



# **Výroční zpráva**

**o stavu ve věcech drog**

**v České republice v roce 2006**



# Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006

Viktor Mravčík  
Pavla Chomynová  
Barbora Orlíková  
Eva Škrdlantová  
Alena Trojáčková  
Ondřej Petroš  
Jiří Vopravil  
Jaroslav Vacek

Praha, září 2007

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

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006

Vydal/ © Úřad vlády České republiky, 2007

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

Editor/ MUDr. Viktor Mravčík

Oponenti/ MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D. (celá zpráva), plk. Ing. Gabriel Berzsi (kapitoly 8.2 a 10)

Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

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

Pro bibliografické citace/

Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Vopravil, J., Vacek J. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006 [Annual Report on Drug Situation 2006 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 978-80-87041-22-2

Tato výroční zpráva shrnuje informace o stavu v oblasti užívání drog a jeho následků, v oblasti legislativy, strategií a koordinace protidrogové politiky, intervencí zejména na straně snižování poptávky po drogách, o drogové kriminalitě, o drogových trzích v České republice v r. 2006, jakož i trendy v uvedených oblastech. V případech, kdy jsou aktuální informace již k dispozici, týkají se i dosavadního období roku 2007. V částech, kde byly poslední aktuální či podrobnější informace publikovány v minulých letech, jsou uvedeny odkazy na výroční zprávy za roky 2002 až 2005 (Mravčík et al. 2003; Mravčík et al. 2004; Mravčík et al. 2005; Mravčík et al. 2006).

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

<b>SOUHRN</b> .....	<b>1</b>
<b>KVALITA A KONZISTENCE DAT</b> .....	<b>2</b>
<b>ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2006</b> .....	<b>3</b>
<b>1 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA A JEJÍ KONTEXT</b> .....	<b>3</b>
1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC .....	3
1.2 INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITICKÁ OPATŘENÍ .....	4
1.3 ROZPOČTY A FINANCOVÁNÍ .....	5
1.4 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ KONTEXT PROTIDROGOVÉ POLITIKY .....	10
<b>2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI</b> .....	<b>14</b>
2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V OBECNÉ POPULACI .....	14
2.2 UŽÍVÁNÍ DROG VE ŠKOLNÍ POPULACI .....	14
2.3 STUDENTI VYSOKÝCH ŠKOL A NÁVYKOVÉ LÁTKY .....	16
2.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE SPECIFICKÝCH SKUPINÁCH POPULACE .....	16
<b>3 PREVENCE</b> .....	<b>17</b>
3.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE .....	17
3.2 SELEKTIVNÍ PREVENCE .....	19
3.3 INDIKOVANÁ PREVENCE .....	19
3.4 CERTIFIKACE PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ .....	19
3.5 DALŠÍ AKTIVITY V OBLASTI PREVENCE .....	20
<b>4 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>21</b>
4.1 ODHADY PREVALENCE A INCIDENCE PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ DROG .....	21
4.2 PROFIL UŽIVATELŮ DROG V LÉČEBNÝCH ZAŘÍZENÍCH .....	22
4.3 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG V DALŠÍCH ZDROJÍCH DAT .....	27
<b>5 LÉČBA</b> .....	<b>28</b>
5.1 AMBULANTNÍ LÉČBA .....	29
5.2 REZIDENČNÍ LÉČBA (LŮŽKOVÁ LÉČEBNÁ ZAŘÍZENÍ) .....	31
5.3 SUBSTITUCE A UDRŽOVACÍ PROGRAMY .....	34
<b>6 ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>38</b>
6.1 DROGOVÁ ÚMRTÍ A MORTALITA UŽIVATELŮ DROG .....	38
6.2 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	41
6.3 DALŠÍ PORUCHY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	44
<b>7 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>49</b>
7.1 SLUŽBY NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ .....	49
7.2 PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ .....	50
7.3 PREVENCE INFEKČNÍCH CHOROB .....	50
7.4 INTERVENCE SPOJENÉ S PSYCHIATRICKOU KOMORBIDITOU .....	53
<b>8 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>54</b>
8.1 SOCIÁLNÍ EXKLUZE .....	54
8.2 DROGOVÁ KRIMINALITA .....	56
8.3 UŽÍVÁNÍ DROG VE VĚZNICÍCH .....	64
8.4 SPOLEČENSKÉ NÁKLADY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	64
<b>9 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>65</b>
9.1 SOCIÁLNÍ REINTEGRACE (NÁSLEDNÁ PÉČE) .....	65
9.2 PREVENCE TRESTNÉ ČINNOSTI SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	66
<b>10 DROGOVÉ TRHY</b> .....	<b>69</b>
10.1 DOSTUPNOST A NABÍDKA DROG .....	69
10.2 VÝROBA A PAŠOVÁNÍ DROG .....	69
10.3 ZÁCHYTY DROG .....	70
10.4 CENY A ČISTOTA DROG .....	72

<b>ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY</b> .....	<b>74</b>
<b>11 VÝDAJE Z VEŘEJNÝCH ROZPOČTŮ NA ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY DROG</b> .....	<b>74</b>
11.1 STRUČNÝ METODOLOGICKÝ ÚVOD .....	74
11.2 KLASIFIKACE COFOG .....	74
11.3 ÚČELOVĚ URČENÉ VÝDAJE .....	75
11.4 ÚČELOVĚ NEURČENÉ VÝDAJE .....	75
11.5 CELKOVÉ (ÚČELOVĚ URČENÉ I NEURČENÉ) VÝDAJE .....	78
<b>12 OHROŽENÉ SKUPINY MLADÝCH LIDÍ</b> .....	<b>79</b>
12.1 DEFINICE A PROFIL OHROŽENÝCH SKUPIN MLADÝCH LIDÍ .....	79
12.2 UŽÍVÁNÍ DROG A PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ V OHROŽENÝCH SKUPINÁCH MLADÝCH LIDÍ .....	79
12.3 OHROŽENÉ SKUPINY MLADÝCH LIDÍ V LÉČBĚ.....	85
12.4 SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG V OHROŽENÝCH SKUPINÁCH MLADÝCH LIDÍ.....	86
12.5 POLITIKA A STRATEGIE VE VZTAHU K OHROŽENÝM SKUPINÁM MLADÝCH LIDÍ .....	86
12.6 OPATŘENÍ V OBLASTI PREVENCE A LÉČBY ZAMĚŘENÁ NA OHROŽENÉ SKUPINY MLADÝCH LIDÍ.....	86
<b>13 VÝZKUM V OBLASTI DROG</b> .....	<b>89</b>
13.1 VÝZKUMNÉ STRUKTURY .....	89
13.2 HLAVNÍ SOUČASNÉ VÝZKUMNÉ PROJEKTY A PUBLIKACE.....	94
13.3 ŠÍŘENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	97
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>100</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>101</b>
<b>SEZNAM MAP</b> .....	<b>102</b>
<b>VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU</b> .....	<b>103</b>
<b>ZKRATKY</b> .....	<b>104</b>
<b>REJSTŘÍK</b> .....	<b>105</b>
<b>ODKAZY</b> .....	<b>107</b>

## SOUHRN

Rok 2006 byl druhým rokem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 a posledním rokem navazujícího Akčního plánu na období 2005 až 2006. Z celkem 144 úkolů akčního plánu se podle zprávy schválené vládou nepodařilo splnit 32 (22 %). Vládou byl přijat Akční plán na období 2007–2009 obsahující celkem 172 konkrétních úkolů.

V červenci 2007 došlo k rozšíření Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (poradního orgánu vlády pro oblast protidrogové politiky s iniciační a koordinační funkcí) o ministra vlády pro oblast lidských práv a národnostních menšin, který se ze statutu stal místopředsedou RVKPP, a dále o zástupce Asociace krajů ČR, Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí; členem RVKPP přestal být ministr průmyslu a obchodu. Nově byl ustaven Výbor zástupců regionů RVKPP. Funkce výkonného místopředsedy RVKPP byla nově definována – je jmenován předsedou RVKPP, nemusí se již jednat o člena vlády.

K významnějším rámcovým změnám protidrogové politiky v r. 2006 patřilo schválení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který mimo jiné definuje základní typy sociálních služeb pro uživatele drog a upravuje podmínky jejich poskytování, a dále spuštění systému Certifikací odborné způsobilosti služeb programů specifické primární prevence. V Parlamentu ČR nebyly v roce 2006 projednávány žádné nové vládní návrhy zákonů ani podány poslancecké iniciativy týkající se problematiky drog.

V r. 2006 došlo oproti r. 2005 ke zvýšení výdajů na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu o cca 19 mil. Kč, k výraznému poklesu však došlo u výdajů ministerstva zdravotnictví (o 45 % na 18 mil. Kč). Objem finančních prostředků vydaných kraji se meziročně snížil o cca 5,5 mil. Kč.

V r. 2006 nebyla realizována žádná studie týkající se užívání drog v dospělé populaci. Podle průzkumů z let 2002 a 2004 vyzkoušelo v dospělé populaci nelegální drogu přibližně 20 % osob, a výsledky nasvědčují zastavení až zvrácení rostoucích trendů z minulých dekád, a to i u konopných látek a také ve skupině mladých dospělých do 35 let. Tyto příznivé trendy potvrzují výsledky ze studie HBSC mezi 15letými žáky 9. tříd ZŠ realizované v r. 2006, které ukazují pokles zkušeností se všemi nelegálními drogami (s výjimkou těkavých látek), tedy i s konopnými drogami a extází. Podle údajů z dostupných studií je v dospělé populaci ČR přibližně 2,6 % pravidelných konzumentů konopných látek (tj. cca 190 tis. osob užívajících konopné látky nejméně jednou týdně).

V r. 2006 došlo k mírnému poklesu střední hodnoty odhadu počtu problémových uživatelů drog, a to jak pervitinu, tak i opiátů, ovšem stále v mezích intervalu spolehlivosti odhadů z minulých let. Podle těchto odhadů je v ČR cca 30 tis. problémových uživatelů drog, z toho 20 tis. pervitinu, 10 tis. opiátů; z nich je přibližně 29 tis. injekčních uživatelů. Poprvé byl proveden odhad problémových uživatelů Subutexu – dosáhl 4,5 tis. osob. Problémové užívání Subutexu je rozšířeno zejména v Praze, Středočeském a Ústeckém kraji, kde nahrazuje užívání heroínu. V těchto třech krajích je koncentrováno přibližně 80 % problémových uživatelů opiátů odhadovaných v celé ČR, v ostatních krajích dominují uživatelé pervitinu.

Počet žadatelů o léčbu, a to i těch, kteří žádají o léčbu poprvé v životě, v r. 2006 meziročně poklesl. U prvožadatelů se to týká všech hlavních skupin drog, u všech žadatelů došlo k mírnému nárůstu u uživatelů pervitinu i opiátů. Dále klesl také počet léčených injekčních uživatelů i uživatelů do 19 let věku. Relativní počet žadatelů o léčbu je nejvyšší v Praze, Ústeckém a Karlovarském kraji. Pervitin byl nejčastější základní drogou žadatelů o léčbu, a to ve všech krajích (poprvé i v Praze, dosud jediném kraji s heroínem coby nejčastější základní drogou žadatelů o léčbu). Velmi výrazný je odliv uživatelů opiátů z pobytové (lůžkové) léčby, který je pravděpodobně způsoben rozšiřováním ambulantně poskytované substituční léčby.

Rok 2006 potvrdil relativně dobrou stabilní situaci ve výskytu HIV a virových hepatitid mezi (injekčními) uživateli drog. Počet nově detekovaných případů HIV infekce mezi injekčními uživateli drog byl stejný jako v r. 2005 (celkem 6 případů), výskyt HIV mezi injekčními uživateli je podle dostupných studií a monitorovacích systémů stále hluboko pod 1 %. V poslední celonárodní studii mezi klienty nízkoprahových programů z r. 2002–2003 dosáhla prevalence VHC 35 %, lokální studie nebo monitorování testování v nízkoprahových zařízeních zjišťují prevalenci VHC průměrně kolem (pod) 20 %.

V r. 2006 došlo k dalšímu nárůstu počtu jehel a stříkaček distribuovaných ve výměnných programech v ČR na 3,9 mil. kusů (3,3 mil. v r. 2005).

Nebezpečí pro šíření HIV a virových hepatitid mezi uživateli představuje jejich vysoká prevalence ve skupinách uživatelů přicházejících zejména ze zemí bývalého Sovětského svazu. V r. 2006 dále klesl počet testů provedených uživateli drog na HIV a virové hepatitidy, což pro sledování a kontrolu epidemiologické situace představuje rostoucí problém.

V r. 2006 došlo k výraznému meziročnímu poklesu počtu smrtelných předávkování u všech hlavních skupin pouličních drog podílejících se tradičně na předávkování (10 případů smrtelných předávkování opiáty, 12 pervitinem a 14 těkavými látkami v r. 2006) – především u opiátů, ale i u těkavých látek a pervitinu, u kterých je pokles patrný od r. 2003, resp. 2004. V posledních 3 letech jsou hlášena ojedinělá předávkování na extázi a kokain.



Úmrtí s nálezem metadonu ani Subutexu se v r. 2006 nevyskytla. V posledních 2 letech však dochází k nárůstu počtu úmrtí za přítomnosti pervitinu z jiných příčin než z předávkování (zejména při nehodách včetně dopravních).

Snížování rizik, léčba a resocializace uživatelů drog je v ČR zajišťována širokým spektrem služeb s relativně dobrou dostupností. Síť nízkoprahových programů je stabilní (v kontaktu s nimi je přibližně 60 % a v Praze podle posledních odhadů až 70 % problémových uživatelů). Síť lůžkových zdravotnických zařízení a terapeutických komunit nedoznala v r. 2006 výrazných změn.

Nejasná zůstává situace v poskytování speciální ambulantní zdravotnické péče – počet a regionální dostupnost AT poraden a jejich využití uživateli drog nejsou přesně známy.

Pro substituční léčbu závislosti na opiátech jsou v ČR nadále k dispozici 2 léky – metadon připravovaný z dovážené (generické) substance, který je dostupný jen ve specializovaných substitučních centrech, a Subutex® (kde je účinnou látkou buprenorfin) ve formě hromadně vyráběného léčivého přípravku, který je dostupný v lékárnách a který může předepsat každý lékař bez ohledu na specializaci.

V r. 2006 došlo k dalšímu nárůstu počtu pacientů léčených ve specializovaných substitučních centrech na 950 osob, nejvytíženější jsou programy v Praze a Ústí nad Labem, což odpovídá regionální distribuci problémových uživatelů opiátů a jejich koncentraci v těchto krajích; nepokryty zůstávají kraje Plzeňský, Liberecký, Pardubický, Vysočina a Zlínský; situaci v Plzni lze vzhledem k 650 odhadovaným problémovým uživatelům opiátů označit za alarmující.

Množství spotřebovaného Subutexu roste. Počet lékařů, kteří jej předepisují, ani počet osob užívajících jej v substituční léčbě není znám. Registr substituční léčby vedený ÚZIS totiž stále nepokrývá většinu ambulantních zařízení předepisujících Subutex®, v r. 2007 byla pilotně spuštěna elektronická aplikace, která by celoplošné hlášení měla umožnit. Nemožnost registrace lékařů a pacientů je jednou z hlavních příčin úniku Subutexu na černý trh, který probíhá jako nákup a prodej malých množství tablet Subutexu navzájem mezi uživateli, obchodujícími s přebytkem tablet předepsaných více lékaři. Pokračující absence celoplošné registrace by mohla vést k fatálním následkům vzhledem k plánovanému zavedení metadonu ve formě hromadně vyráběného léčivého přípravku dostupného v lékárnách od r. 2008, a to zejména kvůli daleko vyššímu riziku předávkování metadonem při jeho výskytu na černém trhu, než je tomu u Subutexu.

Počet drogových trestných činů je v ČR v posledních letech stabilní. V počtu osob obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy došlo v r. 2006 k mírnému nárůstu. Podíl osob stíhaných za trestný čin přechovávání drog pro osobní potřebu (§ 187a trestního zákona) na všech drogových trestných činech se od r. 2001 pohybuje mezi 8 a 10 %. Většina (60 %) drogových trestných činů je spojena s pervitinem, 30 % s konopnými látkami; v posledních letech narůstá podíl pervitinu a klesá podíl konopných látek a dalších drog. Stále nízký je počet trestných činů souvisejících s kokainem a extází. Nejvíce osob stíhaných za drogové trestné činy v přepočtu na počet obyvatel bylo zaznamenáno v krajích Karlovarském, Ústeckém a Libereckém; v absolutních číslech v kraji Ústeckém a v Praze. Podle policejního odhadu spáchali uživatelé drog zhruba 14 tis. (11 %) všech objasněných a 74 tis. (22 %) všech zjištěných trestných činů, z toho cca 9 tis. objasněných a 66 tis. zjištěných krádeží.

Většina spotřebované marihuany je v posledních letech pravděpodobně pokryta domácí produkcí; rozšiřuje se pěstování konopí v umělých podmínkách, převážně menšího počtu rostlin. Pervitin se vyrábí výhradně v ČR; prekurzorem je buď dovážený efedrin nebo pseudoefedrin získávaný z léčiv. Pervitin je také vyvážen do zahraničí, především do Německa. Extáze a kokain (který má svůj původ v Jižní Americe) jsou do ČR dopravovány především z Nizozemska, heroin se do ČR dostává z Afghánistánu zejména tzv. balkánskou cestou. Počet i objem záchytů hlavních typů drog byly v r. 2006 přibližně stejné jako v minulých letech, nejčastější byly záchyty marihuany a pervitinu, počet záchytů extáze a kokainu je dlouhodobě nízký. Ceny drog a jejich čistota nedoznaly v r. 2006 výraznějších změn.

## KVALITA A KONZISTENCE DAT

Přes dílčí nedostatky je kvalita a dostupnost dat českého drogového informačního systému uspokojivá. S vysokou mírou spolehlivosti umožňuje sledovat víceleté trendy i nové fenomény na drogové scéně. Zejména se to týká dat z oblasti tzv. 5 klíčových indikátorů – užívání drog v obecné populaci, problémového užívání drog, infekcí mezi uživateli drog, úmrtí na předávkování drogami a poptávky po léčbě ze strany uživatelů drog.

Fenomény a trendy na drogové scéně vykazují konzistentní obraz při pohledu „napříč indikátory“, což je důležité zejména v případě zvlášť závažných či alarmujících jevů. Např. v případě kokainu lze stále pozorovat minimální prevalenci v (obecné) populaci, velmi nízký počet uživatelů kokainu v léčbě, ojedinělá úmrtí na předávkování kokainem, nízký počet trestných činů v souvislosti s kokainem a nízký počet záchytů kokainu. Dalším příkladem je výskyt HIV mezi injekčními uživateli drog – velmi nízké počty nových případů jsou doprovázeny prakticky nulovou (sero)prevalencí v řadě studií či monitorovacích systémů.

Naopak s problémy se v ČR potýká popis a monitorování fenoménu Subutexu – rozsah jeho (léčebného a problémového) užívání, počet a skladba zdravotnických zařízení, která jej předepisují, a průběh léčby v těchto zařízeních nejsou uspokojivě popsány; stejně tak dosud nulový počet úmrtí s nálezem Subutexu může být částečně způsoben omezenou schopností toxikologických laboratoří jej detekovat.

## ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2006

### 1 Národní protidrogová politika a její kontext

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím hlavním iniciačním, poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP); její činnost zajišťuje sekretariát, který je organizační součástí Úřadu vlády ČR. V r. 2006 se RVKPP kvůli složité situaci po červnových volbách do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR sešla pouze dvakrát. V r. 2007 došlo k rozšíření RVKPP o ministra vlády pro oblast lidských práv a národnostních menšin, který se ze statutu stal místopředsedou RVKPP, a dále o zástupce Asociace krajů ČR, Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí; členem RVKPP přestal být ministr průmyslu a obchodu. Nově byl ustaven Výbor zástupců regionů RVKPP.

V platnosti je Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 (Národní strategie 2005–2009). V r. 2007 byl přijat Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009 (Akční plán 2007–2009). V r. 2006 byl spuštěn systém Certifikací odborné způsobilosti služeb programů specifické primární prevence.

Ve 13 krajích jsou do funkcí jmenováni krajsí protidrogoví koordinátoři (Moravskoslezský kraj tuto funkci nezřizuje), kteří využívají sítě protidrogových koordinátorů v jednotlivých obcích s rozšířenou působností na území kraje. Krajské strategie protidrogové politiky mají vypracovány všechny kraje s výjimkou Plzeňského.

V r. 2006 došlo oproti r. 2005 ke zvýšení výdajů na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu o cca 19 mil. Kč; naopak se snížil objem finančních prostředků vydávaných kraji (o cca 5,5 mil. Kč).

V Parlamentu ČR nebyly v r. 2006 projednávány žádné nové vládní návrhy zákonů ani podány poslanecké iniciativy týkající se primárně problematiky drog, byl přijat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který mimo jiné definuje základní typy sociálních služeb pro uživatele drog.

V r. 2006 bylo realizováno několik mediálních kampaní zaměřených na problematiku legálních a nelegálních drog – pokračovaly kampaně z předchozích let věnované řízení pod vlivem alkoholu a kampaně v rámci projektů Zdravých měst; v r. 2007 byla zahájena kampaň Drogy a rodiče. Vzrostl počet příspěvků publikovaných v českých médiích na téma drog.

#### 1.1 Legislativní rámec

##### 1.1.1 Právní předpisy

###### 1.1.1.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

V r. 2006 byl přijat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, připravovaný již od počátku 90. let. Dosavadní legislativa v oblasti sociálních služeb byla zcela nedostatečná – ze sociálních služeb upravovala jen ústavní péči a pečovatelskou službu, další typy služeb nebyly právně upraveny. Zákon rovněž dosud neupravoval systém financování sociálních služeb, zajištění jejich dostupnosti a kontrolu jejich kvality.

Cílem sociálních služeb podle uvedeného zákona je pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci, včetně prevence jejich sociálního vyloučení. Sociální služby jsou poskytovány jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Zákon definuje 31 typů sociálních služeb, které rozděluje na (1) služby sociální péče, (2) služby sociální prevence a (3) sociální poradenství, které je základní činností při poskytování všech typů sociálních služeb. Uživatelé drog jsou v zákoně uvedeni jako cílová skupina některých služeb sociální prevence: kontaktních center, terénních programů, terapeutických komunit a služeb následné péče.

Zákon přinesl povinnost registrace sociálních služeb; o registraci rozhoduje příslušný krajský úřad na základě písemné žádosti poskytovatele služby. Vedením registru poskytovatelů sociálních služeb (v listinné i elektronické podobě) je pověřeno Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV). Zákon dále stanoví povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, jako např. zajištění dostupnosti informací o poskytovaných službách, zpracování vnitřních pravidel poskytování služeb, vedení písemné dokumentace o průběhu poskytování služby a její hodnocení a vedení evidence žadatelů o sociální službu. V zákoně jsou rovněž stanoveny předpoklady (odborné aj.) pro výkon povolání v sociálních službách a pro výkon povolání sociálního pracovníka. S výjimkou sociálního poradenství musí být mezi poskytovatelem a příjemcem služby uzavřena smlouva; zákon stanoví její náležitosti. Některé typy služeb jsou poskytovány zdarma (např. sociální služby v terénních programech a kontaktních centrech), jiné za úhradu; způsob a rozsah úhrady je diferencován podle typu služby a kategorie příjemce. Inspekci kvality poskytování sociálních služeb jsou pověřeny krajské úřady a (v případech, kdy kraj vykonává funkci zřizovatele) MPSV. Předmětem kontrolní činnosti je kvalita poskytování sociálních služeb, dodržování podmínek stanovených pro registraci a dalších povinností poskytovatelů. Kvalita služeb se ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb, jejichž obsah je stanoven prováděcím předpisem (vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách).

### 1.1.1.2 Trestní zákon

V r. 2006 nebyl Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR po vrácení Senátem schválen návrh nového trestního zákona, který obsahoval také změny týkající se tzv. drogových trestných činů – blíže viz Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR (VZ) v r. 2005, 2004 a 2003. Vláda jmenovaná v r. 2007 pokračuje ve snaze o rekonstrukci trestního zákona, přičemž vychází z návrhu zamítnutého v r. 2006 – viz také kapitola Iniciativy v parlamentu a občanské společnosti, str. 12.

### 1.1.1.3 Pokyn obecné povahy nejvyšší státní zástupkyně č. 2/2006

V srpnu 2006 byl (s účinností od 1. října 2006) přijat pokyn obecné povahy nejvyšší státní zástupkyně č. 2/2006 o postihu trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187a trestního zákona (TZ). Tento pokyn nahradil dosud platný pokyn nejvyšší státní zástupkyně z r. 2002 (č. 6/2002). Tento interní předpis (jenž není obecně závaznou právní normou) stanoví mj. orientační hodnoty znaků „množství větší než malé“ a „větší rozsah“, které vymezují trestnost přechovávání omamných a psychotropních látek (OPL) pro osobní potřebu v trestním zákoně. Nově vydaný pokyn obecné povahy nezměnil oproti pokynu z r. 2002 tuto kvantifikaci znaků trestného činu.

### 1.1.2 Aplikace práva

Společenskou diskusi vyvolalo rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 21.06.2006 (spisová značka 3 Tdo 687/2006, ve sbírce rozhodnutí pod č. 550/2006). Nejvyšší soud dospěl ve svém usnesení k následujícímu závěru: „Samotné pěstování rostliny konopí (rod Cannabis) ... nelze zároveň ztotožňovat s pojmem výroby omamné a psychotropní látky podle § 187 trestního zákona. O takovou výrobu by se mohlo jednat jedině v případě, pokud by rostlina konopí byla sklizena a následně došlo k jejímu neoprávněnému zpracování v procesu, v němž by jako vstupní komponent byla dále upravována, a to buď do stavu způsobitelného již ke spotřebě (marihuana), anebo k získání psychotropní látky THC (tetrahydrokanabinolu).“

Uvedené rozhodnutí některá média nepřesně interpretovala jako „legalizaci“ pěstování konopí (např. MF DNES: Pěstovat marihuanu je legální, řekl soud, 21.2.2007) a vyvolala tak poměrně širokou veřejnou i odbornou diskusi. Rozhodnutí však pravděpodobně nepřinese zásadnější změnu v postupu orgánů činných v trestním řízení. Podle vyjádření zástupců policie neznamena rozhodnutí žádnou změnu stávajících postupů v posuzování pěstování rostlin konopí jako trestného činu (Český rozhlas 1 - Radiožurnál, 2007).

Informace o aplikaci práva vůči pachatelům drogových trestných činů (např. o typech ukládaných trestů nebo o rozdílech podle typu drogy spojené s trestným činem) a vůči uživatelům drog páchajícím trestnou činností (ukládání léčby jako alternativy trestu či trestního stíhání) jsou uvedeny také v kapitolách Drogová kriminalita, str. 56 a Prevence trestné činnosti spojené s užíváním drog, str. 66.

## 1.2 Institucionální rámec, strategie a politická opatření

### 1.2.1 Národní strategie

Rok 2006 byl druhým rokem realizace Národní strategie 2005–2009, schválené usnesením vlády č. 1305 v prosinci 2004, a současně druhým a posledním rokem navazujícího Akčního plánu 2005–2006, schváleného usnesením vlády č. 886 v červenci 2005.

Sekretariát RVKPP zpracoval hodnotící zprávu realizace Akčního plánu 2005–2006, kterou vzala na vědomí vláda usnesením č. 442 v dubnu 2007. Akční plán 2005–2006 obsahoval celkem 144 úkolů rozdělených do 43 cílů vztahujících se k 7 oblastem protidrogové politiky: (1) primární prevenci, (2) léčbě a následné péči, (3) snižování rizik, (4) snižování nabídky drog a prosazování práva, (5) koordinaci a financování, (6) oblasti informace, výzkum a hodnocení a (7) mezinárodní spolupráci. Z těchto 144 úkolů bylo 105 splněno, 7 bylo splněno částečně, 28 bylo nesplněno a o 4 úkolech nebyla podána dostatečná informace – tabulka 1-1.

tabulka 1-1: Plnění úkolů Akčního plánu 2005–2006 podle oblastí

Oblast	Celkem úkolů	Z toho splněno		Z toho splněno částečně		Z toho nesplněno/nepodána informace	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Primární prevence	24	14	58,3	2	8,3	8	33,3
Léčba a následná péče	27	12	44,4	3	11,1	12	44,4
Snižování rizik	9	7	77,8	0	0,0	2	22,2
Snižování nabídky a prosazování práva	24	18	75,0	0	0,0	6	25,0
Informace – výzkum – hodnocení	27	24	88,9	0	0,0	3	11,1
Koordinace a financování	23	20	87,0	2	8,7	1	4,3
Mezinárodní spolupráce	10	10	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>144</b>	<b>105</b>	<b>72,9</b>	<b>7</b>	<b>4,9</b>	<b>32</b>	<b>22,2</b>

K nejvýznamnějším rámcovým změnám protidrogové politiky v r. 2006 patřilo:

- Schválení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje podmínky poskytování pomoci osobám v nepříznivé životní situaci prostřednictvím sociálních služeb. Zákon definuje základní typy sociálních služeb pro uživatele drog – blíže viz kapitolu Legislativní rámec, str. 3.
- Spuštění systému Certifikací odborné způsobilosti služeb programů specifické primární prevence – blíže viz kapitolu Prevence, str. 17.

V červenci 2007 usnesením č. 845 schválila vláda Akční plán 2007–2009. Obsahuje 172 úkolů rozdělených do 43 cílů vztahujících se k 7 oblastem protidrogové politiky: (1) primární prevenci (5 cílů, 20 úkolů), (2) léčbě a následné péči (4 cíle, 25 úkolů), (3) snižování rizik (5 cílů, 17 úkolů), (4) snižování nabídky a prosazování práva (7 cílů, 15 úkolů), (5) oblasti informace, výzkum a hodnocení (7 cílů, 44 úkolů), (6) koordinaci a financování (8 cílů, 30 úkolů) a (7) mezinárodní spolupráci (7 cílů, 21 úkolů).

### 1.2.2 Koordinace protidrogové politiky

V r. 2006 se uskutečnila celkem 2 zasedání<sup>1</sup> RVKPP, meziresortního poradního orgánu vlády, jehož úkolem je koordinace protidrogové politiky ČR.

Usnesením vlády č. 616 z června 2007 došlo ke změně statutu RVKPP. Touto změnou došlo k rozšíření členů RVKPP o ministra vlády pro oblast lidských práv a národnostních menšin, který je ze statutu místopředsedou RVKPP (předsedou je premiér), a dále o 3 členy, kteří nejsou členy vlády: (1) zástupce Asociace krajů ČR (čili jednoho z hejtmanů nebo primátora hlavního města Prahy), (2) zástupce Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a (3) zástupce nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí. Současně přestal být členem RVKPP ministr průmyslu a obchodu. Funkce výkonného místopředsedy RVKPP byla nově definována – je jmenován předsedou RVKPP, nemusí se již jednat o člena vlády, je zodpovědný za každodenní koordinaci protidrogové politiky a může současně zastávat funkci ředitele sekretariátu RVKPP. Dále byl změnou statutu ustaven nový Výbor zástupců regionů, jehož členy jsou krajští protidrogoví koordinátoři<sup>2</sup> (kromě něj má tedy RVKPP Výbor zástupců resortů a institucí, Výbor pro poskytování účelových dotací ze státního rozpočtu, Poradní výbor pro sběr dat o drogách a Výbor pro udělování certifikací).

Ve všech krajích<sup>3</sup> s výjimkou Moravskoslezského<sup>4</sup> jsou do funkcí jmenováni krajští protidrogoví koordinátoři. V r. 2006 došlo k personálním změnám na pozici krajského protidrogového koordinátora v kraji Jihočeském a Zlínském<sup>5</sup>. Pracovní úvazek krajských koordinátorů je 1,0, ve většině případů však zajišťují ještě další agendy – např. prevenci kriminality nebo grantová řízení kraje. Spolupráce krajských protidrogových koordinátorů s koordinátory intervencí v oblasti dalších sociálně negativních jevů (např. koordinátorem prevence kriminality, krajským koordinátorem romských poradců, krajský školský metodik prevence) je řešena na krajích různými způsoby, např. zařazením všech koordinátorů do jednoho oddělení, vytvořením horizontálních pracovních skupin, členstvím v komisích nebo přímou komunikací. Všechny kraje hodnotí tuto vzájemnou spolupráci jako dobrou.

Na obecních úřadech zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři, popř. kontaktní pracovníci pro otázky ve věcech drog. Pracovní úvazky místních protidrogových koordinátorů jsou v průměru 0,2–0,3 úvazku. Další agendy, které zastávají, jsou např. prevence kriminality, kurátor pro mládež, kurátor pro dospělé, romský poradce apod. Krajští protidrogoví koordinátoři poskytují místním koordinátorům metodickou pomoc a poradenství, některé kraje pořádají pro místní koordinátory kontinuální vzdělávání a/nebo pravidelná setkání.

Všechny kraje s výjimkou Plzeňského mají vypracovány strategické dokumenty protidrogové politiky kraje (tj. strategie či akční plány). Také některé obce vytvářejí své vlastní plány protidrogové politiky.

### 1.3 Rozpočty a financování

Údaje v této kapitole se týkají výdajů veřejných rozpočtů, které jsou vynakládány specificky na protidrogovou politiku. V případě státního rozpočtu se jedná o účelově určené výdaje, které lze přímo identifikovat v jednotlivých kapitolách státního rozpočtu, převážně v rámci specifického ukazatele státního rozpočtu „Program protidrogové politiky“ ve státním závěrečném účtu a z informací jednotlivých resortů. Výdaje z územních (krajských a obecních) rozpočtů byly stejně jako v minulých letech získány prostřednictvím krajských protidrogových koordinátorů<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Bylo to v únoru a dubnu 2006. Vzhledem k situaci po volbách v červnu 2006 (vláda Ing. Jiřího Paroubka podala demisi 16.8.2006, první vláda Ing. Mirka Topolánka byla jmenována 4.9. 2006 a podala demisi 11.10.2006, druhá vláda Ing. Mirka Topolánka byla jmenována 9.1.2007 a 19.1.2007 získala důvěru Poslanecké sněmovny) se RVKPP sešla v novém složení až v březnu 2007.

<sup>2</sup> Došlo tedy k povýšení dosavadní pracovní skupiny Vertikální koordinace do statutu výboru.

<sup>3</sup> Údaje o protidrogové politice v krajích vycházejí z Výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky krajů zaslaných sekretariátu RVKPP; zprávy za r. 2006 některé kraje do doby zpracování této VZ nepodalý.

<sup>4</sup> Moravskoslezský kraj nezřizuje funkci krajského protidrogového koordinátora. Agendu spojenou s koordinací protidrogové politiky vykonává referent pro sociální služby zařazený do odboru sociálních věcí.

<sup>5</sup> Ve Zlínském kraji od 1.3.2006 do 31.10.2006 nebyla funkce krajského protidrogového koordinátora personálně obsazena.

<sup>6</sup> Převážně se vycházelo z Výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky krajů zaslaných sekretariátu RVKPP; zprávy za r. 2006 některé kraje do doby zpracování této VZ nepodalý, v těchto případech se vycházelo z informací o výdajích z územních rozpočtů na území daného kraje poskytnutých přímo oslovenými krajskými protidrogovými koordinátory.

Odhad dalších výdajů, které se vynakládají na řešení problematiky drog bez přímé identifikace v rozpočtovém výkaznictví, je popsán ve speciální kapitole Výdaje z veřejných rozpočtů na řešení problematiky drog, str. 74.

Financování protidrogové politiky bylo v r. 2006, stejně jako v letech minulých, realizováno ve dvou úrovních, centrální a místní. Do r. 2006 rozdělovala RVKPP finanční prostředky z rozpočtové kapitoly Všeobecná pokladní správa – výdaje na protidrogovou politiku (dále jen VPS), od r. 2006 poskytuje neinvestiční dotace na projekty protidrogové politiky schvalované RVKPP Úřad vlády ČR v rámci specifického ukazatele státního rozpočtu „Program protidrogové politiky“. Další resorty, které měly v r. 2006 ve svém rozpočtu výdaje na Program protidrogové politiky formou specifického ukazatele státního rozpočtu, jsou Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT), Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV), Ministerstvo financí ČR (MF), resp. Generální ředitelství cel (GŘC), Ministerstvo spravedlnosti ČR (MS) a Ministerstvo obrany ČR (MO). Ministerstvo vnitra ČR (MV) nemá ve svém rozpočtu výdaje na Program protidrogové politiky specifikovány, do tohoto resortu je však začleněna Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), jejíž výdaje souvisí výhradně s potíráním drogové kriminality.

Souhrn výdajů na protidrogovou politiku z veřejných rozpočtů ČR podle jednotlivých resortů a krajů, kde jsou aktivity a projekty realizovány v r. 2006, uvádí tabulka 1-3; část výdajů je určena pro aktivity s celostátním významem (centrálním určením).

V r. 2006 bylo na základě usnesení RVKPP z rozpočtové kapitoly Úřadu vlády ČR podpořeno celkem 145 projektů protidrogové politiky realizovaných na místní úrovni (173 v r. 2005), a to celkovou částkou 105,3 mil. Kč. V r. 2006 byly RVKPP podpořeny především projekty nestátních neziskových organizací (NNO) v oblasti nízkoprahových služeb, ambulantní léčby, terapeutických komunit a následné péče. Částka 3,5 mil. Kč na činnost sekretariátu RVKPP, včetně NMS, byla čerpána v následujícím členění – tabulka 1-2.

tabulka 1-2: Výdaje sekretariátu RVKPP včetně NMS v r. 2006 (v tis. Kč)

Účel čerpání	Čerpané prostředky
Certifikace kvality služeb poskytovaných uživatelům návykových látek	1 296
Publikační a informační činnost	821
Vzdělávání krajských protidrogových koordinátorů, certifikátorů a poskytovatelů služeb	471
Monitorování a výzkum	461
Překlady a jiné služby	210
Posuzování žádostí o dotace v rámci dotačního řízení RVKPP	161
Analýzy zadané externím zhotovitelům	67
<b>Celkem</b>	<b>3 488</b>

MZ v r. 2006 přednostně financovalo projekty, které naplnily priority vyhlášené pro dotační řízení MZ na r. 2006. Byly jimi substituční a detoxifikační léčba uživatelů drog, ambulantní léčba závislých osob včetně AT ordinací, programy odvykání kouření, vzdělávací programy pro lékaře a další zdravotnické pracovníky, ústavní léčba uživatelů drog a další programy sekundární prevence. V rámci dotačního řízení MZ bylo v r. 2006 čerpáno formou neinvestiční dotace na realizaci projektů protidrogové politiky celkem 17,1 mil. Kč, na oponentské posudky předkládaných projektů 100 tis. Kč a na tisk informačních letáků 800 tis. Kč.

MŠMT poskytlo finanční prostředky ze státního rozpočtu na realizaci protidrogové politiky v rámci dvou skupin programů na podporu zdravého životního stylu a prevenci sociálně patologických jevů. Preventivní programy realizované školami, školskými zařízeními a NNO (Program I) s celkovým rozpočtem 6,7 mil. Kč byly zajišťovány prostřednictvím dotací krajům, které tyto prostředky dále „přerozdělovaly“ jednotlivým školám, školským zařízením a NNO. V samostatném výběrovém řízení MŠMT pak byly částkou 4,1 mil. Kč podpořeny aktivity nadregionálního a celorepublikového charakteru se zaměřením především na tvorbu uceleného systému prevence v oblasti speciálního školství a na specifickou primární prevenci realizovanou ve školách a školských zařízeních (Program II).

MPSV uvolnilo v rámci Programu podpory sociálních služeb celkem 40,2 mil. Kč na projekty protidrogové politiky. Bylo dotováno 90 projektů, což je o 14 méně než v r. 2005 (v důsledku spojování některých projektů a organizací menšího charakteru). Rozhodující část prostředků byla vynaložena na provoz kontaktních center (14,7 mil. Kč), služby následné péče (7,6 mil. Kč) a na terapeutické komunity (7,5 mil. Kč). Další finanční prostředky v objemu 9,5 mil. Kč poskytlo MPSV na realizaci protidrogové politiky z ostatních zdrojů mimo specifický ukazatel státního rozpočtu. Z těchto dalších prostředků byly dotovány terapeutické komunity (5,4 mil. Kč), provoz kontaktních center (3,3 mil. Kč) a služby následné péče (800 tis. Kč).

tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2006 z veřejných rozpočtů ČR (v tis. Kč)

Rozpočet	RVKPP	MZ	MŠMT	MPSV	GŘC	MS	MO	NPC	Státní rozpočet celkem	Kraj	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem
Praha	29 145	8 429	734	5 112	-	1 502	3 065	-	47 987	32 500	11 034	43 534	91 521
Středočeský	6 149	527	683	7 170	-	1 296	323	-	16 148	14 323	6 333	20 656	36 804
Jihočeský	4 691	1 179	426	6 151	-	84	213	-	12 744	6 000	1 350	7 350	20 094
Pízeňský	8 490	305	346	846	-	848	29	-	10 864	2 326	5 548	7 874	18 738
Karlovarský	3 151	635	200	0	-	366	27	-	4 379	813	1 000	1 813	6 192
Ústecký	11 545	2 102	552	4 714	-	2 996	35	-	21 944	6 868	5 800	12 668	34 612
Liberecký	4 880	245	284	2 652	-	1 897	0	-	9 958	8 074	874	8 948	18 906
Královéhradecký	1 985	1 520	367	2 475	-	597	40	-	6 984	2 896	1 024	3 920	10 904
Pardubický	1 527	0	341	1 221	-	7 658	288	-	11 035	1 650	1 044	2 694	13 729
Vysočina	4 171	379	352	4 154	-	142	69	-	9 267	3 083	273	3 356	12 623
Jihomoravský	10 986	963	755	5 737	-	19 405	729	-	38 575	8 500	n.a.	8 500	47 075
Olomoucký	6 827	613	425	4 827	-	248	35	-	12 975	2 040	2 639	4 679	17 654
Zlínský	1 904	95	403	1 859	-	0	0	-	4 261	1 393	458	1 851	6 112
Moravskoslezský	9 849	133	861	2 780	-	392	22	-	14 037	4 451	10 764	15 215	29 252
<b>Celkem s krajským určením</b>	<b>105 300</b>	<b>17 125</b>	<b>6 729</b>	<b>49 698</b>	<b>-</b>	<b>37 431</b>	<b>4 875</b>	<b>-</b>	<b>221 158</b>	<b>94 917</b>	<b>48 141</b>	<b>143 058</b>	<b>364 216</b>
<b>Celkem s centrálním určením</b>	<b>3 488</b>	<b>875</b>	<b>4 080</b>	<b>0</b>	<b>23 488</b>	<b>3 820</b>	<b>0</b>	<b>106 482</b>	<b>142 233</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>142 233</b>
<b>Celkem</b>	<b>108 788</b>	<b>18 000</b>	<b>10 809</b>	<b>49 698</b>	<b>23 488</b>	<b>41 251</b>	<b>4 875</b>	<b>106 482</b>	<b>363 391</b>	<b>94 917</b>	<b>48 141</b>	<b>143 058</b>	<b>506 449</b>

Pozn.: Zkratky uvedené v tabulce viz kapitola Zkratky.

Výdaje MF na protidrogovou politiku byly určeny na realizaci činnosti protidrogového oddělení Generálního ředitelství cel (GŘC) a činily celkem 23,5 mil. Kč. Z těchto prostředků byla pořízena speciální technika pro provádění operativně pátrací činnosti GŘC (17,3 mil. Kč) a hrazena rovněž obnova vozového parku pro výkon pátrací činnosti (6,2 mil. Kč).

MS realizovalo část aktivit protidrogové politiky v rámci specifického ukazatele státního rozpočtu v objemu 39 mil. Kč, v průběhu roku však zapojilo i mimorozpočtové zdroje. V roce 2006 vyčerpalo v rámci financování protidrogové politiky celkem 41,2 mil. Kč. Tyto finanční prostředky byly čerpány Vězeňskou službou ČR (VS) (41,1 mil. Kč), Institutem pro kriminologii a sociální prevenci (40 tis. Kč) a Justiční akademií (50 tis. Kč). Převážná část finančních prostředků VS byla určena na zajištění činnosti poraden drogové prevence ve věznicích, na zvyšování počtu a kapacity bezdrogových zón věznic, na zajištění a zkvalitnění léčby ve věznicích. Ostatní finanční prostředky ve výši 100 tis. Kč byly využity na úhradu nákladů na konání seminářů a konferencí zaměřených na problematiku drog.

Prostředky MO na protidrogovou politiku v objemu 4,9 mil. Kč byly v r. 2006 využity především na realizaci projektů monitorování a prevence, nákup diagnostických přístrojů na detekci drog a alkoholu, odborné literatury, a na úhradu odborných přednášek a seminářů zaměřených na problematiku drog.

V rámci rozpočtu MV byla zabezpečována činnost NPC; celkové náklady NPC v r. 2006 činily 106,5 mil. Kč. V rámci Programu prevence kriminality MV byly podpořeny i protidrogové aktivity; výši nákladů na tyto aktivity však nelze bez další podrobné analýzy vyčíslit.

Vývoj výdajů na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu od r. 2002 podle resortů uvádí tabulka 1-4; je patrné, že k výraznému poklesu došlo v r. 2006 u rozpočtu MZ, k výraznému nárůstu u GŘC.

tabulka 1-4: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku v r. 2002–2006 podle resortů (v tis. Kč)

Resort	2002	2003	2004	2005	2006
RVKPP	91 895	103 851	100 579	105 657	108 788
MZ	25 744	22 046	26 459	33 467	18 000
MŠMT	9 506	9 338	10 093	9 386	10 809
MPSV	35 154	44 281	42 224	46 049	49 698
GŘC	27 472	22 558	9 310	14 500	23 488
MS	9 632	14 080	13 638	36 723	41 251
MO	3 981	4 693	3 484	3 968	4 875
NPC*	n.a.	96 230	86 477	94 972	106 482
<b>Celkem</b>	<b>203 384</b>	<b>317 077</b>	<b>292 264</b>	<b>344 722</b>	<b>363 391</b>

Pozn.: \* Výdaje NPC v r. 2003–2005 obsahují pouze tzv. běžné výdaje.

Aktivity realizované v rámci protidrogové politiky na území ČR byly částečně financovány rovněž prostřednictvím územních rozpočtů. Kraje poskytly v r. 2006 na realizaci projektů protidrogové politiky dle dostupných informací celkem 94,6 mil. Kč. Jednalo se stejně jako v letech minulých o výdaje na služby a aktivity z oblasti prevence, harm reduction, léčby a resocializace, případně aktivity výzkumné (evaluační) a vzdělávací.

Způsob financování těchto aktivit a jejich evidence se v jednotlivých krajích liší. V některých krajích jsou prostředky na protidrogovou politiku schváleny v rozpočtu kraje samostatně, v jiných jsou financovány v rámci celé skupiny sociálních nebo zdravotních služeb. Také podoba dotačních výběrových řízení se liší; v některých krajích je zavedeno víceleté financování služeb na základě definované sítě služeb. Tři kraje (hl. m. Praha, Středočeský a Zlínský) zavedly u klíčových poskytovatelů služeb z řad NNO víceleté financování jejich projektů; město Rokycany (Plzeňský kraj) zavedlo víceleté financování terénního programu na území města. Některé z krajů byly schopny lépe a přesněji identifikovat dotace a další výdaje na služby, které nejsou poskytovány NNO (např. provoz záchranné stanice či příspěvky AT ordinacím) nebo které jsou poskytovány různými resorty (odborníky) v kraji (zdravotnictví, sociální věci, školství); totéž se týká i výdajů z obecních rozpočtů na území kraje. Přes uvedené odlišnosti v evidenci lze mezi kraji pozorovat výrazné rozdíly v objemu výdajů na protidrogovou politiku z územních rozpočtů.

Vývoj výdajů z rozpočtů jednotlivých krajů od r. 2002 uvádí tabulka 1-5. Po strmém nárůstu z let 2002–2004 se objem prostředků vydávaných kraji ustálil na cca 100 mil. Kč ročně; k poklesu došlo v r. 2006 zejména v krajích Pardubickém, Vysočina, Karlovarském a Zlínském.

tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtů krajů v r. 2002–2006 (v tis. Kč)

Kraj	2002	2003	2004	2005	2006
PHA	12 700	12 466	26 170	30 636	32 500
STC	3 510	8 000	13 770	14 748	14 323
JHC	2 913	2 805	5 780	5 200	6 000
PLK	0	1 000	1 500	3 365	2 326
KVK	96	500	500	1 033	813
ULK	1 435	7 540	7 900	6 905	6 868
LBK	0	2 730	5 760	8 075	8 074
HKK	738	945	2 020	2 050	2 896
PAK	1 500	1 500	1 800	5 500	1 650
VYS	0	1 800	4 130	6 930	3 083
JHM	3 000	2 000	5 000	7 412	8 500
OLK	80	306	1 300	2 000	2 040
ZLK	1 096	3 490	2 400	2 100	1 393
MSK	2 269	3 000	3 570	4 378	4 451
<b>Celkem</b>	<b>29 337</b>	<b>48 082</b>	<b>81 600</b>	<b>100 332</b>	<b>94 917</b>

Pozn.: Zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky.

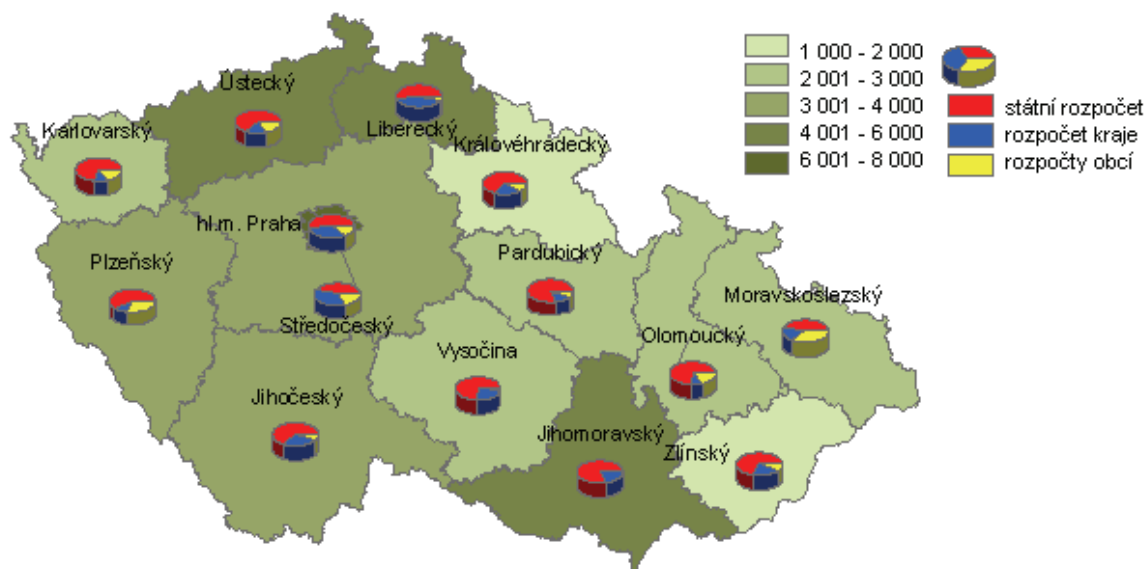
Celkový přehled vývoje výdajů prostředků na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu, krajských a obecních rozpočtů uvádí tabulka 1-6. Přehled prostředků s krajským určením na realizaci programů protidrogové politiky v r. 2006 čerpaných z veřejných rozpočtů podle krajů uvádí mapa 1-1.

tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů v r. 2002–2006 (v tis. Kč)

Rok	Státní rozpočet			Rozpočty krajů	Rozpočty obcí	Celkem
	Snižování poptávky*	Snižování nabídky**	Celkem			
2002***	166 280	37 104	203 384	29 337	n.a.	232 721
2003	184 209	132 868	317 077	48 082	n.a.	365 159
2004	182 839	109 425	292 264	81 600	62 920	436 784
2005	198 527	146 195	344 722	100 332	50 611	495 665
2006	192 170	171 221	363 391	94 917	48 141	506 449

Pozn.: \* tj. výdaje RVKPP, MZ, MPSV, MŠMT a MO; \*\* tj. výdaje na činnost NPC, GRC a z rozpočtu MS; \*\*\* nejsou zahrnuté výdaje NPC.

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a územních rozpočtů v krajích ČR v r. 2006 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel)



Pozn.: Za Jihomoravský kraj nejsou k dispozici údaje o výdajích z obecních rozpočtů.



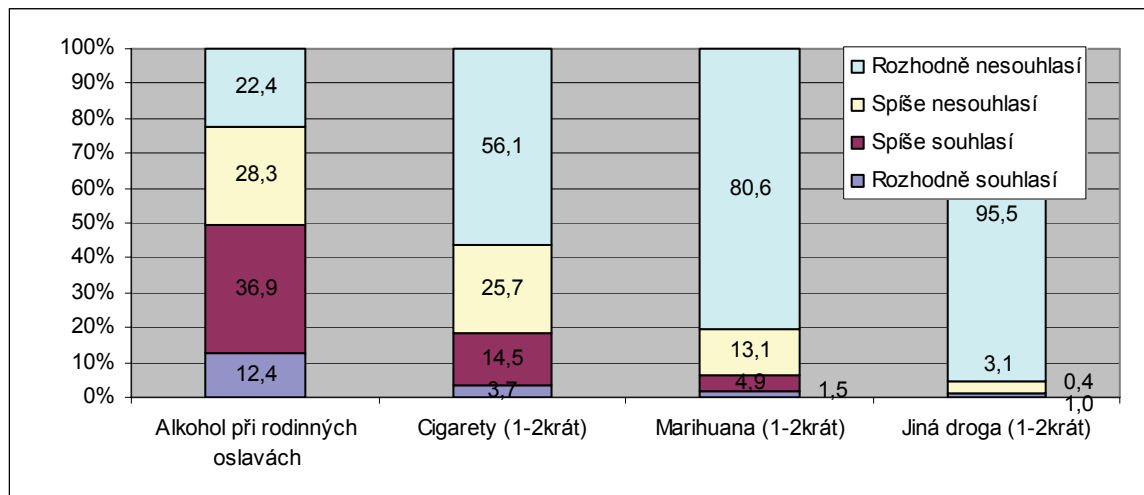
## 1.4 Sociální a kulturní kontext protidrogové politiky

### 1.4.1 Postoje k drogám a uživatelům drog

V rámci pravidelného Výzkumu názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života byly koncem r. 2006 hodnoceny názory občanů ČR na rizikovost užívání návykových látek. Celkem bylo prostřednictvím standardizovaného řízeného rozhovoru dotázáno na postoje k problematice drog 1 793 osob starších 15 let; bylo osloveno 2 012 osob, míra response tedy odpovídá 89,1 % (Agentura INRES–SONES, 2006). Výsledný soubor byl reprezentativní z hlediska pohlaví, věku a regionální příslušnosti.

Celkem 49,3 % respondentů nemá nic proti tomu, aby 15leté dítě ochutnalo alkohol při rodinné oslavě, zatímco 50,7 % respondentů s ochutnáním alkoholu nesouhlasí. 81,8 % dotázaných nesouhlasí s tím, aby jejich dítě zkusilo kouřit cigarety, 93,7 % nesouhlasí s tím, aby dítě ochutnalo marihuanu – obrázek 1-1. Nesouhlas vyjadřují především ženy a starší věkové kategorie respondentů.

obrázek 1-1: Názory respondentů na to, zda souhlasí s tím, aby 15leté dítě ochutnalo vybrané látky (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007h)



Celkem 61,4 % dotázaných nepovažuje za žádné riziko (nebo považuje za malé riziko), když 15leté dítě ochutná alkohol při rodinných oslavách. Pravidelné pití 5 a více sklenic alkoholu (každý víkend) považuje pro děti za rizikové (střední nebo velké riziko) 94,9 % respondentů. Celkem 87,8 % považuje za rizikové, když dítě ochutná marihuanu (jednou nebo dvakrát), 98,2 % považuje za rizikové ochutnání jiné drogy. Vyšší rizika pití alkoholu a experimentu s marihuanou uvádějí ženy, lidé s vyšším vzděláním a osoby, které žijí s dětmi tohoto věku ve společné domácnosti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007h).

V rámci průzkumu byl sledován také přehled občanů o zařízeních poskytujících služby uživatelům drog a poradenství. Na otázku, kam by se obrátili, kdyby zjistili, že jejich dítě nebo jiný člen rodiny užívá drogy, a chtěli vyhledat pomoc, uváděli respondenti nejčastěji lékaře (praktického, ošetřujícího nebo dětského) ve 26,5 %, dalších 5,6 % by se obrátilo přímo na psychologa nebo psychiatra – dále tabulka 1-7.

Respondenti mladší 30 let by se častěji obraceli na protidrogové centrum, léčebnu nebo telefonickou linku pomoci a vyhledávali by informace na internetu, případně by situaci řešili sami nebo s rodinou; respondenti starší 60 let by se nejčastěji obraceli na lékaře, řešili by situaci s rodinou nebo se školou. Nejmenší přehled o tom, kam se v případě problémů obrátit, mají respondenti na Vysočině (téměř 22 %), v Karlovarském, Středočeském (19 %) a Ústeckém kraji (18 %). Osoby žijící ve společné domácnosti s dítětem by se častěji obrátili na lékaře, protidrogové centrum nebo poradnu, nebo by vyhledávali potřebné informace na internetu. Ti, co s dětmi v domácnosti nežijí, by vyhledávali častěji telefonické linky pomoci, řešili problém prostřednictvím známých, školy nebo sami; výrazně více těchto respondentů také neví, kam se obrátit (17,3 %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007h).

tabulka 1-7: Přehled respondentů o tom, kam se obrátit, když někdo z rodiny užívá drogy (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007h)

Kam se obrátí...	Muži	Ženy	Celkem
Lékař	24,8	28,1	26,5
Protidrogové centrum	23,9	26,7	25,3
Poradna	13,4	12,6	12,9
Psycholog, psychiatr	4,6	6,5	5,6
Léčebna, detoxifikace	2,7	2,7	2,7
Rodina	2,4	1,9	2,2
Linka pomoci (telefonní)	2,1	2,2	2,2
Internet	1,7	2,2	1,9
Škola	2,1	1,8	1,9
Známí	1,3	1,1	1,2
Policie	0,7	0,4	0,6
Nikam – bude řešit sám	5,2	1,9	3,5
Neví	15,1	11,8	13,4

V r. 2006 provedl Institut pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP) ve spolupráci s agenturou Factum Invenio výzkum veřejného mínění zaměřený na názory občanů ČR na kriminalitu a její prevenci. Celkem bylo v rámci výzkumu dotázáno 1 100 respondentů starších 15 let; výběr respondentů byl proveden kvótním výběrem s ohledem na pohlaví, věk, vzdělání, kraj a velikost místa bydliště respondenta.

Z výzkumu vyplynulo, že převážná část respondentů považuje za zdroj delikventního chování špatnou výchovu (53,5 %), 22,3 % soudí, že zločinnost lidí závisí na špatných životních podmínkách (Večerka et al. 2007). Ze seznamu 25 vybraných potenciálních fenoménů, které bývají často považovány za faktory ovlivňující kriminalitu, respondenti nejčastěji uváděli zneužívání drog (bodový průměr 4,30<sup>7</sup>), ukazování násilí v médiích (4,09) a alkoholismus (4,05) – tabulka 1-8.

Senioři nad 60 let věku upozorňují především na prezentaci násilí v médiích, neúctu k právním normám, uvolněnou výchovu v rodině a konzumní životní styl, zatímco respondenti do 21 let přikládají větší význam fenoménu bezdomovectví a chudobě. Vliv zneužívání drog na kriminalitu hodnotí jako významný všichni respondenti bez ohledu na věk (Večerka et al. 2007).

tabulka 1-8: Hodnocení negativního vlivu vybraných jevů na současný stav kriminality v ČR (Večerka et al. 2007)

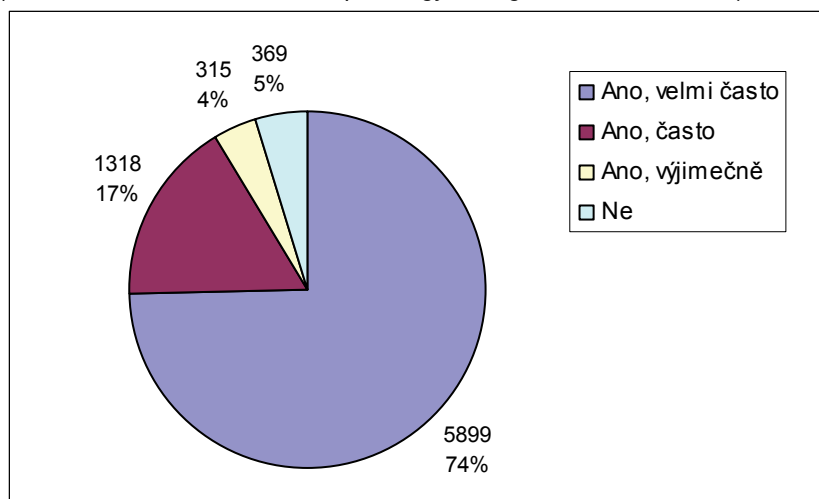
Vybrané jevy	Průměr
Zneužívání drog	4,30
Ukazování násilí v médiích	4,09
Alkoholismus	4,05
Korupce státních úředníků	4,00
Korupce v policii	3,97
Nezaměstnanost	3,95
Špatný příklad politiků	3,76
Bezdomovectví	3,75
Příliv cizinců	3,70

Výzkum sledoval také to, které skupiny lidí se podle respondentů nejčastěji podílejí na kriminalitě. Nejčastější uváděnou skupinou byli Romové (43,2 %), cizinci, přistěhovalci a uprchlíci (30,2 %), alkoholici, drogově závislí a gambleři (26,3 %), bezdomovci (15,6 %), děti a mládež (13,5 %), nezaměstnaní (13,3 %) a dříve souzení lidé nebo recidivisté (12,1 %). Z pohledu prevence kriminality by respondenti nejčastěji podpořili programy pro snižování nezaměstnanosti (57,4 %), zvýšení počtu policistů na ulicích (44,7 %) a zvýšení počtu bezpečnostních kamer na ulicích (30,9 %). Celkem 28,3 % by podpořilo především programy léčby drogových závislostí, 25,8 % by podpořilo aktivity organizací pracujících s dětmi a mládeží, 19,8 % rozvoj specializovaných klubů pro mládež (Večerka et al. 2007).

V r. 2006–2007 probíhala na webových stránkách www.drogy-info.cz anketa zjišťující postoje veřejnosti ke konzumaci alkoholu, konkrétně zaměřená na to, zda se respondenti setkali s tím, že byl v restauraci, baru, na diskotéce apod. prodán alkohol osobě mladší 18 let, i přes to, že podle zákona je prodej nebo podávání alkoholu mladistvým do 18 let věku zakázán. Do ankety se ke konci srpna 2007 zapojilo celkem 7 901 osob, 91 % se s touto situací setkala často nebo velmi často – obrázek 1-2. Nikdy se s tím, že by byl osobě mladší 18 let prodán alkohol, nesetkalo pouze 5 % respondentů.

<sup>7</sup> Závažnost jevu byla posuzována na 5bodové škále, kde 1 = velmi malý vliv, 5 = velmi velký vliv na rozvoj kriminality.

obrázek 1-2: Podíl odpovědí na otázku, zda se respondenti setkali s tím, že byl osobě mladší 18 let prodán alkohol (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007f)



#### 1.4.2 Iniciativy v parlamentu a občanské společnosti

V Parlamentu ČR nebyly v r. 2006 projednávány žádné nové vládní návrhy zákonů ani podány poslanecké iniciativy týkající se primárně problematiky drog. Poslanecká sněmovna hlasovala o dvou návrzích zákona vrácených Senátem – o novele zákona o návykových látkách a o trestním zákoníku. V obou případech se diskuse týkala jiných otázek než problematiky drog. Dále byl v r. 2006 schválen zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který mimo jiné upravuje poskytování sociálních služeb uživatelům drog – blíže viz kapitolu Legislativní rámec, str. 3.

Legislativní rozdělení drog podle zdravotní a společenské nebezpečnosti dle vládou schváleného záměru z r. 2001, které bylo součástí rekodifikace trestního zákoníku (sněmovní tisk č. 265/2003), bylo sice schváleno Poslaneckou sněmovnou, ale poté byl návrh zákona zamítnut v Senátu; Poslanecká sněmovna v r. 2006 tzv. veto Senátu nepřehlasovala<sup>8</sup>, takže zákon nebyl přijat.

V r. 2007, po ustavení nové vlády<sup>9</sup>, práce na rekodifikaci trestního zákona pokračují. Ministerstvo spravedlnosti ČR (MS) vzalo za základ původní zamítnutý návrh a po úpravách, které se netýkaly „drogových paragrafů“, jej předložilo k diskusi i veřejnosti prostřednictvím svých webových stránek, což je v ČR průlomový postup. Veřejné připomínkové řízení<sup>10</sup> zahájené koncem května 2007 (krátce před řádným, tzv. „vnějším“ připomínkovým řízením) bylo ukončeno v červenci 2007. Jen za první 2 týdny obdrželo MS z řad veřejnosti 130 připomínek a uvádělo, že „většinou jsou věcné, profesionální a někdy jde dokonce o patnáctistránkové rozbor“ (Televizní noviny 19:00, 16.6.2007, TV Nova, 2007; Ministerstvo vnitra, 2007; Ministerstvo spravedlnosti, 2007) – viz též kapitolu Legislativní rámec, str. 3.

Jediný aktivista z Brna dohnal podle některých médií české pivovary k tomu, že se bojí pořádat pivařské soutěže: „Milan Berka ze sdružení Kontext bedlivě sleduje reklamní kampaně i akce výrobců piva a kdykoli se mu něco nezdá, rozesílá stížnosti. Zákon o reklamě totiž říká, že reklama nesmí nabádat k nadměrnému požívání alkoholu. Stejně citlivě vnímá spojení alkoholu s dětmi a dopravními prostředky.“ (Kučerová, 2006). Sdružení Kontext se snaží také zabránit tomu, aby se pivních slavností účastnili představitelé měst a obcí; aktivity sdružení trvají již několik let, jejich medializace roste – viz též VZ 2005.

V r. 2006 se v Praze a několika dalších městech ČR uskutečnil 8. ročník happeningu Million Marihuana March, který se koná každoročně první sobotu v květnu souběžně ve stovkách měst různých zemí. V Praze se jej podle odhadů zúčastnilo cca 2 000 osob, poprvé byl spojen s pochodem ulicemi Prahy (xChaos@legalizace.cz, 2007; ČTK a iDNES, 2007; Český rozhlas - Radio Praha, 2007). Akce se stala součástí předvolební kampaně v té době vládní strany Unie svobody-DEU<sup>11</sup>.

#### 1.4.3 Média a mediální kampaně

Již v r. 2005 byla na letním hudebním festivalu zahájena preventivní kampaň proti alkoholu za volantem Domluvený (paralela evropské kampaně Designated Driver) – kampaň je založená na konceptu, který se snaží přimět mladé lidi jedoucí za zábavou autem, aby se domluvili, kdo z nich nebude ten večer pít alkohol, aby mohl odvézt své přátele bezpečně domů – viz také VZ 2005. Na kampani se podílí Ministerstvo dopravy ČR (odbor BESIP), Fórum PSR

<sup>8</sup> Důvodem odmítnutí byla spíše spornost jiných ustanovení, zejména ustanovení upravujících trestné činy v ekonomické oblasti.

