská sdružení, která volají po tvrdší protidrogové politice, přísnějších postizích za (drogové) trestné činy a jsou proti legalizaci jakýchkoliv drog. Např. o.s. Vlastenecká Fronta¹² v červenci 2010 publikovalo na svých stránkách Pět bodů Mladých křesťanských demokratů, kde prosazují „tvrdý boj proti kriminalitě a drogám včetně marihuany“¹³. Aktivitu obdobných sdružení jsou nicméně ve veřejném prostoru viditelné méně než aktivity zastánců legalizace marihuany.

V říjnu 2010 byla zveřejněna Pražská deklarace (o principech účinné lokální protidrogové politiky), která vznikla při příležitosti mezinárodní konference Městská a regionální drogová politika v éře globalizace konané v Praze na přelomu září a října 2010. Deklarace byla připravena jako prohlášení představitelů samospráv měst a obcí, držitelů klíčových rozhodovacích pravomocí v rámci drogové politiky na místní úrovni (města a obce), odborníků z oblasti

⁵ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/evaluace-narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-20052009--86798/> (2011-08-26)

⁶ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/akcni-plan/hodnoceni-implementace-akcniho-planu-2007-2009-74816/> (2011-08-26)

⁷ <http://www.lecebnekonopi.cz/> (2011-08-26)

⁸ <http://konopijelek.eu/?q=content/petice-za-l%C3%A9bn%C4%8Debn%C3%A9-konop%C3%AD> (22.10.2011)

⁹ Osobní komunikace s odborem vztahů s veřejností PSP ČR, srpen 2011.

¹⁰ <http://www.legalizace.cz/projekty/co-je-mmm-million-marihuana-march/historie-mmm/mmm2010/> (2011-08-22)

¹¹ <http://www.legalizace.cz/2011/05/legalizace-konopi-je-legitimni-pozadavek/> (2011-08-15)

¹² <http://www.vlasteneckafronta.cz/> (2011-08-26)

¹³ <http://www.narmyslenka.cz/view.php?cislocianku=2010070084> (2011-08-19)

drogové prevence, léčby a harm reduction, koordinátorů protidrogové politiky na všech úrovních (mezinárodní, národní, krajská, místní) a výzkumných pracovníků v drogové oblasti¹⁴.

Dlouhodobě napjatá situace s otevřenou drogovou scénou v Praze a obecně harm reduction službami v Praze se ani v průběhu let 2010–2011 zásadně nezměnila. V průběhu druhé poloviny r. 2010 a prvního pololetí 2011 pokračovaly snahy o vyřešení situace s umístěním K-centra o.s. SANANIM v Praze 5. Přestěhování K-centra způsobilo značnou nevoli rezidentů, kteří v srpnu 2010 založili občanské sdružení Rezidenti Na Skalce proti drogám¹⁵. Střety mezi občanským sdružením a pracovníky o.s. SANANIM vyústilo do otevřených konfliktů – viz také VZ 2009. V červnu 2011 zřizovatel K-centra oznámil, že se bude snažit hledat jiné prostory a učiní vše pro to, aby ke konci r. 2011 lokalitu Na Skalce opustí¹⁶. Na Václavském náměstí a v přilehlých místech přetrvávají problémy s narušováním veřejného pořádku ze strany uživatelů drog stejně jako neubývá konfliktních situací mezi represivními složkami (Policie ČR, Městská policie) a pracovníky terénních programů. Ze strany samosprávy došlo k opakovaným pokusům o dílčí řešení situace v určité lokalitě, např. vypovězení nájmu 3 ambulantních lékařů poskytujících substituční léčbu v Praze 5 v březnu 2011 (v bezprostředním sousedství lokality Na Skalce) nebo vypovězení nájmu nízkoprahového metadonového centra v Praze 1 v ulici Ve Smečkách v červenci 2011 z důvodu stížností ze strany nespokojených obyvatel¹⁷. Neuspokojivá situace s otevřenými drogovými scénami v několika exponovaných lokalitách centrální Prahy byla předmětem také odborné diskuze Pražského drogového fóra XXL, organizovaného 2. října 2010 na závěr mezinárodní konference Městská a regionální drogová politika v éře globalizace. Moderovaná diskuze se konala za účasti starostů městských částí, místních politických představitelů a protidrogových koordinátorů městských částí Prahy¹⁸.

Začátkem listopadu 2010 bylo v rámci iniciativy Máme toho dost! doručeno vládě 2. memorandum poskytovatelů protidrogových služeb, ve kterém zástupci služeb pro uživatele drog a odborné společnosti upozorňují vládu na možný rozpad existující sítě služeb v důsledku krácení finančních prostředků na dotace a apelují na vládu, aby se zabývala jejím finančním zajištěním. Zároveň předložili vládě možné návrhy řešení existující situace¹⁹. Poskytovatelé služeb tak navázali na legendární Vánoční memorandum²⁰ z prosince 1992. Následně bylo svoláno mimořádné jednání Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) v prosinci 2010 na téma financování sítě služeb v r. 2011 a minimalizace dopadu poklesu objemu finančních prostředků na síť služeb. K zásadnímu rozhodnutí však na něm nedošlo, RVKPP však přehodnotila dotační priority svého dotačního řízení na r. 2011 (viz níže).

V r. 2010 byly odbornými společnostmi a kraji organizovány různé konference a semináře. V dubnu 2010 se konal 49. ročník celostátní adiktologické konference (AT konference) organizované Společností pro návykové nemoci ČLS JEP na téma Stav ve věcech alkoholu, tabáku a psychoaktivních léků v ČR v roce 2010²¹ nebo 7. ročník mezinárodní konference Primární prevence rizikového chování. Na krajské úrovni se konaly např. III. Konference zaměřená na primární prevenci v Moravskoslezském kraji, VI. AT Konference Plzeňského kraje, IV. krajská konference drogových profesionálů Jihočeského kraje, Konference k problematice závislosti ve Zlínském kraji, konference Mladiství a drogy 2010 organizovaná o.s. SANANIM v Praze – viz také kapitola Mediální kampaně, konference a další aktivity s mediálním ohlasem (str. 39).

Značnou pozornost veřejnosti a médií zaujal v r. 2010 a 2011 výskyt nových syntetických drog, které byly prodávány jako sběratelských předmětů v kamenných prodejnách (zejména v síti prodejen Amsterdam shop) – blíže viz kapitolu Nové drogy na české drogové scéně (str. 119).

1.2.3 Koordinace protidrogové politiky

1.2.3.1 Koordinace na národní úrovni

V r. 2010 se Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), hlavní koordinační orgán vlády v otázkách protidrogové politiky, sešla celkem pětkrát²². K zajištění horizontální koordinace na národní úrovni má RVKPP k dispozici 5 výborů a 4 pracovní skupiny pro specifické oblasti protidrogové politiky, které k předkládaným materiálům nebo ke specifickým otázkám drogové politiky přijímají stanoviska a doporučení. Jejich přehled je uveden ve VZ 2008.

Poslední významné změny ve složení RVKPP se staly v r. 2007, kdy se členství v RVKPP z vlastní vůle vzdali ministr zahraničních věcí a ministr průmyslu a obchodu, naopak složení RVKPP se rozšířilo o zástupce neziskových

¹⁴ <http://www.praguedeclaration.com/cz/> (2011-08-23)

¹⁵ <http://rejstrik.penize.cz/ares/22854355-rezidenti-na-skalce-proti-drogam>, <http://ne-drogam-na-skalce.webnode.cz/> (2011-08-26)

¹⁶ <http://sananim.cz/aktuality/63/k-situaci-kontaktneho-centra-na-skalce.html> (2011-08-15)

¹⁷ <http://www.praha1.cz/cps/socialni-pece-a-zdravotnictvi.html> (2011-08-23)

¹⁸ <http://www.urbandrugpolicy.com/cz/catalogue/detail/1/117/> (2011-08-26)

¹⁹ <http://www.proadis.cz/Aktuality.aspx?News=33> (2011-08-18)

²⁰ Ve Vánočním memorandu neziskové organizace upozorňovaly vládu na chybějící služby, koncepci a koordinaci protidrogové politiky. Vláda zareagovala rychle a ustavila Mezirezortní protidrogovou komisi (dnes Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky) a schválila první koncepci protidrogové politiky na léta 1993–1996. Toto memorandum je považováno za jeden z počátečních milníků moderní české drogové politiky.

²¹ <http://www.at-konference.cz/> (2011-08-23)

²² <http://rvkpp.vlada.cz> (2011-09-05)

organizací, zástupce Asociace krajů, Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČLS JEP) a o výkonného místopředsedu, který zároveň může být i ředitelem sekretariátu RVKPP. Počet členů se v r. 2007 ustálil na 13.

Otázka složení RVKPP se opět otevřela v první polovině r. 2011 v rámci aktualizace statutu RVKPP. Vyjednávání znění nového statutu trvalo přibližně půl roku. Hlavní poradní orgán RVKPP, kterým je Výbor zástupců rezortů a institucí (VZRI), doporučoval RVKPP, aby v rámci aktualizace svého statutu snížila počet svých členů a navrhoval návrat ke složení RVKPP před změnou v r. 2007. VZRI doporučoval, aby členy RVKPP již nebyli zástupci krajů, lékařské společnosti a nestátních organizací. Hlavním uváděným důvodem pro navrhovanou změnu bylo, aby RVKPP zůstala čistě politickým orgánem složeným ze zástupců vlády (příslušných ministrů, kterých se protidrogová politika týká). Odborná obec měla být zastoupena v poradních orgánech RVKPP (výborech a pracovních skupinách), které se k předkládaným materiálům pro RVKPP vyjadřují. RVKPP na svém jednání dne 17. května 2011 doporučení svého poradního orgánu nepřijala a doporučila vládě schválit statut RVKPP ve znění, které zachovává členství zástupců odborné společnosti, krajů a neziskového sektoru. Novelizovaný statut vláda k srpnu 2011 nestačila projednat.

V r. 2010 došlo k přehodnocování priorit dotačních řízení rezortů na r. 2011. V důsledku snižování finančních prostředků se ministerstvo zdravotnictví (MZ) rozhodlo v prvním kole z podporovaných oblastí vyloučit harm reduction programy. Ve druhém kole dotačního řízení MZ po jednání RVKPP dodatečně uvolnilo 2 mil. Kč. na posílení dotačního řízení ještě v r. 2010 a podpořilo služby harm reduction. RVKPP přehodnotila priority svého dotačního řízení na r. 2011 – RVKPP se rozhodla prioritně podpořit ambulantní služby, kontaktní centra a terénní programy. Výrazně omezena byla naopak podpora projektů v oblasti primární prevence a podpora projektů evaluace služeb a projektů zaměřených na poskytování informací.

RVKPP byla dále průběžně informována o dostupnosti léků s obsahem pseudoefedrinu (který je v ČR hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu) a o dopadech opatření omezujících jejich výdej v lékárnách od května 2009. Závěry poslední zprávy z června 2011 ukázaly, že zavedená opatření vedla k dlouhodobému snížení výdeje léků s obsahem pseudoefedrinu v českých lékárnách, nicméně výroba pervitinu a jeho dostupnost se nezměnily, výrazně vzrostlo množství pseudoefedrinu pašovaného z okolních zemí, především z Polska. RVKPP proto přijala usnesení, ve kterém žádá, aby se v rámci EU upozorňovalo na problém vysoké dostupnosti léků s obsahem pseudoefedrinu, případně aby se zahájila jednání s okolními zeměmi s cílem snížit jejich dostupnost na národních úrovních.

Začátkem r. 2011 vznikla mezirezortní pracovní skupina Projektu ochrany dětí a mládeže před zneužíváním alkoholu a jiných návykových látek, jehož cílem je zavést opatření k omezení dostupnosti alkoholu pro děti a mládež do 18 let, a to především zvýšením vymahatelnosti legislativy a zpřísněním sankcí za porušení zákona. Pracovní skupina má do konce r. 2011 předložit návrhy legislativních změn ve čtyřech oblastech: (1) zjednodušit dokazování – snížit na minimum riziko důkazní nouze podávání nebo konzumace alkoholu nezletilým, (2) zavedení principu jednorázovosti – umožnit policistům a dalším kontrolním orgánům efektivně postihovat i jednorázové porušení předpisů, (3) zefektivnění systému kontrol – upravit policejní praxi a delegovat kontrolní pravomoci v této věci na další subjekty a zlepšit koordinaci a spolupráci všech zainteresovaných, (4) zvýšení odpovědnosti provozovatele zařízení, ve kterých je podáván alkohol.

1.2.3.2 Koordinace na krajské úrovni

Kraje využívají obdobné koordinační nástroje, jaké existují na národní úrovni. Na základě zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, je v krajích zřizována funkce krajského protidrogového koordinátora a na úrovni obcí s rozšířenou působností funkce místního protidrogového koordinátora. Pro koordinaci protidrogové politiky se využívají protidrogové komise kraje, pracovní skupiny, strategie protidrogové politiky kraje anebo akční plány a každoročně se zpracovávají výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky kraje. Zajištění spolupráce mezi národní úrovní a kraji v koordinaci a harmonizaci protidrogové politiky bylo institucionalizováno Výborem zástupců regionů složeného z krajských protidrogových koordinátorů.

Funkce krajského protidrogového koordinátora je zřízena ve všech krajích s výjimkou Moravskoslezského²³. Krajsští protidrogoví koordinátoři jsou zařazeni většinou na pozici referenta odborů sociálních služeb, prevence, humanitních činností nebo zdravotnictví (ve dvou případech jsou v pozici vedoucího oddělení). Krajsští koordinátoři jsou většinou členy krajských poradních orgánů, které souvisí s drogovou problematikou, avšak zřídka jsou součástí rozhodovacích procesů na krajské úrovni – to bylo také předmětem jednání RVKPP v květnu 2010. RVKPP požádala svého člena za Asociaci krajů ČR, aby apeloval na představitele krajů ohledně systémového zapojení krajských protidrogových koordinátorů do rozhodovacích procesů krajů.

V 7 krajích ze 14 jsou zřízeny specifické komise pro otázky protidrogové politiky; ve pěti krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem. V krajích, kde není zřízena komise, existuje alespoň pracovní skupina, která se zabývá koordinací protidrogové politiky.

²³ V Moravskoslezském kraji je agenda protidrogového koordinátora vykonávána jiným pracovníkem.

V I. 2009 a 2010 skončila platnost strategických dokumentů některých krajů a připravovaly se dokumenty nové. Dvanáct krajů má vypracovány protidrogové strategické dokumenty. V krajích Plzeňském a Ústeckém je tato oblast začleněna do širší strategie pokrývající celkově oblast sociální politiky nebo prevence kriminality. Kraje Moravskoslezský, Karlovarský a Pardubický neměly v r. 2010 platný strategický dokument protidrogové politiky, neboť došlo k ukončení platnosti dosavadního a následný nebyl dosud schválen.

Pražská protidrogová komise zpracovala Akční plán protidrogové politiky Hlavního města Prahy na období 2010–2012, který však nebyl projednán Radou ani Zastupitelstvem Hl. m. Prahy. Momentálně probíhá jeho aktualizace na I. 2011 a 2012, poté má být předložen ke schválení²⁴.

Na obecní úrovni zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři – ti jsou ustaveni ve všech městských částech Prahy a ve většině obcí s rozšířenou působností. Jejich funkce je také zřizována na základě zákona č. 379/2005 Sb. Některé obce vytvářejí své vlastní plány protidrogové politiky či zpracovávají závěrečné zprávy o realizaci protidrogové politiky. Některé kraje mají systém vzdělávání místních koordinátorů anebo pravidelná setkání.

Informace o koordinačních nástrojích krajů a obcí uvádí tabulka 1-1.

²⁴ Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Hl. m. Prahy za r. 2010.

tabulka 1-1: Přehled koordinačních nástrojů v krajích a obcích v r. 2010

| Kraj | Poradní/koordinační orgán pro otázky protidrogové politiky | Pracovní skupiny | Strategie/akční plány | Zařazení krajského protidrogového koordinátora (úvazek), jeho členství v poradním orgánu | Počet obcí s místním protidrogovým koordinátorem |
|-----------------|---|--|---|---|--|
| Hl. m. Praha | Protidrogová komise Rady Hlavního města Prahy | Pracovní skupiny (sekcce) protidrogové komise: – primární prevence – léčba a následná péče – harm reduction – sběr dat | Strategie protidrogové politiky Hlavního města Prahy na období 2008–2012 Evaluace: Akční plán na období 2008–2009 | Vedoucí oddělení protidrogové prevence (1,0), tajemník komise (od r. 2011 člen) | 22 z 22 |
| Středočeský | Krajská protidrogová komise | Pracovní skupiny pracující na strategii | V r. 2010 nebyl v účinnosti strategický dokument. | Odbor sociálních věcí (0,5), tajemník komise | 24 z 26 |
| Jihočeský | Krajská protidrogová koordinační skupina | – | Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje 2010–2011 Evaluace: Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje 2005–2009 Konceptce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Píseňského kraje 2009–2011 | Vedoucí oddělení prevence a humanitních činností (1,0), předseda skupiny | 16 z 17 |
| Píseňský | Komise sociální Rady Píseňského kraje | Zřizují se podle potřeby. | Evaluace nebyla provedena. | Oddělení sociálních věcí, odbor sociálních věcí (0,5), není členem komise | 15 z 15 |
| Karlovarský | Krajská protidrogová komise Rady Karlovarského kraje | Pracovní skupina pro realizaci protidrogové politiky kraje | V r. 2010 nebyl v účinnosti strategický dokument. Evaluace nebyla provedena. | Oddělení rozvoje sociálních služeb (1/3), tajemník komise | 3 z 7 |
| Ústecký | Komise zdravotní Rady Ústeckého kraje | – | Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji 2008–2011 Evaluace nebyla provedena. | Oddělení humanitních činností odboru sociálních věcí a zdravotnictví (úvazek není vyčleněn), není členem komise | 11 z 16 |
| Liberecký | Protidrogová komise Rady Libereckého kraje | Ad-hoc pracovní skupiny: – primární prevence – harm reduction – léčby a resocializace – koordinace | Akční plán protidrogové politiky Libereckého kraje 2010–2012 Evaluace: Akční plán protidrogové politiky za období 2008–2009 | Oddělení koordinace a střednědobého plánování, odbor sociálních věcí (1,0), tajemník komise | 10 z 10 |
| Královéhradecký | Komise specifické prevence Rady Královéhradeckého kraje* | Ad-hoc pracovní skupiny ke strategii: – skupina primární prevence – skupina harm reduction, léčby a resocializace | Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje 2008-2010 Akční plán její realizace na období 2008–2010 Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje 2011–2015 Akční plán její realizace 2011–2015 Evaluace: Akční plán realizace Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje 2008–2010 | Oddělení prevence, rozvoje a sociálně-právní ochrany, odbor sociálních věcí (1,0), člen komise | 15 z 15 |
| Pardubický | Komise Rady Pardubického kraje pro koordinaci protidrogové politiky | – | R. 2010 nebyl pokrytý strategickým dokumentem Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje 2011–2018 Evaluace: Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje 2005–2009 | Odbor zdravotnictví, oddělení zdravotní péče (1,0). Od ledna 2011 odbor sociálních věcí, koncepční oddělení (0,5), člen komise | 15 z 15 |

| Kraj | Poradní/koordinační orgán pro otázky protidrogové politiky | Pracovní skupiny | Strategie/akční plány | Zařazení krajského protidrogového koordinátora (úvazek), jeho členství v poradním orgánu | Počet obcí s místním protidrogovým koordinátorem |
|-----------------|---|--|--|--|--|
| Vysočina | Komise sociální a pro oblast protidrogové politiky Rady kraje Vysočina | – | Strategie protidrogové politiky kraje Vysočina na léta 2006–2010 Evaluace nebyla provedena. | Odbor sociálních věcí, oddělení sociálních služeb (1,0), není členem komise | 15 z 15 |
| Jihomoravský | – | Pracovní skupina prevence kriminality (řeší také otázky protidrogové prevence) | Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje 2010–2018 Rámcový realizační plán protidrogové politiky Jihomoravského kraje na r. 2012 Evaluace nebyla provedena. | Oddělení prevence a volnočasových aktivit, odbor školství (1,0), stálý host pracovní skupiny | 21 z 21 |
| Olomoucký | Komise pro prevenci kriminality a drogových závislostí | – | Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2005–2010 Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2011–2014 Evaluace: Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2005–2010 | Odbor zdravotnictví (1,0), není členem komise | 13 z 13 |
| Zlínský | Komise Rady Zlínského kraje pro protidrogovou prevenci a prevenci kriminality | – | Koncepce protidrogové politiky ve Zlínském kraji na léta 2010–2014 Akční plán jako součást koncepce Evaluace: Akční plán – průběžné hodnocení za období r. 2010 | Oddělení neziskového sektoru, odbor Kanceláře hejtmána (1,0), člen komise | 13 z 13 |
| Moravskoslezský | – | Pracovní skupina protidrogové prevence při Výboru sociálním zastupitelstva kraje | V r. 2010 nebyl platný strategický dokument. Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje 2011–2014 Evaluace nebyla provedena. | Protidrogový koordinátor není jmenován – agendu vykonává pracovník odboru sociálních věcí (0,5), člen pracovní skupiny | 17 z 22 |

Pozn.: Zdroj.: Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky krajů. * V r. 2008 byla v Královéhradeckém kraji zrušena protidrogová komise.

1.3 Rozpočty a financování

1.3.1 Výdaje z veřejných rozpočtů

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

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

Celková částka identifikovatelných výdajů na protidrogovou politiku v r. 2010 dosáhla 627,4 mil. Kč, což je ve srovnání s r. 2009 o 3,3 % více²⁵. Je však třeba vzít v úvahu, že rozsah zahrnovaných výdajů se může meziročně měnit, a že postupně se daří identifikovat a vytěžit více zdrojů, ze kterých jsou výdaje přiřaditelné k protidrogové politice vynakládány. Letos jsou to např. výdaje MZ, ve kterých jsou nově zahrnuty vybrané projekty podpory zdraví a výzkumné projekty.

Výdaje ze státního rozpočtu dosáhly v r. 2010 celkové částky 371,6 mil. Kč, trend v letech 2002–2010 podle rezortů a institucí uvádí tabulka 1-2.

Úřad vlády ČR poskytuje dotace na programy protidrogové politiky, které schvaluje RVKPP. V r. 2010 bylo takto podpořeno celkem 139 projektů na místní úrovni v oblasti prevence, harm reduction, léčby a následné péče v celkové výši necelých 82,0 mil. Kč. Výdaje na činnost sekretariátu RVKPP včetně výdajů Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS) dosáhly 3,5 mil. Kč.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) vydalo podle státního závěrečného účtu na protidrogovou politiku v r. 2010 celkem 15,0 mil. Kč. Výdaje MŠMT se týkají prevence. V r. 2010 došlo v dotačním řízení ke změně – dotaci dostali všichni realizátoři přímo (do r. 2009 byly školy a školská zařízení podporovány prostřednictvím dotací MŠMT jednotlivým krajům) – viz také kapitolu Prevence (str. 35).

Z rozpočtu ministerstva obrany (MO) bylo v rámci programu protidrogové politiky v r. 2010 čerpáno 4,4 mil. Kč, především na nákup detekčních přístrojů, služeb odborných seminářů, odborné literatury, sportovního nářadí a vstupenek pro sportovní a kulturní vyžití.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) sice nemá ve svém rozpočtu položku na program protidrogové politiky, avšak v r. 2010 poskytlo dotace ve výši 91,7 mil. Kč na projekty, jejichž cílovou skupinou byly osoby ohrožené užíváním návykových látek nebo na nich závislé. Tyto finance byly použity na provoz kontaktních center, terénních programů, sociálního poradenství, terapeutických komunit a služeb následné péče²⁶.

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vydalo v r. 2010 na protidrogovou politiku celkem částku 21,5 mil. Kč, z toho kapitálové výdaje tvořily 814 tis. Kč. V rámci dotačního programu Protidrogová politika MZ byly v r. 2010 podpořeny projekty zaměřené na substituční léčbu, detoxifikaci, ambulantní léčbu, ústavní léčbu a služby harm reduction pro osoby závislé na návykových látkách v celkové výši 9,3 mil. Kč. V dalším dotačním programu „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“, jehož prostředky jsou do výdajů na protidrogovou politiku v r. 2010 zařazeny nově, byly podpořeny 4 projekty zaměřené na prevenci užívání tabáku a alkoholu v celkové výši 747 tis. Kč²⁷. V r. 2010 bylo dále z rozpočtu MZ podpořeno 10 projektů zaměřených na výzkum a vývoj v oblasti užívání návykových látek v celkové výši 10,3 mil. Kč.

Ministerstvo spravedlnosti (MS) poskytlo v r. 2010 na protidrogovou politiku 7,1 mil. Kč, z toho Justiční akademie využila 147 tis. Kč, Institut pro kriminologii a sociální prevenci 45 tis. Kč, na dotace NNO poskytujícím služby ve vězení bylo určeno 600 tis. Kč. Největší část prostředků ve výši 6,3 mil. Kč spotřebovala Vězeňská služba ČR (VS), z toho 2,9 mil. Kč bylo využito na potlačování nabídky drog (především na monitoring výskytu omamných a psychotropních látek) a 3,4 mil. Kč bylo poskytnuto na snižování poptávky po drogách a koordinaci (především léčbu drogově závislých vězňů).

Generální ředitelství cel, jehož součástí je Celní protidrogová jednotka, nemělo v roce 2010 ve svém rozpočtu samostatný program protidrogové politiky, avšak poskytlo 2,1 milionu Kč investičních výdajů spojených s odhalováním nelegální přepravy drog.

Ministerstvo vnitra (MV) také nemá ve svém rozpočtu výdaje na program protidrogové politiky. Do tohoto rezortu však patří Národní protidrogová centrála Služby Kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), jejíž výdaje v r. 2010 dosáhly celkové výše 144,4 mil. Kč bez investičních (kapitálových) výdajů.

²⁵ Veškeré uváděné výdaje a jejich změny jsou uváděny v nominálních hodnotách.

²⁶ Ve výdajích MPSV nejsou zahrnuty dotace domovům se speciálním režimem, které poskytují péči pro starší klienty závislé na alkoholu.

²⁷ V r. 2010 bylo v dotačním programu „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“ podpořeno celkem 30 projektů v celkové výši 4,2 mil. Kč.

tabulka 1-2: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku podle rezortů v l. 2002–2010 (v tis. Kč)

| Účel čerpání | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| RVKPP | 91 895 | 103 851 | 100 579 | 105 657 | 108 788 | 104 442 | 99 979 | 97 476 | 85 504 |
| MŠMT | 9 506 | 9 338 | 10 093 | 9 386 | 10 809 | 12 557 | 12 447 | 11 263 | 14 967 |
| MO | 3 981 | 4 693 | 3 484 | 3 968 | 4 875 | 3 595 | 5 276 | 4 280 | 4 384 |
| MPSV | 35 154 | 44 281 | 42 224 | 46 049 | 49 698 | 57 013 | 79 472 | 86 785 | 91 743 |
| MZ | 25 744 | 22 046 | 26 459 | 33 467 | 18 000 | 22 241 | 18 874 | 15 057 | 21 462 |
| MS | 9 632 | 14 080 | 13 638 | 36 723 | 41 251 | 12 610 | 7 385 | 10 817 | 7 081 |
| GŘC | 27 472 | 22 558 | 9 310 | 14 500 | 23 488 | 26 725 | 10 656 | 3 180 | 2 100 |
| NPC | n.a. | 96 230 | 86 477 | 94 972 | 106 482 | 127 743 | 137 846 | 146 548 | 144 370 |
| Celkem | 203 384 | 317 077 | 292 264 | 344 722 | 363 391 | 366 926 | 371 935 | 375 406 | 371 611 |

Protidrogová politika je financována kromě státního rozpočtu i z místních rozpočtů, tj. z rozpočtů krajů a obcí²⁸. V r. 2010 poskytly kraje na tuto oblast 193,7 mil. Kč a obce 62,1 mil. Kč. Výdaje krajů v r. 2010 a trend od r. 2002 ukazuje tabulka 1-3. Některé kraje²⁹ dále vykázaly ve svých výročních zprávách o realizaci protidrogové politiky finanční prostředky v objemu 48,4 mil. Kč, které byly čerpány z Evropského sociálního fondu (operační programy Lidské zdroje a nezaměstnanost a Vzdělávání pro konkurenceschopnost) a kterými byly podpořeny programy určené uživatelům drog.

tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtu krajů v l. 2002–2010 (v tis. Kč)

| Kraje | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| PHA | 12 700 | 12 466 | 26 170 | 30 636 | 32 500 | 40 627 | 50 044 | 48 976 | 51 744 |
| STC | 3 510 | 8 000 | 13 770 | 14 748 | 14 323 | 17 360 | 17 787 | 12 500 | 16 307 |
| JHC | 2 913 | 2 805 | 5 780 | 5 200 | 6 000 | 6 197 | 10 174 | 10 021 | 8 378 |
| PLK | 0 | 1 000 | 1 500 | 3 365 | 2 326 | 1 810 | 6 394 | 6 623 | 6 941 |
| KVK | 96 | 500 | 500 | 1 033 | 813 | 1 128 | 1 330 | 610 | 5 857 |
| ULK | 1 435 | 7 540 | 7 900 | 6 905 | 6 868 | 4 830 | 5 055 | 4 987 | 4 650 |
| LBK | 0 | 2 730 | 5 760 | 8 075 | 8 074 | 6 474 | 11 456 | 8 313 | 8 225 |
| HKK | 738 | 945 | 2 020 | 2 050 | 2 896 | 6 783 | 6 909 | 9 633 | 6 906 |
| PAK | 1 500 | 1 500 | 1 800 | 5 500 | 1 650 | 5 500 | 5 575 | 5 300 | 6 800 |
| VYS | 0 | 1 800 | 4 130 | 6 930 | 3 083 | 7 910 | 3 911 | 3 556 | 3 397 |
| JHM | 3 000 | 2 000 | 5 000 | 7 412 | 8 500 | 8 500 | 8 500 | 18 866 | 16 094 |
| OLK | 80 | 306 | 1 300 | 2 000 | 2 040 | 2 500 | 8 338 | 8 816 | 8 759 |
| ZLK | 1 096 | 3 490 | 2 400 | 2 100 | 1 393 | 4 711 | 4 429 | 8 838 | 17 606 |
| MSK | 2 269 | 3 000 | 3 570 | 4 378 | 4 451 | 14 028 | 22 977 | 25 591 | 32 048 |
| Celkem | 29 337 | 48 082 | 81 600 | 100 332 | 94 917 | 128 358 | 162 878 | 172 631 | 193 710 |

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

Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu ČR a z rozpočtu krajů a obcí v r. 2010 uvádí tabulka 1-7. Podrobné 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. 2010 s krajským určením čerpané ze státního a místních rozpočtů podle krajů zobrazuje mapa 1-1.

Vývoj výdajů na protidrogovou politiku v oblasti snižování poptávky po drogách (prevence, léčba, doléčování) a harm reduction a v oblasti snižování nabídky drog (prosazování práva) v ČR v letech 2002–2010 uvádí tabulka 1-4³⁰.

Přehled výdajů státního rozpočtu a místních rozpočtů v r. 2010 podle kategorie služeb³¹ znázorňuje tabulka 1-8. Z celkové částky 627,4 mil. Kč označených výdajů na protidrogovou politiku na všech třech úrovních v r. 2010 bylo 166,2 mil. Kč (26,5 %) určeno na služby harm reduction, 108,9 mil. Kč (17,4 %) na léčbu, 62,3 mil. Kč (9,9 %) na primární prevenci a 31,3 mil. Kč (5,0 %) na následnou péči. Záchytné stanice byly financovány téměř výhradně z krajských rozpočtů částkou 87,2 mil. Kč (13,9 %) a 149,4 mil. Kč (23,8 %) bylo určeno na prosazování práva. Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2007–2010 uvádí tabulka 1-5.

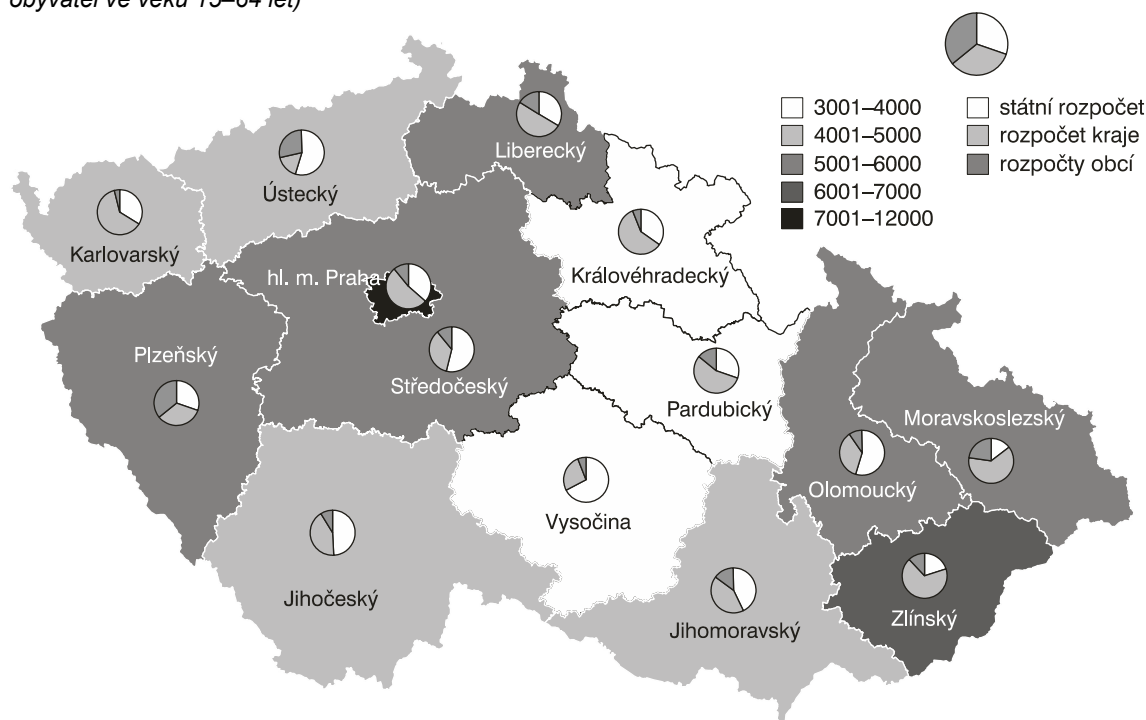
²⁸ Údaje o výdajích krajů a obcí vycházejí z výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky krajů, případně z vyžádaných a upřesňujících informací od krajských protidrogových koordinátorů.

²⁹ Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Liberecký, Královéhradecký, Pardubický, Vysočina, Jihomoravský a Moravskoslezský.

³⁰ Do r. 2006 byly do výdajů na snižování poptávky započítávány výdaje RVKPP, MŠMT, MO, MPSV a MZ, zatímco do výdajů na potlačování nabídky výdaje MS, GŘC a NPC. Od r. 2007 došlo ke zpřesnění údajů a výdaje MS byly podle svého skutečného účelu rozděleny do obou oblastí; časová řada tak není zcela konzistentní.

³¹ Jedná se o následující kategorie a jejich podrobné složení: prevence, harm reduction (kontaktní centra, nízkoprahová denní centra a terénní programy), léčba (zahrnuje zdravotnickou péči – substituční programy, detoxifikaci, AT ambulantní a lůžkovou péči, sociální služby poskytované v zařízeních ústavní péče, dále nezdravotnickou ambulantní péči – krizovou pomoc, sociální poradenství, nemedicínskou ambulantní léčbu v NNO a dále terapeutické komunity), záchytné stanice, následná péče, prosazování práva, koordinace (včetně monitoringu a výzkumu, hodnocení služeb, šíření informací, vzdělávacích aktivit) a ostatní (nezařazené výše).

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2010 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let)



tabulka 1-4: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů v l. 2002–2010 (v tis. Kč)

| Rok | Snižování poptávky* | | | | Snižování nabídky** | |
|---------|---------------------|----------------|---------------|---------|---------------------|----------------|
| | Státní rozpočet | Rozpočty krajů | Rozpočty obcí | Celkem | Státní rozpočet | Celkem |
| 2002*** | 166 280 | 29 337 | n.a. | 195 617 | 37 104 | 232 721 |
| 2003 | 184 209 | 48 082 | n.a. | 232 291 | 132 868 | 365 159 |
| 2004 | 182 839 | 81 600 | 62 920 | 327 359 | 109 425 | 436 784 |
| 2005 | 198 527 | 100 332 | 50 611 | 349 470 | 146 195 | 495 665 |
| 2006 | 192 170 | 94 917 | 48 141 | 335 228 | 171 221 | 506 449 |
| 2007 | 206 135 | 128 358 | 62 278 | 396 771 | 160 791 | 557 562 |
| 2008 | 219 794 | 162 878 | 62 479 | 445 151 | 152 142 | 597 293 |
| 2009 | 220 687 | 172 631 | 59 476 | 452 794 | 154 718 | 607 512 |
| 2010 | 222 244 | 193 710 | 62 055 | 478 009 | 149 367 | 627 376 |

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

tabulka 1-5: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2007–2010

| Kategorie služby | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|-------------------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | tis. Kč | % | tis. Kč | % | tis. Kč | % | tis. Kč | % |
| Prevence | 48 673 | 8,7 | 58 360 | 9,8 | 54 955 | 9,0 | 62 296 | 9,9 |
| Harm reduction | 140 977 | 25,3 | 159 354 | 26,7 | 174 965 | 28,8 | 166 196 | 26,5 |
| Léčba | 152 593 | 27,4 | 184 542 | 30,9 | 177 168 | 29,2 | 196 092 | 31,3 |
| Následná péče | 20 525 | 3,7 | 24 919 | 4,2 | 31 761 | 5,2 | 31 316 | 5,0 |
| Koordinace, výzkum, hodnocení | 16 788 | 3,0 | 12 559 | 2,1 | 11 139 | 1,8 | 18 952 | 3,0 |
| Prosazování práva | 160 791 | 28,8 | 152 142 | 25,5 | 154 718 | 25,5 | 149 367 | 23,8 |
| Ostatní, nezařazeno | 17 215 | 3,1 | 5 417 | 0,9 | 2 807 | 0,5 | 3 156 | 0,5 |
| Celkem | 557 562 | 100,0 | 597 293 | 100,0 | 607 513 | 100,0 | 627 376 | 100,0 |

Strukturu rozpočtů projektů, které jsou dotovány RVKPP³², včetně dalších zdrojů mimo státní a místní rozpočty, uvádí tabulka 1-6. V r. 2010 pocházela přibližně polovina jejich příjmů ze státního rozpočtu, z toho necelá třetina od RVKPP. Přibližně třetina všech příjmů pocházela z místních rozpočtů a 14 % z ostatních tuzemských zdrojů (především z vlastních příjmů). V letech 2006–2010 je patrný nárůst podílu příspěvku MPSV a naopak pokles podílu prostředků z dotací RVKPP.

³² Množinu projektů podporovaných RVKPP lze považovat za jádro sítě drogových služeb v ČR poskytovaných nestátním nezdravotnickým sektorem.

tabulka 1-6: Příjmy realizátorů protidrogové politiky dotovaných z RVKPP v I. 2006–2010 podle zdrojů

| Zdroj | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------------------------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | tis. Kč | % | tis. Kč | % | tis. Kč | % | tis. Kč | % | tis. Kč | % |
| Státní rozpočet | 147 699 | 51,3 | 158 238 | 52,9 | 167 977 | 53,9 | 166 145 | 54,0 | 148 716 | 51,3 |
| RVKPP | 101 587 | 35,3 | 100 433 | 33,6 | 94 497 | 30,3 | 93 280 | 30,3 | 81 282 | 28,0 |
| MŠMT | 1 473 | 0,5 | 1 563 | 0,5 | 3 054 | 1,0 | 1 441 | 0,5 | 1 332 | 0,5 |
| MPSV | 38 619 | 13,4 | 49 496 | 16,6 | 62 153 | 19,9 | 64 563 | 21,0 | 61 394 | 21,2 |
| MV | 93 | 0,0 | 143 | 0,0 | 131 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| MZ | 3 549 | 1,2 | 5 356 | 1,8 | 6 348 | 2,0 | 6 304 | 2,0 | 2 971 | 1,0 |
| MS | 100 | 0,0 | 361 | 0,1 | 574 | 0,2 | 557 | 0,2 | 531 | 0,2 |
| Ostatní ministerstva | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 464 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Úřad práce | 2 278 | 0,8 | 886 | 0,3 | 757 | 0,2 | 0 | 0,0 | 1 205 | 0,4 |
| Místní rozpočty | 92 657 | 32,2 | 101 041 | 33,8 | 106 640 | 34,2 | 111 164 | 36,1 | 99 457 | 34,3 |
| Kraje | 49 874 | 17,3 | 61 153 | 20,4 | 47 491 | 15,2 | 64 553 | 21,0 | 87 073 | 30,0 |
| Obce | 42 783 | 14,9 | 39 888 | 13,3 | 59 149 | 19,0 | 46 611 | 15,2 | 12 384 | 4,3 |
| Ostatní tuzemské | 47 334 | 16,5 | 32 071 | 10,7 | 33 017 | 10,6 | 26 184 | 8,5 | 40 794 | 14,1 |
| Sponzorské dary a sbírky | 8 101 | 2,8 | 5 617 | 1,9 | 6 342 | 2,0 | 5 256 | 1,7 | 6 536 | 2,3 |
| Vlastní příjmy a příspěvky klientů | 14 333 | 5,0 | 13 642 | 4,6 | 12 695 | 4,1 | 14 225 | 4,6 | 18 978 | 6,5 |
| Nadace | 9 576 | 3,3 | 1 446 | 0,5 | 1 354 | 0,4 | 0 | 0,0 | 2 688 | 0,9 |
| Ostatní | 15 324 | 5,3 | 11 366 | 3,8 | 12 626 | 4,1 | 6 703 | 2,2 | 12 593 | 4,3 |
| Zahraniční | 0 | 0,0 | 7 706 | 2,6 | 4 070 | 1,3 | 4 059 | 1,3 | 982 | 0,3 |
| Fondy EU | 0 | 0,0 | 6 263 | 2,1 | 2 942 | 0,9 | 4 059 | 1,3 | 982 | 0,3 |
| Zahraniční jiné | 0 | 0,0 | 1 443 | 0,5 | 1 128 | 0,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Celkem | 287 690 | 100,0 | 299 056 | 100,0 | 311 703 | 100,0 | 307 553 | 100,0 | 289 949 | 100,0 |

tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2010 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace (tis. Kč)

| Kraje | RVKPP | MŠMT | MO | MPSV | MZ | MS | GŘC | NPC | Státní rozpočet celkem | Kraje | Obce | Územní rozpočty celkem | Celkem | Celkem (%) |
|-----------------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|------------------------------|----------------|---------------|------------------------------|----------------|---------------|
| PHA | 20 263 | 1 244 | - | 10 349 | 3 668 | - | - | - | 35 524 | 51 744 | 10 671 | 62 415 | 97 938 | 15,6 |
| STC | 2 373 | 1 792 | - | 20 318 | 686 | - | - | - | 25 169 | 16 307 | 5 209 | 21 516 | 46 685 | 7,4 |
| JHC | 4 059 | 947 | - | 3 756 | 1 109 | - | - | - | 9 871 | 8 378 | 1 692 | 10 070 | 19 941 | 3,2 |
| PLK | 4 131 | 489 | - | 1 312 | 415 | - | - | - | 6 347 | 6 941 | 7 462 | 14 403 | 20 751 | 3,3 |
| KVK | 1 371 | 393 | - | 1 130 | 370 | - | - | - | 3 264 | 5 857 | 399 | 6 256 | 9 519 | 1,5 |
| ULK | 6 920 | 543 | - | 6 365 | 648 | - | - | - | 14 476 | 4 650 | 7 724 | 12 374 | 26 849 | 4,3 |
| LBK | 1 634 | 727 | - | 3 375 | 0 | - | - | - | 5 736 | 8 225 | 2 761 | 10 986 | 16 722 | 2,7 |
| HKK | 1 988 | 1 039 | - | 450 | 614 | - | - | - | 4 090 | 6 906 | 698 | 7 604 | 11 694 | 1,9 |
| PAK | 1 317 | 760 | - | 1 676 | 0 | - | - | - | 3 753 | 6 800 | 1 745 | 8 545 | 12 298 | 2,0 |
| VYS | 1 537 | 1 478 | - | 5 477 | 165 | - | - | - | 8 657 | 3 397 | 746 | 4 143 | 12 800 | 2,0 |
| JHM | 6 823 | 827 | - | 7 649 | 1 089 | - | - | - | 16 388 | 16 094 | 5 705 | 21 799 | 38 186 | 6,1 |
| OLK | 4 902 | 1 181 | - | 6 980 | 155 | - | - | - | 13 218 | 8 759 | 2 323 | 11 082 | 24 301 | 3,9 |
| ZLK | 1 844 | 558 | - | 2 636 | 35 | - | - | - | 5 073 | 17 606 | 3 128 | 20 734 | 25 807 | 4,1 |
| MSK | 3 575 | 598 | - | 3 366 | 16 | - | - | - | 7 555 | 32 048 | 11 791 | 43 839 | 51 394 | 8,2 |
| Výdaje s krajským určením | 62 737 | 12 576 | - | 74 839 | 8 968 | - | - | - | 159 120 | 193 710 | 62 055 | 255 765 | 414 885 | 66,1 |
| Výdaje s centrálním určením | 22 767 | 2 391 | 4 384 | 16 904 | 12 494 | 7 081 | 2 100 | 144 370 | 212 491 | 0 | 0 | 0 | 212 491 | 33,9 |
| Celkem | 85 504 | 14 967 | 4 384 | 91 743 | 21 462 | 7 081 | 2 100 | 144 370 | 371 611 | 193 710 | 62 055 | 255 765 | 627 376 | 100,0 |
| - z toho investiční | 0 | 0 | 0 | 0 | 814 | 0 | 2 100 | 0 | 2 914 | 0 | 0 | 0 | 2 914 | 0,5 |
| Celkem (%) | 13,6 | 2,4 | 0,7 | 14,6 | 3,4 | 1,1 | 0,3 | 23,0 | 59,2 | 30,9 | 9,9 | 40,8 | 100,0 | - |

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

tabulka 1-8: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2010 podle kategorií služeb (tis. Kč)

| Kategorie služby | RVKPP | MŠMT | MO | MPSV | MZ | MS | GŘC | NPC | Státní rozpočet celkem | Kraje | Obce | Územní rozpočty celkem | Celkem | Celkem (%) |
|-------------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|------------------------|----------------|---------------|------------------------|----------------|--------------|
| Primární prevence | 2 778 | 14 967 | 4 384 | - | 747 | 0 | - | - | 22 876 | 25 896 | 13 524 | 39 420 | 62 296 | 9,9 |
| Kontaktní centra | 24 645 | - | - | 32 206 | 1 204 | - | - | - | 58 055 | 22 497 | 17 431 | 39 928 | 97 983 | 15,6 |
| Harm Reduction | 13 891 | - | - | 18 709 | 397 | - | - | - | 32 997 | 15 325 | 11 484 | 26 809 | 59 806 | 9,5 |
| Nezařazené* | 5 560 | - | - | 0 | 25 | - | - | - | 5 585 | 2 076 | 746 | 2 823 | 8 408 | 1,3 |
| Celkem | 44 096 | - | - | 50 915 | 1 626 | 0 | 0 | 0 | 96 637 | 39 898 | 29 661 | 69 559 | 166 196 | 26,5 |
| Zdravotnická péče** | 1 269 | - | 0 | 900 | 7 642 | 1 173 | - | - | 10 984 | 7 091 | 2 010 | 9 101 | 20 085 | 3,2 |
| Léčba | 6 716 | - | - | 8 171 | 0 | 2 559 | - | - | 17 446 | 8 970 | 4 791 | 13 761 | 31 207 | 5,0 |
| Terapeutické komunity | 18 470 | - | - | 21 197 | 0 | - | - | - | 39 667 | 14 148 | 3 749 | 17 897 | 57 564 | 9,2 |
| Celkem | 26 455 | 0 | 0 | 30 268 | 7 642 | 3 732 | 0 | 0 | 68 097 | 30 209 | 10 550 | 40 760 | 108 856 | 17,4 |
| Záchytné stanice | - | - | - | 0 | 0 | 0 | - | - | 0 | 86 431 | 805 | 87 236 | 87 236 | 13,9 |
| Následná péče | 7 330 | - | - | 10 560 | 0 | 0 | - | - | 17 890 | 8 229 | 5 197 | 13 426 | 31 316 | 5,0 |
| Prosazování práva | - | - | 0 | 0 | 0 | 2 897 | 2 100 | 144 370 | 149 367 | 0 | 0 | 0 | 149 367 | 23,8 |
| Koordinace, výzkum, hodnocení | 4 845 | 0 | 0 | 0 | 10 633 | 452 | 0 | 0 | 15 930 | 2 100 | 922 | 3 022 | 18 952 | 3,0 |
| Ostatní, nezařazeno | 0 | 0 | 0 | 0 | 814 | 0 | 0 | 0 | 814 | 947 | 1 395 | 2 342 | 3 156 | 0,5 |
| Celkem | 85 504 | 14 967 | 4 384 | 91 743 | 21 462 | 7 081 | 2 100 | 144 370 | 371 611 | 193 710 | 62 055 | 255 765 | 627 376 | 100,0 |

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

1.3.2 Náklady zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog

V r. 2010 se poprvé podařilo získat údaje o nákladech zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog za roky 2007–2009. Ty zpracovává Český statistický úřad z údajů statistiky zdravotnických účtů sestavovaných podle mezinárodní metodologie System of Health Accounts, která slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých výdajů³³ na zdravotní péči, resp. na zdravotnictví v širším slova smyslu, a to pro jednotlivé zdroje financování zdravotní péče. V ČR existují tři hlavní zdroje financování zdravotní péče, a to zdravotní pojišťovny (veřejné zdravotní pojištění), veřejné rozpočty (státní rozpočet, místní rozpočty) a domácnosti. Největší podíl na financování mají zdravotní pojišťovny pokrývající cca tři čtvrtiny veškerých výdajů.

Celkový objem výdajů zdravotních pojišťoven dosáhl v r. 2007 celkem 169 mld. Kč, 180 mld. Kč v r. 2008 a 209 mld. Kč v r. 2009. Na léčbu poruch duševních a poruch chování (V. kapitola MKN-10) bylo vydáno 6,4 mld. Kč v r. 2007, 6,6 mld. Kč v r. 2008 a 7,7 mld. Kč v r. 2009 a na léčbu spojenou s užíváním psychoaktivních látek (bez alkoholu; dg. F11–F19) byly na základě dat vykázaných pojišťovnami odhadnuty roční náklady ve výši 336 mil. Kč v r. 2007, 395 mil. Kč v r. 2008 a 448 mil. v r. 2009.

V této kapitole jsou náklady zdravotních pojišťoven pro skupiny dg. F11–F19 členěny podle druhu zdravotnického zařízení a druhu poskytované zdravotní péče podle číselníku smluvních odborností.

Podle tříd diagnóz lze náklady zdravotních pojišťoven rozdělit na náklady spojené se základní diagnózou a na náklady ostatní bez vazby na diagnózu. Náklady spojené s diagnózou jsou rozděleny do skupin diagnóz, které odpovídají kapitolám uvedeným v MKN-10, a dále jsou členěny do tříd diagnóz. Jednou z tříd diagnóz jsou také dg. F11–F19, tj. poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (bez alkoholu). Tyto přímo identifikovatelné náklady pojišťoven jsou v následujících tabulkách uvedeny ve sloupcích „identifikovatelné náklady podle diagnózy“ a ve sledovaném období tvořily v průměru 70 % z celkových ročních nákladů zdravotních pojišťoven na léčbu spojenou s užíváním nealkoholových drog.

Ostatní náklady bez vazby na diagnózu bylo nutné před zpracováním upravit. Z těchto nákladů byly vyčleněny provozní náklady zdravotních pojišťoven, kapitační platby praktických lékařů pro dospělé, kapitační platby praktických lékařů pro děti a dorost a některé další náklady na péči, které nelze vymezit pomocí smluvních odborností nebo jsou sledovány zvláště kvůli zpřesnění statistik a jsou vymezeny jiným vhodným způsobem, např. skupinou zdravotních výkonů, kódy z číselníků zdravotnických prostředků apod. Z těchto dalších nákladů na péči byly vyloučeny následující náklady pojišťoven: ozdravenská péče, lázeňská péče v dětských lázeňských léčebnách, nutná a neodkladná péče v zahraničí, vratky pacientům, očkování praktickými lékaři pro děti a dorost, preventivní prohlídky praktickými lékaři a pracovní lékařství spojené s odborností PL pro dospělé. Tyto náklady tvořily v letech 2007–2009 v průměru necelou čtvrtinu z ostatních nákladů bez vazby na diagnózu.

Takto upravené ostatní náklady tvořily základ pro odhad celkové výše neidentifikovatelných nákladů na dg. F11–F19. Pro odhad podílu nákladů této skupiny diagnóz na celkových neidentifikovatelných nákladech byl použit podíl nákladů této skupiny diagnóz na celkových identifikovatelných nákladech (tj. nákladech spojených s diagnózou). Tento celkový objem ostatních nákladů zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog byl dále členěn buď podle druhu zdravotnického zařízení nebo podle druhu poskytované zdravotní péče, tzv. odborností.

Náklady zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů nealkoholových drog podle druhu zdravotnického zařízení uvádí tabulka 1-9. K odhadu neidentifikovatelných nákladů přiřazených jednotlivým druhům zařízení byla použita struktura celkových neidentifikovatelných nákladů. Největší podíl na celkových nákladech pojišťoven (tj. přímo identifikovatelných i odhadnutých neidentifikovatelných) na dg. F11–F19 měla ve sledovaném období lůžková zdravotnická zařízení, a to 73 % (z toho nemocnice 30 % a psychiatrické léčebny 39 %). V těchto nákladech jsou obsaženy jak náklady na lůžkovou péči, tak i na ambulantní, lékárenskou popř. další péči poskytovanou v rámci těchto lůžkových zařízení. Samostatná ambulantní zařízení se podílela 7 % na celkových nákladech pojišťoven na dg. F11–F19, z toho ordinace lékaře specialisty (převážně psychiatrické ambulance) 3 %, a dále lékárny necelými 14 %. Z hlediska odhadu neidentifikovatelných nákladů zdravotních pojišťoven měly největší podíl náklady lékáren (44 %) a nemocnic (35 %).

Stejným způsobem, jako náklady členěné podle druhu zařízení, byly rozpočítány neidentifikovatelné náklady pojišťoven na jednotlivé odbornosti a ostatní náklady. Největší podíl na celkových nákladech pojišťoven v letech 2007–2009 měly odbornosti spojené s lůžkovou psychiatrickou a AT péčí (přibližně polovinu), odbornosti spojené s ambulantní psychiatrickou a AT péčí tvořily 5 % a náklady pojišťoven na léčiva na předpis představovaly 18 %. Na odhadu neidentifikovatelných nákladů měly největší podíl léčiva na předpis (60 %). Náklady zdravotních pojišťoven členěné podle smluvních odborností prezentuje tabulka 1-10.

³³ Přestože existuje věcný rozdíl mezi pojmy výdaj a náklad spočívající v odlišném časovém rozlišení, budou se v celém následujícím textu oba pojmy zaměňovat a používat ve shodném smyslu jako náklady.

tabulka 1-9. Náklady zdravotních pojišťoven spojené s diagnózou F11–F19 podle druhu zdravotnického zařízení v letech 2007–2009 (v tis. Kč)

| Druh zdravotnického zařízení | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|--|--|-------------------|---|--|-------------------|--|--|-------------------|
| | Identifikova- telné náklady podle diagnózy | Odhad neidentifi- kovatelných nákladů | Náklady celkem | Identifikova- telné náklady podle diagnózy | Odhad neidentifi- kovatelných nákladů | Náklady celkem | Identifikova- telné náklady podle diagnózy | Odhad neidentifi- kovatelných nákladů | Náklady celkem |
| Nemocnice (fakultní a akutní péče) | 71 897 | 33 820 | 105 717 | 78 386 | 40 149 | 118 535 | 82 489 | 50 439 | 132 928 |
| Psychiatrická léčebna | 130 337 | 68 | 130 405 | 151 664 | 74 | 151 738 | 172 864 | 77 | 172 941 |
| Psychiatrická léčebna pro děti | 1 415 | 0 | 1 415 | 2 408 | 0 | 2 408 | 1 988 | 1 | 1 989 |
| Ostatní lůžková zařízení | 4 129 | 3 936 | 8 065 | 3 955 | 4 305 | 8 260 | 5 818 | 5 457 | 11 275 |
| Lůžková zařízení celkem | 207 777 | 37 824 | 245 602 | 236 413 | 44 528 | 280 941 | 263 159 | 55 974 | 319 133 |
| Ordinace lékaře specialisty | 9 522 | 991 | 10 513 | 9 510 | 1 743 | 11 253 | 10 665 | 2 929 | 13 594 |
| Zařízení pro léčbu drogových závislostí | 1 242 | 0 | 1 242 | 1 560 | 0 | 1 560 | 2 068 | 0 | 2 068 |
| Samostatná ordinace psychologa | 1 018 | 0 | 1 018 | 992 | 0 | 992 | 1 411 | 1 | 1 412 |
| Ostatní ambulanci zařízení | 8 573 | 3 937 | 12 510 | 7 468 | 3 327 | 10 795 | 8 650 | 5 245 | 13 895 |
| Samostatná ambulanci zařízení celkem | 20 355 | 4 928 | 25 283 | 19 530 | 5 070 | 24 600 | 22 793 | 8 175 | 30 968 |
| Dopravní a záchranná zdravotnická služba | 4 322 | 146 | 4 469 | 4 455 | 42 | 4 497 | 4 755 | 84 | 4 839 |
| Psychoterapeutický stacionář | 948 | 2 | 950 | 729 | 25 | 754 | 629 | 25 | 654 |
| Ostatní zvláštní zařízení | 78 | 12 | 90 | 130 | 17 | 147 | 148 | 16 | 164 |
| Zvláštní zařízení celkem | 5 348 | 160 | 5 509 | 5 314 | 84 | 5 398 | 5 532 | 125 | 5 657 |
| Lékárna | 1 883 | 48 712 | 50 595 | 1 082 | 52 263 | 53 345 | 371 | 55 229 | 55 600 |
| Výdejna zdravotnických prostředků | 20 | 1 995 | 2 015 | 24 | 2 557 | 2 581 | 7 | 2 898 | 2 905 |
| Zařízení lékárenské služby celkem | 1 903 | 50 707 | 52 610 | 1 106 | 54 820 | 55 926 | 378 | 58 127 | 58 505 |
| Ostatní zdravotnická zařízení* | 113 | 12 | 125 | 156 | 24 | 180 | 768 | 2 462 | 3 230 |
| Nezařazená zdravotnická zařízení | 1 116 | 5 287 | 6 403 | 20 659 | 7 538 | 28 197 | 13 094 | 17 117 | 30 211 |
| Náklady zdravotních pojišťoven celkem | 236 613 | 98 918 | 335 531 | 283 178 | 112 064 | 395 242 | 305 723 | 141 980 | 447 703 |

Pozn.: * Orgány ochrany veřejného zdraví, ostatní organizace MZ a další zdravotnická zařízení.

tabulka 1-10: Náklady zdravotních pojišťoven spojené s diagnózou F11–F19 podle druhu odbornosti v letech 2007–2009 (v tis. Kč)

| Odbornost | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|---|--|-------------------|---|--|-------------------|---|--|-------------------|
| | Identifika- telné náklady podle diagnózy | Odhad neidentifi- kovatelných nákladů | Náklady celkem | Identifika- telné náklady podle diagnózy | Odhad neidentifi- kovatelných nákladů | Náklady celkem | Identifika- telné náklady podle diagnózy | Odhad neidentifi- kovatelných nákladů | Náklady celkem |
| Odbornosti spojené s ambulantní psychiatrikou a AT péčí | 19 420 | 482 | 19 902 | 19 988 | 26 | 20 014 | 21 635 | 62 | 21 697 |
| Odbornosti spojené s lůžkovou psychiatrikou a AT péčí | 166 388 | 1 | 166 389 | 197 065 | 0 | 197 065 | 228 046 | 3 | 228 049 |
| Odbornosti komplementu | 32 843 | 1 941 | 34 784 | 30 728 | 2 167 | 32 895 | 34 222 | 3 802 | 38 024 |
| Pracoviště klinické psychologie | 2 094 | 0 | 2 094 | 2 282 | 0 | 2 282 | 2 715 | 15 | 2 730 |
| Pracoviště zdravotnické záchrané služby (RZP+RLP) | 3 732 | 0 | 3 732 | 3 962 | 1 | 3 963 | 4 166 | 10 | 4 176 |
| Ostatní odbornosti | 12 017 | 23 905 | 35 922 | 13 841 | 29 116 | 42 957 | 14 105 | 43 382 | 57 487 |
| Ostatní náklady | 119 | 72 589 | 72 708 | 15 312 | 80 754 | 96 066 | 835 | 94 706 | 95 541 |
| Léčiva na předpis | 1 | 63 315 | 63 316 | 0 | 67 918 | 67 918 | 0 | 81 115 | 81 115 |
| Zdravotnické prostředky | 73 | 7 700 | 7 773 | 118 | 8 406 | 8 524 | 26 | 10 652 | 10 678 |
| Preventivní programy (čerpání fondu prevence) | 0 | 1 574 | 1 574 | 15 152 | 3 697 | 18 849 | 688 | 2 805 | 3 493 |
| Náklady zdravotních pojišťoven celkem | 236 613 | 98 918 | 335 531 | 283 178 | 112 064 | 395 242 | 305 723 | 141 980 | 447 703 |

V r. 2010 proběhla dvě nezávislá šetření na reprezentativním vzorku populace ČR. Obě šetření se do velké míry shodují ve zjištěných mírách prevalence užívání nelegálních drog. Z výzkumů v posledních třech letech se ukazuje, že zkušenosti s užitím nelegálních drog jsou v obecné populaci stabilní, nejčastěji užívanými nelegálními drogami v dospělé populaci jsou konopné látky (23–34 %), následované extází (4–10 %). Užití konopných látek v posledním roce uvedlo 10–15 % respondentů, užití jiných nelegálních drog méně než 4 % dotázaných dospělých. Užití nelegálních drog mimo konopné látky v posledním měsíci uvádí dlouhodobě méně než 1 % respondentů. Mladí dospělí ve věku 15–34 let vykazují vyšší míry užívání – přibližně pětina má zkušenosti s konopnými látkami v posledním roce.

Z mezinárodního průzkumu HBSC vyplývá, že zkušenosti žáků 9. tříd základních škol s užíváním marihuany mezi r. 2006 a 2010 vzrostly a dosáhly hodnoty 30,5 % u celoživotní prevalence a 21,5 % u prevalence v posledním roce.

Podle studie zaměřené na rizikové užívání konopí představuje užívání konopí pro 70 % uživatelů relativně malé riziko. Avšak až 10 % uživatelů konopných drog je ve značném riziku problémů spojených s jejich užíváním a závislostí. Extrapoluje-li se tento podíl na celou populaci ČR, znamená to cca 1,0–1,5 % dospělé populace, tj. 75–110 tis. uživatelů konopných látek ve vysokém riziku, především mladých dospělých.

Speciální studie zaměřená na užívání nových syntetických drog (které mají obdobné účinky jako tradiční nelegální drogy, ale nejsou na seznamu zakázaných drog) ukázala, že v ČR má zkušenost s užitím těchto látek necelých 5 % mladých dospělých, obdobný výsledek přinesla v ČR i evropská studie Eurobarometr.

Z průzkumů zaměřených na postoje veřejnosti k užívání drog vyplývá, že česká populace je celkem tolerantní k užívání konopných látek, nadpoloviční většina podporuje legalizaci pěstování a držení konopných látek, a to především pro léčebné účely.

Dále byla poprvé provedena reprezentativní studie užívání drog ve vězeňské populaci a jsou k dispozici výsledky dalších průzkumů užívání drog v prostředí zábavy – obě populační podskupiny vykazují výrazně vyšší zkušenosti s užíváním drog než obecná populace.

2.1 Užívání drog v obecné populaci

2.1.1 Reprezentativní studie v r. 2010

2.1.1.1 Studie Výzkum názorů a postojů občanů ČR

V rámci projektu Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života realizovaného agenturou INRES–SONES (dále Výzkum občanů 2010) byl na podzim 2010 dotazován reprezentativní vzorek obyvatel ČR o velikosti 1793 respondentů starších 15 let³⁴. Kromě problematiky zdravotnictví a zdravého životního stylu byli respondenti dotazováni na zkušenosti s užitím nelegálních drog.

Jednoznačně nejrozšířenější nelegální drogou jsou tradičně konopné látky (marihuana či hašiš), které někdy v životě alespoň jednou užilo 30,5 % respondentů, a to výrazně častěji muži (38,6 %) než ženy (22,3 %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010b). Ve věku 15–34 let měla podle této studie v r. 2010 s konopnými látkami nějakou zkušenost téměř polovina respondentů (49,3 %). Prevalence užití marihuany v posledním roce však již byla výrazně nižší – v posledním roce užilo marihuanu 10,4 % dotázaných (15–64 let), z toho bylo 14,8 % mužů a 6,0 % žen; ve věkové kategorii 15–34 let vyzkoušelo v posledním roce konopnou látku 20,7 % respondentů. V posledním měsíci konopné látky užilo 4,2 % populace ve věku 15–64 let, z toho opět nejčastěji ve věkových kategoriích 15–24 let (8,9 %) a 25–34 let (7,2 %).

2.1.1.2 Studie Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů

Institút pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP) v září r. 2010 uskutečnil ve spolupráci s agenturou Factum Invenio šetření „Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů“, které mimo jiné sledovalo zkušenosti občanů s návykovými látkami. Výzkum byl proveden formou omnibusového šetření metodou osobního rozhovoru na reprezentativním vzorku obyvatel ČR starších 15 let. Soubor 2044 respondentů byl získán kvótním výběrem – tabulka 2-2.

Na rozdíl od výše uvedeného Výzkumu občanů 2010 se celoživotní míra prevalence užití konopné látky ve věkové skupině 15–64 let v této studii pohybuje na nižší úrovni 23,4 % (Institút pro kriminologii a sociální prevenci, 2010). V roční a měsíční prevalenci užití konopných látek se však oba výzkumy velmi přibližují; podle výzkumu IKSP 2010 byly tyto prevalence 9,7 % resp. 4,5 %. Ve věkové kategorii 15–34 let, tedy skupině mladých dospělých, celoživotní zkušenost s užitím konopných látek dosáhla 38,9 %, prevalence v posledním roce okolo 20,3 % a v posledních 30 dnech 9,2 %. Druhou nejužívanější návykovou látkou pak byla v této věkové kategorii (15–34 let) extáze s prevalencemi užití 14,7 %, resp. 3,9 % a 1,3 % následovaná halucinogenními houbami, amfetaminy (pervitin)

³⁴ Dále jsou prezentovány výsledky zejména ve věkových skupinách 15–24 (velmi mladí dospělí), 15–34 (mladí dospělí) a 15–64 let (dospělí celkem), tedy ve standardních věkových skupinách EMCDDA.

a LSD. Prevalence užití všech drog byly vyšší u mužů než u žen. Nejvíce zkušeností s nelegálními drogami uvedli velmi mladí dospělí ve věku 15–24 let.

tabulka 2-1: Míry prevalence užití dané drogy ve Výzkumu občanů 2010, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010b)

| Prevalence | Typ drogy | Pohlaví | | Vybrané věkové skupiny | | Celkem |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|------------------------|--------|
| | | Muži (n = 751) | Ženy (n = 736) | 15–24 let (n = 270) | 15–34 let (n = 615) | |
| Celoživotní prevalence | Marihuana či hašiš | 38,6 | 22,3 | 52,2 | 49,3 | 30,5 |
| | Extáze | 4,8 | 3,1 | 7,4 | 7,8 | 4,0 |
| | Amfetaminy, pervitin | 1,9 | 1,0 | 2,2 | 2,9 | 1,4 |
| | Kokain | 1,5 | 0,4 | 0,4 | 1,6 | 0,9 |
| | Heroin | 0,5 | 0,1 | 0,0 | 0,5 | 0,3 |
| | LSD „krystal, trip, papír“ | 4,1 | 1,0 | 3,7 | 5,0 | 2,6 |
| | Halucinogenní houby | 5,7 | 2,9 | 8,9 | 8,1 | 4,3 |
| | Těkavé látky | 1,3 | 0,8 | 1,1 | 1,5 | 1,1 |
| Prevalence v posledních 12 měsících | Marihuana či hašiš | 14,8 | 5,8 | 23,7 | 20,7 | 10,4 |
| | Extáze | 0,8 | 0,7 | 2,6 | 1,6 | 0,7 |
| | Amfetaminy, pervitin | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,8 | 0,3 |
| | Kokain | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,3 |
| | Heroin | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,1 |
| | LSD „krystal, trip, papír“ | 0,4 | 0,1 | 0,7 | 0,7 | 0,3 |
| | Halucinogenní houby | 1,6 | 0,5 | 2,6 | 2,3 | 1,1 |
| | Těkavé látky | 0,7 | 0,5 | 0,0 | 0,8 | 0,6 |
| Prevalence v posledních 30 dnech | Marihuana či hašiš | 6,0 | 2,3 | 8,9 | 8,0 | 4,2 |
| | Extáze | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,1 |
| | Amfetaminy, pervitin | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Kokain | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,1 |
| | Heroin | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,1 |
| | LSD „krystal, trip, papír“ | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,1 |
| | Halucinogenní houby | 0,5 | 0,1 | 0,4 | 0,7 | 0,3 |
| | Těkavé látky | 0,3 | 0,4 | 0,0 | 0,5 | 0,3 |

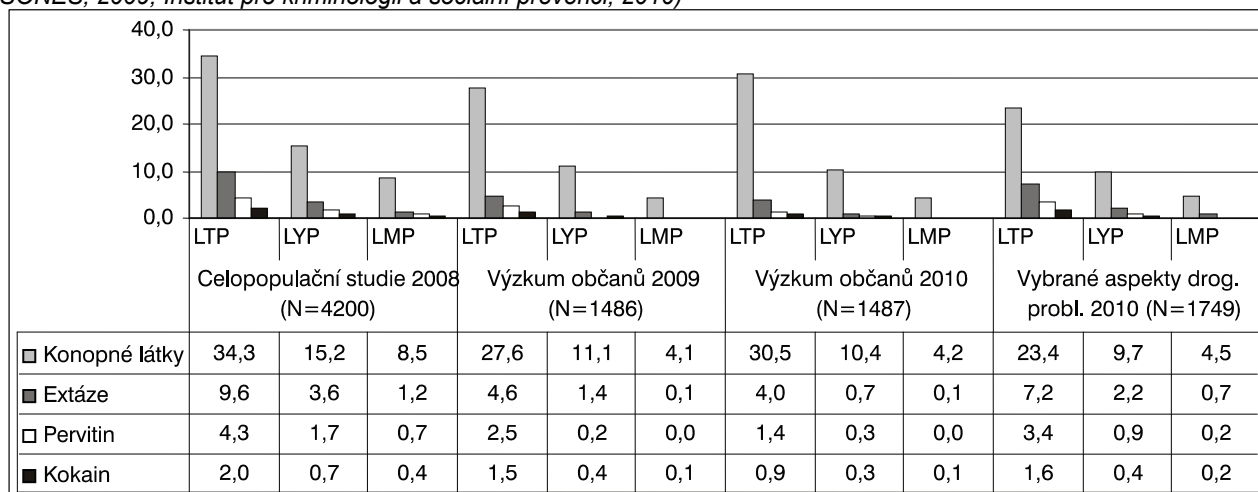
tabulka 2-2: Míry prevalence užití dané drogy ve studii Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů 2010, v % (Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2010)

| Prevalence | Typ drogy | Pohlaví | | Vybrané věkové skupiny | | Celkem |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|------------------------|--------|
| | | Muži (n = 859) | Ženy (n = 890) | 15–24 let (n = 271) | 15–34 let (n = 674) | |
| Celoživotní prevalence | Tabák | 78,2 | 59,9 | 71,2 | 72,3 | 68,9 |
| | Alkohol | 95,2 | 93,3 | 90,8 | 93,8 | 94,2 |
| | Marihuana či hašiš | 29,8 | 17,3 | 40,2 | 38,9 | 23,4 |
| | Extáze | 8,5 | 6,0 | 16,6 | 14,7 | 7,2 |
| | Amfetaminy, pervitin | 4,0 | 2,9 | 6,6 | 5,9 | 3,4 |
| | Kokain | 2,3 | 0,9 | 1,5 | 1,9 | 1,6 |
| | Heroin | 1,9 | 0,4 | 1,8 | 1,8 | 1,1 |
| | LSD „krystal, trip, papír“ | 3,3 | 1,9 | 5,2 | 4,7 | 2,6 |
| | Halucinogenní houby | 6,8 | 4,2 | 11,8 | 9,2 | 5,4 |
| Prevalence v posledních 12 měsících | Tabák | 55,8 | 37,8 | 57,6 | 52,5 | 46,6 |
| | Alkohol | 90,6 | 85,4 | 84,9 | 89,3 | 87,9 |
| | Marihuana či hašiš | 13,6 | 5,8 | 25,1 | 20,3 | 9,7 |
| | Extáze | 2,8 | 1,6 | 6,6 | 3,9 | 2,2 |
| | Amfetaminy, pervitin | 0,9 | 0,8 | 2,6 | 1,6 | 0,9 |
| | Kokain | 0,6 | 0,2 | 0,0 | 0,4 | 0,4 |
| | Heroin | 0,5 | 0,1 | 0,4 | 0,3 | 0,3 |
| | LSD „krystal, trip, papír“ | 0,7 | 0,2 | 1,5 | 0,9 | 0,5 |
| | Halucinogenní houby | 1,3 | 0,6 | 3,0 | 1,9 | 0,9 |
| Prevalence v posledních 30 dnech | Tabák | 48,4 | 32,5 | 46,5 | 43,8 | 40,3 |
| | Alkohol | 74,7 | 57,5 | 60,5 | 67,1 | 66,0 |
| | Marihuana či hašiš | 6,6 | 2,4 | 12,5 | 9,2 | 4,5 |
| | Extáze | 1,2 | 0,3 | 3,0 | 1,3 | 0,7 |
| | Amfetaminy, pervitin | 0,1 | 0,3 | 1,1 | 0,4 | 0,2 |
| | Kokain | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 0,2 |
| | Heroin | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,2 |
| | LSD „krystal, trip, papír“ | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |
| Halucinogenní houby | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | |

2.1.2 Srovnání míry prevalence užívání drog ve vybraných studiích v letech 2008–2010

Jednotlivé výzkumy realizované v letech 2008–2010 ukazují stejný vzorec užívání návykových látek v obecné populaci s (mírnými) rozdíly v nalezených prevalencích u jednotlivých drog. Nejčastěji užitou nelegální drogou jsou konopné látky (23,4–34,3 % podle studie), následované extází (4,0–9,6 %). Užití konopných látek v posledním roce uvedlo 9,7–15,2 % respondentů, užití jiných nelegálních drog méně než 4 % dotázaných. Užití nelegálních drog mimo konopné látky v posledním měsíci uvádí dlouhodobě méně než 1 % respondentů – graf 2-1. Rozdíly v mírách prevalence mezi jednotlivými studiemi vycházejí z rozdílné metodologie sběru dat a rozdílného kontextu studií; nejvyšší míry prevalence užití nelegálních drog byly sledovány v Celopopulační studii užívání návykových látek v ČR v r. 2008, která byla monotematickou studií zaměřenou přímo na užívání nelegálních drog.

graf 2-1: Srovnání míry prevalence užití nelegálních drog ve vybraných studiích v letech 2008–2010, pro věkovou skupinu 15–64 let, v % (Běláčková a Horáková, 2011; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010b; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2009; Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2010)



Pozn.: LTP – celoživotní prevalence užití, LYP – prevalence užití v posledních 12 měsících, LMP – prevalence užití v posledních 30 dnech.

2.1.3 Validizační studie konopných škál

Na podzim 2010 uskutečnilo NMS ve spolupráci s EMCDDA a agenturou Median s.r.o. studii, jejímž cílem bylo validizovat krátký screeningový dotazník CAST (Cannabis Abuse Screening Test), který testuje míru rizikového užívání konopných látek, oproti standardnímu diagnostickému nástroji pro hodnocení poruch spojených s užíváním drog M-CIDI (Munich – Composite International Diagnostic Interview). Studie validizace škály CAST byla provedena na vzorku 358 respondentů (265 osob ve věku 15–64 let navýšených o dalších 93 osob ve věku 15–34 let), kteří užívali konopné látky v posledních 12 měsících. Tento cílový vzorek byl získán ze vzorku 2461 osob obecné populace ve věku 15–64 s navýšením respondentů ve věku 15–34 let. Sběr dat byl proveden metodou CAWI (Computer-Assisted Web Interviewing), tj. prostřednictvím internetu, a došlo tedy k očekávanému nadhodnocení populace s vyšším vzděláním. Základní vzorek tedy nelze považovat za reprezentativní pro ČR. Po úpravě souboru převážně nalezené míry prevalence odpovídají výsledkům reprezentativních průzkumů uvedených výše.

V modulu CAST byli respondenti, kteří uvedli užití marihuany nebo hašiše v posledních 12 měsících, dotazováni na šest položek zkoumajících různé problémové aspekty užívání konopných látek³⁵. Výsledkem transformace a součtu všech šesti proměnných je škála, která nabývá hodnot od 0 do 6, kdy jeden a žádný bod značí malé riziko, 2–3 body střední riziko a 4 a více bodů vysoké riziko užívání konopných látek, které již vyžaduje odbornou intervenci (Beck a Legleye, 2008).

Z rozložení respondentů na škále rizika CAST vyplývá, že pro 71,2 % uživatelů konopných drog představuje užívání relativně malé riziko. Naopak 9,5 % uživatelů (12,2 % mužů a 5,0 % žen) se užíváním konopných drog vystavuje značnému riziku a bylo by tedy vhodné, aby jim byla poskytnuta odborná intervence – tabulka 2-3. Extrapoluje-li se tento podíl na celou populaci ČR, znamená to cca 1,0–1,5 % dospělé populace, tj. 75–110 tis. uživatelů konopných látek ve vysokém riziku. Přestože počet respondentů ve vyšších věkových kategoriích je velmi nízký, zdá se, že nejvyšší podíl uživatelů konopných látek v nejvyšším riziku vykazuje věková skupina 35–44 let.

³⁵ Užívání dopoledne, užívání o samotě, problémy s pamětí, přítomnost doporučení ze strany přátel nebo rodiny směrem k redukci užívání nebo abstinenci, neúspěšné pokusy o abstinenci, problémy kvůli užívání (hádky, rvačky, nehody, špatné výsledky ve škole, atd.).

tabulka 2-3: Výsledky škály CAST – míry rizika (pravděpodobnost výskytu spojených s užíváním konopných látek) u aktuálních uživatelů konopných látek, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b)

| Míra rizika v CAST | Pohlaví | | Věkové skupiny | | | | | |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | Muž | Žena | 15–24 let | 25–34 let | 35–44 let | 45–54 let | 55–64 let | 15–64 let |
| | Obecná populace (n = 164) | Obecná populace (n = 101) | Navýšená populace (n = 158) | Navýšená populace (n = 109) | Obecná populace (n = 44) | Obecná populace (n = 20) | Obecná populace (n = 28) | Obecná populace (n = 265) |
| Žádné nebo malé riziko | 66,5 | 79,2 | 75,9 | 71,6 | 65,9 | 65,0 | 89,3 | 71,2 |
| Střední riziko | 21,3 | 15,8 | 15,8 | 22,0 | 18,2 | 30,0 | 10,7 | 19,3 |
| Vysoké riziko | 12,2 | 5,0 | 8,2 | 6,4 | 15,9 | 5,0 | 0,0 | 9,5 |

Srovnávacím modulem, který byl použit pro validizaci škály CAST, byl dotazník M-CIDI, který obsahuje 8 otázek pro měření abúzu (zneužívání, nadužívání) konopných látek a 11 otázek pro měření závislosti na těchto látkách. Dotazník je vytvořen na základě Diagnostického manuálu duševních nemocí DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. vydání) a umožňuje diagnostiku nadměrného užívání (abuse) a závislosti (dependence) na konopných látkách.

Vyhodnotí-li se výsledky M-CIDI podle kritérií DSM-5, lze odhadnout, že bez projevů závislosti či nadužívání konopných látek je 67,8 % uživatelů konopných drog (těch, co užílo látku v posledních 12 měsících). Naopak 21,4 % uživatelů odpovídá kritériím pro nadužívání konopných látek a 10,8 % kritériím stanoveným pro závislost na konopných látkách. I podle této metodiky, opět s ohledem na velmi malý vzorek, byl nejvyšší podíl těch, kteří splňují kritéria závislosti, mezi uživateli konopných látek ve věku 35–44 let – tabulka 2-4.

tabulka 2-4: Výsledky škály M-CIDI, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b)

| M-CIDI | Celkem | Pohlaví | | Věk | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 15–64 let | Muž | Žena | 15–24 let | 25–34 let | 35–44 let | 45–54 let | 55–64 let |
| | Obecná populace (n = 265) | Obecná populace (n = 164) | Obecná populace (n = 101) | Navýšená populace (n = 158) | Navýšená populace (n = 109) | Obecná populace (n = 44) | Obecná populace (n = 20) | Obecná populace (n = 28) |
| Bez projevů | 67,8 | 63,6 | 74,8 | 66,9 | 73,1 | 61,5 | 78,6 | 70,1 |
| Abúzus konopných látek | 21,4 | 26,0 | 13,8 | 24,1 | 15,6 | 18,5 | 14,1 | 29,9 |
| Závislost na konopných látkách | 10,8 | 10,4 | 11,4 | 9,0 | 11,3 | 20,0 | 7,3 | 0,0 |

2.1.4 Užívání nových syntetických drog

Na jaře 2011 NMS ve spolupráci s agenturou Median s.r.o. realizovalo dotazníkový průzkum mezi uživateli internetu na téma užívání nových syntetických drog a tržní zvyklosti týkající se nových syntetických drog (NSD), tzv. legal highs (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median, 2011a). Jedná se o látky, které se svými účinky podobají nelegálním drogám, ale nejsou kontrolovány jako omamné a psychotropní látky podle zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Do studie se zapojilo 1091 respondentů ve věku 15–34 let, jedná se o reprezentativní skupinu uživatelů internetu.

Z celkového počtu dotázaných uvedlo 56,3 % užití konopných látek někdy v životě (61,9 % mužů a 50,3 % žen). Celkem 10,6 % uvedlo zkušenost s užitím extáze (12,3 % mužů a 8,9 % žen) a 10,8 % s užitím halucinogenních hub (13,9 % mužů a 7,5 % žen). Respondenti v 7,3 % uvedli zkušenost s užitím pervitinu anebo amfetaminů, 7,9 % uvedlo užití LSD – tabulka 2-5. V posledním roce uvedlo užití konopných látek 20,5 % dotázaných, 2,7 % uvedlo užití halucinogenních hub, 2,6 % užití LSD, 2,4 % užití extáze. V posledním měsíci užílo konopné látky 9,5 % respondentů, 1,2 % uvedla užití extáze – tabulka 2-5. Užití těkavých látek někdy v životě uvedlo 3,1 % respondentů, ketaminu 1,4 %, Subutexu® 0,9 %, GHB 1,1 % a poppers 4,4 % respondentů.

Zkušenosti s užitím nelegálních látek byly v populaci uživatelů internetu častější u mužů podobně jako v obecné populaci. Výsledky ukazují, že míry prevalence jsou mezi uživateli internetu vyšší než v obecné populaci, což se týká v různé míře všech drog, především však kokainu.

Celkem 50 respondentů (4,5 %) uvedlo zkušenost s užitím některé z nových syntetických drog (6 % mužů a 3 % žen). Podobnou míru zkušeností s užitím tzv. nových syntetických drog mezi mladými dospělými v ČR ukázal také Eurobarometr (viz dále).

tabulka 2-5: Míry prevalence užívání vybraných legálních a nelegálních drog mezi obecnou populací uživatelů internetu ve věku 15–34 let, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median, 2011a)

| Prevalence | Typ drogy | Pohlaví | | Věk | | Celkem 15–34 let (N = 1091) |
|-------------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------------|
| | | Muži (n = 562) | Ženy (n = 529) | 15–24 (n = 478) | 25–34 (n = 613) | |
| Celoživotní prevalence | Tabák | 83,3 | 82,4 | 80,9 | 84,4 | 82,9 |
| | Alkohol | 98,8 | 97,3 | 98,5 | 97,8 | 98,2 |
| | Marihuana či hašiš | 61,9 | 50,3 | 56,8 | 55,8 | 56,3 |
| | Extáze | 12,3 | 8,9 | 9,8 | 11,2 | 10,6 |
| | Amfetaminy, pervitin | 7,0 | 7,6 | 7,1 | 7,3 | 7,3 |
| | Kokain | 9,7 | 3,5 | 8,5 | 4,2 | 5,0 |
| | Heroin | 2,4 | 0,8 | 2,6 | 0,9 | 1,6 |
| | LSD | 9,8 | 5,8 | 8,7 | 8,1 | 7,9 |
| | Halucinogenní houby | 13,9 | 7,5 | 12,8 | 9,3 | 10,8 |
| Prevalence v posledních 12 měsících | Tabák | 49,7 | 50,9 | 57,7 | 44,5 | 50,2 |
| | Alkohol | 95,4 | 91,8 | 95,1 | 92,6 | 93,8 |
| | Marihuana či hašiš | 26,6 | 14,1 | 28,4 | 14,4 | 20,5 |
| | Extáze | 3,6 | 1,1 | 3,6 | 1,4 | 2,4 |
| | Amfetaminy, pervitin | 2,4 | 0,8 | 2,4 | 0,9 | 1,6 |
| | Kokain | 3,2 | 0,2 | 2,4 | 1,2 | 1,7 |
| | Heroin | 0,9 | 0,0 | 0,9 | 0,2 | 0,5 |
| | LSD | 4,1 | 0,9 | 4,7 | 0,9 | 2,6 |
| | Halucinogenní houby | 3,9 | 1,3 | 4,9 | 0,9 | 2,7 |
| Prevalence v posledních 30 dnech | Tabák | 39,6 | 41,8 | 45,7 | 36,7 | 40,6 |
| | Alkohol | 88,1 | 77,8 | 85,2 | 81,5 | 83,1 |
| | Marihuana či hašiš | 13,9 | 4,9 | 14,3 | 5,8 | 9,5 |
| | Extáze | 2,2 | 0,2 | 1,9 | 0,7 | 1,2 |
| | Amfetaminy, pervitin | 1,2 | 0,1 | 1,1 | 0,3 | 0,7 |
| | Kokain | 1,4 | 0,1 | 1,4 | 0,3 | 0,8 |
| | Heroin | 0,6 | 0,0 | 0,5 | 0,2 | 0,3 |
| | LSD | 1,2 | 0,0 | 0,9 | 0,4 | 0,6 |
| | Halucinogenní houby | 1,2 | 0,0 | 0,9 | 0,4 | 0,6 |

Druhá část výzkumu analyzovala podrobněji 151 respondentů ve věku 15–34 let (z toho 99 mužů), kteří měli zkušenost s užitím některé ze sledovaných nových syntetických drog. Jednalo se o 50 respondentů z výběrového souboru výše a dalších 101 respondentů získaných metodou sněhové koule. Tato část výzkumu byla zaměřena na užívání a opatřování těchto nových syntetických drog a specifika trhu s těmito drogami.

Ukázalo se, že tato podmnožina uživatelů nových syntetických drog vykazuje mnohem vyšší zkušenosti s užitím všech sledovaných legálních i nelegálních drog, než je tomu u jejich vrstevníků v obecné populaci – např. v posledním roce užilo konopné látky 71 %, extázi 32 %, pervitin 18 %, kokain 15 % a heroin 7 % respondentů – tabulka 2-6. Zkušenosti s užitím nelegálních látek byly v řadě případů netradičně vyšší u žen než u mužů.

tabulka 2-6: Míry prevalence užívání vybraných legálních a nelegálních drog mezi uživateli internetu ve věku 15–34 let, kteří užívali novou syntetickou drogu, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median, 2011a)

| Prevalence | Typ drogy | Pohlaví | | Věk | | Celkem 15–34 let (N=151) |
|-------------------------------------|----------------------|----------------|----------------|------------------|-----------------|--------------------------------|
| | | Muži (n=99) | Ženy (n=52) | 15–24 (n=109) | 25–34 (n=42) | |
| Celoživotní prevalence | Tabák | 94,0 | 94,2 | 94,5 | 92,8 | 94,0 |
| | Alkohol | 100,0 | 100,0 | 99,9 | 100,0 | 100,0 |
| | Marihuana či hašiš | 90,0 | 96,1 | 92,7 | 90,5 | 92,1 |
| | Extáze | 52,2 | 63,5 | 58,8 | 49,9 | 56,2 |
| | Amfetaminy, pervitin | 20,2 | 23,1 | 40,4 | 35,7 | 39,0 |
| | Kokain | 31,3 | 30,7 | 28,5 | 38,1 | 31,1 |
| | Heroin | 15,1 | 19,2 | 16,5 | 16,7 | 16,6 |
| | LSD | 30,3 | 48 | 50,4 | 26,2 | 31,8 |
| | Halucinogenní houby | 43,5 | 48,1 | 45,0 | 52,3 | 45,0 |
| | Těkavé látky | 21,2 | 26,9 | 24,8 | 19,0 | 23,1 |
| | Ketamin | 17,2 | 19,2 | 19,2 | 14,3 | 17,8 |
| | Subutex [®] | 19,3 | 17,2 | 19,3 | 16,7 | 18,5 |
| | GHB | 15,2 | 11,5 | 13,8 | 14,4 | 13,9 |
| | Poppers | 27,3 | 17,3 | 23,9 | 23,7 | 23,8 |
| Prevalence v posledních 12 měsících | Tabák | 85,9 | 86,5 | 88,1 | 80,9 | 86,1 |
| | Alkohol | 99,0 | 98,1 | 98,1 | 100,0 | 98,7 |
| | Marihuana či hašiš | 71,8 | 69,2 | 71,6 | 69,1 | 70,9 |
| | Extáze | 32,3 | 32,7 | 34,0 | 28,5 | 32,4 |
| | Amfetaminy, pervitin | 18,2 | 17,3 | 17,5 | 19,0 | 17,8 |
| | Kokain | 17,2 | 11,5 | 14,7 | 16,7 | 15,2 |
| | Heroin | 7,0 | 7,7 | 5,5 | 11,9 | 7,3 |
| | LSD | 16,2 | 13,4 | 16,5 | 11,9 | 15,2 |
| | Halucinogenní houby | 16,2 | 23,1 | 19,3 | 23,7 | 18,5 |
| | Těkavé látky | 10,1 | 7,7 | 8,3 | 11,9 | 9,2 |
| | Ketamin | 9,1 | 5,7 | 7,3 | 9,5 | 7,9 |
| | Subutex [®] | 11,2 | 5,7 | 8,3 | 11,9 | 9,2 |
| | GHB | 8,1 | 1,9 | 4,6 | 9,6 | 6,0 |
| | Poppers | 18,2 | 7,7 | 13,8 | 16,6 | 14,5 |
| Prevalence v posledních 30 dnech | Tabák | 77,8 | 76,9 | 78,9 | 73,8 | 77,5 |
| | Alkohol | 86,9 | 90,4 | 86,2 | 92,9 | 88,1 |
| | Marihuana či hašiš | 46,5 | 28,8 | 40,4 | 40,5 | 40,4 |
| | Extáze | 14,1 | 7,7 | 13,8 | 7,1 | 11,9 |
| | Amfetaminy, pervitin | 11,1 | 7,7 | 9,2 | 11,9 | 9,9 |
| | Kokain | 6,1 | 1,9 | 5,5 | 2,4 | 4,6 |
| | Heroin | 4,0 | 1,9 | 1,8 | 7,1 | 3,3 |
| | LSD | 5,1 | 3,8 | 3,7 | 7,1 | 4,6 |
| | Halucinogenní houby | 7,1 | 1,9 | 4,6 | 7,1 | 5,3 |
| | Těkavé látky | 4,0 | 5,8 | 2,8 | 9,5 | 4,6 |
| | Ketamin | 4,0 | 1,9 | 1,8 | 7,1 | 3,3 |
| | Subutex [®] | 6,1 | 1,9 | 3,7 | 7,1 | 4,6 |
| | GHB | 3,0 | 0 | 0,9 | 4,8 | 2,0 |
| | Poppers | 6,1 | 1,9 | 3,7 | 7,1 | 4,6 |

Otázka na užívání nových syntetických drog byla otevřená – všech 151 uživatelů nových syntetických drog (NSD) mělo možnost uvést až 10 NSD, které kdy užívali. Ukázalo se totiž, že způsob, jak se dotázat na užití konkrétních NSD, tvoří složitý metodologický problém, neboť:

- NSD a přípravky je obsahující většinou nejsou opatřeny informací o složení,
- chemické názvy NSD jsou pro laika složité a pro dané látky většinou neexistuje jeden obecně přijímaný název (jako např. heroin nebo pervitin),
- prodejní názvy NSD jsou rozmanité a není jasné, s jakými konkrétními látkami jsou spojeny, a na trhu s NSD může v tomto směru docházet ke změnám.

