



Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003

Viktor Mravčík
Blanka Korčíšová
Pavla Lejčková
Lenka Miovská
Eva Škrdlantová
Ondřej Petroš
Josef Radimecký
Vladimír Sklenář
Hana Gajdošíková
Jiří Vopravil

Praha, září 2004

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 2003

Vydal/ © Úřad vlády ČR, 2004

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

Kontaktní adresa: Vladislavova 4, 110 00, Praha 1, tel.: +420 296 153 222, <http://www.drogy-info.cz>

Editor/ MUDr. Viktor Mravčík

Oponenti/ MUDr. Tomáš Zábranský Ph.D., PhDr. Ladislav Csémy, MUDr. Běla Studničková,
plk. Ing. Gabriel Berzsi

Zpráva byla projednána Poradním výborem RVKPP pro sběr dat o drogách – viz
<http://www.drogy-info.cz/article/archive/11/>.

Pro bibliografické citace/

Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovska, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Radimecký, J., Sklenář, V., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2004). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003 [Annual Report on Drug Situation 2003 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády ČR.

ISBN 80-86734-25-0

Poděkování/

Velký dík za pomoc a spolupráci při zpracování této zprávy o stavu ve věcech drog v České republice, v pořadí již třetí zpracovávané Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti, patří všem spolupracovníkům, členům pracovních skupin, organizacím, institucím a orgánům, které poskytly potřebná data a přispěly k jejich interpretaci. Je možno je najít v seznamu literatury nebo v samotném textu zprávy. Věříme, že zpráva v uspokojivé míře podává informaci o výsledcích a funkčnosti českého drogového informačního systému.

SOUHRN, NOVÉ TRENDY A KONZISTENCE DAT	1
ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V R. 2003	3
1 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA A JEJÍ KONTEXT	3
1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC	3
1.2 INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY	6
1.3 ROZPOČTY A FINANCOVÁNÍ	7
1.4 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ KONTEXT PROTIDROGOVÉ POLITIKY	10
2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI	12
2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V OBECNÉ POPULACI	12
2.2 UŽÍVÁNÍ DROG VE ŠKOLNÍ POPULACI	12
2.3 UŽÍVÁNÍ DROG A MLADÍ LIDÉ	14
2.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE SPECIFICKÝCH SKUPINÁCH POPULACE	16
2.5 POSTOJE SPOLEČNOSTI VŮČI DROGÁM A JEJICH UŽIVATELŮM	16
3 PREVENCE	17
3.1 ŠKOLNÍ PROGRAMY	18
3.2 MIMOŠKOLNÍ PROGRAMY	18
3.3 PREVENTIVNÍ AKTIVITY URČENÉ UŽIVATELŮM TANEČNÍCH DROG	19
4 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG	20
4.1 ODHADY PREVALENCE A INCIDENCE PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ DROG	20
4.2 PROFIL KLIENTŮ V LÉČBĚ	23
5 LÉČBA	28
5.1 SYSTÉM LÉČBY V ČR	28
5.2 AMBULANTNÍ LÉČBA	29
5.3 REZIDENČNÍ LÉČBA (LŮŽKOVÁ LÉČEBNÁ ZAŘÍZENÍ)	30
5.4 SUBSTITUCE A UDRŽOVACÍ PROGRAMY	31
5.5 LÉČEBNÝ PŘÍSTUP KE SPECIFICKÝM CÍLOVÝM SKUPINÁM	33
5.6 SOUHRN LÉČEBNÉ PÉČE O UŽIVATELE DROG V ČR	33
6 ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	34
6.1 DROGOVÁ ÚMRTÍ A MORTALITA UŽIVATELŮ DROG	34
6.2 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	38
6.3 PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA	41
6.4 DALŠÍ PORUCHY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	42
7 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	44
7.1 PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ	44
7.2 PREVENCE INFEKČNÍCH CHOROB	44
7.3 INTERVENCE SPOJENÉ S PSYCHIATRICKOU KOMORBIDITOU	46
7.4 INTERVENCE SPOJENÉ S JINÝMI ZDRAVOTNÍMI DŮSLEDKY	46
8 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	46
8.1 SOCIÁLNÍ EXKLUZE	47
8.2 DROGOVÉ TRESTNÉ ČINY A PŘESTUPKY	48
8.3 SEKUNDÁRNÍ DROGOVÁ KRIMINALITA	53
8.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE VĚZNICÍCH	54
8.5 SPOLEČENSKÉ NÁKLADY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	55
9 OPATŘENÍ V OBLASTI SOCIÁLNÍCH SOUVISLOSTÍ A DŮSLEDKŮ UŽÍVÁNÍ DROG	55

9.1	SOCIÁLNÍ REINTEGRACE.....	55
9.2	PREVENCE TRESTNÉ ČINNOSTI SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	55
10	DROGOVÉ TRHY.....	58
10.1	DOSTUPNOST A NABÍDKA DROG	59
10.2	ZÁCHYTY DROG.....	61
10.3	CENY A ČISTOTA DROG	64
	ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY	66
11	BUPRENORFIN – LÉČBA, PŘESKŘIPCE A ZNEUŽÍVÁNÍ.....	66
11.1	LÉČBA BUPRENORFINEM	66
11.2	BUPRENORFIN NA ČERNÉM TRHU.....	68
12	LÉČBA JAKO ALTERNATIVA TRESTU ODNĚTÍ SVOBODY.....	69
12.1	OCHRANNÉ PROTITOXIKOMANICKÉ LÉČENÍ	69
12.2	LÉČBA JAKO PŘIMĚŘENÁ POVINNOST	70
12.3	LÉČBA JAKO ALTERNATIVA V PRAXI SOUDŮ V ČR.....	70
13	UŽIVATELÉ DROG A NARUŠOVÁNÍ VEŘEJNÉHO POŘÁDKU (PUBLIC NUISANCE)	71
13.1	NARUŠOVÁNÍ VEŘEJNÉHO POŘÁDKU Z POHLEDU ZÁKONA.....	71
13.2	PORANĚNÍ O POUŽITOU INJEKČNÍ JEHLU	72
	SEZNAM TABULEK	73
	SEZNAM OBRÁZKŮ	74
	SEZNAM MAP	75
	VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TÉMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU.....	76
	ZKRATKY.....	77
	VĚCNÝ REJSTŘÍK	78
	ODKAZY.....	80

Souhrn, nové trendy a konzistence dat

Ve všech hlavních ukazatelích drogové situace pokračoval v ČR v r. 2003 obdobný vývoj jako v r. 2002. Nedošlo k žádné významné negativní změně, vývoj lze obecně charakterizovat jako příznivý.

Rok 2003 byl třetím rokem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004, nedošlo k žádné zásadní systémové či legislativní změně.

Pokračoval trend rozdílného vývoje mezi problémovým užíváním drog (zejména pervitinu a heroinu) a experimentálním a rekreačním užíváním (zejména konopných látek a extáze).

Problémové užívání pervitinu a heroinu, stejně jako experimentální užívání těchto drog, má klesající tendenci. V r. 2003 bylo v ČR odhadem 30 tisíc problémových uživatelů drog, z toho 11 tisíc uživatelů heroinu a 19 tisíc uživatelů pervitinu. Odhady mají v posledních 4 letech klesající trend. Počet úmrtí na předávkování opiáty (včetně heroinu) a pervitinem je v posledních 2 letech stabilizován na nízké úrovni (v r. 2003 celkem 21, resp. 9 případů). Poprvé v ČR se v r. 2003 podařilo získat údaje o úmrtnosti uživatelů drog (cca 1 % za rok). Počet nově infikovaných HIV pozitivních injekčních uživatelů je stabilně nízký (v r. 2003 hlášeny 4 případy), klesá počet hlášených nových akutních případů virových hepatitid B a C (VHB, VHC) mezi injekčními uživateli drog. Výskyt (seroprevalence) HIV, VHB a VHC je podle lokálních i národních studií stabilní, zejména výskyt VHC je relativně vysoký (cca 30 % klientů nízkoprahových center a terénních programů, cca 60 % klientů substituce) s regionálními odlišnostmi danými historií problémového užívání v regionu (vyšší prevalence v Praze a severních Čechách).

Experimentální a rekreační užívání konopných látek a extáze roste. Za r. 2003 nejsou nová data o užívání drog v obecné (dospělé) populaci. Z průzkumu mezi středoškoláky vyplývá rostoucí trend užívání konopných látek a extáze (44 %, resp. 8 % šestnáctiletých), ale stejně tak i rostoucí trend v kouření cigaret a ve výskytu zdravotně rizikových forem konzumace alkoholu. Mezi návštěvníky tanečních akcí je vysoká a rostoucí celoživotní prevalence užívání konopných látek (92 %), extáze (67 %), pervitinu (41 %), relativně nízká a klesající celoživotní prevalence heroinu (6 %).

Zvláštním fenoménem je užívání (čichání) těkavých látek (ředidel, lepidel, plynu do zapalovačů). Z průzkumu mezi šestnáctiletými vyplývá mírně rostoucí a relativně vysoká celoživotní prevalence (9 %). Léčebnými institucemi nejsou uživatelé těkavých látek dostatečně zachyceni; úmrtí na předávkování těkavými látkami mají v r. 2003 vzestupný trend a dosahují počtu úmrtí na předávkování opiáty a dvojnásobku počtu úmrtí na předávkování pervitinem.

Léčba a sociální reintegrace je zajišťována širokým spektrem služeb, jejichž dostupnost je relativně vysoká. Výrazně vzrostl odhadovaný podíl uživatelů opiátů v programech substituční léčby jak metadonem, tak buprenorfinem (18 %). Nedostatečné bylo pokrytí specializovanými substitučními (metadonovými) centry, nepokryté zůstávaly zejména jižní a západní Čechy. Relativně nedostatečná je také kapacita a dostupnost strukturovaných ambulantních programů a programů následné péče. Dostupnost nízkoprahových služeb (zejména programů výměny jehel – v r. 2003 je poskytovalo 87 zařízení) je v ČR vysoká, objem distribuovaných jehel a stříkaček roste.

V r. 2003 pokračoval trend pozvolného nárůstu stíhaných pachatelů drogových trestných činů. Pachatelé trestných činů podle § 187a (držení drogy v množství větším než malém) tvořili cca 10 % stíhaných pachatelů; poklesl podíl pachatelů stíhaných v souvislosti s heroinem a extází, k nárůstu došlo u podílu stíhaných v souvislosti s konopnými látkami a pervitinem. Odsouzení k nepodmíněnému trestu odnětí svobody představovali čtvrtinu odsouzených za drogové trestné činy; pokračoval trend zvyšujícího se podílu uložených alternativních trestů.

Co se týče dostupnosti drog, subjektivně vnímaná dostupnost šestnáctiletými vzrostla u marihuany a extáze, klesla u heroinu a pervitinu. Represivní orgány zachytily v r. 2003 řádově stejné množství drog jako v r. 2002; k nárůstu došlo u marihuany a hašiše (ze 112 na 143 kg), u pervitinu (z 4,3 na 9,6 kg), k poklesu u heroinu (z 34,3 na 9,1 kg) a extáze. Ceny i čistota drog zůstávají stabilní, v r. 2003 nedošlo k záchytu zvláště nebezpečné či nové syntetické drogy.

Tři speciální kapitoly v závěru se zabývají (1) problematikou buprenorfinu, (2) léčbou jako alternativou trestu odnětí svobody a (3) narušováním veřejného pořádku uživateli drog (public nuisance).

Co se týče buprenorfinu, došlo od jeho registrace na českém trhu v r. 2000 (sublingvální tablety Subutex) k rozvoji jeho preskripce zejména praktickými lékaři a ambulantními specialisty, v současné době je Subutex

předepisován odhadem 1 200 uživatelům. Jeho část uniká na černý trh, kde je prodáván za několikanásobně vyšší cenu. Výjimkou není ani injekční aplikace tablet Subutexu. V ČR dosud nebylo zaznamenáno úmrtí na předávkování buprenorfinem.

Pokud se jedná o léčbu jako alternativu trestu, v ČR nemá drogově závislý pachatel trestné činnosti možnost volby mezi uložením trestu a podrobením se léčbě drogové závislosti. Za splnění trestním zákonem stanovených podmínek však může soud uložit uživateli drog ochranné léčení (které je ochranným opatřením) nebo povinnost podrobit se léčbě závislosti v rámci zkušební doby při podmíněném upuštění od potrestání s dohledem nebo podmíněném odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem. V praxi soudů dochází k ukládání ochranných léčení jen velmi zřídka, počet případů, kdy dochází k uložení léčby drogové závislosti jako přiměřené povinnosti, není sledován.

Problematika narušování veřejného pořádku uživateli drog není v ČR dostatečně sledována. Neexistuje koncept tzv. „public nuisance“. Autorům zprávy se podařilo shromáždit spíše kusé informace, zajímavé jsou údaje o poraněných o pohozené injekční jehly a stříkačky. V oficiálních statistikách trestné činnosti je u trestných činů, které by se daly označit za blízké „public nuisance“, podíl uživatelů drog pravděpodobně značně podhodnocen.

přehledová tabulka 1: Přehled vybraných indikátorů v ČR v r. 2003

Indikátor	Hodnota
Celoživotní užívání konopných látek v obecné populaci (%)*	16 – 20
Počet problémových uživatelů drog (z toho heroinu, pervitinu)	30 tis. (11 tis., 19 tis.)
Počet injekčních uživatelů drog	29 tis.
Počet problémových uživatelů drog (na 1 000 obyvatel ve věku 15 – 64 let)	4,2
Počet injekčních uživatelů drog (na 1 000 obyvatel ve věku 15 – 64 let)	4,0
Počet žadatelů o léčbu (z toho nových)	8 522 (4 158)
Podíl uživatelů heroinu na žádostech o léčbu (%)	25
Podíl uživatelů pervitinu na žádostech o léčbu (%)	54
Podíl uživatelů konopných látek na žádostech o léčbu (%)	17
Průměrný věk žadatelů o léčbu v souvislosti s heroinem (roky)	24,6
Průměrný věk žadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem (roky)	22,2
Průměrný věk žadatelů o léčbu v souvislosti s konopnými látkami (roky)	18,9
Podíl problémových uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými programy (%)	60
Podíl uživatelů opiátů v substituční léčbě metadonem a buprenorfinem (%)	18
Výskyt HIV mezi injekčními uživateli drog (%)	< 1
Výskyt VHB mezi injekčními uživateli drog (%)	10 – 50
Výskyt VHC mezi injekčními uživateli drog (%)	30 – 60
Incidence VHC mezi injekčními uživateli drog (na 100 osob a rok)	18,5
Smrtelná předávkování ilegálními drogami (počet na 1 mil. obyvatel)	5,3
Úmrtnost uživatelů drog (na 1 000 osob a rok)	7-15
Počet stíhaných pachatelů za trestné činy nedovolené výroby a přechovávání OPL (§ 187 – 188 TZ)	2 357
Podíl pachatelů stíhaných za držení drogy (§ 187a) (%)	10,1
Podíl pachatelů stíhaných v souvislosti s heroinem (%)	4,5
Podíl pachatelů stíhaných v souvislosti s pervitinem (%)	47,9
Podíl pachatelů stíhaných v souvislosti s konopnými látkami (%)	37,8

*Pozn.: * data z r. 2002*

Konzistence jednotlivých indikátorů mezi sebou je vysoká. V řadě případů existují v dané oblasti data z více kvantitativních zdrojů či z kvalitativních průzkumů, což umožňuje triangulaci dat. Data z populačních průzkumů jsou ve shodě s trendy v oblasti problémového užívání drog. Daří se monitorovat trendy v oblasti rekreačního užívání drog, zejména v souvislosti s taneční scénou. Data o důsledcích problémového užívání drog (léčba, smrtelná předávkování, výskyt infekcí) existují v konzistentních časových řadách. Nově je možno v různých datových zdrojích sledovat vliv rozšiřování opiátové substituční léčby. Data trestněprávního systému odpovídají datům z veřejnězdravotního sektoru a vhodně je doplňují, týká se to zejména ceny a čistoty drog na trhu.

Obecně lze konstatovat, že v r. 2003 došlo k dalšímu zkvalitnění a rozšíření dat poskytovaných českým drogovým informačním systémem.

Část A: Vývoj a nové trendy v r. 2003

1 Národní protidrogová politika a její kontext

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím hlavním iniciačním, poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), jejímiž členy jsou ministři příslušných resortů. RVKPP se setkává zhruba čtyřikrát ročně; byla ustavena 18. srpna 1993 usnesením vlády č. 446/1993 původně jako Meziresortní protidrogová komise. Její složení, působnost, jí zřizované stálé výbory a pracovní skupiny a úkoly sekretariátu definuje statut a jednací řád naposledy aktualizovaný v březnu 2003 usnesením vlády č. 296. Činnost RVKPP zajišťuje její sekretariát, který je organizační součástí Úřadu vlády ČR. Usnesením vlády č. 643/2002 bylo v sekretariátu zřízeno Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS). To je pověřeno zejména sběrem, analýzou a distribucí dat a vydáváním Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR.

Koordinaci aktivit na místní úrovni zajišťuje síť 14 krajských koordinátorů. Postavení koordinátorů, jejich kompetence a pracovní kapacita se mezi kraji výrazně liší. Kromě implementace národní protidrogové politiky kraje v různé míře vytvářejí a realizují vlastní strategie a plány protidrogových opatření. Přes přetrvávající různorodost jejich přístupů v řadě dílčích aspektů dochází k harmonizaci jejich politik.

Nejvýznamnějším počinem v legislativní oblasti v r. 2003 byl návrh rekonstrukce trestního zákona (TZ) projednávaný vládou. Ten má mj. definovat i rozdělení drog podle jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti a v návaznosti na jejich kategorizaci zavádět rozlišení postihu za jejich držení. K výraznějším změnám právních předpisů týkajících se drog v ČR v r. 2003 nedošlo.

1.1 Legislativní rámec

1.1.1 Změna zákona o návykových látkách

Dne 30.8.2003 nabyl účinnosti zákon č. 223/2003 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.

Do přílohy č. 4 zákona o návykových látkách byla doplněna látka PMMA (para-methoxymetamfetamin), zdravotně vysoce riziková látka, která se může vyskytovat v tabletách distribuovaných jako extáze.

Psychotropní látky buprenorfin, používaný při substituční léčbě opiátové závislosti (Subutex - viz kapitola Buprenorfin – léčba, preskripce a zneužívání, str. 66), a flunitrazepam (benzodiazepinové hypnotikum Rohypnol) novela zákona přesouvá z přílohy č. 6 (psychotropní látky zařazené do seznamu III) do přílohy č. 5 (psychotropní látky zařazené do seznamu II¹). Účelem této změny je snížení dostupnosti uvedených látek. Dle § 13 zákona o návykových látkách lze totiž léčivé přípravky obsahující některou z těchto látek vydávat pouze na recept nebo žádanku označenou modrým pruhem a dle ustanovení § 5 vyhlášky č. 304/1998 Sb. je nutno vést evidenci o těchto léčivech.

1.1.2 Přijetí zákona o soudnictví ve věcech mládeže

Zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, účinný od r. 2004, upravuje podmínky odpovědnosti mládeže (mladistvých a dětí mladších 15 let) za protiprávní činy uvedené trestním zákonem, opatření ukládaná za tyto protiprávní činy, postup, rozhodování a výkon soudnictví v případech, kdy jsou pachateli osoby mladistvé. Zákon vychází z předpokladu, že mládež vyžaduje v trestním procesu zvláštní přístup - každý trestní případ je nutné řešit individuálně s ohledem na osobnost dospívajícího a okolnosti trestného činu.

Zákon je v poměru speciality k obecné trestní úpravě, tzn. že v případě trestné činnosti mladistvých má právní úprava v něm obsažená přednost před obecnou. Zavedl odstupňovaný a vnitřně provázaný systém opatření pro mladistvé, nabízející širokou škálu možností, jak reagovat na trestnou činnost mladistvých. Jedná se o výchovná, ochranná a trestní opatření, přičemž trestní opatření by měla být ukládána pouze v nezbytných případech.

¹ Rozdělení OPL v přílohách zákona o návykových látkách vychází z rozdělení OPL do seznamů Jednotné úmluvy OSN o omamných látkách z r. 1961 a Úmluvy OSN o psychotropních látkách z r. 1971.

Jako výchovná opatření lze uložit dohled probačního úředníka, probační program, výchovné povinnosti, výchovná omezení a napomenutí s výstrahou. Výchovná opatření lze ukládat jak při (podmíněném) upuštění od potrestání, tak i vedle uloženého ochranného či trestního opatření.

V rámci výchovných povinností může soud nebo v přípravném řízení státní zástupce stanovit povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, které není ochranným léčením podle TZ. Jedním z možných výchovných omezení, která mohou být stanovena nejvýše na tři roky, je zákaz užívání návykových látek.

Mladistvému lze uložit mj. peněžité opatření s podmíněným odkladem výkonu až na tři roky; trestní sazby obecně prospěšných prací, peněžitého opatření, zákazu činnosti a vyhoštění se snižují na polovinu. Stejně jako dosud jsou trestní sazby odnětí svobody sníženy na polovinu, přičemž došlo k rozšíření možnosti snížení výměry odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby.

Při stanovení druhu a výměry trestního opatření soud přihledne (jako ke skutečnosti polehčující, příp. i přitěžující) také k tomu, že mladistvý spáchal provinění ve stavu zmenšené přičetnosti vlivem návykové látky.

1.1.3 Návrh rekodifikace trestního zákona

V r. 2003 byl vládou projednáván návrh rekodifikace TZ, který se dotýká i trestního postihu drogové kriminality. Návrh, jehož předkladatelem je Ministerstvo spravedlnosti ČR (MS), v zásadě zachovává dosavadní drogové trestné činy², zároveň však přináší některé podstatné změny.

V případě trestného činu nedovolené výroby a jiného nakládání s návykovými látkami (současný § 187) obsahuje návrh rozšíření postihu i na pomocné látky používané k výrobě omamných a psychotropních látek (OPL) uvedené v přílohách 10 a 11 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Dále návrh u tohoto ustanovení počítá se zavedením spodních hranic množství OPL (množství větší než malé a větší rozsah) u okolností podmiňujících použití vyšší trestní sazby při poskytování drog osobám mladším 18 a 15 let, s cílem zmírnění trestní represe v některých případech.

U trestného činu přechovávání OPL a jedu (současný § 187a TZ) bylo na základě usnesení vlády ČR č. 1777/2001 navrženo rozdělit drogy do 2 kategorií, podle různé míry jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti. Podkladem pro toto rozdělení byl návrh MZ z března 2003. Návrh MS počítá s vytvořením 2 kategorií: konopných látek rostlinného původu a ostatních OPL³. U látek první kategorie se navrhuje, vzhledem k jejich nižší zdravotní a společenské nebezpečnosti, změnit hranici postihu za jejich přechovávání na „větší rozsah“, který zůstává u ostatních OPL okolností podmiňující použití vyšší trestní sazby. Dále byla u tohoto trestného činu doplněna okolnost podmiňující použití vyšší trestní sazby při spáchání činu ve „značném rozsahu“, který se vzhledem k provedené kategorizaci vztahuje pouze na jiné než konopné látky.

Návrh zákona dále předpokládá vytvoření nové skutkové podstaty trestného činu – nedovoleného pěstování rostlin obsahujících OPL (konopí, houby *Psilocybe* – lysohlávky). Účelem zavedení tohoto ustanovení je diferenciací mezi sankcemi za pěstování těchto drog za účelem samozásobitelství a sankcemi za pěstování za účelem distribuce, které má být díky privilegovanosti trestného činu nedovolené výroby (současný § 187 TZ) nadále postihováno jako výroba drogy.

Hranice jednotlivých množství přechovávaných a pěstovaných drog (množství větší než malé, větší rozsah, značný rozsah, velký rozsah), jakož i druhy psychotropních rostlin, uvedené ve skutkových podstatách trestných činů nedovoleného přechovávání a nedovoleného pěstování drog, by měly být dle návrhu zákona stanoveny vládním nařízením. Takové řešení by mělo zajišťovat jak sjednocení dosud částečně roztržitě právní praxe, tj. rozhodování soudů a postupu dalších orgánů činných v trestním řízení, tak možnost dostatečně pružné reakce na aktuální situaci v oblasti užívání drog.

U trestného činu šíření toxikomanie (současný § 188a TZ) byly v návrhu doplněny okolnosti podmiňující použití vyšší trestní sazby, spáchá-li je pachatel jako člen organizované skupiny a spáchá-li tento čin vůči osobě mladší 15 let. V důvodové zprávě k návrhu je zdůrazněno, že smyslem tohoto ustanovení není trestní postih jednání vykonávaného se záměrem zmírnit negativní psychické, zdravotní a sociální dopady zneužívání návykových látek na jejich uživatele (Ministerstvo spravedlnosti, 2004a; Šámal, 2004).

² Nedovolená výroba a držení OPL (§ 187, § 187a, § 188) a šíření toxikomanie (§ 188a).

³ Návrh Ministerstva zdravotnictví doporučil vytvoření těchto 3 skupin drog: 1) konopné látky, 2) extáze a její deriváty a psychedelika/halucinogeny a 3) drogy amfetaminového typu, heroin a další opiody, kokainové drogy a deriváty fenylethylaminu (PMA, 4-MTA).

1.1.4 Aplikace práva

Soudy stále častěji udělují alternativní tresty za drogové trestné činy.

Více než třetina osob stíhaných za nedovolenou výrobu a obchod s drogami se dopustila tohoto jednání v souvislosti s konopnými látkami; výrobci a obchodníci s pervitinem představovali 50 %, výrobci a obchodníci s heroinem představovali 4 % takto stíhaných osob.

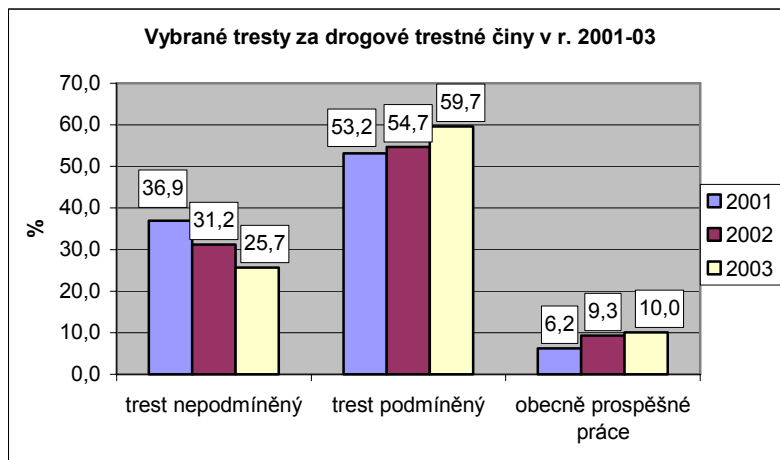
Z celkového počtu osob stíhaných pro přechovávání drog v množství větším než malém pro vlastní potřebu (§ 187a TZ) bylo 60 % stíháno v souvislosti s konopnými látkami, 25 % v souvislosti s pervitinem, 6 % za přechovávání heroinu a pouze 1 % za přechovávání extáze, která je po konopných látkách nejvíce užívanou ilegální drogou - viz tabulka 1-1.

tabulka 1-1: Pachatelé drogových trestných činů dle podílu jednotlivých drog v r. 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004b)

Typ trestné činnosti	Počet pachatelů	Konopné látky (%)	Pervitin (%)	Heroin (%)	Extáze (%)
Přechovávání pro sebe (§ 187a TZ)	202	60,4	25,2	5,9	1,0
Výroba a obchod (§ 187 a 188 TZ)	2 155	35,7	50,0	4,3	3,0
Pachatelé celkem	2 357	37,8	47,9	4,5	2,8

Oproti r. 2001 a 2002 se dále snížil podíl uložených nepodmíněných trestů odnětí svobody za drogové trestné činy (26 % celkově, 8 % u odsouzených dle § 187a TZ). Zároveň se zvýšil podíl trestů podmíněných (60 %) a mírně i podíl uložených obecně prospěšných prací - 10 % ze všech uložených trestů za drogové trestné činy a 17 % u odsouzených dle § 187a - viz obrázek 1-1. Podrobněji - viz kapitola Alternativní tresty k trestu odnětí svobody, str. 56.

obrázek 1-1: Podíl vybraných druhů trestů na trestech za drogové trestné činy v l. 2001 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)



Přetrvávají rozdíly v aplikační praxi při interpretaci pojmu „množství větší než malé“, který není zákonem blíže specifikován. Soudy nejsou při jeho výkladu vázány interními pokyny Nejvyššího státního zastupitelství či Policejního prezidia ČR, závazné nejsou ani judikáty Nejvyššího soudu - viz Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2001 (Zábranský et al. 2002). Jak různý může být výklad ustanovení § 187a TZ dokládá případ z Plzně, kdy soud posoudil množství tři čtvrtě kg marihuany přechovávané pro potřebu obviněného jako menší než „množství větší než malé“⁴.

Soudci často ukládají alternativní tresty zejména obviněným z přechovávání konopných látek. Alternativní tresty za drogové trestné činy jsou také ukládány na základě zprávy Probační a mediační služby (PMS) o stíhané osobě.

V r. 2003 nebyl zaznamenán žádný případ trestního stíhání v souvislosti s kvalitativním (orientačním) testováním tablet nabízených jako extáze, prováděným některými programy neziskových organizací s cílem snížit rizika užití

⁴ Případ dosud není pravomocně ukončen.

neznámé nebo neočekávané látky, která může být rizikovější či riziková jiným způsobem než MDMA. S těmito aktivitami nesouhlasí zejména Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC) a Ministerstvo vnitra ČR (MV), přičemž jako jeden z argumentů uvádějí jejich nezákonnost – viz např. stanovisko NPC a MV (Ministerstvo vnitra ČR, 2004a).

Jediným případem trestního stíhání v souvislosti s uvedenými aktivitami zůstává případ z r. 2002, kdy státní zástupce obvinění z trestného činu šíření toxikomanie dle § 188a TZ odmítl s tím, že se v daném případě nejednalo o trestný čin. Rozhodnutí bylo odůvodněno mj. tak, že pracovníci občanského sdružení nabízejí zmíněné služby až poté, co uživatel drogu již koupil a je rozhodnut ji užít i bez případného otestování.

V r. 2002 vydalo Nejvyšší státní zastupitelství stanovisko (Nejvyšší státní zastupitelství, 2002), z něhož vyplývá, že jednání osob, které provádí testování tablet extáze při hromadných společenských akcích, může založit podezření ze spáchání některého z drogových trestných činů (nejčastěji šíření toxikomanie podle § 188a TZ). Případná trestní odpovědnost za některý z uvedených trestných činů však může být vyloučena za splnění určitých podmínek (jedná se o aktivity subjektu z oblasti drogové prevence, aktivita je motivována snahou snížit možné riziko vážného poškození zdraví, chybí úmysl drogu rozšiřovat apod.).

Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že kontroverzní postoje k testování tablet extáze se týkají spíše preventivních účinků (průkaznost testů, efektivita snižování rizik) a etických aspektů těchto aktivit, nežli aspektů právních.

1.2 Institucionální rámec, strategie a politiky

Rok 2003 byl třetím rokem realizace Národní strategie protidrogové politiky 2001 - 2004, schválené usnesením vlády č. 1045 v r. 2000. V průběhu roku nedošlo k žádným výrazným změnám v dosud realizované politice ani v systému její koordinace a realizace na centrální, krajské či na místní úrovni. Současná česká protidrogová politika a systém její koordinace jsou orgány Evropské unie hodnoceny jako příklad dobré praxe, přesto je v nich dostatek prostoru ke zlepšení. Jak bude dokumentováno v dalších kapitolách, přispělo plnění úkolů Národní strategie protidrogové politiky 2001 – 2004 k dosažení konkrétních úspěchů, ale řada nepříznivých a znepokojivých trendů v distribuci a v užívání drog přetrvává. Hlavními problémy současné protidrogové politiky jsou zastaralá legislativa, podceňování či bagatelizace problémů užívání všech návykových látek, zejména alkoholu a tabáku, a politizace tématu, jež vede k diskuzím založeným nejen na odborných argumentech a někdy i k ukvapeným rozhodnutím a řešením.

K zajištění plnění úkolů NMS provedl Úřad vlády ČR reorganizaci sekretariátu do dvou oddělení – NMS a administrativního oddělení, s celkovým počtem 15 pracovníků. NMS pracovalo od počátku r. 2003 v plném personálním obsazení, vydalo řadu odborných publikací (viz zadní strana obálky) a zahájilo nebo se zapojilo do několika výzkumných studií. Díky jeho činnosti má vláda a subjekty zapojené do realizace protidrogové politiky na všech úrovních komplexní přehled o situaci a o trendech v distribuci a užívání drog i o realizovaných opatřeních a o jejich dopadech. České NMS je Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) hodnoceno jako jedno z nejlepších v EU.

Sekretariát RVKPP zpracoval Bilanční zprávu o plnění úkolů z Národní strategie protidrogové politiky a z usnesení vlády č. 549/03 k závěrům Projekt Phare Twinning 2000 Posílení národní protidrogové politiky. Podklady pro ni byly od jednotlivých resortů i krajů sebrány formou dotazníků. Ze zprávy vyplynulo, že došlo k nárůstu nesplněných úkolů z 15 v r. 2002 na 25 v r. 2003. Neplněné úkoly se týkaly zejména plánu činnosti resortů v protidrogové politice, jejich personálního posílení a vzdělávání pracovníků, zavádění nástrojů hodnocení a rozvoje kvality a dostupnosti služeb, sběru dat v gesci jednotlivých subjektů. RVKPP se shodla na tom, že neplnění úkolů Národní strategie může ohrožovat dosažení jejího dlouhodobého cíle, tj. zastavit nebo stabilizovat nárůst problémového užívání drog, které představuje nejvážnější zdravotní, sociální, ekonomická a trestněprávní rizika pro jednotlivce i pro společnost. Proto byly vydefinovány a následně vládou schváleny prioritní úkoly, jež mají být jednotlivými resorty splněny přednostně.

V r. 2003 vláda připravovala a projednávala návrh rekodifikace TZ. Ten má mj. definovat i rozdělení drog podle jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti a v návaznosti na jejich kategorizaci zavádět rozlišení postihu za jejich držení – viz kapitola Návrh rekodifikace trestního zákona, str. 4. Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR byl návrh předložen v r. 2004.

Poněkolkáté od změny režimu v r. 1989 se Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR zabývala návrhem zákona o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a návykovými látkami. Ten měl ukotvit současný institucionální a organizační rámec protidrogové politiky, definovat nové typy služeb a omezit

dostupnost legálních drog. Vzhledem k nejednotnosti názorů politiků na podobu protidrogové politiky byl však návrh opět vrácen Ministerstvu zdravotnictví ČR (MZ) k přepracování.

Koordinaci aktivit na místní úrovni zajišťuje síť 14 krajských koordinátorů, kteří jsou klíčovými osobami při přenosu aktivit vyplývajících z národní strategie a informací na regionální a místní úroveň a zpět. Postavení koordinátorů, jejich kompetence a pracovní kapacita se mezi kraji výrazně liší. Kromě implementace národní protidrogové politiky kraje v různé míře vytvářejí a realizují vlastní strategie a plány protidrogových opatření. Přes přetrvávající různorodost jejich přístupů v řadě dílčích aspektů dochází stále více k harmonizaci jejich politik a k zavádění osvědčené praxe a zkušeností z jiných krajů. K tomu přispívá i nepřetržitá spolupráce krajských koordinátorů se sekretariátem RVKPP, který koordinuje realizaci aktivit protidrogové politiky na mezinárodní, národní a krajské úrovni.

V rámci projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji byla v r. 2003 provedena analýza systému koordinace protidrogové politiky. Byl popsán a analyzován stav regionální koordinace protidrogové politiky v ČR před zánikem okresů a vznikem krajů. Autoři se pokusili o zpřesnění náplně práce krajského protidrogového koordinátora a navrhli dva možné modely jeho zařazení do organizační struktury krajského úřadu. Dále se autoři věnují systému koordinace krajské protidrogové politiky na vertikální a horizontální úrovni (Miovský et al. 2003).

1.3 Rozpočty a financování

Financování protidrogové politiky bylo v r. 2003, stejně jako v letech minulých, realizováno na dvou úrovních, centrální a místní. RVKPP financovala projekty na místní úrovni v r. 2003 prostřednictvím resortů MZ, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT), Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV). Další resorty, které měly v r. 2003 ve svém rozpočtu výdaje na protidrogovou politiku, jsou Ministerstvo financí ČR (MF), resp. Generální ředitelství cel (GŘC), MS a Ministerstvo obrany ČR (MO). MV nemá ve svém rozpočtu výdaje na protidrogovou politiku, ale v rámci Programu sociální prevence a prevence kriminality podporuje také aktivity nespecifické primární prevence drogových závislostí.

Není možné vyčíslit výdaje, které plynou na řešení problémů spojených s užíváním drog ze státního rozpočtu mimo výdajů na protidrogovou politiku či z jiných zdrojů (např. ze systému zdravotního pojištění). Dotace na místní úrovni pocházejí z krajských rozpočtů, objem z obecních rozpočtů není možno současnými zdroji identifikovat.

Přes přetrvávající problémy ve včasnosti zasílaných dotací ze státního rozpočtu se podařilo udržet stávající síť služeb. Vláda na tyto problémy zareagovala a od r. 2004 budou dotace RVKPP přidělovány Úřadem vlády ČR, což by mělo vést ke zmenšení časového skluzu.

Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu ČR a z rozpočtu krajů v r. 2003 uvádí tabulka 1-2, tabulka 1-3 a mapa 1-1.

tabulka 1-2: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2003 ze státního a krajských rozpočtů podle typu výdajů (tis. Kč)

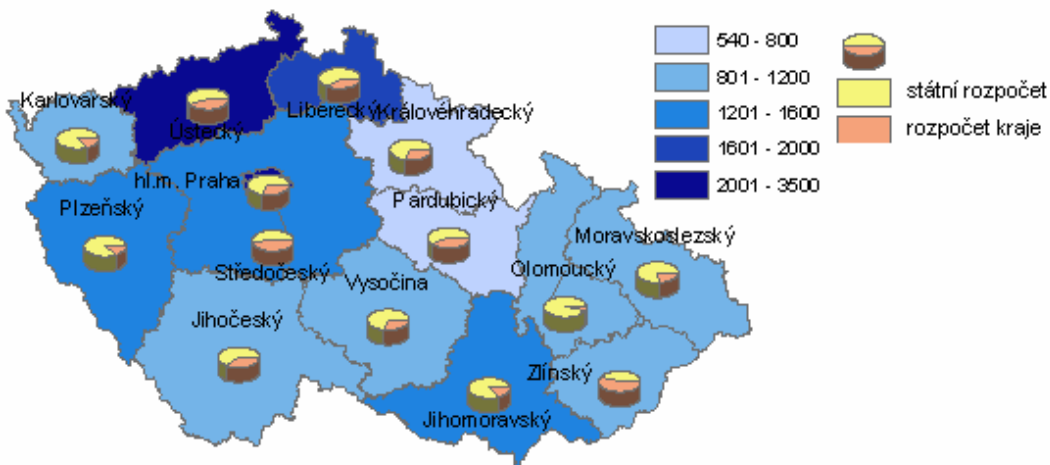
Typ výdajů	VPS cestou RVKPP	Rozpočty krajů	MZ	MŠMT	MPSV	MF-GŘC	MS	MO	NPC	Celkem
Neinvestiční výdaje	103 851	48 082	14 071	9 338	44 281	1 693	9 081	4 693	n.a.	235 090
Investiční výdaje	0	0	7 975	0	0	20 865	4 999	0	n.a.	33 839
Celkem	103 851	48 082	22 046	9 338	44 281	22 558	14 080	4 693	96 230	365 159

tabulka 1-3: Čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu a z rozpočtu krajů v r. 2003 podle resortů a krajů* (tis. Kč)

Kraje	VPS cestou RVKPP	MZ	MŠMT	MPSV	MF-GŘC	MS	MO	NPC	Celkem státní rozpočet	Rozpočty krajů	Celkem
PHA	26 171	n.a.	600	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	26 771	12 466	39 237
STC	7 251	n.a.	1 045	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	8 296	8 000	16 296
JHC	4 018	n.a.	441	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4 459	2 805	7 264
PLK	6 082	n.a.	368	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	6 450	1 000	7 450
KVK	2 480	n.a.	213	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2 693	500	3 193
ULK	8 869	n.a.	551	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	9 420	7 540	16 960
LBK	4 170	n.a.	279	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4 449	2 730	7 179
HKK	1 628	n.a.	387	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2 015	945	2 960
PAK	1 693	n.a.	342	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2 035	1 500	3 535
VYS	3 883	n.a.	396	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4 279	1 800	6 079
JHM	10 937	n.a.	754	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	11 691	2 000	13 691
OLK	5 456	n.a.	444	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	5 900	306	6 206
ZLK	2 402	n.a.	407	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2 809	3 490	6 299
MSK	9 083	n.a.	894	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	9 977	3 000	12 977
Celkem s krajským určením	94 123	n.a.	7 121	44 281	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	145 525	48 082	193 607
Projekty bez krajského rozlišení	9 728	n.a.	2 217	0	22 558	14 080	4 693	96 230	149 506	-	149 506
Celkem	103 851	22 046	9 338	44 281	22 558	14 080	4 693	96 230	317 077**	48 082	365 159

Pozn.: * zkratky uvedené v tabulce viz kapitola Zkratky, ** u prostředků MZ není možno rozlišit mezi projekty s krajským určením a bez krajského rozlišení, u prostředků MPSV není možno rozlišit kraj určení; proto je celkový součet prostředků ze státního rozpočtu o tyto prostředky vyšší než součet prostředků s krajským určením a bez krajského rozlišení, resp. součet prostředků určených jednotlivým krajům.

mapa 1-1: Čerpání finančních prostředků na protidrogovou politiku v krajích ČR v r. 2003 podle státního rozpočtu a rozpočtu krajů (v tis. Kč na 100 tis. obyv.)