<sup>9</sup> Volby do Poslanecké sněmovny se konaly v červnu 2006. V září 2006 byla ustavena vláda, která podala demisi již v říjnu 2006; vláda s důvěrou Poslanecké sněmovny byla ustavena až v lednu 2007.

<sup>10</sup> Zveřejněn byl Návrh trestního zákoníku s důvodovou zprávou a Návrh doprovodného zákona k trestnímu zákoníku s důvodovou zprávou.

<sup>11</sup> Osobně se akce zúčastnil tehdejší ministr spravedlnosti, předseda strany; US-DEU se však ve volbách do Poslanecké sněmovny nedostala.

(zodpovědní výrobci lihovin) a Iniciativa zodpovědných pivovarů. Třetí ročník kampaně v r. 2007 probíhá v rámci 30 velkých rockových koncertů (Ministerstvo dopravy ČR - BESIP, 2007). Návštěvníci koncertů dostanou při příchodu kartičku s prezentací kampaně a tabulkou pro výpočet doby odbourávání alkoholu z krve, na místě se provádějí dechové zkoušky.

Národní síť Zdravých měst<sup>12</sup> pořádá každoročně od r. 1995 Dny zdraví zaměřené na podporu zdraví a zdravý životní styl, jejichž součástí je propagace nekuřáctví a aktivity zaměřené na prevenci užívání dalších návykových látek. V říjnu 2006 proběhla kampaň ve 25 českých a moravských městech, mediálním partnerem akce byl Český rozhlas 2 – Praha. 20 zdravých měst se připojilo také ke kampani Den bez tabáku (31.5.2006) (Národní síť Zdravých měst ČR, 2006a; Národní síť Zdravých měst ČR, 2006b).

Od října do prosince 2006 proběhla mediální kampaň na podporu činnosti nízkoprahových klubů pro mládež; v rámci akce byla Českou asociací streetwork udělena cena Časovaná bota 2006 (výroční cena za největší přínos v oblasti nízkoprahových sociálních služeb) a spuštěn informační portál o těchto službách [www.streetwork.cz](http://www.streetwork.cz). Partnerem kampaně byla Česká televize a televize Óčko, hlavním partnerem a sponzorem kampaně byla Nadace Vodafone ČR. Spoty na podporu klubů byly prezentovány v televizích, vybraných kinech a na obrazovkách Metrovision ve stanicích pražského metra (Česká asociace streetwork a Nadace Vodafone ČR, 2006).

V únoru 2007 zahájilo občanské sdružení SANANIM kampaň Drogy a rodiče (Komunikace je klíč aneb Nebojte se zeptat). Kampaň je zaměřená především na rodiče, které má podpořit v tom, aby s dětmi mluvili o drogách, zajímali se o drogovou situaci ve škole a preventivní programy ve škole a aby se v případě potřeby obraceli na odborníky (SANANIM, 2007). Partneři kampaně jsou MŠMT a Nadace České spořitelny.

Mezi kontroverzní kampaně s negativními ohlasy ze strany odborné veřejnosti patří projekty Revoluční vlak a Řekni NE drogám – řekni ANO životu.

Pozornost médií již od svého spuštění v r. 2005 přitahuje multimediální projekt Revoluční vlak (Revolution Train). Podle autorů se jedná o preventivní projekt, jehož cílem je informovat děti a mladé lidi před drogovým nebezpečím prostřednictvím speciálně upravené vlakové soupravy, kde účastníci mohou všemi smysly prožít drogové pokušení a jeho tragické následky (Mediaservis, 2005). O projektu informovaly všechny hlavní deníky, Česká televize a TV Prima, Český rozhlas – Radiožurnál a Rádio Impuls; projekt má 10 hlavních partnerů včetně Českých drah, a.s., Magistrátu hl. m. Prahy a RWE Transgas Net a další sponzory. Po dokončení soupravy (v současnosti je v provozu jeden vagón) je plánováno, že vlak bude objíždět celou ČR. Autoři předpokládají, že vlak navštíví všichni žáci 6.–9. ročníků základních škol v ČR; po 4 letech má být projekt vyhodnocen. Podle vyjádření odborníků Centra adiktologie 1. LF UK v Praze a MŠMT (ke kterému se připojilo i NMS) projekt obsahuje zavádějící informace, staví na již překonaném odstrašujícím principu a z pohledu prevence lze předpokládat, že projekt nebude efektivní (Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky, I. LF UK Praha, 2007).

V r. 2006 probíhal již 4. ročník projektu scientologické církve Řekni NE drogám – řekni ANO životu. Pod heslem kampaně Město bez drog a Den bez drog pořádají scientologové „cykloběh“ po různých městech ČR (s názvem Cykloběh za Českou republiku bez drog), kde žádají podporu představitelů obcí pro svou kampaň; v ulicích měst pořádají informační kampaně a přednášky pro děti a mládež (Tisková kancelář Scientologické církve, 2007). Podle odborníků jsou však v kampani prezentovány zkreslené informace, kampaň neodpovídá standardům kvality primární prevence a není ani v souladu s Národní strategií protidrogové politiky (Radimecký, 2006b). Další ročník kampaně proběhl i v červnu 2007<sup>13</sup>.

Náklady na realizaci jednotlivých kampaní nejsou uveřejňovány, v současné době nejsou k dispozici ani žádné studie evaluace jejich dopadů.

Podle analýzy monitoru médií (Newton Information Technology, s.r.o., 2007) provedené NMS bylo v r. 2006 v kategorii Drogová problematika publikováno celkem 38 452 zpráv. V r. 2005 bylo podle analýzy provedené NEWTON IT (Newton Information Technology, s.r.o., 2006a; Newton Information Technology, s.r.o., 2006b) publikováno na téma drogová problematika celkem 29 539 příspěvků; to znamená, že počet článků narůstá; oproti předchozím letům jsou pravidelně citovány údaje z výročních zpráv o stavu ve věcech drog v ČR i údaje z výročních zpráv publikovaných EMCDDA a bývají také častěji zařazovány názory odborníků.

V r. 2006 bylo připraveno a jako lednové číslo 2007 bylo vydáno Zaostřeno na drogy s titulem Mediální obraz drog v Evropské unii. Analýza byla provedena na základě výročních zpráv o stavu ve věcech drog ve všech zemích EU, v kandidátských zemích a v Norsku mezi r. 1995 a 2004. V závěru autorka konstatuje, že ČR patří v EU k zemím, které se tématem drog v médiích zabývají a jsou schopny poskytnout srovnatelné a podložené údaje (Běláčková, 2007).

<sup>12</sup> Národní síť Zdravých měst je asociace sdružující obce, města a regiony, které realizují mezinárodní projekt WHO Zdravé město. V r. 2006 měla NSZM celkem 76 členů s regionálním vlivem na 1 198 měst a obcí, ve kterých žije cca 2,4 milionu obyvatel (tj. cca 24 % populace ČR).

<sup>13</sup> Strana zelených, jež je součástí vládní koalice, vzhledem k neobdobnosti kampaně požádala jednotlivá ministerstva, aby se od kampaně distancovala a učinila opatření k tomu, aby byly informováni i představitelé měst a obcí, které se ke kampani připojují (Strana zelených, 2007).

## 2 Užívání drog v populaci

V r. 2006 nebyla realizována žádná celopopulační studie zaměřená na rozsah užívání drog v dospělé populaci; Česká republika se zapojila do mezinárodní školní studie HBSC a pilotního testování nového dotazníku pro studii ESPAD.

Výsledky dosavadních studií ukazují, že v dospělé populaci má alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou přibližně 20 % osob, mezi mládeží je prevalence zkušeností s drogami vyšší (přibližně 25 % žáků základních škol a 50 % studentů středních škol). Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky a extáze, mezi žáky ZŠ je relativně častá také zkušenost s užitím těkavých látek. Rozsah zkušeností žáků a studentů s opiáty, pervitinem a kokainem je v ČR dlouhodobě stabilní na velmi nízké úrovni.

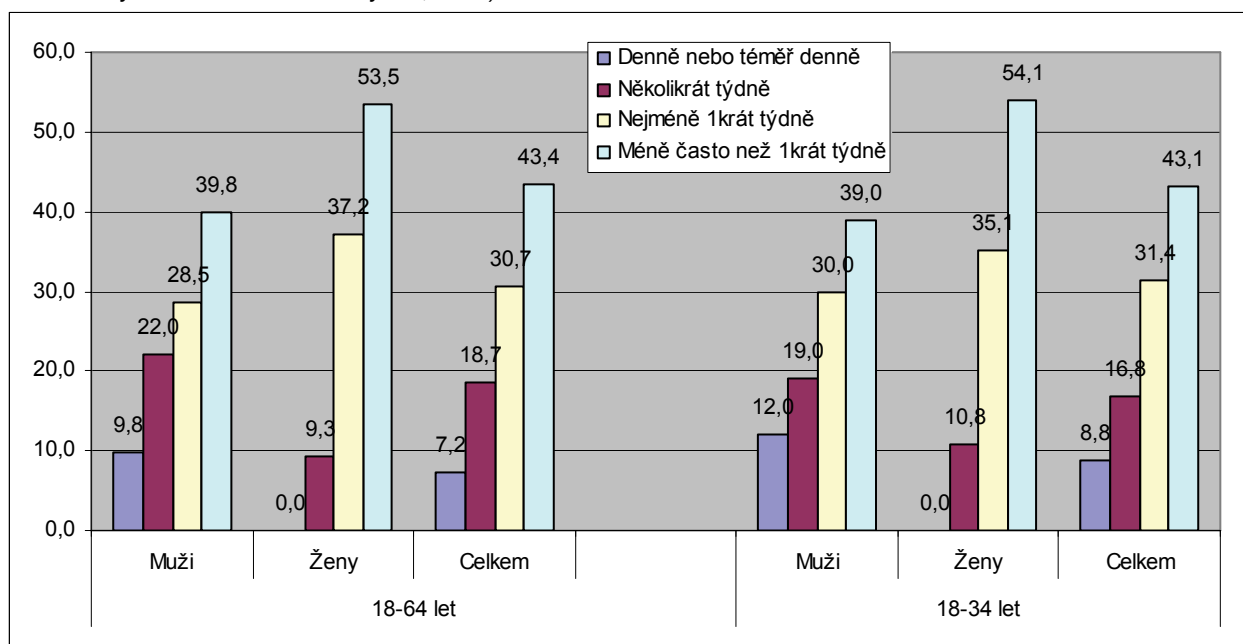
Data z posledních studií (2002 a 2004) v dospělé populaci ukazují, že nárůst zkušeností s drogami pozorovaný v minulé dekádě se zastavil, a to i u konopných látek. Tento nový trend potvrdila studie HBSC, podle které došlo mezi lety 2002 a 2006 k poklesu celoživotních zkušeností žáků 9. tříd ZŠ se všemi nelegálními drogami, včetně konopných látek a extáze; pouze u těkavých látek byl zaznamenán nárůst.

### 2.1 Užívání drog v obecné populaci

Poslední celopopulační studie zaměřená na užívání nelegálních drog (Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR) byla realizována v r. 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006); výsledky byly shrnuty ve VZ 2005 a VZ 2004. Další vlna studie je předběžně plánována na r. 2008, otázkou však stále zůstává zajištění finančních prostředků na realizaci studie.

Nově byla analyzována data získaná v rámci Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR týkající se frekvence užívání návykových látek mezi respondenty, kteří užíli tuto drogu v posledních 30 dnech. Konopné látky užílo v posledních 30 dnech 4,8 % respondentů průzkumu (7,1 % mužů a 2,6 % žen), z nich 25,9 % (31,8 % mužů a 9,3 % žen) užílo konopné látky několikrát týdně až denně (což odpovídá 1,2 % celkového vzorku dotázaných) a dalších 31 % nejméně jednou týdně (tj. 1,4 % celkového vzorku). Na základě těchto výsledků lze předpokládat, že v dospělé populaci je přibližně 2,6 % pravidelných uživatelů konopných látek. Muži častěji přiznávají vyšší frekvenci konzumace marihuany, stejně tak mladší věkové skupiny respondentů – obrázek 2-1.

obrázek 2-1: Frekvence užívání konopných látek mezi respondenty, kteří uvedli užití v posledních 30 dnech (v %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2007)



### 2.2 Užívání drog ve školní populaci

#### 2.2.1 Studie HBSC

V r. 2006 se ČR opět zapojila do mezinárodní studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). Mezinárodní studie je zaměřená na zdraví, životní styl a chování ve vztahu k vlastnímu zdraví mezi dětmi ve třech věkových skupinách – 11, 13 a 15 let. Otázky na zkušenosti s užitím nelegálních drog jsou zahrnuty pouze do dotazníku pro 15leté žáky. Studie HBSC je realizována v pravidelných 4letých intervalech, ČR se do studie zapojuje již od r. 1994 (otázky týkající se nelegálních drog jsou do studie zařazeny od r. 2002).

Celkem bylo v r. 2006 v rámci studie HBSC osloveno 1 665 patnáctiletých žáků 9. tříd základních škol ve všech regionech ČR; sledována byla prevalence zkušeností s užitím konopných látek, pervitinu (amfetaminů), extáze, těkavých látek a léků se sedativním účinkem. Jiné drogy (heroin a jiné opiáty, LSD a jiné halucinogeny nebo kokain) nebyly do studie zařazeny vzhledem k předpokládané velmi nízké prevalenci ve sledované populaci.

Alespoň jednou v životě vyzkoušelo konopné látky 24,8 % dotázaných (27,3 % chlapců a 22,3 % dívek), v posledním roce je užilo 19,2 % žáků; zkušenost 15letých s konopnými látkami se tedy ve většině případů vztahuje právě k poslednímu roku. Z těch, kteří konopné látky někdy v životě zkusili, jich 38,2 % užilo marihuanu nebo hašiš jednou nebo dvakrát; více než čtvrtina (28,3 %) užila v životě konopné látky 3–9krát a třetina (33,5 %) užila konopné látky více než 10krát v životě (Csémy, 2007).

Ze sledovaných látek byly druhé nejužívanější těkavé látky – zkušenost v životě přiznalo 9 % dotázaných, 5,3 % žáků přiznalo užití sedativ s cílem dostat se do nálady. Užití těkavých látek je rozšířenější mezi chlapci, se sedativy mají naopak vyšší zkušenosti dívky – tabulka 2-1. Zkušenost s užitím extáze uvedla téměř 2 % žáků, zkušenost s pervitinem 1,5 % dotázaných; z hlediska pohlaví jsou zkušenosti s těmito látkami vyrovnané.

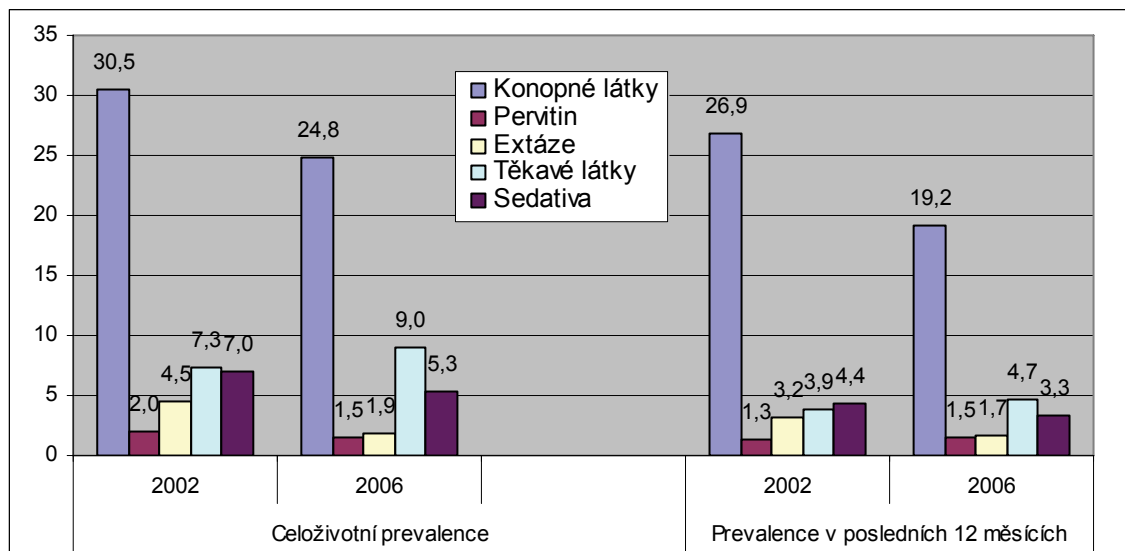
tabulka 2-1: Prevalence užití nelegálních drog mezi 15letými žáky základních škol v r. 2006 (v %) (Csémy, 2007)

Látka	Celoživotní prevalence			Prevalence v posledních 12 měsících		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Konopné látky	27,3	22,3	24,8	20,3	18,2	19,2
Pervitin, amfetaminy	1,6	1,5	1,5	1,6	1,4	1,5
Extáze	2,0	1,9	1,9	2,2	1,2	1,7
Těkavé látky	10,3	7,8	9,0	6,2	3,2	4,7
Sedativa, hypnotika	4,9	5,7	5,3	3,2	3,3	3,3

V posledních 30 dnech užilo konopné látky 10 % žáků (10,8 % chlapců a 9,2 % dívek), polovina z nich užila marihuanu nebo hašiš 1–2krát. Z frekvence užití v posledních 30 dnech vyplývá, že celkem 4,8 % všech dotázaných 15letých žáků užilo konopné látky v posledním měsíci 3krát a častěji a lze je označit za pravidelné konzumenty konopných látek. Frekvence užití jiných látek v posledním měsíci nebyla sledována.

Ve srovnání s r. 2002, kdy proběhla předchozí vlna studie HBSC, došlo k poklesu celoživotní prevalence zkušeností s konopnými látkami (z 30,5 % na 24,8 %), pervitinem, extází a sedativy. Pouze v případě těkavých látek byl ve srovnání s r. 2002 zaznamenán nárůst celoživotní prevalence i prevalence užití v posledních 12 měsících – obrázek 2-2.

obrázek 2-2: Vývoj prevalence zkušeností 15letých s užitím vybraných látek mezi r. 2002 a 2006 (v %) (Csémy, 2007)



## 2.2.2 Studie ESPAD

Další vlna studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) mezi 16letými se uskutečnila v r. 2007 (sběr dat proběhl v březnu, výsledky budou k dispozici na konci r. 2007). V r. 2006 se ČR spolu s dalšími 7 evropskými zeměmi zapojila do pilotního testování nového dotazníku pro studii, jehož cílem bylo ověřit, zda odlišná posloupnost a formulace některých otázek (především otázek týkajících se užívání alkoholu) ovlivňuje vyplňování dotazníku studenty a tedy i výsledky, a zároveň otestovat srozumitelnost nového modulu dotazníku zaměřeného podrobněji na užívání konopných látek.

### **2.3 Studenti vysokých škol a návykové látky**

V akademickém roce 2005/2006 pokračoval pravidelný průzkum Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové mezi studenty vysokých škol zaměřený na zkušenosti s návykovými látkami. Během čtyř let realizace průzkumu bylo dotázáno celkem 3 484 studentů 1. – 5. ročníku (průměrný věk studentů byl 20,8 let) z 13 fakult 8 českých vysokých škol; nejednalo se o reprezentativní studii na české populaci studentů vysokých škol.

Výsledky ukazují, že zkušenosti s užitím marihuany mělo 49,6 % studentů, hašiš užilo 14,2 %. Halucinogeny v životě užilo 8,2 % dotázaných, extázi téměř 6 %. Zkušenosti s pervitinem a kokainem uvedl relativně nízký podíl respondentů (2,9 %, resp. 1,4 %) (Trojáčková, 2007).

### **2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace**

V r. 2006 nebyl realizován žádný průzkum zaměřený na rozsah užívání drog ve specifických skupinách populace. K dispozici jsou omezené informace týkající se problematiky užívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin a mezi osobami bez domova – blíže viz kapitolu Sociální souvislosti a důsledky užívání drog, str. 54.

V r. 2007 je opět realizován dotazníkový průzkum mezi příznivci taneční hudby Tanec a drogy, který by měl přinést informace o rozsahu a způsobech užívání drog v prostředí zábavy; obdobný průzkum byl naposledy realizován v r. 2003 (Kubů et al. 2006).



### 3 Prevence

Základním nástrojem primární prevence je Minimální preventivní program realizovaný na všech základních a středních školách v ČR; program je zaměřený na podporu zdravého životního stylu a prevenci rizikového chování. Vybrané školy doplňují tento program o programy externích subjektů, především neziskových organizací, zejména o aktivity selektivní a indikované prevence; neziskové organizace se významně podílejí také na mimoškolních preventivních aktivitách. Školy často spolupracují také s pedagogicko-psychologickými poradnami nebo středisky výchovné péče; část škol využívá aktivit Policie ČR, která nabízí různé programy zaměřené na prevenci rizikového chování.

Programy selektivní a indikovaná prevence jsou zaměřené na skupiny dětí a mládeže, u kterých lze předpokládat zvýšené riziko výskytu rizikového chování. V ČR jsou tyto programy poskytovány nestátními organizacemi nebo specializovanými institucemi; tyto programy jsou orientovány především na práci s jednotlivcem a rodinou.

V r. 2006 byl zahájen proces certifikace programů specifické primární protidrogové prevence. Certifikát odborné způsobilosti lze udělit samostatnému programu nebo komplexu programů.

#### 3.1 Primární prevence

MŠMT rozlišuje primární prevenci na nespécifickou a specifickou; zatímco nespécifická primární prevence zahrnuje různé aktivity zaměřené na podporu zdravého životního stylu (včetně volnočasových aktivit, kroužků pro děti apod.), specifická prevence zahrnuje aktivity přímo zaměřené na konkrétní projevy rizikového chování, včetně závislosti (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2004).

Základním nástrojem pro realizaci prevence na školách je Minimální preventivní program definovaný MŠMT; jeho realizace je závazná a podléhá kontrole České školní inspekce.

Minimální preventivní program (MPP) je zaměřen na podporu zdravého životního stylu a prevenci všech forem rizikového chování, nikoliv tedy jen na prevenci užívání návykových látek. V rámci programu se využívá kromě předávání informací také různých interaktivních technik, skupinových her, nácviku dovedností, technik rozvoje osobnosti a zážitkových programů. Realizaci zajišťuje školní metodik prevence, ve spolupráci s dalšími pedagogy ve škole. Součástí programu je také zapojení rodičů (např. informační letáky pro rodiče, besedy s rodiči a jejich účast na aktivitách) a pedagogů (např. další vzdělávání metodiků prevence). Program je každoročně aktualizován a vyhodnocován, hodnocení programu však často neprobíhá standardními metodami, ale formou diskuze nebo dotazů na to, co se žákům/studentům líbilo a nelíbilo (Miovský et al. 2007a).

Problémem některých škol je nedostatečné vzdělání školních metodiků prevence a nedostatečné ocenění jejich práce, což může vést k méně aktivnímu přístupu k problematice prevence. Minimální preventivní program je definován velmi obecně a obsahuje řadu požadavků, které jsou na úrovni jednotlivých škol často obtížně realizovatelné. Školy se pak omezují na částečnou realizaci programu a využívají služeb externích subjektů (např. NNO, pedagogicko-psychologických poraden, středisek výchovné péče, Policie ČR) (Miovský et al. 2007a).

Vybrané školy (cca 95 v celé ČR) jsou členy Národní sítě škol podporujících zdraví, které realizují programy v rámci projektu Světové zdravotnické organizace Zdravá škola. Programy podpory zdraví realizované školami v rámci projektu Zdravá škola se opírají o 3 pilíře: pohodu prostředí, zdravé učení a otevřené partnerství; cílem programu je výchova ke zdravému životnímu stylu, posílení úcty k vlastnímu zdraví a zvýšení dovedností dětí pokud jde o volbu zdravější alternativy v různých životních situacích (Informační centrum pro mládež, 2007). Koordinátorem projektu Zdravá škola v ČR je Státní zdravotní ústav, Centrum zdraví a životních podmínek.

Nácvik psychosociálních dovedností (komunikace, sebepoznání, řešení problémů) s důrazem na rizikové situace a faktory včetně užívání návykových látek je obsahem programu Etická výchova, který je koordinován o.s. Etické fórum ČR. Výuka etické výchovy probíhá na 47 školách základních, 20 středních a 1 vyšší odborné; základem je zážitková metoda (prožitková pedagogika). Program na zúčastněných školách je dlouhodobý a intenzivní, práce s třídou probíhá v rozsahu jednou až několikrát měsíčně po dobu jednoho až několika let, v závislosti na zařazení předmětu etické výchovy do školního výchovného plánu (učebních osnov) dané školy. Etické fórum ČR organizuje rovněž dvouleté kurzy pro učitele etické výchovy (Etické fórum České republiky, o.s., 2007).

##### 3.1.1 Realizace preventivních programů ve školských zařízeních

V r. 2006 zpracovalo MŠMT průzkum zaměřený na realizaci preventivních programů ve školských zařízeních. Ze 177 oslovených zařízení bylo 116 dětských domovů, 22 dětských domovů se školou, 27 výchovných ústavů a 12 diagnostických ústavů. Ve všech školských zařízeních byly realizovány preventivní aktivity, nejčastěji se jednalo o besedy a přednášky (89 %), 80 % zařízení uvedlo na dalším místě vzdělávání pedagogů v oblasti prevence. Celkem 64 % uvedlo dále zážitkové pobyty a 60 % dlouhodobé programy (nejčastěji v dětských domovech se školou a výchovných ústavech). Jednotlivá zařízení uváděla jako součást preventivních aktivit také volnočasové aktivity (tedy nespécifickou primární prevenci, včetně sportu a pořádání kulturních akcí); objevily se i výchovné prvky jako osobní pohovory (6 %), speciální terapie a sociální programy rozvoje osobnosti. Všechna oslovená zařízení realizovala preventivní aktivity vlastními silami, téměř 80 % z nich je doplňovalo o služby externích organizací (83 %



dětských domovů, 78 % výchovných ústavů a 58 % diagnostických ústavů). Z externích poskytovatelů služeb převládaly pedagogicko-psychologické poradny (44 % zařízení), policie (35 %), často byla uváděna kontaktní centra, zdravotnická zařízení a externí psychologové (Petržilková a Týc, 2006).

### 3.1.2 Preventivní aktivity neziskových organizací dotovaných RVKPP

Z celkového počtu 152 programů, kterým byla prostřednictvím dotačního řízení RVKPP poskytnuta dotace ze státního rozpočtu na r. 2006, vykazovalo aktivity v oblasti primární prevence 51 programů. Jedná se především o tzv. centra prevence a poradenská centra, ovšem ve 29 případech (57 %) šlo o programy zařízení, která nabízela současně služby harm reduction. Některá centra nabízejí kromě služeb v oblasti prevence také ambulantní léčbu (6 zařízení), rezidenční léčbu (3 zařízení) a následnou péči (2 zařízení). Tři zařízení nabízejí kromě programů prevence také služby uživatelům drog ve vězení.

Co se týče aktivit realizovaných v rámci školní docházky, zmíněných 51 programů působilo v 1 042 školách v ČR (46 mateřských škol, 673 základních, 313 středních, 10 vyšších odborných nebo vysokých škol) a oslovilo více než 134 tis. žáků a studentů těchto škol (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i). Více než 96 tis. z oslovených byli žáci základních škol, téměř 36 tis. tvořili studenti středních škol – tabulka 3-1. Oproti r. 2005 byl zaznamenán nižší počet oslovených škol, ale současně také vyšší počet oslovených žáků a studentů, především studentů středních škol.

Na základních školách převažují cykly přednášek a seminářů realizovaných v průběhu 3letého období (36,6 % škol), zážitkové a interaktivní programy (20,2 % škol) a jednorázové přednášky (18,8 % škol), na středních školách se jednalo především o jednorázové přednášky a besedy (44 % škol) a dvouleté cykly přednášek a seminářů (27,2 % škol) doplněné o komponované pořady (12 %).

tabulka 3-1: Preventivní programy poskytované NNO v r. 2006 – počty oslovených škol a žáků/studentů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i)

Typ programu		MŠ	ZŠ	SŠ	VOŠ, VŠ	Celkem
Jednorázová přednáška	Školy	–	127	138	8	<b>273</b>
	Osoby	–	8 172	9 478	290	<b>17 940</b>
Komponovaný pořad	Školy	10	33	38	–	<b>81</b>
	Osoby	522	6 601	7 371	–	<b>14 494</b>
Zážitkové a interaktivní programy	Školy	31	136	18	–	<b>185</b>
	Osoby	1 040	24 114	1 414	–	<b>26 568</b>
Cyklus přednášek (1letý)	Školy	5	50	10	1	<b>66</b>
	Osoby	187	3 204	1 071	160	<b>4 622</b>
Cyklus přednášek (2letý)	Školy	–	73	85*	–	<b>158</b>
	Osoby	–	13 408	14 598	–	<b>28 006</b>
Cyklus přednášek (3letý)	Školy	–	240**	15	–	<b>255</b>
	Osoby	–	40 035	1 411	–	<b>41 446</b>
Program včasné intervence	Školy	–	7	1	–	<b>8</b>
	Osoby	–	421	28	–	<b>449</b>
Peer program	Školy	–	7	6	1	<b>14</b>
	Osoby	–	93	152	35	<b>280</b>
Jiný	Školy	–	–	2	–	<b>2</b>
	Osoby	–	–	584	–	<b>584</b>
<b>Celkem</b>	<b>Školy</b>	<b>46</b>	<b>673</b>	<b>313</b>	<b>10</b>	<b>1 042</b>
	<b>Osoby</b>	<b>1 749</b>	<b>96 048</b>	<b>36 107</b>	<b>485</b>	<b>134 389</b>

Pozn.: \* Z toho 48 škol a 10 518 oslovených vykazalo Centrum primární prevence Renarkon, Ostrava. \*\* Z toho 87 škol a 21 023 oslovených vykazalo Centrum primární prevence Renarkon, Ostrava.

V rámci mimoškolních aktivit prevence pro děti a mládež bylo osloveno 5 723 osob (z toho přibližně 3 100 žáků ZŠ a 1 400 studentů SŠ); kromě jednorázových přednášek se jednalo také o programy zaměřené na práci s rizikovými skupinami, zážitkové programy, poradenství, ale také volnočasové aktivity, pobytové akce nebo nízkoprahové kluby pro děti a mládež. Některá zařízení (19 z nich) pořádají také jednorázové přednášky/semináře nebo cykly přednášek pro rodiče (celkem bylo osloveno téměř 10 tisíc rodičů), semináře pro pedagogy (15 zařízení, celkem osloveno téměř 2,5 tisíce osob) a školní metodiky prevence nebo policisty (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i).

### 3.1.3 Projekt EU-DAP

V r. 2006 bylo zahájeno pokračování mezinárodního projektu EU-DAP (Implementation of European Drug Addiction Prevention), do kterého se zapojila i ČR. Cílem projektu je ověřit možnosti implementace programů CSI (Comprehensive Social Influence) zaměřených na trénink sociálních dovedností v kombinaci s normativním

vzděláváním a osvojením znalostí o návykových látkách a dále určit náročnost implementace programů CSI v podmínkách českých základních škol a jejich součinnost s Minimálním preventivním programem (Gabrhelík, 2007). Cílovou skupinou projektu jsou žáci ve věku 11–13 let, projekt v ČR realizuje Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze. Do projektu se zapojilo celkem 55 škol z celé ČR, nejvíce zastoupeny byly školy ze Středočeského, Jihomoravského a Zlínského kraje.

Na r. 2007 je plánována evaluace preventivního programu Unplugged pro českou populaci žáků 2. stupně základních škol. Program byl vytvořen v rámci první vlny projektu EU-DAP, která byla realizována v evropských zemích v letech 2002–2005. Program je zaměřen na sociální dovednosti žáků, je doplněn o vzdělávací programy a programy pro rodiče. Preventivní program Unplugged je v souladu se Strategií prevence sociálně patologických jevů MŠMT na období 2005–2008.

### **3.1.4 Evaluace komunitního preventivního programu o.s. Prev-Centrum**

V r. 2006 pokračoval již čtvrtým rokem Projekt evaluace komunitního primárně preventivního programu o.s. Prev-Centrum. V tomto roce byla realizována další kvalitativní část studie s cílem získat detailní informace o obsahu a způsobu realizace srovnávaných preventivních programů na vybraných pražských základních školách a dále získat informace o prostředí na školách (tj. o nabídce volnočasových aktivit pro žáky, vybavenost školy, spolupráci pedagogů na realizaci preventivních programů) a zjistit, s jakými problémy se školní metodici prevence nejčastěji potýkají (Miovský et al. 2007a). Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se školními metodiky prevence (ze základního souboru 25 metodiků se studie zúčastnilo 19).

Výsledky ukázaly, že zatímco experimentální skupina škol (tj. školy zapojené do primárně preventivního programu Prev-Centra) je z pohledu realizace programů homogenní, kontrolní skupina škol je velmi heterogenní; existuje zde skupina velmi aktivních škol se širokou nabídkou kvalitních programů, ale zároveň i školy, které realizují preventivní programy jen v omezeném rozsahu základních požadavků MPP (Miovský et al. 2007a). Výsledky kvalitativní části studie by měly pomoci při hodnocení informací o rozsahu užívání návykových látek získaných mezi žáky ZŠ a při hodnocení celého primárně preventivního projektu. V r. 2007 byla v rámci dalšího re-testu získána data o rozsahu užívání návykových látek mezi žáky ZŠ (v experimentální i kontrolní skupině), výsledky zatím nejsou k dispozici (Miovský et al. 2007b). Bližší informace o projektu jsou uvedeny ve VZ 2005 a VZ 2004 a na webových stránkách projektu [www.evaluceppp.cz](http://www.evaluceppp.cz).

## **3.2 Selektivní prevence**

Programy selektivní prevence jsou zaměřeny na skupiny dětí (resp. mladých lidí, vybraných profesních skupin), u kterých lze předpokládat zvýšené riziko výskytu rizikového chování. Jedná se především o děti žijící v rodinách ze sociálně znevýhodněného nebo kulturně odlišného prostředí (např. příslušníky některých národnostních menšin nebo etnických skupin), děti vyrůstající mimo vlastní rodinu, o děti žijící v rodinách alkoholiků nebo uživatelů drog a o děti s nespecifickými poruchami chování s větším sklonem k násilí nebo delikventnímu chování. Samostatnou skupinou jsou děti se specifickými (vývojovými) poruchami chování, např. s poruchami pozornosti a hyperaktivity (ADD/ADHD) nebo specifickými poruchami učení. Jednotlivé rizikové skupiny vyžadují různý přístup; realizace programů selektivní prevence je tedy často náročnější na čas i kvalifikaci pracovníků, kteří program provádějí (Provazník, 1998).

Mezi efektivní programy selektivní prevence patří programy založené na rodinné terapii a práci s rodinou, psychoterapii a poradenství, nácviku sociálních dovedností; efektivita byla prokázána u přístupů založených na nabízení pozitivních alternativ pro rizikové skupiny (např. nízkoprahové kluby pro mládež) a u peer programů. Oproti tomu nebyla efektivita prokázána u přednášek, komponovaných programů a varovných příkladů (Provazník, 1998; Černý a Lejčková, 2007).

## **3.3 Indikovaná prevence**

Programy indikované prevence jsou zaměřeny přímo na ohrožené jedince, u kterých se projevují důsledky rizikového chování a problematické nebo opakované užívání návykových látek. Cílem prevence v této skupině jedinců není tedy zamezit nebo oddálit užívání drog, ale snížit frekvenci jejich užívání, případně rizika a následky vyplývající z jejich užívání. Práci s touto cílovou skupinou se věnují specializované státní i nestátní instituce, např. centra včasné intervence nebo střediska výchovné péče, částečně sem spadá i činnost linek důvěry. Programy indikované prevence jsou orientovány téměř výhradně na práci s jednotlivcem a jeho rodinou.

Bližší informace k problematice selektivní a indikované prevence jsou uvedeny ve speciální kapitole Ohrožené skupiny mladých lidí, str. 79.

## **3.4 Certifikace preventivních programů**

V r. 2006 byl zahájen proces certifikace programů primární prevence. Jedná se o posouzení a formální uznání toho, zda program odpovídá normám kvality a komplexnosti, které definovalo MŠMT ve standardech odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Cílem certifikací je zajistit kvalitu programů a efektivní vynakládání finančních prostředků z veřejných zdrojů, získání certifikace je podmínkou pro poskytnutí dotace ze státního rozpočtu na realizaci preventivních aktivit v r. 2008 (Agentura pro certifikace, 2007a).

O certifikaci může požádat jakákoliv fyzická nebo právnická osoba, která poskytuje nebo má v úmyslu poskytovat program primární prevence užívání návykových látek. Certifikát odborné způsobilosti lze udělit samostatnému programu nebo komplexu programů v těchto typech programů: (1) programy specifické primární prevence poskytované v rámci školní docházky, (2) programy specifické prevence poskytované mimo rámec školní docházky, (3) programy včasné intervence, (4) vzdělávací programy v oblasti specifické primární prevence a (5) ediční činnost v oblasti primární prevence. Průběh procesu certifikace zajišťuje Agentura pro certifikace Institutu pedagogicko-psychologického poradenství (IPPP), která je jmenována MŠMT a připravuje podklady pro jednání Výboru pro udělování certifikací primární prevence užívání návykových látek při MŠMT.

Do 15.5.2007 požádalo o certifikaci celkem 8 zařízení v rozsahu 16 programů, nejčastěji se jednalo o programy specifické primární prevence poskytované v rámci školní docházky (všech 8 zařízení), programy včasné intervence (3 zařízení) a vzdělávací programy (2 zařízení) (Agentura pro certifikace, 2007b).

### **3.5 Další aktivity v oblasti prevence**

NMS pokračovalo v propagaci svých webových stránek [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) a dvou stránek provozovaných o.s. SANANIM ([www.odrogach.cz](http://www.odrogach.cz) a [www.drogovaporadna.cz](http://www.drogovaporadna.cz)) na stravovacích kartách s protidrogovými obrázky a slogany, které jsou distribuovány do základních a středních škol v celé ČR. V r. 2006 bylo vydáno celkem 222 290 karet (z toho 186 890 karet žákům základních škol a 35 400 karet studentům středních škol), v r. 2007 bylo vydáno 41 820 karet. Projekt „stravovací karty“ byl ukončen v květnu 2007 na návrh distributora, který hodlá propagovat jiné téma. Celkem bylo za dobu trvání projektu v letech 2005–2007 vydáno 518 729 těchto stravovacích karet.

## 4 Problémové užívání drog

Podle definice EMCDDA je problémovým užíváním drog injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu. Užívání kokainu je v ČR na velmi nízké úrovni, z drog amfetaminového typu se vyskytuje téměř výhradně pervitin, z opiátů heroin a Subutex®.

Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v r. 2006 mírně klesl na cca 30,2 tis., z toho je odhadováno 10,5 tis. uživatelů opiátů a 19,7 tis. uživatelů pervitinu; cca 29 tis. je injekčních uživatelů drog. Poprvé byl za r. 2006 proveden odhad problémových uživatelů Subutexu – dosáhl 4,3 tis. osob, jejich počet je značný zejména v Praze a severních Čechách; nárůst počtu uživatelů Subutexu je doprovázen poklesem v počtu uživatelů heroinu.

Počet všech žadatelů i žadatelů o první léčbu v r. 2006 meziročně poklesl. U prvožadatelů se to týká všech hlavních skupin drog, u všech žadatelů došlo k mírnému nárůstu u uživatelů pervitinu a opiátů. Dále klesl také počet léčených injekčních uživatelů (i jejich podíl u pervitinu a heroinu) i uživatelů do 19 let věku. Relativní počet žadatelů o léčbu je nejvyšší v Praze, Ústeckém a Karlovarském kraji. Pervitin byl nejčastější základní drogou žadatelů o léčbu, a to ve všech krajích (poprvé tedy i v Praze, dosud jediném kraji s heroinem jako nejčastější základní drogou).

Přetrvává vysoký podíl (80–90 %) injekčních uživatelů mezi všemi problémovými uživateli pervitinu a opiátů (jak heroinu, tak Subutexu).

### 4.1 Odhady prevalence a incidence problémového užívání drog

Prevalenční odhady problémových uživatelů drog byly v posledních 5 letech provedeny multiplikační metodou s použitím dat z nízkoprahových zařízení. Jako základ pro výpočet byl použit počet problémových uživatelů v kontaktu s hlásícími nízkoprahovými programy extrapolovaný na celkový počet těchto zařízení v ČR v daném roce – viz také kapitola Služby nízkoprahových zařízení, str. 49. Multiplikátor – odhadovaný podíl problémových uživatelů v kontaktu s těmito zařízeními (in-treatment rate), byl získán nominační technikou v rámci studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog (Zábranský et al. 2006) – pro celostátní odhady za r. 2004 a 2005 byla použita data získaná nominační technikou v r. 2003.

Pro r. 2006 byl odhad zkonstruován jako součet odhadu pro Prahu a pro zbytek ČR. Základ pro výpočet, tj. počet uživatelů v kontaktu, zůstal stejný (viz výše). Důvodem pro provedení odhadů odděleně pro Prahu a zbytek ČR bylo získání aktuálního multiplikátoru specificky pro Prahu nominační technikou na respondentech studie Sexuální chování uživatelů drog<sup>14</sup>. Od konce r. 2006 do června 2007 bylo sebráno celkem 95 dotazníků (studie dále probíhá, cílový vzorek je 400 osob). Pro výpočet multiplikátoru byly použity odpovědi 36 respondentů (selekčním kritériem bylo maximálně 20 nominovaných přátel a validní odpovědi), multiplikátor (podíl pražských problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovým zařízením) dosáhl hodnoty 71 % (0,71; 95% CI<sup>15</sup>: 0,56–0,86). Pro zbytek ČR byl použit multiplikátor získaný v r. 2003, tj. 60 % (0,60, 95% CI: 0,53–0,67) ze studie popsání výše. Vůbec poprvé byl proveden odhad počtu problémových uživatelů Subutexu, a to díky tomu, že hlášení počtu uživatelů Subutexu bylo zařazeno do výkaznictví nízkoprahových programů.

Počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2006 je odhadován na 30 200 osob (95% CI: 26 500–35 100 osob), z toho 19 700 (17 500–22 500) uživatelů pervitinu, 6 200 (5 300–7 300) uživatelů heroinu a 4 300 (3 700–5 200) uživatelů Subutexu; odhadovaný počet uživatelů opiátů celkem (heroinu a Subutexu) je tedy 10 500 (9 000–12 600). Počet injekčních uživatelů drog je odhadován na 29 000 (25 500–33 800).

Přehled prevalenčních odhadů provedených multiplikační metodou s použitím dat z nízkoprahových zařízení v posledních 5 letech podává tabulka 4-1. Oproti r. 2005 došlo k poklesu střední hodnoty odhadu u všech sledovaných skupin problémových uživatelů, ovšem stále v mezích intervalu spolehlivosti předchozích odhadů. V posledních letech narůstá počet problémových uživatelů Subutexu a klesá počet uživatelů heroinu (dochází tedy pravděpodobně k přelivu mezi oběma skupinami), problémové užívání Subutexu je rozšířeno zejména v regionech s tradičně vysokou prevalencí užívání heroinu. Prevalenční odhady problémových uživatelů podle drog a krajů<sup>16</sup> uvádí tabulka 4-2 a mapa 4-1.

<sup>14</sup> Tato studie je prováděna na klientech 4 zařízení pro uživatele drog v Praze (kontaktní centrum o.s. SANANIM, kontaktní centrum Stage5 o.s. Progressive, interní ambulance a poradna pro choroby jater (Remedis, Nuselská poliklinika, Praha 4) a Centrum ambulantní detoxifikace a substituce o.s. Sananim) s cílem popsat sexuální chování uživatelů drog a srovnat v tomto směru mezi sebou uživatele opiátů a pervitinu. Nominační otázky byly přidány k dotazníku jako zvláštní modul nesouvisející s hlavním záměrem studie.

<sup>15</sup> Interval spolehlivosti na hladině významnosti 95 % - tj. interval, ve kterém se hodnota nachází s 95% pravděpodobností.

<sup>16</sup> Vzhledem ke specifickým zdrojovým dat z různých krajů a rozdílům reálného podílu problémových uživatelů drog v kontaktu oproti „průměrné“ hodnotě za ČR je potřeba vnímat uvedené odhady dle krajů orientačně.

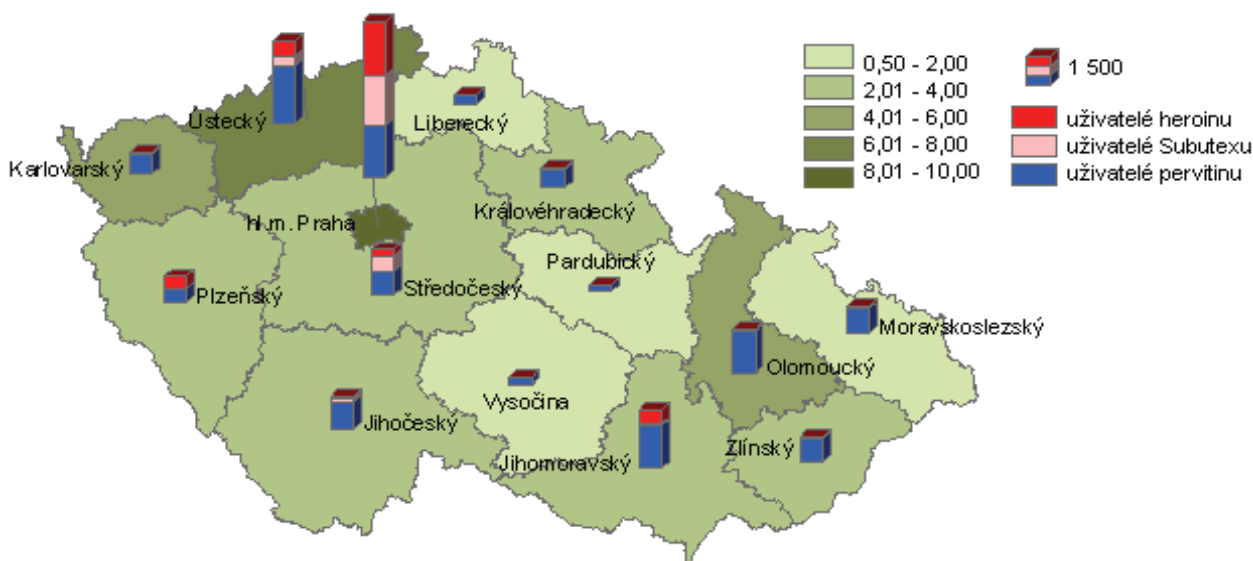
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007c)

Rok	Celkový počet problémových uživatelů		Počet uživatelů opiátů		Počet uživatelů pervitinu		Počet injekčních uživatelů	
	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let
2002	35 100	4,89	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,10
2006	30 200	4,13	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97

tabulka 4-2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2006 podle krajů ČR (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007c)

Kraj	Celkový počet problémových uživatelů	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet injekčních uživatelů
		Heroin	Subutex®	Celkem		
Praha	8 400	2 900	2 700	5 600	2 800	8 400
Středočeský	2 450	400	800	1 200	1 300	2 450
Jihočeský	1 750	150	150	300	1 450	1 700
Plzeňský	1 350	650	<50	650	700	1 250
Karlovarský	1 250	100	0	100	1 150	1 150
Ústecký	4 450	850	550	1 400	3 050	4 350
Liberecký	500	<50	0	<50	500	450
Královéhradecký	1 050	50	50	100	950	1 050
Pardubický	350	<50	0	<50	350	300
Vysočina	350	<50	<50	<50	350	350
Jihomoravský	3 150	750	100	850	2 300	2 950
Olomoucký	2 350	50	<50	100	2 300	2 150
Zlínský	1 300	<50	<50	<50	1 250	1 200
Moravskoslezský	1 450	150	0	150	1 300	1 300
<b>Celkem</b>	<b>30 200</b>	<b>6 150</b>	<b>4 300</b>	<b>10 500</b>	<b>19 700</b>	<b>29 000</b>

mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007c)



#### 4.2 Profil uživatelů drog v léčebných zařízeních

Údaje o uživatelích drog, kteří využívají služeb nízkoprahových a léčebných zařízení, jsou k dispozici především díky celostátnímu systému hlášení do Registru žádostí o léčbu, který spravuje od r. 1995 hygienická služba (HS). Do

registru žadatelů o léčbu jsou zařazeni ti uživatelé drog, kteří v daném roce využili léčebných, poradenských či sociálních služeb v zařízeních pro uživatele drog, a to jak zdravotnických, tak i nezdravotnických (např. terapeutické komunity, nízkoprahová centra). Zvlášť jsou evidováni ti uživatelé, kteří tak učinili poprvé v životě (prvožadatelé).

Dalšími zdroji dat o léčených uživatelích drog jsou registry zdravotnických zařízení, které spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Jedná se o povinně hlášená data z lůžkových a ambulantních (psychiatrických) zdravotnických zařízení a z center substituční léčby. Do registrů ÚZIS přispívá větší počet zařízení než do registru HS, nicméně jedná se pouze o zdravotnická zařízení. Podrobná data z registrů ÚZIS jsou uvedena v kapitole Léčba, str. 28.

Díky sjednocenému systému sběru dat v nízkoprahových zařízeních (FreeBase) a závěrečným zprávám dotačního řízení RVKPP jsou od r. 2003 k dispozici také údaje o všech klientech nízkoprahových zařízení, která poskytují především služby harm reduction – viz také kapitolu Služby nízkoprahových zařízení, str. 49.

#### 4.2.1 Registr žádostí o léčbu hygienické služby

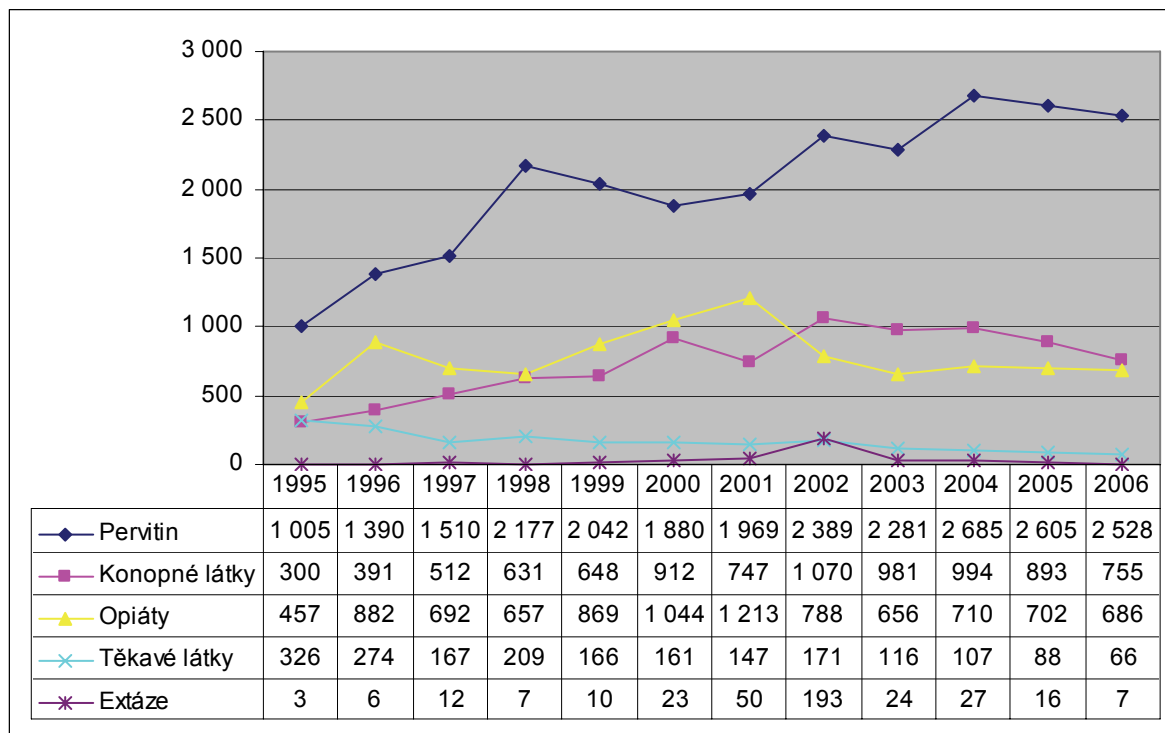
Od r. 1995 jsou v registru žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog sledovány tzv. první žádosti, tj. žádosti o první léčbu v životě klienta. Od r. 2002 jsou sledovány také tzv. všechny žádosti, tj. všechny žádosti o léčbu v daném roce včetně opakovaných.

V r. 2006 hlásilo do registru celkem 245 léčebných a kontaktních center (69 nízkoprahových, 123 ambulantních a 53 lůžkových zařízení). Nejnavštěvovanějším typem zařízení byla nízkoprahová centra, jejichž klienti tvořili stejně jako v předchozích letech více než polovinu všech žadatelů (Polanecký et al. 2007).

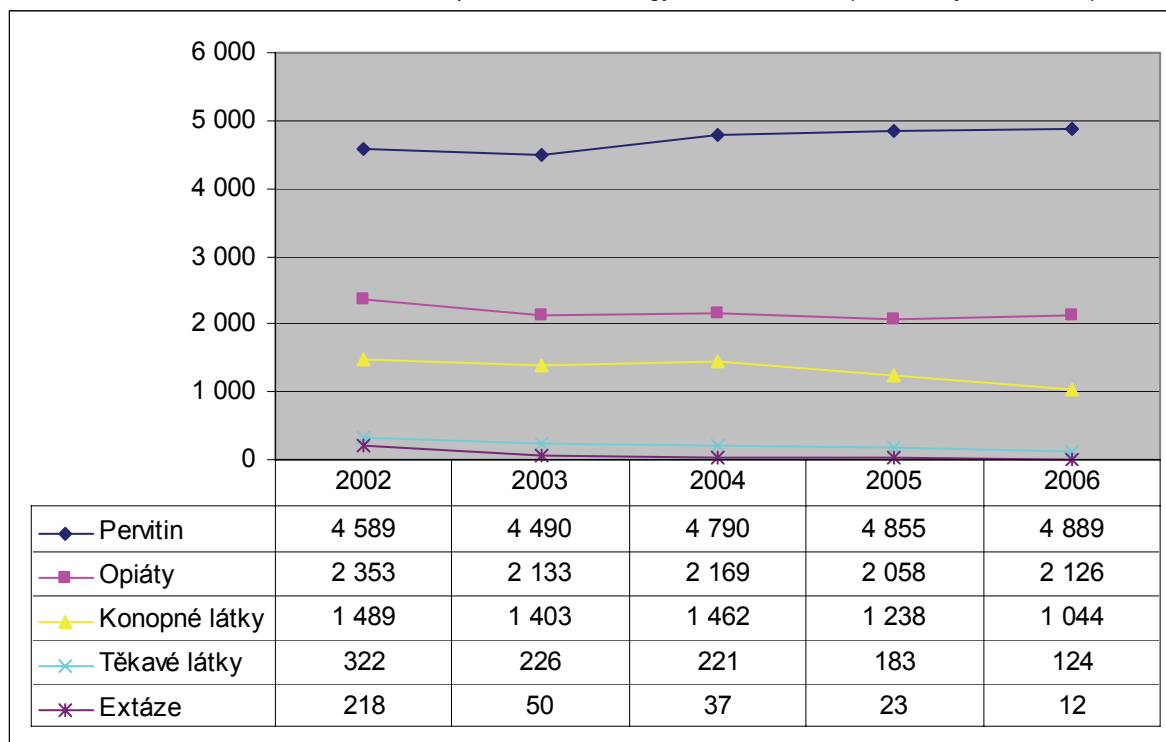
V r. 2006 vyhledalo léčebné služby uvedených zařízení celkem 8 366 uživatelů drog (82,0/100 tis. obyvatel), tj. o 2 % méně než v loňském roce. Z toho 4 119 osob požádalo o léčbu poprvé (40,4/100 tis. obyvatel), tj. o 6 % méně než v loňském roce.

Pořadí užívaných drog, které jsou důvodem všech i prvních žádostí o léčbu, zůstává stejné jako v loňském roce. Nejpočetnější skupinou všech žadatelů (59 %) i prvožadatelů (62 %) byli uživatelé stimulancií, zejména pervitinu; následovali je uživatelé opiátů (25 %) mezi všemi žadateli a uživatelé konopných látek (18 %) mezi prvožadateli. Vývoj počtu (prvo)žadatelů o léčbu podle užívané drogy uvádí obrázek 4-1 a obrázek 4-2.

obrázek 4-1: Počet prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 1995–2006 (Polanecký et al. 2007)

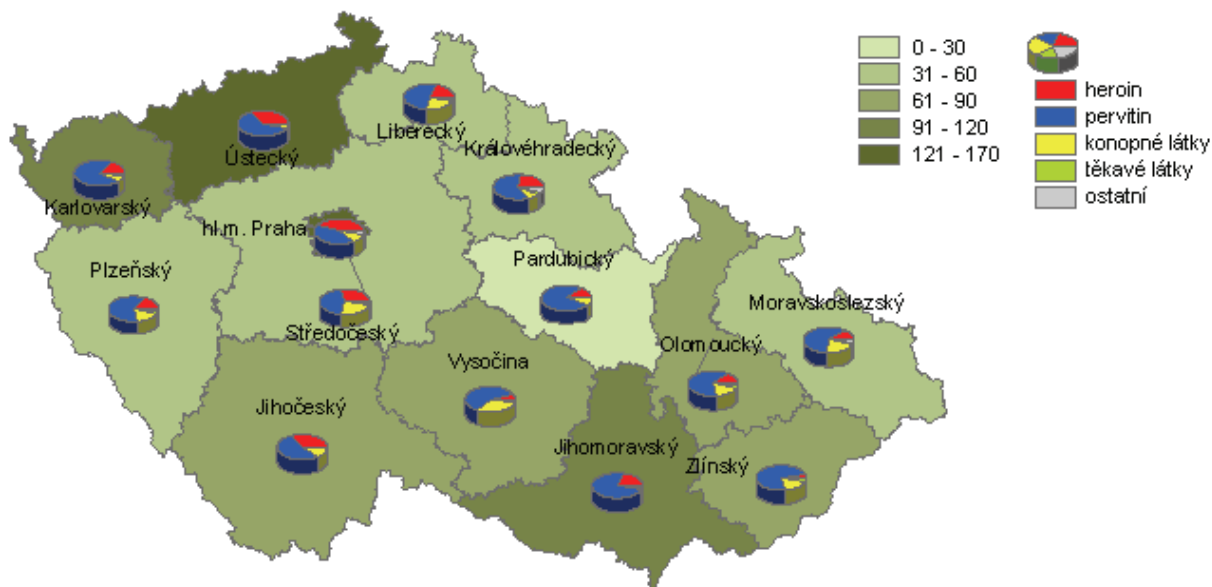


obrázek 4-2: Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 2002–2006 (Polanecký et al. 2007)



Počty žadatelů o první léčbu a všech žadatelů v přepočtu na počet obyvatel a jejich struktura podle typu drogy se v jednotlivých regionech liší. Nejvyšší relativní počty vykazují Praha, Ústecký a Karlovarský kraj. Ve všech krajích (poprvé i v Praze) tvořili největší podíl žadatelů o léčbu uživatelé stimulancií, tj. především pervitinu (od 43 % ve Středočeském do 82 % v Pardubickém kraji). Uživatelé opiátů byli významněji zastoupeni v Praze (43 %), Ústeckém (34 %), Jihočeském (33 %) a Středočeském (29 %) kraji; uživatelé konopných látek byli mezi všemi žadatelů o léčbu nejvíce zastoupeni v kraji Vysočina (34 %) a ve Středočeském kraji (26 %) – mapa 4-2.

