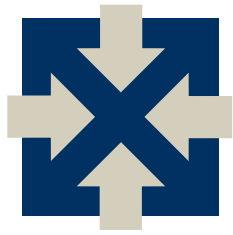




Výroční zpráva

o stavu ve věcech drog

v České republice v roce 2007



Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007

Viktor Mravčík
Pavla Chomynová
Barbora Orlíková
Roman Pešek
Kateřina Škařupová
Eva Škrdlantová
Lenka Miovská
Hana Gajdošíková
Jiří Vopravil

Praha, září 2008

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 2007

Vydal/ © Úřad vlády České republiky, 2008

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), Mgr. Ondřej Petroš (kapitoly 8.3, 8.4, 9.2, 10 a 11)

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., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., Miovská, L., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2008). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007 [Annual Report on Drug Situation 2007 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 978-80-87041-46-8

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. 2007, jakož i trendy v uvedených oblastech. V případech, kdy jsou aktuální informace již k dispozici, týkají se i dosavadního období r. 2008. V částech, kde byly poslední aktuální či podrobnější informace publikovány v minulých letech, jsou uvedeny odkazy na výroční zprávy za r. 2002 až 2006 (Mravčík et al., 2003; Mravčík et al., 2004; Mravčík et al., 2005a; Mravčík et al., 2006; Mravčík et al., 2007a).

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

SOUHRN	1
KVALITA A KONZISTENCE DAT	3
ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2007	4
1 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA A JEJÍ KONTEXT	4
1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC	4
1.2 INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITICKÁ OPATŘENÍ	7
1.3 ROZPOČTY A FINANCOVÁNÍ	12
1.4 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ KONTEXT PROTIDROGOVÉ POLITIKY	17
2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI	25
2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V OBECNÉ POPULACI	25
2.2 UŽÍVÁNÍ DROG VE ŠKOLNÍ POPULACI	26
2.3 UŽÍVÁNÍ DROG VE SPECIFICKÝCH SKUPINÁCH POPULACE	30
3 PREVENCE	32
3.1 VŠEOBECNÁ PREVENCE	32
3.2 SELEKTIVNÍ PREVENCE	35
3.3 INDIKOVANÁ PREVENCE	35
3.4 EVALUACE PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ	36
3.5 DALŠÍ AKTIVITY V OBLASTI PREVENCE	37
4 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG	40
4.1 ODHADY PREVALENCE PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ DROG	40
4.2 PROFIL UŽIVATELŮ DROG V LÉČEBNÝCH ZAŘÍZENÍCH	42
4.3 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG V DALŠÍCH ZDROJÍCH DAT	48
5 LÉČBA	50
5.1 AMBULANTNÍ LÉČBA	51
5.2 REZIDENČNÍ LÉČBA (LŮŽKOVÁ LÉČEBNÁ ZAŘÍZENÍ)	53
5.3 SUBSTITUCE A UDRŽOVACÍ PROGRAMY	57
6 ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	65
6.1 DROGOVÁ ÚMRTÍ A MORTALITA UŽIVATELŮ DROG	65
6.2 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	70
6.3 DALŠÍ PORUCHY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	73
7 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	77
7.1 SLUŽBY NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ	77
7.2 PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ	80
7.3 PREVENCE INFEKČNÍCH CHOROB	80
7.4 INTERVENCE SPOJENÉ S PSYCHIATRICKOU KOMORBIDITOU	83
8 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	84
8.1 BEZDOMOVECTVÍ A DROGY	84
8.2 MIGRANTI A DROGY	85
8.3 DROGOVÁ KRIMINALITA	86
8.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE VĚZNICÍCH	93
8.5 SPOLEČENSKÉ NÁKLADY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	94
9 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	95
9.1 SOCIÁLNÍ REINTEGRACE (NÁSLEDNÁ PÉČE)	95
9.2 PREVENCE TRESTNÉ ČINNOSTI SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	96
10 DROGOVÉ TRHY	99
10.1 DOSTUPNOST A NABÍDKA DROG	99
10.2 VÝROBA A PAŠOVÁNÍ DROG	99
10.3 ZÁCHYTY DROG	100
10.4 CENY A ČISTOTA DROG	103

ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLA	105
11 TRESTNÍ STATISTIKY	105
11.1 PRÁVNÍ RÁMEC NEDOVOLENÉHO NAKLÁDÁNÍ S DROGAMI A ŘÍZENÍ POD VLIVEM DROG	105
11.2 SBĚR DAT	114
11.3 PUBLIKACE A VYUŽITÍ DAT	118
SEZNAM TABULEK	119
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	120
SEZNAM MAP.....	121
VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU.....	122
ZKRATKY.....	123
REJSTŘÍK.....	124
ODKAZY.....	126

SOUHRN

V červenci 2007 došlo k rozšíření Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která je hlavním iniciačním, poradním a koordinačním orgánem vlády ve věcech drog; v r. 2007 se rada sešla třikrát, z toho jednou v rozšířeném složení.

V platnosti je Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009. V r. 2007 byl přijat Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009, v dubnu a červnu 2008 projednávala rada zprávy o plnění úkolů za r. 2007, resp. úkolů průběžných – jejich plnění bylo vcelku označeno za zdárné.

V listopadu 2007 byl zpracován Plán činnosti Vězeňské služby ČR v protidrogové politice na období 2007–2009 a v únoru 2008 byl vládou schválen Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2008–2012, který má souvislost s prevencí a snižováním rizik HIV/AIDS u injekčních uživatelů drog.

V září 2007 aktualizovala vláda Pravidla pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku, která definují mimo jiné rámcové podmínky dotačních řízení na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu.

Ve 13 ze 14 krajů jsou do funkcí jmenováni krajští 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. Místní koordinátoři jsou jmenováni ve většině obcí s rozšířenou působností.

V r. 2007 vláda ČR schválila návrh nového trestního zákoníku a v únoru 2008 jej předložila Parlamentu. Návrh obsahuje významné změny v oblasti nakládání s nelegálními drogami. Zejména se jedná o ustanovení týkající se držení drogy, kde dochází k odlišení drog podle jejich společenských a zdravotních rizik. Zásadní změnu by přineslo také nové ustanovení týkající se nedovoleného pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku – pěstování malého množství konopí nebo hub by tak bylo napříště postihováno podle zákona o přestupcích.

Oproti situaci v 90. letech, kdy společnost zastávala spíše represivní postoje, roste tolerance k uživatelům drog a také podpora preventivních opatření. Kouření marihuany je stále považováno za obecně nepřijatelné chování, ovšem na druhé straně se za posledních 10 let zdvojnásobil počet osob, které podporují legalizaci marihuany.

V r. 2007 dosáhly výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku 557,6 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu bylo vydáno 367,0 mil. Kč, kraje a obce přispěly částkou 128,4, resp. 62,3 mil. Kč. Oproti r. 2006 došlo k nárůstu souhrnných výdajů na všech třech úrovních; k poklesu došlo na centrální úrovni u výdajů Ministerstva obrany, ale zejména u výdajů RVKPP a Ministerstva spravedlnosti. Na krajské úrovni došlo k poklesu výdajů v Plzeňském, ale především Ústeckém a Libereckém kraji. Z celkem 557,6 mil. Kč bylo 160,8 mil. Kč (28,8 %) vydáno na prosazování práva, 152,6 mil. Kč (27,4 %) na léčbu, 141,0 mil. Kč (25,3 %) na harm reduction, 48,7 mil. Kč (8,7 %) na primární prevenci a 20,5 mil. Kč (3,7 %) na následnou péči. Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu se v posledních 5 letech vzhledem k HDP a celkovým státním výdajům relativně snižují.

V r. 2007 nebyla realizována žádná celopopulační studie zaměřená na rozsah užívání drog v dospělé populaci; ČR se zapojila do mezinárodní školní studie ESPAD mezi 16letými studenty. V dospělé populaci má alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou přibližně 20 % osob, mezi mládeží je prevalence zkušeností s drogami vyšší (přibližně 35 % žáků posledních ročníků základních škol a 45 % studentů prvních ročníků středních škol). Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky; mezi žáky ZŠ je relativně vysoký výskyt zkušeností s těkavými látkami. Zkušenosti dospělé populace, žáků i studentů s opiáty a kokainem jsou v ČR dlouhodobě na velmi nízké úrovni.

Studie ESPAD potvrdila trendy pozorované v r. 2006 ve studii HBSC mezi 15letými žáky základních škol – výrazný nárůst zkušeností s užíváním drog pozorovaný od poloviny 90. let se zastavil, v případě konopných látek se situace stabilizovala, v případě ostatních nelegálních drog byl zaznamenán pokles prevalence zkušeností, a to i v případě extáze a halucinogenních hub.

Významný nárůst užívání kokainu a mírný nárůst u pervitinu je aktuálně patrný mezi návštěvníky tanečních akcí; naopak v aktuální prevalenci užívání extáze byl zaznamenán pokles a potvrdil se tím trend v populaci obecně.

Odhadovaný počet problémových uživatelů v r. 2007 mírně stoupl na cca 30,9 tisíc, na kterých se podílí cca 20,9 tisíc uživatelů pervitinu a cca 10 tisíc uživatelů opiátů (z toho 5,75 tis. heroinu a 4,25 tis. Subutexu[®]). Oproti předchozímu roku poklesl v r. 2007 střední odhad počtu problémových uživatelů opiátů (heroinu i Subutexu[®]), vzrostl naopak odhad počtu problémových uživatelů pervitinu. Injekčně drogy užívá cca 29,5 tisíc osob, tedy většina uživatelů opiátů i pervitinu. Odhad počtu problémových uživatelů drog je nejvyšší v Praze (10 tis.) a Ústeckém kraji (4,1 tis.); současně se jedná o kraje s nejvyšším počtem odhadovaných problémových uživatelů opiátů.

Počet uživatelů drog žádajících o léčbu v r. 2007 mírně vzrostl. K nárůstu došlo zejména u uživatelů pervitinu a mírně také u uživatelů konopných drog, zatímco počet uživatelů opiátů žádajících o léčbu klesl. Došlo k nárůstu počtu injekčních uživatelů drog, nadále však klesá podíl injekčních uživatelů mezi osobami žádajícími o léčbu poprvé v životě, a to jak u pervitinu, tak u heroinu. Průměrný věk uživatelů všech skupin drog roste. Počet žadatelů o léčbu byl relativně nejvyšší v Praze, Ústeckém a Jihomoravském kraji. Nejčastější základní drogou žadatelů o léčbu byl ve všech krajích pervitin; podíl uživatelů opiátů byl tradičně nejvyšší v Praze, Ústeckém a Středočeském kraji.

Promořenost HIV u injekčních uživatelů je stále výrazně pod 1 %. V r. 2007 však vzrostl počet nově infikovaných injekčních uživatelů virem HIV – ve srovnání s roční incidencí minulých let se jedná o trojnásobný výskyt. Prevalence virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů vyšetřených v r. 2007 v nízkoprahových programech byla pod 20 %.

V únoru 2008 byla ukončena studie výskytu infekcí mezi rusky mluvícími injekčními uživateli drog v Praze. Prevalence všech zjišťovaných infekcí výrazně převyšuje úroveň mezi českými injekčními uživateli drog – HIV infekce byla zjištěna u 3,5 %, VHC u 83,1 % a VHB u 53,3 % vyšetřených.

Od května 2008 probíhá v Praze epidemie VHA mezi injekčními uživateli drog – zatímco v r. 2007 bylo v celé ČR hlášeno 5 případů u injekčních uživatelů, v období od ledna do srpna 2008 to bylo 75 případů.

V r. 2007 zůstal počet smrtelných předávkování hlavními skupinami pouličních drog tradičně se podílejících v ČR na předávkováních velmi nízký (14 případů předávkování opiáty, 11 pervitinem a 14 těkavými látkami) – u opiátů došlo k mírnému nárůstu, pervitin a těkavé látky zůstaly na téměř nebo úplně stejné úrovni. V posledních 3 letech jsou hlášena ojedinělá předávkování s nálezem extáze a kokainu. V r. 2007 se vyskytlo jedno úmrtí s nálezem metadonu, s nálezem buprenorfinu (Subutex[®]) žádné. U jiných příčin úmrtí než předávkování došlo ve srovnání s r. 2006 k poklesu počtu a podílu pozitivních nálezů u pervitinu, naopak k nárůstu u konopných látek. Co se týče zemřelých při dopravních nehodách, došlo u třech nejčastějších nealkoholových drog k nárůstu podílu pozitivních nálezů u benzodiazepinů a k poklesu u pervitinu a konopných látek – na tyto drogy bylo v r. 2007 pozitivních 5,8 %, resp. 5,8 % a 4,5 % zemřelých řidičů.

V lednu 2008 založila RVKPP pracovní skupinu zaměřenou na prevenci a snižování rizik užívání drog v prostředí zábavy. Výsledkem její práce je pilotní projekt Safer Party Tour 2008 realizovaný v červenci a srpnu 2008 na velkých hudebních a tanečních festivalech.

Snižování rizik, léčba a resocializace uživatelů drog jsou v ČR zajišťovány širokým spektrem služeb s relativně dobrou dostupností. Síť nízkoprahových programů je stabilní (během posledních 5 let vzrostl podíl problémových uživatelů, kteří jsou s těmito zařízeními v kontaktu z cca 60 % na cca 70 %). Síť lůžkových zdravotnických zařízení a terapeutických komunit nedoznala v r. 2007 výrazných změn.

Došlo k dalšímu nárůstu počtu jehel a stříkaček distribuovaných ve výměnných programech v ČR v r. 2007 na 4,5 mil. kusů (3,9 mil. kusů v r. 2006). Odhadem bylo dalších 1,5 mil. kusů prodáno injekčním uživatelům drog v lékárnách.

V r. 2007 dále klesl počet testů provedených uživatelům drog na HIV a velmi výrazně zejména na VHC; v r. 2008 se podařilo absenci rychlých testů na VHC z kapilární krve částečně nahradit nabídkou rychlých testů na VHC z krevního séra.

Nejasná zůstává situace v poskytování speciální ambulantní zdravotnické péče – počet a regionální dostupnost AT poraden, tj. ambulantních zdravotnických zařízení specializovaných pro léčbu závislosti, a jejich využití uživateli drog nejsou přesně známy. V r. 2007 došlo k poklesu počtu ambulantních zdravotnických zařízení oboru psychiatrie vykazujících poskytování péče uživatelům drog a klesl také počet uživatelů drog v kontaktu s nimi – týkalo se to všech skupin látek, včetně opiátů, s výjimkou stimulantů (pervitinu); počet pacientů užívajících více látek v kombinaci zůstal přibližně stejný jako v r. 2006.

Poprvé po 5 letech došlo k poklesu počtu hospitalizovaných uživatelů drog v psychiatrických lůžkových zařízeních, a to zejména díky poklesu počtu hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic; naopak počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách se zvýšil – došlo zde k nárůstu u všech tří hlavních skupin drog (opiáty/opioidy, pervitin a kombinace látek), z toho nejvýraznější je nárůst u poruch způsobených kombinací látek.

Pro substituční léčbu závislosti na opiátech jsou v ČR k dispozici 3 léky – metadon připravovaný z dovážené substance, který je dostupný jen ve 13 z celkem 15 specializovaných substitučních center, a dva léky dostupné v lékárnách, kde je účinnou látkou buprenorfin – Subutex[®] a od r. 2008 také Suboxone[®], které může předepsat každý lékař bez ohledu na specializaci.

Z 15 center substituční léčby byla 4 v Praze a 2 ve věznicích Praha-Pankrác a Příbram. Nově bylo v lednu 2007 otevřeno další substituční centrum v Jičíně (Královéhradecký kraj). Specializovanými centry zůstávají stále nepokryté kraje Plzeňský, Liberecký, Pardubický, Vysočina a Zlínský. Počet pacientů v r. 2007 ve specializovaných substitučních centrech vzrostl na 1 064 osob, z toho 620 léčených metadonem a 444 Subutexem[®].

V listopadu 2007 byla uvedena do provozu elektronická internetová aplikace registru substituce; hlásný systém se ovšem od počátku potýká s řadou problémů – léčba Subutexem[®] mimo specializovaná centra tak stále není v plném rozsahu registrována. Odhadem předepíše Subutex[®] v ČR cca 150 psychiatrů a 240 praktických lékařů pro dospělé; počet osob léčených Subutexem[®] mimo specializovaná centra lze odhadnout na 3 500 až 3 800 osob. Velmi pravděpodobně nedošlo v r. 2007 k dalšímu nárůstu uživatelů Subutexu[®], a to jak vzhledem k mírnému poklesu jeho distribuce v lékárnách, tak k poklesu odhadu jeho problémových uživatelů (viz výše).

Počet drogových trestných činů je v ČR v posledních letech relativně stabilní. Počet stíhaných osob za drogové trestné činy byl v r. 2007 nejnižší za posledních 4 roky a pohyboval se podle různých zdrojů v rozmezí 2 023–2 282

osob. Z drogových trestných činů bylo obžalováno 2 042 osob, což představuje pokles o 12 % oproti r. 2006 a celkově nejnižší počet obžalovaných osob od r. 2000. Soudy bylo za drogové trestné činy pravomocně odsouzeno 1 382 osob, což se významně neodlišuje od hodnot v posledních 5 letech. V r. 2007 narostl podíl osob stíhaných a mírněji také podíl obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy podle §187a (držení drog pro vlastní potřebu). Tradičně nejvíce osob stíhaných za drogové trestné činy bylo v Ústeckém kraji, následovala Praha a Moravskoslezský kraj, relativně nejvíce osob (v přepočtu na počet obyvatel) bylo stíháno v kraji Karlovarském. Drogová kriminalita byla páchána nejčastěji v souvislosti s pervitinem (50–70 %), následovaly konopné látky (20 až 30 %); v posledních letech roste podíl kokainu, i když jeho podíl je stále pod 3 %. Skladba trestů za drogové trestné činy se v posledních 4 letech významně nemění, nejčastěji je ukládán podmíněný trest odnětí svobody. V r. 2007 bylo zjištěno 966 přestupků přechovávání drog pro vlastní potřebu, což je asi 4krát více, než byl počet osob za držení drog trestně stíhaných.

Nejdostupnější drogou v ČR je marihuana, stále je vysoká i dostupnost pervitinu. U obou drog byl tradičně zaznamenán nejvyšší počet záchytů. Roste domácí produkce marihuany s vyšším obsahem THC pěstované v umělých podmínkách a stále častěji ve velkém. Objem zachycené marihuany se mírně zvětšil a výrazně se zvýšil počet zachycených rostlin konopí; v uplynulých 4 letech poklesl počet i objem záchytů hašiše. Mírně narostl objem zadrženého pervitinu i jeho čistota. Pro výrobu pervitinu se v posledních letech používá především pseudoefedrin obsažený ve volně prodejných lécích určených pro (samo)léčbu viróz a nachlazení. Pervitin je produkován výhradně v ČR, zčásti je vyvážen i do zahraničí, především do Německa. Postupně se zvyšují čistota i dostupnost kokainu, zejména v prostředí noční zábavy; jeho cena mírně klesla. V r. 2007 byl zaznamenán dosud největší objem zachyceného kokainu. Dostupnost heroinu, který se do ČR dostává především z Afghánistánu tzv. balkánskou cestou, se nezměnila; byl zaznamenán mírný pokles objemu zadrženého heroinu. Extáze je běžně dostupná především v prostředí noční zábavy; počet záchytů této drogy zůstává i přes její značné rozšíření relativně nízký; množství tablet extáze zadržených v r. 2007 bylo přesto největší za poslední 3 roky. Cena většiny drog zůstává podle dostupných údajů stabilní.

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, drogových úmrtí a poptávky po léčbě ze strany uživatelů drog.

Fenomény a trendy na drogové scéně vykazují konzistentní obraz při pohledu „napříč indikátory“. Např. v případě pervitinu byl v r. 2007 zaznamenán mírný nárůst v odhadech jeho problémových uživatelů, stejně tak jako nárůst počtu uživatelů pervitinu v léčbě a kontaktu s nízkoprahovými službami nebo nárůst jeho užívání mezi návštěvníky tanečních akcí. U opiátů byl naopak napříč indikátory zaznamenán pokles. Po vrcholu, který nastal před cca 5 lety, došlo k prudkému poklesu v aktuálním užívání extáze – je to patrné ve studiích na školní populaci a také mezi návštěvníky tanečních akcí, čili v populaci s nejvyšší prevalencí užívání tanečních drog. Ukazatele související s užíváním kokainu jsou stále na velmi nízké úrovni, ovšem o vzrůstajícím trendu svědčí nárůst užívání kokainu na taneční scéně, nárůst trestných činů souvisejících s kokainem i rostoucí počet záchytů kokainu.

ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2007

1 Národní protidrogová politika a její kontext

V r. 2007 vláda ČR schválila návrh nového trestního zákoníku, který byl v únoru 2008 předložen parlamentu. Návrh obsahuje významné změny v oblasti nakládání s nelegálními drogami. Zejména se jedná o ustanovení, které se týká držení drogy a ve kterém dochází k odlišení drog podle jejich společenských a zdravotních rizik – nižší trestní sazbou by měly být ohroženy osoby, které přechovávají pro vlastní potřebu konopné látky v malém množství. Zásadní změnu by přineslo také nové ustanovení týkající se nedovoleného pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku. Pěstování pro vlastní potřebu by tedy napříště bylo mírněji trestnou skutkovou podstatou ve vztahu k ustanovení, které postihuje mj. výrobu drog – pěstování malého množství konopí, hub nebo jiných rostlin obsahujících psychotropní látku pro vlastní potřebu by tak nepodléhalo trestněprávní regulaci a bylo by postihováno podle zákona o přestupcích. Trestní zákoník dosud projednává Poslanecká sněmovna.

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. 2007 se RVKPP sešla třikrát, z toho jednou v rozšířeném složení.

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 dubnu a červnu 2008 projednávala RVKPP zprávu o plnění úkolů za r. 2007, resp. úkolů průběžných.

V listopadu 2007 byl zpracován Plán činnosti Vězeňské služby ČR v protidrogové politice na období 2007–2009; v únoru 2008 byl vládou schválen Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2008–2012.

V září 2007 aktualizovala vláda Pravidla pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku, která definují mimo jiné rámcové podmínky dotačních řízení na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu; byla zprovozněna internetová aplikace pro elektronické podávání žádostí o dotaci u RVKPP.

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

V r. 2007 dosáhly výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku 557,6 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu bylo vydáno 367,0 mil. Kč, kraje a obce přispěly částkou 128,4, resp. 62,3 mil. Kč. Oproti r. 2006 došlo k nárůstu souhrnných výdajů na všech třech úrovních; k poklesu došlo na centrální úrovni u výdajů Ministerstva obrany, ale zejména u výdajů RVKPP a Ministerstva spravedlnosti. Na krajské úrovni došlo k poklesu výdajů v Plzeňském, ale především Ústeckém a Libereckém kraji. Z celkem 557,6 mil. Kč bylo 160,8 mil. Kč (28,8 %) vydáno na prosazování práva, 152,6 mil. Kč (27,4 %) na léčbu, 141,0 mil. Kč (25,3 %) na harm reduction, 48,7 mil. Kč (8,7 %) na primární prevenci a 20,5 mil. Kč (3,7 %) na následnou péči.

Postoje společnosti k užívání drog a uživatelům drog jsou stabilní; oproti situaci v 90. letech, kdy společnost prosazovala především represivní opatření vůči uživatelům drog, roste tolerance k této skupině a podpora preventivních opatření. Kouření marihuany je stále považováno za obecně nepřijatelné chování, ovšem za posledních 10 let se zdvojnásobil počet osob podporujících její legalizaci.

V Poslanecké sněmovně byla vedena diskuze o návrzích na změnu zákona o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (týkala se zejména rozšíření zákazu kouření) a o zákonu o léčivech, kde se jednalo o zpřísnění prodeje volně prodejných léků obsahujících pseudoefedrin. Mediální zájem vzbudilo i projednávání nového trestního zákoníku, ve kterém má dojít ke změně drogových paragrafů.

1.1 Legislativní rámec

1.1.1 Právní předpisy

1.1.1.1 Trestní zákoník

V r. 2007 vláda ČR schválila návrh nového trestního zákoníku (dále trestní zákoník) a pověřila předsedu vlády předložit tento návrh do parlamentu, a to usnesením vlády ze dne 19. 12. 2007 č. 1413. Vláda předložila návrh trestního zákoníku do sněmovny 25. 2. 2008 (tisk 410/0). Dne 26. června 2008 ústavněprávní výbor Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR návrh schválil. Na podzim 2008 by měla sněmovna projednat návrh trestního zákoníku ve 2. čtení. Uvedený návrh trestního zákoníku byl v r. 2006 zamítnut (blíže viz VZ 2005 a 2006), současná vláda se tedy snaží o opětovné prosazení této zásadní právní normy, která souvisí taktéž s procesem harmonizace práva ČR a EU.

Projednávaný návrh přináší významné změny v oblasti nakládání s nelegálními drogami. Drogové trestné činy, aktuálně upravené v ustanovení § 187 – 188a zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon (TZ), jsou nově obsaženy v § 281 – 285 trestního zákoníku. Ustanovení § 281 trestního zákoníku – Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy do značné míry přebírá obsah dosavadní skutkové podstaty dle ustanovení § 187 TZ. Změny se týkají zvláště přitěžujících okolností¹, kdy např. ohledně získání značného prospěchu nebo prospěchu velkého rozsahu již nebude třeba samotné získání takového prospěchu, ale postačí prokázání úmyslu, který bude možno dovozovat z množství omamné nebo psychotropní látky (OPL) nebo jedu.

Významnou změnu přináší ustanovení § 282 – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu, které realizuje požadavek praxe odlišit přechovávání jednotlivých typů nelegálních drog s přihlédnutím k jejich zdravotním a společenským rizikům. Relativně nižší trestní sazbou by tak měli být ohroženi uživatelé OPL, kteří přechovávají pro vlastní potřebu v množství větším než malém konopí a pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC). Zde by hrozil dle ustanovení § 282, odst. 1 trestního zákoníku pachatelé trest odnětí svobody až na 1 rok, zákaz činnosti nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty. Pachatelům, kteří by pro vlastní potřebu v množství větším než malém přechovávali jakoukoliv jinou OPL, by dle ustanovení § 282, odst. 2 hrozil trest odnětí svobody až na 2 roky, zákaz činnosti nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty. Ustanovení § 282, odst. 3 trestního zákoníku dopadá na přechovávání OPL ve větším rozsahu, a to bez ohledu na typ drogy.

Zásadní změnu by dále přineslo ustanovení § 283 – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku. Pěstování pro vlastní potřebu by tedy napříště bylo tzv. privilegovanou (v tomto případě mírněji trestnou) skutkovou podstatou ve vztahu k ustanovení § 281 trestního zákoníku, které postihuje mj. výrobu drog. Návrh přitom rozlišuje mezi pěstováním konopí na jedné straně a pěstováním hub nebo jiných rostlin na straně druhé. Pěstování malého množství konopí, hub nebo jiných rostlin pro vlastní potřebu by nepodléhalo trestněprávní regulaci a bylo by postihováno podle zákona o přestupcích. Pěstování konopí v množství větším než malém by bylo stíháno dle ustanovení § 283, odst. 1 trestem odnětí svobody až na 6 měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty. Pěstování hub nebo jiných rostlin pro vlastní potřebu v množství větším než malém by však podléhalo trestu odnětí svobody až na 1 rok, peněžitému trestu nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty. Pěstování ve větším rozsahu nebo značném rozsahu již obdobně, jako je to u držení drogy pro vlastní potřebu, nerozlišuje mezi konopím, houbami a jinou rostlinou a stanoví trest odnětí svobody v délce až 3 let nebo peněžitý trest u pěstování ve větším rozsahu a trest odnětí svobody 6 měsíců až 5 let u pěstování ve značném rozsahu. Zavedením této nové skutkové podstaty pěstování rostlin obsahujících OPL by zřejmě byly odstraněny nejasnosti ohledně postihu samotného pěstování těchto rostlin, když podle rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 21. 6. 2006, spisová značka 3 Tdo 687/2006 (blíže viz VZ 2006), by nemělo být dle současného TZ pěstování konopí či jiných rostlin obsahujících OPL bez dalšího stíháno jako nedovolená výroba (§ 187 TZ).

V ustanovení § 284 – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu, které by nahradilo stávající ustanovení § 188 TZ, je důležitou změnou zejména rozšíření trestní sazby u prvního odstavce z původního trestu odnětí svobody v trvání 1– 5 let na trest odnětí svobody v trvání až 5 let. Dochází tedy ke snížení spodní hranice trestní sazby.

Ustanovení § 285 – Šíření toxikomanie, nahrazující stávající ustanovení § 188a TZ, upřesňuje okolnosti podmiňující použití vyšší trestní sazby, a to ohledně pachatele – člena organizované skupiny a v souvislosti s jednáním vůči osobám mladším 15 let z důvodu potřeby jejich zvýšené ochrany.

S ohledem na obtíže aplikační praxe související s výkladem pojmů množství větší než malé, větší rozsah atd. bylo do návrhu trestního zákoníku zařazeno zmocňující ustanovení § 287, dle něhož má vláda nařízením² stanovit nejen to, co se považuje za omamné a psychotropní látky, prekurzory, rostliny, houby atd., tj. látky podléhající režimu ustanovení § 281 – 285, ale taktéž má stanovit hranice pro určení malého a většího než malého množství, většího rozsahu, případně dalších znaků ve vztahu zejména k trestnému činu přechovávání OPL pro vlastní potřebu (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2008d) – pro současnou praxi viz též speciální kapitolu Trestní statistiky (str. 105).

Je pravděpodobné, že výše uvedená ustanovení o tzv. drogových trestných činech budou v Poslanecké sněmovně předmětem intenzivní diskuze, a to zejména s ohledem na rozdílné postoje zákonodárců ke kategorizaci drog dle míry jejich zdravotních a společenských rizik – viz též kapitolu Iniciativy v Parlamentu (str. 19).

V případě, že by byl trestní zákoník schválen oběma komorami parlamentu a prezidentem, lze očekávat jeho účinnost zřejmě od 1. ledna 2010.

¹ Naplní-li pachatel tyto zvláště přitěžující okolnosti, je jeho jednání kvalifikováno jako trestný čin ve 2. a následujících odstavcích skutkové podstaty, dopadá na něj tedy přísnější trestní sazba (tzv. kvalifikovaná skutková podstata).

² Dosud je výklad množství podáván pokyny nejvyšší státní zástupkyně a policejního prezidenta – blíže viz speciální kapitolu Trestní statistiky (str. 105).

1.1.1.2 Zpřísnění podmínek prodeje toluenu

K legislativní změně došlo v oblasti prodeje těkavých látek, a to vyhláškou Ministerstva životního prostředí č. 284/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 221/2004 Sb., kterou se stanoví seznamy nebezpečných chemických látek a nebezpečných chemických přípravků, jejichž uvádění na trh je zakázáno nebo jejichž uvádění na trh, do oběhu nebo používání je omezeno. Vyhláška je účinná od 1. 7. 2006, nicméně omezení týkající se toluenu je účinné až od 15. 6. 2007. Od tohoto data se toluen nesmí uvádět na trh, do oběhu nebo používat jako látka nebo složka přípravků v koncentraci rovné 0,1 % hmotnosti nebo vyšší v lepidlech a barvách ve sprejích, které jsou určeny k prodeji spotřebitelům. Prodej ostatních přípravků obsahujících toluen není vyhláškou omezen. Samotný toluen lze nadále prodávat pouze živnostníkům a obchodním společnostem v souvislosti s provozováním jejich podnikatelské činnosti. Při nákupu jsou povinni se prokázat živnostenským listem, výpisem z živnostenského rejstříku³ nebo výpisem z obchodního rejstříku, které obsahují činnost, která souvisí s možným použitím toluenu.

1.1.1.3 Pokyn obecné povahy nejvyšší státní zástupkyně č. 1/2008

Nejvyšší státní zástupkyně vydala v lednu 2008 pokyn č. 1/2008, o trestním řízení, který nabyl účinnosti dne 1. dubna 2008. Tento nový pokyn ruší pokyn obecné povahy č. 2/2006, o postihu trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187a TZ. Nový pokyn se vztahuje na různé aspekty trestního řízení, problematika držení drog je zde pouze jednou z dílčích otázek. Příloha č. 2 citovaného nového pokynu určuje hodnoty některých OPL pro potřeby stanovení množství většího než malého a většího rozsahu OPL státními zástupci v souvislosti s trestním stíháním za držení OPL pro vlastní potřebu dle § 187a TZ. Příloha nedoznala oproti původnímu pokynu č. 2/2006 změn a její obsah je uveden ve speciální kapitole Trestní statistiky (str. 105).

1.1.1.4 Zákon o výkonu zabezpečovací detence a související novely

Dne 3. 7. 2007 vláda předložila Poslanecké sněmovně návrh zákona o výkonu zabezpečovací detence. Návrh v průběhu r. 2007 a na jaře 2008 úspěšně prošel oběma komorami parlamentu a byl vyhlášen v r. 2008 ve Sbírce zákonů v částce 41 jako zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a změně některých souvisejících zákonů. Zákon nabývá účinnosti 1. 1. 2009.

Současně shora citovaný zákon přináší i korespondující změny TZ a souvisejících předpisů, a to nejen pokud jde o zakotvení zabezpečovací detence jako nového druhu ochranného opatření, ale i změny týkající se ochranného léčení. Nově je např. zakotvena délka trvání ochranného léčení, které může trvat nejvýše 2 roky, může však být prodlouženo v případě, že stanovené doba trvání nebude postačovat k naplnění účelu léčby. Ustanovení o zabezpečovací detenci může dopadat i na uživatele návykových látek, a to v případě jejich zmenšené přičetnosti, jestliže se dopustili trestného činu, za který zákon stanoví trest odnětí svobody, jehož horní hranice převyšuje 5 let (závažný trestný čin). V tomto případě může být zabezpečovací detence uložena za současného upuštění od potrestání. Vedle trestu může být zabezpečovací detence uložena také nebezpečným nepřičetným pachatelům závažných trestných činů i nebezpečným pachatelům, kteří spáchali svůj trestný čin ve stavu vyvolaném duševní poruchou za splnění dalších podmínek. V souladu s obsahem zákona lze očekávat, že počet uložených zabezpečovacích detencí nebude u pachatelů – uživatelů návykových látek vysoký, neboť zabezpečovací detenci lze ukládat pouze tam, kde se uložení ochranného léčení nejeví dostačujícím.

Zabezpečovací detence je novým typem ochranného opatření vedle dosavadních ochranných opatření, jako je ochranné léčení, zabránění věci nebo ochranné výchovy. Na rozdíl od převažujících zahraničních právních úprav není zabezpečovací detence strukturována dle typu pachatelů (tj. např. nepřičetná osoba se závažnou duševní chorobou, osoba zneužívající návykové látky, recidivisté), nýbrž s přihlédnutím k míře jejich nebezpečnosti a schopnosti se vyléčit (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2007a). Problematikou ochranné léčby v r. 2007 se zabývá také kapitola Léčba (str. 50).

1.1.1.5 Zákon o léčivech

V r. 2007 byl s účinností od ledna 2008 přijat zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (kterým se zrušil předchozí zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech). Ten v § 39 odst. 3 s účinností od ledna 2009 zakotvuje novou kategorii výdeje léčivých přípravků s omezením. Přípravek, jehož výdej není vázán na lékařský předpis, bude vydáván s omezením, pokud může představovat nebezpečí pro zdraví lidí, neboť je často a v širokém rozsahu používán nesprávně nebo jeho správné použití nezbytně předpokládá odbornou poradu s farmaceutem. Takový přípravek lze vydat pouze osobě, které je určen, a farmaceut je povinen vést o jeho výdeji dokumentaci. Omezení stanoví Státní ústav pro kontrolu léčiv v rozhodnutí o registraci přípravku; za takové omezení se považuje zejména stanovení věkové hranice osoby, která požaduje výdej takového přípravku, stanovení dávky pro jednotlivé podání nebo omezení zásilkového výdeje. Záměrem zavedení výdeje s omezením bylo mimo jiné omezení zneužívání volně prodejných léků s obsahem pseudoefedrinu pro výrobu metamfetaminu (pervitinu) – viz též kapitoly Sociální a kulturní kontext protidrogové politiky (str. 17) a Drogové trhy (str. 99).

³ Od července 2008 se podle novely živnostenského zákona vydávají namísto živnostenských listů výpisy z živnostenského rejstříku. Dosavadní živnostenské listy ale zůstávají v platnosti.

1.1.2 Aplikace práva

Nejvyšší soud ČR vydal dne 30. 1. 2008 rozhodnutí týkající se pěstování konopí (spisová značka 3 Tdo 52/2008). Uvedené rozhodnutí se zabývá zejména posouzením nebezpečnosti pěstování konopí pro vlastní potřebu pro společnost (v daném případě dovolatelka argumentovala tím, že pěstovala konopí za účelem léčby kožního onemocnění chodidel a rozsáhlého žaludečního vředu) a dále právní kvalifikací pěstování konopí (tj. podřazení pod pojem výroba či opatření si prostředků k nedovolené výrobě). V tomto směru navazuje taktéž na rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR ze dne 21. 6. 2006, spisová značka 3 Tdo 687/2006 (blíže viz VZ 2006), kdy rozhodnutí spis. zn. 3 Tdo 52/2008 opětovně konstatuje, že samotné pěstování rostliny konopí nelze ztotožňovat s pojmem výroba. O výrobu by mohlo jít jedině v případech, pokud by rostlina konopí byla sklizena a následně došlo k jejímu zpracování v procesu, v němž by jako vstupní komponent byla dále upravována, a to buď do stavu způsobitelného k její spotřebě (marihuana) nebo k získání účinné látky THC.

Uvedené rozhodnutí však obdobně jako rozhodnutí z r. 2006 zřejmě nepřinese žádnou zásadnější změnu v postupu orgánů činných v trestním řízení, protože u pěstitelů konopí je bez ohledu na účel tohoto jednání a způsob zpracování konopí zahajováno trestní stíhání. Nelze tedy bez dalšího konstatovat, že by pěstování konopí za účelem jeho využití k vlastní léčbě neznamenovalo pro pěstitele riziko trestního stíhání.

V r. 2006 realizoval Institut pro kriminologii a sociální prevenci studii Možnosti trestní justice v protidrogové politice, její výsledky byly publikovány v r. 2008. V rámci této studie bylo mj. analyzováno 74 trestních spisů týkajících se trestného činu podle § 187 TZ. Při úvahách o druhu a výměře trestu vycházely především ze závažnosti spáchaného trestného činu a jeho následků, ale poněkud méně se v odůvodněných rozsudcích zabývaly osobními poměry pachatele. Někdy se soudy omezily jen na doslovnou citaci znaleckého posudku k duševnímu stavu obviněného či odkaz na něj, aniž by jeho obsah jako důkaz hodnotily, popř. odůvodnily, které pasáže braly v úvahu při hodnocení možností nápravy a poměrů pachatele. V řadě případů naopak soudy v odůvodnění důkladně popsaly, jaké informace v názoru znalce vzaly při hodnocení možnosti nápravy pachatele v úvahu, a uvedly je do souvislosti s důkazy dalšími. V těchto případech byla také v rozhodnutí náležitě zohledněna role, kterou hrály drogy v životě pachatele (Trávníčková and Zeman, 2008).

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. 86), Prevence trestné činnosti spojené s užíváním drog (str. 96) a ve speciální kapitole Trestní statistiky (str. 105).

1.2 Institucionální rámec, strategie a politická opatření

1.2.1 Národní strategie

Rok 2007 byl třetím rokem realizace Národní strategie 2005–2009, schválené usnesením vlády č. 1305 v prosinci 2004⁴, a současně prvním rokem realizace Akčního plánu 2007–2009, schváleného usnesením vlády č. 845 v červenci 2007. 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 informací, výzkumu a hodnocení (7 cílů, 44 úkolů), (6) koordinaci a financování (8 cílů, 30 úkolů) a (7) mezinárodní spolupráci (7 cílů, 21 úkolů). RVKPP na svém zasedání v dubnu 2008 projednala zprávu o hodnocení úkolů Akčního plánu 2007–2009 za r. 2007. V předkládací zprávě se konstatuje, že „... stanovené úkoly se podařilo uskutečnit buď ve stanovených termínech, nebo jsou před dovršením či alespoň zdámě na postupu. V mnoha důležitých případech se daří zveřejňovat výstupy úkolů tak, aby byly přístupné všem, kteří se o danou problematiku zajímají.“ V červnu 2008 projednala RVKPP zprávu o plnění průběžných úkolů Akčního plánu 2007–2009. Předkládací zpráva konstatuje, že „... gestoři se staví ke svým úkolům odpovědně a úkoly označené v akčním plánu jako průběžné jsou skutečně plněny.“

Řada dokumentů projednávaných RVKPP v první polovině r. 2008 se týkala předsednictví ČR v Horizontální pracovní skupině pro problematiku drog Rady EU (HDG). První z nich, projednávaný 25. ledna, definoval priority ČR v této oblasti, které byly přijaty usnesením RVKPP č. 05/0108. Těmito prioritami jsou:

- dokončení Protidrogového akčního plánu EU na období 2009–2012 a jeho předložení Radě EU ke schválení,
- hodnocení UNGASS (zpracování v rámci EU konsenzuálního hodnocení desetiletého období plnění závěrů 20. zvláštního zasedání Valného shromáždění OSN),
- problematika výroby a užívání metamfetaminu – mezioborový přístup,
- migrace uživatelů drog a s tím spojená kriminalita (např. tzv. drogová turistika nebo migrace uživatelů drog z východní a jihovýchodní Evropy jako narůstající problém a potřeba jeho řešení).

Další dva dokumenty týkající se předsednictví ČR v HDG projednávala RVKPP v dubnu 2008: (1) Informace o stavu příprav na předsednictví ČR v Radě EU v oblasti protidrogové politiky a (2) Koncepce předsednictví v Radě EU pro oblast protidrogové politiky. Dle předkládací zprávy bylo „cílem materiálu (koncepce) zajistit potřebné mechanismy a zdroje pro přípravu i vlastní výkon předsednictví ČR v Radě EU za mezinárodní účasti pro oblast protidrogové

⁴ Usnesení a další dokumenty vlády jsou přístupné na adrese www.vlada.cz.

politiky“. V dokumentu jsou podrobněji popsány priority předsednictví ČR v HDG, které byly schváleny v lednu – viz výše.

Usnesením vlády č. 130 ze dne 11. února 2008 byl schválen Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2008–2012. Obsahuje mimo jiné řadu úkolů vztahujících se k problematice výskytu a prevence HIV infekce mezi (injekčními) uživateli drog. Injekční uživatelé drog (IUD) jsou definováni jako jedna z cílových rizikových skupin. Program obsahuje kromě jiného aktivitu Zajištění spolupráce Státního zdravotního ústavu v Praze a jeho dislokovaných pracovišť se službami pro uživatele drog na prevenci a testování HIV u injekčních uživatelů drog. Ministr zdravotnictví zřídil v březnu 2008 komisi k zajištění surveillance HIV/AIDS v ČR; jejím členem byl jmenován také vedoucí NMS.

V listopadu 2007 byl zpracován Plán činnosti Vězeňské služby ČR v protidrogové politice na období 2007–2009 – blíže viz kapitola Zacházení s uživateli drog ve věznicích (str. 96).

1.2.2 Koordinace protidrogové politiky

V r. 2007 se uskutečnila celkem 3 zasedání⁵ RVKPP, mezirezortního poradního orgánu vlády, jehož úkolem je koordinace protidrogové politiky ČR. V dosavadním období r. 2008 se RVKPP sešla třikrát⁶.

Změna statutu RVKPP schválená usnesením vlády č. 616 z června 2007, rozšíření počtu jejích členů a další změny v pracovních orgánech RVKPP k srpnu 2007 byly popsány ve VZ 2006, stejně tak jako struktura pracovních orgánů RVKPP a jejího sekretariátu. V r. 2007 bylo složení RVKPP následující – viz tabulka 1-1.

tabulka 1-1: Složení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky v r. 2007

Člen	Jméno	Členství od/do
Předseda vlády, předseda RVKPP	Ing. Mirek Topolánek	9. 1. 2007/dosud
Ministryně vlády ČR pro lidská práva a národnostní menšiny, místopředsedkyně RVKPP	MUDr. Džamila Stehlíková	4. 6. 2007/dosud
Výkonný místopředseda RVKPP, ředitel Sekce protidrogové politiky sekretariátu RVKPP	Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.	28. 8. 2007/dosud
Ministr zdravotnictví	MUDr. Tomáš Julínek	9. 1. 2007/dosud
Ministr vnitra	MUDr. Mgr. Ivan Langer	9. 1. 2007/dosud
Ministr/yně školství, mládeže a tělovýchovy	Mgr. Dana Kuchtová Mgr. Ondřej Liška	9. 1. 2007/3. 12. 2007 4. 12. 2007/dosud
Ministr práce a sociálních věcí, místopředseda vlády	RNDr. Petr Nečas	9. 1. 2007/dosud
Ministr spravedlnosti	JUDr. Jiří Pospíšil	9. 1. 2007/dosud
Ministryně obrany	JUDr. Vlasta Parkanová	9. 1. 2007/dosud
Ministr zahraničních věcí	Karel Schwarzenberg	9. 1. 2007/12.12.2007
Ministr financí	Ing. Miroslav Kalousek	9. 1. 2007/dosud
Ministr průmyslu a obchodu	Ing. Martin Říman	9. 1. 2007/6. 6. 2007
Zástupce Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí	Mgr. Sylva Majtnerová, výkonná ředitelka	21. 9. 2007/dosud
Zástupce Asociace krajů ČR	MUDr. Pavel Bém, primátor hl. města Prahy	4. 6. 2007/dosud
Zástupce Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP	MUDr. Petr Popov, předseda MUDr. Jiří Dvořáček, místopředseda	21. 9. 2007/29. 4. 2008 29. 4. 2008/dosud

Usnesením ze dne 19. září 2007 č. 1071 přijala vláda Pravidla pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku, která nahradila obdobná pravidla z června 2005. Pravidla posílila úlohu certifikace odborné způsobilosti služeb jako nutné podmínky pro získání prostředků státního rozpočtu na služby poskytované uživatelům drog s tím, že vzala v úvahu návaznost na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a systém registrace sociálních služeb a stanovila přechodné období pro možnost získání dotace ze strany zdravotnických zařízení, která podléhají jiným systémům ověřování kvality péče. Byla rovněž potvrzena ústřední role RVKPP při mezirezortní koordinaci dotačních řízení jednotlivých rezortů v oblasti protidrogové politiky.

Usnesením RVKPP ze dne 21. 9. 2007 č. 14/090 byla ustavena Pracovní skupina RVKPP pro nelátkové závislosti pod vedením ministryně pro lidská práva a národnostní menšiny s cílem zmapovat situaci v oblasti nelátkových závislostí a navrhnout příslušná opatření. Složení skupiny a strategický záměr její činnosti schválila RVKPP usnesením ze dne 25. 1. 2008 č. 10/0108; současně vzala na vědomí zápis a výstupy jednání skupiny.

⁵ 26. 3., 1. 6. a 21. 9. 2007.

⁶ 25. 1., 29. 4. a 20. 6. 2008.

Usnesením RVKPP č. 09/0108 ze dne 25. 1. 2008 byla založena pracovní skupina Prevence a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích, jejímž cílem bylo za účasti zástupců relevantních subjektů a institucí zpracovat konkrétní návrhy na opatření směřující k prevenci a snížení rizik užívání drog účastníky tanečních akcí. Výsledkem práce skupiny byl návrh iniciativy Safer Party, který byl dne 29. 4. 2008 schválen RVKPP usnesením č. 08/0408. Pilotním projektem je Safer Party Tour 2008, který je realizován na velkých tanečních a koncertních festivalech v průběhu července a srpna 2008 – blíže viz kapitolu Služby nízkoprahových zařízení (str. 77).

V r. 2007 došlo ke spuštění internetové aplikace pro podávání žádostí o dotaci u RVKPP. Aplikace byla přístupná na adrese <http://2007.cadros.vlada.cz/> (pro r. 2008 <http://2008.cadros.vlada.cz/>). Aplikace umožňuje registraci žadatelů a správu žádostí o dotaci. Elektronický databázový systém dále zjednodušuje kontrolu žádostí, oponentury, a tak urychluje celé dotační řízení.

Informace o strategických dokumentech a koordinačních mechanismech v krajích a obcích uvádí tabulka 1-2. Ve všech 14 krajích s výjimkou Moravskoslezského jsou zřízeny funkce krajského protidrogového koordinátora. Všechny kraje s výjimkou Plzeňského mají zpracovány strategické dokumenty protidrogové politiky kraje (strategie, strategické plány, které jsou často doplněny akčními plány s konkrétními úkoly a termíny jejich plnění). Téměř ve všech krajích jsou zřízeny protidrogové komise, často jako poradní orgány primátora/hejtmana či jeho náměstka nebo rady kraje; v jiných krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní orgány se širším záběrem (pro sociální či zdravotní oblast, pro sociálně negativní jevy včetně prevence kriminality apod.). Ve většině krajů jsou komise doplněny různým počtem pracovních skupin.

Na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři – ti jsou ustaveni ve všech městských částech Prahy a ve většině obcí s rozšířenou působností. Další agendy, které zastávají, jsou např. prevence kriminality, kurátor pro mládež, kurátor pro dospělé, romský poradce apod. Některá města, která jsou sídly krajů, mají zřízenou funkci městského koordinátora (např. Ostrava či Brno). Některé obce vytvářejí své vlastní plány protidrogové politiky či zpracovávají závěrečné zprávy o realizaci protidrogové politiky.

Seznam krajských koordinátorů je uveden na stránkách RVKPP <http://rvkpp.vlada.cz>, seznam krajských a místních koordinátorů i s jejich kontakty je uveden na www.drogy-info.cz.

tabulka 1-2: Strategické dokumenty a institucionální zajištění protidrogové politiky v krajích a obcích s rozšířenou působností ČR (zdroj: Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky krajů)

Kraj	Strategický dokument protidrogové politiky kraje	Institucionální zajištění, krajsí protidrogové koordinátoři (KPK), poradní orgány, komise, pracovní skupiny	Koordinace na místní úrovni (na obcích s rozšířenou působností)
Praha	– Strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2008–2012 – Akční plán na období 2008–2009	– KPK je vedoucím odd. protidrogové prevence (KOPPR) při kanceláři primátora (úvazek 1,0) – Protidrogová komise Rady hl. m. Prahy – Pracovní skupiny pro (1) primární prevenci, (2) harm reduction, (3) léčbu a následnou péči, (4) sběr dat – KPK na oddělení prevence a humanitárních činností (úvazek 1,0) – Protidrogová komise je poradním orgánem hejtmana (hejtman je předsedou) – Pracovní skupiny pro (1) primární prevenci, (2) harm reduction, (3) léčbu a resocializaci	– Funkce protidrogových koordinátorů ustavena ve všech 22 městských částech – Koordinátoři ustaveni ve 24 z 26 obcí – Jednotlivé obce postupně vytvářejí protidrogové plány
Středočeský	– Krajská strategie protidrogové politiky na období 2005–2009	– KPK je vedoucím oddělení prevence a humanitárních činností na odboru sociálních věcí a zdravotnictví (úvazek 1,0) – Krajská protidrogová koordináční skupina je poradním orgánem náměstka hejtmana – Pracovní skupiny nejsou ustaveny	– Koordinátoři ustaveni v 16 ze 17 obcí – 4 obce zpracovaly místní plán protidrogové politiky na r. 2007
Jihočeský	– Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2005–2009 – Akční plán na období 2005–2009	– KPK na odboru sociálních věcí a zdravotnictví, odd. sociálních věcí – Protidrogová komise není ustavena, otázky drog je možno projednat na Sociální komisi Rady kraje – Pracovní skupiny nejsou ustaveny	– Koordinátoři ustaveni ve 14 z 15 obcí
Plzeňský	–	– KPK na odboru sociálních věcí a zdravotnictví, odd. sociálních věcí – Protidrogová komise není ustavena, otázky drog je možno projednat na Sociální komisi Rady kraje – Pracovní skupiny nejsou ustaveny	– Koordinátoři ustaveni ve všech 7 obcích
Karlovarský	– Krajská protidrogová strategie Karlovarského kraje na období 2005–2009 – Akční plán na období 2005–2009	– KPK na odboru sociálních věcí a zdravotnictví, odd. humanitárních činností kriminality – Krajská protidrogová komise je poradním orgánem Rady kraje – Pracovní skupiny pro (1) primární prevenci, (2) harm reduction, (3) léčbu a resocializaci, (4) koordinaci	– Koordinátoři ustaveni ve všech 16 obcích
Ústecký	– Akční plán protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2005–2009	– KPK na odboru sociálních věcí a zdravotnictví, odd. humanitárních činností – Protidrogová komise není ustavena, otázky drog je možno projednat na Komisi zdravotní Rady kraje – Pracovní skupiny nejsou ustaveny	– Koordinátoři ustaveni ve všech 10 obcích – Obce každoročně vypracovávají Závěrečné zprávy o realizaci protidrogové politiky obce
Liberecký	– Akční plán protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2008–2009	– KPK na odboru sociálních věcí, bezpečnosti a problematiky menšin, odd. koordinace a střednědobého plánování – Protidrogová komise Rady kraje – Pracovní skupiny pro (1) primární prevenci, (2) harm reduction, (3) léčbu a resocializaci, (4) koordinaci	– Koordinátoři ustaveni ve všech 15 obcích; v některých obcích se jedná o 2 osoby z důvodu zastupitelnosti
Královéhradecký	– Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje na období 2008–2010	– KPK na odboru sociálních věcí a zdravotnictví, odd. prevence, rozvoje a sociálně právní ochrany (úvazek 1,0) – Protidrogová komise Rady kraje – Pracovní skupiny nejsou ustaveny	

Kraj	Strategický dokument protidrogové politiky kraje	Institucionální zajištění, krajsí protidrogová koordinátoři (KPK), poradní orgány, komise, pracovní skupiny	Koordinační na místní úrovni (na obcích s rozšířenou působností)
Pardubický	<ul style="list-style-type: none"> – Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje na období 2005–2009 	<ul style="list-style-type: none"> – KPK na odboru zdravotnictví, odd. zdravotní péče – Komise Rady Pardubického kraje pro koordinaci protidrogové politiky – Pracovní skupina pro tvorbu střednědobého plánu sociálních služeb kraje – oblast drogy 	<ul style="list-style-type: none"> – Koordinátoři ustaveni ve všech 15 obcích
Vysočina	<ul style="list-style-type: none"> – Strategie protidrogové politiky kraje Vysočina na léta 2006–2010 	<ul style="list-style-type: none"> – KPK na odboru sociálních věcí a zdravotnictví, odd. sociálních služeb – Komise sociální a pro oblast protidrogové politiky Rady kraje Vysočina – Pracovní skupina pro protidrogovou politiku kraje Vysočina při komisi (viz výše) 	<ul style="list-style-type: none"> – Koordinátoři ustaveni v 11 z 15 obcí
Jihomoravský	<ul style="list-style-type: none"> – Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2005–2009 	<ul style="list-style-type: none"> – KPK na odboru školství, odd. prevence a volnočasových aktivit (úvazek 1,0) – Protidrogová komise není ustavena – Pracovní skupina složená z odborníků vyhodnocuje situaci a připravuje koncepci 	<ul style="list-style-type: none"> – Koordinátoři ustaveni ve všech 21 obcích
Olomoucký	<ul style="list-style-type: none"> – Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2005–2010 	<ul style="list-style-type: none"> – KPK na odboru zdravotnictví (úvazek 1,0) – Komise pro prevenci kriminality a drogových závislostí Rady Olomouckého kraje – Pracovní skupiny nejsou ustaveny 	<ul style="list-style-type: none"> – Koordinátoři ustaveni ve všech 13 obcích
Zlínský	<ul style="list-style-type: none"> – Akční plán realizace protidrogové politiky ve Zlínském kraji na období 2007–2009 	<ul style="list-style-type: none"> – KPK při kanceláři hejtmána, odd. neziskového sektoru (úvazek 1,0), od 1. 11. 2007 není funkce KPK obsazena – Komise Rady kraje pro otázky prevence sociálně patologických jevů (předsedou je hejtmán) – Pracovní skupiny nejsou ustaveny 	<ul style="list-style-type: none"> – Koordinátoři ustaveni ve všech 13 obcích
Moravskoslezský	<ul style="list-style-type: none"> – Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2005–2009 – Akční plán realizace strategie protidrogové politiky na období 2007–2009 	<ul style="list-style-type: none"> – Funkce KPK není zřízena; agendu vykonává referent pro soc. služby odboru sociálních věcí (úvazek 1,0) – Protidrogová komise není ustavena – Pracovní skupina protidrogové prevence při Výboru sociálním Zastupitelstva kraje 	<ul style="list-style-type: none"> – Koordinátoři ustaveni ve všech 22 obcích; v Ostravě s úvazkem 1,0

1.3 Rozpočty a financování

Způsob financování protidrogové politiky se v r. 2007 zásadně nezměnil. Za r. 2007 jsou opět k dispozici údaje o účelově určených (tzv. označených – labelled) výdajích ze státního a místních (krajských a obecních) rozpočtů, které jsou přímo určeny na financování protidrogové politiky⁷. Zdrojem dat jsou na centrální úrovni státní závěrečné účty vybraných rezortů, které mají ve svém rozpočtu program protidrogové politiky, dále pak informace přímo od zástupců či kontaktních osob z jednotlivých rezortů a státních institucí a informace od protidrogových koordinátorů na krajské a místní úrovni⁸.

Údaje jsou rozděleny na kraje podle místa, kde byly dotace využity konkrétními realizátory projektů protidrogové politiky. Jedná se o skutečné výdaje, které byly v r. 2007 použity a které jsou očištěny od převodů do rezervního fondu a nevyčerpaných částek vrácených realizátory zpět poskytovateli dotace. Kapitálové (investiční) výdaje jsou odděleny od výdajů běžných (neinvestičních). Poprvé za r. 2007 byly výdaje rozděleny podle typu: na aktivity snižování poptávky po drogách (prevence, harm reduction, léčba) a snižování nabídky drog (prosazování práva).

Poskytovatelem dotací, které schvaluje RVKPP, je Úřad vlády České republiky. V r. 2007 bylo podpořeno 175 projektů na místní úrovni celkovou částkou 100 mil. Kč. Prostředky byly použity na spolufinancování projektů poskytujících služby harm reduction, léčbu, následnou péči a primární prevenci. Výdaje s centrálním určením na činnost RVKPP včetně NMS dosáhly 4,4 mil. Kč v následujícím členění – tabulka 1-3.

tabulka 1-3: Výdaje sekretariátu RVKPP včetně NMS v r. 2007 (v tis. Kč)

Účel čerpání	Čerpané prostředky
Certifikace kvality služeb poskytovaných uživatelům návykových látek	392
Posuzování žádostí o dotace v rámci dotačního řízení RVKPP	757
Monitorování a výzkum	2 588
Publikační a informační činnost	462
Překlady a jiné služby	197
Celkem	4 396

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) vydalo dle státního závěrečného účtu na protidrogovou politiku v r. 2007 celkem 12,6 mil. Kč. MŠMT poskytovalo v r. 2007 dotace rozdělené do 3 programů. V rámci Programu I byly prostřednictvím dotace krajům podpořeny preventivní projekty realizované ve školách v celkové výši 7,0 mil. Kč. Dále byly v rámci Programu II a Programu III přímo podpořeny projekty primární prevence realizované NNO a školskými zařízeními celkovou částkou 3,1 mil. Kč.

Z rozpočtu Ministerstva obrany (MO) bylo v rámci protidrogové politiky v roce 2007 čerpáno 3,6 mil. Kč na nákup diagnostických přístrojů na detekci drog, nákup odborných knih a časopisů, realizaci odborných přednášek a seminářů a na volnočasové aktivity.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) poskytlo v r. 2007 dotace ve výši 57,0 mil. Kč na projekty, kde byli cílovou skupinou uživatelé drog (osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách)⁹. Tyto finance byly určeny především na provoz kontaktních center (24,0 mil. Kč) a terapeutických komunit (16,5 mil. Kč), na činnost terénních programů (8,8 mil. Kč), na sociální poradenství (3,0 mil. Kč), na sociální rehabilitaci (2,5 mil. Kč) a na další programy (2,2 mil. Kč).

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vydalo v r. 2007 na protidrogovou politiku částku celkem 22,2 mil. Kč, v tom 15,2 mil. Kč běžných a 7,0 mil. Kč kapitálových výdajů. V dotačním řízení byly přednostně financovány projekty zabezpečující ambulantní i ústavní léčbu závislých osob, substituční léčbu, detoxifikaci a dále zdravotnickou část služeb poskytovaných nízkoprahovými programy.

Ministerstvo spravedlnosti (MS) poskytlo v r. 2007 na protidrogovou politiku 9,5 mil. Kč na běžné a 3,1 mil. Kč na kapitálové výdaje – celkem tedy 12,6 mil. Kč. Justiční akademie a Institut pro kriminologii a sociální prevenci spotřebovaly 0,2 mil. Kč, resp. 49,1 tis. Kč na pořádání seminářů a na účast na konferencích. Největší část prostředků vydala vězeňská služba (12,4 mil. Kč); tyto prostředky byly použity na zvyšování kvalifikace vězeňského personálu pro zacházení s drogově závislými vězňskými osobami, na odhalování a monitoring drog ve vězeňských zařízeních, provoz bezdrogových zón a léčebných oddělení. MS přidělilo dotace v celkové výši 0,6 mil. Kč NNO poskytujícím služby uživatelům drog ve věznicích.

⁷ Neoznačené (účelově neurčené) výdaje z veřejných rozpočtů jsou výdaje, které nejsou přímo určeny na řešení problematiky drog, avšak na jejím řešení se zčásti podílejí (náklady na potírání primární drogové a sekundární kriminality a léčbu uživatelů drog) – těmto výdajům byla věnována speciální kapitola ve VZ 2006.

⁸ Zdrojem informací o výdajích krajů a obcí byly zejména výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky krajů zaslané sekretariátu RVKPP.

⁹ MPSV nemělo v r. 2007 rozpočtovány prostředky přímo určené na protidrogovou politiku (tzv. Program protidrogové politiky); projekty zaměřené na poskytování služeb uživatelům drog byly extrahovány z celkových dotací na podporu sociálních služeb.

Ministerstvo financí (MF) má ve své působnosti Generální ředitelství cel (GŘC), které má ve svém rozpočtu program protidrogové politiky. V r. 2007 činily výdaje na tento program 26,7 mil. Kč, především na reprodukci majetku (pořízení služebních vozidel a techniky pro operativně pátrací činnost).

Ministerstvo vnitra (MV) nemá ve svém rozpočtu výdaje na Program protidrogové politiky. Do resortu MV však patří Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC) – v r. 2007 dosáhly celkové výdaje NPC částky 127,7 mil. Kč, z toho 121,8 mil. Kč na běžných a 5,9 mil. Kč na kapitálových výdajích.

Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z rozpočtů krajů a obcí v r. 2007 uvádí tabulka 1-6. Celková částka označených výdajů na protidrogovou politiku dosáhla 557,6 mil. Kč. Výdaje ze státního rozpočtu činily 367,0 mil. Kč, kraje a obce vydaly 128,4 mil. Kč, resp. 62,3 mil. Kč¹⁰.

Vývoj výdajů státního rozpočtu na protidrogovou politiku v r. 2002–2007 uvádí tabulka 1-4. Je patrné, že se výdaje NPC, GŘC a MPSV v posledních letech zvyšovaly, výdaje RVKPP byly v r. 2007 nižší než v předchozím roce.

tabulka 1-4: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku v ČR v r. 2002–2007 podle resortů (v tis. Kč)

Rezort	2002	2003	2004	2005	2006	2007
RVKPP	91 895	103 851	100 579	105 657	108 788	104 442
MŠMT	9 506	9 338	10 093	9 386	10 809	12 557
MO	3 981	4 693	3 484	3 968	4 875	3 595
MPSV	35 154	44 281	42 224	46 049	49 698	57 013
MZ	25 744	22 046	26 459	33 467	18 000	22 241
MS	9 632	14 080	13 638	36 723	41 251	12 610
GŘC	27 472	22 558	9 310	14 500	23 488	26 725
NPC	n.a.	96 230	86 477	94 972	106 482	127 743
Celkem	203 384	317 077	292 264	344 722	363 391	366 926

Vývoj výdajů krajských rozpočtů na protidrogovou politiku v letech 2002–2007 uvádí tabulka 1-5. Více než polovinu (56,1 %) tvoří výdaje 3 krajů – hl. m. Prahy, Středočeského a Moravskoslezského kraje. Největší pokles výdajů na protidrogovou politiku byl zaznamenán v Ústeckém a Libereckém kraji. Nárůst součtu krajských výdajů může souviset také se zpřesňujícím se výkaznictvím.

tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtů krajů v ČR v r. 2002–2007 (v tis. Kč)

Kraj	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Praha	12 700	12 466	26 170	30 636	32 500	40 627
Středočeský	3 510	8 000	13 770	14 748	14 323	17 360
Jihočeský	2 913	2 805	5 780	5 200	6 000	6 197
Plzeňský	0	1 000	1 500	3 365	2 326	1 810
Karlovarský	96	500	500	1 033	813	1 128
Ústecký	1 435	7 540	7 900	6 905	6 868	4 830
Liberecký	0	2 730	5 760	8 075	8 074	6 474
Královéhradecký	738	945	2 020	2 050	2 896	6 783
Pardubický	1 500	1 500	1 800	5 500	1 650	5 500
Vysočina	0	1 800	4 130	6 930	3 083	7 910
Jihomoravský	3 000	2 000	5 000	7 412	8 500	8 500
Olomoucký	80	306	1 300	2 000	2 040	2 500
Zlínský	1 096	3 490	2 400	2 100	1 393	4 711
Moravskoslezský	2 269	3 000	3 570	4 378	4 451	14 028
Celkem	29 337	48 082	81 600	100 332	94 917	128 358

Vývoj výdajů na protidrogovou politiku v oblasti snižování poptávky a nabídky za r. 2002–2007 uvádí tabulka 1-7. Do r. 2006 byly do výdajů na snižování poptávky započítávány výdaje RVKPP, MŠMT, MO, MPSV a MZ, do výdajů na snižování nabídky výdaje MS, GŘC a NPC. V r. 2007 došlo ke zpřesnění údajů a výdaje MS byly dle svého skutečného účelu rozděleny do obou oblastí. Tím došlo ke zvýšení výdajů na straně snižování poptávky a údaje v časové řadě tak nejsou srovnatelné.

¹⁰ Údaje o výdajích krajů vycházejí z výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky krajů a z upřesňujících informací od krajských protidrogových koordinátorů. Výdaje obcí taktéž, s výjimkou krajů Vysočina a Jihomoravského, ve kterých se obecní výdaje nepodařilo krajským koordinátorům identifikovat – zdrojem informací v tomto případě byly závěrečné zprávy projektů podpořených RVKPP v r. 2007, v nichž realizátoři uvádějí také spoluúcast z jiných zdrojů včetně obecních rozpočtů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e); údaje o výdajích obcí z těchto 2 krajů mohou být proto podhodnoceny.

tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2007 ze státního a místních rozpočtů (v tis. Kč)

Kraje	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	GŘC	NPC	Státní rozpočet celkem	Kraje	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem
Praha	30 247	2 870	-	9 385	6 207	-	-	-	48 709	40 627	13 188	53 815	102 525
Středočeský	5 937	7 16	-	9 560	651	-	-	-	16 864	17 360	3 955	21 315	38 179
Jihočeský	5 215	678	-	2 749	1 377	-	-	-	10 019	6 197	1 442	7 639	17 658
Píseňský	5 676	361	-	170	280	-	-	-	6 487	1 810	6 347	8 157	14 644
Karlovarský	2 213	293	-	539	630	-	-	-	3 675	1 128	701	1 829	5 505
Ústecký	12 370	578	-	7 041	2 275	-	-	-	22 264	4 830	5 867	10 697	32 960
Liberecký	4 728	496	-	1 258	50	-	-	-	6 531	6 474	778	7 253	13 784
Královéhradecký	2 034	385	-	3 791	1 555	-	-	-	7 765	6 783	1 020	7 803	15 568
Parubický	1 421	359	-	0	0	-	-	-	1 780	5 500	1 527	7 027	8 807
Vysočina	4 492	368	-	4 155	130	-	-	-	9 145	7 910	1 155	9 065	18 210
Jihomoravský	10 381	824	-	11 427	916	-	-	-	23 548	8 500	5 166	13 666	37 214
Olomoucký	5 596	615	-	2 877	570	-	-	-	9 658	2 500	2 731	5 231	14 889
Zlínský	2 212	419	-	1 430	91	-	-	-	4 152	4 711	1 535	6 246	10 397
Moravskoslezský	7 524	1 186	-	2 630	50	-	-	-	11 390	14 028	16 865	30 893	42 283
Běžné výdaje s krajským určením celkem	100 046	10 145	-	57 013	14 782	-	-	-	181 986	128 358	62 278	190 636	372 622
Běžné výdaje s centrálním určením celkem	4 396	2 413	3 595	-	485	9 552	0	121 798	142 239	-	-	-	142 239
Běžné výdaje celkem	104 442	12 557	3 595	57 013	15 267	9 552	0	121 798	324 224	128 358	62 278	190 636	514 861
Investiční výdaje	0	-	0	0	6 974	3 058	26 725	5 945	42 702	-	-	-	42 702
Celkem	104 442	12 557	3 595	57 013	22 241	12 610	26 725	127 743	366 926	128 358	62 278	190 636	557 562

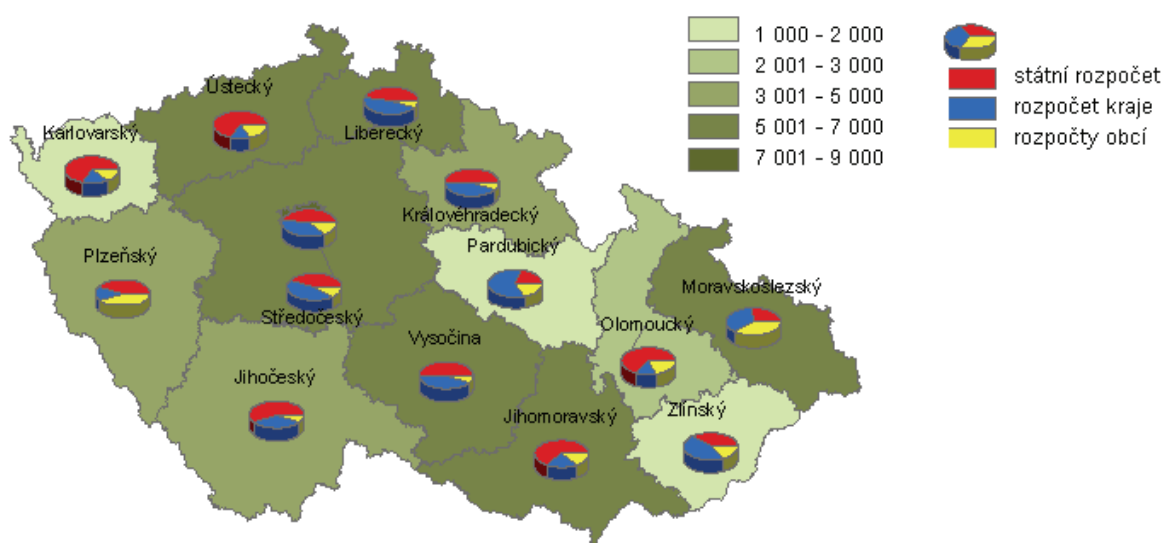
tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v oblasti snižování poptávky a nabídky ze státního a místních rozpočtů v r. 2002–2007 (v tis. Kč)

Rok	Snižování poptávky*				Snižování nabídky**	
	Státní rozpočet	Rozpočty krajů	Rozpočty obcí	Celkem	Státní rozpočet	Celkem ČR
2002***	166 280	29 337	n.a.	195 617	37 104	232 721
2003	184 209	48 082	n.a.	232 291	132 868	365 159
2004	182 839	81 600	62 920	327 359	109 425	436 784
2005	198 527	100 332	50 611	349 470	146 195	495 665
2006	192 170	94 917	48 141	335 228	171 221	506 449
2007****	206 135	128 358	62 278	396 771	160 791	557 562

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

Přehled prostředků s krajským určením na realizaci programů protidrogové politiky v r. 2007 čerpaných ze státního a místních rozpočtů podle krajů zobrazuje mapa 1-1.

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2007 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel)



Přehled výdajů státního rozpočtu a místních rozpočtů v r. 2007 podle jejich účelu uvádí tabulka 1-9. Z 557,6 mil. Kč označených výdajů v r. 2007 bylo 160,8 mil. Kč (28,8 %) vydáno na prosazování práva, 152,6 mil. Kč (27,4 %) na léčbu, 141,0 mil. Kč (25,3 %) na harm reduction, 48,7 mil. Kč (8,7 %) na primární prevenci a 20,5 mil. Kč (3,7 %) na následnou péči.

Výdaje státního rozpočtu na protidrogovou politiku v relaci ke hrubému domácímu produktu a celkovým výdajům státního rozpočtu v r. 2002–2007 uvádí tabulka 1-8; je patrné, že od r. 2005 dochází k jejich relativnímu snížení¹¹.

tabulka 1-8: Vývoj výdajů státního rozpočtu na protidrogovou politiku vzhledem k HDP a celkovým výdajům státního rozpočtu

Rok	Snižování poptávky		Snižování nabídky		Celkem	
	% HDP	% výdajů státního rozpočtu	% HDP	% výdajů státního rozpočtu	% HDP	% výdajů státního rozpočtu
2002*	0,067	0,22	-	-	-	-
2003	0,071	0,23	0,052	0,16	0,123	0,39
2004	0,065	0,21	0,039	0,13	0,104	0,34
2005	0,067	0,22	0,049	0,16	0,116	0,37
2006	0,060	0,19	0,053	0,17	0,113	0,36
2007	0,058	0,19	0,046	0,15	0,104	0,34

Pozn.: * V r. 2002 nejsou zahrnuty výdaje NPC, proto není podíl HDP a celkových výdajů státního rozpočtu uváděn.

¹¹ Pokud by např. výdaje v oblasti snižování poptávky v r. 2007 činily 0,065 % HDP (minimum v r. 2002–2005) nebo 0,21 % výdajů státního rozpočtu (minimum v r. 2002–2005), činily by účelově určené výdaje cca 230 mil. Kč, tj. o cca 25 mil. Kč. více než skutečně vynaložené výdaje v r. 2007.

tabulka 1-9: Výdaje na protidrogovou politiku dle kategorií (typů služeb) v ČR v roce 2007 (tis. Kč)

Kategorie služby	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	GŘC	NPC	Státní rozpočet celkem	Kraje	Obce*	Územní rozpočty celkem	Celkem
Primární prevence	7 494	12 557	3 595	0	0	0	0	0	23 646	11 370	13 657	25 027	48 673
Kontaktní centra	25 305	0	0	24 310	1 956	0	0	0	51 571	15 814	12 464	28 278	79 849
Terénní programy	16 422	0	0	8 817	960	0	0	0	26 199	9 501	7 717	17 218	43 417
Harm Reduction	7 261**	0	0	0	0	0	0	0	7 261	6 480	3 970	10 450	17 711
Nezařazené	48 988	0	0	33 128	2 916	0	0	0	85 032	31 794	24 151	55 945	140 977
Celkem													
Medicínská péče***		0	0	1 012	12 096	1 331	0	0	14 438	10 666	775	11 441	25 879
Nemedicínská péče****	6 414	0	0	3 122	0	3 344	0	0	12 880	45 661	10 940	56 601	69 482
Komunity	24 044	0	0	18 991	0	0	0	0	43 035	8 554	3 438	11 992	55 027
Nezařazené		0	0	0	0	0	0	0	0	1 640	565	2 205	2 205
Celkem	30 458	0	0	23 125	12 096	4 675	0	0	70 354	66 522	15 718	82 239	152 593
Následná péče	10 974	0	0	760	0	0	0	0	11 734	5 030	3 761	8 791	20 525
Prosazování práva		0	0	0	0	6 323	26 725	127 743	160 791	0	0	0	160 791
Koordinace, výzkum, hodnocení, vzdělávání, informace*****	6 528	-	-	-	95	1 612	0	0	8 234	5 143	3 411	8 553	16 788
Ostatní, nezařazeno*****	0	-	-	-	7 134	-	-	-	7 134	8 500	1 580	10 080	17 215
Celkem	104 442	12 557	3 595	57 013	22 241	12 610	26 725	127 743	366 926	128 358	62 278	190 636	557 562

Pozn.: * Údaje o výdajích obcí vycházejí z Výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky kraje a z upřesňujících informací od krajských protidrogových koordinátorů, s výjimkou krajů Vysocina a Jihomoravského, kde byly zdrojem informací závěrečné zprávy projektu podpořených RVKPP v r. 2007; výdaje obcí z kraje Jihočeského a Olomouckého byly na základě informací ze závěrečných zpráv upřesněny. ** Jedná se o projekty zahrnující jak činnost kontaktního centra, tak terénní práci. *** Tj. např. AT péče, substituční léčba, detoxifikace, stacionáře, zdravotnická lůžková péče, záchranné stanice. **** Tj. např. ambulanci a intenzivní ambulantní nemedicínské programy, krizová pomoc, sociální poradenství, sociální rehabilitace. ***** Tj. výdaje v oblasti potlačování poptávky po drogách, které nespočívají v poskytování služeb klientům. ***** Tj. výdaje, které se nepodařilo s ohledem na účel identifikovat.

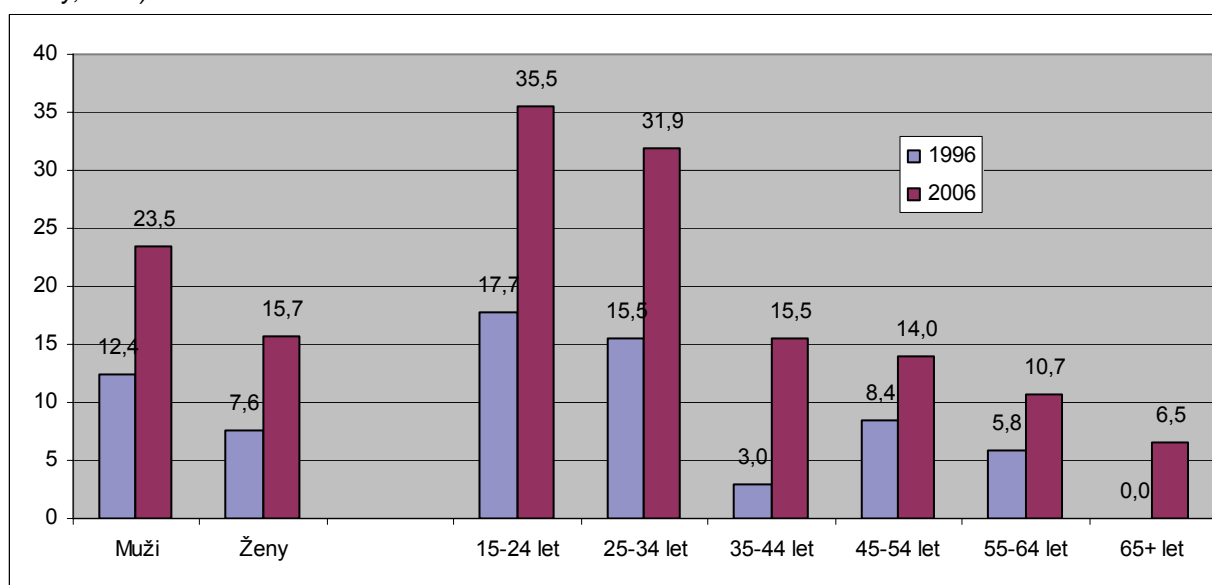
1.4 Sociální a kulturní kontext protidrogové politiky

1.4.1 Postoje k drogám a uživatelům drog

Studie společnosti CEPROS zaměřená na postoje veřejnosti k osobám užívajícím drogy hodnotila posun v názorech veřejnosti na řešení problémů s drogami a na legalizaci marihuany mezi lety 1996–2006. V r. 2006 bylo v rámci studie dotázáno celkem 1 782 respondentů starších 15 let (1 393 v r. 1996). Ukázalo se, že v posledních 10 letech se významně změnily postoje veřejnosti k uživatelům drog – stále sice převládá názor, že uživatele drog je třeba trpět, ale za podmínky, že se budou léčit (63,4 %), roste však počet respondentů, kteří se přiklání k názoru, že je třeba uživatele drog tolerovat a chránit přitom ostatní (32,2 % oproti 19,9 % v r. 1996) (Prajsová and Csémy, 2008). Starší respondenti a častěji ženy se přiklání k represivnějšímu postoji, mladší ročníky a muži jsou k uživatelům drog tolerantnější. Názory na řešení problematiky drog zůstávají stejné – polovina respondentů by volila postihy uživatelů drog, polovina se přiklání spíše k preventivním opatřením.