Finanční prostředky na služby prevence a léčby uživatelů drog jsou vydávány diferencovaně a přiměřeně různým potřebám a podmínkám krajů ČR. Výše dotací na projekty významně koreluje s ukazateli užívání drog (Lejčková et al. 2004).

Částka 9 728 tis. Kč na programy věcně příslušných resortů a Úřadu vlády ČR z kapitoly VPS byla čerpána v následujícím členění - viz tabulka 1-4.

tabulka 1-4: Čerpání finančních prostředků z VPS na programy věcně příslušných resortů a Úřadu vlády ČR v r. 2003 (tis. Kč)

Resort	Účel	Čerpané prostředky
MZ	Zajištění činnosti Centrálního pracoviště drogové epidemiologie HS HMP	4 829
MŠMT	Projekt Ověření české modifikace zahraničních modulů v oblasti protidrogové prevence	330
Úřad vlády	Posuzování projektů RVKPP	110
	Překlady výročních zpráv, zahraničních právních textů o drogách, informací pro tvůrce politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech	542
	Projekt DDRSTP II – projekt byl v r. 2003 ukončen. Výstupem je publikace K. Kalina a kol. – Drogry a drogové závislosti – mezioborový přístup	251
	Projekt Phare 2000 – náklady na dokončení projektu Phare, náklady na práci českých odborníků – spoluúčast ČR	190
	Publikační činnost a informační činnost – např. publikace Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci, 10 otázek o drogách, na které se děti ptají, Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule, 7 čísel periodické publikace Zaostřeno na drogy, Vězeňství a nelegální drogy	865
	Monitorování a výzkum – drogový informační systém	2 611
	Celkem	4 569
Celkem	9 728	

Z kapitoly VPS bylo rozhodnutím RVKPP podpořeno celkem 148 programů na místní úrovni prostřednictvím MZ (49 projektů – 40 905 tis. Kč), MŠMT (25 projektů – 8 982 tis. Kč) a MPSV (74 projektů – 44 236 tis. Kč). Jednalo se o projekty především NNO v oblasti primární prevence, nízkoprahových služeb, ambulantní léčby, intenzivní ambulantní léčby, doléčování, terapeutických komunit a resocializace.

Finanční prostředky z rozpočtu MZ byly určeny k zabezpečení dostupnosti detoxifikačních pracovišť, ambulantních poradenských programů pro problémové uživatele drog, dlouhodobých léčebně resocializačních programů, programů zaměřených na minimalizaci zdravotních rizik mezi uživateli drog, k podpoře a rozšíření substitučních programů.

Prostředky z rozpočtu MŠMT byly poskytnuty formou transferů na realizaci Minimálního preventivního programu ve školách a školských zařízeních ve výši 7 121 tis. Kč a dále na projekty nadregionálního a celorepublikového charakteru, jejichž předkladateli jsou zejména školy a školská zařízení zřizované MŠMT i ostatní školské subjekty, nestátní neziskové organizace a veřejné vysoké školy.

MPSV financovalo ze svého rozpočtu provoz kontaktních center, terapeutických komunit, doléčovacích a terénních programů pro uživatele drog.

Prostředky z rozpočtu MF byly přiděleny GŘC. Byly použity zejména na pořízení ochranných pomůcek a materiálu pro Skupinu operativního nasazení a na úhradu výdajů spojených s operativně pátrací činností, na nákup techniky pro pořizování obrazových a zvukových záznamů, nákup komponentů pro vybavení radiostanic, pořízení speciální kontrolní a detekční techniky a 16ti vozidel různých kategorií.

Z rozpočtu MS byly financovány výdaje Vězeňské služby ČR (13 808 tis. Kč) a Justiční akademie (272 tis. Kč). Ve vězeňské službě se jednalo o realizaci protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody. Justiční akademií byly realizovány specializované semináře.

Z rozpočtu MO byly financovány následující aktivity a projekty: laboratorní monitorování zneužívání návykových látek u příslušníků armády, monitorování užívání drog v armádě, činnost drogových informačních systémů, projekt diagnostiky sociálně patologických jevů a vzdělávací aktivity.

Z rozpočtu Policie ČR byla zabezpečena částkou 96 230 Kč činnost Národní protidrogové centrály (NPC).

V rámci programu prevence kriminality MV byly financovány projekty nespécifické primární prevence drogových závislostí na místní úrovni z oblasti volnočasových aktivit (sportovní, zájmová a vzdělávací činnost), klubové a

osvětové činnosti (pořádání preventivních bloků s dětmi na základních školách, informačních seminářů pro učitele, poradenství a terapeutická práce s rodiči a dětmi), krizová a poradenská zařízení zaměřená na protidrogovou prevenci, linky důvěry a pouliční sociální práce (streetwork). Mezi priority vyhlášené k realizaci programů prevence kriminality na místní úrovni patří i podpora primární prevence v oblasti užívání návykových látek. Zpětně nelze dohledat, které projekty se věnovaly specifické protidrogové prevenci, nejsou tedy do výdajů na programy protidrogové politiky zahrnuty. Celkově MV v r. 2003 podpořilo 266 sociálních projektů částkou 15 090 000 Kč.

Srovnání prostředků na realizaci protidrogové politiky v r. 2002 a 2003 – viz tabulka 1-5.

tabulka 1-5: Čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu a z rozpočtu krajů v r. 2002 a 2003 podle krajů* (tis. Kč)

Kraje	Státní rozpočet			Rozpočty krajů			Celkem		
	2002**	2003	Změna v l. 2002 -2003 (%)	2002	2003	Změna v l. 2002 -2003 (%)	2002**	2003	Změna v l. 2002 -2003 (%)
PHA	31 707	26 771	-16	12 700	12 466	-2	44 407	39 237	-12
STC	4 231	8 296	96	3 510	8 000	128	7 741	16 296	111
JHC	3 901	4 459	14	2 913	2 805	-4	6 814	7 264	7
PLK	5 612	6 450	15	0	1 000	-	5 612	7 450	33
KVK	2 666	2 693	1	96	500	421	2 762	3 193	16
ULK	8 574	9 420	10	1 435	7 540	425	10 009	16 960	69
LBK	1 379	4 449	223	0	2 730	-	1 379	7 179	421
HKK	1 466	2 015	37	738	945	28	2 204	2 960	34
PAK	1 533	2 035	33	1 500	1 500	0	3 033	3 535	17
VYS	3 663	4 279	17	0	1 800	-	3 663	6 079	66
JHM	10 708	11 691	9	3 000	2 000	-33	13 708	13 691	0
OLK	5 660	5 900	4	80	306	283	5 740	6 206	8
ZLK	2 728	2 809	3	1 096	3 490	218	3 824	6 299	65
MSK	8 269	9 977	21	2 269	3 000	32	10 538	12 977	23
Celkem s krajským určením	127 251	145 525	14	29 337	48 082	64	156 588	193 607	24
Projekty bez krajského rozlišení	50 389	149 506	197	-	-	-	50 389	149 506	197
Celkem	203 384***	317 077***	56**	29 337	48 082	64	232 721	365 159	57

Pozn.: * názvy krajů viz kapitola Zkratky, ** v r. 2002 nejsou započítány výdaje NPC, *** u prostředků MZ není možno rozlišit mezi projekty s krajským určením a bez krajského rozlišení, u prostředků MPSV není možno rozlišit kraj určení; proto je celkový součet prostředků ze státního rozpočtu o tyto prostředky vyšší než součet prostředků s krajským určením a bez krajského rozlišení, resp. součet prostředků určených jednotlivým krajům.

1.4 Sociální a kulturní kontext protidrogové politiky

V r. 2003 nedošlo v ČR k výraznému posunu ve vnímání problému užívání drog ani k výraznějším sociálním, ekonomickým či politickým změnám. Ve společnosti stále přetrvává historicky a kulturně podmíněná vysoká tolerance vůči užívání legálních drog, zejména alkoholu. Reklama na tabák a alkohol byla značně rozšířena. Prodej nepodléhá v ČR licencím. Fyzická, sociální a ekonomická dostupnost alkoholu a tabáku i pro děti a mládež zůstávala velmi vysoká. Výzkumy dokládají i zvyšující se akceptaci užívání ilegálních drog v některých skupinách mladých lidí (Csémy et al. 2003). Mezi 14 českými kraji existují výrazné rozdíly ve výskytu rizikových sociálních, zdravotních a environmentálních faktorů, jež korespondují s postoji a mírou užívání ilegálních drog (Lejčková et al. 2004). Legislativní prostředí pro realizaci protidrogové politiky je nevyhovující, neboť se opírá o zákon přijatý ještě komunistickým režimem v r. 1989⁵.

⁵ Zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniami, ve znění pozdějších předpisů.

1.4.1 Diskuse a iniciativy v parlamentu a občanské společnosti

Žádná z parlamentních politických stran, včetně opozičních, nezaujala k drogové politice jednotný postoj. V politické diskusi převládala rétorika posouvající debatu do zjednodušujících rovin. Politici si tvořili postoje k problému drog spíše na základě osobních názorů, než na základě „stranické disciplíny“ či výzkumů. To se odrazilo při projednávání novelizace trestního zákona ve vládě i při parlamentní diskusi o vládním návrhu zákona o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a návykovými látkami (Poslanecká sněmovna, 2003). V prvním případě šlo o legislativní rozdělení drog podle zdravotní a společenské nebezpečnosti na základě usnesení vlády ČR č. 1777/2001, přijatého v souvislosti se studií analýzy dopadů nové drogové legislativy platné od r. 1999 (Zábranský et al. 2001). Řada vládních politiků se však od tohoto návrhu v médiích distancovala. Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR byl návrh předložen v r. 2004 - viz též kapitola Návrh rekonstrukce trestního zákona, str. 4. Ve druhém případě předložila vláda sněmovně návrh zákona, jehož cílem bylo ukotvit současný institucionální a organizační rámec drogové politiky, definovat nové typy služeb a snížit dostupnost legálních drog. Parlamentní diskuse k němu se omezila na výměnu názorů, zda volit více či méně restriktivní protidrogovou politiku a návrh byl vrácen MZ k přepracování.

Asociace nestátních organizací zabývající se prevencí a léčbou drogových závislostí (A.N.O.), zastřešující nestátní organizace a hájící jejich zájmy, působila v r. 2003 v obdobném rozsahu jako v r. 2002; byla založena Sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně (SNN ČLS JEP), sdružující odborníky v oblasti závislostí, pořádala jako každoročně odbornou konferenci (AT konference), jež však zůstává mimo zájem médií a širší veřejnosti. Z rámce běžných aktivit občanské společnosti vybočovaly v r. 2003 tři aktivity. První byl happening Million Marijuana March, konaný již popáté, tentokrát ve 4 městech. Akce se v Praze zúčastnilo cca 1 500 osob (v dalších městech desítky až stovky osob). Její organizátoři požadovali, „aby si lidé mohli svobodně vypěstovat několik rostlin marihuany pro svoji osobní potřebu a kouřit beze strachu“ (zdroj: <http://legalizace.cz/>). Druhou akcí byl projekt tzv. Scientologické církve Řekni ne drogám – řekni ano životu, realizovaný od r. 2001, jímž se scientologové snaží získat zájem veřejnosti⁶. V rámci běhu a cyklomaratonu přes republiku scientologové distribuovali svoje materiály o účincích drog (včetně marihuany) a odpovídali na dotazy (zdroj: <http://www.scientologie.cz> a Monitor Úřadu vlády ČR). Proběhl roční pilotní projekt Ligy lidských práv na ochranu práv uživatelů drog, který byl ukončen v únoru 2004.

1.4.2 Média

Příspěvky na téma nelegálních drog a jejich užívání byly každodenně publikovány v tisku a poměrně často uváděny v televizních a rozhlasových pořadech. Bohatě bylo zpravodajsky pokryto i zveřejnění výročních zpráv EMCDDA a ČR. Celkem bylo v archivu Internet Media Monitoring (NEWTON INFORMATION TECHNOLOGY, s.r.o.) za r. 2003 nalezeno 5 434 příspěvků o drogové problematice, oproti 2 638 v r. 2002 (tzn. nárůst o 106 %). Informace široké veřejnosti i médiím od poloviny r. 2003 poskytuje i web www.drogy-info.cz, spravovaný NMS; obsahuje řadu článků, odborné publikace NMS a sekretariátu RVKPP a odkazy na více než 500 českých i zahraničních webů.

Oproti r. 2002 došlo v r. 2003 k významnému posunu v přístupu médií k drogové problematice – byla publikována řada článků, založených na názorech odborníků a na faktech. Katedra psychologie FF UP v Olomouci ve spolupráci s NMS a AV ČR provedla výzkum o způsobech, jak média informují o uživatelích konopných látek. Podle výzkumu jsou ve většině článků zveřejněny zdroje informací a články jsou psány vyváženě, i když více než 4x převažují negativně laděné. V 16 nejčastěji publikujících médiích se vyskytuje průměrně 18,7 % článků s jiným, než neutrálním obsahem, což naznačuje přitažlivost tématu konopných látek a snahu učinit díky nim zpravodajská témata atraktivnější (Sivek et al. 2004).

V souvislosti s vládou připravovaným návrhem rozdělení drog a rozlišení postihu za jejich držení probíhala po celý rok široká mediální debata. Dalšími významnými publikovanými tématy byly testování žáků a studentů na přítomnost drog v moči ve školách, rizika užívání marihuany, obsah THC v ní (sporadicky i možnost jejího léčebného využití) a předepisování léku Subutex (buprenorfin). Započala i mediální diskuse o testování tablet extáze.

⁶ Scientologická církev v ČR není registrována jako náboženská společnost (působí zřejmě jako občanské sdružení) a podle odborníků i státu (MŠMT) nespĺňuje kritéria pro působení v prevenci; přesto účastníky akce přijali představitelé některých měst a obcí, („Pardubičtí radní přijali cyklisty - aktivisty scientologické církve“, Mladá fronta DNES 3.9.2003).

Média tak plnila úlohu zprostředkovatele informací pro širokou veřejnost a v některých případech i roli „hlídacího psa demokracie“, když publikovala kritické názory, založené na faktech. Změnu v jejich přístupu k drogové problematice lze přičíst i úsilí pracovníků NMS a sekretariátu RVKPP, kteří realizují aktivní mediální politiku.

Postoje veřejnosti - viz kapitola Postoje společnosti vůči drogám a jejich uživatelům, str. 16.

2 Užívání drog v populaci

Situace v oblasti užívání drog v populaci v r. 2003 nezaznamenala oproti předchozím rokům žádnou významnou změnu. V loňském roce bylo realizováno několik průzkumů zaměřených na užívání drog mezi středoškolskými a vysokoškolskými studenty, na taneční scéně a ve vybraných specifických skupinách populace. Výsledky těchto průzkumů pouze potvrdily nastartovaný trend diferenciací na drogové scéně – na jedné straně roste experimentování a rekreační užívání konopných látek a extáze, stejně jako tolerance k užívání těchto látek, a na straně druhé dochází ke stagnaci nebo poklesu užívání drog se závažnějšími zdravotními a sociálními důsledky.

2.1 Užívání drog v obecné populaci

V r. 2003 nebyl v ČR realizován žádný celopopulační průzkum zaměřený na problematiku užívání drog. Poslední průzkumy z r. 2002 uvádějí, že alespoň jednu zkušenost s užitím nelegální drogy má téměř 20 % populace ve věku 15 – 64 let, tedy přibližně 1,5 milionu osob (Mravčík et al. 2003).

2.2 Užívání drog ve školní populaci

ČR se v r. 2003 již potřetí zapojila do mezinárodního průzkumu ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách). K mezinárodnímu průzkumu byla zároveň připojena Národní studie o užívání drog, která umožňuje také srovnání rozsahu užívání drog mezi šestnáctiletými studenty podle jednotlivých krajů ČR. Do mezinárodní části se zapojilo celkem 3 172 studentů ve věku 15 – 16 let; do národní studie pak téměř 15 000 studentů ve věku 15 – 18 let.

Podle průzkumu ESPAD alespoň jednou v životě užilo některou z nelegálních drog 43,8 % studentů, nejčastěji se jednalo o marihuanu nebo hašiš (43,6 %), extázi (8,3 %) a LSD nebo jiné halucinogeny (5,6 %) (Csémy et al. 2003). Varující je vysoká prevalence užití těkavých látek (9 %) a sedativ (11,1 %). Nepříznivým jevem je také častá kombinace marihuany s alkoholem (30,8 %). Zatímco užívání marihuany je rozšířenější mezi chlapci, u ostatních drog jsou zkušenosti podle pohlaví víceméně vyrovnané, v případě heroínu a pervitinu je dokonce celoživotní prevalence u dívek vyšší než u chlapců (tabulka 2-1).

tabulka 2-1: Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog ve věku 15 – 16 let v r. 2003 (v %) (Csémy et al. 2003)

Droga	Celkem	Chlapci	Dívky
Konopné látky	43,6	47,8	40,0
Extáze	8,3	8,2	8,4
LSD, halucinogeny	5,6	5,9	5,3
Stimulancia	4,2	3,2	5,1
Opiáty	2,4	1,8	2,9
Sedativa	11,1	7,6	13,8
Těkavé látky	9,0	9,2	8,8
Anabolika	1,1	1,9	0,5
Injekční užití	0,6	0,5	0,6

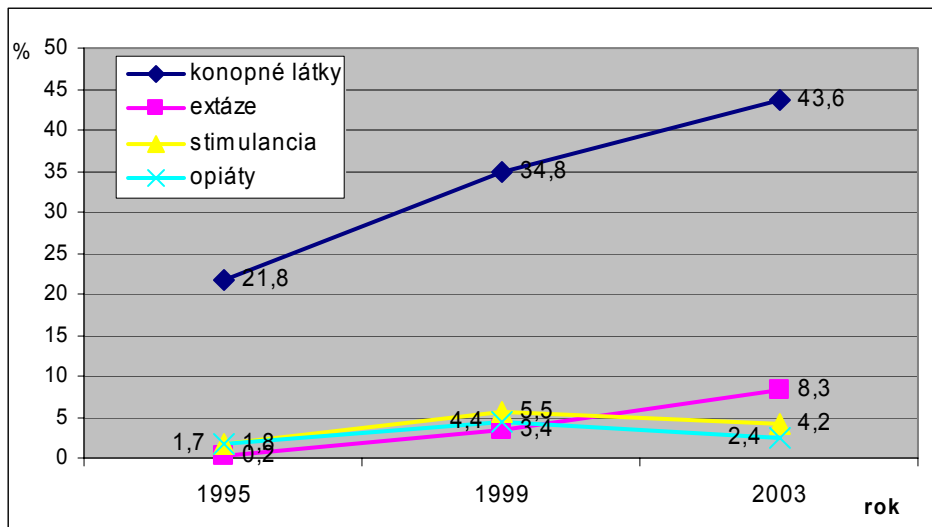
V posledních 12 měsících užilo konopné látky celkem 35,7 % respondentů, extázi 5,0 %, LSD 3,0 %, stimulancia 3,0 %, opiáty 1,3 % a těkavé látky 4,3 %. Mezi pravidelné uživatele marihuany (užili konopné látky více než 5krát v posledních 12 měsících) patří 16,6 % dotázaných. V posledních 30 dnech je významná jen prevalence užití konopných látek, a to jak samostatně (19,2 %), tak v kombinaci s alkoholem (10,2 %). Užití ostatních nelegálních drog jen mírně převyšuje 1 % - viz tabulka 2-2.

tabulka 2-2: Prevalence užití vybraných látek v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech ve věku 15 - 16 let v r. 2003 (v %) (Csémy et al. 2003)

Droga	Prevalence v posledních 12 měsících	Prevalence v posledních 30 dnech
Konopné látky	35,7	19,2
Extáze	5,0	1,6
LSD, halucinogeny	3,0	1,0
Opiáty	1,3	0,4
Stimulancia	3,0	1,2
Těkové látky	4,3	1,3

Srovnání výsledků průzkumu z r. 2003 s předchozími studii (1995 a 1999) ukázalo, že zatímco ve druhé polovině 90. let došlo k nárůstu prevalence užívání u všech typů drog, od r. 1999 se situace v oblasti užívání diferencovala. Na jedné straně došlo k dalšímu nárůstu prevalence užívání konopných látek a extáze, na straně druhé došlo k poklesu prevalence u drog se závažnějšími zdravotními a sociálními důsledky – viz obrázek 2-1.

obrázek 2-1: Vývoj celoživotní prevalence u vybraných drog ve věku 15 – 16 let (v %) (Csémy et al. 2003)



Národní studie o užívání drog (NASUD) umožňuje srovnání situace v jednotlivých krajích ČR. Ze studie vyplývá, že existují výrazné rozdíly v rozsahu užívání drog podle krajů; meziregionální rozdíly existují také podle druhu drogy. Signifikantní rozdíly byly zaznamenány u marihuany, extáze a pervitinu. Mezi exponované regiony patří Ústecký kraj a hl. m. Praha, následují kraje Jihomoravský a Moravskoslezský – viz mapa 2-1 a mapa 2-2. Ve srovnání s předchozími studii se však ukazuje, že rozdíly mezi regiony se postupně zmenšují a dostupnost drog v jednotlivých krajích se vyrovnává (Csémy et al. 2004b).

mapa 2-1: Celoživotní prevalence užívání marihuany podle krajů ČR ve věku 15 – 16 let v r. 2003 (v %) (Csémy et al. 2004b)



mapa 2-2: Celoživotní prevalence užívání extáze podle krajů ČR ve věku 15 – 16 let v r. 2003 (v %) (Csémy et al. 2004b)



2.3 Užívání drog a mladí lidé

Kromě mezinárodní studie ESPAD byly v r. 2003 realizovány další studie zaměřené na užívání drog mezi mladými lidmi v ČR: průzkum Alkohol a jiné drogy ve vysokoškolské populaci a průzkumy Tanec a drogy 03 a Užívání drog a zdravotní následky na tanečních akcích.

2.3.1 Užívání drog mezi studenty vysokých škol

Průzkum Alkohol a jiné drogy ve vysokoškolské populaci byl zaměřen na rozsah, kontext a rizika užívání alkoholu a jiných drog; zapojilo se do něj celkem 904 studentů 5 pražských vysokých škol. Analýza ukázala, že denně kouří tabák téměř 14 % studentů a více než polovina pije alkohol nejméně jednou týdně. Časté pití nadměrných dávek, tedy pití 5 a více sklenic alkoholu více než 3krát v posledním měsíci, uvádí 11,5 % studentů (22,5 % mužů a 3,6 % žen) (Csémy et al. 2004a). Marihuanu podle průzkumu užilo v životě 48,1 % studentů, LSD 9 % a extázi 7,5 %. Mezi pravidelné uživatele marihuany (více než 5krát v posledním roce) patří 16,7 % vysokoškoláků. Užívání všech sledovaných drog je více rozšířené mezi muži – viz tabulka 2-3.

tabulka 2-3: Prevalence užívání návykových látek mezi studenty pražských vysokých škol v r. 2003 (v %) (Csémy et al. 2004a)

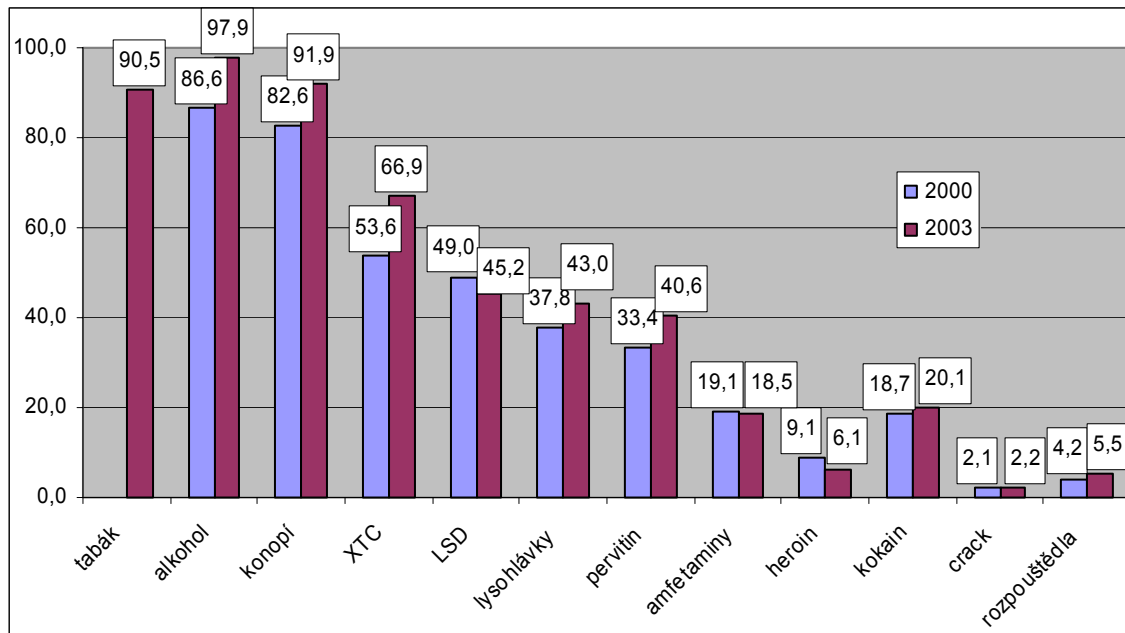
Droga	Celoživotní prevalence			Prevalence v posledních 12 měsících		
	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy
Marihuana	48,1	55,0	43,2	32,8	40,9	27,1
Marihuana více než 5krát	33,6	41,3	28,1	16,7	23,7	11,7
Pervitin	5,5	7,7	4,0	0,7	1,2	0,0
Pervitin více než 5krát	2,6	4,2	1,5	0,5	0,6	0,0
Heroin	2,3	4,1	1,0	0,0	0,6	0,0
Heroin více než 5krát	0,6	1,5	0,0	0,0	0,6	0,0
LSD	9,0	13,0	6,0	3,1	5,3	1,5
LSD více než 5krát	3,5	6,1	1,7	1,4	2,6	0,0
Extáze	7,5	10,3	5,5	4,5	5,6	3,6
Extáze více než 5krát	3,1	5,3	1,5	0,7	1,2	0,0

2.3.2 Průzkumy na taneční scéně

Průzkum Tanec a drogy 03 byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření na webových stránkách spravovaných NMS www.drogy-info.cz a na festivalech taneční hudby v létě 2003. Průzkum navazoval na obdobné šetření z r. 2000 (Semtex Dance 2000); je tedy možné sledovat trendy v užívání drog na taneční scéně. Dotazník byl zaměřen na konzumaci legálních i nelegálních drog, kontext konzumace a akceptovatelnost drog. Téměř 2/3 z 1 652 dotázaných tvořili muži, 98 % respondentů bylo ve věku 15 – 30 let (Kubů and Csémy, 2004).

Prevalence užívání nelegálních drog mezi návštěvníky tanečních akcí je výrazně vyšší oproti obecné populaci; roli zde ovšem hraje také věk respondentů. Konopné látky alespoň jednou v životě užilo 91,9 %, extázi 66,9 %, LSD 45,2 %, pervitin 40,6 % (jiné amfetaminy 18,5 %) a kokain 20,1 % (Kubů and Csémy, 2004). Jak ukazuje obrázek 2-2, od r. 2000 se zvýšila prevalence užívání všech nelegálních drog s výjimkou LSD, amfetaminů a heroinu.

obrázek 2-2: Celoživotní prevalence užívání vybraných návykových látek mezi účastníky tanečních akcí v l. 2000 a 2003 (v %) (Kubů and Csémy, 2004)



Vysoká je i prevalence užívání nelegálních drog v posledních 12 měsících. Konopné látky užilo 84,4 %, extázi 54 %, LSD 23 %, pervitin 25 % a kokain 12 % návštěvníků tanečních akcí (Kubů and Csémy, 2004). Podle průzkumu je mezi účastníky nejméně akceptovatelné užívání heroinu a těkavých látek (75 % dotázaných) a

pervitinu (40 %). Užívání alkoholu, tabáku a konopných látek neakceptují jen 3 % respondentů. Ve srovnání s rokem 2000 se zvýšila tolerance užívání všech sledovaných návykových látek.

Obdobné výsledky poskytuje i průzkum Uživatelé tanečních drog realizovaný mezi návštěvníky tanečních akcí, kteří si nechali testovat tabletu extáze. Do tohoto průzkumu se zapojilo v r. 2003 celkem 468 účastníků tanečních akcí ve věku 15 – 34 let; většina z nich byla ve věku 15 – 24 let (průměrný věk dosahoval 20,3 let). Celoživotní prevalenci a opakované užití vybraných látek ukazuje tabulka 2-4. Podle průzkumu zkusilo marihuanu a extázi více než 90 % návštěvníků akcí, více než 50 % z nich má zkušenost s pervitinem a halucinogeny. Třikrát a častěji užilo v posledních 30 dnech marihuanu více než 50 % dotázaných, téměř 27 % z nich extázi a 16 % pervitin (Mravčík and Valnoha, 2004).

tabulka 2-4: Celoživotní prevalence užití vybraných látek a opakované užití v posledních 30 dnech mezi návštěvníky tanečních akcí, kteří si otestovali tabletu extáze, v r. 2003 (v %) (Mravčík and Valnoha, 2004)

Droga	Celoživotní prevalence (v %)	Užití 3krát a častěji v posl. 30 dnech (v %)
Extáze	90,4	26,7
Marihuana	91,2	55,1
Pervitin	53,0	15,6
Heroin	7,7	1,5
Kokain	17,5	2,1
Halucinogeny	51,7	8,8
Toluen	0,2	-

Průzkum sledoval také zdravotní potíže návštěvníků tanečních akcí - viz kapitola Další zdravotní důsledky, str. 43.

2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace

V r. 2003 pokračoval projekt CASRI zaměřený na monitorování užívání drog a rizikové faktory chování vojáků na počátku základní služby. Během let 2002 a 2003 bylo dotázáno téměř 13 900 mužů ve věku 19 – 33 let (75 % z nich bylo ve věku 19 – 23 let). Kromě konzumace drog bylo sledováno pití alkoholu a kouření tabáku, sexuální chování, gambling a šikana. Dotazníkové šetření bylo realizováno v průběhu 10 dnů po nástupu na vojenskou službu; užívání drog a ostatní sledované aspekty chování se vztahují k době před nástupem na vojnu. Nejčastějšími užitými drogami byly marihuana a hašiš, halucinogenní houby, extáze, LSD a pervitin. Celkem uvedlo zkušenost s jakoukoliv z těchto nelegálních drog více než 60 % dotázaných mužů ve věku 19 – 21 let (CASRI, 2003).

V r. 2003 pokračovaly také další projekty sledující situaci v oblasti užívání drog v národnostních menšinách, konkrétně v romské komunitě. Jednalo se o Program podpory terénních sociálních pracovníků realizovaný Kancelářím Rady vlády pro záležitosti romské komunity a projekty Společnosti Hvězda Romský terén a Baterie. Blíže se těmito projekty zabývá kapitola Sociální souvislosti a důsledky užívání drog, str. 46.

2.5 Postoje společnosti vůči drogám a jejich uživatelům

V r. 2003 bylo možné sledovat názorový vývoj v postojích společnosti zejména vůči marihuaně. Oproti r. 2002 se mírně zvýšil počet osob, jež by souhlasily s uvolněním přístupu k jejímu užívání (17 %), ve vztahu k řešení problému drog převládají zastánci (45 %)⁷ tvrdšího postihu (Psychiatrické centrum Praha, 2003). Kdyby se zvažovala legalizace marihuany, bylo by pro zhruba 26 %, proti 62 % obyvatel⁸ (GfK Praha, 2003). Z výzkumu Sociologického ústavu AV ČR (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2003) zaměřeného na toleranci ve společnosti vůči různým skupinám osob vyplývá, že nejvíce odmítání jsou těžcí alkoholici (86 %), následováni lidmi užívajícími drogy (85 %), Romy (79 %) a lidmi s kriminální minulostí (78 %)⁹. Tyto lidi by většina společnosti nechtěla mít za sousedy. Lidé posuzovali také toleranci celé společnosti ke stejným skupinám obyvatel. Podle dotázaných je společnost nejméně tolerantní k těžkým alkoholikům, Romům, lidem s kriminální minulostí a lidem užívajícím drogy (tabulka 2-5).

⁷ n = 2 526 respondentů, věk 18 - 64 let.

⁸ Reprezentativní výzkum mezi 1 000 náhodně vybraných respondentů z celé ČR ve věku 15 – 79 let.

⁹ Semi-reprezentativní výzkum mezi 1 110 respondentů v ČR ve věku od 15 let, realizovaný Centrem pro výzkum veřejného mínění v rámci výzkumu „Naše společnost 2003“.

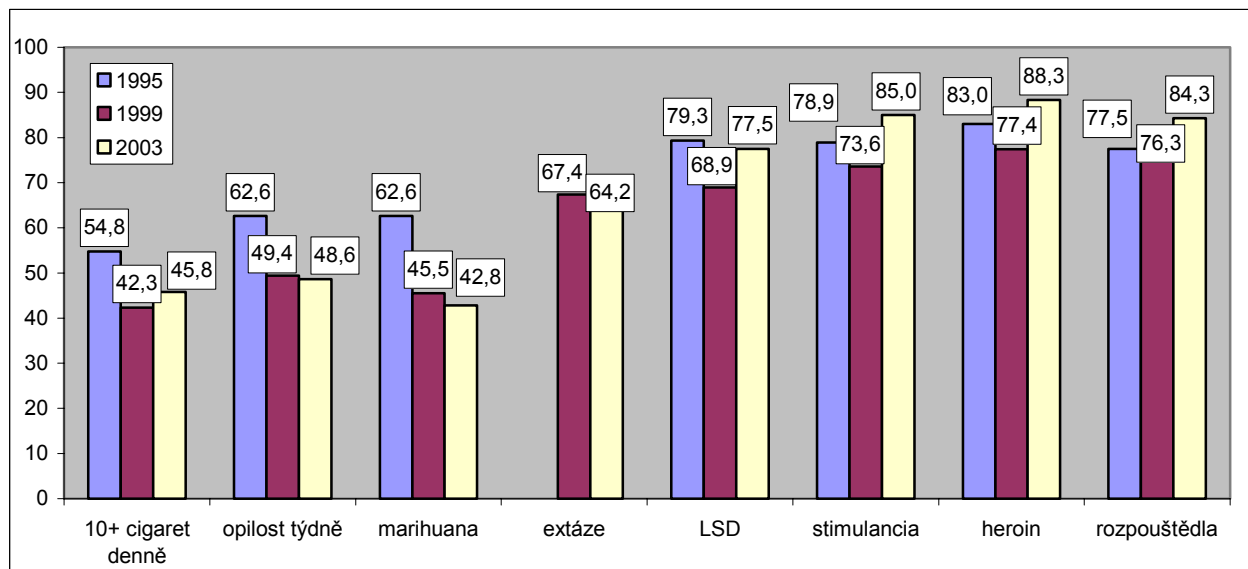
tabulka 2-5: Tolerance veřejnosti ke skupinám obyvatel, v % odpovědí „spíše ne“ a „rozhodně ne“ tolerantní v r. 2003 (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2003)

K těžkým alkoholikům	79
K Romům	76
K lidem s kriminální minulostí	75
K lidem užívajícím drogy	74
K homosexuálům	52
K lidem jiné barvy pleti	46
K cizincům žijícím v ČR	38

V rámci výzkumu¹⁰ názorů občanů na bezpečnostní situaci ve městech, dlouhodobě zařazených do Komplexního součinnostního programu prevence kriminality (Holas and Večerka, 2003) bylo zjištěno, že 40 % osob by nevadilo, kdyby poblíž jejich bydliště bylo vybudováno K-centrum (zatímco např. ubytovna pro uprchlíky by nevadila pouhým 15 % osob).

Průzkum ESPAD sleduje kromě prevalence užívání drog mezi studenty také jejich postoje a toleranci k užívání návykových látek. Nejvíce tolerantní jsou šestnáctiletí ke kouření cigaret a pití alkoholu. Užívání marihuany odsuzuje 43 % dotázaných, zatímco užívání extáze 63 %, užívání LSD 78 %, stimulantů 85 % a heroinu dokonce téměř 89 % studentů (Csémy et al. 2003). Oproti r. 1999 došlo k mírnému zvýšení tolerance u alkoholu, marihuany a extáze, naopak užívání více rizikových drog odsuzuje vyšší procento šestnáctiletých (obrázek 2-3).

obrázek 2-3: Podíl 16letých, kteří odsuzují nebo silně odsuzují užívání návykových látek, v l. 1995 - 2003 (v %) (Csémy et al. 2003)



3 Prevence

Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004 je tvořena 4 pilíři protidrogové politiky. Jedním z pilířů je primární prevence, která si klade za cíl zastavit nárůst užívání drog výchovou ke zdravému životnímu stylu, poskytováním informací, posilováním osobní odpovědnosti za kvalitu svého života, podporou sebevědomí, nabídkou pozitivních vzorů a alternativ.

¹⁰ Terénní sběr dat v říjnu a listopadu 2002 ve městech Břeclav, Česká Lípa, Karlovy vary, Karviná, Kopřivnice, Liberec, Most, Nový Jičín, Pardubice, Písek, Příbram, Teplice; celkem 6 235 respondentů. Brno provedlo totožný výzkum na vlastní náklady.

Efektivita specifických primárně preventivních programů je závislá na celkovém nastavení společnosti vůči danému negativnímu sociálnímu či zdravotnímu jevu, nastavením účinných legislativních a ekonomických mechanismů, nabídkou volnočasových aktivit, které sníží míru expozice rizikovým faktorům a situacím¹¹.

Na základě usnesení vlády ČR č. 549/2003 zahájila v r. 2003 svou činnost pracovní skupina MŠMT Primární prevence složená ze zástupců MŠMT, MZ, MPSV, MV, MO, sekretariátu RVKPP, krajských protidrogových koordinátorů, krajských školních metodiků prevence, okresních metodiků preventivních aktivit a poskytovatelů preventivních programů; do konce r. 2003 se uskutečnila 4 jednání skupiny (červen, září, listopad, prosinec). Činnost skupiny byla zaměřena především na vymezení kompetencí a aktivit resortů v primární prevenci, přípravu standardů kvality programů primární prevence, zpracování terminologického slovníku a manuálu dobré praxe. Pracovní verze standardů kvality programů primární prevence byla již dokončena.

Výrazně pokročily práce na zpracování terminologického slovníku primární prevence, který vychází z Mezioborového glosáře pojmů z oblasti drog a drogových závislostí (Kalina et al. 2001). Byla zpracována pracovní verze slovníku, která je připravena do připomínkového řízení.

3.1 Školní programy

Školní programy prevence tvoří, stejně jako v uplynulém období, největší podíl z celkového množství preventivních aktivit. Základem ve školách a školských zařízeních nadále zůstává Minimální preventivní program. Systém školních preventivních programů odborně a metodicky zajišťují školní metodik prevence, okresní metodik preventivních aktivit a krajský školský metodik prevence.

- Školní metodik prevence (kmenový pedagog školy) koordinuje přípravu Minimálního preventivního programu a jeho zavádění ve škole nebo školském zařízení.
- Okresní metodik preventivních aktivit (zpravidla odborný pracovník místně příslušné pedagogicko-psychologické poradny, PPP) je garantem jednotlivých minimálních preventivních programů škol a školských zařízení v okrese, metodicky vede školní metodiky prevence, poskytuje přehled o obsahu a kvalitě aktivit státních i nestátních organizací, které s nabídkou svých aktivit vstupují do škol a školských zařízení, aktualizuje kontakty na dostupná krizová, poradenská a preventivní zařízení.
- Krajský školský metodik prevence (pracovník odboru školství krajského úřadu, KÚ) se podílí na vytváření a inovacích krajské koncepce a programu prevence ve spolupráci s krajským protidrogovým koordinátorem, krajskou protidrogovou komisí, manažery Komplexních součinnostních programů prevence kriminality a dalšími subjekty participujícími na prevenci v kraji, monitoruje situaci ve školách a školských zařízeních v okrese z hlediska podmínek pro realizaci Minimálního preventivního programu.

Na realizaci Minimálního preventivního programu prováděného školami, školskými zařízeními a místními NNO bylo v r. 2003 poukázáno prostřednictvím krajů 13 542 tis. Kč.

3.2 Mimoškolní programy

Mimoškolní programy primární prevence jsou realizovány zejména NNO a pedagogicko-psychologickými poradnami. Tyto programy jsou zaměřeny z hlediska rizikivosti cílových skupin do tří úrovní:

- Běžná populace – všeobecná primární prevence. Jedná se o cílovou skupinu běžné populace dětí, mládeže a dospělých, např. žáci II. stupně ZŠ, studenti SŠ, rodiče, pedagogové.
- Rizikové skupiny – selektivní primární prevence. Jedná se o skupiny, jež jsou ve zvýšené míře ohroženy rizikovými faktory pro vznik závislosti a jiných forem rizikového chování (např. žáci zvláštních škol, problémové třídy, střední zdravotnický personál, skupiny handicapovaných osob, mladí nezaměstnaní, sídlištní party).
- Rizikovní jedinci – indikovaná primární prevence. Jedná se o osoby ohrožené ve zvýšené míře rizikovými faktory pro vznik závislosti a jiných forem problémového nebo rizikového chování (např. děti nebo sourozenci závislých osob, děti s problematickým postavením ve skupině, osoby s poruchami chování).

Přehled programů financovaných RVKPP v r. 2003 a počty oslovených žáků, studentů a dospělých uvádí tabulka 3-1 a tabulka 3-2.