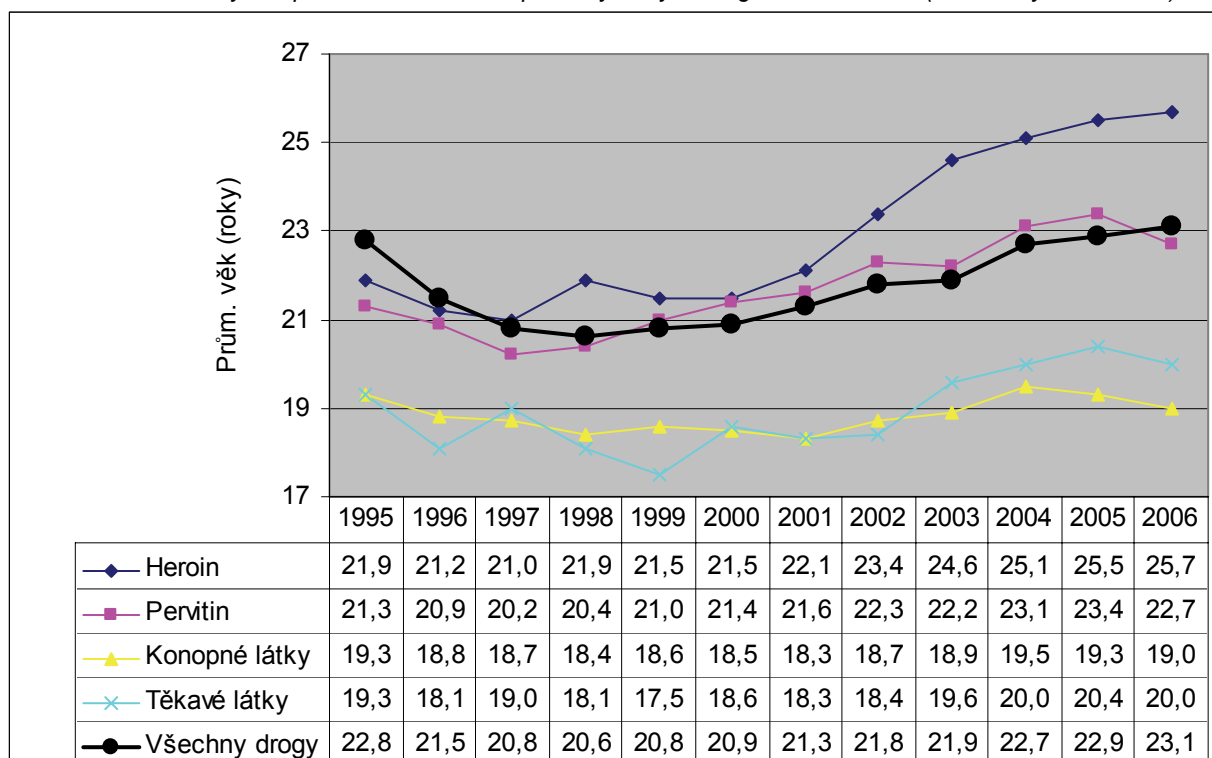
mapa 4-2: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2006 (na 100 tis. obyvatel) (Polanecký et al. 2007)



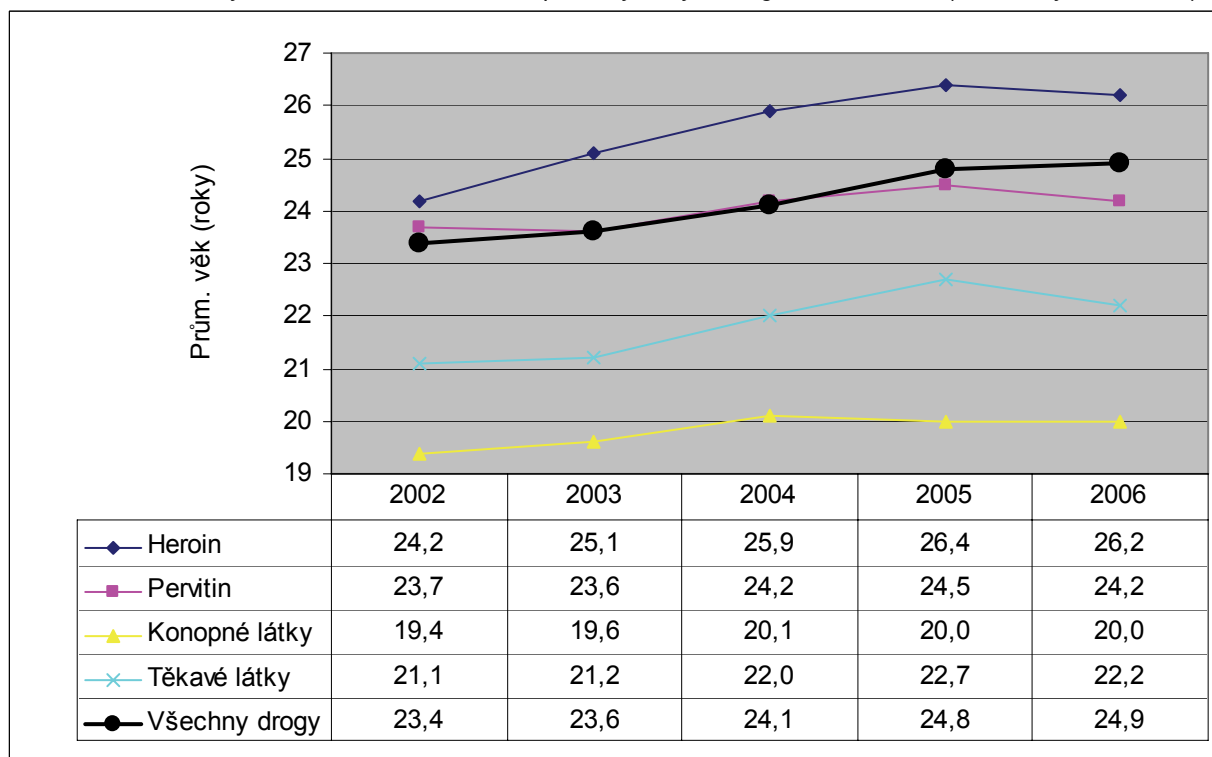
Podle údajů HS se průměrný věk prvožadatelů i všech žadatelů o léčbu v r. 2006 dále zvýšil. Zároveň však podle HS došlo k poklesu průměrného věku uživatelů hlavních typů drog – pervitinu, konopných látek, těkavých látek

a u všech žadatelů i u heroinu (obrázek 4-3 a obrázek 4-4). Jedná se o zřejmý rozpor, vypovídací hodnota údajů o průměrném věku žadatelů o léčbu v r. 2006 je proto velmi omezená.

obrázek 4-3: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 1995–2006 (Polanecký et al. 2007)



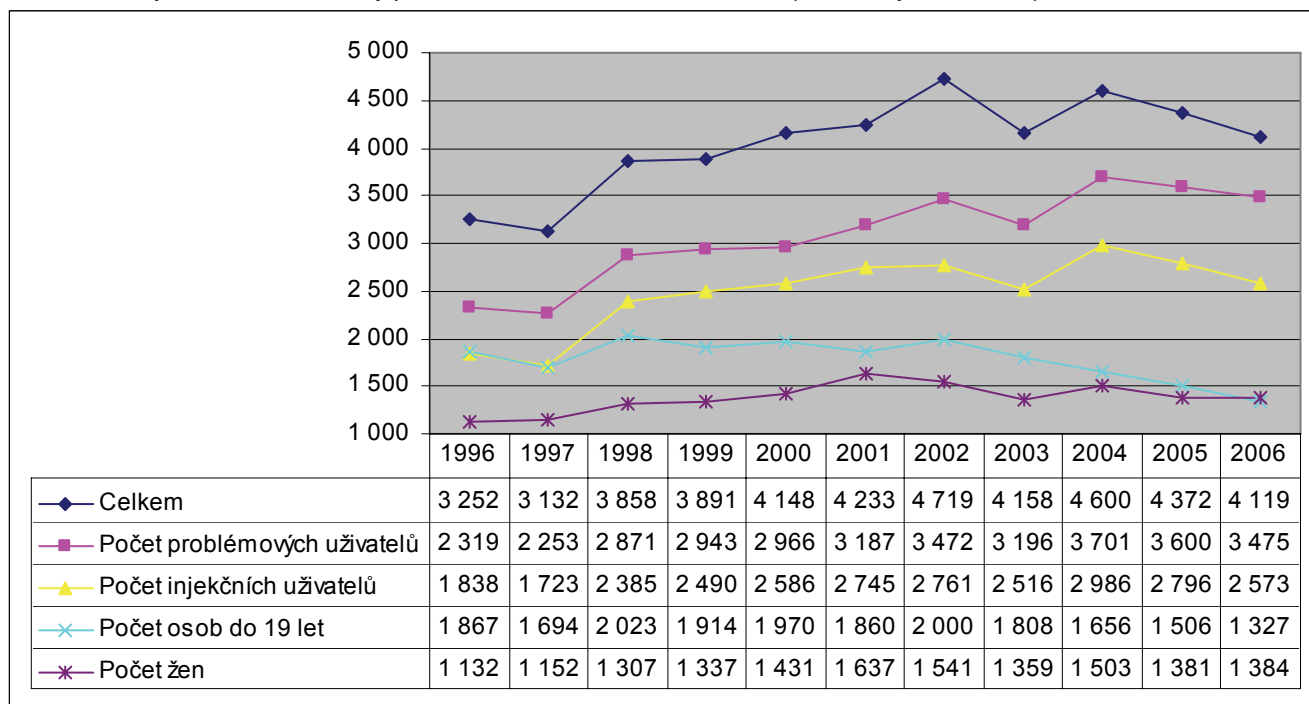
obrázek 4-4: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 2002–2006 (Polanecký et al. 2007)



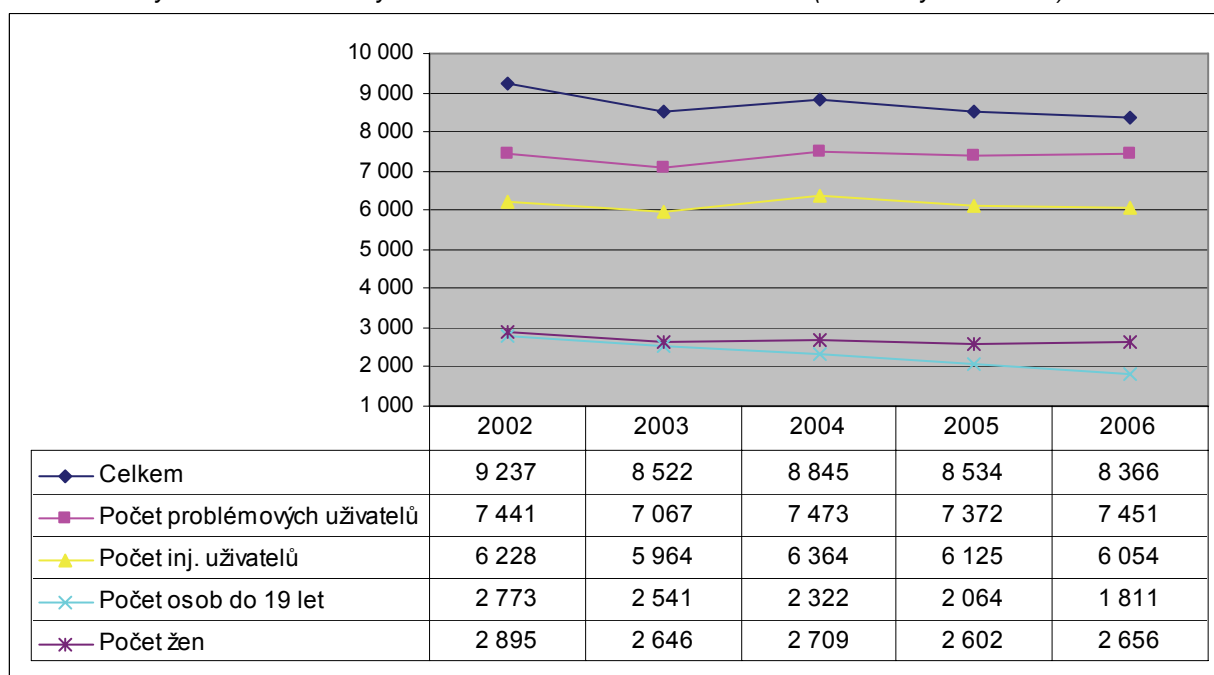
V r. 2006 bylo mezi všemi žadatelů o léčbu 7 451 (tj. 89 %) a mezi prvožadatelů 3 475 (tj. 84 %) problémových uživatelů drog; jejich podíl v průběhu let mírně stoupá – ze 71,3 % v r. 1996 na 84,4 % v r. 2006 mezi prvožadatelů a z 80,6 % v r. 2002 na 89,1 % v r. 2006 mezi všemi žadatelů o léčbu. Ženy tvoří přibližně třetinu žadatelů o léčbu. Jejich podíl je nejvyšší ve věkové kategorii 15–19 let. Trendy vybraných charakteristik mezi žadatelů o první léčbu a všemi žadatelů uvádí obrázek 4-5 a obrázek 4-6.



obrázek 4-5: Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v r. 1996–2006 (Polanecký et al. 2007)

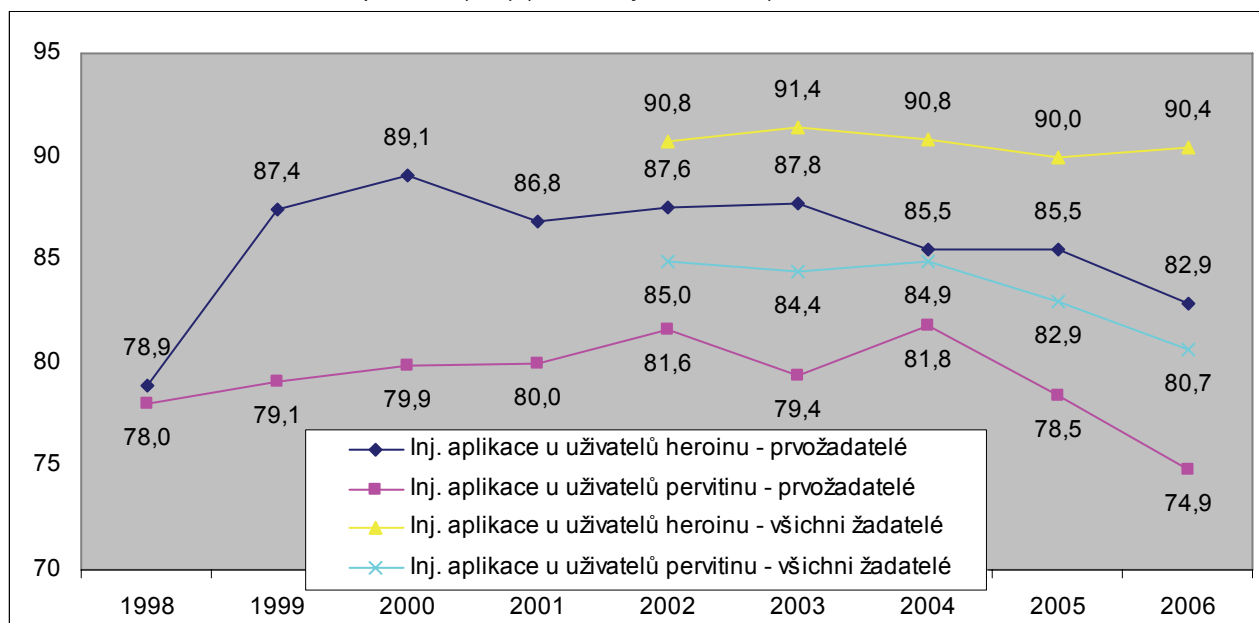


obrázek 4-6: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v r. 2002–2006 (Polanecký et al. 2007)



V r. 2006 došlo k poklesu podílu injekční aplikace mezi prvožadateli o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu (na 83 %) i pervitinu (na 75 %). Jedná se o nejnižší hodnoty od r. 1999. Poklesl i podíl injekčních uživatelů pervitinu mezi všemi žadateli o léčbu (na 81 %). Podíl injekčních uživatelů heroinu mezi všemi žadateli o léčbu zůstává stabilní a dlouhodobě se pohybuje kolem 90 % (Polanecký et al. 2007). Vývoj v r. 1998–2006 zachycuje obrázek 4-7.

obrázek 4-7: Podíl injekční aplikace u prvožadatelů (v r. 1998–2006) a všech žadatelů o léčbu o léčbu (v r. 2002–2006) v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu (v %) (Polanecký et al. 2007)



Injekční aplikace je rovněž nejčastější formou aplikace Subutexu mezi jeho problémovými uživateli na drogové scéně – blíže viz kapitolu Zneužívání substitučních preparátů a jejich výskyt na černém trhu, str. 36.

#### 4.3 Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat

Další informace o charakteristikách a počtu problémových uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s různými typy pomáhajících zařízení, jsou uvedeny v kapitolách Léčba, str. 28, Zneužívání substitučních preparátů a jejich výskyt na černém trhu, str. 36, Služby nízkoprahových zařízení, str. 49 a Léčba jako alternativa trestu podle statistik probační a mediační služby, str. 67.

## 5 Léčba

Léčba závislosti na psychoaktivních látkách je chápána jako odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem, jejímž cílem je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního života a zvýšit kvalitu jejich života. V ČR je léčba zajišťována širokým spektrem mezioborových služeb, které lze dle typu rozlišit na ambulantní (ambulantní zdravotnická zařízení, stacionární programy, strukturované programy následné péče) a rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny) a dle délky na léčbu krátkodobou (do 3 měsíců), střednědobou (3–6 měsíců) a dlouhodobou (déle než 6 měsíců).

V r. 2006 došlo k nárůstu počtu ambulantně léčených uživatelů drog, a to jak ve zdravotnických zařízeních (nárůst je patrný od r. 2000), tak v ambulancích provozovaných NNO (výrazný meziroční nárůst). Počet hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních v posledních 5 letech mírně roste především v souvislosti s užíváním stimulantů a kombinace drog, zatímco u opioidů dochází od r. 2001 k výraznému poklesu.

Stoupá počet pacientů v substituční léčbě, a to jak ve specializovaných centrech, tak patrně i v ordinacích ostatních lékařů předepisujících Subutex®. Léčba Subutexem však stále není v plném rozsahu evidována v registru substituce.

tabulka 5-1: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v r. 2006

Typ programu	Počet	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob)
Záchytné stanice	15	n.a.	n.a.
Detoxifikační jednotky	19	n.a.	n.a.
Ambulantní zdravotnická zařízení	385	n.a.	17 921*
Denní stacionáře	1	10	41
Specializovaná substituční centra	14	n.a.	949
Psychiatrické léčebny	17	9 442**	3 200
Psychiatrická oddělení nemocnic	31	1 420**	1 629
Dětské psychiatrické léčebny	3	320**	29
Terapeutické komunity	15	185***	451***
Programy následné péče	18	365****	904
Pobytová oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou závislostí (zařízení speciálního školství)*****	5	66	104
Detoxifikační jednotky ve věznicích	2	n. a.	172*****
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu	6	286	625
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	3	105	162

Pozn.: \* Jedná se o počet osob v tzv. živé kartotéce, tj. počet osob, které navštívily zařízení alespoň jednou za rok, \*\* počet všech psychiatrických lůžek, \*\*\* údaje pouze z 12 komunit, \*\*\*\* údaj se týká kapacity programů intenzivní péče, \*\*\*\*\* údaje z r. 2005.

O službách poskytnutých v oblasti harm reduction pojednává kapitola Služby nízkoprahových zařízení, str. 49, o službách ve vězení kapitola Prevence trestné činnosti spojené s užíváním drog, str. 66.

V r. 2005 byl spuštěn systém certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek (viz také VZ 2005), který slouží k zajištění kvality služeb poskytovaných v oblasti harm reduction, léčby a resocializace. Jedná se o tyto standardní typy služeb: terénní programy, kontaktní a poradenské služby, detoxifikace, ambulantní léčba, stacionární programy, krátkodobá a střednědobá ústavní léčba, rezidenční péče v terapeutických komunitách, ambulantní doléčovací programy a substituční léčba. Certifikace je nezbytnou podmínkou pro poskytnutí dotace NNO ze státního rozpočtu na r. 2007; tato podmínka se nevztahuje na nové či rozvojové projekty poskytování služeb. Pro programy primární prevence platí tato podmínka od r. 2008 – blíže viz kapitolu Certifikace preventivních programů, str. 19.

V r. 2007 byla certifikace odborné způsobilosti udělena 14 zařízením léčebné péče a 57 zařízením v oblasti harm reduction<sup>17</sup>; 4 zařízení, z toho 2 žádající o certifikaci služby „terénní programy“, 1 žádající o certifikaci služby „kontaktní a poradenské služby“ a 1 žádající o certifikaci služby „ambulantní léčba“, certifikaci nezískala (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007a). Počet udělených certifikací v r. 2005–2007 jednotlivým typům služeb ukazuje tabulka 5-2.

<sup>17</sup> Jednalo se o případy, kdy terénní šetření byla provedena ještě v r. 2006, ale certifikáty byly vzhledem k tomu, že RVKPP s ohledem na povolební situaci nezasedala (blíže viz kapitolu Institucionální rámec, strategie a politická opatření, str. 4), uděleny až v r. 2007.

tabulka 5-2: Přehled výsledků certifikace odborné způsobilosti služeb v oblastech harm reduction, léčby a resocializace do 30.6.2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007a)

Typ služby	Počet udělených certifikací				Certifikace neudělena
	2005	2006	2007	Celkem	
Detoxifikace	1	3	0	4	0
Ambulantní léčba	2	6	3	11	1
Stacionární programy	1	0	0	1	0
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	0	3	0	3	0
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	5	4	4	13	0
Ambulantní doléčovací programy	4	8	4	16	0
Substituční léčba	3	1	3	7	0
Terénní programy	7	11	28	46	5
Kontaktní a poradenské služby	9	11	29	49	4
<b>Celkem</b>	<b>32</b>	<b>47</b>	<b>71</b>	<b>150</b>	<b>10</b>

### 5.1 Ambulantní léčba

V r. 2006 vykazalo ambulantní léčbu uživatelů legálních i nelegálních drog celkem 385 ambulantních zdravotnických pracovišť<sup>18</sup> (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a), ve srovnání s r. 2005 došlo k poklesu – tabulka 5-3. Nejpočetnější skupinu tvořily ordinace, které léčily 1–50 pacientů, nejmenší zastoupení měly ordinace s 500 a více pacienty za rok – tabulka 5-4.

tabulka 5-3: Počet ordinací poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000–2006 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a)

Rok	Počet ordinací
2000	320
2001	330
2002	342
2003	368
2004	382
2005	401
2006	385

tabulka 5-4: Počet ordinací podle počtu léčených uživatelů drog v r. 2003–2006 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a)

Počet pacientů	Počet ordinací			
	2003	2004	2005	2006
1–10	139	144	156	161
11–50	106	109	107	110
51–100	27	32	36	34
101–150	11	12	9	11
151–200	7	7	9	4
201–300	10	8	10	10
301–400	5	3	4	3
401 a více	8	7	8	7

V r. 2006 bylo v ambulantních zdravotnických zařízeních léčeno 17 921 uživatelů drog mimo alkoholu (dg. F11–F19), z toho 16 392 uživatelů drog mimo tabák (dg.F11–F16, F18–F19). Srovnání s předchozími lety uvádí – tabulka 5-5 a obrázek 5-1.

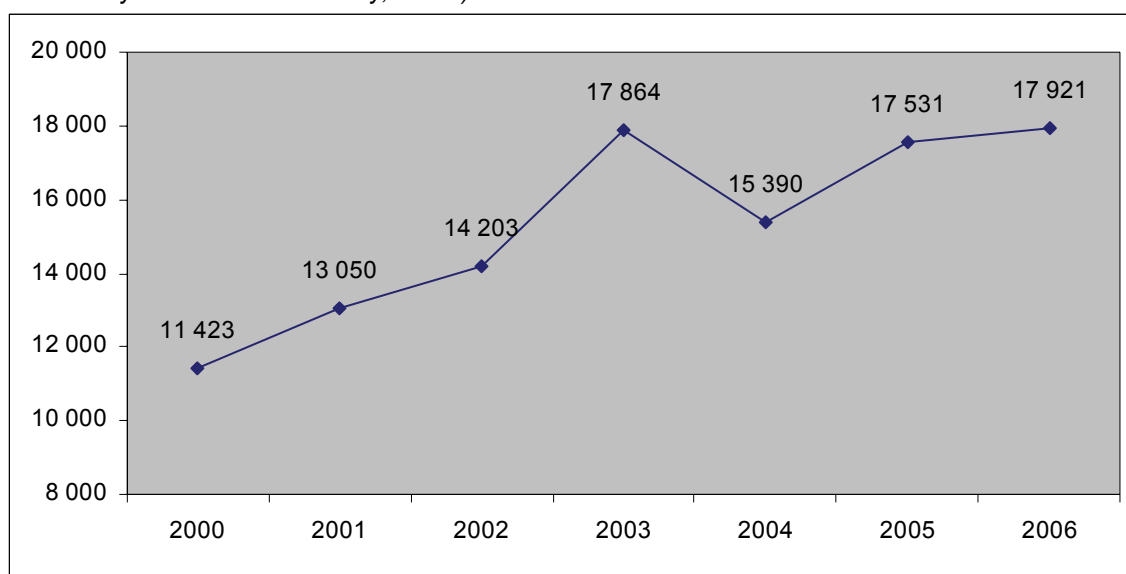
<sup>18</sup> Jde o zařízení, která vyplnila přílohu AT výkazu psychiatrie A013; většinou se nejedná o tzv. AT ambulance specializované na léčbu závislosti.

tabulka 5-5: Počet uživatelů drog léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2003–2006 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a)

Druh zařízení	2004		2005		2006	
	Počet zařízení	Počet osob	Počet zařízení	Počet osob	Počet zařízení	Počet osob
Lůžková zařízení s ambulancí	49	3 896	49	4 131	51	5 130
Ambulantní zařízení	23	1 458	26	1 877	25	2 760
Ordinace praktického lékaře	1	5	1	7	1	12
Samostatná ordinace lékaře specialisty	243	8 611	257	8 890	261	8 480
Zařízení pro léčbu drogových závislostí **	n.a.	n.a.	6	2 584	5	1 495
Ostatní ambulantní zařízení	6	1 420	1	42	1	44
<b>Celkem</b>	<b>322*</b>	<b>15 390</b>	<b>334*</b>	<b>17 531</b>	<b>344*</b>	<b>17 921</b>

Pozn.: \* Zařízení jsou identifikována pomocí IČO, přičemž některá mají zřízena více ordinací. \*\* V r. 2005 byla „Zařízení pro léčbu drogových závislostí“ v evidenci ÚZIS vyčleněna ze skupiny „Ostatní ambulantní zařízení“.

obrázek 5-1: Vývoj počtu uživatelů drog léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2000–2006 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a)



Ambulantní léčbu zajišťovalo v r. 2006 také 15 NNO dotovaných RVKPP. Poskytly svoje služby celkem 2 428 uživatelům nelegálních drog, jejichž průměrný věk byl 29,6 roku. Celkem 1 024 (42 %) klientů užívalo drogy injekčně, 771 (32 %) klientů užívalo pervitin, 240 (10 %) heroin, 405 (17 %) konopné látky a 110 (4,5 %) jiné opiáty, především nelegální buprenorfin. Ve srovnání s r. 2005 došlo k výraznému nárůstu počtu klientů, a to jak uživatelů drog (zejména pervitinu a konopných látek), tak osob blízkých. Srovnání let 2003–2006 uvádí tabulka 5-6 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i).

tabulka 5-6: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a jejich klienti v r. 2003–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006
Počet dotovaných zařízení	19	20	18	15
Počet klientů	2 820	2 506	3 127	4 301
Počet uživatelů drog	1 590	1 493	1 743	2 428
– z toho injekčních uživatelů drog	848	697	1 034	1 024
– z toho uživatelů pervitinu	547	540	540	771
– z toho uživatelů konopných látek	246	339	158	405
– z toho uživatelů heroinu	310	223	391	240
– z toho uživatelů jiných opiátů	n.a.	n.a.	126	110
Průměrný věk uživatelů drog	23,6	25,9	26,8	29,6

Intenzivní ambulantní léčbu formou denního stacionáře o délce 3 měsíců nabízelo v r. 2006 pouze 1 zařízení v Praze provozované o.s. SANANIM. Kapacita programu byla 10 osob a služby byly poskytnuty 41 klientům

(17 mužů, 24 žen), jejichž průměrný věk byl 24,9 roku. Celkem 30 (75 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 6 (15 %) klientů užívalo heroin a 27 (66 %) pervitin. Léčbu úspěšně dokončilo 68 % klientů. Délka léčby jednoho klienta byla průměrně měsíc a půl. Denní psychoterapeutické sanatorium Elysium v Brně se plně zaměřuje na poskytování substituční léčby, pracuje s motivací klientů formou garantských pohovorů a skupinových programů, které ale nelze považovat za intenzivní ambulantní léčbu (denní stacionář) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i).

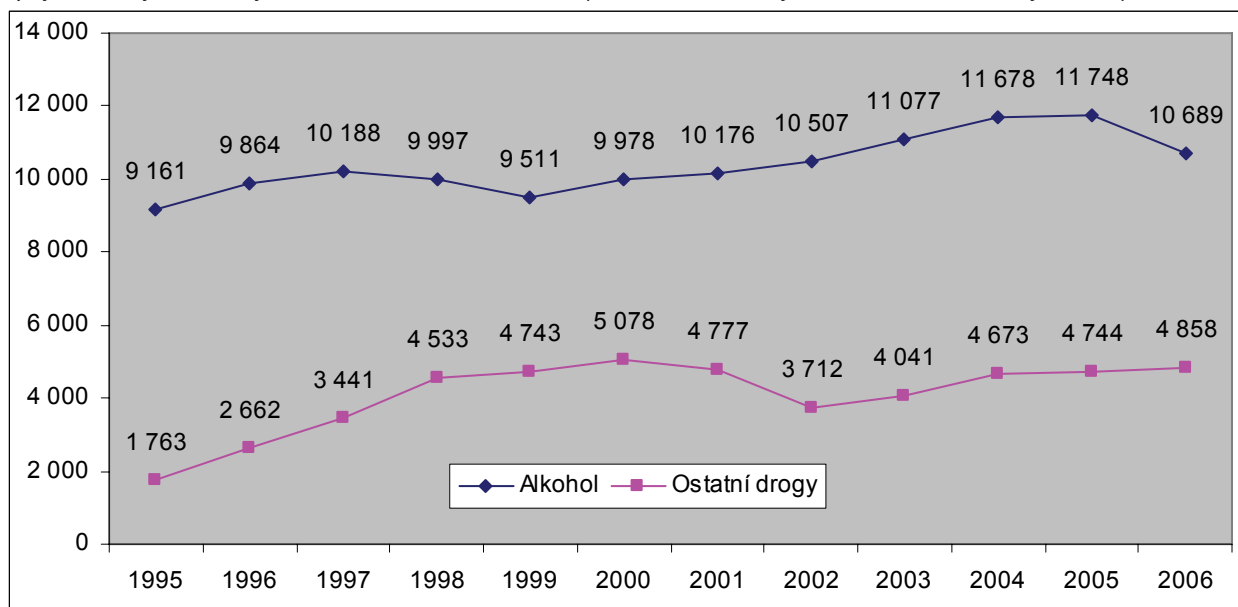
## 5.2 Rezidenční léčba (lůžková léčebná zařízení)

### 5.2.1 Léčba v psychiatrických lůžkových zařízeních

Psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic zabezpečují ústavní psychiatrickou léčbu. V r. 2006 zůstala síť psychiatrických léčen bez změny, došlo pouze ke snížení počtu lůžek v psychiatrických léčebnách pro dospělé (pokles o 96 lůžek). Bylo uzavřeno jedno psychiatrické oddělení s 19 lůžky (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a).

V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo v r. 2006 uskutečněno celkem 15 549 hospitalizací na poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 10 689 na poruchy vyvolané užíváním alkoholu (výrazný meziroční pokles) a 4 858 na poruchy vyvolané užíváním dalších psychoaktivních látek (kromě tabáku). Vývoj počtu hospitalizací od r. 1995 uvádí obrázek 5-2 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a).

obrázek 5-2: Počet hospitalizací na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 1995–2006 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a)



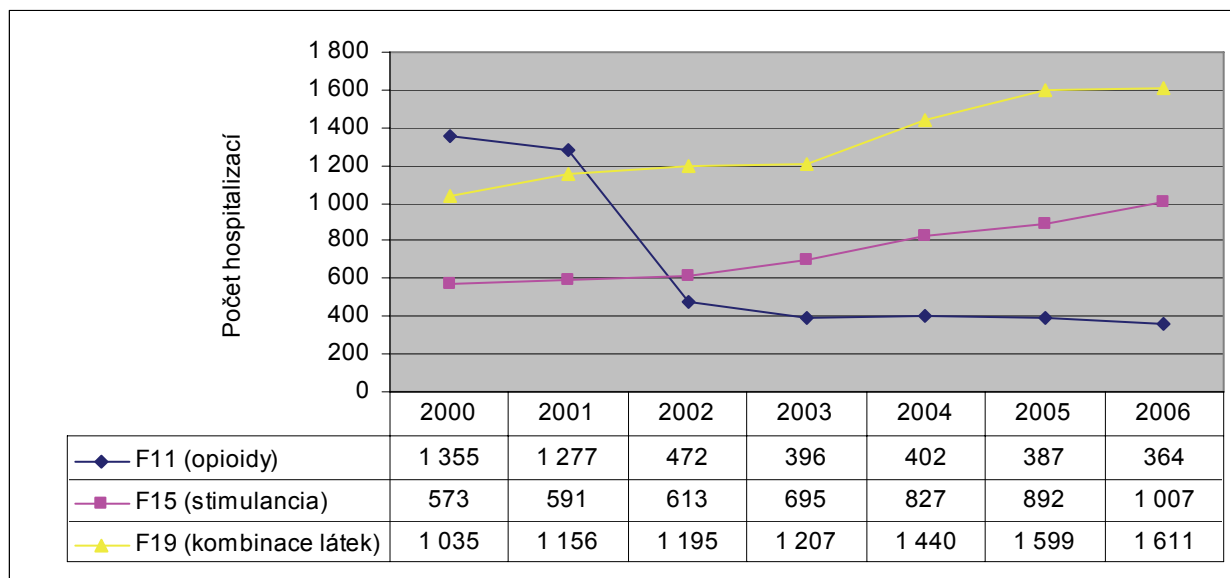
Kombinace látek nebo užívání jiných psychoaktivních látek (dg. F19) bylo v r. 2006 opět nejčastější příčinou hospitalizací uživatelů drog v psychiatrických lůžkových zařízeních (43,8 % hospitalizací). Dalšími příčinami hospitalizací bylo užívání stimulantů (29,1 %) a opioidů (17,7 %). V dětských psychiatrických léčebnách byly kromě kombinace látek nejčastějšími příčinami hospitalizace užívání konopných a těkavých látek – tabulka 5-7. Mezi hospitalizovanými převažovala věková skupina 20–29 let (57,5 %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a).

tabulka 5-7: Počet hospitalizací na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2006 dle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a)

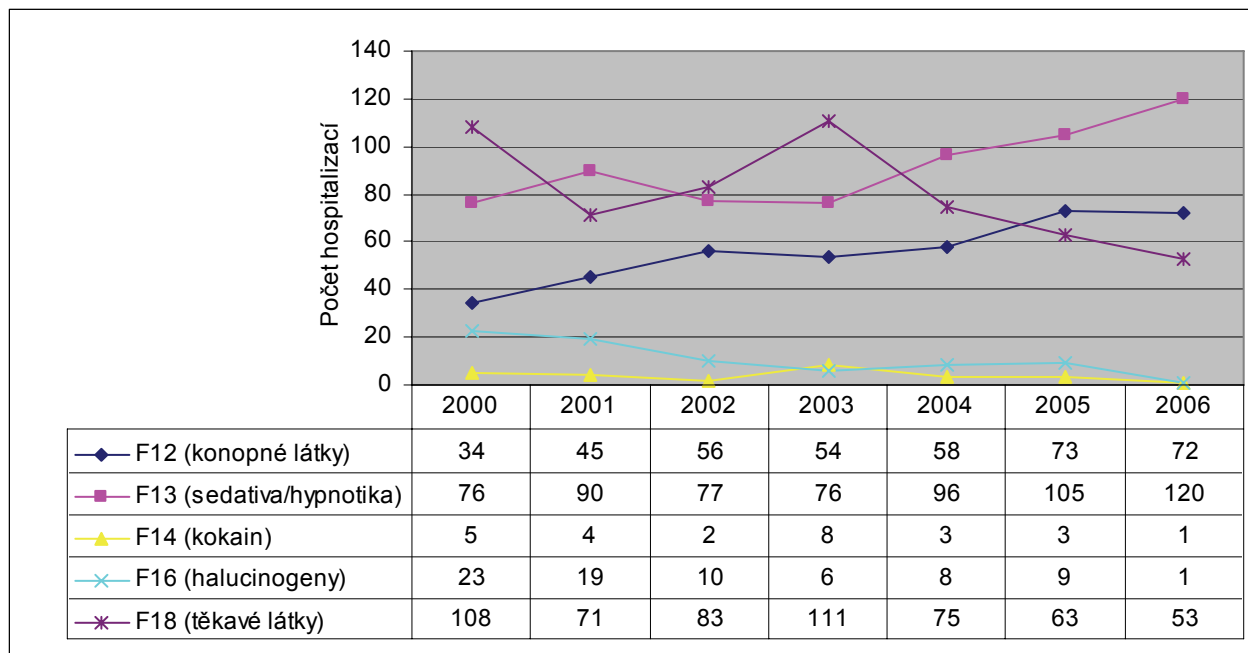
Diagnóza	Dětské psychiatrické léčebny			Psychiatrické léčebny pro dospělé			Psychiatrická oddělení nemocnic		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
F11–19 bez F17 (nelegální drogy celkem)	18	11	29	2 279	921	3 200	1 087	542	1 629
– z toho F11 (opioidy)	0	0	0	270	94	364	355	139	494
– z toho F12 (kanabinoidy)	6	0	6	62	4	66	34	4	38
– z toho F15 (stimulancia)	0	2	2	688	317	1 005	247	159	406
– z toho F18 (těkavé látky)	2	2	4	46	3	49	39	3	42
– z toho F19 (kombinace látek)	10	7	17	1 175	419	1 594	368	151	519
F10 (alkohol)	1	0	1	5 739	2 245	7 984	1 693	1 011	2 704
<b>Celkem</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>8 019</b>	<b>3 167</b>	<b>11 186</b>	<b>2 780</b>	<b>1 553</b>	<b>4 333</b>

Trendy v počtu hospitalizovaných podle jednotlivých (skupin) drog vykazují odlišnosti (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a). K dlouhodobému poklesu dochází zejména u hospitalizací pro poruchy způsobené opioidy (F11), k nárůstu dochází u stimulancií (F15) a kombinace látek (F19) – obrázek 5-3. Počty hospitalizací pro poruchy způsobené ostatními drogami jsou řádově nižší, k nárůstu dlouhodobě dochází u konopných látek (F12) a sedativ/hypnotik (F13) – obrázek 5-4. Pokles u opioidů souvisí velmi pravděpodobně s rozvojem substituční léčby v ČR od r. 2000 a odlivem uživatelů a závislých na opioidech (zejména tedy heroinu) z lůžkové do ambulantní péče, kde je substituční léčba poskytována – viz také kapitola Substituce a udržovací programy, str. 34.

obrázek 5-3: Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách na poruchy způsobené užíváním opioidů, stimulancií a kombinací látek v r. 2000–2006 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a)



obrázek 5-4: Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách na poruchy způsobené užíváním ostatních drog v r. 2000–2006 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007a)



V r. 2007 provedlo NMS průzkum psychiatrické lůžkové péče o závislé na návykových látkách. V období od února do dubna 2007 bylo do psychiatrických léčeben (a jejich oddělení) a na psychiatrická oddělení nemocnic rozesláno 79 dotazníků. K 19.07.2007 odpovědělo 27 zařízení, z toho 13 psychiatrických léčeben pro dospělé, 1 psychiatrická léčebna pro děti, 10 psychiatrických oddělení pro dospělé a 3 psychiatrická oddělení pro děti v rámci nemocnic (celkem 14 léčeben a 13 psychiatrických oddělení). Ve 22 zařízeních (81 %) je poskytována péče o pacienty závislé na návykových látkách, z toho je 13 psychiatrických léčeben (12 pro dospělé a 1 pro děti) a 9 psychiatrických oddělení pro dospělé. V těchto zařízeních bylo v r. 2006 hospitalizováno 2 546 uživatelů drog (52 % všech hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním drog v ČR). Ve 13 zařízeních je odděleně poskytována léčba pro závislé a pro ostatní psychiatrické pacienty (odpovědělo 25 zařízení), z toho je 9 léčeben pro dospělé a 4 psychiatrická oddělení pro dospělé. V pěti zařízeních je režimově oddělena léčba pro osoby závislé na alkoholu a pro osoby závislé na jiných návykových látkách (4 léčebny pro dospělé a 1 psychiatrické oddělení pro dospělé). Zvláštní oddělení pro mládež 15–18 let uvádí pouze 1 zařízení a zvláštní oddělení pro děti do 15 let také jedno zařízení. Speciální oddělení pro detoxifikaci má 10 zařízení (6 léčeben a 4 psychiatrická oddělení), s kapacitou od 4 do 13 lůžek. Pacienti, kteří mají léčbu nařízenou soudem, mohou absolvovat léčbu v 8 zařízeních. Pacienti s tzv. duální diagnózou<sup>19</sup> mohou absolvovat léčbu v 17 zařízeních, kde je nabízen individuálnější přístup odpovídající jejich psychickému stavu a potřebám. Krátkodobou léčbu do 3 měsíců poskytuje 17 zařízení, střednědobou léčbu od 3 do 6 měsíců poskytuje 6 zařízení a pouze 1 zařízení uvádí, že nabízí léčbu delší než 6 měsíců (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007d).

### 5.2.2 Léčba v terapeutických komunitách

V r. 2006 poskytovalo rezidenční léčbu (v délce 6–15 měsíců) 15 terapeutických komunit. Na podzim 2006 ukončila svoji činnost terapeutická komunita Medvědí kámen, která se stala součástí výchovného ústavu pro mládež. Dostupné jsou údaje z 12 terapeutických komunit. Jejich kapacita byla 185 lůžek (z toho 12 pro mladistvé a 9 pro matky s dětmi) a pobyt v nich absolvovalo 451 uživatelů drog (z toho 22 matek s dětmi), jejichž průměrný věk byl 25,1 let. Celkem 375 (83 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 281 (62 %) klientů užívalo pervitin a 105 (23 %) opiáty (z toho 93 heroin, 12 nelegálně získaný buprenorfin). 19 (4 %) klientů se léčilo v souvislosti s užíváním konopných látek. Úspěšně dokončilo léčebný program 124 klientů a průměrná délka úspěšné (dokončené) léčby byla 309 dní. Předčasně ukončilo léčbu 171 (38 %) klientů, z toho 35 % po uplynutí 2/3 léčby. Průměrná délka léčby všech klientů byla 189 dní. Srovnání let 2003–2006 uvádí tabulka 5-8 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i).

<sup>19</sup> Duální diagnóza je označení pro současný výskyt závislosti na návykové látce a jiné psychické poruchy (nebo poruchy chování) u téhož pacienta.



tabulka 5-8: Terapeutické komunity a jejich klienti v r. 2003–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006
Počet komunit	17	14	12	12
Kapacita zařízení	238	218	183	185
Počet klientů	510	546	491	451
– z toho injekčních uživatelů	428	429	400	375
– z toho uživatelů pervitinu	270	306	287	281
– z toho uživatelů heroinu	187	151	132	93
Průměrný věk klientů	23,4	24,2	24,9	25,1

Léčebné intervence ve věznicích jsou popsány v kapitole Zacházení s uživateli drog ve věznicích, str. 66.

### 5.3 Substituce a udržovací programy

#### 5.3.1 Substituční léčba agonisty opiátů

V r. 2006 byly, stejně jako v roce předešlém, k dispozici dva substituční přípravky – metadon připravovaný z dovážené generické substance<sup>20</sup> (dostupný ve specializovaných substitučních centrech) a Subutex® (s účinnou látkou buprenorfinem) ve formě hromadně vyráběného léčivého přípravku. Substituční přípravky jsou v ČR podávány výhradně orální formou.

Na r. 2008 je plánováno zavedení kompozitního sublingválního přípravku Suboxone obsahujícího buprenorfin a naloxon, u kterého lze předpokládat nižší výskyt jeho zneužívání formou injekční aplikace, než je tomu u Subutexu (viz dále). Dále je v jednání uvedení metadonu ve formě sirupu jako hromadně vyráběného léčivého přípravku.

Metodicky je substituční léčba v ČR definována ve Standardu substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001). Vzhledem k tomu, že standard ve své stávající podobě nereflektuje současný stav poskytování substituční léčby, zejména rozvoj preskripce v nespécializovaných ambulantních zřízeních, do konce r. 2007 bude dle informací MZ vydána jeho aktualizovaná verze. Stejně tak je před spuštěním převedení Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (registr substituce) spravovaného ÚZIS do podoby elektronické internetové aplikace tak, aby umožnila hlásit pacienty všem zdravotnickým zařízením, která poskytují substituční léčbu; v první polovině r. 2007 probíhalo pilotní testování elektronické aplikace.

#### 5.3.1.1 Specializovaná substituční centra

V r. 2006 bylo v ČR registrováno 12 substitučních center, z toho 4 v Praze (Drop In o.p.s. provozuje 2 centra), a navíc byl v dubnu 2006 zahájen pilotní program substituční léčby ve výkonu trestu ve věznicích Praha-Pankrác a Příbram – blíže viz kapitolu Zacházení s uživateli drog ve věznicích, str. 66. Nepokryty zůstávají kraje Plzeňský, Liberecký, Pardubický, Vysočina a Zlínský, v Plzni lze tento deficit označit za alarmující (v Plzeňském kraji je odhadováno cca 650 problémových uživatelů opiátů, v dalších krajích bez specializovaného centra jsou odhadované počty velmi nízké – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog, str. 21). Všechny programy s výjimkou pražského CADAS poskytovaly metadon připravovaný z dovážené generické substance; hromadně vyráběný léčivý přípravek Subutex® poskytovala v r. 2006 všechna centra kromě brněnského a center ve věznicích.

V r. 2006 bylo v 14 specializovaných centrech léčeno celkem 949 osob, z toho 574 metadonem a 375 Subutexem; poměr mužů a žen se pohybuje dlouhodobě kolem 2,4 : 1 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007b). Vývoj počtu pacientů specializovaných center vždy k 31.12. daného roku uvádí tabulka 5-9. Je patrné, že nejvytíženější jsou programy v Praze a v Ústí nad Labem, což odpovídá regionální distribuci prevalence problémových uživatelů opiátů, která je v těchto krajích nejvyšší – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog, str. 21.

tabulka 5-9: Počet pacientů léčených ve specializovaných substitučních centrech v r. 2003–2006 podle pohlaví (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007b)

Rok	Muži	Ženy	Celkem	Poměr mužů a žen
2003	559	233	792	2,4:1
2004	586	246	832	2,4:1
2005	583	248	831	2,4:1
2006	661	288	949	2,3:1

<sup>20</sup> Nákup metadonu pro specializované programy financuje MZ; v r. 2006 se jednalo o částku 486 tis. Kč.

tabulka 5-10: Pacienti ve specializovaných substitučních programech v r. 2002–2006, stav k 31.12. daného roku (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007b)

Centrum	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ústí nad Labem	54	124	123	190	182	184	185
Praha (Drop In)	71	110	100	142	135	135	152
Praha (VFN)	50	60	54	117	96	115	125
Brno	4	50	53	46	46	63	63
Praha (SANANIM)	0	0	0	0	0	0	56
Hradec Králové	5	9	13	13	18	32	31
České Budějovice	0	0	0	0	0	8	26
Mělník	4	7	9	22	16	12	21
Olomouc	2	2	5	4	6	12	17
Karlovy Vary	0	0	0	0	0	0	10
Ostrava	0	1	4	10	11	10	9
Věznice Praha-Pankrác a Příbram	0	0	0	0	0	0	3
<b>Celkem</b>	<b>190</b>	<b>363</b>	<b>361</b>	<b>544</b>	<b>510</b>	<b>571</b>	<b>698</b>

Je patrné, že počet pacientů léčených ve specializovaných substitučních centrech roste, a to jak díky vzrůstajícímu počtu center, tak díky většímu počtu pacientů v některých centrech. Vzájemný poměr pacientů na metadonu a Subutexu se v jednotlivých specializovaných centrech významně liší – tabulka 5-11.

tabulka 5-11: Poměr pacientů na metadonu a Subutexu k 31.12.2006 podle jednotlivých specializovaných center (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007b)

Centrum	Metadon		Subutex®		Celkem
	Abs.	%	Abs.	%	
Ústí nad Labem	122	65,9	63	34,1	185
Praha (Drop In)	133	87,5	19	12,5	152
Praha (VFN)	73	58,4	52	41,6	125
Brno	63	100,0	0	0,0	63
Praha (Sananim)	0	0,0	56	100,0	56
Hradec Králové	9	29,0	22	71,0	31
České Budějovice	6	23,1	20	76,9	26
Mělník	2	9,5	19	90,5	21
Olomouc	11	64,7	6	35,3	17
Karlovy Vary	7	70,0	3	30,0	10
Ostrava	5	55,6	4	44,4	9
Věznice Praha-Pankrác a Příbram	3	100,0	0	0,0	3
<b>Celkem</b>	<b>434</b>	<b>62,2</b>	<b>264</b>	<b>37,8</b>	<b>698</b>

### 5.3.1.2 Substituční léčba v (nespecializovaných) ambulantních zařízeních

Subutex® může předepsat každý lékař bez ohledu na specializaci – kromě substitučních center je tedy předepisován v ambulancích zejména praktických lékařů a psychiatrů. Zatímco pacienti užívající Subutex® ve specializovaných centrech jsou evidováni (viz výše), počet pacientů užívajících Subutex® prostřednictvím ambulantních lékařů ani počet lékařů předepisujících Subutex® není znám<sup>21</sup>.

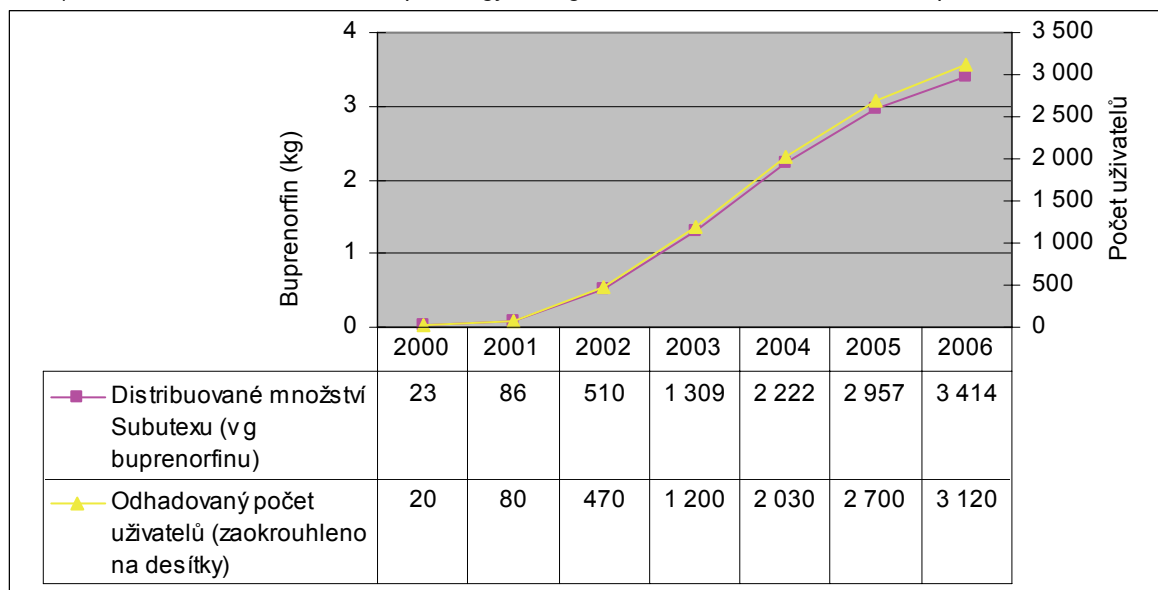
K dispozici jsou údaje o distribuci Subutexu na českém trhu (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2007). Podle nich dochází k růstu spotřeby Subutexu, v r. 2006 bylo ve třech různých silách (8, 2 a 0,4 mg) distribuováno množství Subutexu odpovídající 3 414 g buprenorfinu. Počet uživatelů Subutexu v r. 2006 lze za předpokladu průměrné denní spotřeby 6 mg buprenorfinu a průměrné frekvenci aplikace obden<sup>22</sup> orientačně odhadnout na 3 120 osob – obrázek 5-5. Tento odhad je pravděpodobně minimální, navíc vzájemný poměr počtu pacientů v řádné substituční léčbě a

<sup>21</sup> K dispozici jsou pouze dílčí a omezené údaje. Např. z průzkumu provedeného v psychiatrických (AT) ambulancích (Miovská et al. 2006) vyplynulo, že v r. 2003 poskytovalo léčbu Subutexem cca 50 psychiatrických (AT) ambulancí. V průzkumu provedeném v únoru 2007 ve Středočeském kraji bylo identifikováno 9 lékařů (psychiatrů, ale i praktiků), kteří Subutex® předepisují (Plaček, 2007). Počty pacientů léčených Subutexem v ordinaci psychiatra, ale i jiného specialisty, mohou být značné – např. v ordinaci interní ambulance a poradny pro choroby jater, Remedis, Nuselská poliklinika, Praha 4, která se specializuje na léčbu somatických onemocnění uživatelů drog a která je součástí sítě služeb pro uživatele drog v Praze, bylo v r. 2006 léčeno Subutexem 241 osob (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy v r. 2006).

<sup>22</sup> Informace o průměrné délce léčby cca půl roku byla získána z průzkumu mezi ambulantními psychiatry v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004), v přepočtu na rok to je průměrně 1 aplikace za dva dny.

problémových uživatelů Subutexu (tj. osob zneužívajících jej na drogové scéně) není přesně znám<sup>23</sup> a lze také předpokládat překryv mezi oběma skupinami. V r. 2006 bylo v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními 2 890 uživatelů Subutexu získaného bez lékařského předpisu – viz také kapitolu Služby nízkoprahových zařízení, str. 49; prevalenční odhad problémových uživatelů, provedený poprvé v r. 2006, dosáhl 4 300 osob – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog, str. 21.

obrázek 5-5: Distribuované množství Subutexu (v g buprenorfinu) a odhadovaný počet uživatelů Subutexu v r. 2000–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004; Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2007)



### 5.3.2 Zneužívání substitučních preparátů a jejich výskyt na černém trhu

Metadon se na černém trhu podle dostupných údajů v r. 2006, stejně jako nikdy v minulosti, nevyskytoval.

Výskyt Subutexu na černém trhu a drogové scéně je popisován v Praze od r. 2002 (Řezníčková a Nedvěd, 2004), v dalších letech i v dalších zejména českých krajích – viz také VZ 2005, VZ 2004 a VZ 2003. V průzkumu provedeném v pražských nízkoprahových zařízeních v r. 2006 užívalo Subutex<sup>®</sup> samotný nebo v kombinaci 56,1 % klientů; ve srovnání s tím pervitin 48,5 % a heroin 12,6 % klientů (Mravčík a Orlíková, 2007). Černý trh se Subutexem probíhá především jako prodej a nákup malých množství tablet Subutexu pocházejícího z lékáren mezi jednotlivými uživateli, kteří prodají část tablet předepsaných jedním nebo častěji více lékaři<sup>24</sup>.

Registr žádostí o léčbu provozovaný HS eviduje užívání Subutexu od r. 2003, je patrný nárůst žádostí o léčbu v souvislosti s jeho užíváním – tabulka 5-12.

tabulka 5-12: Počty prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním Subutexu jako základní a sekundární drogy v r. 2003–2006 (Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2005; Polanecký et al. 2006; Polanecký et al. 2007)

Rok	Prvožadatelé			Všichni žadatelé		
	Základní droga	Sekundární droga	Celkem	Základní droga	Sekundární droga	Celkem
2003	4	13	17	16	41	57
2004	58	51	109	145	114	259
2005	6	72	78	223	187	410
2006	117	157	274	331	409	740

Odhadovaný počet problémových uživatelů Subutexu v r. 2006 je 4 300 osob – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog, str. 21. Většina problémových uživatelů Subutexu jej užívá injekčně – mezi klienty kontaktních center byl zjištěn 95% podíl injekčních uživatelů ze všech uživatelů Subutexu (Petroš et al. 2005; Mravčík a Orlíková, 2007); v registru žádostí o léčbu tvořili injekční uživatelé 70,7 % a 74,4 % všech žadatelů, resp. prvožadatelů se základní drogou Subutex<sup>®</sup> (Polanecký et al. 2007).

V r. 2006 nebylo zaznamenáno žádné úmrtí na předávkování s nálezem metadonu ani buprenorfinu (Subutexu), bylo hlášeno jedno úmrtí na septickou endokarditidu u uživatele Subutexu – blíže viz kapitolu Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 38.

<sup>23</sup> V Praze bylo např. zjištěno, že cca 60 % Subutexu spotřebovaného klienty nízkoprahových zařízení pochází pravděpodobně z černého trhu (Mravčík a Orlíková, 2007).

<sup>24</sup> Aktuální zdroje: příspěvky a diskuze na konferencích: Substituční léčba, Středočeský kraj, 02.05.2007; Opiátová závislost v ČR a nové postupy léčby, Praha, 28.06.2007.

### 5.3.3 Evaluace substituční léčby

V r. 2006 došlo k dalšímu zvýšení dostupnosti substituční léčby ve specializovaných centrech – byla otevřena nová centra poskytující metadon v Karlových Varech a ve dvou věznicích.

V r. 2000–2006 bylo ve specializovaných centrech evidováno celkem 3 607 přijetí a 2 909 ukončení léčby. Nejčastějším důvodem ukončení bylo v 2 111 případech (72,6 %) porušení terapeutické smlouvy ze strany pacienta, 8 osob (0,3 %) zemřelo. V r. 2006 se uskutečnilo celkem 622 přijetí a 495 propuštění ze substituční léčby. Není výjimkou, že klient nastupuje do substituční léčby opakovaně – v r. 2006 dosáhl průměrný počet nástupů do léčby na jednoho pacienta 1,2 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007d). Důvody ukončení léčby ve specializovaných centrech uvádí tabulka 5-13.

tabulka 5-13: Důvod ukončení substituční léčby ve specializovaných centrech od r. 2000 do 31.12.2006 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007b)

Centrum	Počet epizod		Důvod ukončení léčby						Celkem
	Přijetí	Ukončení	1	2	3	4	5	6	
Praha (Drop In)	1 604	1 452	57	62	1 193	12	3	125	<b>1 452</b>
Ústí nad Labem	944	759	13	30	619	42	2	53	<b>759</b>
Praha (VFN)	505	380	52	41	162	8	1	116	<b>380</b>
Mělník	117	96	13	5	20	1	1	56	<b>96</b>
České Budějovice	84	58	1	9	40	0	0	8	<b>58</b>
Ostrava	54	45	5	1	23	3	0	13	<b>45</b>
Brno	104	41	1	0	27	6	0	7	<b>41</b>
Hradec Králové	63	32	4	8	12	3	1	4	<b>32</b>
Olomouc	40	23	3	1	11	0	0	8	<b>23</b>
Praha (OS Sananim)	71	15	1	6	3	0	0	5	<b>15</b>
Karlovy Vary	15	5	1	1	1	0	0	2	<b>5</b>
Věznice Praha-Pankrác a Příbram	6	3	3	0	0	0	0	0	<b>3</b>
<b>Celkem</b>	<b>3 607</b>	<b>2 909</b>	<b>154</b>	<b>164</b>	<b>2 111</b>	<b>75</b>	<b>8</b>	<b>397</b>	<b>2 909</b>

Pozn.: Důvod ukončení léčby: 1 – převedení pacienta do jiného zařízení, 2 – převedení pacienta na jiný typ léčby, 3 – porušení terapeutické smlouvy ze strany klienta, 4 – nástup do vězení, 5 – úmrtí pacienta, 6 – jiný důvod.

V únoru 2007 byl o.s. Semiramis uskutečněn průzkum mezi 7 nízkoprahovými programy ve Středočeském kraji mapující stav poskytování substituční léčby jejich klientům. Pracovníky programů je vnímán nedostatek zařízení poskytujících substituční léčbu ve Středočeském kraji. Dále bylo zjištěno, že lékaři předepisující Subutex® nepovažují v naprosté většině injekční aplikaci Subutexu za kontraindikaci léčby a nedostatečná je úroveň návazné psychosociální péče a spolupráce s jinými zařízeními poskytujícími (psychosociální) služby uživatelům drog. Subutex® je dle klientů na černém trhu snadno dostupný, naopak legální dostupnost substituční léčby je vnímána jako horší (Plaček, 2007).

V ambulanci oddělení pro léčbu závislosti Všeobecné fakultní nemocnice v Praze byl proveden průzkum zaměřený na kvalitu života u 20 pacientů (14 mužů, 6 žen) zařazených do substituční léčby Subutexem. Průměrný věk byl 26,2 roku s rozpětím 17–39 let (muži 27,4, rozpětí 18–39; ženy 22,8 rozpětí 17–24). Byl použit dotazník na kvalitu života WHOQOL-BREF. 18 (90 %) respondentů zaznamenalo v průběhu léčby celkové zlepšení kvality života. Ke zhoršení došlo u spokojenosti se svým zdravím, což bylo pravděpodobně způsobeno tvorbou náhledu, a u pocitu uspokojování finančních potřeb - patrně z důvodu redukce příjmů z kriminální činnosti (Vlčková-Zenáhlíková, 2007).

Retencí v substitučním programu Subutexem se zabývala studie na 132 pacientech závislých na heroinu (průměrný věk 25 let, 76 % mužů, průměrná doba užívání heroinu 7,5 roku) náhodně zařazených do tří forem substituční léčby (specializované centrum, kombinace specializovaného centra s ordinací praktického lékaře a ordinace praktického lékaře). Průměrná délka setrvání v programu byla téměř dva měsíce (57,4 dnů). Program v délce tříměsíčního sledování dokončilo 35 % pacientů. Kritickou dobou pro opuštění programu bylo období mezi 5. a 9. týdnem programu. Délka setrvání v programu ani míra dokončení tříměsíčního sledování se nelišila podle toho, zda se jednalo o program ve specializovaném centru nebo v ordinaci praktického lékaře. Autoři studie považují dodržování doporučených standardů, zkvalitnění vzdělávání praktických lékařů a zvýšení jejich motivace za nezbytné pro úspěšnou implementaci substituční léčby v ordinacích praktických lékařů (Večeřová et al. 2007).

## 6 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

V r. 2006 došlo k výraznému meziročnímu poklesu u všech hlavních skupin pouličních drog podílejících se tradičně na předávkování (10 případů smrtelných předávkování opiáty, 12 pervitinem a 14 těkavými látkami) – především u opiátů, ale i u těkavých látek je tento pokles patrný od r. 2003, u pervitinu od r. 2004. V posledních 3 letech jsou hlášena ojedinělá předávkování na extázi a kokain. Úmrtí s nálezem metadonu ani buprenorfinu (Subutexu) se v r. 2006 nevyskytla.

Situace ve výskytu infekčních nemocí u uživatelů drog je stabilní. Promořenost HIV u injekčních uživatelů je hluboko pod 1 %, a to i ve skupinách rizikových uživatelů s delší anamnézou injekční aplikace nebo s vysokou prevalencí virových hepatitid. Počet nově infikovaných injekčních uživatelů virem HIV byl v r. 2006 stejný jako v r. 2005. Prevalence virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů vyšetřených v r. 2006 v nízkoprahových programech byla pod 20 %, virové hepatitidy typu B cca 2 %.

### 6.1 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

V ČR jsou na základě podzákonné normy (vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřbenictví) soudním lékařem povinně prováděny pitvy všech náhlých úmrtí v případech, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a všech násilných úmrtí bez výjimky. Od r. 1998 jsou v ČR rutinně sledována drogová úmrtí (smrtelná předávkování) prostřednictvím speciálního registru vedeného na všech 13 odděleních soudního lékařství a soudní toxikologie. Od r. 2003 jsou ve stejném režimu sledována také úmrtí „za přítomnosti drog“<sup>25</sup>. Automatizovaný systém sběru dat od počátku své existence funguje a dále se rozvíjí v úzké spolupráci NMS a Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČLS JEP (SSLST). Od r. 2006 upozorňuje SSLST na zvyšující se počet pitev provedených soudními lékaři mimo síť 13 oddělení soudního lékařství; podle SSLST se také snižuje počet soudních pitev a vyžádaných toxikologických vyšetření nařízených policií podle § 115 trestního řádu. Oba tyto faktory mohou počty úmrtí detekovaných ve speciálním registru podhodnocovat.

#### 6.1.1 Předávkování drogami

V r. 2006 bylo zjištěno 212 úmrtí na předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychotropními léky. Z toho 37 předávkování bylo pouličními drogami (tj. ilegálními OPL a těkavými látkami) a 170 psychoaktivními léky, a u 5 předávkování se nepodařilo zjistit látku, která smrtelné předávkování způsobila. Bylo identifikováno celkem 10 případů smrtelných předávkování (nelegálními) opiáty, především heroinem, (24 případů v r. 2005), z toho ve 3 případech byl identifikován opiát v kombinaci s alkoholem a v 1 případě s pervitinem. Pervitin byl příčinou předávkování ve 12 případech (14 případů v r. 2005), z toho v 1 případě v kombinaci s MDMA. Z pouličních drog byly v r. 2006 nejčastější příčinou předávkování těkavé látky se 14 případy (18 případů v r. 2005), z toho ve dvou případech se jednalo o plyn do zapalovače (chlapci ve věku 14 a 15 let) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007).

V r. 2006 nebyla identifikována předávkování s nálezem metadonu či buprenorfinu (byla však identifikována 2 úmrtí na septickou endokarditidu v Ústeckém kraji, z toho v 1 případě u uživatele buprenorfinu (Subutexu) – tyto případy nejsou zahrnuty mezi předávkování). MDMA byl nalezen v 1 případě v kombinaci s pervitinem (klasifikováno jako předávkování pervitinem). Ani v r. 2006 nebyl hlášen žádný případ předávkování halucinogeny a THC (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007) – tabulka 6-1.

Předávkování psychotropními léčivy představují velmi heterogenní kategorii a její přesné zhodnocení je obtížné. Zahnuje totiž předávkování sebevražedná, náhodná či bez zjištěného úmyslu, a to jak léky lege artis předepsanými, tak léky zneužívanými. Celkem bylo v r. 2006 zjištěno 170 případů předávkování psychotropními léky<sup>26</sup> (156 případů v r. 2005), z toho 50 případů předávkování benzodiazepiny (56 případů v r. 2005) a 16 předávkování léky s obsahem opiátů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007).

Kromě léků došlo v r. 2006 k výraznému meziročnímu poklesu u všech hlavních skupin pouličních drog podílejících se tradičně na předávkování – u opiátů se jedná o nejnižší počet za sledované období od r. 1998, u těkavých látek je pokles patrný od r. 2003, u pervitinu od r. 2004; u kokainu jsou od r. 2004 hlášena ojedinělá úmrtí obrázek 6-1.

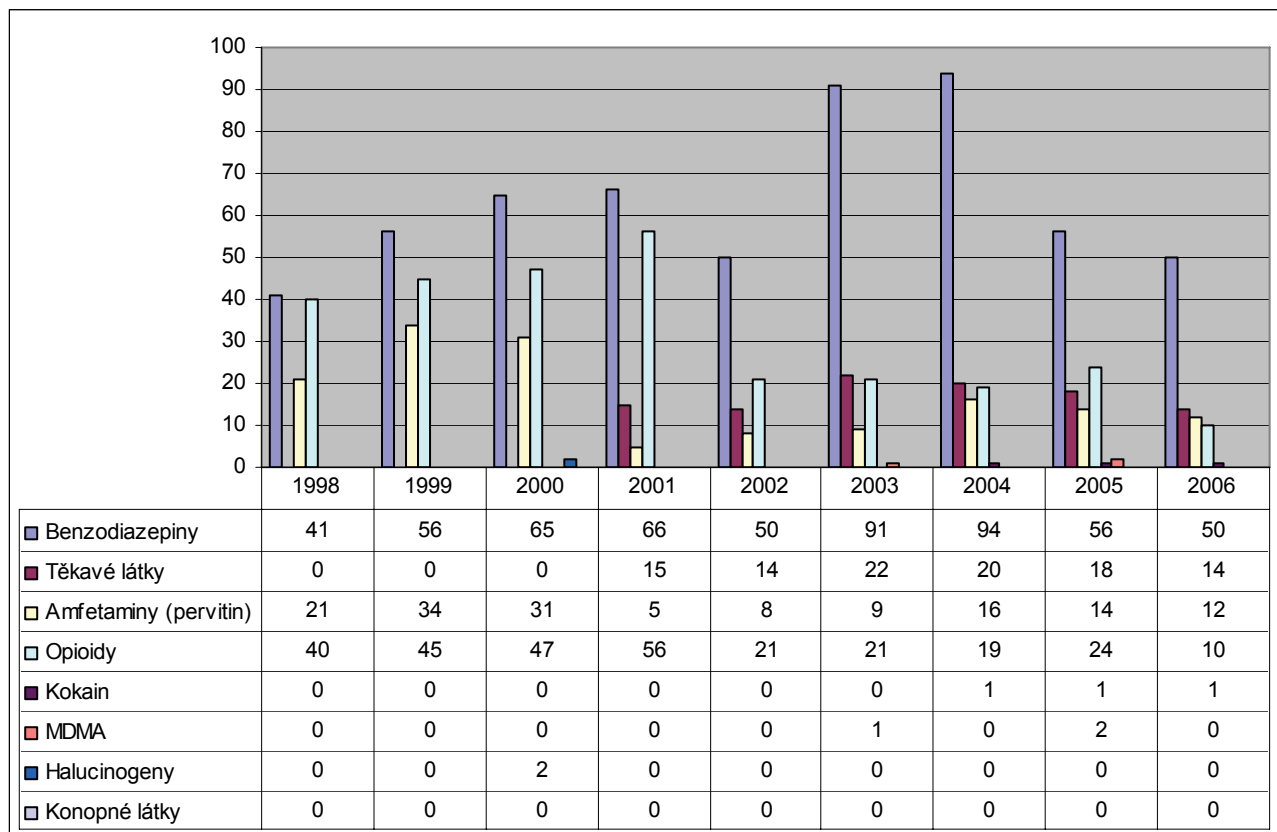
<sup>25</sup> Podrobný metodický souhrn určování drogových úmrtí obsahuje metodická publikace (Zábranský et al. 2004).

<sup>26</sup> Převážná většina předávkování léky má charakter sebevraždy, většinou se jedná o kombinaci (více) léků s alkoholem.

tabulka 6-1: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2006 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007)

Droga/věk. skupina	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Neznámo	Celkem		
														Muži	Ženy	Celkem
Jen opiáty nebo opioidy (vyjma metadonu)	0	0	1	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	<b>9</b>
Jen metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Více látek včetně opiátů/opioidů	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	<b>1</b>
– z toho obsažen metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Celkem opiáty	0	0	1	4	4	0	0	0	0	0	0	1	0	10	0	<b>10</b>
Jedna nebo více látek, nikoliv však opiáty/opioidy	1	2	6	4	6	1	2	2	1	1	1	0	0	21	6	<b>27</b>
– z toho obsaženy těkavé látky	1	1	2	4	4	0	0	1	0	0	1	0	0	12	2	<b>14</b>
– z toho obsažen pervitin	0	1	4	0	2	1	2	0	1	1	0	0	0	8	4	<b>12</b>
– z toho obsažen kokain	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
– z toho obsaženy taneční drogy (např. MDMA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
– z toho obsaženy halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Psychoaktivní léky	0	2	5	14	6	19	24	20	24	22	11	23	0	82	88	<b>170</b>
– z toho obsaženy benzodiazepiny	0	0	0	3	5	5	7	5	8	6	4	7	0	26	24	<b>50</b>
Nespecifikováno/neznámo	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0	<b>5</b>
<b>Celkem mimo léků</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>6</b>	<b>37</b>
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>118</b>	<b>94</b>	<b>212</b>

obrázek 6-1: Smrtelná předávkování vybranými drogami v r. 1998–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007)



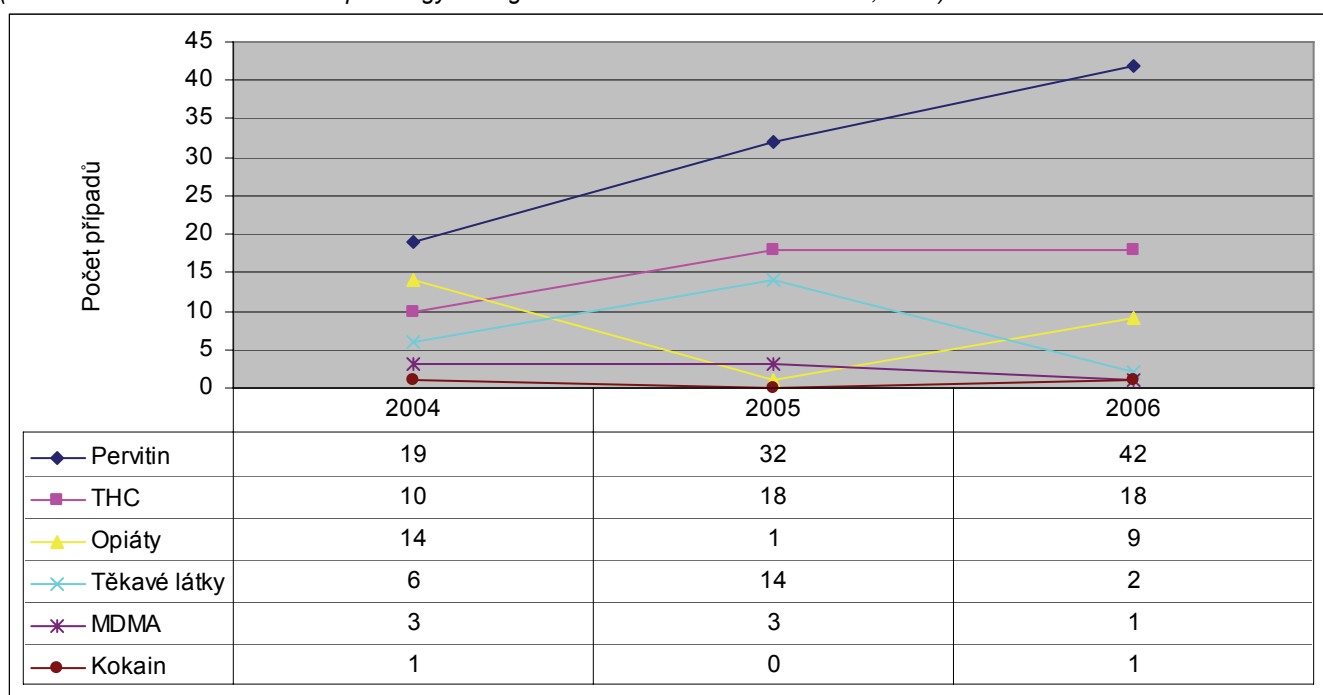
## 6.1.2 Úmrtí za přítomnosti drog

Celkem bylo v r. 2006 identifikováno 145 úmrtí za přítomnosti drog<sup>27</sup>, z toho 4 pro nemoc, 69 případů nehod, 64 případů sebevražd, 5 případů zabití či vražd a 3 úmrtí z jiných příčin. Přehled podílu vybraných skupin drog na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti drog uvádí tabulka 6-2, trend za poslední 3 roky obrázek 6-2 a tabulka 6-3. Za pozornost stojí zejména nárůst počtu a podílu úmrtí za přítomnosti pervitinu.

tabulka 6-2: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2006 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007)

OPL	Nemoc (n = 4)	Nehoda (n = 69)	Sebevražda (n = 64)	Zabití/vražda (n = 5)	Jiné (n = 3)	Celkem (n = 145)	Podíl (%)
Pervitin	2	26	12	2	0	42	29,0
Benzodiazepiny	0	17	19	2	2	40	27,6
THC	1	15	1	0	1	18	12,4
Opiáty/opioidy	1	2	5	1	0	9	6,2
Těkavé látky	0	0	2	0	0	2	1,4
MDMA	0	1	0	0	0	1	0,7
Kokain	0	0	0	1	0	1	0,7

obrázek 6-2: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2004–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007)



tabulka 6-3: Podíl vybraných skupin drog na úmrtích za přítomnosti drog zjištěných na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2003–2006 (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007)

Droga	2004 (n = 164)	2005 (n = 151)	2006 (n = 145)
Pervitin	11,6	21,2	29,0
Benzodiazepiny	50,0	33,8	27,6
THC	6,1	11,9	12,4
Opiáty/opioidy	8,5	0,7	6,2
Těkavé látky	3,7	9,3	1,4
MDMA	1,8	2,0	0,7
Kokain	0,6	0,0	0,7

Nález drog v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod – viz kapitolu Další poruchy spojené s užíváním drog, str. 44.

