# Výroční zpráva
# o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
Úřad vlády České republiky

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002

**Vydal:** **© Úřad vlády ČR, 2003**
**Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti**
**Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky**
**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: Mgr. Josef Radimecký, PhDr. Ladislav Csémy, MUDr. Petr Popov, prof. MUDr. Jan Šejda, DrSc., plk. Ing. Gabriel Berzsi, Ing. Michal Řeháček**
**Zpráva byla projednána Poradním výborem RVKPP pro sběr dat o drogách.**

**Pro bibliografické citace:** Mravčík, V., Zábranský, T., Korčišová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 (Annual Report on Drug Situation 2002 – Czech Republic). Praha: Úřad vlády ČR.

ISBN 80-86734-06-4

# Výroční zpráva
# o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002

Viktor Mravčík

Tomáš Zábranský

Blanka Korčišová

Pavla Lejčková

Eva Škrdlantová

Lenka Šťastná

Václav Macek

Ondřej Petroš

Hana Gajdošíková

Michal Miovský

Kamil Kalina

Jiří Vopravil

Praha, říjen 2003

Z pověření Vlády České republiky a Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti

Obsah

**SOUHRN A NOVÉ TRENDY** ..... **1**

**ČÁST I: NÁRODNÍ STRATEGIE – INSTITUCIONÁLNÍ A PRÁVNÍ PROSTŘEDÍ** ..... **6**

**1 PROTIDROGOVÁ POLITIKA** ..... **6**

1.1 POLITICKÝ RÁMEC PROTIDROGOVÉ POLITIKY ..... 6
1.2 PRÁVNÍ PROSTŘEDÍ ..... 7
1.3 APLIKACE PRÁVA ..... 8
1.4 VÝVOJ V DISKUZÍCH A V POSTOJÍCH VEŘEJNOSTI ..... 9
1.5 ROZPOČTY A FINANCOVÁNÍ ..... 11

**ČÁST II: EPIDEMIOLOGICKÁ SITUACE** ..... **17**

**2 PREVALENCE, TRENDY A VZORCE UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI** ..... **17**

2.1 HLAVNÍ VÝVOJ A NOVÉ TRENDY ..... 17
2.2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI ..... 18
2.3 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG ..... 21

**3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG** ..... **23**

3.1 ŽÁDOSTI O LÉČBU ..... 23
3.2 DROGOVÁ ÚMRTÍ ..... 30
3.3 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG ..... 33
3.4 DALŠÍ PORUCHY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG ..... 39

**4 SOCIÁLNÍ A PRÁVNÍ DŮSLEDKY A SOUVISLOSTI** ..... **41**

4.1 SOCIÁLNÍ PROBLÉMY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG ..... 41
4.2 DROGOVÉ TRESTNÉ ČINY A PŘESTUPKY ..... 43
4.3 SPOLEČENSKÉ NÁKLADY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG ..... 51

**5 DROGOVÉ TRHY** ..... **53**

5.1 DOSTUPNOST A NABÍDKA DROG ..... 53
5.2 ZÁCHYTY DROG ..... 56
5.3 CENA A ČISTOTA DROG ..... 59

**6 TRENDY PODLE DROG** ..... **61**

6.1 KONOPNÉ DROGY ..... 61
6.2 SYNTETICKÉ DROGY ..... 61
6.3 HEROIN A DALŠÍ OPIÁTY ..... 63
6.4 KOKAIN A CRACK ..... 64
6.5 TĚKAVÉ LÁTKY ..... 64
6.6 POLYVALENTNÍ UŽÍVÁNÍ ..... 65

**7 DISKUZE** ..... **65**

7.1 VZÁJEMNÁ KONZISTENCE INDIKÁTORŮ ..... 65
7.2 METODOLOGICKÁ OMEZENÍ A KVALITA DAT ..... 66

**ČÁST III: SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY** ..... **69**

**8 STRATEGIE SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY NA NÁRODNÍ ÚROVNI** ..... **69**

8.1 HLAVNÍ STRATEGIE A AKTIVITY ..... 69
8.2 NOVÉ PŘÍSTUPY ..... 70

**9 PREVENCE** ..... **71**

9.1 ŠKOLNÍ PROGRAMY ..... 72
9.2 MIMOŠKOLNÍ PROGRAMY PRO MLÁDEŽ ..... 73

9.3 PRÁCE S RODINAMI ... 73
9.4 JINÉ PROGRAMY ... 73
9.5 VÝZKUMNÉ A EVALUAČNÍ STUDIE V OBLASTI PRIMÁRNÍ PREVENCE ... 73

**10 SNIŽOVÁNÍ RIZIK SPOJENÝCH S UŽÍVÁNÍM DROG ... 74**

10.1 DEFINICE A PRIORITY ... 74
10.2 POPIS INTERVENCÍ ... 74
10.3 STANDARDY A EVALUACE ... 80

**11 LÉČBA ... 80**

11.1 ABSTINENČNĚ ORIENTOVANÁ LÉČBA ... 80
11.2 SUBSTITUCE A UDRŽOVACÍ PROGRAMY ... 82
11.3 NÁSLEDNÁ PÉČE A SOCIÁLNÍ REINTEGRACE ... 86
11.4 SOUHRN LÉČEBNÉ PÉČE V ČR ... 86

**12 INTERVENCE V RÁMCI TRESTNĚPRÁVNÍHO SYSTÉMU ... 89**

12.1 ZACHÁZENÍ S UŽIVATELI DROG VE VĚZNICÍCH ... 89
12.2 ALTERNATIVNÍ TRESTY ... 92
12.3 HODNOCENÍ PROGRAMŮ A VZDĚLÁVÁNÍ ... 93

**13 ZAJIŠTĚNÍ KVALITY PÉČE ... 94**

13.1 NOVÉ TRENDY A VÝVOJ V ROCE 2002 ... 94
13.2 POŽADAVKY NA KVALITU PÉČE ... 95
13.3 KRITÉRIA A NÁSTROJE – PLÁN NA ROK 2003 ... 95

**14 SPECIÁLNÍ KAPITOLY ... 96**

14.1 EVALUACE NÁRODNÍ PROTIDROGOVÉ STRATEGIE ... 96
14.2 PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ KONOPNÝCH DROG V KONTEXTU ŽÁDOSTÍ O LÉČBU ... 98
14.3 KOMORBIDITA ... 101

**SEZNAM TABULEK ... 106**

**SEZNAM OBRÁZKŮ ... 108**

**SEZNAM MAP ... 108**

**VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TÉMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU ... 109**

**ZKRATKY ... 110**

**VĚCNÝ REJSTŘÍK ... 112**

**ODKAZY ... 116**

## Souhrn a nové trendy

Situace v oblasti užívání drog a jeho následků v ČR v posledních letech se v základních ukazatelích neliší od průměrného či standardního stavu EU (viz tabulka níže).

V r. 2002 nedošlo v ČR k zásadní změně v protidrogové strategii. Koordinace protidrogové politiky postupně reaguje na nové regionální uspořádání. Nedošlo ani k zásadní změně legislativy v oblasti drog, v oblasti aplikace práva lze pozitivně hodnotit růst ukládání alternativních trestů pachatelům drogových trestných činů.

Údaje o užívání drog charakterizuje rozdílný vývoj experimentálního a rekreačního užívání na jedné straně a problémového užívání na straně druhé. Zatímco experimentální a rekreační užívání má rostoucí trend, problémové užívání je stabilizováno a některé ukazatele dokonce nasvědčují jeho snižování.

Výskyt zdravotních následků užívání drog, zejména úmrtí a infekčních onemocnění, má příznivý trend. V oblasti úmrtí dochází k poklesu, výskyt infekcí mezi uživateli drog je stabilizován. Podíl problémových uživatelů drog v kontaktu s léčebnými centry roste; problémoví uživatelé drog stárnou, což představuje příznivý trend.

V ČR existuje hustá síť pomáhajících a léčebných zařízení různých typů, ve srovnání se zeměmi EU je nedostatečná kapacita substitučních (metadonových) center a dalších poskytovatelů substituční léčby.

Počet stíhaných, obžalovaných a odsouzených pachatelů drogových trestných činů roste, hlavní podíl tvoří trestné činy v souvislosti s pervitinem a kanabinoidy. Ceny drog zůstávají stabilní, čistota heroinu klesá.

### Srovnání vybraných indikátorů mezi ČR a EU

*Zdroj: (EMCDDA, 2002) a data sebraná NMS pro Výroční zprávu*

| Indikátor | ČR | Rozsah hodnot/ průměr zemí EU |
|---|---|---|
| **Celoživotní užívání kanabinoidů v obecné populaci ( %)** | 16 – 20 | 20 – 25* |
| **Počet problémových uživatelů drog (na 1 000 obyvatel ve věku 15 – 64 let)** | 5 | 2 – 9 |
| **Počet injekčních uživatelů drog (na 1 000 obyvatel ve věku 15 – 64 let)** | 4 | 2 - 7 |
| **Podíl uživatelů heroinu na žádostech o léčbu ( %)** | 25 | 50 - 70 |
| **Podíl uživatelů kanabinoidů na žádostech o léčbu ( %)** | 16 | 3 - 24 |
| **Podíl uživatelů opiátů v substituční léčbě (%)** | 7 | 20 – 60* |
| **Výskyt HIV mezi injekčními uživateli drog ( %)** | < 1 | 1 – 34 |
| **Výskyt VHB mezi injekčními uživateli drog ( %)** | 10 - 50 | 20 - 60 |
| **Výskyt VHC mezi injekčními uživateli drog ( %)** | 35 - 60 | 40 – 90 |
| **Smrtelná předávkování drogami (počet na 100 tis. obyvatel)** | 1 | 2 |
| **Podíl marihuany na stíhaných drogových trestných činech ( %)** | 37 | 37 – 85 |
| **Podíl držení drogy pro vlastní potřebu na všech stíhaných drogových tr. činech** | 10 | 55 – 90 |

*Pozn: * rozsah hodnot většiny zemí EU*

### Organizační prostředí

Rok 2002 byl druhým rokem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004. Sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky byla připravena Bilanční zpráva o plnění úkolů z této strategie. Konstatovala nesplnění 14 krátkodobých úkolů.

Usnesením vlády bylo 19. června 2002 v sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky zřízeno Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti jako pracoviště odpovědné za sběr, analýzu, distribuci a koordinaci sběru dat o drogách na národní úrovni; od 1. ledna 2003 je plně personálně i materiálně vybaveno.

MZ provedlo na základě usnesení vlády č. 1177/2001 kategorizaci drog podle jejich zdravotní nebezpečnosti. Provedenou kategorizaci předalo MZ výkonnému místopředsedovi Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a ministerstvu spravedlnosti. Smyslem kategorizace je její promítnutí do trestního zákona a tím umožnění orgánům činným v trestním řízení zaměřit se prioritně na nelegální obchod s drogami. Současně by mělo být

dosaženo oddělení trhů s konopnými drogami a drogami rizikovějšími. Vláda o tomto záměru zatím nejednala, jednotliví členové vlády nezaujali k záměru jednotný postoj.

Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR byl na přelomu r. 2002 a 2003 předložen vládní návrh zákona o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který by měl nahradit stávající úpravu obsaženou v zákoně č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Poslední podoba zmíněného návrhu zákona není podle názoru sekretariátu RVKPP vyhovující - především proto, že nezakotvuje přehledně a dostatečně jasně vztahy státu a krajů při provádění protidrogové politiky.

Po roce existence vyšších územně samosprávných celků lze konstatovat, že ve všech 14 krajích byla zřízena funkce protidrogového koordinátora. V 11 krajích byly zřízeny mezirezortní a mezioborové krajské protidrogové komise, 9 krajů má svou vlastní protidrogovou strategii.

Nově zvolená Poslanecká sněmovna zřídila v září 2002 podvýbor pro problematiku drog a toxikomanie.

V r. 2002 proběhla stěžejní část projektu Phare Twinning 2000 „Posílení národní protidrogové politiky". Projekt byl zaměřen na tři oblasti korespondující s hlavními složkami národní strategie: (1) vytvoření a zabezpečení činnosti Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti a zabezpečení sběru dat o drogách v souladu s požadavky EU, (2) zlepšení horizontální a vertikální spolupráce v oblasti koordinace protidrogové politiky, (3) vzdělávání pracovníků v oblasti snižování nabídky a poptávky po drogách.

V oblasti trestněprávní úpravy drogových trestných činů došlo v r. 2002 k rozšíření skutkové podstaty trestného činu šíření toxikomanie dle ust. § 188a zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona o šíření „tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem"; z policejních statistik za r. 2002 vyplývá naopak pokles stíhání této trestné činnosti.

Pozitivně lze hodnotit skutečnost, že soudní praxe se stále častěji přiklání také u uživatelů drog k ukládání alternativních trestů k trestu odnětí svobody, ať jde o stíhání drogových trestných činů či související drobné majetkové kriminality. Významnou roli zde nepochybně hraje nejen vyšší informovanost soudců o drogové problematice, ale i práce probačních a mediačních úředníků, kteří působí od 1.1.2001.

Ze státního rozpočtu byly na realizaci programů protidrogové politiky v r. 2002 vydány prostředky ve výši téměř 205 mil. Kč, z toho téměř 92 mil. Kč činily dotace Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Přetrvávaly nedostatky ve včasnosti zasílaných dotací nestátním neziskovým organizacím.

**Užívání drog**

Zatímco počet experimentálních a rekreačních uživatelů (především konopných látek a extáze) v ČR roste, počet problémových uživatelů (tedy uživatelů heroinu a pervitinu) se stabilizoval.

Zkušenosti s některou z nelegálních drog má 16 – 20 % dospělé populace (tj. přibližně 1,4 – 1,7 mil. osob). Nejčastěji se jedná o marihuanu a hašiš (relativní a absolutní čísla celoživotních zkušeností s konopnými látkami jsou prakticky shodná se zkušeností s nelegálními drogami vůbec), následuje typická taneční droga extáze - 4 % populace (tj. 350 tis. osob). V posledním roce užilo jakoukoliv drogu (především opět konopné drogy) přibližně 11 % dospělé populace (tj. přibližně 950 tis. osob), extázi 2,5 % populace (tj. přibližně 200 tis. osob). Užívání heroinu, pervitinu, kokainu či LSD je v české populaci málo frekventované, zkušenosti s alespoň jednou z nich má cca 2 % osob (tj. přibližně 170 tis. osob).

Za r. 2002 nejsou dostupná data o užívání drog ve středoškolské populaci. Podle posledního celonárodního průzkumu z r. 2000 má cca 50 % středoškoláků zkušenost s nelegální drogou, cca 15 % z nich užívá drogy pravidelně (rekreačně); zejména se jedná opět o marihuanu a extázi.

V posledních ročnících základních škol má celoživotní zkušenost s drogami 31 % dospívajících (z toho opět prakticky stejný podíl s marihuanou, cca 5 % s extází). Varovný je setrvalý výskyt zkušeností s těkavými látkami – 7 % žáků posledních ročníků základních škol. Srovnání aktuálních průzkumů ze základních škol s průzkumy na středních školách v minulých letech ukazuje, že experimentální a rekreační užívání zejména konopných drog a extáze má rostoucí trend, zatímco užívání pervitinu či heroinu je ve školní populaci stále velmi málo frekventované. Aktuální obraz užívání ve středoškolské populaci s možností mezinárodního srovnání přinesou výsledky průzkumu ESPAD, realizovaného v r. 2003.

Užívání drog v populaci rekreačních uživatelů drog je frekventovanější – týká se především konopných drog, extáze, halucinogenů a pervitinu.

Počet problémových uživatelů drog (tj. injekčních uživatelů a/nebo pravidelných či dlouhodobých uživatelů pervitinu či heroinu) je stabilní a dosahuje 35 – 37 tis. osob, z toho je 30 – 32 tis. injekčních uživatelů. Problémoví uživatelé stárnou, což představuje příznivý trend, naznačující úbytek nových problémových uživatelů.

Podle průzkumů veřejného mínění je česká společnost stále více tolerantní k tzv. měkkým drogám (převážně tedy konopným). Problematiku spojenou s tzv. tvrdými drogami vnímá společnost do značné míry jako problematiku kriminální, avšak k jednotlivým uživatelům nemá vyhraněně negativní postoj.

**Důsledky užívání drog**

Celkem bylo v r. 2002 evidováno 9 237 osob žádajících o léčbu či službu v souvislosti s užíváním drog, z toho se ve 4 719 případech jednalo o první žádost v životě. Základními drogami žadatelů o léčbu jsou nejčastěji pervitin, heroin a kanabinoidy. Nejvýraznějším trendem žádostí o léčbu v r. 2002 byl prudký pokles uživatelů heroinu a naopak prudký vzestup uživatelů pervitinu. Příčiny lze hledat v odlivu uživatelů heroinu do substituční léčby metadonem a buprenorfinem (registr žádostí o léčbu nepokrývá substituční léčbu), v nestabilitě trhu s heroinem v geopolitickém kontextu a v neposlední řadě v úbytku nových uživatelů heroinu. Přírůstek uživatelů pervitinu je zapříčiněn pravděpodobně především rostoucím pokrytím registru žádostí o léčbu (uživatelé pervitinu nejsou pacienty substituční léčby).

Registr žádostí o léčbu i přes své nesporné kvality nezachycuje všechny uživatele drog v kontaktu s pomáhajícími a léčebnými centry. V registru žadatelů o léčbu bylo v r. 2002 celkem 7 441 problémových uživatelů (tj. 21 % z odhadovaného počtu všech problémových uživatelů). V kontaktu s nízkoprahovými centry je přibližně 21 tis. (tj. 60 % všech problémových uživatelů), v živé kartotéce ambulantních zdravotnických zařízení cca 13,5 tis. (tj. 40 % všech problémových uživatelů) osob. V psychiatrických léčebnách bylo v r. 2002 registrováno 2 510 hospitalizací pro poruchy způsobené drogami (tj. 7 % všech problémových uživatelů). V terapeutických komunitách bylo léčeno 391 klientů (tj. 1 % všech problémových uživatelů). V substitučních centrech bylo registrováno pouze 463 klientů (tj. 3 % všech problémových uživatelů opiátů); odhadem je v ČR legálně substituováno metadonem a buprenorfinem (včetně léčby mimo substituční centra) přibližně 1 000 osob (tj. 6 % všech problémových uživatelů opiátů).

Podíl problémových uživatelů v kontaktu s pomáhajícími a léčebnými zařízeními (především s nízkoprahovými centry) má rostoucí trend.

V r. 2002 došlo v ČR ke 115 úmrtím na předávkování omamnými a psychotropními látkami, z toho v 72 případech šlo o léčiva (z toho 50 případů benzodiazepiny), ve 43 případech o drogy (z toho opiáty 21, těkavé látky 14 a pervitin 8 případů). Oproti r. 2001 došlo ke snížení počtu drogových úmrtí, a to u všech drog vyjma pervitinu. I v kontextu celkového snížení počtu toxikologických vyšetření u pitvaných je tento obraz ve shodě s trendy a jejich možnými příčinami, které jsou popsány výše u žádostí o léčbu.

Vliv nelegálních drog na smrtelné dopravní nehody je ve srovnání s vlivem alkoholu nízký (necelé 1 % zemřelých řidičů pozitivních na ilegální drogy, cca 40 % pozitivních na alkohol).

Výskyt infekcí mezi uživateli drog (především HIV/AIDS a virových hepatitid) je stabilní. Promořenost injekčních uživatelů HIV je stále pod 1 %. Výskyt VHB v populaci klientů nízkoprahových center je cca 10 %, v populaci dlouhodobých a intenzivních uživatelů opiátů v substituci 40 - 50 %. Výskyt VHC mezi klienty nízkoprahových center je cca 35 %, mezi substituovanými uživateli opiátů cca 60 %. Podíl na tomto příznivém obrazu má hustá síť výměnných programů jehel a stříkaček; v kontaktu s těmito programy je přibližně polovina injekčních uživatelů.

**Prevence a léčba**

**Primární prevence**

Primárně preventivní aktivity jsou realizovány mnoha různými subjekty (školami, rezorty, kraji, obcemi, NNO). Z tohoto důvodu je prakticky nemožné získat přehled o jejich celkovém objemu, obsahu a nákladech na jejich realizaci.

Školní prevence, která je nejrozšířenější formou primárně preventivních aktivit, probíhá v ČR v rámci dvou základních typů programů, a to minimálního preventivního programu na školách a ve školských zařízeních a programu prevence sociálně patologických jevů v rezortu MŠMT. Realizátory minimálního preventivního programu jsou školy, klíčovou roli při jejich realizaci mají školní metodici prevence, působící na všech českých školách. Realizátory programů prevence sociálně patologických jevů v rezortu MŠMT jsou NNO, příspěvkové organizace zřizované MŠMT a další organizace mimo rezort MŠMT. Primárně preventivní projekty ve školách

realizuje rovněž Policie ČR v rámci programů prevence kriminality. Realizátory specifických mimoškolních primárně preventivních programů jsou především NNO a pedagogicko-psychologické poradny. Dochází k rozvoji komunitních programů a internetové formy prevence.

**Harm reduction**
V ČR existuje síť 93 nízkoprahových projektů – kontaktních center a terénních programů. Do standardní nabídky služeb patří výměna injekčního materiálu, zprostředkování kontaktu s léčebnými zařízeními, testování infekčních onemocnění, zdravotní a sociální služby pro UD; většina kontaktních center nabízí hygienický a potravinový servis. Některá zařízení provozují program sekundární výměny injekčního materiálu. Informační servis doprovázený orientačním testováním kvality drog pro rekreační uživatele extáze poskytovalo v r. 2002 přímo na tanečních akcích 15 projektů. Tři nízkoprahová zařízení poskytují služby především romským uživatelům drog. Čtyři zařízení poskytují služby ve věznicích. Počet vydaných jehel a stříkaček má rostoucí trend, v r. 2002 jich bylo vydáno přibližně 1,5 mil.

**Léčba a doléčování**
Síť na abstinenci zaměřených programů pro drogově závislé je vybudována na relativně dobré úrovni. Léčbu závislostí tvoří veřejná zdravotnická zařízení (ambulantní léčba, AT ordinace, ústavní léčba, detoxifikace) a nestátní neziskové organizace, jež poskytují léčbu v denních stacionářích, v terapeutických komunitách a v programech následné péče. Ambulantní léčbu zajišťovalo v r. 2002 celkem 342 ambulantních psychiatrických ordinací. Psychiatrických léčeben bylo v ČR 19 (z toho 15 pro dospělé s 1 194 lůžky pro léčbu závislostí na alkoholu a drogách). Rezidenční léčbu v r. 2002 zajišťovalo celkem 16 komunit s 215 lůžky. Detoxifikačních jednotek je v ČR 19.

V r. 2002 poskytovalo substituční léčbu opiátovými agonisty 9 substitučních center, zcela nepokryty zůstávají kraje Zlínský, Pardubický, Vysočina, Jihočeský, Plzeňský a Karlovarský. Počet ambulantních zdravotnických zařízení předepisujících buprenorfin není znám.

V ČR je v současnosti 12 specializovaných zařízení následné péče, jejichž služeb využilo v r. 2002 přibližně 398 klientů. Chráněné bydlení nabízí 7 zařízení a práci v chráněných dílnách také 7 zařízení. V rámci doléčování byly upraveny dva programy pro matky s dětmi v Praze.

V r. 2002 došlo k nárůstu kapacity léčebných programů ve vězeňství. Detoxifikace byla prováděna ve dvou vězeňských nemocnicích (Praha - Pankrác a Brno). Došlo k dalšímu zvýšení počtu bezdrogových zón ve věznicích (22 z celkového počtu 35 věznic, kapacita 1 114 míst). Výkon ochranné léčby v ústavní formě, a to jak dobrovolné, tak nařízené soudem, poskytují specializovaná oddělení ve věznicích Rýnovice, Opava (oddělení pro ženy) a nově také ve věznici Znojmo (celkem kapacita 62 míst). Diferencovaný výkon trestu v léčebných odděleních probíhal v r. 2002 ve 3 věznicích (kapacita 188 míst). Substituční léčba ani harm reduction programy nejsou v českých věznicích realizovány.

V r. 2002 byla provedena VI. revize Standardů odborné způsobilosti a byly podniknuty organizační a administrativní kroky k implementaci systému certifikace kvality drogových služeb v r. 2003 tak, aby mohl být zaveden v r. 2004.

**Prosazování práva**
V r. 2002 bylo zjištěno celkem 4 330 drogových trestných činů (tj. tr. činů podle ustanovení § 187 až § 188a trestního zákona), za něž bylo stíháno celkem 2 204 pachatelů. Z toho se jednalo o 122 (5,5 %) dětí (v těchto případech dochází k odložení věci pro nízký věk), 329 (15 %) mladistvých (osob ve věku od 15 do 18 let) a 633 (29 %) recidivistů. Počet stíhaných pachatelů drogových trestných činů má rostoucí trend, k poklesu došlo pouze u § 188a (šíření toxikomanie). Největší podíl na drogových trestných činech mají trestné činy v souvislosti s amfetaminy, především pervitinem (40 %) a kanabinoidy (37 %); podíl heroinu a extáze je 8 %, resp. 7 %.

Na trestných činech podle § 187a (držení drog pro vlastní potřebu) mají největší podíl kanabinoidy (40 %), následované pervitinem (35 %). Relativně nízké (vzhledem k počtu osob užívajících v ČR drogy rekreačně či problémově) počty stíhaných podle § 187a trestního zákona (držení drogy pro vlastní potřebu) svědčí o tom, že zákon je v praxi uplatňován selektivně; přetrvává také regionální nejednotnost co do posuzování jednotlivých případů v policejní a soudní praxi.

V souvislosti s drogovými trestnými činy bylo v r. 2002 Policií ČR stíháno 2 204 osob a státními zastupitelstvími obžalováno 2 247 osob. Souhrnně bylo v posledních 7 letech za tyto trestné činy více osob obžalováno (podle údajů státních zastupitelství) nežli stíháno (podle policejních údajů), což svědčí o vzájemné nekonzistenci

statistik policie a státních zastupitelství. Za drogové trestné činy bylo odsouzeno 1 216 osob. Také počet obžalovaných a odsouzených má rostoucí trend.

Za drogové trestné činy bylo k 31.12.2002 vězněno 615 osob ve výkonu trestu odnětí svobody, což oproti r. 2001 znamená pokles. Příčinou je především příznivý nárůst ukládání alternativních trestů. K významnému poklesu došlo také u vazebně stíhaných pachatelů, což bylo zapříčiněno zejména novelou trestního řádu, která upravila podmínky pro uvalení vazby.

V r. 2002 bylo evidováno 761 přestupků v souvislosti s přechováváním drogy v množství malém; oproti r. 2001 došlo k mírnému poklesu.

Data o sekundární drogové kriminalitě, páchané uživateli drog, jsou v ČR zatím nedostupná.

V r. 2002 bylo policejními a celními složkami zachyceno celkem 157 kg nelegálních drog a prekurzorů, oproti r. 2001 došlo k poklesu. Odhadem bylo zachyceno 0,25 % drog ročně v ČR spotřebovaných.

Cena drog zůstává stabilní. Čistota (koncentrace), zejména heroinu, klesá vzhledem k jeho relativnímu nedostatku a nestabilitě nabídky na trhu v geopolitickém kontextu (válka v Afghánistánu). Množství a koncentrace MDMA a jejích analogů v tabletách extáze je kolísavá.

## Část I: Národní strategie – institucionální a právní prostředí

# 1 Protidrogová politika

## 1.1 Politický rámec protidrogové politiky

V létě r. 2002 proběhly v České republice parlamentní volby a byla sestavena nová vláda. Změna vlády neměla dopad na koncepci protidrogové politiky, její zásady a směřování. To dokládá vyváženost a racionální základy uplatněné při tvorbě Národní strategie protidrogové politiky na obdobní 2001 – 2004 (NSPP 2001-4), přijaté usnesením vlády č. 1045/2000.

NSPP 2001-4 vychází z analýzy silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb[1] systému protidrogové politiky v r. 2000. Na jejich základě definuje základní východiska, priority, cíle a úkoly ve čtyřech základních (prevence, léčba a resocializace, harm reduction a represe) a čtyřech podpůrných (zahraniční spolupráce, vzdělávání, financování, koordinace) oblastech protidrogové politiky. Národní strategie uložila 84 krátkodobých a střednědobých úkolů jednotlivým odpovědným rezortům a orgánům místní a krajské veřejné správy a je základem pro tvorbu a realizaci jejich protidrogových strategií.

V r. 2002 byla sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) připravena Bilanční zpráva o plnění úkolů z Národní strategie protidrogové politiky. Bilanční zpráva (přijatá usnesením vlády č. 1110/2002 ze dne 13. listopadu 2002) byla zaměřena na zhodnocení plnění především krátkodobých úkolů plynoucích z NSPP 2001-4 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2002). Zpráva konstatuje nesplnění 14 krátkodobých úkolů - 6 uložených ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), 4 uložených výkonnému místopředsedovi RVKPP, 2 uložených ministerstvu zdravotnictví (MZ), 1 ministerstvu vnitra (MV) a 1 ministerstvu práce a sociálních věcí (MPSV). Pravděpodobně nejdůležitějším úkolem, který nebyl splněn, je vytvoření minimálních standardů primární prevence rezortem školství. Termín splnění tohoto úkolu byl posunut do konce r. 2003.

Jedním z úkolů bylo vytvořit příslušný institucionální rámec pro hodnocení opatření protidrogové politiky tak, aby realizovaná i připravovaná opatření byla založena na ověřených, vědeckých informacích. V r. 2002 proto bylo usnesením vlády č. 643 ze dne 19. června zřízeno v sekretariátu RVKPP (sRVKPP) Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) coby pracoviště odpovědné za sběr, analýzu, distribuci a koordinaci sběru dat o drogách na národní úrovni (od 1. ledna 2003 je plně personálně i materiálně vybaveno).

MZ provedlo na základě usnesení vlády č. 1177/2001 kategorizaci drog podle jejich zdravotní nebezpečnosti. Usnesení č. 1177/01 vláda přijala na základě studie PAD (Zábranský et al. 2001b) s cílem zvýšit účinnost aktivit a postupů zejména v oblasti potlačování nabídky drog. Provedenou kategorizaci dalo MZ k dispozici výkonnému místopředsedovi RVKPP a ministerstvu spravedlnosti (MS), jimž bylo usnesením RVKPP uloženo jednat o promítnutí klasifikace drog do připravované rekodifikace trestního zákona. Smyslem kategorizace a jejího promítnutí do trestního zákona je umožnit orgánům činným v trestním řízení prioritně se zaměřit především na kontrolu a postihování aktivit skupin organizovaného zločinu, které nezákonné drogy (zejména drogy z kategorie C - tj. heroin, pervitin, kokain) vyrábějí, pašují a distribuují. Současně má být dosaženo oddělení trhů s drogami kategorie A (konopnými drogami) a kategorie B (extáze, halucinogeny) a C, a tím sníženo riziko, že uživatelům konopných drog budou nabízeny i jiné drogy. Vláda tento záměr dosud neprojednávala, jednotliví členové vlády k němu nezaujali jednotný postoj.

Do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR (Poslanecká sněmovna) byl na přelomu r. 2002 a 2003 podán vládní návrh zákona o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který by měl nahradit stávající úpravu obsaženou v zákoně č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Poslední podoba zmíněného návrhu zákona není podle názoru sekretariátu RVKPP vyhovující, protože nezakotvuje přehledně a dostatečně jasně vztahy státu a krajů při provádění protidrogové politiky; první návrh byl v r. 2001 Poslaneckou sněmovnou vrácen MZ k přepracování.

Po roce existence vyšších územně samosprávných celků lze konstatovat, že ve všech 14 krajích byla zřízena funkce protidrogového koordinátora. Pozice krajského protidrogového koordinátora je klíčová pro přenos informací a realizaci opatření v souladu s NSPP 2001-4 na území daného regionu. Vedle těchto povinností plní koordinátor úkoly uložené mu samosprávou. V 11 krajích byly zřízeny mezirezortní a mezioborové krajské

[1] Tzv. SWOT analýza.

protidrogové komise složené z místních odborníků na danou problematiku. Krajské protidrogové komise jsou poradním orgánem rady zastupitelstva kraje (popřípadě hejtmana) ve věcech protidrogové politiky. Při aktivitách na místní/obecní úrovni krajští protidrogoví koordinátoři využívají v rámci své územní působnosti spolupráce tzv. kontaktních osob v obcích s rozšířenou působností (v některých obcích plní funkci kontaktní osoby bývalí okresní koordinátoři, delimitovaní ze zaniklých okresních úřadů).

## 1.2 Právní prostředí

### 1.2.1 Rozšíření skutkové podstaty trestného činu dle § 188a trestního zákona

V oblasti trestněprávní úpravy drogových trestných činů došlo v r. 2002 k rozšíření skutkové podstaty trestného činu šíření toxikomanie dle ust. § 188a zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona (TZ), a to v rámci novely TZ, provedené zákonem č. 134/2002 Sb. S účinností od 1. července 2002 se trestného činu šíření toxikomanie[2] dopustí dle novelizovaného ust. § 188a, odst. 2 písm. b) také ten, „kdo tento trestný čin spáchá tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem“, za což mu hrozí trest odnětí svobody v trvání jednoho až pěti let. Jedná se o tzv. harmonizační novelu, která do českého práva promítla závazky vyplývající pro ČR v souvislosti se sbližováním zákonů a praxe členských států EU týkající se prevence a boje proti nezákonnému obchodování s drogami. Z pohledu českého trestního práva jde spíše o upřesnění způsobu spáchání trestného činu šíření toxikomanie, a to v rámci přísněji trestného odst. 2. Novela vzbudila negativní ohlasy z řad některých aktivistů a novinářů, z trestních statistik za r. 2002 naopak vyplývá mírný pokles této trestné činnosti, který by bylo možno přičítat na vrub této novele, viz kapitola Drogové trestné činy a přestupky.

### 1.2.2 Novelizace Trestního řádu

Zásadní význam pro oblast celého trestního práva (a tedy i pro stíhání primární i sekundární drogové kriminality) měla skutečnost, že dnem 1. ledna 2002 nabyla účinnosti rozsáhlá novela zákona č. 141/1961 Sb., trestního řádu (TŘ), provedená zákonem č. 265/2001 Sb. Jedná se taktéž o jeden z harmonizačních předpisů, souvisejících se vstupem ČR do EU. Novela předznamenává připravovanou rekodifikaci trestního práva. S ohledem na složitost tohoto procesu však bylo třeba některé zásadní změny přijmout již citovanou novelou. Jejím hlavním cílem je zjednodušit a zrychlit trestní řízení v ČR tak, aby odhalení, usvědčení a potrestání pachatele nastalo co nejdříve po spáchání trestného činu. V této souvislosti novela výrazně zasáhla do dosavadní právní úpravy všech stádií trestního řízení s tím, že zásadní část trestního řízení má probíhat ve fázi před soudem.

V rámci novely došlo k posílení postavení státního zástupce při výkonu dozoru a při rozhodování v přípravném řízení (předsoudní fáze, vyšetřování trestného činu policií a příprava podkladů pro obžalobu). Pro trestní řízení již není rozhodující, který orgán policie provedl konkrétní úkon v trestním řízení, podstatné je pouze to, zda obsah tohoto úkonu obstojí v rámci důkazního řízení. Došlo tedy ke zrušení úřadů vyšetřování, jejichž existence vedla ke zdvojenému provádění policejních úkonů v předsoudní fázi. Důležitou změnou, která ovlivňuje délku trestního řízení, je i možnost konání tzv. zkráceného přípravného řízení, jež umožňuje o nejméně závažné kriminalitě vést neformální řízení, které má být skončeno nejpozději ve lhůtě do dvou týdnů ode dne zahájení; přitom tato lhůta může být prodloužena maximálně o 10 dnů. V oblasti dokazování je využívání znaleckých posudků omezeno ve prospěch tzv. odborných vyjádření. Významných změn doznala i úprava vazebního řízení. Nejvyšší přípustná délka vazby se zásadně odvíjí od závažnosti činu, pro který je obviněný stíhán a od vazebního důvodu. Soud, který vazební řízení vede, je povinen v pravidelných lhůtách rozhodovat o důvodnosti dalšího trvání vazby. Tímto způsobem by mělo dojít (a také již v r. 2002 došlo – viz kapitola Drogové trestné činy a přestupky) k výraznému omezení počtu vazebně stíhaných, kteří mnohdy zbytečně setrvávali ve vazbě v důsledku dlouhého a nepružného trestního řízení. Tyto naznačené i další změny TŘ by měly vést k přesunu prováděných úkonů ve směru od policie na soud (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2000; Šámal et al. 2002a; Šámal et al. 2002b).

### 1.2.3 Novela Trestního zákona

Na novelu TŘ navazuje novela TZ, která je přímým promítnutím změn, navrhovaných v procesní úpravě do hmotného práva. Novela TZ tedy mění obecná ustanovení TZ tak, aby navazovala na změnu TŘ. V rámci této novely je za významnou změnu třeba považovat nové vymezení pojmu „škoda způsobená trestným činem“. Toto ustanovení má totiž zásadní význam pro stanovení hranice mezi majetkovým (event. jiným) trestným činem

[2] Skutková podstata trestného činu šíření toxikománie je TZ vymezena takto: „Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán …“.

a korespondujícím přestupkem. Původní minimální hranice škody jako znaku trestného činu se tak zvýšila z původních 2 000 Kč na 5 000 Kč. Tato změna se může dotknout zejména uživatelů tvrdých drog, kteří si prostředky na drogy obstarávají prostřednictvím drobné majetkové trestné činnosti.

### 1.2.4 Zákon o návykových látkách

Zákon č. 167/1998, o návykových látkách, nedoznal v r. 2002 žádných změn. S ohledem na předchozí četné změny bylo pod č. 55/2002 Sb. vyhlášeno jeho úplné znění. Ke změnám však došlo v navazujících a prováděcích předpisech k tomuto zákonu. V oblasti zacházení s návykovými látkami byla novelizována vyhláškou č. 82/2002 MZ vyhláška č. 304/1998 Sb., kterou se stanoví případy, kde se nevyžaduje povolení k vývozu pomocných látek, podrobnosti o evidenci návykových látek, přípravků a prekurzorů a o dokumentaci návykových látek. Dále byl vyhláškou MZ stanoven seznam právnických a fyzických osob, pro jejichž činnost se nevyžaduje povolení k zacházení s návykovými látkami, s přípravky je obsahujícími a s prekurzory.

### 1.2.5 Další zákony

Z dalších zákonů, které mohou mít dopad na uživatele drog, resp. na fungování zařízení, v nichž se mohou ocitnout také děti a mladiství užívající drogy, a na fungování nestátních organizací zabývajících se léčbou a prevencí drogových závislostí, je třeba zmínit přijetí zákona č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě, a dále přijetí zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Druhý z citovaných zákonů byl vrácen prezidentem republiky do Poslanecké sněmovny, ta však na něm setrvala beze změn.

## 1.3 Aplikace práva

Od 1.1.1999 obsahuje český TZ ustanovení § 187a, postihující držení omamných a psychotropních látek (OPL) pro vlastní potřebu v množství větším než malém. Existence tohoto ustanovení vzbudila v aplikační praxi potíže, související s nejasností pojmu „množství větší než malé“, které byly na úrovni policejních orgánů a státních zastupitelství překonávány zejména pokyny policejního prezidenta a nejvyššího státního zástupce, v soudní praxi pak prostřednictvím judikatury Nejvyššího soudu ČR. Počet trestných činů, stíhaných dle tohoto ustanovení, stejně tak jako počet stíhaných osob sice setrvale stoupá, v porovnání s počtem uživatelů však jde o nízké procento stíhaných uživatelů (viz kapitoly Problémové užívání drog, Drogové trestné činy a přestupky). Většina pachatelů byla v r. 2002 odsouzena k podmíněnému trestu odnětí svobody (60), event. jim byl uložen trest obecně prospěšných prací (17) nebo jiný trest. Část pachatelů byla odsouzena k nepodmíněnému trestu odnětí svobody (18), z toho 8 pachatelů k trestu delšímu než 1 rok. Z dostupných statistických údajů však nelze vyčíst, kterých konkrétních případů se tyto delší tresty týkaly, zejm. o jaký druh a množství OPL se jednalo. Na druh a délku trestu mohla mít vliv také předchozí trestná činnost pachatele a další skutečnosti, týkající se jeho osoby.

Relativně nízký počet osob stíhaných pro spáchání trestného činu dle § 187a TZ ve srovnání s počtem uživatelů drog svědčí o tom, že zákon je v praxi uplatňován selektivně. Toto ustanovení se v r. 2002 dotklo nejvíce uživatelů konopných drog a amfetaminů (viz kapitola Drogové trestné činy a přestupky). Uživatelé konopných drog jsou často stíháni taktéž prostřednictvím ustanovení § 187, event. 188 TZ. V těchto případech se často jedná o osoby, které si pěstují konopí pro vlastní potřebu. V praxi činí i nadále problémy výklad pojmu „větší rozsah“, neboť pěstování konopí ve větším rozsahu je stíháno dle ust. § 187 odst. 2 TZ trestní sazbou v rozpětí 2 až 10 let. Aplikační praxe se opět liší dle regionů, např. pěstování 10 rostlin konopí bylo stíháno v Ústeckém kraji dle § 187 odst. 1 TZ, zatímco v Jihočeském kraji bylo pachateli pro totéž množství pěstovaného konopí sděleno obvinění dle ust. § 187 odst. 2 TZ. V obou případech se jednalo o jinak zcela bezúhonné osoby, které nikdy nepřišly do konfliktu se zákonem, neměly sociální problémy a řádně studovaly nebo pracovaly. Obě osoby přitom byly stíhány na základě podnětu jiných občanů, přičemž v praxi se takové případy objevují velmi často, a to zejména na vesnicích, kde je tolerance vůči uživatelům konopí výrazně nižší než mezi obyvatelstvem měst[3]. Taktéž zprávy z médií svědčí o zájmu policie o pěstitele drog (viz kapitola Vývoj v diskuzích a v postojích veřejnosti). Z celkového počtu osob obviněných pro trestné činy nedovolené výroby a držení OPL a jedů (§§ 187, 187a, 188) je 37,4 % konopných kauz, 39,1 % připadá na amfetaminy, 7 % na extázi a pouze 7,9 % se týká heroinu. Přitom tzv. tvrdé drogy působí prokazatelně vyšší zdravotní i společenské škody. Uživatele konopí - pokud užívají konopí jako jedinou drogu - nelze označit za problémové uživatele, a s užíváním konopí není zpravidla spojena sekundární drogová kriminalita.

[3] Údaje získány z praxe Právní poradny A.N.O. (Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí).

Naopak problémoví uživatelé se dostávají do konfliktu se zákonem častěji v důsledku majetkové kriminality, kterou získávají prostředky na drogu, než přímo v důsledku spáchání drogových trestných činů[4]. Konkrétní odhady pro r. 2002 nejsou k dispozici; metodika získávání dat o sekundární kriminalitě uživatelů drog je do budoucna kromě jiného úkolem pracovní skupiny NMS „Data trestněprávního sektoru".

Pozitivně lze hodnotit skutečnost, že soudní praxe se stále častěji přiklání také u uživatelů drog k ukládání trestů alternativních k trestu odnětí svobody, ať již jde o stíhání drogových trestných činů či sekundární drogové kriminality. Významnou roli zde nepochybně hraje nejen vyšší informovanost soudců o drogové problematice, ale i práce probačních a mediačních úředníků, kteří působí od 1.1.2001. Praxe soudů se však v těchto směrech liší i dle regionů; např. soudci pražských soudů se nepochybně setkávají s uživateli drog v rámci trestních řízení častěji, mají tedy obvykle i větší přehled o zařízeních, zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí a rozsáhlejší zkušenosti s jejich vlivem na chování obžalovaných, potažmo odsouzených (viz kapitola Alternativní tresty). Pokud se týče ukládání ochranných protitoxikomanických léčení, soudy se důsledně drží závěrů znaleckých posudků, kdy znalci tuto léčbu často nedoporučují s odůvodněním, že nařízená léčba by byla neefektivní či neperspektivní. V tomto směru tedy i soudci stále více preferují léčbu, jíž se uživatelé drog podrobují z vlastní vůle.

Shora uvedené aplikační problémy svědčí pro změnu právní úpravy, na které se v současné době pracuje, ať již ve smyslu upřesnění některých pojmů („větší rozsah"), tak ve smyslu promítnutí vědeckých poznatků o rozdílné zdravotní a sociální nebezpečnosti jednotlivých typů drog. O tom svědčí také skutečnost, že vláda ČR svým usnesením č. 1177/01 uložila dotčeným ministerstvům realizaci kroků, směřujících k legislativnímu rozdělení drog do kategorií podle míry jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti (viz kapitola Politický rámec protidrogové politiky). Změna zákona v tomto směru by nepochybně přispěla i k vyváženějšímu přístupu represivních orgánů při stíhání drogových trestných činů. Trestní zákon prozatím nedoznal v tomto směru žádné změny, MS však v současné době pracuje na rekodifikaci TZ, která se dotkne také drogových trestných činů. Rekodifikační práce však zatím nebyly dokončeny s ohledem na velký rozsah potřebných změn v celém trestním zákoně.

### 1.4 Vývoj v diskuzích a v postojích veřejnosti

V březnu 2002 byl novelizován § 188a TZ - blíže viz kapitola Právní prostředí. Poslanecká sněmovna předlohu schválila v únoru 2002 poměrem 147 hlasů pro, 3 proti (ze 163 přítomných poslanců), (Poslanecká sněmovna, 2002). Druhé i třetí čtení proběhlo bez rozpravy ke změně § 188a. Obavy některých médií, že brzy dojde ke stíhání novinářů a umělců, jejichž díla se zabývají drogovou problematikou, se nenaplnily. Pokud k nějakému podání došlo, nestalo se předmětem zájmu médií[5].

Nově zvolená Poslanecká sněmovna zřídila v září 2002 podvýbor pro problematiku drog a toxikomanie. Podvýbor má být nejvýše 9členný (nejméně 5 členů je zároveň členy výboru pro sociální politiku a zdravotnictví).

Drogová problematika nepatří k oblastem, u kterých se uplatňuje při projednávání zákonů „stranická disciplína", takže postoje jednotlivých politiků napříč stranami se mohou lišit - od „tvrdých" postojů až po podporu dekriminalizace některých drog. Žádná z politických stran, které mají zastoupení v Poslanecké sněmovně, neprosazovala legalizaci jakékoli nelegální drogy. K legalizaci marihuany se však hlásí jeden marginální politický subjekt, který však je zastoupen v Senátu, a to přinejmenším umístěním loga www.legalizace.cz na svou webovou stránku[6]. Tímto subjektem je Liberální reformní strana, na jejíž kandidátce byl zvolen 1 nezávislý senátor.[7]

V ČR působí v protidrogové oblasti řada nestátních organizací, které se převážně zabývají prevencí a léčbou drogových závislostí, některé však svou aktivitou ovlivňují i veřejné mínění. Zastřešující organizací je A.N.O. - Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí (A.N.O.), se zhruba 70 členy[8]. Asociace provozuje právní poradnu, přístupnou široké veřejnosti (viz kapitola Nové přístupy). Z organizací sdružující jednotlivce (fyzické osoby) je namístě uvést především Společnost pro návykové

[4] Viz pozn. výše.
[5] Trestní oznámení podané v r. 2003 sdružením Rodiče proti drogám na Českou televizi v souvislosti s dokumentárním cyklem „Když musíš, tak musíš?", faksimile zveřejnil K. Vrána v časopise Týden (Vrána, 2003).
[6] Na adrese http://www.liberalnistrana.cz.
[7] Prof. RNDr. Jiří Zlatuška, CSc., rektor Masarykovy univerzity v Brně. Zvolen jako nezávislý kandidát na kandidátce Liberální reformní strany, v Senátu však působí v rámci Klubu otevřené demokracie.
[8] Údaj poskytnut A.N.O., červen 2003.

nemoci (SNN) při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP), a dále odbornou profesní organizaci Česká asociace streetwork (ČAS)[9].

Není však mnoho subjektů, které se veřejně angažují v drogové problematice, aniž by šlo o poskytovatele služeb, případně zaměstnance a spolupracovníky institucí z tohoto oboru, či politiky a úředníky. Za nejvýraznější subjekty veřejně se angažující mimo profesní sféru lze považovat tzv. konopného ombudsmana Marka Jehličku na straně jedné a sdružení Rodiče proti drogám na straně druhé. I v r. 2002 se v debatách o protidrogové politice mediálně angažovali také někteří vysocí policejní důstojníci.

Téma nelegálních drog a jejich užívání bylo sice v r. 2002 - stejně jako v předchozích letech - každodenně publikováno v tisku a poměrně často uváděno i v televizních a rozhlasových pořadech, převažovalo však podávání spíše jednoduchých zpravodajských informací jak co do námětu, tak formy zpracování. To je problém českých médií jako takových a netýká se jen nejsledovanějších médií, které svou formou patří mezi tabloidy (např. deník Blesk, televize Nova).

Investigativní žurnalistika a tvorba hlouběji zaměřených analytických článků se do informací o drogách publikovaných mimo odborný tisk prosazuje jen zvolna, přesto lze konstatovat, že informovanost veřejnosti o drogové problematice narůstá.

Převážná část informací o drogové problematice byla publikována v tisku. Poměrně často byly publikovány informace o jednotlivých programech prevence užívání drog, léčby a sociální (re-)integrace drogově závislých, včetně informací o financování programů (jak v celostátním, tak v regionálním tisku). Informace o jednotlivých zneužívaných drogách, jejich rozšíření a vlivu na uživatele, byly publikovány méně. Neprobíhala však širší veřejná debata o postojích k užívání drog, která by byla založena na věcných argumentech.

Od r. 2001 je vydáván časopis ADIKTOLOGIE[10], který se věnuje oblasti závislostí jako mezioborové disciplíně, zasahující do oblastí medicíny a psychiatrie, psychologie, pedagogiky, sociální politiky a práce, sociologie, politologie, práva, kriminologie a dalších oborů.

V rámci projektu Phare TP se v r. 2002 připravovalo zřízení národního informačního serveru o drogách na adrese http://www.drogy-info.cz/.

Podle archivu Internet Media Monitoring (NEWTON INFORMATION TECHNOLOGY, s.r.o.) bylo v r. 2002 publikováno v českých médiích celkem 2 638 příspěvků na téma „drogová problematika“. V r. 2001 to bylo 2 983 příspěvků v monitorovaných tištěných a elektronických médiích[11]. V měsíčním rozdělení bylo v r. 2002 zaznamenáno nejméně příspěvků v červenci (98) a nejvíce v únoru (331 příspěvků). Počet denně publikovaných příspěvků se v r. 2002 pohyboval od 1 až po 32.

Značné množství příspěvků týkajících se drogové problematiky je uveřejňováno v regionálním tisku, bohužel však jde v převážné míře o kratší příspěvky, bez hlubší analýzy problémů. Jsou však pravidelně uveřejňovány informace o možnosti pomoci drogově závislým v regionech a o jednotlivých pomáhajících zařízeních. Regionální tisk je sledován s využitím archivu firmy Newton a Monitoru médií, což je interní materiál Úřadu vlády ČR, zpracovávaný s využitím informací poskytnutých agenturou Anopress. Monitor médií je od poloviny r. 2003 veřejně přístupný na serveru www.drogy-info.cz.

Na českém internetu je umístěno množství webových stránek týkajících se nelegálních drog; velkou část z nich tvoří stránky vyjadřující „liberální“ postoje (protirepresivní až legalizační), přičemž většina takových stránek se týká marihuany. Na druhé straně je na internetu k dispozici také značné množství stránek, které provozují v převážné většině pomáhající instituce. Postupně narůstá i množství internetových informací z protidrogové oblasti poskytovaných kraji a obcemi. Jsou k dispozici i on-line poradny, blíže viz seznam stránek s drogovou problematikou na českém webu.

Na serveru Atlas bylo po zadání klíčového slova „drogy“ nalezeno 280 stránek v katalogu (z toho 120 v kategorii marihuana). Pokud vyhledáváme podle slova „protidrogový“, najdeme na vyhledávači Atlas kromě 45 stránek v katalogu také více než 16 tis. fulltextových odkazů, které v drtivé většině směřují do „profesní sféry“ (jde o stránky pomáhajících institucí, úřadů, obcí …).

[9] Členy jsou streetworkeři z oblasti drogových služeb, i z jiných oblastí – zejména služeb pro děti a mládež.
[10] Vydavatel Sdružení Scan; vychází 2x ročně, každé číslo má rozsah cca 90 stran.
[11] Elektronická média zahrnují televizi a rozhlas. Není monitorován internet.

Vyhledávač Centrum nalezl ke klíčovému slovu „drogy“ 132 odkazů v katalogu, přičemž na prvních místech byly nabídnuty stránky věnované obecným informacím a pomoci závislým. Vyhledávač Seznam má v katalogu cca 80 odkazů ke slovu „drogy“[12].

### 1.4.1 Průzkumy veřejného mínění

Na přelomu února a března 2002 dotázalo Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR (CVVM) na problematiku legálních i nelegálních drog celkem 1 083 osob reprezentujících obyvatelstvo ČR starší 15 let (v rámci výzkumu Naše společnost 2002) (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002).

tabulka 1-1: Souhlas s případným trestním postihem uživatelů drog (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002)

| **„Myslíte si, že by trestnímu postihu měli být vystaveni lidé, kteří“** | **Rozhodně ano** | **Spíše ano** | **Spíše ne** | **Rozhodně ne** |
|---|---|---|---|---|
| **pěstují marihuanu pro vlastní potřebu** | 24 | 23 | 30 | 13 |
| **užívají konopnou drogu (marihuanu nebo hašiš)** | 20 | 30 | 28 | 12 |
| **užívají extázi** | 31 | 33 | 19 | 6 |
| **nabídnou dospělému konopnou drogu (marihuanu nebo hašiš)** | 39 | 31 | 18 | 6 |
| **nabídnou dospělému extázi** | 45 | 32 | 12 | 4 |
| **užívají „tvrdé“ drogy** | 56 | 25 | 10 | 4 |
| **nabídnou dospělému „tvrdou“ drogu** | 64 | 24 | 7 | 1 |
| **vyrábějí „měkké“ drogy pro další distribuci** | 60 | 29 | 6 | 1 |
| **vyrábějí „tvrdé“ drogy pro další distribuci** | 86 | 10 | 1 | 1 |

*Pozn.: Dopočet do 100 % ve sloupcích tvoří odmítnutí odpovědi a odpovědi „nevím“.*

Z výzkumu CVVM vyplývá, že postoj k postihu uživatelů, distributorů a výrobců nelegálních drog zůstává stabilní v porovnání s údaji uvedenými ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v r. 2001 (Zábranský et al. 2002), avšak společnost je v postojích k těmto látkám ostře rozdělena. Občané ČR sice nejvíce tolerují užívání konopných drog a pěstování marihuany pro vlastní potřebu (40 resp. 43 %), přitom však 50 resp. 47 % dotázaných požaduje (více či méně rozhodně) v těchto případech postih. Zajímavé v této souvislosti je, že podle výzkumu CVVM se obyvatelstvo ČR staví tolerantněji k pěstování marihuany pro vlastní potřebu než k jejímu užívání.

U „tvrdých“ drog (heroin, pervitin, kokain) byly postoje veřejnosti silně zaměřeny ve prospěch trestního stíhání distributorů i uživatelů (96 resp. 81 %). Přitom však na otázku „vnímáte uživatele drog více jako zločince, nebo jako pacienta?“ v témže průzkumu pouze 27 % dotázaných odpovědělo „více jako zločince“. I zde je společnost vyváženě rozdělena v krajních postojích (22 % vnímá uživatele drog „více jako pacienta“). Poměrně vysoký je podíl nerozhodných odpovědí - celkem 51 % dotázaných zvolilo některou z odpovědí „ani jako zločince ani jako pacienta“, „jako zločince i jako pacienta“ nebo „nevím“. To naznačuje, že společnost sice problematiku spojenou s „tvrdými“ drogami vnímá do značné míry jako problematiku kriminální, avšak k jednotlivým uživatelům nemá vyhraněně negativní postoj.

## 1.5 Rozpočty a financování

NSPP 2001-4 (Sekretariát Meziresortní protidrogové komise, 2000) stanovuje, že financování protidrogové politiky bude realizováno ve dvou úrovních, centrální a místní. Vláda pověřila RVKPP rozdělováním finančních prostředků z rozpočtové kapitoly Všeobecná pokladní správa (VPS) – výdaje na protidrogovou politiku. RVKPP schválila záměr podpořit projekty na místní úrovni v r. 2002 prostřednictvím rezortů MZ, MŠMT, MPSV a Ministerstva kultury (MK). Dalšími rezorty, které měly v r. 2002 ve svém rozpočtu výdaje na „Program protidrogové politiky“, jsou Ministerstvo financí (MF), Ministerstvo spravedlnosti (MS) a Ministerstvo obrany (MO). MV nemá ve svém rozpočtu výdaje na „Program protidrogové politiky“, ale v rámci Programu sociální prevence a prevence kriminality podporuje aktivity nespecifické primární prevence drogových závislostí.

V r. 2002 přetrvávaly nedostatky ve včasnosti dotací zasílaných NNO z rozpočtové kapitoly VPS rozdělované v dotačním řízení RVKPP. Stávající model financování, kdy prostředky VPS určené na programy protidrogové politiky na místní úrovni jsou přidělovány cestou rezortů, je nepružný a zdlouhavý. Projevuje se

[12] Všechny údaje o internetu jsou z června 2003.

několikaměsíčním zpožděním převodu finančních prostředků na účty realizátorů programů, což vede k existenční nejistotě těchto realizátorů. Za dané situace je nutná změna systému poskytování dotací (blíže viz model financování v kapitole Hlavní strategie a aktivity).