¹¹ Tyto nespécifické nástroje a aktivity se označují termínem „primordiální prevence“.

tabulka 3-1: Počet oslovených žáků a studentů v programech primární prevence realizovaných jinými subjekty ve školách z dotací RVKPP v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e)

Typ školy	Specializované programy primární prevence (19 programů)	Primárně preventivní aktivity v rámci jiných služeb (53 programů)	Celkem
MŠ	1 893	3	1 896
ZŠ	47 765	23 086	70 851
SŠ a SOU	17 298	16 369	33 667
VOŠ	1 455	795	2 250
VŠ	97	187	284
Celkem	68 508	40 440	108 948

V rámci mimoškolních aktivit primární prevence bylo v projektech dotovaných RVKPP v r. 2003 osloveno celkem 22 563 žáků a studentů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e).

tabulka 3-2: Počet oslovených dospělých v programech primární prevence v rámci projektů dotovaných RVKPP v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e)

Skupina	Specializované programy primární prevence (19 programů)	Primárně preventivní aktivity v rámci jiných služeb (53 programů)	Celkem
Rodiče	1 930	1 356	3 286
Pedagogové	1 041	1 258	2 299
Policisté	156	218	374
Jiné	1 184	2 025	3 209
Celkem	4 305	4 857	9 168

Preventivní aktivity realizuje také MV a Policie ČR¹². Při všech okresních policejních ředitelstvích pracují tzv. preventivně informační skupiny, Národní protidrogová centrála má speciální skupinu metodiky a prevence.

3.2.1 Testování moči žáků a prohledávání škol psy

V průběhu r. 2003 se v médiích opakovaně objevily zprávy o testování moči žáků přímo ve školách a prohledávání školních prostor za pomoci psů se speciálním výcvikem. Zprávy a vyjádření ředitelů škol mohly vést k domněnce, že jde o účinný způsob protidrogové prevence. V březnu 2003 se uskutečnila pracovní schůzka k tomuto tématu. Zástupci sekretariátu RVKPP, MŠ, MV, MZ a preventisté konstatovali, že se nejedná o vhodné a efektivní metody primárně preventivních aktivit. Vyjádření k této problematice bylo vydáno jako tisková zpráva (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003c).

3.3 Preventivní aktivity určené uživatelům tanečních drog

Preventivními aktivitami zaměřenými na populaci uživatelů tanečních drog se zabývají jednak poradenské webové stránky:

- Občanské sdružení Podané ruce (Brno) provozuje od r. 2000 internetovou on-line poradnu (<http://www.extc.cz/>), zaměřenou na problematiku užívání tanečních drog.
- Od r. 2002 funguje na webových stránkách Ústavu farmakologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Databáze tablet extáze užívaných v ČR s kvantitativní analýzou obsahu (<http://www.lf3.cuni.cz/drogy/>).

V r. 2003 poskytovalo 18 nízkoprahových zařízení informativní rozhovory a materiály (letáčky) o problémech spojených s konzumací tanečních drog přímo na tanečních akcích, 10 z nich nabízelo možnost orientačních kvalitativních testů tablet. Počet poskytnutí informace nebo poradenství v této oblasti dosáhl v r. 2003 téměř 5 tis., otestováno bylo 3 010 ks tablet (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e).

¹² Jedná se např. o projekty Ajaxův zápisník (http://www.mvcr.cz/2003/police/prevence/index_police.html), Učíme se s policií (<http://www.mvcr.cz/aktualit/regiony/hradec/prevence/ucspol.html>), Policie dětem (http://www.mvcr.cz/aktualit/regiony/brno/ppk_pdm.html), Malá policejní akademie (http://www.mvcr.cz/aktualit/regiony/ces_bud/mesto/akademie/projekt/projekt.html#cname).

4 Problémové užívání drog

Problémové užívání drog je v ČR definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů heroinu a drog amfetaminového typu.

U opiátů se jedná především o heroin, dále se na černém trhu nachází buprenorfin (Subutex); podomácku vyráběné opiáty z léků či z makovic máku setého jsou spíše (sezónní) výjimkou. Co se týče drog amfetaminového typu, je jejich užívání v ČR omezeno prakticky na metamfetamin - pervitin.

Počet problémových uživatelů drog se podle metody odhadu pohybuje v rozmezí 21 až 38 tisíc. Nejpravděpodobnější je počet kolem 30 tisíc, z toho cca 11 tisíc uživatelů heroinu, 19 tisíc uživatelů pervitinu, 29 tisíc injekčních uživatelů. V posledních letech dochází k odlivu problémových uživatelů opiátů do substituční léčby, zejména buprenorfinem (Subutexem), což se projevuje sestupným trendem v prevalenčních odhadech získaných na základě údajů z drogové léčby.

V kontaktu s léčebnými nebo nízkoprahovými zařízeními je cca 60 % problémových uživatelů. Podle údajů o léčených uživatelích drog¹³ lze konstatovat, že nejčastěji jsou léčeni problémoví uživatelé ve věku 22 až 26 let, poměr žen k mužům je cca 1 ke 2 (výjimku tvoří uživatelé léků, kde převažují ženy v opačném poměru). Poměr injekčních uživatelů na všech léčených se liší podle typu zařízení; od 50 % v ambulantní léčbě, přes 60 % v nízkoprahových zařízeních, po 80 – 90 % v rezidenční léčbě.

4.1 Odhady prevalence a incidence problémového užívání drog

V r. 2003 byly provedeny národní prevalenční odhady multiplikační metodou s použitím dat z nízkoprahových zařízení, metodou zpětného záchytu (capture-recapture method) a dále byl proveden odhad počtu problémových uživatelů opiátů za použití dotazníkové studie mezi praktickými lékaři.

Při multiplikační metodě byl jako základ pro výpočet použit počet problémových uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními extrapolovaný na celkový počet těchto zařízení v ČR. Multiplikátor (in-treatment rate), čili odhadovaný podíl problémových uživatelů v kontaktu s těmito zařízeními, byl získán nominační technikou pomocí zvláštního dotazníkového modulu v rámci studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog - viz kapitola Infekce spojené s užíváním drog, str. 38.

Studie metodou capture-recapture byla provedena jako třízdrojová za použití: (1) registru hospitalizovaných se základní diagnózou (ÚZIS), (2) se sekundární diagnózou F11, F15 a F19 (ÚZIS) a (3) registru hlášených nových případů virových hepatitid u injekčních uživatelů drog (EPIDAT). Odhad byl proveden pro r. 2001 a 2002¹⁴.

Prevalenční odhad problémových uživatelů pouze opiátů byl proveden pomocí dotazníkové studie mezi praktickými lékaři, která se týkala zkušeností, postojů a očekávání spojených s léčbou opiátovými agonisty v ordinacích praktických lékařů pro dospělé. Praktickým lékařům byly položeny 2 otázky, které sloužily pro provedení prevalenčního odhadu: (1) „Kolik máte registrovaných pacientů?“, (2) „Kolik z nich jsou injekční nebo dlouhodobí uživatelé heroinu nebo jiných opiátů?“¹⁵.

Přehled prevalenčních odhadů provedených v posledních 2 letech podává tabulka 4-1.

¹³ Registr žádostí o léčbu hygienické služby, registry ÚZIS (výkazy o ambulantní péči, povinná hlášení hospitalizací, registr substituční léčby), závěrečné zprávy dotovaných RVKPP.

¹⁴ Vzhledem k tomu, že žádný z použitých zdrojů není nezávislý, byl pro odhad problémového užívání použit saturovaný log-lineární model.

¹⁵ Zlomek $\Sigma(2) / \Sigma(1)$ potom udává prevalenci problémových uživatelů opiátů (v přepočtu na 1 000 dospělých osob ve věku nad 18 let).

tabulka 4-1: Přehled prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených v ČR v r. 2003 (zdroj dat: NMS)

Metoda*	Multiplikační metoda		Metoda capture - recapture		Dotazníková studie mezi praktickými lékaři
	2002	2003	2001	2002	
Rok, pro který je odhad proveden					
Počet problémových uživatelů celkem (relativně/1000 osob 15 – 64 let)	35 100 (4,9/1 000 15-64)	26 500 (3,6/1 000 15-64)	37 900 95% CI = 26 300 – 56 500 (5,3/1 000 15-64)	21 300 95% CI = 13 700 – 34 500 (3,0/1 000 15-64)	-
Počet uživatelů heroínu (relativně/1000 osob 15 – 64 let)	13 300 (1,8/1 000 15-64)	9 300 (1,3/1 000 15-64)	-	-	21 200 (2,6/1000 18+)
Počet uživatelů pervitinu v tis. (relativně/1000 osob 15 – 64 let)	21 800 (3,1/1 000 15-64)	17 200 (2,3/1 000 15-64)	-	-	-
Počet injekčních uživatelů (relativně/1000 osob 15 – 64 let)	31 800 (4,4/1 000 15-64)	26 000 (3,5/1 000 15-64)	-	-	-

Výsledky dvojnásobně vysokého odhadu uživatelů opiátů získaného z dotazníkového průzkumu mezi praktickými lékaři i přes metodologické výhrady (cca 10% response mezi praktickými lékaři, možná výběrová systematická chyba daná zvýšenou pravděpodobností response mezi lékaři se zkušeností s uživateli opiátů) naznačují, že odhady získané jinými metodami mohou počet uživatelů opiátů podhodnocovat. Zejména se jedná o pravděpodobný odliv uživatelů opiátů do substituční léčby. Jak data z nízkoprahových zařízení, která byla základem pro multiplikační metodu, tak data z léčby, která byla zdroji pro metodu capture-recapture, tento odliv dostatečně nereflektují, především nepokrývají léčbu buprenorfinem (Subutexem) ambulantními specializovanými zařízeními a praktickými lékaři. Stejně tak rozdíly v odhadech získaných metodou capture-recapture pro r. 2001 a 2002 jsou s velkou pravděpodobností dány dynamikou opiátové substituční léčby v ČR v posledních letech.

4.1.1 Injekční užívání drog

Podíl injekčních uživatelů na všech léčených problémových uživateli drog je v případě heroínu dlouhodobě necelých 90 % a v případě pervitinu kolem 80 % (Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2002; Polanecký et al. 2001) - viz obrázek 4-1, obrázek 4-2. Tyto údaje potvrzují čerstvá data z prevalenční studie VHC, kdy bylo nominační technikou zjištěno, že cca 90 % problémových uživatelů si aplikuje drogu injekčně (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004d). Mezi další injekčně užívané drogy patří v domácích laboratořích vyráběný „braun“¹⁶, jehož užívání od 90. let minulého století klesá. Objevují se i zprávy o injekční aplikaci rozdrcených a vodou ředěných tablet Alnagonu¹⁷, Rohypnolu¹⁸ či jiných. Aktuální otázkou je ilegální injekční užívání tablet substitučního přípravku Subutex obsahujícího buprenorfin (Větrovec, 2003).

4.1.1.1 Rizikové chování injekčních uživatelů drog

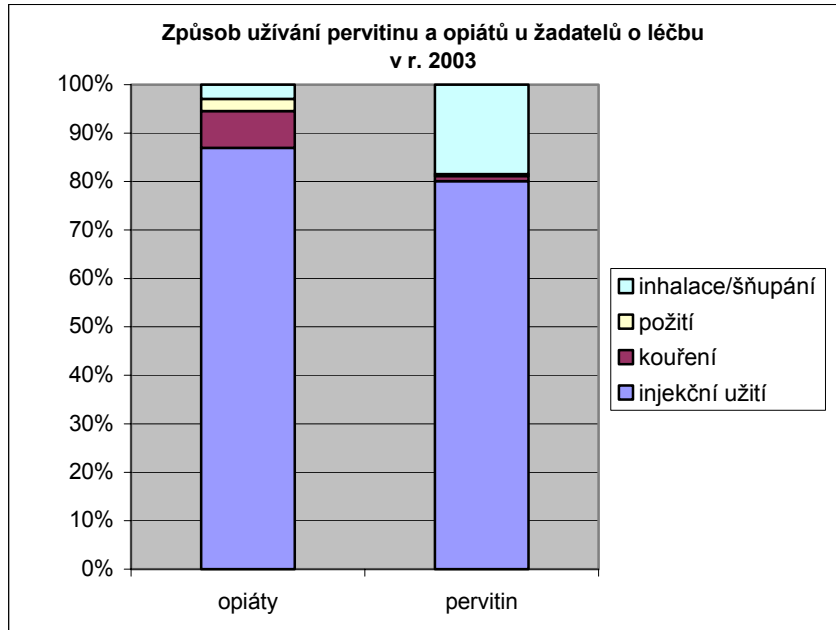
Rizikovým chováním injekčních uživatelů drog se zabývala Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002 (Mravčík et al. 2003). Výskyt sdílení injekčního materiálu se pohybuje od 25 % (Minařík and Zahradník, 2003) do 51 % (Mravčík and Šebáková, 2002) sdílejících během posledních 3 měsíců, v případě sdílení kdykoli v průběhu drogové kariéry se údaje pohybují od 49 % (Polanecký et al. 2004) do 91 % injekčních uživatelů drog (Mravčík and Šebáková, 2002). Podle průzkumu Rapid Assessment and Response - Zhodnocení drogové situace v Pardubickém kraji je pro 40 % dotázaných sdílení jehel zcela nepřijatelné (Minařík and Zahradník, 2003).

¹⁶ Směs podomácku vyráběných opiátů, převážně kodeinu, získávaná z léčivých přípravků obsahujících kodein.

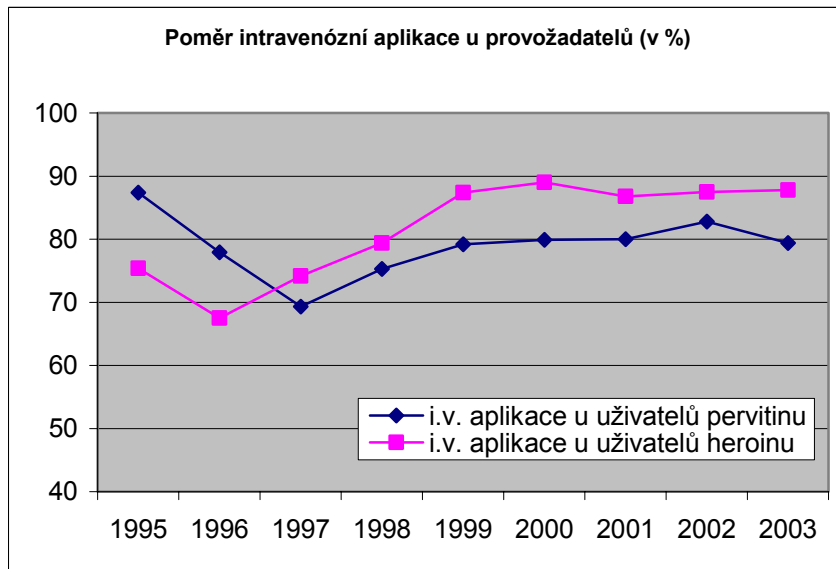
¹⁷ Tablety obsahující mimo jiné kodein.

¹⁸ Hypnotikum.

obrázek 4-1: Způsob užívání pervitinu a opiátů mezi žadateli o léčbu v r. 2003 (Polanecký et al. 2004)



obrázek 4-2: Poměr injekční aplikace u prvožadatelů o léčbu se základní drogou pervitin a heroin v l. 1995 - 2003 (Polanecký et al. 2004)



Podle aktuálních informací ze základní části studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog (ukončena v prosinci 2003) 76,9 % (586 osob ze 762 dotázaných) někdy aplikovalo drogu injekční stříkačkou, kterou již někdo jiný použil (105 osob, tj. 14 % použilo stříkačku výhradně po svém partnerovi), naopak 20,9 % (159 osob) nesdílelo nikdy. Během posledního roku aplikovalo použitou stříkačkou 39,6 % dotázaných (231 osob), během posledního měsíce to bylo 6,7 % dotázaných (37 osob). Jiné náčiní potřebné pro injekční užívání použilo po někom 77,8 % respondentů (592 osob), nikdy tak neučinilo 20,8 % (158 osob). Z 212 dotázaných, kteří byli někdy ve vězení, tam injekčně aplikovalo 56,6 % (108 osob); 10 z nich aplikovalo injekčně ve vězení poprvé (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004d).

4.2 Profil klientů v léčbě

Údaje o uživatelích, kteří využívají služeb nízkoprahových a léčebných zařízení jsou k dispozici především díky celostátnímu systému hlášení do Registru žádostí o léčbu, který spravuje od r. 1995 hygienická služba (HS). Do tohoto systému v r. 2003 přispívalo celkem 289 léčebných a nízkoprahových zařízení (Polanecký et al. 2004); jejich přehled podává tabulka 4-2. V registru nejsou zařazena všechna zařízení poskytující substituční léčbu.

Dalšími zdroji dat o léčených uživatelích drog jsou:

- Výkazy o síti a lůžkovém fondu psychiatrických zařízení, výkaz o ambulantní péči v psychiatrickém oboru a povinné hlášení hospitalizace, které zpracovává Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).
- Registr substituční léčby, která probíhá ve specializovaných substitučních programech, vedený ÚZIS - podrobněji viz kapitola Substituce a udržovací programy, str. 31.
- Závěrečné zprávy projektů dotovaných RVKPP – jedná se o 85 nízkoprahových a 21 ambulantních zařízení, 16 terapeutických komunit a 16 programů následné péče.

Při srovnání profilů klientů v jednotlivých registrech¹⁹ můžeme konstatovat, že poměr žen a mužů se v různých typech zařízení v podstatě nemění (1 : 2); výjimku tvoří uživatelé léků, kde ženy v opačném poměru převažují. Poměr klientů podle typu užívaných drog se v pořadí počtu uživatelů jednotlivých drog v podstatě neliší (vedou stimulantia, následují opiáty, konopné látky, hypnotika/těkavé látky). V jednotlivých typech léčby se však mění jejich poměr – v léčebných zařízeních je zastoupení skupiny uživatelů opiátů větší než v nízkoprahových. Podobně je tomu i u podílu injekčních uživatelů. Průměrný věk klientů v léčbě či kontaktu roste. Užívání konopných látek, halucinogenů a těkavých látek je nejrozšířenější mezi uživateli ve věku 18 - 19 let, užívání opiátů a stimulantů je nejčastější ve věkové skupině 22 - 26 let. Sedativa, hypnotika a alkohol jsou nejrozšířenější mezi léčenými ve věkovém rozpětí 30 - 39 let. Posuzujeme-li věk ve srovnání s typem využívaného zařízení, ukazuje se, že uživatelé v nízkoprahových zařízeních jsou ve srovnání s léčebnými zařízeními mladší; stejně tak jsou mladší uživatelé, kteří se léčí v zařízeních neziskového sektoru, než ti, kteří se léčí v zařízeních zřizovaných subjekty veřejné správy.

4.2.1 Registr žádostí o léčbu Hygienické služby ČR

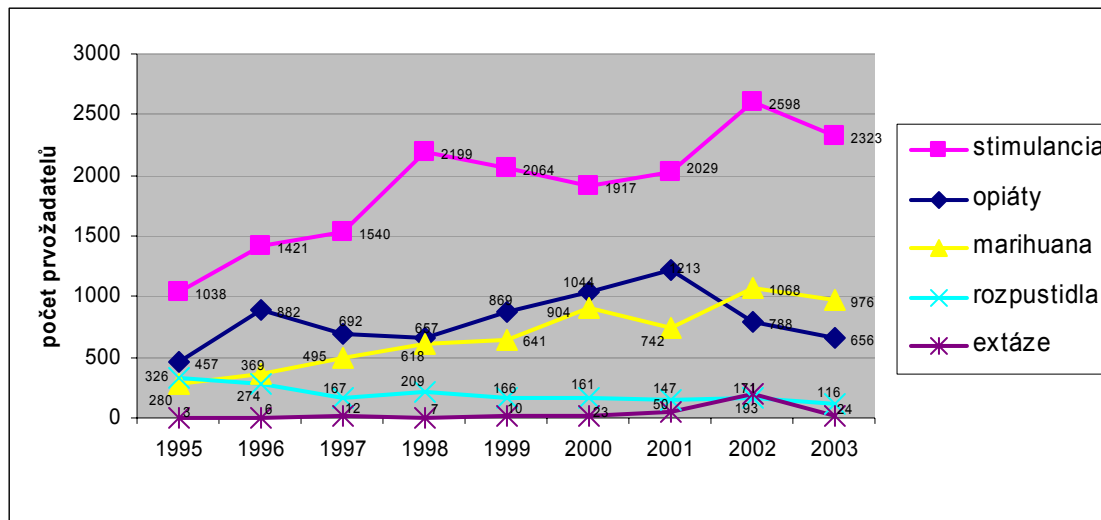
Celkem bylo evidováno 8 522 osob (68,8 % mužů a 31 % žen)²⁰, z toho 4 158 osob (67,1% mužů a 32,7 % žen)²¹ požádalo v r. 2003 o léčbu poprvé. Poprvé od r. 1997 bylo zaregistrováno méně žádostí o léčbu (včetně prvních) než v předchozím roce. Počet prvních žádostí o léčbu klesl u všech základních skupin drog, významný je zejména pokles v souvislosti s užíváním stimulantů a opiátů. Pokles u opiátů je pravděpodobně způsoben snížením počtu jejich uživatelů a také jejich odlivem do substituční léčby, kterou registr žádostí o léčbu nepokrývá dostatečně.

¹⁹ Lze předpokládat, že jednotlivé registry se překrývají, nejmenší průnik mají údaje ze závěrečných zpráv a údaje ÚZIS.

²⁰ U 11 osob pohlaví neuvedeno.

²¹ U 8 osob pohlaví neuvedeno.

obrázek 4-3: První žádosti o léčbu v souvislosti s některými typy drog v l. 1995 – 2003 (Polanecký et al. 2004)



Nejnávštěvovanějším typem zařízení jsou, stejně jako v r. 2002, nízkoprahová centra, která hlásí průměrně 56 klientů na 1 zařízení ročně, v průměru 29 klientů na 1 nízkoprahové zařízení požádalo o léčbu v r. 2003 poprvé – viz tabulka 4-2.

tabulka 4-2: Zařízení hlásící do Registru žádostí o léčbu HS v r. 2003 (Polanecký et al. 2004)

Typ zařízení	Zařízení		Klienti - první žádosti o léčbu			Klienti - všechny žádosti o léčbu		
	Počet	%	Počet	%	Průměrný počet klientů na 1 zařízení	Počet	%	Průměrný počet klientů na 1 zařízení
Ambulantní zdravotnická	118 (129)*	40,8	624 (790)*	15	5 (6)*	1 583 (1 815)	18,6	13 (14)
Ambulantní nezákladní	27 (32)*	9,3	346 (330)*	8,3	13 (10)*	463 (450)	5,4	17 (14)
Lůžková	60 (56)*	20,8	746 (748)*	18	12 (13)*	1 794 (1 760)	21	30 (31)
Nízkoprahová centra	84 (76)*	29,1	2 442 (2 851)*	58,7	29 (38)*	4 682 (5 212)	55	56 (69)
Celkem	289 (293)*	100,0	4 158 (4 719)*	100,0	14 (16)*	8 522 (9 237)	100,0	30 (32)

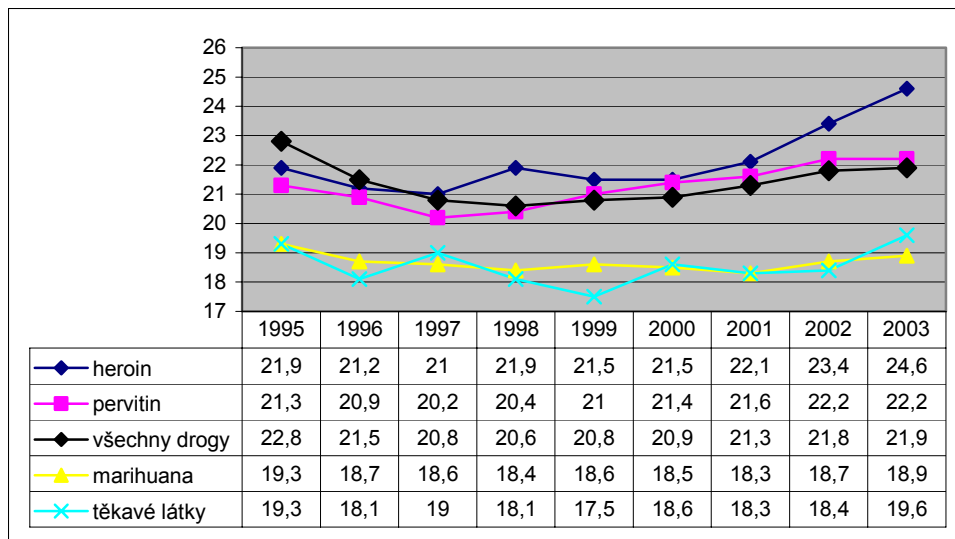
Pozn.: * v závorkách jsou pro srovnání uvedeny údaje za rok 2002

Podíl problémových uživatelů²² mezi žadateli o léčbu v r. 2003 byl 82,9 % (7 067 případů), mezi prvožadateli byl podíl nižší - 76,9 % (3 196 problémových uživatelů).

Nejčtenější věkovou skupinou mezi žadateli o léčbu zůstávají 20 - 24letí, jichž bylo v r. 2003 evidováno 3 427 (40,2 %), ve skupině prvožadatelů jsou to 15 - 19letí (1 716 osob tj. 41,3 %). Průměrný věk žadatelů o léčbu se zvýšil z 23,4 let v r. 2002 na 23,6 let v r. 2003; průměrný věk prvožadatelů roste od r. 1998 - viz obrázek 4-4 (Polanecký et al. 2004).

²² Problémové užívání v ČR je definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo amfetaminů.

obrázek 4-4: Průměrný věk prvožadatelů v l. 1995 - 2003 u vybraných typů drog (Polanecký et al. 2004)



Nejčastěji zastoupenou skupinou žadatelů o léčbu jsou uživatelé stimulancií (53,5 %), druhou nejčastější skupinou jsou uživatelé opiátů (25,0 %) a třetí uživatelé konopných látek (16,5 %). Pořadí u prvožadatelů o léčbu je odlišné: na prvním místě zůstávají uživatelé stimulancií (55,5 %), na druhém místě uživatelé konopných látek (23,6 %) a na třetím místě uživatelé opiátů (15,8 %).

Injekční aplikace drogy byla zaznamenána u 5 964 (70 %) žadatelů o léčbu. U prvožadatelů je injekční aplikace méně častá (2 516 osob, tj. 60,5 %) (Polanecký et al. 2004).

Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v l. 1995 – 2002 uvádí tabulka 4-3.

tabulka 4-3: Žádosti o první léčbu v l. 1995 - 2003, vybrané charakteristiky (Polanecký et al. 2004)

Charakteristika	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Počet prvožadatelů	2 470	3 252	3 132	3 858	3 891	4 148	4 233	4 719	4 158
Incidence/100 000 obyvatel	23,9	31,5	30,4	37,4	37,7	40,3	41,2	45,9	40,4
Incidence ve věk. skupině 15 – 39 let/100 000 obyvatel	62,9	78,7	75,1	96,3	99,0	105,5	106,1	118,1	103,7
Poměr muži/ženy	2,4 : 1	1,9 : 1	1,7 : 1	2,0 : 1	1,9 : 1	1,9 : 1	1,9 : 1	2,1:1	2,0:1
Průměrný věk	22,8	21,5	20,8	20,6	20,8	20,9	21,3	21,8	21,9
Podíl uživatelů do 19 let věku (%)	47,2	57,4	54,1	52,4	49,1	47,5	43,9	40,1	43,5
Podíl injekčních uživatelů (%)	54,3	56,5	55,0	61,8	64,0	62,3	64,8	58,5	60,5
Podíl injekčních uživatelů do 19 let věku na všech injekčních uživatelích (%)	44,9	54,7	51,2	46,5	40,3	38,3	35,5	33,1	32,8
Počet uživatelů heroínu (základní a sekundární droga)	529	1050	945	909	1 094	1 229	1 362	947	794
Procento ze všech uživatelů	21,4	32,3	30,2	23,6	28,1	29,6	32,2	20,1	19,1
Počet uživatelů pervitinu (základní a sekundární droga)	1 252	1 757	1 946	2 642	2 554	2 576	2 545	2 932	2 761
Procento ze všech uživatelů	50,7	54,0	62,1	68,5	65,6	62,1	60,1	62,1	66,4

Regionální distribuci žádostí o léčbu uvádí mapa 4-1.

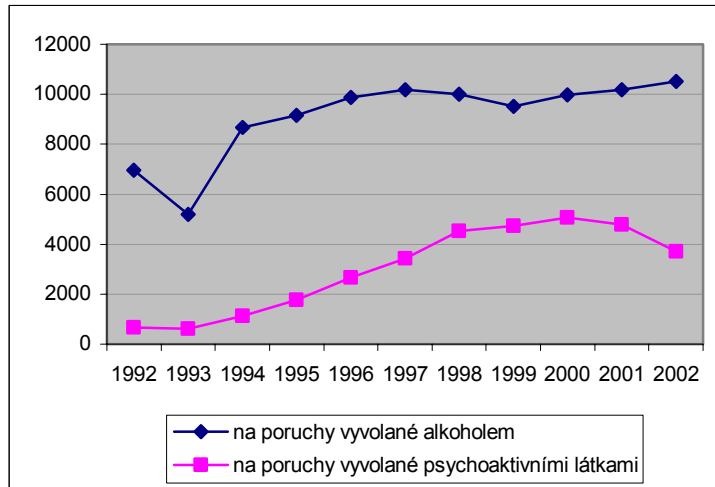
mapa 4-1: Počet všech žádostí o léčbu v r. 2003 podle regionů a typů drog (na 100 tis. obyv.) (Polanecký et al. 2004)



4.2.2 Údaje ÚZIS

Vývoj počtu hospitalizovaných v lůžkových psychiatrických zařízeních a počtu prvních vyšetření v roce v ambulantních zařízeních uvádí obrázek 4-5 a obrázek 4-6. V r. 2002²³ bylo hospitalizováno pro poruchy způsobené nelegálními psychoaktivními látkami 3 712 osob. Srovnání ukazuje, že počet hospitalizovaných klesá od r. 2000, kdy bylo hospitalizováno 5 078 osob (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a). Profil propuštěných a zemřelých hospitalizovaných podle pohlaví a jejich průměrný věk uvádí tabulka 4-4.

obrázek 4-5: Počet propuštěných a zemřelých v lůžkových psychiatrických zařízeních v I. 1992 - 2002 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003)



tabulka 4-4: Počet propuštěných a zemřelých v lůžkových psychiatrických zařízeních v r. 2002 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003)

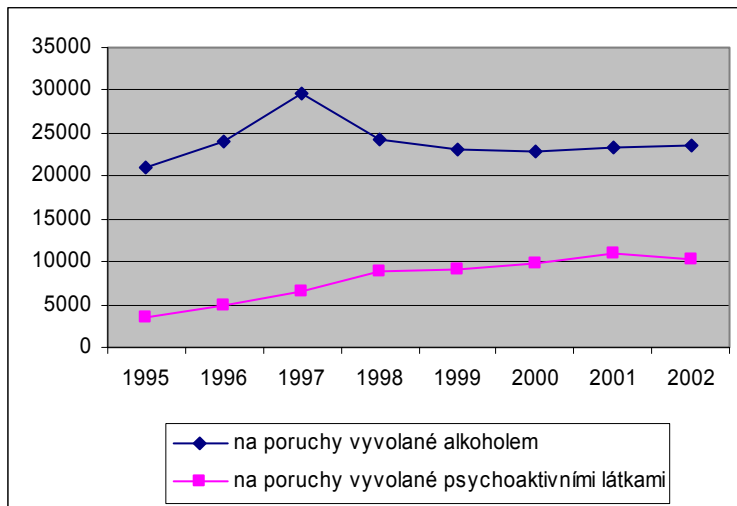
Poruchy dle látky	Muži (průměr. věk)	Ženy (průměr. věk)	Podíl žen (%)	Celkem
Poruchy vyvolané alkoholem	7 496 (43,4)	3 011 (43,9)	40,2	10 507
Poruchy vyvolané psychoaktivními látkami	2 573 (26,3)	1 139 (27,7)	44,3	3 712

V ambulantních zařízeních bylo v souvislosti s užíváním nelegálních drog v r. 2003 poprvé ošetřeno 12 575 osob (tj. o 11,5 % méně než v r. 2002), ve 34,1 % se jednalo o injekční uživatele drog. U uživatelů stimulantů a opiátů uvádělo injekční aplikaci 53,6 % resp. 55,6 % osob. Z porovnání věkových skupin podle užívaných drog vyplývá, že užívání konopných látek, halucinogenů a těkavých látek je nejrozšířenější mezi uživateli ve věku 15 - 19 let,

²³ Za rok 2003 nejsou údaje zatím k dispozici.

užívání opiátů a stimulantů ve věkové skupině 20 - 29 let. Sedativa a hypnotika (a alkohol) jsou nejrozšířenější ve věku 30 - 39 let (Brožová, 2004). Podrobnější popis uživatelů, kteří využívali služeb ambulantních pracovišť je k dispozici jen za r. 2002 – viz tabulka 4-5, tabulka 4-6 a obrázek 4-7.

obrázek 4-6: Počet prvních vyšetření v ambulantních zařízeních v l. 1995 - 2002 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003)



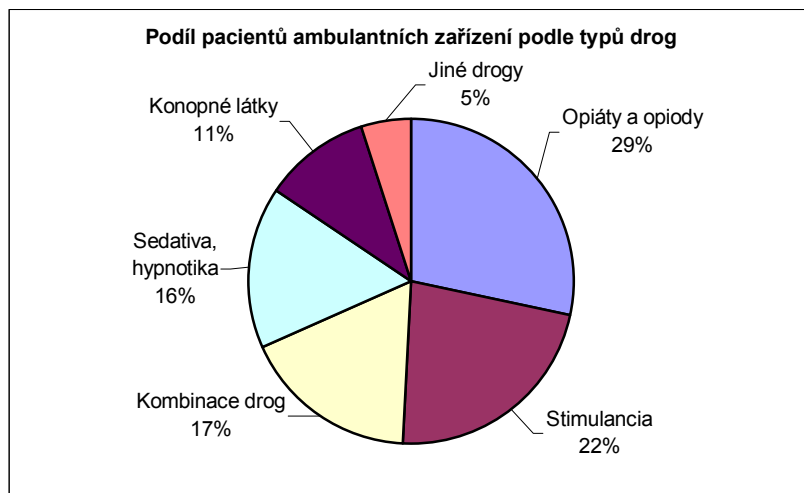
tabulka 4-5: Pacienti registrovaní v ambulantních zařízeních v r. 2002 dle užívané látky (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003)

Droga	Muži	Ženy	Podíl žen (%)	Celkem
Opiáty a opiody	2 797	1 232	30,6	4 029
Konopné látky	1 104	401	26,6	1 505
Sedativa, hypnotika	879	1 413	61,6	2 292
Kokain	45	18	28,6	63
Stimulancia	2 225	960	30,1	3 185
Halucinogeny	148	84	36,2	232
Těkavé látky	241	20	7,7	261
Kombinace drog	1 769	711	28,7	2 480
Jiná	117	39	25,0	156
Drogy celkem	9 325	4 878	34,3	14 203
Tabák	896	637	41,6	1 533
Alkohol	18 187	7 213	28,4	25 400
Psychoaktivní látky celkem	28 408	12 728	30,9	41 136

tabulka 4-6: Pacienti registrovaní v ambulantních zařízeních v r. 2002 dle pohlaví a věku (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003)

Věková skupina	Muži	Ženy	Podíl žen (%)	Celkem
0 - 14 let	47	35	42,7	82
15 - 19 let	1 528	901	37,1	2 429
20 - 29 let	5 096	2 318	31,3	7 414
30 - 39 let	1 724	824	32,3	2 548
40+ let	930	800	46,2	1 730
Celkem	9 325	4 878	34,3	14 203

obrázek 4-7: Podíl pacientů v ambulantních zařízeních v r. 2002 dle typů drog (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003)



4.2.3 Údaje ze závěrečných zpráv projektů dotovaných RVKPP

Profil klientů jednotlivých typů zařízení, která v r. 2003 dotovala RVKPP, uvádí tabulka 4-7.

tabulka 4-7: Profil klientů dle typu zařízení zařazeného do dotačního řízení RVKPP v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e)

Charakteristika	Nízkoprah. zařízení	Ambulantní léčba	Intenzivní amb. léčba	Terapeutické komunity	Následná péče
Počet zařízení	80	19	2	17	15
Počet klientů	21 702	1 695	78	534	587
Noví klienti – uživatelé (%)	55,4	72,6	57,7	63,5	54,3
Muži (%)	60,9	55,8	59,0	74,6	60,8
Injekční uživatelé (%)	61,4	49,8	88,5	78,8	79,2
Uživatelé heroínu (%)	21,7	18,2	53,8	34,4	38,3
Uživatelé pervitinu (%)	40,1	32,2	39,7	49,7	41,9
Průměrný věk klienta (roky)	23,2	23,6	26,0	24,5	24,5

5 Léčba

Léčbu a sociální reintegraci zajišťuje široké spektrum služeb, jejichž mezioborové pojetí odpovídá komplexnosti problému závislosti na návykových látkách.

Léčbu je možné vymezit jako odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem, jež vychází především z bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Při léčbě je užívána řada metod a přístupů v různé kombinaci (Mravčík et al. 2003). Cílem léčby je prostřednictvím celé škály intervencí dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního života v rodině, v práci a ve společnosti a zvýšit tedy kvalitu jejich života na nejvyšší možnou míru.

5.1 Systém léčby v ČR

Léčba uživatelů drog je jedním ze čtyř pilířů Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 - 2004, jejímž cílem je nabídnout rodinám a jedincům, kteří řeší problémy spojené s užíváním drog, odpovídající dostupnou a profesionální pomoc. Spíše než na účinnost jednoho léčebného programu se klade důraz na účinnost celého léčebného kontinua, které se skládá z těchto složek: poradenství před nástupem do léčby, léčba, následná péče (Kalina, 2003).

Podle typu se léčba rozlišuje na ambulantní (AT ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče) a rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny). Podle délky můžeme rozlišovat léčbu krátkodobou (4 - 8 týdnů), střednědobou (3 - 6 měsíců) a dlouhodobou (7 měsíců a déle).

Standardy odborné způsobilosti služeb (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003b) definují celkem 9 typů služeb: detoxifikaci, terénní programy, kontaktní centra, ambulantní léčbu, stacionární programy, krátkodobou a střednědobou ústavní léčbu, rezidenční péči v terapeutických komunitách, následnou péči, substituční léčbu. Terénní programy a kontaktní centra patří do služeb terciární prevence. Nestátní neziskové organizace jsou realizátory zejména těchto typů léčby: stacionární programy, rezidenční péče a následná péče. Ostatní služby zajišťují převážně zařízení zřizovaná subjekty veřejné správy.

Hodnocení kvality služeb je jedním ze tří pilířů komplexního hodnocení služeb vedle hodnocení léčebné účinnosti a ekonomické efektivity (Radimecký et al. 2004). K hodnocení kvality a dostupnosti poskytovaných služeb přispívá dodržování Standardů odborné způsobilosti s hodnotícím schématem a série vzorových manuálů, jež jsou součástí připraveného systému certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek. Dle tohoto systému je certifikace posouzením a formálním uznáním, že služba odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti (standardům); toto posouzení budou provádět externí hodnotitelé podle kritérií stanovených standardy a v souladu s Certifikačním řádem a Metodikou místního šetření. Pro potřeby hodnocení efektivity léčby byl vytvořen tzv. Minimální evaluační set (MES) (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003a). Ten tvoří tři hlavní části: sebehodnotící dotazník, jednotný systém vykazování přímé léčebné péče a dotazník pro sledování základních ekonomických ukazatelů. MES by tak v budoucnu mohl tvořit základ jednotného systému hlášení informací poskytovatelům finančních prostředků.

5.2 Ambulantní léčba

Ambulantní léčbu uživatelů legálních i nelegálních drog vykazalo v r. 2003 celkem 368 ambulantních zdravotnických zařízení (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004d). Jde o zařízení, která vyplnila přílohu AT výkazu psychiatrie A013; nejedná se tedy o ordinace, které svoje služby poskytují výhradně uživatelům drog. Počet těchto ambulantních psychiatrických pracovišť v průběhu let pozvolna narůstá (tabulka 5-1), nelze z toho ovšem vyvozovat, že vzrůstající trend má také kapacita služeb pro uživatele nelegálních drog.

tabulka 5-1: Počet ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících péči uživatelům drog v l. 2000 - 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a)

Rok	Počet zařízení
2000	320
2001	330
2002	342
2003	368

V „klidové kartotéce“²⁴ ambulantních pracovišť bylo v r. 2003 celkem 95 065 osob zneužívajících legální i nelegální drogy, z toho bylo aktivně léčeno 42 881 uživatelů. Uživatelé nelegálních drog tvořili 41,7 % (17 864 osob) - viz tabulka 5-2.

tabulka 5-2: Počet pacientů léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a)

Druh zařízení	Počet zařízení	Počet pacientů
Lůžková zařízení s ambulancí	53	4 105
Ambulantní zařízení	24	2 107
Ordinace praktického lékaře	2	14
Samostatná ordinace lékaře specialisty	229	8 643
Ostatní ambulantní zařízení	5	2 995
Celkem	313*	17 864

Pozn.:* Pracoviště jsou identifikována pomocí IČO, přičemž každé může mít zřízeno více zařízení.

Nejpočetnější skupinu tvoří ordinace, které v r. 2003 léčily 1 - 50 pacientů. Nejmenší zastoupení mají ordinace se 400 a více pacienty za rok - viz tabulka 5-3.