<sup>27</sup> Za pozitivní jsou u konopných látek považovány případy, kde je prokázán THC nebo jeho aktivní metabolit (nikoliv tedy např. THC-COOH), a u těkavých látek nález těch látek, které nevznikají post mortem nebo nejsou prokazovány u některých fyziologických nebo patologických stavů (jako např. aceton, acetaldehyd, n-propanol, n-butanol).

### 6.1.3 Mortalita uživatelů drog

Retrospektivní kohortová studie mortality byla v ČR realizována v r. 2004, výstupy ze studie se vztahují k časovému období 1997–2002. K dispozici pro studii byly čtyři předem definované skupiny uživatelů drog: dva soubory hospitalizovaných pro poruchy spojené s užíváním drog (12 207 a 2 824 osob), soubor injekčních uživatelů s hlášenou virovou hepatitidou (3 037 osob) a soubor uživatelů v opiátové substituční léčbě (704 osob). Bližší informace o výstupech ze studie viz VZ 2004 a články publikované v odborných časopisech (Lejčková a Mravčík, 2005; Lejčková a Mravčík, 2007). Další kohortová studie mortality uživatelů drog není v současnosti plánována.

## 6.2 Infekce spojené s užíváním drog

### 6.2.1 Hlášená incidence HIV/AIDS a virových hepatitid

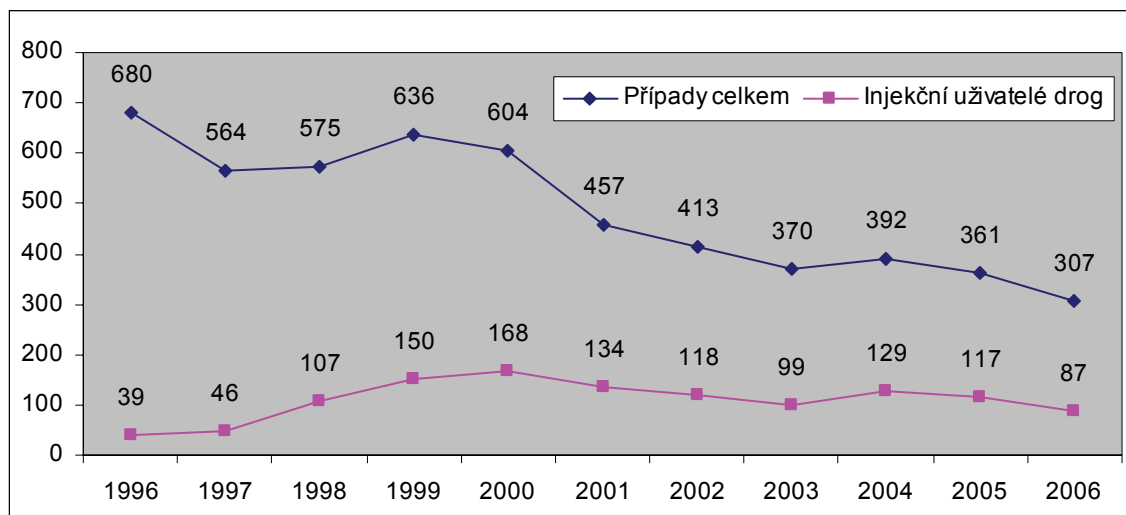
Výskyt nových hlášených případů HIV infekce jak mezi injekčními uživateli drog (IUD), tak v celkové populaci je v ČR relativně nízký, nicméně v posledních třech letech jeví vzestupnou tendenci. V r. 2006 přibylo 93 nově diagnostikovaných případů HIV (což je o 3,3 % více než v r. 2005), u 6 z nich mohla být nákaza přenesena injekčním užíváním drog. K 31.12.2006 bylo v ČR evidováno celkem 920 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 41 IUD a u 13 dalších osob jde současně o IUD a homo/bisexuály (celkem 5,6 %, v jednotlivých letech 4–10 %) (Brůčková et al. 2007) – tabulka 6-4.

tabulka 6-4: Incidence HIV v ČR do 31.12.2006 dle způsobu přenosu (Brůčková et al. 2007)

Způsob přenosu (riziková skupina)	Do r. 2000	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Celkem
Homo/bisexuální styk	236	27	27	28	37	30	49	54	488
Heterosexuální styk	130	22	13	20	19	30	31	28	293
IUD	14	4	3	1	4	6	5	4	41
Hemofilik	17	0	0	0	0	0	0	0	17
Příjemce krve	14	0	0	0	0	0	0	0	14
Homo/bisexuální styk a IUD	5	0	2	1	1	1	1	2	13
Z matky na dítě	2	1	0	0	1	0	0	0	4
Nozokomiální přenos	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Nezjištěno	23	4	6	0	1	5	4	5	48
<b>Celkem</b>	<b>443</b>	<b>57</b>	<b>51</b>	<b>50</b>	<b>63</b>	<b>72</b>	<b>90</b>	<b>93</b>	<b>920</b>

V r. 2006 se počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB) celkem i u injekčních uživatelů drog opět snížil<sup>28</sup> – obrázek 6-3. Počet všech případů virové hepatitidy typu C (VHC) i případů VHC hlášených u uživatelů drog se výrazně zvýšil z 844 případů v r. 2005 na 1 022 v r. 2006 – obrázek 6-4. Důvodem tohoto umělého nárůstu je revize dokumentace pacientů dispenzarizovaných v interní ambulanci a poradně pro choroby jater, Remedis, Nuselská poliklinika, Praha 4 a jejich zpětné dohlášení hygienické službě<sup>29</sup> (Polanecký et al. 2007).

obrázek 6-3: Hlášená incidence VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2006 (Beneš, 2007)

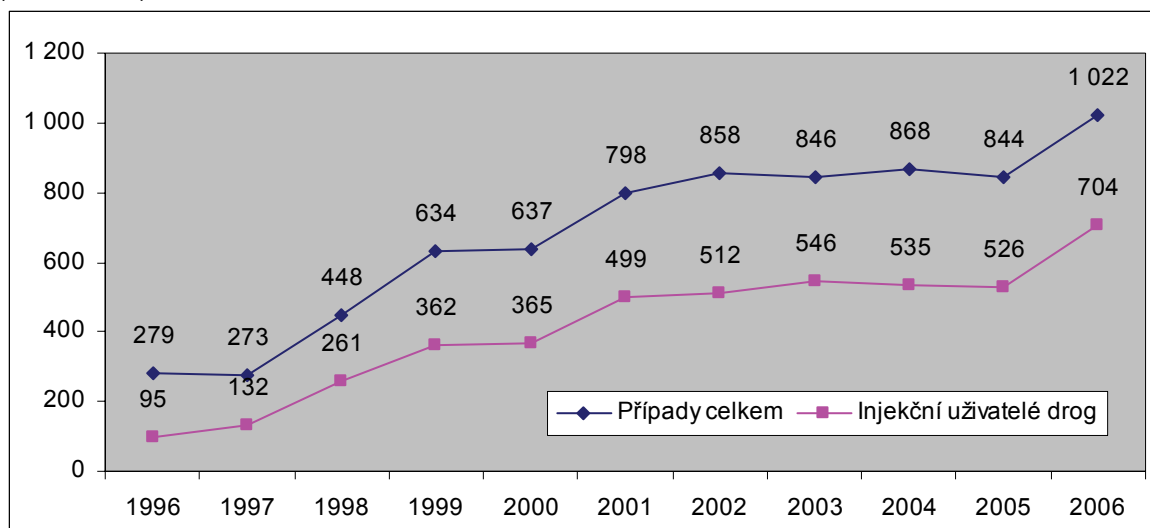


<sup>28</sup> V roce 2000 bylo v ČR zavedeno plošné očkování proti virové hepatitidě typu B a lze očekávat, že se incidence VHB bude dále snižovat.

<sup>29</sup> Celkem bylo tímto pracovištěm v r. 2006 hlášeno 293 případů HCV infekce. Z nich pouze 91 bylo již dříve hlášeno a evidováno z jiných pracovišť. Z 202 nově hlášených infekcí bylo přibližně 30 primárně diagnostikováno v tomto zařízení v roce 2006. V ostatních případech se jednalo o infekce osob prvotně diagnostikovaných v jiných zdravotnických zařízeních, avšak Hygienické službě nehlášených, což koreluje s navýšením počtu hlášených případů HCV infekce v ČR o 160–180 případů v r. 2006.



obrázek 6-4: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2006 (Beneš, 2007)



### 6.2.2 Prevalence HIV a virových hepatitid mezi uživateli drog

O výskytu infekcí, především virových hepatitid, mezi uživateli drog lépe vypovídají výsledky seroprevalenčních studií, rutinního hlášení výsledků vyšetření z laboratorí (laboratorní surveillance) nebo monitoringu testování uživatelů drog.

V r. 2006 bylo v ČR podle NRL pro AIDS SZÚ Praha provedeno celkem 819 812 laboratorních vyšetření HIV, z toho u injekčních uživatelů drog 1 406 s jedním pozitivním výsledkem (0,07 %); počet testů provedených injekčním uživateli drog<sup>30</sup> se opět snížil a jedná se o nejnižší počet od r. 1998 (Brůčková et al. 2007; Brůčková, 2007) – obrázek 6-4. Informace o výsledcích testování HIV v nízkoprahových zařízeních jsou uvedeny níže, údaje o dostupnosti testování infekcí v nízkoprahových zařízeních uvádí kapitola Služby nízkoprahových zařízení, str. 49.

tabulka 6-5: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v r. 1994–2006 (Brůčková, 2007)

Rok	Testy z krve		Testy ze slin		Celkem	
	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních
Do r. 1998	2 101	1	895	0	2 996	1
1998	2 158	0	1 124	0	3 282	0
1999	2 320	0	1 219	0	3 593	0
2000	2 091	0	1 001	0	3 092	0
2001	2 169	1	961	0	3 130	1
2002	1 536	0	734	1	2 270	1
2003	985	1	652	0	1 637	1
2004	1 609	0	222	0	1 831	0
2005	1 374	1	449	1	1 823	1*
2006	994	1	412	0	1 406	1
<b>Celkem</b>	<b>17 337</b>	<b>5</b>	<b>7 669</b>	<b>2</b>	<b>25 060</b>	<b>6</b>

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

Poslední (semi)reprezentativní studií VHC byla celonárodní seroprevalenční studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog na vzorku 760 klientů 12 nízkoprahových programů (základní seroprevalenční část probíhala v r. 2002–2003, seroincidenční do konce r. 2005). Ze 760 osob vyšetřených v základní části studie bylo 226 testů<sup>31</sup> reaktivních, po adjustaci na senzitivitu a specifitu testu byla vypočtena seroprevalence VHC 35,0 % (95% CI: 31,6–38,4) (Zábranský et al. 2006) – viz také VZ 2005.

Od r. 2004 probíhá monitoring testování injekčních uživatelů drog v nízkoprahových programech, výsledky za r. 2006 získané z 35 nízkoprahových programů uvádí tabulka 6-6. Zjištěná míra prevalence je každoročně nižší než u seroprevalenčních studií provedených dříve, pravděpodobným vysvětlením je skutečnost, že nabídky testování využívají především noví, tedy v menší míře infikovaní klienti, a monitoring probíhá i v oblastech s nižším výskytem infekcí mezi uživateli drog. Výsledky testování na VHC (jak z kapilární, tak žilní krve) v nízkoprahových programech

<sup>30</sup> Jedná se o případy, kdy informace o užívání drog je známa před testem, či je uváděným důvodem jeho provedení.

<sup>31</sup> Byl použit test Hepatitis C Virus Whole Blood Test (Cassette) firmy Alfa Scientific Designs, Inc., USA. Jde o rychlý orientační (screeningový) test z kapky kapilární krve, která se odebírá z bříška prstu. Před zahájením studie proběhla evaluace testu a byla prokázána jeho 86% senzitivita a 100% specifita. Od r. 2006 není v ČR k dispozici.

podle krajů uvádí tabulka 6-7 – nejvyšší prevalence VHC byla nalezena v Praze a Ústeckém kraji (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007g).

tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních v r. 2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007g)

Infekce	Druh materiálu k vyšetření	Počet provedených testů	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
HIV	Kapilární krev	222	0	0,0
	Žilní krev	292	0	0,0
	Sliny	214	0	0,0
VHC	Kapilární krev	416	59	14,1
	Žilní krev	279	52	18,6
VHB	Žilní krev	340	6	1,8
VHA	Žilní krev	202	0	0,0
Syfilis	Žilní krev	205	1	0,5
	Kapilární krev	58	0	0,0

tabulka 6-7: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2006 podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007g)

Kraj	Počet center provádějících testy na VHC	Počet testů	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
Hl. m. Praha	1	105	35	33,3
Středočeský	1	27	3	11,1
Jihočeský	3	54	3	5,6
Plzeňský	3	134	13	9,7
Karlovarský	0	–	–	–
Ústecký	5	230	55	23,9
Liberecký	1	34	0	0,0
Královéhradecký	1	4	0	0,0
Pardubický	0	–	–	–
Vysočina	3	31	0	0,0
Jihomoravský	1	41	0	0,0
Olomoucký	2	16	1	6,3
Zlínský	1	11	0	0,0
Moravskoslezský	1	8	1	12,5
<b>Celkem</b>	<b>23</b>	<b>695</b>	<b>111</b>	<b>16,0</b>

Zvlášť byly prezentovány výsledky vyšetřování HIV a VHC protilátek u klientů plzeňského Centra protidrogové prevence a terapie, o.p.s. prováděné ve spolupráci se Zdravotním ústavem se sídlem v Plzni (Fránová, 2007). V období od ledna 2005 do května 2007 bylo lékařem poradny HIV/AIDS zdravotního ústavu vyšetřeno v kontaktním centru celkem 112 injekčních uživatelů drog (byly použity laboratorními testy ELISA na vzorcích žilní krve). Nebyl identifikován žádný HIV pozitivní případ, 20 (17,9 %) případů bylo pozitivních na VHC protilátky (s maximem 24,5 % v r. 2005). Vyšší prevalenci VHC v prvním roce po zavedení služby uvádějí autoři do souvislosti s vyšším zájmem o vyšetření u starších klientů s delší dobou užívání drog (a tudíž vyšší pravděpodobností pozitivního výsledku), v dalších letech jsou testováni spíše klienti s kratší dobou užívání (podobný trend byl pozorován také u vyšetřování VHC rychlými testy). Dále byl autory zdůrazněn přínos spolupráce zdravotního ústavu a kontaktního centra pro monitorování a prevenci infekcí mezi uživateli drog.

Vyšší prevalence HIV a virových hepatitid je nalézána ve skupinách injekčních uživatelů drog s delším obdobím užívání drog, případně v selektivních vzorcích dispenzarizovaných nebo léčených uživatelů drog se somatickými potížemi. Například v interní ambulanci a poradně pro choroby jater, Remedis, Nuselská poliklinika, Praha 4, bylo v letech 2003–2006 nově registrováno 671 uživatelů drog, u kterých byla nalezena (sero)prevalence VHB 47 % a VHC 66 % (Řehák, 2007). V souboru 436 hospitalizovaných uživatelů drog v Infekčním centru pro drogově závislé ve Fakultní nemocnici Motol v Praze v letech 2002 až 2005 byla nalezena (sero)prevalence VHB 44 % a VHC 50 %; HIV infekce nebyla detekována – viz dále.

Podskupinou uživatelů v ČR, kde lze předpokládat vyšší výskyt infekcí, jsou (i)migranti ze zemí s vysokou prevalencí HIV a virových hepatitid, zejména ze zemí bývalého Sovětského svazu. V květnu 2007 byla Centrem adiktologie za podpory NMS a Magistrátu hl. m. Prahy zahájena studie s cílem zjištění (sero)prevalence HIV, VHC a VHB

v populaci injekčních uživatelů drog ze zemí bývalého Sovětského svazu, kteří se pohybují na drogové scéně v hl. m. Praze. K 15. srpnu bylo vyšetřeno 26 osob, z toho byly výsledky známy u 22: u 1 vyšetřeno (5 %) byla zjištěna infekce HIV, u 19 (86 %) aktivní virová hepatitida C, u 1 pak prodělaná a zřejmě spontánně vyléčená VHC. Celkem 14 osob (63 %) bylo nakaženo virovou hepatitidou typu B. Předpokládá se, že studie bude dokončena během listopadu 2007.

### 6.2.3 Výskyt dalších infekcí mezi uživateli drog

Publikovány byly výsledky sledování souboru pacientů hospitalizovaných v Infekčním centru pro drogově závislé ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze (Hobstová a Vitouš, 2007). V letech 2002 až 2005 zde bylo hospitalizováno 436 uživatelů drog. Důvodem k hospitalizaci byla u 191 pacientů (44 %) akutní virová hepatitida, u 67 (15 %) pacientů infekce kůže a měkkých tkání, u 65 pacientů (15 %) chronická virová hepatitida, v 31 případech (7 %) respirační infekce, v 24 (6 %) případech urogenitální infekce, v 19 případech (4 %) sepse; ostatních 9 % diagnóz tvořily méně časté infekce. Nalezená (sero)prevalence HIV, VHB a VHC je uvedena výše.

## 6.3 Další poruchy spojené s užíváním drog

### 6.3.1 Komorbidita hospitalizovaných uživatelů drog

V r. 2006 provedlo NMS analýzu dat z povinných hlášení hospitalizací ÚZIS z let 2001–2005; sledovány byly všechny hospitalizace osob, u nichž byla alespoň jednou v tomto období uvedena základní nebo vedlejší diagnóza duševní a behaviorální poruchy způsobené užíváním drog (diagnózy F11–F16 a F18–F19 podle MKN-10). Soubor se skládal z 19 795 osob, z nich bylo 12 654 mužů a 7 137 žen (u 4 osob nebylo uvedeno pohlaví) – viz VZ 2005.

V r. 2007 byla provedena další analýza z hlediska pohlaví a věku (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007b). Nejčastěji se při hospitalizaci vyskytovaly poruchy související s užíváním více drog (F19) – u mužů v 43,8 % případů, u žen v 35,5 % případů, dále užíváním opioidů (29,5 % mužů a 27,9 % žen) a stimulantů (24,3 % mužů a 22,6 % žen). U žen se významně častěji vyskytovaly také poruchy způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik (22,3 %), u mužů oproti tomu užíváním konopných látek (10,7 %) – tabulka 6-8.

*tabulka 6-8: Počet hospitalizovaných osob s diagnózou poruch způsobených užíváním drog (dg. F11–F16 a F18–F19) v r. 2001–2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007b)*

Diagnóza	Počet hospitalizovaných osob			Podíl (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
F11 (opioidy)	3 732	1 990	5 722	29,5	27,9	28,9
F12 (konopné látky)	1 356	442	1 798	10,7	6,2	9,1
F13 (sedativa, hypnotika)	953	1 592	2 545	7,5	22,3	12,9
F14 (kokain)	133	94	227	1,1	1,3	1,1
F15 (stimulancia)	3 078	1 610	4 688	24,3	22,6	23,7
F16 (halucinogeny)	308	130	438	2,4	1,8	2,2
F18 (těkavé látky)	615	141	756	4,9	2,0	3,8
F19 (kombinace látek)	5 543	2 531	8 074	43,8	35,5	40,8
<b>Celkem</b>	<b>12 654</b>	<b>7 137</b>	<b>19 791</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

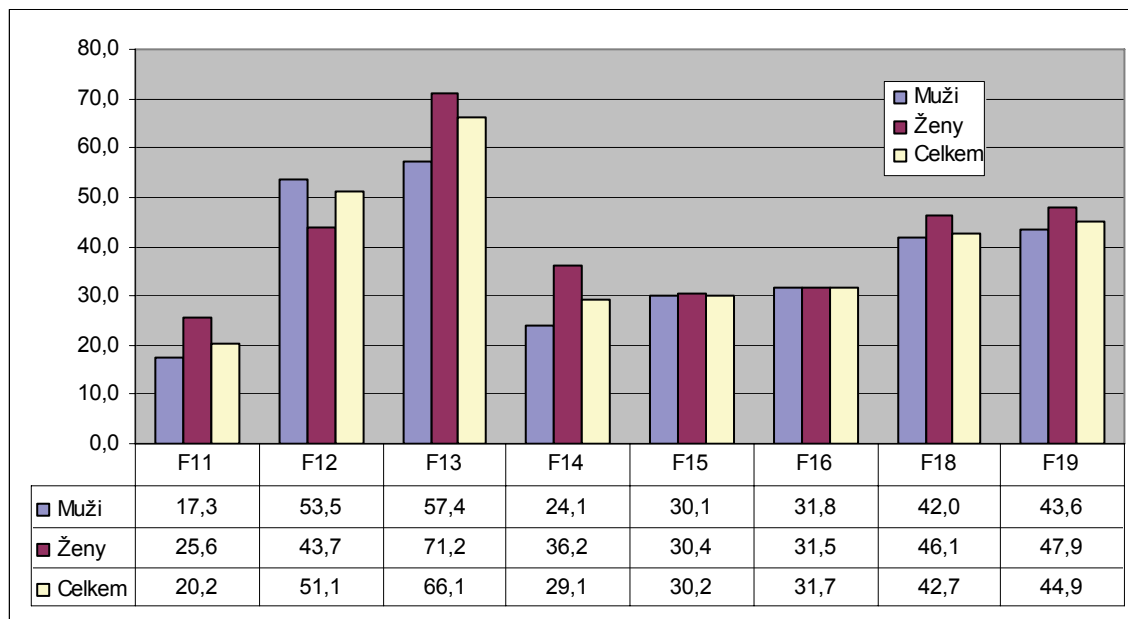
*Pozn.: Součet podle diagnóz je vyšší než počet osob celkem, důvodem je přítomnost více diagnóz u některých pacientů.*

V souboru převažovaly hospitalizace se základní diagnózou duševní a behaviorální poruchy (86,6 % u mužů a 84,4 % u žen<sup>32</sup>), následují diagnózy poranění, otravy a některé následky vnějších příčin (29,2 % u mužů a 25,3 % u žen). Dalšími v pořadí jsou u mužů infekční a parazitární nemoci (11,8 %) a nemoci trávicí soustavy (11,1 %), u žen těhotenství, porod a šestinedělí (19,1 %), nemoci trávicí soustavy (15,3 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (13,2 %).

Psychiatrické poruchy (diagnózy F00–F99, bez F10–F19) se relativně nejčastěji vyskytovaly společně s užíváním sedativ a hypnotik (57,4 % mužů a 71,2 % žen s diagnózou F13), u mužů dále s užíváním konopných látek (53,5 % mužů s dg. F12) a u žen s užíváním více drog (47,9 % žen s dg. F19). Relativně nejméně často se psychiatrické poruchy vyskytují u uživatelů opiátů (17,3 % mužů a 25,6 % žen), u mužů dále u uživatelů kokainu (24,1 %), u žen u uživatelů stimulantů (30,4 %) – obrázek 6-5.

<sup>32</sup> Pochopitelné vzhledem k selekčním kritériím pro výběr souboru.

obrázek 6-5: Výskyt psychiatrických poruch (F00–F99, bez F10–F19) v kombinaci s užíváním nelegálních drog u hospitalizovaných pacientů podle pohlaví (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007b)



Pozn.: Duševní a behaviorální poruchy způsobené užíváním nelegálních drog: F11 – opioidy, F12 – konopné látky, F13 – sedativa nebo hypnotika, F14 – kokain, F15 – stimulancia, F16 – halucinogeny, F18 – těkavé látky, F19 – více drog a jiné psychoaktivní látky.

K nejčastějším psychiatrickým poruchám mimo okruh látkových závislostí patří u mužů poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60–F69; 16,8 %), dále neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40–F49; 12,0 %) a schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (F20–F29; 8,5 %). U žen se nejčastěji vyskytovaly neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem (F40–F49; 21,0 %), poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60–F69; 14,1 %) a afektivní poruchy, tj. poruchy nálady (F30–F39; 13,2 %). Vyšší výskyt poruch osobnosti a chování u mužů byl ve srovnání s ženami zaznamenán především v případě uživatelů konopných látek a stimulancií, neurotické poruchy u mužů se vyskytovaly především u uživatelů stimulancií a konopných látek. U žen byl sledován výrazně vyšší výskyt neurotických poruch a poruch vyvolaných stresem u uživatelů hypnosedativ, ale také kokainu (zde je třeba vzít v úvahu nízký počet případů) a opioidů. Zároveň byl zaznamenán vyšší výskyt afektivních poruch u uživatelů hypnosedativ. Podrobnější informace podává tabulka 6-9 a tabulka 6-10.

tabulka 6-9: Psychiatrické diagnózy v kombinaci s užíváním nelegálních drog u vybraných pacientů – muži (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007b)

Dg. skupina	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F18	F19	Celkem
F00–F09	2,3	1,6	10,0	2,3	1,1	2,3	3,3	3,2	<b>2,9</b>
F20–F29	3,1	15,2	9,2	5,3	7,0	10,7	7,6	12,3	<b>8,5</b>
F30–F39	2,9	4,7	19,5	5,3	2,9	5,5	2,3	5,7	<b>4,9</b>
F40–F49	5,5	19,4	28,9	9,8	9,5	10,1	9,8	14,2	<b>12,0</b>
F50–F59	0,5	0,8	1,7	1,5	0,5	0,3	0,5	0,7	<b>0,6</b>
F60–F69	7,9	25,6	24,4	17,3	18,4	15,6	17,2	23,8	<b>16,8</b>
F70–F79	0,9	2,4	1,5	0,8	0,6	2,3	8,0	2,4	<b>1,8</b>
F80–F89	0,1	0,4	0,5	0,0	0,1	0,0	1,1	0,2	<b>0,2</b>
F90–F98	1,1	10,1	2,0	0,8	2,2	3,2	12,5	3,3	<b>3,2</b>
F99	0,2	0,3	0,5	2,3	0,4	0,6	0,3	0,3	<b>0,3</b>
<b>Celkem (N)</b>	<b>3 732</b>	<b>1 356</b>	<b>953</b>	<b>133</b>	<b>3 078</b>	<b>308</b>	<b>615</b>	<b>5 543</b>	<b>12 654</b>

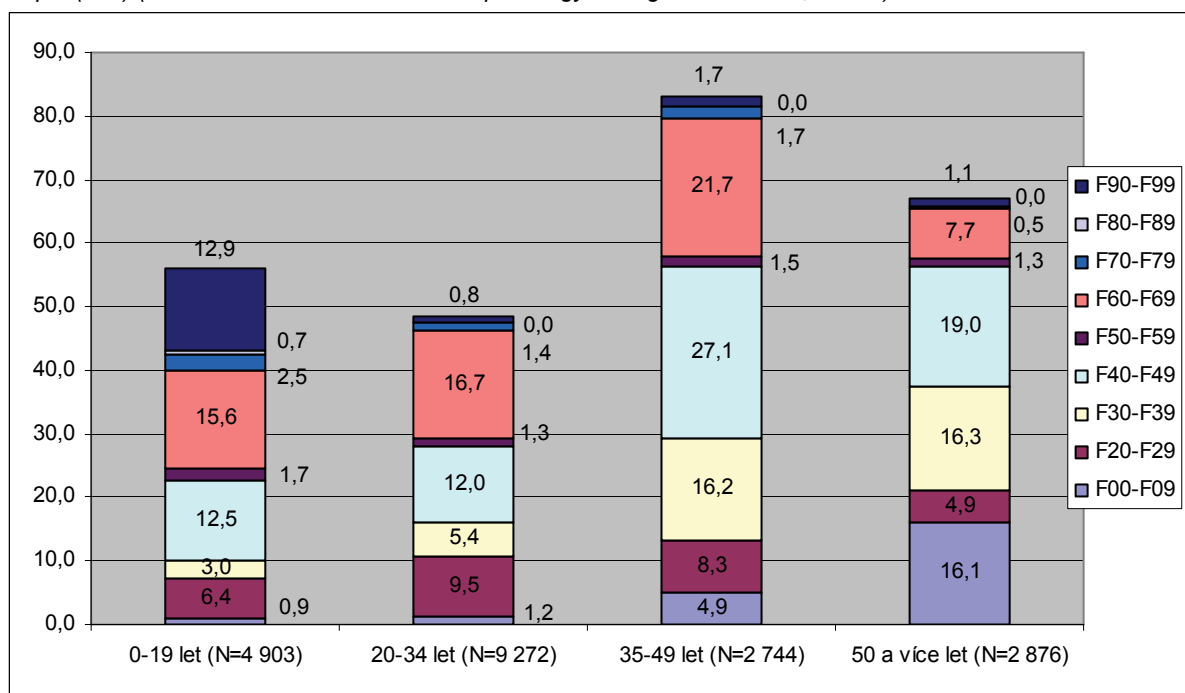
tabulka 6-10: Psychiatrické diagnózy v kombinaci s užíváním nelegálních drog u vybraných pacientů – ženy (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007b)

Dg. skupina	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F18	F19	Celkem
F00–F09	4,0	2,3	11,7	4,3	1,3	0,8	5,0	4,4	<b>5,3</b>
F20–F29	3,9	9,0	7,0	3,2	7,3	6,2	4,3	9,6	<b>6,8</b>
F30–F39	7,8	10,0	29,0	7,4	5,8	6,2	8,5	13,3	<b>13,2</b>
F40–F49	11,6	15,6	44,0	21,3	10,4	13,8	17,0	22,6	<b>21,0</b>
F50–F59	1,7	2,5	4,5	5,3	3,1	3,1	2,1	3,6	<b>2,9</b>
F60–F69	7,4	12,9	24,4	11,7	12,0	11,5	11,3	19,6	<b>14,1</b>
F70–F79	1,3	0,7	0,9	1,1	1,2	2,3	3,5	1,5	<b>1,1</b>
F80–F89	0,0	0,9	0,1	1,1	0,2	0,8	2,1	0,3	<b>0,2</b>
F90–F98	1,9	13,6	3,2	7,4	5,7	3,8	12,1	6,1	<b>4,4</b>
F99	0,2	0,9	0,6	1,1	0,2	0,8	0,7	0,7	<b>0,4</b>
<b>Celkem (N)</b>	<b>1 990</b>	<b>442</b>	<b>1 592</b>	<b>94</b>	<b>1 610</b>	<b>130</b>	<b>141</b>	<b>2 531</b>	<b>7 137</b>

Pozn.: F00–F09 – organické duševní poruchy, včetně symptomatických, F20–F29 – schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy, F30–F39 – afektivní poruchy (poruchy nálady), F40–F49 – neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy, F50–F59 – behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, F60–F69 – poruchy osobnosti a chování u dospělých, F70–F79 – mentální retardace, F80–F89 – vývojové poruchy, F90–F98 – poruchy chování u dětí, F99 – duševní porucha jinak neurčená. Duševní a behaviorální poruchy způsobené užíváním nelegálních drog: F11 – opioidy, F12 – konopné látky, F13 – sedativa nebo hypnotika, F14 – kokain, F15 – stimulancia, F16 – halucinogeny, F18 – těkavé látky, F19 – více drog a jiné psychoaktivní látky.

Sledován byl také výskyt psychiatrických poruch v souboru hospitalizovaných osob z hlediska věkových skupin. Ve věkových skupinách 0–19 let a 20–34 let se z psychiatrických diagnóz mimo látkové závislosti nejčastěji objevily poruchy osobnosti a chování dospělých (F60–F69; 15,6 %, resp. 16,7 %), ve věkové skupině do 19 let byly často uváděny také poruchy chování u dětí a jinak neurčené poruchy (F90–F99; 12,9 %). Ve věkových skupinách 35–49 let a nad 50 let převládají neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40–F49; 27,1 %, resp. 19,0 %). S rostoucím věkem roste také výskyt afektivních poruch (F30–F39) a výskyt organických duševních poruch (F00–F09) – obrázek 6-6.

obrázek 6-6: Psychiatrické diagnózy v kombinaci s užíváním nelegálních drog u vybraných pacientů podle věkových skupin (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007b)

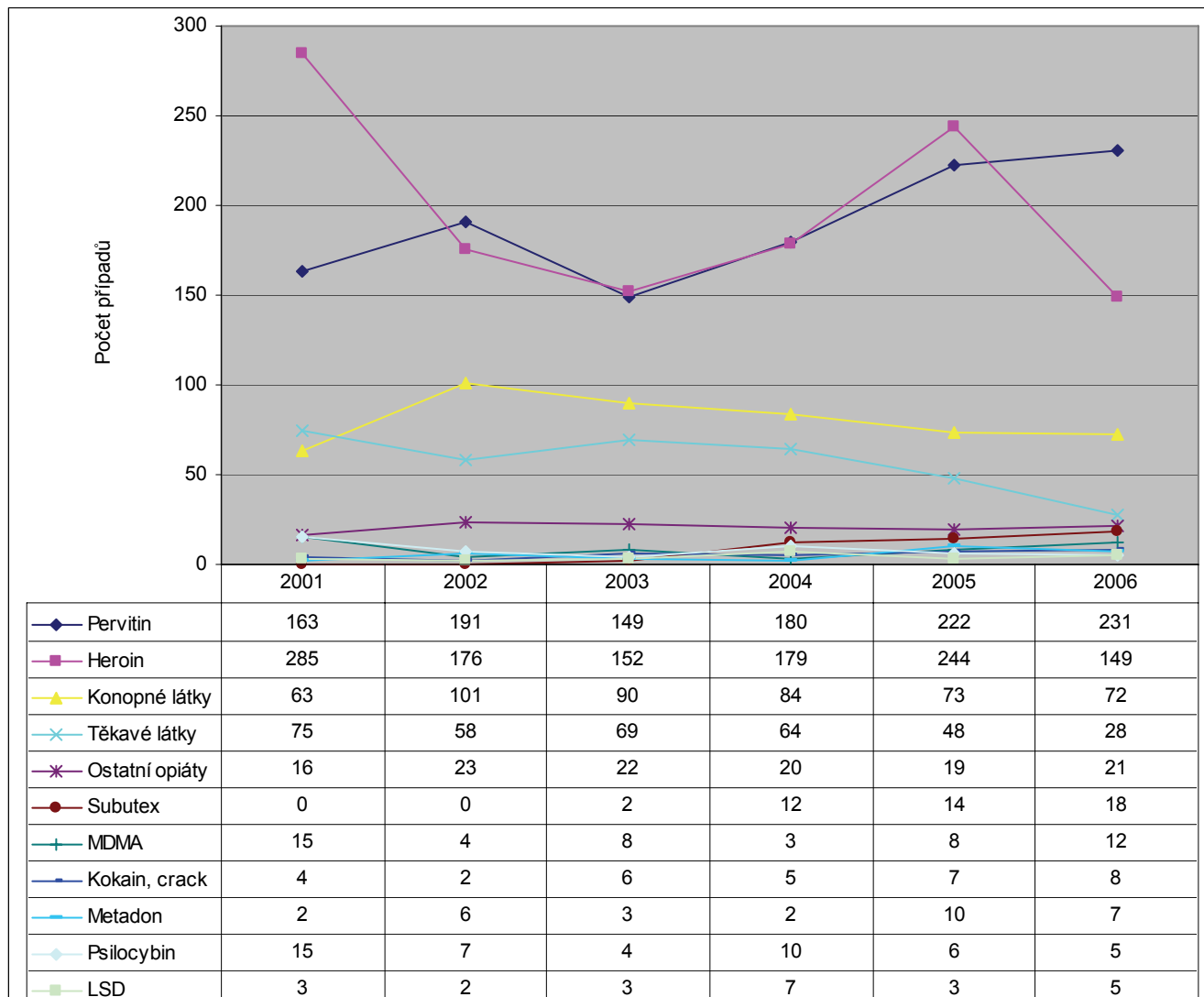


Pozn.: Názvy kategorií psychiatrických diagnóz – tabulka 6-10. Součet výskytu jednotlivých skupin psychiatrických diagnóz neodpovídá celkovému výskytu psychiatrických diagnóz (F00–F99 bez F10–F19); důvodem je výskyt více psychiatrických diagnóz u jednotlivých pacientů.

### 6.3.2 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích<sup>33</sup> je založen na systému provozovaném HS. Přetrvávají značné regionální rozdíly v systému sběru dat. Zdrojem dat jsou různé typy zdravotnických zařízení. V r. 2006 bylo zaznamenáno 954 případů (1 193 případů v r. 2005). Trend u vybraných drog uvádí obrázek 6-7.

obrázek 6-7: Nefatální intoxikace vybranými drogami v ČR v r. 2001–2006 (Polanecký et. al, 2002–2007)



### 6.3.3 Drogy a dopravní nehody

Od r. 2003 jsou analyzovány nálezy etanolu a ostatních drog<sup>34</sup> u pitvaných účastníků dopravních nehod na všech 13 odděleních soudního lékařství a soudní toxikologie v ČR – blíže kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 38; data za r. 2003 byla publikována v odborném tisku (Mravčík et al. 2005). Soubor je rozdělen na 4 kategorie: chodce, cyklisty, řidiče motorových vozidel a ostatní. Do kategorie ostatní jsou zařazeni především spolujezdci v motorových vozidlech a zemřelí nepatřící do předchozích 3 kategorií (jiné než silniční dopravní nehody – např. nehody letadla, nehody na staveništích, cestující v prostředcích hromadné dopravy apod.).

V r. 2003–2006 bylo toxikologicky vyšetřeno<sup>35</sup> přibližně 50 % všech osob zemřelých při dopravních nehodách – tabulka 6-11. Největší podíl pozitivních výsledků byl zjištěn u etanolu – klesající trend z let 2003–2005 se zastavil a podíl pozitivních nálezů téměř dosáhl hodnoty r. 2003. K nárůstu došlo u podílu pozitivních nálezů pervitinu a THC, které v r. 2006 poprvé přesáhly hodnoty nalezené u benzodiazepinů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007) – tabulka 6-12.

<sup>33</sup> V rámci tohoto systému jsou hlášeny případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících urgentní hospitalizaci.

<sup>34</sup> Za pozitivní jsou u etanolu považovány případy s hladinou vyšší než 0,2 g/kg (Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie, 1999), u konopných látek případy, kde je prokázán THC nebo jeho aktivní metabolit (nikoliv tedy např. THC-COOH), a u těkavých látek nález těch látek, které nevznikají post mortem nebo nejsou prokazovány u některých fyziologických nebo patologických stavů (jako např. aceton, acetaldehyd, n-propanol, n-butanol).

<sup>35</sup> Tj. vyšetřeno na etanol nebo na některou drogu ze skupiny těkavé látky, opiáty, stimulantia, konopné látky, kokain, benzodiazepiny, barbituráty.

tabulka 6-11: Přehled pitvaných na odděleních soudních lékařství v ČR v r. 2003–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007)

Rok	Celkem pitváno těl	Z toho zemřelí při dopravních nehodách		
		Pitváno těl	Počet toxikologicky vyšetřených	Podíl toxikologicky vyšetřených (%)
2003	9 960	1 035	554	53,5
2004	12 731	1 255	590	47,0
2005	11 358	1 047	561	53,6
2006	12 498	1 034	438*	46,4**

Pozn.: \* Chybí soubor toxikologických vyšetření z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady dodaný až po zpracování této kapitoly (celkem 645 pitev, z toho 91 dopravních nehod). \*\* Počítáno bez Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (n = 943).

tabulka 6-12: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v r. 2003–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2007)

Látka	Rok	Kategorie zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod							
		Chodci		Cyklisté		Řidiči		Celkem	
		Vyšetřeno	Positivní (%)	Vyšetřeno	Positivní (%)	Vyšetřeno	Positivní (%)	Vyšetřeno	Positivní (%)
Etanol	2003	141	51,8	50	40,0	203	32,0	394	40,1
	2004	150	48,7	44	29,5	209	23,9	403	33,7
	2005	148	45,3	35	34,3	198	18,7	381	30,4
	2006	102	55,9	35	37,1	164	26,2	301	37,5
Těkavé látky	2003	141	0,7	50	0,0	203	0,5	394	0,5
	2004	150	0,7	44	0,0	209	0,0	403	0,3
	2005	148	1,4	35	0,0	198	0,0	381	0,5
	2006	102	0,0	35	0,0	164	0,0	301	0,0
Opiáty (vč. heroinu)	2003	92	0,0	28	3,6	153	0,7	273	0,7
	2004	109	0,0	23	4,3	172	0,0	304	0,3
	2005	103	0,0	17	0,0	149	0,7	269	0,4
	2006	81	0,0	15	0,0	127	0,8	223	0,4
Stimulancia (vč. pervitinu a extáze)	2003	91	1,1	27	0,0	152	3,3	270	2,2
	2004	109	1,8	23	0,0	170	1,8	302	1,7
	2005	103	1,9	17	0,0	148	0,7	268	1,1
	2006	79	1,3	15	0,0	125	7,2	219	4,6
Kokain	2003	39	0,0	8	0,0	54	0,0	101	0,0
	2004	50	0,0	13	0,0	75	0,0	138	0,0
	2005	45	0,0	10	0,0	71	0,0	126	0,0
	2006	43	0,0	7	0,0	67	0,0	117	0,0
Konopné látky (aktivní metabolity THC)	2003	70	2,9	21	0,0	101	4,0	192	3,1
	2004	44	2,3	14	0,0	100	0,0	158	0,6
	2005	54	1,9	11	0,0	94	3,2	159	2,5
	2006	53	11,3	8	12,5	91	4,4	152	7,2
Benzodiazepiny	2003	89	3,4	28	7,1	150	2,0	267	3,0
	2004	109	5,5	23	4,3	172	2,9	304	3,9
	2005	103	2,9	17	5,9	147	4,1	267	3,7
	2006	81	2,5	15	0,0	127	3,9	223	3,1
Barbituráty	2003	88	0,0	28	3,6	149	0,0	265	0,4
	2004	109	1,8	23	0,0	169	1,2	301	1,3
	2005	101	2,0	15	0,0	131	0,8	247	1,2
	2006	77	0,0	14	0,0	111	0,9	202	0,5
Jakákoliv droga mimo etanol	2003	108	7,4	35	11,4	171	6,4	314	7,3
	2004	117	9,4	26	7,7	181	5,5	324	7,1
	2005	110	8,2	19	5,3	158	7,0	287	7,3
	2006	84	9,5	18	5,6	133	12,8	235	11,1

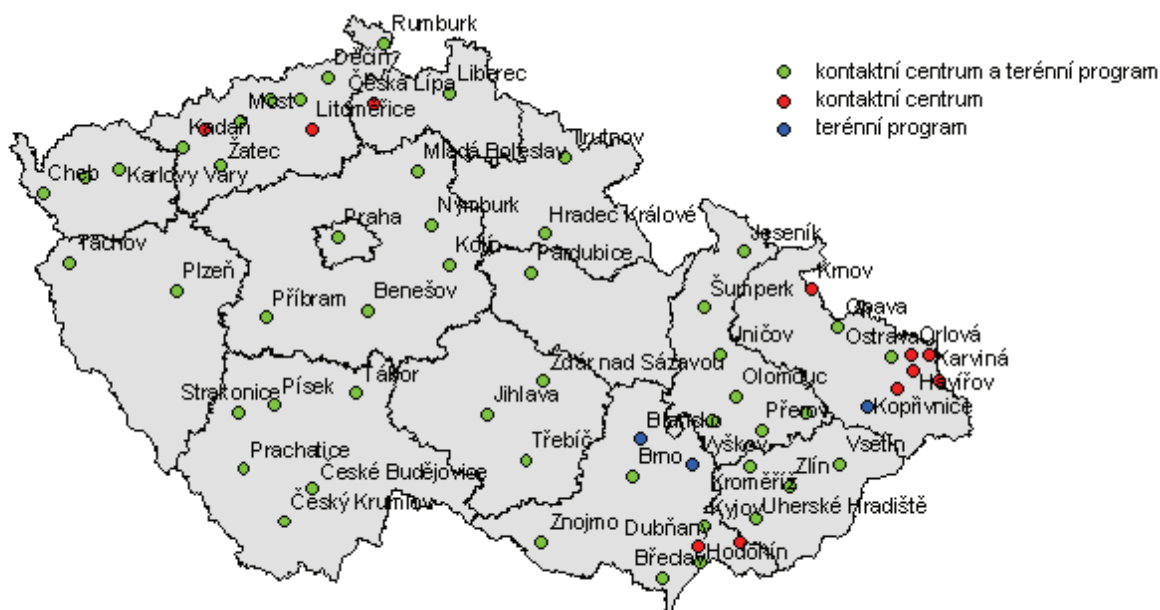
## 7 Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Opatření směřující ke snižování zdravotních rizik spojených s užíváním drog provádějí především nízkoprahová zařízení pro uživatele drog. Jejich dostupnost, kapacita i využití od druhé poloviny 90. let roste. Relativně vysoký je podíl problémových uživatelů (60–70 %), kteří jsou s těmito zařízeními v kontaktu (blíže viz kapitolu Problémové užívání drog, str. 21). V r. 2006 došlo k dalšímu nárůstu počtu distribuovaných injekčních jehel a stříkaček ve výměnných programech. Naopak za slabé místo lze označit snižující se dostupnost testování na infekční nemoci – v r. 2006 rapidně klesl počet testů na HIV a VHC provedených klientům v nízkoprahových programech na cca polovinu ve srovnání s lety 2003–2005.

### 7.1 Služby nízkoprahových zařízení

Síť nízkoprahových programů tvoří kontaktní centra a terénní programy (streetwork); v r. 2006 jich bylo celkem 90<sup>36</sup> – mapa 7-1. Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich blízcí, některá zařízení poskytují služby také rekreačním uživatelům tanečních drog.

mapa 7-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2006



Údaje o službách poskytnutých v nízkoprahových zařízeních a o osobách, které je využily, jsou k dispozici ze závěrečných zpráv, které zpracovávají zařízení pro potřeby dotačního řízení RVKPP. V r. 2006 se tohoto dotačního řízení zúčastnilo 71 (78 %) z celkového počtu 90 nízkoprahových programů. Souhrn údajů o klientech a službách poskytnutých nízkoprahovými programy v minulých letech uvádí tabulka 7-1 a tabulka 7-2.

tabulka 7-1: Klienti českých nízkoprahových zařízení v r. 2002–2006, extrapolováno na celkový počet programů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i)

Ukazatel	2002	2003	2004	2005	2006
Počet nízkoprahových zařízení	92	93	92	92	90
Počet uživatelů drog	n.a.	25 200	24 200	27 800	25 900
– z toho injekčních uživatelů	19 000	16 700	16 200	17 900	18 300
– z toho uživatelů pervitinu	12 900	11 300	12 200	12 300	12 100
– z toho uživatelů opiátů	8 000	6 100	6 000	6 800	6 900*
– z toho uživatelů konopných látek	3 400	5 500	4 100	3 600	2 700
– z toho uživatelů těkavých látek	n.a.	705	560	470	450
Průměrný věk uživatelů drog (roky)	22,0	23,2	23,4	25,0	25,3
Počet kontaktů/návštěv celkem	290 000	315 000	317 900	403 900	322 900

Pozn.: Z toho je 4 000 uživatelů heroínu a 2 900 uživatelů Subutexu.

<sup>36</sup> Řada subjektů provozuje kontaktní centra a terénní programy jako oddělené programy, některé terénní programy probíhají jako další ze služeb provozovaných kontaktními centry a jejich vydělení jako samostatného programu závisí např. na tom, zda jsou financovány jako samostatný projekt.



tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2004–2006, extrapolováno na celkový počet programů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i)

Ukazatel	2004	2005	2006
Počet výměn ve výměnných programech	139 800	249 000	191 000
Potravinový servis	94 700	99 500	97 600
Hygienický servis	34 500	40 900	41 100
Individuální poradenství	27 300	25 800	21 900
Zdravotní ošetření	13 500	12 500	10 500
Skupinové poradenství	1 800	1 500	1 500
Krizová intervence	3 000	2 500	1 800

Ve srovnání s předchozím rokem nestoupla v r. 2006 návštěvnost nízkoprahových zařízení ani nevzrostl objem poskytnutých služeb, nicméně výrazně vzrostl počet vyměněných injekčních setů (viz dále). Počet uživatelů drog, kteří služby těchto zařízení využili, i jejich struktura podle pohlaví a užívané drogy jsou dlouhodobě stabilní. Průměrný věk uživatelů dlouhodobě vzrostl z 22 let v r. 2002 na 25,3 roku v r. 2006.

Harm reduction mezi uživateli drog na tanečních akcích prováděly v r. 2006 v ČR pouze 4 nízkoprahové programy (Terénní program Drop In – Praha, Jihočeský streetwork – České Budějovice, Terénní program CPPT – Plzeň a Terénní program Kappa – Přerov), bylo kontaktováno celkem 1 122 uživatelů drog, provedeno bylo 276 orientačních testů tablet syntetických drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i). V r. 2007 se aktivitám na tanečních akcích věnuje další zařízení, Terénní program Renarkon Ostrava. Pro srovnání – v r. 2003 a v r. 2004 se preventivním aktivitám na tanečních akcích věnovalo 18, resp. 16 programů a bylo kontaktováno téměř 5 000, resp. 3 700 osob – viz také VZ 2004. Pokles programů pracujících s uživateli tanečních drog a kontaktů s těmito uživateli je důsledkem omezení financování těchto programů na základě politického rozhodnutí v r. 2004. Dlouholetý leader těchto aktivit, program Prevence zneužívání syntetických drog Sdružení Podané ruce z Brna, přestal na tanečních akcích zcela působit. Dále je v prostředí hromadných tanečních akcí realizována kampaň Domluvený – blíže viz kapitolu Média a mediální kampaně, str. 12.

## 7.2 Prevence předávkování

Prevence předávkování je v ČR prováděna prostřednictvím poradenství a tréninku uživatelů drog v rámci služeb poskytovaných v nízkoprahových a léčebných zařízeních. Hlavními tématy vzdělávání jsou první pomoc v případě předávkování, rizika kombinování drog a zásady bezpečnějšího užívání.

Jedním ze zdrojů informací pro klienty nízkoprahových programů je časopis Dekontaminace vydávaný o. s. SANANIM a distribuovaný do všech terénních programů a kontaktních center v ČR, kde je časopis klientům k dispozici zdarma. V časopise jsou kromě informací týkajících se prevence předávkování a infekčních onemocnění také tématické články zaměřené na různé možnosti léčby, reportáže, rozhovory s odborníky, informace o jednotlivých drogách a jejich účincích a rizicích, právní a sociální poradenství. Součástí časopisu je také adresář kontaktních center ve větších městech a detoxikačních jednotek.

Sdružení Podané ruce zpracovalo pro klienty materiál Průvodce bezpečnějším braním (k dispozici je zdarma ke stažení na [www.extc.cz](http://www.extc.cz)). O. s. SANANIM a Sdružení Podané ruce vydala také publikace zaměřené na prevenci předávkování a prevenci infekcí pro romské a ruskojazyčné klienty nízkoprahových zařízení, v romštině a ruštině<sup>37</sup>.

Většina nízkoprahových zařízení se věnuje prevenci předávkování také v rámci anonymního poradenství klientům prostřednictvím e-mailu a telefonu. Podrobnější informace o internetovém a telefonickém poradenství v oblasti závislosti přinesl průzkum, jehož výsledky byly publikovány dříve (Sadílek a Mravčík, 2006).

Prevence předávkování a zdravotních potíží souvisejících s užíváním tanečních drog, zejména MDMA, je součástí programů působících na tanečních akcích (viz výše) a specializovaného webu a internetové poradny Sdružení Podané ruce na [www.extc.cz](http://www.extc.cz).

Žádné další specifické aktivity vedoucí k prevenci předávkování (např. preventivní distribuce antagonistů opioidů uživatelům, místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog) nejsou v ČR realizovány.

## 7.3 Prevence infekčních chorob

Aktivity v oblasti prevence infekcí patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými zařízeními (poskytování informací, vzdělávání a motivace k bezpečnější aplikaci drog, výměnný program jehel a stříkaček, vzdělávání a motivace k bezpečnému sexu, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování infekcí a případně další zdravotní péče). Druh a objem těchto poskytovaných služeb jsou v jednotlivých nízkoprahových zařízeních různé podle finančních či provozních možností a poptávky ze strany klientů.

<sup>37</sup> Rusky mluvící uživatelé drog ze zemí bývalého Sovětského svazu (zejména z Ukrajiny) se pohybují na drogové scéně v Praze v počtu desítek osob; terénní program SANANIM o.s. proto zaměstnává rusky mluvící (rodilé mluvčí) terénní pracovníky, kteří s těmito klienty pracují. V r. 2007 byla zahájena studie (sero)prevalence HIV, VHB a VHC mezi rusky mluvícími injekčními uživateli drog v Praze – blíže viz kapitolu Infekce spojené s užíváním drog, str. 41.

Řada nízkoprahových a dalších zařízení poskytujících služby uživatelům drog spolupracuje v oblasti prevence a testování infekcí s orgány ochrany veřejného zdraví – krajskými hygienickými stanicemi nebo zdravotními ústavu. Úroveň spolupráce je různá a závisí zejména na ochotě a nabídce ze strany zdravotních ústavů, resp. příslušných poraden HIV/AIDS těchto ústavů. V období od října do listopadu 2006 provedlo MZ ve spolupráci s NMS průzkum mezi zdravotními ústavu týkající se možností a podmínek testování infekcí u uživatelů drog a spolupráce s drogovými službami v daném regionu, průzkum byl souhrnně zpracován a zveřejněn (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007e). Zejména ve Středočeském, Plzeňském, Ústeckém, Libereckém, Pardubickém a Karlovarském kraji jsou zdravotní ústavu do testování a prevence infekcí mezi uživateli drog zapojeny a spolupracují s drogovými službami v regionu.

Počet specializovaných poraden pro HIV/AIDS při zdravotních ústavech v ČR vzrostl v r. 2006 na 64 (nejvíce od r. 2001).

Zařízení poskytující služby uživatelům drog spolupracují v oblasti prevence a léčby infekcí a dalších somatických poruch také s jinými zdravotnickými zařízeními – např. praktickými lékaři, infektology; úroveň spolupráce se lokálně různí, některá zdravotnická zařízení se výjimečně zaměřují na uživatele drog – např. interní ambulance a poradna pro choroby jater, Remedis, Nuselská poliklinika, Praha 4, která se specializuje na léčbu somatických onemocnění uživatelů drog (zejména virových hepatitid) a která je součástí sítě služeb pro uživatele drog v Praze, v r. 2003–2006 nově registrovala 671 uživatelů drog (Řehák, 2007).

Některá nízkoprahová zařízení provádějí testování HIV protilátek ze slin ve spolupráci s Národní referenční laboratoří pro AIDS SZÚ Praha. Od začátku r. 2006 přetrvává problém zejména s dostupností testování VHC v nízkoprahových zařízeních díky absenci rychlého testu na protilátky proti VHC, což se projevuje klesajícím počtem provedených vyšetření (viz dále).

V ČR existují veřejné bezplatné linky pomoci zaměřené na poradenství v oblasti infekcí, jedna z nich (provozovaná Národním programem boje proti AIDS v ČR, [www.aids-hiv.cz](http://www.aids-hiv.cz)) je zaměřena na HIV/AIDS (800 144 444) a dvě (provozované farmaceutickými společnostmi) na VHC (800 333 365, 800 331 122).

### 7.3.1 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel

Výměnný program stříkaček a jehel v r. 2006 poskytovalo 89 z 90 nízkoprahových zařízení; počet programů i distribuovaných injekčních jehel a stříkaček řadu let stoupá – tabulka 7-3 a tabulka 7-4. Dle informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který nízkoprahové zařízení v r. 2006 navštívil, vyměnil průměrně 9krát a získal celkem 210 sterilních stříkaček. Regionální rozložení objemu distribuovaného injekčního materiálu odpovídá relativnímu počtu injekčních (problémových) uživatelů drog – mapa 7-2.

tabulka 7-3: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i; Polanecký et al. 2007)

Rok	Počet výměnných programů	Počet vyměněných stříkaček a jehel
1998	42	486 600
1999	64	850 285
2000	80	1 152 334
2001	77	1 567 059
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	93	3 868 880

tabulka 7-4: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v r. 2002–2006 podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i; Polanecký et al. 2007)

Kraj/rok	2002	2003	2004	2005	2006
Praha	858 507	979 560	1 210 704	1 697 554	1 850 330
Středočeský	12 561	31 682	66 600	110 325	168 220
Jihočeský	14 883	69 004	102 621	124 454	141 825
Plzeňský	23 221	44 670	88 450	116 611	157 317
Karlovarský	16 608	29 299	35 756	58 680	66 382
Ústecký	256 071	262 418	351 561	479 383	612 259
Liberecký	12 273	21 108	33 467	32 800	47 756
Královéhradecký	22 250	45 089	41 021	86 221	98 269
Pardubický	23 622	23 330	36 081	38 725	48 144
Vysočina	11 254	29 363	39 348	61 425	68 682
Jihomoravský	134 285	122 137	165 846	173 090	227 833
Olomoucký	21 809	33 832	85 872	96 416	150 024
Zlínský	19 973	11 362	41 977	52 169	69 005
Moravskoslezský	41 907	75 103	56 232	143 771	162 834
<b>Celkem</b>	<b>1 469 224</b>	<b>1 777 957</b>	<b>2 355 536</b>	<b>3 271 624</b>	<b>3 868 880</b>

mapa 7-2: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2006 (na 1 000 obyvatel) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i; Polanecký et al. 2007)



### 7.3.2 Prodej injekčních jehel a stříkaček v lékárnách

Informace o nákupu čistého injekčního materiálu uživateli drog v lékárnách a o subjektivně vnímané dostupnosti jehel a stříkaček v lékárnách jsou uvedeny ve VZ 2005.

Poslední odhad prodaných kusů injekčního materiálu uživateli drog v lékárnách v ČR byl proveden za r. 2000, kdy dosáhl 924 tis. kusů (Mravčík a Zábranský, 2002). Na r. 2007 je Centrem adiktologie 1. LF UK v Praze plánována obdobná studie v lékárnách mapující objem prodaného injekčního materiálu uživateli drog, postoje lékáren v tomto ohledu a potenciál jejich většího zapojení do prevence výskytu infekcí mezi uživateli drog.

### 7.3.3 Testování infekčních nemocí u uživatelů drog

V r. 2006 nabízelo možnost testování na HIV 46, na VHB 56, na VHC 62 a na lues 3 nízkoprahová zařízení, počty provedených testů rapidně poklesly (důvody viz výše) – tabulka 7-5. Výsledky testování jsou uvedeny v kapitole Infekce spojené s užíváním drog, str. 41.

tabulka 7-5: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v r. 2002–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007g)

Infekce	2002		2003		2004		2005		2006	
	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení
HIV	1 158	35	2 629	64	2 178	58	2 425	54	1253	46
VHB	515	26	739	21	932	25	1 370	28	693	56
VHC	1 202	33	2 499	60	2 582	53	2 664	55	1133	62
Lues	176	2	209	4	84	1	54	2	209	3

#### 7.4 Intervence spojené s psychiatrickou komorbidity

Léčba uživatelů drog s dalšími, duálními diagnózami probíhá v ČR integrovaně, tj. v rámci existujícího léčebného systému pro uživatele drog a se zohledněním jejich specifických potřeb – viz kapitolu Léčba, str. 28.

## 8 Sociální souvislosti a důsledky užívání drog

K nejvýznamnějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, nižší vzdělání a zhoršená bytová situace, která může vést až k bezdomovectví; kumulace více sociálních problémů pak může vést až k sociální exkluzi. Vyloučení ze společnosti může být jednak důsledkem užívání drog, zároveň však může být i jeho příčinou.

Mezi skupiny přímo ohrožené sociální exkluzí patří kromě uživatelů drog, nezaměstnaných, bezdomovců a osob s nízkým vzděláním také imigranti, příslušníci minorit nebo děti vyrůstající v problémových rodinách; v ČR se sociální exkluze týká především vybraných skupin romské populace.

Počet drogových trestných činů je v ČR v posledních letech stabilní. V počtu osob obžalovaných a odsouzených z drogových trestných činů došlo v r. 2006 k mírnému nárůstu. Podíl osob stíhaných za trestný čin přechovávání drog pro osobní potřebu (§ 187a trestního zákona) na všech drogových trestných činech se od r. 2001 pohybuje mezi 8 a 10 %. Počet přestupků přechovávání drog pro osobní potřebu byl zhruba čtyřikrát vyšší než počet trestných činů postihujících toto jednání. Většina (60 %) drogových trestných činů je spojena s pervitinem, 30 % s konopnými látkami; v posledních letech narůstá podíl pervitinu a klesá podíl konopných látek a dalších drog. Nízký je počet trestných činů souvisejících s kokainem a extází. U trestných činů spojených s konopnými látkami byl ve srovnání s trestnými činy spojenými s pervitinem zaznamenán výrazně vyšší podíl mladistvých mezi obžalovanými a odsouzenými osobami a výrazně nižší podíl uložených nepodmíněných trestů odnětí svobody. Nejvíce osob stíhaných za drogové trestné činy na počet obyvatel bylo zaznamenáno v krajích Karlovarském, Ústeckém a Libereckém; v absolutních číslech v kraji Ústeckém a v Praze. Podle policejního odhadu spáchali uživatelé drog zhruba 14 tis. (11 %) všech objasněných a 74 tis. (22 %) všech zjištěných trestných činů, z toho cca 9 tis. objasněných a 66 tis. zjištěných krádeží.

### 8.1 Sociální exkluze

K nejvýznamnějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, nižší (nedokončené) vzdělání a špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví; kumulace více sociálních problémů pak může vést až k sociální exkluzi. Samotné vyloučení ze společnosti může být jednak důsledkem užívání drog, zároveň však může být i jeho příčinou. Sociální exkluzí jsou kromě uživatelů drog ohroženi především nezaměstnaní, osoby bez domova a osoby s nízkým vzděláním, imigranti, příslušníci minorit a děti vyrůstající v problémových rodinách; v ČR se sociální exkluze týká především některých skupin romské populace.

V Národním akčním plánu sociálního začleňování na období 2006–2008 (NAPSZ) jsou uživatelé návykových látek definováni jako jedna z cílových skupin, na které by měly být zaměřeny jednotlivé aktivity (prioritní cíl Posílení integrace osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením, odstraňování bariér vstupu a udržení se na trhu práce pro tyto osoby) (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2006).

#### 8.1.1 Sociální charakteristiky žadatelů o léčbu

Vybrané sociální charakteristiky klientů jednotlivých zařízení, kteří požádali o léčbu v souvislosti s užíváním drog, dlouhodobě sleduje HS v rámci Registru žádostí o léčbu. Z celkového počtu 8 366 žadatelů o léčbu bylo 7 % osob bez domova, dalších 7 % osob bydlelo v zařízeních (např. ve věznicích, diagnostických a výchovných ústavech, na ubytovnách nebo v azylových domech). Bezdomovectví i bydlení v zařízení je více rozšířeno mezi muži (8,4 % mužů a 4,5 % žen je bez domova, 7,5 % mužů a 5,0 % žen bydlí v zařízeních); bydlení v zařízeních je také častější mezi žadateli o opakovanou léčbu.

Mezi žadateli o léčbu je více než 50 % nezaměstnaných a osob vykonávajících pouze příležitostnou práci, mezi opakovanými žadateli jejich podíl dosahuje téměř 60 %. Významným problémem je také nízké vzdělání žadatelů o léčbu – 50 % žadatelů o léčbu má pouze základní vzdělání, další 3 % mají nedokončenou základní školu. Vzdělání je nižší mezi prvožadateli; zde však může hrát roli jejich nižší věk (Polanecký et al. 2007) – tabulka 8-1. Struktura žadatelů o léčbu vzhledem ke sledovaným sociálním charakteristikám se dlouhodobě nemění.

tabulka 8-1: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2006 (v %) (Polanecký et al. 2007)

Sociální charakteristiky	Všichni žadatelé o léčbu	Žadatelé o první léčbu	Žadatelé o opakovanou léčbu
Bezdomovec	7,1	6,7	7,6
Bydliště v zařízení	6,7	5,2	8,1
Nezaměstnaný, příležitostná práce	52,0	46,2	57,6
Nedokončené základní vzdělání	3,2	4,4	2,0
Základní vzdělání	49,4	51,5	47,3

### 8.1.2 Uživatelé drog a trh práce

V r. 2006 byla zpracována Analýza potřeb léčených uživatelů návykových látek z hlediska jejich uplatnitelnosti na trhu práce; studie mezi klienty terapeutických komunit, substitučních programů, psychiatrických léčeben a doléčovacích programů ukázala, že 43 % dotázaných má dokončené základní vzdělání, 38 % osob má ukončený učební obor bez maturity. Téměř 38 % osob je nezaměstnaných, evidovaných na úřadech práce, dalších 14 % nepracuje, ale na úřadech práce evidovaných není. Více než polovina dotázaných má záznam v trestním rejstříku (Miovský et al. 2006).

Nejčastěji uváděným problémem v souvislosti s hledáním zaměstnání byl záznam v rejstříku trestů, což klienty vedlo k přijímání práce bez pracovní smlouvy, a nízká kvalifikace, tedy často nedokončené vzdělání a nedostatek praxe; v rozporu s tím jsou vysoká očekávání klientů na výši platu a náplň práce. Častou příčinou ztráty zaměstnání bylo uváděno viditelné užívání drog, konflikty na pracovišti nebo nedostatek pracovní disciplíny (Miovský et al. 2006).