Výdaje ústředních orgánů státní správy a RVKPP na protidrogovou politiku v r. 2002 uvádí tabulka 1-2.

tabulka 1-2: Výdaje ústředních orgánů státní správy a RVKPP na protidrogovou politiku v ČR v r. 2002 (v tis. Kč)

| **Výdaje** | **dotace RVKPP** | **MZ** | **MŠMT** | **MPSV** | **MF** | **MS** | **MO** | **MV** | **Celkem** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Neinvestiční výdaje** | 91 895 | 18 636 | 9 506 | 35 154 | 1 796 | 8 053 | 3 981 | 1 425 | **170 446** |
| **Investiční výdaje** | 0 | 7 108 | 0 | 0 | 25 676 | 1 579 | 0 | 0 | **34 363** |
| **Celkem** | 91 895 | 25 744 | 9 506 | 35 154 | 27 472 | 9 632 | 3 981 | 1 425 | **204 809** |

### 1.5.1 Prostředky VPS přidělované RVKPP

Z kapitoly VPS bylo v r. 2002 čerpáno 91 895 tis. Kč na protidrogovou politiku. Podle rozhodnutí RVKPP byla tato částka na finanční zajištění projektů protidrogové politiky v působnosti kapitol použita takto:

Na programy věcně příslušných rezortů (centrální úroveň) byla MŠMT z kapitoly VPS čerpána částka 584 tis. Kč, viz tabulka 1-3.

tabulka 1-3: Čerpání finančních prostředků z VPS na programy MŠMT v r. 2002 (v tis. Kč)

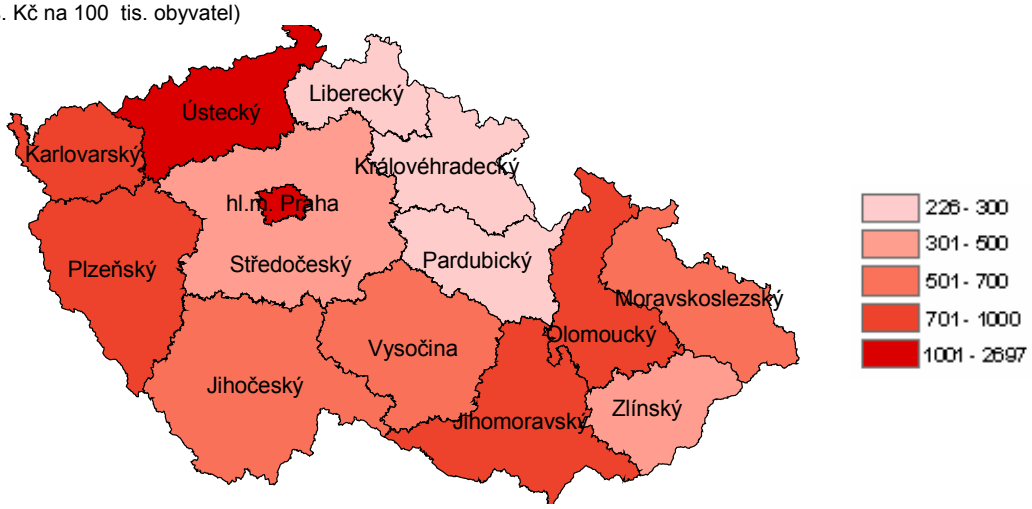
| **Rezort** | **Účel** | **Čerpané prostředky** |
|---|---|---|
| **MŠMT** | **Výchovně léčebný program pro chlapce po skončení povinné školní docházky, kteří jsou ohroženi zneužíváním návykových látek** | 200 |
| | **Péče o mládež ohroženou závislostmi na nelegálních drogách v době školních prázdnin IV** | 92 |
| | **Centrum primární prevence** | 200 |
| | **Vzdělávací program lektorů primární prevence drogových závislostí a sociálně patologických jevů** | 92 |
| **Celkem** | **-** | **584** |

V dotačním řízení podpořila RVKPP celkem 152 programy (místní úroveň) prostřednictvím rozpočtů MZ (56 projektů – 38 412 tis. Kč), MŠMT (26 projektů – 6 291 tis. Kč), MPSV (69 projektů – 37 708 tis. Kč) a MK (1 projekt – 5 762 tis. Kč) - viz tabulka 1-4, mapa 1-1.

tabulka 1-4: Čerpání finančních prostředků z VPS z dotačního řízení RVKPP na programy protidrogové politiky na místní úrovni v r. 2002 podle krajů (v tis. Kč)

| Kraj | MZ | MŠMT | MPSV | MK | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| **Hl. m. Praha** | 12 852 | 2 660 | 9 977 | 5 762 | 31 251 |
| **Středočeský** | 2 036 | 40 | 1 608 | 0 | 3 684 |
| **Jihočeský** | 1 663 | 280 | 1 638 | 0 | 3 581 |
| **Plzeňský** | 2 042 | 370 | 2 880 | 0 | 5 292 |
| **Karlovarský** | 0 | 386 | 2 143 | 0 | 2 529 |
| **Ústecký** | 3 806 | 100 | 4 348 | 0 | 8 254 |
| **Liberecký** | 1 197 | 0 | 0 | 0 | 1 197 |
| **Královéhradecký** | 105 | 0 | 1 133 | 0 | 1 238 |
| **Pardubický** | 376 | 0 | 975 | 0 | 1 351 |
| **Vysočina** | 1 150 | 561 | 1 724 | 0 | 3 435 |
| **Jihomoravský** | 5 386 | 1 334 | 3 668 | 0 | 10 388 |
| **Olomoucký** | 2 632 | 50 | 2 750 | 0 | 5 432 |
| **Zlínský** | 234 | 271 | 2 041 | 0 | 2 546 |
| **Moravskoslezský** | 4 933 | 239 | 2 823 | 0 | 7 995 |
| **Celkem** | **38 412** | **6291** | **37 708** | **5 762** | **88 173** |

mapa 1-1: Čerpání finančních prostředků z kapitoly VPS v dotačním řízení RVKPP na programy protidrogové politiky v r. 2002 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel)




Z kapitoly Úřadu vlády (převod z kapitoly VPS na zabezpečení činnosti sekretariátu RVKPP) bylo využito 3 138 tis. Kč (blíže viz tabulka 1-5).

tabulka 1-5: Čerpání finančních prostředků z kapitoly Úřadu vlády pro sRVKPP v r. 2002 (v tis. Kč)

| Účel | Čerpané prostředky |
|---|---|
| **Posuzování projektů** | 100 |
| **Překlady – větší část prostředků nebyla využita vzhledem k realizaci překladů materiálů v rámci projetu Phare TP (včetně hrazení překladů z rozpočtu EU)** | 33 |
| **Projekt DDRSTP II – práce autorského kolektivu a příprava na tisk publikace „Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup“ (pracovní název „Textbook“)** | 503 |
| **Projekt Phare 2000 – náklady na zajištění projektu Phare, náklady na práci českých odborníků – spoluúčast ČR** | 2 058 |
| **Publikační činnost – dotisk publikace PAD, publikace určené pro práci nízkoprahových zařízení „Když už bereš“, grafické zpracování, tisk Sborníku příspěvků z VIII. Celostátní konference AT** | 225 |
| **Pilotní projekt toxikologických vyšetření – hrazena toxikologická vyšetření na přítomnost OPL u obětí dopravních nehod** | 219 |
| **Celkem** | **3 138** |

### 1.5.2 Ministerstvo zdravotnictví

Na neinvestiční výdaje bylo čerpáno 57 048 tis. Kč. Tyto prostředky byly použity zejména na zajištění dostupnosti detoxifikačních pracovišť, zabezpečení dostupnosti ambulantních poradenských programů pro problémové uživatele drog, zabezpečení kapacity dlouhodobých resocializačních programů, zabezpečení činnosti programů zaměřených na minimalizaci zdravotních rizik mezi uživateli drog, podpoření a rozšíření substituční léčby. Z kapitoly MZ byly převedeny prostředky na programy protidrogové politiky také do kapitoly Okresní úřady ve výši 1 305 tis. Kč.

Investiční prostředky byly poskytnuty na 15 akcí, bylo rozděleno 7 108 tis. Kč.

Celkem tedy MZ v r. 2002 poskytlo 64 156 tis. Kč na drogovou problematiku, v tom 25 744 tis. Kč tvořily vlastní prostředky a 38 412 tis. Kč prostředky RVKPP.

### 1.5.3 Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Krajům byly poskytnuty finanční prostředky formou transferů na realizaci Minimálních preventivních programů ve školách a školských zařízeních ve výši 3 924 tis. Kč - viz tabulka 1-6.

tabulka 1-6: Neinvestiční transfery MŠMT krajům v r. 2002 (tis. Kč)

| Kraj | tis. Kč |
|---|---|
| **Hl. m. Praha** | 456 |
| **Středočeský** | 547 |
| **Jihočeský** | 320 |
| **Plzeňský** | 320 |
| **Karlovarský** | 137 |
| **Ústecký** | 320 |
| **Liberecký** | 182 |
| **Královéhradecký** | 228 |
| **Pardubický** | 182 |
| **Vysočina** | 228 |
| **Jihomoravský** | 320 |
| **Olomoucký** | 228 |
| **Zlínský** | 182 |
| **Moravskoslezský** | 274 |
| **Celkem** | **3 924** |

Celkové čerpání finančních prostředků MŠMT na realizaci projektů v oblasti protidrogové politiky činilo 16 381 tis. Kč, z toho 9 506 tis. Kč z vlastních prostředků. Dále podle rozhodnutí RVKPP byla čerpána z VPS částka 6 875 tis. Kč, v tom 584 tis. Kč na podporu rezortních projektů a 6 291 tis. Kč na projekty místní úrovně.

### 1.5.4 Ministerstvo práce a sociálních věcí

Z upraveného rozpočtu neinvestičních dotací bylo občanským sdružením poskytnuto 52 280 tis. Kč, humanitárním organizacím 10 185 tis. Kč a obecně prospěšným společnostem 10 397 tis. Kč. Celkem bylo tedy z upraveného rozpočtu závazného ukazatele Program protidrogové politiky využito 72 862 tis. Kč. Na celkové částce se podílí ve výši 35 154 tis. Kč vlastní prostředky rezortu a 37 708 tis. Kč dotace na projekty schválené RVKPP.

Rozhodující část prostředků byla vynaložena na kontaktní práci a dále na provoz terapeutických komunit. Přednostní financování uvedených oblastí je v souladu s úkoly NSPP 2001-4.

### 1.5.5 Ministerstvo kultury

Prostřednictvím MK byl financován jeden projekt „Audiovizuální dílo jako prostředek primární prevence“. Podle rozhodnutí RVKPP bylo z VPS čerpáno 5 762 tis. Kč.

### 1.5.6 Ministerstvo financí

Výdaje na protidrogovou politiku byly přiděleny do schváleného rozpočtu Generálnímu ředitelství cel (GŘC) a jejich čerpání činilo u neinvestičních výdajů 1 796 tis. Kč. Prostředky byly použity zejména na pořízení ochranných pomůcek, výzbrojního materiálu pro skupinu operativního nasazení, služebních psů, materiálu potřebného k nakládání s drogami a dále na specifické výdaje spojené s operativně pátrací činností. Prostředky určené na investiční výdaje byly čerpány ve výši 25 676 tis. Kč. Částka 9 796 tis. Kč byla vynaložena na speciální techniku pro provádění operativně pátrací činnosti; pořízeny byly dopravní prostředky pro odbor pátrání v hodnotě 3 405 tis. Kč. Dále byl obnoven a doplněn systém Motorola za 4 420 tis. Kč, pořízeno monitorovací zařízení, zbraně a další vybavení v celkové výši 2 055 tis. Kč. Dále pořídilo GŘC hardware ke kryptografické ochraně zpravodajského informačního systému v ceně za 3 800 tis. Kč a software za 2 200 tis. Kč. Čerpání finančních prostředků z MF pro GŘC na Program protidrogové politiky činilo celkem 27 472 tis. Kč.

### 1.5.7 Ministerstvo spravedlnosti

Z rozpočtu MS byly čerpány prostředky na Program protidrogové politiky ve výši 9 632 tis. Kč. O tyto finanční prostředky se podělila Vězeňská služba ČR (VS) a Institut pro kriminologii a sociální prevenci (viz tabulka 1-7).

tabulka 1-7: Čerpání finančních prostředků MS na program "Protidrogové politiky" v r. 2002 (v tis. Kč)

| Určeno pro | Běžné výdaje | Kapitálové výdaje | Celkem |
|---|---|---|---|
| **Vězeňská služba** | 8 028 | 1 500 | 9 528 |
| **Institut pro kriminologii a sociální prevenci** | 25 | 79 | 104 |
| **Celkem** | **8 053** | **1 579** | **9 632** |

#### 1.5.7.1 Vězeňská služba

Objem přidělených účelových prostředků v r. 2002 byl použit na zvyšování kvalifikace vězeňského personálu v zacházení s uživateli drog a na diferencované zacházení s odsouzenými ve specializovaných odděleních pro odsouzené s poruchami osobnosti a chování, způsobenými užíváním psychotropních látek. Dále byly finanční prostředky použity na diferencované zacházení s odsouzenými v bezdrogových zónách věznic a vazebních věznic a na využití služební kynologie při odhalování výroby, držení a distribuce drog ve věznicích a vazebních věznicích.

#### 1.5.7.2 Institut pro kriminologii a sociální prevenci

Z investičních výdajů byl pořízen notebook; běžné výdaje byly vynaloženy na ostatní náklady za provedenou práci pro 2 pracovníky, kteří prováděli terénní šetření ve věznicích v rámci penologického průzkumu.

### 1.5.8 Ministerstvo obrany

Z rozpočtu MO byly čerpány finanční prostředky k zabezpečení programu protidrogové politiky vlády ČR a Koncepce a programu prevence sociálně patologických jevů ve výši 3 981 tis. Kč.

Na základě předložených projektů, schválených Komisí pro prevenci sociálně patologických jevů, byly neinvestiční finanční prostředky rozděleny na jednotlivé programy:

- LABIS – „Laboratorní monitorování zneužívání návykových látek u příslušníků Armády ČR“,
- DROGIS – „Drogový informační systém“,
- EDIS – „Koordinace informačních systémů epidemiologie drogových závislostí ČR a Armády ČR“ – garantem těchto tří projektů je Ústřední vojenský zdravotní ústav,
- „Diagnostika – nutnost pro adekvátní prevenci“,
- „Salutogenetický přístup v prevenci závislostí u VŠ populace“ – garantem je VLA JEP Hradec Králové,
- ARMY-ZETA – garantem je Vojenská akademie Brno,
- EKO 2005 – garantem je Vojenská akademie Brno,

- „Monitorování aktuální situace Armády ČR pro oblast prevence SPJ“ – garantem je CASRI Praha.

Projekty byly zaměřeny zejména na diagnostiku drog, sledování epidemiologické situace v oblasti drog, alkoholu a tabáku v Armádě ČR, životního stylu.

### 1.5.9 Ministerstvo vnitra

V rámci nespecifické i specifické prevence drogových závislostí bylo podpořeno několik projektů 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). Patří sem krizová a poradenská zařízení zaměřená na protidrogovou prevenci, linka důvěry a pouliční sociální práce (streetwork). Finanční prostředky ve výši 1 425 tis. Kč z kapitoly VPS byly rozděleny mezirezortním poradním orgánem Republikový výbor pro prevenci kriminality.

Údaje o celkových výdajích Policie ČR na řešení drogové problematiky nejsou k dispozici. Informace o rozpočtu Národní protidrogové centrály služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC) nejsou poskytovány (spadají do režimu utajovaných skutečností).

## Část II: Epidemiologická situace

# 2 Prevalence, trendy a vzorce užívání drog v populaci

## 2.1 Hlavní vývoj a nové trendy

Rok 2002 je v oblasti užívání drog v populaci charakterizován především zcela se rozcházejícím vývojem v oblasti (společensky vysoce škodlivého) problémového užívání drog na straně jedné a rekreačního užívání nelegálních drog na straně druhé.

Všechny dostupné indikátory související s problémovým užíváním drog[13] vykreslují obraz pozvolného ústupu „drogové epidemie“, jak byla popisována ve druhé polovině devadesátých let. Pro to svědčí především vývoj odhadů prevalence problémového užívání, stárnutí uživatelů, kteří poprvé v životě žádají o léčbu či službu v souvislosti s užíváním drog, snižující se úmrtnost na předávkování[14] a v neposlední řadě také stále nízký výskyt HIV a stabilní výskyt virových hepatitid.

Naopak výsledky školních průzkumů dokládají stále se zvyšující poměr těch studentů a žáků, kteří mají alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou (především konopnými drogami a/nebo s extází) a také zvyšující se poměr těch, kteří konkrétně tyto dva typy drog užívají „rekreačně“ – tedy v rámci společenských nebo relaxačních aktivit.

Nejvýraznějším novým trendem v r. 2002 v oblasti problémového užívání je prudký zlom v dosud narůstajícím podílu žadatelů o léčbu v souvislosti se (zne)užíváním opiátů (především heroinu). Možné příčiny mohou zahrnovat jakoukoliv kombinaci následujících faktorů:

- nestabilita trhu s heroinem a jeho kolísavá kvalita (koncentrace),
- výskyt farmaceutického opioidu Subutex® na černém trhu (zejména v Praze a Severních Čechách), jímž se uživatelé „divoce“ substituují,
- substituční léčba metadonem (ve specializovaných centrech) a rozšiřování legálního předepisování Subutexu®,
- snižující se přírůstek nových uživatelů opiátů, pro nějž svědčí data o prvních žádostech o léčbu i kvalitativní informace z drogové scény.

Naopak pozvolný pokles počtu „pervitinových klientů“ se zastavil již v r. 2001 a v r. 2002 jejich počet dále vzrostl; to může být zčásti způsobeno vyšším zapojením léčebných a nízkoprahových organizací do hlásného systému (prvních) žádostí o léčbu a jejich zlepšeným vykazováním.

Zároveň jsme svědky stále se zvyšujícího věku těch prvožadatelů o léčbu, kteří o ni žádají v souvislosti s pervitinem a heroinem; tento trend byl jasně patrný již v předchozích letech a stále se zvýrazňuje (viz kapitola Žádosti o léčbu).

Výsledky školních průzkumů svědčí o stále se zvyšující celoživotní prevalenci užití drogy mezi žáky a studenty (jinými slovy: v porovnání se svými vrstevníky z předchozích let stále více českých dospívajících prodělalo experiment s drogou nebo ji užívá rekreačně – a to především konopné a/nebo taneční drogy). Své postavení snadno dostupné experimentální drogy si stále zachovávají těkavé látky (rozpouštědla); tyto vysoce nebezpečné návykové látky (14 úmrtí v r. 2002) jsou nicméně častěji než „experimentálně“ užívány téměř výhradně v sociálně marginalizovaných skupinách; kontakt uživatelů těkavých látek s léčebnými institucemi je jen výjimečný a představuje výzvu do budoucna.

Výzvu do budoucna z hlediska veřejného zdraví představuje i nutnost vývoje efektivní preventivní strategie, zacílené do populace, která s drogou již má (experimentální či rekreační) zkušenost, s cílem nejen od užívání drog odrazovat, ale v první fázi především zabránit přechodu k problémovému užívání (EMCDDA et al. 2002).

[13] Podle definice EMCDDA „Dlouhodobé a/nebo injekční užívání opiátových, amfetaminových nebo kokainových drog“ (Hartnoll and Stimson, 1997).
[14] Stejně tak došlo v r. 2002 k poklesu výskytu nefatálních intoxikací.

## 2.2 Užívání drog v populaci

Celopopulační i školské průzkumy realizované v r. 2002 potvrdily rostoucí trend co do celoživotní zkušenosti české populace s užíváním drog.

V r. 2002 došlo opětovně k nárůstu zejména u experimentálního a rekreačního užívání konopných látek; roste také užívání tanečních drog, především extáze. Vzestup užívání drog je nejvíce patrný u mládeže a mladých dospělých.

V r. 2002 byly v ČR provedeny tři celopopulační průzkumy zaměřené na problematiku užívání drog a jedna mezinárodní studie sledující užívání drog u školní populace. Výsledky jednotlivých realizovaných průzkumů se vzhledem k jejich rozdílné metodice liší - je tedy obtížné je navzájem porovnávat a hodnotit vývojové trendy.

### 2.2.1 Užívání drog v obecné populaci

CVVM se na problematiku užívání drog zaměřuje v průzkumu každý rok již od počátku 90. let. Časová řada výsledků tedy umožňuje sledovat vývoj v celoživotní prevalenci užívání drog v posledních deseti letech (tabulka 2-1). Na první pohled je patrné, že celoživotní prevalence vzrostla mezi r. 1993 a 2002 více než trojnásobně (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002).

tabulka 2-1: Vývoj celoživotní prevalence užívání nelegálních drog, v % respondentů (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002)

| Rok/užití drogy | Ano | Ne |
|---|---|---|
| **1993** | 5 | 95 |
| **1994** | 7 | 93 |
| **1996** | 10 | 89 |
| **1997** | 11 | 89 |
| **1998** | 9 | 90 |
| **1999** | 10 | 89 |
| **2000** | 9 | 90 |
| **2001** | 14 | 85 |
| **2002** | 16 | 83 |

Mezinárodní studie „Gender and Alcohol Comparative International Study“ (GENACIS) realizovaná v ČR Psychiatrickým centrem Praha (PCP) se podrobněji zaměřila na rozdíly mezi pohlavími v prevalenci užívání vybraných návykových látek u populace ve věkové skupině 18 – 64 let. Z celkového počtu 2 526 dotázaných osob uvedlo zkušenost s konopnou látkou 21,1 %, přičemž její užití v posledním roce přiznalo 10,9 % respondentů (tabulka 2-2) (Psychiatrické centrum Praha, 2003a).

tabulka 2-2: Celoživotní prevalence a prevalence užití v posledním roce podle pohlaví a typu drogy, v % respondentů (Psychiatrické centrum Praha, 2003a)

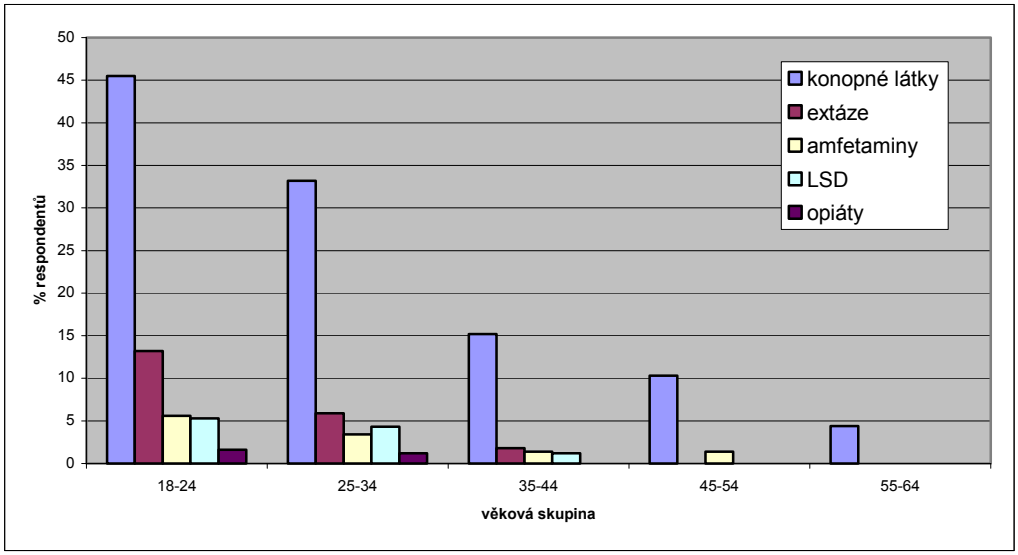
| Droga | Celoživotní prevalence | | | Prevalence v posledním roce | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Celkem | Muži | Ženy | Celkem | Muži | Ženy |
| **Konopné látky** | **21,1** | 26,3 | 16,1 | **10,9** | 14,4 | 7,5 |
| **Opiáty** | **0,7** | 1,2 | -* | **0,0*** | -* | -* |
| **Amfetaminy** | **2,3** | 3,5 | 1,1 | **1,1** | 1,8 | 0,5 |
| **Extáze** | **4,0** | 5,5 | 2,5 | **2,5** | 3,1 | 1,9 |
| **LSD** | **2,2** | 3,6 | 0,8 | **1,0** | 1,9 | -* |

*Pozn: * Hodnoty nižší než 0,5 % se u populačních dotazníkových šetření považují za nulové.*

Druhou nejčastěji užívanou drogou po konopných látkách je extáze, následují amfetaminy, LSD a na posledním místě ze zjišťovaných drog jsou opiáty. V průzkumu se ukázaly významné rozdíly v užívání drog mezi pohlavími – celoživotní prevalence i prevalence užívání drog v posledním roce je u všech sledovaných drog vyšší u mužské populace.

Zkušenosti s drogami jsou výrazněji rozšířeny mezi mladšími věkovými skupinami a s věkem klesají. Ve věkové skupině 18 – 24 let má zkušenosti s konopnými látkami téměř polovina této populace, extázi vyzkoušelo 13,2 %, amfetaminy 5,6 %, LSD 5,3 % a opiáty 1,6 % dotázaných (obrázek 2-1). Populace ve věku nad 55 let neuvádí téměř žádné zkušenosti s užíváním drog.

obrázek 2-1: Celoživotní prevalence užívání vybraných drog v jednotlivých věkových skupinách, v % (Psychiatrické centrum Praha, 2003a)




V r. 2002 bylo Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) realizováno Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace, kde bylo sledováno i užívání drog. Vzhledem k rozdílné metodice použité při tomto průzkumu je obtížné jeho výsledky porovnávat s výše zmíněnými průzkumy. Zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou uvedlo z 2 476 respondentů ve věku 15 – 64 let 7,3 % (8,8 % mužů resp. 5,9 % žen), užití v posledním roce 3,4 % (4,5 % resp. 2,4 %) a užití v posledním měsíci 1,7 % dotázaných (2,5 % resp. 0,9 %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003c). Oproti předchozímu průzkumu realizovanému v r. 1999 byl zaznamenán nárůst u užívání drog u mužů (z 7,1 % na 8,8 %) i u žen (z 4,1 % na 5,9 %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2001). Celoživotní prevalence užití drogy vyplývající z tohoto šetření ÚZIS je 2krát až vícekrát nižší, než prevalence získaná z jiných obdobných studií na české populaci v poslední době. Jedním z možných vysvětlení je způsob sběru dat metodou strukturovaného rozhovoru „tváří v tvář“ přímo s respondentem.

Data získaná v populačních průzkumech v r. 2002 neumožňují regionální srovnání rozsahu užívání drog.

### 2.2.2 Užívání drog ve školní populaci

V r. 2002 byla v ČR realizována studie zaměřená na užívání drog u školní mládeže. Průzkum byl součástí mezinárodního projektu „Health and Health Behaviour in School-Aged Children“ (HBSC) věnovaném zdraví a životnímu stylu dětí ve věku 11, 13 a 15 let. Projekt byl garantován Světovou zdravotnickou organizací (WHO), v ČR na něm spolupracovalo PCP.

Otázka na užívání drog byla do projektu zahrnuta pouze u 15 a 16letých žáků posledního ročníku základních škol (průměrný věk 15,4 let). Z celkového počtu 1 660 žáků přiznalo zkušenost s jakoukoliv ilegální drogou 31,0 % (Psychiatrické centrum Praha, 2003b). Nejvíce respondentů má zkušenost s kouřením marihuany, následují rozpouštědla, hypnotika a sedativa a extáze (tabulka 2-3). Prevalence užívání v posledním měsíci nebyla zjišťována.

tabulka 2-3: Celoživotní a roční prevalence užívání vybraných drog u mládeže podle pohlaví, v % (Psychiatrické centrum Praha, 2003b), (Psychiatrické centrum Praha, 1999)

| **Droga** | **Celoživotní prevalence HBSC** | | | **Prevalence v posledním roce HBSC** | | | **Celoživotní prevalence ESPAD** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Celkem** | Chlapci | Dívky | **Celkem** | Chlapci | Dívky | **Celkem** | Chlapci | Dívky |
| **Jakákoliv neleg. droga** | **31,0** | 35,3 | 27,0 | **27,4** | 31,4 | 23,6 | **34,9** | 40,2 | 30,0 |
| **Konopné látky** | **30,5** | 34,6 | 26,7 | **26,9** | 30,9 | 23,2 | **34,6** | 40,1 | 29,8 |
| **Rozpouštědla** | **7,3** | 8,2 | 6,4 | **3,9** | 4,9 | 3,0 | **7,2** | 8,1 | 6,5 |
| **Hypnotika a sedativa** | **7,0** | 5,9 | 7,9 | **4,4** | 3,4 | 5,4 | **17,7** | 13,6 | 21,4 |
| **Extáze** | **4,5** | 5,0 | 4,2 | **3,2** | 3,0 | 3,3 | **3,4** | - | - |
| **LSD** | **3,0** | 3,7 | 2,5 | **2,1** | 2,2 | 2,0 | **5,4** | 6,5 | 4,5 |
| **Amfetaminy** | **2,0** | 1,8 | 2,1 | **1,3** | 0,9 | 1,7 | **5,3** | 4,6 | 5,9 |
| **Opiáty** | **1,2** | 1,7 | 0,7 | **1,0** | 1,3 | 0,7 | **4,3** | 3,9 | 4,6 |

Při porovnání výsledků studie HBSC s Evropskou školní studií o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) realizovanou naposledy v r. 1999 (Psychiatrické centrum Praha, 1999) se ukázalo, že užívání marihuany žáky 9. tříd základních škol se v r. 2002 dostalo na úroveň jejího užívání v 1. ročnících středních škol v r. 1999. Užívání extáze je dokonce frekventovanější. Na druhou stranu, užívání pervitinu a heroinu je stále výrazně nižší.

Stejně jako u obecné populace můžeme i u školní mládeže pozorovat, že více zkušeností s užíváním drog mají nebo udávají chlapci; výjimkou je celoživotní prevalence u léků, která je tradičně vyšší u dívek; dívky poněkud překvapivě vykazují i vyšší celoživotní prevalenci u amfetaminů.

V r. 2003 probíhá v ČR další vlna mezinárodního projektu ESPAD zaměřeného na užívání alkoholu a drog mezi mládeží. Na základě těchto dat bude možné hodnotit další vývoj a nové trendy v užívání drog u středoškolských studentů včetně meziregionálních srovnání.

### 2.2.3 Rekreační a experimentální užívání drog

V posledních letech dochází v ČR k výraznému nárůstu experimentálního a rekreačního užívání drog. Tento trend je patrný především u konopných látek a tzv. tanečních drog. Experimentální a rekreační užívání je nejvíce rozšířené mezi mládeží a mladými lidmi – průměrný věk návštěvníků tanečních akcí je podle realizovaných průzkumů přibližně 20 let. Z hlediska typu drogy je nejoblíbenější marihuana – alespoň jednou v životě ji dle průzkumu z r. 2000 užilo 82,6 % návštěvníků těchto akcí, dále extáze 53,6 %, LSD 49,0 %, pervitin 33,4 %, kokain 18,7 % (Kubů et al. 2000).

Z průzkumu mezi návštěvníky, kteří si nechali na tanečních akcích v r. 2002 testovat tablety extáze (celkem 531 osob), se ukázalo, že 67 % z nich je zároveň pravidelnými uživateli konopných látek (třikrát a vícekrát za měsíc) a 14 % pravidelně užívá pervitin (Valnoha and Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003).

### 2.2.4 Užívání drog ve vybraných subpopulacích

Celopopulační a školské studie nedokáží postihnout situaci v užívání drog mezi jednotlivými subpopulacemi, např. národnostními nebo etnickými minoritami, vězeňskou populací, sexuálními pracovníky atd.; tam lze co do užívání legálních i nelegálních drog očekávat ve srovnání s obecnou populací méně příznivou situaci.

V r. 2002 byl realizován Program podpory terénních sociálních pracovníků v 81 romských komunitách, který byl zaměřen také na hodnocení drogové problematiky. Průzkum ukázal, že drogy jsou rozšířené v 60 komunitách (74,1 %), ve 45 z nich (56 %) je situace hodnocena jako závažná nebo velmi závažná. Nejrozšířenějšími drogami v romských komunitách jsou marihuana, toluen, pervitin a heroin (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2003). Blíže se situací v romských komunitách zabývá kapitola Sociální problémy spojené s užíváním drog.

## 2.3 Problémové užívání drog

Počet problémových uživatelů drog, z nichž převážnou část tvoří uživatelé pervitinu a heroinu, dosahuje v ČR odhadem 35 - 37 tis. osob, z toho injekčních uživatelů je 30 - 32 tis. osob. Počet problémových uživatelů pervitinu se odhaduje na 22 tis. osob, heroinu na 13 - 15 tis. osob. Odhadovaný počet problémových uživatelů v ČR je v posledních 4 letech stabilní.

Problémové užívání je dle definice EMCDDA definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo amfetaminů a/nebo kokainu.

Co se týče drog amfetaminového typu, je jejich užívání v ČR omezeno prakticky na pervitin. Od konce 90. let je evidováno užívání amfetaminu zejména na severní Moravě v příhraničí s Polskem, v poslední době pod názvem „krajóvka“ (Miovský et al. 2001; Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2003). Užívání opiátů podomácku vyráběných či konzumovaných přímo z makovic je v ČR spíše sezónní výjimkou. Injekční užívání „braunu“[15] na rozdíl od 70. a 80. let minulého století od 90. let prakticky vymizelo. Anekdoticky se objevují zprávy o injekční aplikaci rozdrcených a vodou ředěných tablet Alnagonu®[16] či jiných medicinálních produktů obsahujících opiáty. Aktuální otázkou je ilegální užívání (včetně injekčního) tablet substitučního přípravku Subutex® obsahujícího buprenorfin, blíže viz kapitola Substituce a udržovací programy. Pokud jsou tyto „netradiční“ substance ze skupiny opiátů a amfetaminů (ilegálně) užívány, pak především jako droga překlenující období nedostatku drogy základní, tedy heroinu, resp. pervitinu.

Rozsah užívání kokainu je stále velmi omezený, v poslední době existují informace o jeho užívání na taneční scéně, dostupná data však stále potvrzují velmi nízký výskyt (Valnoha, 2001; Valnoha and Mravčík, 2003).

V podmínkách ČR lze tedy problémové užívání operačně definovat jako injekční užívání a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání heroinu a pervitinu.

Ačkoliv definice problémového užívání nezahrnuje těkavé látky, zdravotní a sociální dopady jejich užívání jsou obdobné jako u skupiny látek v rámci konceptu problémového užívání. Vzhledem k tomu, že se jedná o zcela jinou sociální skupinu osob, než jsou uživatelé pervitinu či heroinu, vzhledem k faktu, že podíl uživatelů těkavých látek v léčbě je velmi nízký (Polanecký et al. 2003) - viz kapitola Žádosti o léčbu - a také vzhledem k legálnímu statutu těkavých látek je obtížné celkový rozsah jejich užívání v ČR odhadnout.

Dosavadní odhady počtu problémových uživatelů drog v ČR byly provedeny multiplikační metodou[17] s použitím léčebných zdrojů. Jako pomocná metoda pro určení multiplikátorů byla použita metoda zpětného záchytu (Capture – Recapture Method, CRM). Jejich přehled podává tabulka 2-4.

tabulka 2-4: Přehled hodnot multiplikátorů a odhadovaný počet všech problémových uživatelů, uživatelů heroinu, pervitinu a injekčních uživatelů v letech 1999 - 2002

| Rok | Hodnota multiplikátoru (%) | Počet problémových uživatelů celkem (tis.) | Počet uživatelů heroinu (tis.) | Počet uživatelů pervitinu (tis.) | Počet injekčních uživatelů (tis.) | Zdroj |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1999, 2000** | 15 -20*<br>20 -37** | 37,5 (30 -45) | 15 (12 -18 ) | 22,5 (18 -27) | 30 (24 -36) | (Mravčík and Zábranský, 2001b) |
| **2001** | 15 -20*<br>20 -37** | 23 – 56,6 | n.a. | n.a. | 24,6 - 40 | (Polanecký et al. 2002) |
| **2002** | 60*** | 35,1 | 13,3 | 21,8 | 31,8 | (NMS, 2003) |

*Pozn: * Capture – recapture na lokální úrovni - PAD, ** nominační technika, kvalitativní analýza - PAD, *** In-treatment rate pro kontaktní centra.*

V projektu PAD byl jako počet léčených použit upravený odhad prevalence léčených dle registru žádostí o léčbu z výroční zprávy Hygienické stanice hl. m. Prahy (HS HMP) za r. 2000 (Mravčík and Zábranský, 2001b). Jako multiplikátory byly použity hodnoty in-treatment rate[18] získané CRM na lokální úrovni a z kvalitativní studie PAD

[15] Směs podomácku vyráběných opiátů, převážně kodeinu, získávaná z léčivých přípravků obsahujících kodein.
[16] Tablety obsahující mimo jiné kodein.
[17] Metoda založená na kombinaci známého počtu definovaných uživatelů (např. léčení , policií stíhaní nebo zemřelí) a jejich podílu (in-treatment rate) na celé populaci problémových uživatelů drog (tzv. multiplikátor) vedoucí k odhadu i jejich skryté části.
[18] Viz poznámka výše.

(Miovský et al. 2001). V r. 2001 byl výpočet stejnou metodikou a za použití stejných multiplikátorů zopakován HS HMP. Za r. 2002 byl proveden odhad za použití podílu problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými centry (60 %), získaný nominační metodou ze studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ (blíže viz kapitola Infekce spojené s užíváním drog), jako základ pro výpočet byl použit odhad počtu problémových uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými centry ze závěrečných zpráv projektů dotovaných RVKPP (extrapolací z dostupných závěrečných zpráv je odhadováno 8 tis. uživatelů heroinu, 13,1 tis. uživatelů peritinu, 19 tis. injekčních uživatelů v kontaktu v ČR v r. 2002), blíže viz kapitola Snižování rizik spojených s užíváním drog.

Odhady provedené multiplikačními metodami v letech 1999 – 2002 jsou navzájem konzistentní i za použití různých zdrojových dat a naznačují stabilitu počtu problémových uživatelů v ČR v posledních letech.

Stejnou metodikou a ze stejných zdrojů, jako pro celonárodní odhad za r. 2002, byl proveden i odhad počtu problémových uživatelů drog podle krajů ČR. Jako základ byly použity regionálně specifické podíly problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními a počty těchto uživatelů v kontaktu, viz tabulka 2-5.

tabulka 2-5: Prevalence problémových uživatelů drog v r. 2002 podle krajů ČR

| **Kraj** | **Počet problémových uživatelů drog** | **na 1000 obyv. 15 – 64 let** |
|---|---|---|
| **Hl. m. Praha** | 10 950 | 13,3 |
| **Středočeský** | 3 350 | 4,2 |
| **Jihočeský** | 1 550 | 3,6 |
| **Plzeňský** | 1 850 | 4,8 |
| **Karlovarský** | 1 150 | 5,3 |
| **Ústecký** | 4 200 | 7,2 |
| **Liberecký** | 550 | 1,8 |
| **Královéhradecký** | 1 050 | 2,8 |
| **Pardubický** | 600 | 1,7 |
| **Vysočina** | 700 | 1,9 |
| **Jihomoravský** | 3 350 | 4,3 |
| **Olomoucký** | 1 450 | 3,2 |
| **Zlínský** | 1 550 | 3,7 |
| **Moravskoslezský** | 2 800 | 3,1 |
| **Celkem** | **35 100** | **4,9** |

mapa 2-1: Prevalence problémových uživatelů drog v r. 2002 podle krajů ČR (na 1000 obyv. ve věku 15 – 64 let)

Přes přetrvávající dominanci pervitinu bylo možno od r. 1998 vystopovat nárůst užívání heroinu na úkor užívání pervitinu spojený s šířením užívání heroinu prakticky do všech regionů ČR (Zábranský et al. 2002). V r. 2002 došlo ke změně trendu v počtu léčených uživatelů heroinu a pervitinu – u heroinu byl zaznamenán pokles, u pervitinu nárůst prvožadatelů o léčbu, blíže viz kapitoly Žádosti o léčbu, Trendy podle drog.

Podíl injekčních uživatelů na všech prvožadatelích o léčbu v registru hygienické služby (HS) je v případě heroinu dlouhodobě necelých 90 % a v případě pervitinu kolem 80 % s mírnými výkyvy v jednotlivých letech (Polanecký et al. 2000; Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2001; Polanecký et al. 2002). Tyto údaje potvrzují čerstvá data z prevalenční studie VHC, kdy bylo nominační technikou zjištěno, že cca 89 % problémových uživatelů si aplikuje drogu injekčně. Jako příznivý lze hodnotit v r. 2002 rozdíl v podílu injekčních uživatelů na všech uživatelích heroinu i pervitinu mezi prvožadateli a všemi žadateli o léčbu oproti r. 2001 (92 % vs. 89 % u heroinu, 86 % vs. 83 % u pervitinu).

Další údaje – sdílení jehel, sexuální rizikové chování, užívání ve vězeňském systému – viz kapitola Infekce spojené s užíváním drog.

# 3 Zdravotní důsledky užívání drog

## 3.1 Žádosti o léčbu

V rámci Phare TP byla v r. 2001 zřízena pracovní skupina „Žádosti o léčbu“, na jejíž činnosti se podíleli zástupci HS HMP a zástupci Sekce Harm Reduction A.N.O. (dále jen HR A.N.O.); hlavní výstupy její činnosti lze shrnout do tří bodů:

- v registru žádostí o léčbu HS byla zavedena evidence „všech žádostí o léčbu“, vyžadovaná EMCDDA jako součást harmonizovaných indikátorů drogové epidemiologie[19],
- byla rozvinuta spolupráce mezi zástupci HS a HR A.N.O.,
- byl zahájen vývoj rozhraní mezi Systémem sjednoceného sběru dat v nízkoprahových zařízeních[20] a registrem HS; to umožní jednak jednotné vykazování prvních a všech žádostí o léčbu ze strany

[19]Termín „všechny žádosti o léčbu“ podle HS zahrnuje každého klienta léčebných/kontaktních center jen jednou ve sledovaném roce; podle EMCDDA se jedná o každou léčebnou epizodu v průběhu roku, pokud mezi nimi uplyne minimálně 6 měsíců.

[20] Sekce HR A.N.O. pracuje již pátým rokem na projektu Systém sjednoceného sběru dat v nízkoprahových zařízeních, který kromě jednotné metody sběru dat užívá kódování anonymních klientů; v rámci systému se vytváří počítačová databáze „FreeBase“ k dokumentaci a vyhodnocování údajů o klientech a jim poskytnutých službách. Sekce HR A.N.O. a NMS plánují zavedení Systému sjednoceného sběru dat do všech nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2004.

nízkoprahových zařízení směrem k registru HS a dále předávání dat mezi těmito institucemi v elektronické podobě.

### 3.1.1 Registr žádostí o léčbu hygienické služby

V ČR je funkční celostátní systém hlášení prvních žádostí o léčbu, který pracuje od r. 1995 v rámci HS. Od ledna 2002 jsou v rámci tohoto systému nově sledovány i všechny žádosti o léčbu. Do systému HS ČR v r. 2002 přispívalo celkem 293 center, jejich přehled podává tabulka 3-1. Databáze zařízení se v r. 2002 rozšířila o pracoviště, která doposud první žádosti o léčbu neevidovala a která se podílejí především na hlášení všech žádostí o léčbu – např. terapeutické komunity, doléčovací centra (Polanecký et al. 2003).

tabulka 3-1: Léčebná a kontaktní centra v registru HS v r. 2002 (Polanecký et al. 2003)

| Typ zařízení | Zařízení | | První žádosti o léčbu | | | Všechny žádosti o léčbu | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Počet | % | Počet | % | Počet klientů na 1 zařízení | Počet | % | Počet klientů na 1 zařízení |
| **Ambulantní zdravotnická** | 129 (103) | 44,0 | 790 (770) | 19,6 | 6,1 (7,5) | 1 815 | 19,6 | 14,1 |
| **Ambulantní nezdravotnická** | 32 (21) | 10,9 | 330 (245) | 7,0 | 10,3 (12,3) | 450 | 4,9 | 14,1 |
| **Lůžková** | 56 (26) | 19,1 | 748 (712) | 15,9 | 13,4 (27,4) | 1 760 | 19,1 | 31,4 |
| **Nízkoprahová centra** | 76 (72) | 25,9 | 2 851 (2248) | 60,4 | 37,5 (31,2) | 5 212 | 56,4 | 68,6 |
| **Celkem** | 293 (234) | 100,0 | 4719 (4 228) | 100,0 | 16,1 (18,0) | 9 237 | 100,0 | 31,5 |

*Pozn: V závorkách jsou pro srovnání uvedeny údaje za r. 2001.*

Nejnavštěvovanějším typem zařízení jsou stejně jako v r. 2001 nízkoprahová centra, která hlásí průměrně 69 klientů a 38 prvních žádostí o léčbu na jedno zařízení ročně.

Počty žadatelů o léčbu celkem a jejich počty hlášené ze tří léčebných modalit, které nejvíce přispívají do hlásného systému a počty center celkem a opět tří nejčetnějších modalit, srovnává tabulka 3-2.

tabulka 3-2: Srovnání počtu nových žadatelů o léčbu a počtu hlásících center (Polanecký et al. 2003)

| Rok | Počet žadatelů celkem | Počet žadatelů z nízkoprah. center | Počet žadatelů z amb. zdrav. zařízení | Počet žadatelů z lůžkových zařízení | Počet zařízení celkem | Počet nízkoprah. center | Počet amb. zdrav. zařízení | Počet lůžkových zařízení |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1995** | **2 905** | n.a. | n.a. | n.a. | **226** | n.a. | n.a. | n.a. |
| **1996** | **3 252** | n.a. | n.a. | n.a. | **252** | n.a. | n.a. | n.a. |
| **1997** | **3 132** | n.a. | n.a. | n.a. | **269** | n.a. | n.a. | n.a. |
| **1998** | **3 858** | 1 704 | 1 014 | 551 | **237** | 42 | 126 | 25 |
| **1999** | **3 891** | 1 698 | 1 030 | 780 | **259** | 56 | 138 | 30 |
| **2000** | **4 148** | 2 020 | 896 | 691 | **287** | 69 | 145 | 31 |
| **2001** | **4 233** | 2 248 | 770 | 712 | **234** | 72 | 103 | 26 |
| **2002** | **4 719** | 2 851 | 790 | 748 | **293** | 76 | 161 | 56 |

*Pozn: n.a. = údaje neznámy*

V r. 2002 byly poprvé sledovány všechny žádosti o léčbu. Celkem bylo evidováno 9 237 osob (6 302 mužů a 2 895 žen - u 40 uživatelů nebylo pohlaví uvedeno), z toho 4 719 osob (3 173 mužů a 1 524 žen) požádalo o léčbu poprvé.

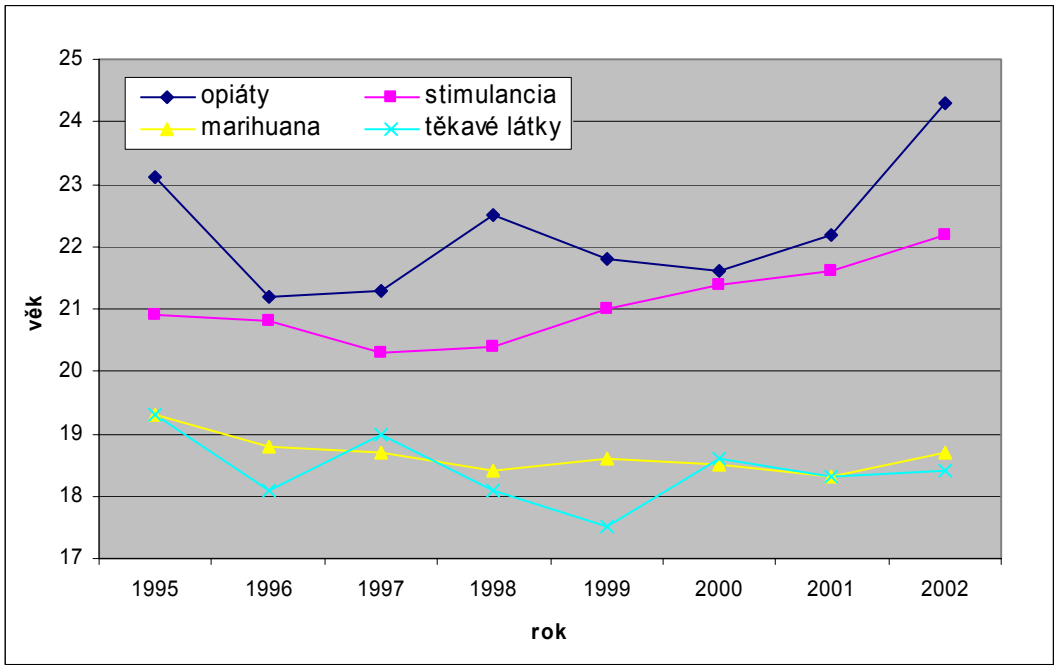
Ve srovnání s předchozím rokem klesl podíl žen mezi prvožadateli o léčbu (viz tabulka 3-4). 4 719 nově evidovaných žadatelů o léčbu (tj. 46 na 100 tis. obyvatel, ve skupině 15 - 39letých 4 460 osob, tj. 118 na 100 tis. obyvatel) je nejvyšší roční incidence od r. 1995 (Polanecký et al. 2003). Nárůst počtu prvožadatelů o léčbu je spíše než růstem skutečného počtu uživatelů drog způsoben zvyšující se kvalitou hlásného systému HS (nárůst počtu hlásících zařízení, zlepšování hlásné kázně), případně zvýšenou ochotou uživatelů ke vstupu do léčby.

Nejčetnější věkovou skupinou mezi prvožadateli zůstávají 15 - 19letí, kterých bylo v r. 2002 nově evidováno 1 892 osob, došlo ale k poklesu jejich podílu ze 41,6 % v r. 2001 na 40,1 % v r. 2002, od r. 1998 roste průměrný věk prvožadatelů o léčbu - viz tabulka 3-3, obrázek 3-1 (Polanecký et al. 2003). U všech žadatelů o léčbu jsou nejčetnější skupinou 20 - 24letí (3 427 případů). Rostoucí průměrný věk a s tím spojené ubývání uživatelů v mladších věkových skupinách je příznivým ukazatelem vývoje problémového užívání drog – s největší pravděpodobností klesá skutečná incidence problémových uživatelů drog jako taková. Výrazný je tento trend zejména u uživatelů heroinu.

tabulka 3-3: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu, ČR, 1999 -2002 (Polanecký et al. 2003)

| Skupina drog | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Heroin a ost. opiáty** | 23,1 | 21,2 | 21,3 | 22,5 | 21,8 | 21,6 | 22,2 | 24,3 |
| **Pervitin a ost. stimul.** | 20,9 | 20,8 | 20,3 | 20,4 | 21,0 | 21,4 | 21,6 | 22,2 |
| **Kanabinoidy** | 19,3 | 18,8 | 18,7 | 18,4 | 18,6 | 18,5 | 18,3 | 18,7 |
| **Halucinogeny** | 20,0 | 20,5 | 19,4 | 19,4 | 18,0 | 18,6 | 19,8 | 20,6 |
| **Těkavé látky** | 19,3 | 18,1 | 19,0 | 18,1 | 17,5 | 18,6 | 18,3 | 18,4 |
| **Sedativa, hypnotika** | 37,5 | 36,6 | 33,9 | 33,1 | 38,4 | 35,3 | 39,4 | 36,5 |
| **Jiné drogy a léky** | 31,0 | 31,4 | 32,2 | 21,7 | 24,4 | 26,0 | 33,7 | 28,2 |
| **Neznámá** | 18,7 | 21,0 | 22,2 | 22,1 | 27,0 | 22,6 | 25,1 | 27,0 |
| **Celkem** | **22,8** | **21,5** | **20,8** | **20,6** | **20,8** | **20,9** | **21,3** | **21,8** |

obrázek 3-1: Průměrný věk prvožadatelů 1995 - 2002 - vybrané drogy, ČR, 2003 (Polanecký et al. 2003)




Průměrný věk uživatelů stimulancií a opiátů, poprvé žádajících o léčbu, od r. 1997 stoupá (z 20,3 na 22,2 let resp. z 21,3 na 24,3 let). Průměrný věk uživatelů kanabinoidů a těkavých látek je v podstatě stabilní, od r. 1996 se drží mezi 18 a 19 lety. Vymykají se uživatelé sedativ a hypnotik, případně dalších drog a léků, kteří jsou v průměru o 10 let starší než ostatní uživatelé drog žádající o léčbu.

Podíl problémových uživatelů[21] (viz kapitola Problémové užívání drog) na všech žadatelích o léčbu v r. 2002 činil 80,6 % (7 441 případů), mezi prvožadateli bylo 73,6 % problémových uživatelů (3 472 případů) - viz také kapitola Problémové užívání drog.

Srovnání vybraných charakteristik všech žadatelů o léčbu a problémových uživatelů žádajících o léčbu uvádí tabulka 3-4 (Polanecký et al. 2003).

tabulka 3-4: Žádosti o léčbu v r. 2002, srovnání vybraných charakteristik žadatelů celkem a problémových uživatelů u prvních a všech žádostí o léčbu (Polanecký et al. 2003)

| **Charakteristiky** | **Všechny žádosti o léčbu** | **Žádosti o první léčbu** | **Všechny žádosti o léčbu – problémoví uživatelé** | **Žádosti o první léčbu – problémoví uživatelé** |
|---|---|---|---|---|
| **Incidence/100 tis. obyvatel** | 89,9 | 45,9 | 72,4 | 33,8 |
| **Incidence ve věk. skupině 15 – 39 let/100 tis. obyvatel** | 231,9 | 118,1 | 189,8 | 88,5 |
| **Poměr muži/ženy** | 2,1 : 1 | 2,1 : 1 | 2,1 : 1 | 1,9 : 1 |
| **Průměrný věk** | 23,4 | 21,8 | n.a. | n.a |
| **Podíl uživatelů do 19 let věku** | 28,7 | 40,1 | 19,0 | 25,1 |
| **Podíl uživatelů do 25 let věku** | 37,1 | 33,5 | 32,2 | 27,2 |
| **Podíl injekčních uživatelů do 19 let věku na všech injekčních uživatelích ( %)** | 22,2 | 32,8 | - | - |
| **Počet žadatelů – uživatelů heroinu (základní a sekundární droga), procento ze všech uživatelů** | 2 707<br>29,3 % | 947<br>20,1 % | - | - |
| **Počet žadatelů - uživatelů pervitinu (základní a sekundární droga), procento ze všech uživatelů** | 5 912<br>64 % | 2 932<br>62,1 % | - | - |

Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v letech 1995 – 2002 uvádí tabulka 3-5.

tabulka 3-5: Žádosti o první léčbu, vybrané charakteristiky, ČR, 1995 – 2000 (Polanecký et al. 2003)

| **Charakteristika** | **Žádosti o první léčbu** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **1995** | **1996** | **1997** | **1998** | **1999** | **2000** | **2001** | **2002** |
| **Incidence/100 tis. obyvatel** | 23,9 | 31,5 | 30,4 | 37,4 | 37,7 | 40,3 | 41,2 | 45,9 |
| **Incidence ve věk. skupině 15 – 39 let/100 tis. obyvatel** | 62,9 | 78,7 | 75,1 | 96,3 | 99,0 | 105,5 | 106,1 | 118,1 |
| **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 |
| **Průměrný věk** | 22,8 | 21,5 | 20,8 | 20,6 | 20,8 | 20,9 | 21,3 | 21,8 |
| **Podíl uživatelů do 19 let věku** | 47,2 | 57,4 | 54,1 | 52,4 | 49,1 | 47,5 | 43,9 | 40,1 |
| **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 | 32,8 |
| **Počet prvožadatelů - uživatelů heroinu (základní a sekundární droga), procento ze všech uživatelů** | 529<br>21,4 % | 1 050<br>32,3 % | 945<br>30,2 % | 909<br>23,6 % | 1 094<br>28,1 % | 1 229<br>29,6 % | 1 362<br>32,2 % | 947<br>20,1 % |
| **Počet prvožadatelů - uživatelů pervitinu (základní a sekundární droga), procento ze všech uživatelů** | 1 252<br>50,7 % | 1 757<br>54,0 % | 1 946<br>62,1 % | 2 642<br>68,5 % | 2 554<br>65,6 % | 2 576<br>62,1 % | 2 545<br>60,1 % | 2 932<br>62,1 % |

[21] Tj. dle kritérií HS uživatelů stimulancií (vyjma extáze) a opiátů jako primární i sekundární drogy.

U prvožadatelů jsou jako základní droga nejčastěji zastoupena stimulancia – 2 595 případů (55 % všech žadatelů o první léčbu), z toho pervitin tvoří 2 389 a extáze 193 případů (50,6 % resp. 4,1 % všech žadatelů o první léčbu). Druhou nejčastější skupinou základní drogy u prvožadatelů jsou kanabinoidy s 1 070 případy (22,7 % všech žadatelů o první léčbu), o uživatelích kanabinoidů jako žadatelích o léčbu pojednává blíže kapitola Problematika užívání konopných drog v kontextu žádostí o léčbu. Následují uživatelé opiátů se 788 případy (16,7 % všech žadatelů o první léčbu), především heroinu s 675 případy (14,3 % všech žadatelů o první léčbu) a uživatelů těkavých látek se 171 případy (3,6 % všech žadatelů o první léčbu).

Trendy absolutních počtů a podílů jednotlivých skupin základní drogy uvádí tabulka 3-6.

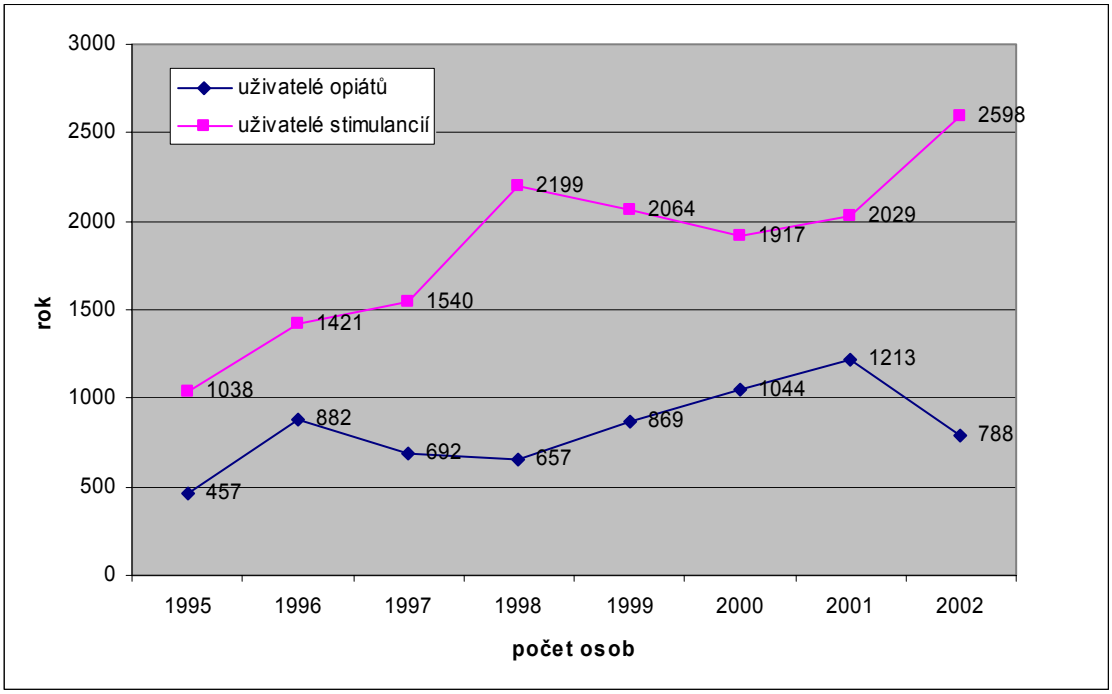
tabulka 3-6: Žádosti o první léčbu podle skupin základní drogy, ČR, 1999 – 2002 (Polanecký et al. 2003)

| **Skupina základní drogy** | **1999 abs.** | **1999 %** | **2000 abs.** | **2000 %** | **2001 abs.** | **2001 %** | **2002 abs.** | **2002 %** | **Změna 2001 - 2 v % (v souboru)** | **Změna 2001 - 2 v % (ve skupině)** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Heroin a další opiáty** | 869 | 22,3 | 1 044 | 25,2 | 1 213 | 28,7 | 788 | 16,9 | - 11,8 | - 35 |
| **Pervitin a další stimulancia** | 2 064 | 53,0 | 1 917 | 46,2 | 2 023 | 47,8 | 2 598 | 55,1 | + 7,3 | + 28,4 |
| **Kanabinoidy** | 648 | 16,7 | 912 | 22,0 | 747 | 17,6 | 1 070 | 22,7 | + 5,1 | +43,2 |
| **Halucinogeny** | 44 | 1,1 | 36 | 0,9 | 25 | 0,6 | 20 | 0,4 | - 0,2 | - 20 |
| **Těkavé látky** | 166 | 4,3 | 161 | 3,9 | 147 | 3,5 | 171 | 3,6 | + 0,1 | + 16,3 |
| **Sedativa a hypnotika** | 62 | 1,6 | 56 | 1,3 | 35 | 0,8 | 41 | 0,4 | + 0,1 | + 17,1 |
| **Jiné drogy a léky** | 19 | 0,5 | 17 | 0,4 | 28 | 0,6 | 25 | 0,5 | + 0,4 | + 13,6 |
| **Neznámo** | 19 | 0,5 | 5 | 0,1 | 15 | 0,4 | 6 | 01 | - 0,3 | - 40 |
| **Celkem** | **3 891** | **100,0** | **4 148** | **100,0** | **4 233** | **100,0** | **4 719** | **100,0** | **-** | **+11,5** |

Ve srovnání s r. 2001 klesl počet prvožadatelů s heroinem coby základní drogou (o 35 %); v r. 2002 rovněž dosáhlo procentuální zastoupení uživatelů heroinu mezi prvními žádostmi o léčbu (jako základní i sekundární drogy) nejnižší hodnoty od r. 1995. To může být způsobeno zhoršenou dostupností heroinu v prvním pololetí 2002 (blíže viz kapitola Dostupnost a nabídka drog), nárůstem užívání substitučních látek (buprenorfin) i snižujícím se počtem uživatelů heroinu. Rok 2003 ukáže, zda se jedná o přechodný či dlouhodobý jev.

Naopak stoupl počet prvožadatelů se základní drogou extáze (ze 48 osob v r. 2001 na 193 osob v r. 2002), se základní drogou kanabinoidy (o 43,2 %) a se základní drogou pervitin (o 28,4 %). K nárůstu došlo i u prvožadatelů - uživatelů těkavých látek o 16,3 % a uživatelů sedativ a hypnotik o 17,1 %. Srovnání trendu žádostí o první léčbu uživatelů heroinu a pervitinu uvádí obrázek 3-2.

obrázek 3-2: Žádosti o první léčbu – problémoví uživatelé v l. 1995 – 2002 (Polanecký et al. 2003)



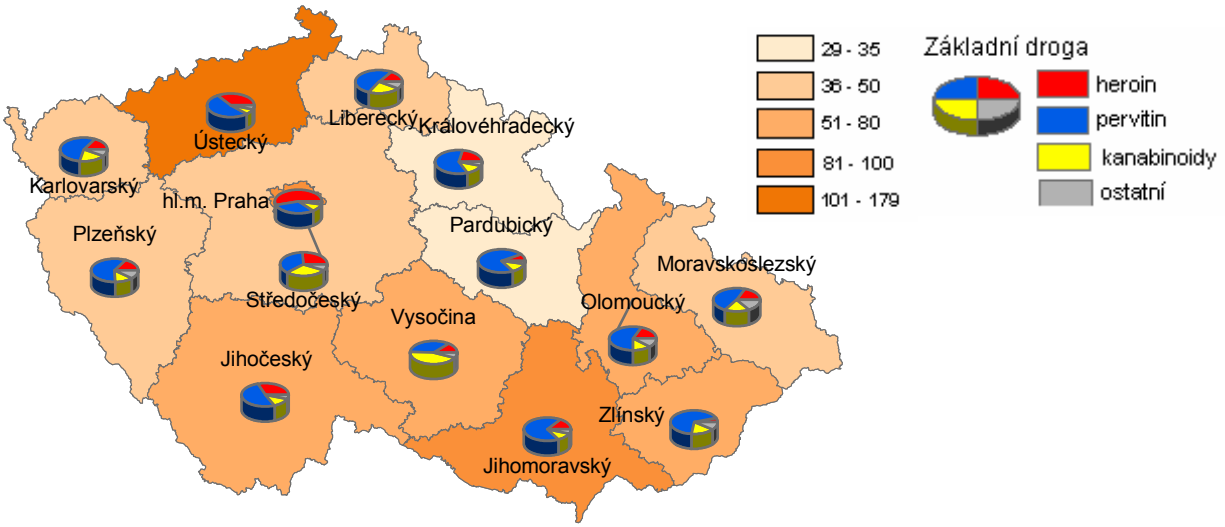

U všech žádostí o léčbu jsou jako základní droga nejčastěji zastoupena rovněž stimulancia – 4 831 případů (52,3 % všech žadatelů), z toho pervitin tvoří 4 589 případů a extáze 218 případů (49,7 % resp. 2,4 % všech žadatelů). Druhou nejčetnější skupinou základní drogy u všech žadatelů jsou opiáty – 2 353 případů (25,5 % všech uživatelů), z toho 2 060 případů se základní drogou heroin. Třetí nejpočetnější skupinou jsou kanabinoidy – 1 489 případů (16,1 % všech žadatelů).

