



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015

> 2015



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015

Viktor Mravčík, Pavla Chomynová, Kateřina Grohmannová, Barbara Janíková,
Zuzana Tion Leštinová, Zdeněk Rous, Lucia Kiššová, Jan Kozák, Blanka Nechanská, Tomáš
Vlach, Tereza Černíková, Hana Fidesová, Lucie Jurystová, Jiří Vopravil

Praha, září 2016

Z pověření vlády České republiky a pro potřeby Evropského monitorovacího centra pro
drogy a drogovou závislost

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI
SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015

© Úřad vlády České republiky, 2016

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

tel.: +420 224 002 111

www.drogy-info.cz

Editor/ MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

Odpovědný redaktor/ Mgr. Lucie Grolmusová

Spolupráce na vizualizaci dat/ Visual Data, www.visualdata.cz

Spolupráce na grafickém vzhledu/ Missing Element, www.missing-element.com

Zpráva byla projednána Poradním výborem RVKPP pro sběr dat o závislostech. Dne 27. října 2016 výroční zprávu schválila Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Dne 23. listopadu 2016 zprávu projednala vláda ČR.

Pro bibliografické citace/

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KÍŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J. 2016. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015 [Annual Report on Drug Situation 2015 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 978-80-7440-156-5

Obsah

Úvod.....	1
Souhrn.....	3
Kapitola 1: Národní protidrogová politika a její kontext.....	15
1.1 Legislativní rámec.....	15
1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace	21
1.3 Rozpočty a financování.....	30
Kapitola 2: Užívání drog v populaci.....	43
2.1 Užívání drog v obecné populaci.....	43
2.2 Postoje k užívání návykových látek.....	50
2.3 Užívání drog ve školní populaci.....	54
2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace.....	69
Kapitola 3: Prevence	77
3.1 Politika a strategie v oblasti prevence	77
3.2 Preventivní působení prostředí – environmentální prevence.....	80
3.3 Všeobecná prevence.....	82
3.4 Selektivní a indikovaná prevence.....	85
3.5 Mediální a informační kampaně.....	87
Kapitola 4: Problémové užívání drog.....	93
4.1 Odhady počtu problémových uživatelů drog.....	93
4.2 Vzorce a charakteristiky problémového užívání drog	99
Kapitola 5: Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog.....	109
5.1 Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislostí	109
5.2 Síť specializované adiktologické péče	111
5.3 Charakteristiky léčené populace.....	128
5.4 Trendy léčených uživatelů drog.....	144
Kapitola 6: Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	147
6.1 Infekce spojené s užíváním drog.....	147
6.2 Další zdravotní důsledky a souvislosti užívání drog	158
6.3 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog.....	163
Kapitola 7: Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	173
7.1 Legislativní rámec a strategie v oblasti snižování rizik	173
7.2 Prevence předávkování.....	173
7.3 Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog.....	174
7.4 Programy v prostředí zábavy.....	183
Kapitola 8: Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog	187
8.1 Socioekonomická situace uživatelů drog	187
8.2 Užívání drog v sociálně vyloučených lokalitách a ve znevýhodněných skupinách	194
8.3 Následná péče a sociální reintegrace.....	201
Kapitola 9: Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení.....	207
9.1 Primární drogová kriminalita	207
9.2 Sekundární drogová kriminalita	216
9.3 Uživatelé drog ve vězení	218
Kapitola 10: Drogové trhy	227
10.1 Produkce, spotřeba, dovoz a vývoz drog.....	227
10.2 Záchyty drog.....	233
10.3 Ceny a čistota drog.....	236

Přílohy	239
Vybrané stránky s drogovou tematikou na českém internetu	239
Zkratky	241
Seznam tabulek, grafů a obrázků	243
Rejstřík	251
Použitá literatura	255

Úvod

Tato zpráva je v pořadí čtrnáctou zprávou Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS) o drogové situaci v České republice. Zabývá se téměř výhradně nelegálními či pouličními drogami, nikoliv tedy primárně alkoholem, tabákem nebo hazardním hraním. Situaci v ČR v oblasti hazardního hraní a jeho dopadů podrobně monitorují výroční zprávy NMS o hazardním hraní.¹ Výskytu, vzorcům a dopadům užívání alkoholu a tabáku se podrobně věnují samostatné výroční zprávy zpracováváné Státním zdravotním ústavem v Praze.²

Národní monitorovací středisko děkuje za pomoc a spolupráci při zpracování této výroční zprávy všem svým spolupracovníkům, členům pracovních skupin, organizacím, institucím a orgánům, kteří poskytli data a informace, které shromáždili při své činnosti nebo ve svých výzkumných projektech, a kteří přispěli k jejich souhrnné interpretaci a k sestavení této zprávy.

¹ <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-hazardním-hraní-v-ceske-republice-v-roce-2015/> [2016-07-21]

² <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-zavislosti> [2016-07-21]



Souhrn

Protidrogová politika

- Odpovědnost za realizaci národní protidrogové politiky nese vláda. Jejím poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) se svým systémem výborů a pracovních skupin. V souvislosti s konceptem integrované protidrogové politiky vláda v říjnu 2014 rozšířila mandát RVKPP a zvýšila počet členů RVKPP, o další členy byla rozšířena v červenci 2016. V současné době je členy RVKPP 19 vysokých představitelů státní správy, krajů, odborných obcí i nestátních organizací.
- Po první revizi Národní strategie 2010–2018 z prosince 2014, která rozšířila strategii o oblast hazardního hraní a alkoholu, schválila vláda v lednu 2016 druhou revizi rozšiřující strategii o kontrolu tabáku. Od r. 2015, resp. 2016 má strategie 4 akční plány: pro hazardní hraní, k omezení škod působených alkoholem, pro oblast kontroly tabáku (všechny na období 2015–2018) a pro nelegální drogy (na období 2016–2018).
- V únoru 2016 vláda projednala vyhodnocení akčního plánu na období 2013–2015. Úplně nebo částečně se podařilo splnit 82 z celkových 100 aktivit. Vyhodnocení konstatuje, že ze 4 priorit se nepodařilo plnit aktivity zaměřené na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů. Zásadní pro existenci sítě služeb je, že se nepodařilo zavést systémové změny v zajištění a financování protidrogové politiky.
- Protidrogová politika 12 krajů vychází z krajských protidrogových strategických dokumentů (v r. 2014 to bylo 11 krajů, nová samostatná strategie pro protidrogovou politiku byla v r. 2015 schválena v Ústeckém kraji), ve 2 krajích (Středočeském a Plzeňském) je protidrogová politika součástí širší strategie pro oblast sociální politiky nebo prevence kriminality.
- Funkce krajského protidrogového koordinátora je ustavena ve všech krajích s výjimkou Moravskoslezského. Pozice místního protidrogového koordinátora byla v r. 2015 ustavena ve všech 22 pražských městských částech a ve 188 obcích s rozšířenou působností (184 v r. 2014) z celkového počtu 205.

Legislativa a regulace

- V červnu 2015 schválila vláda návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který má nahradit zákon č. 379/2005 Sb. Poslanecká sněmovna jej však ve třetím čtení v květnu 2016 jako celek neschválila, a to zejména kvůli neshodám týkajícím se rozsahu zákazu kouření v provozovnách stravovacích služeb. Vláda jej po doplnění o pozměňovací návrhy, které byly schváleny ve třetím čtení (s výjimkou zejména pozměňovacího návrhu povolujícího kouření v provozovnách stravovacích služeb), obratem znovu schválila a poslala do dalšího legislativního procesu v parlamentu. Návrh zákona však ve srovnání se zákonem č. 379/2005 Sb. postrádá některá ustanovení týkající se koordinace protidrogové politiky na krajské a obecní úrovni a ustanovení týkající se specializovaných adiktologických služeb.
- V r. 2015 došlo k rozšíření seznamu omamných a psychotropních látek (OPL), který je stanoven v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o 19 nových syntetických drog. Zároveň došlo k rozšíření seznamu prekurzorů, který je stanoven nařízením vlády č. 458/2013 Sb., o chlorované deriváty efedrinu a pseudoefedrinu, které slouží k nelegální výrobě pervitinu.
- Nejvyšší soud v r. 2015 konstatoval v jednom ze svých rozhodnutí o dovolání, že každé neoprávněné nakládání s OPL ve smyslu výroby a distribuce není možné vždy posoudit jako trestný čin, neboť je potřeba přihlížet ke konkrétním okolnostem případu z hlediska povahy a závažnosti trestného činu. Posuzovaný případ se týkal nedovoleného nakládání s léčivem obsahujícím OPL, kdy odsouzenou byla lékařka. Nejvyšší soud tak opět připomněl, že je potřeba přihlížet ke konkrétním okolnostem z hlediska povahy a závažnosti trestného činu a že stát má

uplatňovat prostředky trestního práva zdrženlivě a jako krajní prostředek po vyčerpání řešení prostřednictvím občanského, obchodního či správního práva.

- V r. 2016 byla v ČR novelou zákona o potravinách a tabákových výrobcích a navazující vyhláškou transponována většina ustanovení směrnice 2014/40/EU stanovující podrobné podmínky pro uvádění tabákových výrobků, elektronických cigaret (s obsahem nikotinu) a bylinných výrobků určených ke kouření na trh. Od září 2016 tak budou tabákové výrobky opatřeny novým kombinovaným zdravotním varováním včetně obrázků znázorňujících onemocnění a další negativní dopady kouření a kontakt na odbornou pomoc s odvykáním kouření (v ČR na web koureni-zabiji.cz). Připravuje se rovněž vyhláška týkající se uvádění elektronických cigaret a bylinných výrobků určených ke kouření na trh.

Financování

- V r. 2015 činily identifikované účelově určené výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy na protidrogovou politiku celkem 1442,4 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 1174,1 mil. Kč a z místních rozpočtů 268,3 mil. Kč, z toho z krajů šlo 198,3 mil. Kč a z obcí 69,9 mil. Kč. Oproti předchozímu roku došlo k nárůstu výdajů, nárůst se týká především rozpočtu Policie ČR a také MPSV. Došlo rovněž k nárůstu výdajů z místních rozpočtů, zejména krajů. Podle oblastí protidrogové politiky došlo k nárůstu výdajů na všechny typy služeb včetně prevence, harm reduction, léčby, následné péče i prosazování práva.
- Výdaje ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2014 činily 1583 mil. Kč (v r. 2013 to bylo 1467 mil. Kč, v r. 2012 1597 mil. Kč), z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem bylo vydáno 1062 mil. Kč a na léčbu poruch způsobených nealkoholovými drogami 520 mil. Kč. Část, která byla spotřebována adiktologickými (AT) programy, dosáhla 256 mil. Kč (214 mil. Kč v r. 2013).
- Poskytovatelé služeb z řad nestátních organizací provedli v r. 2016 analýzu podmínek dotačních řízení ministerstev a krajů v oblasti protidrogové politiky, která ukázala, že současný vícezdrojový dotační systém financování služeb je komplikován množstvím nejednotných a často protichůdných pravidel ve všech fázích dotačních řízení. Nastavení dotačních titulů je z celkového pohledu nesystémové a nekoncepční. Tyto zásadní rozdíly v dotačních řízeních mají výrazný negativní dopad na poskytovatele služeb i donátory a ohrožují existenci základní sítě služeb.

Užívání drog v populaci

- Užití některé nelegální drogy alespoň jednou v životě uvedlo v r. 2015 celkem 34,5 % dotázaných ve věku 15–64 let (43,2 % mužů a 25,7 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogou jsou v ČR dlouhodobě konopné látky, které někdy v životě vyzkoušela přibližně čtvrtina (29,5 % v r. 2015), v posledních 12 měsících přibližně desetina (9,3 %) a v posledních 30 dnech 3,3 % dospělé populace. Prevalence užití konopných látek v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech je výrazně vyšší u mladých dospělých ve věku 15–34 let (18,8 %, resp. 6,7 %).
- Míra celoživotních zkušeností s ostatními nelegálními drogami je na výrazně nižší úrovni – extázi někdy užilo 6,3 %, halucinogenní houby 5,4 %, pervitin 4,4 % a LSD 3,1 % populace ve věkové skupině 15–64 let. Míra celoživotních zkušeností s ostatními nelegálními drogami je nižší než 1,0 %.
- Míra aktuálních zkušeností s jinými než konopnými drogami je velmi nízká. V horizontu posledních 12 měsíců užilo extázi 1,3 % a halucinogenní houby 1,1 % dospělé populace (u ostatních drog byly prevalence pod 1 %). Mezi mladými dospělými do 35 let byla prevalence v posledních 12 měsících u extáze 3,5 %, u pervitinu a halucinogenních hub shodně 2,2 %. V průběhu posledních 30 dní užilo jinou nelegální drogu než konopí méně než 1 % populace ve věku 15–64 i 15–34 let.

- Při pohledu na dlouhodobé trendy je patrná relativně stabilní míra užití konopných látek ve věkových skupinách 15–64 i 15–34 let. V r. 2015 došlo v horizontu posledních 12 měsíců k mírnému meziročnímu poklesu míry užití konopných látek (z 11,4 % na 9,4 %) a extáze (z 1,6 % na 1,3 %). Ve věkové skupině mladých dospělých (15–34 let) lze v horizontu posledních 12 měsíců sledovat pokles míry užívání konopných látek, zatímco míra užívání ostatních nelegálních drog zůstala na stejné úrovni. Výjimku však tvoří věková skupina 15–19 let, kde byl zaznamenán další nárůst míry aktuálního užívání konopných látek.
- Zkušenost s novými drogami (syntetickými nebo rostlinnými) někdy v životě uvedlo v r. 2015 celkem 4,5 % a v posledních 12 měsících 1,2 % dospělých osob. Celkem 2,6 % respondentů (4,9 % mužů a 0,2 % žen) uvedlo zkušenost s užitím anabolických steroidů.
- Léky se sedativním a hypnotickým účinkem nebo léky s obsahem opioidů užívané proti bolesti užilo někdy v životě bez lékařského předpisu nebo v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka 36,8 % dotázaných, 19,5 % je užilo v posledních 12 měsících a 6,3 % v posledních 30 dnech. Míra užívání léků je ve všech třech sledovaných horizontech vyšší u žen.
- Pokud jde o užívání drog mezi dětmi a mládeží ve věku 14–15 let, v mezinárodní studii HBSC v r. 2014 uvedlo kouření cigaret v posledních 30 dnech 22 % osob, 12 % kouřilo denně. Denní kouření uváděly častěji dívky, chlapci však byli silnějšími kuřáky. Pět a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti třikrát nebo častěji v posledních 30 dnech uvedlo 10 % chlapců a 7 % dívek. Ve srovnání s předchozí vlnou studie, realizovanou v r. 2010, byl v ČR stejně jako ve většině evropských zemí zaznamenán pokles výskytu pravidelného kouření i pravidelné konzumace alkoholu. Obdobně byl zaznamenán i pokles zkušeností s užitím konopných látek někdy v životě (z 31 % v r. 2010 na 24 % v r. 2014).
- V r. 2015 byla realizována již 6. vlna mezinárodní studie ESPAD. Celkem 66,1 % 16letých někdy v životě kouřilo cigarety, 29,9 % kouřilo v posledních 30 dnech, 16,4 % kouří denně a 4,5 % kouří denně 11 a více cigaret. Alkohol pilo v posledních 30 dnech 68,5 % 16letých, 41,9 % pilo v posledních 30 dnech 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti, pití nadměrných dávek alespoň jednou týdně uvedlo 12,1 % studentů. Průměrný věk první zkušenosti s cigaretou byl 11,9 roku, průměrný věk konzumace první sklenice alkoholu 12,6 roku.
- Nějakou nelegální drogu vyzkoušelo někdy v životě 37,4 % 16letých studentů, nejčastěji šlo o konopné látky (36,8 %), 2,7 % vyzkoušelo extázi, 3,8 % LSD a halucinogeny, 3,3 % halucinogenní houby, 1,4 % pervitin, 1,4 % kokain a méně než 1,0 % ostatní nelegální drogy. Průměrný věk první zkušenosti s konopnými látkami byl 14,5 roku.
- Ve srovnání s r. 2011 došlo k výraznému poklesu prevalence kouření cigaret u 16letých, a to jak u jednorázových zkušeností s cigaretami, tak u denního i silného kouření (tj. kouření 11 a více cigaret denně). Výraznější pokles byl zaznamenán u chlapců, rozdíly mezi chlapci a dívkami se vyrovnávají.
- V r. 2015 došlo rovněž k výraznému poklesu konzumace alkoholu uváděné 16letými, včetně pravidelného a rizikového užívání. U všech sledovaných ukazatelů byl zaznamenán pokles u chlapců i u dívek, v případě časté konzumace alkoholu došlo k poklesu u všech druhů alkoholických nápojů. Preferovaným nápojem mezi 16letými zůstává dlouhodobě pivo, za ním následují destiláty; tři čtvrtiny konzumentů alkoholu v posledních 30 dnech jej pily v hospodě, restauraci, baru nebo na diskotéce.
- V r. 2015 pokračoval nárůst průměrného věku první zkušenosti s cigaretou a alkoholem pozorovaný ve studii ESPAD již mezi I. 2007 a 2011. Konzumace návykových látek včetně konopných drog se tak postupně posouvá do vyššího věku.
- Dále pokračoval v r. 2015 pokles míry zkušeností mládeže s nelegálními drogami, který byl zjištěn již mezi I. 2007 a 2011. Pokles byl zaznamenán u všech sledovaných nelegálních drog včetně konopných látek. K poklesu zkušeností s konopím došlo zejména v případě opakovaného užívání. K významnému poklesu zkušeností s užitím konopných látek došlo

u chlapců, u dívek se situace v posledních letech nezměnila a zkušenosti chlapců a dívek se v r. 2015 vyrovnaly.

- V evropském kontextu jsou zkušenosti českých 16letých nadprůměrné, zejména se to týká celoživotních zkušeností s užitím legálních i nelegálních drog. Nejvyšších hodnot dosahují v kouření cigaret a konzumaci alkoholu v posledních 30 dnech a ve zkušenostech s legálními látkami ve věku do 13 let. V oblasti nelegálních drog uvádějí čeští 16letí nejvyšší míru užití konopných látek v životě i v posledních 12 měsících. Zkušenosti s užitím jiných než konopných drog jsou u českých studentů srovnatelné s průměrem evropských zemí.
- Rozsah užívání návykových látek se nadále liší s ohledem na typ studované školy – vyšší výskyt užívání legálních i nelegálních drog, a to téměř dvojnásobně vyšší oproti studentům ostatních typů škol, vykazovali studenti středních škol bez maturity a odborných učilišť.
- V míře užívání návykových látek neexistují výrazné rozdíly mezi romskými a neromskými dětmi. Romské děti jsou častěji pravidelnými kuřáky tabáku a i přes nižší prevalenci konzumace alkoholu častěji uvádějí rizikové formy pití. Zkušenosti s užitím konopných látek jsou srovnatelné, zkušenosti s ostatními drogami uváděly romské děti nižší.
- Existují populační skupiny ve zvýšeném riziku užívání návykových látek. Vyšší míru užívání drog vykazují např. mladí dospělí v prostředí noční zábavy. Vysoce rizikovou kategorií jsou dospívající, kteří jsou pro problémy s užíváním návykových látek umístěni v diagnostických nebo výchovných ústavech a kteří vykazují mnohonásobně vyšší zkušenosti než jejich vrstevníci v obecné populaci.
- Další populační skupinou s poměrně vysokou mírou užívání návykových látek jsou vězni. V r. 2016 byla realizována 4. vlna dotazníkové studie mezi odsouzenými vězni. Podle předběžných výsledků mělo někdy v životě alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou 59 % respondentů. Kromě tabáku a alkoholu šlo nejčastěji o zkušenost s konopnými látkami, pervitinem či amfetaminy a extází. V posledních 12 měsících před nástupem do vězení užilo nějakou nelegální drogu 46 % a v posledních 30 dnech před nástupem 36 % dotázaných.
- Existují jednotlivci nebo skupiny osob, kteří užívají drogy, zejména halucinogeny a delirogeny za účelem sebezkoumání a sebepoznání, duchovního rozvoje apod. (psychonauti). Výskyt psychonautismu v populaci je pravděpodobně velmi omezený, psychedelika se však užívají ve vyšší míře v rekreačním kontextu.
- Postoje obyvatel k užívání návykových látek jsou v ČR dlouhodobě stabilní, aktuálně se snižuje přijatelnost kouření tabáku i konzumace alkoholu, zejména jejich pravidelné užívání. Z dlouhodobých trendů se ukazuje, že lidé jsou málo tolerantní k uživatelům drog nebo k psychicky nemocným.

Intenzivní a problémové užívání drog

- Výskyt kuřáctví i rizikové konzumace alkoholu v české dospělé populaci je dlouhodobě stabilní. V současnosti kouří 31,4 % obyvatel starších 15 let (37,4 % mužů a 25,8 % žen), denně kouří 23,5 % (28,2 % mužů a 19,0 % žen), což představuje cca 2 mil. osob, z toho cca 1,2 mil. mužů. Celkem 56 % současných kuřáků se někdy v minulosti pokusilo s kouřením přestat. Elektronickou cigaretu vyzkoušelo někdy v životě 15 % dospělých osob (20 % mužů a 10 % žen), současné užívání uvedlo 1 %, jde především o současné a bývalé kuřáky.
- Alkohol pije denně nebo téměř denně 12,5 % dotázaných (18,9 % mužů a 6,4 % žen). Do kategorie rizikového pití alkoholu (konzumace více než 60 g alkoholu u mužů a více než 40 g u žen) spadá 7,2 % populace starší 15 let, dalších 6,0 % spadá do kategorie škodlivého pití alkoholu (konzumace 40–60 g alkoholu u mužů a 20–40 g u žen), tj. absolutně 640 tis., resp. 540 tis. dospělých osob.
- Podle posledních dostupných odhadů je v ČR až 200 tis. uživatelů konopí v riziku (2,7 % dospělé populace do 65 let), z nich cca 80 tis. ve vysokém riziku (1,1 %). Jde především o mladé

muže, které lze rozdělit na mladistvé, u kterých je užívání součástí tzv. syndromu rizikového chování v dospívání, a mladé dospělé kolem 30 let, jimž intenzivní užívání způsobuje zdravotní potíže a problémy s fungováním v běžném životě.

- Ze skupiny amfetaminů se v ČR užívá téměř výhradně pervitin (metamfetamin). Opioidy užívané v ČR problémovými uživateli jsou především buprenorfin a v menší míře heroin. Roste míra užívání dalších opioidů, resp. zneužívání opioidních analgetik – fentanyl, morfinu, hydromorfonu a aktuálně oxykodonu, které mohou lokálně představovat nejčastější opioid mezi problémovými uživateli drog (např. v Plzni je tato situace patrná již několik let). Lokálně (např. na Mladoboleslavsku) je aktuálně hlášen nárůst míry užívání heroínu. V letních měsících se stále objevuje užívání surového opia na makových polích. Problémové užívání nových syntetických drog (zejména katinonů nejčastěji nazývaných *funky*) se vyskytuje v omezené a aktuálně spíše klesající míře.
- V r. 2015 bylo v ČR odhadnuto 46,9 tis. problémových uživatelů opioidů a pervitinu dohromady (95% CI: 45,2–48,6 tis.), z toho 34,2 tis. (33,6–34,8 tis.) uživatelů pervitinu, 4,5 tis. (3,3–4,7 tis.) uživatelů heroínu a 7,1 tis. (6,8–7,3 tis.) uživatelů buprenorfinu. Za r. 2015 je poprvé k dispozici odhad problémových uživatelů jiných opioidů, jejich počet dosáhl 1150 (1100–1200). Uživatelů opioidů bylo tedy odhadnuto celkem 12,7 tis. (12,3–13,2 tis.). Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (IUD) dosáhl 43,9 tis. (43,0–44,8 tis.).
- Oproti r. 2014 se odhadovaný počet problémových uživatelů drog (PUD) v r. 2015 mírně snížil, pokles se týká zejména uživatelů pervitinu, u uživatelů opioidů došlo k nárůstu. Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog je tradičně odhadován v Praze a v Ústeckém kraji, tedy současně v oblastech s vysokým výskytem problémových uživatelů opioidů. Nadprůměrnou prevalenci PUD na počet obyvatel vykázaly v r. 2015 také kraje Karlovarský, Liberecký a Jihočeský. Největší relativní meziroční nárůst v r. 2015 se týká kraje Moravskoslezského.
- Výsledky 4. vlny dotazníkové studie mezi odsouzenými vězni z r. 2016 ukazují, že celkem 31 % respondentů uvedlo zkušenost s injekčním užitím drogy alespoň jednou v životě. Za problémové uživatele drog lze označit 31 % vězňů, což v přepočtu na celou populaci odsouzených vězňů představuje 6200 osob.

Zdravotní a sociální důsledky užívání drog

- V r. 2015 byly nově diagnostikovány 3 HIV pozitivní osoby, u kterých došlo k nákaze nejpravděpodobněji injekčním užíváním drog. Séroprevalence HIV mezi injekčními uživateli drog (IUD) zůstává v ČR stále velmi nízká do 1 %. Počet nově hlášených případů VHC u injekčních uživatelů drog se v posledních 3 letech pohybuje kolem 560 případů, podíl IUD je dlouhodobě více než polovina všech nakažených. Prevalence VHC mezi injekčními uživateli drog zůstává na stejné úrovni – pohybuje se v rozmezí cca 15–50 % podle charakteristik souboru vyšetřených. Počet případů VHB u IUD dlouhodobě klesá i díky plošné vakcinaci.
- V Karlovarském a Jihomoravském kraji v r. 2015 a 2016 probíhaly epidemie virové hepatitidy typu A s podílem uživatelů drog 41 %, resp. 51 %.
- Podíl injekční aplikace mezi problémovými uživateli opioidů a pervitinu je stále vysoký, injekčně užívá převážná většina problémových uživatelů pervitinu a opioidů.
- V obecném registru mortality bylo v r. 2015 hlášeno 57 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (48 v r. 2014), z toho bylo 27 předávkování opioidy (14 v r. 2014), 16 případů předávkování stimulantii mimo kokainu, převážně pravděpodobně pervitinem (10 v r. 2014) a 4 těkavými látkami (13 v r. 2014) a 10 blíže neurčenými látkami (11 v r. 2014). K výraznému (téměř dvojnásobnému) nárůstu došlo u smrtelných otrav opioidy.
- Za r. 2015 jsou po dvouleté pauze opět k dispozici data o drogových úmrtích ze soudnělékařských oddělení. Bylo identifikováno 44 případů smrtelných předávkování

nelegálními drogami a těkavými látkami. Psychoaktivní léky byly příčinou předávkování v dalších 60 případech. Ze 44 případů přímých drogových úmrtí bylo 20 případů způsobeno opioidy, 15 pervitinem, 7 těkavými látkami a 1 kokainem. V r. 2015 nebylo ze soudnělékařských oddělení hlášeno žádné úmrtí v důsledku předávkování tanečními drogami typu MDMA nebo novými syntetickými drogami, halucinogeny ani THC. Oproti r. 2012, kdy bylo hlášeno celkem 38 případů, došlo k nárůstu úmrtnosti zejména u opoidů (o 8 případů), mezi kterými se objevily kromě heroinu, morfinu a kodeinových derivátů také hydromorfon, oxykodon, fentanyl a také pravděpodobně surové opium (noscapin).

- V r. 2015 bylo identifikováno 99 úmrtí pod vlivem drog z jiných příčin než předávkování, z toho nejvíce stejně jako v minulosti v důsledku nehod a sebevražd. Z nelegálních drog byl nejvyšší počet případů pod vlivem pervitinu (27) a konopných látek (13).
- V r. 2015 bylo v obecném registru úmrtí identifikováno 342 případů smrtelných předávkování alkoholem (322 v r. 2014), resp. etanolem; metanol byl příčinou otravy ve 2 případech (7 v r. 2014).
- Poprvé byla provedena analýza úmrtí spojených s etanolem také z dat z oddělení soudních lékařství. Bylo identifikováno celkem 815 alkoholových úmrtí, z toho 133 přímých a 682 úmrtí nepřímých úmrtí (z toho nejvíce v důsledku vnějších příčin, jako jsou nehody a sebevraždy).
- Vliv alkoholu na dopravní nehodovost postupně klesá (pod vlivem alkoholu se v r. 2015 stalo 4,9 % nehod), počet ani podíl usmrcených a zraněných při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu se meziročně příliš nezměnil (v r. 2015 tvořili zemřelí při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu 9,4 % všech zemřelých při nehodách). Podíl nelegálních drog na dopravní nehodovosti je o řád nižší než u alkoholu.
- Jsou k dispozici nové informace o užívání návykových látek v těhotenství. Zdá se, že většina uživatelé drog výrazně redukuje v průběhu těhotenství užívání návykových látek, největší pokles nastává ve 3. trimestru (tedy přibližně od 7. měsíce těhotenství). Většina žen navštěvuje prenatální poradnu, ale musí překonávat řadu bariér, zejména negativní přístup personálu, především zdravotních sester. Děti uživatelé se často rodí předčasně a mají nižší porodní hmotnost oproti populačnímu průměru. Velmi často dochází po porodu k separaci dítěte od matky a jeho předání do adopce nebo kojeneckého ústavu. Děti nejsou kojeny dlouho nebo vůbec, dochází rovněž k záměrné zástavě laktace zdravotníky.
- Mezi sociální souvislosti užívání drog patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, zadluženost, problémy ve vztazích s rodinou a blízkými, s bydlením apod., přičemž vztah mezi užíváním návykových látek a socioekonomickým znevýhodněním je oboustranný. Nepříznivá socioekonomická situace představuje významnou bariéru návratu do společnosti a k životu bez drog.
- Socioekonomické údaje o léčených klientech poskytuje nový Národní registr léčby uživatelů drog. U uživatelů nelegálních drog převládalo základní vzdělání (částečně z důvodu nízkého věku), zejména se to v r. 2015 týkalo uživatelů pervitinu (52 %) a konopných látek (61 %). Nezaměstnaní tvořili významný podíl mezi uživateli pervitinu (56 %), opoidů (48 %) a konopných látek (39 %). Stálé bydlení mělo pouze 56 % uživatelů pervitinu, 72 % uživatelů opoidů a 66 % uživatelů konopných látek. Jinou národnost než českou uvedla 4 % uživatelů, z toho nejčastěji romskou (2 % uživatelů nelegálních drog) a slovenskou (1 %).
- Dostupnost bydlení pro problémové uživatele návykových látek je nízká. Týká se to i zařízení přechodného bydlení (azylových domů apod.), neboť uživatelé drog jsou často odmítáni, zejména pokud jsou pod vlivem návykové látky. Získání trvalého bydlení komplikuje zadluženost a případná výše kaucí, na kterou uživatelé drog nedosáhnou. Uživatelé drog bez domova se za možností přechodného bydlení stěhují do větších měst.
- Uživatelé návykových látek mají problémy s uplatněním na trhu práce, často pracují na černo a stávají se obětmi podvodů a neseriózního jednání (např. nevyplacení mzdy). Bariérami při

získání zaměstnání jsou dlouhodobá nezaměstnanost, záznam v trestním rejstříku, nedostatečné pracovní návyky i závislost jako taková.

- Většina klientů adiktologických služeb má dluhy, nejčastěji ve výši několika set tisíc Kč. U problémových uživatelů nelegálních drog jsou nejčastější příčinou zadlužení nedoplatky na sociálním a zdravotním pojištění, neuhrazené platby za telefon nebo pokuty (typicky za jízdu na černo), u uživatelů alkoholu a patologických hráčů to jsou především bankovní půjčky a spotřebitelské úvěry. Pro významnou část problémových uživatelů drog je zadluženost obtížně řešitelná, často nedosáhnou na podmínky osobního bankrotu. Na většinu je uvalena exekuce a potom je pro ně výhodnější pracovat nelegálně nebo nepracovat vůbec.
- Rodičovství a výchova dětí jsou u uživatelů drog, zejména matek, spojeny s řadou problémů, které však lze často úspěšně řešit s podporou adiktologických a sociálních služeb. Matky – uživatelky drog však často naráží na špatnou místní i časovou dostupnost služeb, vysoké finanční náklady na dojíždění do léčby nebo problémy s hlídáním dětí po dobu návštěvy léčebného centra. Ze strany orgánu péče o dítě (OSPOD), ale i dalších neinformovaných profesionálů se objevují nevhodné postupy, jako jsou neodůvodněná kriminalizace pro užívání návykových látek v těhotenství, tlak na okamžité vysazení drogy v těhotenství, odebírání dětí matkám stabilizovaným v substituční léčbě nebo na základě jednorázového relapsu, znemožnění kojení a další, které jdou často proti sociálnímu fungování matky.
- Výskyt sociálního vyloučení je v ČR vázán na lokality s vyšším zastoupením Romů než v obecné populaci. Užívání alkoholu a dalších drog považují obyvatelé sociálně vyloučených lokalit (SVL) i pracovníci služeb v nich působících za nejrizikovější faktory vyskytující se v SVL. Zdá se, že míra užívání návykových látek v SVL narůstá, stále častější je tzv. vícegenerační užívání návykových látek v romských rodinách. Výroba a prodej drog jsou v SVL běžné.
- O užívání drog mezi cizinci nebo etnickými menšinami nejsou k dispozici dostatečné informace. Výjimkou jsou Romové, kteří v některých oblastech tvoří významnou část klientely adiktologických služeb, především výměnných programů a programů substituční léčby. Poměrně uzavřenou skupinu představují Vietnamci; přestože se zdá, že problémové užívání drog je mezi Vietnamci rostoucí problém, mají nízkou znalost adiktologických služeb a velmi zřídka se s nimi dostávají do kontaktu.
- Existuje rovněž vztah mezi užíváním návykových látek a poskytováním komerčních sexuálních služeb. Prevalence užívání návykových látek u osob pracujících v sexbyznysu je vyšší než u obecné populace. Vysoká míra problémového užívání drog je zejména u pouličních komerčních sexuálních pracovníků. Zdá se, že poměrně intenzivní jsou také zkušenosti s užíváním pervitinu u mužských sexuálních pracovníků nabízejících své služby v gay klubech a barech – podle ojedinělé a rozsahem omezené studie jej pravidelně nebo denně užívala přibližně třetina respondentů. Pervitin je rovněž drogou nejčastěji užívanou muži majícími sex s muži při tzv. chemsexu.

Prevence

- Prevence rizikového chování mezi dětmi a mládeží je na národní úrovni koordinována Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT), na úrovni krajů působí krajské školní koordinátory prevence a na úrovni okresů jsou to metodici prevence pedagogicko-psychologických poradn. Ve školách působí školní metodici prevence.
- Základním koncepčním dokumentem pro oblast prevence je Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018, základním metodickým materiálem Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže.
- V r. 2015 byl přijat Akční plán pro vytvoření interdisciplinárního meziprofesního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice, který je implementačním nástrojem Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.

- V r. 2015 pokračoval proces certifikace programů všeobecné, selektivní a indikované prevence, který zajišťuje Národní ústav pro vzdělávání (NÚV). NÚV a MŠMT metodicky vedou krajské školské koordinátory prevence a metodiky prevence pedagogicko-psychologických poraden.
- Z dostupných informací vyplývá, že ve spektru rizikového chování školy nejčastěji řeší záškoláctví (spíše na středních školách), agresi, šikanu, vulgárnost, neslušné projevy chování apod. Kouření patří rovněž k nejčastěji řešeným problémům, méně alkohol a jiné drogy. Zdá se, že výskyt problémů spojených s tabákem, alkoholem a jinými drogami na školách v posledních letech klesá. Roste naopak výskyt agrese, šikany (zejména kyberšikany) a vandalismu. Šikana a projevy agrese jsou rovněž problémy nejčastěji řešené pedagogicko-psychologickými poradnami.
- O míře realizace, druhu a kvalitě preventivních programů ve školách nejsou úplné informace. Zatímco roste počet kvalitních certifikovaných programů externích poskytovatelů a pilotně se v ČR ověřují metodiky dlouhodobých teoreticky zakotvených programů, v praxi stále převažuje realizace jednorázových aktivit typu přednášky a besedy.
- Realizované preventivní a informační (mediální) projekty jsou zaměřeny především na prevenci řízení pod vlivem návykových látek a prevenci pití alkoholu mladistvými. Některé z nečetných kampaní a projektů v oblasti nelegálních drog jsou částí odborné veřejnosti kritizovány pro to, že mají zstrašovací charakter a nesplňují standardy účinné protidrogové prevence.

Harm reduction programy

- Snížování rizik spojených s užíváním drog je jednou z hlavních oblastí české protidrogové politiky. Základ sítě služeb v této oblasti tvoří v ČR nízkoprahová kontaktní centra a terénní programy. V r. 2015 působilo v ČR celkem 104 nízkoprahových programů, v tom 57 kontaktních center a 47 terénních programů.
- V r. 2015 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 41 tis. uživatelů drog, nejčastěji šlo o uživatele pervitinu (24,8 tis., 61 %), dále uživatele opioidů (9,9 tis., 24 %) a konopných látek (2,4 tis., 6 %). Z dlouhodobého hlediska je patrný postupný nárůst problémových uživatelů pervitinu. Podíl injekčních uživatelů drog mezi klienty nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje na úrovni 75–80 %. Průměrný věk klientů se od r. 2006 zvýšil o 5 let na 31,3 roku, ženy tvoří třetinu klientů nízkoprahových programů.
- Výměnný program jehel a stříkaček v r. 2015 poskytovalo 104 nízkoprahových programů a bylo distribuováno 6,4 mil. injekčních setů. Poprvé od r. 1998 nebyl zaznamenán nárůst počtu vydaných injekčních jehel, pokles oproti r. 2014 je přibližně 200 tis., počet výkonů distribuce injekčního materiálu poklesl přibližně o 8 tis. To lze hodnotit jako negativní trend, neboť odhadovaný počet injekčních uživatelů drog v ČR je dlouhodobě vysoký. Průměrně získal 1 injekční uživatel drog v kontaktu s nízkoprahovými programy 171 čistých setů.
- V ČR jsou dlouhodobě provozovány 3 prodejní automaty na injekční materiál a na veřejných místech v Praze je instalováno 15 kontejnerů na injekční odpad.
- Možnost testování na HIV v r. 2015 nabízelo 67 nízkoprahových programů, na VHC 74, na VHB 51 a na syfilis 50 programů. Dlouhodobě od r. 2008 počet provedených testů roste, v r. 2015 byl však zaznamenán meziroční pokles.
- Specifické služby snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2015 poskytovalo celkem 11 programů, které navštívily 110 tanečních a hudebních akcí.
- Péče o infikované HIV a nemocné s AIDS je v ČR poskytována v 7 regionálních AIDS centrech. V posledních letech roste počet léčených pro VHC. Poslední údaje za ČR celkem jsou k dispozici z r. 2013, kdy léčbu zahájilo celkem 931 osob, z toho bylo 536 osob s anamnézou injekční uživatel drog. Ve věznicích bylo v r. 2013 pro VHC léčeno 246 osob (26 % celkového počtu), v r. 2014 už 325 a v r. 2015 došlo k nárůstu na 597 osob. Lze předpokládat, že většinu léčených ve věznicích tvoří bývalí nebo současní uživatelé drog.

Léčba a sociální reintegrace

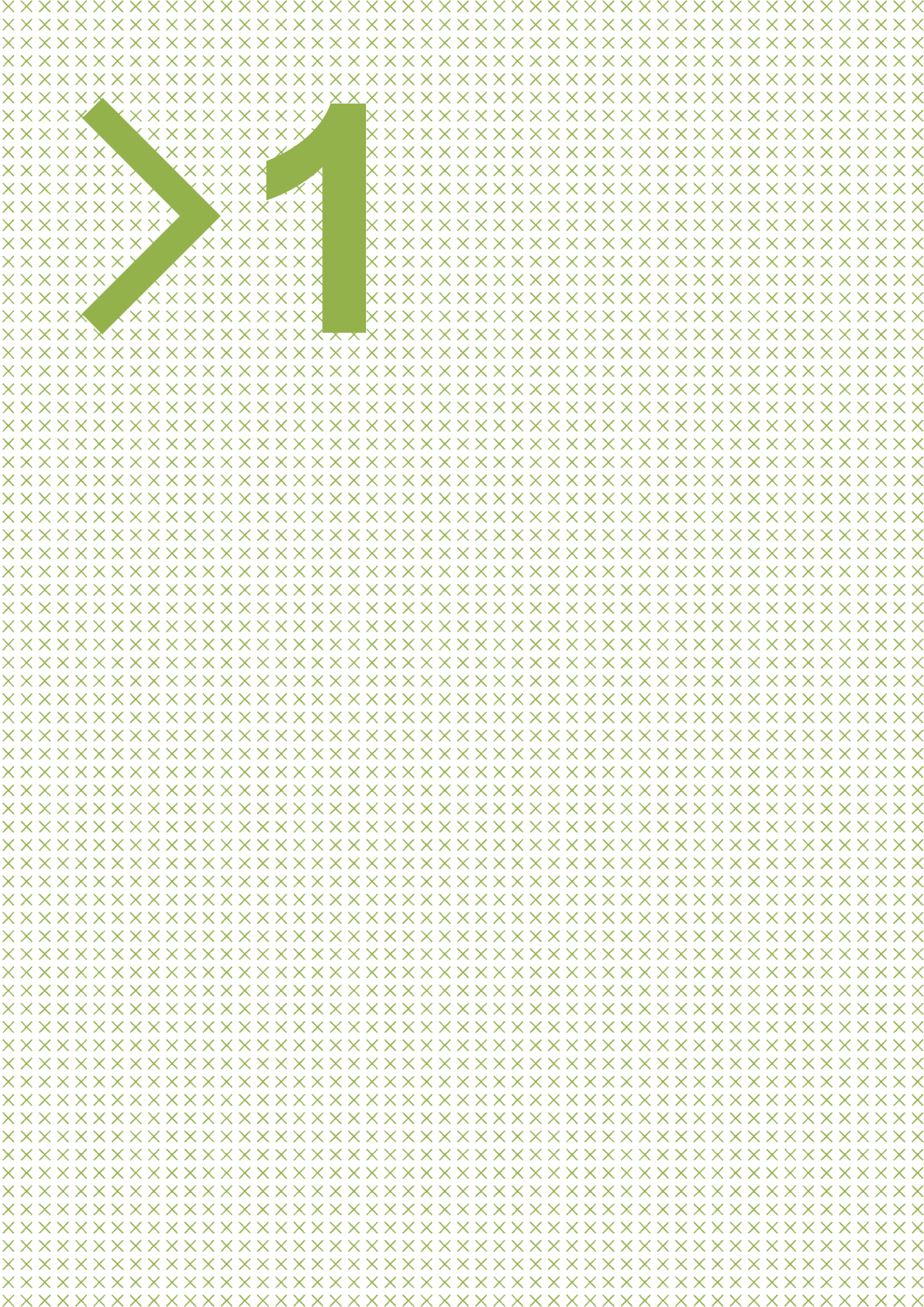
- Na základě informací z krajů bylo v ČR v r. 2015 celkem 269 poradenských a terapeutických specializovaných adiktologických stacionárních zařízení (tj. bez preventivních, terénních programů a bez programů ve věznicích). Na základě aktuálních informací z různých zdrojů je možné odhadnout, že v ČR je v současné době 250–270 (stacionárních) adiktologických zařízení, z nich je 55–60 kontaktních center, 90–100 programů ambulantní léčby, 25–30 programů lůžkové zdravotní péče, 15–20 terapeutických komunit, 5 domovů se zvláštním režimem, 6 zařízení speciálního školství a 35–45 programů ambulantní následné péče (z nich cca 20 s chráněným bydlením, jehož celková kapacita je odhadem 200 míst).
- Dostupnost adiktologických služeb ve věznicích zůstala v r. 2015 na stejné úrovni. Léčbu závislosti ve vězení bylo možno absolvovat v 11 věznicích z celkem 35, z toho 3 věznice realizovaly soudem nařízené ochranné léčení. Substituční léčbu poskytovalo 7 věznic. S některou z NNO spolupracovalo v oblasti závislosti 33 věznic, z toho intenzivní spolupráci vykazalo 21 věznic.
- K červnu 2016 mělo certifikaci odborné způsobilosti RVKPP celkem 182 adiktologických programů, dalších 84 programů mělo certifikát odborné způsobilosti v prevenci.
- Mezi kraji se liší postupy při tvorbě sítě specializovaných adiktologických služeb a kritéria pro zařazení jednotlivých programů do ní. Většina krajů definuje existující síť služeb jako minimální a současně ji hodnotí jako nedostačující. Kraje hodnotí jako poměrně dobrou geografickou dostupnost nízkoprahových harm reduction služeb. Klesá však jejich personální kapacita, dochází k omezování jednotlivých činností a snižování časové dotace na práci s klientem. Nízká je zejména dostupnost ambulantních programů a péče o klienty s duálními diagnózami. Díky novému dotačnímu titulu RVKPP vznikají napříč ČR nové služby pro patologické hráče. Přetrvává obzvláště špatná situace v Karlovarském kraji, kde chybí programy téměř všech standardních typů.
- Od r. 2015 byla novelou zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, přenesena zodpovědnost za financování sociálních služeb lokálního charakteru na kraje. Na sociální služby je dále nově od r. 2016 povinně aplikována tzv. vyrovnávací platba jako nástroj pro financování služeb hospodářské povahy podporovaných z veřejných zdrojů. Aplikace však není stejná ve všech krajích a adiktologické služby, které mají registraci sociálních služeb, čelí řadě praktických problémů.
- Od ledna 2014 je v seznamu zdravotních výkonů 6 adiktologických výkonů. Uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami však v praxi naráží na problémy. K červnu 2016 se úhradu adiktologických výkonů podařilo nasmlouvat pouze 11 organizacím pro 13 adiktologických ambulancí v 8 krajích. Hrazená ambulantní péče je stále nedostupná v Karlovarském, Plzeňském, Pardubickém, Moravskoslezském, Zlínském kraji a na Vysočině. Rovněž kraje upozorňují na nesystematičnost při tvorbě sítě zdravotních adiktologických služeb.
- V dubnu 2016 zveřejnilo ministerstvo zdravotnictví Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním. Adiktolog je výslovně uveden mezi možnými pracovníky zajišťujícími chod těchto programů.
- Na začátku března 2015 byl spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), ale v registru kvůli technickým problémům dosud chybí data z významné části léčebné sítě za r. 2015 i 2016. NRLUD umožňuje hlášení nejen uživatelů nelegálních drog, ale i osob s primární drogou alkohol i tabák nebo patologických hráčů.
- Přibližně dvě třetiny klientů ambulantních adiktologických programů tvoří muži, relativně nejvíce mužů je mezi klienty záchytných stanic (přes 80 %) a nejméně v krizových centrech a psychoterapeutických stacionářích (téměř polovina). Podíl žen je vyšší v mladších věkových skupinách a mezi uživateli sedativ a hypnotik. Podíl dětí a mladistvých do 20 let je velmi nízký – do 5 % v ambulantních programech a do 10 % v rezidenčních programech (s výjimkou těch specializovaných na dětskou klientelu).

- Podíl uživatelů různých typů návykových látek se významně liší v závislosti na typu programu. V nízkoprahových centrech dominují problémoví uživatelé nelegálních drog, především pervitinu a také opioidů. V ambulantních a lůžkových psychiatrických zařízeních převažují uživatelé alkoholu, ale vysoký je podíl také uživatelů pervitinu, opioidů, polyvalentních uživatelů nebo uživatelů sedativ a hypnotik.
- Krátké intervence, jejichž provádění je u uživatelů návykových látek podle zákona pro všechny zdravotnické pracovníky povinné, jsou v praxi prováděny v poměrně nízké míře a nesystematicky, i když v ČR existuje několik projektů, jejichž cílem je podpora provádění krátkých intervencí. Postupně narůstá význam léčebných a poradenských intervencí poskytovaných prostřednictvím internetu a nových technologií.
- Léčbu adiktologických pacientů v r. 2015 vykázalo celkem 447 ambulancí oboru psychiatrie, ve 47 z nich adiktologičtí pacienti tvořili více než 50 % klientely a 49 z nich ošetřilo více než 200 adiktologických pacientů; první a druhé kritérium současně splnilo 19 ordinací.
- Počet osob léčených v opiátové substituční léčbě v posledních 4 letech stagnuje a aktuálně spíše klesá, a to pravděpodobně v důsledku nízké dostupnosti programů zejména v regionech s vysokým výskytem problémového užívání opioidů (především v Praze) a také kvůli nízké finanční dostupnosti preparátů pro pacienty. Roste spotřeba kompozitního přípravku Suboxone® na vrub přípravků obsahujících pouze buprenorfin a v r. 2015 spotřebované množství buprenorfinu v kombinovaném přípravku poprvé přesáhlo množství buprenorfinu v monopřípravcích. Suboxone® je v současnosti nejužívanějším přípravkem v substituční léčbě.
- Stále není dostupná substituční léčba závislosti na stimulantech včetně pervitinu, i když nejnovější výzkumné poznatky ukazují, že pro významnou část českých problémových uživatelů pervitinu by substituční léčba byla přijatelným a vítaným typem léčby.
- Ukazuje se, že mladí uživatelé konopí nejsou primární cílovou skupinou většiny adiktologických služeb ani jiných programů typu nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Systémem péče tak do značné míry propadají.

Nabídka drog a kriminalita spojená s drogami

- V r. 2015 bylo odhaleno celkem 220 indoor pěstíren konopí. Největší podíl tvořily malé domácí pěstírny s počtem rostlin menším než 50 kusů. Část indoor produkce je velmi dobře organizovaná a podílí se na ní organizované skupiny Vietnamců. Je však patrný odklon vietnamských skupin od pěstování konopí směrem k výrobě pervitinu. Pokud jde o pěstování konopí ve velkém objemu, pokračuje trend pěstování ve více pěstírnách s nižší kapacitou 300–500 rostlin. Vypěstované konopí je určeno převážně pro domácí trh.
- V r. 2015 zajistily Policie ČR a Celní správa ČR v trestním řízení celkem 645,2 kg marihuany, 30,3 tis. rostlin konopí a 7,5 kg hašiše. Koncentrace THC u zachyceného konopí činila průměrně 8,3 %. V přestupkovém řízení bylo zajištěno dalších 9,9 kg marihuany, 449 rostlin konopí a 51 g hašiše.
- Pervitin se v ČR vyrábí převážně v menších varnách situovaných v obytných objektech. V r. 2015 odhalila Policie ČR 263 varen a v trestním řízení zajistila rekordních 106,9 kg pervitinu o průměrné čistotě 70,4 %. V přestupkovém řízení byl pervitin zajištěn v celkovém množství 448 g. Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu je pseudoefedrin extrahovaný z léčiv dovážených převážně z Polska. Pokračuje trend zvyšování objemu produkce ve velkých varnách. Velkoobjemová výroba pervitinu se vyznačuje propracovanou dělbou práce a je již několik let doménou organizovaných skupin osob původem z Vietnamu.
- Kokain se do ČR dostává zejména z Jižní Ameriky. Na pašování a distribuci kokainu se podílí zejména skupiny osob z Nigérie, ze zemí západního Balkánu a Češi. Celkem bylo v kontextu trestního řízení v r. 2015 zajištěno 120,4 kg kokainu o průměrné čistotě 39,1 %, v přestupkovém řízení to bylo 10 g.

- Heroin se do ČR dováží v menších zásilkách o hmotnosti do 10 kg. V r. 2015 bylo 1,6 kg heroinu zajištěno v trestním řízení a dalších 23 g v přestupkovém řízení. Průměrná čistota činila 25,1 %. Na pašování a distribuci heroinu se podílí převážně skupiny osob albánské a turecké národnosti. Na černém trhu byly kromě heroinu dostupné i tablety substitučních přípravků či opioidní analgetika.
- Dostupnost legálních drog a konopných látek je v ČR poměrně vysoká. Týká se to i dostupnosti alkoholu a tabáku pro nezletilé. Podle vlastních odpovědí si cigarety nebo pivo celkem snadno nebo velmi snadno dokáže obstarat více než 80 % 16letých studentů, polovina studentů by si snadno obstarala i jiný druh alkoholu, konopné látky a léky se sedativním účinkem. Jako nejhůře dostupné uváděli studenti pervitin a kokain. Subjektivně vnímaná dostupnost konopných látek se od r. 2007 snižuje, u pervitinu a extáze byl v r. 2015 po předchozím poklesu zaznamenán opětovný nárůst subjektivně vnímané dostupnosti.
- Při kontrolních nákupech (mystery shopping) v rámci různých projektů jsou alkohol nebo tabákové výrobky prodány nebo v restauraci podány nezletilým nejméně v polovině případů. Nejde jen o pivo, ale také víno a tvrdý alkohol. Zdá se, že nejvyšší dostupnost alkoholu je ve večerkách, kde je úspěšnost nákupu nezletilými až 90 %.
- Podle dat policie došlo v r. 2015 k poklesu počtu zadržených a stíhaných pro drogové trestné činy (DTČ). Naproti tomu ministerstvo spravedlnosti vykázalo za dané období nárůst počtu osob ve všech fázích trestního řízení, tj. stíhaných, obžalovaných i odsouzených. Primární DTČ v r. 2015 tvořily 2 % zjištěné trestné činnosti. Trestné činy výroby, pašování a prodeje drog představovaly 84 % DTČ a trestné činy přechovávání a pěstování pro vlastní potřebu 15 %.
- Za DTČ bylo v r. 2015 zadrženo a stíháno 3752, resp. 3816 osob, a to nejčastěji z důvodu výroby, pašování a prodeje pervitinu či konopných látek. Obžalováno bylo 3340 osob a pravomocně odsouzeno 2708 osob. Nejčastěji uloženou sankcí byl podmíněně odložený trest odnětí svobody. Od r. 2008 roste počet osob odsouzených za primární DTČ. Mezi l. 2008–2013 se snižoval podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody ve prospěch sankcí nespojených s odnětím svobody. V posledních 2 letech je však zřejmý opačný trend, což může svědčit o zvyšování závažnosti a organizovanosti drogové trestné činnosti. Ochanné léčení bylo v r. 2015 uloženo 367 osobám, z toho bylo 141 závislých na nealkoholových drogách, 226 na alkoholu.
- V r. 2015 bylo projednáno 1940 přestupků nedovoleného nakládání s OPL, což představuje 0,7 % všech projednaných přestupků. Většina pachatelů se dopustila přestupku v souvislosti s konopnými látkami.
- Podle údajů Police ČR bylo 19,2 tis. trestných činů v r. 2015 spácháno pod vlivem návykových látek, z toho 76 % pod vlivem alkoholu a 24 % nealkoholových drog. Pod vlivem alkoholu se pachatelé nejčastěji dopustili trestného činu ohrožení pod vlivem návykových látek, opilství nebo nedbalostní dopravní nehody. Pod vlivem nealkoholových drog šlo nejčastěji o ohrožení pod vlivem návykových látek, opilství a maření výkonu úředního rozhodnutí.
- V Systému včasného varování před novými drogami koordinovaném NMS bylo za r. 2015 v ČR hlášeno celkem 35 nových psychoaktivních látek, z toho 11 látek bylo v ČR zaznamenáno vůbec poprvé a v případě 1 látky šlo o první identifikaci v EU. Nejčastěji to byly katinony a syntetické kanabinoidy. Mezi látky s největším zachyceným množstvím patřily katinon s označením 3-MMC (20,0 kg) a kanabinoid AMB-CHMICA (11,5 kg). Nové psychoaktivní látky jsou dostupné zejména a ve vzrůstající míře prostřednictvím internetu, v omezené míře však i na černém trhu s tradičními nelegálními drogami. V r. 2015 bylo identifikováno celkem 33 internetových obchodů v českém jazyce, z toho 9 se specializovalo výhradně na syntetické látky. Mezi nejčastěji nabízené látky patří katinony, syntetické kanabinoidy a fenetylamin.



Kapitola 1:

Národní protidrogová politika a její kontext

1.1 Legislativní rámec

1.1.1 Právní předpisy

1.1.1.1 Trestněprávní předpisy

V r. 2015 nedošlo ke změně v definici skutkových podstat ani vymezení trestů u tzv. drogových trestných činů (DTČ) obsažených v §§ 283–287 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku (TZ). Seznam návykových látek je s účinností od 1. 1. 2014 obsažen nikoliv v přílohách zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, jak tomu bylo v l. 1999–2013, nýbrž v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek. V r. 2015 došlo k rozšíření seznamu návykových látek o dalších 19 nových syntetických drog.³ Zákon o návykových látkách doznal v průběhu roku změn spíše technického rázu v návaznosti na nový celní zákon⁴ a nový zákon o zadávání veřejných zakázek⁵.

Zákon č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog, upravující nakládání s prekurzory nedoznal žádných změn. Seznam výchozích a pomocných látek (kategorie prekurzorů drog), stanovený prováděcím předpisem, tj. nařízením vlády č. 458/2013 Sb., o seznamu výchozích a pomocných látek a jejich ročních množství limitech, však byl v r. 2015 rozšířen o 4 položky – chlorované deriváty efedrinu a pseudoefedrinu včetně jejich stereoizomerů, které je možno použít pro nelegální výrobu pervitinu. Viz také kapitolu Domácí produkce, dovoz a vývoz drog (str. 227).

V právní úpravě trestního řízení nedošlo v r. 2015 k žádné změně specificky dopadající na trestní stíhání související s drogovou kriminalitou. Od 1. 7. 2016 je však účinná novela zákona č. 141/1961 Sb., trestní řád (TŘ),⁶ která podrobně upravuje elektronickou kontrolu obviněných, u nichž došlo k nahrazení vazby jiným opatřením (např. dohledem probačního úředníka), a dále elektronickou kontrolu odsouzených (např. v souvislosti s výkonem trestu domácího vězení). Tento způsob kontroly může mít dopad i na pachatele drogových trestných činů.

1.1.1.2 Nový zákon o přestupcích

Dne 3. 8. 2016 byl vyhlášen zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich, a s ním související zákon č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích. Oba zákony nabývají účinnosti dne 1. 7. 2017. Nový zákon o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich detailněji než dosud upravuje podmínky vzniku odpovědnosti za přestupek, druhy správních trestů a ochranných opatření a zásady pro jejich ukládání, postup před zahájením řízení o přestupku a postup v řízení o přestupku. Přináší řadu změn, kromě jiného též novou sankci zveřejnění rozhodnutí o přestupku. Promlčecí doba, s níž je spojen zánik odpovědnosti za přestupek, činí i nadále 1 rok. U přestupků, u nichž zákon stanoví sazbu pokuty s horní hranicí alespoň 100 tis. Kč, bude promlčecí doba činit 3 roky. Zákon též obsahuje podrobnou úpravu vedení nově vznikající evidence přestupků, zápisu do ní i námitkového řízení proti zápisu v evidenci. Nový zákon o odpovědnosti za přestupky nevymezuje konkrétní skutkové podstaty přestupků, ty jsou nově stanoveny v zákoně č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích. Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, aktuálně vymezené v ustanovení § 30 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v zákoně

³ Novelou provedenou nařízením č. 243/2015 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek, byly přidány tyto látky: AH-7921, APINACA, 25B-NBOMe, 25C-NBOMe, 4,4'-DMAR, 3,4-DMMC, 4-FA, 5F-AKB48, 3-FMC, 5FUR-144, 25I-NBOMe, 3-MEC, 3-MMC, 3MeO-PCP, methoxetamin, MT-45, pentedron, α-PVP, UR-144.

⁴ zákon č. 243/2016 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím celního zákona

⁵ zákon č. 135/2016 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zadávání veřejných zakázek

⁶ provedená zákonem č. 150/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), a zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

o některých přestupcích obsaženy prozatím nejsou a do doby nabytí účinnosti bude potřeba tuto záležitost legislativně vyřešit, neboť dosavadní zákon o přestupcích pozbude k 1. 1. 2017 účinnosti.

1.1.1.3 Léčebné konopí

Dne 17. 10. 2015 nabyla účinnosti vyhláška č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití, která nahradila vyhlášku č. 221/2013 Sb., kterou se stanovují podmínky pro předepisování, přípravu, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné účely.

Nová vyhláška významně navýšila měsíční limit pro množství konopí, které lze vydat pacientovi, z 30 g na 180 g. Dále vyhláška zvýšila přípustné hodnoty obsahu delta-9-THC až na 21 % a CBD až na 19 %. Byly rozšířeny indikace (např. nově možnost použití léčebného konopí pro povrchovou léčbu dermatóz a slizničních lézí, pro léčbu chronické neutišitelné bolesti v souvislosti s glaukomem) i zařazeny další odbornosti předepisujících lékařů (geriatrie, dermatovenerologie a oftalmologie). Vyhláška zachovala věkové omezení pro předepisování individuálně připravovaného léčivého přípravku s obsahem konopí, který lze předepsat pouze osobám starším 18 let.

1.1.1.4 Řízení motorových vozidel

V oblasti problematiky řízení pod vlivem návykových látek nedošlo ke změně stanovených limitů návykových látek, při jejichž dosažení se řidič považuje za ovlivněného návykovou látkou, ani k rozšíření seznamu látek, u nichž je tento limit výslovně stanoven.⁷

K poměrně zásadní změně však došlo v oblasti posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel ve vztahu k užívání návykových látek, která je upravena vyhláškou č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. Mezi nemoci, u nichž je zdravotní způsobilost vyloučena, patří i závislost na alkoholu a závislost na jiných psychoaktivních látkách. U žadatelů o řidičský průkaz nebo u stávajících řidičů vyhláška podmiňovala zdravotní způsobilost bezpečným obdobím abstinence v délce 2 let. S účinností od 5. 11. 2015⁸ byla tato doba zkrácena u řidičů, kteří byli v minulosti závislí na alkoholu, na 1 rok, u řidičů, kteří byli závislí na ostatních psychoaktivních látkách, však zůstala podmínka 2leté abstinence.

1.1.1.5 Návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

V průběhu r. 2015 byl v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR (PSP ČR) zahájen proces schvalování nového vládního návrhu zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který měl nahradit od 1. 1. 2016 stávající zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Návrh zákona (projednáván jako sněmovní tisk č. 508), který dne 3. 6. 2015 předložila vláda PSP ČR, obsahoval řadu změn, z nichž nejčastěji byl zmiňován úplný zákaz kouření ve veřejnosti přístupných vnitřních prostorech a vnitřních prostorech provozoven stravovacích služeb. Zákon měl též zavést nové povinnosti pro prodejce alkoholu, např. povinnost mít v sortimentu nabízeného zboží v provozovně stravovacích služeb nebo stánku s občerstvením alespoň jeden nealkoholický nápoj levnější než nabízený alkoholický nápoj stejného objemu. Zákon v podobě schválené vládou rovněž zaváděl povinnost prodejce alkoholu zajistit, aby v jeho provozovně nedocházelo k podávání alkoholických nápojů nezletilým – tato povinnost byla pozměňovacím návrhem v PSP ČR bohužel výrazně oslabena. Podrobněji měly být upraveny podmínky vyšetření

⁷ nařízení vlády č. 41/2014 Sb., o stanovení jiných návykových látek a jejich limitních hodnot, při jejichž dosažení v krevním vzorku řidiče se řidič považuje za ovlivněného takovou návykovou látkou

⁸ novelou provedenou vyhláškou č. 271/2015 Sb., kterou se mění vyhláška č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou a náležitosti lékařského potvrzení osvědčujícího zdravotní důvody, pro něž se za jízdy nelze na sedadle motorového vozidla připoutat bezpečnostním pásem (vyhláška o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel)

přítomnosti alkoholu a jiných návykových látek. Změnit se měl způsob úhrady vyšetření tak, aby nebyla finančně zatěžována zdravotnická zařízení, která v praxi vyšetření a/nebo laboratorní zpracování moči a krve provádí – vyšetření včetně laboratorních testů tak měl nově hradit poskytovatel zdravotních služeb ten, kdo si toto vyšetření vyžádal, nikoli vyšetřovaná osoba, jako je tomu podle zákona č. 379/2005 Sb. Významným posunem mělo být zařazení protialkoholní a protitoxikomanické záchranné služby do zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, s cílem odstranit dosavadní nejasnosti ohledně charakteru těchto zařízení a rozsahu opatření a péče, které mají poskytovat, včetně použití omezovacích prostředků. V části týkající se organizace a provádění protidrogové politiky návrh zákona oslaboval zákonný rámec provádění protidrogové politiky v samostatné působnosti krajů a obcí, neboť redukoval výčet jejich povinností, např. povinnost zřídit krajského protidrogového koordinátora. Návrh nového zákona ve srovnání se zákonem č. 379/2005 Sb. neobsahoval rovněž ustanovení podrobně vymezující specializované adiktologické služby.