### 8.1.3 Bezdomovectví a drogy

V posledních letech bylo realizováno několik studií zaměřených na odhad počtu osob bez domova v různých městech ČR – odhaduje se, že v Praze žije přibližně 3 000 osob bez domova (r. 2004), v Brně přibližně 1 200 osob (r. 2006), v Ostravě také přibližně 1 200 osob (r. 2005) (Hradecký, 2006; Hradecký et al. 2004; Petřík et al. 2006). Národní odhad počtu osob bez domova byl naposledy realizován v r. 1996, kdy bylo v ČR odhadováno cca 35 000 osob bez domova (tj. 0,35 % celkové populace ČR) – mezi nimi převládají muži (85 %) a lidé mladší 40 let (55 %). Podle studie z r. 1996 byl mezi osobami bez domova výrazně vyšší výskyt různých onemocnění a zdravotního postižení (téměř 90 %) i výskyt závislosti na návykových látkách (50 %); zkušenost s užíváním drog uvedlo téměř 80 % osob na ulici – jedná se především o pervitin a konopné látky, velmi rozšířené je i čichání toluenu, které může sloužit i jako náhražka alkoholu (Hradecká a Hradecký, 1996).

Problémy s návykovými látkami mohou být jednou z příčin bezdomovectví – v rámci studie v Praze a Havířově v r. 2005 uvedlo 13 % dotázaných bezdomovců jako příčinu konzumaci alkoholu; častěji jsou však uváděny problémy v rodinných a partnerských vztazích (30–40 %) a ztráta zaměstnání a s ní související zadluženost (15–25 % dotázaných) (Hradecký, 2005; Kosová et al. 2004). Užívání alkoholu a nelegálních drog komplikuje osobám bez domova také kontakt s charitativními organizacemi; osoby pod vlivem alkoholu a drog nedodrží řád v azylových domech a ubytovnách, užívání návykových látek jim ještě více ztěžuje přístup na trh práce, častěji se živí sběrem druhotných surovin nebo se uchylují k drobným krádežím za účelem obstarání si finančních prostředků na drogu (Hradecký, 2005; Naděje, 2006).

V letech 2005–2006 byla provedena kvalitativní studie zaměřená na zdravotní stav a životní styl osob bez domova v Olomouci. Celkem bylo osloveno 22 osob (16 mužů a 6 žen) ve věku 23–67 let. Většina oslovených uvedla zdravotní potíže (nejčastěji kožní nebo parazitární onemocnění, epilepsii, dýchací onemocnění a nemoci pohybového aparátu v důsledku úrazu). Horší zdravotní stav je často důsledkem zanedbání péče o zdraví nebo odkládání návštěvy u lékaře; někteří oslovení navíc uvedli, že neplatí zdravotní pojištění. Časté je nízké povědomí o vlastním zdravotním stavu – některá závažnější onemocnění bývají odhalena až při náhodné návštěvě lékaře. Byl zjištěn také častý výskyt úrazů a poranění (především u osob mladších 40 let) a infekčních onemocnění, zejména tuberkulózy. Ze vzorku oslovených většina kouří (18), 13 respondentů má problémy s alkoholem, 8 osob přiznalo zkušenost s nelegálními drogami (nejčastěji se jedná o marihuanu, extázi, pervitin nebo těkavé látky), 2 respondenti uvedli závislost na drogách v minulosti a absolvování léčby. 5 osob uvedlo hraní na výherních automatech. Mezi bezdomovci užívajícími drogy se vyskytují specifické zdravotní problémy (např. úrazy pod vlivem drog a sebepoškození, virové hepatitidy mezi injekčními uživateli drog). Ani v jednom případě nebylo užívání drog uvedeno jako příčina bezdomovectví, ovšem spolu s problémy v rodině, rozchodem s partnerem, ztrátou zaměstnání, dluhy, domácím násilím a duševními poruchami jsou alkohol a drogy považovány za významný faktor, který se na vzniku bezdomovectví podílí (Krylová, 2007).

### 8.1.4 Romské komunity a drogy

Exkluze romských komunit je chápána jako nakupení sociálních problémů; primárními faktory sociálního vyloučení Romů jsou dlouhodobá nezaměstnanost, nízký příjem, nedostupnost nebo špatná kvalita bydlení (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007a).

Dlouhodobým sledováním a hodnocením situace v romských komunitách v ČR se zabývá Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity v rámci Programu podpory terénních sociálních pracovníků. Základním cílem programu je zlepšení sociálních kompetencí sociálně vyloučených lidí v cílové komunitě tak, aby se zvýšila jejich schopnost účastnit se na aktivitách běžných pro ostatní občany a zabránilo se jejich sociálnímu vyloučení (Winkler a Šimíková, 2005).

V r. 2006 bylo do Programu podpory terénních sociálních pracovníků zapojeno celkem 55 obcí a v nich 97 terénních pracovníků. Počet obcí zapojených do programu je dlouhodobě stabilní, oproti r. 2005 se zvýšil počet terénních pracovníků působících v rámci tohoto programu. Nejčastěji bylo uvedeno, že program je realizován 4 roky (31 % obcí), v 29 % obcí běží program již 5 a více let (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007b).

Terénní sociální pracovníci poskytli v r. 2006 služby celkem 13 116 klientům. Celkem bylo realizováno 32 268 kontaktů, v nichž převládala individuální práce (49 %) a práce s rodinou (41 %). Nejčastěji se jednalo o služby týkající se bydlení (32 % klientů), zadluženosti (28 %) a nezaměstnanosti (16 %). V souvislosti s užíváním drog bylo poskytnuta intervence celkem 457 klientům (3 % klientů) – tabulka 8-2. Oproti předchozímu roku došlo k nárůstu řešení problémů se zadlužením a záškoláctvím, naopak mírně pokleslo zastoupení problémů s nezaměstnaností. Situace v řešení problematiky užívání drog, gamblingu a prostituce je stabilní (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007b).

tabulka 8-2: Počet obyvatel romských komunit, kterým poskytli služby terénní sociální pracovníci v r. 2006, podle typu problému (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007b)

Typ problému	Počet klientů	Podíl (%)
Dluhy	4 477	34,1
Kvalita bydlení	3 362	25,6
Nezaměstnanost	2 672	20,4
Problematické nájemní vztahy	1 847	14,1
Nedostatečná hygiena	1 300	9,9
Záškoláctví	907	6,9
Kriminalita	620	4,7
Užívání drog	457	3,5
Lichva	277	2,1
Gambling	268	2
Prostituce	63	0,5
<b>Celkem</b>	<b>13 116*</b>	<b>100,0</b>

Pozn.: \* Součet počtu klientů podle problémů je vyšší než uvedený celkový počet klientů – jedná se patrně o kumulaci problémů u jednotlivých klientů.

V letech 2005–2006 byla pro MPSV zpracována Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti. Hlavním cílem analýzy bylo získání základních informací o situaci (sociálně) vyloučených a vyloučením ohrožených romských lokalit v ČR; výstupem projektu je elektronická interaktivní mapa lokalit a jejich charakteristika a přehled pomáhajících subjektů působících v této oblasti (Gabal Analysis and Consulting a Nová škola, o.p.s., 2006).

Celkem bylo v ČR popsáno 310 vyloučených romských lokalit ve 167 obcích; 30 % lokalit vzniklo v posledních 10 letech, a to převážně řízeným sestěhováním obyvatelstva. Necelá čtvrtina lokalit (23 %) je jasně prostorově vyloučená, nachází se mimo okolní zástavbu, 31 % domů a bytů v těchto lokalitách je ve špatném nebo neobyvatelném stavu. Jako zásadní problém byla ve vyloučených romských lokalitách identifikována vysoká míra nezaměstnanosti související s nízkou vzdělaností, nízkými sociálními kompetencemi, nízkou motivací a často i zhoršeným zdravotním stavem obyvatel negativně ovlivněným špatnými stravovacími návyky, kouřením, konzumací alkoholu a jiných návykových látek (Gabal Analysis and Consulting a Nová škola, o.p.s., 2006).

V r. 2006 financovalo aktivity v romských komunitách MPSV také v rámci programů Předcházení sociálního vyloučení v romských komunitách a odstraňování jeho důsledků a Podpora poskytování zvláštních sociálních služeb v sociálně vyloučených romských komunitách (celkem 58 mil. Kč). MŠMT finančně podporuje Program na podporu integrace romské komunity (cca 24 mil Kč), jehož cílem je vyrovnání podmínek příslušníků romské komunity a zamezení jejich společenského vyloučení; program je zaměřen především na inkluzi romských dětí do škol, další vzdělávání a volnočasové aktivity (Rada vlády pro národnostní menšiny, 2007). Některé projekty integrace romské menšiny jsou přímo financované také prostřednictvím Evropského sociálního fondu (ESF); v r. 2006 bylo na tyto projekty poskytnuto z ESF celkem téměř 67 mil. Kč.

V r. 2006 provedlo MV studii zaměřenou na zmapování situace v oblasti užívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin s cílem navrhnout opatření preventivního a případně i represivního charakteru ke snížení dostupnosti drog. Data byla sbírána prostřednictvím krajských správ Policie ČR (styčných důstojníků Policie ČR pro menšiny). Závěry studie uvádí, že užíváním drog je zasažena především romská a vietnamská menšina, i když vietnamská komunita je velmi uzavřená a existují jen omezené informace o užívání drog v ní. Mezi slovenskými Romy převládá čichání těkavých látek, v posledních letech také užívání konopných látek a pervitinu, zatímco mezi olašskými Romy převládá užívání Subutexu. Podle dat Policie ČR jsou příslušníci romské (ale i vietnamské) komunity často zapojeni do obchodování s drogami a pěstování konopí; jako zdroj financí byly v průzkumu uváděny často prostituce a kuplířství. Romové bývají zapojeni do získávání a prodeje Subutexu na černém trhu. Starší osoby z romských komunit často spolupracují s orgány činnými v trestním řízení z obavy, aby drogy neohrozily děti z jejich rodiny. Rodiny také často obviňují uživatele drog z vlastních řad z důvodu, aby docílili vyšší délky vazby a zamezili tak dalšímu užívání drog (Ministerstvo vnitra ČR, 2007c).

## 8.2 Drogová kriminalita

V ČR existuje několik stabilních zdrojů dat o tzv. drogových trestných činech, tj. trestných činech podle ustanovení § 187, 187a, 188 a 188a TZ. Jedná se především o statistiky Národní protidrogové centrály Policie ČR (NPC),

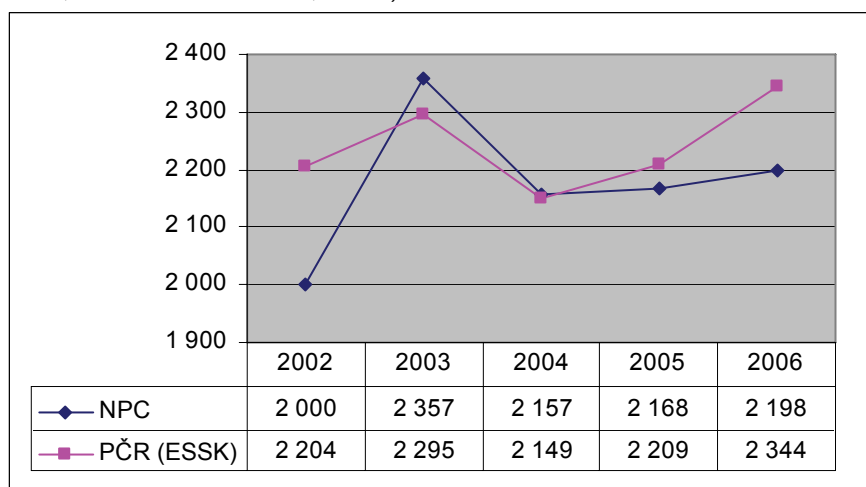
Policie ČR a MS (státní zastupitelství a soudy). Další informace o trestně stíhaných a odsouzených osobách evidují Probační a mediální služba ČR a Vězeňská služba ČR.

Některé z uvedených zdrojů dat se překrývají; osoby obviněné z (drogových) trestných činů evidují jak statistiky NPC, které jsou zaměřené výhradně na drogovou trestnou činnost, tak statistiky Policie ČR a státních zastupitelství, které sledují celkovou, nejen drogovou kriminalitu. Dochází např. k tomu, že data o počtu osob v daném roce obviněných z drogových trestných činů vykazovaná jednotlivými evidenčními systémy se do určité míry liší. Tento stav je důsledkem rozdílů v metodologii evidence (např. různá fáze trestního řízení, kdy dochází k zaznamenání případu, nebo různě definovaný případ, jenž je předmětem hlášení). Hlubší příčinou je neexistence jednotného evidenčního systému pro všechny instituce zapojené do trestního řízení (policii, státní zastupitelství a soudy).

### 8.2.1 Souhrnná data o drogových trestných činech a jejich pachatelích

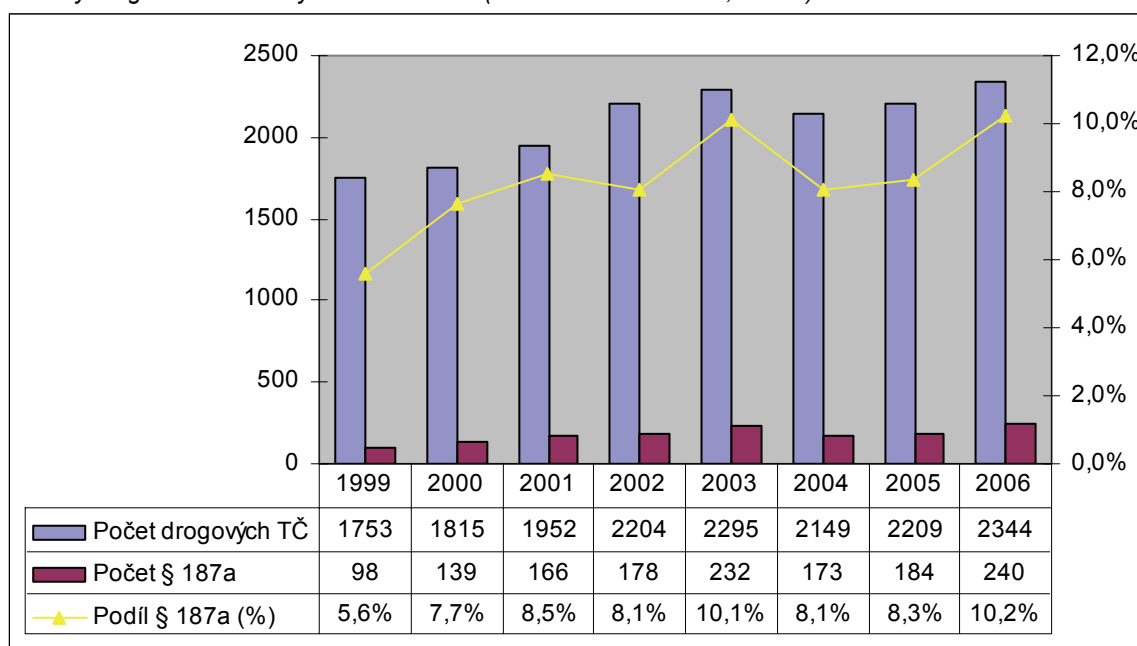
V r. 2006 bylo podle statistik NPC stíháno celkem 2 165 osob, což potvrzuje stabilní situaci v posledních třech letech (Národní protidrogová centrála, 2007c). Podle Evidenčního systému statistik kriminality (ESSK) Policie ČR bylo v r. 2006 z drogových trestných činů obviněno celkem 2 344 osob (Ministerstvo vnitra ČR, 2007b). Na rozdíl od statistik NPC svědčí data evidovaná v rámci ESSK o mírném nárůstu drogové trestné činnosti v posledních třech letech – obrázek 8-1.

obrázek 8-1: Trestně stíhaní v souvislosti s drogovými trestnými činy v r. 2002–2006 (Národní protidrogová centrála, 2007c; Ministerstvo vnitra ČR, 2007b)



Podíl počtu osob stíhaných za nedovolené přechovávání drog pro osobní potřebu (§ 187a TZ) na počtu osob stíhaných za všechny drogové trestné činy se od r. 2001 pohybuje mezi 8 a 10 % – obrázek 8-2 (Ministerstvo vnitra ČR, 2007b).

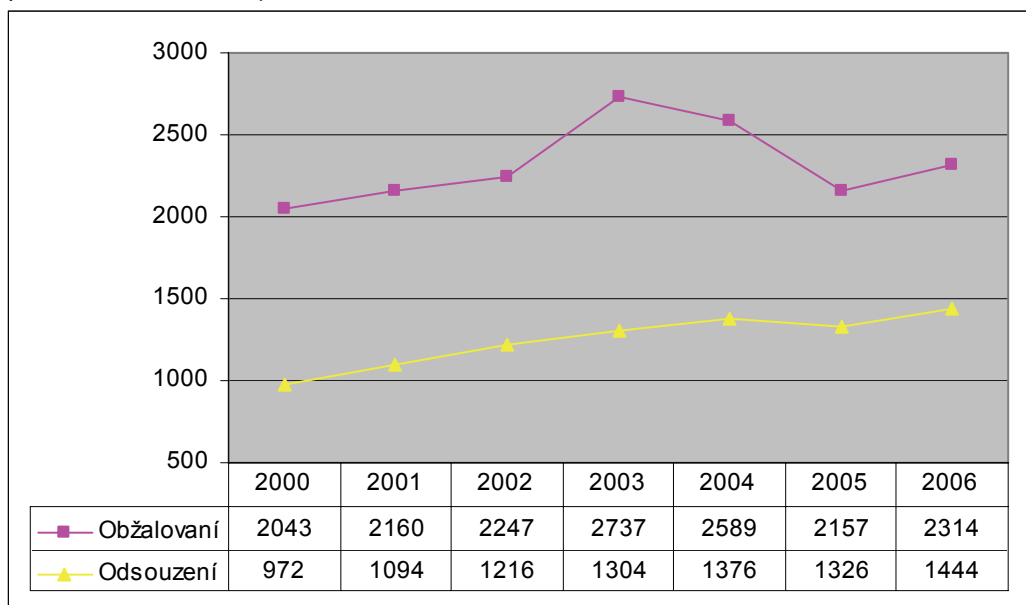
obrázek 8-2: Podíl trestně stíhaných za přechovávání drog pro osobní potřebu (§ 187a TZ) na trestně stíhaných za všechny drogové trestné činy v r. 1999–2006 (Ministerstvo vnitra ČR, 2007b)





Podle statistik státních zastupitelství bylo v r. 2006 obžalováno z drogových trestných činů 2 314 osob. To představuje nárůst o 7 % oproti r. 2005, ale nižší počet než v letech 2003 a 2004. Soudy bylo v r. 2006 pravomocně odsouzeno 1 444 pachatelů drogových trestných činů (o 9 % více než v r. 2005). Dlouhodobý trend počtu obžalovaných a odsouzených osob ukazuje obrázek 8-3 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2007b).

obrázek 8-3: Počet obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v r. 1999–2006 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2007b)



Mezi osobami stíhanými za drogové trestné činy bylo v r. 2006 12 % mladistvých a 16 % žen, mezi obžalovanými 8 % mladistvých a 15 % žen a mezi odsouzenými 7 % mladistvých a 16 % žen (Ministerstvo vnitra ČR, 2007b), (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2007b).

### 8.2.2 Drogové trestné činy podle typu drogy

Základním zdrojem dat o podílu jednotlivých drog na drogových trestných činech, u nichž bylo zahájeno vyšetřování a ve většině případů i trestní stíhání, je NPC (Národní protidrogová centrála, 2007c). Nejčastěji zastoupenou drogou u drogových trestných činů je pervitin – v r. 2006 bylo zaznamenáno 1 293 (60 %) případů. Konopné látky (především marihuana) byly v tomto roce hlavní drogou<sup>38</sup> v 638 případech. V posledních pěti letech lze v drogové kriminalitě sledovat trend nárůstu podílu pervitinu a pokles podílu konopných látek a dalších drog, zejména extáze. U trestných činů spojených s kokainem došlo v r. 2006 po výraznějším nárůstu v r. 2005 k poklesu zhruba na úroveň předchozích let. Počet drogových trestných činů v rozdělení podle typu drogy a podíly jednotlivých drog v letech 2002–2006 ukazuje tabulka 8-3 a obrázek 8-4.

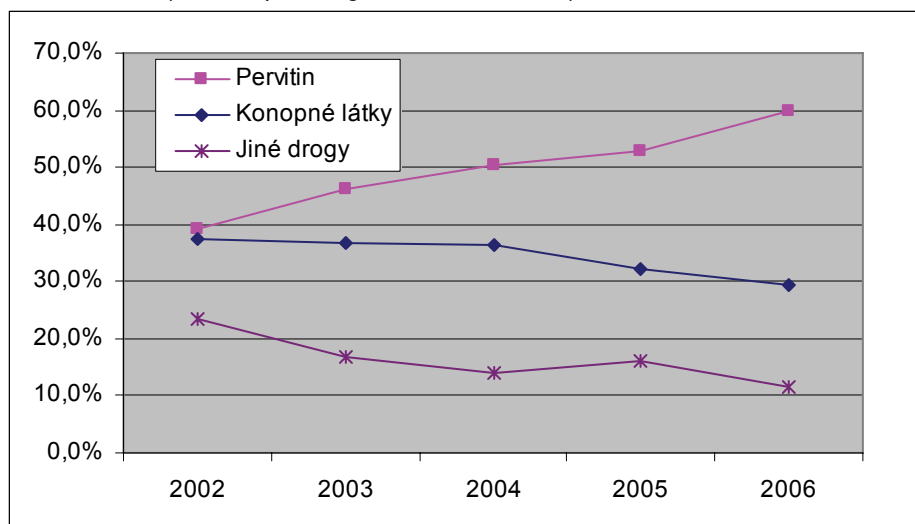
tabulka 8-3: Počet drogových trestných činů (stíhané osoby) podle typu drogy v r. 2002–2006 (Národní protidrogová centrála, 2007c)

Droga	2002	2003	2004	2005	2006	
					Počet	Podíl (%)
Pervitin*	781	1 129	1 058	1 125	1 293	59,7
Konopné látky	748	892	763	682	638	29,5
Heroin	157	105	134	145	116	5,4
Extáze	140	66	66	55	35	1,6
Kokain	10	24	17	50	13	0,6
LSD	4	4	3	9	4	0,2
Jiné drogy	160	137	59	62	66	3,0
<b>Celkem</b>	<b>2 000</b>	<b>2 437</b>	<b>2 100</b>	<b>2 128</b>	<b>2 165</b>	<b>100,0</b>

Pozn.: \* Údaj za r. 2002 zahrnuje i trestné činy spojené s amfetaminem – rozdělení na pervitin (metamfetamin) a amfetamin za tento rok není k dispozici; stejně jako v dalších letech se u amfetaminu pravděpodobně jednalo o několik málo případů (3 případy v r. 2004, 2005 i 2006).

<sup>38</sup> NPC vykazuje případy (od r. 2002, kdy zahájila vykazování podle typu drogy v souladu s požadavky EMCDDA) podle tzv. hlavní drogy – jedná se o drogu, která se v daném případě (výroba, prodej, přechovávání atd.) vyskytla v největším množství; celkový součet případů v rozdělení podle typu drogy tak odpovídá celkovému počtu případů – stíhaných drogových trestných činů.

obrázek 8-4: Podíl pervitinu, konopných látek a jiných drog na drogových trestných činech (stíhané osoby) v r. 2002–2006 (Národní protidrogová centrála, 2007c)



Za r. 2006 jsou podruhé v řadě k dispozici údaje MS (statistiky státních zastupitelství a soudů) o drogových trestných činech v rozdělení podle typu drogy (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2007a). Oproti r. 2005 došlo ke zvýšení podílu takto rozlišených případů na 58 % všech obžalovaných z drogových trestných činů (32 % v r. 2005) a 84 % odsouzených osob (68 % v r. 2005).

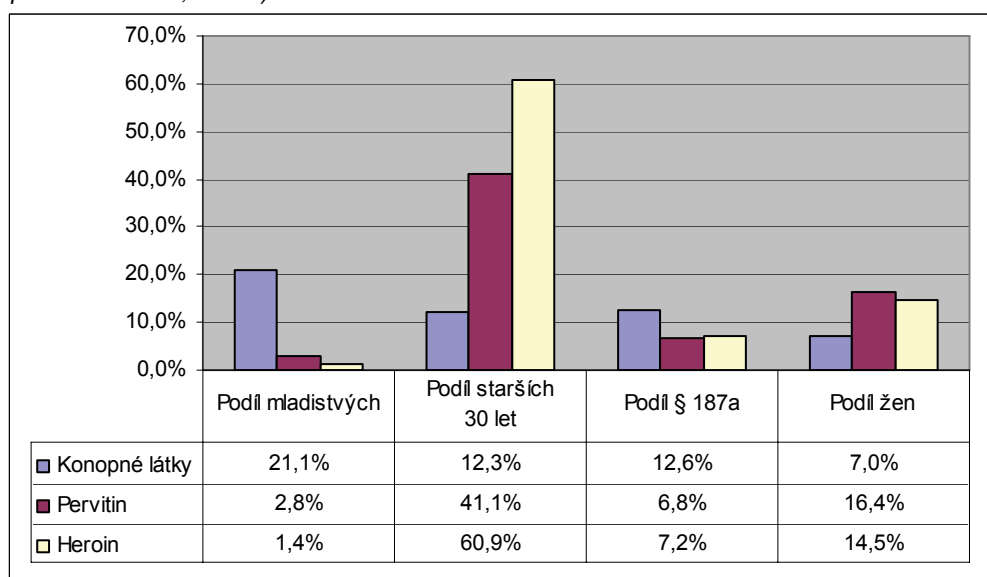
Nejčastěji zastoupenými drogami zůstávají pervitin (66 % obžalovaných a 49 % odsouzených) a konopné látky (21 % obžalovaných i odsouzených) – tabulka 8-4.

tabulka 8-4: Obžalování a odsouzení za drogové trestné činy podle typu drogy v r. 2006 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2007a)

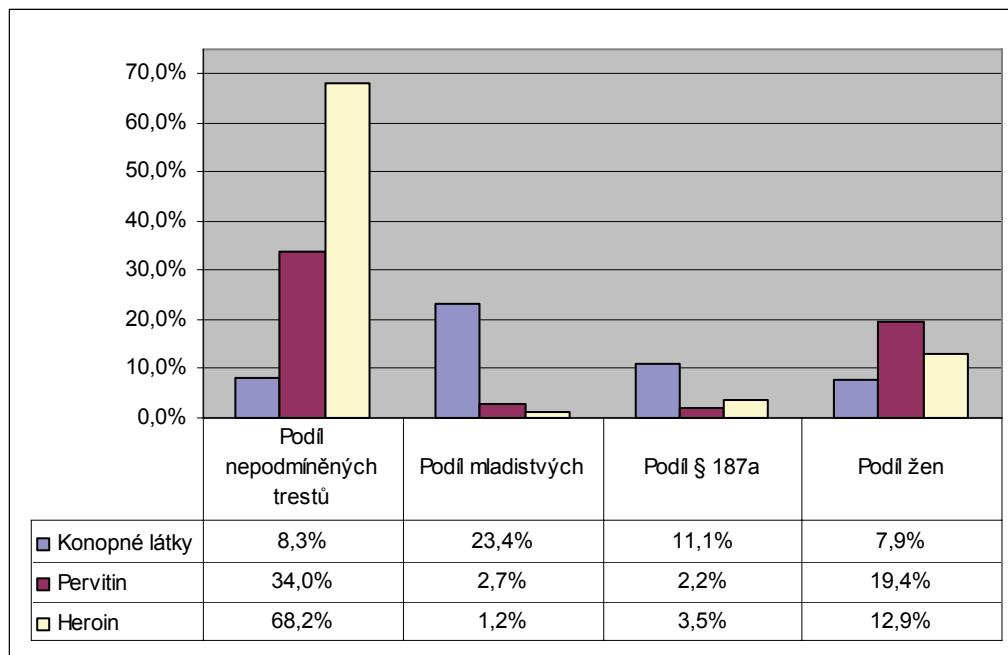
Sledovaná skupina	Počet osob	Pervitin (%)	Konopné látky (%)	Heroin (%)	Extáze (%)	Kokain (%)	Jiná droga (%)
Obžalované osoby (SZ)	1 342	65,9	21,2	5,1	1,3	1,3	5,1
Odsouzené osoby (soudy)	1 212	48,7	21,0	7,0	2,4	1,5	19,5

U trestných činů souvisejících s konopnými látkami je oproti trestným činům souvisejícím s pervitinem a heroinem výrazně vyšší podíl mladistvých osob (21 % obžalovaných a 23 % odsouzených), téměř dvojnásobný podíl obžalovaných a výrazně vyšší podíl odsouzených za trestné činy přechovávání pro osobní potřebu (§ 187a TZ) a výrazně nižší podíl uložených nepodmíněných trestů odnětí svobody. Odlišnosti mezi obžalovanými a odsouzenými za drogové trestné činy podle typu drogy – obrázek 8-5 a obrázek 8-6.

obrázek 8-5: Obžalování z drogových trestných činů v r. 2006 – vybrané charakteristiky podle typu drogy (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2007a)



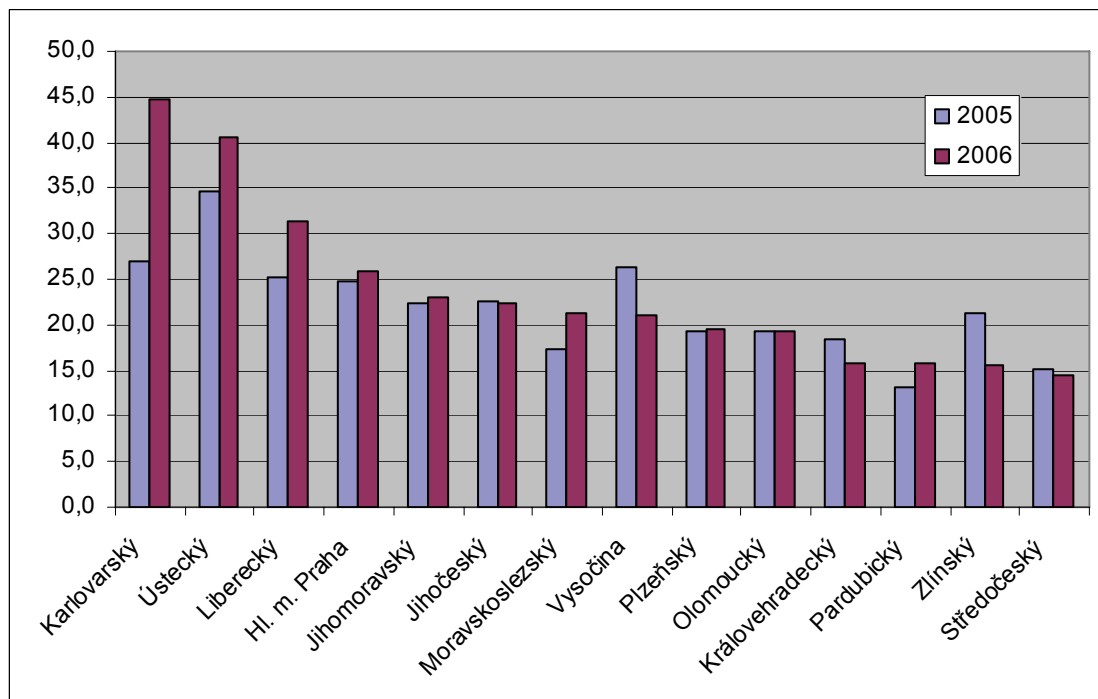
obrázek 8-6: Odsouzení pachatelé drogových trestných činů v r. 2006 – vybrané charakteristiky podle typu drogy (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2007a)



### 8.2.3 Drogové trestné činy podle krajů

Nejvíce osob stíhaných za drogové trestné činy v přepočtu na 100 tis. obyvatel (45 osob) bylo v r. 2006 zaznamenáno v Karlovarském kraji, kde došlo také k nejvyššímu meziročnímu nárůstu – o 66 %. Nejnižší rozsah drogové kriminality zaznamenal kraj Středočeský a Zlínský (14, resp. 16 stíhaných osob na 100 tis. obyvatel); ve Zlínském kraji byl také zaznamenán nejvyšší meziroční pokles (o 27 %). Srovnání počtu stíhaných osob za drogové trestné činy v jednotlivých krajích ČR v přepočtu na 100 tis. obyvatel v letech 2005 a 2006 uvádí obrázek 8-7; situaci v r. 2006 znázorňuje mapa 8-1 – regiony nejvíce zatížené drogovou kriminalitou leží na severu a západě ČR. V absolutních číslech byla drogová kriminalita nejrozsáhlejší v kraji Ústeckém a v Praze (334, resp. 305 stíhaných osob) (Ministerstvo vnitra ČR, 2007b).

obrázek 8-7: Drogové trestné činy podle krajů v r. 2005 a 2006 (na 100 tis. obyvatel) (Ministerstvo vnitra ČR, 2007b)



mapa 8-1: Drogové trestné činy podle krajů v r. 2006 (na 100 tis. obyvatel) (Ministerstvo vnitra ČR, 2007b)

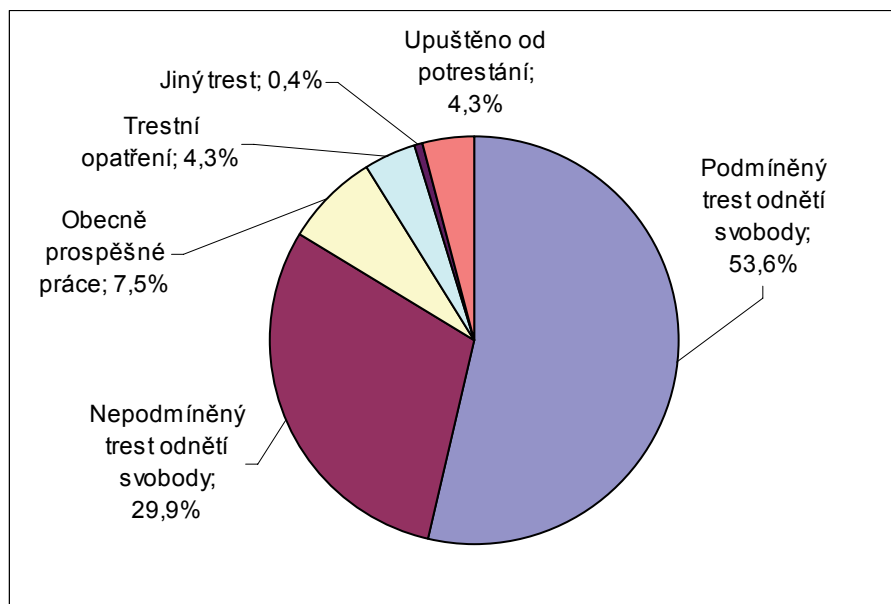


### 8.2.4 Tresty za drogové trestné činy

Skladba trestů uložených za drogové trestné činy se v r. 2006 výrazně nelišila od situace v předchozích letech. Meziročně mírně vzrostl podíl podmíněných i nepodmíněných trestů odnětí svobody (na 54 %, resp. 30 %) a snížil se podíl trestu obecně prospěšných prací (na 8 %). Skladbu trestů za drogové trestné činy v r. 2006 ukazuje obrázek 8-8.

V r. 2006 bylo za drogové trestné činy uloženo celkem 432 nepodmíněných trestů odnětí svobody (tj. 30 % všech odsuzujících rozsudků). V posledních 2 letech se snižuje podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody v trvání 1 až 5 let (68 % v r. 2006 oproti 75 % v r. 2004), naopak se zvyšuje podíl trestů v rozmezí 5–15 let (17 % v r. 2006, 14 % v r. 2005 a 10 % v r. 2004) (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2007b).

obrázek 8-8: Skladba trestů uložených za drogové trestné činy v r. 2006 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2007b)



Za r. 2006 jsou dále k dispozici údaje Probační a mediační služby ČR (PMS) o jejich drogově závislých klientech a drogových trestných činech (Probační a mediační služba ČR, 2007). V r. 2006 evidovala PMS celkem 24 885 případů, z toho 712 (2,9 %) jako „trestnou činnost spojenou s drogami“. Tyto případy zahrnují především (657 případů) tzv. drogové trestné činy (§ 187 až § 188a TZ); v ostatních případech se jedná o trestnou činnost páchanou uživateli drog (sekundární drogová kriminalita).

K podrobnější analýze bylo z databáze PMS vybráno 98 případů trestných činů (včetně drogových), kdy byl v kategorii „závislost klienta – typ“ uveden znak „drogy“. Jen ve dvou případech se jednalo o případ ve fázi přípravného řízení nebo řízení před soudem, ve zbylých 96 případech šlo o případy osob po pravomocném rozsudku soudu. Nejčastějším typem činnosti PMS byl výkon dohledu při podmíněném trestu odnětí svobody s dohledem (54, tj. 55 % případů), dále se jednalo o kontrolu výkonu trestu obecně prospěšných prací (16 případů) a podmíněně propuštění z výkonu trestu s dohledem (10 případů). Ve 44 případech byla obviněným či odsouzeným uživatelům drog uložena povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, a to nejčastěji v rámci podmíněného odsouzení s dohledem. Nejčastějším trestným činem klientů PMS, evidovaných jako závislí uživatelé drog, byla nedovolená výroba a přechovávání OPL podle § 187 TZ (36 % případů) a krádež (28 %). Typy trestné činnosti drogově závislých klientů PMS uvádí tabulka 8-5.

tabulka 8-5: Trestné činy drogově závislých klientů PMS v r. 2006 (Probační a mediační služba ČR, 2007)

Trestný čin (ustanovení TZ)	Počet případů	Podíl (%)
Výroba a distribuce drog (§ 187)	35	35,7
Krádež (§ 247)	27	27,6
Porušování domovní svobody (§ 238)	6	6,1
Padělání a pozměňování peněz (§ 140)	4	4,1
Loupež (§ 234)	3	3,1
Ublížení na zdraví (§ 221)	3	3,1
Výtržnictví (§ 202)	3	3,1
Vydírání (§ 235)	3	3,1
Poškození cizí věci (§ 257)	2	2,0
Neoprávněné užívání cizí věci (§ 249, 249b)	2	2,0
Ostatní trestné činy (po 1 případě)	10	10,2
<b>Celkem</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

### 8.2.5 Sekundární drogová kriminalita

V r. 2007 byla provedena studie sekundární drogové kriminality, která navazovala na předchozí studie z let 2004 a 2005 popsané ve VZ 2004 a VZ 2003.

Studie probíhala formou expertního retrospektivního odhadu okresních policejních ředitelství, a to odhadu podílu trestných činů páchaných uživateli drog za účelem získání prostředků na nákup drog pro vlastní potřebu na všech trestných činech spáchaných v r. 2006. Tento podíl byl odhadován jen pro vybrané trestné činy, u kterých lze předpokládat uživatele drog jako jejich pachatele. Tyto vybrané trestné činy představují svým objemem 74 % všech zjištěných a 51 % všech objasněných trestných činů podle policejních statistik (ESSK). Jedná se především o trestné činy majetkové (např. krádež, podvod), dále o trestné činy násilné (např. loupež, ublížení na zdraví, porušování domovní svobody) a další (zanedbání povinné výživy, vydírání aj.). Do výběru byly zařazeny také trestné činy nedovolené výroby a distribuce drog podle § 187 TZ.

Žádost o odhad podílu trestných činů spáchaných uživateli drog za výše popsaným účelem zaslala NPC všem okresním policejním ředitelstvím v ČR. Zpět byly zaslány údaje ze 69 z celkového počtu 76 policejních ředitelství. Tyto údaje zaslala NPC k analýze NMS. Odhady podílu za chybějící okresy a chybějící hodnoty u některých trestných činů byly extrapolovány podle průměrných hodnot v příslušných krajích. Dále byly odhadované hodnoty převáženy reálným počtem objasněných trestných činů v jednotlivých okresech (Ministerstvo vnitra ČR, 2007a).

Podle popsaného odhadu bylo v r. 2006 uživateli drog spácháno 30 % zjištěných a 21 % objasněných trestných činů<sup>39</sup> sledovaných v rámci studie. Nejčastěji se jedná o krádeže – cca 66 tis. (32 %) zjištěných a 9 tis. (26 %) objasněných krádeží bylo podle studie spácháno uživateli drog – tabulka 8-6.

Za předpokladu, že podíl uživatelů drog na ostatních drogových trestných činech (§ 187a, 188 a 188a TZ) je 100% a na trestných činech nezahnutých do studie nulový, pak podíl trestných činů spáchaných uživateli drog lze odhadovat na 22 % (zjištěné trestné činy), resp. 11 % (objasněné trestné činy) – tabulka 8-7.

Největší podíl vybraných trestných činů spáchaných uživateli je odhadován v kraji Ústeckém (49 %) a v Praze (33 %). V ostatních krajích je odhadovaný podíl nižší než hodnota pro ČR, nejnižší je v krajích Vysočina a Zlínském (4 %, resp. 5 %) – viz obrázek 8-9. (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007).

<sup>39</sup> Jedná se o terminologii používanou v policejních statistikách – tzv. objasněné trestné činy jsou trestné činy, u nichž je znám pachatel, tzv. zjištěné trestné činy jsou všechny oznámené trestné činy, jejichž pachatel zůstal (v daném roce) neznámý. Např. u drogových trestných činů je podíl objasněných trestných činů tradičně vysoký (94 % v r. 2006), naopak v případě krádeží je nízký (18 % v r. 2006).

tabulka 8-6: Odhad podílu trestných činů spáchaných uživateli drog na vybraných trestných činech v r. 2006 (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007)

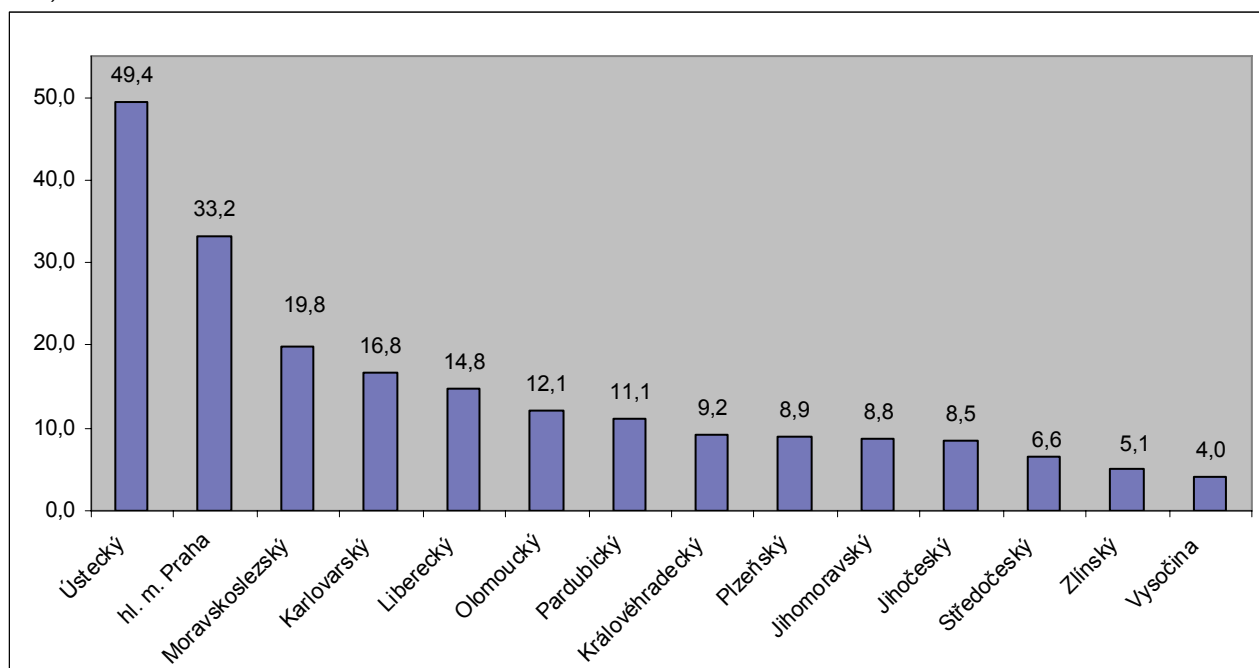
Trestný čin	Zjištěné trestné činy			Objasněné trestné činy		
	Všechny (počet)	Spáchané uživateli drog		Všechny (počet)	Spáchané uživateli drog	
		Podíl (%)	Počet		Podíl (%)	Počet
Vraždy loupežné	23	10,0	2	22	10,0	2
Loupeže	4 613	20,3	936	2 064	20,3	419
Úmyslné ublížení na zdraví	5 765	4,6	262	4 709	4,6	214
Vydírání	1 292	5,4	70	1 043	5,4	56
Omezování a zbavení osobní svobody	289	2,4	7	202	2,4	5
Porušování domovní svobody	2 203	14,8	326	1 480	14,8	219
Krádeže vloupáním*	53 503	24,8	13 286	10 671	24,4	2 599
Krádeže prosté*	151 136	35,1	52 977	25 828	26,7	6 892
Nedovolená výroba a distribuce OPL	2 248	72,0	1 618	2 123	72,0	1 528
Zanedbání povinné výživy	11 571	2,9	331	11 570	3,0	331
Zpronevěra	2 905	11,8	341	2 656	12,0	312
Podvod	5 186	21,1	1 096	4 225	21,0	893
Neoprávněné držení plat. karty	7 908	37,1	2 930	1 372	37,0	508
<b>Celkem vybrané trestné činy</b>	<b>248 642</b>	<b>29,8</b>	<b>74 183</b>	<b>67 965</b>	<b>20,6</b>	<b>13 978</b>

Pozn.: \*Odhadovaný podíl krádeží vloupáním a krádeží prostých byl získán z údajů o podílu jednotlivých typů krádeží rozlišovaných v policejních výkazech ESKK (15 typů krádeží vloupáním a 16 typů krádeží prostých). Proto se podíly trestných činů spáchaných uživateli drog u těchto dvou základních typů krádeží pro zjištěné a objasněné trestných činů liší.

tabulka 8-7: Odhad podílu trestných činů spáchaných uživateli drog na všech trestných činech v r. 2006 (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007)

Trestné činy	Zjištěné trestné činy			Objasněné trestné činy		
	Všechny (počet)	Spáchané uživateli drog		Všechny (počet)	Spáchané uživateli drog	
		Počet	Podíl (%)		Počet	Podíl (%)
Vybrané trestné činy	248 642	74 183	29,8	67 965	13 978	20,6
§ 187a, 188, 188a TZ	674	674	100,0	635	635	100,0
Jiné trestné činy	87 130	0	0,0	65 095	0	0,0
<b>Všechny trestné činy</b>	<b>336 446</b>	<b>74 857</b>	<b>22,2</b>	<b>133 695</b>	<b>14 613</b>	<b>10,9</b>

obrázek 8-9: Odhad podílu trestných činů spáchaných uživateli drog na všech vybraných trestných činech v r. 2006 podle krajů ČR (v %) (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007)



### 8.2.6 Přestupky přechovávání drog pro osobní potřebu

Přechovávání drog pro osobní potřebu je častěji než jako trestný čin postihováno jako přestupek (§ 30 odst. 1 písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích). V r. 2006 bylo zjištěno celkem 970 těchto přestupků, což je přibližně čtyřikrát více než činil počet stíhaných a vyšetřovaných trestných činů podle § 187a TZ (240 podle statistik Policie ČR, 223 podle NPC). Domluvou bylo vyřízeno 43 přestupků, bloková pokuta byla uložena ve 421 případech. Celkem 600 případů bylo projednáno ve správním řízení, celková výše pokut uložených ve správním řízení činila 848 700 Kč; průměrná výše pokuty tedy činila 1 415 Kč (Národní protidrogová centrála, 2007a).

### 8.3 Užívání drog ve věznicích

Monitoring užití nelegálních psychoaktivních látek ve věznicích probíhá od října r. 2005 prostřednictvím tzv. rychlých testů, tj. formou orientačního vyšetření moči testovacími proužky<sup>40</sup>. Každý test zjišťoval přítomnost benzodiazepinů, metamfetaminu, kanabinoidů, opiátů a dalších látek<sup>41</sup>, v konečných výstupech zařazených do kategorie „jiná OPL“ (podle informace VS ČR se jednalo především o barbituráty).

Testování se provádí jednak při vstupních prohlídkách, a to při nástupu do vazby nebo nástupu do výkonu trestu z občanského života. V r. 2006 nastoupilo do vazby podle údajů GRVS ČR 6 504 osob a do výkonu trestu z občanského života 8 784 osob (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2007c); z celkového počtu 15 288 osob bylo testováno 8 281, tj. 54 % osob.

Testování jsou dále obvinění, kteří jsou ve vazbě déle než 3 měsíce, a odsouzení ve výkonu trestu odnětí svobody. Testování u těchto osob probíhá čtvrtletně, na základě náhodného výběru provedeného pracovníky oddělení výkonu vazby a výkonu trestu VS ČR; v každé věznici je čtvrtletně testováno 5 % obviněných ve vazbě a 10 % odsouzených ve výkonu trestu. Celkem bylo v r. 2006 takto provedeno 7 498 testů<sup>42</sup>.

Při 8 281 testech při nástupu do vazby či výkonu trestu bylo zjištěno 2 511 (30,3 %) pozitivních výsledků na některou ze sledovaných drog (některé testy byly pozitivní na více drog). Pokud nepočítáme benzodiazepiny, které mohou být součástí předepsaných léků, pozitivních bylo 2 004 (24,2 %) testů. Nejčastěji zjištěnou látkou byly kanabinoidy a metamfetamin (36 %, resp. 34 % pozitivních výsledků). Při 7 498 testech u osob ve vazbě (déle než 3 měsíce) nebo ve výkonu trestu bylo zjištěno 776 (10,3 %), bez benzodiazepinů 401 (5,3 % testů) pozitivních výsledků na některou ze sledovaných drog. Nejčastěji byly zjištěny benzodiazepiny, metamfetamin a kanabinoidy (48 %, 27 % a 17 % pozitivních testů). Výsledky monitoringu uvádí tabulka 8-8 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2007b).

tabulka 8-8: Výsledky monitoringu drog ve věznicích v r. 2006 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2007b)

Druh drogy	Nástup do vězení			Pobyt ve vězení			Celkem		
	Počet testů	Z toho pozitivních		Počet testů	Z toho pozitivních		Počet testů	Z toho pozitivních	
		Počet	%		Počet	%		Počet	%
Benzodiazepiny	8 281	507	6,1	7 498	375	5,0	15 779	882	5,6
Metamfetamin	8 281	860	10,4	7 498	211	2,8	15 779	1 071	6,8
Kanabinoidy	8 281	912	11,0	7 498	131	1,7	15 779	1 043	6,6
Opiáty	8 281	232	2,8	7 498	59	0,8	15 779	291	1,8
Jiná OPL	8 281	193	2,3	7 498	78	1,0	15 779	271	1,7
<b>Celkem</b>	<b>8 281</b>	<b>2 511</b>	<b>30,3</b>	<b>7 498</b>	<b>776</b>	<b>10,3</b>	<b>15 779</b>	<b>3 287</b>	<b>20,8</b>
<b>Celkem bez benzodiazepinů</b>	<b>8 281</b>	<b>2 004</b>	<b>24,2</b>	<b>7 498</b>	<b>401</b>	<b>5,3</b>	<b>15 779</b>	<b>2 405</b>	<b>15,2</b>

### 8.4 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Poslední dostupné údaje o společenských nákladech (včetně nepřímých) spojených s užíváním drog v ČR (Zábranský et al. 2001) byly publikovány ve VZ 2002. Přehled účelově určených výdajů z veřejných rozpočtů na realizaci protidrogových opatření je uveden v kapitole Rozpočty a financování, str. 5 a podrobnější analýza výdajů z veřejných rozpočtů vynaložených na užívání drog a jeho řešení (včetně účelově neurčených) je uvedena v kapitole Výdaje z veřejných rozpočtů, str. 74.

<sup>40</sup> V předchozích letech odebrané vzorky odesílaly k vyšetření do laboratoře.

<sup>41</sup> Na proužku byla v těchto případech indikována (v moči) netypicky se vyskytující látka, která byla dodatečně určena laboratorním testem.

<sup>42</sup> Někteří z obviněných a odsouzených byli testováni opakovaně; počet těchto případů není vykazován.

## 9 Opatření zaměřená na sociální souvislosti a důsledky užívání drog

V r. 2006 došlo k meziročnímu poklesu (dotovaných) zařízení poskytujících následnou péči specificky uživatelům drog, počet klientů se však mírně zvýšil. Kapacita chráněného bydlení a počet klientů v chráněném bydlení se téměř nezměnily.

Formy zacházení s věznými uživateli drog zůstávají stejné jako v předchozích letech. Ve věznicích je v rámci programů zajišťovaných Vězeňskou službou ČR k dispozici pobyt v bezdrogových zónách, poradenství pro uživatele drog, detoxifikační léčba a terapie ve specializovaných odděleních. V r. 2006 byl zahájen pilotní projekt substituční léčby ve dvou věznicích; na základě pozitivně hodnocených výsledků se předpokládá jeho pokračování a rozšíření v dalších letech. Ve 14 věznicích působilo 6 neziskových organizací, které jsou členy A.N.O. V r. 2006 došlo k nárůstu počtu vězňů uživatelů drog, kteří využili jejich služeb; dochází k rozvoji postpenitenciární péče nabízené těmito organizacemi.

Celkem 75 osobám, které byly v letech 2005 a 2006 klienty Probační a mediační služby, byla uložena soudem povinnost léčby jako alternativa trestu či trestního stíhání. Nejčastějším trestným činem těchto osob byla krádež a nedovolená výroba a distribuce drog.

### 9.1 Sociální reintegrace (následná péče)

Následná péče o uživatele drog a jejich sociální začleňování je v ČR zajišťována prostřednictvím ambulantních doléčovacích programů, jejichž součástí mohou být programy chráněného bydlení a chráněné pracovní programy. Jedná se o strukturované intenzivní ambulantní doléčování, jehož cílovou populací jsou abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce.

V r. 2006 poskytovalo následnou péči 18 zařízení dotovaných RVKPP, z nichž 8 zařízení poskytovalo ambulantní a intenzivní následnou péči, 8 zařízení pouze intenzivní a 2 pouze ambulantní následnou péči. 13 zařízení nabízelo svým klientům chráněné bydlení a 5 také chráněné zaměstnávání. Celkem využilo služeb následné péče 904 klientů (566 mužů), 594 (66 %) z nich užívalo před léčbou drogy injekčně, 520 (58 %) užívalo pervitin, 183 (20 %) heroin a 10 (1 %) Subutex®. Celková kapacita poskytovaného chráněného bydlení byla 126 ubytovacích míst a využilo ji 235 klientů. V chráněných dílnách pracovalo 40 klientů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i) – srovnání s r. 2005 uvádí tabulka 9-1.

tabulka 9-1: Programy následné péče dotované RVKPP v r. 2005 a 2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i)

Ukazatel	2005	2006
Počet zařízení	20	18
Počet klientů v následné péči celkem	865	904
Kapacita chráněného bydlení (počet míst)	118	126
Počet klientů v chráněném bydlení	244	235
Počet klientů v chráněných dílnách	59	40

Ambulantní následnou péči nabízelo 10 zařízení a využilo ji 380 klientů (249 mužů). Průměrný věk klientů byl 26,4 roku. Celkem 230 (61 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 216 (57 %) užívalo pervitin a 81 (21 %) opiáty (heroin či Subutex®). Srovnání let 2003–2006 uvádí tabulka 9-2 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i).

tabulka 9-2: Programy ambulantní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006
Počet zařízení	8	14	13	10
Počet klientů	460	444	336	380
– z toho injekčních uživatelů	320	307	218	230
– z toho uživatelů pervitinu	210	187	182	216
– z toho uživatelů heroínu	120	115	58	78
Průměrný věk klientů	26,0	26,6	27,4	26,4

Intenzivní následnou péči poskytovalo 16 zařízení, jejichž celková kapacita 365 míst byla využita 524 klienty (z toho 317 muži). Průměrný věk klientů byl 27,1 roku. Celkem 364 (69 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 304 (58 %) užívalo pervitin a 112 (21 %) opiáty (heroin či Subutex®). Průměrná délka programu jednoho klienta byla 6 měsíců. 133 (25 %) klientů dokončilo program úspěšně, 97 (19 %) předčasně a 61 (12 %) bylo z programu vyloučeno (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i). Srovnání let 2003–2006 uvádí tabulka 9-3.



tabulka 9-3: Programy intenzivní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006
Počet zařízení	14	14	15	16
Kapacita	321	342	385	365
Počet klientů	585	562	526	524
– z toho injekčních uživatelů	463	404	399	364
– z toho uživatelů pervitinu	245	260	276	304
– z toho uživatelů heroinu	224	184	143	105
Průměrný věk klientů	24,5	27,0	26,4	27,1

Kromě výše uvedených zařízení mohou služby následné péče poskytovat i jiná pobytová nebo ambulantní léčebná zařízení, jejichž počet a typy jimi poskytované péče jsou obtížně zjistitelné. Na principu svépomoci fungují skupiny Anonymních alkoholiků (AA). V současnosti funguje 32 skupin AA v 18 městech ČR (Anonymní alkoholici, 2006). Podle dostupných údajů neexistuje v ČR žádná svépomocná skupina zaměřená na nealkoholové drogy typu Anonymní narkomané (NA).

Od září 2005 funguje v Praze Pracovní a sociální agentura (o.s. SANANIM), která pomáhá bývalým uživatelům drog s uplatněním na trhu práce – zprostředkovává klientům zaměstnání, napomáhá při samostatném hledání zaměstnání, zprostředkovává rekvalifikační kurzy a nabízí další vzdělávání. Cílem projektu Pracovní a sociální agentury je vytvoření sítě spolupracujících zaměstnavatelů napříč celým spektrem trhu práce a zároveň doplnění stávajících služeb v oblasti prevence a léčby užívání návykových látek. Za dobu trvání projektu do poloviny r. 2007 prošlo pracovní a sociální agenturou více než 170 osob, z nichž většina měla zájem o zprostředkování zaměstnání; více než 100 osob našlo uplatnění na trhu práce (především ve státní správě, v pohostinství a dalších službách nebo jako řidiči a skladníci). Agentura pomáhá klientům také při komunikaci s úřady, do budoucna se předpokládá větší spolupráce se školami, které poskytují dálkové studium, podpora klientů, kteří potřebují dokončit vzdělání, a poskytování kariérového poradenství pro dlouhodobě abstinující klienty (Ambrož, 2007). Služby zaměřené na lepší uplatnění (bývalých) uživatelů drog na trhu práce poskytují také další NNO, např. o.s. White Light I. a Sdružení Podané ruce; přehled aktivit v této oblasti však není úplný.

Od r. 2006 funguje na území ČR síť středisek integrace menšin (www.strediskasim.cz). Cílem projektu je vytvořit a ověřit podpůrný systém péče o děti a mladistvé ze sociálně znevýhodněného a kulturně odlišného prostředí (národností menšiny, imigranti) a přispět ke zlepšení podmínek pro integraci těchto dětí a mladistvých do společnosti. Střediska nabízejí informační servis, vzdělávací programy, volnočasové aktivity, psychologickou diagnostiku a individuální a rodinné poradenství, mj. také v oblasti rizikového chování a závislostí (Střediska integrace menšin, 2007).

## 9.2 Prevence trestné činnosti spojené s užíváním drog

### 9.2.1 Zacházení s uživateli drog ve věznicích

Informace o zacházení s uživateli drog ve věznicích každoročně poskytuje Generální ředitelství vězeňské služby ČR (GRVS) (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2007a).

Ve věznicích jsou zřízeny bezdrogové zóny, jejichž cílem je zamezit odsouzeným v kontaktu s omamnými a psychotropními látkami. Do bezdrogových zón jsou odsouzení přijímáni buď na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v rámci vstupní prohlídky při nástupu do vězení, nebo na základě vlastní žádosti, kterou posuzuje komise složená z odborných zaměstnanců věznice. Důvodem pro vyřazení odsouzeného z bezdrogové zóny je porušení jejího řádu. Zacházení v bezdrogové zóně spočívá v uplatňování bezpečnostních, zdravotnických, psychologických a pedagogických přístupů, které odsouzeného motivují k abstinenci a zdravému životnímu stylu v průběhu výkonu trestu odnětí svobody i po jeho skončení. V r. 2006 provozovalo 31 z celkového počtu 35 věznic celkem 35 bezdrogových zón. Oproti r. 2005 došlo k navýšení o 1 bezdrogovou zónu, kapacita se v r. 2006 zvýšila na 1 837 míst (1 606 v r. 2005). V bezdrogových zónách v r. 2006 vykonávalo trest odnětí svobody 3 343 odsouzených, tj. o 484 více než v r. 2005.

Poradny drogové prevence zřízené ve všech věznicích poskytují uživatelům drog odborné poradenství, individuální a skupinovou terapii a další zdravotní péči s cílem minimalizovat zdravotní a sociální rizika a motivovat vězněné osoby k léčbě během výkonu trestu odnětí svobody.

Detoxifikační léčbu pro odsouzeného stanoví na základě diagnózy lékař příslušné věznice. V případě, že stav odsouzeného vyžaduje neodkladnou péči, je buď převezen na interní oddělení vazební věznice Praha-Pankrác nebo na psychiatrické oddělení vazební věznice Brno. Údaj o počtu osob, které prošly detoxifikační léčbou v r. 2006, není k dispozici.

Ve věznicích fungují dva typy specializovaných oddělení zaměřené na uživatele drog. Prvním typem jsou specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu, jež fungují v šesti věznicích (Bělušice, Nové Sedlo, Ostrov,

Plzeň, Příbram a Všehrdy). Stěžejním prvkem těchto oddělení je léčebně-výchovný program na bázi terapeutické komunity; zařazování a vyřazování odsouzených do specializovaných oddělení je obdobné jako u bezdrogových zón. Jejich celková kapacita v r. 2006 zůstala nezměněna oproti r. 2005, tzn. 286 míst. V odděleních pro diferencovaný výkon trestu vykonávalo v r. 2006 trest odnětí svobody celkem 625 odsouzených, tj. o 102 více než v r. 2005. Druhý typ specializovaných oddělení je zaměřen na uživatele drog, kterým byla soudem nařízena ústavní léčba protitoxikomanická. Nacházejí se ve věznicích Opava, Rýnovice a Znojmo. Tato oddělení mají charakter léčebného zařízení pro léčbu závislosti na návykových látkách s využitím režimových aktivit, jejichž základem je skupinová terapie s prvky terapeutické komunity; léčebný program je vypracován na 12 měsíců, avšak délka pobytu je posuzována individuálně. Jejich celková kapacita je 105 míst, v r. 2006 se zde léčilo celkem 162 odsouzených.

V období od 1.5.2006 do 30.4.2007 probíhal ve Vazební věznicích Praha-Pankrác a Příbram pilotní projekt substituční léčby problémových uživatelů opiátů. Projekt byl připravován ve spolupráci se Společností pro návykové nemoci ČLS JEP a dalšími odborníky. Jeho cílem bylo prověřit možnosti Vězeňské služby ČR (VS) při zajištění substituční léčby problémových uživatelů drog v průběhu výkonu trestu a dle výsledku projektu navrhnout jeho případné pokračování a rozšíření. Odbor zdravotnické služby VS ČR obdržel od MZ certifikát, kterým byla ve výše uvedených věznicích zřízena specializovaná centra substituční léčby; certifikát je také podmínkou pro bezplatné získání substituční látky – metadonu. Do programu byli zařazováni především odsouzení, kteří zahájili substituční léčbu buď před nástupem výkonu trestu, anebo v jeho průběhu na základě soudního rozhodnutí. Všichni odsouzení v substituční léčbě nastoupili do věznice Praha-Pankrác; většina z nich léčbu absolvovala v této věznici, menší část byla přemístěna do věznice Příbram. V r. 2006 bylo do projektu substituční léčby zařazeno 11 odsouzených ze 167 vyšetřených, kteří přišli do psychiatrické ordinace s problematikou závislosti na drogách. Z toho 4 byli k léčbě přemístěni do Věznice Příbram. V průběhu projektu byli 2 odsouzení z léčby vyřazeni pro porušení terapeutické smlouvy. Výsledky hodnotí VS ČR jako pozitivní a přínosné pro práci s uživateli drog ve vězení. V důsledku toho se předpokládá pokračování a zvýšení dostupnosti programů substituční léčby ve věznicích.

Péči o vězněné uživatele drog zajišťovanou ze strany VS ČR doplňují služby poskytované NNO sdruženými v sekci Drogové služby ve vězení A.N.O.<sup>43</sup>. Počet vězněných, jimž tyto organizace poskytovaly služby v celkem 14 věznicích (Brno, Kuřim, Břeclav, Olomouc, Mírov, Pardubice, Jiřice, Plzeň, Hradec Králové, Praha-Ruzyně, Praha-Pankrác, Odolov, Světlá nad Sázavou a Valdice), v r. 2006 stoupl na 720 (610 v r. 2005). Bylo uskutečněno 2 717 kontaktů (poradenských konzultací) s vězni (2 783 v r. 2005). Frekvence kontaktů se různí od jednorázových setkání po pravidelný týdenní kontakt. V některých věznicích (Kuřim, Brno, Hradec Králové, Pardubice) se začalo intenzivněji pracovat skupinovou formou – v tematických skupinách prevence relapsu, ve skupinách sebezpoznavacích a prožitkových, prostřednictvím nácviku sociálních dovedností, dramaterapie či arteterapie. NNO realizovaly 54 vzdělávacích seminářů informativního a preventivního charakteru pro 976 vězněných osob a 15 vzdělávacích seminářů pro 570 pracovníků vězeňské služby. NNO rozšířily své služby o adresnou následnou a postpenitenciární péči v délce cca 1–6 měsíců. Tyto služby byly poskytnuty celkem 72 klientům (Škvařilová, 2007). Překážkou dalšího rozvoje spolupráce NNO a vězeňské služby zůstává neexistence odborných standardů pro realizaci drogových služeb ve vězení. Jejich příprava je součástí Akčního plánu 2007–2009.

## 9.2.2 Léčba jako alternativa trestu podle statistik probační a mediační služby

Důležitou oblastí z hlediska prevence trestné činnosti uživatelů drog je ukládání léčby jako alternativy trestu či alternativy trestního stíhání. Trestní zákon a trestní řád upravují několik institutů umožňujících uložení povinnosti podrobit se léčbě drogové závislosti (podrobněji např. VZ 2004). Osobní motivace odsouzeného či obviněného hraje při rozhodování soudu nebo (v přípravném řízení) státního zástupce důležitou roli.

V r. 2006 bylo mezi klienty PMS 44 závislých uživatelů drog, kterým byla rozhodnutím soudu, případně státního zástupce, nařízena léčba jako povinnost; v r. 2005 se jednalo o 31 osob. Celkem 75 případů z let 2005 a 2006 bylo podrobněji analyzováno. Nejčastěji byla léčba uložena v rámci podmíněného odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem (68 % případů); muži převažovali v poměru zhruba 5 : 1. Pouze ve dvou případech se jednalo o činnost PMS ve fázi před pravomocným rozhodnutím soudu, v ostatních 73 případech se jednalo o práci s pravomocně odsouzenými osobami. Nejčastějším trestným činem, za který byli klienti PMS, jimž byla uložena léčba, odsouzení či obvinění, byla krádež (29 % případů), následovaná nedovolenou výrobou a distribucí drog podle § 187 TZ (27 % případů). Výsledky analýzy případů, kdy byla v letech 2005 a 2006 klientům PMS uložena léčba jako alternativa trestu nebo trestního stíhání, uvádí tabulka 9-4 (Probační a mediační služba ČR, 2006; Probační a mediační služba ČR, 2007).