Injekční aplikace užití drogy (včetně sekundární) byla zaznamenána u 2 760 ze 4 719 nových žadatelů o léčbu (58,5 % prvožadatelů oproti 62,3 % v r. 2001). Ve skupině všech žadatelů o léčbu byla injekční aplikace uvedena u 67,4 %, tj. 6 225 osob (Polanecký et al. 2003).

#### 3.1.1.1 Žádosti o léčbu podle krajů

Relativně nejvíce žadatelů o léčbu (v přepočtu na počet obyvatelstva) bylo hlášeno z Ústeckého kraje, z Prahy, z kraje Jihomoravského a Olomouckého - viz mapa 3-1. Nejvíce žadatelů o první léčbu (v absolutním počtu) bylo hlášeno ze stejných krajů a ve stejném pořadí.

mapa 3-1: Všechny žádosti o léčbu v r. 2002 podle krajů (na 100 tis. obyvatel) (Polanecký et al. 2003)




Existují výrazné regionální rozdíly v druzích užívaných drog - zejména ve vzájemném poměru uživatelů pervitinu a heroinu.

Stimulancia (především pervitin) jsou rozšířena na celém území ČR. Uživatelé pervitinu tvoří v jednotlivých krajích 34,3 % (Vysočina) až 80 % (Pardubický) žadatelů o první léčbu. Poměr uživatelů pervitinu mezi prvožadateli je ve srovnání s uživateli jiných drog nejvyšší ve všech krajích kromě Vysočiny a Středočeského kraje, kde jsou na prvním místě uživatelé kanabinoidů. Ve srovnání s r. 2001 stouply ve většině krajů počty prvožadatelů - uživatelů pervitinu, výjimkou je kraj Zlínský (počet zůstal stejný), kraje Karlovarský a Vysočina (dohromady pokles o 58 osob). U všech žadatelů o léčbu se uživatelé pervitinu vyskytují procentuelně nejčetněji ve všech krajích (od 34 % ve Středočeském do 77,7 % v Pardubickém kraji) kromě Prahy, kde jsou na prvním místě uživatelé opiátů.

Uživatelé opiátů tvoří v jednotlivých krajích 3,6 % (Zlínský) až 38,6 % (Praha) žadatelů o první léčbu. Ve srovnání s r. 2001 klesly ve všech krajích s výjimkou Olomouckého (nárůst o 17 osob) a Pardubického (nárůst o 6 osob) počty prvožadatelů uživatelů heroinu. Relativně vyrovnaný poměr uživatelů heroinu a pervitinu mezi prvožadateli je jen v Praze. Ve zbývajících krajích má pervitin převahu nad heroinem.

Na tyto regionální rozdíly nemá pravděpodobně vliv spektrum poskytovaných služeb, protože kromě substituční léčby závislosti na opiátech neexistují podstatné rozdíly v charakteru služeb poskytovaných u závislosti na heroinu a pervitinu. Relativně nejvíce uživatelů těkavých látek je v kraji Moravskoslezském – 9,3 % ze žadatelů o první léčbu a 9 % všech žadatelů. U užívání těkavých látek existuje důvodná obava z podhodnocení jeho rozsahu, protože většina léčebných programů včetně nízkoprahových zařízení není primárně zaměřena na uživatele těkavých látek a potřeby léčby či jiného typu pomoci těchto uživatelů tudíž nejsou uspokojeny.

### 3.1.2 Další registry

Registr hospitalizací ÚZIS eviduje počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách (PL). V r. 2002 proběhlo v 19 PL celkem 2 510 hospitalizací pro poruchy způsobené psychoaktivními látkami. Ve srovnání s loňským rokem je počet hospitalizací nižší; v r. 2001 proběhlo 3 253 hospitalizací v PL a na psychiatrických odděleních nemocnic dalších 1 524 hospitalizací (tento údaj za r. 2002 do uzávěrky nebyl k dispozici). (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2002). Více se tématem zabývá kapitola Abstinenčně orientovaná léčba.

Metadonovým substitučním programem prošlo v r. 2002 v ČR 463 osob, tj. cca 3,4 % z celkem 12 000 – 15 000 odhadovaných uživatelů heroinu, z nichž většina (téměř 90 %) užívá heroin injekčně. K 31.12.2002 se specializovaných substitučních programů účastnilo 353 pacientů, což představuje cca 2,6 % z odhadovaných uživatelů heroinu (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003b); podrobné údaje uvádí kapitola Substituce a udržovací programy.

Ze závěrečných zpráv projektů nízkoprahových zařízení dotovaných RVKPP byl extrapolací proveden odhad počtu uživatelů drog, kteří byli v r. 2002 v kontaktu s těmito zařízeními[22]. Jedná se o 22,1 tis. problémových uživatelů[23] (8 tis. uživatelů heroinu, 13,1 tis. uživatelů pervitinu, 19 tis. injekčních uživatelů) a 3,2 tis. uživatelů kanabinoidů. Průměrný věk uživatelů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy je 22,3 let; poměr mužů a žen je 2:1, více viz kapitola Snižování rizik spojených s užíváním drog.

### 3.1.3 Podíl problémových uživatelů drog v různých typech péče

tabulka 3-7: Podíl uživatelů heroinu a pervitinu v různých typech péče v r. 2002

| Základní droga | Pervitin | Heroin | Problémové drogy celkem (heroin + pervitin) | % z odhadovaného počtu všech probl. uživatelů |
|---|---|---|---|---|
| **Odhadovaný počet všech problémových uživatelů** | 22 tis. | 12 – 15 tis. | 34 – 37 tis. | - |
| **Počet uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými centry** | 13,1 tis. | 8 tis. | 21,1 tis. | 59,5 |
| **Počet uživatelů v registru všech žádostí o léčbu hygienické služby** | 4 599 | 2 353 | 7 441 | 21 |
| **Počet uživatelů v živé kartotéce AT poraden a ambulantních pracovišť psychiatrických oddělení*** | 5 438 | 8 058 | 13 496 | 38 |
| **Počet hospitalizací**** | n.a. | n.a. | 2 510 | 7,1 |
| **Terapeutické komunity (16 zařízení)** | 195 | 196 | 391 | 1,1 |
| **Počet uživatelů v substituční léčbě***** | - | 1 000 | - | 7,4 |

*Pozn: n.a. = údaje neznámy, * počet pacientů, kteří byli v roce 2002 v ambulantní péči pro poruchy vyvolané psychoaktivními látkami, ** počet hospitalizací v PL pro poruchy vyvolané psychoaktivními látkami (Dg. MKN 10 F11 – F19), počet hospitalizací pro stejné diagnózy na psychiatrických odděleních nemocnic není zatím k dispozici, *** včetně odhadu počt uživatelů, kterým je předepisován buprenorfin*

## 3.2 Drogová úmrtí

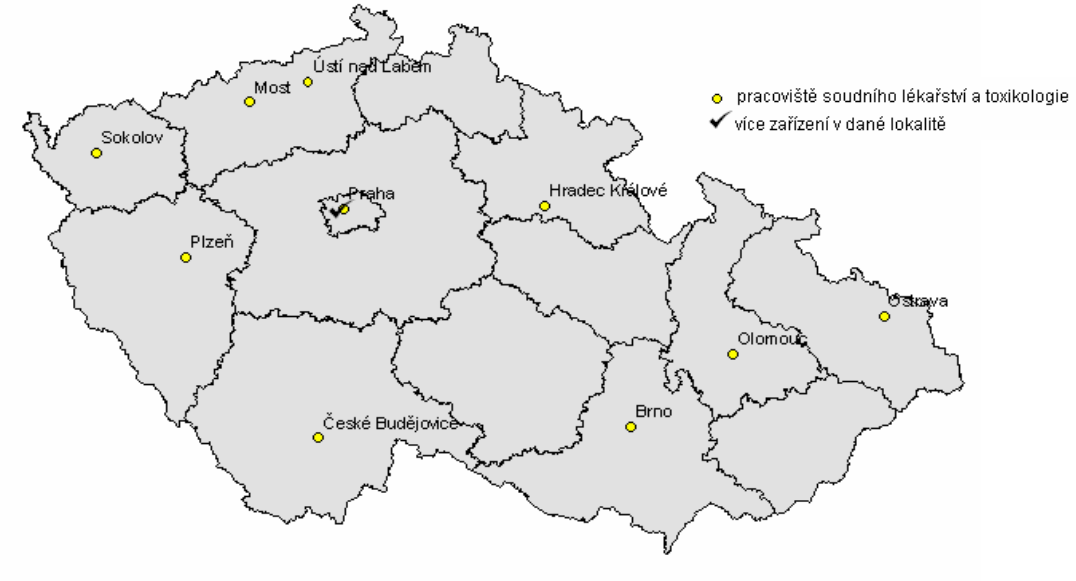
Rok 2002 byl druhým rokem fungování automatizovaného systému sběru dat o drogové mortalitě. V tomto roce zavedlo příslušný software 10 z 13[24] pracovišť soudního lékařství a toxikologie. Zbylá tři pracoviště dodala data prostřednictvím dotazníků. V ČR jsou ze zákona (vyhl. MZ č. 18/1988 Sb.) povinně prováděny pitvy všech náhlých úmrtí, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a všech násilných úmrtí; přehled soudnělékařských pracovišť - viz mapa 3-2.

K dispozici jsou data o předávkování omamnými a psychotropními látkami v konzistentní časové řadě od r. 1998 včetně[25]; v důsledku nezapojení tří pracovišť do automatizovaného systému však dosud nelze spolehlivě vykazovat 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 byli také výrazně zastoupeni v příslušné pracovní skupině Phare TP; po skončení projektu v r. 2003 skupina získala rozhodnutím RVKPP status pracovní skupiny NMS.

[22] Jedná se o kontaktní centra, výměnné programy, terénní programy/streetwork a ambulantní zařízení poskytující harm reduction služby. V ČR jich v r. 2002 fungovalo 93, k dispozici jsme měli data 80 zařízení.
[23] Část těchto uživatelů, využívajících služby nízkoprahových zařízení splňuje definici „Žádosti o léčbu“ a předpokládáme, že se objevuje v registru žádostí o léčbu HS.
[24] K zavedení software nedošlo na oddělení soudního lékařství a toxikologie v Brně, Ostravě a FN Na Bulovce v Praze.
[25] S výjimkou dat o předávkováních 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 v loňské výroční zprávě (Zábranský et al. 2002) na str. 42 - 46.

mapa 3-2: Rozmístění 13 toxikologických laboratoří oddělení soudních lékařství, účastných v systému NMS pro sledování drogové mortality (oproti stavu z r. 2001 byla administrativně sloučena dvě pracoviště ve FN Na Bulovce v Praze)




### 3.2.1.1 Předávkování OPL v roce 2002

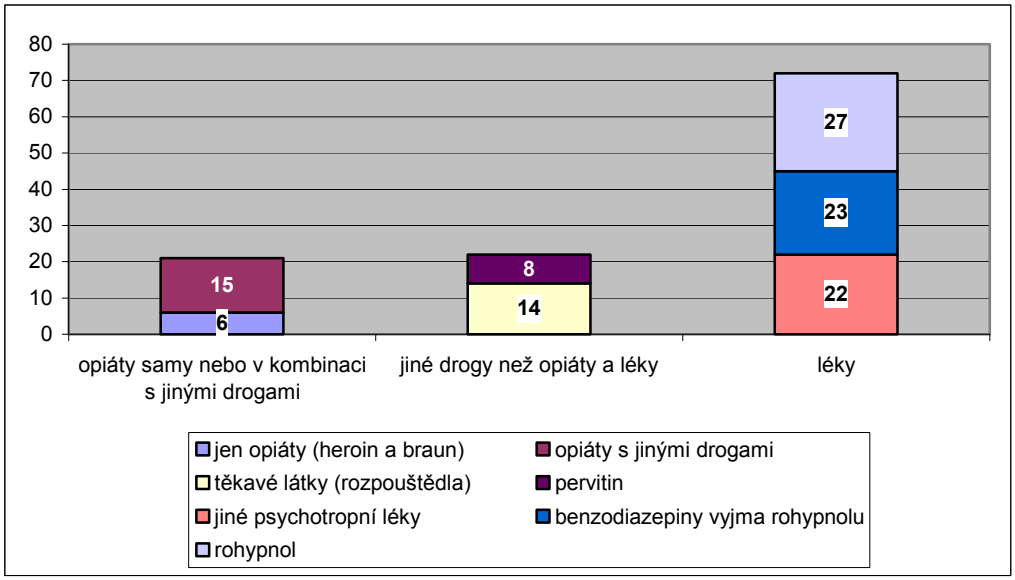
V r. 2002 pracoviště soudních lékařství a toxikologie zjistila 115 úmrtí na předávkování omamnými a psychotropními látkami. Pomineme-li psychotropní léky (viz dále), byly příčinou největšího počtu předávkování tradičně opiáty (21), následované těkavými látkami (14) a pervitinem (8). Nebylo identifikováno ani jedno úmrtí na předávkování metadonem (či buprenorfinem) – a to ani v kombinaci; rovněž nebylo prokázáno žádné smrtelné předávkování konopnými drogami, tanečními drogami či jejich falzifikáty, halucinogeny a ani v ČR málo rozšířeným kokainem či crackem.

Předávkování psychotropními léčivy představují velmi heterogenní kategorii a její přesné zhodnocení je obtížné. Zahrnuje totiž předávkování sebevražedná, náhodná předávkování lege artis předepsanými léky a také náhodná předávkování léčivy zneužívanými. Nádavkem je mezi posledními dvěma kategoriemi obtížné rozlišit mezi léky, předepsanými sice lékařem, ale přesto zneužívanými či vyvolavšími závislost.

Celkem bylo předávkování psychotropními léčivy identifikováno 72; z nich 24 ve věkové skupině do 40 let, kde lze s jistou mírou pravděpodobnosti uvažovat o spojitosti s abusivním užíváním. Z celkového počtu 72 předávkování psychotropními léky bylo zachyceno 50 předávkování benzodiazepiny vč. flunitrazepamu. Další analýza vzhledem k nedostatku anamnestických údajů není možná a zůstává výzvou pro další roky.

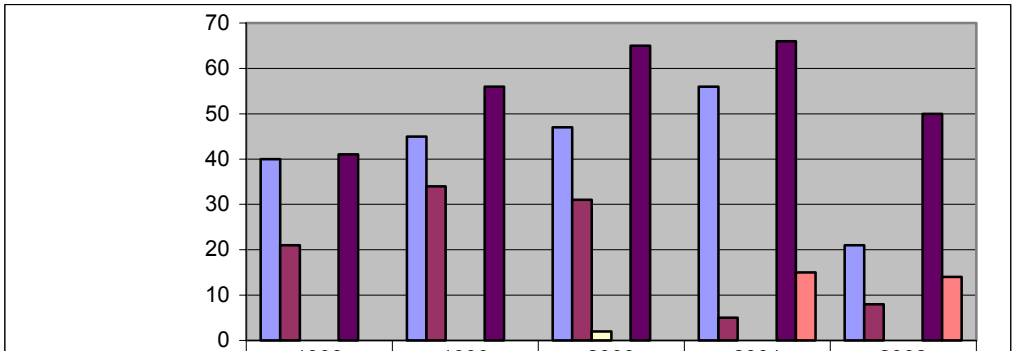
V následujícím textu budou předávkování psychotropními léky v zájmu zachování kompatibility s předchozími lety zúžena jen na předávkování benzodiazepiny včetně flunitrazepamu (Rohypnol®) – tedy bez výše uvedeného rozdělení podle věku.

obrázek 3-3: Předávkování OPL v r. 2002




### 3.2.1.2 Vývoj předávkování OPL v letech 1998 - 2002

obrázek 3-4: Předávkování vybranými OPL v letech 1998 - 2002




| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---|---|---|---|---|
| opioidy | 40 | 45 | 47 | 56 | 21 |
| amfetaminy (pervitin) | 21 | 34 | 31 | 5 | 8 |
| halucinogeny | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| konopné látky | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| benzodiazepiny | 41 | 56 | 65 | 66 | 50 |
| rozpustidla | 0 | 0 | 0 | 15 | 14 |

V r. 2002 došlo k výraznému snížení ve všech kategoriích předávkování s výjimkou pervitinu. Možné příčiny mohou zahrnovat:

- doznívání „drogové epidemie“ vzniklé po pádu železné opony; taková interpretace je kompatibilní s daty o stárnutí problémových uživatelů drog (tedy o slábnoucím přírůstku nových, nezkušených mladých uživatelů, kteří jsou zranitelnější k předávkování a dalším negativním následkům užívání drog) – viz kapitola Žádosti o léčbu,
- obraz rozkolísaného drogového trhu, zejména u opiátů související s geopolitickou situací a periodickými výpadky v zásobování opiátů – viz kapitola Dostupnost a nabídka drog,

- vliv nástupu kompetitivní „legální drogy“ – buprenorfinu[27] – na černý trh v tradičně předávkováními nejpostiženějších regionech (Severní Čechy, Praha a okolí), jež je výrazně „bezpečnější“ než ilegálně připravované opiáty (viz kapitola Substituce a udržovací programy),
- další rozvoj metadonových programů (viz kapitola Substituce a udržovací programy),
- zpřesněnou diagnostiku některých oddělení soudního lékařství a toxikologie, kdy hypoteticky mohly být v minulých letech do „předávkování“ zahrnovány i pouze suspektní případy „úmrtí za přítomnosti OPL“ a nebyla možná zpětná kontrola zdrojových dat,
- snížený počet vyšetření na OPL v některých regionech, plynoucí ze změny vyšetřovací taktiky Policie ČR, která s ohledem na nedostatek finančních prostředků tato vyšetření nenařizovala v případech, kdy bylo podle úsudku příslušného vyšetřovatele vyloučeno zavinění cizí osoby.

#### 3.2.1.3 Drogy a řízení motorových vozidel

Soudnělékařské oddělení Nemocnice České Budějovice provádí již od r. 1998 vyšetření na drogy u všech řidičů, kteří zahynuli během dopravní nehody a jejichž stav testování technicky umožňuje. Podle předběžných výsledků (Vorel, 2003) bylo v l. 1998 - 2002 takto vyšetřeno 166 řidičů z celkem 200 vyšetřených. Z nich u dvou byl zjištěn vliv ilegální drogy – v jednom případě pervitin, v jednom THC (marihuana). To představuje celkem 1,2 % z celkového počtu pitvaných. Osm řidičů (4,8 %) bylo v okamžiku smrtelné dopravní nehody pod vlivem farmaceutických psychotropních látek, 8 dalších pod vlivem jiných léků. Z celkem 194 zahynuvších řidičů, kteří byli testováni, bylo celkem 72 (37 %) pod vlivem alkoholu.

NMS připravuje analýzu obdobných dat za r. 2002 sebraných na celorepublikové úrovni.

## 3.3 Infekce spojené s užíváním drog

### 3.3.1 HIV/AIDS

V ČR bylo do 31.12.2002 evidováno celkem 601 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 22 injekčních uživatelů drog (IUD) (z nichž jsou 2 osoby ve stádiu AIDS) a u 7 dalších případů jde současně o IUD a homo-/bisexuály – existují tedy 2 pravděpodobné cesty přenosu; vývoj v počtech zachycených údajů shrnuje tabulka 3-8 (Brůčková et al. 2003).

tabulka 3-8: Incidence HIV+ v ČR do 31.12.2002 dle způsobu přenosu (Brůčková et al. 2003)

| Způsob přenosu | do 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Homo-/bisex.** | 139 | 31 | 32 | 15 | 19 | 27 | 27 | 28 | **318** |
| **IUD** | 7 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 3 | 1 | **22** |
| **Homo a IUD** | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | **7** |
| **Hemofilici** | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **17** |
| **Příjemci krve** | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **14** |
| **Heterosex.** | 56 | 16 | 25 | 9 | 23 | 21 | 13 | 17 | **180** |
| **Matka - dítě** | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | **3** |
| **Nozokomiální** | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | **2** |
| **Nezjištěno** | 15 | 2 | 2 | 1 | 5 | 4 | 6 | 3 | **38** |
| **Celkem** | **249** | **50** | **63** | **31** | **50** | **57** | **51** | **50** | **601** |

Situace ve výskytu nových případů HIV infekce jak mezi IUD, tak v celkovém výskytu HIV infekce je v ČR od poloviny 90. let minulého století stabilizovaná. Ročně jsou hlášeni 1 až 4 noví HIV pozitivní IUD.

V r. 2002 bylo v ČR provedeno celkem 819 869 laboratorních vyšetření HIV protilátek s 49 pozitivními výsledky (0,006 %). Jako vyšetření injekčních uživatelů drog bylo označeno 1 536 HIV testů z krve, žádný výsledek nebyl pozitivní (meziroční srovnání viz tabulka 3-9).

[27] Ve formě hromadně vyráběného léčebného přípravku Subutex®.

tabulka 3-9: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV 1994 – 2002 (Národní referenční laboratoř pro AIDS, 2003)

| Rok | Počet provedených testů – krev | Počet pozitivních výsledků | Počet provedených testů – sliny | Počet pozitivních výsledků |
|---|---|---|---|---|
| **1994** | 202 | 0 | - | - |
| **1995** | 136 | 1 | - | - |
| **1996** | 316 | 0 | - | - |
| **1997** | 1 447 | 0 | 895 | 0 |
| **1998** | 2 158 | 0 | 1 124 | 0 |
| **1999** | 2 320 | 0 | 1 219 | 0 |
| **2000** | 2 091 | 0 | 1 001 | 0 |
| **2001** | 2 169 | 1 | 961 | 0 |
| **2002** | 1 536 | 0 | 734 | 1[28] |
| **Celkem** | **12 375** | **2** | **5 934** | **1** |

Způsob zjištění pozitivity HIV u injekčních uživatelů drog (dále IUD) uvádí tabulka 3-10. Pouze jeden případ z 29 (tj. 3,4 %) HIV pozitivních, kteří mají v anamnéze injekční užívání drog (příp. v kombinaci s homosexuálním stykem) byl zachycen v rámci vyšetřování v souvislosti s rizikovým chováním „injekční užívání drog“. Proto NMS ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem (Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS a Národní program boje proti AIDS) zahájilo aktivity pro rozšíření testování uživatelů drog v zařízeních, která jsou pro ně určena – zejména v nízkoprahových programech, které poskytují služby harm reduction. V r. 2002 testovalo uživatele drog na protilátky HIV 47 nízkoprahových zařízení (z celkového počtu 93); bylo provedeno 325 testů ze slin, 311 testů ze žilní krve a 525 orientačních testů z kapilární krve; tj. celkem 1 158 testů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c).

tabulka 3-10: Způsob zjištění nákazy HIV u IUD (Jedlička, 2003)

| Důvod vyšetření | Celkem vyšetření | Z toho pozitivních IUD |
|---|---|---|
| **Injekční užívání drog** | 14 335 | 1 |
| **Promiskuitní chování, prostituce** | 25 363 | 4 |
| **Pobyt v nápravném zařízení** | 72 204 | 2 |
| **Sexuální kontakt s HIV+** | 219 | 2 |
| **Psychiatričtí pacienti** | 17 131 | 1 |
| **Různé klinické dg.** | 573 000 | 13 |
| **Vyšetření na vlastní žádost** | 172 483 | 3 |
| **Gravidní ženy** | 1 711 410 | 3 |
| **Celkem** | **2 586 145** | **29** |

Nové údaje o prevalenci HIV pocházejí z testování v 35 českých věznicích (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003c) - viz Monitorování infekcí v populaci vězněných uživatelů drog, a z monitorování testování v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog - viz Monitorování infekcí v nízkoprahových zařízeních.

### 3.3.2 Virové hepatitidy

Z dat o hlášených nových případech akutní virové hepatitidy typu B a C (VHB, VHC) v ČR v letech 1997 – 2002 je zřejmé, že u IUD dochází k poklesu počtu případů u akutních případů obou typů parenterální virové hepatitidy. Protože ve většině případů nelze při prvozáchytu VHC rozlišit, zda se jedná o akutní či chronickou infekci, objektivnější obraz situace poskytuje přehled všech hlášených VHC včetně chronických. Incidence VHC mezi IUD včetně chronických případů pak již vykazuje vzestupný trend, i když podíl na všech případech je v posledních letech poměrně stabilní (kolem 60 % - viz tabulka 3-11).

[28] Jednalo se o osobu, u které byla pozitivita zjištěna už v r. 1998.

tabulka 3-11: Hlášená incidence VHB a VHC a podíl IUD v ČR v letech 1997 – 2002 (Beneš and Částková, 2003; Polanecký et al. 2003)

| Typ VH | Rok | Celkem případů | Z toho IUD | Podíl IUD (v %) |
|---|---|---|---|---|
| **Akutní VHB** | 1994 | 710 | - | - |
| | 1995 | 604 | - | - |
| | 1996 | 680 | 39 | 5,7 |
| | 1997 | 564 | 46 | 8,3 |
| | 1998 | 575 | 107 | 18,6 |
| | 1999 | 636 | 150 | 23,6 |
| | 2000 | 604 | 168 | 27,8 |
| | 2001 | 457 | 134 | 29,3 |
| | 2002 | 413 | 118 | 32,4 |
| **VHC** | 1994 | 128 | - | - |
| | 1995 | 216 | - | - |
| | 1996 | 279 | 95 | 34,1 |
| | 1997 | 273 | 132 | 48,4 |
| | 1998 | 448 | 261 | 58,3 |
| | 1999 | 634 | 362 | 57,1 |
| | 2000 | 637 | 365 | 57,3 |
| | 2001 | 798 | 499 | 62,5 |
| | 2002 | 858 | 512 | 59,7 |
| **Z toho akutní VHC (Polanecký et al. 2003)** | 1997 | 220 | 116 | 52,7 |
| | 1998 | 319 | 195 | 61,1 |
| | 1999 | 329 | 211 | 64,1 |
| | 2000 | 319 | 215 | 67,4 |
| | 2001 | 276 | 167 | 60,5 |
| | 2002 | 213 | 127 | 59,6 |

Je třeba poznamenat, že vzhledem k tomu, že u značné části případů probíhá VHB i VHC bezpříznakově (50 % a více u VHB, 75 % a více u VHC), není hlášená incidence validním indikátorem pro sledování a hodnocení výskytu VHB a VHC ve skupině IUD; skutečný výskyt virových hepatitid je významně vyšší.

Daleko lépe o výskytu virových hepatitid vypovídá vyšetření populace na přítomnost protilátek proti původcům jednotlivých typů – čili provedení seroprevalenční[29] studie. V této oblasti jsou k dispozici výsledky několika studií či monitorovacích systémů různých uživatelských skupin.

Kromě studií zveřejněných ve výroční zprávě NMS za r. 2001 (Zábranský et al. 2002) jsou k dispozici průběžné výsledky ze studie NMS „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ (viz dále) a studie „Prevalence sérologických markerů infekcí virem hepatitidy B a hepatitidy C u drogově závislých osob léčených v pražském metadonovém centru Drop In, o.p.s." (Wilczek and Urbánek, 2003). Údaje z těchto studií podrobně shrnuje tabulka 3-21. Další nově získané údaje o prevalenci VH pocházejí z testování ve 35 českých věznicích (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003c), a shrnuje je podkapitola Monitorování infekcí v populaci vězněných uživatelů drog, a z monitorování testování v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog, jímž se podrobně zabývá podkapitola Monitorování infekcí v nízkoprahových zařízeních.

Při srovnání těchto studií (viz tabulka 3-21) je patrná značná rozdílnost ve výskytu protilátek daná jak lokálně, tak především rozdílnými uživatelskými charakteristikami souboru ve studiích. Výskyt protilátek proti VHB a VHC závisí zejména na délce a frekvenci injekční aplikace.

#### 3.3.2.1 Studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“

NMS zahájilo ve druhém pololetí 2002 multicentrickou studii „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“, jejímž cílem je zjištění výskytu protilátek u aktivních injekčních uživatelů drog v ČR a identifikace faktorů, které tuto prevalenci ovlivňují. Do studie se zapojilo 12 nízkoprahových zařízení (viz tabulka 3-12), plánované ukončení základní části studie je v druhém pololetí r. 2003 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2002). V základní části bylo doposud provedeno 619 interview a testů, z nichž mělo 193 osob (31,2 %) pozitivní výsledek VHC testu. Podrobněji je zpracováno 526 dotazníků. Ve zpracovaném vzorku je 177 žen (33,7 %) a 349 mužů (66,3 %), pozitivní výsledky testů byly méně časté u žen (v 26,3 %) než u mužů (v 33,5 %). Ve zpracovaném vzorku byly dále analyzovány výsledky testu podle věku, délky pravidelného intravenózního užívání, sdílení jehel, pobytu ve vězení a intravenózního užívání ve vězení (viz tabulka 3-15 až tabulka 3-16). Z dosavadních výsledků lze konstatovat, že zvyšující se délka pravidelné injekční aplikace, sdílení jehel, pobyt ve vězení a intravenózní užívání v prostředí věznic zvyšují pravděpodobnost výskytu VHC u injekčních uživatelů drog. Seroprevalenci VHC dle příslušnosti jednotlivých center ke krajům shrnuje mapa 3-3.

[29] Séroprevalence (promořenost) = výskyt protilátek proti dané infekci v krevním séru; je známkou kontaktu člověka s touto infekcí v blízké či vzdálené minulosti.

mapa 3-3: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ (seroprevalence VHC) podle kraje zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)

tabulka 3-12: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ podle zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)

| Zařízení | Očekávaný počet respondentů v základní části studie | Počet doposud otestovaných respondentů | VHC pozitivní | |
|---|---|---|---|---|
| | | | abs. | % |
| **KC Děčín** | 35 | 33 | 12 | 36,4 |
| **KC Ústí** | 90 | 91 | 50 | 54,9 |
| **KC Opava** | 40 | 28 | 2 | 7,1 |
| **KC Liberec** | 40 | 36 | 5 | 13,9 |
| **KC Č. Budějovice** | 36 | 28 | 13 | 46,4 |
| **KC Tábor** | 45 | 36 | 6 | 16,7 |
| **KC Brno** | 70 | 65 | 14 | 21,5 |
| **Drop In Praha** | 180 | 90 | 46 | 51,1 |
| **KC Plzeň** | 90 | 59 | 9 | 15,3 |
| **KC Hradec** | 65 | 64 | 10 | 15,6 |
| **KC Jihlava** | 25 | 18 | 1 | 5,6 |
| **KC SANANIM Praha** | 180 | 55 | 23 | 41,8 |
| **Celkem** | **896** | **619** | **193** | **31,2** |

tabulka 3-13: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ podle věku (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)

| Věk | Respondenti | | VHC pozitivní | |
|---|---|---|---|---|
| | abs. | % | abs. | % |
| **16 - 20 let** | 173 | 33,0 | 24 | 13,8 |
| **21 - 25 let** | 177 | 33,8 | 57 | 32,2 |
| **26 - 30 let** | 69 | 13,2 | 33 | 47,8 |
| **31 - 35 let** | 65 | 12,4 | 21 | 47,7 |
| **36 - 40 let** | 22 | 4,2 | 10 | 45,5 |
| **Více** | 17 | 3,3 | 9 | 52,9 |
| **Celkem** | **523** | **100,0** | **164** | **31,4** |

tabulka 3-14: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ podle délky pravidelného injekčního užívání (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)

| Délka injekčního užívání | Respondenti | | VHC pozitivní | |
|---|---|---|---|---|
| | abs. | % | abs. | % |
| **1 - 6 měsíců** | 70 | 13,5 | 5 | 7,1 |
| **6 - 12 měsíců** | 68 | 13,1 | 11 | 16,2 |
| **1 - 2 roky** | 82 | 15,8 | 17 | 20,7 |
| **2 - 5 let** | 167 | 32,1 | 49 | 29,3 |
| **5 - 10 let** | 86 | 16,5 | 47 | 54,7 |
| **Více** | 47 | 9,0 | 36 | 76,6 |
| **Celkem** | **520** | **100,0** | **165** | **31,7** |

tabulka 3-15: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ v souvislosti s pobytem ve vězení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)

| Vězení | Respondenti | | VHC pozitivní | |
|---|---|---|---|---|
| | abs. | % | abs. | % |
| **Ne** | 296 | 59,4 | 73 | 24,7 |
| **Ano** | 202 | 40,6 | 89 | 44,1 |
| **Z toho jen ve vazbě** | 48 | 9,6 | 18 | 37,5 |
| **Celkem** | **498** | **100,0** | **162** | **33,1** |

tabulka 3-16: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ v souvislosti s injekčním užíváním ve vězení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)

| Injekční užívání ve vězení | Respondenti | | VHC pozitivní | |
|---|---|---|---|---|
| | abs. | % | abs. | % |
| **Ano** | 81 | 40,1 | 42 | 51,9 |
| **Z toho poprvé** | 6 | 3,0 | 2 | 33,3 |
| **Ne** | 121 | 59,9 | 47 | 38,8 |
| **Celkem** | **202** | **100,0** | **89** | **44,1** |

#### 3.3.2.2 Monitorování infekcí v populaci vězněných uživatelů drog

Za r. 2002 byly získány výsledky vyšetřování uživatelů drog na vybrané infekce v českých věznicích (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003c) - viz tabulka 3-17.

tabulka 3-17: Výsledky vyšetření na infekční nemoci u uživatelů drog v českých věznicích v r. 2002 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003c)

| Infekce | Počet testů | Pozitivní výsledek | % |
|---|---|---|---|
| **HIV** | 674 | 3 | 0,4 |
| **VHA** | 1 341 | 123 | 9,2 |
| **VHB** | 1 438 | 282 | 19,6 |
| **VHC** | 1 319 | 686 | 52,0 |
| **Syfilis** | 1 392 | 138 | 9,9 |

#### 3.3.2.3 Monitorování infekcí v nízkoprahových zařízeních

Za r. 2002 byla sebrána kumulativní data o vyšetřování vybraných infekcí v nízkoprahových programech v ČR. Hlášení formou dotazníku NMS podalo celkem 34 nízkoprahových center; výsledky shrnuje tabulka 3-18.

tabulka 3-18: Výsledky testování infekčních onemocnění u injekčních uživatelů v nízkoprahových zařízeních v r. 2002 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c)

| Infekce | Počet testů | Pozitivní výsledek | % |
|---|---|---|---|
| **HIV** | 917 | 1 | 0,1[30] |
| **VHA** | 144 | 1 | 0,7 |
| **VHC** | 998 | 159 | 15,9 |
| **Syfilis** | 176 | 2 | 1,1 |

Rok 2002 je prvním rokem získávání dat o vyšetřování infekcí jak ve věznicích, tak v nízkoprahových zařízeních. Lze předpokládat, že se kvalita a spolehlivost dat i regionální pokrytí v následujících letech zvýší.

### 3.3.3 Rizikové chování

Údaje o sdílení injekčního materiálu se pohybují 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 pohybují od 49 % (Polanecký et al. 2001) do 91 % IUD. (Mravčík and Šebáková, 2002). Podle průzkumu „Rapid Assesment – Zhodnocení drogové situace v Pardubickém kraji" je pro 40 % dotázaných sdílení jehel zcela nepřijatelné; účinnou desinfekci před injekční aplikací drogy užívá 33 % dotázaných, a naopak 33 % neužívá desinfekci nikdy (Minařík and Zahradník, 2003).

Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog" v souvislosti se sdílením injekčního materiálu uvádí tabulka 3-19.

tabulka 3-19: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog" v souvislosti se sdílením jehel (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)

| Sdílení jehel | Respondenti | | VHC pozitivní | |
|---|---|---|---|---|
| | abs. | % | abs. | % |
| **Ano** | 332 | 63,2 | 120 | 36,1 |
| **Jen po partnerovi** | 75 | 14,3 | 19 | 25,3 |
| **Ne** | 106 | 20,2 | 23 | 21,7 |
| **Nevím** | 12 | 2,3 | 3 | 25,0 |
| **Celkem** | **525** | **100,0** | **165** | **31,4** |

Údaje o sexuálním chování uživatelů drog se rovněž různí. Stálého sexuálního partnera má 11 % (Miovský et al. 2001) až 40 % dotázaných (Minařík and Zahradník, 2003), sex za drogy nebo peníze přiznává 9 % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a) až 20 % respondentů (Minařík and Zahradník, 2003). Kondom nepoužívá nikdy 4 % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a) až 50 % (Minařík and Zahradník, 2003), kondom většinou používá 20 % (Minařík and Zahradník, 2003) až 39 % dotázaných (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a). Více než 5 sexuálních partnerů přiznává 78 % respondentů – viz tabulka 3-20.

tabulka 3-20: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog" v souvislosti s počtem sexuálních partnerů v životě (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)

| Počet sexuálních partnerů | Respondenti | | VHC pozitivní | |
|---|---|---|---|---|
| | % | abs. | % | |
| **0** | 4 | 0,8 | 0 | 0 |
| **1 - 5** | 112 | 21,3 | 26 | 23,2 |
| **6 - 10** | 119 | 22,6 | 36 | 30,3 |
| **Víc než 10** | 291 | 55,3 | 103 | 35,4 |
| **Celkem** | **526** | **100,0** | **165** | **31,4** |

### 3.3.4 Shrnutí – Infekční nemoci ve skupině uživatelů drog

Z dostupných výsledků o seroprevalenci a incidenci HIV a virových hepatitid (VH) v populaci uživatelů drog v ČR lze konstatovat, že situace je v posledních 3 letech stabilizovaná. Výskyt VHB v populaci klientů nízkoprahových

[30] Případ již v r. 1998 zjištěné infekce.

center je cca 10 %, v populaci dlouhodobých a intenzivních uživatelů opiátů v substituci 40 - 50 %. Výskyt VHC mezi nízkoprahovými klienty je cca 35 %, mezi klienty substituční léčby cca 60 %. Kombinace obou těchto typů VH je v populaci dlouhodobých uživatelů častá (cca 40 %). Výskyt VHB a VHC u vězněných uživatelů drog se blíží výsledkům u dlouhodobých a intenzivních uživatelů opiátů v substituci, což svědčí o ohroženosti této populace z hlediska přenosu VHB a VHC. Výskyt HIV mezi českými uživateli drog je dlouhodobě velmi nízký, viz tabulka 3-21.

tabulka 3-21: Seroprevalence infekcí ve skupině IUD – přehled dostupných dat, ČR, 1998 – 2003 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003c; Mravčík and Šebáková, 2002; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c; Wilczek and Urbánek, 2003; Řehák and Krekulová, 2002)

| Infekce | Geografická oblast | Subpopulace | Rok (období) | Počet vyšetřených | Výskyt protilátek (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| **VHB** | **Karviná** | **Klienti nízkoprahových zařízení** | 1998 – 2001 | 308 | 8,6 |
| | **ČR** | **Věznění UD** | 2002 | 1 438 | 19,6 |
| | **Praha** | **Klienti metadonové substituce** | 2000 | 60 | 46 |
| | **Praha** | **Klienti metadonové substituce Drop in** | 2000 – 2002 | 154 | 49,8 |
| **VHC** | **ČR** | **Klienti - UD nízkoprahových zařízení** | 2002 | 998* | 15,9 |
| | **Karviná** | **Klienti nízkoprahových zařízení** | 1998 – 2001 | 308 | 21,1 |
| | **ČR** | **Testovaní v rámci studie „Seroprevalence VHC u IUD“** | 2002 | 619 | 31,2 |
| | **Ústí n. Labem** | **Klienti nízkoprahového zařízení** | 1999 | 224 | 37,1 |
| | **Praha** | **Klienti metadonové substituce** | 2000 | 60 | 68 |
| | **Praha** | **Klienti metadonové substituce Drop in** | 2000 – 2002 | 154 | 59,1 |
| | **ČR** | **Věznění UD** | 2002 | 1 319 | 52,0 |
| **VHB +VHC** | **Praha** | **Klienti metadonové substituce Drop in** | 2000 – 2002 | 154 | 37,7 |
| **HIV** | **ČR** | **Testy uživatelů drog evidované NRL pro AIDS** | 2002 | 2 270 | 0,04 |
| | **ČR** | **Věznění UD** | 2002 | 674 | 0,4 |
| | **ČR** | **Klienti - UD nízkoprahových zařízení** | 2002 | 617* | 0,1 |
| **Syfilis** | **ČR** | **Věznění UD** | 2002 | 1 392 | 9,9 |
| | **ČR** | **Klienti - UD nízkoprahových zařízení** | 2002 | 176* | 2 |

*Pozn.: * počet testů, nikoliv počet testovaných osob*

## 3.4 Další poruchy spojené s užíváním drog

### 3.4.1 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích je založen na systému provozovaném HS (Polanecký et al. 2003). 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. Srovnání výskytu intoxikací v letech 2001 a 2002 podle drog viz tabulka 3-22.

tabulka 3-22: Intoxikace drogami v ČR, srovnání let 2001 a 2002 podle jednotlivých drog (Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2002)

| Droga | 2001 | | 2002 | | rozdíl 2002 – 2001 ( %) |
|---|---|---|---|---|---|
| | abs. | % | abs. | % | |
| **Heroin** | 285 | 24,1 | 176 | 17,6 | -38,2 |
| **Metadon** | 2 | 0,2 | 6 | 0,6 | 200,0 |
| **Ostatní opiáty** | 16 | 1,4 | 23 | 2,3 | 43,8 |
| **Pervitin** | 163 | 13,8 | 191 | 19,1 | 17,2 |
| **Extáze** | 15 | 1,3 | 4 | 0,4 | -73,3 |
| **Kokain** | 4 | 0,3 | 2 | 0,2 | -50,0 |
| **Amfetamin a další stimulancia** | 4 | 0,3 | 12 | 1,2 | 200,0 |
| **Marihuana a hašiš** | 63 | 5,3 | 101 | 10,1 | 60,3 |
| **Barbituráty** | 19 | 1,6 | 16 | 1,6 | -15,8 |
| **Benzodiazepiny** | 137 | 11,6 | 89 | 8,9 | -35,0 |
| **Sedativa, hypnotika** | 176 | 14,9 | 121 | 12,1 | -31,3 |
| **LSD** | 3 | 0,3 | 2 | 0,2 | -33,3 |
| **Psilocybin** | 15 | 1,3 | 7 | 0,7 | -53,3 |
| **Těkavé látky** | 75 | 17,8 | 58 | 5,8 | -22,7 |
| **Durman** | 4 | 0,3 | 0 | 0 | -100,0 |
| **Jiné drogy a léky** | 182 | 15,4 | 179 | 17,9 | +2,5 |
| **Neznámá** | 20 | 1,7 | 13 | 1,3 | -35,0 |
| **Celkem** | **1 183** | **100,0** | **1 000** | **100,0** | **-15,5** |

### 3.4.2 Psychiatrická komorbidita

Tímto tématem se zabývá speciální kapitola Komorbidita.

### 3.4.3 Další zdravotní důsledky

Studie zkoumající zdravotní stav uživatelů opiátů před zahájením substituční léčby (soubor 101 osob, 77 mužů a 24 žen, věk 20 - 47 let) prokázala ovlivnění jaterních funkcí (zvýšené hodnoty jaterních enzymů – alaninamino-transferasy 35 %, aspartátamino-transferasy 31 %, zvětšení jater 28 %, ztukovatění jater 15 % souboru), ovlivnění imunitního systému signalizující skrytou infekci (nadnormální IgM 38 % a C-reaktivní protein 25 % souboru) a deficit testosteronu u mužů (63 % souboru) (Wilczek et al. 2002).

Výskyt život ohrožujících událostí, tj. úrazů, otrav, dopravních nehod, násilí, pokusů o sebevraždu, byl sledován v souboru 158 mužů léčených na oddělení závislostí Psychiatrické léčebny Bohnice (Nešpor et al. 2003). Život ohrožující událost někdy prožilo 57,8 % pacientů (závislí na drogách v 73,2 %, na alkoholu 52,5 %, gambleři 50,0 %). Průměrný počet život ohrožujících událostí u těch, kteří ji prožili, byl 2,5. U drogově závislých se nejčastěji jednalo o předávkování (51,2 %), život ohrožující událost v dopravě (31,7 %), pokusy o sebevraždu (29,3 %). Dále to bylo násilí (14,6 %) a jiné úrazy (7,3 %). Život ohrožující události mohou léčbu návykových nemocí komplikovat, ale mohou mít pozitivní efekt spočívající v usnadnění přechodu ze stadia prekontemplace nebo kontemplace do stádia rozhodnutí se pro změnu či léčbu (Nešpor and Csémy, 2003).

Vliv užívání drog na dopravní nehodovost, resp. výskyt drog a jejich metabolitů v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod viz kapitola Drogová úmrtí .

Orální zdraví (stav chrupu a ústní dutiny) je u uživatelů drog horší než u obecné populace. Podle studie provedené na vzorku 30 českých drogově závislých ve věku 17 - 40 let (Krutina et al. 1998) je stav hygieny dutiny ústní na velmi nízké úrovni. Průměrná hodnota indexu KPE (index zohledňující kazy, plomby a extrakce zubů) byla 16,2, což je o třetinu více než u obecné populace (12,4). Stav parodontu se významně nelišil. Pouze 4,5 % uživatelů mělo zdravé dásně; 45,5 % má zubní kámen a 27,3 % má parodontální choboty. Pouze 45,5 % navštívilo stomatologa během posledních 12 měsíců, až 27,2 % si čistí zuby jen občas nebo vůbec. Obdobně nízký stupeň hygieny dutiny ústní (KPE 16,31) prokázala i studie mezi závislými na alkoholu (Pilinová et al. 2002).

Stravovacími zvyklostmi kuřáků marihuany se zabývala práce brněnských autorů (Kachlík et al. 2002). Z výsledků vyplývá, že kuřáci marihuany (soubor 32 mužů ve věku 20 – 25 let, 16 % kouří marihuanu 3 – 5krát

týdně, 84 % denně) mají nižší příjem živočišných bílkovin, vitaminů A a B1, vyšší příjem kyseliny linolové, nedostatečný příjem obilnin, zeleniny, ovoce a mléčných výrobků, nadměrný příjem sladidel, tuků a olejů oproti obecné populaci.

# 4 Sociální a právní důsledky a souvislosti

## 4.1 Sociální problémy spojené s užíváním drog

Užívání drog, a především pak dlouhodobé a problémové užívání drog, nemá vliv pouze na zdravotní stav uživatele, ale vzhledem k životnímu stylu uživatelů drog je spojeno také s problémy v sociální oblasti. K nejčastějším sociálním důsledkům či korelacím patří komplikované nebo i zcela přerušené vztahy s rodinou, s pracovním či školním prostředím, dále nižší dokončené nebo i nedokončené vzdělání a s tím související nízká kvalifikace, nezaměstnanost a špatná finanční situace, špatná bytová situace, která v některých případech vede až k bezdomovectví; často se přidávají také kriminalita a prostituce.

Kumulace uvedených sociálních problémů spolu s problémovým užíváním drog vede v určitých případech k tzv. sociální exkluzi neboli sociálnímu vyčleňování. Sociální exkluze je často podporována negativními postoji veřejnosti k dané skupině obyvatel. I uživatelé drog se v posledních letech stávají jednou z okrajových skupin společnosti (Beranová, 1998). Sociální exkluze se však nemusí bezpodmínečně týkat jen uživatelů drog – často bývá spojována s některými etniky a národnostními menšinami.

### 4.1.1 Sociální problémy uživatelů drog – žadatelů o léčbu

Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu sleduje HS. Data za r. 2002 umožňují porovnání prvních žádostí o léčbu a žádostí opakovaných. Z celkového počtu 9 237 žadatelů o léčbu bylo více než 7 % osob bez domova, dalších 5 % bydlí v zařízeních (např. diagnostickém nebo výchovném ústavu, terapeutické komunitě, věznici, azylovém domě). Mezi opakovaně žádajícími o léčbu je patrný posun směrem k problémovějšímu charakteru bydlení – je mezi nimi více osob bydlících v zařízeních a téměř 10 % bezdomovců (tabulka 4-1).

tabulka 4-1: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu, v % (Polanecký et al. 2003)

| Charakteristika | Všichni klienti | Prvně léčení | Opakovaně léčení |
|---|---|---|---|
| **Bezdomovec** | 7,4 | 5,8 | 9,1 |
| **Bydliště v zařízení** | 5,3 | 4,6 | 6,0 |
| **Nezaměstnaný, příležitostná práce** | 50,4 | 42,7 | 58,5 |
| **Nedokončené základní vzdělání** | 4,7 | 6,7 | 2,5 |
| **Základní vzdělání jako nejvyšší dosažené** | 47,2 | 48,3 | 46,0 |

Více než polovina žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním drog je nezaměstnaných, v případě opakovaných žádostí o léčbu je tento podíl ještě vyšší (téměř 59 %). S vysokou mírou nezaměstnanosti bývá spojena špatná finanční situace uživatelů drog – dlouhodobě nezaměstnaní žadatelé o léčbu často nevyužívají systém sociální pomoci (nepobírají podporu v nezaměstnanosti ani jiné sociální dávky). Nedostatek finančních zdrojů je následně spojen se sekundární kriminalitou, obchodováním s drogami nebo s prostitucí. Handicapem je také nízká úroveň vzdělání uživatelů drog – 52 % žadatelů o léčbu v r. 2002 mělo základní nebo nedokončené vzdělání.

### 4.1.2 Sociální problémy v romských komunitách

Od poloviny 90. let minulého století přicházejí izolované zprávy o narůstajícím problému s užíváním drog a drogovou závislostí v romských komunitách, především u romské mládeže. Systematický výzkum na toto téma nicméně až do r. 2002 v ČR neexistoval.

Zdá se, že vzhledem k odlišným rodinným a komunitním charakteristikám a životnímu stylu romské komunity se projevují rozdíly i v oblasti užívání drog (např. vícegenerační užívání v rodinách). Romové téměř nevyužívají služeb v oblasti harm reduction, léčby a resocializačních programů pro problémové uživatele návykových látek. Výjimku tvoří pouze programy substituční léčby, a to zejména program v Ústí nad Labem.

V r. 2002 byl v 81 romských komunitách v ČR realizován „Program podpory terénních sociálních pracovníků“. Na počátku a na konci roku byla sledována situace v komunitách z hlediska vybraných negativních sociálních jevů – nezaměstnanosti, záškoláctví, drog, 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. Míru závažnosti[31] jednotlivých jevů hodnotili romští terénní pracovníci vyškolení pro tento program; hodnocení může být do určité míry zkresleno subjektivním názorem pracovníků.

Ke konci r. 2002 se drogy vyskytovaly v 74 % ze sledovaných komunit (tabulka 4-2). Výstupy programu ukázaly, že více než 85 % komunit se zároveň potýká s nezaměstnaností, záškoláctvím a nízkou kvalitou bydlení, více než 75 % s gamblerstvím, kriminalitou a nedostatečnou hygienou a více než 60 % komunit s negramotností (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2003).

Při analýze se potvrdila úzká vzájemná korelace mezi jednotlivými sledovanými negativními jevy; např. výskyt drog statisticky významně koreluje s výskytem kriminality (korelační koeficient = 0,541), prostituce (0,526), gamblerství (0,485), záškoláctví (0,437). V komunitách, kde se drogy vyskytují, se 19krát častěji vyskytuje kriminalita, 15krát častěji záškoláctví, 10krát častěji gamblerství a 6krát častěji lichva. S rostoucí závažností jednoho problému se v komunitách zvyšuje závažnost i u dalších negativních jevů.

tabulka 4-2: Výskyt drog a závažnost jevu na počátku a konci r. 2002 (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2003)

| Kraj | Počet sledovaných komunit | Celkový počet osob | Počátek r. 2002 | | Konec r. 2002 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Výskyt drog (v % komunit) | Závažnost jevu[32] | Výskyt drog (v % komunit) | Závažnost jevu |
| **Hl. m. Praha** | 2 | 95 | 50 | 2,00 | 50 | 2,00 |
| **Středočeský** | 5 | 589 | 100 | 2,80 | 100 | 2,40 |
| **Jihočeský** | 1 | 120 | 100 | 2,00 | 100 | 1,00 |
| **Plzeňský** | 6 | 303 | 67 | 4,25 | 50 | 2,67 |
| **Karlovarský** | 1 | 15 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| **Ústecký** | 17 | 1 305 | 100 | 3,29 | 88 | 3,07 |
| **Liberecký** | 3 | 499 | 100 | 4,00 | 100 | 3,67 |
| **Královéhradecký** | 6 | 1 272 | 67 | 2,50 | 67 | 2,25 |
| **Pardubický** | 13 | 672 | 23 | 3,00 | 23 | 2,33 |
| **Jihomoravský** | 4 | 303 | 100 | 3,25 | 100 | 3,00 |
| **Zlínský** | 6 | 347 | 67 | 2,50 | 50 | 3,00 |
| **Olomoucký** | 9 | 1 136 | 78 | 2,57 | 78 | 3,00 |
| **Moravskoslezský** | 8 | 2 017 | 88 | 3,86 | 88 | 3,29 |
| **Celkem** | **81** | **8 673** | **74** | **3,17** | **69** | **2,88** |

*Pozn.: V kraji Vysočina nebyla sledována žádná romská komunita.*

Situace v oblasti užívání drog v romských komunitách byla hodnocena jako nejzávažnější v Libereckém kraji (lokalita v Novém Boru), Moravskoslezském (lokalita v Bruntále) a Ústeckém kraji (lokality v Duchcově, Terezíně, Mostě a Chomutově). Závažná situace je také v Olomouckém kraji (lokality v Olomouci, Jeseníku a Prostějově), v Jihomoravském kraji (dvě lokality v Brně) a Zlínském (tři lokality ve Vsetíně).

Rozdíly mezi jednotlivými komunitami mohou do značné míry souviset také s příslušností k různým romským etnikům. Jednotlivá romská etnika však i přes výrazně odlišný způsob života a další charakteristiky rodinného a komunitního života nebyla při monitorování situace a realizaci programu rozlišována.

Nejčastější udávanou drogou v romských komunitách je marihuana (49,4 % komunit), toluen (44,4 %), následuje pervitin (22,2 %), heroin (11,1 %) a léky (11,1 %). Extáze, kokain a hašiš se vyskytovaly jen v malém počtu komunit (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2003). Velmi častá je kombinace několika drog současně – s rostoucím počtem sledovaných drog v komunitě hodnotili terénní pracovníci situaci v oblasti drog jako závažnější. Ve srovnání s daty celopopulačních průzkumů nebo s daty o žádostech o léčbu lze odhadovat výraznější podíl toluenu na výskytu drog v romských komunitách.

Sociální problémy v romské komunitě sleduje také Rada vlády pro národnostní menšiny. Za největší problém vyskytující se u této skupiny obyvatel je považována nezaměstnanost a s ní spojené ekonomické a sociální problémy, které ústí v neposílání dětí do školy a upřednostňování práce dětí místo středního vzdělání. Sociální exkluze vycházející z kumulace sociálních problémů je u romského etnika navíc podporována negativními postoji majoritní společnosti k Romům, diskriminací a projevy rasismu a xenofobie (Rada vlády pro národnostní

[31] Míra závažnosti jevu: 1 jev se téměř nevyskytuje, 2 trochu závažný (vyskytuje se pouze nahodile), 3 závažný (vyskytuje se u méně početné skupiny), 4 více závažný (vyskytuje se u více početné skupiny), 5 velmi závažný (vyskytuje se u více než poloviny skupiny).
[32] Viz poznámka výše.

menšiny, 2002). Kumulace sociálních problémů v romských komunitách – špatná sociální situace, diskriminace a projevy rasismu následně přispívají k rozhodnutí příslušníků romské komunity k migraci do zahraničí (Zhřívalová and Kocourek, 2003).

Společnost Hvězda v současnosti realizuje dva projekty - „Romský terén“ a „Baterie“, zaměřené na monitorování rozsahu a způsobu užívání drog v romských komunitách a hodnocení dostupnosti služeb pro Romy (Svobodová, 2003).

## 4.2 Drogové trestné činy a přestupky

### 4.2.1 Drogové trestné činy dle údajů Policie ČR

V r. 2002 bylo Policií ČR zjištěno celkem 372 341 trestných činů, za které bylo stíháno celkem 123 964 pachatelů (Policejní Prezidium ČR, 2003).

Z toho bylo zjištěno celkem 4 330 drogových trestných činů (tj. tr. činů podle ustanovení § 187 až § 188a TZ), za něž bylo stíháno[33] celkem 2 204 pachatelů. Z toho se jednalo o 122 dětí (v těchto případech dochází k odložení věci pro nízký věk), 329 (15 %) mladistvých (osob ve věku od 15 do 18 let) a 633 (29 %) recidivistů.

Objasněnost drogových trestných činů (tj. počet zjištěných trestných činů, u nichž se podařilo odhalit pachatele) zůstává dlouhodobě vysoká – v r. 2002 se pohybovala v rozmezí 90,2 % (§ 187a tr. zákona) až 95,4 % (§ 188 tr. zákona); průměrná objasněnost u všech trestných činů činila 40,7 %. Uvedený rozdíl je dán především povahou drogových trestných činů – u většiny z nich je pachatel znám již při zjištění (podezření z) trestného činu.