V otevřené otázce na druh užití látky bylo nahlášeno celkem 149 validních odpovědí (2 respondenti si na druh užití NSD nevzpomněli). Odpovědi obsahovaly směsici obecných chemických názvů (např. mefedron, JWH, butylon,

DOB), komerčních názvů přípravků (jako Kokolino, Amsterdam, Rotterdam, Euphoria) nebo jejich různého obecného popisu (jako legální konopí, látky podobné marihuaně, pervitinu nebo kokainu). Po jejich kategorizaci lze odhadnout, že nejméně třetina užila mefedron či jiný katinon (mefedron, butylon, přípravek s obchodním názvem Konkret či Magic Apple, tzv. legal speed apod.), přibližně 10–15 % rostlinné přípravky se syntetickými kanabinoidy (Euphoria, Spice, Amsterdam, legální konopí, látky podobné marihuaně apod.). Dále bylo vedle množství dalších různých chemických či komerčních názvů drog z různých skupin (tryptaminy, fenetylaminy, obecně halucinogeny apod.) často uváděno užití látek, které byly označovány jako „podobné“ tradičním drogám (extázi, LSD apod.) – o kterou konkrétní NSD se jednalo, nelze většinou určit. Z tohoto vzorku 151 respondentů, kteří užili NSD alespoň jednou v životě, uvádí 80 % užití NSD v posledním roce a 7 % v posledním měsíci – to, že většina celoživotních zkušeností je koncentrována do období posledního roku, také svědčí o tom, že NSD jsou relativně novým fenoménem. Pravidelné užívání v posledním roce uvedla 2 % respondentů, opakované užití 51 % a jednorázové 47 % respondentů – většinu uživatelů NSD lze tedy označit spíše za experimentátory (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median, 2011a).

Další informace o NSD uvádí kapitoly Užívání drog v prostředí noční zábavy (str. 33) a Drogové trhy (str. 117).

2.1.5 Postoje k užívání návykových látek

2.1.5.1 Průzkumy Centra pro výzkum veřejného mínění

V březnu 2011 proběhl na vzorku 1306 respondentů starších 15 let každoroční průzkum Tolerance k vybraným skupinám obyvatel. Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) sem zařazuje i otázku na drogově závislé a závislé na alkoholu. Míra tolerance se zjišťovala pomocí otázky, ve které respondenti vybírali skupiny osob, které by nechtěli mít za sousedy. Tradičně byli občané ČR nejméně tolerantní k lidem závislým na drogách (89 % by je nechtělo mít za sousedy), k lidem s kriminální minulostí (80 %) a osobám závislým na alkoholu (79 %). U všech těchto skupin však můžeme sledovat poměrně stabilní stav; stále lépe jsou přijímáni lidé s homosexuální orientací, naopak růst netolerance je od r. 2003 patrný k psychicky nemocným lidem a k lidem s jinou barvou pleti (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2011b).

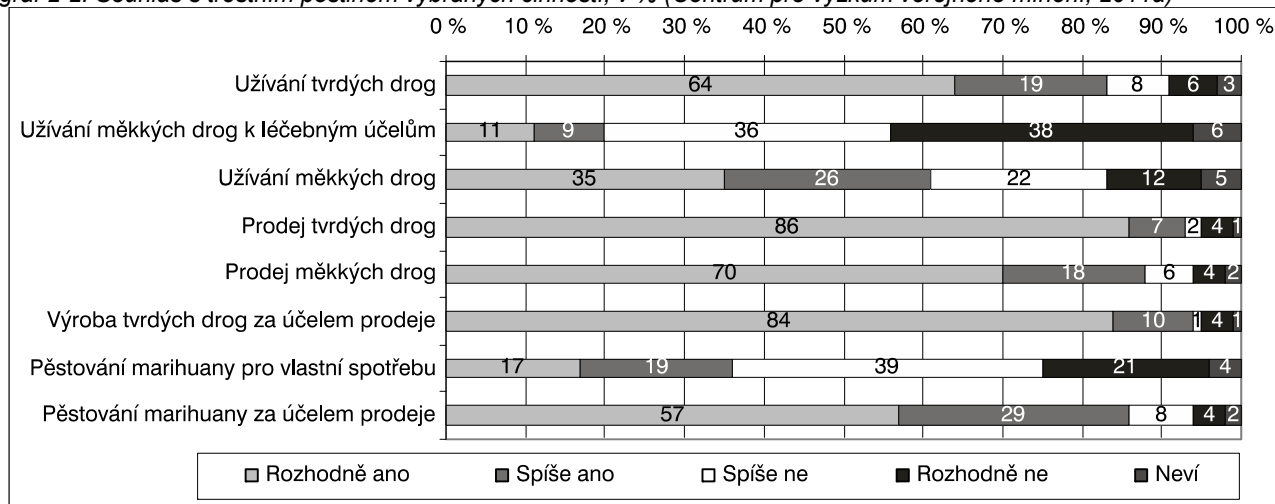
V květnu 2011 uskutečnilo CVVM další reprezentativní šetření (Občané o drogách) na vzorku 1115 respondentů starších 15 let, které zjišťovalo, jak občané hodnotí přijatelnost a nepřijatelnost užívání návykových látek, jak vnímají otázky léčby a pomoci uživatelům drog a co považují v souvislosti s drogami za trestně postížitelné.

V rámci šetření byla také zjišťována přímá a nepřímá zkušenost s užíváním nelegálních drog – celkem 26 % respondentů uvedlo, že v životě užilo konopné látky (47 % respondentů ve věku 15–19 let a 54 % ve věku 20–29 let), 4 % uvedla zkušenost s jinou drogou, např. pervitinem, heroinem nebo extází. Celkem 42 % respondentů také zná osobně někoho, kdo užívá konopné látky, 17 % dotázaných zná uživatele jiných nelegálních drog.

Celkem 82 % respondentů považuje za přijatelné kouření tabáku, 77 % považuje za přijatelné chování také konzumaci alkoholu. Vysokou míru přijatelnosti vykazuje také užívání léků (na spaní, proti bolesti nebo na uklidnění). Pro 25 % dotázaných respondentů je přijatelné také užívání konopných látek (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2011a).

Naprostá většina respondentů souhlasí s trestním postihem výroby a prodeje drog (88 % – 94 % respondentů), 86 % dotázaných je pro postih pěstování marihuany za účelem prodeje. Zároveň se 83 % respondentů vyjádřilo pro trestní postih uživatelů nekonopných drog a 61 % pro trestní postih uživatelů konopných látek. Celkem 60 % dotázaných je proti postihu za pěstování marihuany pro vlastní spotřebu a 74 % dotázaných je proti postihu za užívání marihuany k léčebným účelům – graf 2-2.

graf 2-2: Souhlas s trestním postihem vybraných činností, v % (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2011a)



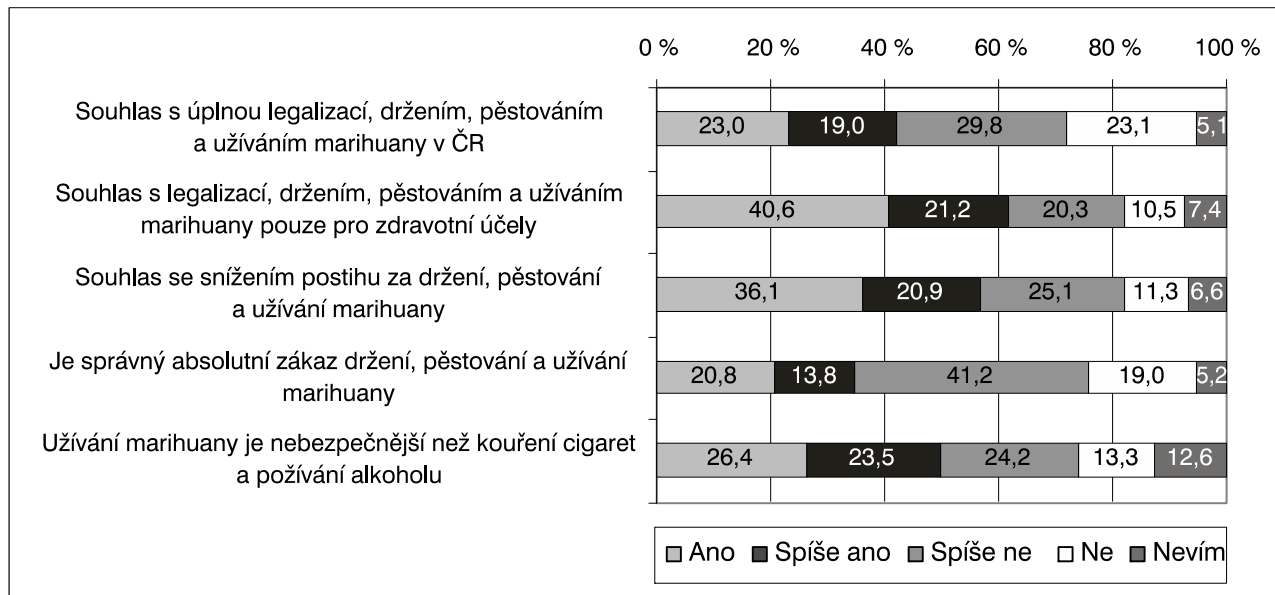
2.1.5.2 Postoje veřejnosti k legalizaci marihuany

V květnu až červnu 2010 byl realizován internetový průzkum společnosti SANEP na vzorku 11 003 respondentů ve věku 18–69 let zaměřený na postoje veřejnosti k legalizaci marihuany, konkrétně na postoje k držení, pěstování a užívání marihuany.

Celkem 42 % respondentů podporuje legalizaci držení, pěstování a užívání konopných látek, 61,8 % souhlasí s legalizací konopných látek pro léčebné účely. Se snížením trestního postihu za držení a pěstování konopných látek souhlasí 57 % dotázaných (SANEP s.r.o., 2011).

Celkem 49,9 % respondentů považuje užívání marihuany za více rizikové než kouření cigaret a konzumaci alkoholu, 37,5 % za méně rizikové, 12,6 % respondentů se k otázce nevyjádřilo – graf 2-3.

graf 2-3: Postoje veřejnosti k legalizaci marihuany podle průzkumu SANEP 2010, v % (SANEP s.r.o., 2011)



2.1.5.3 Eurobarometr: Postoje mladých lidí k drogám

V r. 2011 se Česká republika v rámci tematického průzkumu Eurobarometr zapojila do srovnávacího šetření týkajícího se postojů mladých lidí k drogám. Celkem bylo v ČR dotázáno 503 respondentů ve věku 15–24 let, data byla sbírána prostřednictvím telefonického dotazníku (metoda CATI, Computer Assisted Telephone Interview). Soubor respondentů byl získán náhodným výběrem z databáze (pevných) telefonních linek a doplněn metodou sněhové koule, kdy respondenti poskytli kontakt na své vrstevníky. Hodnocena byla subjektivně vnímaná dostupnost legálních i nelegálních drog, zdroje informací o drogách, zdravotní rizika spojená s užíváním drog a právní aspekty užívání drog.

V rámci šetření se ukázalo, že mladí lidé v ČR oproti svým vrstevníkům z ostatních evropských zemí uvádějí relativně snadnou dostupnost alkoholu, tabáku a konopných drog (75 % dotázaných uvedlo, že je pro ně celkem snadné si obstarat marihuanu nebo hašiš), ale oproti ostatním zemím považují za více obtížné sehnat heroin (za snadno dostupný ho považuje jen 6 % dotázaných) nebo kokain (8 %) (The Gallup Organization, 2011).

Celkem 47 % dotázaných uvedlo zkušenost s konopnými látkami (26 % respondentů v celé EU), 23 % uvedlo užití v posledním roce. V rámci studie se také sledovalo užívání nových syntetických drog. V ČR uvedla užití těchto látek 4 % respondentů (ve srovnání s 5 % v celé EU).

Informace o drogách získávají mladí lidé nejčastěji z internetu nebo od přátel. V ČR byla třetím nejčastěji uváděným zdrojem informací média, zatímco v jiných evropských zemích převládaly informace od rodičů či příbuzných nebo informace od zdravotnických pracovníků nebo specializovaných protidrogových center (v rámci preventivních programů). Prostřednictvím kampaní v médiích a preventivních programů se mladí lidé také nejčastěji dozvídají informace o zdravotních rizicích souvisejících s užíváním drog, v ČR častěji mladí lidé uváděli jako zdroj informací internet.

Oproti svým evropským vrstevníkům hodnotili čeští mladí lidé častěji jako velmi rizikové pravidelné užívání kokainu (98 % respondentů ho považuje za rizikové), ovšem podhodnocují rizika spojená s užíváním extáze (31 % považuje za bezrizikové experimentální užívání extáze, oproti 11 % v EU) a konopných látek (70 % považuje za bezrizikové experimentální užívání konopných látek, oproti 44 % v EU). Šetření ukázalo, že rizika spojená s užíváním drog podceňují především ti, kteří mají s užitím nelegálních drog vlastní zkušenost (The Gallup Organization, 2011).

2.2 Užívání drog ve školní populaci

2.2.1 Studie ESPAD

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) je koordinována Švédskou radou pro informace o alkoholu a drogách (CAN) a je realizována od r. 1995 každé čtyři roky. ČR se studie účastní od jejího počátku, výsledky z r. 2007 včetně trendů od r. 1995 lze nalézt v souhrnné publikaci (Csémy et al., 2009); přehled hlavních výsledků byl také uveden ve VZ 2007 a VZ 2008. Byly také publikovány souhrnné celoevropské výsledky studie ESPAD z r. 2007 s mezinárodním srovnáním (Hibell et al., 2009).

V r. 2011 probíhá pátá vlna výzkumu. V červnu byl realizován terénní sběr dat ve výběrovém souboru žáků 9. tříd základních škol a 1. ročníků středních škol (studenti narození v r. 1995). První výsledky průzkumu budou k dispozici na konci r. 2011.

2.2.2 Studie HBSC

V r. 2010 se ČR již popáté zúčastnila mezinárodní studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Jedná se o studii zaměřenou na zdraví, životní styl a chování ve vztahu k vlastnímu zdraví mezi dětmi ve třech věkových skupinách – ve věku 11, 13 a 15 let. Je organizována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) každé čtyři roky od r. 1985, ČR se jí účastní od r. 1994. Otázky na zkušenosti s užitím nelegálních drog byly zahrnuty pouze do dotazníku pro žáky ve věku 15 let. Předposlední vlna studie proběhla v r. 2006, souhrn výsledků lze nalézt ve VZ 2006, mezinárodní zpráva byla publikována v r. 2008 (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2008).

V rámci poslední vlny studie bylo na jaře 2010 osloveno celkem 1522 patnáctiletých žáků 9. tříd základních škol ve všech regionech ČR; kromě alkoholu a tabáku byly tento rok z nelegálních drog sledovány pouze konopné látky.

Alespoň jednou v životě vyzkoušelo konopné látky 30,5 % dotázaných (31,3 % chlapců a 29,8 % dívek), v posledním roce konopné látky vyzkoušelo 21,5 % žáků (21,4 % chlapců a 21,6 % dívek) – tabulka 2-7. Zkušenosti s konopnými drogami v posledním měsíci mělo 10,9 % žáků 9. tříd; právě v tomto časovém horizontu se objevuje největší rozdíl mezi chlapci (12,1 %) a dívkami (9,7 %), přestože lze obecně říci, že rozdíly v užívání konopných látek mezi oběma pohlavími jsou v raném dospívání malé (Csémy, Sovinová, 2011).

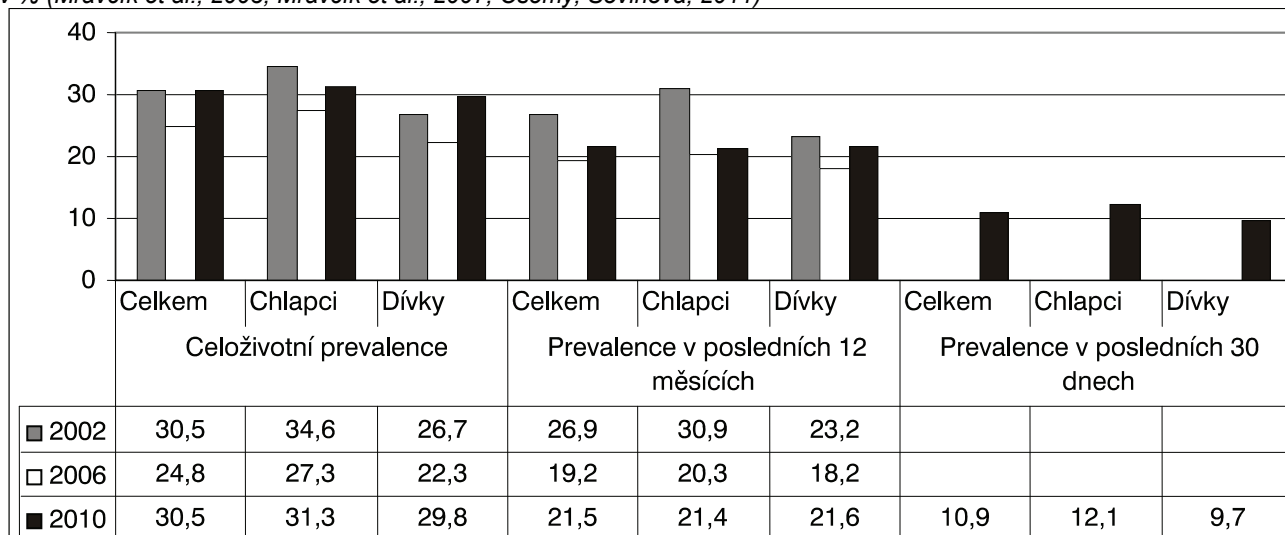
Přibližně polovina respondentů uvádí užití konopných látek 1–2krát. Častější užití konopných látek (3krát a častěji v posledním měsíci) uvedlo celkem 5,0 % žáků.

tabulka 2-7: Prevalence užití konopných drog mezi 15letými žáky základních škol podle výzkumu HBSC 2010, v % (Csémy, Sovinová, 2011)

| Prevalence | Pohlaví | Podíl (%) (N = 1522) | Frekvence užití | | |
|---|---------|-------------------------|-----------------|---------|---------------------|
| | | | 1–2krát | 3–9krát | 10krát a častěji |
| Celoživotní prevalence | Celkem | 30,5 | 15,0 | 9,1 | 6,4 |
| | Chlapci | 31,3 | 15,4 | 8,4 | 7,4 |
| | Dívky | 29,8 | 14,6 | 9,8 | 5,5 |
| Prevalence v posledních 12 měsících | Celkem | 21,5 | 11,1 | 6,1 | 4,3 |
| | Chlapci | 21,4 | 11,1 | 5,7 | 4,6 |
| | Dívky | 21,6 | 11,1 | 6,5 | 4,0 |
| Prevalence v posledních 30 dnech | Celkem | 10,9 | 5,9 | 2,8 | 2,2 |
| | Chlapci | 12,1 | 6,3 | 3,1 | 2,7 |
| | Dívky | 9,7 | 5,5 | 2,4 | 1,7 |

Zatímco mezi roky 2002 a 2006 došlo k poklesu jak celoživotní prevalence, tak prevalence užití v posledním roce, mezi roky 2006 a 2010 lze naopak sledovat nárůst (z 24,8 % v r. 2006 na 30,5 % v r. 2010); výraznější je tento nárůst u dívek – graf 2-4. U prevalence užití konopných drog v posledním roce je nárůst mírnější z 19,2 % na 21,5 %.

graf 2-4: Vývoj prevalencí užití konopných drog ve výzkumech HBSC za roky 2002, 2006 a 2010 v populaci 15 letých, v % (Mravčík et al., 2003; Mravčík et al., 2007; Csémy, Sovinová, 2011)



2.3 Užívání drog ve specifických skupinách populace

2.3.1 Užívání drog ve vězeňské populaci

Na podzim 2010 proběhla Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody, kterou realizovalo NMS ve spolupráci s Generálním ředitelstvím Vězeňské služby ČR (GR VS) – blíže viz kapitolu Užívání drog ve vězení (str. 112).

2.3.2 Užívání drog mezi dětmi v sociálně vyloučených romských lokalitách

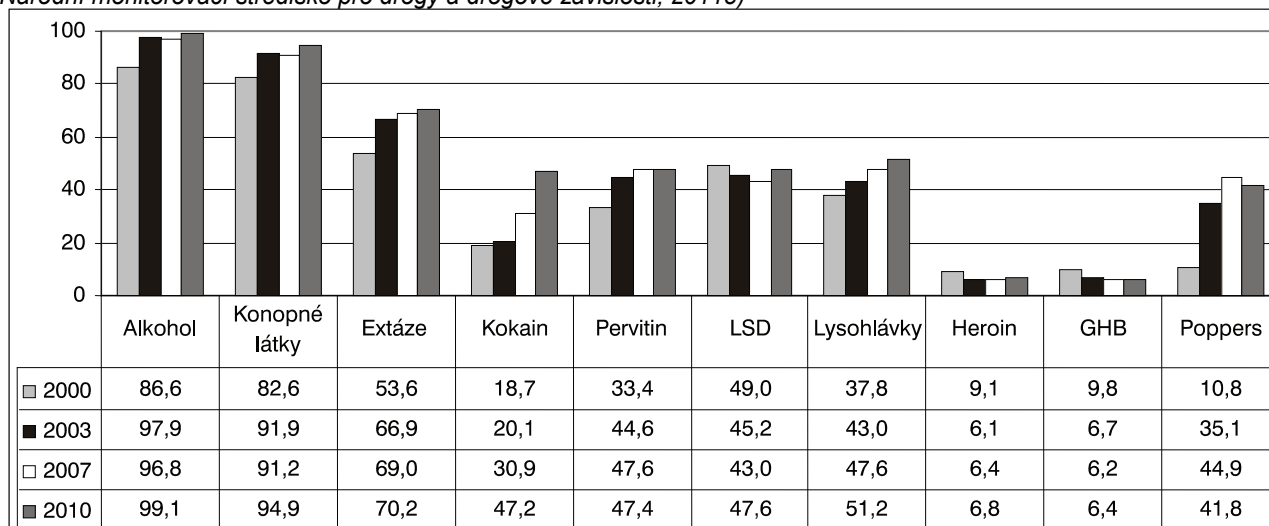
Pro Agenturu pro sociální začleňování v romských lokalitách zpracovala v r. 2010 společnost SocioFactor, s.r.o. Metodiku výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách (SocioFactor s.r.o., 2010), blíže viz VZ 2009.

2.3.3 Užívání drog v prostředí noční zábavy

V roce 2010 bylo provedeno další šetření Tanec a drogy zaměřené na užívání drog v prostředí noční zábavy, jde od roku 2000 již o čtvrtý průzkum zaměřený na rekreační uživatele drog. On-line dotazník propagovaný v médiích zaměřených na elektronickou taneční hudbu a prostřednictvím sociálních sítí validně vyplnilo 1099 respondentů, jimž bylo v průměru 24,7 roku a z nichž 35,1 % tvořily ženy. Zkoumány byly zkušenosti s legálními a nelegálními drogami, kontext užívání a postoje respondentů; oproti minulým letům byl nově zařazen rovněž modul zkoumající užívání nových syntetických drog (NSD) a zkušenosti s jejich nákupem.

Nejčastěji užívanými drogami v populaci návštěvníků klubů a párty jsou stále legální alkohol a tabák, s nimiž má zkušenost naprostá většina respondentů. Nejoblíbenější nelegální drogou je stále marihuana, již někdy vyzkoušelo 94,9 % respondentů, 77,1 % tak učinilo v posledních 12 měsících a 54,6 % v posledních 30 dnech. Extáze je druhou nečastěji užívanou nelegální drogou, již někdy v životě užilo 70,2 % respondentů, v posledním roce a posledním měsíci pak 42,6 %, resp. 19,9 %. Srovnání s předchozími lety potvrzuje rostoucí prevalenci užívání kokainu, s nímž má zkušenost necelá polovina vzorku (47,2 %), 28,6 % jej užilo během posledních 12 měsíců a desetina (10,8 %) jej užila oběhem posledních 30 dní.

graf 2-5: Celoživotní prevalence užití vybraných návykových látek mezi účastníky tanečních akcí v l. 2000, 2003, 2007 a 2010, v % (Kubů et al., 2000; Kubů et al., 2006; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008b; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011e)



Mefedron, který patří v ČR mezi mediálně nejznámější NSD, užilo někdy v životě 3,8 % respondentů. Další NSD vyzkoušel menší podíl vzorku: zkušenost s piperaziny uvedlo 2,6 % respondentů, dextromethorphanem 1,3 %, bylinnou směs Spice obsahující syntetické kanabinoidy vyzkoušelo 3,3 % respondentů. Zdaleka nejvíce zkušeností mají respondenti s bylinnými drogami – tzv. bylinnou extází užilo někdy 13,4 %, šalvěj divotvornou vyzkoušela téměř čtvrtina dotázaných (23,2 %) a efedru 8,1 %. Zkušenosti s nákupem NSD uvedla více než třetina souboru (36,1 %), nejčastějším místem nákupu přitom byly české hudební festivaly (10,7 %) a české internetové obchody (7,8 %).

Dále v r. 2010 pokračoval sběr dat v rámci evaluace projektu Safer Party Tour 2010, který navázal na obdobný projekt z let 2008 a 2009 a poskytoval preventivní a harm reduction služby na celkem devíti hudebních akcích – blíže viz kapitolu Selektivní prevence (str. 38). Dotazníkového šetření mezi klienty projektu se zúčastnilo 49 respondentů ve věku mezi 18 a 34 lety, průměrný věk celého souboru byl 24,2 let. Tři čtvrtiny tvořili muži. Necelá třetina klientů projektu (32,6 %) v době šetření studovala, téměř polovina byla v zaměstnaneckém poměru nebo podnikala.

Alespoň jednu zkušenost s některou ze sledovaných drog uvedla naprostá většina klientů (89,7 %), kteří vyplnili dotazník. Během uplynulých 12 měsíců užily některou ze sledovaných drog dvě třetiny (65,3 %) a v posledních 30 dnech 46,9 %. Prevalence užití sledovaných látek v uvedených časových horizontech uvádí tabulka 2-8.

Nicméně je třeba zdůraznit, že data z projektu Safer Party Tour 2010 nejsou v žádném ohledu reprezentativní a vzhledem k nízkému počtu sebraných dotazníků mají výsledky spíše ilustrativní charakter. Podobně snižuje vypovídací hodnotu údajů skutečnost, že projekt Safer Party Tour 2010 nebyl přítomen na žádném z velkých hudebních festivalů v ČR.

tabulka 2-8: Zkušenosti klientů projektu Safer Party 2010 s užitím drog, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011b)

| Droga | Celý život | 12 měsíců | 30 dní | Tato páty |
|--------------------------|------------|-----------|--------|-----------|
| Konopné drogy | 57,1 | 36,7 | 26,5 | 53,1 |
| Extáze | 55,1 | 18,4 | 2,0 | 14,3 |
| Pervitin/amfetamin | 51,0 | 8,2 | 4,1 | 2,0 |
| LSD | 57,1 | 20,4 | 2,0 | 4,1 |
| Lysohlávky | 69,4 | 32,7 | 6,1 | 4,1 |
| Poppers | 40,8 | 6,1 | 2,0 | 0,0 |
| Opiáty/heroin | 10,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Kokain | 36,7 | 16,3 | 0,0 | 6,1 |
| Mefedron | 2,0 | 2,0 | 0,0 | 0,0 |
| Ketamin | 12,2 | 8,2 | 0,0 | 0,0 |
| Sirup (dextromethorphan) | 4,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Koordinace primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže, vč. primární prevence užívání návykových látek spadá v ČR do působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Hlavními dokumenty v této oblasti jsou Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti MŠMT na období 2009–2012 a Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže. Významnými nástroji řízení kvality v prevenci jsou Standardy primární prevence a proces certifikace primárně preventivních programů; ten byl v polovině r. 2010 obnoven po předchozím pozastavení z důvodu transformace systému.

V r. 2010 došlo k zásadní změně dotačního řízení MŠMT z hlediska termínů a překryvu témat s dalšími rezorty, důraz byl kladen na vyvážení přerozdělení finančních prostředků ze státního rozpočtu mezi poskytovateli služeb, hlavním kritériem byla kvalita služeb, a to na základě certifikace odborné způsobilosti. V přidělování dotací byla výrazně posílena role krajů a byl zřízen Výbor krajských školních koordinátorů prevence. V rámci dotačního řízení RVKPP bylo v r. 2010 podpořeno 14 projektů realizujících aktivity všeobecné a selektivní prevence v rámci školní docházky a dalších 8 projektů se zaměřením na selektivní a indikovanou prevenci, edukační aktivity a informační servis v oblasti prevence.

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

Preventivní kampaně v médiích se až na výjimky zaměřují na problematiku řízení pod vlivem alkoholu a nelegálních drog (např. kampaně Nemyslíš – zaplatíš!, Domluvme se). Preventivní aktivity jsou často směřovány na účastníky letních hudebních festivalů (např. Promile INFO, Safer Party Tour, Je to na Tobě) s cílem oslovit nejrizikovější skupinu mladých lidí.

3.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti prevence

V r. 2010 byla vládou přijata Národní strategie 2010–2018 i Akční plán 2010–2012. Prevence je jedním ze čtyř pilířů strategie a dotýkají se jí více či méně všechny 4 priority akčního plánu (blíže viz kapitolu Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace, str. 7). Pro prevenci definuje akční plán následující oblasti aktivit:

- zahájení intervencí zaměřených na snížení míry intenzivního užívání konopných a dalších drog mezi mládeží a mladými dospělými,
- zavedení metod screeningu a programů včasné intervence, zejména u dětí a mládeže, do praxe,
- sjednocení koordinace primární prevence na horizontální i vertikální úrovni.

Koordinace primární prevence rizikového chování mezi dětmi a mládeží, kam patří i užívání návykových látek, spadá v ČR do působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT). Na horizontální úrovni spolupracuje MŠMT s ostatními rezorty (např. MZ, MV, MPSV, MO), dále spolupracuje se samosprávou (krajy a obcemi) a poskytovateli poradenských, vzdělávacích a metodických služeb v rámci primární prevence, tj. ostatními přímo řízenými organizacemi MŠMT, nestátními neziskovými organizacemi, vysokými školami nebo poradenskými zařízeními krajů. V r. 2010 se výrazně posílila role krajů při spolupráci s MŠMT, byl zřízen Výbor krajských školských koordinátorů prevence jako poradní orgán MŠMT, jehož hlavním cílem je koordinace činnosti na krajské i regionální úrovni, sjednocování postupů, spolupráce na přidělování dotací, na sběru dat, zprostředkování informací a přístupů v oblasti prevence rizikového chování. Na vertikální úrovni MŠMT metodicky vede a koordinuje krajské školské koordinátory prevence (pracovníci krajských úřadů), oblastní metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školní metodiky prevence (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních).

V současné době je v platnosti „Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti MŠMT na období 2009–2012“, která vymezuje cílové skupiny a základní pojmy v oblasti prevence. Strategie nově zavedla termín rizikové chování místo předchozího používaného výrazu sociálně patologický jev.

V r. 2010 bylo schváleno Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (dokument MŠMT č.j. 21291/2010-28), které podrobněji vymezuje a) aktuální terminologii, která je v souladu s terminologií v zemích EU a začleňuje prevenci do školního vzdělávacího programu a školního řádu, b) popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka, c) definuje Preventivní program a Minimální preventivní program; d) doporučuje postupy škol a školských zařízení při výskytu vybraných rizikových forem chování dětí a mládeže. Součástí metodického doporučení je také manuál Co dělat když, který definuje jednotlivé typy rizikového chování, doporučuje vhodné postupy řešení vybraných situací, vymezuje legislativu a shrnuje informační zdroje. Metodické doporučení však bylo později staženo, jako důvod MŠMT uvedlo úpravu sporných pasáží.

MŠMT od r. 2009 podporuje realizaci projektu „Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni“ (VYNSPI), který je zaměřen na vytvoření systematického vzdělávání pedagogických pracovníků škol v prevenci rizikového chování a na pilotní ověření navržených změn v pěti krajích ČR. V rámci VYNSPI byl v r. 2010 ve

spolupráci Centra adiktologie a o.s. SANANIM spuštěn také on-line vzdělávací program pro rodiče s názvem Prevention-Smart Parents³⁶, jehož autorem je britská nadace The Mentor Foundation.

MŠMT podporuje primárně preventivní programy v rámci svého dotačního programu. V r. 2010 došlo k transformaci dotačního systému. Změny se týkaly: a) zavedení víceletého projektování až na 3 roky, b) sloučení programů v jeden dotační titul, kde výhradním donátorem je MŠMT (dosud byla část dotací MŠMT na programy realizované školami rozdělována kraji), c) posílení spolupráce s krajskými školskými koordinátory prevence při udělování dotací, d) zavedení elektronického zpracování žádostí o dotace.

RVKPP podpořila v r. 2010 celkem 14 projektů poskytujících aktivity všeobecné a selektivní prevence v rámci školní docházky. Nejčastěji se jednalo o besedy (7 projektů), bloky všeobecné primární prevence (6 projektů) a bloky selektivní prevence (6 projektů). Podle závěrečných zpráv zařízení podporovaných RVKPP v r. 2010 bylo projekty všeobecné a selektivní prevence osloveno 580 škol, 4086 tříd a 55 151 dětí. Celkem bylo vykázáno 29 697 výkonů v rámci školní docházky – tabulka 3-1. Některé typy výkonů jsou poskytovány (nebo vykazovány) v minimální míře nebo vůbec. Preventivní aktivity mimo školní docházku vykázalo v r. 2010 celkem 8 programů. Nejčastěji se jednalo o individuální konzultace a skupinovou práci (5 projektů), rodinné a telefonické poradenství (4 projekty). Dále byly realizovány edukační aktivity (vzdělávací semináře a konzultace) a poskytován byl také informační servis. Celkem bylo v rámci indikované prevence, edukačních aktivit a informačního servisu provedeno 3680 výkonů, osloveno 1411 dětí a dalších 228 osob (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)³⁷.

tabulka 3-1: Projekty všeobecné a selektivní prevence realizované v rámci školní docházky, podpořené dotací RVKPP v r. 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

| Typ výkonu | Počet projektů | Počet výkonů | Celkový čas (h) | Počet škol | Počet tříd | Počet dětí | Počet dalších osob (pedagogů, rodičů) |
|--|----------------|--------------|-----------------|------------|--------------|---------------|---------------------------------------|
| Všeobecná primární prevence (VPP) | | | | | | | |
| Blok primární prevence | 6 | 1 748 | 2 939 | 184 | 1 182 | 7 519 | 1 251 |
| Interaktivní seminář | 2 | 3 | 148 | 56 | 7 | 60 | 83 |
| Beseda | 7 | 149 | 263 | 88 | 305 | 3 865 | 219 |
| Komponovaný pořad | 1 | 10 | 30 | 31 | 78 | 1 910 | 89 |
| Pobytová akce | 1 | 3 | 150 | – | – | 84 | 107 |
| Konzultace | 3 | 2 866 | 750 | 108 | 87 | – | 1 055 |
| Telefonická konzultace | 3 | 964 | 139 | 69 | – | – | 54 |
| E-mailová konzultace | 3 | 288 | 53 | 55 | – | – | 77 |
| Situační intervence | 0 | – | – | – | – | – | – |
| Poskytnutí informace prostřednictvím telefonu | 3 | 1 064 | 39 | 39 | 26 | 36 | 70 |
| Poskytnutí informace prostřednictvím internetu | 1 | 96 | 24 | 34 | 34 | – | 26 |
| Poskytnutí informace osobně | 2 | 61 | 35 | 44 | – | 2 | 30 |
| Selektivní primární prevence (SPP) | | | | | | | |
| Blok primární prevence | 6 | 1 238 | 2 056 | 135 | 2 656 | 4 666 | 675 |
| Pobytová akce | 1 | 2 | 72 | 3 | – | 47 | 7 |
| Konzultace | 5 | 1 581 | 468 | 85 | 113 | 348 | 688 |
| Telefonická konzultace | 5 | 172 | 32 | 9 | 15 | 6 | 29 |
| E-mailová konzultace | 3 | 141 | 29 | 8 | – | 8 | 20 |
| Situační intervence | 4 | 52 | 16 | 14 | 6 | 127 | 20 |
| Poskytnutí informace prostřednictvím telefonu | 4 | 155 | 32 | 46 | 12 | 20 | 55 |
| Poskytnutí informace prostřednictvím internetu | 3 | 129 | 54 | 42 | 16 | 16 | 42 |
| Poskytnutí informace osobně | 4 | 89 | 22 | 29 | 8 | 52 | 33 |
| Celkem (VPP i SPP)* | 14 | 9 296 | 6 230 | 580 | 4 086 | 55 151 | 4 535 |

Pozn.: * Nejedná se o součet dat uvedených v jednotlivých sloupcích; některá zařízení neuvedla informace o jednotlivých typech poskytovaných služeb, ale jen informace o realizovaných výkonech a kontaktech v kategorii celkem.

³⁶ <http://prevence.sananim.cz/> (2011-09-05)

³⁷ V oblasti primární prevence je od r. 2008 k dispozici aplikace PrevData, která je určena pro evidenci klientů a výkonů poskytnutých v preventivních programech. Více viz na <http://www.drogoovesluzby.cz>.

Podmínkou pro získání dotací z rozpočtů MŠMT a RVKPP je certifikace³⁸ daného preventivního programu. Udělení certifikace odborné způsobilosti garantuje minimální kvalitu poskytovaných preventivních programů a umožňuje efektivnější vynakládání finančních prostředků z veřejných zdrojů. Certifikační systém v oblasti prevence byl spuštěn v r. 2006 (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2005) – blíže viz VZ 2006 až VZ 2009. Certifikační řízení vychází ze Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek; je prováděno Certifikační agenturou zřízenou při Institutu pedagogicko-psychologického poradenství (IPPP). Činnost Certifikační agentury byla k 16. 7. 2009 z důvodu transformace certifikačního systému pozastavena; znovu byla spuštěna od 1. 8. 2010.

Od 1. července 2011 zřídilo MŠMT Národní ústav pro vzdělávání³⁹. Jde o školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků vzniklé sloučením Národního ústavu odborného vzdělávání s Výzkumným ústavem pedagogickým v Praze a Institutem pedagogicko-psychologického poradenství.

Dalším klíčovým rezortem v oblasti prevence je rezort zdravotnictví. Významným nástrojem ministerstva zdravotnictví v oblasti primární prevence a podpory zdraví obecně je dotační program Národní program zdraví – projekty podpory zdraví. V rámci tohoto programu jsou každoročně podporovány mj. i projekty tematicky orientované na prevenci závislostí, zejména v oblasti alkoholu a tabáku. K činnosti rezortu zdravotnictví v oblasti podpory zdraví a primární prevence velkou měrou přispívá i činnost Státního zdravotního ústavu a částečně i krajských hygienických stanic. Státní zdravotní ústav (SZÚ) v r. 2010 realizoval řadu aktivit v této oblasti. V rámci činnosti dislokovaných pracovišť podpory zdraví v regionech ČR byla realizována řada intervenčních aktivit, přednášek, besed a distribuce zdravotně výchovných materiálů atd. SZÚ rovněž zajišťoval koordinaci programu Škola podporující zdraví a organizovalo pro pedagogy působící v mateřských, základních a středních školách akreditované vzdělávací programy – mj. program Jak se (ne)stát závislákem, kurz k seznámení se s metodikou této interaktivní hry pro děti.

Pokud jde o krajské hygienické stanice, rozsah aktivit a jejich zaměření v oblasti zdravotní politiky a podpory zdraví se v jednotlivých krajích liší. Obecně lze však konstatovat, že KHS v některých regionech se v r. 2010 podílely také na protidrogové primární prevenci – zajišťovaly přednáškovou činnost, besedy, v různé míře probíhala spolupráce s krajskými protidrogovými koordinátory, účast v krajských skupinách anebo komisích pro protidrogovou politiku apod.

3.2 Všeobecná prevence

Základní strategií prevence rizikového chování ve školách a školských zařízeních je tzv. Minimální preventivní program (MPP), který vypracovává školní metodik prevence (ŠMP) ve spolupráci s vedením školy a ostatními pedagogickými pracovníky. Minimální preventivní program podléhá kontrole České školní inspekce. Za nejčastěji uváděné nedostatky školských MMP lze v r. 2010 stejně jako v předchozích letech považovat nedostatek finančních prostředků na realizaci preventivních aktivit, nízkou podporu prevence z pohledu vedení škol a formální pojetí a roztržité strukturu MPP. Školy mohou realizovat preventivní aktivity svépomocí, nebo ve spolupráci s externími subjekty (např. NNO nebo Policií ČR).

V r. 2010 probíhalo několik významných preventivních programů celorepublikového významu.

Do závěrečné fáze vstoupila realizace mezinárodního preventivního programu Unplugged (v rámci projektu EU-Dap 2). Program je zaměřen na prevenci užívání návykových látek (alkoholu, tabáku a nelegálních drog) u žáků 6. tříd, tj. dětí ve věku 12–14 let. Výzkumný projekt je realizován na 70 školách (experimentální skupina 966 žáků ze 37 škol; kontrolní skupina 888 žáků z 33 škol). Poslední šestá vlna sběru dat proběhla v červnu 2010 – blíže viz VZ 2009. V rámci projektu bylo v r. 2010 proškoleny 46 nových pedagogů v okresech Olomouc, Ústí nad Labem a Brno. Diseminace metodiky byla koordinována Centrem adiktologie ve spolupráci s regionálními institucemi. V r. 2010 rovněž nově vznikl tým certifikovaných trenérů, kteří se budou podílet na šíření metodiky preventivního programu Unplugged v dalších lokalitách ČR. V metodice Unplugged bylo tak od r. 2006 do závěru r. 2010 vyškoleny již celkově 120 osob (nejčastěji pedagogických pracovníků). Evaluace po 2 letech od ukončení programu na vzorku žáků škol zařazených do programu Unplugged ve srovnání s kontrolní skupinou (celkem 1761 studentů, průměrný věk 14,1 let, podíl chlapců 51,5 %) prokázala, že studenti zařazení do programu vykazují statisticky významně nižší míru kouření, častého kouření, časté opilosti, častého užívání konopných látek a užití jakékoliv drogy. Hraniční efekt byl nalezen u denního kouření. Autoři uzavírají, že Unplugged je efektivní preventivní program pro základní školy a doporučují jeho celonárodní rozšíření (Gabrhelík et al., 2011).

Dalším projektem je výzkumná longitudinální studie realizovaná Pedagogickou fakultou MU Brno a LF MU Brno, zaměřená na cílovou skupinu dětí 7–11 let a primární prevenci kouření a zdraví. Výstupem projektu v r. 2010 je 5 manuálů výchovně vzdělávacího programu Normální je nekouřit pro 1. až 5. třídu základních škol, včetně videokazety/DVD a maskota zdraví. Program je unikátní tím, že intervence zahrnuje věkovou skupinu dětí mladšího

³⁸ Na základě usnesení vlády ze dne 7. června 2006 č. 693 k zavedení systému certifikací v oblasti primární protidrogové prevence a na základě Pravidel financování protidrogové politiky schválených usnesením vlády ze dne 19. září 2007 č. 1071.

³⁹ <http://www.nuv.cz/> (2011-08-31)

školního věku (6 až 11 let). Program příznivě ovlivnil zejména kognitivní složky osobnosti (Hrubá, Žaloudíková, 2011).

Centrum adiktologie se v r. 2010 zapojilo do mezinárodní studie Posilování vlivu rodiny: Zvyšování rodinných dovedností s cílem preventivně působit na užívání alkoholu a problémů souvisejících s drogami⁴⁰. Cílem projektu je zmapování možností preventivního působení rodiny v omezování nežádoucích forem návykového chování dětí a dospívajících a zapojení rodiny jako celku do prevence. Hlavní součástí studie je dotazníkový výzkum mezi dětmi ve školních třídách a jejich rodiči zaměřený na rizikové a protektivní rodinné faktory.

3.3 Selektivní prevence

Programy selektivní prevence jsou zaměřeny na ohrožené skupiny populace, u nichž je vyšší riziko užívání návykových látek. Z dlouhodobého hlediska k závažným a nedostatečně řešeným problémům patří užívání návykových látek mezi dětmi a adolescenty z etnických minorit.

Centrum adiktologie realizuje od r. 2009 výzkumný projekt zaměřený na získání zkušeností s preventivními opatřeními, výzkumem, včasnou diagnostikou a intervencemi používanými pro práci s dětmi a mladistvými z etnických minorit, které jsou ohrožené sociálním vyloučením a důsledky užívání návykových látek (Šťastná, 2010; Šťastná et al., 2010). V průběhu r. 2009 byla realizována studie s cílem zjistit, zda a v jaké míře se odborníci pomáhajících profesí setkávají s mladistvými uživateli těkavých látek. Studie se zaměřila na adiktologické služby (detoxifikační jednotky a oddělení, stacionární programy, terapeutické komunity a zařízení následné péče, psychiatrické léčebny a kliniky), ambulantní lékaře specialisty (dětské psychiatry, pediatry, pneumology), zařízení ústavní péče o děti (dětské domovy, výchovné a diagnostické ústavy) a pedagogicko-psychologické poradny. V další fázi projektu byly testovány dva preventivní nástroje (dotazník SURPS a metodika indikované primární prevence PREVenture – blíže viz VZ 2009) a jeden výzkumný nástroj (narativní analýza dat). Na závěr projektu proběhla v Praze v březnu 2010 odborná konference Užívání návykových látek u dětí z etnických minorit⁴¹.

Dlouhodobě je jako příklad dobré praxe v oblasti selektivní (a indikované) prevence v ČR uváděna činnost řady organizací, například o.s. Prev-Centrum, které realizuje program Spokojená třída⁴², nebo o.s. Prostor v Kolíně⁴³. Příkladem mohou být také aktivity o.s. Anima, které provozuje Dětský klub pro děti z rodin ohrožených závislostí nebo z jinak problematického prostředí⁴⁴. Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti pod Pedagogicko-psychologickou poradnou v Brně realizuje rodičovské skupiny pro rodiny a předchozí generace rodin ohrožené závislostí, dětské skupiny a pro děti, mládež a rodiče krizovou intervencí a následnou pomoc.

V oblasti selektivní prevence určené dětem a mládeži ohroženým rizikových chování a sociálním vyloučením působí nízkoprahová zařízení (kluby) pro děti a mládež (NZDM). NZDM poskytují ambulantní služby především neorganizovaným dětem s rizikovým životním stylem. Základním prostředkem pro navázání kontaktu s cílovou skupinou je nabídka volnočasových aktivit. Cílem je zlepšit kvalitu života cílové skupiny předcházením, snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících s jejich způsobem života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky, aby v případě zájmu mohli řešit svoji nepříznivou sociální situaci. NZDM realizují výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti bezplatně. Jedná se o sociální službu podle zákona č. č.108/2006 Sb., o sociálních službách, a jsou tedy financovány z dotací MPSV. V registru poskytovatelů sociálních služeb⁴⁵ jich v srpnu 2011 bylo v celé ČR celkem 233. Významným počinem byl v r. 2010 rozsáhlý výzkum České asociace Streetwork zaměřený na způsob poskytování služeb v NZDM, vyhodnocení úspěšnosti práce s klienty a identifikaci klíčových faktorů v tomto směru⁴⁶.

Občanské sdružení Chillil.org realizovalo ve spolupráci s dalšími poskytovateli drogových služeb (o.s. SANANIM, o.s. Sdružení Podané ruce, CPPT o.p.s., o.s. Prevent a o.s. Semiramis) třetí ročník projektu Safer Party Tour 2010 zaměřeného na drogovou prevenci a intervence v oblasti snižování rizik na letních tanečních a hudebních festivalech⁴⁷. Celkem bylo na devíti festivalech evidováno 499 kontaktů (75 % muži). Součástí služeb na tanečních akcích byla nabídka poradenství a poskytování objektivních informací o legálních a ilegálních psychoaktivních látkách, které mají uživatele informovat o substancích samotných, o jejich krátkodobých, dlouhodobých i vedlejších účincích, bezpečnějším užití, dávkování a legislativních otázkách, dále nabídka zdravotního ošetření a distribuce harm reduction materiálu, jako jsou kondomy, špunty do uší, injekční stříkačky, náplasti atd. Nejvíce žádané byly kondomy, informace o bezpečnějším užívání drog a balená voda a špunty do uší. V rámci projektu Safer Party Tour 2010 probíhal také monitoring zajištění bezpečného prostředí pro návštěvníky tanečních akcí. Podobně jako v minulých letech se hudební festivaly v zajištění bezpečnosti a zdraví účastníků liší a za přetrvávající zásadní nedostatky lze označit především absenci pitné vody zdarma, nedostatečnou hygienu na toaletách a zabavování nealkoholických nápojů při vstupu (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011b) – viz také

⁴⁰ European Family Empowerment: Improving family skills to prevent alcohol and drug related problems (JLS/DPIP/2008-2/112).

⁴¹ <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/365/1749/> (2011-08-17)

⁴² <http://www.prevcentrum.cz/PPP/SPP.aspx> (2011-09-14)

⁴³ <http://www.os-prostor.cz/cz/programy-primarni-prevence-sluzby> (2011-09-14)

⁴⁴ <http://www.anima-os.cz/?dklub> (2011-09-14)

⁴⁵ <http://iregistr.mpsv.cz/> (2011-08-17)

⁴⁶ http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=3181 (2011-09-05)

⁴⁷ <http://www.saferparty.cz/> (2011-08-23)

kapitoly Užívání drog v prostředí noční zábavy (str. 33) a Programy zaměřené na užívání drog v prostředí zábavy (str. 99).

Od r. 2005 funguje v ČR internetová a SMS služba Promile INFO provozovaná o.s. SANANIM zaměřená na prevenci řízení pod vlivem alkoholu. Jde o jednoduchou aplikaci, s jejíž pomocí mohou uživatelé zjistit orientační hladinu alkoholu v krvi a přibližnou dobu, kdy vystřízliví a budou moci usednout za volant. Služba je dostupná i v r. 2011 ve stáncích na letních hudebních festivalech⁴⁸.

3.4 Indikovaná prevence

Indikovaná primární prevence pracuje individuálně s ohroženým jedincem, jeho rodinou a nejbližším okolím. U těchto jednotlivců jsou přítomny první známky užívání návykových látek, nejsou však naplněna kritéria pro problémové užívání a závislost. Indikovaná prevence je v ČR realizována institucemi zřizovanými státem, krajem nebo obcemi (např. pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro dítě a rodinu, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, střediska výchovné péče) i nestátními organizacemi (např. NZDM – viz výše).

K projektům v oblasti metodiky a nástrojů včasné diagnostiky a intervence viz VZ 2009.

3.5 Mediální kampaně, konference a další aktivity s mediálním ohlasem

V listopadu 2010 byl uspořádán již VII. ročník konference Primární prevence rizikového chování s názvem Vzdělávání a profesionalita v primární prevenci⁴⁹. Témata konference korespondovala s celonárodním projektem VYNSPI. Zároveň byla mj. prezentována monografie Primární prevence rizikového chování ve školství⁵⁰, která představuje základní koncepty primární prevence rizikového chování uplatňované v ČR. Seznamuje čtenáře se základními tématy a pojmy primární prevence v jednotné a strukturované podobě (Miovský et al., 2010).

Na přelomu září a října proběhla v Praze konference Městská a regionální protidrogová politika v éře globalizace, v rámci níž byl organizován také interaktivní workshop primární prevence na městské úrovni. Konference byla propagována plakáty na městských reklamních plochách a v pražském metru⁵¹.

obrázek 3-1: Plakáty umístěné v Praze v září a říjnu 2010 upozorňující na konferenci Městská a regionální protidrogová politika v éře globalizace



Občanské sdružení SANANIM organizovalo ve spolupráci se Společností pro návykové nemoci ČLS JEP v termínu 20.–21. 4. 2010 konferenci s názvem Mladiství a drogy 2010. Tématem konference byla práce s mladistvými klienty z adiktologického, psychologického a sociálně-výchovného pohledu⁵².

Od května do října 2011 probíhá v pražském Muzeu policie ČR výstava k příležitosti 20. výročí založení Národní protidrogové centrály. Při slavnostním zahájení byly také udělovány ceny studentům umělecko-průmyslových škol, kteří se zapojili do celonárodní soutěže Správným směrem o nejzdařilejší protidrogový plakát⁵³.

⁴⁸ <http://promile.info/> (2011-08-23)

⁴⁹ <http://www.pprch.cz/> (2011-08-23)

⁵⁰ <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/17/Monografie> (2011-08-23)

⁵¹ <http://www.urbandrugpolicy.com/cz/> (2011-08-23)

⁵² <http://konference.sananim.cz/> (2011-08-23)

⁵³ <http://www.policie.cz/clanek/soutez-a-vystava-v-jeden-den.aspx> (2011-08-23)

Občanské sdružení ZKUS vyhlásilo v r. 2010 fotografickou soutěž Vyfoť svou drogu určenou pro žáky základních a středních škol⁵⁴ s cílem zdůraznit pozitivní alternativy k užívání drog. Soutěž probíhala v rámci projektu Evropské akce o drogách (EAD)⁵⁵ a občanského sdružení SES.

Asociace komunikačních agentur (AKA) organizuje od r. 1997 soutěž o nejefektivnější reklamu EFFIE, která hodnotí účinnost kampaní v poměru k vynaloženým prostředkům. V r. 2010 vyhrála v kategorii Potraviny a nápoje reklama Zůstaň ve hře Plzeňského Prazdroje, a.s., zaměřená na podporu konzumace nealkoholického piva. Kampaň byla cílena na muže ve věku nad 30 let; hlavní ideou kampaně byla myšlenka Dal bych si pivo, ale nemůžu, protože potřebuju mít čistou hlavu, zaměřena byla na sportovce, řidiče a osoby v práci⁵⁶. V r. 2009 získala v této soutěži první cenu v kategorii Sociální, kulturní, ekologický marketing kampaň ministerstva dopravy (BESIP) Nemyslíš – zaplatíš!⁵⁷ zaměřená na bezpečnost silničního provozu. Hlavními tématy kampaně byla rychlost a agresivita za volantem, používání bezpečnostních zádržných systémů (pásů a dětských autosedaček) a řízení pod vlivem alkoholu a nelegálních drog. Kampaň samotná probíhala i v r. 2010, cílovými skupinami jsou řidiči ve věku 18–60 let a rodiny s dětmi do 14 let.

Dalším projektem BESIP, jehož realizace pokračovala v r. 2010, je kampaň Domluvme se!⁵⁸ zaměřená přímo na prevenci pití alkoholu a užívání drog při řízení. V rámci projektu probíhá v r. 2011 již 7. ročník The Action; jedná se o multimediální preventivní show zaměřenou na mladé a začínající řidiče, cílovou skupinou jsou studenti středních škol. Projekt má mladým lidem ukázat tragické následky nehod způsobených řidiči pod vlivem návykových látek. V r. 2011 spustil BESIP nově roadshow Je to na Tobě, která má mladé řidiče seznámit s riziky řízení pod vlivem návykových látek; projekt probíhá formou stánků BESIP na hudebních festivalech, kde jsou účastníkům k dispozici informační materiály, ale také jednorázové alkoholtestery pro řidiče. Kampaň má slogan Chceš vidět i další festák naživo? s cílem upozornit řidiče na to, že pod vlivem alkoholu nebo drog by se příštího festivalu nemuseli dožít. Jedním z lákadel ve stanech BESIP na festivalech jsou tzv. opilé brýle, které stimulují stav po požití alkoholu nebo jiné návykové látky.

V rámci prevence konzumace alkoholu za volantem podepsali zástupci Policie České republiky a Českého svazu pivovarů a sladoven Memorandum o spolupráci ke zlepšení situace v oblasti bezpečnosti silničního provozu na území ČR. V rámci spolupráce probíhá v srpnu 2011 projekt Řídím – piju nealko pivo, jehož cílem je propagace nealkoholického piva mezi řidiči⁵⁹.

⁵⁴ http://www.zkus.org/index.php?option=com_content&task=view&id=66&Itemid=1 (2011-08-23)

⁵⁵ <http://ec.europa.eu/ead/> (2011-09-06)

⁵⁶ <http://www.effie.cz/cz/results/campaign.php?cmpid=168> (2011-08-23)

⁵⁷ <http://www.nemyslis-zaplatis.cz/>, <http://www.effie.cz/cz/results/campaign.php?cmpid=153> (2011-08-23)

⁵⁸ <http://www.ibesip.cz/Kampane-projekty>, <http://www.domluvme-se.cz> (2011-08-23)

⁵⁹ <http://www.policie.cz/clanek/spolecne-proti-alkoholu-za-volantem.aspx> (2011-08-23)

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

V r. 2010 dále vzrostl odhadovaný počet problémových uživatelů drog – střední hodnota odhadu využívajícího dat o klientech z nízkoprahových programů dosáhla 39,2 tis. osob. Na nárůstu se podílejí především uživatelé pervitinu (28,2 tis.), u opiátů došlo k poklesu (11,0 tis.). Zvýšil se také odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (na cca 37,2 tis.). Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou tradičně Hl. m. Praha a Ústecký kraj. Zejména v Praze a dále v dalších českých krajích je rozšířeno injekční užívání Subutexu®. Běžné je také současné užívání pervitinu a opiátů.

V r. 2010 byly provedeny odhady rozsahu aktuálního intenzivního či problematického užívání dalších nelegálních drog.

4.1 Odhady prevalence problémového užívání drog

Odhad počtu problémových uživatelů drog za r. 2010 byl stejně jako v minulých letech proveden multiplikační metodou s použitím dat o klientech v nízkoprahových programech a pomocí průzkumu mezi lékaři ČR.

4.1.1 Odhad multiplikační metodou

Multiplikační metoda spočívá ve vynásobení známého počtu problémových uživatelů drog v daném zdroji (v tomto případě počtu problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými programy v daném kalendářním roce⁶⁰) multiplikačním faktorem⁶¹. Hodnota multiplikačního faktoru pro ČR a pro jednotlivé kraje byla zjištěna v průzkumu Multiplikační faktor 2010, dotazníkovém šetření mezi klienty nízkoprahových zařízení tzv. *nominační technikou*⁶² – viz také VZ 2009.

Trendy v odhadech počtu problémových uživatelů drog jsou vzhledem k použitým metodám citlivé na změny vstupních údajů: ve vztahu k počtu klientů nízkoprahových služeb platí přímá úměra, multiplikační faktor pak ovlivňuje odhady nepřímo úměrně. Hodnoty multiplikačního faktoru pro jednotlivé kraje viz VZ 2009. Hodnota multiplikačního faktoru pro celou ČR bez Prahy vyjádřená v procentech činila v r. 2010 67 % (95% CI⁶³: 63–70 %) a oproti hodnotě z r. 2008 se snížila o jeden procentní bod. Hodnota multiplikačního faktoru pro Prahu naopak o čtyři procentní body vzrostla a činila 80 % (95% CI: 70–91 %). Odhad počtu problémových uživatelů drog v ČR je dán jako součet odhadů pro jednotlivé kraje.

Celkem tak bylo v ČR v r. 2010 přibližně 39 200 problémových uživatelů drog (95% CI: 32 300–46 300), z toho 28 200 (27 300–29 100) uživatelů pervitinu, 6000 (5500–6400) uživatelů heroinu a 5000 (4700–5400) uživatelů Subutexu®. Uživatelů opiátů bylo tedy odhadem celkem 11 000 (10 400–11 600). Počet injekčních uživatelů drog (IUD) byl odhadnut na 37 200 (36 000–38 500).

Odhady počtu problémových uživatelů drog v l. 2002–2010 zachycuje tabulka 4-1. V r. 2010 došlo ke zvýšení hodnoty odhadu celkového počtu problémových uživatelů drog. Snížila se střední hodnota odhadu počtu uživatelů opiátů (změna oproti r. 2009, kdy došlo k nárůstu) a k dalšímu nárůstu počtu uživatelů pervitinu. Došlo také k dalšímu nárůstu odhadovaných injekčních uživatelů drog. S ohledem na meziroční překryvy intervalů spolehlivosti přitom statisticky významně klesl odhadovaný počet problémových uživatelů heroinu a vzrostl počet problémových uživatelů pervitinu. Přehled o statistické významnosti změn odhadovaného celkového počtu problémových uživatelů drog poskytuje graf 4-1 – intervaly spolehlivosti odhadů z posledních let se překrývají, což znamená, že trend pozorovaný u středních hodnot odhadů je třeba hodnotit opatrně.

⁶⁰ Zdrojem údajů o počtu problémových uživatelů drog v kontaktu jsou každoročně závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP a v r. 2009 a 2010 také průzkum mezi programy, které nebyly podpořeny v dotačním řízení a nepodalily tedy závěrečnou zprávu.

⁶¹ Multiplikační faktor v zásadě vyjadřuje podíl té části problémových uživatelů, která je v kontaktu s nízkoprahovými programy. Zbytek je skrytá část populace problémových uživatelů drog.

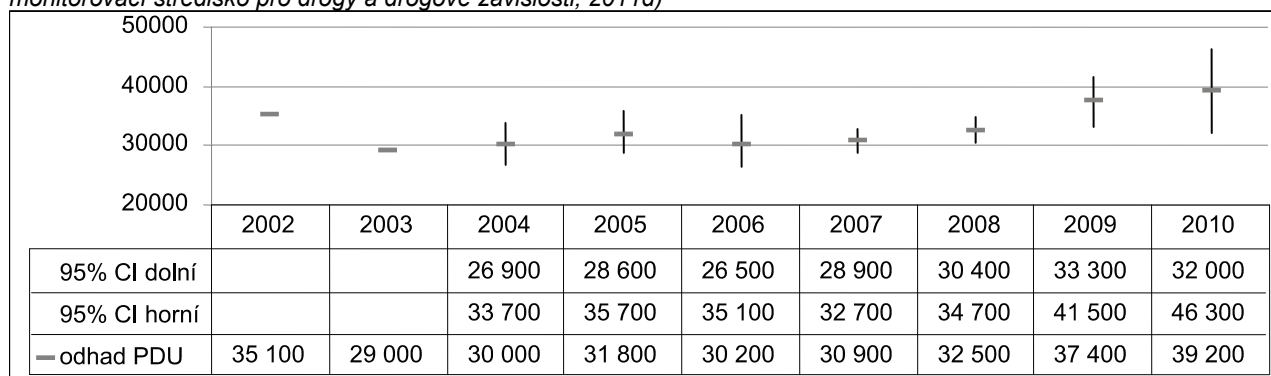
⁶² V dotazníkové studii byli klienti nízkoprahových programů požádáni, aby odpověděli na následující otázky: (1) „Kolik osob, které blíže znáte, pravidelně a dlouhodobě užívá pervitin a/nebo opiáty (heroin, Subutex® či Suboxone®)?“ a (2) „Kolik z nich bylo během posledních 12 měsíců alespoň jednou v kontaktu s jakýmkoliv kontaktním centrem nebo terénním programem?“ Multiplikační faktor je pak vyjádřen jako vážený průměr podílů obou hodnot zahrnujícího respondenta jako uživatele v kontaktu. Do výpočtu byli zahrnuti pouze ti, kteří uvedli přiměřený počet známých uživatelů drog (arbitrárně 25 a méně), aby byly z analýzy vyloučeny nedůvěryhodné odhady, a váhou je velikost populace problémových uživatelů drog reprezentovaná jednotlivými respondenty (počet respondentových známých). Protože ve všech dosavadních průzkumech byly nominační otázky položeny pouze uživatelům v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními, nikoliv tedy reprezentativnímu vzorku problémových uživatelů, lze předpokládat, že reálný podíl problémových uživatelů drog v kontaktu bude o něco nižší, než jak ji vyjadřuje multiplikační faktor.

⁶³ Interval spolehlivosti (Confidence Interval) na hladině významnosti 95 %, tj. rozmezí, ve kterém se hodnota nachází s 95% pravděpodobností.

tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011d)

| Rok | Problémoví uživatelé drog celkem | | Problémoví uživatelé opiátů/opioidů | | | | Problémoví uživatelé pervitinu | | Injekční uživatelé drog | |
|------|----------------------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| | Počet | Na 1 000 os. 15–64 let | Uživatelé heroínu | Uživatelé Subutexu® | Celkem | Celkem na 1 000 os. 15–64 let | Počet | Na 1 000 os. 15–64 let | Počet | Na 1 000 os. 15–64 let |
| 2002 | 35 100 | 4,89 | n.a. | n.a. | 13 300 | 1,85 | 21 800 | 3,04 | 31 700 | 4,41 |
| 2003 | 29 000 | 4,02 | n.a. | n.a. | 10 200 | 1,41 | 18 800 | 2,61 | 27 800 | 3,86 |
| 2004 | 30 000 | 4,14 | n.a. | n.a. | 9 700 | 1,34 | 20 300 | 2,80 | 27 000 | 3,73 |
| 2005 | 31 800 | 4,37 | n.a. | n.a. | 11 300 | 1,55 | 20 500 | 2,82 | 29 800 | 4,10 |
| 2006 | 30 200 | 4,13 | 6 200 | 4 300 | 10 500 | 1,44 | 19 700 | 2,69 | 29 000 | 3,97 |
| 2007 | 30 900 | 4,20 | 5 750 | 4 250 | 10 000 | 1,36 | 20 900 | 2,84 | 29 500 | 4,01 |
| 2008 | 32 500 | 4,39 | 6 400 | 4 900 | 11 300 | 1,52 | 21 200 | 2,87 | 31 200 | 4,21 |
| 2009 | 37 400 | 5,04 | 7 100 | 5 100 | 12 100 | 1,63 | 25 300 | 3,40 | 35 300 | 4,75 |
| 2010 | 39 200 | 5,30 | 6 000 | 5 000 | 11 000 | 1,48 | 28 200 | 3,81 | 37 200 | 5,03 |

graf 4-1: Střední hodnoty a 95% intervaly spolehlivosti prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011d)



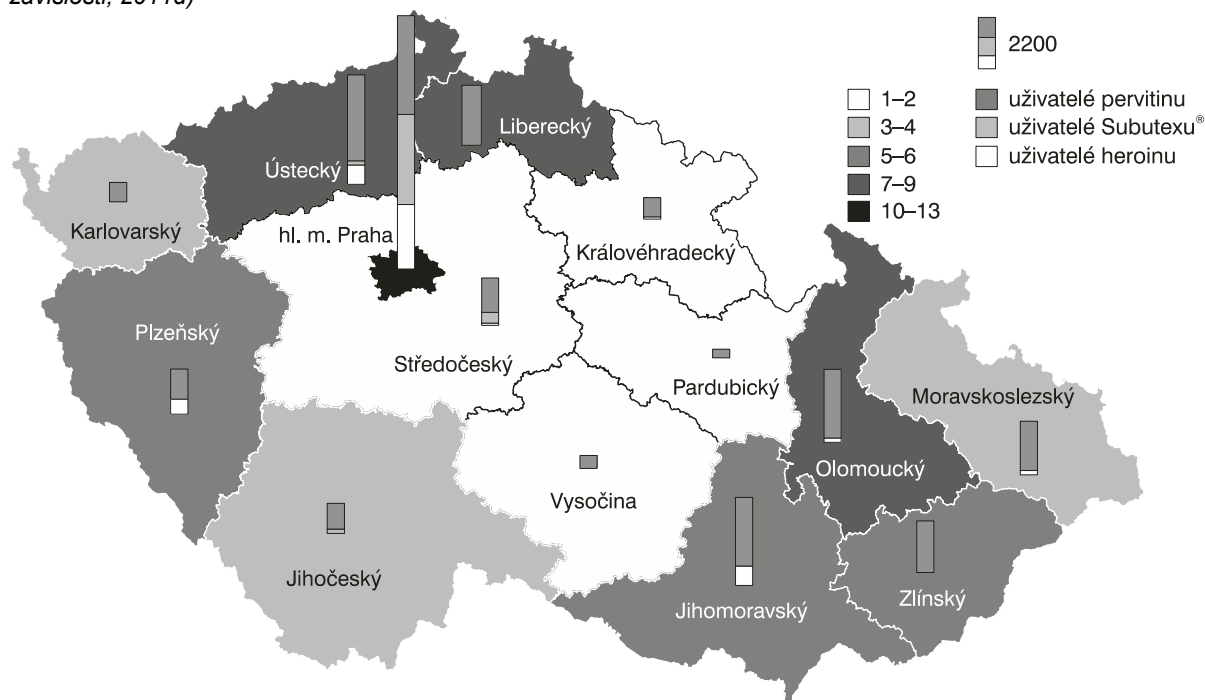
Nejvyšší počet problémových uživatelů drog je tradičně odhadován v Praze a v Ústeckém kraji, tedy současně v oblastech s nejvyšším počtem problémových uživatelů opiátů. Praha měla v r. 2010 nejvyšší odhadovaný počet jak uživatelů opiátů, tak pervitinu. Prevalenční odhady problémového užívání drog podle krajů zobrazuje tabulka 4-2 a mapa 4-1.

tabulka 4-2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2010 podle krajů ČR – střední hodnoty (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011d)

| Kraj | Počet problémových uživatelů celkem | Počet uživatelů opiátů | | | Počet uživatelů pervitinu | Počet IUD |
|------------------|-------------------------------------|------------------------|--------------|---------------|---------------------------|---------------|
| | | Heroin | Subutex® | Celkem | | |
| Hl. m. Praha | 11 350 | 2 900 | 4 050 | 6 950 | 4 400 | 11 350 |
| Středočeský | 2 150 | 150 | 450 | 600 | 1 600 | 2 150 |
| Jihočeský | 1 400 | 50 | 150 | 200 | 1 200 | 1 400 |
| Plzeňský | 2 000 | 650 | 50 | 700 | 1 300 | 1 900 |
| Karlovarský | 900 | 50 | < 50 | 50 | 850 | 800 |
| Ústecký | 4 900 | 850 | 200 | 1 050 | 3 850 | 4 900 |
| Liberecký | 2 650 | < 50 | < 50 | < 50 | 2 600 | 2 400 |
| Královéhradecký | 950 | 50 | 50 | 100 | 850 | 950 |
| Pardubický | 400 | 50 | < 50 | 50 | 350 | 400 |
| Vysočina | 600 | < 50 | < 50 | 50 | 550 | 550 |
| Jihomoravský | 3 900 | 850 | < 50 | 850 | 3 100 | 3 700 |
| Olomoucký | 3 300 | 150 | < 50 | 150 | 3 100 | 2 850 |
| Zlínský | 2 350 | 50 | < 50 | 50 | 2 300 | 2 050 |
| Moravskoslezský | 2 350 | 200 | < 50 | 200 | 2 150 | 1 800 |
| Celkem ČR | 39 200 | 6 000 | 5 000 | 11 000 | 28 200 | 37 200 |

Pozn.: Hodnoty v tabulce jsou zaokrouhleny.

mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2010 – střední hodnoty (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011d)



Odhady problémového užívání drog v jednotlivých krajích jsou k dispozici od r. 2005 a umožňují tedy sledovat trendy užívání drog na regionální úrovni – tabulka 4-3. Nejvyšší meziroční nárůsty jsou patrné v Praze, Libereckém kraji a v moravských krajích Jihomoravském, Olomouckém a Moravskoslezském. V ostatních českých krajích došlo k poklesu, na Vysočině a ve Zlínském kraji se prevalence problémových uživatelů drog (téměř) nezměnila.

tabulka 4-3: Odhady problémového užívání drog provedené multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů podle krajů v l. 2005–2010, střední hodnoty (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011d)

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

4.1.2 Odhad z průzkumu mezi lékaři ČR

Dále byl v listopadu a prosinci 2010 proveden pravidelný reprezentativní omnibusový sociologický průzkum mezi lékaři ČR, který provádí agentura INRES-SONES. Z iniciativy NMS byl do průzkumu opět zařazen modul s otázkami na prevalenci problémového užívání drog, na které odpovídali pouze praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti a dorost, a také otázky na zkušenosti lékařů s podáváním substituční léčby (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010a) – výsledky týkající se substituce viz kapitolu Opiátová substituční léčba (str. 51). Podobný modul byl zařazen do předchozích vln stejného průzkumu také v r. 2005 a 2007 (Mravčík et al., 2006; Mravčík et al., 2008) a srovnatelné otázky byly položeny praktickým lékařům rovněž v průzkumu v r. 2003 (Mravčík et al., 2005). V r. 2010 bylo do výběrového souboru zařazeno celkem 1178 lékařů z celé ČR. Vzhledem k tomu, že na otázky k prevalenci problémových uživatelů drog odpovídali pouze lékaři registrující své pacienty pro účely kapitační platby ze zdravotního pojištění, byl počet praktických lékařů pro dospělé

a praktických lékařů pro děti a dorost ve vzorku navýšen na přibližně dvojnásobek, než jak by odpovídalo jejich reálnému zastoupení v populaci lékařů ČR – do průzkumu jich bylo zařazeno celkem 342, resp. 212.

Lékařům byly položeny otázky na počet problémových uživatelů drog mezi jejich pacienty. Oproti průzkumům v letech 2005 a 2007 byly dotazy podrobnější a týkaly se jak celkového počtu problémových uživatelů drog, tak zvláště počtu injekčních uživatelů a problémových uživatelů heroinu, Subutexu nepředepsaného lékařem a pervitinu. Výsledky získané od lékařů ze vzorku byly extrapolovány na celkový počet praktických lékařů a pediatriů v ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011a).

Pro r. 2010 bylo odhadnuto celkem cca 53 500 (95% CI: 30 800–76 200) problémových uživatelů drog z otázky na celkový počet problémových uživatelů drog mezi klientelou lékařů. Pokud by byl celkový počet odhadnut jako součet problémových uživatelů pervitinu, heroinu a nelegálně získaného Subutexu®, potom by celkový odhad činil 32 900 (21 400–44 400) osob. Počet injekčních uživatelů drog byl odhadnut na 23 300 (10 100–36 600), problémových uživatelů pervitinu na 12 500 (8800–16 100), heroinu na 12 900 (4100–21 700) a nelegálně získaného Subutexu® na 7500 (1000–14 000) osob. Výsledky z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři ukazují tabulka 4-4.

Prevalenční odhady získané prostřednictvím praktických lékařů jsou zatíženy poměrně vysokou chybou (viz intervaly spolehlivosti). Podobně jako v uplynulých letech velmi pravděpodobně nadhodnocují počty uživatelů opiátů a podhodnocují počty uživatelů pervitinu. Pro uživatele opiátů existuje u praktického lékaře možnost substituční léčby Subutexem®, což může vést ke zvýšenému kontaktu s lékařem; pro uživatele pervitinu žádná podobná léčebná alternativa v ordinacích praktických lékařů neexistuje.

tabulka 4-4: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v l. 2003, 2005, 2007 a 2010 (Mravčík et al., 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010a)

| Rok | Počet problémových uživatelů celkem | | Počet injekčních uživatelů drog | | Počet uživatelů opiátů | | Počet uživatelů pervitinu | |
|------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| | Abs. | Na 1000 osob 15–64 let | Abs. | Na 1000 osob 15–64 let | Abs. | Na 1000 osob 15–64 let | Abs. | Na 1000 osob 15–64 let |
| 2003 | n.a. | – | n.a. | – | 21 200 | 2,6* | n.a. | – |
| 2005 | 32 000 | 4,4 | n.a. | – | 17 000 | 2,3 | 15 000 | 2 |
| 2007 | 28 500 | 3,9 | n.a. | – | 11 600 | 1,6 | 16 600 | 2,3 |
| 2010 | 32 900** 53 500*** | 4,4 7,2 | 23 300 | 3,2 | 20 400 | 2,8 | 12 500 | 1,7 |

Pozn.: * Na 1000 osob ve věku 18 a více let. ** Jedná se o součet problémových uživatelů podle drog. *** Jedná se o odhad přímo z otázky na celkový počet problémových uživatelů drog mezi klientelou lékařů.

4.1.3 Problémoví uživatelé drog na otevřené drogové scéně v Praze

Praha se, podobně jako jiné metropole, dlouhodobě potýká s existencí otevřených drogových scén. Současný problém se týká především centra Prahy, ale také jiných městských částí, především Prahy 2 a 5, tedy oblastí v samotném centru Prahy na Václavském a Karlově náměstí, ve Vrchlického sadech, na Hlavním nádraží, ale také na Smíchově kolem křižovatky U Anděla a v okolí autobusového nádraží Na Knížecí. V průběhu řešení problémů spojených s těmito otevřenými drogovými scénami se vyskytla řada konfliktních situací mezi pražskými městskými částmi navzájem, mezi městskými částmi a magistrátem Hl. m. Prahy, mezi terénními programy a státními i městskými policisty operujícími na drogové scéně. Dosud neexistuje ucelená a všemi zúčastněnými stranami akceptovaná shoda či koncepce řešení tohoto fenoménu v Praze. Na otevřených drogových scénách se pohybují především problémoví (injekční) uživatelé drog. Problémy se týkají zejména rušení veřejného pořádku, jsou registrovány stížnosti rezidentů, obchodníků a majitelů provozoven na obtěžování ze strany uživatelů drog v turisticky exponovaných částech Prahy a na distribuci a aplikaci drog na veřejnosti (Procházková, Herzog, 2010; Pracovní skupina Harm Reduction při Protidrogové komisi hlavního města Prahy, 2010).

V letech 2009–2010 byl celkový počet osob na otevřených drogových scénách v Praze odhadován na minimálně 2500 osob v průběhu roku. Denní počet uživatelů na otevřených drogových scénách byl odhadnut na 300–500 osob na Václavském náměstí, 50–200 osob na Smíchově v lokalitě Na Knížecí a na Karlově náměstí (v období duben až říjen 2009) rovněž na 50–200 osob (Procházková, Herzog, 2010; Pracovní skupina Harm Reduction při Protidrogové komisi hlavního města Prahy, 2010).

4.2 Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat

Byly publikovány výsledky a srovnání analýz potřeb klientů nízkoprahových programů v Praze v l. 2003 a 2010 (Šťastná, 2010; Šťastná et al., 2011). V r. 2003 se studie zúčastnilo celkem 30 klientů (z toho 24 mužů) nízkoprahových služeb a dále byly provedeny 2 ohniskové skupiny s 16 pracovníky ze 6 nízkoprahových programů. V r. 2010 se studie zúčastnilo celkem 25 klientů (z toho 21 mužů) a byla provedena jedna ohnisková skupina se 6 pracovníky nízkoprahových služeb.

V této kapitole jsou prezentovány výsledky rozhovorů s klienty. I když se jedná o relativně malé vzorky a výsledky je tudíž nutné posuzovat opatrně, stejná metodologie obou průzkumů umožňuje vzájemné srovnání. V r. 2003 byl průměrný věk respondentů 29 let (muži 30 let, ženy 24), v r. 2010 32,7 let (muži 36,4, ženy 29 let). V obou studiích neměly cca 2/3 respondentů stálé bydlení. Všichni respondenti z obou souborů měli ukončenu základní školu, struktura podle vzdělání byla v obou souborech podobná. Míra nezaměstnanosti dosahovala v r. 2003 i 2010 cca 2/3.

V obou šetřeních bylo respondenty užíváno podobné spektrum drog. Mimo alkoholu a tabáku byl nejčastěji užíván pervitin, Subutex[®] a konopné látky. Užívání heroinu bylo častěji uvedeno v r. 2003. Většina respondentů užívá drogy injekčně déle než dva roky, v r. 2010 ani jeden respondent neužíval injekčně méně než 12 měsíců. Frekvence užívání byla nejčastěji denně nebo téměř denně.

Užívání přípravků na bázi buprenorfinu uvedlo v r. 2010 celkem 16 (64 %) respondentů (15 Subutex[®], 1 Suboxone[®]). Užívané množství se pohybovalo od 1 mg 1–2krát týdně do 12 mg denně. Nejčastěji respondenti uváděli 1–2 mg denně. Injekční aplikace byla nejčastěji uváděným způsobem užívání Subutexu[®]. Respondenti také uvádějí, že Subutex[®] běžně kombinují s alkoholem, pervitinem či marihuanou.

Celkem 8 respondentů (50 % z užívajících buprenorfin) uvedlo nákup Subutexu[®] na černém trhu, kde je podle nich během pracovních dnů dobře dostupný, o víkendech se jeho dostupnost snižuje. Respondenti také upozorňují na vysokou nejistotu, zda se opravdu jedná o Subutex[®], při jeho opatřování na černém trhu (např. jeden respondent uvedl 60% jistotu, že jde skutečně o Subutex[®]). Cena Subutexu[®] na černém trhu se nejčastěji pohybuje okolo 400 Kč za 1 tabletu obsahující 8 mg buprenorfinu, běžná cena Subutexu[®] v lékárně je cca 200 Kč v přepočtu na 1 tabletu. Celkem 5 respondentů bylo někdy pacienty substituční léčby, z toho 4 byli na substituci během průzkumu. Užívání Subutexu[®] předepsaného lékařem uvedli 3 respondenti (z toho dva uvedli jeho injekční aplikaci). Jeden respondent byl v r. 2010 v substituční léčbě metadonem (dávka 150 mg denně), který užíval v kombinaci s pervitinem. Další 4 respondenti uvedli kombinaci obou způsobů získávání Subutexu[®], tj. jak na černém trhu, tak na recept od lékaře. Byla popsána praxe, kdy kvůli nedostatku peněz na zakoupení Subutexu[®] na recept v lékárně je recept směněn za menší než předepsané množství Subutexu[®] na černém trhu.

Substituční léčba buprenorfinem byla pro respondenty atraktivnější než léčba metadonem. Výhodu předepsaného Subutexu[®] spatřovali klienti v jeho dobré dostupnosti, nevýhodu v jeho vysoké ceně. Ovšem podle respondentů je legálně získaný buprenorfin stále levnější než drogy z černého trhu a příjmy z legálního zaměstnání stačí na jeho zakoupení v lékárně. Další výhodou je jistota, že tableta zakoupená v lékárně je opravdu Subutex[®]. Přesto 4 respondenti uvedli, že Subutex[®] je pro ně drahý, a přiklánějí se buď k úplné abstinenci, nebo k užívání metadonu. Metadonová substituční léčba je pro klienty atraktivní pouze z finančního pohledu, protože metadon je klientům poskytován zdarma. Hlavní problém spatřují respondenti v každodenním docházení pro dávku. Vnímají metadon jako substituční lék pro těžké dlouhodobé závislé bez perspektivy abstinence. Hlavní uváděné důvody, proč se respondenti účastní substituční léčby, byly:

- každodenní přístup k substituční látce,
- není nutné krást za účelem získání peněz na drogu,
- je možné chodit pravidelně do práce,
- naděje na úplnou abstinenci.

Další informace o problémových uživatelích drog v kontaktu s různými typy služeb jsou uvedeny v kapitolách Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 47), Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 93) a Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog (str. 101).

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

V kapitole Užívání drog v populaci (str. 24) jsou uvedeny výsledky testování škály CAST na identifikaci rizika problémů spojených s užíváním konopných látek. Při extrapolaci výsledků na dospělou populaci lze v ČR odhadnout cca 75–110 tis. osob ve vysokém riziku problému spojených s užíváním konopí nebo závislosti na konopí – blíže viz kapitolu Validizační studie konopných škál (str. 26).

Byla provedena extrapolace dat o míře prevalence opakovaného aktuálního užití drog (užití alespoň jednou týdně v posledním měsíci) z Celopopulační studie užívání návykových látek v České republice v r. 2008 (Běláčková, Horáková, 2011) na populaci ČR ve věku 15–64 let. Takto získané výsledky naznačují, že v r. 2008 bylo v ČR přibližně 360 tis. pravidelných uživatelů konopných látek, 37 tisíc uživatelů pervitinu, 36 tisíc uživatelů extáze a 31 tisíc uživatelů halucinogenních hub. Nejvyššího počtu dosahují uživatelé sedativ, kterých je v populaci pravděpodobně zhruba 990 tisíc – tabulka 4-5. Odhady počtu uživatelů pro LSD, kokain a heroin jsou již vzhledem k relativně nízké prevalenci užívání těchto drog spíše orientační. Uživatelé nelegálních drog jsou především mladí dospělí.

tabulka 4-5: Odhad počtu osob v ČR ve věku 15–64 let v r. 2008, kteří danou drogu za poslední měsíc užíli alespoň jednou týdně (Běláčková, Horáková, 2011)

| Droga | Míra prevalence (%) | Interval spolehlivosti (%) | Odhad počtu uživatelů | 95% interval spolehlivosti |
|---------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Sedativa | 13,4 | 12,4–14,4 | 989 230 | 915 674 – 1 062 786 |
| Konopná droga | 4,9 | 4,3–5,5 | 361 458 | 314 866 – 408 050 |
| Pervitin | 0,5 | 0,3–0,7 | 37 414 | 22 083 – 52 746 |
| Extáze | 0,5 | 0,3–0,7 | 35 716 | 20 734 – 50 697 |
| Halucinogenní houby | 0,4 | 0,2–0,6 | 31 231 | 17 217 – 45 244 |
| LSD | 0,3 | 0,1–0,5 | 22 465 | 10 573 – 34 358 |
| Kokain | 0,2 | 0,1–0,3 | 13 928 | 4 559 – 23 297 |
| Heroin | 0,1 | 0,0–0,2 | 7 369 | 551 – 14 187 |

Z celopopulačních studií (viz výše) a z jiných zdrojů dat⁶⁴ vyplývá, že kromě problémového užívání opiátů a pervitinu, na které se zaměřuje většina opatření protidrogové politiky ČR, je z hlediska expozice obecné populace a veřejnozdravotních důsledků závažným fenoménem intenzivní užívání konopí a zneužívání léků s psychoaktivním účinkem. V platném Akčním plánu 2010–2012 byla proto stanovena řada úkolů v oblasti redukce intenzivního užívání konopných látek a monitorování situace v oblasti zneužívání léků.

4.3.1 Odhad prevalence rizikového užívání alkoholu

V r. 2010 byl proveden odhad prevalence rizikových vzorců užívání alkoholu zjištěných pomocí nástroje AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)⁶⁵ ve dvou studiích – v průzkumu v obecné populaci na vzorku 1326 osob a dále mezi 2589 pacienty praktických lékařů v pilotním projektu testování metod krátké intervence u rizikového nebo intenzivního užívání alkoholu (Sovinová, Csémy, 2010). Podíl mužů byl 49,9 %, resp. 49,3 %, věkové rozmezí participantů obou studií bylo 18–64 let, průměrný věk 39,2, resp. 42,9 roku. Výsledky uvádí tabulka 4-6.

tabulka 4-6: Odhad prevalence rizikových vzorců užívání alkoholu v obecné populaci ČR ve věku 18-64 let, v % (Sovinová, Csémy, 2010)

| Vzorek | Pohlaví | Nízké riziko | Rizikové nebo škodlivé pití (abúzus) | Velmi rizikové pití, riziko závislosti (závislost) |
|-----------------------------|---------|--------------|--------------------------------------|--|
| Obecná populace | Muži | 67,1 | 29,1 | 3,8 |
| | Ženy | 90,4 | 9,3 | 0,3 |
| | Celkem | 78,7 | 19,2 | 2,1 |
| Pacienti praktických lékařů | Muži | 76,7 | 22,2 | 1,1 |
| | Ženy | 93,5 | 6,3 | 0,2 |
| | Celkem | 85,3 | 14,0 | 0,7 |

Po přepočtu na počet obyvatel ČR ve věku 18–64 let lze v r. 2010 počet osob užívajících alkohol rizikově či škodlivě odhadnout na 990 tis. až 1,4 mil. (z toho 800 tis. až 1 mil. mužů a 220–320 tis. žen) a počet osob ve značném riziku závislosti nebo závislosti na alkoholu na 50–150 tis. osob (z toho 40–135 tis. mužů a 7–10 tis. žen).

⁶⁴ Např. z dat o léčbě uživatelů drog či o úmrtích spojených s užíváním drog viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 47) a kapitolu Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 85).

⁶⁵ AUDIT obsahuje 10 položek, skóre nabývá v závislosti na odpovědích hodnot 0–40 bodů. Doporučené hodnocení je: 0–7 bodů – pití s nízkou úrovní rizika, 8–19 bodů – rizikové nebo škodlivé pití (abúzus), 20–40 bodů – velmi rizikové pití se značnou pravděpodobností závislosti na alkoholu. Blíže viz např. http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju.

5 Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog

Počet ambulantních zdravotnických zařízení vykazujících léčbu uživatelů drog v r. 2010 vzrostl téměř o třetinu, přesto klesl počet ambulantně léčených AT pacientů, na což měl vliv především pokles pacientů užívajících ilegální drogy (bez alkoholu a tabáku), meziročně se snížil jejich počet o více než 7 %. Došlo k poklesu u všech tří nejčetnějších skupin pacientů léčených pro opiáty/opioidy, stimulantia a kombinaci drog.

V r. 2010 byly zaregistrovány 2 nové záchytné stanice pro ošetření akutně intoxikovaných osob, které měly vliv na růst počtu míst i na počet zachycených osob.

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

Poprvé byl proveden sběr údajů o detoxifikaci pacientů v lůžkových zdravotnických zařízeních. Bylo zjištěno, že v r. 2010 se detoxifikační jednotky nacházely v 16 lůžkových zařízeních se 163 vyčleněnými lůžky, detoxifikace probíhala na nevyčleněných lůžkách v dalších 12 zařízeních. Ve sledovaném roce podstoupilo detoxifikaci od návykových látek celkem 6650 osob, z toho 3092 od ilegálních drog.

Pro zpracování hospitalizací za r. 2010 byla změněna metodika výběru zařízení zahrnutých mezi psychiatrická lůžková zařízení. Kromě psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení nemocnic byly údaje zpracovány i za ostatní lůžková zařízení, která provozují psychiatrické lůžkové oddělení. V r. 2010 došlo ke snížení počtu hospitalizací uživatelů nelegálních drog v těchto zařízeních. Pokles jde na vrub pacientů hospitalizovaných pro poruchy způsobené kombinací látek a opiáty/opioidy, počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním ostatních stimulantů (bez kokainu) vzrostl.

Stoupl počet uživatelů drog v Registru žádostí o léčbu hygienické služby. V r. 2010 vyhledalo léčebné služby celkem 9005 uživatelů drog, tj. přibližně o 200 osob více než v r. 2009. V porovnání s předchozími lety se obrací mírně sestupný trend a počty žadatelů o léčbu se tak dostávají na úroveň let 2004 a 2005.

Žadatelům o léčbu dlouhodobě dominují uživatelé stimulantů, kteří byli nejpočetnější skupinou mezi všemi žadateli (62,9 %) i mezi prvožadateli (67,5 %); počet uživatelů pervitinu vykazuje také nejvyšší meziroční nárůst. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří uživatelé opiátů (23,1 %), přičemž mezi prvožadateli jsou na druhém místě uživatelé konopných látek (15,9 %), stejně jako v r. 2009. Z hlediska věkové struktury je patrné mírné stárnutí populace žadatelů o léčbu. Ačkoliv meziroční nárůst průměrného věku je nízký, ze střednědobého hlediska je rostoucí trend zřetelný. V r. 2010 byl průměrný věk prvožadatelů o léčbu 25,7 let a 27,3 let u všech žadatelů. Průměrný věk prvožadatelů i opakovaných žadatelů se za poslední dekádu zvýšil o více než čtyři roky. Ženy tvoří stabilně třetinu žadatelů o léčbu. Nejvyšší relativní prevalenci i incidenci žadatelů o léčbu mají Ústecký kraj a Hl. m. Praha. Tyto charakteristiky odpovídají genderovému a geografickému rozložení problémových uživatelů drog v ČR.

5.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti léčby

V r. 2010 byla vládou přijata Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a v r. 2011 Akční plán 2010–2012. Léčba a sociální začleňování jsou jedním ze čtyř pilířů strategie a dotýkají se jí v různé míře všechny 4 priority akčního plánu (blíže viz kapitolu Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace, str. 7). Pro léčbu a sociální začleňování definuje akční plán následující oblasti aktivit:

- koncepční definování dostupnosti a návaznost programů léčby a následné péče o uživatele drog,
- rozvoj specifických intervencí pro vybrané cílové skupiny uživatelů drog, včetně zvýšení kvality substituční léčby pro uživatele opiátů,
- rozvoj programů pro uživatele drog ve vězení a udržení jejich dostupnosti.

V r. 2010 došlo k novelizacím několika zdravotnických předpisů souvisejícím s profesí adiktologa a s podmínkami provozu adiktologických zdravotnických zařízení – viz kapitolu Legislativní rámec (str. 5).