<sup>43</sup> Ke konci r. 2006 se jednalo o těchto 6 NNO: o.s. Podané ruce Brno, o.s. Podané ruce Olomouc, Agentura Walhalla Olomouc, o.s. SANANIM Praha, o.s. LAXUS Hradec Králové, o.p.s. CPPT Plzeň a o.s. Semiramis Nymburk.

tabulka 9-4: Výsledky analýzy případů z r. 2005 a 2006, kdy byla klientům PMS uložena léčba jako povinnost rozhodnutím soudu nebo státního zástupce (Probační a mediační služba ČR, 2006; Probační a mediační služba ČR, 2007)

Sledovaný znak		Počet	Podíl (%)
Opatření nebo rozhodnutí, jímž byla uložena léčba	Podmíněné odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem	51	68,0
	Podmíněné propuštění s dohledem	9	12,0
	Obecně prospěšné práce	6	8,0
	Podmíněné odsouzení k TOS	4	5,3
	Nahrazení vazby dohledem	3	4,0
	Podmíněné upuštění od potrestání s dohledem	2	2,7
Typ trestného činu	Krádež (§ 247)	22	29,3
	Výroba a distribuce drog (§ 187)	20	26,7
	Porušování domovní svobody (§ 238)	5	6,7
	Loupež (§ 234)	4	5,3
	Útok na veřejného činitele (§ 155)	3	4,0
	Ublížení na zdraví (§ 221)	3	4,0
	Výtržnictví (§ 202)	3	4,0
	Přechovávání drog pro osobní potřebu (§ 187a)	2	2,7
	Vražda (§ 219)	2	2,7
	Ostatní trestné činy (po 1 případě)	11	14,7
Druh řízení	Vykonávací řízení	73	97,3
	Přípravné řízení a řízení před soudem	2	2,7
Pohlaví	Muži	63	84,0
	Ženy	12	16,0
<b>Celkem</b>		<b>75</b>	<b>100,0</b>

## 10 Drogové trhy

Nejvíce dostupnou drogou v ČR je marihuana. Extáze, jejíž užívání je v ČR relativně časté, a méně rozšířený kokain jsou dostupné především v prostředí noční zábavy. V tomto prostředí se v posledních letech zvyšuje i dostupnost další stimulační drogy, pervitinu (metamfetaminu). Většina spotřebované marihuany je v posledních letech pravděpodobně pokryta domácí produkcí; rozšiřuje se pěstování konopí v umělých podmínkách, a to převážně menšího počtu rostlin. Pervitin se vyrábí výhradně v ČR; prekurzorem je buď dovážený efedrin nebo pseudoefedrin obsažený v lécích. Pervitin je také vyvážen do zahraničí, především do Německa. Extáze a kokain jsou do ČR dopravovány především z Nizozemska, heroin se do ČR dostává zejména z Afghánistánu tzv. balkánskou cestou. Počet i objem záchytů hlavních typů drog jsou na zhruba stejné úrovni jako v minulých letech. Nejčastější jsou záchyty marihuany a pervitinu, počet záchytů extáze a kokainu je dlouhodobě nízký. V r. 2006 se snížila průměrná čistota zkoumaných vzorků heroinu, pervitinu a kokainu a mírně se zvýšila průměrná čistota zadržovaných konopných látek. Ceny drog zůstávají podle dostupných údajů stabilní.

### 10.1 Dostupnost a nabídka drog

V r. 2006 nebyl uskutečněn žádný průzkum či studie zaměřené na monitorování dostupnosti drog.

Podle dostupných údajů, např. výroční zprávy NPC (Národní protidrogová centrála, 2007a), jsou všechny základní typy drog dostupné ve všech větších městech v ČR, přičemž se v posledních letech zvýšila dostupnost drog v menších městech a venkovských oblastech. Nejdostupnější drogou je marihuana, jejíž užívání je široce rozšířeno ve všech regionech a sociálních skupinách. Extáze je i nadále dostupná především v klubech, na diskotékách a tanečních akcích. Užívání pervitinu (a s ním i jeho dostupnost) se v posledních několika letech rozšířilo z populace problémových uživatelů drog i mezi tzv. rekreační uživatele, do prostředí noční zábavy – viz např. (Kubů et al. 2006). Dostupnost kokainu se patrně zvyšuje, zejména ve velkých městech (v Praze, Brně a Ostravě), a to rovněž především v prostředí noční zábavy. V některých krajích (v Praze, Ústeckém a Jihočeském) byl zaznamenán snížený zájem o heroin, který je zčásti nahrazován Subutexem, a to jak legálně předepisovaným, tak pocházejícím z černého trhu (blíže k výskytu Subutexu na černém trhu kapitola Substituce a udržovací programy, str. 34).

### 10.2 Výroba a pašování drog

Zdrojem informací o výrobě, pašování a distribuci drog na území ČR uvedených v této kapitole jsou výroční zprávy NPC a GŘC (Národní protidrogová centrála, 2007a; Celní správa ČR, 2007a).

Podle uvedených zdrojů se snižuje objem marihuany dovážené ze zahraničí, čemuž odpovídá zvyšující se nabídka marihuany s vysokým obsahem THC hydroponně pěstované v ČR. V některých krajích (Praha, Jihomoravský, Královéhradecký, Pardubický) zaznamenala policie zvýšený počet odhalených pěstíren marihuany, kdy se jednalo o výrobu v menším měřítku (do 20 rostlin), pro osobní potřebu nebo užší okruh známých.

Hlavní trasou dovozu heroinu je i nadále tzv. balkánská cesta. Heroin je přepravován z Afghánistánu přes Turecko a Makedonii či Bulharsko; ČR je zejména tranzitní zemí (heroin směřuje do dalších států EU), menší část zásilek zůstává na českém trhu. Významnou roli při jeho nelegální přepravě hrají zejména kosovoalbánské, turecké a bulharské organizované skupiny.

Kokain je do ČR přepravován zejména z Nizozemska. V r. 2006 bylo zaznamenáno zapojení občanů ČR do kurýrní přepravy kokainu z Jižní Ameriky a Karibské oblasti do západní Evropy. Větší zásilky kokainu nebyly v r. 2006 na území ČR zachyceny.

Extáze je do ČR dovážena především z Nizozemska, dále také z Belgie a Polska. Přetrvává pašování extáze v osobních automobilech a v autobusové přepravě. Nadále nejsou k dispozici informace o výrobě extáze na území ČR.

Efedrin je podle výroční zprávy NPC nadále hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu (metamfetaminu). Dovází se zejména z Německa, Polska, Bulharska a zemí bývalé Jugoslávie. V r. 2006 bylo zaznamenáno zapojení makedonských a albánských skupin do dovozu efedrinu tzv. balkánskou cestou, výroby pervitinu na území ČR a poté jeho vývozu do Německa.

Pro nelegální výrobu pervitinu je podle NPC ve velkém rozsahu využíváno pseudoefedrinu získávaného z léčiv (Modafen<sup>®</sup>, Nurofen Stop Grip<sup>®</sup>, Paralen Plus<sup>®</sup>, Panadol Plus Grip<sup>®</sup>). Nárůst výroby byl policií zaznamenán především v kraji Středočeském, Olomouckém a Moravskoslezském. Pervitin vyrobený z efedrinu, který dosahuje vyšší čistoty, převažuje podle policie v kraji Jihomoravském, Zlínském a Vysočina. Vzájemný poměr množství efedrinu a pseudoefedrinu z volně prodejných léčivých přípravků jako surovin k nelegální výrobě pervitinu nelze vzhledem k vysoké latenci této trestné činnosti v současnosti vyčíslit.

Na organizační a legislativní řešení problému zneužívání volně prodejných léků s obsahem pseudoefedrinu k nelegální výrobě pervitinu byla zaměřena meziřesortní jednání koordinovaná sekretariátem RVKPP v prvním pololetí r. 2006. Výsledkem jednání byl pozměňovací návrh zákona č. 79/1997 Sb., o léčivech, který by v obecné

rovině prostřednictvím rozhodnutí o registraci u volně prodejných léčivých přípravků umožnil omezit počty balení vydávaných jednomu pacientovi; tento návrh však v Parlamentu ČR dosud nebyl projednán.

V r. 2007 se z iniciativy výrobců volně prodejných léků s obsahem pseudoefedrinu uskutečnil průzkum vnímání této problematiky mezi 18 klíčovými informanty (ze státní správy, akademického sektoru, pomáhajících organizací, politici) s cílem nalezení způsobu, jak omezit nelegální výrobu pervitinu a zároveň nesnížit dostupnost těchto léků pro (samo)léčbu pacientů (Jelínek et al. 2007). Většina dotázaných považuje za uspokojivé řešení omezení prodávaného množství léků a posílení role lékáren případně považuje stávající stav za nejlepší možnou variantu. Většina dotázaných se dále domnívá, že pokud by došlo k pouhému převedení volně prodejných léků s pseudoefedrinem na lékařský předpis, mělo by toto opatření jen velmi malý dopad na spotřebu drog. Podobný krok by nejvíce postihl samovýrobce, jejich místo by na trhu mohly nahradit organizované kriminální skupiny a mohlo by též dojít ke zvýšení poptávky po kokainu. Dále existují obavy, že by převedení těchto léků na lékařský předpis přineslo zvýšení nákladů jak na straně pacientů, tak na straně systému veřejného zdravotnictví.

Podle NPC došlo v r. 2006 k dalšímu nárůstu nelegální distribuce Subutexu, látky používané při substituční terapii závislosti na opiátech – viz také kapitola Substituce a udržovací programy, str. 33.

### 10.3 Záchyty drog

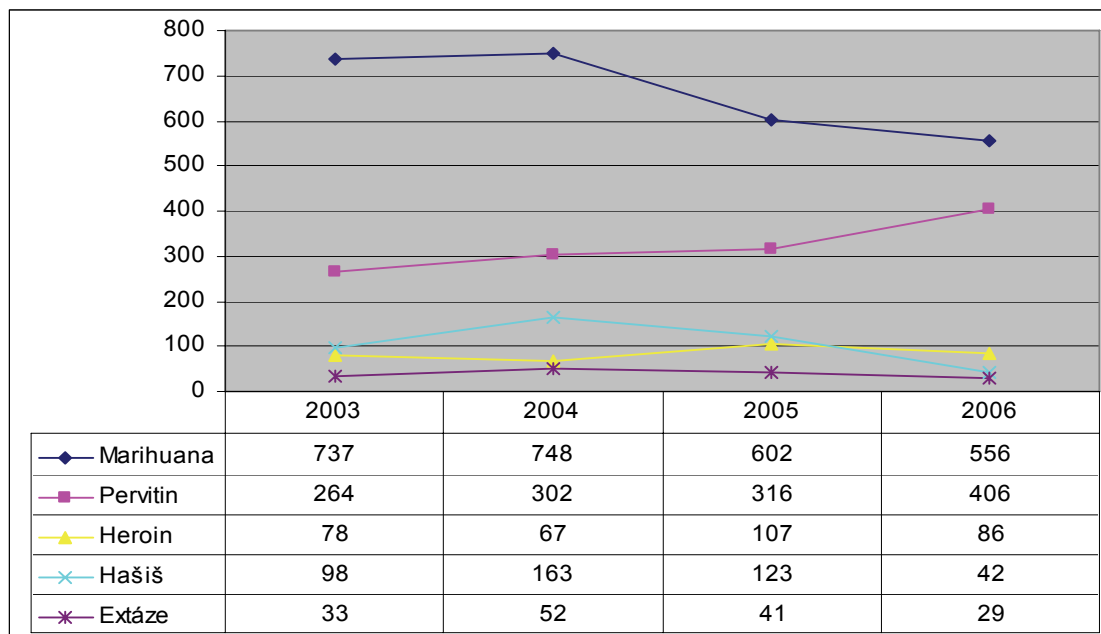
#### 10.3.1 Údaje o celkovém počtu a objemu záchytů drog v ČR

Údaje o záchytech drog zahrnují záchyty uskutečněné Policií ČR a Celní správou ČR. Údaje o policejních záchytech zahrnují i případy řešené jako přestupky (přechovávání drog v malém množství pro osobní potřebu); tyto případy se výrazněji projevují pouze u záchytů marihuany (204, tj. 37 % všech záchytů v r. 2006) a pervitinu (109, tj. 27 % všech záchytů v r. 2006). Záchyty, při nichž bylo zachyceno více druhů drog, jsou započteny u každého typu drogy zvlášť<sup>44</sup>.

Nejčastěji zadrženou drogou v r. 2006 byla marihuana (556 záchytů). Počet ani objem záchytů této drogy se oproti r. 2005 výrazně nezměnil; v posledních dvou letech se snižuje počet záchytů marihuany (zhruba o jednu čtvrtinu v r. 2006 oproti r. 2004). Druhou nejčastěji zadrženou drogou zůstává pervitin (406 záchytů). Oproti r. 2005 došlo ke zvýšení počtu jeho záchytů, jejich objem však zůstal na přibližně stejné úrovni – zvýšil se především počet záchytů malých množství (viz dále). K výraznému opakovanému poklesu došlo v posledních dvou letech u záchytů hašiše. Jejich počet se v r. 2006 snížil oproti r. 2005 o 66 % a oproti r. 2004 o cca tři čtvrtiny, jejich objem se snížil ještě výrazněji – o 90 % oproti r. 2005 a o 98 % oproti r. 2004. Počty záchytů extáze, kokainu a LSD zůstávají na nízké úrovni. Počet a objem záchytů heroinu zůstávají v posledních třech letech stabilní. Srovnání počtu a objemu záchytů hlavních typů drog v letech 2003 až 2006 uvádí obrázek 10-1 a tabulka 10-1.

Z dalších látek bylo v r. 2006 zadrženo např. 488 tablet Subutexu, 1,2 kg efedrinu a více než 6 kg amfetaminu (Národní protidrogová centrála, 2007a).

obrázek 10-1: Počet záchytů vybraných druhů drog v r. 2003–2006 (Národní protidrogová centrála, 2007c)



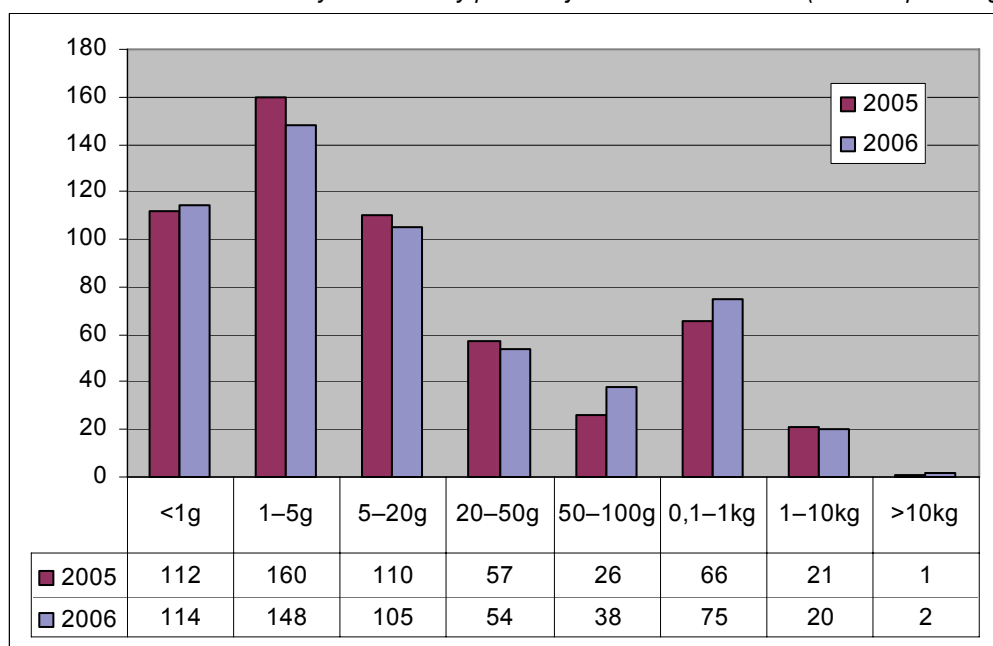
<sup>44</sup> V tom se liší letošní údaje o záchytech od údajů publikovaných v předchozích výročních zprávách NMS a ve standardních tabulkách EMCDDA, kdy do počtu záchytů nebyly v předchozích letech započítány přestupky (do objemů záchytů však započítány byly) a záchyty, při nichž bylo zadrženo více druhů drog, byly do počtu záchytů započítány pouze u té drogy, které bylo zadrženo největší množství.

tabulka 10-1: Počty a objemy záchytů hlavních druhů drog v r. 2003–2006 (Národní protidrogová centrála, 2007c)

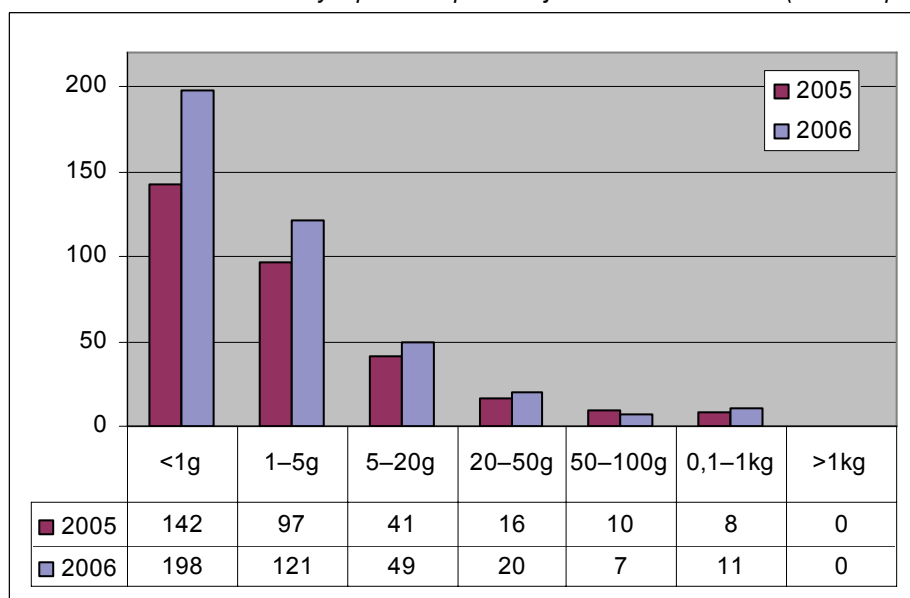
Druh drogy (jednotky)	2003		2004		2005		2006	
	Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem
Marihuana (g)	737	77 816,9	748	168 528	602	103 337	556	108 352
Pervitin (g)	264	9 630,0	302	3 423	316	5 310	406	5 249
Heroin (g)	78	9 135,2	67	35 904	107	36 340	86	27 877
Rostliny konopí (ks)	117	3 125	49	1 617	53	1 780	44	2 276
Hašiš (g)	98	64 805,0	163	22 693	123	4 625	42	466
Extáze (tablety)	33	75 992	52	108 379	41	19 010	29	26 259
Kokain (g)	20	2 623,6	10	3 283	16	10 169	11	4 708
LSD (dávký)	4	65	7	326	5	3 067	7	1 748

Stejně jako v předchozích letech je i za r. 2006 k dispozici rozdělení záchytů základních typů drog podle jejich objemu (Národní protidrogová centrála, 2007b). Rozložení se oproti předchozím letům výrazně nezměnilo. U pervitinu představují záchyty v množství do 1 g 50 % všech záchytů. Meziroční nárůst celkového počtu záchytů pervitinu (obrázek 10-1) je způsoben především nárůstem počtu záchytů v množství do 1 g. Záchyty do 1 g byly v r. 2006 nejčastější také u heroinu (36 %); v případě marihuany byly záchyty nejčastěji v objemu od 1 do 5 g (27 %). Rozdělení záchytů marihuany a pervitinu podle objemu v letech 2005 a 2006 ukazuje obrázek 10-2 a obrázek 10-3.

obrázek 10-2: Rozdělení záchytů marihuany podle objemu v r. 2005 a 2006 (Národní protidrogová centrála, 2007b)



obrázek 10-3: Rozdělení záchytů pervitinu podle objemu v r. 2005 a 2006 (Národní protidrogová centrála, 2007b)



### 10.3.2 Podrobnější údaje o záchytech drog Celní správou ČR

Za r. 2006 jsou k dispozici podrobnější údaje o 131 záchytech Celní správy ČR (Celní správa ČR, 2007b).

Z uvedených 131 případů se jednalo o 51 záchytů při dovozu, 35 záchytů při vývozu a 41 záchytů ve vnitrozemí<sup>45</sup>. Nejčastějším druhem dopravy byla doprava letecká (62, tj. 47 % záchytů) a doprava osobním automobilem (44, tj. 34 % záchytů). Nejčastěji byly drogy nalezeny v poštovní zásilce (64, tj. 49 % záchytů, z toho 59 v letecké přepravě), dále v osobním automobilu (25) a v cestovním zavazadle (18, z toho 13 v osobním automobilu). Při některých záchytech byl zadržen více než jeden druh drogy – celkem bylo evidováno 148 záchytů jednotlivých drog, z toho se nejčastěji jednalo o marihuanu (92, tj. 62 % případů) a hašiš (27 případů), dále o pervitin (14 případů) a heroin (9 případů).

U záchytů marihuany dovážené do ČR (30 případů, průměrný objem 7,9 g, medián 2,7 g) se většinou jednalo o poštovní zásilku zadrženou v letecké přepravě (27 případů, z toho 17 z Nizozemska). V 31 případech byla celními orgány marihuana zadržena při vývozu z ČR (průměrný objem 19,8 g, medián 3,4 g). V 11 případech byla marihuana vyvážena občany české národnosti na Slovensko, a to vždy v osobním automobilu a v malém množství určeném patrně pro osobní potřebu (průměrně 2,2 g). Poměrně časté byly případy zadržení marihuany v poštovních zásilkách směřujících letecky do Irska (9 případů), přičemž se jednalo o relativně vyšší objemy (průměrně 15,8 g). Hašiš byl orgány celní správy zachycen většinou při dovozu (24 z 27 záchytů, průměrný objem 11,9 g, medián 4,0 g), z toho 10krát při dovozu ze Španělska a 9krát při dovozu z Nizozemska; nejčastěji se jednalo o poštovní zásilku (23 případů, z toho 20krát v letecké přepravě).

Ze 14 případů záchytů pervitinu celními orgány (průměrný objem 61,6 g, medián 9,0 g) se čtyřikrát jednalo o záchyt při vývozu, ve zbylých případech šlo o záchyt ve vnitrozemí. Dvakrát byl zadržen pervitin vyvážený do Německa, v obou případech občany německé národnosti a ve větším množství (247 a 51 g). Za pozornost stojí dále záchyt 3,4 kg kokainu v cestovním zavazadle českého občana cestujícího letecky z Argentiny do ČR a záchyt 286 g kokainu v tělních dutinách britského občana cestujícího letecky z Velké Británie do ČR.

## 10.4 Ceny a čistota drog

### 10.4.1 Ceny drog

Ceny základních typů drog v ČR zůstávají podle NPC stabilní – tabulka 10-2 (Národní protidrogová centrála, 2007c). NPC získává každoročně údaje od okresních policejních ředitelství (v r. 2006 poskytlo údaje 50 ze 76 ředitelství). Údaje jsou poskytovány v podobě minimální a maximální ceny při pouličním prodeji drog v menších množstvích, které jsou pro každý okres zprůměrovány a z těchto údajů se poté počítá celkový průměr i modus (nejčastěji uváděný průměr v okresech) pro ČR. V r. 2006 došlo podle NPC ke snížení nejčastěji uváděné ceny heroinu o 20 %, extáze o 25 % a hašiše o 20 % – vzhledem k metodice sběru dat o cenách drog (viz výše) by měly být tyto trendy ověřeny z dalších zdrojů.

*tabulka 10-2: Průměrné a nejčastěji udávané ceny drog při pouličním prodeji v r. 2004–2006 podle Policie ČR (v Kč) (Národní protidrogová centrála, 2007c)*

Druh drogy	2004		2005		2006	
	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus
Marihuana (g)	170	200	170	100	190	150
Hašiš (g)	280	250	240	250	270	200
Extáze (tableta)	230	250	210	200	220	150
Pervitin (g)	1 100	1 000	1 020	1 000	1 060	1 000
Heroin (g)	1 050	1 000	1 090	1 000	1 090	800
Kokain (g)	2 300	2 000	2 260	2 000	2 210	2 000
LSD (dávka)	170	150	180	150	160	150

*Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.*

Další údaje o cenách drog jsou uvedeny ve Výroční zprávě NPC (Národní protidrogová centrála, 2007a):

- Ceny efedrinu se zvyšují z důvodu jeho nedostatku na nelegálním trhu; pohybují se kolem 200 tis. až 250 tis. Kč za kilogram (podle zprávy NPC za r. 2005 činila cena dováženého efedrinu v r. 2005 cca 100 tis. Kč).
- Cena za gram metamfetaminu vyráběného v ČR a prodávaného v Německu dosahuje až 65 € (cca 1800 Kč).
- Cena extáze při nákupu v množství od 1 000 kusů pohybuje od 50 až 70 Kč za tabletu.
- Cena hydroponně vypěstované marihuany se pohybuje mezi 150 až 250 Kč za gram (informace ze Středočeského kraje).
- Cena kokainu v Ostravě se pohybuje kolem 1 500 Kč za gram.
- Subutex<sup>®</sup> se na černém trhu prodává za cenu 300–1 000 Kč za tabletu o síle 8 mg.

<sup>45</sup> Ve zbylých 4 případech se jednalo o kombinace uvedených znaků.

#### 10.4.2 Čistota drog

Údaje o čistotě jsou v ČR k dispozici pouze pro část zadržených drog. Většina (cca 60 %) poskytnutých údajů o čistotě drog za r. 2006 byla získána z regionálních analytických pracovišť Policie ČR (OKTE), zbytek z Kriminálního ústavu Praha. Průměrné čistoty hlavních typů drog v letech 2005 a 2006 uvádí tabulka 10-3. Podle dostupných údajů se v r. 2006 snížila průměrná čistota zadrženého heroinu, pervitinu a kokainu a mírně se zvýšila průměrná čistota zadržených konopných látek (Národní protidrogová centrála, 2007c).

tabulka 10-3: Průměrné čistoty drog v r. 2005–2006 (v %) (Národní protidrogová centrála, 2007c)

Druh drogy	2005		2006	
	Počet vzorků	Průměrná čistota	Počet vzorků	Průměrná čistota
Hašiš	10	7,4	1	11,0
Marihuana	108	3,8	151	4,5
Heroin	19	41,5*	35	7,9
Kokain	25	55,9	12	40,2
Pervitin	65	62,9	58	52,3
Extáze**	135	27,2	54	22,6

Pozn.: \* Vysoká průměrná čistota heroinu byla způsobena započtením několika záchyťů vysoce koncentrovaného heroinu, ke kterým došlo v r. 2005, \*\* jedná se o průměrný obsah MDMA v jedné tabletě v mg.



## ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY

Každoročně jsou do výroční zprávy zařazeny 3 speciální kapitoly. Témata určuje EMCDDA ve spolupráci s monitorovacími středisky jednotlivých zemí sítě Reitox s ohledem na jejich aktuálnost a potřebu výzkumu.

### 11 Výdaje z veřejných rozpočtů na řešení problematiky drog

Odhad výdajů z veřejných rozpočtů vynaložených na řešení problematiky drog uvedený v této kapitole byl proveden podle pokynů EMCDDA. Pro identifikaci výdajových položek byla použita klasifikace COFOG, která ovšem není v ČR dosud plně implementována. U výdajů, které nejsou účelově určeny přímo na realizaci opatření protidrogové politiky, byl stanoven tzv. přiřaditelný podíl, tj. jejich část která byla vynaložena v důsledku užívání nelegálních drog.

Celkový objem výdajů z veřejných rozpočtů vydaných na řešení problematiky drog v r. 2006 byl odhadnut na 5 517 mil. Kč (tj. 0,17 % HDP v r. 2006), z toho 452 mil. Kč (8,2 %) na straně snižování poptávky po drogách a 5 066 mil. Kč (91,8 %) na straně snižování nabídky drog a prosazování práva.

Po započtení výdajů zdravotních pojišťoven potom činí výdaje jdoucí na vrub užívání drog odhadem 6 426 mil. Kč (tj. 0,20 % HDP v r. 2006), z toho výdaje na straně snižování poptávky po drogách a léčby 1 360 mil. Kč (21,2 %) a výdaje na straně potlačování nabídky a prosazování práva 5 066 mil. Kč (78,8 %).

Vstupními údaji pro odhad byla převážně rutinně vykazovaná a již dříve zveřejněná data, která byla případně sekundárně zpracována; odhad není výsledkem extenzivního výzkumu a je založen na řadě předpokladů. Z těchto důvodů je nutné konečný výsledek považovat za orientační.

#### 11.1 Stručný metodologický úvod

Tato kapitola byla zpracována na základě postupu definovaného EMCDDA v pokynech pro zpracování VZ 2006. Jejím cílem je odhadnout objem výdajů z veřejných rozpočtů (státního a územních), které jsou určeny na řešení problematiky drog. Jedná se o výdaje jak na straně snižování poptávky (drogová prevence, harm reduction, léčba a resocializace uživatelů drog), tak na straně potlačování nabídky a prosazování práva (trestní stíhání a věznění v souvislosti s drogovou kriminalitou, opatření vedoucí k záchytu nelegálních drog apod.).

Jde o dva typy výdajů: (1) výdaje účelově určené na řešení problematiky drog (Labelled Drug-related Expenditures), a to celým svým objemem (tj. např. prostředky určené na dotace programům poskytujícím služby uživatelům drog nebo výdaje NPC), a (2) výdaje účelově neurčené (Non-labelled Drug-related Expenditures), které jsou na řešení problematiky drog využity z části (např. část celkových výdajů na činnost policie, státních zastupitelství, soudů nebo výdajů na ambulantní a lůžkovou zdravotní péči).

Pro identifikaci a zařazení výdajů státních a územních rozpočtů EMCDDA určilo mezinárodní klasifikaci COFOG (Classification of the Functions of Government). Třídění výdajů podle této klasifikace však není v ČR dosud plně implementováno a provádí jej pouze Český statistický úřad (ČSÚ), který údaje ze státního závěrečného účtu (poskytnuté jednotlivými resorty, institucemi, kraji a obcemi) reklasifikuje podle COFOG. V tomto procesu může dojít k nepřesnému zařazení výdaje do (pod)položky COFOG, proto byly pro účely této kapitoly použity také jiné zdroje dat – u účelově určených prostředků na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a územních rozpočtů to byly informace přímo z resortů a krajů, u výdajů zdravotnického systému také data publikovaná ÚZIS.

Další klíčový moment představuje určení podílu účelově neurčených výdajů, který byl spotřebován na řešení problematiky drog v jednotlivých výdajových položkách. Na straně potlačování nabídky byl v r. 2006 proveden retrospektivní průzkum, ve kterém byl získán odhad podílu uživatelů drog na páčání (zejména majetkové) kriminality. Tento odhad (přiřaditelný podíl) byl potom aplikován na výdaje trestněprávního systému. V případě výdajů na léčbu není žádný podobný průzkum k dispozici, proto byl odhad přiřaditelného podílu proveden speciálně pro účely této kapitoly na základě dat ze zdravotnických registrů.

Z důvodů uvedených výše je třeba údaje v této kapitole vnímat jako indikativní – jedná se o odhad založený převážně na veřejně publikovaných zdrojích, bez provedení extenzivního výzkumu.

#### 11.2 Klasifikace COFOG

Mezinárodní klasifikace COFOG se v EU používá pro zařazení výdajů státních a územních rozpočtů; v české verzi se označuje jako Klasifikace funkcí vládních institucí CZ-COFOG. Tato klasifikace není v systému státní správy ČR dosud plně zavedena, zařazení výdajů probíhá podle klasifikace uvedené ve vyhlášce MF č. 323/2002 Sb., o rozpočtové skladbě, jejíž položky nelze do COFOG přímo převést.

V souladu s pokyny EMCDDA byly pro odhad veřejných výdajů použity následující položky COFOG – tabulka 11-1; výdaje v jiných oblastech (např. účelově neurčené výdaje na sociální služby) nebyly v souladu s pokyny EMCDDA do odhadu zařazeny.

tabulka 11-1: Položky COFOG použité pro odhad výdajů na problematiku drog

Kód COFOG	Název položky
03.1	Policejní ochrana
03.3	Soudy a státní zastupitelství
03.4	Vězeňská správa a vězeňský provoz
07.1	Léčiva a zdravotnické prostředky
07.2	Ambulantní zdravotní péče
07.3	Ústavní zdravotní péče
07.4	Veřejné zdravotnické služby (tj. např. hygienické stanice, zdravotní ústavy, povinné očkování apod.)

### 11.3 Účelově určené výdaje

Účelově určené výdaje veřejných financí na protidrogovou politiku (Labelled Drug-related Expenditures) jsou ty výdaje, které mají jednotlivé resorty vedené ve svých rozpočtech pod názvem Program protidrogové politiky. Tento program odpovídá položce rozpočtové skladby 3541 – Prevence před drogami, alkoholem, nikotinem a jinými návykovými látkami. Tyto výdaje mají ve svých rozpočtech Úřad vlády – RVKPP, MZ, MPSV, MŠMT, MS a MO. Program protidrogové politiky má ve svém rozpočtu také GŘC. Mezi účelově určené výdaje se zahrnují také výdaje NPC. Dále jsou k dispozici výdaje z územních (krajských a obecních) rozpočtů. Účelově určené výdaje veřejných financí na protidrogovou politiku jsou podrobněji popsány v kapitole Rozpočty a financování, str. 5.

Účelově určené výdaje lze tedy k řešení problematiky drog vztáhnout celým jejich objemem (přiraditelný podíl je 100 %). Zatřídění těchto účelově určených výdajů v r. 2006 podle položek COFOG uvádí tabulka 11-2.

tabulka 11-2: Účelově určené výdaje na Program protidrogové politiky v r. 2006 podle COFOG (v mil. Kč)

Kód	Název položky	RVKPP	MO	MPSV	MŠMT	MZ	MS	NPC	GŘC*	Kraje a obce	Celkem
03.1	Policejní ochrana	0	0	0	0	0	0	106	23	0	129
03.3	Soudy a státní zastupitelství	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.4	Vězeňská správa a vězeňský provoz	0	0	0	0	0	41	0	0	0	41
07.1	Léčiva a zdravotnické prostředky	109	5	50	11	18	0	0	0	143	336
07.2	Ambulantní zdravotní péče										
07.3	Ústavní zdravotní péče										
07.4	Veřejné zdravotnické služby	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
–	<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>5</b>	<b>50</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>41</b>	<b>106</b>	<b>23</b>	<b>143</b>	<b>506</b>

Pozn.: \* Výdaje Celní správy byly zařazeny do položky 03.1, protože se podílí na odhalování drogové trestné činnosti.

### 11.4 Účelově neurčené výdaje

Účelově neurčené výdaje z veřejných rozpočtů (Non-labelled Drug-related Expenditures) jsou ty výdaje, které nejsou přímo určené na řešení problematiky drog, avšak na řešení problematiky drog se z části podílejí (přiraditelný podíl je menší než 100 %).

#### 11.4.1 Určení přiraditelného podílu

Pro oblast snižování nabídky byly použity výsledky retrospektivního průzkumu, kde se odhadoval podíl uživatelů drog na páchaní (majetkové) kriminality (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007) – viz podrobněji kapitolu Drogová kriminalita, str. 56. Pro jednotlivé fáze trestního stíhání (policie, státní zastupitelství, soudy, vězení) byl přiraditelný podíl určen zvlášť – zastoupení sledovaných trestných činů v celkovém počtu případů řešených v jednotlivých fázích se totiž liší. Přiraditelné podíly pro drogové (§ 187a až § 188a TZ) a další trestné činy (sekundární drogová kriminalita) byly určeny samostatně – tabulka 11-3.

tabulka 11-3: Přiraditelné podíly u výdajů trestněprávního sektoru (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2007b)

Orgán/instituce	Všechny trestné činy	Drogové trestné činy		Sekundární kriminalita		Celkem	
		Počet	Přiraditelný podíl (%)	Počet	Přiraditelný podíl (%)	Počet	Přiraditelný podíl (%)
Policie – objasněno trestných činů	133 695	2 758	2,06	12 388	9,27	<b>15 146</b>	<b>11,33</b>
Státní zastupitelství – stíháno pachatelů	102 476	2 630	2,57	8 965	8,75	<b>11 595</b>	<b>11,31</b>
Soudy – obžalováno státními zastupitelstvími	90 199	2 314	2,57	8 123	9,01	<b>10 437</b>	<b>11,57</b>
Vězeňství – odsouzeno k nepodmíněnému trestu odnětí svobody	9 997	432	4,32	1 286	12,86	<b>1 718</b>	<b>17,19</b>

V oblasti snižování poptávky (léčby) nebyla provedena žádná cílená studie pro zjištění přiraditelného podílu. Údaje byly orientačně odhadnuty na základě dostupných dat o hospitalizacích a počtech ambulantních ošetření publikovaných ÚZIS a dále byla použita data o relativním počtu problémových uživatelů drog v populaci.

V r. 2005 bylo v ČR provedeno 156 002 380 ambulantních ošetření a vyšetření, z toho 140 077 160 oborů, které se mohou podílet na léčbě uživatelů drog (mimo obory geriatry, pediatrie, novorozenecké, plastická chirurgie, pracovní lékařství a nemoci z povolání, tělovýchovné lékařství, lékařská genetika), z toho 2 689 389 vyšetření bylo provedeno oborem psychiatrie (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006c). Počet vyšetření u uživatelů drog (dg. F11–F19) však nebyl publikován, je proto odhadnut z údajů o prvních vyšetřeních v oboru psychiatrie (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b). V r. 2005 bylo v oboru psychiatrie provedeno 450 166 prvních psychiatrických vyšetření, z toho 12 948 (2,3 %) u dg. F11–F19. Tento podíl byl aplikován na celkový počet vyšetření v oboru psychiatrie – odhadem tedy 77 350 vyšetření bylo provedeno uživatelům drog. To představuje 0,055 % ambulantních vyšetření všech oborů, které se mohou podílet na léčbě zdravotních komplikací a nemocí u uživatelů drog nebo v důsledku užívání drog (dg. F11–F19).

Podíl vyšetření ostatních oborů než psychiatrie, který lze přiřadit uživatelům či užívání drog, nebyl podrobněji odhadován; jako přiraditelný podíl byl použit relativní počet problémových uživatelů drog v celé české populaci v r. 2006, tj. 0,29 % – viz také kapitulu Problémové užívání drog, str. 21. To znamená, že odhadem bylo provedeno 411 600 ambulantních vyšetření v oborech (mimo oboru psychiatrie, který je samostatně odhadován výše), které se mohou podílet na léčbě nemocí u uživatelů drog.

Pro odhad přiraditelného podílu lůžkové péče byly použity údaje o hospitalizacích v letech 2001–2005 evidované ÚZIS a zpracované NMS (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007b) – viz také kapitulu Další poruchy spojené s užíváním drog, str. 44 a stejnou kapitulu ve VZ 2005. V r. 2001–2005 bylo evidováno 21 947 hospitalizací přímo pro poruchy spojené s užíváním drog (základní dg. F11–F16 a F18–F19). Dále bylo za roky 2001–2005 evidováno 71 235 hospitalizací z jiných příčin u osob, u kterých se někdy v tomto období vyskytla při (jiné) hospitalizaci dg. F11–F16 a F18–F19. Celkem bylo v uvedeném období evidováno 11 521 276 hospitalizací, a to včetně příčin (např. těhotenství, komplikace po porodu, vrozené vady) a oborů (např. geriatry, nemoci z povolání), které s užíváním drog či s léčbou jeho důsledků nesouvisí. Podle počtu lékařů v jednotlivých oborech na lůžkových odděleních, případně podle příčin hospitalizace lze podíl hospitalizací, u kterých připadá vliv užívání drog v úvahu, odhadnout na 91 %, resp. 92 %, tj. cca 10,5 mil. hospitalizací.

Z výše uvedených údajů byly odhadnuty přiraditelné podíly pro výdaje na ambulantní a ústavní zdravotní péči – tabulka 11-4. U výdajů na léky a na veřejné zdravotní služby byl použit přiraditelný podíl rovnající se relativnímu počtu problémových uživatelů drog v populaci (0,29 %).

tabulka 11-4: Přřaditelné podíly u výdajů na zdravotní péči (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006c; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007b)

Kategorie zdravotní péče	Všechny případy* (tis.)	Zákl. dg. F11–F19		Jiné příčiny		Celkem	
		Počet (tis.)	Přřaditelný podíl (%)	Počet (tis.)	Přřaditelný podíl (%)	Počet (tis.)	Přřaditelný podíl (%)
Léčiva a zdravotnické prostředky	–	–	–	–	–	–	0,29
Ambulantní zdravotní péče (ošetření 2005)	140 077	77,4	0,06	411,6	0,29	489,0	0,35
Ústavní zdravotní péče (hospitalizovaní 2001–2005)	10 500	21,9	0,21	71,2	0,68	93,2	0,88
Veřejné zdravotnické služby	–	–	–	–	–	–	0,29

Pozn.: \* Případy, mezi nimiž se mohli vyskytnout uživatelé drog (tj. mimo např. oboru geriatrie, pediatrie apod.)

#### 11.4.2 Stanovení celkového objemu účelově neurčených výdajů

Celkové výdaje z veřejných rozpočtů v kategoriích podle COFOG uvádí tabulka 11-5 (Český statistický úřad, 2007; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007c). Tyto celkové výdaje byly u policie a soudů sníženy o výdaje na činnosti, které se netýkají objasňování a stíhání trestných činů; pro tento účel byly převzaty údaje o personálním zastoupení jednotlivých odborností zjištěné ve studii PAD (Zábranský et al. 2001b), kde bylo zjištěno, že 86,06 % personálního stavu policie se podílí na objasňovací a vyšetřovací činnosti (vyňaty tedy byly např. útvary dopravní policie, ochrany ústavních činitelů, cizinecké a pohraniční policie, tělovýchovy a vrcholového sportu) a z celkového stavu soudců je 26,2 % trestních. Celkové výdaje policie a soudů byly tedy upraveny na tyto podíly; výdaje policie byly navíc kráceny o výdaje NPC, jejichž náklady mají přřaditelný podíl 100 % – tabulka 11-5.

U výdajů na zdravotní péči byly celkové výdaje sníženy o složky, které se s velkou pravděpodobností nijak nepodílejí na léčbě drogové závislosti nebo důsledků užívání drog (tj. zejména obory a oddělení geriatrie, pediatrie, novorozenecké, plastická chirurgie, pracovní lékařství a nemoci z povolání, tělovýchovné lékařství, lékařská genetika). U ambulantní léčby se vycházelo z počtu vyšetření v jednotlivých oborech v r. 2006, u hospitalizací z přepočteného počtu lékařů pracujících v jednotlivých oborech (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007c). Podíl výdajů na ambulantní péči tak byl po odečtu oborů s nulovým přřaditelným podílem stanoven na 89,8 % u ambulantní a 90,8 % u ústavní péče; u výdajů na léčiva a veřejné zdravotnictví obdobná úprava, vzhledem k nedostatku relevantních dat, provedena nebyla – tabulka 11-5.

Je třeba poznamenat, že souhrn výdajů na zdravotní péči z veřejných rozpočtů nezahrnuje výdaje veřejného zdravotního pojištění, které tvoří největší podíl celkových výdajů ve zdravotnictví; odhad výdajů zdravotních pojišťoven je uveden v závěru této kapitoly.

tabulka 11-5: Výdaje státního a územních rozpočtů ve vybraných položkách COFOG v r. 2006 (v mil. Kč) (Český statistický úřad, 2007; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007c; Zábranský et al. 2001b)

Kód	Název položky	Celkové výdaje	Upravené výdaje
03.1	Policejní ochrana	34 165	29 296
03.3	Státní zastupitelství	1 936	1 936
	Soudy	8 663	2 270
03.4	Vězeňská správa a vězeňský provoz	6 365	6 365
07.1	Léčiva a zdravotnické prostředky	5	5
07.2	Ambulantní zdravotní péče	3 779	3 394
07.3	Ústavní zdravotní péče	11 646	10 575
07.4	Veřejné zdravotnické služby	3 757	3 757

#### 11.4.3 Účelově neurčené výdaje přřaditelné zneužívání drog

Z výše uvedených upravených výdajů byly pomocí přřaditelných podílů získány částky, které lze odhadem přřadit řešení problematiky drog jak na straně potlačování nabídky, tak na straně snižování poptávky – tabulka 11-6.

tabulka 11-6: Účelově neurčené výdaje, které lze v r. 2006 přiřadit zneužívání drog, podle COFOG

Kód	Název položky	Upravené výdaje celkem (mil. Kč)	Přiřazeno přímo užívání drog (drogové trestné činy, dg. F11–F19)		Přiřazeno nepřímo užívání drog (sekundární drogová kriminalita, jiné příčiny nemocnosti)		Přiřazeno celkem	
			Podíl (%)	Částka (mil. Kč)	Podíl (%)	Částka (mil. Kč)	Podíl (%)	Částka (mil. Kč)
03.1	Policejní ochrana	29 296	2,06	603	9,27	2716	11,33	3 319
03.3	Státní zastupitelství	1 936	2,57	50	8,75	169	11,31	219
	Soudy	2 270	2,57	58	9,01	205	11,57	263
03.4	Vězeňská správa a vězeňský provoz	6 365	4,32	275	12,86	819	17,19	1 094
07.1	Léčiva a zdravotnické prostředky	5	–	–	–	–	0,29	0
07.2	Ambulantní zdravotní péče	3 394	0,06	2	0,29	10	0,35	12
07.3	Ústavní zdravotní péče	10 575	0,21	22	0,68	71	0,88	93
07.4	Veřejné zdravotnické služby	3 757	–	–	–	–	0,29	11

### 11.5 Celkové (účelově určené i neurčené) výdaje

Celkový objem výdajů z veřejných rozpočtů vydaných na řešení problematiky drog byl v r. 2006 odhadem 5 517 mil. Kč (tj. 0,17 % HDP v r. 2006), z toho 452 mil. Kč (8,2 %) na straně snižování poptávky po drogách a léčby spojené s užíváním drog a 5 066 mil. Kč (91,8 %) na straně snižování nabídky drog a prosazování práva. Souhrn celkových výdajů z veřejných rozpočtů na řešení problematiky drog v ČR v r. 2006 uvádí tabulka 11-7.

tabulka 11-7: Účelově určené a neurčené výdaje státního a územních rozpočtů na protidrogovou politiku v r. 2006 podle COFOG (v mil. Kč)

Kód	Název položky	Účelově určené výdaje	Účelově neurčené výdaje	Celkem
3.1	Policejní ochrana	130*	3 319	3 449
3.3	Státní zastupitelství	0	219	219
	Soudy	0	263	263
3.4	Vězeňská správa a vězeňský provoz	41	1 094	1 134
7.1	Léčiva a zdravotnické prostředky		0	
7.2	Ambulantní zdravotní péče	335	12	441
7.3	Ústavní zdravotní péče		93	
7.4	Veřejné zdravotnické služby	0	11	11
–	<b>Celkem</b>	<b>506</b>	<b>5 011</b>	<b>5 517</b>

Pozn.: \* Včetně výdajů Celní správy.

Výše uvedené údaje nezahnují výdaje na léčbu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v r. 2006 činily podle ÚZIS 180 006 mil. Kč (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007c). Pokud by struktura výdajů zůstala stejná jako v r. 2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a), potom by z této částky cca 44 200 mil. Kč bylo určeno na úhradu léků, cca 40 000 mil. Kč na úhradu ambulantní péče a cca 81 400 mil. Kč na úhradu ústavní péče. Za předpokladu, že přiřaditelný podíl v těchto segmentech je stejný jako u výdajů ze státního rozpočtu, je možno odhadnout výdaje zdravotních pojišťoven vynaložené v r. 2006 v důsledku užívání drog na 130 mil. Kč na léky, 125 mil. Kč na ambulantní a 653 mil. Kč na lůžkovou péči, tj. celkem na 909 mil. Kč.

Výdaje z veřejných rozpočtů spolu s výdaji z veřejného zdravotního pojištění jdoucí na vrub užívání drog potom činí odhadem 6 426 mil. Kč (tj. 0,20 % HDP v r. 2006), z toho výdaje na straně snižování poptávky po drogách a léčby 1 360 mil. Kč (21,2 %) a výdaje na straně potlačování nabídky a prosazování práva 5 066 mil. Kč (78,8 %).

Obdobné výsledky přinesla studie PAD z r. 2001 zkoumající společenské náklady na zneužívání nelegálních drog v ČR v r. 1998 (Zábranský et al. 2001a; Zábranský et al. 2001b). V r. 1998 byly přímé náklady (výdaje nejen z veřejných rozpočtů, ale např. i náklady rodin) odhadovány na cca 2 320 mil. Kč (0,16 % HDP), z toho 16 % na straně snižování poptávky po drogách a léčby a 82 % na straně snižování nabídky drog a prosazování práva (zbývající 2 % tvořily transakční náklady a náklady rodin). Postup určení přímých nákladů ve studii PAD a výdajů z veřejných rozpočtů v této kapitole se však metodicky lišily.

## 12 Ohrožené skupiny mladých lidí

Žádný strategický dokument ČR nedefinuje ani nevyjmenovává skupiny mladých osob a dětí ohrožené užíváním drog. V některých dokumentech jsou zmiňovány příklady skupin dětí a mládeže s rizikovými zdravotními, sociálními či rodinnými predispozicemi. Úplný či systematický přehled o užívání drog a jeho následcích, o léčbě v souvislosti užívání drog u těchto ohrožených skupin neexistuje – k dispozici jsou jen dílčí údaje a výsledky několika málo cílených studií.

Některé typy zařízení se věnují prevenci užívání drog u rizikových skupin a jedinců, včasné diagnostice a léčbě užívání drog u ohrožených skupin v rámci dalších aktivit – např. pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro dítě a rodinu nebo střediska výchovné péče. Existují také specializované programy, často realizované NNO, zaměřené specificky na problematiku užívání drog u rizikových jedinců a skupin. Úplný přehled těchto programů a jejich klientů však neexistuje.

### 12.1 Definice a profil ohrožených skupin mladých lidí

V ČR neexistuje dokument, který by definoval nebo blíže charakterizoval ohrožené skupiny mladých lidí ve smyslu vulnerability v souvislosti s užíváním drog.

Děti, mládež a mladí dospělí tvoří jednu z 5 nejvíce zranitelných skupin obyvatel definovaných v ČR z pohledu největšího znevýhodnění ve vztahu k ostatním obyvatelům, a tedy z pohledu nejvyšší míry ohrožení sociálním vyloučením; mezi další skupiny patří osoby se zdravotním postižením, senioři, etnické menšiny a imigranti, bezdomovci a osoby opouštějící ústavní výchovu nebo výkon trestu odnětí svobody (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2004). V rámci této skupiny dětí, mládeže a mladých dospělých jsou (opět z pohledu sociálního vyloučení a uplatnitelnosti ve společnosti) specificky mezi ohroženými skupinami uváděni (1) čerství absolventi škol (ohrožení především nezaměstnaností), (2) zneužívané a týrané děti, (3) mladí lidé s poruchami chování, (4) děti z dysfunkčních rodin, (5) mladí drogově závislí a (6) děti vyrůstající v rodinách s deviantním stylem života a hodnotovými orientacemi. Dále jsou jako ohrožení sociálním vyloučením explicitně jmenováni (7) romské děti a mládež, (8) děti v ústavních zařízeních a (9) mladí dospělí opouštějící ústavní výchovu. Národní akční plán sociálního začleňování (NAPSZ) dále uvádí, že zdrojem sociálního vyloučení mohou být nepříznivé sociální situace, které mohou děti v rodinách (resp. školách nebo zařízeních) zažívat. Jedná se o konfliktní situace (např. šikana, vandalismus, útěk z domova), obtížné životní události (např. rozpad rodiny, partnerské problémy rodičů, těhotenství, zneužívání) a omezující životní podmínky (např. neschopnost adaptace). V souvislosti s omezujícími podmínkami bývají někdy jako vulnerabilní uváděny také děti z rodin s nižší úrovní příjmu, děti z neúplných rodin a děti z vícedětných rodin, které mohou být ohroženy chudobou, resp. sociálním vyloučením (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2004).

Některé z výše uvedených ohrožených skupin mladých lidí jsou uváděny jako příklady cílových skupin, na které jsou zaměřeny programy selektivní a indikované prevence. Pouze jako příklady je zmiňuje i Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti MŠMT na období 2005–2008 (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2004), která je základním dokumentem pro realizaci primární prevence v ČR; ohrožené skupiny mladých lidí nejsou explicitně zmíněny v Národní strategii 2005–2009 ani v Akčním plánu 2005–2006, resp. Akčním plánu 2007–2009.

Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2005) rozlišují 3 cílové skupiny primární prevence: děti a mládež, pedagogické pracovníky a specifické cílové skupiny (např. metodici prevence nebo NNO poskytující další aktivity v oblasti prevence). Skupiny jsou dále definovány z hlediska věku (rozlišovány jsou děti, mládež, mladí dospělí a dospělá populace), u dospělé populace je kritériem profese (za ohroženou skupinu jsou např. považováni řidiči MHD); dalším rozlišujícím kritériem pro definování cílové skupiny může být místo, kde lze cílovou skupinu oslovit (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2005). Podrobnější informace o standardech byly uvedeny v kapitole Prevence ve VZ 2005. Požadavky na klasifikaci cílových skupin se zabývali také Miovský a Zapletalová (2005), kteří při klasifikaci zohledňují 3 kritéria: věk (rozlišují 6 skupin), problémovost („náročnost“) (daná zdravotní a sociální zátěží, která se promítá do zvýšené vulnerability vůči návykovým látkám) a profesní hledisko (rozlišují se např. děti a studenti, profese ve zdravotnictví nebo profese ve školství). Autoři upozorňují na nedůslednou kontrolu pokrytí cílových skupin ze strany všech resortů zapojených do oblasti prevence užívání návykových látek (Mioviský a Zapletalová, 2005).

Vzhledem k neexistenci kompletního přehledu ohrožených skupin mladých lidí z pohledu užívání drog, ze kterého by se dalo vycházet při zpracování této kapitoly, se další části věnují vždy jen vybraným skupinám, o kterých se podařilo získat dílčí informace.

### 12.2 Užívání drog a problémové užívání v ohrožených skupinách mladých lidí

V ČR bylo v posledních letech realizováno několik málo studií zaměřených na problematiku užívání návykových látek mezi rizikovými skupinami mladých lidí. K dispozici je stručný přehled výskytu rizikového chování ve školských zařízeních, který byl získán v rámci průzkumu zaměřeného primárně na realizaci preventivních aktivit v těchto zařízeních (Petržilková a Týc, 2006), hodnocení výskytu rizikového chování mezi dětmi v ústavní péči (Večerka et al.

2000) a výsledky další studie zaměřené na děti žijící v rodinách alkoholiků a uživatelů drog (Csémy et al. 2003). Dále byla získána některá data ze studie ESPAD, která umožňují srovnání užívání návykových látek mezi studenty z hlediska vybraných faktorů rodinné situace a faktorů prostředí (Csémy et al. 2006).

### 12.2.1 Děti v dětských domovech, v ústavní a výchovné péči

V r. 2006 realizovalo MŠMT průzkum zaměřený na preventivní aktivity poskytované ve školských zařízeních. Ze 177 oslovených zařízení bylo 116 dětských domovů, 22 dětských domovů se školou, 27 výchovných ústavů a 12 diagnostických ústavů. V rámci studie byl sledován výskyt problémů v oblasti sociálně patologických jevů v jednotlivých zařízeních a nejčastěji řešené problémy. Nejčastěji uváděným problémem bylo kuřáctví (95 % zařízení uvedlo výskyt, 81 % zařízení hodnotilo kuřáctví jako nejčastější problém, který řeší), agresivita (výskyt v 90 % zařízení, 60 % v kategorii nejčastější) a šikana (67 % výskyt, 25 % v kategorii nejčastější). Více než polovina zařízení uvedla řešení problémů s vandalismem, zneužíváním alkoholu a nelegálních drog, záškoláctvím a kriminální činností. Přehled nejčastěji uváděných problémů (mohly být uvedeny až 3) podle typu zařízení uvádí tabulka 12-1. Problémy s nelegálními drogami patřily k nejčastěji řešeným problémům především ve výchovných ústavech, záškoláctví řešily zejména diagnostické ústavy, kriminalitu a útěky především dětské domovy se školou.

Jednotlivá zařízení také uváděla, jakého podílu dětí se daný problém týkal v r. 2005. Podle studie se kuřáctví vůbec nevyskytovalo jen v 15 % zařízení, ve 31 % nebyla v tomto roce řešena problematika nadměrné konzumace alkoholu a ve 42 % zařízení nebylo v tomto roce řešeno užívání návykových látek. Ze zařízení, kde byl problém řešen, jich 46 % uvádělo více než 10 případů kuřáctví za rok, 30 % uvádělo výskyt více než 10 případů nadměrné konzumace alkoholu za rok a 14 % zařízení uvádělo více než 10 případů zneužívání nelegálních drog (jednalo se především o výchovné ústavy) (Petržilková a Týc, 2006).

tabulka 12-1: Nejčastěji řešené problémy ve školských zařízeních podle typu (v %) (Petržilková a Týc, 2006)

Nejčastěji řešené problémy	Dětský domov se školou	Výchovný ústav	Diagnostický ústav	Dětský domov	Celkem
Kouření	86	67	67	85	<b>81</b>
Agresivita	68	52	42	60	<b>59</b>
Šikana	32	15	33	23	<b>24</b>
Vandalismus	18	11	17	28	<b>23</b>
Problémy s alkoholem	5	37	8	18	<b>18</b>
Problémy s nelegálními drogami	18	59	17	8	<b>18</b>
Záškoláctví	18	19	50	13	<b>17</b>
Kriminalita	14	11	0	6	<b>8</b>
Útěky	14	0	8	5	<b>5</b>
Gamblerství	5	7	0	1	<b>2</b>

Pozn.: Součet je vyšší než 100 %; mohly být uvedeny až 3 nejčastěji řešené problémy.

V rámci výzkumů zaměřených na výskyt sociálně patologických jevů mezi dětmi a mládeží provedl na konci 90. let Institut pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP) výzkum České děti v ústavní a výchovné péči; jednalo se o výzkum zaměřený na děti ve věku 12–15 let, kterým byla soudem nařízena ochranná a ústavní výchova. V rámci výzkumu v r. 1998 bylo sledováno 464 dětí (320 chlapců a 144 dívek) umístěných v diagnostických ústavech. Studie byla provedena na základě dotazníkového šetření mezi pracovníky orgánů sociálně právní ochrany dítěte (tzv. dotazník o dítěti, kterému byla uložena ochranná nebo ústavní výchova), zpráv dětských diagnostických ústavů, zpráv základních nebo zvláštních škol, které děti navštěvovaly, zpráv policie ČR a anamnesticko-psychologického vyšetření dětí (Večerka et al. 2000).

Z hlediska hodnocení výskytu rizikového chování uváděli sociální pracovníci nejčastěji výskyt záškoláctví (u 69,3 % sledovaných dětí), krádeže (53,4 %), kouření (51,4 %), fyzickou agresi (36,3 %) a šikanu (24,3 %). Problémy s užíváním alkoholu u dětí byly uvedeny ve 20,6 % případů, problémy s užíváním drog u 17,7 % dětí. Záškoláctví a krádeže byly také nejčastějším důvodem umístění dítěte do ústavní péče (71,0 %, resp. 50,2 % dětí) – tabulka 12-2.

tabulka 12-2: Důvody umístění do dětského diagnostického ústavu (Večerka et al. 2000)

Důvody	Četnost (v %)
Záškoláctví	71,0
Krádeže	50,2
Kouření	39,8
Výchovná nevladatelnost	38,9
Fyzická agrese	29,9
Verbální agrese	26,7
Sociální důvody	25,3
Nezájem o výuku ve škole	24,9
Neúcta k autoritám	22,6
Útěky z domova	19,0
Zanedbávání dítěte	17,6
Problémy s alkoholem	13,6
Problémy s drogami	13,1
Šikana	11,3
Toulání se	9,0
Mravnostní problémy	9,0
Sklon k hazardu	4,5
Týrání dítěte	2,3
Zneužívání dítěte	1,8

Pozn.: Součet důvodů je vyšší než 100 %, většinou se jedná o souběh více důvodů pro umístění dítěte do ústavní péče.

Děti umístěné v ústavní péči podle průzkumu mezi pracovníky dětských diagnostických ústavů často kouří (62,3 % dětí pravidelně) a užívají alkohol (53,7 %). Zkušenosti s nelegálními drogami má 37,2 % dětí, z nich 13,9 % užívá nelegální drogy opakovaně nebo pravidelně. Nejčastěji se jedná o těkavé látky, konopné látky a pervitin; těkavé a konopné látky jsou často první užitou drogou. Věk při prvním užití nelegální drogy byl nejčastěji 13 nebo 12 let. Necelá třetina dětí má také zkušenosti s hrou na výherních automatech (Večerka et al. 2000).

Mezi dětmi byla sledována vysoká míra (67,9 % dětí) kriminality (delikventního chování, které je u mladistvých a dospělých stíháno jako trestný čin a u dětí vzhledem k věku stíháno není); nejčastěji byla delikventní kariéra zahájena ve 12 nebo 13 letech. Necelá polovina dětí (45,8 %) spadá do kategorie opakovaných pachatelů majetkových deliktů, 18 % dětí do kategorie opakovaných pachatelů násilných deliktů (Večerka et al. 2000).

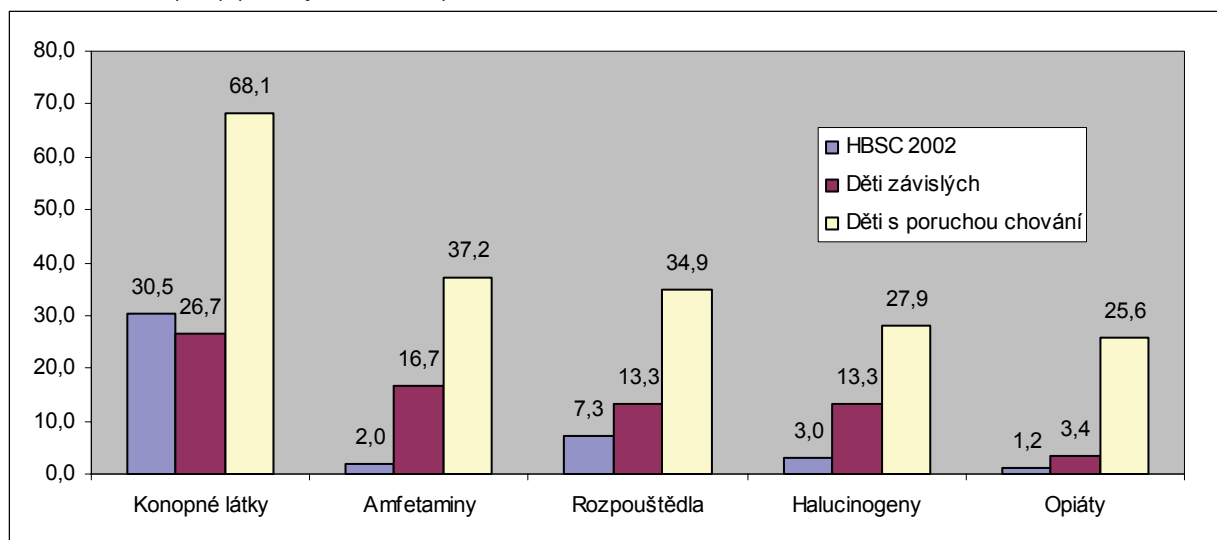
### 12.2.2 Děti v rodinách konzumentů alkoholu a uživatelů drog

V r. 2003 byla zpracována studie zaměřená na užívání návykových látek a jeho kontext u mimořádně ohrožených skupin dětí. V rámci studie byly sledovány dvě skupiny dětí ve věku 10–15 let: (1) děti z rodin, kde jeden z rodičů byl léčen pro závislost na alkoholu a (2) děti, které byly v péči zdravotního nebo výchovného zařízení pro poruchy chování a které měly v anamnéze útěky od rodiny.

Do studie se celkem zapojilo 75 dětí (průměrný věk 13,2 let), z nich 45 tvořilo skupinu dětí s poruchou chování a u 30 se jednalo o děti závislých rodičů. Mezi pravidelné kuřáky patří podle výsledků studie přibližně polovina ze sledovaných dětí s poruchou chování a třetina dětí závislých rodičů; čtvrtina dětí uvedla časté pití alkoholu. Zkušenosti s konopnými látkami má přibližně čtvrtina dětí závislých rodičů a dvě třetiny dětí s poruchou chování; pro srovnání mezi 15letými žáky běžných základních škol se jedná o necelou třetinu dětí. Zkušenosti s ostatními nelegálními drogami jsou ve sledovaných skupinách dětí výrazně vyšší než v reprezentativním souboru žáků ZŠ, kteří byli dotázáni v rámci studie HBSC v r. 2002; přitom se jedná o mladší respondenty než u studie HBSC. Zkušenosti s halucinogeny uvedlo 13,3 % dětí závislých rodičů a 27,9 % dětí s poruchou chování, zkušenost s amfetaminy 16,7 %, resp. 37,2 %. Časté jsou také zkušenosti dětí s těkavými látkami – uvedlo ji 13,3 % dětí závislých rodičů a 34,9 % dětí s poruchou chování (Csémy et al. 2003). Další výsledky studie – viz speciální kapitolu Užívání drog mezi dětmi do 15 let ve VZ 2005.



obrázek 12-1: Zkušenosti s nelegálními drogami: děti závislých a děti s poruchou chování ve srovnání s výsledky studie HBSC v r. 2002 (v %) (Csémy et al. 2003)



### 12.2.3 Mladí lidé v socioekonomicky znevýhodněných oblastech

V r. 2004 zpracovalo NMS analýzu situace hodnotící vztah mezi výskytem problémových nebo rizikových forem chování, včetně užívání návykových látek a páčání trestné činnosti, výskytem nepříznivých demografických a socioekonomických podmínek (tzv. environmentálních rizikových faktorů) a výskytem nepříznivých institucionálních podmínek. Analýza potvrdila, že užívání drog a kriminalita v ČR se koncentrují do krajů s vyšší průměrnou mzdou, zejména do velkých měst a/nebo urbanizovaných oblastí, které nabízejí větší anonymitu, a zároveň do oblastí s vyšší nezaměstnaností a nepříznivou sociální situací (Lejčková et al. 2004; Lejčková et al. 2007). V těchto oblastech byl zaznamenán vyšší rozsah zkušeností mládeže s užíváním návykových látek (včetně legálních), vyšší podíl problémových uživatelů drog i žadatelů o léčbu. Zároveň se ukázalo, že v krajích, kde jsou drogy více vyhledávané a více dostupné, je i vyšší koncentrace služeb pro uživatele drog.