Po projednání množství pozměňovacích návrhů ve druhém čtení, jejichž počet přesáhl 200, však poslanci dne 25. 5. 2016 návrh zákona ve 3. čtení jako celek neschválili.⁹ Zákon se změnami vyplývajících z projednávání v PSP ČR a Koaliční rady dne 30. 5. 2016 urychleně schválila vláda a předložila jej znovu PSP ČR s doporučením, aby byl zákon schválen již v 1. čtení.¹⁰ Návrh byl projednán v obecné rozpravě dne 6. 9. 2016 na 49. schůzi PSP ČR. PSP ČR nesouhlasila s projednáváním tak, aby mohla s návrhem zákona vyslovit souhlas již v 1. čtení. Návrh zákona byl přikázán k projednání výborům. Lhůta k projednání výbory byla určena na 30 dní. K návrhu zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek viz také VZ 2014 a kapitoly Preventivní působení prostředí – environmentální prevence (str. 80) a Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislostí (str. 109).

1.1.1.6 Zdravotní varování na obalech tabákových výrobků

V r. 2016 byla do českého práva implementována směrnice 2014/40/EU ze dne 3. 4. 2014, o sbližování právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků a o zrušení směrnice 2001/37/ES. Směrnice 2014/40/EU byla do českého práva transponována zejména novelou zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích. Tato novela nabyla účinnosti dne 7. 9. 2016.

Související vyhláška ministerstva zemědělství č. 261/2016 Sb., o tabákových výrobcích, stanoví mimo jiné podrobné podmínky pro označování tabákových výrobků a jejich uvádění na trh. Nově zavedený systém zdravotních varování na obalech bude obsahovat následující sdělení – viz také obrázek 1-1 a obrázek 1-2:

- > obecné varování „Kouření zabíjí – přestaňte nyní“,
- > informační sdělení „Tabákový kouř obsahuje přes 70 látek, které prokazatelně způsobují rakovinu.“,
- > jedno z kombinovaných zdravotních varování, které se skládá z textového varování spolu s odpovídající barevnou fotografií (na seznamu je 42 fotografií 14 onemocnění či dopadů kouření ve 3 sadách, které se budou střídát v ročních intervalech) a text s kontaktem na odbornou pomoc s odvykáním kouření „Jak přestat kouřit: www.koureni-zabiji.cz“.

⁹ <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=508> [2016-08-04]

¹⁰ Poslaneckou sněmovnou byl návrh zákona zaevidován jako sněmovní tisk č. 828.

obrázek 1-1: Náhled cigaretové krabičky se zdravotními varováními podle směrnice 2014/40/EU



Zdroj: http://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision/implementation_en.htm#a [2016-09-03]

obrázek 1-2: Ukázka kombinovaného zdravotního varování na obalech tabákových výrobků v ČR od r. 2016



Zdroj: Ministerstvo zemědělství (2016)

Národní stránky pro podporu odvykání kouření [koureni-zabiji.cz](http://www.koureni-zabiji.cz), které byly zřízeny v r. 2016, spravuje Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti při Úřadu vlády ČR. Webové stránky poskytují základní informace, rady a tipy pro osoby, které chtějí s kouřením přestat. Je zde uvedeno telefonní číslo na nově zřízenou Národní linku pro odvykání kouření 800 35 00 00, kterou zřizuje Úřad vlády ČR (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti) a provozuje Česká koalice proti tabáku,¹¹ informace proč a jak

¹¹ <http://www.bezcgaret.cz/> [2016-09-30]

přestat kouřit, odkazy na další webové stránky zabývající se odvykáním kouření nebo kontakty na centra pro závislé na tabáku a další pomáhající programy.

První tabákové výrobky v obalech s novým systémem zdravotních varování se v ČR dostaly do prodeje na konci srpna 2016.¹² Prodejci mohou doprodat balení tabákových výrobků bez kombinovaného varování do konce r. 2016.

MZ v r. 2016 v návaznosti na směrnici 2014/40/EU a novelizovaný zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích, připravilo a do připomínkovacího řízení poslalo samostatnou vyhlášku k elektronickým cigaretám a bylinným výrobkům určeným ke kouření. Vyhláška rozvádí některé povinnosti pro výrobce a distributory, např. podrobnosti týkající se složení náplní do elektronických cigaret a informační povinnosti pro spotřebitele. K oznamování složení elektronických cigaret a bylinných výrobků určených ke kouření slouží funkční systém Evropské komise EU-CEG. V rámci přípravy vyhlášky proběhlo i setkání se zástupci subjektů vyrábějících či obchodujících s elektronickými cigaretami, kteří poskytli informace o trhu v ČR, a návrh vyhlášky byl k připomínkám zaslán i zástupcům odborných organizací a společností a dalším aktérům.

1.1.2 Aplikace práva

Při výkladu pojmu „množství větší než malé“ u OPL a přípravků je obsahujících a jedů je v praxi nadále využíváno stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu ČR (NS ČR) ze dne 13. 3. 2014.¹³ K jeho použití ohledně skutků, které byly spáchány ještě před jeho vydáním, se NS ČR vyjádřil dne 19. 11. 2015,¹⁴ když konstatoval: *„Jestliže Nejvyšší soud teprve po spáchání trestného činu konkrétním pachatelem vydá stanovisko sjednocující povahy, kterým reaguje na nejednotnost rozhodování trestních soudů v určitých otázkách, přičemž se věc tohoto pachatele posoudí právě s odkazem na zmíněné stanovisko, nejedná se o nepřipustné retroaktivní použití judikatury.“*

Naplněním znaků přečinu nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy podle ustanovení § 283, odst. 1 TZ se dne 24. 9. 2015¹⁵ NS ČR zabýval v neveřejném zasedání o projednání dovolání nejvyššího státního zástupce. NS ČR v odůvodnění rozhodnutí opět připomněl relevantní judikaturu Ústavního soudu, která vyžaduje, aby stát uplatňoval prostředky trestního práva zdrženlivě a jako krajní prostředek a že v první řadě je potřeba uplatňovat prostředky občanského, obchodního či správního práva.

Projednávaná trestní věc se týkala případu obviněné lékařky, která v r. 2013 bez povolení ministerstva zdravotnictví (MZ) k vývozu OPL odeslala do zahraničí 12 ks balení léčiva Adipex® Retard s účinnou látkou fentermin. Zásilka byla zadržena Celním úřadem Praha Ruzyně. Obviněná byla uznána vinnou přečinem nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL podle § 283 odst. 1 TZ ve stadiu pokusu a byla odsouzena k podmíněnému trestu odnětí svobody v trvání 6 měsíců. Po lékařčině odvolání však odvolací soud v celém rozsahu zrušil napadený rozsudek a věc postoupil příslušnému obecnímu úřadu s tím, že nešlo o trestný čin, ale žalovaný skutek mohl být posouzen jako přestupek. Proti rozhodnutí krajského soudu podal nejvyšší státní zástupce dovolání, které NS ČR zamítl s tím, že není možné každé neoprávněné nakládání s OPL posoudit jako trestný čin, neboť je potřeba přihlížet ke konkrétním okolnostem případu z hlediska povahy a závažnosti trestného činu, především k druhu konkrétní OPL, její kvalitě vyjádřené množstvím účinné látky, intenzitě újmy, která hrozila nebo případně nastala, k délce neoprávněného nakládání, pohnutce činu, případně jakou odměnu za ni pachatel získal apod., a to přesto, že není stanovena dolní (minimální) hranice množství omamné či psychotropní látky relevantní z hlediska naplnění zákonných znaků trestného činu nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL.

Problematickou aplikační praxí ve vztahu k posuzování pěstování konopí pro vlastní potřebu, resp. přiřazení správné právní kvalifikace jednání, kdy pachatel vypěstuje pro vlastní potřebu konopí, které následně sklídí,

¹² <https://www.novinky.cz/domaci/412940-osklive-cigarety-se-uz-prodavaji.html> [2016-08-30]

¹³ sp. zn. Tpjn 301/2013

¹⁴ sp. zn. 11 Tdo 1011/2015

¹⁵ sp. zn. 11 Tdo 1026/2015

usuší, event. rozdrťí do podoby „marihuany“, kterou hodlá sám zkonzumovat, se s odkazem na relevantní judikaturu zabývá Zeman (2015). Autor důkladně analyzuje text mezinárodních „drogových“ úmluv i stávající judikaturu související s pěstováním konopí a oponuje výkladu často zastávanému orgány činnými v trestním řízení, podle něhož lze za výrobu považovat sklizení rostliny konopí a její následné zpracování, tj. např. sušení rostliny, a to i v množství do 5 rostlin, jejichž pěstování je v současnosti kvalifikováno jako přestupek. Autor se přiklání k tomu, že v případě sušení částí psychoaktivního konopí pěstovaného pro vlastní potřebu jde o přechovávání OPL pro vlastní potřebu v budoucnu.

Jiná analýza reagovala na právní situaci vzniklou po vyhlášení nálezů Ústavního soudu ze dne 23. 7. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 13/12, jenž označil za neústavní, aby „množství větší než malé“ OPL bylo určováno vládním nařízením, a jeho odpovídající část zrušil (Mravčík et al., 2016b). Autoři se domnívají, že obdobná situace by mohla nastat u vymezení OPL, neboť pojem OPL není obecně v české legislativě definován. Nejsou tedy vymezeny vlastnosti, které musí látka splnit, aby byla prohlášena za OPL. To může dříve či později vést k tomu, že Ústavní soud za neústavní prohlásí také současný způsob zákonného vymezení OPL pro účely trestního práva, tj. jejich výčet v nařízení vlády, tj. v podzákonné normě. Autoři navrhuji definovat OPL „jako přírodní nebo syntetickou psychoaktivní látku, u níž existuje veřejný zájem na kontrole zacházení s ní z důvodu negativních zdravotních a/nebo sociálních dopadů na jednotlivce a společnost“. Dále navrhuji přidat popis postupu posuzování látek do zmocňovacích ustanovení zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.¹⁶ Podrobný postup posuzování by pak bylo možné stanovit podzákonnou normou nebo např. statutem či pracovním postupem příslušné odborné komise, která by se posuzováním látek v praxi zabývala.

NS ČR se ve své rozhodovací praxi opětovně zabýval otázkou způsobu prokazování stavu vylučujícího způsobnosti v souvislosti s přechinem ohrožení pod vlivem návykové látky podle ustanovení § 274 TZ. V rozhodnutí ze dne 15. 9. 2015¹⁷ opětovně konstatoval, že jestliže pachatel řídil motorové vozidlo pod vlivem jiné návykové látky než alkoholu, musí být zjištěno, nejen o jakou návykovou látku a jaké její množství jde, ale i míra ovlivnění řidiče touto látkou. Pouhé zjištění, že řidič motorového vozidla byl v době řízení pod vlivem jiné návykové látky než alkoholu, samo o sobě nepostačuje pro závěr, že byl ve stavu vylučujícím způsobnost. Nelze-li stanovit druh, množství a míru ovlivnění návykovou látkou v době řízení motorového vozidla jinak, zpravidla bude nutné odborné vyjádření toxikologa, které podle výsledků toxikologických testů stanoví druh a množství návykové látky v době řízení motorového vozidla. Na základě toxikologického posudku, zjištěných reakcí a jednání pachatele stanoví znalec z oboru psychiatrie, zda a jak byl pachatel ovlivněn návykovou látkou v době řízení. V odůvodnění NS ČR odkazuje na znalecký posudek vypracovaný v jiné trestní věci,¹⁸ který uvedl koncentrace OPL v krvi, od kterých je vyloučena způsobnost k řízení (konkrétně 200 ng/ml v séru u amfetaminu/metamfetaminu a 10 ng/ml u Δ9-THC). Judikatura tedy obdobně jako u alkoholu směřuje ke stanovení konkrétní hranice mezi přestupkem a trestným činem u řízení motorových vozidel pod vlivem OPL. To však nic nemění na povinnosti dokazovat vždy u konkrétního řidiče, zda byl či nebyl ve stavu vylučujícím způsobnost řídit. V praxi se již dopady citovaného znaleckého posudku projevují.

¹⁶ Navrhované znění: „Před zařazením látky do příloh 1 až 7 svého nařízení vláda posoudí, zda látka způsobuje stimulaci nebo depresi centrálního nervového systému, zda vede k halucinacím nebo způsobuje poruchy motorických funkcí, myšlení, chování, vnímání či nálady, zda je způsobila vyvolat závislost, zda je její užívání příčinou nepříznivých účinků nebo zda je způsobila vyvolat zdravotní nebo sociální škody. Posuzuje také informace o nabídce, výrobě, obchodování, distribuci, užívání, intoxikacích nebo úmrtích ve spojení s danou látkou. Vláda rovněž přihlíží k tomu, zda je látka na základě své molekulární struktury způsobila vyvolat obdobnou biologickou odpověď jako látky kontrolované podle Jednotné úmluvy o omamných látkách a Úmluvy o psychotropních látkách nebo látky, jejichž kontrola byla doporučena ve smyslu rozhodnutí Rady 2005/387/JVV ze dne 10. 5. 2005 o výměně informací, hodnocení rizika a kontrole nových psychoaktivních látek. Dále vláda přihlíží k tomu, zda je látka použitelná nebo používána k terapeutickému nebo jinému legitimnímu účelu.“

¹⁷ sp. zn. 7 Tdo 979/2015

¹⁸ část jeho znění zveřejnila též Policie ČR zde: <http://www.policie.cz/clanek/ovlivneni-navykovou-latku.aspx> [2016-09-13]

1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace

1.2.1 Národní strategie protidrogové politiky

Odpovědnost za tvorbu a naplňování protidrogové politiky ČR nese vláda. Jejím poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Hlavním strategickým dokumentem určujícím zaměření protidrogové politiky je Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (Národní strategie 2010–2018) s navazujícími akčními plány. Podstatná změna nastala v r. 2014, kdy vláda redefinovala pojetí protidrogové politiky – protidrogová politika je nově definována jako integrovaná, tzn. spojující témata užívání alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hraní hazardních her. V r. 2014 byla schválena první revize Národní strategie 2010–2018, která rozšířila strategii o oblast hazardního hraní a alkoholu; druhá revize z ledna 2016 rozšířila strategii o téma kontroly tabáku¹⁹ – blíže viz VZ 2014.

Protidrogová politika ČR nadále stojí na 4 pilířích, kterými jsou (1) primární prevence, (2) léčba a sociální začleňování, (3) snižování rizik a (4) snižování dostupnosti a prosazování práva, a opírá se o 3 podpůrné oblasti: (1) koordinace a financování, (2) mezinárodní spolupráce a (3) monitoring, výzkum, evaluace. Hlavní cíle strategie a specifické cíle pro oblast alkoholu a hazardního hraní viz VZ 2014.

Pro oblast kontroly tabáku stanovila Národní strategie 2010–2018 tyto specifické cíle:

- v oblasti primární prevence: zvýšení informovanosti veřejnosti o zdravotních následcích, návykovém charakteru a smrtelném ohrožení, které představuje spotřeba tabáku a expozice tabákovému kouři, zajištění dostupnosti efektivních preventivních opatření,
- v oblasti léčby a dalších intervencí: provádění včasné diagnostiky a minimálních a krátkých intervencí zaměřených na užívání tabáku a zajištění dostupné a kvalitní léčby závislosti na tabáku a podpora dalších služeb pro odvykání kouření,
- v oblasti snižování rizik: snížení škod souvisejících s expozicí tabákovému kouři v prostředí a reakce na nové výrobky na trhu,
- v oblasti snižování dostupnosti tabákových výrobků: omezení dostupnosti tabákových výrobků, zejména pro děti a mládež a příznivé nastavení faktorů prostředí.

1.2.2 Akční plány realizace národní strategie a jejich implementace

Národní strategie 2010–2018 původně počítala se třemi navazujícími akčními plány na 3leté období, které měly být primárně zaměřeny na problematiku nelegálních drog. V návaznosti na integraci protidrogové politiky byla strategie v r. 2015 doplněna o další akční plány. Ve druhé polovině r. 2015 měla strategie 4 akční plány:

- Akční plán pro problematiku nelegálních drog 2013–2015,
- Akční plán pro problematiku hazardního hraní na období 2015–2018,
- Akční plán k omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015–2018,
- Akční plán pro oblast kontroly tabáku na období 2015–2018.

Poslední dva jmenované jsou implementačním nástrojem rovněž Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (blíže viz VZ 2013) a spolu s dalšími akčními plány Zdraví 2020 byly přijaty vládou dne 20. 8. 2015 usnesením č. 671.²⁰ Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015–2018 pro oblast hazardního hraní byl vládou schválen 9. 11. 2015 usnesením č. 915. Blíže popisuje akční plány pro oblast hazardního hraní, alkoholu a tabáku VZ 2014 a politikou v oblasti hazardu se podrobně zabývají výroční zprávy o hazardním hraní v ČR v r. 2014 a 2015 (Mravčík et al., 2015c, Mravčík et al., 2016c).

¹⁹ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/revize-narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010-az-2018-125887/> [2015-08-30]

²⁰ http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html [2015-10-08]

1.2.2.1 Vyhodnocení akčního plánu pro oblast nelegálních drog 2013–2015

RVKPP v lednu 2016 a vláda ČR v únoru projednaly celkové vyhodnocení Akčního plánu 2013–2015.²¹ Informace k jednotlivým aktivitám poskytovaly resorty zapojené do jejich realizace, závěrečné hodnocení koordinoval sekretariát RVKPP.

Celkově se podařilo splnit 56 % z celkem 100 aktivit Akčního plánu 2013–2015, částečně bylo splněno 26 %, nesplněných nebo nehodnotitelných bylo 18 %. Nejvyšší podíl úkolů byl splněn v oblasti mezinárodní spolupráce (80 %), monitoring, výzkum, hodnocení (66,7 %) a v oblasti snižování dostupnosti legálních a nelegálních drog (66,7 %); nejnižší v oblasti týkající se léčby uživatelů návykových látek (30,4 %) a snižování rizik (50,0 %) – tabulka 1-1. Vyhodnocení naplnění priorit akčního plánu uvádí tabulka 1-2.

tabulka 1-1: Naplnění úkolů Akčního plánu 2013–2015 podle oblastí

Oblast	Celkem úkolů	Splněno		Částečně splněno		Nesplněno		Bez hodnocení*	
		Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Specifická primární prevence	11	6	54,5	1	9,1	3	27,3	1	9,1
Léčba	23	7	30,4	10	43,5	5	21,7	1	4,3
Snižování rizik	8	4	50,0	2	25,0	2	25,0	–	–
Snižování dostupnosti	9	6	66,7	2	22,2	1	11,1	–	–
Koordinace a financování	27	17	63,0	6	22,2	3	11,1	1	3,7
Monitoring, výzkum, hodnocení	12	8	66,7	4	33,3	–	–	–	–
Mezinárodní spolupráce	10	8	80,0	1	10,0	1	10,0	–	–
Celkem	100	56	56	26	26	15	15	3	3

Pozn.: * „Bez hodnocení“ znamená, že nebyly informace o plnění úkolu nebo byly objektivní důvody, proč aktivitu nebylo možné vyhodnotit, např. termín plnění úkolu přesahoval časový rámec Akčního plánu 2013–2015 (např. termín plnění od r. 2016 apod.).

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2016b)

²¹ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/hodnoceni-plneni-akcniho-planu-2013-az-2015-140476/> [2016-08-15]

tabulka 1-2: Vyhodnocení naplnění priorit Akčního plánu 2013–2015

Priorita	Vyhodnocení naplnění priority
Snížit míru nadměrného pití alkoholu a míru (intenzivního) užívání konopí mladými lidmi	Plní se: Výsledky reprezentativních studií na národní úrovni i regionální studie menšího rozsahu ukazují ve srovnání s předchozími výzkumy nižší míru prevalence pití alkoholu mezi 15letými studenty, a to včetně vybraných rizikových forem konzumace alkoholu, zaznamenan byl i pokles v případě celoživotní prevalence užití konopných látek i jejich užití v horizontu posledních 30 dnů.
Zaměřit se na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů	Nesplněno: Nepodařilo se snížit vysokou míru výskytu problémového užívání pervitinu a opioidů, nepodařilo se zavést nové specifické programy pro tuto cílovou skupinu, dostupnost substituční léčby v ČR je nízká.
Zefektivnit financování protidrogové politiky – definovat a zavést systémové změny v zajištění a koordinaci financování protidrogové politiky	Částečně splněno: Přes pokrok v některých oblastech (např. možnost úhrady „nových“ adiktologických výkonů ze zdravotního pojištění, možnost víceletých projektů, zvýšení objemu prostředků na protidrogovou politiku) je většina specializovaných programů financována systémem dotačního financování z více zdrojů, které vykazují značnou vzájemnou nejednotnost.
Integrovaná protidrogová politika – aktivity snižující nadměrné užívání alkoholu a reflektující jeho dopady jsou neoddělitelnou součástí protidrogové politiky	Splněno: Národní strategie protidrogové politiky a další relevantní strategické dokumenty zahrnují oblast alkoholu, tabáku, nelegálních drog i hraní hazardních her.

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2016b)

Úkoly rutinního charakteru, které byly součástí běžné agendy zodpovědných subjektů, byly většinou splněny. K nesplněným či částečně splněným úkolům patřily spíše úkoly, jež měly systémovější, komplexnější charakter, byly pro realizátora nové a na jejich realizaci byly zapotřebí dodatečné finanční či personální zdroje. Hodnotit plnění legislativních úkolů je problematické, protože předkladatel zákonů může jen obtížně ovlivnit rychlost či výsledek legislativního procesu (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016b).

Ukázalo se, že realizátoři aktivit nevyužívají indikátory splnění úkolů definované akčním plánem. U částí úkolů nebyla data k ukazatelům poskytnuta vůbec nebo byla poskytnuta data, která neodpovídala stanovenému ukazateli. Jako objektivní ukazatel splnění úkolu byl v Akčním plánu 2013–2015 uveden konkrétní požadovaný výstup realizace aktivity (metodika, standardy, výzkumné a jiné zprávy apod.), který měl být průběžně předkládán RVKPP. Výstupy aktivit však předložili realizátoři v průběhu I. 2013–2015 na jednání RVKPP pouze v ojedinělých případech (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016b).

1.2.2.2 Akční plán pro oblast nelegálních drog 2016–2018

Nový akční plán pro oblast nelegálních drog na období 2016–2018 byl projednán RVKPP v květnu 2016 a vládou schválen v červnu 2016.²² Navazuje na předchozí akční plán na období 2013–2015 a vzhledem k přijetí paralelních akčních plánů pro další oblasti protidrogové politiky se zaměřuje výhradně na oblast nelegálních návykových látek.

Priority stanovené tímto akčním plánem vychází z průběžného hodnocení strategických cílů, ze závěrečného hodnocení plnění priorit předchozího akčního plánu a z provedené analýzy slabých stránek a problémů v jednotlivých oblastech protidrogové politiky a jsou jimi:

- snížit míru konzumace návykových látek mezi dětmi a mládeží, zejména (intenzivního) užívání konopných drog,

²² usnesení vlády č. 567 ze dne 22. června 2016

- snížit míru a rizikovost užívání drog mezi mladými dospělými, zejména v prostředí noční zábavy,
- zaměřit se na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů,
- zvýšit místní, časovou a finanční dostupnost specializované adiktologické péče,
- snížit dostupnost prekurzorů pro nelegální výrobu pervitinu, nových syntetických látek a zneužívání léčivých přípravků s obsahem OPL,
- zavést nový systém hodnocení dostupnosti a podpory specializovaných adiktologických služeb,
- zlepšit reálnou koordinaci protidrogové politiky a koordinaci jejího financování.

Akční plán vyčíslil finanční nároky, které jsou spojeny s jeho implementací, na 146,16 mil. Kč v r. 2016, 188,39 mil. Kč v r. 2017 a 209,56 mil. Kč v r. 2018. Dále konstatuje, že kromě finančních prostředků na realizaci akčního plánu je nezbytné také zajistit prostředky potřebné k udržení současného stavu základní sítě služeb podporované ze státního a samosprávných rozpočtů. Jde především o služby poskytované nestátními neziskovými organizacemi, které nemají možnost získat finanční prostředky z jiných zdrojů – spolufinancování této sítě ze státního rozpočtu tvoří ročně cca 240 mil. Kč.²³

1.2.3 Další opatření protidrogové politiky

Od r. 2015 došlo k podstatné změně ve financování sociálních služeb, která se týká i části adiktologických služeb financovaných resortem práce a sociálních věcí. V souvislosti s novelou zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. byla zodpovědnost za stanovení sítě a přímé financování poskytovatelů sociálních služeb místního a regionálního charakteru přenesena na kraje. Na tuto povinnost MPSV poskytuje krajům dotace, přímo pak financuje pouze služby nadregionálního a celostátního charakteru. Sociální služby byly označeny za služby obecného hospodářského zájmu, na financování sociálních služeb se tak vztahují předpisy EU o veřejné podpoře.²⁴ Sociální služby jsou tak od r. 2016 povinně financovány prostřednictvím tzv. vyrovnávací platby (ekonomický nástroj k pokrytí čistých nákladů vynaložených při plnění závazků veřejné služby). Přestože je vyrovnávací platba jedním z vhodných způsobů, jak předcházet nepovolené veřejné podpoře komerčních subjektů, její uplatnění také na sociální služby vyvolalo v l. 2015 a 2016 výhrady poskytovatelů adiktologických služeb (služby se potýkají s řadou praktických problémů, podmínky financování často nerespektují multidisciplinární charakter služeb, aplikace není stejná ve všech krajích apod.).

V březnu 2016 byla vládou schválena²⁵ Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 jako základní rámcový dokument sociální politiky ČR, která přináší střednědobý výhled na systém sociálních služeb v širším kontextu.²⁶ Jejím účelem je nastavit systém sociálních služeb tak, aby odpovídal potřebám lidí v nepříznivé situaci (a následně uživatelům sociálních služeb) a umožnil jim žít v jejich přirozeném prostředí, pokud je to možné s využitím neformální péče. Mimo jiné obsahuje opatření č. C.1.6 Vymezit adiktologické služby ve vztahu k sociálním službám, které by mělo být realizováno v l. 2016–2025 a v rámci kterého by ve spolupráci s externími experty, mezíresortními pracovními skupinami k adiktologickým službám, Úřadem vlády ČR, Asociací poskytovatelů sociálních služeb a dalšími neziskovými organizacemi měl být zpracován návrh změny související legislativy.

Od r. 2014 je v Zásadách vlády pro poskytování dotací ze státního rozpočtu České republiky nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy zakotvena možnost víceletého financování neziskových organizací. Smlouvu (memorandum o dlouhodobé spolupráci) uzavřelo s vybranými NNO poskytujícími služby uživatelům drog ve vězení v rámci dotačního řízení na r. 2016 ministerstvo spravedlnosti.

²³ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/akcni-plan-realizace-narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2016-az-2018-pro-oblast-nelegalnich-navykovych-latek-146871/> [2016-08-15]

²⁴ rozhodnutí Komise č. 2012/21/EU

²⁵ dne 21. března 2016 usnesením č. 245

²⁶ <http://www.mpsv.cz/cs/26520> [2016-09-06]

V březnu 2015 schválila RVKPP inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Při novelizaci byly zapracovány legislativní změny uplynulých let, související věcné a terminologické inovace, bylo vzato v úvahu uvedení standardů kvality sociální práce do praxe. Inovované standardy odborné způsobilosti vychází z širokého konsenzu a adiktologické služby definují jako multidisciplinární. Dále vychází z konceptu nedělitelnosti zdravotní a sociální péče a zahrnují uživatele všech typů návykových látek i patologické hráče. Speciální standardy byly rovněž doplněny o desátý typový speciální standard Adiktologické služby ve vězení a následná povýstupní péče.

V lednu 2016 schválila vláda Koncepti vězeňství do roku 2025.²⁷ Koncepte za své prioritní cíle považuje zvýšení skutečné zaměstnanosti vězňů, zkvalitnění náplně programů práce s vězni včetně vzdělávacích a mimopracovních aktivit, předcházení recidivě, zlepšení zdraví a zdravotnictví ve věznicích, ale také zlepšení situace v oblasti užívání drog a závislosti – blíže viz kapitolu Uživatelé drog ve vězení (str. 218).

V reakci na nové ustanovení v návrhu zákona o ochraně zdraví před škodami působenými návykovými látkami (blíže viz kapitolu Legislativní rámec, str. 15), které opravňovalo učitele testovat žáky na přítomnost drog, byla v únoru 2016 zveřejněna petice, která se ostře vymezila vůči tomuto návrhu. Petenti nesouhlasili s tím, aby učitelé ve školách a školských zařízeních měli možnost testovat žáky na přítomnost drog bez souhlasu zákonných zástupců, a navrhovali, aby byly pasáže umožňující tuto praxi z návrhu zákona vyjmuty. K srpnu 2016 měla petice přes 500 podpisů.²⁸

V první polovině r. 2016 proběhly médii zprávy o výsledcích testování odpadních vod a biologického materiálu žáků základních škol v Orlové a dalších městech na severní Moravě. Výsledky testování na přítomnost drog byly v médiích prezentovány jako naléhavé a alarmující, poukazující na vysokou míru užívání drog mezi dětmi.²⁹ Realizátoři testování s odkazem na výsledky z Orlové a na „vyšší validitu“ měření z odpadních vod zpochybnili monitorování drogové situace tradičními epidemiologickými metodami a doporučili řadu kroků v protidrogové politice v duchu „změny úhlu pohledu na celou problematiku“ a jiných požadavků, „než jsou specifika pohledu a práce sociálních služeb“.³⁰ Zástupci odborné veřejnosti a institucí, které jsou členy RVKPP, reagovali zveřejněním společného odborného stanoviska, v němž poukázali na řadu nesrovnalostí a pochybení při provádění testování a odmítli testování jako metodu první volby při hodnocení situace a jako preventivní metodu.³¹ Realizátoři projektu na to reagovali dalším vyjádřením.³² S ohledem na zprávy, že o projekt testování mají zájem další obce v ČR, se situací následně na svém jednání 18. července 2016 zabývala také RVKPP a přijala usnesení, ve kterém nedoporučuje metodu vyšetřování drog a jejich metabolitů v odpadních vodách jako hlavní metodu monitorování drogové situace na národní nebo lokální úrovni, přičemž tuto metodu považuje za doplňkovou metodu monitoringu drogové situace za předpokladu dodržení metodických standardů a etických principů výzkumu, a rovněž nedoporučuje plošné testování drog a jejich metabolitů ze vzorků biologického materiálu žáků jako metodu monitorování drogové situace ani jako nástroj prevence nebo protidrogové politiky na školách. RVKPP doporučila zřizovatelům škol a místním samosprávám využívat vládními institucemi schválené metodické dokumenty a postupy pro monitorování situace a pro realizaci protidrogové politiky na místní úrovni a preventivních programů na školách.³³

V I. 2015 a 2016 pokračovaly snahy o standardní úhradu zdravotních výkonů prováděných adiktologem ze zdravotního pojištění – blíže viz kapitolu Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislosti (str. 109).

²⁷ usnesení vlády č. 50 ze dne 25. ledna 2016

²⁸ <http://e-petice.cz/petitions/prohlaseni-k-vladnimu-zameru-umoznit-ucitelum-testovat-zaky-na-pritomnost-drog-bez-souhlasu-rodicu.html> [2016-08-15]

²⁹ <https://www.novinky.cz/krimi/399718-ctvrtina-devataku-v-orlove-bere-drogy-vetsinou-pervitin-ukazal-pruzkum.html>, http://ostrava.idnes.cz/reakce-na-vysledky-testovani-devataku-v-orlove-na-drogy-pjs-ostrava-zpravy.aspx?c=A160408_080018_ostrava-zpravy_woj, <http://tn.nova.cz/clanek/desive-zjisti-kazdy-ctvrty-devatak-v-orlove-bere-drogy.html> [2016-06-03]

³⁰ Zdroj: Závěry workshopu „Protidrogová politika měst – od měření k řešení“ ze dne 5. května 2016. K dispozici u editora této výroční zprávy.

³¹ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/plosne-testovani-skolaku-na-pritomnost-drog-prinasi-nepresne-vysledky-a-zastrasuje-rodice-i-deti-144589/> [2016-08-15]

³² <http://accendo.cz/protidrogova-politika-z-pohledu-uzivatelu-drog/> [2016-08-15]

³³ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/jednani-18--cervence-2016-145702/> [2016-08-15]

1.2.4 Politické, občanské a odborné akce a iniciativy

V průběhu r. 2015 se stejně jako v předchozích letech v ČR konala řada celostátních i regionálních konferencí a seminářů zaměřených na problematiku legálních a nelegálních drog.

Celoročně každou první středu v měsíci (s výjimkou letních prázdnin) se konají veřejné pracovní schůze Společnosti pro návykové nemoci (SNN) České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP), tzv. Purkyňky, kde jsou prezentovány příspěvky na vybraná adiktologická témata.³⁴

V březnu 2015 proběhla v Praze mezinárodní konference *Léčebné konopí a kanabinoidy: Politika, věda a léčebná praxe*,³⁵ pořádaná pod záštitou ministra zdravotnictví, národního protidrogového koordinátora a SNN. Konferenci podpořil také Státní ústav pro kontrolu léčiv (Státní agentura pro konopí pro léčebné použití³⁶). Tématem konference byla (oficiální) léčba konopím, využití konopí při léčbě bolesti, epilepsie, v neurologii, onkologii, dermatologii nebo paliativní péči.

V červnu 2015 proběhl již 54. ročník celostátní adiktologické konference (AT konference), kterou pořádá SNN, s podtitulem *Kolik stojí závislosti*.³⁷ Kromě celostátní konference se v průběhu r. 2015 konaly také krajské adiktologické konference, a to ve Středočeském kraji s podtitulem *Změny v toleranci společnosti k závislostem*,³⁸ v Jihočeském kraji s podtitulem *Držíme krok s dobou?*,³⁹ v Jihomoravském kraji se zaměřila na léčbu uživatelů drog s podtitulem *Nemocný pacient, nebo rovnocenný partner v terapii?*,⁴⁰ v Olomouckém kraji s podtitulem *Mezioborový přístup v adiktologii*.⁴¹

V březnu 2015 se konala *Konference pracovníků terapeutických komunit*⁴² zaměřená na možnosti terapie a evaluaci výsledků léčby v Blansku a konference *Terénní a nízkoprahové programy 2015* pořádaná Českou asociací streetwork s podtitulem *Sociální práce jako péče o důstojnost člověka*⁴³ v Praze. V červnu 2015 pořádal SANANIM *Letní školu Harm Reduction*.⁴⁴

V listopadu 2015 se konal XII. ročník konference Primární prevence rizikového chování s názvem *Dobrá praxe v prevenci aneb „Konec řeči, jdeme k věci“*.⁴⁵ Konferenci organizuje každoročně Sdružení SCAN, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a Magistrát hl. m. Prahy, tématem byl rozvoj dobré praxe v primární prevenci, vytvoření bezpečného prostředí na školách, problematika záškoláctví a agresivity na školách. Součástí konference byly workshopy věnované rovněž různým typům opomíjeného rizikového chování, např. prevenci domácího násilí, prevenci sexuálně rizikového chování na školních akcích, prevenci HIV/AIDS nebo hazardnímu hraní. Podtitulem konference pro r. 2016 je *Co děláme, když děláme minimální preventivní program*.

MŠMT pořádalo v březnu 2015 druhý ročník konference *Národní kulatý stůl k primární prevenci rizikového chování*⁴⁶ zaměřený na školní metodiky prevence a vertikální koordinaci v oblasti primární prevence a v září 2015 proběhl pod záštitou MŠMT odborný seminář k oblasti primární prevence rizikového chování *Kdo, co a jak dělá v primární prevenci (role, kompetence a spolupráce jednotlivých poskytovatelů primární prevence)*.⁴⁷ V březnu 2016 pořádalo MŠMT konferenci k oblasti primární prevence rizikového chování s názvem

³⁴ <http://snncls.cz/purkyanky/purkyanky-v-roce-2015/> [2016-08-08]

³⁵ <http://www.medical-cannabis-conference.com/cs/o-konferenci> [2016-08-01]

³⁶ <http://www.sakl.cz/home/zakladni-informace> [2016-10-26]

³⁷ <http://http://at-konference.cz/archiv/2015-2/> [2016-08-01]

³⁸ <http://www.adiktologickakonference.cz/> [2016-08-01]

³⁹ <http://www.apsscr.cz/cz/asociace/aktuality/?id=188> [2016-08-01]

⁴⁰ <http://www.akluby.cz/KonferencePAK2015P.aspx> [2016-08-01]

⁴¹ <https://www.kr-olomoucky.cz/konference-v-bile-vode-na-tema-quot-meziborovy-pristup-v-adiktologii-quot-aktuality-3991.html> [2016-08-02]

⁴² <http://konference.terapeutickakomunita.cz/program/blansko-2015-program/> [2016-08-03]

⁴³ http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=739 [2016-08-03]

⁴⁴ <http://edekontaminace.cz/clanek/1/456/letni-skola-hr-2015.html?warning=> [2016-08-03]

⁴⁵ <http://www.pprch.cz/Minule-rocniky/XII-rocnik-konference-PPRCH-2015/> [2016-08-02]

⁴⁶ <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/2-narodni-kulaty-stul-k-primarni-prevenci-rizikoveho-chovani> [2016-08-05]

⁴⁷ <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/odborny-seminar-k-oblasti-primarni-prevence-rizikoveho> [2016-08-05]

*Bezpečné klima na školách.*⁴⁸ Konference byla určena především pro krajské školské koordinátory prevence, metodiky prevence z pedagogicko-psychologických poraden a zástupce středisek výchovné péče.

V únoru 2015 pořádaly organizace Provalis, Společně k bezpečí a Společnost pro podporu zdraví pro 21. století *Dny prevence*⁴⁹ v Ostravě, zaměřené na výměnu zkušeností v oblasti prevence rizikového chování a prevence kriminality a realizace preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních. Konference se zabývala prevencí sociálně patologických jevů, možnostmi spolupráce pracovníků v prevenci rizikového chování a v prevenci kriminality a uplatňováním interdisciplinární spolupráce v rámci sociálněprávní ochrany dětí. Na ostravskou konferenci navázaly v září 2015 *Dny prevence* v Praze věnované školnímu poradenství a krizové intervenci v prostředí školy.

Další konference či semináře na téma prevence probíhaly v krajích. V Praze proběhlo Pražské drogové fórum primární prevence rizikového chování s podtitulem *Agrese a agresivní chování*,⁵⁰ ve Středočeském kraji konference *Preventivní cestou – necestou aneb Křížovatky odbornosti*,⁵¹ v Jihočeském kraji IV. krajská konference primární prevence rizikového chování s názvem *Prevence na školách, která má smysl*,⁵² v Královéhradeckém kraji konference *Sociální klima školy*,⁵³ v Pardubickém kraji konference s názvem *Prevence rizikového sexuálního chování – úkol základního vzdělávání*,⁵⁴ v Jihomoravském kraji *Krajské fórum prevence 2015 aneb legální závislosti*,⁵⁵ v Olomouckém kraji proběhla regionální konference primární prevence rizikového chování *Bezpečné prostředí na školách*,⁵⁶ ve Zlínském kraji XVII. celorepublikový seminář *Dítě v krizi – Labyrint dětského světa*⁵⁷ a v kraji Moravskoslezském VIII. krajská konference primární prevence.⁵⁸ Ve Zlínském kraji jsou každoročně oceňovány nejlepší preventivní programy a práce školních metodiků prevence.⁵⁹

V říjnu 2015 pořádal SANANIM konferenci *Úzdrava a drogy 2015*⁶⁰ věnovanou léčbě uživatelů drog a faktorům ovlivňujícím výsledky léčby a v listopadu 2015 konferenci *Drogové závislosti – násilníci a oběti*⁶¹ zaměřenou na vliv násilí na vznik drogové závislosti a úspěšnost léčby. Na podzim 2015 pořádal SANANIM dvě veřejné debaty na aktuální témata: v říjnu 2015 debatu o současné praxi poskytování substituční léčby osobám závislým na nealkoholových drogách s názvem *Heroin závislý?*⁶² a v listopadu 2015 veřejnou debatu na téma aplikačních místností pro uživatele drog s názvem *Šlehárný*,⁶³ cílem veřejného setkání bylo vyvolání debaty o vhodnosti a přínosech sociálně-zdravotní služby aplikační místnosti pro uživatele drog. Další veřejná debata *Legalizace a/nebo dekriminalizace drog* proběhla v červnu 2016.⁶⁴

Výbor pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR pořádal v průběhu r. 2015 ve spolupráci s Výborem pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu řadu odborných seminářů – v březnu 2015 s podtitulem *Alkohol a zdraví*, v červnu *Bezpečné užívání léků*, v září proběhl seminář s názvem *Nové možnosti v koordinaci národního programu prevence rizikového chování dětí a mládeže* a seminář *Regulace*

⁴⁸ <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/konference-msmt-k-oblasti-primarni-prevence-rizikoveho> [2016-08-05]

⁴⁹ <http://izdravi.info/dnyprevence/o-dnech-prevence/#> [2016-08-02]

⁵⁰ <http://www.prevence-info.cz/typy-udalostiakce/konference> [2016-08-02]

⁵¹ <http://www.ceskaskola.cz/2015/05/4-5-6-odborna-konference-preventivni.html> [2016-08-02]

⁵² http://www.kraj-jihocesky.cz/1363/prevence_rizikoveho_chovani.htm [2016-08-02]

⁵³ <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/skolstvi/prevence-soc-patologickych-jevu/socialni-klima-skoly---konference-primarni-prevence-2015-83286/> [2016-08-02]

⁵⁴ <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/skolstvi/prevence-soc-patologickych-jevu/nabidka-akreditovanych-konferenci-dite-v-krizi-a-prevence-rizikoveho-sexualniho-chovani-78084/> [2016-08-02]

⁵⁵ <http://www.prevence-info.cz/udalost/krajske-forum-prevence-2015-aneb-legalni-zavislosti> [2016-08-02]

⁵⁶ <http://ppp-olomouc.cz/metodika-prevence/aktivity-z-oblasti-metodiky-prevence/> [2016-08-02]

⁵⁷ <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/skolstvi/prevence-soc-patologickych-jevu/nabidka-akreditovanych-konferenci-dite-v-krizi-a-prevence-rizikoveho-sexualniho-chovani-78084/> [2016-08-02]

⁵⁸ <http://www.msk.cz/cz/skolstvi/8--krajska-konference-prevence-rizikoveho-chovani--58877/> [2016-08-02]

⁵⁹ <https://www.kr-zlinsky.cz/zlinsky-kraj-ocenil-skolni-metodiky-prevence-aktuality-12286.html> [2016-08-15]

⁶⁰ <http://sananim.cz/zveme-vas.../180/konference-Uzdrava-a-drogy-2015.html> [2016-08-02]

⁶¹ <http://sananim.cz/projekty/zavislosti-nasilnici-a-obeti.html> [2016-08-02]

⁶² <http://sananim.cz/zveme-vas.../189/%E2%80%9EHeroin-zavislym%E2%80%9C.html?pg=3> [2016-08-02]

⁶³ <http://sananim.cz/zveme-vas.../192/Sleharny.html?pg=3> [2016-08-02]

⁶⁴ <http://www.sananim.cz/zveme-vas.../218/legalizace-a-nebo-dekriminalizace-verejna-debata.html> [2016-08-02]

elektronických cigaret: riziko, nebo příležitost?. V listopadu ve spolupráci s MZ a WHO v ČR proběhl seminář *Jak jsme na tom s tabákem a alkoholem v mezinárodním kontextu?*⁶⁵

Mezi významnější akce v oblasti legálních drog patřil 16. ročník konference *Tabák a zdraví*⁶⁶ pořádaný v listopadu 2015 Pracovní skupinou pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku ČLS JEP ve spolupráci s 1. LF UK a VFN v Praze a Společností pro léčbu závislosti na tabáku, jejímž tématem bylo odvykání kouření a motivace k léčbě, a konference *SMART přístupy k řešení řízení pod vlivem alkoholu*⁶⁷ organizovaná v rámci projektu SMART (Sober Mobility Across Road Transport) ministerstvem dopravy (MD) a ministerstvem vnitra (MV).

Problematika návykových látek byla rovněž součástí aktivit s primárně jiným nebo širším zaměřením. V r. 2015 proběhlo několik akcí zaměřených primárně na oblast bezdomovectví (bližší viz VZ 2014) nebo kriminality. Drogová kriminalita a prevence kriminality a rizikového chování u mládeže byly tématem konference *III. kriminologické dny*⁶⁸ pořádané v lednu 2015 Českou kriminologickou společností a katedrou sociální patologie a sociologie Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové, v září 2015 pořádala Akademie Vězeňské služby ČR s podporou České kriminologické společnosti *III. penologické dny* s podtitulem *Drogy v penitenciární praxi: Alkohol, inhalační drogy a zneužívání léčiv v penitenciárních souvislostech – opomíjené závislosti z pohledu adiktologie?*⁶⁹ Uživatelé drog byli jednou ze skupin diskutovaných v rámci tradiční konference Sekce sociální patologie Masarykovy české sociologické společnosti konané v dubnu 2015 se zaměřením na problematiku ohrožených a rizikových skupin.⁷⁰ Národní centrum bezpečnějšího internetu pořádalo v listopadu 2015 konferenci *KYBERPSYCHO 2015*⁷¹ zaměřenou na prevenci a řešení kyberkriminality páchané na dětech a dětmí, konference byla určena pro pedagogické pracovníky, školní metodiky prevence, pracovníky OSPOD a koordinátory prevence kriminality.

Další konference a semináře byly zaměřené na kvalitu poskytované péče – v březnu 2015 se konala v Ústeckém kraji konference *Kvalita v sociálních službách*,⁷² v listopadu 2015 pořádal Národní ústav pro vzdělávání ve spolupráci s MŠMT konferenci s názvem *Kvalita péče o děti v ústavní výchově*.

Řada konferencí byla v průběhu r. 2015 věnována také metodologii výzkumů – Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci pořádala v únoru 2015 další ročník konference *kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku s názvem Jak to děláme: Proces kvalitativní analýzy pohledem zkušených výzkumníků*⁷³ zaměřenou na kvalitativní výzkum a využití poznatků z něj. V červnu 2015 pořádala Česká evaluační společnost ve spolupráci s Fakultou sociálních věd UK v Praze konferenci *Evaluace ve světle nových příležitostí*,⁷⁴ konference jsou pořádány každoročně již od r. 2011.

Pokud jde o iniciativy v ČR zaměřené na změny v pojetí protidrogové politiky, proběhl v květnu 2015 v Praze již 18. ročník pražské demonstrace s názvem *Million Marihuana March*.⁷⁵ Hlavním tématem byla legalizace pěstování a držení konopí a konopných produktů pro vlastní potřebu, a to jak za účelem léčby, tak k rekreačnímu užívání. Další ročník demonstrace proběhl v květnu 2016.

⁶⁵ <http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?k=3205&ido=1128&kk=6&td=16&n=1> [2016-08-03]

⁶⁶ <http://www.lf1.cuni.cz/16-konference-tabak-a-zdravi> [2016-08-03]

⁶⁷ <http://www.cdv.cz/smart-pristupy-k-reseni-rizeni-pod-vlivem-alkoholu/> [2016-08-03]

⁶⁸ http://www.czkrim.cz/files/III.Kriminologick%C3%A9%20dny_sborn%C3%ADk.pdf [2016-08-03]

⁶⁹ <http://www.ok.cz/iksp/news.html> [2016-08-03]

⁷⁰ <http://www.ok.cz/iksp/news.html> [2016-08-03]

⁷¹ <http://www.saferinternet.cz/praha-bezpecne-online-2015/525-konference-kyberpsycho-2015.html>,
<http://www.saferinternet.cz/aktuality/626-kyberpsycho-2015-kyberkriminalita-v-poslednich-letech-roste-o-30-mezirocne.html> [2016-08-02]

⁷² <http://socialnisluzby.kr-ustecky.cz/pozvanka-konference-quot-kvalita-v-socialnich-sluzbach-quot-17-3-2015/> [2016-08-02]

⁷³ <http://psych.upol.cz/verejnosti/konference/kvantitativni-pristup-a-metody-ve-vedach-o-cloveku/> [2016-08-02]

⁷⁴ <http://www.czecheval.cz/Konference.html#Rok%202015> [2016-08-02]

⁷⁵ <http://mmm.legalizace.cz> [2016-08-02]

V listopadu 2015 se v Praze konal 6. mezinárodní veletrh konopí a léčivých rostlin *Cannafest*.⁷⁶ Tradičně se na výstavě představili šlechtitelé konopných semen, výrobci hnojiv a techniky, výrobci konopné kosmetiky a textilu, média zabývající se tématem konopí a instituce a firmy podporující využití konopí v medicíně, v r. 2015 se veletrhu zúčastnilo více než 200 vystavovatelů z 25 zemí světa. Součástí *Cannafestu* byla stejně jako v předchozích letech projekce dokumentárních i hraných filmů s konopnou tematikou, módní přehlídka konopného oblečení a degustační soutěž konopných nápojů.

1.2.5 Koordinace protidrogové politiky

1.2.5.1 Koordinace na národní úrovni

Koordinačním a poradním orgánem vlády v otázkách protidrogové politiky je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). V r. 2015 se RVKPP sešla pětkrát a čtyřikrát hlasovala formou *per rollam*.

V souvislosti se schválením konceptu integrované protidrogové politiky vláda v říjnu 2014 změnou statutu RVKPP rozšířila její mandát a zvýšila počet členů RVKPP – blíže viz VZ 2014. K další změně statutu RVKPP došlo v červenci 2016, kdy vláda schválila rozšíření členství o další dva nové členy – ministra zahraničních věcí a zástupce Asociace poskytovatelů sociálních služeb. V současné době má RVKPP 19 členů – vysokých představitelů státní správy, krajů, odborných společností a zastřešujících organizací poskytovatelů služeb. Složení RVKPP k červenci 2016 je následující:

- > předseda vlády (předseda RVKPP),
- > národní protidrogový koordinátor (výkonný místopředseda RVKPP),
- > ministr zdravotnictví,
- > ministr vnitra,
- > ministr školství, mládeže a tělovýchovy,
- > ministr práce a sociálních věcí,
- > ministr spravedlnosti,
- > ministr obrany,
- > místopředseda vlády pro ekonomiku a ministr financí,
- > ministr pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu,
- > ministr zemědělství,
- > ministr průmyslu a obchodu,
- > ministr zahraničních věcí,
- > zástupce Rady Asociace krajů České republiky,
- > předseda Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně,
- > předseda České asociace adiktologů,
- > zástupce Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním,
- > zástupce Asociace poskytovatelů sociálních služeb,
- > expert jmenovaný předsedou RVKPP.

V souvislosti s rozšířením mandátu RVKPP na integrovanou protidrogovou politiku RVKPP v březnu 2015 rovněž schválila nové uspořádání svých výborů a pracovních skupin. Nyní má RVKPP k dispozici 5 stálých výborů a 7 stálých pracovních skupin pro specifické oblasti protidrogové politiky a 7 pracovních skupin NMS – blíže viz VZ 2014.

1.2.5.2 Koordinace na krajské a obecní úrovni

Na krajské úrovni je protidrogová politika koordinována prostřednictvím krajských protidrogových koordinátorů a poradních orgánů pro oblast protidrogové politiky. Základními dokumenty jsou krajské strategie a akční plány protidrogové politiky a krajské zprávy o situaci v oblasti protidrogové politiky.

⁷⁶ <http://www.cannafest.com/cs/> [2016-08-02]

Funkce krajského protidrogového koordinátora je obsazena ve všech krajích s výjimkou Moravskoslezského, kde pozice koordinátora není ustavena (agendu koordinace krajské protidrogové politiky vykonává referent po sociální služby). V r. 2015 vykonávalo svou funkci na celý úvazek 8 krajských protidrogových koordinátorů. Nově byla zřízena pozice krajského protidrogového koordinátora na celý úvazek ve Středočeském kraji, kde rovněž došlo ke změně v jeho zařazení ve struktuře krajského úřadu – nově tato funkce spadá pod odbor školství, mládeže a sportu. Krajsští protidrogoví koordinátoři jsou v dalších krajích v organizační struktuře krajského úřadu zařazení většinou na pozici referenta odboru sociálních věcí (9), zdravotnictví (2), školství (1); v jednom případě je krajský koordinátor organizačně zařazen pod kancelář hejtmána.

V 9 krajích ze 14 jsou zřízeny komise pro otázky protidrogové politiky, ve 2 krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem a ve 3 krajích pracovní skupiny. Celkem 10 krajů ve svých výročních zprávách uvádí, že komise či pracovní skupiny zabývající se protidrogovou politikou se rovněž věnují problematice alkoholu a hazardního hraní.

Protidrogová politika krajů vychází z krajského strategického dokumentu pro oblast protidrogové politiky. Ve 2 krajích (Středočeském a Plzeňském) je protidrogová politika součástí širší strategie pokrývající celkově oblast sociální politiky nebo prevence kriminality. V r. 2015 pokračoval trend pozitivních změn v zajištění protidrogové politiky v Ústeckém kraji. Zastupitelstvo Ústeckého kraje schválilo Strategii protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2015–2018, která je realizována prostřednictvím Akčního plánu realizace na období 2015–2018. Ve Středočeském kraji byl v r. 2015 připravován samostatný strategický dokument protidrogové politiky – Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na léta 2016–2020. Zastupitelstvo Libereckého kraje schválilo samostatný strategický dokument Plán protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2015–2018 a v Jihočeském kraji byla schválena Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017.

Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři (MPK). Pozice místního protidrogového koordinátora byla v r. 2015 ustavena ve všech 22 městských částech hl. m. Prahy a ve 188 obcích s rozšířenou působností (z toho ve 13 obcích nejde přímo o funkci MPK, ale o kontaktní osobu pro tuto problematiku) z celkového počtu 205, což je nárůst oproti r. 2014, kdy mělo místního koordinátora 184 obcí.

1.3 Rozpočty a financování

1.3.1 Výdaje z veřejných rozpočtů

Protidrogová politika byla v r. 2015 financována podobně jako v předchozích letech ze dvou úrovní: z centrální úrovně (státní rozpočet) a z regionální úrovně (krajské a obecní rozpočty). Rozpočtové výdaje na programy protidrogové politiky, které jsou plánované a identifikovatelné, se označují jako účelově určené (*labelled*). Další rozpočtové výdaje, které nejsou předem plánované, případně další nepřímé společenské náklady spojené s užíváním návykových látek se dosud neodhadují pravidelně každý rok a nejsou předmětem této kapitoly. Celkové společenské náklady v důsledku užívání návykových látek v ČR byly naposledy vyčísleny za r. 2006 a 2007 – blíže viz kapitolu Společenské náklady spojené s užíváním drog (str. 35).

Zdrojem dat pro každoroční monitoring účelově určených výdajů na centrální úrovni jsou státní závěrečné účty resortů a informace od zástupců či kontaktních osob resortů a státních institucí. Zdrojem dat na regionální úrovni jsou výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v jednotlivých krajích. Od r. 2013 zástupci státních institucí i krajsští protidrogoví koordinátoři navíc zasílají sekretariátu RVKPP strukturované hlášení o výdajích s podrobnějším členěním podle jednotlivých typů programů a oblastí protidrogové politiky.

Protidrogová politika jako samostatný rozpočtový program je vykazována v rozpočtech Úřadu vlády ČR na činnost sekretariátu RVKPP, ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT), ministerstva obrany (MO), ministerstva zdravotnictví (MZ) a ministerstva spravedlnosti (MS).

Kromě těchto resortů se na financování protidrogové politiky podílí též ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), které sice nemá v rozpočtu samostatnou položku na protidrogovou politiku, ale v rámci dotačního řízení podporuje služby, kde jsou identifikovanou cílovou skupinou uživatelé návykových látek. Ani ministerstvo vnitra (MV) a Policie ČR nemají samostatnou rozpočtovou položku na protidrogovou politiku, ale poskytují údaje o resortních výdajích na programy kriminality nebo výzkumné projekty v oblasti drog a o výdajích Policie ČR v oblasti protidrogové politiky. Zejména jde o náklady na činnost Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie (NPC) a od r. 2014 na základě dohodnuté spolupráce rovněž náklady na nákupy testů a testovacích souprav na alkohol a OPL, na znalecké posudky a náklady na forenzní toxikologické analýzy v oblasti drog a rovněž na náklady krajských ředitelství policie v oblasti drog (tzv. problematika toxikologie a toxikologických týmů). Dále se na realizaci protidrogové politiky významnou měrou podílí Celní protidrogová jednotka (CPJ), která je součástí Generálního ředitelství cel (GŘC) a na jejíž činnost rovněž není vyčleněna samostatná rozpočtová položka protidrogové politiky.

Kromě veřejných rozpočtů jsou služby pro uživatele návykových látek a závislé financovány z veřejného zdravotního pojištění a z evropských fondů – odhad těchto nákladů uvádí kapitoly Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog (str. 35) a Výdaje evropských fondů v oblasti protidrogové politiky (str. 35).

Struktura výdajů na protidrogovou politiku vykazovaných jako účelově určené se mezi institucemi liší. Zatímco některé vykazují pouze prostředky rozdělené v dotačních řízeních na projekty a služby protidrogové politiky (MPSV, MV), jiné instituce do výdajů počítají kromě dotací také prostředky na administraci dotačního řízení nebo platby za služby na výzkum a analýzy, certifikační řízení, publikační a informační činnost nebo materiálové výdaje (RVKPP, MŠMT, MO, MZ, MS) nebo mzdové a provozní výdaje (Policie ČR). Jakékoliv srovnání mezi jednotlivými institucemi nebo vývoj v čase je tedy potřeba posuzovat s vědomím této nesourodosti.

RVKPP podpořila v r. 2015 realizaci 153 projektů protidrogové politiky (včetně nově vyhlášené oblasti pro patologické hráčství) v celkové výši 91,1 mil. Kč. Byly podpořeny projekty v oblasti primární prevence (selektivní a indikované), terénní programy, nízkoprahové služby a poradenství, ambulantní a rezidenční léčby včetně léčby v terapeutických komunitách, programy následné péče a projekty v oblasti koordinace / výzkum / hodnocení. Na zajištění odborné činnosti sekretariátu RVKPP (administrace dotačního řízení RVKPP, certifikace odborné způsobilosti, monitoring užívání drog a patologického hráčství) bylo čerpáno 3,9 mil. Kč.

V r. 2015 vyčlenilo MŠMT ze svého rozpočtu celkem 12,2 mil. Kč na podporu 81 projektů v oblasti protidrogové prevence. Kromě preventivních projektů byly podpořeny také vzdělávací aktivity pro pedagogy, projekty evaluace potřebnosti, dostupnosti a efektivnosti služeb, projekty zaměřené na zvyšování informovanosti a vzdělávání odborné či laické veřejnosti. Příjemci dotací byly školy, školská zařízení a NNO pracující s dětmi a mládeží.

MO financovalo v rámci programu protidrogové politiky částkou 488 tis. Kč především nákup detekčních přístrojů, odborné literatury a zajištění odborných přednášek a seminářů.

MPSV nemá rozpočtový program protidrogové politiky, ale poskytuje dotace projektům, jejichž cílovou skupinou jsou osoby ohrožené užíváním návykových látek nebo na nich závislé. V r. 2015 šlo o celkovou částku 160,7 mil. Kč, kterou bylo podpořeno 190 projektů kontaktních center, terénních programů, sociálního poradenství, terapeutických komunit, následné péče a domovů se zvláštním režimem.⁷⁷ Domovy se zvláštním režimem byly v r. 2015 financovány částkou 30,4 mil. Kč.

MZ poskytlo celkově částku 23,1 mil. Kč. Z toho bylo 19,2 mil. Kč na dotace projektům zaměřeným na léčbu osob závislých na návykových látkách (AT ordinace, substituční léčba, detoxifikace, ústavní léčba) a v oblasti harm reduction na nákup zdravotnického materiálu pro kontaktní centra a terénní programy. MZ také toho

⁷⁷ Domov se zvláštním režimem je speciální pobytová sociální služba pro klienty se specifickými potřebami danými přítomností chronického duševního nebo somatického onemocnění. Některé domovy se zvláštním režimem jsou určeny osobám s duševní poruchou vyvolanou účinkem alkoholu a dalších návykových látek, kteří mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiných osob.

podpořilo investičními výdaji ve výši 2,1 mil. Kč vybudování Kliniky adiktologie spojením Centra adiktologie s oddělením pro léčbu závislostí Psychiatrické kliniky VFN v Praze, čímž se vytvořilo unikátní interdisciplinární výzkumné a klinické pracoviště. Dále MZ poskytlo prostředky na 3 výzkumné projekty zaměřené na genetické faktory kouření, vliv alkoholu na srdeční činnost a zdravotně rizikové chování mládeže ve vztahu k faktorům prostředí (příjemci těchto finančních prostředků byly Institut klinické a experimentální medicíny, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně a Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy v Praze).

MS financovalo v celkové výši 7,6 mil. Kč aktivity v oblasti protidrogové politiky vězeňské služby, zejména na léčbu, poradenství, bezdrogové zóny či vzdělávání (4,0 mil. Kč), Institutu pro kriminologii a sociální prevenci (60 tis. Kč) a Justiční akademie (160,2 tis. Kč). Dále v rámci neinvestičních dotací na programy protidrogové politiky ve vězení vynaložilo MS v r. 2015 celkem 4,2 mil. Kč.

Z rozpočtu MV, které nemá dotační program zaměřený výhradně na realizaci protidrogové politiky, bylo čerpáno 65 tis. Kč na prevenci drogové kriminality a 25,0 mil. Kč na 5 výzkumných projektů.

Policie ČR dlouhodobě vykazuje osobní a provozní náklady na činnost NPC, které v r. 2015 dosáhly 166,9 mil. Kč. Od r. 2014 Policie ČR vykazuje celou řadu dalších výdajů. Jde o výdaje krajských ředitelství policie v oblasti drog (tzv. problematika toxikologie a činnost toxikologických týmů) v celkové výši 536,9 mil. Kč (z toho mzdové prostředky ve výši 380,6 mil. Kč), dále náklady na nákupy testů a testovacích souprav na alkohol a OPL v celkové výši 108,2 mil. Kč a dále 6,5 mil. Kč na forenzní toxikologické náklady v Kriminalistickém ústavu Praha.

Generální ředitelství cel (GRČ), jehož součástí je Celní protidrogová jednotka (CPJ), neposkytlo za r. 2015 údaje o výdajích na činnosti v rámci odhalování drogové trestné činnosti a protidrogové politiky.

Ministerstvo zahraničních věcí (MZV) podpořilo v r. 2015 v oblasti protidrogové politiky 3 projekty mezinárodní spolupráce, a to v Afghánistánu (4,0 mil. Kč), Íránu (0,3 mil. Kč) a Gruzii (2,1 mil. Kč).

Souhrnné identifikované účelově určené výdaje státního rozpočtu na protidrogovou politiku na centrální úrovni dosáhly v r. 2015 částky 1166,5 mil. Kč – tabulka 1-3.

tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle resortů v l. 2009–2015, v tis. Kč

Resort	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
RVKPP	97 476	85 504	90 852	90 502	95 854	93 198	94 987
MŠMT	11 263	14 967	12 993	11 521	10 455	11 956	12 196
MO	4 280	4 384	2 999	2 372	379	448	488
MPSV* > domovy se zvl. režimem	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	28 867	29 956	30 399
> ostatní	86 785	91 743	76 931	84 356	96 444	113 068	130 258
> celkem	86 785	91 743	76 931	84 356	125 311	143 024	160 657
MZ	15 057	21 462	21 167	18 754	14 811	23 607	23 118
MS	10 817	7 081	4 059	11 095	9 531	11 064	11 938
MV	–	–	–	–	4 653	19 877	25 030
GRČ	3 180	2 100	1 931	1 800	2 500	n. a.	n. a.
Policie > NPC	146 548	144 370	131 000	126 419	n. a.	146 834	166 941
ČR* > ostatní	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	559 531	670 412
> celkem	146 548	144 370	131 000	126 419	n. a.	706 365	837 353
MZV*	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	3 200	6 380
Celkem	375 406	371 611	341 932	346 819	263 494	1 012 739	1 174 081

Pozn.: MPSV, MV – výdaje v dotačních řízeních na prevenci kriminality a na výzkum, MŠMT, MZ – výdaje na dotační řízení a jeho administraci, RVKPP, MS – výdaje na dotační řízení, nákup služeb, materiálové a investiční výdaje, MO – nákup služeb a materiálové výdaje, NPC – mzdové a provozní výdaje. * Do výdajů MPSV od r. 2013 jsou nově započítány dotace domovům se zvláštním režimem. Do výdajů policie od r. 2015 jsou kromě výdajů NPC započítány rovněž další výdaje krajských ředitelství policie na znalecké posudky, laboratorní analýzy, testování na alkohol a OPL a odhalování trestné činnosti. Rovněž nově od r. 2014 jsou k dispozici výdaje v oblasti zahraniční pomoci a spolupráce.