1. LF UK v Praze (Centrum adiktologie) realizuje bakalářský a magisterský studijní program v oboru adiktologie. V září 2011 byl otevřen vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu „Adiktolog“ v rozsahu více než 900 hodin – podrobně se odbornou způsobilostí a vzděláváním pracovníků v oblasti adiktologie věnují VZ 2008 a 2009.

5.2 Systém léčby uživatelů drog

Léčebné a poradenské programy pro uživatele drog a závislé na drogách, případně jejich kapacitu a využití v r. 2010 shrnuje tabulka 5-1.

Informace o léčebných a poradenských službách určených uživatelům drog podávají i další kapitoly. O léčebných intervencích ve vězení pojednává kapitola Intervence ve vězení (str. 114) a speciální kapitola Drogová politika a služby pro uživatele drog ve vězení (str. 125), nízkoprahové kontaktní a poradenské služby a terénní programy jsou popsány v kapitole Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 93) a programy následné péče v kapitole Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog (str. 101).

tabulka 5-1: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v ČR v r. 2010

| Typ programu | Celkem ¹ | | | | Z toho údaje zvlášť pro alkohol a nealkoholové drogy | | | |
|--|------------------------------------|--|----------------------|---|--|----------------------|---------------------------|----------------------|
| | Počet zařízení / programů | Kapacita (míst, lůžek) | Využití (počet osob) | Nelegální drogy | Počet zařízení / programů | Využití (počet osob) | Počet zařízení / programů | Využití (počet osob) |
| Ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie | 453 | – | 40 198 ² | 370 | 15 187 | 428 | 24 182 | |
| Ambulantní (nezdravotnické) programy provozované NNO | 13 ⁵ | – | 1 813 ⁵ | Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé nealkoholových (ilegálních) drog. | | | | |
| Denní stacionáře | 1 | 10 | 40 | Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé nealkoholových (ilegálních) drog. | | | | |
| Registrovaná zdravotnická zařízení poskytující substituční léčbu | 45 | – | 2 113 | Cílovou skupinou těchto zařízení jsou uživatelé opiátů. | | | | |
| Záchytné stanice | 16 | 157 | 30 487 | Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé alkoholu. Údaje zvlášť za alkohol a nelegální drogy nejsou k dispozici. | | | | |
| Kontaktní centra a terénní programy (nizkoprahové programy) | 96 | – | 32 374 | Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé nealkoholových (ilegálních) drog, resp. problémoví (injekční) uživatelé drog. | | | | |
| Detoxifikační jednotky v lůžkových zdravotnických zařízeních | 16 ⁶ (28 ⁷) | 163 | 6 650 ² | – | 3 091 | – | 3 558 | |
| Psychiatrické léčebny pro dospělé | 17 | 9 058 ³ (1 354 ⁴) | 10 835 ² | – | 3 550 | – | 7 285 | |
| Psychiatrická oddělení nemocnic | 31 | 1 374 ³ | 4 024 ² | – | 1 644 | – | 2 378 | |
| Dětské psychiatrické léčebny | 3 | 260 ³ | 33 ² | – | 31 | – | 2 | |
| Ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením | 3 | 126 | 469 ² | – | 131 | – | 338 | |
| Terapeutické komunity | 15–20 | 160 ⁵ | 408 ⁵ | Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé nealkoholových (ilegálních) drog. | | | | |
| Specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství | 5 | 68 | 137 | Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé nealkoholových (ilegálních) drog. | | | | |
| Programy následné péče | 25–30 | 127 ⁵ | 987 ⁵ | Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé nealkoholových (ilegálních) drog. | | | | |
| Detoxifikační jednotky ve věznicích | 5 | n.a. | 686 | Jedná se údaje o detoxifikaci od nealkoholových (ilegálních) drog. | | | | |
| Substituční léčba ve věznicích | 8 | n.a. | 67 | Cílovou skupinou těchto programů jsou uživatelé opiátů. | | | | |
| Oddělení pro diferencovaný výkon trestu (dobrovolná léčba) | 7 | 300 | 437 | Jedná se údaje o léčbě uživatelů nealkoholových (ilegálních) drog. | | | | |
| Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích | 3 | 109 | 128 | Jedná se údaje o léčbě uživatelů nealkoholových (ilegálních) drog. | | | | |
| Bezdrogové zóny ve věznicích | 33 ⁸ | 2 075 | 3 443 | Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé nealkoholových (ilegálních) drog. | | | | |
| Programy NNO ve věznicích | 15/32 ⁹ | – | 707 ¹⁰ | Cílovou skupinou těchto programů jsou především uživatelé nealkoholových (ilegálních) drog. | | | | |

Pozn.: ¹Jedná se o celkovou kapacitu a celkový počet uživatelů všech návykových látek, v dalších sloupcích jsou uvedeny údaje pro alkohol a nealkoholové drogy, jsou-li k dispozici. ²Jedná se o počet pacientů se zákl. dg. F11–F19 léčených ve sledovaném roce. ³Počet všech psychiatrických lůžek. ⁴Počet lůžek na pracovištích pro léčbu AT pacientů. ⁵Údaje z programů podpořených v r. 2010 v dotačním řízení RVKPP (13 ambulantních programů, 10 terapeutických komunit, 16 programů následné péče celkem, z nich 13 programů intenzivní následné péče poskytujících chráněné bydlení). ⁶Počet detoxifikačních jednotek s vyčleněnými lůžky. ⁷Celkový počet lůžkových zařízení poskytujících detoxifikaci na různých odděleních bez vyčleněných lůžek. ⁸Bezdrogové zóny nejsou v zásadě léčebným programem, spíše zajišťují bezpečné a motivující prostředí pro odsouzené připravené abstinovat, nicméně 4 z bezdrogových zón jsou s terapeutickým programem. ⁹Počet programů/počet věznic ve kterých působily. ¹⁰Počet návštěv ve věznicích.

5.2.1 Odborná způsobilost služeb a zajištění jejich kvality

Detailní informace o systému zajištění odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (certifikačním systémem) podala speciální kapitola Historie, metody a zavádění národních standardů v oblasti léčby uživatelů drog ve VZ 2009.

V květnu 2011 mělo platný certifikát odborné způsobilosti celkem 155 programů – tabulka 5-2.

tabulka 5-2: Přehled certifikovaných programů podle typu k 16. 5. 2011

| Typ služby | Počet programů |
|---|----------------|
| Detoxifikace | 2 |
| Terénní programy | 49 |
| Kontaktní a poradenské služby | 52 |
| Ambulantní léčba | 15 |
| Stacionární programy | 1 |
| Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba | 2 |
| Rezidenční péče v terapeutických komunitách | 10 |
| Ambulantní doléčovací programy | 16 |
| Substituční léčba | 8 |
| Celkem | 155 |

V říjnu 2010 schválila RVKPP změny základních dokumentů certifikačního procesu – Certifikačního řádu a Metodiky místního šetření.

Od r. 2009 je v rámci operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, který vyhlásilo MPSV, realizován projekt Výměna zkušeností a šíření dobré praxe v oblasti řízení kvality služeb pro uživatele drog, jehož cílem je rozvoj dobré praxe služeb a hodnocení jejich kvality – blíže viz VZ 2009. V rámci projektu působila rovněž odborná skupina pro inovaci standardů odborné způsobilosti.

5.2.2 Ambulantní léčba

5.2.2.1 Psychiatrické ordinace

Zdravotnická ambulantní léčba uživatelů alkoholu a drog je v současné době poskytována především v ambulancích psychiatrů a v tzv. AT ordinacích specializovaných na léčbu závislostí, dříve protialkoholních poradnách. Počet těchto specializovaných zařízení se v letech 1963–1993 pohyboval mezi 165 a 180 zařízeními. V posledních letech není síť AT ambulancí centrálně spravována a jejich počet není sledován. Předpokládá se, že v ČR je v současnosti 50 až 70 psychiatrických ambulancí specializováno na léčbu závislostí (Mravčík et al., 2011a).

Pacienty užívající legální či nelegální drogy evidovalo v r. 2010 celkem 453 ambulantních psychiatrických oddělení a pracovišť. Do těchto oddělení a pracovišť jsou započítány všechny ambulance, které léčily aspoň jednoho pacienta, nejedná se tedy jen o specializované AT ordinace. Proti r. 2009 vzrostl počet těchto zdravotnických zařízení o 107 (tj. téměř o 31 %) – tabulka 5-3. Tento vysoký nárůst je dán především důsledným vymáháním dat od zařízení, která léčila byť jednoho pacienta se základní diagnózou F10–F19. Nárůst se projevil zejména u ambulancí, které v r. 2010 léčily maximálně 50 pacientů (ze 147 v r. 2009 na 258 v r. 2010) – tabulka 5-4. Pacienty užívající alkohol mělo v evidenci celkem 428 ambulancí, z nich téměř 79 % byly ordinace lékařů specialistů v oboru psychiatrie, 10 % ordinací se nacházelo v ambulantních částech nemocnic. O uživatele ilegálních návykových látek pečovalo celkem 370 ambulancí, z toho bylo téměř 78 % psychiatrických ordinací, necelých 10 % se nacházelo v ambulantních částech fakultních nemocnic či nemocnic akutní péče – tabulka 5-5. Největší podíl ordinací pečujících o uživatele návykových látek byl v Praze (17 %), Jihomoravském (13 %) a Moravskoslezském kraji (12 %). Ordinace s více než 300 evidovanými pacienty se nacházely převážně v Praze (11 ordinací z 29) a v Moravskoslezském kraji (6 ordinací) – tabulka 5-6 (Nechanská, 2011c).

tabulka 5-3: Počet ordinací a počet léčených uživatelů návykových látek v l. 2000–2010 (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011c)

| Rok | Nelegální drogy | | Alkohol | | Návykové látky celkem* | |
|------|-----------------|---------------|----------------|---------------|------------------------|---------------|
| | Počet ordinací | Počet klientů | Počet ordinací | Počet klientů | Počet ordinací | Počet klientů |
| 2000 | 272 | 11 423 | 298 | 27 021 | 320 | 39 721 |
| 2001 | 285 | 13 050 | 309 | 28 582 | 330 | 42 955 |
| 2002 | 288 | 14 203 | 317 | 25 400 | 342 | 41 136 |
| 2003 | 312 | 15 786 | 340 | 25 017 | 368 | 42 881 |
| 2004 | 320 | 14 040 | 358 | 25 235 | 382 | 40 625 |
| 2005 | 337 | 16 394 | 379 | 27 440 | 401 | 44 971 |
| 2006 | 340 | 16 392 | 367 | 26 966 | 394 | 44 887 |
| 2007 | 311 | 15 684 | 348 | 25 342 | 367 | 42 196 |
| 2008 | 298 | 15 711 | 328 | 25 293 | 349 | 42 612 |
| 2009 | 298 | 16 343 | 331 | 24 206 | 346 | 41 419 |
| 2010 | 370 | 15 187 | 428 | 24 182 | 453 | 40 198 |

Pozn.: *včetně léčených uživatelů tabáku

tabulka 5-4: Počet ambulantních zdravotnických zařízení podle počtu léčených uživatelů návykových látek, alkoholu a drog v l. 2006–2010 (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011c)

| Počet klientů | Nelegální drogy | | | | | Alkohol | | | | | Návykové látky celkem | | | | |
|---------------|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| 1–10 | 161 | 140 | 124 | 118 | 174 | 85 | 85 | 72 | 69 | 128 | 72 | 63 | 53 | 49 | 88 |
| 11–50 | 110 | 107 | 114 | 119 | 132 | 144 | 133 | 123 | 124 | 158 | 120 | 110 | 101 | 98 | 170 |
| 51–100 | 34 | 30 | 24 | 23 | 25 | 63 | 64 | 69 | 70 | 73 | 83 | 90 | 86 | 81 | 72 |
| 101–150 | 11 | 9 | 10 | 11 | 11 | 30 | 21 | 24 | 21 | 35 | 40 | 31 | 37 | 43 | 52 |
| 151–200 | 4 | 7 | 7 | 4 | 8 | 15 | 17 | 14 | 18 | 12 | 16 | 17 | 16 | 18 | 17 |
| 201–300 | 10 | 7 | 6 | 11 | 10 | 15 | 13 | 11 | 14 | 12 | 29 | 24 | 24 | 23 | 25 |
| 301–400 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 6 | 5 | 8 | 6 | 10 | 11 | 8 | 14 | 16 |
| 401 a více | 7 | 6 | 9 | 7 | 6 | 10 | 9 | 10 | 7 | 4 | 24 | 21 | 24 | 20 | 13 |
| Celkem | 340 | 311 | 298 | 298 | 370 | 367 | 348 | 328 | 331 | 428 | 394 | 367 | 349 | 346 | 453 |

tabulka 5-5: Počet uživatelů návykových látek (včetně uživatelů alkoholu a tabáku) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v l. 2006–2010 (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011c)

| Druh zařízení | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|--|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| | Počet zařízení | Počet klientů | Počet zařízení | Počet klientů | Počet zařízení | Počet klientů | Počet zařízení | Počet klientů | Počet zařízení | Počet klientů |
| Lůžková zařízení s ambulancí psychiatrie | 60 | 13 081 | 54 | 12 458 | 53 | 11 725 | 55 | 10 259 | 59 | 9 717 |
| Samostatná ordinace psychiatra | 300 | 25 563 | 279 | 23 119 | 265 | 24 524 | 259 | 25 386 | 354 | 25 858 |
| Zařízení pro léčbu závislostí | 5 | 1 498 | 5 | 1 513 | 5 | 1 334 | 5 | 1 604 | 6 | 1 109 |
| Ostatní ambulantní zařízení | 29 | 4 745 | 29 | 5 106 | 26 | 5 029 | 27 | 4 170 | 34 | 3 514 |
| Celkem | 394 | 44 887 | 367 | 42 196 | 349 | 42 612 | 346 | 41 419 | 453 | 40 198 |

tabulka 5-6: Počet ambulantních zdravotnických zařízení podle počtu léčených uživatelů návykových látek a sídla zařízení v r. 2010 (Nechanská, 2011c)

| Kraj | Počet klientů | | | | | | | | Celkový počet zařízení | Celkový počet klientů |
|-----------------|---------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------------------|-----------------------|
| | 1–10 | 11–50 | 51–100 | 101–150 | 151–200 | 201–300 | 301–400 | 401 a více | | |
| Hl. m. Praha | 19 | 26 | 9 | 6 | 1 | 5 | 6 | 5 | 77 | 9 175 |
| Středočeský | 6 | 14 | 3 | 7 | 0 | 2 | 1 | 0 | 33 | 2 485 |
| Jihočeský | 5 | 9 | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 20 | 926 |
| Plzeňský | 10 | 7 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 26 | 2 525 |
| Karlovarský | 2 | 6 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 12 | 702 |
| Ústecký | 9 | 8 | 5 | 4 | 1 | 1 | 1 | 0 | 29 | 1 864 |
| Liberecký | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 14 | 1 082 |
| Královéhradecký | 6 | 10 | 3 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 24 | 1 864 |
| Pardubický | 0 | 8 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 14 | 1 036 |
| Vysočina | 6 | 12 | 4 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 28 | 1 727 |
| Jihomoravský | 12 | 24 | 9 | 6 | 3 | 4 | 0 | 1 | 59 | 4 081 |
| Olomoucký | 6 | 16 | 9 | 4 | 0 | 1 | 1 | 2 | 39 | 3 781 |
| Zlínský | 2 | 4 | 10 | 6 | 0 | 2 | 1 | 0 | 25 | 2 427 |
| Moravskoslezský | 2 | 22 | 9 | 7 | 5 | 2 | 3 | 3 | 53 | 6 523 |
| Celkem | 88 | 170 | 72 | 52 | 17 | 25 | 16 | 13 | 453 | 40 198 |

5.2.2.2 Opiátová substituční léčba

V r. 2010 byly k dispozici tři přípravky pro substituční léčbu závislosti na opiátech: (1) od r. 1997 metadon připravovaný z dovážené generické substance (dostupný ve specializovaných substitučních centrech), (2) od r. 2000 Subutex[®] obsahující účinnou látku buprenorfin a (3) od února 2008 kompozitní přípravek Suboxone[®] s účinnými látkami buprenorfin a naloxon. Subutex[®] a Suboxone[®], které jsou dostupné v lékárnách ve formě hromadně vyráběného léčivého přípravku, může předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. Substituční přípravky jsou v léčbě podávány výhradně orální formou.

V l. 2009–2011 došlo v ČR k registraci dalších substitučních léků ve formě hromadně vyráběných léčivých přípravků (HVLP) s obsahem metadonu i buprenorfinu⁶⁶ a některé z nich byly uvedeny na trh. Od r. 2010 je možno preparát Suboxone[®] 8 mg částečně hradit ze zdravotního pojištění⁶⁷.

V r. 2010 bylo do ČR dovezeno 22,5 kg čisté metadonové substance a distribuováno bylo 3308 g buprenorfinu v přípravcích Subutex[®] a Suboxone[®] – tabulka 5-7. Od r. 2008 dochází k poklesu podílu Subutexu[®] a k nárůstu podílu Suboxone[®] na celkovém množství distribuovaného (spotřebovaného) buprenorfinu pro substituční léčbu, podíl Subutexu[®] je ovšem stále dominantní (Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2011) – graf 5-1.

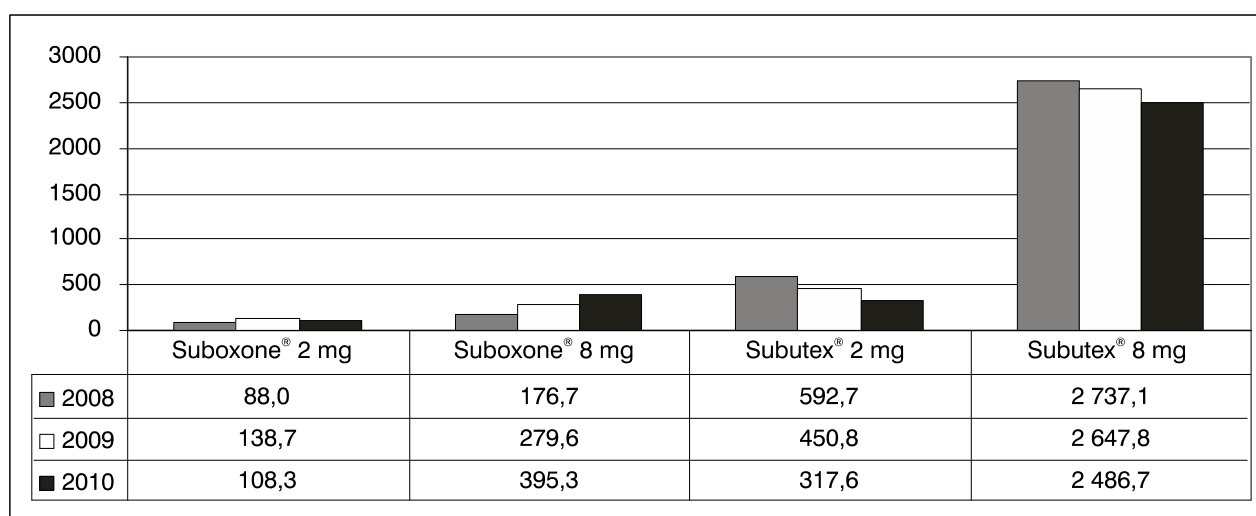
⁶⁶ Dne 18. března 2009 byl Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) registrován přípravek Methadon-Zentiva[®] 5 mg/ml ve formě perorálního roztoku v baleních 10, 50 a 1000 ml; dne 1. července 2011 nabylo právní moci rozhodnutí SÚKL nepříznat tomuto přípravku úhradu ze zdravotního pojištění. Zda (a případně kdy) dojde k uvedení HVLP metadonu na trh i přes nepříznání úhrady ze zdravotního pojištění není dosud známo. Hlavními důvody nepříznání úhrady byly horší bezpečnostní profil preparátu (vyšší riziko předávkování ve srovnání s buprenorfinem) a fakt, že ze zdravotního pojištění je již stanovena úhrada u přípravku Suboxone[®] 8 mg. Dále SÚKL dne 29. října 2009 registroval přípravek Buprenorphine Alkaloid[®] v silách 0,4 mg, 2 mg a 8 mg ve formě sublingválních tablet a dne 19. května 2010 přípravek Ravata[®] v silách 2 mg a 8 mg také formě sublingválních tablet. Přípravek Buprenorphine Alkaloid[®] byl uveden na český trh dne 28. ledna 2011, a to v silách 2 mg a 8 mg a přípravek Ravata[®] dne 15. června 2011 ve stejných silách. Zatím posledním substitučním přípravkem registrovaným v ČR 15. září 2010 je preparát Addnok[®] obsahující buprenorfin rovněž v silách 0,4 mg, 2 mg a 8 mg; tento přípravek dosud nebyl uveden na trh.

⁶⁷ Dne 1. února 2010 nabylo platnosti rozhodnutí SÚKL, na jehož základě je částečně hrazen léčivý přípravek Suboxone[®] 8 mg. Úhrada je podmíněna odborností lékaře (musí jej předepsat psychiatr nebo lékař s odborností v oboru návykových nemocí), léčba se nehradí při nespolupráci pacienta (například při nedodržení plánovaných návštěv); další podmínka pro úhradu Suboxone[®] stanovuje, že léčba probíhá ve specializovaných (vybraných) zdravotnických zařízeních. Je to vůbec poprvé v historii ČR, kdy je přípravek pro substituční léčbu závislosti na opiátech/opioidech hrazen ze zdravotního pojištění. Vzhledem k charakteru a rozsahu podmínek stanovených pro úhradu však v praxi k úhradě ze zdravotního pojištění nedochází.

tabulka 5-7: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v l. 1999–2010 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2011)

| Rok | Metadon – dovoz (kg) | Buprenorfin – distribuce (g) |
|------|----------------------|------------------------------|
| 1999 | 13,5 | 0,0 |
| 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 |

graf 5-1: Množství buprenorfinu (v g) distribuované v jednotlivých přípravcích v l. 2008–2010 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2011)



Každý lékař podávající jakoukoliv substituční látku má zákonnou povinnost hlásit údaje o pacientovi do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL), který v ČR funguje od května 2000 a jehož správcem a zpracovatelem je ÚZIS. Od listopadu 2007 je v provozu elektronická webová aplikace NRULISL⁶⁸. Stále existují ordinace bez osobního počítače či on-line připojení, proto byl NRULISL v r. 2010 upraven tak, aby bylo možné hlásit pacienty také na papírových formulářích⁶⁹.

Substituční terapii poskytovalo v r. 2000 celkem 7 akreditovaných metadonových center a jejich počet postupně narostl až na 13 zařízení v r. 2007. V r. 2008, kdy se do elektronické verze Registru substituční léčby začala hlásit i neakreditovaná pracoviště (např. psychiatrické ambulance a ordinace praktických lékařů), přibýlo dalších 11 hlásících zařízení. V r. 2009 hlásilo léčené klienty už 34 zdravotnických zařízení, mezi nimi byli i praktičtí lékaři pro dospělé (2 zařízení), ordinace psychiatrů (5 zařízení), 8 věznic a vojenská nemocnice. V r. 2010 vzrostl počet hlásících zařízení na 45, a to především díky hlášení ze samostatných ordinací psychiatrů a ordinací psychiatrie či AT ambulancí v nemocnicích. V červnu 2010 začalo hlásit klienty metadonové centrum „Ulice - Agentura sociální práce, o.s.“ z Plzně a v prosinci 2010 AT ordinace v Nemocnici Semily (Liberecký kraj). Jediným krajem bez aktivně hlásícího zařízení tak zůstává Pardubický kraj (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011g) – tabulka 5-8.

⁶⁸ Na adrese <https://snzr.uzis.cz/nrulisl/>. Do r. 2007 byl registr veden v jednoduché databázové formě, shromažďoval hlášení pouze ze specializovaných substitučních center akreditovaných MZ a komunikace probíhala formou papírových hlášení a telefonicky.

⁶⁹ Jejich používání je ovšem podmíněno souhlasem správce registru, tj. ÚZIS, protože bez on-line připojení nebude moci lékař ověřit, zda pacient již není léčen v jiném zařízení. Povolení je časově omezeno na dobu cca 3 měsíců, během kterých by si lékař měl příslušnou výpočetní techniku a on-line připojení opatřit.

tabulka 5-8: Počet zdravotnických zařízení aktivně hlásících klienty do NRULISL podle kraje sídla v r. 2000–2010 (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011g)

| Kraj sídla | 2000* | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Hl. m. Praha | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 6 | 10 |
| Středočeský | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Jihočeský | 0 | 0 | 0 | | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Plzeňský | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Karlovarský | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Ústecký | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Liberecký | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Královéhradecký | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| Pardubický | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vysočina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Jihomoravský | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| Olomoucký | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Zlínský | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Moravskoslezský | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Vojenská nemocnice | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Vězeňská služba ČR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 8 | 7 |
| Celkem ČR | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 12 | 13 | 24 | 34 | 45 |

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

Na konci r. 2010 bylo v Registru substituční léčby registrováno celkem 96 zařízení (z toho 22 AT ambulancí, 25 psychiatrických ordinací, 29 praktických lékařů pro dospělé, 8 ostatní oddělení, 11 věznic) – tabulka 5-9 a mapa 5-1 (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011g).

tabulka 5-9: Počet registrovaných zdravotnických zařízení v elektronické aplikaci NRULISL v l. 2007–2010 (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011g)

| Název oddělení | Rok registrace | | | | Celkem |
|-----------------------------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | |
| AT ambulance | 0 | 11 | 3 | 8 | 22 |
| Psychiatrie | 1 | 11 | 8 | 5 | 25 |
| Praktický lékař pro dospělé | 0 | 4 | 19 | 6 | 29 |
| Ostatní oddělení | 0 | 1 | 3 | 4 | 8 |
| Vězeňská služba ČR | 0 | 10 | 0 | 1 | 11 |
| Vojenská nemocnice | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Celkem | 1 | 37 | 34 | 24 | 96 |

mapa 5-1: Síť registrovaných zdravotnických zařízení v elektronické aplikaci NRULISL v r. 2010 (Nechanská, 2011g)



V listopadu a prosinci 2010 byl proveden pravidelný reprezentativní omnibusový sociologický průzkum mezi lékaři ČR, který provádí agentura INRES-SONES, do kterého byl z iniciativy NMS zařazen také modul s otázkami na

prevalenci problémového užívání drog a zkušenosti lékařů s podáváním substituční léčby (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010a) – výsledky týkající se problémového užívání substituce viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 41).

V r. 2010 bylo dotazováno celkem 1178 lékařů z celé ČR. Soubor proporcionalně odpovídal populaci lékařů ČR podle pohlaví, věku, způsobu výkonu lékařského povolání (soukromí vs. ostatní) a krajů. Rozhovor odmítlo poskytnout 340 lékařů (22,3 % oslovených). Na žádost NMS byl počet praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost navýšen na přibližně dvojnásobek jejich reálného zastoupení v populaci lékařů ČR z důvodu prevalečních odhadů problémových uživatelů drog. Proto nelze považovat výběrový soubor za reprezentativní z hlediska odbornosti lékaře např. počet specialistů oboru psychiatrie je velmi nízký.

Celkem 31 lékařů (2,6 %) z celého vzorku uvedlo, že poskytuje substituční léčbu závislosti na opiátech celkem 271 pacientům s průměrem 8,7 pacientů na předepisujícího lékaře a 0,23 na jednoho lékaře celkem – tabulka 5-10. Celkem 14 lékařů uvedlo metadon, 18 Subutex® a 4 Suboxone® jako substanci, kterou se jejich pacienti léčí.

tabulka 5-10: Lékaři poskytující substituci a počet pacientů v substituci v průzkumu Lékaři České republiky 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010a)

| Odbornost | Celkem ve vzorku | Poskytuje substituci | | Počet pacientů v substituci | | |
|-----------------------------------|------------------|----------------------|------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | | Počet | Podíl (%) | Celkem počet | Průměr za předepisující lékaře | Průměr za všechny lékaře |
| Praktický lékař pro dospělé | 342 | 17 | 5,0 | 86 | 5,1 | 0,25 |
| Praktický lékař pro děti a dorost | 212 | 3 | 1,4 | 120 | 40,0 | 0,57 |
| Gynekologie, porodnictví | 154 | 2 | 1,3 | 4 | 2,0 | 0,03 |
| Chirurgie | 95 | 2 | 2,1 | 13 | 6,5 | 0,14 |
| Interna | 107 | 6 | 5,6 | 46 | 7,7 | 0,43 |
| Psychiatrie | 8 | 1 | 12,5 | 2 | 2,0 | 0,25 |
| Ostatní | 260 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,00 |
| Celkem | 1178 | 31 | 2,6 | 271 | 8,7 | 0,23 |

Zjištěné podíly předepisujících lékařů podle odborností i průměrný počet pacientů v substituci na lékaře korespondují s výsledky stejného průzkumu v r. 2007, i když počet lékařů některých odborností v průzkumu z r. 2010 (psychiatrů) je podhodnocen. V r. 2007 bylo zjištěno, že substituci (Subutex®) poskytovalo cca 11 % psychiatrů, 2 % chirurgů, 1 % internistů, ale také 5 % praktických lékařů pro dospělé, což je prakticky stejný podíl, jako podíl zjištěný v r. 2010. Také průměrný počet pacientů v substituci na jednoho praktického lékaře celkem se prakticky nezměnil – 0,25 % (blíže viz VZ 2007).

Vzhledem ke struktuře výzkumného souboru a výsledkům podle odborností byl odhad počtu pacientů v substituční léčbě v ČR proveden pouze u praktických lékařů pro dospělé – výsledky získané u praktických lékařů z výběrového souboru byly extrapolovány na celkový počet 5298 praktických lékařů pro dospělé v ČR v r. 2010.

tabulka 5-11: Odhad počtu pacientů v opiátové substituční léčbě u praktických lékařů pro děti a dorost v r. 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010a)

| Pohlaví | Ukazatel | Celkem substituovaných | Z toho Subutexem® | Z toho Suboxone® | Z toho metadonem |
|---------------|-----------------------------------|------------------------|--------------------|------------------|------------------|
| Muži | Střední hodnota | 744 | 496 | 77 | 170 |
| | 95% interval spolehlivosti | 248 – 1 239 | 101 – 890 | 0 – 178 | 25 – 316 |
| Ženy | Střední hodnota | 589 | 155 | 77 | 356 |
| | 95% interval spolehlivosti | 0 – 1 224 | 42 – 268 | 0 – 178 | 0 – 910 |
| Celkem | Střední hodnota | 1 332 | 651 | 155 | 527 |
| | 95% interval spolehlivosti | 279 – 2 385 | 171 – 1 130 | 0 – 337 | 0 – 1 169 |

Lze odhadnout, že v r. 2010 v ČR přibližně 230 praktických lékařů pro dospělé poskytovalo pacientům Subutex® nebo Suboxone®, kteří předepisovali Subutex® přibližně 650 pacientům a Suboxone® 160 pacientům. Celkem je po extrapolaci u praktických lékařů v substituci cca 1300 pacientů – pravděpodobně jsou však do tohoto počtu zahrnuti také pacienti na metadonu, který je dosud dostupný jen v metadonových (specializovaných) substitučních centrech. V r. 2007 bylo odhadnuto celkem 240 praktických lékařů předepisujících Subutex® 1360 pacientům (dále bylo v r. 2007 odhadnuto 150 psychiatrů předepisujících Subutex® 3000 pacientům) – viz VZ 2007.

Další otázky v průzkumu se týkaly hlášení do substitučního registru (NRULISL). Z odpovědí vyplývá, že pouze 71 % lékařů poskytujících substituci je registrováno a vždy hlásí pacienty do registru pouze třetina lékařů, kteří substituci poskytují – podle odborností viz tabulka 5-12.

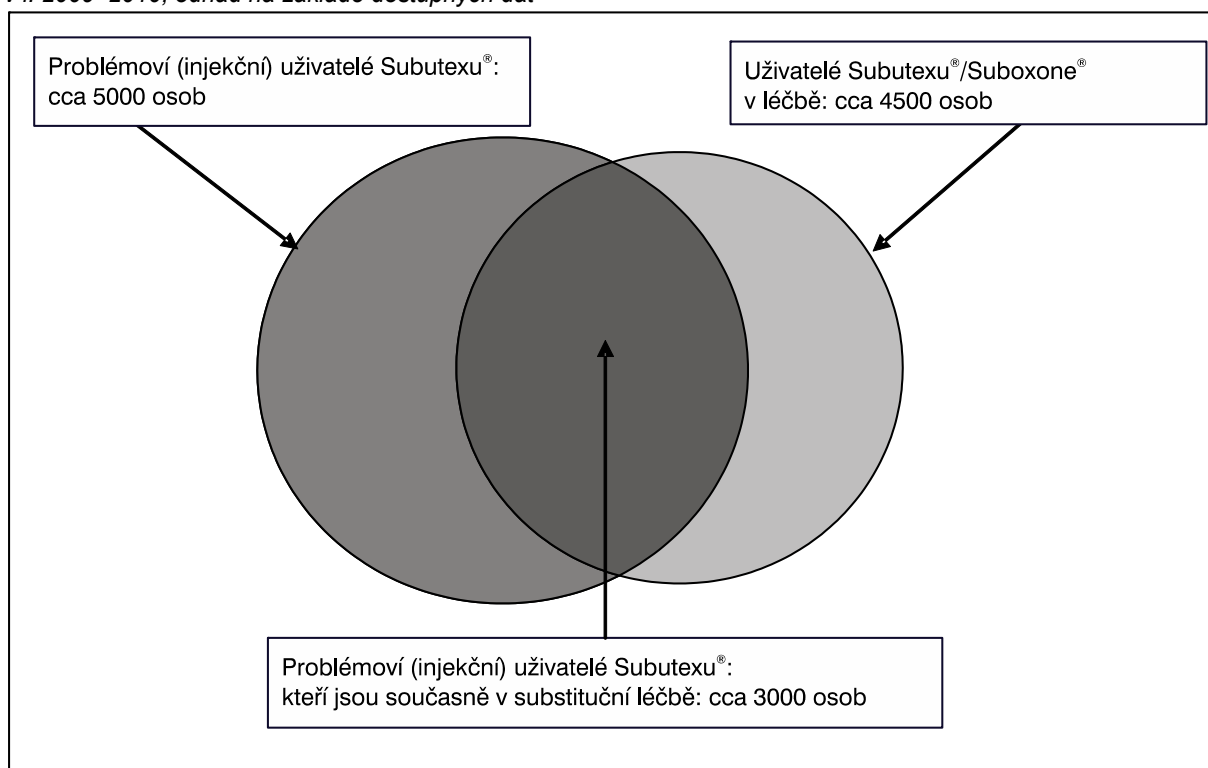
tabulka 5-12: Registrace v NRULISL a hlášení pacientů do NRULISL v průzkumu Lékaři České republiky 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010a)

| Odbornost | Počet lékařů poskytujících substituci | Registrován v NRULISL | | Hlásí pacienty do NRULISL | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|-------------|---------------------------|-------------|------------------|-------------|----------|-------------|
| | | Počet | % | Ano | | Ano, ale ne vždy | | Ne | |
| | | | | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Praktický lékař pro dospělé | 17 | 13 | 76,5 | 7 | 41,2 | 6 | 35,3 | 4 | 23,5 |
| Praktický lékař pro děti a dorost | 3 | 2 | 66,7 | 0 | 0,0 | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 |
| Gynekologie, porodnictví | 2 | 2 | 100,0 | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Chirurgie | 2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 |
| Interna | 6 | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 | 2 | 33,3 | 2 | 33,3 |
| Psychiatrie | 1 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Celkem | 31 | 22 | 71,0 | 11 | 35,5 | 11 | 35,5 | 9 | 29,0 |

Populace pacientů substituční léčby užívajících přípravky obsahující buprenorfin a problémových uživatelů buprenorfinu (zejména Subutexu[®]) se vzájemně překrývají. V rámci průzkumu Multiplikátor 2010 (blíže viz kapitola Problémové užívání drog, str. 41) zaměřeného na odhad podílu problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními byla v r. 2009 zjišťována i data o podílu problémových uživatelů opiátů zařazených do substitučního programu. Podíl té části problémových uživatelů, která se účastní substituční léčby, byl odhadnut na 8 % (95% CI: 7–10 %) problémových uživatelů drog, resp. 23 % (95% CI: 20–27 %) problémových uživatelů opiátů, což odhadem znamená přibližně 3000 osob (střední odhad) – blíže viz VZ 2009.

Překryv obou skupin – skupiny pacientů užívajících přípravky obsahující buprenorfin v léčbě a skupiny uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými programy, kteří užívají přípravky obsahující buprenorfin (zejména Subutex[®]) problémovým způsobem (injekčně a/nebo nepředepsané lékařem, z černého trhu), orientačně znázorňuje obrázek 5-2. Průnik substituční léčby a dalších harm reduction intervencí je možné vnímat jako pozitivní faktor⁷⁰ a využívat jej v léčebném procesu, kde je prozatím považován za negativum či stigma.

obrázek 5-2: Překryv problémových uživatelů Subutexu[®] a pacientů v substituční léčbě přípravky na bázi buprenorfinu v l. 2009–2010, odhad na základě dostupných dat

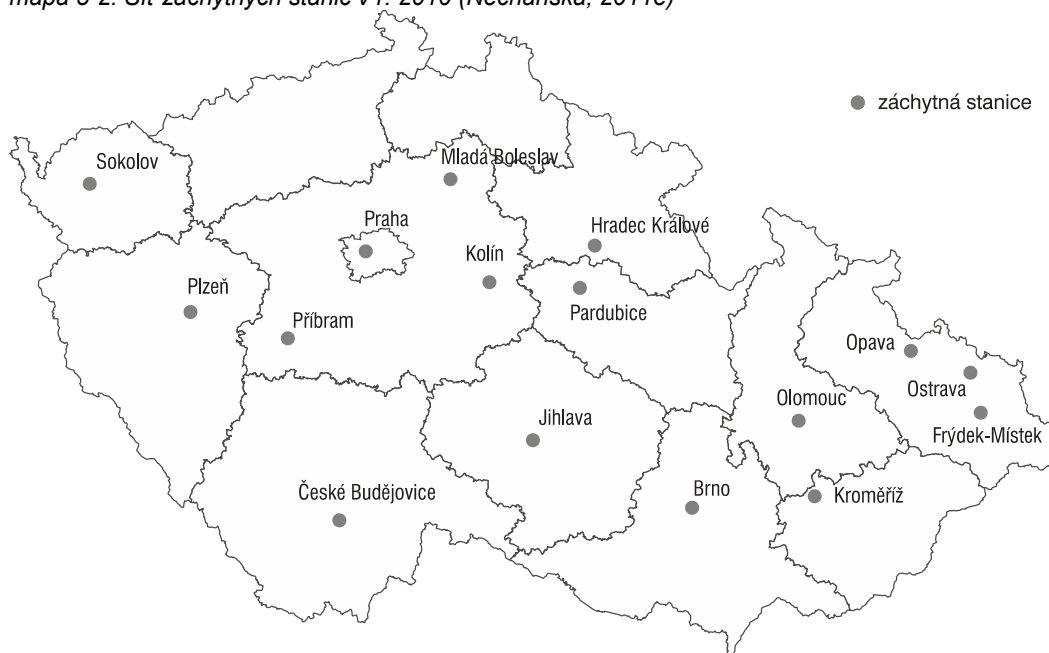


⁷⁰ Současné zapojení do obou typů intervencí se ukazuje být asociováno s nižším rizikem infekce HIV a HCV mezi injekčními uživateli drog či s redukcí rizikového chování injekčních uživatelů drog (Van den Berg et al. 2007; Turner et al. 2011; Hagan et al. 2011).

5.2.2.3 Záchytné stanice

Zvláštním typem ambulantních zařízení v ČR jsou záchytné stanice – speciální zdravotnická zařízení pro krátkodobý pobyt (v řádu několika hodin) a detoxifikaci při akutní intoxikaci zejména alkoholem. První informace o počtu záchytných stanic jsou k dispozici z r. 1963, kdy bylo evidováno 21 zařízení s 222 lůžky, maxima jejich počet dosáhl na konci 80. let minulého století, kdy bylo registrováno 34 stanic s cca 330 lůžky, v r. 2009 to bylo pouze 14 zařízení se 137 lůžky. Během r. 2010 se zaevidovaly dvě nové záchytné stanice ve Středočeském a Olomouckém kraji a počet záchytných stanic tak vzrostl na 16 s celkem 157 lůžky. Záchytné stanice se v r. 2010 nacházely ve všech krajích kromě Ústeckého a Libereckého – mapa 5-2 (Nechanská et al., 2011; Mravčík et al., 2011a; Nechanská, 2011e).

mapa 5-2: Síť záchytných stanic v r. 2010 (Nechanská, 2011e)



5.2.2.4 Ambulantní léčba poskytovaná NNO

Ambulantní léčbu poskytují v ČR také NNO; některé z těchto programů mají statut zdravotnického zařízení, některé poskytují také substituční léčbu (tato zařízení i jejich klienti se mohou objevit i v jiných hlásných systémech); jejich společným znakem je, že jako NNO žádají o dotace na poskytování služeb ze státního rozpočtu. V r. 2010 dotovala RVKPP 13 ambulantních programů, které poskytly služby celkem 1813 klientům – uživatelům drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j) – tabulka 5-13.

tabulka 5-13: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a počet jejich klientů v l. 2003–2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

| Rok | Počet dotovaných programů | Počet klientů – uživatelů drog |
|------|---------------------------|--------------------------------|
| 2003 | 19 | 1 590 |
| 2004 | 20 | 1 493 |
| 2005 | 18 | 1 743 |
| 2006 | 15 | 2 428 |
| 2007 | 13 | 1 642 |
| 2008 | 13 | 2 379 |
| 2009 | 15 | 2 130 |
| 2010 | 13 | 1 813 |

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

5.2.3 Rezidenční léčba

5.2.3.1 Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky jsou lůžková zdravotnická pracoviště zřizovaná obvykle při odděleních psychiatrie a odděleních pro léčbu závislosti. Slouží pro krátkodobou (obvykle od 1 do 3 týdnů) rezidenční léčbu s cílem zvládnout odvykací syndrom před vstupem do další (většinou rezidenční) abstinenčně orientované léčby.

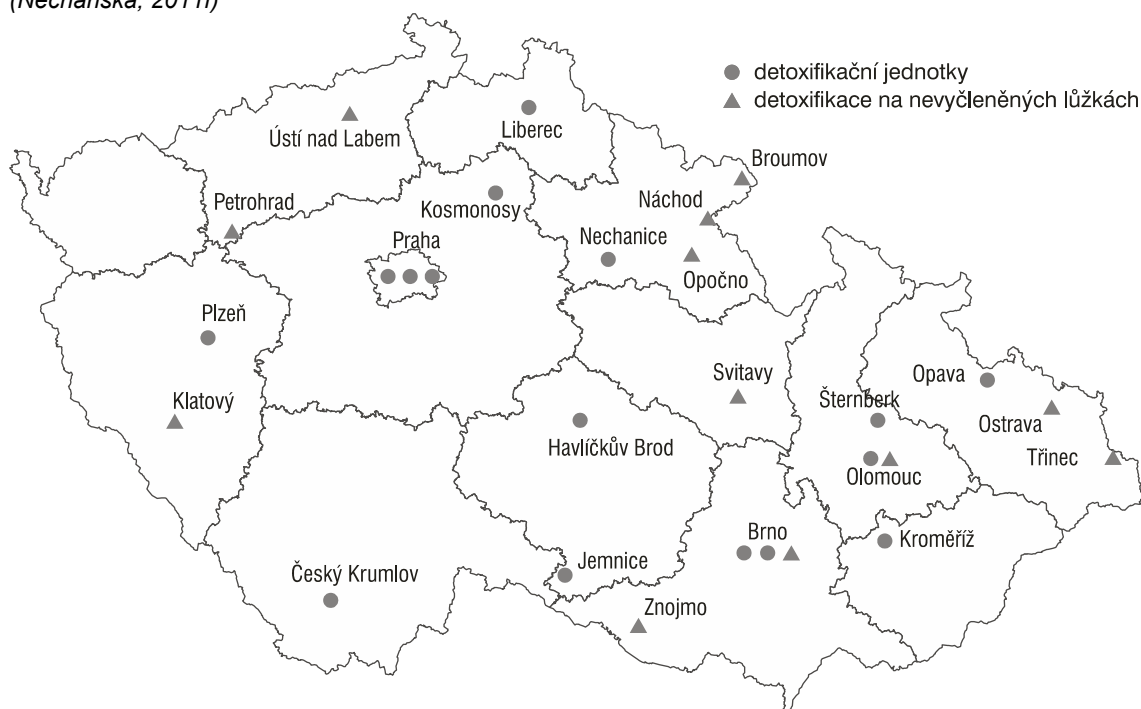
Bližší informace o detoxifikačních jednotkách byly poprvé získány na přelomu srpna a září 2010 během průzkumu, který realizoval ÚZIS pro potřeby Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti – blíže viz VZ 2009⁷¹.

V r. 2010 byla vyčleněná lůžka k detoxifikaci od návykových látek vykázána v 16 lůžkových zařízeních, a to ve 3 fakultních nemocnicích, ve 4 nemocnicích a v 9 psychiatrických léčebnách. Nejvíce detoxifikačních jednotek bylo v Praze⁷², detoxifikační jednotka nebyla v krajích Karlovarském, Ústeckém a Pardubickém. V dalších 12 lůžkových zařízeních hospitalizovali pacienti podstupující detoxifikaci, i když neměli vyčleněná lůžka speciálně pro tento typ léčby; jednalo se převážně o nemocnice akutní péče⁷³. Celkem byla tedy detoxifikace v r. 2010 prováděna ve 28 lůžkových zařízeních, z toho ve 4 fakultních nemocnicích, 14 nemocnicích a 10 psychiatrických léčebnách. Jediným krajem, kde neprováděli detoxifikaci AT pacientů, byl Karlovarský kraj – mapa 5-3 a tabulka 5-14.

V 16 detoxifikačních jednotkách bylo vyčleněno celkem 163 lůžek k detoxifikaci AT pacientů. Nejvíce lůžek bylo na detoxifikačních jednotkách (mužské i ženské) v PL Bohnice v Praze, a to celkem 16 lůžek, 15 lůžek měla vyčleněno Vojenská nemocnice v Olomouci. V PL Havlíčkův Brod a v Dětském a dorostovém detoxifikačním centru v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze hospitalizovali pacienti na 14 lůžkách. Nejnižší lůžkovou kapacitu (4 lůžka) vykázála detoxifikační jednotka v PL Kroměříž (Nechanská, 2011f).

Detoxifikace probíhala v r. 2010 také v 5 věznicích – blíže viz kapitolu Intervence ve vězení (str. 114).

mapa 5-3: Síť detoxifikačních jednotek a zařízení poskytujících detoxikaci na nevyčleněných lůžkách v r. 2010 (Nechanská, 2011f)



⁷¹ Na základě výsledků tohoto průzkumu přidal ÚZIS k ročnímu sběru údajů o lůžkovém fondu zdravotnických zařízení k 31. 12. 2010 doplňkovou tabulku „Detoxifikace od psychoaktivních látek na odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách“. Tuto tabulku dostaly k vyplnění všechny nemocnice a psychiatrické léčebny. Byl tak získán stav vyčleněných lůžek na detoxifikačních jednotkách k 31. 12. 2010, počet pacientů, kteří podstoupili detoxifikaci během r. 2010, a to jak na těchto jednotkách, tak i na dalších odděleních, která neměla vyčleněná lůžka speciálně pro detoxifikaci. Byla zjišťována i délka detoxifikace.

⁷² V Praze existuje také jediná detoxifikační jednotka v ČR určená pro děti a mladistvé, a to Dětské a dorostové detoxifikační centrum v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (blíže viz VZ 2008).

⁷³ Detoxifikace probíhala na standardních lůžkách různých oddělení lůžkových zařízení. Většinou se jednalo o oddělení psychiatrie, dětské psychiatrie nebo oddělení pro léčbu AT pacientů (9 zařízení). Ve 2 zařízeních probíhala detoxifikace na odděleních interny a jedno zařízení detoxifikovalo pacienty podle aktuální volné lůžkové kapacity, a to převážně na oddělení psychiatrie, ale také na interním či dětském oddělení.

tabulka 5-14: Síť lůžkových zařízení poskytujících detoxifikaci AT pacientů a počty vyčleněných lůžek na detoxifikačních jednotkách v r. 2010 (Nechanská, 2011f)

| Kraj | Vyčleněná lůžka | | | | Nevyčleněná lůžka | | | | Zařízení poskytující detoxifikaci celkem | | | |
|------------------|--------------------|-------------|-------------------------|-------------|-----------------------|-------------|----------------|-------------|--|-----------|----------|-----------|
| | Fakultní nemocnice | | Nemocnice (akutní péče) | | Psychiatrické léčebny | | Celkem | | | Celkem | | |
| | Počet zařízení | Počet lůžek | Počet zařízení | Počet lůžek | Počet zařízení | Počet lůžek | Počet zařízení | Počet lůžek | | | | |
| Hl. m. Praha | 1 | 9 | 1 | 14 | 1 | 16 | 3 | 39 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Středočeský | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 9 | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Jihočeský | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 13 | 1 | 13 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Plzeňský | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Karlovarský | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ústecký | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Liberecký | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Královéhradecký | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 1 | 6 | 0 | 3 | 0 | 4 |
| Pardubický | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Vysočina | 0 | 0 | 1 | 14 | 1 | 5 | 2 | 19 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Jihomoravský | 1 | 14 | 0 | 0 | 1 | 10 | 2 | 24 | 0 | 2 | 0 | 4 |
| Olomoucký | 0 | 0 | 1 | 15 | 1 | 12 | 2 | 27 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| Zlínský | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Moravskoslezský | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 11 | 1 | 11 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| Celkem ČR | 3 | 29 | 4 | 48 | 9 | 86 | 16 | 163 | 1 | 10 | 1 | 28 |

5.2.3.2 Psychiatrická lůžková zařízení

Údaje o počtu zařízení (oddělení), počtu lůžek a pacientů uvádí tabulka 5-15, která je doplněna o údaje z ostatních zařízení s psychiatrickým oddělením od r. 2002⁷⁴.

Rezidenční medicínskou léčbu pacientů závislých na návykových látkách poskytují převážně psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic. Zejména v psychiatrických léčebnách je léčba organizována na speciálních odděleních pro léčbu závislostí. V posledních letech zůstává síť psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení prakticky beze změn, ale dochází ke snižování celkového počtu lůžek. I když došlo v psychiatrických léčebnách v r. 2010 k dalšímu poklesu počtu lůžek (o 149), vzrostl podíl lůžek na AT pracovištích. Počet psychiatrických oddělení v nemocnicích zůstal v r. 2010 stejný, počet lůžek klesl jen nepatrně (Nechanská et al., 2011).

O soudně nařízené léčbě včetně její ústavní formy pojednává kapitola Alternativy trestního postihu (str. 111).

tabulka 5-15: Počet psychiatrických lůžkových zařízení, jejich celková lůžková kapacita a využití uživateli nealkoholových drog (mimo tabáku) v l. 2000–2010 (Nechanská et al., 2011)

| Rok | Dětské psychiatrické léčebny | | | Psychiatrické léčebny pro dospělé | | | | Psychiatrická oddělení nemocnic | | | Ostatní lůžková zařízení* | | |
|------|------------------------------|---------------------|----------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------|----------------|---------------------------------|---------------------|----------------|---------------------------|---------------------|----------------|
| | Počet | Celkový počet lůžek | Počet pacientů | Počet | Celkový počet lůžek | z toho AT lůžka | Počet pacientů | Počet | Celkový počet lůžek | Počet pacientů | Počet | Celkový počet lůžek | Počet pacientů |
| 2002 | 4 | 368 | 13 | 17 | 9 677 | 1 194 | 2 494 | 33 | 1 546 | 1 200 | 2 | 66 | 10 |
| 2003 | 4 | 368 | 17 | 17 | 9 609 | 1 275 | 2 536 | 33 | 1 517 | 1 480 | 2 | 66 | 5 |
| 2004 | 4 | 368 | 27 | 17 | 9 583 | 1 266 | 2 880 | 33 | 1 501 | 1 763 | 2 | 66 | 6 |
| 2005 | 3 | 320 | 27 | 17 | 9 538 | 1 316 | 3 104 | 32 | 1 439 | 1 584 | 3 | 126 | 115 |
| 2006 | 3 | 320 | 29 | 17 | 9 442 | 1 347 | 3 200 | 31 | 1 420 | 1 846 | 3 | 126 | 211 |
| 2007 | 3 | 320 | 16 | 16 | 9 307 | 1 347 | 3 489 | 32 | 1 419 | 1 834 | 3 | 126 | 158 |
| 2008 | 3 | 300 | 25 | 16 | 9 240 | 1 319 | 3 527 | 32 | 1 396 | 1 708 | 3 | 126 | 168 |
| 2009 | 3 | 260 | 21 | 17 | 9 207 | 1 330 | 3 578 | 31 | 1 383 | 1 709 | 3 | 126 | 156 |
| 2010 | 3 | 260 | 31 | 17 | 9 058 | 1 314 | 3 550 | 31 | 1 374 | 1 644 | 3 | 126 | 131 |

Pozn.: *Jedná se o psychiatrická oddělení v ostatních odborných léčebných ústavech a dalších lůžkových zařízeních.

5.2.3.3 Terapeutické komunity pro uživatele drog

Dalším typem rezidenční léčby je terapeutická komunita (TK). Historie terapeutických komunit pro drogově závislé v ČR je shrnuta v kapitole Léčba ve VZ 2008. Terapeutické komunity jsou v ČR sdruženy v odborné sekci terapeutických komunit A.N.O., která měla 11 členů k srpnu 2011⁷⁵. Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV fungovalo k srpnu 2011 v ČR 14 programů registrovaných jako terapeutická komunita, jejichž primární cílovou skupinou jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách⁷⁶. V dotačním řízení RVKPP bylo v r. 2010 podpořeno 10 terapeutických komunit (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j).

5.2.3.4 Specializovaná oddělení v pobytových zařízeních speciálního školství

Do rezortu školství spadá systém náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči. Spolupracují mezi sebou vzájemně čtyři typy institucionálních zařízení (diagnostické ústavy pro děti nebo mládež, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, dětské domovy) a jeden typ zařízení preventivní péče (střediska výchovné péče). Zařízení zřizuje MŠMT, krajské úřady nebo soukromý sektor. Celkem je v ČR 272 zařízení – tabulka 5-16. Diagnostické ústavy zřizuje MŠMT, dětské domovy bývají zřizovány krajskými úřady, církvemi, soukromými subjekty nebo MŠMT; dětské domovy se školou zřizuje MŠMT. Výchovné ústavy zřizuje MŠMT nebo soukromý sektor, některé se specializují i na nezletilé matky s dětmi nebo mládež, která užívá drogy. Střediska výchovné péče organizačně spadají pod diagnostické ústavy nebo výchovné ústavy a potom nejsou samostatnými subjekty, ale mohou být zřizovány i soukromými subjekty. Počet dětí v zařízeních se každý rok zvyšuje. V r. 2003 bylo v zařízeních ústavní nebo ochranné výchovy umístěno 7250 dětí, v l. 2009 a 2010 to bylo 7820, resp. 7397 dětí. Střediska výchovné péče evidovala v r. 2010 celkem 8064 klientů⁷⁷.

⁷⁴ Pro zpracování hospitalizací za r. 2010 byla změněna metodika výběru zařízení zahrnutých mezi psychiatrická lůžková zařízení. Kromě psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení nemocnic byly údaje zpracovány i za ostatní lůžková zařízení, která provozují psychiatrické lůžkové oddělení. Mezi tato zařízení patří od r. 2005 také zdravotnické zařízení PATEB s.r.o., které poskytuje výhradně psychiatrickou péči, a to i uživatelům návykových látek. Proto proběhlo jednání o změně zařazení a od 1.1.2011 je již toto zařízení zahrnuto mezi psychiatrické léčebny. Ostatní dvě zařízení, která patří do nového výběru, se věnují psychiatrii pro dospělé a gerontopsychiatrii, počet hospitalizovaných uživatelů drog je minimální.

⁷⁵ Viz <http://www.terapeutickekomunity.org/>, zobrazeno 2011-08-09.

⁷⁶ Viz <http://iregistr.mpsv.cz/>, vyhledáno 2011-08-09.

⁷⁷ Informace podané odborem prevence, speciálního vzdělávání a institucionální výchovy MŠMT v září 2010 a srpnu 2011.

tabulka 5-16: Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v l. 2009–2010

| Typy zařízení | Počet zařízení | |
|--------------------------------------|----------------|------------|
| | 2009 | 2010 |
| Dětské domovy | 155 | 150 |
| Dětské domovy se školou | 29 | 31 |
| Výchovné ústavy | 34 | 33 |
| Diagnostické ústavy pro děti | 8 | 9 |
| Diagnostické ústavy pro mládež | 4 | 4 |
| Diagnostický ústav pro děti a mládež | 1 | – |
| Diagnostický ústav pro děti cizinců | 1 | 1 |
| Střediska výchovné péče* | 17 | 17 |
| Celkem ČR | 249 | 245 |

Pozn.: * Počet se týká subjektů, včetně odloučených pracovišť se jedná o cca 40 zařízení.

Součástí 5 zařízení jsou oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou závislostí. Celková kapacita těchto oddělení v r. 2010 byla 68 míst a pobyt v nich absolvovalo 137 dětí – tabulka 5-17.

tabulka 5-17: Kapacita a počet dětí s problémy s užíváním drog ve specializovaných odděleních školských zařízení ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v l. 2009–2010

| Zařízení | Kapacita | | Počet dětí | |
|---|-----------|-----------|------------|------------|
| | 2009 | 2010 | 2009 | 2010 |
| Výchovný ústav Dvůr Králové | 24 | 24 | 31 | 32 |
| Výchovný ústav Klíčov | 8 | 8 | 14 | 19 |
| Výchovný ústav Žulová | 8 | 8 | 15 | 12 |
| Výchovný ústav Hostouň | 16 | 16 | 25 | 27 |
| Diagnostický ústav Dobřichovice, pracoviště Řevnice | 18 | 12 | 67 | 47 |
| Celkem | 74 | 68 | 152 | 137 |

5.3 Uživatelé drog v léčbě, jejich charakteristiky a trendy

5.3.1 Systémy sběru dat o uživatelích drog v léčbě

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

- Celostátní Registr žádostí o léčbu, který od r. 1995 spravuje hygienická služba (HS), resp. Hygienická stanice hl. m. Prahy. Do Registru žádostí o léčbu jsou zařazeni ti uživatelé drog, kteří v daném roce využili léčebných a poradenských služeb v zařízeních pro uživatele drog, a to jak zdravotnických, tak nezdravotnických (např. terapeutické komunity, nízkoprahová centra). Samostatně jsou evidováni uživatelé, kteří tak učinili poprvé v životě (prvožadatelé). Soubor sbíraných údajů, jejich struktura a používané definice odpovídají standardu pro sběr žádostí o léčbu Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). Registr nedostatečně pokrývá léčbu v ordinacích praktických lékařů, substituční léčbu a léčbu ve věznicích (Studničková, 2009).
- Dalšími zdroji dat o léčených uživatelích drog jsou zdravotnické registry a statistické hlášené systémy, které spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Jedná se o povinně hlášená data z lůžkových a ambulantních (psychiatrických) zdravotnických zařízení a o Registr substituční léčby NRULISL (viz výše). Do registrů ÚZIS přispívá vyšší počet zařízení než do registru HS, jedná se nicméně výhradně o zdravotnická zařízení.
- Údaje o klientech a službách poskytnutých NNO, resp. programy realizovanými s podporou dotace ze státního rozpočtu, jsou k dispozici zejména ze závěrečných zpráv projektů v rámci dotačního řízení RVKPP. Tyto informace zpracovává každoročně NMS. Zejména se jedná o nízkoprahové programy, ale také o ostatní typy služeb realizované NNO (ambulantní léčba a následná péče, rezidenční léčba v terapeutických komunitách)⁷⁸.

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

⁷⁸ Od r. 2003 spravuje NMS softwarovou aplikaci sjednoceného systému sběru dat v nízkoprahových zařízeních FreeBase a od r. 2008 aplikaci UniData, která je určena pro všechny typy služeb. V oblasti primární prevence funguje od r. 2008 obdobná aplikace s názvem PrevData. Všechny aplikace jsou primárně určeny pro záznam údajů o klientech a o službách, které jim byly poskytnuty. Umožňují např. zpracování výstupů kompatibilních s požadavky Registru žádostí o léčbu a s požadavky na průběžné a závěrečné zprávy dotačního řízení RVKPP. Aplikace jsou bezplatně ke stažení na <http://www.drogovesluzby.cz>.

5.3.2 Registr žádostí o léčbu

Do Registru žádostí o léčbu v r. 2010 nahlásilo data 214 center (70 nízkoprahových, 94 ambulantních a 50 pobytových zařízení). Nejnavštěvovanějším typem zařízení byla tradičně nízkoprahová centra, jejich klienti tvořili stejně jako v předchozích letech více než polovinu žadatelů o léčbu – 59,1 % prvožadatelů a 51,7 % všech žadatelů. Nejčastěji jsou mezi centry zastoupena ambulantní zařízení, nicméně na hlášení léčených uživatelů drog se podílela pouze z 19,7 % u prvožadatelů a 23,2 % u všech žadatelů o léčbu v r. 2010 (Studničková, Petrášová, 2011).

V r. 2010 vyhledalo léčebné služby uvedených zařízení celkem 9005 uživatelů drog, tj. o zhruba 300 osob více než v r. 2009. Z toho 4362 osob požádalo o léčbu poprvé, což je téměř stejný počet prvožadatelů jako v r. 2009. V porovnání s předchozími lety se obrací trend a počty žadatelů o léčbu mírně rostou a dostávají se tak na úroveň let 2004 a 2005. Ženy tvoří stabilně přibližně třetinu žadatelů o léčbu (Studničková, Petrášová, 2011).

Pořadí užívaných drog, které jsou důvodem všech (i prvních) žádostí o léčbu, zůstává stejné jako v předchozích letech. Žadatelům o léčbu dominují uživatelé stimulancií, a to jak u všech žadatelů (62,9 %), tak i mezi prvožadateli (67,5%), zejména se jednalo o pervitin (62,5 %, resp. 67,2 %). Druhou nejpočetnější skupinu mezi všemi žadateli tvoří uživatelé opiátů (23,1 %) a mezi prvožadateli uživatelé konopných látek (15,9 %). Vývoj počtu žadatelů o léčbu podle užívané drogy uvádí graf 5-3 a graf 5-4.

Míra výskytu žádostí o léčbu a zastoupení žadatelů o léčbu podle užívané drogy není v celé ČR stejná. Z dostupných dat je zřejmé, že nejvyšší prevalenci i incidenci žadatelů o léčbu mají Ústecký kraj a Praha. Poměrně dominantní je ve všech regionech napříč ČR podíl stimulancií (pervitinu) – od 49,0 % v Praze po 85,0 % v Jihočeském kraji. Uživatelé opiátů byli významněji zastoupeni mezi žadateli v Praze (38,9 %) a Středočeském kraji (37,9 %). Nejvyšší podíl uživatelů konopných látek mezi žadateli o léčbu vykazuje Vysočina (26,5 %), Plzeňský (24,1 %) a Moravskoslezský kraj (21,1 %) – mapa 5-2.

5.3.2.1 Vybrané charakteristiky žadatelů o léčbu

Zastoupení mužů a žen je mezi žadateli o léčbu dlouhodobě stabilní a odpovídá poměru dva muži na jednu ženu. Nejvyšší podíl mužů je mezi všemi léčenými uživateli těkavých a konopných látek, nejnižší mezi uživateli jiných drog a léků, kde polovinu tvoří ženy. Vyrovnaný je podíl žen a mužů i ve skupině uživatelů sedativ, hypnotik. Poměrně vysoký je podíl žen mezi uživateli stimulancií (34,2 %), mezi uživateli opiátů představují ženy 29,6 % (Studničková, Petrášová, 2011).

Z hlediska věkové struktury žadatelů o léčbu je patrné mírné stárnutí populace žadatelů o léčbu – graf 5-5 a graf 5-6. Ačkoliv meziroční nárůst průměrného věku je nízký, ze střednědobého hlediska je rostoucí trend zřetelný. Průměrný věk byl v r. 2010 u prvožadatelů 25,7 roku a 27,3 roku u všech žadatelů o léčbu, od r. 2002 se zvýšil o 4,5, resp. 4 roky. Nejvíce zestárlí prvně léčení uživatelé heroínu – od r. 2000 lze pozorovat zvýšení jejich průměrného věku o téměř 8 let na současných 29,1 roku. Nejpočetnější věkovou skupinou v r. 2009 mezi všemi žadateli i mezi prvožadateli byli uživatelé mezi 25–39 lety – tvořili 42,9 %, resp. 52,2 % všech žadatelů. Analogicky k postupnému nárůstu průměrného věku žadatelů lze pozorovat úbytek nejmladších uživatelů v léčbě do 19 let věku – graf 5-7 a graf 5-8.

Mezi nejstarší a současně nejrychleji stárnoucí skupiny žadatelů o léčbu dlouhodobě patří uživatelé heroínu a kokainu. Na druhou stranu nejmladšími žadateli jsou uživatelé konopných drog (21,2 roku u prvožadatelů a 22,4 roku u všech žadatelů). Vysokou prevalenci konopných drog především ve skupině mladistvých a mladých dospělých potvrzují také data z průzkumů v obecné populaci – viz kapitola Užívání drog v populaci (str. 24).

Nejvíce žadatelů o léčbu v r. 2010 uvedlo injekční aplikaci drogy (69,8 %), následovalo kouření (13,9 %) a inhalace/šňupání (12,3 %).

Mezi žadateli o první léčbu uvedlo v r. 2010 každodenní užívání drogy celkem 1308 osob (30,0 %), dalších 1013 (23,2 %) užívalo drogu 2–6krát týdně. Heroin byl nově evidovanými uživateli nejčastěji užíván denně (54,8 %), pervitin užívalo denně 23,7 % prvožadatelů o léčbu, přičemž nejčastější uváděná frekvence aplikace pervitinu je 1krát týdně a méně (27,8 %). Mezi všemi léčenými klienty uvedlo denní užívání drogy 2731 (30,3 %) uživatelů drog, dalších 1930 (21,4 %) užívalo drogu 2–6krát týdně. Mezi všemi léčenými uživateli heroínu uváděla denní aplikaci zhruba polovina žadatelů, zatímco u uživatelů pervitinu převažuje nižší frekvence užívání, a to vícekrát za týden (25,4 %) oproti každodennímu užívání (21,9 %). Rovněž většina uživatelů buprenorfinu (63,3 %) uvedla v žádosti o léčbu denní aplikaci drogy (Studničková, Petrášová, 2011).

Socioekonomické charakteristiky žadatelů se v průběhu posledních let příliš nemění. Z celkového počtu 9005 žadatelů o léčbu v r. 2010 bylo 13,6 % bez domova, dalších 9,7 % pobývalo v zařízeních (např. ve věznicích, ústavech, na ubytovnách nebo v azylových domech); stálé bydliště vykazalo 45,3 % žadatelů. Třetina všech evidovaných léčených uživatelů drog žije s rodiči, 21,3 % všech léčených klientů uvedlo, že žijí sami, přičemž z nově evidovaných klientů žije samo 19,3 %, 666 (7,4 %) léčených uživatelů drog uvedlo, že žijí společně s dětmi (k problematice uživatelů drog – rodičů a těhotných žen užívajících drogy viz speciální kapitola Uživatelé návykových látek a jejich děti, str. 133. Osob bez stálého bydliště je výrazně více mezi opakovaně léčenými a dlouhodobými

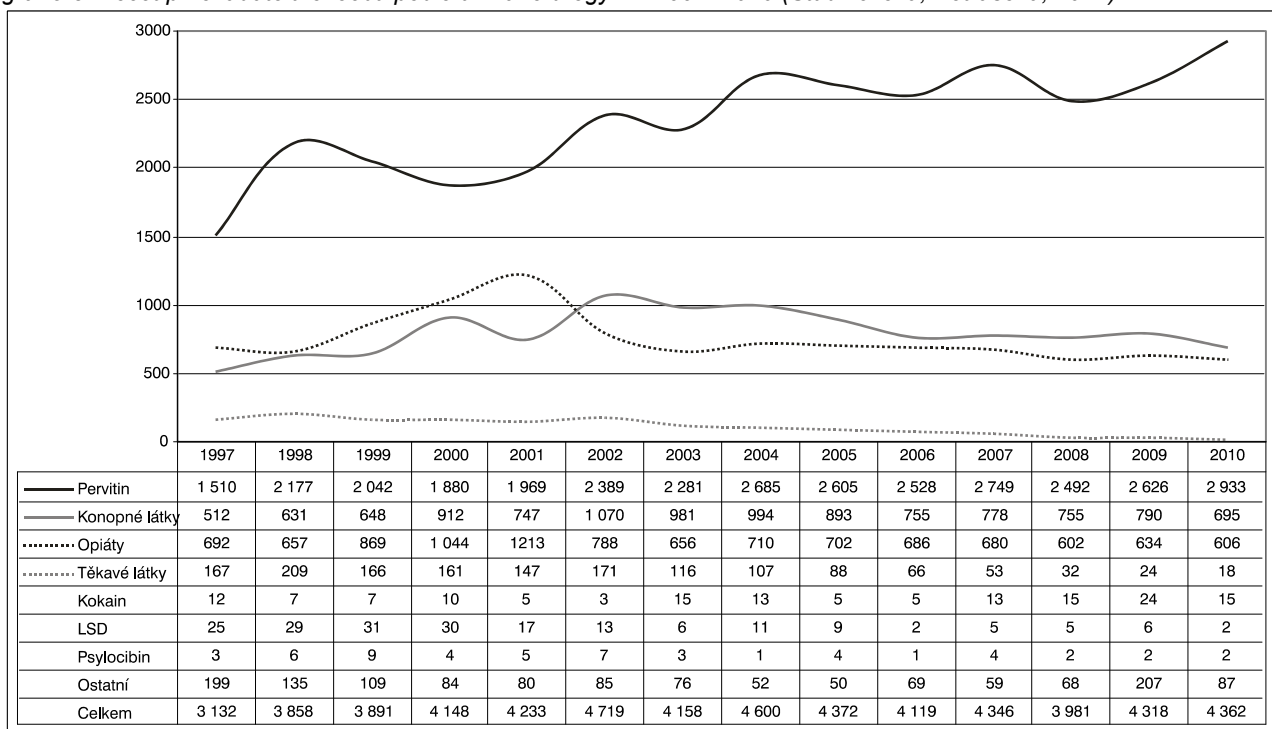
uživatelů drog než mezi žadateli o první léčbu, podíl osob bez domova se od r. 2006 zvyšuje mezi všemi klienty i mezi prvožadateli (Studničková, Petrášová, 2011).

Více než polovina žadatelů o léčbu byla nezaměstnaná nebo vykonávala příležitostnou práci (57,0 %). Pravidelné zaměstnání uvedlo 13,4 % prvožadatelů a 16,0 % všech žadatelů o léčbu. Téměř polovina žadatelů o léčbu měla pouze základní vzdělání a 45,4 % žadatelů mělo středoškolské vzdělání (Studničková, Petrášová, 2011).

V r. 2010 bylo mezi všemi žadateli o léčbu 8232 (91,4 %) a mezi prvožadateli 3827 (87,7 %) uživatelů drog zařazených do definice problémového užívání⁷⁹. Přetrvává vysoký podíl injekčních uživatelů drog mezi žadateli o léčbu – injekční aplikaci drogy uvedlo 6284 (69,8 %) všech žadatelů a 2695 (61,8 %) prvožadatelů o léčbu, což oproti r. 2009 představuje mírný nárůst. Trendy vybraných charakteristik mezi žadateli o léčbu uvádí graf 5-7 a graf 5-8. Další informace o injekčním užívání drog mezi žadateli o léčbu jsou uvedeny v kapitole Rizikové chování uživatelů drog (str. 80).

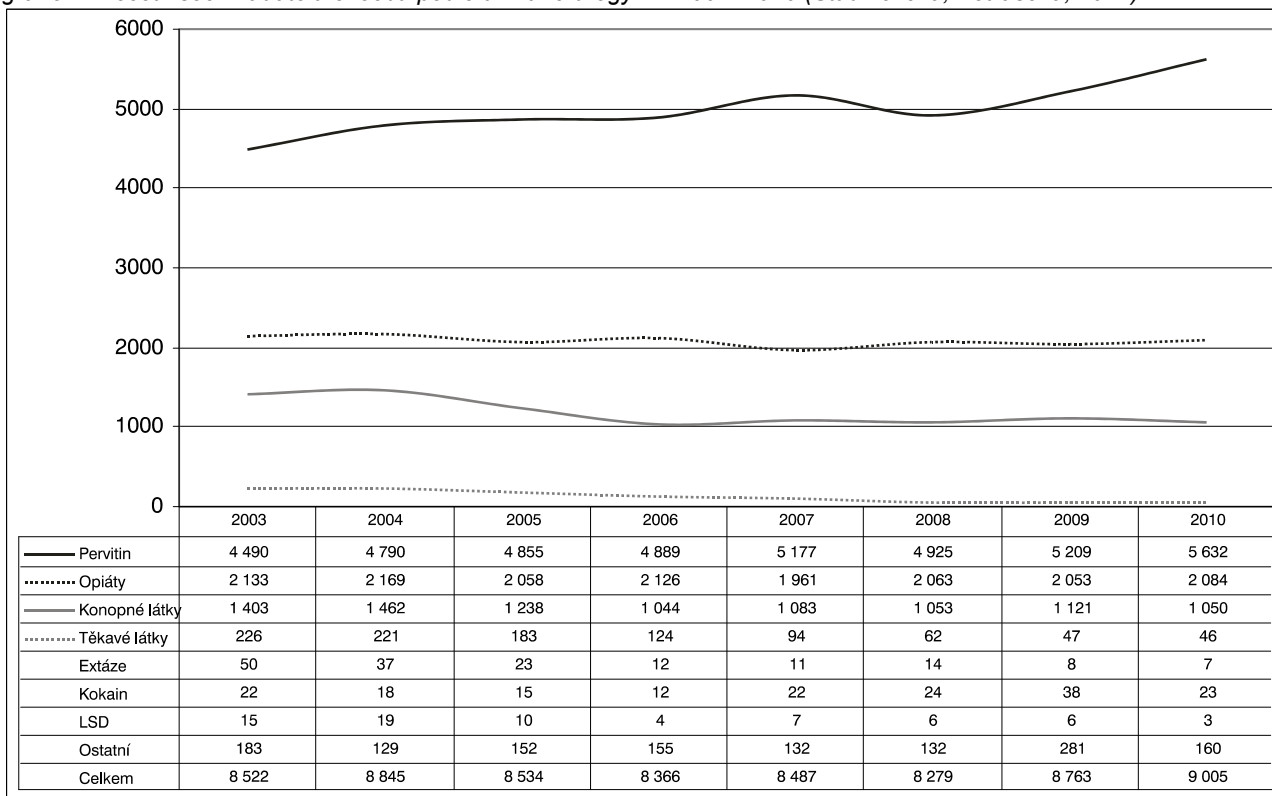
Typickým léčeným klientem v r. 2010 tak byl, podobně jako v r. 2009, nezaměstnaný muž české národnosti mezi 25 a 30 lety, s dokončeným základním vzděláním, z Prahy či středních Čech, se stálým bydlištěm, žijící sám či s rodiči a užívající stimulant (pervitin). Drogu užíval několikrát týdně, převážně injekčně.

graf 5-3: Počet prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy v l. 1997–2010 (Studničková, Petrášová, 2011)

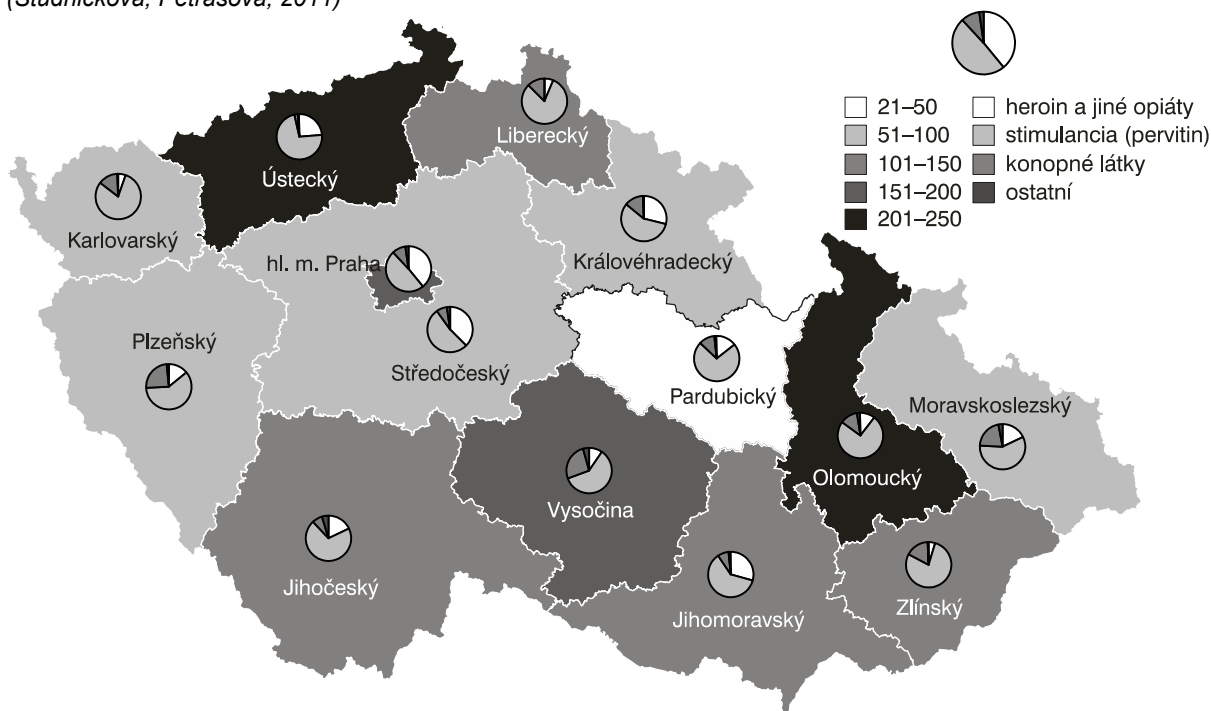


⁷⁹ EMCDDA definuje problémové užívání drog jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). V ČR je užívání kokainu na velmi nízké úrovni a celková prevalence jeho problémových uživatelů se neodhaduje – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str.41).

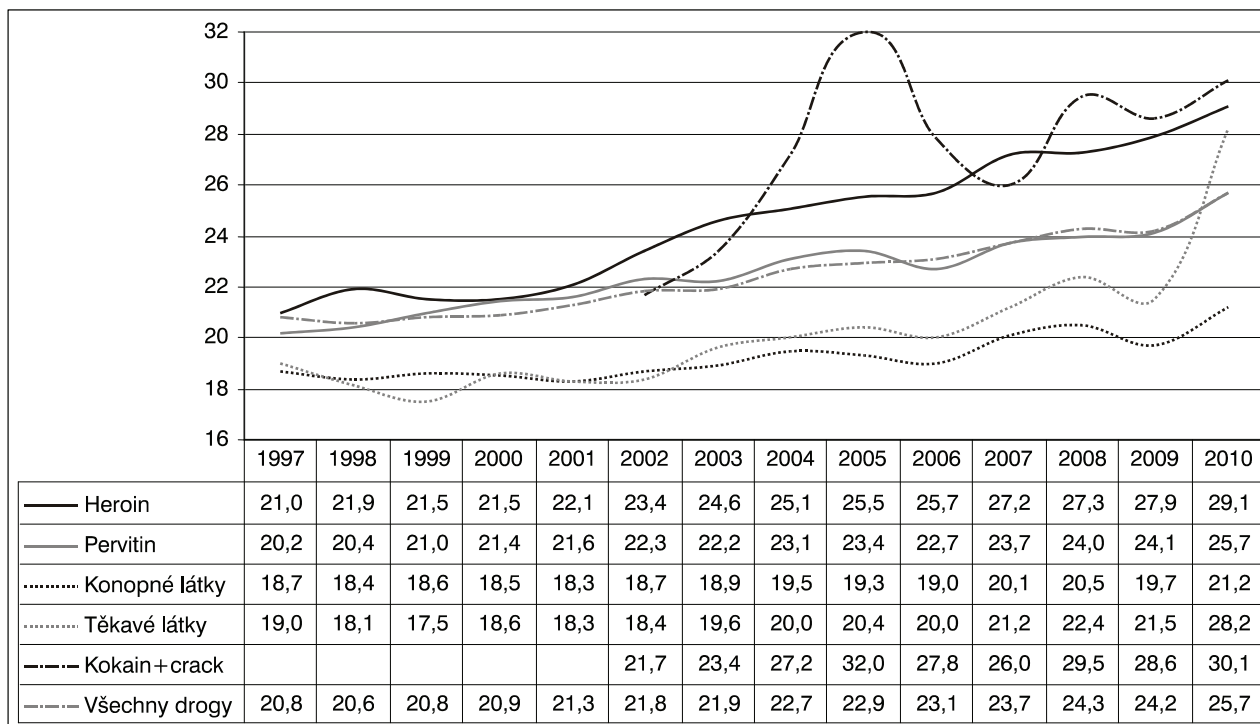
graf 5-4: Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v l. 2002–2010 (Studničková, Petrášová, 2011)



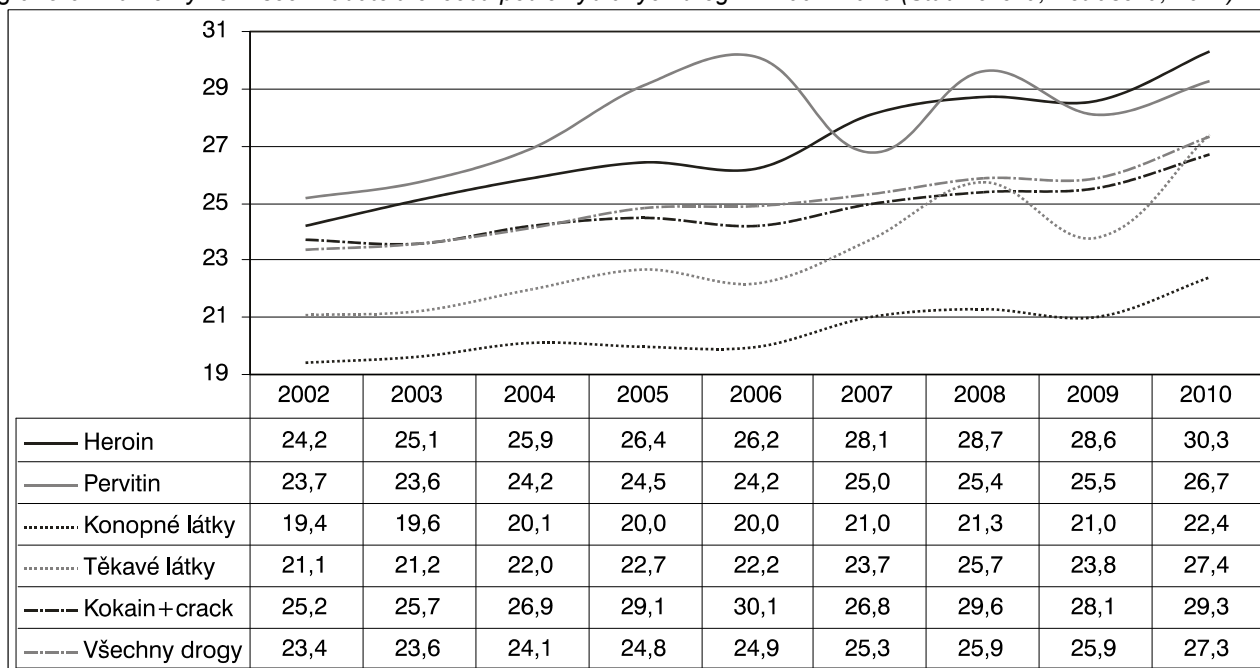
mapa 5-4: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2010 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let (Studničková, Petrášová, 2011)



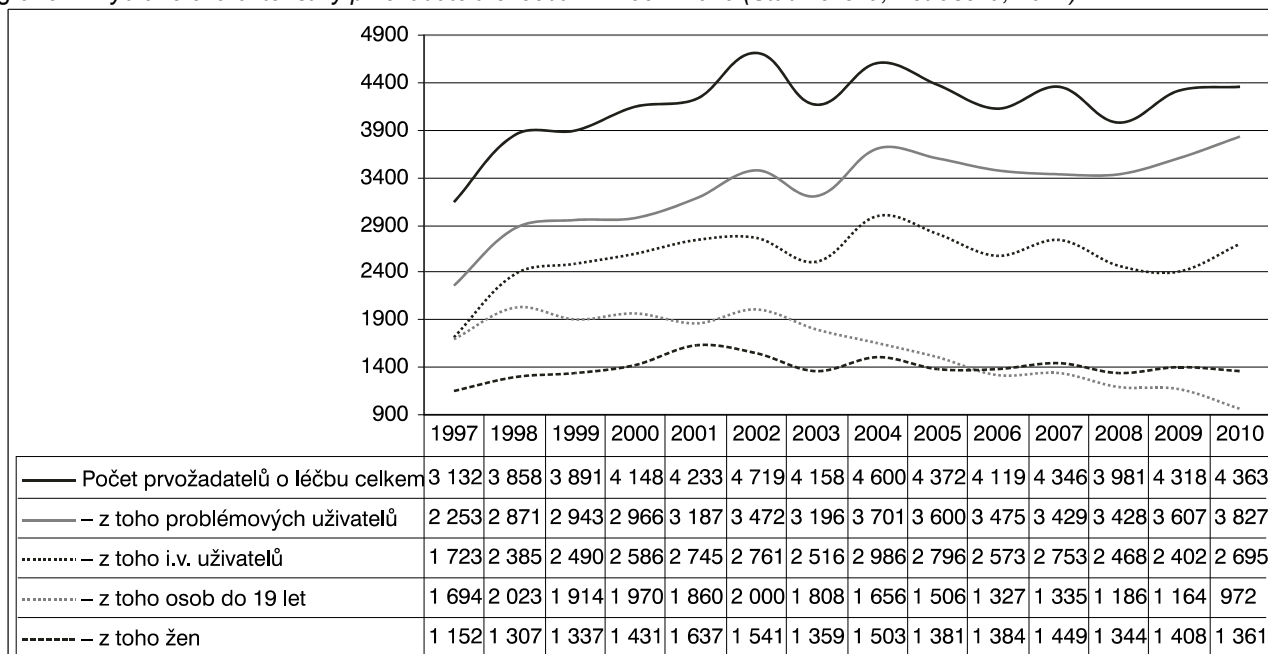
graf 5-5: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v I. 1997–2010 (Studničková, Petrášová, 2011)



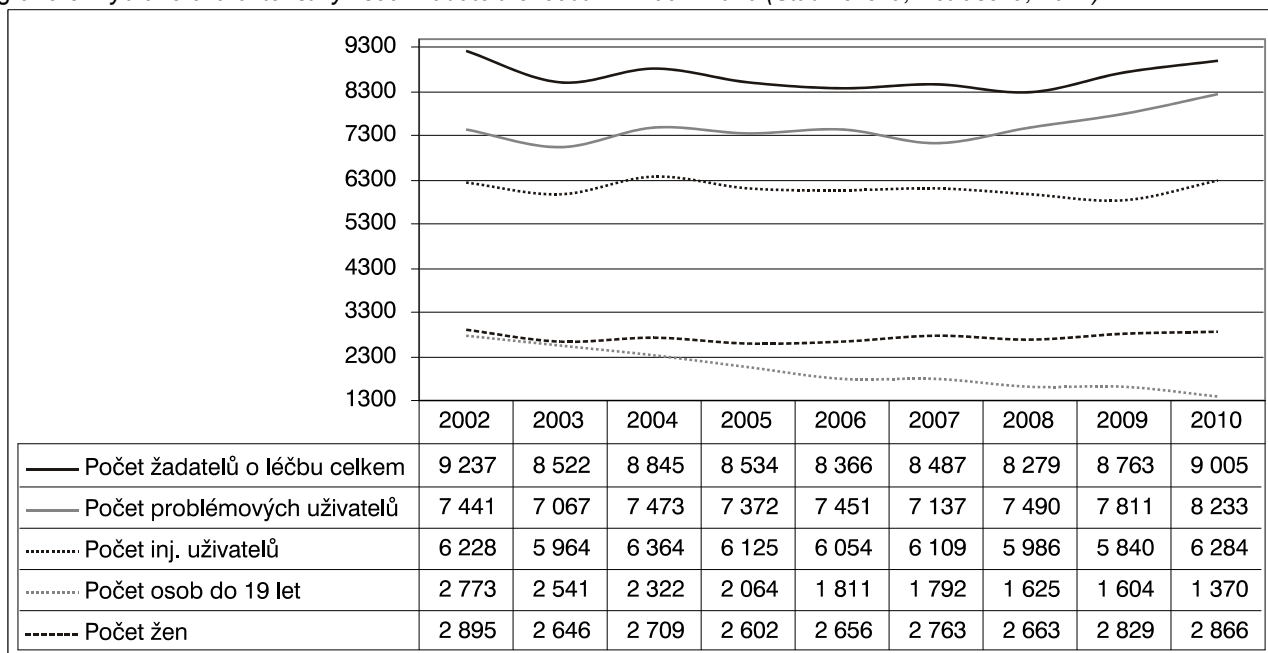
graf 5-6: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu podle vybraných drog v I. 2002–2010 (Studničková, Petrášová, 2011)



graf 5-7: Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v l. 1997–2010 (Studničková, Petrášová, 2011)



graf 5-8: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v l. 2002–2010 (Studničková, Petrášová, 2011)



5.3.3 Klienti ambulantní léčby

5.3.3.1 Klienti psychiatrických ambulancí

V r. 2010 bylo v ambulantních zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie léčeno 40 198 uživatelů alkoholu a drog, o téměř 3 % méně než v r. 2009, z toho bylo 16 016 uživatelů nealkoholových drog (dg. F11–F19) a 15 187 uživatelů nelegálních drog bez tabáku (dg. F11–F19, bez dg. F17). Důsledným vymáháním přílohy výkazu o činnosti oboru psychiatrie, na kterém se sledují pacienti užívající psychoaktivní látky, došlo v r. 2010 k významnému nárůstu počtu ambulantně léčených AT pacientů, na který měli vliv především pacienti užívající ilegální drogy (bez alkoholu a tabáku) – jejich počet se meziročně snížil o 1156 pacientů (7 %), a to zejména vlivem poklesu léčených uživatelů opiátů/opioidů, ostatních stimulantů bez kokainu a kombinace drog, tj. všech tří nejčetnějších skupin pacientů podle užívaných drog. Na tomto poklesu se podíleli především muži a jeho důvodem bylo především přerušování činnosti psychiatrické ambulance u Kontaktního centra o.s. SANANIM v Praze 5 a snížení počtu pacientů vykázaných Vězeňskou službou ČR. Počet pacientů užívajících alkohol zůstal téměř stejný jako v předchozím roce, počet pacientů užívajících tabák klesl o téměř 5 %.