Vzhledem ke změně ve způsobu vykazování trestných činů v policejních statistikách, která byla popsána ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2001 (Zábranský et al. 2002), jsou pro sledování trendů zjištěných trestných činů relevantní údaje vykazované Policií ČR až od r. 2000 (tabulka 4-3, obrázek 4-1). Pro srovnání počtu stíhaných osob lze použít i data z dřívějších období (tabulka 4-4, obrázek 4-2). Počet zjištěných drogových trestných činů zůstává v posledních 3 letech relativně stabilní, počet stíhaných pachatelů se každoročně zvyšuje. Ve srovnání s r. 2001 došlo k poměrně výraznému navýšení zjištěných trestných činů a stíhaných osob za trestné činy nedovolené výroby OPL a jedů podle § 187 a § 188, u trestného činu šíření toxikomanie podle § 188a byl naopak zaznamenán pokles obou ukazatelů.

tabulka 4-3: Počet zjištěných drogových trestných činů podle údajů Policejního prezidia ČR

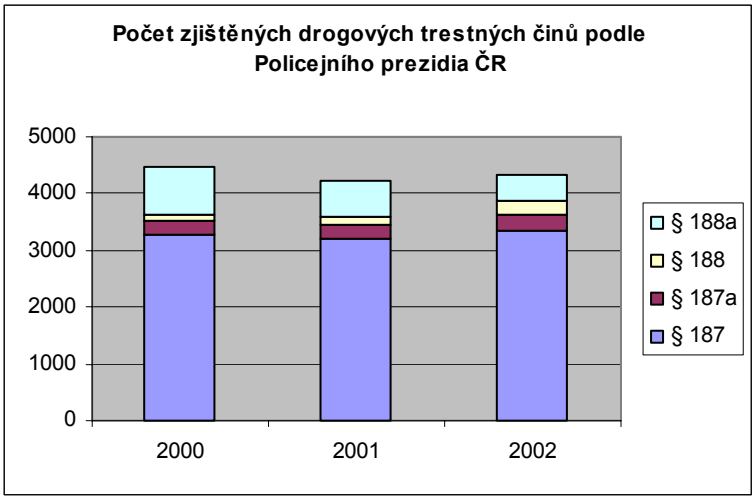
| Rok | § 187 | § 187a | § 188 | § 188a | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| **2000** | 3 292 | 212 | 122 | 832 | **4 458** |
| **2001** | 3 198 | 241 | 157 | 613 | **4 209** |
| **2002** | 3 359 | 285 | 216 | 470 | **4 330** |

tabulka 4-4: Počet stíhaných osob podle údajů Policejního prezidia ČR

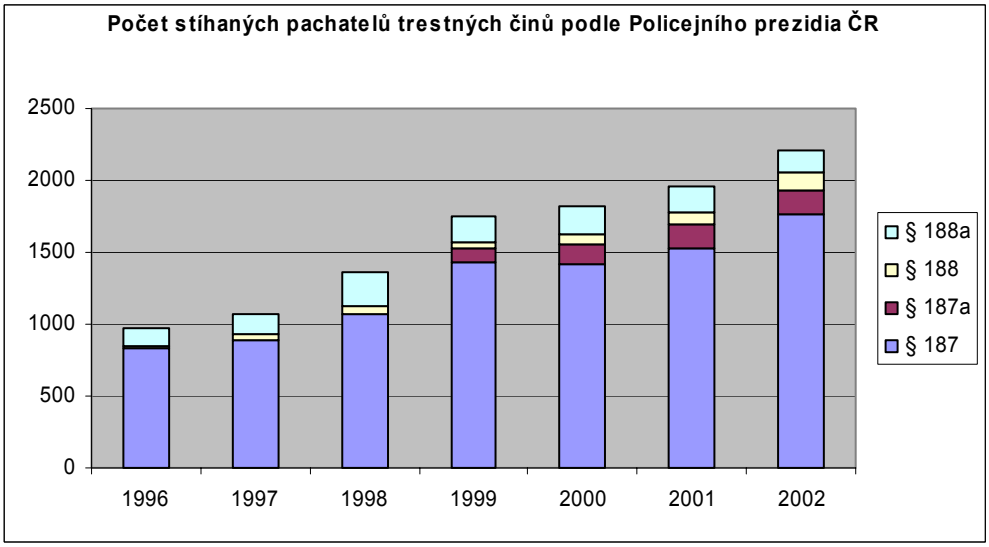
| Rok | § 187 | § 187a | § 188 | § 188a | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| **1996** | 827 | 0 | 20 | 126 | **973** |
| **1997** | 887 | 0 | 45 | 131 | **1 063** |
| **1998** | 1 075 | 0 | 49 | 231 | **1 355** |
| **1999** | 1 436 | 98 | 42 | 177 | **1 753** |
| **2000** | 1 412 | 139 | 78 | 186 | **1 815** |
| **2001** | 1 525 | 166 | 80 | 181 | **1 952** |
| **2002** | 1 757 | 178 | 120 | 149 | **2 204** |

[33] Termínu „stíhání“ se v kriminální statistice používá i v těch případech, kdy nedošlo ke sdělení obvinění (např. tr. činy spáchané dětmi) – jedná se o osoby podezřelé a vyšetřované v souvislosti s tr. činy.

obrázek 4-1: Vývoj počtu drogových trestných činů zjištěných Policií ČR




obrázek 4-2: Vývoj počtu osob stíhaných Policií ČR za drogové trestné činy




NPC poprvé poskytla rovněž údaje o stíhaných osobách, kterým bylo sděleno v r. 2002 policejními orgány obvinění pro trestné činy nedovolené výroby a držení OPL a jedů podle § 187, § 187a a § 188 (podle údajů NPC se jednalo celkem o 2 000 osob), podle druhu drogy, o kterou v daném případě šlo - viz tabulka 4-5. V případech, kdy se u pachatele zajistilo více druhů OPL, je pachatel vykázán vždy jen jednou, a to podle druhu OPL, které držel v největším množství.

tabulka 4-5: Obviněné osoby podle typu drogy v r. 2002 (NPC)

| Druh drogy | § 187, 188 | § 187a | Celkem | Podíl (v %) |
|---|---|---|---|---|
| **Marihuana a hašiš** | 665 | 83 | 748 | 37,4 |
| **Heroin** | 141 | 16 | 157 | 7,9 |
| **Kokain** | 9 | 1 | 10 | 0,5 |
| **Amfetaminy** | 707 | 74 | 781 | 39,1 |
| **Extáze** | 120 | 20 | 140 | 7,0 |
| **LSD** | 3 | 1 | 4 | 0,2 |
| **Jiné drogy** | 146 | 14 | 160 | 8,0 |
| **Celkem** | **1 791** | **209** | **2 000** | **100,0** |

#### 4.2.1.1 Podíl mladistvých na drogové trestné činnosti

Drogová trestná činnost zůstává oblastí s nejvyšším podílem mladistvých pachatelů. Zatímco z celkového počtu všech stíhaných 123 964 pachatelů objasněných trestných činů představovali mladiství 6,2 %, u drogových trestných činů činil tento podíl 14,9 %.

Podle údajů vykazovaných policií (Ministerstvo vnitra ČR, 2003b) v r. 2002 vzrostl ve srovnání s r. 2001 počet mladistvých pachatelů drogové trestné činnosti téměř o 50 % (z 221 na 329 mladistvých), zatímco počet těchto pachatelů u trestných činů obecně poklesl o 17 % (na 7 698 osob). Nejmarkantnější byl tento nárůst u trestných činů stíhaných podle ustanovení § 187 a § 187a.

#### 4.2.1.2 Regionální rozdíly

Podle očekávání byl největší počet trestných činů - včetně drogových - zaznamenán na území Hlavního města Prahy. V r. 2002 zde bylo spácháno celkem 1 762 drogových trestných činů, což představuje více než 40 % podíl na drogové trestné činnosti v ČR. Z dalších regionů byly v tomto směru nejvíce zasaženými kraje Jihomoravský, Středočeský, Moravskoslezský a Ústecký, nejméně kraj Pardubický (tabulka 4-6). Vyrovnanější jsou regionální statistiky podílu drogové trestné činnosti na všech zjištěných trestných činech. Ten se pohybuje od 0,55 % v Pardubickém kraji po 1,71 % v Praze, přičemž průměr pro celou ČR činí 1,16 % (tabulka 4-6, mapa 4-1).

tabulka 4-6: Drogové trestné činy zjištěné Policií ČR podle krajů

| Kraj | Trestné činy | Drogové tr. činy | Podíl (%) | Drogové tr. činy na 100 000 obyv. |
|---|---|---|---|---|
| **Hl. m. Praha** | 102 873 | 1 762 | 1,71 | 152 |
| **Středočeský** | 42 149 | 390 | 0,93 | 35 |
| **Jihočeský** | 16 304 | 146 | 0,90 | 23 |
| **Plzeňský** | 16 076 | 155 | 0,96 | 28 |
| **Karlovarský** | 11 154 | 116 | 1,04 | 38 |
| **Ústecký** | 31 492 | 299 | 0,95 | 36 |
| **Liberecký** | 16 422 | 158 | 0,96 | 37 |
| **Královehradecký** | 13 345 | 107 | 0,80 | 20 |
| **Pardubický** | 11 285 | 62 | 0,55 | 12 |
| **Vysočina** | 8 971 | 97 | 1,08 | 19 |
| **Jihomoravský** | 35 496 | 396 | 1,12 | 35 |
| **Olomoucký** | 16 535 | 118 | 0,71 | 19 |
| **Zlínský** | 12 507 | 163 | 1,30 | 27 |
| **Moravskoslezský** | 37 732 | 361 | 0,96 | 29 |
| **ČR** | **372 341** | **4 330** | **1,16** | **42** |

mapa 4-1: Drogové trestné činy zjištěné Policií ČR podle krajů

### 4.2.2 Drogové trestné činy podle údajů státních zastupitelství a soudů

V r. 2002 vznesla státní zastupitelství v ČR celkem 77 210 obžalob, z nichž 2 247 směřovalo proti pachatelům drogové trestné činnosti, kteří spáchali celkem 3 664 drogových trestných činů (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2003). V rámci novely trestního řádu (blíže viz kapitola Právní prostředí) došlo s účinností od 1.1.2002 k zavedení institutu tzv. zkráceného řízení, které umožňuje rychlejší postup v případě stíhání nejméně závažných forem kriminality.

Ve zkráceném řízení bylo projednáno 17 422 případů, v nichž bylo vzneseno 16 671 návrhů na potrestání. Z toho bylo projednáno 10 případů drogových trestných činů a bylo vzneseno 7 návrhů na potrestání.

Počet pravomocně odsouzených za všechny trestné činy vzrostl z 60 182 v r. 2001 na 65 098 v r. 2002 (nejvyšší stav od r. 1988). Za drogové trestné činy bylo soudy pravomocně odsouzeno celkem 1 216 pachatelů. Mezi uloženými tresty převažoval podmíněný trest odnětí svobody; nepodmíněný trest odnětí svobody byl ukládán zejména pachatelům trestných činů podle ustanovení § 187 TZ.

V r. 2002 pokračoval mírně vzestupný trend počtu obžalovaných i pravomocně odsouzených pachatelů drogových trestných činů (tabulka 4-7, tabulka 4-8, obrázek 4-3 a obrázek 4-4). Dlouhodobě dochází k nárůstu počtu obžalovaných i odsouzených za trestný čin nedovolené výroby a přechovávání OPL a jedů podle ust. § 187 TZ. Za nedovolené přechovávání OPL pro sebe (ust. § 187a tr. zákona) bylo v r. 2002 odsouzeno více a obžalováno méně osob než v r. 2001.

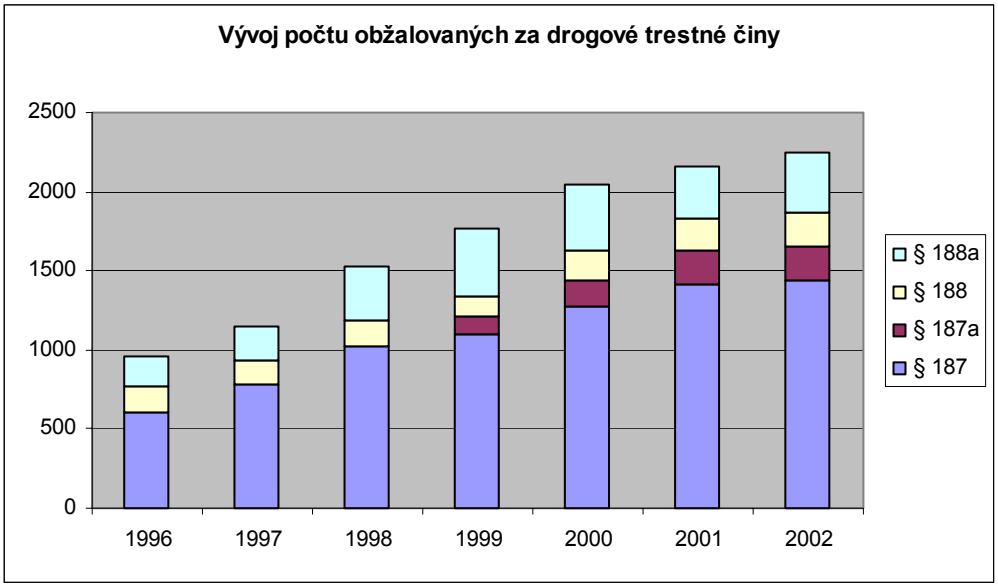
tabulka 4-7: Obžalovaní za drogové trestné činy v letech 1996 – 2002

| Rok | § 187 | § 187a | § 188 | § 188a | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| **1996** | 608 | 0 | 165 | 183 | 956 |
| **1997** | 789 | 0 | 140 | 223 | 1 152 |
| **1998** | 1 029 | 0 | 159 | 342 | 1 530 |
| **1999** | 1 102 | 115 | 119 | 429 | 1 765 |
| **2000** | 1 276 | 158 | 190 | 419 | 2 043 |
| **2001** | 1 418 | 215 | 195 | 332 | 2 160 |
| **2002** | 1 444 | 206 | 223 | 374 | 2 247 |

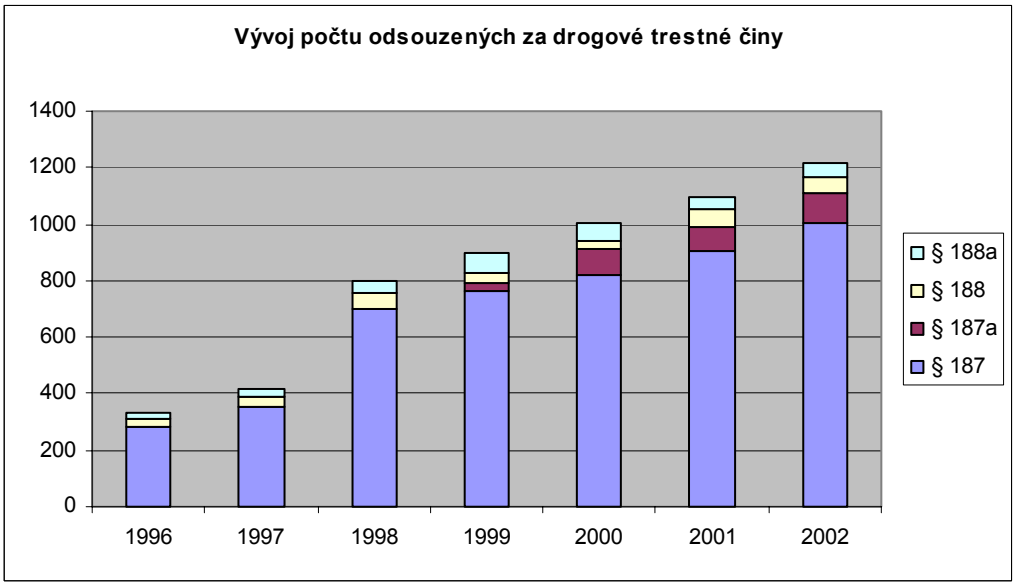
tabulka 4-8: Odsouzení za drogové trestné činy v letech 1996 - 2002

| Rok | § 187 | § 187a | § 188 | § 188a | Celkem |
|---|---|---|---|---|---|
| **1996** | 283 | 0 | 27 | 24 | 334 |
| **1997** | 357 | 0 | 32 | 30 | 419 |
| **1998** | 702 | 0 | 55 | 45 | 802 |
| **1999** | 765 | 26 | 38 | 70 | 899 |
| **2000** | 819 | 92 | 29 | 61 | 1 001 |
| **2001** | 905 | 86 | 62 | 41 | 1 094 |
| **2002** | 1 007 | 103 | 58 | 48 | 1 216 |

obrázek 4-3: Vývoj počtu obžalovaných osob státními zastupitelstvími za drogové trestné činy




obrázek 4-4: Vývoj počtu pravomocně odsouzených osob za drogové trestné činy



Údaje o počtu obžalovaných a odsouzených osob nelze v rámci jednoho roku vzájemně srovnávat, a to pro časový posun ve vykazování jednotlivých případů těmito institucemi. Do statistik státních zastupitelství je učiněn záznam v momentě meritorního rozhodnutí věci (podání obžaloby, zastavení trestního stíhání aj.), zatímco v soudních statistikách je vykazován až v momentě konečného, pravomocného rozhodnutí.

Srovnání uvedených údajů z různých fází trestního řízení je tak možné vzhledem k časovému posunu učinit na základě dlouhodobého sledování. Počet osob, evidovaných uvedenými institucemi, by se měl na jednotlivých stupních trestního řízení logicky postupně snižovat. Tomu odpovídá i srovnání celkového počtu stíhaných pachatelů podle PČR v r. 2002 (123 964 osob) s údaji o všech obžalovaných (77 210) a odsouzených (65 098).

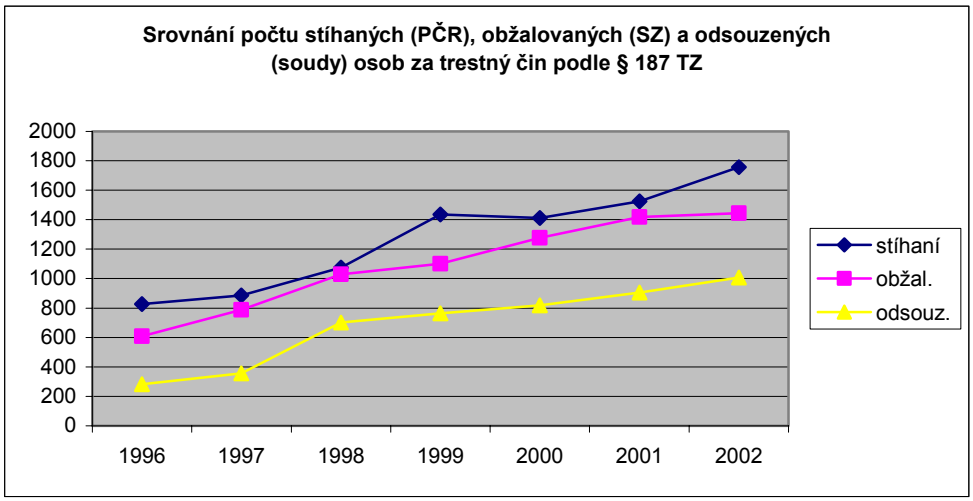
Srovnáme-li však zmíněné ukazatele u drogových trestných činů, výše uvedený předpoklad se nepotvrzuje. Za období 1996 – 2002 bylo Policií ČR vykázáno méně pachatelů drogových trestných činů, než jich bylo obžalováno státními zastupitelstvími - viz tabulka 4-9. Rozdíly způsobené časovým posunem v realizaci a evidenci jednotlivých případů by přitom měly být v časovém období 7 let eliminovány. Pravděpodobně se jedná o zkreslení způsobené z velké části nedůsledností ve vyplňování statistických výkazů.

Na změny v počtu obžalovaných až na výjimky adekvátně reaguje křivka počtu odsouzených. Nejvyšší míru odsouzených případů, na něž byla v letech 1996 až 2002 podána obžaloba, vykazují případy stíhané podle ustanovení § 187 tr. zákona (63 %), nejméně „úspěšných“ obžalob (14 %) je v případě trestných činů podle § 188a. U všech drogových trestných činů byla v daném období pravomocně odsouzena necelá polovina případů, ve kterých došlo k podání obžaloby (viz tabulka 4-9, obrázek 4-5 až obrázek 4-8).

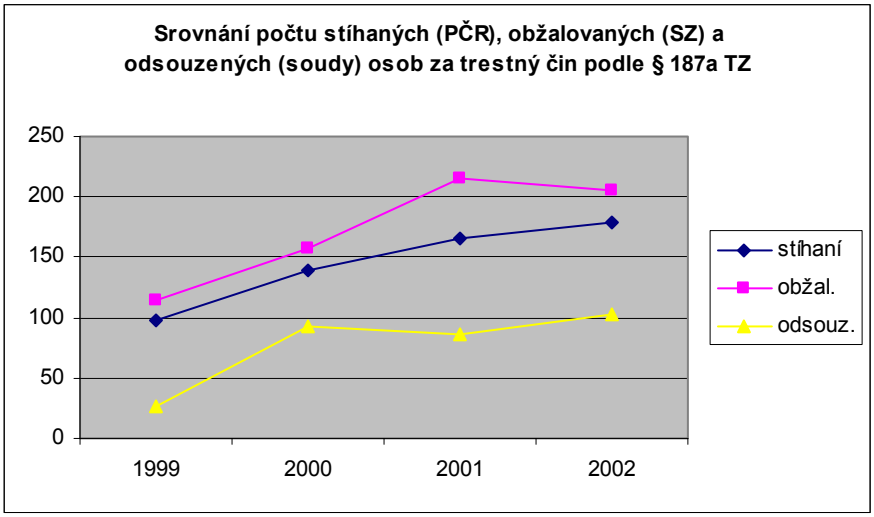
tabulka 4-9: Poměr mezi stíhanými, obžalovanými a odsouzenými za drogové tr. činy v letech 1996 – 2002 (souhrnně)

| §§§ | Stíhaní (PČR) | Obžalovaní | Odsouzení | Poměr obžalovaní/ stíhaní (v %) | Poměr odsouzení/ obžalovaní (v %) |
|---|---|---|---|---|---|
| **§ 187** | 8 919 | 7 666 | 4 838 | 86,0 | 63,1 |
| **§ 187a** | 581 | 694 | 307 | 119,4 | 44,2 |
| **§ 188** | 434 | 1 191 | 301 | 274,4 | 25,3 |
| **§ 188a** | 1 181 | 2 302 | 319 | 194,9 | 13,9 |
| **Celkem** | **11 115** | **11 853** | **5 765** | **106,6** | **48,6** |

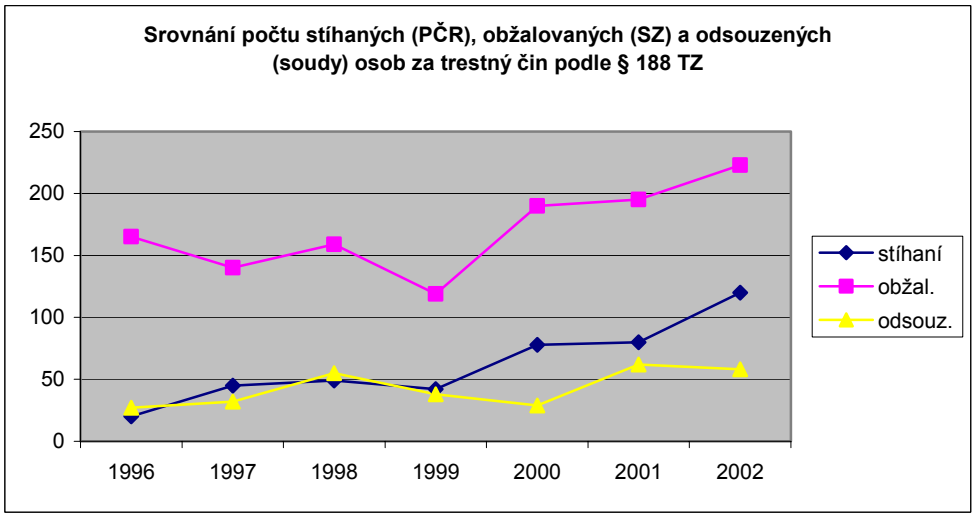
obrázek 4-5: Vývoj počtu stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v letech 1996 - 2002, § 187



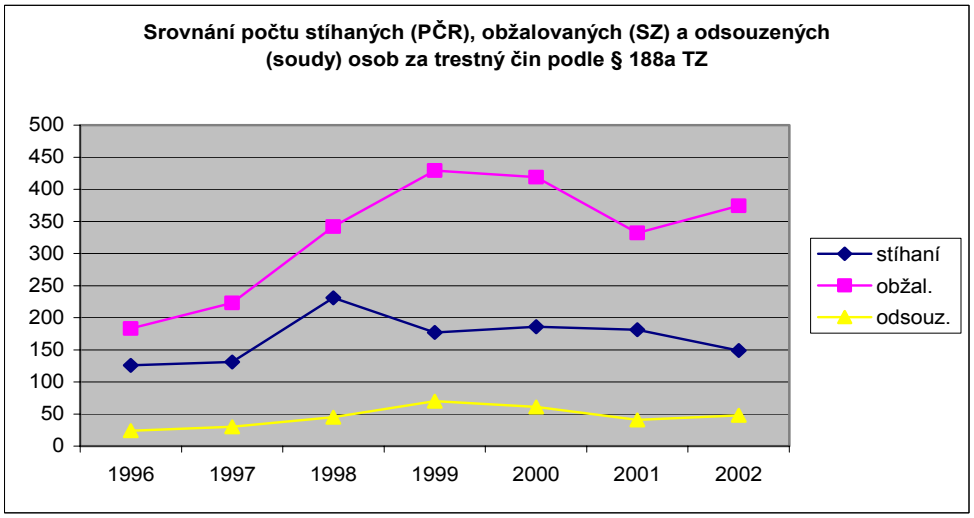
obrázek 4-6: Vývoj počtu stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v letech 1996 - 2002, § 187a




obrázek 4-7: Vývoj počtu stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v letech 1996 - 2002, § 188




obrázek 4-8: Vývoj počtu stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v letech 1996 - 2002, § 188a



Poměr vyšetřovaných a pravomocně odsouzených za drogové trestné činy v posledních dvou letech roste, což lze vysvětlit jak rostoucí efektivitou přípravného řízení, tak zrychlením práce státních zastupitelství a soudů po novele TŘ - viz tabulka 4-10.

tabulka 4-10: Poměr mezi obžalovanými a odsouzenými za drogové tr. činy v letech 1996 – 2002

| Rok | Obžalovaní | Odsouzení | Podíl ( %) |
|---|---|---|---|
| **1996** | 956 | 334 | 34,8 |
| **1997** | 1 152 | 419 | 36,3 |
| **1998** | 1 530 | 802 | 52,4 |
| **1999** | 1 765 | 899 | 50,9 |
| **2000** | 2 043 | 1 001 | 49,0 |
| **2001** | 2 160 | 1 094 | 50,7 |
| **2002** | 2 247 | 1 216 | 54,1 |

### 4.2.3 Pachatelé drogových trestných činů ve věznicích

V r. 2002 výrazně poklesl počet vězněných osob, a to jak počet obviněných ve vazbě (meziroční pokles o 26 %), tak i počet odsouzených ve výkonu trestu (pokles o 12,9 %). Ke konci r. 2002 tak bylo ve věznicích v ČR celkem 16 213 osob, což je o 3 107 osob méně než na konci r. 2001 (viz tabulka 4-11). Tento trend je ještě výraznější u statistik evidujících počet všech příjmů do vazby a nástupů do výkonu trestu v daném roce. Zde došlo k poklesu o více než 30 % (příjem do vazby), resp. více než 20 % (nástup do výkonu trestu) (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003b).

Výrazné snížení počtu vazebně stíhaných osob bylo nepochybně ovlivněno novelou trestního řádu, která změnila podmínky pro uložení vazby a lhůty pro její trvání (viz kapitola Právní prostředí). Další příčinu tohoto trendu lze spatřovat v častějším využívání odklonů v trestním řízení a alternativních trestů k trestu odnětí svobody (viz kapitola Alternativní tresty).

V r. 2002 pokračoval trend narůstajícího podílu počtu vězněných za drogové trestné činy na celkové vězeňské populaci. Výše uvedenému zjištění odpovídá také nárůst počtu drogových trestných činů, který mezi r. 2001 a 2002 vzrostl z 885 na 965 (tabulka 4-11). Počet drogových TČ připadajících na jednu osobu ve výkonu trestu pro drogové trestné činy tak vzrostl z 1,4 na 1,6 TČ.

tabulka 4-11: Vývoj počtu odsouzených a odsouzených za drogové trestné činy v letech 1996 – 2002 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003b)

| Rok (stav k 31.12.) | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Počet osob ve výkonu trestu** | 12 973 | 13 824 | 14 942 | 16 126 | 15 571 | 14 737 | 12 829 |
| **Počet osob ve vazbě** | 7 887 | 7 736 | 7 125 | 6 934 | 5 967 | 4 583 | 3 384 |
| **Celkem ve věznicích** | 20 860 | 21 560 | 22 067 | 23 060 | 21 538 | 19 320 | 16 213 |
| **Ve výkonu trestu pro drogové tr. činy** | 176 | 212 | 505 | 502 | 543 | 652 | 615 |
| **Podíl z osob ve výkonu trestu (%)** | 1,4 | 1,5 | 3,4 | 3,1 | 3,5 | 4,4 | 4,8 |
| **Počet drogových tr. činů osob ve výkonu trestu** | 182 | 208 | 505 | 542 | 766 | 885 | 965 |

### 4.2.4 Drogové přestupky

Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi upravují ustanovení § 30 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích. Souhrnné údaje o počtu spáchaných, resp. oznámených přestupků jsou k dispozici pouze pokud jde o přestupky podle ust. § 30 odst. 1 písm. j) citovaného zákona, tj. nedovolené přechovávání OPL pro svoji potřebu v množství malém[34].

Policie ČR evidovala v r. 2002 celkem 761 uvedených přestupků (Ministerstvo vnitra ČR, 2003a). Ve srovnání s předchozími lety je tento počet stabilní (tabulka 4-12). Z toho byly 2 případy vyřízeny domluvou, 16 blokovou pokutou. Ve správním řízení bylo projednáno 406 oznámení, z nichž 279 skončilo odložením, zastavením nebo postoupením věci jinému orgánu. V 14 případech došlo k předání věci orgánům činným v trestním řízení, jelikož byly zjištěny skutečnosti, nasvědčující spáchání trestného činu podle ust. § 187a TZ, tj. držení drogy v množství větším než malém. Za spáchání těchto přestupků byly uloženy pokuty v celkové výši 605 400 Kč.

[34] Tento znak není vymezen zákonem, policejní orgány se při posuzování množství OPL řídí, stejně jako v případě trestného činu podle ust. § 187a tr. zákona, pokynem nejvyšší státní zástupkyně č. 6/2000.

tabulka 4-12: Přestupky nedovoleného přechovávání OPL pro svoji potřebu v malém množství (Ministerstvo vnitra ČR, 2003a)

| Rok | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---|---|---|
| Počet přestupků | 762 | 804 | 761 |

### 4.2.5 Sekundární drogová kriminalita

Trestné činy související s užíváním drog nebo s nedovoleným obchodem s nimi, jako např. majetkové trestné činy páchané za účelem získání prostředků na užívání drog, násilné a ohrožující trestné činy pod jejich vlivem, legalizace výnosů z drogové trestné činnosti, korupce aj., nejsou na centrální ani regionální úrovni nijak evidovány.

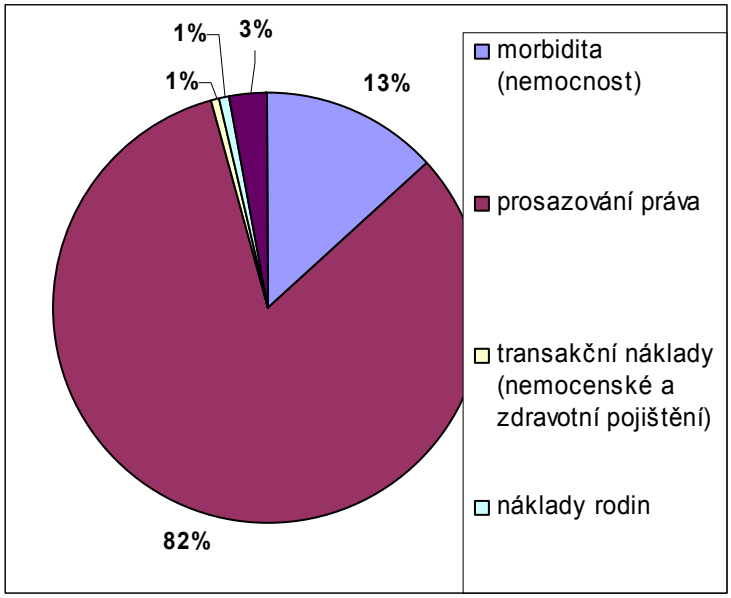
Jedním z úkolů uložených usnesením vlády č. 549/2003 na základě výsledků Phare TP ministru vnitra (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003), je zavedení systému sledování sekundární drogové kriminality. V této souvislosti připravuje Policie ČR ve spolupráci s NMS pilotní projekt zaměřený na sledování sekundární drogové kriminality prostřednictvím několika vybraných policejních týmů v různých regionech, k jehož spuštění dojde v r. 2004.

## 4.3 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Společenské náklady představují ekonomické vyjádření břemene, které nese společnost v souvislosti s užíváním drog. Metodika těchto studií byla v drogové oblasti definována americkým NIDA[35] na konci šedesátých let (Rice, 1967) a mezinárodně standardizována pod vedením CCSA[36] na přelomu tisíciletí (Single et al. 2001; Single et al. 1996). V současné době jsou společenské náklady považovány za nejobecnější vyjádření zátěže, plynoucí ze zneužívání drog, a stále více – vztaženo k národnímu produktu – jsou používány jako indikátor umožňující srovnání mezi jednotlivými státy. Operační definice zneužívání drog v tomto typu studií zní „užívání drog, jež zahrnuje jakékoliv jiné náklady než náklady na vlastní pořízení drogy“ (Single et al. 2001). Nezahrnuje tedy peníze, jež uživatel „vydá za svou drogu“ – tj. vlastní cenu drogy; jinak ale obsahuje všechny náklady uživatele i společnosti (typu nákladů na léčbu, na stíhání trestné činnosti, na prevenci atd.). Jiným vysvětlením by mohl být koncept tzv. kontrascénáře: studie společenských nákladů zkoumají aktuální stav proti hypotetickému stavu, kdy by drogy neexistovaly.

V ČR studie společenských nákladů proběhla v letech 1999 - 2000 v rámci projektu PAD (Zábranský et al. 2001b). Vlastním postupem českého odhadu společenských nákladů se podrobně zabývá rozsáhlý článek, publikovaný v odborném tisku (Zábranský et al. 2001a), na tomto místě uvádíme jen přehled hlavních výsledků.

obrázek 4-9: Přímé společenské náklady zneužívání drog v ČR 1998 – 2,3 mld. Kč (Zábranský et al. 2001a)



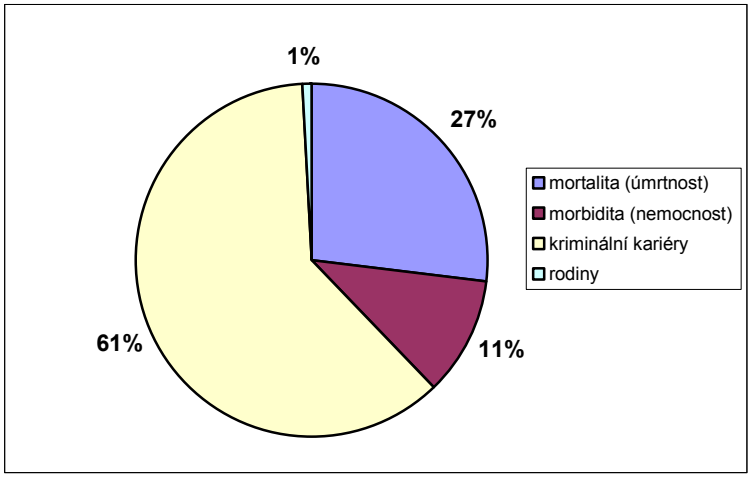

Společenské náklady na zneužívání nelegálních (pouličních) drog dosáhly v r. 1998 celkové výše 2,8 mld. Kč. To představuje 0,2 % hrubého domácího produktu (HDP), což je hodnota, kolem níž se pohybují výsledky dosud provedených studií po celém světě s výjimkou USA, kde jsou náklady na „válku s drogami“ trvale extrémně vysoké (Single, 1996).

Z přímých společenských nákladů (tedy z „fyzicky vynaložených, z rozpočtu nebo kapsy vytažených peněz“, které nezahrnují ztráty produktivity) pohltí největší díl náklady na represivní složku drogové politiky[37] – v r. 1998 to bylo 82 % z celkových 2,3 mld. Kč přímých nákladů.

[35] Národním ústavem pro (otázky) zneužívání drog (National Institute for Drugs Abuse - NIDA).
[36] Kanadské středisko pro (otázky) zneužívání (návykových) látek (Canadian Centre on Substance Abuse – CCSA).
[37] Tedy na práci Policie ČR, soudního systému vč. Státních zastupitelství, a na vězeňský systém (tedy na výkon vazby a trestu).

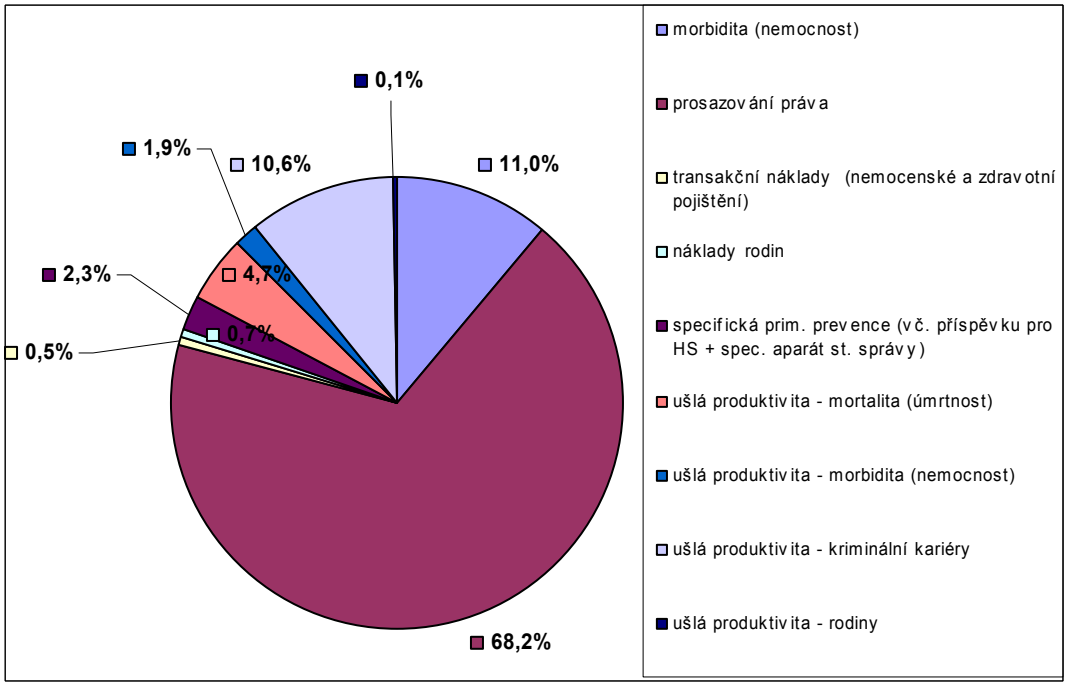
Z nepřímých nákladů (které zahrnují ušlou produktivitu – tedy společenský produkt, který by hypoteticky vznikl v případě neexistence nelegálních drog) největší společenskou zátěž představovala produktivita ušlá díky kriminálním kariérám – 61 % z celkových 0,5 mld. Kč ušlé produktivity.

obrázek 4-10: Nepřímé společenské náklady (ušlá produktivita) zneužívání drog v ČR v r. 1998 – 0,5 mld. Kč (Zábranský et al. 2001a)




Celkový pohled poskytuje obrázek 4-11, slučující do jednoho grafu společenské náklady přímé i nepřímé.

obrázek 4-11: Souhrnný proporční graf společenských nákladů na zneužívání drog v ČR v r. 1998 (2,8 mld. Kč) (Zábranský et al. 2001a)




V r. 1998 rovněž došlo ve spojitosti s nelegálními drogami ke spáchání (především majetkové) kriminality, při níž byly způsobeny škody ve výši cca 1,9 mld. Kč.

# 5 Drogové trhy

## 5.1 Dostupnost a nabídka drog

Nabídka drog české populaci má v posledním dostupném roce (2001) ve srovnání s minulým obdobím vzestupný charakter, droga byla někdy nabídnuta 27 % dospělých osob. Nejčastěji se jedná o marihuanu, která byla v r. 2002 nabídnuta 25 % populace, tvrdé drogy byly nabídnuty 12 % populace.

Z lokálních dat vyplývá, že 80 % problémových uživatelů pervitinu má kontakt přímo na výrobce nebo prodejce, který je na výrobce přímo napojen. Cestování za nákupem drog zejména do velkých center je časté u drog nedostupných v regionu (heroin, extáze, LSD) nebo i v případě momentálního nedostatku pervitinu.

Zdroje a výroba drog, vyráběných v ČR (pervitin, marihuana), se objevují stále více i mimo velká centra. Distribuce drog uživatelům (na ulici) probíhá v menších množstvích s cílem minimalizovat postih v případě zadržení. Nejčastěji do ČR pašovanými drogami jsou kanabinoidy. Co se týče počtu záchytů, je nejčetnějším způsobem pašování poštovní přeprava. V poslední době je stále více využívána autobusová doprava, zejména pro dovoz kanabinoidů a extáze z Holandska. Pro dovoz heroinu je stále více využívána jižní část balkánské cesty, obchodu s heroinem dominuje kosovo-albánská komunita. Dovoz kokainu na český drogový trh je stále relativně nízký. V oblasti vývozu drog vyráběných v ČR dominuje pervitin vyvážený do sousedních zemí, zejména Německa.

### 5.1.1 Dostupnost a nabídka drog v populaci

Nabídka drog české populaci obecně má vzestupný trend (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2001) - viz tabulka 5-1.

tabulka 5-1: Nabídka drog v populaci starší 15 let (v %), (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2001)

| Nabídnuta droga | 1994 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ano** | 19 | 23 | 23 | 22 | 21 | 20 | 27 |
| **Ne** | 81 | 76 | 76 | 77 | 78 | 79 | 72 |

*Pozn.: Dopočet do 100 % ve sloupcích tvoří odpovědi „nevím“*

Od r. 1994 do r. 1996 byl zaznamenán mírný nárůst podílu české populace, které byla droga někdy nabídnuta, od té doby se výsledky pohybovaly stabilně okolo 20 %. V r. 2001 se výrazně zvýšil podíl dotázaných, kterým byly drogy nabídnuty, a to až na 27 %.

Výrazné sociodemografické rozdíly lze v datech za r. 2001 zaznamenat podle věku; s narůstajícím věkem klesá počet respondentů, kterým byly drogy nabídnuty - viz tabulka 5-2.

tabulka 5-2: Nabídka drog v populaci starší 15 let podle věku (v %) (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2001)

| Věková kategorie | Byla někdy nabídnuta | Nikdy nenabídnuta |
|---|---|---|
| **15 - 19 let** | 65 | 33 |
| **20 - 29 let** | 48 | 51 |
| **30 - 44 let** | 24 | 74 |
| **45 - 59 let** | 18 | 81 |
| **60 a více** | 5 | 94 |

*Pozn.: Řádková procenta, dopočet do 100 % tvoří odpovědi „nevím“*

U respondentů dotazovaných v r. 2001, kterým byla droga nabídnuta (n=267), šlo v 69 % o marihuanu, v 6 % o pervitin a shodně ve 3 % o LSD a alkohol. 10 % respondentů název drogy nevědělo. Ostatní uváděné drogy se pohybovaly na velmi nízkých hodnotách.

Podle zprávy CVVM z r. 2002 byla marihuana někdy nabídnuta 25 % dospělé české populace, nějaká z tvrdých drog (heroin, pervitin, kokain) 12 % populace (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002). Obdobná data z minulých let nejsou k dispozici.

### 5.1.2 Lokální drogové trhy – Pardubický kraj

Ve druhé polovině r. 2002 proběhla za použití metodiky Rapid Assessment (Stimson et al., 1998) studie „Zhodnocení drogové situace v Pardubickém kraji“ (Minařík and Zahradník, 2003). Dotazováno bylo 36

injekčních uživatelů drog, v 94 % se základní drogou pervitin; heroin je v pardubickém regionu užíván vzácně. Následující údaje se tedy týkají převážně zdrojů pervitinu.

#### 5.1.2.1 Zdroje drog v regionu

Studie prokazuje vysokou a bezproblémovou dostupnost pervitinu v regionu. V oblasti působí relativně značné množství malovýrobců a kaskáda prodejců má relativně málo mezičlánků. 64 % participantů udává, že má kontakt přímo na výrobce, případně (19 %) na prodejce, který je na výrobce přímo napojen. 19 % participantů má zkušenost s výrobou pervitinu, mnohdy jen pro svou vlastní potřebu. Participanti se shodují, že kvalita pervitinu je stabilně vysoká, ceny jsou také stálé.

Heroin na drogovou scénu v Pardubickém kraji proniká v omezené míře, dostupný je obyčejně jen na objednávku z lokalit, kde se vyskytuje (Praha, Severní Čechy). O heroin není mezi uživateli drog v Pardubickém kraji příliš velký zájem. To je možné mimo jiné vysvětlit bezproblémovou dostupností relativně kvalitního pervitinu. Zkušenost s heroinem udává jen asi 1/4 dotazovaných uživatelů drog.

Z ostatních sekundárních drog je časté užívání extáze. Zdroje drogy leží obyčejně mimo region. Její užívání je spíše příležitostné.

Pro region je charakteristické využívání přírodních zdrojů drog (opium, lysohlávky, sporadicky durman).

#### 5.1.2.2 Zdroje drog mimo region

Většina participantů má zkušenost s cestováním za účelem nákupu drogy. Nakupují jak primární drogu (pervitin), tak drogy sekundární (heroin a jiné opiáty, extáze, kanabinoidy, LSD). Většina uživatelů má více stálých zdrojů, nákup na ulici od neznámého prodejce je spíše výjimečný.

Pouze asi 23 % participantů popírá cestování za drogami. Tito uživatelé mají zpravidla několik stabilních zdrojů kvalitní drogy přímo v místě, kde žijí. Obyčejně je alespoň jedním ze zdrojů pervitinu přímo výrobce, případně prostředník na výrobce přímo napojený. 39 % participantů udává, že za drogami cestuje zřídka nebo někdy. 39 % participantů za zdroji drog cestuje často až pravidelně. Velmi často je důvodem cesty potřeba nebo chuť užít jinou drogu než pervitin. Zdrojovým místem je nejčastěji Praha – více než 2/3 participantů - a Hradec Králové - více než 1/2 participantů. Zcela výjimečně udali participanti nákup drog mimo republiku (Polsko - jednalo se o nákup surovin k výrobě drog a nákup amfetaminů).

### 5.1.3 Drogové trhy a dostupnost drog v ČR – represivní složky

#### 5.1.3.1 Drogový trh v ČR

Podle Výroční zprávy Národní protidrogové centrály Policie ČR za r. 2002 dochází k častějšímu šíření OPL do menších měst a obcí ČR (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2003) a rovněž k dislokaci výroben OPL do menších obcí. Dealeři drog a drogový trh jako celek reagují na změny legislativy, dochází k držení minimálního množství drogy a využívání nezletilých distributorů. Proti minulým obdobím prodejci nenakupují větší množství drog, ale nakupují po 10 až 50 gramech, a to i několikrát za den. Odpadá tak nebezpečí, že by při náhodném zadržení měli u sebe větší množství drogy.

Podle zprávy se zvyšuje podíl drogově závislých na páchání trestných činů v oblasti majetkové trestné činnosti (krádeže v obchodních domech, vloupaní do motorových vozidel, krádeže mobilních telefonů apod.), bližší kvantitativní údaje v této oblasti nejsou k dispozici.

V r. 2002 byly poprvé zaznamenány případy hydroponního pěstování konopí ve větším rozsahu v odlehlých lokalitách a opuštěných objektech (viz např. Doležal, 2002).

#### 5.1.3.2 Vývoz OPL z ČR

Podle výroční zprávy NPC za r. 2002 (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2003) nadále roste vývoz pervitinu do sousedních zemí, zejména do Německa. Dochází k jeho vývozu v řádově kilogramových množstvích. Pervitin je v Německu prodáván pod názvem Crystal a na ulici je prodáván v čistotě 60 až 70 % za cenu 30 až 80 EUR za gram. Vývoz pervitinu je organizován jak německými tak i českými občany; existují poznatky o snaze vybudovat laboratoře na výrobu této látky na území Německa.

Vývoz značných množství jiných OPL z ČR než pervitinu nebyl zaznamenán.

#### 5.1.3.3 Dovoz OPL do ČR a jejich tranzit

Podle Výroční zprávy NPC za r. 2002 (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2003) je pro tranzit heroinu z blízkovýchodních oblastí stále více využívána jižní větev balkánské cesty, a to buď po moři, nebo přes území Bulharska, Řecka, Makedonie, Kosova a Albánie. Bulharsko hraje významnou úlohu i jako překladiště.

Hlavní postavení na území ČR v obchodu s heroinem si i nadále udržuje kosovo-albánská komunita, dochází však k většímu propojení s občany Bulharska, Chorvatska, Bosny a Hercegoviny, Albánie, a to v přímé souvislosti s využíváním kurýrních cest. Na domácí scéně se na kosovo-albánské skupiny napojují Arabové, Romové a Vietnamci. Do zločineckých struktur také stále častěji pronikají Poláci a Češi; v těchto případech je převoz OPL maskován legální obchodní činností s napojením na Turecko.

V posledním období jsou také zásilky heroinu převáženy v menších množstvích okolo 1 - 3 kilogramů (oproti dřívějším zásilkám v množství několika desítek kilogramů).

Dostupnost kokainu se nijak podstatně nezměnila. Užívání této drogy není v ČR příliš rozšířeno (viz kapitoly Problémové užívání drog, Žádosti o léčbu). Pokud jde o nelegální obchod s kokainem, byl ve sledovaném období hlavní pozorovatelnou změnou trend směřující k zasílání většího počtu menších zásilek této drogy z oblasti Jižní Ameriky. Znamená to snížení množství jednorázově přepravovaného kokainu a zvýšení celkového počtu zásilek. Tento trend je globální v celé Evropě.

Podle zprávy NPC došlo v r. 2002 oproti r. 2001 k poklesu dovozu a prodeje hašiše arabskými prodejci. Hašiš byl prakticky jedinou drogou, kterou osoby z arabských zemí dovážely do ČR. Odhadované množství dovezeného hašiše se pohybuje v rozmezí několika kilogramů měsíčně a až na výjimky je určen k vlastní konzumaci v arabské komunitě. Loňský úbytek hašiše (pocházejícího z Maroka) byl zapříčiněn zrušením přímé letecké linky společnosti Air Alger, která jako jediná bez mezipřistání přilétala jednou týdně do Prahy. Do té doby byl hašiš z Maroka převážen do Alžíru, a odtud putoval do Prahy. NPC ve spolupráci s Generálním ředitelstvím cel se však nepodařilo vytipovat a zadržet drogu, která byla na trh v ČR určena. Osoby z arabských zemí začaly v r. 2002 dovážet hašiš přes prostředníky ze Španělska a Nizozemska. Celními orgány bylo zajištěno 3,8 kg hašiše, z toho 2,6 kg pocházelo ze Španělska; jeho část obvykle zůstává v ČR, část putuje do Polska a dále na sever do skandinávských zemí.

Informace o dovozu a způsobu distribuce kanabinoidů pro domácí spotřebu mimo arabskou komunitu zpráva NPC neobsahuje.

Podle výroční zprávy protidrogového oddělení odboru pátrání Generálního ředitelství cel (GŘC) za r. 2002 je situace v oblasti pašování drog stabilní (Generální ředitelství cel Ministerstva financí ČR, 2003).

Nejčastěji pašovanými drogami jsou - stejně jako v minulosti - marihuana a hašiš. Obě výše uvedené drogy byly do ČR zasílány ve většině případů leteckou poštou. Oproti minulému období došlo k nárůstu odhalení případů pašování drog cestujícími v linkové autobusové dopravě, a to zejména ze Španělska a Nizozemska. V r. 2002 se jednalo o 57 případů, přičemž ve 48 případech se jednalo právě o linku z Nizozemska.

V linkových autobusech vzrostl počet záchytů u hašiše (v r. 2001 ve čtyřech případech zachyceno 18 g a v r. 2002 ve 24 případech 2 671 g drogy) i u marihuany (v r. 2001 ve 14 případech zadrženo 645 g a v r. 2002 ve 43 případech 3 248 g této drogy).

Linková autobusová doprava z Nizozemska byla v r. 2002 také cestou častého dovozu extáze.

Je patrný sestupný trend využívání poštovní přepravy k přepravě OPL - zatímco v letech 2000 a 2001 představoval počet záchytů OPL přepravovaných poštou něco přes 70 % z celkového počtu záchytů, v r. 2002 byla využita poštovní přeprava v 58 % případů.

### 5.1.4 Spotřeba drog

Odhad celkové spotřeby drog v ČR vychází z odhadů počtu uživatelů jednotlivých drog a jejich průměrné roční spotřeby, poslední publikovaný je za r. 2000 - viz tabulka 5-3 (Vopravil, 2001).

tabulka 5-3: Odhadovaná roční spotřeba drog v ČR v r. 2000 (Vopravil, 2001)

| Droga | Počet konzumentů | Průměrná spotřeba (rok/osoba) | Spotřeba v ČR |
|---|---|---|---|
| **Konopné drogy (g)** | 250 000 | 100 | 25 000 000 |
| **Extáze (tabl.)** | 5 820 | 50 | 291 000* |
| **Pervitin (g)** | 22 500 | 180 | 4 050 000 |
| **Heroin (g)** | 15 000 | 360 | 5 400 000 |
| **LSD/halucinogeny (ks)** | 6 540 | 12 | 78 480 |
| **Kokain (g)** | 1 860 | 30 | 55 800 |

*Pozn: * Podle předběžného odhadu ČSÚ z r. 2003 se v ČR v r. 2002 spotřebovalo cca 840 tis. tablet extáze.*

Údaje za r. 2000 rámcově odpovídají aktuální situaci, s výjimkou extáze, kde je podle ČSÚ (Vopravil osobní komunikace, 2003) aktuální roční odhad téměř trojnásobný.

## 5.2 Záchyty drog

Údaje o záchytech drog na území ČR jsou na centrální úrovni evidovány Národní protidrogovou centrálou Policie ČR a Generálním ředitelstvím cel Ministerstva financí ČR.

Obě statistiky se částečně překrývají. Příčinou toho jsou zejména společné akce policejních a celních složek a rozdílná kritéria, která pro evidování společných záchytů obě instituce aplikují. Dalším faktorem komplikujícím možnost získání přesných údajů o celkovém počtu a objemu záchytů je skutečnost, že téměř všechny případy odhalení nelegálně přechovávaných a převážených drog realizované celními složkami se zároveň stávají předmětem trestního řízení a jsou jednotlivými policejními složkami rovněž evidovány. Eliminace těchto překryvů je značně komplikovaná, zvláště pokud není prováděna průběžně, ale až při konečném ročním zpracovávání těchto statistik.

V důsledku zahájení činnosti Společného analytického pracoviště NPC a GŘC (SAP) by mělo v dalších letech dojít k vytvoření jednotné nebo alespoň vzájemně lépe provázané evidence záchytů OPL, což zpřesní údaje o celkovém objemu zabavených drog.

### 5.2.1 Záchyty realizované GŘC

GŘC eviduje akce celních orgánů, při nichž došlo k záchytu drog, na základě poměrně spolehlivého a dlouhodobě jednotného elektronického systému.

V r. 2002 bylo celními orgány zadrženo ve 313 případech 74 kg OPL a prekursorů. V rámci těchto akcí bylo zachyceno mj. 6 154 tablet extáze (viz tabulka 5-4, přepočteno na gramy), 27,5 kg heroinu, 4,5 kg kokainu, 17,9 kg marihuany, 3,8 kg hašiše, 0,9 kg pervitinu a 16,3 kg efedrinu (Generální ředitelství cel Ministerstva financí ČR, 2003).

Celkové množství zachycených OPL a prekursorů vykazovaných GŘC pokleslo v r. 2002 na třetinu r. 2001 (o cca 156 kg); jedná se o nejnižší objem od r. 1995 – viz tabulka 5-4. Nejvyšší pokles byl zaznamenán u záchytů pervitinu a dalších amfetaminů a rovněž u extáze (záchyt 78 tisíc tablet extáze, který proběhl při společné akci Policie ČR a GŘC však není započten - tento záchyt je vykazován pouze v policejních statistikách). K největším záchytům patřilo zadržení zásilky 27 kg heroinu, přepravovaného do ČR z Turecka, přes Řecko, Itálii a Rakousko. V ostatních případech šlo o záchyty menšího množství heroinu; celkové množství zadrženého heroinu tak bylo nejnižší za posledních 5 let. Oproti r. 2001 došlo naopak k nárůstu zachyceného množství hašiše (o více než třetinu) a marihuany (více než trojnásobně), stejně jako k nárůstu záchytů kokainu a efedrinu.

tabulka 5-4: Záchyty OPL a prekurzorů v letech 1996 - 2002 realizované celními složkami (g)

| Druh drogy | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | změna 2002/2001 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | abs. | v % |
| **Amfetamin** | 20 767,1 | 11,0 | 16 021,4 | 4 129,1 | 222,3 | 5 047,6 | 164,5 | -4 883,1 | -96,7 |
| **Extáze** | 0,0 | 2,2 | 124,2 | 202,7 | 3 737,0 | 27 333,1 | 1 845,0 | -25 488,1 | -93,2 |
| **Efedrin** | 1 600 400,00 | 17 900,0 | 113,0 | 22 534,0 | 4 047,0 | 6 929,1 | 16 344,0 | 9 414,9 | 135,9 |
| **Hašiš** | 2 806,2 | 324,3 | 2 654,9 | 1 188,1 | 19 021,9 | 2 823,4 | 3 832,9 | 1 009,5 | 35,8 |
| **Heroin** | 15 670,0 | 21 442,5 | 240 296,0 | 96 830,8 | 98 657,9 | 92 012,0 | 27 445,7 | -64 566,3 | -70,2 |
| **Kokain** | 23 133,5 | 66 828,0 | 42 969,1 | 131 488,9 | 11 947,4 | 2 986,5 | 4 544,5 | 1 558,0 | 52,2 |
| **Marihuana** | 11 866 134,6 | 5 402,8 | 3 986,8 | 20 675,3 | 15 202,4 | 5 855,6 | 17 920,1 | 12 064,5 | 206,0 |
| **Pervitin** | 650,0 | 596,2 | 277,5 | 1501,6 | 2576,3 | 2317,8 | 859,5 | -1458,3 | -62,9 |
| **Celkem** | **13 533 661,4** | **112 507,0** | **306 444,0** | **334 327,8** | **177 917,5** | **228 578,2** | **72 956,2** | **-155 622,0** | **-68,1** |

*Pozn.: Rozdíl mezi součtem množství drog a hodnotou "celkem" v některých letech představují jiné OPL a prekurzory*

### 5.2.2 Celkové záchyty podle údajů Policie ČR a GŘC

Celková statistika záchytů drog v ČR je značně ovlivněna zejména překryvem mezi údaji Policie ČR a GŘC. Výrazné zlepšení by mělo přinést průběžné odstraňování duplicit v rámci povinného měsíčního zpracování hlášení, které by mělo být policejním útvarům nařízeno novelizovanými interními akty řízení.

Souhrnné údaje o všech záchytech OPL, vykazovaných policejními a celními složkami na území ČR v r. 2002, obsahuje tabulka 5-5.

tabulka 5-5: Záchyty OPL v r. 2002 podle údajů Policie ČR a GŘC

| Druh drogy | Jednotky | Celkem | | Celní orgány | | Policie | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Záchyty | Množství | Záchyty | Množství | Záchyty | Množství |
| **Marihuana a hašiš** | **kg** | **386** | **112,12** | 334 | 21,75 | 52 | 90,37 |
| | **rostliny (ks)** | **58** | **3 173** | 0 | 0 | 58 | 3 173 |
| **Heroin** | **kg** | **55** | **34,34** | 7 | 27,45 | 48 | 6,89 |
| **Kokain** | **kg** | **12** | **6,04** | 8 | 4,55 | 4 | 1,50 |
| **Metamfetamin** | **kg** | **297** | **4,3** | 13 | 0,57 | 284 | 3,73 |
| **Ostatní amfetaminy** | **kg** | **10** | **0,41** | 7 | 0,16 | 3 | 0,25 |
| **Extáze** | **tablety** | **36** | **88 391** | 6 | 6154 | 30 | 82 237 |
| | **kg** | **1** | **0,02** | 0 | 0 | 1 | 0,02 |
| **LSD** | **dávky (tripy)** | **3** | **107** | 2 | 47 | 1 | 60 |
| **Celkem** | **kg** | **858** | **157,23** | **377** | **54,47** | **481** | **103** |

Z toho NPC provedla v r. 2002 celkem 74 akcí, při nichž bylo zabaveno více než 13 kg OPL, 843 rostlin marihuany, 5 649 tablet extáze (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2003) – viz tabulka 5-6.

tabulka 5-6: Záchyty OPL v letech 2001 a 2002 realizované NPC

| Druh drogy | 2001 | 2002 |
|---|---|---|
| **Heroin (kg)** | 4 | 6,07 |
| **Metamfetamin (kg)** | 9 | 1,66 |
| **Amfetamin (kg)** | 0,5 | - |
| **Marihuana a hašiš (kg)** | 5,5 | 4,02 |
| **Marihuana - rostliny (kg)** | - | 843 |
| **Kokain (kg)** | 0,17 | 1,49 |
| **Extáze (tablety)** | 20 247 | 5 649 |
| **Celkem (kg)** | **19,17** | **13,24** |

Policejními a celními složkami bylo v r. 2002 odhadem zabaveno 0,25 % drog ročně v ČR spotřebovaných (od 0,1% u pervitinu do cca 10% u extáze a kokain (viz také kapitola Trendy podle drog). Uvedené odhady míry zabavení drog spotřebovaných v ČR (distribuovaných na českém černém trhu) mohou být zkresleny - na jedné straně není zohledněn podíl zásilek určených pro cizí trhy na celkovém objemu záchytů drog (tzn. nadhodnocení

míry zabavení), a na druhé straně rozdíly v koncentracích drog zachycených ve velkých množstvích a drog distribuovaných konečnému spotřebiteli (podhodnocení míry zabavení).

### 5.2.3 Reakce lokálního drogového trhu a drogové scény na policejní intervence

V rámci studie „Zhodnocení drogové situace v Pardubickém kraji“ (Minařík and Zahradník, 2003) byly popsány mimo jiné lokální dopady policejních akcí zaměřených na výrobce a větší dealery pervitinu (v tomto regionu dominuje užívání pervitinu nad heroinem). Jako zdroje níže uvedeného popisu byly použity informace ze semistrukturovaných rozhovorů, ohniskových skupin a přímého pozorování drogové scény terénními pracovníky. Dopady těchto akcí, jak je registrovala nebo analyzovala Policie ČR, nebyly v rámci této studie zjišťovány.

Autoři studie popsali 3 fáze reakce lokální drogové scény následující po policejním zásahu:

**1. fáze – Ustrnutí**

Začíná bezprostředně po zásahu, trvá několik dnů až týdnů.

Policejní akcí bývá přímo zasažena jen část drogové scény. Uživatelé drog patřící k zasažené skupině se stahují v obavě z důsledků akce pro ně samotné, jsou zváni k policejním výslechům. Někteří z nich se pokoušejí abstinovat. Drogová scéna se uzavírá. Dostupnost drog pro experimentátory a příležitostné uživatele drog se v této fázi snižuje, pro „tvrdé“ jádro drogové scény se dostupnost drog mění jen málo.