Protidrogová politika je financována kromě státního rozpočtu i z místních rozpočtů, tj. z rozpočtů krajů a obcí. V r. 2015 poskytly kraje na protidrogovou politiku 198,3 mil. Kč a obce 69,9 mil. Kč, dohromady 268,3 mil. Kč. Také zde je potřeba zdůraznit, že od r. 2014 jsou do výdajů krajů a obcí započítány výdaje na

podporu sociálních firem (0,5 mil. Kč) a výdaje krajů na domovy se zvláštním režimem (7,7 mil. Kč) – tabulka 1-6.

Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z místních rozpočtů od r. 2007 ukazuje tabulka 1-4. Údaje o financování na krajské úrovni jsou rozděleny podle místa, kde byly finance realizátory jednotlivých projektů a činností spotřebovány. Prostředky na realizaci protidrogové politiky v r. 2015 s krajským určením čerpané ze státního a místních rozpočtů podle krajů zobrazují mapa 1-1, mapa 1-2 a tabulka 1-7.

Celkové výdaje na protidrogovou politiku lze rozdělit i z hlediska snižování poptávky po drogách (prevence, harm reduction, léčba, doléčování) a snižování nabídky (prosazování práva). Snižování poptávky po drogách je financováno jak ze státního, tak z místních rozpočtů, oblast snižování nabídky drog je financována ze státního rozpočtu. Podrobnou situaci v r. 2015 ukazuje tabulka 1-8, vývoj výdajů na protidrogovou politiku podle oblastí ukazuje tabulka 1-5.

tabulka 1-4: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v l. 2007–2015, v tis. Kč

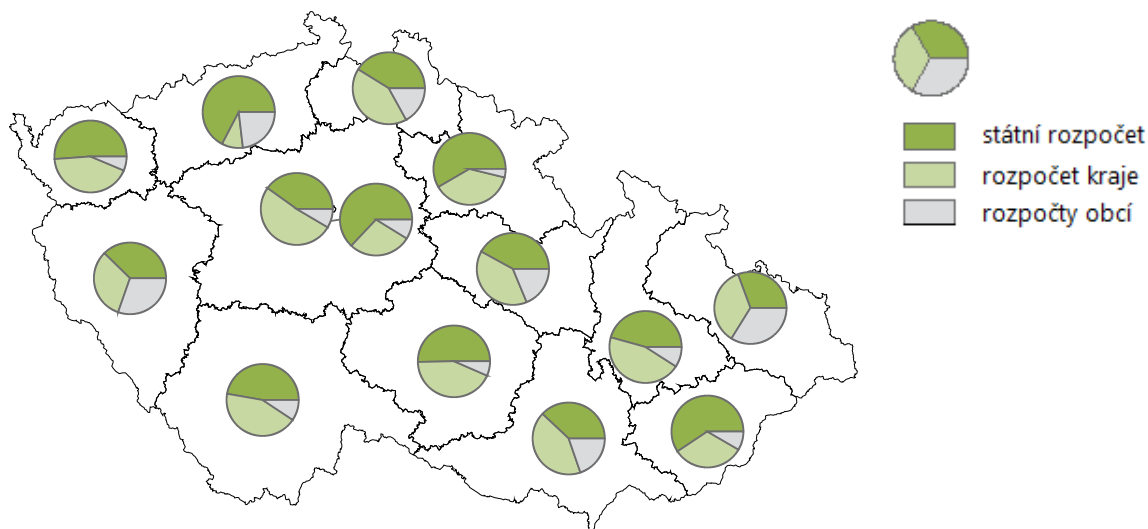
Kraj	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PHA	53 815	63 934	60 494	62 415	54 834	63 478	61 938	57 394	72 499
STC	21 315	22 677	16 072	21 516	17 750	17 052	6 241	13 316	15 562
JHC	7 639	12 124	12 263	10 070	10 677	11 519	11 271	13 827	14 356
PLK	8 157	14 122	13 656	14 403	15 217	14 278	12 824	13 183	14 458
KVK	1 829	2 756	1 165	6 256	4 991	6 756	8 192	10 638	4 815
ULK	10 697	10 251	11 049	12 374	10 715	9 270	8 394	8 343	9 620
LBK	7 252	13 102	9 850	10 986	11 258	11 462	11 429	11 246	12 404
HKK	7 803	7 969	10 909	7 604	8 338	9 047	18 929	14 456	15 394
PAK	7 027	7 394	6 889	8 545	8 141	7 928	9 933	5 421	6 105
VYS	9 065	4 562	4 053	4 143	5 119	10 370	12 830	15 439	17 013
JHM	13 666	14 268	25 571	21 799	25 360	28 466	25 940	27 113	26 744
OLK	5 231	10 791	12 174	11 082	11 419	12 071	12 380	9 907	15 852
ZLK	6 246	8 886	11 671	20 734	7 447	6 797	10 033	10 429	9 774
MSK	30 893	32 522	36 290	43 839	30 628	31 979	32 026	30 347	33 680
Celkem	190 635	225 357	232 106	255 764	221 895	240 474	242 359	241 059	268 276

Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky. Do výdajů krajů jsou nově započítány výdaje na domovy se zvláštním režimem, které v r. 2013 dosáhly 7426 tis. Kč a v r. 2014 celkem 7156 tis. Kč.

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v r. 2015 podle krajů, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let



mapa 1-2: Struktura výdajů s krajským určením na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů ČR v r. 2015 podle krajů



tabulka 1-5: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v l. 2012–2015, v tis. Kč

Kategorie služby	2012		2013		2014		2015	
	Částka	Podíl (%)	Částka	Podíl (%)	Částka	Podíl (%)	Částka	Podíl (%)
Prevence	48 725	8,3	45 605	9,0	40 040	3,2	46 780	3,2
Harm reduction	161 160	27,4	174 281	34,5	192 111	15,3	208 004	14,5
Léčba	112 145	19,1	118 531	23,4	117 981	9,4	125 615	8,6
Záchytné stanice	79 818	13,6	79 784	15,8	74 142	5,9	80 120	5,6
Následná péče	33 926	5,8	35 152	6,9	40 757	3,3	59 909	4,3
Domovy se zvláštním režimem	n. a.	–	36 293	7,2	37 112	3,0	38 075	2,7
Koordinace, výzkum, hodnocení	13 497	2,3	7 762	1,5	38 002	3,0	41 866	2,5
Prosazování práva*	131 304	22,4	3 086	0,6	710 398	56,7	837 353	58,4
Ostatní, nezařazeno	6 717	1,1	5 354	1,1	3 256	0,3	4 635	0,3
Celkem	587 293	100,0	505 853	100,0	1 253 798	100,0	1 442 357	100,0

Pozn.: * V r. 2013 bez výdajů NPC, od r. 2014 s nově vykázanými výdaji Policie ČR.

Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním (A.N.O.) provedla v r. 2016 analýzu zaměřenou na zásadní problémy v systému vícezdrojového dotačního financování (Richter, 2016). Analýza byla předložena na jednání RVKPP dne 18. 7. 2016. Cílem bylo porovnat organizační a administrativně-technické podmínky dotačních řízení na jednotlivých resortech a jejich negativní dopady v praxi. Celkem bylo analyzováno 7 poskytovatelů finančních prostředků na národní úrovni a také podmínky dotačních řízení vybraných krajů. Analýza ukázala problémy ve všech oblastech dotačních řízení: vyhlášení, priority vyhlášených dotačních titulů, formuláře popisu projektu a rozpočtu, forma předkládání žádostí a vyúčtování, hodnocení žádostí, zveřejnění návrhu dotací, konečná podoba rozpočtu projektu, převod finančních prostředků, podmínky čerpání dotace a problematika neuznatelných nákladů, požadavky na závěrečnou zprávu a vyúčtování dotace. Analýza zhodnotila vícezdrojový dotační systém financování služeb pro uživatele návykových látek jako velmi složitý a náročný z hlediska managementu služeb, neboť je komplikován množstvím nejednotných a často protichůdných pravidel. Tyto zásadní rozdíly v dotačních řízeních výrazně negativně dopadají na poskytovatele služeb i administrátory dotačních programů. A.N.O. ve své analýze tato nastavení označuje za nesystémová a nekonceptní, v některých případech vedoucí k ohrožení existence základní sítě služeb. RVKPP v navazujícím usnesení pověřila národního protidrogového koordinátora, aby předložil soubor legislativních a nelegislativních návrhů směřujících ke sjednocení podmínek financování základní sítě služeb.

1.3.2 Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog

Výdaje zdravotních pojišťoven vynaložené na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek tvoří výdaje přímo identifikovatelné, tj. vykázané na léčbu v souvislosti se základní diagnózou, a výdaje neidentifikovatelné bez vazby na diagnózu, jejichž podíl na dg. F10–F19 je odhadován (blíže k metodice viz VZ 2011).

Odhadovaný objem výdajů ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2014⁷⁸ činil 1583 mil. Kč (v r. 2013 to bylo 1467 mil. Kč, ale v r. 2012 celkem 1597 mil. Kč), z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem (dg. F10) bylo vydáno 1062 mil. Kč (977 mil. Kč v r. 2013 a 1124 mil. Kč v r. 2012) a na léčbu poruch způsobených nealkoholovými drogami (dg. F11–F19) 520 mil. Kč (490 mil. Kč v r. 2013 a 473 mil. Kč v r. 2012). Vývoj a strukturu těchto nákladů ukazuje tabulka 1-9.

Částka spotřebovaná adiktologickými (AT) programy v r. 2014 dosáhla 255,6 mil. Kč (214 mil. Kč v r. 2013). Na péči o uživatele alkoholu bylo vydáno 165 mil. Kč (146 mil. Kč v r. 2013), z toho 157 mil. Kč na lůžkovou a 9 mil. Kč na ambulantní péči. U nealkoholových poruch (dg. F11–F19) dosáhly výdaje AT programů 90 mil. Kč (68 mil. Kč v r. 2013), z toho 85 mil. Kč na lůžkovou a 5 mil. Kč na ambulantní péči (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016i).

1.3.3 Výdaje evropských fondů v oblasti protidrogové politiky

V období 2009–2013 bylo v ČR na projekty protidrogové politiky (zejména na adiktologické služby) z prostředků evropských fondů vynaloženo přibližně 310,0 mil. Kč – blíže viz VZ 2014.

1.3.4 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Společenské náklady tabáku, alkoholu a nelegálních drog zkoumala studie Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v r. 2007 (Zábranský et al., 2011). Celkové hmotné náklady podle této studie činily v r. 2007 v ČR 56,2 mld. Kč (1,6 % HDP), z toho na tabák 33,1 mld. Kč (59,0 %), na alkohol 16,4 mld. Kč (29,1 %) a na nelegální drogy 6,7 mld. Kč (11,9 %) – blíže viz VZ 2011. Jiná studie vyčíslila náklady na alkohol v ČR v r. 2010 ve výši 19,6 mld. Kč (Gustavsson et al., 2011, Csémy a Winkler, 2012). V souvislosti s kouřením tabáku v ČR se často citují náklady ve výši 80–100 mld. Kč ročně.⁷⁹

Kromě toho byly poprvé v ČR vyčísleny společenské náklady na hazardní hraní, které za r. 2012 dosáhly 14,2–16,1 mld. Kč, z toho hmotné náklady 3,5–4,7 mld. Kč (Winkler et al., 2014) – blíže viz Výroční zprávu o hazardním hraní v ČR v r. 2014 (Mravčík et al., 2015c).

⁷⁸ Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek jsou zpracovány s ročním zpožděním ze statistiky zdravotnických účtů podle mezinárodní metodologie System of Health Accounts.

⁷⁹ http://zpravy.idnes.cz/cesi-prestavaji-kourit-kvuli-krizi-musi-setrit-i-na-zavislostech-p9r-/domaci.aspx?c=A100214_204732_domaci_abr; http://ceskapozice.lidovky.cz/jak-dopadne-boj-o-cigaretovy-dym-dnl-/tema.aspx?c=A121229_003800_pozice_89103 [2015-09-06]

tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v r. 2015 podle kategorií služeb, v tis. Kč

Kraj		Primární prevence	Harm reduction	Ambulantní služby	Služby ve vězení	Rezidenční služby	Následná péče	Sociální firmy	Záchytné stanice	Prevence drogové kriminality	Informace / výzkum / koordinace	Domovy se zvláštním režimem	Ostatní	Celkem
Rozpočty krajů	Hl. m. Praha	7 960	13 600	10 800	200	6 600	3 570	450	16 432	0	1 450	0	1 038	62 100
	Středočeský	328	3 494	49	109	1 866	970	0	5 000	0	0	0	45	11 861
	Jihočeský	1 300	4 000	1 190	0	620	580	0	4 000	0	128	0	0	11 818
	Plzeňský	900	1 835	200	204	650	694	0	2 899	0	0	0	33	7 415
	Karlovarský	450	522	0	0	0	0	0	3 214	0	0	0	0	4 186
	Ústecký	0	2 070	445	0	130	150	0	0	0	0	0	0	2 795
	Liberecký	280	1 200	360	280	1 360	300	0	5 000	0	0	0	30	8 810
	Královéhradecký	1 322	2 105	64	0	0	0	0	5 383	0	0	5 120	0	13 994
	Pardubický	1 360	500	402	0	0	0	0	1 858	0	16	0	0	4 136
	Vysočina	3 000	1 959	0	0	1 459	861	0	4 947	0	0	2 556	0	14 782
	Jihomoravský	940	5 531	1 033	430	1 768	1 278	0	7 057	0	0	0	200	18 237
	Olomoucký	324	4 007	995	50	0	1 718	0	6 099	0	0	0	0	13 192
	Zlínský	200	1 635	95	0	0	0	0	5 823	0	0	0	0	7 753
	Moravskoslezský	1 000	2 290	489	0	350	350	0	12 000	0	0	0	788	17 267
	Celkem	19 364	44 748	16 122	1 272	14 803	10 471	450	79 713	0	1 594	7 676	2 134	198 347
Rozpočty obcí	Hl. m. Praha	5 327	1 911	1 186	0	600	190	10	0	68	39	0	1 068	10 399
	Středočeský	1 569	1 845	126	0	0	0	0	162	0	0	0	0	3 702
	Jihočeský	245	1 694	373	0	0	187	0	0	0	40	0	0	2 538
	Plzeňský	1 934	2 520	563	160	1 003	834	0	0	0	0	0	29	7 043
	Karlovarský	22	607	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	629
	Ústecký	5	4 824	642	9	312	1 033	0	0	0	0	0	0	6 825
	Liberecký	527	1 816	409	39	311	251	0	240	0	0	0	0	3 594
	Královéhradecký	0	1 080	320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 400
	Pardubický	20	1 406	543	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 969
	Vysočina	626	1 450	0	0	0	155	0	0	0	0	0	0	2 231
	Jihomoravský	212	5 205	1 607	125	577	781	0	0	0	0	0	0	8 507
	Olomoucký	385	1 220	630	0	0	300	0	5	0	0	0	120	2 660
	Zlínský	138	1 465	394	0	0	25	0	0	0	0	0	0	2 021
	Moravskoslezský	1 924	7 835	1 697	0	2 008	1 799	0	0	0	0	0	1 150	16 412
	Celkem	12 931	34 878	8 490	333	4 811	5 554	10	407	68	79	0	2 367	69 929

Kraj	Primární prevence	Harm reduction	Ambulantní služby	Služby ve vězení	Režidenční služby	Následná péče	Sociální firmy	Záchytné stanice	Prevence drogové kriminality	Informace / výzkum / koordinace	Domovy se zvláštním režimem	Ostatní	Celkem
Místní rozpočty celkem													
HL. m. Praha	13 287	15 511	11 986	200	7 200	3 760	460	16 432	68	1 489	0	2 106	72 499
Středočeský	1 897	5 339	175	109	1 866	970	0	5 162	0	0	0	45	15 562
Jihočeský	1 545	5 694	1 563	0	620	767	0	4 000	0	168	0	0	14 356
Plzeňský	2 834	4 355	763	364	1 653	1 528	0	2 899	0	0	0	62	14 458
Karlovarský	472	1 129	0	0	0	0	0	3 214	0	0	0	0	4 815
Ústecký	5	6 894	1 087	9	442	1 183	0	0	0	0	0	0	9 620
Liberecký	807	3 016	769	319	1 671	551	0	5 240	0	0	0	30	12 404
Královéhradecký	1 322	3 185	384	0	0	0	0	5 383	0	0	5 120	0	15 394
Pardubický	1 380	1 906	945	0	0	0	0	1 858	0	16	0	0	6 105
Vysočina	3 626	3 409	0	0	1 459	1 016	0	4 947	0	0	2 556	0	17 013
Jihomoravský	1 152	10 736	2 640	555	2 345	2 059	0	7 057	0	0	0	200	26 744
Olomoucký	709	5 227	1 625	50	0	2 018	0	6 104	0	0	0	120	15 852
Zlínský	338	3 100	489	0	0	25	0	5 823	0	0	0	0	9 774
Moravskoslezský	2 924	10 125	2 186	0	2 358	2 149	0	12 000	0	0	0	1 938	33 680
Celkem	32 295	79 626	24 612	1 605	19 613	16 024	460	80 120	68	1 673	7 676	4 502	268 276

Pozn.: Do výdajů krajů jsou od r. 2014 započítány výdaje na domovy se zvláštním režimem.

tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2015 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace, v tis. Kč

Kraje	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	MV	GŘC	Policie ČR	MZV	Státní rozpočet celkem	Kraj	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
Hl. m. Praha	28 607	548	–	11 082	8 470	–	–	n. a.	n. a.	–	48 707	62 100	10 399	72 499	121 206	8,4
Středočeský	2 239	1 116	–	20 374	2 793	–	–	n. a.	n. a.	–	26 523	11 861	3 702	15 562	42 085	2,9
Jihočeský	5 195	1 138	–	4 812	1 687	–	–	n. a.	n. a.	–	12 833	11 818	2 538	14 356	27 189	1,9
Plzeňský	3 336	590	–	3 108	1 710	–	–	n. a.	n. a.	–	8 745	7 415	7 043	14 458	23 202	1,6
Karlovarský	1 555	37	–	3 463	–	–	–	n. a.	n. a.	–	5 055	4 186	629	4 815	9 870	0,7
Ústecký	6 445	80	–	11 821	1 467	–	–	n. a.	n. a.	–	19 813	2 795	6 825	9 620	29 432	2,0
Liberecký	2 756	299	–	5 645	–	–	–	n. a.	n. a.	–	8 700	8 810	3 594	12 404	21 104	1,5
Královéhradecký	1 952	384	–	18 588	682	–	–	n. a.	n. a.	–	21 607	13 994	1 400	15 394	37 000	2,6
Pardubický	1 306	293	–	2 817	–	–	–	n. a.	n. a.	–	4 416	4 136	1 969	6 105	10 520	0,7
Vysočina	1 303	804	–	14 662	463	–	–	n. a.	n. a.	–	17 232	14 782	2 231	17 013	34 246	2,4
Jihomoravský	2 959	937	–	10 641	1 660	210	–	n. a.	n. a.	–	16 408	18 237	8 507	26 744	43 152	3,0
Olomoucký	5 656	292	–	7 228	170	–	–	n. a.	n. a.	–	13 345	13 192	2 660	15 852	29 197	2,0
Zlínský	2 307	616	–	11 249	120	–	–	n. a.	n. a.	–	14 292	7 753	2 021	9 774	24 066	1,7
Moravskoslezský	4 578	104	–	9 918	180	–	63	n. a.	n. a.	–	14 843	17 267	16 412	33 680	48 523	3,4
Výdaje s krajským určením	70 194	7 239	0	135 409	19 403	210	63	0	536 852	0	769 370*	198 347	69 929	268 276	1 037 646*	71,9
Výdaje s centrálním určením	24 793	4 957	488	25 248	5 649	11 728	24 967	0	300 501	0	398 331	0	0	0	398 331	27,6
Výdaje s určením v zahraničí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6 380	6 380	0	0	0	6 380	0,4
Celkem	94 987	12 196	488	160 657	25 052	11 938	25 030	0	837 353	6 380	1 174 081	198 347	69 929	268 276	1 442 357	100,0
> z toho investiční	0	0	0	0	1 934	0	0	0	0	0	1 934	0	0	0	1 934	0,01
Celkem (%)	6,6	0,8	0,0	11,1	1,7	0,8	1,7	0,0	58,1	0,4	81,4	13,8	4,8	18,6	100,0	–

Pozn.: Do výdajů MPSV jsou od r. 2014 započítávány dotace domovům se zvláštním režimem, do výdajů policie kromě výdajů NPC rovněž další výdaje. * Uvedené údaje zahrnují výdaje Policie ČR určené jednotlivým krajům, jejich rozdělení podle krajů však není k dispozici.

tabulka 1-8: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2015 podle kategorií služeb, v tis. Kč

Kategorie služby		RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	MV	GŘC	Policie		Státní rozpočet celkem	Kraje	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
Prevence		2 225	11 141	488	0	630	–	–	–	–	–	14 484	19 364	12 931	32 295	46 780	3,2
Harm reduction	Terénní programy	16 424	–	–	28 480	210	–	–	–	–	–	45 115	17 222	14 353	31 576	76 690	5,3
	Kontaktní centra	28 569	–	–	43 074	340	–	–	–	–	–	71 983	20 616	17 295	37 911	109 894	7,6
	Sloučené programy KPS a TP	3 825	–	–	0	7 455	–	–	–	–	–	11 280	5 060	2 545	7 605	18 885	1,3
	Jiné a nezařazené	0	–	–	0	0	–	–	–	–	–	0	1 850	685	2 535	2 535	0,2
	HR programy	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Celkem		48 819	–	–	71 554	8 005	–	–	–	–	–	128 377	44 748	34 878	79 626	208 004	14,4
Ambulantní služby	Zdravotní	372	–	–	–	4 632	–	–	–	–	–	5 004	11 816	2 177	13 994	18 998	1,3
	Sociální	9 498	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9 498	3 374	5 231	8 605	18 103	1,3
	Jiné a nezařazené	1 926	–	–	–	0	–	–	–	–	–	1 926	931	1 083	2 014	3 940	0,3
	Celkem	11 796	–	–	–	4 632	–	–	–	–	–	16 428	16 122	8 490	24 612	41 041	2,8
Služby ve vězení		991	–	–	–	–	11 818	–	–	–	–	12 809	1 272	333	1 605	14 414	1,0
Rezidenční služby	Lůžkové zdravotní	0	–	–	–	6 611	–	–	–	–	–	6 611	990	600	1 590	8 201	0,6
	Terapeut. komunity	19 858	–	–	22 144	–	–	–	–	–	–	42 002	13 813	4 211	18 023	60 025	4,2
	Jiné a nezařazené	0	–	–	0	1 934	–	–	–	–	–	1 934	0	0	0	1 934	0,1
	Celkem	19 858	–	–	22 144	6 611	–	–	–	–	–	48 613	14 803	4 811	19 613	70 160	4,9
Služby následné péče		6 363	–	–	22 467	502	–	–	–	–	–	29 332	10 471	5 554	16 024	45 356	3,1
Sociální podniky		0	–	–	14 094	–	–	–	–	–	–	14 094	450	10	460	14 554	1,0
Domovy se zvláštním režimem		0	–	–	30 399	–	–	–	–	–	–	30 399	7 676	0	7 676	38 075	2,6
Záchytné stanice		0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	79 713	407	80 120	80 120	5,6
Prevence drogové kriminality		0	–	–	–	–	0	65	0	0	–	65	0	68	68	133	0,0
Prosazování práva		0	–	–	–	–	–	–	0	837 353	–	837 353	–	–	–	837 353	58,1
Koordinace, výzkum, hodnocení		4 935	1 055	0	–	2 738	120	24 965	0	0	6 380	40 193	1 594	79	1 673	41 866	2,9
Ostatní, nezařazeno		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 134	2 367	4 502	4 502	0,3
Celkem		94 987	12 196	488	160 657	25 052	11 938	25 030	0	837 353	6 380	1 174 081	198 347	69 929	268 276	1 442 356	100,0

Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky. V r. 2014 nově započítány dotace domovům se zvláštním režimem, do výdajů policie kromě výdajů NPC rovněž další výdaje.

tabulka 1-9: Odhad výdajů zdravotních pojišťoven na dg. F10 a dg. F11–F19 podle druhu péče v l. 2007–2014, v mil. Kč

Druh péče	Výdaje na dg. F10								Výdaje na dg. F11–F19							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Léčebná péče	734,3	757,3	858,3	830,8	774,9	826,6	744,3	828,0	213,3	250,5	294,5	309,2	310,8	345,5	371,6	407,3
Lůžková péče	660,8	679,0	768,5	739,2	707,0	709,7	656,6	754,4	183,6	217,8	256,3	268,8	278,5	290,3	322,1	365,6
<i>Lůžková intenzivní péče</i>	28,7	24,2	35,1	41,3	30,7	30,9	30,1	28,2	9,0	9,4	13,0	14,8	12,4	11,4	11,8	13,7
> z toho psychiatrie	1,3	0,8	1,2	1,4	2,3	1,6	1,6	1,9	3,4	3,1	3,6	3,3	3,2	2,1	2,7	2,9
<i>Lůžková standardní péče</i>	82,2	85,8	102,0	77,5	64,6	79,9	69,7	58,3	35,8	43,1	44,0	46,1	31,8	41,4	39,8	35,6
> z toho psychiatrie	41,1	41,0	41,7	27,0	38,6	33,8	32,5	40,0	24,2	28,6	25,0	25,4	22,9	25,1	24,7	30,9
dětská psychiatrie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,4	0,2
<i>Lůžková dlouhodobá péče</i>	549,9	569,0	631,5	620,3	611,7	598,8	556,8	667,9	138,9	165,3	199,4	208,0	234,2	237,5	270,5	316,4
> z toho AT	130,0	111,8	146,8	148,0	139,4	140,2	137,7	156,5	46,8	44,2	61,0	62,3	61,8	59,1	62,7	85,0
psychiatrie	417,9	455,2	481,4	468,9	469,0	454,5	415,5	507,0	90,6	118,7	135,4	142,3	167,7	174,9	204,2	228,6
dětská psychiatrie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,5	1,4	2,4	2,7	3,3	4,5	3,3	3,4	2,5
Jednodenní péče	0,6	0,8	0,8	1,2	0,7	2,1	0,6	0,6	0,2	0,3	0,3	0,5	0,3	0,9	0,3	0,3
Ambulantní péče	71,5	74,8	87,8	89,4	66,3	113,9	86,3	72,1	29,1	31,4	37,4	39,5	31,7	54,0	48,8	41,0
Primární péče	1,4	1,1	1,6	1,7	1,5	2,5	1,7	0,7	0,7	0,4	0,7	0,8	0,7	0,9	0,8	0,4
Stomatologie	0,3	0,3	1,2	0,4	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
<i>Ambulantní specializovaná péče</i>	60,5	62,4	74,6	76,0	52,8	100,4	73,6	60,5	25,9	27,6	33,1	35,6	27,6	49,8	44,7	36,9
> z toho AT	8,7	7,2	7,8	7,7	7,4	7,7	8,3	8,7	4,2	3,5	4,5	4,0	4,7	4,9	5,0	5,4
psychiatrie	37,8	37,4	36,2	35,5	36,2	35,1	35,8	40,4	15,3	16,2	16,7	17,7	19,0	18,9	22,6	25,1
dětská psychiatrie	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4
<i>Další ambulantní specializovaná péče</i>	9,4	11,1	10,4	11,4	11,8	11,0	10,8	10,9	2,5	3,3	3,2	3,0	3,3	3,2	3,1	3,8
> z toho klinická psychologie	8,0	8,4	9,3	10,3	10,9	11,0	10,8	10,9	2,1	2,3	2,7	2,6	2,9	3,2	3,1	3,7
psychoterapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Domácí péče	1,3	2,7	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,4	1,0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Rehabilitační péče	0,6	0,6	7,3	9,3	8,5	1,3	0,6	0,8	0,3	0,2	2,8	3,8	3,5	0,6	0,4	0,4
Dlouhodobá péče	11,2	18,8	18,8	21,7	24,6	20,2	16,9	22,9	1,0	3,8	2,8	4,0	3,8	1,8	3,1	3,8
Podpůrné služby	50,0	51,1	61,5	65,2	57,3	62,4	58,0	62,6	39,4	38,0	43,3	45,5	32,9	35,3	36,3	36,7
Laboratoře	18,3	19,3	25,3	27,7	24,4	27,2	23,5	27,2	32,4	30,5	34,6	36,3	25,1	26,2	25,5	27,4
> z toho toxikologie	4,4	4,1	5,1	4,9	4,8	6,7	5,1	5,1	8,2	8,4	10,8	8,9	9,1	8,0	6,8	7,1
Zobrazovací metody	7,8	7,6	10,0	10,4	5,7	6,4	6,8	3,7	2,3	2,4	3,4	3,7	1,9	2,4	2,6	0,8
Doprava a zdravotní záchranná služba	24,0	24,2	26,2	27,0	27,3	28,8	27,7	31,7	4,6	5,1	5,2	5,5	5,9	6,7	8,1	8,4
Léky a prostředky zdravotnické techniky	221,4	204,9	251,2	229,2	233,3	208,8	150,0	120,8	71,1	76,4	91,8	89,8	95,4	87,7	75,1	59,0
Léky	207,1	192,0	233,0	213,5	219,1	206,2	147,8	118,4	66,5	71,6	85,1	83,6	89,5	86,6	73,9	57,8
Prostředky zdravotnické techniky	14,2	12,9	18,3	15,7	14,2	2,5	2,2	2,4	4,6	4,8	6,7	6,2	5,8	1,1	1,2	1,2
Prevence	6,4	14,3	9,7	8,1	3,5	1,6	5,6	26,3	2,1	20,5	4,3	3,2	1,4	0,7	2,8	12,9
Neidentifikovaná péče	0,8	2,1	0,7	2,5	0,9	3,2	1,7	0,8	0,3	0,8	0,3	0,5	0,3	1,1	0,8	0,4
Celkem	1 024,8	1 049,1	1 207,5	1 166,8	1 103,1	1 124,1	977,0	1 062,2	327,5	390,3	439,5	455,9	448,1	472,6	489,9	520,4

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016i)



Kapitola 2: Užívání drog v populaci

2.1 Užívání drog v obecné populaci

Poslední celopopulační studie na náhodně vybraném reprezentativním vzorku dospělé populace ČR zaměřená na užívání návykových látek byla NMS realizována pod názvem *Národní výzkum užívání návykových látek* v r. 2012 (Chomynová, 2013). Další vlna studie je plánována na r. 2016 – na jaře byla zahájena příprava studie a dotazníku, sběr dat je plánován na podzim 2016.

V r. 2015 proběhlo každoroční omnibusové šetření *Prevalence užívání drog v populaci ČR*, které prostřednictvím jedné baterie otázek zjišťuje v obecné populaci rozsah zkušeností s nelegálními drogami. Probíhal rovněž sběr dat v rámci *Evropského šetření o zdraví* (European Health Interview Survey, EHIS), kterou v ČR realizoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) ve spolupráci s Českým statistickým úřadem (ČSÚ) a Státním zdravotním ústavem (SZÚ).

2.1.1 Výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR 2015

V prosinci 2015 realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research výzkum *Prevalence užívání drog v populaci ČR*; šlo o 5. vlnu každoročního omnibusového šetření s cílem monitorovat rozsah zkušeností respondentů starších 15 let s vybranými nelegálními návykovými látkami.

Celkem bylo osloveno 1050 respondentů starších 15 let, z toho bylo 851 respondentů ve věku 15–64 let. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem tak, aby reprezentovali populaci ČR s ohledem na věk, pohlaví, vzdělání, kraj a velikost místa bydliště. Data byla sbírána prostřednictvím osobních rozhovorů (face-to-face interview) s využitím počítače (CAPI).⁸⁰ Stejně jako v předchozích letech bylo v r. 2015 kromě tradičních nelegálních drog sledováno také užívání nových psychoaktivních látek, anabolických steroidů, léků na uklidnění, nespavost nebo bolest (na bázi opiátů) získané bez lékařského předpisu a hraní hazardních her, nově byla do dotazníku také zařazena otázka na zkušenosti s užitím syntetických drog ketaminu, poppers nebo GHB/GBL.

Některou nelegální drogu užilo někdy v životě celkem 34,5 % dotázaných ve věkové kategorii 15–64 let (43,2 % mužů a 25,7 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (29,5 %), následované extází (6,3 %), halucinogenními houbami (5,4 %), pervitinem (4,4 %) a LSD (3,1 %). Rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je v obecné populaci na nízké úrovni (méně než 1,0 %) – tabulka 2-1. Zkušenost s novými drogami (syntetickými nebo rostlinnými) uvedlo v r. 2015 celkem 4,5 % dotázaných. Celkem 2,6 % respondentů (4,9 % mužů a 0,2 % žen) uvedlo zkušenost s užitím anabolických steroidů někdy v životě.

V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je výskyt užívání nelegálních drog v obecné populaci velmi nízký s výjimkou konopných látek, jejichž užití uvedlo 9,4 %, resp. 3,3 % dotázaných. Prevalence užití konopných látek v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech je výrazně vyšší u mladých dospělých ve věku 15–34 let (18,8 %, resp. 6,7 %).

Ve srovnání s r. 2014 došlo v obecné populaci opět k mírnému nárůstu zkušenosti s užitím nelegálních drog někdy v životě, a to především v případě konopných látek (z 28,7 % na 29,5 %) a halucinogenních hub (z 4,3 % na 5,4 %), ale i pervitinu (z 2,6 % na 4,4 %) a kokainu (z 0,9 % na 1,8 %).

V horizontu posledních 12 měsíců je naopak patrný pokles míry prevalence užívání konopných látek (z 11,4 % na 9,4 %) a extáze (z 1,6 % na 1,3 %). V případě užití halucinogenních hub a nových psychoaktivních drog došlo v souladu s nárůstem celoživotní prevalence i k nárůstu užívání

⁸⁰ Computer Assisted Personal Interview

v posledních 12 měsících, avšak míra prevalence užití jiných než konopných drog v posledních 12 měsících stále zůstává na minimální úrovni. S výjimkou konopných látek nezachytila omnibusová studie téměř žádné respondenty se zkušeností s užitím drog v posledních 30 dnech.

Ve věkové skupině mladých dospělých (15–34 let) došlo ve srovnání s předchozím rokem k poklesu zkušeností s konopnými látkami a současně k nárůstu udávaných zkušeností s nekonopnými drogami někdy v životě, zejména pervitinem, LSD a novými psychoaktivními drogami. V horizontu posledních 12 měsíců lze sledovat pokles pouze v případě konopných látek, zatímco míra užívání ostatních (nekonopných) drog zůstala na stejné úrovni.

Podrobnější analýza rozsahu užívání drog podle pětiletých věkových skupin je vzhledem k míře prevalence a velikosti souboru dotazovaných možná pouze u konopných látek. Výsledky studie naznačují pokles užívání konopných látek někdy v životě ve věkových skupinách 20–24 let a 25–29 let a naopak nárůst ve věkových skupinách 35–49 let – graf 2-1. V případě aktuálního užívání (v posledních 12 měsících) byl zaznamenán pokles míry užívání konopných látek téměř ve všech věkových skupinách. Výjimku tvoří věková skupina 15–19 let, u níž byl zaznamenán další nárůst míry užívání konopných látek.

Léky se sedativním a hypnotickým účinkem nebo léky s obsahem opioidů užívaných proti bolesti, a to bez lékařského předpisu nebo v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka, užilo někdy v životě 36,8 % dotázaných, 19,5 % je užilo v posledních 12 měsících a 6,3 % v posledních 30 dnech. Míra prevalence užití léků je ve všech 3 sledovaných horizontech dlouhodobě vyšší u žen – tabulka 2-1. Na rozdíl od nelegálních drog byla míra prevalence aktuálního užívání léků vyšší ve věkových skupinách nad 35 let.

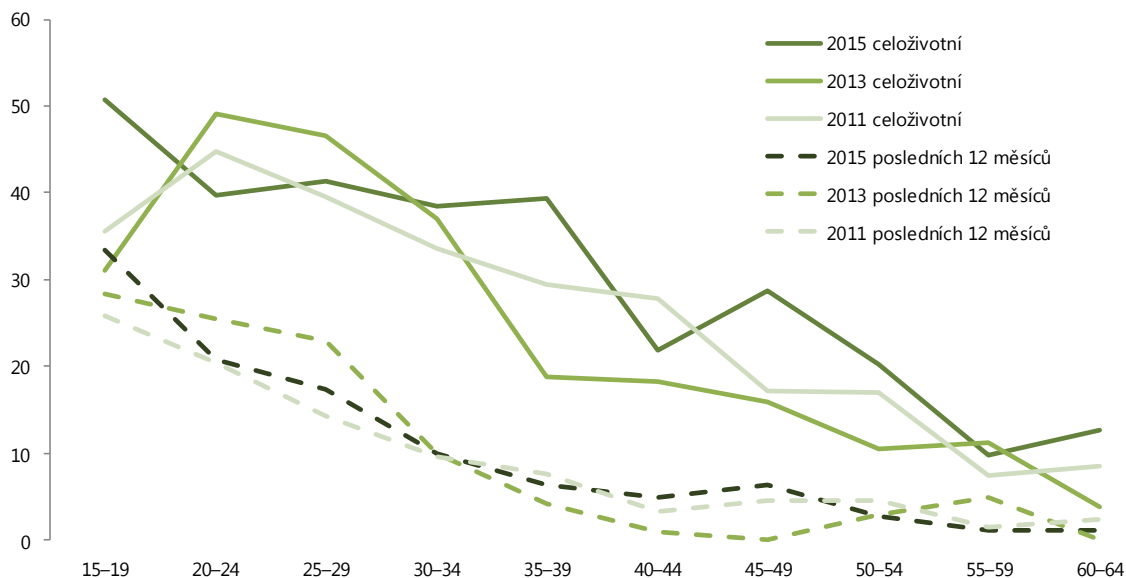
Ve srovnání s r. 2014 byl rozsah užívání léků se sedativním a hypnotickým účinkem na stabilní úrovni, k nárůstu užívání léků však došlo u věkové skupiny 15–34 let (z 12,9 % na 17,2 % v posledních 12 měsících a z 2,9 % na 4,7 % v posledních 30 dnech).

tabulka 2-1: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2015, v %

Typ drogy	Věková skupina 15–64 let			Mladí dospělí
	Muži (n=431)	Ženy (n=420)	Celkem (n=851)	15–34 let (n=320)
Celoživotní prevalence				
Jakákoliv nelegální droga celkem	43,2	25,7	34,5	49,0
Konopné látky	37,6	21,3	29,5	42,0
Extáze	8,4	4,1	6,3	12,1
Pervitin	5,9	2,9	4,4	7,3
Kokain	2,6	1,0	1,8	3,5
Heroin	1,4	0,2	0,8	1,3
LSD	4,0	2,1	3,1	5,7
Halucinogenní houby	7,3	3,6	5,4	9,2
Těkavé látky	3,1	0,0	1,5	1,3
Ketamin, poppers nebo GHB/GBL	1,6	0,2	0,9	1,0
Nové psychoaktivní látky celkem, z toho	6,4	2,7	4,5	6,8
> jiné syntetické drogy	1,4	0,0	0,7	1,3
> jiné rostlinné drogy	5,2	2,6	3,9	5,8
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	36,1	37,5	36,8	30,1
Anabolické steroidy	4,9	0,2	2,6	3,8
Prevalence v posledních 12 měsících				
Jakákoliv nelegální droga celkem	16,1	6,8	11,5	23,4
Konopné látky	13,4	5,3	9,4	18,8
Extáze	1,6	1,0	1,3	3,5
Pervitin	0,7	1,0	0,8	2,2
Kokain	0,0	0,2	0,1	0,3
Heroin	0,2	0,0	0,1	0,0
LSD	0,0	0,2	0,1	0,3
Halucinogenní houby	0,7	1,4	1,1	2,2
Těkavé látky	0,5	0,0	0,2	0,6
Ketamin, poppers nebo GHB/GBL	0,5	0,0	0,2	0,6
Nové psychoaktivní látky celkem, z toho	1,7	0,7	1,2	1,6
> jiné syntetické drogy	0,2	0,0	0,1	0,3
> jiné rostlinné drogy	1,4	0,7	1,1	1,3
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	17,3	21,9	19,5	17,2
Anabolické steroidy	0,9	0,0	0,5	1,3
Prevalence v posledních 30 dnech				
Jakákoliv nelegální droga celkem	6,7	2,2	4,5	9,5
Konopné látky	5,2	1,4	3,3	6,7
Extáze	0,0	0,2	0,1	0,3
Pervitin	0,0	0,2	0,1	0,0
Kokain	0,0	0,2	0,1	0,3
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0
Halucinogenní houby	0,2	0,0	0,1	0,3
Těkavé látky	0,2	0,0	0,1	0,3
Ketamin, poppers nebo GHB/GBL	0,2	0,0	0,1	0,3
Nové psychoaktivní látky celkem, z toho	0,2	0,5	0,4	0,3
> jiné syntetické drogy	0,0	0,0	0,0	0,0
> jiné rostlinné drogy	0,2	0,5	0,4	0,3
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	5,1	7,5	6,3	4,7
Anabolické steroidy	0,0	0,0	0,0	0,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2016a)

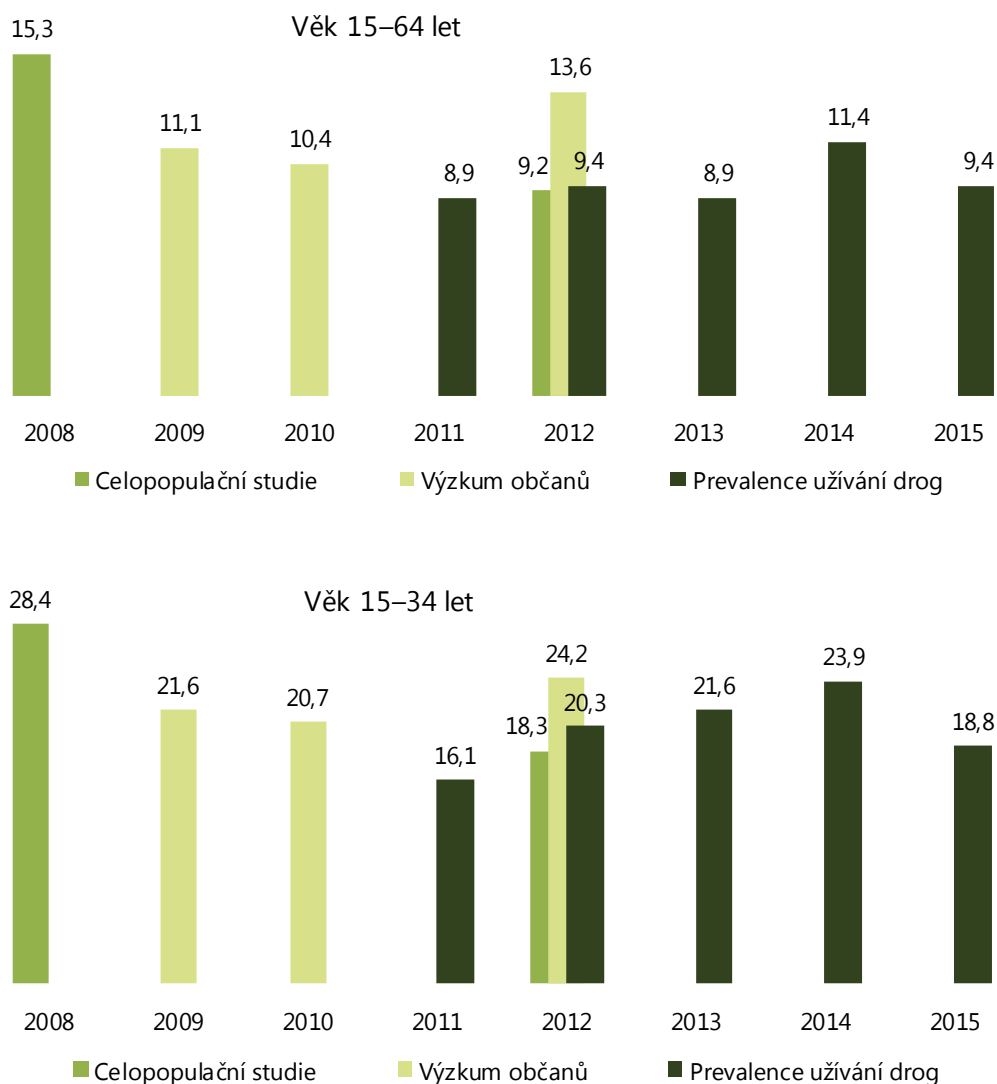
graf 2-1: Užití konopných látek – celoživotní prevalence a prevalence v posledních 12 měsících podle pětiletých věkových skupin v l. 2011, 2013 a 2015, v %



Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2016a), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Factum Invenio (2011)

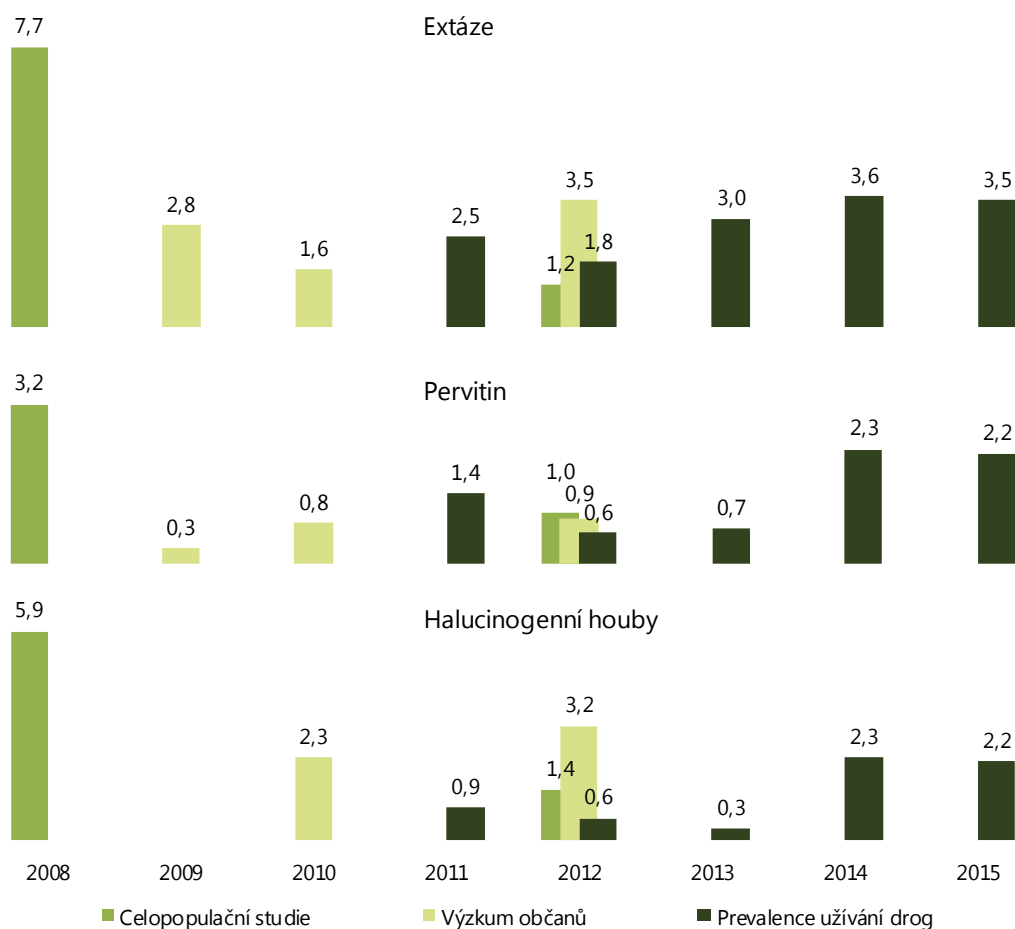
Nejčastěji užitou nelegální drogou jsou v ČR dlouhodobě konopné látky, které někdy v životě vyzkoušela přibližně čtvrtina a v posledních 12 měsících přibližně desetina dospělé populace. Při pohledu na dlouhodobé trendy je patrný relativně stabilní odhad míry prevalence užití konopných látek v obecné populaci ve věku 15–64 let i mezi mladými dospělými ve věkové kategorii 15–34 let – graf 2-2, stejně jako odhad míry prevalence užití extáze, pervitinu a halucinogenních hub – graf 2-3.

graf 2-2: Prevalence užívání konopných látek v obecné populaci (15–64 let) a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2015, v %



Zdroje: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2010), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2009), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2016a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a ppm factum research (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Factum Invenio (2011)

graf 2-3: Prevalence užívání extáze, pervitinu a halucinogenních hub v populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2015, v %



Zdroje: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2010), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2009), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2016a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a ppm factum research (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Factum Invenio (2011)

2.1.2 Evropské šetření o zdraví 2014

V I. 2014–2015 realizoval ÚZIS ve spolupráci s ČSÚ 2. vlnu *Evropského šetření o zdraví (EHIS)*.⁸¹ Sběr dat probíhal od června 2014 do ledna 2015. Studie je realizována na základě nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1338/2008.⁸²

Výběr respondentů byl založen na vzorku 9561 domácností oslovených v rámci integrovaného šetření domácností, které prováděl ČSÚ. Z každé domácnosti byla náhodně vybrána jedna osoba ve

⁸¹ Na dotazníkové šetření navazovalo u vybraných respondentů ve věkové skupině 25–64 let šetření EHES (*European Health Examination Survey*), které realizoval Státní zdravotní ústav v Praze (SZÚ). V rámci EHES bylo po souhlasu respondenta provedeno základní lékařské vyšetření (měření krevního tlaku, antropometrických parametrů a následně v laboratoři odběr žilní krve zaměřený na zjištění glykemie a cholesterolemie) (Ústav zdravotnických informací a statistiky et al., 2014).

⁸² Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1338/2008 o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci definuje některé metodologické aspekty studie tak, aby byla zajištěna mezinárodní srovnatelnost získaných dat – určuje např. období sběru dat, výčet proměnných a minimální velikost souboru respondentů (minimum pro ČR představuje 6510 získaných rozhovorů).

věku 15 a více let, rozhovor byl proveden s 6373 respondenty (míra response 70 %). Sběr dat probíhal převážně formou osobních rozhovorů tazatele s respondentem s využitím počítače (CAPI, 89 % rozhovorů), v případech, kdy nebylo možné využít CAPI, probíhal sběr dat prostřednictvím alternativních metod – za použití papírového dotazníku (PAPI, 8 %), telefonicky (CATI, 2 %) a ve výjimečných případech byl respondentovi předán dotazník k samovyplnění (1 %).⁸³ Vzhledem k odlišnostem výběrového souboru od charakteristik základního souboru byla data před analýzou vážena (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016a).

Z výsledků studie EHIS vyplynulo, že v ČR v současnosti kouří 35,0 % mužů a 22,6 % žen starších 15 let, denní kouření uvedlo celkem 27,6 % mužů a 15,7 % žen. Nejvyšší podíl denních kuřáků mezi muži je ve věkových skupinách 25–34 let a 45–54 let, u žen je nejvyšší podíl ve věkových skupinách 35–44, 45–54 a 55–64 let – graf 2-4.

V obecné populaci ČR ve věku 15 a více let je odhadem 4,3 % celoživotních abstinentů od alkoholu (2,9 % mužů a 5,5 % žen) a naopak 9,5 % denních konzumentů (16,4 % mužů a 3,2 % žen). Nárazovou konzumaci alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti alespoň jednou měsíčně) uvedlo 17,3 % dotázaných (25,0 % mužů a 9,2 % žen). Nejvyšší podíl denních konzumentů alkoholu byl ve věkové skupině 65–74 let (u mužů i u žen), naopak nárazovou konzumaci alkoholu uváděli nejčastěji respondenti ve věku 15–19 let – graf 2-4. Ukazuje se, že s věkem roste podíl denních konzumentů – u mužů převažuje podíl denních konzumentů nad konzumenty nárazovými od věku 55 let, u žen od 65 let (Daňková, 2016).

EHIS 2014 navazuje na obdobné šetření realizované v r. 2008. Šetření o zdraví populace byla prováděna i v l. 1993, 1996, 1999, 2002, ale až poslední 2 šetření byla provedena podle jednotné metodiky harmonizované napříč zeměmi EU.

⁸³ Dotazník EHIS tvořil modul EHSM (*European Health Status Module*) zaměřený na zdravotní stav respondentů (výskyt vybraných onemocnění v populaci, zdravotní omezení, duševní zdraví), modul EHCM (*European Health Care Module*) zaměřený na využívání zdravotní péče (pobyt v nemocnici, návštěvy lékaře, užívání léků) a modul EHDm (*European Health Determinants Module*) zaměřený na vybrané aspekty životního stylu populace (výživa, kouření, konzumace alkoholu). V ČR je součástí dotazníku také sada otázek zaměřených na užívání nelegálních drog. Výsledky budou průběžně uveřejňovány na internetových stránkách ÚZIS <http://www.uzis.cz/ehis/hlavni-vysledky>.

graf 2-4: Prevalence denního kouření, nárazové a denní konzumace alkoholu v obecné populaci ve věku 15 a více let podle pohlaví a věkových kategorií – studie EHIS 2014, v %



Zdroj: Daňková (2016)

2.2 Postoje k užívání návykových látek

2.2.1 Eurobarometr 2014 – Postoje k tabáku a elektronickým cigaretám

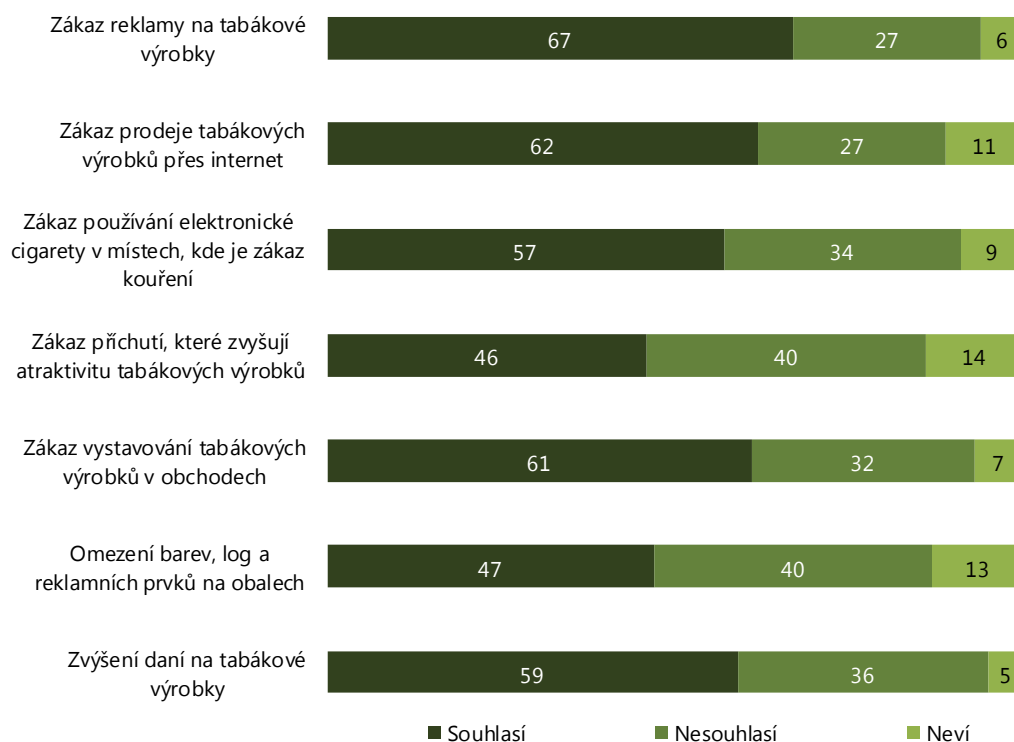
V r. 2015 byly zveřejněny výsledky evropského srovnávacího šetření zaměřeného na postoje k tabáku a elektronickým cigaretám realizovaného v r. 2014 v rámci průzkumu *Special Eurobarometer* pro Evropskou komisi. Cílovou skupinou byli respondenti ve věku 15 a více let, data byla sbírána prostřednictvím osobních rozhovorů tazatele s respondentem v náhodně vybraných domácnostech. V ČR bylo dotázáno celkem 1044 respondentů, sběr dat probíhal v listopadu až prosinci 2014. Ve všech 28 zemích EU se do studie zapojilo celkem 27 801 respondentů (European Commission, 2015b).

Kouření tabákových výrobků v současnosti uvedlo v ČR celkem 25 % dotázaných, z toho 30 % mužů a 19 % žen (průměr EU = 26 %). Elektronickou cigaretu vyzkoušelo v ČR 15 % dotázaných (20 % mužů a 10 % žen, průměr EU = 12 %) – 11 % uvedlo, že ji pouze vyzkoušelo, a 3 % uvedla užívání v minulosti, zatímco současné užívání elektronické cigarety uvedlo 1 % (průměr EU = 2 %). Zkušenost s elektronickou cigaretou uvedlo v ČR 44 % současných kuřáků, 14 % bývalých kuřáků a 3 % nekuřáků. Celkem 56 % současných kuřáků se někdy v minulosti pokusilo s kouřením přestat (European Commission, 2015a).

V rámci *Eurobarometru* byly sledovány také postoje k opatřením zaměřeným na snížení dostupnosti tabákových výrobků. Více než 60 % dotázaných souhlasilo se zákazem reklamy na tabákové výrobky

i se zákazem prodeje tabákových výrobků přes internet a zákazem vystavování tabákových výrobků na prodejních místech. Pro zvýšení daní na tabákové výrobky bylo 59 % dotázaných. Nejvyšší míru nesouhlasu vyjádřili respondenti se zákazem příchutí, které zvyšují atraktivitu tabákových výrobků, a omezením barev, log a reklamních prvků na obalech tabákových výrobků – graf 2-5.

graf 2-5: Postoje populace ČR k opatřením zaměřeným na snížení dostupnosti tabákových výrobků – studie Eurobarometr 2014, v %



Zdroj: European Commission (2015b), European Commission (2015a)

2.2.2 Postoje občanů k návykovým látkám 2015

V květnu 2015 realizovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) v rámci projektu *Naše společnost* další vlnu výzkumu s názvem *Názory občanů na drogy*, které navázalo na šetření z r. 2013 (do té doby probíhalo každoročně). Šetření bylo zaměřené na postoj veřejnosti k drogové problematice, morální přijatelnost konzumace návykových látek a subjektivní vnímání zdravotních rizik spojených s jejich konzumací. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem, sběr dat probíhal prostřednictvím osobního rozhovoru (kombinace PAPI a CAPI). Výběrový soubor tvořilo 1043 respondentů starších 15 let.

Užívání konopných látek je přijatelné pro 25 % dotázaných (3 % tolerují i jejich pravidelnou konzumaci), dalších 26 % dotázaných toleruje jednorázový experiment s nimi. Vlastní zkušenost s užitím konopných drog v životě uvedlo podle výzkumu celkem 29 % dotázaných (26 % v r. 2011 a 2012, 32 % v r. 2013), 4 % dlouhodobě uvádějí užití jiných nelegálních drog (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2015b).

V rámci téhož projektu proběhl i výzkum *Postoj veřejnosti ke konzumaci vybraných návykových látek* – podle výsledků průzkumu je pro 74 % dotázaných přijatelná konzumace tabáku, pro 32 % je přijatelné i pravidelné kouření. Konzumace alkoholu je přijatelná pro 87 % populace, 13 % toleruje i pravidelnou konzumaci alkoholu. Celkem 85 % populace toleruje užívání léků na spaní, uklidnění nebo na bolest, 15 % toleruje jejich pravidelné užívání (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2015b). Podrobnější výsledky byly shrnuty ve VZ 2014.

V září 2015 realizovalo CVVM průzkum v rámci projektu *Pivo v české společnosti*. Respondenti šetření byli vybráni kvótním výběrem, sběr dat probíhal prostřednictvím osobního rozhovoru (kombinace PAPI a CAPI). Výběrový soubor tvořilo 994 respondentů starších 15 let, otázky týkající se konzumace piva byly sledovány pouze u respondentů starších 18 let ($n = 953$). Alespoň občas konzumovalo pivo více než 90 % mužů a 56 % žen, průměrná spotřeba piva během jednoho týdne dosahovala 8,3 piva (0,5 l) u mužů a 2,5 piva u žen (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2015a).

V tomtéž šetření v září 2015 byla sbírána data pro šetření *Postoje veřejnosti k zákazu kouření v restauračních zařízeních*. Celkem 58 % respondentů (48 % mužů a 69 % žen) by souhlasilo se zákazem kouření v restauracích, proti zavedení zákazu bylo 38 %. Ve srovnání s r. 2011, kdy byla položena stejná otázka, došlo k nárůstu podílu osob, které se zákazem kouření v restauracích souhlasily (z 51 % na 58 %) (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2015c).

V březnu 2016 proběhla další vlna šetření CVVM *Tolerance veřejnosti k vybraným skupinám obyvatel* na kvótně vybraném vzorku 1079 respondentů starších 15 let. Jednou z hodnocených skupin jsou také uživatelé drog. Osoby závislé na drogách by nechtělo mít za sousedy 88 % dotázaných, 74 % by nechtělo mít za sousedy osoby závislé na alkoholu, 74 % osoby s kriminální minulostí a 68 % osoby s psychickým onemocněním. Dále by respondenti nechtěli žít v sousedství s lidmi jiné barvy pleti (36 %), cizinci (33 %) a lidmi odlišného náboženského přesvědčení (23 %) (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2016). Postoje respondentů vůči vybraným skupinám obyvatel jsou dlouhodobě stabilní, oproti předchozímu roku se ukázalo, že lidé byli o trochu více tolerantní vůči uživatelům drog, alkoholikům i psychicky nemocným lidem, na druhou stranu se snížila tolerance vůči osobám jiného náboženského přesvědčení a cizincům.

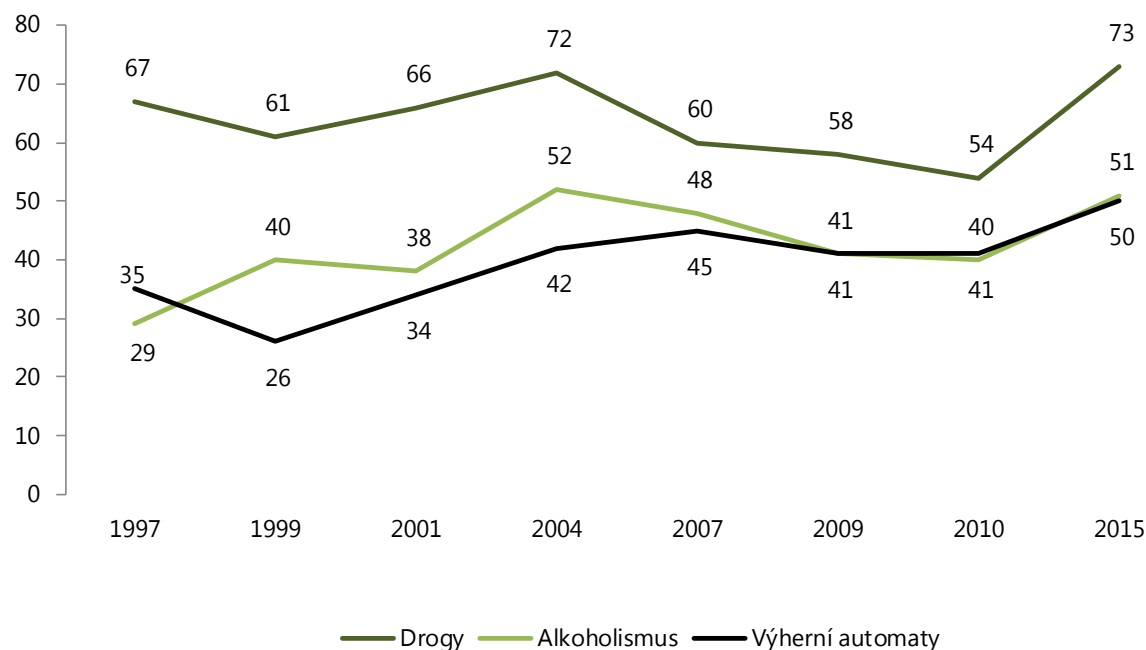
2.2.3 Analýza pocitu bezpečí v Praze

Magistrát hl. města Prahy ve spolupráci s agenturou Ipsos realizovaly v r. 2015 průzkum zaměřený na postoje obyvatel Prahy a turistů v oblasti kriminality a bezpečí na území hlavního města. Šlo o 8. vlnu průzkumu,⁸⁴ pro sběr dat byla zvolena kombinace metod on-line a osobního dotazování. Studie se v r. 2015 zúčastnilo 1011 respondentů (454 mužů a 557 žen). Dotazník pro obyvatele Prahy obsahoval 22 položek, pro turisty pak 20. Některé z položek dotazníku se týkaly také drogové problematiky.