Mezi uživateli drog (vyjma alkoholu a tabáku) bylo 9804 mužů (65 %) a 5383 žen (35 %). Nejvíce pacientů bylo ve věku 20–39 let (68 %), ve věku do 20 let bylo necelých 12 % pacientů. Nejvyšší podíl měli pacienti zneužívající

opiáty a opioidy (28 %) s významným podílem uživatelů heroinu (70 % z uživatelů opiátů/opioidů), další drogou s vysokým podílem léčených pacientů byla ostatní stimulancia bez kokainu (21 %), zvýšil se podíl uživatelů pervitinu, a to díky přesnějšímu vykazování těchto pacientů, a to z necelých 87 % v r. 2009 na téměř 90 %. V r. 2010 došlo k nárůstu počtu pacientů užívajících kokain o 64 % (na 59 pacientů), a to především díky nárůstu pacientů léčených v Olomouckém kraji (z 18 na 37 pacientů). V r. 2010 klesl celkový počet léčených mužů, počet žen zůstal téměř stejný. Na stejné úrovni zůstal podíl dětí do 15 let i mladistvých (15–19 let), počet pacientů v ostatních sledovaných věkových skupinách klesl. Vývoj celkového počtu pacientů uvádí tabulka 5-18 (Nechanská, 2011c).

tabulka 5-18: Vývoj počtu uživatelů návykových látek léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 1993–2010 podle (skupin) návykových látek (Nechanská et al. 2011; Mravčík et al. 2011a; Nechanská, 2011c)

| Rok | Alkohol | Opíaty a opioidy | – z toho heroin | Kanabinoidy | Sedativa a hypnotika | – z toho benzodiazepiny | Kokain | Ostatní stimulantia | – z toho metamfetamin | Haluciny | Tabák | Těkavé látky | Kombinace drog | Jiné | Drogy celkem | Drogy bez tabáku |
|------|---------|------------------|-----------------|-------------|----------------------|-------------------------|--------|---------------------|-----------------------|----------|-------|--------------|----------------|------|--------------|------------------|
| 1993 | 49 102 | 816 | – | 211 | 2 589 | – | 8 | 595 | – | 62 | – | 561 | 260 | 132 | 5 234 | 5 234 |
| 1994 | 44 660 | 653 | – | 291 | 2 561 | – | 8 | 706 | – | 87 | – | 380 | 558 | 367 | 5 611 | 5 611 |
| 1995 | 32 956 | 461 | – | 383 | 712 | – | 14 | 699 | – | 69 | – | 281 | 473 | 246 | 3 338 | 3 338 |
| 1996 | 30 259 | 1 619 | – | 474 | 761 | – | 20 | 1 471 | – | 84 | – | 347 | 685 | 480 | 5 941 | 5 941 |
| 1997 | 31 691 | 2 183 | 1 813 | 659 | 810 | 347 | 33 | 2 125 | 979 | 120 | – | 347 | 710 | 527 | 7 514 | 7 514 |
| 1998 | 31 955 | 2 255 | 1 823 | 1 039 | 1 011 | 456 | 95 | 2 896 | 2 436 | 127 | – | 370 | 1 148 | 491 | 9 432 | 9 432 |
| 1999 | 28 022 | 3 368 | 2 552 | 1 293 | 1 613 | 1 080 | 42 | 3 655 | 3 211 | 160 | 1 965 | 368 | 1 750 | 247 | 14 461 | 12 496 |
| 2000 | 27 021 | 3 815 | 3 176 | 1 152 | 1 122 | 491 | 52 | 3 169 | 2 695 | 244 | 1 277 | 280 | 1 430 | 159 | 12 700 | 11 423 |
| 2001 | 28 582 | 4 336 | 3 464 | 1 248 | 1 787 | 644 | 57 | 3 415 | 2 718 | 182 | 1 323 | 310 | 1 559 | 156 | 14 373 | 13 050 |
| 2002 | 25 400 | 4 029 | 3 171 | 1 505 | 2 292 | 774 | 63 | 3 185 | 2 719 | 232 | 1 533 | 261 | 2 480 | 156 | 15 736 | 14 203 |
| 2003 | 25 017 | 4 768 | 4 035 | 1 718 | 2 090 | 799 | 129 | 3 714 | 3 162 | 200 | 2 078 | 189 | 2 912 | 66 | 17 864 | 15 786 |
| 2004 | 25 235 | 4 592 | 3 644 | 1 354 | 2 257 | 1 014 | 79 | 3 025 | 2 579 | 170 | 1 350 | 180 | 2 279 | 104 | 15 390 | 14 040 |
| 2005 | 27 440 | 5 558 | 3 635 | 1 634 | 2 312 | 1 101 | 47 | 4 076 | 2 662 | 196 | 1 137 | 174 | 2 275 | 122 | 17 531 | 16 394 |
| 2006 | 26 966 | 4 640 | 3 357 | 1 681 | 2 190 | 1 153 | 45 | 3 746 | 3 055 | 137 | 1 529 | 187 | 3 631 | 135 | 17 921 | 16 392 |
| 2007 | 25 342 | 4 259 | 2 614 | 1 544 | 1 799 | 1 057 | 33 | 3 979 | 3 272 | 198 | 1 170 | 140 | 3 616 | 116 | 16 854 | 15 684 |
| 2008 | 25 293 | 4 585 | 3 055 | 1 620 | 2 229 | 1 408 | 73 | 4 103 | 3 330 | 177 | 1 608 | 79 | 2 489 | 356 | 17 319 | 15 711 |
| 2009 | 24 206 | 4 797 | 3 120 | 1 667 | 2 377 | 1 492 | 36 | 3 907 | 3 383 | 74 | 870 | 90 | 3 071 | 324 | 17 213 | 16 343 |
| 2010 | 24 182 | 4 458 | 3 118 | 1 477 | 2 379 | 1 461 | 59 | 3 361 | 3 003 | 63 | 829 | 114 | 2 936 | 340 | 16 016 | 15 187 |

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

5.3.3.2 Klienti opiátové substituční léčby

Během r. 2010 bylo v Registru substituční léčby evidováno 2113 léčených osob (1500 mužů a 613 žen) ve věku od 17 do 58 let, přičemž nejstaršími pacienti byli muži – trend od r. 2000 uvádí podrobně tabulka 5-19. Oproti r. 2009 vzrostl počet léčených osob v Registru substituční léčby o 565 klientů (o 37 %). Více než polovina osob léčených v r. 2010 byla ve věku 30–39 let, necelých 38 % jich bylo ve věku 20–29 let. I ve sledovaném roce došlo k růstu počtu osob ve věku 30–39 let (o téměř 4 %) a ke snížení počtu osob mezi 20–29 lety. Pacienti do 20 let tvořili necelé 1 %. Průměrný věk léčených osob byl ve sledovaném roce 31,3 let, muži byli v průměru o 2,5 roku starší než ženy (32,0 roku, resp. 29,5 roku). Průměrná délka léčby (léčebné epizody) v r. 2010 byla 690 dnů, a to jak u mužů, tak u žen. Nejvíce léčených osob bylo hlášeno z pražského zařízení Remedis, s.r.o. (440 osob, pětina z celkového počtu léčených osob v ČR), dále z Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem (343 osob, tj. více než 16 %), z Drop-In o.p.s. (235 osob, 11 %), ze zařízení Sdružení Podané ruce (181 osob, 9 %) a z jedné psychiatrické a AT ambulance v Praze (176 osob, 8 %).

V r. 2010 byly téměř 2/3 léčených osob hlášených v Registru substituční léčby léčeny buprenorfinem (1369 osob), z nich téměř 3/4 léčivým přípravkem Subutex® (1054 osob) a 1/4 přípravkem Suboxone® (315 osob). Zbýlých 744 osob bylo léčeno metadonem – tabulka 5-19.

Substituční léčba byla v r. 2010 zahájena 1160krát u celkem 1023 osob, z nich 631 (61,7 %) nastoupilo do substituční léčby poprvé v životě⁸⁰. Léčba byla během r. 2010 ukončena celkem 615krát u celkem 507 osob (364 mužů a 143 žen), což je o pětinu více než v r. 2009 – tabulka 5-19. Průměrná délka všech ukončených léčeb byla 499 dnů, u mužů 517 dnů a u žen 453 dnů (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011g).

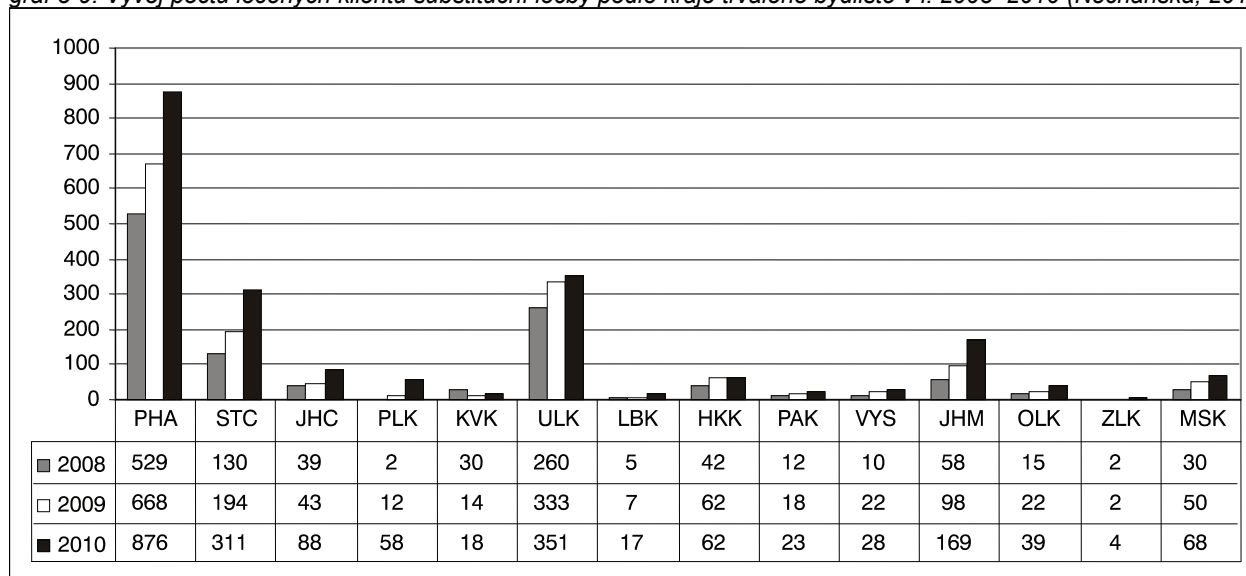
K růstu počtu pacientů v substituční léčbě došlo ve všech krajích. Největší absolutní nárůst byl u osob s bydlištěm v Praze a v krajích Středočeském a Jihomoravském. Nejvyšší procentuelní nárůst byl u osob žijících v Plzeňském kraji, a to na téměř pětinasobek r. 2009 (z 12 na 58 osob), což bylo s největší pravděpodobností způsobeno především zahájením substituční léčby v novém metadonovém centru v Plzni a více než dvojnásobný nárůst byl zaznamenán u osob žijících v Jihočeském kraji (z 43 na 88 osob) – graf 5-9.

tabulka 5-19: Vývoj léčených osob, nahlášených a ukončených případů léčby v NRULISL v I. 2000–2010 podle pohlaví (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011g)

| Rok | Počet léčených osob | | | | | Počet nových případů léčby | | | Počet ukončených případů léčby | | |
|------|---------------------|------|--------------|-----------|---------------|----------------------------|------|--------------|--------------------------------|------|------------|
| | Muži | Ženy | Celkem | Z toho | | Muži | Ženy | Celkem | Muži | Ženy | Celkem |
| | | | | Metadonem | Buprenorfinem | | | | | | |
| 2000 | 173 | 72 | 245 | 245 | 0 | 207 | 86 | 293 | 72 | 30 | 102 |
| 2001 | 369 | 164 | 533 | 510 | 23 | 374 | 167 | 541 | 261 | 107 | 368 |
| 2002 | 393 | 167 | 560 | 511 | 49 | 265 | 106 | 371 | 265 | 110 | 375 |
| 2003 | 557 | 232 | 789 | 520 | 269 | 499 | 183 | 682 | 345 | 115 | 460 |
| 2004 | 605 | 261 | 866 | 546 | 320 | 375 | 136 | 511 | 430 | 159 | 589 |
| 2005 | 578 | 247 | 825 | 571 | 254 | 438 | 150 | 588 | 395 | 135 | 530 |
| 2006 | 652 | 286 | 938 | 586 | 352 | 455 | 175 | 630 | 378 | 145 | 523 |
| 2007 | 719 | 319 | 1 038 | 605 | 433 | 403 | 157 | 560 | 378 | 143 | 521 |
| 2008 | 949 | 407 | 1 356 | 689 | 667 | 621 | 266 | 887 | 389 | 179 | 568 |
| 2009 | 1 089 | 466 | 1 555 | 686 | 869 | 530 | 225 | 755 | 354 | 154 | 508 |
| 2010 | 1 500 | 613 | 2 113 | 744 | 1 369 | 830 | 330 | 1 160 | 445 | 170 | 615 |

⁸⁰ Není výjimkou, že pacient nastupuje do substituční léčby opakovaně. Z 1023 osob, které nastoupily do léčebného programu v průběhu r. 2010, byly u 91 osob (9 %) evidovány dvě nahlášené léčby ve sledovaném roce, 15 osob mělo nahlášeno 3 nástupy, 4 osoby nastoupily 4krát, jeden klient 5krát a u zbylých 912 osob (89 %) byl zaznamenán pouze jeden nástup do léčby. Průměrný počet pokusů o léčbu na jednu osobu v r. 2010 byl 1,2.

graf 5-9: Vývoj počtu léčených klientů substituční léčby podle kraje trvalého bydliště v I. 2008–2010 (Nechanská, 2011g)



Pozn.: Pro zkratky uvedené v grafu viz kapitola Zkratky.

5.3.3.3 Klienti ambulantních programů NNO

Ambulantní léčbu zajišťovalo v r. 2010 také 13 NNO dotovaných RVKPP. Služby poskytly celkem 1813 uživatelům nelegálních drog, z nichž bylo 866 (47,8 %) mužů, 947 (52,2 %) žen a jejichž průměrný věk byl 26,4 roku. Celkem 774 (42,7 %) klientů užívalo drogy injekčně, 720 (39,7%) klientů užívalo pervitin, 215 (11,9 %) heroin, 193 (10,6 %) konopné látky a 72 (4,0 %) Subutex® (získaný nelegálně). Ve srovnání s r. 2009 došlo k poklesu počtu klientů, zejména uživatelů pervitinu. Srovnání let 2003–2010 uvádí tabulka 5-20 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j).

tabulka 5-20: Programy ambulantní léčby provozované NNO a vybrané charakteristiky jejich klientů v I. 2003–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j).

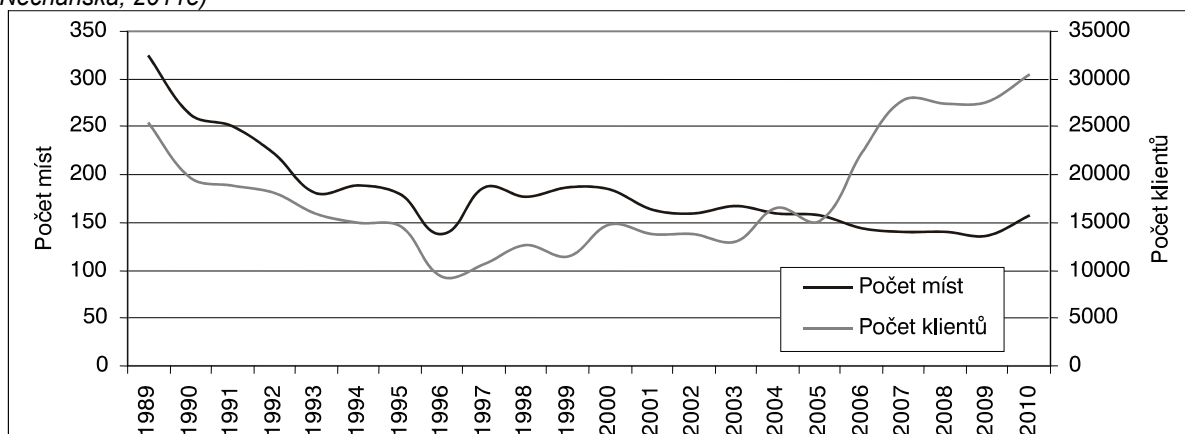
| Ukazatel | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Počet dotovaných programů | 19 | 20 | 18 | 15 | 13 | 13 | 15 | 13 |
| Počet klientů | 2 820 | 2 506 | 3 127 | 4 301 | 3 044 | 3 958 | 3 833 | 3 304 |
| Počet uživatelů drog | 1 590 | 1 493 | 1 743 | 2 428 | 1 642 | 2 379 | 2 130 | 1 813 |
| – z toho injekčních uživatelů drog | 848 | 697 | 1 034 | 1 024 | 708 | 940 | 873 | 774 |
| – z toho uživatelů pervitinu | 547 | 540 | 540 | 771 | 511 | 644 | 834 | 720 |
| – z toho uživatelů konopných látek | 246 | 339 | 158 | 405 | 101 | 133 | 194 | 193 |
| – z toho uživatelů heroinu | 310 | 223 | 391 | 240 | 256 | 367 | 274 | 215 |
| – z toho uživatelů Subutexu® | – | n.a. | 126 | 110 | 116 | 96 | 70 | 72 |
| Průměrný věk uživatelů drog | 23,6 | 25,9 | 26,8 | 29,6 | 26,3 | 28,6 | 27,6 | 26,4 |

Intenzivní ambulantní léčbu formou denního stacionáře o délce 3 měsíců nabízí dlouhodobě v ČR pouze 1 zařízení v Praze, provozované o.s. SANANIM od r. 1996. Kapacita programu je 10 osob. V r. 2010 byly služby poskytnuty 40 klientům (10 mužů, 30 žen), jejichž průměrný věk byl 26,9 roku. Celkem 28 klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, pervitin užívalo 20 klientů a opiáty celkem 10 osob. Léčbu úspěšně dokončila více než polovina klientů (52,5 %). Délka léčby jednoho klienta byla průměrně 2 měsíce (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j).

5.3.3.4 Klienti záchytných stanic

Do r. 2005 vývoj počtu klientů záchytných stanic kopíruje jejich počet a kapacitu, od tohoto roku lze pozorovat pokles jejich kapacity, ale naopak nárůst počtu klientů, zejména mužů. V r. 2010, kdy v souvislosti s nárůstem počtu zařízení a míst vzrostl meziročně také počet pacientů, v nich bylo ošetřeno 30 487 osob – graf 5-10. Z celkového počtu pacientů bylo 25 732 mužů a 2422 pacientů bylo ve věku do 20 let (Nechanská et al., 2011; Mravčík et al., 2011a; Nechanská, 2011e).

graf 5-10: Vývoj kapacity záchytných stanic a počtu ošetřených pacientů v l. 1989–2010 (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011e)



5.3.4 Klienti rezidenční léčby

5.3.4.1 Klienti detoxifikačních jednotek

Pro detoxifikaci od návykových látek bylo v r. 2010 hospitalizováno celkem 6650 pacientů, z toho 82 % na detoxifikačních jednotkách, zbytek byl hospitalizován v zařízeních s nevyčleněnými lůžky. Kvůli detoxifikaci od alkoholu bylo hospitalizováno 3558 pacientů (54 %), od nealkoholových drog 3092 pacientů (46 %). Nejvíce hospitalizací bylo v zařízeních v Praze a dále v krajích Jihočeském a Jihomoravském.

Téměř 39 % z hospitalizací pro detoxifikaci od nealkoholových drog bylo z důvodu detoxifikace od kombinace dvou a více látek, více než čtvrtina od jiných stimulantů (kam patří především pervitin) a 21 % od opiátů/opioidů; hospitalizace pro zbylé nealkoholové drogy tvořily necelých 13 % – tabulka 5-21. Ze tří nejčetnějších skupin látek měla hospitalizace pro detoxifikaci od kombinace látek nejdelší průměrnou délku – téměř 12 dnů, u jiných stimulantů to bylo téměř 9 dnů a u opiátů/opioidů více než 7 dnů. Hospitalizace pro zbylé nealkoholové drogy měly průměrnou ošetrovací dobu 11,6 dne (Nechanská, 2011f).

tabulka 5-21: Počet osob hospitalizovaných pro detoxifikaci od návykových látek v r. 2010 (Nechanská, 2011f)

| Kraj sídla zařízení | Počet zdravotnických zařízení | Počet osob detoxifikovaných od | | | | | | | | | | | Celkem osob | |
|---------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------|-------------|-----------------------|-----------|-------------------|--------------|----------|----------------|-------------------------|-----------------------------|--------------|----------------------------|
| | | Alkoholu | Opiátů/opioidů | Kanabinoidů | Sedativ nebo hypnotik | Kokainu | Jiných stimulantů | Halucinogenů | Tabáku | Těkavých látek | Jiných psychoakt. látek | Kombinace dvou a více látek | | Nealkoholových drog celkem |
| Hl. m. Praha | 3 | 1 078 | 191 | 46 | 47 | 0 | 228 | 1 | 1 | 1 | 2 | 530 | 1 047 | 2 125 |
| Středočeský | 1 | 67 | 34 | 5 | 12 | 0 | 31 | 0 | 0 | 0 | 0 | 37 | 119 | 186 |
| Jihočeský | 1 | 248 | 116 | 22 | 18 | 10 | 207 | 0 | 0 | 3 | 0 | 134 | 510 | 758 |
| Plzeňský | 2 | 152 | 22 | 3 | 17 | 0 | 21 | 0 | 0 | 0 | 0 | 62 | 125 | 277 |
| Karlovarský | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ústecký | 2 | 112 | 74 | 4 | 5 | 0 | 54 | 0 | 0 | 1 | 0 | 71 | 209 | 321 |
| Liberecký | 1 | 20 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 7 | 27 |
| Královéhradecký | 4 | 158 | 3 | 5 | 0 | 0 | 28 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 | 70 | 228 |
| Pardubický | 1 | 146 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 150 |
| Vysočina | 2 | 387 | 33 | 10 | 25 | 21 | 17 | 3 | 0 | 3 | 0 | 48 | 160 | 547 |
| Jihomoravský | 4 | 407 | 83 | 20 | 31 | 1 | 79 | 1 | 0 | 2 | 2 | 111 | 330 | 737 |
| Olomoucký | 3 | 388 | 25 | 7 | 14 | 0 | 71 | 0 | 0 | 0 | 0 | 42 | 159 | 547 |
| Zlínský | 1 | 139 | 5 | 1 | 3 | 0 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29 | 51 | 190 |
| Moravskoslezský | 3 | 256 | 75 | 22 | 15 | 0 | 95 | 1 | 0 | 2 | 0 | 91 | 301 | 557 |
| Celkem ČR | 28 | 3 558 | 661 | 145 | 192 | 32 | 844 | 6 | 1 | 12 | 7 | 1 192 | 3 092 | 6 650 |

5.3.4.2 Klienti psychiatrických lůžkových zařízení

V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo v r. 2010 uskutečněno celkem 15 362 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek (tj. se základní dg. F10–F19), což je oproti r. 2009 pokles o více než 3 %. Tento pokles jde na vrub zejména hospitalizacím pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu, u kterých dochází od r. 2005 k výraznému poklesu. V r. 2010 bylo hlášeno 10 003 hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a 5356 hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním dalších psychoaktivních látek bez tabáku (Nechanská, 2011d).

Užívání kombinace látek (dg. F19) bylo v r. 2010 opět nejčastější příčinou (46 %) hospitalizací uživatelů nelegálních drog (tj. dg. F11–F19 bez F17) v psychiatrických lůžkových zařízeních. Dalšími příčinami hospitalizací bylo užívání stimulantů (30 %) a opiátů/opioidů (13 %). V dětských psychiatrických léčebnách bylo v souvislosti s drogami zaznamenáno 31 hospitalizací a důvodem bylo především užívání kombinace látek, ostatních stimulantů (tj. mimo kokainu), konopných drog a těkavých látek. U hospitalizací pro nelegální drogy tvořili většinu hospitalizací muži (66 %) – tabulka 5-22. Průměrná ošetrovací doba u hospitalizací pro užívání ilegálních drog byla 31,8 dne, v psychiatrických léčebnách pro dospělé a děti 40,8 dne, na psychiatrických odděleních nemocnic 12,1 dne. Více než 45 % hospitalizovaných uživatelů nelegálních drog bylo ve věku 20–29 let a téměř 27 % ve věku 30–39 let, osoby ve věku do 20 let tvořily 14 % z celkového počtu hospitalizovaných uživatelů nelegálních drog. Výjimku tvoří diagnóza F13 (sedativa a hypnotika), kde byla téměř polovina pacientů ve věku 40–59 let a dvě třetiny hospitalizací s touto základní diagnózou tvořily ženy. Z hlediska regionální distribuce bylo v souvislosti s ilegálními drogami hospitalizováno nejvíce pacientů s trvalým bydlištěm v Ústeckém kraji (91 hospitalizací na 100 tisíc obyvatel kraje) a v Praze (79 hospitalizací), nad celorepublikovým průměrem (50 hospitalizací) se nacházely ještě kraje Karlovarský, Liberecký a Moravskoslezský (Nechanská, 2011d).

Trendy v počtu hospitalizovaných podle jednotlivých (skupin) drog se liší. V l. 2001 a 2002 došlo k výraznému poklesu počtu hospitalizací pro poruchy způsobené opioidy (F11), který s drobnými výkyvy přetrvával i v následujících letech. Počet hospitalizací pro poruchy způsobené kombinací látek (F19) dlouhodobě rostl, a to 2,6krát v letech 1997–2009, v r. 2010 došlo ke snížení počtu těchto hospitalizací. Počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním stimulantů jiných než kokain (F15) se v období 1997–2010 zvýšil o více než 82 %, od r. 2007 mírně klesaly jejich počty až do r. 2010, kdy došlo k meziročnímu nárůstu. Počty hospitalizací pro poruchy způsobené ostatními drogami jsou řádově nižší, v r. 2010 došlo u většiny z nich k poklesu, pouze u kanabinoidů a halucinogenů počty hospitalizací mírně vzrostly (Nechanská et al., 2011; Mravčík et al., 2011b; Nechanská, 2011d) – tabulka 5-23.

tabulka 5-22: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2010 podle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy (Nechanská, 2011d)

| Návyková látka | Dětské psychiatrické léčebny | | Psychiatrické léčebny pro dospělé | | Psychiatrická oddělení nemocnic | | Ostatní lůžková zařízení | | Psychiatrická lůžková zařízení celkem | | |
|-------------------------------|------------------------------|-----------|-----------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|--------------------------|------------|---------------------------------------|--------------|---------------|
| | Muži | Ženy | Muži | Ženy | Muži | Ženy | Muži | Ženy | Muži | Ženy | Celkem |
| Opiáty/opioidy | 0 | 0 | 268 | 103 | 203 | 103 | 14 | 4 | 485 | 210 | 695 |
| Kanabinoidy | 6 | 0 | 66 | 13 | 84 | 24 | 4 | 2 | 160 | 39 | 199 |
| Sedativa/hypnotika | 0 | 0 | 58 | 112 | 44 | 90 | 2 | 0 | 104 | 202 | 306 |
| Kokain | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Ostatní stimulantia | 0 | 8 | 721 | 336 | 282 | 217 | 27 | 35 | 1 030 | 596 | 1 626 |
| Halucinogeny | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 8 | 1 | 9 |
| Těkavé látky | 3 | 0 | 24 | 7 | 6 | 1 | 1 | 0 | 34 | 8 | 42 |
| Kombinace látek | 6 | 8 | 1 314 | 522 | 384 | 200 | 28 | 14 | 1 732 | 744 | 2 476 |
| Nelegální drogy celkem | 15 | 16 | 2 456 | 1 093 | 1 008 | 636 | 76 | 55 | 3 555 | 1 800 | 5 355* |
| Alkohol | 2 | 0 | 5 141 | 2 144 | 1 430 | 948 | 244 | 94 | 6 817 | 3 186 | 10 003 |
| Tabák | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| Návykové látky celkem | 17 | 16 | 7 597 | 3 238 | 2 440 | 1 584 | 320 | 149 | 10 374 | 4 987 | 15 361 |

Pozn.: * U jednoho případu hospitalizace se základní dg. F11 (opiáty/opioidy) nebyl udán věk a pohlaví.

tabulka 5-23: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v l. 1997–2010 (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011d)

| Rok | Počet hospitalizací pro diagnózu | | | | | | | | | | | |
|------|----------------------------------|------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| | F10 (alkohol) | F11 (opioidy) | F12 (konopné látky) | F13 (sedativa/hypnotika) | F14 (kokain) | F15 (stimulancia) | F16 (halucinogeny) | F17 (tabák) | F18 (těkavé látky) | F19 (kombinace látek) | Drogy (bez tabáku) | Návykové látky celkem |
| 1997 | 10 240 | 1 170 | 48 | 162 | 7 | 895 | 26 | 6 | 139 | 994 | 3 441 | 13 687 |
| 1998 | 10 060 | 1 625 | 57 | 175 | 6 | 1 198 | 64 | 0 | 138 | 1 281 | 4 544 | 14 604 |
| 1999 | 9 597 | 2 072 | 60 | 153 | 9 | 1 083 | 39 | 0 | 110 | 1 228 | 4 754 | 14 351 |
| 2000 | 9 958 | 2 328 | 65 | 154 | 5 | 901 | 41 | 1 | 135 | 1 454 | 5 083 | 15 042 |
| 2001 | 10 241 | 2 084 | 79 | 165 | 5 | 816 | 33 | 1 | 106 | 1 498 | 4 786 | 15 028 |
| 2002 | 10 561 | 918 | 92 | 153 | 9 | 926 | 16 | 2 | 128 | 1 475 | 3 717 | 14 280 |
| 2003 | 11 139 | 989 | 112 | 155 | 13 | 986 | 15 | 6 | 153 | 1 615 | 4 038 | 15 183 |
| 2004 | 11 738 | 1 068 | 96 | 200 | 3 | 1 230 | 21 | 2 | 129 | 1 929 | 4 676 | 16 416 |
| 2005 | 11 984 | 988 | 118 | 227 | 9 | 1 292 | 15 | 1 | 94 | 2 087 | 4 830 | 16 815 |
| 2006 | 11 053 | 915 | 152 | 246 | 7 | 1 681 | 9 | 2 | 107 | 2 169 | 5 286 | 16 341 |
| 2007 | 10 877 | 907 | 150 | 227 | 3 | 1 731 | 12 | 0 | 80 | 2 387 | 5 497 | 16 374 |
| 2008 | 10 722 | 735 | 165 | 280 | 3 | 1 594 | 13 | 4 | 50 | 2 588 | 5 428 | 16 154 |
| 2009 | 10 419 | 713 | 181 | 306 | 6 | 1 552 | 5 | 2 | 67 | 2 634 | 5 464 | 15 885 |
| 2010 | 10 003 | 696 | 199 | 306 | 2 | 1 626 | 9 | 3 | 42 | 2 476 | 5 356 | 15 362 |

5.3.4.3 Klienti terapeutických komunit

RVKPP v rámci dotačního řízení v r. 2010, stejně jako v r. 2009, podpořila 10 terapeutických komunit (TK), od nichž jsou k dispozici údaje o počtu klientů a poskytnutých služeb ze závěrečných zpráv zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j) – tabulka 5-24.

Kapacita podpořených TK byla 160 lůžek a pobyt v nich absolvovalo 408 uživatelů drog, jejichž průměrný věk byl 26,7 roku. Z celkového počtu klientů terapeutických komunit užívalo 350 (85,8 %) osob před léčbou drogy injekčně, 292 (71,6 %) osob užívalo pervitin a 68 (16,7 %) heroin. Úspěšně dokončilo léčebný program 118 (28,9 %) klientů a průměrná délka úspěšné (dokončené) léčby byla 324 dnů. Předčasně ukončilo léčbu 150 (36,8 %) klientů, z těchto celkem 25 ukončilo léčbu do dvou týdnů od zahájení léčby a dalších 66 klientů opustilo léčbu do tří měsíců od zahájení. Průměrná délka léčby všech klientů byla 185 dnů. Srovnání let 2003–2010 uvádí tabulka 5-24.

tabulka 5-24: Terapeutické komunity a jejich klienti v l. 2003–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

| Ukazatel | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Počet komunit | 17 | 14 | 12 | 12 | 11 | 10 | 10 | 10 |
| Kapacita zařízení | 238 | 218 | 183 | 185 | 169 | 138 | 160 | 160 |
| Počet klientů | 510 | 546 | 491 | 451 | 472 | 427 | 349 | 408 |
| – z toho injekčních uživatelů | 428 | 429 | 400 | 375 | 347 | 326 | 343 | 350 |
| – z toho uživatelů pervitinu | 270 | 306 | 287 | 281 | 291 | 283 | 276 | 292 |
| – z toho uživatelů heroinu | 187 | 151 | 132 | 93 | 66 | 67 | 69 | 68 |
| Průměrný věk klientů | 23,4 | 24,2 | 24,9 | 25,1 | 24,2 | 23,8 | 26,6 | 26,7 |

Od počátku r. 2007 probíhá v pěti terapeutických komunitách, které jsou sdruženy v Sekci terapeutických komunit A.N.O., výzkumná studie Evaluace výsledků léčby v terapeutické komunitě pro uživatele drog. Analýzu vzorku při vstupu do studie a další informace o studii uvádí blíže VZ 2008, další analýza bude k dispozici do konce r. 2011.

V r. 2010 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi (injekčními) uživateli drog – promořenost HIV je stále pod 1 %. Nově bylo identifikováno 7 HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog. Také počet nově hlášených případů VHC u injekčních uživatelů drog v posledních letech klesá, u VHB došlo v r. 2010 k mírnému meziročnímu nárůstu případů. Prevalence VHC mezi uživateli drog se v závislosti na charakteristikách a výběrových kritériích vyšetřovaného vzorku pohybuje od přibližně 20 % v nízkoprahových programech do 40 % ve věznicích a až 70 % u uživatelů drog v substituční léčbě. Tyto výsledky je však potřeba hodnotit opatrně vzhledem k tomu, že jsou zatíženy výběrovou chybou – v nízkoprahových programech se jedná o diagnostický screening, ze kterého vypadávají již pozitivní osoby, a v léčebných programech a ve věznicích se může jednat o vyšetřování pro podezření z infekce, což může nalezené míry prevalence naopak uměle zvyšovat. Také v r. 2010 přetrvával zvyšující se výskyt syfilisu u injekčních uživatelů drog.

Dlouhodobě dochází k poklesu podílu injekční aplikace mezi uživateli pervitinu a opiátů, běžná je mezi problémovými uživateli Subutexu®. Podíl injekčních uživatelů mezi uživateli heroinu a pervitinu je cca 60 % mezi klienty psychiatrických ambulancí a 90 %, resp. 80 % v registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog. Podle dostupných údajů dlouhodobě klesá míra rizikového chování (sdílení jehel) mezi injekčními uživateli drog.

Podle informací z registru pitvaných na soudnělékařských odděleních došlo v r. 2010 k dalšímu nárůstu počtu identifikovaných smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami na celkem 55 případů. Meziročně vzrostl zejména počet smrtelných předávkování těkavými látkami na dvojnásobek (16 případů); počet případů smrtelných předávkování opiáty/opioidy a pervitinem zůstal prakticky na stejné úrovni (19, resp. 18 případů). Kokain nebyl v r. 2010 u žádného případu smrtelného předávkování detekován. Vůbec poprvé v ČR byla hlášena 2 smrtelná předávkování, u kterých byl nalezen fentanyl. V r. 2010 byl patrný další nárůst nepřímých drogových úmrtí (tj. úmrtí z jiných příčin než předávkování, zejména v důsledku nehod a sebevražd) s nálezem pervitinu, naopak k poklesu došlo u THC.

Při srovnání s daty extrahovanými z obecného registru mortality ČR lze dlouhodobě pozorovat podobné trendy ve výskytu smrtelných předávkování – souhrn dat na základě různých selekčních kritérií ukazuje, že počet přímých drogových úmrtí pouličními drogami je v ČR v posledních 2 letech mezi 30 a 70 případy ročně. Výskyt smrtelných předávkování alkoholem (etanolem) je na základě analogických selekčních kritérií přibližně desetinásobný.

Podle evidence dopravní policie v r. 2010 klesl počet a podíl nehod zaviněných pod vlivem alkoholu i počet usmrčených osob při těchto nehodách – tento příznivý trend potvrzují data z pitev zemřelých při dopravních nehodách vyšetřovaných na odděleních soudního lékařství. Naopak roste počet nehod pod vlivem nealkoholových drog i počet osob při nich zemřelých; srovnání s daty ze soudních lékařství však ukazuje, že počet udávaný policií je podhodnocen.

6.1 Infekce spojené s užíváním drog

6.1.1 Hlášená incidence HIV/AIDS a virových hepatitid

V r. 2010 bylo stejně jako v r. 2009 nově diagnostikováno 7 případů HIV infekce⁸¹, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog, a situace se tak vrátila k hodnotám období do r. 2007⁸². K 31. prosinci 2010 bylo v ČR evidováno celkem 1522 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 70 injekčních uživatelů drog (IUD) a 27 dalších osob je ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální styk. Injekční aplikace drog tak v ČR nadále zůstává výrazně minoritním způsobem nákazy virem HIV v ČR (Státní zdravotní ústav Praha, 2011c; Státní zdravotní ústav Praha, 2011a) – tabulka 6-1.

⁸¹ V r. 2009 se jednalo výhradně o muže, v r. 2010 to bylo 6 mužů a 1 žena. Věk nových případů v kategorii IUD byl v r. 2010 v rozmezí 19–50 let. Jsou mezi nimi 3 rezidenti (Ukrajina, Moldavsko, Vietnam), všichni 3 byli diagnostikováni ve stadiu AIDS.

⁸² Do r. 2006 bylo v ČR ročně hlášeno 2–8 nových případů HIV infekce mezi injekčními uživateli drog a 1–2 případy ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální styk. V r. 2007 došlo ke skokovému nárůstu na 17 osob a o rok později bylo hlášeno 12 nových případů HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog.

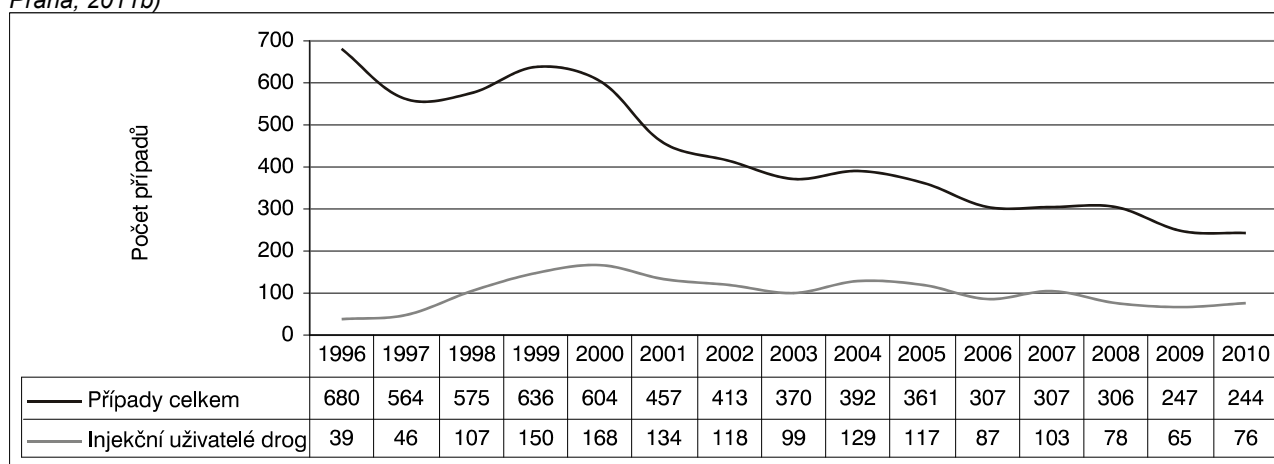
tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2010 podle jednotlivých let a způsobu přenosu (Státní zdravotní ústav Praha, 2011c)

| Způsob přenosu (riziková skupina) | 1985–2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Celkem | |
|-----------------------------------|------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|-------------|--------------|
| | | | | | | | | Počet | % |
| Homo/bisexuální styk | 387 | 52 | 54 | 72 | 88 | 103 | 125 | 881 | 57,9 |
| Heterosexuální styk | 239 | 29 | 26 | 28 | 45 | 43 | 37 | 447 | 29,4 |
| IUD | 33 | 4 | 4 | 12 | 8 | 4 | 5 | 70 | 4,6 |
| IUD a homo/bisexuální styk | 11 | 1 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 27 | 1,8 |
| Ostatní | 37 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 37 | 2,4 |
| Nezjištěno | 29 | 4 | 6 | 4 | 3 | 3 | 11 | 60 | 3,9 |
| Celkem | 736 | 90 | 91 | 121 | 148 | 156 | 180 | 1522 | 100,0 |

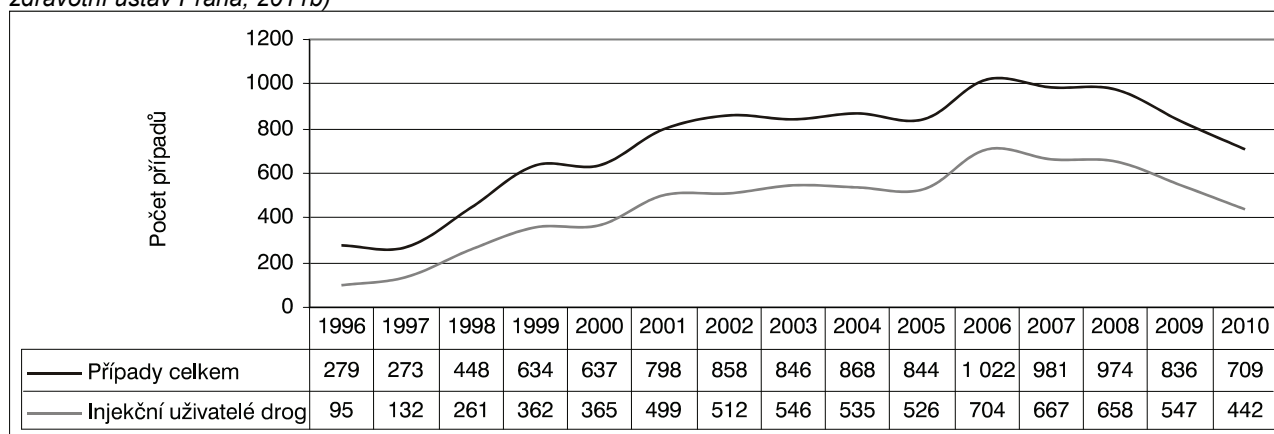
Pozn.: Počet případů se průběžně upravuje i za minulá léta – úpravy vyplývají ze zjištěných duplicit a z dodatečného upřesnění informací o způsobu přenosu.

V celostátním systému povinného hlášení infekčních onemocnění EPIDAT v posledních letech dochází k poklesu nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB, dg. B16) i typu C (VHC, dg. B17.1 a B18.2), a to jak případů celkem, tak s malými výkyvy i u injekčních uživatelů drog (Státní zdravotní ústav Praha, 2011b) – viz graf 6-1 a graf 6-2.

graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2010 (Státní zdravotní ústav Praha, 2011b)

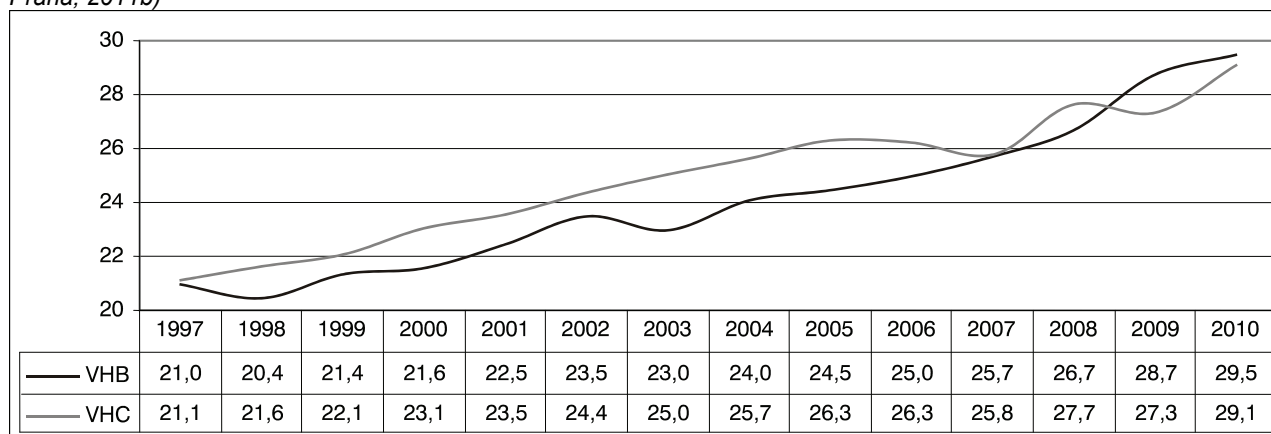


graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2010 (Státní zdravotní ústav Praha, 2011b)



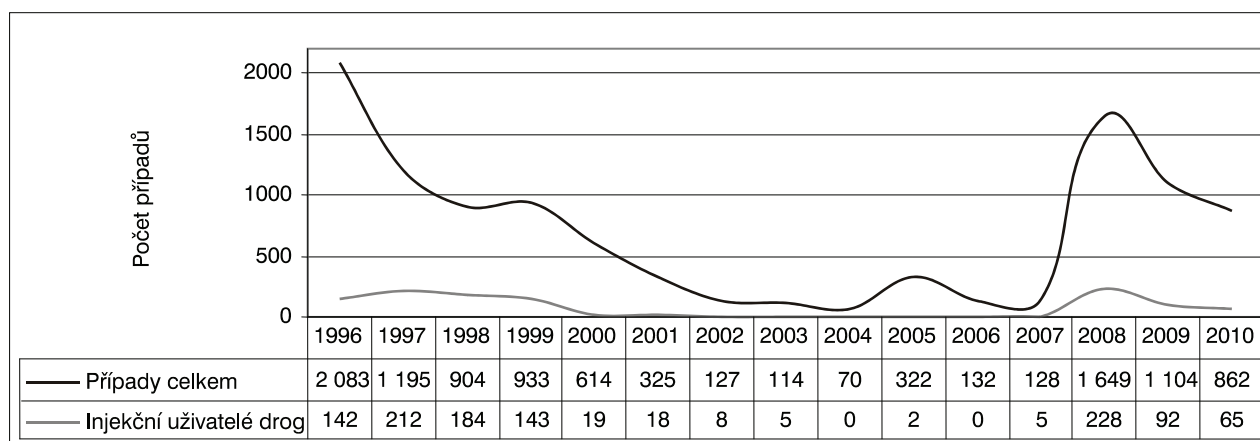
Dlouhodobě roste průměrný věk injekčních uživatelů drog, u který byla hlášena VHB a VHC – graf 6-3.

graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u který byla hlášena VHB a VHC v I. 1997–2010 (Státní zdravotní ústav Praha, 2011b)



Po epidemii virové hepatitidy typu A (VHA, dg. B15), která probíhala zejména v Praze a poté ve středních Čechách od konce května 2008 (blíže viz VZ 2008), přetrvával zvýšený výskyt VHA i v r. 2010, nicméně i v případě VHA je patrný sestupný trend (Státní zdravotní ústav Praha, 2011b) – graf 6-4.

graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2010 (Státní zdravotní ústav Praha, 2011b)

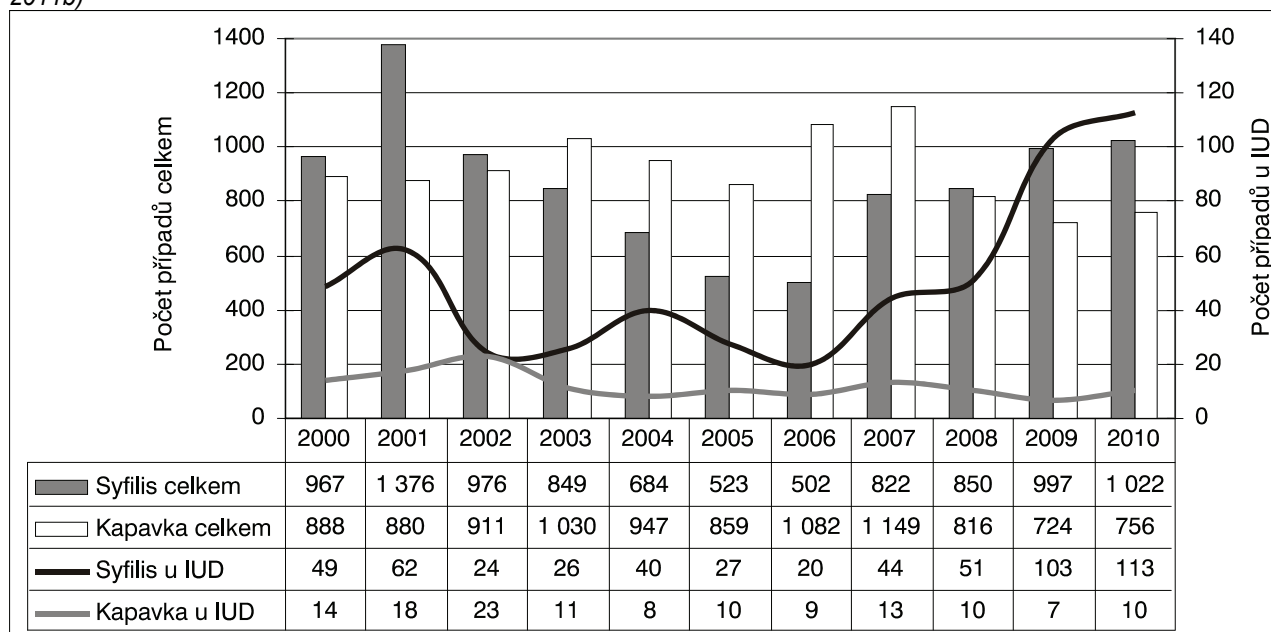


6.1.2 Hlášená incidence pohlavních nemocí a tuberkulózy

Ve VZ 2009 byly poprvé publikovány údaje z Národního registru pohlavních nemocí (NRPN). Povinné hlášení se vyplňuje za všechny osoby, u kterých se zjistilo onemocnění pohlavní nemocí, úmrtí na pohlavní nemoc a podezření z onemocnění nebo nákazy pohlavní nemocí na území ČR. Povinnému hlášení ze všech zdravotnických zařízení podléhají syfilis (dg. A50 až A53), kapavka (dg. A54), lymphogranuloma venereum (dg. A55) a ulcus molle (A57). Jako rizikové faktory jsou zjišťovány mimo jiných také injekční užívání drog a prostituce.

Vývoj počtu hlášených případů celkem a u injekčních uživatelů drog (IUD) u syfilisu a kapavky ukazuje graf 6-5. Od r. 2006 je patrný zejména nárůst případů syfilisu celkem i mezi IUD. V r. 2010 se IUD podíleli na 11,1 % případů syfilisu a 1,3 % případů kapavky (Nechanská, 2011b).

graf 6-5: Hlášená incidence syfilis a kapavky celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 2000–2010 (Nechanská, 2011b)



Z hlediska podrobnější struktury onemocnění syfilis v letech 2000–2010 tvořilo časné stadium (dg. A51) téměř 45 % případů tohoto onemocnění, u IUD to byly více než dvě třetiny případů. Syfilis v pozdním stadiu (dg. A52) byla diagnostikována ve více než 14 % z celkového počtu případů, u IUD to bylo pouze více než 7 % případů syfilis. Vrozená syfilis (dg. A50) byla zaznamenána pouze u necelého 1 % celkového počtu případů. U kapavky se ve více než 88 % jednalo o akutní formu, u IUD bylo jako akutních diagnostikováno téměř 82 % případů.

Hlášená pohlavní onemocnění se celkově vyznačují výrazně vyšším výskytem u mužů než u žen, a to v průměru za sledované období o více než třetinu u syfilis a 2,3násobně u kapavky. V případě IUD byl ale počet žen u onemocnění syfilis naopak vyšší než počet mužů (o více než 12 %); u kapavky bylo o 38 % více mužů než žen. Za sledované období byl u syfilis větší podíl IUD nahlášen u žen, a to 7,3 % z celkového počtu hlášených případů žen, zatímco podíl u mužů byl o více než 2,5 procentního bodu nižší.

Data o výskytu rizikového chování u hlášených případů pohlavních nemocí ukazují na poměrně vysoký současný výskyt prostituce a injekčního užívání drog. V letech 2000–2010 bylo injekční užívání drog zjištěno u celkem 20,0 % případů syfilis u komerčních sexuálních pracovníků a u 17,9 % IUD (především se jednalo o ženy) byla současně zjištěna prostituce (Nechanská, 2011b) – tabulka 6-2.

tabulka 6-2: Výskyt komerčních sexuálních pracovníků (KSP) a injekčních uživatelů drog (IUD) u hlášených případů syfilis a kapavky v l. 2000–2010 (Nechanská, 2011b)

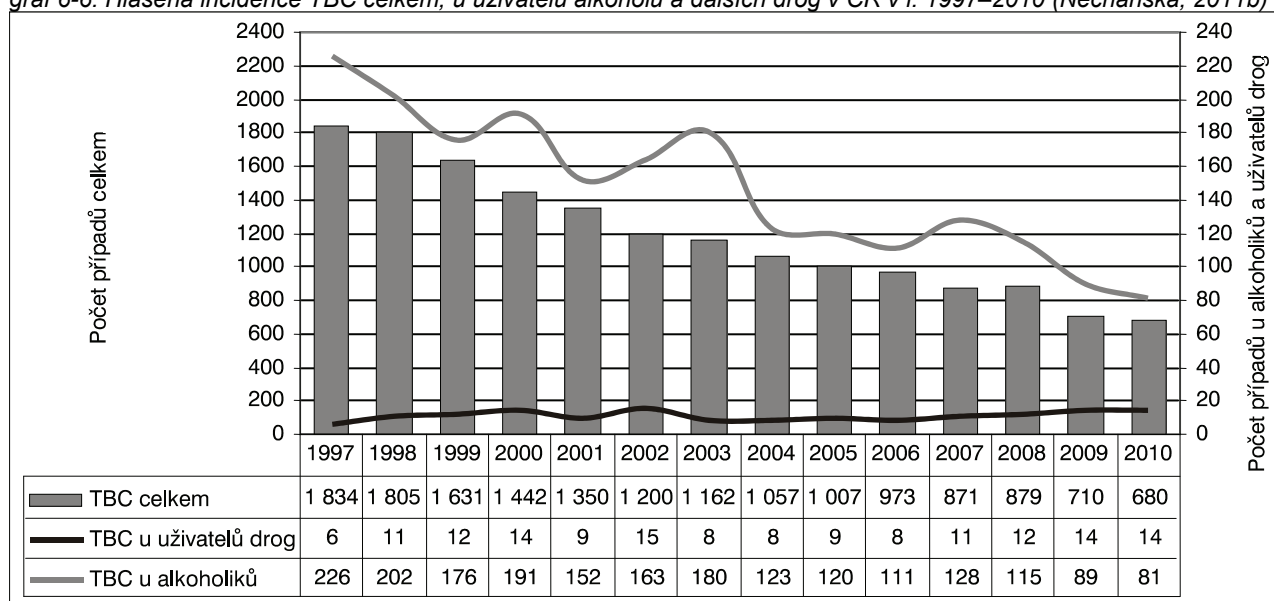
| Infekce | Počet hlášených případů | | | | Podíl (%) | |
|---------|-------------------------|-----|-----|------------------|------------|------------|
| | Celkem | KSP | IUD | z toho KSP i IUD | IUD na KSP | KSP na IUD |
| Syfilis | 9 568 | 499 | 559 | 100 | 20,0 | 17,9 |
| Kapavka | 10 042 | 219 | 133 | 14 | 6,4 | 10,5 |

Letos jsou poprvé ve výroční zprávě publikovány údaje o výskytu tuberkulózy (TBC, dg. A31), které jsou čerpány z Registru tuberkulózy. V registru jsou sledovány osoby, u kterých byla na území ČR zjištěna aktivní tuberkulóza nebo jiná mykobakteriíza⁸³ a osoby dispenzarizované ve skupinách aktivní i inaktivní tuberkulózy nebo jiné mykobakteriízy. Kromě informací týkajících se samotného onemocnění jsou na povinném hlášení evidovány také přidružené podmínky onemocnění, mezi kterými se sleduje, zda se jedná o uživatele nealkoholových drog (bez ohledu na způsob aplikace).

V letech 1997–2010 se počet ročně evidovaných hlášených onemocnění TBC snížil 2,7krát. Onemocnění TBC dýchacího ústrojí bylo evidováno u 87 % z celkového počtu hlášených tuberkulóz. Muži se na celkovém počtu onemocnění podíleli 63 %. Ve sledovaném období bylo nahlášeno 151 případů TBC u uživatelů drog, v posledních letech se jejich počet i podíl na celkovém výskytu zvyšoval – graf 6-6. Z celkového počtu hlášení TBC u uživatelů (nealkoholových) drog bylo 96 % případů tuberkulózy dýchacího ústrojí. Během sledovaného období byla TBC hlášena u 130 mužů a 21 žen užívajících drogy. Vzhledem ke klesajícímu trendu celkového počtu hlášení tuberkulózy a růstu nahlášených případů u uživatelů drog vzrostl ve sledovaném období podíl uživatelů (nealkoholových) drog; u uživatelů alkoholu byl naopak pozorován sestupný trend (Nechanská, 2011b).

⁸³ Tj. infekcí způsobených bakteriemi rodu Mycobacterium, ke kterým patří kromě M. tuberculosis např. M. avium complex, M. kansasii nebo M. abscessus.

graf 6-6: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a dalších drog v ČR v l. 1997–2010 (Nechanská, 2011b)



V kapitole Intervence ve vězení (str. 114) jsou uvedeny informace o onemocnění a léčbě VHB, VHC a HIV mezi vězňnými osobami včetně uživatelů drog.

6.1.3 Prevalence infekcí mezi uživateli drog

V r. 2010 bylo v ČR provedeno celkem 918 855 laboratorních vyšetření HIV u občanů ČR a rezidentů, z toho bylo 180 (0,20 ‰) s pozitivním výsledkem, z nich bylo 139 občanů ČR a 41 cizinců s trvalým pobytem v ČR (Státní zdravotní ústav Praha, 2011a). U injekčních uživatelů drog (IUD) bylo provedeno 1050 vyšetření⁸⁴ s žádným pozitivním výsledkem. Počet testů provedených IUD se po několika letech propadu v r. 2010 zvýšil, a to i přes přetrvávající absenci testů ze slin (Státní zdravotní ústav Praha, 2011c) – tabulka 6-3.

tabulka 6-3: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1994–2010 (Státní zdravotní ústav Praha, 2011c)

| Rok | Testy z krve | | Testy ze slin | | Celkem | |
|---------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|
| | Počet testů | Počet pozitivních | Počet testů | Počet pozitivních | Počet testů | Počet pozitivních |
| 1994–1997 | 1 206 | 1 | 895 | 0 | 2 101 | 1 |
| 1998 | 1 034 | 0 | 1 124 | 0 | 2 158 | 0 |
| 1999 | 1 101 | 0 | 1 219 | 0 | 2 320 | 0 |
| 2000 | 1 090 | 0 | 1 001 | 0 | 2 091 | 0 |
| 2001 | 1 208 | 1 | 961 | 0 | 2 169 | 1 |
| 2002 | 801 | 0 | 735 | 1 | 1 536 | 1 |
| 2003 | 985 | 1 | 652 | 0 | 1 637 | 1 |
| 2004 | 1 382 | 0 | 227 | 0 | 1 609 | 0 |
| 2005 | 925 | 1 | 449 | 1 | 1 374 | 1* |
| 2006 | 994 | 1 | 412 | 0 | 1 406 | 1 |
| 2007 | 845 | 1 | 531 | 1 | 1 376 | 2 |
| 2008 | 886 | 1 | 477 | 0 | 1 363 | 1 |
| 2009 | 806 | 1 | 0 | – | 806 | 1 |
| 2010 | 1 050 | 0 | 0 | – | 1 050 | 0 |
| Celkem | 14 313 | 8 | 8 683 | 3 | 21 590 | 10 |

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

Od r. 2004 probíhá monitoring testování infekcí u IUD v nízkoprahových programech. Výsledky za r. 2010 byly získány prostřednictvím internetového dotazníku v červnu a červenci 2011 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011i). Odpovědělo celkem 43 nízkoprahových programů, z toho 20 kontaktních center, 13 terénních programů a 10 programů současně provozujících kontaktní centrum i terénní program. Výsledky uvádí tabulka 6-4. Tyto výsledky naznačují velmi nízký výskyt HIV, VHB i VHC mezi injekčními uživateli drog, ovšem při jejich posuzování je třeba vzít v úvahu, že se jedná o diagnostický screening, kterého pravděpodobně ve vyšší míře

⁸⁴ Jedná se o případy, 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. Z 5 nových případů HIV infekce v kategorii IUD v roce 2010 byly 4 zachyceny z důvodu klinické diagnózy a 1 po vyšetření na vlastní žádost. Přímou při testování z důvodu injekčního užívání drog tedy nebyl zjištěn žádný nový HIV pozitivní případ.

využívají noví a tedy v menší míře infikovaní klienti a zčásti se jedná o výsledky rychlých orientačních testů. Uvedené výsledky tedy podhodnocují skutečnou míru prevalence jednotlivých infekcí mezi uživateli drog, resp. klienty nízkoprahových zařízení.

tabulka 6-4: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na infekce v nízkoprahových zařízeních v r. 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011i)

| Infekce | Testovaný ukazatel* | Druh testovaného materiálu | Počet programů | Počet testů | | Počet osob | | |
|---------|-------------------------|----------------------------|----------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|
| | | | | Celkem | Pozit. | Celkem | Pozit. | Pozit. (%) |
| HIV | anti-HIV | Sliny** | – | – | – | – | – | – |
| | | Kapilární krev | 18 | 706 | 2 | 494 | 1 | 0,2 |
| | | Sérum z kapilární krve | 5 | 57 | 0 | 52 | 0 | 0,0 |
| | | Sérum z žilní krve | 4 | 79 | 0 | 77 | 0 | 0,0 |
| | | Celkem | 27 | 842 | 2 | 623 | 1 | 0,2 |
| VHC | anti-HCV | Kapilární krev | 20 | 743 | 86 | 632 | 77 | 12,2 |
| | | Sérum z kapilární krve | 5 | 201 | 32 | 173 | 31 | 17,9 |
| | | Sérum z žilní krve | 5 | 93 | 14 | 91 | 14 | 15,4 |
| | | Celkem | 30 | 1037 | 132 | 896 | 122 | 13,6 |
| VHB | HBsAg | Kapilární krev | 13 | 413 | 4 | 346 | 3 | 0,9 |
| | | Sérum z kapilární krve | 3 | 27 | 0 | 23 | 0 | 0,0 |
| | | Sérum z žilní krve | 3 | 35 | 0 | 34 | 0 | 0,0 |
| | | Celkem | 19 | 475 | 4 | 403 | 3 | 0,7 |
| | anti-HBc IgG | Sérum z žilní krve | 4 | 69 | 0 | 67 | 0 | 0,0 |
| | | Celkem | 4 | 69 | 0 | 67 | 0 | 0,0 |
| Syfilis | anti-treponema pallidum | Kapilární krev | 7 | 380 | 15 | 169 | 7 | 4,1 |
| | | Sérum z žilní krve | 2 | 17 | 4 | 17 | 4 | 23,5 |
| | | Celkem | 9 | 397 | 19 | 186 | 11 | 5,9 |

Pozn.: * Kromě HBsAg (antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci) se zjišťují výsledky testů dlouhodobě přetrvávajících protilátek. ** Slinné testy nejsou od r. 2009 k dispozici.

Výsledky testování na VHC podle krajů ukazuje tabulka 6-5. Při posuzování výsledků a rozdílů mezi kraji je však třeba vzít v úvahu, že se nejedná o reprezentativní výběr uživatelů drog ani zařízení, nýbrž o diagnostický screening, a že kritéria pro výběr testovaných klientů se mohou v jednotlivých zařízeních lišit.

tabulka 6-5: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2010 podle sídla programů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011i)

| Kraj | Počet center | | Počet testovaných osob | | |
|-----------------|------------------------|------------------|------------------------|-----------|-------------|
| | Odpovědělo na dotazník | Testovalo na VHC | Celkem | Pozit. | Pozit. (%) |
| Hl. m. Praha | 5 | 4 | 172 | 39 | 22,7 |
| Středočeský | 6 | 5 | 107 | 8 | 7,5 |
| Jihočeský | 6 | 4 | 94 | 5 | 5,3 |
| Plzeňský | 0 | 0 | 0 | – | – |
| Karlovarský | 2 | 1 | 5 | 1 | 20,0 |
| Ústecký | 4 | 4 | 150 | 33 | 22,0 |
| Liberecký | 1 | 1 | 16 | 3 | 18,8 |
| Královéhradecký | 3 | 1 | 9 | 2 | 22,2 |
| Pardubický | 2 | 2 | 81 | 4 | 4,9 |
| Vysočina | 2 | 1 | 12 | 0 | 0,0 |
| Jihomoravský | 3 | 3 | 105 | 11 | 10,5 |
| Olomoucký | 4 | 3 | 100 | 14 | 14,0 |
| Zlínský | 2 | 0 | 0 | – | – |
| Moravskoslezský | 4 | 3 | 31 | 2 | 6,5 |
| Celkem | 44 | 32 | 784 | 94 | 12,0 |

Trend počtu nízkoprahových zařízení, která testovala sledované infekce, a počty provedených testů podle informací ze závěrečných zpráv projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP uvádí tabulka 7-7 (str. 98) v kapitole Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog.

Údaje o testování infekcí a výsledcích tohoto testování sleduje i Registr žádostí o léčbu (Studničková, Petrášová, 2011). Jedná se o informace od samotných klientů, případně o údaje z jejich dokumentace; zahrnutý jsou pouze výsledky testů se známým výsledkem – tabulka 6-6. Data, i když jejich vypovídací hodnota je omezená, indikují stabilní a v posledních letech spíše klesající výskyt infekcí mezi uživateli drog (ve shodě se sledovanými trendy nových případů virových hepatitid v ČR hlášených do oficiální evidence infekčních nemocí EPIDAT – viz výše).

tabulka 6-6: Výsledky testování IUD – žadatelů o léčbu na HIV, VHA, VHB a VHC podle jejich vlastních výpovědí v l. 2003–2010 (Studničková, Petrášová, 2011)

| Rok | HIV | | VHA | | VHB | | VHC | |
|------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|
| | Celkem testováno | Pozitivní v % | Celkem testováno | Pozitivní v % | Celkem testováno | Pozitivní v % | Celkem testováno | Pozitivní v % |
| 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 |

Z celkového počtu 2113 osob evidovaných v r. 2010 v Registru substituční léčby bylo vyšetření na jednotlivé sledované infekční nemoci evidováno u 147 až 166 osob v závislosti na druhu testu. HIV prevalence dosáhla 0,6 %, prevalence VHB 54 % a VHC 68 %. Ze 160 anti-HCV pozitivních osob bylo 131 osobám provedeno vyšetření na přímou identifikaci viru VHC (HCV PCR-RNA), z nichž 66 (50,4 %) bylo pozitivních, což svědčí o aktivně probíhající infekci VHC (Nechanská, 2011g) – tabulka 6-7. Při interpretaci uvedených výsledků je však třeba vzít v úvahu, že testy na uvedené infekce prodělala jen malá část registrovaných pacientů a v mnoha případech se pravděpodobně jednalo o cílená vyšetření u osob s potížemi nebo s podezřením na infekci – uvedené výsledky tedy spíše nadhodnocují skutečnou prevalenci infekcí mezi pacienty substituční léčby, o čemž svědčí mj. vyšší míra positivity vyšetření u nových klientů.

tabulka 6-7: Výsledky testování pacientů léčených opiátovou substitucí na HIV, VHB a VHC v r. 2010 (Nechanská, 2011g)

| Infekce | Testovaný ukazatel | Všichni klienti | | | Noví klienti | | |
|---------|--------------------|------------------|-----------|---------------|------------------|-----------|---------------|
| | | Celkem testováno | Pozitivní | Pozitivní v % | Celkem testováno | Pozitivní | Pozitivní v % |
| HIV | anti-HIV | 160 | 1 | 0,6 | 91 | 0 | 0 |
| VHB | HBsAg* | 166 | 13 | 7,8 | 96 | 9 | 9,4 |
| | anti-HBcAg** | 147 | 79 | 53,7 | 85 | 49 | 57,6 |
| | anti-HBsAg** | 160 | 67 | 41,9 | 88 | 42 | 47,7 |
| VHC | anti-HCV | 160 | 109 | 68,1 | 91 | 70 | 76,9 |

Pozn.: * Antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci, ** anti-HBcAg jsou protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravě, anti-HBsAg mají obdobnou výpovědní hodnotu, ale navíc se vytvářejí i po očkování; při interpretaci výsledků je třeba vzít v úvahu, že se nemusí jednat o vyšetření u týchž osob.

Za r. 2010 jsou k dispozici výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011d). Výběr vězňů není reprezentativní a nelze vyloučit opakovaná vyšetření téže (pozitivní) osoby v různých fázích výkonu trestu odnětí svobody (VTOS) – je proto nutná opatrnost při interpretaci a zobecňování výsledků. Výsledky nicméně naznačují vyšší výskyt infekcí mezi vězni ve srovnání s dostupnými výsledky studií a monitorovacích systémů zaměřených na uživatele drog v zařízeních civilního sektoru – zejména výskyt HIV je (i když se jedná o nízké počty vyšetřených) relativně vysoký – tabulka 6-8.

tabulka 6-8: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2010 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011d)

| Infekce | Testovaný ukazatel | Nástup do VTOS | Nástup do VV | V průběhu VTOS | |
|---------|--------------------|------------------|--------------|----------------|-------|
| HIV | anti-HIV | Celkem testováno | 67 | 68 | 912 |
| | | Pozitivních | 3 | 4 | 3 |
| | | Pozitivních (%) | 4,5 | 5,9 | 0,3 |
| VHB | HBsAg* | Celkem testováno | 1 790 | 1 144 | 1 454 |
| | | Pozitivních | 194 | 117 | 183 |
| | | Pozitivních (%) | 10,8 | 10,2 | 12,6 |
| | anti-HBc IgG** | Celkem testováno | 1 644 | 935 | 1 210 |
| | | Pozitivních | 361 | 249 | 313 |
| | | Pozitivních (%) | 22,0 | 26,6 | 25,9 |
| VHC | anti-HCV | Celkem testováno | 4 776 | 1 304 | 1 611 |
| | | Pozitivních | 1 097 | 619 | 704 |
| | | Pozitivních (%) | 23,0 | 47,5 | 43,7 |

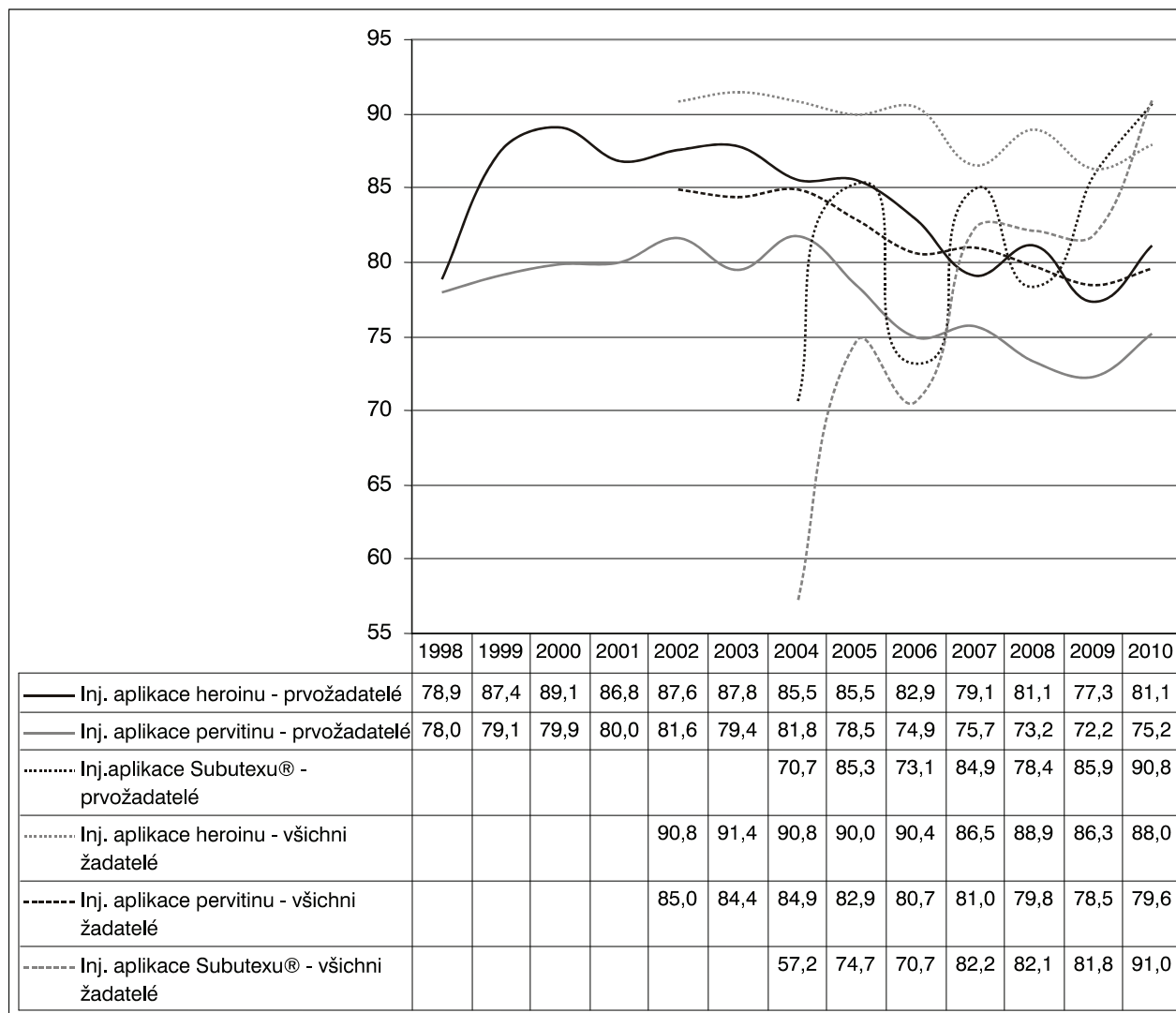
Pozn.: VTOS – výkon trestu odnětí svobody, VV – výkon vazby. *Antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci, ** protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravě.

6.1.4 Rizikové chování uživatelů drog

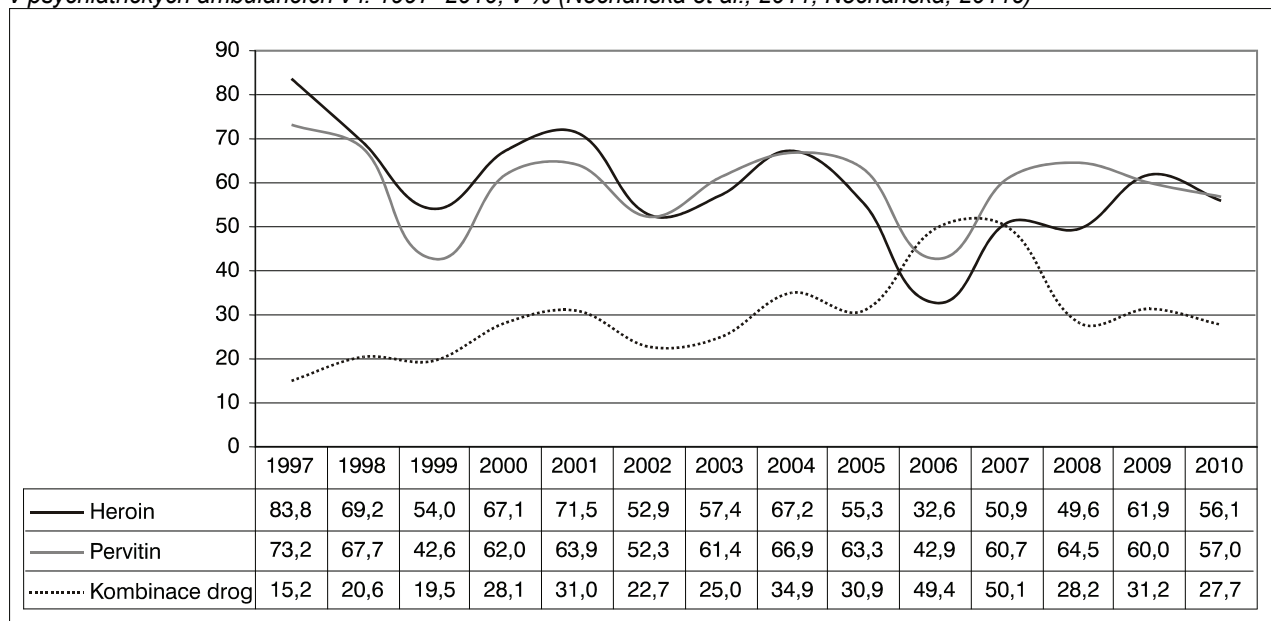
Dlouhodobě dochází k mírnému poklesu podílu injekční aplikace mezi prvožadateli o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu, ačkoliv poslední dostupná data indikují možnou změnu tohoto trendu. Vysoký podíl injekční aplikace vykazují uživatelé Subutexu®. Kokain je v ČR užíván téměř výhradně šňupáním (2 z celkem 23 uživatelů kokainu uvedli v r. 2010 v žádosti o léčbu injekční aplikací). Ani v r. 2010 nebyla zaznamenána žádná žádost o léčbu v souvislosti s užíváním cracku (Studničková, Petrášová, 2011).

Vývoj podílu injekční aplikace u ambulantně léčených pacientů v psychiatrických ordinacích uvádí graf 6-8 (Nechanská, 2011c). Podíl injekční aplikace mezi uživateli heroinu a pervitinu dlouhodobě klesá a je nižší než v Registru žadatelů o léčbu (graf 6-7). Dlouhodobě rostoucí podíl injekčních uživatelů drog mezi uživateli kombinace drog (dg. F19) je pravděpodobně odrazem nárůstu uživatelů pervitinu a opiátů kombinujících tyto drogy navzájem či s jinými drogami.

graf 6-7: Vývoj podílu injekční aplikace u prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu, Subutexu® a pervitinu, v % (Studničková, Petrášová, 2011)



graf 6-8: Vývoj podílu injekční aplikace u uživatelů heroinu, pervitinu a polyvalentních uživatelů léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2010, v % (Nechanská et al., 2011; Nechanská, 2011c)



Zdá se, že podíl injekčních uživatelů žádajících o léčbu, kteří uvádějí sdílení jehel a stříkaček, dlouhodobě klesá – tabulka 6-9.

tabulka 6-9: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v l. 2002–2010 (Studničková, Petrášová, 2011)

| Rok | Počet IUD | Počet sdílejících | Sdílející v % |
|------|-----------|-------------------|---------------|
| 2002 | 6 437 | 2 590 | 40,2 |
| 2003 | 5 901 | 2 356 | 39,9 |
| 2004 | 6 314 | 2 725 | 43,2 |
| 2005 | 5 769 | 2 421 | 42,0 |
| 2006 | 5 860 | 2 313 | 39,5 |
| 2007 | 5 338 | 2 139 | 40,1 |
| 2008 | 5 766 | 2 057 | 35,7 |
| 2009 | 6 012 | 2 263 | 37,6 |
| 2010 | 6 581 | 2 146 | 32,6 |

Pokles míry rizikového chování naznačuje také srovnání analýzy potřeb klientů nízkoprahových programů v Praze v l. 2003 a 2010 (Šťastná, 2010) – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 44). Mezi oběma lety klesla uváděná míra celoživotního i aktuálního (v posledním měsíci) sdílení jehel. V r. 2010 měnili použitou jehlu za novou všichni klienti s výjimkou jednoho.

6.2 Další poruchy spojené s užíváním drog

6.2.1 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích⁸⁵ zajišťuje hygienická služba. Přetrvávají potíže a značné regionální rozdíly v systému sběru dat, které komplikují hodnocení trendů⁸⁶. V r. 2010 bylo zaznamenáno 849 případů nefatálních intoxikací drogami – tabulka 6-10.

⁸⁵ 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.

⁸⁶ Na trendech hlášených případů se výrazně podílejí změny v síti hlásících zařízení (viz také VZ 2009). V r. 2010 přetrvávaly potíže s hlášením v Praze (nahlášeno 5 případů) i v dalších krajích (např. v krajích Jihočeském, Královéhradeckém a Jihomoravském nebyl nahlášen žádný případ v r. 2010).

tabulka 6-10: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2001–2009 (Studničková, Petrášová, 2011)

| Droga | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| Pervitin | 163 | 191 | 149 | 180 | 222 | 231 | 343 | 364 | 187 | 148 |
| Heroin | 285 | 176 | 152 | 179 | 244 | 149 | 190 | 166 | 122 | 162 |
| Metadon | 2 | 6 | 3 | 2 | 10 | 7 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| Subutex® | – | – | 2 | 12 | 14 | 18 | 32 | 7 | 0 | 0 |
| Ostatní opiáty | 16 | 23 | 22 | 20 | 19 | 21 | 40 | 17 | 42 | 24 |
| Benzodiazepiny | 137 | 89 | 157 | 126 | 153 | 124 | 139 | 113 | 180 | 136 |
| Jiná sedativa, hypnotika | 195 | 137 | 82 | 103 | 88 | 107 | 125 | 135 | 127 | 112 |
| Konopné látky | 63 | 101 | 90 | 84 | 73 | 72 | 127 | 108 | 105 | 102 |
| Těkavé látky | 75 | 58 | 69 | 64 | 48 | 28 | 31 | 9 | 33 | 18 |
| Psilocybin | 15 | 7 | 4 | 10 | 6 | 5 | 10 | 9 | 7 | 4 |
| Kokain, crack | 4 | 2 | 6 | 5 | 7 | 8 | 1 | 7 | 2 | 0 |
| Durman | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 | 2 | 0 |
| LSD | 3 | 2 | 3 | 7 | 3 | 5 | 7 | 4 | 13 | 3 |
| MDMA | 15 | 4 | 8 | 3 | 8 | 12 | 12 | 3 | 1 | 2 |
| Jiné známé drogy a léky | 182 | 179 | 100 | 92 | 111 | 89 | 124 | 140 | 173 | 137 |
| Ostatní, neznámo | 24 | 25 | 34 | 65 | 186 | 78 | 71 | 58 | 23 | 1 |
| Celkem | 1 183 | 1 000 | 881 | 952 | 1 193 | 954 | 1 255 | 1 146 | 1 018 | 849 |

6.2.2 Psychiatrická a další somatická komorbidita uživatelů drog

U pacientů evidovaných v Národním registru hospitalizovaných se sledují kromě základní diagnózy také diagnózy vedlejší.⁸⁷

Výskyt vedlejších diagnóz u hospitalizovaných uživatelů drog léčených pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, tj. se základní diagnózou F10–F19, kteří byli hospitalizováni v psychiatrických lůžkových zařízeních uvádí tabulka 6-11.

V psychiatrických lůžkových zařízeních byly u uživatelů drog jako vedlejší hospitalizační diagnózy nejčastěji uváděny tzv. psychiatrické diagnózy, tj. diagnózy z V. kapitoly MKN-10, což vyplývá i z charakteru poskytované péče v těchto zařízeních. U hospitalizací pro alkohol se vedlejší psychiatrická diagnóza vyskytovala u 30 % případů, u opiátů a kombinace látek to bylo necelých 30 %, u stimulantů téměř 50 %. Velmi často byly jako vedlejší diagnózy uvedeny také dg. ze skupiny F10–F19, čili poruchy spojené s užíváním návykových látek. Další časté vedlejší diagnózy byly z okruhu nemocí trávicí a oběhové soustavy (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011c).

⁸⁷ Základní diagnóza je definována jako stav primárně odpovědný za potřebu hospitalizace, jako vedlejší diagnózy se uvádějí kódy dalších onemocnění, které komplikují, tj. ovlivňují či odůvodňují frekvenci, trvání, objem a strukturu poskytnuté a vykázané péče. Evidují se až čtyři vedlejší diagnózy. Je proto nutné poznamenat, že jeden záznam hospitalizace může být napočítán podle počtu uvedených vedlejších diagnóz až ve čtyřech kapitolách MKN-10.

tabulka 6-11: Komorbidita u hospitalizací uživatelů návykových látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2010, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011c)

| Vedlejší diagnóza podle kapitol MKN-10 | | Základní diagnóza | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| | | F10 – alkohol (n = 10 003) | F11 – opioidy (n = 696) | F12 – konopné látky (n = 199) | F13 – sedativa/hypnotika (n = 306) | F14 – kokain (n = 2) | F15 – ostatní stimulantia (n = 1 626) | F16 – halucinogeny (n = 9) | F17 – tabák (n = 3) | F18 – těkavé látky (n = 42) | F19 – kombinace látek (n = 2 476) |
| I. | Některé inf., paraz. nemoci | 0,6 | 13,5 | 0,5 | 1,0 | 0,0 | 4,4 | 0,0 | 0,0 | 4,8 | 4,4 |
| II. | Novotvary | 0,4 | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| III. | Nemoci krve, krevetvor. org. | 1,2 | 0,1 | 0,5 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |
| IV. | Nemoci endokrin., výživy | 4,3 | 1,0 | 1,5 | 9,5 | 0,0 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 7,1 | 0,6 |
| V. | Poruchy dušev. a por. chov. | 29,9 | 28,3 | 79,4 | 63,1 | 50,0 | 48,0 | 100,0 | 66,7 | 14,3 | 25,6 |
| VI. | Nemoci nervové soust. | 3,4 | 1,0 | 1,0 | 1,6 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,8 |
| VII. | Nemoci oka | 0,3 | 0,4 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| VIII. | Nemoci ucha, bradav. výběž. | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| IX. | Nemoci oběhové soustavy | 8,5 | 1,4 | 0,5 | 15,0 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 33,3 | 0,0 | 1,5 |
| X. | Nemoci dýchací soustavy | 1,6 | 0,7 | 1,0 | 2,9 | 50,0 | 0,9 | 11,1 | 0,0 | 0,0 | 0,7 |
| XI. | Nemoci trávicí soustavy | 10,9 | 2,0 | 1,0 | 3,3 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 33,3 | 0,0 | 1,7 |
| XII. | Nemoci kůže | 0,7 | 0,3 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| XIII. | Nemoci sval., kost. soust. | 1,1 | 0,9 | 0,0 | 2,9 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |
| XIV. | Nemoci moč., pohl. soust. | 0,7 | 0,4 | 0,5 | 1,3 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |
| XV. | Těhotenství, porod | 0,0 | 0,1 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| XVII. | Vrozené vady, deform. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| XVIII. | Abnorm. klinické stavy | 0,6 | 0,4 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 33,3 | 0,0 | 0,3 |
| XIX. | Poranění, otravy | 1,9 | 0,7 | 3,0 | 2,9 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 33,3 | 0,0 | 1,5 |
| XXI. | Faktory ovliv. zdravotní stav | 3,0 | 3,9 | 23,1 | 6,5 | 0,0 | 10,3 | 11,1 | 0,0 | 4,8 | 3,2 |

6.2.3 Drogy a dopravní nehody

Od r. 2003 jsou analyzovány nálezy etanolu a ostatních drog⁸⁸ u zemřelých účastníků dopravních nehod pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR – blíže kapitola Drogová úmrť a mortalita uživatelů drog (str. 85). Zvláště se sledují tzv. aktivní účastníci dopravních nehod (chodci, cyklisté a řidiči)⁸⁹.

V r. 2010 zemřelo podle údajů z oddělení soudního lékařství při dopravních nehodách nebo na jejich následky 894 osob, z toho 505 (57 %) bylo toxikologicky vyšetřeno⁹⁰, což je obdobný podíl jako v letech minulých. Největší podíl pozitivních výsledků byl zjištěn u etanolu. U tří nejčastějších nealkoholových drog došlo k meziročnímu poklesu podílu pozitivních nálezů u pervitinu a benzodiazepinů, naopak k nárůstu u konopných drog – tabulka 6-12. Kokain byl v r. 2010 nalezen v jednom případě u řidiče, těkavé látky také v jednom případě u chodce, u barbiturátů (3 případy) a opiátů (2) nepřesáhly nálezy 1 % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011). Celkem bylo v celém souboru zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v r. 2010 identifikováno 124 zemřelých aktivních účastníků silničního provozu pozitivních na etanol (z toho 39 řidičů) a 39 pozitivních na nějakou ze sledovaných OPL (z nich 30 řidičů).

⁸⁸ Za pozitivní jsou u etanolu považovány případy s hladinou vyšší než 0,2 g/kg (Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie, 1999), u konopných látek případy, kde je prokázán THC nebo jeho aktivní metabolit (nikoliv tedy např. THC-COOH), a u těkavých látek nález těch látek, které nevznikají posmrtně nebo nejsou prokazovány u některých fyziologických nebo patologických stavů (jako např. aceton, acetaldehyd, n-propanol, n-butanol).

⁸⁹ 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.).

⁹⁰ Tj. vyšetřeno na etanol nebo na některou drogu z těchto skupin: těkavé látky, opiáty, stimulantia, konopné látky, kokain, benzodiazepiny, barbituráty.

tabulka 6-12: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v l. 2003–2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011)

| Droga | Rok | Kategorie zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod | | | | | | | |
|--|------|--|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| | | Chodci | | Cyklisté | | Řidiči | | Celkem | |
| | | Vyšetřeno | Pozitivní (%) | Vyšetřeno | Pozitivní (%) | Vyšetřeno | Pozitivní (%) | Vyšetřeno | Pozitivní (%) |
| Etanol | 2003 | 141 | 51,8 | 50 | 40,0 | 203 | 32,0 | 394 | 40,1 |
| | 2004 | 150 | 48,7 | 44 | 29,5 | 209 | 23,9 | 403 | 33,7 |
| | 2005 | 148 | 45,3 | 35 | 34,3 | 198 | 18,7 | 381 | 30,4 |
| | 2006 | 102 | 55,9 | 35 | 37,1 | 164 | 26,2 | 301 | 37,5 |
| | 2007 | 130 | 50,8 | 44 | 40,9 | 215 | 20,9 | 389 | 33,2 |
| | 2008 | 139 | 51,8 | 40 | 37,5 | 202 | 29,2 | 381 | 38,3 |
| | 2009 | 114 | 50,9 | 30 | 16,7 | 184 | 25,0 | 328 | 33,2 |
| | 2010 | 144 | 50,0 | 30 | 43,3 | 198 | 19,7 | 372 | 33,3 |
| Stimulancia (vč. pervitinu a extáze) | 2003 | 91 | 1,1 | 27 | 0,0 | 152 | 3,3 | 270 | 2,2 |
| | 2004 | 109 | 1,8 | 23 | 0,0 | 170 | 1,8 | 302 | 1,7 |
| | 2005 | 103 | 1,9 | 17 | 0,0 | 148 | 0,7 | 268 | 1,1 |
| | 2006 | 79 | 1,3 | 15 | 0,0 | 125 | 7,2 | 219 | 4,6 |
| | 2007 | 107 | 0,9 | 27 | 0,0 | 223 | 5,8 | 357 | 3,9 |
| | 2008 | 121 | 3,3 | 21 | 0,0 | 195 | 9,2 | 337 | 6,5 |
| | 2009 | 84 | 3,6 | 18 | 0,0 | 175 | 5,1 | 277 | 4,3 |
| | 2010 | 97 | 1,0 | 16 | 0,0 | 172 | 4,7 | 285 | 3,2 |
| Konopné látky (aktivní metabolity THC) | 2003 | 70 | 2,9 | 21 | 0,0 | 101 | 4,0 | 192 | 3,1 |
| | 2004 | 44 | 2,3 | 14 | 0,0 | 100 | 0,0 | 158 | 0,6 |
| | 2005 | 54 | 1,9 | 11 | 0,0 | 94 | 3,2 | 159 | 2,5 |
| | 2006 | 53 | 11,3 | 8 | 12,5 | 91 | 4,4 | 152 | 7,2 |
| | 2007 | 61 | 3,3 | 11 | 0,0 | 154 | 4,5 | 226 | 4,0 |
| | 2008 | 60 | 6,7 | 13 | 0,0 | 130 | 6,2 | 203 | 5,9 |
| | 2009 | 49 | 4,1 | 9 | 0,0 | 125 | 1,6 | 183 | 2,2 |
| | 2010 | 51 | 5,9 | 8 | 0,0 | 119 | 5,9 | 178 | 5,6 |
| Benzodiazepiny | 2003 | 89 | 3,4 | 28 | 7,1 | 150 | 2,0 | 267 | 3,0 |
| | 2004 | 109 | 5,5 | 23 | 4,3 | 172 | 2,9 | 304 | 3,9 |
| | 2005 | 103 | 2,9 | 17 | 5,9 | 147 | 4,1 | 267 | 3,7 |
| | 2006 | 81 | 2,5 | 15 | 0,0 | 127 | 3,9 | 223 | 3,1 |
| | 2007 | 114 | 7,0 | 30 | 3,3 | 223 | 5,8 | 367 | 6,0 |
| | 2008 | 135 | 5,2 | 24 | 12,5 | 204 | 2,0 | 363 | 3,9 |
| | 2009 | 99 | 6,1 | 22 | 13,6 | 189 | 4,2 | 310 | 5,5 |
| | 2010 | 114 | 4,4 | 18 | 0,0 | 197 | 6,1 | 329 | 5,2 |
| Jakákoliv droga mimo etanol | 2003 | 108 | 7,4 | 35 | 11,4 | 171 | 6,4 | 314 | 7,3 |
| | 2004 | 117 | 9,4 | 26 | 7,7 | 181 | 5,5 | 324 | 7,1 |
| | 2005 | 110 | 8,2 | 19 | 5,3 | 158 | 7,0 | 287 | 7,3 |
| | 2006 | 84 | 9,5 | 18 | 5,6 | 133 | 12,8 | 235 | 11,1 |
| | 2007 | 122 | 9,0 | 30 | 6,7 | 233 | 13,7 | 385 | 11,7 |
| | 2008 | 142 | 10,6 | 29 | 10,3 | 213 | 12,7 | 384 | 11,7 |
| | 2009 | 100 | 8,0 | 22 | 13,6 | 191 | 11,5 | 313 | 10,5 |
| | 2010 | 124 | 7,3 | 21 | 0,0 | 205 | 14,6 | 350 | 11,1 |

Informace o vlivu alkoholu a jiných drog na nehodovost na pozemních komunikacích evidované policií uvádí tabulka 6-13. Podle těchto údajů se v r. 2010 snížil počet i podíl nehod zaviněných pod vlivem alkoholu a klesl také počet a podíl usmrcených při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu. Naopak došlo k nárůstu počtu i podílu nehod zaviněných pod vlivem drog a také k nárůstu usmrcených při těchto nehodách. Ten je však stále mnohem nižší, než jak ukazují výsledky pitev a toxikologických vyšetření zemřelých při dopravních nehodách prováděných na odděleních soudního lékařství (viz výše) i s vědomím různé definice případu a způsob sběru dat v obou zdrojích.

tabulka 6-13: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v l. 2003–2010 – vliv alkoholu a jiných drog (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2010; Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2011)

| Rok | Nehody | | | | | Usmrcení při nehodách | | | | |
|-------|---------|---------------------|-----|-------------------------------|------|-----------------------|---------------------|------|-------------------------------|-----|
| | Celkem | Pod vlivem alkoholu | | Pod vlivem léků a jiných drog | | Celkem | Pod vlivem alkoholu | | Pod vlivem léků a jiných drog | |
| | Počet | Počet | % | Počet | % | Počet | Počet | % | Počet | % |
| 2003 | 195 851 | 9 076 | 4,9 | 39 | 0,02 | 1 319 | 111 | 8,5 | 0 | 0,0 |
| 2004 | 196 484 | 8 445 | 4,5 | 53 | 0,03 | 1 215 | 59 | 4,9 | 1 | 0,1 |
| 2005 | 199 262 | 8 192 | 4,3 | 60 | 0,03 | 1 127 | 59 | 5,2 | 0 | 0,0 |
| 2006 | 187 965 | 6 807 | 3,8 | 64 | 0,03 | 956 | 42 | 4,3 | 1 | 0,1 |
| 2007 | 182 736 | 7 266 | 4,3 | 78 | 0,04 | 1 123 | 36 | 3,2 | 2 | 0,2 |
| 2008 | 160 376 | 7 252 | 4,8 | 109 | 0,07 | 992 | 80 | 8,1 | 1 | 0,1 |
| 2009* | 74 815 | 5 725 | 8,1 | 137 | 0,18 | 832 | 123 | 14,9 | 6 | 0,7 |
| 2010 | 75 522 | 5 015 | 6,6 | 165 | 0,22 | 753 | 102 | 13,5 | 15 | 2,0 |

Pozn.: * 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.