Uživatelé drog začínají hledat a aktivovat alternativní zdroje drog, často začínají za drogou cestovat. Někteří uživatelé přecházejí na jinou než primární drogu – nejčastěji legální alkohol.

Rizikové chování stoupá. Uživatelé nechtějí riskovat kontakt s pomáhajícími institucemi, aby nebyli identifikováni. Z hlediska specializovaných programů je šance ovlivnit zvýšený výskyt rizikového chování mizivá, což potvrzují data - pokles vyměněných injekčních setů v této fázi o více než o 60 %, pokles kontaktů s nízkoprahovými službami o 20 - 30 %.

**2. fáze – Reaktivace drogové scény**

Začíná po několika dnech po akci policie, trvá týdny až několik měsíců.

Přetrvává uzavřenost drogové scény, ale uživatelé drog se postupně uklidňují. Skupina uživatelů, která byla bezprostředně zasažena policejní akcí, začíná vyhledávat alternativní zdroje drog. Většina těch, kteří se po zásahu pokoušeli abstinovat, se postupně vrací k užívání. „Nezasažení“ mají zdroje drog již stabilní. V této fázi je pro část drogové scény pervitinu již dostatek. Pro experimentátory a prvouživatele je dostupnost drog mírně omezena.

Začínají se objevovat nové zdroje v místě zásahu.

Rizikové chování je stále poměrně časté. Dostupnost sterilního injekčního náčiní je stále výrazně omezena. Z hlediska pomáhajících institucí přetrvává problém s kontaktováním uživatelů drog.

**3. fáze – Návrat k původnímu stavu**

Dochází k němu několik měsíců až 1 rok po policejní akci.

Stav drogové scény je velmi podobný stavu před zásahem. Místní zdroje drog mají stabilní charakter, dostupnost je srovnatelná s dostupností před policejní akcí. Cestování za zdroji drog je méně časté, uživatelé drog preferují zdroje v regionu. Jedním z možných důsledků zásahu je vsunutí mezičlánku mezi výrobce a cílové konzumenty, kterým se drogový trh chrání.

Drogovou scénu v této fázi charakterizuje větší otevřenost, což z hlediska pomáhajících institucí znamená větší šanci kontaktovat uživatele drog a pozitivně je ovlivnit směrem k bezpečnějším způsobům užívání.

**Shrnutí dopadů policejních akcí na lokální drogovou scénu:**

- Bezprostředně po zásahu je omezena dostupnost drog pro skupinu méně zkušených a začínajících uživatelů drog. Naproti tomu pro etablované uživatele se dostupnost drog nemění. Dostupnost drog se nejdéle do 1 roku vrací na původní úroveň, jako jakousi přechodovou fázi je možné označit využívání mnoha alternativních zdrojů drog v regionu i celé ČR.

- Dočasné omezení dostupnosti a zhoršení kvality dosavadní hlavní užívané drogy (pervitinu) otevírá prostor pro nástup jiných drog (především heroinu).
- Důsledkem zásahu je uzavření drogové scény a menší možnost intervence pomáhajících institucí ke snížení rizikového chování.
- Sekundárním důsledkem policejní akce je snížená dostupnost injekčního náčiní; injekční uživatelé drog se obávají nakupovat injekční náčiní v lékárnách a měnit si je v rámci výměnných programů. Zhoršená dostupnost sterilního injekčního náčiní a cestování s sebou nese zvýšené riziko šíření infekčních onemocnění, především virových hepatitid a HIV.
- Sekundárním důsledkem může být větší „hierarchizace“ drogové scény, která přináší větší bezpečnost výrobcům. Objevují se další mezičlánky mezi zdrojem a koncovým uživatelem a tím dochází k poklesu kvality, resp. k relativnímu vzestupu ceny drogy.

## 5.3 Cena a čistota drog

### 5.3.1 Cena

Údaje o ceně drog nabízených na našem území zpracovává NPC. Dle údajů vykazovaných NPC se ceny drog pohybovaly v hodnotách, které uvádí tabulka 5-7.

tabulka 5-7: Cena drog v r. 2002 podle NPC (v Kč za gram/dávku)

| Druh drogy | Obchod ve velkém | | | Obchod v malém | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Min. | Max. | Průměr | Min. | Max. | Nejčastěji obchodovaná (průměrná) cena |
| **Hašiš** | 50 | 220 | 135 | 150 | 250 | 200 |
| **Marihuana** | 50 | 150 | 100 | 100 | 250 | 175 |
| **Heroin** | 400 | 1 200 | 800 | 700 | 2 000 | 1 350 |
| **Kokain** | 1 000 | 1 800 | 1 400 | 1 500 | 3 000 | 2 250 |
| **Metamfetamin (pervitin)** | 300 | 1 200 | 800 | 400 | 1 200 | 1 000 |
| **Extáze (cena tablety)** | 60 | 150 | 100 | 120 | 250 | 150 |
| **LSD (cena 1 dávky - tripu)** | 150 | 180 | 165 | 150 | 300 | 225 |

Podle obecných zákonitostí nejen drogových trhů stoupá cena na jednotlivých stupních prodeje, směrem od větších k menším objemům obchodovaného zboží. Informace o cenách při obchodování „ve velkém“ jsou dostupné hůře než ceny „maloobchodní“. Snáze se získávají informace od konečného odběratele než od výrobce nebo středního článku řetězce pohybu OPL. Lze konstatovat, že policejní údaje o cenách drog týkající se obchodu v malém jsou dostupnější a lépe odrážejí skutečnou situaci na nelegálních trzích, než údaje o cenách drog obchodovaných ve velkém.

Začátkem r. 2002 byl policejními složkami zaznamenán nárůst ceny pervitinu z důvodu nedostatku výchozí suroviny efedrinu na nelegálním trhu v důsledku přerušení provozu jeho největšího výrobce v ČR, ICN a.s., Roztoky. Ceny pervitinu stouply až na částku 1 500 Kč za gram. Počínaje dubnem 2002 se efedrin opět vyskytoval na nelegálním trhu v ČR v relativně dostatečném množství, čímž se cena pervitinu v přímém pouličním prodeji opět stabilizovala na částku 1 000 Kč za gram (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2003). Cena 1 kg efedrinu se v r. 2002 pohybovala mezi 120 000 až 200 000 Kč, přičemž z tohoto množství se obvykle vyrobí 0,6 – 0,7 kg pervitinu. O případném zvýšení ceny pervitinu následkem úplného zastavení výroby efedrinu uvedeným producentem během povodní v srpnu 2002 nejsou informace.

Až na popsané výkyvy je cena pervitinu stabilní, což vyplývá rovněž z regionálního výzkumu v Pardubickém kraji (Minařík and Zahradník, 2003), jehož úkolem bylo zmapování regionální drogové scény, zejména uživatelských zvyklostí a chování injekčních uživatelů pervitinu. V této studii se však mimo jiné uvádí, že cena 1 dávky (100 mg) pervitinu může dosáhnout při pouličním prodeji až 500 Kč.

Cena extáze podle NPC v uplynulém roce „dále prudce klesala“, což může nasvědčovat její zvyšující se dostupnosti. Ve srovnání s údaji o průměrné ceně této substance v r. 2001 (Národní protidrogová centrála

Policie ČR, 2002) se však situace jeví jako stabilní. Dle údajů NPC se značně snížila minimální cena. Cena jedné tablety se pohybovala v případě jednotlivého nákupu v rozmezí od 120 do 250 Kč, ve stovkovém množství kolem 80 Kč, v případech tisícových odběrů mezi 50 až 60 Kč a při odběru mnohatisícových množství v zahraničí (zejména v Nizozemí a Belgii) často nedosahuje ani 40 Kč.

Průměrná „maloobchodní" cena marihuany dosahovala v r. 2002 podle letošních údajů NPC 175 Kč za gram, což by znamenalo její pokles oproti loňským údajům (Národní protidrogová centrála Policie ČR, 2002). Podle jiných dostupných údajů (Miovský, 2003) je cena obchodované marihuany spíše stabilní a pohybuje se obvykle mezi 200 - 250 Kč za gram u konečného spotřebitele. Dolní cenovou hodnotu obchodované marihuany prakticky nelze stanovit. Horní hranice může u mimořádně potentních[38] vzorků domácí i zahraniční produkce dosahovat až 300 – 350 Kč.

S rozšířením hydroponního „indoor" pěstování v posledních 2 – 3 letech dochází na trhu s marihuanou k podstatným změnám, nadále se např. snižuje podíl marihuany rozšiřované (zejména mezi známými) zdarma a stoupá počet uživatelů, kteří ji nakupují.

### 5.3.2 Čistota

Analýzu obsahu zadržených drog provádějí jednotlivá oddělení kriminalistických a technických expertíz krajských správ Policie ČR, náročnější analýzy OPL provádí Kriminalistický ústav Praha. Souhrnné výsledky provedených laboratorních analýz uvedených pracovišť vykazuje každoročně NPC (viz tabulka 5-8).

Podle poznatků získaných v rámci regionální studie v Pardubickém kraji (Minařík and Zahradník, 2003) je čistota (koncentrace účinné látky) pervitinu stabilní.

tabulka 5-8: Čistota (koncentrace účinné látky) zadržených drog v r. 2002 podle NPC (v %)

| **Druh drogy** | **Obchod ve velkém** | | **Obchod v malém** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Min.** | **Max.** | **Obvyklá** | **Min.** | **Max.** |
| **Marihuana** | 3 | 21 | 2,6 | 0,2 | 5,1 |
| **Hašiš** | 2,5 | 10 | 6,3 | 2,5 | 10 |
| **Heroin** | 20 | 41,3 | 22,5 | 4,6 | 41,3 |
| **Kokain** | 75 | 86 | 68 | 50 | 86 |
| **Metamfetamin** | 60 | 75 | 40 | 5 | 75 |
| **Extáze** | 2,5 | 48 | 30 | 2,5 | 48 |

Z údajů vyplývá, že dochází k „ředění" OPL z důvodů zvyšování zisku pro obchodníky. Tato praxe samozřejmě neplatí u neředitelných drog (např. u marihuany, extáze, LSD), kdy dochází spíše k navyšování ceny směrem od výrobce k uživateli. Prakticky ve všech případech dochází k ředění heroinu a pervitinu při cestě od výrobce k uživateli, časté je i ředění kokainu. K ředění pervitinu se začal nově používat piracetam.

Z dlouhodobého sledování čistoty OPL je patrné, že se významně snížila čistota (obsah účinné látky) heroinu. Podle NPC je to důsledkem zákazu pěstování máku v Afghánistánu a následného reálného nedostatku opia na trhu. To má podle téhož zdroje za následek další snížení obsahu heroinu v jednotlivých dávkách při pouličním prodeji až k mezním hodnotám 4 mg heroinu v dávce.

U tablet extáze nelze podle tvaru, barvy, velikosti a loga tablety spolehlivě určit druh a množství obsažené účinné látky. Podle policejních zdrojů naprostá většina analyzovaných tablet obsahovala jako aktivní složku MDMA, ale vyskytly se i tablety velice podobně až stejné tabletám MDMA s obsahem MDEA, MDA. Bylo zaregistrováno několik případů výskytu PMMA, což je zvláště nebezpečná látka s ohledem na zpožděnou dobu nástupu jejího účinku a z toho vyplývající možnosti předávkování při opakované aplikaci tablet. Pokud jde o množství obsažené účinné látky, existují také značné rozdíly. Velikost tablety není pro množství obsažené účinné látky směrodatná. Hmotnosti tablet se pohybují v rozmezí od cca 140 mg do cca 540 mg a obsah účinné látky na tabletu se pohybuje v rozsahu od cca 25 do cca 140 mg na tabletu. Největší podíl zkoumaných tablet se pohybuje v rozmezí 200 - 300 mg s množstvím obsažené účinné látky v rozsahu 60 – 80 mg. Z extrémně lehkých tablet lze uvést např. tabletu s logem Delphin o hmotnosti 149 mg a s obsahem 69 mg MDMA a tabletu bez loga o hmotnosti 144 mg s obsahem 43 mg MDMA. Na druhé straně z extrémně těžkých tablet lze uvést tabletu

[38] tj. obsahujících větší podíl psychotropního THC

s logem AUDI TT o hmotnosti 341 mg a s obsahem 61 mg MDMA a tabletu s logem Apple o hmotnosti 363 mg a obsahem 143 mg MDMA.

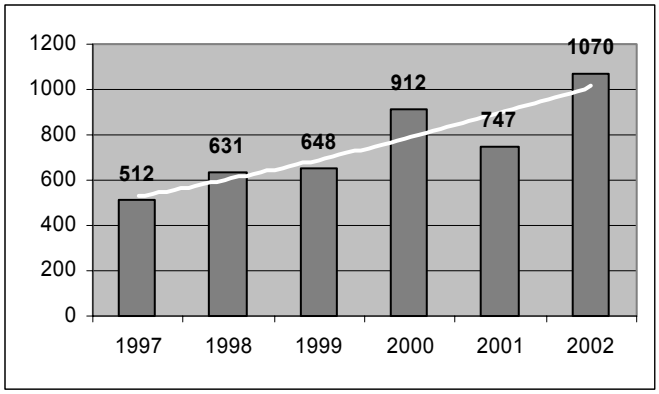
## 6 Trendy podle drog

V ČR jsou pro jednotlivé drogy k dispozici dlouhodobé trendy v užívání drog, v oblasti léčby a služeb poskytnutých uživatelům drog a drogových úmrtí. Dále jsou dlouhodobě k dispozici údaje o záchytech drog provedených celní správou (GŘC) a Národní protidrogovou centrálou Policie ČR (NPC), ovšem neočištěné od duplicit[39]; V r. 2002 poskytla NPC poprvé údaje o drogové trestné činnosti s rozlišením typu drogy.

### 6.1 Konopné drogy

Konopné látky představují v ČR nejrozšířenější nelegální drogu. Jejich užívání v populaci od začátku 90. let minulého století roste. Zkušenost s nimi má 16 - 20 % české dospělé populace, v posledním roce konopí užilo cca 11 % populace (tj. 1,4 – 1,7 mil osob, resp. 950 tis. osob). Užívání konopí roste zejména mezi mládeží (zkušenost s ním má cca 30 % žáků v posledních ročnících ZŠ a cca 50 % středoškoláků). Podíl i absolutní počet klientů, žádajících poprvé o léčbu nebo službu v souvislosti s konopnými drogami, má s drobnými odchylkami zvolna vzestupný trend, v r. 2002 to bylo 1 070 osob (viz následující obrázek). To je v souladu se zvyšující se prevalencí užívání těchto látek v populaci. V kontaktu s nízkoprahovými programy bylo přibližně 3,5 tis. uživatelů kanabinoidů.

obrázek 6-1: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním konopí a/nebo jeho derivátů v letech 1997 - 2002 (zdroj dat: HS)




V posledních letech dochází k odklonu od tuzemského „samozásobitelského“ venkovního pěstování k pěstování v domácnostech (indoor) nebo nákupu marihuany či hašiše na černém trhu. V r. 2002 byla Policií ČR poprvé v historii odhalena velkokapacitní hydroponní pěstírna marihuany.

Kanabinoidy jsou podle počtu záchytů nejčastěji do ČR pašovanými drogami, v r. 2002 došlo oproti r. 2001 k nárůstu množství zachyceného konopí celními orgány z cca 8,7 na 21,8 kg. Celkem bylo v ČR v r. 2002 zachyceno 112,12 kg marihuany a hašiše a 3 173 rostlin, což znamená cca 1 % konopných drog v ČR spotřebovaných.

### 6.2 Syntetické drogy

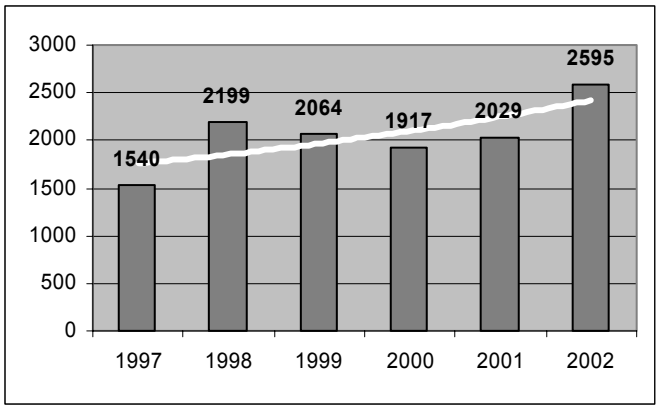
Syntetické drogy představují celosvětově stále rozšířenější a poměrně nestejnorodou skupinu drog. ČR má se svou historií zneužívání podomácku připravovaného pervitinu, sahající až do sedmdesátých let minulého století, v evropském kontextu zcela výsadní postavení; pervitin je v ČR dlouhodobě dominantní problémovou drogou. Stále více se šíří rekreační užívání „tanečních“ syntetických drog – především extáze. Spíše s experimentálním (a vzácněji i rekreačním) užíváním se spojuje LSD.

#### 6.2.1 Pervitin

Pervitin představuje v ČR nejrozšířenější problémově zneužívanou drogu. Celoživotní zkušenost s amfetaminy udávají cca 2 % dospělé populace, užití v posledním roce cca 1 %. Zkušenosti školní populace s pervitinem v posledních letech stagnují. Podle odhadu je v ČR cca 22 tis. problémových uživatelů pervitinu, tento odhad je v posledních 3 – 4 letech stabilní. Uživatelé pervitinu tvoří cca 2/3 všech problémových uživatelů drog v ČR. Pervitin je dlouhodobě nejčastěji zastoupenou drogu v žádostech o léčbu. Mezi prvními žádostmi o léčbu či službu bylo v r. 2002 celkem 2 595 případů žádostí v souvislosti s amfetaminy (tj. 55 % všech prvních žádostí), z toho pervitin představoval 2 389 případů (tj. 51 %). Služeb nízkoprahových zařízení využilo v r. 2002 odhadem 13 tis. uživatelů pervitinu.

[39] Čili záchytů ze společných akcí či záchytů celní správy znovu vykazovaných policií v průběhu trestního řízení.

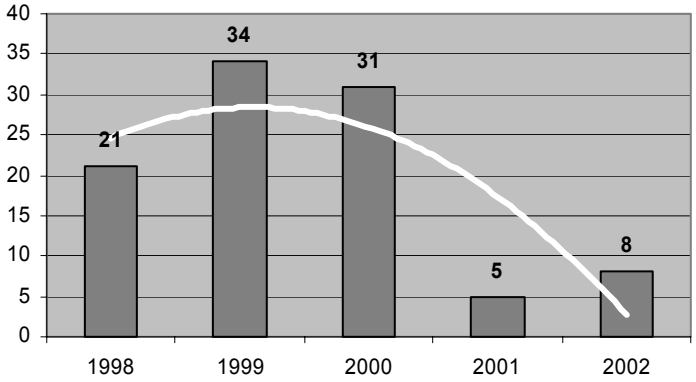
obrázek 6-2: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním pervitinu a/nebo jiných amfetaminů v letech 1997 - 2002 (zdroj dat: HS)




Nabídka pervitinu na českém trhu je stabilně vysoká s výkyvy danými nedostatkem výchozí suroviny a s lokálními výkyvy danými aktivitou policie. Výrobu a distribuci pervitinu přebírá v posledních letech organizovaný zločin, výroba v „kuchyňských" laboratořích klesá. V r. 2002 zabavily represivní orgány v ČR celkem 4,3 kg pervitinu a 0,41 kg jiných amfetaminů. Množství pervitinu zabaveného NPC kleslo z 9 kg v r. 2001 na 1,7 kg v r. 2002.

Smrtelná předávkování pervitinem prodělala mezi lety 2000 a 2001 prudký pokles (viz obrázek 6-3). Možné vysvětlení tohoto trendu zahrnuje jak vyšší kvalita hlásného systému z toxikologických laboratoří, tak stárnutí populace problémových uživatelů pervitinu – jinými slovy zmenšující se počet „nováčků", kteří jsou předávkováními ohroženi nejvíce.

obrázek 6-3: Počet předávkování pervitinem v ČR 1998 - 2002




### 6.2.2 Extáze

Užívání extáze se pojí už nejen s alternativní „taneční scénou", ale s hromadnými aktivitami „nočního života" všeobecně. Alespoň jednu zkušenost s užitím extáze mají 4 % dospělé populace (přibližně 350 tis. osob), užití v posledním roce pak uvádí 2,5 % (cca 200 tis. osob). Školní populace uvádí zkušenost s extází v cca 7 %, tj. přibližně 27 tis. učňů a studentů. V letech 2001 a 2002 se zvýšil počet prvožadatelů o službu nebo léčbu v souvislosti s extází z 48 na 193 osob (tj. 4,9 % ze všech prvožadatelů v r. 2002).

Podle policejních a celních údajů od r. 1995[40] neexistuje na území ČR významnější zdroj domácí výroby „tanečních drog"; zdrojovou zemí většiny tablet extáze na českém trhu jsou především Nizozemsko a Belgie. Cena extáze se od r. 1993, kdy byla poprvé zjišťována, snižuje (z 350 Kč v r. 1993 na cca polovinu v r. 2002). Represivními orgány bylo v r. 2002 zachyceno celkem 82 237 tablet, to představuje cca 10 % odhadované roční spotřeby extáze v ČR.

V r. 2002 nebylo zaznamenáno ani jedno úmrtí předávkováním extází ani jejími napodobeninami. Celkem byla v historii ČR identifikována 3 úmrtí v souvislosti/za přítomnosti tanečních drog nebo jejich napodobenin.

### 6.2.3 LSD

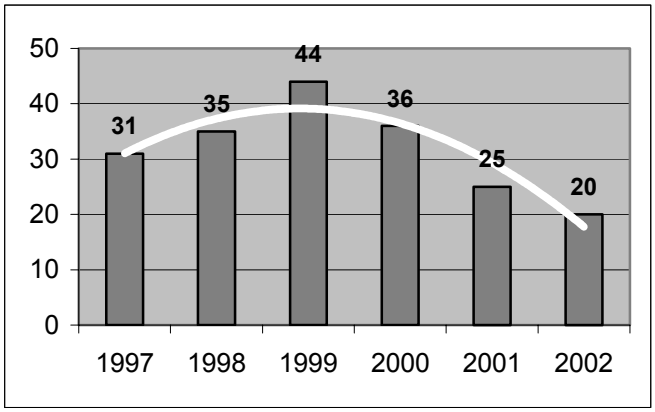
LSD představuje nejznámější syntetický halucinogen; podle všech dostupných poznatků je v ČR zneužíván především experimentálně[41]. Alespoň jednu zkušenost s LSD kdykoliv v životě přiznávají cca 2 % české dospělé populace (tj. cca 170 tis. osob), užití LSD v posledním roce pak 1 % (tj. cca 90 tis. osob); zkušenost s LSD a jinými halucinogeny má 9 % studentů a učňů.

[40] V r. 1995 byla ve středních Čechách těsně před uvedením do provozu odhalena továrna na výrobu a tabletování MDMA.

[41] V ČR jsou rovněž užívány halucinogeny rostlinného původu, nejčastěji jde o lysohlávky. Vzácněji se objevuje vysoce zdravotně nebezpečné zneužívání durmanu (obsahující delirogenní atropin a skopolamin), muchomůrky červené (obsahující psychotropní muskarin) a dalších rostlin a hub.

Počet prvožadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním halucinogenů od r. 1999 klesá, v r. 2002 jich bylo 20 (tj. 0,4 % všech prvožadatelů).

obrázek 6-4: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu v souvislosti s užíváním LSD a/nebo jiných halucinogenů v letech 1997 - 2002 (zdroj dat: HS)



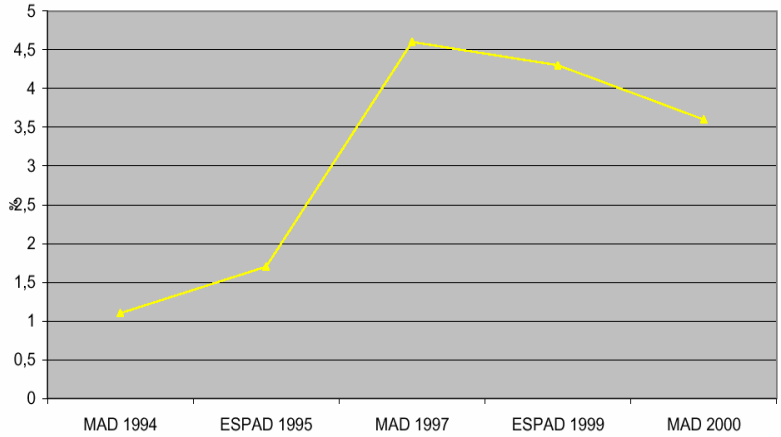

ČR patří mezi významné výrobce prekursorů výroby LSD – ergotaminu, ergometrinu a kyseliny lysergové, vyráběných v opavské IVAX a.s. Represivními orgány bylo v r. 2002 zachyceno celkem 107 „tripů“, to představuje cca 0,1 % roční spotřeby v ČR.

### 6.3 Heroin a další opiáty

V ČR bylo již od sedmdesátých let značně rozšířeno zneužívání medikamentů, obsahujících opiáty. Značného rozšíření dosáhlo též zneužívání tzv. braunu – směsi opiátů podomácku vyráběné z dostupných léčiv. Od r. 1993 se heroin začíná objevovat v Praze a severních Čechách; během let 1999 - 2001 se heroin rozšířil do všech oblastí ČR, kde se postupně dostává co do dostupnosti na roveň donedávna jednoznačně dominujícího pervitinu. V r. 2002 na černý trh v některých oblastech ČR pronikl farmaceutický opioid Subutex® obsahující buprenorfin (jako průnik legálně lékaři předepisovaného substitučního preparátu).

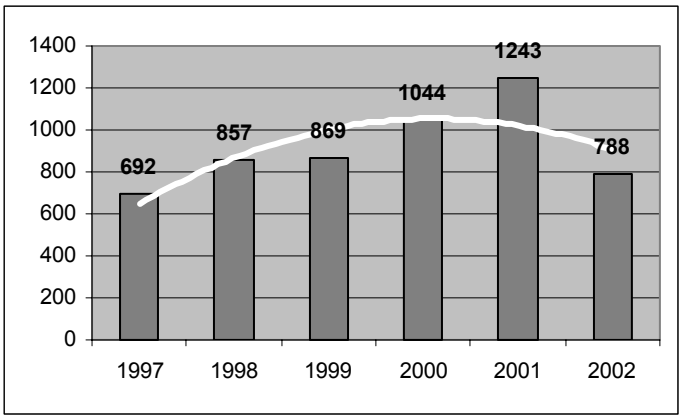
Zkušenost s nelegálními opiáty má 0,7 % české dospělé populace, jejich užití v posledním roce pak je prakticky nulové. Vzestupný trend (alespoň jednorázové) zkušenosti s opiáty mezi šestnáctiletými žáky a studenty vyvrcholil v r. 1997 a od té doby se snižuje (viz následující graf*).*

obrázek 6-5: Celoživotní zkušenost s opiáty mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: (Mravčík and Zábranský, 2001a))




Podle odhadu je v ČR cca 13,5 tis. problémových uživatelů heroinu, odhadovaný počet v posledních 3 letech spíše mírně klesá (z 15 tis. odhadovaných v r. 1999). Absolutní počet (i podíl) pacientů a klientů, kteří o léčbu nebo jinou službu požádali v souvislosti s užíváním opiátů, od r. 1997 až do r. 2001 víceméně plynule rostl, v r. 2002 byl přerušen prudkým poklesem na 788 osob, tj. 16 % všech prvožadatelů (viz obrázek 6-6). Z toho v souvislosti s heroinem požádalo o první léčbu 675 osob. Služeb nízkoprahových zařízení využilo v r. 2002 odhadem 8 tis. uživatelů heroinu.

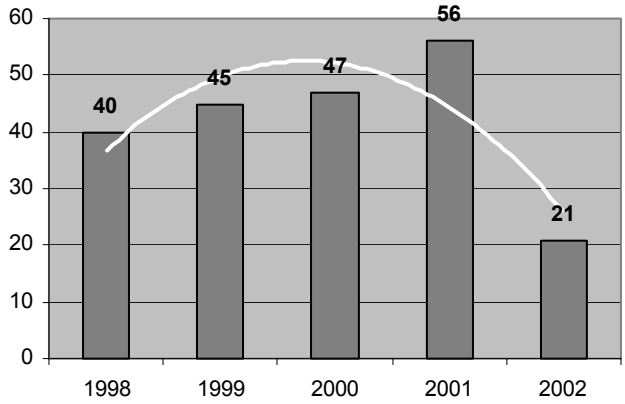
obrázek 6-6: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním opiátů (především heroinu) v letech 1997 - 2002 (zdroj dat: HS)




Represivní orgány zabavily v r. 2002 v ČR celkem 34,4 kg heroinu (odhadem 0,6 % roční spotřeby v ČR), tj. zhruba 1/3 množství zabaveného v r. 2001.

V letech 1998 – 2001 počet fatálních předávkování heroinem a dalšími opiáty rostl, v r. 2002 došlo k jeho prudkému snížení (21 případů) viz následující graf.

obrázek 6-7: Vývoj identifikovaných smrtelných předávkování opiáty v ČR v letech 1998 - 2002




## 6.4 Kokain a crack

Drogy kokainového typu jsou v ČR málo rozšířeny. Četnost užívání kokainu je v ČR pod hranicí citlivosti populačních průzkumů i statistických odhadů. V r. 2002 o léčbu nebo službu v souvislosti s užíváním kokainu požádalo 10 osob (z toho 3 osoby žádaly o léčbu poprvé).

Pokusy o výrobu kokainu nebyly v ČR zaznamenány a není známo ani nic o jeho případné úpravě na crack.

V r. 2002 zabavily české represivní orgány celkem 6,04 kg kokainu (cca 11 % z odhadované domácí spotřeby); většina v ČR zabaveného kokainu nicméně nebyla určena pro domácí trh.

Předávkování kokainovou drogou nebylo v ČR dosud zaznamenáno.

## 6.5 Těkavé látky

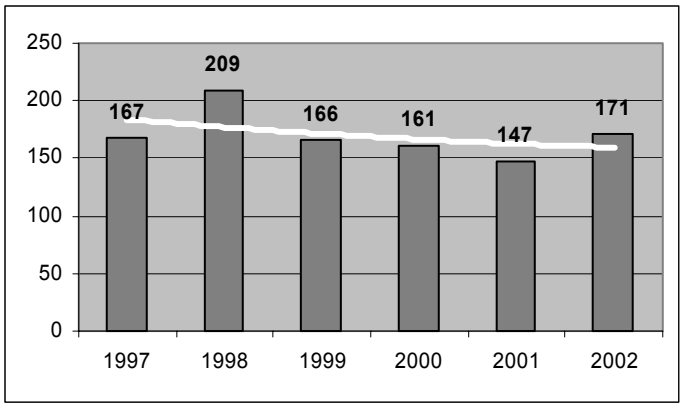
Užívání těkavých látek má v ČR poměrně dlouhou tradici, je zdokumentováno již od šedesátých let. Všechny zneužívané těkavé látky jsou převážně domácí výroby[42]. V celopopulačních průzkumech nejsou těkavé látky

[42] Jedná se zejména o průmyslová rozpouštědla (toluen, trichlorethylen, benzen), dále pak benzín a další pohonné látky a těkavé náplně do plynových zapalovačů.

dotazovány. Podle průzkumů mezi mládeží udává alespoň jednu zkušenost s těkavými látkami v životě 7 % studentů a žáků (tj. cca 27 tis. osob), zkušenost v posledním roce udávají 4 % (tj. cca 15 tis. osob); údaje o zkušenostech školské populace s těkavými látkami jsou dlouhodobě stabilní.

Zastoupení uživatelů těkavých látek je v prvních i všech žádostech o léčbu tradičně relativně nízké, viz následující graf. Lze předpokládat, že pro specifickou populaci uživatelů těchto látek není nabídka tradičních služeb pro uživatele drog oslovující.

obrázek 6-8: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním rozpouštědel v letech 1997 - 2002 (zdroj dat: HS)




Spolehlivě se smrtelná předávkování těkavými látkami sledují až od r. 2001; v r. 2002 bylo identifikováno 14 smrtelných otrav zneužívanými rozpouštědly, v r. 2001 to bylo 15 otrav. V počtu způsobených úmrtí jsou rozpouštědla na třetím místě po benzodiazepinech a opiátech.

### 6.6 Polyvalentní užívání

Polyvalentní užívání je mezi českými uživateli drog velmi rozšířeno. Uživatelé drogy kombinují, plynule mezi nimi přecházejí podle situace na černém trhu a velmi často je kombinují i s legálním alkoholem, tabákem a psychotropními léky, z nichž nejoblíbenější jsou léky benzodiazepinové řady a z nich zejména Rohypnol®.

## 7 Diskuze

### 7.1 Vzájemná konzistence indikátorů

#### 7.1.1 Epidemiologická data

S výjimkou populačního průzkumu „Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace“ ÚZIS jsou data z oblasti epidemiologie užívání drog vzájemně konzistentní. Data o prevalenci užívání drog v populaci spolu s daty o zdravotních následcích užívání drog (infekce, předávkování) podávají přesvědčivý obraz dvou současných a zároveň protichůdných dějů: pozvolného slábnutí epidemie problémového užívání drog za současného rozmachu experimentálního a rekreačního užívání.

Dojem zdánlivé nekonzistence by mohla vzbuzovat velmi nízká promořenost injekčních uživatelů drog na HIV/AIDS (kolem 0,01 %) na jedné straně a relativně vyšší promořenost virovými hepatitidami – a z nich zejména VHC (30 - 40 %) – na straně druhé. Nekonzistence je ovšem jen zdánlivá: oba ukazatele jsou ve srovnání s okolními státy i se zeměmi EU nebo s USA[43] relativně příznivé (tedy nízké) a velmi pravděpodobně jsou výsledkem včasného zavádění opatření typu minimalizace škod/rizik (harm/risk reduction) v polovině devadesátých let minulého století. Vzájemný rozdíl mezi prevalencí VHC a HIV/AIDS je způsoben mimo jiné rozdílnými charakteristikami obou infekcí.

#### 7.1.2 Data trestněprávního sektoru

Pozvolný vzestup v počtu zadržených, obžalovaných a odsouzených za tzv. „drogové trestné činy“ pokračoval i v r. 2002 a stejně jako v roce předchozím jej lze hodnotit jako výraz stále narůstajícího početního stavu specializovaných složek Policie ČR (vyjádřeným např. zřízením expozitur NPC v bývalých krajských městech) a s tím související lepší obeznámeností policie s lokálními drogovými scénami. Kontinuálně se zvyšuje i počet osob, stíhaných podle § 187a (držení drog pro vlastní potřebu), z nich největší podíl tvoří osoby stíhané za držení kanabinoidů.

[43] Promořenost VHC u IUD je v Evropské unii 40 – 90 % (EMCDDA, 2002) a v USA vyšší než 80 % (NIDA, 2000); promořenost na HIV/AIDS se v EU v téže populaci pohybuje od 1 % (Velká Británie) do 25 % (Španělsko), v USA se odhaduje na cca 27 % (EMCDDA, 2002); (NIDA, 2001).

Spektrum drog, pro něž docházelo ke stíhání, je ve shodě s epidemiologickými poznatky o jejich rozšíření v populaci: nejvíce jsou zastoupeny drogové trestné činy v souvislosti s amfetaminy (zejm. pervitinem, v ČR nejrozšířenější „problémovou“ drogou), těsně následovány drogovými trestnými činy v souvislosti s konopnými drogami (nejrozšířenějšími nelegálními drogami u nás; jsou užívány experimentálně a rekreačně).

Hodnotu údajů z trestněprávního sektoru snižuje neprovázanost dat mezi jednotlivými represivními složkami; např. počet obžalovaných pro drogové trestné činy je (podle statistik státních zastupitelství) dlouhodobě vyšší než počet stíhaných (policejní statistiky).

Společné analytické pracoviště NPC a GŘC, jež vzniklo v rámci Phare TP, by v budoucnosti v těsné spolupráci s NMS mělo významně přispět ke zvýšení kvality a spolehlivosti dat z trestněprávní oblasti; jedním z hlavních úkolů pro nejbližší budoucnost je důsledné odstranění duplicit ve vykazování policie a celní služby spolu s realizací studie pro odhad sekundární drogové kriminality. V dlouhodobé perspektivě pak půjde zejména o vzájemné provázání s daty z rezortu MS a možnost jejich vzájemné komparace a hlubších analýz.

## 7.2 Metodologická omezení a kvalita dat

### 7.2.1 Populační průzkumy

V oblasti populačních průzkumů jsou k dispozici výsledky semireprezentativních průzkumů CVVM s výběrem vzorku metodou kvótního výběru (cca 1 000 osob) v dlouhodobé časové řadě. Přesto, že soubory nejsou pro ČR plně reprezentativní, výsledky průzkumů CVVM jsou konzistentní v čase a jsou v souladu s výsledky reprezentativních průzkumů (naposledy GENACIS). Výsledky (zejména celoživotní prevalence užití drogy) celopopulačního průzkumu ÚZIS „Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace“ jsou oproti jiným obdobným průzkumům 2x až vícekrát nižší – nejpravděpodobnější příčinou tohoto rozdílu je rozdílná metodika sběru dat, kdy v průzkumu ÚZIS jsou dotazníky vyplňovány „tváří v tvář“ s respondentem, může tedy dojít k podhodnocení odpovědí na choulostivé otázky.

V oblasti školských průzkumů realizovaných celostátně v rámci mezinárodních projektů (ESPAD, HBSC) se jedná o reprezentativní šetření; výsledky jsou vzájemně konzistentní a srovnatelné s obdobnými průzkumy v minulosti, např. s průzkumy realizované HS (Polanecký et al. 2001) a s průzkumem NEAD (Miovský and Urbánek, 2001).

Klíčové otázky používané pro údaje o užívání drog jsou v souladu se standardními dotazníky (ESPAD, EMCDDA dotazník).

V oblasti monitorování rekreačního užívání zejména tanečních drog byl NMS v r. 2002 (a je nadále v r. 2003) koordinován sběr dat o návštěvnících tanečních akcí prostřednictvím organizací provádějících na tanečních akcích preventivní a harm reduction aktivity, zejména o.s. Podané ruce, Brno. Spolehlivost těchto dat je omezena faktem, že se jedná o data od osob, které využijí služeb těchto organizací na akcích - tedy od uživatelů tanečních drog. Terénní studie užívání drog na taneční scéně, jakou byla multicentrická studie z r. 1998 – 2000 (Csémy et al. 2000), nebyla v ČR od té doby provedena. Dotazníkové šetření užívání drog na taneční scéně „Tanec a drogy“, podobné šetření z r. 2000 (Kubů et al. 2000), probíhá prostřednictvím časopisu XMAG a webového formuláře na www.drogy-info.cz také v r. 2003.

Z r. 2002 jsou k dispozici nové údaje o rozsahu užívání drog v romské populaci získané prostřednictvím romských terénních pracovníků. Jejich výhodou je pokrytí romských komunit na území téměř celé ČR, jejich nevýhodou je velmi hrubý a orientační popis drogové situace v romské populaci.

### 7.2.2 Problémové užívání drog

Prevalenční odhady problémových uživatelů drog, provedené dosud v ČR, jsou založeny na multiplikační metodě s použitím léčebných zdrojů. Na lokální úrovni byly provedeny odhady metodou zpětného záchytu. Poslední prevalenční odhad, uveřejněný v této zprávě, využívá podílu problémových uživatelů drog (in-treatment rate) v kontaktu s nízkoprahovými centry získaného nominační metodou ve studii „Seroprevalence VHC u IUD“ a počtu problémových uživatelů drog v kontaktu s těmito centry. Počet uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými centry byl získán ze závěrečných zpráv projektů v rámci dotačního řízení RVKPP, což může počty nadhodnocovat. V r. 2003 je NMS realizována celostátní prevalenční studie metodou zpětného záchytu.

### 7.2.3 Žádosti o léčbu

Trendy získané z registru žadatelů o léčbu HS jsou částečně zkresleny změnami v hlásném systému (zvyšující se počet zařízení různého typu, měnící se hlásná kázeň zařízení). Pokrytí léčebných zařízení různých typů není úplné, viz tabulka 7-1. Přetrvává regionální nejednotnost ve spektru typů hlásících zařízení a v používaných definicích žadatele o léčbu. Blíže se touto problematikou zabývá např. kapitola Problematika užívání konopných drog v kontextu žádostí o léčbu.

tabulka 7-1: Srovnání počtu zařízení hlásících do registru žádostí o léčbu HS s celkovým počtem těchto zřízení

| Typ zařízení | Počet v registru HS | Počet v jiných zdrojích (zdroj) |
|---|---|---|
| **Ambulantní zdravotnické** | 129 | 342 (ÚZIS) |
| **Ambulantní nezdravotnické** | 32 | n.a. |
| **Lůžkové** | 56 | 92 (ÚZIS, RVKPP) |
| **Nízkoprahové** | 76 | 93 (RVKPP) |
| **Celkem** | **293** | **527*** |

*Pozn.: * bez ambulantních nezdravotnických zařízení*

### 7.2.4 Drogová úmrtí

Již pátým rokem je realizován sběr dat o drogových úmrtích v souladu s metodologií EMCDDA ze sítě toxikologických laboratoří při soudních odděleních. V r. 2002 byl zaveden databázový systém evidence a hlášení, který se ale nepodařilo realizovat na všech odděleních. Nevýhodami systému jsou nejednotnost ve vyšetřovací praxi a přístrojovém vybavení jednotlivých oddělení, výhodou úplné celostátní pokrytí náhlých úmrtí.

### 7.2.5 Infekční onemocnění

V r. 2002 se podařilo zavést monitorovací systém testování infekcí v nízkoprahových zařízeních a v zařízeních vězeňské služby. Do budoucna je klíčovou otázkou zkvalitnění těchto systémů. NMS byla zahájena realizace celostátní studie „Seroprevalence VHC u IUD“, jejíž výsledky jsou konzistentní s výsledky obdobných lokálních studií.

### 7.2.6 Trestněprávní data

V oblasti drogových trestných činů přetrvává neprovázanost dat z různých fází trestněprávního procesu (stíhání, obžalování, odsouzení) daná jednak časovým posunem, ale také nedůsledností ve výkaznictví. Za posledních 7 let je hlášeno více osob obžalovaných za drogové trestné činy, než osob za tyto činy stíhaných. V r. 2002 se policii podařilo získat údaje o stíhaných osobách podle jednotlivých drog.

V oblasti sekundární drogové kriminality přetrvává nedostatek relevantních dat, v r. 2004 je plánována společná studie NMS a NPC v této oblasti.

V oblasti vězeňství přetrvává nejasnost definice „závislý“ či „uživatel“, kdy do této kategorie jsou zařazovány osoby na základě různých kritérií, blíže viz kapitola Intervence v rámci trestněprávního systému. V r. 2002 se podařilo získat podrobnější údaje o drogovém screeningu z moči, způsob výběru není vždy náhodný a evidence neumožňuje identifikaci vícekrát testovaných osob.

V oblasti dat o záchytech drog se zcela nepodařilo odstranit problém s duplicitami záchytů Policie ČR a GŘC. Situaci by měla zlepšit existence Společného analytického pracoviště NPC a GŘC.

### 7.2.7 Poznámky k publikační kultuře

Poměrně častým znakem informací, ať již v odborných publikacích či v médiích, je častá citace ustálených a zjednodušujících tvrzení nepodložených fakty a čísly (např. o neustále se snižujícím věku uživatelů drog, o neustále horšící se situaci, o marihuaně s 30 – 40 % obsahem THC, o míře zabavení drog), která nejsou v souladu s daty o posledních trendech v oblasti užívání drog a jeho následků. Dochází také k dezinterpretaci či zjednodušené interpretaci epidemiologických dat. Příkladem může být úvod výroční zprávy HSHMP za r. 2002 (Polanecký et al. 2003), který misinterpretuje trendy žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním drog a data o výskytu a vyšetřování infekčních onemocnění mezi uživateli drog.

Také častým problémem dat z trestněprávního sektoru je nízká publikační kultura v oficiálních materiálech, zhusta užívajících nedoložených tvrzení. Poměrně typickým a často sekundárně citovaným údajem je např. dlouhodobé vykazování „latence drogových trestných činů“ Institutem pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP). I poslední publikace tohoto typu (Cejpl et.al., 2001) trpí krajně zúženým a selektivním spektrem zdrojů

(pouhé 3 citace), nezpracovaných podle jakéhokoliv standardu. Odbornou úroveň tohoto textu dále snižují časté odkazy na výroky anonymních „expertů“. Údaje o latenci „drogových trestných činů“, k nimž publikace dochází, jsou pak tvrzením, jež lze vyvrátit jednoduchou aritmetikou[44].

[44] Publikace např. uvádí 20 - 30 % „odhalených případů držení drog pro vlastní potřebu“ (ze všech, ke kterým na území našeho státu došlo); ve skutečnosti bylo v r. 2002 Policií stíháno celkem 285 případů držení drog pro vlastní potřebu a 187 pachatelů, kteří se tohoto činu dopustili; nádavkem k tomu bylo odhaleno 761 přestupků. Vzhledem k počtu problémových uživatelů (37,5 tis.) resp. počtu těch, kteří v loňském roce užili nelegální drogu alespoň jednou (11 % dospělé populace, tj. cca 950 tis. osob) lze předpokládat řádově nižší podíl odhalené trestné činnosti tohoto typu.

## Část III: Snižování poptávky

# 8 Strategie snižování poptávky na národní úrovni

## 8.1 Hlavní strategie a aktivity

Základní strategie snižování poptávky po drogách jsou stanoveny NSPP 2001–4. Od vzniku ČR se jedná o třetí koncepční materiál (předchozí jsou z let 1993 a 1998). Navazuje na předcházející koncepce a rozvíjí strategie a aktivity v nich definované. Strategie jsou založeny na principu vyváženého přístupu a komplexního, mezirezortního, mezioborového a mezisektorového postupu a spolupráci při řešení problémů (Sekretariát Meziresortní protidrogové komise, 2000).

Zejména nízkoprahové a resocializační programy zajišťuje stát prostřednictvím nestátních neziskových organizací. Výdaje na služby poskytované NNO proto tvoří cca 90 % výdajů z rozpočtové kapitoly VPS – výdaje na protidrogovou politiku. Tyto finanční prostředky jsou doplňovány výdaji z rezortních rozpočtů MPSV, MZ a MŠMT a místních rozpočtů (podrobněji viz kapitola Rozpočty a financování). Jako nedostatečně pokryté se jeví léčebné programy pro nezletilé, pro uživatele drog ve věznicích a pro romskou komunitu. Poddimenzovány jsou rovněž programy následné péče s chráněným bydlením a chráněnou prací pro absolventy programů léčby a substituční léčby.

V r. 2002 proběhla stěžejní část projektu Phare TP (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003). Jeho obecným záměrem bylo zejména vytvořit nezbytné podmínky pro uplatňování komunitárního práva EU (acquis communautaire). Specifickým cílem bylo rozvinout a posílit účinný právní a institucionální systém, plánování a uskutečňování efektivní protidrogové politiky v ČR.

**Phare TP byl zaměřen na tři oblasti korespondující s hlavními zásadami NSPP 2001-4:**

**1. Vytvoření a zabezpečení činnosti NMS a zabezpečení sběru dat o drogách v souladu s metodologií Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA)**

Tato oblast se zaměřila na další rozvoj českého systému monitorování drogové epidemiologie a zlepšení systému sběru, zpracování, analýzy dat na straně jedné a distribuce těchto dat pro odborníky, národní, mezinárodní instituce a laickou veřejnost včetně centrálního informačního serveru na straně druhé (www.drogy-info.cz). Pro monitorování oblasti snižování nabídky bylo vytvořeno Společné analytické pracoviště GŘC a NPC, které má být plně operabilní v průběhu r. 2003.

**2. Zlepšení horizontální a vertikální spolupráce**

V rámci této oblasti se usilovalo o rozvoj a zdokonalení struktury spolupráce a koordinace protidrogové politiky v ČR. V důsledku reformy veřejné správy byla v krajských úřadech postupně zřizována funkce krajského protidrogového koordinátora. V rámci projektu byl nově ustaveným koordinátorům poskytnut výcvik a poradenství zaměřené zejména na jejich další odbornou a manažerskou činnost na území krajů. Úkolem dalších aktivit bylo zlepšit spolupráci mezi rezorty, jež se problémem užívání drog zabývají, zavést standardní postupy pro hodnocení efektivity realizovaných opatření a navrhnout změny stávajícího systému financování programů protidrogové politiky.

V rámci analýzy stavu horizontální koordinace bylo zjištěno, že MZ, MPSV, MŠMT a MS nedisponují dostatečným počtem odborníků na protidrogovou politiku. Vládě bylo navrženo personální posílení příslušných odborů těchto rezortů. Podobný stav existuje i v případě krajských protidrogových koordinátorů, jejichž pracovní vytížení mnohdy přesahuje 1,0 úvazku (v těchto případech bylo doporučeno hejtmanům vytvořit oddělení koordinace protidrogové politiky).

Nejvýznamnějším výstupem dané oblasti byl návrh modelu decentralizovaného financování služeb prevence a léčby. Tento model na podkladě identifikovaných slabých stránek stávajícího systému zohledňuje reformu veřejné správy a efektivitu vynakládání veřejných prostředků. Model je založen na finanční spoluúčasti státu a krajů. Jako základní nástroje kontroly kvality a efektivity poskytovaných služeb mají sloužit krajský plán prevence a léčby, finanční standardy služeb, minimální standardy služeb, „certifikace“ poskytovatelů služeb, výroční zprávy (krajů, poskytovatelů služeb). Podrobnější koncepce má být zpracována do 30.6.2004.

### 3. Vzdělávání pracovníků v oblasti snižování nabídky a poptávky po drogách

Aktivity v této oblasti se orientovaly na vytvoření učebních a koncepčních materiálů v oblastech primární prevence, substitučních programů, vězeňství a policie. Tato oblast zahrnovala týmové výcviky, poradenství a rozvoj kvalitních vzdělávacích osnov pro další trénink a sběr dat. Podstatnou součástí bylo rovněž metodické vzdělávání klíčových osob, pracovníků různých profesí v oblasti drog a drogových závislostí, úprava existujících koncepčních materiálů.

Za nejdůležitější výstupy této oblasti lze označit přípravu mezirezortních a mezioborových standardů hodnocení kvality poskytovaných služeb, které zohledňují existující rezortní standardy v oblasti léčby a resocializace, přípravu prvního návrhu minimálních standardů primární prevence, slovníku primární prevence a manuálu dobré praxe. Konečným cílem je vytvoření jednotných mezirezortních standardů služeb v oblasti léčby a resocializace uživatelů drog a zavést systém akreditací do praxe – blíže viz kapitola Zajištění kvality péče.

## 8.2 Nové přístupy

V průběhu r. 2002 se v ČR objevilo několik nových či inovativních programů a přístupů. Podíl na tom měl i Phare TP (Haas et al. 2003; Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003), díky kterému se podařilo soustředit odborné kapacity v oblasti konceptualizace a plánování v nových oblastech.

V rámci Phare TP byla provedena analýza potřeb v oblasti primární prevence. Podle ní na poli neziskového sektoru existuje výrazně vyšší počet realizátorů primárně preventivních aktivit, než lze vyvodit z přehledu primárně preventivních programů podpořených z veřejných rozpočtů (Miovský, 2002a). To znamená, že se na primární prevenci podílejí i další subjekty, mezi nimiž dominují kontaktní centra provozovaná v centrech regionů o lidnatosti 100 – 150 tis. obyvatel. Za účelem popisu a analýzy tohoto fenoménu byla v rámci Phare TP ustavena pracovní podskupina. Ta v průběhu r. 2002 zpracovala analýzu služeb těchto zařízení (Libra, 2003; Miovský, 2002b). Z ní vyplynulo, že tato centra pracují spíše agenturním způsobem práce (odtud pracovní název „drogová agentura“), tj. slouží jako víceúčelová zařízení reagující v místní komunitě na nové trendy a potřeby a nepřidržují se výhradně konceptu poskytovatelů nízkoprahových služeb definovaného standardy drogových služeb (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a). Analýza dále prokázala nutnost celý problém koncepčně řešit.

V oblasti opiátové substituce byla v rámci Phare TP zpracována analýza potřeb v oblasti substituční léčby (Zábranský, 2002). Na jejím základě byly pro r. 2002 - 2003 identifikovány dvě oblasti priorit. První je decentralizace poskytování substituční léčby. Ukázalo se, že existující způsob poskytování substituční léčby je významným limitem v jejím dalším šíření a snižuje její dostupnost. Druhou oblastí priorit je zavedení tohoto typu léčby do zařízení pro výkon vazby a trestu a policejních cel. V těchto zařízeních není substituční léčba doposud poskytována, přestože je tato léčebná modalita v civilním sektoru zcela legitimní a standardní. V r. 2002 byla navázána užší spolupráce s Generálním ředitelstvím Vězeňské služby ČR a pracovní skupinou Vězeňství Phare TP. Úkol zavést substituci do vězeňství do konce r. 2004 je rovněž vyjádřen ve vládním usnesení k Phare TP (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003) - blíže viz kapitola Substituce a udržovací programy.

V oblasti primární školské prevence byl v průběhu r. 2002 v několika lokalitách ČR zaznamenán rozvoj aktivit, které používají nástroje z oblasti mimo primární prevenci. Jednalo se o dva typy aktivit: testování moči u žáků a studentů základních a středních škol na přítomnost metabolitů návykových látek a použití služebních psů detekujících drogu jako demonstrace v rámci preventivní akce, v ojedinělých případech i za účelem faktické detekce drog ve škole. Na oba tyto přístupy se soustředila mediální pozornost; to si v r. 2003 vyžádalo formulaci oficiálního stanoviska sRVKPP a dalších zainteresovaných rezortů (MV, MŠMT) formou tiskové zprávy. Stanovisko jasně deklaruje, že ani jeden z těchto přístupů nepatří do státem podporované strategie primární prevence a primární prevencí v tomto smyslu slova není, dále že přístupy nejsou součástí plošně šířených programů a upozorňuje na právní úskalí této činnosti (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003) - blíže viz kapitola Prevence.

Dále došlo k vývoji v oblasti intervencí v oblasti syntetických drog. RVKPP v říjnu 2002 zřídila pracovní skupinu „Prevence zneužívání syntetických drog“. Sešla se celkem pětkrát v období od listopadu 2002 do května 2003, kdy byla po splnění úkolu její činnost ukončena. Úkolem pracovní skupiny byla analýza současné situace a návrh vhodných opatření v oblasti užívání syntetických drog typu extáze (MDMA) a dalších látek užívaných v prostředí tanečních akcí (tanečních drog). Jejími členy byli zástupci MZ, MS, MV, A.N.O., SNN ČLS JEP, sRVKPP a 2 nezávislí odborníci. Skupina mj. zpracovala materiál „Doporučený postup při provádění preventivních intervencí na tanečních akcích“ (Valnoha, 2003), jehož cílem je sladění dosavadních aktivit,

uskutečňovaných zejména pracovníky terénních programů, se základními odbornými a legislativními kritérii. Mezi další výsledky skupiny patří materiál „Bezpečnější tanec“ shrnující hlavní doporučení k bezpečnější organizaci tanečních akcí (Zábranský and Kubů, 2003). Skupina doporučila zpracování výzkumného projektu zaměřeného na monitorování užívání legálních a nelegálních drog v prostředí tanečních akcí a na vyhodnocení efektivity preventivních aktivit v tomto prostředí. Prevence a harm reduction aktivity na taneční scéně se v r. 2002 dále rozvíjely především díky o.s. Podané ruce - leaderovi tohoto procesu. Jedná se o kombinace informačně osvětové práce mezi uživateli drog na taneční scéně (informace o rizicích spojených s užíváním extáze, první pomoci v různých situacích atd.), cíleného ovlivňování postojů a programů kvalitativního testování extáze (Miovský, 2003); síť terénních programů provádějících kvalitativní testování je navázána na pracoviště farmakologie III. LF UK v Praze, které provádí kvantitativní testování tablet extáze (blíže viz kapitola Aktivity HR určené uživatelům tanečních drog). Programy narážejí na negativní postoj policie. Ani stanovisko Nejvyššího státního zastupitelství se sídlem v Brně ze 17. října 2002[45] (Nejvyšší státní zastupitelství , 2002) nepřineslo podstatnou změnu náhledu policie na tyto aktivity. V jednom případě došlo k podání trestního oznámení pro podezření ze spáchání trestného činu šíření toxikomanie (§ 188a TZ); státní zástupce obvinění odmítl. MV a MZ vyjádřila k testování tablet extáze na tanečních akcích jednoznačně odmítavý postoj.

V r. 2002 zahájila činnost Právní poradna A.N.O. Projekt byl na počátku podpořen především ze strany nadace Open Society Fund. Mezi hlavní cíle projektu patří právní pomoc organizacím věnujícím se léčbě a pomoci uživatelům drog i samotným uživatelům drog, kteří se dostali do složitějších konfliktů se zákonem (Gajdošíková, 2002). Právní pomoc v nabídce drogových služeb v ČR dosud chyběla. Protože v ČR zatím plně neproběhla reforma sociálních služeb, existuje větší část sociálních služeb uživatelům drog (streetwork, domy v půli cesty, programy komunitní péče atd.) v určitém právním vakuu. Díky tomu organizace často řeší nestandardní právní situace. Dále se jedná o pomoc konkrétním uživatelům ve složitých právních kauzách, v nichž mají tito lidé obvykle potíže v hledání kvalitní právní pomoci, a to zejména v oblasti trestního práva.

V r. 2002 začala v ČR vznikat tzv. uživatelská fóra, jejíchž cílem je vtáhnout (ex)uživatele drog a klienty metadonových programů do diskuze o léčbě drogově závislých. Uživatelská fóra by měla spolupracovat na mapování užívání drog uvnitř komunity uživatelů, spolupracovat s profesionály v oboru a snažit se ovlivňovat kvalitu služeb pro uživatele drog. Na projektu se podílí nevládní organizace Společnost Hvězda, která úzce spolupracuje s dublinským uživatelským fórem UISCE. Pražské uživatelské fórum začalo vydávat časopis Dr. Ufo.

## 9 Prevence

Primární prevence je dle NSPP 2001-4 jedním ze čtyř pilířů protidrogové politiky ČR; ta definuje dlouhodobé, střednědobé a krátkodobé cíle v této oblasti.

Nejvýznamnějším dlouhodobým cílem primární prevence užívání drog je zastavit nárůst užívání drog zejména mezi dětmi a mládeží. Co se týče naplňování tohoto cíle, lze v epidemiologických ukazatelích v ČR v posledních letech sledovat velmi pozitivní trend. Dochází sice k nárůstu experimentálního a rekreačního užívání zejména kanabinoidů a tanečních drog (a také tento trend se pozvolna v populaci dospívajících zpomaluje), na druhé straně však stagnuje experimentální užívání heroinu a pervitinu (Mravčík and Zábranský, 2001a); v posledních letech se zastavil také nárůst problémového užívání drog. To znamená, že v české populaci, zejména mezi dětmi a mládeží, nedochází nadále k nárůstu užívání nejrizikovějších drog ani nejrizikovějších způsobů užívání. Tuto diferenciaci lze označit za nesporný úspěch české protidrogové politiky a částečně také primární prevence.

Střednědobé a krátkodobé cíle NSPP 2001-4 primární prevence se týkají převážně oblastí koncepčních, koordinace, standardizace a vzdělávání. Plnění úkolů v těchto oblastech se opožďuje. V rámci Phare TP byla provedena celková analýza stavu primární prevence v ČR (Miovský, 2002a). Ta konstatuje nedostatečnou součinnost a propojení jak na vertikální, tak na horizontální (mezirezortní) úrovni.

V rámci Bilanční zprávy o plnění úkolů z NSPP 2001-4 (usnesení vlády č. 1110/2002) byl nově formulován úkol 5B z NSPP 2001-4 – MŠMT je zodpovědné za vytvoření funkčního propojeného systému preventivních aktivit v rámci svého rezortu, nikoliv tedy obecně i mimo svůj rezort, jak bylo v NSPP 2001-4 původně uvedeno. Koordinaci a kvalitu služeb v oblasti primární prevence by mělo zlepšit i splnění úkolů vyplývajících z Phare TP (usnesení vlády č. 549/2003):

[45] Toto stanovisko obsahuje mj. výčet podmínek, při jejichž splnění by mohla být trestní odpovědnost – v konkrétních případech – vyloučena.

- Zřídit pracovní skupinu „Primární prevence“ složenou z institucí odpovědných za realizaci primární prevence podle NSPP 2001-4 (v termínu do 30.9.2003). Provede: ministryně školství, mládeže a tělovýchovy ve spolupráci s ministryní zdravotnictví, ministry vnitra, obrany, práce a sociálních věcí a výkonným místopředsedou RVKPP.
- Vypracovat a předložit RVKPP minimální standardy primární prevence, manuál dobré praxe preventivních programů a terminologický slovník pojmů primární prevence (do 31.12.2003). Provede: ministryně školství, mládeže a tělovýchovy ve spolupráci s výkonným místopředsedou Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
- Vypracovat a předložit RVKPP rezortní koncepci primární prevence (do 31.12.2003). Provede: ministryně zdravotnictví, ministr práce a sociálních věcí.
- Legislativně zakotvit do příslušného zákona funkci školního metodika prevence a vytvořit odpovídající podmínky pro její výkon (do 31.7.2003). Provede: ministryně školství, mládeže a tělovýchovy.