Respondenti byli např. požádáni, aby zhodnotili míru závažnosti vybraných problémů. Problematiku závislostí reprezentovaly 3 položky, a to drogy, alkoholismus a výherní automaty. Jak ukazují výsledky, celkem 73 % dotázaných hodnotilo drogy jako závažný problém, zatímco alkoholismus a výherní automaty představovaly problém pro polovinu dotázaných. Pokud jde o srovnání městských částí, drogy byly nejčastěji hodnoceny jako závažný problém občany městských částí Praha 12 (katastrální území Cholutice, Kamýk, Komořany, Modřany a Točná) a Praha 22 (Uhřetěves, Háje u Uhřetěvsi a Pitkovice). Výsledky z předchozích vln studie ukazuje graf 2-6.

⁸⁴ Předchozí vlny byly realizovány v l. 1997, 1999, 2001, 2004, 2007, 2009 a 2010.

graf 2-6: Hodnocení míry závažnosti drog, alkoholismu a výherních automatů v jednotlivých vlnách průzkumu realizovaných v Praze v l. 1997–2015, v %

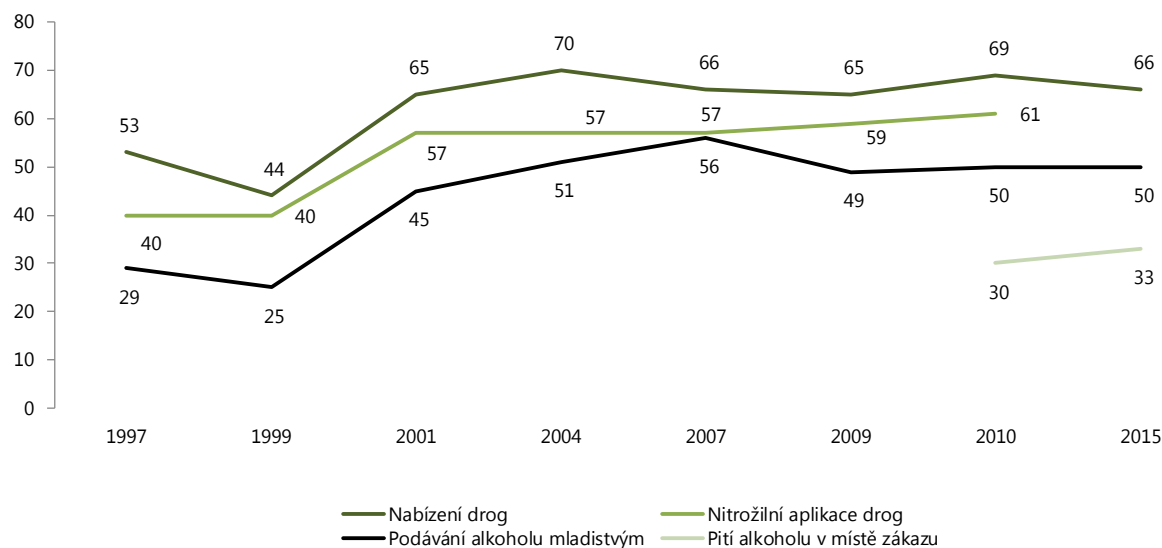


Zdroj: Magistrát hl. m. Prahy a Ipsos (2015), Magistrát hl. m. Prahy (2010), Magistrát hl. m. Prahy (2005)

Drogově závislí jsou podle výsledků skupinou osob, která vzbuzuje největší znepokojení, obavu z nich vyjádřilo 67 % dotázaných. Následují Romové (55 %) a opilci (54 %). Vietnamců, skupin teenagerů a občanů bývalé Jugoslávie se dotázaní bojí nejméně (7 %, 21 % a 22 %).

Celkem 66 % dotázaných by na policii podalo oznámení, pokud by se stalo svědkem nabízení drog. Podávání alkoholu mladistvým by oznámilo 50 % dotázaných a pití alkoholu na místech, kde je toto zakázáno, 33 % dotázaných. Do r. 2010 byla součástí dotazníku také otázka, zda by respondent oznámil policii, že se stal svědkem injekční aplikace drog. Kladně odpovědělo 61 % dotázaných. Od r. 2001 jsou postoje v těchto otázkách poměrně stabilní a případné změny nepřekračují 5 procentních bodů – graf 2-7.

graf 2-7: Odpovědi na otázku, zda by respondenti hlásili policii, pokud by se stali svědky vybraných situací – průzkum veřejného mínění v Praze v l. 1997–2015, v %



Zdroj: Magistrát hl. m. Prahy a Ipsos (2015), Magistrát hl. m. Prahy (2010), Magistrát hl. m. Prahy (2005)

Většina respondentů vyjádřila negativní postoj k případnému zřízení kontaktního centra pro uživatele drog v okolí svého bydliště – 91 % respondentů, stejně tak k ubytovně pro bezdomovce nebo herně s automaty v blízkosti bydliště (obojí 90 %). Naopak nejvíce tolerantní postoj zastávali respondenti ke zřízení domova důchodců nebo služebny policie. Proti zřízení domova důchodců se vyjádřilo 13 % a v případě služebny policie se negativně vyjádřilo 11 % dotázaných.

2.3 Užívání drog ve školní populaci

V r. 2015 byly zveřejněny výsledky mezinárodní studie *HBSC* a proběhla další vlna sběru dat ve studii *ESPAD*. K dispozici jsou také výsledky výzkumu *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u studentů gymnázií*. Pro r. 2015 jsou dále k dispozici výsledky školních studií z některých regionů. Publikovány byly nově také výsledky studie zaměřené na hodnocení výskytu rizikového chování mezi romskými žáky základních škol, která proběhla již v l. 2010–2011.

2.3.1 HBSC 2014

Studie *HBSC* (*The Health Behavior in School-aged Children*) je mezinárodní výzkumná studie koordinovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) zaměřená na zdraví a životní styl mládeže, cílovou skupinou jsou žáci základních škol ve věku 11, 13 a 15 let. Studie je realizována v pravidelných 4letých intervalech od r. 1994, v r. 2014 proběhla již 6. vlna sběru dat. V ČR realizaci projektu v r. 2014 koordinoval Institut aktivního životního stylu Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazník byl zaměřen na stravovací zvyklosti, pohybovou aktivitu a trávení volného času, kouření tabáku a pití alkoholu; u 15letých studentů byla součástí dotazníku také oblast sexuálního chování a užívání konopných látek; povinný modul zahrnoval i otázky zaměřené na školní prostředí, rodinu a vrstevnické vztahy (Kalman et al., 2011).

Sběr dat proběhl v dubnu až červnu 2014 na 243 vybraných základních školách a víceletých gymnáziích v rámci celé ČR. Výsledný výběrový soubor tvořilo 14 136 respondentů (6980 chlapců a 7156 dívek) ve 3 věkových skupinách (4511 žáků 5. tříd, 4864 žáků 7. tříd a 4761 žáků 9. tříd) (Kalman et al., 2015).

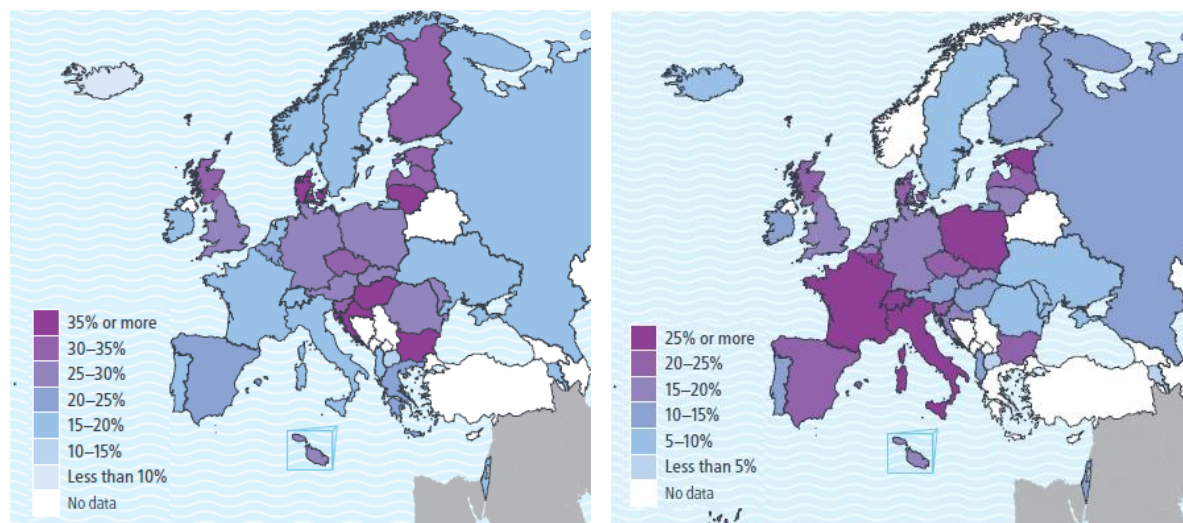
Přehled výsledků studie v ČR v r. 2014 je uveden ve VZ 2014. V březnu 2016 byla zveřejněna mezinárodní zpráva ze studie HBSC, která srovnává postavení jednotlivých zemí v rámci Evropy. V oblasti kouření čeští žáci nepřevyšují evropský průměr – pravidelné kouření (alespoň jednou týdně nebo častěji) uvedla 2 % 11letých, 5 % 13letých a 16 % 15letých. Zatímco zkušenosti s kouřením v 5. a 7. třídě jsou častější mezi chlapci, v 9. třídě kouří více dívky (World Health Organization, 2016).

V konzumaci alkoholu vykazují čeští žáci nadprůměrné hodnoty – pravidelné pití alkoholu (alespoň jednou týdně) uvedlo 4–5 % 11letých, 7 % 13letých a 17 % 15letých (evropský průměr odpovídá 3 %, 5 %, resp. 13 %). Nadprůměrné hodnoty vykazovali především chlapci ve věku 15 let, a to jak v případě ukazatelů pravidelné konzumace alkoholu (alespoň 1 týdně nebo častěji), tak v případě opakované zkušenosti s opilostí – mapa 2-1. Nadprůměrné hodnoty vykazovali čeští žáci ve věku 15 let i v případě zkušeností s užitím konopných látek – zkušenost alespoň jednou v životě uvedlo v ČR 23 % chlapců i dívek (evropský průměr je 15 %). Vyšší zkušenosti uváděli chlapci ve Francii, Estonsku, Švýcarsku, Polsku, Belgii a Itálii, zatímco dívky byly na 2. místě za Francií. Co se týče prevalence užití konopných látek v posledních 30 dnech, neliší se čeští žáci od evropského průměru (8 % v ČR, průměr HBSC = 7 %).

mapa 2-1: Podíl chlapců ve věku 15 let, kteří uvedli zkušenost s opilostí 2krát nebo vícekrát v životě a zkušenost s konopnými látkami alespoň jednou v životě – studie HBSC 2014, v %

Opilost (2+ v životě)

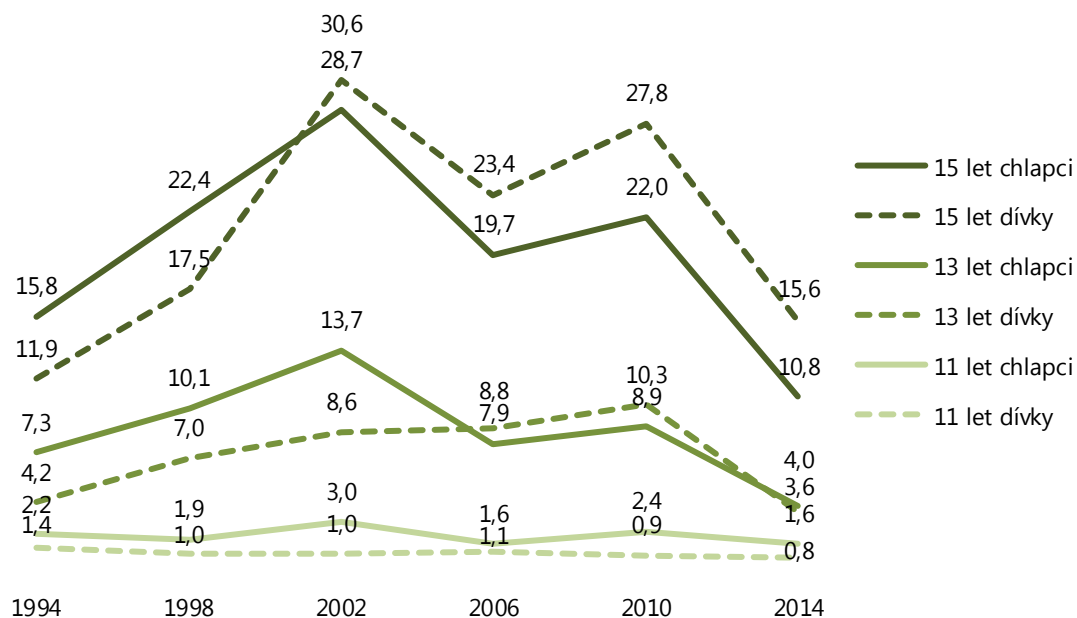
Konopné látky v životě



Zdroj: World Health Organization (2016)

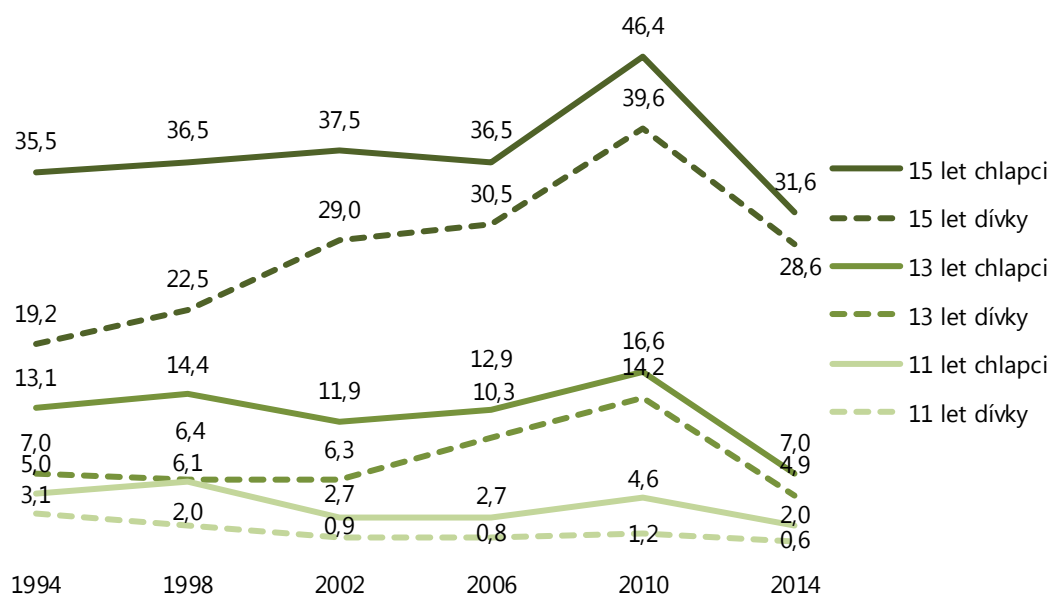
Ve srovnání s předchozí vlnou studie realizovanou v r. 2010 byl v ČR stejně jako ve většině evropských zemí zaznamenán pokles výskytu pravidelného kouření i pravidelné konzumace alkoholu v kohortě 13letých a 15letých – graf 2-8 a graf 2-9. Obdobně byl zaznamenán i pokles uváděných zkušeností 15letých studentů s užitím konopných látek v životě (z 31 % v r. 2010 na 24 % v r. 2014) – graf 2-10, prevalence jejich užití v posledních 30 dnech zůstala na přibližně stejné úrovni (11 % v r. 2010 a 9 % v r. 2014).

graf 2-8: Výskyt pravidelného kouření (alespoň 1krát týdně nebo častěji) mezi českými žáky podle pohlaví a věku – studie HBSC, v %



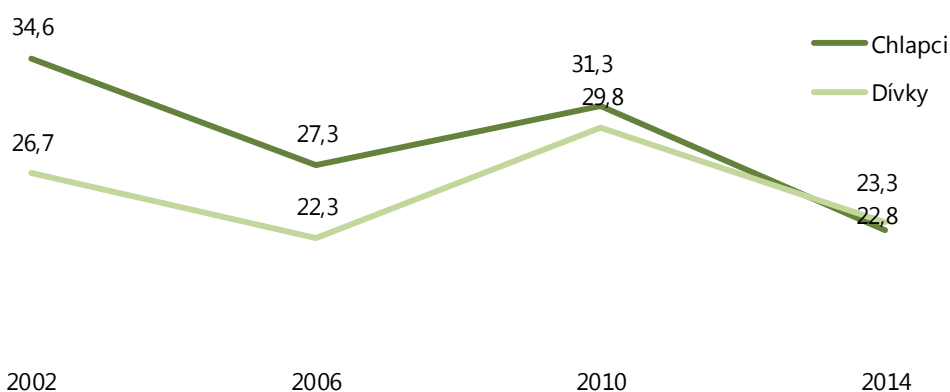
Zdroj: Csémy et al. (2016)

graf 2-9: Výskyt opakované opilosti (2krát nebo vícekrát v životě) mezi českými žáky podle pohlaví a věku – studie HBSC, v %



Zdroj: Csémy et al. (2016)

graf 2-10: Celoživotní prevalence užití konopných látek mezi 15letými žáky – studie HBSC, v %



Zdroj: Csémy et al. (2016)

2.3.2 ESPAD 2015

Studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) je mezinárodní studie zaměřená na hodnocení situace a jejího vývoje v oblasti kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog mezi 16letými studenty v evropských zemích. Studie je realizována v 4letých intervalech již od r. 1995.

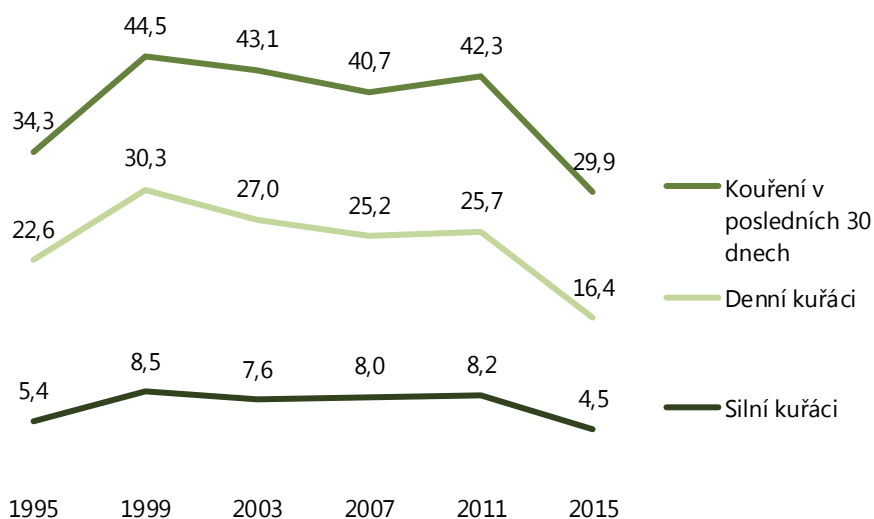
V r. 2015 proběhl sběr dat pro další vlnu studie, kterou v ČR koordinovalo NMS ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví a agenturou FOCUS. Dotazník studie byl oproti předchozím vlnám významně rozšířen o oblast hraní hazardních her (gambling) a hraní počítačových her a her na internetu (tzv. gaming) a současně o oblast věnovanou novým drogám. Do české verze dotazníku byly navíc zařazeny otázky týkající se duševního zdraví.

Sběr dat proběhl v červnu 2015 na vzorku 215 vybraných škol v celé ČR, do analýzy dat bylo zahrnuto 208 škol a 309 tříd. Vzhledem k tomu, že cílovou skupinou byli studenti narození v r. 1999, byly do výběrového souboru zařazeny 9. třídy základních škol a 1. ročníky středních škol.

Celkem bylo v ČR v r. 2015 sesbíráno 6707 dotazníků, po kontrole a čištění dat tvořilo výsledný výběrový soubor celkem 6151 respondentů. Pro analýzu na národní úrovni (a pro zajištění srovnatelnosti na mezinárodní úrovni) byli dále vybráni jen respondenti narození v r. 1999. V r. 2015 tvořilo výběrový soubor celkem 2738 studentů narozených v r. 1999. Pro zachování reprezentativity vzorku s ohledem na typ studované školy byl datový soubor opatřen vahami (Chomynová et al., 2016).

Zkušenost s kouřením cigaret mělo podle výsledků studie v r. 2015 celkem 66,1 % 16letých (65,2 % chlapců a 66,9 % dívek). Kouření v posledních 30 dnech uvedlo 29,9 % studentů, častěji šlo o dívky (27,4 % chlapců a 32,2 % dívek). Mezi chlapci bylo celkem 15,3 % denních kuřáků, u dívek byla prevalence denního kouření 17,5 %. Celkem 4,5 % dotázaných uvedlo kouření 11 a více cigaret denně (4,3 % chlapců a 4,5 % dívek). Ve srovnání s předchozím obdobím došlo k výraznému poklesu prevalence kouření cigaret u 16letých, a to jak u jednorázových zkušeností s cigaretami, tak k poklesu prevalence denního kuřáctví i silného kouření (tj. kouření 11 a více cigaret denně) – graf 2-11.

graf 2-11: Vývoj prevalence kouření v posledních 30 dnech v l. 1995–201 – studie ESPAD, v %



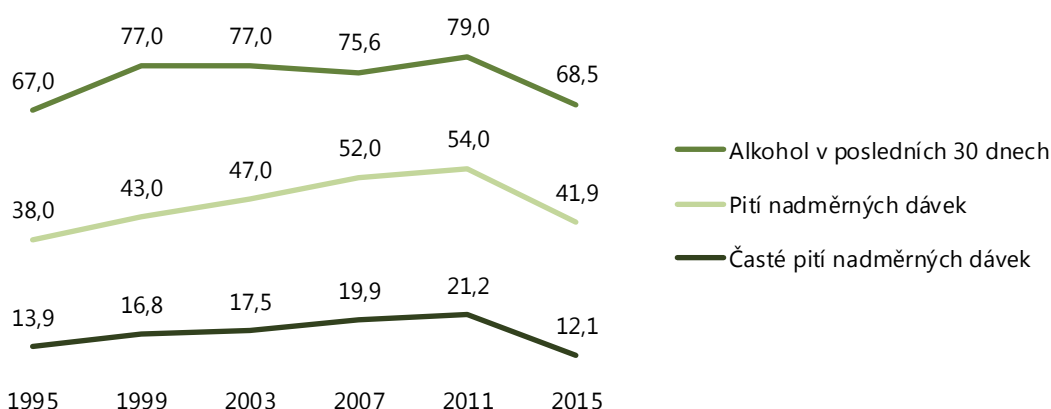
Zdroj: Chomynová et al. (2016)

Alkohol v životě pilo 95,8 % dotázaných, přibližně 42,5 % (48,2 % chlapců a 37,1 % dívek) lze považovat za opakované konzumenty alkoholu (pili alkohol více než 20krát v životě). Pravidelnou konzumaci piva (nejméně jednou týdně nebo častěji) uvedlo 15 % dotázaných, 8 % uvedlo konzumaci destilátů, 4 % pravidelnou konzumaci vína. Pravidelné pití alkopops, tj. mixovaných drinků na bázi piva nebo destilátů s ovocnou chutí (např. Frisco) uvedlo 5,5 % studentů, 3,1 % uvedlo pravidelnou konzumaci cideru (tj. kvašeného moštu s obsahem alkoholu).

Ukazatelem rizikové konzumace alkoholu je pití nadměrných dávek alkoholu, definované jako pití 5 a více sklenic alkoholu (sklenicí je míněno 0,5 l piva, 2 dcl vína, 0,33 l alkopops, 4 cl destilátu) při jedné příležitosti. Pití nadměrných dávek alkoholu alespoň jednou v posledních 30 dnech uvedlo v r. 2015 celkem 41,9 % 16letých (47,4 % chlapců a 36,5 % dívek), opakované časté pití 5 a více sklenic, tj. pití nadměrných dávek alkoholu 3krát a častěji v posledních 30 dnech, uvedlo 12,1 % studentů (14,3 % chlapců a 10,1 % dívek). Zkušenost s opilostí v posledních 12 měsících uvedlo 39,1 % studentů – dotazován byl stav, kdy měl respondent problémy s chůzí, mluvením, zvracel a/nebo si nepamatoval, co se stalo, nejde tedy o subjektivní pocit nebo veselejší náladu po požití alkoholu. Celkem 10,2 % studentů bylo takto opilých v posledních 12 měsících nejméně 3krát. Výskyt opilosti u chlapců i dívek je vyrovnaný (3krát a vícekrát v posledních 12 měsících se opilo 10,9 % chlapců a 9,3 % dívek). V posledních 30 dnech se alespoň jednou opilo 14,6 % 16letých, 1,7 % se opilo v posledním měsíci nejméně 3krát.

Ve srovnání s r. 2011 došlo k výraznému poklesu uváděné konzumace alkoholu u 16letých, a to k poklesu jak u indikátoru prevalence zkušeností s konzumací alkoholu v období posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů, tak u indikátorů rizikové konzumace alkoholu – graf 2-12. U všech sledovaných ukazatelů byl zaznamenán pokles u chlapců i u dívek, v případě časté konzumace alkoholu (6krát a častěji v posledních 30 dnech) došlo k poklesu u všech druhů alkoholických nápojů. Preferovaným nápojem mezi 16letými zůstává dlouhodobě pivo, za ním následují destiláty. Stejně jako v případě kouření dochází v posledních letech k nárůstu průměrného věku prvních zkušeností s konzumací alkoholu.

graf 2-12: Vývoj prevalence konzumace alkoholu v posledních 30 dnech v l. 1995–2015 – studie ESPAD, v %



Zdroj: Chomynová et al. (2016)

Alespoň jednu zkušenost s užitím nelegální drogy v životě uvedlo v r. 2015 celkem 37,4 % dotázaných 16letých studentů. Nejčastěji šlo o konopné látky, tj. marihuanu nebo hašiš (36,8 % respondentů), užití jiné nelegální drogy bylo mnohem méně časté (7 %). Dalšími v pořadí nejčastěji užitými nelegálními drogami v populaci 16letých bylo v r. 2015 LSD a jiné halucinogeny (3,8 %), následované halucinogenními houbami (3,3 %), teprve poté následovaly zkušenosti s užitím extáze (2,7 %). Užití pervitinu v životě uvedlo 1,4 % dotázaných, stejně jako kokainu, zatímco heroin nebo jiné opiáty užilo méně než 1 % respondentů. Relativně rozšířené byly mezi studenty zkušenosti s užitím léků se sedativním účinkem bez doporučení lékaře (15,7 %) a čichání rozpouštědel (5,7 %). Zkušenost s anaboliky uvedlo 3,3 % dotázaných.

Poprvé byly v rámci studie ESPAD sledovány také nové psychoaktivní drogy (zkušenost s nimi mělo 6,5 % studentů). Zkušenosti s užitím nelegálních drog u chlapců a dívek jsou vyrovnané, neprokázaly se statisticky významné rozdíly v míře prevalence užití podle pohlaví – tabulka 2-2. V posledním roce užilo některou ze sledovaných nelegálních drog celkem 27,0 % dotázaných, 13,4 % drogu užilo v posledních 30 dnech. V naprosté většině případů šlo o užití konopných látek – jinou než konopnou látku užilo v posledních 12 měsících 3,8 % dotázaných, v posledních 30 dnech 1,8 % studentů.

tabulka 2-2: Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog – studie ESPAD 2015, v %

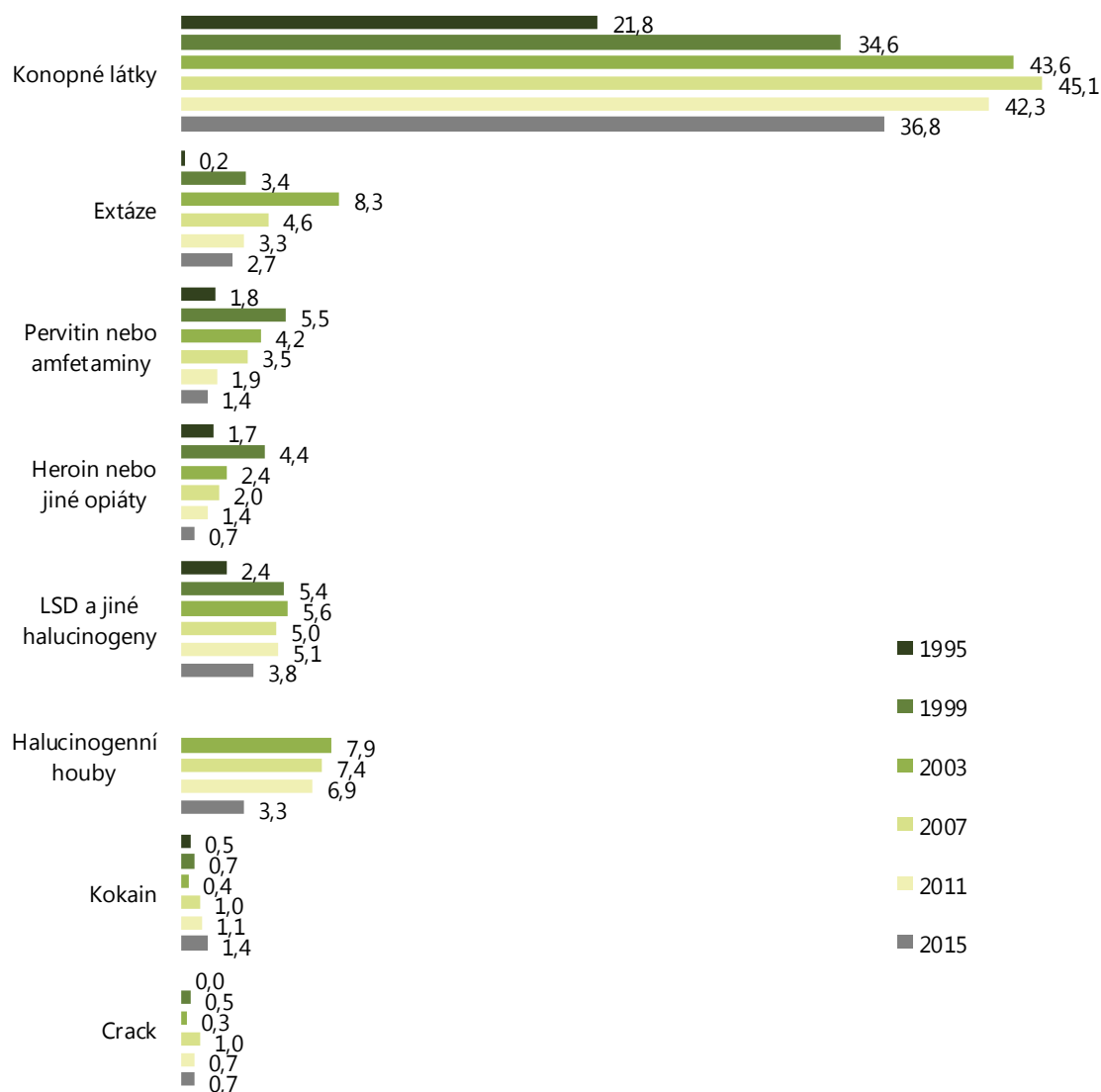
Celoživotní prevalence	Chlapci	Dívky	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	36,7	38,1	37,4
Konopné látky	36,1	37,5	36,8
Jakákoliv nekonopná droga	7,2	6,7	7,0
Extáze	3,4	2,0	2,7
Pervitin	1,0	1,7	1,4
Amfetaminy	0,7	1,0	0,9
Heroin nebo jiné opiáty	1,0	0,4	0,7
LSD a jiné halucinogeny	3,6	4,0	3,8
Halucinogenní houby	3,6	3,0	3,3
Kokain	1,5	1,3	1,4
Crack	0,7	0,6	0,7
Sedativa	10,7	20,5	15,7
Těkové látky	5,5	5,9	5,7
Anabolické steroidy	4,0	2,6	3,3
GHB	0,4	0,1	0,3
Injekční	0,4	0,8	0,7
Nové psychoaktivní drogy	6,0	7,0	6,5

Zdroj: Chomynová et al. (2016)

Mezi I. 1995 a 2003 byl sledován postupný výrazný nárůst zkušeností studentů s užitím nelegálních drog, a to především konopných látek – v r. 1995 uvedlo užití marihuany 22 % studentů, v r. 2003 již 44 % studentů, v r. 2007 byly zkušenosti studentů s marihuanou téměř stejné jako při výzkumu v r. 2003 (45 %). V r. 2011 byl poprvé zaznamenán pokles na 42 % a tento trend dále pokračoval i v období 2011–2015 (pokles na 38 %). K poklesu prevalence užití došlo i v případě ostatních nelegálních drog. V případě extáze je pokles patrný již od r. 2003, u dalších drog již od r. 1999 – graf 2-13.

Mezi I. 2007–2011 došlo k poklesu prevalence užití konopných látek někdy v životě u chlapců i u dívek, mezi I. 2011–2015 byl další pokles zaznamenán pouze u chlapců, zatímco u dívek se situace v posledních letech nijak nezměnila. Ukazuje se tedy, že dříve pozorovaný vzorec, kdy vyšší výskyt užívání konopných látek vykazovali chlapci, se změnil a rozdíly mezi chlapci a dívkami se vyrovnaly. Při bližším pohledu na změny ve frekvenci užívání konopných látek v horizontu posledních 12 měsíců se ukázalo, že podíl těch, kteří konopné látky užíli v posledním roce jednou nebo dvakrát, je dlouhodobě stabilní okolo 13 % a největší pokles bylo možné sledovat u opakovaného užívání (frekvence užití 6krát a častěji v posledních 12 měsících).

graf 2-13: Vývoj zkušeností s nelegálními drogami (celoživotní prevalence) v l. 1995–2015 – studie ESPAD, v %



Zdroj: Chomynová et al. (2016)

Ze studie ESPAD dále vyplynulo, že subjektivně vnímaná dostupnost cigaret a alkoholu zůstává dlouhodobě vysoká, a to i přesto, že jde o látky, které by 16letým studentům neměly být volně dostupné. Cigarety nebo pivo si celkem snadno nebo velmi snadno dokáže obstarat více než 80 % studentů, více než polovina studentů by si snadno obstarala i jiný druh alkoholu. Polovina dotázaných by si dokázala snadno obstarat konopné látky a necelá polovina také léky se sedativním účinkem. Jako nejhůře dostupné uváděli studenti pervitin a kokain. V dlouhodobém horizontu (od r. 2007) narůstá podíl respondentů, kteří vnímají zdravotní rizika spojená s intenzivním kouřením a intenzivní konzumací alkoholu. Na druhou stranu klesl podíl studentů, kteří považují za velké riziko experiment s konopnými látkami a pervitinem.

Podrobnější výsledky situace v oblasti hraní počítačových her, hazardních her a internetových aktivit jsou uvedeny ve Výroční zprávě o hazardním hraní v ČR v r. 2015 (Mravčík et al., 2016c).

V evropském kontextu vykazují čeští 16letí nadprůměrný výskyt rizikového chování, zejména co se týče celoživotních zkušeností s užitím legálních a nelegálních drog. Na předních místech jsou čeští studenti v prevalenci kouření cigaret a míře konzumace alkoholu v posledních 30 dnech a řadí se na přední příčky v míře zkušeností s legálními látkami a s konopím ve věku do 13 let. Co se týče rizikových forem konzumace, patří čeští studenti do první desítky zemí u denního a silného kuřáctví

a do druhé desítky u konzumace nadměrných dávek alkoholu a průměrného množství vypitého alkoholu při poslední příležitosti (The ESPAD Group, 2016).

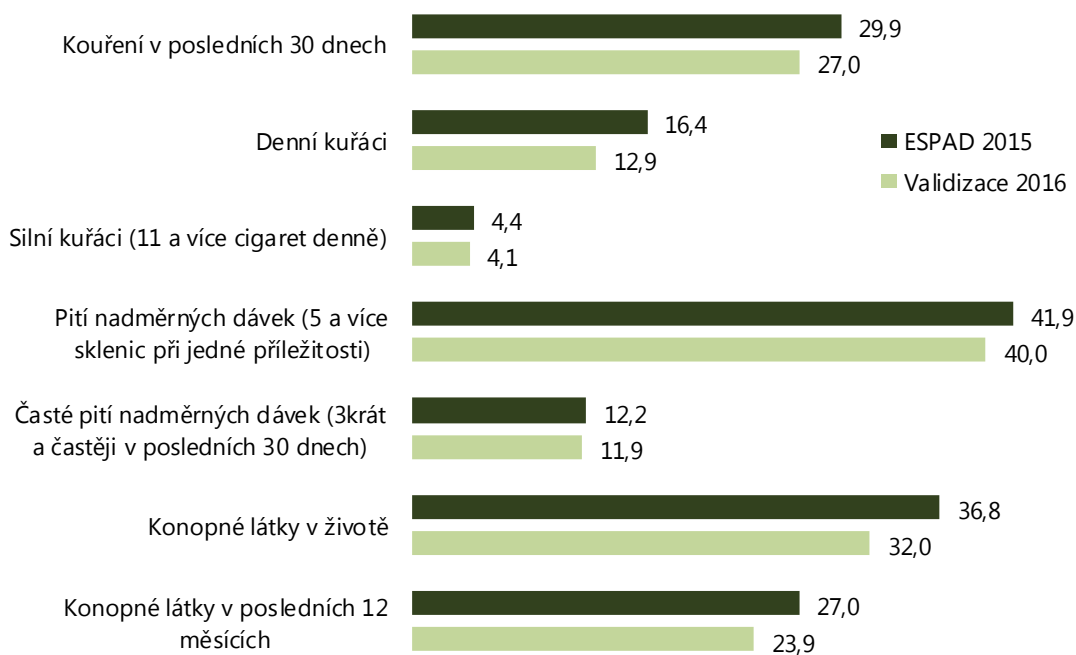
2.3.3 Validizační studie k ověření výsledků studie ESPAD 2016

S ohledem na poměrně překvapivé výsledky svědčící o výrazné změně trendů hlavních sledovaných indikátorů ve studii ESPAD 2015 byla na jaře 2016, tedy přibližně rok po sběrné fázi studie ESPAD, provedena opakovaná studie s cílem ověřit výsledky zjištěné ve studii ESPAD 2015. Studii realizovalo NMS ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví a agenturou ppm factum.

Opakovaná studie 2016 použila reprezentativní výběr škol konstruovaný obdobně jako studie ESPAD 2015 a mírně upravený dotazník s otázkami ze studie ESPAD. Této studii se zúčastnilo celkem 115 škol všech typů ve všech krajích ČR, soubor po čištění čítal celkem 5364 studentů. Pro porovnání výsledků byli vybráni pouze studenti definované cílové skupiny studie ESPAD, tedy studenti 9. tříd základních škol a 1. ročníků středních škol narození v r. 2000 (tj. studenti, kteří v roce sběru dat dosáhnou 16 let), výsledný soubor pro analýzu tak tvořilo 2471 šestnáctiletých.

Validizační studie v r. 2016 potvrdila výsledky zjištěné ve studii ESPAD 2015. Srovnání základních indikátorů poskytuje graf 2-14. Výsledky současně naznačují, že trendy v oblasti užívání návykových látek mezi 16letými studenty sledované v l. 2011–2015 dále pokračovaly i v r. 2016.

graf 2-14: Srovnání vybraných ukazatelů užívání návykových látek zjištěných ve studii ESPAD 2015 a ve validizační studii 2016, v %



Zdroj: Chomynová et al. (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2016b)

2.3.4 Vybrané osobnostní rysy a rizikové chování českých gymnazistů 2015

V r. 2015 byl realizován sběr dat pro celonárodní průzkum zaměřený na vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování českých studentů gymnázií ve věku 11–19 let, který koordinovala Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci⁸⁵ a který metodologicky navazoval na dřívější studie mezi žáky základních škol (blíže viz VZ2014) (Dolejš et al., 2014). Cílem studie bylo

⁸⁵ <http://www.zurnal.upol.cz/nc/ff/zprava/news/4786/> [2016-09-06]

prostřednictvím 7 standardizovaných psychodiagnostických nástrojů zhodnotit výskyt některých forem rizikového chování (dotazník VRCHA), výskyt úzkosti, impulzivity a agresivity a současně se zaměřoval na sebehodnocení a školní úspěšnost.

Reprezentativní vzorek tvořilo 4120 respondentů 4letých, 6letých a 8letých gymnázií. Z výzkumu vyplynulo, že ve srovnání s nižším stupněm gymnázií, kdy jsou žáci více pod dohledem rodičů, narůstá na středních školách výskyt rizikových forem chování. Výzkum ukázal, že v 17 letech pravidelně kouřila přibližně čtvrtina gymnazistů, 74 % konzumovalo alkohol a 45 % mělo zkušenost s konopnými látkami. Co se týče konzumace alkoholu v posledních 30 dnech, zkušenost uvedla také téměř polovina 15letých a přibližně 20 % 12letých gymnazistů.

Pro podrobnější analýzu byli ze vzorku vybráni jen studenti narození v r. 1999 tak, aby výsledky umožňovaly srovnání se studií ESPAD 2015, vzorek tvořilo celkem 414 gymnazistů. Výsledky obou studií přinesly obdobné výsledky – kouření cigaret v posledních 30 dnech uvedlo 14–19 % gymnazistů, 5 a více cigaret denně kouřila 2–3 % dotázaných. Studie ESPAD 2015 sice zachytila vyšší podíl 16letých, kteří uvedli konzumaci alkoholu v posledních 30 dnech (72,2 %), ale výskyt rizikových forem konzumace alkoholu byl v obou studiích na stejné úrovni (opilost v posledních 30 dnech uvedlo 11–13 % gymnazistů). Na obdobné úrovni jsou i zaznamenané zkušenosti studentů gymnázií s konopnými látkami (28,3 % ve studii ESPAD a 25,4 % v dotazníku VRCHA) – tabulka 2-3.

tabulka 2-3: Užívání návykových látek mezi 16letými studenty gymnázií – srovnání studie ESPAD 2015 a studie VRCHA, v %

Rizikové chování	ESPAD 2015 (n=360)	VRCHA 2015 (n=414)
Kouření cigaret v posledních 30 dnech	14,4	18,5
Kouření 5 a více cigaret denně	1,9	3,4
Pití alkoholu v posledních 30 dnech	72,2	60,7
Opilost v posledních 30 dnech	10,9	12,7
Užití marihuany nebo hašiše v životě	28,3	25,4

Zdroj: Chomynová et al. (2016), Dolejš et al. (2016)

Další analýza prokázala pozitivní korelaci mezi výskytem rizikového chování a projevy fyzické i verbální agresivity a impulzivitou, negativní korelace byla prokázána mezi výskytem rizikového chování, včetně užívání návykových látek, a proměnnými sebedůvěra, sebehodnocení, sebeúcta, rozvážnost a některými proměnnými školní úspěšnosti (např. úspěšnost v matematice nebo čtení) (Dolejš et al., 2016).

2.3.5 Projekt SAHA

V r. 2016 byla publikována analýza souboru 1891 dospívajících ve věku 16 let z dotazníkové průřezové studie SAHA (*The Social and Health Assessment*), která v l. 2003–2004 sledovala výskyt rizikového chování a související faktory u adolescentů. Shlukovou analýzou škály antisociálního chování byly identifikovány 3 typy: typ 1 reprezentující osoby s vysokou mírou antisociálního chování (lhaní, chození za školu, rvačky, poškozování cizího majetku, trávení noci bez dovolení mimo domov), typ 2 s méně závažnými projevy antisociálního chování (lhaní, občasné záškoláctví) a typ 3 s nízkou mírou antisociálního chování. Typ 1, který byl v populaci zastoupen 12 %, vykazoval vyšší míru užívání alkoholu, cigaret a dalších drog. V tomto typu bylo vyšší zastoupení chlapců a žáků ze středních odborných učilišť (Blatný et al., 2016).

2.3.6 Průzkum problémového chování u romských a neromských dětí

V r. 2016 byly nově zveřejněny výsledky průzkumu *Problémové chování u českých romských a neromských žáků*, který realizoval Psychologický ústav AV ČR ve spolupráci s Univerzitou v Kentucky v l. 2010–2011 (Vazsonyi et al., 2016). Studie na 2. stupni základních škol v ČR mimo jiné

mapovala výskyt a kontext kouření, konzumace alkoholu a nelegálních drog, agresivního chování, vandalizmu, krádeží, podvádění ve škole, záškoláctví a vyloučení ze školy a útěků z domova. V rámci studie bylo osloveno celkem 49 škol s vyšším zastoupením romských žáků v Brně, Jihlavě a Ostravě; studie se zúčastnilo 9 škol (19 tříd). Celkem bylo sesbíráno 475 dotazníků, analyzováno bylo 369 platných dotazníků, z 239 vyplnili romští žáci a 130 neromští žáci ve věku 11–16 let.

V míře užívání návykových látek se neprokázaly statisticky významné rozdíly mezi romskými a neromskými dětmi. Romské děti jsou častěji pravidelnými kuřáky tabáku a i přes nižší prevalenci konzumace alkoholu častěji uváděly rizikové formy konzumace (např. opití se pro zábavu). Zkušenosti s užitím konopných látek jsou v obou skupinách dětí vyrovnané, zkušenosti s nekonopnými drogami uváděly romské děti nižší. Romské děti častěji uváděly nákup alkoholu pro sourozence a kamarády i lhaní o věku při nákupu alkoholu.

V dalších oblastech rizikového chování uváděly romské děti častěji chození za školu a problémy ve škole, které zástupci školy museli řešit s rodiči. Romské děti častěji uváděly také krádeže peněz nebo věcí v hodnotě do 2 tis. Kč a fyzické napadení spolužáka nebo vyhrožování násilím – tabulka 2-4.

tabulka 2-4: Výskyt problémového chování u romských a neromských žáků ZŠ, v %

Rizikové chování	Romové (n=239)	Neromové (n=130)
Prevalence užívání návykových látek		
Pravidelné kouření tabáku	40,1	31,1
Pití piva, vína nebo vinného stříku	76,5	78,6
Pití „tvrdého alkoholu“ (např. tequilla, whisky, vodka, gin)	60,6	65,2
Opití se (úmyslně) pro zábavu	47,8	38,1
Opití se, aby se nelišil/a od ostatních	22,9	22,0
Užití konopných látek	22,2	21,9
Užití nekonopných drog (crack, kokain, heroin)	6,5	7,4
Kontext užívání návykových látek		
Lhaní o věku za účelem nákupu alkoholu	24,5	22,6
Nákup alkoholu pro sourozence nebo kamarády	26,5	20,6
Návštěva klubů/večírků za účelem konzumace alkoholu nebo drog	15,0	14,9
Návštěva koncertů pod vlivem alkoholu nebo drog	10,6	14,4
Přítomnost ve škole pod vlivem alkoholu nebo drog	10,4	10,2
Prodej drog	9,1	7,3
Záškoláctví a problémy ve škole		
Chození za školu	20,9	15,0
Vynechání školní docházky z důvodu předstírání nemoci	55,8	46,7
Podvádění při školních testech (taháky, opisování)	77,4	75,5
Vyhození ze třídy za nevhodné chování nebo podvádění	50,2	43,0
Problémy ve škole do té míry, že škola telefonovala rodičům	29,7	16,2
Dočasné nebo trvalé vyloučení ze školy	7,1	5,7
Útěk z domova (přes noc)	11,6	10,0
Krádeže a agresivní chování		
Krádež peněz nebo osobních věcí členů rodiny	25,1	24,6
Krádež peněz nebo věci v hodnotě 200–2000 Kč	16,4	8,6
Krádež peněz nebo věci v hodnotě nad 2000 Kč	7,5	7,2
Fyzické napadení rodiče (nebo vyhrožování)	8,3	7,9
Fyzické napadení spolužáka nebo kolegy (nebo vyhrožování)	39,6	32,1
Fyzické napadení jiné osoby (nebo vyhrožování)	40,9	38,2
Úmyslné poškození cizího majetku	33,9	29,9

Zdroj: Vazsonyi a Ksinan Jiskrová (2016)

Podrobnější analýza vztahů mezi ukazateli problémového chování, mírou kontroly ze strany rodičů a mírou sebekontroly ukázala, že romské děti se statisticky významně neliší ve výskytu problémového chování a vlivu rodiny od neromských dětí – výskyt rodinných faktorů nebyl závislý na etnickém původu ani socioekonomickém statusu rodin, ve kterých děti vyrůstají (Vazsonyi et al., 2016).

2.3.7 Výzkum Mladí lidé a alkohol 2016

V r. 2016 vypracovalo CVVM Sociologického ústavu AV ČR pro Potravinářskou komoru České republiky a Českou technologickou platformu pro potraviny výzkum *Mladí lidé a alkohol* (Buchtík et al., 2016). Studie byla koncipována jako kvalitativní výzkum, sběr dat probíhal formou strukturovaného rozhovoru. Soubor tvořilo 30 osob ve věku 16–19 let vybraných záměrným stratifikovaným (kvótním) výběrem podle pohlaví, místa bydliště, vzdělání a regionu a 10 rodičů 10 dotázaných dětí. Rozhovory probíhaly v 1. čtvrtletí 2016. Cílem studie bylo poskytnout vhled do problematiky konzumace alkoholu mladistvými, resp. popsat strategie spojené s konzumací alkoholu, její důvody a příčiny a vliv vrstevníků a rodiny. Hlavní zjištění studie jsou:⁸⁶

- Existuje mnoho strategií a způsobů obstarávání alkoholu, míst, situací a důvodů pro jeho (ne)konzumaci, norem a tlaků, kterým mladí lidé čelí.
- Hlavním důvodem pro konzumaci alkoholu je skrytý a setrvalý sociální tlak, který mladí lidé často ani nevnímají. Pití je pro ně kolektivní činnost k navození dobré nálady a zážitků v interakci s vrstevníky. Nepití alkoholu může být stigmatizující a mladí lidé hledají strategie, jak alkohol odmítnout.
- Alkohol je doplňkovou, přesto běžnou součástí další činnosti, nikoliv cílem sám o sobě. Vlastní konzumaci alkoholu mladí lidé vždy dávají „smysl“. Naopak často hovoří o „těch druhých“, že pijí jen proto, aby se opili, což bylo pro respondenty samotné nepřijatelné a nepřipustné.
- První zkušenosti s alkoholem získávají respondenti zpravidla ve dvou krocích. Poprvé jde o přípitek odehrávající se téměř vždy v rodině, často před 15. rokem života. K první větší (nadměrné) konzumaci dochází ve vrstevnických skupinách a většinou na akcích, kdy přenocují mimo domov.
- „Opít se“ pro mládež znamená ztratit sebekontrolu, zvracet, nepamatovat si některé události nebo ztratit vědomí. Respondenti vnímají opilost jako špatnou a vlastní exces považují za něco, z čeho se poučili, a nyní už znají „míru“. Pravidelné opíjení se připisují „těm druhým“, kteří míru neznají a nemají sami sebe pod kontrolou. Pití alkoholu tedy považují za problematické až od vysokých dávek.

Autoři studie mimo jiné doporučují v komunikaci tématu alkoholu směrem k mladým lidem zdůraznit, že „nepít alkohol je normální“ a že je potřeba respektovat rozhodnutí druhého, že nebude pít. Dále je potřeba posílit vědomí, že stav opilosti nastává dříve než ve stavu ztráty sebekontroly a že nadměrné pití není jen záležitostí „těch druhých“. Rovněž je potřeba komunikaci odlišit genderově, neboť chlapci a dívky mají různé důvody a argumenty, proč pijí či nepijí (např. dívky alkoholem více řeší osobní problémy a také často nepijí z důvodu, že cítí odpor k chování opilých lidí).

Směrem k regulaci a prevenci autoři konstatují, že při získávání alkoholu hraje často klíčovou roli vrstevník, kterému již bylo 18 let. Tento vzorec často podporují i prodejci – klíčový je pro ně kupující (platicí) zákazník nebo ten, kdo v restauraci objednává alkoholický nápoj a před kterého jej obsluha postaví. Rovněž se ukázala vyšší dostupnost alkoholu v malých prodejnách a večerkách. Často dochází ke konzumaci alkoholu na organizovaných vícedenních školních akcích nebo soustředěních a bylo by potřeba posílit kontrolu na těchto akcích. Cena alkoholu se neukázala jako významná bariéra konzumace alkoholu mladými lidmi a autoři se domnívají, že význam by mělo pouze skokové navýšení ceny alkoholu. Dále je potřeba posilovat informovanost prodávajícího personálu o možnosti či potřebnosti kontroly věku. Jako funkční se zdá rovněž odlišení zletilých od nezletilých návštěvníků hromadných akcí typu festivaly např. barevnými náramky (Buchtík et al., 2016).

⁸⁶ http://www.alkoholzodpovedne.cz/blob/pdf/Mladí%20lidé%20a%20alkohol_shrnutí_20160517.pdf [2016-09-06]

2.3.8 Regionální školní studie

Výzkumy na školách jsou oblíbeným tématem bakalářských a diplomových studentských prací a také v r. 2015 realizovala řada studentů krátká dotazníková šetření na základních a středních školách (ZŠ a SŠ), případně mezi vysokoškolskými studenty, zaměřená na rozsah užívání návykových látek a postoje k nim.

2.3.8.1 Studie na základních školách

Škávová (2015) provedla ve své bakalářské práci dotazníkový průzkum na téma zkušenosti s užitím konopí na ZŠ v Jilemnici. Z 81 žáků druhého stupně jich konopí užilo alespoň jednou v životě 64 %, z toho většina (56 %) poprvé ve 12–13 letech, 38 % ve 14 a více letech. Pouze 3 chlapci užili poprvé konopí v 10–11 letech. Více než jednou konopí užilo 40 % těch, kteří je vyzkoušeli. Více než polovina respondentů (56 %) uvedla, že neměli informace o nezákonnosti držení a škodlivosti užívání konopí.

Zkušenosti s návykovými látkami mezi žáky 17 vybraných ZŠ ve Středočeském kraji a na Vysočině sledovala v bakalářské práci také Rubešová (2015) – celkem bylo dotázáno 630 respondentů (284 chlapců a 346 dívek), převážně ve věku 13–16 let. Školy byly vybrány tak, aby polovina byla z měst (tj. z obcí s více než 10 tis. obyvatel) a polovina z menších obcí. Zkušenost s užitím konopných látek mělo 18,7 % respondentů ve městech a 11,4 % na venkově, dalších 14,9 %, resp. 16,2 % respondentů konopné látky neužilo, ale vyzkoušet by chtělo. Zkušenost s extází uvedl 1 respondent, avšak 6,4 %, resp. 5,4 % uvedlo, že by extázi vyzkoušet chtělo. Zkušenost s halucinogeny mělo v životě 1,6 %, resp. 1,2 % dotázaných, dalších 7,3 % žáků by je vyzkoušet chtělo. Zkušenost s kokainem a pervitinem uvedli pouze respondenti z venkovských škol (1,6 % a 1,9 %), avšak současně 4,8 % respondentů z měst uvedlo, že by tyto látky vyzkoušet chtělo. Přibližně polovina dětí (55,6 % ve městech a 48,8 % na venkově) zná někoho, kdo užívá nelegální drogy, nejčastěji šlo o kamarády. Součástí dotazníku byla také otázka, co respondenti udělají, když zjistí, že někdo v jejich okolí užívá drogy – 42,2 %, resp. 34,4 % dotázaných by neudělalo vůbec nic, 26,4 %, resp. 31,1 % by se snažilo upozornit na rizika a od užívání odradit. Ve 2 školách (ze 17 dotázaných) studenti neuvedli zkušenost se žádnou ze sledovaných nelegálních drog, naopak ve 3 školách uvedli žáci zkušenost se 3 nebo více látkami.

Sekanina (2015) se v bakalářské práci věnoval znalostem žáků ZŠ o konopných látkách a sledoval mimo jiné i kontext užívání konopí. Celkem dotázal 297 žáků 6.–9. tříd ZŠ (147 chlapců a 150 dívek). Celkem 43,1 % dotázaných uvedlo, že zná někoho, kdo užívá konopné látky, 68,7 % uvedlo, že užívání konopných látek vede k užívání „tvrdých“ drog. Vlastní zkušenost s užitím konopných látek mělo 8,8 % dotázaných (12,9 % chlapců a 4,7 % dívek), v naprosté většině šlo o žáky z městských škol.

Dvorská (2015) se v bakalářské práci zaměřila na prevalenci užívání návykových látek u žáků 2. stupně praktických škol v Ústeckém kraji. Celkem dotázala 150 respondentů ve věku 12–15 let na 5 školách. Dotazník obsahoval 14 otázek, z nich 11 vycházelo z dotazníku ESPAD. Na praktických školách uvedlo denní kouření 44 % dotázaných, 72 % konzumovalo alkoholické nápoje. Celkem 64 % žáků uvedlo, že jejich zkušenosti s konzumací alkoholu byly pozitivní (tj. cítili se po konzumaci dobře), 21 % uvedlo negativní zkušenosti (např. nevolnost). Zkušenost s užitím konopných látek uvedlo 65 % dotázaných, 7 % užilo alespoň jednou v životě pervitin, 21 % LSD nebo jiné halucinogeny, 3 % kokain, 6 % extázi a 3 % halucinogenní houby. Celkem 41 % užilo drogu proto, aby nestálo mimo partu, 25 % s cílem dostat se do nálady a 17 % ze zvědavosti.

Zkušenostmi s návykovými látkami mezi žáky praktických škol se v bakalářské práci zabýval také Štaffa (2014) – celkem bylo dotázáno 197 žáků 6 praktických škol v Praze (116 chlapců a 81 dívek) ve věku 12–17 let. Pití alkoholu alespoň jednou týdně uvedlo 19,3 % dotázaných, 2 % pijí alkohol častěji. Celkem 12,2 % si alkohol kupuje v obchodech, 10,7 % ho dostává od rodičů, 8,6 % ho dostává od kamarádů; 3,6 % alkohol tajně bere doma rodičům. Někdy v životě kouřilo 48,3 %, 22,3 % uvedlo nákup cigaret v obchodě, 15,8 % dostává cigarety od kamarádů, tajně doma bere

cigarety rodičům 1,5 %. Zkušenost s nelegální drogou uvedlo 29,9 % dotázaných (33,6 % chlapců a 24,7 % dívek), nejčastěji šlo o konopné látky (21,8 %), halucinogenní houby (3,0 %) a extázi (2,0 %). Celkem 66,5 % žáků uvedlo, že dostali nabídku drogu vyzkoušet – z těch, kterým byla droga nabídnuta, ji 85,5 % odmítlo a 14,5 % užilo.

Möllerová (2015) se v bakalářské práci zaměřila na zkušenosti s novými syntetickými drogami (NSD) v populaci ZŠ a SŠ. Sběr dat probíhal od června do prosince 2014 pomocí dotazníku, který zahrnoval 42 otázek a vycházel z dotazníku studie ESPAD, v 7. třídách základních škol až 3. ročnících středních škol v Praze, Ostravě, Českých Budějovicích a Mostě. Dotazník vyplnilo celkem 552 respondentů. Zkušenost s užitím NSD někdy v životě mělo 9 (2 %) respondentů (5 ze střední školy a 4 z učiliště) ve věku 16–18 let. Respondenti užili NSD s označením *Euphoria*, *funky*, *Rasta*, *El Magico*. Kromě NSD měli všichni zkušenost také s cigaretami, alkoholem a konopnými drogami. Celkem 7 z nich vyzkoušelo někdy v životě i jiné drogy, nejčastěji pervitin. Respondenti NSD nejčastěji dostali nebo koupili od kamaráda nebo je koupili od dealera.

2.3.8.2 Studie na středních školách

Bjalončíková (2015) v diplomové práci porovnávala míru užívání návykových látek u studentů 1. a 4. ročníků středních škol (SŠ) různých typů v Moravskoslezském kraji. Celkem oslovila 175 studentů SŠ. Zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou v životě uvedlo 52 % studentů 4. ročníků (a cca 30 % v 1. ročníku), nejčastěji šlo o konopné látky. Celkem 8 % uvedlo zkušenost s jinou nelegální drogou. Přibližně 20 % užilo povzbuzující drogu na tanečních akcích, celkem 28 % uvedlo, že přišli do školy pod vlivem alkoholu nebo drog (14 % v 1. ročníku).

Holečková (2015) provedla v bakalářské práci průzkum mezi studenty SŠ v regionu Nové Město na Moravě. Celkem bylo dotázáno 110 studentů ve věku 15–17 let. Téměř polovina studentů (43,6 %) uvedla pravidelné kouření, 67 % pilo v posledních 30 dnech alkohol, 43 % studentů mělo zkušenost s konopnými látkami. Dvě třetiny studentů (67 %) by si snadno dokázaly sehnat konopné látky, 43 % uvedlo, že by se dalo konopí sehnat ve škole. Celkem 34 % by si dokázalo sehnat extázi a 21 % by neodmítlo, pokud by jim někdo extázi nabídl. Obdobně 20 % studentů považuje za snadno dostupný pervitin, přičemž 5 % by pervitin zkusilo, kdyby ho někdo nabízel.

Jelínková (2015) se v bakalářské práci zaměřila na postoje adolescentů k užívání drog ve Světlé nad Sázavou a podrobněji analyzovala rozdíly mezi studenty podle typu SŠ. Celkem bylo v rámci průzkumu osloveno 283 studentů, z toho 86 chlapců a 197 dívek (85 studentů gymnázií, 108 studentů středních odborných škol s maturitou a 90 studentů odborných učilišť). Zkušenost s kouřením a konzumací alkoholu měla více než polovina dotázaných všech typů SŠ, pravidelné pití alkoholu je častější u studentů odborných učilišť (OU) – 57 % oproti 27 % studentů gymnázií a středních odborných škol (SOŠ). Studenti OU výrazně častěji uváděli také 1. zkušenost s kouřením a konzumací alkoholu v nižším věku (do 12 let). Výrazně častější u studentů OU je také užívání nelegálních drog – tabulka 2-5. Celkem 80 % studentů uvedlo, že je v regionu velmi snadné sehnat si drogu (konopné látky), současně 80–90 % studentů zná někoho, kdo drogu užívá, případně ji vyzkoušel.

tabulka 2-5: Výskyt užívání návykových látek mezi studenty středních škol ve Světlé nad Sázavou, podle typu školy, v %

Zkušenost s návykovou látkou v životě	Gymnázia	Střední odborné školy	Odborná učiliště
Alkohol nebo cigarety	58,8	56,5	66,7
Alkohol, cigarety i jiné návykové látky	23,5	16,7	42,2
Konopné látky	21,2	16,7	41,1
Halucinogeny	4,7	4,6	11,1
Stimulační drogy	0,0	1,9	14,4

Zdroj: Jelínková (2015)

Juřicová (2015) se v diplomové práci věnovala názorům a zkušenostem středoškoláků s návykovými látkami v Olomouci. Celkem oslovila 483 studentů starších 18 let (242 mužů a 241 žen), nejčastěji studujících střední odborné školy (zastoupení gymnazistů bylo 17 %, odborných učilišť 9 %). Mezi studenty bylo 43,4 % pravidelných kuřáků a 36,6 % kuřáček, alkohol konzumovalo pravidelně (tj. 6krát a častěji v posledních 30 dnech) 12,8 % mužů a 6,8 % žen. Zkušenost s užitím nelegální drogy uvedlo 52 % studentů (58 % mužů a 46 % žen). Zjišťovány byly také postoje 18letých studentů k legalizaci marihuany – proti legalizaci se vyjádřilo 43,7 % respondentů (42,1 % mužů a 45,4 % žen), pro legalizaci se vyjádřilo 40,9 %.