Dopravní policie provádí od r. 2007 testování na OPL pomocí orientačních testů ze slin⁹¹. Je-li výsledek orientačního testu pozitivní, je nutné provést odborné lékařské a následné toxikologické vyšetření. V r. 2007 bylo provedeno celkem 2758 orientačních testů, z toho bylo 347 pozitivních (12,6 %), nejčastěji se jednalo o drogy amfetaminového typu (152 případů), dále o konopné látky (81), extázi (15), opiáty (6) a halucinogeny (1); více drog současně bylo nalezeno u 77 případů. V r. 2008 bylo provedeno 8511 orientačních testů, z toho bylo 794 pozitivních (9,3 %). V r. 2009 bylo zjištěno 1149 případů požití OPL a 13 767 případů požití alkoholu řidiči, v r. 2010 to bylo 1450 a 27 803 případů (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2010; Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2011).

6.3 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

6.3.1 Drogová úmrtí ve Speciálním registru mortality

V ČR jsou povinně soudním lékařem prováděny pitvy všech náhlých úmrtí v případech, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a všech násilných úmrtí (tj. všech úrazů a otrav). Od r. 1998 jsou rutinně sledována přímá drogová úmrtí (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). Za r. 2010 byla data elektronicky získána ze všech 13 oddělení⁹², na kterých bylo provedeno celkem 13 241 pitev (v r. 2009 to bylo 13 276). Od r. 2007 jsou získávána agregovaná hlášení také ze 3 pracovišť patologie, na kterých jsou soudními lékaři nepravidelně prováděny pitvy podle § 115 trestního řádu (tzv. soudní pitvy); za r. 2010 nebylo z těchto tří pracovišť nahlášeno žádné drogové úmrtí.

6.3.1.1 Smrtelná předávkování drogami

V r. 2010 bylo zjištěno 194 úmrtí na předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychotropními léky (225 v r. 2009). Z toho bylo 55 případů podle selekce D standardu EMCDDA pro drogová úmrtí, tj. případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (49 v r. 2009), a 139 psychotropními léky (176 v r. 2009). V r. 2010 se ve všech případech podařilo zjistit látku, která smrtelné předávkování způsobila.

Bylo identifikováno celkem 19 případů smrtelných předávkování (nelegálními) opiáty (v r. 2009 to bylo 20 případů), především heroinem (13 potvrzených či velmi pravděpodobných případů). Ve 13 případech byly opiáty identifikovány samotné nebo případně v kombinaci s etanolem (6 případů), v dalších 6 případech v kombinaci s dalšími látkami (jako pervitinem, MDMA, léky). Ve dvou případech se pravděpodobně jednalo o smrtelné předávkování opiem (z toho jednou v kombinaci s etanolem, jednou v kombinaci s pervitinem a tramadolem). V jednom případě bylo příčinou smrti předávkování fentanylem v kombinaci s etanolem (malé množství fentanylem bylo nalezeno rovněž u dalšího případu předávkování klasifikovaného jako předávkování pervitinem). Metadon byl nalezen u dvou případů předávkování, z toho jednou v kombinaci s etanolem, u dalšího případu byl dále přítomen pervitin a benzodiazepiny.

Pervitin byl příčinou smrtelného předávkování v 18 případech (rovněž 18 případů v r. 2009), z toho ve jednom případě s nálezem fentanylem (viz výše), třikrát s THC, a po dvou případech s etanolem a psychoaktivními léky. V 16 případech (8 případů v r. 2009) se jednalo o smrtelné předávkování těkavými látkami (toluenem, chloroformem, éterem, propan-butanem a v jednom případě nastala smrt po vdechnutí plynu do zapalovače u 12letého chlapce). Dále byla hlášena 2 smrtelná předávkování syntetickými (tanečními) drogami – v jednom případě šlo o MDMA

⁹¹ Jsou používány testy DrugWipe (<http://www.drugwipe.us>).

⁹² V r. 2009 byla data získána ze 14 pracovišť – navíc byla data hlášena z pracoviště v Mostě (Ústecký kraj), kde je pracoviště soudní toxikologie.

(extázi) s nálezem stop pervitinu, v dalším o 4-methylthioamfetamin (4-MTA)⁹³. V r. 2010, stejně jako nikdy v minulosti, nebylo identifikováno smrtelné předávkování s nálezem buprenorfinu a nebylo ani hlášeno žádné smrtelné předávkování halucinogeny nebo THC či jiným kanabinoidem. V r. 2010 nebylo rovněž hlášeno žádné smrtelné předávkování s nálezem kokainu (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011) – tabulka 6-14.

tabulka 6-14: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2010 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011)

| Droga/věková skupina | <15 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | >64 | Celkem | | |
|---|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | | | | | | | | | | | | Muži | Ženy | Celkem |
| Jen opiáty/opioidy (vyjma metadonu) | 0 | 2 | 1 | 1 | 6 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 1 | 12 |
| Jen metadon | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Více látek včetně opiátů/opioidů | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1 | 6 |
| – z toho metadon | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Celkem opiáty/opioidy | 0 | 3 | 1 | 3 | 8 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 17 | 2 | 19 |
| Jedna nebo více látek, nikoliv však opiáty/opioidy | 1 | 2 | 4 | 8 | 5 | 6 | 6 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 32 | 4 | 36 |
| – z toho těkavé látky | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 14 | 2 | 16 |
| – z toho pervitin | 0 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 16 | 2 | 18 |
| – z toho kokain | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| – z toho syntetické (taneční) drogy (např. MDMA) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| – z toho halucinogeny | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nespecifikováno/neznámo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Celkem nelegální drogy a těkavé látky (selekce D EMCDDA) | 1 | 5 | 5 | 11 | 13 | 6 | 8 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 49 | 6 | 55 |
| Psychoaktivní léky | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 14 | 13 | 26 | 21 | 17 | 11 | 21 | 76 | 63 | 139 |
| – z toho benzodiazepiny | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 7 | 3 | 10 | 6 | 6 | 4 | 6 | 23 | 26 | 49 |
| Celkem | 1 | 5 | 8 | 19 | 18 | 20 | 21 | 28 | 24 | 18 | 11 | 21 | 125 | 69 | 194 |

Smrtelná předávkování psychotropními léky představují velmi heterogenní kategorii a její přesné zhodnocení je obtížné. Zahnuje totiž předávkování sebevražedná, náhodná či bez zjištěného úmyslu, a to jak léky lege artis předepsanými, tak léky zneužívanými. Celkem bylo v r. 2010 zjištěno 139 případů smrtelných předávkování psychotropními léky⁹⁴ (176 případů v r. 2009), z toho v 49 případech benzodiazepiny (74 v r. 2009) a v 36 případech léky s obsahem opiátů (24 v r. 2009).

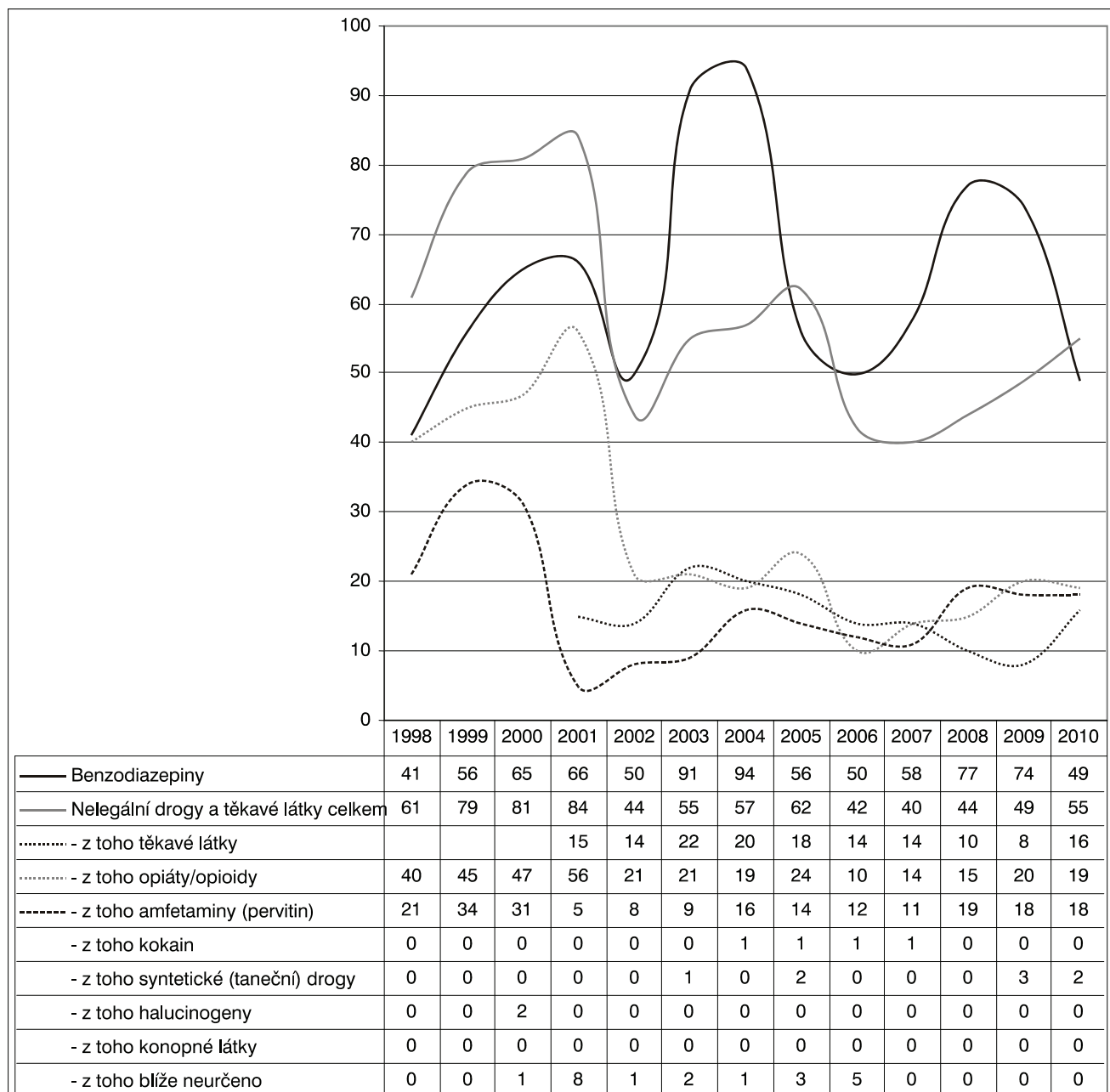
V r. 2010 došlo meziročně k mírnému nárůstu případů smrtelných předávkování nelegálními drogami, a to zejména vlivem nárůstu smrtelných předávkování těkavými látkami z 8 případů v r. 2009 na 16 v r. 2010; počet případů smrtelných předávkování pervitinem a heroinem zůstal prakticky na stejné úrovni. Dlouhodobý trend ukazuje graf 6-9.

Vůbec poprvé byl v ČR u případů smrtelného předávkování (nelegálními) drogami či předávkování uživatelů drog identifikován fentanyl – i když informace o původu fentanylu nebyly při pitvě známy (a mohlo jít o fentanyl původem z léčivých přípravků), je možné, že fentanyl pocházel z černého trhu (informace policie o záchytech fentanylu v ČR na jaře 2011 tuto hypotézu podporují – viz blíže kapitola Drogové trhy na str. 117).

⁹³ Jedná se o velmi nebezpečnou náhražku extáze, jejíž užití je spojeno s rizikem rozvoje tzv. serotoninového syndromu a úmrtí.

⁹⁴ Převážná většina předávkování léky má charakter sebevraždy, většinou se jedná o kombinaci (více) léků s alkoholem.

graf 6-9: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v l. 1998–2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011)



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

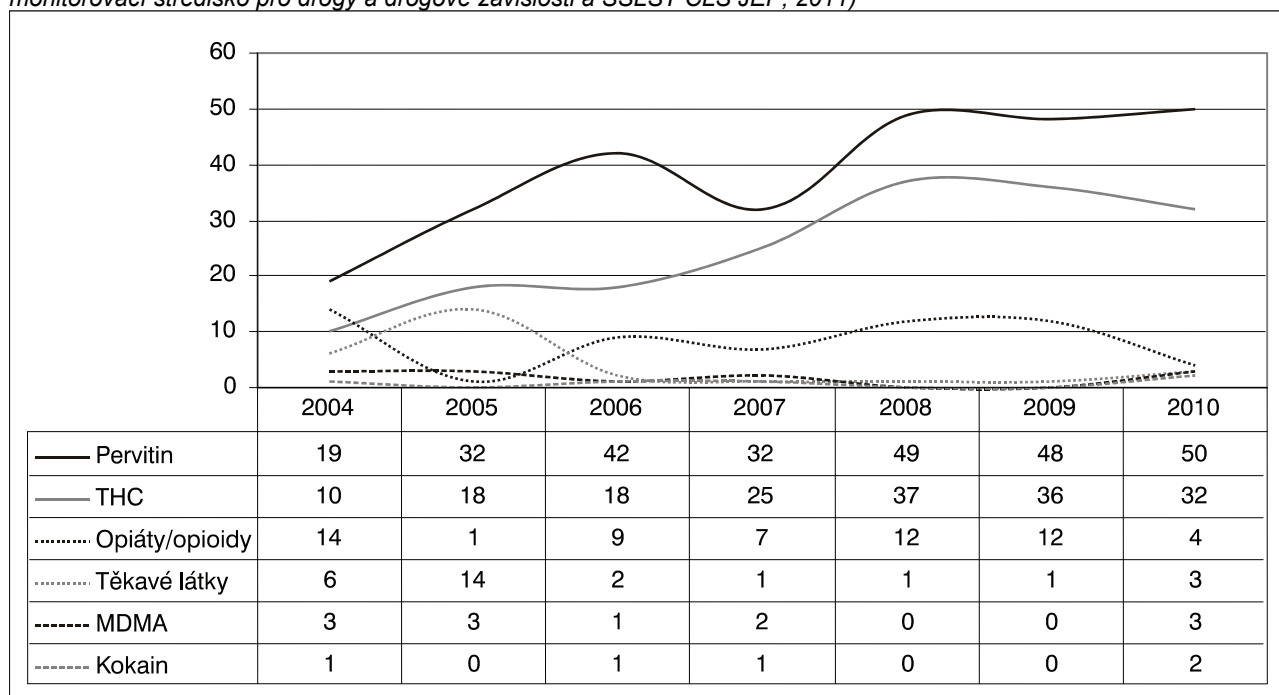
6.3.1.2 Úmrtí za přítomnosti drog

Celkem bylo v r. 2010 identifikováno 117 úmrtí za přítomnosti drog (rovněž 117 v r. 2009), z toho 11 bylo přirozených úmrtí, tj. následkem choroby (8 v r. 2009), 58 případů následkem nehod (51 v r. 2009), 46 případů sebevražd (47 v r. 2009) a 2 případy zabití či vraždy (7 v r. 2009). Přehled počtu a podílu vybraných skupin drog na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti drog uvádí tabulka 6-15, trend od r. 2004 graf 6-10 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011). V dlouhodobém horizontu je sice patrný zejména rostoucí počet případů nepřímých úmrtí s nálezem pervitinu a THC, u THC však v posledních 2 letech došlo k mírnému poklesu. Ani v jednom případě úmrtí za přítomnosti drog nebyly v r. 2010 identifikovány opioidy používané v substituční léčbě.

tabulka 6-15: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2010 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011)

| Droga | Nemoc (n = 11) | Nehoda (n = 58) | Sebevražda (n = 46) | Zabití/vražda (n = 2) | Jiné (n = 0) | Celkem (n = 117) | Podíl (%) |
|--|----------------|-----------------|---------------------|-----------------------|--------------|------------------|-----------|
| Pervitin | 7 | 27 | 15 | 1 | 0 | 50 | 42,7 |
| THC | 5 | 18 | 9 | 0 | 0 | 32 | 27,4 |
| Benzodiazepiny | 1 | 9 | 15 | 1 | 0 | 26 | 22,2 |
| Jiné psychoaktivní léky | 0 | 6 | 12 | 0 | 0 | 18 | 15,4 |
| Opiáty/opioidy | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 | 3,4 |
| Těkavé látky | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2,6 |
| MDMA a jiné syntetické (taneční) drogy | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2,6 |
| Kokain | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1,7 |

graf 6-10: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v l. 2004–2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011)



Nález drog v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod – viz kapitolu Další poruchy spojené s užíváním drog (str. 81).

6.3.2 Drogová úmrtí v obecném registru mortality

V r. 2010 byla poprvé prezentována extrakce drogových úmrtí z obecného registru mortality – informačního systému Zemřelí (IS ZEM), který vede ČSÚ⁹⁵ a poskytuje k dalšímu zpracování a publikování ÚZIS⁹⁶. Pro extrakci dat o drogových úmrtích ze statistiky zemřelých se používají kritéria EMCDDA, jejichž základem je výběr příslušných diagnóz příčin úmrtí nebo kombinace příčin úmrtí a mechanismu úmrtí. Jako standard je používána tzv. selekce B podle EMCDDA, která spočívá ve výběru úmrtí, kde je prvotní příčinou porucha duševní 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 – narkotikem nebo psychodysleptikem (dg. T40 a T43.6). V r. 2010 byla ze statistiky zemřelých poprvé provedena také tzv. alternativní selekce, která u náhodných, úmyslných nebo nezjištěných otrav narkotiky a psychodysleptiky (X42, X62 a Y12) nevyžaduje kombinaci s diagnózou T pro substanci. Nevýhodou alternativní selekce je, že bez kódů pro substance nelze rozlišit jednotlivé typy drog, které byly příčinou smrtelného předávkování.

⁹⁵ V r. 2011 byl přijat Zákon o zdravotních službách, který od ledna 2013 zásadním způsobem mění proces zasílání Listu o prohlídce zemřelého (LPZ) mezi/do různých institucí (zdravotnická zařízení, matrice, ÚZIS), sběru a hlášení diagnóz spojených s úmrtím, časové lhůty pro hlášení a také doplňuje hlášení o řadu dalších údajů včetně vlivu OPL na úmrtí.

⁹⁶ U všech případů úmrtí v ČR je lékařem diagnostikujícím úmrtí povinně vyplňován List o prohlídce mrtvého (LPM), který je v případě, že je prováděna pitva, doplňován o pitvěni diagnózu a zasílán na matriku. Na matrice dochází k přepisu dat z LPM do formulářů ČSÚ (Hlášení o úmrtí), které ČSÚ vkládá do databáze IS ZEM. Uplatňují se přitom doporučení WHO pro kódování příčin úmrtí. V případě, že jsou lékařem nebo oddělením soudního lékařství zjištěny nové skutečnosti o příčině úmrtí, je vyplněno změnové hlášení LPM, které je zasláno na regionální pracoviště ÚZIS v Praze, Hradci Králové, Brně a Ostravě, která je postupují ČSÚ.

Na konci r. 2010 bylo v rámci pracovní skupiny NMS pro drogová úmrtí dohodnuto, že NMS ve spolupráci s ÚZIS provede porovnání jednotlivých případů drogových úmrtí extrahovaných ze speciálního a obecného registru mortality v r. 2009. Při analýze byly údaje z těchto registrů ještě doplněny o diagnózy příčin smrti z informačního systému List o prohlídce mrtvého (IS LPM)⁹⁷. Jako základ analýzy sloužily případy ze speciálního registru, ke kterým byly doplněny údaje z IS ZEM a IS LPM. U 7 případů ze speciálního registru (ze 49 úmrtí zjištěných v r. 2009) se nepodařilo dohledat údaje ani v IS ZEM, ani v IS LPM, což by mohlo být dáno buď nevyplněním LPM za tyto zemřelé nebo chybou v rodném čísle nebo jeho šifře ve speciálním registru. Ve 12 případech došlo ke spojení záznamů a také ke shodě látky, která úmrtí způsobila. V 7 případech byla v IS ZEM uvedena jiná látka než ve speciálním registru a v 15 případech byly v IS ZEM uvedeny diagnózy, které nespádají do selekce B⁹⁸.

Zbýlých 8 případů úmrtí ve speciálním registru se týkalo předávkování těkavými látkami, které nejsou součástí selekce B. Proto 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 (porucha duševní 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.

Strukturu případů smrtelných předávkování drogami v r. 2010 podle standardní i rozšířené selekce B EMCDDA podle věku, pohlaví a druhu drogy ukazuje tabulka 6-16 a vývoj úmrtí podle jednotlivých drog ukazuje tabulka 6-17 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011b).

tabulka 6-16: Smrteľná předávkování drogami v ČR v r. 2010 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011b)

| Droga | <15 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | >64 | Celkem | | |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | | | | | | | | | | | | | Muži | Ženy | Celkem |
| Opiáty/opioidy | 0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 10 | 3 | 13 |
| Konopné drogy | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Kokain | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ostatní stimulancia | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 8 |
| Halucinogeny | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Drogy blíže nespecifikované | 0 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1 | 8 |
| Selekce B (standardní) | 0 | 3 | 6 | 5 | 5 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 25 | 4 | 29 |
| Těkavé látky | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 10 | 3 | 13 |
| Selekce B (rozšířená) | 0 | 3 | 8 | 7 | 6 | 6 | 5 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 | 35 | 7 | 42 |

⁹⁷ Tento informační systém vede a zpracovává ÚZIS především pro rychlý a operativní výběr zemřelých s určitou charakteristikou (např. k dohledání případů zjištěných při úmrtí pro Národní onkologický registr), možnost sledování komorbidit na základě diagnóz příčin smrti, pro potřeby zdravotnických zařízení při aktualizaci registrů a kartoték apod. Na LPM je sledována prvotní příčina úmrtí, předchozí příčiny a nemoci, které přímo vedly ke smrti, dále jsou uvedeny jiné závažné chorobné stavy spolupodmiňující smrt a vnější příčiny smrti.

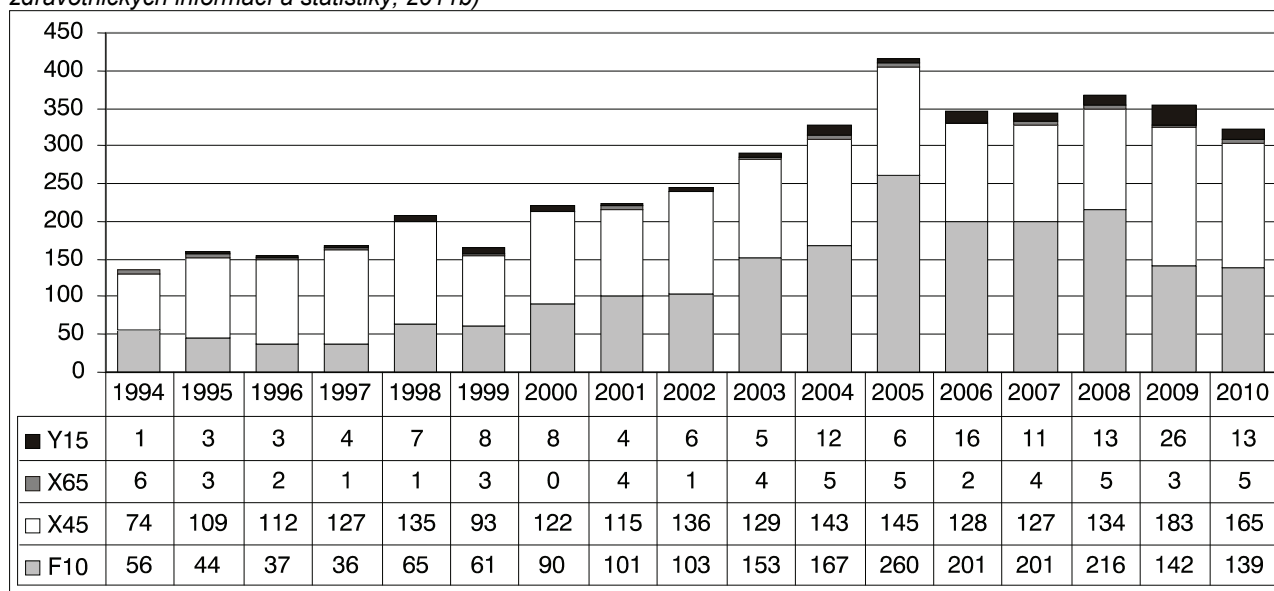
⁹⁸ Tyto rozdíly byly způsobeny zčásti nedohlášením změn v diagnózách soudnělékařskými odděleními poté, co byl znám výsledek toxikologického vyšetření, ale také chybným kódováním příčin úmrtí na ČSÚ. Na základě těchto zjištění bylo doporučeno ČSÚ zavést kontrolu kódování drogových úmrtí podle instrukční příručky Mezinárodní klasifikace nemocí, kde je popsán postup při kódování otrav léky, léčiv, návykovými a biologickými látkami. Podle sdělení ČSÚ byly tyto kontroly zavedeny již v průběhu r. 2010. Dále byli zástupci Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie seznámeni s výsledkem analýzy a požádáni o důslednější vyplňování opravných hlášení LPM.

tabulka 6-17: Smrtná předávkování drogami v ČR podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2010 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011b)

| Rok | Opiáty/ opioidy | z toho metadon | Konopné drogy | Kokain | Ostatní stimulancia | Halucino- geny | Drogy blíže nespecifik. | Selekce B (stand.) | Těkavé látky | Selekce B (rozšířená) |
|------|--------------------|-------------------|------------------|--------|------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|
| 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 |

Pro srovnání byla pro letošní výroční zprávu provedena extrakce přímých drogových úmrtí v souvislosti s alkoholem (tj. předávkování na alkohol) z informačního systému Zemřelí podle stejných kritérií, jako je tomu u nealkoholových drog. Byla tedy extrahována úmrtí s uvedenou prvotní příčinou porucha duševní a porucha chování způsobená alkoholem (dg. F10) nebo úmrtí na náhodnou, úmyslnou nebo blíže nezjištěnou otravu alkoholem, tj. kombinaci diagnóz pro otravu alkoholem (dg. X45, X65 a Y15) v kombinaci s diagnózami pro toxický účinek alkoholu, resp. etanolu (dg. T51.0 a T51.9). Na počátku sledovaného období, tj. v letech 1994–2010, počet případů rostl, a to až do r. 2005 (ze 137 případů v r. 1994 na 416 v r. 2005), kdy dosáhl maxima, v následujících letech se pohyboval kolem 350 případů ročně a v r. 2010 bylo identifikováno 322 případů, což je přibližně 10krát více než počet předávkování všemi nealkoholovými drogami dohromady (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011b) – graf 6-11.

graf 6-11: Struktura smrtelných předávkování alkoholem v ČR v obecném registru úmrtí v l. 1994–2010 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011b)

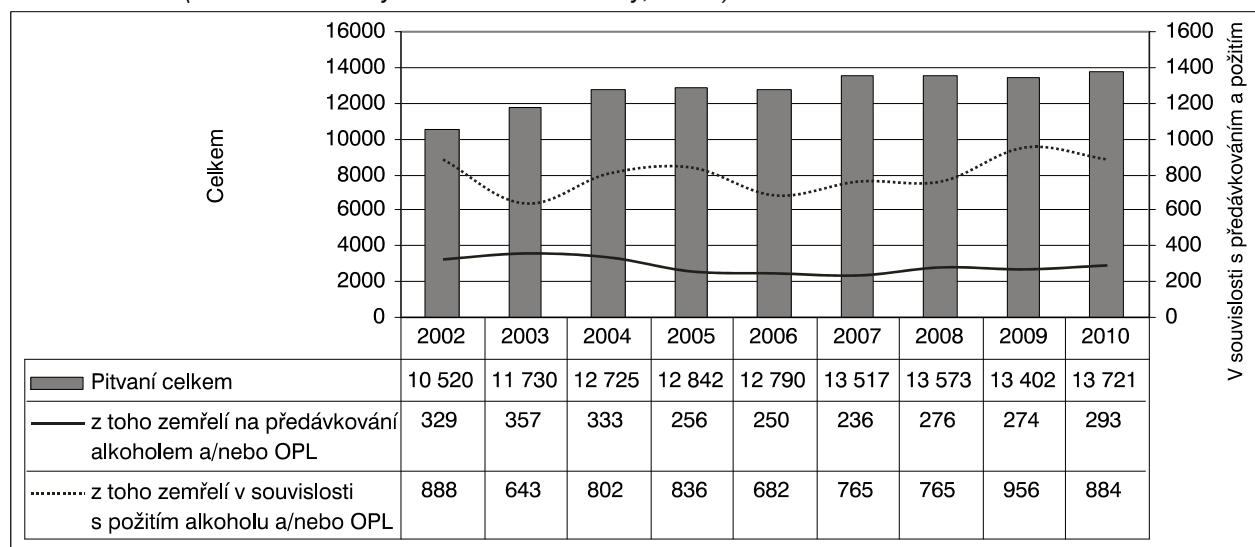


Pozn.: F10 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, X45 – náhodná otrava alkoholem a expozice jeho působení, X65 – úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení, Y15 – otrava alkoholem a expozice jeho působení, nezjištěného úmyslu.

Dalším zdrojem informací o výskytu drogových úmrtí je výkaz o činnosti oboru soudní lékařství, který shromažďuje ÚZIS v rámci statistických zjišťování MZ. Výkaz jednou ročně vyplňuje každé soudnělékařské oddělení či samostatné toxikologické pracoviště ve všech zdravotnických zařízeních bez ohledu na jejich zřizovatele. Na výkaze je sledován počet provedených pitev podle různého členění, zvláště se sledují také pitvy osob zemřelých na předávkování alkoholem anebo omamnou a psychotropní látkou (OPL), tj. případy, kdy ke smrti vedla látka sama o sobě nebo komplikace, které se přidružily jako vdechnutí zvratků, zápal plic apod. (tedy tzv. přímá drogová úmrtí)

a pitvy osob zemřelých v souvislosti s požitím alkoholu anebo OPL, tj. případy pozitivního průkazu, kdy přítomnost látky byla vedlejším nálezem a smrt byla způsobena jiným mechanismem než předávkáním, jako je např. úraz při pádu nebo při dopravní nehodě (tedy tzv. nepřímá drogová úmrtí). Výkaz je agregovaný – není možno rozlišit jednotlivé látky nebo příčiny úmrtí u nepřímých úmrtí, proto je třeba tyto informace považovat za doplňující k datům, která jsou výsledkem extrakce jednotlivých případů z registrů na základě selekčních kritérií a která jsou prezentována výše. Vývoj celkového počtu pitev a počet pitev na předávkování a v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo OPL uvádí graf 6-12.

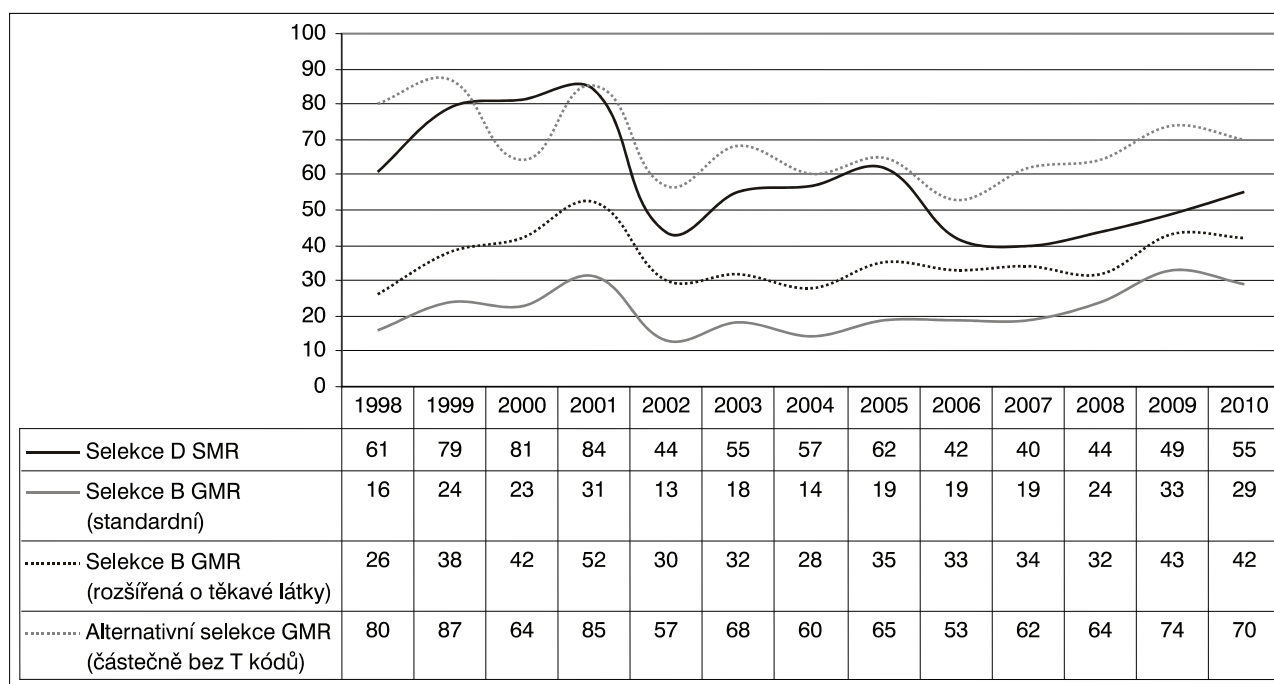
graf 6-12: Počet pitev provedených na soudnělékařských odděleních v l. 2002–2010 na základě výkazu o činnosti oboru soudní lékařství (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011e)



6.3.3 Srovnání výskytu přímých drogových úmrtí napříč zdroji dat a selekčními kritérii

Vývoj počtu drogových úmrtí podle standardní a rozšířené selekce B EMCDDA a alternativní selekce ve srovnání s daty o smrtelných předávkováních nelegálními drogami a těkavými látkami ze speciálního registru drogových úmrtí (selekce D) uvádí graf 6-13. Je patrné, že na počátku zobrazovaného období se trendy selekce D a alternativní selekce navzájem shodovaly a že v posledních několika letech klesá počet úmrtí podle selekce D a dochází ke sblížení s počtem smrtelných předávkování drogami v rozšířené selekci B.

graf 6-13: Srovnání trendů výskytu smrtelných předávkování drogami extrahovaných z obecného (GMR) a speciálního registru mortality (SMR) v l. 1998–2010 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011b; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011)



6.3.4 Mortalita uživatelů drog

Podrobné informace o míře (celkové) úmrtnosti uživatelů drog a o dosud provedených studiích v ČR byly uvedeny ve speciální kapitole ve VZ 2009.

Je k dispozici další analýza mortality souboru 151 osob, které byly mezi dubnem 1996 a prosincem 1998 zařazeny do studie zaměřené na rizikové faktory vzniku závislosti a daly souhlas s pozdějším sledováním (Csémy, 1999; Zábanský et al., 2010) – podrobnější informace viz také VZ 2009. Soubor se skládá ze 65 mužů a 86 žen, kterým v době náboru do studie v devadesátých letech minulého století bylo průměrně 17,6 roku a kteří byli klienty převážně nízkoprahových zařízení v Praze. Úmrtnost byla zjišťována porovnáním s obecným registrem úmrtí ČR (informační systém Zemřelí) za r. 1994–2008 včetně. V tomto období bylo identifikováno 8 úmrtí, všechna u mužů. Roční hrubá míra úmrtnosti dosáhla 0,5 % v celém souboru, 1,5 % u mužů. Standardizovaný index úmrtnosti (SMR)⁹⁹ dosáhl u mužů 14,4 s vrcholem ve věku 15–19 let (SMR = 60,1). Nejvyšší SMR byl nalezen ve skupině injekčních uživatelů heroinu ve věku 15–19 let (SMR = 127,8), vrchol mortality uživatelů pervitinu nastal později ve věku 20–24 let. Nebyl nalezen žádný statisticky významný prediktor úmrtí s výjimkou pohlaví. Většina případů úmrtí byla zkoncentrována do velmi mladého věku a do období krátce po náboru do studie. S výjimkou jedné sebevraždné otravy byla všechna časná úmrtí způsobena (náhodným) předávkováním drogou (především heroinem, ale také pervitinem). Výsledky podporují potřebu cílené prevence předávkování a dalších nepřírodných náhlých úmrtí mezi velmi mladými injekčními uživateli drog mužského pohlaví (Zábanský et al., 2011).

V Registru substituční léčby se mezi důvody ukončení léčby sleduje také úmrtí klienta. V r. 2010 bylo registrováno celkem 2113 léčených osob, z nich byla hlášena celkem 4 úmrtí (Nechanská, 2011g), což znamená roční hrubou míru úmrtnosti přibližně 1,9 ‰, údaje od r. 2000 i přes velmi malé počty naznačují spíše klesající trend úmrtnosti registrovaných pacientů – tabulka 6-18. Míra úmrtnosti v registru je podhodnocena, protože lékaři nehlásí do registru všechna úmrtí svých pacientů. Ve studiích mortality léčených uživatelů drog, které porovnávaly údaje o léčených pacientech v registrech ÚZIS s údaji v informačním systému Zemřelí, byly zjištěny hrubé roční míry úmrtnosti pacientů v substituci 7,2 ‰ (Lejčková, Mravčík, 2005; Lejčková, Mravčík, 2007) a 3,5 ‰ (Zábanský et al., 2009).

tabulka 6-18: Úmrtnost pacientů v registru substituce v l. 2000–2010 (Nechanská, 2011g)

| Rok | Počet registrovaných léčených | Počet registrovaných zemřelých | Podíl zemřelých (‰) |
|------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| 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 |

⁹⁹ Standardizovaný index úmrtnosti (Standardised Mortality Ratio, SMR) je ukazatel vyjadřující poměr míry úmrtnosti ve sledovaném souboru k míře úmrtnosti obecné populace stejného pohlaví a věku; je podobný relativnímu riziku (RR).

7 Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Snižování rizik je od začátku jednou z hlavních oblastí české protidrogové politiky. Opěrnou soustavu intervencí směřujících ke snižování rizik tvoří síť nízkoprahových zařízení a terénních programů v ČR. Odhadem je s těmito zařízeními a programy v kontaktu cca 70 % problémových uživatelů drog, v Praze až 80 %.

Počet nízkoprahových programů pro uživatele drog meziročně kolísá, v posledních letech je však zřetelný nárůst počtu klientů v kontaktu. Dlouhodobě stoupá také počet kontaktů a množství vyměněného injekčního materiálu a dalších pomůcek pro injekční aplikaci – v r. 2010 bylo distribuováno téměř 5 mil. ks injekčních jehel a stříkaček.

V posledních třech letech je patrný postupný nárůst provedených testů na infekční choroby mezi uživateli drog v kontaktu s nízkoprahovými službami. Nicméně protestovanost uživatelů drog na infekce je stále nízká, přičemž je třeba nadále klást důraz především na vyšší dostupnost testování pro klienty nízkoprahových služeb.

Dochází k rozšiřování programů distribuce želatinových kapslí jako perorální alternativy injekční aplikace pervitinu. Na základě dostupných informací funguje v ČR nejméně 30 programů distribuujících kapsle, do kterých je zapojena přibližně ¼ jejich klientů; v r. 2010 bylo rozdáno téměř 60 tis. kapslí.

Specifické programy snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2010 realizovaly celkem čtyři organizace v pěti programech – zdá se, že v r. 2010 došlo spíše k útlumu intervencí poskytovaných v prostředí zábavy.

Léčba a péče o infikované HIV a nemocné s AIDS je v ČR poskytována v 7 AIDS centrech a je hrazena ze zdravotního pojištění; problémem spojeným s nedostatkem dotačních prostředků je zajištění dispenzární péče a terapie nepojištěným HIV pozitivním klientům, což se potenciálně týká i injekčních uživatelů drog.

Na jaře 2011 byla realizována dotazníková studie mezi centry pro léčbu virových hepatitid. Výsledkem byl mimo jiné odhad, že v r. 2010 léčilo v ČR 39 center VHC u injekčních uživatelů drog (většinou u abstinujících, u aktivních naopak výjimečně).

7.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti snižování rizik

V r. 2010 byla vládou přijata Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 i Akční plán 2010–2012. Snižování rizik je jedním ze čtyř pilířů strategie (blíže viz kapitolu Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace, str. 7). Pro snižování rizik definuje akční plán následující oblasti aktivit:

- rozvoj zejména nových intervencí na snížení výskytu infekčních onemocnění, předávkování a dalších zdravotních následků užívání drog mezi uživateli drog,
- zvýšení protestovanosti uživatelů drog na infekční onemocnění,
- metodické ukotvení služeb harm reduction poskytovaných v prostředí noční zábavy.

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 – o nízkoprahových programech viz níže, léčbou se zabývá kapitola Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 47). Hlavními tématy vzdělávání jsou první pomoc v případě předávkování, rizika kombinování drog a zásady bezpečného užívání. Většina nízkoprahových zařízení poskytuje poradenství v těchto oblastech i prostřednictvím e-mailu a telefonu. K dispozici je celá řada informačních materiálů zpracovávaných samotnými zařízeními, některé z nich i v cizích jazycích.

Sdílení informací z oblasti harm reduction, včetně informací o bezpečném užívání a prevenci předávkování, je věnován také pravidelně aktualizovaný internetový portál eDekontaminace.cz¹⁰⁰.

V rámci Systému včasného varování před novými psychoaktivními látkami (EWS) jsou všechna nízkoprahová zařízení informována v případě, že je v ČR (případně kdekoli v Evropě) zaznamenán výskyt nových drog či nebezpečných drog se zvýšeným rizikem vzniku zdravotních potíží a předávkování. V r. 2010 byla např. zařízení upozorněna na rizika fentanylu¹⁰¹ a byly také předány informace týkající se výskytu nových syntetických drog, především katinonů (mefedron).

Žádné další specifické aktivity vedoucí k prevenci předávkování, jako je preventivní distribuce opiátových antagonistů (naloxonu) mezi uživateli, nejsou v ČR realizovány. Informace o poradenství a dalších službách poskytovaných uživatelům drog při propuštění z vězení uvádí kapitola Intervence ve vězení (str. 114). Za hodnou pozornosti lze označit diskusi probíhající v r. 2010 v Praze mezi odborníky z řad poskytovatelů služeb, policie a místní samosprávou na téma možnosti realizace aplikační místnosti pro injekční uživatele drog v kontextu pokusů o řešení problémů s otevřenými drogovými scénami – viz také kapitoly Iniciativy odborné a občanské veřejnosti (str. 9) a Problémové užívání drog (str. 41).

¹⁰⁰ <http://www.edekontaminace.cz> (2011-09-07)

¹⁰¹ Fentanyl je vysokopotentní opioid. V r. 2009 byl poprvé zachycen na Slovensku, což bylo bezprostředním důvodem informování služeb.

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

Druh a objem poskytovaných služeb se v jednotlivých nízkoprahových programech liší, nicméně systém certifikace kvality, která je podmínkou udělení dotace ze státního rozpočtu a z rozpočtu některých krajů, zaručuje minimální kvalitu služeb – bližší viz kapitola Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 47).

Síť nízkoprahových programů v ČR tvoří kontaktní centra a terénní programy, v r. 2010 jich bylo celkem 96 – tabulka 7-1.

Údaje o službách poskytovaných v nízkoprahových zařízeních a osobách, které je využily, jsou získávány zejména ze závěrečných zpráv, které zařízení zpracovávají pro potřeby dotačního řízení RVKPP¹⁰². Celkový počet uživatelů drog v kontaktu se v r. 2010 opět zvýšil, a to na 32,4 tis. osob, zvýšil se také počet injekčních uživatelů drog (IUD) a uživatelů pervitinu (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j) – tabulka 7-1.

Nejvyužívanější službou v nízkoprahových programech je výměna injekčního náčiní a distribuce paraferálií, což je pochopitelné vzhledem k vysokému podílu IUD mezi klienty harm reduction programů – tabulka 7-2.

Co se týče regionální distribuce, nejvyšší počet kontaktů v r. 2010 opět vykázaly nízkoprahové programy v Praze, následované programy v Ústeckém a Moravskoslezském kraji. Nejvyšší počet výkonů ve výměnných programech (počet výměn) vykazují služby v Hl. m. Praze (cca 114 tis.), následované Ústeckým (cca 38 tis.), Moravskoslezským (cca 15,8 tis.), Jihomoravským (cca 13,3 tis.) a Středočeským (cca 11 tis.) krajem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j). Detailní přehled o výkonech v nízkoprahových programech podle krajů v r. 2010 podává mapa 7-1.

tabulka 7-1: Klienti českých nízkoprahových programů v l. 2002–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

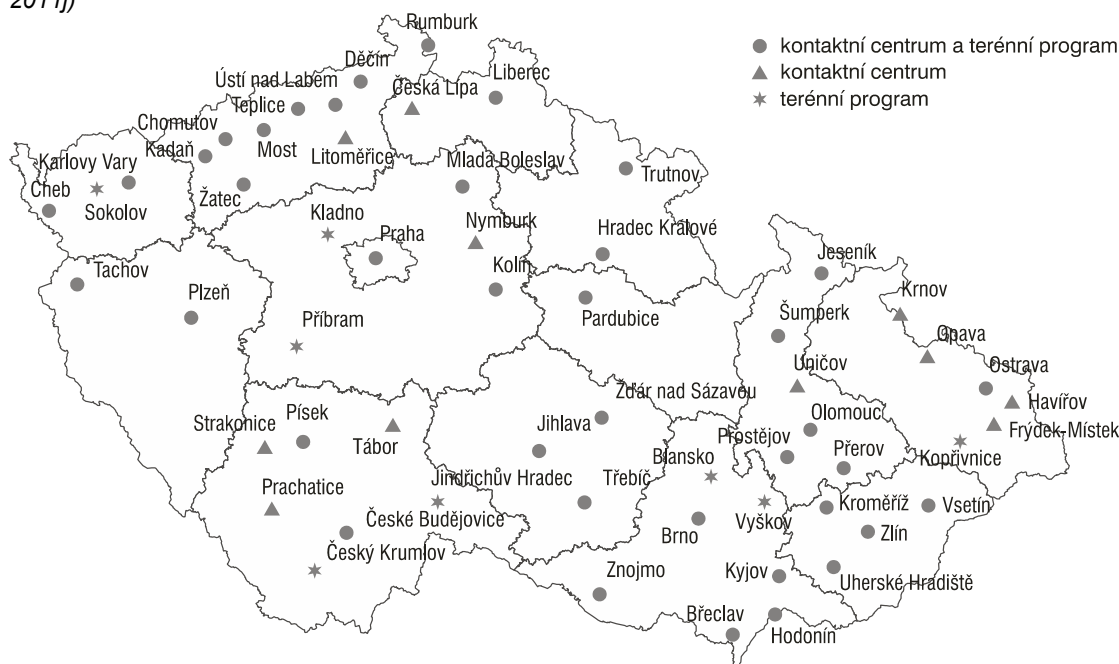
| Ukazatel | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Počet nízkoprahových programů | 92 | 93 | 92 | 92 | 90 | 109 | 100 | 95 | 96 |
| Počet uživatelů drog | n.a. | 25 200 | 24 200 | 27 800 | 25 900 | 27 200 | 28 300 | 30 000 | 32 374 |
| – z toho injekčních uživatelů | 19 000 | 16 700 | 16 200 | 17 900 | 18 300 | 20 900 | 22 300 | 23 700 | 24 500 |
| – z toho uživatelů pervitinu | 12 900 | 11 300 | 12 200 | 12 300 | 12 100 | 14 600 | 14 900 | 16 000 | 17 500 |
| – z toho uživatelů opiátů/opioidů | 8 000 | 6 100 | 6 000 | 6 800 | 6 900 | 7 300 | 8 300 | 8 900 | 8 100 |
| – z toho uživatelů heroinu | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | 4 000 | 4 100 | 4 600 | 4 950 | 4 200 |
| – z toho uživatelů Subutexu® | n.a. | n.a. | n.a. | n.a. | 2 900 | 3 200 | 3 700 | 3 950 | 3 900 |
| – z toho uživatelů konopných látek | 3 400 | 5 500 | 4 100 | 3 600 | 2 700 | 2 000 | 1 700 | 2 200 | 1 908 |
| – z toho uživatelů těkavých látek | n.a. | 705 | 560 | 470 | 450 | 390 | 300 | 250 | 324 |
| Průměrný věk uživatelů drog (roky) | 22,0 | 23,2 | 23,4 | 25,0 | 25,3 | 26,1 | 26,4 | 27,4 | 27,0 |

¹⁰² Počet programů je ovlivňován tím, jak nízkoprahová zařízení podávají projekty do dotačních řízení a jak jednotlivé aktivity formálně rozlišují. Kontaktní centrum a terénní program mohou být provozovány jedním subjektem v rámci jednoho projektu, v jiných případech nebo v různých letech se může jednat o dva i více projektů. Přes tyto vlivy je nabídka a dostupnost nízkoprahových služeb v ČR v posledních několika letech stabilní.

tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v l. 2004–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

| Ukazatel | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Výměna injekčního náčiní | 139 800 | 249 000 | 191 000 | 215 800 | 217 200 | 237 800 | 234 900 |
| Potravinový servis | 94 700 | 99 500 | 97 600 | 94 100 | 87 800 | 108 800 | 107 700 |
| Hygienický servis | 34 500 | 40 900 | 41 100 | 40 000 | 34 800 | 44 300 | 56 300 |
| Individuální poradenství | 27 300 | 25 800 | 21 900 | 24 100 | 21 000 | 27 800 | 37 600 |
| Zdravotní ošetření | 13 500 | 12 500 | 10 500 | 9 400 | 7 700 | 10 200 | 9 700 |
| Krizová intervence | 3 000 | 2 500 | 1 800 | 1 600 | 1 100 | 1 600 | 2 400 |
| Skupinové poradenství | 1 800 | 1 500 | 1 500 | 1 000 | 1 100 | 1 300 | 1 300 |
| Počet kontaktů celkem | 317 900 | 403 900 | 322 900 | 338 100 | 329 500 | 365 600 | 396 800 |

mapa 7-1: Síť nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)



tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2010 v jednotlivých krajích, extrapolováno na celkový počet programů (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

| Kraj* | Kontakt | První kontakt | Výměna injekčního náčiní | Potravinový servis | Hygienický servis | Individuální poradenství | Reference** | Zdravotní ošetření | Krizová intervence | Skupinové poradenství |
|------------------|----------------|---------------|--------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|---------------|--------------------|--------------------|-----------------------|
| PHA | 142 185 | 1 198 | 113 835 | 21 711 | 9 744 | 5 028 | 4 342 | 3 607 | 236 | 220 |
| STC | 18 582 | 806 | 10 959 | 6 028 | 3 077 | 1 715 | 678 | 124 | 65 | 33 |
| JHC | 19 987 | 746 | 7 686 | 7 652 | 2 631 | 2 833 | 1 611 | 271 | 137 | 152 |
| PLK | 20 584 | 1 109 | 5 900 | 6 947 | 3 133 | 2 955 | 3 785 | 787 | 208 | 109 |
| KVK | 14 715 | 412 | 7 027 | 3 256 | 3 235 | 2 865 | 373 | 545 | 31 | 28 |
| ULK | 55 397 | 2 165 | 37 959 | 12 507 | 5 854 | 2 179 | 1 667 | 885 | 136 | 52 |
| LBK | 11 239 | 397 | 5 463 | 4 979 | 2 388 | 1 003 | 482 | 99 | 37 | 26 |
| HKK | 8 382 | 252 | 3 406 | 3 965 | 2 736 | 572 | 172 | 97 | 40 | 1 |
| PAK | 3 583 | 146 | 1 352 | 493 | 885 | 159 | 199 | 42 | 19 | 0 |
| VYS | 8 352 | 325 | 2 480 | 5 216 | 2 463 | 1 447 | 362 | 164 | 24 | 25 |
| JHM | 24 547 | 826 | 13 373 | 9 206 | 4 549 | 2 981 | 753 | 538 | 67 | 155 |
| OLK | 21 719 | 1 017 | 5 542 | 4 169 | 2 866 | 5 351 | 980 | 916 | 127 | 50 |
| ZLK | 10 690 | 549 | 4 119 | 2 033 | 919 | 1 286 | 4 653 | 294 | 62 | 57 |
| MSK | 36 879 | 804 | 15 815 | 19 501 | 11 782 | 7 253 | 1 041 | 1 320 | 1 214 | 424 |
| Celkem ČR | 396 841 | 10 752 | 234 916 | 107 663 | 56 262 | 37 627 | 21 098 | 9 689 | 2 403 | 1 332 |

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

Další údaje o klientech nízkoprahových zařízení podává také kapitola Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 44).

7.3.1.1 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel

Výměnný program stříkaček a jehel v r. 2010 poskytovalo 96 nízkoprahových programů, což je přibližně stejný počet jako v minulých letech, počet distribuovaného materiálu v r. 2010 dále vzrostl (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j). Srovnání počtu programů a počtu distribuovaných injekčních stříkaček v letech 1998–2010 uvádí tabulka 7-4, počty distribuovaných stříkaček v jednotlivých krajích pak tabulka 7-5.

Podle dostupných informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který navštívil nízkoprahové zařízení v r. 2010, vyměnil průměrně 10krát a obdržel v průměru 200 sterilních stříkaček. Rozložení množství distribuovaného injekčního materiálu v jednotlivých krajích odpovídá relativnímu počtu injekčních (problémových) uživatelů drog – mapa 7-2 (viz dále) a mapa 4-1 (str. 43).

tabulka 7-4: Výměnné programy v ČR v l. 1998–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

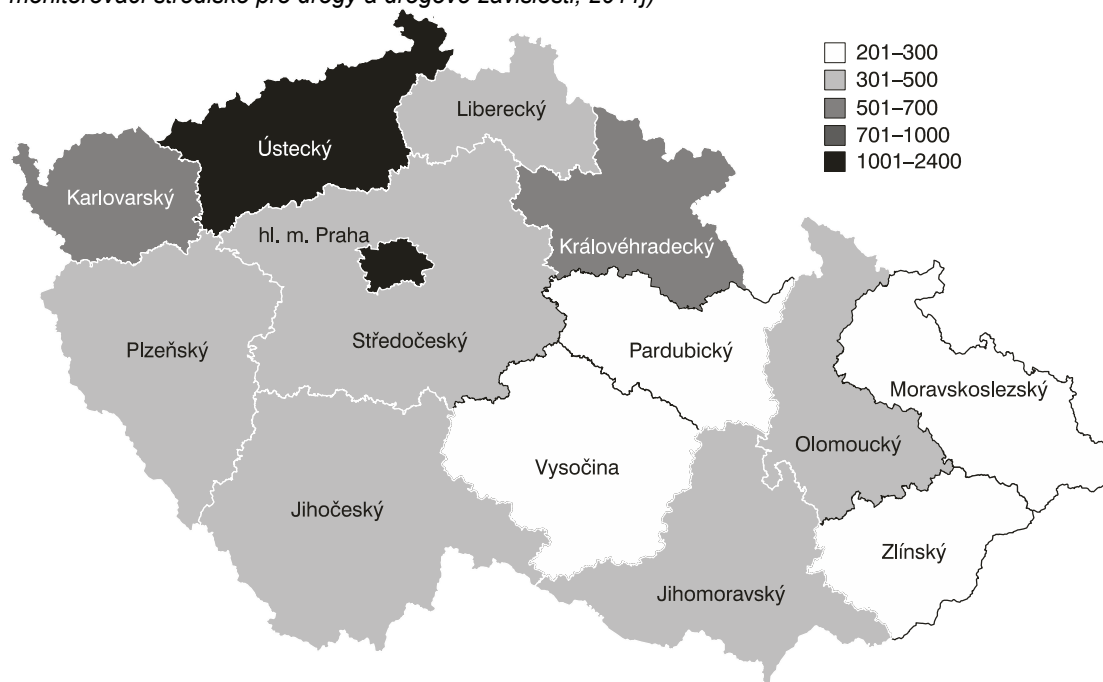
| Rok | Počet výměnných programů | Počet vyměněných stříkaček a jehel |
|------|--------------------------|------------------------------------|
| 1998 | 42 | 486 600 |
| 1999 | 64 | 850 285 |
| 2000 | 80 | 1 152 334 |
| 2001 | 77 | 1 567 059 |
| 2002 | 88 | 1 469 224 |
| 2003 | 87 | 1 777 957 |
| 2004 | 86 | 2 355 536 |
| 2005 | 88 | 3 271 624 |
| 2006 | 93 | 3 868 880 |
| 2007 | 107 | 4 457 008 |
| 2008 | 98 | 4 644 314 |
| 2009 | 95 | 4 859 100 |
| 2010 | 96 | 4 942 816 |

tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v l. 2002–2010 podle krajů (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

| Kraj* | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| PHA | 858 507 | 979 560 | 1 210 704 | 1 697 554 | 1 850 330 | 2 071 788 | 2 060 588 | 2 130 729 | 2 130 433 |
| STC | 12 561 | 31 682 | 66 600 | 110 325 | 168 220 | 215 640 | 309 590 | 345 214 | 350 052 |
| JHC | 14 883 | 69 004 | 102 621 | 124 454 | 141 825 | 212 791 | 228 872 | 239 690 | 183 278 |
| PLK | 23 221 | 44 670 | 88 450 | 116 611 | 157 317 | 189 894 | 207 938 | 188 416 | 190 648 |
| KVK | 16 608 | 29 299 | 35 756 | 58 680 | 66 382 | 83 462 | 79 834 | 102 467 | 141 437 |
| ULK | 256 071 | 262 418 | 351 561 | 479 383 | 612 259 | 655 882 | 637 887 | 678 007 | 604 191 |
| LBK | 12 273 | 21 108 | 33 467 | 32 800 | 47 756 | 63 967 | 129 903 | 87 272 | 129 995 |
| HKK | 22 250 | 45 089 | 41 021 | 86 221 | 98 269 | 139 075 | 173 417 | 183 186 | 200 616 |
| PAK | 23 622 | 23 330 | 36 081 | 38 725 | 48 144 | 29 908 | 52 690 | 62 541 | 84 950 |
| VYS | 11 254 | 29 363 | 39 348 | 61 425 | 68 682 | 99 447 | 65 343 | 81 127 | 89 846 |
| JHM | 134 285 | 122 137 | 165 846 | 173 090 | 227 833 | 269 236 | 264 872 | 252 145 | 286 251 |
| OLK | 21 809 | 33 832 | 85 872 | 96 416 | 150 024 | 134 433 | 137 321 | 164 699 | 197 767 |
| ZLK | 19 973 | 11 362 | 41 977 | 52 169 | 69 005 | 115 744 | 89 913 | 111 099 | 96 330 |
| MSK | 41 907 | 75 103 | 56 232 | 143 771 | 162 834 | 175 741 | 206 146 | 232 508 | 257 022 |
| Celkem | 1 469 224 | 1 777 957 | 2 355 536 | 3 271 624 | 3 868 880 | 4 457 008 | 4 644 314 | 4 859 100 | 4 942 816 |

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

mapa 7-2: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2010 na 1000 obyvatel ve věku 15-64 let (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)



Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel jsou doplňovány distribucí aluminiové fólie určené ke kouření heroínu a distribucí želatinových kapslí určených k perorální aplikaci drogy jako alternativy injekčního užívání drog, především pervitinu – viz VZ 2009.

V r. 2011 byly publikovány výsledky průzkumu mezi nízkoprahovými programy a jejich pracovníky z r. 2008 zaměřeného na používání kapslí jako harm reduction nástroje. Byl zdůrazněn potenciál kapslí snížit intenzitu injekční aplikace nebo odvrátit injekční aplikaci u motivovaných (injekčních) uživatelů pervitinu, u uživatelů s poškozeným žilním systémem nebo potenciál kontaktovat jinak těžce dosažitelné nebo skryté uživatele pervitinu (Mravčík et al., 2011).

V monitoringu testování a prevence infekcí u IUD v nízkoprahových programech za r. 2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011i) odpovědělo celkem 43 nízkoprahových programů (viz také kapitulu Infekce spojené s užíváním drog na str. 73). Z nich realizovalo program distribuce kapslí 30 programů (70 %), bylo rozdáno 56 868 kapslí přibližně 24 % klientů programů (váženo počtem distribuovaných kapslí), uživatelům pervitinu.

tabulka 7-6: Informace o programu distribuce želatinových kapslí v nízkoprahových programech v ČR v l. 2008–2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011i)

| Rok | Počet programů, které odpověděly na dotazník | Programy distribuující kapsle | | Počet distribuovaných kapslí |
|------|--|-------------------------------|-----------|------------------------------|
| | | Počet | Podíl (%) | |
| 2008 | 50 | 16 | 32,0 | 23 865 |
| 2009 | 20 | 14 | 70,0 | 28 638 |
| 2010 | 43 | 30 | 69,8 | 56 868 |

Nízkoprahové programy v r. 2010 v monitoringu testování a prevence infekcí obecně uváděly, že se zvyšuje množství distribuovaného injekčního materiálu a parafermálií, kondomů a želatinových kapslí. Převážně byly také uváděny pozitivní změny v chování klientů směrem k zásadám bezpečného užívání (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011i).

Z analýzy potřeb provedené mezi klienty a pracovníky nízkoprahových služeb v Praze (viz také kapitoly Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat na str. 44 a Rizikové chování uživatelů drog na str. 80) mimo jiné vyplývá, že vysoká adherence klientů úzce souvisí se základní službou – výměnou injekčního náčiní. Jako klíčová byla pracovníky i klienty označována bezplatnost služby. Pozitivně bylo hodnoceno také poskytování zdravotního ošetření a obecně možnost poradenství ve zdravotní, sociální i právní oblasti. Mezi nedostatky služeb je opakovaně uváděna nízká kapacita programů (zejména kontaktních center), přísná pravidla, nebo naopak absence jasných pravidel v kontaktní místnosti (Šťastná, 2010; Šťastná et al., 2011).

Na začátku r. 2010 spustilo o.s. SANANIM projekt, ve kterém provozuje sanitku v dosahu největší otevřené drogové scény v blízkosti Václavského náměstí a ve Vrchlického sadech, kde jsou poskytovány služby uživatelům drog – blíže viz VZ 2009. O otevřených drogových scénách v Praze a problémech s nimi spojených pojednávají také kapitoly Iniciativy odborné a občanské veřejnosti (str. 9) a Problémové užívání drog (str. 41).

7.3.1.2 Testování infekčních nemocí

NMS zjišťuje rozsah testování infekcí v nízkoprahových zařízeních ze závěrečných zpráv projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP. Výsledky testů jsou k dispozici z monitoringu testování v nízkoprahových programech – bližší viz kapitolu Infekce spojené s užíváním drog (str. 73). V r. 2010 nabýzelo možnost testování na HIV 58 zařízení, na VHC 59, na VHB 40 a na syfilis 20 nízkoprahových služeb – tabulka 7-7.

tabulka 7-7: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových programů v l. 2002–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

| Rok | HIV | | VHB | | VHC | | Syfilis | |
|------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Programy | Testy | Programy | Testy | Programy | Testy | Programy | Testy |
| 2002 | 35 | 1 158 | 26 | 515 | 33 | 1 202 | 2 | 176 |
| 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 |

V letech 2005–2007 byl pozorován výrazný úbytek provedených testů u IUD a stejně tak byl pozorován pokles počtu testujících (nízkoprahových) zařízení pro uživatele drog. Údaje z l. 2008–2010 naznačují, že se tento nepříznivý trend zastavil a dostupnost testování v nízkoprahových programech pro uživatele drog roste.

V r. 2010 byla nízkoprahová zařízení v kontaktu s celkem 24,5 tis. injekčními uživateli drog. Současně nahlásila nízkoprahová zařízení v závěrečných zprávách projektů provedení 1821 HIV testů a 2134 testů na VHC – tabulka 7-1 a tabulka 7-7. Za předpokladu, že testy byly prováděny výhradně injekčními uživateli drog a žádná osoba nebyla testována opakovaně, lze odhadnout, že v r. 2010 byl HIV test proveden nízkoprahovými zařízeními u 7,4 % klientů a VHC test u 8,7 % klientů. Jedná se sice o nárůst oproti r. 2009 (6,7, resp. 6,3 %), ale oproti r. 2005 se jedná o poloviční míru protestovanosti (13,5 % a 14,9 %). Takto nízká míra protestovanosti je také v ostrém kontrastu s potenciálem pro provádění testování a s ním spojeného poradenství v síti nízkoprahových zařízení.

Problematika testování na infekční choroby u problémových uživatelů drog v ČR je detailněji analyzována ve VZ 2009 a také v publikované analýze (Mravčík, Nečas, 2010).

Čerstvě se problematice testování infekcí v nízkoprahových zařízeních věnuje také absolventská práce v oboru adiktologie ve školním r. 2010/2011 (Šulcová, 2011). Jedno z hlavních zjištění práce poukazuje na nejasný právní a metodický rámec poskytování testování v kontaktních centrech pro uživatele drog, na nejednotnost doporučení jednotlivých rezortů, institucí či poskytovatelů finančních prostředků a na absenci metodického vedení v této oblasti, které by bylo zárukou minimální kvality poskytovaných intervencí spojených s testováním infekcí v nízkoprahových službách.

Provedení vyšetření na HIV, VHB a VHC v minulosti klientů se sleduje také v Registru žádostí o léčbu. Informace v těchto položkách mají převážně charakter informací uváděných samotnými uživateli (self-reported), i když může jít i o údaje z dokumentace, případně o hlášení vyšetření infekcí v rámci dané léčebné epizody. Podíl injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu v l. 2002–2010, uvádějících provedení vyšetření na jednotlivé infekce ve svém životě, uvádí tabulka 7-8.

tabulka 7-8: Vyšetření na VHB, VHC a HIV v minulosti všech klientů – injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu v l. 2002–2010, v %* (Studníčková, Petrášová, 2011)

| Rok | VHB | VHC | HIV |
|-----------------|------|------|------|
| 2002 (N = 6225) | 39,8 | 45,6 | 47,7 |
| 2003 (N = 5959) | 41,3 | 47,8 | 48,2 |
| 2004 (N = 6364) | 38,7 | 44,8 | 52,8 |
| 2005 (N = 6125) | 39,8 | 44,1 | 54,8 |
| 2006 (N = 6022) | 38,4 | 42,2 | 55,7 |
| 2007 (N = 6109) | 37,4 | 40,3 | 53,4 |
| 2008 (N = 5986) | 42,1 | 45,0 | 55,1 |
| 2009 (N = 6157) | 42,9 | 48,2 | 57,8 |
| 2010 (N = 6581) | 43,1 | 48,5 | 57,7 |

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

7.3.2 Léčba HIV/AIDS a virové hepatitidy typu C

Léčba a péče o infikované HIV a nemocné s AIDS je v ČR poskytována podle Doporučeného postup komplexní péče o dospělé infikované HIV (Rozsypal et al., 2010) a je organizována v síti 7 AIDS center v Praze a v sídelních městech 6 bývalých krajů mimo Středočeského. Standardní léčbou je podávání antiretrovirových preparátů různého typu ve vzájemných kombinacích. Problémem spojeným s nedostatkem finančních prostředků je zajištění dispenzární péče a terapie nepojištěným HIV pozitivním klientům, což se může týkat i injekčních uživatelů drog. Např. v AIDS centru v Praze byla v r. 2010 péče zajištěna pouze 2 nepojištěným pacientům, obě byly HIV pozitivní gravidní ženy, jejichž léčba byla hrazena ze sponzorského daru (Staňková, 2011).

Prevence a léčba virových hepatitid u uživatelů drog se kromě dalších standardních doporučených postupů České hepatologické společnosti (ČHS) a Společnosti infekčního lékařství (SIL) ČLS JEP řídí Standardem pro léčbu virových hepatitid u uživatelů drog (Galský et al., 2008) – blíže viz VZ 2008.

V lednu až březnu 2011 realizovalo NMS ve spolupráci s Českou hepatologickou společností a Společností infekčního lékařství ČLS JEP sběrou část dotazníkové studie mezi centry pro léčbu virových hepatitid, zaměřenou na léčbu VHC (tj. léčbu kombinací pegylovaného interferonu-alfa s ribavirinem po dobu 24 nebo 48 týdnů v závislosti na genotypu viru), která měla tyto cíle: zmapovat (odhadnout) rozsah poskytování léčby VHC injekčním uživatelům drog v ČR, zmapovat pravidla a praxi pro vstup injekčních uživatelů drog do léčby VHC v centrech pro léčbu VHC, popsat faktory vztahující se k užívání drog, které mohou léčbu injekčních uživatelů ovlivnit či je lékaři v tomto ohledu považují za relevantní, a dále popsat případná specifika mezi uživateli pervitinu a opiátů ve vztahu k dostupnosti a poskytování léčby VHC těmito dvěma nejčetnějšími skupinám injekčních uživatelů v ČR. Celkem bylo v ČR identifikováno 76 center, z toho na výzvu k účasti v průzkumu zareagovalo celkem 45 center (59,2 %) a 40 center (52,6 %) vyplnilo on-line dotazník. Zatím jsou k dispozici předběžné výsledky (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011c).

Abstinenci od užívání (nelegálních) drog při zahájení léčby vyžaduje u všech pacientů nebo u většiny pacientů přes 90 % center (k abstinenci od alkoholu byli lékaři o něco méně striktní), i když byl často zdůrazněn individuální přístup k pacientovi. Nejčastěji uváděná požadovaná délka abstinence od drog i alkoholu byla 6 měsíců. Většina (90,0 %) lékařů podle vlastního sdělení zařazuje před zahájením léčby zkušební období, ve kterém otestuje spolupráci (adherenci) pacienta. Zhodnocení stavu pacienta s ohledem na užívání drog je velmi často prováděno ve spolupráci s psychiatrem nebo specialistou v oboru návykové nemoci. Polovina lékařů uvedla, že u uživatelů opiátů požadují před zahájením léčby účast pacienta v substituční léčbě. Adiktolog je stálým členem terapeutického týmu jen v několika málo centrech, substituční léčba je v centrech pro léčbu VH poskytována minimálně. Ovšem více než polovina center spolupracuje s jinými zdravotnickými nebo nezdravotnickými zařízeními v oblasti závislosti.

Podíl injekčních uživatelů drog (IUD) odeslaných do centra k léčbě VHC, u kterých je nakonec léčba zahájena, byl v průměru 60 %, i když mezi odpověďmi byla patrná značná variabilita (0–90 %). Podíl IUD, kteří dokončí léčbu poté, co ji nastoupí (čili míry adherence), byl v průměru 80 % – opět byla v odpovědích značná variabilita (0–100 %). Většina lékařů neviděla rozdíly v podílu nastoupivších na léčbu nebo v míře adherence rozdílů mezi uživateli drog a neuživateli a ani mezi uživateli pervitinu a opiátů. Rozdíly mezi uživateli pervitinu a opiátů neuváděla většina lékařů ani v závažnosti hepatologického nálezu, ochotě či motivaci nastoupit na léčbu, ve schopnosti dodržovat léčebný režim nebo v riziku relapsu užívání drog.

Na základě extrapolace důvodů non-response a odpovědí respondentů v průzkumu lze odhadnout, že v r. 2010 léčilo v ČR VHC celkem 61 center, z toho 39 léčilo injekční uživatele drog, z toho většinou abstinující, aktivní výjimečně. Na VHC bylo v ČR v r. 2010 odhadem léčeno celkem 781 osob, z toho 367 (většinou bývalých či abstinujících) injekčních uživatelů drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011c).

7.3.3 Programy zaměřené na užívání drog v prostředí zábavy

Specifické programy snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2010 realizovaly celkem čtyři organizace¹⁰³ v pěti programech (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j). V rámci těchto programů bylo v loňském roce navázáno celkem 2021 kontaktů (53,0 % mužů; průměrný věk 22 let) a nejčastěji zmiňovanou užívanou nelegální drogou byly kanabinoidy (25,5 %), následované extází (16,2 %) a pervitinem (4,1 %). Kvalitativnímu testu bylo podrobena celkem 6 tablet. Ve srovnání s r. 2009 lze pozorovat úbytek organizací i programů (o jednu, resp. o dva) i zřetelný úbytek kontaktů – v r. 2009 bylo evidováno 3774 kontaktů. V r. 2003, kdy dosáhl rozsah služeb poskytovaných v prostředí zábavy vrcholu, bylo aktivních 18 programů, které kontaktovaly téměř 5000 klientů. Tato fluktuace dostupnosti služeb v prostředí zábavy reflektuje jak objem finančních prostředků poskytovaných na realizaci těchto programů, tak negativní politická a rezortní stanoviska k orientačnímu kvalitativnímu testování tablet extáze na tanečních akcích – blíže viz VZ 2007–2009.

Na preventivní a harm reduction služby v prostředí zábavy se zaměřuje jedno z čísel periodika Zaostřeno na drogy v r. 2011 (Saberžanovová, Vacek, 2010). Kromě jiného přináší také návrh standardu odborné způsobilosti pro tento typ služeb.

¹⁰³ Sdružení Podané ruce, Středisko pro prevenci a léčbu Drop-In, Občanské sdružení Prevent a občanské sdružení KAPPA-HELP. V r. 2009 to bylo navíc CPPT Plzeň, které v r. 2010 realizaci projektu Dance8 zastavilo.

Na prostředí zábavy se soustředí také projekt Safer Party Tour – blíže viz kapitolu Selektivní prevence (str. 38).

7.4 Opatření zaměřená na další zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Léčba uživatelů drog s duální diagnózou probíhá v ČR převážně v síti léčebných zařízení pro uživatele drog se zohledněním jejich specifických potřeb – viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 47).

8 Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog

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

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

V r. 2010 došlo ke zvýšení počtu zařízení poskytujících službu následné péče, kapacita ani počet klientů výrazně nenarostl. K poklesu došlo u počtu míst v chráněném bydlení. Snížil se také průměrný věk klientů následné péče.

8.1 Sociální exkluze a užívání drog

8.1.1 Sociální exkluze mezi uživateli drog

Informace o sociálních problémech uživatelů drog včetně uživatelů z řad etnických minorit pocházející ze dvou studií z r. 2008 jsou uvedeny ve VZ 2008. Socioekonomické charakteristiky žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním drog uvádí kapitola Vybrané charakteristiky žadatelů o léčbu (str. 61).

8.1.2 Užívání drog v sociálně vyloučených skupinách

8.1.2.1 Romské komunity

V ČR se sociální exkluze týká především romských komunit. Exkluze je výsledkem nakupení sociálních problémů; faktory sociálního vyloučení Romů jsou především dlouhodobá nezaměstnanost, nízký příjem, nedostupnost bydlení nebo jeho špatná kvalita (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007). Na konci r. 2009 byla schválena Koncepce romské integrace na období 2010–2013 – blíže viz VZ 2009.

Dlouhodobým sledováním a hodnocením situace v romských komunitách v ČR se zabývá Kancelář Rady vlády ČR pro záležitosti romské menšiny v rámci Programu podpory terénních sociálních pracovníků. V r. 2010 bylo do programu zapojeno celkem 48 obcí a zřízeno bylo 66 pracovních míst pro terénní pracovníky (Šimíková, 2010).

Terénní sociální pracovníci se v r. 2010 věnovali celkem 12 377 klientům (z toho bylo 9948 osob starších 15 let a 2429 osob do 15 let). Ženy tvořily zhruba polovinu klientů. Terénní pracovníci poskytli klientům celkem 37 853 kontaktů. Celkem 58 % osob starších 15 let bylo dlouhodobě nezaměstnaných a 3 % osob byly bez základní jazykové gramotnosti. Pokud jde o řešené problémy, nejčastěji se jednalo o dluhy (36 %), bydlení (23 %) a nezaměstnanost (19 %) – tabulka 8-1. V r. 2010 došlo ke změně formuláře Zprávy o realizaci terénní sociální práce, proto nebyly v r. 2010 sledovány problémy související s užíváním nelegálních drog (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské menšiny, 2011).

tabulka 8-1: Počet klientů, kterým poskytli služby romští terénní sociální pracovníci v I. 2006–2010, podle typu problému (Mravčík et al., 2010; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské menšiny, 2011)

| Typ problému | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Dluhy | 4 477 | 34,1 | 5 314 | 31,9 | 3 779 | 28,7 | 3 722 | 26,8 | 5 943 | 36,4 |
| Nezaměstnanost | 2 672 | 20,4 | 2 916 | 17,5 | 2 598 | 19,8 | 3 070 | 22,1 | 3 067 | 18,8 |
| Nízká kvalita bydlení | 3 362 | 25,6 | 3 364 | 20,2 | 2 432 | 18,5 | 2 408 | 17,3 | 3 741 | 22,9 |
| Problematické nájemní vztahy | 1 847 | 14,1 | 1 522 | 9,1 | 1 285 | 9,8 | 1 413 | 10,2 | 1 286 | 7,9 |
| Nedostatečná hygiena | 1 300 | 9,9 | 1 204 | 7,2 | 1 282 | 9,7 | 1 309 | 9,4 | 1 088 | 6,7 |
| Záškoláctví | 907 | 6,9 | 716 | 4,3 | 1 000 | 7,6 | 679 | 4,9 | 612 | 3,8 |
| Lichva | 277 | 2,1 | 320 | 1,9 | 696 | 5,3 | 218 | 1,6 | 143 | 0,9 |
| Kriminalita | 620 | 4,7 | 574 | 3,4 | 636 | 4,8 | 532 | 3,8 | 269 | 1,6 |
| Užívání drog | 457 | 3,5 | 391 | 2,3 | 344 | 2,6 | 291 | 2,1 | – | – |
| Gambling | 268 | 2,0 | 302 | 1,8 | 323 | 2,5 | 236 | 1,7 | 142 | 0,9 |
| Prostituce | 63 | 0,5 | 39 | 0,2 | 51 | 0,4 | 25 | 0,2 | 24 | 0,1 |
| Celkem* | 13 116 | 100,0 | 16 662 | 100,0 | 13 144 | 100,0 | 13 903 | 100,0 | 16 315 | 100,0 |

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

Rada vlády pro záležitosti romské menšiny uvádí, že mezi nejčastěji zmiňované rizikové formy chování na území sociálně vyloučených romských lokalit patří gamblerství a užívání návykových látek. Významným problémem je velmi nízká věková hranice prvního kontaktu romských dětí s návykovou látkou, který je ovlivněn mimo jiné vysokou

prevalencí užívání návykových látek mezi jejich rodiči. K nejvíce rozšířeným (nelegálním) drogám mezi romskými uživateli drog patří pervitin, heroin a těkavé látky (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské menšiny, 2011).

Na užívání návykových látek se částečně zaměřil výzkum Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice (Davidová et al., 2010). Tento projekt navazoval na mezinárodní výzkumnou studii *Sastipen – romská populace a zdraví 2008–2009* (viz také VZ 2009) a zabýval se především tím, jak sociální okolnosti (zaměstnanost, vzdělání, místo bydliště, věk, generace a další) ovlivňují subjektivní vnímání vlastního zdraví. Z výsledků vyplývá, že u osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách je vyšší výskyt rizikových forem chování. Nejvíce ohroženou skupinou uvnitř romské menšiny jsou olašští Romové. Nejvíce rizikovými oblastmi jsou sociálně vyloučené romské lokality ve velkých městech, kde je snadná dostupnost drog. Nejčastěji užívanými nealkoholovými drogami je marihuana, heroin, pervitin, Subutex[®], sedativa a těkavé látky. Začátek užívání drog je ve velké části iniciován skupinou, která společně tráví čas venku, s příbuznými a blízkými přáteli. Často také dochází k rychlému přechodu k injekčnímu užívání.

V r. 2007 byla vládou zřízena Agentura pro odstraňování sociálního vyloučení v romských lokalitách. Hlavním cílem agentury je podpora romské integrace a přenos národních strategií na místní úroveň (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské menšiny, 2011). Blíže k agentuře viz VZ 2007 až 2009.

V r. 2010 působila agentura ve 13 stávajících lokalitách v Brně, Broumově, Břeclavi, Holešově, Chebu, Litvínově, Mostě, Přerově, Roudnici nad Labem, Ostravě, na Jesenicku, Šluknovsku a v 10 nových lokalitách (Bílina, Havířov, Chomutov, Jáchymov, Jirkov, Kutná Hora, Obrnice, Toužim – Teplá a Trmice). V r. 2010 byla zahájena realizace 10 situačních analýz, které mapují situaci v nových lokalitách.

8.2 Sociální reintegrace

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

V ČR funguje přibližně 30 programů následné péče o uživatele drog, cílovou skupinou některých z nich jsou pouze uživatelé alkoholu či pouze uživatelé nelegálních drog. V Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV se k září 2011 nacházelo 34 programů následné péče, jejichž cílovou skupinou jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. Celkem 16 programů následné péče pro uživatele (nelegálních) drog bylo v r. 2010 podporováno z dotací RVKPP a existují o nich podrobné informace ze závěrečných zpráv o realizaci projektů. Chráněné bydlení nabízelo svým klientům 13 programů, 4 také chráněné zaměstnání. Celkem využilo služeb následné péče 987 klientů (610 mužů), 720 (72 %) z nich užívalo před léčbou drogy injekčně, 583 (59 %) užívalo pervitin, 155 (15 %) heroin. Celková kapacita poskytovaného chráněného bydlení byla 127 ubytovacích míst. V chráněných dílnách pracovalo 25 klientů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j) – tabulka 8-2.

tabulka 8-2: Programy následné péče dotované RVKPP v l. 2005–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

| Ukazatel | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|------|------|------|-------|------|------|
| Počet zařízení | 20 | 18 | 18 | 18 | 15 | 16 |
| Počet klientů v následné péči | 865 | 904 | 883 | 1 041 | 986 | 987 |
| Kapacita chráněného bydlení (počet míst) | 118 | 126 | 126 | 283 | 134 | 127 |
| Počet klientů v chráněném bydlení | 244 | 235 | 261 | – | – | – |
| Počet klientů v chráněných dílnách | 59 | 40 | 44 | 25 | 29 | 25 |

Ambulantní následnou péči nabízelo 13 zařízení a využilo ji 494 klientů (z toho 312 mužů), což představuje mírný nárůst oproti r. 2009. Průměrný věk klientů se v l. 2003–2009 zvyšoval, v r. 2010 došlo k jeho snížení na 28,3 roku. Celkem 335 (67 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 286 (57 %) užívalo pervitin a 82 (16 %) opiáty (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j) – tabulka 8-3.

tabulka 8-3: Programy ambulantní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v l. 2003–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

| Ukazatel | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Počet zařízení | 8 | 14 | 13 | 10 | 12 | 12 | 11 | 13 |
| Počet klientů | 460 | 444 | 336 | 380 | 389 | 487 | 443 | 494 |
| – z toho IUD | 320 | 307 | 218 | 230 | 236 | 306 | 235 | 335 |
| – z toho uživatelů pervitinu | 210 | 187 | 182 | 216 | 209 | 259 | 246 | 286 |
| – z toho uživatelů opiátů | 120 | 115 | 58 | 78 | 69 | 71 | 64 | 82 |
| Průměrný věk klientů | 26,0 | 26,6 | 27,4 | 26,4 | 29,3 | 30,3 | 30,4 | 28,3 |

Intenzivní následnou péči (v dlouhodobém strukturovaném programu, většinou s chráněným bydlením a zaměstnáním) poskytovalo 13 zařízení, jejichž celková kapacita 269 míst byla využita 493 klienty (z nich bylo 298

mužů). Průměrný věk klientů byl 28,8 roku. Celkem 385 (78 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 297 (60 %) užívalo pervitin a 73 (14 %) opiáty (heroin, Subutex® či metadon). Průměrná délka setrvání klienta v programu intenzivní následné péče byla 6 měsíců. Celkem 163 (33 %) klientů dokončilo program úspěšně, 87 (17 %) předčasně a 46 (9 %) bylo z programu vyloučeno (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j) – tabulka 8-4.

tabulka 8-4: Programy intenzivní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v I. 2003–2010 (Mravčík et al., 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011j)

| Ukazatel | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Počet zařízení | 14 | 14 | 15 | 16 | 15 | 15 | 12 | 13 |
| Kapacita | 321 | 342 | 385 | 365 | 325 | 283 | 316 | 269 |
| Počet klientů | 585 | 562 | 526 | 524 | 494 | 554 | 543 | 493 |
| – z toho IUD | 463 | 404 | 399 | 364 | 360 | 422 | 392 | 385 |
| – z toho uživatelů pervitinu | 245 | 260 | 276 | 304 | 284 | 317 | 329 | 297 |
| – z toho uživatelů opiátů | 224 | 184 | 143 | 105 | 104 | 105 | 99 | 73 |
| Průměrný věk klientů | 24,5 | 27,0 | 26,4 | 27,1 | 26,6 | 28,7 | 29,2 | 28,8 |

Kromě výše uvedených zařízení mohou služby následné péče poskytovat i jiná pobytová nebo ambulantní léčebná zařízení, jejichž počet a typy jimi poskytované péče jsou obtížně zjistitelné. Na principu svépomoci fungují skupiny Anonymních alkoholiků (AA) a Anonymních narkomanů (NA). V současnosti funguje 47 skupin AA ve 34 městech ČR¹⁰⁴ a jedna skupina NA v Brně¹⁰⁵.

V r. 2010 se na zlepšení životní situace bývalých uživatelů drog prostřednictvím uplatnění na trhu práce zaměřovaly pracovní a sociální projekty (tzv. pracovní a sociální agentury) již zavedených organizací (o.s. SANANIM a o.s. Prev-Centrum v Praze, Středisko křesťanské pomoci v Plzni a o.s. White Light I. v Ústí nad Labem, Poradenské centrum PASÁŽ o.s. Sdružení Podané ruce v Brně)¹⁰⁶. Klienti těchto agentur mohou využít širokého spektra služeb od poskytnutí prostředků k samostatné práci (např. přístup na internet), přes sociální a pracovní poradenství až po přímé zprostředkování zaměstnání. Dostupná je také např. podpora a příprava na vstup na trh práce pro klienty ve výkonu trestu odnětí svobody. Služby jsou určeny klientům v nouzi, kteří nejsou schopni své problémy zvládnout vlastními silami, přičemž se hojně vyskytuje kombinace problémů zdravotních, sociálních, na trhu práce, s užíváním drog apod. a tudíž poptávka po více typech služeb současně – z těchto důvodů většina poskytovatelů služeb nabízí intervence formou koordinované péče, tzv. case managementu (Matoušek et al., 2003).

MPSV realizuje politiku sociální ochrany a sociálního začleňování pro celou populaci a uživatelé drog (resp. „osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách“) jsou jednou z cílových skupin. Rok 2010 byl posledním rokem platnosti Národního akčního plánu sociálního začleňování na léta 2008–2010¹⁰⁷. MPSV provozuje několik databází, které mohou pomoci uživatelům drog nebo profesionálům pracujícím v pomáhajících službách získat informace o dostupné sociální pomoci a zároveň poskytují statistické informace o sociálních službách:

- Informační portál a databáze služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením¹⁰⁸,
- Registr poskytovatelů sociálních služeb – v registru je možno vyhledávat služby podle různých kritérií včetně cílové skupiny¹⁰⁹,
- Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí – shrnuje veškeré informace týkající se sociální tematiky a služeb zaměstnanosti¹¹⁰.

¹⁰⁴ <http://www.anonymnialkoholici.cz/> (2011-09-01)

¹⁰⁵ http://www.akluby.cz/?page_id=292 (2011-09-11)

¹⁰⁶ Výčet obsahuje pouze projekty zaměřené primárně na uživatele nealkoholových drog (aktivní, v léčbě či v následné péči). Je nutné zdůraznit, že sociální reintegraci osob v nouzi se věnuje množství projektů, jejichž primární cílovou skupinou ovšem nejsou uživatelé nealkoholových drog (blíže viz Registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR – služby následné péče a odborné sociální poradenství).

¹⁰⁷ <http://www.mpsv.cz/cs/9087> (2011-09-01)

¹⁰⁸ <https://www.sluzbyprevence.mpsv.cz/> (2011-09-01)

¹⁰⁹ <http://iregistr.mpsv.cz/> (2011-09-01)

¹¹⁰ <http://portal.mpsv.cz/> (2011-09-01)

Z různých policejních zdrojů a informací od státních zastupitelství vyplývá, že v ČR bylo v r. 2010 stíháno pro drogové trestné činy přibližně 2,4 až 2,5 tis. osob. Obžalováno bylo necelých 2,2 tis. osob, což odpovídá dlouhodobému podílu 90 % stíhaných. Odsouzeno bylo necelých 1,7 tis. osob. Ženy tvoří 15 % pachatelů drogové trestné činnosti. Nejvyšší podíl trestných činů (cca 80 %) je spojen s výrobou, pašováním a prodejem drog.

Nejvyšším podílem se na drogové kriminalitě podílí trestné činy spojené s pervitinem (cca 55–70 % v závislosti na zdroji dat) a konopnými látkami, podíl heroínu ani kokainu nedosahuje 5 %.

Mezi kraje s nejvyšším relativním výskytem drogové trestné činnosti patří Praha, Středočeský, Karlovarský a Ústecký kraj.

Počet osob stíhaných za drogové trestné činy dlouhodobě roste, roste podíl osob stíhaných za držení drogy pro vlastní potřebu. V dlouhodobém horizontu lze pozorovat rovněž nárůst drogových trestných činů spojených s pervitinem a naopak pokles u extáze a heroínu, počet případů souvisejících s kokainem je stále relativně nízký.

V r. 2010 bylo evidováno 1021 přestupků držení drogy nebo pěstování rostliny obsahující OPL v malém množství pro vlastní potřebu. Nejčastěji (v 94 %) šlo o držení drogy, pouze 6 % přestupků se týkalo pěstování rostlin obsahujících omamnou a psychotropní látku.

V r. 2010 bylo objasněno celkem 117,7 tis. trestných činů, z nichž bylo 19,6 tis. (16,6 %) spácháno pod vlivem návykové látky, z toho 17,3 tis. (14,7 %) pod vlivem alkoholu a 2,3 tis. (1,9 %) pod vlivem nealkoholových drog. Nejčastěji se u obou kategorií látek jednalo o trestné činy ohrožování pod vlivem návykové látky a opilství.

V ČR bylo v r. 2010 celkem 36 věznic. Vůbec poprvé byla v r. 2010 provedena reprezentativní studie užívání drog ve vězeňské populaci, která ukázala, že ve srovnání s obecnou populací je míra užívání drog včetně problémového užívání drog mezi vězni výrazně vyšší. Ve věznicích jsou uživatelům drog k dispozici různé služby – poradny drogové prevence, bezdrogové zóny, abstinenčně orientovaná léčba na specializovaných odděleních a opiátová substituční léčba metadonem. Péči o vězněné uživatele drog doplňují služby realizované neziskovými organizacemi.