Za období posledních 10 let se zdvojnásobil podíl veřejnosti, která je pro legalizaci marihuany – zatímco v r. 1996 bylo pro legalizaci 9,9 % respondentů, v r. 2006 již 19,5 % (Prajsová and Csémy, 2008). Pro legalizaci marihuany se častěji vyjádřili muži, svobodní nebo nesezdaní respondenti a mladší osoby (35,5 % dotázaných ve věku 15–24 let a 31,9 % dotázaných ve věku 25–34 let) – obrázek 1-1.

obrázek 1-1: Charakteristika osob, které podporují legalizaci marihuany – srovnání let 1996 a 2006 (Prajsová and Csémy, 2008)



V r. 2007 opakovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) dva průzkumy zaměřené na toleranci ve vztahu k vybraným skupinám obyvatel a na přijatelnosti některých druhů chování. Oba průzkumy proběhly v březnu 2007 na reprezentativním vzorku 1 046 respondentů starších 15 let. Z průzkumu věnovaného toleranci ke skupinám obyvatel vyplynulo, že 87 % dotázaných by nechtělo mít za sousedy osoby užívající drogy, 81 % těžké alkoholiky a 77 % osoby s kriminální minulostí. Celkem 51 % respondentů by nechtělo mít za sousedy psychicky nemocné lidi – tabulka 1-10. V porovnání s předchozími roky je míra tolerance (resp. netolerance) k těmto vybraným skupinám obyvatel na stejné úrovni; tolerantnější jsou lidé jen k homosexuálům a k lidem s jiným náboženským přesvědčením (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2007a).

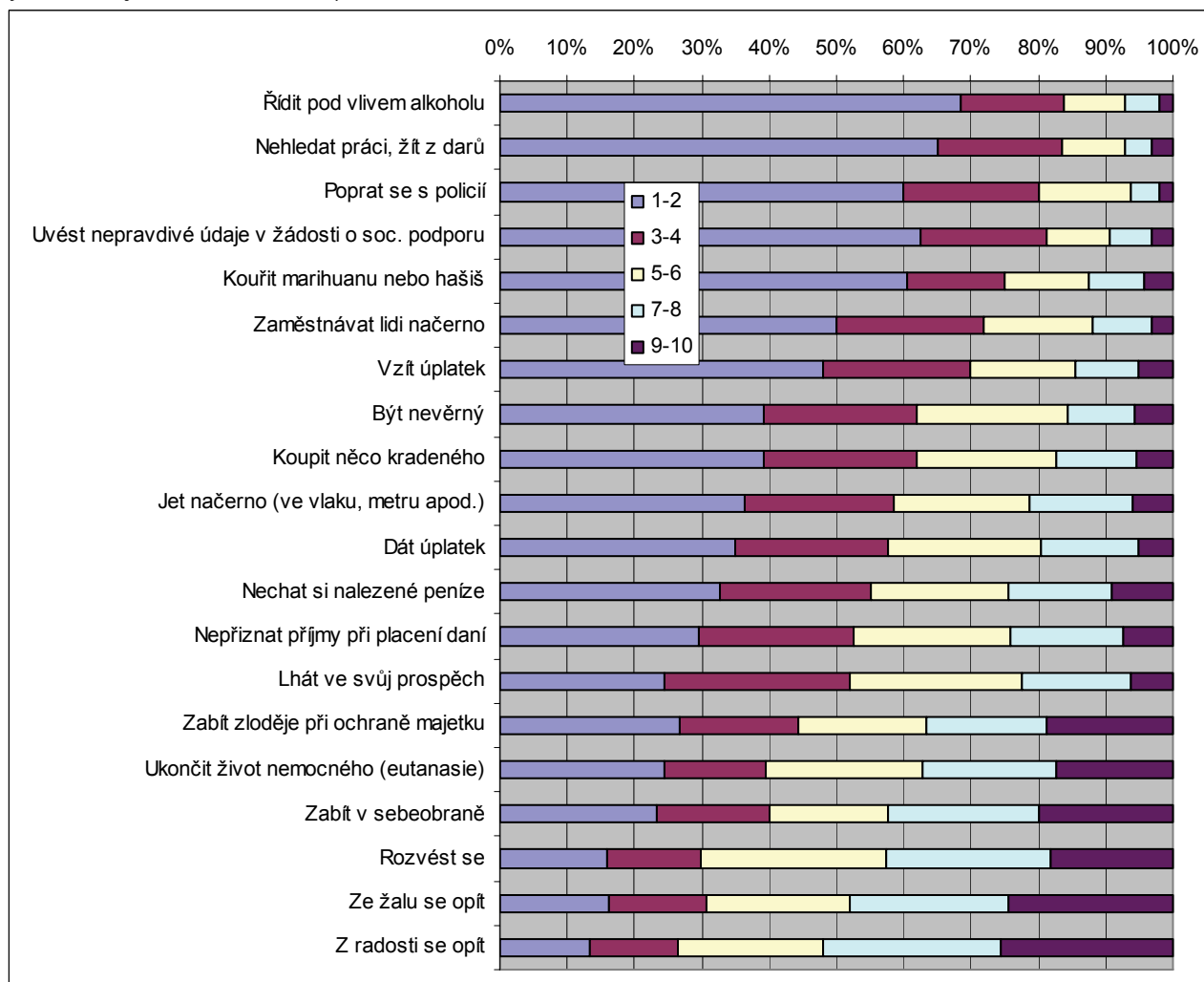
tabulka 1-10: Tolerance k vybraným skupinám obyvatel – % osob, kteří by nechtěli mít za sousedy příslušníky těchto skupin (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2007a)

Nechtěli by mít za sousedy	Březen 2003	Březen 2005	Březen 2007
Lidi užívající drogy	85	87	87
Těžké alkoholiky	86	87	81
Lidi s kriminální minulostí	78	77	77
Romy	79	75	—
Psychicky nemocné lidi	—	—	51
Homosexuály	42	34	29
Cizince žijící v ČR	24	22	—
Lidi s jiným náboženským přesvědčením	8	7	4

Druhý výzkum, zaměřený na přijatelnost vybraných druhů chování, ukázal, že kouřit marihuanu nebo hašiš je pro respondenty stejně nepřijatelné jako řídit pod vlivem alkoholu, nehledat práci, poprat se s policií nebo uvést nepravdivé údaje při žádosti o sociální podporu (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2007b). Mezi další

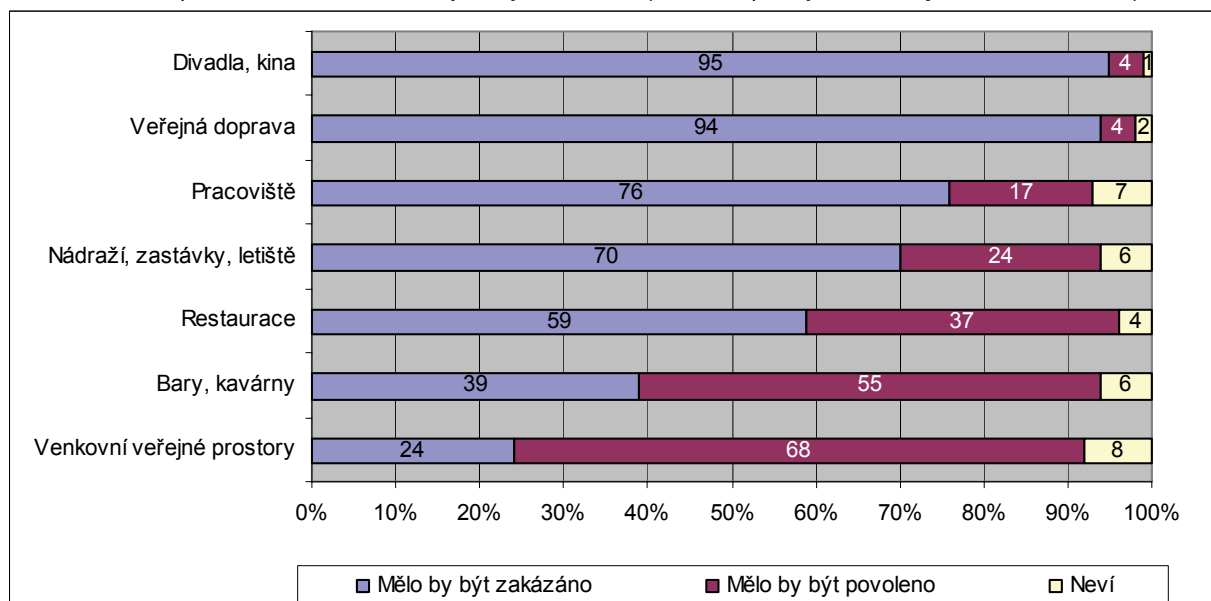
nepřijatelné chování patří zaměstnávání lidí načerno, braní úplatku, nevěra nebo jízda načerno v dopravním prostředku – obrázek 1-2.

obrázek 1-2: Morální přijatelnost chování na škále 1–10 (1 = naprosto nepřijatelné, 10 = zcela přijatelné) (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2007b)



V únoru 2008 provedlo CVVM průzkum zaměřený na postoj společnosti ke kouření na veřejných místech. Celkem 76 % dotázaných (1 062 respondentů starších 15 let) podporuje zákaz kouření na pracovištích, 70 % zákaz kouření na zastávkách MHD, vlakových nástupištích a letištích. Pro zákaz kouření v restauracích se vyjádřilo 59 % dotázaných, 39 % dotázaných podporuje zákaz kouření i v kavárnách a barech – obrázek 1-3. Podle 30 % respondentů bude v ČR platit zákaz kouření v restauracích a barech v horizontu 5 let, ovšem 22 % dotázaných je přesvědčeno o tom, že zákaz kouření v restauracích se nepodaří prosadit nikdy (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2008). Celkem 41 % dotázaných si myslí, že po prosazení zákazu kouření v restauracích a barech se výrazně sníží jejich obrat a návštěvnost. Ve srovnatelném průzkumu se pro zákaz kouření v restauracích vyjádřilo 79 % Maďarů a 77 % Slováků, pro zákaz kouření v kavárnách a barech 52 % Maďarů a 47 % Slováků.

obrázek 1-3: Podpora zákazu kouření na vybraných místech (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2008)



1.4.2 Iniciativy v parlamentu

Slovní řetězce „drog“ a „protidrog“ se v dokumentech Poslanecké sněmovny v současném volebním období (3. 6. 2006 – dosud) vyskytly celkem 111krát, jak bylo zjištěno fulltextovým vyhledáváním ve veřejně přístupných dokumentech ke dni 2. 7. 2008 (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2008a).

V r. 2007, po ustavení nové vlády¹², pokračovaly práce na návrhu trestního zákoníku – viz též kapitolu Legislativní rámec (str. 4).

Ministr spravedlnosti Jiří Pospíšil (ODS) v úvodní řeči k návrhu trestního zákoníku v plénu Poslanecké sněmovny v březnu 2008 uvedl, že návrh nového trestního zákona pouze zpřesňuje existující úpravu držení drog; již dnes platí princip, že držení drogy v množství větším než malém je trestným činem a v množství malém je přestupkem. Nařízení vlády, které navazuje na trestní zákoník, má jasně říci, kde je míra u jednotlivých typů drog. Dále se v případě držení drog v množství větším než malém rozlišuje skutková podstata – u tzv. měkkých drog hrozí odnětí svobody až jeden rok, zatímco u ostatních drog se počítá s hranicí dvou let (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2008f). Celý průběh jednání o současném návrhu trestního zákona s odkazy na projednávané dokumenty je k dispozici na veřejně přístupném serveru Poslanecké sněmovny pod č. sněmovního tisku 410 a 411 (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2008d; Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2008e). Historie předchozího projednávání trestního zákoníku v letech 2004–2006 (zákon nebyl přijat) je k dispozici pod č. 744 (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2004).

V návaznosti na projednávání novely trestního zákona v Poslanecké sněmovně, byly v březnu 2008 spuštěny webové stránky Konopí je lék. Na stránkách je mj. zveřejněn otevřený dopis 77 signatářů a 1 740 dalších podporovatelů (ke dni 16. 7. 2008) zákonodárcům; podepsaní požadují změnu trestního zákona tak, aby nebyla trestná (samo)léčba konopím, tj. pěstování a přechovávání konopí pro vlastní léčbu, a to v rozsahu do 1,5 kg sušeného konopí na osobu a rok. Oprávněné přechovávání by podléhalo oznamovací povinnosti vůči MZ dle zvláštního právního předpisu (Dvořák, 2008).

Stanislav Penc, parlamentní asistent místopředsedy vlády ČR a předsedy Strany zelených M. Bursíka¹³, zvolil fotografii rostlin konopí jako motiv pro plakát spojující Stranu zelených a svobodné myšlení; plakát byl vydán v době probíhající diskuze o novém trestním zákoníku (Strana zelených, 2008b; Penc, 2007).

¹² 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.

¹³ A regionální představitel Strany zelených v Královéhradeckém kraji.

obrázek 1-4: Plakát Zdravě žít, svobodně myslet (Penc, 2007)



Dekriminalizaci marihuany – legislativní rozdělení návykových látek podle jejich nebezpečnosti – vládní Strana zelených¹⁴ podporuje. Jde jí o to, aby uživatelé nebyli stíháni za užívání, držení a pěstování konopí pro vlastní potřebu – v omezené a jasně definované míře; v žádném případě to neznamená, že by byla marihuana dostupná ve volném prodeji (Strana zelených, 2008a).

K dekriminalizaci konopí se v r. 2007 přihlásil poslanec Ondřej Liška (Strana zelených; od prosince 2007 též ministr školství, mládeže a tělovýchovy) nebo také poslankyně Anna Čurdová (ČSSD), jak uvedly Lidové noviny (LN) ve článku upozorňujícím na údajně dramatický nárůst počtu lidí, které policie obvinila a státní zastupitelství obžalovalo z trestného činu „kvůli držení marihuany“ (Maleký, 2007).

Debata v Poslanecké sněmovně (a zároveň i v médiích) byla dále věnována poslanecké novele zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Ve výboru pro zdravotnictví byl přijat návrh na zákaz kouření v restauracích; poslanecký návrh směřoval nejen ke zpřísnění dosavadní úpravy kouření, ale také ke zvýšení postihu za prodej alkoholu a cigaret nezletilým osobám; správním deliktem by mělo být i nenahlášení pacientů zdravotnickým zařízením do registru substituce (NRULISL) (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2008c)¹⁵.

V rámci projednávání vládního návrhu zákona o léčivech (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2007c) bylo navrženo nově zavést princip výdeje bez lékařského předpisu s omezením, týkající se i léků obsahujících pseudoefedrin (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2007f). Podle zápisu ze schůze výboru pro zdravotnictví se k tomu poslanec David Rath vyjádřil s tím, že „... dle jeho názoru by se neměl omezovat prodej volně prodejných a efektivních léků, i když pseudoefedrin bývá některými skupinami zneužíván k výrobě drog. Pouze by se mělo omezit množství prodané látky. Zkušenosti ze zahraničí ukázaly, že zrušení nepřineslo zlepšení situace.“¹⁶ (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2007e) – viz též kapitolu Drogové trhy (str. 99). V srpnu 2007 byly zveřejněny výsledky průzkumu s názvem Zneužívání léků obsahujících pseudoefedrin versus právo na samoléčbu (Donath-Burson-Marsteller, 2007) – blíže viz VZ 2006.

V r. 2007 byl zákon o léčivech Poslaneckou sněmovnou schválen, úspěšně prošel i Senátem a v prosinci 2007 byl vyhlášen ve sbírce zákonů – viz též kapitolu Legislativní rámec (str. 4).

Sněmovní podvýbor pro problematiku civilizačních onemocnění a závislostí, který je orgánem výboru pro zdravotnictví, jednal na své první schůzi v únoru 2007 na základě dopisu Sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky o narůstajícím riziku HIV a snižujícím se počtu testů provedených uživatelům drog. Jednání byli přítomni zástupci neziskových organizací ESET–HELP, SANANIM, Progressive a drogová koordinátorka městské části Praha 11 (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2007b).

¹⁴ Strana zelených je jednou z 5 parlamentních politických stran v ČR se 6 poslanci z 200, 1 senátorem z 81 a 4 členy vlády. Do Poslanecké sněmovny a vlády vstoupila poprvé v r. 2006.

¹⁵ V hospodářském výboru Poslanecké sněmovny zazněly v rámci diskuze i tak překvapivé návrhy jako např. povinnost zařadit polovinu kuřáckých vagonů do vlaků, ponechat na rozhodnutí pilota, zda se smí kouřit za letu v dopravním letadle, nebo znovu zavést kouření ve veřejně přístupných prostorách státních orgánů a územně samosprávných celků (Zprávy ODS.cz - Radioforum, 2008); hospodářský výbor jako celek však tyto návrhy nepřijal a pouze navrhl změkčit současnou právní úpravu tak, aby sami provozovatelé restaurací rozhodovali o tom, zda jejich podnik bude kuřácký, kuřácký s omezením nebo nekuřácký (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2007d). V anketě na serveru Novinky.cz v květnu 2008 se 22 % respondentů vyslovilo pro změkčení platné právní úpravy a 78 % pro postupné zakázání kouření na veřejnosti; v anketě hlasovalo celkem 21 184 čtenářů (jov, Novinky.cz, 2008).

¹⁶ Debata o pseudoefedrinu pokračuje i v r. 2008. V rámci poslaneckých interpelací uvedl ministr zdravotnictví, že MZ společně s Národní protidrogovou centrálou (NPC) a Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) dokončuje seznam léčiv, kterých se bude prodej s omezením týkat; seznam by měl být dokončen do 31. 10. 2008. Ministr zdravotnictví zároveň ocenil aktivitu České lékárnické komory, která začala velmi tvrdě postihovat některé své členy, kteří prodávali velká množství balení léků obsahujících pseudoefedrin. Upozornil rovněž na možnost více využívat stávající úpravu obsaženou v zákonu o léčivech, která regulaci výdeje umožňuje.

Evropské dokumenty týkající se problematiky drog předkládané Poslanecké sněmovně jsou projednávány ve výboru pro evropské záležitosti – blíže viz stránky výboru, které jsou součástí stránek Poslanecké sněmovny – www.psp.cz (Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, 2008b).

1.4.3 Iniciativy v občanské společnosti

Odborná veřejnost má v ČR každoročně příležitost diskutovat o drogách na řadě odborných konferencí. Nejdelší tradici má konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP (tzv. AT konference); v r. 2007 se konal její 46. ročník spolu s XIII. celostátní konferencí Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti JEP – hlavním tématem byla „Závislost jako nemoc“. Další ročník, pořádaný v r. 2008, byl věnován tématu „Ambulantní léčba v adiktologii – zánik nebo znovuzrození?“. Dále probíhá každoročně na podzim mezinárodní konference Primární prevence rizikového chování, v r. 2008 proběhne její 5. ročník s podtitulem „Kam kráčí(š) primární prevence?“.

Odborné konference pořádají každoročně i některé kraje: Krajská protidrogová konference ve Středočeském kraji je pořádána od r. 2003, Konference o prevenci a léčbě závislosti v Plzeňském kraji od r. 2005; Krajská konference protidrogových profesionálů v Jihočeském kraji a Krajská konference Primární prevence sociálně patologických jevů škol Zlínského kraje se konaly poprvé v r. 2007. V r. 2007 se konalo 13 dalších odborných konferencí, z nichž některé se rovněž konají každoročně.

Kromě uvedených konferencí se každoročně koná řada dalších seminářů, přednášek a jiných vzdělávacích akcí, z nichž některé se pořádají v pravidelných cyklech či programech¹⁷. NMS vzdělávací akce aktivně zjišťuje a uveřejňuje v Kalendáři akcí na národním drogovém informačním portálu drogy-info.cz (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007a)¹⁸.

Každoročně se v květnu (souběžně ve stovkách měst různých zemí) koná happening Global Marihuana March (GMM; dříve Million Marihuana March, MMM). V r. 2007 se 10. ročníku v hl. městě Praze podle odhadů organizátorů zúčastnilo 5–6 tis. osob; přitom řada z nich zřejmě přišla spíše na hudební produkci spojenou s happeningem, než výslovně podpořit legalizaci konopí. Happening za legalizaci marihuany se zařadil po bok největších hudebních festivalů v zemi – má podobnou návštěvnost, rozpočet i obsazení kapel (Jehlička, 2007). Akce se v ČR konala i v r. 2008 – v kontextu probíhajících změn v trestním právu, které by měly být „prvním krokem k racionálnímu přístupu společnosti k psychoaktivnímu, netechnickému konopí“ (Legalizace.cz, 2008).

V r. 2007 probíhal již 5. ročník projektu s názvem Řekni NE drogám – řekni ANO životu, který pořádá stejnojmenné občanské sdružení propojené se scientologickou církví¹⁹. Jedná se o akci, kterou organizátoři představují jako informační protidrogovou kampaň. Pod heslem Cykloběh za Českou republiku bez drog probíhá okružní jízda po některých městech ČR; účastníci žádají podporu představitelů obcí pro svou kampaň, získávají je k podpisu projektu Město bez drog; upozorňují na nízkou informovanost v oblasti primární prevence, pořádají přednášky pro děti a rozdávají na veřejných prostranstvích informační letáky Pravda o drogách (10 brožur) (Leová and Špalek, 2008). Podporu projektu vyjadřují nejen představitelé obcí, ale také senátoři (Vaculík, 2008). Podle pořadatelů projekt Řekni NE drogám – řekni ANO životu od svého zahájení v r. 2001 oslovil více než 650 000 osob a bylo rozdáno 130 000 ks letáků (Tisková kancelář Scientologické církve pro ČR a SR, 2008; Řekni NE drogám - Řekni ANO životu, 2008).

Další ročník cykloběhu se konal v červnu 2008; scientologové přitom uspořádali ve vybraných školách i přednášky podpořené řediteli škol (Plaček and Rothová, 2008), a to i přes dřívější upozornění řady odborníků, že projekt neodpovídá standardům kvality definovaným pro oblast primární prevence (Radimecký, 2006). V r. 2008 se v médiích opět dostalo pozornosti hlasům několika odborníků (včetně národního protidrogového koordinátora a zástupce MŠMT), kteří před scientologickou protidrogovou kampaní varují; upozorňují, že informace podávané v rámci scientologické kampaně mohou směřovat k manipulativnímu až sektářskému jednání a že pořádající sdružení není držitelem certifikace programů primární prevence (Plaček, 2008) – o certifikacích v oblasti primární prevence pojednává kapitola Prevence (str. 32).

Rovněž ultrapravicoví radikálové (nacionalisté) začínají používat jako záminku pro své akce téma protestu proti drogám. V r. 2007 se konal pochod cca 50 radikálů proti drogám v severomoravském městě Havířov (Kovalčík, 2007). V červnu 2008 se pochod Proti toleranci a liberalizaci drog pořádaný Autonomními nacionalisty (se spoluúčastí Dělnické strany²⁰) konal v severočeském Děčíně; zúčastnilo se ho asi 100–250 osob na straně nacionalistů; proti pochodu na místě protestovalo asi 50 osob (anarchistů a antifašistů)²¹ (Lidovky.cz, 2008).

¹⁷ Např. tzv. purkyňky, vzdělávací akce pořádané nejen v rámci Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Dále např. vzdělávací akce pořádané brněnským Sdružením Podané ruce v rámci jeho vzdělávacího institutu I.E.S. a vzdělávací akce určené odborné a širší veřejnosti pořádané Centrem adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK v Praze.

¹⁸ Za období leden 2007 až červen 2008 bylo v Kalendáři akcí zveřejněno 306 vzdělávacích akcí s drogovou tematikou (konference včetně mezinárodních, semináře, kurzy, přednášky). Nejčastějším tématem kurzů bylo vzdělávání v přístupu a metodách práce s klientem.

¹⁹ V ČR není scientologická církev registrována jako náboženská společnost; působí jako občanské sdružení (Hrubý, 2003).

²⁰ Neparlamentní nacionalistické uskupení.

²¹ Pozvánka – zdroj: <http://decin.cz>. Fotografie – zdroj: <http://stred.nacionaliste.com>, článek Autonomní nacionalisté demonstrovali v Děčíně proti drogám.

Deklarovaným cílem akce bylo vzbudit v lidech zamyšlení nad drogovou problematikou, protože současný stav údajně spěje k likvidaci příštích generací (sever.nacionaliste.com, 2008; stred.nacionaliste.com, 2008).

obrázek 1-5: Pochod Proti toleranci a liberalizaci drog, pořádaný Autonomními nacionalisty (pozvánka – zdroj: <http://decin.cz>, fotografie – zdroj: <http://stred.nacionaliste.com>)



1.4.4 Média a mediální kampaně

V r. 2007 proběhly každoroční kampaně podporované národní sítí Zdravých měst: v dubnu proběhl ekologický Den země, v květnu Den bez tabáku, v červnu kampaň Dny bez úrazů a v průběhu října probíhaly komunitní kampaně Dny zdraví zaměřené na podporu zdraví a zdravý životní styl. Ke kampani Dny zdraví se v r. 2007 připojilo 33 měst a obcí, mediálním partnerem kampaně byl Český rozhlas 2 – Praha.

V únoru 2007 byla zahájena kampaň občanského sdružení SANANIM Drogy a rodiče, která se sloganem „Nebojte se zeptat“ snažila oslovit především rodiče a podporovat je v tom, aby s dětmi více hovořili o drogách, zajímali se o drogovou situaci ve škole a školní preventivní programy a aby se v případě potřeby obraceli na odborníky (SANANIM, o.s., 2007a). Partneři kampaně byly MŠMT a Nadace České spořitelny.

V letních měsících r. 2007 pokračovala kampaň Domluvený zaměřená na řízení pod vlivem alkoholu, která je založena na propagaci konceptu dohody mladých lidí v partě na tom, kdo z nich nebude pít alkohol a bude řídit auto cestou domů ze zábavy (paralela evropské kampaně Designated Driver) – viz též VZ 2005 a VZ 2006. Kampaň každoročně organizuje Ministerstvo dopravy – BESIP ve spolupráci s Fórem PSR (zodpovědní výrobci lihovin) a Iniciativou zodpovědných pivovarů jako reakci na zvyšující se počet vážných dopravních nehod zaviněných mladými řidiči pod vlivem alkoholu, ke kterým dochází o víkendech ve večerních a nočních hodinách (Ministerstvo dopravy ČR - BESIP, 2007). Kampaň v r. 2007 oslovila přibližně 75 000 diváků – účastníků koncertů, kde byl projekt propagován. Dechovým zkouškám na přítomnost alkoholu se na akcích podrobilo 5 033 mladých lidí, z nich 2 903 řidičů, kteří v souladu s konceptem projektu daný večer nepili alkohol. Kampaň pokračuje i v r. 2008.

ČR se jako každý rok připojila k podpoře Mezinárodního dne boje proti zneužívání drog a nezákonného obchodování s nimi dne 26. 6. 2007; motto kampaně OSN v r. 2007 znělo „Ovládají drogy tvůj život? Jde o tvůj život. Jde o tvé blízké. Drogy tam nepatří.“ (Informační centrum OSN v Praze, 2007). U příležitosti mezinárodního dne byly zveřejněny informační materiály OSN a EMCDDA a v Praze se konala společná tisková konference na téma „Ubrání se Praha HIV?“, organizovaná o. s. SANANIM s účastí národního protidrogového koordinátora, vedoucího NMS a protidrogové koordinátorky hl. m. Prahy.

V návaznosti na Mezinárodní den boje proti zneužívání drog a nezákonného obchodování s nimi byla dne 27. 6. 2007 udělena Cena adiktologie za výjimečný přínos v adiktologii pro r. 2007. Cenu získala MUDr. Jana Novotná; slavnostní předání bylo spojeno s odbornou konferencí na téma spolupráce státních a nestátních organizací v kontextu vývoje adiktologických služeb v ČR a navazujícím seminářem na téma substituční léčby závislosti na opiátech. Záštitu nad konferencí převzali primátor hl. m. Prahy a ministr zdravotnictví ČR; konference proběhla za účasti zástupce EMCDDA (Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze, 2007b). Jednalo se o druhý ročník Ceny adiktologie, která je od r. 2006 udělována každoročně v červnu.

Neparlamentní politická strana Unie svobody-DEU se v červnu 2007 omluvila veřejnosti za provokativní kampaň před parlamentními volbami v r. 2006. V kampani s jednotícím anglickým heslem „It's legal“ mimo jiné propagovala legální kouření marihuany a eutanazii, čímž vzbudila velkou pozornost médií; mezi suvenýry byly i papírky k ubalení cigarety marihuany. Tato strategie jí přinesla pouhých 0,3 % hlasů, tj. hlasy 16 457 osob (Česká tisková kancelář, abz, 2007).

V týdnu 24.–30. 9. 2007 se konal Týden nízkoprahových klubů s cílem upozornit na jejich činnost; nízkoprahová zařízení pro děti a mládež jsou určena dětem, které tráví volný čas neorganizovaně (např. na ulici nebo v partě), jsou alternativou k zájmovým kroužkům, navíc poskytují poradenství v obtížných situacích a sociální servis (Česká

asociace streetwork, 2007). Do aktivit Týdne nízkoprahových klubů se zapojilo 55 klubů z celé ČR, projekt zaštila Česká asociace streetwork, finanční podporu nabídla Nadace Vodafone ČR.

Na konci r. 2007 byla zahájena další vlna kampaně Promile INFO SMS; intenzivnější propagaci této služby zahájilo o. s. SANANIM ve spolupráci s Plzeňským Prazdrojem. Jedná se o SMS službu, která informuje řidiče o přibližné době, za kterou klesne hladina alkoholu v krvi na nulu a řidič může znovu usednout za volant. Služba funguje již od r. 2005, nová kampaň je reakcí na stagnující počet uživatelů služby v poslední době. Po nové vlně kampaně došlo k nárůstu využití této služby, měsíčně ji využije přibližně 300 osob (SANANIM, o.s., 2008). V r. 2008 se iniciativa Promile INFO SMS stala jednou ze součástí preventivního a informačního programu Safer Party Tour 2008, který sdružuje několik neziskových organizací a s podporou RVKPP poskytuje služby na velkých letních hudebních festivalech – blíže viz kapitola Služby nízkoprahových zařízení (str. 77).

V r. 2007 byl za podpory několika ministerstev (MV, MS, MŽP, MŠMT a MD) zahájen pilotní projekt Školní informační kanál. Autoři projekt prezentují jako informační a preventivní projekt, otázkou (také s ohledem na další realizaci a případné rozšíření) zůstává jeho efektivita. Jde o audiovizuální vysílání, ve kterém se na obrazovkách střídají krátké preventivní spoty (např. na téma kouření, konzumace alkoholu, užívání drog, násilí nebo šikany, kriminality) s informacemi o možnostech dalšího vzdělávání žáků i personálu školy, mimoškolní činnosti a hlavních událostech města nebo kraje, informacemi z oblasti zdravé výživy, technických novinek a služeb (tzv. sociální marketing). Obsah vysílání je řízen centrálně; spoty běží na obrazovkách v 15minutových blocích (spoty se opakují 4krát za hodinu) v době mezi 7. a 17. hodinou, s ohledem na provoz dané školy. Preventivní informace jsou připravovány ve spolupráci s městskou policií, linkou bezpečí, protidrogovými centry a pedagogicko-psychologickými poradnami a výchovnými centry (ŠIK CZ, s.r.o., 2008).

Kontroverzní projekt Revoluční vlak (Revolution Train), zahájený v r. 2005, pokračoval i v r. 2007; klade si za cíl „informovat děti a mladé lidi o drogovém nebezpečí“ prostřednictvím speciálně upraveného vlaku, kde účastníci (žáci ZŠ) mohou „všemi smysly prožít drogové pokušení a jeho tragické následky“ – viz též VZ 2006. Podle autorů se jedná o projekt primární prevence, podle vyjádření odborníků Centra adiktologie 1. LF UK v Praze, MŠMT a Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP obsahuje projekt zavádějící informace a lze předpokládat, že nebude efektivní²² (Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze, 2007a; Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2007). Záštitu nad projektem převzali v první fázi mimo jiné tehdejší předseda vlády ČR, ministr dopravy, ministryně zdravotnictví, ředitel Národní protidrogové centrály Policie ČR (PČR), hlavní hygienik ČR a někteří známí sportovci a hudebníci. Projekt je z velké části financován ze soukromých zdrojů, jen do konce r. 2006 do něj bylo investováno přibližně 5 mil. Kč, předpokládané celkové náklady projektu činí 30 mil. Kč.

Některé aktivity, které jsou na pomezí mezi aktivitami občanské společnosti a kampaněmi, byly uvedeny v předcházející části této kapitoly. Náklady na realizaci jednotlivých kampaní nejsou až na výjimky uveřejňovány. V současné době nejsou k dispozici žádné studie evaluace dopadů jednotlivých kampaní.

1.4.5 Drogová problematika v médiích

Podle zjištění NMS bylo v archivu společnosti Newton Media a.s. v kategorii Drogová problematika od počátku r. 2001 do 30. 6. 2008 evidováno celkem 47 422 zpráv. Přehled o jejich počtu v jednotlivých letech podává tabulka 1-11.

tabulka 1-11: Počet příspěvků v kategorii Drogová problematika v letech 2001–2008 v archivu společnosti Newton Media a.s. (NEWTON Media a.s., 2008)

Rok	Počet příspěvků	Aktuální rok /předchozí rok (%)
2001	2 983	-
2002	2 638	88,4
2003	5 434	206,0
2004	8 069	148,5
2005	7 130	88,4
2006	8 038	112,7
2007	8 654	107,7
2008*	4 476*	-
Celkem	47 422	-

Pozn.: * Měsíce 1–6.

Podle statistik návštěvnosti (Navrcholu.cz, 2008) zaznamenávají stránky drogy-info.cz měsíčně 21–33 tis. unikátních návštěvníků; celkový počet návštěvníků stránek v období 1. 7. 2007 – 30. 6. 2008 byl 339 432. Počet vracejících se návštěvníků byl celkem cca 17 tis. a v jednotlivých měsících sledovaného období se pohyboval mezi 1 130–1 900

²² Investor projektu Martin Lain a kritik projektu Josef Radimecký se v květnu 2007 střetli v duelu na zpravodajském serveru Aktuálně.cz; v připojené anketě získal 70 % hlasů Radimecký (Eliášová, 2007).

návštěvníků²³. Hlavní stránka byla v období 1. 7. 2007 – 30. 6. 2008 zobrazena celkem cca 91tisíckrát (8,93 %) z celkových 1 022 491 zobrazených stránek. Druhou nejčastěji zobrazovanou stránkou byla aplikace Mapa pomoci (38 335, tj. 3,75 % zobrazených stránek). Počátkem r. 2008 byly stránky drogy-info.cz vybrány Národní knihovnou k pravidelné archivaci jako jeden z kvalitních zdrojů informací – stávají se tak součástí českého kulturního dědictví; záznam o stránkách byl zařazen do České národní bibliografie.

V r. 2008 byl metodou obsahové analýzy zkoumán mediální obraz drogové problematiky v celostátních denících Mladá fronta DNES a Právo za období 1996–2007²⁴, vždy v období před volbami do Poslanecké sněmovny a ve stejném období následujícího volebního roku. Zároveň byly zkoumány i volební programy politických stran. Bylo zjištěno, že ve volebních programech v r. 2006 byla prevence nejčastějším přístupem parlamentních stran k drogové problematice²⁵. Zatímco ve volebních letech 2002 a 2006 se v politických programech a kampaních a následné mediální prezentaci nejčastěji objevovalo téma legalizace, resp. dekriminlizace měkkých drog, v letech 1996 a 1998 převládala prohlášení směřující ke zpřísnění postihů za drogové delikty. Dále bylo zjištěno, že zatímco v letech 1996–2003 bylo zarámování drogové problematiky srovnatelné v předvolebním i volebním období, ve volebním r. 2006 a povolebním r. 2007 se mediální obraz drogové problematiky ve spojení s politikou lišil – téma omezení nabídky dominovalo r. 2007 (60,9 %), v předchozím volebním roce 2006 byl tento rámec méně akcentován (19,7 %), částečně také vlivem polarizace politických debat mezi zastánci legalizace marihuany a jejími odpůrci (Běláčková, 2008).

²³ Ve vztahu ke dni je vracející se uživatel ten, který web navštívil v daném dni a zároveň ve dni předchozím, ve vztahu k týdnu ten, který web navštívil v daném týdnu a zároveň v týdnu předchozím, a ve vztahu k měsíci ten, který web navštívil v daném měsíci a zároveň v měsíci předchozím.

²⁴ Volby v letech 1996, 1998, 2002 a 2006.

²⁵ Přesto z analýzy klíčových slov vyplynulo, že parlamentní strany častěji využívají v souvislosti s drogovou problematikou termín „boj“.

2 Užívání drog v populaci

V r. 2007 nebyla realizována žádná celopopulační studie zaměřená na rozsah užívání drog v dospělé populaci; ČR se zapojila do mezinárodní školní studie ESPAD.

Výsledky 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 35 % žáků posledních ročníků základních škol a 45 % studentů prvních ročníků středních škol). Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky, v posledních letech výrazně roste také obliba halucinogenních hub, mezi žáky ZŠ jsou relativně oblíbené také těkavé látky. Rozsah zkušeností žáků a studentů s opiáty a kokainem je v ČR stabilně na velmi nízké úrovni. Studie ESPAD potvrzuje trendy pozorované v r. 2006 ve studii HBSC – výrazný nárůst zkušenosti s užíváním drog pozorovaný od poloviny 90. let se zastavil, v případě konopných látek se situace stabilizovala, v případě ostatních nelegálních drog byl zaznamenán pokles prevalence zkušeností, a to i v případě extáze a halucinogenních hub.

Mezi návštěvníky tanečních akcí je aktuálně patrný významný nárůst užívání kokainu a mírný nárůst se týká i pervitinu; mírný pokles byl zaznamenán v aktuální prevalenci konzumace extáze.

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 2004–2006. Podle studie mělo alespoň jednorázovou zkušenost s užitím nelegálních drog přibližně 22 % dospělé populace (18–64 let), nejčastěji se jednalo o užití konopných látek (21 %), extáze (7 %), lysohlávek a jiných přírodních halucinogenů (3,5 %).

2.1.1 Evropské výběrové šetření o zdraví (ECHIS)

ČR se zapojila do přípravy Evropského výběrového šetření o zdraví (European Core Health Interview Survey, ECHIS). Studii mezinárodně koordinuje Eurostat, českým partnerem je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR); šetření ECHIS by měly realizovat všechny členské státy EU v období 2007–2009. Studie se primárně zaměřuje na hodnocení zdravotního stavu populace, v kontextu zdravého životního stylu jsou do dotazníku zahrnuty také otázky týkající se kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog.

V r. 2007 byla připravena finální verze dotazníku pro studii a byly otestovány i některé moduly, které budou součástí studie. V březnu 2007 proběhl pod záštitou ÚZIS a ČSÚ mezinárodní workshop k šetření zdravotního stavu obyvatelstva, jehož cílem byla metodická příprava celého výzkumu, zhodnocení realizovaných pilotních šetření a příprava konečné verze dotazníku. Vzhledem k tomu, že na realizaci studie nebyly v r. 2007 poskytnuty žádné finanční prostředky, byla studie odložena na r. 2008. První fáze sběru dat proběhla v červnu a červenci 2008, druhá fáze by měla proběhnout v září 2008.

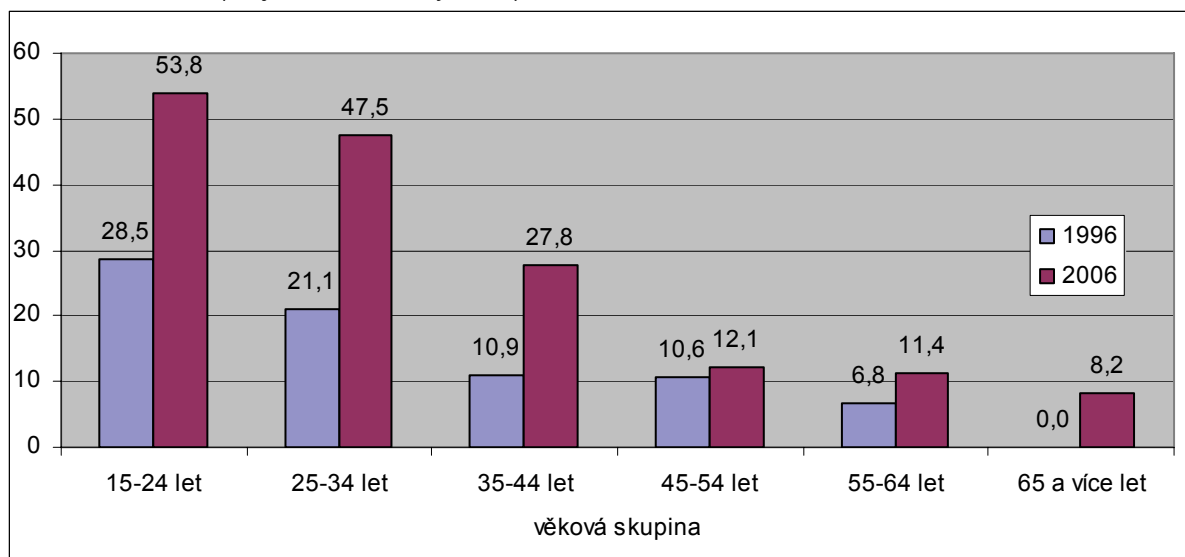
Šetření navazuje na řadu Výběrových šetření o zdravotním stavu české populace (HIS CR), realizovaných ÚZIS v letech 1993, 1996, 1999 a 2002. Cílový vzorek studie v r. 2008 tvoří cca 4 000 respondentů starších 15 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008).

2.1.2 Studie Postoje společnosti k problematice drog

Nově byly zveřejněny výsledky studie CEPROS zaměřené na postoje společnosti k problematice drog; výzkum sledoval vývoj postojů společnosti k osobám užívajícím drogy, k řešení problémů s drogami a k legalizaci marihuany v letech 1996–2006 – postojové otázky blíže shrnuje kapitola Sociální a kulturní kontext protidrogové politiky (str. 17). V r. 2006 bylo v rámci studie dotázáno celkem 1 782 respondentů starších 15 let²⁶ (1 393 v r. 1996), z nich 27,4 % odpovědělo, že mají alespoň jednu zkušenost s užitím nelegální drogy (33,6 % mužů a 21,6 % žen); pro srovnání v r. 1996 to bylo 15,7 % respondentů. Nejvyšší prevalence zkušeností s nelegálními drogami byla zaznamenána v nejmladších věkových skupinách – 15–24 let (53,8 %) a 25–34 let (47,5 %) – obrázek 2-1, dále mezi svobodnými osobami (52,4 %) a respondenty žijícími v nesezdaném soužití (39,5 %); studie nezaznamenala statisticky významné rozdíly z hlediska vzdělání nebo velikosti místa bydliště (Prajsová and Csémy, 2008). Studie nesledovala jednotlivé typy drog odděleně, nelze tedy hodnotit rozdíly ani vývojové trendy z hlediska typu drogy.

²⁶ Jednalo se o kvótní výběr reprezentativní z hlediska pohlaví, věku a regionální příslušnosti; sběr dat prováděla agentura INRES-SONES.

obrázek 2-1: Celoživotní prevalence zkušeností respondentů s užitím jakékoliv nelegální drogy podle věkových skupin v r. 1996–2006, v % (Prajsová and Csémy, 2008)



2.1.3 Celopopulační studie o užívání drog v r. 2008

V roce 2008 se připravuje další vlna celopopulační studie zaměřené pouze na užívání nelegálních drog (v kontextu užívání alkoholu a tabáku) – cílem studie je zmapovat nové trendy v oblasti užívání drog v obecné populaci a porovnat vývoj situace mezi r. 2004 a 2008. Studie bude metodologicky vycházet z posledního dostupného průzkumu z r. 2004, dotazník bude obsahovat blok otázek převzatých z Evropského modelového dotazníku (European Model Questionnaire, EMQ) věnovaných prevalenci a frekvenci užívání vybraných nelegálních drog v celoživotním horizontu, posledních 12 měsících a posledních 30 dnech, dále blok 6 otázek věnovaných intenzivnímu užívání konopných látek (francouzská škála CAST – Cannabis Abuse Screening Test) a otázky zaměřené na zapojení konzumentů do trhu s konopnými drogami a na tržní mechanismy. Sběr dat je plánován na říjen a listopad 2008.

V rámci přípravné fáze studie se ČR zapojila také do projektu Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) zaměřeného na pilotní testování modulu otázek týkajících se dostupnosti nelegálních drog v populaci.

2.2 Užívání drog ve školní populaci

2.2.1 Studie ESPAD

V r. 2007 se ČR již počtvrté zapojila do Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). V rámci studie bylo osloveno celkem 3 901 šestnáctiletých studentů (narozených v r. 1991) z prvních ročníků středních škol (cca 2/3 respondentů) a 9. tříd základních škol (cca 1/3 respondentů). Jednotlivé školy a třídy byly vybrány náhodně tak, aby byl výsledný vzorek reprezentativní z hlediska typu školy (gymnázia, střední odborné školy, střední odborná učiliště, základní školy) a regionu; celkem se do studie v r. 2007 zapojilo 351 českých škol.

Alespoň jednu zkušenost s užitím nelegálních drog mělo v r. 2007 celkem 46,6 % respondentů, v naprosté většině se jednalo o konopné látky (45,1 %). Přibližně u poloviny z těch, kteří uvedli zkušenost s užitím konopných látek, se jednalo o jednorázovou zkušenost, polovina respondentů uvedla, že užila konopné látky více než pětkrát v životě.

Jinou nelegální drogu než konopné látky užilo v životě 13,5 % respondentů, nejčastěji se jednalo o lysohlávky nebo jiné přírodní halucinogeny (7,4 %), LSD (4,9 %) a extázi (4,5 %). Zkušenost s užitím pervitinu uvedlo 3,5 % dotázaných, prevalence zkušeností s ostatními nelegálními drogami nedosahuje 2 % – tabulka 2-1. Relativně časté jsou zkušenosti studentů s užíváním sedativ (9,1 %), těkavých látek (7,0 %) a anabolických steroidů (4,2 %), časté je užívání alkoholu v kombinaci s léky (Csémy et al. 2008). Zkušenosti s nelegálními drogami mají častěji chlapci, výjimkou je užití léků se sedativním účinkem a užití heroínu nebo jiných opiátů, kde více zkušeností uvedly dívky.

tabulka 2-1: Celoživotní prevalence zkušeností s užitím vybraných látek ve studii ESPAD 2007, v % (Csémy et al. 2008)

Celoživotní prevalence	Chlapci	Dívky	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	49,4	44,0	46,6
Jakákoliv nekonopná droga	14,8	12,2	13,5
Konopné látky	47,9	42,5	45,1
Lysohlávky, jiné přírodní halucinogeny	9,3	5,7	7,4
Těkavé látky	6,9	7,0	7,0
LSD	5,4	4,6	4,9
Extáze	4,8	4,3	4,5
Steroidy	6,6	2,2	4,2
Pervitin	3,4	3,6	3,5
Heroin, opiáty	1,5	2,4	2,0
Kokain	1,2	0,8	1,0
Crack	1,2	0,5	0,8
GHB	0,9	0,3	0,6
Sedativa	6,1	11,7	9,1
Alkohol+léky	13,6	22,9	18,5
Injekční aplikace drogy	1,0	0,6	0,8

V posledních 12 měsících užilo nelegální drogu 36,3 % respondentů, nejčastěji uváděnou drogou byly opět konopné látky (34,8 %). Jiné nelegální drogy užila přibližně 3 % studentů – tabulka 2-2. V posledních 30 dnech užilo konopné látky 18,1 % studentů, minimální počet respondentů uvedl užití jiných nelegálních drog.

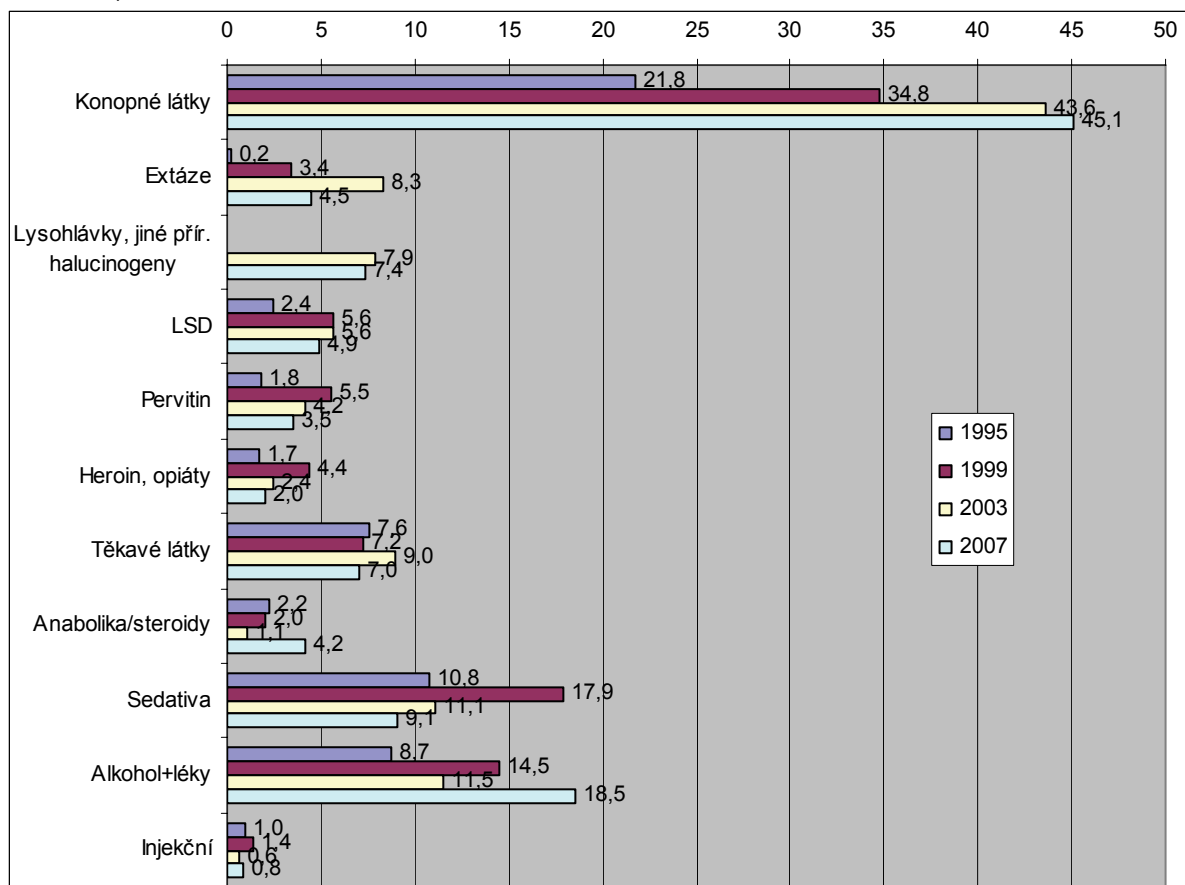
tabulka 2-2: Prevalence zkušeností s užitím vybraných látek v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech ve studii ESPAD 2007, v % (Csémy et al. 2008)

Droga	Prevalence v posledních 12 měsících			Prevalence v posledních 30 dnech		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	39,1	33,7	36,3	21,9	16,5	19,1
Jakákoliv nekonopná droga	8,9	6,8	7,8	3,7	2,7	3,2
Konopné látky	37,8	32,1	34,8	20,9	15,6	18,1
Těkavé látky	3,4	3,3	3,4	1,9	1,5	1,7
Lysohlávky, jiné přírodní halucinogeny	4,1	2,4	3,2	0,8	0,4	0,6
Extáze	3,0	2,9	3,0	1,4	0,9	1,2
LSD	3,0	2,3	2,7	1,4	0,9	1,1
Pervitin	2,3	2,0	2,1	1,2	1,2	1,2
Heroin, opiáty	1,2	1,2	1,2	0,7	0,5	0,6
Kokain	0,8	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3

Srovnání s předchozími vlnami studie potvrzuje trendy naznačované výsledky studie HBSC v r. 2006; výrazný nárůst zkušeností s drogami, a především konopnými látkami, který byl pozorovaný v průběhu 90. let, se zastavil a situace se stabilizovala. Od konce 90. let dochází k poklesu zkušeností s ostatními sledovanými nelegálními drogami – extází, pervitinem, opiáty, LSD, lysohlávkami, a dokonce i těkavými látkami a léky se sedativním účinkem – obrázek 2-2. Výjimkou je nárůst časté kombinace alkoholu a léků, stejně jako užití anabolických steroidů (Csémy et al. 2008).

Oproti minulému období narůstá subjektivně vnímaná dostupnost konopných látek (celkem snadno nebo velmi snadno by sehnalo konopné látky 65,6 % respondentů (oproti 57,8 % v r. 2003), naopak subjektivně vnímaná dostupnost jiných nelegálních drog klesá – extázi by snadno získalo 22,8 % respondentů (oproti 31,8 % v r. 2003), pervitin nebo amfetaminy 9,5 % dotázaných (12,7 % v r. 2003).

obrázek 2-2: Trendy vývoje celoživotní prevalence zkušeností s nelegálními drogami ve studii ESPAD 2007, v % (Csémy et al. 2008)



Rozsah zkušeností s užitím jednotlivých nelegálních drog se liší mezi regiony ČR; mezi regiony s vyššími udávanými zkušenostmi s užitím nelegálních drog patří především kraje Ústecký, Karlovarský, Liberecký a Olomoucký, naopak nejméně zkušeností uvádějí studenti z krajů Vysočina, Zlínského a Pardubického – mapa 2-1. Oproti předchozím studiím z let 1999 a 2003 ztrácí Praha svou pozici kraje s nejvyšší hlášenou prevalencí užití návykových látek. Ukazuje se, že rozdíly mezi jednotlivými regiony se postupně zmenšují a napříč regiony se vyrovnává rovněž subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek.

mapa 2-1: Celoživotní prevalence užití konopných látek podle krajů ČR ve studii ESPAD 2007, v % (Csémy et al. 2008)



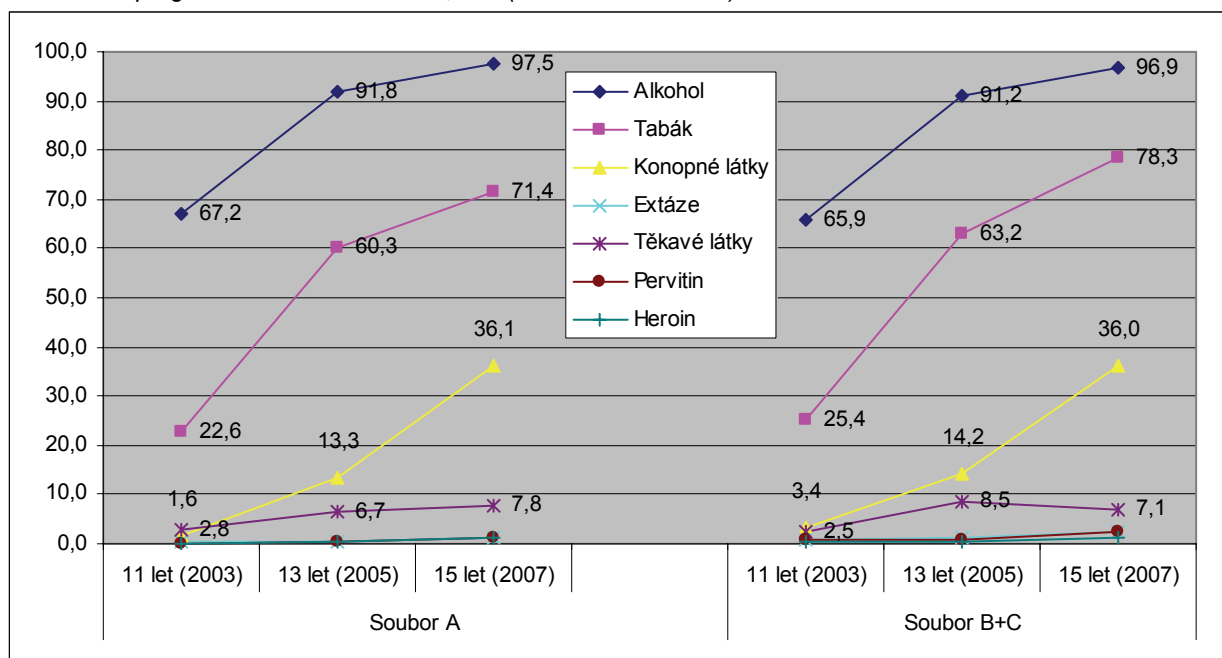
2.2.2 Školní průzkumy regionálního rozsahu

Kromě celonárodní studie ESPAD bylo v r. 2007 realizováno několik školních šetření na místní úrovni – k dispozici jsou výsledky dotazníkového průzkumu realizovaného v rámci projektu Evaluace komunitního programu primární prevence o. s. Prev-Centrum z Prahy 6 a šetření mezi dětmi 5.–9. tříd ZŠ v Praze 2.

Projekt Evaluace komunitního programu primární prevence o. s. Prev-Centrum sledoval v průběhu 5 let vývoj postojů a zkušeností žáků vybraných základních škol s užíváním tabáku, alkoholu a některých nelegálních drog; výsledky byly použity k hodnocení dopadů preventivních intervencí na školách – blíže viz kapitolu Prevence (str. 32). V r. 2003 byli sledováni žáci 5. tříd ZŠ (celkem 1 178 dětí), v r. 2005 titíž žáci v 7. třídě ZŠ (celkem 1 142 dětí) a v r. 2007 žáci 9. tříd (celkem 1 077 dětí); do projektu se zapojilo celkem 25 škol. Soubor byl rozdělen na dvě podskupiny – soubor A (experimentální soubor) zahrnoval třídy, které byly zapojeny do pětiletého preventivního programu realizovaného o. s. Prev-Centrum, soubory B a C tvořily kontrolní skupinu, tj. jednalo se o třídy, které do programu zapojeny nebyly. Pro hodnocení rozsahu užívání návykových látek byl použit mírně modifikovaný a zjednodušený dotazník ESPAD.

Šetření ukázalo, že mezi 11letými dětmi (5. třída ZŠ) jsou relativně rozšířené zkušenosti s pitím alkoholu (67 % v souboru A, 66 % v souboru B+C) a kouřením cigaret (23 %, resp. 25 %), těkavé látky užila necelá 3 % dotázaných v obou skupinách, konopné látky 2 %, resp. 3 % (Miovská et al. 2008). Ve věku 13 let byl v obou skupinách zaznamenán výrazný nárůst zkušeností s alkoholem (více než 90 %) a s kouřením (zkusilo více než 60 % dětí), k nárůstu zkušeností došlo i u nelegálních drog. Zkušenost s konopnými látkami ve věku 13 let uvedlo 13–14 % dotázaných, těkavé látky zkusilo 7–8 % respondentů. Další nárůst byl pozorován po dvou letech ve věku 15 let – alkohol v posledních 30 dnech užilo téměř 70 % dětí, cigarety kouřila více než třetina respondentů. Zkušenost s konopnými látkami uvedlo 36 % 15letých, v posledních 30 dnech užilo marihuanu nebo hašiš 14–16 % dotázaných. Extázi v životě zkusilo 1–2,5 % žáků, obdobně jako pervitin, zkušenost s heroinem uvedlo 1 % dotázaných. Relativně vysoké jsou zkušenosti s těkavými látkami – užití v životě uvedlo 7–8 % respondentů – obrázek 2-3.

obrázek 2-3: Celoživotní prevalence zkušeností s návykovými látkami ve věku 11, 13 a 15 let podle evaluace komunitního programu o. s. Prev-Centrum, v % (Miovská et al. 2008)



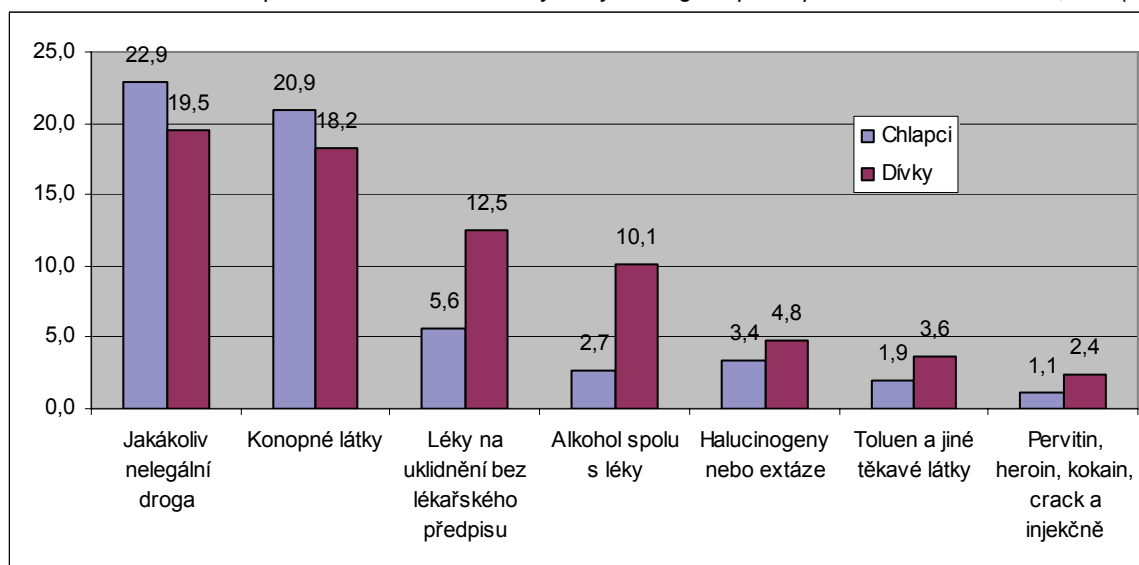
V r. 2007 zadala Městská část Praha 2 zpracování školní dotazníkové studie zaměřené na způsob trávení volného času a sklon k rizikovému chování (např. užívání návykových látek, šikana a násilí, hazardní hry, sexuální zkušenosti a postoje), cílovou populací byly 5.–9. třídy ZŠ z Prahy 2; do šetření se zapojilo celkem 55 tříd v 10 školách, dotázáno bylo 803 žáků. Použit byl dotazník ESPAD (otázky týkající se legálních a nelegálních drog) kombinovaný s dotazníkem SAHA (Social and Health Assessment), který se více zaměřuje na rizikové a protektivní faktory sociálního vývoje mládeže. Oproti původním dotazníkům se jednalo o zkrácené verze, aby byl výsledný dotazník srozumitelný i pro 11leté žáky a aby jeho vyplňování netrvalo déle než jednu vyučovací hodinu (tj. 45 minut). Podmínkou studie byl informovaný souhlas rodičů se zapojením dítěte do studie; sběr dat proběhl v listopadu/prosinci 2007 (Vacek, 2008).

Podle výsledků studie má zkušenost s kouřením tabáku celkem 48,1 % všech dotázaných (11,8 % žáků 5. tříd až 67,7 % žáků 9. tříd), denně kouří 5,8 % chlapců a 9,5 % dívek (necelá 1 % žáků 5. tříd a 17 % žáků 9. tříd). Alkohol v životě ochutnalo 79,9 % dotázaných (51,0 % žáků 5. tříd a 98,7 % žáků 9. tříd), nejoblíbenějším druhem alkoholu je pivo (47 %) (Vacek, 2008).

Jakoukoliv nelegální drogu v životě zkusilo 21,1 % respondentů, z toho konopné látky 19,5 %, halucinogenní houby 2,8 %, LSD nebo jiné halucinogeny 1,9 %, extázi 1,0 % dotázaných. Těkavé látky zkusilo 2,8 % respondentů,

anabolické steroidy 2,2 % dotázaných. Zkušenosti s užitím konopných látek mají častěji chlapci, oproti tomu zkušenost s jinými nelegálními drogami uváděly častěji dívky; rozdíly podle pohlaví – obrázek 2-4.

obrázek 2-4: Celoživotní prevalence zkušeností s vybranými drogami podle pohlaví u žáků 5.–9. tříd, v % (Vacek, 2008)



Zatímco v 5. třídě uvádělo zkušenost s nelegální drogou 2,8 % žáků (11 let), v 6. třídě (12 let) 4krát více žáků, v 7. a 8. třídě (13 a 14 let) asi čtvrtina dotázaných a v 9. třídě (15 let) již více než 40 % dotázaných. K největšímu nárůstu zkušeností dochází v případě konopných látek mezi 6. a 7. třídou, dále pak mezi 8. a 9. třídou, v případě halucinogenů nebo extáze a problémových drog typu kokain, pervitin a heroin mezi 8. a 9. třídou – tabulka 2-3.

tabulka 2-3: Zkušenosti s užitím nelegálních drog podle ročníků, v % (Vacek, 2008)

Droga	5. třída (N=144)	6. třída (N=163)	7. třída (N=156)	8. třída (N=184)	9. třída (N=156)
Jakákoliv nelegální droga	2,8	8,7	26,3	25,5	40,4
Konopné látky	2,8	7,5	24,7	22,3	39,0
Léky na uklidnění bez lékařského předpisu	1,4	3,1	13,6	11,4	15,9
Alkohol spolu s léky	0,0	1,3	5,2	7,7	18,3
Halucinogeny nebo extáze	0,0	1,2	2,6	5,4	11,0
Toluén a jiné těkavé látky	0,0	1,3	2,6	4,4	5,3
Crack, kokain, pervitin, heroin a injekčně	0,0	0,0	2,6	1,6	4,6

Nejčastěji uváděnými důvody prvního experimentu s nelegální drogou byly zvědavost (57 %), snaha zapomenout na starosti (14 %) a touha dostat se do nálady (13 %), 7 % respondentů užilo drogu z důvodu, aby netrhlo partu (Vacek, 2008).

2.3 Užívání drog ve specifických skupinách populace

V r. 2007 byl opět realizován dotazníkový průzkum mezi příznivci taneční hudby Tanec a drogy, který byl zaměřen na rozsah a způsoby užívání drog v prostředí noční zábavy. Nejsou k dispozici informace o tom, že by byl v r. 2007 realizován jiný průzkum zaměřený na rozsah užívání drog ve specifických skupinách populace. K dispozici jsou pouze omezené informace týkající se problematiky užívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin – blíže viz kapitolu Sociální souvislosti a důsledky užívání drog (str. 84).

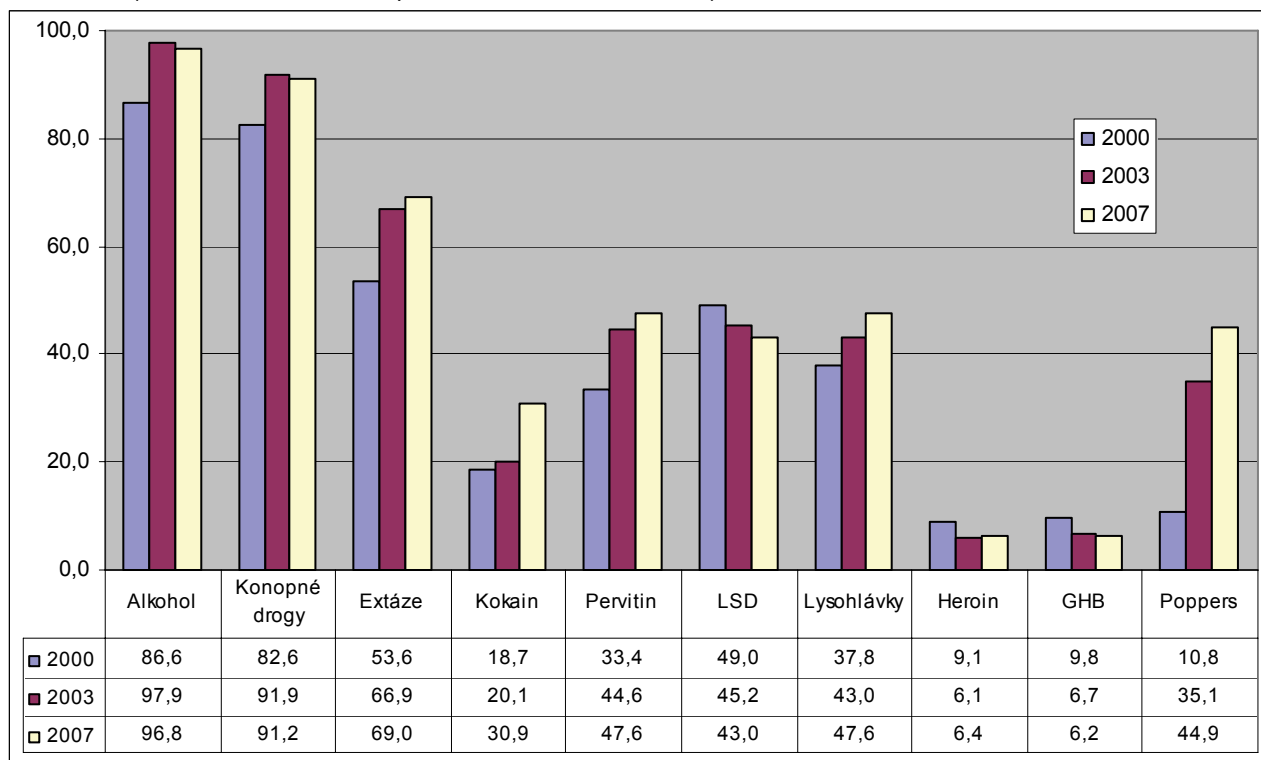
2.3.1 Užívání drog v prostředí noční zábavy

Studie Tanec a drogy 2007 navázala na obdobná šetření z let 2000 a 2003 (Kubů et al. 2000; Kubů et al. 2006) a byla realizována prostřednictvím interaktivních dotazníků umístěných na www.drogy-info.cz. Otázky se týkaly konzumace legálních a nelegálních drog, postojů a kontextu užívání drog mezi příznivci elektronické taneční hudby. Téměř dvě třetiny z 2 443 dotázaných tvořili muži; 95 % osob, které se výzkumu zúčastnily, uvedlo věk mezi 15 a 30 lety.

Podobně jako v předchozích studiích zaměřených na návštěvníky tanečních akcí se i v roce 2007 potvrdila vyšší prevalence užívání nelegálních drog oproti obecné populaci. Významným faktorem je ovšem také nižší věk respondentů. Alespoň jednu zkušenost s konopnými drogami učinilo během svého života 91,9 % respondentů, extázi vyzkoušelo 69,0 %, pervitin a jiné amfetaminy 47,6 % respondentů. Mezi r. 2000 a 2007 je zároveň patrný významný nárůst celoživotní, roční i třicetidenní prevalence užití kokainu, který během posledního roku užila téměř pětina respondentů. Mírný nárůst prevalence se týká i pervitinu – během uplynulého roku jej užilo více než čtvrtina

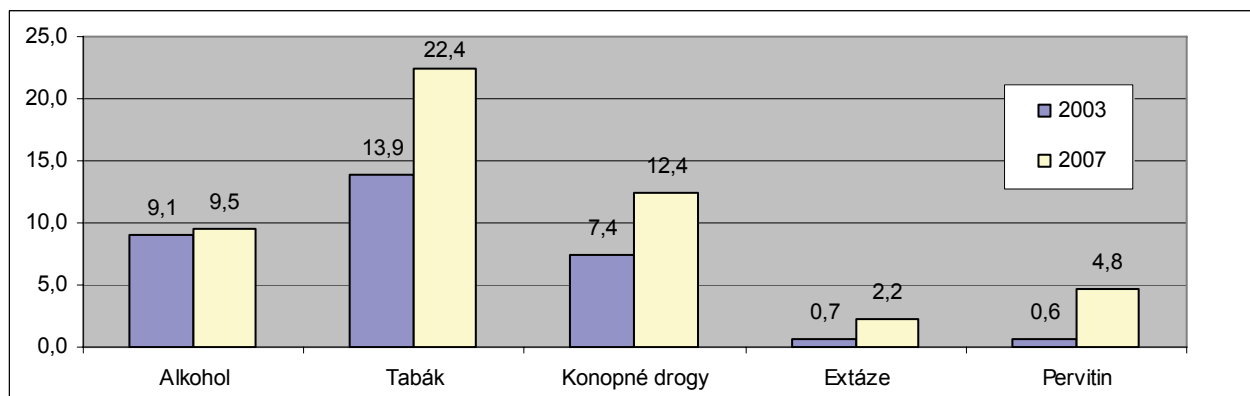
respondentů; mírný pokles byl zaznamenán v prevalenci konzumace extáze, kterou během posledního roku užila necelá polovina dotázaných.

obrázek 2-5: Celoživotní prevalence užití vybraných návykových látek mezi účastníky tanečních akcí v r. 2000, 2003 a 2007, v % (Kubů et al. 2000; Škařupová, 2007; Kubů et al. 2006)



Mezi r. 2000 a 2007 se zvýšila akceptovatelnost a atraktivita kokainu a extáze, naopak se snížila akceptovatelnost halucinogenních drog, GHB, ketaminu a organických rozpouštědel. Oproti r. 2003 se v r. 2007 také snížil počet osob, které řídily nebo měly nehodu pod vlivem alkoholu nebo jiné ilegální látky; přesto za volant pod vlivem drog usedla téměř polovina majitelů řidičského průkazu. Zvýšil se i podíl rizikového užívání drog s ohledem na frekvenci užití v posledním měsíci – patrný je nárůst u všech sledovaných drog.

obrázek 2-6: Průměrný počet dní užívání vybraných drog během posledních třiceti dní (Kubů et al. 2006; Škařupová, 2007)



V populaci příznivců taneční hudby stále trvá poptávka po harm reduction aktivitách v prostředí tanečních akcí. Čtyři pětiny respondentů byly s aktuální dostupností služeb nespokojeny. Na tuto poptávku reaguje v roce 2008 projekt Safer Party Tour 2008, který bude zároveň dalším zdrojem aktuálních dat z prostředí noční zábavy – viz též kapitolu Služby nízkoprahových zařízení (str. 77).

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. Školy realizují tento program samy nebo ho doplňují o programy externích subjektů, především neziskových organizací. 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 indikované prevence jsou zaměřeny na skupiny dětí (resp. mladých lidí), u kterých lze předpokládat zvýšený výskyt rizikového chování. V ČR jsou tyto programy poskytovány nestátními organizacemi nebo specializovanými institucemi; tyto programy jsou orientované především na práci s jednotlivcem a rodinou.

3.1 Všeobecná prevence

Koordinací primární prevence v ČR je pověřeno MŠMT, hlavní cíle v oblasti prevence byly definovány ve Strategii prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství na období 2005–2008. K hlavním cílům patří výchova ke zdravému životnímu stylu, rozvoj a podpora sociálních dovedností, vyšší kvalita a efektivita realizovaných programů (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2004).

V říjnu 2007 vydalo MŠMT Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č. j. 20 006/2007-51, který nahradil dosavadní pokyn č. 14 514/2000-51 z r. 2000. Tento pokyn vymezuje terminologii a začlenění prevence do školního vzdělávacího programu, popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka, definuje minimální preventivní program a doporučuje postupy škol a školských zařízení při výskytu vybraných rizikových forem chování dětí a mládeže. Týká se širokého spektra rizikových jevů, jako je záškoláctví, šikana, rasismus, xenofobie, vandalismus, kriminalita, užívání návykových látek (tabák, alkohol, ilegální drogy), HIV/AIDS, závislost na politickém a náboženském extremismu nebo patologického hráčství. Je také zaměřen na včasné rozpoznání a intervenci v případě domácího násilí, týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže a poruch příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie).

Pokyn poprvé zavádí do slovníku MŠMT pojmy všeobecná, selektivní a indikovaná specifická primární prevence a definuje obsah, cíle a strukturu školní preventivní strategie (dlouhodobý koncepční dokument školy) a minimálního preventivního programu (jednoletý akční plán školy). Je také popsán systém organizace a řízení primární prevence ve školách a úlohy jednotlivých orgánů (MŠMT, krajských úřadů) a zodpovědných osob (krajského školského koordinátora prevence, metodika prevence v pedagogicko-psychologické poradně, ředitele školy, školního metodika prevence, třídního učitele). V přílohách jsou uvedeny doporučené postupy při výskytu sociálně negativních jevů ve škole, doporučení na úpravu školního řádu a dále také vzor souhlasu s orientačním testováním žáka na přítomnost drog.

Pro hodnocení kvality poskytovaných programů specifické primární prevence byly v r. 2005 definovány standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2005). V obecné části definují standardy základní kritéria pro poskytování všech preventivních programů (např. časová a prostorová ohraničenost programu, definovaná cílová skupina, dostupnost programu, personální a ekonomické požadavky na realizaci programu), ve specifické části jsou definována kritéria pro poskytování různých typů programů: (1) programů specifické primární prevence poskytované v rámci školní docházky, (2) programů specifické primární prevence poskytované mimo rámec školní docházky, (3) programů včasné intervence, (4) vzdělávacích programů v oblasti specifické primární prevence a (5) ediční činnosti v oblasti primární prevence. Programy, které žádají o certifikaci, tedy formální uznání kvality programu, musí splňovat všechny obecné standardy a specifické standardy definované pro daný typ programu. Proces certifikace programů primární prevence byl zahájen v r. 2006, získání certifikace je (počínaje programy realizovanými v r. 2008) podmínkou pro žádost o dotaci ze státního rozpočtu na realizaci preventivních aktivit (Agentura pro certifikace, 2008). V r. 2007 byla zahájena revize stávajících standardů, cílem je rozšířit je i na další oblasti rizikového chování.

Do 10. 4. 2008 požádalo o certifikaci celkem 38 zařízení v rozsahu 51 programů. Podmínkám certifikace vyhovělo 33 zařízení se 45 programy a nevyhovělo 5 zařízení se 6 programy (Agentura pro certifikace, 2008). Počty certifikovaných programů podle typu programu – zobrazuje tabulka 3-1.

tabulka 3-1: Certifikované programy specifické primární prevence podle typu v r. 2006–2008, do 10. 4. 2008 (Agentura pro certifikace, 2008)

Typ programu	Počet programů
Programy specifické PP poskytované v rámci školní docházky	30*
Programy specifické PP poskytované mimo rámec školní docházky	4
Programy včasné intervence	3
Vzdělávací programy v oblasti specifické PP	4
Ediční činnost v oblasti PP	2
Celkem	43*

Pozn.: * U dalších 2 programů proběhlo místní šetření a čeká se na potvrzení certifikace Výborem pro udělování certifikací.

Nejvíce certifikací bylo uděleno preventivním programům poskytovaným v rámci školní docházky, což odpovídá i faktu, že největší podíl z celkového množství preventivních aktivit je realizován právě ve školách.

3.1.1 Realizace preventivních programů ve školách a školských zařízeních

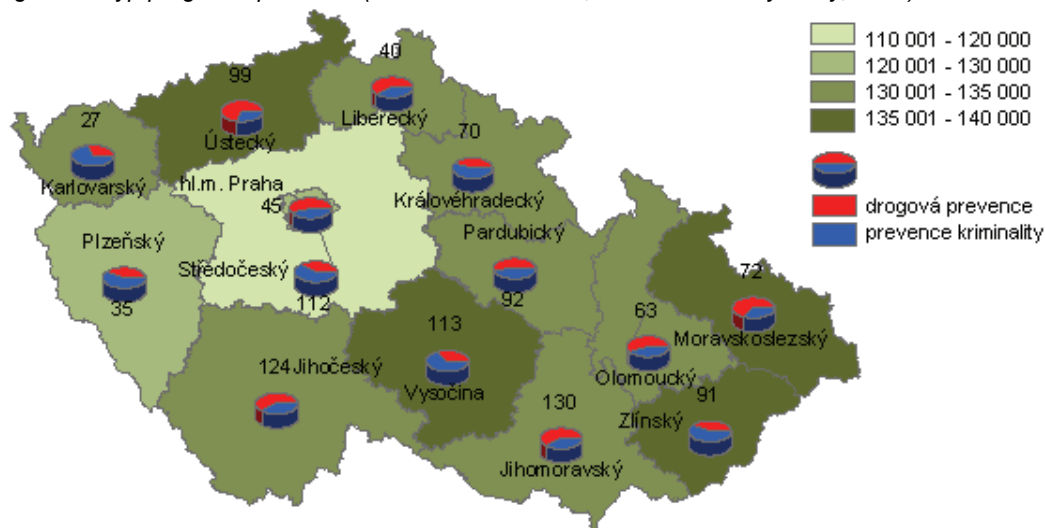
Základním nástrojem pro realizaci prevence ve školách je minimální preventivní program definovaný MŠMT; jeho realizace je závazná a podléhá kontrole České školní inspekce.

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 MPP na škole zajišťuje školní metodik prevence, a to ve spolupráci s dalšími pedagogy. 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).

Na realizaci preventivních programů na školách poskytuje finanční prostředky MŠMT formou dotace jednotlivým krajům, které prostředky dále rozdělují školám a školským zařízením (v rámci dotačního Programu I) na základě předložených projektů; tyto státní prostředky jsou v různé míře doplněny z rozpočtů jednotlivých krajů, případně obcí – blíže viz kapitolu Rozpočty a financování (str. 12). Dále MŠMT poskytuje dotace nestátním organizacím (v rámci dotačního Programu II) a ústavním zařízením, tj. školským zařízením pro výkon ústavní či ochranné výchovy nebo výchovně preventivní péče (v rámci dotačního Programu III). V r. 2007 bylo v rámci Programu I přes krajské úřady rozděleno 14 mil. Kč, z toho 7 mil. Kč na programy drogové prevence a 7 mil. Kč na programy ostatních sociálně negativních jevů; objem finančních prostředků pro jednotlivé kraje zohledňuje počet žáků a studentů škol ve školním roce 2007/2008. O výběru projektů, které jsou z prostředků MŠMT podpořeny, rozhodují kraje s ohledem na potřeby regionu.