Rožánková (2015) v rámci diplomové práce sledovala rizikové chování 16–17letých studentů vybraných SŠ v Praze a Klatovech, celkem bylo dotázáno 312 žáků (138 chlapců a 174 dívek), z toho 159 studentů v Praze a 153 studentů v Klatovech. Zkušenost s kouřením uvedlo 66 % studentů, 17 % kouřilo denně. Téměř polovina (45,5 %) zkoušela někdy koupit cigarety v obchodě, pouze 6,4 % z nich bylo kontrolováno, zda již dosáhli 18 let. Pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) v posledních 30 dnech uvedlo 56,1 % studentů, 21,2 % uvedlo časté pití nadměrných dávek (3krát a častěji v posledních 30 dnech). Celkem 63,5 % zkoušelo koupit alkohol v obchodě, věk při nákupu alkoholu byl kontrolován u třetiny z nich (20 % ze všech studentů). Zatímco u kontroly věku v případě kouření nebyly sledovány rozdíly mezi městy, v případě nákupu alkoholu byly kontroly častější v Klatovech.

Zkušenost s konopnými látkami uvedlo 39,7 % dotázaných (47,8 % studentů v Praze a 31,4 % studentů v Klatovech). Téměř 64 % studentů dostalo někdy v životě nabídku zkusit konopné látky (70 % v Praze a 57 % v Klatovech), 59 % studentů v obou městech považuje konopné látky za snadno dostupné. Zkušenost s jinou nelegální drogou uvedlo 5,1 % studentů (7,5 % studentů v Praze a 2,6 % v Klatovech). Celkem 74 % studentů uvedlo, že v rámci výuky absolvovali preventivní program zaměřený na návykové látky (Rožánková, 2015).

Zkušenostmi studentů střední odborné školy (SOŠ) s užíváním návykových látek se v bakalářské práci zabývala také Tomčáková (2015) – celkem bylo dotázáno 130 studentů starších 16 let jedné SOŠ na Vysočině, z nich 75 % navštěvovalo 4letý maturitní obor a 25 % 3letý učební obor. Celkem 75 % studentů uvedlo, že jim někdy v životě byla nabídnuta nelegální droga, 68 % uvedlo zkušenost s nelegální drogou, nejčastěji šlo o konopné látky (63,1 %), extázi (8,5 %) a halucinogenní houby (6,2 %). Celkem 51 % dotázaných uvedlo, že látku užívá příležitostně, 23 % ji užívá pravidelně (alespoň jednou měsíčně), 10 % uvedlo denní užívání. Celkem 44 % přišlo poprvé do styku s nelegální drogou v partě, 38 % ji dostalo a 18 % si ji koupilo. Celkem 35 % dotázaných nevnímá žádná rizika spojená s užíváním nelegálních drog.

Schrömerová (2015) v bakalářské práci srovnávala postoje k návykovým látkám a zkušenosti s nimi u studentů 2 gymnázií a 2 středních odborných učilišť (OU) v Pardubickém kraji. Do výzkumu se zapojilo 321 respondentů (163 studentů gymnázií a 158 studentů OU) ve věku 15–19 let. Opakovanou zkušenost s tabákem mělo 39 % studentů gymnázií, resp. 70 % studentů OU, denně kouřilo 12 %, resp. 26 %. Zkušenosti s alkoholem mělo 100 % dotázaných, opakovaně ho užilo 50 %, resp. 61 % studentů. Celkem 47 %, resp. 59 % uvedlo zkušenost s konopnými látkami, více než 5krát v životě je užilo 7 %, resp. 23 % dotázaných. Zkušenost s pervitinem uvedla 3 % gymnazistů a 13 % studentů OU, zkušenost s extází 8 %, resp. 14 %, zkušenosti s LSD 3 %, resp. 14 %, zkušenosti s heroinem nebo kokainem byly uváděny minimálně. S názorem, že konopné látky by měly být legální, souhlasilo mnohem více studentů gymnázií (73 % oproti 34 % studentů OU).

Rozdíly mezi studenty maturitních oborů a studenty učebních oborů sledoval v diplomové práci také Václavěk (2015). Výzkum proběhl na vzorku 149 respondentů (97 chlapců a 52 dívek) 2 záměrně vybraných středních škol ve Znojmě. Ve věku 12–17 let bylo 45 % studentů, 55 % bylo starší 18 let. Celkem 11,4 % studentů kouřilo denně (2,9 % studentů maturitních oborů a 31,1 % studentů OU), alkohol pravidelně (alespoň jednou měsíčně) pilo 7,7 % (4,1 %, resp. 13,5 %), zkušenost s opilostí mělo 70,5 % (63,5 %, resp. 86,7 %). S nabídkou drogy se setkalo 53 % studentů, nejčastěji jim drogu nabídl kamarád (40,3 %) nebo spolužák (6,7 %), 9,4 % studentů se setkalo

s nabídkou drogy od cizího člověka. Droga byla studentům nabídnuta často na diskotéce nebo zábavě (33,6 %) nebo v partě (14,8 %). Zkušenost s konopnými látkami uvedlo 39,6 % respondentů (35,6 % studentů maturitních oborů a 48,9 % studentů učebních oborů). Celkem 5,4 % uvedlo zkušenosti s LSD, 3,4 % zkusilo halucinogenní houby. Pravidelně (alespoň jednou týdně) užívá nelegální drogu 2,6 % respondentů.

Velechovská (2015) v rámci bakalářské práce sledovala míru užívání návykových látek mezi studenty 8 středních škol ve Žďáru nad Sázavou, celkem dotázala 152 studentů (85 chlapců a 67 dívek), převážně ve věku 15–16 let (12 respondentů ve věku 17 nebo více let). Denní kouření uvedlo 13 % studentů, cigarety si nejčastěji studenti kupují sami nebo jim je kupuje starší kamarád/ka. Alkohol pravidelně (alespoň 1 týdně) konzumovalo 20 % – ve třetině případů byli u první konzumace alkoholu přítomni rodiče a současně ve třetině případů šlo o ochutnání alkoholu při rodinné oslavě; konzumace alkoholu v současnosti probíhá nejčastěji s přáteli venku na ulici nebo na veřejném prostranství, alkohol často studenti získávají přes starší kamarády (34 %) nebo rodinné příslušníky (15 %). Konopné látky zkusilo v životě 35 % studentů, z nich 15 % je užilo pouze jednou a 20 % opakovaně. Zkušenost s lysohlávkami uvedla 4 % dotázaných, extázi zkusila 2 %. Nelegální drogy lze podle studentů snadno sehnat na diskotéce (24 %), od známého nebo kamaráda (18 %) nebo na ulici nebo v parku (11 %).

Vopálková (2015) provedla prospektivní studii zaměřenou na postavení studentů v rámci třídních kolektivů, při které zjišťovala také vliv užívání návykových látek na postavení ve třídě, případně na jeho změny, ke kterým došlo mezi 1. a 3. ročníkem studia. První část studie proběhla v r. 2013, kdy bylo sledováno 7 tříd vybraných středních škol na Vysočině a dotázáno celkem 153 respondentů (55 chlapců a 98 dívek). Celkem se do výzkumu zapojilo 50 studentů gymnázií, 46 studentů SOŠ (s maturitou) a 57 studentů OU; při follow-up dotazování v r. 2015 bylo přítomno 143 studentů. Zkušenost s kouřením cigaret mělo v r. 2013 celkem 69,7 % studentů, zatímco v r. 2015 již 81,1 %, podíl denních kuřáků se zvýšil z 24,0 % na 32,2 %. Časté pití nadměrných dávek alkoholu uvedlo 51,6 % studentů v r. 2013 a 69,3 % v r. 2015. Zkušenost s konopnými látkami mělo v r. 2013 celkem 33 % studentů, v r. 2015 již 52,5 %. V posledních 12 měsících užilo konopné látky 27,5 % studentů, v posledních 30 dnech 9,1 % dotázaných. K nárůstu zkušeností s konopnými látkami došlo ve všech typech škol. Užití halucinogenních hub uvedlo 8 % dotázaných (7 % v r. 2013), zkušenost s LSD mělo 7 % (4 % v r. 2013). Studenti uváděli shodně v l. 2013 a 2015, že kouření cigaret a užívání alkoholu nemá vliv na jejich postavení ve třídním kolektivu (ani na postavení spolužáků), současně se však ukázalo, že studenti, kteří jsou hodnoceni spolužáky jako oblíbenější, mají častěji zkušenost s návykovými látkami.

2.3.8.3 Studie na vysokých školách

Na užívání nelegálních drog mezi studenty Jihočeské univerzity se v diplomové práci zaměřila Plachá (2015). Celkem bylo osloveno 756 studentů 8 fakult (582 mužů a 174 žen), nejčastěji ve věku 19–26 let. Zkušenost s užitím nelegální drogy uvedlo 56,6 % dotázaných, většina z nich uvedla, že zkušenost s drogou získali před nástupem na vysokou školu. Nejčastěji uváděnými nelegálními drogami byly konopné látky, stimulantia a halucinogeny. V souvislosti s užitím drogy nepocítovala více než polovina dotázaných (56,5 %) žádné negativní důsledky, naopak 21,5 % uvedlo únavu, 15,0 % střídání nálad, 13,0 % sníženou koncentraci a 10,8 % nespavost.

Celkem 37,8 % užilo nelegální drogu v posledních 12 měsících. Denně užívá drogu 2,9 % respondentů, další 3,4 % ji užívají s frekvencí několikrát v týdnu. Aktuální užívání nelegálních drog (užívání v posledním roce) uváděli častěji muži, respondenti bydlící na kolejích a privátech. Celkem 12,6 % respondentů bylo někdy na přednášce ve škole pod vlivem drogy (Plachá, 2015).

Užíváním návykových látek mezi vysokoškolskými studenty se zabývala ve své diplomové práci také Hájková (2015), která se dotázala 200 studentů (100 mužů a 100 žen) přírodovědecké a právnické fakulty nejmenované vysoké školy. Celkem 60 % dotázaných uvedlo zkušenost s konopnými látkami (80 % mužů a 40 % žen), 36,5 % mělo zkušenost s jinou nelegální drogou (32,5 % užilo stimulační

drogy, jako je např. metamfetamin, amfetaminy, extázi nebo kokain, 25,5 % užilo LSD nebo halucinogenní houby). Celkem 8 % užilo drogy ke zvýšení pozornosti a výkonu. S výjimkou konopných látek se v průzkumu neprokázaly významné rozdíly mezi muži a ženami.

Podle 64,5 % patří drogy k dnešnímu životu. Celkem 76,5 % zná ve svém okolí osobu, která užívá drogy, a 70 % dotázaných zná místa, kde se dají sehnat nelegální drogy. Nabídku vyzkoušet nelegální drogu by přijalo 44,5 % studentů (Hájková, 2015).

2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace

Za r. 2015 jsou k dispozici informace o užívání návykových látek u dětí v diagnostických a výchovných ústavech, u osob se zrakovým a sluchovým postižením, o rekreačních uživatelích kokainu a o osobách, které užívají drogy k navození změněných stavů vědomí s terapeutickými nebo se spirituálními záměry nebo za účelem sebepoznání (tzv. psychonauti). Pro další informace o užívání drog mezi specifickými skupinami dětí i dospělých viz také kapitulu Užívání drog v sociálně vyloučených lokalitách a ve znevýhodněných skupinách (str. 194).

V r. 2016 proběhla již 4. vlna dotazníkové studie o užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody, předchozí vlny studie byly realizovány v l. 2010, 2012 a 2014 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015). Studii realizuje NMS ve spolupráci s Vězeňskou službou ČR a agenturou ppm factum research – blíže viz kapitulu Užívání drog ve vězení (str. 219).

2.4.1 Užívání drog u dětí ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy

Kovaříková (2016) provedla v rámci bakalářské práce výzkum zaměřený na rozsah užívání návykových látek a hraní hazardních her u dětí a mladistvých v diagnostických ústavech v České republice, vybraná data pak porovnávala s výsledky zjištěními v rámci studie ESPAD v r. 2011. Dotazníkové šetření probíhalo ve 4 diagnostických ústavech – 2 dětských diagnostických ústavech (v Liberci a Plzni) a 2 diagnostických ústavech pro mládež (v Praze a Ostravě). Celkem bylo dotázáno 72 respondentů (54 chlapců a 18 dívek) ve věku 11–18 let, pro srovnání s cílovou skupinou studie ESPAD byli vybráni pouze 15–16letí respondenti (n = 30).

Zkušenost s kouřením cigaret uvedlo 96,7 % dotázaných, mezi nimi 70,9 % kouří v současnosti denně. Zkušenost s konzumací alkoholu v životě mělo 91,7 %, 63,8 % konzumovalo alkohol v posledních 30 dnech. Nadměrné dávky alkoholu (tj. 5 a více sklenic při jedné příležitosti) konzumovalo alespoň jednou v posledních 30 dnech celkem 55,9 % dotázaných, časté pití nadměrných dávek (3 a vícekrát v posledním měsíci) uvedlo 25,1 %. Ve srovnání s výsledky studie ESPAD 2011 bylo mezi respondenty v diagnostických ústavech výrazně vyšší zastoupení těch, kteří zkusili cigarety a alkohol v raném věku (do 11–12 let).

Konopné látky zkusilo v životě 79,2 % dotázaných, více než polovina respondentů je užila v posledních 30 dnech. Ve srovnání s 16letými studenty dotazovanými v rámci studie ESPAD 2011 měli respondenti v diagnostických ústavech výrazně vyšší zkušenosti také s extází (22,6 %), pervitinem (25,0 %), kokainem (18,0 %) i opiáty (4,2 %). Dotázaní uváděli, že k prvnímu užití legálních i nelegálních drog došlo nejčastěji v partě vrstevníků nebo drogu získali od kamaráda. Celkem 80 % považuje cigarety a alkohol velmi snadno nebo celkem snadno dostupné, konopné látky by si snadno dokázalo obstarat celkem 69 % dotázaných (Kovaříková, 2016).

Bartošová (2015) provedla výzkum na souboru 47 mladistvých mužů, kteří byli pro problémy s užíváním návykových látek umístěni v l. 2009–2010 v Diagnostickém ústavu pro mládež Praha 2 a posléze byli přemístěni do výchovných ústavů, které provozují oddělení specializovaná na klienty s problémy s užíváním návykových látek. Všichni klienti kouřili tabák (s výjimkou klienta závislého na heroinu, který jej poprvé užil v 8 letech). Někteří klienti začali kouřit v 7 nebo 8 letech se svými rodiči. Příležitostně nebo pravidelně pilo alkohol 22 (47 %), resp. 14 (30 %) klientů. Klienti uvedli, že

první kontakt s nelegální drogou měli nejčastěji ve věku 11–14 let (nejdříve v 8 letech), většinou (83 %) šlo o marihuanu, ale také o pervitin, heroin nebo toluen. Rozvoj problémového užívání nastal nejčastěji ve 14–15 letech, tj. s ukončením povinné školní docházky a nástupem na střední školu. Celoživotní prevalenci vybraných drog ukazuje tabulka 2-6.

tabulka 2-6: Celoživotní prevalence užívání drog mezi klienty výchovných ústavů se specializovaným oddělením pro klienty s problémy s užíváním drog

Droga	Počet (N=47)	Celoživotní prevalence (%)
Marihuana	45	95,7
Pervitin	41	87,2
Lysohlávky	19	40,4
Extáze	14	29,8
LSD	14	29,8
Heroin	8	17,0
Kokain	6	12,8
Hašiš	5	10,6
Toluen	5	10,6

Zdroj: Bartošová (2015)

V době provedení studie v r. 2015 (tj. po 5–6 letech od umístění v diagnostickém ústavu) se podařilo získat informace o 23 z původního počtu 47 klientů. Z nich 3 (13 %) prošli výkonem trestu odnětí svobody, 6 (26 %) dostudovalo zvolené studijní obory, 16 (70 %) mělo v r. 2015 stálou práci a 7 (30 %) pracovalo příležitostně. Cigarety kouřilo 22 (96 %), alkohol užívalo 13 (57 %), a to příležitostně, a marihuanu 12 (52 %) ex-klientů. Ze sledovaných 23 klientů ani jeden neužíval jiné („tvrdé“) nelegální drogy (Bartošová, 2015).

2.4.2 Užívání drog mezi osobami se zdravotním handicapem

V lednu 2015 byl proveden kvalitativní výzkum formou ohniskových skupin s osobami se zrakovým postižením různého charakteru a stupně ve věku 18–35 let zaměřený na zkušenosti s alkoholem a konopnými látkami (marihuanou). Nábor proběhl ve specializovaném zařízení pro osoby s tímto typem postižení. Byly provedeny 2 fokusní skupiny s celkem 12 osobami. Ukázalo se, že zkušenost s alkoholem mají všichni respondenti, zkušenost s marihuanou 9 (tři čtvrtiny). Postoje k užívání alkoholu (především) a marihuany byly vesměs pozitivní. Jako motivy užívání byly uvedeny zvýšení sebevědomí a překonání bariéry v navazování nových vztahů. Návykové látky (především marihuana) jim zároveň pomáhají překonávat psychické a fyzické problémy související se zrakovým postižením a slouží jako prostředek k dosažení relaxace. Marihuanu buď dostávají od svých kamarádů, nebo ji nakupují, a to většinou ve více lidech. Informace o účincích návykových látek získali respondenti především od kamarádů, se kterými je také velmi často užívají. Respondenti byli dostatečně informovaní o vlivu návykových látek na jejich postižení a přidružené nemoci a uvědomovali si rizika spojená s jejich užíváním (Groulíková, 2015).

Další, tentokrát dotazníkový výzkum se zaměřil na problematiku užívání návykových látek mezi sluchově postiženými (Jorda, 2015). Jeho cílem bylo popsat zkušenosti s užíváním návykových látek a motivy a důsledky užívání návykových látek v této skupině. Elektronický dotazník v I. 2013–2014 vyplnilo 69 respondentů, z nich bylo 42 (61 %) žen, 54 (78 %) respondentů bylo ve věku 19–34 let. Konzumaci alkoholu někdy v životě uvedlo 67 (97 %) respondentů, 16 (23 %) respondentů v současnosti abstinovalo, 4 (6 %) konzumovali alkohol 4krát týdně nebo častěji. Užití nealkoholové drogy (mimo tabáku) v životě uvedlo 33 (48 %) respondentů (především šlo o marihuanu, přičemž míra zkušeností byla mezi muži i ženami srovnatelná), z nich 4 (6 %) je aktuálně užívají s frekvencí 1krát týdně nebo častěji (z nich 3 uvedli konopí a 1 kokain). Injekční užití drogy někdy v životě uvedl 1 respondent. Specifika komunikace sluchově postižených mohou mít vliv na dostupnost různých návykových látek, přičemž lze z tohoto důvodu předpokládat nejvyšší dostupnost u alkoholu, protože jej lze získat v prodejně bez nutnosti s někým komunikovat; ukázalo se však, že míra užívání nelegálních drog (především marihuany) je mezi sluchově postiženými poměrně vysoká.

2.4.3 Užívání drog v prostředí nočního života

Na vzorce rekreačního užívání kokainu se zaměřila kvalitativní studie na souboru 11 osob (7 mužů a 4 ženy) věkového průměru 26,7 let (20–33 let), většinou středo- a vysokoškolského vzdělání a spíše nadprůměrných příjmů. Pro nábor respondentů byla použita metoda sněhové koule, data byla získána prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů. Účastníci byli pravidelnými návštěvníky veřejných nočních podniků (restaurace, bary, kluby, diskotéky) za účelem zábavy, nejčastěji ve skupině přátel. Někteří z nich měli častou zkušenost s užitím i s ostatními návykovými látkami.

Kokain získávali respondenti 3 způsoby: buď si jej obstarávali sami, nebo se na jeho koupi spolupodíleli v rámci skupiny (typický vzorec), případně jej dostali zdarma od známých či neznámých osob. Užití probíhalo většinou v kontextu noční zábavy ve skupině přátel a známých, a to typicky ve veřejných nočních podnicích na toaletě. Výjimkou nebyly ani privátní kokainové večírky v soukromých bytech. Dávky kokainu uživatelé přenášejí v papírových psaníčkách nebo plastových sáčkích, k přípravě dávky používají předměty z peněženky, nejčastěji plastové karty (kreditní, dopravní, občanský či řidičský průkaz). Dávkování probíhá nejběžněji na víku záchodové mísy, kdy pomocí dvou karet nadrtí krystaly kokainu do podoby jemného prášku, který dále stejnými kartami naporcují na „čáry“. Prášek vždy aplikují nosem (šňupnutím) pomocí stočené bankovky nebo plastového brčka přímo z podkladu, na kterém byly dávky připraveny. Někteří uživatelé vyžadují pro aplikaci bankovky vysoké hodnoty, což symbolicky podporuje status kokainu jako drogy vyšší společnosti. Průměrný počet užitých dávek (čar) během jedné akce se pohybuje mezi 3 a 5, u pokročilých uživatelů může jít až o 10 a více dávek za noc (tj. více než 1 g kokainu). Odstupy mezi jednotlivými aplikacemi při jedné příležitosti činí průměrně 30–60 minut, v krajních případech jen 15 minut. Množství zkonsumovaného kokainu v rámci jedné akce významně ovlivňuje aktuálně dostupné množství drogy a bažení, které bylo popisováno jako velmi silné. Všichni respondenti běžně konzumovali kokain společně s alkoholem, který také působil jako spouštěč užívání kokainu. Kombinace kokainu s jinými nelegálními drogami (nejčastěji s marihuanou, extází a halucinogeny) se vyskytovaly u dlouhodobých uživatelů. Ti současně konzumovali kokain ve větším množství a častěji. Nežádoucí účinky užívání uvedli pouze někteří respondenti. Nejčastěji uvedenými somatickými problémy bylo krvácení z nosu a palpitace, psychickými problémy (standardně při tzv. dojezdu) úzkost, deprese, nervozita, nespavost a rozladěnost, sociální problémy konflikty s partnerem. V žebříčku hodnot a osobních preferencí byl kokain většinou uživatelů vnímán jako prostředek zábavy a odpočinku (Kulhánek, 2015).

2.4.4 Psychonautika a spirituální kontext užívání drog

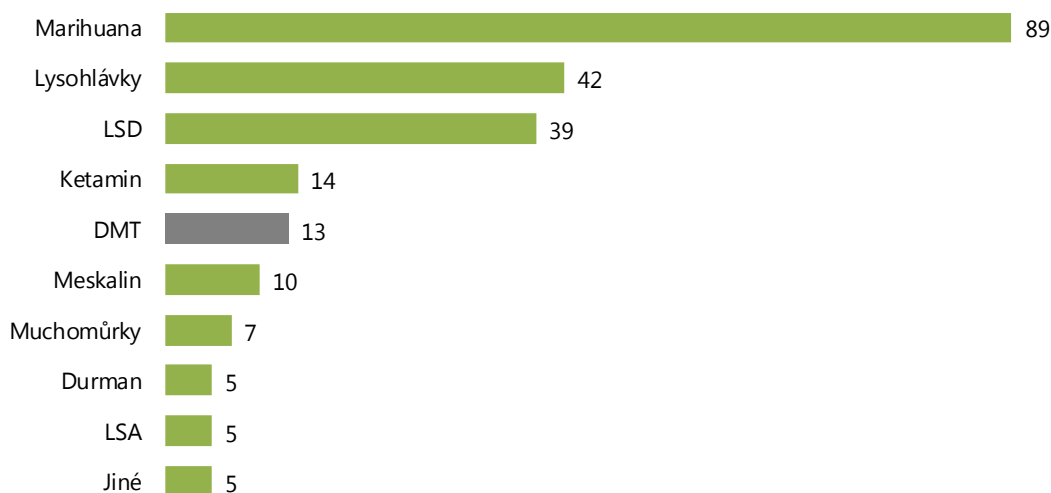
Užívání návykových látek mezi tzv. psychonauty⁸⁷ se v kvalitativním výzkumu věnovala Stifterová (2014). Výzkumný soubor tvořilo 5 respondentů (4 muži a 1 žena), se kterými byly provedeny polostrukturované rozhovory. Průměrný věk respondentů byl 25,2 roku. Respondenti měli poměrně bohaté celoživotní zkušenosti s užíváním návykových látek – s cigaretami 100 %, s alkoholem 100 %, konopím 100 %, extází 100 %, s heroinem a jinými opioidy 80 %, s pervitinem a jinými amfetaminy 60 %, těkavými látkami 40 %, s léky na uklidnění a sedativy 80 %, s LSD a jinými halucinogeny 100 %, kokainem 100 % (s crackem žádný respondent), s halucinogenními houbami 100 %, GHB 40 % a s novými syntetickými drogami 80 % respondentů. Průměrně měl každý respondent zkušenost s 11 typy psychoaktivních látek. Podle screeningového dotazníku CAGE AID vykazovali 3 z 5 respondentů vysoké riziko závislosti na psychoaktivních látkách. Za účelem

⁸⁷ Uživatelé usilující o dosažení změněných stavů vědomí pomocí psychedelik se spirituálními záměry, včetně šamanismu, smyslové deprivace, za účelem získání hlubších vhledů do vlastního duševního stavu a psychických procesů, sebepoznání a spirituálních zkušeností. Užití psychedelických látek může spustit psychospirituální krizi, která může mít vnější podobu psychózy. Při vhodné léčbě může mít tento transformativní proces léčivý potenciál a neměl by být zaměřován s psychózou jako nemocí. Psychospirituální krize může v léčebném kontextu napomoci k vyšší integraci osobnosti a plnějšímu zdraví. Viz např. <http://www.diabasis.cz/psychospiritualni-krize/> [2016-09-05].

sebezpoznaní užívají 4 z 5 respondentů konopné látky, LSD a halucinogenní houby. Dále 2 respondenti uvedli durman a ketamin a po 1 respondentu další látky, jako DMT⁸⁸, 2C-B⁸⁹, MDMA, yopo⁹⁰, muchomůrku červenou⁹¹ a azooxid⁹².

Do povědomí uživatelů halucinogenů se dostává látka DMT. Cílem kvantitativní on-line dotazníkové studie bylo zjišťování zkušeností s DMT a povědomí o něm na nereprezentativním souboru 100 respondentů, kteří zareagovali na výzvu k účasti ve studii zveřejněnou na sociálních sítích (Al-Halabiová, 2016). Většina respondentů (78 %) se pohybovala ve věkovém rozmezí od 18 do 29 let. Více než polovina respondentů (53 %) o látce DMT slyšela. Z celkového počtu 100 respondentů mělo zkušenost s DMT či ayahuascou 13 dotázaných a 9 jej užívalo opakovaně. Z 13 respondentů, kteří DMT vyzkoušeli, se 5 někdy účastnilo rituálu spojeného s užíváním ayahuascy. U respondentů byla nadále zjišťována zkušenost i s ostatními halucinogeny – graf 2-15. Ze studie vyplývá, že se DMT dostává do povědomí uživatelů halucinogenů a její užívání má spíše rekreační charakter.

graf 2-15: Zkušenost s halucinogeny někdy v životě v dotazníkové studii zaměřené na DMT, v %



Zdroj: Al-Halabiová (2016)

Ava (2015) se ve své práci zabývala motivacemi aktérů ayahuascových rituálů a dopady opakovaných účastí na život jejich účastníků. Cílovou skupinou byly osoby, které se pravidelně a dlouhodobě účastnily pražských ayahuascových rituálů pod vedením „šamana“ z ČR. Soubor tvořilo celkem 17 osob (8 mužů a 9 žen), které se zúčastnily alespoň 4 ayahuascových rituálů. Metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory. Z analýzy vyplývají 3 základní kategorie motivací – psychologická, spirituální a zdravotní. Osm respondentů uvedlo jako motivaci dosažení sebezpoznaní, 6 uvedlo rozšíření vědomí, 5 mělo motivaci vyléčit se z nemoci (zbavit se závislosti na alkoholu, drogách či hracích automatech zmínili 2) a načerpat energii a upevnit zdraví uvedlo 9 ze 17 respondentů. Na otázku týkající se subjektivního prožívání odpověděly téměř tři čtvrtiny respondentů, že zaznamenali nebo prožili fyzické projevy, jako purifikace organismu, bolest nebo tlak na určitých místech, žár, pocení, třes a chlad. Rovněž téměř tři čtvrtiny respondentů uvedly

⁸⁸ Dimethyltryptamin neboli DMT je halucinogenní látka produkovaná některými rostlinami, která je obsažena v nápoji ayahuasca.

⁸⁹ 2C-B čili 4-brom-2,5-dimethoxyfenylethylamin je syntetické psychedelikum (halucinogen) patří do skupiny psychedelických fenyletylaminů často označovaných jako skupina 2C-x.

⁹⁰ Silně halucinogenní šňupací prášek zvaný yopo vzniká smísením alkalického rostlinného popela a prášku z pražených rozdrcených semen *Anadenanthera peregrina*. Kouří se také listy této rostliny. Yopo se tradičně užívá zejména v povodí Orinoka (Jižní Amerika).

⁹¹ Muchomůrka červená obsahuje toxický muskarin, kyselinu muscimolovou a kyselinu ibotenovou, které mají halucinogenní účinky.

⁹² Oxid dusný (N₂O), triviálním názvem rajský plyn či azooxid působí stav veselosti nebo hystérie, při vyšších dávkách útlum až anestetický spánek.

různě intenzivní vizuální a akustické halucinace (hlasy či melodie). Psychické projevy nejrozličnějších forem od emocí strachu, smutku, obav, úzkosti přes „aha zážitek“⁹³ až k pocitům úlevy či harmonie jmenovala více než třetina respondentů. Naprostá většina shledala obřady jako příjemné. Poslední otázka zjišťovala, jak opakovaná účast na rituálech ovlivňuje život participantů a co jim přináší – 7 respondentů uvedlo, že získali jiný pohled na svět, na situace či problémy a že se jim změnil žebříček hodnot, 6 lépe poznalo sama sebe a získalo sebedůvěru. Zlepšení fyzického stavu či vyléčení z nemoci uvedlo 6 a vyléčení ze závislosti 2 respondenti.

Jiná studie se zaměřila na motivaci uživatelů LSD, LSA⁹⁴ a lysohlávek (Svobodová, 2015). Soubor tvořilo 11 respondentů (10 mužů a 1 žena), kteří byli rekrutováni metodou záměrného výběru a metodou sněhové koule. Věkové rozmezí se pohybovalo od 21 do 24 let. Pro 8 z 11 respondentů byla hlavní motivací zvědavost. Dva respondenti nedokázali odpovědět, z jakého důvodu poprvé psychedelikum užíli. Pro jednoho respondenta bylo nejsilnější motivací sebepoznání a zároveň inspirace psychedelickým hnutím. Jako pozitivní prožívalo a hodnotilo první zkušenost 8 respondentů, pro 3 respondenty byla zkušenost neutrální. Žádný respondent nehodnotil první zkušenost jako negativní (bad trip). Jednou z motivací k opakované intoxikaci psychedelickou látkou může být nesplněné očekávání respondenta, což může vést k rozhodnutí užít většího množství látky. Někteří uživatelé uvedli, že pro ně první pozitivní zkušenost byla významná a vedla ke zvýšení motivace k dalšímu užití psychedelik. Pro některé respondenty jsou psychedelika zábava, která jim přináší pozitivní prožitek a vytržení z rutiny.

V r. 2015 vznikla Česká psychedelická společnost (CZEPS),⁹⁵ která má za cíl mj. šířit informace o psychedelikách a podporovat výzkum v této oblasti.

Ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví za podpory Nadačního fondu Neuron je v srpnu 2017 plánována expedice do Peru, jejímž cílem je výzkum rituálního užívání psychedelika ayahuascy z klinického i neurobiologického hlediska a jejího antidepresivního potenciálu.⁹⁶

2.4.5 Chemsex

Pro účely přípravy na konferenci The European ChemSex Forum konanou v dubnu 2016 v Londýně⁹⁷ realizovala Česká společnost AIDS pomoc (2016) na jaře 2016 on-line dotazníkový průzkum zaměřený na znalosti a zkušenosti v oblasti chemsexu.⁹⁸ Dotazník byl šířen prostřednictvím internetových stránek zaměřujících se zejména na gay komunitu, celkem ho vyplnilo 948 osob, 853 mužů (90 %), 86 žen (9 %) a 6 transgender osob (1 %); 3 respondenti pohlaví neuvedli, více než polovina dotázaných byla ve věku do 29 let (55 %). Za gaye nebo muže mající sex s muži (MSM) se označilo 710 respondentů (75 %), 143 dotázaných se označilo za bisexuály a 109 za heterosexuály. Svůj HIV stav označilo 709 respondentů jako negativní (75 %), 67 jako pozitivní (7 %), 168 respondentů (18 %) stav neznalo. V posledních 12 měsících absolvovalo HIV test 380 osob, po odečtení HIV pozitivních osob podíl testovaných dosáhl 43 %.

Celkem 48 % respondentů bylo obeznámeno s výrazem *chemsex*. Nejčastěji (42 %) byl popisován jako sex na drogách, dále jako užití drogy s primárně sexuální motivací, jako skupinový sex na drogách či jako PnP (party and play). Někteří respondenti uvedli drogu, která je užívána při chemsexu – nejčastěji šlo o pervitin (62 případů), dále o extázi a poppers (obě 11), alkohol (8),

⁹³ moment náhlého pochopení dříve nesrozumitelného problému a úkolu vzhledem

⁹⁴ amid kyseliny D-lysergové strukturně i účinky podobný LSD

⁹⁵ <https://czeps.org/> [2016-09-30]

⁹⁶ <http://www.nfneuron.cz/cs/expedice-neuron/2016-ayahuasca/> [2016-08-31]

⁹⁷ <http://www.profbriefings.co.uk/chemsex2016/index.html> [2016-10-26]

⁹⁸ Termín je používán k popisu sexuálních aktivit pod vlivem psychoaktivních látek (užití před či během sexu), zejména v populaci mužů majících sex s muži, ale také mezi heterosexuály. Tyto praktiky jsou spojeny zejména s vyšším rizikem přenosu HIV a dalších infekčních (pohlavně přenosných) chorob, ale také s dalšími riziky, jako je nižší adherence k léčbě HIV/AIDS nebo interakce drog s užívanými léky.

kokain (6), GHB (3) a jednou byl zmíněn ketamin a GBL. Přístup k informacím o chemsexu uvedla více než třetina respondentů (36 %), dvě třetiny (63 %) uvedly, že neměly přístup k informacím o chemsexu (63%). S informacemi se nejčastěji setkali na internetu a od sexuálního partnera.

Během posledních 12 měsíců užilo pervitin při sexu 132 (14 %), extázi 116 (12 %), a GHB/GBL 79 (8 %), mefedron 28 (3 %) a jinou drogu 141 respondentů (15 %) – pravděpodobně alkohol, marihuanu či poppers. Z výsledků nelze jednoznačně určit, zda šlo o typický chemsex (užití drogy za účelem intenzivnějšího sexuálního zážitku), či o nahodilou souhru užití drogy a následného sexu. Většina respondentů drogu užila ve městě, kde žijí (25 %) nebo jinde v ČR (8 %); v cizině to bylo pouze 5 % celého souboru.



Kapitola 3: Prevence

3.1 Politika a strategie v oblasti prevence

Oblast prevence tvoří jeden ze 4 základních pilířů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a jejích navazujících akčních plánů – blíže viz kapitolu Národní strategie protidrogové politiky (str. 21). Je také nedílnou součástí strategie Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – blíže viz VZ 2014.

Základními dokumenty pro oblast prevence v resortu školství jsou Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018⁹⁹ a Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže.¹⁰⁰

Prevenci rizikového chování se mimo jiné věnuje také Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020,¹⁰¹ na kterou navazuje Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky na období 2015–2020,¹⁰² který má podpořit posílení školních poradenských aktivit. Obsahuje např. zavedení povinného kvalifikačního studia výchovného poradce, větší počet školních psychologů nebo zvýšení účinnosti metodického vedení ze strany pedagogicko-psychologických poraden. Má být také vypracován návrh standardních činností a způsobů zajišťování kvality poradenských služeb a jejich evaluace. Klíčové oblasti zájmu poradenských služeb ve školách budou:

- prevence školního neúspěchu,
- prevence rizikového chování,
- kariérové poradenství,
- spolupráce se zákonnými zástupci žáků,
- podpora pedagogů při práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami včetně metodické podpory.

Na Strategii vzdělávací politiky navazuje také Akční plán inkluzivního vzdělávání na období 2016–2018 (APIV),¹⁰³ který obsahuje opatření na podporu rovných příležitostí a spravedlivého přístupu ke kvalitnímu vzdělávání včetně prevence a nápravy předčasných odchodů ze vzdělávání. Konkrétními cíli APIV v rámci spolupráce MŠMT, Národního ústavu pro vzdělávání (NÚV) a České školní inspekce (ČŠI) pro rok 2016–2018 jsou podpora efektivní a cílené primární prevence určené žákům i pedagogům s cílem minimalizace či oddálení rizikového chování do vyššího věku. Mezi hlavní nástroje patří pravidelná koordinační a metodická setkání s krajskými školskými koordinátory prevence, metodiky prevence v pedagogicko-psychologických poradnách a ve školách a s výchovnými poradci, rozvíjení znalostí a dovedností krajských koordinátorů tak, aby byli metodickou oporou škol, dopracování doporučeného modelu minimálního preventivního programu ve školách a jeho zavedení do praxe škol a školských zařízení, vytvoření a zavedení do praxe jednotného systému sběru dat a výkaznictví v oblasti primární prevence.

APIV definuje způsoby a formy metodické podpory škol v oblasti prevence rizikového chování na školách, a to zejména prostřednictvím:

⁹⁹ http://www.msmt.cz/file/28077_1_1/ [2016-08-15]

¹⁰⁰ č. j. 21 291/2010–28, <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuzeni-a-pokyny> [2016-08-15]

¹⁰¹ <http://www.vzdelavani2020.cz/> [2016-08-15], schválená 9. 7. 2014 usnesením vlády č. 538

¹⁰² http://vzdelavani2020.cz/images_obsah/dokumenty/strategie/dz-rgs-2015-2020.pdf [2016-08-15], schválený 15. 4. 2015 usnesením vlády č. 277

¹⁰³ http://www.vzdelavani2020.cz/images_obsah/dokumenty/apiv_2016_2018.pdf [2016-08-15], projednán vládou 29. 7. 2015

- realizace programů dalšího vzdělávání metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách, kteří koordinují činnost školních metodiků prevence,
- koordinačního a metodického vedení na horizontální úrovni,
- metodické podpory středisek výchovné péče pro žáky s rizikovým chováním a pro jejich rodiče včetně ambulantní i internátní péče,
- evaluace programů primární prevence a zajištění jejich kvality,
- nastavení optimálních podmínek pro činnost metodiků prevence ve školách a školských zařízeních,
- systémového nastavení podmínek pro činnost specialistů ve školách a školských poradenských zařízeních včetně legislativních změn,
- přizpůsobení počtů poradenských pracovníků v závislosti na specifikách regionu,
- změny financování školských poradenských služeb,
- vymezení kompetencí školských poradenských zařízení a školních poradenských pracovišť s důrazem na spolupráci těchto subjektů, včetně posilování metodické podpory.

V únoru 2016 předložilo MŠMT do meziresortního připomínkového řízení návrh novely zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících,¹⁰⁴ která doplňuje existující kariérní systém pedagogických pracovníků pro učitele o novou kariérní cestu rozvoje profesních kompetencí. Jeho cílem je zavést takový systém, který podpoří celoživotní profesní rozvoj učitelů a propojí ho se systémem odměňování.

V oblasti certifikace programů prevence rizikového chování bylo v r. 2015 posuzováno 8 programů 6 organizací, z toho 5 programům byl udělen certifikát odborné způsobilosti (4 programy všeobecné primární prevence a 1 program selektivní primární prevence). Dále se konalo 8 tzv. dohlídkových místních šetření u 9 programů prevence, kterým byl pro méně závažné nedostatky udělen v předchozím období certifikát podmíněčně na dobu 1 roku. U všech devíti byla platnost certifikátu prodloužena na standardní dobu platnosti 5 let. K prosinci 2015 NÚV, který systém certifikace preventivních programů spravuje, evidoval celkem 51 organizací s 84 certifikovanými programy (z toho 50 programů všeobecné prevence, 25 programů selektivní prevence a 9 programů indikované prevence).¹⁰⁵ Územní rozložení certifikovaných programů podle krajů ukazuje tabulka 3-1. Zároveň byl v rámci webových stránek NÚV vytvořen on-line katalog certifikovaných preventivních programů prevence rizikového chování.¹⁰⁶

¹⁰⁴ <http://www.msmt.cz/o-webu-msmt/karierni-rad?highlightWords=prevence> [2016-08-15]

¹⁰⁵ <http://www.nuv.cz/t/pracoviste-pro-certifikace/zprava-z-certifikaci-za-rok-2015> [2016-08-15]

¹⁰⁶ http://www.nuv.cz/modules/catalog/index.php?h=product&a=index&id_catalog=15 [2016-08-15]

tabulka 3-1: Počet certifikovaných programů primární prevence rizikového chování k 31. 12. 2015 podle krajů

Kraj	Počet certifikovaných organizací	Počet certifikovaných programů			Celkem
		Všeobecná prevence	Selektivní prevence	Indikovaná prevence	
Hl. m. Praha	11	11	8	1	20
Středočeský	5	5	3	1	9
Jihočeský	7	7	3	1	11
Plzeňský	2	2	1	1	4
Karlovarský	0	0	0	0	0
Ústecký	2	2	0	0	2
Liberecký	1	1	0	0	1
Královéhradecký	2	2	0	0	2
Pardubický	1	1	1	0	2
Vysočina	6	6	2	0	8
Jihomoravský	3	3	3	3	9
Olomoucký	3	3	1	0	4
Zlínský	6	5	2	1	8
Moravskoslezský	2	2	1	1	4
Celkem	51	50	25	9	84

Zdroj: <http://www.nuv.cz/t/pracoviste-pro-certifikace/zprava-z-certifikaci-za-rok-2015> [2016-08-15]

NÚV v r. 2015 provedl průzkum mezi certifikovanými organizacemi. Cílem šetření bylo zejména získat zpětnou vazbu o přínosu certifikací pro samotné organizace a programy, celkem se do šetření zapojilo 37 organizací. Celkem 29 organizací (78 %) pokládá svoji přípravu na certifikaci a její absolvování za aktivitu, která přispěla ke zkvalitnění jejich programů, konkrétně certifikace přispěla zejména k ucelení metodických materiálů a zkvalitnění dokumentace organizace (např. manuály programu, směrnice a dokumenty vztahující se k práci organizace), dále ke zkvalitnění organizačních postupů v praxi (např. oblast přijímání a zaškolování nových pracovníků, evaluace programů či komunikace s třídním učitelem a školou) či zintenzivnění komunikace v týmu, lepším vazbám mezi pracovníky organizace a jejich profesnímu rozvoji. Organizace, které nabízejí více typů programů, oceňovaly, že je certifikace přiměla vyjasnit si rozdíly mezi programy všeobecné, selektivní a indikované primární prevence a sjednotit si metodiky pro jednotlivé úrovně programů. Jako jediné negativum byla zmiňována administrativní a časová náročnost přípravy na certifikaci. Organizace na základě zkušenosti uvedly, že certifikát nezaručuje lepší přístup do škol. Z hlediska přístupu k finančním zdrojům většina organizací certifikaci vnímá jako (spíše) přínosnou (70 %).¹⁰⁷

NÚV dále vytvořil Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče (Pacnerová et al., 2015).¹⁰⁸ Jejich hlavním účelem je nastavení a udržení srovnatelné úrovně kvality poskytované péče napříč zařízeními v celé ČR a zvyšování kvality péče o děti v zařízeních. Tematicky se dotýkají rovněž oblasti prevence. Standardy konkrétními kritérii postihují oblasti, které jsou pro dítě v kontextu jeho situace, rodiny a vývoje v rámci života v zařízení důležité a podstatné: schopnost navazovat a udržet vztahy, podpora kontextů, ve kterých dítě žije, podpora práce se životním příběhem dítěte, podpora naplňování fyzických a psychologických potřeb dítěte, spoluutváření života dítěte v zařízení i mimo něj, podpora spolurozhodování dítěte, aktivizace dítěte i jeho rodiny, zapojování dětí do společnosti. V souvislosti s problematikou ústavní a ochranné péče byla na konci r. 2015 uspořádána konference Kvalita péče o děti v ústavní výchově.¹⁰⁹ V r. 2015 NÚV dále vydal překlad

¹⁰⁷ <http://www.nuv.cz/t/pracoviste-pro-certifikace/aktualni-nabidka-certifikovanych-programu-prevence-a-prinos> [2016-08-15]

¹⁰⁸ http://www.nuv.cz/uploads/pracoviste_pro_certifikace/Standardy_kvality_pece_o_deti.pdf [2016-08-15]

¹⁰⁹ http://www.nuv.cz/uploads/pracoviste_pro_certifikace/Kvalita_pece_o_deti_v_ustavni_vychove.pdf [2016-08-15]

Evropských standardů kvality v oblasti prevence: stručný průvodce (Brotherhood a Sumnall, 2016).¹¹⁰

V červenci 2015 byl ukončen projekt VYNSPI 2,¹¹¹ v rámci něhož probíhala pilotáž nástrojů pro oblast školské prevence rizikového chování, jako jsou zejména návrh modelu vzdělávání pracovníků v prevenci, ověření doporučené podoby minimálního preventivního programu a také příprava nového systému on-line výkaznictví preventivních aktivit pro školy – blíže viz VZ 2014.

3.2 Preventivní působení prostředí – environmentální prevence

Příznivé nastavení faktorů prostředí má preventivní účinek. Označuje se jako environmentální prevence nebo environmentální strategie a je považováno za čtvrtý preventivní pilíř vedle prevence všeobecné, selektivní a indikované (Burkhart, 2011). V oblasti návykových látek jde zejména o opatření snižující místní, časovou a finanční dostupnost alkoholu (tj. daňová a jiná opatření zvyšující cenu), regulace reklamy a marketingu, pravidla na lokální úrovni (obecní vyhlášky), ve školách (školní řády) apod.

Dostupnost alkoholických nápojů pro nezletilé v ČR je dlouhodobě vysoká a týká se to jak subjektivně vnímané dostupnosti hlášené v dotazníkových studiích – blíže viz kapitolu Užívání drog ve školní populaci (str. 54), tak dostupnosti objektivně zjišťované v místech prodeje a podáváníí alkoholických nápojů a tabákových výrobků.

Zapsaný ústav společenské zodpovědnosti provedl v r. 2015 dvě vlny kontrolních nákupů (mystery shopping), při kterých bylo sledováno, zda personál prodejen prodá alkohol nezletilým.¹¹² Prvního nákupu se účastnili 3 figuranti (2 dívky ve věku 15 a 16 let a 1 chlapec ve věku 16 let), druhého rovněž 3 figuranti (2 dívky ve věku 15 a 16 let a chlapec ve věku 17 let). První akce probíhala v supermarketech všech hlavních obchodních řetězců a ve dvou „lepších“ restauracích. Z 12 pokusů o koupi v supermarketech bylo 6 úspěšných (50 %); pouze v supermarketech síť Lidl byly všechny (4) pokusy neúspěšné. Ze dvou pokusů v restauracích byly oba úspěšné. Druhá vlna pokusů o nákup alkoholu nezletilými v supermarketech a restauracích proběhla s podobným výsledkem – 50 % nákupů bylo úspěšných.

Rovněž na prodej alkoholu nezletilým byl zaměřen výzkum, který provedla Červenková (2016), ve kterém provedla mystery shopping ve 20 večerkách (tj. malých prodejnách otevřených do pozdních večerních hodin nebo nonstop) nacházejících se podél trasy tramvaje linky č. 10 vedoucí z pražských Ďáblic do Řep přes Kobylisy, Holešovice, Libeň, Žižkov, Vinohrady, Nové Město, Smíchov, Košíře. Figurantkami byly 2 nezletilé dívky ve věku 12 a 17 let. Z 20 navštívených prodejen bylo 17 s pravděpodobně vietnamským prodejcem, ve dvou prodejnách byl prodejcem pravděpodobně Čech a v jedné pravděpodobně Arab. Scénář byl takový, že nejdříve se o nákup pokusila 17letá a chvíli poté, co odešla z prodejny, rovněž 12letá dívka. Nakupovaným alkoholickým nápojem bylo 0,5 l piva. Výsledky ukazují mimořádně vysokou dostupnost alkoholu – 17letá dívka byla úspěšná v 18 z 20 (90 %) a 12letá ve 13 z 20 pokusů (65 %). Starší dívky se prodejce ve 4 případech zeptal, zda je plnoletá, z toho ve 2 případech mu stačilo slovní ujištění, v dalších 2 případech požadoval občanský průkaz a alkohol poté neprodal. U 12leté díky došlo ve 3 případech k nekompromisnímu odmítnutí prodeje, ve 4 dalších případech se prodejce dotázal na věk a poté alkohol neprodal. Z výsledků tedy vyplývá, že ve 29 z celkem 40 pokusů (72 %) byl alkohol prodán bez jakýchkoli problémů či dotazů. Za zmínku stojí také reakce svědků nákupu – dalších zákazníků. Celkem 33 nákupů proběhlo za přítomnosti svědka, pouze 2krát jiný zákazník na

¹¹⁰ <http://www.nuv.cz/t/vyzkum-pprch/evropske-standardy-kvality-v-oblasti-prevence-strucny> [2016-08-15]

¹¹¹ Implementace a evaluace minimálního preventivního programu, systémových nástrojů ve vzdělávání a vytvoření sběrného systému v oblasti prevence rizikového chování pro pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni; ESF OPVK č. CZ.1.07/1.1.00/53.0017

¹¹² <http://www.zusz.cz/aktuality/jak-snadno-si-mohou-mladisti-koupit-alkohol/> [2016-08-27]

nákup výrazně reagoval – v obou případech šlo o nákup 12letou dívkou. Obě reakce vedly k odmítnutí prodeje alkoholu nezletilé figurantce.

Podobnou akci, tentokrát zaměřenou na prodej tabákových výrobků nezletilým, zorganizovala iniciativa Zastupitelstvo mládeže¹¹³ v říjnu 2015 v Litoměřicích.¹¹⁴ Nezletilí zkoušeli na různých místech, kde se prodávají tabákové výrobky, koupit cigarety, přičemž se jim to povedlo ve 4 z celkem 7 případů.

Na vysokou dostupnost návykových látek v ČR a společenskou toleranci k nim reaguje návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který by měl nahradit zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami – blíže viz kapitolu Návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (str. 16). Nový zákon by měl zavést:

- úplný zákaz kouření ve vnitřních prostorech provozoven stravovacích služeb, s výjimkou užívání vodních dýmek, nebo ve vnitřních zábavních prostorech,
- zákaz prodeje tabákových a souvisejících výrobků ve zdravotnických zařízeních, ve školách a školských zařízeních,
- zákaz prodeje tabákových výrobků, elektronických cigaret a alkoholických nápojů prostřednictvím prodejních automatů, v pojízdných prodejnách apod.,
- povinnost prodávat v provozně stravovacích služeb nebo stánku s občerstvením alespoň jeden nealkoholický nápoj levněji než alkoholický,
- posílení kontrolní pravomoci státních orgánů, např. oprávnění inspektora České obchodní inspekce nařídit uzavření provozovny až na 2 dny v případě porušení zákazu prodeje nebo podávání alkoholických nápojů osobě mladší 18 let, a to jak prodejny, tak stánku s občerstvením, provozovny stravovacích služeb, ubytovacího zařízení nebo prodeje v dopravním prostředku, nebo
- rozšíření pravomoci České školní inspekce na kontrolu zákazu prodeje alkoholických nápojů a tabákových výrobků ve školách či dodržování zákazu kouření ve školských zařízeních.

Vzhledem k alarmující vysoké míře konzumace alkoholu dětmi a mládeží proběhly na podzim 2015 rozsáhlé kontroly zaměřené na dodržování zákazu prodeje alkoholu dětem a mladistvým v provozovnách po celé ČR, které inicioval národní protidrogový koordinátor a kterých se účastnily Policejní prezidium Policie ČR, ministerstvo vnitra, Česká obchodní inspekce, živnostenské úřady, hasiči, celní správa. Přes 5 tis. příslušníků policie a 2 tis. úředníků státní správy a samosprávy zkontrolovalo od října do prosince 2015 téměř 4 tis. provozoven a 18 tis. osob. Z toho bylo při kontrolách zjištěno 660 osob mladších 18 let, které požily alkoholický nápoj. Policie byla nucena téměř 180 z nich omezit na osobní svobodě.¹¹⁵

V listopadu 2015, v lednu a dubnu 2016 svolal národní protidrogový koordinátor jednání pracovní skupiny týkající se dostupnosti legálních návykových látek, kterých se zúčastnili zástupci státní správy, neziskových organizací a výrobců a distributorů alkoholických nápojů. Byly prezentovány informace týkající se zejména vysoké dostupnosti alkoholu pro děti a mladistvé v ČR a diskutována opatření snižující dostupnost a míru rizikového pití alkoholu, zejména u dětí, mládeže a mladých dospělých. Zástupci distributorů a výrobců alkoholu prezentovali své aktivity v oblasti snížení dostupnosti a prevence rizikového pití alkoholu.

V červnu 2016 se uskutečnilo úvodní mezíresortní pracovní setkání ke koordinaci aktivit státu vůči černému trhu s alkoholem v rámci plnění aktivity Akčního plánu k omezení škod působených alkoholem v ČR na období 2015–2018. Hlavním bodem tohoto úvodního setkání bylo zmapování

¹¹³ <http://zdravemesto.litomerice.cz/zastupitelstvo-mladee.html> [2016-08-27]

¹¹⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=g0W6Pp8IAkg> [2016-08-27]

¹¹⁵ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/akce-alkohol-odhalila-stovky-opilych-deti-a-potvrdila-vysokou-toleranci-ke-konzumaci-alkoholu-u-nas-139322/> [2016-09-03]

kompetencí a aktualizace aktivit jednotlivých orgánů státní správy v oblasti zamezení produkce a distribuce nelegálně vyráběného alkoholu.

3.3 Všeobecná prevence

Programy všeobecné primární prevence se zaměřují na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozdělování na méně či více rizikové skupiny, zohledňují pouze její věkové složení (Lejčková, 2006, Miovský, 2015).

Základní strategií prevence rizikového chování ve školách a školských zařízeních je minimální preventivní program (MPP), který vypracovává školní metodik prevence (ŠMP) ve spolupráci s vedením školy a ostatními pedagogickými pracovníky. Minimální preventivní program podléhá kontrole České školní inspekce.

Ve Středočeském kraji proběhlo ve školním roce 2014/2015 on-line dotazníkové šetření s cílem získat ucelenější pohled na problematiku prevence rizikového chování na školách, porovnat data za 4 uplynulé školní roky a popsat vývoj rizikového chování dětí a mládeže ve škole (Šebková, 2015). Výzkum pokrýval několik oblastí: realizaci minimálního preventivního programu (MPP) na škole, oblast financování, výkon funkce školního metodika prevence (ŠMP), výskyt a řešení rizikového chování ve škole a trendy v jeho výskytu, oblast spolupráce školy s externími organizacemi a rodiči, vzdělávání pracovníků školy v oblasti prevence rizikového chování. Šetření se v r. 2015 zúčastnilo 421 škol, návratnost byla 60,9 %.

Z šetření vyplynulo, že pouze 2 školy z kraje nemají zpracován MPP. Celkem 58 % škol považuje objem finančních prostředků spojených s pokrytím nákladů na prevenci za rozhodně nebo spíše nedostačující. Pouze 4,5 % škol nemělo zřízení funkce ŠMP, přičemž 34 % ŠMP mělo dokončené specializační studium k výkonu funkce ŠMP. Odměnu za výkon funkce ŠMP dostává 44 % pedagogů. Nejčastěji řešenými oblastmi rizikového chování byly záškoláctví, kouření, šikana (vztahové problémy mezi žáky), krádeže a vandalismus. V posledních 3 školních letech klesal podíl škol s výskytem problémů spojených s kouřením, alkoholem i ostatními drogami – tabulka 3-2. V oblasti prevence školy spolupracovaly s řadou externích organizací. Ke komunikaci s rodiči byly nejčastěji využívány třídní schůzky, nástěnky, webové stránky, e-mailová komunikace, schránky důvěry, letáky s tematikou prevence, konzultační hodiny (Šebková, 2015).¹¹⁶

¹¹⁶ <http://www.kr-stredocesky.cz/documents/20875/5327836/V%C3%BDsledky+hodnoti%C3%ADch+dotazn%C3%ADk%C5%AF/8be389c3-0367-4e64-a122-7e58b3c625c1> [2016-08-15]

tabulka 3-2: Výskyt rizikového chování ve školách Středočeského kraje ve školních letech 2011/2012 až 2014/2015 (v % škol, na kterých se daný jev vyskytl/řešil)

Rizikové chování	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Záškoláctví	64	61	62	62
Kouření	62	61	59	56
Šikana	56	53	54	56
Krádeže	45	47	44	43
Vandalismus	27	42	45	43
Kyberšikana	29	26	30	37
Alkohol	22	19	19	15
Ostatní návykové látky	16	15	15	14
Poruchy příjmu potravy	10	10	12	14
Rizikové chování v dopravě	18	19	16	12
Sexuální rizikové chování	5	6	8	9
Týrání a zneužívání dítěte	6	7	8	8
Extrémismus, rasismus	7	8	7	6
Netolismus	4	5	5	6
Rizikové sporty	2	4	5	2
Hraní hazardních her	2	2	2	2
Negativní působení sekt	0	1	1	0
Jiné	15	11	13	14

Zdroj: Šebková (2015)

V r. 2013 proběhl monitoring realizace primární prevence a výskytu rizikového chování u žáků ve školách Pardubického kraje.¹¹⁷ Dotazník vyplnilo 613 respondentů – zástupců mateřských, základních i středních škol (návratnost 94 %). V mateřských a základních školách se nejčastěji vyskytovaly agrese a nerespektování autority. Na gymnáziích, a zejména středních odborných školách se často vyskytovalo záškoláctví, na gymnáziích poruchy příjmu potravy. Preventivní programy zaměřené na záškoláctví nebo poruchy příjmu potravy však jsou velmi vzácné. Nejčastější formou programů primární prevence byla beseda, přednáška a promítání filmů. Nejčastěji školy spolupracovaly s pedagogicko-psychologickými poradnami, Policií ČR, městskou policií a také s nestátními neziskovými organizacemi.

Rovněž v Jihomoravském kraji provedli průzkum výskytu rizikového chování na základních a středních školách (Pedagogicko-psychologická poradna Brno, 2015), a to ve 2 školních letech 2013/2014 a 2014/2015. Nejčastěji bylo řešeno záškoláctví, kouření a užívání alkoholu. Na základních školách (ZŠ) měli dále problém se šikanou, na středních školách (SŠ) s „měkkými“ drogami. Výskyt „tvrdých“ nelegálních drog byl velmi nízký. Rovněž v Jihomoravském kraji je patrný spíše pokles rizikového chování – tabulka 3-3.

tabulka 3-3: Výskyt rizikového chování ve školách Jihomoravského kraje ve školních letech 2013/2014 a 2014/2015 (počet škol, kde se výskyt daného rizikového chování řešil)

Rizikové chování	2013/2014			2014/2015		
	ZŠ	SŠ	Celkem	ZŠ	SŠ	Celkem
Záškoláctví	1 003	2 572	3 575	537	2 200	2 737
Kouření	927	1 323	2 250	680	1 081	1 761
Alkohol	393	584	977	223	524	747
Šikana	821	118	939	659	81	740
„Měkké“ drogy	120	240	360	89	186	275
Kriminalita	148	51	199	41	37	78
„Tvrdé“ drogy	5	11	16	2	14	16

Zdroj: Pedagogicko-psychologická poradna Brno (2015)

¹¹⁷ <https://www.klickevzdelani.cz/Pedagogi%C4%8Dt%C3%AD-pracovn%C3%ADci/Sborovna/Negativn%C3%AD-soci%C3%A1ln%C3%AD-jevy-ve-%C5%A1kole/ID/25774/Krajsky-plan-primarni-prevence-rizikoveho-chovani-deti-a-mladeze-Pk-2015-2019> [2016-08-15]

Na analýzu chování žáků a možnosti školy je ovlivnit se zaměřila studie Asociace pedagogů základního školství ČR (Štercl, 2016). Vedení základních škol v r. 2007 a v r. 2016 vyplňovalo téměř nezměněný dotazník, výsledky tedy umožňují srovnání situace po 10 letech. V r. 2007 se průzkumu zúčastnilo 1015 a v r. 2016 celkem 1232 základních škol (ZŠ). V obou průzkumech se většina pedagogů domnívala, že se chování žáků v posledních 10 letech změnilo k horšímu, přičemž v novějším průzkumu bylo hodnocení o něco příznivější – v r. 2007 hodnotilo trend chování žáků jako zhoršení 89,5 % a v r. 2016 78,3 % škol. Jednotlivé projevy rizikového chování, ve kterých došlo ke zhoršení, ukazuje tabulka 3-4. Zatímco pedagogové ZŠ uváděli zhoršení ve výskytu agresivity, šikanování, vulgárnosti, v nerespektování pravidel slušného chování a vztahu k majetku, ke zlepšení naopak došlo ve výskytu kouření, alkoholu a dalších drog.

Ve školách došlo k výraznému posílení názoru, že škola má možnosti negativní projevy chování ovlivnit (v r. 2007 odpověděla kladně 4 % a v r. 2016 až 31 % škol), školy se rovněž ve vyšší míře domnívají, že stávající právní předpisy poskytují škole dostatečnou oporu při řešení problémů s chováním žáků (5 % v r. 2007 a 21 % v r. 2016). Přetrvává však skepse škol v otázce toho, zda jsou si rodiče vědomi (právní) odpovědnosti za chování svých dětí (2 %, resp. 7 %) (Štercl, 2016).

tabulka 3-4: Trend výskytu vybraných typů rizikového chování během posledních 10 let v průzkumu Asociace pedagogů základního školství v r. 2007 a 2016, v % škol uvádějících zhoršení výskytu

Rizikové chování	2007*	2016
Chování k žákům		
Agresivita	78,9	99,7
Šikana	45,9	50,1
Kyberšikana	–	40,2
Vulgárnost	81,2	99,8
Násilí	28,0	30,6
Kouření	67,6	38,5
Alkohol	27,5	15,9
Ostatní drogy (jen 2. stupeň)	18,2	11,9
Nerespektování pravidel chování	75,9	99,8
Sexuální obtěžování (jen 2. stupeň)	7,2	5,0
Rasismus, xenofobie (jen 2. stupeň)	10,9	5,2
Chování k učitelům		
Neúcta k autoritě	73,6	95,9
Vulgárnost	59,3	70,0
Šikana	12,4	12,0
Kyberšikana	–	11,3
Nerespektování pravidel chování k dospělým	77,1	99,8
Vztah k majetku		
Ničení školního majetku	78,8	89,8
Ničení vlastního majetku	24,5	40,6
Ničení majetku druhých	69,5	83,0
Krádeže	37,8	32,2
Zneužívání internetu (jen 2. stupeň)	18,7	24,6

Pozn.: * Za r. 2007 jsou uvedeny jen výsledky za školy, které mají 2. stupeň ZŠ.