9.1 Drogová kriminalita

Od 1. ledna 2010 je v ČR účinný zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále nTZ), který nahradil zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon (sTZ) – blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str. 5). Rok 2010 je tedy prvním rokem, kdy došlo k souběhu obou kodexů a ve statistikách se tedy vyskytují skutkové podstaty obou z nich. V oblasti drogových trestných činů (DTČ) se jedná o tyto trestné činy:

- § 187 sTZ, § 283 nTZ: nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a s jedy,
- § 187a sTZ, § 284 nTZ: přechovávání OPL a jedu (pro vlastní potřebu),
- § 285 nTZ: nedovolené pěstování rostlin obsahujících OPL (nové ustanovení, které nebylo v sTZ),
- § 188 sTZ, § 286 nTZ: výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedu,
- § 188a sTZ, § 287 nTZ: šíření toxikomanie.

V ČR existuje několik zdrojů informací o drogové trestné činnosti. Jedná se především o statistiky Policie ČR (PČR), zejména o Evidenční systém statistik kriminality (ESSK) a statistiky speciálního policejního útvaru – Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC) a dále o statistiky státních zastupitelství a soudů zpracovávané Ministerstvem spravedlnosti ČR (MS). Další data v této oblasti shromažďují Probační a mediační služba ČR (PMS) a Vězeňská služba ČR (VS).

Osoby zadržené nebo stíhané za DTČ jsou evidovány jak v systému NPC, který se zaměřuje výhradně na drogovou kriminalitu, tak v systémech PČR a MS, které sledují celkovou, tedy nejen drogovou kriminalitu. Údaje z výše uvedených zdrojů se mírně liší. Rozdíly jsou důsledkem rozdílné hlášené praxe, kázně a metodologických rozdílů mezi jednotlivými evidenčními systémy. Jedná se např. o zaznamenávání trestných činů a jejich pachatelů v různých fázích trestního řízení¹¹¹, o různé definice hlášených případů a různé statistické jednotky (osoby nebo trestné činy), duplicity osob v evidovaných datech (např. pokud jedna osoba porušila zároveň více drogových paragrafů a/nebo v souvislosti s více typy drog). Nevýhodou je v této souvislosti neexistence jednotného evidenčního systému pro všechny instituce zapojené do trestního řízení (PČR, státní zastupitelství, soudy, PMS, VS).

9.1.1 Drogové trestné činy podle drogových paragrafů a typů drog

Policejní data (NPC a ESSK) ukazují v r. 2010 mírný nárůst drogové trestné činnosti, údaje MS o stíhaných a obžalovaných naopak mírný pokles; počet osob odsouzených za DTČ vzrostl – tabulka 9-1. Situace je

¹¹¹ V policejních statistikách (NPC a ESSK) se případ eviduje již při zahájení trestního řízení. Do statistik MS jsou jednotlivé případy zaznamenány s časovým posunem – až po skončení přípravné fáze trestního řízení (po rozhodnutí o podání obžaloby nebo o zastavení trestního stíhání apod.).

v dlouhodobém horizontu relativně stabilní, lze však vysledovat změny ve struktuře DTČ podle jednotlivých skutkových podstat (paragrafů) i drog.

tabulka 9-1: Počty osob zadržených (NPC) a stíhaných (PČR, MS), obžalovaných (MS) a odsouzených za drogové trestné činy v letech 2005–2010 podle různých informačních zdrojů (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011d; Policie ČR, 2011; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2011a)

| Rok | Zadržení (NPC) | Stíhaní (ESSK) | Stíhaní (MS) | Obžalování (MS) | Odsouzení (MS) |
|------|----------------|----------------|--------------|-----------------|----------------|
| 2002 | 2 000 | 2 204 | 2 504 | 2 247 | 1 216 |
| 2003 | 2 357 | 2 295 | 3 088 | 2 737 | 1 304 |
| 2004 | 2 157 | 2 149 | 2 944 | 2 589 | 1 376 |
| 2005 | 2 168 | 2 209 | 2 429 | 2 157 | 1 326 |
| 2006 | 2 198 | 2 344 | 2 630 | 2 314 | 1 444 |
| 2007 | 2 031 | 2 023 | 2 282 | 2 042 | 1 382 |
| 2008 | 2 322 | 2 296 | 2 304 | 2 100 | 1 360 |
| 2009 | 2 340 | 2 415 | 2 553 | 2 332 | 1 535 |
| 2010 | 2 525 | 2 437 | 2 377 | 2 152 | 1 652 |

Strukturu DTČ podle paragrafů v r. 2010 ukazuje tabulka 9-2. Nejvyšší podíl (cca 80 %) tvoří trestné činy spojené s výrobou, pašováním a prodejem drog. Ženy tvořily 15 % osob stíhaných, obžalovaných i odsouzených za DTČ v r. 2010 (Policie ČR, 2011; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2011a).

tabulka 9-2: Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených pro drogové trestné činy v rozdělení podle paragrafů v r. 2010 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011d; Policie ČR, 2011; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2011a)

| Ukazatel (zdroj) | § 187 sTZ/ § 283 nTZ | | § 187a sTZ/ § 284 nTZ | | § 285 nTZ | | § 188 sTZ/ § 286 nTZ | | § 188a sTZ/ § 287 nTZ | | Celkem | |
|------------------|-------------------------|------|--------------------------|------|-----------|-----|-------------------------|-----|--------------------------|-----|--------|-------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Zadržení (NPC) | 2 057 | 81,5 | 255 | 10,1 | 117 | 4,6 | 87 | 3,4 | 9 | 0,4 | 2 525 | 100,0 |
| Stíhaní (ESSK) | 1 972 | 80,9 | 240 | 9,8 | 108 | 4,4 | 109 | 4,5 | 8 | 0,3 | 2 437 | 100,0 |
| Stíhaní (MS) | 1 902 | 80,0 | 231 | 9,7 | 90 | 3,8 | 147 | 6,2 | 7 | 0,3 | 2 377 | 100,0 |
| Obžalování (MS) | 1 753 | 81,5 | 187 | 8,7 | 70 | 3,3 | 136 | 6,3 | 6 | 0,3 | 2 152 | 100,0 |
| Odsouzení (MS) | 1 328 | 80,4 | 178 | 10,8 | 35 | 2,1 | 109 | 6,6 | 2 | 0,1 | 1 652 | 100,0 |

Nejvyšší podíl na DTČ tvořily trestné činy spojené s pervitin (cca 55–70 % v závislosti na zdroji dat), dále konopnými látkami (přibližně třetinou), podíl DTČ spojených s heroinem ani s kokainem nedosáhl 5 %. U trestných činů držení drogy pro vlastní potřebu tvoří nejvyšší podíl konopné látky (50–60 %), u trestných činů spojených s výrobou či držením předmětů k výrobě drog převažuje pervitin, což odpovídá vysokému výskytu a záchytům nelegálních laboratoří pro jeho výrobu (viz také kapitola Drogové trhy na str. 117) – tabulka 9-3 až tabulka 9-5.

tabulka 9-3: Počet zadržených osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů v r. 2010 podle NPC (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011d)

| Droga | Výroba, pašování a prodej (§ 187, § 188 sTZ/ § 283, § 285, § 286 nTZ) | | Držení pro sebe (§ 187a sTZ/§ 284 nTZ) | | Šíření toxikománie (§ 188a sTZ/§287 nTZ) | | Celkem | |
|--------------------|---|--------------|--|--------------|--|--------------|-------------|--------------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Konopné látky | 744 | 32,9 | 152 | 59,6 | 8 | 88,9 | 904 | 35,8 |
| Pervitin | 1 293 | 57,2 | 69 | 27,1 | 1 | 11,1 | 1363 | 54,0 |
| Kokain | 44 | 1,9 | 6 | 2,4 | 0 | 0,0 | 50 | 2,0 |
| Heroin | 78 | 3,4 | 17 | 6,7 | 0 | 0,0 | 95 | 3,8 |
| Extáze | 8 | 0,4 | 6 | 2,4 | 0 | 0,0 | 14 | 0,6 |
| LSD | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| Ostatní drogy | 93 | 4,1 | 5 | 2,0 | 0 | 0,0 | 98 | 3,9 |
| Celkem osob | 2 261 | 100,0 | 255 | 100,0 | 9 | 100,0 | 2525 | 100,0 |

tabulka 9-4: Počty stíhaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů v r. 2010 podle MS (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2011b)

| Droga | § 187 sTZ/ § 283 nTZ | | § 187a sTZ/ § 284 nTZ | | § 285 nTZ | | § 188 sTZ/ § 286 nTZ | | § 188a sTZ/ § 287 nTZ | | Celkem | |
|---------------|-------------------------|--------------|--------------------------|--------------|-----------|--------------|-------------------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Konopné látky | 577 | 30,3 | 126 | 54,5 | 74 | 82,2 | 14 | 9,5 | 4 | 57,1 | 795 | 33,4 |
| Pervitin | 1 126 | 59,2 | 84 | 36,4 | 4 | 4,4 | 126 | 85,7 | 3 | 42,9 | 1 343 | 56,5 |
| Kokain | 41 | 2,2 | 6 | 2,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 47 | 2,0 |
| Heroin | 88 | 4,6 | 14 | 6,1 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 103 | 4,3 |
| Extáze | 12 | 0,6 | 4 | 1,7 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 17 | 0,7 |
| Ostatní drogy | 138 | 7,3 | 16 | 6,9 | 14 | 15,6 | 10 | 6,8 | 1 | 14,3 | 179 | 7,5 |
| Celkem | 1 902 | 100,0 | 231 | 100,0 | 90 | 100,0 | 147 | 100,0 | 7 | 100,0 | 2 377 | 100,0 |

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

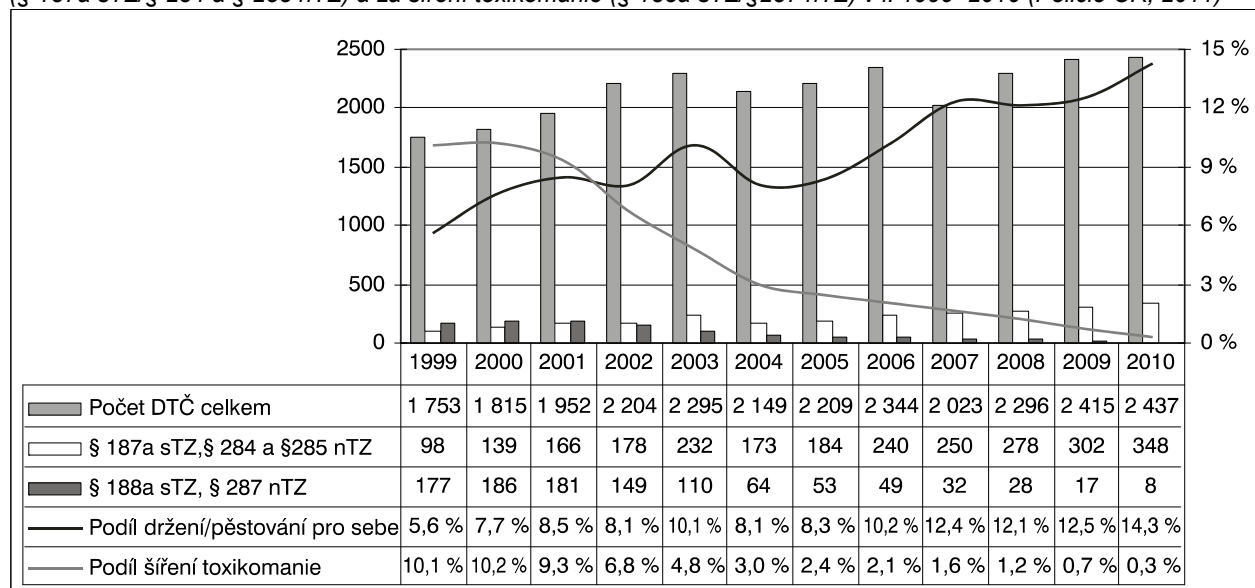
tabulka 9-5: Počty obžalovaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů v r. 2010 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2011b)

| Droga | § 187 sTZ/ § 283 nTZ | | § 187a sTZ/ § 284 nTZ | | § 285 nTZ | | § 188 sTZ/ § 286 nTZ | | § 188a sTZ/ § 287 nTZ | | Celkem | |
|---------------|-------------------------|-------------|--------------------------|------------|-----------|------------|-------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------|--------------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Konopné látky | 501 | 28,6 | 97 | 51,9 | 58 | 82,9 | 14 | 10,3 | 3 | 50,0 | 673 | 31,3 |
| Pervitin | 1 085 | 61,9 | 72 | 38,5 | 4 | 5,7 | 116 | 85,3 | 3 | 50,0 | 1 280 | 59,5 |
| Kokain | 39 | 2,2 | 5 | 2,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 44 | 2,0 |
| Heroin | 84 | 4,8 | 13 | 7,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 98 | 4,6 |
| Extáze | 9 | 0,5 | 3 | 1,6 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 13 | 0,6 |
| Ostatní drogy | 118 | 6,7 | 12 | 6,4 | 10 | 14,3 | 9 | 6,6 | 1 | 16,7 | 150 | 7,0 |
| Celkem | 1 753 | 81,5 | 187 | 8,7 | 70 | 3,3 | 136 | 6,3 | 6 | 0,3 | 2 152 | 100,0 |

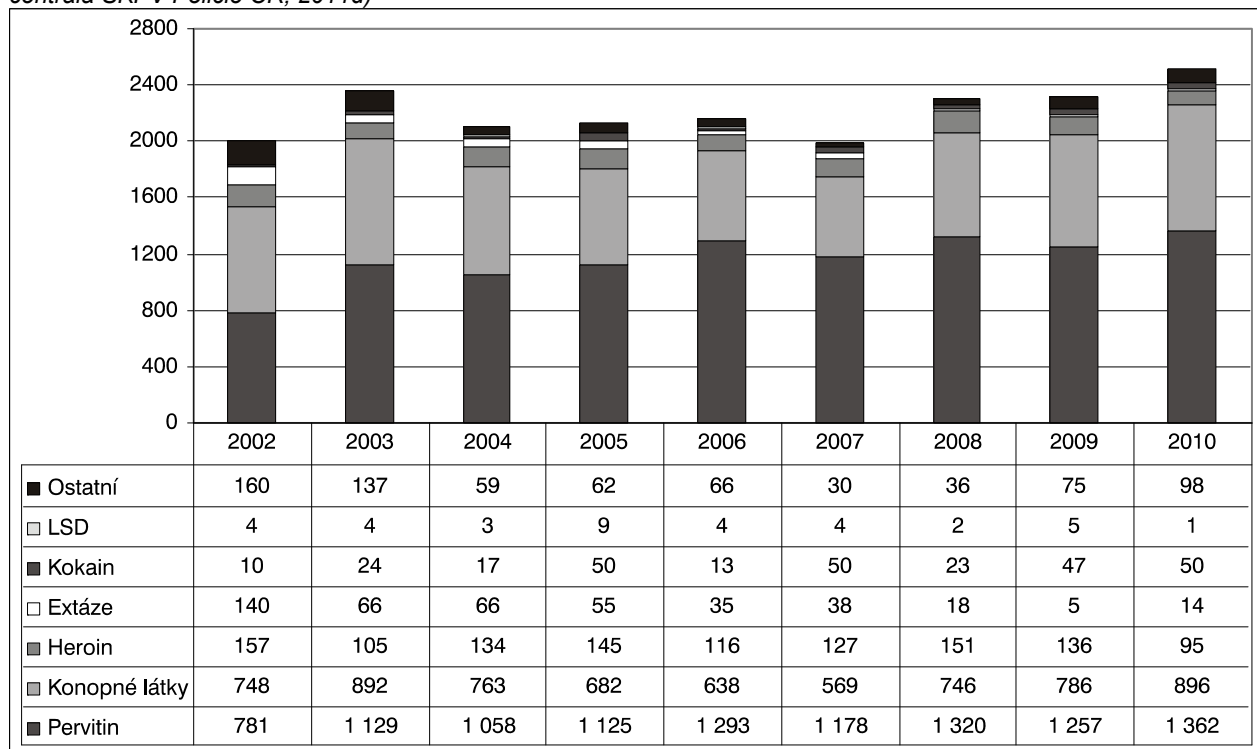
Pozn.: * Údaje v řádce „celkem“ nejsou součtem počtu a podílu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou obžalovány zároveň za porušení více drogových paragrafů nebo ve spojení s více drogami a jedna osoba může být tedy započítána vícekrát.

V dlouhodobém horizontu roste celkový počet osob stíhaných za DTČ, pokračuje nárůst podílu osob stíhaných za držení drogy a pokles podílu osob stíhaných za šíření toxikomanie – graf 9-1. Co se týká jednotlivých drog spojených s DTČ, v dlouhodobém horizontu lze pozorovat nárůst počtu i podílu případů spojených s pervitinem a naopak pokles u extáze a heroinu; počet DTČ v souvislosti s kokainem roste, stále se však jedná o relativně nízký absolutní počet – graf 9-2.

graf 9-1: Celkový počet stíhaných osob a množství a podíly osob stíhaných za držení/pěstování pro vlastní potřebu (§ 187a sTZ/§ 284 a § 285 nTZ) a za šíření toxikomanie (§ 188a sTZ/§ 287 nTZ) v l. 1999–2010 (Policie ČR, 2011)



graf 9-2: Podíl drog u osob zadržených pro páchaní drogové trestné činnosti v l. 2002–2010 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011d)

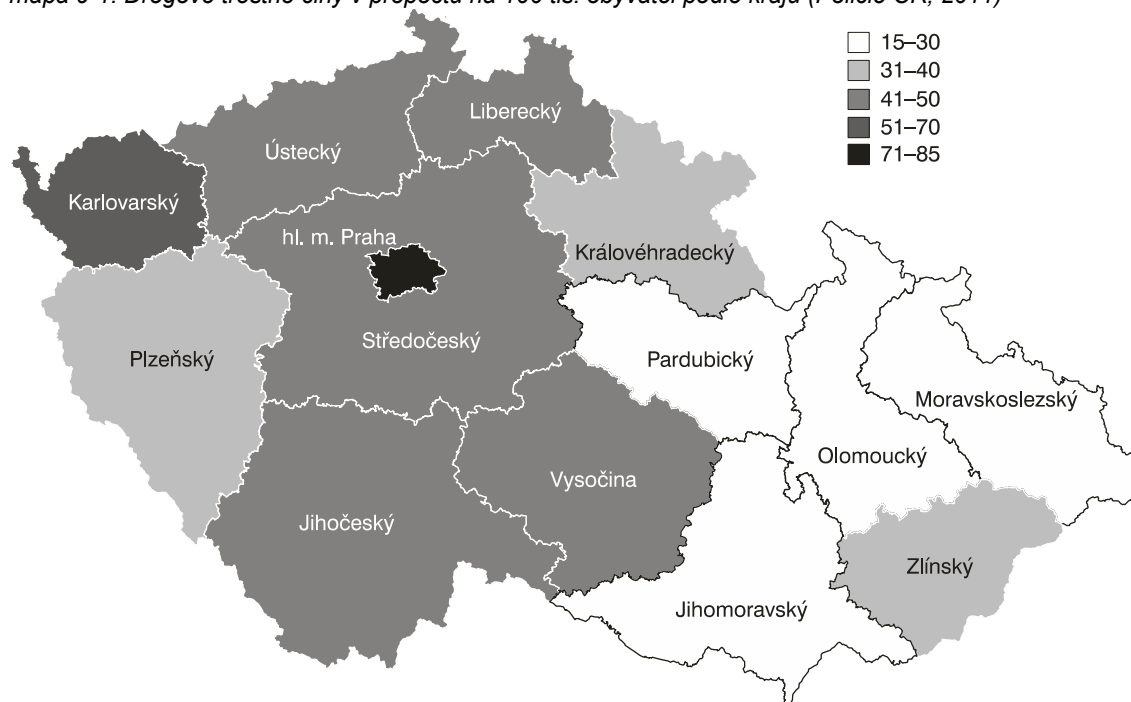


Mezi kraje s nejvyšším absolutním počtem drogových trestných činů i stíhaných osob patřily v r. 2010 Praha, Středočeský, Ústecký a Moravskoslezský kraj. V přepočtu na 100 tis. obyvatel byl výskyt DTČ nejvyšší v Praze, Středočeském, Karlovarském a Ústeckém kraji – viz tabulka 9-6 a mapa 9-1.

tabulka 9-6: Drogové trestné činy a osoby stíhané za DTČ podle krajů (Policie ČR, 2011)

| Kraj | Drogové trestné činy (DTČ) | | | Osoby stíhané pro DTČ | | |
|------------------|----------------------------|--------------|---------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------------------------------|
| | Počet | Podíl (%) | Rel. /100 tis. osob ve věku 15–64 let | Počet | Podíl (%) | Rel. /100 tis. osob ve věku 15–64 let |
| Hl. m. Praha | 731 | 23,0 | 82,1 | 377 | 15,5 | 42,3 |
| Středočeský | 425 | 13,4 | 48,3 | 379 | 15,6 | 43,1 |
| Jihočeský | 206 | 6,5 | 46,0 | 155 | 6,4 | 34,6 |
| Plzeňský | 133 | 4,2 | 33,2 | 91 | 3,7 | 22,7 |
| Karlovarský | 146 | 4,6 | 66,7 | 98 | 4,0 | 44,8 |
| Ústecký | 281 | 8,8 | 47,4 | 277 | 11,4 | 46,7 |
| Liberecký | 139 | 4,4 | 44,8 | 118 | 4,8 | 38,0 |
| Královéhradecký | 136 | 4,3 | 35,4 | 95 | 3,9 | 24,7 |
| Pardubický | 67 | 2,1 | 18,6 | 63 | 2,6 | 17,5 |
| Vysočina | 173 | 5,4 | 48,2 | 129 | 5,3 | 35,9 |
| Jihomoravský | 236 | 7,4 | 29,2 | 191 | 7,8 | 23,7 |
| Olomoucký | 124 | 3,9 | 27,6 | 136 | 5,6 | 30,2 |
| Zlínský | 137 | 4,3 | 33,1 | 109 | 4,5 | 26,4 |
| Moravskoslezský | 245 | 7,7 | 27,9 | 219 | 9,0 | 24,9 |
| Celkem ČR | 3 179 | 100,0 | 43,0 | 2 437 | 100,0 | 33,0 |

mapa 9-1: Drogové trestné činy v přepočtu na 100 tis. obyvatel podle krajů (Policie ČR, 2011)



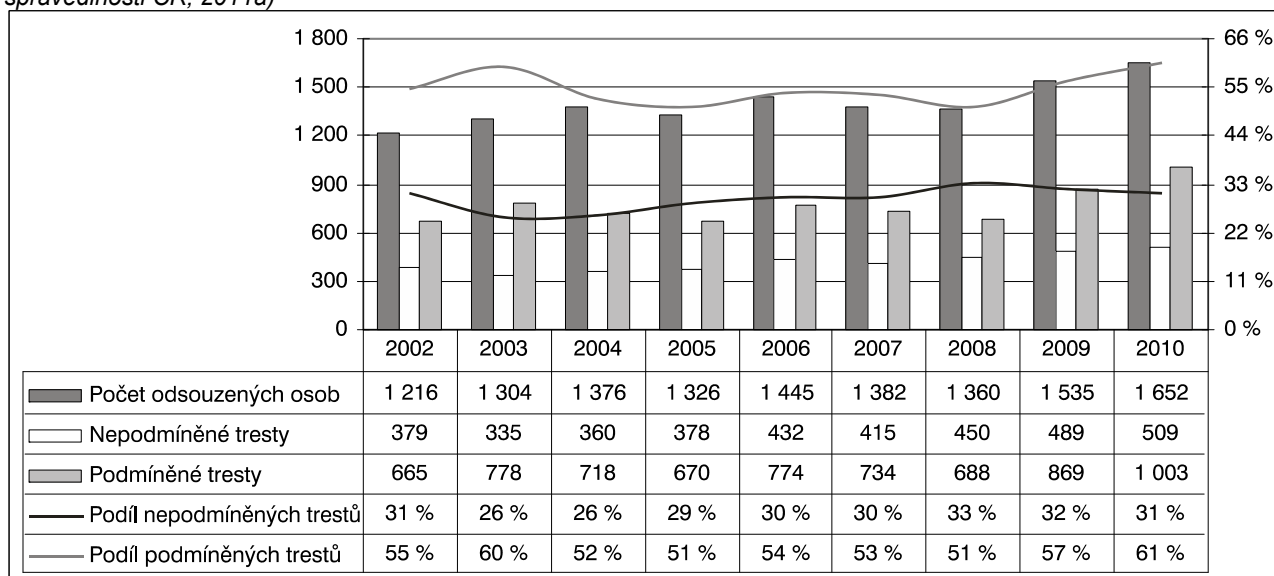
9.1.1.1 Tresty za drogové trestné činy

Nepodmíněný trest odnětí svobody byl v r. 2010 uložen 31 % osob odsouzených za DTČ, vyšší podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody je patrný u trestných činů spojených s výrobou a pašováním drog – tabulka 9-7. Dlouhodobý vývoj celkového počtu odsouzených osob a podílu nepodmíněných a podmíněných trestů uložených za DTČ ukazuje graf 9-3 – je patrný mírný nárůst počtu a podílu podmíněných trestů.

tabulka 9-7: Tresty a další opatření uložená u DTČ v r. 2010 podle paragrafů (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2011a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2010)

| Ukazatel | § 187/§ 283 | | § 187a/§ 284 | | § 285 | | § 188/§ 286 | | § 188a/§ 287 | | Celkem | |
|----------------------------|-------------|-------|--------------|-------|-------|-------|-------------|-------|--------------|-------|--------|-------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| Odsouzeno osob | 1 328 | 100,0 | 178 | 100,0 | 35 | 100,0 | 109 | 100,0 | 2 | 100,0 | 1 652 | 100,0 |
| Nepodmíněný trest celkem | 440 | 33,1 | 27 | 15,2 | 1 | 2,9 | 40 | 36,7 | 1 | 50,0 | 509 | 30,8 |
| – z toho v délce do 1 roku | 48 | 3,6 | 13 | 7,3 | 0 | 0,0 | 16 | 14,7 | 0 | 0,0 | 77 | 4,7 |
| – z toho v délce 1–4 roky | 342 | 25,8 | 11 | 6,2 | 1 | 2,9 | 22 | 20,2 | 1 | 50,0 | 377 | 22,8 |
| – z toho v délce 5–14 let | 52 | 3,9 | 3 | 1,7 | 0 | 0,0 | 2 | 1,8 | 0 | 0,0 | 57 | 3,5 |
| – z toho v délce od 15 let | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Podmíněný trest | 790 | 59,5 | 125 | 70,2 | 27 | 77,1 | 60 | 55,0 | 1 | 50,0 | 1 003 | 60,7 |
| Domácí vězení | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 1 | 2,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,1 |
| Obecně prospěšné práce | 47 | 3,5 | 10 | 5,6 | 5 | 14,3 | 6 | 5,5 | 0 | 0,0 | 68 | 4,1 |
| Zákaz činnosti | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Peněžitý trest | 10 | 0,8 | 4 | 2,2 | 1 | 2,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 15 | 0,9 |
| Upuštěno od potrestání | 30 | 2,3 | 5 | 2,8 | 0 | 0,0 | 3 | 2,8 | 0 | 0,0 | 38 | 2,3 |
| Ochranné léčení | 45 | 3,4 | 3 | 1,7 | 0 | 0,0 | 2 | 1,8 | 0 | 0,0 | 50 | 3,0 |

graf 9-3: Vývoj počtu osob a skladby trestů uložených za drogovou trestnou činnost v letech 2002–2009 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2011a)



9.1.2 Přestupky přechovávání drog pro vlastní potřebu

Přechovávání drog v malém množství pro osobní potřebu je kvalifikováno jako přešupek podle § 30 zákona č. 200/1990 Sb., o přešupcích – přešupky na úseku ochrany před alkoholizmem a jinými toxikomaniemi. Jedná se o neoprávněné přechovávání drog v malém množství pro svoji potřebu podle § 30, odst. 1, písm. j) přešupkového zákona a dále od 1. ledna 2010 v návaznosti na zákon č. 40/2009, trestní zákoník, také nové ustanovení podle § 30, odst. 1, písm. k) přešupkového zákona týkající se neoprávněného pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu v malém množství. Pachatelé obou přešupků lze uložit pokutu až do výše 15 000 Kč.

S účinností od 1. ledna 2009 jsou k projednávání výše uvedených přešupků příslušné obecní úřady obcí s rozšířenou působností a nikoliv Policie ČR, což způsobilo problémy se sběrem údajů o přešupcích podle výše uvedených ustanovení písm. j) a k) přešupkového zákona, které byly spáchány v r. 2009 a 2010¹¹². Za r. 2010 jsou k dispozici informace o předmětných přešupcích z informací sbíraných MV, protože došlo k rozšíření standardního formuláře pro hlášení od orgánů samosprávy (Ministerstvo vnitra ČR, 2011b). Za r. 2009 byla data sebrána zvláště ve spolupráci s MZ, které požádalo krajské úřady po své linii o hlášení dat retrospektivně (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011g).

V r. 2006 bylo zjištěno 970 přešupků přechovávání drog pro vlastní potřebu, v r. 2007 to bylo 966 přešupků. Za r. 2008 byla k dispozici neúplná data¹¹³, podle nichž bylo zaznamenáno 450 přešupkových případů, na kterých se podílelo 473 osob.

V r. 2009 bylo evidováno 752 přešupků držení drogy v malém množství pro vlastní potřebu. Pětina pachatelů byli nezletilí a nejčastěji se jednalo o držení marihuany či pervitinu a rostlin konopí. V r. 2010 bylo evidováno 1021 přešupků držení drogy nebo pěstování rostliny obsahující OPL v malém množství pro vlastní potřebu. Opět se jednalo především o zletilce (85 %) a nejčastěji šlo o držení drogy (94 %), pouze 6 % přešupků se týkalo pěstování rostlin obsahujících OPL – tabulka 9-8 a tabulka 9-9.

¹¹² Ustanovení § 30 zákona o přešupcích náleží do působnosti MZ, které je kompetentní jako odvolací orgán vyššího stupně (přezkum, rozklad správního rozhodnutí), nicméně sběr dat o všech přešupcích projednávaných orgány samosprávy zajišťuje MV, které do zavedeného formuláře data o přešupcích sbírá od obcí souhrnně za celý uplynulý kalendářní rok, resp. tyto údaje sbírají krajské úřady, které data kompletují a zasílají na MV (odbor všeobecné správy).

¹¹³ Jedná se v průměru o 60 % ze všech požadovaných měsíčních hlášení, která mohla během r. 2008 příslušná okresní policejní ředitelství poskytnout NPC.

tabulka 9-8: Drogové přestupky v r. 2009 a jejich rozdělení podle krajů, věku a typu držené drogy (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011g)

| Kraj | Věk | | Droga | | | | Celkem osob |
|------------------|------------|------------|---------------|------------|---------------|-----------------|-------------|
| | Do 18 let | Nad 18 let | Konopné drogy | Pervitin | Ostatní drogy | Rostliny konopí | |
| Hl. m. Praha | 6 | 105 | 33 | 29 | 31 | 24 | 111 |
| Středočeský | 18 | 64 | 23 | 22 | 6 | 37 | 82 |
| Jihočeský | 5 | 36 | 9 | 5 | 2 | 26 | 41 |
| Plzeňský | 3 | 27 | 7 | 0 | 0 | 23 | 30 |
| Karlovarský | 2 | 35 | 17 | 5 | 11 | 11 | 37 |
| Ústecký | 16 | 80 | 49 | 24 | 22 | 16 | 96 |
| Liberecký | 6 | 63 | 47 | 5 | 6 | 14 | 69 |
| Královéhradecký | 20 | 10 | 14 | 1 | 2 | 13 | 30 |
| Pardubický | 12 | 15 | 13 | 2 | 0 | 13 | 27 |
| Vysočina | 3 | 12 | 4 | 3 | 1 | 8 | 15 |
| Jihomoravský | 7 | 32 | 12 | 11 | 2 | 18 | 39 |
| Olomoucký | 18 | 43 | 11 | 11 | 7 | 36 | 61 |
| Zlínský | 10 | 25 | 7 | 6 | 1 | 22 | 35 |
| Moravskoslezský | 27 | 52 | 20 | 20 | 5 | 37 | 79 |
| Celkem ČR | 153 | 599 | 266 | 144 | 96 | 298 | 752 |

tabulka 9-9: Drogové přestupky v r. 2010 a jejich rozdělení podle krajů, věku a podle toho, zda se jednalo o držení OPL (písm. j) nebo o pěstování rostliny obsahující OPL pro vlastní potřebu (písm. k) (Ministerstvo vnitra ČR, 2011b)

| Kraj | Věk | | Drogy (§30 1/j) | Rostliny obsahující OPL (§30 1/k) | Celkem osob |
|------------------|------------|------------|-----------------|-----------------------------------|-------------|
| | Do 18 let | Nad 18 let | | | |
| Hl. m. Praha | 4 | 118 | 120 | 2 | 122 |
| Středočeský | 28 | 188 | 208 | 8 | 216 |
| Jihočeský | 5 | 38 | 35 | 8 | 43 |
| Plzeňský | 10 | 68 | 72 | 6 | 78 |
| Karlovarský | 7 | 47 | 54 | 0 | 54 |
| Ústecký | 27 | 71 | 95 | 3 | 98 |
| Liberecký | 4 | 68 | 68 | 4 | 72 |
| Královéhradecký | 20 | 33 | 34 | 19 | 53 |
| Pardubický | 9 | 18 | 27 | 0 | 27 |
| Vysočina | 3 | 29 | 31 | 1 | 32 |
| Jihomoravský | 14 | 65 | 76 | 3 | 79 |
| Olomoucký | 12 | 42 | 52 | 2 | 54 |
| Zlínský | 8 | 29 | 31 | 6 | 37 |
| Moravskoslezský | 6 | 50 | 53 | 3 | 56 |
| Celkem ČR | 157 | 864 | 956 | 65 | 1021 |

Pozn.: Rozsah a struktura dat sbíraných MV od r. 2010 bohužel neumožňují rozlišení přestupků podle druhu drogy.

9.1.3 Sekundární drogová kriminalita

Výsledky opakovaného průzkumu NPC a NMS týkajícího se sekundární drogové kriminality nebo dotazníkového šetření zaměřeného na sekundární drogovou kriminalitu jsou uvedeny ve VZ 2009.

Za r. 2010 jsou z ESSK opět k dispozici údaje o trestné činnosti spáchané pod vlivem alkoholu a nealkoholových drog (Policie ČR, 2011). V r. 2010 bylo objasněno celkem 117,7 tis. trestných činů. Z nich bylo 19,6 tis. (16,6 %) spáchané pod vlivem návykové látky, z toho 17,3 tis. (14,7 %) pod vlivem alkoholu – nejčastěji se stejně jako v r. 2009 jednalo o trestné činy ohrožování pod vlivem návykové látky anebo opilství (9,1 tis.) a silniční dopravní nehody z důvodu nedbalosti (2,7 tis.), úmyslné ublížení na zdraví, výtržnictví, poškozování cizí věci, nebezpečné vyhrožování. Celkem 2,3 tis. skutků (1,9 %) bylo spáchané pod vlivem nealkoholových drog – nejčastěji se jednalo o ohrožování pod vlivem návykové látky (1,6 tis.), maření výkonu úředního rozhodnutí (193), různé druhy krádeží nebo krádeží vloupáním (168) a nedovolenou výrobu OPL (98) – tabulka 9-10

tabulka 9-10: Trestná činnost spáchaná pod vlivem návykových látek v l. 2009–2010 (Policie ČR, 2011)

| Rok | Celkem objasněno trestných činů | Z toho spáchané pod vlivem návykové látky | | | | | |
|------|---------------------------------|---|------|----------------------------|------|--------------------------------|-----|
| | | Celkem | | Z toho pod vlivem alkoholu | | Z toho pod vlivem dalších drog | |
| | | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| 2009 | 124 543 | 24 448 | 19,6 | 22 192 | 17,8 | 2 256 | 1,8 |
| 2010 | 117 685 | 19 567 | 16,6 | 17 290 | 14,7 | 2 277 | 1,9 |

9.1.4 Údaje o klientech Probační a mediační služby ČR

Údaje za r. 2010 o klientech Probační a mediační služby ČR (PMS), kteří užívají drogy, nebyly do uzávěrky této zprávy známy. V r. 2009 evidovala PMS celkem 25 851 nových klientů, z toho 531 (2,1 %) bylo pachateli drogové kriminality (jak pachateli DTČ, tak majetkové trestné činnosti za účelem získání prostředků na nákup drogy) – viz VZ 2009.

Za r. 2010 jsou k dispozici výsledky pilotního projektu Ověření možnosti využívání drogových testů (nealkoholových testů založených na rozboru slin) v rámci zajištění výkonu probačního dohledu u klientů PMS (Probační a mediační služba ČR, 2010b). Projekt, který realizovala PMS ve spolupráci s dalšími institucemi, probíhal od srpna 2007 ve středisku PMS Praha, resp. od ledna 2009 v dalších střediscích v Jihlavě, Znojmě, Teplicích, Chomutově, Jeseníku, Českém Krumlově a Českých Budějovicích. Ukončení sběru dat proběhlo v květnu 2010. Projektu se zúčastnilo 109 klientů, dospělých a mladistvých, převažovali dospělí klienti mužského pohlaví. Rozhodnutím soudu bylo do projektu zařazeno 57 klientů, dobrovolně se zúčastnilo 52 klientů; klientů odsouzených s uloženým dohledem bylo 102, mladistvých s uloženým výchovným opatřením bylo 6 a 1 klient byl testován v rámci obecně prospěšných prací. Testy zaznamenaly užití drogy u 53 % klientů první (nedobrovolné) skupiny a u 37 % klientů druhé (dobrovolné) skupiny – tento výsledek odpovídal očekávání, že dobrovolný souhlas s testováním je pravděpodobnější u klientů, kteří lépe zvládají své problémy s drogami, resp. jsou více motivováni abstinovat. Nejčastěji byl prostřednictvím slinných testů detekován pervitin (56 klientů), THC (21) a kombinace pervitin a THC (9). Na žádost klientů bylo provedeno 12 konfirmačních testů, z toho v 7 případech nebyly výsledky slinných testů potvrzeny. Probační úředníci hodnotili slinné testy i přes jejich limity jako užitečný kontrolní nástroj a vesměs se shodovali v tom, že testování posiluje důvěru mezi klientem a úředníkem, což zvyšuje i ochotu klientů více o svém drogovém problému mluvit a společně jej s probačním úředníkem řešit. Pracovníci PMS také akcentovali fakt, že testy umožňují mnohem objektivnější zhodnocení míry rizikovosti klienta ve vztahu k užívání drog. Realizátoři projektu navrhuji zavést drogové testování jako standardní kontrolní nástroj v rámci PMS.

Podle PMS (Probační a mediační služba ČR, 2010a) byly v r. 2010 evidovány 3 probační programy akreditované ministerstvem spravedlnosti určené pro mladistvé ve věku 15–18 let a zaměřené mimo jiné rizikové formy chování také na řešení problémů spojených s drogami. Jednalo se o program Proboš, jehož realizátorem byl Renarkon o.p.s. ve Frýdku Místku, program Auritus, který realizovala Farní charita Tábor, resp. Auritus – Centrum pro lidi ohrožené drogou, a program MOST, jehož realizátorem byla Diecézní charita Brno, oblastní charita Třebíč. Tyto programy nabízely informační servis, individuální poradenství, motivační trénink a krizovou intervenci mladistvým ohroženým drogou, zejména marihuanou.

9.2 Prevence drogové kriminality

Prevence kriminality v ČR spadá do působnosti Ministerstva vnitra (MV)¹¹⁴, které je také zpracovatelem Strategie prevence kriminality na léta 2008–2011 – blíže viz VZ 2009. Problematika prevence kriminality se dotýká i působnosti rezortu MŠMT, který odpovídá za prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – blíže viz kapitolu Prevence (str. 35).

Specifické aktivity v rámci prevence drogové kriminality realizovala v r. 2010 především Národní protidrogová centrála (NPC). Od r. 2009 probíhá projekt s názvem Nepodporuji výrobu drog, který se uskutečňuje ve spolupráci NPC a České lékárnické komory zaměřený na zabránění prodeje většího množství léků s obsahem pseudoefedrinu osobám, které jsou důvodně podezřelé z účasti na výrobě pervitinu. V souvislosti s odhalováním ilegálních velkopěstíren konopí NPC od r. 2009 také spolupracuje se zástupci energetických distribučních firem, které mohou jako první upozornit na podezření na indoor pěstování rostlin konopí z důvodu neúměrné spotřeby elektrické energie z jediného odběrného místa nebo velkých úniků z rozvodných sítí v jednom místě. Vyhodnocení účinnosti těchto dvou výše uvedených projektů nejsou k dispozici.

9.3 Alternativy trestního postihu

Ochrannými opatřeními, která sice patří mezi trestněprávní sankce, ale mají charakter preventivních opatření a nevyjadřují odsudek pachatele a míru jeho viny, jsou ochranné léčení a zabezpečovací detence – blíže viz VZ 2008 a 2009. Ochranné léčení soud ukládá ve formě ústavní nebo ambulantní a je vykonáváno ve zdravotnických zařízeních nebo ve věznicích – viz také speciální kapitolu Drogová politika a služby pro uživatele drog ve vězení (str. 125). V r. 2010 bylo ochranné léčení protitoxikomanické uloženo celkem 116 osobám a protialkoholní 162 osobám. Ochranné léčení protitoxikomanické bylo v 48 případech uloženo osobám za DTČ, v ostatních 68 případech to bylo za jinou trestnou činnost (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2011a) – tabulka 9-11.

¹¹⁴ <http://www.mvcr.cz/clanek/programy-prevence-kriminality.aspx> (2011-09-01)

tabulka 9-11: Počty osob, kterým bylo soudem nařízeno ochranné léčení protitoxikomanické a protialkoholní v ambulantní nebo ústavní formě v letech 2004–2009 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2011a)

| Typ ochranného léčení | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Protitoxikomanické | 161 | 141 | 164 | 139 | 162 | 123 | 116 |
| Protialkoholní | 190 | 193 | 220 | 232 | 217 | 195 | 162 |
| Celkem | 351 | 334 | 384 | 371 | 379 | 318 | 278 |

U uživatelů drog se kromě institutu ochranného léčení využívají také jiné možnosti v rámci odklonů v trestním řízení nebo alternativních trestů, zejména uložení přiměřené povinnosti se léčit – blíže viz VZ 2009.

9.4 Užívání drog ve vězení

V ČR bylo v r. 2010 celkem 36 vazebních věznic a věznic (dále jen věznice). Počet vězňů v posledních letech roste, ke konci r. 2010 Vězeňská služba ČR (VS) evidovala celkem 21 900 vězných osob¹¹⁵, z toho bylo 19 449 osob odsouzených k výkonu trestu odnětí svobody (VTOS), 2 443 obviněných osob bylo ve vazbě a 8 bylo chovanců v detenčním ústavu ve věznici v Brně. K uvedenému datu bylo mezi odsouzenými osobami 1 293 žen. Nejvíce vězňů (22 %) mělo uloženo trest odnětí svobody v délce 1–2 roky, nejčastější věk odsouzených (35 %) byl 30–40 let a nejvíce osob vykonávalo trest ve věznicích s ostrahou (49 %).

Na konci r. 2010 bylo mezi věznými osobami evidováno celkem 2016 drogových trestných činů (DTČ) podle § 187–188a starého trestního zákona (sTZ), resp. podle § 283, 284, 286, 287 nového trestního zákoníku (nTZ) platného od r. 2010 – tabulka 9-12. Celkový počet vězných osob za DTČ mohl být ovšem nižší, protože jedna osoba mohla být odsouzena pro spáchání více DTČ zároveň (např. v r. 2010 byli 4 odsouzení mimo jiné podle § 285).

tabulka 9-12: Počet drogových trestných činů podle § 187–188a sTZ, resp. podle § 283, 284, 286, 287 nTZ evidovaných u vězných osob na konci let 2008, 2009 a 2010 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011b).

| Drogové trestné činy | 2008 | 2009 | 2010 |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| § 187/§ 283 | 1 257 | 3 073 | 1 696 |
| § 187a/§ 284 | 127 | 323 | 143 |
| § 188/§ 286 | 185 | 365 | 145 |
| § 188a/§ 287 | 93 | 138 | 32 |
| Celkem | 1 662 | 3 899 | 2 016 |

Míru užívání drog v českých věznicích v r. 2010 lze rámcově odhadnout na základě informací, které se týkají výsledků vyšetření a ošetření vězných osob, výsledků orientačních toxikologických testů z moči u odsouzených osob a záchytů drog ve věznicích (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011a).

- Praktičtí lékaři v r. 2010 provedli celkem 421 782 vyšetření či ošetření u vězných osob a v této spojitosti evidovali 10 763 osob (v r. 2009 to bylo 9 802 osob) závislých na návykových látkách, včetně alkoholu.
- V r. 2010 bylo u vězných osob provedeno celkem 19 703 úkonů testování na drogy, z toho pozitivních nálezů po konfirmaci bylo celkem 358, nejvíce na pervitin (130 pozitivních testů) a konopné látky, resp. THC (101).
- Ve všech věznicích se uskutečnily plánované i namátkové prohlídky (a to také vycvičenými protidrogovými psy) – jednalo se o prohlídky ubytovacích a společných prostor, pracovišť, kontrolovala se korespondence, včetně balíků apod. Bylo evidováno celkem 115 záchytů nealkoholových drog, z toho se v 55 případech jednalo o pervitin (celkový objem 38 g), 55 případů souviselo s marihuanou (153,7 g) a v 5 případech šlo o heroin (3,4 g).

9.4.1 Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni

Na podzim 2010 proběhla Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody, kterou realizovalo NMS ve spolupráci s Generálním ředitelstvím Vězeňské služby ČR (GŘ VS). Sběr a pořízení dat zajistila agentura Median s.r.o. pomocí vyškolených administrátorů, převážně z řad pracovníků ze sekce Drogové služby ve vězení Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí (A.N.O.). Studie byla před svým zahájením posouzena a schválena Etickou komisí NMS.

Studie byla provedena na výběrovém souboru 2000 osob ve výkonu trestu odnětí svobody (VTOS), který byl vybrán z celkem 19 570 osob vězných k datu výběru ve všech 36 věznicích v ČR. Vyplněno bylo 1668 dotazníků, tj. míra response dosáhla 83,4 %. Dotazník obsahoval kromě otázek na prevalenci užití nelegálních drog ve třech časových horizontech také otázky na užívání drog před nástupem do výkonu trestu odnětí svobody a na užití během pobytu ve vězení, otázky identifikující problémové uživatele drog, zkušenosti respondentů s léčbou drogových závislostí a rizikové chování spojené s aplikací drogy a kromě toho také sadu demografických otázek (pohlaví, věk, národnost, vzdělání, zaměstnání), typ věznice a trestu.

¹¹⁵ V r. 2010 bylo v ČR v přepočtu na 100 tis. obyvatel (Prison Population Rate) vězněno 207 osob, např. v USA to v r. 2009 bylo 743 osob, v Rusku v r. 2010 582 osob, v Dánsku a Norsku v r. 2010 se jednalo o 71 osob (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011b). Průměrný počet osob vězných na 100 tis. obyvatel v EU v r. 2009 byl 70–100 osob (Valeš, 2009).

Zkušenost s nějakou nelegální drogou v životě uvedlo celkem 52,2 % respondentů, celkem 43,1 % užilo konopné látky, 38,5 % uvedlo užití pervitinu nebo amfetaminů, 22,5 % užilo extázi, 18,0 % halucinogenní houby, 16,7 % LSD a kokain, 15,1 % heroin. Téměř 23 % uvedlo užití léků se sedativním účinkem bez lékařského předpisu – viz graf 9-4. V posledních 12 měsících užilo nelegální drogu 22,0 %, v posledních 30 dnech 8,5 % dotázaných; nejčastěji se jednalo o konopné látky, pervitin a amfetaminy a léky se sedativním účinkem získané bez lékařského předpisu (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011).

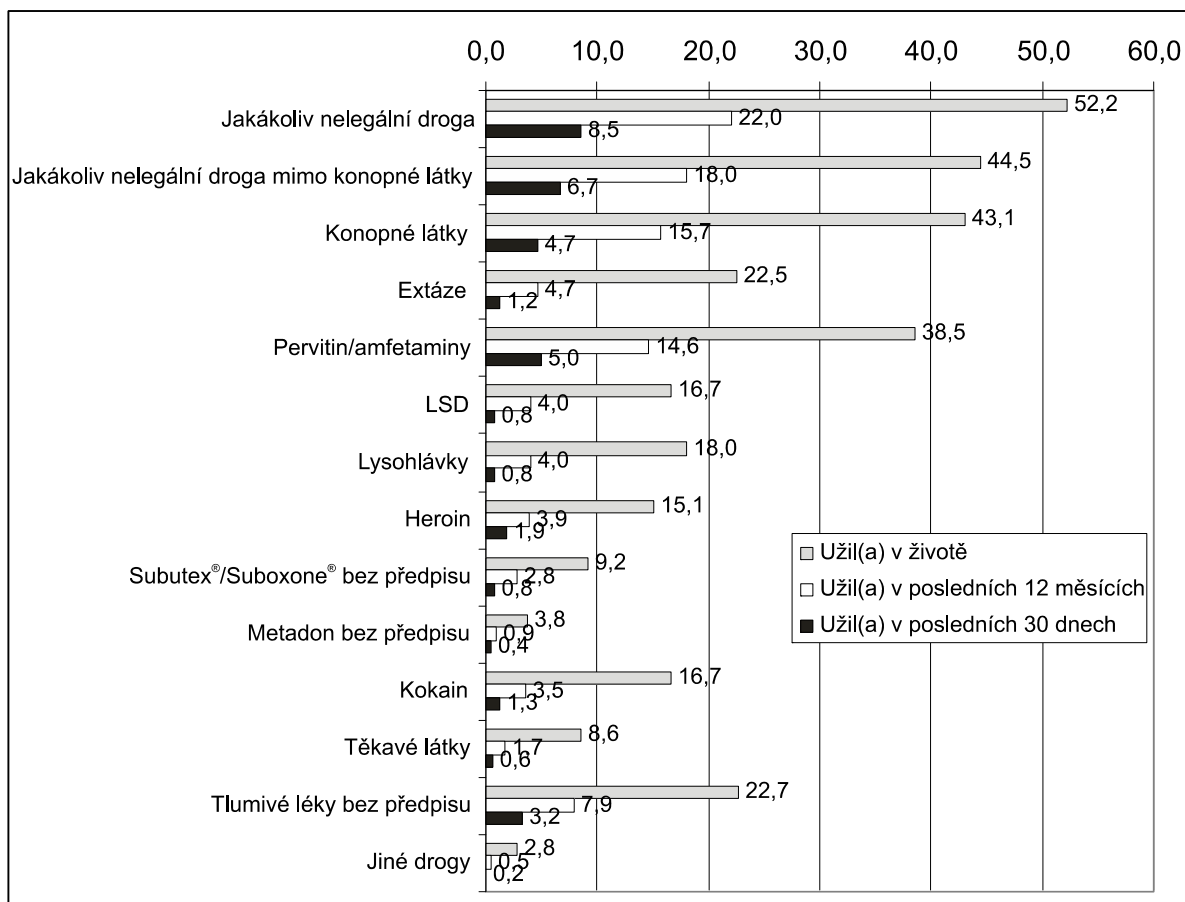
Ve srovnání s obecnou populací se ukazuje, že úroveň celoživotních zkušeností s návykovými látkami je u populace ve výkonu trestu odnětí svobody výrazně vyšší. Nejpatrnější je to u užití heroinu, pervitinu a kokainu, u kterých jsou prevalence mezi vězni několikanásobně vyšší než v obecné populaci. Naopak u tlumivých léků, alkoholu a marihuany jsou prevalence téměř stejné či dokonce nižší. Ženy ve VTOS vykazují řádově vyšší míry prevalence užívání drog než ženy v obecné populaci, a to zejména v případě heroinu, pervitinu a kokainu.

Ve vězení byly podle odpovědí respondentů nejdostupnějšími nelegálními látkami pervitin a konopné látky (marihuana nebo hašiš). Obě drogy označuje za dostupné téměř třetina respondentů. Dalšími v pořadí byly alkohol a tlumivé léky bez předpisu, které jsou dostupné podle jedné čtvrtiny respondentů. Heroin uvedlo jako dostupný 18,7 % respondentů a Subutex® či Suboxone® 14,5 % respondentů. Naopak přibližně podle jedné pětiny respondentů nebyly ve vězení dostupné žádné nelegální látky.

K užití nelegální látky přímo při některém z pobytů ve vězení se přiznalo 26,2 % respondentů. Nejčastěji užíli konopné látky (14,5 %) a alkohol (14,3 %). Třetí nejčastěji uvedenou látkou byl pervitin (12,5 %) a hranici deseti procent překročily i tlumivé léky bez předpisu (11,6 %), heroin respondenti uvedli v 3,8 % a Subutex® v 3,1 % případů.

Co se týče rizikových způsobů užívání drog, 31,3 % respondentů uvedlo injekční užití drogy někdy v životě, v posledním měsíci před nástupem do současného VTOS užilo drogu injekčně 22,1 % respondentů. Celkem 8,4 % respondentů se přiznalo k injekčnímu užití drogy při některém z pobytů ve vězení. Jehlu nebo stříkačku, kterou předtím použil někdo jiný, použilo 13,4 % respondentů a ke sdílení jehel či stříkaček přímo ve vězení se přihlásilo 6,6 % respondentů.

graf 9-4: Prevalence užití návykových látek ve vězeňské populaci během celého života, v posledním roce a v posledním měsíci, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011)



Před nástupem do VTOS se podle svých výpovědí léčilo 6,0 % respondentů ze závislosti na alkoholu a 9,1 % respondentů ze závislosti na jiné návykové látce. 2,5 % respondentů bylo v substituční léčbě metadonem a 3,8 % v substituční léčbě Subutexem[®] či Suboxone[®]. Testováno alespoň na jednu ze sledovaných infekcí bylo více než 43,2 % respondentů. Na virovou hepatitidu typu B bylo někdy testováno 28,3 % respondentů, typu C 35,0 % respondentů a na HIV 23,9 % respondentů. Pozitivních na VHC bylo podle vlastních výpovědí 27,7 % respondentů, HIV pozitivních osob bylo ve vzorku 6, tj. 0,4 % z celku a 1,7 % z testovaných na HIV.

Na základě výsledků studie lze odhadnout, že desetina až čtvrtina vězňů vykazuje při nástupu do VTOS znaky aktuálního problémového užívání drog (absolutně tedy 2–5 tisíc osob). To je přibližně 20–50krát vyšší prevalence, než je prevalence problémových uživatelů drog v obecné populaci (přibližně 0,5 %). Ovšem přibližně jen čtvrtina osob, které lze při nástupu do VTOS označit za problémové uživatele drog, je ve věznicích zařazena na specializovaná nebo jiná odborná oddělení jako bezdrogové zóny (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011).

9.5 Intervence ve vězení

Informace o poradenských a léčebných intervencích pro uživatele drog ve věznicích každoročně poskytuje GŘ VS (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011c). Stěžejním dokumentem pro uskutečňování služeb pro uživatele drog byl v r. 2010 Plán činnosti Vězeňské služby ČR v protidrogové politice na období 2007–2009, jehož platnost byla prodloužena i pro r. 2010. V r. 2011 přijalo GŘ VS Plán činnosti VS ČR v protidrogové politice na období let 2011 až 2012 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011a) – tento plán navazuje na předchozí plán, je kompatibilní s Akčním plánem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012 a zaměřuje se na 6 základních oblastí: (1) primární prevence, (2) léčba a následná péče, (3) snižování rizik, (4) snižování dostupnosti drog, (5) koordinace a financování, a (6) monitoring, výzkum a hodnocení. Dalším důležitým dokumentem v této oblasti je Koncepce rozvoje českého vězeňství do r. 2015, která byla zpracována v r. 2005¹¹⁶.

9.5.1 Poradny drogové prevence

V r. 2010 využilo služeb poraden drogové prevence celkem 5998 vězňů osob, tj. osob, kterým byla poskytnuta alespoň jedna intervence (v r. 2009 to bylo 5504 osob). Více o poradnách drogové prevence viz podkapitulu Poradny drogové prevence (str. 129) ve speciální kapitole.

9.5.2 Detoxifikace

V r. 2010 provádělo detoxifikaci 5 věznic (Praha-Pankrác, Praha-Ruzyně, Brno, Ostrava a Kuřim). Celkem bylo detoxifikováno 686 osob (v r. 2009 to bylo 219 osob), z toho 312 mužů, 431 uživatelů opiátů, 140 uživatelů pervitinu a 79 uživatelů benzodiazepinů. Více o detoxifikaci viz podkapitulu Detoxifikace (str. 129) ve speciální kapitole.

9.5.3 Bezdrogové zóny

Bezdrogové zóny (BZ) byly zřízeny ve 33 věznicích, z toho ve 4 věznicích (Kuřim, Příbram, Vinařice, Znojmo) se jednalo o tzv. terapeutické bezdrogové zóny. Celková kapacita BZ byla 2075 míst a prošlo jimi 3443 osob, z toho bylo 87 osob bylo vyřazeno pro porušení pravidel – tabulka 9-13. Ve všech BZ bylo provedeno 1562 orientačních toxikologických testů, 16 z nich bylo následně laboratorně potvrzeno jako pozitivní. Více o bezdrogových zónách viz podkapitulu Bezdrogové zóny (str. 129) ve speciální kapitole.

9.5.4 Specializovaná léčebná oddělení

Oddělení pro dobrovolnou léčbu fungovala v r. 2010 v 7 věznicích s dozorem, ostrahou a zvýšenou ostrahou (Bělušice, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Valdice, Všehrady). Celková kapacita těchto oddělení činila 300 míst a během roku do nich bylo zařazeno celkem 437 odsouzených – tabulka 9-13. Ve všech 7 věznicích bylo provedeno 362 orientačních toxikologických testů, z nichž 6 testů bylo následně laboratorně potvrzeno jako pozitivní.

Oddělení pro výkon soudně nařízeného ochranného léčení protitoxikomanického se v r. 2010 nacházela ve 3 věznicích (Opava, Rýnovice, Znojmo), jejich celková kapacita činila 109 míst a bylo v nich zařazeno celkem 128 odsouzených – tabulka 9-13. Ve všech 3 věznicích bylo provedeno 107 orientačních toxikologických testů, z nichž 7 testů bylo následně laboratorně potvrzeno jako pozitivní.

Více o specializovaných léčebných odděleních viz podkapitoly Oddělení pro dobrovolnou léčbu (str. 128) a Oddělení pro výkon soudně nařízeného ochranného léčení protitoxikomanického (str. 128) ve speciální kapitole.

¹¹⁶ Další pravidla upravující protidrogovou politiku VS ČR jsou uvedena ve vnitřních předpisech, které se zaměřují na pravidla, organizaci, evidenci, formy a metody zacházení s různými stupni závislosti na odděleních speciálně určených pro uvedený typ zacházení s osobami, které užívají návykové látky.

tabulka 9-13: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení ve věznicích v l. 2006–2010 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011c)

| Rok | Bezdrogové zóny | | | Oddělení pro dobrovolnou léčbu | | | Oddělení pro soudem nařízenou léčbu | | |
|------|------------------------|----------|------------|--------------------------------|----------|------------|-------------------------------------|----------|------------|
| | Počet oddělení/ věznic | Kapacita | Počet osob | Počet oddělení/ věznic | Kapacita | Počet osob | Počet oddělení/ věznic | Kapacita | Počet osob |
| 2006 | 31 | 1 665 | 3 201 | 6 | 286 | 625 | 3 | 105 | 162 |
| 2007 | 35 | 1 877 | 3 524 | 6 | 258 | 419 | 3 | 114 | 200 |
| 2008 | 33 | 1 998 | 3 646 | 6 | 262 | 422 | 3 | 120 | 206 |
| 2009 | 33 | 2 057 | 4 224 | 7 | 294 | 507 | 3 | 120 | 117 |
| 2010 | 33 | 2 075 | 3 443 | 7 | 300 | 437 | 3 | 109 | 128 |

9.5.5 Substituční léčba

Substituční léčba byla poskytována v 8 věznicích z celkem 10 věznic určených k realizaci programu substituční léčby (o jednu méně než v r. 2009) a účastnilo se jí celkem 67 vězňených osob (stejně jako v r. 2009). V r. 2010 ukončilo substituční léčbu z různých důvodů (např. se jednalo o porušení pravidel, ukončení VTOS nebo výkonu vazby) celkem 22 osob – tabulka 9-14. Více o substituční léčbě ve věznicích viz podkapitulu Opiátová substituční léčba (str. 129) ve speciální kapitole.

tabulka 9-14: Věznice, které poskytovaly substituční léčbu, počet léčených osob a průměrná délka léčby v r. 2010 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011c).

| Věznice | Počet osob | Průměrná délka léčby v měsících |
|---------------|------------|---------------------------------|
| Brno | 11 | 11,0 |
| Břeclav | 0 | – |
| Kuřim | 7 | 19,5 |
| Litoměřice | 10 | 4,8 |
| Opava | 5 | 6,0 |
| Ostrava | 0 | – |
| Praha-Pankrác | 15 | 8,3 |
| Praha-Ruzyně | 1 | 1,0 |
| Příbram | 16 | 6,5 |
| Rýnovice | 2 | 4,0 |
| Celkem | 67 | 7,6 |

9.5.6 Prevence a léčba infekčních onemocnění

Podle informací Odboru zdravotní služby GR VS ve druhém pololetí 2010 absolvovalo antivirotickou léčbu VHB celkem 10 osob, VHC celkem 56 osob a 10 osob absolvovalo antiretrovirovou léčbu HIV (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011d). Další informace o výsledcích diagnostického testování markerů virových hepatitid a HIV poskytuje kapitola Prevalence infekcí mezi uživateli drog (str. 77).

9.5.7 Služby poskytované uživatelům drog ve věznicích nestátními organizacemi

V r. 2010 byla péče o vězňené uživatele drog doplňována také službami, které realizovalo 15 nestátních neziskových organizací (NNO), které spolupracovaly s 32 věznicemi. Celkem 5 projektů, které realizovaly 4 NNO (Sdružení Podané ruce o.s., Semiramis o.s., SANANIM o.s. a CPPT o.p.s.), bylo v r. 2010 dotováno ministerstvem spravedlnosti. Vedle zmíněných 4 NNO se na intenzivnější práci s uživateli drog podílely také o.s. Laxus a o.s. White Light I. Přehled výkonů NNO a navštěvované věznice uvádí tabulka 9-15 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011c).

9.5.8 Postpenitenciární péče

Programy prevence předávkování se realizují pouze formou poskytování informací konkrétní osobě, která opouští vězení. Postpenitenciární péče, čili péče po propuštění z vězení, a reintegrace propuštěných uživatelů drog je také součástí služeb poskytovaných ve věznicích nestátními organizacemi.

tabulka 9-15: NNO poskytující drogové služby ve věznicích, věznice, ve kterých tyto NNO působí, počty jejich návštěv a intervencí vykonaných v r. 2010 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011c).

| Nestátní zisková organizace (NNO) | Věznice a vazební věznice | Počet návštěv |
|--|--|----------------------|
| o.s. Semiramis (Nymburk) | Jiřice, Rýnovice, Stráž pod Ralskem, Bělušice, Horní Slavkov, Ostrov (6) | 141 |
| o.s. Podané ruce (Brno, Olomouc) | Brno, Kuřim, Znojmo, Rapotice, Olomouc, Mírov (6) | 303 |
| o.s. White Light I. (Ústí nad Labem) | Všehrady, Teplice, Nové Sedlo, Litoměřice (4) | 13 |
| o.s. SANANIM (Praha) | Praha-Pankrác a Ruzyně, Vinařice, Opava (4) | 52 |
| o.s. Laxus (Hradec Králové) | Hradec Králové, Pardubice, Světlá n/Sázavou, Valdice, Odolov (5) | 138 |
| CPPT o.p.s. (Plzeň) | Plzeň (1) | 39 |
| Celkem 6 uvedených NNO | 26 | 686 |
| Dalších 9 NNO | 6 | 21 |
| Celkem všechny NNO | 32 | 707 |

V r. 2010 byly nejvíce dostupnými drogami marihuana, pervitin a byl pozorován trend zvyšující se oblíbenosti a dostupnosti kokainu. Ceny a čistota základních drog jsou vesměs stabilní, i když v období několika posledních let se objevily u některých drog výkyvy v ceně (např. u kokainu nebo extáze) nebo čistotě (např. u hašiše, extáze či heroinu).

Většina vypěstované marihuany byla určena pro domácí trh. Část indoorové produkce konopí je dobře organizována a podílí se na něm především osoby vietnamské národnosti. Bylo zachyceno 278 kg marihuany a téměř 65 tisíc rostlin konopí, což je dvakrát více rostlin konopí než v r. 2009. Roste také počet odhalených pěstíren konopí – bylo jich odhaleno 145.

Pervitin vyrábí tuzemští výrobci hlavně v malých domácích laboratořích. Stále častěji ale dochází k produkci pervitinu ve vyšším objemu, na kterém se podílí organizované skupiny osob původem z Vietnamu nebo Albánie. Pervitin se vyrábí většinou z léčiv obsahujících pseudoefedrin dovážených hlavně z Polska. Droga je určena zejména pro domácí trh, menší část produkce je určena pro vývoz do zahraničí, mj. do Německa. Bylo zachyceno celkem 21,3 kg pervitinu, což je nejvíce za poslední 4 roky, a bylo odhaleno 307 varen.

Kokain se stal etablovanou drogou zejména v prostředí zábavy a nočního života. Do importu a distribuce kokainu se vedle Albánců, Rumunů a Bulharů zapojují především osoby původem ze Západní Afriky, zejména Nigérie. K pašování se využívají tělní dutiny kurýrů (tzv. polykači). Kurýři dovážejí kokain přímo z Jižní Ameriky nebo ze zemí západní Evropy. Od r. 2008 roste počet záchytů i objem zabaveného kokainu, v r. 2010 bylo zaznamenáno 42 záchytů kokainu o celkovém objemu 14,2 kg.

Poptávka po heroinu je na českém trhu saturována prostřednictvím menších zásilek (do 10 kg), které jsou před samotným prodejem na ulici ředěny (nejčastěji paracetamolem a kofeinem). Čistota pouličního heroinu se pohybovala v rozmezí 5–10 %. Množství zachyceného heroinu a počet záchytů zůstává stabilní – ročně se jedná cca o 50–100 záchytů v množství 20–40 kg.

Od r. 2010 je v ČR patrný zvýšený výskyt nových syntetických drog. Jedná se o látky s podobnými účinky jako tradiční drogy (pervitin, marihuana, extáze, halucinogeny aj.), ale nenacházející se na seznamu zakázaných OPL a vymykajících se tak mezinárodnímu i národnímu systému kontroly drog. Dováží se především z Asie (Čína) a jedná se hlavně o syntetické kanabinoidy a deriváty katinonu.

10.1 Dostupnost a nabídka drog

Základním zdrojem údajů o dostupnosti, výrobě, pašování a distribuci drog na území ČR jsou informace poskytované Národní protidrogovou centrálou Policie ČR (NPC) a Generálním ředitelstvím cel (GRČ), resp. Celní protidrogovou jednotkou (CPJ) v jejich zprávách a výstupech pro NMS (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011b); (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011c; Celní protidrogová jednotka, 2011).

Drogový trh na určitém území zahrnuje tuzemskou výrobu, zahraniční obchod (dovoz a vývoz) a spotřebu. Pro r. 2010 nebyl realizován žádný odhad spotřeby drog v ČR. Pro dokreslení celého kontextu drogových trhů v r. 2010 lze uvést odhady, které byly učiněny za r. 2008, podle kterých se v ČR spotřebovalo téměř 19 tun konopných drog, 4,7 mil. tablet extáze a 1 mil. kusů LSD. Do ČR bylo dovezeno 550 kg kokainu o průměrné čistotě 70 % a ke konečnému uživateli se tato droga dostala v množství téměř 1 tuny o průměrné koncentraci 45 %. Odhadem se vyrobily 4,2 tuny pervitinu o průměrné čistotě 80 %, nicméně tato droga se zpravidla ředí a její koncentrace při prodeji na ulici nebo při vývozu se snižuje na 70 %; v ČR byly odhadem spotřebovány 4,4 tuny pervitinu. Heroin se do ČR dovezl v množství 330 kg o průměrné koncentraci 40 %, na trhu se však prodával v koncentraci cca 10 % a v ČR se ho spotřebovalo 1,3 tuny – více viz VZ 2009.

Většina vypěstované marihuany v r. 2010 byla určena pro domácí trh. Od r. 2005 dochází k nárůstu indoorového pěstování marihuany s vysokým obsahem THC (8–18 %). V r. 2010 bylo potvrzeno, že část indoorové produkce probíhající ve velkopěstírnách je v ČR relativně dobře organizovaná a podílí se na ní především skupiny osob vietnamské národnosti, které se rovněž zabývají dovozem pěstitelských technologií převážně z Nizozemska a Velké Británie. Většina odhalených pěstíren (celkem 145, v r. 2009 to bylo 84 pěstíren) byla v r. 2010 provozována osobami vietnamské národnosti a většina produkce z těchto velkopěstíren směřovala do zahraničí, zejména do Německa a dalších zemí západní Evropy.

CA s podporou NMS realizovalo první fázi sběru dat v rámci studie Marihuanové trhy v České republice – různé přístupy protidrogové politiky (Běláčková, Zábranský, 2010), jejímž cílem bylo popsat strukturu trhu s marihuanou v ČR. Bylo realizováno 61 polostrukturovaných rozhovorů a 1 fokusní skupina. Výzkumný soubor tvořilo 61 osob, z toho 17 těch, kdo konopí pouze užívali (nepěstovali a neprodávali), 27 uživatelů a zároveň pěstitelů, 13 osob mělo zkušenosti s prodejem a 4 byli policisté nebo jiné osoby. Z výsledků vyplynulo, že pro 83 % respondentů bylo velmi

snadné si opatřit marihuanu¹¹⁷. Z výsledků studie vyplynulo, že v poslední dekádě průměrná cena 1 g marihuany poklesla z 250 na 200 Kč, a to pravděpodobně vlivem 2 faktorů: rozmachem velkopěstíren organizovaných občany vietnamské národnosti a rozšířením domácího indoor pěstování, jehož přebytky jsou často umisťovány na trh – to mj. znamená, že prodejci marihuany realizují relativně menší zisky, což uvedli také respondenti. Ceny a objemy prodeje na jednotlivých stupních trhu uvádí tabulka 10-1.

tabulka 10-1: Struktura trhu s marihuanou – objem prodeje a prodejní ceny (Běláčková, Záborský, 2010)

| Kategorie respondenta | Objem prodeje (g) při jedné transakci | Prodejní cena (Kč) za 1 g při uvedeném objemu |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Indoor pěstitel | 200–2 000 | 80–130 |
| Překupník | 200–500 | 100–150 |
| Dealer na uzavřeném trhu | 20–500 | 130–180 |
| Dealer na částečně otevřeném trhu | 1–30 | 130–200 |
| Dealer na otevřeném trhu | 1–10 | 200–250 |

Outdoor pěstování představuje podle respondentů zmíněné studie riziko okradení, a proto pěstitelé často přecházejí na pěstování indoor způsobem. Často je využívána možnost pěstovat konopí u někoho jiného, protože pěstování do max. 5 rostlin konopí je považováno „jen“ za přestupek a uživatelé tak nevystavují osoby, které pro ně pěstují, riziku trestního stíhání. Indoor pěstitelé obvykle pokrývali své náklady spojené s pěstováním prodejem části úrody – využívali k tomu především zprostředkovatele, kteří odebírali větší množství konopí, čímž se minimalizoval počet kontaktů s koncovými uživateli a tedy i riziko pro pěstitele. Jiní pěstitelé naopak maximalizovali zisk prodejem menšího množství konopí přímo koncovým uživatelům. Tyto osoby se kromě nelegálního prodeje marihuany nedopouštěly dalších kriminálních aktivit. Respondenti zmiňovali možnost koupit marihuanu na otevřeném drogové scéně nebo ve vybraných barech, především v Praze, ale častější byl nákup na polootevřeném trhu, tj. přes známého – prodejce, jenž byl uživateli představen a s nímž se další kontakt realizoval telefonicky. Řada intenzivních uživatelů nakupovala marihuanu ve větším množství a s minimální nebo žádnou marží ji dále rozdělovala mezi své kamarády a známé. Pokud jde o subjektivně vnímanou kvalitu marihuany, ta měla ve sledovaném období jak vzrůstající trend (v důsledku umisťování přebytků vlastní produkce na trh), tak i klesající trend hlavně u výpěstků pocházejících z velkopěstíren, jež respondenti bez výjimky hodnotili jako nekvalitní a zdraví ohrožující (Běláčková, Záborský, 2010).

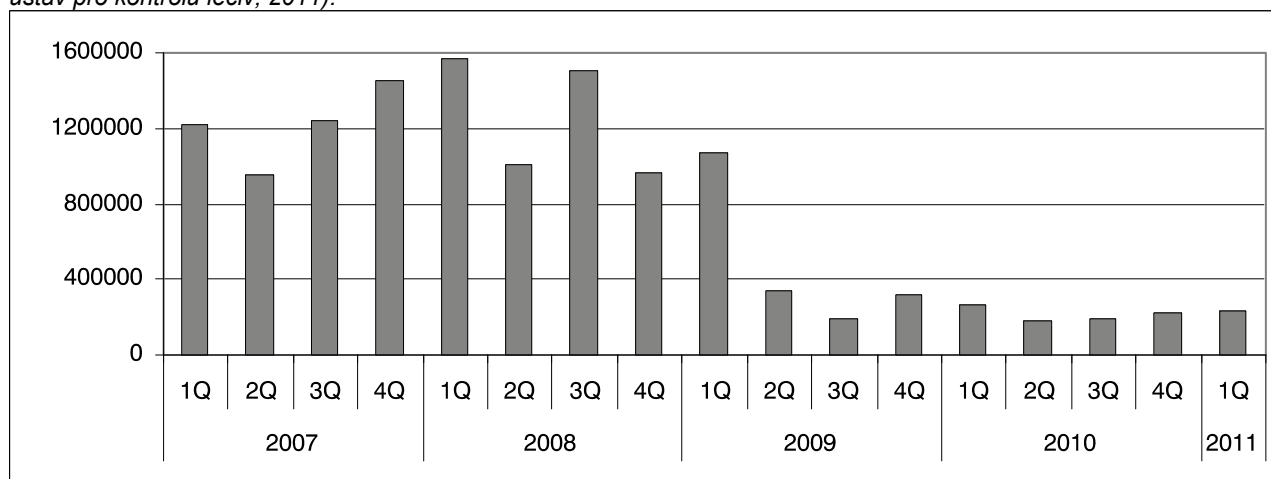
Pervitin vyrábí tuzemští výrobci (zpravidla rovněž uživatelé pervitinu) hlavně v malých domácích laboratořích – v r. 2010 bylo odhaleno 307 varen. Je pozorován trend přemísťování výroby pervitinu z větších měst do více odlehlých míst (např. malé vesnice, rekreační chatové oblasti), aby se snížilo riziko prozrazení. Je pozorován rostoucí trend produkce pervitinu ve větším množství, na které se podílí organizované skupiny osob původem z Vietnamu nebo Albánie¹¹⁸. Pervitin je určen zejména pro domácí trh, do něhož se v některých regionech (např. kraj Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský) více zapojují i Romové. Menší část produkce pervitinu je určena pro vývoz do zahraničí – na významu nabývá drogová turistika občanů Německa v severozápadních Čechách, kde především osoby vietnamského původu vyrábějí ve velkém pervitin určený pro export – cena tohoto pervitinu se pohybuje mezi 35–40 € za gram. V Německu bylo v r. 2010 zachyceno množství pervitinu větší než 2 g u 84 osob, z toho bylo 75 s trvalým pobytem v Německu, které z Čech vyvážely v průměru 11 g pervitinu. Celkem byly na německé straně při náhodných kontrolách v rámci tzv. závojevého pátrání zachyceny asi 2 kg pervitinu (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011a); pololetní srovnání záchytů v Německu ukazuje na více než 500% nárůst objemu zachyceného pervitinu mezi r. 2010 a 2011, a to při stejném počtu náhodných kontrol.

Pervitin se vyrábí téměř výhradně z léčiv obsahující pseudoefedrin (LOP), ale na významu znovu nabývá efedrin. LOP jsou vzhledem ke kontrolovanému vydávání v ČR dováženy hlavně z Polska, kde jsou nakupovány především v polských příhraničních lékárnách. Také jsou zaznamenávány dovozy LOP z Německa, Slovenska a Vietnamu. Pokles prodeje LOP v českých lékárnách po jeho omezení v květnu 2009 ukazuje graf 10-1.

¹¹⁷ V obecné populaci uvádí snadnou dostupnost 20 % respondentů a 58 % těch, kdo užili marihuanu v posledním roce (Běláčková and Horáková, 2011).

¹¹⁸ O aktivitách „představitelů organizovaného zločinu původem z Balkánu, zejména etnických Albánců“ referuje i Výroční zpráva Bezpečnostní informační služby (BIS) za rok 2010. Ti se podle BIS v ČR věnují především obchodu s OPL a jejich aktivity jsou doprovázeny snahou o legalizaci výnosů z trestné činnosti prostřednictvím investic do nemovitostí, popř. provozováním hazardních her. BIS v roce 2010 nezaznamenala výraznější nárůst aktivit těchto skupin – <http://www.bis.cz/n/2011-09-07-vz2010cz.pdf> (2011-09-08).

graf 10-1: Vývoj prodeje léčiv obsahující pseudoefedrin (LOP) v ČR od r. 2007 do 1. kvartálu r. 2011, v baleních (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2011).



Nabídka kokainu a poptávka po něm roste v celé Evropě. V ČR se kokain stal běžnou stimulační drogou zejména v prostředí zábavy a nočního života v Praze, ale i v jiných městech např. v Ostravě, kde jej distribuují hlavně albánsky hovořící osoby. Do importu a distribuce kokainu se vedle etnických Albánců, Rumunů a Bulharů zapojují především osoby původem ze Západní Afriky, zejména Nigérie. K pašování se využívají tělní dutiny kurýrů (tzv. polykači). Kurýři pak dovážejí kokain do ČR přímo z Jižní Ameriky nebo ze zemí západní Evropy, jako jsou Nizozemsko, Velká Británie, Španělsko a Francie, ale objevuje se stále více případů pašování kokainu přes Řecko, Bulharsko a Rumunsko. Kokain se často pašuje v poštovních zásilkách, kdy bývá sofistikovaně ukrývána v jiném zboží.

ČR je pro heroin podle NPC jak spotřebitelskou, tak ale především tranzitní zemí. Na organizaci dovozu heroinu do tuzemska se podílí zejména kosovští a makedonští Albánci. Poptávka na českém trhu je saturována prostřednictvím menších zásilek (do 10 kg), které jsou před samotným prodejem koncovým uživatelům ředěny (nejčastěji paracetamolem a kofeinem); čistota pouličního heroinu se pohybuje v rozmezí 5–10 %. Na černém trhu se nadále objevují tablety substitučních přípravků Subutex® a Suboxone®, který konkuruje heroinu – viz také Opiátová substituční léčba (str. 51). Obchodování s lékařskými recepty na Subutex® a Suboxone® bylo mj. zaznamenáno v kraji Jihočeském. Obchod s opiáty je tradičně nejvíce intenzivní v Praze, kde se do distribuce heroinu i Subutexu® zapojují také osoby z romské komunity, kteří obchodují s těmito látkami zejména uvnitř romského etnika. V krajích Jihomoravském, Zlínském a Vysočina se do distribuce heroinu zapojují osoby jak z romského, tak vietnamského etnika.

Extáze se podle dostupných údajů v ČR nevyrábí, je dovážena hlavně z Nizozemska, Polska a ze Slovenska. Jedná se nejčastěji o individuální dovoz desítek (až stovek) tablet prostřednictvím hromadné mezistátní pozemní a letecké dopravy. V ČR se následně extáze prodává na open-air festivalech, v hudebních klubech a na koncertech rockové a elektronické taneční hudby. V posledních letech se ovšem extáze na drogovém trhu objevuje sporadičtěji, není o ní zájem, a to především proto, že tablety extáze obsahují převážně mCPP a nikoliv MDMA a její deriváty. Dovoz extáze do regionů zprostředkovávají hlavně sezónní zaměstnanci, kteří tam dojíždějí za prací; jedná se hlavně o osoby z Polska a Slovenska. Cena tablet extáze se oproti minulému roku výrazně snížila, byly zaznamenány i případy, kde se jedna tableta prodávala za 20 Kč.

10.1.1 Nové drogy na české drogové scéně

Od r. 2010 je v ČR patrný zvýšený výskyt látek nazývaných jako nové drogy, nové syntetické drogy či designer drugs (dále jen NSD). Jedná se o syntetické látky, které mají podobné účinky jako tradiční drogy (pervitin, marihuana, extáze, halucinogeny aj.), ale nejsou na seznamu zakázaných OPL a vymykají se tak mezinárodnímu i národnímu systému kontroly drog. NSD se dovážejí především z asijských zemí. Jedná se hlavně o syntetické kanabinoidy, tedy skupinu látek s označením např. JWH, HU, AM, které se objevují jako součást bylinných směsí nabízených jako vonné nebo vykuřovací přípravky (označované jako spice), dále pak jde o katinony (např. mefedron), fenetylaminu (deriváty amfetaminu či metamfetaminu), piperaziny nebo rostlinné extrakty se záměrně zvýšeným obsahem účinné látky (např. šalvěj divotvorná). Prodej NSD probíhá typicky prostřednictvím internetových obchodů (e-shopů) – v průběhu května a června 2011 bylo identifikováno 21 internetových obchodů nabízejících NSD v češtině nebo s českou doménou (Kmetonyová, 2011). Nabídka některých z nich byla poněkud bizarní, např. stránky <http://mefedron-info.cz/> nabízely spolu s vrtací technikou i „čisticí prostředky“ – obrázek 10-2.

obrázek 10-2: Titulní strana webu <http://mefedron-info.cz/> (zobrazeno 18. února 2011)

Od konce r. 2010 do dubna 2011 došlo k rozmachu prodeje NSD také v kamenných obchodech, které byly často propojeny s e-shopy. K prodeji v kamenných obchodech docházelo hlavně ve větších městech nebo v příhraničních městech s Polskem, odkud se obchodní aktivity spojené s NSD přelily v důsledku potlačení prodeje NSD na polské straně (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011b). Prodejci vydávali NSD za sběratelské a dárkové předměty, aby se vyhnuli legislativě týkající se návykových látek nebo upravující ochranu spotřebitele nebo bezpečnost potravin či dalších druhů zboží, jehož výroba či prodej jsou regulovány zákonem. Typickým představitelem kamenných obchodů byla síť prodejen s názvem „Amsterdam shop“ – viz obrázek 10-3.

obrázek 10-3: Amsterdam shopy v Českém Těšíně a Havířově ke konci dubna 2011 (toho času již uzavřené)



Koncem března 2011 Policie ČR evidovala 20 kamenných obchodů nabízejících NSD v 11 městech ČR – nejčastější výskyt byl udáván především v severovýchodních Čechách a Moravskoslezském kraji (nejvíce prodejen evidovala policie v Ostravě, Českém Těšíně, Opavě a Pardubicích). Tyto prodejny zaujaly značnou pozornost médií, občanů a posléze politiků na lokální a celostátní úrovni, kteří začali volat po různém řešení problému volného prodeje NSD. Proto se urychleně podařilo připravit novelu zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, která rozšířila seznam zakázaných OPL o 33 nových látek (především z výše jmenovaných skupin zachycených v ČR), a ve zkráceném řízení ji projednal a schválil parlament. Novela nabyla účinnost 22. 4. 2011 – blíže viz kapitulu Legislativní rámec (str. 5).

V souvislosti s fenoménem výskytu a maloobchodního prodeje NSD byla na začátku r. 2010 realizována řada studií: dotazníkový průzkum mezi krajskými, místními koordinátory a místními odborníky v problematice drog na téma prodeje NSD v kamenných prodejnách (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011a), dotazníkový průzkum mezi uživateli internetu na téma užívání a tržní zvyklosti týkající se NSD (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median, 2011a), průzkum prováděný přímo v kamenných obchodech nabízejících nové syntetické drogy a v jejich okolí (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median, 2011b) a průzkum v rámci bakalářské práce Možnosti regulace trhu tzv. designer drugs (Turek, 2011). Tyto studie mapovaly rozsah užívání NSD v obecné populaci, uživatelské a tržní zvyklosti uživatelů NSD,

názory různých skupin respondentů (prodejců, zákazníků, místních autorit a občanů, odborníků v oblasti drogové problematiky) na problematiku NSD.

Z dotazníkového průzkumu NMS mezi 156 koordinátory a místními odborníky vyplynulo, že do dubna 2011 se maloobchodní prodejny s NSD vyskytovaly prakticky ve všech krajích ČR s výjimkou krajů Jihočeského, Plzeňského a Zlínského v celkem 24 městech, především v krajích Moravskoslezském, Pardubickém a Karlovarském. Celkový uváděný počet mohl dosáhnout až 40 prodejen v celé ČR – viz tabulka č. 10-2.

tabulka 10-2: Prodejny s novými syntetickými drogami v ČR v dubnu 2011 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011a)

| Kraj | Celkem respondentů | Z toho o prodejně vědělo | Ve městech | Nejčastěji uváděný počet obchodů v kraji | Maximální uvedený počet obchodů v kraji |
|-----------------|--------------------|--------------------------|---|--|---|
| Hl. m. Praha | 6 | 4 | Praha 1, 3 | 2 | 2 |
| Středočeský | 8 | 1 | Mladá Boleslav | 1 | 1 |
| Jihočeský | 14 | 0 | – | – | – |
| Plzeňský | 1 | 0 | – | – | – |
| Karlovarský | 16 | 8 | Karlovy Vary, Kynšperk nad Ohří | 2 | 3 |
| Ústecký | 4 | 1 | Teplice | 1 | 1 |
| Liberecký | 9 | 5 | Liberec | 3 | 4 |
| Královéhradecký | 10 | 5 | Hradec Králové, Náchod | 1 | 3 |
| Pardubický | 15 | 12 | Pardubice, Chrudim | 2–3 | 6 |
| Vysočina | 0 | 0 | – | – | – |
| Jihomoravský | 9 | 3 | Brno | 2 | 3 |
| Olomoucký | 9 | 7 | Olomouc, Jeseník | 1 | 3 |
| Zlínský | 8 | 0 | – | – | – |
| Moravskoslezský | 46 | 35 | Ostrava, Český Těšín, Frýdek-Místek, Opava, Havířov, Bohumín, Orlová, Karviná, Bruntál, Třinec, Krnov | 1–2 | 15 |
| Celkem | 155 | 81 | 24 měst | 17 | 41 |

Podle respondentů se jednalo především o prodejny typu Amsterdam shop/smart shop (89 odpovědí), dále prodejnu s pěstitelem potřebami (13 odpovědí), prodejny tabáku (7 odpovědí), s etno zbožím (5) a jiné (7).

Z výsledků napříč průzkumy vyplynulo, že NSD kupovali a užívali hlavně mladší lidé ve věku 15–35 let, resp. 15–24 let, především experimentátoři, i když mezi cílovými skupinami prodejen byli uváděni také problémoví uživatelé drog. Motivací pro nákup byla snadná dostupnost NSD, nízká cena, jejich legálnost a tím případně i domnělá bezpečnost. Zákazníci obchodů nejčastěji užívali zakoupené NSD ve skupině s kamarády, o NSD se dozvídali od kamarádů nebo si je sami vybírali podle názvu. NSD byly nejčastěji prodávány v práškové formě nebo jako rostlinné směsi (nejčastější byly výrobky s názvem Mefedron, El Padrino, Amsterdam, Rotterdam, Kokolino), ale jejich složení a koncentrace účinných látek byly zákazníkům vesměs neznámé – viz také kapitola Užívání nových syntetických drog (str. 27).

Prodáváci v kamenných obchodech působili převážně v roli prostředníků, kteří bez dalších informací předali zboží a přijali peníze. V e-shopech bylo možné nalézt alespoň základní informace o látkách a asi v polovině případů i o jejich složení a účincích. Prodejci v obchodech často zdůrazňovali sběratelský charakter prodáváných výrobků a zříkali se tak odpovědnosti za případné užití NSD kupujícím. V některých případech prodejci deklarovali prodej pouze osobám starším 18 let.

Zákazníci byli s provozem obchodů vesměs spokojeni. Mezi zákazníky, místní komunitou i místními autoritami (byť v různé míře) panoval názor, že by úřady měly tyto obchody regulovat, popř. je úplně zavřít. Místní občané byli spíše pasivní, ale sdíleli obavy z dalšího negativního vývoje. Média o situaci informovala, což mělo dva efekty – propagační (reklama prodeje) a preventivní (informace o možných negativních účincích NSD).

Místní samosprávy a Policie ČR celou situaci do dubna 2011 převážně monitorovaly, Česká obchodní inspekce některé konkrétní výrobky s ohledem na jejich vadné označení nařídila stáhnout z prodeje, ale do účinnosti novely zákona o návykových látkách, tedy do doby, než byly nejčastěji nabízené NSD zakázány, se nepodařilo nalézt jiné systémové řešení volného prodeje NSD. Již první den účinnosti novely provedla policie rozsáhlou akci na území celé ČR namířenou proti prodejnám s NSD, většina z nich v té době již byla uzavřena nebo přerušila svůj provoz.

Z dostupných informací získaných dotazem NMS na krajské a místní protidrogové koordinátory v srpnu 2011 vyplynulo, že maloobchodní prodejny, které nabízí NSD, se vyskytovaly nejméně ve třech městech ČR. Jednalo se

o Hradec Králové, Trutnov a Karlovy Vary, kde v prodejnách údajně prodávali směsi a potřeby ke kouření a jiné „dárkové a upomínkové“ předměty a případně „pod pultem“ i NSD. Na internetu byly v srpnu 2011 NSD nabízeny řadou stránek často s tím, že se nejedná o látky zakázané v ČR (jako např. modifikovaný mefedron na stránkách <http://mefedron-info.cz/>). Lze se obávat, že s přísunem dalších NSD, které nejsou zařazeny do příloh zákona o návykových látkách, bude maloobchodní prodej NSD v ČR ve větší či menší míře obnoven i v kamenných obchodech.

Z informací od Policie ČR z července 2011 vyplývá¹¹⁹, že v ČR (přesněji v Moravskoslezském kraji) došlo na konci r. 2010 k distribuci fentanylu. Jednalo se o bílý prášek, ve kterém byl fentanyl ředěn paracetamolem a kofeinem. Tato směs byla distribuována pod názvem „vlacho“ pravděpodobně skupinou olašských Romů. Celkem byly zachyceny přibližně 3 kg této drogy. V r. 2010 byly v ČR identifikovány 2 případy úmrtí předávkováním s nálezem fentanylu – blíže viz kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 85). Vzhledem k vysoké potenci fentanylu je jeho výskyt na černém trhu spojen se zvýšeným rizikem předávkování.

10.2 Záchyty drog

Údaje o záchytech drog zahrnují záchyty uskutečněné Policií ČR (PČR) a Celní správou ČR, resp. Celní protidrogovou jednotkou (CPJ). Záchyty, při nichž bylo zachyceno více typů drog současně, jsou započteny u každé drogy zvlášť, tzn. že celkem bylo uskutečněno méně záchytů, než je součet všech zaznamenaných záchytů podle jednotlivých drog.

Nejčastěji zadrženou drogou byla v r. 2010 marihuana – počet záchytů se v posledních 4 letech (2007–2010) pohybuje v rozmezí 550–600 záchytů ročně. Množství marihuany zadržené v r. 2010 bylo 278 kg. Při 189 záchytech bylo zachyceno téměř 65 tisíc rostlin konopí, což je dvakrát více než v r. 2009. Roste počet odhalených pěstíren konopí, v r. 2010 jich bylo odhaleno 145 (84 v r. 2009). Počet záchytů hašiše byl v l. 2007–2010 relativně stabilní, jedná se o cca 30–40 záchytů ročně – tabulka 10-3. V r. 2010 CPJ evidovala 80 záchytů marihuany v celkové hmotnosti 37 kg, z toho polovina záchytů byla v poštovní zásilce, která nejčastěji směřovala letecky do Velké Británie nebo do Irska. CPJ realizovala také 18 záchytů hašiše o celkové hmotnosti téměř 0,5 kg – nejvíce poštovních zásilek, ve kterých byl uložen hašiš, směřovalo do ČR letecky ze Španělska nebo z Holandska. Největší záchyt konopných drog, který realizovala CPJ, byl ve vnitrozemí – ve vozidle směřujícím z ČR do Rakouska bylo ukryto 9 kg marihuany.