Analýza dat ze studie ESPAD v r. 2003 potvrdila regionální rozdíly ve výskytu zkušeností mládeže s užíváním legálních i nelegálních drog (Lejčková et al. 2004). Nejvíce denních kuřáků mezi 16letými studenty je v regionech severozápadních Čech – v Ústeckém a Karlovarském kraji, které jsou charakteristické velmi urbanizovaným a průmyslovým prostředím. Regionální rozdíly v rozsahu zkušeností studentů s jakoukoliv nelegální drogou vykazují velmi podobný obrázek – nejvíce zkušeností uváděli studenti v Ústeckém a Karlovarském kraji (více než 50 %), nejméně v méně urbanizovaných regionech – Pardubickém kraji a na Vysočině (méně než 40 %) – mapa 12-1. Nejčastěji uváděnou užitou nelegální drogou v ČR jsou konopné látky (celoživotní prevalence mezi 16letými studenty byla v r. 2003 celkem 43,6 %, další v pořadí uváděných zkušeností jsou těkavé látky (9,0 %) a extáze (8,3 %).

mapa 12-1: Celoživotní prevalence užití jakékoliv nelegální drogy podle studie ESPAD (v %) (Lejčková et al. 2004)



Regionální rozdíly podle rozsahu užití jakékoliv nelegální drogy mimo konopných látek jsou obdobné – nejvyšší prevalence užití uvedli studenti v Praze a Ústeckém kraji (téměř 15 %), nejméně naopak studenti ve Zlínském kraji (7 %), Olomouckém a Pardubickém kraji (8 %) – mapa 12-2.

mapa 12-2: Celoživotní prevalence užívání jakékoliv nelegální drogy mimo konopné látky (v %) (Lejčková et al. 2004)



#### 12.2.4 Návštěvníci tanečních akcí

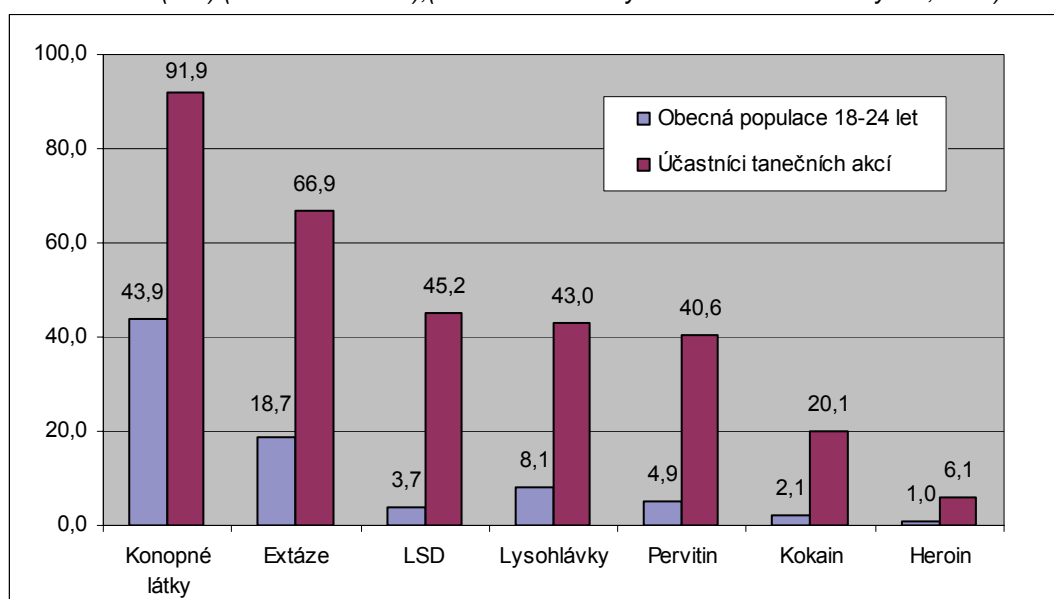
Studie uvádějí, že jednou z rizikových skupin mladých lidí jsou návštěvníci tanečních akcí. V ČR byla první rozsáhlejší studie mezi účastníky tanečních akcí realizována v r. 2000, na ni navázala studie Tanec a drogy v r. 2003. V r. 2007 je realizována další studie tohoto typu; její výsledky zatím nejsou k dispozici.

Výsledky průzkumu Tanec a drogy 03 (Kubů et al. 2006) potvrdily vysokou prevalenci užívání drog mezi účastníky tanečních akcí. Jen 6 % dotázaných účastníků tanečních akcí neuzilo ve svém životě žádnou ilegální drogu a 10 % neuzilo žádnou drogu v posledním roce. Hodnoty celoživotní, roční a měsíční prevalence užívání drog shrnuje tabulka 12-3. Nejvíce užívanými drogami mezi účastníky tanečních akcí jsou konopné látky, extáze a halucinogeny. Pervitin je po konopných látkách a extázi třetí nejčastěji užívanou drogou v posledním roce a v posledních 30 dnech. Prevalence užívání nelegálních drog mezi návštěvníky tanečních akcí je výrazně vyšší oproti obecné populaci – viz obrázek 12-2. Podrobné výsledky studie byly shrnuty ve VZ 2004, kde byla tomuto tématu věnována speciální kapitola Užívání drog v prostředí zábavy.

tabulka 12-3: Prevalence užívání základních typů drog mezi účastníky tanečních akcí v r. 2003 (v %) (Kubů et al. 2006)

Droga	Za celý život	V posledním roce	V posledním měsíci
Konopné látky	91,9	84,4	64,4
Extáze	66,9	54,0	32,5
LSD	45,2	22,8	8,8
Lysohlávky	43,0	20,3	3,5
Pervitin	40,6	24,9	13,8
Kokain	20,1	12,4	4,3
Heroin	6,1	1,1	0,4

obrázek 12-2: Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog v obecné populaci ve věku 18–24 let a mezi účastníky tanečních akcí (v %) (Kubů et al. 2006); (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006)



### 12.2.5 Rizikové faktory v rodinách podle studie ESPAD

Na základě dat získaných v rámci studie ESPAD v r. 2003 byly hodnoceny rozdíly mezi 16letými studenty z hlediska struktury rodiny a znalostí rodičů o tom, jak jejich dítě tráví volný čas; sledováno bylo také užívání drog mezi staršími sourozenci a školní docházka/záškoláctví (počty neomluvených hodin v posledním měsíci).

Studenti žijící v rodinách s oběma vlastními rodiči uvádějí výrazně nižší prevalenci kouření, konzumaci alkoholu i zkušenosti s užitím nelegálních drog, a to ve všech třech časových horizontech – viz tabulka 12-4. Pravidelné denní kouření a častou konzumaci alkoholu uvádějí především studenti, kteří nežijí s žádným z vlastních rodičů (tj. žijí s nevlastními rodiči, prarodiči, jinými příbuznými nebo jinými osobami), vyšší zkušenosti s užitím nelegálních drog uvádějí také studenti žijící v tzv. reorganizovaných rodinách (tj. s jedním vlastním a jedním nevlastním rodičem) a studenti žijící v neúplných rodinách (tj. pouze s jedním z rodičů).

Podstatným faktorem, který ovlivňuje kouření, pití alkoholu i užívání nelegálních drog mezi studenty středních škol, je míra kontroly ze strany rodičů nad tím, jak jejich dítě tráví volný čas. Mezi studenty, u kterých mají rodiče přehled, jak tráví sobotní večer, je necelých 5 % denních kuřáků a 11 % pravidelných konzumentů nadměrných dávek alkoholu; zkušenost s užitím konopných látek má 30,6 % a s extází 3,7 %. Oproti tomu mezi studenty, jejichž rodiče obvykle nevědí, kde a jak jejich dítě tráví sobotní večery, je téměř 26 % kuřáků a více než 41 % pravidelných konzumentů nadměrných dávek alkoholu; zároveň téměř 77 % z nich má zkušenost s užitím konopných látek a 28 % s extází. V této skupině studentů je také nejvyšší podíl současných uživatelů konopných látek (56 %) a extáze (6 %) – viz tabulka 12-4.

tabulka 12-4: Výsledky studie ESPAD z r. 2003 – prevalence užití návykových látek z hlediska struktury rodiny a míry kontroly rodičů (v %) (Csémy et al. 2006)

Droga	Struktura rodiny				Znalosti rodičů o tom, jak děti tráví sobotní večery			
	Původní (oba vlastní rodiče)	Reorganizovaná	Jeden rodič	Jiná	Pokaždé	Většinou	Někdy	Obvykle ne
<b>Cigarety</b>								
Kouření 40 a vícekrát v životě	34,2	51,0	<b>52,0</b>	39,9	27,2	47,6	65,2	<b>74,8</b>
11 a více cigaret denně za posledních 30 dní	6,2	8,6	11,2	<b>15,4</b>	4,9	7,6	16,9	<b>25,7</b>
<b>Alkohol</b>								
Jakýkoli alkoholický nápoj 6krát a častěji za posledních 30 dní	29,7	34,3	31,9	<b>36,1</b>	22,2	38,0	49,2	<b>54,5</b>
Pití nadměrných dávek alkoholu 3krát a častěji za posledních 30 dní	15,8	21,2	20,7	<b>25,7</b>	10,8	21,1	36,9	<b>41,2</b>
Opilost 3krát nebo častěji za posledních 30 dní	11,7	16,2	17,4	<b>20,4</b>	7,9	15,7	27,6	<b>39,3</b>
<b>Nelegální drogy, celoživotní prevalence</b>								
Užívání jakékoliv nelegální drogy	40,0	<b>56,2</b>	53,2	46,9	31,0	56,2	67,5	<b>76,1</b>
Konopné látky	39,7	<b>55,8</b>	53,4	46,6	30,6	56,0	67,4	<b>76,8</b>
Amfetaminy	3,0	6,8	6,8	<b>7,4</b>	1,5	4,7	12,0	<b>18,4</b>
LSD nebo jiné halucinogeny	4,3	9,2	7,5	<b>11,4</b>	2,4	7,0	14,9	<b>20,4</b>
Extáze	6,9	<b>12,1</b>	11,2	11,4	3,7	10,3	20,9	<b>28,3</b>
Těkavé látky	9,0	8,2	9,3	<b>10,1</b>	5,7	11,5	<b>18,6</b>	14,9
<b>Nelegální drogy, v posledních 12 měsících</b>								
Užívání jakékoliv nelegální drogy	32,9	<b>46,0</b>	43,6	36,9	23,4	46,7	59,8	<b>72,8</b>
Konopné látky	32,7	<b>46,1</b>	43,6	36,1	23,3	46,4	60,2	<b>72,3</b>
Extáze	4,0	<b>7,9</b>	7,2	7,4	1,9	6,0	15,6	<b>17,5</b>
<b>Nelegální drogy, v posledních 30 dnech</b>								
Užívání jakékoliv nelegální drogy	17,3	23,9	<b>25,3</b>	25,2	10,5	24,7	42,1	<b>56,1</b>
Konopné látky	17,1	23,1	<b>25,1</b>	24,5	10,3	24,4	41,1	<b>56,1</b>
Extáze	1,2	2,4	2,8	<b>4,0</b>	0,6	1,6	<b>6,1</b>	<b>6,1</b>

Pozn.: Tučně jsou zvýrazněny nejvyšší sledované hodnoty prevalence užití.

V souvislosti s užíváním návykových látek mezi dětmi a studenty bývá často diskutována problematika záškoláctví. Data získaná v rámci studie ESPAD umožňují porovnat chování studentů ve vztahu k počtu neomluvených dnů

absence ve škole v posledních 30 dnech. Mezi studenty, kteří uvedli za poslední měsíc nejméně 3 neomluvené dny absence, je téměř 30 % denních kuřáků (oproti 4,5 % mezi studenty, kteří nemají žádnou neomluvenou absenci), 48,7 % častých konzumentů nadměrných dávek alkoholu (oproti 13,2 %), 77,3 % někdy v životě užilo konopné látky (oproti 36,4 %) a 29,9 % užilo extázi (oproti 5,1 %). Studenti s vyšším počtem neomluvených hodin udávají významně častěji také užívání drog v posledním roce a posledním měsíci – tabulka 12-5.

Jedním z dalších faktorů, které ovlivňují rozsah užívání návykových látek mezi studenty, je užívání drog mezi staršími sourozenci. Studenti, kteří vědí, že jejich starší sourozenec někdy v životě užil nebo v současnosti užívá drogy, sami častěji uvádějí vlastní zkušenosti s návykovými látkami – je mezi nimi dvakrát více pravidelných kuřáků i konzumentů nadměrných dávek alkoholu, dvakrát častěji uvedli zkušenost s konopnými látkami a čtyřikrát častěji užití jiných nelegálních drog (např. LSD nebo jiných halucinogenů, extáze a amfetaminů). Tito studenti také třikrát častěji uvádějí současné užívání nelegálních drog – tabulka 12-5. Studenti, kteří nemají staršího sourozence, uvádějí průměrné zkušenosti s užíváním návykových látek; studenti, kteří nevědí, zda jejich starší sourozenec užil nebo užívá drogy, udávali oproti vrstevníkům vyšší zkušenosti s těkavými látkami.

tabulka 12-5: Výsledky studie ESPAD z r. 2003 – prevalence užití návykových látek z hlediska počtu dnů neomluvené absence a užívání drog mezi staršími sourozenci (v %) (Csémy et al. 2006)

Droga	Počet dnů neomluvené absence (v posledních 30 dnech)			Užívání drog mezi staršími sourozenci			
	Žádný	1–2 dny	3 a více dnů	Ano	Ne	Neví	Nemá staršího sourozence
<b>Cigarety</b>							
Kouření 40 a vícekrát v životě	31,6	55,7	<b>76,5</b>	<b>56,8</b>	34,6	35,7	37,0
11 a více cigaret denně za posledních 30 dní	4,5	13,4	<b>29,4</b>	<b>13,9</b>	6,8	7,1	6,1
<b>Alkohol</b>							
Jakýkoli alkoholický nápoj 6krát a častěji za posledních 30 dní	25,2	45,9	<b>64,5</b>	<b>46,0</b>	27,9	26,2	28,7
Pití nadměrných dávek alkoholu 3krát a častěji za posledních 30 dní	13,2	26,7	<b>48,7</b>	<b>31,4</b>	15,8	23,8	13,8
Opilost 3krát nebo častěji za posledních 30 dní	9,2	21,2	<b>41,4</b>	<b>25,6</b>	10,6	16,7	11,8
<b>Nelegální drogy, celoživotní prevalence</b>							
Užívání jakékoliv nelegální drogy	36,7	63,8	<b>76,7</b>	<b>75,2</b>	36,5	46,3	42,1
Konopné látky	36,4	63,4	<b>77,3</b>	<b>74,8</b>	36,0	46,3	42,0
Amfetaminy	2,0	9,5	<b>18,3</b>	<b>11,2</b>	3,0	–	2,9
LSD nebo jiné halucinogeny	3,1	10,9	<b>23,5</b>	<b>15,9</b>	3,8	–	4,2
Extáze	5,1	16,1	<b>29,9</b>	<b>22,5</b>	5,0	9,5	7,0
Těkavé látky	7,2	13,4	<b>19,5</b>	13,4	6,8	<b>19,5</b>	10,2
<b>Nelegální drogy, v posledních 12 měsících</b>							
Užívání jakékoliv nelegální drogy	28,9	55,6	<b>69,9</b>	<b>67,2</b>	27,5	35,7	35,6
Konopné látky	28,7	55,4	<b>69,7</b>	<b>66,4</b>	27,5	35,7	35,4
Extáze	2,7	10,6	<b>22,7</b>	<b>13,9</b>	2,7	4,8	4,7
<b>Nelegální drogy, v posledních 30 dnech</b>							
Užívání jakékoliv nelegální drogy	14,0	33,5	<b>52,0</b>	<b>41,4</b>	14,1	14,3	18,2
Konopné látky	13,9	33,3	<b>50,3</b>	<b>40,5</b>	14,0	14,3	17,8
Extáze	0,8	3,3	<b>9,7</b>	<b>3,7</b>	1,1	–	1,8

Pozn.: Tučně jsou zvýrazněny nejvyšší sledované hodnoty prevalence užití.

### 12.3 Ohrožené skupiny mladých lidí v léčbě

Mladí lidé do 24 let<sup>46</sup> tvořili v r. 2006 celkem 65,5 % ze všech prvožadatelů o léčbu a 52,6 % ze všech hlášených žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním drog. Podrobnější informace jsou uvedeny ve speciální kapitole ve VZ 2005.

<sup>46</sup> Dostupné statistiky z Registru žadatelů o léčbu ani dalších registrů jsou k dispozici pouze podle pětiletých věkových skupin, rozlišují se kategorie do 15 let, 15–19 let, 20–24 let.

## 12.4 Souvislosti a důsledky užívání drog v ohrožených skupinách mladých lidí

Systematicky shromažďované informace z oblasti zdravotních souvislostí a důsledků (tj. informace o výskytu infekčních nemocí nebo předávkování) mezi rizikovými skupinami nejsou v současné době k dispozici, v registrech nejsou rutinně sledovány (zdravotní a sociální) rizikové faktory.

V r. 2006 bylo evidováno celkem 36 smrtelných předávkování pouličními drogami (tj. nelegálními OPL a těkavými látkami), z toho 3 případy ve věku do 19 let; z těchto 3 úmrtí bylo 1 způsobeno pervitinem a 2 vdechnutím plynu do zapalovače (oba případy úmrtí po vdechnutí plynu do zapalovače byli chlapci ve věku 14 a 15 let) – blíže viz kapitolu Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 38. Úmrtí v důsledku vdechování plynu do zapalovače se v ČR ojediněle objevují od r. 2002. Relativně vysoký výskyt předávkování těkavými látkami mezi dětmi a mladistvými odpovídá relativně vysoké míře experimentování s nimi (viz výše).

Některé sociální souvislosti a důsledky užívání návykových látek byly diskutovány v předchozích částech, zejména co se týče výskytu dalších forem rizikového chování mezi dětmi a mládeží, vztahu k některým vybraným rodinným charakteristikám a faktorům prostředí.

## 12.5 Politika a strategie ve vztahu k ohroženým skupinám mladých lidí

Jak již bylo uvedeno výše, Národní strategie 2005–2009, na ni navazující akční plány ani Strategie prevence MŠMT na 2005–2008 explicitně nedefinují ohrožené skupiny mladých lidí; k těmto skupinám nejsou definovány ve strategiích žádné cíle (krátkodobé ani dlouhodobé) a nejsou plánovány žádné aktivity ani opatření specificky zaměřená na tyto skupiny.

NAPSZ definuje několik oblastí a cílů pro řešení problematiky chudoby a sociální exkluze a navrhuje několik opatření v oblasti sociálního vyloučení. Dlouhodobými cíli jsou: (1) zmírňování regionálních nerovností, (2) usnadnění účasti na zaměstnání, (3) usnadnění přístupu ke zdrojům, právům, zboží a službám pro všechny (včetně zajištění rovného přístupu k sociálním službám, zdravotní péči a bydlení a odstranění znevýhodnění v přístupu ke vzdělání), (4) prevence sociálního vyloučení a (5) pomoc nejvíce ohroženým skupinám obyvatelstva. Mezi konkrétní navrhovaná opatření, která jsou zaměřená na děti, mládež a mladé dospělé<sup>47</sup>, patří program prevence dlouhodobé nezaměstnanosti (První příležitost), projekt Centrum včasné intervence zaměřený na rychlou pomoc v situacích, kdy se děti a mládež dostávají do konfliktu se zákonem, podpora nízkoprahových zařízení a klubů pro děti a mládež a probační programy pro mladistvé pachatele trestných činů (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2004).

## 12.6 Opatření v oblasti prevence a léčby zaměřená na ohrožené skupiny mladých lidí

Vzhledem k tomu, že v ČR neexistuje jednotný a úplný přehled ohrožených skupin mladých lidí, jejich definice a popis, je velmi obtížné podat komplexní přehled o opatřeních z oblasti prevence a léčby, která jsou na tyto skupiny zaměřena. V této části kapitoly jsou tedy uvedena pouze některá zařízení poskytující specifické služby některým ohroženým skupinám a několik konkrétních příkladů realizovaných projektů.

### 12.6.1 Pedagogicko-psychologické poradny

Pedagogicko-psychologické poradny se zaměřují na práci s dětmi ve věku od 3 let do ukončení středního, resp. vyššího odborného vzdělání, a na práci s rodiči a učiteli, a to jak formou individuální péče, tak formou skupinové práce. Poradny provádějí komplexní psychologickou, speciálně pedagogickou a sociální diagnostiku, zaměřenou na šetření školní zralosti, zjištění příčin poruch učení a chování a dalších problémů ve vývoji osobnosti. Dále provádějí poradenskou činnost zaměřenou na rozvoj osobnosti a prosociálního chování, prevenci školní neúspěšnosti a negativních jevů a na nápravu poruch učení a chování. Zároveň zajišťují poradenské služby psychologů a speciálních pedagogů na školách, které tyto služby nemají zajištěné jinak (Institut pedagogicko-psychologického poradenství, 2007). Síť pedagogicko-psychologických poraden je v ČR dobře rozvinutá – poradna funguje v každém bývalém okresním městě, celkem je v ČR 96 poraden a dalších 22 detašovaných pracovišť pedagogicko-psychologických poraden.

### 12.6.2 Poradny pro dítě a rodinu

Poradny pro dítě a rodinu nabízejí podporu a pomoc rodinám a dítěti ohroženému škodlivými návyky, jedná se o spektrum služeb pro děti s problémy s příjmem potravy, nadměrným sledováním televize nebo hraním počítačových her, s kouřením, konzumací alkoholu a užíváním nelegálních drog. Poradny nabízejí anonymní poradenství a telefonické konzultace, semináře pro rodiče, individuální, rodinnou a skupinovou terapii. Podmínkou pro poskytnutí služeb je podezření na užívání návykových látek u dětí nebo výskyt dalších forem rizikového chování (např. záškoláctví, útěky z domova).

Poradny nabízejí kromě práce s jednotlivci a rodinou také dva typy preventivních programů pro školy: primárně preventivní program zaměřený na vrstevnické vztahy a komunikaci a intervenční program pro ohrožené jedince

<sup>47</sup> Jedna z 5 definovaných nejvíce zranitelných skupin obyvatel v ČR z pohledu největšího znevýhodnění ve vztahu k ostatním obyvatelům, a tedy z pohledu nejvyšší míry ohrožení sociálním vyloučením – viz část Definice a profil ohrožených skupin mladých lidí.

a jejich rodiče. Zároveň poradny poskytují poradenství v oblasti poruch chování a poradenství rodinám dětí se syndromem ADD/ADHD (poruchy pozornosti a hyperaktivity).

### **12.6.3 Linka bezpečí**

Děti s problémy v rodině (rozvod nebo neshody rodičů, nezáměr nebo nepochopení ze strany rodičů, konzumace alkoholu a jiných návykových látek v rodině), ohrožené šikanou, týráním nebo sexuálním zneužíváním se často obracejí také na linky důvěry, příkladem je celostátní bezplatná Linka bezpečí (funguje 24 hodin denně již od r. 1994). Linka bezpečí nabízí stejně jako obdobné linky poradenství a krizovou intervenci volajícím dětem, obracejí se na ni i dospělí, kteří řeší problémy s dětmi. Nejčastějším problémem, se kterým se děti na Linku bezpečí obracejí, jsou partnerské problémy a láska (23 % volajících dětí), následují problémy v rodině (22 %), vrstevnické vztahy (10 %), problémy ve škole (8 %); týráním a zanedbáváním péče představuje 5 % telefonátů, závislosti na návykových látkách 4 % hovorů a šikana 2 % telefonátů. Ročně řeší Linka bezpečí okolo 100 tis. telefonátů (Lovasová et al. 2005).

Linka bezpečí poskytuje poradenství také dětem na útěku z domova i z ústavních zařízení; nabízí dětem speciální službu Linka vzkaz domů, kde mohou děti na útěku nechat vzkaz rodičům, aby o ně neměli strach. Linka vzkaz domů vyřizuje zpětně také vzkazy dětem od jejich rodičů.

### **12.6.4 Azylové domy a krizová centra pro děti**

V ČR existuje také několik zařízení, která nabízejí útočiště dětem v krizi – azylové domy pro děti (pobytová zařízení) a dětská krizová centra (ambulantní zařízení). Azylové domy pro děti jsou zařízení rodinného typu pro děti vyžadující okamžitou pomoc, především pro děti týrané, zanedbávané a zneužívané. Snahou je umožnit dítěti návrat do stabilizovaného rodinného prostředí. Je tedy nezbytná komplexní profesionální podpora rodiny, nikoliv pouze poskytnutí útočiště dítěti; ostatní členové rodiny se stávají klienty ambulantní části zařízení a cílem je uspokojivě vyřešit situaci s ohledem na všechny aspekty krize, v níž se rodina ocitla. Více informací například na internetových stránkách o. s. Dům tří přání, které provozuje pražský azylový dům pro děti: [www.dumtriprani.cz](http://www.dumtriprani.cz).

Dětská krizová centra nabízejí psychologickou podporu, psychoterapii a krizovou intervenci u dětí, zaměřují se především na děti se syndromem CAN (Child Abuse and Neglect), tedy děti se zkušenostmi týráním a zneužíváním. Věnují se také traumatizovaným dětem (oběti a svědci trestného činu, dopravních nehod), dětem s poruchami mezilidských vztahů a s úzkostnými poruchami. Více informací lze nalézt na [www.dkc.cz](http://www.dkc.cz).

### **12.6.5 Nízkoprahové kluby pro děti a mládež**

Nízkoprahové kluby pro děti a mládež jsou zaměřeny na práci s neorganizovanou mládeží ve věku mezi 12 a 20 lety, která tráví volný čas touláním na ulici nebo v partě; kluby jim nabízejí chráněný prostor pro trávení volného času, sportovní aktivity a vybavení, prostor pro poslech hudby, hudební zkušebny s nástroji, výtvarné dílny, počítače apod. Zároveň nabízejí psychologickou a sociální pomoc v krizi a poradenství v obtížných životních situacích (např. rozpad rodiny, školní a výchovné problémy, užívání návykových látek), ale i poradenství pro rodiče. Kluby představují alternativu k různým zájmovým kroužkům a organizovaným aktivitám; kladou si za cíl nabízet dětem a mládeži pozitivní alternativu trávení volného času, vyhledávají a kontaktují ohrožené nebo znevýhodněné jedince a skupiny a snaží se snižovat rizika dopadu negativních jevů (Národní vzdělávací fond, 2007), (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2004). Kluby fungují ve všech větších městech ČR, poskytují služby bezplatně a anonymně. Některé kluby nabízejí aktivity i mladším žákům ZŠ nebo předškolním dětem.

Nízkoprahové kluby jsou koncipovány jako sociální služba, od r. 2003 jsou zařazeny mezi typy sociálních služeb podle zákona o sociálních službách a jsou financovány především dotacemi MPSV.

### **12.6.6 Centrum včasné intervence**

Některá města zřizují v rámci programů prevence kriminality a rizikového chování tzv. centra včasné intervence zaměřená na včasnou sociální pomoc dětem a mládeži s výchovnými problémy a jejich rodinám, a to především prostřednictvím psychologického a sociálně-právního poradenství. Cílovou skupinou center včasné intervence jsou zejména děti mladší 15 let, které se dopustily činu jinak trestného nebo přestupku, a mládež ve věku 15–18 let, u které bylo zahájeno trestní stíhání nebo se dopustila přestupku. Dalšími skupinami, na které jsou zaměřeny aktivity center, jsou děti a mladiství s výchovnými problémy, problémy ve škole nebo v rodině, ale také rodiče těchto dětí, výchovní poradci a školská zařízení pracující s těmito dětmi (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2004).

### **12.6.7 Sdružení pro probaci a mediaci**

Sdružení pro probaci a mediaci v justici nabízí motivační a učební programy zaměřené na podporu sociální integrace a pomoc při získání zaměstnání pro klienty, kteří se dopustili trestného činu a u kterých je vysoká pravděpodobnost, že zaměstnání bude minimalizovat rizika recidivy; program má strukturovanou podobu práce s jednotlivcem a jeho rodinou, podporuje komunikační schopnosti a dovednosti při řešení rizikových situací (Sdružení pro probaci a mediaci v justici, 2007).

### **12.6.8 Střediska integrace menšin**

Na podporu práce se sociálně a kulturně znevýhodněnými dětmi a mládeží (např. romskými dětmi, dětmi azylantů a imigrantů) a jejich rodiči vznikla tzv. střediska integrace menšin (SIM), které mají za cíl podporovat začlenění příslušníků těchto skupin do společnosti. Střediska se zaměřují na identifikaci rizikových skupin, včasnou diagnostiku a intervence v oblasti prevence záškoláctví, kriminálního chování a užívání návykových látek. SIM fungují v 5 krajích ČR (Středočeském, Ústeckém, Jihomoravském, Olomouckém a Moravskoslezském kraji). Další informace o SIM jsou uvedeny také v kapitole Sociální reintegrace (následná péče), str. 65.

### **12.6.9 Přípravné třídy a pedagogičtí asistenti pro žáky ze znevýhodněného prostředí**

Za účelem předcházení absencí ve škole a záškoláctví a zvýšení úspěšnosti dětí ve škole, zřizují jednotlivé školy přípravné třídy pro předškoláky a pedagogické asistenty pro žáky ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Asistenti učitelů pracují ve školách s vyšším zastoupením dětí z ohrožených skupin již od r. 1993; pracují přímo ve třídách a zároveň docházejí do problémových rodin, kde provádějí poradenství a terapie.

### **12.6.10 Střediska výchovné péče**

Střediska výchovné péče jsou součástí sítě školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy (především diagnostických ústavů). Jejich cílem je předcházet vzniku a rozvoji rizikových forem chování u dětí, zmírňovat příčiny a důsledky již rozvinutých poruch chování a negativních jevů. Střediska pracují s dětmi a mladými lidmi ve věku od 3 do 26 let, poskytují služby ambulantní, stacionární i internátní formou. V ČR je v současnosti 37 středisek výchovné péče, jsou zřizována MŠMT jako samostatná oddělení diagnostických ústavů, resp. dalších školských zařízení.

Ambulantní služby pokrývají pedagogicko-psychologickou diagnostiku poruch chování a sociálního vývoje a na jejím základě poskytují jednorázovou intervenci nebo dlouhodobé vedení klienta formou individuální, skupinové nebo rodinné terapie. Na podnět jednotlivých škol zpracovávají a realizují programy pro třídy zaměřené na problematiku šikany, školního násilí a užívání návykových látek. Stacionární oddělení je specifickou formou denní péče, jedná se o skupinový program poskytovaný v době mimo školní docházku, klienti bývají po určité době přeřazeni do ambulantního programu. Internátní oddělení je zaměřeno na práci s dětmi a mládeží (ve věku 6–18 let), u kterých převažují výchovné problémy a poruchy chování; pobyt je dobrovolný, délka pobytového programu je zpravidla 6–8 týdnů. Programy mají prvky terapeutických komunit, pracuje se individuálně s klientem i ve skupinách (max. 8 dětí), součástí programu je podpora a posílení rodinných vztahů. Během programu není přerušena školní docházka.

### **12.6.11 Domy na půl cesty a domy tréninkového bydlení**

Na podporu sociálního začlenění mladých lidí opouštějících dětské domovy, pěstounské rodiny a zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy vznikají tzv. domy na půl cesty, které těmto osobám nabízejí kromě bydlení také služby v oblasti podpory vytváření pracovních návyků. Projekty domů na půl cesty jsou vytvářené ve spolupráci jednotlivých obcí, Ministerstva pro místní rozvoj (MMR) a MPSV a jsou financovány v rámci programů sociální integrace znevýhodněných osob (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2004).

Obdobné služby nabízejí tzv. domy tréninkového bydlení, které poskytují přechodné ubytování osobám, jež z vážného důvodu nemohou užívat svůj domov nebo o něj trvale přišli. Klienty těchto domů jsou osoby, kteří již prošli jinými stupni azylového bydlení, získali dovednosti potřebné pro samostatné bydlení, avšak nemají vlastní domov (Městské centrum sociálních služeb a prevence, 2007).

### **12.6.12 Resocializační zařízení pro mladé lidi s duševním onemocněním**

Pro mladé lidi se zkušeností hospitalizace pro duševní poruchu (především s psychotickým onemocněním nebo závažnými afektivními poruchami) existují v ČR komunitní psychiatrická zařízení, která nabízejí komplexní psychiatrickou péči o klienty v neústavním prostředí a která také podporují jejich návrat do normálního života a společnosti, do vzdělávacího a pracovního procesu. Tato zařízení poskytují kromě ambulantní psychiatrické péče také socioterapeutické služby, chráněné dílny a podporované zaměstnání, chráněné bydlení, podporu při začleňování na trh práce a při návratu do školy. Nabízejí také práci s rodinou klienta a podporují i svépomocné aktivity. Podrobnější informace lze nalézt na internetových stránkách poskytovatelů služeb, např. na [www.fokus-praha.cz](http://www.fokus-praha.cz) (o. s. Fokus Praha) nebo na [www.osbaobab.cz](http://www.osbaobab.cz) (o. s. Baobab) a [www.greendoors.cz](http://www.greendoors.cz) (o. s. Green Doors).

### **12.6.13 Zařízení pro komerčně sexuálně zneužívanou mládež**

Programy zaměřené na komerčně sexuálně zneužívané mladé lidi fungují jako terénní práce přímo v ohrožené skupině, případně nabízejí ambulantní poradenství, testování na infekční onemocnění, zdravotní ošetření, sociálně právní pomoc a krizovou intervenci. V Praze nabízí tento typ služeb např. Projekt Šance určený pro mladé muže, kteří se živí prostitucí ([www.sance.info](http://www.sance.info)). Organizace Rozkoš bez rizika provozuje dvě střediska (v Praze a Brně) a využívá mobilní ambulanci v ohrožených lokalitách. Zaměřuje se především na ženy s velmi rizikovým sexuálním chováním a nabízí poradenství, sociálně právní pomoc, vyšetření a léčbu sexuálně přenosných chorob ([www.rozkosbezrizika.cz](http://www.rozkosbezrizika.cz)). Další organizace poskytují pomoc mladým ženám – obětem obchodu s lidmi (např. o. s. La Strada, [www.strada.cz](http://www.strada.cz)) a obětem trestných činů (o. s. Bílý kruh bezpečí, [www.bkb.cz](http://www.bkb.cz)).

## 13 Výzkum v oblasti drog

Tato kapitola popisuje situaci v ČR v oblasti drogového výzkumu, a to z hlediska jeho institucionálního a legislativního zázemí, podpory a praktické realizace.

Roli výzkumu, ověřených dat a hodnocení (evaluace) opatření v protidrogové politice ČR zdůrazňuje Národní strategie 2005–2009. Podpora výzkumu v oblasti drog je explicitně zmíněna jako jeden z úkolů Akčního plánu 2007–2009, který obsahuje i několik konkrétních výzkumných aktivit.

Spolupráci a výměnu informací mezi výzkumnými subjekty, poskytovateli služeb a orgány veřejné správy zajišťuje a koordinuje Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, zřízené vládou v r. 2002. Středisko každoročně publikuje Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR, která je souhrnem dostupných údajů o užívání drog a jeho následcích.

V praxi se přístup založený na výzkumem podložených faktech (evidence-based) v současnosti uplatňuje např. v procesu certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb či poskytování a rozvoji služeb na základě místních šetření a analýz potřeb realizovaných některými neziskovými organizacemi a subjekty samosprávy.

Výzkum v oblasti drog je podporován několika grantovými agenturami (explicitně však jen Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR) a některými orgány státní správy (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Ministerstvo zdravotnictví ČR). Několik veřejných institucí se přímo zabývá výzkumem v oblasti drog. Jedná se o Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK, Psychiatrické centrum Praha při 3. LF UK, Institut pro kriminologii a sociální prevenci aj.

V mezinárodních odborných recenzovaných časopisech bylo v r. 2006 publikováno zhruba 30 příspěvků autorů či spoluautorů z ČR, které se zabývaly výzkumem v oblasti drog.

### 13.1 Výzkumné struktury

#### 13.1.1 Drogový výzkum v klíčových dokumentech

ČR se prostřednictvím Národní strategie 2005–2009 (schválena usnesením vlády č. 1305/2004) hlásí ke komplexnímu, multidisciplinárnímu a vyváženému přístupu k řešení problému užívání drog. Podle tohoto dokumentu se jedná o přístup, „který vychází ze široké celospolečenské, meziřesortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních a je postavený na komplexním, výzkumem podloženém a vyváženém uplatňování tří základních strategií<sup>48</sup> moderní protidrogové politiky, ... (které) mohou být efektivně uplatňovány pouze ve funkčním institucionálním prostředí, jež staví na mezinárodních závazcích, zkušenostech a spolupráci, na poznatcích z výzkumů, informacích a hodnocení realizovaných opatření tak, aby byly financovány jen efektivní opatření a aktivity“. Otázkou zůstává praktické naplňování tohoto požadavku<sup>49</sup>.

Mezi hlavní principy protidrogové politiky ČR patří podle Národní strategie 2005–2009 vedle priority ochrany veřejného zdraví také prioritou ověřených dat a strategií a prioritou hodnocení efektivity<sup>50</sup>.

Akční plán 2007–2009 (schválený usnesením vlády č. 845/2007), který na strategii navazuje, obsahuje jednak cíle, které se týkají mapování a evaluace stávajících služeb a postupů, analýzy platné legislativy, mapování příkladů dobré praxe, hodnocení efektivity drogové politiky, ale zejména také cíle č. 24 a 28 obsahující specifické výzkumné aktivity a dokonce podporu výzkumu jako takového – tabulka 13-1.

#### 13.1.2 Vztah výzkumu, odborné praxe a exekutivy

Odborná veřejnost a exekutiva je informována o situaci a nových trendech v oblasti užívání drog a jeho následků prostřednictvím NMS, které zřídila vláda v r. 2002, aby získávalo, shromažďovalo a analyzovalo data a výzkumné poznatky o drogové problematice v ČR. Hlavním informačním výstupem NMS je Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR, která je každoročně předkládána RVKPP, vládě ČR a EMCDDA. NMS koordinuje činnost pracovních skupin, které se zabývají sběrem dat o drogách z jednotlivých oblastí a jsou platformou pro diskusi a výměnu informací mezi zástupci veřejné správy, výzkumných institucí a poskytovateli služeb.

Jako dobrý příklad zavádění vědeckých poznatků do praxe lze uvést proces certifikace adiktologických služeb. Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (posouzení a formální uznání kvality služby) byly zahájeny

<sup>48</sup> Tři základní strategie uvedené v Národní strategii 2005–2009: snižování nabídky drog, snižování poptávky po drogách a snižování rizik spojených s jejich užíváním (harm reduction).

<sup>49</sup> Např. výzkumný projekt evaluace novelizace „drogových“ paragrafů trestního zákona z r. 1999, Projekt analýzy dopadů (Zábranský et al. 2001a), prokázal, že novelizace nepřinesla očekávané dopady na drogovou situaci a naopak přinesla zbytečné společenské náklady (tedy byla ekonomicky neefektivní) a přesto dosud nedošlo k exekutivní a legislativní reakci na základě závěru této studie. Naopak zavádění certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog jako podmínky financování z veřejných zdrojů v posledních letech je příkladem podpory kvalitních (efektivních) programů.

<sup>50</sup> Ačkoliv strategie deklaruje, že v drogové politice bude prosazována realizace přístupů založených na vědecky ověřených poznatcích, lze v ní podle Radimeckého (stejně jako ve strategii EU) identifikovat: „vzájemně si odporující tvrzení a v některých částech jsou (tyto dokumenty) v rozporu se současnými poznatky vědy a výzkumu“ (Radimecký, 2006).



01.06.2005; certifikační týmy tvoří vybraní experti z praxe, kteří mají zaručit transparentnost procesu a nezávislost odborného šetření. Na certifikačním procesu se podílí několik dalších subjektů. Výbor pro udělování certifikací uděluje a odebírá certifikát, podílí se na rozvoji standardů, zadává místní šetření a vede Rejstřík certifikovaných zařízení. Certifikační agentura je nezávislá servisní organizace zajišťující místní šetření, mimo jiné také jmenuje vedoucího a členy certifikačních týmů. Standardy odborné způsobilosti, které tvoří odborný základ pro certifikace, jsou otevřeným dokumentem, na jehož vzniku se podílel tým odborníků s mezinárodními zkušenostmi, odbornou praxí a přístupem k nejnovějším vědeckým poznatkům – viz také kapitolu Léčba, str. 28. V říjnu 2006 byl zahájen proces certifikací služeb v oblasti primární prevence užívání návykových látek – viz také kapitolu Prevence, str. 17.

Některé nestátní neziskové organizace a subjekty samosprávy (krajské úřady, obce s rozšířenou působností) se snaží poskytovat stávající a zavádět nové služby na základě šetření a analýzy potřeb v dané lokalitě (Miovský et al. 2004; Vacek et al. 2005; Gabrhelík et al. 2006; Libra a Novák, 2005; Radimecký, 2006a; Radimecký et al. 2006; Schwarz et al. 2007; Miovský et al. 2006). O implementaci doporučených postupů a efektivitě vynaložených prostředků na takovéto projekty dosud existuje málo informací, nicméně tyto postupy odpovídají evidence-based přístupu.

tabulka 13-1: Cíle a aktivity Akčního plánu 2007–2009 vztahující se k výzkumu

Cíl	Aktivita
2. Dostupné, kvalitní a efektivní programy primární prevence	2.2. Pilotní ověření kvality programů specifické primární prevence rizikového chování v Praze
5. Účinná právní opatření v oblasti primární prevence rizikového chování	5.1. Analýza současné platné právní úpravy (předpisů) v oblasti primární prevence
14. Snižování rizik u specifických skupin uživatelů drog (např. u etnických menšin, imigrantů, uživatelů drog ve věznicích)	14.1. Analýza situace v oblasti užívání drog ve věznicích a vypracování příslušných opatření na základě výsledků analýzy
16. Účinnější postih nedovoleného obchodu s OPL	16.3. Zmapování inovativních metod a příkladů dobré praxe v postihu pouliční distribuce drog v Evropě a po jejich zavedení do praxe v ČR
18. Snižování dostupnosti alkoholu a tabákových výrobků pro nezletilé	18.1. Analýza efektivity postupu orgánů státní správy a samosprávy při kontrole a postihování nedovoleného prodeje a podávání alkoholu a tabákových výrobků nezletilým s návrhem doporučených opatření
19. Snižování dostupnosti těkavých látek s ohledem na jejich zneužívání jako psychoaktivních látek	19.1. Analýza platné legislativy s ohledem na možnost omezení prodeje těkavých rozpouštědel pouze osobám starším 18 let s případným návrhem doporučených opatření (legislativních a jiných k takovému omezení prodeje
24. Sběr a analýza dat o drogové situaci	24.2. Realizace studie ESPAD, analýza výsledků a jejich publikace
	24.3. Realizace celopopulační studie o užívání drog v ČR
	24.4. Monitorování prevalence HIV a VHC ve skupině uživatelů drog, především (i)migrantů
	24.5. Realizace průzkumu užívání drog na taneční scéně
	24.8. Stanovení expertního policejního odhadu rozsahu sekundární drogové kriminality páchané uživateli drog
25. Sběr a analýza dat o alkoholu, tabáku a dalších legálních návykových látkách, jejich užívání a dopadech a o realizovaných opatřeních	25.4. Zmapování stávající sítě zařízení věnujících se prevenci a léčbě závislostí na alkoholu a nikotinu
26. Hodnocení protidrogové politiky ČR	26.6. Provedení studie nákladů souvisejících s fenoménem nelegálních drog v ČR
	26.8. Sledování a vyhodnocování opatření snižování dostupnosti drog ve věznicích
27. Mapování a hodnocení kapacity drogových služeb a jejich regionální dostupnosti a dostupnosti pro různé cílové skupiny	27.1. Vypracování metodiky pro analýzu drogových služeb
	27.2. Vypracování analýzy kapacity a dostupnosti kontaktních a poradenských služeb s návrhem opatření
	27.3. Vypracování analýzy kapacity a dostupnosti ambulantní léčby s návrhem opatření
	27.4. Vypracování analýzy kapacity a dostupnosti lůžkové léčby s návrhem opatření
	27.5. Vypracování analýzy kapacity a dostupnosti programů detoxifikace s návrhem opatření
	27.6. Vypracování analýzy kapacity a dostupnosti terapeutických komunit s návrhem opatření
	27.7. Vypracování analýzy kapacity a dostupnosti programů následné péče s návrhem opatření
	27.8. Vypracování souhrnné zprávy o kapacitě a dostupnosti drogových služeb v ČR s návrhem opatření
28. Podpora výzkumu a evaluace intervencí v oblasti drog	28.1. Zvýšení počtu projektů z ČR zapsaných v databázi EDDRA
	28.2. Podpora a iniciace evaluace služeb v oblasti prevence, snižování rizik, léčby a následné péče
	28.3. Analýza nákladové efektivity projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP
	28.4. Podpora činnosti výzkumných pracovišť a šíření výsledků výzkumu v oblasti drog
29. Funkční právní a organizační rámec současné protidrogové politiky	29.2. Analýza problémových oblastí stávajícího právního rámce a organizačního rámce protidrogové politiky
34. Poskytování dotací kvalitním a efektivním programům protidrogové politiky	34.3. Příprava metodiky k posuzování efektivity vynakládání finančních prostředků na služby poskytované uživatelům drog
35. Inovace systému financování protidrogové politiky	35.2. Provést analýzu současného systému financování programů protidrogové politiky

### 13.1.3 Národní struktury pro podporu výzkumu

Rada pro výzkum a vývoj, odborný a poradní orgán vlády ČR zřízený v r. 2002, zpracovává strategické dokumenty, dlouhodobé směry a proporce rozvoje výzkumu a vývoje ČR, návrh střednědobého výhledu podpory výzkumu a vývoje a navrhuje výši celkových výdajů na výzkum a vývoj v Národní politice výzkumu a vývoje ČR na období 2004–2008. Mezi dlouhodobé základní směry výzkumu nepatří oblast zdravotní ani sociální. Cílem Akčního plánu

Národního programu výzkumu II je prostřednictvím souboru 4 tematických programů a 3 průřezových programů realizovat v letech 2006–2011 priority národní politiky výzkumu a vývoje; žádný z programů drogová témata neobsahuje.

Prostředky ze státního rozpočtu na realizaci výzkumné činnosti jsou rozdělovány prostřednictvím centrální grantové agentury (GA ČR), jednotlivých ministerstev a orgánů místní správy. Multioborovost drogové problematiky se odráží i ve zdrojích financování výzkumu; základní informace o nich poskytuje tabulka 13-2.

tabulka 13-2: Hlavní zdroje financování výzkumu v oblasti drog v ČR

Subjekt	Explicitní podpora drogové oblasti (na r. 2007)	Podpora výzkumu	Celkový rozpočet podpořených projektů na r. 2007 (v tis. Kč)	Celkový rozpočet podpořených projektů v oblasti drog realizovaných v r. 2007 (v tis. Kč)*
Grantová agentura ČR (GA ČR)	Ne	Ano	1 519 138	0
Grantová agentura Akademie věd ČR (GA AV ČR)	Ne	Ano	1 242 828	0
Interní grantová agentura MZ (IGA MZ)	Ano	Ano	809 551	15 030**
MŠMT	Ne	Ano	540 505	0
RVKPP	Ano	Ano	2 212	2 212***
MV	Ne	Ano****	4 879	0

Pozn.: \* Zdroj: Informační systém výzkumu a vývoje <http://aplikace.isvav.cvut.cz/>. \*\* Jedná se o celkový rozpočet projektů, částka poskytnutá MZ je 13 750 tis. Kč. \*\*\* Včetně realizace studie ESPAD v r. 2007 a dalších nákladů na monitorování a výzkum NMS. \*\*\*\* MV – účelové financování formou veřejných zakázek ve výzkumu a vývoji na přesně určená témata.

Aktuálně realizované výzkumné projekty v oblasti drog, které jsou dotovány MZ, ukazuje tabulka 13-3.

tabulka 13-3: Výzkumné projekty podpořené IGA MZ v r. 2007

Kód	Název	Příjemce, řešitel	Období řešení projektu	Celkové náklady (v tis. Kč)
1A8610	Faktory ovlivňující zdraví potomstva drogově závislých matek	Univerzita Karlova v Praze, MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D.	2005–2009	3 427
NR8785	Studium mechanismů účinku nové syntetické drogy 2C-B v animálním modelu a srovnání s účinky rozšířených psychotropních látek (LSD, MDMA, psilocin a mezkalin): možná rizika užívání, implikace pro prevenci a léčbu intoxikací	Psychiatrické centrum Praha, MUDr. Tomáš Páleníček	2006–2008	8 819*
NR9447	Role lékáren v prevenci infekčních chorob u injekčních uživatelů drog v České republice	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.	2007–2008	1 005
NR9365	Screening léčiv a drog v toxikologické analýze-rozšíření systematických postupů pro potřeby klinické diagnostiky	Univerzita Karlova v Praze, Ing. Věra Marešová, CSc.	2007–2009	1 779

Pozn.: \* Náklady ze státního rozpočtu za celou dobu řešení tohoto projektu jsou 7539 tis. Kč.

IGA MZ je jedinou grantovou agenturou v ČR, která explicitně zmiňuje podporu drogového výzkumu. Ve výzvě Resortního programu výzkumu a vývoje MZ na léta 2007–2009 se problematika drog vyskytuje ve třech prioritách – tabulka 13-4.

tabulka 13-4: Vybrané priority a cíle Resortního programu výzkumu a vývoje MZ na léta 2007–2009

Priorita	Specifikace priority	Cíl
Nemoci nervové a duševní	Závislost na návykových látkách a prostředcích	Zvýšení diagnostické a terapeutické účinnosti se zvýšením kvality života pacientů a snížením incidence nemocí, zavedení nových diagnostických a léčebných metod, mapování patoplastických faktorů, epidemiologické zachycení neuropsychiatrických onemocnění a závislostí a redukce jejich sociálního dopadu a optimalizace sítě poskytovaných služeb.
Nemoci infekční a poruchy imunity	Závažné infekční choroby v naší populaci (virové hepatitidy, TBC, nemoci přenášené vektory – borreliózy, neuroinfekce, AIDS)	Zlepšení diagnostiky, léčby a prevence infekčních chorob a imunopatologických stavů.
Farmakologie a farmacie	Drogy	Výzkum nových biologicky aktivních látek pro zdravotnické účely, objasňování nežádoucích účinků léčiv a získávání poznatků k omezení drogové závislosti, zjišťování účinnosti a bezpečnosti léčiv, zjišťování osudu léčiva v organismu, problémy farmakoepidemiologie a farmakoekonomiky.

### 13.1.4 Instituce zabývající se drogovým výzkumem

Mezi instituce, které se v ČR zabývají výzkumem v oblasti drog (návykových látek a látkových závislostí, preventivních a léčebných intervencí), patří:

Psychiatrické centrum Praha, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze; statut: odborné akademické pracoviště; <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/>. Laboratoř sociální psychiatrie: výzkum sociomedicínského a psychologického kontextu úzu alkoholu a návykových látek v české populaci, výzkum léčebného procesu a výsledku léčby závislostí, koordinace studie ESPAD a studie HBSC v ČR; významní představitelé: PhDr. Ladislav Csémy, PhDr. Luděk Kubička, CSc. Laboratoř biochemie a patofyziologie mozku: mimo jiné studium mechanismu působení (syntetických) drog na receptorech neurotransmiterů a jejich zapojení do neurobiologických mechanismů systému odměny.

Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice, Univerzita Karlova v Praze; statut: odborné akademické pracoviště; oblasti zájmu: multidisciplinární výzkum užívání návykových látek a činností, jež mohou vést k vytvoření závislého chování, výzkum a vývoj nových přístupů v prevenci, léčbě a sociální reintegraci postižených; významní představitelé: doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.; <http://www.adiktologie.cz/>.

Ústav soudního lékařství a toxikologie, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice, Univerzita Karlova v Praze; statut: odborné akademické pracoviště; oblasti zájmu: toxikologie drog, forenzní toxikologie, změny v důsledku abúzu návykových látek; významní představitelé: doc. Ing. Marie Balíková, CSc.

Farmakologický ústav, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno; statut: odborné akademické pracoviště; oblasti zájmu: farmakologie drog a drogových závislostí; významní představitelé: prof. MUDr. Alexandra Šulcová, CSc.; <http://www.med.muni.cz/farmakol/farmakc.html>.

Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav, Akademie věd ČR; statut: výzkumné oddělení SÚ AV ČR; oblasti zájmu: celopopulační a specializovaná šetření názorů a postojů, drogová problematika příležitostně součástí projektu Naše společnost; <http://www.cvvm.cas.cz/>.

Psychologický ústav, Akademie věd ČR; statut: odborné pracoviště AV ČR; oblasti zájmu: psychologie osobnosti, kognitivní psychologie, psychologie zdraví, metodologie psychologických výzkumů; <http://www.psu.cas.cz/>.

Institut pro kriminologii a sociální prevenci; statut: výzkumné pracoviště zřizované MS; oblasti zájmu: stav a vývoj kriminality, sociálně patologických jevů a trestní politiky; <http://www.kriminologie.cz>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR; statut: organizační složka státu, zřizovatelem je MZ; oblasti zájmu: úloha ÚZIS ČR a NZIS je definována zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů – § 67c: zejména se jedná o sběr a zpracování zdravotnických informací, vedení národních zdravotních registrů, poskytování informací k využití v rámci zdravotnického výzkumu; <http://www.uzis.cz/>.

## 13.2 Hlavní současné výzkumné projekty a publikace

### 13.2.1 Významné výzkumné studie (od r. 2000)

Výběr tvoří 5 projektů<sup>51</sup> z oblasti epidemiologie drog a hodnocení protidrogové politiky; tento přehled opomíjí projekty z jiných oblastí (např. základního výzkumu). Pro výběr výzkumných studií prezentovaných v této kapitole bylo zvoleno hledisko jejich významu pro pochopení (epidemiologické) situace v oblasti drog a pro realizaci drogové politiky.

#### 13.2.1.1 Projekt analýzy dopadů nové drogové legislativy

Realizátor: ResAd, s.r.o.

Realizace: 2000–2001.

Zdroj financování: Finanční prostředky státního rozpočtu na protidrogovou politiku z kapitoly Všeobecná pokladní správa v gesci Meziresortní protidrogové komise.

Rozpočet: 1,7 mil. Kč.

Cíl: V r. 1999 vstoupila v platnost novelizace (proti)drogové legislativy (§187 až 188a TZ), která zaváděla mj. trestnost držení drog pro vlastní potřebu. Cílem studie bylo analyzovat dopady zavedení této novelizace na několika úrovních.

Substudie, metody: Sekundární analýza školských studií, Prevalence problémového užívání nelegálních drog v ČR, Ekonomické náklady společnosti na zneužívání nelegálních drog v ČR, Kvalitativní analýza dopadů novelizace, Analýza nákladů a výnosů zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu.

Výsledky a závěry: Zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu nesplnilo očekávání předkladatele (ve smyslu snížení dostupnosti drog, snížení počtu uživatelů drog, jejich větší ochoty k léčbě, lepšího prosazování práva atd.), ale ani se nepotvrdily katastrofické předpovědi (tj. že novelizace povede k výraznému postihování uživatelů a současně i držitelů drog pro vlastní potřebu apod.) některých odpůrců zavedení trestnosti držení nezákonných drog pro vlastní potřebu. Studie ukázala, že novelizovaná drogová legislativa způsobila společnosti zbytečné náklady – tedy přiměla ji vynaložit prostředky, jež mohla zužitkovat jinak – a to ve výši nejméně 37 mil. Kč. Prosazování trestnosti držení nezákonných drog pro vlastní potřebu je z hlediska společenských nákladů nevýhodné.

Publikace:

- Zábanský, T., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Miovský, M. (2001) Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva). Praha: ResAd.
- 10 článků věnovaných jednotlivým (sub)studiím v Supplementu Adiktologie v r. 2001.

#### 13.2.1.2 Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji

Realizátor: NTI Consulting, s.r.o., Liberec.

Realizace: 2003–2005.

Zdroj financování: Středočeský kraj.

Rozpočet: 2 mil. Kč.

Cíl: Vyhodnocení Strategie protidrogové politiky Středočeského kraje v období 2002–2004, tj. zda odpovídá potřebám a zda na tyto potřeby adekvátně reaguje, posouzení kvality a efektivity konkrétních protidrogových opatření realizovaných v tomto kraji (snížování poptávky a potlačování nabídky) a hodnocení dopadů realizovaných opatření.

Substudie, metody: Analýza systému koordinace a řízení krajské protidrogové politiky, Analýza institucionálního kontextu poskytování služeb v oblasti protidrogové politiky, Analýza potřeb klientů nízkoprahových služeb, Analýza opatření směřujících ke zlepšení koordinace a spolupráce v oblasti protidrogové politiky, Pilotní ověření systému evidence poskytované péče v rámci Minimálního evaluačního setu (MES), Poskytování specifické primární prevence na školách, Vybrané ukazatele spojené s užíváním návykových látek a doporučení pro jejich pravidelný monitoring.

Výsledkem analýzy jsou konkrétní doporučení pro změny vedoucí k zefektivnění krajského systému koordinace protidrogové politiky a pro realizaci jednotlivých služeb a opatření. Projekt vytváří možnost dalšího srovnání realizovaných opatření a jejich dopadů v jiných krajích a slouží jako metodika pro provádění analogického typu evaluace v ČR.

Publikace:

<sup>51</sup> Počet vybraných projektů byl omezen na max. 5 podle požadavku EMCDDA.

- Miovský, M., Broža, J., Šťastná, L. (2003) Analýza systému koordinace a řízení krajské protidrogové politiky. Závěrečná zpráva č. 1 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. Liberec: NTI – consulting s.r.o.
- Vacek, J. (2004) Analýza institucionálního kontextu poskytování služeb v oblasti protidrogové politiky kraje. Závěrečná zpráva č. 2 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. Liberec: NTI – consulting s.r.o.
- Charvát, M., Gabrhelík, r. (2004) Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. Liberec: NTI – consulting, s.r.o.

### **13.2.1.3 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)**

Realizátor: Psychiatrické centrum Praha, 3. LF UK, ve spolupráci s Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády ČR.

Realizace: 2003, 2007.

Zdroj financování: Finanční prostředky státního rozpočtu na protidrogovou politiku v gesci Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Rozpočet: 1 229 tis. Kč v r. 2003; 1 310 tis. Kč v r. 2007.

Cíl: Získání spolehlivých odhadů prevalence užívání návykových látek (legálních i nelegálních) u mládeže ve věku 15–18 let (v r. 2007 15–16 let), vyhodnocení trendů v užívání návykových látek od r. 1995, porovnání rozsahu užívání návykových látek v ČR a ostatních evropských zemích a porovnání rozsahu užívání drog na úrovni jednotlivých krajů pro potřeby meziregionálního srovnání a podkladů pro provádění programů protidrogové politiky na regionální úrovni.

Metody: Průřezové dotazníkové šetření na reprezentativním souboru školní populace, jednotná evropská metodika dotazníku ESPAD. V r. 2003 se zúčastnilo téměř 15 tis. respondentů, v r. 2007 více než 10 tis. respondentů.

Výsledky: Zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou má téměř 44 % šestnáctiletých studentů středních škol. Nejčastěji se jedná o konopné látky, následují léky se sedativním účinkem, rozpouštědla a extáze, zkušenosti s halucinogeny, amfetaminy a opiáty jsou méně časté.

Publikace: Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H. (2006) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha: Úřad vlády ČR.

### **13.2.1.4 Prevalenční odhady problémových uživatelů drog**

Realizátor: NMS.

Realizace: 2003–2007.

Zdroj financování: Finanční prostředky státního rozpočtu na protidrogovou politiku v gesci Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Rozpočet: Není vyčíslen (odhady jsou prováděny NMS v rámci jeho činnosti).

Cíl: Zjistit prevalenci problémových uživatelů drog v ČR.

Metody: Multiplikační metoda každoročně od r. 2003, metoda zpětného záchytu v r. 2003 (za r. 2001 a 2002), za r. 2003 odhad problémových uživatelů opiátů prostřednictvím dotazníkové studie mezi praktickými lékaři.

Výsledky: Klesající trend v prevalenčních odhadech v posledních 5 letech, zjištění je podporováno faktem, že odhady byly provedeny různými nezávislými institucemi. Počet problémových uživatelů drog se podle metody odhadu pohybuje v rozmezí 21 až 38 tis. osob. Nejpravděpodobnější je počet kolem 30 tis., z toho cca 10 tis. uživatelů opiátů a cca 20 tis. uživatelů pervitinu, cca 28–29 tis. injekčních uživatelů.

Závěry: Na klesající počet odhadovaných problémových uživatelů má pravděpodobně vliv rozšiřování substituční léčby v ČR a odliv uživatelů do tohoto typu služeb, který není registry používanými pro prevalenční odhady dostatečně podchycen.

Publikace: Mravčík, V., Lejčková, P., Korčíšová, B. (2005) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR – souhrnný článek. Adiktologie, 5, 12–20.

### **13.2.1.5 Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR zaměřené na zneužívání drog**

Realizátor: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Realizace: 2004.

Zdroj financování: Dotace RVKPP a prostředky z rozpočtu ÚZIS.

Rozpočet: Celkový rozpočet byl 1 378 775 Kč; z toho 978 tis. Kč bylo kryto dotací RVKPP.

Cíl: Zjistit prevalenci užívání návykových látek v obecné populaci ČR.

Metody: Náhodný stratifikovaný výběr na základě výběru volebních okrsků České republiky, dotazník vychází z tzv. Evropského modelového dotazníku EMCDDA, celkem bylo dotázáno 3 526 respondentů ve věku od 18 do 64 let.

Výsledky: Alespoň jednu zkušenost s užitím některé ze sledovaných nelegálních drog má 22 % dospělé populace ČR. Zkušenosti s užitím konopných látek má 21 % populace ve věku 18–64 let; s extází 7 % populace, s lysohlávkami a jinými přírodními halucinogeny 3,5 % a 2,5 % s amfetaminy. Zkušenosti s ostatními nelegálními látkami jsou málo rozšířené. V posledních 12 měsících užilo nelegální drogu 10 % respondentů, v posledních 30 dnech 5 %. Nejsnáze dostupné jsou dle výpovědí respondentů léky se sedativním účinkem, těkavé látky a konopné látky. Získání drog považují za snadné nebo velmi snadné především mladí lidé. Nejčastějším místem distribuce drog jsou kluby či diskotéky, dále bar nebo restaurace, kde bylo dealery osloveno 23,9 %, resp. 21,5 % respondentů.

Publikace: ÚZIS (2006) Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR zaměřené na zneužívání drog. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

### 13.2.2 Publikace v mezinárodních odborných recenzovaných časopisech v r. 2006

Články byly vyhledány pomocí databáze Web of Science (ISI Web of Knowledge, <http://www.webofknowledge.com/>) s následujícími kritérii: příspěvek publikován v r. 2006 a alespoň jeden z autorů působí v instituci v ČR, za kterou článek publikuje (funkce Analyze by Country/Territory). Byla použita tato klíčová slova: drug use, substance use, abuse, problem use, addiction, dependency, dependent, intoxication, drinking, alcohol, smoking, tobacco, nicotine, cocaine, methamphetamine, opiates, heroin, cannabis, marijuana, hashish, hepatitis, AIDS, HIV; zařazeny byly pouze články vztahující se primárně k oblasti drog a závislostí.

#### Epidemiologie:

- Bobak, M., Pikhart, H., Pajak, A., Kubinova, R., Malyutina, S., Sebakova, H. et al. (2006). Depressive symptoms in urban population samples in Russia, Poland and the Czech Republic. *British Journal of Psychiatry*, 188, 359–365.
- Bruckova, M., Bautista, C. T., Graham, r. R., Maly, M., Vandasova, J., Presl, J. et al. (2006). Short report: HIV infection among commercial sex workers and injecting drug users in the Czech Republic. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 75, 1017–1020.
- Kralikova, E. (2006). Czech Republic: addiction course includes tobacco. *Tobacco Control*, 15, 151.
- Kubicka, L. (2006). Alcohol use in the country with the world's highest per capita beer consumption – the Czech Republic. *Addiction*, 101, 1396–1398.
- Trojáčková, A., Višňovský, P. (2006). Alcohol Use in Czech Pharmacy Students. *Central European Journal of Public Health*, 3, 117–120.
- Zabransky, T., Mravcik, V., Korcisova, B., Rehak, V. (2006). Hepatitis C virus infection among injecting drug users in the Czech Republic – Prevalence and associated factors. *European Addiction Research*, 12, 151–160.

#### Medicína, biologie, neurovědy:

- Al-Kubati, M., Al-Kubati, A. S., Al'Absi, M., Fiser, B. (2006). The short-term effect of water-pipe smoking on the baroreflex control of heart rate in normotensives. *Autonomic Neuroscience-Basic and Clinical*, 126, 146–149.
- Besson, H., Brennan, P., Becker, N., De Sanjose, S., Nieters, A., Font, r. et al. (2006). Tobacco smoking, alcohol drinking and Hodgkin's lymphoma: a European multi-centre case-control study (EPILYMPH). *British Journal of Cancer*, 95, 378–384.
- Besson, H., Brennan, P., Becker, N., Nieters, A., De Sanjose, S., Font, r. et al. (2006). Tobacco smoking, alcohol drinking and non-Hodgkin's lymphoma: A European multicenter case-control study (Epilymph). *International Journal of Cancer*, 119, 901–908.
- Jindrichova, E., Buresova, M., Kazdova, L., Kovar, J. (2006). The effect of moderate alcohol consumption in a rat model of metabolic syndrome. *Atherosclerosis Supplements*, 7, 197.
- Kucerova, J., Landa, L., Slais, K., Sulcova, A. E. (2006). MDMA pre-treatment cross-sensitizes to methamphetamine stimulatory effects in mice. *European Neuropsychopharmacology*, 16, S513.
- Kukacka, J., Vajtr, D., Bibova, J., Santorova, P., Kotaska, K., Prusa, r. (2006). Administration of methamphetamine affects serum levels of trace elements in rats. *Faseb Journal*, 20, A195–A196.
- Landa, L., Slais, K., Sulcova, A. (2006). Involvement of cannabinoid CB1 and CB2 receptor activity in the development of behavioural sensitization to methamphetamine effects in mice. *Neuroendocrinology Letters*, 27, 63–69.
- Landa, L., Slais, K., Sulcova, A. (2006). Impact of cannabinoid receptor ligands on behavioural sensitization to antiaggressive methamphetamine effects in the model of mouse agonistic behaviour. *Neuroendocrinology Letters*, 27, 703–710.
- Marsalek, T., Matousek, V., Mautner, P., Merta, M., Moucek, r. (2006). Coherence of EEG signals and biometric signals of handwriting under influence of nicotine, alcohol and light drugs. *Neural Network World*, 16, 41–60.

- Moshhammer, H., Hoek, G., Luttmann-Gibson, H., Neuberger, M. A., Antova, T., Gehring, U. et al. (2006). Parental smoking and lung function in children – An international study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173, 1255–1263.
- Pattenden, S., Antova, T., Neuberger, M., Nikiforov, B., De Sario, M., Grize, L. et al. (2006). Parental smoking and children's respiratory health: independent effects of prenatal and postnatal exposure. *Tobacco Control*, 15.
- Rimanoczy, A., Slamberova, R., Bar, N. et al. (2006). Morphine exposure prevents up-regulation of MR and GR binding sites in the brain of adult male and female rats due to prenatal stress. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 24, 241–248.
- Sery, O., Didden, W., Mikes, V., Pitelova, R., Znojil, V., Zvolsky, P. (2006). The association between high-activity COMT allele and alcoholism. *Neuroendocrinology Letters*, 27, 231–235.
- Slamberova, R., Pometlova, M., Charousova, P. (2006). Postnatal development of rat pups is altered by prenatal methamphetamine exposure. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 82–88.
- Turner, C., Spanel, P., Smith, D. (2006). A longitudinal study of ethanol and acetaldehyde in the exhaled breath of healthy volunteers using selected-ion flow-tube mass spectrometry. *Rapid Communications in Mass Spectrometry*, 20, 61–68.

### **Psychologie, sociální vědy:**

- Baska, T., Sovinova, H., Nemeth, A., Przewozniak, K., Warren, C. W., Kavcova, E. (2006). Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia – smoking initiation, prevalence of tobacco use and cessation. *Sozial-und Praventivmedizin*, 51, 110–116.
- Blatny, M., Hrdlicka, M., Ruchkin, V., Vermeiren, R., Schwab-Stone, M. (2006). Antisocial involvement, use of substances, and sexual behaviors among urban youth in the Czech Republic. *Studia Psychologica*, 48, 107–123.
- Blatny, M., Hrdlicka, M., Sobotkova, V., Jelinek, M., Kveton, P., Voboril, D. (2006). Prevalence of antisocial behaviors in Czech urban youth. *Ceskoslovenska Psychologie*, 50, 297–310.
- Jelinek, M., Kveton, P., Voboril, D., Blatny, M., Hrdlicka, M. (2006). Peer conformity as a factor of risk behaviour of the young: structure, sources and implications. *Ceskoslovenska Psychologie*, 50, 393–404.
- Kubicka, L. (2006). Attitudes to the functions of alcoholic beverages and their relations to the drinking behaviour of adult men and women: a prospective study. *Ceskoslovenska Psychologie*, 50, 36–49.