Zdroj: Štercl (2016)

Ze závěrečných hodnocení minimálních preventivních programů škol a školských zařízení Jihomoravského kraje ve školním roce 2014/2015 vyplývá, že hlavními problémy škol v oblasti projevů rizikového chování u dětí a mládeže byly kouření, záškoláctví, alkohol a šikana.¹¹⁸

Centrum podpory veřejného zdraví SZÚ v Praze dlouhodobě garantuje a koordinuje projekt *Škola podporující zdraví*, který je jedním ze 43 členů evropské sítě Schools for Health in Europe.¹¹⁹ Projekt,

¹¹⁸ <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?PubID=283424&TypeID=7> [2016-08-15]

¹¹⁹ <http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi> [2016-08-15]

v rámci něhož je v ČR propojeno na 300 škol, díky svému komplexnímu pohledu na téma zdraví podporuje nejrozličnější aktivity v rámci bio-psycho-sociálního pojetí zdraví. V rámci programu byla vytvořena metodika pro střediska volného času, domy dětí a mládeže,¹²⁰ školní družiny a kluby.¹²¹ SZÚ nabízí akreditované vzdělávací programy pro pedagogy mateřských, základních a středních škol.¹²²

V r. 2015 v ČR pilotně odstartoval mezinárodně evaluovaný program *Zippyho kamarádi* (*Zippy's friends*) určený pro děti mateřských škol či 1. stupně ZŠ, jejich rodiče a učitele. Je zaměřen na podporu duševního zdraví, sociální dovednosti, práci se stresem a přispívá tak ke včasnému řešení problémů v oblasti rizikového chování.¹²³

Pro žáky 7. tříd a sekund 8letých gymnázií byl pilotován český program prevence užívání návykových látek vyvinutý Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze s názvem *nPrevence*, který volně navazuje na původních 12 lekcí metodiky *Unplugged*, určené žákům ve věku 12–14 let. Cílem je upevnit a dále posílit preventivní efekt znalostí, dovedností a kompetencí získaných v programu *Unplugged* především vzhledem k užívání tabáku, alkoholu a konopných drog – viz také VZ 2014.

NPC již několik let realizuje preventivní projekt Správným směrem. V r. 2015 proběhl v Královéhradeckém kraji, v r. 2016 probíhá v kraji Jihomoravském. Projekt je zahájen vyhlášením soutěže o nejlepší protidrogový plakát žáků ZŠ a SŠ a pracovní schůzkou neziskových a státních organizací působících v oblasti drogové prevence v daném regionu, jejichž aktivity jsou iniciovány a vzájemně propojovány.¹²⁴

Od r. 2005 je realizován projekt *Revolution Train* nabízející multimediální interaktivní zážitky v prostředí vlakové soupravy.¹²⁵ Na jaře 2016 projel vlak 16 městy v příhraničí s Německem a setkal se s pozitivním ohlasem v německých médiích, ale i mezi německými odborníky a politiky¹²⁶ (pověřenkyne vlády SRN pro oblast drog vyhlásila *Revolution Train* jako vůbec první zahraniční projekt v Německu projektem měsíce).¹²⁷ V pilotní části projektem prošlo 4000 dětí a 250 pedagogů. Od opětovného spuštění projektu v březnu 2015 absolvovalo program 15 000 dětí (z toho 500 ze SRN) a 800 pedagogů. Projekt má podporu řady odborníků,¹²⁸ část odborné veřejnosti však projekt kritizuje za to, že nesplňuje standardy efektivní protidrogové prevence.¹²⁹

3.4 Selektivní a indikovaná prevence

Programy selektivní a indikované prevence jsou určeny pro skupiny osob, resp. jednotlivce, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a rozvoj různých forem rizikového chování, tj. jsou ohroženější než jiné skupiny populace či jednotlivci, případně u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování (Pavlas Martanová, 2012, Mioviský, 2015). Realizují je např. pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro dítě a rodinu, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, střediska výchovné péče a neziskové organizace.

Na přibližně 40 vybraných školách byl v r. 2015 implementován program prevence pro žáky ve věku 13–19 let *Zvyšování povědomí o rizicích spojených s užíváním nelegálních drog mezi teenagery*:

¹²⁰ http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/Program_SPZ/Titulni_strana/JAK_SE_ZAPOJIT_DO_SITE_SKOL_PODPORUJICICH_ZDRAVI.pdf [2016-08-15]

¹²¹ http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/Program_SPZ/Titulni_strana/Metodika_pro_SD_a_skolni_kluby.pdf [2016-08-15]

¹²² <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/nabidka-pro-skoly> [2016-08-15]

¹²³ <http://www.zipyhokamaradi.cz/> [2016-09-30]

¹²⁴ <http://www.prevence-info.cz/vyhlaseni-vitezu-souteze-spravnym-smerem>, <http://www.policie.cz/clanek/zacileno-proti-drogam.aspx> [2016-09-30]

¹²⁵ <http://www.revolutiontrain.cz/v2/> [2016-08-15]

¹²⁶ <http://www.revolutiontrain.cz/v2/napsali/napsalitour1.pdf> [2016-08-16]

¹²⁷ <http://www.revolutiontrain.cz/v2/aktuality.php>, <http://www.drogenbeauftragte.de/drogenbeauftragte/projekt-des-monats/monat-juni-revolutiontrain.html> [2016-09-30]

¹²⁸ <http://www.revolutiontrain.cz/v2/onas.php> [2016-09-27]

¹²⁹ např. <http://www.edulk.cz/LinkClick.aspx?fileticket=68Fb7SDn3d0%3D&tabid=160&mid=756> [2016-09-27]

Metodika Boys and Girls Plus.¹³⁰ Hlavními cíli programu jsou podpora zdravých postojů včetně převzetí odpovědnosti za sebe sama a rozvoj životních dovedností včetně zvládání tlaků vrstevníků, sociálních vlivů a posílení sebedůvěry. Využívá krátké videospoty ke komunikaci témat užívání návykových látek a o rizicích s tím spojených.¹³¹ Program zahrnuje celkem 25 epizod po cca 3 minutách, přičemž má 3 modifikace (od minimálního „balíčku“ po všech 25 epizod), které umožňují flexibilně reagovat na časové možnosti výuky a potřeby cílové skupiny. Program je vhodný zejména pro práci s mladými lidmi z nižších socio-ekonomických vrstev a s těmi, kteří se neúčastní řádného vzdělávacího procesu. Čeští pedagogové byli pro metodiku vyškoleni, realizovali program ve svých školách a zároveň poskytovali zpětnou vazbu jeho českým spolutvůrcům. Program byl vyvinut ve spolupráci výzkumníků, animátorů a mladých dospělých z několika evropských zemí, včetně ČR, za kterou se projektu účastnila Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

NÚV analyzoval v r. 2015 činnost metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách (MP v PPP) a jejich spolupráci s dalšími odborníky v oblasti prevence.¹³² Mimo témat dotýkajících se přímo náplně činnosti (typu, frekvence a subjektivně vnímané důležitosti činnosti) byla mapována oblast odborného zázemí a pracovních podmínek metodiků prevence (Jurystová et al., 2015). Do analýzy se zapojilo 35 osob, tj. 36,5 % všech MP v PPP v ČR.

Metodici prevence se nejvíce věnovali činnostem poradenským. Dále se věnovali činnostem metodickým a koordinačním, koncepčním a informačním a nejméně se věnovali vlastnímu rozvoji.

Více než polovina metodiků prevence uvedla, že pravidelně se věnují následujícím činnostem (řazeno sestupně podle počtu metodiků, kteří činnost vykonávají):

- informační servis a podpora školám nebo zákonným zástupcům (telefonický i e-mailový),
- poradenská činnost – individuální odborné konzultace dalším pedagogickým pracovníkům,
- poradenská činnost – intervence rodičům a rodinným příslušníkům,
- poradenská činnost – intervence třídám,
- koordinace preventivních aktivit v místě působnosti,
- metodické porady s metodiky prevence a výchovnými poradci – individuální,
- poradenská činnost – intervence jednotlivým žákům.

Více než polovina metodiků prevence uvedla, že nárazově vykonává následující činnosti (řazeno sestupně podle počtu metodiků, kteří činnost vykonávají):

- účast na grantových komisích kraje/obce,
- metodické vedení metodiků prevence a výchovných poradců,
- zpracování statistických údajů a podkladů pro potřeby jiných institucí,
- pomoc při zpracování grantů a dotací škol,
- metodická pomoc při tvorbě preventivních programů škol,
- účast na vzdělávacích akcích – konference, semináře, výcviky,
- zpracování grantů a dotací,
- koordinace a zajišťování vzdělávacích aktivit,
- vlastní realizace vzdělávání.

¹³⁰ <http://www.boysandgirlslabs.eu/> [2016-08-15]

¹³¹ Pod vedením pedagoga (vedoucím programu může být také např. vychovatel, pracovník nízkoprahového klubu, preventivní pracovník z neziskové organizace, výchovný poradce, školní metodik prevence, popř. školní psycholog, speciální pedagog) žáci nejprve zhlédnou video s osudy postav v různých situacích. Navazuje diskuse o možném řešení představené situace a jeho důsledcích. Program zapojuje studenty pomocí technik, mezi něž patří skupinové diskuse, řešení problémů, vzdělávání na základě případových studií, hry, skupinová práce a studentský výzkum.

¹³² http://www.nuv.cz/uploads/pracoviste_pro_certifikace/fin_2015_09_Mapovani_cinnosti_metodiku_prevence_v_PPP_v_ramci_PPRCH.pdf [2016-08-15]

Pokud jde o konkrétní projevy rizikového chování, metodici prevence se nejčastěji zabývali šikanou, kyberšikanou a agresivním chováním. Návykové látky byly spolu se záškoláctvím druhou nejčastější formou rizikového chování, které se metodici prevence věnovali.

Miholová (2014) provedla kvalitativní výzkum zaměřený na práci s blízkými klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM) ohrožených problémovým užíváním návykových látek. Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s 5 sociálními pracovníky 2 NZDM zjistila, že pracovníci NZDM s rodinou nepracují nebo pracují jen minimálně a nesystematicky, protože to primárně nevnímají jako součást své práce. Bariérou při kontaktu s klienty byla nejistota při řešení problémů, o kterých pracovníci nemají dostatečné znalosti, jako jsou problémové užívání drog nebo právě práce s rodinou. Autorka doporučuje NZDM zaměřit se na práci s rodinou a prostředím klienta, případně zlepšit spolupráci s organizacemi, které se na práci s okolím klienta specializují. Dále doporučuje zvýšit kvalitu vzdělávání a metodické vedení při práci s prostředím klientů (Miholová, 2014).

3.5 Mediální a informační kampaně

3.5.1 Kampaně zaměřené na kouření, konzumaci alkoholu a prevenci zdravotních rizik

V r. 2016 byl pod hlavičkou Světové zdravotnické organizace (WHO) zorganizován další ročník Světového dne bez tabáku (31. 5.), tentokrát s podtitulem *Připravme se na jednotné standardizované obaly*. Jednotné balení tabákových výrobků představuje opatření, které omezuje nebo zakazuje používat na obalech loga, barvy, obrázky značek či propagační informace jiné než názvy značek a produktů, zobrazené ve standardní barvě a stylu písma.¹³³ Kampaň podpořil Státní zdravotní ústav (SZÚ) a Národní síť Zdravých měst ČR. Ve městech a obcích se pořádaly akce s protikuřáckou tematikou pro děti, přednášky a zdravotní poradenství pro dospělé. Například město Brno uspořádalo akci *Zdravé plíce* zaměřenou zejména na prevenci rakoviny plic.¹³⁴ Ve městě Litoměřice se členové iniciativy *Zastupitelstvo mládeže* podíleli na kontrolní akci prodeje alkoholických a tabákových výrobků osobám mladším 18 let.¹³⁵ K akci se připojila i Česká lékárnická komora formou odborných konzultací přímo v lékárnách v rámci projektu *Lékárník – odborný poradce*. Ke zdravotním varováním na obalech tabákových výrobků viz také kapitolu Zdravotní varování na obalech tabákových výrobků (str. 17), k dostupnosti alkoholu a tabáku pro nezletilé viz kapitulu Preventivní působení prostředí – environmentální prevence (str. 80).

Několik iniciativ se zaměřilo na prevenci řízení pod vlivem návykových látek:

- Fórum Pij s rozumem (PSR) provozuje webové stránky pijsrozumem.cz a realizuje edukativní program *Pobavme se o alkoholu*, jehož hlavním cílem je zvýšení znalostí a povědomí o rizicích souvisejících s konzumací alkoholu nezletilými.¹³⁶ V oblasti prevence užívání alkoholu mezi mladistvými je již třetím rokem ve spolupráci Magistrátu města Plzně, Plzeňského Prazdroje a Centra protidrogové prevence a terapie realizován program *Respektuj 18*.¹³⁷
- SZÚ v r. 2015 vydal příručku *Prevence rizikového chování v dopravě*,¹³⁸ která mj. upozorňuje na rizika řízení pod vlivem alkoholu a dalších drog.
- Oddělení bezpečnosti silničního provozu (BESIP) ministerstva dopravy realizuje ve spolupráci s Českým svazem pivovarů a sladoven další ročník projektu *Řídím, piju nealko pivo*.¹³⁹ V rámci

¹³³ http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/Svetovy_den_bez_tabaku_2016.pdf [2016-08-15]

¹³⁴ <https://www.bрно.cz/brno-aktualne/tiskovy-servis/tiskove-zpravy/a/svetovy-den-bez-tabaku-poradi-jak-vyzrat-nad-cigaretou-a-tabakovym-kourem/> [2016-08-23]

¹³⁵ <https://www.youtube.com/watch?v=fK58-FUlkJ8&feature=youtu.be>

¹³⁶ http://www.forum-psr.cz/166_Pobavme-se-o-alkoholu [2016-08-15]

¹³⁷ <http://www.respektuj18.cz/detail-akce/6> [2016-08-15]

¹³⁸ http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/Nove/prevence_sazba_cor_6.pdf [2016-08-15]

¹³⁹ <http://www.rpnz.cz/> [2016-08-16]

tohoto projektu probíhají bezpečnostně-preventivní kontroly řidičů a dále akce na hudebních festivalech. Dospělým návštěvníkům jsou k dispozici tzv. opilé brýle, pomocí nichž si mohou vyzkoušet, jak je obtížné zvládat běžné úkony ve stavu simulujícím stav po požití alkoholu. Na webových stránkách **Řídím, piju nealko pivo** je také možné pomocí tzv. alkulačky orientačně změřit, kdy bude z těla alkohol odbourán.¹⁴⁰

- Kampaním v oblasti prevence se věnuje každoročně také Policie ČR. V r. 2015 připravilo Krajské ředitelství policie Moravskoslezského kraje preventivní projekt **Řídím bez opice** – obrázek 3-1. Pomocí simulátoru vidění opilého řidiče a simulátoru účinku požití konopí si veřejnost vyzkoušela, jaké je řídit pod vlivem alkoholu či drog.¹⁴¹ Mimo preventivních kampaní v regionech bylo ředitelstvím pořádkové policie a policejním prezidiem koordinováno v r. 2015 a r. 2016 několik preventivních akcí zaměřených na podávání alkoholu mládeži do 18 let a respektování plavebních předpisů zakazujících řídit loď pod vlivem alkoholu, např. akce *Voda 2016*.¹⁴² Preventivním programům zaměřených mimo jiné na užívání alkoholu a jiných drog řidiči se věnuje také Muzeum Policie ČR.¹⁴³
- Občanské sdružení Periculum připravilo pokračování multimediálního divadelního představení zaměřeného na prevenci rizikového chování v dopravě, např. konzumaci alkoholu. Představení jsou organizována především pro studenty středních škol. Jejich cílem je prevence užívání alkoholu a jiných drog před řízením motorových vozidel a během něj, a to zejména v souvislosti s návštěvou nočních klubů.¹⁴⁴

obrázek 3-1: Samolepka projektu **Řídím bez opice**, kterou si může účastník projektu vylepit na automobil jako známku toho, že řídí střízlivý



Zdroj: <http://www.policie.cz/clanek/ridim-bez-opice.aspx> [2016-08-21]

¹⁴⁰ <http://www.rpn.cz/#!alkulaka/c21sn> [2016-08-15]

¹⁴¹ <http://www.policie.cz/clanek/ridim-bez-opice.aspx> [2016-09-06]

¹⁴² <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/akce-alkohol-odhalila-stovky-opilych-deti-a-potvrdila-vysokou-toleranci-ke-konzumaci-alkoholu-u-nas-139322/>, <http://www.policie.cz/clanek/voda-2016.aspx>

¹⁴³ Zpráva o plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů. K dispozici u editora této výroční zprávy.

¹⁴⁴ <http://www.theaction.cz/> [2016-08-24]

Národní protidrogový koordinátor na podzim 2015 inicioval kontroly provozoven (barů, klubů, restaurací, diskoték apod.) za účelem zjištění podávání alkoholických nápojů nezletilým, které byly realizovány Policií ČR ve spolupráci s Českou obchodní inspekcí, živnostenskými úřady, hasiči, celníky, hygieniky a zdravotníky v celé ČR – blíže viz kapitolu Preventivní působení prostředí – environmentální prevence (str. 80). Tzv. Akce ALKOHOL si kladla za cíl zvýšit povědomí společnosti o vysoké konzumaci alkoholu dětmi a mladistvými, upozornit na situaci s dostupností a tolerancí alkoholu v ČR, podpořit odpovídající legislativní změny a nastavit adekvátní preventivní programy v této oblasti. Národní protidrogový koordinátor a 1. náměstek policejního prezidenta společně prezentovali v médiích výsledky kontrol a upozornili na vysokou dostupnost alkoholu pro děti a mladistvé v ČR.¹⁴⁵

V r. 2015 proběhla řada mediálních aktivit zaměřených na informování veřejnosti o riziku konzumace legálních drog, a to zejména u dětí a mladistvých. Národní protidrogový koordinátor se v českých médiích vyjadřoval k pití dětí a mladistvých, toleranci dospělých ke konzumaci alkoholu osobami mladšími 18 let, k dostupnosti alkoholu a cigaret v českých restauracích, barech, nočních podnicích, obchodních řetězcích, na čerpacích stanicích, k příčinám a negativním dopadům užívání legálních drog.¹⁴⁶

Iniciativa Liga otevřených mužů zorganizovala v únoru 2015 třetí ročník kampaně *Suchej únor*,¹⁴⁷ která má za cíl podporu mužského zdraví a zároveň osvětu a motivaci k vědomému snížení konzumace alkoholu. Na podporu akce *Suchej únor* byla spuštěna kampaň *Běh za střízlivější Česko*.¹⁴⁸

Z iniciativy vodáckých organizací (Českého svazu kanoistů, Svazu vodáků ČR ve spolupráci s organizací Junák – český skaut, Vodáckou školou záchrany a Státní plavební správou) proběhla v r. 2015 akce *Voda, nebo alkohol*. Cílem kampaně bylo upozornit na problematiku konzumace alkoholu při řízení lodi, při sjíždění řek a dalších rekreačních aktivitách spojených s pobytem u vody během letní sezony, neboť alkohol je často faktorem (spolu)zodpovědným za tragické nehody vodáků.¹⁴⁹

Potravinářská komora ČR spustila v r. 2016 druhý ročník kampaně *Alkohol zodpovědně* zaměřené na mladistvé.¹⁵⁰ Projekt podpořený ministerstvem zdravotnictví umožňuje přístup k webovým stránkám, které upozorňují na rizika konzumace alkoholu těhotnými ženami, mladistvými a řidiči. V rámci kampaně probíhala distribuce alkohol-testerů a informačních materiálů, byly pořádány přednášky na školách a osvětové kampaně na hudebních festivalech.¹⁵¹ Kampaň je kontroverzní svou snahou prezentovat pití alkoholu jako zdraví prospěšné.¹⁵²

3.5.2 Kampaně zaměřené na nelegální drogy a rizika spojená s jejich užíváním

Magistrát hl. m. Prahy ve spolupráci s pražskými městskými částmi a Centrem sociálních služeb Praha – Pražským centrem primární prevence každoročně pořádá soutěžní festival amatérských filmů pro školy, školská zařízení a nízkoprahové kluby pro děti a mládež s tematikou rizikového chování s názvem *Antifetfest*.¹⁵³ Účastnit se mohou snímky o délce maximálně 15 minut, které tematicky souvisí s drogovou závislostí, kriminalitou, šikanou, rasismem, záškoláctvím, hazardním

¹⁴⁵ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/akce-alkohol-odhalila-stovky-opilych-deti-a-potvrdila-vysokou-toleranci-ke-konzumaci-alkoholu-u-nas-139322/> [2016-09-03]

¹⁴⁶ http://zpravy.idnes.cz/kontrola-baru-a-restauraci-deti-alkohol-fc5-/domaci.aspx?c=A151005_121052_domaci_jj, <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/ceske-bary-a-restaurace-cekaji-celostatni-kontroly-zakazaneho-prodeje-alkoholu-nezletilym-135480/> [2016-09-09]

¹⁴⁷ <http://suchejunor.cz/> [2016-08-15]

¹⁴⁸ <http://suchejunor.cz/bud-hustej/> [2016-08-24]

¹⁴⁹ <http://www.voda-nebo-alkohol.cz/> [2016-08-22]

¹⁵⁰ <http://www.alkoholzodpovedne.cz/> [2016-08-25]

¹⁵¹ <http://www.alkoholzodpovedne.cz/> [2016-08-25]

¹⁵² <http://www.alkoholzodpovedne.cz/pro-media> [2016-08-25]

¹⁵³ <http://rs.antifetfest.cz/hlavni-stranka-2016> [2016-08-15]

hraním, domácím násilím apod. Představení nejlepších filmů probíhá v rámci Pražského fóra primární prevence organizovaného Magistrátem hl. m. Prahy.

Od 20. do 27. 11. 2015 probíhal s cílem včasné identifikace infekce HIV a poprvé i virové hepatitidy typu B a C *Evropský týden testování na HIV a žloutenky*.¹⁵⁴ Zájemcům bylo poskytnuto bezplatné testování na HIV / žloutenku typu B a C. Evropský týden testování vyvrcholil 1. 12., kdy se každoročně připomíná Světový den boje proti AIDS.

V září 2015 zahájilo královéhradecké krajské ředitelství Policie ČR kampaň *Prevenčí k bezpečí* realizovanou prostřednictvím videoklipů na internetu, v kinech, městské hromadné dopravě, ve školách, čekárnách praktických lékařů a v nemocnicích. Jde o 14 dílů zaměřených na 6 témat z oblasti prevence kriminality a rizikového chování, jako jsou např. riziková komunikace na internetu, kapesní krádeže, agrese nebo návykové látky. Ke každému tématu jsou volně ke stažení vždy 2 videa, a to krátké (cca 30 sekund) a dlouhé (cca 3 minuty).¹⁵⁵

Počátkem r. 2016 zahájilo krajské ředitelství Policie ČR v Moravskoslezském kraji kampaň varující mládež před dopady užívání drog s názvem *Bereš? Zemřeš!* V rámci kampaně byly v Moravskoslezském kraji distribuovány letáky pro dospívající a pedagogy. Hlavní částí kampaně je videoklip s fiktivním inzerátem Smrtky, která hledá mladé lidi, aby jim mohla zničit život podáním nelegálních drog.¹⁵⁶ Odborníci upozornili na to, že zastrašovací kampaně v drogové prevenci nefungují a mnohdy jsou kontraproduktivní.¹⁵⁷

V r. 2015 proběhl již 13. ročník cykloběhu, který organizuje sdružení Řekni ne drogám – řekni ano životu každoročně u příležitosti Mezinárodního dne proti zneužívání drog (26. 6.).¹⁵⁸ V r. 2015 prošel opět více než 40 městy, kde probíhaly informační kampaně a přednášky o drogách.¹⁵⁹ Program dlouhodobě čelí kritice odborné veřejnosti za to, že nesplňuje standardy kvality v oblasti prevence.¹⁶⁰

¹⁵⁴ <http://www.prevencehiv.cz/akce/evropsky-testovaci-tyden/> [2016-08-15]

¹⁵⁵ <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/skolstvi/prevence-soc-patologickych-jevu/Zpravodaj-pro-skoly-3-2015.pdf>, <http://www.policie.cz/clanek/prevenci-k-bezpeci.aspx> [2016-09-12]

¹⁵⁶ <http://www.policie.cz/clanek/beres-zemres.aspx>, <http://moravskoslezsky.denik.cz/zlociny-a-soudy/video-policie-v-ostrove-spustila-drsnou-protidrogovou-kampan-20151201.html> [2016-09-12]

¹⁵⁷ <http://mediahub.cz/komunikace-35809/kampan-beres-zemres-moc-nenadchla-993847> [2016-09-12]

¹⁵⁸ <http://rekninedrogam.cz/cyklobeh-za-cr-bez-drog> [2016-08-15]

¹⁵⁹ viz např. <https://www.youtube.com/watch?v=9W6MtFFuYXU> [2016-08-15]

¹⁶⁰ <http://www.pppcb.cz/attachment/200807280917121609672501.pdf>, http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/StanoviskoVI_dy.doc [2016-09-27]



Kapitola 4: Problémové užívání drog

4.1 Odhady počtu problémových uživatelů drog

Problémové užívání nelegálních drog (tzv. Problem Drug Use, PDU) bylo v Evropě tradičně definováno jako injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). V ČR není do odhadů PDU kokain zahrnován vzhledem k velmi nízkým počtům uživatelů kokainu v použitých zdrojích dat. Tato zastřešující definice byla v r. 2013 Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) revidována a rozšířena o užívání dalších drog s vysokou frekvencí (u konopí denně či téměř denně a u ostatních drog alespoň jednou týdně) nebo o užívání drog přinášející uživatelům zdravotní či sociální problémy (Thanki a Vicente, 2013).

4.1.1 Problémové užívání pervitinu a opioidů

4.1.1.1 Odhad počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů v ČR multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení

Národní odhad počtu problémových uživatelů drog (PUD), resp. problémových uživatelů pervitinu a opioidů (PUPO), je každoročně od r. 2002 prováděn multiplikační metodou (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016b). Odhad multiplikační metodou vzniká jako podíl velikosti známé populace uživatelů (tj. počtu PUPO v kontaktu s nízkoprahovými programy v kalendářním roce) a hodnoty multiplikátoru. Multiplikátor vyjadřuje podíl problémových uživatelů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, na všech problémových uživatelích. Zbytek je skrytá část populace problémových uživatelů drog.¹⁶¹ Odhad je proveden pro jednotlivé kraje, národní odhad vzniká jako součet odhadů pro jednotlivé kraje.

Zdrojem údajů o počtu problémových uživatelů drog v kontaktu jsou každoročně závěrečné zprávy projektů dotovaných RVKPP (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016f) a průzkum mezi programy, které nebyly podpořeny v dotačním řízení, a není tudíž k dispozici závěrečná zpráva.

Zdrojem pro výpočet multiplikátoru pro odhady za r. 2015 byla dotazníková studie mezi klienty nízkoprahových kontaktních center Multiplikátor 2016 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016a) – blíže viz kapitolu Průzkum mezi problémovými uživateli pervitinu a opioidů – Multiplikátor 2016 (str. 100). Hodnota multiplikátoru je zjišťována tzv. nominační technikou.¹⁶²

¹⁶¹ Hodnota multiplikátoru byla poprvé získána pomocí zvláštního dotazníkového modulu v rámci studie výskytu VHC u injekčních uživatelů drog z r. 2003 (podrobněji o studii viz VZ 2003) a aplikována pro odhady z l. 2002–2005. Odhady za r. 2006 vznikly jako součet odhadu pro celou ČR mimo Prahy vypočteného pomocí multiplikátoru z r. 2003 a odhadu pro Prahu, kde byla aktualizovaná hodnota multiplikátoru získána jako vedlejší produkt studie Sexuální chování uživatelů drog (viz VZ 2006). Pro celou ČR pak byl v samostatném průzkumu multiplikátor aktualizován v r. 2008 (odhady pro r. 2007 a 2008), v r. 2010 (pro odhady za r. 2009–2011) a v r. 2013 (pro odhady za r. 2012–2014).

¹⁶² Respondent (klient programu) je požádán, aby odpověděl na následující otázky: „Kolik uživatelů drog, které znáte blíže a máte s nimi osobní kontakt, pravidelně a dlouhodobě užívá pervitin a/nebo opioidy (tj. heroin, metadon, buprenorfin – Subutex®, Suboxone®, Ravata® atd., a/nebo Vendal®, Palladone®, fentanyl, kodein, braun)?“ a „Kolik z nich bylo během posledních 12 měsíců alespoň jednou v kontaktu s jakýmkoliv kontaktním centrem nebo terénním programem?“. Multiplikátor je pak vyjádřen jako vážený průměr podílu obou hodnot, kdy odpověď na druhou otázku je v čitateli a odpověď na první otázku ve jmenovateli (upravený tak, aby zohledňoval respondenta jako uživatele v kontaktu). Váhou je relativní velikost sociální sítě respondenta (faktor vypočtený jako počet respondentových známých dělený průměrným počtem známých).

Validní odpovědi v r. 2016 poskytlo 658 respondentů.¹⁶³ Hodnoty multiplikátoru pro jednotlivé kraje získané v průzkumech Multiplikátor 2008, 2010, 2013 a 2016 uvádí tabulka 4-1.

tabulka 4-1: Hodnoty multiplikátoru pro jednotlivé kraje v l. 2008, 2010, 2013 a 2016

Kraj	2008			2010			2013			2016		
	Střední odhad	95% CI		Střední odhad	95% CI		Střední odhad	95% CI		Střední odhad	95% CI	
Hl. m. Praha	0,76	0,63	0,90	0,80	0,69	0,91	0,78	0,61	0,96	0,82	0,76	0,88
Středočeský	0,81	0,73	0,88	0,69	0,52	0,87	0,73	0,56	0,90	0,70	0,61	0,79
Jihočeský	0,78	0,71	0,86	0,77	0,67	0,86	0,64	0,49	0,80	0,55	0,47	0,63
Plzeňský	0,74	0,65	0,83	0,62	0,44	0,79	0,81	0,64	0,98	0,68	0,53	0,84
Karlovarský	0,68	0,65	0,71	0,91	0,65	1,17	0,60	0,45	0,75	0,67	0,57	0,77
Ústecký	0,65	0,58	0,71	0,62	0,56	0,68	0,70	0,56	0,85	0,79	0,72	0,86
Liberecký	0,63	0,45	0,80	0,31	0,00	4,30	0,57	0,40	0,73	0,66	0,55	0,77
Královéhradecký	0,65	0,57	0,74	0,62	0,51	0,73	0,67	0,45	0,75	0,73	0,66	0,80
Pardubický	0,68	0,65	0,71	0,81	0,64	0,97	0,49	0,30	0,68	0,69	0,55	0,84
Vysočina	0,64	0,44	0,84	0,65	0,46	0,84	0,58	0,46	0,69	0,67	0,60	0,75
Jihomoravský	0,58	0,47	0,70	0,53	0,43	0,64	0,76	0,61	0,92	0,74	0,63	0,84
Olomoucký	0,84	0,45	1,22	0,53	0,40	0,66	0,64	0,49	0,79	0,70	0,59	0,80
Zlínský	0,68	0,65	0,71	0,48	0,09	0,87	0,56	0,53	0,58	0,66	0,59	0,73
Moravskoslezský	0,65	0,57	0,73	0,77	0,70	0,84	0,67	0,49	0,86	0,57	0,49	0,64
ČR bez Prahy	0,68	0,65	0,71	0,67	0,63	0,70	0,65	0,49	0,80	0,68	0,65	0,70
Celkem ČR	0,69	0,66	0,72	0,68	0,65	0,71	0,66	0,50	0,81	0,69	0,67	0,71

Zdroj: Mravčík et al. (2013b), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2016)

V r. 2015 bylo v ČR odhadnuto 46,9 tis. PUPO (95% CI: 45,2–48,6 tis.), z toho 34,2 tis. (33,6–34,8 tis.) uživatelů pervitinu, 4,5 tis. (3,3–4,7 tis.) uživatelů heroinu a 7,1 tis. (6,8–7,3 tis.) uživatelů buprenorfinu (především Subutexu®). Za r. 2015 je poprvé k dispozici odhad problémových uživatelů jiných opioidů, který dosáhl 1150 (1100–1200). Uživatelů opioidů bylo tedy odhadnuto celkem 12,7 tis. (12,3–13,2 tis.). Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (IUD) dosáhl 43,9 tis. (43,0–44,8 tis.). V r. 2015 dosáhla prevalence problémového užívání drog v ČR 0,67 % obyvatel ve věku 15–64 let, což je stejná relativní prevalence jako v r. 2014. Trendy v l. 2002–2015 prezentuje tabulka 4-2 a graf 4-1.

Počet PUPO se v r. 2015 mírně snížil, pokles se týká zejména uživatelů pervitinu, u uživatelů opioidů došlo k nárůstu. Na trendy v odhadovaných počtech problémových uživatelů drog mají vliv oba vstupní údaje: ve vztahu k počtu klientů nízkoprahových služeb platí přímá úměra, zatímco multiplikátor ovlivňuje odhady nepřímo úměrně (čím je vyšší podíl osob v kontaktu, tím nižší je celkový odhadovaný počet PUD). Multiplikátor v r. 2016 dosáhl za celou ČR jedné z nejvyšších hodnot a v Praze zatím nejvyšší hodnoty (0,82, tj. 82 %), což naznačuje zvyšující se dostupnost harm reduction programů a jejich schopnost kontaktovat (dosud skryté) problémové uživatele drog. Současně došlo k poklesu počtu vykázaných uživatelů pervitinu v kontaktu, který se v ČR zásadně promítá do odhadů PUD celkem.

Pravděpodobný je však také vliv faktorů vedoucích spíše k nadhodnocení odhadů. Za r. 2015 byly závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP, které jsou zdrojem dat pro odhady, rozšířeny o výkaz uživatelů primárně jiných opioidů než heroinu a buprenorfinu, kteří jsou do odhadů započítáni vůbec poprvé. Zdrojem dat o klientech v kontaktu jsou především závěrečné zprávy, které primárně slouží pro hodnocení (efektivitu) projektů, a do počtu klientů v kontaktu jsou v posledních letech započítáváni i neidentifikovaní (anonymní) klienti, což může vést k nadhodnocení klientů v kontaktu, a tedy i odhadů. Současně je odhad zatížen výběrovou systematickou chybou, neboť multiplikátor je získáván od souboru respondentů, kteří jsou klienty

¹⁶³ Do výpočtu jsou zahrnuti pouze ti, kteří uvedli přiměřený počet známých uživatelů drog (25 a méně).

nízkoprahových zařízení, což vede k podhodnocení velikosti skryté populace, a potažmo odhadovaného celkového počtu PUPO.

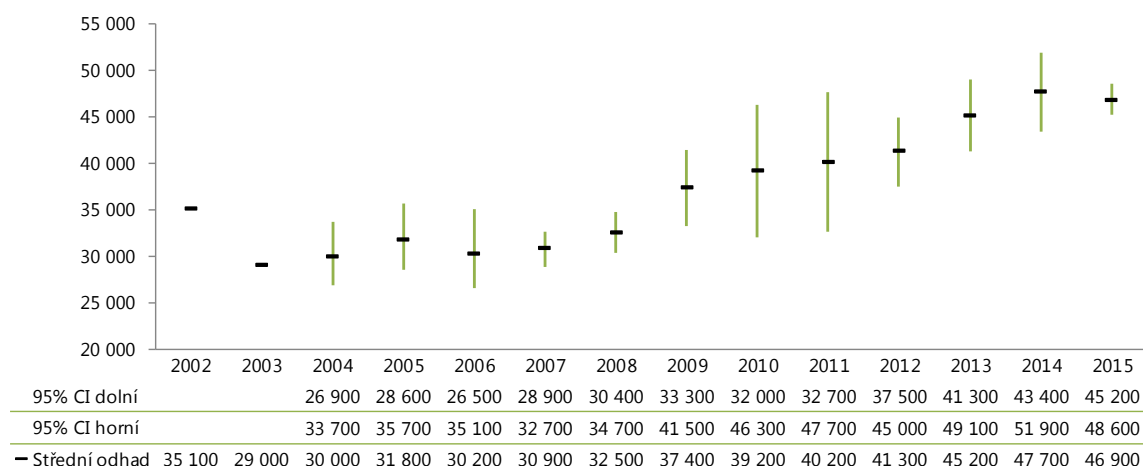
tabulka 4-2: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2015

Rok	Problémoví uživatelé celkem		Uživatelé opioidů					Uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé drog	
	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Uživatelé heroinu	Uživatelé buprenorfinu	Uživatelé jiných opioidů*	Celkem	Na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89	–	–	–	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	6 200	4 300	–	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,20	5 750	4 250	–	10 000	1,36	20 900	2,84	29 500	4,01
2008	32 500	4,39	6 400	4 900	–	11 300	1,52	21 200	2,87	31 200	4,21
2009	37 400	5,04	7 100	5 100	–	12 100	1,63	25 300	3,40	35 300	4,75
2010	39 200	5,30	6 000	5 000	–	11 000	1,48	28 200	3,81	37 200	5,03
2011	40 200	5,51	4 700	4 600	–	9 300	1,27	30 900	4,24	38 600	5,29
2012	41 300	5,71	4 300	6 300	–	10 600	1,47	30 700	4,25	38 700	5,35
2013	45 200	6,32	3 500	7 200	–	10 700	1,50	34 500	4,82	44 400	6,22
2014	47 700	6,73	4 100	7 200	–	11 300	1,59	36 400	5,13	45 600	6,43
2015	46 900	6,68	4 500	7 100	1 150	12 700	1,81	34 200	4,87	43 900	6,25

Pozn.: * Za r. 2015 je nově k dispozici odhad problémových uživatelů jiných opioidů než heroinu a buprenorfinu (opium, morfium, fentanyl, tramadol apod.), neboť se změnila struktura závěrečných zpráv projektů, které jsou zdrojem dat.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016b)

graf 4-1: Střední hodnoty a 95% interval spolehlivosti odhadů počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2015



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016b)

Odhadovaný počet PUPO podle krajů ukazuje tabulka 4-3, mapa 4-1 a vývoj v časové řadě od r. 2006 tabulka 4-4. Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog je tradičně odhadován v Praze a Ústeckém kraji, tedy současně v oblastech s vysokým výskytem problémových uživatelů opioidů. Nadprůměrný výskyt PUPO na počet obyvatel vykazují také kraje Karlovarský, Liberecký a Jihočeský. K největšímu nárůstu došlo v posledních 10 letech v Praze, v krajích Ústeckém, Jihočeském, Libereckém a Vysočina. Největší relativní meziroční nárůst v r. 2015 se týká kraje Moravskoslezského.

tabulka 4-3: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2015 podle krajů – střední hodnoty

Kraj	Celkem PUD		Uživatelé opioidů				Uživatelé pervitinu	IUD
	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let	Heroin	Buprenorfin	Jiné opioidy	Celkem		
Hl. m. Praha	14 900	17,58	3 000	5 300	400	8 600	6 300	13 500
Středočeský	2 400	2,72	100	500	<50	600	1 800	2 100
Jihočeský	2 900	6,80	100	300	200	500	2 400	2 800
Plzeňský	2 000	5,21	100	100	200	300	1 700	2 300
Karlovarský	1 500	7,42	<50	<50	<50	100	1 400	1 400
Ústecký	6 000	10,90	400	400	<50	900	5 100	5 800
Liberecký	2 500	8,58	<50	<50	<50	<50	2 500	2 300
Královéhradecký	1 000	2,64	<50	100	<50	100	800	1 400
Pardubický	400	1,25	<50	<50	<50	<50	400	400
Vysočina	1 000	2,82	<50	<50	<50	100	900	800
Jihomoravský	3 300	4,26	600	<50	100	700	2 600	2 800
Olomoucký	2 600	6,05	100	<50	<50	100	2 500	2 200
Zlínský	1 900	4,88	<50	<50	100	100	1 800	1 700
Moravskoslezský	4 700	5,75	200	300	100	700	4 100	4 400
Celkem ČR	46 900	6,68	4 500	7 100	1 100	12 700	34 200	43 900

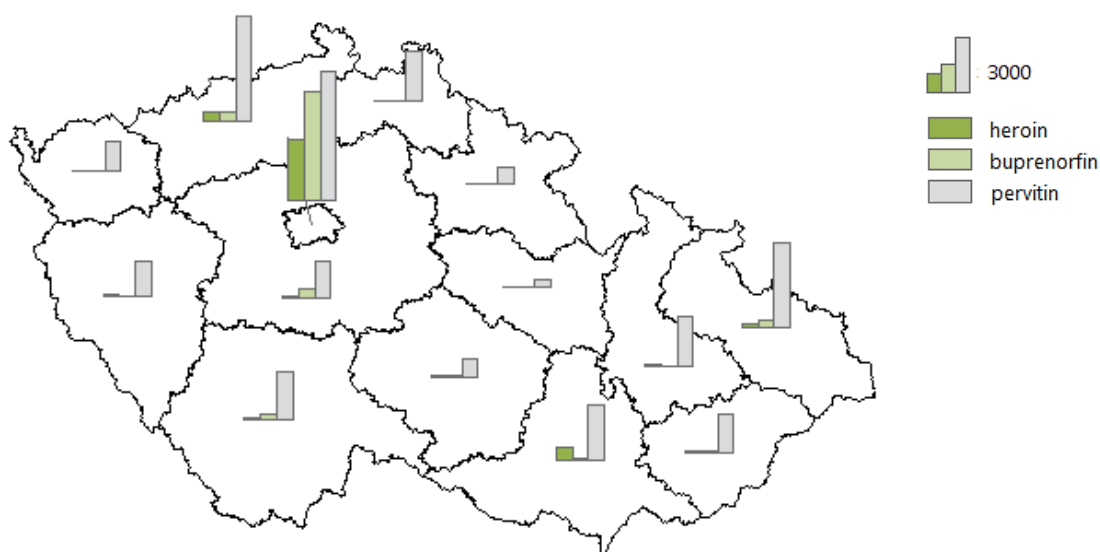
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016b)

mapa 4-1: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2015 podle krajů – střední hodnoty



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016b)

mapa 4-2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v r. 2015 podle drog a krajů



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016b)

tabulka 4-4: Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů v ČR v l. 2006–2015 podle krajů, střední hodnoty

Kraj	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hl. m. Praha	8 400	10 000	11 500	10 400	11 350	10 900	14 600	14 300	15 700	14 900
Středočeský	2 450	1 700	1 750	2 400	2 150	2 100	2 500	3 100	2 300	2 400
Jihočeský	1 750	1 500	1 550	1 500	1 400	1 300	2 000	2 800	2 800	2 900
Plzeňský	1 350	1 300	1 650	2 400	2 000	1 900	1 250	1 400	1 400	2 000
Karlovarský	1 250	900	1 000	1 200	900	1 200	1 950	1 700	1 900	1 500
Ústecký	4 450	4 100	4 150	5 300	4 900	6 200	4 600	5 900	6 800	6 000
Liberecký	500	500	1 500	1 300	2 650	2 800	1 750	2 500	2 900	2 500
Královéhradecký	1 050	1 750	1 100	1 000	950	1 100	1 050	1 100	1 100	1 000
Pardubický	350	450	450	500	400	400	1 000	600	600	400
Vysočina	350	700	500	600	600	600	750	1 300	1 300	1 000
Jihomoravský	3 150	3 400	3 250	3 400	3 900	4 000	2 650	3 100	3 100	3 300
Olomoucký	2 350	1 650	1 600	3 000	3 300	3 200	2 350	3 000	2 900	2 600
Zlínský	1 300	1 850	1 350	2 400	2 350	2 500	1 850	1 900	2 100	1 900
Moravskoslezský	1 450	1 100	1 150	2 000	2 350	2 000	3 000	2 500	2 800	4 700
Celkem ČR	30 200	30 900	32 500	37 400	39 200	40 200	41 300	45 200	47 700	46 900

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016b)

Meziroční změny na krajské úrovni je potřeba hodnotit opatrně, neboť mimo výše popsaných vlivů jsou odhady dále ovlivněny malou velikostí souboru pro odhad multiplikátoru v jednotlivých krajích a dalšími (arteficiálními) vlivy, které ovlivňují počet evidovaných klientů v kontaktu.

4.1.1.2 Odhad problémového užívání opioidů v ČR multiplikační metodou z dat substituční léčby

Kromě odhadu celkového počtu PUPO byl za r. 2015 proveden rovněž odhad problémových uživatelů opioidů (PUO) multiplikační metodou za použití dat o registrovaných pacientech v substituční léčbě. Data pro výpočet multiplikátoru byla také v tomto případě získána nominační technikou v průzkumu Multiplikátor 2016 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016a) – blíže viz kapitolu Průzkum mezi problémovými uživateli pervitinu a opioidů – Multiplikátor 2016 (str. 100), přičemž první otázka se týkala pouze uživatelů opioidů a druhá otázka zjišťovala jejich zapojení do substituční léčby. Validní odpovědi poskytlo 588 respondentů. Počet klientů substituční léčby byl získán z Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD). Jelikož do registru

nejsou hlášeni všichni léčení pacienti, byl multiplikován upravený počet pacientů substituční léčby získaný odhadem.¹⁶⁴ Výsledky uvádí tabulka 4-5.

Celkový odhadovaný počet PUO se poměrně dobře shoduje s odhadem získaným multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení, krajská distribuce je však jiná – méně PUO bylo odhadnuto v Praze, poměrně více v ostatních krajích.

tabulka 4-5: Odhadovaný počet problémových uživatelů opioidů v ČR v r. 2015 podle krajů – odhad multiplikační metodou z dat NRLUD

Kraj	Registrovaní klienti*	Odhad počtu klientů v substituci	Multiplikátor (střední odhad)	Odhad uživatelů opioidů			
				Střední odhad	95% CI	Střední odhad na 1000 osob 15–64 let	
Hl. m. Praha	1 322	2 247	0,48	4 700	4 100	5 300	5,55
Středočeský	134	228	0,29	800	600	1 000	0,91
Jihočeský	49	83	0,26	300	200	400	0,76
Plzeňský	38	65	0,09	700	200	1 300	1,95
Karlovarský	7	12	0,25	<50	<50	100	0,24
Ústecký	343	583	0,21	2 800	2 000	3 500	5,03
Liberecký	22	37	0,15	300	<50	500	0,87
Královéhradecký	80	136	0,46	300	200	300	0,82
Pardubický	0	0	0,42	<50	<50	<50	0,00
Vysočina	20	34	0,35	100	100	100	0,29
Jihomoravský	118	201	0,33	600	400	800	0,78
Olomoucký	42	71	0,10	700	300	1 100	1,68
Zlínský	5	9	0,03	300	<50	800	0,85
Moravskoslezský	68	116	0,13	900	500	1 300	1,08
Celkem ČR	2 248	3 822	0,28	12 600	11 200	14 000	1,79

Pozn.: * podle sídla zařízení

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016c)

4.1.2 Kouření a problémové užívání alkoholu

Poslední souhrnné údaje týkající se kouření a (rizikové) konzumace alkoholu v dospělé populaci ČR jsou z r. 2014 (Sovinová a Csémy, 2015) – blíže viz VZ 2014.

Výsledky ukazují, že kouří 31,4 % obyvatel starších 15 let (37,4 % mužů a 25,8 % žen), denně kouří 23,5 % (28,2 % mužů a 19,0 % žen). Kouření je nejčastější ve věku 15–24 let a jeho výskyt klesá s věkem. Alkohol pije pravidelně nebo téměř denně 12,5 % dotázaných (18,9 % mužů a 6,4 % žen). Do kategorie škodlivého pití alkoholu (konzumace 40–60 g alkoholu u mužů a 20–40 g u žen) spadá přibližně 6,0 % populace starší 15 let (7,4 % mužů a 4,7 % žen), dalších 7,2 % spadá do kategorie rizikového pití alkoholu (konzumace více než 60 g alkoholu u mužů a více než 40 g u žen).

Vyjádřeno v absolutních číslech, v ČR je cca 2 mil. denních kuřáků a přibližně 1 mil. konzumentů alkoholu v riziku, z toho je v kategorii škodlivé konzumace 540 tis. osob a rizikové konzumace (ve vysokém riziku) 640 tis. osob.

Nově jsou k dispozici údaje z Evropského šetření o zdraví (EHIS), které v ČR proběhlo v I. 2014–2015. Podle této studie kouří 35,0 % mužů a 22,6 % žen, denně kouří celkem 27,6 % mužů a 15,7 % žen, což odpovídá cca 1,2 mil. mužů a 720 tis. žen ve věku 15 a více let – viz také kapitola Evropské šetření o zdraví 2014 (str. 48).

¹⁶⁴ Počet registrovaných pacientů byl vynásoben faktorem 1,7, neboť odhadem je v ČR ročně léčeno 1600 pacientů, kteří nejsou hlášeni do registru – blíže viz kapitola Substituční léčba (str. 104).

4.1.3 Problémové užívání konopí a dalších drog

V pravidelném omnibusovém průzkumu Prevalence užívání drog v populaci ČR realizovaném NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research není podrobně sledována frekvence užití. Je k dispozici pouze prevalence užití drog ve standardních časových horizontech, tedy i v posledních 30 dnech – blíže viz kapitolu Výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR 2015 (str. 43). Prevalence užití konopných látek v posledních 30 dnech v dospělé populaci v r. 2015 dosáhla 3,3 %, tj. absolutně cca 230 tis. osob, většinu tvořili mladí dospělí – mezi mladými dospělými ve věku 15–34 let to bylo 6,7 %, což je v přepočtu cca 170 tis. osob. Oproti r. 2014 se odhad počtu osob aktuálně (v posledních 30 dnech) užívajících konopí snížil.

Odhady problémového užívání konopí na základě screeningové škály Cannabis Abuse Screening Test (CAST) z Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 jsou uvedeny ve VZ 2012 a VZ 2013. Podle nich je v ČR až 200 tis. uživatelů drog konopí v riziku (2,7 % dospělé populace do 65 let), z nich cca 80 tis. ve vysokém riziku (1,1 %). Jde především o mladé muže.

Odhad počtu problémových uživatelů konopných drog vycházející z průzkumu mezi praktickými lékaři pro dospělé a lékaři pro děti a dorost (160–200 tis. osob) je podrobně popsán ve VZ 2014.

Odhady vysoce rizikového užívání dalších drog na základě Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 jsou uvedeny ve VZ 2012 a VZ 2013.

4.1.4 Regionální odhady problémového užívání drog

Kraje při odhadování populace PUD/PUPO vychází nejčastěji z odhadů NMS (viz výše), z expertních odhadů služeb pracujících v regionu, méně často jsou prováděny vlastní metodologicky zpracované regionální odhady.

V Jihočeském kraji byl v r. 2013 proveden odhad PUPO založený na údajích nízkoprahových služeb. Bylo odhadnuto 1900–2100 PUPO (3/4 tvořili uživatelé pervitinu, 1/4 uživatelé buprenorfinu), z toho 1700–1800 IUD. V Karlovarském kraji poskytovatelé služeb odhadují skrytou populaci problémových uživatelů drog na cca 1500 osob; v kontaktu s nízkoprahovými službami je odhadem 60 % PUPO; nejčastěji užívanou drogou je pervitin, který je nitrožilně aplikován denně, případně obden. Královéhradecký kraj uvádí 413 injekčních uživatelů drog. Odhad na základě statistik adiktologických služeb a odhadů obcí v Libereckém kraji činí 3000 problémových uživatelů drog. V Pardubickém kraji v r. 2015 odhadují přibližně 1600 PUD, z toho 700 IUD (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c).

Výzkumníci z Fakulty sociálních studií Ostravské univerzity provedli komplexní analýzu drogové scény v Ostravě (Černý a Szotáková, 2015). Byly provedeny extrapolace některých publikovaných národních indikátorů na ostravskou populaci. Počet problémových uživatelů drog byl odhadnut na 2700, většinu z nich tvoří uživatelé pervitinu. Heroin se v Ostravě v době konání studie nevyskytoval, zneužívání buprenorfinu nebylo časté (tomu odpovídá také to, že program substituční léčby v Ostravě měl málo klientů), v minulosti byl zaznamenán zvýšený výskyt fentanylu. Z nových psychoaktivních látek bylo hlášeno užívání mefedronu (tzv. mňau-mňau). Narůstá míra užívání analgetik a sedativ, jako jsou tramadol nebo klonazepam (Rivotril®).

4.2 Vzorce a charakteristiky problémového užívání drog

Charakteristiky souborů uživatelů drog v léčbě a službách jsou uvedeny rovněž v kapitolách Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 109), Nízkoprahové harm reduction programy (str. 174), Následná péče a sociální reintegrace (str. 201) a Užívání drog ve vězení (str. 219).

4.2.1 Průzkum mezi problémovými uživateli pervitinu a opioidů – Multiplikátor 2016

V r. 2016 byl ve spolupráci s agenturou ppm factum research realizován průzkum Multiplikátor 2016, který je prováděn každé 2–3 roky za účelem zjištění aktuálního podílu problémových uživatelů drog (nominální technikou prostřednictvím dotazů na známé respondentů) pro odhad jejich počtu multiplikační metodou (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016a). Multiplikátor je průřezová dotazníková studie mezi klienty nízkoprahových programů v ČR, tazateli jsou pracovníci samotných programů. Průzkum navazuje na obdobné studie z l. 2008, 2010 a 2013. V r. 2016 byl dotazník rozšířen o otázky na rizikové chování. Studie probíhala v červenci 2016 a zúčastnilo se jí 38 kontaktních center ze všech krajů ČR.

Soubor v r. 2016 tvořilo celkem 1079 klientů, z toho 71,7 % mužů (70,1 % v r. 2013 a 69,3 % v r. 2010) a průměrný věk respondentů činil 33,6 roku (30,3 roku v r. 2013, 29,2 roku v r. 2010 a 27,7 roku v r. 2008). Mužům bylo v průměru 34 let a ženám 31 let; nejmladšímu respondentovi bylo 16 let, nejstaršímu 65 let, 50 a víceletých bylo v souboru celkem 53 (5 %) a osob mladších než 20 let bylo 17 (2 %). Sociální situaci a vzdělání shrnuje tabulka 4-6 – převažuje nestabilní ubytování a bezdomovectví, většina klientů má legální příjem stálý či nepravidelný, většina respondentů dokončila základní nebo střední školu.

tabulka 4-6: Charakteristiky vzdělání, příjmu a bydlení respondentů studie Multiplikátor 2016

Typ bydlení	Počet	Podíl (%)
Stabilní ubytování	492	45,6
Nestabilní ubytování	320	29,7
Bez ubytování	264	24,5
Druh příjmu		
Legální příjem stálý	538	49,9
Legální příjem nepravidelný	260	24,1
Nelegální příjem	264	24,5
Vzdělání		
Nedokončené základní	20	1,9
Základní	551	51,1
Středoškolské	491	45,5
Vysokoškolské	13	1,2

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016a)

Většina respondentů uvedla užívání pervitinu (87,3 %), následovali uživatelé buprenorfinu (12,1 %), heroinu (4,8 %). Jen 12 (1,1 %) respondentů uvedlo jako svou primární drogu metadon. Oproti výsledkům studie z r. 2013 vzrostl podíl uživatelů pervitinu a klesl podíl uživatelů heroinu a buprenorfinu. Celkem 217 (20,1 %) respondentů kromě výše uvedených základních drog uvedlo další jednu či více drog, které považují za primární – z toho konopné drogy 138 (12,8 %), alkohol 13 (1,2 %), fentanyl, Palladone® nebo Vendal® 22 (2,0 %), opioidy jako DHC® Continus® (dihydrokodein), kodein, morfin, tramadol (Tramal®) a nespecifikované opioidní léky celkem 14 (1,3 %), surové opium 8, benzodiazepiny 11, toluen 7, braun 1, funky 2 a kokain 2 osoby. Výsledky podle krajů ukazuje tabulka 4-7.

tabulka 4-7: Základní drogy užívané respondenty průzkumu Multiplikátor 2016 podle krajů, v %

Kraj	Celkem respondentů		Pervitin		Heroin		Buprenorfin		Metadon		Jiná droga	
	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016
Hl. m. Praha	234	120	66,2	66,7	11,5	15,8	41,5	38,3	3,0	9,2	6,8	19,2
Středočeský	116	83	75,9	72,3	4,3	2,4	41,4	33,7	0,0	0,0	5,2	20,5
Jihočeský	142	70	80,3	82,9	2,1	2,9	27,5	12,9	1,4	0,0	14,8	50,0
Plzeňský	140	31	97,1	87,1	4,3	0,0	6,4	0,0	2,1	0,0	33,6	51,6
Karlovarský	105	63	96,2	95,2	2,9	6,3	5,7	1,6	0,0	0,0	4,8	22,2
Ústecký	310	120	81,6	81,7	8,4	10,8	17,7	10,8	0,0	0,0	5,2	13,3
Liberecký	137	60	98,5	100,0	1,5	1,7	1,5	1,7	0,7	0,0	43,1	15,0
Královéhradecký	85	67	64,7	73,1	0,0	1,5	36,5	31,3	1,2	0,0	10,6	11,9
Pardubický	63	32	95,2	90,6	0,0	0,0	4,8	9,4	0,0	0,0	25,4	3,1
Vysočina	112	80	92,9	93,8	1,8	2,5	6,3	8,8	0,0	0,0	8,9	10,0
Jihomoravský	87	90	89,7	97,8	18,4	1,1	2,3	0,0	2,3	1,1	0,0	26,7
Olomoucký	87	72	97,7	98,6	0,0	4,2	5,7	2,8	0,0	0,0	4,6	34,7
Zlínský	0	75	–	98,7	–	1,3	–	0,0	–	0,0	–	8,0
Moravskoslezský	179	116	95,0	97,4	6,7	2,6	1,1	0,0	0,6	0,0	6,7	12,9
Celkem	1 797	1 079	85,4	87,3	5,7	4,8	17,0	12,1	0,9	1,1	12,3	20,1

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016a)

V r. 2016 byly do dotazníku zařazeny otázky na užití vybraných drog v posledních 12 měsících. Cíleně se zaměřily na surové opium, heroin, jiné opioidy, benzodiazepiny a na některou z tzv. nových syntetických drog. Z výsledků vyplývá, že benzodiazepiny a opioidy jsou mezi respondenty užívány v nejvyšší míře – tabulka 4-8. Z nových syntetických drog bylo nejčastěji uváděno *funky*, ojediněle mefedron, *El Magico* a *El Padrino*. Z opioidů užívaných jako sekundární droga respondenti uváděli buprenorfin, tramal, metadon, fentanyl (náplasti), kodein, dihydrokodein, braun, Vendal[®] Retard, oxykodon (OxyContin[®]).

tabulka 4-8: Vybrané drogy užívané respondenty průzkumu Multiplikátor 2016 v posledních 12 měsících podle krajů

Kraj	Surové opium	Heroin	Jiné opioidy	NSD	Benzodiazepiny
Hl. m. Praha	43,3	44,2	42,5	29,2	42,5
Středočeský	14,5	10,8	26,5	8,4	32,5
Jihočeský	18,6	10,0	35,7	11,4	25,7
Plzeňský	0,0	3,2	35,5	9,7	29,0
Karlovarský	11,1	11,1	7,9	4,8	12,7
Ústecký	4,2	17,5	18,3	1,7	23,3
Liberecký	6,7	13,3	5,0	3,3	5,0
Královéhradecký	22,4	6,0	19,4	3,0	34,3
Pardubický	9,4	3,1	6,3	12,5	34,4
Vysočina	17,5	7,5	15,0	8,8	28,8
Jihomoravský	20,0	7,8	11,1	10,0	26,7
Olomoucký	50,0	8,3	20,8	4,2	37,5
Zlínský	22,7	2,7	4,0	4,0	12,0
Moravskoslezský	7,8	2,6	14,7	8,6	43,1
Celkem	19,0	12,5	19,6	9,1	28,8

Pozn.: NSD – nové syntetické drogy

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016a)

V r. 2016 uvedlo užití surového opia v posledních 12 měsících 19,0 % klientů (v r. 2015 to bylo 15,7 %) a nové syntetické drogy 9,1 % (10,5 % v r. 2013).

Injekční aplikaci během posledních 30 dní uvedlo 962 (90,3 %) klientů, z nichž většina (82,2 % celého souboru) užíla injekčně drogu v posledním měsíci opakovaně. Do programu substituční léčby je zapojeno 9,5 % respondentů. Dotazník obsahoval také otázky týkající se používání čistých jehel a stříkaček a testování a prevence infekčních onemocnění – blíže viz kapitoly Sdílení jehel a stříkaček (str. 157) a Testování infekcí (str. 179).

4.2.2 Regionální analýzy výskytu problémového užívání drog

Ze souhrnné analýzy výročních zpráv krajů za r. 2015 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c) vyplývá, že v Praze, Plzeňském, Moravskoslezském a Karlovarském kraji narůstá problém injekční aplikace opioidního analgetika fentanylu, resp. roztoku vzniklého vyvařením použitých fentanylových náplastí ze zdravotnického odpadu nebo získaných přímo od (onkologických) pacientů či jejich příbuzných. Fentanyl se stává primární drogou některých klientů. Experimenty s fentanylem byly nově zaznamenány ve Středočeském kraji (Kralupy nad Vltavou a Mladá Boleslav) a v Libereckém kraji.

Ze zpráv krajů rovněž vyplývá, že v Praze, Jihočeském, Karlovarském, Ústeckém a Plzeňském kraji pokračoval vzestupný trend injekčního užívání opioidního analgetika Vendal® Retard, obsahujícího morfin. Noví klienti Substitučního centra Spolku Ulice v Plzni užívali Vendal® Retard v 81 % jako primární drogu a v Plzni jde po pervitinu o druhou nejčastější primární drogu mezi problémovými uživateli drog. V Plzeňském a Ústeckém kraji se nadále objevuje injekční užívání opioidního analgetika Palladone® (účinná látka hydromorfon). V Jihomoravském kraji (na Hodonínsku a Kyjovsku) se nově objevilo injekční užívání opioidního analgetika OxyContin® (účinná látka oxycodon). Sběr surového opia na makových polích a jeho užívání během letních měsíců bylo zaznamenáno ve Zlínském, Jihomoravském, Olomouckém, Pardubickém a Středočeském kraji (Benešovsko).

Kraje ve svých zprávách hlásily vzrůstající trend polymorfního užívání či nahrazování pervitinu jinými látkami – alkoholem (Praha, Jihomoravský, Středočeský, Olomoucký, Plzeňský kraj), těkavými látkami (Pardubický, Plzeňský, Středočeský kraj – Mladoboleslavsko a Jihomoravský kraj – Kyjovsko), marihuanou (Jihomoravský, Olomoucký, Středočeský, Liberecký a Plzeňský kraj), novými syntetickými drogami (Praha a Jihočeský kraj), benzodiazepiny (Praha, Jihočeský, Olomoucký, Jihomoravský, Ústecký, Plzeňský a Středočeský kraj). Mezi hlavní trendy ve Středočeském kraji v r. 2015 patřil nárůst míry užívání heroinu na Mladoboleslavsku, které bylo dosud téměř heroinu prosté. Návrát heroinu na drogovou scénu je spojován s jeho vyšší dostupností a kvalitou. Zvýšená kvalita heroinu byla zaznamenána také na dalších místech Středočeského kraje. Nárůst počtu uživatelů heroinu byl hlášen rovněž z Jihočeského kraje (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c).

V krajích se projevuje stárnutí uživatelů drog (uvádí je např. Praha, Ústecký, Liberecký a Královéhradecký kraj) spojené se zhoršováním jejich zdravotního stavu i socioekonomické situace (projevilo se mimo jiné zpřísnění pravidel pro výkup sběrných surovin). Zhoršující se ekonomická situace rovněž vede k odklonu od nelegálních drog směrem k užívání alkoholu, který je levnější a dostupnější. Lokálně (např. na Sedlčansku ve Středočeském kraji) byl hlášen nárůst počtu mladších injekčních uživatelů drog.

Kraje oproti předchozím letům hlásí pokles míry užívání nových syntetických látek. Výjimku představuje Praha, kde se terénní pracovníci i nadále setkávají s klienty, kteří v důsledku kolísající kvality a dostupnosti pervitinu užívají syntetické katinony (*funky*), které jsou ve srovnání s pervitinem levnější a často jsou za pervitin prodeji zaměňovány.

Výroční zprávy Královéhradeckého, Pardubického a Jihomoravského kraje za r. 2015 upozorňují na nárůst počtu klientů, jejichž primární drogou je marihuana. Ve Středočeském kraji byl zaznamenán nárůst uživatelů marihuany mezi dětmi, které se dostávají do kontaktu se službami. V Jihočeském kraji a v Praze se nárázově, ale s mnohem větší intenzitou než v předchozích letech objevují informace o užívání kokainu. Zpráva Libereckého kraje upozorňuje na to, že velkou skupinu na místní drogové scéně tvoří uživatelé pervitinu ve věku kolem 19 let, kteří užívají pervitin šňupáním v prostředí nočního života (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c).