Vzhledem k faktu, že primárně preventivní aktivity jsou realizovány různými rezorty, kraji, obcemi a prakticky všemi poskytovateli služeb v oblasti léčby a pomoci uživatelům drog či všemi školami, je úplný přehled o jejich celkovém objemu, kvalitě, obsahu a nákladech na jejich realizaci prakticky nemožné získat. V následujícím textu jsou uvedeny základní dostupné informace o jednotlivých typech primárně preventivních programů.

## 9.1 Školní programy

Školní programy prevence tvoří největší objem primárně preventivních programů. Strategie primární prevence pro školy a školská zařízení je obecně definována ve strategiích MŠMT a navazujícíh pokynech (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2000; Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2001; Ministerstvo školství ČR, 2000).

Školní prevence v ČR probíhá v rámci dvou základních typů programů. Jedná se o „minimální preventivní program“ na školách a ve školských zařízeních a o tzv. prevenci sociálně patologických jevů v rezortu MŠMT.

**Minimální preventivní program**
Realizátory tohoto programu jsou samotné školy. Klíčovou úlohu zde hrají osoby odpovědné na každé škole za oblast drogové prevence – školní metodici prevence (každá škola v ČR má tuto funkci zřízenu a obsazenu). Nejsou dosud systémově vytvořeny základní předpoklady a podmínky pro výkon této funkce (pedagogové nejsou za tuto práci honorováni, a nebo jim není proporcionálně snížen úvazek přímého vyučování) (Miovský, 2002a); zlepšení by mělo přinést splnění úkolu vyplývajícího z Phare TP – viz výše. Je kladen důraz na holistický přístup; prevence užívání drog a drogových závislostí je součástí výchovy ke zdravému životnímu stylu. Projekty v rámci minimálního preventivního programu se opírají o koncepci modelového programu pro MŠ a ZŠ „Škola podporující zdraví“ (www.brana.cz/zdrskola). Snahou MŠMT je propojit na úrovni regionů tyto školní programy s programy mimoškolními a komunitními. Finanční prostředky na podporu minimálních preventivních programů v r. 2002 – viz kapitola Rozpočty a financování.

**Prevence sociálně patologických jevů v rezortu MŠMT**
Projekty v této oblasti mají nadregionální a celorepublikový charakter a jsou zaměřeny na:

- vytvoření uceleného systému prevence v oblasti speciálního školství,
- vzdělávání pedagogických pracovníků v souladu s Národními osnovami pro vzdělávání metodiků prevence škol a školských zařízení,
- aktivizaci rodičů v oblasti prevence se zaměřením na zdravý životní styl,
- cílové skupiny učňovské mládeže, národnostních menšin, mládeže se zvýšeným rizikem výskytu sociálně patologických jevů.

Realizátory programů jsou obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení, příspěvkové organizace zřizované MŠMT a další organizace mimo rezort MŠMT. V současné době nelze v rámci realizace programů přesně stanovit poměr akcí specifické primární prevence a volnočasových aktivit.

Některé primárně preventivní projekty zaměřené na užívání návykových látek realizuje ve školách Policie ČR v rámci programů prevence kriminality, značná část těchto aktivit je realizována preventivně informačními skupinami policie (v r. 2002 byly pilotně realizovány např. projekty „Malá policejní akademie“, „Učíme se s policií“

či „Ajaxův zápisník“). Do této oblasti vstupují systematicky také některé nestátní organizace, specializující se výhradně na drogovou prevenci ve školách a vzdělávání pedagogů - např. Institut Filia (http://web.telecom.cz/filia).

Kontrola provádění primárně preventivních programů ve školách a školských zařízeních spadá do kompetence České školní inspekce; ta se omezuje především na kontrolu administrativní, jen výjimečně je prováděna kontrola kvality a efektivity.

### 9.2 Mimoškolní programy pro mládež

Realizátory specifických mimoškolních primárně preventivních programů jsou především NNO a pedagogicko-psychologické poradny.

V rámci specifických programů existuje několik funkčních modelů komunitních programů. Jejich náplní je práce s rizikovými skupinami mládeže, zejména v hustě osídlených oblastech (na ulici, popř. v klubech a různých zábavních zařízeních). Příkladem dobré praxe může být komunitní program protidrogové prevence v Praze 6 (www.praha6.cz/bezpecnost/protidrogove.php) či komunitní aktivity pražského Prev-centra (www.prevcentrum.cz).

Pouze ojediněle se objevují programy cílené na rizikovou mládež v sociálně segregovaných skupinách či etnických menšinách.

### 9.3 Práce s rodinami

Oblast preventivní práce s rodinami lze rozdělit do čtyř skupin:

- edukativní programy pro rodiče (účelové publikace, besedy a přednášky),
- programy zaměřené na předcházení rizikovému chování rodičů (požívání alkoholu a jiných drog apod.),
- preventivní programy s aktivním zapojením rodičů,
- programy zaměřující se na včasnou diagnostiku a efektivní intervenci ze strany rodičů (především na úrovni spolupráce se školou).

Rodičovské skupiny umožňují bezbariérovou komunikaci mezi odborníky a rodiči v drogové problematice a tvoří často nedílnou a významnou součást aktivit komunitních center prevence, poraden a nízkoprahových kontaktních center.

### 9.4 Jiné programy

V r. 2002 pokračoval rozvoj internetové formy prevence (Kubů et al. 2000). Nejvíce navštěvovanými on-line poradnami v ČR byly v r. 2002 www.drogovaporadna.cz (měsíčně cca 5000 vstupů) a www.extc.cz (měsíčně cca 4000 vstupů), obě provozované NNO (o.s. SANANIM, o.s. Podané ruce).

Prevence užívání drog v různých cílových skupinách je stále častěji součástí práce kontaktních center v oblastech mimo velké městské aglomerace; tato centra pak pracují tzv. agenturním způsobem práce, kdy v dané komunitě poskytují komplexní drogové služby – blíže viz kapitola Nové přístupy.

Dlouhodobě zanedbávaným typem prevence je prevence na pracovišti. V r. 2002 nebyl v této oblasti v ČR připraven a realizován ucelený preventivní program zaměřený na návykové látky.

### 9.5 Výzkumné a evaluační studie v oblasti primární prevence

Úroveň evaluací primárně preventivních programů je nedostatečná. Většina realizátorů preventivních programů se omezuje na provádění pouze některých typů vnitřní evaluace programů. Nejčastěji se jedná o nestrukturovaná slovní hodnocení realizátorů či účastníků, anketní dotazníky apod.

V r. 2002 byl zahájen výzkumný projekt jehož cílem je vývoj a ověření metodiky pro provádění evaluace komunitních primárně preventivních programů. Projekt realizuje o.s. Prev-centrum ve spolupráci s Akademií věd ČR, pod záštitou NMS.

# 10 Snižování rizik spojených s užíváním drog

## 10.1 Definice a priority

Snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, harm/risk reduction (HR) je jedním ze čtyř pilířů NSPP 2001-4 (Sekretariát Meziresortní protidrogové komise, 2000), která definuje HR jako soubor specifických přístupů, jejichž cílem je:

- napomáhat drogově závislým lidem přežít a minimalizovat poškození jejich zdravotního a sociálního stavu a současně je motivovat ke změně rizikového chování s cílem života bez drog,
- ochraňovat společnost před negativními důsledky užívání drog včetně krví přenosných nemocí.

## 10.2 Popis intervencí

Služby určené uživatelům drog v oblasti HR poskytují v ČR zejména nízkoprahová zařízení (kontaktní centra, terénní programy/streetwork, výměnné programy). Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich blízcí; některá zařízení poskytují specifické služby také rekreačním uživatelům tanečních drog. Nízkoprahová zařízení v menších městech se často angažují také na poli primární prevence[46].

**Základní specifické cíle služeb poskytovaných v oblasti HR jsou:**

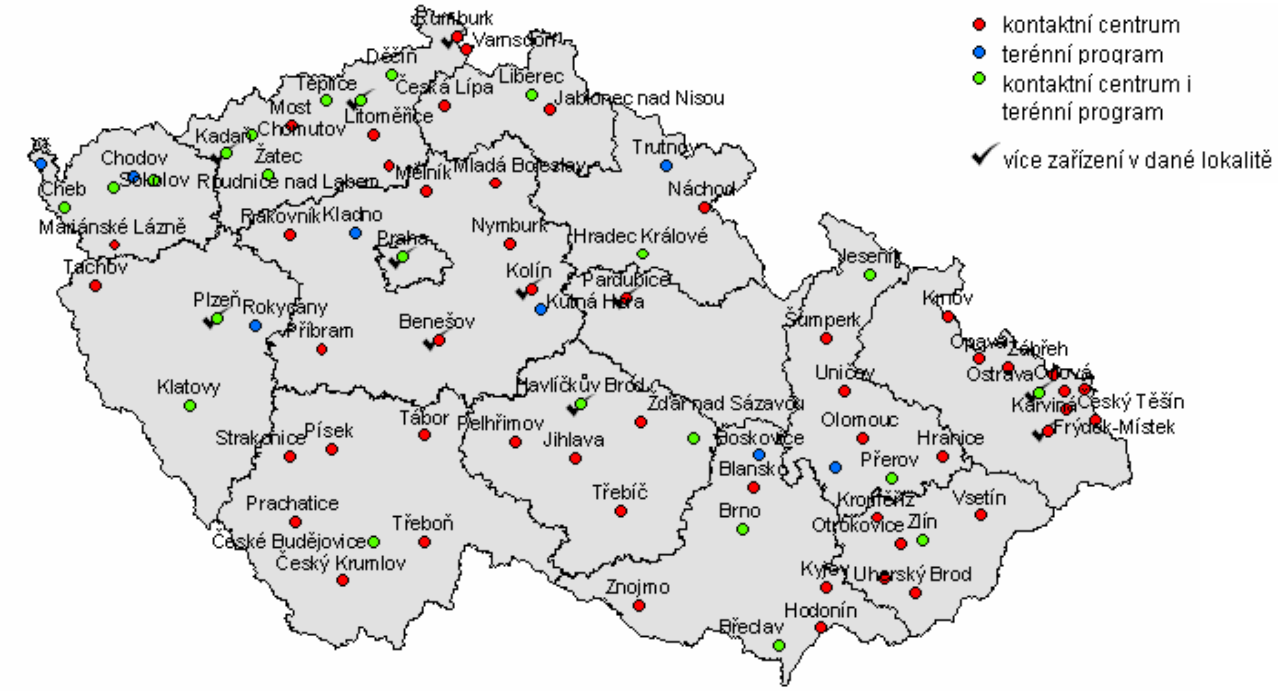
- zvyšovat motivaci UD k méně rizikovému chování v souvislosti s užíváním drog,
- zvyšovat motivaci UD ke změně životního stylu směrem k abstinenci,
- vést injekční UD k pravidelné výměně použitého injekčního materiálu, k jeho bezpečné likvidaci,
- snížit výskyt VHA, VHB, VHC mezi uživateli drog,
- udržet nízký výskyt HIV/AIDS mezi uživateli drog,
- sběr dat v oblasti užívání drog, sledování trendů v užívání drog.

### 10.2.1 Rozsah služeb HR v ČR

V ČR je poměrně stabilizovaná síť nízkoprahových zařízení: na konci r. 2002 ji tvořilo 93 projektů[47] - kontaktní centra, terénní programy streetwork, výměnné programy stříkaček a jehel (viz mapa 10-1). Do standardní nabídky služeb patří výměna injekčního materiálu včetně motivačního tréninku, zaměřeného na bezpečnou likvidaci použitého injekčního materiálu, zprostředkování kontaktu se zařízeními zabývajícími se abstinenčně orientovanou léčbou a s programy substituční léčby, poradenství v oblasti infekčních nemocí a prevence předávkování, zdravotní a sociální služby pro uživatele drog, příp. jejich zprostředkování; většina kontaktních center nabízí hygienický a potravinový servis.

[46] Z 80 dotázaných projektů uvedlo aktivity na poli primární prevence v roce 2002 41 zařízení.
[47] Počet zařízení vychází z údajů dostupných NMS (dotační řízení státních institucí, veřejně přístupné adresáře, informace Sekce HR A.N.O.).

mapa 10-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2002




V některých zařízeních (cca 15) funguje program sekundární výměny injekčního materiálu[48]. Informační servis doprovázený orientačním testováním obsahu tablet nabízených jako extáze přímo na tanečních akcích v r. 2002 poskytovalo 15 projektů. Tři nízkoprahová zařízení se primárně zabývají kontaktováním a poskytováním služeb romským uživatelům drog. Zaměstnanci 4 nízkoprahových zařízení mají možnost přístupu do některých českých věznic, kde poskytují vězňům informace o službách HR, případně zprostředkovávají kontakt s léčebnými institucemi; více se tímto tématem zabývá kapitola Zacházení s uživateli drog ve věznicích.

V rámci A.N.O. vznikla v říjnu 1999 Sekce Harm Reduction A.N.O. (HR A.N.O.). Hlavní náplní HR A.N.O. je zajišťovat plynulou komunikaci mezi jednotlivými zařízeními, napomáhat profesionalizaci stávajících programů, garantovat naplňování minimálních standardů poskytované péče u svých členů a napomáhat k vytvoření jednotných definicí pojmů, které se týkají služeb poskytovaných v oblasti HR. Na konci r. 2002 měla HR A.N.O. 35 členů.

Část profesionálů pracujících v HR je sdružena v profesní organizaci Česká asociace streetwork (ČAS), která funguje od r. 1997.

#### 10.2.1.1 Model specifického lokálního programu

V r. 2002 zazněla v odborné veřejnosti výzva k diskusi nad podobou těch nízkoprahových zařízení, která jsou provozována v centrech regionů o lidnatosti 100 - 150 tis. obyvatel. Tato nízkoprahová zařízení se odlišují od zařízení ve větších městech skladbou klientely i strukturou poskytovaných služeb (především v provádění primárně preventivních aktivit) (Libra, 2003). V rámci Phare TP byl předložen návrh modelu takového zařízení, tzv. drogové agentury - blíže viz kapitola Nové přístupy.

### 10.2.2 Monitorování a sběr dat v nízkoprahových zařízeních

Síť nízkoprahových zařízení se potýká s nejednotnou metodologií sběru dat o uživatelích drog a službách jim poskytovaných. Služby jsou poskytovány většinou anonymně, což sběr dat komplikuje.

V současnosti jsou všechna zařízení schopna poskytnout informace o počtu vyměněných injekčních stříkaček a jehel, o počtu kontaktů[49] za určité časové období (viz tabulka 10-1až tabulka 10-3, mapa 10-1); většina zařízení vykazuje objem poskytnutých služeb a přibývá projektů, které vykazují i počet osob, jež služeb zařízení využívají.

[48] Zapojení aktivních uživatelů drog, kteří vyměňují injekční materiál a poskytují informace dalším uživatelům drog.
[49] Každá návštěva/situace, při které dochází k interakci mezi klientem a pracovníkem programu (tzn. poskytnutí určité služby, informace, nebo poradenství - včetně skupinového).

tabulka 10-1: Výměnné programy v nízkoprahových zařízeních dotovaných RVKPP v letech 2001 - 2002 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c)

| Rok | Počet projektů | Počet kontaktů | Počet vyměněných stříkaček a jehel (ks) |
|---|---|---|---|
| **2001** | 77 | 230 327 | 1 567 059 |
| **2002** | 80 | 260 180 | 1 423 754 |

tabulka 10-2: Výměnné programy v databázi HS v letech 1998 - 2002 (Polanecký et al. 2000; Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2001; Polanecký et al. 2002; Polanecký et al. 1999)

| Rok | Počet programů | Počet vyměněných stříkaček a jehel (ks) |
|---|---|---|
| **1998** | 42 | 486 600 |
| **1999** | 64 | 850 285 |
| **2000** | 80 | 1 152 334 |
| **2001** | 82 | 1 179 011 |
| **2002** | 117[50] | 1 410 057 |

tabulka 10-3: Počet vyměněných injekčních jehel a stříkaček ve výměnných programech ČR v r. 2002 podle krajů (Polanecký et al. 2003) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c)

| Kraj | Počet výměnných programů | Počet vyměněných stříkaček (ks) |
|---|---|---|
| **Hl. m. Praha** | 10 | 858 507 |
| **Středočeský** | 9 | 12 561 |
| **Jihočeský** | 7 | 14 883 |
| **Plzeňský** | 3 | 23 221 |
| **Karlovarský** | 5 | 16 608 |
| **Ústecký** | 15 | 256 071 |
| **Liberecký** | 3 | 12 273 |
| **Královehradecký** | 3 | 22 250 |
| **Pardubický** | 2 | 23 622 |
| **Vysočina** | 5 | 11 254 |
| **Jihomoravský** | 7 | 134 285 |
| **Olomoucký** | 5 | 21 809 |
| **Zlínský** | 4 | 19 973 |
| **Moravskoslezský** | 10 | 41 907 |
| **ČR** | **88** | **1 469 224** |

[50] V r. 2002 poprvé zvlášť vedeny stříkačky distribuované přímo v nízkoprahových zařízeních a v terénu (ulice, byty).

mapa 10-2: Počet vydaných injekčních jehel a stříkaček ve výměnných programech ČR v r. 2002 podle krajů zařízení (na 100 tis. obyvatel) (Polanecký et al. 2003) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c)

HR A.N.O. pracuje již pátým rokem na projektu „Systém sjednoceného sběru dat v nízkoprahových zařízeních“, ve kterém je zapojeno 35 zařízení, jež kromě jednotné metody sběru dat užívají i stejné kódování anonymních klientů. V rámci tohoto systému se vytváří počítačová databáze „FreeBase“ k dokumentaci a vyhodnocování údajů o klientech a jim poskytnutých službách. V rámci činnosti pracovní skupiny „Žádosti o léčbu“ Phare TP zástupci HS HMP, HR A.N.O. a NMS začali vytvářet rozhraní mezi tímto systémem a registrem HS; to umožní jednak jednotné vykazování prvních a všech žádostí o léčbu ze strany nízkoprahových zařízení[51] směrem k registru HS a dále předávání dat mezi těmito institucemi v elektronické podobě. A.N.O. a NMS plánují zavedení FreeBase do všech nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2004.

#### 10.2.2.1 Výstupy ze sběru dat v nízkoprahových zařízeních

NMS má k dispozici údaje ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP; tohoto dotačního řízení se v r. 2002 účastnilo 80 nízkoprahových zařízení. Analýzou údajů ze závěrečných zpráv jednotlivých zařízení a jejich extrapolací byly získány údaje, kterými lze popsat průměrné nízkoprahové zařízení[52] a celkový odhad jednotlivých ukazatelů pro všech 93 českých nízkoprahových zařízení v r. 2002 - viz tabulka 10-4.

[51] Nízkoprahová zařízení tvořila v r. 2002 26 % databáze léčebně-kontaktních center registru HS.

[52] Průměrné údaje jsou za mimopražská zařízení, protože pražská se svou kapacitou výrazně odlišují od dalších nízkoprahových zařízení v ČR; v celorepublikovém odhadu jsou čísla z pražských zařízení započítána.

tabulka 10-4: Odhadované údaje o nízkoprahových zařízeních v ČR v r. 2002 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c)

| Ukazatel | Průměrné zařízení* | | Celkový odhad za ČR |
|---|---|---|---|
| | Počet | Podíl na všech klientech (%) | |
| **Počet zaměstnanců/počet úvazků** | 4,6 / 3,5 | - | 440 / 330 |
| **Počet kontaktů (návštěv)** | 2 460 | - | 290 000 |
| **Počet klientů** | 289 | - | 33 200 |
| **Průměrný věk klienta (let)** | 22 | - | 22 |
| **Počet klientů – mužů** | 156 | 54 | 19 400 |
| **Počet klientů – žen** | 133 | 46 | 13 800 |
| **Počet klientů – intravenózních uživatelů** | 146 | 51 | 19 000 |
| **Počet klientů se základní drogou pervitin** | 113 | 39 | 13 100 |
| **Počet klientů se základní drogou heroin** | 43 | 15 | 8 000 |
| **Počet klientů se základní drogou kanabinoidy** | 40 | 14 | 3 400 |
| **Počet klientů – neuživatelů** | 110 | 38 | 9 300 |
| **Počet prvních kontaktů** | 127 | - | 11 300 |
| **Počet výměn - výkonů** | 551 | - | 111 600 |
| **Počet vyměněných stříkaček** | 8 028 | - | 1 526 800 |
| **Náklady zařízení**** | 1 277 605 | - | 118 817 000 |

*Pozn.: *průměrné údaje jsou za mimopražská zařízení, v celorepublikovém odhadu jsou čísla z pražských zařízení započítána, **přibližně 64 % finančních prostředků na oblast HR bylo v r. 2002 rozděleno ze státního rozpočtu prostřednictvím dotačních řízení (45 mil. – RVKPP, 15 mil. MPSV, 1 mil. MZ) a 10 % byly prostředky rozdělené prostřednictvím dotačních řízení krajů a obcí (12 mil.)*

Přehled poskytovaných služeb v 80 zařízeních, která se zúčastnila dotačního řízení RV KPP uvádí tabulka 10-5.

tabulka 10-5: Nízkoprahová zařízení - služby (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c)

| Služba | Zařízení poskytující danou službu | | Počet výkonů |
|---|---|---|---|
| | Počet | % | |
| **Výměnný program** | 75 | 93,8 | 153 977 |
| **Kontaktní místnost** | 52 | 65,0 | 97 475 |
| **Hygienický servis** | 43 | 53,8 | 19 624 |
| **Potravinový servis** | 46 | 57,5 | 71 449 |
| **Zdravotní ošetření** | 56 | 70,0 | 12 026 |
| **Individuální poradenství** | 64 | 80,0 | 19 373 |
| **Skupinové poradenství** | 20 | 25,0 | 112 |
| **Krizová intervence** | 61 | 76,3 | 3 112 |
| **Reference do léčby** | 61 | 76,3 | 2 061 |
| **Reference do KC** | 52 | 65,0 | 2 468 |
| **Reference do substituční léčby** | 44 | 55,0 | 197 |
| **Testy HIV** | 47 | 58,8 | 1 288 |
| **Testy VHC** | 44 | 55,0 | 1 539 |
| **Poradenské telefonáty** | 56 | 70,0 | 10 988 |

### 10.2.2.2 Aktivity HR určené uživatelům tanečních drog

V r. 2002 poskytovalo 15 zařízení přímo na tanečních akcích ústní informace a preventivně informační materiály (letáčky) o problémech spojených s konzumací tanečních drog, krizovou intervenci a případně možnost orientačních kvalitativních testů tablet extáze, od 6 z nich jsou k dispozici podrobnější údaje o poskytnutých službách (viz tabulka 10-6).

tabulka 10-6: Aktivity HR určené uživatelům tanečních drog v r. 2002

| | |
|---|---|
| **Počet projektů** | 6 |
| **Počet akcí, kde byly služby poskytovány** | 39 |
| **Počet kontaktů** | cca 5 800 |
| **Počet orientačně otestovaných tablet** | 3 966 |
| **Počet distribuovaných kondomů** | cca 2 300 |

Občanské sdružení Podané ruce (Brno) provozuje od r. 2000 internetovou on-line poradnu (http://www.extc.cz/), zaměřenou na problematiku užívání tanečních drog.

V r. 2002 byla pod hlavičkou Ústavu farmakologie 3. LF Univerzity Karlovy zveřejněna databáze tablet extáze užívaných v ČR s kvantitativní analýzou obsahu (http://www.lf3.cuni.cz/drogy/).

Jedná se o přehled náhodně sebraných tablet extáze s kompletním kvantitativním vyhodnocením a dokumentací vč. fotografické (Fišerová and Páleníček, 2001; Fišerová and Páleníček, 2002). V r. 2002 přibylo do databáze 39 tablet; od r. 1996 obsahuje databáze celkem 146 tablet.

Z 39 vyšetřených tablet v r. 2002:

- 20 tablet (tj. 51,3 %) obsahovalo pouze MDMA a pojivo, dávky MDMA v tabletách se pohybovaly většinou mezi 30mg – 90mg; minimální obsah byl 7 mg, maximální 150 mg,
- u 17 tablet a dvou krystalických látek (tj. 48,7 %) byl test na přítomnost MDMA bez reakce,
    - 6 z nich bylo označeno jako potenciálně nebezpečné – obsahovaly kromě pojiva neznámou látku (2 tablety), ve 2 tabletách byl obsažen kofein a piracetam, 1 tableta obsahovala amfetamin a kofein, v 1 tabletě byl obsažen efedrin, v 1 případě šlo o anabolikum,
    - u krystalických látek šlo o kokain hydrochlorid a o směs jodidu draselného a neznámé látky,
    - mezi zbývajícími nereaktivními tabletami se nacházely léky proti kašli, proti bolesti a zánětlivým onemocněním, nootropní léčiva, antialergikum.

V databázi se někdy i několikrát opakují tablety se stejnými vnějšími znaky, zjištěné obsahy substancí se však zejména u tablet sebraných v různých obdobích liší.

Vzhledem k rozšíření konzumace tanečních drog v ČR byla v říjnu 2002 při RVKPP zřízena pracovní skupina „Prevence zneužívání syntetických drog“, jejímž úkolem byla analýza současné situace a návrh vhodných opatření v oblasti užívání těchto látek; výsledky její práce blíže shrnuje kapitola Nové přístupy.

#### 10.2.2.3 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 přes 90 % nízkoprahových zařízení,
- sekundární výměnný program[53] - provádí nejméně 15 % zařízení,
- vzdělávání a motivace k bezpečnému sexu, distribuce kondomů,
- motivační trénink ke znalosti svého zdravotního stavu – k testování,
- provádění testů (ze žilní krve, příp. orientačních testů ze slin a z kapilární krve) – tuto službu poskytuje téměř 60 % zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c),
- zprostředkování očkování,
- zprostředkování kontaktu s lékařem v případě onemocnění.

[53] Zapojení aktivních uživatelů drog, kteří vyměňují injekční materiál a poskytují informace dalším uživatelům drog (ve výměnném programu SANANIM Praha se v r. 2002 distribuovalo 468 412 ks stříkaček, z toho 110 332 ks distribuoval tým 10 tzv. „externích terénních pracovníků“ (aktivní uživatelé drog, kteří po absolvování vzdělání a pod odbornou supervizí provádí výměnu na těžko dostupných místech – byty, squaty).

Součástí závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP je dotazník, týkající se testů na infekční onemocnění v nízkoprahových zařízeních; jejich shrnutí uvádí tabulka 10-7 (informace poskytlo 34 zařízení) - viz také kapitola Infekce spojené s užíváním drog.

tabulka 10-7: Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových zařízeních v r. 2002 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c)

| Služba | Počet zařízení provádějících danou službu | Počet provedených testů |
|---|---|---|
| **Testy HIV ze slin** | 7 | 325 |
| **Testy HIV z kapilární krve** | 18 | 522 |
| **Testy HIV z žilní krve** | 10 | 311 |
| **Testy VHA z žilní krve** | 7 | 176 |
| **Testy VHB z kapilární krve** | 18 | 250 |
| **Testy VHB z žilní krve** | 8 | 265 |
| **Testy VHC z kapilární krve** | 25 | 942 |
| **Testy VHC z žilní krve** | 8 | 260 |
| **Testy syfilis ze žilní krve** | 2 | 176 |

#### 10.2.2.4 Prevence předávkování

Podle výzkumu Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události (Nešpor et al. 2003) ze vzorku 41 závislých na nealkoholových návykových látkách prožilo předávkování alespoň jednou v životě 21 (51,2 %) dotázaných - blíže viz kapitola Další poruchy spojené s užíváním drog.

Prevence předávkování je v ČR prováděna jen prostřednictvím vzdělávání uživatelů drog v rámci služeb poskytovaných uživatelům drog v nízkoprahových a léčebných zařízeních. Hlavními tématy tohoto vzdělávání jsou: první pomoc v případě předávkování, rizika kombinování drog a zásady bezpečného užívání.

Kromě zavádění a rozšiřování substitučních programů v ČR neexistují žádné další specifické aktivity, které bychom mohli považovat za strategie vedoucí k prevenci předávkování.

#### 10.2.2.5 Místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog

Místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog v ČR neexistují, intenzivní diskuse o jejich případném zřízení, která probíhala v letech 2000 – 2001, v r. 2002 nepokračovala; s výjimkou Prahy, kde existuje otevřená drogová scéna, se zavedení aplikačních místností v ČR nejeví aktuálně potřebné.

### 10.3 Standardy a evaluace

Standardy pro nízkoprahová zařízení a evaluační nástroje pro hodnocení efektivity služeb v oblasti harm reduction jsou součástí standardů odborné způsobilosti (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a) a definování indikátorů hodnocení kvality a efektivity těchto zařízení; blíže se tématem zabývá kapitola Zajištění kvality péče.

## 11 Léčba

### 11.1 Abstinenčně orientovaná léčba

#### 11.1.1 Definice

Léčbu závislostí je možné vymezit jako odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem, jež vychází především z bio-psycho-sociálního modelu. Při léčbě může být užívána řada metod a přístupů v různé kombinaci: farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie, sociální práce, arteterapie, socioterapie apod. Podle typu se rozlišuje léčba ambulantní (AT ordinace, stacionární programy), ústavní (specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny) a rezidenční (terapeutické komunity). Podle délky můžeme rozlišovat léčbu krátkodobou (4 - 8 týdnů), střednědobou (3 - 6 měsíců) a dlouhodobou (7 měsíců a déle) (Kalina et al. 2001).

### 11.1.2 Kritéria přijetí do léčby

Jednotlivé typy léčeb stanovují pro uživatele různá kritéria přijetí. Navzájem se také od sebe liší jednotlivá zařízení v rámci určité modality. Pro intenzívní ambulantní léčbu je vyžadována především dostatečná motivace klientů a podmínkou pro přijetí je také zajištěné bydlení. Nejjasněji definovaná kritéria má rezidenční léčba. Ve většině terapeutických komunit jsou obecnými podmínkami: písemná žádost o přijetí s životopisem, detoxifikace, vyšetření krve na HIV a VH, toxikologické vyšetření a doporučení odborníka k léčbě. Kritéria přijetí k detoxifikaci se oddělení od oddělení liší, a to někdy velmi výrazně. Některá detoxifikační oddělení mají velmi nízký práh, jiná si kladou jako podmínku např. i zajištění následné léčby po ukončení detoxifikace apod.

Systémovým nedostatkem je neprovázanost jednotlivých typů poskytovaných služeb. Z údajů, jež jsou k dispozici (Sekce terapeutických komunit A.N.O., 2002), vyplývá, že ze všech 448 klientů 12 terapeutických komunit jich pouze 180 vyhledalo nějaký typ další péče; nejčastěji se jednalo o následnou péči, a v případě relapsu znovu o terapeutickou komunitu či o psychiatrickou léčebnu.

### 11.1.3 Poskytování služeb

Ambulantní léčbu zajišťovalo v r. 2002 celkem 342 zdravotnických zařízení (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003e), tzn. 342 ambulantních psychiatrických ordinací, jejichž služeb využili uživatelé psychotropních látek. V těchto ambulancích bylo krátkodobě či dlouhodobě aktivně léčeno 41 136 mužů a žen užívajících psychotropní látky; více než jednu třetinu z nich tvořili uživatelé ilegálních drog (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003e). Maxima bylo dosaženo ve věkové skupině 30 - 39 let, pro ilegální návykové látky ve věkové skupině 20 - 29 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003e). Z ilegálních návykových látek byl nejčastěji léčen abúzus opiátů (přibližně 8 100 pacientů), zejména heroinu. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byli uživatelé stimulancií, zejména pervitinu (přibližně 5 400 pacientů).

Doposud nelze přesně stanovit, kolik nezdravotnických zařízení poskytuje ambulantní péči, tj. poradenské, terapeutické služby přizpůsobené individuálním potřebám každého klienta. HS uvádí celkem 33 nezdravotnických ambulantních zařízení, v nichž bylo léčeno 450 klientů (Polanecký et al. 2003). Ambulantní služby poskytuje kromě výhradně ambulantních zařízení také velká část preventivních a nízkoprahových center. Krátkodobou intenzívní ambulantní léčbu v současnosti zajišťuje jeden denní stacionář v Praze s kapacitou 12 osob. V r. 2002 bylo v tomto intenzívním denním programu léčeno 43 klientů průměrně 2,3 měsíce.

Ústavní léčbu představují specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny a kliniky. V ČR je 15 psychiatrických léčeben pro dospělé (1 194 lůžek pro léčbu alkoholizmu a ostatních závislosti) a 4 dětské léčebny (536 lůžek). V r. 2002 bylo celkem 2 510 hospitalizací v souvislosti s užíváním nelegálních psychoaktivních látek, s průměrnou délkou léčby 40 dnů (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003a), podrobnější údaje viz tabulka 11-1. Údaje z psychiatrických oddělení nemocnic za r. 2002 zatím nejsou k dispozici. V r. 2000 jich bylo provozováno 32 s celkovým počtem lůžek 1 534 pro všechny psychiatrické diagnózy MKN 10 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2002). Celkem 19 zdravotnických zařízení poskytuje detoxifikaci, jež trvá přibližně 1 - 2 týdny a je zaměřena na zvládnutí odvykacího syndromu.

tabulka 11-1: Psychiatrické léčebny v ČR v r. 2002 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003a)

| Pohlaví | Počet lůžek | Počet hospitalizací | Průměrná délka pobytu (ve dnech) |
|---|---|---|---|
| **Muži** | n.a. | 1 776 | 39,1 |
| **Ženy** | n.a. | 734 | 41,3 |
| **Celkem** | **1 194** | **2 510** | **39,8** |

*Pozn.: n.a. – data nejsou dostupná*

Rezidenční léčbu v r. 2002 zajišťovalo celkem 16 komunit (215 lůžek, cca 520 klientů), z tohoto počtu je 12 sdruženo v Sekci terapeutických komunit A.N.O. Těchto 12 komunit s celkovou kapacitou 197 lůžek v r. 2002 zaznamenalo 564 žádostí o léčbu, kterou nastoupilo 448 uživatelů. Léčbu úspěšně ukončilo 116 klientů (průměrně po 324 dnech), předčasně 170 (průměrně po 194 dnech). Průměrný věk léčených byl 23,6 let (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c; Sekce terapeutických komunit A.N.O., 2002)

V r. 2002 vzniklo v Opavě zařízení specializované na cílovou skupinu klientů ve věku od 12 do 15 let užívajících návykové látky: Domov Agapé. Zařízení je určeno pro 15 dívek či chlapců a nabízí jim individuální, skupinovou a rodinnou terapii, poradenství, pracovní terapii a další služby. Svoji činnost zahájil Domov Agapé v druhé polovině

r. 2002 a bylo zde léčeno 9 klientů (průměrný věk 14,5 let) s průměrnou délkou pobytu 2 měsíce (Domov Agapé, Závěrečná zpráva dotačního řízení RV KPP 2002, 2003).

Zařízení speciálního školství, jejichž součástí je vedle výchovného a resocializačního působení také léčba, jsou v ČR dvě a disponují 31 lůžky pro uživatele návykových látek.

Vězeňská služba v rámci léčebného, terapeutického a výchovně vzdělávacího působení zajišťuje detoxifikaci (vězeňské nemocnice Praha-Pankrác a Brno); dále jsou zřizovány tzv. bezdrogové zóny a specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu a pro výkon ochranného léčení. V r. 2002 činila kapacita specializovaných oddělení pro diferencovaný výkon trestu 188 míst (věznice Plzeň, Příbram, Bělušice) a počet míst v bezdrogových zónách (22 zón) se v r. 2002 zvýšil z 593 míst na 1 114. Byl zaznamenán nárůst kapacity pro výkon ochranných protitoxikomanických léčeb, jež probíhají ve třech věznicích (Rýnovice, Opava, Znojmo) (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003a); blíže se tématem, zabývá kapitola Zacházení s uživateli drog ve věznicích.

Externí drogové služby vězněným poskytují NNO. Intervence ve věznicích prostřednictvím nezávislých externích pracovníků je přínosná nejen pro samotné klienty, ale také pro vězeňskou službu, jíž je nabízena garance, supervize, vzdělávání a spolupráce na tvorbě metodiky a koncepce. Práce s klienty spočívá v individuální a skupinové terapii (sebepoznání, dramaterapie, arteterapie, prevence relapsu apod.), poradenství, krizové intervenci, zprostředkování léčby, sociálním a právním servisu. Těchto služeb, které jsou pro klienty dobrovolné, využívá 12 z 35 věznic a poskytuje je 5 nestátních neziskových organizací (Miovský et al. 2003; Škvařilová, 2003).

### 11.1.4 Evaluace procesu a výsledků

V období od června 2000 do února 2002 byl v PL Praha – Bohnice testován vnitřní model terapie, jež předpokládá v průběhu léčby nárůst náhledu na nemoc, integrace ega, sebedůvěry, komunikativnosti, ocenění léčby a odeznívání úzkosti a depresivní nálady. Testovací soubor se skládal ze 131 žen (16 - 58 let) ústavně léčených pro závislost na alkoholu či jiné návykové látce, a to v průměru po 86 dnů. Analýza dotazníkového zjišťování reakce na ústavní léčbu ukázala, že v průběhu léčby dochází u pacientek k výraznému poklesu úzkosti a depresivní nálady (zejména na počátku léčby) a k trvalému mírnému vzrůstu náhledu na nemoc, integrace ega, růstu komunikativnosti a sebedůvěry. Hodnocení léčby (zejména režimu dne) pacientkami se v průběhu léčby neměnilo (Kubička and Csémy, 2003).

## 11.2 Substituce a udržovací programy

K 31.12.2002 bylo v ČR 9 substitučních center. Zcela nepokryty zůstávají kraje Zlínský, Pardubický, Vysočina, Jihočeský, Plzeňský a Karlovarský. Celkem bylo v ČR od května 2000 do května 2003 klienty substitučních programů 859 osob[54].

Všechny programy poskytovaly výhradně orální substituční léčbu a používaly k ní metadon, připravovaný z dovážené generické substance. V r. 2001 byl na českém trhu registrován sublingvální preparát Subutex®, obsahující buprenorfin. Ten je podáván jednak vhodným pacientům v rámci výše zmíněných substitučních programů, jednak předepisován na předpis; pacientům jej tedy může poskytovat každý lékař bez ohledu na specializaci.

V r. 2002 bylo v devíti substitučních programech léčeno celkem 463 pacientů – z toho se 105 pacientů v tomto roce léčilo substitucí poprvé v životě, ostatní do programu přešli z předchozích let. V témže roce substituci ukončilo 213 osob. Stav registru substituční léčby k 31.12.2002 shrnuje tabulka 11-2.

V rámci Phare TP pracovala devítičlenná skupina „Substituční léčba“ za účasti dotčených rezortů (MZ, MV, MPSV, MS).

### 11.2.1 Definice a cíle substituční léčby

Podle platných Standardů substituční léčby se jedná o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinenčně orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a

[54] Do r. 2000 byl jediným substitučním programem v ČR program ve VFN v Praze (Apolinář). Od zahájení programu metadonové substituce v červenci 1997 do konce r. 1997 se v Apolináři léčilo 25 pacientů (17 mužů, 8 žen), v r. 1998 to bylo 30 pacientů (21 mužů, 9 žen), v r. 1999 to bylo 88 pacientů (61 mužů, 27 žen) a v r. 2000 pak 118 pacientů (82 mužů, 36 žen).

psychický stav. Substituční léčba je metodou první volby pro pacienty, kteří nejsou schopni přijmout terapeutické metody, jejichž primárním cílem je abstinence od návykových látek (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a).

### 11.2.2 Kritéria přijetí do substitučních programů

Kritéria přijetí do substitučních programů jsou definována především jako (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a):

**Indikace pro léčbu metadonem:**

- těžká a dlouhodobá závislost na vysokých dávkách látek opioidového typu,
- opakované, neúspěšné pokusy o léčbu orientovanou k abstinenci.

Faktory podporující zařazení pacientů do programu:

- pozitivní zkušenost se substitucí v anamnéze,
- závislost opioidového typu u HIV pozitivních nebo u těch, kdo se dopouštějí trestné činnosti v souvislosti s návykovými látkami, jestliže není možná léčba orientovaná k abstinenci,
- závislost opioidového typu u těhotných, jestliže není možná šetrná detoxifikace a léčba orientovaná k abstinenci.

**Indikace pro léčbu buprenorfinem:**

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

Faktory podporující zařazení pacientů do programu:

- závislost opiátového typu v kombinaci se zneužíváním jiné látky (kokain, pervitin).

### 11.2.3 Dostupnost

Podíl uživatelů opiátů v substituční léčbě v ČR v r. 2002 byl nedostatečný – 463 osob v substituční léčbě metadonem a odhadovaných 500 – 700 osob v substituční léčbě Subutexem® (viz dále) činí dohromady cca 1000 osob v substituci (cca 7% odhadovaných problémových uživatelů opiátů ve srovnání s průměrnou úrovní nad 30 % v členských státech EU).

To bylo způsobeno především špatnou dostupností substitučních center, která se nacházejí v 6 velkých městech a pro potenciální pacienty z menších sídel tak jsou prakticky nedostupná. Kapacita substitučních center je v některých místech zcela naplněna a vznikají čekací listiny (Praha, Ústí nad Labem, Brno), v jiných jsou jejich kapacity spíše nevyužity (Olomouc, Ostrava, Hradec Králové). Mělnický program spolupracuje s blízkými pražskými programy a mohl by tak být modelem pro poskytování této péče v podmínkách běžné ambulantní medicínské péče.

Po registraci přípravku Subutex® se zvolna rozběhla léčba tímto přípravkem v podmínkách ambulantních ordinací psychiatrů a praktických lékařů. Data o rozsahu a kvalitě této léčby nejsou známa; je patrný trend jejího rozšiřování. Z dat o počtu vydaných šarží z konsignačního skladu distributora lze usuzovat, že příjemci této léčby bylo na konci r. 2002 v ČR 500 - 700 pacientů[55].

[55] Za předpokladu řádného dávkování a léčby; odhadovaný počet rovněž nezahrnuje „divoce“ se substituující uživatele drog za použití buprenorfinu z černého trhu.

tabulka 11-2: Pacienti substituční léčby ve specializovaných programech - stav k 31. 12. 2002

| Centra | Počet osob |
|---|---|
| **VFN - Praha 2** | 54 |
| **FN Ostrava-Poruba** | 2 |
| **Ambulance AT Olomouc** | 4 |
| **DPS Elysium Brno** | 52 |
| **Metadonová jednotka Ústí nad Labem** | 119 |
| **DROP IN o.p.s., Praha 1 (dva programy)** | 100 |
| **Ambulance OAT Hradec Králové** | 11 |
| **Ordinace AT Mělník** | 11 |
| **Celkem** | **353** |

### 11.2.4 Substituční léky a organizace substituční léčby

V ČR jsou schváleny k substituční léčbě dva preparáty:

- Metadon (generická substance), z níž je v lékárnách připraven roztok a ten je distribuován do jednotlivých zařízení; pacienti s delší historií úspěšné terapie dostávají domů dávky na několik dní – nejvýše však na týden. Metadon je plně hrazen ze zvláštní dotace MZ.
- Buprenorfin (hromadně vyráběný léčebný přípravek Subutex®) neměl v r. 2002 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 pojišťovnami hrazeny. Sám výkon „podání substitučního léku“ ale hrazen není a není ani definován.

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.

### 11.2.5 Psychosociální poradenství

Psychosociální poradenství je podle Standardu substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a) obligatorní součástí lege artis poskytované léčby (s výjimkou zvláštních případů typu krátkodobé hospitalizace apod.).

V praxi je nicméně kvalitní poskytování této složky léčby ve specializovaných programech problematické, a to zejména díky neexistenci mechanismu finanční úhrady. Přestože se specializované programy snaží tuto péči v mezích možností zajistit, je tato oblast považována za jednu z významných slabin současného stavu.

Poskytování psychosociální péče pro ambulantní pacienty, kteří užívají Subutex®, není dostatečně popsáno. Podle obecného názoru je síťování mezi ambulantními lékaři a poskytovateli psychosociální péče pro uživatele nelegálních drog nedostatečné.

### 11.2.6 Průsaky substitučních drog na černý trh

Neexistují žádné ověřené poznatky o výskytu metadonu na černém trhu v r. 2002.

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 regionu Severních Čech a ojediněle jinde v ČR.

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 ale přetrvávají. Dosud nicméně nebylo zaznamenáno předávkování ani jiné negativní následky plynoucí specificky z užívání buprenorfinu. Potenciální riziko představuje zejména 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). Přítomní pražští streetworkeři 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.

### 11.2.7 Evaluace výsledků, statistiky, výzkum a vzdělávání

Komplexní evaluace substituční léčby nebyla v ČR dosud provedena.

Vlivem metadonového programu na nutriční stav uživatelů opiátů se zabývala práce pražských autorů (Kábrt et al. 1999). Bylo zjištěno, že substituční léčba metadonem vedla nejen ke zlepšení subjektivního stavu, ale i k objektivně prokazatelnému stavu výživy (zvýšení hmotnosti, tukové řasy nad zadní stranou paže).

V r. 1999 vypracoval personál VFN Apolinář jednoduchou interní evaluaci svých léčebných výsledků. Na r. 2003 je plánována rozsáhlá evaluace substitučních programů v ČR v rámci mezinárodní studie WHO; její českou část koordinuje NMS.

Podle ÚZIS bylo od května 2000 do dubna 2002 do substituční léčby přijato 902 závislých na heroinu. Celkem substituční léčbou v ČR prošlo v tomto časovém intervalu 580 osob, z toho 404 mužů a 176 žen (Matoušková, 2002), viz tabulka 11-3 až tabulka 11-4.

tabulka 11-3: Věková skladba klientů na metadonu v ČR, období od května 2000 do dubna 2002 (Matoušková, 2002)

| Věková kategorie | Muži | | Ženy | |
|---|---|---|---|---|
| | počet | % | počet | % |
| **18 - 24 let** | 136 | 33,7 | 81 | 46,0 |
| **25 - 29 let** | 135 | 33,4 | 62 | 35,2 |
| **30 - 34 let** | 55 | 13,6 | 16 | 9,1 |
| **35 - 39 let** | 46 | 11,4 | 13 | 7,4 |
| **40 a více let** | 32 | 7,9 | 4 | 2,3 |
| **Celkem** | **404** | **100,0** | **176** | **100,0** |

tabulka 11-4: Průměrné počty pokusů (nástupů) o substituci metadonem na 1 klienta podle věku v ČR v období od května 2000 do dubna 2002 (Matoušková, 2002)

| Věková kategorie | Muži | | Ženy | |
|---|---|---|---|---|
| | Počet | Průměrný počet pokusů o léčbu | Počet | Průměrný počet pokusů o léčbu |
| **18 - 24 let** | 136 | 1,4 | 81 | 1,3 |
| **25 - 29 let** | 135 | 1,4 | 62 | 1,7 |
| **30 - 34 let** | 55 | 1,6 | 16 | 1,4 |
| **35 - 39 let** | 46 | 2,1 | 13 | 1,6 |
| **40 a více let** | 32 | 2,0 | 4 | 1,8 |
| **Celkem** | **404** | **1,6** | **176** | **1,5** |

### 11.2.8 Plán pro další období

Vláda ČR na podkladě výsledků Phare TP uložila svým usnesením č. 349/2003 tyto úkoly:

- do konce r. 2003 „Iniciovat a vést jednání o úhradě alespoň jednoho substitučního přípravku a příslušných zdravotních úkonů v substituční léčbě zdravotními pojišťovnami“ (MZ),
- do konce r. 2004 „Zvýšit dostupnost substituční léčby rovnoměrně na celém území republiky na základě identifikovaných potřeb a poptávky“ (MZ),
- průběžně „Zajistit odborné vzdělávání poskytovatelům (lékařům a zdravotním sestrám) substituční léčby“ (MZ),
- do 31.6.2004 „Zajistit dostupnost substituční léčby ve věznicích, vazebních věznicích a v policejních celách“ (MS a MV ve spolupráci s MZ).

## 11.3 Následná péče a sociální reintegrace

### 11.3.1 Definice následné péče a sociální reintegrace

Následnou péči můžeme v rámci bio-psycho-sociálního pojetí závislosti vymezit jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence od užívání drog nebo sociální reintegrace klienta v životě po léčbě (Kalina et al. 2001). Cílem tedy není pouze abstinence klienta, ale také prevence relapsu ve vztahu k jeho primární droze nebo jeho zapojení do normálního života bez výrazných problémů způsobených příležitostným užitím některé psychotropní látky (Kuda, 2001). V zásadě lze rozlišit tři základní typy programů následné péče:

- ambulantní doléčovací program,
- program chráněného ubytování a chráněných bytů s psychosociální podporou,
- program chráněných dílen a chráněných zaměstnání s psychosociální podporou.

Tyto služby se doposud nedaří rozvíjet natolik, aby byla zajištěna jejich potřebná dostupnost a profesionalita personálu. Zcela chybí nabídka následné péče pro uživatele drog po výkonu trestu a pro ostatní specifické skupiny závislých je nedostatečná (např. specifické programy pro ženy, matky s dětmi, etnické minority).

### 11.3.2 Poskytování služeb

V ČR je v současnosti 12 zařízení specializujících se na následnou péči. Všechna tato zařízení jsou zřízena nestátními neziskovými organizacemi a financována převážně ze státního rozpočtu. Následná péče může kromě tří hlavních programů (viz výše) poskytovat také rekvalifikační či výukové programy atd. Cílovou skupinou následné péče jsou klienti, kteří absolvovali léčbu v psychiatrické léčebně, v terapeutické komunitě či intenzívní ambulantní léčbu, abstinují a vrací se do běžného života. Všech 12 zařízení poskytuje ambulantní léčbu, kterou představuje zejména individuální a skupinová terapie, párová a rodinná terapie, poradenství a sociální práce, prevence relapsu, vzdělávání a další. Služeb těchto 12 zařízení využilo v r. 2002 přibližně 400 klientů. Chráněné bydlení nabízí 7 zařízení, využilo ho v r. 2002 celkem 183 klientů. Délka pobytu v chráněném bydlení je různá: od 4 do 12 měsíců. Sedm zařízení následné péče nabízí svým klientům také práci v chráněných dílnách, některé z nich i možnost rekvalifikace (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c).

V rámci doléčování byly speciálně upraveny dva programy pro matky s dětmi v Praze; počet matek v léčbě a doléčování se stále zvyšuje (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c).

Většina zařízení spolupracuje s Probační a mediační službou ČR, blíže viz kapitola Alternativní tresty.

Služby následné péče poskytují také např. některá kontaktní centra, která pořádají tzv. doléčovací skupiny; některé terapeutické komunity a psychiatrické léčebny nabízejí vedle doléčovacích skupin také opakovací (krátkodobé) léčebné pobyty klientů po absolvované léčbě.

Po vzoru Anonymních alkoholiků (AA) a Anonymních narkomanů (NA) vznikají od poloviny 90. let minulého století svépomocné organizace (ex)uživatelů drog v ČR; o jejich činnosti nejsou k dispozici bližší informace.

## 11.4 Souhrn léčebné péče v ČR

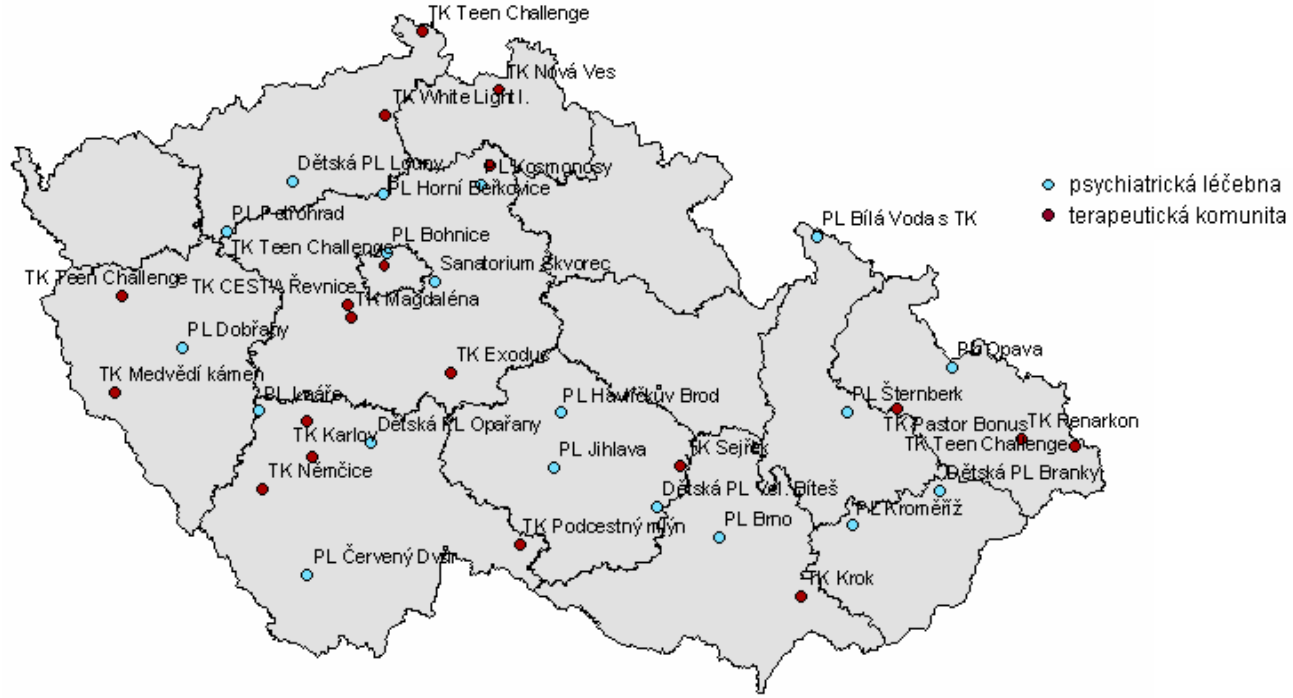
Získané údaje o počtu jednotlivých léčebných zařízení v ČR, jejich kapacitě a využití v r. 2002 shrnuje tabulka 11-5 a mapa 11-1 až mapa 11-3 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003a; Miovský et al. 2003; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003a).

tabulka 11-5: Léčebné programy v ČR v r. 2002

| Typ programu | Počet | Kapacita (míst/lůžek) | Využití (počet osob) |
|---|---|---|---|
| **Ambulantní psychiatrické ordinace a AT ordinace** | 342 | n.a. | cca 15 600 |
| **Denní stacionáře** | 1 | 12 | 43 |
| **Detoxifikační jednotky** | 19 | n.a. | n.a. |
| **Psychiatrické léčebny** | 15 | 1 194 | 2 510**** |
| **Psychiatrická oddělení nemocnic*** | 32 | 1 534** | n.a. |
| **Pobytová oddělení s léčebnou péčí (zařízení speciálního školství)** | 2 | 31 | n.a. |
| **Terapeutické komunity** | 16 | 197*** | 448*** |
| **Programy následné péče** | 12 | n.a. | 398 |
| **Detoxifikační jednotky ve věznicích** | 2 | n.a. | n.a. |
| **Bezdrogové zóny ve věznicích** | 22 | 1 114 | n.a. |
| **Oddělení pro diferencovaný výkon trestu** | 3 | 188 | n.a. |
| **Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích** | 3 | 62 | n.a. |
| **Substituční centra** | 9 | n.a. | 463 |

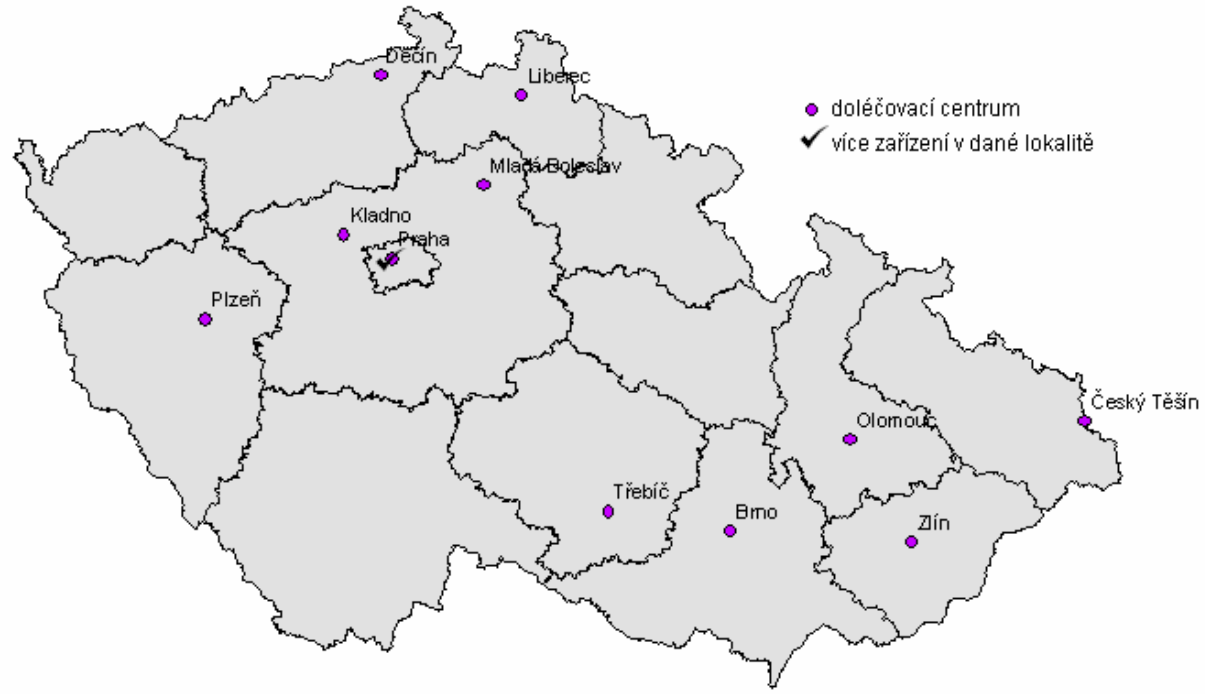
*Pozn.: * data za r. 2000, ** všechna psychiatrická lůžka, *** údaje z 12 (z celkem 16) komunit, **** počet hospitalizací*

mapa 11-1: Psychiatrické léčebny a terapeutické komunity v ČR v r. 2002



mapa 11-2: Substituční centra v ČR v r. 2002

mapa 11-3: Centra následné péče v ČR v r. 2002



## 12 Intervence v rámci trestněprávního systému

V r. 2002 nedošlo k legislativním změnám zákonných předpisů upravujících výkon vazby a trestu. Vězeňského systému se ale podstatným způsobem dotkla novelizace TŘ (viz kapitola Právní prostředí), a to zejména díky nové úpravě vazebního řízení, v jejímž důsledku v r. 2002 výrazně poklesl počet osob umístěných ve vazbě a zejména (o 30 %) počet osob do vazby nově přijatých (viz kapitola Drogové trestné činy a přestupky).

V rámci Phare TP působila v r. 2002 pracovní skupina „Vězeňství", jíž se mj. účastnili zástupci Generálního ředitelství Vězeňské služby (GŘVS), některých věznic či A.N.O. Hlavními výstupy jsou:

- závěrečná zpráva skupiny „Vězeňství", obsahující mj. přehled hlavních doporučení (Haas et al. 2003), viz dále,
- návrh Minimálních standardů pro léčebná oddělení ve věznicích (Kuda, 2003),
- návrh Vzdělávacího kurikula pro pracovníky Vězeňské služby ČR (VS) (Miovský et al. 2002),
- materiál „Nestátní neziskové organizace v drogových službách ve věznicích a vazebních věznicích", obsahující mj. analýzu současného stavu a návrh podmínek spolupráce mezi VS a NNO.

**Skupina zformulovala následující doporučení:**

- vytvořit mezirezortní poradní pracovní skupinu pro oblast vězeňství a drog (GŘVS ve spolupráci se sekretariátem RVKPP), která by se stala komunikační platformou pro řešení dlouhodobých i aktuálních úkolů,
- provést revizi opatření VS týkajících se návykových látek, s důrazem na propojenost, návaznost a komplexnost péče uvnitř vězeňského systému a propojenost těchto aktivit s programy mimo VS,
- prohloubit spolupráci s neziskovými organizacemi zabývajícími se realizací programů pro uživatele drog ve věznicích, a to formou dopracování a uzavření smlouvy o spolupráci a formou přípravy a realizace systému financování těchto služeb s cílem vytvořit dlouhodobě udržitelnou formu této spolupráce,
- umožnit a podporovat rozvoj výzkumné činnosti, realizované jak v rámci VS, tak prostřednictvím nezávislých studií prováděných výzkumnými subjekty mimo VS,
- rozšířit a zkvalitnit monitorovací systém v oblasti užívání návykových látek v rámci vězeňského systému a propojit tento systém s jinými sběrnými systémy koordinovanými NMS,
- zhodnotit možnosti a vytvořit podmínky pro zavedení substituční léčby pro vězně závislé na opiátech (zejména heroinu) ve výkonu vazby i trestu.