Druhou nejčastěji zadrženou drogou zůstává pervitin (283 záchytů), v posledních 4 letech se jedná o cca 300–400 záchytů ročně. Množství 21,3 kg pervitinu zachyceného v r. 2010 je nejvyšší za poslední 4 roky. Bylo odhaleno 307 varen – za poslední 4 roky se daří odhalit 300–400 varen ročně. Policie ČR a CPJ zabavily vysoké objemy léků obsahujících pseudoefedrin (LOP), které jsou hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu – ve srovnání s r. 2009 (42 285 zabavených tablet LOP) se jedná o výrazný nárůst (309 176 tablet LOP v r. 2010). Je patrný pokles zabaveného množství LOP, které jsou distribuovány v českých lékárnách (Modafen[®], Nurofen[®] StopGrip, Panadol[®] Plus Grip, Paralen[®] Plus) a naopak nárůst zachyceného množství tablet léků dovážených zejména z Polska (zejména Sudafed[®] a Acatar[®], které obsahují 60 mg pseudoefedrinu v jedné tabletě, tj. dvojnásobné množství ve srovnání s preparáty vydávanými v ČR bez receptu). Podle CPJ je aktuální typický vzorec dovozu LOP následující: jedna osoba kupuje v Polsku větší množství LOP (jedná se až o kilogramy), dováží je osobním automobilem do ČR a zde je dále distribuuje výrobcům pervitinu. CPJ v r. 2010 zachytila také významné množství efedrinu (5835 g efedrinu a 150 tis. tablet obsahujících efedrin), tedy dalšího významného prekurzoru pro výrobu pervitinu v ČR – tabulka 10-3 a tabulka 10-4.

Od r. 2008 roste počet záchytů i objem zabaveného kokainu, v r. 2010 bylo zaznamenáno 42 záchytů kokainu o celkovém objemu 14,2 kg. CPJ evidovala celkem 11 záchytů kokainu o celkovém objemu 13,1 kg (v r. 2009 to bylo 8,1 kg), kdy byl kokain pašován v tělních dutinách (tzv. polykači), v oděvu, v cestovních zavazadlech a v poštovních zásilkách. Nejčastěji byl kokain pašován letecky z Jižní Ameriky.

V případě heroinu zůstává zachycené množství i počet záchytů relativně stabilní – ročně se jedná cca o 50–100 záchytů v množství 20–40 kg. CPJ v r. 2010 evidovala 2 záchyty heroinu o celkovém objemu téměř 10 kg, z toho větší zásilka směřovala v cestovním zavazadle letecky z Libye přes ČR do Dánska.

¹¹⁹ viz také <http://www.policie.cz/clanek/tiskova-zprava-z-operace-fent.aspx> (2011-08-24)

tabulka 10-3: Počet záchytů a množství zachycených hlavních typů drog v l. 2007–2010 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011d; Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011c).

| Typ drogy | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|----------------------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|
| | Počet | Množství | Počet | Množství | Počet | Množství | Počet | Množství |
| Marihuana (g) | 563 | 122 124 | 602 | 392 527 | 384 | 171 799 | 455 | 277 988 |
| Pervitin (g) | 374 | 5 978 | 405 | 3 799 | 326 | 3 599 | 283 | 21 301 |
| Heroin (g) | 96 | 20 332 | 105 | 46 302 | 73 | 31 257 | 61 | 30 453 |
| Rostliny konopí (ks) | 46 | 6 992 | 69 | 25 223 | 117 | 33 427 | 189 | 64 904 |
| Hašiš (g) | 25 | 387 | 30 | 696 | 41 | 12 499 | 27 | 9 354 |
| Extáze (tbl.) | 30 | 62 226 | 18 | 16 610 | 13 | 198 | 16 | 865 |
| Kokain (g) | 38 | 37 587 | 24 | 7 631 | 26 | 12 904 | 42 | 14 162 |
| LSD (dávký) | 5 | 117 | 5 | 246 | 5 | 142 | 8 | 1 218 |

tabulka 10-4: Záchyty prekurzorů pervitinu, varen pervitinu a pervitinu v l. 2007–2010 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011c).

| Zachyceno | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|---------|
| Efedrin (g) | 1 185 | 1 677 | 6 023 | 8 152* |
| Pseudoefedrin (g) | 218 | – | – | 2 179 |
| Modafen [®] (tbl.) | 3 480 | 7 876 | 840 | 3 356 |
| Nurofen [®] StopGrip (tbl.) | 11 948 | 21 785 | 876 | 0 |
| Panadol [®] Plus Grip (tbl.) | 72 | 17 021 | 1 224 | 0 |
| Paralen [®] Plus (tbl.) | – | – | 1 440 | 144 |
| Acatar [®] (tbl.) | – | – | 3 508 | 26 924 |
| Cirrus [®] (tbl.) | – | – | 6 | 68 |
| Ibuprom [®] (tbl.) | – | – | 22 080 | 551 |
| Sudafed [®] (tbl.) | – | – | 12 231 | 278 133 |
| Počet varen | 388 | 434 | 342 | 307 |
| Pervitin (g) | 5 978 | 3 799 | 3 599 | 21 301 |

Pozn.: * Plus 15 tis. tablet obsahujících efedrin.

Z rozložení záchytů podle hmotnosti vyplývá, že v r. 2010 téměř dvě třetiny záchytů marihuany byly záchyty do 100 g, nejvíce záchytů (153) bylo v kategorii do 15 g. Nad 1 kg bylo 48 (11 %) záchytů, z toho 6 nad 10 kg. V případě rostlin konopí bylo 18 záchytů (10 %) v množství do 5 ks včetně, nejvíce, tj. 97 (50 %) záchytů bylo v množství 6–50 ks rostlin, 14 (7 %) záchytů bylo v množství nad 1000 ks rostlin, 4 záchyty byly realizovány v množství nad 3000 ks rostlin. U hašišu bylo 81 % záchytů do 50 g, největší záchyt měl hmotnost 8,8 kg. Záchyty pervitinu byly v 85 % do 50 g, nejvíce v kategorii od 2 do 10 g (100 záchytů), 2 největší záchyty měly dohromady hmotnost 3,2 kg. U kokainu bylo nejvíce záchytů (11) v intervalu 11–50 g, největší záchyt vážil 6 kg. U heroinu bylo 80 % záchytů do 50 g, 3 záchyty nad 1 kg, z toho největší záchyt byl v objemu 17 kg. Všechny záchyty extáze (16) byly do 300 tablet, nejvíce záchytů (7) bylo v intervalu 11–50 tablet (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011c).

10.3 Ceny a čistota drog

Informace o cenách základních typů drog v ČR byly do r. 2009 určovány na základě odhadů zasílaných krajskými ředitelstvími a územními odbory Policie ČR na NPC, od r. 2010 vycházejí z cen drog u konkrétních hlášených případů trestných činů, pokud je informace o ceně k dispozici. Údaje o čistotě jsou k dispozici jen pro část zadržovaných drog a jsou získávány průběžně z odboru kriminalisticko-technických expertíz krajských ředitelství Policie ČR (OKTE) a jedenkrát ročně z Kriminalistického ústavu Praha.

Ceny a čistota většiny základních drog v r. 2010 byly stabilní, i když je zřejmá mírná variabilita ceny (např. kokain, extáze) a čistoty (např. hašiš, extáze, heroin) některých drog. Níže uvedené údaje mají ovšem jen omezenou vypovídací hodnotu, protože počet vzorků, ze kterých jsou ceny a čistota drog určovány, je v některých případech malý a při statistickém vyhodnocení čistoty jsou směřovány vzorky drog ze záchytů většího objemu drog s vyšší koncentrací účinných látek se vzorky drog z maloobchodní úrovně drogového trhu, jejichž čistota je nižší – tabulka 10-5 a tabulka 10-6.

tabulka 10-5: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v I. 2007–2010, v Kč (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011d).

| Typ drogy | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | Průměr | Modus | Průměr | Modus | Průměr | Modus | Průměr | Modus |
| Marihuana (g) | 180 | 100 | 180 | 200 | 210 | 250 | 200 | 250 |
| Hašiš (g) | 260 | 200 | 240 | 250 | 270 | 300 | 220 | 250 |
| Extáze (tableta) | 210 | 200 | 220 | 200 | 220 | 250 | 200 | 250 |
| Pervitin (g) | 1 130 | 1 000 | 1 130 | 1 000 | 1 290 | 1 000 | 1 290 | 1 000 |
| Heroin (g) | 1 100 | 1 000 | 1 080 | 1 000 | 1 280 | 1 000 | 1 280 | 1 000 |
| Kokain (g) | 2 060 | 2 000 | 2 000 | 2 000 | 1 920 | 2 500 | 2 000 | 2 000 |
| LSD (dávká) | 180 | 200 | 180 | 100 | 200 | 200 | 200 | 200 |

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.

tabulka 10-6: Průměrné čistoty drog v I. 2007–2010, v % (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011d).

| Typ drogy | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|-----------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|
| | Počet vzorků | Průměrná čistota (%) | Počet vzorků | Průměrná čistota (%) | Počet vzorků | Průměrná čistota (%) | Počet vzorků | Průměrná čistota (%) |
| Marihuana | 177 | 4,7 | 404 | 5,5 | 289 | 8,1 | 391 | 7,7 |
| Hašiš | 2 | 8,1 | 5 | 5,2 | 3 | 15,9 | 8 | 9,3 |
| Extáze* | 31 | 27,4 | 20 | 17,5 | 6 | 3,4 | 9 | 15,3 |
| Pervitin | 123 | 66,4 | 145 | 64,3 | 144 | 68,1 | 160 | 64,4 |
| Heroin | 31 | 17,4 | 47 | 22,6 | 57 | 16,6 | 51 | 24,6 |
| Kokain | 48 | 49,1 | 35 | 43,5 | 21 | 33,1 | 35 | 27,9 |

Pozn.: * Průměrná čistota tablet extáze je vyjádřena jako průměrné množství MDMA v mg v jedné tabletě obsahující MDMA.

ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY

Každoročně jsou do výroční zprávy zařazeny speciální kapitoly. Témata určuje EMCDDA ve spolupráci s monitorovacími středisky jednotlivých zemí sítě Reitox s ohledem na jejich aktuálnost a potřebu výzkumu. Všemi zeměmi jsou povinně zpracovány alespoň 2 speciální kapitoly – jedna z nich povinně (letos kapitola Drogová politika a služby pro uživatele drog ve vězení), druhá je volena ze dvou nabízených témat. NMS zpracovalo za ČR stejně jako loni všechny tři speciální kapitoly.

11 Drogová politika a služby pro uživatele drog ve vězení

Tato kapitola podává přehled o drogové politice a službách určených uživatelům drog ve vězeňském systému v ČR v kontextu zdravotní péče o vězněné osoby obecně a doplňuje tak informace ve standardních kapitolách Užívání drog v populaci (str. 24), Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 73), ale zejména Užívání drog ve vězení (str. 112) a Intervence ve vězení (str. 114).

Zastoupení uživatelů drog je ve vězeňské populaci významně vyšší než v obecné populaci téhož věku a pohlaví, týká se to především prevalence tzv. problémových uživatelů drog – zatímco v obecné populaci ČR tvoří problémoví uživatelé cca 0,5 % dospělé populace, ve věznicích tvoří odhadem desetinu až čtvrtinu vězňů – blíže viz kapitolu Užívání drog ve vězení (str. 112).

Problémové užívání drog je v penitenciární praxi vnímáno z několika pohledů. Užívání drog je rizikem zdravotním, ohrožujícím nejen jedince, ale i jeho okolí. Jedná se rovněž o nezanedbatelné riziko bezpečnostní. Užívání drog je vnímáno také jako riziko kriminogenní – je považováno za faktor, který na straně jedince zvyšuje pravděpodobnost opětovného páchaní trestné činnosti po propuštění z výkonu trestu. Podle autorů původního českého nástroje na posuzování rizik a potřeb je užívání drog i v případě populace českých vězňů dynamickým rizikovým faktorem, který koreluje s rizikem recidivy velmi významně (Buriánek et al., 2010).

Základní údaje o Vězeňské službě ČR (VS) jsou každoročně vydávány ve Statistické ročence VS (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011b). VS je ozbrojeným bezpečnostním sborem, správním úřadem a účetní jednotkou. Řídí ji generální ředitel VS, kterého jmenuje a odvolává ministr spravedlnosti. VS provozuje celkem 36 věznic a vazebních věznic, z nichž ve 2 je zřízen ústav pro výkon zabezpečovací detence (dále v textu je používán souhrnný termín „věznice“). V čele věznic stojí ředitelé, které jmenuje a odvolává generální ředitel VS. Odborným orgánem pro řízení, organizaci a kontrolu VS a pro plnění úkolů v oblasti státní správy vězeňství je Generální ředitelství VS (GR VS), které se člení na odbory a samostatná oddělení. Odbory GR VS v rámci své působnosti mj. metodicky řídí a kontrolují činnost odborných úseků v jednotlivých věznicích a zpracovávají návrhy vnitřních předpisů.

Výkon vazby je zajišťován jak v klasickém celovém, tak ve zmíněném režimu. Věznice, kde je zajišťován výkon trestu odnětí svobody (VTOS), se člení podle míry vnější ostrahy a podle zajištění bezpečnosti do 4 základních typů, a to na věznice s dohledem (A), s dozorem (B), s ostrahou (C) a se zvýšenou ostrahou (D). Vedle základních typů věznic se zřizují zvláštní věznice pro mladistvé. V rámci jedné věznice mohou být zřízena oddělení různých typů. Zdravotnická služba zajišťuje poskytování zdravotní péče zaměstnancům a příslušníkům VS a vězňům. Součástí zdravotnické služby jsou: odbor zdravotnické služby GR VS, vedoucí lékaři zdravotnických oblastí (viz dále) a zdravotnická střediska věznic a vězeňské nemocnice. Vzdělávacím zařízením VS je Institut vzdělávání VS (IV), který zabezpečuje zvyšování odborné úrovně zaměstnanců a profesní přípravu příslušníků VS.

Činnost VS se řídí právními předpisy, kterými jsou zákon č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stráží České republiky, zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence, Vyhláška ministerstva spravedlnosti č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, a Vyhláška ministerstva spravedlnosti č. 109/1994 Sb., kterou se vydává řád výkonu vazby. Mezi úkoly, které vězeňské službě ukládá zákon o vězeňské službě a justiční stráží v oblasti poskytování zdravotní péče a zacházení s vězněnými osobami, patří zejména:

- poskytovat zdravotní péči osobám ve výkonu vazby, VTOS, výkonu zabezpečovací detence a příslušníkům a zaměstnancům VS (v případě potřeby zabezpečit specializovanou zdravotní péči v externích zdravotnických zařízeních),
- prostřednictvím programů zacházení soustavně působit na osoby ve výkonu vazby a VTOS s cílem vytvořit předpoklady pro řádný způsob života vězněných osob po propuštění,
- provádět výzkum v oboru penologie a využívat jeho výsledky a vědecké poznatky při výkonu vazby a při VTOS.

S těmito úkoly korespondují úkoly členských států v Protidrogovém akčním plánu EU na období 2009–2012 v oblasti vězeňství:

- zajistit přístup ke zdravotní péči pro uživatele drog ve věznicích,
- pro osoby ve věznicích vytvořit a poskytovat jim protidrogové služby rovnocenné službám mimo vězení; zvláštní důraz klást na navazující péči po propuštění z vězení,

- zavést ukazatele pro monitorování užívání drog, souvisejících zdravotních problémů a poskytovaných protidrogových služeb.

11.1.1 Personál a počty vězňených osob

VS měla v r. 2010 celkem 10 447 zaměstnanců, z toho bylo 6599 ve služebním poměru (5833 mužů a 766 žen) a 3848 občanských zaměstnanců (2083 mužů a 1765 žen). Počty zaměstnanců jsou v posledních 10 letech relativně stabilní, i když je sledován mírný pokles. U příslušníků se postupně zvyšuje zastoupení žen. U občanských zaměstnanců je od r. 2003 patrný trend snižování jejich počtu. Dlouhodobě dochází ke zvyšování míry dosaženého vzdělání u zaměstnanců VS (v současnosti je zaměstnanců se základním vzděláním cca 1 %, se středoškolským cca 78 %, s vysokoškolským bakalářským nebo magisterským cca 21 %). V r. 2011 došlo k plošnému snížení platů příslušníků i občanských zaměstnanců.

Počet vězňených osob od počátku r. 2011 dramaticky stoupá. Na konci r. 2010 bylo ve věznicích 21 900 osob, v prvním čtvrtletí r. 2011 byla překročena kritická hranice 23 000 vězňených osob. V červnu r. 2011 byl stav využití ubytovacích kapacit ve věznicích 101 % pro výkon vazby a 117 % pro VTOS. Tento vývoj je pravděpodobně způsoben zvýšeným počtem přeměn trestů obecně prospěšných prací, které nebyly řádně vykonány, a nabytím účinnosti nového trestního zákoníku, který ukládá zvýšenou trestní sazbu za nenastoupení výkonu trestu v termínu uloženém soudem. V této souvislosti je nutno podotknout, že s tímto nárůstem počtu vězňených osob došlo k poklesu počtu personálu a zároveň se snižuje rozpočet VS.

11.2 Zdravotní politika a poskytování zdravotních služeb ve věznicích

Jak zákon o VTOS, tak zákon o výkonu vazby garantují vězňeným osobám právo na zdravotní péči v rozsahu a za podmínek, které jsou zaručeny všem občanům ČR a které stanovuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, a to s přihlédnutím k omezením vyplývajícím z účelu trestu či vazby. Specifika poskytování zdravotní péče vězňeným osobám jsou dále upravena nařízením ministra spravedlnosti, nařízením generálního ředitele VS a dalšími vnitřními předpisy VS. Jedním z nejdůležitějších specifíků je zbavení vězňených osob práva svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení.

Zdravotní péči o vězňené osoby zajišťuje především zdravotnické středisko ve věznici, kde vězňená osoba vykonává trest nebo vazbu, nebo tuto péči vykonává jiné zdravotnické zařízení VS – především nemocnice, které jsou zřízeny ve Vazební věznici Praha – Pankrác a ve Vazební věznici a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno. Věznice jsou organizačně začleněny do 4 zdravotnických oblastí podle regionů, každá oblast má vedoucího lékaře¹²⁰. V r. 2010 zaměstnávala VS cca 450 zdravotnických pracovníků, z nichž bylo cca 130 lékařů (přepočítáno na celé úvazky). Někteří zdravotničtí pracovníci včetně lékařů jsou zaměstnáváni na částečný úvazek nebo na dohodu o pracovní činnosti či dohodu o provedení práce – tito lékaři působí ve věznici de facto externě a nepodílejí se např. na zdravotní péči o zaměstnance. Někteří lékaři jsou psychiatři, kteří působí ve specializovaných odděleních pro výkon soudně nařízeného ochranného léčení, kde poskytují zdravotní péči zaměřenou na léčbu drogových závislostí. Počet zdravotnického personálu na 1000 odsouzených jako zdravotnický ukazatel VS nesleduje. Při počtu 130 lékařů (údaj z r. 2010) na 23 000 vězňených osob (údaj za 1. čtvrtletí 2011) se jedná o necelých 6 lékařů v přepočtu na 1000 vězňených osob.

Vězňená osoba může být na návrh lékaře za účelem poskytnutí potřebné zdravotní péče přemístěna na přechodnou dobu do jiné věznice. Pokud zdravotní stav vězňené vyžaduje zdravotní péči, kterou nelze zajistit ve věznici, zajistí se tato péče v externím zařízení, přičemž VS zajistí střežení nebo může být odsouzenému na tuto dobu přerušen výkon trestu.

S poskytováním zdravotní péče souvisí některé specifické povinnosti vězňených osob. Vězňená osoba např. nesmí předstírat poruchu zdraví nebo si úmyslně poškozovat zdraví a zároveň má mimo jiné povinnost podrobit se preventivní vstupní, periodické, mimořádné a výstupní prohlídce v rozsahu určeném lékařem, a to včetně nezbytných diagnostických a laboratorních vyšetření a očkování. Dále je vězňená osoba povinna podrobit se opatřením stanoveným orgány ochrany veřejného zdraví. Zdravotní prohlídky musí být prováděny mimo doslech, a pokud lékař nerozhodne jinak, i mimo dohled zaměstnanců VS, kteří nejsou zdravotnickými pracovníky. Zdravotní péče poskytovaná vězňeným osobám je hrazena z veřejného zdravotního pojištění v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Náklady zdravotní péče nad zákonný rámec si hradí vězňená osoba sama. Dále je vězňená osoba povinna uhradit zvýšené náklady VS na střežení a dopravu do zdravotnického zařízení, pokud si např. újmu na zdraví způsobila úmyslně sama nebo zneužila zdravotní péče předstíráním poruchy zdraví.

Ve Statistické ročence zveřejňuje VS i základní zdravotnické ukazatele. V r. 2010 bylo evidováno 421 782 vyšetření nebo ošetření vězňených osob praktickým lékařem. Bylo evidováno 21 HIV pozitivních vězňených osob a zachyceno 51 případů tuberkulózy. Na konci r. 2009 bylo ve věznicích evidováno 1376 osob nemocných chronickou hepatitidou typu B, z nichž 82 % byli uživatelé drog; zároveň bylo evidováno 3123 osob nemocných

¹²⁰ Vedoucí lékař metodicky usměrňuje poskytování zdravotní péče ve své zdravotnické oblasti a provádí kontrolu posuzování zdravotního stavu, dočasné pracovní neschopnosti vězňených osob a kontrolu vedení zdravotnické dokumentace a evidenčního deníku jménem orgánu nemocenského pojištění ve zdravotnické oblasti včetně kontroly v externích zdravotnických zařízeních.

hepatitidou typu C, z toho se jednalo o uživatele drog v 87 % případů (Mravčík et al., 2010). Viz také kapitolu Prevalence infekcí mezi uživateli drog (str. 77) a Intervence ve vězení (str. 114).

11.2.1 Protidrogová zdravotní politika cílená na vězněné osoby

Účelem VTOS je mj. snížit pravděpodobnost, že daný jedinec bude po propuštění z věznice dále užívat drogy a páchat stejně závažnou nebo dokonce ještě závažnější trestnou činnost. VS tak výrazně přispívá k ochraně společnosti včetně ochrany před zdravotními riziky souvisejícími s užíváním drog.

VS se problematikou vězněných uživatelů návykových látek systematicky zabývá již od r. 1993, kdy vznikl dokument Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody, ze kterého vycházejí další dokumenty upravující protidrogovou politiku VS.

V souladu s Národní strategií protidrogové politiky na období let 2010 až 2018 odpovídá MS mj. za realizaci služeb prevence, léčby a minimalizace rizik pro osoby závislé na drogách ve výkonu vazby a VTOS. První Akční plán realizace strategie na období 2010–2012 (Akční plán 2010–2012) stanoví pro VS úkoly, které byly rovněž implementovány do Plánu činnosti VS v protidrogové politice na období let 2011 až 2012 (blíže k národní strategii a akčnímu plánu viz kapitolu Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace na str. 7). Jedná se o:

- umístování vězňů indikovaných k substituční léčbě do věznic, kde je tato léčba poskytována,
- sjednocování systému poskytovaných služeb v souladu s léčebnými standardy,
- předávání uživatelů drog propuštěných z vazby a VTOS do následné péče v civilním sektoru,
- spolupráci s civilními poradenskými službami při poskytování služeb ve věznicích,
- distribuci harm reduction materiálu ve věznicích,
- diagnostiku a léčbu HIV/AIDS a virových hepatitid ve věznicích,
- sběr dat o užívání drog a zneužívání léků s obsahem OPL a o následcích užívání těchto látek mezi vězni,
- vzdělávání odborníků a dalších aktérů v oblasti protidrogové politiky.

Protidrogová politika VS je na celorepublikové úrovni formulována GŘ VS, v rámci něž je koordinací protidrogové politiky pověřen Odbor výkonu vazby a trestu, který je gestorem Plánu činnosti VS v protidrogové politice na období let 2011 až 2012 a některých dalších vnitřních předpisů (např. nařízení generálního ředitele, kterým se upravuje protidrogová politika VS a nařízení generálního ředitele k činnosti specializovaných oddělení). Při koordinaci protidrogové politiky odbor úzce spolupracuje především s Odborem zdravotnické služby (v jeho gesci je např. metodický list k provádění substituční léčby, metodický list k provádění monitoringu drog) a Odborem vězeňské a justiční stráže (v jeho gesci je např. nařízení generálního ředitele k služební kynologii). Na úrovni jednotlivých věznic jsou pak úkoly vyplývající z Plánu činnosti VS v protidrogové politice na období let 2011 až 2012 implementovány do vnitřních předpisů a dalších dokumentů věznic za přispění poradenských služeb prevence, které jsou poradním orgánem ředitele každé věznice.

Protidrogová politika VS je financována z prostředků státního rozpočtu účelově určených na program protidrogové politiky. Situace celé VS včetně její protidrogové politiky byla v r. 2010 výrazně ovlivněna snížením výdajů veřejných rozpočtů. Na realizaci protidrogové politiky bylo v r. 2010 přiděleno 6,5 mil. Kč, což bylo oproti minulým letům výrazné snížení (např. v r. 2009 – 10 mil. Kč). Pro r. 2011 pak bylo přiděleno 2,5 mil. Kč – viz také kapitulu Rozpočty a financování (str. 15). V důsledku poklesu finanční podpory počítá Plán činnosti VS v protidrogové politice na období let 2011 až 2012 se stabilizací dosažené úrovně opatření protidrogové politiky a s udržení jejich kvality.

11.2.2 Spolupráce s nestátními neziskovými organizacemi

Největší skupinou externích poskytovatelů drogových služeb ve věznicích jsou NNO, které působí ve 32 z celkem 36 věznic. Jedná se o 15 NNO, 6 z nich poskytuje služby v intenzivní formě – blíže viz standardní kapitulu Intervence ve vězení (str. 114). Jedním z úkolů, který vyplývá pro VS z Akčního plánu 2010–2012, je vytvořit metodiku, podle které se bude řídit poskytování protidrogových služeb ve věznicích externími poskytovateli. Na vytváření této metodiky spolupracuje VS se zástupci Sekce drogových služeb ve vězení A.N.O.

11.3 Poskytování protidrogových služeb (zdravotní péče) ve věznicích

To, zda je vězněná osoba uživatelem drog, je zjišťováno bezprostředně po nástupu do výkonu vazby nebo VTOS v rámci vstupní lékařské prohlídky, jejíž průběh je upraven Nařízením ministra spravedlnosti č. 4/2008 o poskytování zdravotní péče osobám ve výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody, jenž stanoví v rámci osobní anamnézy zjišťovat informace mj. o kouření a jiném návyku, zejména o alkoholové, drogové a lékové závislosti. Při orientačním vyšetření se zjišťují také infekční onemocnění. Fyzikálně somatická vyšetření se pak zaměřují mj. na zjišťování zevních známek možného užívání drog (tj. stopy po vpiších, známky flegmóny, flebitidy). Tyto informace se stávají součástí zdravotní dokumentace, která je přístupná zdravotnickým pracovníkům a dalšímu přesně specifikovanému okruhu osob, avšak nikoliv odborným zaměstnancům oddělení výkonu vazby nebo trestu (psycholog, terapeut, speciální pedagog, sociální pracovníce, vychovatel), kteří poskytují protidrogové intervence nebo se na nich podílejí. Informace o užívání návykových látek vězněnou osobou jsou proto po provedení vstupní lékařské prohlídky znovu zjišťovány odbornými zaměstnanci výkonu vazby nebo trestu v rámci pohovorů, na základě kterých je sestavována

komplexní zpráva o odsouzeném¹²¹. Tyto pohovory provádí zvláště psycholog, sociální pracovník a speciální pedagog. Opakovaného zjišťování různými zaměstnanci lze využít k ověření důvěryhodnosti informací od vězněné osoby. Na základě komplexní zprávy je pak stanoven program zacházení s odsouzeným, který sestává z cíle (cílů) programu a souboru korespondujících aktivit, jejichž plnění se tím stává pro odsouzeného povinností. Informací o užívání drog, které o sobě vězněná osoba poskytne, je využíváno nejen v oblasti snižování poptávky po drogách, ale i v oblasti snižování nabídky drog. VS odpovídá za dodržování zákonem stanovených podmínek výkonu vazby a VTOS a využívá tedy zákonných prostředků rovněž k vynucení zákazu vyrábět, přechovávat a konzumovat alkohol a jiné drogy vězněnými osobami.

Evidenci odsouzených uživatelů drog vede ve věznici pro účely poskytování zdravotní péče zdravotnické středisko. Další charakteristiky klientů využívajících protidrogové služby nejsou centrálně shromažďovány na úrovni GR VS, ale každé odborné pracoviště si vede vlastní evidenci¹²². Každá intervence poskytnutá vězněné osobě (individuální i skupinová) je zaznamenána do osobní dokumentace, nicméně zatím chybí celkový centrální přehled o intervencích (výkonech) poskytnutých na jednotlivých odborných pracovištích. Tímto problémem se VS v současné době intenzivně zabývá – je vyvíjen nástroj pro vedení centrální evidence činností a dalších skutečností souvisejících s realizací protidrogové politiky. Jakkoli jsou různé souhrnné statistiky důležité, je třeba dbát na to, aby zaměstnanci, kteří poskytují protidrogové služby ve věznicích, nebyli vedením evidence nadměru zatíženi a aby vedení evidence nebylo na úkor poskytování těchto služeb vězněným osobám.

11.3.1 Služby poskytované uživatelům drog ve věznicích

Standardně platí, že každému odsouzenému je na základě komplexní zprávy nabídnut výběr z alternativ programu zacházení s odsouzenými. Aktivity programu zacházení se rozdělují na pracovní, vzdělávací, speciálně výchovné a zájmové. Odsouzený si tak může vybrat účast na různých pravidelných aktivitách orientovaných i na drogovou prevenci. Tyto aktivity mají nejčastěji skupinovou formu, ale nezřídka se využívá také forma individuální. Zajištění informovanosti odsouzených o jednotlivých protidrogových aktivitách v dané věznici má na starosti zpravidla poradna drogové prevence dané věznice.

Služby pro uživatele drog jsou poskytovány především prostřednictvím odborných pracovišť, kterými jsou oddělení specializovaná pro výkon soudně nařízeného ochranného léčení a oddělení specializovaná pro výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním návykových látek (oddělení pro dobrovolnou léčbu) – tato specializovaná léčebná oddělení mají charakter terapeutických center, ve kterých jsou využívány principy terapeutické komunity. Dále se jedná o poradny drogové prevence a bezdrogové zóny. Dalšími službami, které spadají do zdravotní péče pro uživatele drog, jsou substituční léčba a detoxifikace.

Bližší informace týkající se počtu a kapacity jednotlivých odborných pracovišť a počet klientů jsou uvedeny v kapitole Intervence ve vězení (str. 114).

11.3.1.1 Oddělení pro dobrovolnou léčbu

Oddělení pro dobrovolnou léčbu jsou zřízena v 7 věznicích a všechna jsou určena pro muže. Cílovou skupinou jsou odsouzení problémoví uživatelé drog, často s duševní poruchou. Jsou zde umístěni i odsouzení se soudně nařízeným ochranným léčením, jejich pobyt zde je však dobrovolný – program nemá statut ochranného léčení. Podmínkou pro zařazení do těchto oddělení je zpracování životopisu a motivačního dopisu. Část klientů opouští programy před dokončením programu, nikoliv však z důvodu porušení pravidel – většinou jsou propuštěni z VTOS, přeřazeni do jiného typu věznice či přemístěni do jiné věznice na vlastní žádost apod. Dobrovolné léčení je realizováno prostřednictvím komplexních terapeutických programů inspirovaných systémem péče v terapeutických komunitách, součástí programu je mj. povinnost dodržet 21 hodin strukturovaných řízených aktivit týdně, z nichž hlavní je skupinová psychoterapie (min. 1,5 hodiny týdně). Terapeutický tým tvoří zpravidla psycholog, speciální pedagog, vychovatel-terapeut, sociální pracovník a vychovatel. Za realizaci terapeutického programu po odborné stránce odpovídá tzv. odborný garant terapeutického programu, kterým je psycholog. Tato oddělení jsou separována od zbylých ubytoven věznice a kontakt s ostatními vězněnými osobami je tak zpravidla omezen.

11.3.1.2 Oddělení pro výkon soudně nařízeného ochranného léčení protitoxikomanického

Oddělení tohoto typu jsou zřízena ve 3 věznicích. Ochranné léčení je jedním z ochranných opatření, které může soud uložit jak samostatně, tak vedle trestu nebo při upuštění od potrestání. Rozlišují se 2 základní formy ochranného léčení: forma ambulantní a ústavní. Byl-li vězni vedle ústavního ochranného léčení uložen trest odnětí svobody, pak ochranné léčení absolvuje zpravidla po nástupu VTOS ve věznici (§ 99 odst. 4 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku). VS nemá v současné době kapacity k tomu, aby poskytovala soudně nařízené ochranné léčení v ústavní formě v lůžkovém zdravotnickém zařízení a péči poskytovanou v rámci současných specializovaných oddělení pro výkon soudně nařízeného ochranného léčení nelze podle stanoviska odboru zdravotnické služby GR

¹²¹ Komplexní zpráva je shrnutím výsledků psychologického, pedagogického, případně lékařského posouzení a jiných dostupných materiálů k osobě odsouzeného; její obsah je důvěrný.

¹²² Stanovení sledovaných ukazatelů klientů využívajících drogových služeb a nastavení jejich jednotné evidence v celé VS je úkolem pro období 2011–2012.

VS považovat za ústavní zdravotní péči¹²³. Proto byly v r. 2010 prostřednictvím ministerstva spravedlnosti obeslány jednotlivé soudy s tím, že VS není v současné době způsobilá zajišťovat soudně nařízené ochranné léčení v ústavní formě, a soudy by proto neměly výkon tohoto ochranného opatření jednotlivým věznicím respektive VS nařizovat. Klientelu těchto specializovaných oddělení proto v současnosti tvoří jak odsouzení s uloženým léčením v ústavní formě, tak i odsouzení s ambulantní formou léčení, ale i odsouzení bez soudně nařízeného léčení. Léčebný program oddělení má 2 složky. První je zdravotní péče, kterou zajišťuje zdravotnické středisko, druhou pak je psychosociální část programu, která je zajišťována odbornými nezdravotnickými zaměstnanci oddělení výkonu trestu věznice, a to ve spolupráci s vedoucím lékařem zdravotnického střediska věznice a v souladu s pokyny lékaře s příslušnou specializovanou způsobilostí, který odsouzenému poskytuje zdravotní péči. Psychosociální část programu se de facto neliší od výše popsaného programu oddělení s dobrovolným léčením.

Program v odděleních Věznice a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Opava (samostatná oddělení pro muže a pro ženy) je koncipován pro více poruch, takže jsou zde oproti ostatním oddělením tohoto typu umístění a léčení i lidé závislí na alkoholu a patologičtí hráči.

11.3.1.3 Bezdrogové zóny

Bezdrogové zóny (BZ) tvoří oddělené části věznice a inspirací pro jejich zřizování byly některé zahraniční modely¹²⁴. Cílem BZ je omezit kontakt odsouzených osob s drogami, vést je k abstinenci a zdravému životnímu stylu v průběhu VTOS i po jeho skončení. Do BZ jsou odsouzení přijímáni na základě vlastní žádosti, kterou posuzuje komise složená z odborných zaměstnanců věznice. V rámci zacházení s odsouzenými je preferována motivace prostřednictvím drobných odměn¹²⁵ v případech, kdy odsouzený dodržuje pravidla, ke kterým se dobrovolně zaváže, před pouhou motivací hrozícím trestem v případě, že odsouzený poruší pravidla bezdrogové zóny. Vedle toho se samozřejmě využívá i sankcí (např. vyloučení z BZ) v případě porušení pravidel – důležité však je, že odsouzený aktem podání žádosti o zařazení do BZ její pravidla akceptoval. Ve všech BZ je zajištěna dostupnost individuálního poradenství, informačního servisu, krizové intervence a sociální práce. Rozlišují se 2 typy BZ – standardní bezdrogová zóna (SBZ) a terapeutická bezdrogová zóna (TBZ). SBZ jsou určeny nejen uživatelům drog, ale i neuživatelům, kteří se cítí být drogami ohroženi. Některé SBZ jsou zřizovány pouze pro neuživatele a zaměřují se jen na primární prevenci. TBZ jsou určeny výhradně pro uživatele drog, kteří jsou zde motivováni k nastoupení dobrovolného léčení, a to buď léčení poskytovaného VS (např. ve výše uvedených specializovaných odděleních) nebo externími poskytovateli drogových služeb. Všechny TBZ nabízejí vlastní terapeutické programy s prvky terapeutické komunity s nutností mj. dodržet 10 hodin strukturovaných řízených aktivit týdně. Oproti SBZ je zde navíc garantováno např. poskytování skupinové terapie a socioterapie. Větší důraz je též kladen na vstupní zhodnocení stavu klienta.

11.3.1.4 Poradny drogové prevence

Poradny drogové prevence jsou zřízeny v každé věznici a jejich úkolem je realizovat komplexní preventivní a poradenskou činnost. Jedná se o poradní orgán ředitele věznice pro oblast protidrogové politiky. Členy poradny jsou zpravidla psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, vychovatel-terapeut a vedoucí lékař zdravotnického střediska. Úkolem poradny je koordinovat protidrogovou politiku věznice, tj. koordinovat vězeňské a externí služby pro uživatele drog, monitorovat drogovou situaci ve věznici apod. Poradny rovněž realizují aktivity primární, sekundární a terciární prevence včetně např. předávání informací o tom, jak se chránit proti přenosu infekčních onemocnění.

11.3.1.5 Opiátová substituční léčba

Substituční léčba (SL) byla ve věznicích zavedena v r. 2006, kdy byl zahájen pilotní projekt ve věznicích Praha–Pankrác a Příbram a následně se SL rozšířila do dalších 8 věznic. Poskytování SL ve vězení se řídí zvláštním vnitřním předpisem (metodický list k provádění substituční léčby), dalším směrodatným dokumentem je obecně platný Standard substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008). SL se provádí ambulantní formou. Kritériem pro zařazení do SL je ověřená skutečnost, že u vězněné osoby probíhala SL již před nástupem výkonu vazby nebo VTOS – ve vězení se tedy SL nezahajuje. Další podmínkou je písemně uzavřený kontrakt. Přípravkem používaným k SL je především metadon, který je hrazen z finančních prostředků VS. Osoby, které před nástupem do VTOS užívaly buprenorfin, se zpravidla na metadon nepřevádějí – je u nich možné pokračovat v užívání přípravků Subutex® nebo Suboxone®, ale musí si tyto látky hradit sami. Léčba bývá ukončena buď na žádost pacienta nebo při porušení pravidel léčby pacientem. Při propuštění z věznice je pacient předán externímu substitučnímu programu.

11.3.1.6 Detoxifikace

Detoxifikace je součástí zdravotní péče ve věznicích, ale není pro ni vytvořen specifický vnitřní standard. Zahájení detoxifikace záleží na rozhodnutí každého lékaře po posouzení zdravotního stavu pacienta, a to zpravidla v rámci vstupní lékařské prohlídky. Detoxifikace se provádí buď ambulantní formou ve zdravotnickém středisku příslušné věznice, přičemž detoxifikované osoby zůstávají na své cele, nebo (v závažnějších případech a na základě

¹²³ Tuto situaci by měl napravit připravovaný zákon o specifických zdravotních službách.

¹²⁴ Viz např. http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview.

¹²⁵ Touto drobnou odměnou může být např. lepší prostředí, více volnočasových aktivit apod.

rozhodnutí lékaře) na zvláštním oddělení (např. Psychiatrické oddělení nemocnice ve Vazební věznici a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno). K detoxifikaci se používají léky obsahující buprenorfin, tj. Subutex[®] nebo Suboxone[®], anebo se jedná o léky ze skupiny benzodiazepinů či neuroleptik. Detoxifikace trvá v průměru 5–10 dní.

11.3.1.7 Harm reduction intervence ve věznicích

Stávající právní úprava vězněným osobám explicitně zakazuje vyrábět, přechovávat a konzumovat alkohol a jiné drogy. Na rozdíl od civilního sektoru mimo věznici je tedy ve věznicích užívání drog nelegální. Vězení je tudíž považováno za prostředí, kde by se drogy neměly vyskytovat. Realizace harm reduction programů, např. programů výměny injekčního materiálu, by mohla být vnímána jako tolerance či podpora konzumace drog, a tedy jako přehlížení kázeňských přestupků, popř. trestných činů maření výkonu úředního rozhodnutí (§ 337 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku). Doposud platí, že zaměstnanec VS je povinen zakročit, páchá-li osoba ve výkonu vazby nebo ve VTOS kázeňský přestupek či trestný čin, popř. má-li zaměstnanec podezření na jejich páchání (§7 zákona č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stráži ČR) – zaměstnanec tedy musí zakročit i tehdy, má-li jen důvodné podezření, že vězněná osoba přechovává jehly nebo stříkačky, popř. další parafernálie. Není úplně jasné, zda se tato povinnost vztahuje i na poskytování dezinfekčních prostředků pro bezpečnější i.v. aplikaci drog. Další komplikací pro zavádění HR intervencí je i ustanovení, podle kterého je odsouzeným zakázáno přechovávat a rozšiřovat tiskoviny nebo materiály obsahující popis výroby a použití návykových látek (§ 28 odst. 3 písm. c) zákona č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody) – jeden z výkladů tohoto ustanovení de facto znemožňuje i distribuci tištěných harm reduction materiálů popisujících postupy pro bezpečnější užívání drog. Výše zmíněná zákonná ustanovení a jejich výklad v současné době komplikují nebo znemožňují zavádění harm reduction opatření do českých věznic.

Existující legislativní rámec umožňuje jen předávání informací, popř. poskytování dezinfekčních prostředků pro bezpečnější injekční aplikaci drog. V souladu s Akčním plánem 2010–2012 se chystá VS provést analýzu možnosti zavádění harm reduction intervencí. Více nespecifické harm reduction intervence, jako je např. bezplatné poskytování kondomů, jsou z legislativního hlediska průchodné, nicméně zde je problémem financování – systematická distribuce kondomů v současné době ve věznicích neprobíhá, vězněné osoby však mají možnost zakoupit si kondomy ve vězeňské kantýně.

11.3.1.8 Příprava na propuštění a postpenitenciární péče

Přípravu na propuštění z VTOS realizují ve věznicích hlavně sociální pracovníci. Speciální péče se dostává odsouzeným, kteří strávili ve VTOS více než 3 roky a kterým zbývá do propuštění 6 a méně měsíců. Tito odsouzení mohou využít možnosti zařazení do výstupních oddělení, která jsou zřízena ve všech věznicích a jejichž cílem je pomáhat odsouzeným při vytváření vhodných podmínek pro samostatný způsob života po propuštění a minimalizovat možná rizika recidivy. Uživatelé drog jsou v rámci cílené přípravy na výstup z VTOS mj. motivováni k tomu, aby navázali kontakt s některým z externích poskytovatelů drogových služeb. V této snaze jim v rámci standardního VTOS pomáhají sociální pracovníci VS (u odsouzených zařazených v péči některého z odborných pracovišť je uplatňováno zvláštní zacházení). Citelným nedostatkem zůstává, že péče, kterou VS poskytuje odsouzenému, a veškerý kontakt VS s klientem v podstatě končí odchodem z věznice. Tím chybí zpětná vazba o chování klienta po propuštění z výkonu trestu a není proto možné ošetřit jeho případná selhání či relapsy a poskytnout mu další potřebné intervence. Navíc tak VS přichází o cenné informace potřebné pro evaluaci jednotlivých programů či intervencí. V postpenitenciární péči existuje značný prostor pro další spolupráci s NNO a dalšími institucemi při převádění klientů do jejich péče. V současné době v souladu s úkoly Akčního plánu 2010–2012 připravuje VS návrh doporučených postupů pro systematické předávání uživatelů drog propuštěných z VTOS do následné péče v civilním sektoru.

Další oblastí, kam je potřeba v příštím období zaměřit pozornost, je posuzování rizika předávkování po propuštění z věznice. Minimalizace tohoto rizika není v současné době systémově ošetřena. V rámci terapeutických programů specializovaných oddělení se při přípravě na propuštění a práci s riziky relapsu s tímto tématem pracuje, nicméně není pokryta celá populace vězněných uživatelů drog, zejména opiátů. Jistě by stálo za zvážení využít některého z nástrojů na posouzení rizika předávkování a zavést poskytování potřebné intervence rizikovým osobám v období před propuštěním z věznice.

11.3.2 Testování na přítomnost drog

Testování na přítomnost drog je prováděno jednak z represivních důvodů (vězňům je zakázáno vyrábět, přechovávat a konzumovat alkoholické nápoje a jiné návykové látky – viz výše), ale výsledky testování jsou například také zdrojem dat pro odhad podílu uživatelů drog v populaci vězněných osob. Ve věznicích je prováděno orientační testování z moči, pozitivní vzorky moči jsou pak zasílány ke confirmaci do některé z akreditovaných toxikologických laboratoří. Testování na přítomnost drog je upraveno Metodickým listem o provádění monitoringu omamných a psychotropních látek, který stanoví přesné postupy, jak testování provádět, jak evidovat výsledky, jak provádět výběr testovaných osob apod. V rámci vstupní lékařské prohlídky jsou povinně testovány všechny osoby nastupující výkon vazby a ty osoby, které nastupují VTOS s délkou trestu vyšší než 4 měsíce. Dále se pravidelně realizuje náhodné testování, u kterého jsou určeny kvóty pro výběr osob. Tyto kvóty berou v úvahu, zda jsou odsouzení v péči odborného pracoviště nebo zda jsou v tzv. standardním výkonu trestu. V případě odborných

pracovišť jsou počty testovaných osob vyšší, protože zde je testování součástí režimu léčby. Dále se realizují cílená testování v případě důvodného podezření na užití drogy.

11.4 Kvalita protidrogových služeb ve věznicích

11.4.1 Metodika a standardy kvality služeb

Detoxifikace je součástí standardní zdravotní péče ve věznicích a řídí se postupy lege artis, není pro ni definován specifický standard a není ani upravena zvláštním vnitřním předpisem VS. Pro substituční léčbu je stanoven vnitřním předpisem zvláštní standard, který vychází z obecně závazného standardu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008). Co se týče ostatních služeb, především těch, které nejsou součástí zdravotní péče, nejsou pro ně zatím definovány standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog ve smyslu Certifikačních standardů RVKPP – blíže viz kapitola Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 47). Tyto standardy bude ve věznicích do určité míry nahrazovat Metodika poskytování protidrogových služeb ve věznicích nestátními neziskovými organizacemi (viz výše). Standardy pro odborná pracoviště jsou upraveny ve vnitřních předpisech VS (viz výše). Tyto vnitřní předpisy vycházejí z Certifikačních standardů RVKPP, jsou však přizpůsobeny omezením výkonu vazby a VTOS a také personálním podmínkám VS. Obecná část Certifikačních standardů RVKPP je v rámci příslušných vnitřních předpisů VS vesměs naplňována, požadavky specifické části Certifikačních standardů RVKPP však v současné době nelze v českých věznicích zcela naplnit. Konkrétně se v případě specializovaných oddělení jedná např. o požadavek na řízení programu kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem s praxí v terapeutické komunitě a skupinové psychoterapii, o požadavek na zajištění nepřetržité služby kvalifikovaného pracovníka-terapeuta či zdravotní sestry, a dále o požadavek dodržení kapacity jednoho kvalifikovaného pracovníka na max. 10 klientů. Je to dáno především tím, že specializovaná oddělení spadají ve věznicích pod oddělení výkonu trestu a jako taková jsou řízena vedoucím výkonu trestu, který zpravidla není odborníkem na léčbu drogových závislostí. Odborný garant programu sice garantuje odbornou kvalitu programu a jednotlivých intervencí, nemá však k tomu přiděleny odpovídající pravomoci. V oblasti zajištění kvalifikovaných pracovníků, kteří mají zkušenosti s léčbou drogových závislostí, lze též vnímat několik problémů. Zaprvé je to celková současná personální situace VS (viz výše). Dále, i když jsou vytvořena tabulková místa, je někdy problematické tato místa obsadit kvalifikovanými pracovníky a ještě těžší je pak si tyto pracovníky udržet, protože pracovní prostředí ve věznicích je poměrně specifické. Výhodiskem z této situace by mohlo být personální posílení odborných pracovišť kvalifikovanými pracovníky a zavedení motivačních programů pro tyto pracovníky, dále pak přidělení větších kompetencí odborným garantům terapeutických programů a s tím související větší nezávislost těchto pracovišť na standardním průběhu výkonu trestu. Dále by mohla pomoci užší spolupráce s NNO spočívající v intenzivnějším zapojení pracovníků NNO v rámci týmů odborných pracovišť (společné porady, společné supervize apod.).

Jedním z ukazatelů evaluace kvality a efektivity služeb poskytovaných na odborných pracovištích věznic jsou předpisy, které nastavují minimální standardy pro tato pracoviště, a dále pak operační manuály jednotlivých programů. K průběžnému hodnocení uplatňování obsahu těchto dokumentů v praxi slouží především pravidelné porady týmů terapeutických programů a dále pak supervize programů a týmů, kterou zajišťují externí supervizoři. V neposlední řadě je potřeba zmínit i metodickou a kontrolní činnost, kterou zajišťuje GR VS.

Kvalita je nezbytným předpokladem efektivity, nikoli však předpokladem jediným. Dalším předpokladem je motivace a práce na straně klienta. Kritériem účinnosti je tedy změna, přičemž nejprůkaznějším ukazatelem efektivity je to, že se odsouzení, kteří prošli protidrogovými službami, po propuštění z výkonu trestu nevrátí k užívání drog a k páčání trestné činnosti. Stále však chybí reprezentativní evaluační studie, která by zkoumala např. vliv absolvování terapeutického programu na pozdější recidivu užívání drog a na recidivu trestné činnosti.

11.4.2 Zvyšování kvalifikace zaměstnanců VS poskytujících protidrogové služby

Kvalifikační požadavky na zaměstnance, kteří poskytují služby uživatelům drog, jsou následující: zaměstnanec vykonávající psychoterapii je povinen mít ukončený akreditovaný sebezkušenostní výcvik ve skupinové psychoterapii v rozsahu nejméně 500 hodin, zaměstnanec vykonávající terapeutickou činnost (především individuální poradenství, skupinovou terapii a poradenství) musí absolvovat minimálně 200 hodin sebezkušenostního výcviku. Dále se požadavky na kvalifikaci zaměstnanců poskytujících protidrogové služby přiměřeně řídí Seznamem a definicemi výkonů drogových služeb (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006). Vzdělávání zaměstnanců VS zajišťuje Institut vzdělávání VS se sídlem ve Stráži pod Ralskem. Každý nově přijatý zaměstnanec musí absolvovat tzv. úvodní vstupní vzdělávání, které probíhá na jeho pracovišti, a dále pak vstupní vzdělávání následné, které probíhá formou základní odborné přípravy v institutu. V současnosti existuje celkem 6 typů základní odborné přípravy. Odborné vzdělávání zaměstnanců poskytujících protidrogové služby je dosud realizováno spíše formou nabídky jednotlivých kurzů, z nichž si zaměstnanec může vybrat nebo které jsou mu doporučeny jeho nadřízeným, popř. personálním oddělením věznice. O zařazení zaměstnance do kurzu rozhodne ředitel institutu. V současné době se připravuje systémové vzdělávání zaměstnanců poskytujících protidrogové služby. Nastavení takového vzdělávání má několik úskalí. Předně jde o to přesně definovat, co je protidrogovou službou (respektive výkonem protidrogových služeb) – v praxi není hranice mezi specifickými protidrogovými výkony a dalšími intervencemi spojenými s odborným zacházením s vězňenskými osobami zcela zřetelná. Proto chybí i přesný centrální přehled o zaměstnancích poskytujících protidrogové služby

a jejich kvalifikaci. Institut vzdělávání VS chystá v r. 2012 provedení analýzy výše popsané situace. Výsledky této analýzy pak budou základem pro nastavení systémového vzdělávání zaměstnanců poskytujících protidrogové služby.

11.5 Souhrn hlavních problémů v realizaci opatření protidrogové politiky ve věznicích

Jednotlivé problémy jsou diskutovány v příslušných částech textu včetně návrhů na jejich řešení, zde je podána jejich stručná rekapitulace.

- Zajištění protidrogové politiky VS je negativně ovlivněno extrémním nárůstem vězňených osob za současného poklesu počtu pracovníků, snížení jejich platů a celkového snížení rozpočtu VS včetně finančních prostředků určených na realizaci protidrogového programu. V důsledku toho je do budoucna obtížné udržet kvalitu i kvantitu protidrogových služeb na současné úrovni.
- V r. 2010 byla napravována dlouhodobá absence reprezentativní epidemiologické studie zaměřené na prevalenci užívání drog v populaci vězňených osob.
- Informací o užívání drog, které o sobě vězňená osoba poskytne, je kromě léčby využíváno i v oblasti represe, což může být pro vězňené osoby demotivující a pro realizaci opatření protidrogové politiky zejména na straně prevence a léčby kontraproduktivní.
- V současné době je vyvíjen nástroj pro vedení centrální evidence uživatelů drog v péči jednotlivých odborných pracovišť a jejich základních charakteristik, jakož i evidence činností (výkonů) a dalších skutečností souvisejících s realizací protidrogové politiky. Tato evidence dosud ve VS chyběla.
- Část klientů opouští terapeutické programy ještě před jejich dokončením z důvodu podmíněného propuštění nebo přeřazení do jiného typu věznice či přemístění do jiné věznice na vlastní žádost.
- Situace v oblasti poskytování soudně nařízeného ochranného léčení protitoxikomanického v rámci VTOS je v současné době problematická. Nápravu by měl přinést připravovaný zákon o specifických zdravotních službách.
- Ačkoli se drogy vyskytují ve věznicích všech vyspělých států, jsou české věznice veřejností převážně vnímány jako bezdrogové prostředí, a to i přes fakt, že ani zde není o přítomnosti drog pochyb. Tento náhled spolu s existujícím legislativním rámcem komplikuje zavádění harm reduction opatření ve věznicích.
- Chybí zpětná vazba o chování klienta po propuštění z výkonu trestu, důležitá pro efektivní nastavení protidrogových programů poskytovaných v průběhu VTOS a jejich evaluaci.
- Není zavedeno posuzování rizika předávkování u uživatelů opiátů ani plošné poskytování intervencí směřujících k minimalizaci tohoto rizika.
- Chybí reprezentativní evaluační studie efektivity protidrogových služeb.
- V současné době je nastavováno systémové vzdělávání zaměstnanců VS poskytujících protidrogové služby, které reaguje na dřívější nedostatky v této oblasti.

Cílem této kapitoly je popsat výskyt, trendy a charakteristiky těhotných uživatelů drog a uživatelů, kteří jsou rodiči nezletilých dětí, a také popsat specifické služby, které jsou v ČR pro tyto uživatele a jejich děti určeny. Kapitola se zabývá převážně nealkoholovými a nelegálními návykovými látkami.

Za těhotnou uživatelku drog je považována žena, která v průběhu těhotenství užívala návykové látky. Uživatelem – rodičem se pro účely této kapitoly rozumí každý uživatel, který je rodičem dítěte do 18 let, a to bez ohledu na fakt, zda má dítě aktuálně ve své péči či zda bylo dočasně umístěno do péče jiné instituce či osoby, a to do doby, dokud nebyl uživatel zbaven rodičovských práv, nebo nedal dítě do adopce. Dítě je teoreticky vnímáno jako každá osoba do 18 let, ale v praxi a v souvislosti s popisovanou problematikou se jedná převážně o předškolní a školní děti.

Někteří uživatelé drog v určité fázi své drogové kariéry přivádějí na svět děti, což přináší mnohé zásadní otázky ohledně dalšího osudu dětí, jejich zdraví, bezpečí a práv. V běžné praxi se jedná převážně o původně neplánovaná, případně nechtěná těhotenství, nezřídka pozdě zjištěná, během kterých matky dále drogy užívají a žijí v nevyhovujících sociálně-ekonomických a hygienických podmínkách. Novorozenci mohou po porodu trpět abstinenčními potížemi, které řeší odborná zdravotnická zařízení. Matky nemívají kvalitní sociální zázemí, kam by se mohly s dítětem po porodu vrátit, a zároveň mají nevyřešený postoj k dalšímu užívání drog, což komplikuje možnosti kvalitní péče o dítě, a to nezřídka vede k intervenci ze strany orgánů sociálně-právní ochrany dětí z důvodu rizika ohrožení nebo narušení příznivého vývoje dítěte. Část těchto dětí musí být následně umístěna do jiné péče. Obdobné problémy se vyskytují také v případech, kdy děti žijí s rodiči užívajícími návykové látky či v prostředí, kde se užívání návykových látek vyskytuje. Pomoc a léčbu spojenou s užíváním návykových látek rodičů těchto dětí poskytují specializovaná odborná státní i nestátní zařízení.

12.1 Rozsah a charakter užívání drog rodiči

Studie o vlivu a důsledcích užívání návykových látek těhotnými ženami a rodiči na zdravotní a psychický vývoj dítěte jsou doménou především medicíny, a to zejména se zaměřením na cílovou skupinu těhotných uživatelů s ohledem na vývoj plodu. Dopad užívání drog v těhotenství závisí především na tom, zda se jedná o experiment, nepravidelné užívání nebo závislost. Občasné uživatelky, které si uvědomují škodlivé důsledky užívání drog, obvykle v těhotenství abstínují. Problémoví uživatelé drog a drogově závislí nejsou schopni svůj abúzus ukončit, těhotné ženy často odkládají či zanedbávají prenatální péči. Dosavadní studie i praktické zkušenosti potvrzují, že užívání drog rodiči má dopad na další vývoj dítěte, avšak významným a často rozhodujícím faktorem je prostředí se všemi zdravotními a psychosociálními důsledky, ve kterém dítě v prvních letech života vyrůstá.

Užívání všech typů drog včetně alkoholu, marihuany, nikotinu, barbiturátů a jiných léků může mít na průběh těhotenství nebezpečné účinky, a to především proto, že se droga přes placentu dostává do těla plodu a ohrožuje jeho zdravý vývoj. Podobně je tomu v případě kojící ženy, kdy se drogy mohou do těla dítěte dostávat z mateřského mléka (Vavřínková, Binder, 2007a).

Studie o výskytu novorozeneckého abstinenčního syndromu (NAS) a dalších potíží u novorozenců potvrzují počátek a intenzitu příznaků v závislosti na druhu drogy, dávce a době posledního užití. Poměrně rychlé odeznění abstinenčních příznaků se objevuje především u dětí matek užívajících heroin, zatímco u substitučních léků se projevuje později a trvá delší dobu. NAS se vyskytuje u 50–90 % dětí matek užívajících v těhotenství opiáty (nelegální drogy i substituční léky) a zasahuje do řady orgánových a regulačních systémů (Stará et al., 2009). Alkohol bývá nejčastější příčinou vrozené mentální retardace a i malé dávky jsou spojeny se zvýšeným rizikem vrozených anomálií a sníženého intelektu (Čihař, 2009).

Jedním z nejdůležitějších cílů poporodní péče o uživatelky návykových látek je sanace rodiny. Potvrzuje se, že úspěch sanace bývá jednak podmíněn zajištěním primárního kontaktu matky a dítěte po porodu a případnou podporou širšího rodinného zázemí. Poporodní adaptace dětí drogově závislých rodičů může být krátkodobá (s odlišným průběhem NAS). Hovoří se však také o dlouhodobém vlivu užívání návykových látek v těhotenství, který se u dětí může později projevat jako hyperaktivita, nesoustředěnost, dráždivost, poruchy řeči, pomalejší tempo, příp. ADHD. V rámci studie prováděné v Dětském centru v Praze (dříve kojenecký ústav) byl sledován aktuální psychomotorický vývoj, zrání CNS a zdravotní rizika dětí od 200 matek s anamnézou užívání drog – v době práce na této kapitole nebyly dosud výsledky této studie k dispozici¹²⁶.

Potvrzuje se, že odolnost, resp. tolerance k droze je u těhotné ženy i plodu individuální. Klinické projevy u novorozenců a malých kojenců, včetně následného psychomotorického vývoje, nemusí odpovídat délce doby, po kterou matka drogy užívala. Děti drogově závislých rodičů vykazují významně lepší dlouhodobou prognózu než děti rodičů alkoholiků, přestože nelze zpochybnit, že drogy představují zdravotní a sociální riziko. Špatná prognóza je zvláště u dětí žijících v negativním rodinném prostředí se všemi následky zdravotními, sociálními a psychosomatickými. Další faktor, který ovlivňuje vývoj dítěte, je také genetická výbava rodičů (shodně s problematikou alkoholizmu), včetně jejich mentálního potenciálu (Lukešová, 2009).

¹²⁶ Studie Děti drogově závislých matek realizovaná v Dětském centru s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií při FTN v Praze.

V kohortě 3752 brněnských dětí byly v longitudinální prospektivní studii těhotenství a dětství (ELSPAC) při vyšetření pediatri v 7 letech věku sledovány poruchy chování spojené s hyperaktivitou a významným snížením pozornosti. Odchytky chování nebyly nalezeny u 96,5 % dětí, přítomnost jedné až dvou ze 4 sledovaných odchylek byla u 3,2 % a 3 až 4 znaky poruch chování byly u 0,3 % dětí, významně častěji u chlapců. Děti s poruchami chování měly v porovnání s dětmi bez nálezu signifikantně nižší průměrnou porodní hmotnost, menší průměrný obvod hlavy, jejich matky byly častěji méně vzdělané, kouřily, měly psychické problémy v dětství i v dospělosti, otcové měli častěji konflikty se zákonem. Prenatální i postnatální expozice negativním rodinným faktorům včetně užívání drog rodiči působí negativně na výskyt poruch chování, které mohou v dalším životě progredovat (Kukla et al., 2008).

Poruchy chování spojené s hyperaktivitou a poruchami pozornosti, které bývají pozorovány u dětí uživatelů, jsou však způsobeny řadou rizikových faktorů (genetické, biologické, psychosociální, vlivy prostředí). Tato pozorování prozatím potvrzuje i dvouletá studie nazvaná Komplexní program péče o dítě závislých matek realizovaná o.s. SANANIM s finanční podporou nadace Sirius prováděná v několika programech výše zmíněné organizace zajišťujících léčbu drogově závislým matkám a jejich dětem, do které bylo zařazeno cca 150 dětí. Jedná se o děti rodičů užívajících dlouhodobě nelegální drogy a využívajících služby uvedené organizace. Děti jsou sledovány ve 4 oblastech (psychomotorický vývoj, poruchy chování, vývoj řeči, nemocnost). Cílem je vytvoření metodického manuálu pro práci s výše uvedenými rodinami. Studie byla zahájena v říjnu 2009 a bude ukončena v září 2011.

Od r. 2010 probíhá projekt s názvem Slunečnicová zahrada zaměřený na výskyt vývojových poruch u dětí ohrožených drogami v prenatálním období, který je realizován Centrem pro rodinu o.p.s. Drop-In ve spolupráci se sdružením Meta a s podporou MŠMT. Cílem projektu je redukovat nebo eliminovat případné znevýhodnění ve vývoji dítěte.

Další sledovanou oblastí je substituční léčba těhotných žen. V I. 2005–2007 proběhla tříletá prospektivní studie na vzorku 47 žen závislých na heroinu a 60 žen v substituční terapii (z toho 36 metadonem a 24 buprenorfinem) zařazených do prenatální péče. Věk žen závislých na heroinu byl statisticky významně nižší ve srovnání s ženami na substituční terapii. Cílem studie bylo zmapovat socioekonomické pozadí těhotných žen závislých na opioidech a žen zařazených do substituční terapie a určit vliv substituce na průběh těhotenství a porodu u drogově závislých těhotných žen. Byl prokázán celkově příznivý vliv substituce na průběh těhotenství a zdravotní stav plodu a novorozence. Nezaměstnanost byla ve srovnání s oběma skupinami substituovaných žen statisticky významně vyšší ve skupině žen užívajících heroin. Prenatální poradnu navštěvovaly všechny ženy substituované buprenorfinem, 14 žen ze 47 závislých na heroinu a 32 žen z 36 substituovaných metadonem. Porodní hmotnost novorozenců byla statisticky významně nejnižší ve skupině žen závislých na heroinu. Významně nejvíce novorozenců s příznaky nitroděložní růstové retardace se narodilo ženám závislým na heroinu. Studie potvrdila vyšší sociální stabilizaci žen v substituční léčbě. Těhotenství bylo u těchto žen také výrazně častěji chytěné a plánované, což se odrazilo v odpovědném přístupu k prenatální péči. Nejdelší léčbu vyžadoval abstinenční syndrom novorozence u žen substituovaných metadonem. Čím byla vyšší substituční dávka u matky, tím výraznější byly abstinenční příznaky novorozence. Vzhledem k délce trvání abstinenčního syndromu novorozence při substituci matky metadonem se substituce těhotných buprenorfinem ukázala být pro novorozence šetrnější variantou (Vavřínková, Binder, 2007b; Vavřínková, Binder, 2007c).

12.1.1 Údaje z registrů existujících v ČR

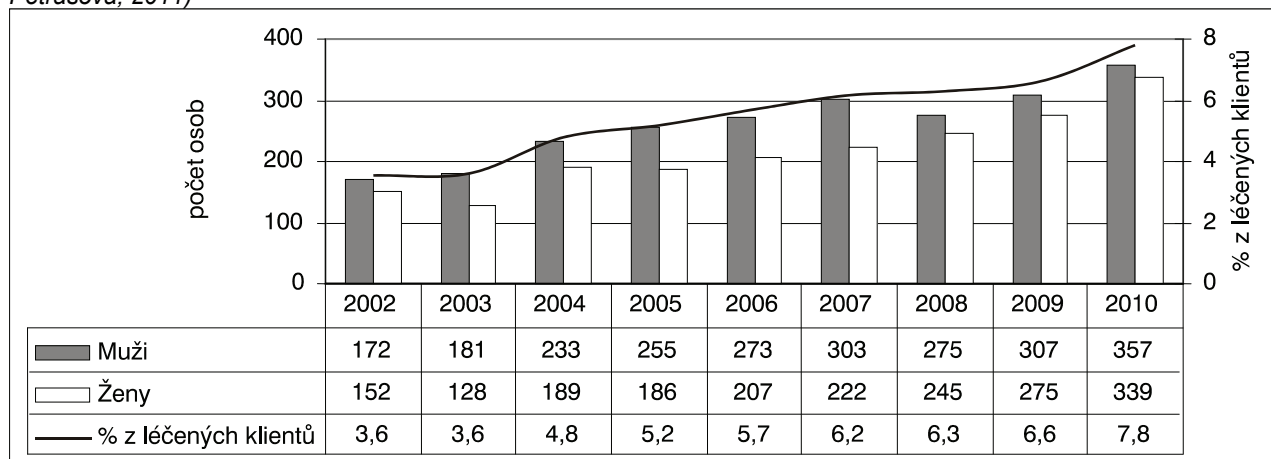
Na rozsah problému lze usuzovat mimo jiné z údajů Registru žádostí o léčbu spojených s užíváním drog, kde se eviduje, zda uživatel drog žije ve společné domácnosti s dítětem, a dále z Národního registru rodiček Národního registru novorozenců, jejichž účelem je zjišťování údajů o reprodukční anamnéze žen, průběhu těhotenství, porodu, o novorozencích, jejich zdravotním stavu a poporodní péči a ve kterých se sleduje mimo jiné také užívání návykových látek těhotnými ženami.

Z celkového počtu 9005 uživatelů hlášených do Registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog hygienické služby v r. 2010 jich 700 žilo ve společné domácnosti s dětmi, případně s dětmi a partnerem (z toho 357 mužů a 339 žen), převážná část z nich ve věku 25–39 let – tabulka 12-1 (Studničková, Petrášová, 2011). Podíl klientů žijících s dětmi roste, v r. 2010 žilo s dětmi 7,8 % ze všech léčených klientů – graf 12-1. Pouze s dítětem žilo v r. 2010 celkem 154 klientů (21 mužů, 131 žen, 2 s neuvedeným pohlavím), samy s dítětem žijí výrazně častěji ženy než muži – graf 12-2. Procento žen přicházejících do léčebného centra z vlastního rozhodnutí je nižší ve srovnání s muži (je zhruba o 4 % nižší), naopak ženy jsou do léčby častěji posílány sociální službou (Studničková, Petrášová, 2011). Tato čísla vycházející z registru žádostí o léčbu uživatelů drog jsou pravděpodobně spíše podhodnocená, neboť zachycují pouze ty klienty, kteří uvedený fakt společného bydlení s dětmi uvedli nebo byl pracovníkům léčebného centra známý. Lze usuzovat, že tento dlouhodobý nárůst počtu žadatelů o léčbu žijících společně s dětmi hlášených do registru je důsledkem skutečného nárůstu uživatelů drog s dětmi v jejich péči a nikoliv důsledkem případného zvýšeného vnějšího tlaku na nutnost řešení rodinné situace s ohledem na užívání drog rodiči, neboť cca 60 % uživatelů žádajících o léčbu udává jako důvod léčby vlastní rozhodnutí a jen asi 7 % sociální službu nebo policii či soud (Studničková, Petrášová, 2011). Dále může k nárůstu registrovaných případů uživatelů drog – rodičů přispívat také zvyšující se nabídka služeb pro uživatele-rodiče s dětmi, i když jsou stále omezené.

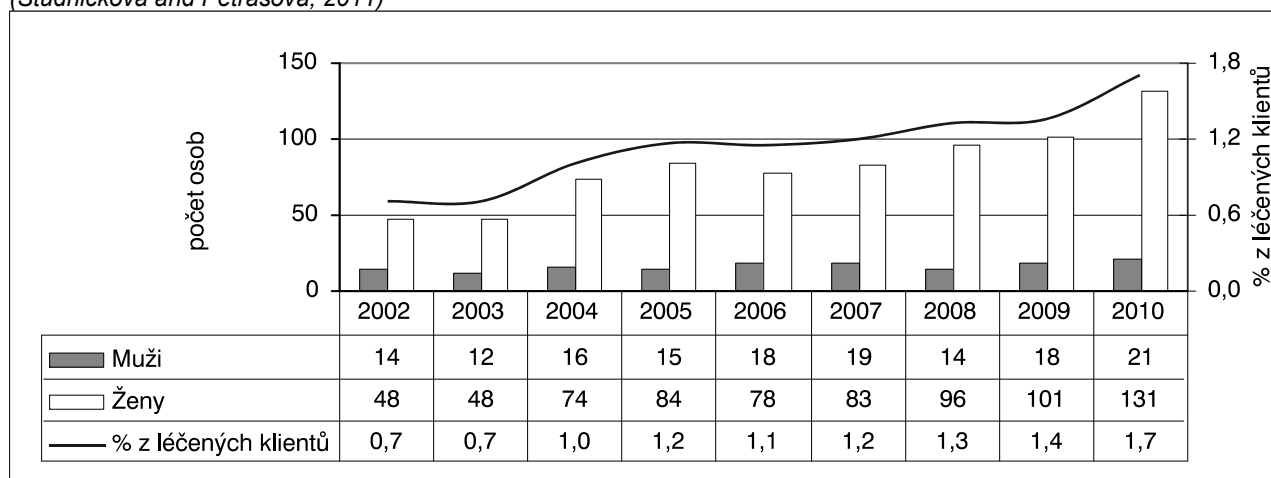
tabulka 12-1: Všichni léčení uživatelé drog žijící s dětmi podle pohlaví a věku v ČR v r. 2010 (Studničková, Petrášová, 2011)

| Věkové skupiny | Muži | | Ženy | | Celkem | |
|----------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Počet | % | Počet | % | Počet | % |
| do 15 let | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 15–19 let | 4 | 1,1 | 6 | 1,8 | 10 | 1,4 |
| 20–24 let | 29 | 8,1 | 52 | 15,3 | 81 | 11,6 |
| 25–39 let | 273 | 76,5 | 248 | 73,2 | 524 | 74,9 |
| 40 a více let | 50 | 14,0 | 32 | 9,4 | 83 | 11,9 |
| Neznámá | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 | 2 | 0,3 |
| Celkem | 357 | 100,0 | 339 | 100,0 | 700 | 100,0 |

graf 12-1: Všichni léčení uživatelé drog žijící s dětmi podle pohlaví a podílu z klientů v ČR I. 2002–2010 (Studničková, Petrášová, 2011)

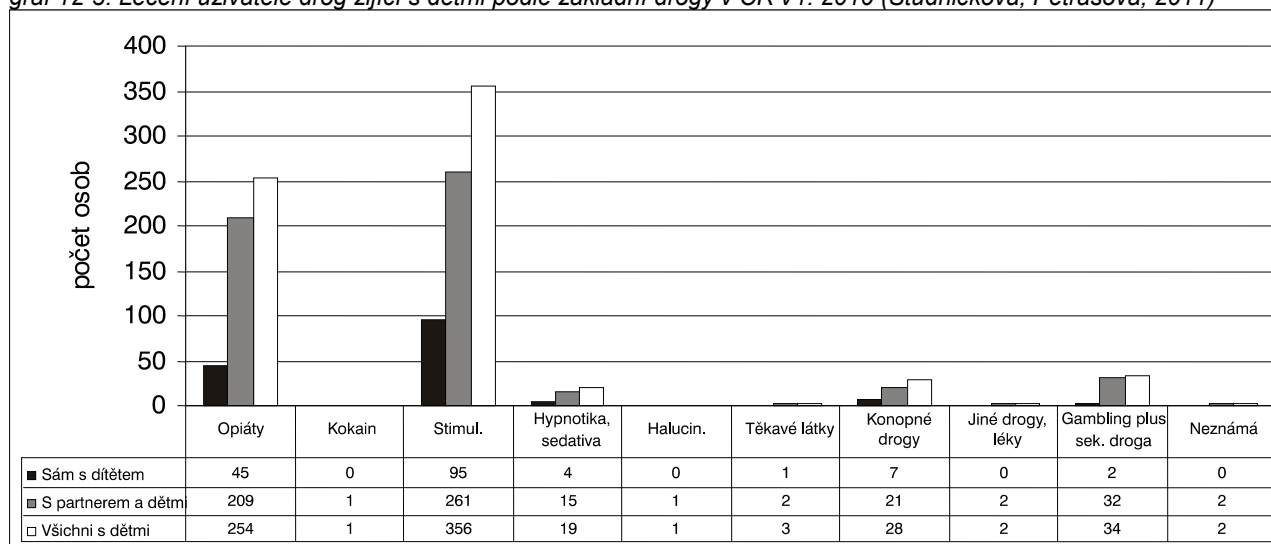


graf 12-2: Všichni léčení uživatelé drog žijící sami s dětmi podle pohlaví a podílu z klientů v ČR I. 2002–2010 (Studničková and Petrášová, 2011)



Podle typů užívané drogy převažují mezi žadateli o léčbu, kteří žijí s dětmi, uživatelé stimulancií následovaní uživateli opiátů jako primární drogy – graf 12-3, přibližně 70 % z nich jsou injekční uživatelé drog (Studničková, Petrášová, 2011).

graf 12-3: Léčení uživatelé drog žijící s dětmi podle základní drogy v ČR v r. 2010 (Studničková, Petrášová, 2011)



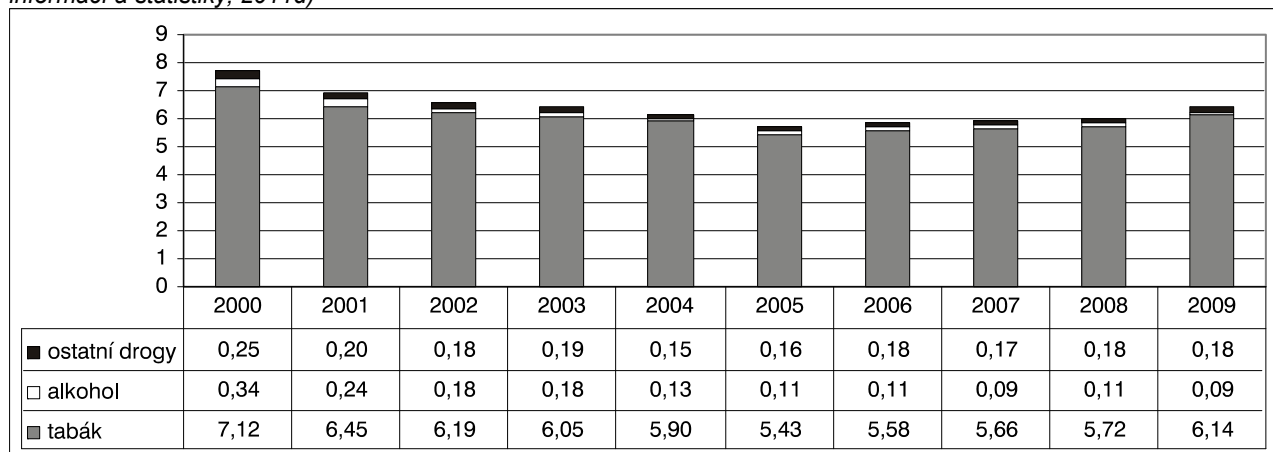
Rozsah a dopady problému výskytu návykových látek v ČR ve spojení s rodičovstvím lze odvodit také z dat Národního registru rodiček a Národního registru novorozenců, které provozuje ÚZIS. Tyto registry podávají informace o rodičce, těhotenství, porodu a dítěti získané při hospitalizaci rodičky v souvislosti s porodem nebo šestinedělím. Od r. 2000 je v registru rodiček sledována také informace o návykových látkách užívaných rodičkami během těhotenství, kde se sleduje užívání tabáku (evidováno, pokud žena kdykoliv během těhotenství vykouřila za den 5 a více cigaret nebo opakovaně méně než 5 cigaret), alkoholu (opakované požívání tvrdého alkoholu nebo pravidelné užívání piva nebo vína) a dalších drog (při jakémkoliv, i ojedinělém užití v průběhu těhotenství).

Strukturu rodiček podle evidovaného užívání návykových látek a jejich průměrný věk uvádí tabulka 12-2 a graf 12-4 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011d). Průměrný věk uživatelé návykových látek (necelých 26 let) byl v průměru o 3,5 let nižší než průměrný věk ostatních rodiček. Lze předpokládat, že počet žen užívajících návykové látky, zejména alkohol a ostatní (ilegální) drogy, je v registru podhodnocen. Nicméně podíl rodiček užívajících návykové látky, a to především nealkoholové drogy, podle kraje místa bydliště koresponduje se statistickými údaji o uživatelích drog obecně. Nejvíce těchto rodiček nacházíme v Ústeckém kraji (26 % z celkového počtu rodiček uživatelé ostatních drog), dále v Praze a Středočeském kraji (souhrnně téměř čtvrtina) – graf 12-5. Ženy užívající návykové látky v těhotenství byly častěji svobodné (62 % u ilegálních drog, 41 % u alkoholu) a jejich vzdělání bylo celkově nižší, nejvyšší podíl měly ženy se základním vzděláním (50 % u nelegálních drog, téměř 37 % u alkoholu) – graf 12-6.

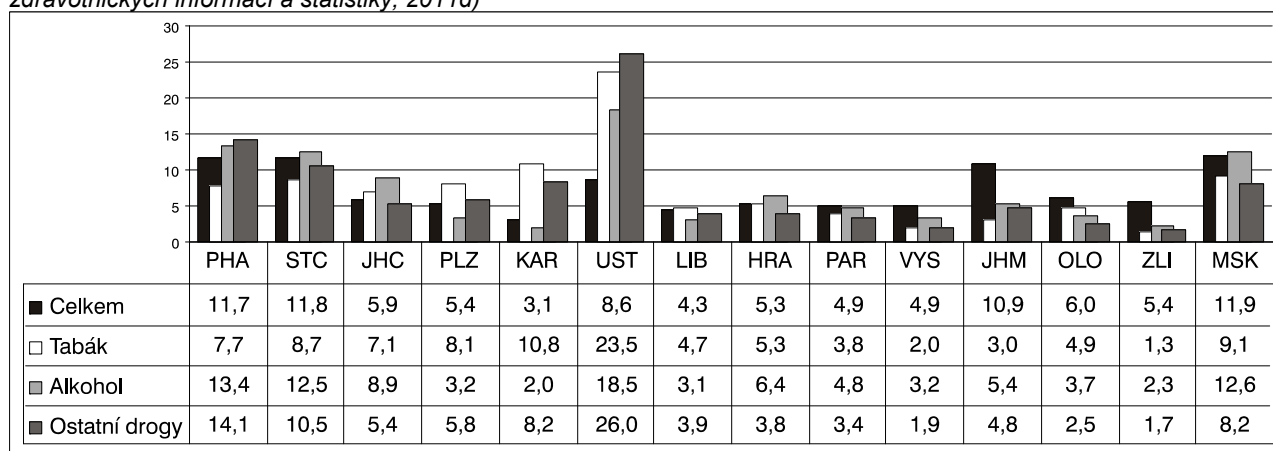
tabulka 12-2: Počet rodiček celkem a počet rodiček užívajících návykové látky a jejich průměrný věk v l. 2000–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011d)

| Rok | Rodičky celkem | | Z toho rodičky užívající | | | | | |
|------|----------------|-----------|--------------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------|
| | | | Tabák | | Alkohol | | Ostatní drogy | |
| | Počet | Prům. věk | Počet | Prům. věk | Počet | Prům. věk | Počet | Prům. věk |
| 2000 | 89 562 | 26,3 | 6 378 | 25,0 | 303 | 26,2 | 224 | 24,4 |
| 2001 | 89 303 | 26,8 | 5 764 | 25,4 | 217 | 27,0 | 176 | 25,0 |
| 2002 | 91 534 | 27,1 | 5 666 | 25,5 | 162 | 27,7 | 161 | 24,4 |
| 2003 | 92 387 | 27,4 | 5 589 | 25,5 | 165 | 27,4 | 176 | 24,1 |
| 2004 | 96 098 | 27,8 | 5 669 | 25,6 | 124 | 27,4 | 140 | 25,1 |
| 2005 | 100 519 | 28,1 | 5 460 | 25,7 | 115 | 27,4 | 160 | 25,0 |
| 2006 | 104 129 | 28,5 | 5 810 | 25,8 | 110 | 27,0 | 192 | 25,2 |
| 2007 | 111 988 | 28,8 | 6 339 | 26,2 | 104 | 28,9 | 189 | 24,9 |
| 2008 | 117 317 | 29,1 | 6 709 | 26,1 | 127 | 27,6 | 206 | 25,2 |
| 2009 | 115 984 | 29,3 | 7 118 | 26,3 | 101 | 28,3 | 212 | 25,4 |

graf 12-4: Podíl rodiček užívajících návykové látky na celkovém počtu rodiček v I. 2000–2009, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011d)

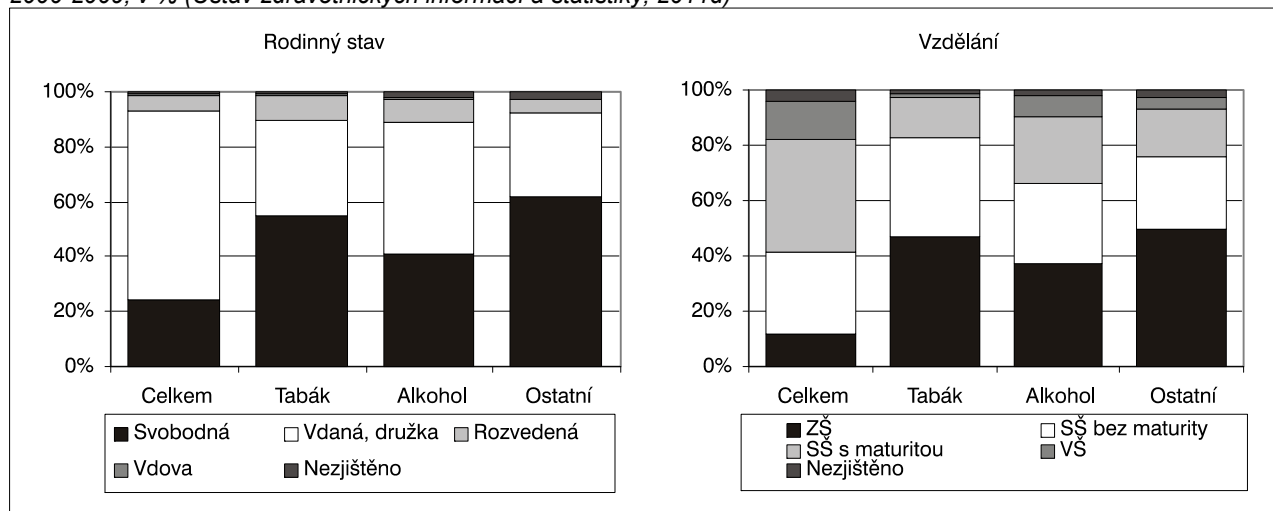


graf 12-5: Podíl rodiček celkem a podíl rodiček užívajících návykové látky podle kraje bydliště v I. 2000-2009, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011d)



Pozn.: Zkratky viz kapitolu Zkratky.

graf 12-6: Struktura celkového počtu rodiček a rodiček užívajících návykové látky podle rodinného stavu a vzdělání v I. 2000-2009, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011d)



U novorozenců narozených uživatelkám návykových látek je evidován zvýšený výskyt zdravotních komplikací a poruch včetně vyšší míry mrtvorozenosti (porodu mrtvého dítěte) – tabulka 12-3 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011d). Po adjustaci na věk, vzdělání, rodinný stav a návykové látky navzájem se ukázala statisticky významná souvislost zejména s užíváním tabáku, dále u některých komplikací a poruch také s užíváním alkoholu. Vliv dalších drog nebyl po adjustaci statisticky významný.

tabulka 12-3: Charakteristiky zdravotního stavu u novorozenců celkem a u novorozenců matek užívajících návykové látky v l. 2000–2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011d)

| Ukazatel | Narození celkem (živě i mrtvě) | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------|---------|---------------|
| | Rodičkám celkem | Z toho rodičkám užívajícím | | |
| | | Tabák | Alkohol | Ostatní drogy |
| Počet narozených dětí celkem | 1 027 200 | 61 348 | 1 553 | 1 863 |
| Stav plodu suspektní nebo patologický (%) | 14,7 | 20,1 | 21,9 | 26,4 |
| Vrozená vada (%) | 3,3 | 3,6 | 4,4 | 3,8 |
| Průměrná porodní hmotnost (g) | 3306,4 | 3051,0 | 3051,7 | 2991,8 |
| Průměrné gestační stáří (týdny) | 39,2 | 38,8 | 38,7 | 38,4 |
| Léčba na sále (%) | 12,3 | 13,9 | 15,3 | 15,1 |
| Léčba na oddělení (%) | 3,7 | 4,3 | 5,5 | 5,9 |
| Mrtvě narození na 1000 narozených celkem | 2,4 | 4,5 | 12,4 | 8,2 |

12.2 Politiky a zákonný rámec v oblasti rodičovství uživatelů drog v ČR a jejich děti

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 otázku dětí uživatelů nebo rodičovství uživatelů drog přímo nezmiňuje. Navazující Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012 obsahuje pouze jedinou aktivitu, která se tématu závislosti u rodičů částečně dotýká – aktivitu 2.1. „Vytvořit metodické materiály – manuál včasné intervence pro pracovníky v oblasti školství, zdravotnictví, sociálních služeb“ – kde jsou jednou z cílových skupin těhotenské poradny, resp. gynekologové. Na nezletilé a děti jako takové je zacílena řada aktivit akčního plánu v různých oblastech, nikoliv však s ohledem na užívání drog jejich rodiči.

Podobná je situace v dalších koncepčních a strategických dokumentech v rezortu sociálních věcí, zdravotnictví či školství. Podle dostupných informací žádný z nich nepředpokládá existenci specifické a vysoce ohrožené skupiny dětí definované užíváním návykových látek svých rodičů, a tudíž z nich ani nevyplynou cíle či aktivity zaměřené na tyto rodiny. Tato oblast spadá do problematiky dětí ohrožených zdravotními či sociálními riziky obecně.

Největší podíl činností spadajících do problematiky péče o ohrožené děti vykonává MPSV. Tyto činnosti jsou realizovány v rámci sociálně-právní ochrany dětí (jedná se zejména o právní, metodickou a kontrolní činnost v oblasti sociálně-právní ochrany dětí). Sociálně-právní ochrana náleží podle § 2 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, všem dětem, které se nacházejí na území ČR bez ohledu na státní občanství.

V systému péče o ohrožené děti je dále zapojeno MŠMT, pod které metodicky spadá činnost dětských domovů, dětských domovů se školou, diagnostických ústavů a výchovných ústavů. MŠMT v souvislosti s Národním akčním plánem k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011 (NAP) zpracovalo Rámcovou koncepci v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních, obsahující mimo jiné cíl snížit počet dětí dlouhodobě umístěných ve všech typech ústavní péče, a to za předpokladu posílení preventivní složky práce s ohroženými dětmi a jejich rodinami, podpory rozvoje a dostupnosti souvisejících služeb, včetně vytvoření sítě specializovaných ambulantních služeb s těžištěm v profesionální péči orientované na potřeby dítěte a práci s celým rodinným systémem.

NAP je v souladu s probíhajícím procesem transformace kojeneckých ústavů a dětských domovů do 3 let věku v dětská centra. Cílem této transformace je zajistit všeobecnou dostupnost komplexní, interdisciplinární a koordinované péče zaměřené na poskytování zejména péče ambulantní, semi-ambulantní, respitní, okamžité apod., a to nejen pro děti bez rodinného zázemí, ale pro všechny ohrožené děti – děti týrané, zneužívané, zanedbávané, ohrožené ve vývoji, děti zdravotně postižené a jejich rodiny.

Rezort vnitra se v rámci své působnosti zaměřuje na problematiku odhalování, vyšetřování a objasňování trestné činnosti dětí a páchané na dětech. Problematika kriminality dětí a kriminality páchané na dětech se promítá do práce celé Policie ČR ve spolupráci s dalšími rezorty a odborníky. V r. 2009 byl uveden do praxe Systém včasné intervence MV (SVI), kterým nejenom policisté, ale i další subjekty (školy, zdravotnická zařízení aj.) předávají informace o případech ohrožených anebo zanedbávaných dětí orgánům sociálně-právní ochrany dětí obcí s rozšířenou působností (Ministerstvo vnitra ČR, 2011a).