Z komplexní analýzy drogové scény v Ostravě vyplývá, že dostupnost drog je vysoká na specifických místech, jako jsou ubytovny, herny, vyloučené lokality a Stodolní ulice (místní centrum noční zábavy). Nelegální výrobu pervitinu usnadňuje snadný přístup k lékům obsahujícím pseudoefedrin

z blízkého Polska. Ostravská policie odhaduje vyšší podíl uživatelů drog na majetkové kriminalitě než průměrně v ČR. Podle kvalitativního průzkumu mezi respondenty stojí za zvýšenou kriminalitou tzv. byznys přístup k drogám, kdy stále více uživatelů kupuje pervitin na komerčním trhu od dealerů, což s sebou nese vyšší cenu drogy, než když byl pervitin vyráběn v menších uzavřených skupinách pro potřeby členů skupiny. Kromě majetkové kriminality se objevuje kriminalita i uvnitř subkultury uživatelů, jako jsou podvody nebo násilí (Černý a Szotáková, 2015).

Na analýzu drogové scény, resp. výskytu problémového užívání drog, v pražské lokalitě Michle, kde nepůsobí žádný nízkoprahový program typu kontaktní centrum nebo terénní program, se zaměřila studie využívající metodiku Rapid Assessment and Response. Byla analyzována dostupná data a materiály (výroční zprávy pomáhajících organizací, materiály pražské protidrogové politiky), provedeny polostrukturované rozhovory a vedena e-mailová komunikace s klíčovými informanty, kterými byli problémoví uživatelé drog (19 osob), zástupci institucí (7), pracovníci pražských nízkoprahových služeb (osloveno všech 8 programů), místní obyvatelé a informanti z oblasti služeb, zábavy, pouliční prodejci, trafikanti, zaměstnanci zastaváren, taxikáři. Bylo zjištěno, že problémové užívání drog se ve čtvrti vyskytuje a má své specifické charakteristiky (vysoký podíl uživatelů buprenorfinu, menší anonymita než v centru města, obydlování opuštěných objektů), podle zjištěných informací však nepřekračuje míru výskytu tohoto jevu v jiných částech Prahy. Otevřená drogová scéna se zde nevyskytovala. Analýza ukázala, že stávající pokrytí a dostupnost nízkoprahových služeb v Praze není ideální a že jejich působení v Michli by bylo vhodné. Jako vhodný se jeví vznik kontaktního centra na východní straně Prahy, které by svou činností pokrývalo více dosud nepokrytých městských částí (Jičinská, 2015).

4.2.3 Uživatelské charakteristiky a faktory spojené s užíváním drog z výzkumných studií

4.2.3.1 Problémové užívání pervitinu

Namyslovová (2015) popsala soubor uživatelů pervitinu léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách. Tvořilo jej 116 respondentů ve věku 16–46 let (83 mužů a 32 žen). Typického (průměrného) uživatele metamfetaminu je možné popsat jako svobodného mladého dospělého muže ve věku kolem 26 let s dokončeným základním vzděláním nebo středním bez maturity. Zdrojem obživy jsou nejčastěji dávky v nezaměstnanosti nebo příjmy od partnera/ky, rodiny a přátel. Velká část uživatelů má dluhy (nejčastěji několik tisíc Kč, maximální uvedená částka byla řádově v milionech Kč). Část nebyla ani jednou obžalována pro tzv. drogové trestné činy. Necelá třetina zažila alespoň jednou během života vážnou úzkostnou nebo afektivní poruchu. Průměrný věk prvního užití metamfetaminu byl 17 let – ženy užily pervitin poprvé průměrně o rok dříve než muži. Klienti užívali návykové látky průměrně 8 let. Injekční užití drogy alespoň jednou v životě uvedlo téměř 80 % – průměrný věk při první injekční aplikaci byl 17 let u žen a téměř 20 let u mužů. V posledních 6 měsících před léčbou klienti nejčastěji užívali pervitin, tabák a marihuanu, 77 % uvedlo tři a 27 % čtyři návykové látky v posledním půlroce.

Průběhem drogové kariéry problémových uživatelů pervitinu se zabýval kvalitativní výzkum formou hloubkového rozhovoru se třemi uživateli pervitinu (2 ženy ve věku 22 let a 1 muž ve věku 29 let s délkou užívání pervitinu 2–8 let). Všichni tři dotazovaní prošli počáteční fází užívání legálních drog (cigarety, alkohol), poté přešli přes fázi „průchozích“ drog (marihuana, LSD, extáze atd.) a na konci své drogové kariéry byli závislí na pervitinu. K drogám se dostali přes své kamarády a známé, řekli si o ně sami nebo jim byly nabídnuty. Motivace osob k užívání pervitinu byla různá: (1) zvědavost a vyšší sklony k riskování a experimentování, (2) problém se sebou samým, špatným sebehodnocením, malou sebedůvěrou a (3) snaha zapomenout na problém v životě a vyplnit volný čas. Pro všechny bylo první užití pervitinu silným a příjemným zážitkem, který chtěli opakovat. Všichni postupně dospěli k negativním stavům po užití, depresivním stavům a psychotické symptomatologii. Kvůli usnadnění přístupu k pervitinu se všichni zapojili do jeho nelegální distribuce. Zároveň se dopouštěli další trestné činnosti, jako je řízení pod vlivem návykové látky

nebo krádeže. Užívání drogy vedlo ke ztrátě času, peněz, práce, možnosti vzdělání a rodinných vztahů a ke zdravotním problémům. Na svou závislost se zpětně dívají jako na „nutné zlo“, které jim umožnilo uvědomit si kvality života bez závislosti (Pokorná, 2015).

Filipová (2015) zkoumala, jak uživatelé pervitinu využívají tzv. copingové strategie, kterými snižují nežádoucí (psychickou) zátěž a vyrovnávají se s krizí. Výzkumný soubor tvořilo 50 uživatelů pervitinu z kontaktních nízkoprahových center v Jihočeském kraji. Z nich bylo 23 mužů (46 %) a 27 žen (54 %), průměrný věk u mužů byl 28 let (21–45), u žen 24 let (17–25). Délka užívání pervitinu u mužů činila v průměru 9 let (5–9), všechny ženy uvedly délku užívání 5 let. Pro zjištění copingových strategií byl použit standardizovaný dotazník SVF 78 – Strategie zvládání stresu (Janke a Erdmannová, 2003) obsahující 78 otázek rozdělených do 13 škál, které tvoří 2 skupiny pozitivních (směřujících ke kontrole situace a/nebo odklonu od zátěže k jiným aktivitám) a negativních (charakterizovaných rezignací a/nebo únikem) copingových strategií.¹⁶⁵ Bylo zjištěno, že uživatelé pervitinu různého věku, pohlaví i vzdělání volí většinou pozitivní copingové strategie, avšak u dlouhodobých uživatelů pervitinu převažovaly copingové strategie negativního charakteru. Výsledky je však nutno hodnotit opatrně, neboť copingové strategie ovlivňují rovněž osobnostní a situační faktory, které nebyly předmětem studie.

Na změnu hodnot v životě drogově závislých se zaměřila další práce využívající kvalitativní metodologii. Byly provedeny polostrukturované rozhovory s 6 uživateli drog (především pervitinu) ve věku 20–45 let rekrutovanými ve svépomocné skupině a doléčovacím centru. Podmínkou pro zařazení do studie byla závislost na nelegálních drogách v délce minimálně 6 měsíců a abstinence v délce rovněž minimálně 6 měsíců. Na začátku užívání drog byl téměř u všech respondentů problém v rodině, nejčastěji rozvod rodičů, který vedl k větší volnosti a ztrátě rodičovské kontroly. Všem byla droga poprvé nabídnuta kamarádem. Respondenti popisovali drogu jako prostředek k úniku od problémů, prostředek k zaplnění volného času a nudy, nástroj zábavy, droga jim dávala pocit volnosti, energii, sebevědomí. Popisovali prohloubení prožitku z hudby či jiné umělecké tvorby nebo ze sexu. S rozvojem problémového užívání a závislosti se začaly objevovat abstinenci příznaky. Jako typická volnočasová aktivita v období závislosti bylo popsáno hraní na automatech. Postupně došlo k přerušení kontaktů s rodinou a jejich nahrazení vztahy s kamarády nebo partnery, které označují jako „drogové vztahy“. Jsou popisovány typické opakované pokusy o abstinenci. Prvotními impulzy k abstinenci byla touha vrátit se k rodině a strach o sebe sama, důležitým momentem byl impulz vycházející od blízké osoby. Odborné pomoci zpočátku nevěřili, ale na základě pozitivních zkušeností změnili názor. V období po léčbě závislosti je pro respondenty důležité žít „normální život“ a „udržovat se v čistotě“ (abstinovat), jako důležité popisují najít si zaměstnání (v této souvislosti bylo pocíťováno jako handicap nedostatečné, resp. nedokončené vzdělání) a mít funkční partnerský vztah (Zavřelová, 2015).

Rovněž na hodnotový systém a jeho změny se zaměřil výzkum probíhající formou polostrukturovaných rozhovorů, které se uskutečnily v květnu–červnu 2015. Soubor tvořilo 15 problémových uživatelů pervitinu ve 3 skupinách po 5 (aktivní uživatelé, uživatelé abstinující do 2 měsíců a dlouhodobě abstinující minimálně 12 měsíců). Analýza metodou otevřeného kódování vedla k vytvoření hodnotových kategorií. Mezi skupinami se ukázaly významné rozdíly v hodnotových preferencích. Pojetí hodnot aktivních uživatelů je převážně funkční – jejich ústřední hodnotou je droga a naplňování základních potřeb (jídlo a hygiena). Prožívání aktivních uživatelů

¹⁶⁵ K pozitivním copingovým strategiím se řadí škály Podhodnocení (ve srovnání s ostatními si připouští nižší míru stresu), Odmítání viny (uvědomění, že nejde o vlastní odpovědnost), Odklon (odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím, které nejsou spojeny se stresem), Náhradní uspokojení (příklon k pozitivním aktivitám/situacím), Kontrola situace (analýza, plánování a jednání za účelem kontroly a řešení problému), Kontrola reakcí (udržení kontroly nad vlastními reakcemi), Pozitivní sebeinstrukce (přisuzování sobě kompetence a schopnost kontroly). K negativním copingovým strategiím se řadí Úniková tendence (únik ze zátěžové situace), Perseverace (neschopnost myšlenkově se odpoutat, přemítat), Rezignace (vzdání se s pocitem bezmocnosti, beznaděje), Sebeobviňování (připisovat vinu vlastnímu chybnému jednání).

dominovaly stavy po aplikaci drogy, mimo ně většina popisovala pocity frustrace a prázdnoty vlastního života. K rozhodnutí o změně pomohla mimořádná událost (trauma nebo události vedoucí uživatele k otázkám nad smyslem života s drogou). Ve fázi časné abstinence byly drogy nahrazovány vztahy. Pro uživatele na počátku abstinence byly hodnotami především (životní) partner a původní rodina. Respondenti v této fázi často uváděli strach z toho, že již nikdy nebudou schopni intenzivního prožitku. Na základě vztahů k blízkým se aktualizovalo vlastní sebepojetí, které se posléze stalo hodnotou. Ve skupině dlouhodobých abstinentů došlo ke kvalitativnímu posunu, kdy uživatelé chtějí být aktivní v péči o druhé (což se často projevilo tím, že hledali uplatnění v sociálních profesích), rozšiřují své hodnotové pole, dozrávají a přijímají zodpovědnost za svůj život. Se stabilizovanějším prožíváním přichází vyšší frustrační tolerance (Peschiková, 2015).

4.2.3.2 Problémové užívání opioidů

V I. 2013 a 2014 provedli pracovníci organizace Ulice – Agentury sociální práce v Plzni studii zaměřenou na preferenci jednotlivých opioidů mezi klienty (Frýbert a Ackrmannová, 2015). Soubor tvořilo 23 klientů, se kterými byly provedeny polostrukturované rozhovory. Od r. 2010 se v Plzni začal projevovat nedostatek heroinu a jeho nízká kvalita, klienti začali injekčně užívat jiné opioidy, jako je buprenorfin (Subutex®), morfin (Vendal® Retard) a fentanyl z transdermálních náplastí. Největší oblibě se těšil heroin (10 klientů). Druhý nejvyhledávanější byl fentanyl (7 klientů), následoval Vendal® Retard (3 klienti). Na posledním místě skončil Subutex® (pro 3 klienty byl nejvyhledávanější, pro 10 však tou nejhorší volbou). Na oblibu měly vliv především cena, délka a síla účinku, čistota, bezpečnost, síla abstinčních příznaků. Výběr se však nezakládá výhradně na racionálních argumentech a preferencím nemusí odpovídat reálné chování. Volbu opioidu ovlivňuje z velké části nabídka konkrétní látky na černém trhu a finanční možnosti uživatele.

4.2.3.3 Problémové užívání nových syntetických drog

Mezi problémovými uživateli drog (zejména v Praze) se v posledních letech vyskytují nové syntetické drogy (NSD) ze skupiny katinonů, ale jejich užívání se dosud v ČR v této skupině vyskytuje v omezené míře a syntetické katinony představují pro problémové uživatele drog (pervitinu) spíše doplňkovou drogu. Mezi problémovými uživateli opioidů má potenciál rozšíření NSD ze skupiny opioidů, např. vysoce potentních derivátů fentanylu, jejich užívání však zatím v ČR nebylo hlášeno (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016d).

V r. 2015 vyvrcholilo v ČR několik projektů zaměřených na užívání NSD, jeho rizika a specifika práce s uživateli NSD, jejich hlavní výsledky shrnula série článků ve 2. čísle časopisu Adiktologie v r. 2016 a monografie věnovaná novým syntetickým drogám (Mravčík et al., 2015a).

Běláčková et al. (2016) se zaměřili na vývoj v prevalenci užívání NSD mezi problémovými uživateli drog v regionech, kde se tyto látky vyskytly v minulosti, na charakteristiky uživatelů NSD a rizika a důvody jejich užívání. Mezi klienty nízkoprahových programů v Praze, Třebíči, Ostravě, Brně a v Pardubicích byl administrován strukturovaný dotazník a byly provedeny polostrukturované rozhovory. V r. 2013 bylo získáno 271 dotazníků a provedeno 64 rozhovorů, ve druhém kole v r. 2014 195 dotazníků a 23 rozhovorů. Celkem 71 % dotazníků bylo získáno v Praze, respondenty byli ze 72,2 % muži, průměrný věk byl 32,9 let. Užití NSD během posledních 12 měsíců uvedla přibližně polovina z dotazovaných (52,4 % v r. 2013, 53,0 % v r. 2014). Míra užívání NSD má stabilní, resp. mírně klesající úroveň – v Praze uvedlo užití NSD 58,6 % respondentů v r. 2013 a 57,6 % v r. 2014, mimo Prahu to pak bylo 38,7 % a 23,7 %. V Praze byly nejčastěji užívané NSD označovány převážně jako *funky*, v jiných regionech jako *El Padrino* a *Cherry*. Uživatelé NSD měli vyšší míru rizikového chování a sociální exkluzi (polyvalentní užívání, injekční užívání, sdílení jehel a stříkaček, bezdomovectví, nezaměstnanost) než ti, kteří NSD v posledním roce neužili.

K výskytu nových psychoaktivních látek v ČR viz také VZ 2014 a kapitolu Drogové trhy (str. 227).

4.2.3.4 Problémové užívání konopí

Na výskyt intenzivních uživatelů konopí v kontaktu se službami a jejich charakteristiky se zaměřila studie NMS z r. 2015 (Drbohlavová a Mravčík, 2016), ve které bylo provedeno on-line dotazníkové šetření mezi pracovníky adiktologických služeb a nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM) v ČR a 2 ohniskové skupiny – blíže viz kapitolu Ambulantní služby (str. 117).

Většina problémových uživatelů konopí v kontaktu se službami jsou podle dotazníkového šetření mladí lidé do 30 let (v průměru 88,8 %), často kolem 15 let, a většina z nich jsou muži (ženy tvořily v průměru 14,1 %). U služeb, které pracovaly s nezletilými uživateli konopí, byl jejich průměrný podíl na celkovém počtu klientů 51 %. Byla to především NZDM, kontaktní centra a jiné ambulantní a poradenské služby. Intenzivní uživatele konopí lze rozdělit na dvě skupiny: na mladistvé, kteří užívají ve skupině vrstevníků, a na mladé dospělé do 30 let, jejichž užívání se dostává do konfliktu s běžnými povinnostmi, zhoršuje fyzickou a psychickou kondici, což vede k vyhledání kontaktu se službami. Muži jsou častěji v kontaktu se službami kvůli konfliktu se zákonem (často konopí pěstují), ženy častěji své užívání tají a služby vyhledávají v souvislosti s opatrovnickým řízením (Drbohlavová a Mravčík, 2016).

Vzorce intenzivního užívání konopí lze rozdělit na užívání průběžné a víkendové. Průběžné užívání má negativní dopady na školní prospěch, psychickou pohodu a duševní zdraví, spánek a celkové psychosociální fungování jedince. Víkendové užívání konopí kombinují s alkoholem i pervitinem. Okrajovým typem užívání je užívání konopí u kreativních profesí a vysokoškolských studentů, kteří se do služeb dostávají až v době, kdy jim způsobuje závažné problémy. Uživatelé konopí kromě konopí samotného pravidelně užívají nejčastěji tabák a alkohol – míra uvedeného pravidelného užívání tabáku byla v průměru 79,5 %, alkoholu 56,9 %. Méně často užívají jiné drogy – pravidelné užívání bylo uvedeno v průměru ve 23,6 %. Injekční užívání drog bylo u uživatelů konopí uvedeno výjimečně. Uživatelé konopí častěji trpí psychickými než somatickými problémy. Přibližně polovina klientů má rodinné a výchovné, školní či pracovní problémy. Problémy s bydlením se uživatelů konopí obvykle netýkají (Drbohlavová a Mravčík, 2016).

Vztahem mezi potřebou sounáležitosti, interpersonální závislostí, užíváním konopných drog a motivy k užívání konopných drog mezi mladými dospělými se zabývala on-line dotazníková studie. Soubor tvořilo 590 respondentů ve věku 18–35 let, kteří užili konopné drogy v posledních 12 měsících, byli rekrutováni metodou sněhové koule na Facebooku. Potřeba sounáležitosti, interpersonální závislost a motivy k užívání marihuany byly měřeny standardizovanými dotazníky. Problémové užívání konopných látek bylo zjišťováno pomocí screeningového nástroje CAST (Legleye et al., 2011). Z výsledků vyplývá, že potřeba sounáležitosti ani jednotlivé typy patologické ani nepatologické interpersonální závislosti významně nesouvisely s intenzivním užíváním marihuany. Z hlediska motivace s intenzivním užíváním marihuany v rané dospělosti významně souvisely pouze sociální motivy (tj. užívání s cílem zvýšení sociální interakce, zábavy apod.) a rutinní motivy (tj. typický užívání ze zvyku nebo z nudy) (Popelková, 2015).

Oreský (2015) zkoumal ve své bakalářské práci prvky kontroly a rituály uživatelů konopí. Provedl 7 polostrukturovaných rozhovorů s příležitostnými i častými uživateli konopí. Podle něj jsou si respondenti velmi dobře vědomi rizik spojených s užíváním a regulují své chování v následujících 4 oblastech. První oblastí jsou povinnosti, nejčastěji ve škole a v práci. Další je kontakt s autoritami (např. rodiče a učitelé). Třetí hlavní oblastí je vyhýbání se právním problémům, které jim nejčastěji hrozí za řízení automobilu pod vlivem. Poslední oblastí je dostupnost a cena marihuany. Podle autora berou v úvahu sílu konzumované marihuany, způsob užití a velikost dávky (sílu účinku) tak, aby maximalizovali příjemné účinky drogy a minimalizovali ty negativní. Nejčastějším způsobem aplikace je kouření jointu konopí s tabákem. Zkušenější respondenti umí svůj psychický stav v průběhu intoxikace lépe kontrolovat, neberou proto takový ohled na svou náladu před konzumací. U občasných uživatelů slouží konopí k posílení dobré nálady při zábavě ve společnosti ostatních, hrozí jim méně sociálních rizik. Intenzivní uživatelé běžně užívají o samotě, častěji přemýšlí o zdravotních následcích užívání.

4.2.3.5 Problémové užívání těkavých látek

Glaser et al. (2014) publikovali dvě kazuistiky případů zneužívání propan-butanu u pacientů léčených na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Kazuistiky popisují jak akutní dopady intoxikace plynem do zapalovačů v podobě srdeční zástavy,¹⁶⁶ tak chronické důsledky v podobě psychotické poruchy, narušení poznávacích funkcí, afektivních poruch. V obou případech byla konzumována velká množství plynu – v prvním případě „velká“ lahev propan-butanu na vaření (pravděpodobně s náplní 10 kg plynu) za období 1–2 dny, ve druhém případě desítky balení plynu do zapalovače o objemu 250–300 ml zabavené personálem při návratu hospitalizovaného klienta z vycházky.

4.2.3.6 Slang na drogové scéně

V r. 2013 proběhl výzkum mluvy uživatelů, výrobců a distributorů drog, jehož výsledky zpracovala Rausová (2014) v diplomové práci na Ostravské univerzitě v Ostravě. Hlavním výsledkem výzkumu je slovník drogových slangových výrazů (sociolektismů), který obsahuje 467 výrazů a téměř 500 významů. Slovníkový materiál byl získán 2 dotazníkovými šetřeními v kontaktních centrech a léčebnách pro závislé na návykových látkách (celkem 16 institucí) ve 13 krajích ČR, soubor tvořilo 100 uživatelů návykových látek. Autorka realizovala také podpůrné dotazníkové šetření mezi 60 respondenty, kteří nebyli uživateli návykových látek, a potvrdila, že většina drogových sociolektismů je ostatním uživatelům jazyka nesrozumitelná, tedy že drogový slang má kryptickou funkci, tj. převážná část jeho uživatelů jej používá s cílem utajit obsah řečeného (uvedlo více než 50 % respondentů).

¹⁶⁶ Podle literatury jsou příčinou náhlého úmrtí při intoxikaci plynem do zapalovače vdechnutí zvratků, úraz, centrálně nervová toxicita, vagová hyperstimulace, respirační deprese, anoxie (vytěsnění kyslíku z vdechovaného vzduchu), laryngospasmus (u butanu), ale až 50 % náhlých úmrtí po intoxikaci plynem do zapalovače je způsobeno srdeční arytmií, resp. tachykardií s fibrilací komor (Novosel et al., 2011, Pfeiffer et al., 2006 May).

5

Kapitola 5:

Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog

5.1 Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislosti

Léčba spolu se sociálním začleňováním a snižování rizik představují dva ze čtyř pilířů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. Jednotlivé aktivity jsou obsaženy v navazujících akčních plánech – Akčním plánu 2013–2015 a v r. 2015 připravených 3 nových akčních plánech pro kontrolu tabáku, alkoholu a hazardního hraní – blíže viz VZ 2014.

V červnu 2016 byl vládou schválen¹⁶⁷ Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016 až 2018 pro oblast nelegálních návykových látek (Akční plán 2016–2018 pro oblast nelegálních drog). Ten obsahuje priority, z nichž pro oblast léčby a adiktologických služeb jsou relevantní zejména zacílení na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů, zvýšení místní, časové a finanční dostupnosti specializované adiktologické péče a zavedení nového systému hodnocení dostupnosti a podpory specializovaných adiktologických služeb.

V oblasti léčby a sociálního začleňování uživatelů návykových látek stanoví Akční plán 2016–2018 pro oblast nelegálních drog následující cíle a aktivity:¹⁶⁸

Zajistit dostupnost sítě služeb pro uživatele drog:

- doplnit síť specializovaných adiktologických služeb na úrovni krajů – v každém kraji zajistit dostupnost následujících typů služeb: ambulantní služby pro děti a dospívající do 18 let, stacionární program, detoxifikace, rezidenční léčba, terapeutická komunita, doléčovací program s chráněným bydlením,
- doplnit síť ambulantních adiktologických služeb na úrovni okresů – v každém okrese zajistit dostupnost ambulantních a nízkoprahových služeb,
- podpořit rozšíření stávajících ambulantních/stacionárních (případně vznik nových) programů pro adiktologickou klientelu s duálními diagnózami,
- podporovat využití nových technologií v adiktologických službách (internet, sociální média, mobilní aplikace apod.).

Zvýšit kvalitu poskytované péče pro uživatele návykových látek:

- zpracovat a vydat mezioborové doporučené postupy pro oblast adiktologie.
- Podporovat využívání metodického pokynu pro provádění screeningu a včasné intervence lékaři pro děti a dorost a pro dospělé,
- systémově posílit spolupráci sítování specializovaných a nesespecializovaných služeb v péči o závislé,
- zavádět a využívat metodu case managementu v práci s klientem ve službách pro uživatele drog,
- revidovat Certifikační řád certifikací odborné způsobilosti adiktologických služeb.

Zvýšit dostupnost zdravotních adiktologických služeb:

- podpořit zavádění krátké intervence v oblasti užívání návykových látek,
- zvýšit celkovou dostupnost substituční léčby v ČR,
- definovat roli lékáren v systému poskytování substituční léčby,
- zapojit adiktologické služby do reformy psychiatrické péče,

¹⁶⁷ 22. 6. 2016 usnesením č. 567

¹⁶⁸ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/akcni-plan-realizace-narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2016-az-2018-pro-oblast-nelegalnich-navykovych-latek-146871/> [2016-08-04]

- zmapovat problematiku uplatnění uživatelů drog na trhu práce s důrazem na zadluženost a navrhnout opatření,
- zmapovat možnost nabídky podpory zaměstnávání, sociálního podnikání a inovací v sociální reintegraci závislých,
- sladit systém léčby vězněných osob s civilními službami,
- začlenit do systému služby zaměřené na podporu zaměstnávání klientů adiktologických služeb (podporované zaměstnávání), případně vytvořit standard odborné způsobilosti.

Dne 3. 6. 2015 vláda schválila a postoupila parlamentu k projednání návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který má nahradit zákon č. 379/2005 Sb. Návrh zákona mj. mění ustanovení týkající se adiktologických služeb, zavádí definici adiktologické poruchy a uvádí, kdo je poskytovatelem odborné péče osobám s adiktologickou poruchou. Vládní návrh zákona definuje odbornou péči poskytovanou osobám s adiktologickou poruchou jako takovou, která zahrnuje prevenci poruch zdravotního stavu spojených s touto poruchou, včetně snižování zdravotních a sociálních rizik, jejich včasnou diagnostiku a léčbu, poradenství, sociální rehabilitaci a reintegraci osob postižených těmito poruchami (odborná péče). Tuto odbornou péči zajišťují podle návrhu zákona poskytovatelé zdravotních služeb, poskytovatelé sociálních služeb a také vězeňská služba, jde-li o péči ve věznicích nebo v ústavech pro zabezpečovací detenci. Zákon byl v prosinci 2015 projednán Poslaneckou sněmovnou v 1. čtení. Ve 2. čtení se stal předmětem desítek pozměňovacích návrhů a ve 3. hlasování 25. 5. 2016 nebyl Poslaneckou sněmovnou přijat, neboť část koalice hlasovala proti s odkazem na aktuální znění ustanovení týkajících se zákazu kouření v provozovnách veřejného stravování – blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str. 15).

Dne 26. 4. 2016 byl ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 5/2016 zveřejněn Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním.¹⁶⁹ Cílovou skupinou ambulantní psychiatrické péče jsou osoby s duševním onemocněním v celém diagnostickém spektru duševních poruch podle MKN,¹⁷⁰ tj. i osoby s poruchou způsobenou užíváním návykových látek (dg. F10–F19). Standard předpokládá v návaznosti na místní potřeby možné rozšíření činnosti ambulance o další služby v péči o osoby s duševním onemocněním. Rozšířená ambulantní péče se tak může podle kvalifikace pracovníků týkat nově i adiktologických služeb. Adiktolog je v této souvislosti výslovně uveden mezi možnými osobami zajišťujícími rozšířenou ambulantní péči o osoby s duševním onemocněním.

Adiktologické služby jsou financovány dotacemi MZ (zdravotní služby), MPSV a krajů (sociální služby), MS (služby pro uživatele drog ve vězení), MŠMT (služby na pomezí indikované prevence a poradenství), RVKPP (různé typy služeb), samosprávy (různé typy služeb). Významnými plátcí péče jsou také zdravotní pojišťovny (zdravotní služby) – blíže viz kapitolu Rozpočty a financování (str. 30) a také Další opatření protidrogové politiky (str. 24).

V seznamu zdravotních výkonů ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je od ledna 2014 uvedeno 6 specifických adiktologických výkonů. Současně je od ledna 2014 stanovena hodnota bodu adiktologických výkonů ve výši 1 Kč za bod v úhradové vyhlášce č. 428/2013 Sb. V praxi se však uzavírání smluv o poskytování služeb se zdravotními pojišťovnami na odbornost adiktologie dosud potýká s problémy. Podle informací České asociace adiktologů (ČAA) z konce června 2016 se 11 organizacím podařilo vyjednat a podepsat 43 individuálních smluv o zajištění adiktologické péče v rámci 13 adiktologických ambulancí. Alespoň jednu smlouvu s některou zdravotní pojišťovnou mají uzavřenou poskytovatelé v Brně, Berouně, Českých Budějovicích, Jeseníku, Kyjově, Liberci, Olomouci, Praze, Trutnově, Táboře a Ústí nad Labem. Česká asociace adiktologů i ostatní odborné a střešní organizace považují počet smluvních ambulancí i počet uzavřených smluv za nedostatečný, cílovým stavem ČAA je alespoň

¹⁶⁹ http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2016_11835_3442_11.html [2016-08-04]

¹⁷⁰ <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> [2016-08-04]

1 ambulance s výkony hrazenými ze zdravotního pojištění v každém kraji (A.N.O. požaduje alespoň 1 ambulanci na 1000 odhadovaných problémových uživatelů drog). Dosud není adiktologická ambulantní péče dostupná v Karlovarském, Plzeňském, Pardubickém, Moravskoslezském, Zlínském kraji a na Vysočině. Např. Všeobecná zdravotní pojišťovna uzavřela v celé ČR smlouvy se 7 poskytovateli na 2 roky v rámci pilotní projektu.¹⁷¹

Pavlovská et al. (2016) publikovali článek o vysokoškolských programech studia adiktologie v Evropě. Rešerší bylo identifikováno celkem 34 programů na 25 univerzitách v 8 evropských zemích. Většinou šlo o magisterské programy, pouze v ČR je možno studovat všechny typy programů (bakalářský, magisterský, doktorský). Programy mají medicínský, sociální nebo psychologický základ, 10 programů nabízí prezenční i kombinovanou formu studia, 21 vyžaduje poplatek za studium.

V r. 2015 byl založen univerzitní spolek Česká asociace studentů adiktologie, jejímiž cíli jsou sdružování studentů adiktologie, pomoc při studiu a profesním uplatnění, spolupráce s akademickou obcí a odborníky v adiktologických službách v ČR i v zahraničí.¹⁷²

5.1.1 Zajištění kvality péče

Systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (certifikační systém RVKPP)¹⁷³ slouží od r. 2006 k zajištění minimálních standardů kvality adiktologických služeb. Jeho základem jsou multidisciplinární Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. V r. 2015 byl do systému přidán speciální standard pro adiktologické služby ve vězení. Aktuálně je v platnosti 10 speciálních standardů pro 10 typů služeb – blíže viz kapitolu Další opatření protidrogové politiky (str. 24). K červnu 2016 mělo platnou certifikaci RVKPP celkem 182 programů, z toho 4 podle nového standardu pro adiktologické služby ve vězení – tabulka 5-1.

tabulka 5-1: Přehled certifikovaných programů podle typu v l. 2011–2016

Typ služby	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Detoxifikace	2	1	2	2	3	3
Terénní program	49	50	49	52	53	51
Kontaktní a poradenské služby	52	49	50	52	52	52
Ambulantní léčba	15	13	18	19	22	28
Stacionární program	1	1	1	1	1	1
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	2	2	2	5	6	6
Rezidenční péče v terapeutické komunitě	10	10	10	10	10	10
Doléčovací program	16	17	17	17	18	19
Substituční léčba	8	8	7	7	8	8
Adiktologické služby ve vězení	–	–	–	–	–	4
Celkem	155	151	156	165	173	182

Pozn.: V jednotlivých l. k 16. 5. 2011, 29. 5. 2012, 28. 6. 2013, 30. 6. 2014, 31. 3. 2015, 30. 6. 2016.

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2016a)

5.2 Síť specializované adiktologické péče

Stávající systém adiktologických služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek, tvoří jej v zásadě tři sítě:

- síť nízkoprahových programů, programů ambulantní léčby a následné péče a terapeutických komunit, které mají převážně registraci sociální služby (některé jsou i zdravotní službou) a jsou provozovány NNO, cílí zejména na uživatele nelegálních drog, v menší míře na uživatele

¹⁷¹ tisková zpráva České asociace adiktologů ze dne 29. 6. 2016 poskytnutá O. Sklenářem dne 18. 7. 2016

¹⁷² <http://www.addictology.net/> [2016-09-18]

¹⁷³ schválen usnesením vlády č. 300 ze dne 16. 3. 2005

alkoholu a patologické hráče, přičemž není výjimkou, že jedna organizace provozuje více zařízení poskytujících adiktologické služby různých typů,

- síť zdravotnických zařízení oboru psychiatrie, popř. se specializací AT, která poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby uživatelům alkoholu, méně často uživatelům nealkoholových drog a patologickým hráčům,
- centra pro závislé na tabáku, která se vytvořila převážně při lůžkových odděleních různých oborů, především oboru pneumologie.

Zatímco poslední uvedená síť funguje prakticky nezávisle, první dvě jmenované sítě ve stále vzrůstající míře spolupracují a vytvářejí do značné míry společnou síť, neboť mají podobné či totožné cílové skupiny, personální a organizační propojení, do značné míry systém ověřování kvality (certifikační systém RVKPP), a zejména se hlásí k multidisciplinárnímu oboru adiktologie (Mravčík a Kiššová, 2015, Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2013).

Ze zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2015 vyplývá, že ve všech krajích s výjimkou tří (Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský kraj), je síť adiktologických služeb definována ve strategickém dokumentu, nejčastěji ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb. Většina krajů popisuje síť služeb jako minimální, ale současně nedostačující. Zároveň se napříč kraji liší přístupy ke tvorbě sítě a kritéria pro zařazení do sítě specializovaných adiktologických služeb (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c).

Významné nedostatky hlásí kraje zejména v dostupnosti (geografické i časové) ambulantní léčby a péče pro klienty s duálními diagnózami. Kraje upozorňují na nerovnoměrné rozložení ambulantní léčby a její nízkou kapacitu. Rovněž upozorňují na to, že vytváření sítě zdravotních specializovaných (adiktologických) služeb je nesystematické. Kraje poukazují na nedostatek ambulantních psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů, kteří jsou ochotni pracovat s uživateli návykových látek. Praha hlásí vyčerpání kapacity adiktologických služeb a nedostatek některých typů služeb, zejména ubytoven pro uživatele drog, substitučních center a nízkoprahových kontaktních center. Obzvláště špatná situace je již řadu let v Karlovarském kraji, kde chybí specializované programy primární prevence, detoxifikace, substituční program, doléčovací program či terapeutická komunita (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c). Na základě informací z krajů je v ČR celkem 269 adiktologických stacionárních programů (tj. bez preventivních a terénních programů) – tabulka 5-2. Počet certifikovaných programů primární prevence uvádí kapitola Politika a strategie v oblasti prevence (str. 77) a počet programů následné péče v registru poskytovatelů sociálních služeb kapitola Následná péče a sociální reintegrace (str. 201).

Kraje hodnotí jako poměrně dobrou geografickou dostupnost nízkoprahových harm reduction služeb. Problémem však zůstává dostupnost časová, kapacitní (personální zabezpečení) a také dostupnost některých složek či programů jednotlivých služeb. Poskytovatelé služeb nejsou v plném rozsahu schopni při stávající výši finančních zdrojů naplnit potřeby klientů a také regionů a obcí. Spíše než k rozvoji dochází k omezování jednotlivých činností a tlak na nárůst počtu výkonů má za následek snížení časové dotace na práci s klientem.

Zejména díky dotačnímu titulu RVKPP na podporu služeb pro patologické hráče byl napříč kraji zaznamenán vznik nových služeb či rozšíření spektra stávajících ambulantních služeb i doléčování (Jihomoravský, Jihočeský, Královéhradecký, Liberecký, Olomoucký, Plzeňský, Středočeský, Ústecký, Moravskoslezský, Zlínský a Vysočina).

tabulka 5-2: Dostupnost adiktologických služeb podle výročních zpráv krajů v r. 2015

Kraj	Počet okresů	PP*	KC	TP	KT	AL	SL	SP	DX	LZ	TK	DR	DP	CH
Hl. m. Praha	22**	7 (6)	3	4	0	11	6	1	3	2	0	0	3	2
Středočeský	12	3 (3)	5	9	0	9	2	0	1	1	2	0	3	2
Jihočeský	7	5 (5)	5	4	0	2	1	0	1	4	3	0	2	1
Plzeňský	7	2 (2)	3	3	0	0	1	0	1	0	1	0	2	2
Karlovarský	3	0 (–)	3	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Ústecký	7	4 (1)	9	8	0	9	1	0	1	2	1	1	3	2
Liberecký	4	2 (1)	2	1	0	7	1	0	1	1	1	1	4	1
Královéhradecký	5	5 (5)	1	1	1	5	1	0	2	1	0	1	1	0
Pardubický	4	2 (1)	1	1	0	8	0	0	2	1	0	1	1	0
Vysočina	5	6 (6)	0	0	3	1	0	0	3	3	1	1	2	2
Jihomoravský	7	4 (3)	2	4	3	5	2	0	2	2	2	0	4	4
Olomoucký	5	3 (2)	4	4	1	5	1	0	3	2	4	0	2	2
Zlínský	4	4 (2)	3	3	1	2	0	0	1	1	0	0	2	0
Moravskoslezský	6	9 (6)	4	6	1	6	1	1	1	3	2	0	6	3
Celkem	98	56 (43)	45	50	10	71	17	2	22	24	17	5	35	21

Pozn.: * Počet poskytovatelů programu primární prevence, resp. organizací (z toho certifikovaných). ** Počet městských částí Prahy.

PP – primární prevence, KC – kontaktní centra, TP – terénní programy, KT – sloučené programy KC a TP, AL – ambulantní léčba, SL – substituční léčba, SP – stacionární program, DX – detoxifikace, LZ – lůžkové zdravotní služby, TK – terapeutické komunity, DR – domovy se zvláštním režimem, DP – ambulantní doléčovací program, CH – chráněné bydlení.

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2016c)

5.2.1 Krátké intervence

Smyslem krátké intervence je motivace ke změně rizikového chování. Nachází se na pomezí (indikované) prevence a léčby a jsou typicky zaměřeny na kouření, užívání alkoholu a dalších drog, ale také na další rizikové faktory životního stylu. Krátké intervence obvykle probíhají v rámci primární zdravotní péče v rozsahu 1–6 intervencí, přičemž každá trvá obvykle 5–30 minut. Skládá se obvykle z odhadu míry rizika, poradenské intervence a případně odeslání k odborné léčbě v případě rozvinutého problému (*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment* – SBIRT). Od krátké intervence se odlišuje tzv. minimální intervence (*Brief Advice*), což je příležitostná jednorázová několik minut trvající intervence založená na radě (Babor a Higgins-Biddlo, 2003, Nešpor a Csémy, 2005, Nešpor a Csémy, 2007, Cabrnchová et al., 2012, Csémy et al., 2013, Mioviský et al., 2015). Nejlépe jsou prozkoumány krátké intervence u alkoholu, přičemž se ukazuje, že nejúčinněji působí na muže ve středním věku rizikově konzumující alkohol (O'Donnell et al., 2014, McQueen et al., 2011). U adolescentů se také ukázala účinnost některých standardizovaných krátkých intervencí, např. po akutním zdravotním následku zaviněném konzumací alkoholu (na odděleních intenzivní medicíny), a zejména při redukci rizikového chování a následků, jako jsou řízení pod vlivem, nehody nebo neplánovaný sex (Harris et al., 2014, Pilowsky a Wu, 2013, Merz et al., 2015, McGinnes et al., 2016). Intenzivnější, strukturované, opakované krátké intervence jsou účinnější než minimální intervence nebo jednorázové krátké intervence (Stead et al., 2013, Mdege et al., 2013). Jako nejúčinnější se ukazují intervence prováděné zdravotními sestrami (Platt et al., 2016), zejména pokud jsou k jejich provádění přímo určeny a vyškoleny (Rice et al., 2013). Krátké intervence jsou rovněž nákladově efektivní (Angus et al., 2014).

V ČR podle zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, jsou zdravotničtí pracovníci při výkonu svého povolání povinni u osob užívajících tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky provést krátkou intervenci spočívající ve včasné diagnostice škodlivého užívání. Návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (bližší viz kapitola Legislativní rámec, str. 15), který má zákon č. 379/2005 Sb. nahradit, tuto povinnost rozvádí a stanoví, že zdravotničtí pracovníci jsou v odůvodněných případech při poskytování zdravotní péče povinni provést orientační diagnostiku rizikového a škodlivého užívání návykové látky a nelátkové závislostní poruchy, přičemž u těchto osob provedou krátkou intervenci spočívající v poskytnutí informací o možných důsledcích

a rizicích, v postupech směřujících k ukončení nebo omezení nežádoucího chování, omezení souvisejících rizik a doporučí navazující odbornou péči.

Úkoly související s realizací krátkých intervencí obsahují akční plány národní strategie protidrogové politiky a strategie Zdraví 2020. Např. Akční plán pro oblast kontroly tabáku na období 2015–2018 obsahuje aktivity zaměřené na podporu provádění včasné diagnostiky, minimálních a krátkých intervencí ze strany zdravotnických pracovníků (základními profesemi k provádění krátkých intervencí u tabáku jsou sestra, lékař, lékárník, dentista), pedagogů, sociálních pracovníků a dalších pomáhajících profesí a v poradnách zdravého životního stylu systému veřejného zdraví. Rovněž Akční plán k omezení škod působených alkoholem 2015–2018 obsahuje aktivitu zaměřenou na podporu vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti screeningu, včasné diagnostiky a krátké intervence u osob užívajících alkohol rizikovým a škodlivým způsobem. A v neposlední řadě Akční plán 2016–2018 pro oblast nelegálních návykových látek obsahuje rovněž aktivitu podporující zavádění krátké intervence v této oblasti.

O míře provádění krátkých intervencí v ČR existuje málo informací, nicméně se zdá, že je poměrně nízká. Pouze každý třetí kuřák, který v ČR navštíví lékaře, dostane doporučení, aby kouření zanechal, přičemž tento podíl stoupá s věkem. Pokud jde o krátkou intervenci u alkoholu, pouze třetina osob, které v ČR navštíví lékaře, je dotázána na konzumaci alkoholu a pouze 8 % dostane doporučení s pitím přestat nebo je omezit, podíl opět stoupá s věkem a je vyšší u mužů (Sovinová et al., 2014). Rovněž např. v záchytných stanicích jsou poradenství nebo předávání do další péče adiktologických služeb realizovány výjimečně, i když záchytné stanice institucionálně představují síť zařízení vhodných pro tento typ intervence (Mravčík et al., 2013a).

V ČR existuje několik projektů či iniciativ, jejichž cílem je zvýšení kvality či míry provádění krátkých intervencí nebo jejich bezprostřední realizace v praxi:

- SZÚ v Praze realizuje od r. 2013 projekt *Ověřování metodiky krátkých intervencí*, který spočívá ve vzdělávání zdravotníků a studentů zdravotních oborů a v podpoře provádění krátkých intervencí ve spolupracujících nemocnicích.¹⁷⁴ Je realizován v 10 nemocnicích v celé ČR ve spolupráci s vedením nemocnice, které vybere vhodné oddělení a určí personál k provádění krátké intervence. Zpočátku byly krátké intervence prováděny v oblasti tabáku a alkoholu, později rovněž v oblasti správné výživy a pohybové aktivity. V rámci projektu bylo připraveno 13 obrazových karet, které slouží jako edukativní pomůcka. V projektu bylo do konce r. 2015 proškoleny 457 zdravotnických pracovníků a intervence byly provedeny u 2876 pacientů. Projekt navazuje na dřívější projekt SZÚ *Krátké intervence rizikového chování s modelovým zaměřením na rizikové škodlivé pití alkoholu* z l. 2010–2012. SZÚ rovněž vydává překlady metodiky krátkých intervencí WHO¹⁷⁵ nebo metodiky připravené v rámci evropského projektu *Primární zdravotní péče a alkohol* (PHEPA).¹⁷⁶
- Národní síť podpory zdraví ve spolupráci s Nadací CINDI realizuje projekt *Využití časné diagnostiky rizikového a škodlivého pití alkoholu a krátkých intervencí v pracovně lékařské péči*. Jeho cílem je podporovat vzdělání zdravotníků pracovně lékařské péče a dalších souvisejících profesí v metodice krátkých intervencí s modelovým využitím krátké intervence u rizikového a škodlivého pití alkoholu, podporovat provádění krátkých intervencí a ověřit účinnost v praxi závodní preventivní péče v 5 ordinacích závodně preventivní péče.¹⁷⁷
- Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví (CEPROS),¹⁷⁸ které je v současné době v likvidaci, se zabývalo přípravou metodik včasné intervence, mimo jiné vytvořilo manuály

¹⁷⁴ <http://kratke-intervence.info/> [2016-08-19]

¹⁷⁵ http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/kratke_intervence_publicace_1_.pdf [2016-08-19]

¹⁷⁶ <http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/alkohol/AlkolVoditka.pdf> [2016-08-19]

¹⁷⁷ <http://kratkeintervence.cz/> [2016-08-19]

¹⁷⁸ <http://www.cepros.cz/> [2016-08-19]

pro provádění krátkých intervencí pro praktické lékaře pro dospělé a jiné zdravotnické profese (Csémy et al., 2013) a praktické lékaře pro děti a dorost (Cabrnichová et al., 2012).

- Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze byl v českém prostředí pilotně implementován kanadský program *Preventure*, který je realizován ve školském prostředí. Je určen pro věkovou skupinu 11–16 let, spočívá ve 4 sezeních a zaměřuje se na témata alkoholu, deprese, záškoláctví, impulzivity, vyhledávání rizikových zážitků (Maierová et al., 2015). Rovněž Klinika adiktologie vydala český překlad metodiky screeningu a krátké intervence u alkoholu zpracované American Public Health Association.¹⁷⁹
- Národní ústav duševního zdraví od r. 2016 realizuje výzkumný projekt podpořený Agenturou pro zdravotnický výzkum s názvem *Analýza efektu časné identifikace a krátké intervence zaměřené na snižování zdravotních škod působených alkoholem* (reg. č. 16-31333A).¹⁸⁰

5.2.2 Léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií

SANANIM od r. 2013 provozuje internetové stránky (*S)končím s hulením*,¹⁸¹ které poskytují informace, on-line poradenství a léčbu uživatelům konopí. Od července 2014 je stránka plně funkční, a to včetně přímého referování klientů do léčby na základě výsledku sebehodnoticích testů. V r. 2015 stránka zaznamenala 20 143 unikátních návštěvníků (v r. 2014 jich bylo 16 235), bylo provedeno 7442 testů ke zjištění závažnosti problémů spojených s užíváním konopí. Z provedených testů bylo 23,5 % v kategorii rizikového užívání, což je současně indikace pro zahájení on-line léčebného programu, který stránky nabízejí. Součástí on-line léčby je kontakt s garantem, který zahrnuje korespondenční kontakt (v prostředí aplikace nebo e-mailem) a pravidelné konzultace prostřednictvím chatu jednou týdně. Garant také průběžně sleduje postup klienta 8týdenním programem, kontroluje plnění úkolů, doplňuje program s ohledem na individuální potřeby klienta a vede kartu klienta. On-line léčbu v průběhu r. 2015 zahájilo 31 mužů a 8 žen s věkovým průměrem 29 let. Program úspěšně dokončilo 8 klientů, více než půlku léčebného programu absolvovalo 19 klientů. Bylo uskutečněno celkem 120 přímých kontaktů pracovníka s klientem prostřednictvím chatu (14 v r. 2014). Ukazuje se, že podstatnou roli v tom, zda zájemce léčbu skutečně zahájí, hraje kromě čekací doby také první kontakt nad rámec vlastní aplikace, která rozesílá pouze automaticky generovanou pozvánku s přihlašovacími údaji. Osobní garanti v případě potřeby kontaktují zájemce také prostřednictvím e-mailu (Šedivý et al., 2016).

ČR se v l. 2012–2013 účastnila studie, jejímž cílem bylo posouzení efektivity krátkých motivačních intervencí u dospívajících ve 4 evropských zemích (mimo ČR v Německu, Belgii a Švédsku) (Arnaud et al., 2016). Intervence probíhala plně automatizovaně na internetu bez osobního kontaktu a byla založena na principu motivačního rozhovoru s osobní zpětnou vazbou. Skládala se z 6 částí: (1) zpětná vazba k účastníkovi užívání alkoholu s informací o souvisejících rizicích, (2) normativní zpětná vazba srovnávající jeho užívání alkoholu s vrstevníky téhož pohlaví a věku, (3) zpětná vazba ke koncentraci alkoholu v krvi a souvisejících rizicích pro epizodu nejvyšší konzumace alkoholu v posledních 2 týdnech, (4) zhodnocení a zpětná vazba k připravenosti ke změně, osobním zdrojům a strategiím k dosažení a udržení cílů, (5) grafické znázornění minusů a plusů pozitivní změny chování a (6) identifikace vysoce rizikových situací a nabídka strategií, jak jim předcházet. Soubor tvořilo 1449 osob ve věku 16–18 let (63 % respondentů bylo z ČR), kteří měli pozitivní výsledek ve screeningovém nástroji na rizikové užívání návykových látek CRAFFT (např. Csémy et al., 2008). Participantů byli náhodně rozděleni do intervenční a kontrolní skupiny a sledování po 3 měsících. Informace pro analýzu po 3 měsících poskytlo 211 (14,5 %) osob. Intervenční skupina vykazala významný pokles užívání alkoholu v posledních 30 dnech, nižší frekvenci konzumace alkoholu, nižší výskyt nárazového pití alkoholu (*binge drinking*) a množství vypitých nápojů. Pokud jde o užívání

¹⁷⁹ <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/4296/Kratka-intervence-pro-uzivatele-alkoholu> [2016-08-19]

¹⁸⁰ <http://www.nudz.cz/files/pdf/granty-2016-web.pdf> [2016-08-19]

¹⁸¹ <http://www.koncimshulenim.cz/> [2016-08-22]

nelegálních drog, intervence nevykázala žádný efekt. Přestože studie trpěla značnými ztrátami účastníků ze sledování, ukázalo se, že automatická internetová intervence s prvky osobní zpětné vazby motivující ke změně chování může být účinná v redukci (rizikového) užívání alkoholu mladistvými.

V rámci diplomové práce oboru adiktologie na 1. LF UK v Praze byly zkoumány možnosti a omezení Ecological Momentary Assessment (EMA, okamžité posouzení v přirozeném prostředí) při kontrole bažení. EMA je metoda, při níž se prostřednictvím aplikace v chytrém telefonu zjišťuje informace od pacientů v reálném čase v jejich přirozeném prostředí.¹⁸² Výzkumný soubor tvořilo 9 záměrně vybraných pacientů střednědobé ústavní léčby v jednom zařízení, kteří po dobu několika týdnů používali smartphone s aplikací EMA, jejich spolupacienti (15) a personál (8). Metodou polostrukturovaného rozhovoru byly zjišťovány zkušenosti s užíváním aplikace a používání chytrých telefonů vůbec a jejich vlivu na léčebný proces. Ukázalo se, že většina pacientů, spolupacientů a personálu neměla s používáním smartphonů v léčebném zařízení problém. Fungování v léčbě nebylo narušeno, někteří pacienti EMA přivedla k přemýšlení o vlastní situaci a pocitech, o rizicích relapsu apod. Projevily se také technické potíže s funkčností aplikace, které snižovaly adherenci pacientů (Masaryková, 2014).

V r. 2011 byl na webových stránkách Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze spuštěn svépomocný program pro osoby se závislostí na internetu. Byla provedena studie, jejímž cílem bylo zmapovat on-line aplikace, na kterých byli uživatelé internetu závislí, motivaci k závislostnímu chování, jeho projevy, negativní důsledky a přínosy jeho omezení či přerušení. Byl použit dotazník The Chen Internet Addiction Scale (CIAS) a byla provedena kvalitativní analýza dat ze svépomocného programu. Soubor tvořilo 273 osob zaregistrovaných do programu. Nejoblíbenějšími on-line aplikacemi se závislostním potenciálem byly aplikace umožňující on-line sociální komunikaci. Jako význačné se ukázaly myšlenky na aktuální on-line dění, trávení hodně času on-line a bažení. Pokud jde o změny nálady vyvolané hraním on-line her, respondenti popisovali nejčastěji kategorie uvolnění/uklidnění a vzrušení/radost. Zvýšení tolerance k používání internetu se projevovalo nadměrným trávením času on-line, připojováním kdekoliv a zakládáním nových účtů a profilů. V projevech odvykacích symptomů se nejčastěji objevila nervozita/neklid a vztek/podrážděnost. Problémy ve vztahové oblasti se projevovaly zejména v konfliktech s blízkými lidmi, omezením sociálního kontaktu a lhaním. Intrapersonální konflikty se projevovaly zejména jako konflikt mezi tím, zda být, či nebýt on-line, a jako konflikt mezi prací/studiem či jinými povinnostmi a trávením času on-line. Nejčastějšími důvody trávení času na internetu byly omezené sociální dovednosti a nadměrný stres. Nejzávažnější dopad mělo nadužívání internetu na oblast zaměstnání a studia. Od omezení nadměrného užívání internetu si respondenti slibovali především lepší studijní a pracovní výsledky a více času na koníčky. Do svépomocného programu se přihlásilo celkem 273 osob (226 za účelem vlastní změny a 47 s úmyslem aplikaci vyzkoušet). Dvě třetiny osob (65 %) se zúčastnily druhé fáze motivace a změny, do třetí fáze programu (prevence relapsu) se propracovalo 19 % klientů. Třetina osob (34 %) vyplnila plán, jakým způsobem by chtěla čas na on-line aplikacích omezit, a pouze 6 % (26 osob) vyplnilo, jak se jim předsevzetí podařilo splnit, 2,5 % (11 osob) se jej splnit podařilo. Ukázalo se, že závislost na internetu narušuje spíše psychosociální (pracovní a sociální) fungování než zdraví, což může být důvod, proč se tito klienti často nevyskytují v psychiatrických či adiktologických službách. Svépomocný program na internetu je možnou variantou pro změnu závislostního chování právě u skryté části problémové populace, která by jinak odbornou pomoc nevyhledala (Vondráčková et al., 2014b, Vondráčková et al., 2014a).

¹⁸² V rámci EMA je pacient automaticky několikrát denně náhodně vyzván k hodnocení vlastního bažení a popisu pocitů a stavů, ale má rovněž možnost sám aktivně komunikovat v případě potřeby (např. pokud pociťuje bažení nebo se cítí ohrožen relapsem v situaci, ve které se právě nachází). Na EMA navazuje metoda Ecological Momentary Intervention (EMI, okamžitá intervence v přirozeném prostředí) prostřednictvím SMS nebo hlasových zpráv automaticky, a/nebo méně často živým poradcem; kromě zasílání zpráv je EMA doplněna dalšími intervencemi, jako jsou podpůrný web, diskusní fórum, chat s odborníkem nebo osobní kontakt v rámci individuální nebo skupinové intervence.

Informace a pomoc prostřednictvím anonymního dotazu v on-line prostředí nabízejí jednotlivcům z řad uživatelů i široké veřejnosti další internetové poradny, jako např. drogovaporadna.cz organizace SANANIM či poradna extc.cz Společnosti Podané ruce. Specializovanou poradnou na právní aspekty užívání drog je Právní poradna Asociace nestátních organizací (A.N.O.), poskytuje zejména poradenství v oblasti práva trestního, občanského, rodinného či pracovního.¹⁸³

5.2.3 Ambulantní služby

Přehled programů ambulantní adiktologické péče poskytuje tabulka 5-3.

Ambulantní zdravotnická péče o uživatele drog je v současné době poskytována především v ambulancích psychiatrů a v adiktologických lékařských (AT) ordinacích specializovaných na léčbu závislostí – tabulka 5-3. Léčbu adiktologických pacientů, tj. pacientů se základní diagnózou F10–F19, v r. 2015 vykázalo celkem 447 těchto ordinací. Nejde výhradně o specializované AT ambulance, ale o všechny psychiatrické ambulance, které léčí alespoň jednoho adiktologického pacienta (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016h).

Pouze ve 47 z těchto 447 ambulančních adiktologických pacientů tvořili více než 50 % celkového počtu pacientů. Z nich bylo 33 AT ordinací, 13 psychiatrických ambulančních a 1 ordinace dětské psychiatrie. Více než 200 adiktologických pacientů v péči uvedlo 49 ambulančních, z nich bylo 18 AT ordinací, 30 psychiatrických ambulančních a 1 ordinace dětské psychiatrie. Jedno (více než 50 % celkového počtu) nebo druhé (více než 200 adiktologických pacientů) kritérium splnilo v r. 2015 celkem 75 ordinací, z nich bylo 36 AT ambulančních a 39 ambulančních psychiatrů (včetně 1 oddělení dětské psychiatrie). V těchto specializovaných ambulancích bylo léčeno 48 % z celkového počtu pacientů léčených pro problémy s alkoholem a 66 % z počtu pacientů léčených pro užívání nealkoholových drog. První a současně i druhé kritérium splnilo celkem 19 ordinací. Psychiatrické ambulance specializované na adiktologickou klientelu jsou hlavním typem zařízení, která v ČR poskytují opiátovou substituci.

V r. 2015 poskytlo informace o své činnosti všech 18 záchytných stanic, v těchto záchytných stanicích bylo evidováno 164 lůžek. Záchytná stanice v Příbrami svoji činnost ukončila v polovině r. 2015 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016h).

Nově jsou k dispozici podrobnější údaje o činnosti center pro závislé na tabáku za r. 2012 (Králíková et al., 2014). Hodnocení činnosti se zúčastnilo všech 37 center. Většina (26) byla na odděleních pneumologie, dále na interních (4), na kardiologii (3) a po jednom centru na neurologii, onkologii, pediatrii a psychiatrii. Ordinační doba byla průměrně 7 hodin týdně. Zdravotní výkony určené pro léčbu závislosti na tabáku, tj. vstupní intervenci v délce 60 min. a kontrolní návštěvu v délce 30 min., vykazovalo zdravotním pojišťovám 28 center. Počet nových pacientů jednotlivých center byl v rozmezí 6–430, průměrně 45 na centrum, po vyloučení největšího centra (430) průměrně 33. Program trvá v 5 centrech 6 měsíců, ve 24 centrech 12 měsíců, v 8 déle. Průměrný počet návštěv jednoho pacienta byl 5 za rok. Vstupní návštěva trvala v průměru 61 minut, kontrolní návštěva 22 minut. Náhradní terapie nikotinem a/nebo vareniklinem¹⁸⁴ jsou indikovány ve všech centrech, bupropion¹⁸⁵ ve 14. Nejčastější bariérou rozšíření činnosti bylo nízké finanční ohodnocení a nedostatek personálu. Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, které je největším centrem pro závislé na tabáku, léčilo v r. 2012 celkem 430 pacientů. Náklady léčby na 1 pacienta byly 3792 Kč, náklady na vyléčeného pacienta (38 % všech pacientů) dosahovaly 10 003 Kč, což za předpokladu 7,5 získaných roků průměrně na jednoho pacienta znamená náklady ve výši (pouze) 1334 Kč na jeden získaný rok života (*life year gained*).

¹⁸³ <http://poradna.asociace.org/> [2015-09-09]

¹⁸⁴ agonista nikotinových receptorů

¹⁸⁵ antidepressivum snižující bažení po kouření

tabulka 5-3: Síť programů ambulantní adiktologické péče v r. 2015

Typ programu	Počet programů	Kapacita (místa)	Charakteristika
Nízkoprahová kontaktní centra*	57	–	nízkoprahové harm reduction služby především pro uživatele nelegálních drog, resp. problémové (injekční) uživatele drog
Záchytné stanice	18	164	krátkodobá detence (v řádu hodin) do vystřízlivění, určena především pro intoxikované alkoholem, v menší míře jinými drogami
Ambulantní léčba	ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie	75 (447)**	– ambulance oboru návykových nemocí (resp. psychiatrie), jejíž cílovou skupinou jsou především uživatelé alkoholu a nelegálních drog
	ambulantní (nezdravotnické) programy***	13	– ambulantní adiktologické (sociální) služby, jejichž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog
Substituční léčba	NRLUD	63	– substituční léčba formou ambulantní
	roční výkaz psychiatrů	55	– zdravotní služby různých odborností, jejichž cílovou skupinou jsou uživatelé opioidů, případně v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentní uživatelé)
	roční výkaz praktických lékařů ⁺	215	–
Poradenství a léčba ve věznicích	poradny drogové prevence	35	– ambulantní adiktologické léčba a poradenství ve výkonu vazby a trestu
	substituční léčba	7	– vazby, a především pro uživatele nelegálních drog
	dobrovolná léčba	8	287
	ochranná léčba ⁺⁺	4	131
	bezdrogové zóny ⁺⁺⁺	34	1 888
	programy NNO ⁺⁺⁺⁺	26 (17)	–
Krizová centra	2	–	programy poskytující krizovou intervenci
Psychoterapeutické stacionáře ⁺	8	363	stacionární programy (denní centra) především pro uživatele nelegálních drog
Speciální programy následné péče	44 (20)****	1 100 (230)* ⁺	adiktologické programy, jejichž cílem je podpora a resocializace klientů po absolvování léčby, určené především pro uživatele nelegálních drog
Centra pro závislé na tabáku	42	–	ambulantní léčba závislosti na tabáku realizovaná především v rámci lůžkových zařízení oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství

Pozn.: * Bez terénních programů. ** Počet ambulantí, které je možno považovat za specializované na adiktologii (počet všech ambulantí, které nahlásily v r. 2015 alespoň jednoho adiktologického pacienta). *** Programy podpořené v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2015 (z ambulantních programů ty, které nemají statut zdravotnického zařízení). **** Počet programů 35 poskytovatelů služeb následné péče v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV, jejichž cílovou skupinu tvořily osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách (z toho počet programů s chráněným bydlením). ⁺ Údaj se vztahuje k r. 2013, neboť za r. 2014 a 2015 není k dispozici. ⁺⁺ 4 oddělení ve 3 věznicích. ⁺⁺⁺ Z toho 31 bez a 3 s terapeutickým režimem s 1797, resp. 101 pacienty, ⁺⁺⁺⁺ Počet věznic, v nichž probíhá spolupráce s NNO (počet věznic s intenzivní spoluprací s NNO). ⁺ Odhad na základě extrapolace dat z 11 programů dotovaných RVKPP.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016h), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d), Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2016), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

V r. 2015 vykazovala péči o uživatele drog 2 krizová centra. Za r. 2015 nejsou od ÚZIS k dispozici informace o činnosti denních stacionářů.

Na výskyt intenzivních uživatelů konopí v kontaktu se službami a jejich charakteristiky se zaměřila studie NMS z r. 2015 (Drbohlavová a Mravčík, 2016). Bylo provedeno on-line dotazníkové šetření

mezi pracovníky adiktologických služeb a nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM) v ČR následované dvěma ohniskovými skupinami, a to v Praze a v Olomouci. Bylo osloveno celkem 336 programů, z toho 271 ze souboru Sčítání adiktologických služeb 2014 (271 adres) a 65 NZDM. On-line dotazník vyplnilo 68 programů (míra response 20 %), z nichž bylo analyzováno 57, mezi jejichž klienty byli rovněž uživatelé konopí (z nich bylo 8 terénních programů, 44 poradenských a léčebných ambulantních programů a 5 rezidenčních programů). Ohniskových skupin se zúčastnilo po 7 pracovnících s alespoň roční praxí v daném programu a zkušeností s prací s uživateli drog.

Průměrný podíl uživatelů konopných drog na celkovém počtu klientů v zařízeních v r. 2014 byl 11,8 %, maximální podíl byl 70 %. Vysoký absolutní počet klientů byl hlášen především z nízkoprahových programů a nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Nejčastěji přicházeli uživatelé konopí do služeb sami (78,9 % programů), dále byl kontakt zprostředkován především rodinou, příbuznými (49,1 %) a orgány sociálně-právní ochrany dětí (40,4 %).