²⁴ Tj. v dlouhodobé evidenci ambulantního pracoviště.

tabulka 5-3: Počet zdravotnických ambulantních zařízení podle počtu léčených pacientů v r. 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004d)

Počet pacientů	Počet zařízení
1 - 10	139
11 - 50	106
51 - 100	26
101 - 150	12
151 - 200	7
201 - 300	10
301 - 400	8
401 - 500	3
501 - 600	1
800 a více	4

V r. 2004 provedlo NMS (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004c) studii zaměřenou na poskytování ambulantní psychiatrické péče uživatelům drog. Krajsí koordinátoři byli požádáni o rozeslání dotazníku všem psychiatrickým ordinacím v jejich kraji. Ze 142 ordinací, které ke 30.6.2004 vyplnily dotazník, jich je 45 určených pro uživatele alkoholu a nelegálních drog, 41 pouze pro uživatele alkoholu a 43 psychiatrů uvedlo, že jejich cílovou skupinou nejsou uživatelé legálních ani nelegálních drog, přesto jim svoje služby v r. 2003 poskytli. V těchto ordinacích se v r. 2003 léčilo 26 781 uživatelů alkoholu, 5 221 uživatelů tabáku a 4 760 uživatelů nelegálních drog. Nejčastěji byly poskytnuty následující služby: psychiatrické vyšetření, individuální poradenství, individuální psychoterapie, práce s rodinou a krizová intervence. Substituční léčba byla poskytnuta 534 klientům, v 64,8 % se jednalo o léčbu delší než 1 měsíc. Všichni psychiatři aktivně spolupracují s psychiatrickými léčebnami, klinikami a odděleními; 95,1 % psychiatrů spolupracuje s praktickými lékaři, 54,2 % spolupracuje s kontaktními centry a 28,9 % spolupracuje s NNO poskytujícími léčbu a následnou péči uživatelům drog.

V r. 2003 zajišťovalo ambulantní léčbu také 19 NNO dotovaných z kapitoly VPS státního rozpočtu, které poskytly svoje služby celkem 1 695 uživatelům nelegálních drog. Průměrný věk klientů byl 23,6 let (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e). Hygienická služba uvádí celkem 37 ambulantních nezdavatnických zařízení, z nichž 27 vykazuje informace do registru žádostí o léčbu. V r. 2003 bylo v těchto zařízeních léčeno celkem 463 klientů (Polanec et al. 2004).

Intenzivní ambulantní léčbu prováděly 2 denní stacionáře s intenzivním strukturovaným programem v délce 3 - 6 měsíců. Služby byly poskytnuty 78 klientům, jejichž průměrný věk byl 26 let. 44 klientů ukončilo program úspěšně, 22 předčasně a 12 klientů bylo z programu vyloučeno.

Strukturovaný ambulantní doléčovací program (následnou péči) v ČR poskytuje 16 zařízení dotovaných z kapitoly VPS státního rozpočtu. Cílovou populací jsou klienti po léčbě drogové závislosti nebo klienti abstijnující alespoň 2 měsíce, klienti vracející se z léčebných zařízení, z výkonu trestu a případně i bez předchozí léčby, pokud splňují kritéria dle minimálních standardů péče. Dále jsou to rodiče, děti klientů, partneři a další rodinní příslušníci. Následná péče je nezbytná pro udržení léčebného efektu, snižuje riziko relapsu a usnadňuje sociální reintegraci. Služeb těchto 16 zařízení využilo celkem 1 045 osob (průměrný věk 25,7 let) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e). Náplň doléčovacích programů jednotlivých zařízení se různí a odpovídá poptávce. Nedostatkem systému následné péče v ČR je nerovnoměrné regionální pokrytí.

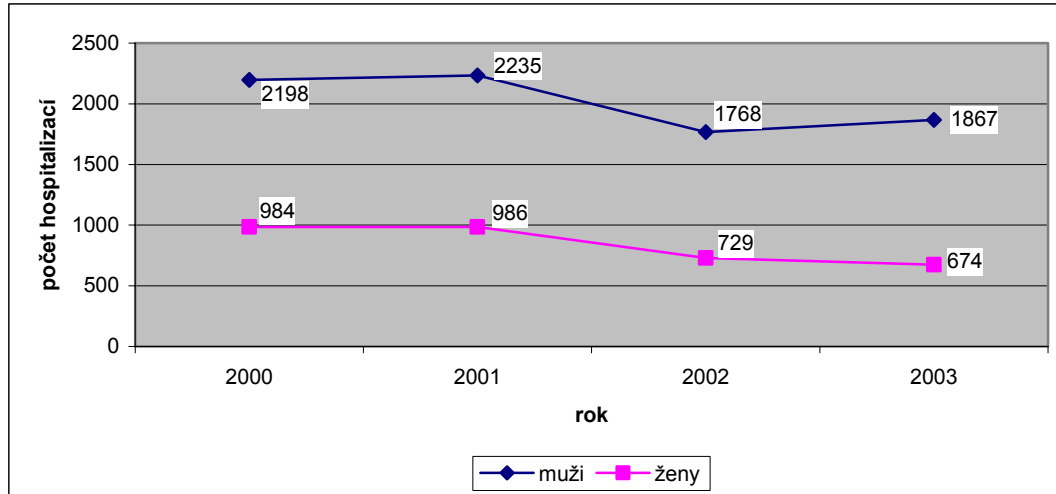
5.3 Rezidenční léčba (lůžková léčebná zařízení)

Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací drogou u osob, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení, např. na jednotce intenzivní péče nebo ARO. Detoxifikační jednotky jsou nejčastěji začleněny jako součást zařízení ke střednědobé nebo dlouhodobé léčbě závislostí, jako samostatná detoxifikační jednotka v nemocničním komplexu, nebo jako součást zařízení, jež poskytují ambulantní služby, nabízející jako alternativu i detoxifikaci v domácím prostředí. Některá zařízení jsou ochotna přijímat pouze ty klienty, kteří mají zajištěnu další následnou léčbu (Nešpor, 2003).

Ústavní psychiatrická léčba je zabezpečována na psychiatrických odděleních nemocnic nebo střednědobě a dlouhodobě v psychiatrických léčebnách. V ČR je 17 psychiatrických léčeben pro dospělé (1 275 lůžek), ve kterých bylo v r. 2003 uskutečněno celkem 2 541 hospitalizací na poruchy vyvolané užíváním nelegálních drog (dg. F11 - F19 dle MKN 10), z toho 1 867 hospitalizací mužů (73,5 %) a 674 žen (26,5 %). V 47,2 % se jednalo o

hospitalizace na poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek, ve 27,2 % o poruchy vyvolané užíváním stimulantů a v 15,6 % o poruchy vyvolané užíváním opioidů (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a). Vývoj počtu hospitalizací v psychiatrických léčebnách v letech 2000 - 2003 ukazuje obrázek 5-1.

obrázek 5-1: Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách na poruchy vyvolané užíváním drog v I. 2000 – 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a)



Na psychiatrických odděleních nemocnic (33 oddělení) bylo v r. 2003 uskutečněno celkem 2 095 hospitalizací (1 327 hospitalizací mužů a 768 žen). Nejčastější příčinou hospitalizace byly poruchy vyvolané užíváním opioidů (37,7 %), následované poruchami vyvolanými kombinovaným užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek (24,1 %) a poruchami vyvolanými užíváním stimulantů (16,4 %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a).

Rezidenční léčba v terapeutických komunitách je střednědobá a dlouhodobá odborná péče, kterou v r. 2003 zajišťovalo 17 zařízení v délce 4 - 12 měsíců. Cílovou populaci tvoří osoby závislé na drogách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Za r. 2003 máme údaje z 15 komunit (223 lůžek), ve kterých absolvovalo léčbu 496 uživatelů, z toho 317 nových; 143 klientů ukončilo léčbu úspěšně, 133 klientů ukončilo léčbu po uplynutí 2 týdnů, 44 po uplynutí 2/3 léčby. Průměrný věk klientů byl 23,4 let. Průměrná délka léčby jednoho klienta byla 189,8 dnů. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e).

Ve 4 dětských psychiatrických léčebnách bylo v r. 2003 hospitalizováno 17 dětí s problémy způsobenými užíváním drog (15 chlapců a 2 dívky). Nejčastější příčinou hospitalizace byly poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek (7 hospitalizací), dále poruchy vyvolané užíváním organických těžkých látek (5 hospitalizací) a poruchy vyvolané užíváním stimulantů (4 hospitalizace) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a).

Léčba ve věznicích – viz kapitola Zacházení s uživateli drog ve věznicích, str. 55.

5.4 Substitute a udržovací programy

V r. 2003 bylo v ČR, stejně jako v r. 2002, 9 substitučních center. Nepokryty zůstávaly kraje Zlínský, Pardubický, Vysočina, Jihočeský, Plzeňský a Karlovarský. Plánováno bylo otevření substitučního centra v Českých Budějovicích v Jihočeském kraji.

Všechny programy poskytovaly výhradně orální substituční léčbu a používaly k ní metadon připravovaný z dovážené generické substance a také hromadně vyráběný léčivý přípravek Subutex (buprenorfin), který je v ČR registrován od r. 2000. Subutex může v ČR předepisovat každý lékař bez ohledu na specializaci - viz kapitola Buprenorfin – léčba, preskripce a zneužívání, str. 66.

V r. 2003 bylo v devíti substitučních programech léčeno celkem 714 pacientů (pro srovnání v r. 2002 to bylo 463 pacientů). Stav registru substituční léčby k 31.12.2003 uvádí tabulka 5-4.

Počet pacientů užívajících Subutex není přesně znám; z údajů o spotřebovaných baleních Subutexu v r. 2003 (celkem cca 1,3 kg buprenorfinu) při průměrné denní spotřebě 6 mg a průměrné délce užívání 6 měsíců lze usuzovat na cca 1 200 osob užívajících Subutex, blíže - viz kapitola Buprenorfin – léčba, preskripce a zneužívání, str. 66. Celkem tedy v r. 2003 bylo v léčbě opioidovými agonisty v ČR cca 2 000 osob.

tabulka 5-4: Pacienti substituční léčby ve specializovaných programech - stav k 31.12.2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004b)

Centra	Počet osob
Praha (VFN)	146
Ostrava	10
Olomouc	4
Brno	53
Ústí nad Labem	186
Praha (Drop in)	140
Hradec Králové	13
Mělník	20
Celkem	572

Metodicky je substituční léčba v ČR definována ve Standardech substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a), včetně kritérií pro přijetí do léčby - viz také Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002 (Mravčík et al. 2003).

V ČR pracuje od poloviny r. 2000 Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001b). Registrační povinnosti v r. 2002 podléhala pouze substituční léčba za použití metadonu.

Podíl problémových uživatelů opiátů v substituční léčbě se v ČR zvyšuje, v r. 2003 činil odhadem 18 % (oproti 7 % v r. 2002). Přesto přetrvává špatná dostupnost substitučních center, která se nacházejí v 6 velkých městech a pro potenciální pacienty z menších sídel jsou tak prakticky nedostupná. Centra v Praze a Ústí nad Labem mají největší objem (80 % z celkového počtu substituovaných v centrech v ČR) a také největší obměnu pacientů (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004b).

Neexistují žádné ověřené poznatky o výskytu metadonu na černém trhu v r. 2003. Subutex se na černém trhu vyskytoval (Větrovec, 2003), jeho cena několikanásobně přesahovala nákupní cenu v lékárně, blíže - viz kapitola Buprenorfin – léčba, preskripce a zneužívání, str. 66. V r. 2003 nebylo zaznamenáno úmrtí na předávkování nebo v souvislosti s užitím substitučních látek – viz také kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 34.

5.4.1 Evaluace výsledků substituční léčby

Komplexní evaluace substituční léčby nebyla v ČR dosud provedena. Jsou k dispozici údaje z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek – viz tabulka 5-5 .

tabulka 5-5: Důvod ukončení substituční léčby ve specializovaných centrech v l. 2000 – 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004b)

Centra	Registr celkem		Důvod ukončení léčby						Celkem
	Přijetí	Ukončení	1	2	3	4	5	6	
Praha (VFN)	295	149	38	17	72		1	21	149
Ostrava	18	8	4	0	2	0	0	2	8
Olomouc	12	8	3	0	3	0	0	2	8
Brno	73	20	1	0	7	6	0	6	20
Ústí nad Labem	566	380	8	22	295	27	1	27	380
Praha (Drop in)	838	698	45	37	533	4	1	78	698
Hradec Králové	19	6	2	0	2	0	1	1	6
Mělník	54	34	8	3	8	0	0	15	34
Celkem	1 875	1 303	109	79	922	37	4	152	1 303

Pozn.: Důvod ukončení léčby: 1 - převedení pacienta do jiného zařízení, 2 - převedení pacienta na jiný typ léčby, 3 – porušení režimu, 4 - nástup trestu, 5 - úmrtí pacienta, 6 - jiný důvod.

5.5 Léčebný přístup ke specifickým cílovým skupinám

V r. 2003 byly realizovány čtyři programy pro ženy, matky s dětmi a těhotné ženy zaměřené zejména na stabilizaci sociálního a psychického stavu klientů a na roli matky ve vztahu k dětem, rodině a péči o domácnost. Dva programy nabízí vedle ambulantní léčby také chráněné bydlení, všechny tři chráněné pracovní dílny. Jeden program je realizován v rámci terapeutické komunity. Mezi základní poskytované služby patří individuální poradenství a psychoterapie, prevence relapsu, rodinná a partnerská terapie, rodičovské skupiny, skupiny pro matky, poradenství, sociální práce (např. prevence nechtěného těhotenství, šetření v domácím prostředí, hlídání dětí s programem), fyzioterapie apod. V r. 2003 se v těchto zařízeních léčilo 86 žen a 54 dětí (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e).

Zvláštní skupinu tvoří klienti závislí na stimulačních drogách. Vzhledem k tomu, že v zahraničí se uplatňuje diferencovaný model léčby uživatelů amfetaminů, nabízí se otázka, zda český model nediferencovaného přístupu k uživatelům heroínu a pervitinu nevyžaduje přezkoumání (Kalina, 2003). Je zřejmé, že téměř jednu třetinu uživatelů návykových látek, kteří jsou v kontaktu se službami, tvoří uživatelé pervitinu (průměr 37 %) – viz tabulka 5-6.

tabulka 5-6: Podíl uživatelů pervitinu v různých typech léčby a registrech v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e; Polanecký et al. 2004; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004d)

Zdroj	Pervitin		Celkem
	abs.	%	abs.
Ambulantní zdravotnická zařízení	3 185	22,4	18 864
Psychiatrické léčebny a odd.	1 039	22,3	4 653
Registr žádostí o léčbu HS	4 490	52,7	8 522
Nízkoprahová zařízení	8 692	40,1	21 702
Ambulantní léčba (NNO)	545	32,2	1 695
Terapeutické komunity	260	52,4	496
Následná péče	455	43,5	1 045

5.6 Souhrn léčebné péče o uživatele drog v ČR

tabulka 5-7: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v ČR v r. 2003

Typ programu	Počet	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob)
Ambulantní zdravotnická zařízení	368	n.a.	17 864
Denní stacionáře	2	n.a.	78
Detoxifikační jednotky	19	n.a.	n.a.
Záchytné stanice	17	n.a.	n.a.
Psychiatrické léčebny	17	1 275	2 541
Psychiatrická oddělení nemocnic	33	n.a.	2 095
Pobytová oddělení s léčebnou péčí (zařízení speciálního školství)	1	n.a.	n.a.
Terapeutické komunity	15	223	496
Programy následné péče	16	n.a.	1 045
Detoxifikační jednotky ve věznicích	1	n.a.	61
Bezdrogové zóny ve věznicích	22	1 118	n.a.
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu	3	214	n.a.
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	3	69	n.a.
Substituční centra	9	n.a.	714

6 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Situace v oblasti zdravotních důsledků užívání drog nedoznala v r. 2003 výrazných změn. Přetrvává příznivý trend ve výskytu předávkování heroinem či pervitinem; v posledních letech dochází k mírnému nárůstu předávkování těkavými látkami – ukazuje se, že uživatelé těkavých látek jsou skupinou, na kterou by se měly v budoucnu více zaměřit léčebné a harm reduction intervence. Poprvé v ČR bylo zaznamenáno úmrtí na předávkování extází. Poprvé byla získána data o úmrtnosti uživatelů drog v ČR – ta se pohybuje kolem 1 % za rok. Výskyt infekcí mezi uživateli drog je stabilizován, týká se to zejména HIV, situace ve výskytu VHC vykazuje regionální odlišnosti, odlišný je také výskyt VHC v různých uživatelských skupinách. Z ostatních důsledků užívání drog existují informace o řízení pod vlivem drog – ukazuje se, že rekreační uživatelé drog jsou z tohoto hlediska rizikovou skupinou.

6.1 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

Rok 2003 byl třetím rokem fungování automatizovaného systému sběru dat o drogových úmrtích. V tomto roce zavedlo příslušný software všech 13 pracovišť soudního lékařství a soudní toxikologie. V ČR jsou ze zákona (vyhl. MZ č. 18/1988 Sb.) soudním lékařem povinně prováděny pitvy všech náhlých úmrtí, kdy prohlízející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a všech násilných úmrtí; podrobněji - viz Výroční zprávy ve věcech drog v roce 2001 a 2002 (Mravčík et al. 2003; Zábranský et al. 2002).

K dispozici jsou data o předávkování OPL v konzistentní časové řadě od r. 1998 včetně²⁵; r. 2003 je prvním rokem, kdy se díky zapojení všech pracovišť do automatizovaného systému podařilo vykázat také úmrtí „za přítomnosti OPL“²⁶.

Celý automatizovaný systém a koordinace sběru tohoto typu dat obecně se rozvíjí v úzké spolupráci NMS a Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČLS JEP (SSLST). Zástupci výboru SSLST jsou také zastoupeni v příslušné pracovní skupině NMS.

6.1.1 Předávkování OPL v roce 2003

V r. 2003 pracoviště soudních lékařství a toxikologie zjistila 222 úmrtí na předávkování OPL. Pomineme-li psychotropní léky (viz dále), byly příčinou největšího počtu předávkování tradičně opiáty (21), těkavé látky (22) a pervitin (9). Bylo zjištěno 1 úmrtí velmi pravděpodobně v důsledku předávkování MDMA. Nebylo identifikováno ani jedno úmrtí na předávkování metadonem (či buprenorfinem) – a to ani v kombinaci s jinými drogami; rovněž nebylo prokázáno žádné smrtelné předávkování konopnými látkami či kokainem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004b) – viz tabulka 6-1, obrázek 6-1.

Předávkování psychotropními léky představují velmi heterogenní kategorii a její přesné zhodnocení je obtížné. Zahrnuje totiž předávkování sebevražedná, náhodná předávkování lege artis předepsanými léky a náhodná předávkování léky zneužívanými, či předávkování bez zjištěného úmyslu. Celkem bylo v r. 2003 zjištěno 167 případů předávkování psychotropními léky; průměrný věk předávkovaných léky je 49,6 let, což je o téměř 20 let více, než v případě předávkování ilegálními drogami. Z celkového počtu 167 předávkování psychotropními léky bylo zachyceno 91 předávkování benzodiazepiny vč. flunitrazepamu (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004b).

Analýza trendů v předávkování psychotropními léky je v zájmu zachování kompatibility s předchozími lety zúžena jen na předávkování benzodiazepiny včetně flunitrazepamu (Rohypnol) – viz obrázek 6-2.

V r. 2003 přetrvával příznivý vývoj výskytu předávkování ilegálními drogami. Jak počet předávkování opiáty, tak pervitinem zůstal prakticky stejný jako v r. 2002, a to i přes vzrůstající kvalitu systému sběru dat z oddělení soudních lékařství. Pravděpodobně také díky zvyšující se kvalitě systému se podařilo identifikovat 1 úmrtí s nálezem MDMA.

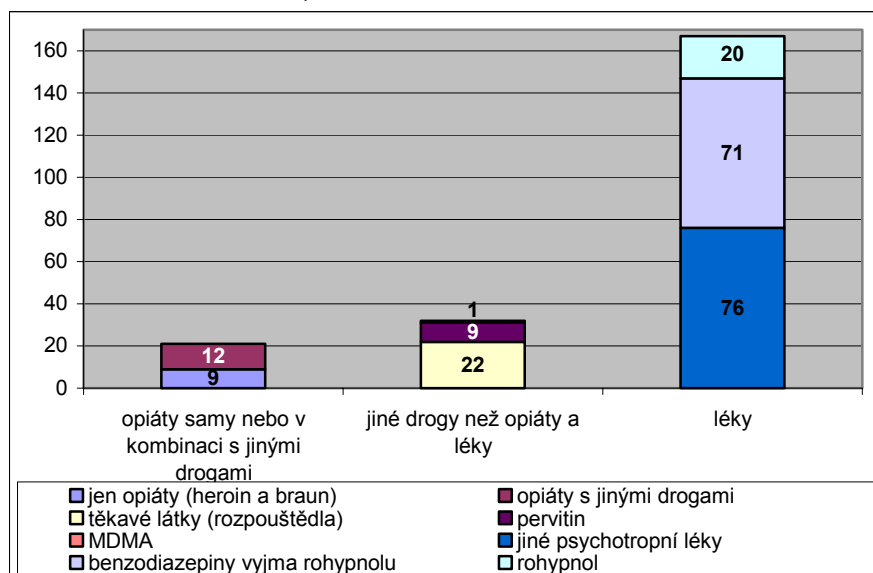
²⁵ S výjimkou dat o předávkování těkavými látkami (viz dále).

²⁶ Podrobný metodický souhrn určování drogových úmrtí obsahuje odborné sdělení (Zábranský and Vorel, 2001); terminologický souhrn lze ve stručné podobě získat ve výroční zprávě NMS za r. 2001 (Mravčík et al. 2003) na str. 42 - 46.

tabulka 6-1: Smrtná předávkování OPL v ČR v r. 2003 podle skupin OPL, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004b)

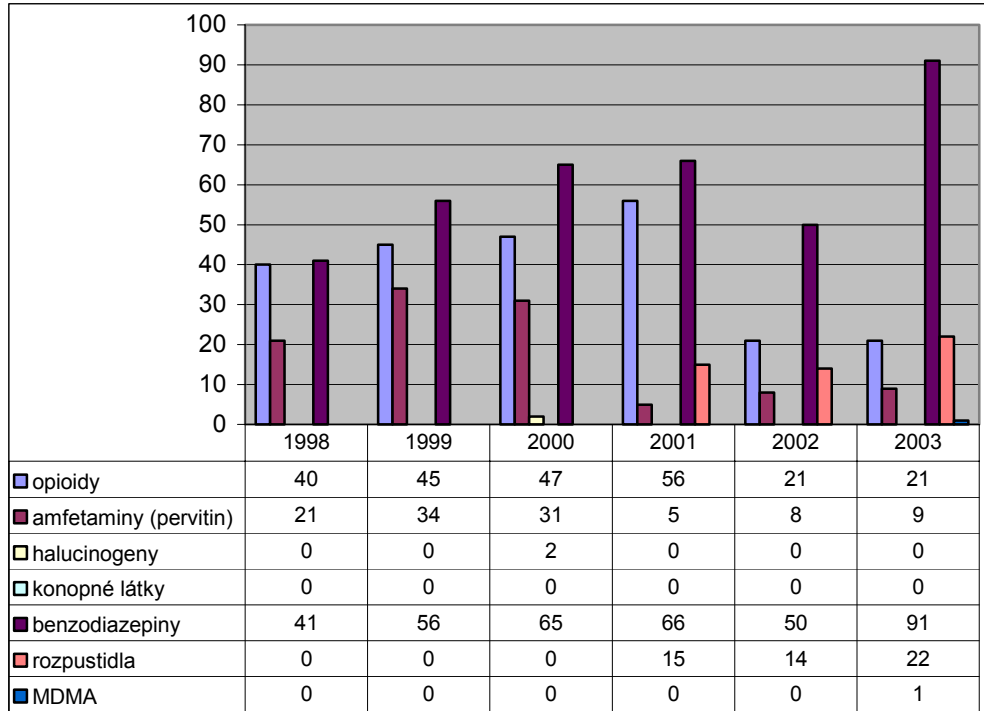
OPL/věk. skupina	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>=65	Celkem		
													Muži	Ženy	Celkem
Jen opiáty nebo opioidy (vyjma metadonu)	0	1	2	1	0	3	0	0	1	0	1	0	7	2	9
Jen metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Více látek včetně opiátů/opioidů	0	0	5	0	3	1	0	1	2	0	0	0	10	2	12
Z toho z opiátů také metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Více látek nebo jedna látka – nikoliv opiáty/opioidy	0	5	6	9	1	5	2	3	0	1	0	1	30	3	33
Z toho obsaženy těkavé látky	0	4	2	5	1	4	1	3	0	1	0	1	22	0	22
Z toho obsažen pervitin	0	1	3	3	0	1	1	0	0	0	0	0	6	3	9
Z toho obsaženy taneční drogy (např. MDMA)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Z toho obsaženy halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychoaktivní léky	2	3	6	12	11	9	13	22	31	19	9	30	85	82	167
Z toho benzodiazepiny	0	1	3	4	6	4	8	12	18	12	7	16	51	40	91
Nespecifikováno/neznámo	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Celkem	2	9	19	22	16	18	15	26	34	20	10	31	133	89	222

obrázek 6-1: Smrtná předávkování OPL v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004b)



6.1.1.1 Vývoj předávkování OPL v I. 1998 – 2003

obrázek 6-2: Smrtná předávkování vybranými OPL v I. 1998 – 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004b)



6.1.2 Úmrtí za přítomnosti OPL

Poprvé byla díky automatizovanému systému sebrána a analyzována také data o úmrtích za přítomnosti OPL v r. 2003. Celkem bylo identifikováno 251 úmrtí za přítomnosti OPL, z toho: pro nemoc 30, 103 případů nehod, 77 případů sebevražd, 13 případů zabití či vražd a 28 úmrtí z jiných příčin. Přehled podílu vybraných skupin OPL na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti OPL uvádí tabulka 6-2.

tabulka 6-2: Úmrtí za přítomnosti OPL zjištěná na odd. soudních lékární v ČR v r. 2003 podle skupin OPL a příčin smrti (v %, n = 251) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004b)

OPL /příčina smrti	Nemoc	Nehoda	Sebevražda	Zabití/vražda	Jiná
Benzodiazepiny	6,8	12,4	11,2	2,8	5,2
THC (a metabolity)	1,2	10,8	2,4	0,4	2,0
Opiáty	0,0	3,2	0,4	0,4	0,8
Pervitin	0,0	6,4	3,2	1,2	0,8
Těkavé látky	0,0	2,0	2,4	0,4	0,0
MDMA	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0

Nález OPL v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod – viz kapitola Drogy a dopravní nehody, str. 43.

6.1.3 Mortalita uživatelů drog

V r. 2003 zahájilo NMS sběr dat pro kohortovou studii²⁷ mortality uživatelů drog. Jako kohorty – skupiny uživatelů drog - byly použity soubory již existující. K dispozici byly následující zdroje:

- hospitalizované osoby z Registru hospitalizací ÚZIS s hlavní diagnózou F11 – F19 podle Mezinárodní klasifikace nemocí (poruchy spojené s užíváním návykových látek mimo alkohol),
- hospitalizované osoby z Registru hospitalizací ÚZIS s vedlejší diagnózou F11 – F19,
- osoby s hlášenou virovou hepatitidou z Registru EPIDAT SZÚ - injekční uživatelé drog,

²⁷ Kohortová studie – studie sledující výskyt jevu (např. nemoci nebo úmrtí) ve skupině osob v průběhu času.

- uživatelé drog v metadonové substituční léčbě.

Princip použité metody retrospektivně-prospektivní kohortové studie spočívá v průtnutí jednotlivých kohort se souborem zemřelých osob v l. 1997 – 2002 (tzv. database-linkage studie). Úmrtnost uživatelů drog byla vypočtena jako počet zemřelých z dané kohorty dělený osobočasem sledování souboru. Osobočas sledování (tzv. follow-up) byl určen jako doba mezi datem vstupu do kohorty (tedy první hospitalizací, prvním hlášením VH nebo vstupem do substituční léčby) a datem úmrtí v registru zemřelých v případě zemřelých osob nebo posledním dnem doby sledování v případě žijících osob (tedy 31.12.2002). Jednotlivé soubory byly spolu se souborem zemřelých průtnuty na základě identifikátoru postaveného na rodném čísle, před samotným poskytnutím dat byly soubory zašifrovány pomocí šifrovacího softwaru Epicrypt. Charakteristiku kohort poskytuje tabulka 6-3, údaje se vztahují k osobám ve věku 15 – 49 let.

tabulka 6-3: Charakteristika kohort pro studii mortality (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004b)

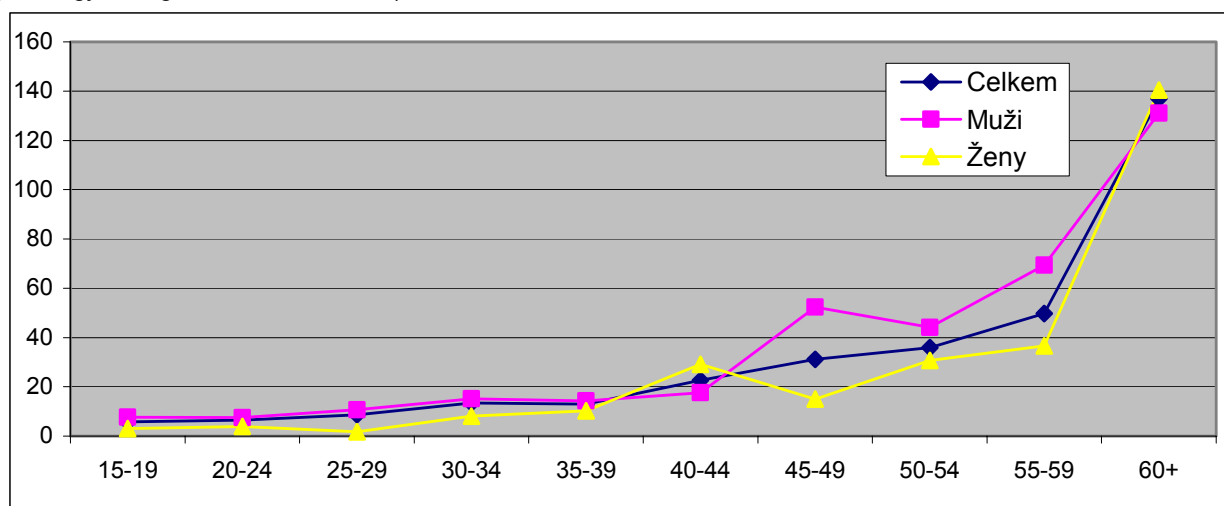
Kohorta	Roky sledování	Počet osob v kohortě	Počet zemřelých z kohorty	Osobočas sledování (follow-up)	Míra úmrtnosti (v ‰)
Hospitalizovaní – hlavní diagnóza F11 – F19	1997 - 2002	12 207	320	37 325,20	8,57
Hospitalizovaní – vedlejší diagnóza F11 – F19	1997 - 2002	2 824	112	7 259,79	15,43
Injekční uživatelé – EPIDAT	1997 - 2002	1 998	36	4 991,46	7,21
Uživatelé drog v substituční léčbě	2000 - 2002	706	8	1 106,51	7,23

Průběžné výsledky studie NMS ukazují, že v rámci jednotlivých kohort existují výrazné rozdíly v mortalitě z hlediska pohlaví, věku a typu užívané drogy. Nestandardizované hodnoty specifických úmrtností na základě kohorty hospitalizovaných na hlavní diagnózu F11 – F19 uvádí tabulka 6-4 a obrázek 6-3.

tabulka 6-4: Nestandardizovaná úmrtnost podle pohlaví a typu drogy v l. 1997 – 2002 (v ‰) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004b)

Pohlaví	Všechny drogy celkem	Opioidy	Stimulancia	Sedativa, hypnotika	Polyvalentní užívání
Muži	10,07	9,96	6,09	16,53	12,32
Ženy	5,53	5,70	3,02	9,80	6,84
Celkem	8,57	8,66	4,94	12,57	10,66

obrázek 6-3: Mortalita podle pohlaví a věkových skupin (všechny drogy celkem, v ‰) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004b)



Mortalita je dlouhodobě vyšší u mužů než u žen. Z hlediska typu drogy je nejvyšší mortalita mezi uživateli sedativ a hypnotik (F13) a polyvalentních uživatelů (F19). Mortalita uživatelů roste s jejich věkem. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004b). Podrobnější výsledky kohortové studie mortality přinese další analýza realizovaná v r. 2004.

6.2 Infekce spojené s užíváním drog

6.2.1 HIV/AIDS

Situace ve výskytu nových případů HIV infekce jak mezi injekčními uživateli drog, tak ve výskytu HIV infekce vůbec je v ČR od poloviny 90. let minulého století stabilizovaná. Ročně jsou hlášeni 1 až 4 noví HIV pozitivní injekční uživatelé drog.

V ČR bylo k 31.12.2003 (kumulativní incidence - od počátku sledování v 80. letech) evidováno celkem 664 HIV+ osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 26 injekčních uživatelů drog (IUD) a u 9 dalších osob jde současně o IUD a homo/bisexuály (Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS, 2004).

tabulka 6-5: Incidence HIV+ v ČR do 31.12.2003 dle způsobu přenosu (Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS, 2004)

Způsob přenosu	Do 1995	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Celkem
Homo- a bisex.	125	14	31	32	15	19	27	27	28	37	355
IUD	4	3	1	2	3	1	4	3	1	4	26
Homo a IUD	0	1	0	1	2	1	0	2	1	1	9
Hemofilici	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Příjemci krve	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Heterosex.	39	18	16	25	9	23	22	13	20	19	204
Matka - dítě	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	4
Nozokomiální	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Nezjištěno	8	4	2	2	1	4	4	6	0	1	32
Celkem	209	40	50	63	31	50	57	51	50	63	664

V r. 2003 bylo v ČR provedeno celkem 816 436 laboratorních vyšetření HIV protilátek s 63 pozitivními výsledky (0,08 ‰). Jako vyšetření injekčních uživatelů drog bylo označeno 1 637 testů s jedním pozitivním výsledkem²⁸. Nepříznivým trendem je, že počet vyšetření HIV protilátek u injekčních uživatelů od r. 1999 klesá²⁹.

tabulka 6-6: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1994 – 2003 (Brůčková et al. 2004)

Rok	Krev		Sliny		Celkem	
	Počet provedených testů	Počet pozitivních výsledků	Počet provedených testů	Počet pozitivních výsledků	Počet provedených testů	Počet pozitivních výsledků
Do 1998	2 101	1	895	0	2 996	1
1998	2 158	0	1 124	0	3 282	0
1999	2 320	0	1 219	0	3 539	0
2000	2 091	0	1 001	0	3 092	0
2001	2 169	1	961	0	3 130	1
2002	1 536	0	734	1	2 270	1
2003	985	1	652	0	1 637	1
Celkem	13 360	3	6 586	1	19 946	4

6.2.2 Virové hepatitidy

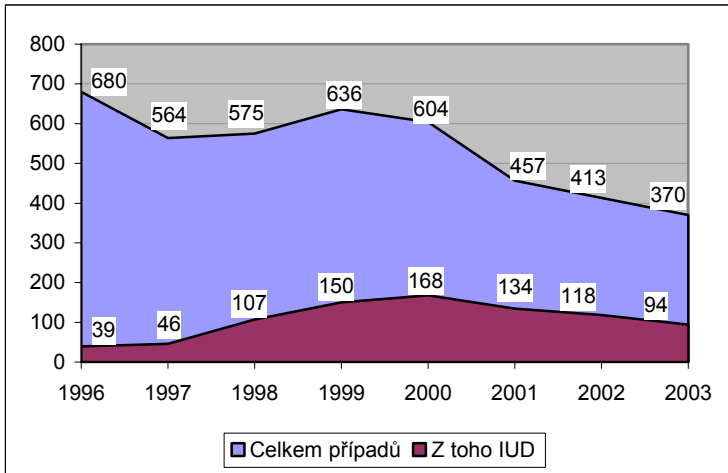
Data o hlášených nových případech akutní virové hepatitidy typu B (VHB) a C (VHC) v ČR v letech 1996 – 2003 vypovídají o tom, že u injekčních uživatelů drog dochází k poklesu počtu hlášených akutních případů u obou typů parenterální virové hepatitidy - viz obrázek 6-4 a obrázek 6-5. Protože ve většině případů nelze při

²⁸ Další pozitivní IUD (příp. IUD a homo) byli diagnostikováni v rámci vyšetření jiné skupiny než IUD (např. psychiatrickí pacienti, různé klinické diagnózy, pobyt v nápravném zařízení).

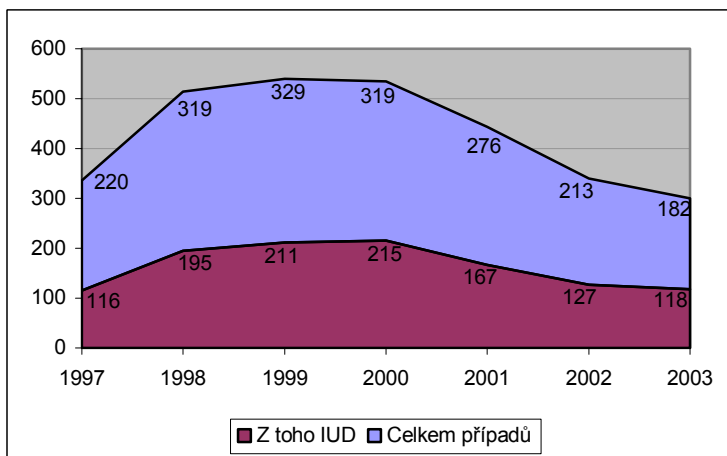
²⁹ V souvislosti s reformou hygienické služby v r. 2003 došlo k poklesu všech preventivních aktivit zaměřených na HIV/AIDS včetně testování (Jedlička et al. 2004).

prvozáchytu VHC rozlišit, zda se jedná o akutní či chronickou infekci, objektivnější obraz o VHC poskytuje výskyt všech případů včetně chronických - viz obrázek 6-6.

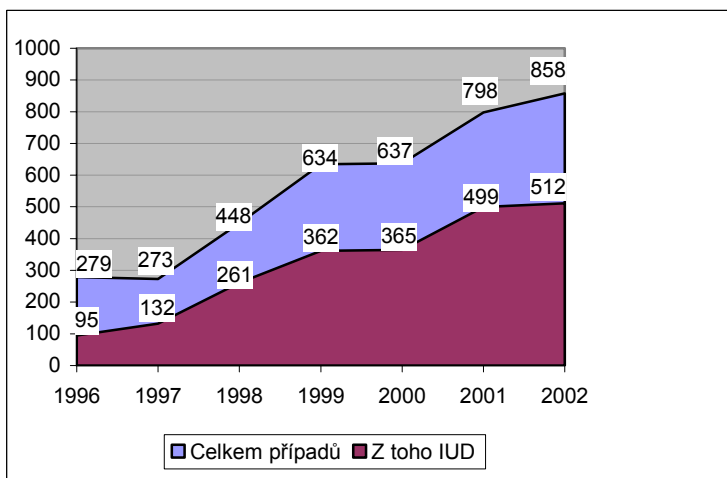
obrázek 6-4: Hlášená incidence VHB a podíl IUD v ČR v l. 1996 – 2003 (Beneš and Částková, 2004)



obrázek 6-5: Hlášená incidence akutní VHC a podíl IUD v ČR v l. 1997 - 2003 (Beneš and Částková, 2004)



obrázek 6-6: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a podíl IUD v ČR v l. 1996 – 2002* (Beneš and Částková, 2004)



Pozn.: * Údaje za r. 2003 nebyly v době zpracování zprávy k dispozici.

Lépe vypovídá o výskytu virových hepatitid vyšetření protilátek proti původcům jednotlivých typů, případně vyšetření jejich antigenů – čili provedení seroprevalenční³⁰ studie. V této oblasti jsou k dispozici výsledky několika studií či monitorovacích systémů různých uživatelských skupin. Kromě studií zveřejněných ve výroční zprávě NMS 2002 (Mravčík et al. 2003) jsou nově k dispozici výsledky studie Virové hepatitidy u problémových uživatelů návykových látek, která byla provedena ve dvou souborech uživatelů alkoholu a nealkoholových drog. První soubor tvořili pacienti střednědobé odvykací léčby a druhý soubor věznění uživatelé - viz tabulka 6-7.

tabulka 6-7: Prevalence markerů VHA, VHB a VHC u pravidelných injekčních uživatelů návykových látek z programu střednědobé odvykací léčby (soubor 1) a ze zařízení vězeňské služby ČR (soubor 2) (Klusoňová et al. 2004)

Marker	IUD ve střednědobé odvykací léčbě (%)	Věznění IUD (%)
Anti HAV	33,6 (42 z 125 osob)	40,7 (11 z 27 osob)
HBsAg	4,2 (9 z 216 osob)	3,4 (5 z 147 osob)
Anti HCV	22,4 (38 z 170 osob)	18,1 (26 z 144 osob)

Dále jsou k dispozici výsledky ze studie NMS Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog, provedené ve 12 nízkoprahových centrech v l. 2002 – 2003. Studie se zúčastnilo 760 osob, z toho 226 osob tj. 29,8 % bylo pozitivních³¹. Při přepočtu na diagnostické vlastnosti testu je pak reálná seroprevalence VHC mezi IUD 34,6%. Seroprevalenci dle krajů, ve kterých se nacházejí jednotlivá centra, uvádí mapa 6-1. V prospektivní části studie byla za období únor – září 2003 na vzorku 107 osob (testovaných v základní části jako negativní) zjištěna míra incidence (incidence rate)³² 18,5 případů na 100 osob a rok sledování.

mapa 6-1: Seroprevalence VHC zjištěná ve studii Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog dle kraje jednotlivých center v l. 2002 - 2003 (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003)



Pozn.: Soubory vyšetřených v jednotlivých centrech se liší svými charakteristikami, které vysvětlují významnou část regionálních rozdílů. Hlavními prediktivními faktory seroprevalence VHC jsou rostoucí délka injekčního užívání, rostoucí věk, pobyt ve vězení v anamnéze, vzrůstající míra frekvence injekční aplikace a současně injekční užívání heroínu a pervitinu.