Podrobnější informace o typech podpořených programů jsou k dispozici za r. 2005 a 2006. V r. 2005 bylo podpořeno celkem 1 198 programů, v r. 2006 celkem 1 113 programů (v obou letech částkou 13,5 mil. Kč), což odpovídá přibližně 9,70 Kč na jednoho žáka/studenta v programech. Z toho se jednalo v 52 % případů o programy drogové prevence, v 48 % případů o programy prevence jiných sociálně negativních jevů (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2008). Nejvíce finančních prostředků v přepočtu na obyvatele dostaly kraje Moravskoslezský, Vysočina a Zlínský; nejvíce programů z těchto prostředků financovaly kraje Jihomoravský, Vysočina a Středočeský – mapa 3-1. Zatímco v některých krajích byly podpořeny především projekty drogové prevence (např. Ústecký, Moravskoslezský, Jihomoravský), jiné kraje preferovaly podporu programů prevence jiných jevů (např. Karlovarský, Vysočina, Středočeský).

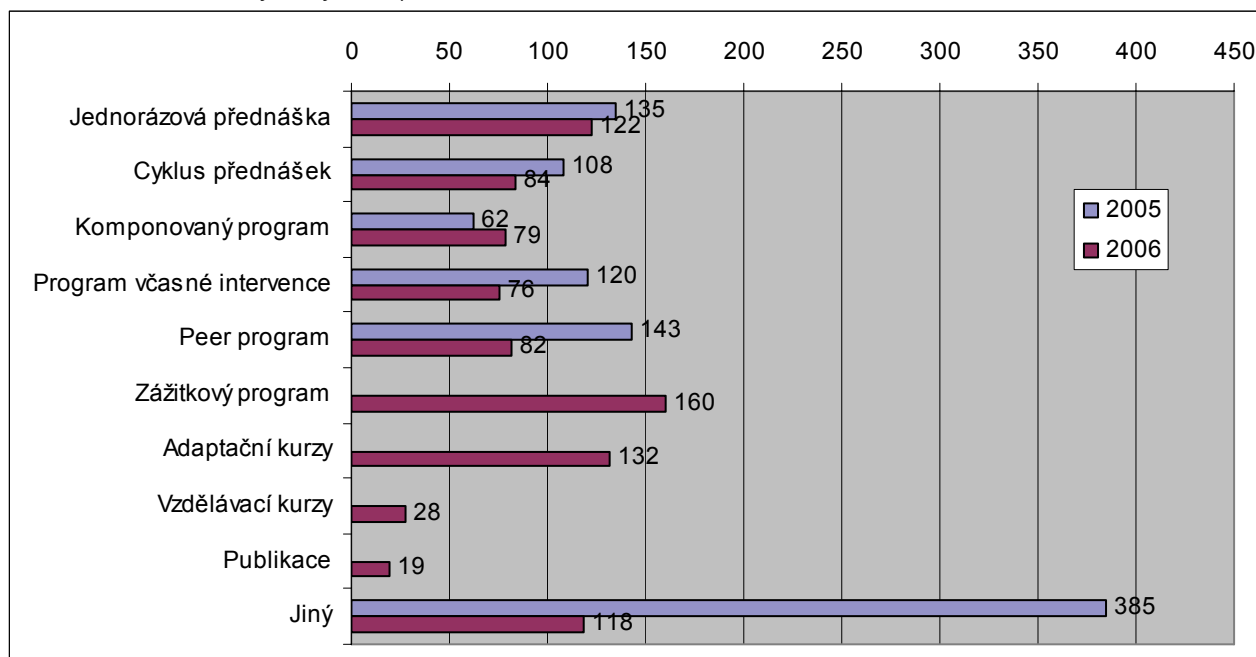
mapa 3-1: Výše dotací na preventivní programy v jednotlivých krajích (v Kč na 100 tis. obyvatel), počet podpořených programů a typ programu prevence (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2008)



Nejčastějším typem podpořených programů byly v r. 2006 zážitkové programy (17,8 %), adaptační kurzy (14,7 %) a jednorázové přednášky, besedy a semináře (13,6 %). Oproti r. 2005 kleslo zastoupení programů na principu vrstevnického přístupu (peer programů), programů včasné intervence a dlouhodobých cyklů přednášek a seminářů (realizovaných v průběhu 1 a více roků) – obrázek 3-1. Kategorie jiných programů byla vzhledem k četnému zastoupení programů v r. 2005 dále rozdělena na zážitkové programy, adaptační kurzy, vzdělávací kurzy a publikační činnost. V 82 % případech šlo o programy realizované v rámci školní výuky, v 17 % o programy realizované mimo školní docházku.

V rámci těchto programů bylo v r. 2006 osloveno celkem 114 368 osob, z toho 103 031 žáků a studentů škol (90 %) a 11 337 dospělých, převážně pedagogů, školních metodiků prevence a výchovných poradců na školách, ovšem do programů se zapojili také rodiče, zástupci policie a veřejnost (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2008).

obrázek 3-1: Typy preventivních programů realizovaných školami a školskými zařízeními v r. 2005–2006 (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2008)



3.1.2 Preventivní aktivity neziskových organizací

Z celkového počtu 176 programů, kterým byla prostřednictvím dotačního řízení RVKPP poskytnuta dotace ze státního rozpočtu na r. 2007, vykazovalo aktivity v oblasti primární prevence 45 programů, ovšem pouze 35 programů vykazovalo počty škol a osob oslovených v rámci konkrétních preventivních programů. Nejčastěji se jednalo o tzv. centra prevence (18 programů), v 9 případech šlo o programy kontaktních (nízkoprahových) center.

Sledovaných 35 programů působilo v 811 školách v ČR (37 MŠ, 540 ZŠ, 225 SŠ a 9 VOŠ nebo VŠ) a oslovilo více než 100 tis. žáků a studentů těchto škol (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e). Více než 70 tis. z oslovených byli žáci základních škol, téměř 30 tis. tvořili studenti středních škol – tabulka 3-2. Oproti r. 2006 byl zaznamenán nižší počet oslovených škol i výrazně nižší počet oslovených žáků a studentů (101 tis. v r. 2007 oproti 135 tis. v r. 2006).

Z hlediska typu programů převažovaly na základních i středních školách dlouhodobé interaktivní programy (realizované v časovém období 2 a více let), na středních školách tvořily významný podíl také jednorázové přednášky a semináře. Na základních školách jsou relativně časté také dlouhodobé interaktivní programy realizované v průběhu jednoho roku. Na vyšších odborných a vysokých školách jsou realizovány téměř pouze jednorázové přednášky nebo semináře s preventivním obsahem.

V rámci mimoškolních aktivit prevence pro děti a mládež bylo osloveno dalších 4 437 osob, z toho přibližně 3 tis. žáků ZŠ a 1 tis. studentů SŠ a 320 dospělých (jednalo se např. o kurzy pro pracovníky s mládeží a kurzy pro realizátory primární prevence). V rámci preventivních aktivit se skupinami dospělých bylo dále osloveno 1 270 rodičů, 1 477 pedagogů a 560 policistů. Nejčastěji (85 %) se jednalo o jednorázové přednášky, besedy a semináře (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e).

tabulka 3-2: Preventivní programy poskytované NNO – počty oslovených škol a žáků/studentů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e)

Typ programu		MŠ	ZŠ	SŠ	VOŠ	VŠ	Celkem
Jednorázová přednáška nebo seminář	Školy	-	76	73	5	3	157
	Osoby	-	5 625	6 688	106	202	12 621
Jednorázový komponovaný pořad	Školy	-	8	8	-	-	16
	Osoby	-	1 847	1 280	-	-	3 127
Cyklus přednášek nebo komponovaných pořadů	Školy	-	8	24	1	-	33
	Osoby	-	851	1 329	77	-	2 257
Dlouhodobý interaktivní program (1letý)	Školy	37	74	22	-	-	133
	Osoby	1 618	5 452	1 227	-	-	8 297
Dlouhodobý interaktivní program (2 a víceletý)	Školy	-	333*	84**	-	-	417
	Osoby	-	55 598*	16 852**	-	-	72 450
Program včasné intervence	Školy	-	30***	-	-	-	30
	Osoby	-	793***	-	-	-	793
Peer program	Školy	-	5	1	-	-	6
	Osoby	-	430	60	-	-	490
Jiný	Školy	-	6	13	-	-	19
	Osoby	-	253	1 396	-	-	1 649
Celkem	Školy	37	540	225	6	3	811
	Osoby	1 618	70 849	28 832	183	202	101 684

Pozn.: * Z toho 97 škol a 22 575 oslovených vykazalo Centrum primární prevence Renarkon, Ostrava. ** Z toho 45 škol a 11 068 oslovených vykazalo Centrum primární prevence Renarkon, Ostrava. *** Z toho 27 škol a 720 oslovených vykazalo Centrum primární prevence o. s. Prev-Centrum, Praha 6.

3.1.3 Projekt EU-DAP

V r. 2007 (resp. školním roce 2007/2008) se ČR zapojila do evropského preventivního projektu EU-DAP (European Drug Addiction Prevention); program je zaměřen na zvyšování sociálních kompetencí žáků základních škol ve věku 12–14 let. Projekt v ČR testuje metodiku programu, která byla vytvořena ve vybraných zemích EU v r. 2002–2005. V září 2007 bylo na vybraných školách v ČR provedeno vstupní testování žáků (jejich znalostí a zkušeností), další testování žáků proběhlo po ukončení preventivního programu v červnu 2008. Další testování jsou plánována po 3, 6 a 9 měsících po ukončení programu ve třídě.

ČR je zapojena také do pokračování navazujícího projektu EU-DAP2, jehož cílem je ověřit možnosti implementace programu CSI (Comprehensive Social Influence) zaměřeného na trénink sociálních dovedností v kombinaci s normativním vzděláváním a osvojením znalostí o návykových látkách – blíže viz VZ 2006.

3.2 Selektivní prevence

Programy selektivní prevence jsou zaměřeny na skupiny dětí (resp. mladých lidí), u kterých lze předpokládat zvýšené riziko výskytu rizikového chování. Může se jednat 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. poruchami pozornosti a hyperaktivitou (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).

Již dříve se prokázalo, že mezi efektivní programy selektivní prevence patří programy založené na rodinné terapii a práci s rodinou, na psychoterapii a poradenství, návniku sociálních dovedností; efektivita se prokázala u přístupů založených na nabízení pozitivních alternativ pro rizikové skupiny (např. nízkoprahové kluby pro mládež) a peer programů. Oproti tomu nebyla efektivita prokázána v případě jednorázových přednášek založených na poskytování informací, komponovaných programů a varovných příkladů (Provazník, 1998; Černý and Lejčková, 2007).

Specifickým příkladem programu selektivní prevence je projekt Safer Party Tour 2008 zaměřený na prevenci užívání drog v prostředí tanečních akcí – blíže viz kapitolu Služby nízkoprahových zařízení (str. 77).

3.3 Indikovaná prevence

Programy indikované prevence jsou zaměřeny přímo na ohrožené jedince, kteří již vykazují známky rizikového chování a problematického nebo opakovaného užívání návykových látek. Cílem prevence v této skupině jedinců tedy není zamezit nebo oddálit užívání drog, ale snížit frekvenci užívání návykových látek a snížit rizika a následky 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 orientované téměř výhradně na práci s jednotlivcem a jeho rodinou.

V současnosti není k dispozici detailní přehled o počtech existujících programů selektivní a indikované prevence v ČR. Bližší informace k problematice selektivní a indikované prevence jsou uvedeny ve speciální kapitole VZ 2006 Ohrožené skupiny mladých lidí (str. 79).

3.4 Evaluace preventivních programů

Hodnocení kvality a efektivity poskytovaných preventivních programů je jedním z kritérií povinných pro získání certifikace odborné způsobilosti služeb v oblasti primární prevence (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2005). Znamená to, že by všechny preventivní programy, které získaly certifikaci, měly být průběžně evaluovány.

3.4.1 Evaluace komunitního preventivního programu o. s. Prev-Centrum

V r. 2007 byl ukončen pětiletý projekt Evaluace komunitního programu primární prevence o. s. Prev-Centrum; cílem projektu bylo porovnat dopady působení dlouhodobého komunitního preventivního programu na chování žáků ZŠ, kteří se do programu zapojili, s dopady působení pouze tzv. minimálního preventivního programu na chování kontrolní skupiny žáků z jiných pražských škol. V rámci výzkumu proběhla opakovaná dotazníková šetření mezi žáky 5. tříd ZŠ (11 let; v r. 2003), 7. tříd ZŠ (13 let; v r. 2005) a 9. tříd ZŠ (15 let; v r. 2007) zaměřená na rozsah užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog a na související psychosociální faktory – informace o výsledcích dotazníkových šetření viz kapitolu Užívání drog ve školní populaci (str. 26).

V rámci prvního testování experimentální a kontrolní skupiny 11letých žáků nebyly zjištěny významné rozdíly v přístupu dětí k návykovým látkám; poté byl s experimentální skupinou zahájen komunitní preventivní program. Další retesty žáků ve věku 13 a 15 let ukázaly, že mezi skupinami existují významné rozdíly v užívání alkoholu, v postojích a znalostech o návykových látkách. Rozdíly se neprojeví na úrovni celého vzorku, ovšem prokázala se efektivita programu v oblasti vlivu na užívání návykových látek (zejména alkoholu) v podskupinách dětí z neúplných rodin a dětí, které mají problémy v komunikaci a se vztahy s alespoň jedním z rodičů. Komunitní program se ukázal být u těchto skupin dětí výrazně efektivnější než MPP; program má tedy významný potenciál pro využití na úrovni selektivní prevence (Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze, 2008).

3.4.2 Regionální monitoring školních preventivních programů

V r. 2005–2006 proběhl průzkum primární prevence rizikového chování na ZŠ a SŠ v Pardubickém kraji. Hlavním cílem projektu bylo základní zmapování situace, zjištění jednotlivých aktivit a typů programů a vytvoření základů pro následnou evaluaci programů. Celkem 241 škol bylo osloveno dotazníkem, který vyplňoval metodik prevence příslušné školy, zpět se vrátilo 200 dotazníků (83 %). Po kontrole dotazníků bylo dále analyzováno 172 škol, z toho 115 ZŠ a 57 SŠ. Bylo zjištěno, že 37,4 % ZŠ nerozlišuje nebo rozlišuje nedostatečně věk žáků při realizaci preventivních programů. Nejvíce aktivit je zaměřeno na prevenci zneužívání návykových látek a výchovu ke zdravému životnímu stylu, následují šikana a rasismus. Samostatný program zaměřený na návykové látky realizuje 8 % ZŠ na 1. stupni, 20 % na 2. stupni a 25 % SŠ (Dvořák and Ďurech, 2007).

Nejčastěji používanou metodou při realizaci preventivních programů jsou přednášky, a to i na prvním stupni ZŠ. Nejčastějším realizátorem přednášek byla policie nebo městská policie. Peer programy jsou využívány necelými 10 % ZŠ a cca 20 % SŠ. Ačkoliv SŠ uvedly častější realizaci programů, než je tomu v posledních ročnících ZŠ, programy na SŠ jsou co do použitých metod méně pestré. Nejčastěji jsou žáci informováni o rizikových látkách. Poskytování informací o možnostech pomoci při problémech s užíváním nebo o snižování rizik případného užívání je relativně malá; stejně tak je relativně málo častý nácvik dovedností a technik – tabulka 3-3. Nejčastější formou spolupráce s rodiči jsou třídní schůzky (cca 90 %) a individuální poradenství (cca 40 % škol). Speciální setkání s rodiči zaměřená na návykové látky uvádí 16 % ZŠ v posledních ročnících a 7 % SŠ. Provádění průzkumů zaměřených na výskyt sociálně nežádoucích jevů uvádí 50–60 % škol. Jen necelých 10 % škol uvedlo vyhodnocení efektivity realizovaných preventivních programů (Dvořák and Ďurech, 2007).

tabulka 3-3: Obsah aktivit zaměřených na primární prevenci užívání návykových látek na ZŠ a SŠ Pardubického kraje v r. 2005–2006, v % škol (Dvořák and Ďurech, 2007)

Téma	1. stupeň ZŠ	6.–7. třída ZŠ	8.–9. třída ZŠ	SŠ
Informace o rizikových látkách	55	77	87	86
Informace o rizikovém chování	52	76	83	86
Informace o možnostech pomoci při problémech s užíváním návykových látek	43	70	80	72
Informace o zdravém životním stylu	67	76	85	79
Informace o způsobech odmítání	50	70	78	49
Informace o možnostech pomoci při snižování rizik užívání a závislosti	20	34	43	46
Nácvik dovednosti odmítání	35	58	61	25
Nácvik technik posilujících sebevědomí a sebedůvěru	37	51	60	46
Nácvik relaxačních, uvolňovacích technik	33	34	39	32
Volnočasové aktivity nespecifické primární prevence	28	37	40	42
Jiné	2	1	2	0

V r. 2007 v okrese Žďár nad Sázavou realizovala centra prevence ve spolupráci s Centrem adiktologie 1. LF UK v Praze pilotní monitoring aktivit prevence rizikového chování na školách; třídní učitelé a metodici prevence byli dotazováni na požadavky na preventivní programy, spolupráci s externími organizacemi (nestátními organizacemi, pedagogicko-psychologickou poradnou atd.). Do monitoringu se zapojilo 81 % oslovených třídních učitelů, což hovoří o vysokém zájmu učitelů o preventivní aktivity realizované externími subjekty (Soukal et al. 2007).

Na projektech externích organizací jsou nejvíce oceňovány interaktivní přístup, komplexnost programů a pozitivní vliv programů na klima ve třídách; největší poptávka ze strany učitelů byla po programech zaměřených na nejvíce rozšířené rizikové chování ve školách: kouření, konzumaci alkoholu a užívání marihuany (a dalších nelegálních drog), na agresivitu, násilí a záškoláctví. Ze strany škol byl negativně hodnocen nedostatek finančních prostředků na objednání kvalitních externích programů. Externí subjekty zároveň upozorňují na to, že značná část škol, resp. tříd v regionu není pokryta preventivními aktivitami vůbec; na jedné straně disponují školy omezenými prostředky na preventivní programy, na straně druhé mají externí organizace omezenou kapacitu pro realizaci programů – zvýšená poptávka škol po programech prevence by tak nemohla být uspokojena (Soukal et al. 2007).

3.5 Další aktivity v oblasti prevence

3.5.1 Seznam a definice výkonů v oblasti primární prevence

V r. 2007 vznikl v rámci projektu Pilotní ověření databáze pro evidování výkonů primární prevence realizovaného Centrem primární prevence o. s. Prev-Centrum dokument Seznam a definice výkonů v oblasti primární prevence. V rámci projektu byly v souladu s tímto seznamem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006) a se standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2005) definovány jednotlivé poskytované služby a výkony, které by měly sloužit jako základ standardizace výkonů v oblasti primární prevence a jejich výkaznictví (Václavková and Černý, 2008). Na základě tohoto seznamu výkonů byla připravena a pilotně otestována databáze Prev-Data. Jedná se o nástroj ke sběru dat v oblasti primární prevence (obdobu FreeBase, která slouží pro evidenci výkonů v oblasti harm reduction); tento nástroj by měl usnadnit evidenci poskytovaných služeb prevence v nestátních neziskových organizacích, ale je použitelný i pro další subjekty, které jsou zapojeny do realizace preventivních aktivit (např. pedagogicko-psychologické poradny, školy a školská zařízení). V r. 2008 je používání databáze pilotně testováno na větším počtu subjektů. Aplikace je přístupná na stránkách určených pro správu systému výkaznictví ve všech typech služeb na www.drogovesluzby.cz.

Seznam výkonů v oblasti primární prevence člení výkony do pěti úrovní – jeden typ výkonu může být realizován na různých úrovních, např. blok primární prevence může být realizován na úrovni všeobecné prevence i na úrovni selektivní prevence. Tři roviny jsou definovány podle rizikosti cílové skupiny (tj. programy všeobecné primární prevence, programy selektivní prevence a programy indikované prevence), další úroveň definuje edukativní aktivity (vzdělávání dospělých) a informační servis – tabulka 3-4. Jednotlivé pojmy a výkony jsou dále podrobně definovány; výkon je časově ohraničená jednotka práce s cílovou skupinou, která má jasně definovaný proces a splňuje další kritéria podle Standardů odborné způsobilosti (Václavková and Černý, 2008). Pro každý výkon je definován minimální časový rámec nutný pro jeho realizaci.

tabulka 3-4: Seznam výkonů v oblasti primární prevence podle jednotlivých úrovní (Václavková and Černý, 2008)

Výkony/Úrovně prevence	Všeobecná primární prevence	Selektivní primární prevence	Indikovaná primární prevence	Edukativní aktivity	Informační servis
Blok primární prevence	x	x			
Interaktivní seminář	x				
Beseda	x				
Komponovaný pořad	x				
Pobytová akce	x	x	x		
Skupinová práce			x		
Situační intervence	x	x	x		
Konzultace	x	x		x	
Individuální konzultace			x		
Rodinná konzultace			x		
Telefonická konzultace	x	x	x		
E-mailová konzultace	x	x	x		
Poskytnutí informace osobně	x	x	x	x	x
Poskytnutí informace prostřednictvím telefonu	x	x	x	x	x
Poskytnutí informace prostřednictvím internetu	x	x	x	x	x
Vzdělávací kurz				x	
Vzdělávací seminář				x	
Přednáška				x	
Hospitace				x	
Intervize				x	
Supervize				x	
Pracovní skupina				x	

3.5.2 Webová aplikace a monitorovací dotazníky pro hodnocení v oblasti primární prevence

Občanské sdružení SANANIM spustilo na konci r. 2007 nový on-line nástroj pro hodnocení situace v oblasti primární prevence na školách – web obsahuje dotazníky pro monitoring rizikového chování mezi žáky a studenty škol, podrobná analýza monitoringu umožňuje plánování a pravidelné hodnocení efektivity realizovaných preventivních aktivit na škole. Jednotlivé dotazníky zaměřené např. na duševní pohodu a vztahy, společenské klima, pravidla, školní drogové strategie a preventivní aktivity, postoje a vnímání rizik nebo drogové návyky jsou k dispozici na webové stránce www.odrogach.cz, spolu s dotazníky pro rodiče a učitele. Testy jsou anonymní a veškerá získaná data jsou zabezpečena tak, aby k nim měla přístup pouze škola sama. Webová aplikace je jedním z výstupů projektu Evropská zdravá škola a drogy, který je společnou evropskou aktivitou zaměřenou na podporu rozvoje standardů kvality školní drogové prevence; projekt podpořilo také MŠMT (SANANIM, o.s., 2007b).

3.5.3 Metodické centrum prevence v Praze

V r. 2007 byl připraven pilotní projekt metodického centra prevence v Praze. Mělo by plnit metodickou a koordinační funkci v oblasti primární prevence na území hl. m. Prahy, jeho cílem je: (1) podporovat další rozvoj preventivních programů a aktivit v regionu, (2) harmonizovat a provázat existující systémy prevence (3) přispívat ke zvyšování kvality a efektivity preventivních programů, (4) zvyšovat ekonomickou udržitelnost v rámci systému preventivních služeb, (5) přiblížit Prahu v oblasti prevence nejvyspělejšími systémům v Evropě (Miovský, 2008). Počátkem září 2008 bylo otevřeno centrum, pojmenované Pražské centrum primární prevence.

3.5.4 Testování drog na školách

V posledních letech se ze strany škol opět zvedla vlna zájmu o testování studentů na užití nelegálních drog. V r. 2007 se v rámci projektu Škola bez drog začaly na vybraných školách v Jihočeském kraji používat testovací samolepky, které se lepí na předměty, jichž se studenti dotýkají, a zjišťuje se tak přítomnost drog ve škole. Testy neodhalí užívání drog u konkrétních studentů, v případě pozitivního nálezu ve škole je na samotné škole, aby zvolila postup, jak situaci řešit²⁷. O testování nebyli předem informováni studenti ani rodiče (Benešová, 2007).

Některé školy nadále přistupují k testování drog v moči studentů, které je ovšem spojeno s dalšími problémy: screeningové testy nedokážou zachytit všechny typy drog, problémem je spolehlivost testů a nutná další analýza v toxikologické laboratoři v případě pozitivního výsledku, samotný odběr a nakládání se vzorkem moči a také finanční nákladnost testů. Testování na přítomnost drog je podle metodického pokynu MŠMT (viz výše) podmíněno písemným souhlasem rodičů žáků mladších 18 let. Počátkem r. 2008 byly zaznamenány informace o tom, že

²⁷ Všechny výsledky testů dosud takto provedených byly podle publikovaných informací negativní.

vybrané (základní) školy uvažují o testování žáků slinnými testy; v případě podezření na užití nelegálních drog kontaktuje ředitel školy rodiče žáka, a pokud dostane k testování souhlas, je žák odveden k lékařskému odběru slin. Ředitelé škol se odvolávají na to, že je v zájmu rodičů mít jistotu v tom, zda jejich dítě užívá drogy (Suchá, 2008).

Školy, kde testování žáků probíhá, tento přístup velmi podporují, podporu má i mezi regionálními politiky; podle nich se jedná o preventivní opatření. Odborníci opakovaně upozorňují na to, že testování samo o sobě nemůže být považováno za preventivní opatření a v případě represivních důsledků může naopak narušit působení jiných preventivních aktivit a také důvěru a vztahy ve škole. Ukazuje se, že k testování drog přistupují především školy, které nerealizují žádné dlouhodobé preventivní programy a problematiku prevence celkově podceňují (Lidové noviny, 2008).

4 Problémové užívání drog

Problémové užívání drog je podle EMCDDA definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu. Ze skupiny opiátů se v ČR jedná především o heroin a Subutex[®] (sezonně dochází také k užívání opia) – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 48), užívání amfetaminů je v ČR omezeno prakticky pouze na metamfetamin (pervitin)²⁸. Užívání kokainu je v ČR stále na velmi nízké úrovni.

Odhadovaný počet problémových uživatelů v r. 2007 mírně stoupl na cca 30,9 tisíce, na kterých se podílí cca 20,9 tisíce uživatelů pervitinu a cca 10 tisíc uživatelů opiátů. Oproti předchozímu roku poklesl v r. 2007 střední odhad počtu problémových uživatelů opiátů (heroinu i Subutexu[®]), vzrostl naopak odhad počtu problémových uživatelů pervitinu. Injekčně drogy užívá cca 29,5 tisíce osob, tedy většina uživatelů opiátů i pervitinu. Odhad počtu problémových uživatelů drog je nejvyšší v Praze (10 tis.) a Ústeckém kraji (4,1 tis.); současně se jedná o kraje s nejvyšším počtem odhadovaných problémových uživatelů opiátů.

Počet všech žadatelů i žadatelů o první léčbu v r. 2007 mírně vzrostl. K nárůstu došlo zejména u uživatelů pervitinu a mírně také u uživatelů konopných drog, zatímco počet uživatelů opiátů žádajících o léčbu klesl. Došlo k nárůstu počtu injekčních uživatelů drog (IUD), nadále však klesá podíl IUD na všech prvožadatelích jak u pervitinu, tak u heroinu. Průměrný věk uživatelů všech skupin drog vzrostl. Relativní počet žadatelů o léčbu byl nejvyšší v Praze, Ústeckém a Jihomoravském kraji. Pervitin byl nejčastější základní drogou žadatelů o léčbu, a to ve všech krajích, podíl uživatelů opiátů byl tradičně nejvyšší v Praze, Ústeckém a Středočeském kraji.

4.1 Odhady prevalence problémového užívání drog

Prevalenční odhad problémových uživatelů drog pro r. 2007 byl stejně jako v předchozích letech proveden multiplikační metodou s využitím dat z nízkoprahových zařízení. Základem pro výpočet byla data o počtu problémových uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými službami – viz též kapitolu Služby nízkoprahových zařízení (str. 77) extrapolovaná na celkový počet těchto zařízení v ČR. Multiplikátor (in-treatment rate) – odhadovaný podíl problémových uživatelů v kontaktu s těmito zařízeními – byl aktualizován pomocí nominační techniky v samostatném průzkumu Multiplikátor 2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008b). Otázky pro výpočet multiplikátoru zněly: (1) „Kolik osob, které znáte blíže, pravidelně a dlouhodobě užívá opiáty (heroin nebo Subutex[®]) a/nebo pervitin?“, (2) „Kolik z nich bylo během posledních 12 měsíců alespoň jednou v kontaktu s jakýmkoliv kontaktním centrem nebo terénním programem?“. Soubor pro výpočet multiplikátoru čítal 398 klientů nízkoprahových center, kteří vyhověli selekčním kritériím (25 a méně přátel v první otázce a validní odpovědi) a reprezentovali – s výjimkou Pardubického, Karlovarského a Zlínského – všechny kraje ČR a Prahu.

Odhad počtu problémových uživatelů drog byl pro r. 2007 zkonstruován jako součet odhadů pro jednotlivé kraje; ve třech krajích, pro které chyběla aktuální hodnota multiplikátoru, bylo použito hodnoty pro celou ČR bez Prahy²⁹. Multiplikátor pro celou ČR bez Prahy dosáhl hodnoty 68 % (0,68; 95% CI³⁰: 0,66–0,72), hodnota multiplikátoru pro oblast hlavního města byla 76 % (0,76; 95% CI: 0,63–0,90).

Počet problémových uživatelů drog v ČR byl pro r. 2007 odhadnut na 30 900 osob (95% CI: 28 900–32 700), z toho 20 900 (20 400–21 400) uživatelů pervitinu, 5 750 (5 200–6 200) uživatelů heroinu a 4 250 (3 900–4 600) uživatelů Subutexu[®]. Uživatelů opiátů je tedy odhadem celkem 10 000 (9 400–10 600). Počet injekčních uživatelů drog (IUD) byl odhadnut na 29 500 (28 400–30 500).

Prevalenční odhady provedené pomocí multiplikátoru v uplynulých šesti letech zachycuje tabulka 4-1. Oproti r. 2006 došlo k nárůstu celkového počtu problémových uživatelů drog a zároveň přibýlo IUD. Zatímco počet uživatelů pervitinu vzrostl, snížily se odhadované počty uživatelů opiátů – heroinu i Subutexu[®]. S ohledem na šířku intervalů spolehlivosti se však nejedná o významné rozdíly.

Oblastmi s nejvyšším počtem problémových uživatelů jsou tradičně Praha a Ústecký kraj, zároveň jde o oblasti s nejvyšším výskytem užívání opiátů – heroinu i Subutexu[®]. Prevalenční odhady problémového užívání drog podle krajů zobrazuje tabulka 4-2 a mapa 4-1.

²⁸ Fenoménem současnosti a historie užívání pervitinu v ČR od začátku 70. let minulého století v evropském a globálním kontextu se v poslední době zabývaly také články českých (spolu)autorů v zahraniční odborné literatuře (Zábranský, 2007; Griffiths et al. 2008).

²⁹ Situace v Praze je specifická nejen vysokým počtem problémových uživatelů, ale také s ohledem na podíl uživatelů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými službami.

³⁰ Interval spolehlivosti (Confidence Interval) na hladině významnosti 95 % – tj. interval, ve kterém se hodnota nachází s 95% pravděpodobností.

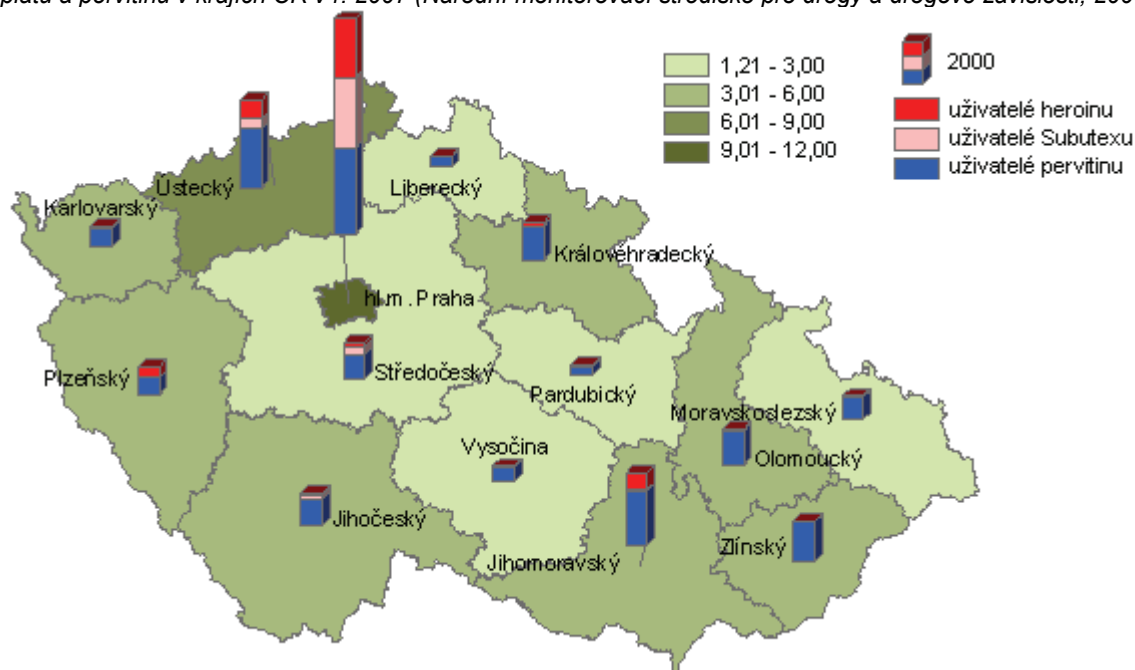
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2007 (Mravčík et al. 2007a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008b)

Rok	Celkový počet problémových uživatelů		Počet uživatelů opiátů		Počet uživatelů pervitinu		Počet IUD	
	Abs.	Na 1 000 os. 15–64 let	Abs.	Na 1 000 os. 15–64 let	Abs.	Na 1 000 os. 15–64 let	Abs.	Na 1 000 os. 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
2007	30 900	4,20	10 000	1,36	20 900	2,84	29 500	4,01

tabulka 4-2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2007 podle krajů ČR (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008b)

Kraj	Celkový počet problémových uživatelů	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet IUD
		Heroin	Subutex®	Celkem		
Praha	10 000	2 750	3 250	6 000	4 000	9 900
Středočeský	1 700	250	300	550	1 150	1 550
Jihočeský	1 500	50	200	250	1 200	1 450
Plzeňský	1 300	500	<50	500	800	1 300
Karlovarský	900	100	<50	100	850	900
Ústecký	4 100	900	450	1 350	2 800	3 950
Liberecký	500	<50	<50	<50	450	500
Královéhradecký	1 750	150	<50	150	1 550	1 750
Pardubický	450	50	<50	50	400	450
Vysočina	700	<50	<50	<50	700	650
Jihomoravský	3 400	800	<50	850	2 550	3 200
Olomoucký	1 650	50	<50	50	1 550	1 400
Zlínský	1 850	<50	<50	<50	1 800	1 500
Moravskoslezský	1 100	100	<50	100	1 000	950
Celkem ČR	30 900	5 750	4 250	10 000	20 900	29 500

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. 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008b)



V r. 2007 byl dále proveden pravidelný reprezentativní sociologický průzkum mezi lékaři ČR (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES - SONES, 2008). Z iniciativy NMS byl do průzkumu zařazen modul s otázkami na prevalenci problémového užívání opiátů a pervitinu v české populaci a také zkušenosti

lékařů s podáváním substituční léčby (výsledky týkající se substituce viz kapitulu Substituce a udržovací programy, str. 57); podobný modul byl zařazen do předchozí vlny stejného průzkumu také v r. 2005 (Mravčík et al. 2006) a srovnatelné otázky byly položeny praktickým lékařům rovněž v průzkumu v r. 2003 (Mravčík et al. 2005b; Mravčík et al. 2005c). Lékařům byly v r. 2007 položeny tyto otázky: (1) „Kolik osob (pojištěnců) je u Vás registrováno?“, (2) „Kolik (podle Vašich informací nebo odhadu) u Vás registrovaných osob užívá injekčně nebo pravidelně nebo dlouhodobě heroin, kolik Subutex® nepředepsaný lékařem a kolik pervitin?“. Průzkumu se v r. 2007 zúčastnilo 146 praktických lékařů pro dospělé a 60 lékařů pro děti a dorost. Výsledky získané od lékařů ze vzorku byly extrapolovány na celkový počet praktických lékařů a pediatrů v ČR.

Pro r. 2007 bylo odhadnuto celkem cca 28 500 (95% CI: 16 000–40 500) problémových uživatelů drog, z toho 16 600 (5 000–28 300) uživatelů pervitinu, 8 100 (5 200–11 050) uživatelů heroinu a 3 500 (1 500–5 500) uživatelů Subutexu®; celkem bylo tedy odhadnuto cca 11 600 (8 100–15 200) uživatelů opiátů. Výsledky z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři ukazuje tabulka 4-3.

tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v r. 2003, 2005 a 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES - SONES, 2008)

Rok	Počet problémových uživatelů celkem		Počet uživatelů opiátů		Počet uživatelů pervitinu	
	Abs.	Na 1000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1000 osob 15–64 let
2003	n.a.	n.a.	21 200	2,6*	–	–
2005	32 000	4,4	17 000	2,3	15 000	2,0
2007	28 500	3,90	11 600	1,6	16 600	2,3

Pozn.: * Na 1000 osob ve věku 18 a více let.

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

V r. 2007 byla zahájena dvouletá výzkumná studie Role lékáren v prevenci infekčních chorob u injekčních uživatelů drog v ČR, ve které byl proveden odhad uživatelů drog, kteří nakupují injekční materiál v lékárnách. Odhadem navštíví lékárny v ČR 10 600 uživatelů drog týdně (tedy cca třetina odhadovaného počtu IUD, resp. problémových uživatelů) – blíže viz kapitolu Prodej injekčních jehel a stříkaček v lékárnách (str. 82).

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), resp. Hygienická stanice hl. m. Prahy. 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 nezdravotnických (např. terapeutické komunity, nízkoprahová centra). Zvlášť jsou evidováni 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 výhradně o zdravotnická zařízení. Podrobná data z registrů ÚZIS jsou uvedena v kapitole Léčba (str. 50).

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, ale také o klientech jiných typů služeb poskytovaných především NNO – viz též kapitoly Léčba (str. 50), Služby nízkoprahových zařízení (str. 77) a Sociální reintegrace (následná péče) (str. 95).

Údaje o klientech léčebných intervencí poskytovaných uživatelům drog ve věznicích popisuje kapitola Zacházení s uživateli drog ve věznicích (str. 96).

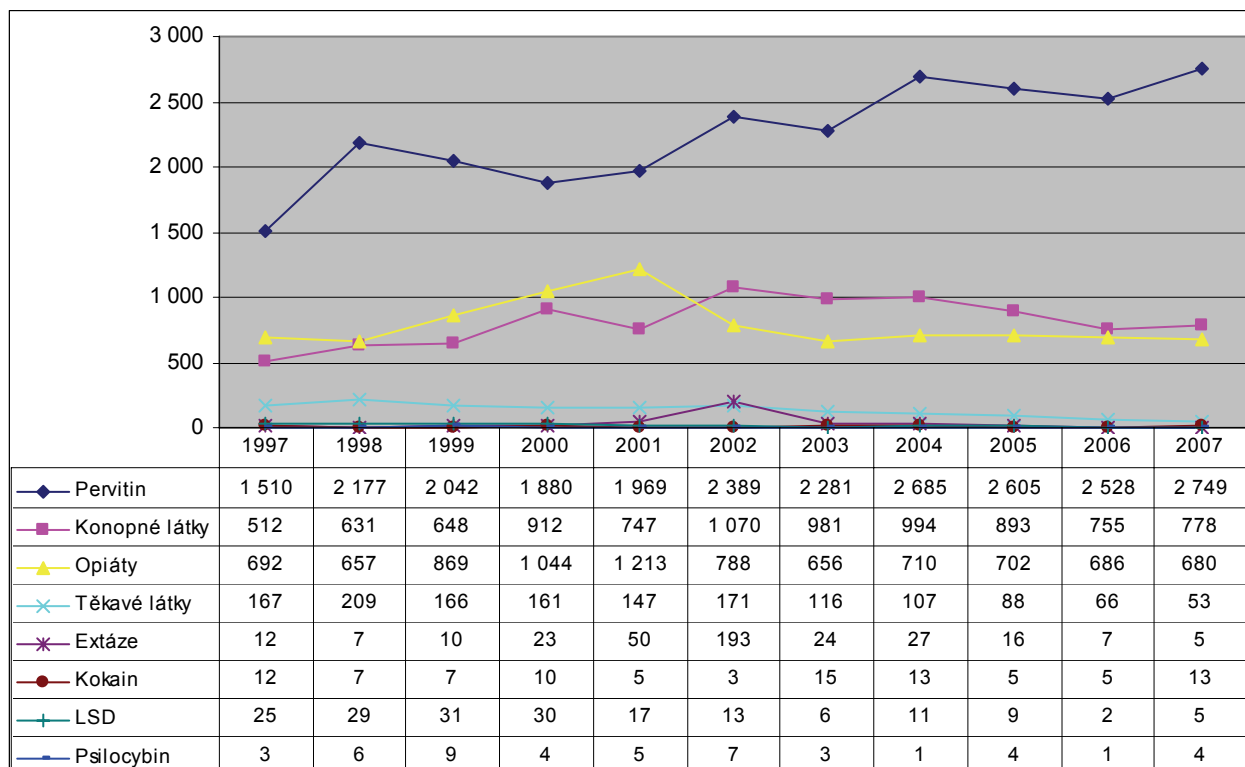
4.2.1 Registr žádostí o léčbu vedený orgány ochrany veřejného zdraví

Registr žádostí o léčbu získal v r. 2007 data z 228 center (68 nízkoprahových, 110 ambulantních a 50 lůžkových zařízení). Nejnavštěvovanějším typem zařízení byla tradičně nízkoprahová centra, jejich klienti tvořili stejně jako v předchozích letech více než polovinu žadatelů – 54,3 % prvožadatelů a 51,5 % všech žadatelů. Nejčastěji jsou mezi centry zastoupena ambulantní zařízení, nicméně na hlášené incidenci, resp. prevalenci léčených uživatelů drog se podílí pouze 23,5 %, resp. 23,3 % (Studničková et al. 2008).

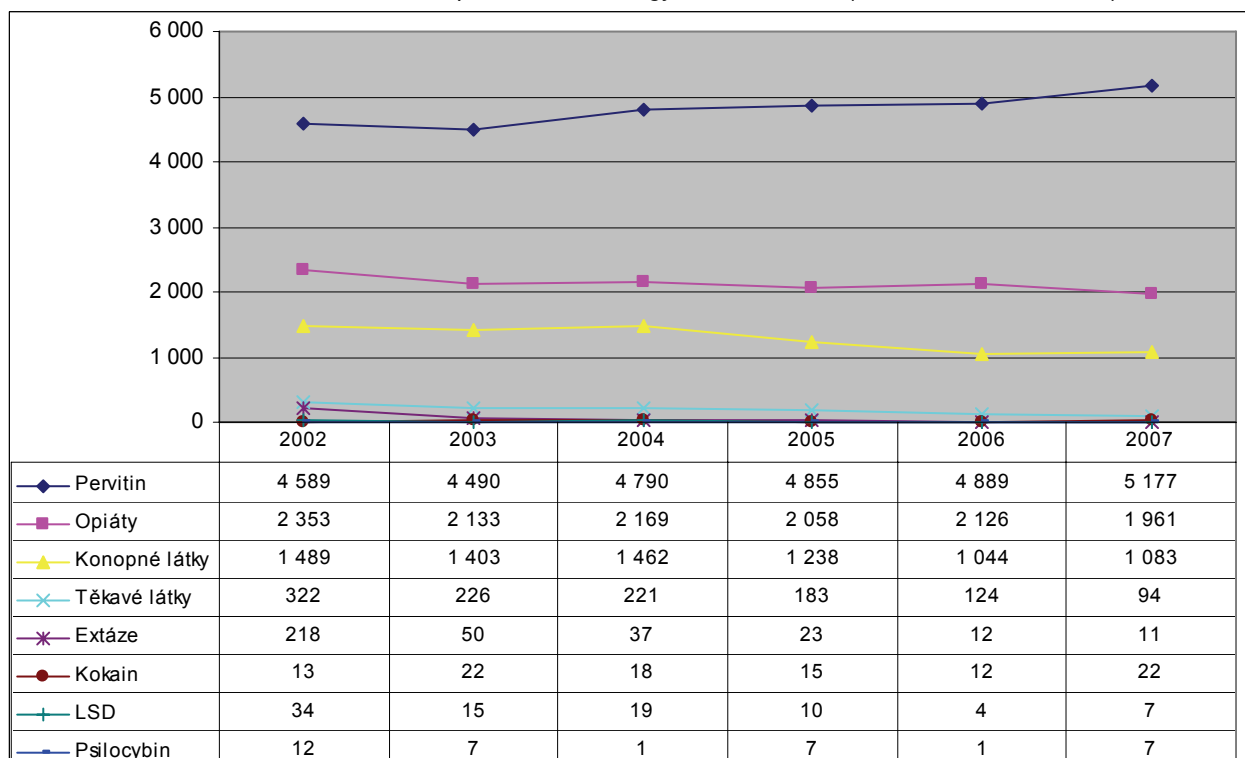
V r. 2007 vyhledalo léčebné služby uvedených zařízení celkem 8 487 uživatelů drog, tj. o 1 % více než v r. 2006. Z toho 4 346 osob požádalo o léčbu poprvé, tj. o 2,2 % více než v r. 2006.

Pořadí užívaných drog, které jsou důvodem všech i prvních žádostí o léčbu, zůstává stejné jako v r. 2006. Uživatelé stimulantů³¹ byli nejpočetnější skupinou všech žadatelů (61,3 %) i prvožadatelů (63,4 %); to se týká zejména pervitinu (61,0 %, resp. 63,3 %). Následovali uživatelé opiátů mezi všemi žadateli (23,1 %) a uživatelé konopných látek mezi prvožadateli (17,9 %). 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. 1997–2007 (Studničková et al. 2008)



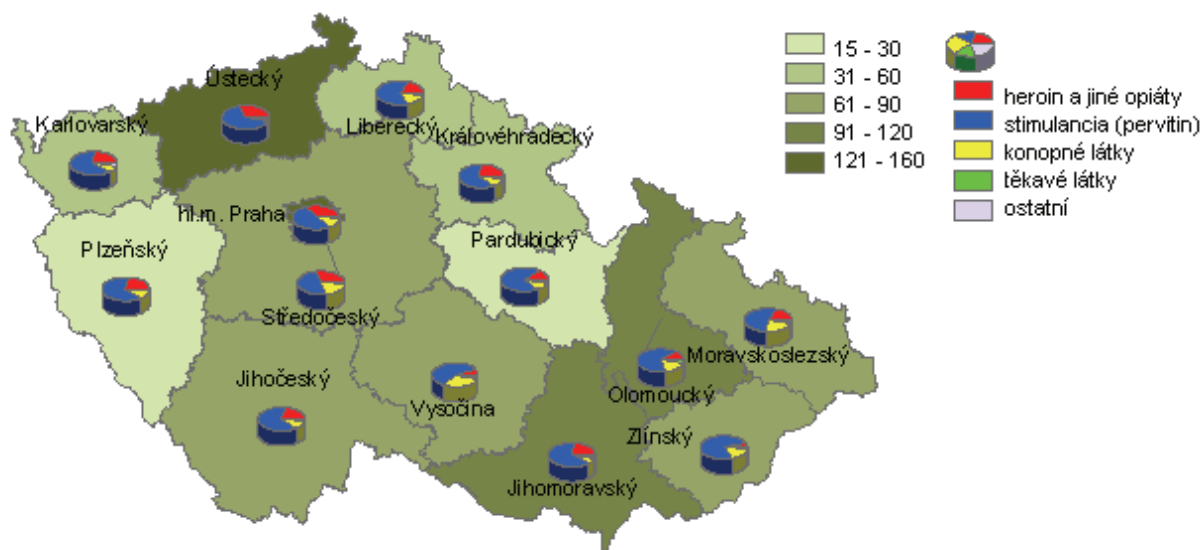
obrázek 4-2: Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 2002–2007 (Studničková et al. 2008)



³¹ Do skupiny stimulantů řadí HS drogy amfetaminového typu včetně MDMA, fenmetrazin a efedrin; kokain není členem této skupiny.

Míry prevalence a incidence žádostí o léčbu a zastoupení žadatelů o léčbu podle užívané drogy se v jednotlivých regionech liší. Nejvyšší relativní prevalenci i incidenci mají Ústecký kraj, Praha a Jihomoravský kraj. Ve všech krajích převažovali v r. 2007 uživatelé stimulancií (od 50,1 % ve Středočeském do 85 % v Jihočeském kraji). Uživatelé opiátů byli významněji zastoupeni v Praze (35,7 %), Ústeckém (30,8 %) a Středočeském (29,8 %) kraji; uživatelé konopných látek žádali o léčbu nejčastěji v kraji Vysočina (31,5 %) a v Moravskoslezském kraji (22,2 %) – mapa 4-2.

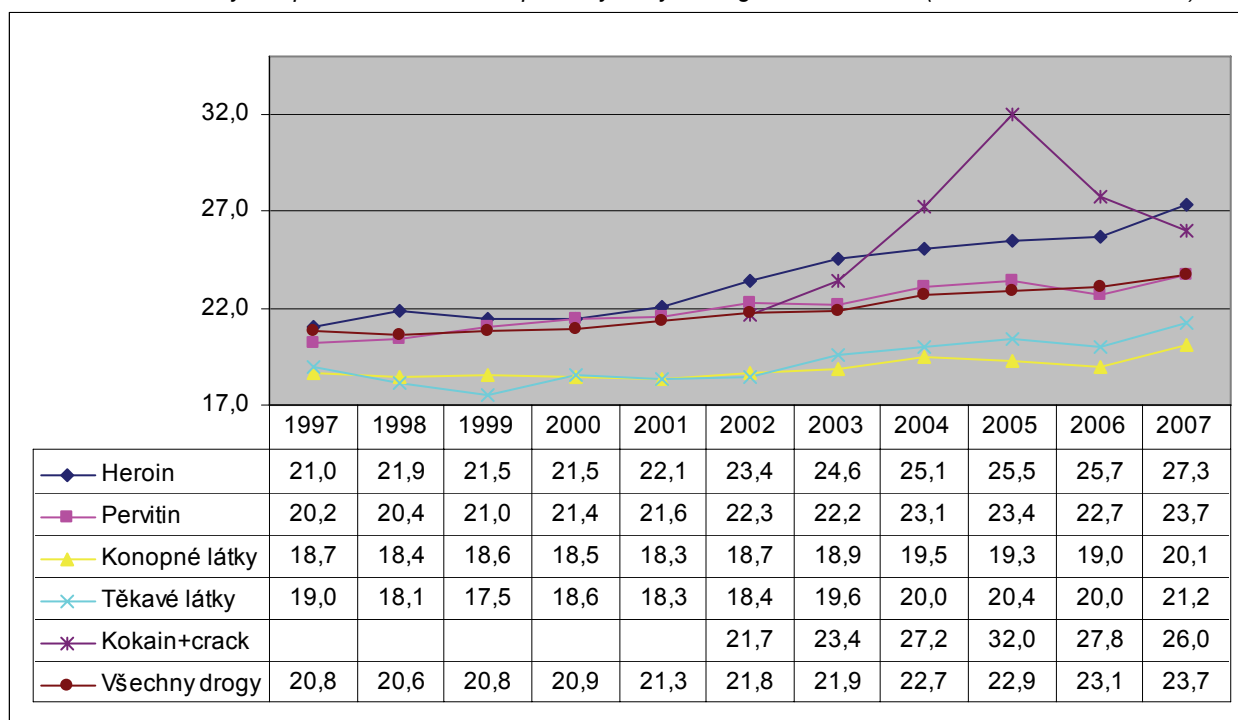
mapa 4-2: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2007 (na 100 tis. obyvatel) (Studničková et al. 2008)



Průměrný věk žadatelů o léčbu se dlouhodobě zvyšuje s výjimkou průměrného věku uživatelů kokainu³². Nejčtenější věkovou skupinou byli v r. 2007 mezi všemi žadateli i mezi prvožadateli 20–24letí – tvořili 30,1 %, resp. 31,8 % (Studničková et al. 2008).

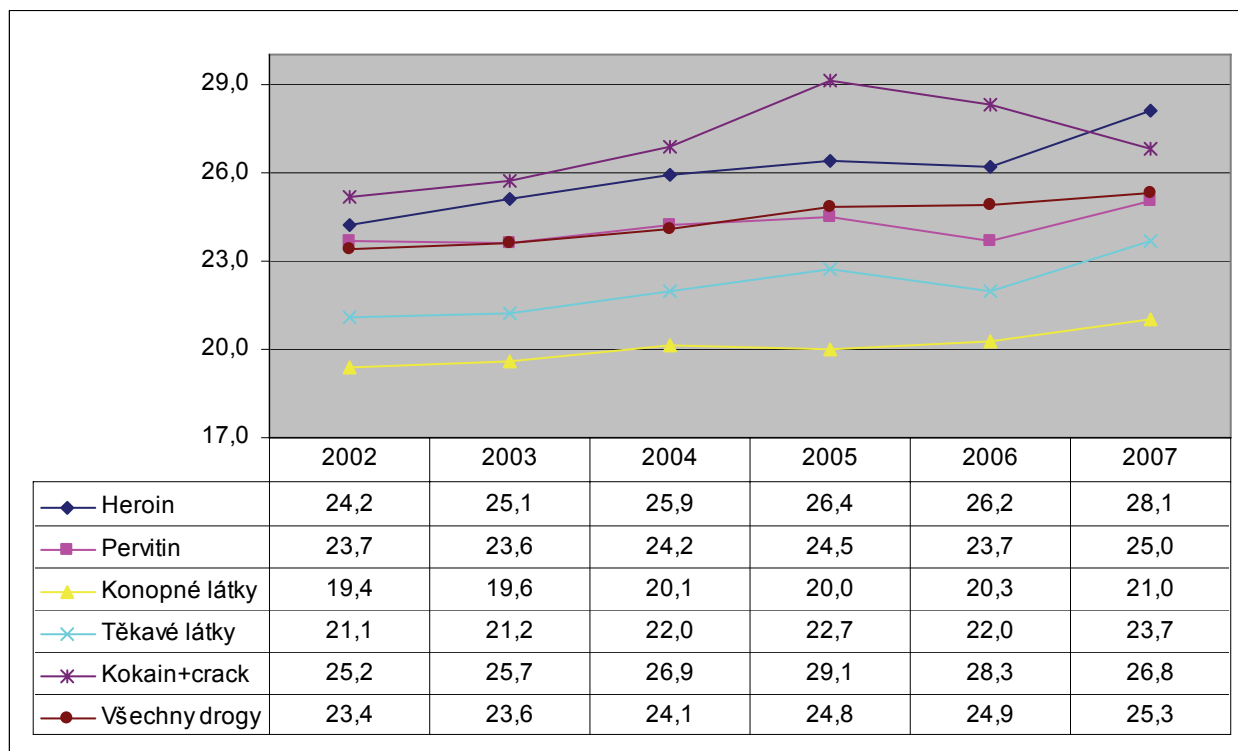
Mezi všemi žadateli o léčbu v r. 2007 byli nejstarší uživatelé opiátů (průměrný věk u heroínu 28,1 roku, podíl mužů 69,9 %) pervitinu (25,0; 63,9 %), těkavých (23,7; 86 %) a konopných látek (21,0; 75,2 %). Mezi prvožadateli bylo pořadí stejné; nejstarší byli uživatelé heroínu (27,3; 69,5 %), dále uživatelé pervitinu (23,7; 62,8 %), těkavých (21,2; 88,4 %) a konopných látek (20,1; 73,2 %) – obrázek 4-3 a obrázek 4-4.

obrázek 4-3: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 1997–2007 (Studničková et al. 2008)



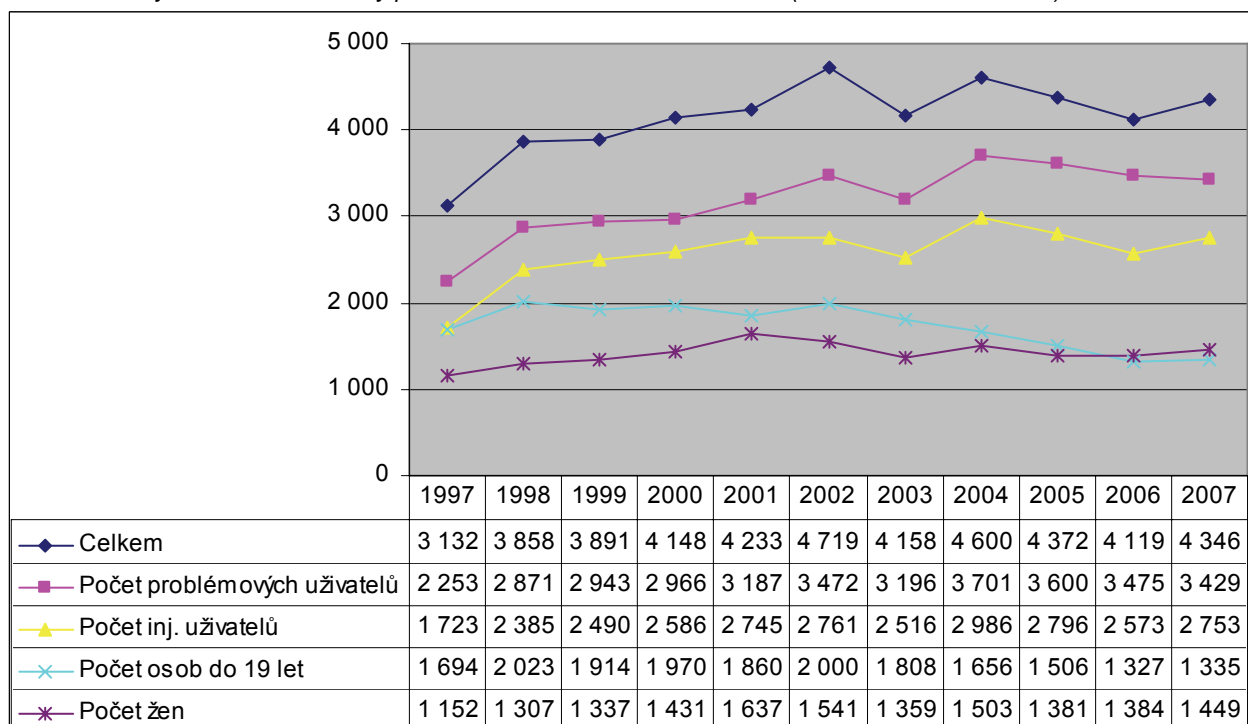
³² Údaje o průměrném věku uživatelů kokainu jsou zkresleny jejich velmi nízkým počtem.

obrázek 4-4: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 2002–2007 (Studničková et al. 2008)



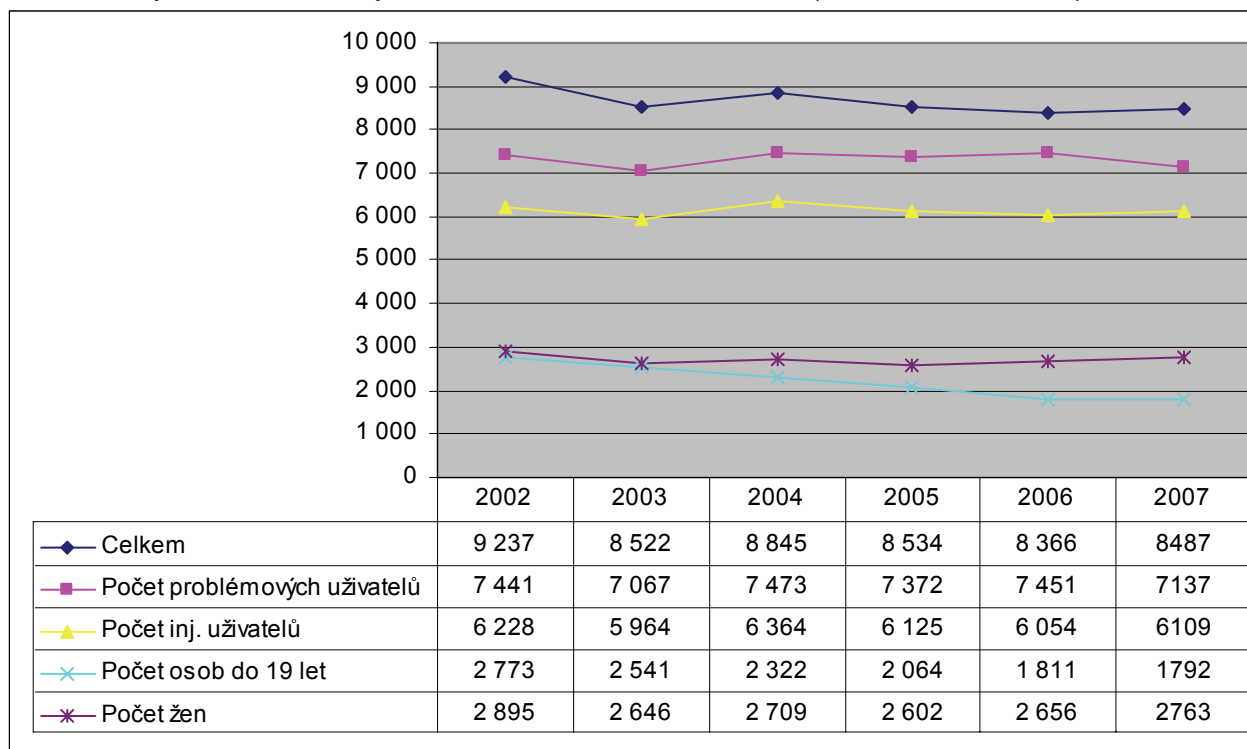
V r. 2007 bylo mezi všemi žadateli o léčbu 7 137 (84,1 %) a mezi prvožadateli 3 429 (78,9 %) problémových uživatelů drog³³. Ženy tvořily přibližně třetinu (prvo)žadatelů o léčbu – poměr mužů a žen byl v r. 2007 mezi všemi žadateli 2,1 : 1 a mezi prvožadateli 2,0 : 1. Podíl mužů byl nejnižší ve věkové kategorii 15–19 let. Injekční aplikace drogy (včetně sekundární) byla zaznamenána u 6 109 (72 %) všech žadatelů a u 2 753 (63 %) prvožadatelů o léčbu; podíl IUD mezi (prvo)žadateli se v posledních letech výrazněji nemění (Studničková et al. 2008). Trendy vybraných charakteristik mezi (prvo)žadateli o léčbu uvádí obrázek 4-5 a obrázek 4-6, další informace o injekčním užívání drog (prvo)žadateli o léčbu jsou uvedeny v následující podkapitole.

obrázek 4-5: Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v r. 1997–2007 (Studničková et al. 2008)



³³ Tj. injekčních uživatelů drog a/nebo uživatelů opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu.

obrázek 4-6: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v r. 2002–2007 (Studničková et al. 2008)



Mezi žadateli o první léčbu uvedlo v r. 2007 denní užívání drogy 1 364 osob (31,4 %), dalších 1 166 (26,8 %) užívalo drogu 2–6krát týdně. Mezi nově evidovanými uživateli byl heroin nejčastěji užíván denně (60,4 %), pervitin 2–6krát týdně (31,2 %); denně užívalo pervitin 25,5 % jeho uživatelů.

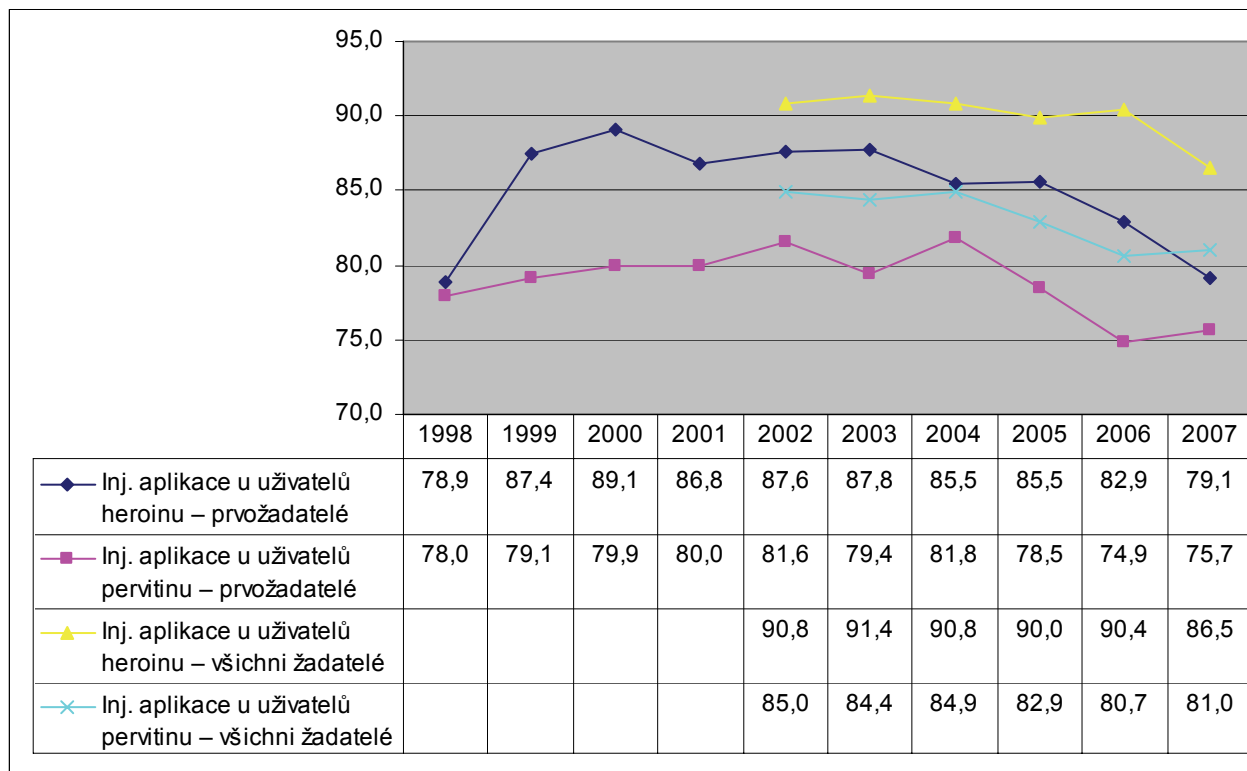
Mezi všemi léčenými klienty uvedlo denní užívání drogy 2 824 (33,3 %) uživatelů drog, dalších 1 984 (23,4 %) užívalo drogu 2–6krát týdně. Mezi všemi léčenými uživateli užívalo denně heroin 54,9 % a pervitin 24,8 % osob; také mezi všemi žadateli byl pervitin nejčastěji užíván s frekvencí 2–6krát týdně (28,8 %). Poměrně vysokou frekvenci užívání uváděli uživatelé Subutexu[®] – denně jej užívalo 77,8 % (Studničková et al. 2008).

4.2.1.1 Injekční užívání opiátů, pervitinu a kokainu mezi žadateli o léčbu

V r. 2007 došlo k poklesu podílu injekční aplikace mezi prvožadateli o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu (na 80 %), ale zároveň k mírnému zvýšení u uživatelů pervitinu (na 76 %). U heroinu se jedná se o nejnižší hodnoty od r. 1999. Podíl IUD na všech žadatelích o léčbu v souvislosti s pervitinem činil 81 %, stejně jako v r. 2006. Podíl IUD na všech žadatelích o léčbu v souvislosti s heroinem se v r. 2007 výrazně snížil na 84 % z 90 % v r. 2006, přestože od r. 2002 do r. 2006 byl stabilní a dlouhodobě se pohyboval kolem 90 % (Studničková et al. 2008). Vývoj v r. 1998 až 2007 zachycuje obrázek 4-7.

Injekční aplikace je rovněž nejčastější formou aplikace Subutexu[®] mezi jeho problémovými uživateli – viz též kapitolu Zneužívání substitučních preparátů a jejich výskyt na černém trhu (str. 62). Kokain je v ČR užíván výhradně šňupáním, a to jak u všech žadatelů o léčbu, tak u prvožadatelů. Žádost o léčbu v souvislosti s užíváním cracku nebyla v r. 2007 zaznamenána (Studničková et al. 2008).

obrázek 4-7: Podíl injekční aplikace u prvožadatelů (v r. 1998–2007) a všech žadatelů o léčbu (v r. 2002–2007) v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu, v % (Studničková et al. 2008)



4.2.1.2 Socioekonomické charakteristiky žadatelů o léčbu

Z celkového počtu 8 487 žadatelů o léčbu v r. 2007 bylo téměř 11 % bez domova, dalších 6 % pobývalo v zařízeních (např. ve věznicích, ústavech, na ubytovnách nebo v azylových domech); stálé bydliště udalo jen 52,3 %. Necelá polovina všech i nově evidovaných léčených uživatelů drog žije s rodiči, 18,3 % všech léčených klientů uvedlo, že žijí sami – častěji muži (22 %) než ženy (10,8 %); z nově evidovaných klientů žije samo 16,3 %. Celkem 525 (6,2 %) léčených uživatelů drog uvedlo, že žijí společně s dětmi; samy s dítětem žijí výrazně častěji ženy. Bezdomovectví i bydlení v zařízení je více rozšířené mezi muži – 12,4 % mužů a 7,5 % žen je bez domova, 6,6 % mužů a 4,4 % žen bydlí v zařízeních. Mezi žadateli o léčbu je 22,5 % osob, které žijí s dalším uživatelem drog – častěji tuto skutečnost uvedly ženy (Studničková et al. 2008).

Více než polovina žadatelů o léčbu bylo nezaměstnaných nebo vykonávalo pouze příležitostnou práci. Pravidelné zaměstnání vykazuje pouze 19,9 % prvožadatelů a 20,7 % všech žadatelů o léčbu. Vyšší podíl nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících je mezi muži. Podíl studentů a žáků je vyšší (s ohledem na jejich nižší věk) mezi prvožadateli (Studničková et al. 2008).

Téměř 50 % žadatelů o léčbu má pouze základní vzdělání, další 4 % základní vzdělání nedokončila. Vyšší zastoupení osob s nedokončeným základním vzděláním je mezi prvožadateli – zde hraje opět významnou roli jejich nižší věk (Studničková et al. 2008).

Struktura žadatelů o léčbu vzhledem ke sledovaným sociálním charakteristikám se od r. 2002 nemění; zastoupení nezaměstnaných a osob s nízkým vzděláním mezi žadateli o léčbu je dlouhodobě stabilní, oproti předchozím rokům byl mezi všemi žadateli o léčbu zaznamenán vyšší podíl osob bez domova (11 % oproti 7 % v r. 2006) – blíže viz VZ 2006. Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2007 udává tabulka 4-4.

tabulka 4-4: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2007, v % (Studničková et al. 2008)

Sociální charakteristika	Všichni žadatelé o léčbu	Žadatelé o první léčbu	Žadatelé o opakovanou léčbu
Bez domova	10,8	10,4	11,3
Bydliště v zařízení	5,9	5,3	6,5
Nezaměstnanost, příležitostná práce	50,9	45,2	56,7
Nedokončené základní vzdělání	3,9	5,4	2,3
Základní vzdělání	48,7	48,9	48,5

4.3 Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat

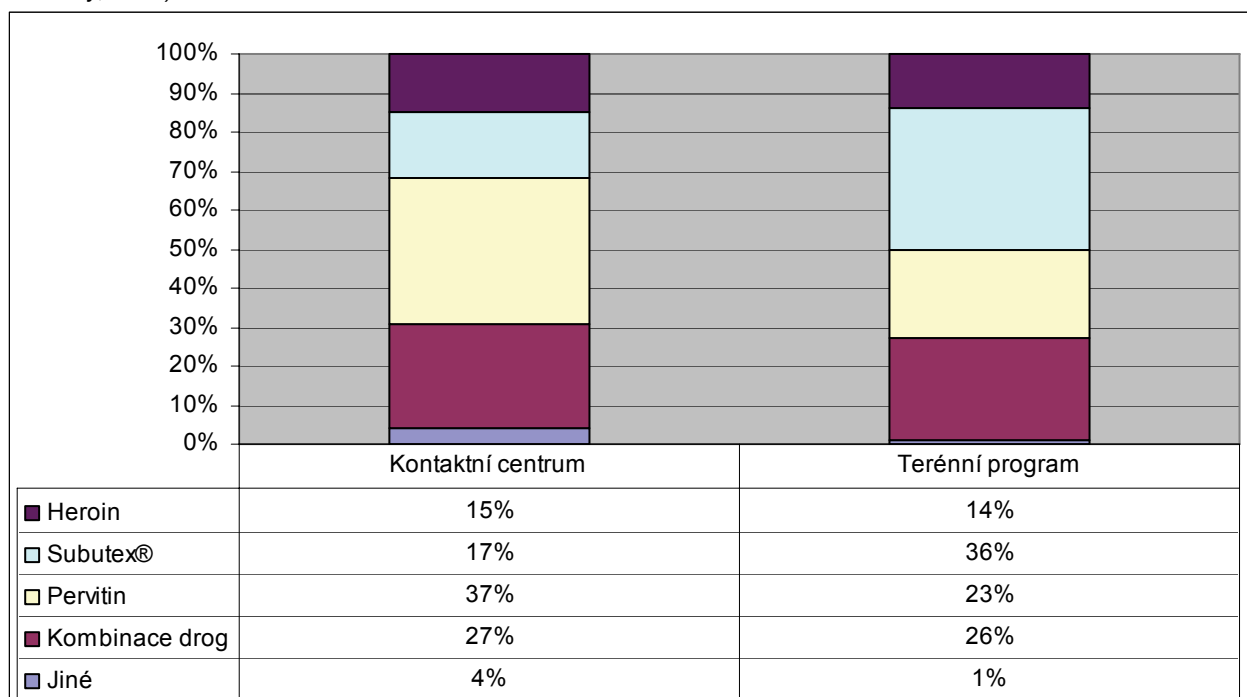
Na jaře 2007 byl proveden průzkum mezi klienty kontaktního centra a terénních programů o. s. SANANIM, kterého se zúčastnilo 400 klientů, z toho 183 klientů terénního programu a 217 klientů kontaktního centra (vyplnění dotazníku bylo nabídnuto všem klientům kontaktního centra, odmítla jej vyplnit přibližně 2 %). Cílem průzkumu bylo porovnat klientelu obou nízkoprahových programů (Větrovec and Porubský, 2008). Ze studie vyplynulo, že klienti v obou programech se liší s ohledem na některé charakteristiky – tabulka 4-5.

tabulka 4-5: Srovnání vybraných charakteristik klientů kontaktního centra a terénních programů o. s. SANANIM (Větrovec and Porubský, 2008)

Ukazatel	Kontaktní centrum	Terénní program
Průměrný věk (roky)	28 (29,5 u mužů, 25,0 u žen)	27,6 (28,0 u mužů, 25,5 u žen)
Průměrná délka užívání drog (roky)	9,0 (9,4 u mužů, 7,8 u žen)	8,6 (9,0 u mužů, 7,7 u žen)
Podíl žen (%)	32	24
Podíl klientů bez stálého bydlení (%)	42	24
Podíl mimopražských klientů (%)	75	76
Podíl klientů ze Středočeského kraje (%)	11	14
Podíl klientů testovaných na HIV (%)	72,2	65,2

Vyšší podíl žen v kontaktním centru je pravděpodobně způsoben tím, že ženy jezdí do kontaktního centra vyhledávat další služby, především hygienický servis; terénní program je pro ženy spíše nouzovým řešením při výměně injekčního materiálu. Téměř 70 % klientů terénních programů bydlí ve svém bytě či v bytě rodičů, bez stálého bydlení je 24 % – ve srovnání s tím je bez stálého bydlení 42 % klientů kontaktního centra a byt má necelá polovina z nich. Kontaktní centrum je klienty bez stálého bydlení vyhledávanější zřejmě díky službám, které terénní program nenabízí nebo nabízí v omezené míře (hygienický, potravinový, zdravotní servis). V kontaktu s terénními pracovníky je denně nebo několikrát týdně 80 % klientů; ženy jsou v pravidelném kontaktu s terénním programem dokonce v 93 % případů. Denně nebo několikrát v týdnu přichází do kontaktního centra 48 % jeho klientů. K rozdílu pravděpodobně přispívá odlišná dostupnost obou programů – pracovníci terénních programů působí přímo v místech vysoké koncentrace problémových uživatelů drog. Klienti kontaktního centra si v průměru vymění větší počet injekčních stříkaček během jednoho kontaktu. Rozdíl mezi klienty obou programů byl zjištěn i ve skladbě užívaných drog (Větrovec and Porubský, 2008) – obrázek 4-8.

obrázek 4-8: Drogy užívané klienty kontaktního centra a terénních programů o. s. SANANIM, v % (Větrovec and Porubský, 2008)



Poměr pražských a mimopražských klientů je v obou zařízeních podobný, nicméně v rámci terénních programů je vyšší podíl klientů ze Středočeského kraje, což zřejmě souvisí s dopravní dostupností míst, kde terénní pracovníci působí (především oblast kolem Hlavního nádraží v Praze) a kde využívají zejména výměnný program. V kontaktním centru je vyšší podíl mimopražských klientů s bydlištěm mimo Středočeský kraj, kteří v Praze přebývají

zpravidla ve squatech či na ulici a v kontaktním centru využívají vedle výměnného programu i dalších služeb – především pobyt v kontaktní místnosti, hygienický a potravinový servis. Klienti kontaktního centra častěji uvádějí provedení HIV testu (72,2 % verus 65,2 %) – pravděpodobně proto, že v kontaktním centru se testy přímo provádějí (Větrovec and Porubský, 2008).

Na přelomu let 2007/2008 byl mezi klienty kontaktního centra o. s. SANANIM proveden kvalitativní výzkum na téma užívání opia (Zeithammerová, 2008). Užívání surového opia³⁴ či makového vývaru během letních měsíců je v ČR rozsahem omezený jev; zatím byl popsán pouze částečně – viz např. VZ 2002. Výzkumu se zúčastnilo šest respondentů z Prahy a Středočeského kraje vybraných účelovým výběrem. S každým bylo provedeno jedno semistrukturované interview v délce 45 minut. Opiová sezona začíná podle respondentů v červnu a končí v září. Uživatelé opia jezdí obvykle ve skupinkách do míst v okolí Prahy a ve Středočeském kraji, kde se mák pěstuje; zůstávají zde jeden den, několik dní až celou sezonu. Respondenti užívají opium převážně injekčně. Jedná se o surové opium, ke konci sezony si připravují také makový vývar. Všichni respondenti během opiové sezóny shodně popisují častější zdravotní problémy, zejména abscesy a kožní problémy, které souvisí pravděpodobně s aplikací nekvalitní směsi surového opia a s častějším sdílením parafermálií během opiové sezony. Respondenti nepřipouštějí problémy s policií, ačkoliv se většina respondentů s policisty na makovém poli setkala. Opium lze podle klientů v letních měsících koupit i na černém trhu. Studie popsala i některé rituály: loučení s polem, společné večery na poli, „dělba práce“ (sběr opia, obstarávání jídla, vaření). Zobecnitelnost výsledků je vzhledem k použité metodě a velikosti vzorku značně omezena.

Další informace o charakteristikách a počtu problémových uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s různými typy pomáhajících zařízení, jsou uvedeny v kapitolách Léčba (str. 50), Zneužívání substitučních preparátů a jejich výskyt na černém trhu (str. 62), Služby nízkoprahových zařízení (str. 77), Sociální reintegrace (následná péče) (str. 95) a Zacházení s uživateli drog ve věznicích (str. 96).

³⁴ Opium (opiový latex) je zaschlá šťáva vytékající z nařezaných (poraněných) nezralých makovic máku setého (Papaver Somniferum). Opium obsahuje alkaloidy morfin, narkotin, kodein, papaverin, thebain (podle koncentrace sestupně). V ČR se pěstuje několik kultivarů máku setého především pro zrno, olej (mák olejný – produkuje méně latexu) a pouze malá část pro farmakologické účely (mák opiový). Odpad máku olejového bez sklizených semen (makovina) se také zpracovává pro farmaceutickou výrobu opiátů. V r. 2007 dosáhla osevní plocha 57 tis. hektarů a bylo sklizeno 33 tis. tun máku setého, dlouhodobě dochází k nárůstu – v r. 1996 to bylo 14 tis. hektarů a 10 tis. tun (Český statistický úřad, 2008).

5 Léčba

V r. 2007 došlo k poklesu počtu ambulantních zdravotnických zařízení vykazujících poskytování AT péče a klesl také počet pacientů registrovaných v živé kartotéce ambulantních zařízení pro poruchy spojené s užíváním drog – týkalo se to všech skupin látek včetně opiátů s výjimkou stimulantů (pervitinu); počet pacientů užívajících více látek v kombinaci zůstal přibližně stejný.

V r. 2007 došlo poprvé po 5 letech k poklesu počtu hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních, a to zejména díky poklesu hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic; naopak počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách se zvýšil. V psychiatrických léčebnách došlo k nárůstu u všech tří hlavních skupin drog (opiáty/opioidy, pervitin a kombinace látek), z toho nejvýraznější je nárůst u poruch způsobených kombinací látek.

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 substitute.

tabulka 5-1: Programy poskytující služby uživatelům drog v r. 2007

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	372	n.a.	15 684*
Denní stacionáře	1	10	40
Specializovaná substituční centra	15	n.a.	1 064
Psychiatrické léčebny	16	9 307**	3 423
Psychiatrická oddělení nemocnic	32	1 419**	1 299
Dětské psychiatrické léčebny	3	320**	16
Terapeutické komunity	15	169***	472***
Programy následné péče	18	325****	883
Detoxifikační jednotky ve věznicích	2	n.a.	n.a.
Léčebná oddělení pro diferencovaný výkon trestu	6	258	419
Oddělení pro výkon ochranné (drogové) léčby ve věznicích	3	114	200
Bezdrogové zóny ve věznicích	35	1 877	3 524

Pozn.: * Jedná se o počet osob v tzv. živé kartotéce, tj. počet uživatelů drog, kteří navštívili zařízení alespoň jednou za rok, ** počet všech psychiatrických lůžek, *** údaje pouze z 11 komunit, **** údaj se týká kapacity programů intenzivní péče.