Poslední 2 jmenovaná doporučení se promítla do vládního usnesením č. 549/2003 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003), kterým bylo příslušným ministrům uloženo splnění úkolů vyplývajících ze závěrů a doporučení projektu Phare TP. Ostatní závěry a doporučení pracovní skupiny „Vězeňství" mají být na základě tohoto usnesení v termínu do 30.6.2004 zapracovány do strategie protidrogové politiky ve vězeňství.

Jedná se o realizaci dlouhodobých úkolů spojených s množstvím systémových změn, z nichž mnohé jdou daleko za dosavadní relativně konzervativní přístup. V případě jejich úspěšné realizace je možné očekávat zásadní změny v postavení věznic v systému státní protidrogové politiky na straně snižování poptávky.

### 12.1 Zacházení s uživateli drog ve věznicích

Studie realizovaná v r. 2000 Institutem pro kriminologii a sociální prevenci (dále IKSP) (Marešová et al. 2000) hovoří o nejméně 40 % osob z celkového počtu osob ve výkonu trestu odnětí svobody (nikoli ve výkonu vazby), které mají zkušenost s některou nelegální drogou, přičemž přibližně 50 % z nich užívá drogy dlouhodobě. Drogu ve vězení podle této studie užilo 31 % mladistvých a 19 % mužů trestaných poprvé; u mužů trestaných opakovaně to bylo 5 %; u žen 4 %. Drogy do věznice běžně pronikají, dostává se k nim 20 – 30 % vězněných; hlavními cestami průniku drog do věznic jsou zaměstnanci a dodávky z venku (balíčky, návštěvy).

Výsledky screeningových testů na přítomnost drog, prováděných zdravotní službou VS při nástupu a v průběhu výkonu trestu odnětí svobody, vykázaly v r. 2002 ve srovnání s r. 2001 pokles podílu pozitivních nálezů (viz tabulka 12-1).

Vstupní testy na přítomnost drogy se v r. 2002 prováděly pouze ve dvou pražských věznicích (Pankrác a Ruzyně). V r. 2002 bylo pozitivních 981 z 3 689 testovaných osob při nástupu (26,6 %). Testy na přítomnost drogy u osob v průběhu výkonu trestu probíhaly v r. 2002 v celkem 17 věznicích, tedy téměř v polovině z celkového počtu 35 věznic v ČR. Celkem bylo provedeno 1 806 setů vyšetření (každý na přítomnost 6 základních typů drog), 154 (8,5 %) z takto provedených testů bylo pozitivních. Počet testovaných osob však není znám, jelikož některé osoby mohou být testovány vícekrát, přičemž způsob výběru (opakovaně) testovaných je v pravomoci ředitelů jednotlivých věznic.

K nejčastěji zjištěným látkám patřily amfetaminy - 35,5 % ze všech pozitivních nálezů (33,1 % v r. 2001), dále benzodiazepiny - 25,9 % (46,7 % v r. 2001), kanabinoidy - 25,1 % a opiáty - 10,0 %. Dále se objevily také barbituráty (3,1 %) a kokain (0,3 %), (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003a; Zábranský et al. 2002).

tabulka 12-1: Provedené testy na přítomnost drog u vězněných osob v r. 2001 a 2002 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003a; Zábranský et al. 2002)

| **Ukazatel** | **2001** | **2002** | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Celkem** | **Při nástupu** | **V průběhu** | **Celkem** |
| **Počet vyšetření** | 4 966 | 3 689 | 1 806 | 5 495 |
| **Z toho pozitivních** | 1 245 | 981 | 154 | 1 135 |
| **% pozitivních** | 25,1 | 26,6 | 8,5 | 20,7 |

Údaje o počtu osob vedených jako „drogově závislí“[56] obsahuje tabulka 12-2 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003b). Podíl takto evidovaných uživatelů drog na celkové vězeňské populaci vzrostl mezi lety 1998 a 2002 z 18,6 % na 33,9 %. Díky neostře definovaným kritériím zařazování do této skupiny je třeba při interpretaci těchto údajů postupovat opatrně.

tabulka 12-2: Vývoj počtu evidovaných uživatelů drog v letech 1996 až 2002 a jejich podílu na celkové vězeňské populaci (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003b)

| **Ukazatel** | **1996** | **1997** | **1998** | **1999** | **2000** | **2001** | **2002** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Počet vězňů** | 20 860 | 21 560 | 22 067 | 23 060 | 21 538 | 19 320 | 16 213 |
| **Počet uživatelů drog** | 2 517 | 3 255 | 4 115 | 5 990 | 5 477 | 5 524 | 5 481 |
| **Podíl z celkového počtu vězňů ( %)** | 12,1 | 15,1 | 18,6 | 26,0 | 25,4 | 28,6 | 33,8 |

Podíl osob odsouzených za drogové trestné činy na celkovém počtu odsouzených ve výkonu trestu průběžně roste, přičemž mezi lety 1999 a 2002 se zvýšil z 4,4 % na 4,8 % (Řeháček, 2003). Počet drogových TČ připadajících na jednu osobu ve výkonu trestu pro drogové trestné činy vzrostl z 885 v r. 2001 na 965 v r. 2002 (podrobněji k trestným činům viz kapitola Drogové trestné činy a přestupky).

Ve všech 35 věznicích jsou prováděny testy na infekční choroby (HIV, hepatitidy, syfilis). V r. 2002 bylo u vězněných uživatelů drog provedeno 674 testů na HIV (z toho 3 pozitivní, tj. 0,4 %), 1 438 testů na VHB (282 pozitivních, tj. 19,6 %) a 1 319 testů na VHC (686 pozitivních, tj. 52,0 %) (viz také kapitola Infekce spojené s užíváním drog).

Z výsledků studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ vyplývá, že 40,6 % klientů nízkoprahových programů bylo někdy ve vězení. Z nich 40,1 % ve vězení injekčně aplikovalo drogu (z toho poprvé v životě 3 %). Výskyt VHC u injekčních uživatelů vězněných někdy v minulosti dosahuje 51,9 %, což je statisticky významně více, než u nevězněných uživatelů - blíže viz kapitola Infekce spojené s užíváním drog.

[56] Termín „drogově závislý“ používaný v tomto kontextu VS je nepřesný. Podle sdělení GŘVS se jedná v zásadě o osoby, které o sobě tvrdí, že jsou (pravidelnými) uživateli drog, dále osoby, o kterých byla tato skutečnost zjištěna ze zdravotní dokumentace před nástupem do věznice, a osoby s pozitivním nálezem v rámci drogového screeningu. Do této kategorie by neměli být zařazováni příležitostní uživatelé.

### 12.1.1 Léčebné programy pro uživatele drog ve věznicích

Situace v oblasti léčebných a jiných specializovaných programů, určených uživatelům drog ve vězení, neodpovídá potřebám v této oblasti (Miovský et al. 2003). Dochází sice k nárůstu jejich počtu i celkové kapacity, dosud se ale v této oblasti nepodařilo vytvořit a zavést standardy léčby a dalších služeb. Zdravotnické programy - převážně psychiatrická oddělení - nejsou dostatečně přizpůsobeny specifickému charakteru léčby drogových závislostí. Substituční léčba nebyla dosud zavedena, zcela nedostatečná jsou opatření typu harm reduction. Spolupráce s NNO využívá cca 30 % věznic, probíhá však bez jasně vymezeného rámce.

Detoxifikace byla i nadále prováděna ve dvou vězeňských nemocnicích (Praha – Pankrác a Brno).

V r. 2002 došlo k dalšímu zvýšení počtu bezdrogových zón ve věznicích na 22 z celkového počtu 35 věznic a tím i ke zvýšení jejich celkové kapacity na 1 114 míst. Hlavním cílem těchto oddělení je zamezit odsouzeným, aby se dostali do kontaktu s návykovými látkami. V programech bezdrogových zón již až na výjimky není poskytována terapie, čímž dochází k přibližování jejich funkce mezinárodně uznávané definici. Tam, kde terapie i nadále přetrvává, je ze strany GŘVS doporučována jejich transformace na specializovaná terapeutická oddělení.

Výkon ochranné léčby v ústavní formě, a to jak dobrovolné, tak nařízené soudem, umožňují specializovaná oddělení ve věznicích Rýnovice, Opava (oddělení pro ženy a oddělení pro mladistvé) a nově také věznice ve Znojmě. Celková kapacita těchto oddělení v r. 2002 činila 62 míst. Léčba je založena na komunitním systému, přičemž využívá skupinové a individuální terapie, pracovní terapie a dalších léčebných postupů.

Diferencovaný výkon trestu odsouzených s poruchami osobnosti a chování způsobenými užíváním OPL probíhal v r. 2002 ve věznicích Plzeň (oddělení pro muže), Příbram a Bělušice. Celková kapacita takto specializovaných oddělení v r. 2002 činila 188 míst.

Substituční léčba závislosti na opiátech není v podmínkách věznic dosud zavedena. Usnesení vlády č. 549/2003, schválené na základě doporučení pracovních skupin Phare TP „Substituční léčba“ a „Vězeňství“, ukládá ministru spravedlnosti, aby ve spolupráci s ministryní zdravotnictví zajistil zavedení substituční léčby ve věznicích i vazebních věznicích.

Opatření na minimalizaci škod spojených s užíváním drog (harm reduction) nejsou ve věznicích v ČR až na některé výjimky realizována, a to i přesto, že injekční užívání drog je v prostředí věznic relativně rozšířeným jevem (viz výše). Tato skutečnost byla v rámci zmíněné pracovní skupiny Phare TP identifikována jako jeden z hlavních problémů. Povinně jsou v sortimentu prodejen s potravinářským, drogistickým a průmyslovým zbožím zřízených pro obviněné a odsouzené ve všech věznicích a vazebních věznicích zařazeny kondomy.

### 12.1.2 Spolupráce se subjekty mimo věznici

V rámci činnosti pracovní skupiny „Vězeňství“ Phare TP byl vypracován materiál „NNO v drogových službách ve věznicích a vazebních věznicích“ (Miovský et al. 2003). Jeho součástí je popis současné úrovně a kvality spolupráce mezi NNO a VS při poskytování služeb pro uživatele drog ve věznicích, příklady současné spolupráce mezi VS a některými NNO, identifikace hlavních problémů a návrh na jejich řešení.

Součástí uvedeného materiálu je i návrh rámcové smlouvy mezi A.N.O. a GŘVS, která by měla vytvořit a stabilizovat základní podmínky pro vzájemnou spolupráci v souladu s platnými právními předpisy, umožnit rozvoj poradenských a terapeutických programů a řešit další otázky vzájemné spolupráce.

Zatím není k dispozici kompletní seznam NNO, které nabízejí a poskytují služby pro uživatele drog ve věznicích. Mezi nejvíce aktivní v tomto směru patří o.s. Podané ruce, Brno - program „Drogové služby ve vězení“ (spolupracující s věznicemi Brno, Kuřim a Břeclav), o.s. SANANIM, Praha - program „Práce s uživateli drog ve vazbách“ (pražské věznice Pankrác a Ruzyně), o.s. Laxus, Hradec Králové (věznice Hradec Králové a Pardubice) a o.s. AVE, Český Těšín - program kontaktního centra (věznice Karviná).

Hlavními poskytovanými službami jsou individuální a skupinové poradenství a terapie, motivační trénink, rodinné poradenství a terapie, zprostředkování následné péče či léčby po propuštění, sociálně právní poradenství aj. Při jejich poskytování spolupracují tato sdružení především s lékařským personálem a s psychology či speciálními pedagogy VS, a kromě toho i s dalšími subjekty (probační a mediační služba či instituce návazné léčebné péče). NNO se podílejí také na vzdělávání zaměstnanců VS, pracovníků probační a mediační služby (PMS) či soudců.

## 12.2 Alternativní tresty

Výčet trestů, které dle českého práva může soud uložit za spáchané trestné činy, je obsažen v ust. § 27 TZ. Jedná se o tyto tresty: odnětí svobody, obecně prospěšné práce, ztráta čestných titulů a vyznamenání, ztráta vojenské hodnosti, zákaz činnosti, propadnutí majetku, peněžitý trest, propadnutí věci, vyhoštění a zákaz pobytu.

Jako alternativní tresty se v širším smyslu označují tresty nespojené s odnětím svobody. Od alternativních trestů je třeba odlišovat tzv. odklony od standardního trestního řízení (označované též jako alternativní způsoby trestního řízení), mezi něž patří podmíněné zastavení trestního stíhání a narovnání. Oběma institutům je společné to, že trestní stíhání při jejich využití nekončí rozhodnutím o vině, případně o trestu (rozhoduje se usnesením, nikoli rozsudkem), ale způsobem upřednostňujícím jiné zájmy pachatele i zájmy společnosti (např. zájem na náhradě škody) (Sotolář et al. 2002). V rámci primární i sekundární drogové kriminality však institut narovnání není využíván, neboť podmínkou tohoto postupu je kromě jiného složení peněžních prostředků obviněným k obecně prospěšným účelům. Zejména u problémových uživatelů drog tedy toto řešení s ohledem na jejich finanční situaci vůbec nepřichází v úvahu.

Ne všechny druhy trestů lze však ukládat samostatně. Mezi alternativní tresty, které mohou být ukládány samostatně a nejsou tedy vázány na odsouzení k trestu odnětí svobody, patří obecně prospěšné práce, peněžitý trest, trest zákazu pobytu a trest vyhoštění.

Nejčastější formou trestu v ČR je trest odnětí svobody ve formě podmíněného odsouzení, event. podmíněného odsouzení s dohledem. Lze ho tedy taktéž chápat jako alternativu k nepodmíněnému trestu odnětí svobody, neboť stejně jako ostatní alternativní tresty neznamená bezprostřední izolaci pachatele ve věznici.

V r. 2002 bylo státními zastupitelstvími stíháno celkem 93 378 osob, obžalováno bylo 77 210 osob. Soudy bylo odsouzeno celkem 65 098 osob, z toho nepodmíněný trest odnětí svobody byl uložen 9 659 osobám, podmíněný trest byl uložen 34 942 osobám, zákaz činnosti 94 osobám, peněžitý trest 3 500 osobám, obecně prospěšné práce 13 424 osobám (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2003). Podíl alternativních trestů na všech trestech je rostoucí (10,1 % v r. 1996, 27,8 % v r. 2002), a to především díky strmě narůstajícímu počtu uložených obecně prospěšných prací.

Přehled o trestech uložených pachatelům drogových trestných činů, tj. trestných činů dle ustanovení § 187 až 188a TZ, včetně uložených ochranných léčení obsahuje tabulka 12-3. Ochranné léčení v rámci českého právního systému není považováno za trest, nýbrž za ochranné opatření. Ochranné léčení lze ukládat jak vedle trestů, tak i v případě upuštění od potrestání (viz také kapitola Aplikace práva).

tabulka 12-3: Přehled trestů a ochranných léčeb uložených soudy v České republice v letech 2001 - 2002 pachatelům drogových trestných činů (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2002; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2003)

| **Trest (ochranné léčení)** | | **§ 187** | | **§ 187a** | | **§ 188** | | **§ 188a** | | **Celkem** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **2001** | **2002** | **2001** | **2002** | **2001** | **2002** | **2001** | **2002** | **2001** | **2002** |
| **Trest nepodmíněný** | abs. | 365 | 347 | 16 | 18 | 13 | 10 | 10 | 4 | 404 | 379 |
| | % | 40,3 | 34,5 | 18,6 | 17,5 | 20,9 | 17,2 | 24,4 | 8,3 | 36,9 | 31,2 |
| **Trest podmíněný** | abs. | 474 | 540 | 45 | 60 | 40 | 34 | 23 | 31 | 582 | 665 |
| | % | 52,4 | 53,6 | 52,4 | 58,3 | 64,5 | 58,6 | 56,1 | 64,6 | 53,2 | 54,7 |
| **Obecně prospěšné práce** | abs. | 41 | 77 | 18 | 17 | 4 | 12 | 5 | 7 | 68 | 113 |
| | % | 4,5 | 7,6 | 20,9 | 16,5 | 6,5 | 20,8 | 12,2 | 14,6 | 6,2 | 9,3 |
| **Jiný trest** | abs. | 8 | 9 | 2 | 5 | 4 | 1 | 1 | 0 | 15 | 15 |
| | % | 0,9 | 0,9 | 2,3 | 4,9 | 6,5 | 1,7 | 2,4 | 0 | 1,4 | 1,2 |
| **Upuštěno od potrestání** | abs. | 17 | 34 | 5 | 3 | 1 | 1 | 2 | 6 | 25 | 44 |
| | % | 1,9 | 3,4 | 5,8 | 2,8 | 1,6 | 1,7 | 4,9 | 12,5 | 2,3 | 3,6 |
| **Odsouzeno celkem** | abs. | **905** | **1 007** | **86** | **103** | **62** | **58** | **41** | **48** | **1 094** | **1 216** |
| **Z toho ochranné léčení** | abs. | 43 | 45 | 2 | 5 | 1 | 1 | 0 | 3 | 46 | 54 |
| | % | 4,8 | 4,5 | 2,3 | 4,9 | 1,6 | 1,7 | 0 | 6,3 | 4,2 | 4,4 |

### 12.2.1.1 Probační a mediační služba

Probační a mediační služba (PMS) zřízená zák. č. 257/2000 Sb. provádí v rozsahu stanoveném trestním zákonem a trestním řádem probaci a mediaci ve věcech projednávaných v trestním řízení. V rámci PMS jsou zřizována specializovaná oddělení zaměřená na práci s uživateli drog. Zvláštní péče má být věnována osobám

mladistvým nebo osobám ve věku blízkém věku mladistvých, zejména pokud jde o uživatele omamných a psychotropních látek.

Probací se rozumí zejména organizování a vykonávání dohledu nad obviněným, obžalovaným nebo odsouzeným (dále „obviněný“), kontrola výkonu trestů nespojených s odnětím svobody, včetně uložených povinností a omezení, sledování chování odsouzeného ve zkušební době podmíněného propuštění z výkonu trestu odnětí svobody.

Mediací se zde rozumí mimosoudní zprostředkování za účelem řešení sporu mezi obviněným a poškozeným a činnost směřující k urovnání konfliktního stavu vykonávaná v souvislosti s trestním řízením. Mediaci lze provádět jen s výslovným souhlasem obviněného a poškozeného.

PMS evidovala v r. 2002 celkem 29 291 nových případů, z toho 765 případů v souvislosti s drogovými trestnými činy (Probační a mediační služba ČR, 2003). Zástupce PMS je taktéž součástí pracovní skupiny NMS „Data trestněprávního sektoru“. Na této úrovni se taktéž pracuje na změně evidence trestních případů PMS, zejména ve smyslu podrobnější evidence o drogové trestné činnosti (druh drogy) a sekundární kriminalitě uživatelů drog. Úředníci PMS totiž zejména při přípravě podkladů soudu a v souvislosti s vykonáváním dohledu v rámci uložených podmíněných trestů odnětí svobody získávají v rámci osobních pohovorů s uživateli drog podrobné informace o pachatelích tohoto typu trestných činů. Jde o informace, které buď z hlediska trestního stíhání nejsou považovány za významné nebo je stíhané osoby nejsou ochotny represivním orgánům sdělit. Podrobnější evidence PMS by tak mohla významným způsobem přispět k získání důležitých kvalitativních údajů o drogově závislých, kteří se nedostali do konfliktu se zákonem, resp. alespoň o části těchto osob.

## 12.3 Hodnocení programů a vzdělávání

Hodnocení programů určených uživatelům drog ve vězení a vzdělávání pracovníků VS v této oblasti je v českém vězeňství relativně novým tématem.

Komplexní evaluační studie zabývající se účinností a efektivitou léčebných programů a intervencí určených v prostředí věznic nejsou k dispozici.

### 12.3.1 Statistiky a výzkum

Pokud jde o statistické údaje, vykazované v rámci vězeňského systému, jejich hlavním zdrojem je Ročenka Vězeňské služby ČR, publikovaná GŘVS. Její základní struktura zůstává již po několik let neměnná. Obsahuje základní statistická data o stavu a vývoji počtu vězeňské populace (obviněných a odsouzených), jejich skladby podle věku, pohlaví, státní příslušnosti, spáchaných trestných činů, délky trestu, počtu předchozích odsouzení apod., a rovněž základní údaje týkající se vězeňského personálu a hospodaření VS.

Z dat týkajících se uživatelů drog umístěných ve věznicích lze z ročenky získat údaje o:

- počtu odsouzených za drogové trestné činy a počtu jimi spáchaných drogových trestných činů (viz kapitola Drogové trestné činy a přestupky),
- počtu osob, které jsou zdravotní službou VS vedeni jako uživatelé drog (viz kapitola Zacházení s uživateli drog ve věznicích).

Jedním z prvních pokusů o komplexnější popis vězeňské drogové scény je publikace Drogová problematika ve věznicích ČR a některých zahraničních věznicích (Marešová et al. 2000).

Hodnocením opatření prevence kriminality a užívání drog ve vězení se zabývá publikace Úspěšnost preventivní práce (Večerka and Holas, 2001). Ta se zabývá především jedním z aspektů hodnocení, kterým je hodnocení spokojenosti a přijatelnosti programu pro cílovou populaci; ostatní oblasti evaluace jsou zpracovány méně komplexně nebo zcela chybí.

V oblasti budoucího rozvoje hodnocení léčebných programů v rámci VS se jako slibná jeví práce Specifické aspekty zneužívání drog u žen (Trávníčková et.al., 2001), která se zabývá specifiky užívání návykových látek u žen včetně trestné činnosti.

V rámci výzkumné studie PAD (Zábranský et al. 2001b) byly mj. zkalkulovány náklady vynaložené na osoby ve výkonu vazby a trestu v jakékoliv souvislosti s užíváním návykových látek (tedy nejen pro primární drogové trestné činy, ale i pro tzv. sekundární drogovou kriminalitu). Ty pro r. 1998 dosáhly výše přibližně 469 mil. Kč.

Publikace popisující stav užívání drog ve vězeňství a fenomény s tím související vznikla v rámci Phare TP (Miovský et al. 2003).

V posledních 2 letech jsou data týkající se uživatelů drog ve věznicích získávána prostřednictvím odboru výkonu vazby a trestu GŘVS, jehož vedoucí je členem pracovní skupiny NMS pro data trestněprávního sektoru. V rámci této spolupráce byly pro r. 2002 poskytnuty zejména údaje o:

- počtu provedených screeningových testů na přítomnost drog v těle a jejich výsledcích (testy provádí a eviduje zdravotní služba VS),
- počtu a kapacitě bezdrogových zón a specializovaných odděleních pro uživatele drog,
- provedených testech na infekční choroby.

Sjednocení metodologie sběru dat o užívání drog v systému vězeňství se systémem mimo něj je jednou z priorit pro další období.

### 12.3.2 Vzdělávání VS v oblasti drog a drogových závislostí

Hlavní úlohu ve vzdělávání personálu VS má Institut vzdělávání VS ČR sídlící ve Stráži pod Ralskem (IVVS). IVVS mj. zajišťuje základní vstupní vzdělávání pro všechny nové pracovníky VS. Oblast užívání návykových látek a souvisejících otázek je v programu institutu zastoupena třemi kratšími kurzy. Cílovou skupinou těchto kurzů nejsou výhradně pracovníci programů určených pro uživatele návykových látek, právě tato skupina se nicméně ukázala v průběhu r. 2002 (viz dále) jako významná z hlediska dalšího rozvoje vzdělávání, zejména kontinuálního.

Analýza potřeb v oblasti vzdělávání vězeňské služby provedené v rámci Phare TP identifikovala vzdělávání „trenérů“ (tedy osob, které budou dále vzdělávat uvnitř VS) jako chybějící oblast (Miovský, 2002b). Za tímto účelem bylo v průběhu r. 2002 navrženo a zpracováno podrobné kurikulum vzdělávacího kurzu určené pro pracovníky, kteří v jednotlivých věznicích zodpovídají za vzdělávání ostatního personálu (Miovský et al., 2002). Tento kurz by měl být v průběhu let 2003 a 2004 ověřen a zařazen do standardní nabídky IVVS.

## 13 Zajištění kvality péče

### 13.1 Nové trendy a vývoj v roce 2002

V léčbě uživatelů drog hraje stále větší roli zajištění kvality léčebné péče s cílem dosáhnout její maximální efektivity. Posuzování kvality lze rozdělit na posuzování uživatelské a posuzování odborné. Předpokladem odborného posuzování kvality je existence kritérií a zavedení mechanismů, jež hodnotí podle těchto kritérií úroveň poskytování služeb (Kalina, 2001). Standardy kvality služeb a následný proces certifikace odborné způsobilosti jsou nástroji, jejichž prostřednictvím lze nejen zvyšovat kvalitu a účinnost léčby, ale také sledovat a optimalizovat její náklady.

V pracovní skupině „Akreditace“ Phare TP byla provedena analýza vývoje standardů kvality služeb v léčbě závislostí a procesu hodnocení kvality z hlediska MZ a MPSV (viz níže). Hlavním cílem bylo zhodnotit možnosti sjednocení procesů akreditací obou rezortů.

Tato pracovní skupina také zrevidovala standardy odborné způsobilosti (Standardy), jež respektují registrační standardy MPSV a požadavky MZ na kvalitu drogových služeb.

V návaznosti na zrevidovanou verzi Standardů byl v r. 2002 zahájen první kurz pro budoucí členy akreditačních týmů (auditory). Obsah školení se zaměřoval na tři hlavní oblasti vzdělávání:

- obecnou část (systémy jakosti, akreditace, proces prověřování, psychologie auditu, provádění a vyhodnocování auditu),
- speciální část (výklad a rozbor akreditačních standardů podle jednotlivých modalit služeb, měření výkonnosti, kvality a efektivity systému),
- organizační část (proces akreditace, organizační zajištění auditu, dokumentace potřebná k provedení auditu a její vyhodnocení).

Za účelem zajištění jednotného postupu k získání a přidělení certifikace byl vytvořen návrh minimální metodiky místního šetření, jehož cílem je definovat procedury hodnocení poskytovatelů služeb, tj. zda služby jsou poskytovány v souladu se Standardy. Pro zachování kontinuity celého procesu certifikace odborné způsobilosti a případných akreditací je bezpodmínečně nutné zachovat mezioborový a mezirezortní charakter a směřovat k vytvoření jednotných standardů kvality akceptovatelných pro všechny participující rezorty (tj. MZ, MPSV, MŠMT). Tento požadavek potvrdily také výsledky Phare TP, které vyústily ve vládní usnesení č. 349/2003.

### 13.2 Požadavky na kvalitu péče

NSPP 2001-4 definuje indikátory hodnocení kvality a efektivity služeb, jejich úspěšnosti a dosažení stanovených cílů; stanoví si za cíl vytvořit a zavést do praxe systém hodnocení a udržení kvality poskytované péče jako otevřený systém akreditací zdravotnických i nezdravotnických programů, jenž by se opíral o naplňování definovaných standardů (Sekretariát Meziresortní protidrogové komise, 2000). Standardy vypracoval sekretariát MPK již v r. 1995 a byly několikrát revidovány (v prosinci 2002 byla v rámci Phare TP zpracována jejich VI. verze). Standardy jsou rozděleny na obecnou část (přístupnost služby, spektrum služeb a zásady jejich poskytování, prostředí poskytování, práva pacientů/klientů, organizační a finanční zabezpečení, vzdělávání a supervize zaměstnanců) a speciální část (věnuje se jednotlivým typům péče). Do praxe se je prozatím nepodařilo zavést, implementace standardů je ve fázi příprav. Přesto se Standardy řada zařízení řídí již dnes a poskytovatelé dotací (např. RVKPP) k jejich dodržování přihlíží při poskytování finančních dotací jednotlivým poskytovatelům služeb.

V rámci pracovní skupiny „Akreditace“ Phare TP byla vypracována srovnávací analýza Standardů sociálních služeb MPSV se základními hledisky Standardů MZ - viz tabulka 13-1. Je zřejmé, že V. verze Standardů MZ byla dostatečně komplexní a pro definované typy služeb zakotvuje všechny základní oblasti.

tabulka 13-1: Srovnání základních hledisek Standardů sociálních služeb MPSV a Standardů MZ

| Sledovaný aspekt | Standardy MZ | Standardy MPSV |
|---|---|---|
| **Kvalitní řízení** | ANO | ANO |
| **Komplexní vstupní zhodnocení klienta** | ANO | ANO |
| **Hodnocený a dokumentovaný proces péče** | ANO | ANO |
| **Bio-psycho-sociální přístup** | ANO | NE |
| **Zajištění komplexnosti péče** | ANO | NE |
| **Zajištění kontinuity péče** | ANO | ANO |
| **Zajištění důvěrnosti informací** | ANO | ANO |
| **Požadavky „minimálního bezpečí“** | ANO | Částečně |
| **Práva klienta** | ANO | ANO |
| **Odpovídající skladba týmu** | ANO | ANO |
| **Vzdělávání personálu** | ANO | ANO |
| **Hodnocení účinnosti** | ANO | ANO |
| **Obligatorní obsah a rozsah péče dle typu** | ANO | NE |

### 13.3 Kritéria a nástroje – plán na rok 2003

V návaznosti na pracovní skupinu „Akreditace“ Phare TP byl stanoven plán dalšího postupu v oblasti kontroly zajištění kvality péče pro r. 2003. Tento plán spočívá ve:

- sjednocení terminologie a vykazování výkonů ve všech typech drogových služeb,
- vytvoření seznamu relevantních výkonů a jejich definicí pro každý typ drogové služby,
- navržení Minimálního evaluačního setu[57] (MES) a jeho jednoduché ověření v několika zařízeních,
- proškolení vedoucích programů v zacházení s MES,
- proškolení další skupiny akreditátorů (auditorů) se zohledněním regionálního hlediska,

[57] Tj. sebehodnotící dotazník pro jednotlivé typy služeb zachycující základní parametry kvality služeb a jejich výkaznictví.

- dopracování pravidel certifikačního řízení včetně metodiky místního šetření, procedury hodnocení, návrhu finančního a institucionálního zakotvení atd.

Veškeré tyto aktivity budou v souladu s vládním usnesením č. 349/2003 respektovat požadavek na mezirezortní charakter standardů a procesu certifikace odborné způsobilosti. Do procesu jsou aktivně zapojeny jak jednotlivé rezorty, sekce A.N.O., tak SNN ČLS JEP.

## 14 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.

### 14.1 Evaluace národní protidrogové strategie

NSPP 2001-4 definuje pro každý pilíř protidrogové politiky (tj. primární prevence, léčba a resocializace, harm reduction, snižování nabídky - represe) dlouhodobé, střednědobé a krátkodobé cíle, indikátory úspěšnosti a nástroje hodnocení úspěšnosti. Současně je uloženo 84 krátkodobých a střednědobých úkolů jednotlivým odpovědným rezortům a orgánům místní a krajské veřejné správy s určenými termíny jejich splnění (Sekretariát Meziresortní protidrogové komise, 2000). NSPP 2001-4 dosud není systematicky evaluována podle stanovených indikátorů úspěšnosti a definovaných nástrojů hodnocení.

Evaluaci podle obecně uznávaných kritérií neprovádí ani jednotlivé rezorty při vyhodnocování svých aktivit. Překážkou může být i značná nákladnost externích evaluací. Pravidelně je však prováděna kontrola plnění úkolů, obdobná sledování naplňování Akčního plánu EU.

#### 14.1.1 Bilanční zpráva

Jednou z rolí RVKPP je vyhodnocovat opatření a aktivity protidrogové politiky a provádět kontrolní činnost. Výkonný místopředseda RVKPP má uloženo každoročně zpracovat Bilanční zprávu o plnění úkolů vyplývajících z NSPP 2001-4. Bilanční zpráva byla v r. 2002 zaměřena na zhodnocení plnění především krátkodobých úkolů plynoucích z NSPP 2001-4 institucím/orgánům veřejné správy (tj. 15 úkolů, jejichž termín splnění byl stanoven na 31.12.2001). Bilanční zprávu vzala vláda na vědomí usnesením č. 1110/2002 ze dne 13. listopadu 2002.

Bilanční zpráva byla předložena vládě v následující struktuře:

- Úkoly, jež nebyly ve stanoveném termínu splněny

Bilanční zpráva konstatovala 14 nesplněných úkolů z celkem 15. Z toho 6 úkolů nesplnilo MŠMT, 4 úkoly nesplnil výkonný místopředseda RVKPP, 2 úkoly nesplnilo MZ, 1 úkol nesplnilo MV a 1 úkol MPSV.

Nesplněné úkoly MŠMT spadají do oblasti primární a sekundární prevence užívání drog u dětí a mládeže. Pravděpodobně nejdůležitějším úkolem je vytvoření minimálních standardů primární prevence. Služby poskytované v rámci primární prevence tak nadále zůstávají nejméně standardizovanými v porovnání se službami v oblasti léčby a resocializace. V rámci projektu Phare TP byl připraven návrh minimálních standardů primární prevence, návrh slovníku primární prevence a návrh manuálu dobré praxe. Tyto dokumenty byly předány rezortu školství k dopracování.

V gesci výkonného místopředsedy RVKPP lze označit za zásadní nesplnění úkolu „ve spolupráci s MZ a MPSV vypracovat finanční standardy jednotlivých typů léčby návykových nemocí“. Úkol byl splněn částečně – byla zpracována analýza nákladovosti jednotlivých typů služeb, která však zatím - bez sjednocení výkaznictví vykonaných služeb - nemůže sloužit jako finanční standard poskytnuté služby. Finanční standardy služeb jsou jedním z plánovaných nástrojů kontroly kvality a efektivity při poskytování dotací na programy protidrogové politiky.

Nejdůležitějším úkolem, který nebyl splněn MZ, je novelizovat resp. nahradit zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Zákon je z hlediska stávajících potřeb nevyhovující (např. nedostatečně vymezuje vztah mezi státem a kraji).

V případě MPSV nebyl splněn úkol „ve spolupráci s MZ vypracovat základní koncepční dokument, vymezující otázku resocializace a následné péče v protidrogové prevenci“.

MV nesplnilo úkol „v rámci působnosti Policie ČR vypracovat projekt snižování nabídky a dostupnosti drog, včetně technického, personálního a finančního zajištění, na území hl. města Prahy“. Jedná se o zásadní úkol vzhledem k tomu, že hl. m. Praha je oblastí nejvíce zasaženou nelegálním obchodem s drogami.

Vláda stanovila nové termíny splnění uvedených úkolů v období od 31.12.2002 do 31.12.2003.

- Úkoly vyžadující aktualizaci

Aktualizace úkolů byla prováděna jen ze závažných důvodů a tak, aby nebylo ohroženo naplňování cílů NSPP 2001-4.

Vládou byly aktualizovány 3 úkoly - 1 na žádost MŠMT (upřesnění úkolu „vytvořit propojený systém preventivních aktivit na úrovni rezortu školství“), 2 na žádost MV – 1 formální změna znění a 1 změna termínu z 31.12.2001 na „průběžně“ pro úkol „připravit program prevence užívání OPL, tj. prostřednictvím speciálně připravených uniformovaných policistů poskytnout žákům základních škol dostatek informací z oblasti drogové problematiky a násilí“.

- Úkoly sledované Evropskou komisí v rámci Pravidelné hodnotící zprávy o přibližování kandidátských zemí EU

Bylo sledováno celkem 12 úkolů uložených příslušným rezortům (především MV – NPC a MF – GŘC pro oblast snižování nabídky drog, MPSV, RVKPP, MZ, MŠMT, MO pro oblast snižování poptávky). V rámci Bilanční zprávy nebylo shledáno neplnění úkolů relevantních pro EU.

### 14.1.2 Krajské protidrogové strategie

Národní strategie je základem (nikoliv však normativním) pro tvorbu a realizaci krajských protidrogových strategií. Do současné doby 10 krajů přijalo krajskou strategii, 1 kraj má návrh strategie připraven, 3 ji nemají zpracovanou. S přihlédnutím k relativně krátké existenci krajů (vznik k 1.1.2001) lze existenci 10 ucelených regionálních koncepcí protidrogové politiky vycházející z NSPP 2001-4 hodnotit kladně.

V rámci Phare TP byly krajským protidrogovým koordinátorům (a zástupcům jednotlivých rezortů) poskytnuty základní informace o pravidlech evaluací. Původní záměr této části projektu Phare TP - vytvořit soubor konkrétních evaluačních nástrojů vhodných pro hodnocení dopadů realizovaných opatření protidrogové politiky a navrhnout nejvhodnější postup pro jejich uplatnění apod. - nebyl naplněn.

V r. 2002 byl iniciován pilotní projekt evaluace protidrogové strategie Středočeského kraje (financovaný z vlastních finančních prostředků kraje), na němž se jako odborný garant podílí NMS. Získané poznatky z tohoto projektu (zejména konkrétní nástroje a metody evaluace, jež jsou vhodné pro hodnocení strategie protidrogové politiky) mohou být v budoucnu využity ostatními kraji a rovněž na celostátní úrovni.

Projekt evaluací je třístupňový: úroveň koncepční (krajská strategie), úroveň dílčích strategií v oblastech omezování poptávky a potlačování nabídky a úroveň poskytovatelů služeb.

**1. Úroveň koncepční (krajská strategie):**

Koncepční úroveň zahrnuje analýzu krajské strategie ve dvou základních úrovních:

- obsahová analýza koncepce na krajské úrovni (např. navržený systém koordinace, kontrolní mechanismy, pravomoc a kompetence, informační toky, dotační systém, stabilita systému krajské protidrogové politiky atd.),
- obsahová analýza vnější konzistence s národní strategií a existujícími články protidrogové politiky na národní úrovni (např. míra kompatibility centrálního a krajského systému koordinace, soulad v pravomocích a kompetencích, kompatibilita informačních a finančních toků atd.).

**2. Úroveň dílčích strategií v oblastech omezování poptávky a potlačování nabídky:**

Na této úrovni bude využito modelu analýzy nákladů. Ten bude rozšířen o složku formativní evaluace s cílem navrhnout konkrétní způsoby zlepšení a zefektivnění dílčích oblastí realizace protidrogové politiky kraje.

Bude provedeno:

- vyhodnocení základních epidemiologických indikátorů;

- analýza institucionálního kontextu a nákladovosti v oblastech:
  - primární prevence, časné diagnostiky a intervence,
  - léčby a sociální reintegrace,
  - terciární prevence;
- analýza institucionálního kontextu strategií směřujících k potlačování nabídky, včetně analýzy nákladů.

**3. Úroveň poskytovatelů služeb:**

Provedení několika dílčích analýz (především různých typů analýzy potřeb) na úrovni jednotlivých poskytovatelů služeb bude sloužit především jako zdroj ověření dat a kontextuálních vztahů, což je pro provedení formativní evaluace nezbytné.

### 14.2 Problematika užívání konopných drog v kontextu žádostí o léčbu

Užívání konopných drog prošlo ve druhé polovině 90. let velmi zásadními změnami. Ty lze charakterizovat jako proces postupné komercionalizace v kontextu komercionalizace trhu s ostatními drogami (Miovský and Zábranský, 2002; Miovský and Zábranský, 2003). Hlavními znaky tohoto procesu jsou: posun od samopěstitelství k nákupu drogy, používání nových technologií pěstování ve vnitřních prostorách budov (zejména použití hydroponních technologií s umělým osvětlením), rozvoj používání šlechtěných odrůd potentnějšího konopí (dosahujícího vyššího obsahu aktivní látky), postupné přibližování a prolínání trhů s konopnými drogami a rizikovějšími látkami jako je pervitin či heroin.

Laická i odborná veřejnost je nejednotná v názorech na užívání konopných drog a rizik s nimi spojených. Diskuze v této oblasti je vedena spíše prostřednictvím médií, méně na odborných fórech.

Ve výzkumné oblasti je v ČR realizován výzkum kanabinoidů na subhumánní úrovni, který probíhá na LF Masarykovy univerzity v Brně (Nováková and Šulcová, 2002; Šulcová et al. 2002). Jedinou původní studií v historii ČR zaměřenou na psychosociální rozměr užívání konopných drog je tříletá studie (2002 - 2004) realizovaná Katedrou psychologie FF Univerzity Palackého v Olomouci a Psychologickým ústavem AV ČR (GAČR č. 406/02/1449). Více informací o studii lze získat na www.curp.cz.

Údaje o užívání konopných drog, postojích veřejnosti k němu, trhu s konopnými drogami a o pachatelích drogových trestných činů spáchaných v souvislosti s konopím jsou uvedeny v příslušných kapitolách.

Nejrozšířenějším způsobem užití konopí zůstává kouření. Požití THC upraveného pro perorální užití, tj. v různých pokrmech či v oleji nebo tuku, je relativně méně časté[58].

Pro uživatele konopných drog není v ČR zaveden žádný specifický léčebný program a z klinického hlediska nebyla doposud relevantně ověřena potřeba takových programů. Zpracované kasuistické studie naznačují, že u těžkých uživatelů konopných drog je primárním problémem jiná porucha (např. těžší formy poruch osobnosti, deprese, vývojové poruchy často v kombinaci s velmi obtížnou rodinnou a sociální situací) (Miovský, 1998).

Z hlediska sledování objemu a typu léčby, kterou uživatelé konopných drog vyhledávají, narážíme na problémy spojené s diagnostikou. Velká část poskytované péče pro uživatele drog má charakter sociálních služeb. V této oblasti působí zejména NNO, naprostá většina z nich nepoužívá mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10). Dalším důvodem pro opatrnost při zacházení s daty o žádostech o léčbu je nízké povědomí odborné veřejnosti o problematice duálních diagnóz. Lze předpokládat, že u značné části žadatelů o léčbu se jedná o nerozpoznané (či nediagnostikované) klinické primární problémy jiného rázu.

V ČR prozatím neexistuje a není používána žádná relevantní klasifikace uživatelů konopných drog. Jeden z pokusů vytvořit návrh takové klasifikace nebyl dosud dostatečně ověřen na větším vzorku uživatelů (Miovský, 1998), jeho ověřování probíhá v současnosti v rámci citovaného projektu GAČR č. 406/02/1449.

#### 14.2.1 Uživatelé konopných drog v registru žádostí o léčbu

Pro účely této kapitoly byla HS HMP z registrů žádostí o léčbu provedena analýza žádostí uživatelů konopí v r. 2002 (Studničková, 2003). Celkem bylo v registru žádostí o léčbu v r. 2002 evidováno 1 486 uživatelů

[58] Také v ČR se v poslední době vyskytují případy samoléčby konopím zejm. u degenerativních a nádorových onemocnění.

konopných drog, z toho v 751 případech bylo konopí jedinou drogou, v 735 případech byla přítomna ještě jedna nebo více drog dalších.

Ze 751 uživatelů, kteří uvedli konopí jako jedinou užívanou drogu, bylo 71,3 % ve věku do 19 let, viz tabulka 14-1. Poměr mezi muži a ženami je přibližně 3 : 1. V 574 případech se jednalo o první kontakt s léčebnou nebo pomáhající institucí.

tabulka 14-1: Počet registrovaných uživatelů konopí jako primární drogy (Studničková, 2003)

| Věk | Muži | Ženy | Neznámo | Celkem | % |
|---|---|---|---|---|---|
| **do 15 let** | 45 | 24 | 0 | **69** | **9,2** |
| **15-19 let** | 325 | 135 | 6 | **466** | **62,1** |
| **20-24 let** | 118 | 23 | 0 | **141** | **18,8** |
| **25-39 let** | 55 | 4 | 1 | **60** | **8,0** |
| **40 let a více** | 4 | 0 | 0 | **4** | **0,5** |
| **Neznámo** | 7 | 4 | 0 | **11** | **1,5** |
| **Celkem** | **554** | **190** | **7** | **751** | **100,0** |

Ve většině případů se jednalo o hlášení z nízkoprahových programů a nemusí se tedy jednat o léčbu jako takovou, ale o první kontakt v životě. K opatrnosti v interpretaci registrovaných uživatelů konopí jako „pacientů“ vede také skutečnost, že 48 % uživatelů (z těch, u kterých je známa délka aplikace) užívá konopí nejvýše jeden rok, viz tabulka 14-2. Pravděpodobnost vzniku komplikací, jejichž primární příčinou by mohlo být užívání konopné drogy a jež by vedly až k vyhledání léčby, je v těchto případech velmi malá.

tabulka 14-2: Doba užívání konopí jako základní drogy předcházející kontaktu s léčebným zařízením podle pohlaví (Studničková, 2003)

| Doba užívání marihuany | Muži | Ženy | Neznámo | Celkem | % |
|---|---|---|---|---|---|
| **0 roku** | 48 | 19 | 2 | **69** | **9,2** |
| **1 rok** | 138 | 68 | 1 | **207** | **27,6** |
| **2 roky** | 72 | 31 | 2 | **105** | **14,0** |
| **3 roky** | 55 | 13 | 0 | **68** | **9,1** |
| **4 roky** | 43 | 6 | 0 | **49** | **6,5** |
| **5 let** | 27 | 3 | 0 | **30** | **4,0** |
| **6-10 let** | 34 | 2 | 1 | **37** | **4,9** |
| **11let a více** | 11 | 2 | 0 | **13** | **1,7** |
| **Neznámo** | 126 | 46 | 1 | **173** | **23,0** |
| **Celkem** | **554** | **190** | **7** | **751** | **100,0** |

735 osob uvedlo, že užívají i jinou drogu než konopí. Nejčastější sekundární drogou byl pervitin (20,9 %), alkohol (8,5 %), heroin (5 % ) a těkavá látka (4,3 %). Třetina těch, u kterých je údaj o sekundární droze, uvedla tedy jako sekundární drogu látku zdravotně nebezpečnější, než je konopí. Nabízí se otázka, která z drog byla vlastně příčinou problémů vedoucích k vyhledání kontaktu.

Přehled udaných důvodů k vyhledání kontaktu uvádí tabulka 14-3. Více než polovina registrovaných uživatelů se do kontaktu s pomáhající institucí dostala jinak než výhradně z vlastního rozhodnutí.

tabulka 14-3: Motivace k vyhledání kontaktu dle skupin uživatelů konopí (Studničková, 2003)

| Motivace kontaktu | Marihuana jako jediná droga | % | Marihuana s jinou sekundární drogou | % | Celkem marihuana jako základní droga | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sám** | 302 | 40,2 | 363 | 49,4 | 665 | 44,8 |
| **Rodina** | 229 | 30,5 | 127 | 17,3 | 356 | 24,0 |
| **Jiné L/K centrum** | 86 | 11,5 | 121 | 16,5 | 207 | 13,9 |
| **Obvodní lékař** | 29 | 3,9 | 25 | 3,4 | 54 | 3,6 |
| **Lůžk. zdrav. zařízení** | 22 | 2,9 | 25 | 3,4 | 47 | 3,2 |
| **Sociální služba** | 38 | 5,1 | 17 | 2,3 | 55 | 3,7 |
| **Soud, policie** | 24 | 3,2 | 26 | 3,5 | 50 | 3,4 |
| **Neznámo** | 21 | 2,8 | 31 | 4,2 | 52 | 3,5 |
| **Celkem** | **751** | **100,0** | **735** | **100,0** | **1 486** | **100,0** |

NMS provedlo v období červen - červenec 2003 dotazníkový průzkum v těch zařízeních, která hlásí do registru uživatelů drog nejvyšší počty uživatelů konopí (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b). Cílem bylo získání detailnějších informací o zdravotním a sociálním stavu těchto klientů, o důvodech jejich kontaktu se zařízením a o charakteru poskytovaných služeb v tomto zařízení.

Celkem bylo osloveno 40 poskytovatelů služeb v celé ČR, kteří za r. 2002 uvedli do registru uživatelů drog 10 nebo více uživatelů konopí. Zpět se vrátilo 15 dotazníků (tj. 38 % návratnost). Spektrum zařízení popisuje tabulka 14-4.

tabulka 14-4: Typy zařízení, která odpověděla na dotazníkovou akci Uživatelé marihuany – žadatelé o léčbu (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b)

| Typ zařízení | Počet dotazníků |
|---|---|
| **AT ordinace** | 1 |
| **Středisko výchovné péče** | 1 |
| **Diagnostický ústav** | 1 |
| **Preventivní/krizové centrum** | 1 |
| **K-centrum** | 11 |
| **Celkem** | **15** |

Deset K-center udalo, že uživatelé konopných drog zařízení vyhledali převážně sami; jedno K-centrum jako převažující udalo doprovod s rodiči. U zbývajících 4 zařízení se mezi nejfrekventovanějšími důvody jednalo spíše o restriktivní opatření (ochranná léčba, opakované útěky atd.). Ve spektru udávaných obtíží převládaly spíše výchovné a sociální, nežli zdravotní obtíže (tabulka 14-5). Pro názornost byly u každého zařízení vybrány první tři nejčastěji uváděné obtíže v pořadí od nejčastější po nejméně časté. Nejčastějšímu důvodu byla přiřazena hodnota 3, nejméně častému hodnota 1.

tabulka 14-5: Poměr mezi hlavními důvody k vyhledání kontaktu se zařízením – dotazníková akce Uživatelé marihuany – žadatelé o léčbu (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b)

| Důvod ke kontaktu | Součet bodů | Celkový podíl na všech důvodech ke kontaktu ( %) |
|---|---|---|
| **Problémy s rodiči** | 33 | 39,3 |
| **Kázeňské problémy** | 25 | 29,8 |
| **Problémy s prospěchem** | 19 | 22,6 |
| **Psychické problémy** | 4 | 4,8 |
| **Problémy s policií** | 3 | 3,6 |
| **Celkem** | **84*** | **100,0** |

*Pozn.: * Každé zařízení mělo celkem 6 bodů pro nominaci prvních tří nejčastějších důvodů ke kontaktu (pořadí 3, 2, 1 bod). Jedno ze zařízení na tuto otázku neodpovědělo - celkem tedy bylo hodnoceno 14 zařízení (celkový součet 84 bodů).*

Většina oslovených poskytovatelů služeb uvedla převahu problémů spojených s jinými než zdravotními obtížemi v důsledku užívání konopné drogy. Určitým interpretačním omezením však je fakt, že pouze jediné ze zkoumaných zařízení užívá diagnostický systém MKN 10. Při kvalitativním popisu obtíží uživatelů se ukazuje, že přibližně 10 – 15 % klientely projevilo známky problémů, které lze příčinně spojovat s užíváním konopné drogy (poruchy paměti, soustředění atd.). Problémy popisované u ostatních klientů (85 - 90 %) se nejeví jako pravděpodobné přímé důsledky užívání konopné drogy (kázeňské problémy atd.). Tomuto zjištění odpovídá také typ intervencí, které jsou uživatelům konopných drog poskytovány. U 4 z 15 se objevuje přístup aplikující převážně léčebné metody (především systematická dlouhodobá psychoterapie, v odůvodněných případech pak farmakoterapie). Jedno zařízení udává převažující klasický harm reduction přístup, neboť 10 z 15 vykázaných klientů paralelně aplikovalo jinou drogu intravenózně (viz dále). U zbývajících 10 zařízení se jednalo spíše o převažující poradenské a socioterapeutické intervence, často kombinované se specifickými volnočasovými programy zaměřenými na rizikovou mládež.

Čtyři zařízení vykázala jako uživatele konopných drog (coby primární drogy) ve více než 50 % i ty uživatele, u kterých se objevovalo paralelní užívání vysoce rizikových drog (pervitin, heroin), často v kombinaci s vysoce rizikovými způsoby užívání (injekční aplikace). Jedno ze zařízení např. takto vykázalo 15 uživatelů konopí, přičemž u 10 z nich byla zaznamenána také injekční aplikace pervitinu či heroinu. Lze se domnívat, že se v tomto ohledu jedná spíše o nejednotnost definic při vykazování klientů, případně důsledek nedostatečné informovanosti profesionálů (zejména v nízkoprahových a poradenských službách). Poměrně značný rozptyl a nehomogenita v odpovědích jednotlivých zařízení vedou k závěru, že pro relevantní vyhodnocení a popsání situace by bylo vhodné provést kasuistické zhodnocení v náhodně vybraných zařízeních.

Jako velmi účelné se tak v tomto ohledu jeví hlubší zaměření se na oblast diagnostiky problémů spojených s užíváním konopných drog a přípravu krátkého specifického edukativního programu v r. 2003 a 2004, určeného pro cílovou skupinu profesionálů v sociálních i zdravotních drogových službách.

## 14.3 Komorbidita

### 14.3.1 Četnost a spektrum duálních diagnóz – údaje z literatury

Pod pojmem duální diagnóza (komorbidita) rozumíme klinický obraz dvou a více diagnóz u jednoho pacienta (Kaplan et al. 1991). U poruch způsobených návykovými látkami se tedy jedná obvykle o souběh závislosti na psychoaktivní látce a další duševní poruchy. V této oblasti je problematika duálních diagnóz pravděpodobně značně rozsáhlá, údaje se však různí. Někteří autoři hovoří o 76 % mužů a 65 % žen (Kaplan et al. 1991). Popov (Popov, 2001) píše o 20 - 60 % psychiatrických komplikací u závislých na alkoholu (20 - 40 % muži, 40 - 60 % ženy).

Podle Bayera (Bayer, 2003) je nejčastější komorbiditou u mužů porucha osobnosti, u žen neurotické a afektivní poruchy. V případě užívání jiné psychotropní látky než alkoholu či anxiolytik poruchy osobnosti dominují. Američtí autoři na první místo řadí asociální poruchu osobnosti, která ve stávající MKN 10 platné v ČR odpovídá dissociální poruše osobnosti. Relativně často se setkáváme s úzkostně depresivní symptomatikou, která však povětšinou nemá charakter patické deprese („major depression“): může se jednat o příznaky v rámci poruchy adaptace na neuspokojivou životní situaci či rovněž o poruchu osobnosti (hraniční či smíšená porucha osobnosti).

Nešpor (Nešpor, 2003) cituje ředitele amerického National Institute on Drug Abuse (NIDA), podle něhož trpí 30 - 60 % osob zneužívajících návykové látky souběžně probíhající duševní poruchou (Leshner, 1999).

Jaký je vztah mezi těmito dvěma diagnózami? Podle Nešpora se závislost na návykové látce nebo jiná návyková choroba může objevit u klienta, který už před tím trpěl jinou duševní poruchou, nebo se duševní nemoc manifestuje až sekundárně u jedince, který návykové látky zneužíval nebo byl na nich závislý. V obou případech jsou však příznaky duševní choroby a návykové nemoci v interakci a navzájem se ovlivňují (Nešpor, 2003).

Výskyt návykových problémů je u řady duševních poruch vyšší než v běžné populaci. To se týká depresivních poruch, poruch osobnosti (častěji u mužů), poruch příjmu potravy (častěji u žen). U žen také bývá častější výskyt sociální fobie nebo posttraumatické stresové poruchy ještě před vznikem problému s návykovou látkou. Obecně lze říci, že většina duševních problémů zvyšuje riziko problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci i léčbu.

Jako typické kombinace, s nimiž se v praxi opakovaně setkáváme, Nešpor uvádí:

- poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie) a závislost na alkoholu nebo drogách (mnohem častější u žen),
- deprese a úzkostné stavy a závislost na alkoholu nebo tlumivých lécích (častěji u žen),
- dissociální porucha osobnosti a závislost na alkoholu nebo drogách (podstatně častěji u mužů), typické zde bývá to, že násilné nebo jinak bezohledné jednání předcházelo návykové nemoci a neobjevovalo se až v jejím důsledku,
- narcistická porucha,
- patologické hráčství - tito klienti jsou více ohroženi závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách (mimořádně nebezpečná je kombinace patologického hráčství a závislosti na pervitinu),
- opakované dekompenzace psychotických onemocnění související se zneužíváním alkoholu, konopí, pervitinu nebo halucinogenních drog.

Z různých studií sledovaných Kalinou (2000) vyplývá, že v průměru jen asi 30 % klientů má pouze diagnózu „drogová závislost” – zastoupení dalších poruch nás upozorňuje, že značná část klientů trpí fobiemi, depresí, úzkostí, psychosexuálními poruchami a především poruchami osobnosti (viz tabulka 14-6).

tabulka 14-6: Nejčastější přídatné diagnózy u drogově závislých v TK v USA (Tims et al. 1997)

| Diagnostická skupina | Četnost (v % klientů) |
|---|---|
| **Organické mozkové syndromy** | 3 |
| **Schizofrenní poruchy** | 3 |
| **Obsedantně-kompulzivní poruchy** | 6 |
| **Gambling** | 6 |
| **Anorexie a bulimie** | 15 |
| **Fobie** | 28 |
| **Afektivní poruchy (zejména deprese různého stupně)** | 29 |
| **Generalizovaná úzkost** | 34 |
| **Zneužívání alkoholu** | 39 |
| **Psychosexuální dysfunkce** | 40 |
| **Poruchy osobnosti** | 44 |

### 14.3.2 Duální diagnózy u hospitalizovaných pacientů

Podle údajů ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003d) bylo v r. 2001 v ČR hospitalizováno na psychiatrických odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách 3 164 osob s problematikou zneužívání nelegálních návykových látek a těkavých látek. Z tohoto souboru byla druhá diagnóza z okruhu psychických poruch uvedena u 226 pacientů, tj. u 7,1 %.

Zhruba v polovině případů se však jednalo o diagnózu poukazující k problémům s užíváním ještě jiné než základní návykové látky (116 osob, tj. 3,6 % ze souboru a 51,3 % z psychických komplikací). Psychické poruchy mimo okruh návykových látek byly udávány u 110 osob (tj. 3,5 % ze souboru a 48,7 % z psychických komplikací).

Přehled druhých diagnóz z okruhu návykových látek podává tabulka 14-7. Jako další návykové látky, působící psychické problémy, se nejčastěji objevují stimulancia, opioidy a alkohol. Velmi často jsou uváděny nespecifikované poruchy. Nízké zastoupení kanabinoidů může překvapit a jistě neodpovídá četnosti jejich užívání u pacientů vzorku. Stejně tak jsou - oproti zahraničním údajům - neporovnatelně méně často udávány problémy s alkoholem: ve studii Timse a spol. (Tims et al. 1997) u 39 % klientů, ve vzorku ÚZIS u 0,5 %.

tabulka 14-7: Poruchy z užívání další návykové látky uváděné jako druhá diagnóza – psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic v ČR, 2001 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003d)

| Návyková látka[59] | Počet | Podíl v % |
|---|---|---|
| **Alkohol** | 18 | 15,5 |
| **Opioidy** | 25 | 21,5 |
| **Kanabinoidy** | 8 | 6,9 |
| **Stimulancia** | 28 | 24,2 |
| **Jiné návykové látky (sedativa a hypnotika, halucinogeny, těkavé látky)** | 13 | 11,2 |
| **Nespecifikované poruchy** | 24 | 20,7 |
| **Celkem** | **116** | **100,0** |

Co se týče jiných psychických poruch (viz tabulka 14-8), dominují poruchy osobnosti – 34,5 % komplikací tohoto okruhu. Z nich více než polovina jsou smíšené a emočně nestabilní/hraniční poruchy osobnosti; dissociální porucha osobnosti, nejčastější dle amerických autorů (Bayer, 2003), se ve vzorku ÚZIS objevuje jen v ojedinělých případech. Na druhém místě se uvádějí neurotické a k stresu vztažené poruchy. Afektivní poruchy a poruchy příjmu potravy jsou uváděny méně často, než by odpovídalo klinické zkušenosti, a mezi komplikacemi z tohoto okruhu zaujímají prakticky stejný podíl jako schizofrenie.

[59] Mezi uváděnými návykovými látkami je zcela pomíjen nikotin.

tabulka 14-8: Jiné psychické poruchy uváděné jako druhá diagnóza - psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic v ČR, 2001 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003d)

| Diagnostická skupina | Počet | Podíl v % |
|---|---|---|
| **Schizofrenie** | 12 | 10,9 |
| **Afektivní poruchy** | 13 | 11,8 |
| **Neurotické a stresové poruchy** | 23 | 20,9 |
| **Poruchy příjmu potravy** | 10 | 9,1 |
| **Poruchy osobnosti** | 38 | 34,5 |
| **Mentální retardace** | 3 | 2,7 |
| **Poruchy chování u dětí** | 11 | 10,0 |
| **Celkem** | **110** | **100,0** |

Je však třeba konstatovat, že celkový podíl druhých diagnóz je ve vzorku ÚZIS neobyčejně nízký (dokonce řádově) ve srovnání s údaji v zahraniční literatuře, v porovnání se studií Timse a spol. (Tims et al. 1997) až takřka o dva řády nižší. Srovnání problémů s alkoholem s touto studií jsme uvedli výše. V okruhu jiných poruch než poruch způsobených návykovými látkami můžeme porovnat např. poruchy osobnosti – 1,2 % ve vzorku ÚZIS oproti 44 % u Timse a spol., poruchy příjmu potravy - 0,3 % oproti 15 % a afektivní poruchy - 0,4 % oproti 29 %. U komplikací z okruhu návykových látek můžeme srovnat problémy s alkoholem: ve studii Timse a spol. (Tims et al. 1997) u 39 % klientů, ve vzorku ÚZIS u 0,5 %[60]. Obraz duálních diagnóz ve zdravotnické statistice ČR tudíž vypovídá spíše o rozdílech v metodologii a zaměřenosti než o skutečném zastoupení a profilu psychických komplikací a komorbidit v naší léčené klientele.