6.2.3 Monitorování infekcí ve specifických populacích uživatelů drog

tabulka 6-8: Monitorování infekcí u pacientů substitučních center v r. 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004c)

Infekce	Počet pozitivních	Podíl v počtu otestovaných (%)
HIV	5	0,73
VHB	106	15,5
VHC	284	44,5

³⁰ Seroprevalence = promořenost = výskyt protilátek proti dané infekci v krevním séru; nález dlouhodobě přetrvávajících (tzv. anamnestických) protilátek je známkou kontaktu člověka s touto infekcí v blízké či vzdálené minulosti.

³¹ Monografie Studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ vyjde v ediční řadě NMS v r. 2004.

³² Udává počet nově nakažených na sumu individuálních období sledování – v tomto případě na 100 osob a rok sledování

6.3 Psychiatrická komorbidita

Psychiatrickou komorbiditou rozumíme výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho jedince (World Health Organization, 2001) (World Health Organization, 2004). Zde se soustředíme na výskyt poruchy spojené s užíváním drogy společně s jinou psychickou poruchou. Podrobněji jsme se tématem duálních diagnóz zabývali ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002 (Mravčík et al. 2003).

Podle údajů ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a) bylo v r. 2003 v psychiatrických léčebnách a odděleních nemocnic uskutečněno celkem 4 636 hospitalizací na poruchy spojené s užíváním nelegálních návykových látek (F11-F19). Další diagnózy byly diagnostikovány celkem 316krát (6,8 %); tento podíl je pravděpodobně značně podhodnocený. Ve 282 případech se na pozici první vedlejší diagnózy objevila psychiatrická porucha (64,4 % ze všech prvních vedlejších diagnóz), ta byla současně diagnostikována v 26 % jako druhá vedlejší diagnóza a v 7,5 % jako třetí vedlejší diagnóza.

V celém souboru 316 hospitalizací převažují poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek (40,8 %). Další velkou skupinu tvoří polymorfní užívání (27,8 %). Dalšími nejčastěji užívanými látkami jsou alkohol (28,4 %), sedativa a hypnotika (11,4 %) a stimulantia (10,2 %) - viz tabulka 6-9.

tabulka 6-9: Podíl (sekundárních) drog u polymorfních uživatelů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních v r. 2003 (v %)

Základní diagnóza	F11	F12	F13	F14	F15	F18	F19	
Vedlejší diagnóza	F10	22,2	14,3	50	100	15,8	0,0	32,4
	F11	22,2	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0
	F12	0,0	28,6	0,0	0,0	15,8	0,0	0,0
	F13	11,1	14,3	50	0,0	5,3	0,0	0,0
	F15	11,1	14,3	0,0	0,0	26,3	0,0	5,9
	F17	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9
	F18	22,2	14,3	0,0	0,0	0,0	100	0,0
	F19	11,1	14,3	0,0	0,0	31,6	0,0	58,8

Pozn.: Duševní a behaviorální poruchy dle MKN-10: F10 - poruchy vyvolané užíváním alkoholu, F11 - poruchy vyvolané užíváním opioidů, F12 - poruchy vyvolané užíváním konopných látek, F13 - poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik, F14 - poruchy vyvolané užíváním kokainu, F15 - poruchy vyvolané užíváním jiných stimulantů, F16 - poruchy vyvolané užíváním halucinogenů, F18 - poruchy vyvolané užíváním tabáku, F19 - poruchy vyvolané užíváním organických těkavých látek.

Mezi nejčastější psychické poruchy patří poruchy osobnosti (44,6 %), neurotické poruchy (19,9 %) a afektivní poruchy (19,0 %). Mezi poruchami osobnosti převažují smíšené poruchy osobnosti (53,4 %), specifické poruchy osobnosti (39,2 %) a návykové a impulzivní poruchy osobnosti (6,8 %). Mezi neurotickými poruchami a poruchami vyvolanými stresem převažují reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (52,4 %) a úzkostné poruchy (34,9 %). Přehled duálních diagnóz ukazuje tabulka 6-10.

V r. 2003 bylo také 1 740 hospitalizací se základní diagnózou mimo okruh návykových látek, kdy poruchy vyvolané užíváním návykových látek byly uvedeny jako jedna z vedlejších diagnóz. U neurotických poruch, které tvořily 30,4 % všech těchto diagnóz, byly nejčastěji užívanými látkami alkohol (65,3 %), sedativa nebo hypnotika (11,3 %) a konopné látky (4,6 %). U poruch osobnosti (20,1 % ze všech diagnóz) se jednalo o alkohol (60,2 %) a konopné látky (8,1 %); relativně vysoké zastoupení měly i nespecifikované poruchy (19,8 %). Třetí nejpočetnější skupinu tvořily schizofrenie (19,9 %) v kombinaci s užíváním alkoholu (57,9 %) a konopných látek (6,1 %); i zde měly relativně vysoké zastoupení nespecifikované poruchy (20,3 %).

tabulka 6-10: Podíl dalších psychických poruch u hospitalizovaných primárně na problémy spojené s užíváním drog, u kterých byla další psychická porucha uvedena v r. 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a)

Základní diagnóza		F11	F12	F13	F14	F15	F16	F18	F19	Celkem	
Vedlejší diagnózy	Celkem	Abs.	30	22	71	2	41	1	20	129	316
	F00 - F09	%	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	10,0	3,8	3,2
	F20 - F29	%	10,0	13,6	4,2	50,0	2,4	100,0	5,0	4,7	6,0
	F30 - F39	%	36,7	9,1	38,0	0,0	7,3	0,0	5,0	12,4	19,0
	F40 - F49	%	20,0	31,8	29,6	0,0	9,8	0,0	5,0	18,6	19,9
	F50 - F59	%	23,3	0,0	2,8	0,0	2,4	0,0	5,0	2,3	4,4
	F60 - F69	%	13,3	22,7	28,2	0,0	63,4	0,0	40,0	60,5	44,6
	F70 - F79	%	0,0	9,1	0,0	0,0	4,9	0,0	30,0	1,6	3,8
	F80 - F89	%	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,6
	F90 - F99	%	6,7	27,3	4,2	50,0	12,2	0,0	20,0	6,2	9,2

Pozn.: F00 - F09: organické duševní poruchy, včetně symptomatických, F10 - F19: duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek – viz pozn. tabulka 6-9, F20 - F29: schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy, F30 - F39: afektivní poruchy (poruchy nálady), F40 - F49: neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy, F50 - F59: behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, F60 - F69: poruchy osobnosti a chování u dospělých, F70 - F79: mentální retardace, F80 - F89: vývojové poruchy, F90 - F99: poruchy chování u dětí.

6.4 Další poruchy spojené s užíváním drog

6.4.1 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních³³ intoxikacích je založen na systému provozovaném HS (Polanecký et al. 2004). Přetrvávají značné regionální rozdíly v systému sběru dat jak co do kvality, tak co do kvantity. Zdrojem dat o intoxikacích v souvislosti s užitím drog jsou různé typy zdravotnických zařízení. Mezi lety 2001 a 2003 je možno zaznamenat sestupný trend intoxikací drogami. Srovnání výskytu intoxikací v l. 2001 - 2003 podle drog - viz tabulka 6-11.

tabulka 6-11: Intoxikace drogami v ČR, srovnání let 2001 - 2003 podle jednotlivých drog (Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2002)

Droga	2001		2002		2003	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Heroin	285	24,1	176	17,6	152	17,3
Metadon	2	0,2	6	0,6	3	0,3
Subutex	n.a.	-	n.a.	-	2	0,2
Ostatní opiáty	16	1,4	23	2,3	22	2,5
Pervitin	163	13,8	191	19,1	149	16,9
Extáze	15	1,3	4	0,4	8	0,9
Kokain	4	0,3	2	0,2	6	0,7
Amfetamin a další stimulancia	4	0,3	12	1,2	7	0,8
Marihuana a hašiš	63	5,3	101	10,1	90	10,2
Barbituráty	19	1,6	16	1,6	9	1,0
Benzodiazepiny	137	11,6	89	8,9	157	17,8
Sedativa, hypnotika	176	14,9	121	12,1	73	8,3
LSD	3	0,3	2	0,2	3	0,3
Psilocybin	15	1,3	7	0,7	4	0,5
Těkavé látky	75	17,8	58	5,8	69	7,8
Durman	4	0,3	0	0	0	0,0
Jiné drogy a léky	182	15,4	179	17,9	100	11,4
Neznámá	20	1,7	13	1,3	27	3,1
Celkem	896	100,0	818	100,0	881	100,0

³³ Nefatální – v tomto případě ve smyslu nekončící úmrtím.

6.4.2 Drogy a dopravní nehody

Byla provedena analýza pitvaných na všech 13 odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2003. Celkem bylo v r. 2003 na těchto odděleních pitváno 9 960 těl. Z toho v 1 035 případech šlo o účastníky dopravních nehod. U 554 z nich (54 %) bylo provedeno toxikologické vyšetření (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004a). Výsledky shrnuje tabulka 6-12.

tabulka 6-12: Nález alkoholu, medikamentů a OPL v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR r. 2003 (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004a)

Látka/kategorie účastníků dopravních nehod	Chodci (n = 143)	Cyklisté (n = 50)	Řidiči motorových vozidel (n = 204)	Ostatní (n = 157)	Celkem (n = 554)
Alkohol	46,2	36,0	24,0	32,5	33,2
Opiáty (vč. heroinu)	0,0	2,0	0,5	0,0	0,4
Stimulancia (vč. pervitinu a extáze)	0,7	0,0	2,5	0,6	1,3
Kokain	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Konopné látky	3,5	0,0	2,9	2,5	2,7
Benzodiazepiny	2,1	4,0	1,5	0,6	1,6

Na zkušenosti s řízením pod vlivem různých psychotropních látek se zaměřila také dotazníková studie Tanec a drogy 03, prováděná mezi 1 652 návštěvníky tanečních akcí v r. 2003 (Kubů et al. 2004). Získaná data ukazují na relativně vysokou frekvenci tohoto rizikového chování – viz tabulka 6-13.

tabulka 6-13: Celoživotní prevalence řízení pod vlivem psychotropních látek a dalších rizikových dopravních situací mezi návštěvníky tanečních akcí v ČR v r. 2003 (v %, n= 1 652) (Kubů et al. 2004)

Droga/rizikové chování	Řízení pod vlivem	Spolujezdec řidiče pod vlivem	Nehoda pod vlivem
Konopné látky	37,0	66,3	1,9
Alkohol	27,9	57,4	4,2
Kokain	3,8	8,7	0,1
Extáze	16,6	34,8	0,5
Pervitin	9,7	24,4	0,3
Halucinogeny	6,1	11,9	0,2

6.4.3 Další zdravotní důsledky

Dostupné studie zkoumající zdravotní důsledky užívání drog v r. 2002 a 2003 jsou uvedeny ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002 (Mravčík et al. 2003).

V r. 2003 byly publikovány výsledky kvalitativní studie na 10 uživatelích konopných látek (8 z nich užívalo konopnou látku několikrát denně minimálně 6 dní v týdnu) zkoumající symptomatologii amotivačního syndromu a prokrastinace (chorobného odkládání). Znaky prokrastinace vykazovalo 9 z 10 členů výzkumného souboru. Studie dospěla k závěru, že intenzivní užívání konopných látek není příčinou amotivačního syndromu; těžkými uživateli konopných látek se stávají spíše ti, kteří již dříve měli sklon k nízké motivaci (Gabrhelík, 2004).

V r. 2003 bylo monitorováno užívání drog a výskyt zdravotních následků mezi účastníky tanečních akcí. Celkem bylo dotazováno 468 osob (průměrný věk 20,3 let), které si nechaly testovat tabletu extáze. Celoživotní prevalenci zdravotních komplikací v souvislosti s pobytem respondentů na taneční akci uvádí tabulka 6-14. Hlavními uváděnými příčinami potíží bylo horko, nadměrné požití drogy (především se jednalo o alkohol, extázi, pervitin) a kombinace více látek najednou. Následnou pomoc lékaře muselo vyhledat 18 (3,8 %) z dotázaných (Mravčík and Valnoha, 2004).

tabulka 6-14: Celoživotní prevalence zdravotních komplikací v souvislosti s pobytem na taneční akci, výsledky z r. 2003 (v %, n = 468) (Mravčík and Valnoha, 2004)

Komplikace	%
Nevolnost/bolesti hlavy/zvracení	15,8
Bušení srdce	16,7
Ospalost	6,6
Agresivita	2,6
Přehřátí	9,2
Úzkost	11,5
Ztráta vědomí	3,8
Jiné	1,3

7 Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Opatření směřující ke snižování zdravotních rizik spojených s užíváním drog provádějí především služby nízkoprahových zařízení (kontaktní centra, terénní programy/streetwork, výměnné programy), případně léčebná zařízení. Primárním cílem těchto opatření je snížení výskytu zdravotních komplikací spojených s užíváním drog, nikoliv abstinence jako v případě léčby závislosti jako takové. Cílovou populací jsou především problémoví uživatelé drog a jejich rodiny a blízcí; některá zařízení poskytují služby také rekreačním uživatelům tanečních drog.

7.1 Prevence předávkování

Prevence předávkování je v ČR prováděna jen prostřednictvím vzdělávání a tréninku uživatelů drog v rámci služeb poskytovaných v nízkoprahových a léčebných zařízeních (ústní i písemnou formou). Hlavními tématy tohoto vzdělávání jsou: první pomoc v případě předávkování, rizika kombinování drog a zásady bezpečnějšího užívání.

Kromě zavádění a rozšiřování substitučních programů žádné další specifické aktivity zaměřené na prevenci předávkování (např. využívání antagonistů³⁴, místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog) nejsou v ČR realizovány.

7.2 Prevence infekčních chorob

Prevence infekčních chorob je standardní součástí nabídky služeb v nízkoprahových zařízeních. Mezi aktivity prevence infekčních chorob patří:

- poskytování informací o infekčních chorobách,
- vzdělávání a motivace k bezpečnějším způsobům užívání drog,
- výměnný program – včetně bezpečné likvidace použitých stříkaček - provádí v ČR 94 % nízkoprahových zařízení,
- sekundární výměnný program³⁵ - provádí nejméně 15 % zařízení,
- vzdělávání a motivace k bezpečnému sexu, distribuce kondomů,
- motivační trénink ke znalosti svého zdravotního stavu – k testování,
- provádění testů na přítomnost infekčních onemocnění (ze žilní krve, příp. orientačních testů ze slin a z kapilární krve) – tuto službu zajišťovalo v r. 2003 přes 60 % nízkoprahových zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e),
- zprostředkování očkování,
- zprostředkování kontaktu s lékařem odborníkem v případě onemocnění.

³⁴ Látek s opačným účinkem nebo rušícím účinek drogy.

³⁵ Zapojení aktivních uživatelů drog, kteří po absolvování vzdělání a pod odbornou supervizi vyměňují injekční materiál a poskytují informace dalším uživatelům drog na těžko dostupných místech – byty, squaty.

tabulka 7-1: Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových zařízeních v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e)

Služba	Počet zařízení	Počet provedených testů
Testy HIV	64	2 629
Testy VHA	1	123
Testy VHB	21	739
Testy VHC	60	2 499
Testy lues	4	209

7.2.1 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel

Síť nízkoprahových zařízení se v ČR buduje od r. 1992, na konci r. 2003 ji tvořilo 92 jednotlivých projektů³⁶ - 94 % z nich provádí výměnný program stříkaček a jehel (v r. 2003 byla služba výměnný program poskytnuta cca 135 000krát). Počet vyměněných stříkaček, při nezvyšujícím se počtu problémových uživatelů, každoročně stoupá (viz tabulka 7-2 a mapa 7-1), čímž se snižuje počet rizikových situací, ve kterých může dojít k přenosu nákazy infekčními onemocněními.

tabulka 7-2: Výměnné programy jehel a stříkaček v l. 1998 - 2003 (zdroj dat: HS HMP a NMS)

Rok	Počet vykazujících výměnných programů	Počet distribuovaných 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

mapa 7-1: Distribuované stříkačky a jehly ve výměnných programech v r. 2003 v přepočtu na 1000 obyvatel (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e)



V rámci studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog bylo mapováno získávání čistého injekčního náčiní. Téměř 44 % respondentů uvedlo jako nejčastější zdroj výměnné programy. Zdroj, který respondenti využili pro získání čistých stříkaček v posledních šesti měsících (bylo možno uvést více zdrojů současně) uvádí tabulka 7-3. Průměrný počet týdně získaných stříkaček byl z výměnného programu 19,1 ks a z lékáren 4,4 ks. Ze 702 osob, které odpověděly na otázku, zda věděly o existenci výměnného programu dříve než začaly užívat injekčně, odpovědělo 33,2 % respondentů kladně (Korčíšová, 2004).

³⁶ Počet zařízení vychází z údajů dostupných NMS (dotační řízení státních institucí, veřejně přístupné adresáře, informace Sekce Harm reduction A.N.O.).

tabulka 7-3: Zdroje čistého injekčního materiálu v posledním 6 měsících v l. 2002 - 2003 (Korčíšová, 2004)

Zdroj	Počet osob	Podíl (%)
Lékárna, zdravotní potřeby	493	64,7
Výměnný program - kontaktní centra	523	68,8
Výměnný program – streetwork	226	29,7
Dealer, vaříč	74	9,7
Jiné	96	12,6

7.3 Intervence spojené s psychiatrickou komorbiditou

Léčba uživatelů drog s duálními diagnózami probíhá v ČR integrovaně, tedy v jednom zařízení jedním terapeutickým týmem. V ČR však není zařízení, které by se specializovalo výhradně na klienty s duálními diagnózami. Léčba těchto klientů probíhá v rámci existujícího léčebného systému pro uživatele drog se zohledněním jejich specifických potřeb.

7.4 Intervence spojené s jinými zdravotními důsledky

Co se týče řízení pod vlivem ilegálních drog nedisponuje v současné době Policie ČR potřebnými prostředky k jejich rychlé detekci. Lékařsky vyšetřovány jsou pouze osoby, které se k řízení pod vlivem OPL přiznají nebo u nich byly zjištěny nezpochybnitelné důkazy.

Okrajově se na problematiku řízení pod vlivem OPL zaměřují také organizace poskytující preventivní a harm reduction intervence na tanečních akcích – viz také kapitola Preventivní aktivity určené uživatelům tanečních drog, str. 19.

8 Sociální souvislosti a důsledky užívání drog

Obecně se problém sociální exkluze v ČR týká zejména některých skupin rómského obyvatelstva. Užívání drog je v rómských komunitách relativně časté a může být jedním z faktorů způsobujících či prohlubujících vyloučení jedince (či skupin) ze společnosti. V r. 2003 byly zahájeny některé projekty, mapující mj. problém užívání drog v rómské populaci. Sociálně problémové jevy, které mohou být spojeny se sociální exkluzí, se ve zvýšené míře vyskytují rovněž mezi klienty léčebných a nízkoprahových zařízení pro uživatele drog.

Pokud jde o drogovou kriminalitu, nedošlo v r. 2003 k výrazným změnám. Dostupné údaje o počtu stíhaných pachatelů nejsou jednoznačné – dle dlouhodobě zavedeného statistického systému Policejního prezidia ČR se jejich počet oproti r. 2002 zvýšil o 4 %, dle relativně nového evidenčního systému NPC se zvýšil o 18 %³⁷. Počet stíhaných vzrostl ve srovnání s r. 2002 v souvislosti s konopnými látkami a pervitinem a klesl u heroínu a extáze. Stíhaní za trestné činy držení drog pro vlastní potřebu představují zhruba 10 % počtu stíhaných osob za drogové trestné činy. Přetrvávají regionální rozdíly, téměř třetina zjištěných trestných činů byla spáchána v hlavním městě Praze. V r. 2003 se zvýšil počet přestupků držení malého množství drog pro osobní potřebu.

Statistiky státních zastupitelství a soudů evidují případy, které byly v daném roce ukončeny. Tato data jsou relevantní spíše pro sledování dlouhodobých trendů drogové kriminality než pro aktuální obraz o jejím vývoji. Přestože se počet obžalovaných osob za drogové trestné činy zvýšil oproti r. 2002 poměrně výrazně (o 21,8 %), sledováno ve dvouletých obdobích se jedná o nárůst pozvolný. Stejně je tomu pokud jde o počet odsouzených za drogové trestné činy, kde byl zaznamenán mírný meziroční nárůst (o 7 %).

Mezi klienty PMS bylo v r. 2003 evidováno 562 pachatelů drogových trestných činů, což představuje 2 % ze všech klientů PMS. Přibližně polovinu z nich představovali závislí uživatelé drog. V případě trestných činů krádeží činil podíl drogově závislých klientů PMS 2,4 %. Policejní retrospektivní odhad sekundární drogové kriminality přinesl výrazně vyšší hodnoty podílu trestných činů spáchaných uživateli drog (30 – 40 % krádeží); je pravděpodobně nadhodnocený a vyžaduje ověření dalšími studii.

³⁷ Údaje Policejního prezidia ČR zahrnují všechny drogové trestné činy (§ 187, 187a, 188 a 188a TZ). Údaje NPC zahrnují jen trestné činy nedovolené výroby a přechovávání OPL (§ 187 – 188 TZ) a nezahrnují trestné činy šíření toxikomanie (§ 188a TZ). Pokud bychom posuzovali změnu oproti r. 2002 z údajů Policejního prezidia pouze za § 187 – 188 TZ, stoupl počet takto evidovaných trestných činů o 6,3 %.

8.1 Sociální exkluze

K častým sociálním problémům spojeným s užíváním drog patří zhoršené rodinné vztahy, vztahy s pracovním či školním prostředím, nižší dokončené nebo nedokončené vzdělání, nezaměstnanost a nižší socioekonomický status, špatná bytová situace, která v některých případech vede až k bezdomovectví, a někdy se přidávají také kriminalita a prostituce. Kumulace uvedených sociálních problémů může v určitých případech vést k tzv. sociální exkluzi, tj. vyloučení jedince ze společnosti. Sociální exkluze však nemusí nutně být důsledkem užívání (především problémového užívání) drog, naopak může být také jednou z jeho příčin.

Sociální exkluze je často podporována negativními postoji veřejnosti k určité skupině obyvatel. Poslední průzkum CVVM ukázal, že uživatelé drog se stávají jednou ze skupin společnosti, která není veřejností příliš tolerována (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2003). Sociální exkluze se však nemusí bezpodmínečně týkat jen uživatelů drog – často bývá spojována s některými etniky a národnostními menšinami.

8.1.1 Sociální exkluze a vybrané specifické skupiny obyvatel

Podle Národního akčního plánu sociálního začleňování na léta 2004 – 2006 (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2004) se problematika sociální exkluze v ČR týká pouze vybraných skupin romského obyvatelstva. Sociální situaci v romských komunitách sleduje dlouhodobě Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity v rámci Programu podpory terénních sociálních pracovníků. Do programu je zapojeno 81 romských komunit z celé ČR, kromě situace v oblasti užívání drog byla na počátku a na konci roku hodnocena také situace v oblasti nezaměstnanosti, záškoláctví, nedostatečné hygieny, negramotnosti, lichvy, gamblerství, prostituce, kriminality a nízké kvality bydlení. Kromě výskytu samotného jevu byla vždy hodnocena závažnost tohoto jevu v každé z komunit (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2004).

Problém drog se ke konci r. 2003 vyskytoval v 58 komunitách, v 11 z nich byl hodnocen jako závažný – týkající se početnější skupiny obyvatel. K nejčastějším užívaným drogám patří marihuana a toluen (75 % z komunit), pervitin (50 %), ve velké míře jsou také zneužívána sedativa (38 %). Užívání heroínu a extáze se týká 14 % komunit (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2004). Ukázalo se, že s rostoucí závažností jednoho problému roste závažnost i ostatních negativních sociálních jevů – závažnost užívání drog statisticky významně koreluje s výskytem gamblerství, prostituce a kriminality, stejně tak i s výskytem lichvy a nízkou úrovní vzdělání.

V r. 2003 byly zahájeny projekty Společnosti Hvězda Romský terén a Baterie. Projekty si kladou za cíl vytvořit model výzkumu v romském terénu (mezi romskými uživateli i neuživateli drog) a realizovat ho prostřednictvím vyškolených romských terénních pracovníků (Společnost Hvězda, 2004a)³⁸.

Srovnávací výzkum mezi 30 romskými a 30 neromskými uživateli drog realizovaný v r. 2002 a 2003 přinesl podrobnější informace o charakteru užívání drog mezi Romy. Oproti majoritní populaci začínají Romové s užíváním drog v nižším věku a častější je mezi nimi užívání heroínu. Velké procento romských uživatelů žije ve společné domácnosti s dalším uživatelem – ukazuje se tedy, že užívání drog v romských komunitách je problém celých rodin a často problém vícegenerační (Vyhnalová, 2004). Romští uživatelé mají také oproti majoritním menší zkušenosti s léčbou – a pokud zkušenost mají, pak pouze s tradiční zdravotní (psychiatrickou) péčí; často mají k léčbě negativní postoj. Mnohem méně Romů je také v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními (Vyhnalová, 2004).

8.1.2 Sociální charakteristiky žadatelů o léčbu

Vybrané sociální charakteristiky sleduje dlouhodobě Hygienická stanice hlavního města Prahy (HS HMP) u žadatelů o léčbu nebo specializovanou službu v souvislosti s užíváním drog. V r. 2003 bylo z celkového počtu 8 522 žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním drog necelých 8 % osob bez domova, dalších 5 % bydlí v zařízeních (např. diagnostickém nebo výchovném ústavu, terapeutické komunitě, věznici, azylovém domě). Mezi žadateli o opakovanou léčbu je patrný posun k problematičtějšimu charakteru bydlení a mnohem častěji jsou oproti žadatelům o první léčbu nezaměstnaní nebo vykonávají pouze příležitostnou práci – viz tabulka 8-1. Problémem je také nízké vzdělání žadatelů o léčbu – téměř 55 % z nich mělo základní nebo nedokončené vzdělání (Polanecký et al. 2004).

³⁸ V r. 2003 byl výzkum připraven a pilotně testován, zároveň byl vydán komiks Šuko, Zoli, Kalo a drogy, využívaný pro terénní práci (Společnost Hvězda, 2004b).

tabulka 8-1: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2003 (v %) (Polanecký et al. 2004)

Charakteristika	Všichni žadatelé o léčbu	Žadatelé o první léčbu	Žadatelé o opak. léčbu
Bezdomovec	7,4	5,8	8,9
Bydliště v zařízení	4,7	3,9	5,5
Nezaměstnaný, příležitostná práce	53,0	45,8	59,9
Nedokončené základní vzdělání	4,5	6,8	2,3
Základní vzdělání	49,9	52,8	47,1

8.2 Drogové trestné činy a přestupky

8.2.1 Drogové trestné činy podle údajů Policie ČR

Souhrnné údaje o počtu trestných činů vyšetřovaných Policíí ČR (PČR) jsou na národní úrovni dlouhodobě vykazovány v Evidenčním statistickém systému kriminality Policejního prezidia ČR. Tato statistika obsahuje údaje o počtu všech zjištěných trestných činů a jejich pachatelů v daném roce v rozlišení dle jednotlivých paragrafů Trestního zákona (TZ). Údaje o počtu stíhaných pachatelů trestných činů nedovolené výroby a držení OPL³⁹ jsou zároveň evidovány Národní protidrogovou centrálou PČR (NPC), která poskytuje tato souhrnná data od r. 2002, a to v rozlišení podle druhu drogy. Statistika Policejního prezidia ČR poskytuje celkový přehled o stavu a vývoji kriminality v ČR, statistika NPC se zaměřuje pouze na drogovou trestnou činnost.

Údaje o počtu trestných činů nedovolené výroby a držení OPL, resp. jejich pachatelů, pocházející z obou zmíněných zdrojů, se liší. Zatímco v r. 2002 vykazovala NPC o 55 (2,8 %) méně pachatelů uvedených trestných činů než Policejní prezidium, v r. 2003 naopak o 172 (7,3 %) více. Konkrétní odlišnosti ve zpracování obou statistik, které by mohly být příčinou tohoto nesouladu, se nepodařilo zjistit.

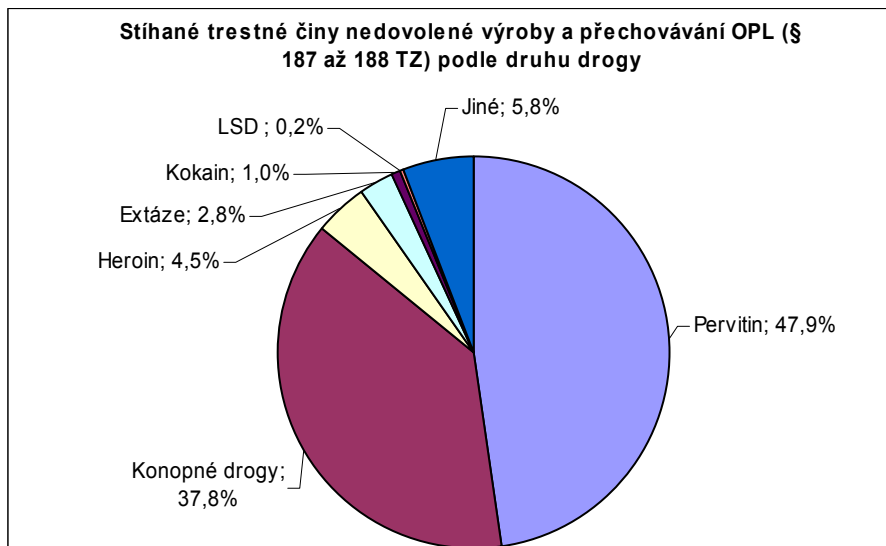
8.2.1.1 Drogové trestné činy dle Národní protidrogové centrály Policie ČR

Dle údajů NPC (Národní protidrogová centrála Policie ČR a Generální ředitelství cel, 2004) bylo v r. 2003 stíháno za trestné činy nedovolené výroby a držení OPL 2 357 osob, což je o 357 (17,9 %) více než v r. 2002.

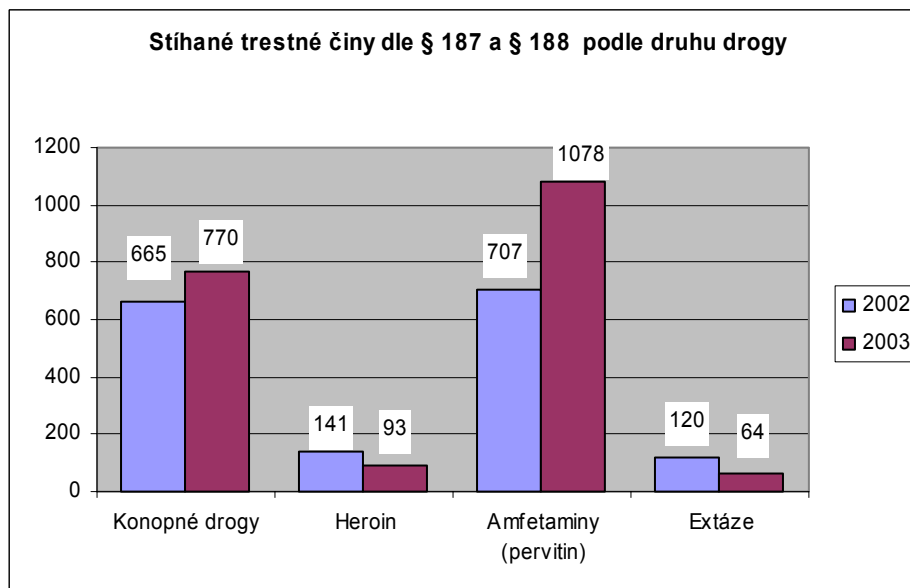
Na základě údajů NPC je možné porovnat vývoj počtu stíhaných pachatelů trestných činů podle druhu drogy v letech 2002 a 2003; jejich podíl v r. 2003 – viz obrázek 8-1. K poklesu počtu pachatelů zjištěných trestných činů dle § 187 až 188 TZ došlo pokud jde o trestné činy spojené s heroinem (o 33 %) a extází (o 53 %), zatímco jejich počet stoupl v případě konopných látek (o 19 %) a pervitinu (o 45 %). V případě kokainu došlo k nárůstu z 10 na 24 stíhaných pachatelů. Počet stíhaných osob za přechovávání drog v množství větším než malém pro osobní potřebu (§ 187a TZ) stoupl výrazně u konopných látek (o 47 %), zatímco v případě pervitinu, heroinu i extáze klesl - viz obrázek 8-2, obrázek 8-3.

³⁹ Trestné činy dle ustanovení § 187, 187a, 188 TZ.

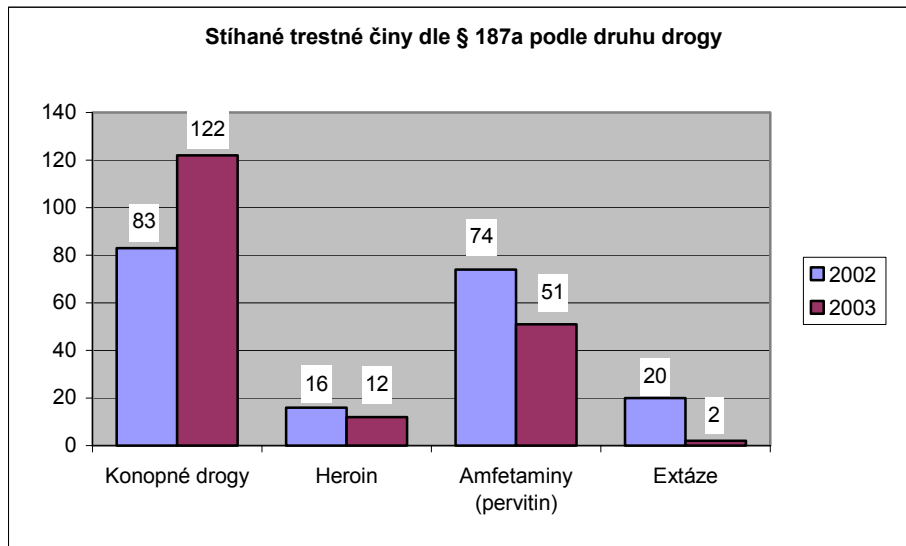
obrázek 8-1: Stíhané trestné činy nedovolené výroby a přechovávání OPL (§ 187 - 188 TZ) podle druhu drogy v r. 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR a Generální ředitelství cel, 2004)



obrázek 8-2: Stíhané trestné činy dle § 187 a 188 TZ podle druhu drogy v l. 2002 a 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR a Generální ředitelství cel, 2004)



obrázek 8-3: Trestné činy stíhané policií dle § 187a TZ podle druhu drogy v l. 2002 a 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR a Generální ředitelství cel, 2004)



8.2.1.2 Drogové trestné činy dle Policejního prezidia ČR

Evidenční systém statistik kriminality poskytuje údaje o počtu všech zjištěných a objasněných trestných činů a jejich pachatelů (Policejní prezidium ČR, 2004a). Následující přehled zahrnuje nejen trestné činy nedovolené výroby a držení OPL (§§ 187, 187a, 188), ale i trestné činy šíření toxikomanie (§ 188a TZ), označované souhrnně jako drogové trestné činy.

Počet zjištěných drogových trestných činů poměrně výrazně klesl v r. 2003 o 13,2 % na 3 760, počet stíhaných pachatelů naopak stoupl o 4,1 % na 2 295 osob. O 30,3 % vzrostl počet pachatelů stíhaných za nedovolené držení drog pro vlastní potřebu (§ 187a TZ). Držení drog pro vlastní potřebu představuje 8,3 % počtu zjištěných drogových trestných činů, resp. 10,1 % stíhaných pachatelů drogové kriminality – viz tabulka 8-2, tabulka 8-3.

Pokud jde o vztah mezi oběma ukazateli (zjištěnými drogovými trestnými činy a stíhanými pachateli) lze v průběhu posledních 4 let sledovat každoroční snižování rozdílu mezi počtem zjištěných drogových trestných činů a stíhaných pachatelů: zatímco v r. 2000 připadalo na 1 pachatele v průměru 2,5 trestného činu, v r. 2003 jen 1,6 trestného činu – viz obrázek 8-4. Tento trend nasvědčuje buď skutečnému snižování průměrného počtu drogových trestných činů páchaných stejnými osobami nebo nekonzistenci v metodologii této evidence či nepřesnému vykazování trestné činnosti v rámci Evidenčního systému statistik.

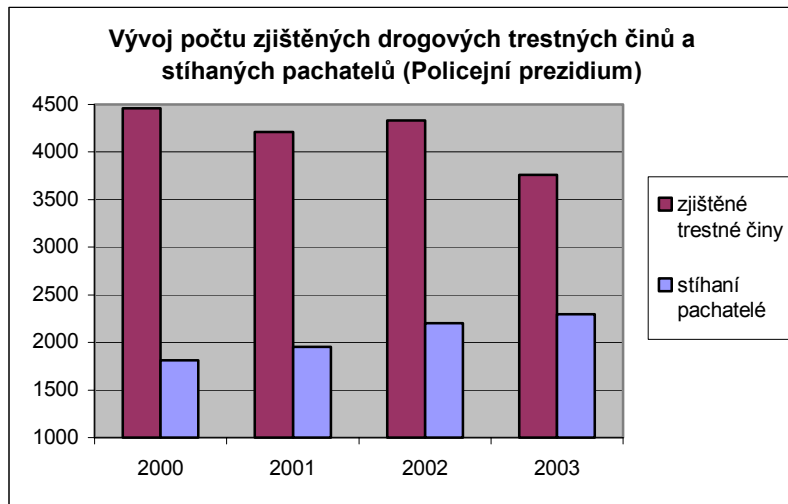
tabulka 8-2: Počet zjištěných drogových trestných činů v l. 2000 – 2003 (Policejní prezidium ČR, 2004a)

Rok	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a		Celkem (abs.)
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
2000	3 292	73,8	212	4,8	122	2,7	832	18,7	4 458
2001	3 198	76,0	241	5,7	157	3,7	613	14,6	4 209
2002	3 359	77,6	285	6,6	216	5,0	470	10,9	4 330
2003	2 818	74,9	312	8,3	263	7,0	367	9,8	3 760

tabulka 8-3: Počet stíhaných pachatelů drogových trestných činů v l. 2000 - 2003 (Policejní prezidium ČR, 2004a)

Rok	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a		Celkem (abs.)
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
2000	1 412	77,8	139	7,7	78	4,3	186	10,2	1 815
2001	1 525	78,1	166	8,5	80	4,1	181	9,3	1 952
2002	1 757	79,7	178	8,1	120	5,4	149	6,8	2 204
2003	1 828	79,7	232	10,1	125	5,4	110	4,8	2 295

obrázek 8-4: Vývoj počtu zjištěných drogových trestných činů a stíhaných pachatelů v l. 2000 - 2003 (Policejní prezidium ČR, 2004a)



8.2.1.3 Drogové trestné činy dle krajů

Nejvýrazněji se do poklesu evidovaných případů na národní úrovni promítl třetinový pokles zaznamenaný v Praze, která se tak podílí na celkové drogové kriminalitě v ČR „pouze“ 31 %, oproti 41 % v r. 2002. Naopak nejvíce stoupla drogová kriminalita v Moravskoslezském kraji – téměř o 30 %. Poněkud kuriózní je nulová změna v Ústeckém a Jihomoravském kraji. V přepočtu na 100 tis. obyvatel bylo kromě Prahy spácháno nejvíce trestných činů v krajích Moravskoslezském, Ústeckém, Jihomoravském a Středočeském – viz mapa 8-1, tabulka 8-4.

mapa 8-1: Zjištěné drogové trestné činy dle krajů v r. 2003 (na 100 tis. obyvatel) (Ministerstvo vnitra ČR, 2004b)



tabulka 8-4: Zjištěné drogové trestné činy v l. 2001 – 2003 dle krajů (Ministerstvo vnitra ČR, 2004b)

Kraj	2001	2002	2003			Změna 2002 - 2003 (%)
	Abs.	Abs.	Abs.	%	Na 100 tis. obyv.	
Hl. m. Praha	1 701	1 762	1 171	31,1	101	-33,5
Středočeský	662	390	391	10,4	35	0,3
Plzeňský	278	155	163	4,3	30	5,2
Karlovarský	110	116	101	2,7	33	-12,9
Ústecký	275	299	299	8,0	36	0,0
Liberecký	189	158	125	3,3	29	-20,9
Královéhradecký	72	107	73	1,9	13	-31,8
Pardubický	59	62	56	1,5	11	-9,7
Vysočina	80	97	86	2,3	17	-11,3
Jihomoravský	219	396	396	10,5	35	0,0
Olomoucký	93	118	129	3,4	20	9,3
Zlínský	77	163	147	3,9	25	-9,8
Moravskoslezský	272	361	467	12,4	37	29,4
ČR	4 234	4 330	3 760	100,0	37	-13,2

8.2.2 Drogové trestné činy dle Ministerstva spravedlnosti ČR

Ministerstvo spravedlnosti eviduje údaje o trestných činech a jejich pachatelích v daném roce vyřízených - meritorně rozhodnutých - státními zastupitelstvími a údaje o trestných činech pravomocně rozhodnutých soudy. Obě tyto statistiky nejsou díky časovému odstupu mezi sebou aktuálně srovnatelné. Ze stejných důvodů a pravděpodobně i kvůli rozdílům v metodologii nejsou srovnatelné se statistikami policejními, a to ani dlouhodoběji - viz Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002 (Mravčík et al. 2003). Z důvodu dlouhodobého, i několikaletého projednávání některých případů nelze tyto údaje považovat za reálný a aktuální obraz vývoje kriminality v daném či předchozím roce. Jako vhodnější se jeví jejich srovnání v delším časovém období, které ukazuje plynulý pozvolný nárůst – viz dále.