O službách poskytnutých v oblasti harm reduction pojednává kapitola Služby nízkoprahových zařízení (str. 77), o službách ve vězení kapitola Zacházení s uživateli drog ve věznicích (str. 96).

V r. 2005 byl spuštěn systém certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek (podrobnosti viz VZ 2005 a VZ 2006). Pro informace o certifikacích programů primární prevence viz kapitolu Evaluace preventivních programů (str. 36). V r. 2007 byla certifikace odborné způsobilosti udělena celkem 22 zařízením (2 zařízením léčebné péče a 20 zařízením v oblasti harm reduction), tj. všem zařízením, ve kterých bylo provedeno místní šetření (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a). Počet udělených certifikací v r. 2005–2008 jednotlivým typům služeb ukazuje tabulka 5-2.

tabulka 5-2: Přehled výsledků certifikace odborné způsobilosti služeb v oblastech harm reduction, léčby a následné péče do 30. 6. 2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a)

Typ služby	Počet udělených certifikací					Certifikace neudělena
	2005	2006	2007	2008	Celkem	
Kontaktní a poradenské služby	17	35	12	2	66	5
Terénní programy	17	32	8	2	59	3
Ambulantní doléčovací programy	8	8	1	0	17	0
Ambulantní léčba	6	6	1	0	13	1
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	6	6	0	0	12	0
Substituční léčba	4	3	0	0	7	0
Detoxifikace	3	1	0	0	4	0
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	1	2	0	0	3	0
Stacionární programy	1	0	0	0	1	0
Celkem	63	93	22	4	182	9

5.1 Ambulantní léčba

V r. 2007 vykazalo ambulantní léčbu uživatelů legálních i nelegálních drog celkem 372 ambulantních zdravotnických pracovišť³⁵, což je o 4 % méně než v r. 2006 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a). Od r. 2005, kdy byl nejvyšší, počet těchto ambulancí klesá – tabulka 5-3. Nejpočetnější skupinu tvořily ordinace, které léčily 1–50 pacientů, nejmenší zastoupení měly ordinace s 300 a více pacienty za rok – tabulka 5-4.

tabulka 5-3: Počet ordinací poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000–2007 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a)

Rok	Počet ordinací
2000	320
2001	330
2002	342
2003	368
2004	382
2005	401
2006	385
2007	372

tabulka 5-4: Počet ordinací podle počtu léčených uživatelů drog v r. 2003–2007 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a)

Počet pacientů	Počet ordinací				
	2003	2004	2005	2006	2007
1–10	139	144	156	156	136
11–50	106	109	107	107	107
51–100	27	32	36	36	27
101–150	11	12	9	9	11
151–200	7	7	9	9	7
201–300	10	8	10	10	8
301–400	5	3	4	4	7
401 a více	8	7	8	8	5

V r. 2007 bylo v ambulantních zdravotnických zařízeních léčeno 16 854 uživatelů drog mimo alkoholu (dg. F11–F19), z toho 15 684 uživatelů drog mimo tabáku (dg. F11–F16, F18–F19). Srovnání s předchozími lety uvádí tabulka 5-5 a obrázek 5-1³⁶.

tabulka 5-5: Počet uživatelů drog (dg. F11–F19) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2004–2007 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a)

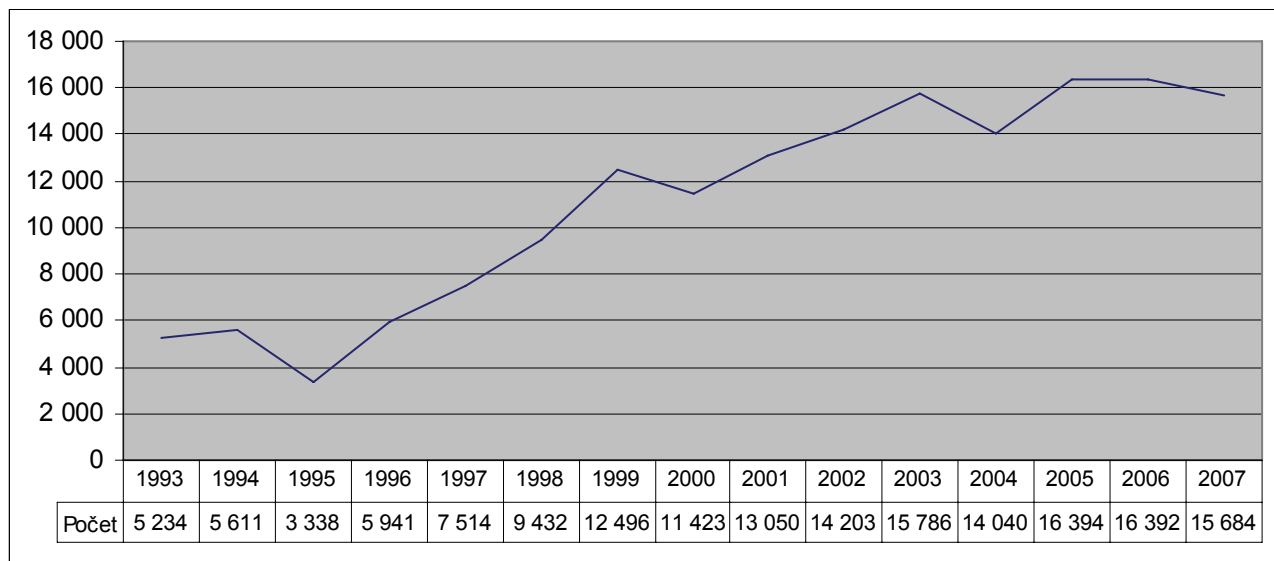
Druh zařízení	2004		2005		2006		2007	
	Počet zařízení	Počet osob	Počet zařízení	Počet osob	Počet zařízení	Počet osob	Počet zařízení	Počet osob
Lůžková zařízení s ambulancí	49	3 896	49	4 131	51	5 130	45	4 918
Ambulantní zařízení	23	1 458	26	1 877	25	2 760	23	3 129
Ordinace praktického lékaře	1	5	1	7	1	12	1	14
Samostatná ordinace lékaře specialisty	243	8 611	257	8 890	261	8 480	237	7 216
Zařízení pro léčbu drogových závislostí**	n.a.	n.a.	6	2 584	5	1 495	5	1 513
Ostatní ambulantní zařízení	6	1 420	1	42	1	44	2	64
Celkem	322*	15 390	334*	17 531	344*	17 921	313	16 519

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

³⁵ Jde o zařízení, která vyplnila přílohu AT výkazu psychiatrie A013; nejedná se však výhradě o tzv. AT ambulance specializované na léčbu závislostí.

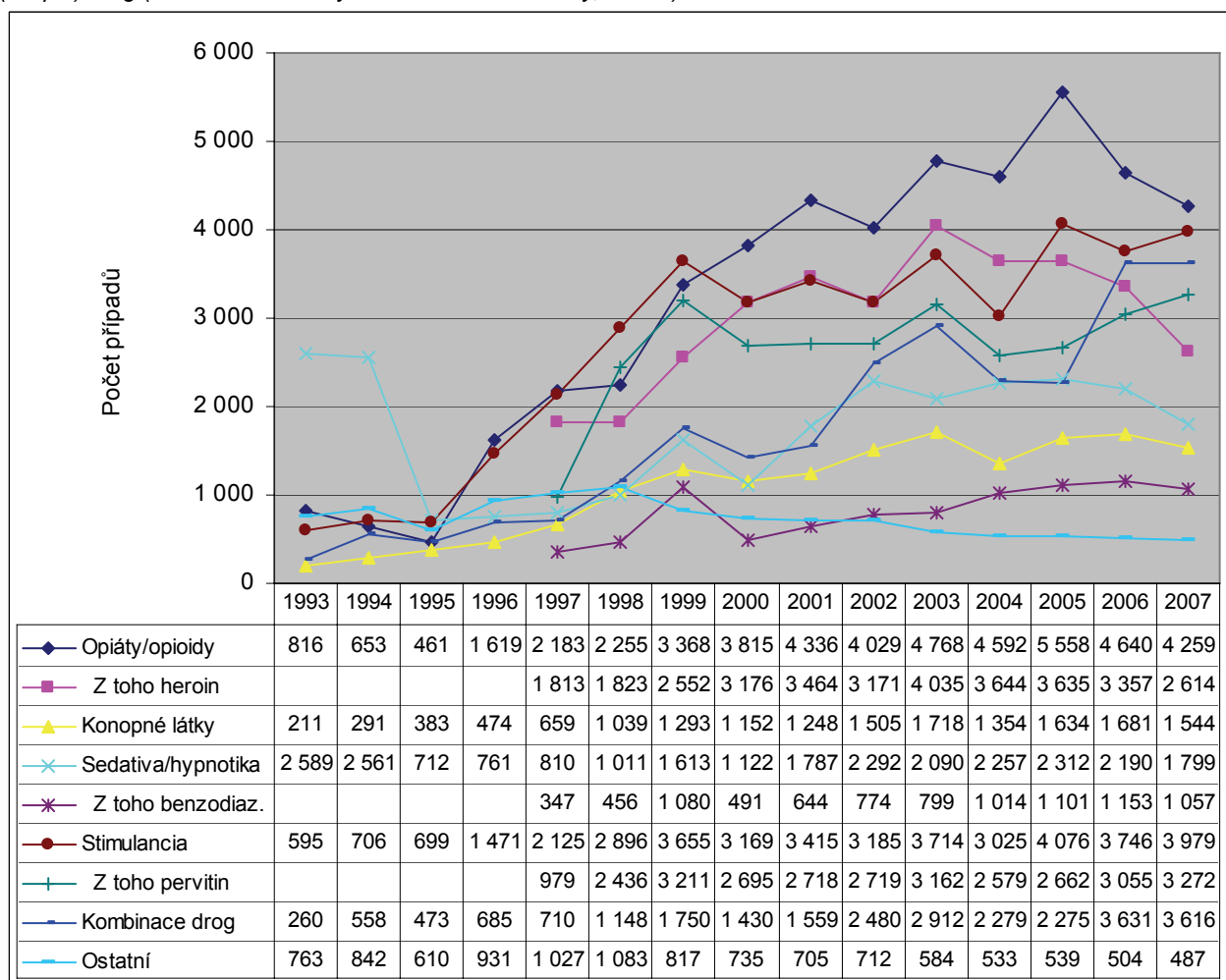
³⁶ Do r. 1996 se pacienti vykazovali jako „registrovaní“ zařízení, od r. 1997 jako pacienti „v živé kartotéce“, tj. alespoň s jedním kontaktem v roce.

obrázek 5-1: Vývoj počtu uživatelů drog (dg. F11–F16, F18–F19) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 1993–2007 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a)



Vývoj pacientů léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních podle vybraných (skupin) drog uvádí obrázek 5-2 – v posledních 3 letech dochází k poklesu u opiátů/opioidů, naopak k nárůstu u pervitinu a zejména u kombinace látek.

obrázek 5-2: Vývoj počtu uživatelů drog léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 1993–2007 podle (skupin) drog (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a)



Ambulantní léčbu zajišťovalo v r. 2007 také 13 NNO dotovaných RVKPP. Služby poskytly celkem 1 642 uživatelům nelegálních drog, jejichž průměrný věk byl 26,3 roku. Celkem 708 (43,1 %) klientů užívalo drogy injekčně, 511

(31,1 %) klientů užívalo pervitin, 256 (15,6 %) heroin, 16 (7,1 %) jiné opiáty, především buprenorfin (Subutex®) nepředepsaný lékařem a 101 (6,2 %) konopné látky. Ve srovnání s r. 2005 a 2006 došlo k výraznému poklesu počtu klientů, zejména klientů užívajících konopné látky a pervitin. Srovnání let 2003–2007 uvádí tabulka 5-6 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e).

tabulka 5-6: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a jejich klienti v r. 2003–2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007
Počet dotovaných zařízení	19	20	18	15	13
Počet klientů	2 820	2 506	3 127	4 301	3 044
Počet uživatelů drog	1 590	1 493	1 743	2 428	1 642
– z toho IUD	848	697	1 034	1 024	708
– z toho uživatelů pervitinu	547	540	540	771	511
– z toho uživatelů heroinu	310	223	391	240	256
– z toho uživatelů jiných opiátů	n.a.	n.a.	126	110	116
– z toho uživatelů konopných látek	246	339	158	405	101
Průměrný věk uživatelů drog	23,6	25,9	26,8	29,6	26,3

Intenzivní ambulantní léčbu formou denního stacionáře o délce 3 měsíců nabízelo v r. 2007 pouze 1 zařízení v Praze provozované o. s. SANANIM. Kapacita programu byla 10 osob a služby byly poskytnuty 40 klientům (18 mužů, 22 žen), jejichž průměrný věk byl 28,7 roku. Celkem 28 (70 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 5 (12,5 %) klientů užívalo heroin a 28 (70 %) pervitin. Léčbu úspěšně dokončilo 67,5 % klientů. Délka léčby jednoho klienta byla průměrně 2 měsíce (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e).

V r. 2006 byla provedena studie Kvalitativní analýza specifických potřeb u dětí do 15 let ohrožených důsledky užívání návykových látek na území hl. m. Prahy. Cílem studie bylo popsat a analyzovat situaci v oblasti poskytovaných adiktologických služeb dětem do 15 let z perspektivy pražských protidrogových koordinátorů (magistrátu i městských částí) a pediatrů. Za nejpočetnější rizikovou skupinu jsou považovány děti starší 13 let užívající alkohol, tabák a konopné látky; nejedná se ovšem o pravidelné užívání, ale spíše o experimenty. Jako hlavní systémový úkol bylo označeno doplnění sítě poskytovaných služeb o další ambulantní poradenská zařízení dostupná po celé Praze, pobytové programy se zajištěnou výukou a rozšíření služeb nízkoprahových klubů pro děti a mládež (Majzlíková, 2008).

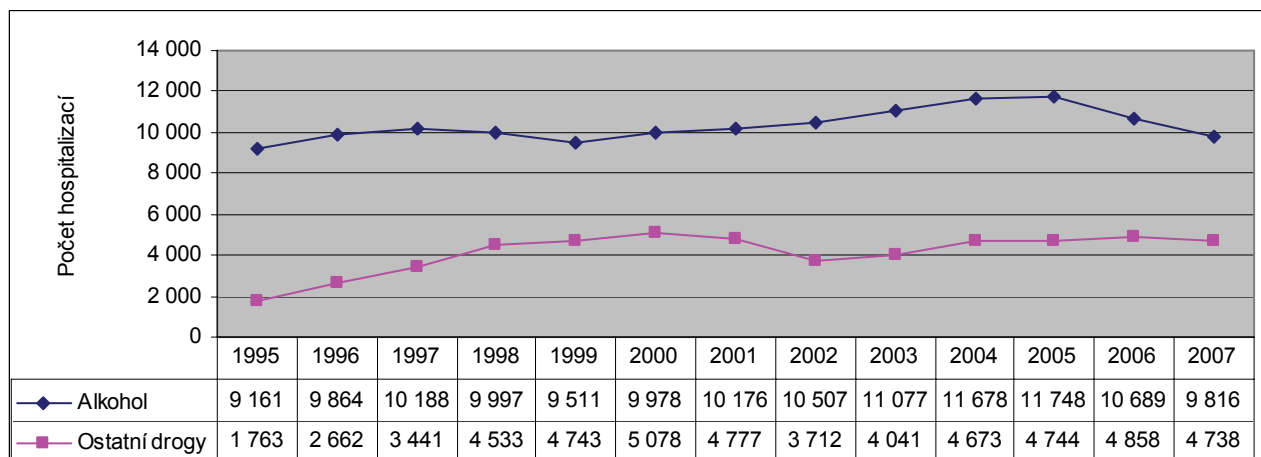
5.2 Rezidenční léčba (lůžková léčebná zařízení)

5.2.1 Léčba v psychiatrických lůžkových zařízeních

Psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic zabezpečují ústavní psychiatrickou léčbu. V r. 2007 zůstala síť psychiatrických léčeben beze změn, ale stejně jako v r. 2006 došlo ke snížení počtu lůžek v psychiatrických léčebnách pro dospělé o 135 lůžek (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a).

V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo v r. 2007 uskutečněno celkem 14 554 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9 816 pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu (od r. 2005 dochází k výraznému poklesu) a 4 738 hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním dalších psychoaktivních látek (mimo tabáku). Vývoj počtu hospitalizací od r. 1995 uvádí obrázek 5-3. Ve srovnání s r. 2006 došlo k mírnému poklesu, zejména na úkor hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic – v psychiatrických léčebnách došlo naopak k nárůstu počtu hospitalizací (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a) – tabulka 5-7.

obrázek 5-3: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu (dg. F10) a drog (dg. F11–F16, F18–F19) v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 1995–2007 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a)



tabulka 5-7: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním drog (dg. F11–F16, F18–F19) v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2005–2007 podle typu zařízení (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a)

Rok	Dětské psychiatrické léčebny	Psychiatrické léčebny pro dospělé	Psychiatrická oddělení nemocnic	Celkem
2005	27	2 104	1 613	4 744
2006	29	3 200	1 629	4 858
2007	16	3 423	1 299	4 738

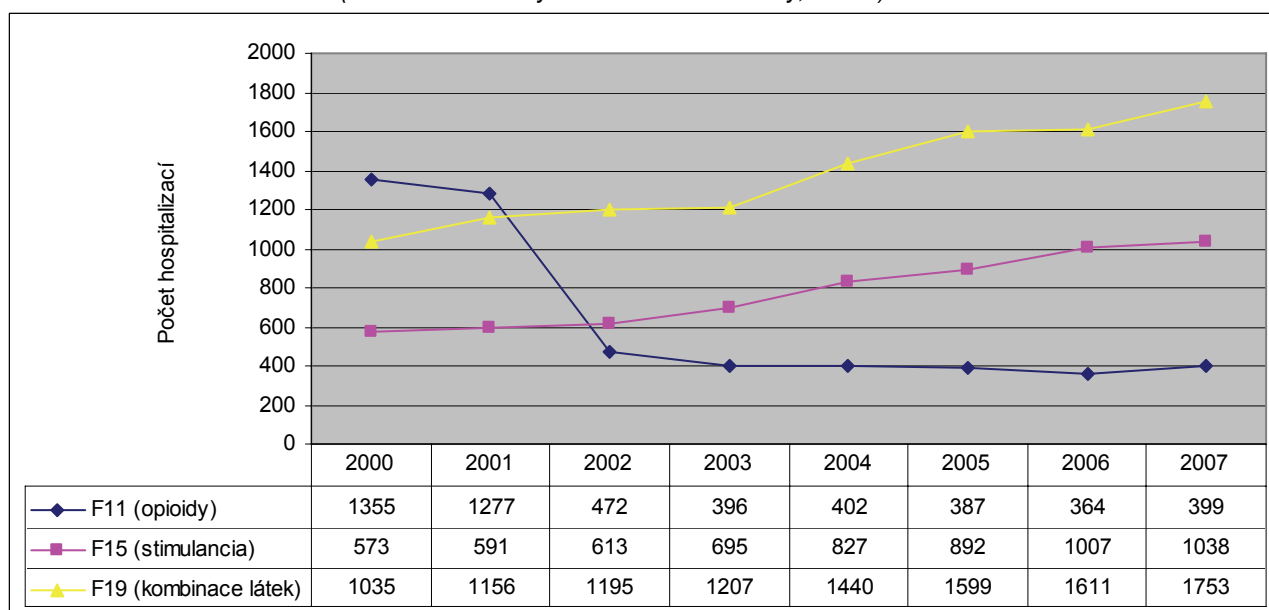
Užívání jiných psychoaktivních látek nebo kombinace látek (dg. F19) bylo v r. 2007 opět nejčastější příčinou hospitalizací uživatelů nelegálních drog v psychiatrických lůžkových zařízeních (45,2 % hospitalizací). Dalšími příčinami hospitalizací bylo užívání stimulantů (29,8 %) a užívání opioidů (16,6 %). V dětských psychiatrických léčebnách byly nejčastějšími příčinami hospitalizace užívání těkavých látek, kombinace látek a konopných drog – tabulka 5-8. Mezi hospitalizovanými byla nejčastěji zastoupena věková skupina 20–29 let (55,5 %), následovala skupina ve věku 30–39 let (19,7 %). Osoby do 19 let tvořily 13,4 % hospitalizovaných (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a).

tabulka 5-8: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších drog v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2007 dle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a)

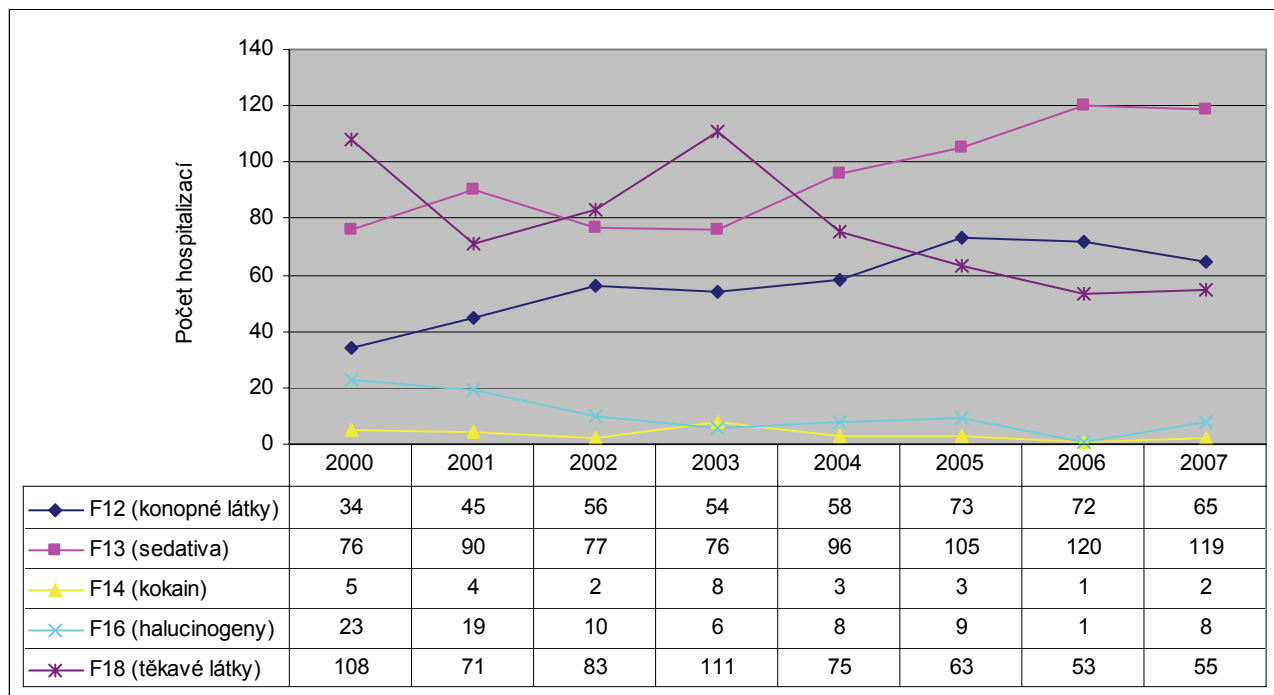
Diagnóza	Dětské psychiatrické léčebny			Psychiatrické léčebny pro dospělé			Psychiatrická oddělení nemocnic		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
F11–19 bez F17 (nelegální drogy celkem)	13	3	16	2 509	914	3 423	851	448	1 299
– z toho F11 (opioidy)	0	0	0	288	111	399	260	127	387
– z toho F12 (kanabinoidy)	4	0	4	48	13	61	36	5	41
– z toho F15 (stimulancia)	0	1	1	727	310	1 037	237	136	373
– z toho F18 (těkavé látky)	5	1	6	45	4	49	12	1	13
– z toho F19 (kombinace látek)	4	1	5	1 361	387	1 748	271	117	388
F10 (alkohol)	0	0	0	5 510	2 271	7 781	1 341	694	2 035
Celkem	13	3	16	8 019	3 185	11 204	2 192	1 142	3 334

V r. 2007 došlo k mírnému nárůstu počtu hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním opioidů (F11), stimulantů (F15) a kombinace látek (F19), tj. nejčastějšími diagnózami podílejícími se na hospitalizacích – obrázek 5-4; dlouhodobý pokles patrný u opioidů se v r. 2007 zastavil. Počty hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním ostatních drog jsou řádově nižší, došlo k mírnému poklesu u konopných látek a k výraznějšímu nárůstu u halucinogenů – obrázek 5-5.

obrázek 5-4: Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro poruchy způsobené užíváním opioidů, stimulantů a kombinací látek v r. 2000–2007 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a)



obrázek 5-5: Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro poruchy způsobené užíváním ostatních drog v r. 2000–2007 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008a)



5.2.2 Léčba v terapeutických komunitách

V r. 2007 poskytovalo rezidenční léčbu (v délce 7–13 měsíců) 11 terapeutických komunit dotovaných RVKPP (celkem je v ČR 15 komunit, od zbývajících 4 nejsou data k dispozici). Jejich kapacita byla 169 lůžek (z toho 12 pro mladistvé a 9 pro matky s dětmi) a pobyt v nich absolvovalo 472 uživatelů drog (z toho 19 matek s dětmi), jejichž průměrný věk byl 24,2 roku. Celkem 347 (73,5 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 291 (61,7 %) klientů užívalo pervitin a 74 (15,7 %) opiáty (z toho 66 heroin a 7 nelegálně získaný Subutex®). V souvislosti s užíváním konopných látek se léčilo 13 (2,8 %) klientů. Úspěšně dokončilo léčebný program 124 (26,3 %) klientů a průměrná délka úspěšné (dokončené) léčby byla 285 dní. Předčasně ukončilo léčbu 164 (34,7 %) klientů, z toho 22 % po uplynutí 2/3 léčby. Průměrná délka léčby všech klientů byla 186 dní. Srovnání let 2003–2007 uvádí tabulka 5-9 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e).

tabulka 5-9: Terapeutické komunity a jejich klienti v r. 2003–2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007
Počet komunit	17	14	12	12	11
Kapacita zařízení	238	218	183	185	169
Počet klientů	510	546	491	451	472
– z toho IUD	428	429	400	375	347
– z toho uživatelů pervitinu	270	306	287	281	291
– z toho uživatelů heroinu	187	151	132	93	66
Průměrný věk klientů	23,4	24,2	24,9	25,1	24,2

Občanské sdružení SANANIM provedlo ve spolupráci s K-centrem Prevent Strakonice šetření, jehož cílem bylo zjistit dostupnost léčby v terapeutických komunitách (Hulík and Šefránek, 2008). V rámci studie byly definovány 4 problémové okruhy, které mohou souviset s dostupností léčby v terapeutických komunitách: (1) požadavky na finanční spoluúčast potenciálního rezidenta, (2) požadavky na délku léčby před nástupem do terapeutické komunity (vedle vždy vyžadované detoxifikace), (3) požadavky v sociální oblasti (např. doklady, registrace na úřadu práce, aj.), (4) jiné požadavky. Šetření bylo realizováno formou experimentu v 9 terapeutických komunitách sdružených v Sekci terapeutických komunit A.N.O. Komunity telefonicky kontaktoval pracovník spolupracujícího K-centra Prevent s dotazem na možnost umístění fiktivního žadatele o léčbu, přičemž byly cíleně zjišťovány výše uvedené podmínky přijetí. Fiktivním žadatelem byl muž věku 38 let, 18 let užívající drogy, nikdy se systematicky neléčil, dlouhodobě bez kontaktu s rodinou, s neplatnými doklady, neregistrován na úřadu práce a v kontaktu s nízkoprahovým zařízením. Součtem penalizačních bodů v jednotlivých problémových okruzích byl stanoven tzv. index nedostupnosti (dosahující hodnot 0–4, kde 0 znamená maximální dostupnost a 4 nedostupnost), který vyjadřuje míru nedostupnosti léčby ve sledovaných terapeutických komunitách. Z výsledků vyplývá, že fiktivní klient

by mohl nastoupit léčbu ve dvou terapeutických komunitách, v ostatních případech by na splnění nutných požadavků před léčbou musel dále pracovat – tabulka 5-10.

tabulka 5-10: Index nedostupnosti léčby v terapeutických komunitách (Hulík and Šefránek, 2008)

Terapeutická komunita	Finanční požadavky	Léčba před nástupem do komunity	Sociální požadavky	Jiné požadavky*	Celkový index nedostupnosti
A	0	0	0	0	0
B	0	0	0	0	0
C	0	0	1	0	1
D	0	1	0	0	1
E	1	0	1	0	2
F	0	0	1	1	2
G	0	0	1	1	2
H	0	1	1	0	2
I	1	1	1	1	4

Pozn.: * Ve 2 případech šlo o věk do 30 let a v 1 případě byl požadován osobní pohovor.

Od počátku r. 2007 probíhá v pěti terapeutických komunitách, které jsou sdruženy v Sekci terapeutických komunit A.N.O., výzkumná studie Evaluace výsledků léčby v terapeutické komunitě pro uživatele drog (Šefránek, 2008). Jedná se o longitudinální, prospektivní kohortovou studii, jejímž cílem je zjistit, k jakým změnám dochází u klientů, kteří absolvují léčbu v terapeutické komunitě. Do studie jsou zařazováni klienti nastupující do léčby v r. 2007 a 2008; jsou sledováni od zahájení léčby do jednoho roku po ukončení léčby. Sledované okruhy jsou: (1) užívání drog a alkoholu, (2) psychické a fyzické zdraví, (3) sociální fungování, (4) kriminální chování, (5) kvalita života. V r. 2007 se do výzkumu zapojilo celkem 104 participantů, z toho 70 mužů (67 %) a 34 žen (32 %). Průměrný věk byl 25 let (věkový rozsah 16–45 let). Celkem 79 % participantů užívalo měsíc před léčbou pervitin, 25 % heroin. Injekčními uživateli drog bylo 89 % klientů, 20 % klientů někdy v životě sdílelo injekční náčiní. Pokud jde o zdravotní stav těchto klientů, 22 % bylo VHC pozitivních, 35 % klientů vykazovalo projevy deprese a 39 % projevy úzkosti. Celkem 58 % klientů mělo v době odebírání anamnézy problémy se zákonem (Šefránek, 2008).

5.2.3 Ochranné léčení jako součást nebo alternativa trestu

Institut ochranného léčení je upraven zejména v § 72 TZ. Ochranné léčení je ochranným opatřením, nikoliv trestem. Ukládá se v závislosti na osobě pachatele buď obligatorně (např. u nepřičetných, tj. trestně neodpovědných pachatelů, jejichž pobyt na svobodě je nebezpečný), nebo fakultativně. Ve vztahu k uživatelům návykových látek připadá častěji v úvahu fakultativní uložení ochranného léčení, kdy dle ustanovení § 72, odst. 2, a) TZ soud může uložit ochranné léčení „pachateli, který se oddává zneužívání návykové látky, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním“. Soud však v těchto případech ochranné léčení neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout (např. u pachatelů s výrazně odmítavým postojem k léčbě, u pachatelů, kteří mají za sebou neúspěšné léčby apod.). Osobnost pachatele a vhodnost uložení ochranného léčení posuzuje soudní znalec, soud však může rozhodnout odlišně od závěrů znaleckého posudku v závislosti na posouzení dalších důkazů.

Obecně může soud ochranné léčení uložit vedle trestu, anebo při upuštění od potrestání. Upuštění od potrestání obecně připadá v úvahu dle § 24, odst. 1 TZ u pachatelů, kteří spáchali trestný čin menší nebezpečnosti pro společnost, jeho spáchání litují a projevují účinnou snahu po nápravě a současně lze očekávat, že projednání věci před soudem postačí k jejich nápravě. U uživatelů drog by se tak mohlo jednat zejména o dosud netrestané pachatele bagatelního trestného činu.

Upuštění od potrestání za současného uložení ochranného léčení je obecně možné u pachatelů, kteří spáchali trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti a soud má za to, že ochranné léčení zajistí nápravu pachatele lépe než trest. Upuštění od potrestání za současného uložení ochranného léčení však nelze využít u pachatelů, kteří si stav zmenšené přičetnosti přivodili vlivem návykové látky (§ 25 TZ). U uživatelů drog by tak k upuštění od potrestání mohlo dojít nikoli s odkazem na zmenšenou přičetnost, ale s odkazem na ustanovení § 24, odst. 1 TZ.

Ochranné léčení lze uložit ve formě ústavní či ambulantní. Pachatelé, kterým byl uložen nepodmíněný trest odnětí svobody, mohou vykonat ústavní léčení ve věznicích k tomu určených (např. Opava a Rýnovice). Jinak se ústavní ochranné léčení vykonává na odděleních soudní ochranné léčby v psychiatrických léčebnách spadajících do resortu MZ. Ambulantní ochranné léčení se vykonává v psychiatrických ambulancích. Formu ochranného léčení může soud v průběhu trvání léčby změnit. Ochranné léčení trvá, dokud to vyžaduje jeho účel, není tedy časově omezeno. O ukončení ochranného léčení rozhoduje soud, a to zpravidla z podnětu zdravotnického zařízení či pachatele. V případě nenastoupení ochranného léčení nebo zásadního porušení jeho výkonu se pachatel vystavuje nebezpečí trestního stíhání pro trestný čin maření výkonu úředního rozhodnutí (§ 171 TZ).

V r. 2007 bylo ochranné léčení v souvislosti s užíváním drog uloženo 138 osobám, z toho 64 osobám v ambulantní formě a 74 osobám v ústavní formě. Z celkového počtu 138 uložených ochranných léčení připadlo 51 nařízených

léčeb na pachatele odsouzené za drogové trestné činy, z toho ve 45 případech se jednalo o pachatele odsouzené za trestný čin dle ustanovení § 187 TZ (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008b).

U uživatelů návykových látek se kromě institutu ochranného léčení využívají i jiné možnosti v rámci procesněprávních či trestněprávních odklonů a alternativních trestů. Uložení povinnosti léčit se, která však není ochranným léčením, připadá v úvahu např. v rámci rozhodnutí o podmíněném upuštění od potrestání s dohledem (§ 26 TZ), podmíněném odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem (§ 60a TZ), podmíněném propuštění z výkonu trestu (§ 61 TZ), podmíněném propuštění z výkonu trestu s dohledem (§ 63 TZ), podmíněném zastavení trestního stíhání (§ 307 TŘ), nahrazení vazby dohledem probačního úředníka (§ 73 TŘ), výkonu obecně prospěšných prací (§ 45a TZ). Tato ustanovení umožňují uložení povinnosti léčby drogové závislosti v rámci výkonu uloženého trestu či jiného rozhodnutí a v rámci výkonu dohledu nad osobou obviněnou, obžalovanou či odsouzenou. Na rozdíl od ochranného léčení se v těchto případech jedná o léčbu dobrovolnou, kdy osobní motivace k léčbě zásadním způsobem ovlivňuje rozhodování soudu nebo (v přípravném řízení) státního zástupce (viz též VZ 2004).

Z dat poskytnutých Probační a mediační službou ČR (PMS) za r. 2007 vyplývá, že 29 jejich drogově závislých klientů mělo uloženu povinnost léčby v souvislosti s výše uvedenými ustanoveními, z toho byly 3 ženy. Z celkového počtu 29 klientů mělo 13 osob uloženu povinnost podrobit se léčbě závislosti v souvislosti se spácháním trestného činu dle ustanovení § 187 TZ a 13 osob mělo tuto povinnost uloženu v souvislosti s jinými než drogovými trestnými činy (Probační a mediační služba ČR, 2008).

5.3 Substituce a udržovací programy

5.3.1 Substituční léčba agonisty opiátů

V r. 2007, stejně jako v letech předešlých, byly v ČR k dispozici dva substituční přípravky – metadon připravovaný z dovážené generické substance³⁷ (dostupný ve specializovaných substitučních centrech) a Subutex® (s účinnou látkou buprenorfin) ve formě hromadně vyráběného léčivého přípravku. Od února 2008 je na českém trhu zaregistrován a distribuován kompozitní přípravek Suboxone® s účinnými látkami buprenorfin a naloxon; naloxon jako opioidní antagonist snižuje svou vazbou na opioidní receptory pravděpodobnost injekčního zneužívání Suboxone®. Substituční přípravky jsou v podmínkách léčby podávány v ČR výhradně orální formou. K zavedení metadonu ve formě sirupu jako hromadně vyráběného léčivého přípravku v ČR dosud nedošlo.

Metodicky je substituční léčba v ČR definována ve Standardu substituční léčby; předchozí verze připravená na konci 90. let minulého století (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001) byla po mnoha letech příprav a diskuzí aktualizována (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008). K aktualizaci se přistoupilo zejména pod tlakem odborné veřejnosti a vzhledem ke změnám právních norem v dané oblasti. K aktualizaci přispěla také preskripce Subutexu® a nově Suboxone® a zejména potřeba hlášení preskripce těchto preparátů. Standard jasně stanovuje povinnost každého lékaře podávajícího jakoukoliv substituční látku hlásit údaje o pacientovi do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL) a ověřovat, zda již není léčen v jiném zdravotnickém zařízení. Dalším důvodem bylo zavedení substituční léčby do českých věznic, které předchozí standard nereflektoval. Standard dále posiluje roli lékaře v péči o substituovaného pacienta; nově je do indikací zařazena také dg. MKN F11.1 – škodlivé užívání opioidů.

Standard definuje čtyři typy léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008), z toho tzv. rozšířená substituční léčba a tzv. centra substituční léčby jsou buď nově definována, nebo jsou jejich role nově popsány.

- Základní substituční léčba je poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky, doplněné zejména adekvátní somatickou léčbou a sociálním poradenstvím, jež je zajištěno externě. Jde o nejčastější formu substituční léčby poskytovanou především v případech, kdy pro pacienta není indikována komplexní substituční léčba nebo není místně dostupná rozšířená substituční léčba. Je typicky poskytována v ambulancích všeobecných lékařů, resp. lékařů jiných specializací než psychiatrie/adiktologie; zároveň je nejnižším možným standardem pro poskytování substituční léčby ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody.
- Rozšířená substituční léčba znamená poskytování substituční látky doplněné zejména adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií a sociálním poradenstvím; posledně jmenované může být v případě interní nedostupnosti zajištěno externě. Je poskytována za supervize specializovaného substitučního centra.
- Komplexní substituční léčba (ve specializovaných centrech substituční léčby) je poskytování základní substituční léčby rozšířené o nabídku dalších služeb poskytovaných v rámci zařízení: terapií somatických a psychických poruch, skupinovou psychoterapii, rodinnou terapii, pracovní terapii, následnou péči, vzdělávání o aspektech užívání návykových látek, osobní poradenství, pracovní poradenství, profesní vzdělávání, ústavní/rehabilitační pobyty atd.
- Minimální substituční léčba se omezuje na poskytování substituční látky bez další terapie nebo poradenství. Jde o výjimečnou formu substituční léčby, indikovanou především v naléhavých situacích, jako například při akutních

³⁷ Nákup metadonu je financován MZ, distribuce do specializovaných metadonových center probíhá prostřednictvím ústavní lékárny VFN v Praze a dále lékáren spolupracujících s jednotlivými metadonovými centry. V r. 2006–2008 bylo do ČR dovezeno 13 500, 12 000 a 14 000 g metadonové substance (informace od IOPL MZ ČR ze dne 20. 6. 2008).

stavech pacientů jiných typů substituční léčby, při plánovaných diagnostických nebo terapeutických výkonech, při cestách mimo místo trvalého bydliště apod.

Po pilotním testování v prvním pololetí 2007 byl zahájen zkušební provoz elektronické webové aplikace NRULISL. V listopadu 2007 byla aplikace uvedena do provozu (na adrese <https://snzr.uzis.cz/nrulisl/>). Zpočátku se potýkala s technickými problémy; vyvstaly také logistické potíže s registrací lékařů a hlášením pacientů, které nebyly do poloviny r. 2008 zcela odstraněny.

Registr navazuje na hlášenou povinnost, zavedenou od 1. 1. 2006 zákonem č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a přidruženou novelou zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Povinnost se týká všech lékařů poskytujících substituční (udržovací) léčbu, tj. specializovaných center, ale i každého zdravotnického zařízení jakékoliv specializace poskytujícího substituci jakýmkoliv přípravkem. Správcem registru je ÚZIS.

Lékař využívající NRULISL musí být zaregistrován. Každého nového pacienta zavádí do registru a rychlým dotazem na rodné číslo pacienta si ověří, zda pacient není již léčen v jiném zařízení – jedním z důvodů je zamezení vícečetné preskripce témuž pacientovi. Usnaděno je také předání pacienta do jiného zařízení či ukončení léčby. Aplikace umožňuje také zpracování analytických agregovaných výstupů.

5.3.1.1 Specializovaná centra substituční léčby

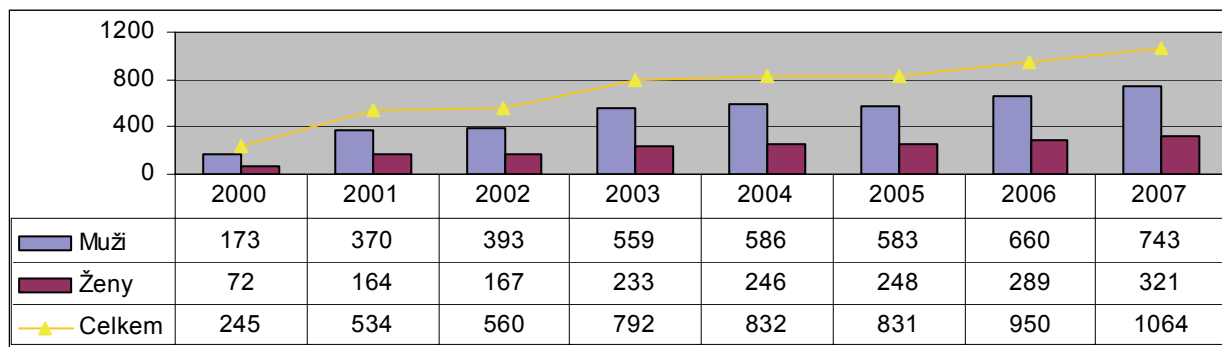
Od r. 2000, kdy byl substituční program v ČR zahájen ve standardním režimu ve VFN v Praze, došlo k jeho postupnému rozšiřování do dalších specializovaných center. Substancí podávanou v těchto centrech byl zpočátku téměř výhradně metadon. Specializovaná centra musela získat akreditaci k provádění substituce od MZ a poté byla zavedena do NRULISL, který byl do r. 2007 veden v jednoduché databázové formě, a komunikace s centry probíhala telefonickou formou. S postupným rozšiřováním Subutexu® v ČR a rostoucím počtem předepisujících lékařů různých specializací byla do NRULISL již před zavedením elektronické formy zaváděna i centra předepisující výhradně Subutex® (nyní také Suboxone®). Elektronizace registru příliv těchto center dále urychlila. V dalším textu budou tedy uvedeny údaje z NRULISL, a to jak z registrovaných center „metadonových“, tak ostatních.

V r. 2007 bylo v NRULISL registrováno 15 center substituční léčby, z toho 4 v Praze (Drop In o.p.s. provozuje 2 centra), 2 centra fungují ve věznicích Praha-Pankrác a Příbram, kde byl v dubnu 2006 zahájen pilotní program substituční léčby ve výkonu trestu – blíže viz kapitolu Zacházení s uživateli drog ve věznicích (str. 96). Nově bylo v lednu 2007 otevřeno další substituční centrum v Královéhradeckém kraji v Oblastní nemocnici Jičín, a.s. Ze všech 15 specializovaných center poskytovalo celkem 13 center buď výhradně metadon, nebo části klientů také Subutex®; 2 centra poskytovala výhradně Subutex® – viz dále.

Specializovanými centry zůstávají stále nepokryty kraje Plzeňský, Liberecký, Pardubický, Vysočina a Zlínský; v Plzni lze tento deficit označit za akutní (v Plzeňském kraji je odhadováno cca 500 problémových uživatelů opiátů, v dalších krajích bez specializovaného centra jsou odhadované počty velmi nízké – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 40).

V r. 2007 bylo v 15 specializovaných centrech léčeno celkem 1 064 osob (z toho 620 metadonem a 444 Subutexem®)³⁸ – trend od r. 2000 podle pohlaví uvádí obrázek 5-6 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008b). Počet pacientů za celou dobu vedení NRULISL podle místa bydliště uvádí tabulka 5-11 – nejpočetněji jsou zastoupeni klienti z Prahy a Ústeckého kraje, naopak ojediněle klienti z krajů bez substitučního centra; alarmující je zejména nízký počet klientů z již zmíněného kraje Plzeňského. Vývoj počtu pacientů specializovaných center vždy ke 31. 12. daného roku uvádí tabulka 5-12. 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. 40).

obrázek 5-6: Počet pacientů léčených ve specializovaných substitučních centrech v r. 2000–2007 podle pohlaví



³⁸ Údaje vycházejí z informací z NRULISL ke dni 1. 1. 2008; hlášení o pacientech jsou lékaři průběžně aktualizována (zejména po přechodu na elektronickou verzi registru v r. 2008), a to zpětně i záznamy o pacientech z minulých let, což ovlivňuje aktuálně zveřejňované údaje o stavu pacientů v registru v jednotlivých letech.

tabulka 5-11: Počet pacientů, kteří byli v r. 2000–2007 léčeni substitucí, podle kraje bydliště (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008)

Kraj/rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Praha	128	226	231	344	344	303	358	407
Středočeský	16	26	29	57	77	68	82	92
Jihočeský	4	4	4	5	3	16	42	44
Plzeňský	–	–	1	2	2	1	2	2
Karlovarský	–	–	–	1	–	3	19	29
Ústecký	85	202	214	291	296	295	289	324
Liberecký	–	–	–	1	3	4	5	7
Královéhradecký	4	5	10	14	20	33	36	34
Pardubický	3	3	3	3	3	6	7	9
Vysočina	1	1	–	–	1	1	4	7
Jihomoravský	2	58	52	53	56	62	64	65
Olomoucký	1	2	4	6	9	13	14	14
Zlínský	–	–	–	–	–	–	–	2
Moravskoslezský	–	1	8	14	16	22	24	28
Cizinci	1	6	4	1	2	4	4	–
Celkem	245	534	560	792	832	831	949	1 064

tabulka 5-12: Pacienti ve specializovaných substitučních programech v r. 2000–2007, stav k 31. 12. daného roku (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008b)

Centrum	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ústí nad Labem	54	124	123	190	182	184	185	246
Praha (Drop In)	71	110	100	142	135	135	152	169
Praha (VFN)	50	60	54	117	96	115	125	116
Praha (SANANIM)	0	0	0	0	0	0	56	85
Brno	4	50	53	46	46	63	63	48
Hradec Králové	5	9	13	13	18	32	31	37
Mělník	4	7	9	22	16	12	21	19
Olomouc	2	2	5	4	6	12	17	18
Karlový Vary	0	0	0	0	0	0	10	15
České Budějovice	0	0	0	0	0	8	26	13
Ostrava	0	1	4	10	11	10	9	11
Věznice Praha-Pankrác a Příbram	0	0	0	0	0	0	3	3
Jičín	0	0	0	0	0	0	0	1
Celkem	190	363	361	544	510	571	698	781

Ve specializovaných centrech je podáván jak metadon, tak Subutex[®]. Vzájemný poměr těchto látek se od r. 2000 vyrovnává – v r. 2000 byl předepisován výhradně metadon, v r. 2001 byl Subutex[®] předepisován 6 %, v r. 2004 34 % a v r. 2007 42 % pacientů specializovaných center (od r. 2008 lze navíc očekávat vliv zavedení Suboxone[®]). Vzájemný poměr pacientů na metadonu a Subutexu se v jednotlivých specializovaných centrech významně liší – tabulka 5-13. Metadon není podáván vůbec v zařízení CADAS o. s. SANANIM a v centru nemocnice Jičín, naopak brněnské ELYSIUM Sdružení Podané ruce a vězeňské programy používají výhradně metadon. Lze předpokládat, že s tím, jak budou v NRULISL přibývat nespécializovaná centra, bude se zvyšovat počet center i pacientů používajících výhradně preparáty s obsahem buprenorfinu.

Jedny z prvních zkušeností s převáděním pacientů ze Subutexu[®] na Suboxone[®] popisuje MUDr. Jakub Minařík ze své praxe v zařízení CADAS o. s. SANANIM na souboru 60 klientů v období únor až duben 2008. Z nich 58 bylo v tomto období převedeno na Suboxone[®] – 48 % preparát snášelo dobře, 24 % jej užívalo s výhradami (např. potřeba zvýšení dávky, opatřování Subutexu[®] z černého trhu pro injekční aplikaci, bažení po heroínu, relaps apod.), 14 % přechod na Suboxone[®] špatně snášelo; o 14 % nebyly dostupné informace.³⁹

Podle informací terénních programů o. s. SANANIM reaguje část jejich klientů na informace o příchodu Suboxone[®] s nadějami na omezení či ukončení užívání opiátů. Mezi klienty spolu s prvními zážitky při zneužití panují mýty a zkreslené informace o novém preparátu, např. o nemožnosti jej rozpustit a injekčně aplikovat či o oddělení naloxonu. Po injekční aplikaci jsou často popisovány (ve shodě s farmakologickými vlastnostmi preparátu) abstinenci příznaky. Při sublingválním podání Suboxone[®] popisují klienti silnější účinek než při podání Subutexu[®] (Herzog, 2008).

³⁹ Informace poskytnuté MUDr. Jakubem Minaříkem v červenci 2008.

tabulka 5-13: Poměr pacientů na metadonu a Subutexu® k 31. 12. 2007 podle jednotlivých specializovaných center (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008b)

Centrum	Metadon		Subutex®		Celkem
	Abs.	%	Abs.	%	
Ústí nad Labem	111	45,1	135	54,9	246
Praha (Drop In)	153	90,5	16	9,5	169
Praha (VFN)	64	55,2	52	44,8	116
Praha (SANANIM)	0	0,0	85	100,0	85
Brno	48	100,0	0	0,0	48
Hradec Králové	9	24,3	28	75,7	37
Mělník	2	10,5	17	89,5	19
Olomouc	12	66,7	6	33,3	18
Karlovy Vary	15	100,0	0	0,0	15
České Budějovice	8	61,5	5	38,5	13
Ostrava	6	54,5	5	45,5	11
Věznice Praha-Pankrác a Příbram	3	100,0	0	0,0	3
Jičín	0	0,0	1	100,0	1
Celkem	431	55,2	350	44,8	781

K 23. 6. 2008 bylo do NRULISL zaregistrováno 32 zdravotnických zařízení poskytujících substituční léčbu, z toho ve 13 případech se jednalo o psychiatrické, ve 12 případech o AT ordinace, v 5 případech šlo o praktické lékaře pro dospělá a dále byla zaregistrována 2 další zařízení (z toho 1 interní ambulance a 1 zdravotnické středisko vazební věznice).⁴⁰ NRULISL a jeho analytické výstupy budou muset být v dalším období velmi pravděpodobně zohledněny tak, aby umožňovaly sledovat trendy v různých typech substituční léčby, jak jsou definovány ve standardu substituční léčby. Rezervy stále vykazuje povědomí lékařů o NRULISL a o hlášené povinnosti – počty registrovaných lékařů jsou zatím velmi nízké ve srovnání s odhadem ambulantních lékařů předepisujících Subutex®. Z průzkumu mezi lékaři v ČR (viz dále) vyplynulo, že lékaři si nejsou dostatečně vědomi hlášené povinnosti do NRULISL – tabulka 5-14.

tabulka 5-14: Názory lékařů na povinnost hlášení pacientů léčených substitucí, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES - SONES, 2008)

Náзор na hlášenou povinnost	Celý vzorek v % (n = 1 225)	Výběr těch, co uvádějí preskripci Subutexu®, v % (n = 19)
Hlášení je dobrovolné	31,2	42,1
Hlášení je povinné	63,1	57,9
Neodpověděl	5,6	0,0
Celkem	100,0	100,0

5.3.1.2 Substituční léčba mimo specializovaná centra substituční léčby

Subutex® a od února 2008 také Suboxone® může předepsat každý lékař bez ohledu na specializaci – kromě substitučních center je tedy předepisován zejména v AT ordinacích (tj. v psychiatrických ordinacích se specializací AT) a dále v ambulancích dalších psychiatrů a praktických lékařů. Zatímco pacienti užívající Subutex® ve specializovaných centrech jsou evidováni (viz výše), počet pacientů užívajících Subutex® v dalších ambulantních zařízeních ani počet lékařů předepisujících Subutex® nejsou přesně známy.

V listopadu a prosinci 2007 proběhl sběr dat v rámci omnibusového dotazníkového šetření Lékaři České republiky 2007⁴¹ (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES - SONES, 2008). Vzorek byl založen na kvótním výběru podle pohlaví, věku, způsobu vykonávání profese (soukromí a ostatní lékaři), oboru činnosti (všeobecné lékařství, pediatrie/dorostové lékařství a ostatní) a kraje vykonávání profese. Sběr dat probíhal formou řízeného rozhovoru prostřednictvím 349 tazatelů, response dosáhla 75,2 %. Z iniciativy NMS byl do průzkumu zařazen modul Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby. Výsledky týkající se problémových uživatelů drog v ordinacích praktických lékařů jsou uvedeny v kapitole Problémové užívání drog (str. 40). V této kapitole jsou shrnuty výsledky týkající se problematiky poskytování substituční léčby.

Vzorek zahrnoval 1 225 lékařů z celé ČR, z toho 47,7 % mužů a 52,3 % žen. Soukromých lékařů bylo 622 (50,8 %), ostatních 603 (49,2 %). V 175 případech (14,3 %) se jednalo o lékaře oboru všeobecné lékařství, 107 (8,7 %) bylo

⁴⁰ Informace ze schůzky Rady NRULISL konané 23. 6. 2008 na ÚZIS.

⁴¹ Celý průzkum je zaměřen na problematiku zdravotnictví v ČR, názory na jeho vývoj a současný stav, obsahuje standardně specifické otázky týkající se výkonu léčebné a preventivní péče ve vztahu k lidskému zdraví; je realizován každé 2 roky Institutem pro studium zdraví a životního stylu, Agenturou INRES–SONES.

pediatrů a dorostových lékařů, ostatní odbornosti byly zastoupeny v 943 případech (77,0 %). Geografickou distribuci vzorku uvádí tabulka 5-15.

tabulka 5-15: Respondenti průzkumu Lékaři České republiky 2007 podle kraje vykonávání praxe (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES - SONES, 2008)

Kraj/rok	Počet	%
Praha	249	20,3
Středočeský	105	8,6
Jihočeský	67	5,5
Plzeňský	71	5,8
Karlovarský	33	2,7
Ústecký	82	6,7
Liberecký	42	3,4
Královéhradecký	64	5,2
Pardubický	52	4,2
Vysočina	49	4,0
Jihomoravský	146	11,9
Olomoucký	77	6,3
Zlínský	55	4,5
Moravskoslezský	133	10,9
Celkem	1 225	100,0

Celkem 19 lékařů (1,6 %) z celého vzorku uvedlo, že předepisuje Subutex® některému ze svých pacientů; největší podíl uváděli psychiatři (10,7 %) a praktičtí lékaři pro dospělé (4,6 %) – tabulka 5-16. Celkem se ve vzorku jednalo o 133 pacientů, z toho nejvíce 60 (45,1 %) připadlo na psychiatry a 45 (33,8 %) na praktické lékaře pro dospělé; u ostatních odborností se jednalo o velmi malé počty – tabulka 5-17; u jednotlivých lékařů to bylo od 1 do 52 osob.

tabulka 5-16: Počet lékařů vybraných odborností uvádějících předepisování Subutexu® a jejich podíl ve vzorku (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES - SONES, 2008)

Odbornost	Počet předepisujících	Předepisující v %	Celkem ve vzorku
Psychiatr	3	10,7	28
Praktický lékař pro dospělé	8	4,6	175
Chirurg	2	1,7	117
Gynekolog	2	1,0	200
Internista	1	0,7	135
Ostatní	3*	0,5	570
Celkem	19	1,6	1 225

Pozn.: * Jednalo se o neonatologa, specialistu ORL a hematologa.

tabulka 5-17: Počet pacientů, kterým je předepisován Subutex® lékaři vybraných odborností (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES - SONES, 2008)

Odbornost	Pacienti užívající Subutex® – počet	Pacienti užívající Subutex® – %	Průměr na předepisujícího lékaře	Průměr na lékaře ze vzorku
Psychiatr	60	45,1	20,00	2,14
Praktický lékař pro dospělé	45	33,8	5,63	0,26
Chirurg	3	2,3	1,50	0,03
Gynekolog	7	5,3	3,50	0,04
Internista	1	0,8	1,00	0,01
Ostatní	17	12,8	5,67	0,03
Celkem	133	100,0	7,00	0,11

Uvedené výsledky byly extrapolovány na počet lékařů ČR dvou odborností s nejvýraznějším zapojením do substituční léčby (psychiatri včetně AT a praktičtí lékaři) na celkový počet 1 393 psychiatrů a 5 229 praktických lékařů pro dospělé (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2007). Orientačně lze takto odhadnout celkem 390 psychiatrů a praktických lékařů předepisujících Subutex® a 4 340 pacientů, kterým je těmito dvěma odbornostmi předepisován – tabulka 5-18.

tabulka 5-18: Odhad počtu lékařů předepisujících Subutex® a počtu pacientů, kterým byl předepisován, v ČR v r. 2007, podle vybraných odborností (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES - SONES, 2008)

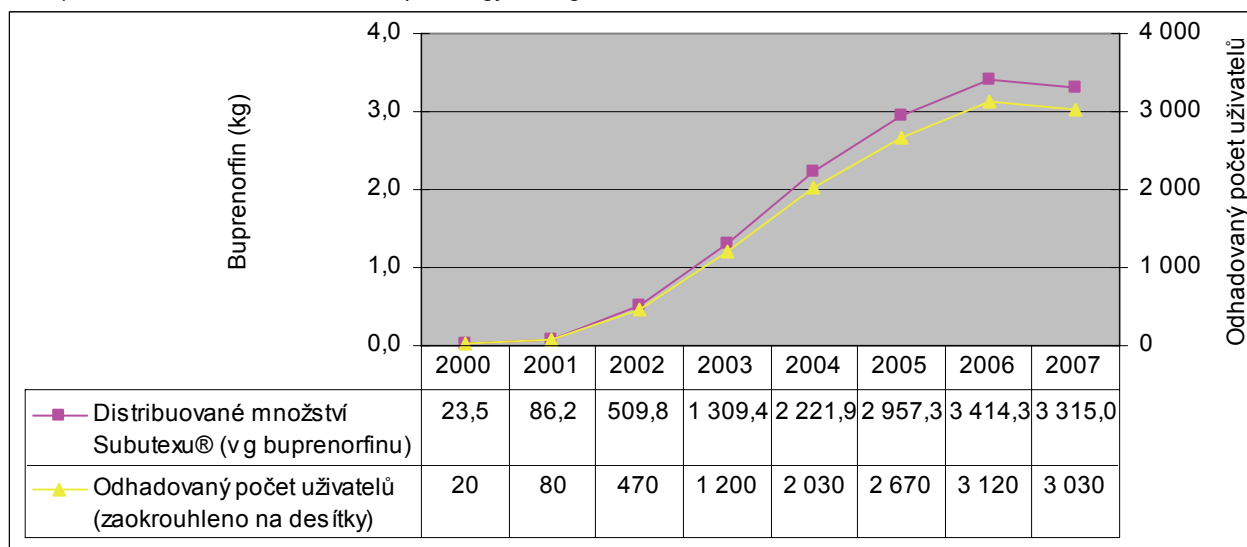
Obor	Lékaři předepisující Subutex®	Pacienti užívající Subutex®
Psychiatr	150	2 980
Praktický lékař pro dospělé	240	1 360
Celkem	390	4 340

Při extrapolaci celkových výsledků průzkumu zahrnujících všechny odbornosti na celkový počet 36 595 lékařů v ČR v r. 2006 včetně ostatních několika desítek odborností (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2007) je odhad zatížen mnohem větší nejistotou – s vědomím uvedené nejistoty lze počet lékařů všech odborností takto odhadnout na celkem 570 a počet pacientů, kterým je Subutex® předepisován, na 4 030 osob. Rozdíl mezi tímto počtem a počtem, který uvádí tabulka 5-18, je dán faktem, že podílly ostatních odborností mimo praktické lékaře (tj. včetně např. psychiatrů) nebyly v průzkumu zastoupeny reprezentativně pro celou populaci lékařů ČR.⁴²

S tím, že ve specializovaných centrech bylo v r. 2007 léčeno Subutexem® 444 osob, lze počet osob léčených mimo specializovaná centra (za předpokladů a při postupech uvedených výše) odhadnout na 3 500–3 800 osob.

K dispozici jsou údaje o distribuci Subutexu® na českém trhu v r. 2007 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2008). V r. 2007 bylo ve dvou různých silách (8 a 2 mg) distribuováno množství Subutexu® odpovídající 3 315 g buprenorfinu, což znamená mírný pokles oproti r. 2006, který nelze zdůvodnit ani zastavením distribuce Subutexu® o síle 0,4 mg buprenorfinu na český trh. Počet uživatelů Subutexu® v r. 2007 lze za stejného předpokladu jako v letech minulých (tj. průměrné denní spotřeby 6 mg buprenorfinu a průměrné frekvenci aplikace obden⁴³) orientačně odhadnout na 3 030 osob – obrázek 5-7. Tento odhad je řádově o 1 tisíc uživatelů nižší než odhad získaný v průzkumu uvedeném výše; také není zcela objasněn vzájemný poměr počtu pacientů v řádné substituční léčbě a problémových uživatelů Subutexu® (tj. osob zneužívajících jej na drogové scéně)⁴⁴ a lze předpokládat výrazný překryv mezi oběma skupinami.

obrázek 5-7: Distribuované množství Subutexu® (v g buprenorfinu) a odhadovaný počet uživatelů Subutexu® v r. 2000 až 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004; Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2008)



V r. 2007 některé organizace, jež standardně realizují různé typy kontaktních a poradenských programů (např. nízkoprahová kontaktní centra), spolupracovaly s lékaři z různých zdravotnických zařízení, kteří svým pacientům předepisují Subutex®. Jedná se o decentralizovaný model substituční léčby, který doplňuje funkci zdravotnických zařízení poskytujících základní nebo rozšířený typ substituční léčby (viz výše), tj. zejména psychiatrů a AT specialistů, případně praktických lékařů, a je založený na úzké spolupráci zdravotnických zařízení a zejména nestátních neziskových organizací. Tyto organizace (např. Prev-Centrum Praha, Ambulantní program Hradec Králové – o. s. LAXUS, KC Nymburk – o. s. Semiramis, KC Písek – o. s. Arkáda) realizovaly různé prahové a různé strukturované podpůrné psychosociální programy substituční léčby a klientům nabízely služby, jako např. motivační trénink, psychoterapii, sociálně právní poradenství, rodinné poradenství, zprostředkování pracovní rekvalifikace a zaměstnání, zprostředkování ústavní léčby apod. Během r. 2007 a počátkem r. 2008 rovněž proběhla 4 setkání

⁴² Další dílčí údaje jsou uvedeny ve VZ 2006. Počty pacientů léčených v jednotlivých ordinacích 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, je ročně léčeno Subutexem® cca 250 osob.

⁴³ 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.

⁴⁴ V Praze bylo např. zjištěno, že cca 60 % Subutexu® spotřebovaného klienty nízkoprahových zařízení pochází pravděpodobně z černého trhu (Mravčík and Orliková, 2007).

zástupců těchto podpůrných programů s cílem vzájemně se informovat o systému práce a diskutovat možnosti certifikace odborné způsobilosti uvedených typů programů. Práce o problematice podpůrných psychosociálních složek v rámci substituční léčby byly publikovány (Miláčková, 2005; Kostínková, 2008).

5.3.2 Zneužívání substitučních preparátů a jejich výskyt na černém trhu

Stejně jako v minulosti se metadon na černém trhu v r. 2007 podle dostupných údajů nevyskytoval. Černý trh se Subutexem[®] probíhá stále především jako prodej a nákup malých množství tablet Subutexu[®] pocházejícího z lékáren mezi jednotlivými uživateli. Se Suboxone[®] se na černém trhu prakticky neobchoduje, neexistuje po něm poptávka, což souvisí s jeho farmakologickým složením s obsahem naloxonu – blíže viz kapitolu Drogové trhy (str. 99).

Výskyt Subutexu[®] na černém trhu a drogové scéně je v Praze popisován od r. 2002 (Řezníčková and Nedvěd, 2004), v dalších letech i v dalších, zejména českých, krajích – viz též VZ 2003–2006. Většina problémových uživatelů Subutexu[®] jej užívá injekčně (Petroš et al. 2005; Mravčík and Orliková, 2007). V registru žádostí o léčbu tvořili v r. 2007 IUD 82,2 % a 84,9 % všech žadatelů, resp. prvožadatelů se základní drogou Subutex[®], což znamená nárůst oproti r. 2006, kdy podíly dosáhly 70,7 %, resp. 74,4 % (Studničková et al. 2008; Polanecký et al. 2007).

V r. 2007 bylo v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními 3 200 uživatelů Subutexu[®] získaného bez lékařského předpisu – viz též kapitolu Služby nízkoprahových zařízení (str. 77); prevalenční odhad problémových uživatelů Subutexu[®] dosáhl v r. 2007 střední hodnoty 4 250 osob – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 40).

Registr žádostí o léčbu provozovaný HS eviduje užívání Subutexu[®] od r. 2003; v období 2003–2006 je patrný nárůst žádostí o léčbu v souvislosti s jeho užíváním, v r. 2007 došlo k zastavení tohoto trendu – tabulka 5-19.

tabulka 5-19: Počty prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním Subutexu[®] jako základní a sekundární drogy v r. 2003–2007 (Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2005; Polanecký et al. 2006; Polanecký et al. 2007; Studničková et al. 2008)

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
2007	126	143	269	315	380	695

Fenoménem zneužívání Subutexu[®] a aktuálním nástupem Suboxone[®] na drogovou scénu se aktuálně zabývají pracovníci terénních programů o. s. SANANIM. Jako důvody zneužívání Subutexu[®] z černého trhu jsou uváděny nedostatečné dávkování, špatná informovanost pacienta o sublingválním efektu a technice podání, samoléčba abstinenčních příznaků, závislost na jehle nebo rychlejší nástup účinku při injekční aplikaci. Je popisován nárůst zdravotních komplikací spojených s injekční aplikací rozpuštěných tablet (poškození žilního systému, infekční endokarditida). Subutex[®] také vytvořil v Praze nová ohniska drogové scény v okolí některých lékáren a stal se startovací drogou nové generace (injekčních) uživatelů (Herzog, 2008).

Jsou popisována i pozitiva přítomnosti Subutexu[®] na drogové scéně v Praze, např. omezení výskytu a zneužívání heroinu, pokles předávkování heroinem, zlepšení kontaktu klientů s poradenskými a léčebnými programy, omezení sekundární trestné činnosti uživatelů v důsledku nižších nákladů na pořízení drogy (Herzog, 2008). Některé z těchto trendů jsou patrné v příslušných kapitolách této zprávy, např. Problémové užívání drog (str. 40) či Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 65).

Existuje obava, že v důsledku nástupu Suboxone[®] dojde ke snížení nabídky Subutexu[®] na černém trhu spojenému se zvýšením jeho ceny – uvolněné místo na trhu by pak mohl znovu zaujmout heroin s možnými negativními důsledky zejména pro nové a nezkušené uživatele (zvýšení počtu předávkování, zvýšení sekundární kriminality apod.). Současný stav v Praze v první polovině r. 2008 tomuto scénáři zatím nenasvědčuje – nedošlo k výraznému poklesu nabídky Subutexu[®] na černém trhu, je pouze popisováno mírné zvýšení jeho ceny (Herzog, 2008).

V r. 2007 nebylo zaznamenáno žádné úmrtí na předávkování s nálezem metadonu ani buprenorfinu (Subutexu[®]) – blíže viz kapitolu Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 65).

5.3.3 Evaluace substituční léčby

V r. 2007 došlo k dalšímu zvýšení dostupnosti substituční léčby ve specializovaných centrech – bylo otevřeno nové centrum v Jičíně.

V r. 2000–2007 bylo ve specializovaných centrech evidováno celkem 4 158 přijetí a 3 378 ukončení léčby. Nejčastějším důvodem ukončení bylo v 2 468 případech (73,1 %) porušení terapeutické smlouvy. Podíl tohoto způsobu ukončení léčby není rovnoměrně rozložen mezi všechna centra – nejvyššího podílu dosahují programy v Ústí nad Labem a pražský Drop In. Celkem 8 osob (0,2 %) za celou dobu trvání registru zemřelo. Není výjimkou,

že klient nastupuje do substituční léčby opakovaně – v r. 2007, stejně jako v r. 2006, dosáhl průměrný počet nástupů do léčby na jednoho pacienta 1,2 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2007; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008c). Nejvyšší průměr nástupů na pacienta vykázal Drop In (1,5) a Jihočeské substituční centrum (1,3), naopak VFN Praha, centra v Hradci Králové, Olomouci, Mělníce a v Karlových Varech nezaznamenaly žádný opakovaný nástup téže osoby. Důvody ukončení léčby ve specializovaných centrech uvádí tabulka 5-20.

tabulka 5-20: Důvod ukončení substituční léčby ve specializovaných centrech od r. 2000 do 31. 12. 2007 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008c)

Centrum	Přijato případů	Ukončeno případů	Důvod ukončení léčby (v %)						Celkem
			1	2	3	4	5	6	
Brno	104	56	1,8	0,0	75,0	10,7	0,0	12,5	100,0
České Budějovice	116	103	1,0	9,7	74,8	1,0	0,0	13,6	100,0
Hradec Králové	71	34	11,8	23,5	35,3	8,8	2,9	17,6	100,0
Jičín	1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Karlovy Vary	31	16	6,3	18,8	50,0	6,3	0,0	18,8	100,0
Mělník	135	116	11,2	6,0	21,6	1,7	0,9	58,6	100,0
Olomouc	42	24	12,5	4,2	45,8	0,0	0,0	37,5	100,0
Ostrava	79	68	7,4	1,5	57,4	5,9	0,0	27,9	100,0
Praha (Drop In)	1 823	1 654	3,4	4,2	82,1	1,2	0,2	8,9	100,0
Praha (SANANIM)	116	31	6,5	35,5	12,9	0,0	0,0	45,2	100,0
Praha (VFN)	512	397	13,1	10,8	44,1	2,0	0,3	29,7	100,0
Ústí nad Labem	1 115	869	1,5	3,5	82,4	5,4	0,2	7,0	100,0
Věžnice	13	10	50,0	10,0	10,0	0,0	0,0	30,0	100,0
Celkem	4 158	3 378	4,6	5,4	73,1	2,7	0,2	13,9	100,0

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

Publikována byla studie popsána ve VZ 2006, která se zabývala retencí v substitučním programu Subutexem® na 132 pacientech náhodně zařazených do tří forem substituční léčby – ve specializovaném centru, u praktického lékaře a do programu kombinovaného z obou předchozích (Večeřová-Procházková et al. 2007).

v r. 2005–2007 proběhla tříletá prospektivní studie na vzorku 47 žen závislých na heroinu a 60 žen v substituční terapii (z toho 36 metadonem a 24 buprenorfinem) zařazených do prenatální péče. Cílem studie bylo zmapovat socioekonomické pozadí těhotných žen závislých na opioidech a žen zařazených do substituční terapie a určit vliv substituce na průběh těhotenství a porodu u drogově závislých těhotných žen. U všech žen byly sledovány socioekonomické faktory, délka trvání těhotenství, přírůstek hmotnosti v průběhu těhotenství, zda žena navštěvovala prenatální poradnu, komplikace spojené s intravenózní aplikací drog a způsob porodu. Věk žen závislých na heroinu byl statisticky významně nižší ve srovnání s ženami na substituční terapii. Nezaměstnanost byla ve srovnání s oběma skupinami substituovaných žen statisticky významně vyšší ve skupině žen užívajících heroin. Prenatální poradnu navštěvovaly všechny ženy substituované buprenorfinem, 14 žen ze 44 závislých na heroinu a 32 žen z 36 substituovaných metadonem. V délce trvání těhotenství nebyl prokázán statisticky významný rozdíl. Přírůstek hmotnosti v průběhu těhotenství byl statisticky významně vyšší u uživatelék buprenorfinu ve srovnání s uživatelkami heroinu i s uživatelkami metadonu. Porodní hmotnost novorozenců byla statisticky významně nejnižší ve skupině žen závislých na heroinu. Při sledování změn na placentě bylo statisticky významně více změn prokázáno na placentách žen substituovaných metadonem. Významně nejvíce novorozenců s příznaky nitroděložní růstové retardace se narodilo ženám závislým na heroinu. Nejdelší léčbu vyžadoval abstinenční syndrom novorozence u žen substituovaných metadonem. Studie potvrdila vyšší sociální stabilizaci žen v substituční léčbě. Těhotenství bylo u těchto žen také výrazně častěji chtěné a plánované, což se odrazilo v odpovědném přístupu k prenatální péči. Čím byla vyšší substituční dávka u matky, tím výraznější byly abstinenční příznaky novorozence. Vzhledem k délce trvání abstinenčního syndromu novorozence při substituci matky metadonem se substituce těhotných buprenorfinem zdá být pro novorozence šetrnější variantou (Vavřínková and Binder, 2007a; Vavřínková and Binder, 2007b).

6 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

V r. 2007 zůstal počet předávkování hlavními skupinami pouličních drog tradičně se podílejících v ČR na předávkováních velmi nízký (14 případů smrtelných předávkování opiáty, 11 pervitinem a 14 těkavými látkami) – u opiátů došlo k mírnému nárůstu, pervitin a těkavé látky zůstaly na téměř nebo úplně stejných hodnotách. V posledních třech letech jsou hlášena ojedinělá předávkování extází a kokainem. V r. 2007 se vyskytlo jedno úmrtí s nálezem metadonu, s nálezem buprenorfinu (Subutex[®]) žádné. U jiných příčin úmrtí než předávkování došlo ve srovnání s r. 2006 k poklesu počtu a podílu pozitivních nálezů pervitinu, naopak k nárůstu u THC. Pokud jde o zemřelé při dopravních nehodách, došlo u tří nejčastějších nealkoholových drog k nárůstu u podílu pozitivních nálezů benzodiazepinů a k poklesu u pervitinu a THC – na tyto látky bylo v r. 2007 pozitivních 5,8 %, resp. 5,8 % a 4,5 % zemřelých řidičů.

Promořenost HIV u injekčních uživatelů drog (IUD) je stále hluboko pod 1 %, a to i ve skupinách rizikových uživatelů s delší anamnézou injekční aplikace nebo s vysokou prevalencí virových hepatitid. V r. 2007 však vzrostl počet nově infikovaných IUD virem HIV – ve srovnání s roční incidencí minulých let se jedná o trojnásobný výskyt. Prevalence virové hepatitidy typu C u IUD vyšetřených v r. 2007 v nízkoprahových programech byla pod 20 %.

V únoru 2008 byla ukončena studie seroprevalence HIV, VHB a VHC mezi 59 IUD původem ze zemí bývalého Sovětského svazu pobývajících v Praze. Byly zjištěny 2 případy HIV pozitivních uživatelů drog (3,5 %), na VHC bylo pozitivních 83,1 %, na VHB 53,3 %; u 11,9 % byla prokázána probíhající akutní nebo chronická VHB infekce. Prevalence všech zjišťovaných infekcí výrazně převyšuje úroveň mezi českými IUD.

Od května 2008 probíhá v Praze epidemie VHA mezi IUD – zatímco v r. 2007 bylo v celé ČR hlášeno 5 případů u IUD, v období 1–8/2008 bylo hlášeno 75 případů.

6.1 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

V ČR jsou na základě podzákoné normy (vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřebnictví) 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“. Systém sběru dat funguje za úzké spolupráce NMS a Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČLS JEP (SSLST). Od r. 2006 upozorňuje SSLST na zvyšující se počet pitev provedených soudními lékaři na odděleních patologie mimo síť 13 oddělení soudního lékařství. V prosinci 2007 byla 4 taková pracoviště oslovena s cílem získat data o případných drogových úmrtích. Bylo zjištěno, že 2 pracoviště jsou personálně zajištěna totožným soudním lékařem a jedno provádění soudních pitev nepotvrdilo. Ze zbývajících 3 pracovišť (od 2 soudních lékařů) bylo za r. 2007 nahlášeno 1 drogové úmrtí s nálezem THC, kdy příčinou smrti byl úraz na staveništi. Stále přetrvává situace, kdy u některých nejasných a násilných úmrtí není policií nařazena soudní pitva podle § 115 trestního řádu a nejsou vyžádána příslušná toxikologická vyšetření. Tento faktor může počty úmrtí detekovaných ve speciálním registru podhodnocovat.

6.1.1 Předávkování drogami

V r. 2007 bylo zjištěno 213 úmrtí na předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychotropními léky (212 v r. 2006). Z toho bylo 40 předávkování bylo pouličními drogami, tj. ilegálními OPL a těkavými látkami (37 v r. 2006), a 173 psychotropními léky (170 v r. 2006). V r. 2007 se ve všech případech podařilo zjistit látku, která smrtelné předávkování způsobila.

Bylo identifikováno celkem 14 případů smrtelných předávkování (nelegálními) opiáty (v r. 2006 to bylo 10 případů), především heroinem (10 potvrzených či velmi pravděpodobných případů), z toho byl v 8 případech identifikován opiát samotný, ve 4 případech v kombinaci s pervitinem (v 1 případě navíc s nálezem benzodiazepinů), v 1 případě v kombinaci s MDMA a etanolem a v 1 případě se jednalo o metadon v kombinaci s benzodiazepiny. Pervitin byl příčinou předávkování v 11 případech (12 případů v r. 2006), z toho v 1 případě v kombinaci s THC a ve dvou případech s psychotropními léky. Ve 14 případech se jednalo o předávkování těkavými látkami (stejně jako v r. 2006), ve 2 případech se jednalo o plyn do zapalovače (oba chlapci ve věku 17 let). V r. 2007, stejně jako nikdy v minulosti, nebylo identifikováno předávkování s nálezem buprenorfinu. MDMA byl nalezen v 1 případě v kombinaci s heroinem a etanolem (klasifikováno jako předávkování opiáty – viz výše). Ani v r. 2007 nebylo hlášeno žádné předávkování halucinogeny a THC (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008) – tabulka 6-1.

Předávkování psychotropními léky představují velmi heterogenní kategorii a její přesné zhodnocení je obtížné. Zahnuje totiž předávkování sebevražedná, náhodná či bez zjištěného úmyslu, a to jak léky lege artis předepsanými, tak léky zneužívanými. Celkem bylo v r. 2007 zjištěno 173 případů předávkování psychotropními léky⁴⁵ (170 případů

⁴⁵ Převážná většina předávkování léky má charakter sebevraždy, většinou se jedná o kombinaci (více) léků s alkoholem.

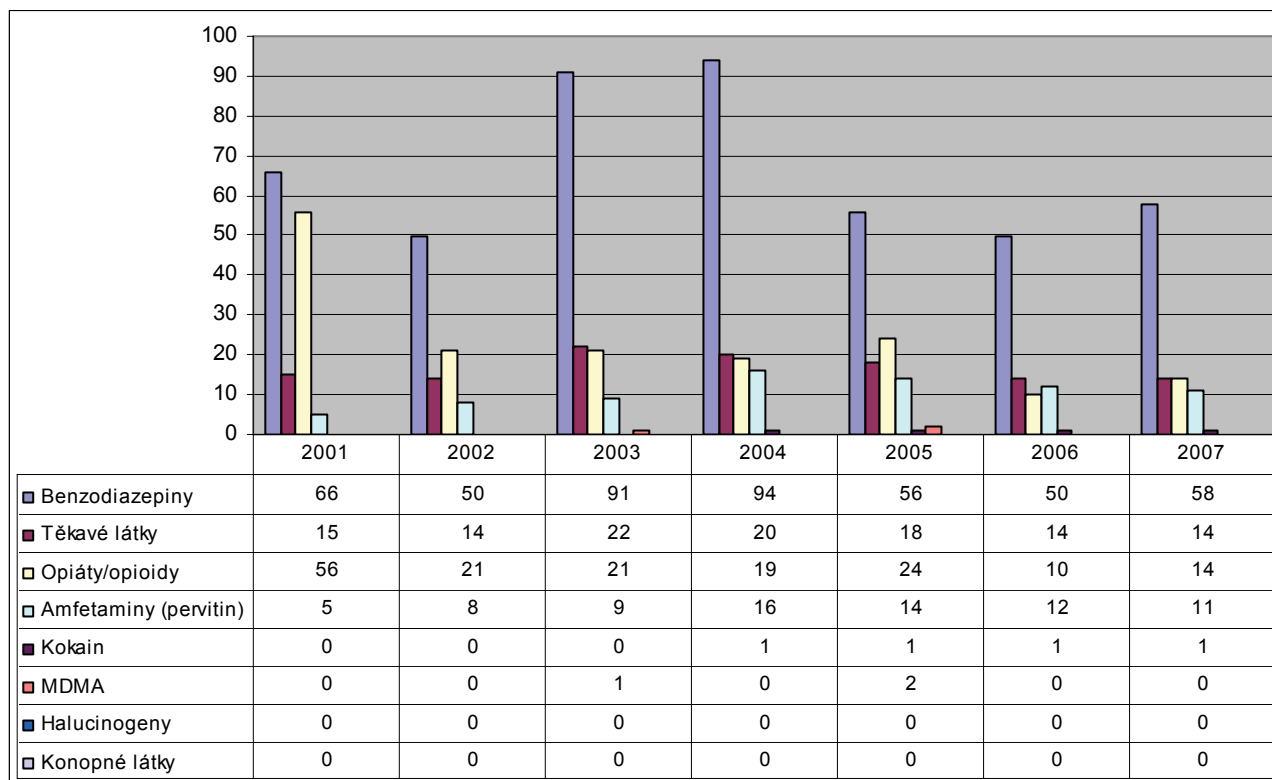
v r. 2006), z toho 58 případů předávkování benzodiazepiny (50 v r. 2006) a 24 předávkování léky s obsahem opiátů (16 v r. 2006) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008).