### **Chemie:**

- Fisar, Z. (2006). Endocannabinoids. *Chemicke Listy*, 100, 314–322.
- Fisar, Z. (2006). Phytocannabinoids. *Chemicke Listy*, 100, 233–242.
- Pragst, F., Balikova, M. A. (2006). State of the art in hair analysis for detection of drug and alcohol abuse. *Clinica Chimica Acta*, 370, 17–49.

## **13.3 Šíření výsledků výzkumu**

### **13.3.1 Role NMS v šíření informací**

Hlavním informačním výstupem NMS je Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR (VZ), která je každoročně předkládána RVKPP, vládě ČR a EMCDDA. VZ shrnuje oficiálně publikované či jinak dostupné výsledky studií a výzkumů v oblasti užívání drog a jeho následků či dostupnosti, dopadu a efektivity léčebných, preventivních a jiných intervencí. VZ je tištěna v nákladu 1 500 ks a je rozesílána podle aktualizovaného distribučního seznamu všem spolupracujícím organizacím, odborníkům, členům pracovních skupin a partnerům na regionální a místní úrovni. Zároveň je VZ zaslána do odborných knihoven, pro informaci poslancům a senátorům Parlamentu ČR a médiím. V angličtině je rozesílána mezinárodním partnerům, národním monitorovacím střediskům evropských států, EMCDDA. Veřejnosti je zpráva přístupná také v elektronické podobě na webových stránkách NMS [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz).

Také další publikace NMS šíří výsledky domácích a zahraničních výzkumů (vydavatelem je Úřad vlády ČR). NMS připravuje a vydává dvoměsíčník *Zaostřeno na drogy*; jednotlivá čísla jsou věnována podrobněji specifickým tématům, výsledkům studií a informacím z oblasti opatření protidrogové politiky. Tento dvoměsíčník je tištěn v nákladu 2 000 ks a obdobně jako VZ je rozeslán odborníkům, pracovníkům zařízení působících v oblasti prevence a léčby, pracovníkům institucí veřejné správy, médiím, politikům a knihovnám. Jednotlivá čísla jsou také volně ke stažení v elektronické podobě na webových stránkách NMS [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz).

V r. 2006 (čtvrtý ročník) vyšla tato čísla *Zaostřeno na drogy*: Primární prevence užívání drog – základní principy a efektivní programy, Uživatelé drog v konfliktu se zákonem – právní problémy související s užíváním drog, Drogy v médiích – hlavní výsledky mediální analýzy drogové problematiky 2004–2005, Drogové služby ve vězení – možnosti drogových intervencí a spolupráce neziskových organizací a věznic, Situace ve věcech drog v České republice – souhrn výroční zprávy, *Drug Situation in the Czech Republic 2005*.

V r. 2007 byla publikována následující čísla *Zaostřeno na drogy*: Mediální obraz drog v Evropské unii – mediální témata ve výročních zprávách o drogách, Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek – co funguje a nefunguje v primární prevenci, Dědičnost látkových závislostí – podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. Dále



se v r. 2007 k publikaci připravuje číslo na téma drogy a těhotenství, přehled situace v oblasti drogových úmrtí a jedno číslo bude stejně jako každý rok věnováno situaci ve věcech drog v ČR (souhrnu VZ).

Od r. 2003 vydává NMS také další publikace určené odborné veřejnosti ve třech edičních řadách – Monografie, Metodika a Výzkumné zprávy; jedná se o výsledky studií realizovaných v ČR, metodické příručky a překlady přehledových publikací. V r. 2006 byly vydány tyto tituly: Poziční dokument o věznicích, drogách a harm reduction (monografie), Výměna jehel ve věznicích: Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností (monografie), Tanec a drogy 2000 a 2003: Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v ČR (výzkumná zpráva), Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu (výzkumná zpráva), Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003 (výzkumná zpráva). Celkem bylo od r. 2003 vydáno v těchto edičních řadách 18 odborných publikací (10 v řadě Monografie, 4 v řadě Metodika a 4 v řadě Výzkumné zprávy).

Celkem NMS vydalo a distribuovalo za dobu své existence více než 50 tis. výtisků odborných knižních publikací.

Šíření informací o výzkumu v oblasti drog na internetu – viz dále.

### 13.3.2 České odborné časopisy

Databáze příspěvků v odborných časopisech vydávaných v ČR a neindexovaných v mezinárodních databázích jako jsou např. Medline, PubMed, Academic Search Premier jsou dostupné na internetu:

- Katalog a databáze Národní knihovny ČR: ANL – Články v českých novinách, časopisech a sbornících (<http://sigma.nkp.cz/>)
- Bibliographia Medica Czechoslovaca (<http://dec2.nlk.cz:4001/ALEPH/CZE/BMC/BMC/BMC/START>)
- Databáze článků v časopisech publikovaných ČLS JEP (<http://www.clsjep.cz/hledani.asp>)

V ČR je vydáván jeden odborný časopis specificky zaměřený na téma závislostí (včetně výzkumu), další odborné časopisy mají jiné či širší zaměření a o drogách a závislostech publikují nepravidelně – tabulka 13-5.

tabulka 13-5: Přehled odborných časopisů vydávaných v ČR publikujících příspěvky z oblasti drog

Název	Témata	Drogová témata	Mezinárodní příspěvky	Recenzované	Jazyky abstraktu*	Webové stránky
<b>Časopisy se zaměřením na drogy a (drogové) závislosti</b>						
Adiktologie	Adiktologie	Ano	Ano	Ano	CS, EN	<a href="http://casopis.adiktologie.cz">http://casopis.adiktologie.cz</a>
<b>Další oborové časopisy</b>						
Biograf	Kvalitativní výzkum, sociologie	Ano	Ne	Ano	CS, EN	<a href="http://www.biograf.org/">http://www.biograf.org/</a>
Časopis lékařů českých	Medicína	Ano	Ano, indexován	Ano	CS, EN	<a href="http://www.clsjep.cz/nts/casop/lekari/lekari.asp">http://www.clsjep.cz/nts/casop/lekari/lekari.asp</a>
Česká a slovenská psychiatrie	Psychiatrie	Ano	Ano	Ano	CS/SK, EN	<a href="http://www.clsjep.cz/nts/casop/psychiatrie/psychiatrie.asp">http://www.clsjep.cz/nts/casop/psychiatrie/psychiatrie.asp</a>
Česko - slovenská pediatrie	Pediatrie	Ano	Ano	Ano	CS/SK, EN	<a href="http://www.clsjep.cz/nts/casop/pediatrie/pediatrie.asp">http://www.clsjep.cz/nts/casop/pediatrie/pediatrie.asp</a>
Československá psychologie	Psychologie	Ano	Ano, indexován	Ano	CS/SK, EN	<a href="http://cspsych.psu.cas.cz/">http://cspsych.psu.cas.cz/</a>
Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie	Epidemiologie	Ano	Ne	Ano	CS	<a href="http://www.clsjep.cz/nts/casop/epidemiologie/epidemiologie.asp">http://www.clsjep.cz/nts/casop/epidemiologie/epidemiologie.asp</a>
Psychiatrie	Psychiatrie	Ano	Ano	Ano	CS, EN	<a href="http://www.tigjs.cz/PSYCHIAT/Index.htm">http://www.tigjs.cz/PSYCHIAT/Index.htm</a>
Psychiatrie pro praxi	Psychiatrie	Ano	Ano	Ano	CS, EN	<a href="http://www.psychiatriepropraxi.cz/">http://www.psychiatriepropraxi.cz/</a>
Sociální práce	Sociální práce	Ano	Ano	Ano	CS/SK, EN	<a href="http://www.socialniprace.cz/">http://www.socialniprace.cz/</a>
Sociologický časopis	Sociologie	Ne primárně	Ano	Ano	CS, EN	<a href="http://sreview.soc.cas.cz/">http://sreview.soc.cas.cz/</a>
Central European Journal of Public Health	Veřejné zdraví, epidemiologie	Ano	Ano, indexován	Ano	EN	<a href="http://www.szu.cz/svi/cejph/">http://www.szu.cz/svi/cejph/</a>

Pozn.: \* CS – čeština, SK – slovenština, EN – angličtina

### 13.3.3 Další formy šíření informací

Významnými internetovými zdroji, které informují o (výsledcích) výzkumu v oblasti drog v ČR, jsou:

- Drogy-info, Informační portál o ilegálních a legálních drogách, NMS: <http://www.drogy-info.cz/>
- Drogový informační server, o. s. SANANIM: <http://www.drogy.net/>
- Centrum adiktologie 1. LF UK: <http://www.adiktologie.cz/>

Výzkumná témata v oblasti drog jsou zařazena na program odborných (oborových) konferencí, k nejvýznamnějším konferencím organizovaným každoročně patří zejména:

- Mezinárodní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a Mezinárodní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, v posledních letech Měřín, v r. 2007 proběhl 46. ročník, <http://snncls.cz/>
- Konference primární prevence rizikového chování, Praha, v r. 2007 proběhne 4. ročník.
- Mezinárodní konference Komunitní spolupráce v oblasti drogové problematiky, Brno, v r. 2007 proběhl 4. ročník.
- Krajská protidrogová konference Středočeského kraje, Praha, v r. 2007 proběhne 5. ročník.
- Konference o prevenci a léčbě závislostí v Plzeňském kraji, Plzeň, v r. 2007 proběhl 2. ročník.

Výzkumná činnost v oblasti drog a závislostí je předmětem ocenění české odborné obce. Především se jedná o Cenu Jaroslava Skály udělovanou SNN ČLS JEP a o.s. SANANIM autorům inovativních přístupů, článků, přednášek, publikací a výzkumných prací v adiktologii (udělována od r. 2001) a Cenu adiktologie udělovanou Centrem adiktologie 1. LF UK za mimořádný přínos k rozvoji oboru adiktologie (udělována od r. 2006).

## SEZNAM TABULEK

tabulka 1-1: Plnění úkolů Akčního plánu 2005–2006 podle oblastí .....	4
tabulka 1-2: Výdaje sekretariátu RVKPP včetně NMS v r. 2006 (v tis. Kč) .....	6
tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2006 z veřejných rozpočtů ČR (v tis. Kč).....	7
tabulka 1-4: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku v r. 2002–2006 podle resortů (v tis. Kč).....	8
tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtů krajů v r. 2002–2006 (v tis. Kč).....	9
tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů v r. 2002–2006 (v tis. Kč).....	9
tabulka 1-7: Přehled respondentů o tom, kam se obrátit, když někdo z rodiny užívá drogy (v %).....	11
tabulka 1-8: Hodnocení negativního vlivu vybraných jevů na současný stav kriminality v ČR .....	11
tabulka 2-1: Prevalence užívání nelegálních drog mezi 15letými žáky základních škol v r. 2006 (v %).....	15
tabulka 3-1: Preventivní programy poskytované NNO v r. 2006 – počty oslovených škol a žáků/studentů.....	18
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2006 .....	22
tabulka 4-2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2006 podle krajů ČR .....	22
tabulka 5-1: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v r. 2006.....	28
tabulka 5-2: Přehled výsledků certifikace odborné způsobilosti služeb v oblastech harm reduction, léčby a resocializace do 30.6.2007 .....	29
tabulka 5-3: Počet ordinací poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000–2006 .....	29
tabulka 5-4: Počet ordinací podle počtu léčených uživatelů drog v r. 2003–2006.....	29
tabulka 5-5: Počet uživatelů drog léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2003–2006.....	30
tabulka 5-6: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a jejich klienti v r. 2003–2006.....	30
tabulka 5-7: Počet hospitalizací na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2006 dle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy .....	32
tabulka 5-8: Terapeutické komunity a jejich klienti v r. 2003–2006 .....	34
tabulka 5-9: Počet pacientů léčených ve specializovaných substitučních centrech v r. 2003–2006 podle pohlaví .....	34
tabulka 5-10: Pacienti ve specializovaných substitučních programech v r. 2002–2006, stav k 31.12. daného roku .....	35
tabulka 5-11: Poměr pacientů na metadonu a Subutexu k 31.12.2006 podle jednotlivých specializovaných center.....	35
tabulka 5-12: Počty prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním Subutexu jako základní a sekundární drogy v r. 2003–2006 .....	36
tabulka 5-13: Důvod ukončení substituční léčby ve specializovaných centrech od r. 2000 do 31.12.2006.....	37
tabulka 6-1: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2006 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví .....	39
tabulka 6-2: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2006 podle vybraných skupin drog a příčin smrti.....	40
tabulka 6-3: Podíl vybraných skupin drog na úmrtích za přítomnosti drog zjištěných na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2003–2006 (v %).....	40
tabulka 6-4: Incidence HIV v ČR do 31.12.2006 dle způsobu přenosu .....	41
tabulka 6-5: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v r. 1994–2006 .....	42
tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních v r. 2006 .....	43
tabulka 6-7: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2006 podle krajů .....	43
tabulka 6-8: Počet hospitalizovaných osob s diagnózou poruch způsobených užíváním drog (dg. F11–F16 a F18–F19) v r. 2001–2005 .....	44
tabulka 6-9: Psychiatrické diagnózy v kombinaci s užíváním nelegálních drog u vybraných pacientů – muži (v %).....	45
tabulka 6-10: Psychiatrické diagnózy v kombinaci s užíváním nelegálních drog u vybraných pacientů – ženy (v %).....	46
tabulka 6-11: Přehled pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2003–2006 .....	48
tabulka 6-12: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v r. 2003–2006.....	48
tabulka 7-1: Klienti českých nízkoprahových zařízení v r. 2002–2006, extrapolováno na celkový počet programů .....	49
tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2004–2006, extrapolováno na celkový počet programů .....	50
tabulka 7-3: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2006 .....	51
tabulka 7-4: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v r. 2002–2006 podle krajů .....	52
tabulka 7-5: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v r. 2002–2006 .....	53
tabulka 8-1: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2006 (v %).....	54
tabulka 8-2: Počet obyvatel romských komunit, kterým poskytli služby terénní sociální pracovníci v r. 2006, podle typu problému .....	56
tabulka 8-3: Počet drogových trestných činů (stíhané osoby) podle typu drogy v r. 2002–2006.....	58
tabulka 8-4: Obžalování a odsouzení za drogové trestné činy podle typu drogy v r. 2006.....	59
tabulka 8-5: Trestné činy drogově závislých klientů PMS v r. 2006.....	62
tabulka 8-6: Odhad podílu trestných činů spáchaných uživateli drog na vybraných trestných činech v r. 2006.....	63
tabulka 8-7: Odhad podílu trestných činů spáchaných uživateli drog na všech trestných činech v r. 2006.....	63
tabulka 8-8: Výsledky monitoringu drog ve věznicích v r. 2006.....	64
tabulka 9-1: Programy následné péče dotované RVKPP v r. 2005 a 2006 .....	65
tabulka 9-2: Programy ambulantní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2006 .....	65
tabulka 9-3: Programy intenzivní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2006.....	66

tabulka 9-4: Výsledky analýzy případů z r. 2005 a 2006, kdy byla klientům PMS uložena léčba jako povinnost rozhodnutím soudu nebo státního zástupce.....	68
tabulka 10-1: Počty a objemy záchytů hlavních druhů drog v r. 2003–2006 .....	71
tabulka 10-2: Průměrné a nejčastěji udávané ceny drog při pouličním prodeji v r. 2004–2006 podle Policie ČR (v Kč).....	72
tabulka 10-3: Průměrné čistoty drog v r. 2005–2006 (v %) .....	73
tabulka 11-1: Položky COFOG použité pro odhad výdajů na problematiku drog .....	75
tabulka 11-2: Účelově určené výdaje na Program protidrogové politiky v r. 2006 podle COFOG (v mil. Kč) .....	75
tabulka 11-3: Přifaditelné podíly u výdajů trestněprávního sektoru .....	76
tabulka 11-4: Přifaditelné podíly u výdajů na zdravotní péči .....	77
tabulka 11-5: Výdaje státního a územních rozpočtů ve vybraných položkách COFOG v r. 2006 (v mil. Kč).....	77
tabulka 11-6: Účelově neurčené výdaje, které lze v r. 2006 přiřadit zneužívání drog, podle COFOG.....	78
tabulka 11-7: Účelově určené a neurčené výdaje státního a územních rozpočtů na protidrogovou politiku v r. 2006 podle COFOG (v mil. Kč) .....	78
tabulka 12-1: Nejčastěji řešené problémy ve školských zařízeních podle typu (v %).....	80
tabulka 12-2: Důvody umístění do dětského diagnostického ústavu .....	81
tabulka 12-3: Prevalence užití základních typů drog mezi účastníky tanečních akcí v r. 2003 (v %) .....	83
tabulka 12-4: Výsledky studie ESPAD z r. 2003 – prevalence užití návykových látek z hlediska struktury rodiny a míry kontroly rodičů (v %).....	84
tabulka 12-5: Výsledky studie ESPAD z r. 2003 – prevalence užití návykových látek z hlediska počtu dnů neomluvené absence a užívání drog mezi staršími sourozenci (v %) .....	85
tabulka 13-1: Cíle a aktivity Akčního plánu 2007–2009 vztahující se k výzkumu .....	91
tabulka 13-2: Hlavní zdroje financování výzkumu v oblasti drog v ČR .....	92
tabulka 13-3: Výzkumné projekty podpořené IGA MZ v r. 2007 .....	92
tabulka 13-4: Vybrané priority a cíle Resortního programu výzkumu a vývoje MZ na léta 2007–2009 .....	93
tabulka 13-5: Přehled odborných časopisů vydávaných v ČR publikujících příspěvky z oblasti drog .....	99

## SEZNAM OBRÁZKŮ

obrázek 1-1: Názory respondentů na to, zda souhlasí s tím, aby 15leté dítě ochutnalo vybrané látky (v %) .....	10
obrázek 1-2: Podíl odpovědí na otázku, zda se respondenti setkali s tím, že byl osobě mladší 18 let prodán alkohol .....	12
obrázek 2-1: Frekvence užívání konopných látek mezi respondenty, kteří uvedli užití v posledních 30 dnech (v %) .....	14
obrázek 2-2: Vývoj prevalence zkušeností 15letých s užitím vybraných látek mezi r. 2002 a 2006 (v %).....	15
obrázek 4-1: Počet prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 1995–2006 .....	23
obrázek 4-2: Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 2002–2006.....	24
obrázek 4-3: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 1995–2006 .....	25
obrázek 4-4: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 2002–2006.....	25
obrázek 4-5: Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v r. 1996–2006 .....	26
obrázek 4-6: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v r. 2002–2006.....	26
obrázek 4-7: Podíl injekční aplikace u prvožadatelů (v r. 1998–2006) a všech žadatelů o léčbu o léčbu (v r. 2002–2006) v souvislosti s užíváním heroínu a pervitinu (v %).....	27
obrázek 5-1: Vývoj počtu uživatelů drog léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2000–2006 .....	30
obrázek 5-2: Počet hospitalizací na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 1995–2006 .....	31
obrázek 5-3: Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách na poruchy způsobené užíváním opioidů, stimulantů a kombinací látek v r. 2000–2006 .....	32
obrázek 5-4: Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách na poruchy způsobené užíváním ostatních drog v r. 2000–2006 .....	33
obrázek 5-5: Distribuované množství Subutexu (v g buprenorfinu) a odhadovaný počet uživatelů Subutexu v r. 2000–2006 .....	36
obrázek 6-1: Smrtelná předávkování vybranými drogami v r. 1998–2006 .....	39
obrázek 6-2: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2004–2006 .....	40
obrázek 6-3: Hlášená incidence VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2006.....	41
obrázek 6-4: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2006 .....	42
obrázek 6-5: Výskyt psychiatrických poruch (F00–F99, bez F10–F19) v kombinaci s užíváním nelegálních drog u hospitalizovaných pacientů podle pohlaví (v %).....	45
obrázek 6-6: Psychiatrické diagnózy v kombinaci s užíváním nelegálních drog u vybraných pacientů podle věkových skupin (v %) .....	46
obrázek 6-7: Nefatální intoxikace vybranými drogami v ČR v r. 2001–2006 .....	47
obrázek 8-1: Trestně stíhaní v souvislosti s drogovými trestnými činy v r. 2002–2006 .....	57
obrázek 8-2: Podíl trestně stíhaných za přechovávání drog pro osobní potřebu (§ 187a TZ) na trestně stíhaných za všechny drogové trestné činy v r. 1999–2006 .....	57
obrázek 8-3: Počet obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v r. 1999–2006.....	58
obrázek 8-4: Podíl pervitinu, konopných látek a jiných drog na drogových trestných činech (stíhané osoby) v r. 2002–2006 .....	59

obrázek 8-5: Obžalování z drogových trestných činů v r. 2006 – vybrané charakteristiky podle typu drogy .....	59
obrázek 8-6: Odsouzení pachatelé drogových trestných činů v r. 2006 – vybrané charakteristiky podle typu drogy .....	60
obrázek 8-7: Drogové trestné činy podle krajů v r. 2005 a 2006 (na 100 tis. obyvatel) .....	60
obrázek 8-8: Skladba trestů uložených za drogové trestné činy v r. 2006 .....	61
obrázek 8-9: Odhad podílu trestných činů spáchaných uživateli drog na všech vybraných trestných činech v r. 2006 podle krajů ČR (v %) .....	63
obrázek 10-1: Počet záchytů vybraných druhů drog v r. 2003–2006 .....	70
obrázek 10-2: Rozdělení záchytů marihuany podle objemu v r. 2005 a 2006 .....	71
obrázek 10-3: Rozdělení záchytů pervitinu podle objemu v r. 2005 a 2006 .....	71
obrázek 12-1: Zkušenosti s nelegálními drogami: děti závislých a děti s poruchou chování ve srovnání s výsledky studie HBSC v r. 2002 (v %) .....	82
obrázek 12-2: Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog v obecné populaci ve věku 18–24 let a mezi účastníky tanečních akcí (v %) .....	83

## SEZNAM MAP

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a územních rozpočtů v krajích ČR v r. 2006 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel) .....	9
mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2006 .....	22
mapa 4-2: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2006 (na 100 tis. obyvatel) .....	24
mapa 7-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2006 .....	49
mapa 7-2: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2006 (na 1 000 obyvatel) .....	52
mapa 8-1: Drogové trestné činy podle krajů v r. 2006 (na 100 tis. obyvatel) .....	61
mapa 12-1: Celoživotní prevalence užívání jakékoliv nelegální drogy podle studie ESPAD (v %) .....	82
mapa 12-2: Celoživotní prevalence užívání jakékoliv nelegální drogy mimo konopné látky (v %) .....	83

## VOYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU

Rozsáhlý seznam (nejen) českých webových stránek zabývajících se drogami je k dispozici na adrese [http://www.drogy-info.cz/index.php/web\\_a\\_drogy/](http://www.drogy-info.cz/index.php/web_a_drogy/). 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/Casopis-Adiktologie.html>

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

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

Centrum adiktologie – Psychiatrická klinika I. LF a VFN, Univerzita Karlova v Praze: <http://www.adiktologie.cz/>

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

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

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

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

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

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

Databáze služeb sociální prevence: <https://www.sluzbyprevence.mpsv.cz/>

Drop In, o.p.s.: <http://www.dropin.cz/>

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

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

Informační portál primární prevence (provozuje o.s. Sananim): <http://www.odrogach.cz/>

Institut pedagogicko-psychologického poradenství: <http://www.ippp.cz/>

Institut pro kriminologii a sociální prevenci: <http://www.ok.cz/iksp/>

Ministerstvo spravedlnosti (portál českého soudnictví): <http://portal.justice.cz/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: <http://www.mpsv.cz/>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: <http://www.msmt.cz/>

Ministerstvo vnitra: <http://www.mvcr.cz/>

Ministerstvo zdravotnictví: <http://www.mzcr.cz/>

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: <http://www.drogy-info.cz/>

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

Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování, Policie ČR: <http://www.mvcr.cz/policie/prezentace/npdc.html>

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, Výbor pro zdravotnictví, Podvýbor pro problematiku civilizačních onemocnění a závislostí: <http://www.psp.cz/sqw/snem.sqw?id=779>

Probační a mediační služba ČR: <http://www.pmscr.cz/>

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

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

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: <http://rvkpp.vlada.cz/>

Registr poskytovatelů sociálních služeb: <http://www.mpsv.cz/cs/3880>

SANANIM, o.s. – weby (drogový informační server, drogová poradna, server primární prevence): <http://www.sananim.cz/>

Sdružení Podané ruce, o.s.: <http://www.podaneruce.cz/>

Sekce terapeutických komunit A.N.O.: <http://www.terapeutickekomunity.org/>

Státní zdravotní ústav: <http://www.szu.cz/>

Ústav farmakologie 3. LF UK - neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky: <http://www.uzis.cz/>

Vězeňská služba ČR: <http://www.vscr.cz/>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: <http://www.vupsv.cz/>

## ZKRATKY

- ADD – porucha pozornosti (Attention Deficit Disorder)  
ADHD – hyperaktivita spojená s poruchou pozornosti (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)  
Akční plán 2005–2006 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006  
Akční plán 2007–2009 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009  
A.N.O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí  
AT – alkohol, toxikomanie (označení ambulancí zabývajících se léčbou závislostí)  
CPPT – Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.  
ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně  
ČR – Česká republika  
ČSÚ – Český statistický úřad  
ČTK – Česká tisková kancelář  
EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost  
ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách  
ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR  
EU – Evropská unie  
EWS – Systém včasného varování (Early-warning System)  
GŘC – Generální ředitelství cel  
GŘVS – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR  
HIV – virus lidského imunodeficitu  
HR – harm reduction  
HR A.N.O. – odborná sekce Harm Reduction Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí  
HS – hygienická služba  
IKSP – Institut pro kriminologii a sociální prevenci  
IUD – injekční uživatel(é) drog  
Kraje ČR:  
PHA – hl. m. Praha  
STC – Středočeský  
JHC – Jihočeský  
PLK – Plzeňský  
KVK – Karlovarský  
ULK – Ústecký  
LBK – Liberecký  
HKK – Královéhradecký  
PAK – Pardubický  
VYS – Vysočina  
JHM – Jihomoravský  
OLK – Olomoucký  
ZLK – Zlínský  
MSK – Moravskoslezský  
LF – lékařská fakulta  
Ministerstva ČR:  
MD – Ministerstvo dopravy  
MF – Ministerstvo financí  
MK – Ministerstvo kultury  
MO – Ministerstvo obrany  
MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí  
MPO – Ministerstvo průmyslu a obchodu  
MS – Ministerstvo spravedlnosti  
MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy  
MV – Ministerstvo vnitra  
MZ – Ministerstvo zdravotnictví  
MKN 10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí  
MPP – minimální preventivní program  
Národní strategie 2005–2009 – Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009  
NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti  
NNO – nestátní nezisková(é) organizace  
NPC – Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR  
OPL – omamná a psychotropní látka  
RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky  
SSLST – Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie  
SŠ – střední škola  
TŘ – zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (Trestní řád)  
TZ – zákon č. 140/1961 Sb., Trestní zákon  
UK – Univerzita Karlova v Praze  
ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky  
VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
VHA – virová hepatitida typu A  
VHB – virová hepatitida typu B  
VHC – virová hepatitida typu C  
VPS – kapitola Všeobecná pokladní správa Národního účtu ČR  
VZ – Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR  
WHO – Světová zdravotnická organizace  
ZŠ – základní škola

## REJSTŘÍK

- abstinence, 28, 65  
akční plán Národní strategie protidrogové politiky, 3, 4, 104  
alkohol, 3, 8, 10, 11, 12, 15, 29, 31, 32, 33, 47, 48, 55, 56, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 91, 93, 95, 98, 100, 101, 104  
amfetamin, 15, 58, 70, 81, 95, 96  
Anonymní alkoholici, 66  
Anonymní narkomané, 66  
Asociace nestátních organizací (A.N.O) zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 65, 67, 103, 104  
AT ordinace, 6, 8, 28  
bezdrogové zóny, 65, 66  
buprenorfin, 2, 30, 33, 34, 35, 36, 38, 101  
cena drog, 72, 101  
Centrum adiktologie 1. LF UK, 13, 19, 43, 52, 89, 93, 99, 103  
certifikace, 5, 17, 19, 20, 28, 29, 89, 100  
crack, 21  
Česká asociace streetwork, 103  
čistota drog, 72, 73, 101  
děti, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 28, 33, 41, 46, 54, 56, 66, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 87, 88, 101, 102  
doléčování, 6, 28, 29, 65  
dopravní nehoda, 40, 47, 48, 87, 100  
efektivita, 19, 89, 91, 94, 97  
EMCDDA, 13, 21, 58, 70, 74, 89, 94, 96, 97, 104  
ESPAD (školní průzkum), 14, 15, 80, 82, 84, 85, 91, 92, 93, 95, 98, 101, 102, 104  
evaluace, 13, 19, 42, 89, 91, 94  
Evropská unie, 13, 18, 19, 69, 74, 89, 104  
extáze, 1, 2, 14, 15, 38, 39, 40, 48, 50, 54, 58, 69, 70, 72, 73, 82, 83, 84, 85, 92, 95, 96  
financování, 3, 4, 5, 8, 50, 64, 75, 89, 91, 92, 94, 95, 101  
FreeBase, 23  
Generální ředitelství cel, 6, 7, 8, 9, 69, 75, 104  
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 64, 66, 104  
halucinogeny, 15, 38, 39, 44, 45, 46, 81, 83, 84, 85, 95, 96  
harm reduction, 8, 18, 23, 28, 29, 74, 89, 98, 100, 104  
hepatitida, 1, 38, 41, 42, 44, 55, 93, 104  
heroin, 1, 2, 15, 21, 22, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 48, 49, 59, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 96, 101  
HIV/AIDS, 1, 2, 38, 41, 42, 43, 44, 49, 50, 51, 52, 53, 91, 93, 96, 100, 103, 104  
hospitalizace, 31, 32, 33, 44, 47, 76, 77, 88, 100, 101  
hygienická služba, 22, 23, 27, 104  
incidence, 21, 41, 42, 93, 101  
internetová poradna, 103  
intoxikace, 47, 92, 101  
kokain, 1, 2, 15, 38, 39, 44, 45, 46, 47, 69  
komorbidita, 53  
kondom, 50  
konopné látky, 1, 2, 14, 15, 23, 24, 30, 32, 33, 40, 44, 45, 46, 47, 49, 54, 55, 56, 58, 59, 69, 73, 81, 82, 83, 84, 85, 95, 96, 101, 102  
hašiš, 15, 16, 70, 72  
marihuana, 2, 4, 10, 14, 16, 58, 69, 70, 71, 72, 102  
koordinace, 4, 5  
kouření, 6, 56, 80, 84, 86  
kriminalita, 4, 5, 6, 8, 11, 56, 57, 58, 60, 62, 74, 75, 76, 80, 81, 82, 87, 93, 100, 104  
drogová, 2, 4, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 75, 78, 100, 101, 102  
sekundární, 61, 62, 75, 78, 91  
léčba, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 50, 51, 55, 65, 66, 67, 68, 74, 76, 77, 78, 79, 85, 86, 91, 93, 94, 97, 99, 100, 101, 103, 104  
ambulantní, 2, 3, 6, 18, 21, 28, 29, 30, 32, 65, 66, 74, 76, 77, 78, 87, 88, 91, 100  
lůžková, 1, 6, 28, 29, 31, 32, 33, 67, 74, 76, 78, 91  
rezidenční, 18, 33  
substituční, 1, 2, 21, 23, 28, 31, 32, 34, 35, 37, 65, 67, 95, 100  
léky, 2, 15, 38, 39, 64, 69, 70, 76, 77, 78, 92, 93, 95, 96  
linky pomoci, 10, 51  
LSD, 15, 58, 70, 71, 72, 83, 84, 85, 92  
lysohlávky, 96  
médiá, 3, 4, 11, 12, 13, 97  
menšiny, 1, 3, 5, 16, 19, 56, 66, 79, 88, 91  
metadon, 2, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 67, 100  
ministerstvo  
financí, 4, 6, 8, 74, 104  
obrany, 6, 7, 8, 9, 75, 104  
práce a sociálních věcí, 3, 6, 7, 8, 9, 56, 75, 87, 88, 103, 104  
školství, mládeže a tělovýchovy, 6, 7, 8, 9, 13, 17, 19, 20, 56, 75, 79, 80, 86, 88, 92, 103, 104  
vnitřní, 6, 8, 56, 92, 103, 104  
zdravotnictví, 6, 7, 8, 9, 34, 38, 51, 67, 75, 89, 92, 93, 101, 103, 104  
mladiství, 11, 33, 54, 58, 59, 66, 81, 86, 87  
množství větší než malé, 4  
mortalita, 38, 41  
náklady, 8, 64, 77, 78, 92, 94  
společenské, 78, 89  
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), 3, 6, 13, 20, 33, 35, 38, 39, 43, 44, 51, 62, 70, 76, 82, 89, 92, 95, 97, 98, 99, 100, 103, 104  
Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 6, 7, 8, 9, 56, 57, 58, 62, 64, 69, 70, 72, 74, 75, 77, 104  
Národní strategie protidrogové politiky, 1, 3, 4, 13, 104  
následná péče, 3, 4, 6, 18, 28, 65, 66, 88, 91, 100  
nizkoprahová zařízení, 1, 21, 23, 27, 28, 36, 42, 43, 49, 50, 51, 52, 53, 86, 95, 100  
NNO (nestátní neziskové organizace), 6, 8, 17, 18, 28, 30, 66, 67, 79, 100, 104  
obvinění, 57, 64  
obžalování, 2, 54, 58, 59, 101  
očkování, 41, 75  
odsouzení, 2, 54, 57, 58, 59, 62, 64, 66, 67, 68, 100, 101  
ohrožené skupiny, 79  
ochranná výchova, 88  
omamné a psychotropní látky, 4, 38, 40, 62, 63, 64, 66, 86, 91, 104  
parlament, 4, 12  
pervitin, 1, 2, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 30, 31, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 47, 48, 49, 54, 55, 56, 58, 59, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 81, 86, 95, 101, 102  
Policie ČR, 6, 8, 11, 17, 56, 57, 64, 70, 72, 73, 76, 101, 103, 104  
politika, 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 75, 89, 92, 93, 94, 103, 104  
poradenství, 3, 5, 10, 18, 19, 20, 50, 51, 65, 66, 86, 87, 88, 103  
prevalence, 1, 14, 15, 21, 34, 42, 43, 44, 50, 82, 83, 84, 85, 91, 95, 97, 101, 102  
celoživotní, 15, 82, 84, 85  
prevence, 1, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 13, 17, 18, 19, 20, 28, 43, 50, 51, 52, 66, 67, 74, 79, 80, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 97, 99, 103, 104



indikovaná, 17, 19, 79  
 selektivní, 19  
 probace, 27, 61, 62, 67, 68, 86, 100, 101  
 problémové užívání, 21, 79  
 protilátky, 42, 43, 51, 52, 100  
 průzkum  
   celopopulační, 1, 14, 91  
   školský, 14, 15, 95, 98, 104  
 předávkování, 1, 2, 36, 38, 39, 47, 50, 86, 100, 101  
 přechovávání, 2, 4, 54, 57, 58, 59, 62, 64, 70, 101  
 přestupek, 54, 60, 64, 70, 87  
 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky  
   (RVKPP), 3, 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 18, 23, 28, 30, 49,  
   65, 66, 69, 75, 89, 91, 92, 95, 96, 97, 100, 104  
 registr žádostí o léčbu, 23, 36  
 Romové, 5, 11, 50, 54, 55, 56, 79, 88, 100  
 rozpočet, 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 18, 19, 28, 64, 74, 75, 77,  
   78, 92, 94, 95, 96, 100, 101, 102  
 sociální exkluze, 54, 86  
 státní zastupitelství, 76, 77, 78  
 stíhání, 2, 54, 57, 58, 60, 64, 101  
 streetwork, 13, 49, 50, 103  
 studie, 1, 13, 14, 15, 19, 21, 37, 41, 42, 43, 50, 52, 55,  
   56, 62, 69, 76, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 89, 91, 92,  
   93, 94, 95, 98, 101, 102, 104  
   kvalitativní, 55  
   školská, 14, 15, 95, 98, 104  
 Subutex<sup>®</sup>, 1, 2, 21, 22, 27, 28, 34, 35, 36, 37, 38, 49,  
   56, 65, 69, 70, 72, 100, 101  
 syntetické drogy, 92  
   MDMA, 38, 39, 40, 50, 73, 92, 96  
 škola, 6, 8, 10, 17, 19, 66, 80, 86, 88, 103, 104  
 tabák, 13, 29, 31, 91  
 taneční drogy, 39, 49, 50  
 taneční scéna, 91  
 těkavé látky, 1, 14, 15, 24, 31, 32, 38, 39, 40, 44, 45,  
   46, 47, 49, 55, 56, 81, 82, 85, 86, 91, 96  
 THC, 4, 38, 40, 47, 48, 69  
 trest, 4, 27, 34, 37, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 76  
 trestněprávní, 74, 76, 101  
 trestný čin, 2, 4, 12, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63,  
   64, 65, 67, 68, 75, 76, 77, 81, 86, 87, 88, 100, 101,  
   102  
 užívání drog, 4, 1, 2, 14, 16, 19, 21, 27, 28, 34, 36, 38,  
   42, 43, 49, 54, 55, 56, 64, 65, 74, 76, 77, 78, 79, 82,  
   83, 84, 85, 86, 89, 91, 95, 97, 101, 103  
   problémové, 1, 2, 21, 22, 25, 27, 34, 36, 49, 67, 69,  
   76, 79, 82, 95, 100, 102  
 vazba, 56, 64, 68  
 vězení, 8, 18, 28, 34, 37, 54, 64, 65, 66, 67, 75, 91, 97,  
   98, 100  
 vláda, 3, 4, 5, 12, 89  
 všeobecná pokladní správa, 6, 104  
 výdaje  
   neinvestiční, 6  
   účelově neurčené, 64, 74, 77  
   účelově určené, 5, 64, 74, 75, 78  
 výměnný program, 50  
 výzkum, 4, 5, 6, 11, 80, 89, 91, 92, 93, 99, 103  
 záchyt, 2, 69, 70, 71, 72, 73, 101, 102  
 zákon, 1, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 38, 64, 67, 69, 74, 86, 87,  
   93, 97, 104  
 žádost o léčbu, 22, 23, 24, 36, 54, 102  
   první, 23

## ODKAZY

- Agentura INRES–SONES (2006) Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Zpráva o průběhu výzkumu. Praha: Agentura INRES–SONES.  
Notes: Část: Názory občanů ČR na rizikovitost užívání návykových látek.
- Agentura pro certifikace (2007a) Jaký je systém certifikačního procesu? Praha: Agentura pro certifikace, IPPP.  
Notes: Informace zveřejněné na webových stránkách [www.ippp.cz](http://www.ippp.cz)
- Agentura pro certifikace (2007b) Seznam certifikovaných zařízení. Praha: Agentura pro certifikace, IPPP.  
Notes: Informace zveřejněné na webových stránkách [www.ippp.cz](http://www.ippp.cz)
- Ambrož, M. (2007) Informace o činnosti Pracovní a sociální agentury v letech 2005–2007.  
Notes: Nepublikované sdělení a informace zveřejněné na internetových stránkách Pracovní a sociální agentury <http://agentura.sananim.cz>
- Anonymní alkoholici (2006) Anonymní alkoholici. Česká republika.  
Notes: <http://www.sweb.cz/aacesko/>
- Beneš, J. (2007) Virové hepatitidy 1996–2006 – EPIDAT. Praha: SZÚ Praha.  
Notes: Standardní tabulka EMCDDA č. 9: Infekční nemoci
- Běláčková, V. (2007) Mediální obraz drog v Evropské unii. Zaostřeno na drogy č. 1/2007 1–12.  
Notes: Analýza – Mediální témata ve výročních zprávách o drogách publikovaných ve všech zemích EU, v kandidátských zemích a v Norsku mezi roky 1995 a 2004.
- Brůčková, M. (2007) Vyšetření na HIV u injekčních uživatelů drog v ČR.  
Notes: Standardní tabulka EMCDDA č. 9 – prevalence VHB, VHC a HIV u injekčních uživatelů drog v r. 2006
- Brůčková, M., Malý, M., Vandasová, J. (2007) Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2006. Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie 14(2).
- Celní správa ČR (2007a) Informace o výsledcích činnosti Celní správy ČR za rok 2006.  
Notes: <http://www.cs.mfcr.cz/CmsGrc/Tiskove-centrum/Vyrocnizpravy/>
- Celní správa ČR (2007b) Přehled záchytů OPL Celní správou ČR v r. 2006.  
Notes: Nepublikováno
- Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky, 1. LF UK Praha (2007) Společné tiskové prohlášení k preventivnímu projektu Revoluční vlak (Revolution train). Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky VFN a 1. LF UK v Praze, Asociace nestátních organizací, Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Redakce časopisu Prevence.  
Notes: Společné tiskové prohlášení. Datum uvolnění zprávy: 23.04.2007.
- Csémy, L. (2007) Zkušenosti mládeže s užitím nelegálních drog – výsledky studie HBSC v ČR.  
Notes: Nepublikované výsledky studie.
- Csémy, L., Heller, J., Pecinová, O., Šťastný, V., Kostroňová, T., Nová, D., Mráčková, E. (2003) Návykové chování a jeho kontext u mimořádně ohrožených skupin dětí. Praha:  
Notes: Výzkumná zpráva pro zadavatele. Nepublikováno.
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H. (2006) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Černý, M., Lejčková, P. (2007) Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a nefunguje v primární prevenci. Zaostřeno na drogy 5, 1–12.
- Česká asociace streetwork a Nadace Vodafone ČR (2006) Česká asociace streetwork a Nadace Vodafone ČR ocenily nízkoprahové kluby a streetworkery. Praha: Česká asociace streetwork a Nadace Vodafone ČR.  
Notes: Tisková zpráva, ze dne 19.12.2006
- Český rozhlas 1 – Radiožurnál (Feb 23, 2007) Pěstování konopí a výroba a užívání marihuany, pořad Radioforum.
- Český rozhlas – Radio Praha (Jul 11, 2007) Příznivci legalizace marihuany obsadili pražskou Letnou.

- Český statistický úřad (2007) Výstupy z databáze COFOG – výdaje v r. 2006.  
Notes: Nepublikováno
- ČTK, iDNES (Jul 11, 2007) V Praze se sešli zastánci legalizace marihuany.
- Etické fórum České republiky, o.s. (2007) Výroční zpráva o činnosti Etického fóra České republiky za r. 2006.  
Notes: Výroční zpráva a další informace stažené z webových stránek www.etickeforumcr.cz dne 04.09.2007
- Fránová, D. (2007) Virové hepatitidy a infekce HIV – situace u klientů K-centra Plzeň. Plzeň: Zdravotní ústav se sídlem v Plzni a Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s. Plzeň.  
Notes: Příspěvek na 3. AT konferenci o prevenci a léčbě závislostí v Plzeňském kraji, 18.–19.06.2007
- Gabal Analysis and Consulting a Nová škola, o.p.s. (2006) Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- Gabrhelík, R. (2007) Projekt EU-DAP: Informace o mezinárodním projektu zaměřeném na prevenci užívání návykových látek a zapojení České republiky do projektu.  
Notes: Nepublikováno
- Gabrhelík, R., Vacek, J., Miovska, L., Miovský, M. (2006) Zhodnocení stavu užívání návykových látek a služeb určených jejich uživatelům na území bývalého okresu Nový Jičín. Adiktologie 6, 257–258.
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2007a) Informace o zacházení s uživateli drog ve věznicích.  
Notes: Nepublikováno; zpracováno pro NMS
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2007b) Monitoring drog v zařízeních Vězeňské služby v r. 2006.  
Notes: Nepublikováno
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2007c) Ročenka Vězeňské služby České republiky 2006.  
Notes: www.vscr.cz
- Hobstová, J., Vitouš, A. (2007) Infekční komplikace uživatelů drog v České republice. Čas. Léč. čes. 146, 137–141.
- Hradecká, V., Hradecký, I. (1996) Bezdomovectví – extrémní vyloučení. Praha: Naděje, občanské sdružení.
- Hradecký, I. (2005) Profily bezdomovectví v České republice: Proč spí lidé venku a kdo jsou ti lidé. Praha:  
Notes: Tematická zpráva 2005 zpracovaná pro Evropskou observatoř bezdomovectví
- Hradecký, I. (2006) Národní zpráva o bezdomovectví v České republice v roce 2006. Praha:  
Notes: Zpráva zpracovaná pro Evropskou observatoř bezdomovectví (European Observatory on Homelessness)
- Hradecký, I., Kosová, P., Myšáková, M., Omelková, L., Sedláček, P. (2004) Sčítání bezdomovců Praha 2004, závěrečná zpráva. Praha: Arcidiecézní charita Praha, Armáda spásy, Městské centrum sociálních služeb a prevence a Naděje.
- Informační centrum pro mládež (2007) Co je zdravá škola? Informace o programu.  
Notes: Informace stažené z webových stránek www.icm.cz/co-je-zdrava-skola, ze dne 23.02.2007
- Institut pedagogicko-psychologického poradenství (2007) Pedagogicko-psychologické poradny.  
Notes: Informace uveřejněné na webových stránkách www.ippp.cz
- Jelínek, T., Krejčí, K., Donath-Burson-Marsteller (2007) Zneužívání léků obsahujících pseudoefedrin versus právo na somoléčbu – průzkum vnímání problematiky mezi českými odborníky. Praha: Donath-Burson-Marsteller.
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2007a) Zpráva o stavu romských komunit v České republice v roce 2006. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.  
Notes: Zpráva byla schválena vládou ČR usnesením č. 679 ze dne 18. června 2007
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2007b) Závěrečná zpráva dotačního programu Podpora terénní sociální práce za rok 2006. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
- Kosová, P., Omelková, L., Sedláček, P. (2004) Bezdomovectví v hlavním městě Praze. Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence.
- Krylová, H. (2007) Kvalitativní analýza aspektů života bezdomovecké populace z pohledu sociální a kulturní antropologie. Olomouc: Pedagogická fakulta univerzity Palackého v Olomouci, Katedra antropologie a

zdravovědy.

Notes: Disertační práce

Kubů, P., Škařupová, K., Csémy, L. (2006) Tanec a drogy 2000 a 2003. Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-77-3.

Kučerová, L. (Jul 24, 2006) Úřady alkohol hájí. To je skandál. Mladá Fronta DNES Brno a Jižní Morava 5

Lejčková, P., Mravčík, V. (2007) Mortality of Hospitalized Drug Users in the Czech Republic. Journal of Drug Issues 37, 103–118.

Lejčková, P., Mravčík, V., Radimecký, J. (2004) Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu. Praha: Úřad vlády ČR.

Lejčková, P., Mravčík, V., Radimecký, J. (2007) Regional Comparison of Drug Use in the Czech Republic in 2002: Situation Analysis in Wider Demographic and Socioeconomic Contexts. Journal of Drug Issues 37, 133–154.

Lejčková, P., Mravčík, V. (2005) Úmrtnost uživatelů drog ČR. Souhrn výsledků kohortové studie. Epidemiol. Mikrobiol. Imunol. 54, 154–160.

Libra, J., Novák, P. (2005) Analýza institucionálního kontextu drogových služeb Jihočeského kraje – návrh minimální sítě drogových služeb Jihočeského kraje, závěrečná zpráva studie.

Notes: Nepublikováno

Lovasová, L., Hanušová, J., Hellebrandová, K. (2005) Děti a jejich problémy. Praha: Linka bezpečí.

Notes: Sborník studií

Mediaservis (2005) Do boje proti drogám vyrazí Revolution Train.

Notes: Tisková zpráva ze dne 31.3.2005, zveřejněná na webových stránkách

<http://train.rrror.vs.glow.cz/cz/media-service/2006/10/19/do-boje-proti-drogam-vyrazi-revolution-train/>

Městské centrum sociálních služeb a prevence (2007) Dům tréninkového bydlení.

Notes: Informace o domech tréninkového bydlení uveřejněné na webových stránkách [www.mcssp.cz](http://www.mcssp.cz)

Ministerstvo dopravy ČR – BESIP (2007) Kampaň proti alkoholu za volantem Domluvme se! se úspěšně rozjela. Praha: Ministerstvo dopravy ČR, Fórum PSR, Iniciativa zodpovědných pivovarů.

Notes: Tisková zpráva k projektu Domluvme se! ze dne 20.06.2007

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2004) Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2004–2006. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2006) Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2006–2008. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Ministerstvo spravedlnosti (Jul 24, 2007) Rekodifikace trestního práva hmotného. Portál Justice.cz

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2007a) Drogové trestné činy podle druhu drogy v r. 2006: přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a odsouzených osobách. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.

Notes: Nepublikováno; zpracováno pro NMS

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2007b) Trestní statistika státních zastupitelství a soudů za r. 2006; Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a odsouzených osobách. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.

Notes: <http://portal.justice.cz/ms/ms.aspx?j=33&o=23&k=400&d=35214>

Ministerstvo vnitra (Jul 11, 2007) Lidé chtějí přísnější tresty, vyplývá to z připomínek k novému trestnímu zákoníku. Portál veřejné správy České republiky

Ministerstvo vnitra ČR (2007a) Přehledy kriminality v okresech ČR v r. 2006. Ministerstvo vnitra ČR.

Notes: Nepublikováno; zpracováno pro NMS

Ministerstvo vnitra ČR (2007b) Přehledy kriminality v r. 2006. Ministerstvo vnitra ČR.

Notes: [http://www.mvcr.cz/statistiky/krim\\_stat/2006/index.html](http://www.mvcr.cz/statistiky/krim_stat/2006/index.html)

Ministerstvo vnitra ČR (2007c) Souhrnná zpráva o zneužívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin. Praha: Ministerstvo vnitra.

Notes: Příloha č. 2 k č.j. OBP-343/AK-2007.

- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001) Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001 – Standard substituční léčby. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.  
Notes: [www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta\\_standa.doc](http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_standa.doc)
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2004) Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005–2008. Praha: MŠMT ČR.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2005) Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR.
- Miovská, L., Coufalová, M., Miovský, M., Mravčík, V. (2006) Poskytování ambulantní psychiatrické péče uživatelům drog v roce 2003. Čes. slov. Psychiat. 102, 350–356.
- Miovský, M., Janíková, B., Gabrhelík, R., Gajdošíková, H., Grohmannová, K., Miovská, L., Müllerová, P., Radimecký, J., Šucha, M., Vacek, J. (2006) Závěrečná zpráva projektu analýzy potřeb léčených uživatelů návykových látek z hlediska jejich uplatnitelnosti na trhu práce. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Miovský, M., Miovská, L., Trapková, B. (2007a) Zhodnocení realizace tzv. Minimálního preventivního programu na základních školách Prahy 6 a okolí prostřednictvím kvalitativní části kvaziexperimentální evaluační studie. Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor) 42, s. 3–24.
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V., Trapková, B. (2007b) Substance Use in Fifth- and Seventh-Grade Basic School Pupils: Review of Results of Quasi-Experimental Evaluation Study. Československá psychologie  
Notes: V tisku.
- Miovský, M., Zapletalová, J. (2005) Cílové skupiny programů specifické primární prevence užívání návykových látek a jejich rozlišení dle resortní příslušnosti.  
Notes: Příspěvek přednesený na konferenci Primární prevence rizikového chování, Praha, 28.11.2005
- Miovský, M., Miovská, L., Trapková, B. (2004) Projekt evaluace primárně-preventivního komunitního programu. Adiktologie 4, 237–254.  
Notes:
- Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2005) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády ČR. 80-86734-59-5.
- Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Radimecký, J., Sklenář, V., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2004) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003. Praha: Úřad vlády ČR. 80-86734-25-0.
- Mravčík, V., Lejčková, P., Orlíková, B., Petrošová, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2006) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Praha: Úřad vlády ČR. 80-86734-99-4.
- Mravčík, V., Orlíková, B. (2007) Překryv klientů mezi jednotlivými nízkoprahovými programy a zneužívání buprenorfinu v Praze. Adiktologie 7, 13–20.
- Mravčík, V., Zábranský, T. (2002) Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR – syntéza dostupných dat. Adiktologie 1, 23–42.
- Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002. Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Zábranský, T., Vorel, F. (2005) Drogy a dopravní nehody. Čas. Lék. čes. 144, 550–555.
- Naděje (2006) Analýza výstupů terénního výzkumu mezi bezdomovci pohybujícími se na území MČ Praha 5. Praha: Naděje.  
Notes: Závěrečná zpráva
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004) Vedlejší výsledky studie Rozsah péče v psychiatrických ordinacích poskytujících služby uživatelům návykových látek. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.  
Notes: Nepublikovaná část výsledků
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007a) Certifikované služby pro uživatele návykových látek – stav k 31.07.2007.

Notes: Nепublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007b) Hospitalizovaní uživatelé drog v letech 2001–2005.

Notes: Data: Hospitalizovaní 2001–2005, ÚZIS

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007c) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat z nízkoprahových zařízení v r. 2002–2006.

Notes: nепublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007d) Průzkum v lůžkových psychiatrických zařízeních zaměřený na péči o uživatele návykových látek.

Notes: Nепublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007e) Testování na HIV a virové hepatitidy na zdravotních ústavech v ČR.

Notes: [http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/lecba/testovani\\_na\\_infekcni\\_choroby](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba/testovani_na_infekcni_choroby)

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007f) Výsledky ankety na téma prodej a podávání alkoholu osobám mladším 18 let.

Notes: Anketa zveřejněná na internetových stránkách NMS [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007g) Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2006.

Notes: Nепublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007h) Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Výsledky výzkumu.

Notes: Část: Názory občanů ČR na rizikovost užívání návykových látek. Nепublikované výsledky

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007i) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2006.

Notes: Nепublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, SSLST ČLS JEP (2007) Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2006.

Notes: Nепublikováno

Národní protidrogová centrála (2007a) Výroční zpráva za rok 2006. Praha: Národní protidrogová centrála Policie ČR.

Notes: [http://www.mvcr.cz/dokument/2007/npc/vyrzprava\\_2006.pdf](http://www.mvcr.cz/dokument/2007/npc/vyrzprava_2006.pdf)

Národní protidrogová centrála (2007b) Záchyty drog v r. 2006 podle objemu. Národní protidrogová centrála Policie ČR.

Notes: Zpracováno pro NMS

Národní protidrogová centrála (2007c) Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2006. Národní protidrogová centrála Policie ČR.

Notes: Zpracováno pro NMS

Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007) Retrospektivní odhad rozsahu finančně motivované sekundární drogové kriminality v r. 2006.

Notes: Nепublikováno

Národní síť Zdravých měst ČR (2006a) Dny zdraví ukázaly, že dospělí nejčastěji trpí obezitou, třetina žáků kouří a pije alkohol (Celostátní kampaň Národní síť Zdravých měst, 04.–17.10.2006). Národní síť Zdravých měst ČR.

Notes: Tisková zpráva

Národní síť Zdravých měst ČR (2006b) Zdravá města a obce se připojují ke kampani Den bez tabáku (31.05.2006 Mezinárodní kampaň Den bez tabáku). Národní síť Zdravých měst ČR.

Notes: Tisková zpráva

Národní vzdělávací fond (2007) Konference o nízkoprahových klubech pro mládež. Praha: Národní vzdělávací fond.

Notes: Tisková zpráva ze dne 01.06.2007

Newton Information Technology, s.r.o. (2006a) Praha: Newton IT.

Notes: Neveřejná zpráva, vypracovaná pro sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. část 1 – Drogová problematika obecně (01.01.2004 – 31.12.2005)

- Newton Information Technology, s.r.o. (2006b) Praha: Newton IT.  
Notes: Neveřejná zpráva, vypracovaná pro sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Část 2 – Protidrogová politika (01.01.2005 – 31.12.2005).
- Newton Information Technology, s.r.o. (Jul 14, 2007) Drogová problematika 2006. Drogy – Media monitoring
- Petroš, O., Mravčík, V., Korčíšová, B. (2005) Spotřeba drog problémovými uživateli. Adiktologie 5, 49–59.
- Petržilková, M., Týc, M. (2006) Prevence sociálně patologických jevů. Průzkum ve školských zařízeních. Praha:  
Notes: Prezentace zveřejněná na webových stránkách MŠMT [www.msmt.cz](http://www.msmt.cz)
- Petřík, M., Zukalová, S., Akerman, P., Kosorin, P. (2006) Sčítání bezdomovců v Brně, březen 2006. Brno: Magistrát města Brna a Armáda spásy.  
Notes: Tisková zpráva, 10. března 2006, Magistrát města Brna
- Plaček, P. (2007) Substituční léčba ve Středočeském kraji. Středočeský kraj: Konference Substituční léčba 02.05.2007.
- Polanecký, V., Studničková, B., Benáková, Z., Šeblová, J., Zemanová, R. (2007) Výroční zpráva – ČR 2006. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J., Zemanová, R. (2006) Výroční zpráva ČR 2005 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J., Železná, Z. (2004) Výroční zpráva ČR 2003 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J., Železná, Z. (2005) Výroční zpráva ČR 2004 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Probační a mediační služba ČR (2006) Přehled trestných činů uživatelů drog v r. 2005.  
Notes: Nепublikováno
- Probační a mediační služba ČR (2007) Přehled trestných činů uživatelů drog v r. 2006.  
Notes: Nепublikováno
- Provazník, K. (1998) Prevence poruch zdraví dětí a mládeže. In: Provazník, K. et al., (ed.) Manuál prevence v lékařské praxi, Praha: Státní zdravotní ústav.
- Rada vlády pro národnostní menšiny (2007) Zpráva o situaci národnostních menšin v České republice v roce 2006. Praha: Rada vlády pro národnostní menšiny.  
Notes: Zpráva byla schválena vládou ČR usnesením č. 637 ze dne 11. června 2007
- Radimecký, J. (2006a) Analýza drogové scény a služeb pro uživatele drog v Libereckém kraji. Závěrečná zpráva. 2006: Liberecký kraj.
- Radimecký, J. (2006b) Prostě řekni NE drogám – řekni ANO životu v podání českých scientologů – vymývání mozků nebo primární prevence?  
Notes: Příspěvek zveřejněný na webových stránkách [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz), ze dne 01.08.2006
- Radimecký, J., Kormaňáková, B., Solčány, J., Zahálka, M., Zim, M. (2006) Analýza situace a potřeb v oblasti léčby a následné péče uživatelů návykových látek v Jihočeském kraji: Závěrečná zpráva. WHITE LIGHT I., o.s. Ústí nad Labem.
- Radimecký, J. (2006) Když dva dělají totéž: Srovnávací analýza strategie drogové politiky Evropské unie a České republiky na období od roku 2005. Adiktologie 6, 453
- Řehák, V. (2007) Program komplexní léčby somatických komplikací syndromu závislosti.  
Notes: Příspěvek na konferenci Substituční léčba, Středočeský kraj, 02.05.2007
- Řezníčková, M., Nedvěd, T. (2004) Zkušenosti terénních pracovníků s uživateli Subutexu na otevřené drogové scéně. Adiktologie 4, 410–411.
- Sadílek, P., Mravčík, V. (2006) Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu. Praha: Úřad vlády ČR/Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 80-86734-89-7.

- SANANIM (2007) Kampaň Drogy a rodiče. Praha: SANANIM, MŠMT ČR a Nadace České spořitelny.  
Notes: Tisková zpráva
- Schwarz, Š., Brejcha, T., Němec, M. (2007) Sonda do drogové scény a analýza potřeb regionu Jindřichohradecko.  
Notes: Nepublikováno
- Sdružení pro probaci a mediaci v justici (2007) Motivační program ZZ (Získej zaměstnání). Základní informace o programu. Praha: Sdružení pro probaci a mediaci v justici.
- Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie (1999) Stanovisko Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie k problematice výpočtů koncentrace etanolu v krvi. Soud. Lék. 44, 55.
- Strana zelených (2007) Tisková zpráva: Scientologové nejsou odborníci na návykové látky.
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2007) Databáze spotřeby léčivých přípravků. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.
- Střediska integrace menšin (2007) Informace o činnosti Středisek integrace menšin v ČR.  
Notes: Informace zveřejněné na internetových stránkách Středisek integrace menšin ([www.strediskasim.cz](http://www.strediskasim.cz)) a Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze ([www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz))
- Škvařilová, O. (2007) Závěrečná zpráva o činnosti Sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. za rok 2006.  
Notes: Nepublikováno
- Televizní noviny 19:00, 16.06.2007, TV Nova (Jul 11, 2007) Nova: Připomínky veřejnosti k novému trestnímu zákoníku. Portál Justice.cz
- Tisková kancelář Scientologické církve (2007) Protidrogový projekt Řekni NE drogám – řekni ANO životu.  
Notes: Informace stažené z webových stránek [www.scientologie.cz](http://www.scientologie.cz), ze dne 10.07.2007
- Trojáčková, A. (2007) Návykové látky – postoje a zkušenosti studentů vysokých škol. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové.  
Notes: Disertační práce, obhájeno 26.06.2007
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2006a) Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2006b) Psychiatrická péče 2005. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2006c) Zdravotnictví ČR 2005 ve statistických údajích. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2007a) Psychiatrická péče 2006. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2007b) Registr substituční léčby. Praha: ÚZIS ČR.  
Notes: měsíční informace a výstupy pro NMS
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2007c) Zdravotnictví ČR 2006 ve statistických údajích. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2007d) Údaje v registru substituční léčby – rok 2006, Aktuální informace č. 11/2007. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2006) Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2007) Dílčí výsledky výběrového šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR – frekvence užívání konopných látek.  
Notes: Nepublikované výsledky
- Vacek, J., Gabrhelík, R., Miovská, R., Miovský, M. (2005) Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl.m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům. Praha: Magistrát hlavního města Prahy.
- Večerka, K., Holas, J., Tomášek, J., Přesličková, H., Blatníková, Š. (2007) Občané o kriminalitě a prevenci. Závěrečná zpráva z výzkumu veřejného mínění. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S. (2000) Sociálně patologické jevy u dětí. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.  
Notes: Závěrečná práce z výzkumu



Večeřová, A., Csémy, L., Staňková, Z., Jacobs (Exnerová), P., Kožený, J., Koblížková, R., Čápová, E., Peláková, K. (2007) Retence v substitučním programu buprenorfinem.  
Notes: V tisku

Vičková-Zenáhlíková, V. (2007) Průzkum kvality života pacientů substituční léčby Subutexem.  
Notes: Sdělení na AT konferenci, Měříň, 06.–10.05.2007

Winkler, J., Šimíková, I. (2005) Hodnocení Vládního programu podpory terénní sociální práce v sociálně vyloučených romských komunitách (hodnoty a fakta). Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

xChaos@legalizace.cz (Jul 11, 2007) MMM 2006 v médiích. Legalizace.cz

Zábranský, T., Miovský, M., Gajdošíková, H., Mravčík, V. (2001a) Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy (PAD). Souhrnná závěrečná zpráva. Praha: ResAd Praha.

Zábranský, T., Miovský, M., Gajdošíková, H., Mravčík, V., Kalina, K., Vopravil, J. (2001b) Ekonomické náklady společnosti na zneužívání nelegálních (pouličních) drog v České republice 1998. Adiktologie 1, 143–189.

Zábranský, T., Mravčík, V., Korčíšová, B., Řehák, V. (2006) Hepatitis C Virus Infection among Injecting Drug Users in the Czech Republic – Prevalence and Associated Factors. European Addiction Research 12, 151–160.

## VÝROČNÍ ZPRÁVA O STAVU VE VĚCÍCH DROG V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2006

- Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR vydává Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS). Poprvé byla v knižní podobě vydána v r. 2001. Zpráva se zpracovává podle osnovy zadané Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA).
- Distribuci zajišťuje vydavatel. Elektronická verze je k dispozici na drogovém informačním portálu, na adrese [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) (česky a anglicky).

### DOSUD VYDANÉ ODBORNÉ PUBLIKACE

- Action Plan for the Implementation of the National drug Policy Strategy for the period 2005–2006, ISBN 80-86734-61-7
- Addiction and Eating Disorders – Neurobiology and Comorbidities, (Workshop), ed. Šulcová, A., ISBN 978-80-87041-18-5
- Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006, ISBN 80-86734-56-0
- Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003, Miovská, L., Miovský, M., Gabrhelík, R. & Charvát, M., ISBN 80-86734-44-7
- Buprenorfin – rozbor kritických otázek, Verster, A., Buning, E., ISBN 978-80-87041-11-6
- Drogy a drogová závislost: Vzájemné propojení výzkumu, politiky a praxe, Hartnoll, R., ISBN 80-86734-45-5
- Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, Kalina, K. a kol., 2003, ISBN 80-86734-05-6
- Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003, Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H., ISBN 80-86734-94-3
- Impact Analysis Project of New Drugs Legislation (Summary Final Report), Záborský, T. et. al., 2001, bez ISBN
- Informace pro tvůrce politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech, Verster, A., Buning, E., 2004, ISBN 80-86734-15-3
- Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí (Příručka o efektivní školní drogové prevenci), Galla, M. et. al., ISBN 80 6734-38-2
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, ISBN 80-86734-39-0
- National Drug Policy Strategy for the period 2005 to 2009 – The Czech Republic, ISBN 80-86734-40-4
- Nové syntetické drogy, Páleníček, T., Kubů, P., Mravčík, V., 2004, ISBN 80-86734-26-9

- Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu, Sadílek, P., Mravčík, V., ISBN 80-86734-89-7
- Poziční dokument o věznicích, drogách a harm reduction, WHO, 2006, ISBN 80-86734-76-5
- Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací., McGrath, J., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M., ISBN 978-80-87041-16-1
- Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy (souhrnná závěrečná zpráva), Záborský, T. a kol., 2001, bez ISBN
- Protidrogová strategie EU (2005-2012), ISBN 80-86734-64-1
- Protidrogový akční plán EU (2005-2008), ISBN 80-86734-57-9
- Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling), Hartnoll, R., 2003, ISBN 80-86734-08-0
- Seznam a definice výkonů drogových služeb, kolektiv, ISBN 80-86734-81-1
- Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci, kolektiv, 2003, ISBN 80-86734-09-9
- Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR, Záborský, T., Vorel, F., Balíková, M., Šejvl, J., 2004, 80-86734-37-4
- Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002, Lejčková, P., Mravčík, V., Radimecký, J., 2004, ISBN 80-86734-14-5
- Tanec a drogy 2000 a 2003; výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice, Kubů, P., Škařupová, K., Csémy, L., ISBN 80-86734-77-3
- Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních, Dolanská, P., Korčíšová, B., Mravčík, V., 2004, ISBN 80-86734-16-1
- Užívání drog v EU – legislativní přístupy, EMCDDA, ISBN 80-86734-50-1
- Vězeňství a nelegální drogy, sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích, Miovský, M. a kol., 2003, ISBN 80-86734
- Výměna jehel ve věznicích: Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností, Lines, R., Juergens, R., Betteridge, G., Stoeber, H., Laticevski, D., Nelles, J., ISBN 80-86734-79-X
- Výroční zpráva 2003 – Stav ve věcech drog v přistupujících a kandidátských zemích EU, kolektiv, 2004, ISBN 80-86734-17-X

### V PŘÍPRAVĚ

- Průvodce léčbou v terapeutické komunitě - Praktická příručka pro uživatele drog, ed. Šefránek, M.

ISBN 978-80-87041-22-2



9 788087 041222

neprodejné