V rámci případů ukončených státními zastupitelstvími v r. 2003 bylo rozhodnuto o 3 597 trestných činech a 2 737 osob (12 % žen a 16 % mladistvých) bylo obžalováno. Ve srovnání s r. 2002 se výrazně zvýšil (o 21,8 %) počet obžalovaných osob. Jedná se o nejvýraznější meziroční nárůst za sledované období⁴⁰. Nejvyšší absolutní nárůst (o 264 osob) byl zaznamenán u obžalob za nedovolený obchod (výroba, distribuce aj., tj. § 187 TZ), nejvyšší relativní nárůst (o 34,5 %) u obžalob za nedovolené přechovávání drog v množství větším než malém (§ 187a TZ) - viz tabulka 8-5. Srovnáme-li počty obžalovaných za poslední 4 dvouletá období, ukazuje se, že dochází k pozvolnému nárůstu - viz obrázek 8-5.

tabulka 8-5: Počty obžalovaných osob za drogové trestné činy v l. 2000 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)

Rok	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a		Celkem (abs.)
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
2000	1 276	62,5	158	7,7	190	9,3	419	20,5	2 043
2001	1 418	65,6	215	10,0	195	9,0	332	15,4	2 160
2002	1 444	64,3	206	9,2	223	9,9	374	16,6	2 247
2003	1 708	62,4	277	10,1	319	11,7	433	15,8	2 737

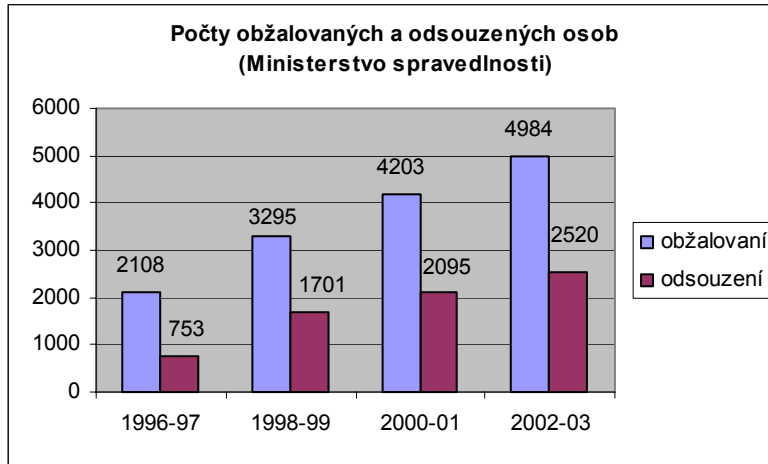
Za drogové trestné činy bylo soudy v r. 2003 pravomocně odsouzeno celkem 1 304 pachatelů (z toho 12 % žen a 14 % mladistvých). Oproti r. 2002 se jedná o mírný nárůst (o 7,2 %). Mezi uloženými tresty převažoval podmíněný trest odnětí svobody (60 %), znovu se zvýšil podíl trestů obecně prospěšných prací (10 %) – viz Alternativní tresty k trestu odnětí svobody, str. 56. Z celkových 335 uložených nepodmíněných trestů odnětí svobody bylo 72 % v trvání 1 - 5 let, shodně 14 % v trvání méně než 1 a více než 5 let.

⁴⁰ NMS zpracovalo údaje MS o drogových trestných činech za období od r. 1996.

tabulka 8-6: Počty odsouzených osob za drogové trestné činy v I. 2000 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)

Rok	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a		Celkem (abs.)
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
2000	819	81,8	92	9,2	29	2,9	61	6,1	1 001
2001	905	82,7	86	7,9	62	5,7	41	3,7	1 094
2002	1 007	82,8	103	8,5	58	4,8	48	3,9	1 216
2003	1 077	82,6	115	8,8	63	4,8	49	3,8	1 304

obrázek 8-5: Vývoj počtu obžalovaných a odsouzených ve dvouletých obdobích v I. 1996 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)



8.2.3 Drogové trestné činy dle Vězeňské služby ČR

Počet vězných osob odsouzených k nepodmíněnému trestu odnětí svobody zůstává stabilní, v r. 2003 činil 619 osob. Jejich podíl na celkové vězeňské populaci se mírně snížil na 4,5 % (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2004).

8.2.4 Drogové trestné činy dle Probační a mediační služby ČR

Dle údajů Probační a mediační služby ČR (PMS) bylo mezi klienty PMS v r. 2003 evidováno 562 pachatelů drogových trestných činů, což představuje 2 % ze všech klientů PMS (Probační a mediační služba ČR, 2003).

8.2.5 Drogové přestupky

Podle údajů Policie ČR (Policejní prezidium ČR, 2004b) se počet přestupků držení malého množství drog pro osobní potřebu podle ustanovení § 30 zákona o přestupcích (č. 200/1990 Sb.) v r. 2003 zvýšil o čtvrtinu na 956 případů. Z toho bylo 43 případů vyřízeno napomenutím a 456 blokovou pokutou. Celková výše uložených pokut dosáhla 730 850 Kč. Ve správním řízení bylo projednáno celkem 506 přestupků, 388 případů bylo odloženo, zastaveno nebo postoupeno jinému orgánu, 18 případů bylo předáno orgánům činným v trestním řízení, jelikož byly zjištěny skutečnosti nasvědčující spáchání trestného činu (držení drogy v množství větším než malém; § 187a TZ). V 386 případech bylo rozhodnuto o propadnutí věci.

8.3 Sekundární drogová kriminalita

V r. 2003 byl ve spolupráci NMS a NPC připraven návrh dotazníkového šetření mezi vybranými okresními a krajskými policejními ředitelstvími, jehož cílem bylo získat odhad podílu trestné činnosti páchané uživateli drog. V dotazníku byly uvedeny jednotlivé typy (převážně majetkové) trestné činnosti a formulován dotaz: „Uveďte procento podílu z celkově spáchané kriminality, které bylo motivováno získáním prostředků na nákup OPL.“ Dotazníky zaslala NPC regionálním policejním ředitelstvím, vyplněné dotazníky poskytlo 7 z celkových 8 krajských policejních správ a 14 policejních okresů. Jeho výsledky byly v polovině r. 2004 poskytnuty NMS, které tato data dále analyzovalo (mj. byly zohledněny podíly jednotlivých regionů na celkové kriminalitě).

Podle předběžných výsledků této studie, které uvádí tabulka 8-7, bylo 76 - 86 % trestných činů nedovoleného nakládání s OPL (§ 187 TZ), více než 40 % prostých krádeží a cca 30 % krádeží vloupáním motivováno

získáním prostředků na nákup drog. Takové odhady se zdají být spíše nadsazené, pro ověření jejich validity bude nutné provést další studii (např. mezi vězňenými osobami).

tabulka 8-7: Odhad podílu trestné činnosti motivované získáním prostředků na nákup OPL v r. 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR and NMS, 2004)

Trestná činnost	Celkový počet	Odhad podílu (v %)	
		Min.	Max.
Nedovolené nakládání s OPL (§ 187)	2 818	76,2	85,5
Krádeže prosté	166 654	40,9	43,5
Krádeže vloupáním	68 901	27,2	31,1
Neoprávněné držení platební karty	5 310	23,2	30,0
Loupeže	5 443	23,1	29,9
Podvod	7 037	13,2	19,8
Úmyslné ublížení na zdraví	6 853	9,3	16,3
Zpronevěra	3 753	7,7	14,3
Porušování domovní svobody	2 604	7,6	8,5
Zanedbání povinné výživy	12 671	7,1	23,0
Omezování a zbavení osobní svobody	521	3,8	6,5
Vraždy loupežné	53	3,8	5,5
Vydírání	1 835	2,9	4,2
Vybrané trestné činy, u nichž byl podíl zjišťován	284 453	33,2	37,2
Všechny trestné činy *	357 740	26,4	29,6

Pozn.: * Podíl drogově motivovaných trestných činů na všech trestných činech je přepočten tak, jakoby podíl drogově motivovaných trestných činů mezi jinými než vybranými trestnými činy byl nulový.

V průběhu r. 2004 by měl být do policejního systému statistik kriminality zaveden znak „spácháno uživatelem drog“ u všech trestných činů.

K dispozici jsou také údaje o trestných činech klientů PMS za r. 2003 (Probační a mediační služba ČR, 2004). Z celkového počtu 28 365 případů⁴¹ představovali stíhaní či odsouzení za drogové trestné činy 562 případů (2 %). Dle PMS byly ve 275 případech drogové trestné činy spáchány uživateli drog. Etiologický faktor pro drogové trestné činy (včetně přechovávání drog pro osobní potřebu; § 187a TZ) ve vzorku klientů PMS je tedy 49 %. Z 8 176 případů krádeží se ve 199 případech (2,4 %) jednalo o trestné činy spáchané uživateli drog ve 199 případech (2,4 %), u ostatních trestných činů byly evidovány „drogově závislé“ osoby⁴² v 0,7 % případů (142 z 19 627 případů).

8.4 Užívání drog ve věznicích

V r. 2003 byla realizována studie Plošný monitoring drog v zařízeních Vězeňské služby ČR. Studie probíhala ve dvou fázích (červenec - září, říjen - prosinec) ve všech 35 věznicích a vazebních věznicích v ČR. Každé zařízení zaslalo vzorky od 10 % z celkového počtu vězňů. Byly provedeny testy na přítomnost amfetaminů, barbiturátů, benzodiazepinů, kokainu, opiátů a kanabinoidů v moči. Vězni byli rozděleni na vazebně stíhané a odsouzené ve výkonu trestu a rovněž dle typu oddělení (běžné, bezdrogové, specializované, ochranné léčby). Pro srovnání situace před a po umístění do věznic byly použity údaje získané ve stejných termínech od osob nastupujících do vazebních věznic v Praze (Pankrác a Ruzyně).

Celkem bylo v obou fázích průzkumu vyšetřeno 2 641 osob nastupujících do obou vazebních věznic v Praze, přičemž 522 vzorků bylo pozitivních (19,8 %). V případě uvězněných osob byl podíl pozitivních nálezů 6krát nižší než u nastupujících vězňů - u celkem 3 528 testovaných osob bylo pouze 117 vzorků (3,3 %) pozitivních. V tomto výčtu nejsou zahrnuty nálezy benzodiazepinů, jelikož tyto látky bývají součástí běžných léků. Rozdělení pozitivních nálezů podle typu drogy není k dispozici.

⁴¹ Dle odhadu PMS se zhruba v 10 % případů jedná o duplicity - tytéž klienty evidované v různých okresech či v různých typech řízení (přípravném či vykonávacím).

⁴² Takto jsou klienti PMS evidováni na základě údajů ve vyšetřovacím spise, zdravotní anamnéze, na základě vlastního tvrzení či dalších informací probačních úředníků.

Další informace o užívání drog ve věznicích byly získány v základní části průzkumu Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog. Z 212 uživatelů drog, kteří byli někdy ve vězení, tam injekčně aplikovalo 108 osob (56,6 %), přičemž 10 z nich aplikovalo injekčně ve vězení poprvé – viz kapitola Infekce spojené s užíváním drog, str. 38.

8.5 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Poslední dostupné údaje o společenských nákladech spojených s užíváním drog v ČR (Zábranský et al. 2001) byly také publikovány ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2002 (Mravčík et al. 2003).

9 Opatření v oblasti sociálních souvislostí a důsledků užívání drog

Následná péče o uživatele drog a jejich sociální reintegrace je v ČR zajišťována především programy chráněného bydlení a strukturovanými programy ambulantní následné péče. V oblasti zacházení s uživateli drog ve věznicích nedošlo v r. 2003 k výraznějším změnám. V několika věznicích nadále fungovala specializovaná oddělení pro výkon ochranné léčby či diferencovaný výkon trestu pro závislé uživatele drog; jejich kapacita se v r. 2003 mírně zvýšila. K rozvoji služeb pro uživatele drog ve věznicích by měla přispět také nově založená Sekce Drogové služby ve vězení A.N.O.

V posledních dvou letech se zvyšuje podíl ukládaných alternativních trestů (obecně prospěšných prací a podmíněných trestů odnětí svobody) ukládaných pachatelům drogových trestných činů. Podíl uložených nepodmíněných trestů odnětí svobody klesá (z 37 % v r. 2001 na 26 % v r. 2003), však zůstává vyšší než u všech pachatelů odsouzených za trestné činy (15 %).

9.1 Sociální reintegrace

Sociální reintegrace je znovuzачlenění závislého do společnosti prostřednictvím (znovu)nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů (Dvořák, 2003). V rámci následné péče bylo v r. 2003 realizováno 11 programů chráněného ubytování a chráněných bytů s psychosociální podporou a 4 programy chráněných dílen s psychosociální podporou. Sociální reintegrace je podporována strukturovanými programy ambulantní následné péče, kterou poskytovalo 16 zařízení - viz kapitola Léčba, str. 28. Tato čísla jsou však pouze orientační - je obtížné přesně zjistit, kolik pobytových léčebných zařízení či ambulantních zařízení poskytuje služby následné péče.

Celá řada zařízení od terénních programů až po lůžková zařízení používá různé techniky a intervence svépomocného charakteru. Často jsou to samostatně vedené skupiny klientů nebo podpůrná párová setkání apod. Na principu svépomoci funguje také společenství Anonymních alkoholiků (AA) a Anonymních narkomanů (NA). AA je společenství mužů a žen, kteří se navzájem dělí o své zkušenosti, aby mohli řešit svůj společný problém a pomáhat ostatním uzdravovat se z alkoholismu. Jedinou podmínkou pro členství je přání přestat pít. Nejsou zavedeny žádné povinné poplatky, možné jsou vlastní dobrovolné příspěvky. Společenství AA není spojeno s žádnou sektou, církví, politickou organizací či jakoukoliv jinou institucí. Prvořadým cílem je abstinence a pomoc k abstinenci (Anonymní Alkoholici, 2004). Celkem 25 skupin AA je v 18 městech ČR. Podle stejných principů jako AA pracují i NA.

9.2 Prevence trestné činnosti spojené s užíváním drog

9.2.1 Zacházení s uživateli drog ve věznicích

V oblasti programů zacházení a dalších intervencí zaměřených na uživatele drog ve výkonu trestu odnětí svobody či ve výkonu vazby nedošlo v r. 2003 k výraznějším změnám, a to ani pokud jde o typ a rozsah poskytovaných intervencí ani pokud jde o metody práce s uživateli drog – viz Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002.

Detoxifikace byla v r. 2003 prováděna pouze ve vězeňské nemocnici Praha – Pankrác a prošlo jí 61 osob.

Počet bezdrogových zón zůstal stejný jako v předchozím roce (22), jejich kapacita se nepatrně zvýšila na 1 118 míst.

I nadále byl zajišťován výkon ochranné léčby v ústavní formě ve věznicích Rýnovice, Opava a Znojmo (kapacita se zvýšila ze 62 na 69 míst) a diferencovaný výkon trestu pro odsouzené uživatele drog ve věznicích Plzeň, Příbram a Bělušice (kapacita specializovaných oddělení se zvýšila ze 188 na 214 míst).

Nezměnila se ani situace v oblasti poskytování služeb pro uživatele drog ve věznicích nestátními neziskovými organizacemi. Hlavními poskytovateli těchto služeb zůstávají programy občanských sdružení Podané ruce (Bmo), SANANIM (Praha) a Laxus (Hradec Králové).

V r. 2003 byla založena Sekce Drogové služby ve vězení A.N.O., s cílem rozvoje služeb pro uživatele drog ve vězení jako samostatného článku v systému péče o uživatele drog. Sekce zahájila spolupráci s Generálním ředitelstvím vězeňské služby ČR (GŘVS) a sekretariátem RVKPP, byly vytvořeny definice poskytovaných služeb a popis výkonů a pracovní verze jejich standardů. Cílem pro další období je rovněž vytvoření vzdělávacích osnov pro pracovníky tohoto typu služeb a rozvoj nových projektů.

K podpisu očekávané zastřešující smlouvy mezi A.N.O. a GŘVS zatím nedošlo, na základě dosavadních jednání se ukazuje jako schůdnější cesta uzavírání smluv mezi GŘVS a jednotlivými neziskovými organizacemi. Dle informace sekce A.N.O. Drogové služby ve vězení počítá GŘVS výhledově se spoluprací každé věznice s některou NNO nabízející služby vězněným uživatelům drog.

9.2.2 Alternativní tresty k trestu odnětí svobody

Trestní právo ČR rozeznává dle ust. § 27 TZ deset různých trestů, které připadají v úvahu při trestání pachatelů trestných činů. Jedná se o:

- trest odnětí svobody (nepodmíněný i podmíněný, tj. podmíněně odložený na zkušební dobu, a to s dohledem nebo bez dohledu probačního úředníka),
- obecně prospěšné práce,
- ztrátu čestných titulů a vyznamenání,
- ztrátu vojenské hodnosti,
- zákaz činnosti,
- propadnutí majetku,
- peněžitý trest,
- propadnutí věci,
- vyhoštění,
- zákaz pobytu.

Některé z výše vyjmenovaných trestů nelze ukládat samostatně, tzn. ukládají se společně s dalším trestem, event. je lze ukládat samostatně jen u trestných činů, u nichž to TZ výslovně uvádí. Tresty ztráty čestných titulů a vyznamenání a ztráty vojenské činnosti mohou být uloženy pouze vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody nebo trestu výjimečného (kterým je trest odnětí svobody nad 15 až do 25 let a dále trest odnětí svobody na doživotí).

Zákon nevylučuje také uložení více trestů vedle sebe. Neslučitelný je však trest odnětí svobody (podmíněný i nepodmíněný) s trestem obecně prospěšných prací, vedle sebe nelze uložit ani trest propadnutí majetku a peněžitý trest nebo vyhoštění vedle zákazu pobytu.

Při ukládání trestů se přihlíží ke stupni nebezpečnosti trestného činu pro společnost a k možnosti nápravy a poměrům pachatele. Tresty lze ukládat vždy jen při splnění dalších speciálních podmínek pro konkrétní druh trestu a ve výměře stanovené TZ (Novotný et al. 2003).

V současné době je i v ČR již několik let patrný trend příklonu k ukládání trestů alternativních ve smyslu alternativ k trestu odnětí svobody. Mezi takto chápané alternativní tresty patří rovněž podmíněný trest odnětí svobody a podmíněný trest odnětí svobody s dohledem. V rámci podmíněného trestu odnětí svobody s dohledem lze pachateli trestného činu uložit také přiměřená omezení nebo povinnosti (např. podrobit se výcviku pro získání vhodné pracovní kvalifikace, podrobit se léčení na závislosti na návykových látkách, zdržet se hazardních her, zdržet se návštěv nevhodného prostředí a styku s určitými osobami).

Plnění uložených přiměřených omezení nebo povinností má vliv na rozhodování soudu v rámci zkušební doby či po uplynutí zkušební doby o tom, zda se odsouzený ve zkušební době osvědčil či nikoliv. Nesplnění povinnosti podrobit se v rámci zkušební doby léčení na návykových může vést k rozhodnutí soudu o tom, že se odsouzený ve zkušební době neosvědčil a že se uložený trest odnětí svobody vykoná.

V této souvislosti je třeba upozornit na skutečnost, že povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, uložená při podmíněném odsouzení dohledem, není ochranným léčením. Ochranné léčení jako takové

není trestem, nýbrž ochranným opatřením. Nepodrobení se ochrannému léčení může mít za následek stíhání pachatele pro další trestný čin, a to maření výkonu úředního rozhodnutí.

Od alternativních trestů je třeba odlišovat hmotněprávní alternativy k potrestání, mezi něž patří upuštění od potrestání, upuštění od potrestání s dohledem, upuštění od potrestání pachatele zmenšeně přičetného, který se tento stav nepřivodil zaviněně požitým návykovou látkou (zde soud ukládá obligatorně ochranné léčení) a upuštění od potrestání mladistvého (soud nahrazuje trest ochrannou výchovou). U hmotněprávních alternativ k potrestání soud uzná pachatele vinným, ale neukládá mu trest, resp. výrok o trestu odloží.

Odlíšná je situace v případě tzv. procesních odklonů (označované též jako alternativní způsoby trestního řízení). Již v průběhu trestního řízení dochází k rozhodnutí (státního zástupce nebo soudu), a trestní řízení tak nekončí výrokem o vině a trestu. Trestní řád (TŘ) rozlišuje dva procesní odklony, a to podmíněné zastavení trestního stíhání (§ 307 a 308 TŘ) a narovnání (§ 309 TŘ).

Podmíněné zastavení trestního stíhání předpokládá souhlas obviněného, jeho doznání a náhradu škody poškozenému nebo uzavření dohody s poškozeným o její náhradě. Obviněnému lze uložit obdobně jako při využití podmíněného trestu odnětí svobody s dohledem uložení přiměřených omezení a povinností. Pokud se obviněný ve stanovené zkušební době neosvědčí, tj. neplní mu uložené podmínky, v trestním stíhání se pokračuje.

Narovnání předpokládá prohlášení obviněného o tom, že spáchal skutek, pro který je stíhán (aniž by o tomto prohlášení byly pochybnosti), uhrazení škody či učinění opatření k její úhradě a dále složení peněžní částky určené konkrétnímu adresátovi k obecně prospěšným účelům.

Procentní podíl vybraných druhů trestů na celkovém počtu pravomocně odsouzených osob ukazují tabulka 9-1 a obrázek 9-1. Obecně ve vztahu k jakýmkoliv trestným činům lze konstatovat, že zejména v posledních dvou letech je patrný výrazný sestupný trend ukládání nepodmíněných trestů odnětí svobody, provázený naopak vzestupným trendem udělování trestu obecně prospěšných prací.

Stejný trend lze vysledovat i u odsouzených za drogové trestné činy. Téměř 60 % odsouzeným za drogové trestné činy byl uložen podmíněný trest odnětí svobody, cca čtvrtině z nich nepodmíněný trest odnětí svobody a 10 % trest obecně prospěšných prací – viz tabulka 9-2 a obrázek 9-2.

Pokud se však týče výše podílů vybraných druhů trestů je třeba upozornit na skutečnost, že u drogových trestných činů je zásadně vyšší podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody než je tomu obecně (např. v r. 2003 26 % těchto trestů u odsouzených za drogové trestné činy oproti 15 % v případě všech odsouzených). Podíl podmíněných trestů je u drogových trestných činů obdobný jako u všech trestných činů. Naproti tomu trest obecně prospěšných prací byl vždy v posledních čtyřech letech v rámci celkového počtu odsouzených udělován více než dvakrát častěji než v případě drogových trestných činů (v r. 2003 u 10 % odsouzených za drogové trestné činy oproti 20,6 % obecně).

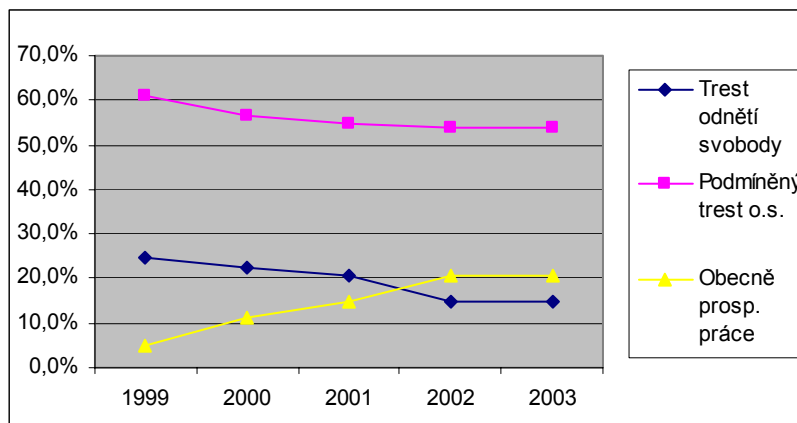
tabulka 9-1: Skladba trestů u všech trestných činů v l. 1999 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)

Rozhodnutí soudu	1999		2000		2001		2002		2003	
	abs.	Podíl z odsouz. osob (%)	abs.	Podíl z odsouz. osob (%)	abs.	Podíl z odsouz. osob (%)	abs.	Podíl z odsouz. osob (%)	abs.	Podíl z odsouz. osob (%)
Trest odnětí svobody	15 340	24,5	14 114	22,3	12 533	20,8	9 658	14,8	9 797	14,8
Podmíněný trest o.s.	38 188	61,0	35 617	56,3	32 817	54,5	34 940	53,7	35 676	53,9
Obecně prosp. práce	3 215	5,1	7 082	11,2	8 835	14,7	13 424	20,6	13 592	20,6
Jiný trest	4 077	6,5	4 327	6,8	3 913	6,5	4 669	7,2	4 531	6,9
Upuštěno od potrestání	1 774	2,8	2 071	3,3	2 084	3,5	2 408	3,7	2 535	3,8
Celkem odsouzených	62 594	100,0	63 211	100,0	60 182	100,0	65 099	100,0	66 131	100,0

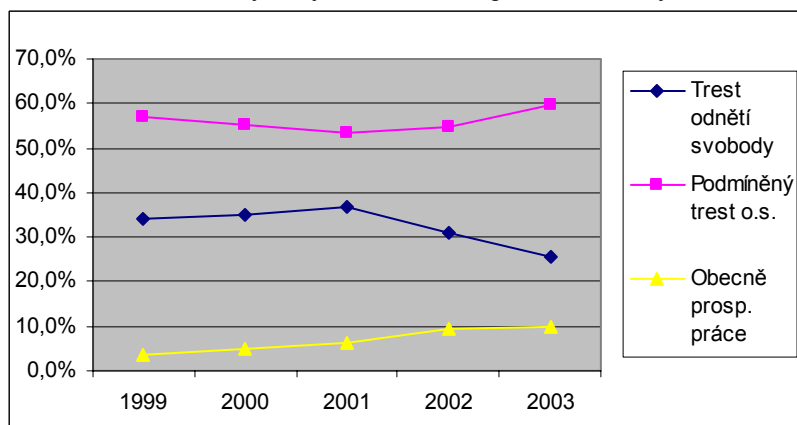
tabulka 9-2: Skladba trestů u drogových trestných činů v l. 1999 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)

Rozhodnutí soudu	1999		2000		2001		2002		2003	
	abs.	Podíl z odsouz. osob (%)	abs.	Podíl z odsouz. osob (%)	abs.	Podíl z odsouz. osob (%)	abs.	Podíl z odsouz. osob (%)	abs.	Podíl z odsouz. osob (%)
Trest odnětí svobody	303	34,0	342	35,2	404	36,9	379	31,2	335	25,7
Podmíněný trest o.s.	507	56,9	536	55,1	582	53,2	665	54,7	778	59,7
Obecně prosp. práce	33	3,7	49	5,0	68	6,2	113	9,3	131	10,0
Jiný trest	8	0,9	11	1,1	15	1,4	15	1,2	20	1,5
Upuštěno od potrestání	40	4,5	34	3,5	25	2,3	44	3,6	40	3,1
Celkem odsouzených	891	100,0	972	100,0	1 094	100,0	1 216	100,0	1 304	100,0

obrázek 9-1: Ukládání vybraných typů trestů za všechny trestné činy v l. 1999 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)



obrázek 9-2: Ukládání vybraných trestů za drogové trestné činy v l. 1999 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)



10 Drogové trhy

Subjektivně vnímaná dostupnost u konopných látek a extáze roste, naopak dostupnost heroinu a amfetaminů v populaci šestnáctiletých klesá.

V oblasti nelegální výroby a nelegálního obchodování s OPL nedošlo v r. 2003 k výrazným změnám. Drogy jsou dostupné i v menších městech a obcích, ze strany obchodníků dochází k držení menších množství drog v důsledku trestnosti držení množství „většího než malého“. Nejčastěji pašovanými drogami jsou marihuana a hašiš, pašování heroinu má klesající trend. Jedinou ve větší míře vyváženou drogou z ČR zůstává pervitin. Mezi nové trendy patří nárůst výroby pervitinu z hromadně vyráběných léčivých přípravků, rozšíření hydroponně pěstované marihuany a nelegální obchod se substitučním preparátem Subutex.

Mezi záchyty drog převažují záchyty menších množství. Ve srovnání s r. 2002 se zvýšil počet i objem záchytů konopných látek, zdvojnásobil se objem záchytů pervitinu a o tři čtvrtiny kleslo množství zachyceného heroinu. Ceny většiny drog jsou v posledních letech stabilní. U heroinu docházelo v r. 2003 k dalšímu snížení koncentrací, koncentrace pervitinu se naopak zvyšovala. V r. 2003 nebyla zachycena zvláště nebezpečná nová syntetická droga v tabletách či kapslích nabízených jako extáze.

10.1 Dostupnost a nabídka drog

10.1.1 Dostupnost drog v populaci

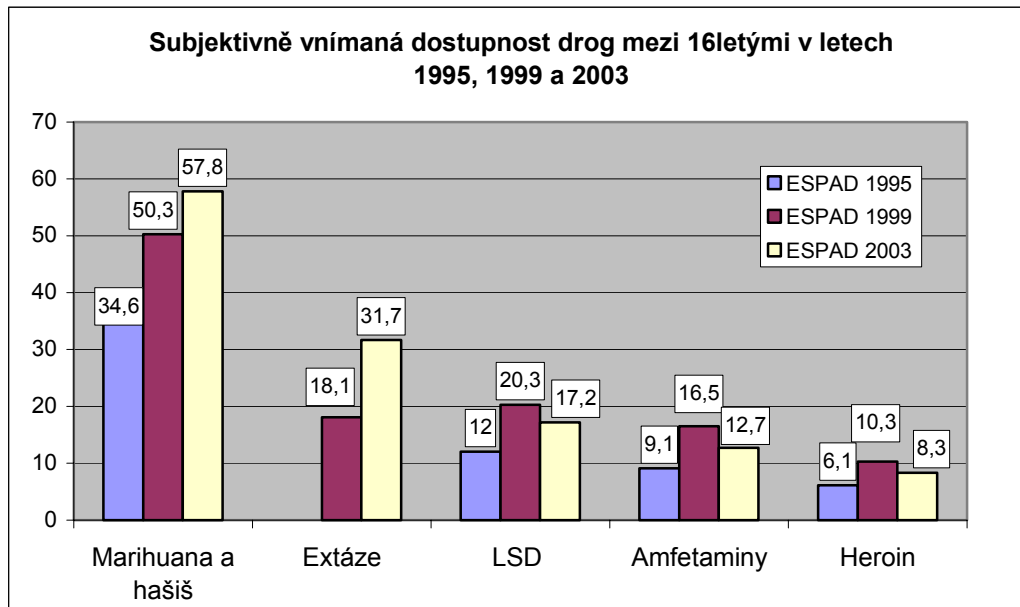
Pokud jde o subjektivně vnímanou dostupnost drog v obecné populaci, data za r. 2003 nejsou k dispozici. Poslední celopopulační průzkum na toto téma byl proveden v r. 2001 – viz Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002 (Mravčík et al. 2003).

V r. 2003 byla provedena mezinárodní studie mezi středoškolskou populací šestnáctiletých ESPAD 2003. Z nealkoholových drog se jako nejsnáze dostupná ukazuje marihuana. Více než polovina dotázaných (57,8 %) uvedla, že obstarat si marihuanu je pro ně celkem snadné nebo velmi snadné - viz tabulka 10-1. Oproti výsledkům průzkumu ESPAD z r. 1999 se dostupnost drog, jak ji vnímají dotázaní mladí lidé, zvýšila v případě konopných látek a extáze, naopak u heroinu, amfetaminů i LSD došlo naopak k jejímu snížení – viz obrázek 10-1.

tabulka 10-1: Subjektivně vnímaná dostupnost drog mezi 16letými v r. 2003 (% odpovědí „je velmi/celkem snadné sehnat...“) (Csémy et al. 2003)

Droga	Chlapci	Dívky	Celkem
Marihuana nebo hašiš	60	55,8	57,8
Těkavé látky	53,5	41,7	47,1
Extáze	29,4	33,7	31,7
Léky na uklidnění/sedativa	26,8	34,2	30,8
Halucinogenní houby	30,7	25,9	28,1
LSD	16,5	17,8	17,2
Anabolické steroidy	18,6	11,5	14,8
Amfetaminy	12,7	12,7	12,7
Heroin	8,1	8,5	8,3
Crack	7,8	7,5	7,6
Kokain	7	7,7	7,4
GHB	5,3	5,3	5,3

obrázek 10-1: Subjektivně vnímaná dostupnost drog mezi 16letými v l. 1999 a 2003 (% odpovědí "je velmi/celkem snadné sehnat...") (Csémy et al. 2003)



10.1.2 Výroba a pašování drog

Situace v oblasti nelegální výroby a nelegálního obchodování s OPL v ČR v r. 2003 se příliš neliší od situace v r. 2002. Drogy jsou dostupné i v menších městech a obcích, ze strany obchodníků dochází k držení menších množství drog v důsledku trestnosti držení množství „většího než malého“. Situace v oblasti pašování drog (dovoz, vývoz, tranzit) je hodnocena jako stabilní; nejčastěji pašovanými drogami zůstávají marihuana a hašiš, pašování heroinu má klesající trend (Generální ředitelství cel, 2004).

Mezi nové trendy v této oblasti patří dle Výroční zprávy NPC (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004c) nárůst výroby pervitinu z hromadně vyráběných léčivých přípravků způsobený nedostatkem efedrinu na černém trhu, rozšíření hydroponně pěstované marihuany či zaznamenané případy nelegálního obchodování se substitučním preparátem Subutex. Dle NPC došlo v Praze k poklesu pouličního prodeje OPL a distribuce je více utajená.

Tradiční v ČR vyráběnou drogou zůstává pervitin (metamfetamin). Do jeho výroby jsou téměř výhradně zapojeni čeští občané. V důsledku pozastavení výroby efedrinu (prekursor pervitinu) u jediného výrobce v ČR (ICN Roztoky u Prahy) v r. 2003 se zvýšil nelegální dovoz efedrinu z jiných států (Polsko, Slovensko, Ukrajina, Německo); využívána je i balkánská cesta. Efedrin je získáván rovněž z léčiv (Solutan, Disofrol, z volně dostupných Modafen a nově Paralen plus).

Hlavní zdrojovou zemí pro obchod s heroinem je Turecko, opium pro jeho výrobu je získáváno především v Afghánistánu. Pro dovoz heroinu je nejčastěji stále využívána balkánská cesta, heroin z Afghánistánu je pašován také novou cestou přes republiky přední Asie, Rusko, Ukrajinu (Bělorusko, Polsko). Zásilky jsou obvykle převáženy v menších množstvích (1-3 kg), s cílem snížení finančních ztrát. Hlavním překladištěm pro další tranzit heroinu se stalo Bulharsko. Hlavní postavení v obchodu s heroinem na území ČR mají i nadále kosovoalbánské skupiny a v posledních 2 letech i nekosovští Albánci.

Kokain je do ČR dovážen z Jižní Ameriky a z karibské oblasti, odkud je obvykle přepravován přes západoevropské státy (typicky Nizozemsko), a to nejčastěji v malých a relativně častých zásilkách. Jeho užívání je však stále spíše okrajové, relativně nízký zůstává i počet záchytů (20). Zvyšující se výskyt kokainu je udáván regionální expoziturou NPC v Brně.

Dle NPC narůstá pašování tablet extáze ve velkých objemech v nákladních automobilech a kontejnerech. Na území ČR bylo v r. 2003 zachyceno 5 zásilek v množství nad 1 000 tablet.

Jedinou ve větší míře vyváženou drogou z ČR zůstává pervitin. V r. 2003 se podle NPC zvýšil jeho vývoz do Německa a nově i do Rakouska. Na potírání distribuce v ČR vyrobeného metamfetaminu v Německu se zaměřuje společná skupina českých a německých policejních a celních složek Krystal.

Relativně vysokou dostupnost, ve srovnání s metadonem a někdy i heroinem, substitučního preparátu Subutex (buprenorfin) podle některých zpráv (Charvát and Gabrhelík, 2004) omezil jeho přechod mezi léky vydávané na předpis s modrým pruhem. Zprávy o nelegálním obchodu se začaly objevovat již v r. 2002 – viz kapitola Buprenorfin – léčba, preskripce a zneužívání, str. 66.

10.2 Záchyty drog

Údaje o záchytech drog na území ČR jsou na centrální úrovni evidovány NPC a GŘC. Obě statistiky se v důsledku účasti obou složek na některých případech částečně překrývají. Proto probíhá v rámci činnosti Společného analytického pracoviště NPC a GŘC od r. 2002 (a od r. 2003 pravidelně jednou měsíčně) pravidelné odstraňování duplicit v rámci vykazování záchytu za celou ČR.

Přesné údaje o všech zadržených drogách v ČR do r. 2001 nejsou vzhledem ke zmíněným duplicitám k dispozici. Pro alespoň orientační znázornění trendů v oblasti záchytů drog byly na základě dat NPC a GŘC stanoveny minimální a maximální počty a objemy záchytů jednotlivých drog v letech 1999 - 2001 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004a) – viz obrázek 10-2.

Údaje o všech záchytech OPL realizovaných policejními a celními složkami na území ČR v r. 2003 obsahuje tabulka 10-2.

V případě konopných látek došlo v r. 2003 ve srovnání s předchozím rokem ke zvýšení počtu i objemu záchytů. Při celkem 678 záchytech bylo zadrženo téměř 78 kg marihuany, 3 125 rostlin konopí a 64,8 kg hašiše. V dubnu 2003 byla celními orgány zabavena tranzitní zásilka 55 kg hašiše, určená pro trh mimo území ČR.

Počet záchytů heroinu zůstal prakticky stejný jako v r. 2002 (54), jejich objem se však snížil téměř o 75 % na 9,1 kg. Pouze 6 záchytů přesahovalo 100 g.

Represivní složky uskutečnily celkem 193 záchytů pervitinu, jejich objem se zdvojnásobil (9,7 kg). Počet i objem záchytů extáze se oproti předchozímu roku mírně snížil - při 31 záchytech bylo zabaveno cca 71 tis. tablet extáze⁴³.

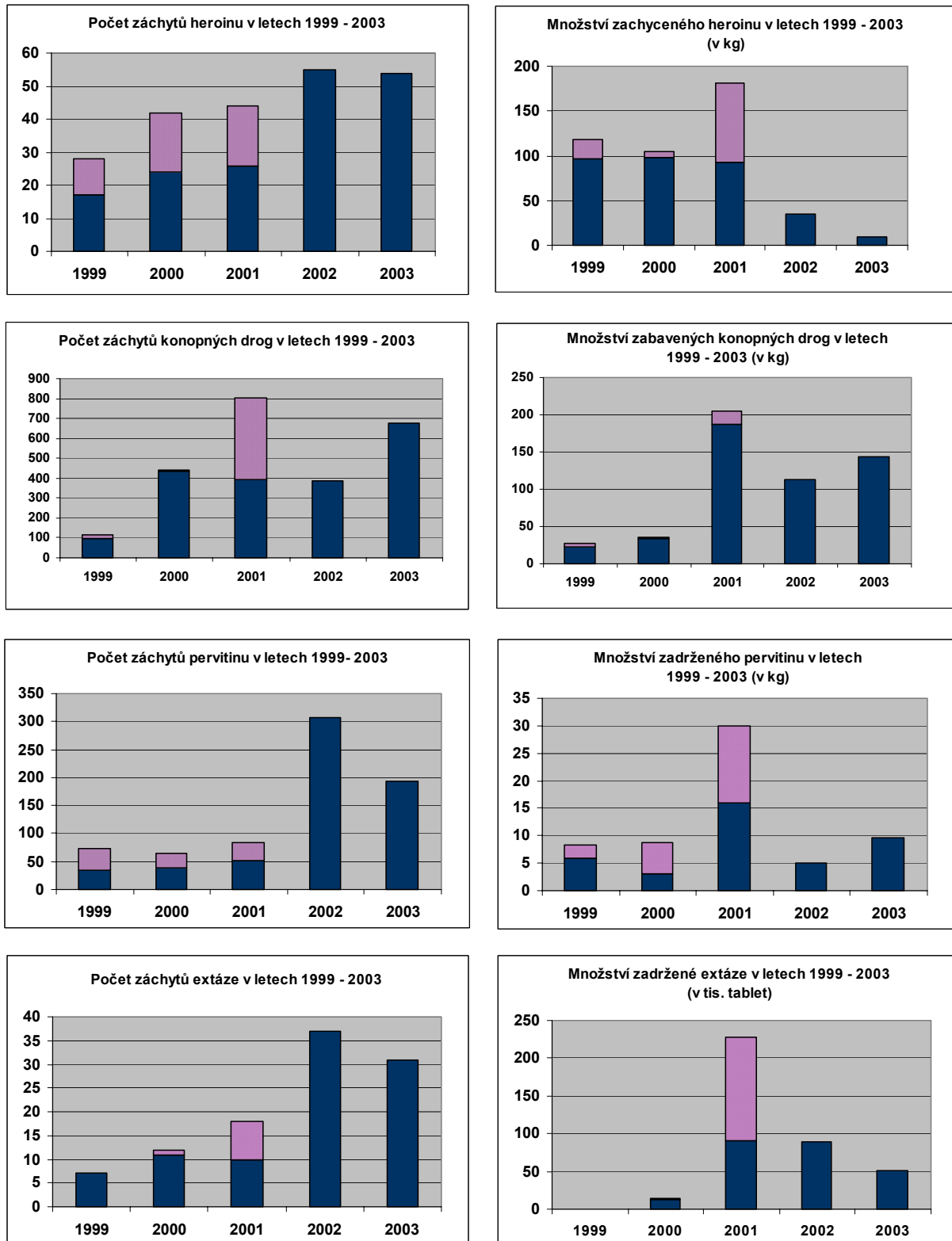
Počet záchytů kokainu se zvýšil z 12 na 20, objem celkem zadrženého množství se snížil z 6,04 na 2,62 kg. Celními orgány byla zachycena zásilka 1,37 kg kokainu v osobní letecké přepravě (dovoz do ČR).

tabulka 10-2: Počet záchytů a množství zadržených drog v r. 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR a Generální ředitelství cel, 2004); (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004a)

Druh drogy	Záchyty	Množství
Marihuana	483	77,817 kg
Hašiš	97	64,805 kg
Rostliny konopí	117	3 125 ks
Heroin	57	9,135 kg
Kokain	20	2,624 kg
Pervitin	193	9,630 kg
Extáze	30	51 692 tbl.
	1	4,851 kg
LSD	3	65 dávek

⁴³ Dosadíme-li při přepočtu zadržených tablet o celkové hmotnosti 4,851 kg pro 1 tabletu průměrnou hmotnost 250 mg.

obrázek 10-2: Počty a objemy záchytů vybraných drog na území ČR v letech 1999 – 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004a)



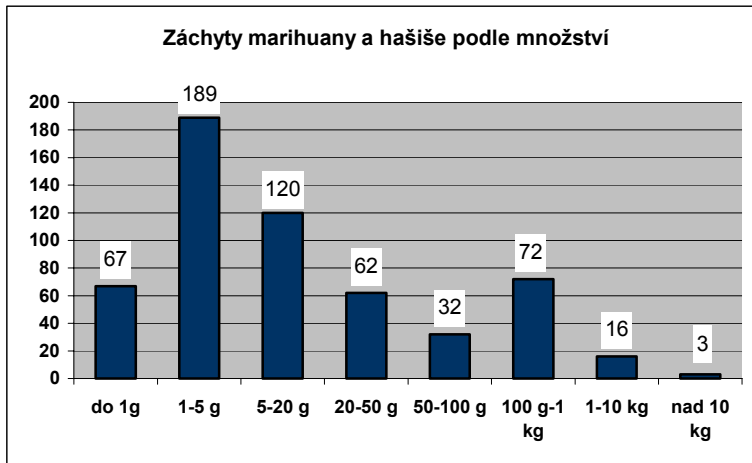
Pozn.: Světlejší části sloupců znázorňují možné překryvy v záchytech vykazovaných policejními a celními složkami v letech 1999 - 2001. Od r. 2002 jsou při vykazování celkových záchytů v ČR duplicity mezi oběma evidencemi odstraňovány.