Trend výskytu smrtelných předávkování drogami uvádí obrázek 6-1.

tabulka 6-1: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2007 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008)

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/opioidy (vyjma metadonu)	0	0	1	4	2	0	0	0	1	0	0	0	0	8	0	8
Jen metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Více látek včetně opiátů/opioidů	0	0	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	6
– z toho metadon	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Celkem opiáty/opioidy	0	0	4	6	3	0	0	0	1	0	0	0	0	13	1	14
Jedna nebo více látek, nikoliv však opiáty/opioidy	0	2	6	5	3	3	1	0	2	1	2	1	0	24	2	26
– z toho těkavé látky	0	2	4	1	1	2	1	0	2	0	1	0	0	13	1	14
– z toho pervitin	0	0	2	3	2	1	0	0	0	1	1	1	0	10	1	11
– z toho kokain	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
– z toho taneční drogy (např. MDMA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– z toho halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychotropní léky	0	5	9	11	17	13	19	14	24	17	20	24	0	87	86	173
– z toho benzodiazepiny	0	1	2	3	4	5	8	2	10	4	6	13	0	31	27	58
Nespecifikováno/neznámo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem mimo léků	0	2	10	11	6	3	1	0	3	1	2	1	0	37	3	40
Celkem	0	7	19	22	23	16	20	14	27	18	22	25	0	124	89	213

obrázek 6-1: Smrtelná předávkování vybranými drogami v r. 2001–2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008)



Počet předávkování jak léky, tak pouličními drogami zůstal v r. 2007 přibližně stejný jako v r. 2006 a přetrvává tak příznivý trend poklesu oproti předchozím letům. K mírnému nárůstu došlo u předávkování opiáty, ale jejich počet nepřesáhl hodnotu předminulého r. 2005

Základní charakteristiky 1 106 předávkovaných osob v letech 2003–2007 uvádí tabulka 6-2 a tabulka 6-3 (údaje o bydlišti zemřelých nejsou k dispozici ze všech oddělení soudního lékařství, geograficky jsou proto případy rozděleny podle krajů sídel oddělení soudního lékařství). Je patrné, že zemřelí na předávkování léky jsou v průměru o téměř 20 let starší než zemřelí na předávkování pouličními drogami a podíl žen je u nich mnohem vyšší. Nejmladší případy předávkování jsou ve skupině těkavých látek (minimum 12 let), zde se jedná převážně o úmrtí následkem vdechování plynu do zapalovačů. Zařízení v Praze nahlásila necelou třetinu předávkování pouličními drogami v ČR, u opiátů představuje tento podíl 46 %, u pervitinu 40 %. Krajem s druhým nejvyšším podílem opiátových předávkování je kraj Ústecký. Nejvyšší podíly smrtelných otrav těkavými látkami hlásily kraje Jihomoravský a Moravskoslezský. Předávkování léky jsou geograficky rozložena rovnoměrněji.

tabulka 6-2: Smrtelná předávkování léky a pouličními drogami v jednotlivých kategoriích drog v r. 2003–2007 podle věku a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008)

Droga		Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	Celkem	
Léky	Počet případů		167	184	156	170	173	850	
	Věk	Průměr	49,9	48,1	48,1	49,3	48,3	48,7	
		Minimum	14	14	17	18	16	14	
		Maximum	92	97	91	94	87	97	
	Muži (%)		50,9	59,8	49,4	48,2	50,3	51,9	
Pouliční drogy	Opiáty/ opioidy	Počet případů		21	19	24	10	14	88
		Věk	Průměr	34,2	28,0	28,7	32,20	28,7	30,3
			Minimum	19	18	20	21	22	18
			Maximum	63	43	42	66	53	66
		Muži (%)		81,0	78,9	87,5	100,0	92,9	86,4
	Stimulancia (pervitin)	Počet případů		10	16	14	12	11	63
		Věk	Průměr	27,1	31,1	28,0	33,7	37,1	31,3
			Minimum	19	20	18	19	21	18
			Maximum	41	53	54	55	68	68
		Muži (%)		70,0	68,8	85,7	66,7	90,9	76,2
	Těkavé látky	Počet případů		22	20	18	14	14	88
		Věk	Průměr	33,9	32,7	33,7	29,9	32,9	32,8
			Minimum	15	14	12	14	17	12
			Maximum	79	84	65	63	61	84
		Muži (%)		100,0	95,0	100,0	85,7	92,9	95,5
Ostatní	Počet případů		2	2	6	6	1	17	
	Věk	Průměr	29,5	43,0	28,5	34,0	26,0	32,1	
		Minimum	28	29	18	26	26	18	
		Maximum	31	57	34	45	26	57	
	Muži (%)		100,0	50,0	83,3	100,0	100,0	88,2	
Celkem	Počet případů		55	57	62	42	40	256	
	Věk	Průměr	32,6	31,1	30,0	32,1	32,4	31,5	
		Minimum	15	14	12	14	17	12	
		Maximum	79	84	65	66	68	84	
	Muži (%)		87,3	80,7	90,3	85,7	92,5	87,1	
Celkem	Počet případů		222	241	218	212	213	1106	
	Věk	Průměr	45,6	44,1	42,9	45,9	45,3	44,7	
		Minimum	14	14	12	14	16	12	
		Maximum	92	97	91	94	87	97	
	Muži (%)		59,9	64,7	61,0	55,7	58,2	60,0	

tabulka 6-3: Smrtelná předávkování léky a pouličními drogami v r. 2003–2007 podle kraje sídla odd. soudního lékařství (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008)

Kraj	Léky	Pouliční drogy					Celkem	
		Opiáty/ opioidy	Pervitin	Těkavé látky	Ostatní	Celkem		
Praha	Počet	212	40	25	13	9	87	299
	Podíl	24,9 %	45,5 %	39,7 %	14,8 %	52,9 %	34,0 %	27,0 %
Středočeský	Na území kraje nesídlí oddělení soudního lékařství.*							
Jihočeský	Počet	39	3	0	3	2	8	47
	Podíl	4,6 %	3,4 %	0,0 %	3,4 %	11,8 %	3,1 %	4,2 %
Plzeňský	Počet	61	6	4	3	1	14	75
	Podíl	7,2 %	6,8 %	6,3 %	3,4 %	5,9 %	5,5 %	6,8 %
Karlovarský	Počet	26	2	1	3	1	7	33
	Podíl	3,1 %	2,3 %	1,6 %	3,4 %	5,9 %	2,7 %	3,0 %
Ústecký	Počet	76	19	9	14	0	42	118
	Podíl	8,9 %	21,6 %	14,3 %	15,9 %	0,0 %	16,4 %	10,7 %
Liberecký	Na území kraje nesídlí oddělení soudního lékařství.							
Královéhradecký	Počet	44	5	5	4	2	16	60
	Podíl	5,2 %	5,7 %	7,9 %	4,5 %	11,8 %	6,3 %	5,4 %
Pardubický	Počet	17	1	0	0	0	1	18
	Podíl	2,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	1,6 %
Vysočina	Na území kraje nesídlí oddělení soudního lékařství.							
Jihomoravský	Počet	168	4	7	28	2	41	209
	Podíl	19,8 %	4,5 %	11,1 %	31,8 %	11,8 %	16,0 %	18,9 %
Olomoucký	Počet	112	1	3	6	0	10	122
	Podíl	13,2 %	1,1 %	4,8 %	6,8 %	0,0 %	3,9 %	11,0 %
Zlínský	Na území kraje nesídlí oddělení soudního lékařství.							
Moravskoslezský	Počet	95	7	9	14	0	30	125
	Podíl	11,2 %	8,0 %	14,3 %	15,9 %	0,0 %	11,7 %	11,3 %
Celkem ČR	Počet	850	88	63	88	17	256	1106
	Podíl	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Pozn.: * Sídlí zde odd. patologie, které poprvé v r. 2007 nahlásilo 1 drogové úmrtí, a to za přítomnosti drogy.

6.1.2 Úmrtí za přítomnosti drog

Celkem bylo v r. 2007 identifikováno 163 úmrtí za přítomnosti drog⁴⁶ (145 v r. 2006), z toho 1 pro nemoc (4 v r. 2006), 74 případy nehod⁴⁷ (69 v r. 2006), 80 případů sebevražd (64 v r. 2006), 6 případů zabití či vražd (5 v r. 2006) a 2 úmrtí z jiných příčin (3 v r. 2006). Přehled podílu vybraných skupin drog na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti drog uvádí tabulka 6-4, trend za poslední 4 roky obrázek 6-2 a tabulka 6-5. Ve srovnání s r. 2006 došlo k poklesu počtu a podílu pozitivních nálezů pervitinu, naopak k nárůstu u THC.

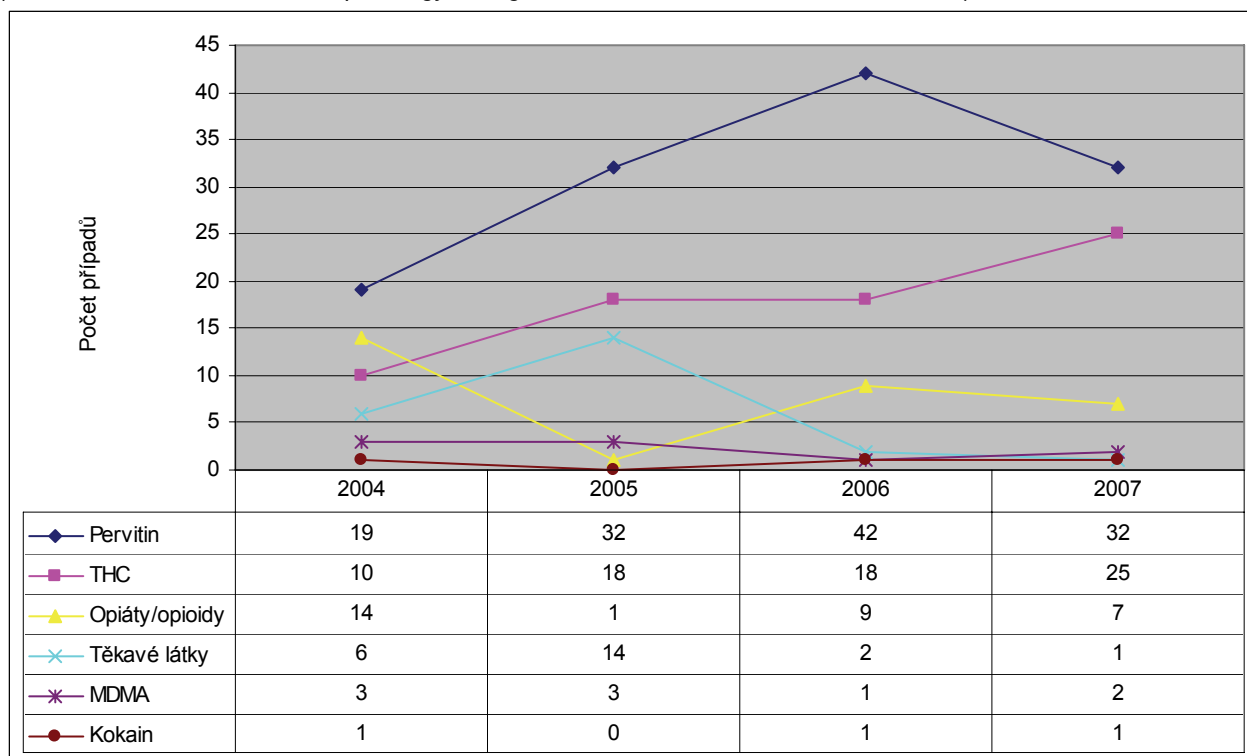
tabulka 6-4: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2007 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008)

OPL	Nemoc (n = 1)	Nehoda (n = 74)	Sebevražda (n = 80)	Zabití/vražda (n = 6)	Jiné (n = 2)	Celkem (n = 163)	Podíl (%)
Benzodiazepiny	0	28	29	2	0	59	36,2
Pervitin	1	20	9	1	1	32	19,6
THC	0	20	4	1	0	25	15,3
Opiáty/opioidy	0	3	4	0	0	7	4,3
MDMA	0	2	0	0	0	2	1,2
Těkavé látky	0	1	0	0	0	1	0,6
Kokain	0	0	0	1	0	1	0,6

⁴⁶ 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 látek, které nevznikají post mortem nebo nejsou prokazovány u některých fyziologických nebo patologických stavů (jako např. aceton, acetaldehyd, n-propanol, n-butanol).

⁴⁷ Z toho bylo 35 dopravních nehod.

obrázek 6-2: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2004–2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008)



tabulka 6-5: Podíl vybraných skupin drog na úmrtích za přítomnosti drog zjištěných na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2004–2007 (v %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008)

Droga	2004 (n=164)	2005 (n=151)	2006 (n=145)	2007 (n=163)
Benzodiazepiny	50,0	33,8	27,6	36,2
Pervitin	11,6	21,2	29,0	19,6
THC	6,1	11,9	12,4	15,3
Opiáty/opioidy	8,5	0,7	6,2	4,3
MDMA	1,8	2,0	0,7	1,2
Těkavé látky	3,7	9,3	1,4	0,6
Kokain	0,6	0,0	0,7	0,6

Nález drog v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod – viz kapitolu Další poruchy spojené s užíváním drog (str. 73).

6.1.3 Mortalita uživatelů drog

V přípravné fázi je studie přirozeného vývoje onemocnění (tj. současného zdravotního a sociálního stavu a dosavadní úmrtnosti) problémových uživatelů drog 14 let poté, co byli kontaktováni poprvé. Jedná se o studii na kohortě 194 „nácitiletých“ IUD, kteří byli v r. 1994 probandy studie NR1264 – IGA MZd ČR „Mládež a návykové látky“. Soubor pro další sledování po vyloučení zemřelých, duplicit a těch, kteří v r. 1994 odmítli informovaný souhlas s oslovením po 10 a více letech, činí 159 jedinců. Ti budou podrobeni strukturovanému interview s využitím standardizovaných nástrojů s cílem rekonstruovat osobní biografii a zjistit zdravotní a psychický stav (vč. míry užívání návykových látek), osobnostní charakteristiky, sociální status a kvalitu života. V rámci přípravy studie bylo ke konci r. 2006 po anonymizaci identifikačních dat a následném průniku s registrem mortality zjištěno 7 úmrtí (všichni muži) z celkem 188 osob (67 mužů a 121 žen), které byly po vyloučení duplicit a případů s chybějícím identifikátorem vybrány z původního vzorku 194 osob. U zemřelých budou z pitevních protokolů zjištěny příčiny a okolnosti úmrtí. Získané údaje budou analyzovány s cílem zjistit determinanty abstinence, úmrtnosti, somatického a psychického stavu a kvality života, a to za využití nezávislých proměnných z r. 1994 i nově zjištěných. Kvantitativní analýza bude doplněna kvalitativní částí s cílem poskytnout interpretační rámec pro kvantitativní nálezy a jejich ověření na individuální úrovni (Zábranský et al. 2008).

V r. 2008 se připravuje další retrospektivní kohortová studie mortality uživatelů drog v ČR. Studie přímo naváže na předchozí studii, která se vztahovala k časovému období 1997–2002 (Lejčková and Mravčík, 2005; Lejčková and Mravčík, 2007); mortalita uživatelů drog bude tedy analyzována za časové období 1997–2007. Hodnoceny budou trendy v úmrtnosti osob hospitalizovaných pro poruchy spojené s užíváním drog (primární nebo sekundární dg. F11 až F19 podle MKN-10) a osob v opiatové substituční léčbě.

6.2 Infekce spojené s užíváním drog

6.2.1 Hlášená incidence HIV/AIDS a virových hepatitid

Dlouhodobě bylo v ČR do r. 2006 ročně hlášeno 2–6 nových případů HIV infekce mezi IUD a 1–2 případy ve smíšené kategorii IUD a homo/bisexuál. V r. 2007 došlo k nárůstu hlášených případů HIV u IUD v kontextu celkového nárůstu nových případů HIV v ČR (zejména kvůli nárůstu u další rizikové skupiny – homo/bisexuálů) – bylo hlášeno celkem 12 nových případů u IUD a 3 případy v uvedené smíšené kategorii. I když se stále jedná o nízká absolutní čísla, jde přibližně o trojnásobný nárůst. K 31. 12. 2007 bylo v ČR evidováno celkem 1 042 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 53 IUD a u 16 dalších osob jde současně o IUD a homo/bisexuály; podíl IUD činí celkem 6,6 %, v r. 2007 to bylo 12,3 % (Státní zdravotní ústav Praha, 2008) – tabulka 6-6.

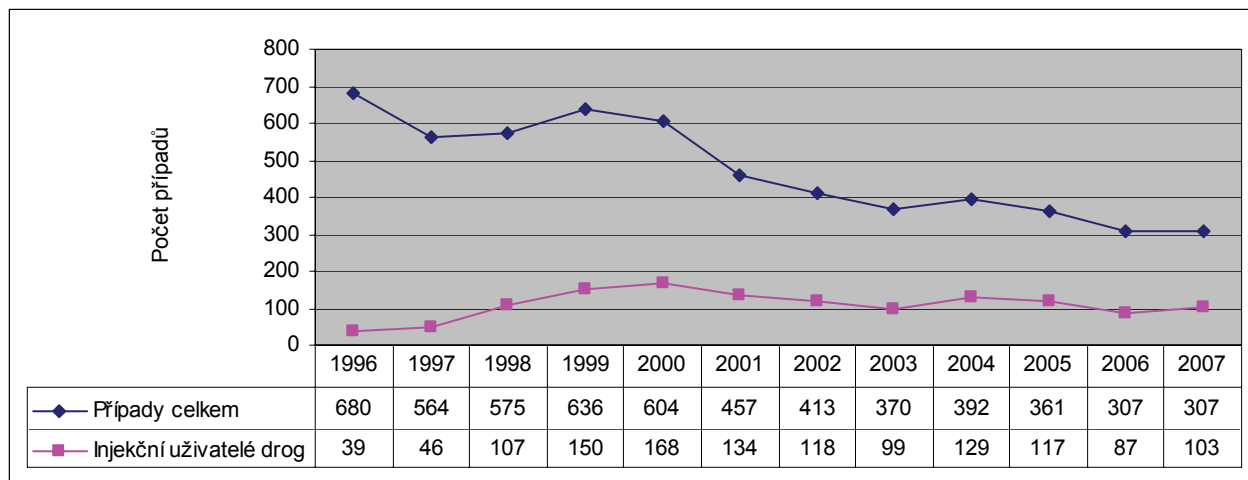
tabulka 6-6: Incidence HIV v ČR do r. 2007 podle způsobu přenosu, k 31. 12. daného roku (Státní zdravotní ústav Praha, 2008)

Způsob přenosu (riziková skupina)	Do r. 2000	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Celkem
Homo/bisexuální styk	235	27	29	27	37	30	52	54	73	564
Heterosexuální styk	131	22	13	20	20	31	29	27	30	323
IUD	15	4	3	2	3	6	4	4	12	53
IUD a homo/bisexuální styk	5	0	2	1	1	1	1	2	3	16
Hemofilik	17	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Příjemce krve	14	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Z matky na dítě	2	1	0	0	1	0	0	0	0	4
Nozokomiální přenos	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Nezjištěno	22	4	4	0	1	4	4	6	4	49
Celkem	443	58	51	50	63	72	90	93	122	1 042

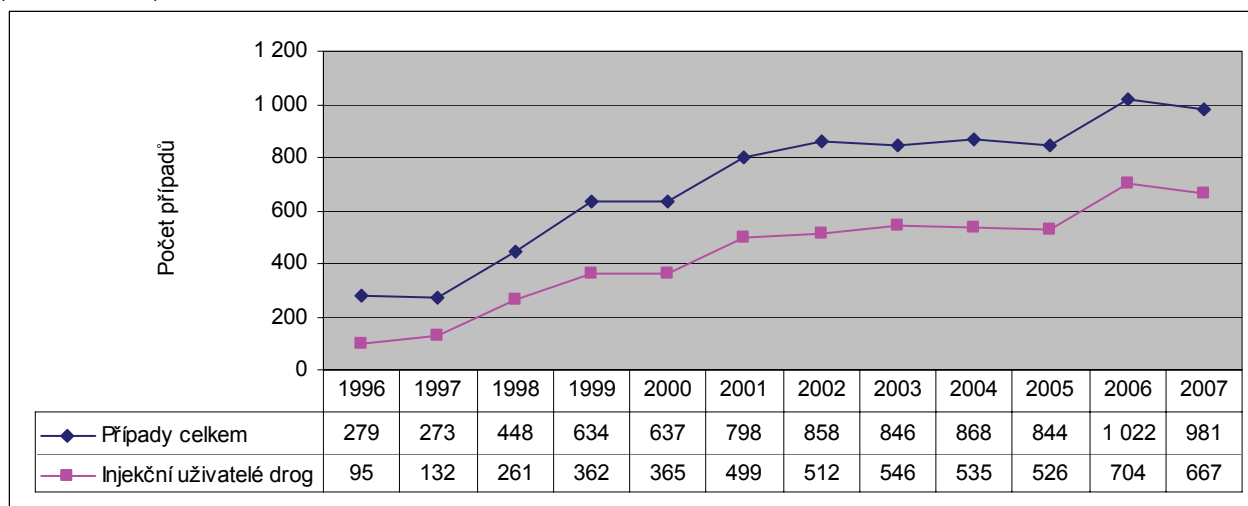
Současný systém sběru dat o nově identifikovaných případech HIV infekce bohužel neumožňuje podrobnější analýzu nových případů, případně sledování změn, ke kterým uvnitř skupiny infikovaných IUD dochází, a neumožňuje tedy ani případné cílené intervence v této oblasti. Není tedy možno vysledovat trendy a změny v charakteristikách infikovaných osob – nejsou známy údaje o místě infekce, o případných zdrojích ani o tom, zda dochází ke změnám v podílu nálezů získaných v ČR oproti importovaným nálezům, zda jsou zdroji infekce osoby či uživatelé drog ze/v zahraničí či v ČR apod. RVKPP jednala o této záležitosti 29. 4. 2008 a hlavní hygienik ČR v květnu 2008 pověřil vedoucí protiepidemických odborů krajských hygienických stanic prováděním epidemiologického šetření u nově identifikovaných případů HIV infekce s účinností od 1. 6. 2008 (Hlavní hygienik ČR, 2008).

V r. 2007 se zvýšil počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB) celkem i u IUD – obrázek 6-3. Počet všech případů virové hepatitidy typu C (VHC) i případů VHC hlášených u uživatelů drog se po uměle vytvořeném nárůstu v r. 2006 (viz VZ 2006) snížil, přesto byl ve srovnání s r. 2005 zaznamenán nárůst (Beneš, 2008b) – viz obrázek 6-4.

obrázek 6-3: Hlášená incidence VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2007 (Beneš, 2008b)

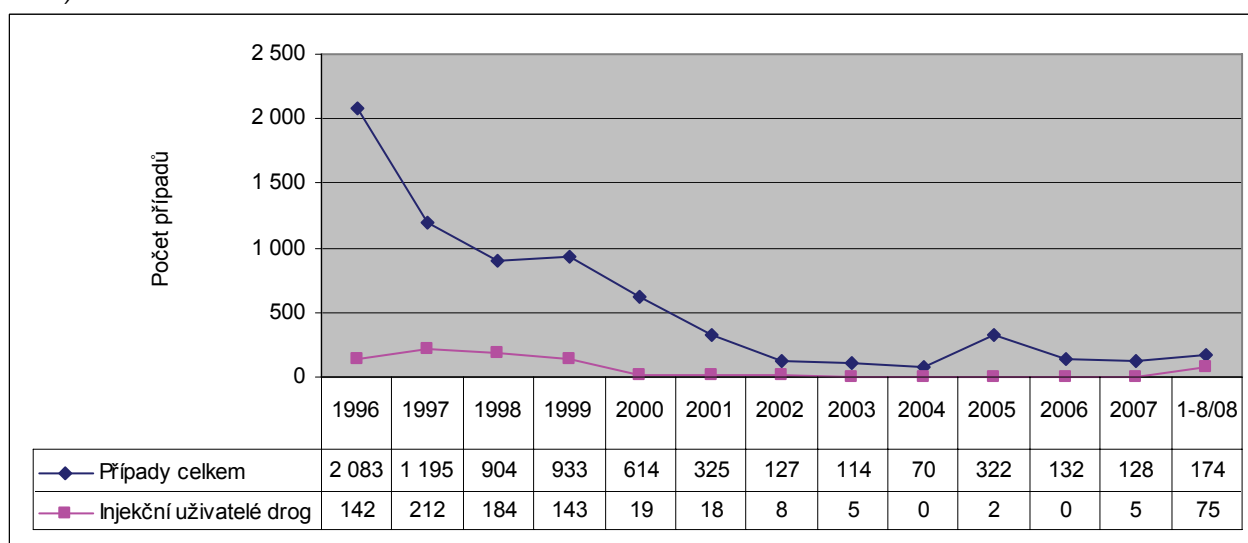


obrázek 6-4: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2007 (Beneš, 2008b)

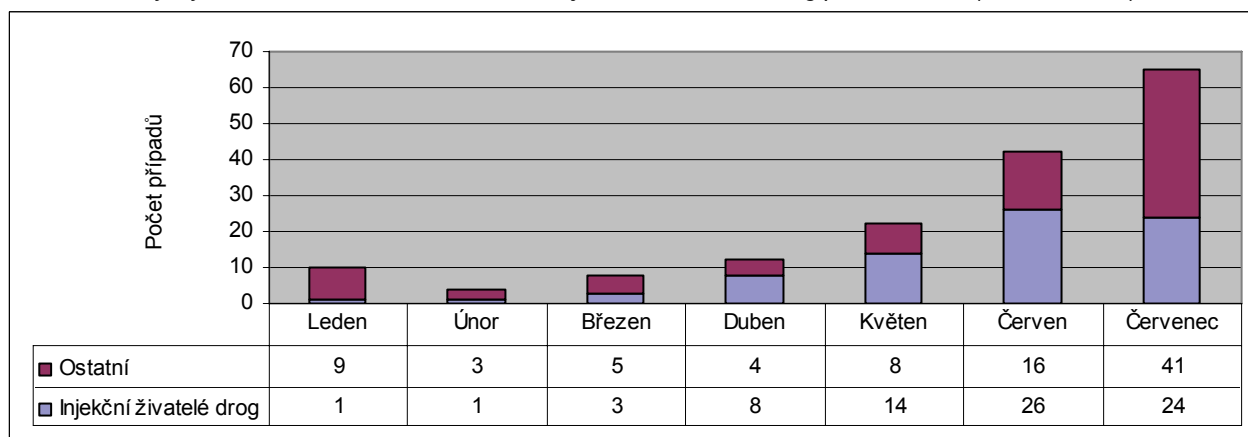


V r. 2008 se v ČR, resp. v Praze výrazně zvýšil počet případů virové hepatitidy typu A (VHA), především mezi uživateli drog. Do 17. 8. 2008 bylo v ČR hlášeno celkem 174 případů VHA (přibližně trojnásobek počtu ve srovnatelném období r. 2007, kdy bylo evidováno 53 případů), z toho 75 případů (43 %) u IUD – obrázek 6-5. V květnu a červnu 2008 dosáhla úroveň výskytu VHA epidemických hodnot – obrázek 6-6. V Praze bylo hlášeno celkem 113 onemocnění, tj. 65 % případů v ČR (Beneš, 2008a). Jako reakce na tuto epidemii bylo v Praze v červenci 2008 zahájeno očkování uživatelů drog proti VHA – viz kapitolu Prevence infekčních chorob (str. 80).

obrázek 6-5: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2008, k 17. 8. 2008 (Beneš, 2008a)



obrázek 6-6: Výskyt VHA v ČR v r. 2008 celkem a u injekčních uživatelů drog podle měsíců (Beneš, 2008a)



6.2.2 Prevalence HIV a virových hepatitid mezi uživateli drog

O výskytu infekcí, především virových hepatitid, mezi uživateli drog lépe než údaje o výskytu nových případů onemocnění vypovídají výsledky seroprevalenčních studií, rutinního hlášení výsledků vyšetření z laboratoří (laboratorní surveillance) nebo monitoringu testování uživatelů drog.

V r. 2007 bylo v ČR podle Národní referenční laboratoře pro AIDS SZÚ (NRL AIDS) Praha provedeno celkem 861 617 laboratorních vyšetření HIV, z toho bylo 122 (0,014 %) s pozitivním výsledkem (Státní zdravotní ústav Praha, 2008), z toho u IUD 1 376 vyšetření se 2 pozitivními výsledky (0,15 %); počet testů provedených IUD⁴⁸ se opět snížil (Vandasová and Malý, 2008) – obrázek 6-4. Informace o výsledcích testování HIV v nízkoprahových zařízeních uvádí tabulka 6-8.

tabulka 6-7: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v r. 1994–2007 (Vandasová and Malý, 2008)

Rok	Testy z krve		Testy ze slin		Celkem	
	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních
1994–1997	1 206	1	895	0	2 101	1
1998	1 034	0	1 124	0	2 158	0
1999	1 101	0	1 219	0	2 320	0
2000	1 090	0	1 001	0	2 091	0
2001	1 208	1	961	0	2 169	1
2002	801	0	735	1	1 536	1
2003	985	1	652	0	1 637	1
2004	1 382	0	227	0	1 609	0
2005	925	1	449	1	1 374	1*
2006	994	1	412	0	1 406	1
2007	845	1	531	1	1 376	2
Celkem	11 571	6	8 206	3	19 777	8

Pozn.: Údaje do r. 2006 byly NRL AIDS v r. 2008 aktualizovány. * Jedná se o případ, který byl identifikován slinným testem a posléze potvrzen z krve.

Od r. 2004 probíhá monitoring testování infekcí u IUD v nízkoprahových programech, výsledky za r. 2007 byly získány z 36 nízkoprahových programů – tabulka 6-8. 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.

Vzhledem k nedostupnosti rychlých testů na VHC v nízkoprahových zařízeních, která trvá od počátku r. 2006, provádělo v r. 2007 testování na VHC pouze 24 zařízení (v r. 2006 to bylo 62 zařízení) – blíže viz kapitolu Prevence infekčních chorob (str. 80). Výsledky jsou k dispozici od 9 zařízení v 6 krajích. Ve Středočeském kraji se jedná o 1 zařízení (5 pozitivních z 36 testů na VHC – 13,9 %), v Plzeňském kraji 1 zařízení (4/49 – 8,2 %), v Karlovarském kraji také 1 zařízení (3/7), v Ústeckém kraji testovala 3 zařízení (38/147 – 25,9 %). V Pardubickém kraji se jedná o 2 zařízení (0/14) a v kraji Vysočina o 1 zařízení (0/6). Z celkem 259 testů na VHC bylo 50 (19,3 %) pozitivních (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008d) – tabulka 6-8.

tabulka 6-8: Výsledky testování injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních v r. 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008d)

Infekce	Druh materiálu k vyšetření	Počet zařízení provádějících testy	Počet provedených testů	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
HIV	Kapilární krev	9	134	0	0,0
	Žilní krev	6	215	0	0,0
	Sliny	9	260	1	0,4
VHC	Kapilární krev	2	13	3	23,1
	Žilní krev	7	246	47	19,1
VHB	Žilní krev	3	140	1	0,7
VHA	Žilní krev	3	133	2	1,5
Syfilis	Žilní krev	6	167	5	3,0
	Kapilární krev	9	134	0	0,0

Od června 2007 do února 2008 byla Centrem adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze za podpory NMS a Magistrátu hl. m. Prahy realizována studie s cílem zjištění (sero)prevalence HIV, VHC a VHB v populaci IUD ze zemí bývalého Sovětského svazu, kteří se pohybují na drogové scéně v Praze. Účastníci studie poskytl v pojiždě

⁴⁸ Jedná se o případy, kdy je informace o užívání drog známa před testem či je uváděným důvodem jeho provedení.

ambulanci žilní krev k testování na HIV, VHB a VHC a podrobili se strukturovanému interview (Zábranský and Janíková, 2008).

Studie se zúčastnilo 59 osob ze zemí bývalého Sovětského svazu, které v současnosti injekčně užívají drogy. Otestována byla i jedna žena-neuživatelka, partnerka osoby pozitivní na sledovanou infekci. Byly zjištěny 2 případy HIV pozitivních uživatelů drog (3,5 %). Na VHC bylo pozitivních 49 (83,1 %) účastníků studie. Aktivní infekce VHC byla prokázána u 37 z 56 případů s hodnotitelnými vzorky (66 %). U 31 případů z 58 s hodnotitelným výsledkem byla prokázána proběhnuvší VHB (53,3 %); u 7 osob (11,9 %) byla prokázána současná akutní nebo chronická VHB infekce (přítomnost HBs antigenu), u 5 případů (8,5 %) byla prokázána replikace viru VHB, která je známkou vysoké infekčnosti onemocnění (Zábranský and Janíková, 2008).

Nejvýznamnějšími předpovědními faktory prodělaných virových infekcí přenášených krví bylo injekční užívání drog v zemích původu a zejména udávané sdílení injekčního náčiní v zemích původu účastníků studie. To nasvědčuje spíše „importu“ zjištěných infekcí než jejich získání až na území ČR (téměř dvě třetiny účastníků studie udávaly injekční užívání drog již v zemích bývalého SSSR, z nichž do ČR přišly). Studie prokázala nižší míru sdílení jehel a stříkaček ve srovnání s českými uživateli, zato ale vysokou míru rizikového sexuálního chování, a mimořádně vysokou míru rizikového chování ve smyslu sdílení ostatních pomůcek používaných při injekční aplikaci – nabírání dávky ze společné nádoby, používání společné vody pro rozpuštění dávky, kontakt s cizí krví při asistenci s aplikací jinému uživateli apod. (Zábranský and Janíková, 2008). Výběrový vzorek byl poměrně malý, a proto na jeho podkladě nelze činit definitivní závěry; výsledky ale naznačují vysoký potenciál šíření krví přenosných nemocí ze zkoumané populace do populace českých uživatelů i neuživatelů drog. Studie navrhla aplikaci řady preventivních a léčebných opatření – viz kapitolu Prevence infekčních chorob (str. 80).

6.3 Další poruchy spojené s užíváním drog

6.3.1 Psychiatrická komorbidita uživatelů drog

V roce 2007 a 2008 proběhl průzkum v rámci ambulantního psychiatrického zařízení CADAS o. s. SANANIM zaměřený na klienty s duální psychiatrickou diagnózou. Ambulance se specializuje na substituční léčbu buprenorfinem a poskytuje také péči klientům s psychiatrickou komorbiditou.

Zařazeni byli klienti se závislostí na opiátech/opioidech, kteří byli přijati k substituci nebo ambulantní detoxifikaci od 1. 1. 2007 do konce dubna 2008 a byli v dlouhodobém kontaktu. Soubor tvořilo 95 klientů (muži 60 %, ženy 40 %). Sledovány byly následující charakteristiky – věk, věk začátku užívání drog a první droga, délka užívání opiátů/opioidů, další užívané drogy, absolvování odvykací léčby v minulosti, duální diagnóza, použité medikace, relapsy v programu, zařazení do skupiny dle prognózy a průběhu léčby. Průměrný věk byl 29,3 let (muži 30,8; ženy 27,1), průměrná délka užívání opiooidů 10,2 roku (muži 11; ženy 8,7), psychiatrická komorbidita byla přítomna v 82 %. Klienty bylo možné podle prognózy a průběhu léčby rozdělit do tří skupin, a to do skupiny plně stabilizovaných (38 %), částečně stabilizovaných (40 %) a klientů v udržovací péči (22 %), u nichž je příznivá prognóza nepravděpodobná (Minařík and Audrlický, 2008). Rozdělení souboru podle typu diagnózy uvádí tabulka 6-9.

tabulka 6-9: Soubor klientů CADAS o. s. SANANIM podle typu duální diagnózy (Minařík and Audrlický, 2008)

Rozdělení dle typu duální diagnózy	Podíl klientů s uvedenou diagnózou (%)
Afektivní porucha (deprese)	66
Porucha osobnosti	43
Neurotická a stresová porucha	6
Psychóza	4
Epilepsie	3
Bez duální diagnózy	18

V rámci průzkumu bylo zjištěno, že nepřítomnost duální diagnózy s sebou nese příslušnost ke skupině plně integrovaných, nižší pravděpodobnost relapsu a také průměrně o 2 roky kratší kariéru užívání opiooidů. Periodická depresivní porucha a dystymie⁴⁹ s sebou nesou horší prognózu než jednotlivá depresivní fáze. Nejvyšší pravděpodobnost relapsu jakoukoli drogou s sebou nese přítomnost dystymie, následuje porucha osobnosti. Problémy s nadužíváním benzodiazepinů, pervitinu a alkoholu měli jen klienti s duální diagnózou. Typicky se jednalo o klienty se souběhem poruchy osobnosti a chronické depresivní poruchy či dystymie a o klienty s psychotickým onemocněním (Minařík and Audrlický, 2008).

Společně je léčena závislost i komorbidita. Většina klientů v minulosti absolvovala léčbu i doléčování a prošla tedy různými formami psychoterapie, proto o tento druh léčby jeví malý zájem. V CADAS proto využívají zpravidla jen podpůrnou psychoterapii, sociální poradenství, pomoc při hledání zaměstnání apod. Všem klientům s duální diagnózou byla nabídnuta medikace, část klientů medikaci odmítla vzhledem ke špatné zkušenosti s medikací v minulosti nebo z obav ze závislosti na psychofarmakách, z obav z „chemie“, kterou pro ně představují psychofarmaka, nebo kvůli nedostatečnému náhledu na svůj zdravotní stav. Někteří klienti přestali léky užívat pro

⁴⁹ Dystymie – mírná, méně závažná, ale dlouhodobá až chronická deprese.

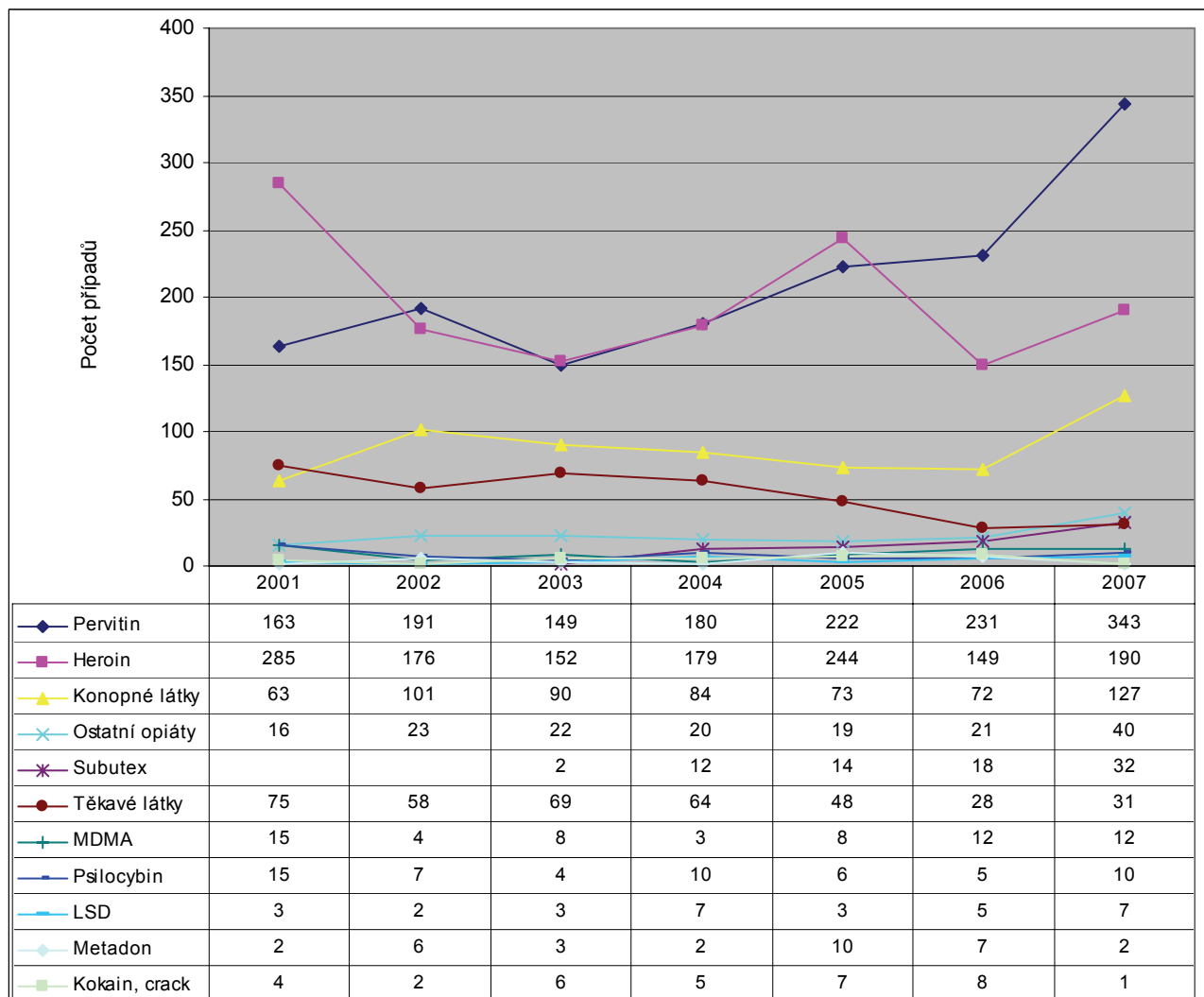
nežádoucí účinky nebo po zlepšení svého zdravotního stavu. Vysazení medikace bylo obvykle doprovázeno snížením ochoty ke spolupráci ze strany klienta a často relapsem. Ze skupiny klientů s duální diagnózou bylo 18 % bez medikace, jeden lék užívalo 59 % klientů a kombinaci léků 23 % klientů. Předepsanou medikací byla v 95 % antidepresiva (nejčastěji trazodon, sertralin a citalopram), ve 4 % antipsychotika a v 1 % případů stabilizátor nálady (Minařík and Audrlický, 2008).

Souběh závislosti a jiné psychiatrické diagnózy má podle autorů i v případě léčby malou šanci na úplné vyléčení, pravděpodobná je spíše jen stabilizace stavu. Předloženy byly závěry a doporučení pro léčbu duálních diagnóz u drogově závislých (Minařík and Audrlický, 2008): Dlouhodobá léčba obou poruch současně zvyšuje pravděpodobnost zlepšení zdravotního stavu. Subklinickým stavům je potřeba věnovat stejnou pozornost jako plně rozvinutému onemocnění. V léčbě je třeba využít veškerých dostupných metod (např. psychoterapie, medikace, sociální podpora) a jejich kombinací.

6.3.2 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích⁵⁰ je založen na systému provozovaném HS, data sbírá centrálně HS hl. m. Prahy. Přetrvávají značné regionální rozdíly v systému sběru dat, jejichž zdrojem jsou různé typy zdravotnických zařízení, převážně pracoviště záchranné služby. V r. 2007 bylo zaznamenáno 1 255 případů nefatálních intoxikací drogami (954 a 1 193 případů v r. 2006, resp. 2005)⁵¹. Trend u vybraných drog uvádí obrázek 6-7.

obrázek 6-7: Nefatální intoxikace drogami v ČR v r. 2001–2007 (Polanecký et al. 2002; Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2005; Polanecký et al. 2006; Polanecký et al. 2007; Studničková et al. 2008)



⁵⁰ V rámci tohoto systému jsou hlášeny případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících urgentní hospitalizaci.

⁵¹ Na trendech hlášených případů se výrazně podílí změny v síti hlásících zařízení – např. v r. 2007 byly poprvé k dispozici údaje ze záchranné služby Středočeského kraje, která vykázala 168 případů.

6.3.3 Drogy a dopravní nehody

Od r. 2003 jsou analyzovány nálezy etanolu a ostatních drog⁵² u pitvaných účastníků dopravních nehod na všech 13 odděleních soudního lékařství a soudní toxikologie v ČR – blíže kapitola Drogová úmrť a mortalita uživatelů drog (str. 65); data za minulá období byla publikována v odborném tisku (Mravčík et al. 2005d; Mravčík et al. 2007b; Vorlová and Mravčík, 2008). 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. 2003–2007 bylo toxikologicky vyšetřeno⁵³ přibližně 50 % všech osob zemřelých při dopravních nehodách – tabulka 6-10. Největší podíl pozitivních výsledků byl v r. 2007 zjištěn u etanolu (33,2 % aktivních účastníků a 20,9 % řidičů bylo na etanol pozitivních). U tří nejčastějších nealkoholových drog došlo k nárůstu podílu pozitivních nálezů u benzodiazepinů a k poklesu u pervitinu a THC – na tyto látky bylo pozitivních 5,8 %, resp. 5,8 % a 4,5 % řidičů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008) – tabulka 6-11.

tabulka 6-10: Přehled pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2003–2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008)

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**
2007	13 089	1 207	632	52,4

Pozn.: * Soubor nezahrnuje pitvané ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. ** Počítáno bez Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (n = 943).

Informace o vlivu alkoholu a jiných drog na nehodovost na pozemních komunikacích evidované policií uvádí tabulka 11-3 (str. 113) ve speciální kapitole Trestní statistiky na konci této výroční zprávy. Údaje o úmrtích z dalších příčin (včetně nehod a úrazů celkem) pod vlivem drog jsou uvedeny v kapitole Úmrtí za přítomnosti drog (str. 68).

⁵² 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).

⁵³ Tj. vyšetřeno na etanol nebo na některou drogu z těchto skupin: těkavé látky, opiáty, stimulantia, konopné látky, kokain, benzodiazepiny, barbituráty.

tabulka 6-11: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v r. 2003–2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008)

Látka	Rok	Kategorie zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod							
		Chodci		Cyklisté		Řidiči		Celkem	
		Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)
Etanol	2003	141	51,8	50	40,0	203	32,0	394	40,1
	2004	150	48,7	44	29,5	209	23,9	403	33,7
	2005	148	45,3	35	34,3	198	18,7	381	30,4
	2006	102	55,9	35	37,1	164	26,2	301	37,5
	2007	130	50,8	44	40,9	215	20,9	389	33,2
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
	2007	130	0,0	44	0,0	215	0,0	389	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
	2007	114	0,0	29	0,0	227	0,9	370	0,5
Stimulancia (vč. pervitinu a extáze)	2003	91	1,1	27	0,0	152	3,3	270	2,2
	2004	109	1,8	23	0,0	170	1,8	302	1,7
	2005	103	1,9	17	0,0	148	0,7	268	1,1
	2006	79	1,3	15	0,0	125	7,2	219	4,6
	2007	107	0,9	27	0,0	223	5,8	357	3,9
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
	2007	56	0,0	15	0,0	139	0,0	210	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
	2007	61	3,3	11	0,0	154	4,5	226	4,0
Benzodiazepiny	2003	89	3,4	28	7,1	150	2,0	267	3,0
	2004	109	5,5	23	4,3	172	2,9	304	3,9
	2005	103	2,9	17	5,9	147	4,1	267	3,7
	2006	81	2,5	15	0,0	127	3,9	223	3,1
	2007	114	7,0	30	3,3	223	5,8	367	6,0
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
	2007	109	0,0	29	3,4	195	1,5	333	1,2
Jakákoliv droga mimo etanol	2003	108	7,4	35	11,4	171	6,4	314	7,3
	2004	117	9,4	26	7,7	181	5,5	324	7,1
	2005	110	8,2	19	5,3	158	7,0	287	7,3
	2006	84	9,5	18	5,6	133	12,8	235	11,1
	2007	122	9,0	30	6,7	233	13,7	385	11,7

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 rostou. Během posledních 5 let vzrostl podíl problémových uživatelů, kteří jsou v kontaktu s těmito zařízeními, z cca 60 % na cca 70 % – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 40). V r. 2007 došlo k dalšímu nárůstu počtu distribuovaných injekčních jehel a stříkaček ve výměnných programech. Naopak za slabé místo lze stále označit dostupnost testování na infekční nemoci – v r. 2007 stále nebyl k dispozici certifikovaný test na VHC z kapilární krve; naopak test na HIV byl již pro klienty nízkoprahových zařízení v r. 2007 dostupný. V červnu 2008 se pro vybraná nízkoprahová zařízení podařilo zajistit nabídku rychlých testů na VHC z krevního séra spolu s příslušným vybavením – v průběhu července a srpna 2008 začala některá zařízení tyto testy provádět.

V lednu 2008 založila RVKPP pracovní skupinu „Prevence a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích“. Výsledkem její práce je formulace Iniciativy Safer Party a realizace pilotního projektu Safer Party Tour 2008, který je zaměřen na prevenci a snižování rizik zdravotních a dalších důsledků užívání drog především v prostředí noční zábavy, konkrétně na hudebních festivalech s vysokou návštěvností. Na projektu se podílí řada nízkoprahových zařízení, která mají s prevencí a harm reduction v tomto prostředí dlouhodobé zkušenosti.

V r. 2007 byla také zahájena dvouletá výzkumná studie Role lékařů v prevenci infekčních chorob u injekčních uživatelů drog v České republice. Projekt je realizován formou čtyř substudií. V říjnu 2007 byla dokončena první z nich – Aktuální mapa lékařů a nízkoprahových zařízení v jednotlivých krajích ČR. V rámci další substudie byla zjišťována data o odhadovaném počtu uživatelů drog, kteří jsou zákazníky lékařů, o prodeji injekčního náčiní v lékárnách a o spolupráci lékařů s nízkoprahovými zařízeními. Studie bude dokončena během r. 2008.

V r. 2007–2008 byla realizována studie (sero)prevalence HIV, VHB a VHC zaměřená na injekční uživatele drog (IUD) ze zemí bývalého Sovětského svazu, která vedla k doporučení řady preventivních a léčebných opatření.

V r. 2008 se v Praze výrazně zvýšil počet lidí, kteří onemocněli VHA, především mezi uživateli drog. MZ zajistilo prostřednictvím hygienické služby bezplatné očkování uživatelů drog proti VHA za finanční podpory Magistrátu hl. m. Prahy a za spolupráce s pražskými nízkoprahovými zařízeními pro uživatele drog.

7.1 Služby nízkoprahových zařízení

Síť nízkoprahových programů tvoří kontaktní centra a terénní programy (streetwork); v r. 2007 jich bylo celkem 109 – mapa 7-1. Údaje o službách poskytnutých v nízkoprahových zařízeních a o osobách, které je využily, byly získány ze závěrečných zpráv projektů dotovaných RVKPP.⁵⁴

Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich blízcí, některá zařízení poskytují služby také rekreačním uživatelům tanečních drog.

Počet uživatelů drog, kteří služby těchto zařízení využili, a jejich struktura podle pohlaví jsou dlouhodobě relativně stabilní. Od r. 2003 je však patrný nárůst počtu problémových uživatelů drog (injekčních uživatelů, uživatelů opiátů a pervitinu) a naopak pokles počtu uživatelů konopných látek. Pokles je patrný také u uživatelů těkavých látek, jejich počet je však o řád nižší než počet uživatelů ostatních drog. Průměrný věk uživatelů dlouhodobě vzrostl z 22 let v r. 2002 na 26 let v r. 2007 – tabulka 7-1.

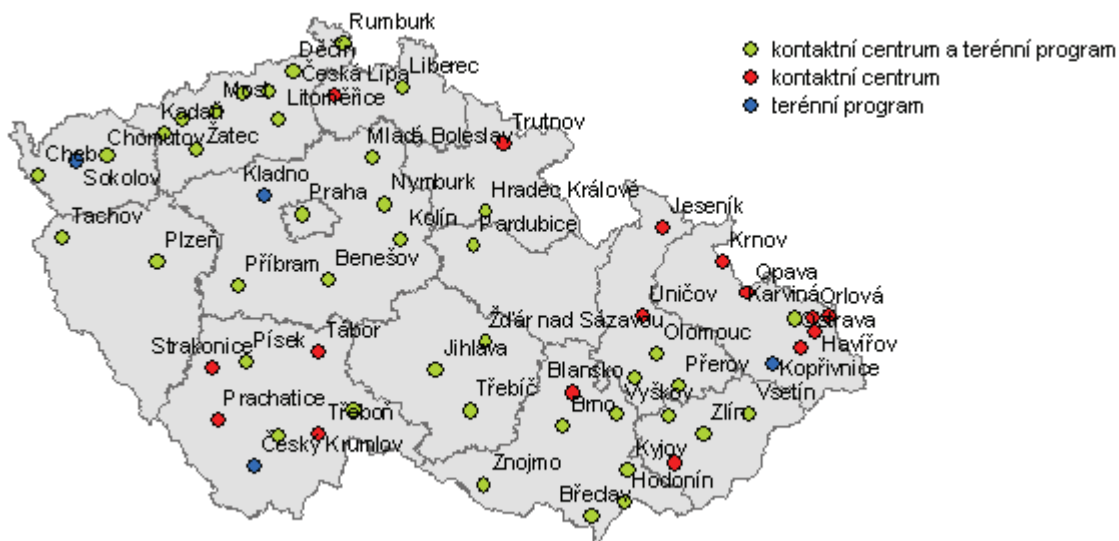
V r. 2007 stoupla návštěvnost nízkoprahových zařízení a vzrostl objem poskytnutých služeb, konkrétně se nárůst týká počtu výkonů ve výměnných programech a individuálního poradenství – tabulka 7-2; opět výrazně vzrostl počet vyměněných injekčních setů (viz dále).

Nejvyšší počet kontaktů vykázaly v r. 2007 nízkoprahové programy v Praze a dále v krajích Ústeckém, Jihomoravském a Olomouckém. Nejvíce výkonů ve výměnných programech (počet výměn) bylo provedeno v Praze (cca 121 tis.), krajích Ústeckém (cca 32 tis.) a Jihomoravském (cca 12 tis.) a dále v krajích Jihočeském, Středočeském, Karlovarském a Plzeňském (5–10 tis.). Detailní přehled o výkonech v nízkoprahových programech v r. 2007 podle krajů podává tabulka 7-3.

Srovnání klientely terénního programu a kontaktního centra o. s. SANANIM z průzkumu provedeného v r. 2007 je uvedeno v kapitole Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 48).

⁵⁴ V r. 2007 se tohoto dotačního řízení zúčastnilo 101 (92 %) z celkového počtu 109 nízkoprahových programů. Zvýšení počtu nízkoprahových programů z 90 v r. 2006 na 109 v r. 2007 bylo způsobeno tím, že řada zařízení, která dříve poskytovala služby kontaktního centra i terénního programu, podala v r. 2007 v dotačním řízení RVKPP na tyto dva typy služeb samostatné projekty. Nabídka a dostupnost nízkoprahových služeb byly v ČR v r. 2007 obdobné jako v r. 2006.

mapa 7-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e; Studničková et al. 2008)



tabulka 7-1: Počet klientů nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2002–2007 extrapolovaný na celkový počet programů (Mravčík et al. 2007a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e)

Ukazatel	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Počet nízkoprahových zařízení/programů	92	93	92	92	90	109
Počet uživatelů drog	n.a.	25 200	24 200	27 800	25 900	27 200
– z toho IUD	19 000	16 700	16 200	17 900	18 300	20 900
– z toho uživatelů pervitinu	12 900	11 300	12 200	12 300	12 100	14 600
– z toho uživatelů opiátů	8 000	6 100	6 000	6 800	6 900*	7 300**
– z toho uživatelů konopných látek	3 400	5 500	4 100	3 600	2 700	2 000
– z toho uživatelů těkavých látek	n.a.	705	560	470	450	390
Průměrný věk uživatelů drog (roky)	22,0	23,2	23,4	25,0	25,3	26,1
Počet kontaktů/návštěv celkem	290 000	315 000	317 900	403 900	322 900	338 100

Pozn.: * Z toho 4 000 uživatelů heroinu a 2 900 uživatelů Subutexu®, ** z toho 4 100 uživatelů heroinu a 3200 uživatelů Subutexu®.

tabulka 7-2: Počet výkonů nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2004–2007 extrapolovaný na celkový počet programů (Mravčík et al. 2007a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e)

Ukazatel	2004	2005	2006	2007
Počet výměn ve výměnných programech	139 800	249 000	191 000	215 800
Potravinový servis	94 700	99 500	97 600	94 100
Hygienický servis	34 500	40 900	41 100	40 000
Individuální poradenství	27 300	25 800	21 900	24 100
Zdravotní ošetření	13 500	12 500	10 500	9 400
Krizová intervence	3 000	2 500	1 800	1 600
Skupinové poradenství	1 800	1 500	1 500	1 000

tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2007 podle krajů ČR, extrapolováno na celkový počet programů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e)

Kraj*	Kontakt	První kontakt	Výměna	Potravinový servis	Hygienický servis	Individuální poradenství	Reference**	Zdravotní ošetření	Krizová intervence	Skupinové poradenství
PHA	143 864	712	121 207	19 668	4 582	4 225	2 724	2 393	243	187
STC	11 615	949	7 635	4 343	1 354	1 203	3 839	121	114	4
JHC	17 481	691	9 814	4 700	1 090	2 892	811	85	191	224
PLK	9 231	509	4 938	2 228	1 070	1 377	956	437	63	49
KVK	8 722	264	5 161	4 069	6 902	498	280	2 733	66	118
ULK	46 587	1 458	32 427	10 748	4 890	2 690	1 697	762	227	77
LBK	5 832	212	1 990	3 032	1 385	331	225	82	115	13
HKK	7 196	533	3 791	2 950	1 874	581	316	73	27	23
PAK	1 880	310	793	802	480	67	182	41	14	24
VYS	9 597	291	2 123	6 478	2 190	1 168	780	180	68	14
JHM	26 642	1 090	12 458	10 244	4 452	3 605	613	849	75	53
OLK	19 024	1 221	4 384	10 637	4 148	3 019	1 486	754	143	88
ZLK	16 125	826	4 519	5 563	2 305	1 690	917	587	67	13
MSK	14 279	818	4 555	8 666	3 293	799	287	267	175	77
Celkem ČR	338 075	9 884	215 795	94 128	40 015	24 145	15 113	9 364	1 588	964

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

7.1.1 Programy zaměřené na uživatele tanečních drog

Pouze 4 terénní programy (Drop In Praha, CPPT Plzeň, Sdružení Podané ruce Olomouc a Jihočeský streetwork o. s. Prevent České Budějovice) vykázaly v r. 2007 v závěrečných zprávách aktivity harm reduction mezi uživateli drog na tanečních akcích. Oslovily celkem 1 385 klientů a bylo provedeno 62 orientačních kvalitativních testů syntetických drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e). V r. 2006 prováděly tyto aktivity také 4 nízkoprahové programy (3 z nich také v r. 2007), bylo kontaktováno celkem 1 122 uživatelů drog, provedeno bylo 276 orientačních testů syntetických drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007b). Ve srovnání s r. 2003 a 2004 došlo v posledních dvou letech k výraznému poklesu aktivit programů pracujících s uživateli drog na tanečních akcích (blíže viz VZ 2006) v důsledku omezení financování těchto programů na základě politického rozhodnutí v r. 2004 (blíže viz VZ 2004).

V r. 2007 se uskutečnilo setkání zástupců NMS s realizátory programů prevence a snižování rizik na tanečních akcích a s provozovateli webových stránek pro příznivce elektronické taneční hudby a pořadatelé tanečních akcí. Jedním z výstupů tohoto setkání byl návrh na vznik iniciativy za opětovný rozvoj aktivit směřujících k prevenci a snížení rizik u účastníků tanečních akcí v ČR a na zpracování konkrétních opatření v této oblasti. Prvním výsledkem bylo založení pracovní skupiny RVKPP Prevence a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích v lednu 2008. Členy skupiny jsou zástupci NMS, výzkumných institucí a zařízení poskytujících preventivní a harm reduction služby na taneční scéně.

RVKPP v dubnu 2008 schválila výstupy práce skupiny – Iniciativu Safer Party a její pilotní projekt inovativní drogové prevence a snižování rizik v prostředí noční zábavy nazvaný Safer Party Tour 2008. Safer Party je společným projektem neziskových organizací (Chilli.org, SANANIM, Sdružení Podané ruce, CPPT Plzeň a Prevent České Budějovice), NMS a dalších partnerských institucí. Projekt by měl vyplnit mezeru v drogové prevenci, která vznikla přerušením rozvoje a redukcí služeb poskytovaných terénními programy NNO na tanečních akcích v r. 2004. Projekt má tyto cíle:

- vymezení podmínek pro vytváření systému péče o osoby ohrožené alkoholem a nelegálními drogami v prostředí noční zábavy,
- realizaci pilotního projektu na hudebních festivalech v r. 2008 a jeho další rozvoj,
- vytvoření sítě státních i nestátních institucí spolupracujících v oblastech odborné spolupráce, výměny informací a služeb prevence užívání alkoholu, nelegálních drog a rizikového chování v prostředí noční zábavy.

V rámci Safer Party Tour 2008 probíhaly na vybraných letních festivalech preventivní a harm-reduction intervence zahrnující přímé poradenství, distribuci harm reduction materiálů a informací v prostředí klidové zóny. Iniciativa v srpnu 2008 uspořádala v Pardubicích mezinárodní konferenci na téma užívání drog v prostředí zábavy (Saferparty.cz, 2008). Informace o projektu pro veřejnost i odborníky jsou k dispozici na www.saferparty.cz.

7.2 Prevence předávkování

Prevence předávkování je v ČR prováděna v rámci služeb poskytovaných nízkoprahovými a léčebnými zařízeními spolu s prevencí přenosu infekcí injekční aplikací. Klienti jsou informováni o rizicích kombinování drog a o zásadách bezpečnějšího užívání; je prováděn nácvik první pomoci při předávkování. Většina nízkoprahových zařízení poskytuje anonymní poradenství také prostřednictvím e-mailu a telefonu. K dispozici je celá řada informačních materiálů zpracovaných samotnými zařízeními; některé materiály určené Romům a cizojazyčným klientům jsou zpracovány v jejich jazyce⁵⁵.

Jedním ze zdrojů informací pro klienty nízkoprahových programů je časopis Dekontaminace vydávaný o. s. SANANIM – blíže viz VZ 2006.

Informace o drogách a poradenství, které mimo jiné zahrnuje i problematiku předávkování, infekčních chorob a zdravotních problémů souvisejících s drogami, poskytují internetové poradny www.drogovaporadna.cz (SANANIM) a www.extc.cz (Sdružení Podané ruce).

Žádné další specifické aktivity v oblasti prevence předávkování (např. preventivní distribuce antagonistů opioidů uživatelům, místnosti hygienické aplikace drog) nejsou v ČR realizovány.

7.3 Prevence infekčních chorob

Aktivity v oblasti prevence infekcí patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými zařízeními (poskytování informací, distribuce letáků upozorňujících na nebezpečí infekčních chorob a dalších zdravotních problémů, 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 případné další zdravotní péče). Druh a objem poskytovaných služeb se v jednotlivých nízkoprahových programech liší.

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 r. 2007 stále nebyl k dispozici certifikovaný test na VHC z kapilární krve; test na HIV byl klientům nízkoprahových zařízení dostupný již v r. 2006. V červnu 2008 se pro vybraná nízkoprahová zařízení podařilo zajistit nabídku rychlých testů na VHC z krevního séra spolu s příslušným vybavením – v průběhu července a srpna 2008 začala některá z nich tyto testy provádět.

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 ústavy, zejména s poradnami HIV/AIDS ve zdravotních ústavech. Od konce r. 2007 je řada těchto poraden na zdravotních ústavech rušena – tento krok souvisí s opětovnou reorganizací zdravotních ústavů a hygienické služby; formu a intenzitu další spolupráce mezi drogovými službami a zdravotními ústavů bude potřeba po dokončení reorganizace nově definovat. Faktem však zůstává, že Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2008–2012 schválený v únoru 2008 obsahuje mimo jiné aktivitu spočívající ve spolupráci zdravotních ústavů se zařízeními poskytujícími služby pro uživatele drog – blíže viz kapitola Institucionální rámec, strategie a politická opatření (str. 7).

V r. 2007–2008 byla Centrem adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK v Praze realizována studie (sero)prevalence HIV, VHB a VHC zaměřená na IUD ze zemí bývalého Sovětského svazu (Zábranský and Janíková, 2008). Výsledky nasvědčují významnému zvýšení rizika šíření HIV a dalších nemocí přenosných krví a sexuálním stykem mezi uživateli drog z řad migrantů a potažmo v celé uživatelské a obecné populaci v Praze – výsledky viz kapitolu Infekce spojené s užíváním drog (str. 70). Na základě výsledků studie byla státním orgánům a Magistrátu hl. m. Prahy doporučena realizace preventivních a léčebných opatření. V oblasti systémových opatření se jedná o léčebné a harm reduction intervence, které budou brát ohled na specifika komunit migrantů (uzavřenost vůči majoritní společnosti, kulturní specifika, legální status částí jejich příslušníků atd.). Optimálním řešením by měl být navrhovaný integrovaný program služeb pro imigranty užívající drogy realizovaný v hl. m. Praze i v aglomeracích nebo velkých městech. Zdravotnické služby by v rámci integrovaného programu měly být koordinovány s aktivitami nízkoprahových, azylových a dalších zařízení. Jako okamžitá opatření jsou navrhovány (Zábranský and Janíková, 2008):

- zvýšení dostupnosti testování na HIV, VHB a VHC, služeb prvního kontaktu a další následné péče uživatelům drog a jejich blízkým (sexuálním) kontaktům,
- zajištění výroby a široké dostupnosti informačních materiálů v jazyce migrantů,
- zařazení péče o zahraniční uživatele drog do osnov vzdělávání pro zdravotnické a nezdravotnické odborníky v oblasti adiktologie,
- zvýšení znalosti azylového řízení mezi pracovníky služeb pro uživatele drog a podpora síťování mezi drogovými zdravotnickými a nezdravotnickými službami,

⁵⁵ Zejména v romštině a ruštině, případně ve vietnamštině. Terénní program o. s. SANANIM zaměstnává i rodilé mluvčí, kteří s rusky mluvícími klienty původem ze zemí bývalého Sovětského svazu (zejména z Ukrajiny) pracují.

- dostupnost služeb v azylových zařízeních respektujících citlivost tématu (užívání drog, HIV, hepatitidy).

V r. 2008 se v Praze výrazně zvýšil počet lidí, kteří onemocněli VHA, především mezi uživateli drog – bližší viz kapitolu Infekce spojené s užíváním drog (str. 70). V květnu a červnu 2008 dosáhl výskyt VHA epidemických hodnot. V polovině července 2008 proto bylo za podpory MZ a Magistrátu hl. m. Prahy a za spolupráce s pražskými nízkoprahovými zařízeními zahájeno (bezplatné) očkování uživatelů drog proti VHA koordinované Hygienickou stanicí hl. m. Prahy, které se setkalo s příznivou odezvou ze strany uživatelů drog – k 15. 8. 2008 bylo v osmi očkovacích centrech (některá z nich fungovala v pražských nízkoprahových zařízeních) očkováno 774 osob; vzhledem k šíření VHA také mezi bezdomovci se k uvedenému dni zvažovalo rozšíření očkování také na tuto skupinu (Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2008). Podle informací z konce srpna 2008 bude s podporou krajského rozpočtu očkování, vzhledem k šíření VHA i mimo Prahu, rozšířeno také do Středočeského kraje.

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) je zaměřena na HIV/AIDS (800 144 444) a dvě (provozované farmaceutickými společnostmi) na VHC (800 333 365, 800 331 122). Na problematiku hepatitid jsou zaměřeny například weby www.vseozloutence.cz (poskytující informace především o VHA a VHB) a www.cecko.cz (poskytující informace o hepatitidě C), www.virova-hepatitida.cz (zaměřené především na VHC).

7.3.1 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel

Výměnný program stříkaček a jehel v r. 2007 poskytovalo 107 (98 %) nízkoprahových programů. Srovnání počtu programů v jednotlivých letech od r. 1998 do r. 2007 a počtu distribuovaných injekčních stříkaček uvádí tabulka 7-4, počty distribuovaných stříkaček v jednotlivých krajích tabulka 7-5. Každý IUD, který nízkoprahové zařízení v r. 2007 navštívil, vyměnil injekční materiál průměrně 10krát (v r. 2006 to bylo 9krát) a získal celkem 214 sterilních stříkaček (210 v r. 2006). Regionální rozložení objemu distribuovaného injekčního materiálu odpovídá relativnímu počtu injekčních (problémových) uživatelů drog – mapa 7-2.

tabulka 7-4: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2007 (Mravčík et al. 2007a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e; Studničková et al. 2008)

Rok	Počet výměnných programů	Počet vyměněných stříkaček a jehel
1998	42	486 600
1999	64	850 285
2000	80	1 152 334
2001	77	1 567 059
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	93	3 868 880
2007	107	4 457 008

tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v r. 2002–2007 podle krajů (Mravčík et al. 2007a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e; Studničková et al. 2008)

Kraj/rok	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Praha	858 507	979 560	1 210 704	1 697 554	1 850 330	2 071 788
Středočeský	12 561	31 682	66 600	110 325	168 220	215 640
Jihočeský	14 883	69 004	102 621	124 454	141 825	212 791
Plzeňský	23 221	44 670	88 450	116 611	157 317	189 894
Karlovarský	16 608	29 299	35 756	58 680	66 382	83 462
Ústecký	256 071	262 418	351 561	479 383	612 259	655 882
Liberecký	12 273	21 108	33 467	32 800	47 756	63 967
Královéhradecký	22 250	45 089	41 021	86 221	98 269	139 075
Pardubický	23 622	23 330	36 081	38 725	48 144	29 908
Vysočina	11 254	29 363	39 348	61 425	68 682	99 447
Jihomoravský	134 285	122 137	165 846	173 090	227 833	269 236
Olomoucký	21 809	33 832	85 872	96 416	150 024	134 433
Zlínský	19 973	11 362	41 977	52 169	69 005	115 744
Moravskoslezský	41 907	75 103	56 232	143 771	162 834	175 741
Celkem	1 469 224	1 777 957	2 355 536	3 271 624	3 868 880	4 457 008

mapa 7-2: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2007 na 1 000 obyvatel (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e; Studničková et al. 2008)



7.3.2 Prodejní automaty na injekční stříkačky a další harm reduction materiál

Občanské sdružení PROGRESSIVE instalovalo v květnu 2008 v rámci projektu NON STOP 24 prodejní automaty na zdravotnický materiál. Program rozšiřuje systém ochrany veřejného zdraví především v oblasti prevence šíření infekcí a reaguje na limity stávajících harm reduction programů, především na časové omezení stávajících služeb. Jeho záměrem je zvýšit dostupnost injekčního materiálu klientům, pro které mají existující služby vysoký práh. Podle PROGRESSIVE jsou výhodou programu jeho nízké provozní náklady. Pilotní fáze byla zahájena instalací 2 přístrojů v Praze 5. Automaty nabízejí časově neomezený přístup k čistému injekčnímu materiálu, dezinfekci, čisté vodě apod. Jeden z automatů je vybaven bezpečnostním kontejnerem na odhoz použitých stříkaček. Na výběr je několik setů s rozdílným obsahem (injekční stříkačky dvou typů spolu s dezinfekcí, kyselina askorbová, kondomy). Cena za jeden set se pohybuje od 20 do 30 Kč. Automaty se mají stát také zdrojem informací pro klienty. Čelní panel automatu i harm reduction sety obsahují kontakty na harm reduction programy a zdravotnická zařízení, informace o rizicích injekční aplikace apod. (tyto informace částečně suplují poradenství, ke kterému jinak dochází při přímém kontaktu s pracovníkem programu). V budoucnu je plánován průzkum mezi klientelou využívající tento projekt (o. s. Progressive, 2008).

7.3.3 Distribuce alobalu a želatinových tobolek jako harm reduction materiálu

Součástí služeb nízkoprahových zařízení je v rámci prevence přenosu infekcí distribuce aluminiové fólie určené ke kouření heroínu a v některých programech jsou distribuovány želatinové tobolky určené k polykání drogy, především pervitinu. NMS provedlo v srpnu 2008 prostřednictvím e-mailu průzkum s cílem zjistit, která zařízení tento harm reduction materiál distribuují. Z 28 zařízení, která poskytla informace, nabízí alobal 16 zařízení (57 %) a želatinové tobolky 6 zařízení (21 %); velkou poptávku po tobolkách uvádějí kontaktní centra v Uherském Hradišti, Kyjově a terénní programy v Praze. Alobal nabízejí zejména zařízení z regionů s vysokým výskytem užívání heroínu.

Obě tyto pomůcky využívají, vedle neinjekčních uživatelů drog, především IUD, kteří (zpravidla kvůli zdravotním potížím) nemohou drogu užít obvyklým způsobem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008c).

7.3.4 Prodej injekčních jehel a stříkaček v lékárnách

V r. 2007 byla zahájena dvouletá výzkumná studie Role lékáren v prevenci infekčních chorob u injekčních uživatelů drog v České republice, kterou provádí Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK v Praze. Projekt je realizován formou čtyř substudií. V říjnu 2007 byla dokončena první z nich – Aktuální mapa lékáren a nízkoprahových zařízení v jednotlivých krajích ČR.

Druhá, dotazníková studie byla realizována ve spolupráci s NMS, Českou lékárnickou komorou a Alliance Healthcare ČR. V prvním kole sběru dat, které proběhlo v roce 2007, se podařilo získat data od 452 lékáren z celkového počtu 2 603 lékáren a odloučených oddělení výdeje léčiv v ČR. Podle výsledků studie přichází do 370 lékáren zákazníci, o kterých se personál domnívá, nebo si je jist, že se jedná o uživatele drog; z toho u 259 lékáren se jedná odhadem o 4 a méně osob, u 93 lékáren o 5–19 různých osob, u 18 lékáren o 20–50 osob a 5 lékáren uvedlo více než 50 uživatelů drog. Odhadovaný poměr mužů a žen byl přibližně 2,5 : 1. Z odhadů lékárníků vyplývá, že každou lékárnou navštíví v průměru 4 uživatelé drog týdně, což při extrapolaci na 2 603 lékáren znamená odhadem 10 600 (10 671; 95% CI: 8 435–12 908) uživatelů drog. Odhad je mj. zkrácen faktem, že jeden uživatel drog může v průběhu týdne navštívit několik různých lékáren (Gabrhelík et al. 2008).

Prodejní cena za 1 ks injekční jehly a stříkačky (inzulinky) se v 331 lékárnách pohybovala pod 5 Kč, ve zbývajících 12 lékárnách byla cena vyšší, avšak v žádné lékárně nepřesáhla 10 Kč. Odhadovaný počet prodaného injekčního materiálu uživatelům drog za poslední měsíc byl v 110 lékárnách 29 a méně kusů, v 118 lékárnách 30–99 kusů, v 50 lékárnách 100–300 kusů a v 17 lékárnách to bylo více než 300 kusů vydaného injekčního materiálu. Po extrapolaci průměrného počtu prodaných stříkaček 1 lékárnou na celkový počet lékáren bylo v r. 2007 lékárnami v ČR injekčním uživatelům drog prodáno odhadem 1,5 mil. ks (1 551 503; 95% CI: 1 173 032–1 929 975) injekčního materiálu. Necelá pětina lékáren, které na otázku odpověděly, uvedla, že spolupracují s nízkoprahovými službami, zbývajících lékárnám žádnou spolupráci neuvědly. Výsledky prvního kola dotazníkové studie nejsou reprezentativní pro celou ČR; v r. 2008 bude průzkum dokončen (Gabrhelík et al. 2008).

7.3.5 Testování uživatelů drog na infekční nemoci

V r. 2007 nabízelo možnost testování na HIV 53, na VHC 24, na VHB 19 a na lues 4 nízkoprahová zařízení; počty provedených testů opět výrazně poklesly (důvody viz výše) – tabulka 7-6. Výsledky testování jsou uvedeny v kapitole Infekce spojené s užíváním drog (str. 70).

tabulka 7-6: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v r. 2002–2007 (Mravčík et al. 2007a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e)

Rok	HIV		VHB		VHC		Lues	
	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení
2002	1 158	35	515	26	1 202	33	176	2
2003	2 629	64	739	21	2 499	60	209	4
2004	2 178	58	932	25	2 582	53	84	1
2005	2 425	54	1 370	28	2 664	55	54	2
2006	1 253	46	693	56	1 133	62	209	3
2007	609	53	370	19	401	24	62	4

7.4 Intervence spojené s psychiatrickou komorbiditou

Léčba uživatelů drog s duální diagnózou probíhá v ČR převážně integrovaně, tj. v rámci existujícího léčebného systému pro uživatele drog se zohledněním jejich specifických potřeb – viz kapitolu Léčba (str. 41). Dílčí výsledky a zkušenosti s léčbou pacientů s duální diagnózou v jednom z pražských zařízení pro uživatele drog uvádí kapitola Psychiatrická komorbidita uživatelů drog (str. 73).

8 Sociální souvislosti a důsledky užívání drog

K nejvýznamnějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, nízké vzdělání a špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví. Kumulace více sociálních problémů může vést k sociální exkluzi. V ČR dosud nebyla realizována žádná studie, která by se na problematiku sociální exkluze uživatelů drog přímo zaměřila. K dispozici jsou jen omezené informace o charakteru bydlení, dosaženém vzdělání a nezaměstnanosti mezi žadateli o léčbu (viz kapitolu Profil uživatelů drog v léčebných zařízeních, str. 42), dále pak kusé informace o problematice užívání návykových látek mezi bezdomovci, v romských komunitách a mezi příslušníky národnostních menšin v ČR.

Počet drogových trestných činů je v ČR v posledních letech relativně stabilní. Počet stíhaných za drogové trestné činy byl v r. 2007 nejnižší za poslední 4 roky a pohyboval se podle různých zdrojů v rozmezí 2 023–2 282 osob. Z drogových trestných činů bylo obžalováno 2 042 osob, což představuje pokles o 12 % oproti r. 2006 a nejnižší počet obžalovaných od r. 2000. Soudy bylo za drogové trestné činy pravomocně odsouzeno 1 382 osob, což se významně neodlišuje od situace v posledních 5 letech. V r. 2007 narostl podíl stíhaných (obviněných) a mírně také podíl obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle §187a (držení drogy pro vlastní potřebu). Nejvíce stíhaných za drogové trestné činy bylo tradičně v Ústeckém kraji, následovaly Praha a Moravskoslezský kraj; relativně nejvíce osob (v přepočtu na počet obyvatel) bylo stíháno v kraji Karlovarském. Drogová kriminalita nejčastěji souvisela s pervitinem (50–70 %), následovaly konopné látky (20–30 %); roste podíl kokainu, i když se drží pod 3 %. Skladba trestů za drogové trestné činy se v posledních 4 letech výrazně neměnila, nejčastěji byl ukládán podmíněný trest odnětí svobody. V r. 2007 bylo zjištěno 966 přestupků přechovávání drog pro vlastní potřebu, což je přibližně čtyřnásobek počtu osob za držení drog trestně stíhaných.

K 31. 12. 2007 bylo v 35 českých věznicích umístěno 2 022 pachatelů drogových trestných činů. Monitoring užívání drog probíhá formou orientačního vyšetření moči, v r. 2007 bylo testováno celkem 10 257 osob ve všech věznicích, z toho 2 191 s pozitivním nálezem – nejčastěji byly detekovány pervitin a THC. Ve všech věznicích se uskutečňovaly prohlídky s pomocí protidrogových psů a ve 24 věznicích bylo zaznamenáno 107 záchytů drog.

8.1 Bezdomovectví a drogy

Řada studií upozorňuje na úzký vztah mezi výskytem závislostí a duševních poruch mezi osobami bez domova; často je však složité určit, zda je závislost, případně duševní porucha příčinou nebo následkem sociálního statutu bezdomovců. Duševní nemoc může být v kombinaci se sociálními a ekonomickými problémy spouštěcím mechanismem bezdomovectví, na druhé straně však bezdomovectví může vést k psychickým problémům, depresím a užívání návykových látek (Šupková, 2008).

V rámci průzkumu zaměřeného na poskytování zdravotní péče bezdomovcům a na postavení bezdomovců ve zdravotnických zařízeních byl sledován také zdravotní stav bezdomovců a výskyt závislostí mezi osobami bez domova. Z evidence pacientů ošetřených v r. 2005 a první polovině r. 2006 ve specializované ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce v Praze (o. s. Naděje) vyplynulo, že přibližně 2,3 % provedených vyšetření souvisela s duševními nemocemi a poruchami chování; z nich 23 % tvořily závislosti, 19 % depresivní stavy, 17 % poruchy spánku, 16 % reakce na stres a poruchy přizpůsobení, 8 % schizofrenie, 4 % poruchy osobnosti a 2 % úzkostné poruchy (Šupková et al. 2007). Oproti běžné populaci se u bezdomovců výrazně častěji vyskytuje kombinace závislosti a jiné duševní poruchy; terénní pracovníci v kontaktu s bezdomovci upozorňují také na to, že tyto osoby často střídají nebo kombinují různé typy návykových látek v závislosti na tom, jak je pro ně snadné, či obtížné tyto látky získat. Užívání návykových látek komplikuje osobám bez domova kontakt s pomáhajícími organizacemi, sociálními a zdravotními službami.