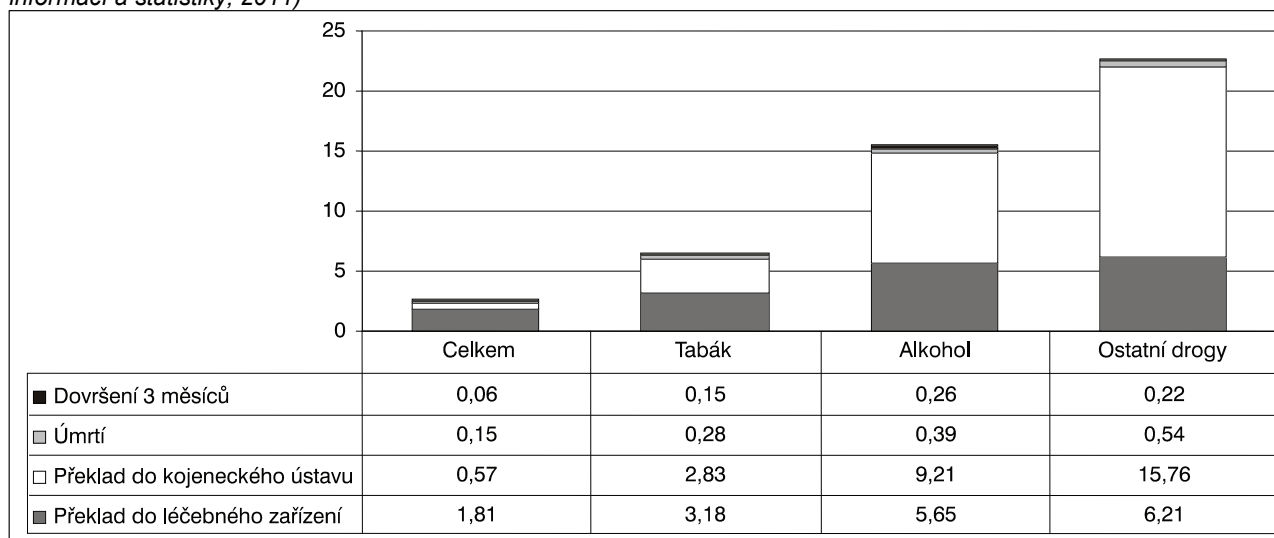
12.3 Opatření a služby určené rodičům užívajícím návykové látky a jejich dětem

12.3.1 Sociálně-právní ochrana dětí

Nejčastější okolnost evidence dětí uživatelů drog bývá v souvislosti s narozením dítěte drogově závislé matce. O porodu rodičky užívající návykové látky informuje personál nemocnice orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD), tedy především příslušné oddělení obecního úřadu obce s rozšířenou působností (městské úřady, ve statutárních městech magistráty a úřady městských obvodů, v Praze úřady pověřených městských částí). Ten kontaktuje matku, případně členy širší rodiny, zjistí okolnosti a podmínky, do kterých by se matka s dítětem případně vracela. Po dobu hospitalizace matky a dítěte v porodnici probíhá spolupráce příslušného oddělení s lékaři a dalšími odborníky adiktologických služeb, což slouží k výměně a ověření informací a zjištění možných řešení. S matkou,

případně s otcem (velmi často nejsou otcové uvedeni) jednají tito pracovníci jak v nemocnici, tak v terénu. Pokud je příznivý vývoj dítěte či jeho život vážně ohrožen nebo narušen, je na návrh OSPOD vydáno podle ustanovení § 76a občanského soudního řádu předběžné opatření. Soud je povinen o návrhu rozhodnout bezodkladně nejpozději do 24 hodin poté, co byl návrh podán. V případě, že matka nejví po porodu zájem o své dítě nebo není ochotna řešit svou závislost, může být dítě po propuštění ze zdravotnického zařízení předběžným opatřením svěřeno do péče zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, nebo do péče fyzické osoby. V současné době má přibližně polovina dětí umístěných v Dětském centru v Praze potvrzenou pozitivní anamnézu užívání drog u rodičů¹²⁷. Tyto údaje potvrzují také data z Národního registru novorozenců o způsobech ukončení pobytu na novorozeneckém oddělení, dokládající významně vyšší podíl přeložených do kojeneckého ústavu u dětí narozených uživatelkám návykových látek – graf 12-7 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011d).

graf 12-7: Podíl jednotlivých způsobů ukončení pobytu na novorozeneckém oddělení (jiných než propuštění domů) u novorozenců celkem a u novorozenců rodiček užívajících návykové látky v l. 2000–2009, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2011)



Předběžné opatření poskytuje matce dobu (nejčastěji tři měsíce), ve které má možnost svou situaci řešit, především ve spolupráci s léčebnými a odbornými zařízeními. V případě, kdy matka, resp. rodiče nejsou vzhledem k užívání drog schopni zajistit péči a výchovu dítěte, nařizuje soud na návrh OSPOD ústavní výchovu či svěřuje dítě do péče blízké osoby (§ 6a zákona č. 359/1999 Sb.). Toto nařízení vychází nejčastěji ze situace, kdy rodiče neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti nebo nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti (tyto skutečnosti přitom trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou či mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí). Zákon o sociálně-právní ochraně dětí tedy pro poskytnutí ochrany nepředpokládá jednorázovou událost či krátkodobé působení, ale naopak předpokládá, že tyto skutečnosti trvají po dobu, kdy je zjevné, že je situaci třeba vhodným způsobem řešit (§ 2 zákona č. 359/1999 Sb.).

V současné době není v příslušných zákonných a legislativních nařízeních či pokynech bližší specifikace týkající se zneužívání drog rodiči, což umožňuje značný prostor pro subjektivní vnímání situace ohrožení. Dítě drogově závislé matky je z pohledu zákona vnímáno jako dítě týrané, zanedbávané či zneužívané. Dochází k obtížně řešitelným situacím, kdy není jednotný názor na to, zda rodiče jsou či nejsou schopni s ohledem na své užívání drog péči o dítě vykonávat. Není jasně specifikovaná míra a rozsah užívání návykových látek ohrožující péči o dítě, což vede k nejednotnosti v rozhodování ohledně poskytnutí sociálně-právní ochrany dětem rodičů, u kterých bylo potvrzeno užívání drog. Tento fakt potvrzuje i Národní akční plán MPSV k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011 (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2011), podle kterého systém práce s ohroženými dětmi a rodinami v ČR zcela chybí komplexní a validní informace (kvantitativní i kvalitativní) popisující strukturu klientů, personální, finanční zajištění a řízení systému. Dále se uvádí, že zejména specializované odborné služby (např. dětská psychiatrie), ale i běžné terénní služby (např. poradenství, sociální asistence) jsou v některých regionech nedostupné. S ohledem na péči o děti drogově závislých rodičů se činnost orgánů státní správy a dalších úřadů potýká s následujícími nedostatky:

- nedostatečná informovanost pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí i soudců v problematice závislosti,
- nedostatečné metodické postupy orgánů sociálně-právní ochrany dětí rodičů uživatelů návykových látek,
- nekonceptní a nevyjasněné postupy při stanovení ústavní výchovy a navrácení dětí s nařízenou ústavní výchovou zpět do péče rodičů,
- neujasněná role, zodpovědnost a pravomoci nestátních neziskových organizací pracujících s danou klientelou,

¹²⁷ Ústní sdělení, prim. Lukešová, červen 2011.

- nedostatečná výměna informací a spolupráce mezi orgány státní správy a organizacemi pečujícími o rodiče a rodiny ohrožených dětí,
- nedostatek kvalitních dat o výskytu sledovaných jevů.

12.3.2 Pomáhající služby

Pomoc dětem a rodinám ohroženým závislostí na návykových látkách má v ČR značnou tradici. V r. 1967 bylo v Praze u Apolináře otevřeno Středisko pro děti, mládež a rodinu. V rámci střediska pečujícího o děti z rodin alkoholiků proběhla také řada výzkumů zaměřených na vliv alkoholizmu rodičů na děti.

Problematice nealkoholových drog u rodičů-uživatelů se v ČR věnuje pozornost ve větší míře od poloviny devadesátých let 20. století, což souvisí s rozšířením užívání nealkoholových drog v tomto období a s tím spojeným nárůstem počtu dětí narozených drogově závislým matkám nebo žijících v rodinách s výskytem užívání drog. První narozené děti závislých matek přinesly řadu otázek v oblasti následků a jejich řešení u matek a jejich dětí, ale i v oblasti odborných kompetencí při práci s touto klientelou. Důležitým momentem bylo otevření terapeutické komunity o.s. SANANIM v Karlově v r. 2001, která umožnila společnou léčbu závislé matky (případně otce) s dítětem (dosud bylo v tomto zařízení léčeno 115 matek a 117 dětí) a následné rozšíření nabízených léčebných možností o další programy.

Národní strategie protidrogové politiky se dosud skupinou uživatelů – rodičů a jejich dětí výrazně nezabývala (viz výše) a intervence v této oblasti nejsou speciálně podporovány např. formou dotačních priorit. Ukazuje se však, že několik adiktologických služeb (převážně ambulantních) řadu intervencí a programů těmto cílovým skupinám (především těhotným uživatelkám a závislým rodičům) nabízí, a to již řadu let.

NMS provedlo v únoru až březnu 2011 v rámci přípravy této speciální kapitoly výroční zprávy on-line dotazníkový průzkum s cílem zjistit, do jaké míry se adiktologická zařízení setkávají v praxi s těhotnými uživatelkami, se závislými rodiči a s dětmi těchto uživatelů. Cílem bylo zmapovat, zda a jaké služby jsou této cílové skupině poskytovány (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011h). Dotazník vyplnilo 87 zařízení. Vzhledem k tomu, že výzva k účasti v průzkumu s odkazem na dotazník byla odesílána z aplikace Mapa pomoci na drogy-info.cz, není možné se vyjádřit k reprezentativitě průzkumu. Bylo nicméně zjištěno:

- 80 (92 %) programů uvedlo, že se ve své praxi setkávají s drogově závislými rodiči nezletilých dětí, 65 (75 %) s drogově závislými těhotnými ženami a 51 zařízení (59 %) se setkává s dětmi těchto uživatelů. Nejvyšší počet klientů uvádějí zařízení ve skupině rodičů-uživatelů (cca 3600 rodičů, 320 těhotných žen a 380 dětí uživatelů drog). Uváděná čísla jsou zčásti pouze kvalifikovaným odhadem, neboť pouze cca 20 % zařízení vede o těchto podskupinách evidenci (rodiče-uživatelé – 26 % institucí, těhotné uživatelky – 21 %, děti – 14 %).
- Nejvyšší počet rodičů-uživatelů byl uveden programy v Praze, dále pak v Ústeckém, Plzeňském a Středočeském kraji. Nejvíce těhotných uživatelky bylo uvedeno v Praze a v krajích Ústeckém, Středočeském a Zlínském. Nejvyšší počet dětí uživatelů v programech byl uveden opět v Praze a v krajích Ústeckém a Jihočeském. Tento fakt souvisí pravděpodobně s tím, že v těchto regionech jsou čteněji zastoupeny organizace nabízející speciální programy pro danou cílovou skupinu. Byla zjištěna disproporce mezi údajem o počtu těhotných žen a počtu dětí v některých krajích (např. ve Zlínském kraji bylo uvedeno 25 těhotných uživatelky a žádné dítě uživatelů drog).
- Se závislými rodiči a jejich dětmi se nejčastěji setkávají pracovníci kontaktních center a dále pak ambulantní, substituční a doléčovací centra, s těhotnými uživatelkami se navíc ještě dostávají do kontaktu terénní pracovníci.
- Speciální programy pro těhotné uživatelky a rodiče-uživatele nabízí cca 13 % dotazovaných zařízení, podobné programy pro děti jen 7 %.
- Organizace poskytující speciální služby pro děti rodičů-uživatelů jsou v ČR spíše výjimkou. Jedná se jednak o zařízení poskytující psychoterapeutickou péči či rodinnou terapii, jako je např. o.s. ANIMA, které nabízí pro děti z rodin ohrožených závislostí skupinovou a individuální psychologickou péči. Mezi poskytovateli služeb pro drogové uživatele nabízí speciální programy několik organizací, a to především o.s. SANANIM nabízející Terapeutickou komunitu Karlov (společná léčba závislé matky či otce s dítětem), dále pak intenzivní stacionární léčbu s možností současného pobytu matky a dítěte v zařízení typu kojeneckého ústavu či průběžného kontaktu s dítětem (denní stacionář) a služby Doléčovacího centra s chráněným pobytem pro matku s dítětem. S rodinou ohroženou závislostí či zneužíváním rodičů pracuje dále v Praze také Centrum pro rodinu o.p.s. Drop-In poskytující strukturovaný program pro matky-uživatelky návykových látek.
- Specializované služby pro těhotné uživatelky či závislé rodiče nabízí v ČR několik programů (z dotazovaných cca 13 %), především se jedná o kontaktní nízkoprahová centra, dále výjimečně programy rezidenční léčby a doléčovací programy. V léčebných programech se nejčastěji setkáváme s psychoterapeutickou péčí o rodinné příslušníky, další služby jsou spíše výjimkou. Na této omezené nabídce se podílejí v převážné míře nestátní neziskové organizace.
- Přibližně čtvrtina dotazovaných zařízení má v nějaké formě zpracovaná pravidla či pokyny pro práci s touto cílovou skupinou nebo s její částí. Nejčastěji jde o manuál kontaktních center pro práci s těhotnou uživatelkou, případně pro pobyt a vstup dětí do nízkoprahových zařízení.
- Celkem 37 (42 %) dotazovaných zařízení se v budoucnosti plánuje intenzivněji věnovat některé z předemných cílových skupin, nejčastěji právě těhotným ženám (38 %), méně závislým rodičům (33 %) a nejméně dětem

12.3.3 Standardy odborné způsobilosti služeb

Služby pro uživatele návykových látek čerpající dotace ze státního rozpočtu podléhají systému certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog a musí splňovat kritéria péče uvedené v obecných a specifických standardech – viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 47). V obecné části standardů se mimo jiné uvádí, že pacient/klient má právo na kontakt se svou rodinou, příp. dalšími důležitými osobami ze svého okolí, pokud je to v souladu s podmínkami a omezeními odborné péče (standard 2.6: Práva pacient/klientů). Ve specifických standardech pro kontaktní centra a ambulantní i léčebná zařízení je požadováno v indikovaném případě zprostředkování vyšetření na graviditu a další odborné výkony. Dále jsou standardy vzhledem k tématu této kapitoly formulovány bez další specifikace charakteristik klientů a nijak se nevyjadřují ke konkrétním specifikům péče o těhotné uživatelky ani specifikům uživatelů-rodíčů nezletilých dětí. Tento fakt je dán patrně tím, že v době vytváření standardů nebyla problematika těhotných uživatelek a dětí uživatelů drog věnována v ČR odpovídající pozornost.

Tato speciální kapitola přináší přehled informací o spojení problematiky přeshraničního pohybu osob a užívání drog, čili o tzv. drogovém turizmu. Z veřejně dostupných i neveřejných zdrojů je patrné, že fenoménem drogového turizmu se cíleně nezabývá žádná z možných zainteresovaných institucí. Téma drogového turizmu je svou povahou mezi- či multi-oborové a jeho analýza je obtížná. Z dostupných zdrojů vyplývá, že určité skupiny turistů navštěvují ČR (zejména Prahu) za účelem sexuálního, alkoholového a drogového vyžití. Na internetu se objevují informace (ne vždy přesné) popisující ČR (zejména Prahu) jako místo se zvýšenou dostupností drog a sexuálních služeb. HR programy evidují mezi svými klienty i malé množství cizinců, nicméně ti pobývají na území ČR vesměs dlouhodobě a v kontaktu se službami pro uživatele drog jsou jen v minimální míře.

Explicitně se drogový turizmus neobjevuje v žádném z dostupných zdrojů. S vědomím omezené vypovídací hodnoty je možné analyzovat a interpretovat stávající datové zdroje a registry, ve kterých je rozlišovacím prvkem především (klientem uvedená) státní příslušnost či národnost. Lze předpokládat, že drogoví turisté, kteří do ČR přijedou na omezenou dobu a v rámci pobytu užívají drogy, se do typických drogových služeb dostávají ve velmi omezené míře a pokud vyhledají pomoc, jedná se spíše o řešení akutních zdravotních následků nadměrné konzumace drog (jako předávkování drogami nebo nehody či úrazy), dat potvrzujících tento předpoklad však není dostatek – např. v Praze tvoří cizinci 8 % osob ošetřených v záchranných stanicích. Prezentovaná data se týkají především informací z oficiálních zdravotnických a policejních registrů. Tato data jsou limitována tím, že neregistrují pobytový status (tedy nelze rozlišit, zda jde o osobu s pobytem na území ČR či o turistu na dovolené). Problematika turizmu, resp. drogového turizmu není nikým výrazněji zachycována a analyzována. Lze tedy předpokládat, že oficiální údaje spíše podhodnocují fenomén přeshraničního pohybu uživatelů drog.

13.1 Cizinci v kontaktu s léčebnými a poradenskými zařízeními pro uživatele drog

K dispozici jsou údaje ÚZIS o lůžkové psychiatrické léčbě, z registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog, který vede hygienická služba a dále výsledky průzkumu NMS mezi poskytovateli drogových služeb na téma cizinců a služeb pro cizince.

V letech 2005–2010 tvořili cizinci přibližně 1–2 % všech případů hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním drog (mimo alkohol a tabák, tj. dg. F11-F19, bez F17) v psychiatrických lůžkových zařízeních v ČR (Nechanská, 2011a). V posledních letech se jedná o 50–100 osob, z nich přibližně polovinu tvoří cizinci ze zemí mimo EU. Dlouhodobě je patrný nárůst počtu hospitalizací u cizinců ze zemí mimo EU. U cizinců ze zemí EU převažují osoby s trvalým pobytem v ČR, u osob ze zemí mimo EU je tomu naopak¹²⁸ – tabulka 13-1. Z dostupných údajů je však nemožné odlišit, zda se jedná o osoby pobývající v ČR dlouhodobě bez povolení či o osoby pobývající v ČR krátkodobě (např. turisté). Mezi hospitalizovanými cizinci převažují muži nad ženami v poměru dvě až tři ku jedné – tabulka 13-2, nejčastěji se jedná o osoby ve věku 20–29 let.

tabulka 13-1: Hospitalizace cizinců pro poruchy způsobené užíváním drog mimo alkohol a tabák (dg. F11–F19, bez F17) v l. 2005–2010 podle příslušnosti k EU a statutu pobytu v ČR (Nechanská, 2011a)

| Rok | Počet hospitalizací celkem | Z toho u cizinců ze zemí EU | | | Z toho u cizinců ze zemí mimo EU | | | Hospitalizace cizinců celkem | |
|------|----------------------------|-----------------------------|---------------------|--------|----------------------------------|---------------------|--------|------------------------------|------------------------------------|
| | | S trvalým pobytem | Bez trvalého pobytu | Celkem | S trvalým pobytem | Bez trvalého pobytu | Celkem | Počet | Podíl na všech hospitalizacích (%) |
| 2005 | 4 830 | 24 | 11 | 35 | 3 | 19 | 22 | 57 | 1,2 |
| 2006 | 5 286 | 15 | 21 | 36 | 6 | 24 | 30 | 66 | 1,2 |
| 2007 | 5 497 | 18 | 15 | 33 | 7 | 27 | 34 | 67 | 1,2 |
| 2008 | 5 428 | 30 | 11 | 41 | 7 | 24 | 31 | 72 | 1,3 |
| 2009 | 5 464 | 48 | 7 | 55 | 6 | 33 | 39 | 94 | 1,7 |
| 2010 | 5 356 | 42 | 5 | 47 | 13 | 40 | 53 | 100 | 1,9 |

¹²⁸ Cizinci, kteří pobývají v ČR na víza nad 90 dní, na zvláštní víza, s přiznaným statutem uprchlíka nebo se statutem žadatele o azyl), jsou považováni za osoby s trvalým (dlouhodobým) pobytem.

tabulka 13-2: Hospitalizace cizinců pro poruchy způsobené užíváním drog mimo alkohol a tabák (dg. F11–F19, bez F17) v l. 2005–2010 podle příslušnosti k EU a pohlaví (Nechanská, 2011a)

| Rok | Země EU | | Země mimo EU | | Celkem | | |
|------|---------|------|--------------|------|--------|------|--------|
| | Muži | Ženy | Muži | Ženy | Muži | Ženy | Celkem |
| 2005 | 28 | 6 | 18 | 4 | 46 | 10 | 56 |
| 2006 | 32 | 8 | 24 | 6 | 56 | 14 | 70 |
| 2007 | 29 | 2 | 30 | 4 | 59 | 6 | 65 |
| 2008 | 29 | 4 | 26 | 5 | 55 | 9 | 64 |
| 2009 | 38 | 1 | 27 | 12 | 65 | 13 | 78 |
| 2010 | 34 | 13 | 37 | 16 | 71 | 29 | 100 |

Z Registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog vedeného hygienickou službou je patrné, že počet a podíl cizinců mezi žadateli o léčbu spojenou s užíváním drog v ČR v letech 2005–2010 je relativně stabilní (Studničková, 2011). Nejčastěji evidovaní žadatelé o léčbu z řad cizích státních příslušníků jsou ze Slovenska, Ukrajiny, Ruska a Vietnamu. Ve sledovaném období se celkový podíl cizinců na všech žádostech o léčbu pohyboval kolem 2 % – tabulka 13-3.

tabulka 13-3: Cizinci mezi všemi žadateli o léčbu spojenou s užíváním drog v l. 2005–2010 podle státní příslušnosti (Studničková, 2011)

| Rok | Celkem žadatelů o léčbu | Z toho cizinců ze zemí* | | | | | Celkem cizinců | |
|------|-------------------------|-------------------------|----------|---------|-------|---------|----------------|---------------------------------------|
| | | Slovensko | Ukrajina | Vietnam | Rusko | Ostatní | Počet | Podíl na všech žadatelích o léčbu (%) |
| 2005 | 8 534 | 65 | 6 | 5 | 3 | 65 | 144 | 1,7 |
| 2006 | 8 366 | 57 | 13 | 3 | 17 | 82 | 172 | 2,1 |
| 2007 | 8 487 | 81 | 9 | 13 | 4 | 100 | 207 | 2,4 |
| 2008 | 8 279 | 68 | 9 | 6 | 8 | 106 | 197 | 2,4 |
| 2009 | 8 763 | 67 | 10 | 8 | 5 | 96 | 186 | 2,1 |
| 2010 | 9 005 | 65 | 13 | 9 | 3 | 71 | 161 | 1,8 |

Pozn.: * Nejčastěji uváděná cizí státní příslušnost. U ostatních nebyl počet osob z jednotlivých zemí vyšší než 3 osoby ročně.

Nejčastěji užívanými drogami mezi cizinci na území ČR jsou pervitin a heroin, jednoznačně převažuje nitrožilní aplikace před ostatními formami užití drogy – tabulka 13-4 a tabulka 13-5.

tabulka 13-4: Cizinci mezi všemi žadateli o léčbu spojenou s užíváním drog v l. 2005–2010 podle základní drogy, v % (Studničková, 2011)

| Rok | Celkem cizinců | Heroin | Pervitin | Kanabinoidy | Subutex® | Ostatní |
|------|----------------|--------|----------|-------------|----------|---------|
| 2005 | 144 | 27,8 | 44,4 | 8,3 | 2,8 | 16,7 |
| 2006 | 172 | 37,8 | 40,1 | 7,0 | 6,4 | 8,7 |
| 2007 | 207 | 30,4 | 44,9 | 7,7 | 4,3 | 12,7 |
| 2008 | 197 | 36,0 | 33,5 | 10,7 | 7,1 | 12,7 |
| 2009 | 186 | 30,1 | 42,5 | 11,8 | 4,8 | 10,8 |
| 2010 | 161 | 29,2 | 41,0 | 10,6 | 5,6 | 13,6 |

tabulka 13-5: Cizinci mezi všemi žadateli o léčbu spojenou s užíváním drog v l. 2005–2010 podle způsobu aplikace, v % (Studničková, 2011)

| Rok | Celkem cizinců | Injekční aplikace | Čichání/šňupání | Kouření | Ostatní |
|------|----------------|-------------------|-----------------|---------|---------|
| 2005 | 144 | 60,4 | 13,9 | 12,5 | 13,2 |
| 2006 | 172 | 73,3 | 11,6 | 9,3 | 5,8 |
| 2007 | 207 | 70,5 | 10,1 | 12,6 | 6,8 |
| 2008 | 197 | 62,9 | 9,6 | 14,7 | 12,8 |
| 2009 | 186 | 62,9 | 10,2 | 16,1 | 10,8 |
| 2010 | 161 | 68,9 | 5,0 | 17,4 | 8,7 |

Informační systémy prezentované výše neumožňují podrobnější rozdělení cizinců na ty pobývající na našem území středně- či dlouhodobě a na turisty, kteří se na našem území zdržují pouze krátkodobě, případně přímo za účelem konzumace drog (tzv. drogoví turisté).

Lze předpokládat, že ve výše uvedených léčebných zdrojích jsou jako cizinci hlášeny osoby užívající drogy a v ČR pobývající středně- či dlouhodobě, tedy osoby, které lze než za turisty označit spíše za migranty či imigranty.

Další studie mezi cizinci užívajícími drogy nebo dotýkající se problematiky migrace či etnicity / národnosti / státní příslušnosti mezi uživateli drog v ČR rovněž potvrzují, že podíl cizinců v kontaktu se službami pro uživatele drog je spíše nízký. Mezi relevantními odkazy lze najít publikace o užívání návykových látek mezi příslušníky etnických menšin v ČR, a to i z hlediska vlivu sociálního vyloučení na rozvoj užívání návykových látek a dostupnosti služeb pro cílovou skupinu migrantů a etnických minorit vůbec (Šťastná et al., 2010). Výskyt krevně přenosných virových

onemocnění, rizikového chování, sociálního síťování a další aspekty mezi ruskojazyčnými uživateli drog na drogové scéně v Praze zkoumala sero-behaviorální studie realizovaná Centrem adiktologie (Zábranský, Janíková, 2008). Výzkum zaměřený na marginalizované skupiny migrantů v Brně a okolí analyzoval specifika problémového užívání drog s ohledem na míru rizikovosti chování migrantů a zlepšení dostupnosti služeb pro tuto skupinu uživatelů drog (Nepustil, Zajdánková, 2008).

Řadu informací o zdraví migrantů, jejich postavení v systému zdravotní péče a podpoře zdraví jako součásti integrace cizinců v ČR přinesl mezinárodní projekt Healthy Inclusion¹²⁹ financovaný z Akčního programu pro veřejné zdraví Evropské komise a realizovaný v ČR SZÚ v Praze a konference Migranti a zdraví¹³⁰ organizovaná v květnu 2010 v Praze v rámci tohoto projektu.

Přestože migranti nejsou předmětem této kapitoly, je potřeba upozornit na fakt, že se stále jedná o těžko dosažitelnou skupinu uživatelů drog, o níž z hlediska užívání drog existují v ČR spíše kvalitativní poznatky a která je špatně zmapovaná a nedostatečně navázaná na existující služby pro uživatele drog.

13.2 Cizinci a trestná činnost v souvislosti s drogami

Dalším zdrojem dat jsou informační systémy policie a ministerstva vnitra o trestné činnosti. V r. 2010 bylo v ČR spácháno celkem 313 387 trestných činů a za trestnou činnost bylo stíháno celkem 112 477 osob, z toho bylo 7377 (6,6 %) cizinců, kteří spáchali 8701 (2,8 %) trestných činů. Drogových trestných činů eviduje policie celkem 3179, za ně bylo v r. 2010 stíháno 2437 osob. Cizími státními příslušníky bylo spácháno celkem 275 (8,7 %) drogových trestných činů, za něž bylo stíháno 279 (11,4 %) cizinců (Policie ČR, 2011; Ministerstvo vnitra ČR, 2011c). Nejčastěji se jednalo o nedovolenou výrobu a nakládání s OPL (205 spáchaných skutků a 210 stíhaných osob) a přechovávání OPL a jedů (48 spáchaných skutků a 43 stíhaných osob), příp. nedovolené pěstování rostlin obsahujících OPL (10 spáchaných skutků, 16 stíhaných osob). Pro srovnání v r. 2009 bylo cizinci spácháno 215 trestných činů v souvislosti s drogami, za něž bylo stíháno 184 osob. Patrný je tedy jistý meziroční nárůst drogových trestných činů páchaných cizinci na území ČR. Z cizinců ze zemí mimo EU byli nejčastěji stíháni Ukrajinci pro trestné činy ohrožení pod vlivem návykové látky anebo opilství (249 osob), dále Vietnamci, a to nejčastěji za nedovolenou výrobu a jiné nakládání s OPL a jedy (114 osob). Občané Vietnamu se také podíleli na nedovoleném pěstování rostlin obsahujících OPL. Ruští státní příslušníci byli trestáni nejčastěji za ohrožení pod vlivem návykové látky (22 osob). Policie ČR eviduje také působení cizinců v oblasti organizovaného zločinu v oblasti výroby, pašování a prodeje drog. Nejčastěji jsou zmiňováni obyvatelé balkánských zemí (kosovští Albánci a obyvatelé zemí bývalé Jugoslávie), Nigerijci a Vietnamci (Ministerstvo vnitra ČR, 2011c) – viz také kapitolu Drogové trhy (str. 117).

13.3 Drogová turistika

Při specifickém zacílení na drogovou turistiku lze v ČR nalézt spíše útržkovité informace a odkazy na drogový turismus v ČR, které se nejčastěji objevují v médiích. Často je drogová turistika zejména v Praze zasazována do společného kontextu s turistikou vyhledávající levný a dostupný alkohol a komerční sex.

Zpravodajský server deníku Hospodářské noviny poukazuje na Prahu jako na obdobu Amsterdamu s odkazem na vysokou dostupnost drog a nízké tresty za drogovou kriminalitu (Ihned, 2010). Server Idnes.cz popisuje jednotlivé lokality, kam se jezdí za různými drogami, případně zmiňuje i trestní sazby spojené s drogami (Idnes, 2008; Ihned, 2010). Obdobné informace uvádí i agentura CzechTourism¹³¹, podle které je mezi určitými skupinami respondentů Praha známá jako „malý Amsterdam“.

NPC zaznamenala dojezdění občanů SRN do ČR za účelem nákupu pervitinu. Podle dostupných informací se ve většině případů jedná o rekreační uživatele, kteří si do příhraničních oblastí ČR dojezdí pro pervitin, případně se jedná o turisty vracející se z ČR s množstvími drog do limitu pro vlastní potřebu. V souvislosti s prodejem drog (především kanabinoidů a metamfetaminu) v příhraničních regionech je často zmiňováno zapojení vietnamské komunity (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2011b) – viz také kapitolu Drogové trhy (str. 117).

Z informací získaných v e-mailovém a telefonickém dotazování NMS mezi nízkoprahovými programy pro uživatele drog (kontaktní centra a terénní programy) ohledně drogového turizmu v srpnu 2011 se ukazuje, že v kontaktu s jejich službami jsou nejčastěji Slováci. Relativně početná je i rusky mluvící klientela. Podle sdělení jednoho z pražských kontaktních center se počet cizinců v kontaktním centru meziročně zvyšuje a zřejmě je poptávka po substituci, detoxifikaci, dlouhodobé psychiatrické a psychoterapeutické léčbě. Problémem v oblasti dostupnosti služeb je zejména absence zdravotního pojištění u cizinců indikovaných pro některý typ léčebné intervence. Oslovené terénní programy k drogové turistice pouze doplňují, že hlavním cílem je Praha, případně Karlovy Vary (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011f).

Cíleným dotazem bylo zjištěno, že cizinci tvořili 1011 z 12 720 (7,9 %) osob ošetřených v r. 2010 v pražské záchytné stanici ve Fakultní nemocnici Na Bulovce.

¹²⁹ <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/healthy-inclusion> (2011-08-31)

¹³⁰ <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/migranti-a-podpora-zdravi> (2011-08-31)

¹³¹ Česká centrála cestovního ruchu – CzechTourism je státní příspěvkovou organizací Ministerstva pro místní rozvoj ČR. Byla zřízena v r. 1993 za účelem propagace ČR jako atraktivní turistické destinace na zahraničním a od r. 2003 také na domácím trhu. <http://www.czechtourism.cz/> (2011-08-31).

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| tabulka 1-1: Přehled koordinačních nástrojů v krajích a obcích v r. 2010 | 13 |
| tabulka 1-2: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku podle rezortů v l. 2002–2010 (v tis. Kč) | 16 |
| tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtu krajů v l. 2002–2010 (v tis. Kč) | 16 |
| tabulka 1-4: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů v l. 2002–2010 (v tis. Kč) | 17 |
| tabulka 1-5: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v l. 2007–2010 | 17 |
| tabulka 1-6: Příjmy realizátorů protidrogové politiky dotovaných z RVKPP v l. 2006–2010 podle zdrojů | 18 |
| tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2010 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace (tis. Kč) | 19 |
| tabulka 1-8: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2010 podle kategorií služeb (tis. Kč) | 20 |
| tabulka 1-9: Náklady zdravotních pojišťoven spojené s diagnózou F11–F19 podle druhu zdravotnického zařízení v l. 2007–2009 (v tis. Kč) | 22 |
| tabulka 1-10: Náklady zdravotních pojišťoven spojené s diagnózou F11–F19 podle druhu odbornosti v l. 2007–2009 (v tis. Kč) | 23 |
| tabulka 2-1: Míry prevalence užívání dané drogy ve Výzkumu občanů 2010, v % | 25 |
| tabulka 2-2: Míry prevalence užívání dané drogy ve studii Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů 2010, v % | 25 |
| tabulka 2-3: Výsledky škály CAST – míry rizika (pravděpodobnost výskytu spojených s užíváním konopných látek) u aktuálních uživatelů konopných látek, v % | 27 |
| tabulka 2-4: Výsledky škály M-CIDI, v % | 27 |
| tabulka 2-5: Míry prevalence užívání vybraných legálních a nelegálních drog mezi obecnou populací uživatelů internetu ve věku 15–34 let, v % | 28 |
| tabulka 2-6: Míry prevalence užívání vybraných legálních a nelegálních drog mezi uživateli internetu ve věku 15–34 let, kteří užívali novou syntetickou drogu, v % | 29 |
| tabulka 2-7: Prevalence užívání konopných drog mezi 15letými žáky základních škol podle výzkumu HBSC 2010, v % | 32 |
| tabulka 2-8: Zkušenosti klientů projektu Safer Party 2010 s užíváním drog, v % | 34 |
| tabulka 3-1: Projekty všeobecné a selektivní prevence realizované v rámci školní docházky; podpořené dotací RVKPP v r. 2010 | 36 |
| tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2010 | 42 |
| tabulka 4-2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2010 podle krajů ČR – střední hodnoty | 42 |
| tabulka 4-3: Odhady problémového užívání drog provedené multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů podle krajů v l. 2005–2010, střední hodnoty | 43 |
| tabulka 4-4: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v l. 2003, 2005, 2007 a 2010 | 44 |
| tabulka 4-5: Odhad počtu osob v ČR ve věku 15–64 let v r. 2008, kteří danou drogu za poslední měsíc užívali alespoň jednou týdně | 46 |
| tabulka 4-6: Odhad prevalence rizikových vzorců užívání alkoholu v obecné populaci ČR ve věku 18–64 let, v % | 46 |
| tabulka 5-1: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v ČR v r. 2010 | 48 |
| tabulka 5-2: Přehled certifikovaných programů podle typu k 16. 5. 2011 | 49 |
| tabulka 5-3: Počet ordinací a počet léčených uživatelů návykových látek v l. 2000–2010 | 50 |
| tabulka 5-4: Počet ambulantních zdravotnických zařízení podle počtu léčených uživatelů návykových látek, alkoholu a drog v l. 2006–2010 | 50 |
| tabulka 5-5: Počet uživatelů návykových látek (včetně uživatelů alkoholu a tabáku) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v l. 2006–2010 | 50 |
| tabulka 5-6: Počet ambulantních zdravotnických zařízení podle počtu léčených uživatelů návykových látek a sídla zařízení v r. 2010 | 51 |
| tabulka 5-7: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v l. 1999–2010 | 52 |
| tabulka 5-8: Počet zdravotnických zařízení aktivně hlásících klienty do NRULISL podle kraje sídla v l. 2000–2010 | 53 |
| tabulka 5-9: Počet registrovaných zdravotnických zařízení v elektronické aplikaci NRULISL v l. 2007–2010 | 53 |
| tabulka 5-10: Lékaři poskytující substituci a počet pacientů v substituci v průzkumu Lékaři České republiky 2010 | 54 |
| tabulka 5-11: Odhad počtu pacientů v opiatové substituční léčbě u praktických lékařů pro děti a dorost v r. 2010 | 54 |
| tabulka 5-12: Registrace v NRULISL a hlášení pacientů do NRULISL v průzkumu Lékaři České republiky 2010 | 55 |
| tabulka 5-13: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a počet jejich klientů v l. 2003–2010 | 56 |
| tabulka 5-14: Síť lůžkových zařízení poskytujících detoxifikaci AT pacientů a počty vyčleněných lůžek na detoxifikačních jednotkách v r. 2010 | 58 |
| tabulka 5-15: Počet psychiatrických lůžkových zařízení, jejich celková lůžková kapacita a využití uživateli nealkoholových drog (mimo tabáku) v l. 2000–2010 | 59 |
| tabulka 5-16: Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v l. 2009–2010 | 60 |
| tabulka 5-17: Kapacita a počet dětí s problémy s užíváním drog ve specializovaných odděleních školských zařízení ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v l. 2009–2010 | 60 |
| tabulka 5-18: Vývoj počtu uživatelů návykových látek léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v l. 1993–2010 podle (skupin) návykových látek | 67 |
| tabulka 5-19: Vývoj léčených osob, nahlášených a ukončených případů léčby v NRULISL v l. 2000–2010 podle pohlaví | 68 |
| tabulka 5-20: Programy ambulantní léčby provozovaná NNO a vybrané charakteristiky jejich klientů v l. 2003–2010 | 69 |
| tabulka 5-21: Počet osob hospitalizovaných pro detoxifikaci od návykových látek v r. 2010 | 70 |
| tabulka 5-22: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2010 podle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy | 71 |

| | |
|---|-----|
| tabulka 5-23: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v l. 1997–2010..... | 72 |
| tabulka 5-24: Terapeutické komunity a jejich klienti v l. 2003–2010..... | 72 |
| tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2010 podle jednotlivých let a způsobu přenosu | 74 |
| tabulka 6-2: Výskyt komerčních sexuálních pracovníků (KSP) a injekčních uživatelů drog (IUD) u hlášených případů syfilisu a kapavky v l. 2000–2010 | 76 |
| tabulka 6-3: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1994–2010..... | 77 |
| tabulka 6-4: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na infekce v nízkoprahových zařízeních v r. 2010 | 78 |
| tabulka 6-5: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2010 podle sídla programů..... | 78 |
| tabulka 6-6: Výsledky testování IUD – žadatelů o léčbu na HIV, VHA, VHB a VHC podle jejich vlastních výpovědí v l. 2003–2010 | 79 |
| tabulka 6-7: Výsledky testování pacientů léčených opiátovou substitucí na HIV, VHB a VHC v r. 2010..... | 79 |
| tabulka 6-8: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2010..... | 79 |
| tabulka 6-9: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v l. 2002–2010 (Studničková, Petrášová, 2011)..... | 81 |
| tabulka 6-10: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2001–2009 (Studničková, Petrášová, 2011)..... | 82 |
| tabulka 6-11: Komorbidita u hospitalizací uživatelů návykových látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2010, v % | 83 |
| tabulka 6-12: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v l. 2003–2010 | 84 |
| tabulka 6-13: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v l. 2003–2010 – vliv alkoholu a jiných drog | 85 |
| tabulka 6-14: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2010 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví | 86 |
| tabulka 6-15: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2010 podle vybraných skupin drog a příčin smrti..... | 88 |
| tabulka 6-16: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2010 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví..... | 89 |
| tabulka 6-17: Smrtelná předávkování drogami v ČR podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2010 | 90 |
| tabulka 6-18: Úmrtnost pacientů v registru substituce v l. 2000–2010 | 92 |
| tabulka 7-1: Klienti českých nízkoprahových programů v l. 2002–2010 | 94 |
| tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v l. 2004–2010 | 95 |
| tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v l. 2010 v jednotlivých krajích, extrapolováno na celkový počet programů..... | 95 |
| tabulka 7-4: Výměnné programy v ČR v l. 1998–2010 | 96 |
| tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v l. 2002–2010 podle krajů..... | 96 |
| tabulka 7-6: Informace o programu distribuce želatinových kapslí v nízkoprahových programech v ČR v l. 2008–2010..... | 97 |
| tabulka 7-7: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových programů v l. 2002–2010..... | 98 |
| tabulka 7-8: Vyšetření na VHB, VHC a HIV v minulosti všech klientů – injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu v l. 2002–2010, v % | 98 |
| tabulka 8-1: Počet klientů, kterým poskytli služby romští terénní sociální pracovníci v l. 2006–2010, podle typu problému101 | |
| tabulka 8-2: Programy následné péče dotované RVKPP v l. 2005–2010 | 102 |
| tabulka 8-3: Programy ambulantní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v l. 2003–2010..... | 102 |
| tabulka 8-4: Programy intenzivní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v l. 2003–2010 | 103 |
| tabulka 9-1: Počty osob zadržených (NPC) a stíhaných (PČR, MS), obžalovaných (MS) a odsouzených za drogové trestné činy v l. 2005–2010 podle různých informačních zdrojů | 105 |
| tabulka 9-2: Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených pro drogové trestné činy v rozdělení podle paragrafů v r. 2010 | 105 |
| tabulka 9-3: Počty zadržených osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů v r. 2010 podle NPC..... | 105 |
| tabulka 9-4: Počty stíhaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů v r. 2010 podle MS | 106 |
| tabulka 9-5: Počty obžalovaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů v r. 2010 | 106 |
| tabulka 9-6: Drogové trestné činy a osoby stíhané za DTČ podle krajů | 107 |
| tabulka 9-7: Tresty a další opatření uložená u DTČ v r. 2010 podle paragrafů | 108 |
| tabulka 9-8: Drogové přestupky v r. 2009 a jejich rozdělení podle krajů, věku a typu držené drogy | 110 |
| tabulka 9-9: Drogové přestupky v r. 2010 a jejich rozdělení podle krajů, věku a podle toho, zda se jednalo o držení OPL (písm. j) nebo o pěstování rostliny obsahující OPL pro vlastní potřebu (písm. k)..... | 110 |
| tabulka 9-10: Trestná činnost spáchaná pod vlivem návykových látek v l. 2009–2010..... | 110 |
| tabulka 9-11: Počty osob, kterým bylo soudem nařízeno ochranné léčení protitoxikomanické a protialkoholní v ambulantní nebo ústavní formě v l. 2004–2009..... | 112 |
| tabulka 9-12: Počet drogových trestných činů podle § 187–188a sTZ, resp. podle § 283, 284, 286, 287 nTZ evidovaných u vězněných osob na konci let 2008, 2009 a 2010 | 112 |
| tabulka 9-13: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení ve věznicích v l. 2006–2010 | 115 |
| tabulka 9-14: Věznice, které poskytovaly substituční léčbu, počet léčených osob a průměrná délka léčby v r. 2010..... | 115 |
| tabulka 9-15: NNO poskytující drogové služby ve věznicích, věznice, ve kterých tyto NNO působí, počty jejich návštěv a intervencí vykonaných v r. 2010..... | 116 |
| tabulka 10-1: Struktura trhu s marihuanou – objem prodeje a prodejní ceny | 118 |
| tabulka 10-2: Prodejny s novými syntetickými drogami v ČR v dubnu 2011 | 121 |
| tabulka 10-3: Počet záchytů a množství zachycených hlavních typů drog v l. 2007–2010 | 123 |
| tabulka 10-4: Záchyty prekurzorů pervitinu, varen pervitinu a pervitinu v l. 2007–2010 | 123 |
| tabulka 10-5: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v l. 2007–2010, v Kč | 124 |
| tabulka 10-6: Průměrné čistoty drog v l. 2007–2010, v % | 124 |

| | |
|--|-----|
| tabulka 12-1: Všichni léčení uživatelé drog žijící s dětmi podle pohlaví a věku v ČR v r. 2010 | 135 |
| tabulka 12-2: Počet rodiček celkem a počet rodiček užívajících návykové látky a jejich průměrný věk v l. 2000–2009 | 136 |
| tabulka 12-3: Charakteristiky zdravotního stavu u novorozenců celkem a u novorozenců matek užívajících návykové látky v l. 2000–2009 | 138 |
| tabulka 13-1: Hospitalizace cizinců pro poruchy způsobené užíváním drog mimo alkohol a tabák (dg. F11–F19, bez F17) v l. 2005–2010 podle příslušnosti k EU a statusu pobytu v ČR | 142 |
| tabulka 13-2: Hospitalizace cizinců pro poruchy způsobené užíváním drog mimo alkohol a tabák (dg. F11–F19, bez F17) v l. 2005–2010 podle příslušnosti k EU a pohlaví | 143 |
| tabulka 13-3: Cizinci mezi všemi žadateli o léčbu spojenou s užíváním drog v l. 2005–2010 podle státní příslušnosti | 143 |
| tabulka 13-4: Cizinci mezi všemi žadateli o léčbu spojenou s užíváním drog v l. 2005–2010 podle základní drogy, v % | 143 |
| tabulka 13-5: Cizinci mezi všemi žadateli o léčbu spojenou s užíváním drog v l. 2005–2010 podle způsobu aplikace, v % | 143 |

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

| | |
|---|-----|
| graf 2-1: Srovnání míry prevalence užití nelegálních drog ve vybraných studiích v letech 2008–2010, pro věkovou skupinu 15–64 let, v % | 26 |
| graf 2-2: Souhlas s trestním postihem vybraných činností, v % | 30 |
| graf 2-3: Postoje veřejnosti k legalizaci marihuany podle průzkumu SANEP 2010, v % | 31 |
| graf 2-4: Vývoj prevalence užití konopných drog ve výzkumech HBSC za roky 2002, 2006 a 2010 v populaci 15 letých, v % | 33 |
| graf 2-5: Celoživotní prevalence užití vybraných návykových látek mezi účastníky tanečních akcí v l. 2000, 2003, 2007 a 2010, v % | 34 |
| obrázek 3-1: Plakáty umístěné v Praze v září a říjnu 2010 upozorňující na konferenci Městská a regionální protidrogová politika v éře globalizace | 39 |
| graf 4-1: Střední hodnoty a 95% intervaly spolehlivosti prevalence odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2010 | 42 |
| graf 5-1: Množství buprenorfinu (v g) distribuované v jednotlivých přípravcích v l. 2008–2010 | 52 |
| obrázek 5-2: Překryv problémových uživatelů Subutexu [®] a pacientů v substituční léčbě přípravky na bázi buprenorfinu v r. 2009–2010, odhad na základě dostupných dat | 55 |
| graf 5-3: Počet prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy v l. 1997–2010 | 62 |
| graf 5-4: Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v l. 2002–2010 | 63 |
| graf 5-5: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v l. 1997–2010 | 64 |
| graf 5-6: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu podle vybraných drog v l. 2002–2010 | 64 |
| graf 5-7: Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v l. 1997–2010 | 65 |
| graf 5-8: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v l. 2002–2010 | 65 |
| graf 5-9: Vývoj počtu léčených klientů substituční léčby podle kraje trvalého bydliště v l. 2008–2010 | 69 |
| graf 5-10: Vývoj kapacity zachytných stanic a počtu ošetřených pacientů v l. 1989–2010 | 70 |
| graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2010 | 74 |
| graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2010 | 74 |
| graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u který byla hlášena VHB a VHC v l. 1997–2010 | 75 |
| graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2010 | 75 |
| graf 6-5: Hlášená incidence syfilis a kapavky celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 2000–2010 | 76 |
| graf 6-6: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a dalších drog v ČR v l. 1997–2010 | 77 |
| graf 6-7: Vývoj podílu injekční aplikace u prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroínu, Subutexu [®] a pervitinu, v % | 80 |
| graf 6-8: Vývoj podílu injekční aplikace u uživatelů heroínu, pervitinu a polyvalentních uživatelů léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2010, v % | 81 |
| graf 6-9: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v l. 1998–2010 | 87 |
| graf 6-10: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v l. 2004–2010 | 88 |
| graf 6-11: Struktura smrtelných předávkování alkoholem v ČR v obecném registru úmrtí v l. 1994–2010 | 90 |
| graf 6-12: Počet pitev provedených na soudnělékařských odděleních v l. 2002–2010 na základě výkazu o činnosti oboru soudní lékařství | 91 |
| graf 6-13: Srovnání trendů výskytu smrtelných předávkování drogami extrahovaných z obecného (GMR) a speciálního registru mortality (SMR) v l. 1998–2010 | 91 |
| graf 9-1: Celkový počet stíhaných osob a množství a podíly osob stíhaných za držení/pěstování pro vlastní potřebu (§ 187a sTZ/§ 284 a § 285 nTZ) a za šíření toxikomanie (§ 188a sTZ/§287 nTZ) v l. 1999–2010 | 106 |
| graf 9-2: Podíl drog u osob zadržených pro páchaní drogové trestné činnosti v l. 2002–2010 | 107 |
| graf 9-3: Vývoj počtu osob a skladby trestů uložených za drogovou trestnou činnost v l. 2002–2009 | 109 |
| graf 9-4: Prevalence užití návykových látek ve vězeňské populaci během celého života, v posledním roce a v posledním měsíci, v % | 113 |
| graf 10-1: Vývoj prodeje léčiv obsahující pseudoefedrin (LOP) v ČR od r. 2007 do 1. kvartálu r. 2011, v baleních | 119 |
| obrázek 10-2: Titulní strana webu http://mefedron-info.cz/ | 120 |
| obrázek 10-3: Amsterdam shopy v Českém Těšíně a Havířově ke konci dubna 2011 (toho času již uzavřené) | 120 |
| graf 12-1: Všichni léčení uživatelé drog žijící s dětmi podle pohlaví a podílu z klientů v ČR l. 2002–2010 | 135 |
| graf 12-2: Všichni léčení uživatelé drog žijící sami s dětmi podle pohlaví a podílu z klientů v ČR l. 2002–2010 | 135 |
| graf 12-3: Léčení uživatelé drog žijící s dětmi podle základní drogy v ČR v r. 2010 | 136 |
| graf 12-4: Podíl rodiček užívajících návykové látky na celkovém počtu rodiček v l. 2000–2009, v % | 137 |
| graf 12-5: Podíl rodiček celkem a podíl rodiček užívajících návykové látky podle kraje bydliště v l. 2000–2009, v % | 137 |

| | |
|---|-----|
| graf 12-6: Struktura celkového počtu rodiček a rodiček užívajících návykové látky podle rodinného stavu a vzdělání v l. 2000–2009, v % | 137 |
| graf 12-7: Podíl jednotlivých způsobů ukončení pobytu na novorozeneckém oddělení (jiných než propuštění domů) u novorozenců celkem a u novorozenců rodiček užívajících návykové látky v l. 2000–2009, v % | 139 |

SEZNAM MAP

| | |
|---|-----|
| mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2010 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let)..... | 17 |
| mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2010 – střední hodnoty | 43 |
| mapa 5-1: Síť registrovaných zdravotnických zařízení v elektronické aplikaci NRULISL v r. 2010 | 53 |
| mapa 5-2: Síť záchytných stanic v r. 2010 | 56 |
| mapa 5-3: Síť detoxifikačních jednotek a zařízení poskytujících detoxikaci na nevyčleněných lůžkách v r. 2010 | 57 |
| mapa 5-4: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2010 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let..... | 63 |
| mapa 7-1: Síť nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2010..... | 95 |
| mapa 7-2: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2010 na 1000 obyvatel ve věku 15-64 let | 97 |
| mapa 9-1: Drogové trestné činy v přepočtu na 100 tis. obyvatel podle krajů | 108 |

VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU

V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané oficiální stránky klíčových institucí v oblasti drog. Vyčerpávající seznam pomáhajících organizací je uveden v aplikaci Mapa pomoci na internetových stránkách www.drogy-info.cz.

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí: <http://www.adiktologie.cz/Casopis-Adiktologie.html>

A.N.O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí: <http://www.asociace.org/>

Aplikace pro evidenci klientů a služeb v adiktologických službách: <http://www.drogovesluzby.cz>

Celní správa ČR: <http://www.cs.mfcr.cz/>

Centrum adiktologie VFN a Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze: <http://www.adiktologie.cz/>

Centrum pro výzkum veřejného mínění – Sociologický ústav AV ČR: <http://www.cvvm.cas.cz/>

Česká asociace streetwork: <http://www.streetwork.cz/>

Česká lékařská společnost JEP: <http://www.cls.cz/>

Česká neuropsychofarmakologická společnost: <http://www.cnps.cz/>

Český statistický úřad: <http://www.czso.cz/>

Databáze služeb sociální prevence: <https://www.sluzbyprevence.mpsv.cz/>

Drogový informační server (provozuje o.s. SANANIM): <http://www.drogy.net/>

Drogová poradna (provozuje o.s. SANANIM): <http://www.drogovaporadna.cz/>

Drogové služby ve vězení (provozuje o.s. Podané ruce): <http://www.wezeni.cz/>

EXTC – webová poradna a prevence zneužívání syntetických drog: <http://www.extc.cz/>

Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie: <http://www.hygp Praha.cz>

Informace pro pracovníky a klienty terénních programů a kontaktních center (provozuje o.s. SANANIM): <http://www.edekontaminace.cz/>

Informační centrum OSN v Praze: <http://www.osn.cz/>

Informační portál primární prevence (provozuje o.s. SANANIM): <http://www.odrogach.cz/>

Iniciativa Safer Party: <http://www.saferparty.cz>

Institút pro kriminologii a sociální prevenci: <http://www.ok.cz/iksp/>

Ministerstvo spravedlnosti (portál českého soudnictví): <http://portal.justice.cz/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: <http://www.mpsv.cz/>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: <http://www.msmt.cz/>

Ministerstvo vnitra: <http://www.mvcr.cz/>

Ministerstvo zdravotnictví: <http://www.mzcr.cz/>

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: <http://www.drogy-info.cz/>

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/133-narodni-program-reseni-problematiky-hiv-aids.html>; Národní program boje proti AIDS ČR: <http://www.aids-hiv.cz/>

Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a vyšetřování, Policie ČR: <http://www.policie.cz/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 ČR, Výbor pro zdravotnictví, Zdravotní výbor: <http://www.psp.cz/sqw/fsnem.sqw?f1=8&f2=6&id=963>

Probační a mediační služba ČR: <http://www.pmscr.cz>

Psychiatrické centrum Praha: <http://www.pcp.lf3.cuni.cz>

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: <http://rvkpp.vlada.cz>

Registr poskytovatelů sociálních služeb: <http://www.mpsv.cz/cs/3880>

Sekce terapeutických komunit A.N.O.: <http://www.terapeutickekomunity.org/>

Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně: <http://snncls.cz/>

Státní zdravotní ústav: <http://www.szu.cz/>

Ústav farmakologie 3. LF UK – neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky: <http://www.uzis.cz/>

Vězeňská služba ČR: <http://www.vscr.cz/>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: <http://www.vupsv.cz/>

ZKRATKY

- AA – Anonymní alkoholici
Akční plán 2007–2009 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009
Akční plán 2010–2012 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012
AN – Anonymní narkomani
A.N.O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí
AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislostí)
BZ – bezdrogová zóna
Centrum adiktologie – Centrum adiktologie
Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze
CPPT – Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.
CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění
ČLS JEP – Česká lékařská společnost
Jana Evangelisty Purkyně
CPJ – Celní protidrogová jednotka
ČR – Česká republika
ČSÚ – Český statistický úřad
DTČ – drogový trestný čin
EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR
EU – Evropská unie
GŘC – Generální ředitelství cel
GŘVS – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR
HBSC – studie Health Behaviour in School-aged Children
HS – hygienická služba
IKSP – Institut pro kriminologii a sociální prevenci
INCB – Mezinárodní výbor pro kontrolu drog
IUD – injekční uživatel(é) drog
Kraje ČR:
PHA – Hlavní město Praha
STC – Středočeský
JHC – Jihočeský
PLK – Plzeňský
KVK – Karlovarský
ULK – Ústecký
LBK – Liberecký
HKK – Královéhradecký
PAK – Pardubický
VYS – Vysočina
JHM – Jihomoravský
OLK – Olomoucký
ZLK – Zlínský
MSK – Moravskoslezský
LF – lékařská fakulta
LOP – léčiva obsahující pseudoefedrin
LPM – list o prohlídce mrtvého
Ministerstva ČR:
MO – Ministerstvo obrany
MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
MS – Ministerstvo spravedlnosti
MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV – Ministerstvo vnitra
MZ – Ministerstvo zdravotnictví
MKN-10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
MPP – minimální preventivní program
NAP – Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011
NAPDIS – Národní akční plán drogového informačního systému
Národní strategie 2005–2009 – Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009
Národní strategie 2010–2018 – Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018
NAS – novorozenecký abstinenční syndrom
NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
NNO – nestátní nezisková(é) organizace
NPC – Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR
NRULISL – Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (registr substituce)
NSD – nové syntetické drogy
nTZ – zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
NZDM – nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)
OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí
PČR – Policie České republiky
PL – Psychiatrická léčebna
PMS – Probační a mediační služba ČR
RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
SBZ – standardní bezdrogová zóna
SL – substituční léčba
SMR – Standardizovaný index mortality
SSLST – Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie
sTZ – zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon
SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv
TBZ – terapeutická bezdrogová zóna
TK – terapeutická komunita
UK – Univerzita Karlova v Praze
ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky
VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
VHA – virová hepatitida typu A
VHB – virová hepatitida typu B
VHC – virová hepatitida typu C
VS – Vězeňská služba ČR
VTOS – výkon trestu odnětí svobody
VZ – Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR
VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
VZRI – Výbor zástupců rezortů a institucí

REJSTŘÍK

- abstinence, 45, 99, 102
akční plán Národní strategie protidrogové politiky, 8, 35, 47, 93, 127, 150
alkohol, 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 15, 21, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 65, 66, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 82, 83, 84, 85, 90, 91, 99, 101, 102, 104, 110, 112, 113, 114, 128, 129, 130, 133, 136, 142, 143, 145, 146, 147, 150
aluminiová fólie, 97
amfetamin, 25, 34, 113, 119
Anonymní alkoholici, 103, 150
Anonymní narkomané, 103
Asociace nestátních organizací (A.N.O) zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 59, 72, 112, 116, 127, 149, 150
AT poradny, 49, 52
bezdrogové zóny, 3, 104, 114, 128, 129
buprenorfin, 3, 45, 47, 51, 52, 55, 61, 68, 69, 86, 112, 129, 130, 134, 145, 147
cena, 4, 39, 45, 117, 118, 119, 121, 123, 124, 146
Centrum adiktologie 1. LF UK a VFN, 36, 38, 47, 144, 149, 150
certifikace, 35, 37, 49, 94, 141
cizinec, 60, 77, 142, 143, 144, 147
crack, 80, 82
čistota drog, 4, 123, 124, 146
děti, 4, 7, 8, 11, 21, 22, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 48, 54, 55, 57, 59, 60, 61, 66, 71, 101, 111, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 145, 147, 150
detoxifikace, 3, 16, 20, 38, 47, 48, 56, 57, 58, 70, 114, 128, 129, 144, 145, 148
doléčování, 16, 49, 140
dopravní nehoda, 2, 73, 83, 84, 85, 88, 91, 110, 146
držení drogy, 3, 5, 104, 105, 106, 109
ESPAD, 32, 150
Evropská unie, 11, 18, 31, 35, 37, 112, 125, 142, 143, 144, 147, 150
Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), 24, 26, 41, 60, 62, 85, 86, 88, 89, 91, 125, 150
extáze, 1, 3, 4, 24, 26, 27, 30, 31, 45, 82, 84, 85, 86, 88, 99, 104, 106, 112, 117, 119, 123, 124
financování, 1, 5, 8, 10, 15, 16, 21, 37, 114, 127, 130
FreeBase, 60
Generální ředitelství cel, 16, 17, 19, 117, 150
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 112, 114, 150
GHB, 27, 29
halucinogeny, 1, 4, 30, 71, 72, 83, 85, 86, 117, 119
harm reduction, 1, 5, 10, 11, 13, 15, 16, 34, 38, 55, 60, 93, 94, 97, 99, 127, 130, 132
hepatitida, 74, 75, 77, 99, 150
heroin, 1, 2, 3, 4, 28, 29, 30, 31, 34, 41, 42, 44, 45, 61, 66, 67, 69, 72, 73, 80, 81, 85, 86, 92, 94, 97, 102, 103, 104, 105, 106, 112, 113, 117, 119, 122, 123, 133, 134, 143, 147
HIV/AIDS, 2, 3, 55, 73, 74, 77, 78, 79, 93, 98, 99, 114, 115, 126, 127, 146, 149
hospitalizace, 3, 47, 59, 70, 71, 72, 81, 82, 83, 136, 138, 142, 145, 146
hygienická služba, 2, 44, 47, 60, 61, 81, 95, 97, 134, 142, 143, 150
incidence, 2, 41, 47, 61, 73, 74, 75, 76, 77, 147
injekční užívání, 2, 3, 38, 41, 44, 45, 55, 61, 62, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 113, 130, 135, 146, 147, 150
kokain, 1, 2, 4, 28, 31, 45, 66, 71, 72, 83, 86, 113, 117, 119, 122, 123
komorbidita, 82, 89, 100
kondom, 38, 94, 97, 130
konopí, 1, 4, 5, 7, 9, 24, 30, 45, 46, 109, 110, 111, 117, 118, 122, 123
konopné látky, 1, 2, 3, 7, 8, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 37, 45, 46, 47, 59, 61, 69, 71, 72, 83, 85, 94, 104, 105, 112, 113, 117, 122, 125, 145, 147
hašiš, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 113, 117, 122, 123
marihuana, 4, 9, 24, 26, 30, 31, 33, 45, 101, 102, 109, 111, 112, 113, 117, 118, 119, 122, 123, 133, 146, 147
kouření, 30, 31, 37, 61, 97, 122, 127
kriminalita, 3, 7, 9, 12, 13, 14, 104, 110, 111, 138, 144, 150
drogová, 1, 3, 5, 6, 104, 105, 107, 108, 112, 144, 146, 147, 150
sekundární, 110
kvalita, 35, 37, 47, 49, 94, 101, 127, 131
léčba
ambulantní, 11, 16, 20, 21, 22, 23, 38, 49, 50, 56, 60, 61, 65, 69, 102, 103, 111, 112, 128, 129, 140, 141, 145, 146
lůžková, 16, 20, 21, 22, 23, 47, 48, 49, 56, 57, 59, 71, 142, 145
ochranná, 6, 112
rezidenční, 56, 60
substituční, 3, 8, 10, 16, 20, 43, 44, 45, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 60, 65, 68, 69, 70, 79, 92, 95, 99, 104, 115, 119, 127, 128, 129, 131, 134, 146, 147, 150
legalizace, 9, 31
léky, 4, 10, 11, 21, 30, 46, 51, 61, 82, 85, 86, 88, 89, 111, 113, 117, 118, 119, 122, 127, 130, 133, 147, 150
LSD, 25, 27, 28, 29, 30, 34, 45, 46, 82, 113, 117, 123, 124
médiá, 10, 31, 33, 35, 120
mefedron, 4, 29, 93, 119, 120, 122, 147
menšiny, 101, 102, 143
metadon, 3, 45, 51, 52, 54, 68, 86, 90, 103, 104, 114, 129, 134, 145
migrant, 143, 144
ministerstvo
financí, 19, 150
obran, 15, 16, 17, 19, 35, 150
práce a sociálních věcí, 15, 16, 17, 18, 19, 35, 38, 49, 59, 102, 103, 138, 139, 149, 150
spravedlnosti, 15, 16, 17, 18, 19, 104, 105, 106, 108, 127, 146, 149, 150
školsství, mládeže a tělovýchovy, 15, 16, 17, 18, 19, 35, 36, 37, 59, 111, 134, 138, 149, 150
vnitř, 15, 18, 35, 109, 110, 111, 138, 149, 150
zdravotnictví, 6, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 35, 52, 90, 109, 149, 150
místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog, 93
mladiství, 35, 38, 39, 57, 61, 66, 111, 125
náklady, 21, 22, 23, 118, 126
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), 2, 15, 26, 27, 33, 43, 53, 54, 57, 60, 85, 86, 89, 98, 99, 110, 112, 117, 121, 125, 140, 142, 144, 149, 150
Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 4, 15, 16, 17, 19, 104, 105, 109, 110, 111, 117, 119, 123, 144, 146, 150

Národní strategie protidrogové politiky, 1, 5, 7, 8, 9, 47, 93, 114, 127, 138, 140, 150
 následná péče, 1, 5, 13, 15, 16, 38, 47, 48, 49, 60, 101, 102, 103, 114, 127, 130, 146
 nízkoprahová zařízení, 10, 38, 41, 55, 60, 61, 78, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 140, 146, 148, 150
 NNO (nestátní neziskové organizace), 3, 15, 16, 20, 35, 37, 48, 56, 60, 69, 115, 116, 127, 130, 131, 139, 140, 145, 146, 150
 nové syntetické drogy, 6, 27, 29, 30, 33, 34, 119, 120, 121, 150
 obvinění, 104, 112
 obžalování, 104, 105, 106, 146
 očkování, 21, 79, 126
 odhad, 2, 3, 21, 41, 44, 46, 54, 55, 93, 117, 130, 147
 prevalence, 44, 46
 odnětí svobody, 3, 33, 79, 103, 108, 112, 113, 114, 115, 125, 127, 128, 130, 150
 odsouzení, 104, 105, 108, 111, 112, 114, 126, 128, 129, 130, 131, 146
 ohrožené skupiny, 35, 38, 102, 138
 ochranná výchova, 59, 60, 145
 opilství, 104, 110, 144
 pervitin, 1, 2, 3, 4, 5, 8, 11, 25, 27, 28, 29, 30, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 61, 62, 66, 67, 69, 70, 72, 73, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 92, 93, 94, 97, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 111, 112, 113, 114, 117, 118, 119, 122, 123, 143, 144, 146, 147, 148
 Policie ČR, 10, 15, 37, 40, 104, 109, 117, 120, 121, 122, 123, 138, 149, 150
 politika, 1, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 35, 37, 39, 46, 47, 93, 111, 114, 117, 125, 126, 127, 128, 129, 132, 138, 149, 150
 poppers, 27
 poradenství, 15, 16, 20, 36, 37, 38, 93, 95, 97, 98, 103, 111, 129, 131, 139
 poradna, 3, 38, 39, 104, 128, 129, 138, 149
 prevalence, 1, 2, 8, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 41, 43, 45, 46, 62, 73, 78, 79, 113, 114, 125, 145, 147
 celoživotní, 1, 24, 26, 32
 problémového užívání, 2, 41
 v posledním roce, 1, 24
 PrevData, 36, 60
 prevence, 1, 3, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 59, 60, 92, 93, 94, 97, 99, 100, 103, 104, 111, 112, 114, 115, 127, 128, 129, 132, 149, 150
 indikovaná, 35, 36, 39
 selektivní, 35, 36, 38, 145
 probace, 104, 111, 150
 problémové užívání, 8, 39, 41, 62
 protilátky, 77, 79, 146
 předávkování, 2, 51, 73, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 115, 122, 130, 132, 142, 146, 147
 přestupek, 3, 5, 104, 109, 110, 118, 122, 130, 146
 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), 2, 1, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 35, 36, 37, 41, 48, 49, 56, 59, 60, 69, 72, 78, 94, 98, 102, 103, 131, 145, 146, 150
 registr žádostí o léčbu, 2, 73, 78, 134, 142
 rizika, 2, 11, 24, 26, 27, 31, 38, 45, 46, 51, 55, 86, 93, 118, 122, 125, 130, 132, 133, 145
 zdravotní, 31, 133
 rodič, 4, 36, 38, 61, 62, 102, 133, 134, 138, 139, 140
 Romové, 33, 101, 102, 118, 119, 122
 rozpočet, 1, 5, 8, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 35, 37, 56, 60, 94, 126, 127, 132, 141, 145, 148
 řízení, 5, 6, 7, 10, 11, 15, 35, 37, 39, 40, 41, 48, 49, 59, 60, 72, 78, 88, 94, 98, 104, 112, 120, 125, 131, 139
 sociální exkluze, 101
 standardy kvality, 35, 37, 94, 141
 starší uživatelé drog, 101
 stíhání, 3, 104, 105, 106, 107, 144, 146, 147
 streetwork, 38, 149
 Suboxone®, 3, 41, 45, 47, 51, 54, 68, 113, 114, 119, 129, 130
 substituce, 3, 8, 43, 47, 54, 55, 79, 92, 134, 144, 145, 146, 150
 Subutex®, 2, 3, 27, 29, 41, 42, 44, 45, 47, 51, 54, 55, 68, 69, 73, 80, 82, 94, 102, 103, 112, 113, 114, 119, 129, 130, 143, 147
 Světová zdravotnická organizace (WHO), 32, 88
 syfilis, 2, 73, 75, 76, 98, 146, 147
 syntetické drogy, 6, 119, 120, 121, 146, 150
 šíření toxikomanie, 104, 106, 147
 škola, 14, 15, 35, 36, 37, 39, 48, 59, 60, 138, 149, 150
 speciální, 48, 59
 tabák, 1, 5, 8, 10, 30, 31, 32, 33, 37, 47, 50, 59, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 83, 101, 121, 136, 142, 143, 145, 147
 taneční drogy, 86, 94
 těhotenství, 133, 134, 136
 těkavé látky, 2, 27, 38, 71, 72, 73, 83, 85, 86, 87, 89, 91, 94, 102, 147
 terapeutická komunita, 15, 16, 38, 48, 49, 59, 60, 72, 128, 129, 131, 140, 149, 150
 testování, 7, 45, 46, 77, 78, 79, 85, 93, 94, 97, 98, 99, 111, 112, 115, 130, 146
 tablet tanečních drog, 99
 THC, 2, 7, 73, 83, 84, 86, 87, 88, 111, 112, 114, 117
 trestný čin, 1, 3, 5, 6, 7, 9, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 130, 144, 146, 148, 150
 turismus, 142
 úmrtnost, 2, 46, 73, 75, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 122, 146, 147, 150
 UniData, 60
 vězení, 1, 2, 3, 4, 15, 33, 47, 48, 52, 53, 57, 60, 61, 73, 77, 93, 104, 108, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 146, 149
 výdaje, 21
 investiční, 15, 19
 účelově určené, 127
 záchyt, 4, 112, 117, 118, 122, 123, 146
 záchytné stanice, 1, 5, 16, 47, 56, 69, 70, 147, 148
 zákon, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 27, 38, 85, 104, 109, 112, 120, 121, 122, 125, 126, 128, 130, 134, 138, 139, 150
 závislost, 1, 2, 3, 10, 14, 15, 22, 24, 27, 37, 38, 39, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 57, 59, 60, 73, 79, 92, 99, 102, 103, 104, 105, 112, 114, 126, 127, 131, 133, 138, 139, 140, 142, 149, 150
 zdravotní pojištění, 21, 150
 zneužívání, 11, 27, 46, 127, 139, 140, 149
 žádost o léčbu, 2, 47, 60, 61, 63, 73, 78, 80, 98, 134, 142, 143, 148
 želatinová tobolka, 97

ODKAZY

- Beck, F. and 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., Horáková, M. (2011) Celopopulační studie užívání návykových látek v České republice v roce 2008. Praha.
Notes: V tisku
- Běláčková, V., Zábranský, T. (2010) Marihuanové trhy v České republice a v USA – závěrečná zpráva z 1. fáze výzkumu. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze.
Notes: Nепublikováno
- Buriánek, J., Podaná, Z., Petras, M., Hůrka, J., Jiříčka, V., Netočný, M., Adamus, J. (2010) Analýza dat z pilotního projektu SARPO 1. *České vězeňství* 3, 41–45.
- Celní protidrogová jednotka (2011) Přehled záchytů OPL Celní protidrogovou jednotkou v ČR v r. 2010.
Notes: Nепublikováno
- Centrum pro výzkum veřejného mínění (2011a) Občané o drogách – květen 2011. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
Notes: Tisková zpráva, zveřejněna dne 15. 6. 2011
- Centrum pro výzkum veřejného mínění (2011b) Tolerance k vybraným skupinám obyvatel. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
Notes: Tisková zpráva, zveřejněna dne 13. 5. 2011
- Csémy, L. (1999) Závěrečná zpráva projektu NR1264 – IGA MZd ČR „Mládež a návykové látky“ . NR1264 – IGA MZd. 48 Praha: Ministerstvo zdravotnictví.
- Csémy, L., Sovinová, H. (2011) Kouření cigaret, pití alkoholických nápojů a užívání marihuany mezi českými dětmi školního věku (HBSC).
Notes: Předběžné výsledky studie HBSC
- Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P. (2009) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-87041-94-9.
- Čihař, M. (2009) Novorozeneček drogově závislé matky. In: Preslová, I., Maxová, V., (eds.) *Ženy a drogy, sborník odborné konference, Praha, 15-16/4/2009*, Praha: Sananim.
- Davidová, E. et al. (2010) Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009) An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.
Notes: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_67060_EN_EMCDDA-PDU-overview.pdf
- Gabrhelík, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C.D.M., Stastna, L., Jurystova, L. (2011) Distal Outcomes from the 'Unplugged' School-Based Intervention: A Randomized Control Trial to Prevent and Reduce Adolescent Alcohol and Other Drug Use in the Czech Republic. *Drug and Alcohol Dependence*.
Notes: in press
- Galský, J., Husa, P., Kůmpel, P., Plíšek, S., Šperl, J., Urbánek, P., Dvořáček, J., Popov, P., Zábranský, T. (2008) Standard pro léčbu virových hepatitid u uživatelů drog. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR (částka 7/2008, č.j. 28629/2008)*
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011a) Plán činnosti Vězeňské služby ČR v protidrogové politice na období let 2011 až 2012.
Notes: Nепublikováno
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011b) Statistická ročenka VS ČR za rok 2010.
Notes: <http://www.vscr.cz/generalni-reditelstvi-19/statistiky-a-udaje-103/statisticke-rocenky-1218/>
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011c) Vyhodnocení činnosti Vězeňské služby České republiky v protidrogové politice za období 2010.
Notes: Nепublikováno

- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011d) Údaje o testování vězňů na VHB, VHC a HIV v r. 2010.
Notes: Poskytnuto pro potřeby NMS Odborem zdravotní služby GRVS
- Hagan, H., Pouget, E.R. and Des Jarlais, D.C. (2011) A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *J Infect Dis.* **204(1)**: 74–83.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009) The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Hrubá, D., Žaloudíková, I. (2011) Chuť první cigarety: ovlivňuje vývoj kuřáckého chování? *Čes.-slov. Pediat.* **66(1)**: 6–12.
- Idnes (Feb 29, 2008) Kam češi jezdí za drogovou turistikou.
Notes: http://cestovani.idnes.cz/kam-cesi-jezdi-za-drogovou-turistikou-dxl-igsvet.aspx?c=A080229_002226_igsvet_tom; zobrazeno: 2011-07-15
- Ihned (Jan 31, 2010) Die Welt: Zapomeňte na Amsterdam novým drogovým rájem bude Praha.
Notes: <http://zpravy.ihned.cz/cesko/c1-40270720-die-welt-zapomente-na-amsterdam-novym-drogovym-rajem-bude-praha>; zobrazeno: 2011-07-15
- Institut pro kriminologii a sociální prevenci (2010) Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů. IKSP.
Notes: Nepublikováno
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2007) Zpráva o stavu romských komunit v České republice v roce 2006. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
Notes: Zpráva schválená vládou ČR usnesením č. 679 ze dne 18. června 2007
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské menšiny (2011) Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2010.
- Kiššová, L., Mravčík, V. (2011) Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009. Výzkumný design a souhrn hlavních výsledků. *Adiktologie* (11)2.
Notes: v tisku
- Kmetonyová, D. (2011) Průzkum internetu zaměřený na nabídku nových syntetických drog na českých webových stránkách pro EMCDDA.
Notes: Nepublikováno
- Kubů, P., Křížová, E., Csémy, L. (2000) Anketa Semtex Dance 2000. *Tripmag* 4: 24–30.
Notes: <http://www.drogmem.cz/html/projekty/anketa.htm>
- Kubů, P., Škařupová, K., Csémy, L. (2006) Tanec a drogy 2000 a 2003. Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-77-3.
Notes: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyzkumne_zpravy/tanec_a_drogy_2000_a_2003_vysledky_dotaznikove_studie_s_priznivci_elektronicke_hudby_v_ceske_republice
- Kukla, L., Hrubá, D., Tyrlik, M., Matějová, H. (2008) Poruchy chování u sedmiletých dětí - výsledky studie ELSPAC. 2. část: Rizikové faktory. *Čas. Léč. Čes.*, **147**: 311–318.
- Lejčková, P., Mravčík, V. (2005) Úmrtnost uživatelů drog ČR. Souhrn výsledků kohortové studie. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* **54 (4)**: 154–160.
- Lejčková, P., Mravčík, V. (2007) Mortality of Hospitalized Drug Users in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues* **37 (1)**: 103–118.
- Lukešová, J. (2009) Drogově závislé matky, jejich charakteristika a jejich děti. In: Preslová, I., Maxová, V., (eds.) *Ženy a drogy, sborník odborné konference, Praha, 15-16/4/2009*, Praha: Sananim.
- Matoušek, O. et al. (2003) Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2011) Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009–2011.
Notes: Č.j.:989/09, schváleno usnesením vlády č. 883 ze dne 13. července 2009
- Ministerstvo spravedlnosti ČR (2010) Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2009 podle paragrafů trestního

zákona. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.
Notes: <http://portal.justice.cz>

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2011a) Statistická ročenka kriminality – rok 2010. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2011b) Statistiky státních zastupitelství za r. 2010: Drogová trestná činnost podle typů drog a paragrafů.
Notes: Zpracováno pro NMS

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2005) Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek.

Ministerstvo vnitra ČR (2011a) Hodnocení systému péče o ohrožené děti – Národní projekt Systému včasné intervence.
Notes: Č.j.:MV-37850-34/OP-2009, schváleno usnesení vlády č. 191 ze dne 17. března 2011

Ministerstvo vnitra ČR (2011b) Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi podle §30, odst. 1 písm. j) a podle §30, odst. 1 písm. k) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v r. 2010.
Notes: Nepublikováno, zpracováno odborem všeobecné správy MV pro NMS

Ministerstvo vnitra ČR (2011c) Zpráva o situaci v oblasti migrace a integrace cizinců na území České republiky 2010.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2008) Věstník MZ ČR částka 3/2008 – Standard substituční léčby. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Notes: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_2035_1034_3.html [2010-08-12]

Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL (2011) Přehled dovozu a distribuce metadonu a přípravku Subutex a Suboxone v r. 2010.
Notes: Zpracováno pro potřeby NMS

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (2010) Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Mravčík, V., Nečas, V. (2010) Testování infekčních chorob jako součást prevence a snižování rizika infekcí mezi injekčními uživateli drog v ČR. *Adiktologie* (10)2: 84–90.

Mravčík, V., Coufalová, M., Popov, P., Zábranský, T., Procházka, R. (2005) Dotazníková studie mezi praktickými lékaři zaměřená na zkušenosti a postoje k substituci opioidy. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 54: 27–33.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., Miovská, L., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2008) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-870241-46-8.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Vopravil, J., Vacek, J. (2007) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-22-2.

Mravčík, V., Lejčková, P., Orlíková, B., Petrošová, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2006) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-99-4.

Mravčík, V., Nechanská, B., Šťastná, L. (2011a) 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., Nechanská, B., Šťastná, L. (2011b) Lůžková péče o uživatele a závislé na návykových látkách v ČR ve zdravotnické statistice od r. 1959. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie* 60(1): 23–31.

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L., Škrdlantová, E., Kiššová, L., Běláčková, V., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Kalina, K., Gabrhelík, R., Zábranský, T. (2010) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-7440-034-6.

Mravčík, V., Škařupová, K., Orlíková, B., Zábranský, T., Karachaliou, K., Schulte, B. (2011) Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: A new harm reduction approach . *International Journal of Drug Policy* 22(2): 172–173.

Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-06-4.

- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006) Seznam a definice výkonů drogových služeb.
Praha: Úřad vlády České republiky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008a) Průzkum mezi nízkoprahovými zařízeními zaměřený na poskytování harm reduction materiálu určeného k neinjekčnímu užívání drog.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008b) Studie Tanec a drogy 2007 – souhrn hlavních výsledků. Praha: Úřad vlády ČR.
Notes: Tisková zpráva, zveřejněná 11. 3. 2008.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2010a) Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2009.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2010b) Výsledky validizační studie škál CAST a M-CIDI.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011a) Dotazníkový průzkum mezi krajskými, místními koordinátory a místními odborníky v problematice drog na téma prodeje NSD v kamenných prodejnách.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011b) Evaluace projektu Safer Party Tour 2010.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011c) Léčba VHC u injekčních uživatelů drog v ČR – průzkum mezi centry pro léčbu virových hepatitid.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011d) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat z nízkoprahových zařízení v r. 2010.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011e) Studie Tanec a drogy 2010 – předběžné výsledky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011f) Telefonické šetření ve věci drogového turizmu mezi nízkoprahovými službami pro uživatele drog v Praze.
Notes: Nepublikováno, provedeno v červenci až srpnu 2011
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011g) Výkazy o přestupcích podle §30, odst. 1 písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, projednaných orgány obcí a krajů v r. 2009.
Notes: Zpracováno NMS na základě údajů poskytnutých jednotlivými kraji na základě žádosti ministerstva zdravotnictví
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011h) Výsledky dotazníkového průzkumu v síti adiktologických služeb na téma poskytování služeb uživatelům drog – rodičům, těhotným ženám a dětem rodičů užívajících drogy.
Notes: Nepublikováno, provedeno v únoru až březnu 2011
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011i) Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2010.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011j) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2010.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES (2009) Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES (2010a) Lékaři České republiky 2010 – Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby.
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES (2010b) Výzkum názorů

a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života.

Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011) Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody.

Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median (2011a) Dotazníkový průzkum mezi uživateli internetu na téma užívání nových syntetických drog a tržní zvyklosti týkající se NSD.

Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median (2011b) Průzkum kamenných obchodů nabízejících nové syntetické drogy a jejich okolí.

Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP (2011) Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2010.

Notes: Nepublikováno

Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2011a) Vyhodnocení vývozu drog z ČR do SRN ze zpráv Schwandorfu za r. 2010.

Notes: Nepublikováno

Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2011b) Výroční zpráva za rok 2010. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.

Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2011c) Záchyty drog v r. 2010 podle objemu.

Notes: Zpracováno pro NMS

Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2011d) Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2010.

Notes: Zpracováno pro NMS

Nechanská, B. (2011a) Cizí státní příslušníci ve zdravotnické statistice – analýza dat ÚZIS o hospitalizacích v psychiatrických zařízeních pro dg. F11–F19.

Notes: Nepublikováno

Nechanská, B. (2011b) Infekční nemoci u uživatelů drog v ČR v letech 2001–2010. Aktuální informace č. 38/2011. Praha: ÚZIS ČR.

Nechanská, B. (2011c) Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v ambulantních zařízeních ČR v roce 2010. Aktuální informace č. 23/2011. Praha: ÚZIS ČR.

Nechanská, B. (2011d) Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR v roce 2010. Aktuální informace č. 44/2011. Praha: ÚZIS ČR.

Nechanská, B. (2011e) Činnost záchytných stanic v letech 1989–2010. Aktuální informace č. 25/2011. Praha: ÚZIS ČR.

Nechanská, B. (2011f) Údaje o detoxifikačních jednotkách a pacientech postupujících detoxifikaci od návykových látek v roce 2010. Aktuální informace č. 05/2011. Praha: ÚZIS ČR.

Nechanská, B. (2011g) Údaje v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek – rok 2010. Aktuální informace č. 03/2011. Praha: ÚZIS ČR.

Nechanská, B., Mravčík, V., Šťastná, L. and Brožová, J. (2011) Uživatelé alkoholu a dalších drog ve zdravotnické statistice od r. 1959. Praha: Úřad vlády ČR a ÚZIS ČR.

Nepustil, P., Zajdánková, S. (2008) Problémové užívání nelegálních drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí: Závěrečná zpráva z výzkumu. Brno: Malá akademie rozvoje, integrace a spolupráce (MARISA), Sdružení Podané ruce a Institut pro výzkum reprodukce a integrace společnosti.

Policie ČR (2011) Statistické přehledy kriminality v r. 2010 (ESSK).

Notes: <http://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-327216.aspx>

Pracovní skupina Harm Reduction při Protidrogové komisi hlavního města Prahy (2010) Návrh systémového řešení otevřené drogové scény v centru hlavního města Prahy.

- Probační a mediační služba ČR (2010a) Informace o činnosti Probační a mediační služby v souvislosti s drogovou problematikou.
Notes: Zpracováno pro NMS
- Probační a mediační služba ČR (2010b) Vyhodnocení pilotního projektu: Ověření možnosti využívání drogových testů (nealkoholových testů založených na rozboru slin) vrámci zajištění výkonu probačního dohledu u klientů PMS ČR I. a II.
Notes: Nепublikováno
- Procházková, L., Herzog, A. (2010) Kauza o Václavák aneb případová studie monitorující aktivity směřující k řešení situace výskytu otevřené drogové scény na Václavském náměstí v Praze.
Notes: http://www.streetwork.cz/images/stories/Kluby/SananimTP/kaucha_vaclavak_231110.pdf (2011-08-18)
- Rozsypal, H., Staňková, M., Sedláček, D., Snopková, S., Kapla, J., Aster, V., Machala, L., Jilich, D., Dlouhý, P., Kolčáková, J., Zjevíková, A., Jerhotová, Z., Olbrechtová, L. (2010) Doporučený postup komplexní péče o dospělé infikované HIV. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství* **16(5)**: 183–191.
- Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2010) Nehodovost na pozemních komunikacích v České republice za rok 2003–2009.
Notes: Nепublikováno, analýza poskytnutá pro účely VZ 2009
- Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2011) Nehodovost na pozemních komunikacích v České republice za rok 2010. Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR.
- Saberžanovová, P.C., Vacek, J. (2010) Adiktologické služby v prostředí zábavy. *Zaostřeno na drogy* **9 (2)**: 1–16.
- SANEP s.r.o. (2011) Češi dávají zelenou marihuaně pro zdravotní účely. Praha: SANEP s.r.o.
Notes: Tisková zpráva
- SocioFactor s.r.o. (2010) Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách – pilotní ověření. Ostrava – Přívoz: SocioFactor s.r.o.
Notes: Zpracováno pro Agenturu pro sociální začleňování v romských lokalitách. Nепublikováno.
- Sovinová, H., Csémy, L. (2010) The Czech Audit: Internal consistency, latent structure and identification of risky alcohol consumption. *Cent Eur J Public Health* **18(3)**: 127–131.
- Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie (1999) Stanovisko Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie k problematice výpočtů koncentrace etanolu v krvi. *Soudní lékařství* **44**: 55.
- Staňková, M. (2011) Zpráva o činnosti AIDS centra v Praze. In: Stehlíková, D., Stupka, J., (eds.) *Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2009-2010*, Praha: Státní zdravotní ústav v Praze.
- Stará, V., Lesná, P., Fencel, F., Bláhová, K. (2009) Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. *Pediatr. pro Praxi* **10(06)**: 382–384.
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2011) Množství léčiv s obsahem pseudoefedrinu prodávaných v letech 2007 až 2011.
Notes: Nепublikováno
- Státní zdravotní ústav Praha (2011a) Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2009–2010. Stehlíková, D., Stupka, J., (eds.) Praha: Státní zdravotní ústav Praha. ISBN 978-80-7071-318-1.
- Státní zdravotní ústav Praha (2011b) Virové hepatitidy 1996–2010 (EPIDAT) – analýza pro účely VZ 2010.
Notes: Nепublikováno
- Státní zdravotní ústav Praha (2011c) Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2010 – analýza pro účely VZ 2010 zpracovaná NRL pro AIDS.
Notes: Nепublikováno
- Studničková, B. (2009) Žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog v ČR. Hodnocení kvality sbíraných dat. *Zaostřeno na drogy* **7 (1)**: 1–12.
- Studničková, B. (2011) Přítomnosti cizích státních příslušníků v Registru žádostí o léčbu – analýza pro účely VZ 2010.
Notes: Nепublikováno
- Studničková, B., Petrášová, B. (2011) Výroční zpráva ČR – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie. ISBN 978-80-254-9321-2.

- Šimíková, I. (2010) Souhrnná analytická zpráva k dotačnímu programu Podpora terénní sociální práce za rok 2010. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.
- Šťastná, L. (2010) Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Šťastná, L. (2010) Užívání návykových látek u dětí a dospívajících z etnických minorit s důrazem na přenos poznatků a zkušeností z Norska ohledně výzkumu, vývoje a úpravu programů pro selektivní a indikovanou prevenci – výstupy projektu.
Notes: 6.3.2010, <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/365/1749/Uzivani-navykovych-latek-u-deti-a-dospivajicich-z-etnickych-minorit-s-durazem-na-prenos-poznatku-a-zkusenosti-z-Norska-ohledne-vyzkumu-vyvoje-a-upravu-programu-pro-selektivni-a-indikovanou-prevenci-vystupy-projektu.html>
- Šťastná, L., Adámková, T., Chomynová, P. (2010) Užívání drog v národnostních menšinách v ČR. *Adiktologie* (10) 1: 36–44.
- Šťastná, L., Nevalová, M., Pavlovská, A., Čablová, L., Mladá, K. (2011) Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v r. 2010 – závěrečná zpráva. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.
- Šulcová, I. (2011) Testování na infekční choroby u uživatelů drog v kontaktních centrech. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika.
- The Gallup Organization (2011) Youth attitudes on drugs. Flash Eurobarometer No. 330. The Gallup Organization for European Commission.
- Turek, T. (2011) Možnosti regulace trhu tzv. „designer drugs“. Vysoká škola ekonomická, Fakulta národohospodářská.
Notes: bakalářská práce
- Turner, K., Hutchinson, S., Vickerman, P., Hope, V., Craine, N., Palmateer, N., May, M., Taylor, A., De Angelis, D., Cameron, S., Parry, J., Lyons, M., Goldberg, D., Allen, E. and Hickman, M. (2011) The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of Hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*.
Notes: Epub ahead of print
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011c) Údaje z Národního registru hospitalizovaných.
Notes: Nepublikováno, zpracováno pro účely této výroční zprávy
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011a) Zdravotnická ročenka České republiky 2010. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011b) Údaje z informačního systému Zemřelí – extrakce případů drogových úmrtí.
Notes: Nepublikováno
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011d) Údaje z Národního registru rodiček a Národního registru novorozenců. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
Notes: Nepublikováno, zpracováno pro účely této výroční zprávy
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011e) Údaje ze statistického zjišťování – výkaz o činnosti oboru soudní lékařství.
Notes: Nepublikováno
- Valeš, F. (2009) Vězeňství a trestní justice.
Notes: <http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2009042104>
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R.A. and Prins, M. (2007) Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users. *Addiction* 102: 1454–1462.
- Vavřínková, B., Binder, T. (2007a) Návykové látky v těhotenství. *Zaostřeno na drogy* 5: 1–12.
- Vavřínková, B., Binder, T. (2007b) Socioekonomická data, průběh těhotenství a porodu u žen závislých na opioidech a na substituční terapii. *Česká gynekologie* 72: 330–335.
- Vavřínková, B., Binder, T. (2007c) Vliv substituční terapie na porodní hmotnost novorozence, poporodní adaptaci, trofiku a průběh abstinčního syndromu novorozence. *Česká gynekologie* 72: 247–253.

- World Health Organization, Regional Office for Europe (2008) Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO.
- Zábranský, T., Janíková, B. (2008) Studie Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA) – souhrnná zpráva.
- Zábranský, T., Csémy, L., Grohmannová, K., Janíková, B. (2010) Úmrtnost a zdravotní stav klientů pražských zařízení služeb pro injekční uživatele nelegálních drog z let 1996-8: follow-up studie. Průběžná zpráva. Praha: Centrum adiktologie.
- Zábranský, T., Csémy, L., Grohmannová, K., Janíková, B., Brenza, J. (2011) Mortality of cohort of very young injecting drug users in Prague, 1996-2010. *Central European Journal of Public Health*, 19 (3), 152-157.
- Zábranský, T., Mravčík, V., Chomynová, P. (2009) Overall Mortality of Drug Users in the Czech Republic. 1st ed. Prague / Lisbon: ResAd / EMCDDA.
- Zeman, P., Gajdošíková, H. (2010) Nový trestní zákoník. *Zaostřeno na drogy* 8 (1): 1–12.

VÝROČNÍ ZPRÁVA O STAVU VE VĚCECH DROG V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2010

- Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR vydává Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS). Poprvé byla v knižní podobě vydána v r. 2001. Zpráva se zpracovává podle osnovy zadané Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) se sídlem v Lisabonu.
- Distribuci zajišťuje vydavatel. Elektronická verze je k dispozici na drogovém informačním portálu, na adrese www.drogy-info.cz (česky a anglicky).

KNIŽNÍ PUBLIKACE VYDANÉ OD R. 2006

(přehled starších publikací je uveden na drogy-info.cz)

2010

Efektivní regulace užívání marihuany (metodická příručka pro terapeutů), Engelder, M., Lang, E., Lacy, R., Cash, R., ISBN 978-80-7440-041-4

Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě, Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., Uchtenhagen, A., Stöver, H., Degkwitz, P., Reimer, J., Haasech, Ch., ISBN 978-80-7440-042-1

2009

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007. Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P., 2009. ISBN 978-80-87041-94-9.

Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti, Gossop, M., ISBN 978-80-87041-81-9

Interakce mezi léky při substituční léčbě opioidy, kol. autorů, ISBN 978-80-87041-69-7

2008

Action Plan of the National Drug Policy Strategy Implementation for the period 2007 to 2009, kol. autorů, ISBN 978-80-87041-55-0

Jak maskovat etické otázky ve výzkumu závislostí, Uhl, A., ISBN 978-80-87041-39-0

National Drug Policy Strategy for the period 2005 to 2009 – The Czech Republic, kol. autorů, ISBN 80-86734-40-4

2007

Buprenorfin – rozbor kritických otázek, Verster, A., Buning, E., ISBN 978-80-87041-11-6

Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací, cGrath, J., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M., ISBN 978-80-87041-16-1

Průvodce léčbou v terapeutické komunitě, Preston, A., Malinowski, A. a Šefránek, M., ISBN 978-80-87041-28-4

Addiction and Eating Disorders – Neurobiology and Comorbidities, (Workshop), ed. Šulcová, A., ISBN 978-80-87041-18-5

2006

Pozitivní dokument o věznicích, drogách a harm reduction, WHO, 2006, ISBN 80-86734-76-5
Tanec a drogy 2000 a 2003; výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice, Kubů, P., Škařupová, K., Csémy, L., ISBN 80-86734-77-3

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003, Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H., ISBN 80-86734-94-3

Seznam a definice výkonů drogových služeb, kolektiv, ISBN 80-86734-81-1

Výměna jehel ve věznicích: Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností, Lines, R., Juergens, R., Betteridge, G., Stoever, H., Laticevschi, D., Nelles, J., ISBN 80-86734-79-X

Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu, Sadílek, P., Mravčík, V., ISBN 80-86734-89-7

ISBN 978-80-7440-056-8



9 788074 400568

neprodejné