Pro účely této zprávy zpracovala NPC rozdělení záchytů vybraných drog podle jejich objemu - viz obrázek 10-3, obrázek 10-4 a obrázek 10-5.

Co do počtu převažují v záchytech základních typů drog záchyty menších množství. Objem 46 % záchytů marihuany a hašiše nepřesáhl 5 gramů, přičemž třetina spadala do kategorie 1 - 5 gramů. Více než třetina záchytů heroinu a pervitinu nepřesáhla množství 1 gramu, 69 % záchytů pervitinu se pohybovalo v množství do 5 gramů.

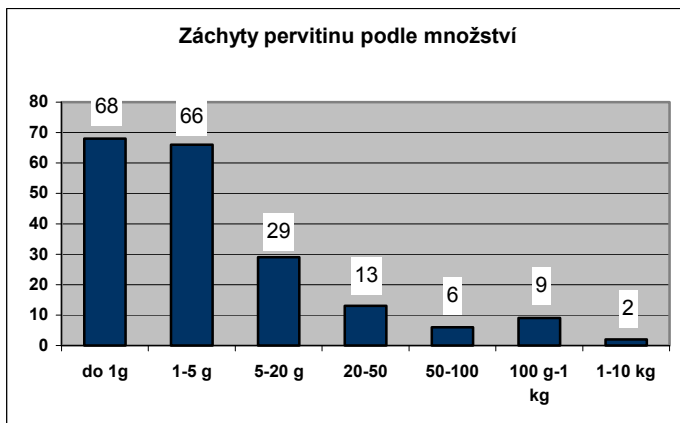
V r. 2003 bylo represivními složkami uskutečněno 16 záchytů marihuany, 3 záchyty heroinu, 2 záchyty pervitinu a 1 záchyt kokainu v objemu od 1 do 10 kg těchto látek; 2 záchyty marihuany a 1 záchyt hašiše přesáhly hmotnost 10 kg.

obrázek 10-3: Záchyty marihuany a hašiše v r. 2003 podle množství (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004a)

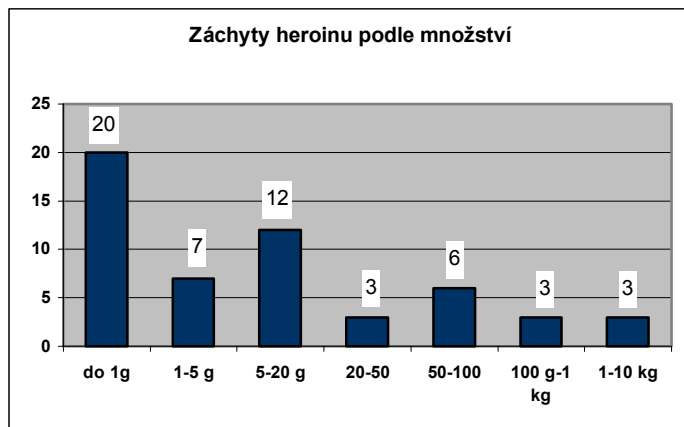


Pozn.: obrázek 10-3 nezahrnuje záchyty rostlin konopí.

obrázek 10-4: Záchyty pervitinu v r. 2003 podle množství (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004a)



obrázek 10-5: Záchyty heroinu v r. 2003 podle množství (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004a)



10.3 Ceny a čistota drog

10.3.1 Ceny drog

Ceny drog v ČR zůstávají v posledních letech poměrně stabilní. Vyskytují se regionální rozdíly a rozdíly na různých úrovních distribučního řetězce, jejichž sledování represivními složkami je obtížné.

Údaje o cenách v podobě nejnížší a nejvyšší ceny jednotlivých látek vykazují každoročně NPC - viz tabulka 10-3.

tabulka 10-3: Minimální a maximální ceny drog v r. 2003 (v Kč) (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004b)

Druh drogy	Pouliční prodej		Prodej ve velkém	
	Min.	Max.	Min.	Max.
Extáze (tableta)	150	500	50	200
Hašiš (g)	200	500	100	200
Heroin (g)	800	1500	500	800
Kokain (g)	1 500	3 000	1 500	2 000
LSD (trip)	70	300	50	180
Marihuana (g)	30	300	30	150
Marihuana – skunk (g)	200	300	30	150
Metamfetamin (g)	500	2 000	450	800
Subutex (tbl. á 8 mg)	300	1 500	-	-

NPC poskytuje i data o cenách drog zjištěná jednotlivými regionálními expoziturovými odděleními:

- Cena heroinu zůstává poměrně stabilní po dobu několika posledních let. Pouliční cena heroinu (zachycen byl pouze tzv. hnědý heroin) je nejčastěji 1 000 Kč za gram. Cena heroinu při nákupu ve větším množství pro distributory se pohybuje mezi 400 až 600 Kč za gram.
- Cena pervitinu v množství do cca 5 g je nejčastěji 1 000 Kč za gram; reálné ceny při pouličním prodeji jsou však vyšší, protože za 100 Kč je prodáváno obvykle maximálně 80 mg látky (podobně je tomu u heroinu). Při prodeji nad 100 g se ceny za 1 g snižují na cca 600 Kč, 1 kilogram bývá distribuován za 500 až 650 Kč/g. Východočeská expozitura udává stabilní cenu 1 500 Kč/g, západočeská 700 - 800 Kč/g. V důsledku pozastavení výroby efedrinu (ICN Roztoky u Prahy) se zvýšila cena efedrinu (prekursor pervitinu) na černém trhu na cca 250 Kč (v r. 1997 činila 30 Kč/g).
- Pokračoval trend snižování pouliční ceny extáze. Východočeská expozitura uvádí cenu 100 - 150 Kč, západočeská 100 - 200 Kč, severomoravská a jihomoravská expozitura 150 - 250 Kč za tabletu. Při větších odběrech (cca nad 200 ks tablet) se průměrná cena jedné tablety snižuje na cca 100 Kč. U přímého dovozce, který nakupuje řádově ve stovkových až tisícových množstvích, se cena tablety snižuje na 60 - 80 Kč nebo až na 40 - 50 Kč u dovozců organizujících dovozy v desetitisícových množstvích pro organizovanou skupinu distributorů.

- Cena kokainu při prodeji v malém se i nadále pohybuje nejčastěji od 2 000 do 2 500 Kč za gram, při dovozu dosahuje zhruba polovičních hodnot. Podle poznatků NPC se pohybuje odměna kurýra při dovozu cca 1 kg kokainu z Jižní Ameriky do Nizozemska v rozpětí 80 - 100 tis. Kč.
- Cena hašiše při pouličním prodeji činí obvykle 200 - 250 Kč/g, při „velkoobchodním“ prodeji cca 80 - 120 tis. Kč za kilogram. Cena hydroponně pěstované marihuany v Moravskoslezském kraji byla zaznamenána v rozpětí 80 - 200 Kč/g.

Další údaje o ceně marihuany a hašiše pocházejí z kvalitativní studie (Miovský, 2003). Cena konopných látek je ovlivňována jednak kvalitou (obsahem účinné látky THC) dané substance, která se může lišit dle oblasti původu (ČR nebo zahraničí) a dle způsobu výroby (klasické venkovní pěstování nebo indoor technologie), a jednak těsností kontaktu na zdrojovou osobu. U domácích produktů se cena za gram marihuany pohybuje od několika desítek korun do 150 - 200 Kč. Indoor, většinou hydroponně pěstovaná, marihuana je prodávána v ceně 150 až 300 Kč za gram, ve stejném rozmezí se pohybuje cena dovážené marihuany. V případě kvalitního dováženého hašiše může cena dosahovat až 400 - 450 Kč za gram.

Na lékařský předpis získávaný substituční preparát Subutex je některými uživateli prodáván za vyšší cenu. Cena 1 tablety (8 mg buprenorfinu) na černém trhu se pohybuje kolem 600 Kč i výše, cena v lékárnách je cca pětinasobně nižší (Charvát and Gabrhelík, 2004) – viz také kapitola Buprenorfin na černém trhu, str. 68.

10.3.2 Čistota drog

Údaje o čistotě zachycených drog vykazuje každoročně NPC. Nejnižší a nejvyšší koncentrace účinných látek ve vybraných látkách zachycených v ČR v r. 2003 analyzovaných v Kriministickém ústavu Praha (celkem bylo provedeno 290 analýz) uvádí tabulka 10-4.

tabulka 10-4: Minimální a maximální čistota zachycených drog v ČR v r. 2003 (v % obsahu účinné látky) (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004b)

Druh drogy	Počet analýz	Min.	Max.
Marihuana	100	0,4	18
Hašiš	15	1,7	28,2
Pervitin	150	50	75
Heroin	20	3,3	20,3
Kokain	5	31,7	31,7

Dle výroční zprávy NPC (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004c) byly rovněž zaznamenány následující trendy:

- u heroinu došlo k dalšímu snížení jeho průměrné koncentrace,
- průměrná koncentrace pervitinu se zvyšuje,
- koncentrace dováženého kokainu se nejčastěji pohybuje mezi 70 - 90 %, při pouličním prodeji však díky přidávání příměsí dosahuje jen 35 - 45 %,
- koncentrace THC v marihuane se pohybuje nejčastěji mezi 3 - 7 %, u hydroponně pěstované marihuany kolem 16 %.

V Kriministickém ústavu Praha bylo v r. 2003 uskutečněno celkem 86 analýz tablet s předpokládaným výskytem MDMA (účinná látka drogy extáze). V 69 případech obsahovaly tablety samotnou MDMA, v 5 případech se jednalo o kombinaci MDMA, MDEA či MDA, 2 tablety obsahovaly kombinaci těchto látek s (met)amfetaminem a ve 2 případech byla obsažena MDA. Jiné OPL, které se zřídka mohou vyskytovat v tabletách nabízených jako extáze (DOB, 2-CB, MBDB, 4-MTA aj.), nebyly v analyzovaných vzorcích zjištěny.

Část B: Speciální kapitoly

Každý rok jsou do výroční zprávy zařazovány 3 speciální kapitoly, jejichž témata jsou EMCDDA ve spolupráci s monitorovacími středisky v jednotlivých zemích volena s ohledem na jejich aktuální potřebu a výzkum.

11 Buprenorfin – léčba, preskripce a zneužívání

Buprenorfin byl v ČR registrován v r. 2000 jako sublingvální⁴⁴ preparát Subutex. Buprenorfin nemá v ČR preskripční omezení. Pro tento lék neposkytuje žádná z pojišťoven ČR ani částečnou úhradu a pacient si jej tedy hradí sám. MZ poskytuje několika zdravotnickým lůžkovým i ambulantním zařízením dotace na nákup Subutexu, a to zejména na dofinancování léčebné péče (detoxifikace) a rovněž na udržovací léčbu pro vybrané skupiny pacientů (zvláště rizikové, sociálně slabé apod.). Výkony lékařů a středního zdravotnického personálu, související s poskytováním substituční léčby, jsou pojišťovny hrazeny. Samotné podání substitučního léku ale hrazeno není a není ani jako výkon definováno.

Substituční léčba včetně substituční léčby buprenorfinem je metodicky upravena Standardy substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a). Dle těchto standardů jsou indikace pro léčbu buprenorfinem následující:

- závislost na opioidech, kde denní ekvivalent dávky nepřesahuje 60 mg metadonu, a zároveň
- není možná léčba orientovaná k abstinenci.

Faktorem podporujícím zařazení pacientů do programu je závislost opiátového typu v kombinaci se zneužíváním jiné látky (kokain, pervitin).

V ČR pracuje od poloviny r. 2000 Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001b). Registrační povinnosti podléhá pouze substituční léčba za použití metadonu, nikoliv buprenorfinu.

11.1 Léčba buprenorfinem

Subutex může předepsat každý lékař bez ohledu na specializaci; je podáván také vhodným pacientům v 9 specializovaných (metadonových) substitučních centrech - viz kapitola Substituce a udržovací programy, str. 31.

Počty pacientů užívajících Subutex ve specializovaných centrech jsou přesně známy - viz tabulka 11-1.

tabulka 11-1: Počet pacientů ve specializovaných substitučních centrech k 31.12.2003 podle užívaných substancí (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004b)

Centra	Celkem hlášeno	Subutex	Metadon
Praha (VFN)	146	90	56
Ostrava	10	0	10
Olomouc	4	0	4
Brno	53	0	53
Ústí nad Labem	186	67	119
Praha (Drop in)	140	28	112
Hradec Králové	13	0	13
Mělník	20	19	1
Celkem	572	204	368

Počet pacientů užívajících Subutex v ordinacích praktických lékařů a dalších specialistů není přesně znám. Dle údajů Státního ústavu pro kontrolu léčiv (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2004) bylo v r. 2003 spotřebováno celkem 1,3 kg buprenorfinu – viz tabulka 11-2. Při průměrné denní spotřebě 6 mg a průměrné délce léčby cca půl roku (viz dále) lze usuzovat na cca 1 200 osob užívajících Subutex v ČR v r. 2003.

⁴⁴ Určený k aplikaci v ústní dutině pod jazyk.

tabulka 11-2: Množství spotřebovaného Subutexu v ČR v r. 2003 (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2004)

Přípravek	Počet balení	Celkem gramů
Subutex á 0,4 mg, 7 tbl.	8 082	22,6
Subutex á 2 mg, 7 tbl.	35 761	500,7
Subutex á 8 mg, 7 tbl.	14 037	786,1
Celkem	-	1 309,4

V r. 2003 provedlo NMS ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů dotazníkové šetření mezi praktickými lékaři s cílem získat údaje o zkušenostech se substitucí a substituovanými pacienty, postojích a potřebách českých praktických lékařů v této oblasti (Mravčík et al. 2004). Analyzováno bylo 398 vyplněných dotazníků, míra response byla velmi nízká – 10 %, což výrazně snížilo validitu studie⁴⁵. Vlastní zkušenosti s předepisováním buprenorfinu má 28 (7 %) praktiků, dle krajů je tento podíl významný v Praze a Ústeckém kraji (27 %, resp. 12 %), což odpovídá vysoké prevalenci problémových uživatelů opiátů v těchto regionech a rozmístění substitučních center v ČR i jejich kapacitě⁴⁶ - viz tabulka 11-3. V dalších krajích, včetně těch, kde je užívání heroinu relativně časté (západní, jižní Čechy), je podíl praktických lékařů předepisujících buprenorfin velmi malý (0 - 6 %). Vlastní zkušenosti s předepisováním jsou vesměs pozitivní nebo velmi pozitivní (78 %). Hlavní pozitivum je spatřováno v dostupnosti a úspěšnosti léčby. Třetina praktiků, dosud bez vlastních zkušeností, uvažuje o podávání substitute v budoucnu. Zvýšení informovanosti v oblasti závislostí, metodické vedení v substituci a dostupnost konziliárního pracoviště jsou faktory, které jsou vnímány jako velmi důležité do budoucna.

tabulka 11-3: Vlastní zkušenosti praktiků s předepisováním buprenorfinu (Subutexu) v r. 2003 (Mravčík et al. 2004)

Kraj	Celkem odpovědělo	Zkušenosti s předepisováním Subutexu	
		abs.	%
Hlavní město Praha	55	15	27
Středočeský	38	1	3
Jihočeský	18	1	6
Plzeňský	15	0	0
Karlovarský	4	0	0
Ústecký	49	6	12
Liberecký	15	0	0
Královéhradecký	22	1	5
Pardubický	20	0	0
Vysočina	16	0	0
Jihomoravský	42	2	5
Olomoucký	16	0	0
Zlínský	31	0	0
Moravskoslezský	53	2	4
Celkem	394	28	7

V r. 2004 provedlo NMS (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004c) studii zaměřenou na poskytování ambulantní psychiatrické péče uživatelům drog - blíže - viz Ambulantní léčba, str. 29. Ze 142 ordinací, které ke 30. 6. 2004 vyplnily dotazník, jich 32 (22,5 %) uvedlo, že předepisovalo Subutex alespoň jednomu uživateli opiátů; u 24 (75,0 %) z nich to bylo po dobu delší než jeden měsíc. Celkem bylo v těchto 32 ordinacích léčeno Subutexem 534 uživatelů, průměrná doba jejich léčení trvala cca půl roku.

Data z registru žádostí o léčbu (Polanecký et al. 2004) i z registru hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a) ukazují na pokles počtu heroinových klientů v léčbě v posledních 2 letech; zejména se to týká Prahy a severních Čech, čili regionů s nejvyšší prevalencí užívání

⁴⁵ Dotazník byl distribuován prostřednictvím Bulletinu Sdružení praktických lékařů a ve druhé vlně prostřednictvím okresních reprezentantů sdružení. Zpět NMS byl zasílán poštou.

⁴⁶ Centra v Praze a Ústí nad Labem mají na základě průběžných informací ze substitučního registru největší objem (80 % z celkového počtu substituovaných v centrech v ČR) a také největší obměnu pacientů.

heroinu. Tyto trendy lze z části připsat na vrub substituční léčbě, mimo jiné i Subutexem – a to i získaným nelegálně na černém trhu. Dosud nebylo zaznamenáno smrtelné předávkování na buprenorfin.

Pražská léčebná centra pozorují v poslední době zvýšený výskyt otěhotnění u substituovaných bývalých uživatelů heroinu (včetně substituce Subutexem).

11.2 Buprenorfin na černém trhu

V létě 2002 se objevily zprávy z terénních programů o výskytu léku Subutex na černém trhu v Praze, na sklonku r. 2002 se podobné zprávy objevily i v severních Čechách a ojediněle jinde v ČR. Výskyt Subutexu na černém trhu přetrvával i v r. 2003.

Část těch, kteří užívají Subutex nelegálně, jej užívá sublingválně, část si jej ale rozpouští k nitrožilnímu užití a „substituuje“ si tak injekční aplikaci výrazně dražšího heroinu; zdravotní rizika, plynoucí z nitrožilní aplikace obecně, tak přetrvávají. Potenciální riziko představuje užívání buprenorfinu v kombinaci s léky benzodiazepinové řady.

Užívání buprenorfinu na otevřené drogové scéně má však i pozitivní dopady, diskutované na pražské Harm-reduction konferenci 2003 (Větrovec, 2003). Streetworkeri s existencí této levnější konkurence heroinu jednoznačně spojují snížení poptávky po heroinu, snížení kriminality – počtu krádeží, lepší možnost kontaktů s těmito klienty a snížení frekvence poskytování první pomoci při předávkování heroinem.

Na základě informací o výskytu Subutexu na černém trhu iniciovalo MZ legislativní úpravu; od 30.8.2003 nabyt účinnosti zákon č. 223/2003 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Na základě tohoto zákona byl buprenorfin (Subutex) přeřazen do přílohy č. 5 zákona č. 167/1998 Sb., což v praxi znamená, že může být předepisován pouze na recepty označené modrým pruhem (zvýšený kontrolní režim pro předepisování léků obsahujících vyjmenované OPL). Distribuci těchto receptů zajišťují obecní úřady, recepty s modrým pruhem podléhají zvýšené evidenci jak na obecních úřadech, tak ve zdravotnických zařízeních.

K iniciaci tohoto legislativního opatření MZ přistoupilo i přesto, že v současnosti není na trhu v ČR schválen jiný substituční preparát ve formě hromadně vyráběného léčebného přípravku než je Subutex. V případě Subutexu tedy došlo ke snížení dostupnosti jediného preparátu dané indikační skupiny substitučních preparátů. Praxe v ČR je totiž taková, že ne všechna zdravotnická zařízení a zejména ne všichni praktičtí lékaři používají recepty označené modrým pruhem (jedná se o dlouhodobý problém také např. v oblasti léčby chronické bolesti).

Po zavedení předepisování Subutexu na recepty označené modrým pruhem od 1. 9. 2003 došlo na základě poznatků z AT ambulancí⁴⁷, z nízkoprahových center⁴⁸ a od krajských protidrogových koordinátorů⁴⁹ k následujícím negativním změnám:

- Dostupnost Subutexu zejména u praktických lékařů se snížila – část z nich nepoužívá recepty označené modrým pruhem vůbec, část omezuje předepisování Subutexu z obav před vyšší evidencí. Klienti se s žádostí o předepisování Subutexu dostavovali ve vysoké míře do psychiatrických, AT ambulancí a do nízkoprahových center; tato zařízení je zčásti odmítala, zčásti se prodloužily čekací doby.
- Cena Subutexu na černém trhu po zavedení opatření stoupla o 20 až 400 %, např. v jižních Čechách z 300 Kč na 1 500 Kč. V lékárně stojí 1 tableta á 8 mg Subutexu (přibližně jednodenní dávka) cca 140 Kč.
- Vyskytly se případy přepadávání klientů odcházejících od lékaře s předpisy na Subutex a krádeže předpisů či krádeže Subutexu.
- Docházelo k návratu uživatelů zpět k heroinu.
- Rostla cena heroinu díky zvýšené poptávce po něm.

Koncem r. 2003 se k těmto negativním změnám přidal krátkodobý výpadek v dodávce Subutexu do ČR a jeho nedostatek v lékárnách.

V r. 2003 byla v rámci projektu evaluace protidrogové strategie Středočeského kraje (Miovský and Broža, 2003) provedena analýza potřeb klientů nízkoprahových programů metodou Rapid Assessment and Response (Charvát and Gabrhelík, 2004). Celkem provedeno 29 interview s uživateli drog, 1 interview s klíčovým

⁴⁷ Informace MUDr. P. Popova a diskuze přítomných ambulantních psychiatrů na semináři psychiatrické kliniky 1. LF UK dne 15.10.2003.

⁴⁸ Např. Prevcentrum Praha, Terénní programy SANANIM Praha, Jihočeský streetwork PREVENT, Drug out club Ústí n. Labem, Kontaktní centrum Most.

⁴⁹ Např. z Jihočeského kraje, HI.m. Prahy.

informantem a 1 ohnisková skupina s pracovníky nízkoprahových služeb. Pro uživatele opioidů byl rozhovor rozšířen o problematiku substituce a substitučních látek. Souhrn nejdůležitějších zjištění:

- V souboru nebyl nikdo klientem metadonové substituční léčby. Dostupnost metadonu na černém trhu je podle výpovědí klientů poměrně špatná, což výrazně snižuje jeho atraktivitu na drogové scéně.
- KC Benešov je jediné nízkoprahové zařízení ve Středočeském kraji, které do svých služeb integrovalo substituční – subutexový program. Pokud je motivace k léčbě přiměřeně vysoká, je subutexová léčba i klienty vnímána značně pozitivně.
- Subutex lze získat legální cestou - na předpis lékaře. Subutex uživateli opioidů umožňuje léčbu, aniž by musel splňovat velmi přísná kritéria, jako je tomu u léčby metadonem. Zneužívání Subutexu a nedávno zavedené administrativní opatření (recepty s modrým pruhem) je však jedním z důvodů, proč lékaři radikálně omezili předepisování tohoto preparátu.
- Subutex lze získat také cestou nelegální - na černém trhu. V souboru je 12 uživatelů, kteří se k Subutexu dostávají nelegální cestou. Atraktivita Subutexu na drogové scéně spočívá v čistotě drogy a pro některé uživatele v jeho relativně dobré dostupnosti. Někteří motivovaní klienti se z obavy, aby služba nebyla zrušena, dovolávají dokonce přísnějších pravidel při substituční léčbě Subutexem a navrhují možná opatření.
- Z celkového počtu 29 klientů jich více než 14 aplikuje Subutex injekčně, často bez znalosti rizik injekční aplikace. Rolí hraje také touha po stejném účinku jako má heroin a tzv. závislost na jehle.
- Povědomí a znalosti o substitučních službách mezi klienty lze označit jako dobré. Nejčastěji jsou informace předávány mezi klienty navzájem.
- Ceny Subutexu na černém trhu jsou 600 - 800 Kč za tabletu á 8 mg a cca 200 Kč za tabletu á 2 mg.

12 Léčba jako alternativa trestu odnětí svobody

V ČR nemá pachatel trestné činnosti, které se dopustil v souvislosti se svou drogovou závislostí, možnost volby mezi uložením trestu a podrobením se léčbě drogové závislosti. Za splnění zákonem stanovených podmínek však může soud uložit uživateli drog ochranné léčení, které je ochranným opatřením dle TZ, nebo povinnost podrobit se léčbě závislosti v rámci zkušební doby při podmíněném upuštění od potrestání s dohledem nebo podmíněném odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem. V praxi soudů dochází k ukládání ochranných protitoxikomanických léčení jen velmi zřídka (v r. 2003 celkem u 143 odsouzených). Údaje o počtu případů, kdy dochází k uložení léčby drogové závislosti jako přiměřené povinnosti, nejsou k dispozici.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004 formulovala obecný cíl zvýšit užívání odklonů od trestního postihu a alternativních trestů pro uživatele drog a konkrétní úkol pro ministra spravedlnosti, aby do konce r. 2002 vypracoval a předložil návrh opatření nezbytných k zavedení léčby drogově závislých osob jako alternativy trestu odnětí svobody.

V dotazníku k Bilanční zprávě o plnění úkolů z uvedené národní strategie označilo MS tento úkol jako splněný s tím, že požadovaným opatřením bylo přijetí změn trestních předpisů, jimiž byly vytvořeny nezbytné legislativní podmínky pro léčbu drogově závislých jako alternativu trestu odnětí svobody. Léčení závislosti na návykových látkách při podmíněném upuštění od potrestání s dohledem či podmíněném zastavení trestního stíhání v současné podobě však bylo v trestních předpisech zakotveno již od r. 1998, možnost uložení ochranného léčení existuje v českém trestním právu ještě mnohem déle.

12.1 Ochranné protitoxikomanické léčení

Trestní zákon zná ochranné léčení, kterým může být i léčení drogové závislosti (tzv. protitoxikomanické léčení). Toto ochranné léčení však není součástí systému trestů, nýbrž jedním z tzv. ochranných opatření. Tato jsou charakterizována jako jedna z trestněprávních sankcí, která slouží k dosažení účelu trestního zákona a lze ji uložit také osobám, jež nejsou trestně odpovědné (např. pro nepříčetnost). Ochranné léčení u drogově závislých pachatelů soud ukládá fakultativně v případech, kdy pachatel zneužívá návykovou látku a spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Ochranné léčení ukládá v těchto případech soud vedle trestu, nikoliv namísto něj (viz dále). Lze jej uložit vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody, tak i vedle jiných trestů. Není vyloučeno, aby pachateli byl uložen podmíněný trest odnětí svobody a současně uložena ústavní ochranná léčba.

Ochranné léčení však soud neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout. Při rozhodování soudu o uložení ochranného léčení je rozhodující obsah znaleckého posudku. V praxi je

důvodem neuložení ochranného léčení u drogově závislých pachatelů nejčastěji skutečnost, že pachatel není motivován k léčbě a znalec má tedy za to, že její nařízení by nebylo účelné, nebo pokud je drogově závislý pachatel schopen samostatné abstinence.

Ochranné léčení se ukládá jako ústavní nebo ambulantní. Ochranné léčení není předem časově omezeno, trvá, dokud to vyžaduje jeho účel. U ochranného léčení protitoxikomanického však připadá v úvahu i jeho předčasné ukončení, pokud se v jeho průběhu zjistí, že jeho účelu nelze dosáhnout.

V případě, že se pachatel pravomocně uloženému ochrannému protitoxikomanickému léčení nepodrobí, aniž by bylo předčasně ukončeno pro neúčelnost, vystavuje se nebezpečí trestního stíhání pro trestný čin maření výkonu úředního rozhodnutí (§ 171 TZ).

Obecně lze u pachatelů, kteří spáchali trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti (tzn. nemohli zcela rozpoznat nebezpečnost činu pro společnost nebo ovládat své jednání), upustit od potrestání, jestliže má soud za to, že ochranné léčení, které současně ukládá, zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než trest (§ 25 TZ). Tohoto ustanovení ovšem nelze využít, jestliže si pachatel stav zmenšené přičetnosti přivodil, byť i z nedbalosti, vlivem návykové látky.

12.2 Léčba jako přiměřená povinnost

Vedle léčby jako ochranného opatření zná trestní zákon i léčbu, která nemá výše uvedený charakter. V tomto případě je uložení léčby chápáno jako tzv. přiměřená povinnost, kterou je povinen pachatel plnit ve zkušební době, která mu je stanovena v případě některých alternativ k nepodmíněnému trestu odnětí svobody (podmíněné upuštění od potrestání s dohledem, podmíněný trest odnětí svobody s dohledem). Plnění této povinnosti ve zkušební době sleduje v rámci dohledu probační úředník, její neplnění však nemůže mít za následek další trestní stíhání jako u nepodrobení se ochrannému léčení.

Institut podmíněného upuštění od potrestání s dohledem upravuje ustanovení § 26 TZ. Tuto hmotněprávní alternativu k potrestání lze využít pouze u pachatelů, kteří spáchali trestný čin menší nebezpečnosti pro společnost, litují jeho spáchání a projevují účinnou snahu po nápravě. Její využití musí umožňovat i povaha spáchaného činu a dosavadní život pachatele, na jejichž základě lze důvodně očekávat, že již projednání věci před soudem postačí k nápravě pachatele. Dohled je při upuštění od potrestání nařizován v případě potřeby sledovat chování pachatele po stanovenou dobu (max. 1 rok). V případě, že se pachatel této přiměřené povinnosti nepodrobí, rozhodne soud o uložení trestu. Neplnění této přiměřené povinnosti může mít za následek rozhodnutí soudu o tom, že se pachatel neosvědčil ve zkušební době a bude uložen trest.

K uložení přiměřené povinnosti podrobit se léčbě závislosti, která není ochrannou léčbou, dochází častěji v případě podmíněného odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem. V případě, že se pachatel nepodrobí léčbě ve zkušební době, může mít tato skutečnost vliv při rozhodování o tom, zda se pachatel ve zkušební době osvědčil. Soud tak může rozhodnout o prodloužení zkušební doby nebo o tom, že se podmíněně odložený trest vykoná.

12.3 Léčba jako alternativa v praxi soudů v ČR

Z trestních statistik soudů vyplývá, že ukládání ochranného protitoxikomanického léčení není časté. V r. 2003 bylo uloženo celkem 143 ochranných protitoxikomanických léčení (oproti 129 uloženým ochranným léčením v r. 2002), z toho 36 pachatelům drogových trestných činů (47 v r. 2002). Podíl ochranných léčení na počtu odsouzených osob se v poslední čtyřech letech pohybuje kolem 0,2 - 0,3 %, v případě odsouzených za drogové trestné činy je řádově vyšší, v posledních letech se ovšem snižuje – viz tabulka 12-1.

Institut upuštění od potrestání s dohledem není v praxi často využíván - v r. 2003 u 111 pachatelů. V případě podmíněného odsouzení byl dohled stanoven v 2 230 případech. Celkově byl tedy dohled stanoven u 3,5 % z celkového počtu 66 131 odsouzených (Ministerstvo spravedlnosti, 2004c). Ze statistik PMS ani ze statistik soudů však nelze zjistit v kolika případech byla pachateli trestného činu v rámci dohledu uložena povinnost podrobit se protitoxikomanické léčbě. NMS spolupracuje s PMS na modifikaci stávajícího sběru dat tak, aby o klientech PMS byly k dispozici podrobnější údaje.

Při ukládání povinnosti podrobit se ochrannému léčení soudy přikládají velkou důležitost obsahu znaleckého posudku psychiatra, který bývá u uživatelů drog zpravidla vypracováván. V poslední době orgány činné v trestním řízení upouštějí od požadavku na zpracování těchto znaleckých posudků u uživatelů konopných látek. Znalec se vyjadřuje kromě jiného i k potřebnosti nařízení ochranné léčby, přičemž častým důvodem záporného stanoviska znalce k této otázce je chybějící motivace pachatele k léčbě.

Závěrem je třeba konstatovat, že snaha pachatelů dobrovolně se léčit či účast v léčebném programu hraje důležitou roli při rozhodování soudu o druhu trestu. Nepochybně však závisí na osobě soudce, jak tuto okolnost zohlední.

tabulka 12-1: Podíl uložených ochranných protitoxikomanických léčení na počtu pravomocně odsouzených osob v I. 1998-2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)

Rok	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Celkem odsouzeno osob	54 083	62 594	63 211	60 182	65 098	66 131
Uloženo ochranných protitoxikomanických léčení (OL)	183	257	212	170	129	143
Podíl OL na počtu odsouzených osob (v %)	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
Odsouzeno za drogové trestné činy	802	899	972	1094	1216	1304
Uloženo OL za drogové trestné činy	64	53	48	43	47	36
Podíl OL na počtu odsouzených za drogové trestné činy (v %)	8,0	5,9	4,9	3,9	3,9	2,8

13 Uživatelé drog a narušování veřejného pořádku (public nuisance)

Anglický termín "(drug-related) public nuisance" (obtěžování na veřejnosti spojené s užíváním drog) zahrnuje různé formy protispoločenského a problémového chování, které, ač nemusí být trestnou činností, znamenají určité ohrožení či porušení společenských norem a jsou vnímány jako obtěžující. Jedná se zejména o problémy spojené s otevřenou drogovou scénou - zabírání veřejného prostranství, užívání drog na veřejnosti a ve veřejných prostorách apod. V některých státech (Nizozemsko, Velká Británie) je tomuto jevu přikládán v rámci protidrogových aktivit značný význam a k jeho omezení byla přijata odpovídající legislativní a administrativní opatření.

V ČR není tato oblast samostatně řešena, a to ani na centrální ani na místní úrovni. Pokud je autorům této zprávy známo, veřejným obtěžováním spojeným s užíváním drog se v ČR doposud nikdo podrobněji nezabýval a neexistuje ani koncept, který by zpracovával opatření, která mohou narušování veřejného pořádku spojeného s užíváním drog snižovat. Dle informací Institutu pro kriminologii a sociální prevenci neproběhl na toto téma dosud žádný výzkum.

Předmětná problematika je chápána spíše jako jedna ze součástí bezpečnostní a protidrogové politiky jako celku a v praxi se jí zabývají některé programy realizované na místní úrovni - např. čištění dětských pískovišť a hřišť od odhozených injekčních stříkaček, zvýšený dohled obecní policie nad místy, kde se uživatelé drog tradičně scházejí apod.

Pro potřeby zpracování této kapitoly oslovilo NMS prostřednictvím e-mailu krajské protidrogové koordinátory. Byl jim stručně představen koncept „public nuisance“ a byli požádáni o získání dostupných dat v jejich regionech – od místních policejních složek, obecních úřadů, sociálních pracovníků, poskytovatelů péče apod. Ze 14 rozeslaných žádostí přišly odpovědi z 5 krajů. Potvrdilo se, že příslušná data nejsou nijak evidována. Informace pocházely převážně od městské/obecní policie, městských/obecních úřadů a nízkoprahových center, byly však převážně velmi stručné a spíše obecného charakteru.

Jako narušování pořádku v souvislosti s užíváním drog, se kterým se instituce na místní úrovni setkaly, bylo uvedeno: zabírání veřejných prostranství, aplikace drog (intravenózní aplikace, čichání toluenu, kouření marihuany) na veřejně přístupných místech, poházené léky a injekční stříkačky, hluk způsobený lidmi pod vlivem alkoholu a drog, žebrání a verbální obtěžování občanů (na nádražích, v centrech měst, před obchodními domy).

13.1 Narušování veřejného pořádku z pohledu zákona

V ČR je jednání uživatelů drog, které jejich okolí vnímá jako obtěžující, postižitelné podle zákona č. 200/1999 Sb., o přestupcích; závažnější formy mohou být stíhány jako některý z trestných činů dle TZ.

Policie ČR eviduje v rámci Evidenčního systému statistik kriminality mj. údaj o spáchání trestného činu pod vlivem drog. Z celkového počtu 135 581 byl pouze u 939 (0,7 %) objasněných trestných činů zaznamenán vliv jiných návykových látek než alkoholu⁵⁰. Z jednání, která svou povahou mohou spadat do konceptu „public

⁵⁰ Tento podíl je podhodnocen, protože vliv OPL není v mnoha případech objasněn.

nuisance“ postižitelných jako trestný čin, jsou v následujícím přehledu vybrány trestné činy šíření toxikomanie (§ 188a TZ), výtržnictví (§ 202 TZ), ohrožení pod vlivem návykové látky a opilství (§ 201 a § 201a TZ).

tabulka 13-1: Vybrané trestné činy spáchané pod vlivem OPL v r. 2003 (Ministerstvo vnitra ČR, 2004b)

Trestný čin	Počet trestných činů celkem	Trestné činy spáchané pod vlivem návykové látky			
		Celkem	Z toho alkohol	Z toho OPL	Z toho OPL v %
Šíření toxikomanie	356	45	3	42	11,8
Výtržnictví	2 843	981	970	11	0,4
Ohrožení pod vlivem návykové látky, opilství	654	578	572	6	0,9
Všechny trestné činy	135 581	11 082	10 143	939	0,7

Zmíněné formy jednání jsou postihovány rovněž jako přestupky, podle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích. Ustanovení § 47 tohoto zákona definuje přestupky proti veřejnému pořádku, jichž se může mj. dopustit osoba, která ruší noční klid, vzbudí veřejné pohoršení, znečistí, poškodí nebo neoprávněně zabere veřejné prostranství, veřejně přístupný objekt nebo veřejně prospěšné zařízení. Tyto přestupky projednávají obecní úřady. Současné metody jejich evidence však neumožňují stanovit podíl uživatelů drog na jejich spáchání. Stejně jako v případě trestného činu výtržnictví lze i zde předpokládat spíše vyšší podíl osob pod vlivem alkoholu.

13.2 Poranění o pohozenou použitou injekční jehlu

Státní zdravotní ústav, Centrum epidemiologie a mikrobiologie, eviduje prostřednictvím sítě hygienických stanic poranění o použitou injekční stříkačku (případně jen jehlu). Kromě profesionálních poranění se jedná o poranění o pohozené stříkačky. Lze předpokládat, že většina pohozených stříkaček a jehel patřila injekčním uživatelům drog. V r. 2003 bylo hlášeno 332 ošetření osob, které se poranily o použitou injekční stříkačku pohozenou na veřejně přístupných místech. Často se jedná o osoby, které se poranily při úklidu (restaurací, záchodků, vlaků), nebo o osoby, které na pohozenou jehlu šláply; část případů jsou i děti, které se poraní při hře s nalezenou jehlou (Státní zdravotní ústav v Praze, 2003).