Pro další informace viz VZ 2006.

8.1.1 Romské komunity a drogy

V ČR se sociální exkluze týká také některých romských komunit. Exkluze je výsledkem nakupení sociálních problémů; faktory sociálního vyloučení Romů jsou především dlouhodobá nezaměstnanost, nízký příjem, nedostupnost bydlení nebo jeho špatná kvalita (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 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. V r. 2007 bylo do programu zapojeno celkem 50 obcí a 89 terénních pracovníků; na činnost jednoho terénního pracovníka mohla obec získat v rámci dotačního programu Podpora terénní práce až 200 000 Kč (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2008).

Terénní sociální pracovníci poskytli v r. 2007 služby celkem 14 087 klientům; celkem bylo realizováno 36 825 kontaktů, převládaly výkony individuální práce (46 %) a práce s rodinou (35 %). Nejčastěji se jednalo o služby týkající se řešení dluhů (32 %), bydlení (29 %) a nezaměstnanosti (18 %). V souvislosti s užíváním drog bylo poskytnuto celkem 391 intervencí (2 %) – tabulka 8-1. Oproti předchozímu roku došlo k nárůstu počtu intervencí

spojených se zadlužením a nezaměstnaností, naopak poklesl počet intervencí spojených s užíváním drog, gamblerstvím, lichvou, kriminalitou a prostitutí (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2008).

tabulka 8-1: Počet klientů, kterým poskytli služby romští terénní sociální pracovníci v r. 2006 a 2007, podle typu problému (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007b; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2008)

Typ problému	2006		2007	
	Počet	%	Počet	%
Dluhy	4 477	34,1	5 314	31,9
Kvalita bydlení	3 362	25,6	3 364	20,2
Nezaměstnanost	2 672	20,4	2 916	17,5
Problematické nájemní vztahy	1 847	14,1	1 522	9,1
Nedostatečná hygiena	1 300	9,9	1 204	7,2
Záškoláctví	907	6,9	716	4,3
Kriminalita	620	4,7	574	3,4
Užívání drog	457	3,5	391	2,3
Lichva	277	2,1	320	1,9
Gambling	268	2,0	302	1,8
Prostituce	63	0,5	39	0,2
Celkem	13 116*	100,0	16 662*	100,0

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

V r. 2007 byla vládou zřízena Agentura pro odstraňování sociálního vyloučení v romských lokalitách. Hlavním cílem agentury je transformace romských ghatt, která by měla vést k podstatnému zlepšení kvality života v těchto lokalitách, usnadnění přístupu ke vzdělání a na trh práce a zvýšení kvality bydlení. Dílčími cíli jsou zmapování sociálně ekonomické situace Romů, analýza potřeb obyvatel vyloučených romských lokalit a poskytování poradenství při realizaci lokálních strategií. Činnost agentury byla zahájena v lednu 2008 ve 12 vybraných romských komunitách; do r. 2010 by měla probíhat pilotní fáze činnosti agentury při Úřadu vlády ČR, od ledna 2010 se předpokládá, že agentura získá vlastní právní subjektivitu.

V rámci operačního programu Rozvoj lidských zdrojů ESF realizovalo MPSV systémový projekt Podpora vytváření systému terénní sociální práce zaměřený na sociální práci v sociálně vyloučených lokalitách. V rámci projektu byly vytvořeny 2 modely vzdělávacích kurzů pro terénní pracovníky a terénní sociální pracovníky, které byly akreditovány a s jejichž pomocí bylo vyškoleny 135 terénních pracovníků. Jako součást projektu byly vytvořeny a distribuovány metodické příručky pro výkon terénní sociální práce, dále metodické příručky k výkonu přenesené působnosti v oblasti prosazování práv příslušníků romské komunity a sborníky studijních textů Profesních dovedností terénní sociální a terénní práce (blíže viz www.osu.cz/tsp).

8.2 Migranti a drogy

V r. 2007 byl proveden kvalitativní výzkum Mobilní uživatelé drog v Jihomoravském kraji realizovaný sdružením MARISA ve spolupráci se Sdružením Podané ruce. Cílem výzkumu bylo zhodnotit rozsah problémového užívání drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí. Výzkum se soustředil na marginalizované skupiny, ve kterých se vyskytují nově příchozí migranti, a na specifika užívání drog v těchto skupinách. Výzkumu se zúčastnilo 11 migrantů a 6 klíčových informantů a 19 pracovníků státních i nestátních organizací pracujících s migranty. Mezi jednotlivými skupinami migrantů (žadatelů o azyl, Vietnamců, osob pocházejících z Balkánu nebo ze zemí bývalého Sovětského svazu) byly identifikovány výrazné rozdíly ve vzorcích užívání drog, které souvisely s různým původem a také s rozdílným sociálním postavením jednotlivých skupin ve vztahu k majoritní české společnosti. Obecnými problémy byly ve všech sledovaných skupinách ztížený přístup ke službám v péči o uživatele drog (především v souvislosti s jazykovou bariérou, kulturními odlišnostmi a odlišným právním postavením), nedostatečná informovanost a také nedůvěra (Nepustil and Zajdánková, 2008).

Výzkum upozorňuje na značnou uzavřenost vietnamské komunity, pro kterou je typické užívání heroínu, zejména kouření. To může, podle dostupných informací, souviset s možným zapojením některých členů komunity do organizované distribuce drog. Jedinými drogovými službami, které Vietnamci v ČR využívají, jsou terénní programy, metadonové substituční programy a drogové služby ve vězení (Nepustil and Zajdánková, 2008).

O užitvatelech drog původem z Balkánu byly získány omezené informace. Drogou charakteristickou pro Albánce je zřejmě heroin, pro Chorvaty pervitin a kokain; byly zaznamenány přechody z heroínu na pervitin, injekční aplikace drog a nízký výskyt sdílení jehel a stříkaček (Nepustil and Zajdánková, 2008). Drogové služby migranti z Balkánu v podstatě nevyužívají.

Specifickou skupinou migrantů byli ve výzkumu žadatelé o azyl. Mezi nimi převládaly rusky mluvící osoby. V této skupině zřejmě převládá užívání heroínu, často v kombinaci s pervitinem případně jinými drogami. Užívání drog je mnohdy reakcí na složitou životní situaci. Žadatelé o azyl projevovali zájem o drogové služby (nejčastěji metadonové

program), příliš je však nevyužívají, často ze strachu, že užívání drog ovlivní výsledek azylového řízení (Nepustil and Zajdánková, 2008). Obavy z kontaktu s drogovými službami mají rovněž ruský mluvící migranti pracující v ČR nelegálně, např. Ukrajinci, kteří tvoří velmi uzavřenou skupinu, jež si zřejmě sama zajišťuje i výrobu drog.

Výsledky studie prevalence infekčních onemocnění mezi IUD ze zemí bývalého Sovětského svazu spolu s charakteristikami probandů jsou uvedeny v kapitole Infekce spojené s užíváním drog (str. 70).

8.3 Drogová kriminalita

V ČR existuje několik zdrojů informací o tzv. drogových trestných činech (DTČ), tj. trestných činech podle ustanovení §§ 187, 187a, 188 a 188a trestního zákona (TZ). Jedná se především o statistiky Policie ČR (PČR), zejména o Evidenční systém statistik kriminality (ESSK), dále o statistiky speciálního policejního útvaru – Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC) a statistiky státních zastupitelství a soudů zpracovávané Ministerstvem spravedlnosti ČR (MS). Další informace o trestně stíhaných a odsouzených osobách evidují Probační a mediační služba ČR (PMS) a Vězeňská služba ČR (VS).

Některé z výše uvedených zdrojů dat se překrývají – osoby obviněné z DTČ evidují jak systém NPC zaměřený výhradně na drogovou kriminalitu, tak systémy PČR a MS, které sledují celkovou, tedy nejen drogovou kriminalitu. Data o počtu osob obžalovaných z DTČ v daném roce vykazovaná jednotlivými evidenčními systémy se do určité míry liší. Tento stav je důsledkem rozdílné hlášené praxe a kázně a metodologických rozdílů mezi jednotlivými evidenčními systémy. Zejména se jedná o:

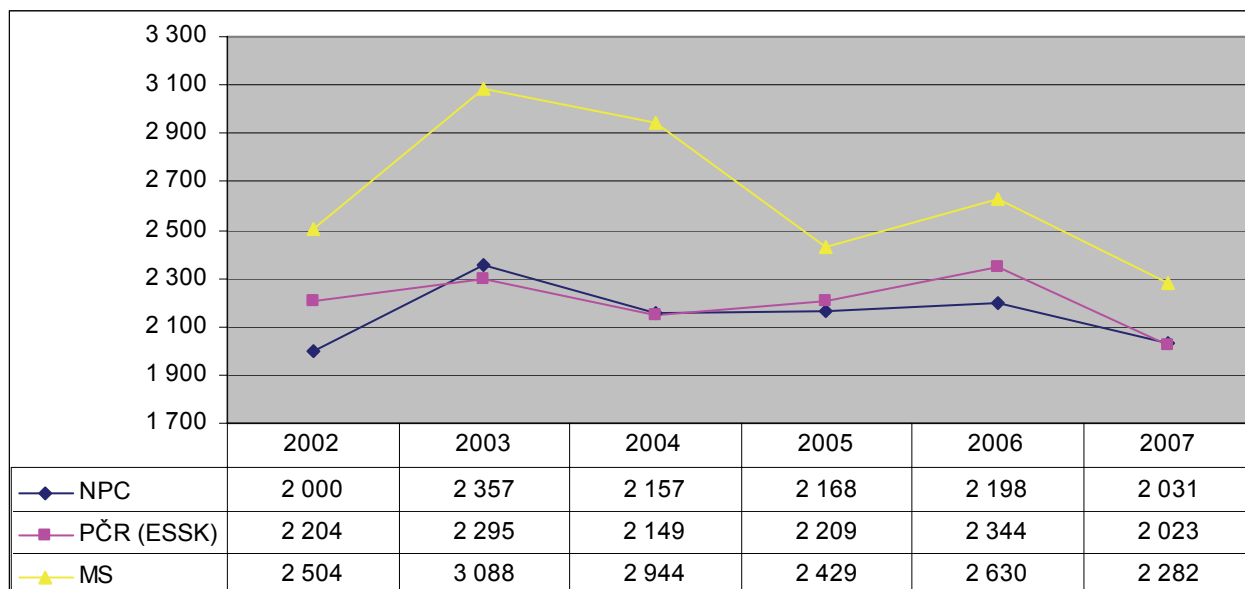
- zaznamenávání trestných činů a jejich pachatelů v různých fázích trestního řízení⁵⁶,
- různé definice hlášených případů a různé statistické jednotky (osoby nebo trestné činy),
- duplicitu v evidovaných datech (např. více druhů trestných činů nebo více typů drog) a různé způsoby jejich vykazování.

Nevýhodou je v této souvislosti neexistence jednotného evidenčního systému pro všechny instituce zapojené do trestního řízení (PČR, PMS, státní zastupitelství, soudy) – blíže viz speciální kapitolu Trestní statistiky (str. 105).

8.3.1 Souhrnná data o drogových trestných činech a jejich pachatelích

Policejní data o DTČ potvrzují relativně stabilní situaci v posledních letech co do počtu stíhaných osob. V r. 2007 bylo v souvislosti s DTČ podle NPC evidováno celkem 2 031, podle ESSK 2 023 a podle MS⁵⁷ 2 282 osob; v posledních 5 letech je patrný klesající trend – obrázek 8-1. Mezi pachateli DTČ bylo podle ESSK 51 (3 %) osob do věku 15 let a 130 (6 %) osob do věku 18 let.

obrázek 8-1: Počet trestně stíhaných osob za drogové trestné činy v r. 2002–2007 podle statistik NPC, ESSK a MS (Národní protidrogová centrála, 2008f; Ministerstvo vnitra ČR, 2008; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008b)



Počet případů DTČ stíhaných podle jednotlivých paragrafů TZ v r. 2006 a 2007 ukazuje tabulka 8-2. Počet případů nedovoleného obchodu, distribuce a výroby drog (§ 187 a § 188 TZ) oproti r. 2006 poklesl, a to podle všech 3 informačních zdrojů. Počet případů držení drog pro vlastní potřebu (§ 187a) podle statistik ESSK a MS narostl – tento postupný nárůst se projevuje v posledních 4 letech – obrázek 8-2.

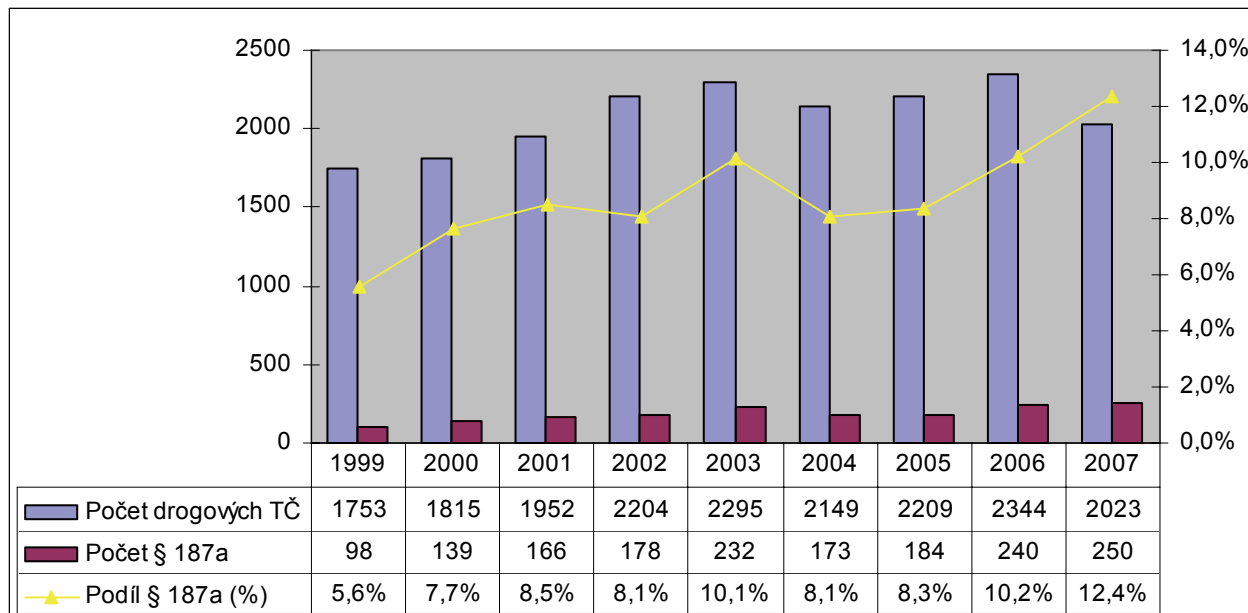
⁵⁶ V policejních statistikách (NPC a ESSK) se případ eviduje již při zahájení trestního stíhání (sdělení obvinění). Do statistik MS jsou jednotlivé případy zaznamenány s časovým posunem – až po skončení přípravné fáze trestního řízení (po rozhodnutí o podání obžaloby, o zastavení trestního stíhání apod.) – podrobněji viz speciální kapitolu Trestní statistiky (str. 105).

⁵⁷ MS eviduje pouze osoby trestně odpovědné, tj. ve věku od 15 let.

tabulka 8-2: Trestně stíhané osoby pro drogové trestné činy v rozdělení podle paragrafů v r. 2006 a 2007 (Národní protidrogová centrála, 2008f; Ministerstvo vnitra ČR, 2008)

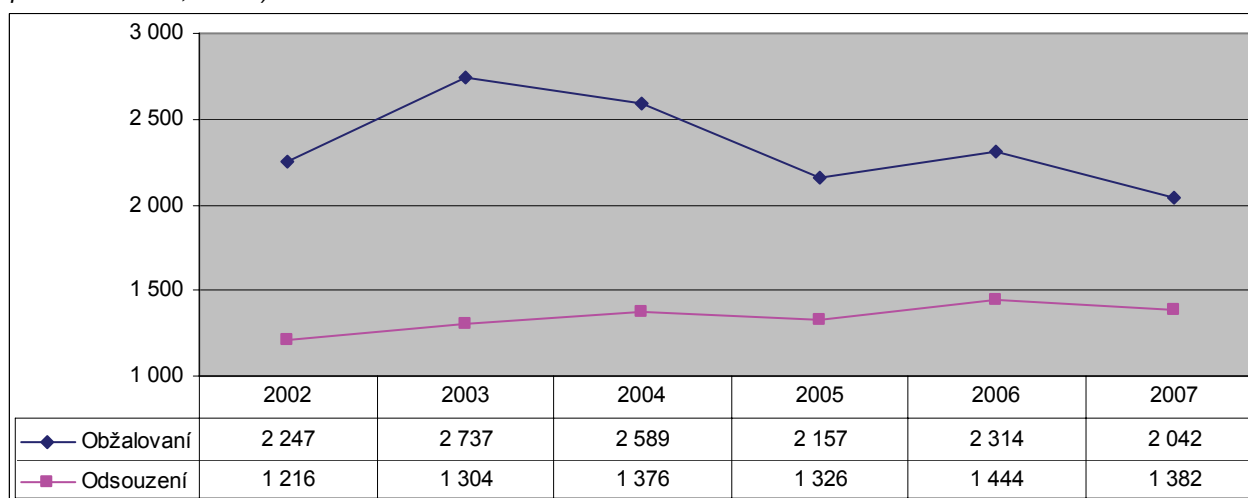
Zdroj	§187 + §188		§187a		§188a		Celkem	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
NPC	1 942	1 774	223	222	33	35	2 198	2 031
ESSK	2 055	1 741	240	250	49	32	2 344	2 023
MS	2 249	1 906	296	323	85	53	2 630	2 282

obrázek 8-2: Podíl osob trestně stíhaných za přechovávání drog pro vlastní potřebu (§ 187a TZ) na všech osobách trestně stíhaných za všechny drogové trestné činy v r. 1999–2007 (Ministerstvo vnitra ČR, 2008)



Podle statistik MS bylo v r. 2007 obžalováno za DTČ 2 042⁵⁸ osob. To představuje pokles o 12 % oproti r. 2006 a celkově nejnižší počet obžalovaných osob od r. 2000. Soudy bylo v r. 2007 pravomocně odsouzeno 1 382 osob, což se významně neodlišuje od počtu osob odsouzených za posledních 5 let – obrázek 8-3. Mezi obžalovanými za DTČ bylo 129 (6 %) mladistvých (osob ve věku 15–18 let) a 271 (13 %) žen. Mezi odsouzenými bylo 82 (6 %) mladistvých a 197 (14 %) žen.

obrázek 8-3: Počet obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v r. 2002–2007 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008b)

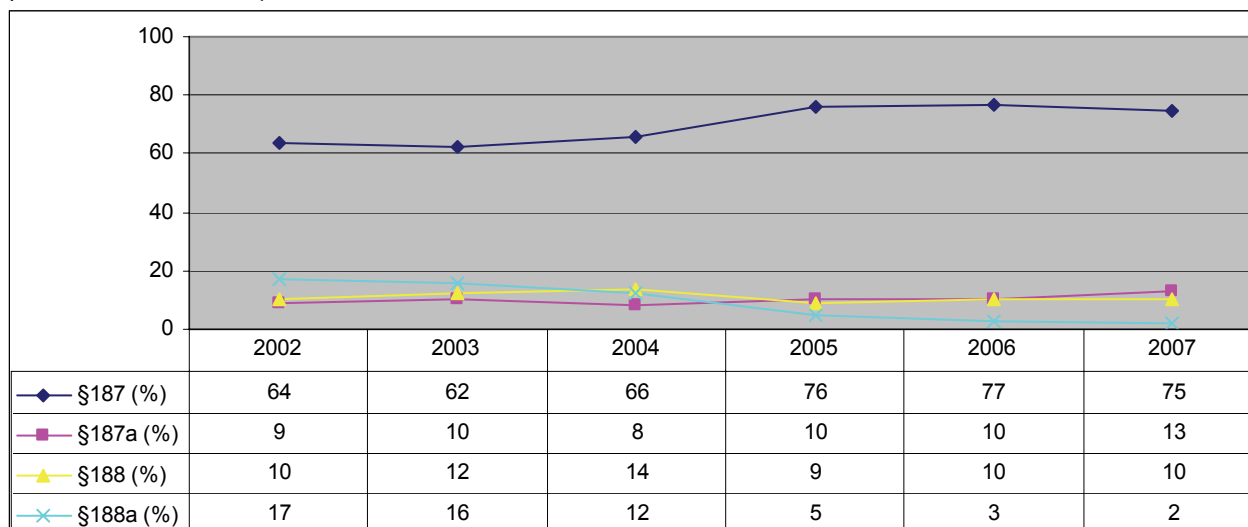


Podíl osob obžalovaných z trestných činů souvisejících s obchodem, distribucí a výrobou drog (tedy podle ustanovení § 187 a § 188 TZ) se od r. 2005 pohybuje stabilně kolem 85 % osob obžalovaných ze všech DTČ. Podíl osob obžalovaných v souvislosti s přechováváním drog pro vlastní potřebu (§ 187a TZ) se v r. 2007 zvýšil ze

⁵⁸ Podle evidenčního systému MS jsou obžalované osoby zaznamenávány do statistiky podle jediného typu trestného činu (ustanovení TZ), a to v souvislosti s trestným činem nejzávažnějším (závažnost je určována podle výše hrozícího trestu). Ve statistických výstupech se tedy neobjeví osoby, které vedle drogového trestného činu spáchaly i jiný závažnější trestný čin (např. loupež), a v případech, kdy jedna osoba spáchala více typů drogových trestných činů, se zaznamenává taktéž jen ten nejzávažnější.

stabilních cca 10 % na 13 %. Počet obžalovaných za šíření toxikomanie dle § 188a TZ se dlouhodobě výrazně snižuje – v r. 2007 činil 2 % oproti 17 % v r. 2002 – obrázek 8-4.

obrázek 8-4: Osoby obžalované z drogových trestných činů v r. 2002–2007 podle drogových paragrafů, v % (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008b)



Mezi odsouzenými za DTČ převládají osoby odsouzené za jednání související s obchodem, distribucí a výrobou drog (§ 187 a § 188 TZ) ještě výrazněji, než je tomu u obžalovaných – jejich podíl se od r. 2002 pohybuje okolo 90 %. Podíl odsouzených za nedovolené držení drogy pro vlastní potřebu (§ 187a TZ) činil v r. 2007 10 % – tabulka 8-3.

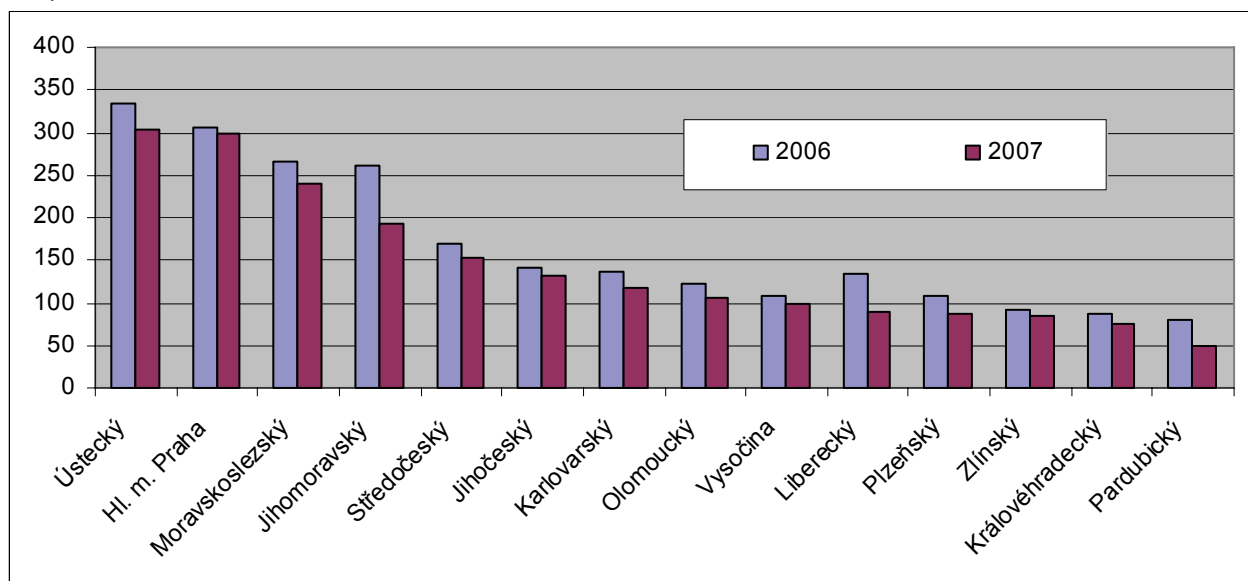
tabulka 8-3: Počet a podíl odsouzených za drogové trestné činy za období 2002–2007 v rozdělení podle drogových paragrafů (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008b)

Rok	187		187a		188		188a		Celkem	
	Počet osob	%	Počet osob	%	Počet osob	%	Počet osob	%	Počet osob	%
2002	1 007	82	103	9	58	5	48	4	1 216	100
2003	1 077	82	115	9	63	5	49	4	1 304	100
2004	1 146	83	121	9	64	5	45	3	1 376	100
2005	1 135	86	99	8	60	4	32	2	1 326	100
2006	1 269	88	99	7	64	4	12	1	1 444	100
2007	1 134	82	138	10	101	7	9	1	1 382	100

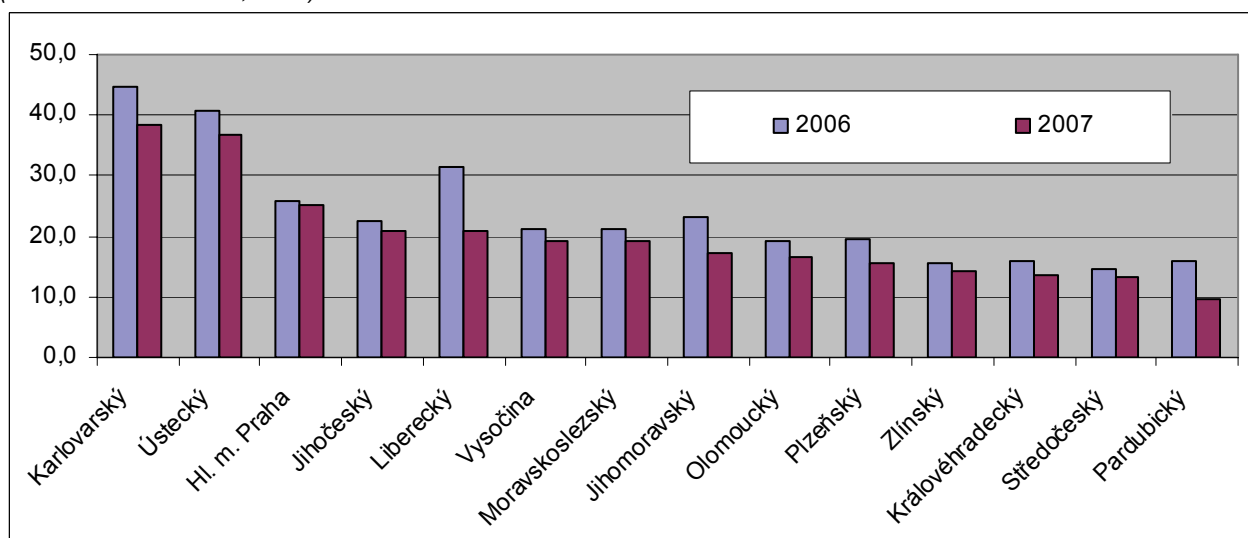
8.3.2 Drogové trestné činy podle krajů

Ve všech krajích byl v r. 2007 zaznamenán nižší počet stíhaných osob za DTČ než v r. 2006, a to jak v absolutních hodnotách, tak v přepočtu na 100 tis. obyvatel. Nejvíce osob stíhaných za DTČ bylo v r. 2007 v Ústeckém kraji (303 osob), následovalo Hl. město Praha (298) a kraj Moravskoslezský (239) – tedy obdobné pořadí jako v r. 2006. Nejméně osob bylo stíháno v kraji Pardubickém (49) a kraji Královéhradeckém (75) – obrázek 8-5. Nejvíce osob stíhaných v r. 2007 za DTČ bylo v přepočtu na 100 tis. obyvatel v krajích Karlovarském (38,4) a Ústeckém (36,8) – také obdobně jako v r. 2006. Nejméně osob v přepočtu na 100 tis. obyvatel vykazovaly kraje Pardubický (9,7), Středočeský (13,2) a Královéhradecký (13,7). Významný pokles stíhaných osob na 100 tis. obyvatel (o 36 %) byl sledován v r. 2007 v kraji Libereckém (31,4 osob v r. 2006 a 20,7 v r. 2007) – obrázek 8-6.

obrázek 8-5: Absolutní počet stíhaných za drogové trestné činy podle krajů v r. 2006 a 2007 (Ministerstvo vnitra ČR, 2008)



obrázek 8-6: Počet stíhaných za drogové trestné činy v přepočtu na 100 tis. obyvatel podle krajů v r. 2006 a 2007 (Ministerstvo vnitra ČR, 2008)



8.3.3 Drogové trestné činy podle typu drogy

Základním zdrojem dat o podílu jednotlivých drog na DTČ je NPC⁵⁹. Nejčastěji zastoupenou drogou u DTČ je pervitin – v r. 2007 bylo zaznamenáno 1 178 (59 %) případů, což je podobný podíl jako v roce předcházejícím (60 %). Konopné látky (především marihuana) byly v tomto roce hlavní drogou v 569 (28 %) případech, což je rovněž podobný podíl jako v r. 2006 (30 %). U DTČ spojených s kokainem došlo v r. 2007 (50 případů) k výraznějšímu nárůstu oproti r. 2006 (13 případů). Během posledních 5 let (2003–2007) rostl podíl pervitinu na případech trestního stíhání za DTČ, ale v posledních 2 letech se pohybuje stabilně kolem 60 %. V posledních letech také stabilně klesal podíl konopných látek a jiných drog – tabulka 8-4 a obrázek 8-7.

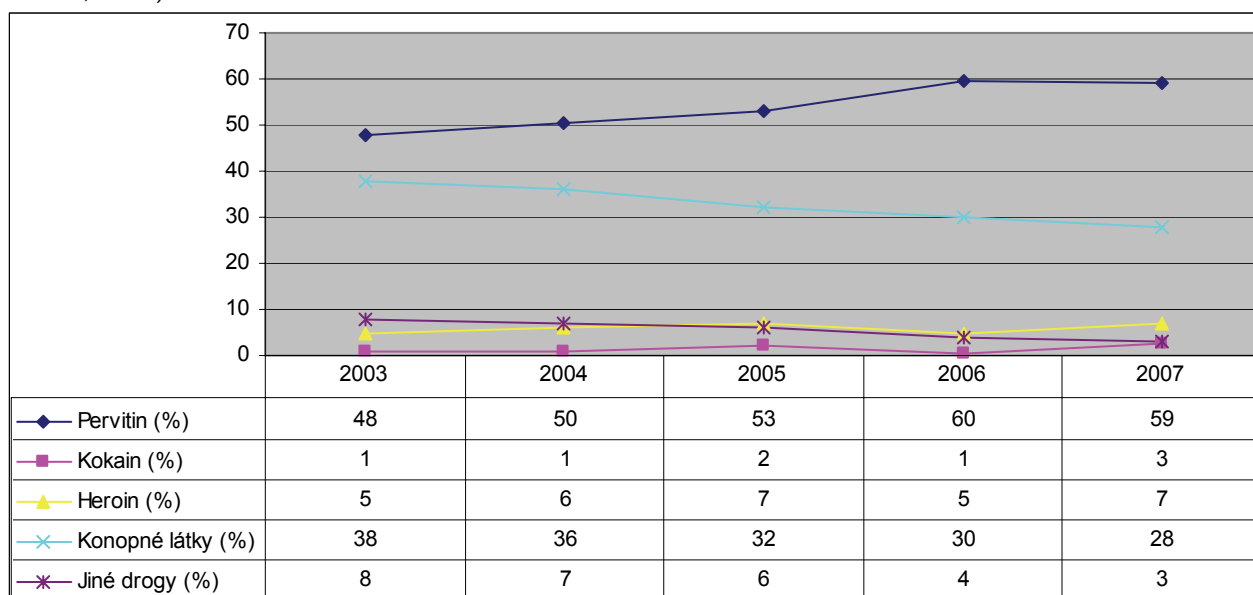
⁵⁹ NPC vykazuje případy (od r. 2002, kdy zahájila vykazování podle typu drogy v souladu s požadavky EMCDDA) podle tzv. hlavní drogy – jedná se o drogu, která se v daném případě (výroba, prodej, přechovávání atd.) vyskytla v největším množství – celkový součet případů podle typu drogy tak odpovídá celkovému počtu stíhaných.

tabulka 8-4: Počet osob stíhaných za drogové trestné činy podle typu drogy v r. 2002–2007 (Národní protidrogová centrála, 2008f)

Droga	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
						Počet	%
Pervitin	781	1 129	1 058	1 125	1 293	1 178	59,0
Konopné látky	748	892	763	682	638	569	28,0
Heroin	157	105	134	145	116	127	7,0
Extáze	140	66	66	55	35	38	1,3
Kokain	10	24	17	50	13	50	3,0
LSD	4	4	3	9	4	4	0,2
Ostatní*	160	137	59	62	66	30	1,5
Celkem	2 000	2 357	2 100	2 128	2 165	1 996	100,0

Pozn.: * V r. 2007 se jednalo o buprenorfin, metadon, psilocybin, Diazepam, toluen.

obrázek 8-7: Podíl osob stíhaných za drogové trestné činy podle typu drogy v r. 2003–2007, v % (Národní protidrogová centrála, 2008f)



Od r. 2005 jsou k dispozici také údaje MS o obžalovaných a odsouzených osobách za DTČ v rozdělení podle typu drogy⁶⁰. Nejčastěji zastoupenými drogami v r. 2007 zůstávají pervitin (70 % obžalovaných a 49 % odsouzených osob) a konopné látky (15,5 % obžalovaných a 18,7 % odsouzených osob) – tabulka 8-5.

tabulka 8-5: Obžalované a odsouzené osoby za drogové trestné činy podle typu drogy v r. 2007 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008a)

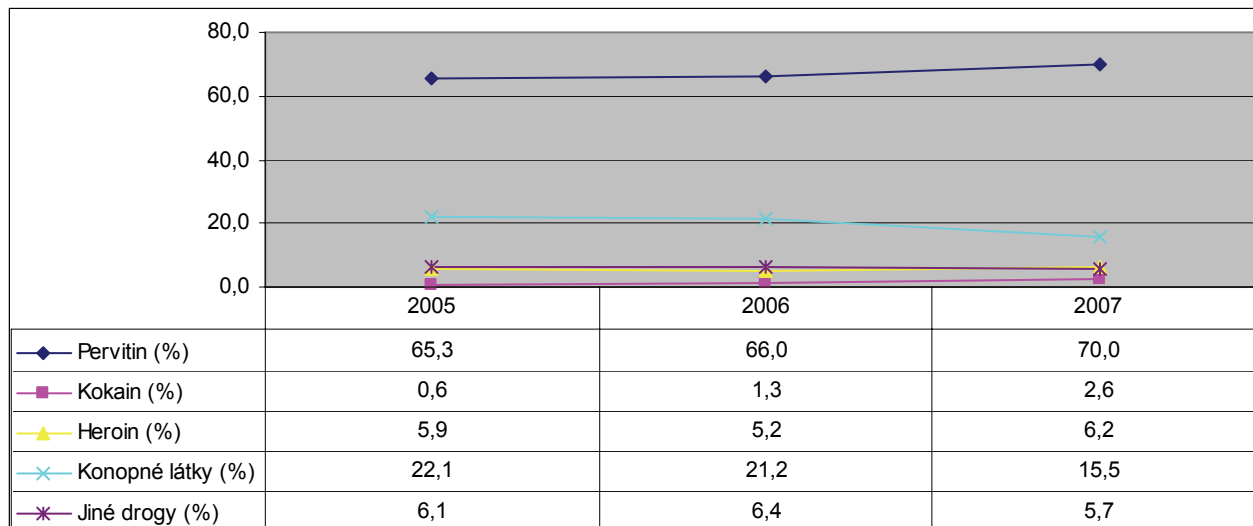
Droga	Obžalované osoby (2 042 osob)		Odsouzené osoby (1 382 osob)	
	Počet záznamů	%	Počet záznamů	%
Pervitin	1 767	70,0	593	49,0
Konopné látky	387	15,5	226	18,7
Heroin	154	6,2	92	7,6
Extáze	25	1,0	32	2,6
Kokain	64	2,6	17	1,4
Jiné drogy	116	4,7	250	20,7
Celkem	2 513	100,0	1 210	100,0

V posledních 3 letech lze pozorovat nárůst podílu obžalovaných osob v souvislosti s pervitinem (stejný trend jako u případů osob trestně stíhaných za DTČ – viz výše). Rostl i podíl obžalovaných ve spojitosti s kokainem. Podíl

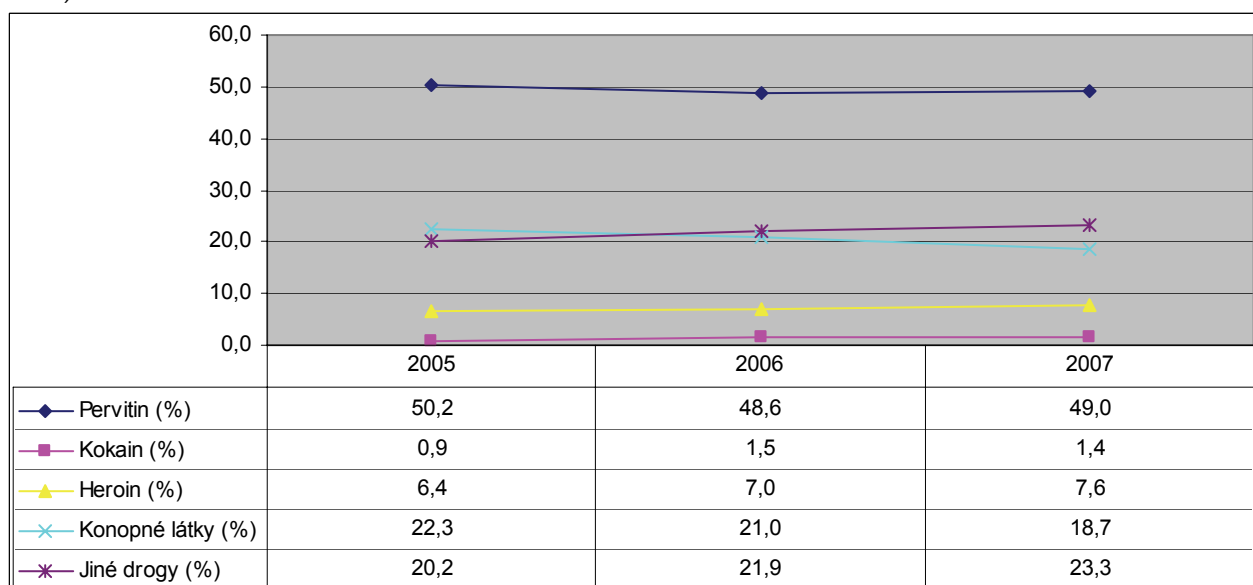
⁶⁰ U každé osoby, která byla obžalována z drogových trestných činů, mohou být podle metodiky MS zaznamenány maximálně 3 typy drog. Pokud tedy byla 1 osoba obžalována za drogovou trestnou činnost, např. ve spojitosti se 3 typy drog, byla v sestavách, které rozdělují případy podle typu drog, zaznamenána 3krát. Z toho vyplývá, že součet všech záznamů zjišťovaných podle typů drog je vyšší než skutečný počet osob, které byly takto analyzovány (r. 2007 – 2 042 obžalovaných osob, ale 2 513 záznamů u rozdělení podle drog). Ohledně odsouzených osob je metodika totožná, ale podle získaných dat pro r. 2007 je zřejmé, že související drogy nebyly zaznamenány u všech odsouzených (r. 2007 – 1 382 odsouzených, ale pouze 1 210 záznamů rozdělení podle drog). Obdobně byly případy vykazovány i v r. 2005 a 2006.

obžalovaných ve spojitosti s heroinem se pohybuje mezi 5–6 %. Poměrně výrazně v r. 2007 poklesl podíl obžalovaných ve spojitosti s konopnými látkami, a to na 15,5 % z 21,2 % v r. 2006 – obrázek 8-8. U odsouzených osob za DTČ jsou podíly jednotlivých drog v r. 2005–2007 stabilnější; podíl konopných látek mírně klesá, podíl kokainu zůstává nízký, kolem 1 % – obrázek 8-9. Údaje o zastoupení jednotlivých typů drog u odsouzených za DTČ je nutno považovat za méně spolehlivé než obdobné údaje u obžalovaných – obsahují výrazně vyšší podíl kategorie „jiná droga“.

obrázek 8-8: Podíl obžalovaných z drogových trestných činů podle typů drog v r. 2005–2007 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008a)



obrázek 8-9: Podíl odsouzených za drogové trestné činy podle typů drog v r. 2005–2007 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008a)



8.3.4 Tresty za drogové trestné činy

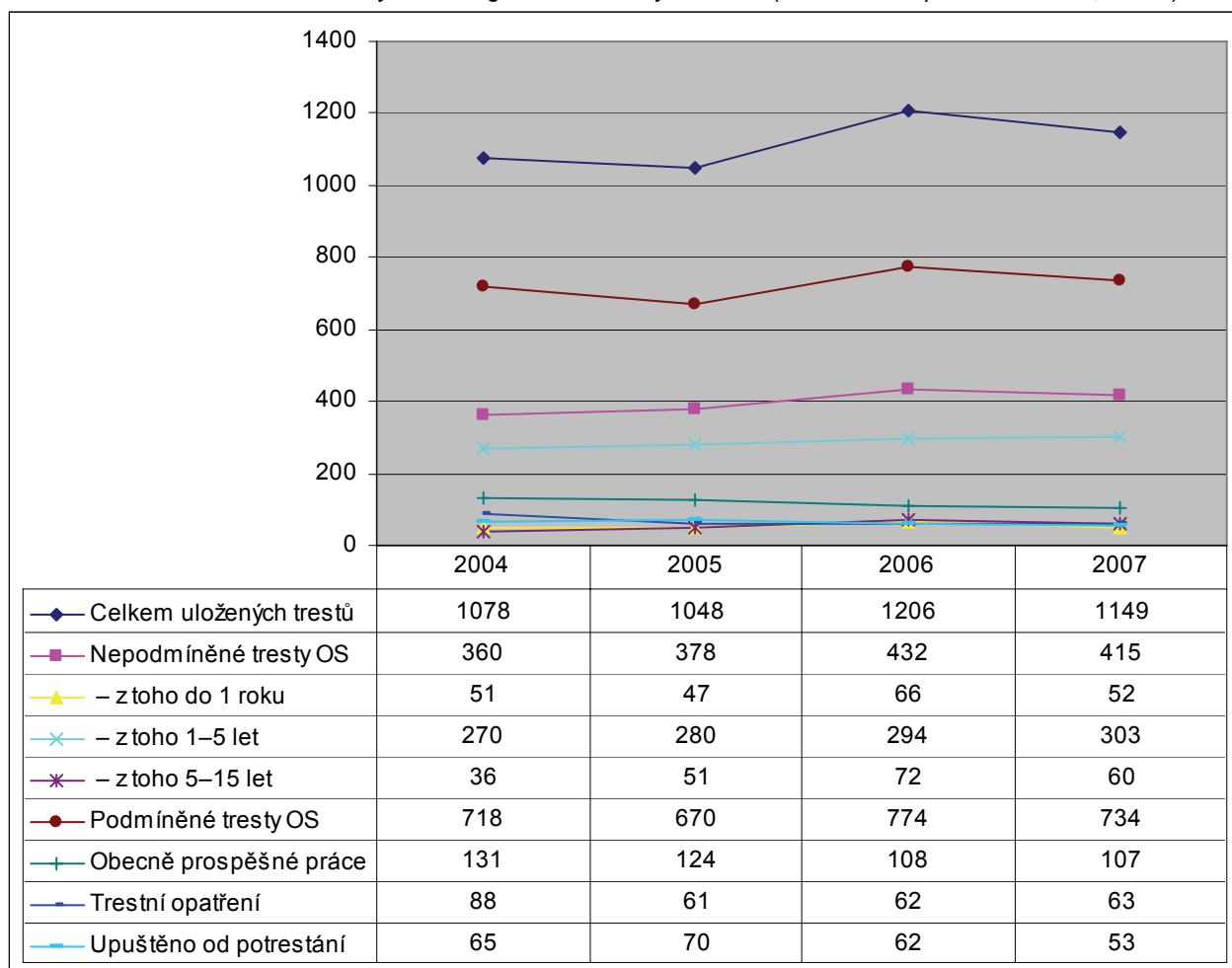
Skladba trestů uložených za DTČ se v posledních 4 letech (2004–2007) významně nemění – obrázek 8-10. V r. 2007 bylo uděleno 415 nepodmíněných a 734 podmíněných trestů za DTČ. Bylo uděleno 303 nepodmíněných trestů odnětí svobody v délce 1–5 let, což je nejvyšší počet za poslední 4 roky. Skladbu trestů v r. 2007 podle § 187, § 187a a podle vybraných typů drog (konopné látky, pervitin, heroin) uvádí tabulka 8-6.

Nejvíce trestů za DTČ bylo uděleno v souvislosti s pervitinem. Ve spojitosti s konopnými látkami byl nejčastější podmíněný trest (125, tj. 55 %), podíl nepodmíněných trestů byl nižší než u pervitinu či heroinu (12 %). Ve spojitosti s pervitinem byly uloženy podmíněné tresty v 321 (54 %) případech a tresty nepodmíněné v 202 (34 %) případech. Ve spojitosti s heroinem převažovaly nepodmíněné tresty (65, tj. 71 %) nad tresty podmíněnými (24, tj. 26 %). U heroinu byly relativně často (33 % odsouzených) uloženy nepodmíněné tresty odnětí svobody v délce převyšující základní sazbu stanovenou pro trestné činy dle § 187 TZ⁶¹, tedy tresty v délce nad 5 let odnětí svobody. U pervitinu

⁶¹ Tj. 1–5 let, což je nejpřísnější základní trestní sazba ze všech DTČ.

byly takto vysoké tresty uloženy méně často (u 2 % odsouzených), u konopných látek pouze v 1 případě – tabulka 8-6.

obrázek 8-10: Skladba trestů uložených za drogové trestné činy v r. 2007 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008b)



tabulka 8-6: Skladba udělených trestů za drogové trestné činy podle vybraných drogových §§ a drog v r. 2007 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008b; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2008a)

Trest	§187		§187a		Konopné látky		Pervitin		Heroin	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Celkem nepodmíněných a podmíněných trestů odnětí svobody	978	87	96	70	151	68	523	88	89	97
– z toho nepodmíněné tresty	373	33	16	12	26	12	202	34	65	71
– z toho do 1 roku	32	3	12	9	4	2	28	5	1	1
– z toho 1–5 let	282	25	4	3	21	9	161	27	34	37
– z toho 5–15 let	59	5	0	0	1	1	13	2	30	33
– z toho podmíněné tresty	605	54	80	58	125	56	321	54	24	26
Obecně prospěšné práce	60	5	25	19	27	12	35	6	1	1
Trestní opatření*	58	5	4	3	27	12	21	4	1	1
Peněžitý trest	0	0	4	3	1	1	0	0	0	0
Zákaz činnosti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiný trest	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Upuštěno od potrestání	36	3	7	5	19	7	14	2	1	1
Odsouzených celkem	1 134	100	138	100	226	100	593	100	92	100

Pozn.: * Trestní opatření je souhrnné označení pro různé druhy trestů ukládaných mladistvým pachatelům dle zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže.

8.3.5 Údaje o drogové kriminalitě podle Probační a mediační služby ČR

Za r. 2007 jsou opět k dispozici údaje Probační a mediační služby ČR (PMS) o jejich drogově závislých klientech. V r. 2007 evidovala PMS celkem 27 648 případů, z toho 692 (2,5 %) jako tzv. drogovou kriminalitu. „Drogová

kriminalita“ je PMS definována nejen jako trestná činnost páchaná v souvislosti s §§ 187, 187a, 188, 188a TZ (tj. primární drogová kriminalita), ale do této definice PMS zahrnuje také majetkovou trestnou činnost pod vlivem nebo za účelem získání drogy (tj. sekundární drogová kriminalita). Podíl všech případů⁶² spojených s drogovou kriminalitou na všech případech PMS se v posledních 4 letech (2004–2007) pohybuje v rozmezí 2,5–3,1 %, z toho v r. 2007 byl tento podíl nejnižší (2,5 %) – tabulka 8-7.

tabulka 8-7: Případy vedené PMS v souvislosti s drogovou kriminalitou v r. 2004–2007 (Probační a mediační služba ČR, 2008)

Případy evidované PMS	2004		2005		2006		2007	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Všechny případy evidované PMS	28 403	100,0	26 338	100,0	24 885	100,0	27 648	100,0
Případy v souvislosti s drogovou kriminalitou	839	3,0	828	3,1	712	2,9	692	2,5
– z toho § 187	534	1,9	514	2,0	506	2,0	566	2,0
– z toho § 187a	30	0,1	57	0,2	69	0,3	57	0,2
– z toho § 188	41	0,1	75	0,3	48	0,2	84	0,3
– z toho § 188a	18	0,1	45	0,2	34	0,1	41	0,1
– z toho § 247*	112	0,4	112	0,4	86	0,3	101	0,4
– z toho ostatní**	308	1,1	308	1,2	69	0,3	138	0,5

Pozn.: * Krádež, kterou spáchal drogově závislý klient. ** Ostatní trestné činy, které spáchal drogově závislý klient.

K podrobnější analýze bylo z databáze PMS vybráno 137 případů trestných činů (včetně drogových), kdy byl v kategorii „závislost klienta – typ“ uveden znak „drogy“ a zároveň šlo o případy po pravomocném rozsudku soudu. Nejčastějším typem činnosti PMS ve vztahu k těmto osobám byl výkon dohledu při podmíněném trestu odnětí svobody s dohledem (76 osob), dále kontrola výkonu trestu obecně prospěšných prací (33 osob) a výkon dohledu při podmíněném propuštění z výkonu trestu s dohledem (11 osob). Ve 43 případech byla odsouzeným uživatelům drog uložena povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, a to nejčastěji v rámci výkonu obecně prospěšných prací (Probační a mediační služba ČR, 2008).

8.3.6 Sekundární drogová kriminalita

NPC v polovině r. 2008 realizovala sběrnou část retrospektivní studie odhadu sekundární drogové kriminality za r. 2007 a 1. čtvrtletí r. 2008 podle metodiky studie provedené v r. 2007 za r. 2006 (blíže viz VZ 2006); výsledky budou publikovány ve VZ 2008.

8.3.7 Přestupky přechovávání drog pro vlastní potřebu

Přechovávání drog pro vlastní potřebu je častěji než jako trestný čin postihováno jako přestupek (§ 30 odst. 1 písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích). V r. 2007 bylo zjištěno celkem 966 přestupků (970 přestupků v r. 2006), což je asi 4krát více, než bylo v r. 2007 osob stíhaných pro držení drogy podle § 187a TZ. Ve správním řízení bylo projednáno 519 případů přestupku, napomenutí bylo uděleno v 54 případech, pokuta byla vybrána ve 446 případech, a to v celkové hodnotě 543 583 Kč. Propadnutí věci bylo evidováno 402krát; přestupkové řízení bylo odloženo, zastaveno nebo postoupeno jinému orgánu ve 421 případech, dosud nevyřízeno bylo 121 případů a předáno orgánům činným v trestním řízení bylo 11 případů (Národní protidrogová centrála, 2008d). Co do objemu zachycených drog, v největším množství byly zadrženy marihuana, pervitin a hašiš (Národní protidrogová centrála, 2008e).

8.4 Užívání drog ve věznicích

V ČR je celkem 35 věznic, z toho je 10 věznic vazebních a 5 věznic, kde se současně vykonává trest odnětí svobody (VTOS) i vazba. V posledních letech se stav vězňených osob v ČR pohybuje kolem 19 000 osob, nejvíce ve věkové kategorii 30–40 let. V r. 2007 nastoupilo do vazby 6 085 osob (6 504 v r. 2006), z toho bylo 5 668 mužů a 417 žen. Do VTOS nastoupilo z občanského života (nikoliv z vazby) 9 468 osob (8 784 v r. 2006) (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008b).

Ke dni 31. 12. 2007 bylo ve vazbě nebo ve VTOS evidováno 2 022 pachatelů trestných činů spáchaných v souvislosti s užíváním a nakládáním s návykovými látkami včetně alkoholu. Z toho trestných činů spojených výhradně s nealkoholovými drogami bylo zaznamenáno 1 628 – tabulka 8-8 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008b).

⁶² Podle metodiky vykazování PMS se u neznámého počtu osob jednalo o porušení více ustanovení TZ zároveň, čili jedna osoba mohla spáchat více trestných činů. Z toho vyplývá, že celkový počet osob může být nižší než níže uvedený součet zaznamenaných případů podle příslušných paragrafů.

tabulka 8-8: Počet trestných činů spáchaných v souvislosti s návykovými látkami, jejichž pachatelé se ke dni 31. 12. 2007 nacházeli ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008b)

Trestné činy podle §§ TZ	Stav k 31. 12. 2007
§ 187	1 314
§ 187a	101
§ 188	144
§ 188a	69
Celkem drogové trestné činy	1 628
§ 201 (ohrožení pod vlivem návykové látky)	299
§ 201a (opilství)	95
Celkem všechny trestné činy	2 022

Monitoring užívání drog ve věznicích probíhá od října r. 2005 prostřednictvím tzv. rychlých testů, tj. formou orientačního vyšetření moči testovacími proužky⁶³. Každý rychlý test zjišťuje přítomnost benzodiazepinů, metamfetaminu (pervitinu), konopných látek (THC), opiátů (morfinu) a buprenorfinu. Testování na drogy provádí Vězeňská služba ČR (VS) následujícími 5 způsoby: (1) vstupní testování při nástupu do výkonu vazby či VTOS na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře, (2) náhodné⁶⁴ (systematické) testování u 5 % obviněných, kteří vykonávají vazbu déle než 4 měsíce (tento způsob testování se provádí pouze ve věznicích, kde se provádí výkon vazby, tj. v 10 vazebních věznicích, včetně 5 věznic s výkonem trestu odnětí svobody, kde je zřízeno zvláštní oddělení výkonu vazby), (3) čtvrtletní průběžné náhodné testování 10 % odsouzených, (4) testování v rámci substituční léčby, (5) cílené testování osob, které jsou podezřelé z užití drog – v tomto případě se jedná o obviněné, odsouzené a zaměstnance VS (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008c).

V r. 2007 bylo ve všech 35 věznicích provedeno celkem 10 257 testů, z toho 2 191 (21,4 %) bylo pozitivních⁶⁵. V 5 věznicích byly všechny provedené testy negativní, nejvíce pozitivních testů (89,1 %) bylo zjištěno v (nástupní a vazební) věznicích Praha-Pankrác. V moči obviněných a odsouzených osob byl nejčastěji detekován pervitin (33,6 % pozitivních nálezů), následovaly THC (27,7 %) a benzodiazepiny (23,9 %) – benzodiazepiny ovšem mohou být součástí medikace předepisované lékařem (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008c).

V 16 věznicích jsou zřízena střediska protidrogových psů. Každé z těchto středisek má určené tzv. spádové věznice, ve kterých vykonává prohlídky zaměřené na zjištění výskytu drog. Mimo tato střediska se speciálně vycvičení psi nacházejí i v dalších 6 věznicích. Koncem r. 2007 měla VS k dispozici celkem 75 psů (část z nich byla ve výcviku). V následujících letech se počítá se zvyšováním počtu protidrogových psů, a to podle konkrétních podmínek a požadavků jednotlivých věznic. Ve všech 35 věznicích se s pomocí těchto zvířat uskutečňovaly plánované i namátkové prohlídky. Jedná se o prohlídky ubytovacích a společných prostor, pracovišť, kontroluje se korespondence včetně balíků. V r. 2007 bylo zaznamenáno celkem 107 záchytů drog ve 24 věznicích, z toho 47 záchytů bylo klasifikováno jako „pozitivní značení bez nálezu“, což znamená skutečnost, že služební pes spolehlivě označil místo, ale fyzickou prohlídkou (už) žádná droga nebyla nalezena; 23krát byla nalezena marihuana, 20krát neznámá látka v injekční stříkačce, 10krát droga amfetaminového typu (včetně extáze), 6krát pervitin a jednou buprenorfin (Subutex[®]) (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008c).

8.5 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.

Ve VZ 2006 byly ve speciální kapitole Výdaje z veřejných rozpočtů na řešení problematiky drog kromě účelově určených odhadnuty také účelově neurčené výdaje vynaložené na snižování nabídky (represe) i poptávky (prevence a léčby, a to včetně výdajů zdravotních pojišťoven).

Přehled účelově určených výdajů z veřejných rozpočtů na realizaci protidrogových opatření v r. 2007 je uveden v kapitole Rozpočty a financování (str. 12).

⁶³ V případě pozitivního výsledku rychlého testu jsou vzorky odesílány do laboratoří na provedení konfirmačního testu, který buď zjištěnou pozitivitu potvrdí či vyvrátí.

⁶⁴ Náhodné testování znamená, že se na základě pozorování odborných zaměstnanců věznice či doporučení samotných obviněných provede tzv. náhodné testování. Termín systematické se vztahuje k provádění náhodného testování v každém čtvrtletí.

⁶⁵ U zaměstnanců VS byly výsledky testů negativní.

9 Opatření zaměřená na sociální souvislosti a důsledky užívání drog

V r. 2007 nedošlo k výrazné změně, pokud jde o počet zařízení poskytujících služby následné péče. Kapacita chráněného bydlení a počet klientů v chráněném bydlení se nezměnily. Došlo k mírnému nárůstu počtu klientů v chráněných dílnách a k dalšímu rozvoji programů zaměřených na zaměstnávání obtížně zaměstnatelných klientů.

Věznice umožňují pobyt v bezdrogových zónách, poskytují poradenství pro uživatele drog, detoxifikaci a terapii na specializovaných odděleních. V r. 2007 došlo k nárůstu kapacity bezdrogových zón, celková kapacita oddělení pro diferencovaný výkon trestu se snížila, zatímco celková kapacita oddělení věznic pro výkon soudně nařízené léčby se mírně zvýšila. Od r. 2006 je poskytována substituční léčba ve 2 věznicích, v r. 2008 došlo k jejímu rozšíření do dalších 8 věznic. Služby zaměřené na uvězněné uživatele drog poskytovaly programy NNO sdružené v sekci Drogové služby ve vězení A.N.O. V r. 2007 se jednalo o 7 programů, které poskytovaly služby v 15 věznicích, ve srovnání s r. 2006 došlo k nárůstu počtu jejich klientů i poskytnutých výkonů.

9.1 Sociální reintegrace (následná péče)

Následná péče o uživatele drog je v ČR zajišťována prostřednictvím ambulantních doléčovacích programů, jejichž součástí mohou být programy chráněného bydlení a chráněné pracovní programy (chráněná dílna, chráněné zaměstnání a podporované zaměstnání). Jedná se o strukturované intenzivní ambulantní programy, jejichž cílovou skupinou jsou abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách a s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce.

V r. 2007 poskytovalo následnou péči 18 zařízení dotovaných RVKPP, z nichž 11 poskytovalo ambulantní a intenzivní následnou péči, 4 zařízení pouze intenzivní a 1 zařízení pouze ambulantní následnou péči. Celkem 13 zařízení nabízelo svým klientům chráněné bydlení a 5 zařízení také chráněné zaměstnávání. Služeb následné péče využilo celkem 883 klientů (z toho 563 mužů), 596 (67,4 %) z nich užívalo před léčbou drogy injekčně, 493 (55,8 %) užívalo pervitin, 173 (19,6 %) heroin a 8 (1,0 %) Subutex®. Celková kapacita chráněného bydlení byla 126 míst, která využilo 261 klientů. V chráněných dílnách pracovalo 44 klientů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e) – srovnání r. 2005–2007 uvádí tabulka 9-1.

tabulka 9-1: Programy následné péče dotované RVKPP v r. 2005–2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e)

Ukazatel	2005	2006	2007
Počet zařízení	20	18	18
Počet klientů v následné péči	865	904	883
Kapacita chráněného bydlení (počet míst)	118	126	126
Počet klientů v chráněném bydlení	244	235	261
Počet klientů v chráněných dílnách	59	40	44

Ambulantní následnou péči nabízelo 12 zařízení a využilo ji 389 klientů (z toho 257 mužů). Průměrný věk klientů byl 29,3 let. Celkem 236 (60,7 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 209 (53,7 %) užívalo pervitin a 74 (19,0 %) opiáty (heroin či Subutex®). Srovnání let 2003–2007 uvádí tabulka 9-2 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e).

tabulka 9-2: Programy ambulantní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007
Počet zařízení	8	14	13	10	12
Počet klientů	460	444	336	380	389
– z toho IUD	320	307	218	230	236
– z toho uživatelů pervitinu	210	187	182	216	209
– z toho uživatelů heroinu	120	115	58	78	69
Průměrný věk klientů	26,0	26,6	27,4	26,4	29,3

Intenzivní následnou péči poskytovalo 15 zařízení, jejichž celkovou kapacitu 325 míst využilo 494 klientů (z toho 306 mužů). Průměrný věk klientů byl 26,6 roku. Celkem 360 (72,9 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 284 (57,5 %) užívalo pervitin a 107 (21,7 %) opiáty (heroin či Subutex®). Průměrná délka programu byla 6 měsíců. Celkem 146 (29,6 %) klientů dokončilo program úspěšně, 139 (28,1 %) předčasně a 52 (10,5 %) bylo z programu vyloučeno (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e). Srovnání r. 2003–2007 uvádí tabulka 9-3.

tabulka 9-3: Programy intenzivní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008e)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007
Počet zařízení	14	14	15	16	15
Kapacita	321	342	385	365	325
Počet klientů	585	562	526	524	494
– z toho IUD	463	404	399	364	360
– z toho uživatelů pervitinu	245	260	276	304	284
– z toho uživatelů heroínu	224	184	143	105	104
Průměrný věk klientů	24,5	27,0	26,4	27,1	26,6

Kromě výše uvedených zařízení mohou služby následné péče poskytovat i jiná pobytová nebo ambulantní léčebná zařízení; jejich počet a typ poskytované péče nejsou dostatečně zmapovány. Na principu svépomoci fungují skupiny Anonymních alkoholiků (AA). Z dlouhodobého hlediska je počet skupin AA stabilní – existuje jich 32 v 18 městech ČR (Anonymní alkoholici - Česká republika, 2008). Podle dostupných údajů v r. 2007 v ČR stále neexistovala žádná svépomocná skupina zaměřená na nealkoholové drogy.

V posledních letech dochází k rozvoji programů zaměřených na zaměstnávání obtížně zaměstnatelných skupin obyvatelstva, a to především díky možnosti získat finanční prostředky z Fondů Evropské unie (EQUAL, JPD3). Od září 2005 funguje v Praze Pracovní a sociální agentura (o. s. SANANIM ve spolupráci s o. s. Fokus Praha), která pomáhá bývalým uživatelům drog s uplatněním na trhu práce – zprostředkovává klientům zaměstnání a rekvalifikační kurzy, nabízí další vzdělávání a pomáhá při samostatném hledání zaměstnání. Cílem agentury je vytvoření sítě spolupracujících zaměstnavatelů napříč celým trhem práce a zároveň doplnění stávajících služeb v oblasti prevence a léčby užívání návykových látek. V rámci přípravné fáze projektu byly realizovány tři studie zaměřené na analýzu potřeb léčených uživatelů drog z hlediska uplatnění na trhu práce, analýzu potřeb potenciálních zaměstnavatelů a na analýzu současné praxe a legislativní opory úřadů práce v oblasti zaměstnávání bývalých uživatelů drog.

V rámci analýzy potřeb léčených uživatelů drog z hlediska uplatnění na trhu práce byla vytvořena typologie klientů. Kritérii pro rozdělení klientů do jednotlivých skupin byly věk, délka užívání drog, vzdělání, kvalifikace, praxe a handicap. Na základě těchto kritérií byli klienti rozděleni do 5 skupin (Ambrož et al. 2007):

- matky s dětmi – bývalé uživatelky (jsou obvykle svobodné, bez partnera, časově omezené péčí o dítě, ve věku 30 a více let),
- klienti do 25 let (obvykle bez pracovní praxe, bez představy o svém pracovním uplatnění, často si přejí dostudovat nebo rekvalifikovat se, obvykle bez záznamu v rejstříku trestů),
- klienti 25–33 let (obvykle delší drogová kariéra, s pracovní praxí a záznamem v rejstříku trestů),
- klienti 34–40 let (často s duální diagnózou, s pracovní praxí, záznamem v rejstříku trestů a často pouze se základním vzděláním),
- klienti nad 41 let (obvykle s duální diagnózou a somatickými potížemi, často závislí na alkoholu, se záznamem v rejstříku trestů, s pracovní praxí, často s vysokoškolským vzděláním, jinak bez dalších handicapů na trhu práce).

Další podobné projekty realizovaly v r. 2007 také o. s. P-centrum, Sdružení Podané ruce a o. s. White Light I.

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 (GŘ VS). Stěžejním dokumentem pro tuto oblast je Plán činnosti Vězeňské služby ČR (VS) v protidrogové politice na období 2007–2009, který byl GŘ VS přijat v listopadu 2007. Tento plán, který je kompatibilní s Akčním plánem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007–2009, se zaměřuje na 7 základních oblastí: (1) primární prevence, (2) léčba a následná péče, (3) snižování rizik, (4) snižování nabídky a prosazování práva, (5) informace–výzkum–hodnocení, (6) koordinace a financování, (7) mezinárodní spolupráce. Z jednotlivých úkolů v rámci tohoto plánu protidrogové politiky VS lze vybrat následující (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008c; Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008d):

- další vzdělávání v oblasti drogových závislostí pro pracovníky VS, kteří jsou klíčovými osobami v preventivním působení na vězněné osoby v oblasti drog, včetně zajištění odborných stáží a externí supervize,
- podpora bezdrogových zón a vytvoření jednotného nástroje pro mapování užívání drog v nich,
- zvýšení kapacity specializovaných oddělení pro ochranné léčení i dobrovolnou léčbu,
- rozšíření programů substituční léčby,
- zlepšení spolupráce s NNO, např. v oblasti následné péče pro drogově závislé klienty po opuštění věznice.

9.2.1.1 Poradny drogové prevence

Poradny drogové prevence jsou zřízeny ve všech věznicích a 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 (VTOS).

9.2.1.2 Detoxifikace a bezdrogové zóny

Detoxifikační léčbu pro odsouzeného stanoví na základě diagnózy lékař příslušné věznice. V případě, že stav odsouzeného vyžaduje neodkladnou zdravotní péči, je převezen buď na interní oddělení vazební věznice Praha-Pankrác, nebo na psychiatrické oddělení vazební věznice Brno. Údaj o počtu osob, které prošly detoxifikační léčbou v r. 2007, není k dispozici.

Ve věznicích jsou zřízeny bezdrogové zóny (BZ), jejichž cílem je omezit kontakt odsouzených s drogami. Do BZ 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 BZ je porušení stanovených pravidel. Smysl BZ spočívá v uplatňování bezpečnostních, zdravotnických, psychologických a pedagogických přístupů, které odsouzeného motivují k abstinenci a zdravému životnímu stylu v průběhu VTOS i po jeho skončení. Jednotlivé BZ jsou strukturovány podle pohlaví, věku a druhu drogového problému u jednotlivých vězňů. V r. 2007 provozovalo BZ 35 vazebních věznic a věznic (oproti r. 2006 došlo k navýšení o 4 BZ), kapacita se v r. 2007 zvýšila o 212 míst na celkem 1 877. V BZ vykonávalo v r. 2007 trest odnětí svobody 3 524 odsouzených, tj. o 323 více než v r. 2006 – tabulka 9-4 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008c).

9.2.1.3 Specializovaná léčebná oddělení

Ve věznicích fungují 2 typy specializovaných oddělení zaměřených na uživatele drog. Prvním typem (oddělení 1) jsou specializovaná oddělení pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním psychotropních látek. Tato oddělení fungují v 6 věznicích (Bělušice, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram a Věšhradý). V těchto věznicích se uskutečňuje dobrovolná léčba a klienti jsou do ní zařazováni na základě vlastní žádosti, kterou posuzuje odborná komise složená z odborných zaměstnanců věznice. Celková kapacita tohoto typu oddělení se v r. 2007 oproti r. 2006 snížila o 28 míst, tj. celkem na 258 míst. V těchto odděleních vykonávalo VTOS v r. 2007 419 osob, což je o 206 méně než v r. 2006.

Druhý typ specializovaných oddělení (oddělení 2) slouží k výkonu soudem nařízeného ochranného léčení v ústavní formě – viz též kapitolu Léčba (str. 50). Tato oddělení se nacházejí ve věznicích Opava, Rýnovice a Znojmo a mají charakter léčebného zařízení pro léčbu závislosti na návykových látkách. Využívá se zde režimových aktivit, jejichž základem je skupinová terapie s prvky terapeutické komunity; léčebný program je vypracován na 12 měsíců, ale délka pobytu se posuzuje individuálně. Celková kapacita byla v r. 2007 114 míst, došlo tedy k navýšení o 9 míst oproti r. 2006. V r. 2007 se zde léčilo 200 osob – tabulka 9-4 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008c).

tabulka 9-4: Kapacita využití bezdrogových zón a 2 typů specializovaných oddělení ve věznicích v ČR v r. 2006 a 2007 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008c)

Rok	Bezdrogové zóny			Oddělení 1			Oddělení 2		
	Počet oddělení/ věznic	Kapacita	Počet osob	Počet oddělení/ věznic	Kapacita	Počet osob	Počet oddělení/ věznic	Kapacita	Počet osob
2006	31	1 665	3 201	6	286	625	3	105	162
2007	35	1 877	3 524	6	258	419	3	114	200

9.2.1.4 Substituční léčba

Po vyhodnocení pilotního projektu substituční léčby problémových uživatelů opiátů, který probíhal od 1. května 2006 ve vazební věznici Praha-Pankrác a ve věznici Příbram, bylo v dubnu 2007 rozhodnuto o dalším pokračování a rozšíření tohoto druhu léčby. Byly vytipovány 3 nové vazební věznice (Praha-Ruzyně, Litoměřice, Brno) a 5 věznic (Rýnovice, Ostrava, Opava, Kuřim, Břeclav), kde byla v r. 2008 substituční léčba zahájena. Pro léčbu mužů jsou určeny 4 programy, 6 programů bude sloužit i ženám. Substituční léčbu mohou využívat obvinění a odsouzení zařazení do výkonu vazby či do VTOS s dohledem, dozorem a ostrahou. Pro léčbu se bude používat především metadon, který bude klientům podáván bezplatně (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008c).

V r. 2007 prošlo substitučními programy ve věznicích 12 osob, z toho 9 osob ve vazební věznici Praha-Pankrác a 3 ve věznici Příbram – tabulka 9-5. Do programů jsou zařazováni především obvinění⁶⁶ a odsouzení, kteří již zahájili substituční léčbu před nástupem VTOS. Tyto osoby mohou být do substituční léčby zařazeny na vlastní

⁶⁶ V případě, že obviněný prokazatelně absolvoval substituční léčbu v zařízení na svobodě, může nadále pokračovat v léčbě i ve vězení; orgány činné v trestním řízení musí souhlasit s jeho převozem do vazební věznice, která tento typ léčby poskytuje.

žádost – součástí žádosti je potvrzení zdravotnického zařízení, kde klient absolvoval substituční léčbu, včetně základních informací o průběhu a výši dávek substituční látky. Zařazení do programu substituční léčby může případně doporučit i ošetřující lékař ve spojitosti se vstupním vyšetřením obviněného či odsouzeného (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008a).

tabulka 9-5: Počty a charakteristiky osob, které se účastnily substituční léčby ve vazební věznici Praha-Pankrác v r. 2007 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008a)

Ukazatel	Hodnota
Počet osob přijatých během r. 2007	9
– z toho muži	9
– z toho metadon jako vstupní substituční látka	7
– z toho Subutex [®] jako vstupní substituční látka	2
Průměrný věk přijatých (roky)	35
Počet osob, které ukončily během r. 2007	7
– z toho vyloučení z důvodu porušení terapeutické smlouvy	1
– z toho ukončení plánovanou detoxifikací	1
– z toho ukončení z důvodu podmíněného propuštění	2
– z toho ukončení z důvodu ukončení VTOS	1
– z toho ukončení z důvodu překlady do jiné věznice (Příbram)	1
– z toho ukončení z důvodu přerušení VTOS ze zdravotních důvodů	1
Počet osob ke 31. 12. 2007	2

9.2.1.5 Služby poskytované uživatelům drog ve věznicích nestátními organizacemi

Péči o vězněné uživatele drog doplňují služby poskytované NNO. V r. 2007 spolupracovalo s VS v rámci různých programů, nejen v oblasti drog, celkem 49 NNO (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008b). Výhradně na drogovou problematiku se zaměřují NNO sdružené v sekci Drogové služby ve vězení A.N.O. V r. 2007 se jednalo o 6 projektů (SANANIM Praha, Sdružení Podané ruce Brno, Sdružení Podané ruce Olomouc, Laxus Hradec Králové, Semiramis Nymburk, CPPT Plzeň), které byly realizovány v 15 věznicích – 6 vazebních (Brno, Hradec Králové, Plzeň-Bory, Praha-Ruzyně, Olomouc, Praha-Pankrác) a 9 věznicích pro VTOS (Hradec Králové-Pouchov, Břeclav, Jiřice, Kuřim, Mírov, Odolov, Pardubice, Světlá nad Sázavou, Valdice). Poradenství bylo v r. 2007 poskytnuto 936 klientům (720 v r. 2006). Nejvíce klientů využilo programy realizované o. s. SANANIM (334 klientů), Sdružením Podané ruce (223) a o. s. Laxus (165). Převažovali muži (68 %), nejčastěji se jednalo o IUD, především pervitinu, heroinu a Subutexu[®]. Průměrný věk klientů byl 29 let. Nejvíce využívanou službou bylo individuální poradenství/terapie (celkem 2 458 výkonů, 2 717 v r. 2006), následovala sociální práce (1 144 výkonů). Ve věznicích proběhlo 150 terapeutických skupin a dále 62 vzdělávacích seminářů pro 740 osob. S klienty, kteří byli přemístěni během trestu do jiné věznice, bylo možné pokračovat v práci písemnou formou – v r. 2007 proběhlo celkem 1 220 korespondenčních kontaktů. Na práci přímo ve věznicích se podílelo celkem 14 pracovníků NNO. Podle závěrečné zprávy sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. není doposud jasně definována koncepce a model spolupráce GŘ VS a NNO sdružených v rámci Sekce A.N.O. – to komplikuje praktickou realizaci a další rozvoj těchto programů ve věznicích. Certifikační standard poskytování drogových služeb ve věznicích rovněž nebyl dokončen. V r. 2007 se jednalo o možnostech spolupráce NNO s orgány činnými v trestním řízení a PMS ČR (Šíp et al. 2008).

10 Drogové trhy

Nejdostupnější drogou v ČR je marihuana, stále je vysoká i dostupnost pervitinu. U obou drog byl tradičně zaznamenán nejvyšší počet záchytů. Roste domácí produkce marihuany s vyšším obsahem THC pěstované v umělých podmínkách a stále častěji ve velkém. Objem zachycené marihuany se mírně zvětšil a výrazně se zvýšil počet zachycených rostlin konopí; v uplynulých 4 letech poklesl počet i objem záchytů hašiše. Mírně narostl objem zadrženého pervitinu i jeho čistota. Pro výrobu pervitinu se v posledních letech používá především pseudoefedrin obsažený ve volně prodejných lécích určených pro (samo)léčbu viróz a nachlazení. Pervitin je produkován výhradně v ČR, zčásti je vyvážen i do zahraničí, především do Německa. Postupně se zvyšuje čistota i dostupnost kokainu, zejména v prostředí noční zábavy; jeho cena mírně klesla. V r. 2007 byl zaznamenán dosud největší objem zachyceného kokainu. Dostupnost heroínu, který se do ČR dostává především z Afghánistánu tzv. balkánskou cestou, se nezměnila; byl zaznamenán mírný pokles objemu zadrženého heroínu. Extáze je běžně dostupná především v prostředí noční zábavy; počet záchytů této drogy zůstává i přes její značné rozšíření relativně nízký; množství tablet extáze zadržených v r. 2007 bylo přesto největší za poslední 3 roky. Cena většiny drog zůstává podle dostupných údajů stabilní.

10.1 Dostupnost a nabídka drog

Podle výroční zprávy NPC (Národní protidrogová centrála, 2008d) a dalších zdrojů, jsou drogy dostupné ve všech větších městech v ČR, přičemž se v posledních letech zvyšuje jejich dostupnost i v menších městech a na venkově.

Nejdostupnější drogou je marihuana. Roste dostupnost marihuany s vyšším obsahem THC. Zvyšuje se dostupnost pervitinu v malých městech a na venkově. Dostupnost kokainu roste ve velkých městech, zejména v Praze, a to především v prostředí noční zábavy. V souvislosti s růstem počtu záchytů kokainu a jeho zachyceného objemu se předpokládá i jeho vyšší dostupnost v Brně. Heroin je dostupný především v Praze a Ústeckém kraji, což odpovídá prevalenci problémových uživatelů opiátů – viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 40). V některých krajích (např. Jihočeském) se zájem o heroin snižuje; ten je nahrazován Subutexem® (Národní protidrogová centrála, 2008d) – blíže k výskytu Subutexu na černém trhu viz kapitolu Substitute a udržovací programy (str. 57).

10.2 Výroba a pašování drog

Základním zdrojem údajů o výrobě, pašování a distribuci drog na území ČR jsou informace poskytované NPC a GŘC (Národní protidrogová centrála, 2008d; Celní správa ČR, 2008a).

Dochází k nárůstu hydroponního pěstování marihuany s vysokým obsahem THC (až 20 %), kterým se podle údajů NPC stále více zabývají také osoby vietnamské národnosti. V r. 2007 bylo na území ČR zajištěno celkem 34 hydroponních pěstíren, z toho 4 byly organizovány osobami vietnamské národnosti. Během prvních 5 měsíců r. 2008 významně stoupl počet odhalených hydroponních pěstíren marihuany – bylo odhaleno 61 těchto pěstíren a zabaveny byly tisíce rostlin konopí, desítky kilogramů finálního sušeného produktu marihuany a rozsáhlé technické vybavení. Z odhalených 61 pěstíren bylo 53 organizováno osobami vietnamské národnosti. Marihuana produkovaná v těchto pěstírnách byla určena částečně pro nelegální distribuci na českém trhu a z části pro zahraniční trh, zejména v Německu a Nizozemsku (Národní protidrogová centrála, 2008c).

Pervitin je na území ČR vyráběn nadále ze 2 prekurzorů – jednak z efedrinu, kdy takto vyrobený pervitin je obvykle velmi kvalitní (tzv. krystalický) a je po něm poptávka v zahraničí, a v rostoucí míře i z pseudoefedrinu. Efedrin je pravděpodobně pašován zejména z Bulharska, Makedonie a Chorvatska⁶⁷. V posledních letech je hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu v ČR pseudoefedrin, který je extrahován z volně prodejných léků – nejvíce jsou zneužívány léky Modafen® (v cca z 90 %) a dále (v cca z 10 %) Nurofen Stop Grip®, Paralen Plus® a Panadol Plus Grip®. V r. 2007 bylo v ČR odhaleno celkem 388 varen pervitinu, nejvíce v jihomoravském (103) a v severočeském regionu (72); zabaveno bylo celkem 5 978 g pervitinu (nejvíce v severočeském regionu – 1 013 g) – tabulka 10-1.

tabulka 10-1: Počet zařízení na výrobu pervitinu (tzv. varen) odhalených Policií ČR a množství zabaveného pervitinu v r. 2003–2007 (Národní protidrogová centrála, 2008b)

Rok	Počet odhalených varen	Zadržený pervitin (v g)
2003	188	9 630
2004	248	3 423
2005	261	5 310
2006	426	5 249
2007	388	5 978

Od r. 2006 probíhají mezirezortní jednání iniciovaná NPC a koordinovaná sekretariátem RVKPP s cílem přijmout legislativní opatření, která by zneužívání volně prodejných léků s obsahem pseudoefedrinu omezila. V r. 2007 se z iniciativy výrobců volně prodejných léků s obsahem pseudoefedrinu uskutečnil průzkum této problematiky u 18 klíčových informantů – zástupců státní správy, akademického sektoru, pomáhajících organizací, politiků (Jelínek et

⁶⁷ Od r. 2004, kdy byla ukončena výroba pervitinu v Roztokách u Prahy, je efedrin výhradně pašován ze zahraničí a dostupnost efedrinu na černém trhu se výrazně snížila.

al. 2007) – blíže viz VZ 2006. Od prosince 2007 pracuje pod Inspektorátem pro omamné a psychotropní látky MZ mezirezortní pracovní skupina, jejímž úkolem je navrhnout řešení směřující ke snížení dostupnosti léků obsahujících pseudoefedrin pro nelegální výrobu pervitinu. V r. 2007 byl Poslaneckou sněmovnou přijat nový zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech. Také jako výsledek výše zmíněných jednání je v § 39 odst. 3 s účinností od 1. ledna 2009 nově zakotvena kategorie léčivých přípravků, jejichž výdej sice není vázán na lékařský předpis, ale je omezen – tato omezení určí Státní ústav pro kontrolu léčiv v rozhodnutí o registraci přípravku – blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str. 4). Předpokládá se, že do této kategorie budou přeřazeny především léky s obsahem pseudoefedrinu.