### 14.3.3 Duální diagnózy v jiných zařízeních v ČR

Pro účely této výroční zprávy bylo provedeno orientační šetření na vzorku 200 klientů léčených pro problémy s nealkoholovými drogami ve dvou českých terapeutických komunitách a jednom denním stacionáři v letech 2001 - 2002.

Psychické komplikace a komorbidity se dle tohoto šetření vyskytovaly u 35,5 % klientů, v denním stacionáři dosahoval takřka 50 % (zařízení získalo v posledních letech pověst, že tam lze takovou klientelu odesílat). Ve spektru opět dominovaly poruchy osobnosti (téměř 40 % komplikací, 14 % klientů), deprese, neurotické poruchy a poruchy příjmu potravy se objevovaly u 5 - 7 % všech klientů. Přehled podává tabulka 14-9.

Jakkoliv šlo pouze o orientační průzkum, jeho závěry jsou přece jen bližší údajům v zahraniční literatuře a lze jim určitou výpovědní hodnotu o zastoupení a profilu psychických komplikací a komorbidit v naší léčené klientele přisoudit.

tabulka 14-9: Psychické komplikace a komorbidity u klientů léčených v zařízeních SANANIM, 2001-2002 (Kalina, 2003)

| Diagnostická skupina | Počet | Podíl komplikací (%) | Výskyt komplikací v souboru (%) |
|---|---|---|---|
| **Afektivní poruchy (depresivní syndrom)** | 14 | 19,7 | 7,0 |
| **Neurotické poruchy** | 12 | 16,9 | 6,0 |
| **Poruchy příjmu potravy** | 10 | 14,0 | 5,0 |
| **Poruchy osobnosti** | 28 | 39,4 | 14,0 |
| **Paranoidní syndrom** | 7 | 9,9 | 3,5 |
| **Celkem psychické komplikace a komorbidity** | 71 | 100,0 | 35,5 |
| **Celkem soubor klientů** | **200** | | **100,0** |

### 14.3.4 Význam duálních diagnóz pro léčbu

Duální diagnózy přinášejí následující problémy:

- V zařízení pro léčbu závislostí přídatná porucha velmi často komplikuje zapojení klienta do léčby, snižuje jeho schopnost mít z ní prospěch a případně vůbec v léčbě vytrvat.
- Obtíže z přídatné poruchy jsou častým spouštěčem relapsu.

[60] Také naše drogová scéna se však mění a klasické závislosti na heroinu či pervitinu ustupují polymorfním závislostem. Oddělování klientely závislé na legálních a nelegálních drogách již z hlediska léčby a doléčování zjevně není funkční.

- Přídatnou poruchu obvykle není možné řádně léčit v běžných psychiatricko-psychoterapeutických službách, pokud klient bere drogy, protože: (a) návyková problematika zastírá a zkresluje její klinický obraz a dynamiku, (b) spolupráce závislého na léčebném režimu, systematické psychoterapii či farmakoterapii je velmi problematická, (c) většinu psychofarmak nelze při současném užívání drog zodpovědně, smysluplně, účinně a bezpečně podávat.
- Personál zařízení pro léčbu návykových nemocí často není vybaven potřebnými znalostmi a dovednostmi, aby tuto problematiku zvládal.

Návykový problém je často naléhavější a jeho zvládnutí podmiňuje spolupráci při psychoterapii nebo farmakoterapii u druhé poruchy. Je ale zřejmé, že klienta s duální diagnózou je třeba léčit jak pro návykovou poruchu, tak i pro jiný duševní problém. Taková léčba je pak daleko efektivnější než léčba pouze pro návykový problém nebo léčba pouze pro duševní poruchu. Podle Nešpora (Nešpor, 2003) léčba může být následná (obvykle nejprve v jednom zařízení pro návykový problém a pak v jiném pro duševní poruchu), souběžná (současně v zařízení pro léčbu návykových problémů a zároveň v jiném psychiatrickém zařízení) nebo integrovaná (v jednom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy). Nejlepší z uvedených možností je zjevně integrovaná léčba, v ČR však není mnoho zařízení, která jsou schopna ji provádět.

Integrovaná léčba duálních diagnóz vyžaduje řadu inovací v léčebných postupech. Na prvním místě musíme zmínit zařazení farmakoterapie jako legitimní součásti léčebného programu. Popov (Popov, 2001; Popov, 2003) upozorňuje, že snaha vyhnout se „principiálně“ u pacientů závislých na návykových látkách jakékoliv psychofarmakoterapii je často neodůvodněná a v případě duální diagnózy kontraproduktivní[61].

Psychosociální přístupy je třeba více individualizovat a zabývat se v daleko větší míře i jinou než závislostní problematikou. Rovněž je na místě větší citlivost a podpora. Konfrontačně laděné postupy bývají u většiny klientů s duální diagnózou vysloveně kontraindikované (podle Nešpora se neosvědčily ani u klientů se samotnou návykovou nemocí)[62]. I když v přístupu ke klientům s duální diagnózou je vhodná větší tolerance, i zde je třeba jasně vymezit základní pravidla spolupráce. Za nezbytnou se pokládá práce s členy rodiny a partnery, rodinná terapie a rodinné poradenství.

Nešpor rovněž uvádí, že léčba pacienta s duální diagnózou klade také specifické nároky na tým a interdisciplinární spolupráci. To se netýká jen teoretické přípravy týmů, ale i větší pružnosti, větší frustrační tolerance a dobré komunikace a spolupráce lékařů, psychologů, sociálních a i jiných pracovníků.

### 14.3.5 Závěr – perspektivy a potřeby

Zahraniční údaje, klinická zkušenost i výsledky orientačního průzkumu upozorňují, že zařízení poskytující pomoc závislým musí ve větší či menší míře brát v úvahu vysoký podíl pacientů s duální diagnózou. Minimálně každý třetí klient by potřeboval ještě jiné léčení než to, které mu standardní program pro závislé nabízí, nebo aspoň specifickou pozornost svým specifickým obtížím.

Vývoj ve vyspělých zemích ukazuje, že řešení tohoto obtížného komplexu problémů může a musí začít právě na straně zařízení a personálu: jeho vzděláváním, výcvikem a na to navazujícími změnami léčebných přístupů.

Změny začínají i v léčebných programech v ČR. Orientační průzkum ukázal, že až 10 % klientů ve sledovaných terapeutických komunitách užívá během léčby aspoň jistou dobu psychiatrem předepsaná psychofarmaka (v denním stacionáři 20 % klientů). Není tomu tak ve všech zařízeních, ale ještě před několika lety to bylo nemyslitelné. Vzrůstá rovněž podíl pracovníků s psychoterapeutickým výcvikem, prohlubuje se individuální přístup a zaměření na širší škálu psychologických a rodinných problémů klientů. Díky tomu mohou z léčebných programů profitovat i klienti, kteří dříve často z léčby vypadávali nebo nebyli vůbec přijímáni.

[61] Přehled problematiky farmakoterapie u duálních diagnóz viz (Bayer, 2003); (Nešpor, 2000; Nešpor, 2003); (Popov, 2001; Popov, 2003). Kromě jiného autoři upozorňují na riziko vzniku kombinované závislosti (např. alkohol/benzodiazepiny, heroin/benzodiazepiny).

[62] V ČR se ostatně používají daleko méně než v zemích s tradicí terapeutických komunit tzv. hierarchického typu (Synanonská linie), např. v sousedním Polsku.

V těchto inovacích je třeba pokračovat. Další potřebou, která z pohledu na problematiku duálních diagnóz vyplývá, je však také potřeba cíleného výzkumu a opatření v oblasti diagnostiky a sběru dat, protože stav našeho poznání je zjevně neuspokojivý[63].

[63] Neuspokojivý stav poznání se týká i dalšího typu „duálních diagnóz“ - souběhu závislosti na tabáku (nikotinu) a jiných duševních poruch. Tento chronicky nevnímaný resp. neuváděný problém se teprve nyní stává předmětem odborného zájmu, který si jistě zaslouží; pokus o jeho zmapování však přesahuje rámec této kapitoly.

## Seznam tabulek

tabulka 1-1: Souhlas s případným trestním postihem uživatelů drog (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002). 11
tabulka 1-2: Výdaje ústředních orgánů státní správy a RVKPP na protidrogovou politiku v ČR v r. 2002 (v tis.Kč) ..... 12
tabulka 1-3: Čerpání finančních prostředků z VPS na programy MŠMT v r. 2002 (v tis. Kč)..... 12
tabulka 1-4: Čerpání finančních prostředků z VPS z dotačního řízení RVKPP na programy protidrogové politiky na místní úrovni v r. 2002 podle krajů (v tis. Kč)..... 13
tabulka 1-5: Čerpání finančních prostředků z kapitoly Úřadu vlády pro sRVKPP v r. 2002 (v tis. Kč) ..... 14
tabulka 1-6: Neinvestiční transfery MŠMT krajům v r. 2002 (tis. Kč) ..... 14
tabulka 1-7: Čerpání finančních prostředků MS na program "Protidrogové politiky" v r. 2002 (v tis. Kč)..... 15
tabulka 2-1: Vývoj celoživotní prevalence užívání nelegálních drog, v % respondentů (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002) ..... 18
tabulka 2-2: Celoživotní prevalence a prevalence užití v posledním roce podle pohlaví a typu drogy, v % respondentů (Psychiatrické centrum Praha, 2003a)..... 18
tabulka 2-3: Celoživotní a roční prevalence užívání vybraných drog u mládeže podle pohlaví, v % (Psychiatrické centrum Praha, 2003b),(Psychiatrické centrum Praha, 1999) ..... 20
tabulka 2-4: Přehled hodnot multiplikátorů a odhadovaný počet všech problémových uživatelů, uživatelů heroinu, pervitinu a injekčních uživatelů v letech 1999 - 2002..... 21
tabulka 2-5: Prevalence problémových uživatelů drog v r. 2002 podle krajů ČR..... 22
tabulka 3-1: Léčebná a kontaktní centra v registru HS v r. 2002 (Polanecký et al. 2003)..... 24
tabulka 3-2: Srovnání počtu nových žadatelů o léčbu a počtu hlásících center (Polanecký et al. 2003) ..... 24
tabulka 3-3: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu, ČR, 1999 -2002 (Polanecký et al. 2003) ..... 25
tabulka 3-4: Žádosti o léčbu v r. 2002, srovnání vybraných charakteristik žadatelů celkem a problémových uživatelů u prvních a všech žádostí o léčbu (Polanecký et al. 2003)..... 26
tabulka 3-5: Žádosti o první léčbu, vybrané charakteristiky, ČR, 1995 – 2000 (Polanecký et al. 2003)..... 26
tabulka 3-6: Žádosti o první léčbu podle skupin základní drogy, ČR, 1999 – 2002 (Polanecký et al. 2003)..... 27
tabulka 3-7: Podíl uživatelů heroinu a pervitinu v různých typech péče v r. 2002..... 30
tabulka 3-8: Incidence HIV+ v ČR do 31.12.2002 dle způsobu přenosu (Brůčková et al. 2003)..... 33
tabulka 3-9: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV 1994 – 2002 (Národní referenční laboratoř pro AIDS, 2003) ..... 34
tabulka 3-10: Způsob zjištění nákazy HIV u IUD (Jedlička, 2003) ..... 34
tabulka 3-11: Hlášená incidence VHB a VHC a podíl IUD v ČR v letech 1997 – 2002 (Beneš and Částková, 2003; Polanecký et al. 2003) ..... 35
tabulka 3-12: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ podle zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a) ..... 36
tabulka 3-13: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ podle věku (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a) ..... 36
tabulka 3-14: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ podle délky pravidelného injekčního užívání (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)..... 37
tabulka 3-15: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ v souvislosti s pobytem ve vězení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)..... 37
tabulka 3-16: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ v souvislosti s injekčním užíváním ve vězení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)..... 37
tabulka 3-17: Výsledky vyšetření na infekční nemoci u uživatelů drog v českých věznicích v r. 2002 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003c) ..... 37
tabulka 3-18: Výsledky testování infekčních onemocnění u injekčních uživatelů v nízkoprahových zařízeních v r. 2002 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c) ..... 38
tabulka 3-19: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ v souvislosti se sdílením jehel (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)..... 38
tabulka 3-20: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ v souvislosti s počtem sexuálních partnerů v životě (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a)..... 38
tabulka 3-21: Seroprevalence infekcí ve skupině IUD – přehled dostupných dat, ČR, 1998 – 2003 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003c; Mravčík and Šebáková, 2002; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c; Wilczek and Urbánek, 2003; Řehák and Krekulová, 2002)..... 39
tabulka 3-22: Intoxikace drogami v ČR, srovnání let 2001 a 2002 podle jednotlivých drog (Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2002) ..... 40
tabulka 4-1: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu, v % (Polanecký et al. 2003) ..... 41
tabulka 4-2: Výskyt drog a závažnost jevu na počátku a konci r. 2002 (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2003) ..... 42
tabulka 4-3: Počet zjištěných drogových trestných činů podle údajů Policejního prezidia ČR..... 43
tabulka 4-4: Počet stíhaných osob podle údajů Policejního prezidia ČR ..... 43

tabulka 4-5: Obviněné osoby podle typu drogy v r. 2002 (NPC) 45
tabulka 4-6: Drogové trestné činy zjištěné Policií ČR podle krajů 45
tabulka 4-7: Obžalovaní za drogové trestné činy v letech 1996 – 2002 46
tabulka 4-8: Odsouzení za drogové trestné činy v letech 1996 - 2002 47
tabulka 4-9: Poměr mezi stíhanými, obžalovanými a odsouzenými za drogové tr. činy v letech 1996 – 2002 (souhrnně) 48
tabulka 4-10: Poměr mezi obžalovanými a odsouzenými za drogové tr. činy v letech 1996 – 2002 50
tabulka 4-11: Vývoj počtu odsouzených a odsouzených za drogové trestné činy v letech 1996 – 2002 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003b) 50
tabulka 4-12: Přestupky nedovoleného přechovávání OPL pro svoji potřebu v malém množství (Ministerstvo vnitra ČR, 2003a) 51
tabulka 5-1: Nabídka drog v populaci starší 15 let (v %), (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2001) 53
tabulka 5-2: Nabídka drog v populaci starší 15 let podle věku (v %), (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2001) 53
tabulka 5-3: Odhadovaná roční spotřeba drog v ČR v r. 2000 (Vopravil, 2001) 56
tabulka 5-4: Záchyty OPL a prekursorů v letech 1996 - 2002 realizované celními složkami (g) 57
tabulka 5-5: Záchyty OPL v r. 2002 podle údajů Policie ČR a GŘC 57
tabulka 5-6: Záchyty OPL v letech 2001 a 2002 realizované NPC 57
tabulka 5-7: Cena drog v r. 2002 podle NPC (v Kč za gram/dávku) 59
tabulka 5-8: Čistota (koncentrace účinné látky) zadržených drog v r. 2002 podle NPC (v %) 60
tabulka 7-1: Srovnání počtu zařízení hlásících do registru žádostí o léčbu HS s celkovým počtem těchto zřízení 67
tabulka 10-1: Výměnné programy v nízkoprahových zařízeních dotovaných RVKPP v letech 2001 - 2002 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c) 76
tabulka 10-2: Výměnné programy v databázi HS v letech 1998 - 2002 (Polanecký et al. 2000; Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2001; Polanecký et al. 2002; Polanecký et al. 1999) 76
tabulka 10-3: Počet vyměněných injekčních jehel a stříkaček ve výměnných programech ČR v r. 2002 podle krajů 76
tabulka 10-4: Odhadované údaje o nízkoprahových zařízeních v ČR v r. 2002 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c) 78
tabulka 10-5: Nízkoprahová zařízení - služby (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c) 78
tabulka 10-6: Aktivity HR určené uživatelům tanečních drog 2002 79
tabulka 10-7: Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových zařízeních v r. 2002 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c) 80
tabulka 11-1: Psychiatrické léčebny v ČR 2002 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003a) 81
tabulka 11-2: Pacienti substituční léčby ve specializovaných programech - stav k 31. 12. 2002 84
tabulka 11-3: Věková skladba klientů na metadonu v ČR, období od května 2000 do dubna 2002 (Matoušková, 2002) 85
tabulka 11-4: Průměrné počty pokusů (nástupů) o substituci metadonem na 1 klienta podle věku v ČR v období od května 2000 do dubna 2002 (Matoušková, 2002) 85
tabulka 11-5: Léčebné programy v ČR v r. 2002 87
tabulka 12-1: Provedené testy na přítomnost drog u vězněných osob v r. 2001 a 2002 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003a; Zábranský et al. 2002) 90
tabulka 12-2: Vývoj počtu evidovaných uživatelů drog v letech 1996 až 2002 a jejich podílu na celkové vězeňské populaci (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2003b) 90
tabulka 12-3: Přehled trestů a ochranných léčeb uložených soudy v České republice v letech 2001 - 2002 pachatelům drogových trestných činů (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2002; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2003) 92
tabulka 13-1: Srovnání základních hledisek Standardů sociálních služeb MPSV a Standardů MZ 95
tabulka 14-1: Počet registrovaných uživatelů konopí jako primární drogy (Studničková, 2003) 99
tabulka 14-2: Doba užívání konopí jako základní drogy předcházející kontaktu s léčebným zařízením podle pohlaví (Studničková, 2003) 99
tabulka 14-3: Motivace k vyhledání kontaktu dle skupin uživatelů konopí (Studničková, 2003) 99
tabulka 14-4: Typy zařízení, která odpověděla na dotazníkovou akci Uživatelé marihuany – žadatelé o léčbu (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b) 100
tabulka 14-5: Poměr mezi hlavními důvody k vyhledání kontaktu se zařízením – dotazníková akce Uživatelé marihuany – žadatelé o léčbu (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b) 100
tabulka 14-6: Nejčastější přídatné diagnózy u drogově závislých v TK v USA (Tims et al. 1997) 102
tabulka 14-7: Poruchy z užívání další návykové látky uváděné jako druhá diagnóza – psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic v ČR, 2001 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003d) 102
tabulka 14-8: Jiné psychické poruchy uváděné jako druhá diagnóza - psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic v ČR, 2001 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003d) 103
tabulka 14-9: Psychické komplikace a komorbidity u klientů léčených v zařízeních SANANIM, 2001-2002 (Kalina, 2003) 103

## Seznam obrázků

obrázek 2-1: Celoživotní prevalence užívání vybraných drog v jednotlivých věkových skupinách, v % (Psychiatrické centrum Praha, 2003a) ... 19
obrázek 3-1: Průměrný věk prvožadatelů 1995 - 2002 - vybrané drogy, ČR, 2003 (Polanecký et al. 2003) ... 25
obrázek 3-2: Žádosti o první léčbu – problémoví uživatelé v l. 1995 – 2002 (Polanecký et al. 2003) ... 28
obrázek 3-3: Předávkování OPL v r. 2002 ... 32
obrázek 3-4: Předávkování vybranými OPL v letech 1998-2002 ... 32
obrázek 4-1: Vývoj počtu drogových trestných činů zjištěných Policií ČR ... 44
obrázek 4-2: Vývoj počtu osob stíhaných Policií ČR za drogové trestné činy ... 44
obrázek 4-3: Vývoj počtu obžalovaných osob státními zastupitelstvími za drogové trestné činy ... 47
obrázek 4-4: Vývoj počtu pravomocně odsouzených osob za drogové trestné činy ... 47
obrázek 4-5: Vývoj počtu stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v letech 1996 -2002, § 187 ... 48
obrázek 4-6: Vývoj počtu stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v letech 1996 -2002, § 187a ... 49
obrázek 4-7: Vývoj počtu stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v letech 1996 -2002, § 188 ... 49
obrázek 4-8: Vývoj počtu stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v letech 1996 -2002, § 188a ... 49
obrázek 4-9: Přímé společenské náklady zneužívání drog v ČR 1998 – 2,3 mld. Kč (Zábranský et al. 2001a) ... 51
obrázek 4-10: Nepřímé společenské náklady (ušlá produktivita) zneužívání drog v ČR v r. 1998 – 0,5 mld. Kč (Zábranský et al. 2001a) ... 52
obrázek 4-11: Souhrnný proporční graf společenských nákladů na zneužívání drog v ČR v r. 1998 (2,8 mld. Kč) (Zábranský et al. 2001a) ... 52
obrázek 6-1: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním konopí a/nebo jeho derivátů v letech 1997 -2002 (zdroj dat: HS) ... 61
obrázek 6-2: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním pervitinu a/nebo jiných amfetaminů v letech 1997-2002 (zdroj dat: HS) ... 62
obrázek 6-3: Počet předávkování pervitinem v ČR 1998-2002 ... 62
obrázek 6-4: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu v souvislosti s užíváním LSD a/nebo jiných halucinogenů v letech 1997-2002 (zdroj dat: HS) ... 63
obrázek 6-5: Celoživotní zkušenost s opiáty mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: (Mravčík and Zábranský, 2001a)) ... 63
obrázek 6-6: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním opiátů (především heroinu) v letech 1997 - 2002 (zdroj dat: HS) ... 64
obrázek 6-7: Vývoj identifikovaných smrtelných předávkování opiáty v ČR v letech 1998 - 2002 ... 64
obrázek 6-8: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním rozpouštědel v letech 1997-2002 (zdroj dat: HS) ... 65

## Seznam map

mapa 1-1: Čerpání finančních prostředků z kapitoly VPS v dotačním řízení RVKPP na programy protidrogové politiky v r. 2002 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel) ... 13
mapa 2-1: Prevalence problémových uživatelů drog v r. 2002 podle krajů ČR (na 1000 obyv. ve věku 15 – 64 let) ... 23
mapa 3-1: Všechny žádosti o léčbu v r. 2002 podle krajů (na 100 tis. obyvatel), (Polanecký et al. 2003) ... 29
mapa 3-2: Rozmístění 13 toxikologických laboratoří oddělení soudních lékařství, účastných v systému NMS pro sledování drogové mortality (oproti stavu z r. 2001 byla administrativně sloučena dvě pracoviště ve FN Na Bulovce v Praze) ... 31
mapa 3-3: Průběžné výsledky studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ (seroprevalence VHC) podle kraje zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a) ... 36
mapa 4-1: Drogové trestné činy zjištěné Policií ČR podle krajů ... 46
mapa 10-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2002 ... 75
mapa 10-2: Počet vydaných injekčních jehel a stříkaček ve výměnných programech ČR v r. 2002 podle krajů zařízení (na 100 tis. obyvatel) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003c) ... 77
mapa 11-1: Psychiatrické léčebny a terapeutické komunity v ČR v r. 2002 ... 87
mapa 11-2: Substituční centra v ČR v r. 2002 ... 88
mapa 11-3: Centra následné péče v ČR v r. 2002 ... 88

**Vybrané stránky s drogovou tématikou 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/index.php3?rubrika=O&oblast=B

Česká asociace streetwork: http://sttreetwork.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.hygpraha.cz/

Informační centrum OSN v Praze: http://www.unicprague.cz/

Institut pro kriminologii a sociální prevenci: http://portal.justice.cz/justice/iksp.nsf/Stranky/Uvod

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/

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/

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/justice/pms.nsf/Stranky/Uvod

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/vrk/vrk.htm

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/

## Zkratky

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

AA - Anonymní alkoholici

AT - alkohol – toxikomanie

CASRI - Vědecké a výzkumné pracoviště tělesné výchovy a sportu Praha

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

ČAS – Česká asociace streetwork

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 drogové závislosti

ESPAD - Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

EU – Evropská unie

FTD – žádost o první léčbu (First Treatment Demand)

GENACIS – studie Gender and Alcohol Comparative International Study

GŘC – Generální ředitelství cel MF ČR

GŘVS – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

HBSC – studie Health and Health Behaviour in School-Aged Children

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

IgM – imunoglobulin(y) třídy M

IUD – injekční uživatel(é) drog

KC – kontaktní centrum

KPE – index dentálního zdraví (kazy, plomby, extrakce)

MAD – školní průzkum „Mládež a drogy“

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

NA - Anonymní narkomané (Narcotics Anonymous)

NEAD – školní průzkum „Nealkoholové drogy“

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

NSPP 2001-4 – Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 -2004

NRL – národní referenční laboratoř

OPL – omamná a psychotropní látka

PAD – Projekt analýzy dopadů nové drogové legislativy

PCP – Psychiatrické centrum Praha

Phare TP – Phare Twinning Project 2000 „Posílení národní protidrogové politiky“

PL – psychiatrická léčebna

PMS – Probační a mediační služba ČR

Poslanecká sněmovna – Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR

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

SAP – společné analytické pracoviště NPC a GŘC

SNN - Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

sRVKPP – sekretariát RVKPP

SSLST – Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie

TD – žádost o léčbu (treatment demand)

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

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

UD – uživatel drog

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

VA – vojenská akademie

VHB – virová hepatitida typu B

VHC - virová hepatitida typu C

VLA – Vojenská lékařská akademie

VPS – kapitola „Všeobecná pokladní správa“ Národního účtu ČR

VS – Vězeňská služba ČR

WHO - Světová zdravotnická organizace

## Věcný rejstřík


**A**

abstinence, 82, 86
akreditace, 70, 94, 95
aktivity, 11, 12, 34, 66, 69, 71, 73, 74, 79, 80, 96
alkohol, 3, 4, 7, 16, 20, 29, 33, 40, 53, 58, 73, 82, 99, 101, 102, 104, 110, 120, 121
ALT, 40
amfetamin, 4, 8, 18, 20, 21, 57, 61, 66, 79, 90
analýza, 6, 10, 21, 31, 60, 69, 70, 71, 79, 94, 95, 96, 97, 98, 110, 119, 121, 122, 123
  dopadů nové drogové legislativy (PAD), 6, 14, 21, 51, 93, 110, 119
  kvalitativní, 21, 119
  kvantitativní, 79, 116
anonymní alkoholici, 86, 110
anonymní narkomané, 86, 110
aplikace, 1, 28, 35, 80, 84, 99, 100
  práva, 1
Asociace nestátních organizací (A.N.O) zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 8, 9, 23, 70, 71, 74, 75, 77, 81, 89, 91, 96, 109, 110, 121
AST, 40
AT ordinace, 4, 80, 87, 100

**B**

bezdrogové zóny, 15, 82
bio-psycho-sociální, 80, 86
braun, 21, 63
buprenorfin, 3, 4, 17, 21, 27, 31, 33, 63, 82, 83, 84, 85, 122

**C**

cena, 54, 59, 60
  drog, 59
Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR, 11, 18, 53, 66, 110
certifikace, 4, 69, 94, 95, 96
crack, 64
CRP, 40

**Č**

Česká asociace streetwork, 10, 75, 109, 110
čin
  trestný, 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 65, 66, 67, 89, 90, 92, 93, 98, 106, 107, 108

**D**

databáze tablet, 79
doléčovací skupiny, 86
doléčování, 4, 86, 103
držení drogy, 1, 4, 50, 65, 68
durman, 54
důsledky, 23, 40, 41, 74, 100

**E**

efedrin, 59, 79
efektivita, 69, 71, 73, 80, 94, 95, 96
*EMCDDA*, 1, 17, 21, 23, 59, 65, 66, 67, 69, 96, 110, 116
ESPAD (školní průzkum, 2, 20, 66, 110, 121
evaluace, 73, 80, 85, 93, 97, 98
Evropská unie, 1, 2, 7, 14, 65, 69, 83, 96, 97, 110
extáze, 2, 4, 5, 6, 17, 18, 19, 20, 26, 27, 28, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 70, 75, 78, 79, 116, 119

**F**

financování protidrogové politiky, 11
FreeBase, 23, 77

**G**

Generální ředitelství cel, 15, 55, 56, 57, 61, 66, 67, 69, 97, 107, 110, 111
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 89, 90, 91, 93, 94, 110

**H**

halucinogeny, 6, 31, 56, 62, 102
harm reduction, 4, 6, 30, 34, 41, 65, 66, 71, 74, 80, 91, 96, 100, 110, 122
hepatitida, 34, 35, 90, 111, 122, 123
heroin, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 42, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 63, 64, 71, 78, 81, 84, 85, 89, 98, 99, 100, 103, 104, 106, 108
HIV/AIDS, 1, 3, 17, 33, 34, 37, 38, 39, 59, 65, 74, 78, 80, 81, 83, 90, 106, 109, 110, 117, 119, 120
hospitalizace, 3, 29, 30, 81, 84, 87
hygienická služba, 23, 24, 30, 110
Hygienická stanice hl. m. Prahy (HS HMP), 21, 23, 77, 98, 110

**Ch**

chrup, 40

**I**

incidence, 25, 35, 38, 106, 120
intoxikace, 17, 39

**K**

kapacita, 1, 4, 82, 91
K-centra, 100, 117
kódování, 23, 77
kokain, 6, 11, 20, 42, 53, 57, 79, 83, 90
komorbidita, 40, 101, 103, 107, 119
kondom, 38, 79, 91
konopí, 8, 54, 61, 98, 99, 100, 101, 107, 108, 121
  hašiš, 2, 11, 40, 42, 45, 55, 56, 57, 61

marihuana, 1, 9, 10, 11, 19, 20, 33, 40, 42, 53, 55, 56, 57, 60, 61, 99, 100, 107, 117, 120
kontaktní centrum, 21, 24, 30, 70, 74, 86, 106, 110
kontext, 3, 5, 27, 61, 67, 90, 98
konzistence, 65, 97
koordinace, 2, 6, 30, 69, 71, 97
korupce, 51
kouření, 19, 98
KPE, 40, 110
kvalita, 3, 4, 17, 38, 39, 41, 54, 59, 62, 66, 69, 70, 75, 80, 91, 94, 95, 96, 117
kontrola, 73
péče, 70, 80, 94, 95
zajištění, 94, 95

**L**

léčba, 1, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 14, 17, 21, 25, 29, 30, 39, 40, 41, 61, 69, 70, 71, 72, 74, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 91, 94, 96, 98, 99, 100, 103, 104, 107, 109, 110, 117, 118, 122, 123
ambulantní, 4, 81, 86
lůžková, 4, 82
rezidenční, 81
substituční, 3, 4, 29, 70, 82, 84, 85
legalizace, 9, 51
legislativa, 1, 54, 110, 119, 123
léky, 25, 27, 31, 40, 42, 65, 79, 84
preskripční, 84
LSD, 2, 18, 20, 40, 45, 53, 54, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 108
lysohlávky, 54, 62

**M**

MDMA, 5, 60, 62, 70, 79, 119
metadon, 3, 17, 31, 82, 83, 84, 85, 107, 118, 122
metoda
Capture – recapture, 21, 66
multiplikační, 21, 22
minimální evaluační set, 95, 110
Ministerstvo
financí, 11, 12, 15, 67, 97, 110
obrany, 11, 12, 15, 97, 110
práce a sociálních věcí, 6, 11, 12, 13, 14, 69, 78, 82, 94, 95, 96, 97, 107, 109, 110
školství, mládeže a tělovýchovy, 3, 6, 11, 12, 13, 14, 22, 69, 70, 71, 72, 95, 96, 97, 106, 109, 110, 118
vnitra, 6, 11, 12, 16, 45, 50, 51, 70, 82, 85, 96, 97, 107, 109, 110, 118
zdravotnictví, 1, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 22, 30, 69, 70, 78, 80, 82, 83, 84, 85, 94, 95, 96, 97, 107, 109, 110, 118
Místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog, 80
množství, 5, 8, 10, 44, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 64, 89, 107
větší než malé, 8
mortalita, 30, 31, 40, 108, 122

**N**

náklady, 14, 15, 51, 52, 93, 94, 122
společenské, 51, 52, 108
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), 1, 2, 1, 2, 6, 9, 20, 21, 23, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 51, 66, 67, 69, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 85, 86, 89, 93, 94, 97, 100, 106, 107, 108, 109, 110, 116, 120, 122
Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), 62, 110
Národní strategie protidrogové politiky, 1, 6, 11, 14, 69, 71, 72, 74, 95, 96, 97, 110, 121
následná péče, 81, 86
National Institute on Drug Abuse (NIDA), 51, 65, 101, 117, 119
NNO (nestátní neziskové organizace), 3, 11, 69, 73, 82, 89, 91, 98, 110
novela, 7, 46, 57, 89, 118, 123
novelizace, 7
nutriční stav, 85

**O**

očkování, 79
odhad, 21, 22, 30, 61, 66, 77, 78, 123
prevalence, 21
odnětí svobody, 2, 5, 7, 8, 9, 46, 50, 89, 90, 92, 93
orální zdraví, 117, 120

**P**

parodont, 40
péče, 4, 30, 69, 70, 71, 75, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 95, 96, 98, 100, 106, 108, 117, 123
pervitin, 3, 6, 11, 20, 21, 27, 28, 29, 30, 33, 42, 53, 54, 59, 61, 63, 78, 83, 98, 99, 100
PHARE Twinning Project, 10, 14, 23, 30, 51, 66, 69, 70, 71, 72, 75, 77, 82, 85, 89, 91, 94, 95, 96, 97, 110
Policie ČR, 4, 16, 21, 33, 43, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 65, 67, 68, 72, 97, 107, 108, 109, 110, 120
politika, 1, 2, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 51, 69, 89, 96, 97, 106, 109, 110, 117, 118, 121, 122
(proti)drogová, 2, 1, 2, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 51, 69, 70, 71, 72, 89, 96, 97, 106, 108, 109, 110, 117, 118, 121, 122
poradna, 4, 8, 10, 71, 73, 116
internetová, 73
právo, 4, 7, 8, 10, 69, 71, 92, 95
prevalence, 17, 18, 19, 20, 21, 66, 81, 106, 108, 117, 119, 120
celoživotní, 18, 20, 66, 106
problémového užívání, 17
v posledním roce, 18
prevence, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 51, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 79, 80, 82, 86, 89, 93, 96, 97, 98, 101, 109, 110, 117, 118, 122
aktivity, 3, 72
Probační a mediační služba, 91, 92, 93, 110, 121
problémové užívání, 1, 21, 41
protilátky, 34, 106, 120

IgM, 40, 110
průzkum
celopopulační, 18
školský, 110
předávkování, 1, 3, 4, 17, 30, 31, 32, 33, 40, 60, 62, 64, 65, 74, 80, 84, 85, 108
psilocybin, 54, 62

**R**

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), 2, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 30, 66, 67, 70, 72, 76, 77, 78, 79, 80, 89, 95, 96, 97, 106, 107, 108, 110, 111
registr žádostí o léčbu, 3, 21, 23, 30, 67, 98, 107
represe, 6, 96
rizika, 6, 59, 72, 80, 84, 101, 104
zdravotní, 84
Rohypnol®, 31, 65

**Ř**

řízení, 1, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 33, 46, 48, 50, 56, 57, 61, 66, 74, 77, 78, 80, 82, 89, 92, 95, 96, 106, 108, 111, 116, 120
trestní, 1, 6, 7, 50, 92, 93, 111

**S**

služba, 4, 9, 10, 15, 16, 23, 24, 29, 30, 34, 35, 37, 39, 41, 43, 50, 61, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 86, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 106, 107, 109, 110, 111, 116, 117, 118, 119, 121, 123
probační a mediační, 91, 92, 93, 110, 121
služby, 29, 89, 110, 111
sociálně patologické jevy, 15, 118
sociální
reintegrace, 86, 98
soud, 7, 92, 99
Spojené státy americké, 51, 65, 102, 107
sport, 110
správa, 6, 11, 12, 61, 69, 96, 106, 109, 111
veřejná, 6, 69, 96
standardy, 69, 70, 72, 91, 94, 95, 96
Státní zastupitelství
Nejvyšší, 71, 119
strategie, 1, 2, 6, 12, 17, 69, 70, 80, 89, 96, 97, 110, 121
streetwork, 10, 16, 30, 71, 74, 75, 85, 109, 110
studie, 6, 18, 19, 20, 22, 23, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 51, 53, 58, 60, 66, 67, 73, 85, 89, 90, 93, 98, 106, 108, 110, 120, 122
kvalitativní, 21
školská, 110, 121
substituce, 3, 39, 70, 82, 83, 85, 107, 109
Subutex®, 17, 21, 33, 63, 82, 83, 84
Světová zdravotnická organizace (WHO), 19, 85, 111
syfilis, 80, 90
syndrom, 103

**Š**

šíření toxikomanie, 2, 4, 7, 43
školy, 3, 6, 14, 42, 72, 73, 82, 96, 97, 109, 110, 118
speciální, 72, 82, 87

**T**

tabák, 16, 105
taneční drogy, 17, 18, 20, 62, 66, 70, 71, 74, 78, 79, 107
techno
parties, 78, 122
těkavé látky, 3, 17, 21, 25, 27, 29, 64, 65, 102
benzín, 64
toluen, 20, 42, 64
testování, 4, 33, 34, 35, 38, 67, 70, 71, 79, 106, 119
tablet tanečních drog, 71, 78
THC, 33, 60, 67, 98
trendy, 1, 2, 3, 4, 5, 17, 18, 20, 25, 34, 46, 50, 53, 54, 55, 61, 63, 67, 70, 71, 83, 94, 120
trest, 7, 8, 46, 92

**U**

úmrtnost, 1, 3, 17, 30, 31, 33, 40, 61, 62, 65, 67
usnesení, 1, 6, 9, 11, 51, 70, 71, 85, 89, 92, 95, 96, 121
užívání, 1, 2, 3, 8, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 29, 32, 34, 35, 37, 40, 41, 42, 43, 51, 54, 55, 58, 61, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 79, 80, 84, 86, 89, 91, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 109, 116, 118
drog, 1, 2, 3, 8, 10, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 32, 34, 35, 40, 41, 42, 43, 51, 55, 61, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 79, 86, 91, 93, 94, 96, 104, 109, 116, 118
experimentální, 20, 71
problémové, 1, 17, 21, 41
rekreační, 1, 2, 20, 61

**V**

vazba, 5, 7, 50, 51, 70, 89, 93, 94
vězení, 35, 37, 82, 89, 90, 91, 93, 106, 123
vězeňství, 4, 67, 70, 89, 93, 94, 117
vláda, 6, 9, 11, 96
České republiky, 9
všeobecná pokladní správa, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 69, 106, 108, 111
výdaje
investiční, 15
neinvestiční, 14, 15
výkon, 4, 51, 70, 72, 82, 84, 87, 89, 91
trestu, 4, 5, 50, 82, 86, 87, 89, 90, 91, 93
výměnný program, 30, 74, 79
sekundární, 4, 75, 79
výživa, 85

**Z**

zabavení, 58, 67
míra, 57
záchyt, 56

zákon, 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 30, 43, 46, 48, 50, 71, 72, 92, 93, 96, 111, 116
zařízení, 1, 3, 4, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 67, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 86, 87, 95, 99, 100, 103, 104, 106, 107, 108, 119
léčby a služeb
Podané ruce, 66, 71, 73, 79, 91, 109
Sananim, 91, 109
SANANIM, 36, 73, 79, 91, 103, 107, 109
nízkoprahové, 4, 14, 22, 23, 29, 30, 34, 35, 37, 38, 39, 61, 63, 67, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 106, 107
speciálního školství, 87
závislost, 3, 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 29, 31, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 69, 70, 72, 80, 81, 82, 83, 86, 91, 94, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 109, 110, 116, 117, 119, 120, 121
zkušenost (s drogou), 2, 9, 17, 18, 19, 20, 54, 61, 62, 63, 65, 83, 89, 102, 104, 108
zločin
organizovaný, 1, 6, 62
zneužívání, 7, 12, 15, 51, 52, 61, 62, 63, 70, 79, 83, 93, 101, 102, 108, 109, 122, 123

## Ž

žádost o léčbu, 3, 17, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 41, 67, 77, 81, 98, 106, 108, 111, 121
první, 24, 27, 41, 61
život ohrožující událost, 40, 80, 119

## Odkazy


Bayer, D. (2003) Farmakologie závislostí a psychopatologických komplikací a komorbidit. In: Kalina, K. a spol., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup. Kapitola 6/2*, Praha: Úřad vlády ČR - NMS]

Beneš, J. and Částková, J. (2003) Počet VHC pozitivních v ČR 1997 - 2002 - EPIDAT.
Notes: Standardní tabulka EMCDDA č. 9: Prevalence VHC u IUD

Beranová, L. (1998) Okrajové skupiny a principy lidských práv (Marginal Population Groups and Human Rights Principles) . Praha (Prague): Český helsinský výbor.
Notes: součást Zprávy Českého helsinského výboru o stavu lidských práv v České republice v roce 1997 (Report on the State of Human Rights in the Czech Republic in 1997)

Brůčková, M., Malý, M. and Vandasová, J. (2003) Zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie. SZÚ Praha:

Cejpl et.al. (2001) Pravděpodobný vývoj vybraných druhů kriminality. Praha: IKSP.

Centrum pro výzkum veřejného mínění (2001) Občané o drogách a účinnost nového zákona (Citizens about drugs and effectivness of new legislation). Praha: Sociologický ústav AV ČR.
Notes: informace z výzkumu

Centrum pro výzkum veřejného mínění (2002) Problematika drog očima veřejnosti (Drug Problematics in Public Opinions). Praha (Prague): Sociologický ústav AV ČR.
Notes: Tisková zpráva

Csémy, L., Sovinová, H. and Komárek, J. (2000) Drogy a taneční scéna (Drugs and the Drug Scene). Praha: Státní zdravotní ústav.

Doležal, J.X. (2002) Zločinci a oběti. *Reflex* 42,
Notes: www.reflex.cz

Domov Agapé, Závěrečná zpráva dotačního řízení RV KPP 2002 (2003) Závěrečná zpráva dotačního řízení RV KPP 2002.

EMCDDA (2002)
Notes: www.emcdda.org

EMCDDA, Olszewski, D., Burkhart, G., Nilson, M. and Wallon, A. (2002) Drugs in focus. EMCDDA.
Notes: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy:briefings/pb4_6/pb_06_EN.pdf

Fišerová, M. and Páleníček, T. (2001) Testování tablet "extáze" - kvantitativní analýza obsahu v České republice. *Adiktologie* 2, 107-109.

Fišerová, M. and Páleníček, T. (2002) Testování tablet "extáze" - kvantitativní analýza obsahu. *Adiktologie* 1, 41-48.

Gajdošíková, H. (2002) Závěrečná zpráva projektu Právní poradny ANO.
Notes: nepublikováno

Generální ředitelství cel Ministerstva financí ČR (2003) Drogy 2002, roční zpráva (Drugs 2002, Anual report). Praha (Prague): Generální ředitelství cel Ministerstva financí ČR.

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2003a) Přehled údajů o užívání drog ve věznicích. Praha: Generální ředitelství vězeňské služby ČR.
Notes: Zpracovaný přehled dat získaný pro potřeby Výroční zprávy

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2003b) Ročenka Vězeňské služby ČR 2002 (Annual Report of the Prison Service of the CR) . Praha (Prague):

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2003c) Výsledky vyšetření na infekční nemoci v českých věznicích v roce 2002. Praha:
Notes: nepublikováno

Haas, S., Acker, N., Macek, V., Zábranský, T. and Miovský, M. (2003) Závěrečná zpráva projektu Phare Twinnning "Posílení národní protidrogové politiky". Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Notes: nepublikováno

Hartnoll, R. and Stimson, G.V. (1997) Estimating the prevalence of problem drug use in Europe. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).

Jedlička, J. (2003) Vyšetření na HIV u injekčních uživatelů drog v ČR. SZÚ, Praha:
Notes: přednáška na semináři pro K-centra

Kachlík, P., Kubíniová, M., Matějová, H. and Šimůnek, J. (2002) Stravovací zvyklosti kuřáků marihuany (The boarding habits of marihuana smokers). *Adiktologie* 1, 11-21.

Kalina, K. (2001) Jaká péče je kvalitní? Zajišťování a hodnocení kvality ve službách a programech pro drogově závislé (What care is of the high quality? Quality assurance and evaluation in the services and programmes for drug addicts. *Adiktologie* 1, 52-68.

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 (2003) Program podpory terénních sociálních pracovníků (Social Workers Support Programme).
Notes: Nepublikované výsledky terénního šetření v romských komunitách.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. and Grebb, J.A. (1991) Baltimore: Wiliams and Wilkins.

Krutina, M., Pilinová, A. and Šalandová, M. (1998) Drogově závislí v České republice a jejich orální zdraví (Dental Health Status in Drug Addicts in the Czech Republic). *Praktický zubní lékař* 46, 204-209.

Kubička, L. and Csémy, L. (2003) Analýza průběhu ústavní léčby žen závislých na návykových látkách (An Analysis of the Inpatient Treatment Process in Substance Dependent Women). *Adiktologie* 1, 40-51.

Kubů, P., Křížová, E. and Csémy, L. (2000) Anketa Semtex Dance 2000. *Tripmag* 4, 24-30.
Notes: http://www.drogmem.cz/html/projekty/anketa.htm

Kuda, A. (2001) Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí (Aftercare as Key Factor in the Drug-Treatment System). *Adiktologie* 2, 82-93.

Kuda, A. (2003) Návrh standardů pro léčebné programy ve vězeňství. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky úřadu vlády ČR.
Notes: sborník textů projektu Phare Twinning 2000 "Posílení národní protidrogové politiky"

Kábrt, J., Wilczek, H., Svobodová, J., Haluzík, M. and Kotrlíková, E. (1999) Nutriční stav toxikomanů v metadonovém programu (Nutritional Status of Drug Addicts in the Methadone Programme). *Časopis lékařů českých* 22, 693-695.

Leshner, A.I. (1999) Drug Abuse and Mental Disorders: Comorbidity Is Reality. NIDA Notes.
Notes: www.nida.nih.gov

Libra, J. (2003) "Drogová agentura" jako možný model specifického lokálního drogového programu ("Drug agency" - possible model of the drug services programme at the local level). *Adiktologie* 1, 71-78.

Marešová, A., Sochůrek, J. and Válková, J. (2000) Drogová problematika ve věznicích ČR a některých zahraničních věznicích. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Matoušková, E. (2002) Substituční léčba metadonem v ČR 2000 - 2002. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky .
Notes: Pracovní skupina PTP "Substituce"

Minařík, J. and Zahradník, M. (2003) Zhodnocení drogové situace v Pardubickém kraji (Rapid Assessment). Praha: Pardubický kraj.
Notes: nepublikováno

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2000) Důvodová zpráva k vládnímu návrhu novely trestního řádu. Praha: Vláda ČR.
Notes: sněmovní tisk PS PČR č. 785/2000

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2002) Statistická ročenka kriminality 2002. Praha (Prague): Ministerstvo spravedlnosti ČR.

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2003) Statistická ročenka kriminality 2003. Praha (Prague): Ministerstvo spravedlnosti ČR.

Ministerstvo vnitra ČR (2003a) Evidence přestupkové agendy. Praha: Ministerstvo vnitra ČR.

Ministerstvo vnitra ČR (2003b) Zpráva o situaci v oblasti veřejného pořádku a vnitřní bezpečnosti na území České republiky v roce 2002 (ve srovnání s rokem 2001). Praha (Prague):
Notes: Dosud nepublikováno

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_standa.doc

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

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2000) Strategie prevence sociálně-patologických jevů u dětí a mládeže v resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2002-2004. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2001) Koncepce prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001 - 2004. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Ministerstvo školství ČR (2000) Metodický pokyn MŠMT č.j. 14515/2000-51. Ministerstvo školství ČR.

Miovský et al. (2002) Vzdělávací kurikulum pro pracovníky VS. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky .
Notes: příloha závěrečné zprávy projektu Phare Twinning 2000 "Posílení národní protidrogové politiky", skupina Vězeňství

Miovský et al. (2003) Vězeňství a drogy. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Notes: sborník textů projektu Phare Twinning 2000 "Posílení národní protidrogové politiky"

Miovský, M. (1998) Nejvýznamnější prediktory úspěšnosti ambulantní psychoterapie uživatelů cannabis. Brno:
Notes: Diplomová práce, Katedra psychologie, FF Masarykovy univerzity v Brně

Miovský, M. (2002a) Analýza potřeb v oblasti primární prevence užívání drog v ČR. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Notes: součást komponentu III projektu Phare Twinning 2000 "Posílení národní protidrogové politiky"

Miovský, M. (2002b) Analýza potřeb v oblasti vzdělávání vězeňské služby. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky Úřadu vlády ČR.
Notes: interní materiál vypracovaný pro potřebu projektu Phare Twinning 2000 "Posílení národní protidrogové politiky", pracovní skupinu Vězeňství

Miovský, M. (2003) Extáze (MDMA) a její postavení na současné rekreační drogové scéně. Staré Splavy: Konference "Hygienická služba a problematika drogových závislostí".
Notes: ústní sdělení

Miovský, M. and Urbánek, T. (2001) Výzkumná zpráva NEAD 2000 (The NEAD 2000 - Research Report). Tišnov: Scan.

Miovský, M. and Zábranský, T. (2002) Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek: kvalitativní analýza. *Adiktologie Supplementum* 41-75.

Miovský, M. and Zábranský, T. (2003) Kvalitativní analýza dopadu nové drogové legislativy na drogovou scénu z perspektivy pracovníků zdravotnických zařízení a významných poskytovatelů služeb uživatelům nelegálních drog. *Československá psychologie*
Notes: v tisku

Miovský, M., Zábranský, T., Gajdošíková, H. and Mravčík, V. (2001) Miovský, M., Zábranský, T., Gajdošíková, H. and Mravčík, V., (Eds.) *PAD kvalitativní analýza (Substudie výzkumného projektu Projektu analýzy dopadů novelizované drogové legislativy v ČR) (Impact analysis project of new drugs legislation qualitative analysis)*, Tišnov: Scan]
Notes: Assistance: Bullington B

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

Mravčík, V. and Zábranský, T. (2001a) Sekundární analýza školních studií 1994 - 2000 (Secondary Analysis of School Surveys 1994 2000 in Czech Republic). *Adiktologie - Supplementum* 1,

Mravčík, V. and Zábranský, T. (2001b) Určení prevalence problémových uživatelů nelegálních drog 1998 - 2000 (The prevalence estimate of problem drug use in Czech Republic 1998 2000). *Adiktologie - Supplementum* 1 (1):

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

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 (Position paper regarding interperation of the law and other law measures: possible penal liability within "ecstasy" testing by the NGOs active in the field of drug prevention) 26/2002. Brno: Nejvyšší státní zastupitelství.

Nešpor, K. (2000) Návykové chování a závislost. Praha: Portál.

Nešpor, K. (2003) Psychologická komorbidita a komplikace, "duální diagnózy". Praha: Úřad vlády ČR - NMC.
Notes: Kalina, K. a spol.: Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup. Kapitola 4/5

Nešpor, K. and Csémy, L. (2003) Život ohrožující události související s alkoholem, drogami a hazardní hrou v psychoterapii návykových nemocí (Life threatening events related to alcohol, drugs or gambling abd psychotherapy of addictive diseases). *Adiktologie* 1, 81-83.

Nešpor, K., Csémy, L., Prokeš, B., Matanelli , O. and Mráčková, E. (2003) Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události. *Česká a slovenská psychiatrie* 1, 16-22.

NIDA. The Makings of a Public Health Epidemic: Drug Abuse, HIV/AIDS and Hepatitis C. 2000.
Notes: http:/www.drugabuse.gov/MedAdv/00/NR5-9.html

NIDA. Drug Abuse and AIDS. 2001.
Notes: http:/www.drugabuse.gov/Infofax/DrugAbuse.html

Nováková, J. and Šulcová, A. (2002) Effects of endocannabinoids on agonistic behavior in mice. *Adiktologie*

*Supplementum* 68-69.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2002) Manuál studie "Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog". Praha:
Notes: nepublikováno

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

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2003b) Uživatelé marihuany - žadatelé o léčbu. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
Notes: Dotazníkový průzkum realizovaný pro účely speciální kapitoly Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002, nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2003c) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RV KPP 2002 .
Notes: nepublikováno

Národní protidrogová centrála Policie ČR (2002) Výroční zpráva, Situace v oblasti drog v roce 2001 v ČR (Annual Report 2001 - Illicit Drugs Situation in CR 2001) . Praha (Prague): Národní protidrogová centrála Policie ČR.

Národní protidrogová centrála Policie ČR (2003) Výroční zpráva, Situace v oblasti drog v roce 2002 v ČR (Annual Report, Illicit Drugs Situation in CR in 2002). Praha (Prague): Národní protidrogová centrála Policie ČR.

Národní referenční laboratoř pro AIDS (2003) Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV/AIDS 1994 - 2002 . SZÚ, Praha:

Pilinová, A., Krutina, M., Šalandová, M. and Nešpor, K. (2002) Osoby léčené za závislosti na alkoholu v České republice a jejich orální zdraví (Subjects Treated on Account of Alcohol Misuzing in the Czech Republic and their Oral Health). *Hygiena* 2, 104-108.

Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. and Hančlová, H. (2000) Epidemiologie drog a uživatelů drog, ČR 1999 (Epidemiology of drugs and drug users, CR 1999). Praha (Prague): HS hl. m. Prahy (Prague Hygiene Station).

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. (2001) Epidemiologie drog a uživatelů drog, ČR 2000 (Epidemiology of drugs and drug users, CR 2000). 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., Šejda, J., Studničková, B., Klimešová, M., Šeblová, J. and Hančlová, H. (1999) Epidemiologie drog a uživatelů drog, ČR 1998 (Epidemiology of drugs and drug users, CR 1998). 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 (2003) Statistický výkaz kriminality za rok 2002. Praha (Prague):

Popov, P. (2001) Návykové látky. In: Raboch, J. and Zvolský, P., (Eds.) *Psychiatrie*, Praha: Galén]

Popov, P. (2003) Alkohol. In: Kalina, K. a spol., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup. Kapitola 3/1*, Praha: Úřad vlády ČR - NMC]

Poslanecká sněmovna (2002) Sněmovní tisk 972, Praha:

Probační a mediační služba ČR (2003) Statistické vyhodnocení činnosti středisek PMS v ČR za období roku 2002.
Notes: nepublikováno

Psychiatrické centrum Praha (1999) ESPAD 99 (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Praha (Prague): Psychiatrické centrum Praha.
Notes: Přehled hlavních výsledků pro Meziresortní protidrogovou komisi.

Psychiatrické centrum Praha (2003a) GENACIS (Gender and Alcohol Comparative International Study).
Notes: Nepublikované výsledky průzkumu realizovaného v roce 2002

Psychiatrické centrum Praha (2003b) HBSC (Health and Health Behaviour in School-Aged Children).
Notes: Nepublikované výsledky průzkumu realizovaného v roce 2002

Rada vlády pro národnostní menšiny (2002) Zpráva o situaci národnostních menšin v České republice v roce 2001 (Report on Situation of Ethnical Minoritites in the Czech Republic in 2001). Praha (Prague): Úřad vlády ČR.

Rice, D.P. (1967) Estimating the cost of illness. *Public Health Nations Health* 57, 424-440.

Sekce terapeutických komunit A.N.O. (2002) Údaje Sekce terapeutických komunit A.N.O.
Notes: nepublikováno

Sekretariát Meziresortní protidrogové komise (2000) Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 - 2004. Praha: Vláda ČR.
Notes: vládní usnesení č. 1045/2000

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky ( 2003) Závěry Projektu PHARE Twinning 2000 Posílení národní protidrogové politiky. Praha: Vláda ČR.
Notes: vládní usnesení č. 349/2003

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2002) Bilanční zpráva o plnění úkolů vyplývajících z národní strategie protidrogové politiky na období 2001 - 2004. Praha: Vláda ČR.
Notes: vládní usnesení č. 1110/2002

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2003) Testování moči ani hledání drog pomocí psů nepatří mezi preventivní opatření ve školách. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Notes: tisková zpráva

Single, E. (1996) The Costs of substance abuse in Canada a cost estimation study. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P. and Wilson, E. (2001) International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
Notes: http://www.ccsa.ca/Costs/Guidelines/intguid.htm

Single, E., Easton, B., Collins, D., Harwood, H., Lapsley, H., Maynard, A. and Single, E. (1996) International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

Sotolář, A., Púry, F. and Šámal, P. (2002) Alternativní řešení trestních věcí v praxi. Praha: Nakladatelství C.H.Beck.

Studničková, B. (2003) Uživatelé konopí a žádosti o léčbu v r. 2002. Praha: HS hl.m.Prahy.
Notes: analýza zpracovaná pro účely Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002, nepublikováno

Svobodová, P. (2003) Výroční zpráva za rok 2002 (Annual Report 2002). Praha (Prague): Společnost Hvězda.

Tims, F.M., Inciardi, J.A., Fletcher, B.W. and McNeill, H.A. (1997) The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse. Conn.-London: Greenwood Press, Westport.

Trávníčková et.al. (2001) Specifické aspekty zneužívání drog u žen. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Valnoha, Jiří. Užívání drog na taneční scéně v Brně. 2001.
Notes: nepublikováno (unpublished)

Valnoha, J. (2003) Doporučený postup při provádění preventivních intervencí na tanečních akcích. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Notes: materiál pracovní skupiny pro prevenci zneužívání syntetických drog

Valnoha, J. and Mravčík, V. (2003) Užívání drog a zdravotní následky na tanečních akcích.
Notes: Průběžná analýza dat z dotazníků na tanečních akcích, NMS (preliminary analysis of the questionnaire survey in the dance parties, Czech NFP)

Valnoha, J. and Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2003) Monitorování účastníků kontaktovaných programy harm reduction na tanečních parties.
Notes: nepublikováno

Večerka, K. and Holas, J. (2001) Úspěšnost preventivní práce. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Vopravil, J. (2001) Nelegální ekonomika v ČR v roce 2000 (drogy, prostituce) . Praha: Český statistický úřad.

Vorel, F. (2003) Mortalita řidičů 1998 - 2002. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Notes: Pracovní skupina NMS "Drogová mortalita"

Vrána, K. (2003) Pobouřená fidorka. *Týden* 36
Notes: rubrika Události

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)

Wilczek, H. and Urbánek, P. (2003) Prevalence sérologických markerů infekcí virem hepatitidy B a hepatitidy C u drogově závislých osob léčených v pražském metadonovém centru Drop in.o.p.s. *Časopis lékařů českých* 4, 240-243.

Wilczek, H., Veselý, Z. and Presl, J. (2002) Pilotní studie k dlouhodobému sledování zdravotního stavu abuzérů závislých na opiátech léčených metadonem (Long term Follow Up Study on the Health Status of Drug Abusers Cured with Methadon - a Pilot Study). *Časopis lékařů českých* 12, 393-397.

Zhřívalová, P. and Kocourek, J. (2003) Situace romské menšiny podle výzkumů (Situation of Roma Community in Surveys). Praha (Prague): Český helsinský výbor.
Notes: Součást Zprávy Českého helsinského výboru o stavu lidských práv v České republice v roce 2002 (Report on the State of Human Rights in the Czech Republic in 2002)

Zábranský, T. (2002) Analýza potřeb v oblasti substituční léčby v ČR. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Notes: součást závěrečné zprávy za komponent III projektu Phare Twinning 2000 "Posílení národní protidrogové politiky"

Zábranský, T. and Kubů, P. (2003) Program „bezpečnější tanec“. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Notes: materiál pracovní skupiny pro prevenci zneužívání syntetických drog

Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Kalina, K. and Vopravil, J. (2001a) Ekonomické náklady společnosti na

zneužívání nelegálních ("pouličních") drog v České republice 1998. *Adiktologie - Supplementum (vybrané substudie analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR)* 1, 142-189.

Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdošíková, H. and Miovský, M. (2001b) 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., Petroš, O., Korčišová, B., Miovský, M., Vopravil, J., Csémy, L. and Kuda, A.a.N. (2002) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2001. Praha (Prague): Úřad vlády ČR .
Notes: http:/www.drogy-info.cz/filemanager/download/9/ar_2001_Cz_cesky.pdf

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.

Škvařilová, O. (2003) Drogové služby ve vězení. Brno: I. mezinárodní konference Komunitní spolupráce v ČR.
Notes: workshop

Šulcová et al. (2002) Cannabinoids: effects on behavior and leukocyte phagocytosis. *Adiktologie Supplementum* 45-46.

Šámal, P., Král, V., Baxa, J. and Púry, F. (2002a) Trestní řád, komentář, I. díl (§ 1 až § 179f), 4. doplněné a přepracované vydání. Praha: C.H.Beck.

Šámal, P., Král, V., Baxa, J. and Púry, F. (2002b) Trestní řád, komentář, II. díl (§ 180 až § 392), 4. doplněné a přepracované vydání. Praha: C.H.Beck.

Řehák, V. and Krekulová, L. (2002) Virové hepatitidy u injekčních uživatelů psychoaktivních látek . *Adiktologie* 2, 41-47.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2001) Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 1999 (Sample Survey on Health Status of the Czech Population 1999). Praha (Prague): Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2002) Psychiatrická péče 2000. Praha: ÚZIS.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003a) Psychiatrická péče 2002. Praha: ÚZIS.
Notes: předběžné výsledky

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003b) Registr substituční léčby. Praha : ÚZIS.
Notes: nepublikováno

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003c) Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 2002 (Sample Survey on Health Status of the Czech Population 2002).
Notes: nepublikované podrobné výsledky šetření

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003d) www.uzis.cz: on-line publikace. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003e) Aktuální informace č. 24. Praha: ÚZIS.