Seznam tabulek

přehledová tabulka 1: Přehled vybraných indikátorů v ČR v r. 2003	2
tabulka 1-1: Pachatelé drogových trestných činů dle podílu jednotlivých drog v r. 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004b).....	5
tabulka 1-2: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2003 ze státního a krajských rozpočtů podle typu výdajů (tis. Kč).....	7
tabulka 1-3: Čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu a z rozpočtu krajů v r. 2003 podle resortů a krajů* (tis. Kč).....	8
tabulka 1-4: Čerpání finančních prostředků z VPS na programy věcně příslušných resortů a Úřadu vlády ČR v r. 2003 (tis. Kč).....	9
tabulka 1-5: Čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu a z rozpočtu krajů v r. 2002 a 2003 podle krajů* (tis. Kč).....	10
tabulka 2-1: Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog ve věku 15 – 16 let v r. 2003 (v %) (Csémy et al. 2003)	12
tabulka 2-2: Prevalence užití vybraných látek v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech ve věku 15 - 16 let v r. 2003 (v %) (Csémy et al. 2003).....	13
tabulka 2-3: Prevalence užívání návykových látek mezi studenty pražských vysokých škol v r. 2003 (v %) (Csémy et al. 2004a).....	15
tabulka 2-4: Celoživotní prevalence užití vybraných látek a opakované užití v posledních 30 dnech mezi návštěvníky tanečních akcí, kteří si otestovali tabletu extáze, v r. 2003 (v %) (Mravčík and Valnoha, 2004).....	16
tabulka 2-5: Tolerance veřejnosti ke skupinám obyvatel, v % odpovědí „spíše ne“ a „rozhodně ne“ tolerantní v r. 2003 (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2003).....	17
tabulka 3-1: Počet oslovených žáků a studentů v programech primární prevence realizovaných jinými subjekty ve školách z dotací RVKPP v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e).....	19
tabulka 3-2: Počet oslovených dospělých v programech primární prevence v rámci projektů dotovaných RVKPP v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e).....	19
tabulka 4-1: Přehled prevalencečních odhadů problémového užívání drog provedených v ČR v r. 2003 (zdroj dat: NMS)	21
tabulka 4-2: Zařízení hlásící do Registru žádostí o léčbu HS v r. 2003 (Polanecký et al. 2004).....	24
tabulka 4-3: Žádosti o první léčbu v l. 1995 - 2003, vybrané charakteristiky (Polanecký et al. 2004).....	25
tabulka 4-4: Počet propuštěných a zemřelých v lůžkových psychiatrických zařízeních v r. 2002 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003).....	26
tabulka 4-5: Pacienti registrovaní v ambulantních zařízeních v r. 2002 dle užívané látky (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003).....	27
tabulka 4-6: Pacienti registrovaní v ambulantních zařízeních v r. 2002 dle pohlaví a věku (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003).....	27
tabulka 4-7: Profil klientů dle typu zařízení zařazeného do dotačního řízení RVKPP v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e).....	28
tabulka 5-1: Počet ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících péči uživatelům drog v l. 2000 - 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2004a).....	29
tabulka 5-2: Počet pacientů léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2004a).....	29
tabulka 5-3: Počet zdravotnických ambulantních zařízení podle počtu léčených pacientů v r. 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004d).....	30
tabulka 5-4: Pacienti substituční léčby ve specializovaných programech - stav k 31.12.2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004b).....	32
tabulka 5-5: Důvod ukončení substituční léčby ve specializovaných centrech v l. 2000 – 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004b).....	32
tabulka 5-6: Podíl uživatelů pervitinu v různých typech léčby a registrech v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e; Polanecký et al. 2004; Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2004a; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004d).....	33
tabulka 5-7: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v ČR v r. 2003.....	33
tabulka 6-1: Smrtelná předávkování OPL v ČR v r. 2003 podle skupin OPL, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004b).....	35
tabulka 6-2: Úmrtí za přítomnosti OPL zjištěná na odd. soudních lékařství v ČR v r. 2003 podle skupin OPL a příčin smrti (v %, n = 251) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004b).....	36
tabulka 6-3: Charakteristika kohort pro studii mortality (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004b).....	37
tabulka 6-4: Nestandardizovaná úmrtnost podle pohlaví a typu drogy v l. 1997 – 2002 (v ‰) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004b).....	37

tabulka 6-5: Incidence HIV+ v ČR do 31.12.2003 dle způsobu přenosu (Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS, 2004)	38
tabulka 6-6: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v I. 1994 – 2003 (Brůčková et al. 2004)	38
tabulka 6-7: Prevalence markerů VHA, VHB a VHC u pravidelných injekčních uživatelů návykových látek z programu střednědobé odvykávací léčby (soubor 1) a ze zařízení vězeňské služby ČR (soubor 2) (Klusoňová et al. 2004) ..	40
tabulka 6-8: Monitorování infekcí u pacientů substitučních center v r. 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004c)	40
tabulka 6-9: Podíl (sekundárních) drog u polymorfních uživatelů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních v r. 2003 (v %)	41
tabulka 6-10: Podíl dalších psychických poruch u hospitalizovaných primárně na problémy spojené s užíváním drog, u kterých byla další psychická porucha uvedena v r. 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a) ..	42
tabulka 6-11: Intoxikace drogami v ČR, srovnání let 2001 - 2003 podle jednotlivých drog (Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2002)	42
tabulka 6-12: Nález alkoholu, medikamentů a OPL v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR r. 2003 (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004a)	43
tabulka 6-13: Celoživotní prevalence řízení pod vlivem psychotropních látek a dalších rizikových dopravních situací mezi návštěvníky tanečních akcí v ČR v r. 2003 (v %, n= 1 652) (Kubů et al. 2004)	43
tabulka 6-14: Celoživotní prevalence zdravotních komplikací v souvislosti s pobytem na taneční akci, výsledky z r. 2003 (v %, n = 468) (Mravčík and Valnoha, 2004)	44
tabulka 7-1: Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových zařízeních v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e)	45
tabulka 7-2: Výměnné programy jehel a stříkaček v I. 1998 - 2003 (zdroj dat: HS HMP a NMS)	45
tabulka 7-3: Zdroje čistého injekčního materiálu v posledním 6 měsících v I. 2002 - 2003 (Korčíšová, 2004)	46
tabulka 8-1: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2003 (v %) (Polanecký et al. 2004)	48
tabulka 8-2: Počet zjištěných drogových trestných činů v I. 2000 – 2003 (Policejní prezidium ČR, 2004a)	50
tabulka 8-3: Počet stíhaných pachatelů drogových trestných činů v I. 2000 - 2003 (Policejní prezidium ČR, 2004a) ..	50
tabulka 8-4: Zjištěné drogové trestné činy v I. 2001 – 2003 dle krajů (Ministerstvo vnitra ČR, 2004b)	52
tabulka 8-5: Počty obžalovaných osob za drogové trestné činy v I. 2000 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b) ..	52
tabulka 8-6: Počty odsouzených osob za drogové trestné činy v I. 2000 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b) ..	53
tabulka 8-7: Odhad podílu trestné činnosti motivované získáním prostředků na nákup OPL v r. 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR and NMS, 2004)	54
tabulka 9-1: Skladba trestů u všech trestných činů v I. 1999 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)	57
tabulka 9-2: Skladba trestů u drogových trestných činů v I. 1999 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)	58
tabulka 10-1: Subjektivně vnímaná dostupnost drog mezi 16letými v r. 2003 (% odpovědí „je velmi/celkem snadné sehnat...“) (Csémy et al. 2003)	59
tabulka 10-2: Počet záchytů a množství zadržovaných drog v r. 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR a Generální ředitelství cel, 2004); (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004a)	61
tabulka 10-3: Minimální a maximální ceny drog v r. 2003 (v Kč) (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004b) ..	64
tabulka 10-4: Minimální a maximální čistota zachycených drog v ČR v r. 2003 (v % obsahu účinné látky) (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004b)	65
tabulka 11-1: Počet pacientů ve specializovaných substitučních centrech k 31.12.2003 podle užívaných substancí (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004b)	66
tabulka 11-2: Množství spotřebovaného Subutexu v ČR v r. 2003 (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2004)	67
tabulka 11-3: Vlastní zkušenosti praktiků s předepisováním buprenorfinu (Subutexu) v r. 2003 (Mravčík et al. 2004) ..	67
tabulka 12-1: Podíl uložených ochranných protitoxikomanických léčení na počtu pravomocně odsouzených osob v I. 1998-2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)	71
tabulka 13-1: Vybrané trestné činy spáchané pod vlivem OPL v r. 2003 (Ministerstvo vnitra ČR, 2004b)	72

Seznam obrázků

obrázek 1-1: Podíl vybraných druhů trestů na trestech za drogové trestné činy v I. 2001 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)	5
obrázek 2-1: Vývoj celoživotní prevalence u vybraných drog ve věku 15 – 16 let (v %) (Csémy et al. 2003)	13
obrázek 2-2: Celoživotní prevalence užití vybraných návykových látek mezi účastníky tanečních akcí v I. 2000 a 2003 (v %) (Kubů and Csémy, 2004)	15
obrázek 2-3: Podíl 16letých, kteří odsuzují nebo silně odsuzují užívání návykových látek, v I. 1995 - 2003 (v %) (Csémy et al. 2003)	17
obrázek 4-1: Způsob užívání pervitinu a opiátů mezi žadateli o léčbu v r. 2003 (Polanecký et al. 2004)	22
obrázek 4-2: Poměr injekční aplikace u prvožadatelů o léčbu se základní drogou pervitin a heroin v I. 1995 - 2003 (Polanecký et al. 2004)	22
obrázek 4-3: První žádosti o léčbu v souvislosti s některými typy drog v I. 1995 – 2003 (Polanecký et al. 2004)	24
obrázek 4-4: Průměrný věk prvožadatelů v I. 1995 - 2003 u vybraných typů drog (Polanecký et al. 2004)	25

obrázek 4-5: Počet propuštěných a zemřelých v lůžkových psychiatrických zařízeních v l. 1992 - 2002 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003)	26
obrázek 4-6: Počet prvních vyšetření v ambulantních zařízeních v l. 1995 - 2002 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003).....	27
obrázek 4-7: Podíl pacientů v ambulantních zařízeních v r. 2002 dle typů drog (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003).....	28
obrázek 5-1: Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách na poruchy vyvolané užíváním drog v l. 2000 – 2003 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a)	31
obrázek 6-1: Smrtelná předávkování OPL v r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004b).....	35
obrázek 6-2: Smrtelná předávkování vybranými OPL v l. 1998 – 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2004b)	36
obrázek 6-3: Mortalita podle pohlaví a věkových skupin (všechny drogy celkem, v ‰) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004b).....	37
obrázek 6-4: Hlášená incidence VHB a podíl IUD v ČR v l. 1996 – 2003 (Beneš and Částková, 2004).....	39
obrázek 6-5: Hlášená incidence akutní VHC a podíl IUD v ČR v l. 1997 - 2003 (Beneš and Částková, 2004)	39
obrázek 6-6: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a podíl IUD v ČR v l. 1996 – 2002* (Beneš and Částková, 2004)	39
obrázek 8-1: Stíhané trestné činy nedovolené výroby a přechovávání OPL (§ 187 - 188 TZ) podle druhu drogy v r. 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR a Generální ředitelství cel, 2004).....	49
obrázek 8-2: Stíhané trestné činy dle § 187 a 188 TZ podle druhu drogy v l. 2002 a 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR a Generální ředitelství cel, 2004)	49
obrázek 8-3: Trestné činy stíhané policií dle § 187a TZ podle druhu drogy v l. 2002 a 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR a Generální ředitelství cel, 2004)	50
obrázek 8-4: Vývoj počtu zjištěných drogových trestných činů a stíhaných pachatelů v l. 2000 - 2003 (Policejní prezidium ČR, 2004a).....	51
obrázek 8-5: Vývoj počtu obžalovaných a odsouzených ve dvouletých obdobích v l. 1996 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)	53
obrázek 9-1: Ukládání vybraných typů trestů za všechny trestné činy v l. 1999 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b)	58
obrázek 9-2: Ukládání vybraných trestů za drogové trestné činy v l. 1999 - 2003 (Ministerstvo spravedlnosti, 2004b).....	58
obrázek 10-1: Subjektivně vnímaná dostupnost drog mezi 16letými v l. 1999 a 2003 (% odpovědí "je velmi/celkem snadné sehnat...") (Csémy et al. 2003)	60
obrázek 10-2: Počty a objemy záchytů vybraných drog na území ČR v letech 1999 – 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004a).....	62
obrázek 10-3: Záchyty marihuany a hašiše v r. 2003 podle množství (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004a)	63
obrázek 10-4: Záchyty pervitinu v r. 2003 podle množství (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004a)	63
obrázek 10-5: Záchyty heroínu v r. 2003 podle množství (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2004a).....	64

Seznam map

mapa 1-1: Čerpání finančních prostředků na protidrogovou politiku v krajích ČR v r. 2003 podle státního rozpočtu a rozpočtu krajů (v tis. Kč na 100 tis. obyv.)	8
mapa 2-1: Celoživotní prevalence užívání marihuany podle krajů ČR ve věku 15 – 16 let v r. 2003 (v %) (Csémy et al. 2004b)	14
mapa 2-2: Celoživotní prevalence užívání extáze podle krajů ČR ve věku 15 – 16 let v r. 2003 (v %) (Csémy et al. 2004b)	14
mapa 4-1: Počet všech žádostí o léčbu v r. 2003 podle regionů a typů drog (na 100 tis. obyv.) (Polanecký et al. 2004)	26
mapa 6-1: Seroprevalence VHC zjištěná ve studii Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog dle kraje jednotlivých center v l. 2002 - 2003 (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003)	40
mapa 7-1: Distribuované stříkačky a jehly ve výměnných programech v r. 2003 v přepočtu na 1000 obyvatel (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004e)	45
mapa 8-1: Zjištěné drogové trestné činy dle krajů v r. 2003 (na 100 tis. obyvatel) (Ministerstvo vnitra ČR, 2004b).....	51

Vybrané stránky s drogovou tematikou na českém internetu

Rozsáhlý seznam (nejen) českých webových stránek zabývajících se drogami je k dispozici na adrese <http://www.drogy-info.cz/link/category/1/>. V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané oficiální stránky klíčových institucí v oblasti prevence, léčby a sledování užívání drog.

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí: <http://www.adiktologie.cz/>

A.N.O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí: <http://www.asociace.org/>

Antidopingový výbor České Republiky: <http://www.antidoping.cz/>

Celní správa ČR: <http://www.cs.mfcr.cz/>

Centrum epidemiologie a mikrobiologie SZÚ: <http://www.szu.cz/cem/hpcem.htm>

Centrum pro výzkum veřejného mínění - Sociologický ústav AV ČR: <http://www.cvvm.cas.cz/>

Česká asociace streetwork: <http://streetwork.ecn.cz/>

Česká lékařská společnost JEP: <http://www.cls.cz/>

Česká lékařská společnost JEP – hledání v časopisech: <http://www.clsjep.cz/hledani.asp>

Česká neuropsychofarmakologická společnost: <http://www.cnps.cz/>

Český statistický úřad: <http://www.czso.cz/>

Drogový Informační Server (Sananim): <http://www.sananim.cz/>

DROP-IN: <http://www.dropin.cz/>

EXTC – prevence zneužívání syntetických drog: <http://www.extc.cz/>

Hygienická stanice hl. m. Prahy: <http://www.hygp Praha.cz/>

Informační centrum OSN v Praze: <http://www.osn.cz/>

Informační portál primární prevence: <http://www.odrogach.cz/>

Institut pro kriminologii a sociální prevenci: <http://portal.justice.cz/soud/soud.aspx?o=6&j=16&k=207>

Kriminalistický ústav: <http://www.mvcr.cz/policie/ku/index.html>

Metadonová substituce: <http://www.methadone.cz/>

Ministerstvo spravedlnosti - české 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/>; <http://www.focalpoint.cz/> (English)

Národní program boje proti AIDS ČR: <http://www.aids-hiv.cz/>

Národní protidrogová centrála Policie ČR: <http://www.mvcr.cz/policie/npdc.html>

Newton IT - Přehled tisku s tematikou drog: <http://imm.newtonit.cz/drogy.newton.cz.asp>

Podané ruce: <http://www.podaneruce.cz/>

Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti, odloučené pracoviště pedagogicko-psychologické poradny v Brně: www.poradenskecentrum.cz

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, podvýbor pro problematiku drog a toxikomanie: <http://snemovna.cz/sqw/fsnem.sqw?id=669>

Probační a mediační služba ČR: <http://portal.justice.cz/soud/soud.aspx?o=202&j=212&k=2015>

Prev-Centrum: <http://www.prevcentrum.cz/>

Psychiatrické centrum Praha: <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/>

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: http://wtd.vlada.cz/pages/rvk_rkpp.htm; http://wtd.vlada.cz/pages/rvk_rkpp_en.htm (English)

Soudní lékařství v ČR: <http://www.nemcb.cz/soudni/>

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

A.N.O. - Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí

AT - alkohol – toxikomanie

CASRI - Vědecké a výzkumné pracoviště tělesné výchovy a sportu Praha

CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR

ČLS JEP - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR - Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

DDRSTP – projekt Pompidou Group Drug Demand Reduction Staff Training Programme

EMCDDA – Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost

ESPAD - Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

EU – Evropská unie

GŘC – Generální ředitelství cel MF ČR

GŘVS – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

HIV- virus lidského imunodeficitu

HR – harm reduction

HR A.N.O. – odborná sekce Harm Reduction Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí

HS – hygienická služba

HS HMP – Hygienická stanice hlavního města Prahy

IUD – injekční uživatel(é) drog

KC – kontaktní centrum

Kraje ČR:

PHA - Hl. m. 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

MES - Minimální evaluační set

MF – ministerstvo financí

MK – Ministerstvo kultury

MKN 10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

MO – Ministerstvo obrany

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MS – Ministerstvo spravedlnosti

MŠMT - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZ - Ministerstvo zdravotnictví

NMS - Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

NNO (též NGO) – nestátní neziskové organizace (non-governmental organisations)

NPC – Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR

OPL – omamná a psychotropní látka

PCP – Psychiatrické centrum Praha

Phare TP – Phare Twinning Project 2000 Posílení národní protidrogové politiky

PMS – Probační a mediační služba ČR

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dříve MPK – Mezirezortní protidrogová komise)

SNN - Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

sRVKPP – sekretariát RVKPP

SSLST – Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie

TŘ - zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (Trestní řád)

TZ - zákon č. 140/1961 Sb., Trestní zákon

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

VHA – virová hepatitida typu A

VHB – virová hepatitida typu B

VHC - virová hepatitida typu C

VPS – kapitola Všeobecná pokladní správa Národního účtu ČR

VS – Vězeňská služba ČR

WHO - Světová zdravotnická organizace

Věcný rejstřík

- abstinence, 28, 44, 55, 70
aktivity, 6, 7, 9, 11, 19, 44, 46
alkohol, 1, 6, 10, 12, 14, 16, 17, 23, 27, 30, 36, 40, 41,
43, 55, 71, 72, 77
amfetamin, 15
analýza, 3, 7, 11, 19, 38, 43, 68
kvantitativní, 19
anonymní alkoholici, 55
anonymní narkomané, 55
aplikace, 2, 22, 25, 44, 68, 69, 71
Asociace nestátních organizací (A.N.O) zabývajících
se prevencí a léčbou drogových závislostí, 11, 45,
55, 56, 76, 77
AT ordinace, 28
braun, 21
buprenorfin, 1, 2, 3, 11, 20, 21, 31, 32, 34, 61, 65, 66,
67, 68
cena, 2, 32, 64, 65, 68
Centrum pro výzkum veřejného mínění
Sociologického ústavu AV ČR, 47, 77
certifikace, 29
Česká asociace streetwork, 76
čin
trestný, 48
čistota, 1, 2, 64, 65, 69
doléčování, 9, 30
držení drogy, 1, 2, 46, 50, 53
důsledky, 16, 34, 43, 44, 46
sociální, 12, 13
zdravotní, 16, 34, 43, 46
efektivita, 6, 29
EMCDDA, 6, 11, 66, 77
ESPAD (školní průzkum, 12, 14, 17, 59, 77
evaluace, 32, 68
Evropská unie, 6, 77
extáze, 1, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 34, 43,
46, 47, 48, 58, 59, 60, 61, 64, 65
financování, 7
Generální ředitelství cel, 7, 8, 9, 61, 77
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 56, 77
halucinogeny, 4, 12, 13, 16, 23, 26, 41
harm reduction, 34, 46, 77
hepatitida, 38, 40, 77
heroin, 1, 2, 4, 5, 12, 15, 17, 20, 21, 22, 25, 28, 33,
34, 43, 46, 47, 48, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 67,
68, 69
HIV/AIDS, 1, 2, 34, 38, 40, 45, 76, 77
hospitalizace, 20, 23, 30, 31, 36, 37, 41
hygienická služba, 20, 23, 38, 77
Hygienická stanice hl. m. Prahy, 9, 45, 47, 77
incidence, 20, 39, 40
intoxikace, 30, 42
kapacita, 1, 3, 7, 29, 55
kokain, 15, 66
komorbidita, 41, 46
kondom, 44
konopné látky, 1, 2, 4, 5, 11, 12, 13, 16, 23, 25, 26,
34, 41, 43, 46, 48, 58, 59, 61, 65, 70
hašiš, 1, 12, 16, 42, 59, 60, 61, 63, 65
marihuana, 1, 5, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 47, 59, 60,
61, 63, 65, 71
konzistence, 1
koordinace, 6, 7, 34
kouření, 1, 16, 17, 71
kvalita, 6, 18, 29, 42, 47
léčba, 1, 2, 3, 9, 11, 20, 21, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 33,
37, 40, 44, 47, 61, 66, 67, 68, 69, 70, 76, 77
ambulantní, 29, 30
lůžková, 29
substituční, 23, 29, 31, 32, 66
legalizace, 11, 16
legislativa, 6, 11
léky, 34, 42, 61, 68, 71
preskripční, 66
LSD, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 42, 59, 61, 64
lysohlávky, 4
MDMA, 6, 34, 36, 65
metadon, 1, 2, 31, 32, 34, 37, 61, 66, 69
metoda
Capture – recapture, 20
multiplikační, 20, 21
minimální evaluační set, 29, 77
Ministerstvo
financí, 7, 8, 9, 77
obran, 7, 8, 9, 18, 77
práce a sociálních věcí, 7, 8, 9, 18, 76, 77
školských, mládeže a tělovýchovy, 7, 8, 9, 11, 18, 76,
77
vnitřní, 6, 9, 18, 19, 76, 77
zdravotnictví, 4, 7, 8, 9, 11, 18, 19, 34, 66, 68, 76,
77
množství, 1, 4, 5, 18, 46, 48, 52, 53, 59, 60, 61, 63, 64
větší než malé, 1, 4, 5, 48, 52, 53
mortalita, 34, 36, 37, 38
náklady, 9, 17, 55
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové
závislosti (NMS), 3, 4, 3, 6, 11, 12, 15, 21, 30, 34,
36, 37, 40, 45, 52, 53, 67, 70, 71, 76, 77
Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 6, 7,
8, 9, 10, 46, 48, 53, 60, 61, 63, 64, 65, 77
Národní strategie protidrogové politiky, 1, 6, 28
následná péče, 1, 23, 28, 29, 30, 33, 55
nízkoprahová zařízení, 1, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 44,
45, 46, 47, 68, 69, 71
NNO (nestátní neziskové organizace), 9, 18, 30, 33,
56, 77
novela, 3, 11
novelizace, 3
obvinění, 6
obžalování, 46, 52, 53
očkování, 44
odhad, 20, 21, 46, 53
odnětí svobody, 1, 2, 4, 5, 9, 52, 53, 55, 56, 57, 58,
69, 70
odsouzení, 1, 2, 5, 46, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 69, 70,
71
ochranná léčba, 54, 55, 69, 70
opilství, 72
parlament, 11

péče, 28, 29, 30, 31, 33, 55, 56, 66, 67, 71
 následná, 28, 29
 pervitin, 1, 2, 5, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 25, 28, 33,
 34, 43, 46, 47, 48, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66
 PHARE Twinning Project, 77
 Policie ČR, 6, 9, 19, 46, 48, 53, 71, 76, 77
 politika, 3, 6, 7, 9, 11, 17, 76, 77
 protidrogová, 3, 6, 7, 10, 17, 71, 76, 77
 poradna, 18, 76
 právo, 5, 56
 prevalence, 1, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 43, 44
 celoživotní, 1, 12, 13
 prevence, 6, 7, 9, 11, 17, 18, 19, 29, 33, 44, 71, 76, 77
 Probační a mediační služba, 5, 46, 53, 54, 70, 77
 prokrastinace, 43
 protilátky, 38
 průzkum
 celopopulační, 12, 59
 školský, 12, 77
 předávkování, 1, 2, 32, 34, 35, 36, 44, 68
 přechovávání, 4, 5, 48, 49, 52, 54
 psilocybin, 4
 public nuisance, 1, 2, 71, 72
 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
 (RVKPP), 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 18, 19, 20, 23, 28,
 56, 77
 registr žádostí o léčbu, 23, 30, 67
 represe, 4
 represivní, 63, 64
 rizika, 5, 6, 11, 14, 30, 44, 68
 zdravotní, 68
 Rohypnol, 3, 21, 34
 rozpočet, 8, 10
 řízení, 4, 18, 28, 34, 43, 45, 46, 53, 54, 57, 77
 trestní, 4, 53, 57, 70, 77
 služba, 1, 5, 6, 7, 9, 11, 16, 19, 23, 27, 28, 29, 30, 33,
 40, 44, 45, 53, 54, 55, 56, 69, 76, 77
 sociální
 exkluze, 46, 47
 reintegrace, 1, 55
 soud, 2, 4, 5, 57, 69, 70, 76
 sport, 77
 správa, 76, 77
 veřejná, 23, 29
 standardy, 29
 Státní zastupitelství
 Nejvyšší, 6
 stíhání, 1, 2, 5, 46, 48, 50, 51, 54
 strategie, 3, 6, 7, 17, 68
 streetwork, 10, 44, 46, 68, 76
 studie, 12, 13, 14, 20, 21, 22, 36, 37, 38, 40, 43, 45,
 53, 54, 59, 67, 77
 kvalitativní, 43, 65
 školská, 12, 77
 substituce, 1, 67, 68, 69, 76
 Subutex, 1, 3, 11, 20, 21, 31, 32, 42, 59, 60, 61, 64,
 65, 66, 67, 68, 69
 Světová zdravotnická organizace (WHO), 77
 šíření toxikomanie, 4, 6, 50, 72
 školy, 7, 9, 18, 19, 76, 77
 tabák, 6, 10, 14, 16, 30, 41
 taneční drogy, 16, 19, 44, 46
 techno parties, 19
 těkavé látky, 1, 12, 15, 23, 26, 31, 34, 41
 toluen, 47, 71
 testování, 6, 11, 19, 38, 44
 tablet tanečních drog, 6, 11, 19
 THC, 11, 36, 65
 trendy, 1, 2, 3, 12, 15, 29, 34, 42, 50, 56, 57, 59, 60,
 64, 65, 68
 trest, 1, 2, 5, 9, 32, 52, 53, 56, 57, 58, 69, 70, 71
 trestněprávní, 2, 6
 trestní
 stíhání, 70
 zákon, 2, 3, 4, 11, 69, 70
 trestný čin, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 46, 48, 50, 51, 52, 53, 54,
 55, 56, 57, 58, 69, 70, 71, 72
 tresty
 alternativní, 5, 56
 úmrtnost, 1, 2, 32, 34, 36, 37
 usnesení, 3, 4, 6, 11, 18
 užívání, 1, 2, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19,
 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 32, 34, 37, 41, 43, 44,
 46, 47, 55, 60, 67, 68, 71, 76
 vazba, 9, 55
 vězení, 11, 22, 55, 56
 vláda, 3, 6, 11
 České republiky, 3
 všeobecná pokladní správa, 7, 8, 9, 30, 77
 výkon, 3, 33, 55, 66
 trestu, 30, 33, 54, 55
 výměnný program, 44, 45
 sekundární, 44
 výživa, 54
 záchyt, 59, 60, 61, 62, 63
 drog, 59, 61
 zákon, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 34, 48, 53, 68, 69, 71, 72, 77
 zařízení, 1, 9, 10, 18, 19, 20, 23, 24, 26, 27, 28, 29,
 30, 31, 32, 33, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 54,
 55, 66, 68, 72
 speciálního školství, 33
 závislost, 2, 3, 4, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 18, 28, 30, 31, 44,
 56, 66, 67, 69, 70, 76, 77
 zneužívání, 3, 4, 9, 31, 32, 61, 66, 69, 76
 žádost o léčbu, 20, 23, 24, 25, 26, 33
 první, 23, 24

Odkazy

- Anonymní Alkoholici. Anonymní Alkoholici. Česká republika. 2004.
Notes: <http://www.sweb.cz/aacesko/index.html>
- Beneš, J. and Částková, J. (2004) Virové hepatitidy 1995-2003 - EPIDAT. Státní zdravotní ústav v Praze.
Notes: Standardní tabulka EMCDDA č. 9: Infekční nemoci
- Brožová, J. (2004) Činnost ambulantních pracovišť AT a psychiatrických oddělení poskytujících ošetření pacientům užívajícím psychoaktivní látky. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Brůčková, M., Malý, M., Vandasová, J. and Rychtařík, J. (2004) Trendy výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2003. Praha: Státní zdravotní ústav.
- CASRI (2003) RISKY. Monitorování aktuální situace AČR pro oblast prevence sociálně patologických jevů. Praha: CASRI.
- Centrum pro výzkum veřejného mínění (2003) Jak jsme tolerantní . Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
Notes: Tisková zpráva zveřejněná 24.3.2003.
- Charvát, M. and Gabrhelík, R. (2004) Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. Liberec: NTI consulting, s.r.o.
- Csémy, L., Hrachovinová, T. and Krch, D. (2004a) Alkohol a jiné drogy ve vysokoškolské populaci: rozsah, kontext, rizika. Adiktologie
Notes: V tisku.
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P. and Sovinová, H. (2004b) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha:
Notes: Připravuje se k tisku.
- Csémy, L., Sadílek, P., Sovinová, H. and Lejčková, P. (2003) ESPAD 03. Přehled hlavních výsledků z let 1995, 1999 a 2003. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
Notes: Zpráva pro tisk.
- Dvořák, D. (2003) Sociální rehabilitace. In: Kalina, K. et al., (Ed.) Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. pp. 63-69. Praha: Úřad vlády ČR]
- Gabhelík, R. (2004) Amotivační syndrom a konopné drogy. Adiktologie 3, 55-63.
- Generální ředitelství cel (2004) Přehled činnosti Celní správy v oblasti drog v r. 2003. Praha: Generální ředitelství cel
Notes: nepublikováno
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2004) Ročenka Vězeňské služby České republiky 2003. Praha: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR
- GfK Praha (2003) Třetina dnešních čtyřicátníků pro legalizaci marihuany. Praha: GfK Praha.
Notes: Zpráva z výzkumu.

- Holas, J. and Večerka, K. (2003) Preventivní aktivity v názorech obyvatel měst. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Jedlička, J., Kondrová, D. and Chmelová, B.e. (2004) Ročenka Národního programu HIV/AIDS v ČR. SZÚ Pracoviště manažera národního programu HIV/AIDS.
- Kalina, K. (2003) Rozšiřování terapeutických možností. In: Kalina, K. et al., (Ed.) Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup., pp. 103-109. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, M., Minařík, J., Miovský, M. and Nešpor, K. (2001) Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: FILIA NOVA.
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2004) Program podpory terénních sociálních pracovníků. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
Notes: Nepublikované výsledky terénního šetření v romských komunitách.
- Klusoňová, H., Štěpánová, V., Čížek, J. and Plíšková, L. (2004) Virové hepatitidy u problémových uživatelů návykových látek v ČR. Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie.
Notes: 53, 2004, č.2, s.47-54
- Korčišová, B. (2004) Injekční užívání drog. Zaostřeno na drogy 2, 7-11.
Notes: březen - duben 2004
- Kubů, P. and Csémy, L. (2004) Užívání drog v letech 2000 a 2003 na taneční scéně.
Notes: Prezentace výsledků průzkumu Tanec a drogy na odborné konferenci v květnu 2004.
- Kubů, P., Csémy, L. and Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004) Tanec a drogy 2003 - analýza dotazníkového šetření mezi návštěvníky tanečních akcí. Praha: Úřad vlády ČR.
Notes: připravováno k tisku
- Lejčková, P., Mravčík, V. and Radimecký, J. (2004) Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002. Praha: Úřad vlády ČR. 80-86734-14-5. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Minařík, J. and Zahradník, M. (2003) Zhodnocení drogové situace v Pardubickém kraji (Rapid Assessment). Praha: Pardubický kraj.
Notes: nepublikováno
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2004) Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2004 - 2006. Česká republika. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- Ministerstvo spravedlnosti (2004a) Návrh rekodifikace trestního práva hmotného (Trestní zákoník; Důvodová zpráva k trestnímu zákoníku). Praha: Ministerstvo spravedlnosti.
Notes: <http://portal.justice.cz/ms/ms.aspx?j=33&o=23&k=381&d=18546>
- Ministerstvo spravedlnosti (2004b) Trestní statistika soudů a státních zastupitelství 1999-2003 (The Criminal Statistics of Public Prosecutors and Courts). Praha: Ministerstvo spravedlnosti.
Notes: <http://portal.justice.cz/>
- Ministerstvo spravedlnosti (2004c) Podklady pro Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v r. 2003; dopis č.j. 49/2004-OOD-ST/8. Praha: Odbor informatiky a statistiky MS.
Notes: nepublikováno, zpracováno pro NMS
- Ministerstvo vnitra ČR (2004a) Stanovisko MV a Policie ČR k testování tablet extáze. Ministerstvo vnitra

ČR; <http://www.mvcr.cz/policie/npdc/stanoviska/mvextaze.html>.

Ministerstvo vnitra ČR (2004b) Zpráva o situaci v oblasti veřejného pořádku a vnitřní bezpečnosti na území České republiky v roce 2003 (ve srovnání s rokem 2002). Praha: Ministerstvo vnitra, odbor bezpečnostní politiky.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001a) Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001 - Standard substituční léčby. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Notes: www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_stand_a.doc

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001b) Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRUSL). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Notes: Věstník Ministerstva zdravotnictví ZD 06/2001

Miovský, M., Broža, J. and Šťastná, L. (2003) Analýza systému koordinace a řízení krajské protidrogové politiky. Adiktologie 3, 71-88.

Miovský, M. (2003) Změny na trhu s konopnými drogami. Předběžné výsledky grantového výzkumu GACR č.406/02/1449.
Notes: nepublikováno

Miovský, M. and Broža, J. (2003) Design evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje.
Notes: <http://www.drogy-info.cz/article/articleview/805/1/60/>

Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K. and Vopravil, J. (2003) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002. Praha : Úřad vlády ČR

Mravčík, V. and Šebáková, H. (2002) Výskyt virových hepatitid typu B a C u injekčních uživatelů drog v okrese Karviná. Adiktologie 2, 19-27.

Mravčík, V., Coufalová, M., Popov, P., Zábranský, T. and Procházka, R. (2004) Současný stav, očekávání a potřeby praktických lékařů v oblasti substituční léčby.
Notes: připraveno k tisku

Mravčík, V. and Valnoha, J. (2004) Užívání drog a zdravotní následky na tanečních akcích. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
Notes: Průběžná analýza dat z dotazníků na tanečních akcích, NMS

Nejvyšší státní zastupitelství (2002) Stanovisko ke sjednocení výkladu zákonů a jiných právních předpisů k možné trestní zodpovědnosti při testování drogy "extáze" nestátními organizacemi zabývajícími se preventivní činností v boji proti drogám (č. 26/2002). Brno: Nejvyšší státní zastupitelství.

Nešpor, K. (2003) Detoxifikační jednotky. In: Kalina, K. et al., (Ed.) Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup, pp. 190-194. Praha: Úřad vlády ČR.

Novotný, O., Dolenský, A., Jelínek, J. and Vanduchová, M. (2003) Trestní právo hmotné I. Obecná část. Praha: Aspi Publishing.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2003) Průběžné výsledky studie "Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog".
Notes: nepublikováno

- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004a) Analýza záchytů drog na území ČR v letech 1993-2002.
Notes: nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004b) Průběžné výsledky kohortové studie mortality uživatelů drog.
Notes: Nepublikováno.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004c) Průběžné výsledky studie "Rozsah péče v psychiatrických ordinacích poskytujících služby uživatelům návykových látek".
Notes: nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004d) Výsledky základní části studie "Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog".
Notes: nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004e) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP 2003.
Notes: nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP (2004a) Analýza zemřelých při dopravních nehodách pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2003. Praha: NMS.
Notes: nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP (2004b) Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2003. Praha:
Notes: nepublikováno
- Národní protidrogová centrála Policie ČR (2004a) Rozdělení záchytů drog v ČR v r. 2003 podle objemů; zpracováno pro NMS.
Notes: nepublikováno
- Národní protidrogová centrála Policie ČR (2004b) Standardní tabulky EMCDDA; zpracováno pro NMS.
Notes: nepublikováno
- Národní protidrogová centrála Policie ČR (2004c) Výroční zpráva za rok 2003 (Annual Report 2004). Praha (Prague): Národní protidrogová centrála Policie ČR.
- Národní protidrogová centrála Policie ČR and NMS (2004) Studie sekundární drogové kriminality - retrospektivní odhad.
Notes: nepublikováno
- Národní protidrogová centrála Policie ČR a Generální ředitelství cel (2004) Standardní tabulky EMCDDA - záchyty drog v r. 2002 a 2003; zpracováno pro NMS.
Notes: nepublikováno
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. and Železná, Z. (2004) Výroční zpráva ČR 2003, incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog (Annual Report CR 2002, incidence, prevalence, health impact and trends of drug users in treatment.
- Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J. and Bártů, I. (2003) Výroční zpráva ČR 2002, incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog (Annual Report CR 2002, incidence, prevalence, health impact and trends of drug users in treatment. Praha (Prague): HS hl. m. Prahy (Prague Hygiene Station).

- Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J. and Hančlová, H. (2002) Epidemiologie drog a uživatelů drog, ČR 2001 (Epidemiology of drugs and drug users, CR 2001). Praha (Prague): HS hl. m. Prahy (Prague Hygiene Station).
- Polanecký, V., Šmídová, O., Studničková, B., Šafr, J., Šejda, J. and Hustopecký, J. (2001) Mládež a návykové látky v České republice - trendy let 1994 - 1997 - 2001 (Youth and Addictive Substances in Czech Republic: Trends 1994 - 1997 - 2001). Praha: Hygienická stanice hl.m.Prahy.
- Policejní prezidium ČR (2004a) Statistické přehledy kriminality za rok 2003. Praha: Policejní prezidium ČR.
Notes: http://www.mvcr.cz/statistiky/krim_stat/2003/index.html
- Policejní prezidium ČR (2004b) Informace o drogových přestupcích (pro NMS). Policejní prezidium, Ředitelství služby správních činností policie.
Notes: nepublikováno
- Poslanecká sněmovna (2003) Vládní návrh zákona o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a návykovými látkami. Praha:
Notes: Sněmovní tisk 265/2003
- Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS (2004) Ročenka Národního programu HIV/AIDS v ČR 2003-2004. SZÚ.
- Probační a mediační služba ČR (2003) Statistické vyhodnocení činnosti středisek PMS v ČR za období roku 2002.
Notes: nepublikováno
- Probační a mediační služba ČR (2004) Přehled trestných činů uživatelů drog - klientů PMS v r. 2003.
Notes: nepublikováno; zpracováno pro NMS
- Psychiatrické centrum Praha (2003) GENACIS (Gender and Alcohol Comparative International Study).
Notes: Nepublikované výsledky průzkumu realizovaného v roce 2003
- Radimecký, J., Beránková, A., Macek, V., Sklenář, V. and Šťastná, L. (2004) Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Zaostřeno na drogy 1-12.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2003a) Minimální evaluační set. Praha: Úřad vlády ČR.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2003b) Standardy odborné způsobilosti služeb pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2003c) Testování moči ani hledání drog pomocí psů nepatří mezi preventivní opatření ve školách. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Notes: tisková zpráva
- Sivek, V., Miovská, L. and Miovský, M. (2004) Užívání a uživatelé konopných drog v kontextu analýzy mediálních zpráv.
Notes: nepublikováno
- Společnost Hvězda (2004a) Deník projektu ROR a Baterie. Výzkum užívání drog v romské komunitě a rozvoj služeb pro romské uživatele a komunitu 2003 - 2004. Praha: Společnost Hvězda.

- Společnost Hvězda (2004b) Šuko, Zoli, Kalo a droy: komiks ze života. Příběhy ze života Romů, kteří se zapletli do drog, a dalších, kteří se jim snaží pomáhat. Praha: Společnost Hvězda.
- Státní zdravotní ústav v Praze (2003) Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie, ročník 12/2003, č. 1 - 12. Praha: Státní zdravotní ústav v Praze.
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2004) Přehled spotřeb přípravků podle ATC. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.
Notes: nepublikováno
- Vyhnalová, A. (2004) Specifika romských uživatelů drog ve srovnání s majoritními uživateli. Praha: VOŠ sociálně právní v Praze 10.
Notes: Absolventská práce, obor sociální práce.
- Větrovec, Martin. Užívání buprenorfinu na pražské drogové scéně (Buprenorphine use in the Prague drug scene). 2003.
Notes: Harm reduction konference Praha (Harm reduction conference Prague)
- World Health Organization (2001) The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization.
Notes: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter2/002f.htm>
- World Health Organization (2004) Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. Geneva: World Health Organization.
- Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdošíková, H. and Miovský, M. (2001) Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva) (Impact analysis project of new drugs legislation - summary final report). Praha (Prague): ResAd.
- Zábranský, T., Radimecký, J., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Korčíšová, B., Petroš, O., Miovský, M., Vopravil, J., Kuda, A. and Csémy, L. (2002) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog 2001 (Annual Report on Drug Situation 2001 Czech Republic). Praha (Prague): Úřad vlády ČR (Office of the Government of the Czech Republic).
- Zábranský, T. and Vorel, F. (2001) Odhad počtu zemřelých v přímém důsledku zneužívání omamných a psychotropních látek a v souvislosti s ním - pilotní fáze (odhad pro rok 1998). Adiktologie 2, 8-27.
- Šámal, P. (2004) Drogové trestné činy v návrhu nového trestního zákoníku; Mezinárodní konference Česká protidrogová politika - je důvod k revizi? Poslanecká sněmovna PČR, Praha, 2004-04-20:
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003) Psychiatrická péče 2002. Praha: ÚZIS.
Notes: předběžné výsledky
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2004a) Psychiatrická péče 2003. ÚZIS.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2004b) Registr substituční léčby. Praha : ÚZIS.
Notes: nepublikováno
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2004c) Výskyt virových hepatitid u klientů substitučních center.
Notes: Standardní tabulka č. 9 EMCDDA - Infekční nemoci
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2004d) Činnost ambulantních pracovišť AT a psychiatrických oddělení poskytujících ošetření pacientům užívajícím psychoaktivní látky. Aktuální informace č. 29/2004. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.