Během r. 2007 a 2008 byly Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) a Českou lékárnickou komorou kontrolovány lékárny s ohledem na odebraný objem léků obsahujících pseudoefedrin. Zástupci komory v období únor až červenec 2008 kontrolovali 14 lékáren s nadlimitním odběrem těchto léků a na základě tohoto šetření byly odebrány licence 2 lékárníkům, kteří po dobu 5 let nesmějí vykonávat svou profesi. Podle zákona by lékárník neměl vydat léky, pokud má podezření na jejich zneužití, pokud tak ale učiní, nehrozí mu žádná sankce. Více nástrojů by měly mít kontrolní orgány od r. 2009, kdy se zavede nová kategorie výdeje léčiv s omezením. Je odhadováno, že v r. 2007 se v českých lékárnách prodaly 4 miliony balení léků, které sloužily jako prekurzory pro výrobu pervitinu (Svobodová, 2008).

V ČR roste poptávka po kokainu i jeho dostupnost. Významnou cestou pašování kokainu do ČR v r. 2007 byla letecká přeprava z Jižní Ameriky a z Karibské oblasti, a to i českými kurýry, velmi často přes letiště v Amsterdamu. Přepravu organizují zpravidla osoby jihoamerického původu a občané států západoafrického pobřeží. Lze sledovat výrazný nárůst objemu kokainu zachyceného Celní správou ČR – tabulka 10-5.

Hlavní trasou dovozu heroinu z Afghánistánu zůstává nadále tzv. balkánská cesta. Na obchodu s heroinem se v tuzemsku podílí mj. skupiny kosovských Albánců a Turků. ČR je zejména tranzitní zemí, kdy heroin směřuje přes její území do dalších států EU a menší část zásilek zůstává na českém trhu. Heroin s vyšším obsahem účinné látky je přepravován spíše do zemí západní Evropy. Nadále se podle NPC na černém trhu obchoduje se Subutexem, lékem používaným v substituční léčbě závislosti na opiátech – blíže viz kapitolu Substituce a udržovací programy (str. 57).

Extáze je do ČR dovážena především z Nizozemska, ale také z Polska, Belgie a Slovenska. Častými úkryty při pašování extáze jsou cestovní zavazadla v dopravních prostředcích. Extáze je následně distribuována v ČR, nebo je vyvážena např. do Rakouska.

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 (PČR) a Celní správou ČR. Informace o policejních záchytech obsahují i případy řešené jako přestupky (přechovávání drog v malém množství pro vlastní potřebu); tyto případy se v r. 2007 výrazněji projevovaly pouze u záchytů marihuany (219, tj. 39 % všech záchytů) a pervitinu (105, tj. 28 % všech záchytů). Záchyty, při nichž bylo zachyceno více typů drog, jsou započteny u každé drogy zvlášť – bylo tedy uskutečněno méně záchytů, než je součet všech zaznamenaných záchytů podle jednotlivých drog.

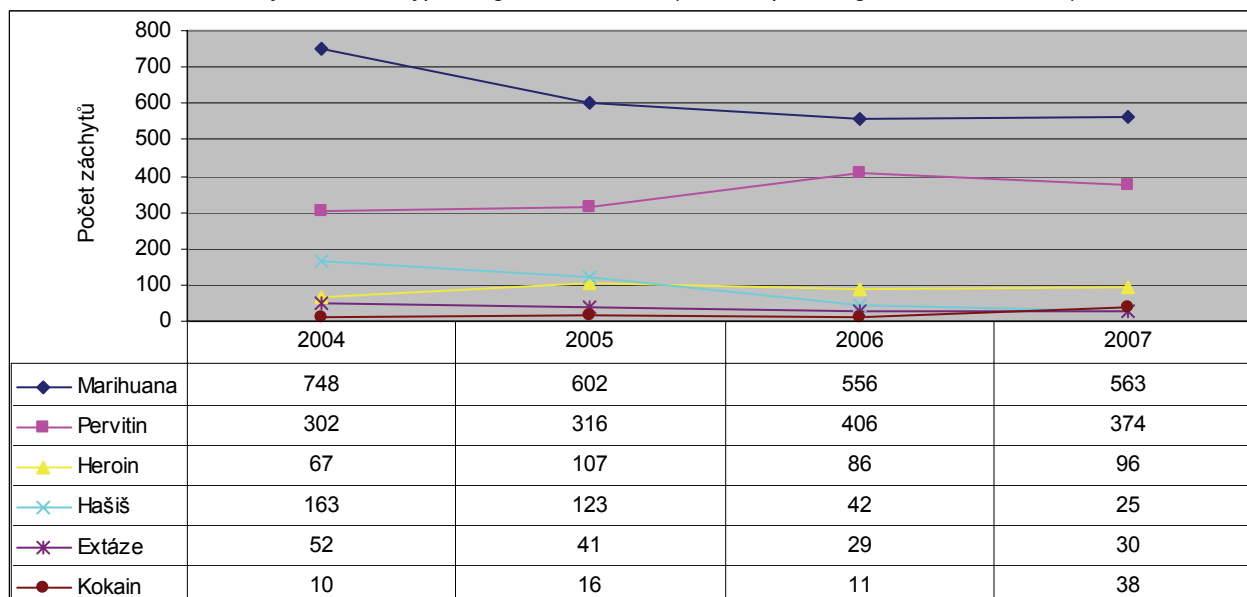
Nejčastěji zadrženou drogou v r. 2007 byla marihuana (563 záchytů). Počet ani objem záchytů této drogy se oproti r. 2006 výrazně nezměnil. Počet záchytů rostlin konopí v r. 2007 (46) byl rovněž obdobný jako v r. 2006 (44), nicméně počet zabavených rostlin konopí se oproti r. 2006 zvýšil na přibližně trojnásobek (z 2 276 na 6 992). Bylo zadrženo 0,4 kg hašiše, což je podobné množství jako v r. 2006. Počet i objem záchytů hašiše se v posledních 2 letech oproti předchozím letům výrazně snížil. Druhou nejčastěji zadrženou drogou zůstává pervitin (374 záchytů) – oproti r. 2006 došlo k mírnému snížení počtu záchytů této drogy, nicméně objem zachycené drogy se zvýšil. Výrazně narostl počet a objem záchytů kokainu – v r. 2007 bylo realizováno 38 záchytů v celkovém množství 37,6 kg, oproti 11 záchytům v celkovém množství 4,7 kg v r. 2006. Byl zaznamenán výrazný nárůst počtu zabavených tablet extáze – v r. 2007 bylo evidováno 30 záchytů v celkovém počtu 62 226 tablet (v r. 2006 se jednalo o 29 záchytů v celkovém počtu 26 259 tablet); počet záchytů však zůstává vzhledem k vysoké prevalenci užívání extáze relativně nízký. Stabilní je situace v případě heroinu – v r. 2007 bylo uskutečněno 96 záchytů v celkovém objemu 20,3 kg. Počet zabavených dávek LSD klesl z 1 748 v r. 2006 na 117 v r. 2007. V ČR nebyl ani v r. 2007 zachycen crack. Z dalších látek bylo v r. 2007 zadrženo např. 310 tablet Subutexu® (všechny záchyty se uskutečnily v Praze), 1,2 kg efedrinu a 35 tablet Rohypnolu.

Údaje o počtu a objemu záchytů hlavních typů drog obsahuje tabulka 10-2, časové trendy ukazují obrázek 10-1 a obrázek 10-2.

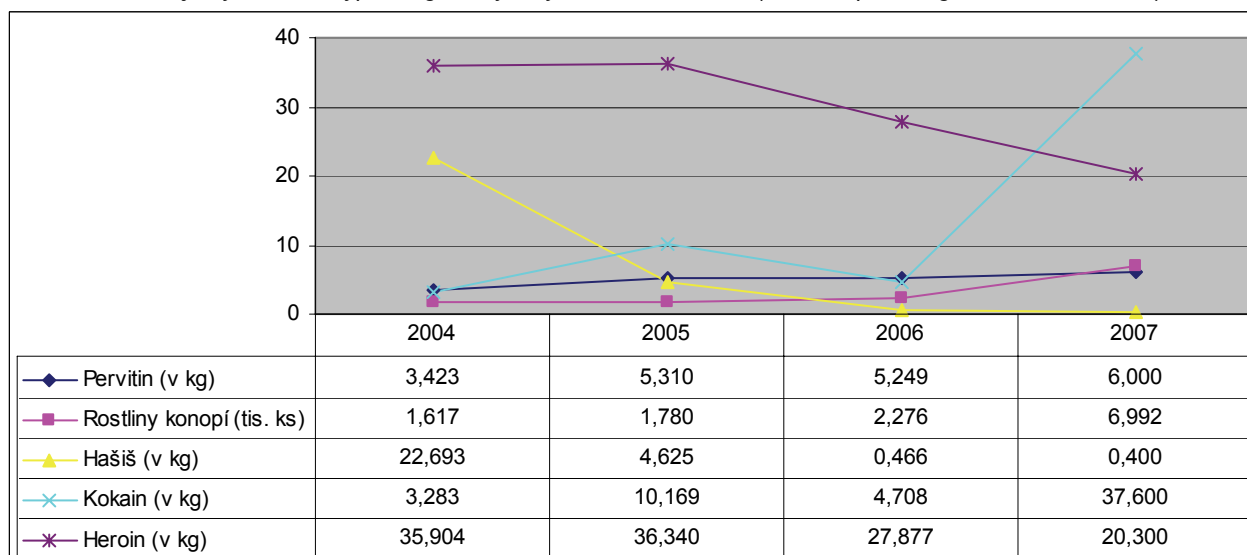
tabulka 10-2: Počet záchytů a objemy záchytů hlavních typů drog v r. 2004–2007 (Národní protidrogová centrála, 2008f)

Droga/rok	2004		2005		2006		2007	
	Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem
Marihuana (g)	748	168 528	602	103 337	556	108 352	563	122 124
Pervitin (g)	302	3 423	316	5 310	406	5 249	374	5 978
Heroin (g)	67	35 904	107	36 340	86	27 877	96	20 332
Rostliny konopí (ks)	49	1 617	53	1 780	44	2 276	46	6 992
Hašiš (g)	163	22 693	123	4 625	42	466	25	387
Extáze (tbl.)	52	108 379	41	19 010	29	26 259	30	62 226
Kokain (g)	10	3 283	16	10 169	11	4 708	38	37 587
LSD (dávkky)	7	326	5	3 067	7	1 748	5	117

obrázek 10-1: Počet záchytů hlavních typů drog v r. 2004–2007 (Národní protidrogová centrála, 2008f)



obrázek 10-2: Objemy hlavních typů drog zachycených v r. 2004–2007 (Národní protidrogová centrála, 2008f)



Stejně jako v minulosti je i za r. 2007 k dispozici rozdělení záchytů základních typů drog podle jejich objemu (Národní protidrogová centrála, 2008e). Rozložení se oproti předchozím letům výrazně nezměnilo. U marihuany byly v letech 2005–2007 záchyty realizovány nejčastěji v kategorii 1–5 g (27 % všech záchytů), ale často také v kategoriích do 1 g a 5–20 g. U pervitinu představují záchyty v kategorii do 1 g 45 % všech záchytů (50 % v r. 2006), u heroinu v téže kategorii to bylo 39 % všech záchytů (36 % v r. 2006). V r. 2007 bylo uskutečněno 47 záchytů drog v množství nad 1 kg, nejčastěji u marihuany (30, z toho 2 záchyty nad 10 kg); bylo uskutečněno 11 záchytů kokainu v množství nad 1 kg (z toho 1 záchyt nad 10 kg) – tabulka 10-3.

tabulka 10-3: Počet záchytů hlavních typů drog v r. 2007 v kategoriích podle objemu (Národní protidrogová centrála, 2008e)

Typ drogy	Celkový objem zachycených drog	Počet záchytů v jednotlivých kategoriích podle objemu							Celkem
		do 1g	1 až 5 g	5 až 20 g	20 až 50 g	50 až 100 g	100 až 1 000 g	>1000 g	
Marihuana	122 124 g	89	143	141	59	32	69	30	563
Hašiš	387 g	5	9	9	0	1	1	0	25
Pervitin	5 978 g	168	113	55	15	11	11	1	374
Kokain	37 587 g	6	7	5	1	2	6	11	38
Heroin	20 332 g	37	21	16	8	3	6	5	96
Extáze	62 226 tbl.	1 až 5 tbl.	6 až 20 tbl.	21 až 50 tbl.	50 až 100 tbl.	101 až 1 000 tbl.	1 000 až 10 tis. tbl.	>10 tis.	Celkem
		8	5	3	2	5	4	3	30
Rostliny konopí	6 992 ks	1 až 10 ks	11 až 50 ks	50 až 100 ks	>101 ks	-	-	-	Celkem
		13	17	6	10	-	-	-	46

10.3.2 Podrobnější údaje o záchytech drog Celní správou ČR

Za r. 2007 jsou k dispozici podrobnější údaje o 175 záchytech realizovaných Celní správou ČR (Celní správa ČR, 2008c). Z uvedených 175 případů bylo 23 případů, kdy bylo zachyceno zároveň více typů drog. Nejvíce záchytů bylo uskutečněno ve vnitrozemí (72), následovaly záchyty v souvislosti s dovozem (53) a vývozem (44), 6 záchytů bylo kombinovaných, tj. v souvislosti s přepravou ve vnitrozemí, dovozem nebo vývozem. Základní charakteristiky záchytů celní správy podle vybraných typů drog v r. 2007 ukazuje tabulka 10-4.

tabulka 10-4: Základní charakteristiky záchytů podle vybraných typů drog v r. 2007 (Celní správa ČR, 2008c)

Typ drogy	Počet záchytů	Objem záchytů	Základní charakteristika záchytů
Marihuana	104	9 325,4 g	nejčastěji při vývozu (42 záchytů), dále ve vnitrozemí (38), při dovozu (11, z toho 8 z Nizozemska); 44 letecky (z toho 36 vývoz), 45 poštovní zásilka; 4 množství nad 200 g (nejvíce 3 kg a 4,1 kg); zadržený objem zůstává stabilní, poptávka po droze je v ČR pokryta domácí produkcí
Rostliny konopí	3	1 055 ks	2 v rámci domovní prohlídky, 1 v osobním vozidle
Hašiš	19	356,4 g	nejčastěji při dovozu (16, z toho 8 Španělsko a 5 Nizozemsko); 12 letecky (vše dovoz), 14 poštovní zásilka; 16 množství pod 10 g; hašiš se pašoval do ČR hlavně z Nizozemska a zejména v poštovních zásilkách nebo pomocí kurýrů
Pervitin	24	903,2 g	nejčastěji ve vnitrozemí (21); 9 osobní vozidlo, 9 domovní prohlídka; 4 množství nad 100 g (nejvíce 300 g); při vývozu pervitinu od r. 2004 narůstá počet osob německé národnosti, které organizují vývoz drogy z ČR, současně se přepravují stále menší zásilky (do 200 g) a roste počet přeprav
Kokain	21	28 559,6 g	nejčastěji při dovozu (16); 15 letecky (z toho 13 z Jižní Ameriky), 7 cestovní zavazadlo, 7 poštovní zásilka, 3 tělní dutiny; 6 množství nad 1 kg (nejvíce 11,570 kg, letecky v cestovním zavazadle); roste počet záchytů, kde hlavní podíl má letecká přeprava především z Jižní Ameriky pomocí najatých kurýrů
Heroin	11	8 852 g	nejčastěji ve vnitrozemí (9); 4 osobní vozidlo, 2 cestovní zavazadlo, 3 domovní prohlídka; 4 množství nad 100 g (nejvíce 4,016 kg); obchod v ČR je stále více organizován osobami turecké národnosti, větší část dovezeného heroínu směřuje do dalších zemí EU, ve většině případů je droga pašována se zásilkami legálního zboží nebo v osobních automobilech
Extáze	13	4 800 g	nejčastěji ve vnitrozemí (8); 5 osobní vozidlo, 3 cestovní zavazadlo; 5 množství nad 100 tablet (nejvíce 2 000 tbl.); obchod má mírně vzestupnou tendenci, droga bývá zpravidla ukryta v cestovních zavazadlech, která jsou přepravována uvnitř dopravních prostředků
Jiné drogy a prekurzory	13	-	např. LSD, amfetamin, toluen, koka listy, koka čaj, efedrinový roztok, pseudoefedrin, kyselina chlorovodíková aj.

Objem marihuany zabavené Celní správou ČR od r. 2005 roste. Objem zachyceného kokainu se mezi r. 2006 a 2007 zvýšil více než čtyřnásobně. Roste také objem zachycené extáze. Naopak objem zachyceného hašiše a heroínu klesá (Celní správa ČR, 2008c; Celní správa ČR, 2008b). Počet a objem záchytů realizovaných Celní správou ČR v r. 2004–2007 uvádí tabulka 10-5.

tabulka 10-5: Vývoj objemu a počtu záchytů vybraných typů drog zachycených v r. 2004–2007 (Celní správa ČR, 2008c; Celní správa ČR, 2008b)

Droga	2004	2005	2006	2007
Marihuana (kg)	20,3	1,2	5,5	9,3
Hašiš (kg)	11,7	4,0	0,3	0,4
Pervitin (kg)	0,9	0,1	0,9	0,9
Kokain (kg)	2,6	3,4	6,7	28,6
Heroin (kg)	25,8	29,0	12,0	8,9
Extáze (kg)	0,04	1,8	2,0	4,8
Objem všech zachycených drog (kg)	61,8	40,2	27,4	53,5
Počet záchytů všech drog	404	319	148	199

V r. 2006 provedl Institut pro kriminologii a sociální prevenci studii Možnosti trestní justice v protidrogové politice. Studie byla založena především na dotazníkovém šetření, výsledky byly k dispozici počátkem r. 2008. Respondenty bylo celkem 168 expertů z různých profesních skupin z oblasti prosazování práva (soudci, státní zástupci, policisté z NPC, celníci a pracovníci vězeňské služby). Respondenti z řad policistů z NPC a z řad celníků se v rámci studie vyjadřovali k problémům v souvislosti se záchyty drog. Mezi často uváděné komplikace, které ztěžují práci profesionálů v této oblasti, patří např. odliv zkušených a vyškolených pracovníků státní správy v souvislosti se zrušením celních kontrol na státní hranici v důsledku schengenské dohody, vyzrazování způsobů pátrání, vysoká organizovanost a rozsáhlé finanční zázemí obchodu s drogami, nedostatečná protidrogová legislativa pro oblast pátrání po drogách (např. absence právní úpravy korunního svědka), roztržitost a špatná propojenost informačních databází rozpracovaných případů mezi jednotlivými složkami Policie ČR a Celní správy ČR, korupce v řadách cizinecké policie, mezi státními úředníky a soudci (Trávníčková and Zeman, 2008).

10.4 Ceny a čistota drog

10.4.1 Ceny drog

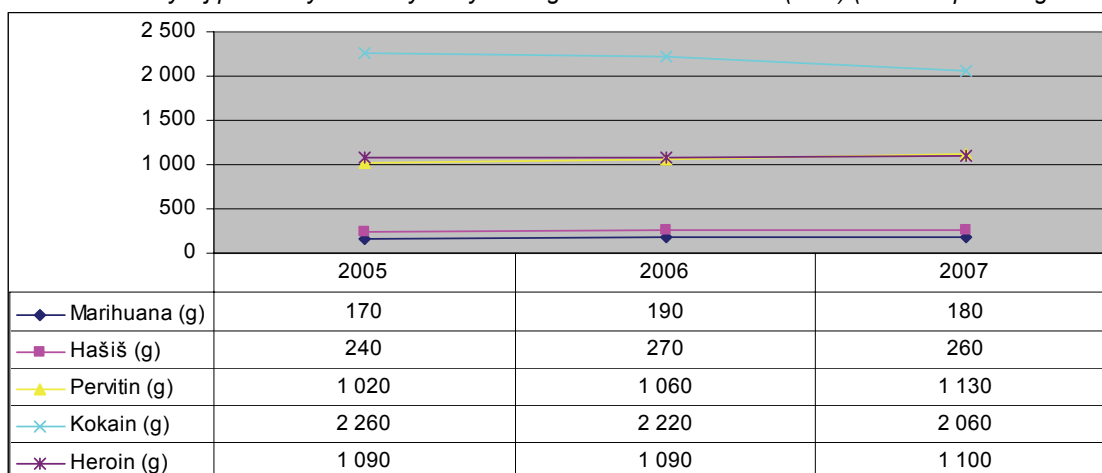
Informace o cenách základních typů drog v ČR vychází z údajů, které poskytuje NPC (Národní protidrogová centrála, 2008f). V r. 2007 poskytlo údaje pro NPC 49 okresních policejních ředitelství. Podle těchto informací se ceny základních drog oproti r. 2005 a 2006 výrazně nezměnily. Ve srovnání s r. 2006 stojí za povšimnutí zejména pokles ceny kokainu a mírný nárůst ceny pervitinu – tabulka 10-6 a obrázek 10-3.

tabulka 10-6: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v r. 2006 a r. 2007 (v Kč) (Národní protidrogová centrála, 2008f)

Typ drogy	2006		2007		Pouliční prodej (rozpětí)	Prodej ve velkém (rozpětí)
	Průměr	Modus	Průměr	Modus		
Marihuana (g)	190	150	180	100	20–350	20–250
Hašiš (g)	270	200	260	200	100–500	50–300
Extáze (tableta)	220	150	210	200	80–500	30–200
Pervitin (g)	1 060	1 000	1 130	1 000	500–4 000	500–1 500
Heroin (g)	1 090	800	1 100	1 000	800–2 000	400–1 500
Kokain (g)	2 220	2 000	2 060	2 000	1 200–3 500	1 200–2 000
LSD (dávká)	160	150	180	200	20–300	20–200

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.

obrázek 10-3: Vývoj průměrných cen vybraných drog v letech 2005–2007 (v Kč) (Národní protidrogová centrála, 2008f)



Podle výroční zprávy NPC (Národní protidrogová centrála, 2008d) se v r. 2007 ceny efedrinu na nelegálním trhu pohybovaly v rozmezí 200-250 tisíc Kč/kg. Podle NPC i pracovníků nízkoprahových zařízení se v r. 2007 tableta Subutexu[®] o síle 2 mg na černém trhu prodávala za cenu 50–200 Kč a tableta Subutexu[®] o síle 8 mg za cenu 150 až 500 Kč, což je 50% pokles oproti r. 2006, kdy se její cena pohybovala mezi 300 Kč a 1000 Kč.

V r. 2008 jsou k dispozici také 2 bakalářské práce, které se zabývaly cenami marihuany a pervitinu a dalšími okolnostmi jejich prodeje na tuzemském drogovém trhu. Ohledně ceny marihuany v r. 2007 bylo v rámci dotazníkového šetření na vzorku 50 pražských a středočeských respondentů (spotřebitelé a prodejci marihuany) ve věku 15–30 let zjištěno, že konzumenti marihuany zpravidla rozlišují mezi „trávou“, tedy méně koncentrovanou marihuanou, a „skunkem“, více koncentrovanou marihuanou. Cena „trávy“ se pohybuje v rozmezí 100–200 Kč/g a cena „skunků“ v rozmezí 200–250 Kč/g. Tyto ceny jsou podle většiny respondentů stabilní již 7–9 let (Procházka, 2008).

Na cenu pervitinu bylo zaměřeno dotazníkového šetření realizované v r. 2007 na vzorku 63 respondentů (klientů pražských nízkoprahových zařízení) ve věku 15–53 let. Bylo zjištěno, že cena pervitinu je přímo úměrná zakoupenému množství drogy a výše ceny se mění mj. podle vztahu kupujícího k prodejci. Zdarma dostalo pervitin od neznámého člověka 25 % respondentů (vždy méně než 0,5 g), od známého 37 % respondentů (a to až 1,5 g) a od přítele/kamaráda 50 % respondentů (a to až 5 g). Pervitin dostaly zdarma spíše ženy. Závislost čistoty pervitinu na druhu prodejce (výrobce, dealer, drogově závislý uživatel) nebyla zjištěna. Stejně tak nebyla zjištěna závislost ceny pervitinu na jeho čistotě. Prodejní cena pervitinu byla respondenty odhadována na desetinásobek ceny výrobní (Oulická, 2008).

10.4.2 Čistota drog

Údaje o čistotě drog jsou v ČR k dispozici pouze pro část zadržených drog a tato data jsou získávána především z krajských analytických pracovišť policie OKTE a z Kriminálního ústavu Praha. Průměrné čistoty hlavních typů drog v r. 2005–2007 uvádí tabulka 10-7. V r. 2007 se ve srovnání s r. 2006 mírně zvýšila průměrná čistota zadrženého heroínu (cca o 10 %), pervitinu (cca o 15 %), kokainu (cca o 9 %); průměrný obsah MDMA v tabletách extáze se také zvýšil (cca o 5 %). Koncentrace THC v zadržené marihuaně a hašiši se oproti r. 2006 výrazně nezměnila (Národní protidrogová centrála, 2008f).

tabulka 10-7: Průměrné čistoty drog v letech 2005–2007, v % (Národní protidrogová centrála, 2008f)

Typ drogy	2005		2006		2007	
	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)
Hašiš	10	7,4	1	11,0	2	8,1
Marihuana	108	3,8	151	4,5	177	4,7
Heroin	19	41,5*	35	7,9	31	17,4
Kokain	25	55,9	12	40,2	48	49,1
Pervitin	65	62,9	58	52,3	123	66,4
Extáze**	135	27,2	54	22,6	31	27,4

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

ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLA

Každoročně jsou do výroční zprávy zařazeny speciální kapitoly. Témata určuje EMCDDA ve spolupráci s monitorovacími středisky jednotlivých zemí sítě Reitox s ohledem na jejich aktuálnost a potřebu výzkumu. Za r. 2007 se poprvé jedná o jedinou kapitolu, nikoliv tedy o kapitoly tři jako v minulých letech.

11 Trestní statistiky

Cílem této kapitoly je (1) popsat právní úpravu týkající se nedovoleného nakládání s drogami a řízení pod vlivem drog, (2) popsat způsoby, jakými je v těchto oblastech právo aplikováno v praxi a (3) popsat systémy sběru dat o těchto nedovolených činech spravované orgány a institucemi trestněprávního sektoru.

11.1 Právní rámec nedovoleného nakládání s drogami a řízení pod vlivem drog

11.1.1 Vymezení základních pojmů

Tato kapitola se zabývá třemi skupinami právně nedovoleného jednání:

- nedovolenou výrobou a obchodováním s drogami,
- nedovoleným držením drog,
- řízením pod vlivem drog.

Nedovolená výroba a obchodování s drogami jsou podle českého práva vždy posuzovány jako trestný čin. Patří sem trestné činy nedovoleného nakládání s drogami a jejich přechovávání pro jiného podle § 187 trestního zákona (TZ) a trestné činy podle § 188 TZ, který se týká držení předmětů k nedovolené výrobě drog (podrobněji v textu níže).

Nedovoleným držením drog se rozumí jednání spočívající v nedovoleném držení drog pro vlastní potřebu, neboť samotné užívání drog není v ČR trestné. Nedovolené držení drog může být v ČR postihováno jako přestupek i jako trestný čin. Případá tedy v úvahu ustanovení § 30, odst. 1 písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, které se týká držení drogy pro vlastní potřebu v malém množství, a dále ustanovení § 187a TZ, ve kterém jde o trestný čin držení drog v množství větším než malém, případně ve větším rozsahu pro vlastní potřebu (podrobněji v textu níže).

Řízení pod vlivem drog je v ČR rovněž postihováno jako přestupek i trestný čin. Na to, jak bude skutek posouzen, má vliv především míra ovlivnění pachatele návykovou látkou, opakování a následky jednání (podrobněji v textu níže).

Pojmem droga/drogy se rozumí omamné a psychotropní látky (OPL) specifikované v zákoně č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.

Pojmem pachatel se pro účely této kapitoly rozumí osoba, která spáchala přestupek nebo trestný čin, přičemž tento pojem je pro lepší přehlednost uváděn pro všechny fáze řízení, i když např. v rámci trestního řízení se označení pachatele mění v závislosti na vývoji řízení. V průběhu řízení se pachatel (popř. domnělý pachatel) označuje jako podezřelý (osoba, u níž je dán vazební důvod, popř. osoba přistižená při činu nebo bezprostředně poté, proti níž je/bude vedeno tzv. zkrácené přípravné řízení), obviněný (osoba, proti které bylo zahájeno trestní stíhání, a to až do nařízení hlavního líčení soudem; pachatel v trestním příkazu je také označován jako obviněný – byla na něj už podána obžaloba, ale ještě nebylo nařízeno hlavní líčení), obžalovaný (pachatel, resp. obviněný po nařízení hlavního líčení) a odsouzený (pachatel, resp. ten, proti němuž byl vydán odsuzující rozsudek nebo trestní příkaz a tato rozhodnutí již nabyla právní moci) (Musil et al. 2007).

11.1.2 Skutky v souvislosti s nedovolenou výrobou a obchodování s drogami

Nedovolená výroba, prodej, obchodování a další způsoby nedovoleného nakládání s drogami jsou upraveny především v § 187 TZ. Toto ustanovení se vztahuje na nedovolené nakládání s drogami bez ohledu na jejich typ. České právo v současné době nerozlišuje mezi jednotlivými typy drog, a to u žádného z tzv. drogových trestných činů⁶⁸, ačkoliv do budoucna lze očekávat změnu právní úpravy v této souvislosti – blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str. 4).

Ustanovení § 187 TZ zní následovně:

„§ 187

(1) Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabízí, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekurzor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny, nebo ve větším rozsahu, nebo

⁶⁸ Drogovými trestnými činy zde míníme obecně ustanovení §§ 187 až 188a zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon v platném znění.

b) spáchá-li takový čin vůči osobě mladší než osmnáct let.

(3) Odnětím svobody na osm až dvanáct let bude pachatel potrestán,

a) získá-li činem uvedeným v odstavci 1 značný prospěch,

b) spáchá-li takový čin vůči osobě mladší patnácti let, nebo

c) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví.

(4) Odnětím svobody na deset až patnáct let bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví více osob nebo smrt,

b) získá-li takovým činem prospěch velkého rozsahu, nebo

c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.“

V praxi jsou dle ustanovení § 187 TZ stíháni dealer heroinu, výrobce pervitinu, pěstitel konopí (obsahujícího více než 0,3 % THC, aktivní látky konopí)⁶⁹ i osoba, která drogu jednorázově poskytne zdarma třetí osobě.

Orgány činné v trestním řízení k pachateli přistupují s přihlédnutím k jeho osobě i okolnostem spáchaného skutku. Již v průběhu trestního řízení je možno využít procesní odklony (např. podmíněné zastavení trestního stíhání) nebo, v případě odsouzení pachatele, různé druhy trestů nespojené bezprostředně s odnětím svobody. Soud se při ukládání trestu řídí obecnými zásadami pro ukládání trestů⁷⁰ a podmínkami pro ukládání a výkon jednotlivých druhů trestů⁷¹, které umožňují uložit pachateli (s přihlédnutím k okolnostem spáchaného skutku a k jeho osobě) i jiný trest podle obecné části TZ, než který je uveden v příslušné skutkové podstatě trestného činu, případně umožňují využít odklon v trestním řízení.

U skutku týkajícího se výroby drog jsou výrobci kromě ustanovení § 187 TZ stíháni současně (tzv. souběh) i podle ustanovení § 188 TZ, jsou-li nalezeny předměty určené k nedovolené výrobě drogy (např. laboratorní zařízení k výrobě pervitinu). Za držení předmětů určených k nedovolené výrobě může být stíhána jakákoliv osoba, která tyto předměty přechovává, aniž by je sama používala. V praxi se tak může stát, že např. výrobce pervitinu je stíhán „pouze“ dle ustanovení § 188 TZ, neboť mu nebyla prokázána výroba drogy.

Ustanovení § 188 TZ zní následovně:

„§ 188

(1) Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku obsahujícího omamnou nebo psychotropní látku nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 ve větším rozsahu,

b) spáchá-li takový čin vůči osobě mladší než osmnáct let, nebo

c) získá-li takovým činem značný prospěch.“

V r. 2007 se v ČR počet trestně stíhaných podle § 187 a § 188 TZ pohyboval podle různých informačních zdrojů v rozmezí 1 174 až 1 599 (§ 187 TZ) a 142 až 222 (§ 188 TZ). Počet obžalovaných byl 1 526 (§ 187 TZ) a 203 (§ 188 TZ). Počet odsouzených byl 1 134 (§ 187 TZ) a 101 (§ 188 TZ) – blíže viz kapitolu Drogová kriminalita (str. 86).

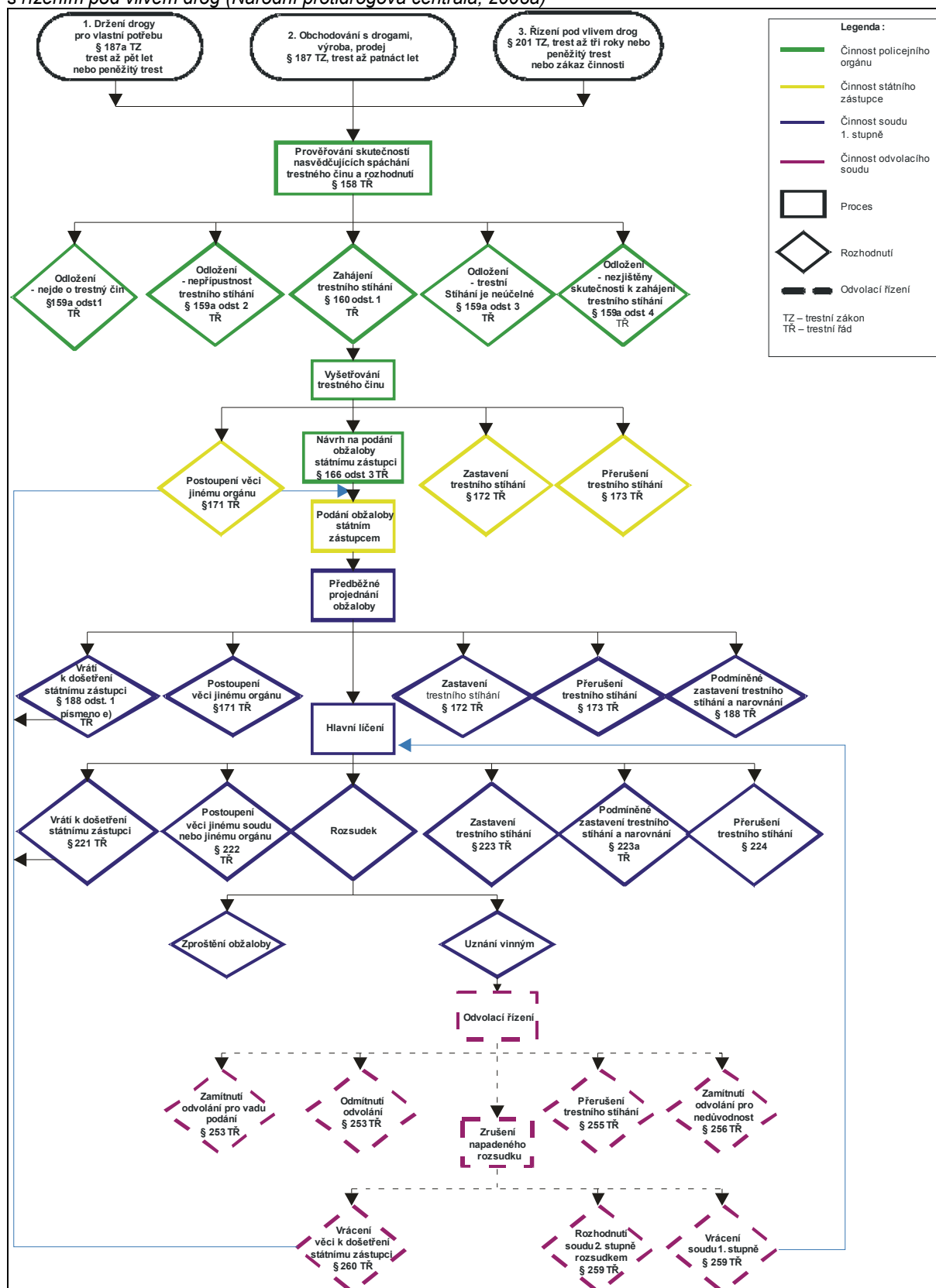
Průběh trestního řízení společný pro veškeré skutky, kterými se zabývá speciální kapitola, uvádí obrázek 11-1.

⁶⁹ Ohledně posuzování pěstování konopí je třeba upozornit na rozhodnutí nejvyššího soudu ČR ze dne 21. 6. 2006 (sp. zn. 3 Tdo 687/2006, ve sbírce rozhodnutí pod č. 550/2006), v němž Nejvyšší soud dospěl k závěru, že: „Samotné pěstování rostliny konopí (rod Cannabis)... nelze zároveň ztotožňovat s pojmem výroby omamné a psychotropní látky podle § 187 TZ 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 způsobilého již ke spotřebě (marihuana), anebo k získání psychotropní látky THC (tetrahydrokanabinolu)“ – blíže viz VZ 2006.

⁷⁰ Obecné zásady pro ukládání trestů jsou obsaženy v ustanovení §§ 31 až 38 TZ. Zahrnují řadu okolností, k nimž soud přihlíží při stanovení druhu a výměru trestu, jako jsou stupeň nebezpečnosti trestného činu pro společnost, přihlédnutí k možnosti nápravy a poměrům pachatele, zásady pro trestání různých forem spolupachatelství, polehčující a přitěžující okolnosti apod.

⁷¹ Podmínky pro ukládání a výkon jednotlivých druhů trestů jsou obsaženy v ustanovení §§ 39 až 57a TZ a dále v ustanovení §§ 58 až 60b TZ, které se týkají podmíněného odsouzení k trestu odnětí svobody a podmíněného odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem.

obrázek 11-1: Schéma průběhu trestního řízení ve vztahu k drogovým trestným činům a trestným činům v souvislosti s řízením pod vlivem drog (Národní protidrogová centrála, 2008a)



Pro snazší pochopení jsou uvedeny modelové případy, které rovněž obsahují popis některých postupů uplatňovaných v trestním řízení:

• Případ 1:

U pachatele (25 let, středoškolák, v pracovním poměru, dosud netrestaný) byly při domovní prohlídce nalezeny 3 vzrostlé rostliny konopí pěstované v komoře „pod lampou“ hydroponním způsobem. Pachatel byl odhalen při

exekuci majetku, u které byl v souladu se zákonem přítomen strážník městské policie. Policie vyzvala pachatele, aby podal vysvětlení. Ten využil svého práva odepřít vysvětlení, neboť by si jím mohl způsobit trestní stíhání. Proti pachateli bylo zahájeno trestní stíhání pro spáchání trestného činu dle ustanovení § 187, odst. 1 TZ. Policie učinila další úkony, směřující k objasnění trestného činu, mj. vyslechla pachatele v postavení obviněného (pachatel se ke svému jednání doznal, svého jednání litoval), zaslala zajištěné konopí k odborné expertíze, při níž bylo zjištěno, že konopí obsahovalo 11 % THC.

V tomto případě by bylo vysoce nepravděpodobné, že by pachatel byl vzat do vazby, a to s ohledem na jeho předchozí trestní bezúhonnost a jinak řádný život (okolnosti zaměstnání, bydlení). Pro spáchání tohoto trestného činu by teoreticky bylo vzetí do vazby možné, pokud by existovala vysoká pravděpodobnost, že pachatel naplní některé z vazebních důvodů dle ustanovení § 67 TZ (např. působení na dosud nevyslechnuté svědky, pokračování v trestné činnosti po sdělení vinění, vyhýbání se trestnímu stíhání, tj. nedostavování se na výzvu orgánů činných v trestním řízení k jednotlivým úkonům).

Z odborných vyjádření a znaleckých posudků by nepochybně byla zpracována odborná expertíza týkající se množství účinné látky v zadrženém konopí a také znalecký posudek z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie pro posouzení přičetnosti pachatele a jeho případné závislosti na konopí (případný návrh ochranného léčení by pravděpodobně zpracován nebyl, pokud by denní užívané dávky uváděné pachatelem nebyly nezvykle vysoké nebo pokud by pachatel nezbuzoval pochybnosti o své přičetnosti).

V daném případě by bylo možno trestní stíhání podmíněně zastavit dle ustanovení § 307 zákona č. 141/1961 Sb., trestní řád v platném znění (TŘ). Podmíněně zastavení trestního stíhání TŘ umožňuje: (1) v řízení o trestném činu, na který zákon stanoví trest odnětí svobody ve výši max. 5 let, tj. i v případě § 187, odst. 1 TZ, (2) pouze se souhlasem pachatele, (3) v případě, že se pachatel k činu doznal, (4) nahradil škodu, pokud byla trestným činem způsobena nebo s poškozeným uzavřel o její náhradě dohodu nebo učinil jiná potřebná opatření k její náhradě (v uvedeném příkladě nepřipadá v úvahu, neboť škoda nebyla způsobena) a (5) pokud vzhledem k osobě obviněného, s přihlédnutím k jeho dosavadnímu životu a k okolnostem případu, je možné důvodně takové rozhodnutí považovat za dostačující. Podmíněně zastavit trestní stíhání může v přípravném řízení (tj. do podání obžaloby soudem) státní zástupce, později tak může učinit soudce. Oba tak mohou učinit i bez návrhu za předpokladu, že je k dispozici souhlas pachatele k tomuto postupu (poučení je standardně součástí poučení při výslechu pachatele po zahájení trestního stíhání). Lze spíše předpokládat, že v daném případě by státní zástupce ani soudce možnost trestní stíhání podmíněně zastavit spíše nevyužili, a to s ohledem na způsob pěstování konopí a obsah účinné látky.

Nedojde-li k podmíněnému zastavení trestního stíhání, státní zástupce po skončení vyšetřování podá návrh na obžalobu. V řízení před soudem bude o věci rozhodovat samosoudce⁷². V dané věci není vyloučeno, aby samosoudce rozhodl bez projednání věci v hlavním líčení vydáním trestního příkazu⁷³.

V daném případě lze očekávat podmíněně odložený trest odnětí svobody nebo také trest obecně prospěšných prací. Uložení peněžitého trestu zde není možné. Pravidelně je vedle zmiňovaných trestů ukládán i trest propadnutí věci (v tomto případě zadrženého konopí a případně dalších předmětů, které sloužily k jeho pěstování).

V případě, že by pachatel nebo státní zástupce nesouhlasili s obsahem trestního příkazu, mají oba možnost podat do 8 dnů od jeho doručení tzv. odpor, který nemusí být odůvodněn.

Podáním odporu se trestní příkaz ruší a soud nařídí ve věci hlavní líčení (tj. ústní jednání před soudem). V řízení před soudem se k obsahu dříve vydaného trestního příkazu nepřihlíží, a to bez ohledu na to, zda odpor podal pachatel nebo státní zástupce. V hlavním líčení může dojít ke zmírnění i zpřísnění trestu, a to co do druhu i co do výměry trestu. Soud po provedeném hlavním líčení vyhlásí rozsudek. V případě, že pachatel nebo státní zástupce nesouhlasí s obsahem rozsudku, mohou proti němu do 8 dnů od doručení písemného vyhotovení rozsudku podat odvolání. Státní zástupce může podat odvolání ve prospěch i v neprospěch pachatele. Podá-li odvolání pouze pachatel či státní zástupce ve prospěch pachatele, nemůže odvolací soud rozhodnout přísněji než soud prvního stupně. Podá-li odvolání pouze státní zástupce v neprospěch pachatele nebo podá-li odvolání jak pachatel, tak současně státní zástupce, a to v neprospěch pachatele, může být pachatel odsouzen i k přísnějšímu trestu než v řízení před soudem prvního stupně⁷⁴.

- Příklad 2:

⁷² Dle ustanovení § 314a TŘ samosoudce koná řízení o trestných činech, na které zákon stanoví trest odnětí svobody s horní hranicí nejvýše 5 let.

⁷³ Dle ustanovení § 314e TŘ samosoudce může bez projednání věci v hlavním líčení vydat trestní příkaz, jestliže skutkový stav je spolehlivě prokázán opatřenými důkazy. Trestním příkazem lze uložit tyto tresty: trest odnětí svobody do 1 roku s podmíněným odkladem jeho výkonu, trest obecně prospěšných prací, trest zákazu činnosti na dobu do 5 let, peněžitý trest, trest propadnutí věci, vyhoštění z území republiky na dobu do 5 let, zákaz pobytu na dobu do 5 let.

⁷⁴ Jedná se o princip zákazu reformationis in peius (zákaz změny k horšímu), který vyjadřuje požadavek zákazu zhoršení postavení osoby, která podala opravný prostředek nebo v jejíž prospěch byl opravný prostředek jinou oprávněnou osobou podán (Musil et al. 2007).

Pachatel (35 let, nezaměstnaný, v minulosti opakovaně trestán pro drobnou majetkovou trestnou činnost, uživatel pervitinu) byl při domovní prohlídce přistižen při výrobě pervitinu. Byly zajištěny věci sloužící k nedovolené výrobě drog a nehotový drogový produkt. Současně byla policii z řádně povolených odposlechnů pachatelova mobilního telefonu známa skutečnost, že nejméně 2 osobám předal opakovaně několik dávek pervitinu.

Proti pachateli bylo zahájeno trestní stíhání pro trestný čin dle ustanovení § 187, odst. 1 TZ (výroba a současně distribuce pervitinu), a dále pro trestný čin dle ustanovení § 188, odst. 1 TZ (držení předmětů k nedovolené výrobě drog).

Není vyloučeno, že v daném případě by pachatel byl stíhán vazebně, zřejmě s odůvodněním, že je zde obava, že bude ve svém jednání pokračovat, neboť nemá jiný zdroj obživy, případně obava, že se bude trestnímu stíhání vyhýbat.

Kromě výsledků domovní prohlídky, výslechu svědků, přepisů telefonních odposlechnů a dalších důkazů připadají dále v úvahu zejména kriminalistická expertiza zadržovaných předmětů k nedovolené výrobě (zda mohly sloužit nebo sloužily k výrobě pervitinu), znalecký posudek z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie, v němž by byly řešeny otázky příčinnosti pachatele, jeho závislosti na drogách, případného ochranného léčení, nebezpečnosti pobytu pachatele na svobodě, eventuálně otázka pravděpodobnosti páchaní další trestné činnosti v budoucnosti s přihlédnutím k osobnosti pachatele.

Lze očekávat, že zajištěné důkazy budou postačovat k podání obžaloby, a to bez ohledu na skutečnost, zda se pachatel ke svému jednání doznal. V daném případě již přichází v úvahu nepodmíněný trest odnětí svobody, a to s ohledem na charakter trestné činnosti a předchází trestnou činnost.

Případný uložený nepodmíněný trest odnětí svobody by se mohl pohybovat v dolní polovině trestní sazby podle § 187 TZ. Není však vyloučeno ani podmíněně odložený trest odnětí svobody, ať již bez nebo s dohledem probačního úředníka. Nejpřísnějším podmíněně odloženým trestem by v tomto případě mohl být trest odnětí svobody v trvání 3 let, jehož výkon by byl podmíněně odložen na dobu 5 let, za současného uložení dohledu probačního úředníka. V praxi připadá v úvahu podmíněně odložený trest nejčastěji u pachatele, který není stíhán vazebně a který již v době trestního stíhání zahájil léčbu své drogové závislosti a řádně v ní pokračuje i v době vyhlášení rozsudku. Rozhodovací praxe soudů se však může značně lišit, neboť zde existuje více reálných variant co do druhu i délky trestu. V případech, jako je tento, bývá rovněž ukládán trest propadnutí věcí, které sloužily ke spáchání trestného činu. Uložení ochranného léčení připadá v úvahu na základě doporučení znalce, neboť soudy názor znalce na tuto otázku obvykle bez výhrad akceptují – viz též kapitolu Legislativní rámeček (str. 4).

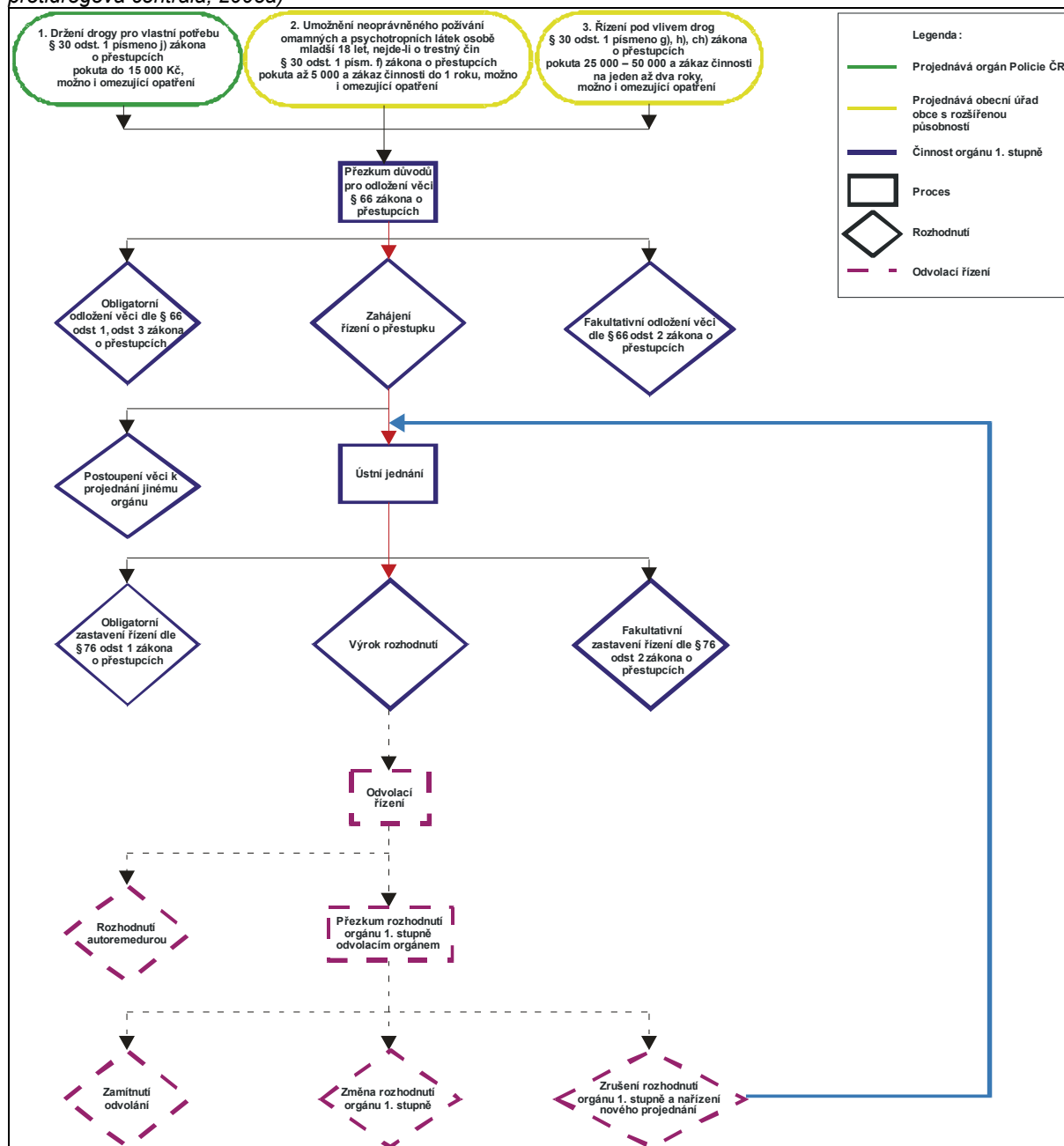
11.1.3 Skutky související s nedovoleným držením drog

Užívání drog není v ČR trestné. Držení drogy pro vlastní potřebu může být v závislosti na množství zadržené drogy a na koncentraci účinné látky v droze obsažené kvalifikováno jako přestupek nebo jako trestný čin.

V případě držení malého množství je pachatel stíhán pro spáchání přestupku dle ustanovení § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, dle něhož se přestupku dopustí ten, kdo neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu omamnou nebo psychotropní látku. Pachateli přestupku lze uložit sankce, jako jsou napomenutí, pokuta, zákaz činnosti nebo propadnutí věci. V případě držení drogy však připadá v úvahu prakticky pouze napomenutí nebo pokuta (až do 15 000 Kč)⁷⁵ a/nebo propadnutí věci. Správní orgán může od uložení sankce upustit, jestliže má za to, že k nápravě pachatele postačí samotné projednání přestupku. Bližší podrobnosti o četnosti tohoto přestupku a postizích jsou uvedeny v kapitole Drogová kriminalita (str. 86). Průběh správního řízení podle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích znázorňuje obrázek 11-2.

⁷⁵ Dle ustanovení § 11, odst. 2 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, lze sankce uložit samostatně nebo s jinou sankcí, napomenutí však nelze uložit spolu s pokutou.

obrázek 11-2: Schéma průběhu správního řízení o přestupcích v souvislosti s § 30 odst. 1 zákona č. 200/1990 (Národní protidrogová centrála, 2008a)



V případě držení drogy v množství větším než malém je pachatel stíhán pro spáchání trestného činu dle ustanovení § 187a TZ, dle něhož se trestného činu dopustí ten, kdo bez povolení přechovává omamnou nebo psychotropní látku nebo jed v množství větším než malém. Za takový trestný čin pachateli hrozí odnětí svobody až na 2 roky nebo peněžitý trest; pokud byl čin spáchán ve větším rozsahu, hrozí pachateli trest odnětí svobody na 1 rok až 5 let (průběh trestního řízení v souvislosti s drogovou trestnou činností uvádí obrázek 11-1).

Co se týká stanovení „množství většího než malého“ a „většího rozsahu“, zákon tato množství blíže nespécifikuje. Pro potřeby policejní praxe a praxe státních zástupců však byly přijaty interní předpisy, které obsahují tabulky stanovující orientační hranice množství drogy, resp. její účinné látky. Policie ČR (PČR) aktuálně využívá přílohu č. 1 k Závaznému pokynu policejního prezidenta č. 86/2006 a státní zástupci (SZ) mají k dispozici přílohu č. 2, která je součástí Pokynu obecné povahy nejvyšší státní zástupkyně č. 1/2008, o trestním řízení a kterou v praxi využívá rovněž PČR⁷⁶ – tabulka 11-1, tabulka 11-2.

⁷⁶ V tabulkách, které určují orientační množství drogy, jsou rozdíly. Tabulka pro policisty uvádí typy drog „konopí“ a „pryskyřice z konopí“ čili hašiš, zatímco tabulka pro státní zástupce slučuje konopné produkty do jednoho pojmu a to „THC (marihuana, hašiš)“ a zaměřuje se na množství účinné látky (THC), nikoliv na celkovou hmotnost zajištěné látky bez ohledu na obsah dané účinné látky. U druhu drogy „MDMA a homology“ tabulka pro policisty uvádí „množství větší než malé“ v rozsahu 800–1 000 mg, v tabulce pro státní zástupce to je 1 000 mg; u „většího rozsahu“ se v tabulce pro policisty jedná o 19 200–24 000 mg, v tabulce pro státní zástupce 24 000 mg. Kategorii „Psilocybin (lysohlávka)“ tabulka pro policisty neobsahuje vůbec.

tabulka 11-1: Orientační množství drog podle Závazného pokynu policejního prezidenta č. 86/2006

Typ	Hmotnost (g)*	
	Množství větší než malé	Větší rozsah
Heroin	0,15 g (asi 5 dávek po 30 mg)	1,5 g (asi 50 dávek po 30 mg)
Morfin	0,30 g (asi 10 dávek po 30 mg)	4,5 g (asi 150 dávek po 30 mg)
Metadon	0,30 g (asi 10 dávek po 30 mg)	4,5 g (asi 150 dávek po 30 mg)
Kokain	0,25 g (asi 5 dávek po 50 mg)	5 (asi 100 dávek po 50 mg)
Konopí	15 (asi 10 dávek po 1,5 g)	375 (asi 250 dávek po 1,5 g)
Pryskyřice z konopí	10 g (asi 10 dávek po 1 g)	250 (asi 250 dávek po 1 g)
LSD	10 tripů (asi 0,0005 g)	120 tripů (asi 0,006 g)
MDMA a homology	10 tablet (800 – 1 000 mg)	240 tablet (19 200 – 24 000 mg)
Amfetamin	0,5 g (asi 10 dávek po 50 mg)	10 (asi 200 dávek po 50 mg)
Metamfetamin (pervitin)	0,5 g (asi 10 dávek po 50 mg)	0,5 g (asi 10 dávek po 50 mg)

Pozn.: * Hmotností zajištěné látky se rozumí celková hmotnost zajištěné látky bez zřetele na obsah vyjmenované látky v ní obsažené a bez obalu, v němž byla zajištěna.

tabulka 11-2: Orientační množství drog podle Pokynu obecné povahy nejvyšší státní zástupkyně č. 1/2008

Typ	Hmotnost (g)*	
	Množství větší než malé	Větší rozsah
Heroin	0,15 heroin HCl (asi 5 dávek po 30 mg)	1,5 heroin HCl (asi 50 dávek po 30 mg)
Morfin	0,3 morfin HCl (asi 10 dávek po 30 mg)	4,5 morfin HCl (asi 150 dávek po 30 mg)
Metadon	0,3 (asi 10 dávek po 30 mg)	4,5 (asi 150 dávek po 30 mg)
Kokain	0,25 kokain HCl (asi 5 dávek po 50 mg)	5 kokain HCl (asi 100 dávek po 50 mg)
THC (marihuana, hašiš)	0,3 (asi 10 dávek po 30 mg)	7,5 (asi 250 dávek po 30 mg)
LSD	0,0005 (asi 10 dávek po 50 µg)	0,006 (asi 120 dávek po 50 µg)
MDMA a homology	1 MDMA-base (asi 10 dávek po 100 mg)	24 MDMA-base (asi 240 dávek po 100 mg)
Amfetamin	0,5 amfetamin-base (asi 10 dávek po 50 mg)	10 amfetamin-base (asi 200 dávek po 50 mg)
Metamfetamin (pervitin)	0,5 (asi 10 dávek po 50 mg)	10 (asi 200 dávek po 50 mg)
Psilocybin (lysohlávký)	0,05 (asi 5 dávek po 10 mg)	3 (asi 300 dávek po 10 mg)

Pozn.: * Hmotností drogy se v tomto případě rozumí hmotnost účinné látky bez dalších příměsí v droze obsažených.

Pro soud však takto stanovená množství nejsou závazná, neboť soud se při svém rozhodování řídí pouze zákonem. Je tedy na soudu, jak posoudí množství drogy, která byla u pachatele nalezena. V tomto směru již existuje řada judikátů, dle nichž soudy postupují. Jejich výsledkem je v zásadě názor, že držení množství drogy, které je pachatelovou obvyklou denní dávkou určenou k bezprostřední spotřebě, je tzv. spotřební (konzumní) držbou, přičemž taková držba není držbou v množství větším než malém a nespadá pod režim trestního zákona. Rozhodnutí soudů (především Nejvyššího soudu) zpětně ovlivňují i praxi policie a zejména státních zastupitelství.

S touto problematikou souvisí např. rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, č. j. 4 TZ 142/200 ze dne 12. 7. 2007, ve kterém se konstatuje:

„I) Pro naplnění znaku „přechovává“ ve smyslu § 187a odst. 1 trestního zákona postačí po formální stránce jakýkoli způsob držení omamné nebo psychotropní látky či jedu bez povolení pro sebe, přičemž však musí jít o držení takové látky v množství převyšujícím dávku potřebnou pro držitele (podle stupně jeho závislosti), neboť držení jen jedné dávky konzumentem drog před jejím použitím není přechováváním, ale jen tzv. konzumní držbou, byť by šlo o množství jinak naplňující znak „množství větší než malé“. Pod pojmem „přechovávání“ (pro vlastní potřebu) je třeba rozumět nezákonné ukrývání takové látky na pozdější dobu, bez záměru tuto látku v nejbližší době fyzicky užít pro sebe.

II) Za množství větší než malé ve smyslu § 187a odst. 1 trestního zákona je třeba považovat takové množství omamné nebo psychotropní látky nebo jedu, které podle ohrožení vyplývajícího pro život a zdraví lidí ze škodlivosti jednotlivých dávek pětinašobně až desetinásobně převyšuje běžnou jednorázovou dávku průměrného konzumenta.“

Dále se jedná rovněž o rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, č. j. 3 TZ 203/99 ze dne 16. 2. 2000, ve kterém se uvádí:

„Malé množství omamných a psychotropních látek ve smyslu § 187a trestního zákona lze vymezit tak, že se tím rozumí individuálně určená denní dávka omamné nebo psychotropní látky v množství obvyklém pro konkrétní osobu užívající tyto látky, která odpovídá stupni její závislosti na těchto látkách, aniž je způsobila vážně ohrozit zdraví nebo život této osoby.“

V případě spáchání trestného činu dle ustanovení § 187a, odst. 1 TZ je v zásadě vyloučeno vzetí pachatele do vazby, pokud nenaplnil některý z vazebních důvodů⁷⁷. Je vysoce pravděpodobné, že v rámci dokazování bude – kromě zpracování odborné expertízy určující typ drogy a množství účinné látky – zpracován také znalecký posudek z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie, v němž bude vedle otázky přičetnosti pachatele, jeho závislosti na drogách atd. (viz výše) zjišťována zejména obvyklá jednorázová denní dávka drogy. Uložení ochranného léčení namísto trestu je v zásadě vyloučeno, dobrovolný nástup do léčby u závislého pachatele by však mohl významně ovlivnit postup státního zástupce (např. při rozhodování o podmíněném zastavení trestního stíhání) i další postup soudu (např. při rozhodování o upuštění od potrestání s dohledem) – viz též kapitolu Léčba (str. 50). Propadnutí věci, tj. zadržené drogy, připadá v úvahu vždy.

Počet trestně stíhaných a obžalovaných ze spáchání trestného činu podle § 187a je v ČR relativně velmi nízký, lze však předpokládat vysokou latenci tohoto trestného činu. V r. 2006 a 2007 se počet stíhaných v ČR pohyboval v rozmezí 222–323 ročně (podle různých informačních zdrojů) a v r. 2007 bylo evidováno celkem 268 obžalovaných, což je 13 % obžalovaných ze všech drogových trestných činů. V r. 2007 bylo 138 osob v souvislosti s § 187a odsouzeno, což je 10 % odsouzených za všechny drogové trestné činy. V souvislosti s § 187a bylo v r. 2007 uděleno celkem 16 nepodmíněných a 80 podmíněných trestů – blíže viz kapitolu Drogová kriminalita (str. 86).

11.1.4 Jednání spočívající v řízení pod vlivem drog

Řízení pod vlivem drog je v českém právu postihováno v méně závažných případech jako přestupek, v závažnějších případech, zejména s přihlédnutím k míře ovlivnění pachatele návykovou látkou, opakování a následkům tohoto jednání jako trestný čin. Postihy podle správního i trestního práva jsou v zásadě stejné jak v souvislosti s alkoholem, tak v souvislosti s užíváním jiných návykových látek (JNL), čili jiných drog ve smyslu OPL; v právních předpisech je pro tyto látky používán společný termín „návykové látky“.

Policií ČR (Službou dopravní policie) bylo v r. 2007 provedeno 2 421 orientačních testů pomocí detekční soupravy DrugWipe 5⁷⁸ s 332 (13,7 %) pozitivními výsledky. Zjištěnými drogami byly amfetamin, metamfetamin, kokain (dohromady 152 případů), konopné látky (81), extáze (15), halucinogeny⁷⁹ (1), opiáty (6) a více typů drog současně (77) (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2008b).

Zmíněné orientační testy jsou PČR⁸⁰ realizovány ze slin účastníka silničního provozu, a to: (1) v rámci namátkových kontrol účastníků silničního provozu (zejména řidičů motorových vozidel), hlavně pak v případech, kdy řidič vykazuje pozorovatelné známky ovlivnění návykovou látkou a zároveň je test na alkohol negativní, (2) v rámci speciálních dopravně bezpečnostních akcí, které jsou cíleně zaměřeny na kontrolu návykových látek u účastníků silničního provozu (v r. 2007 proběhlo v ČR 56 takových akcí), (3) v místech, kde lze očekávat zvýšený výskyt užívání drog (např. v blízkosti tanečních akcí, koncertů, diskoték, zábav), (4) při dopravní nehodě.

V případě, že je u účastníka silničního provozu orientačním testem zjištěna pozitivita na některou z pěti základních drog, které testy zjišťují (konopné látky, amfetamin, metamfetamin, kokain, opiáty), je osoba vyzvána k absolvování lékařského konfirmačního vyšetření, ke kterému ho dopraví policisté; laboratorní analýzu provádí soudní toxikolog (z krve nebo z moči). Odmítnutí lékařského vyšetření může být kvalifikováno jako přestupek podle § 22/1d nebo jako trestný čin podle § 201 TZ. Pokud konfirmační vyšetření potvrdí pozitivitu, policie vymáhá finanční náklady spojené s realizací tohoto vyšetření na příslušné osobě (pachateli). Celá událost je následně oznámena správnímu orgánu (obecnímu úřadu nebo zvláštnímu orgánu obce), který rozhodne, zda bude událost hodnocena jako přestupek (viz níže), nebo zda bude případ vzhledem k vyšší závažnosti předán státnímu zástupci, který může zahájit trestní stíhání osoby ve spojitosti s některými níže uvedenými trestnými činy.

Přestupky na úseku dopravy spojené s užíváním návykových látek jsou postihovány podle § 22 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v platném znění (Přestupky proti bezpečnosti a plynulosti provozu na pozemních komunikacích).

Podle § 22 zákona č. 200/1990 Sb. se přestupku dopustí mj. ten, kdo v provozu na pozemních komunikacích: a) řídí vozidlo nebo jede na zvířeti bezprostředně po požití alkoholického nápoje nebo po užití JNL nebo v takové době po požití alkoholického nápoje nebo po užití JNL, po kterou je ještě pod jejich vlivem, b) řídí vozidlo nebo jede na zvířeti ve stavu vylučujícím způsobilost⁸¹, který si přivodil požitím alkoholického nápoje nebo užitím JNL, c) se přes výzvu

⁷⁷ Dle ustanovení § 68, odst. 2 TŘ nelze vzít do vazby obviněného, který je stíhán pro úmyslný trestný čin, na který zákon stanoví trest odnětí svobody, jehož horní hranice nepřevyšuje 2 roky. Toto omezení ovšem neplatí, jestliže obviněný již uprchl nebo se skrýval, opakovaně se nedostavil na předvolání, nepodařilo se jej předvést ani nijak zajistit jeho účast při úkonu trestního řízení, je neznámé totožnosti a tuto se nepodařilo zjistit, již působil na svědky nebo spoluobviněného nebo jinak mařil průběh trestního stíhání nebo pokračoval v trestné činnosti, pro kterou je stíhán.

⁷⁸ Policie provádí drogové testy DrugWipe 5 od 1. 1. 2006, kdy nabyl účinnost zákon č. 379/2005, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

⁷⁹ Orientační testy přítomnosti halucinogenů ve slinách osoby nezjistí; je možno je detekovat až při konfirmačním lékařském vyšetření.

⁸⁰ Screeningové testy DrugWipe 5 používají i jiné útvary Policie ČR, např. pořádková, celní a cizinecká policie, a rovněž je může používat i městská policie, která v případě, že u účastníka silničního provozu zjistí pozitivní test na nealkoholové drogy, celou událost oznamuje a předává Policii ČR, útvaru Služby dopravní policie.

⁸¹ Za stav vylučujícím způsobilost je podle interních policejních předpisů považována situace, kdy byla krevním testem zjištěna koncentrace alkoholu v krvi převyšující 1 ‰ (u hraničních koncentrací bývá v praxi případ kvalifikován jako přestupek). Obdobné hranice koncentrací JNL zatím nebyly stanoveny.

podle zvláštního právního předpisu odmítne podrobit vyšetření, zda při řízení vozidla nebo jízdě na zvířeti nebyl ovlivněn alkoholem nebo JNL, ačkoliv takové vyšetření není spojeno s nebezpečím pro jeho zdraví.

Postihem v rámci správního řízení v souvislosti s § 22 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, může být ztráta 6–7 bodů⁸², pokuta ve výši až 50 000 Kč, zákaz činnosti (řízení) v délce až 2 roky nebo jiné omezující opatření. Kauce⁸³ je nejčastěji vybírána především za porušení § 22/1c⁸⁴ (Heinrich, 2007).

Trestní zákon (TZ) nezná přímo trestný čin řízení pod vlivem alkoholu nebo JNL. V případě JNL nejsou rovněž stanoveny orientační hranice koncentrace jednotlivých JNL v krvi pro případné určení stavu vylučujícího způsobilost⁸⁵. Zákon č. 411/2005 Sb. novelizoval zákon 140/1961 Sb. TZ – změnilo se vymezení trestného činu ohrožení pod vlivem návykové látky podle § 201 TZ, který staví jízdu pod vlivem návykových látek mezi závažná pochybení s relativně přísnou trestní sazbou⁸⁶. Trestného činu se tak dopustí nejen ten, kdo způsobí značnou škodu na majetku nebo újmu na zdraví, ale i ten, kdo řídí automobil ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil např. požitím návykové látky. Dále může být v souvislosti s dopravou stíhána osoba např. za trestný čin podle § 201a TZ – Opilství, podle § 180 TZ – Obecné ohrožení spáchané z nedbalosti (podle § 180d TZ je trestným činem také řízení motorového vozidla bez příslušného řidičského oprávnění), podle § 171, odst. 1, písm. c) TZ – Maření výkonu úředního rozhodnutí (vyjde-li najevo, že osoba způsobila dopravní nehodu v době správního zákazu řízení nebo v době soudního zákazu činnosti spočívajícího v zákazu řízení motorových vozidel). Stejně tak může být trestně stíhána osoba, která z důvodu řízení pod vlivem návykové látky jinému nedbalostně ublíží na zdraví (včetně ublížení na zdraví s následkem smrti), a to pro trestný čin ublížení na zdraví z nedbalosti podle § 223 nebo § 224 TZ.

O trestech za výše uvedené trestné činy rozhoduje soud, přičemž nejčastěji bývá v těchto případech ukládán peněžitý trest, trest zákazu činnosti spočívající v zákazu řízení motorových vozidel, trest propadnutí věci a trest odnětí svobody. Po obdržení pravomocného rozsudku nebo trestního příkazu stanoví PČR (útvary Služby dopravní policie) odsouzenému řidiči také rozsah ztráty bodů.

Dopravní nehody (DN) pod vlivem návykových látek jsou postihovány jako přestupek nebo jako trestný čin, a to v závislosti na rozsahu a závažnosti dopravní nehody. PČR v r. 2007 evidovala 78 DN pod vlivem JNL (v r. 2006 to bylo 64 DN) – nejvíce v krajích Severomoravském (15), Jihomoravském (14) a Středočeském (12). Dvě osoby byly při DN zaviněné vlivem JNL usmrčeny, 4 těžce zraněny a 29 osob bylo lehce zraněno – tabulka 11-3.

tabulka 11-3: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v r. 2003–2007 – vliv alkoholu a JNL (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2008a)

Rok	Nehody					Usmrcení při nehodách				
	Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem léků a JNL		Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem léků a JNL	
	Abs.	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	Abs.	%	Abs.	%
2003	195 851	9 076	4,9	39	0,02	1 319	111	8,5	0	0,0
2004	196 484	8 445	4,5	53	0,03	1 215	59	4,9	1	0,1
2005	199 262	8 192	4,3	60	0,03	1 127	59	5,2	0	0,0
2006	187 965	6 807	3,8	64	0,03	956	42	4,3	1	0,1
2007	182 736	7 266	4,3	78	0,04	1 123	36	3,2	2	0,2

⁸² Od 1. 7. 2006 je účinný zákon č. 411/2005 Sb., o silničním provozu, který novelizoval zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích. Novelizace pravidel silničního provozu obsahuje i systém bodového hodnocení dopravních přestupků, které jsou členěny podle závažnosti a na základě toho příslušně bodově ohodnoceny. Po získání určité hranice bodů je na základě vyslovení nespolehlivosti k řízení motorového vozidla odňato řidičské oprávnění.

⁸³ Vzhledem ke skutečnosti, že se část českých a zejména zahraničních řidičů vyhýbala přestupkovému řízení, zavedla novelizace zákona možnost vybrání kauce ve výši od 5 000 do 50 000 Kč, nejvýše však do výše hrozící peněžní sankce za spáchaný přestupek. Kauce je prostředkem k zajištění účasti podezřelého na přestupovém řízení. Kauci může vybrat policista na místě od osoby, která je podezřelá ze spáchaní přestupku a je u ní důvodné podezření, že se přestupkovému řízení bude vyhýbat (§ 125a, odst. 1 zákona č. 361/2000 Sb., o silničním provozu). Kauce je řidiči v plné výši vrácena, pokud v dalším řízení není shledán vinným ze spáchaní přestupku. Pokud je shledán vinným, kauce je použita na zaplacení pokuty. V případě, že řidič odmítá složit kauci, může policista přikázat řidiči jízdu na nejbližší vhodné místo, kde vozidlo odstavit.

⁸⁴ § 22/1c je v textu kapitoly zmíněn pod písm. b), tj. řídí vozidlo nebo jede na zvířeti ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil požitím alkoholického nápoje nebo užitím JNL.

⁸⁵ Zatímco u alkoholu je stupeň ovlivnění řidiče posuzován zejména podle koncentrace alkoholu v jeho krvi, postupovat obdobně u (ilegálních) drog není prakticky možné. Metabolismus i účinky jednotlivých drog jsou totiž silně individuální a mechanismus jejich účinku je podstatně složitější než u alkoholu. Posuzování schopnosti řídit vozidlo po požití léků indikovaných lékařem je ještě složitější problém jak z toxikologického, tak z legislativního hlediska (Vorlová and Mravčík, 2008).

⁸⁶ § 201 TZ postihuje toho, 1) kdo, byť z nedbalosti, vykonává ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil vlivem návykové látky, zaměstnání nebo jinou činnost, při kterých by mohl ohrozit život nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo peněžitým trestem nebo zákazem činnosti, 2) odnětím svobody na šest měsíců až na tři léta nebo zákazem činnosti bude pachatel potrestán, byl-li za čin uvedený v odstavci 1 v posledních dvou letech odsouzen nebo z výkonu trestu odnětí svobody uloženého za takový čin propuštěn, byl-li za obdobný čin spáchaný pod vlivem návykové látky v posledních dvou letech postižen, způsobil-li takovým činem havárii, dopravní nebo jinou nehodu, jinému ublížení na zdraví nebo větší škodu na cizím majetku nebo jiný závažný následek, spáchá-li takový čin při výkonu zaměstnání nebo jiné činnosti, při kterých je vliv návykové látky zvláště nebezpečný, zejména řídí-li hromadný dopravní prostředek.

11.2 Sběr dat

Statistiky o přestupcích a průběhu přestupkového řízení jsou vedeny příslušnými správními orgány. Data o trestných činech a průběhu trestního řízení jsou sbírána na různých úrovních orgánů činných v trestním řízení. Tato kapitola se podrobně nezabývá konkrétními daty (data jsou uvedena v kapitole Drogová kriminalita – str. 86), ale především systémem jejich zaznamenávání a vykazování.

11.2.1 Data o přestupcích (správní agenda)

Přestupky v souvislosti s nelegálními drogami se týkají zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, konkrétně § 30 (Přestupky na úseku ochrany před alkoholizmem a jinými toxikomaniemi) a § 22 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v platném znění (Přestupky proti bezpečnosti a plynulosti provozu na pozemních komunikacích).

Podle Závazného pokynu policejního prezidenta č. 86/2006, čl. 2 se na odhalování přestupků na úseku omamných a psychotropních látek podílejí všichni příslušníci policie. Oznámení o přestupku nebo odevzdání věci, nezbytná šetření ke zjištění osoby podezřelé ze spáchání přestupku a zajištění důkazních prostředků provádí policisté zařazení u služby pořádkové policie, služby železniční policie, služby dopravní policie a služby cizinecké a pohraniční policie. Ostatní policisté provádějí nezbytná opatření ke zjištění přestupku, případně opatření týkající se osoby podezřelé ze spáchání přestupku, a poté věc předají⁸⁷. Policisté vzájemně spolupracují a v případě, že jednání pachatele naplňuje skutkovou podstatu trestného činu, předávají informace Službě kriminální policie a vyšetřování PČR⁸⁸.

Podle § 52, písm. b) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, je PČR, resp. Služba správních činností v souladu s právním předpisem⁸⁹ příslušná projednávat pouze přestupky v souvislosti s držením drog pro vlastní potřebu podle § 30, odst. 1 písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích (držení drog v malém množství pro vlastní potřebu). V čl. 4 Závazného pokynu policejního prezidenta č. 86/2006 je uvedeno, že na úseku odhalování a dokumentování protiprávního jednání souvisejícího s drogovou kriminalitou v rámci Služby kriminální policie a vyšetřování PČR působí Národní protidrogová centrála (NPC) a další odborná pracoviště.

NPC je specializovaný protidrogový útvar PČR. V souvislosti s metodikou vykazování přestupků podle § 30, odst. 1 písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, se řídí výše zmíněným Závazným pokynem policejního prezidenta č. 86/2006, jehož přílohou č. 6 je formulář pro sběr údajů o přestupcích držení drog v malém množství pro vlastní potřebu. Přestupky jsou do NPC hlášeny Službou kriminální policie a vyšetřování útvarů s územně vymezenou působností jednou měsíčně, vždy k 15. dni následujícího měsíce. Vykazované položky jsou následující: datum přijetí oznámení, jméno a příjmení osoby, státní občanství, rodné číslo, popř. datum narození/pohlaví, číslo přestupkového spisu, typ OPL/prekurzoru a množství zadržené drogy/prekurzoru v gramech, podíl (%) účinné látky v zadržené OPL, příměsi v OPL, subjekt/orgán realizující záchyt (např. PČR, Celní správa ČR, jiný subjekt), způsob vyřízení přestupku (např. domluvou, blokovou pokutou, projednáním ve správním řízení), výše uložené pokuty a v poznámce je uvedeno, zda se jednalo o výrobce, prodejce nebo uživatele drog. Data jsou předávána intranetem a centrálně zpracovávána na Společném analytickém pracovišti NPC a Generálního ředitelství cel MF (SAP) v programu MS Excel.

Ostatní přestupky podle § 30 a § 22 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, (tedy i přestupky v dopravě) jsou příslušné projednávat obecní úřady nebo zvláštní orgány obcí (podle § 52, písm. a) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích), neexistuje však jednotná metodika vykazování těchto přestupků ani udělených sankcí a neexistuje tedy ani jednotná celostátní evidence přestupků v dopravě.

Přestupky v dopravě ve spojitosti s JNL podle § 22 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v platném znění (Přestupky proti bezpečnosti a plynulosti provozu na pozemních komunikacích) eviduje také PČR (útvar Služby dopravní policie), ale zaznamenává pouze výsledky testů na JNL (orientačních i konfirmačních) provedených účastníkům silničního provozu. Pozitivní případy oznamuje PČR (útvar Služby dopravní policie) správnímu orgánu (tj. obecnímu úřadu nebo zvláštnímu orgánu obce), který případ posoudí a řeší buď jako přestupek, nebo případ předá státnímu zástupci pro zvážení zahájení trestního stíhání (viz kapitolu 11.1.4 výše).

11.2.2 Data trestněprávního sektoru

Data o kriminalitě a trestním stíhání jsou v různých fázích sledována buď Ministerstvem vnitra ČR (MV), nebo Ministerstvem spravedlnosti ČR (MS).

11.2.2.1 Systém Ministerstva vnitra ČR

MV spravuje 3 systémy sběru dat:

- Evidenci hlášení o zahájení úkonů trestního řízení (EH),
- Evidenci hlášení o průběhu a výsledcích trestního řízení (EV),

⁸⁷ Závazný pokyn policejního prezidenta č. 83/2006, kterým se upravuje postup orgánů Policie České republiky v souvislosti s řízením o přestupcích.

⁸⁸ § 58 odst. 1 a odst. 3 písm. a) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁹ § 52 písm. b) zákona č. 200/1990 Sb.

- Evidenčně statistický systém kriminality (ESSK).

Mimo výše uvedené centrální databáze MV stojí speciální systém sběru dat koordinovaný Národní protidrogovou centrálou (NPC) a Společným analytickým pracovištěm NPC a GRČ (SAP) – tento systém se zaměřuje výhradně na primární drogové trestné činy.

Věcným gestorem pro oblast sběru v rámci 3 centrálních databází je odbor systémového řízení a informatiky Policejního prezidia ČR. Údaje v těchto systémech byly sbírány na podkladě statistických listů, systém však nepracoval na principu on-line přístupu do jednotlivých databází. Od 1. 1. 2008 jsou veškerá data do uvedených systémů sběru dat vkládána elektronicky z jednotlivých pracovišť policie prostřednictvím vzdáleného přístupu. Jedná se o tzv. Informační systém Evidence trestního řízení (ETR). Vzdálený přístup tak zajišťuje průběžnou aktualizaci zpracovávaných dat, což nepochybně zjednoduší nejen operativní činnost policie, ale přispěje i ke zkvalitnění statistických sledování. EH souvisí s operativní činností policie, neslouží tedy primárně ke statistickému sledování kriminality a trestního řízení – zaznamenávají se do ní údaje související s plněním konkrétních úkolů policie při předcházení a odhalování trestné činnosti a zjišťování pachatelů trestné činnosti. EV slouží k zaznamenávání meritorních rozhodnutí ve věci⁹⁰.

Pro potřeby sběru dat o trestné činnosti a jejich statistického zpracování slouží systém ESSK, ve kterém se data evidují pomocí Formuláře o trestném činu a Formuláře o známém pachateli. Základními jednotkami ESSK jsou skutek a pachatel. Základním statistickým obdobím je kalendářní rok. V tomto období lze provádět opravy vykázaných údajů. Systém umožňuje vyhotovovat statistické sestavy průběžně podle potřeb. Základní sestava, tzv. Statistický výkaz č. 1, je policejním prezidiem zveřejňována v měsíčních intervalech za uplynulý měsíc (tyto měsíční sestavy jsou spíše orientační s ohledem na možnost oprav a doplnění v průběhu kalendářního roku).

V případě jednočinného souběhu⁹¹ se zaznamenává pouze jeden skutek, a to ten, který je nejpřísněji trestný podle horní hranice trestní sazby uvedené v TZ. Pokud jsou horní hranice trestních sazeb shodné, vykáže se trestný čin, jehož podstata nejvíce odpovídá trestné činnosti pachatele. Toto pravidlo má však určité výjimky (např. dopravní nehody se vykazují za využití kódu pro dopravní nehody bez ohledu na právní kvalifikaci skutku). Jako samostatný skutek se nevykazují různé formy účasti na dokonaném trestném činu nebo jeho pokusu. V případě vícečinného souběhu⁹² se každý skutek vykazuje samostatně. Údaje o trestech se v databázi ESSK nenacházejí, neboť zaznamenává pouze údaje týkající se tzv. přípravné fáze trestního řízení; údaje o trestech shromažďuje MS v databázi CSLAV (viz níže).

Vlastní evidenční systém pro vykazování primární drogové trestné činnosti má Národní protidrogová centrála (NPC), která se v této souvislosti řídí (stejně jako v případě přestupků) Závazným pokynem policejního prezidenta č. 86/2006. Příloha č. 7 tohoto pokynu specifikuje sběr statistických údajů o drogové trestné činnosti. Data o drogových trestných činech, tj. §§ 187–188 TZ, a o jejich pachatelích jsou vedle systému ESSK tedy shromažďována NPC, a to formou statistických hlášení zasílaných Službou kriminální policie a vyšetřování útvarů policie s územně vymezenou působností. Obdobně zasílají hlášení (v případě zjištění drogové trestné činnosti nebo zajištění OPL) i jiné útvary policie s působností na celém území ČR. Hlášení probíhá jednou měsíčně, vždy k 15. dni následujícího měsíce, a vykazované položky jsou tyto: datum zadržení, jméno a příjmení pachatele (pokud je totožnost pachatele známa), národnost, rodné číslo, popř. datum narození/pohlaví pachatele, jednotlivé §§ TZ, pro které bylo sděleno obvinění, číslo trestního spisu, typ zadržené drogy, popř. prekurzoru, množství zadržené drogy, popř. prekurzoru, podíl (%) účinné látky v zadržené droze, příměsi v OPL podle expertízy analytických pracovišť Policie ČR, místo záchytu (na hraničním přechodu mimo letiště, na letišti, ve vnitrozemí), místo úkrytu (např. zavazadlo, tělní útroby, bytové/domovní prostory), zabavená finanční hotovost, druh a množství zadrženého movitého a nemovitého majetku, subjekt realizující zadržení (např. PČR, Celní správa ČR, jiný subjekt) a v rámci poznámky je uvedeno, zda se jednalo o výrobce, prodejce nebo uživatele drog. Získané informace jsou předávány intranetem a zpracovávány v programu MS Excel.

Údaje shromažďované ESSK a NPC se liší. Důvody jsou především jiná skladba vstupních dat, jiný způsob sběru dat a také jiná metodika jejich zpracování. Systém ESSK sbírá data z celého spektra páchané trestné činnosti a je primárně zaměřen na informace o charakteru trestné činnosti a charakteristikách pachatelů, na evidenci škod způsobených na majetku, případně na zdraví. Zároveň se ale ESSK v daleko menším rozsahu zaměřuje na popis hmotné stránky drogových trestných činů, zejména typu OPL, ke kterému se evidovaný skutek vztahuje, nebo množství

⁹⁰ Evidence hlášení o průběhu a výsledcích trestního řízení je databáze určena výlučně pro vnitřní potřebu Policie ČR. Jejím účelem je poskytovat informace o způsobu ukončení trestního řízení státním zástupcem nebo soudcem pro účely prověřování potřebnosti dalšího zpracování osobních údajů podle zvláštního předpisu. Zákon č. 283/1991 Sb. o Policii České republiky, ukládá orgánům činným v trestním řízení, Ministerstvu spravedlnosti ČR, Ústavnímu soudu a Kanceláři prezidenta republiky povinnost policii v mezích své působnosti průběžně informovat o pravomocných rozhodnutích orgánů činných v trestním řízení, promlčení trestního stíhání, výkonu trestu nebo o rozhodnutích prezidenta republiky týkajících se trestního řízení, trestů nebo udělené amnestie.

⁹¹ Jednočinný souběh (tzv. konkurence ideální) dělíme na jednočinný souběh stejnorodý (pachatel jedním skutkem vícekrát naplní stejnou skutkovou podstatu trestného činu) a jednočinný souběh nestejnorodý (pachatel jedním skutkem spáchá více trestných činů různých skutkových podstat) (Jelínek, J. et al. 2006)

⁹² Vícečinný souběh (tzv. konkurence reálná) dělíme na vícečinný souběh stejnorodý (pachatel více skutky spáchá trestné činy stejné skutkové podstaty) a vícečinný souběh nestejnorodý (pachatel více skutky spáchá trestní činy různých skutkových podstat) (Jelínek, J. et al. 2006)

zajištěných OPL. Data jsou v ESKK shromažďována cestou elektronických formulářů systému ETR a jsou průběžně vkládána. Na rozdíl od systému ESKK se systém NPC týká pouze drogové problematiky a je plněn v měsíčních intervalech.

11.2.2.2 Systém Ministerstva spravedlnosti ČR

MS shromažďuje a vyhodnocuje data v systému CSLAV (Centrální statistické listy a výkazy), což je centrální datový sklad MS, ve kterém jsou zpracovávána data ze státních zastupitelství a soudů. Tento systém je postupně rozšiřován a vylepšován, aby umožnil nejen vkládání dat do databáze přímo na jednotlivých pracovištích, ale aby MS poskytl také přehled o výkonnosti a hospodaření justice.

Sběr dat probíhá pomocí Statistického listu trestního pro státní zastupitelství a Statistického listu trestního pro soudy. Oba formuláře obsahují údaje o pachateli i údaje o skutku – skutek a pachatel jsou základními statistickými jednotkami. Základním statistickým obdobím je kalendářní rok. Údaje jsou sbírány v průběhu celého roku a systém umožňuje průběžné statistické zpracování dat. Obdobně jako v případě databáze ESKK lze v průběhu kalendářního roku provádět opravy a doplnění. Údaje za celý kalendářní rok se tak mohou lišit od údajů průběžných.

Statistický list trestní pro státní zastupitelství se vypisuje ke každé známé osobě zapsané v rejstříku pro dozor v trestním řízení⁹³. Dojde-li k různým způsobům vyřízení věci u pachatele na více státních zastupitelstvích, vyhotoví se jen jeden statistický list a uvede se nejzávažnější způsob vyřízení věci. Statistický list se v téže věci vyplňuje pouze jednou – pokud osoba spáchala více trestných činů, za které byla stíhána v jednom řízení, pak umožňuje tento statistický list vyplnění nejvýše 10 trestných činů (v případě vyššího počtu činů nejsou vykázány méně závažné).

Statistický list trestní pro soudy se vyhotovuje ihned poté, co rozhodnutí nabude právní moci, a to ke každé osobě samostatně. Nevyplňuje se v případě vrácení věci státnímu zástupci k došetření, v případě přerušení trestního řízení, v případě podmíněného zastavení trestního řízení podle § 305 TŘ a v případě pravomocného uznání rozsudku cizozemského soudu. Statistický list umožňuje vykázání až 4 druhů různých trestů u téhož pachatele. V případě, že soud uloží obviněnému trest souhrnný⁹⁴ a zároveň trest jiný, vyhotoví dva statistické listy, a to jeden o trestné činnosti, za niž byl uložen souhrnný trest, a druhý za ostatní trestnou činnost. Dochází tak k tomu, že počet pachatelů je nižší než počet vykázaných trestných činů a trestů, neboť jeden pachatel může být vykázán vícekrát. K další duplicitě může dojít v souvislosti s ukládáním souhrnných trestů, kdy je sice trest uložený pachateli dřívějším rozsudkem zrušen, nicméně statistický list, kterým byl zrušený trest hlášen, ve výkazech zůstává.

11.2.2.3 Srovnání systémů ministerstva vnitra a ministerstva spravedlnosti

Do databází MV a MS se trestné činy a jejich pachatelé zaznamenávají v rozdílných fázích trestního řízení. V policejních databázích (NPC a ESKK) se případ eviduje již na počátku trestního stíhání (sdělení obvinění). Do systému CSLAV jsou jednotlivé případy zaznamenány s časovým posunem až po skončení přípravné fáze trestního řízení (po rozhodnutí o podání obžaloby, o zastavení trestního stíhání apod.).

Struktura sběru dat v resortech MV a MS není totožná, nicméně v databázích lze nalézt řadu totožných položek o pachateli i skutku. Společnými položkami vstupních formulářů ESKK a CSLAV jsou: datum narození⁹⁵, pohlaví, věková skupina, příslušnost k ozbrojeným silám a bezpečnostním sborům, zvláštní postavení⁹⁶ pachatele, vzdělání, předchozí odsouzení⁹⁷, datum spáchání skutku⁹⁸, vazba, datum zahájení trestního řízení, označení činu (právní kvalifikace)⁹⁹, sledované okolnosti trestné činnosti¹⁰⁰, domácí násilí, vztah mezi pachatelem a obětí. Obsah jednotlivých položek však není stejný, resp. stejná položka v různých databázích obsahuje různě strukturované informace a s různou mírou podrobnosti v závislosti na podobě používaných číselníků. Kromě shora uvedených obsahově totožných nebo blízkých položek obsahují všechny databáze také podrobná data podstatná pro fázi trestního řízení, na které se instituce, které hlásné systémy provozují, podílejí. Mezi tyto položky patří zejména bližší popis způsobu, jakým byla věc vyřízena, sledování druhů trestů a ochranných opatření.

⁹³ Nad průběhem každého přípravného řízení vedeného PČR vykonává dohled tzv. dozorový státní zástupce.

⁹⁴ Dle ustanovení § 35, odst. 2 TŘ soud uloží souhrnný trest, když odsuzuje pachatele za trestný čin, který spáchal dříve, než byl soudem prvního stupně vyhlášen odsuzující rozsudek za jiný jeho trestný čin. Spolu s uložením souhrnného trestu soud zruší výrok o trestu uloženém pachateli rozsudkem dřívějším, jakož i všechna další rozhodnutí na tento výrok obsahově navazující, pokud vzhledem ke změně, k níž došlo zrušením, pozbyla podkladu. Souhrnný trest nesmí být mírnější než trest uložený rozsudkem dřívějším. V rámci souhrnného trestu musí soud vyslovit trest ztráty čestných titulů a vyznamenání, ztráty vojenské hodnosti, propadnutí majetku nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty, jestliže takový trest byl vysloven již rozsudkem dřívějším.

⁹⁵ ESKK používá rodné číslo pachatele.

⁹⁶ Týká se některých druhů profesí a postavení ve veřejném sektoru apod. – v rámci ESKK sledováno v položce zaměstnání pachatele.

⁹⁷ Předchozí odsouzení sledují všechny tři instituce, nicméně každá v poněkud jiném formátu (např. policie sleduje i hledisko spáchání skutku ve zkušební době podmíněného odsouzení, soudy sledují však pouze tzv. recidivisty).

⁹⁸ Soudy sledují pouze datum spáchání 1. skutku, neboť Statistický list trestní pro soudy se vyplňuje o jednotlivých pachatelích, nikoli pro každý skutek zvlášť (tj. v jedné obžalobě může být více skutků).

⁹⁹ Vedle právní kvalifikace policie používá i podrobnější členění – tzv. takticko-statistickou klasifikaci (TSK), která rozlišuje např. krádež jednostopých vozidel, krádež automobilů apod.

¹⁰⁰ V ESKK sledováno podrobněji v rámci položek Objekt zájmu a Objekt napadení.

ESSK a CSLAV nejsou v současnosti navzájem propojeny. Důvodem je zejména aktuální právní úprava týkající se ochrany osobních údajů. Policie je oprávněna shromažďovat osobní údaje o pachatelích trestné činnosti a její statistické údaje jsou kromě jiného vedeny dle rodných čísel pachatelů, což je jedinečný identifikační kód. Policie tak v rámci databáze ESSK shromažďuje řadu osobních údajů. Naproti tomu MS není (podle vyjádření Úřadu na ochranu osobních údajů ČR) oprávněno shromažďovat osobní údaje, ačkoliv jeho jednotlivé součásti (soudy, státní zastupitelství) tak v souvislosti s trestním řízením jakožto orgány činné v trestním řízení činí. MS proto vede jednotlivé zápisy dle čísel jednacích trestních věcí, nikoli dle rodných čísel pachatelů. Informace o pachatelích umožňují zpracování např. sociodemografických údajů, neumožňují však bez srovnání s konkrétním spisem (který MS nemá k dispozici) identifikaci pachatele. Propojení obou databází pomocí rodných čísel je tak vyloučeno. Policie, státní zastupitelství i soudy používají rozdílná čísla jednacích, nelze je tedy rovněž využít jako spojovací prvek. MV a MS však přesto o možnostech vzájemného propojení databází intenzivně jedná, a to v rovině právní i technicko-organizační.

11.2.2.4 Sběr dat o typu drogy a zahájení léčby

Výše popsané databáze umožňují sledovat vybrané typy drog především u tzv. drogových trestných činů, tj. trestných činů dle ustanovení § 187–188a TZ. V ESSK je typ drogy u drogových trestných činů sledován v položce „Předmět zájmu“. Metodický pokyn k vyplňování formulářů připouští vyplnění nejvýše 6 položek (tedy nejvýše 6 různých drog), nestanoví však způsob posouzení hlavní drogy. Číselník pro vyplňování vstupních formulářů obsahuje řadu typů drog, přičemž u některých drog rozlišuje i jejich formu, např. kokain a kokainová pasta nebo rostliny konopí a marihuana.

NPC jako specializovaný protidrogový útvar PČR sleduje typy drog podle metodiky vykazování, která je odlišná od systému ESSK (viz kapitolu 11.2.2.1 výše).

V CSLAV jsou data o typu drog vyplňována v položce „Sledované okolnosti trestné činnosti“, a to v obou statistických listech. Informace o typu drogy se podle příslušných metodických pokynů¹⁰¹ vyplňuje výhradně jen u drogových trestných činů. Členění na typy drogy je méně podrobné než v ESSK, sledují se tyto drogy: marihuana nebo hašiš, pervitin, extáze, heroin, kokain, jiná OPL. Jsou sledovány nejvýše 3 typy drog u každého pachatele, neboť tato položka umožňuje vyplnit nejvýše 3 různé okolnosti. Ve statistických výstupech je součet osob podle jednotlivých typů drog u jednotlivých drogových trestných činů výrazně vyšší než skutečný celkový počet obžalovaných v souvislosti s příslušným trestným činem, neboť jeden pachatel může ve výstupech figurovat až 3krát.

Podle aktuálních trestněprávních předpisů není v ČR možné přerušení trestního stíhání z důvodu pachatelova zahájení léčby vlastní drogové závislosti. Zahájení či dokončení léčby však může být důvodem použití různých odklonů a alternativních trestů, např. podmíněného zastavení trestního stíhání. Tyto specifické způsoby ukončení trestního stíhání či potrestání jsou statisticky sledovány, nicméně ze statistik nelze vyčíst důvod těchto postupů ze strany státních zastupitelství a soudů. Při volbě těchto trestněprávních alternativ obě instituce hodnotí řadu zákonných kritérií, osobnost pachatele i okolnosti skutku a obvykle není důvodem jejich postupu jediná skutečnost spočívající v zahájení léčby. Pokud se jedná o ochranné opatření, které spočívá v uložení ochranného léčení, statistiky odděleně sledují, zda se jedná o ochrannou léčbu v souvislosti s alkoholem nebo v souvislosti s jinými drogami – blíže viz kapitolu Léčba (str. 50).

11.2.3 Data o dopravních nehodách a trestných činech v dopravě v souvislosti s drogami

U účastníků dopravní nehody (DN) je zjišťováno požití alkoholu nebo JNL. Jednotlivé DN eviduje PČR (útvar Služby dopravní policie), který vykazuje charakteristiky každé DN do Formuláře evidence nehod v silničním provozu. Tento formulář obsahuje 59 kategorií, včetně kategorie č. 57 Stav řidiče, kde je možné označit položku č. 3 Pod vlivem léků, narkotik. Data o DN se z každého policejního okresu elektronicky (v IBM Lotus Notes) shromažďují na Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, kde se každý měsíc vyhodnocují.

Systémy ESSK i CSLAV umožňují zaznamenat u jednotlivých trestných činů i skutečnost, že se jednalo o DN, a také údaj, že byl v rámci spáchaného trestného činu zjištěn vliv požití alkoholu nebo jiných drog. V ESSK je skutečnost, že se jedná o DN v souvislosti s trestným činem ohrožení pod vlivem návykové látky (§ 201 TZ) nebo opilství (§ 201a TZ) sledována přímo v číselníku pro takticko-statistickou klasifikaci (viz výše). Odděleně je pak sledována položka, do níž lze vyznačit spáchání trestného činu pod vlivem alkoholu nebo jiné drogy. Statistické listy trestní pro státní zastupitelství a soudy CSLAV umožňují v položce Sledované okolnosti trestné činnosti uvést skutečnost, že se jednalo o DN i skutečnost, že trestný čin byl spáchán pod nezanedbatelným vlivem alkoholu nebo jiné drogy. Tato položka však umožňuje vyplnění maximálně 3 sledovaných okolností (viz výše). MS zpracovává speciální sestavu Trestné činy v dopravě, ve které je uveden i počet trestných činů v dopravě pod vlivem drog, což ale nemusí nutně znamenat, že se jednalo o řízení pod vlivem drog. Tato sestava neumožňuje zjistit tresty, které byly uloženy, neboť uložené druhy trestů jsou vztaženy ke všem odsouzeným za trestné činy v dopravě, nikoliv jen k pachatelům pod vlivem návykových látek. Stejně tak není vyloučeno, že trestných činů v dopravě pod vlivem drog se dopustilo více

¹⁰¹ Metodické pokyny Ministerstva spravedlnosti ČR, platné od 1. 1. 2008, a to Návod k vyplňování statistických listů trestních pro státní zastupitelství (verze 080101) a Návod k vyplňování statistických listů trestních pro soudy (verze 080101).

pachatelů, neboť znak „spácháno pod vlivem“ se vyazuje pouze v případě nezanedbatelného vlivu drogy na spáchaný trestný čin.

Podle MS bylo v r. 2007 soudy evidováno 28 413 trestných činů v dopravě, z toho u 46 trestných činů byl vykázán znak „spácháno pod vlivem návykové látky“ (znak „spácháno pod vlivem alkoholu“ byl vykázán u 10 646 trestných činů). Z trestných činů v dopravě spáchaných pod vlivem drog připadlo nejvíce (26) na trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky (§ 201 TZ).

11.3 Publikace a využití dat

Dostupné údaje o drogových trestných činech včetně jejich rozdělení podle typů drog a příslušných paragrafů, údaje o stíhaných, obžalovaných, odsouzených osobách i o druzích udělených trestů jsou uvedeny v kapitole Drogová kriminalita (str. 86). Tyto údaje jsou zveřejňovány každoročně, jejich rozsah, struktura i kvalita postupně rostou, a to v souvislosti s činností pracovní skupiny Data trestněprávního sektoru NMS sestavené ze zástupců příslušných rezortů a dalších odborníků. Základní data o kriminalitě včetně drogové kriminality, jsou dále zveřejňována na webových stránkách MV a ve výročních zprávách NPC. Údaje o průběhu trestního stíhání a o sankcích v rezortu spravedlnosti jsou mj. zveřejňovány na internetových stránkách MS ve standardizovaných výstupních sestavách i ve Statistické ročence kriminality každoročně zpracovávané za uplynulý rok.

SEZNAM TABULEK

tabulka 1-1: Složení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky v r. 2007	8
tabulka 1-2: Strategické dokumenty a institucionální zajištění protidrogové politiky v krajích a obcích s rozšířenou působností ČR	10
tabulka 1-3: Výdaje sekretariátu RVKPP včetně NMS v r. 2007 (v tis. Kč)	12
tabulka 1-4: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku v ČR v r. 2002–2007 podle rezortů (v tis. Kč)	13
tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtů krajů v ČR v r. 2002–2007 (v tis. Kč)	13
tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2007 ze státního a místních rozpočtů (v tis. Kč)	14
tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v oblasti snižování poptávky a nabídky ze státního a místních rozpočtů v r. 2002–2007 (v tis. Kč)	15
tabulka 1-8: Vývoj výdajů státního rozpočtu na protidrogovou politiku vzhledem k HDP a celkovým výdajům státního rozpočtu	15
tabulka 1-9: Výdaje na protidrogovou politiku dle kategorií (typů služeb) v ČR v roce 2007 (tis. Kč)	16
tabulka 1-10: Tolerance k vybraným skupinám obyvatel – % osob, kteří by nechtěli mít za sousedy příslušníky těchto skupin	17
tabulka 1-11: Počet příspěvků v kategorii Drogová problematika v letech 2001–2008 v archivu společnosti Newton Media a.s.	23
tabulka 2-1: Celoživotní prevalence zkušeností s užitím vybraných látek ve studii ESPAD 2007, v % 27	
tabulka 2-2: Prevalence zkušeností s užitím vybraných látek v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech ve studii ESPAD 2007, v %	27
tabulka 2-3: Zkušenosti s užitím nelegálních drog podle ročníků, v %	30
tabulka 3-1: Certifikované programy specifické primární prevence podle typu v r. 2006–2008, do 10. 4. 2008	33
tabulka 3-2: Preventivní programy poskytované NNO – počty oslovených škol a žáků/studentů	35
tabulka 3-3: Obsah aktivit zaměřených na primární prevenci užívání návykových látek na ZŠ a SŠ Pardubického kraje v r. 2005–2006, v % škol	37
tabulka 3-4: Seznam výkonů v oblasti primární prevence podle jednotlivých úrovní	38
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2007	41
tabulka 4-2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2007 podle krajů ČR	41
tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v r. 2003, 2005 a 2007	42
tabulka 4-4: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2007, v %	47
tabulka 4-5: Srovnání vybraných charakteristik klientů kontaktního centra a terénních programů o. s. SANANIM	48
tabulka 5-1: Programy poskytující služby uživatelům drog v r. 2007	50
tabulka 5-2: Přehled výsledků certifikace odborné způsobilosti služeb v oblastech harm reduction, léčby a následné péče do 30. 6. 2008	50
tabulka 5-3: Počet ordinací poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000–2007	51
tabulka 5-4: Počet ordinací podle počtu léčených uživatelů drog v r. 2003–2007	51
tabulka 5-5: Počet uživatelů drog (dg. F11–F19) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2004–2007	51
tabulka 5-6: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a jejich klienti v r. 2003–2007	53
tabulka 5-7: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním drog (dg. F11–F16, F18–F19) v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2005–2007 podle typu zařízení	54
tabulka 5-8: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších drog v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2007 dle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy	54
tabulka 5-9: Terapeutické komunity a jejich klienti v r. 2003–2007	55
tabulka 5-10: Index nedostupnosti léčby v terapeutických komunitách	56
tabulka 5-11: Počet pacientů, kteří byli v r. 2000–2007 léčení substitucí, podle kraje bydliště	59
tabulka 5-12: Pacienti ve specializovaných substitučních programech v r. 2000–2007, stav k 31. 12. daného roku	59
tabulka 5-13: Poměr pacientů na metadonu a Subutexu® k 31. 12. 2007 podle jednotlivých specializovaných center	60
tabulka 5-14: Náhledy lékařů na povinnost hlášení pacientů léčených substitucí, v %	60
tabulka 5-15: Respondenti průzkumu Lékaři České republiky 2007 podle kraje vykonávání praxe	61
tabulka 5-16: Počet lékařů vybraných odborností uvádějících předepisování Subutexu® a jejich podíl ve vzorku	61
tabulka 5-17: Počet pacientů, kterým je předepisován Subutex® lékaři vybraných odborností	61
tabulka 5-18: Odhad počtu lékařů předepisujících Subutex® a počtu pacientů, kterým byl předepisován, v ČR v r. 2007, podle vybraných odborností	62
tabulka 5-19: Počty prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním Subutexu® jako základní a sekundární drogy v r. 2003–2007	63
tabulka 5-20: Důvod ukončení substituční léčby ve specializovaných centrech od r. 2000 do 31. 12. 2007	64
tabulka 6-1: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2007 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví	66
tabulka 6-2: Smrtelná předávkování léky a pouličními drogami v jednotlivých kategoriích drog v r. 2003–2007 podle věku a pohlaví	67
tabulka 6-3: Smrtelná předávkování léky a pouličními drogami v r. 2003–2007 podle kraje sídla odd. soudního lékařství	68
tabulka 6-4: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2007 podle vybraných skupin drog a příčin smrti	68
tabulka 6-5: Podíl vybraných skupin drog na úmrtích za přítomnosti drog zjištěných na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2004–2007 (v %)	69
tabulka 6-6: Incidence HIV v ČR do r. 2007 podle způsobu přenosu, k 31. 12. daného roku	70
tabulka 6-7: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v r. 1994–2007	72
tabulka 6-8: Výsledky testování injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních v r. 2007	72

tabulka 6-9: Soubor klientů CADAS o. s. SANANIM podle typu duální diagnózy.....	73
tabulka 6-10: Přehled pitvaných na odděleních soudních lékární v ČR v r. 2003–2007	75
tabulka 6-11: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v r. 2003–2007.....	76
tabulka 7-1: Počet klientů nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2002–2007 extrapolovaný na celkový počet programů	78
tabulka 7-2: Počet výkonů nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2004–2007 extrapolovaný na celkový počet programů	78
tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2007 podle krajů ČR, extrapolováno na celkový počet programů.....	79
tabulka 7-4: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2007	81
tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v r. 2002–2007 podle krajů	81
tabulka 8-1: Počet klientů, kterým poskytli služby romští terénní sociální pracovníci v r. 2006 a 2007, podle typu problému	85
tabulka 8-2: Trestně stíhané osoby pro drogové trestné činy v rozdělení podle paragrafů v r. 2006 a 2007	87
tabulka 8-3: Počet a podíl odsouzených za drogové trestné činy za období 2002–2007 v rozdělení podle drogových §§	88
tabulka 8-4: Počet osob stíhaných za drogové trestné činy podle typu drogy v r. 2002–2007	90
tabulka 8-5: Obžalované a odsouzené osoby za drogové trestné činy podle typu drogy v r. 2007	90
tabulka 8-6: Skladba udělených trestů za drogové trestné činy podle vybraných drogových §§ a drog v r. 2007	92
tabulka 8-7: Případy vedené PMS v souvislosti s drogovou kriminalitou v r. 2004–2007	93
tabulka 8-8: Počet trestných činů spáchaných v souvislosti s návykovými látkami, jejichž pachatelé se ke dni 31. 12. 2007 nacházeli ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody.....	94
tabulka 9-1: Programy následné péče dotované RVKPP v r. 2005–2007	95
tabulka 9-2: Programy ambulantní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2007	95
tabulka 9-3: Programy intenzivní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2007	96
tabulka 9-4: Kapacita využití bezdrogových zón a 2 typů specializovaných oddělení ve věznicích v ČR v r. 2006 a 2007	97
tabulka 9-5: Počty a charakteristiky osob, které se účastnily substituční léčby ve vazební věznici Praha-Pankrác v r. 2007	98
tabulka 10-1: Počet zařízení na výrobu pervitinu (tzv. varen) odhalených Policií ČR a množství zabaveného pervitinu v r. 2003–2007	99
tabulka 10-2: Počet záchytů a objemy záchytů hlavních typů drog v r. 2004–2007	101
tabulka 10-3: Počet záchytů hlavních typů drog v r. 2007 v kategoriích podle objemu	102
tabulka 10-4: Základní charakteristiky záchytů podle vybraných typů drog v r. 2007	102
tabulka 10-5: Vývoj objemu a počtu záchytů vybraných typů drog zachycených v r. 2004–2007	103
tabulka 10-6: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v r. 2006 a r. 2007 (v Kč).....	103
tabulka 10-7: Průměrné čistoty drog v r. 2005–2007, v %.....	104
tabulka 11-1: Orientační množství drog podle Závazného pokynu policejního prezidenta č. 86/2006	111
tabulka 11-2: Orientační množství drog podle Pokynu obecné povahy nejvyšší státní zástupkyně č. 1/2008	111
tabulka 11-3: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v r. 2003–2007 – vliv alkoholu a JNL.....	113

SEZNAM OBRÁZKŮ

obrázek 1-1: Charakteristika osob, které podporují legalizaci marihuany – srovnání let 1996 a 2006	17
obrázek 1-2: Morální přijatelnost chování na škále 1–10 (1=naprosto nepřijatelné, 10=zcela přijatelné).....	18
obrázek 1-3: Podpora zákazu kouření na vybraných místech.....	19
obrázek 1-4: Plakát Zdravě žít, svobodně myslet	20
obrázek 1-5: Pochod Proti toleranci a liberalizaci drog, pořádaný Autonomními nacionalisty	22
obrázek 2-1: Celoživotní prevalence zkušeností respondentů s užitím jakékoliv nelegální drogy podle věkových skupin v r. 1996–2006	26
obrázek 2-2: Trendy vývoje celoživotní prevalence zkušeností s nelegálními drogami ve studii ESPAD 2007, v %.....	28
obrázek 2-3: Celoživotní prevalence zkušeností s návykovými látkami ve věku 11, 13 a 15 let podle evaluace komunitního programu o. s. Prev-Centrum, v %	29
obrázek 2-4: Celoživotní prevalence zkušeností s vybranými drogami podle pohlaví u žáků 5.–9. tříd, v %	30
obrázek 2-5: Celoživotní prevalence užití vybraných návykových látek mezi účastníky tanečních akcí v r. 2000, 2003 a 2007	31
obrázek 2-6: Průměrný počet dní užívání vybraných drog během posledních třiceti dní	31
obrázek 3-1: Typy preventivních programů realizovaných školami a školskými zařízeními v r. 2005–2006	34
obrázek 4-1: Počet prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 1997–2007	43
obrázek 4-2: Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 2002–2007.....	43
obrázek 4-3: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 1997–2007	44
obrázek 4-4: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 2002–2007	45
obrázek 4-5: Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v r. 1997–2007	45
obrázek 4-6: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v r. 2002–2007	46
obrázek 4-7: Podíl injekční aplikace u prvožadatelů (v r. 1998–2007) a všech žadatelů o léčbu (v r. 2002–2007) v souvislosti s užíváním heroínu a pervitinu, v %	47
obrázek 4-8: Drogy užívané klienty kontaktního centra a terénních programů o. s. SANANIM, v %.....	48
obrázek 5-1: Vývoj počtu uživatelů drog (dg. F11–F16, F18–F19) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 1993–2007	52
obrázek 5-2: Vývoj počtu uživatelů drog léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 1993–2007 podle (skupin) drog	52
obrázek 5-3: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu (dg. F10) a drog (dg. F11–F16, F18–F19) v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 1995–2007	53

obrázek 5-4: Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro poruchy způsobené užíváním opioidů, stimulantů a kombinací látek v r. 2000–2007	54
obrázek 5-5: Počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro poruchy způsobené užíváním ostatních drog v r. 2000–2007	55
obrázek 5-6: Počet pacientů léčených ve specializovaných substitučních centrech v r. 2000–2007 podle pohlaví	58
obrázek 5-7: Distribuované množství Subutexu® (v g buprenorfinu) a odhadovaný počet uživatelů Subutexu® v r. 2000–2007	62
obrázek 6-1: Smrtelná předávkování vybranými drogami v r. 2001–2007	66
obrázek 6-2: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2004–2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2008)	69
obrázek 6-3: Hlášená incidence VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2007	70
obrázek 6-4: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2007	71
obrázek 6-5: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2008, k 17. 8. 2008	71
obrázek 6-6: Výskyt VHA v ČR v r. 2008 celkem a u injekčních uživatelů drog podle měsíců	71
obrázek 6-7: Nefatální intoxikace drogami v ČR v r. 2001–2007	74
obrázek 8-1: Počet trestně stíhaných osob za drogové trestné činy v r. 2002–2007 podle statistik NPC, ESKK a MS	86
obrázek 8-2: Podíl osob trestně stíhaných za přechovávání drog pro vlastní potřebu (§ 187a TZ) na všech osobách trestně stíhaných za všechny drogové trestné činy v r. 1999–2007	87
obrázek 8-3: Počet obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v r. 2002–2007	87
obrázek 8-4: Osoby obžalované z drogových trestných činů v r. 2002–2007 podle drogových §§, v %	88
obrázek 8-5: Absolutní počet stíhaných za drogové trestné činy podle krajů v r. 2006 a 2007	89
obrázek 8-6: Počet stíhaných za drogové trestné činy v přepočtu na 100 tis. obyvatel podle krajů v r. 2006 a 2007	89
obrázek 8-7: Podíl osob stíhaných za drogové trestné činy podle typu drogy v r. 2003–2007, v %	90
obrázek 8-8: Podíl obžalovaných z drogových trestných činů podle typů drog v r. 2005–2007	91
obrázek 8-9: Podíl odsouzených za drogové trestné činy podle typů drog v r. 2005–2007	91
obrázek 8-10: Skladba trestů uložených za drogové trestné činy v r. 2007	92
obrázek 10-1: Počet záchytů hlavních typů drog v r. 2004–2007	101
obrázek 10-2: Objemy hlavních typů drog zachycených v r. 2004–2007	101
obrázek 10-3: Vývoj průměrných cen vybraných drog v r. 2005–2007 (v Kč)	103
obrázek 11-1: Schéma průběhu trestního řízení ve vztahu k drogovým trestným činům a trestným činům v souvislosti s řízením pod vlivem drog	107
obrázek 11-2: Schéma průběhu správního řízení o přestupcích v souvislosti s § 30 odst. 1 zákona č. 200/1990	110

SEZNAM MAP

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2007	15
mapa 2-1: Celoživotní prevalence užití konopných látek podle krajů ČR ve studii ESPAD 2007, v %	28
mapa 3-1: Výše dotací na preventivní programy v jednotlivých krajích (v Kč na 100 tis. obyvatel), počet podpořených programů a typ programu prevence	33
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. 2007	41
mapa 4-2: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2007 (na 100 tis. obyvatel)	44
mapa 7-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2007	78
mapa 7-2: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2007 na 1 000 obyvatel	82

VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU

Rozsáhlý seznam (nejen) českých webových stránek zabývajících se drogami je k dispozici na adrese http://www.drogy-info.cz/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/>

Aplikace pro evidenci klientů a služeb v adiktologických službách: <http://www.drogovesluzby.cz>

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/o-szu/centrum-mikrobiologie>

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/>

Iniciativa Safer Party: <http://www.saferparty.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 řešení problematiky HIV/AIDS: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/133-narodni-program-reseni-problematiky-hiv-aids.html>; Národní program boje proti AIDS ČR: <http://www.aids-hiv.cz/>

Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování, Policie ČR: <http://www.policie.cz/clanek/kontakty-792962.aspx>

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 mediální 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)
BZ – bezdrogová zóna
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
DTČ – drogový trestný čin
EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR
EU – Evropská unie
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
JNL – jiná návyková látka, tj. návyková látka vyjma alkoholu (právní výraz)
KPK – krajský protidrogový koordinátor
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
NRULISL – Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (registr substituce)
OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)
PMS – Probační a mediační služba ČR
RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
SSLST – Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie
SŠ – střední škola
SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv
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
VS – Vězeňská služba ČR
VTOS – výkon trestu odnětí svobody
VZ – Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR
WHO – Světová zdravotnická organizace
ZŠ – základní škola

REJSTŘÍK

- abstinence, 69, 95
akční plán Národní strategie protidrogové politiky, 4, 123
alkohol, 17, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 36, 37, 51, 53, 54, 56, 73, 75, 76, 79, 93, 96, 112, 113, 117, 119, 120, 123
aluminiová fólie, 82
amfetamin, 27, 30, 100, 102, 111, 112
Anonymní alkoholici, 96
Asociace nestátních organizací (A.N.O) zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 8, 55, 56, 95, 98, 122, 123
AT poradny, 2, 60
bezdrogové zóny, 95, 97
buprenorfin, 2, 53, 57, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 73, 90, 94, 121
cena drog, 103, 120
Centrum adiktologie 1. LF UK, 21, 22, 23, 36, 37, 72, 80, 82, 122
Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR, 17, 18
certifikace, 8, 21, 32, 33, 36, 50, 62, 119
crack, 46, 100
Česká asociace streetwork, 23, 122
čistota drog, 103, 104, 120
doléčování, 50, 73
dopravní nehoda, 2, 22, 65, 68, 69, 75, 76, 112, 113, 115, 117, 120
držení drogy, 1, 3, 4, 5, 6, 19, 84, 86, 88, 93, 105, 109, 110, 114
ESPAD (školní průzkum, 1, 25, 26, 27, 28, 29, 119, 120, 121, 123
evaluace, 23, 29, 36, 120
Evropská unie, 4, 7, 25, 35, 96, 100, 102, 123
Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), 22, 26, 40, 89, 105, 123
extáze, 1, 2, 3, 25, 27, 30, 31, 43, 65, 66, 68, 69, 76, 89, 94, 99, 100, 102, 104, 110, 111, 112, 117
financování, 7, 12, 33, 79, 94, 96
FreeBase, 37, 42
Generální ředitelství cel, 13, 14, 15, 16, 99, 114, 123
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 93, 96, 123
GHB, 27, 31
halucinogeny, 25, 26, 27, 29, 30, 54, 65, 66, 112
harm reduction, 1, 4, 10, 12, 15, 31, 37, 42, 50, 77, 79, 80, 82, 119, 123
hašiš, 111
hepatitida, 2, 65, 70, 71, 72, 81, 123
heroin, 1, 3, 26, 29, 30, 40, 41, 42, 44, 46, 47, 53, 55, 56, 59, 63, 64, 65, 76, 78, 82, 85, 91, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 111, 117, 120
HIV/AIDS, 1, 2, 4, 8, 20, 22, 32, 48, 49, 65, 70, 72, 73, 77, 80, 81, 83, 119, 122, 123
hospitalizace, 2, 50, 53, 54, 55, 74, 119, 120, 121
hygienická služba, 40, 42, 48, 77, 80, 123
incidence, 2, 40, 42, 44, 65, 70, 71, 121
intoxikace, 74, 121
kapacita, 55, 77, 95, 97
kokain, 2, 30, 43, 65, 66, 75, 85, 111, 112, 116, 117
komorbidita, 73, 83
kondom, 80, 82
konopí, 1, 3, 4, 5, 7, 19, 20, 21, 99, 100, 101, 102, 106, 108, 110, 111, 116
konopné látky, 1, 2, 3, 4, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 40, 43, 44, 53, 54, 55, 68, 75, 77, 78, 84, 89, 90, 91, 94, 104, 112, 121
hašiš, 3, 17, 29, 93, 99, 100, 102, 110, 111, 117
marihuana, 1, 3, 4, 7, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 37, 89, 93, 94, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 110, 111, 116, 117, 120
koordinace, 7, 8
kouření, 4, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 29, 37, 82, 85, 120
kriminalita, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 23, 32, 63, 84, 85, 86, 89, 92, 93, 106, 109, 112, 113, 114, 117, 120, 123
sekundární, 93
léčba, 2, 3, 6, 7, 8, 12, 16, 19, 21, 22, 42, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 69, 73, 74, 79, 83, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 111, 116, 117, 119, 120, 122, 123
ambulantní, 2, 12, 16, 42, 51, 53, 56, 73, 95, 96, 119, 120
lůžková, 12, 16, 50, 53, 97
ochranná, 6, 56
rezidenční, 55
substituční, 2, 12, 16, 20, 22, 42, 50, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 73, 79, 85, 94, 95, 96, 97, 98, 119, 120, 123
legalizace, 24
legislativa, 4, 103
léky, 2, 3, 4, 6, 20, 26, 27, 30, 65, 66, 67, 68, 73, 82, 99, 100, 113, 117, 119, 123
linky pomoci, 81
LSD, 26, 27, 29, 90, 100, 101, 102, 103, 110, 111
lysohlávky, 25, 26, 27, 111
média, 20, 21, 22, 23
menšiny, 8, 10, 30, 35, 84
metadon, 2, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 85, 90, 97, 98, 119
metoda
multiplikační, 40, 41, 119
Ministerstvo
financí, 13, 14, 114, 123
obran, 12, 13, 14, 15, 16, 123
práce a sociálních věcí, 12, 13, 14, 15, 16, 85, 122, 123
spravedlnosti, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 57, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 114, 115, 116, 117, 121, 122, 123
školských, mládeže a tělovýchovy, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 122, 123
vnitřní, 13, 23, 86, 87, 89, 114, 116, 117, 122, 123
zdravotnictví, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 56, 57, 58, 62, 65, 77, 81, 100, 122, 123
mladiství, 55, 86, 87, 92
množství větší než malé, 5, 19, 105, 110, 111
morfin, 49, 111
mortalita, 63, 65, 69, 75
náklady, 12, 23, 82, 94, 112
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), 3, 8, 12, 13, 21, 22, 23, 34, 35, 37, 40, 41, 42, 50, 53, 55, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 75, 76, 78, 79, 81, 82, 83, 95, 96, 117, 119, 121, 122, 123
Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 13, 14, 15, 16, 20, 86, 87, 89, 93, 99, 100, 103, 104, 114, 115, 116, 117, 121, 123
Národní strategie protidrogové politiky, 1, 4, 7, 96, 123
následná péče, 1, 4, 10, 12, 15, 42, 49, 50, 57, 80, 95, 96, 119, 120
návykové látky, 4, 6, 12, 20, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 50, 53, 56, 57, 58, 60, 69, 84, 93, 94, 95, 96, 97, 105, 112, 113, 117, 119, 120, 123
nízkoprahová zařízení, 9, 23, 31, 35, 40, 42, 49, 50, 55, 62, 63, 72, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 104, 119, 120
NNO (nestátní neziskové organizace), 12, 34, 35, 37, 42, 52, 53, 62, 79, 95, 96, 98, 119, 123

obvinění, 84, 86, 94, 97, 108, 115, 116
 obžalování, 3, 84, 86, 87, 88, 90, 91, 106, 111, 117, 121
 očkování, 71, 77, 81
 odhad, 1, 40, 42, 62, 63, 77
 prevalence, 42, 63
 odnětí svobody, 3, 5, 6, 19, 56, 57, 84, 91, 92, 93, 94, 97, 106, 108, 109, 110, 111, 113, 120, 123
 odsouzení, 3, 57, 84, 86, 87, 88, 90, 91, 94, 97, 106, 112, 116, 117, 120, 121
 ochranná výchova, 6, 33
 omamné a psychotropní látky, 5, 6, 65, 68, 97, 100, 105, 106, 112, 114, 115, 117, 123
 opilství, 94, 117
 parlament, 5, 19
 péče, 2, 8, 11, 16, 32, 33, 36, 42, 49, 50, 60, 64, 79, 80, 84, 95, 96, 119, 120
 následná, 42, 49, 95, 96
 pervitin, 1, 2, 3, 6, 25, 26, 27, 29, 30, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 50, 52, 53, 55, 56, 65, 66, 67, 68, 73, 75, 76, 77, 78, 82, 84, 85, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 109, 110, 111, 117, 120, 121
 Policie ČR, 13, 23, 32, 86, 99, 100, 103, 108, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 120, 122, 123
 politika, 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 24, 25, 39, 96, 119, 122, 123
 poradenství, 12, 16, 23, 35, 36, 57, 62, 73, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 95, 97, 98, 122
 prevalence, 1, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 40, 44, 58, 72, 77, 80, 86, 119, 120, 121
 prevence, 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 21, 23, 24, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 50, 77, 79, 80, 82, 94, 96, 97, 103, 119, 121, 122, 123
 indikovaná, 32, 35, 36, 37
 selektivní, 35, 36, 37
 probace, 57, 86, 92, 93, 98, 120, 123
 protilátky, 72, 80, 83, 119
 průzkum
 celopopulační, 1, 25, 26
 školský, 1, 25, 26, 29, 123
 předávkování, 2, 63, 65, 66, 67, 68, 74, 80, 119, 121
 přechovávání, 3, 5, 19, 84, 87, 89, 93, 100, 105, 109, 111, 121
 přestupek, 1, 3, 4, 5, 19, 84, 93, 100, 105, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 121
 psilocybin, 26, 90, 111
 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), 3, 1, 2, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 34, 42, 52, 55, 70, 77, 79, 95, 96, 100, 119, 120, 123
 registr žádostí o léčbu, 63
 Rohypnol, 100
 Romové, 9, 80, 84, 85
 rozpočet, 1, 4, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 32, 33, 34, 81, 94, 119, 121
 rozsudek, 105, 108, 116
 sociální exkluze, 84
 soud, 7, 56, 106, 108, 111, 113, 116
 stíhání, 2, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 106, 111, 117, 120, 121
 strategie, 1, 4, 7, 9, 10, 11, 22, 32, 38, 80, 96, 123
 streetwork, 23, 77, 79, 122
 studie, 1, 2, 7, 17, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 42, 48, 53, 55, 56, 64, 65, 69, 72, 73, 77, 80, 82, 83, 84, 86, 93, 96, 103, 123
 školská, 1, 25, 26, 123
 Suboxone®, 2, 57, 58, 59, 60, 63
 substituce, 2, 20, 42, 50, 58, 59, 60, 64, 73, 119, 123
 Subutex®, 1, 2, 40, 41, 42, 46, 50, 53, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 78, 94, 95, 98, 99, 100, 104, 119, 121
 Světová zdravotnická organizace (WHO), 123
 syntetické drogy
 GHB, 27, 31
 škola, 1, 8, 11, 12, 20, 23, 25, 26, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 119, 120, 122, 123
 tabák, 22, 26, 29, 32, 36, 51, 53
 taneční drogy, 3, 66, 77, 79
 taneční scéna, 3, 79
 těkavé látky, 1, 2, 6, 25, 26, 27, 29, 30, 54, 65, 66, 67, 68, 75, 77, 78, 90, 102
 testování, 8, 26, 32, 35, 36, 38, 39, 58, 72, 73, 77, 80, 83, 94, 119
 THC, 3, 5, 7, 65, 68, 69, 75, 76, 84, 94, 99, 104, 106, 108, 110, 111
 toluen, 6, 90, 102
 trest, 3, 5, 6, 7, 50, 56, 57, 58, 64, 84, 87, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 106, 108, 109, 110, 111, 113, 115, 116, 117, 120, 123
 trestněprávní, 4, 5, 105, 114, 117
 trestný čin, 2, 3, 5, 6, 7, 19, 20, 56, 57, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 123
 úmrtnost, 2, 3, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 75, 106
 usnesení, 4, 7, 8, 9
 užívání drog, 1, 2, 3, 4, 9, 23, 25, 26, 30, 31, 35, 38, 40, 45, 46, 48, 56, 58, 60, 63, 65, 72, 73, 77, 79, 81, 84, 85, 86, 94, 95, 96, 99, 105, 112, 122
 problémové, 1, 2, 3, 40, 41, 42, 45, 48, 49, 58, 60, 62, 63, 69, 77, 85, 97, 99, 119, 121
 vazba, 57, 93, 94, 97, 108, 111, 116
 vězení, 2, 8, 12, 42, 47, 49, 50, 56, 57, 58, 60, 64, 84, 85, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 120
 Vláda České republiky, 1, 4
 výdaje
 investiční, 12
 neinvestiční, 12
 účelově neurčené, 12, 94
 účelově určené, 12, 15, 94
 výkon trestu, 50, 57, 58, 93, 94, 95, 97, 113, 115, 120, 123
 výměnný program, 1, 48, 80
 záchyt drog, 84, 94, 100, 101, 102, 103
 zákon, 1, 4, 5, 6, 8, 19, 20, 56, 58, 65, 86, 92, 93, 100, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 121, 123
 o návykových látkách, 105
 o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, 20, 58, 112
 o přestupcích, 93, 105, 109, 110, 112, 113, 114, 121
 trestní, 4, 5, 6, 7, 19, 56, 57, 86, 87, 88, 91, 93, 94, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 121, 123
 trestní řád, 57, 65, 108, 111, 116, 123
 závislost, 2, 3, 4, 2, 8, 11, 12, 13, 20, 21, 22, 26, 32, 34, 35, 37, 40, 41, 42, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 93, 95, 96, 97, 100, 104, 105, 108, 109, 111, 113, 116, 117, 121, 122, 123
 žádost o léčbu, 42, 43, 44, 63, 121
 želatinová tobolka, 82

ODKAZY

- Agentura pro certifikace (2008) Seznam certifikovaných zařízení. Praha: Agentura pro certifikace, IPPP.
Notes: www.ippp.cz/; zobrazeno: 2008-07-01
- Ambrož, M., Janoušková, O., Kolenatá, O., Šilarová, V. and Veis, Š. (2007) Manuál dobré praxe. Praha: Pracovní a sociální agentura o. s. SANANIM. 978-80-254-0730-1.
- Anonymní alkoholici - Česká republika . Anonymní alkoholici - Česká republika. 2008.
Notes: <http://www.sweb.cz/aacesko/>; zobrazeno: 2008-08-28
- Beneš, J. (2008a) Analýza výskytu VHA v ČR v r. 1996–2008.
Notes: Nepublikováno
- Beneš, J. (2008b) Virové hepatitidy 1996–2007 (EPIDAT).
Notes: Standardní tabulka EMCDDA č. 9: Infekční nemoci
- Benešová, P. (2007-07-24) Školy začínají hledat v lavicích drogy. Hospodářské noviny
Notes: http://domaci.ihned.cz/c4-10112160-21673630-002000_d-skoly-zacinaji-hledat-v-lavicich-drogy;
zobrazeno: 2008-09-05
- Běláčková, V. (2008) Drogy, volby, média - Nastolování agendy v předvolebním období na příkladu drogové problematiky. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Institut komunikačních studií a žurnalistiky.
Notes: Diplomová práce, vedoucí práce Mgr. Vlastimil Nečas.
- Celní správa ČR (2008a) Informace o výsledcích činnosti Celní správy ČR za rok 2007.
Notes: <http://www.cs.mfcr.cz/CmsGrc/Tiskove-centrum/Vyrocnizpravy/>; zobrazeno: 2008-08-28
- Celní správa ČR (2008b) Porovnání množství drog zadržovaných Celní správou ČR v letech 1993–2007.
Notes: <http://www.cs.mfcr.cz>
- Celní správa ČR (2008c) Přehled záchyťů OPL Celní správou ČR v r. 2007.
Notes: Nepublikováno
- Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze (2007a) Společné tiskové prohlášení k preventivnímu projektu Revoluční vlak (Revolution train). Praha:
Notes: Společné prohlášení těchto institucí: 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
- Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze (2007b) Cena adiktologie 2007. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze.
- Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze (2008) Prezentace výsledků projektu Evaluace komunitního programu primární prevence. Praha:
Notes: Společná tisková zpráva z 22. 4. 2008, Centrum adiktologie a o. s. Prev-Centrum
- Centrum pro výzkum veřejného mínění (2007a) Jak jsou na tom Češi s tolerancí? Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
Notes: Tisková zpráva ze 13. 4. 2007
- Centrum pro výzkum veřejného mínění (2007b) Co je pro nás morálně přijatelné a co nikoli? Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
Notes: Tisková zpráva z 21. 5. 2007
- Centrum pro výzkum veřejného mínění (2008) Občané o kouření. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
Notes: Tisková zpráva z 31. 3. 2008
- Csémy, L., Chomynová, P. and Sadílek, P. (2008) ESPAD 07: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika 2007. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Černý, M. and 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 (2007) Nízkoprahové kluby - čekárny na dospělost - se příští týden zaplní. Praha: Česká asociace streetwork.
Notes: Tisková zpráva ze dne 21. 9. 2007
- Česká tisková kancelář, abz (2007-06-05) US-DEU se omluvila za ložskou kampaň, vrací se prý ke kořenům. Zpravodajství ČTK Politika - Praha, Středočes. kraj, ČR edn, Česká tisková kancelář. Politika – Praha, Středočes. kraj, ČR.
- Český statistický úřad (2008) Vývoj ploch a sklizní zemědělských plodin v letech 1996–2007. Praha: Český statistický úřad.
Notes: [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/DF004CABC/\\$File/21020801.xls](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/DF004CABC/$File/21020801.xls); zobrazeno: 2008-09-05
- Donath-Burson-Marsteller. Britský regulátor léčiv odmítl převést prodej léků s pseudoefedrinem jen na lékařský předpis. 2007.
Notes: <http://web.dbm.cz/dbmweb/actions.nsf/0/F8732ADCAAB00E31C1257348005078FC?OpenDocument>; zobrazeno: 2008-07-16.
- Dvořák, D. and Ďurech, O. (2007) Vyhodnocení monitoringu primární prevence rizikového chování žáků na vybraných základních a středních školách v Pardubickém kraji - závěrečná zpráva.
Notes: Nepublikováno
- Dvořák, Dušan. Konopí je lék. 2008.
Notes: <http://www.konopijelek.cz/>; zobrazeno: 2008-07-07
- Elišová, K. (2007-05-10) Duel: Drogový vlak - posadíte do něj své děti? Aktuálně.cz
Notes: <http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek.phtml?id=419895&sym-ok=1680#anketa-1680>; zobrazeno: 2008-07-08.
- Gabrhelík, R., Miovský, M. and Mravčík, V. (2008) Lékárny a (injekční) uživatelé drog: Průběžné výsledky dotazníkové studie.
Notes: Nepublikovaná práce
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2008a) Interní materiály Zdravotního střediska Vězeňské služby ČR Pankrác.
Notes: Nepublikováno, zpracováno pro Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2008b) Statistická ročenka VS ČR za rok 2007.
Notes: http://www.vscr.cz/clanky/?cl_id=25; zobrazeno: 2008-09-05
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2008c) Vyhodnocení činnosti Vězeňské služby České republiky vprotidrogové politice za období 2007.
- Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2008d) Zápis z jednání Protidrogové komise Vězeňské služby ČR ze dne 23.4. 2008.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. and Klempova, D. (2008) Quite a lot of smoke but very limited fire-the use of methamphetamine in Europe. Drug and Alcohol Review 27, 236-242.
- Heinrich, J.a.k. (2007) Analýza dopadů zákona č. 411/2005 Sb. a souvisejících předpisů na dopravní nehodovost. Brno: Centrum dopravního výzkumu, v.v.i.
Notes: <http://www.novapravidla.cz/files/=1/Akompletanalyza.pdf>; zobrazeno: 2008-09-05
- Herzog, A. (2008) Suboxone očima pracovníků terénních programů o.s. SANANIM.
Notes: Příspěvek na XIV. mezinárodní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 47. mezinárodní konferenci AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP (AT konference), Měříň, 11. – 14. 5. 2008
- Hlavní hygienik ČR (2008) Dopis ze dne 27. 5. 2008 adresovaný AIDS centřum, ředitelům KHS, řediteli SZÚ a vedoucímu NMS.
- Hrubý, P. (2003) Scientologie v České republice. REXTER, 1.
Notes: REXTER – an on-line professional journal for research into radicalism, extremism, and terrorism. Notes: REXTER - odborný on-line časopis pro výzkum radikalismu, extremismu a terorismu. ISSN 1224-7737.
Zobrazeno: 2008-02-09.
- Hulík, M. and Šefrámek, M. (2008) Dostupnost léčby v terapeutických komunitách. Praha: o.s. SANANIM.
Notes: Nepublikované výsledky

- Hygienická stanice hlavního města Prahy (2008) Aktuální informace o výskytu a očkování proti VHA k 15. 8. 2008.
Notes: Nepublikováno
- Informační centrum OSN v Praze (2007) 26. června: Mezinárodní den boje proti zneužívání drog a ilegálnímu obchodování s lidmi. Praha: Informační centrum OSN v Praze.
Notes: Informace zveřejněná na internetových stránkách www.osn.cz; zobrazeno: 2008-06-23
- Jehlička, M. (2007) Million Marihuana March. A2 kulturní týdeník str. 5
- Jelínek, J. et al. (2006) Trestní právo hmotné. Obecná část. Zvláštní část. Praha: Linde Praha. 80-7201-630-X.
- Jelínek, T., Krejčí, K. and Donath-Burson-Marsteller (2007) Zneužívání léků obsahujících pseudoefedrin versus právo na samoléčbu - průzkum vnímání problematiky mezi českými odborníky. Praha: Donath-Burson-Marsteller.
Notes:
[http://web.dbm.cz/dbmweb/actions.nsf/0/C4A42E04224F4F7FC12573450044E86F/\\$File/Zprava_pruzkum.pdf](http://web.dbm.cz/dbmweb/actions.nsf/0/C4A42E04224F4F7FC12573450044E86F/$File/Zprava_pruzkum.pdf);
zobrazeno: 2008-09-05
- jov, Novinky.cz. Poslanci znovu navrhnou kouření ve vlacích a letadlech. 2008.
Notes: <http://www.novinky.cz/clanek/140327-poslanci-znovu-navrhujou-koureni-ve-vlakch-a-letadlech.html>;
zobrazeno: 2008-07-04
- 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 schválená 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.
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2008) Závěrečná zpráva dotačního programu Podpora terénní sociální práce za rok 2007. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
- Kostínková, L. (2008) Psychosociální podpora v substituční léčbě. Adiktologie 8, 65-72.
- Kovalčík, M. (2007-06-11) Ultrapravicí trápí drogová problematika. Metro Zpravodajství edn, str. 3 Zpravodajství.
Notes: <http://www.metro.cz/>
- Kubů, P., Křížová, E. and Csémy, L. (2000) Anketa Semtex Dance 2000. Tripmag 4, 24-30.
Notes: <http://www.drogmem.cz/html/projekty/anketa.htm>
- Kubů, P., Škařupová, K. and 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.
- Legalizace.cz. Global Marihuana March - Demonstrace za dekriminizaci konopí. 2008.
Notes: http://www.legalizace.cz/?page_id=3; zobrazeno: 2008-07-17
- Lejčková, P. and Mravčík, V. (2005) Úmrtnost uživatelů drog ČR. Souhrn výsledků kohortové studie. Epidemiol. Mikrobiol. Imunol. 54, 154-160.
- Lejčková, P. and Mravčík, V. (2007) Mortality of Hospitalized Drug Users in the Czech Republic. Journal of Drug Issues 37, 103-118.
- Leová, Z. and Špalek, V. (2008) Cykloběh za ČR bez drog. Řekni NE drogám - řekni ANO životu.
Notes: <http://www.rekninedrogam.cz/cyklobeh.html>; zobrazeno: 2008-06-23
- Lidovky.cz. Extremisté pochodovali proti drogám. 2008.
Notes: http://www.lidovky.cz/ln_domov.asp?r=ln_domov&c=A080614_162437_ln_domov_nev; zobrazeno: 2008-07-17
- Lidové noviny (Apr 25, 2008) Lékař: Školní testy na drogy škodí.
Notes: http://www.lidovky.cz/lekar-skolni-testy-na-drogy-skodi-dlp-/ln_domov.asp?c=A080425_075852_ln_domov_fho; zobrazeno: 2008-04-25
- Majzlíková, J. (2008) Kvalitativní analýza specifických potřeb u dětí do 15 let ohrožených důsledky užívání návykových látek na území hl. města Prahy prostřednictvím studie provedené s protidrogovými koordinátory a pediatry. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor) 43, 41-58.

- Malecký, R. (2007-12-10) Policie stíhá stále více pěstitelů marihuany. Lidové noviny str. 1
Notes: <http://archiv.newton.cz/ln/2007/12/10/7c499da87af9e1369d9614daa74cdbf4.asp>; zobrazeno: 2008-07-04
- Miláčková, M. (2005) Zamyšlení nad substitučním programem – příklady praxe. Adiktologie 5, 421-433.
- Minařík, J. and Audrlický, J. (2008) Psychiatrické komorbidity u klientů substitučního programu.
Notes: Příspěvek na XIV. mezinárodní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 47. mezinárodní konferenci AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP (AT konference), Měřín, 11.-14. 5. 2008
- 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. 6. 2007
- Ministerstvo spravedlnosti ČR (2008a) Drogové trestné činy podle druhu drogy v r. 2007: přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a odsouzených osobách. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.
Notes: Nepublikováno; zpracováno pro NMS
- Ministerstvo spravedlnosti ČR (2008b) Trestní statistika státních zastupitelství a soudů za r. 2007: 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>; zobrazeno: 2008-09-05
- Ministerstvo vnitra ČR (2008) Statistické přehledy kriminality v r. 2007. Ministerstvo vnitra ČR.
Notes: http://web.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/krim_stat/2007/index.html#0706; zobrazeno: 2008-09-05
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001) Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001 - Standard substituční léčby. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2008) Věstník MZ ČR částka 3/2008 - Standard substituční léčby . Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Notes: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/617-vestnik-32008.html>; zobrazeno: 2008-09-05
- Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL (2008) Přehled dovozu a výdeje lékárnám přípravku Subutex v roce 2007. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Notes: Zpracováno pro potřeby NMS
- 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: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2005) Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha : Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2008) Vyhodnocení programů na podporu aktivit v oblasti sociálně patologických jevů v působnosti MŠMT za rok 2006: Program I. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR.
Notes: Nepublikované výsledky hodnocení Programu I.
- Miovská, L., Miovský, M. and Václavková, B. (2008) Přehled hlavních výsledků kvaziexperimentální evaluační studie komunitního programu primární prevence. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze, o.s. Prev-Centrum Praha.
- Miovský, M. (2008) Pražské centrum primární prevence (PCPP): pracovní návrh pilotního projektu (zkrácená verze 3b).
Notes: Nepublikováno
- Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Vopravil, J. and Vacek, J. (2007a) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky. 978-80-87041-22-2.
- Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Radimecký, J., Sklenář, V., Gajdošíková, H. and Vopravil, J. (2004) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-25-0.
- Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V. and Vopravil, J. (2005a) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-59-5.

- Mravčík, V., Coufalová, M., Popov, P., Zábranský, T. and Procházka, R. (2005b) Dotazníková studie mezi praktickými lékaři zaměřená na zkušenosti a postoje k substituci opioidy. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 54, 27-33.
- Mravčík, V., Lejčková, P. and Korčíšová, B. (2005c) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR - souhrnný článek. *Adiktologie* 5, 13-20.
- Mravčík, V., Lejčková, P., Orlíková, B., Petrošová, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V. and Vopravil, J. (2006) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-99-4.
- Mravčík, V. and Orlíková, B. (2007) Překryv klientů mezi jednotlivými nízkoprahovými programy a zneužívání buprenorfinu v Praze. *Adiktologie* 7, 13-20.
- Mravčík, V., Vorel, F. and Zábranský, T. (2007b) Drugs and Fatal Traffic Accidents in the Czech Republic. *Cent Eur J Public Health* 15, 158-162.
- Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K. and Vopravil, J. (2003) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-06-4.
- Mravčík, V., Zábranský, T. and Vorel, F. (2005d) Drogy a dopravní nehody. *Čas. Lék. čes.* 144, 550-555.
- Musil, J., Kratochvíl, V. and Šámal, P. (2007) Trestní právo procesní. Praha: C.H. Beck. 978-80-7179-572-8.
- Navrcholu.cz. Monitoring návštěvnosti stránek www.drogy-info.cz. 2008.
Notes: <http://www.navrcholu.cz>; zobrazeno: 2008-07-04
- Nepustil, P. and Zajdánková, S. (2008) Problémové užívání nelegálních drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí: Závěrečná zpráva z výzkumu. Brno: Malá akademie rozvoje, integrace a spolupráce (MARISA), Sdružení Podané ruce a Institut pro výzkum reprodukce a integrace společnosti.
- NEWTON Media a.s. (2008)
Notes: zobrazeno 22. 5. 2008
- 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: Nепublikovaná část výsledků
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006) Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007a) Kalendář akcí na stránkách www.drogy-info.cz.
Notes: <http://www.drogy-info.cz/index.php/calendar/>; zobrazeno: 2008-07-17
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007b) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2006.
Notes: Nепublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008a) Certifikované služby pro uživatele návykových látek - stav k 30. 6. 2008.
Notes: Nепublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008b) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat z nízkoprahových zařízení v r. 2007.
Notes: Nепublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008c) Průzkum mezi nízkoprahovými zařízeními zaměřený na poskytování harm reduction materiálu určeného k neinjekčnímu užívání drog.
Notes: Nепublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008d) Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2007.
Notes: Nепublikováno

- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008e) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2007.
Notes: Nепublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES (2008) Lékaři České republiky 2007 - Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
Notes: Nепublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP (2008) Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2007.
Notes: Nепublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Ústav zdravotnických informací a statistiky (2008) Analýza historických dat registrů ÚZIS týkajících se návykových látek. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti .
Notes: Nепublikováno
- Národní protidrogová centrála (2008a) Schéma průběhů správního a trestního řízení ve vztahu k drogovým přestupkům a trestným činům. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
- Národní protidrogová centrála (2008b) Souhrnná zpráva o zachycených varnách pervitinu v r. 2007. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
Notes: Nепublikováno
- Národní protidrogová centrála (2008c) Tiskové prohlášení: Alarmující situace v oblasti hydroponního pěstování marihuany s vysokým obsahem THC na území ČR . Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
Notes: http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/rs_atlantic/policie/prezidium/protidrogova/; zobrazeno: 2008-09-05
- Národní protidrogová centrála (2008d) Výroční zpráva za rok 2007. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
Notes: <http://web.mvcr.cz/archiv2008/policie/prezentace/npdc.html>; zobrazeno: 2008-09-05
- Národní protidrogová centrála (2008e) Záchyty drog v r. 2007 podle objemu. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
Notes: Zpracováno pro NMS
- Národní protidrogová centrála (2008f) Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2007. Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
Notes: Zpracováno pro NMS
- o. s. Progressive (2008) Informace o projektu NON STOP 24 - prodejní automaty na harm reduction materiál pro injekční uživatele drog.
Notes: Nепublikováno
- Oulická, Z. (2008) Faktory ovlivňující tvorbu ceny na drogovém trhu v ČR. Praha: Vysoká škola ekonomická, Fakulta národohospodářská.
Notes: Bakalářská práce
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2004) Sněmovní tisk 744. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=4&T=744>; zobrazeno: 2008-07-08
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2007a) Sněmovní tisk 251 – Vládní návrh na vydání o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=5&T=251>; zobrazeno: 2008-09-05
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2007b) Zápis z 1. schůze podvýboru pro problematiku civilizačních onemocnění a závislostí. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=8883>; zobrazeno: 2008-07-01
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2007c) Sněmovní tisk 223 – Vládní návrh zákona o léčivech, historie projednávání. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=5&T=223>; zobrazeno: 2008-07-16

- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2007d) Sněmovní tisk 142/2 – Usnesení HV k tisku 142/0. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&v=HV&ct=111&ct1=0>; zobrazeno: 2008-07-16
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2007e) Zápis z 11. schůze výboru pro zdravotnictví dne 11. a 12. září 2007. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=11450>; zobrazeno 2008-07-08
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2007f) Sněmovní tisk 223/2 – Pozměňovací a jiné návrhy k tisku 223/0. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=223&CT1=2>; zobrazeno: 2008-07-03
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2008a) Seznam vyhledaných dokumentů.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/text/seznam.sqw>; zobrazeno: 2008-07-02
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2008b) Výbor pro evropské záležitosti – stránky výboru.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?k=501><http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?k=501>; zobrazeno: 2008-07-16
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2008c) Usnesení Výboru pro zdravotnictví č. 44/2008. Praha : Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=24856>; zobrazeno: 2008-07-02
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2008d) Sněmovní tisk 410 – Vládní návrh na vydání zákona, trestní zákoník. Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=5&T=410>; zobrazeno: 2008-07-08
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2008e) Praha: Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna.
Notes: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=5&t=411>; zobrazeno: 2008-07-08
- Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna (2008f) 28. schůze – ministr Jiří Pospíšil, stenoprotokol.
Notes: www.psp.cz/eknih/2006ps/stenprot/028schuz/s028103.htm; zobrazeno: 2008-03-14
- Penc, S. (2007) Zdravě žít, svobodně myslet.
Notes: Plakát; v elektronické podobě zveřejněn na www.kozy.cz; staženo: 2007-10-08
- Petroš, O., Mravčík, V. and Korčíšová, B. (2005) Spotřeba drog problémovými uživateli. Adiktologie 5, 49-59.
- Plaček, Š. (2008-06-11) Sekta chce na sebe kampaněmi strhnout pozornost. Brněnský deník Události a témata edn, str. 9 Vltava-Labe-Press. Události a témata.
- Plaček, Š. and Rothová, E. (2008-06-01) Školákům o drogách přednáší scientologové. Boleslavský deník Téma deníku edn, str. 9 Vltava-Labe-Press. Téma deníku.
- Polanecký, V., Studničková, B., Benáková, Z., Šeblová, J. and 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. and 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. and Železná, Z. (2005) Výroční zpráva ČR 2004. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. and Železná, Z. (2004) Výroční zpráva ČR 2003. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J. and Bártů, I. (2003) Výroční zpráva ČR 2002. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J. and Hančlová, H. (2002) Epidemiologie drog a uživatelů drog, ČR 2001. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.

- Prajsová, J. and Csémy, L. (2008) Postoje společnosti k problematice drog. Vývoj postojů společnosti k osobám užívajícím drogy, k řešení problémů s drogami a k legalizaci marihuany v letech 1996-2006. Praha : CEPROS, o.p.s., Státní zdravotní ústav a Lékařské informační centrum.
Notes: <http://www.cepros.cz/veda-a-vyzkum/zmeny-postoje-spolecnosti-k-drogam-mezi-roky-1996-a-2006.html>; zobrazeno: 2008-09-05
- Probační a mediační služba ČR (2008) Přehled trestných činů uživatelů drog v r. 2007.
Notes: Nepublikováno
- Procházka, M. (2008) Nelegální obchod s drogami – trh jako každý jiný? Praha: Vysoká škola ekonomická, Fakulta národohospodářská.
Notes: Bakalářská práce
- Provazník, K. (1998) Prevence poruch zdraví dětí a mládeže. In: Provazník, K.e.al., (Ed.) Manuál prevence v lékařské praxi, Praha: Státní zdravotní ústav]
- Radimecký, J. (2006) Prostě řekni NE drogám – řekni ANO životu v podání českých scientologů - vymývání mozků nebo primární prevence?
Notes: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/69/198/Proste-rekni-NE-drogam-rekni-ANO-zivotu-v-podani-ceskych-scientologu-vymyvani-mozku-nebo-primarni-prevence-.html>; zobrazeno: 2008-08-28
- Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2008a) Nehodovost na pozemních komunikacích v České republice za rok 2003–2007 . Praha: Ministerstvo vnitra.
- Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2008b) Plnění úkolů akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007–2009 – předložení vyhodnocení za rok 2007. Praha: Ministerstvo vnitra.
Notes: Interní materiál, poskytnuto NMS
- Řekni NE drogám – Řekni ANO životu . Cykloběh za ČR bez drog. 2008.
Notes: <http://www.rekninedrogam.cz/cyklobeh.html>; zobrazeno: 2008-07-17
- Řezníčková, M. and Nedvěd, T. (2004) Zkušenosti terénních pracovníků s uživateli Subutexu na otevřené drogové scéně. Adiktologie 4, 410-411.
- Saferparty.cz (2008) Informace o projektu Safer Party 2008.
Notes: <http://www.saferparty.cz>; zobrazeno: 2008-07-31
- SANANIM (2007a) Kampaň Drogy a rodiče. Praha: o.s. SANANIM, MŠMT ČR a Nadace České spořitelny.
Notes: Tisková zpráva
- SANANIM (2007b) Webová aplikace a monitorovací dotazníky pro hodnocení v oblasti hodnocení drogové primární prevence na školách (tisková zpráva ze dne 4. 12. 2007). Praha : o.s. SANANIM.
Notes: http://www.odrogach.cz/monitorovaci_dotazniky/; zobrazeno: 2008-09-05
- SANANIM (2008) Promile INFO – Alkohol pod kontrolou. Praha: o. s. SANANIM.
Notes: Tisková zpráva ze dne 17. 4. 2008; <http://www.promile.info/aktualita-44/tiskova-zprava---alkohol-pod-kontrolou.html>; zobrazeno 2008-09-05
- sever.nacionaliste.com. Pochod proti toleranci a legalizaci drog v Děčíně. 2008.
Notes: Pozvánka; <http://decin.cz/pochod-proti-toleranci-a-legalizaci-drog-v-decine>; zobrazeno: 2008-07-17
- Soukal, J., Růžička, V., Beneš, P. and Žáková, M. (2007) Závěrečná zpráva: Pilotní monitoring situace v oblasti rizikového chování v okrese Žďár nad Sázavou. Centrum prevence Ponorka, Nadosah - centrum prevence, KC Spektrum, PPP Žďár nad Sázavou a Centrum adiktologie 1. LF UK v Praze.
- Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP (2007) Vyjádření k projektu Revoluční vlak. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP .
- Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie (1999) Stanovisko Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie k problematice výpočtů koncentrace etanolu v krvi. Soudní lékařství 44, 55
- Strana zelených. SZ pro dekriminální, tisková zpráva. 2008a.
Notes: <http://drogy.zeleni.cz/4550/clanek/sz-pro-dekriminální>; zobrazeno: 2008-07-07
- Strana zelených. V politice chybí logika. 2008b.
Notes: <http://drogy.zeleni.cz/6963/clanek/v-politice-chybi-logika/>; zobrazeno: 2008-07-03

- stred.nacionaliste.com. Autonomní nacionalisté demonstrovali v Děčíně proti drogám. 2008.
Notes: Článek + fotografie; <http://stred.nacionaliste.com/view.php?navezclanku=aktualizovano-autonomni-nacionaliste-demonstrovali-v-decine-proti-drogam-foto&cislocclanku=2008060005>; staženo: 2008-07-17
- Studničková, B., Benáková, Z., Šeblová, J. and Zemanová, R. (2008) Výroční zpráva - ČR 2007. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.
- Státní zdravotní ústav Praha (2008) Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2007. Praha: Státní zdravotní ústav, Národní referenční laboratoř pro AIDS.
Notes: <http://www.aids-hiv.cz/udajevCR.html>; zobrazeno: 2008-09-05
- Suchá, V. (2008-05-03) Škola chce testovat sliny dětí na drogy. Úřady nejasají. Aktuálně.cz
Notes: <http://aktualne.centrum.cz/domaci/zivot-v-cesku/clanek.phtml?id=603858>; zobrazeno: 2008-05-03
- Svobodová, M. (2008-08-11) Dva lékárnici přišli o licenci kvůli drogám. Lidové noviny.
- Šefránek, M. (2008) Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách. Praha: o.s. SANANIM.
Notes: Nepublikované výsledky; viz též <http://www.terapeutickekomunity.org/evaluace-vysledku-lecby-v-terapeuticke-komunitě-evltk/>; zobrazeno: 2008-09-05
- ŠIK CZ, s.r.o. (2008) Školní informační kanál. ŠIK CZ, s.r.o.
Notes: Informace zveřejněné na internetové stránce projektu www.sikcz.cz; zobrazeno: 2008-04-08
- Škařupová, K. (2007) Dotazníková studie Tanec a drogy 2007 – předběžné výsledky. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
Notes: Nepublikováno
- Šupková, D. (2008) Závislost jako jeden z aspektů života bezdomovců. Adiktologie 1, 45-51.
- Šupková, D., Pešek, J., Trnka, L., Vidovičová, H. and Volná, J. (2007) Zdravotní péče o bezdomovce v ČR. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Šíp, J., Škvařilová, O. and Ženíšková, J. (2008) Zpráva za programy služeb pro uživatele drog ve vazebních věznicích a ve výkonu trestu, realizovaných organizacemi v sekci Drogové služby ve vězení Asociace nestátních organizací za rok 2007.
- Tisková kancelář Scientologické církve pro ČR a SR. Co dělá Scientologická církev ohledně drog? – Protidrogový projekt: Řekni ne drogám – řekni ano životu. 2008.
Notes: <http://www.scientologie.cz/tisk/index.php?display=page&ID=22&pg=2&version=CZ>; zobrazeno: 2008-07-17
- Trávníčková, I. and Zeman, P. (2008) Možnosti trestní justice v protidrogové politice II. (empirická část). Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. 978-80-7338-059-5.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2007) Údaje v registru substituční léčby – rok 2006, Aktuální informace č. 11/2007. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2008a) Psychiatrická péče 2007. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2008b) Registr substituční léčby. Praha: ÚZIS ČR.
Notes: Měsíční informace a výstupy pro NMS
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2008c) Údaje v registru substituční léčby – rok 2007, Aktuální informace č. 24/2008. 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) Zdravotnická ročenka České republiky 2006. Praha: ÚZIS ČR. 978-80-7280-736-9.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2008) Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu ECHIS 2008. Praha: ÚZIS ČR.
Notes: http://www.uzis.cz/news.php?article=850&order=&sort=&mnu_id=1100; zobrazeno: 2008-09-05

- Vacek, J. (2008) Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Praha 2, 2007. Tišnov: Sdružení SCAN.
Notes: Závěrečná zpráva z výzkumu
- Vaculík, Josef. Cyklo-běh proti drogám. 2008.
Notes: <http://www.josefvaculik.cz/page/67969.cyklo-beh-proti-drogam/>; zobrazeno: 2008-07-17
- Vandasová, J. and Malý, M. (2008) Vyšetření na HIV u injekčních uživatelů drog v ČR.
Notes: Nepublikováno
- Vavřínková, B. and Binder, T. (2007a) Socioekonomická data, průběh těhotenství a porodu u žen závislých na opioidech a na substituční terapii. Česká gynekologie 72, 330-335.
- Vavřínková, B. and Binder, T. (2007b) Vliv substituční terapie na porodní hmotnost novorozence, poporodní adaptaci, trofiku a průběh abstinčního syndromu novorozence. Česká gynekologie 72, 247-253.
- Večeřová-Procházková, A., Csémy, L., Staňková, Z., Molnářová, M., Jacobs (Exnerová), P., Kožený, J., Kobližková, R., Čápková, E. and Peláková, K. (2007) Retence v substitučním programu buprenorfinem. Čes. slov. Psychiat. 103, 329-335.
- Vorlová, K. and Mravčík, V. (2008) Drogy a řízení. Zaostřeno na drogy 6, 1-12.
- Václavková, B. and Černý, M. (2008) Seznam a definice výkonů v oblasti primární prevence. o.s. Prev-Centrum.
Notes: Verze číslo 6
- Větrovec, M. and Porubský, P. (2008) Srovnání klientely Kontaktního centra a Terénních programů o. s. SANANIM v Praze.
Notes: Příspěvek na XIV. mezinárodní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 47. mezinárodní konferenci AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP (AT konference), Měříň, 11. – 14. 5. 2008
- Zeithammerová, L. (2008) Kontext užívání přírodního opia u klientů kontaktního centra SANANIM v Praze – bakalářská práce oboru adiktologie 1. LF UK v Praze.
- Zprávy ODS.cz – Radiofórum (2008) Zprávy ODS.cz – Boris Šťastný: Radiofórum.
Notes: <http://zpravy.ods.cz/prispevek.php?ID=6730>; zobrazeno: 2008-07-07
- Zábranský, T. (2007) Methamphetamine in the Czech Republic. Journal of Drug Issues 37, 155-180.
- Zábranský, T., Csémy, L. and Grohmannová, K. (2008) Úmrtnost první vlny velmi mladých problémových uživatelů drog v ČR.
Notes: V tisku
- Zábranský, T. and Janíková, B. (2008) Studie Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA) – souhrnná zpráva.
Notes: Nepublikováno

VÝROČNÍ ZPRÁVA O STAVU VE VĚCECH DROG V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2007

- Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR vydává Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS). Poprvé byla v knižní podobě vydána v r. 2001. Zpráva se zpracovává podle osnovy zadané Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) se sídlem v Lisabonu.
- Distribuci zajišťuje vydavatel. Elektronická verze je k dispozici na drogovém informačním portálu, na adrese www.drogy-info.cz (česky a anglicky).

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), Zábranský, 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 maskovat etické otázky ve výzkumu závislosti, Uhl, A., 978-80-87041-39-0

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), Zábranský, 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

Průvodce léčbou v terapeutické komunitě, Preston, A., Malinowski, A. a Šefránek, M., ISBN 978-80-87041-28-4

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, Zábranský, 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., Stoever, H., Laticevschi, D., Nelles, J., ISBN 80-86734-79-X

Výroční zpráva 2003 – Stav ve věcech drog v přístupujících a kandidátských zemích EU, kolektiv, 2004, ISBN 80-86734-17-X



neprodejné