Pouze 22,8 % pracovníků programů uvedlo, že služby, které poskytují uživatelům konopí, jsou organizačně odděleny od služeb poskytovaných jiným klientům. Specifické metody práce používá 38,6 % zařízení. Žádné zařízení neuvedlo používání nových informačních technologií a médií. Téměř pětina zařízení uvedla, že používá specifické poradenské či terapeutické přístupy (19,3 %), především šlo o přizpůsobení intervencí nízkému věku klientů. Desetina respondentů uvedla, že spolupracují s dalším zařízením při poskytování služeb uživatelům konopí. Jen 7,0 % zařízení má pro práci s touto klientelou vyhrazený čas, shodně 7,0 % má pro práci s uživateli konopí specializovaného pracovníka (Drbohlavová a Mravčík, 2016).

Pokud jde o bariéry a faktory podmiňující nízkou míru kontaktu uživatelů drog s pomáhajícími programy, většina respondentů (86,0 %) uvedla, že uživatelé konopí nemají zájem o intervence, protože nevnímají vlastní užívání konopí jako problém. Téměř polovina pracovníků (49,1 %) se domnívá, že uživatelé konopí nechtějí být spojováni s problémovými uživateli drog, kteří jsou klienty těchto zařízení. Za bariéru je považována rovněž nedostatečná personální kapacita služeb (33,3 %). Téměř tři čtvrtiny (73,7 %) uvedly, že se plánují uživatelům konopí věnovat v budoucnu a že by uvítaly spolupráci s dalším zařízením či odborníkem specializovaným na užívání konopí. Služby by rovněž ocenily jasnější koncepční vymezení práce s touto cílovou skupinou (Drbohlavová a Mravčík, 2016).

Horová Šimová (2015) se ve své diplomové práci věnovala příčinám drop-out fenoménu v léčbě závislostí formou 3 kazuistických prací. Sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaného hloubkového rozhovoru s uživateli návykových látek (či exusers), kteří se opakovaně potýkali s neúspěšnými léčebnými pokusy. Práce potvrdila, že léčbu spíše nedokončí problémovější klienti, přestože ji více potřebují. Faktory, které se podílejí na předčasných odchodech klientů z léčby, jsou vzájemně propojené a jsou jimi nedostatek motivace k léčbě, nízký věk, nezralost jedince, craving, vztahy s rodinou, existence neřešených témat v rodině, nedostatečná pozornost ze strany rodičů, vliv vrstevníků, partnerské vztahy, nedostatečný náhled na onemocnění, narušený hodnotový systém, nejasná odpovědnost a svoboda dospívajícího jedince, traumatizace v anamnéze. Práce upozorňuje na význam komplexního přístupu a potřebu zaměřit se na identifikaci možných rizikových faktorů drop-out fenoménu již při nástupu klienta do léčby.

Lutseva (2015) se ve své diplomové práci zaměřila na indikace a kontraindikace rodinné terapie či práce s rodinou při práci se závislým z pohledu klinických pracovníků. Metodami sběru dat byly individuální polostrukturovaný rozhovor a přímé pozorování. Výzkumný soubor byl sestaven metodou záměrného výběru v ambulantních zařízeních v Praze, soubor tvořilo 7 respondentů. Bylo zjištěno, že velkou roli při indikaci rodinné terapie hraje osobní postoj terapeuta a názor na význam rodinné terapie při práci se závislými klienty. Z pohledu respondentů rodinná terapie může být nejen vhodnou, užitečnou a prospěšnou metodou pro závislého i pro rodinu, ale v některých případech je nezbytnou součástí léčby. Indikace a kontraindikace rodinné terapie shrnuje tabulka 5-4. Jako základní východisko při práci se závislými klienty metodou rodinné terapie je zdůrazňován systémový přístup.

tabulka 5-4: Seznam indikací a kontraindikací rodinné terapie při práci se závislími klienty z pohledu respondentů

Indikace	Kontraindikace
Závislost jako jev pro rodinnou terapii sám o sobě	Aktivní užívání či neschopnost abstinovat v ambulantních podmínkách
Existence rodiny a vztahových sítí s důležitými osobami	Neochota rodiny a závislého klienta spolupracovat a účastnit se rodinné terapie
Motivace klienta a rodiny pracovat na změně	Zneužívání, týrání, násilí v rodině
Abstinence nebo stabilizovaný stav	Zhoršování symptomu, problému závislého jedince ze strany rodiny
Nízký věk, u starších klientů za určitých okolností	Vzdálenost, nedosažitelnost rodiny
Fáze užívání drog – nejčastěji experimentování, škodlivé užívání. U aktuálního užívání nebo rozvinuté závislosti schopnost spolupráce	Zatuhlé, rigidní komunikační vzorce v rodině – neschopnost rodinné terapie ovlivnit postoj rodiny
Osobní postoj a přesvědčení terapeuta	Podpora individuace klienta, problém se už tolik netýká rodinného systému

Zdroj: Lutseva (2015)

Sít nízkoprahových zařízení pro uživatele drog blíže popisuje kapitola Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 173). Adiktologické služby ve věznicích popisuje kapitola Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 222), služby následné péče kapitola Následná péče a sociální reintegrace (str. 201).

5.2.3.1 Substituční léčba

Do konce února 2015 byl v provozu původní Registr substituční léčby (NRULISL), v březnu byl spuštěn nový Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který integruje Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). Po spuštění NRLUD do něj byly převedeny údaje z obou původních informačních systémů a tyto zanikly – blíže viz VZ 2014.

V r. 2015 nahlásilo do NRLUD pacienty v substituční léčbě celkem 63 zdravotnických zařízení (64 v r. 2014) a bylo evidováno celkem 2248 léčených osob (2314 v r. 2014). Jediným krajem bez aktivně hlásícího zařízení zůstává Pardubický kraj. Počet zařízení hlásících poskytování substituční léčby v r. 2015 podle krajů uvádí tabulka 5-5.

tabulka 5-5: Počet zařízení poskytujících substituční léčbu a počet klientů hlášených do NRLUD v r. 2015

Kraj	Počet hlásících zařízení	Počet osob	Počet osob
		Podle kraje zařízení	Podle kraje bydliště
Hl. m. Praha	19	1 322	898
Středočeský	8	134	400
Jihočeský	5	49	110
Plzeňský	2	38	54
Karlovarský	1	7	27
Ústecký	4	343	361
Liberecký	3	22	24
Královéhradecký	4	80	86
Pardubický	0	0	24
Vysočina	2	20	22
Jihomoravský	9	118	114
Olomoucký	1	42	35
Zlínský	2	5	10
Moravskoslezský	3	68	77
Cizinci	–	–	6
Celkem	63	2 248	2 248

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Agregované údaje o pacientech v substituci jsou sledovány ve výkazu o činnosti oboru psychiatrie. Substituční léčbu v r. 2015 vykazalo celkem 55 psychiatrických ambulancí (v r. 2013 to bylo 59 ambulancí, za r. 2014 nejsou údaje k dispozici).

Roční výkazy praktických lékařů nejsou za r. 2014 ani 2015 k dispozici. V r. 2013 vykazalo substituční léčbu celkem 215 ordinací praktických lékařů. Také z průzkumu NMS z r. 2014 vyplývá, že v ČR bylo přibližně 220 praktických lékařů pro dospělé a 20 praktických lékařů pro děti a dorost, kteří poskytovali substituční léčbu preparáty na bázi buprenorfinu 1300, resp. 300 pacientům, dohromady tedy přibližně 1600 pacientům – blíže viz VZ 2014.

V ČR bylo v r. 2015 na trhu 5 přípravků pro substituční léčbu závislosti na opioidech:

- metadon připravovaný jako magistraliter¹⁸⁶ z dovážené generické substance dostupný ve specializovaných substitučních centrech (od r. 1997),
- Subutex® obsahující účinnou látku buprenorfin (od r. 2000),
- kompozitní přípravek Suboxone® s účinnými látkami buprenorfin a naloxon (od února 2008),
- přípravek Buprenorphine Alkaloid® obsahující buprenorfin (od ledna 2011),
- přípravek Ravata® obsahující buprenorfin (od června 2011).

K dalším přípravkům, které byly či jsou registrovány v ČR, ale nebyly uvedeny na trh nebo se již neobchodují, viz podrobněji VZ 2013.

V r. 2015 bylo do ČR dovezeno 16,4 kg čisté metadonové substance¹⁸⁷ (spotřebováno bylo 19,3 kg) a distribuováno bylo necelých 3,4 kg buprenorfinu v přípravcích Buprenorphine Alkaloid®, Ravata®, Suboxone® a Subutex®, každý z nich v balení po 7 sublingválních tabletách a ve dvou různých silách 2 mg a 8 mg v jedné tabletě (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015) – tabulka 5-6. Rovněž v r. 2015 byla spotřeba substitučních preparátů v ČR nižší než v l. 2011–2012 – tento pokles lze hodnotit spíše negativně vzhledem k dlouhodobě stabilnímu (a v r. 2015 meziročně vyššímu) odhadovanému počtu problémových uživatelů opioidů (blíže viz Problémové užívání drog, str. 93).

Od uvedení kompozitního přípravku Suboxone® na český trh v r. 2008 dochází postupně k nárůstu jeho spotřeby na vrub přípravků obsahujících pouze buprenorfin a v r. 2015 spotřebované množství

¹⁸⁶ lék připravovaný v lékárně

¹⁸⁷ v přepočtu na bázi metadonu

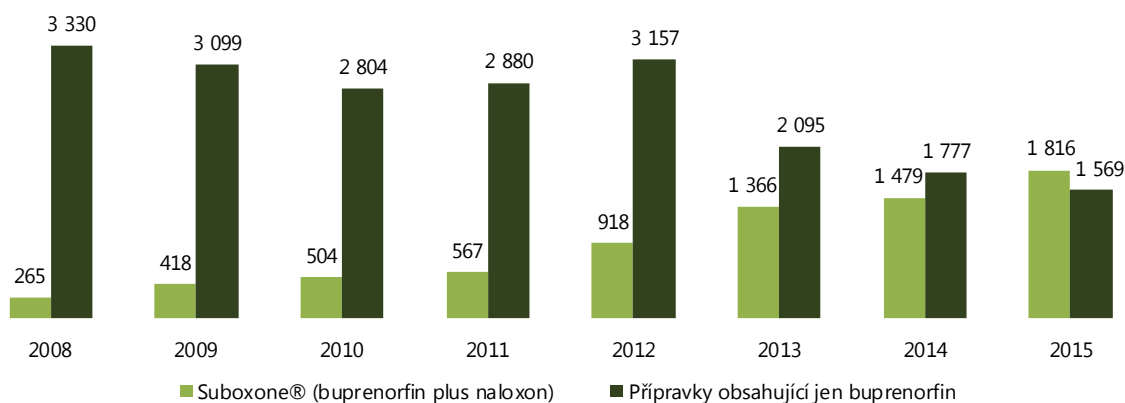
buprenorfinu v kombinovaném přípravku poprvé přesáhlo množství buprenorfinu v monopřípravcích – graf 5-1. Nejužívanějším přípravkem s obsahem buprenorfinu je Suboxone®. Hlavní příčinou tohoto trendu může být kromě vědomé preference ze strany lékařů z veřejnozdravotních důvodů také cena přípravku – Suboxone® je výrazně levnější než monopreparáty buprenorfinu, a pacienti tak mohou dávat přednost levnějšímu Suboxone®. To s sebou přináší i zřejmé veřejnozdravotní výhody, neboť míra injekčního zneužívání kombinovaného přípravku je ve srovnání s monopreparáty nižší.

tabulka 5-6: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v l. 1999–2015

Rok	Metadon – dovoz (kg)	Buprenorfin – distribuce (g)
1999	13,5	–
2000	11,7	23,5
2001	–	86,2
2002	–	509,8
2003	8,1	1 309,4
2004	11,3	2 221,9
2005	5,7	2 957,3
2006	12,2	3 414,3
2007	10,8	3 315,0
2008	12,6	3 594,5
2009	15,4	3 517,0
2010	22,5	3 308,0
2011	24,3	3 446,8
2012	18,0	4 075,1
2013	17,9	3 460,7
2014	16,3	3 256,3
2015	16,4	3 384,8

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR (2016)

graf 5-1: Množství buprenorfinu distribuované v přípravcích obsahujících pouze buprenorfin a v kompozitním přípravku v kombinaci s naloxonem v l. 2008–2015, v gramech



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR (2016)

Substituční přípravky jsou v ČR léčebně podávány výhradně orální formou a může je předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. Centrální nákup metadonové substance je hrazen z dotace MZ. Od r. 2010 je preparát Suboxone® 8 mg jako jediný hromadně vyráběný substituční preparát hrazen ze zdravotního pojištění – blíže viz VZ 2010. Maximální cena Suboxone® v balení

7 tablet po 8 mg buprenorfinu pro výrobce nebo dovozce při uvádění na trh je aktuálně SÚKL stanovena na 309,94 Kč, přičemž orientační maloobchodní cena pro pacienta v lékárně je 459 Kč.¹⁸⁸

Problémem zůstává úhrada substitučních léků ze zdravotního pojištění. Plnou úhradu má přiznánu pouze Suboxone[®], ale její podmínky jsou natolik restriktivní, že k úhradě prakticky nedochází. Většina pacientů užívajících buprenorfinové preparáty (přes 3 tis. osob) je tak odkázána na nákup léků v plné ceně, což představuje výdaje v řádu tisíců Kč měsíčně z vlastních prostředků – blíže viz VZ 2014. Tento faktor je jedním z motorů černého trhu s buprenorfinem.

V lednu a dubnu 2016 proběhly dva kulaté stoly v Poslanecké sněmovně organizované Stálou komisí pro rodinu, rovné příležitosti a národnostní menšiny. Zabývaly se otázkou dostupnosti substituční léčby v ČR, unikem substitučních léků (buprenorfinu) na černý trh a upozornily rovněž na špatnou finanční dostupnost buprenorfinových preparátů v ČR.¹⁸⁹ Na kulaté stoly navázala 2 jednání resortní pracovní skupiny pro závislosti MZ a další jednání na půdě Poslanecké sněmovny, která se v únoru a dubnu 2016 zabývala otázkou substituční léčby a její dostupnosti. Mimo jiné byl připraven návrh novely zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, a zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, který řešil otázku vybavení pacienta přípravky k domácímu užití (tzv. *take-home* dávky), neboť výše uvedené zákony ji na rozdíl od Standardu substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008) neumožňovaly. SNN ČLS JEP v červnu 2016 připravila aktualizaci Standardu substituční léčby, která zejména reaguje na změnu terminologie a zákonného rámce, ale také upravuje rozsah dávkování přípravků s obsahem buprenorfinu (4–32 mg denně), postup při vstupním vyšetření nebo nastavení optimální dávky.

Katedra všeobecného lékařství Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v I. 2011–2012 realizovala dotazníkovou studii zaměřenou na zkušenosti s péčí o závislé osoby a s poskytováním opiátové substituční léčby mezi lékaři akreditovaných školicích pracovišť oboru všeobecný praktický lékař (Štolfa a Kožoušková, 2015). Rozesláno bylo 195 a vráceno 133 vyplněných dotazníků (68,2 %). Zkušenosti s poskytováním substituční léčby uvedlo 8 % respondentů, z nich 64 % uvedlo negativní nebo spíše negativní zkušenost. Jako důvody pro neposkytování substituce byly nejčastěji uvedeny absence poptávky ze strany pacientů (47 %), přítomnost specializovaného centra v okolí (19 %) a nedostatek erudice a informací (15 %). Poměrně malá část (10 %) se domnívala, že substituce nepatří do ordinací praktických lékařů. Regionální rozložení praxí, které mají zkušenost se substituční terapií, odpovídá regionálnímu rozložení problémového užívání opioidů – šlo především o lékaře ve středních Čechách, Praze a v krajích Ústeckém a Libereckém. Ukázalo se, že vysoký podíl lékařů poskytuje substituční léčbu sporadicky nebo že výjimečně v akutních situacích předepíše substituční preparát. Jako problém vidí praktičtí lékaři dostupnost specializovaných substitučních center nebo adiktologických ambulancí vůbec, neboť pacienty nemají kam referovat.

Substituční léčba závislosti na metamfetaminu není v ČR standardně dostupná, není v běhu ani žádná klinická studie v této oblasti. Na konci r. 2013 byla provedena dotazníková studie, která zmapovala zájem aktivních uživatelů metamfetaminu o případnou substituční léčbu závislosti na metamfetaminu a o účast na klinické studii, která by se substituční léčbou závislosti na metamfetaminu zabývala. Výzkumný soubor tvořilo 130 aktivních uživatelů metamfetaminu – klientů nízkoprahových služeb pro uživatele drog působících na území hl. m. Prahy (kontaktních center a terénních programů organizací Drop In, SANANIM a Progressive), z toho bylo 99 mužů a 31 žen. Zájem o substituční léčbu projevilo 40 % dotázaných aktivních uživatelů pervitinu. Ochotu účastnit se studie efektivity substituční léčby uvedlo 76 % dotázaných. Menší zájem o substituční léčbu i o účast ve studii projevovali častěji respondenti z některé z národnostních menšin a také respondenti se stálým zaměstnáním a s vyšším měsíčním příjmem. Ukázalo se, že pro významnou část českých uživatelů pervitinu by substituční léčba byla atraktivním typem léčby (Nezdarová a Gabrhelík, 2016).

¹⁸⁸ <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0027903&tab=prices> [2016-08-01]

¹⁸⁹ <http://www.parlamentnilisty.cz/profily/Mgr-Jana-Pastuchova-32362/clanek/V-CR-kvete-cerny-trh-se-substitutnimi-leky-67082> [2016-08-08]

5.2.4 Rezidenční služby

Detoxifikace od návykových látek byla v r. 2015 poskytována ve 47 lůžkových zařízeních (49 v r. 2014), z toho v 6 fakultních nemocnicích, 28 nemocnicích akutní péče a 13 psychiatrických nemocnicích. Jediným krajem bez možnosti detoxifikace byl stejně jako v minulých letech Karlovarský kraj. Vyčleněná lůžka k detoxifikaci byla hlášena v celkovém počtu 182 v 15 lůžkových zařízeních (183 v 16 zařízeních v r. 2014). V dalších 32 lůžkových zařízeních (33 v r. 2014) detoxifikovali pacienti na různých odděleních bez vyčleněných lůžek pro tyto účely (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016h). Detoxifikace je dostupná také ve věznicích – viz kapitolu Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 222).

Rezidenční abstinenci orientovanou léčbu pacientům závislým na návykových látkách poskytují v ČR převážně psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení nemocnic. Zejména v psychiatrických nemocnicích je léčba organizována na speciálních odděleních pro léčbu závislostí. Počet psychiatrických lůžkových zařízení se v r. 2015 nezměnil – v ČR bylo 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé a 3 pro děti, 30 psychiatrických oddělení nemocnic a 2 psychiatrická oddělení v ostatních lůžkových zařízeních. Počet lůžek na psychiatrických odděleních nemocnic se nepatrně zvýšil (z 1274 v r. 2014 na 1308 v r. 2015), ale došlo k úbytku lůžek v psychiatrických nemocnicích pro dospělé (z 8582 v r. 2014 na 8364 v r. 2015).

Sekce terapeutických komunit A.N.O. dlouhodobě sdružuje celkem 14 zařízení¹⁹⁰ v 10 krajích (terapeutická komunita pro závislé neexistuje v Praze, krajích Karlovarském, Královéhradeckém, Pardubickém, Zlínském a Vysočina). Počet terapeutických komunit, které mají certifikát odborné způsobilosti, je dlouhodobě 10. V Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV¹⁹¹ je vedeno 12 terapeutických komunit poskytujících služby osobám ohroženým závislostí nebo závislým na návykových látkách. V r. 2013 bylo sjednocením všech 3 výše uvedených zdrojů identifikováno 16 jedinečných programů (blíže viz VZ 2013), ve Sčítání adiktologických služeb v r. 2014 odpovědělo 17 terapeutických komunit a kraje za r. 2015 hlásí rovněž 17 zařízení.

Do resortu školství spadá systém náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči, kam patří diagnostické ústavy pro děti a pro mládež, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, dětské domovy a střediska výchovné péče – celkem to v r. 2015 bylo 242 zařízení (238 v r. 2014). Součástí 6 zařízení jsou oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou závislostí¹⁹² – celková kapacita těchto speciálních oddělení byla v r. 2016 stejně jako v roce předchozím 84 míst a pobyt v nich absolvovalo 179 dětí (200 v r. 2014). Počet a kapacitu programů lůžkových léčebných zařízení v r. 2015 ukazuje tabulka 5-7.

¹⁹⁰ <http://www.terapeutickakomunita.cz/> [2015-08-05]

¹⁹¹ <http://iregistr.mpsv.cz/> [2015-08-05]

¹⁹² Výchovné ústavy Dvůr Králové, Praha 9 – Klíčov, Žulová, Hostouň, oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí Cesta Řevnice a od září 2014 Výchovný ústav Pšov. Cesta Řevnice je koedukované zařízení, ostatní jsou pouze pro chlapce.

tabulka 5-7: Síť adiktologických lůžkových léčebných zařízení v r. 2015

Typ zařízení	Počet programů	Kapacita (lůžka)	Charakteristika
Detoxifikace	15 (47*)	182	Zdravotnická služba, jejímž účelem je obvykle na začátku léčby minimalizovat odvykací příznaky
> lůžková zdravotnická zařízení			
> věznice	4	n. a.	
Psychiatrická lůžková péče	18	8 364	Abstinenčně orientovaná zdravotnická léčba závislosti v lůžkových zařízeních oboru psychiatrie, využívající farmakologické i psychoterapeutické přístupy, určená pro všechny závislostní poruchy
> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé	3	250	
> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti	30	1 308	
> psychiatrická oddělení nemocnic	2	66	
> ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením			
Terapeutické komunity	17	291**	Rezidenční péče na principu terapeutické komunity, jejíž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog
Zařízení speciálního školství	6	84	Specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových školských zařízeních
Chráněné bydlení	12***	139	Ubytování pro klienty programu následné péče, jejichž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog

Pozn.: * včetně zařízení s nevyčleněnými lůžky, ** odhadem 291, protože 10 programů podporovaných v dotačním řízení RVKPP má kapacitu 171 míst, *** programy podpořené v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2015

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016h), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016c), MŠMT (2016)

V rámci rigorózní práce na Univerzitě Palackého v Olomouci provedl Man (2015) výzkum účinků pravidelného vytrvalostního běhu na životní spokojenost klientů terapeutických komunit pro léčbu závislosti v Psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské v Bílé Vodě v okrese Jeseník. V souboru bylo 19 klientů léčby závislosti, kteří po dobu 1 měsíce pravidelně vytrvalostně běhali pod odborným dohledem. Výzkum byl realizován prostřednictvím standardizovaných dotazníků týkajících se životní spokojenosti a pomocí strukturovaných rozhovorů. Významný rozdíl mezi „celkovou životní spokojeností“ před a po ukončení výzkumu zjištěn nebyl, byl však zjištěn významný rozdíl v oblastech psychického i fyzického zdraví, vztahu k sobě samému a vztahů k ostatním lidem. Zároveň bylo zjištěno, že pravidelný vytrvalostní běh může klientům pomoci při práci s cravingem, resp. jako prevence relapsu.

5.2.4.1 Výzkum střednědobé rezidenční léčby závislosti na stimulanciích

Byla provedena studie, která zkoumala jednotlivé aspekty střednědobé léčby závislosti na stimulanciích realizované v psychiatrických zařízeních v ČR (Krtíčková, 2016). V I. 2014–2015 byly provedeny strukturované rozhovory a vyplněny dotazníky s vedoucími lékaři či primáři oddělení pro léčbu závislosti lůžkových psychiatrických zařízení, kde se léčí pacienti s problémy vyvolanými nealkoholovými drogami. Informace jsou založeny částečně na evidenci oddělení, částečně na expertních odhadech. Zkoumanými aspekty střednědobé léčby závislosti na stimulanciích byly délka léčby, uplatnění principů terapeutické komunity, psychoterapie, pracovní a jiné podpůrné terapie a edukace, zastoupení uživatelů stimulancií, používání rituálů, systém sankcí a odměn, členění léčby do fází, práce s rodinou, zajištění bezpečného prostředí pro léčbu, následná péče po propuštění. Bylo osloveno 16 lůžkových psychiatrických zařízení, z nichž 3 neprováděla standardní střednědobou léčbu závislosti na nealkoholových drogách nebo ji prováděla výjimečně. Soubor tedy tvoří 14 programů ve 13 zařízeních (v jednom zařízení jsou zastoupeny 2 primariáty s poněkud odlišným konceptem léčby). Údaje se týkají léčby pacientů s hlavní diagnózou F15.2 – duševní

poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním jiných stimulancií – syndrom závislosti (na dotazovaných odděleních šlo výhradně o uživatele pervitinu). I když se výzkum týká léčby uživatelů stimulancií, upozorňuje autorka na to, že zjištěná data jsou v zásadě platná pro léčbu závislosti na nealkoholových drogách obecně.

Samotné léčbě předchází detoxifikace trvající obvykle 6–7 dní. Délka standardní střednědobé léčby se pohybuje v rozmezí 3–6 měsíců, v průměru 3,5 měsíce, nejčastěji 3 měsíce; 8 zařízení umožňuje rovněž delší léčbu než standardní (maximum 11 měsíců v psychiatrickém zařízení, které provozuje program terapeutické komunity). Některá oddělení mají i kratší rehabilitační typ léčby pro komorbidní či méně motivované pacienty.

Tři programy přijímají převážně závislé na nealkoholových drogách, z toho tvoří 90 % závislí na metamfetaminu. Ostatní léčí závislé na alkoholu a nealkoholových drogách společně, podíl závislých na stimulanciích se pohyboval v rozmezí 10–40 %. Společná léčba závislých na alkoholu a nealkoholových drogách přináší více skupinové a komunitní dynamiky, mezigenerační přenosy (širší věkové spektrum), vzájemné obohacení obou skupin závislých, učení se respektu k druhým, ale také konflikty (přezíravost, odsuzování), které vyplývají z různých potřeb obou skupin. Pokud je podíl závislých na nealkoholových drogách nízký, je prostor pro zpracování specifických problémů nedostatečný.

Léčba se ve 12 ze 14 dotazovaných programů dělí na několik fází, nejčastěji na 3 fáze, jejichž smyslem je podpořit a strukturovat proces změny a dosáhnout dílčích cílů v léčbě. V nulté (počáteční) fázi dochází k výraznému omezení komunikace s okolím, v některých případech i izolaci od ostatních klientů. Při přechodu mezi fázemi je často nutné splnit dílčí úkoly (zpracovat téma pro setkání skupiny, zformulovat cíle, projít rituály). Některá zařízení mají fáze definovány pouze délkou trvání. Na rozhodování o přechodu do vyšší fáze se spolupodílí komunita, je možný i návrat zpět do nižší fáze. V poslední fázi probíhá příprava na propuštění, pacient má více svobody a odpovědnosti.

Všechny programy vymáhají dodržování režimu a používají sankční systém. Některá zařízení používají bodovací systém (plusové i minusové body), které podmiňují získání benefitu (např. dovolenky) nebo uložení sankce (např. řezání dřeva, příprava programu pro ostatní) nebo mohou vést v krajním případě k vyloučení z léčby.

Nějakou formu rituálu do procesu léčby zařazuje 11 ze 14 dotazovaných programů, jejichž důležitost se mezi programy různí. Někde jde pouze o uvítací rituál při vstupu do léčby a závěrečný rituál při odchodu z léčby (dotyčný dostává diplom, medaili), časté jsou rituály při přechodu mezi fázemi. Jinde probíhá více rituálů s hlubším významem (v přírodě, s využitím ohně, zpěvu apod.).

Souhrnný čas věnovaný strukturovanému terapeutickému programu, kdy je přítomen terapeut, dosahuje 21,5–48,5 hodiny týdně, průměrně 33,3 hodiny týdně. Strukturovaný program zahrnuje komunitní setkání, psychoterapii a další podpůrnou terapii, edukační programy, pracovní terapii, organizované volnočasové aktivity, sport. Druh a míru využívání různých léčebných a podpůrných metod v programu shrnují tabulka 5-8 a tabulka 5-9.

tabulka 5-8: Léčebné metody používané v psychiatrických lůžkových zařízeních při léčbě uživatelů stimulantů (pervitinu)

Metody	Popis
Principy terapeutické komunity (TK)	<ul style="list-style-type: none"> > Všechny programy využívají různou měrou principů TK. > Přibližně polovina využívá formální rámec (pouze komunitní setkání). > Přibližně polovina plně využívá potenciál TK (pacienti se výrazně podílí na rozhodování a zajištění chodu celé komunity). > Setkání komunity 1–2krát denně, celkový čas 40–140 minut denně, průměrně 78 minut denně.
Skupinová psychoterapie	<ul style="list-style-type: none"> > Jsou zastoupeny různé psychoterapeutické směry. > Probíhá 3–5krát týdně, celkový čas 4,5–8 hodin týdně, průměrně 5,6 hodiny týdně. > Počet pacientů ve skupině 10–15.
Individuální psychoterapie	<ul style="list-style-type: none"> > Většina programů nabízí pouze omezeně a v indikovaných případech. > 6 ze 14 programů má ve standardním programu 1–3krát během léčby individuální pohovor (často ke konci první fáze léčby) – jde spíše o motivační rozhovor než psychoterapii.
Farmakoterapie	<ul style="list-style-type: none"> > Medikamentózní léčba se zaměřuje především na řešení přidružených psychických problémů (depresivní, úzkostné a psychotické projevy či výraznější osobnostní patologie).

Zdroj: Krčíčková (2016)

tabulka 5-9: Podpůrné terapeutické metody používané v psychiatrických lůžkových zařízeních při léčbě uživatelů stimulantů (pervitinu)

Metoda	Popis
Edukace	<ul style="list-style-type: none"> > Nejčastější témata: vznik, rozvoj a jednotlivé stupně závislosti, spouštěče, rizikové chování, bažení a strategie jeho zvládnutí, prevence relapsu, přechody mezi různými druhy závislosti. > Některá zařízení nabízejí v rámci edukace i obecná témata týkající se mezilidské komunikace, asertivity, zacházení s agresí atd. > Znalosti jsou v 5 programech písemně ověřovány (testy, písemné referáty). > Celková délka 45–345 minut týdně, průměrně 130 minut týdně. > Při plném využití principů terapeutické komunity probíhá edukace napříč celým program, časové vymezení je obtížné.
Pracovní terapie	<ul style="list-style-type: none"> > Pracovní terapie je nedílnou součástí programů ve všech dotazovaných zařízeních, náplň se podstatně liší podle jednotlivých zařízení podle možností. > Výjimečně existuje možnost doplnění učňovského vzdělání.
Art-kreativní (umělecká, expresivní) terapie	<ul style="list-style-type: none"> > Arteterapie: 11 ze 14 programů (79 %). > Dramaterapie: 4 ze 14 programů (28 %). > Muzikoterapie, taneční terapie, imaginace: 3 ze 14 programů (21 %).
Sportovní, kulturní a jiné aktivity	<ul style="list-style-type: none"> > Sportovní programy několikrát za týden nabízí všechny programy. > Výlety: 8 ze 14 programů (57 %). > Zátěžové sportovní aktivity: 3 ze 14 programů (21 %). > Relaxace: 8 ze 14 programů (57 %).
Méně zastoupené metody*	<ul style="list-style-type: none"> > Jóga, biblioterapie, canisterapie, hippoterapie,* lekce tance, tvořivé kurzy pro ženy apod.

Pozn.: * biblioterapie – psychoterapeutická metoda využívající léčebných účinků četby, canisterapie – metoda využívající terapeutického působení psa, hippoterapie – metoda využívající terapeutického působení koně

Zdroj: Krčíčková (2016)

Liší se míra zapojení rodiny do terapeutického procesu v jednotlivých programech. Většina provádí alespoň jednou za léčbu delší rozhovor s rodinným příslušníkem, z toho minimálně 4 programy opakovaně. V 6 zařízeních nabízí několikadenní pobyt člena rodiny na oddělení, 2 zařízení organizují pravidelné edukativní skupiny či semináře pro příbuzné, 1 zařízení nabízí možnost rodinné terapie po ukončení léčby.

V 7 programech probíhá léčba mužů a žen společně, avšak vytváření partnerských dvojic mezi pacienty je ve většině zařízení zakázáno. Mezi výhody společné léčby byly uvedeny prostředí blízké realitě, prostor pro řešení mužsko-ženských otázek na skupině, pozitivní vliv na celkové vystupování

a vzhled mužů i žen. Při oddělené léčbě je zase nižší riziko vzniku párů mezi pacienty, větší bezpečí při otevření ohrožujících témat na skupině (platí zejména pro ženy) a větší soustředění se na samotnou léčbu.

Ve všech programech platí zákaz užívání alkoholu a jiných návykových látek – porušení zákazu vede velmi často k okamžitému propuštění z léčby. Kouření je vymezeno jasnými pravidly (čas, místo), existuje všeobecná snaha o redukci kouření. Jsou prováděny namátkové kontroly přítomnosti drog v moči (průměrná frekvence je jednou za 6 dní). Testy na alkohol se provádějí namátkově a zpravidla po návratu z vycházky či dovolenky. Samostatné vycházky jsou umožňovány po 2 dnech od zahájení léčby, nejpozději po 8 týdnech, průměrně po 4 týdnech léčby, víkendové dovolenky v průměru po 5 týdnech. V 8 zařízeních pacienti po detoxifikaci mají možnost mít mobilní telefon u sebe, přičemž mají vymezené hodiny, kdy jej mohou používat; v 6 zařízeních pacienti mobilní telefon u sebe nemají.

Řádně dokončí léčbu v průměru 47 % pacientů (25–65 %), 12 ze 14 programů nabízí běžně po propuštění stabilizační léčbu v případě rizika relapsu (většinou v délce 1–2 týdny a rovněž opakovaně v průběhu roku). Obecně existuje snaha směřovat absolventy léčby do nezdavotnických doléčovacích programů. Devět programů organizuje klub abstinentů nebo stabilizační skupinu. Bývají rovněž organizovány rekondiční pobyty pro absolventy léčby, výroční srazy absolventů a existuje možnost účasti na zátěžových akcích.

5.3 Charakteristiky léčené populace

5.3.1 Národní registr léčby uživatelů drog

V rámci rekonstrukce celého Národního zdravotního informačního systému ČR byl na začátku března 2015 spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD).¹⁹³ Správcem NRLUD je ÚZIS, NRLUD integruje Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL) – blíže viz VZ 2014.

V novém registru NRLUD se evidují kromě uživatelů nelegálních drog také uživatelé alkoholu, tabáku a patologičtí hráči. V NRLUD se sleduje zvlášť druh legální či nelegální drogy (např. alkohol, tabák, opiáty/opioidy, konopné látky) a dále se sledují jednotlivé užívané látky (např. u alkoholu se sleduje pivo, víno, destiláty a další; u opiátů/opioidů se sleduje heroin, morfin, opium, buprenorfin a další).

Rozjezd registru se od počátku potýká s technickými problémy vycházejícími z nové jednotné technologické platformy pro všechny národní zdravotní registry. Do srpna 2016 (termín redakční uzávěrky VZ 2015) nebylo např. dostupné datové rozhraní, které je základem pro import dat z existujících informačních systémů používaných v léčebných zařízeních (nemocniční informační systémy, programy pro ambulantní zdravotnická zařízení, UniData – software pro evidenci klientů a výkonů v adiktologických službách apod.). V registru tedy dosud chybí data z významné části léčebné sítě za r. 2015 i za dosavadní období r. 2016.

Údaje o léčených klientech v r. 2015 nahlásilo do registru celkem 148 programů, přičemž 66 % hlášení pochází z ambulantní léčby (z toho 42 % hlášení pochází ze substituční léčby), 17 % z kontaktních center a terénních programů, 11 % z lůžkových zdravotnických zařízení a 6 % z terapeutických komunit (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016d). Nejčastěji zastoupenými regiony v registru z hlediska počtu zařízení byla Praha (31 programů), Ústecký kraj (16 programů) a Jihomoravský kraj (15 programů). Podrobné členění hlásících programů v r. 2015 podle krajů uvádí tabulka 5-10.

¹⁹³ <http://www.uzis.cz/registry/narodni-zdravotni-registry/nr-lecby-uzivatelu-drog> [2015-08-05]

Pro srovnání, údaje o léčených klientech v r. 2014 nahlásilo do Registru žádostí o léčbu hygienické služby celkem 194 programů, přičemž více než polovina (51,5 %) hlášení pochází z 66 nízkoprahových programů, čtvrtina (24,5 %) z 84 ambulantních programů a čtvrtina (24,0 %) ze 44 pobytových léčebných zařízení (Füleová et al., 2015). Nejčastěji zastoupenými regiony v registru byly Moravskoslezský kraj (31 hlásících zařízení), Praha (30) a Olomoucký kraj (27). Celkově bylo v r. 2014 evidováno 10 108 žadatelů o léčbu, z nichž 4743 zahájilo léčbu v souvislosti s užíváním drog poprvé v životě.

Celkem bylo v r. 2015 v NRLUD evidováno 7641 klientů, z nichž 1895 zahájilo léčbu poprvé v životě (tzv. prvožadatelé). V r. 2015 bylo v registru celkem 1569 (21 %) léčených uživatelů alkoholu, 41 (1 %) uživatelů tabáku a 157 (2 %) léčených patologických hráčů. Uživatelů drog mimo alkohol a tabák (nelegálních drog) bylo celkem 5874 (77 %). Poprvé v životě bylo léčeno 451 uživatelů alkoholu (29 % ze všech léčených uživatelů alkoholu), 16 uživatelů tabáku (39 %), 85 patologických hráčů (54 %) a 1343 (23 %) uživatelů ostatních drog – graf 5-2.

Mimo alkohol byly nejčastějšími drogami stimulancia (2629 osob; 34,4 %), z nich zejména pervitin, který jako hlavní užívanou látku označilo 2592 osob (33,9 %). Následovaly opioidy (2531 osob; 27 %) a konopné látky (562 osob; 7 %). U prvožadatelů o léčbu je pořadí podle primární drogy jiné – nejvyšší počet klientů je opět u stimulancií, resp. pervitinu (895 osob; 47 %), následují konopné látky (235 osob; 12 %) a opioidy (163 osob; 7 %).

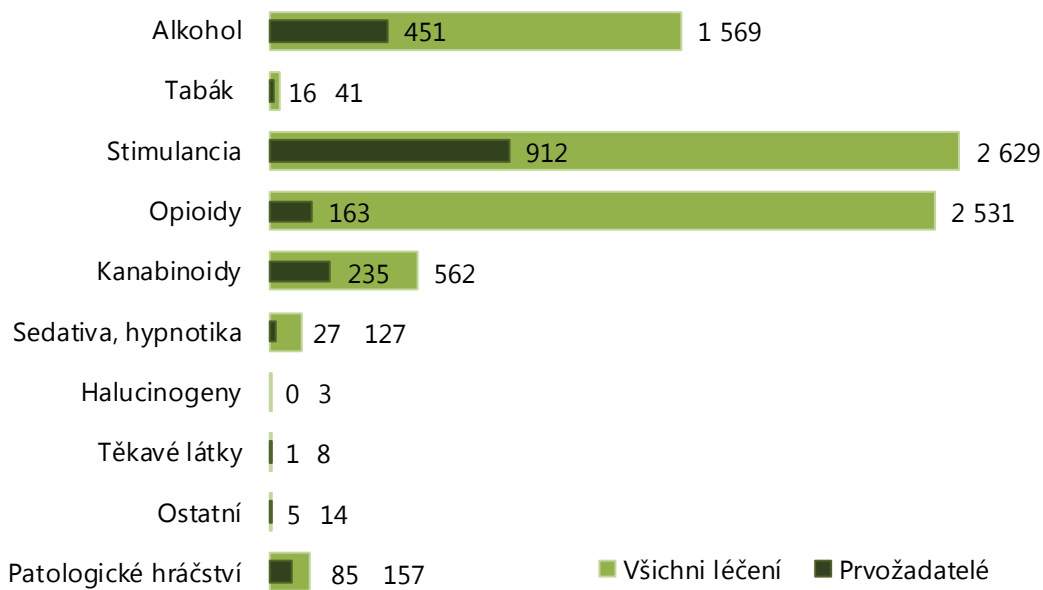
tabulka 5-10: Počet programů hlásících léčené klienty do NRLUD v r. 2015 podle krajů

Kraj	Ambulantní péče		Kontaktní centra a terénní programy	Lůžková péče	Terapeutické komunity	Celkem
	Celkem	z toho substituční léčba				
Hl. m. Praha	28	19	1	2	0	31
Středočeský	9	8	3	1	1	14
Jihočeský	7	5	3	1	2	13
Plzeňský	5	2	1	1	0	7
Karlovarský	1	1	1	0	0	2
Ústecký	6	2	7	1	2	16
Liberecký	4	3	0	1	1	6
Královéhradecký	6	5	0	1	0	7
Pardubický	0	0	1	1	0	2
Vysočina	5	2	2	3	1	11
Jihomoravský	13	9	0	0	2	15
Olomoucký	5	1	2	3	0	10
Zlínský	4	2	2	1	0	7
Moravskoslezský	5	3	2	0	0	7
Celkem	98	62	25	16	9	148

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Téměř 85 % (2150 z 2531 osob) uživatelů opioidů tvořili v r. 2015 pacienti v substituční léčbě. Vzhledem k tomu, že se do NRLUD při spuštění registru (březen 2015) nahrály všechny záznamy z původního registru substituční léčby (NRULISL), ve kterém se sledovalo méně položek, došlo k tomu, že některé byt i povinné položky nejsou u těchto záznamů k dispozici nebo jsou nekompletní. Tento problém se týká 40 % (934) osob užívajících opioidy. Z uživatelů opioidů, kteří měli uvedenu konkrétní užívanou látku (1434 osob), více než polovina (55 %; 787 osob) užívala heroin a více než třetina (35 %; 459 osob) buprenorfin – graf 5-2 a tabulka 5-11.

graf 5-2: Struktura žadatelů o léčbu v r. 2015 podle primární (základní) drogy (problému)



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

tabulka 5-11: Počet žadatelů o léčbu v r. 2015 podle primární (základní) drogy (problému)

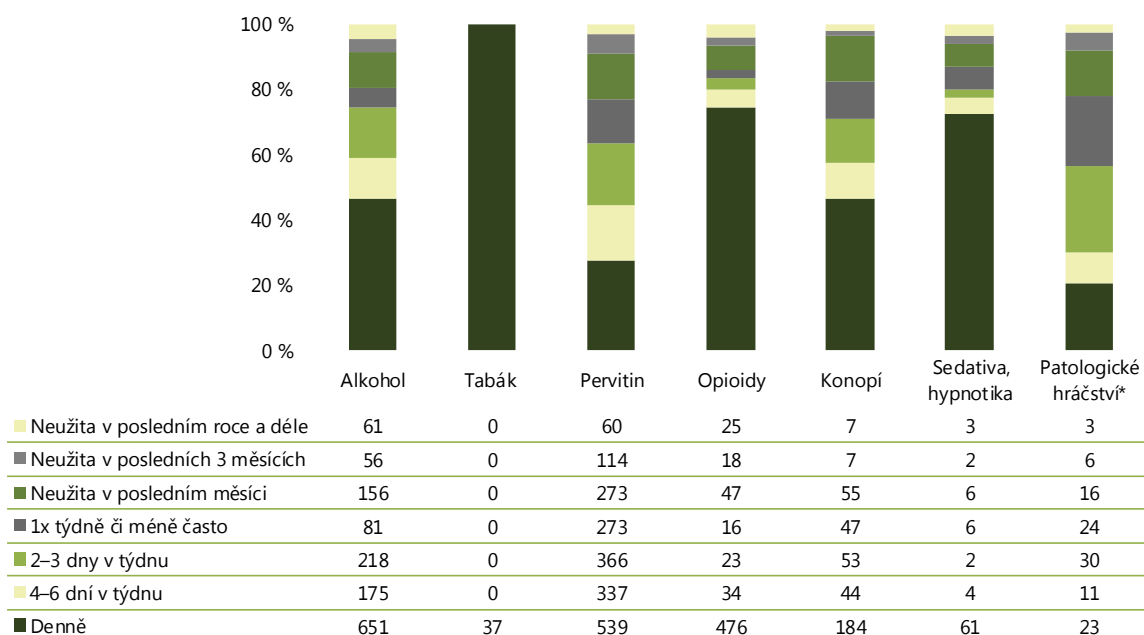
Droga/problém	Prvožadatelé	Všichni léčeni
Alkohol	451	1 569
Tabák	16	41
Stimulancia, z toho	912	2 629
> pervitin	895	2592
> amfetamin	5	14
> kokain	7	13
> extáze (MDMA, MDA, MDEA)	3	6
> crack, kokain	0	2
> efedrin	1	1
> jiná stimulancia	1	1
Opioidy, z toho	163	2 531
> heroin	73	860
> buprenorfin	53	512
> buprenorfin v kombinaci s naloxonem	7	53
> jiné opiáty	0	43
> metadon	3	40
> opium	9	26
> jiná opiátová analgetika	14	25
> morfin	0	20
> kodein a jeho deriváty	4	13
> jiné syntetické opiáty (kromě opiátových analgetik)	0	3
> fentanyl	0	2
> neuvedeno	0	934
Konopí, z toho	235	562
> marihuana	235	561
> hašiš	0	1
Sedativa a hypnotika, z toho	27	127
> benzodiazepiny	13	93
> hypnotika III. generace (tzv. Z-drugs)	8	21
> jiná sedativa, hypnotika	2	8
> barbituráty	4	5
Halucinogeny a delirogeny, z toho	0	3
> LSD	0	3
Těkavé látky, z toho	1	8
> toluen	1	7
> jiná ředidla	0	1
Ostatní drogy	5	14
Patologické hráčství	85	157
Celkem	1 895	7 641

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

U všech povinných položek existuje v NRLUD úniková možnost „neznámo“, která by měla být využívána v případech, že danou informaci nelze od klienta získat. Při zpracování dat z NRLUD byla tato možnost z analýzy vyloučena.

Denní užívání alkoholu bylo zaznamenáno u 47 % klientů s touto základní drogou, tabák denně užívali všichni uživatelé, u pervitinu 27 %, opioidů 74 %, konopných látek 46 % a u sedativ a hypnotik to bylo 73 % uživatelů dané drogy. Denně hrálo při vstupu do léčby 20 % patologických hráčů – graf 5-3.

graf 5-3: Frekvence užívání základní drogy mezi všemi žadateli o léčbu v r. 2015



Pozn.: * u patologického hráčství frekvence hraní hazardních her

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Dalším ukazatelem, který se povinně sleduje v NRLUD, je způsob aplikace drogy – tabulka 5-12. Injekční forma aplikace se vyskytovala zejména u uživatelů pervitinu (71 %). Mezi uživateli opioidů byla injekční aplikace uvedena v 70 %. Většina injekčních uživatelů pervitinu užíla drogu injekčně v posledním měsíci (63 %). Mezi uživateli opioidů užílo drogu injekčně v posledním měsíci 47 % všech injekčních uživatelů. Mezi prvožadateli injekční aplikaci uvedlo 63 % uživatelů pervitinu i opioidů, z nich v posledních 30 dnech injekčně užílo drogu 71 % uživatelů pervitinu a 73 % uživatelů opioidů.

Dalšími způsoby aplikace drogy bylo čichání či šňupání, které bylo evidováno u téměř čtvrtiny uživatelů pervitinu, a perorální užití, které bylo zaznamenáno u více než pětiny uživatelů opioidů. U prvožadatelů užívajících pervitin uvedla jako způsob aplikace drogy čichání či šňupání téměř třetina klientů a více než čtvrtina prvožadatelů užívajících opioidy uvedla užití perorální.

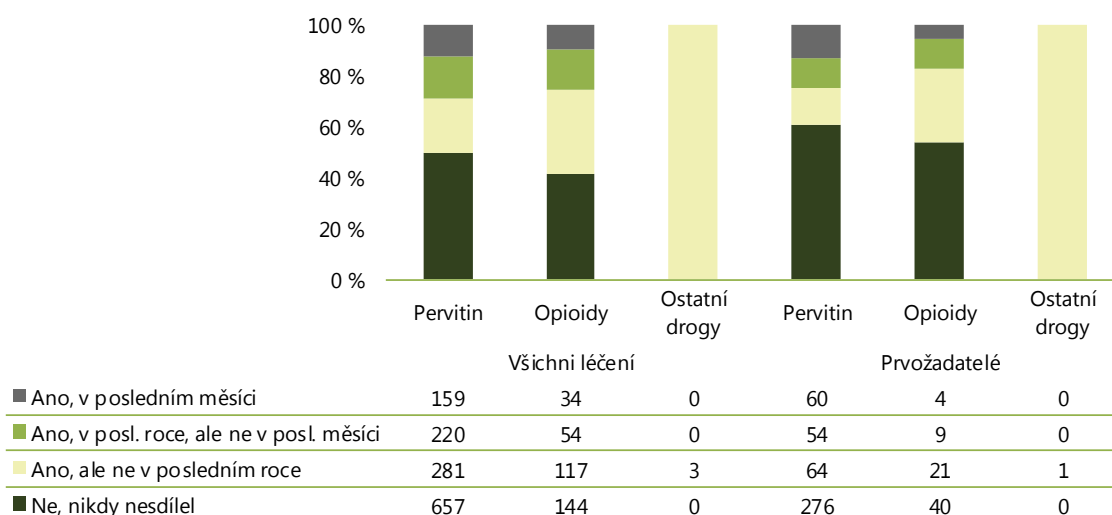
tabulka 5-12: Struktura žadatelů o léčbu v r. 2015 podle užívané drogy (problému) a způsobu aplikace, v %

Způsob aplikace	Alkohol	Tabák	Pervitin	Opioidy	Konopné látky	Sedativa, hypnotika
Všichni léčeni						
Injekční, z toho	0,0	0,0	71,5	69,2	0,4	1,1
> v posledních 30 dnech	0,0	0,0	45,1	32,7	0,2	1,1
> v posledních 12 měsících	0,0	0,0	12,7	8,9	0,0	0,0
> před 12 měsíci	0,0	0,0	11,6	13,3	0,2	0,0
Perorální	100,0	0,0	1,0	22,5	0,4	97,8
Kouření	0,0	100,0	3,9	6,2	98,3	0,0
Nazální	0,0	0,0	23,6	1,8	0,8	0,0
Jiný	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	1,1
Prvožadatelé						
Injekční, z toho	0,0	0,0	62,8	62,7	0,0	3,7
> v posledních 30 dnech	0,0	0,0	44,5	45,6	0,0	3,7
> v posledních 12 měsících	0,0	0,0	8,4	6,3	0,0	0,0
> před 12 měsíci	0,0	0,0	7,6	9,5	0,0	0,0
Perorální	100,0	0,0	1,3	27,8	0,9	92,6
Kouření	0,0	100,0	4,4	7,0	98,3	0,0
Nazální	0,0	0,0	31,4	2,5	0,9	0,0
Jiný	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	3,7

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Pokud byla u klienta zaznamenána injekční aplikace ať v současnosti, v posledních 12 měsících, nebo před více než 12 měsíci, je povinně vyplňován ukazatel týkající se sdílení stříkaček či jehel. Z platných odpovědí (po vyloučení odpovědí „neznámo“ a „neodpověděl“) téměř 12 % injekčních uživatelů drog uvedlo sdílení v posledních 30 dnech před začátkem léčby (12 % prvožadatelů), 16 % klientů uvedlo sdílení v posledních 12 měsících, ale ne v posledním měsíci (12 % prvožadatelů) a 24 % uvedlo sdílení někdy v životě, ale nikoliv v posledním roce (16 % prvožadatelů). Nikdy nesdílelo podle vlastních výpovědí 48 % injekčních uživatelů drog (60 % prvožadatelů). Sdílení jehel a stříkaček podle vybraných drog ukazuje graf 5-4.

graf 5-4: Struktura žadatelů o léčbu v r. 2015 podle skupin užívaných drog a sdílení jehel a stříkaček



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Kromě primární (základní) drogy se sledují u klientů až 4 další drogy. Většina klientů neměla uvedenu žádnou další drogu. Nejčastější další drogou byly konopné látky, opioidy a pervitin.

Klienti, kteří jako základní drogu uvedli alkohol, kromě jiného druhu alkoholického nápoje užívali pervitin a konopné látky. Uživatelé tabáku jako další drogu nejčastěji užívali alkohol, pervitin, konopné látky a opiáty. Nejvíce patologických hráčů uvedlo užívání alkoholu, pervitinu a konopných látek.

Více než třetina uživatelů pervitinu uvedla užívání konopných látek, desetina užívání opiátů a 7 % alkohol. Uživatelé opioidů nejčastěji jako další drogu uváděli jiný opioid, dále pervitin a konopné látky. Klienti, kteří se léčili primárně pro užívání konopných látek, uváděli v téměř polovině případů jako další drogu pervitin, dále alkohol a opioidy – tabulka 5-14.

tabulka 5-13: Počet žadatelů o léčbu podle základní a další drogy (problému) v r. 2015, v %

Základní droga	Počet klientů celkem	Bez další drogy	Další droga						
			Alkohol	Tabák	Pervitin	Opioidy	Konopí	Sedativa, hypnotika	Patologické hráčství
Alkohol	1 569	66,4	11,3	8,0	9,4	2,7	9,9	4,1	0,9
Tabák	41	34,1	29,3	0,0	26,8	19,5	26,8	0,0	0,0
Pervitin	2 629	54,6	6,9	4,9	0,0	10,4	33,2	1,6	1,0
Opioidy	2 531	73,4	1,9	0,6	12,5	15,8	4,6	3,4	0,0
Konopí	562	33,5	18,0	9,8	46,3	12,8	0,9	3,6	1,1
Sedativa, hypnotika	127	48,0	11,0	6,3	18,9	47,2	8,7	4,7	0,0
Patologické hráčství	157	80,9	8,9	1,3	7,0	0,0	7,0	0,0	0,0
Celkem	7 616	62,0	7,2	4,4	10,1	11,2	15,5	2,9	0,6

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Nejvyšší počet všech léčených uživatelů alkoholu byl v r. 2015 hlášen v Praze (257 osob), dále v Olomouckém (204 osob) a Zlínském kraji (202 osob), nejvíce uživatelů opioidů bylo hlášeno v Praze (963 osob), Ústeckém (446 osob) a Středočeském kraji (445 osob). Nejvíce uživatelů pervitinu bylo hlášeno z Ústeckého kraje (695 osob), Prahy (320 osob) a Středočeského kraje (263 osob).

Uživatelů alkoholu, kteří nastoupili léčbu poprvé v životě, bylo nejvíce ve Zlínském kraji (70 osob), Praze (53 osob) a Olomouckém kraji (51 osob), nejvíce prvožadatelů užívajících pervitin bylo hlášeno v Ústeckém (210 osob), Středočeském kraji (108 osob) a v Praze (91 osob), nejvíce prvožadatelů užívajících opioidy bylo evidováno v Praze (41 osob) a v Ústeckém kraji (33 osob) – tabulka 5-14.

Nejvyšší počet léčených klientů v přepočtu na počet obyvatel bylo v r. 2015 vykázáno v kraji Ústeckém (251,1/100 tis. obyvatel) a v Praze (194,1) – mapa 5-1. Je však potřeba vzít v úvahu neúplnost dat za r. 2015.

tabulka 5-14: Počet žadatelů o léčbu podle základních skupin užívaných drog (problému) a kraje bydliště v r. 2015

Kraj	Celkem	z toho						patologičtí hráči
		alkohol	tabák	pervitin	opioidy	konopí	sedativa, hypnotika	
Všichni léčeni								
Hl. m. Praha	1 640	257	2	320	963	64	24	6
Středočeský	933	142	2	263	445	51	14	15
Jihočeský	306	64	1	93	111	25	5	7
Plzeňský	296	69	0	120	60	33	5	8
Karlovarský	124	22	2	63	23	10	2	2
Ústecký	1 400	90	6	695	446	115	13	33
Liberecký	306	82	4	124	31	22	5	37
Královéhradecký	297	96	4	52	105	22	9	9
Pardubický	196	66	2	48	31	30	5	14
Vysočina	414	58	2	256	21	48	5	11
Jihomoravský	461	125	9	137	119	54	11	4
Olomoucký	518	204	5	207	53	28	16	5
Zlínský	334	202	1	84	16	20	9	2
Moravskoslezský	363	85	1	146	90	36	4	0
Cizinci	53	7	0	21	17	4	0	4
Celkem	7 641	1 569	41	2 629	2 531	562	127	157
Prvožadatelé								
Hl. m. Praha	216	53	1	91	41	23	3	4
Středočeský kraj	197	37	0	108	25	19	2	6
Jihočeský kraj	71	13	0	37	5	12	0	4
Plzeňský kraj	117	27	0	54	11	18	2	4
Karlovarský kraj	42	6	1	30	1	4	0	0
Ústecký kraj	338	21	2	210	33	49	4	19
Liberecký kraj	115	30	1	46	3	14	0	20
Královéhradecký kraj	92	38	4	20	8	13	3	6
Pardubický kraj	60	12	0	18	5	16	1	8
Kraj Vysočina	125	13	2	83	3	13	1	6
Jihomoravský kraj	126	42	3	48	8	20	2	3
Olomoucký kraj	150	51	2	63	12	14	6	2
Zlínský kraj	121	70	0	33	1	12	3	2
Moravskoslezský kraj	105	34	0	57	6	8	0	0
Cizinci	20	4	0	14	1	0	0	1
Celkem	1 895	451	16	912	163	235	27	85

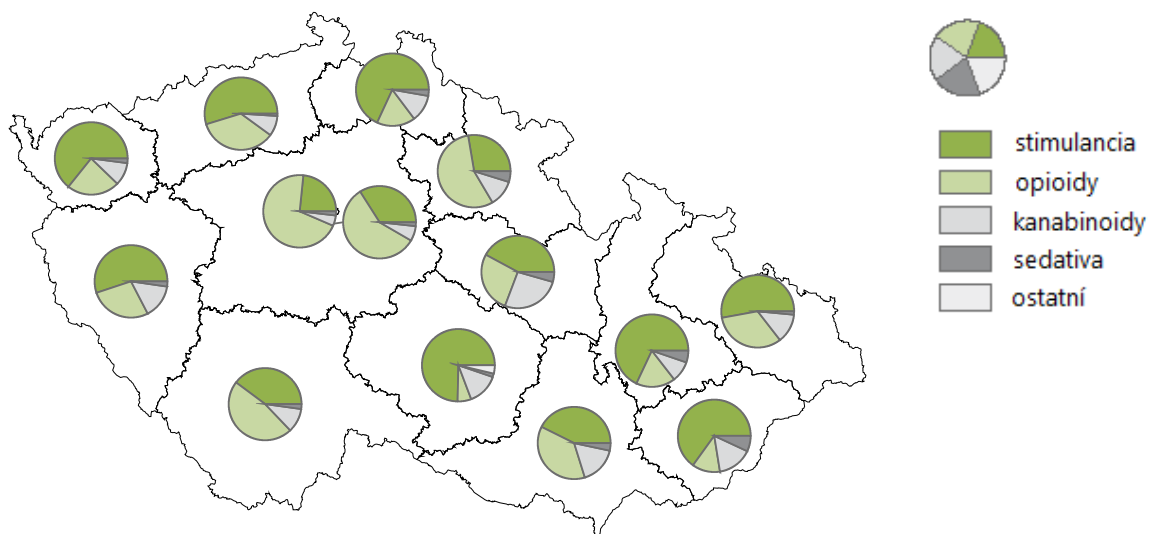
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

mapa 5-1: Počet všech žádostí o léčbu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2015 podle krajů



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

mapa 5-2: Struktura žádostí o léčbu spojených s nelegálními drogami v r. 2015 podle krajů

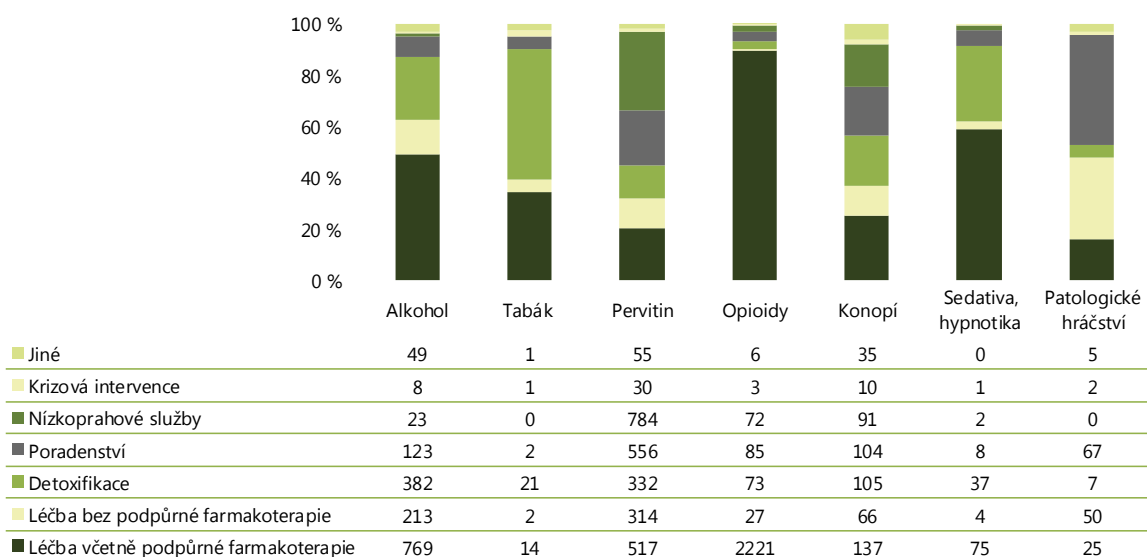


Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Téměř polovina uživatelů alkoholu podstoupila léčbu včetně podpůrné farmakoterapie, necelá čtvrtina detoxifikaci. U uživatelů tabáku více než polovina osob podstoupila detoxifikaci a více než třetina léčbu včetně podpůrné farmakoterapie. Patologickým hráčům bylo ve 43 % poskytnuto poradenství a ve 32 % léčba bez podpůrné farmakoterapie.

Většina uživatelů opioidů podstoupila léčbu včetně podpůrné farmakoterapie (tj. především substituční léčbu), uživatelé pervitinu téměř ve třetině případů využili nízkoprahové služby, dále poradenství a léčbu včetně podpůrné farmakoterapie (shodně cca pětina). Čtvrtina uživatelů konopných látek podstoupila léčbu včetně podpůrné farmakoterapie, necelá pětina detoxifikaci a stejný podíl klientů poradenství. Mezi uživateli sedativ a hypnotik byla nejvíce poskytována léčba včetně podpůrné farmakoterapie (60 %) a detoxifikace (29 %) – graf 5-5.

graf 5-5: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle poskytnuté intervence v r. 2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Podíl žen v populaci všech žadatelů o léčbu byl v r. 2015 přibližně 33 %, u prvožadatelů byl téměř stejný (34 %). V mladších věkových skupinách byl podíl žen vyšší, u skupiny 15–19letých byl dokonce vyšší podíl žen než mužů (57 %). Nejnižší byl podíl žen ve věku 35–49 let (přibližně čtvrtina). Průměrný věk všech léčených uživatelů v r. 2015 byl 34,6 roku (muži 35,9, ženy 34,4) a 32,1 roku (muži 32,7, ženy 31,0) u prvožadatelů – tabulka 5-15.

tabulka 5-15: Počet žadatelů o léčbu podle věku a pohlaví v r. 2015, v %

Věková skupina	Všichni léčení		Prvožadatelé	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
<15	58,8	41,2	62,5	37,5
15–19	42,9	57,1	46,5	53,5
20–24	62,0	38,0	61,0	39,0
25–29	65,8	34,2	71,0	29,0
30–34	67,6	32,4	71,3	28,7
35–39	73,7	26,3	73,3	26,7
40–44	75,1	24,9	73,9	26,1
45–49	71,6	28,4	69,9	30,1
50–54	70,1	29,9	62,2	37,8
55–59	59,6	40,4	60,0	40,0
60–64	67,9	32,1	73,5	26,5
≥65	45,7	54,3	40,9	59,1
Celkem	67,4	32,6	65,9	34,1
Průměrný věk	35,9	34,4	32,7	31,0

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Mezi uživateli alkoholu tvořily ženy více než třetinu léčených osob, u uživatelů tabáku byl podíl žen více než poloviční. U ostatních (nelegálních) drog (bez alkoholu a tabáku) byla situace velice podobná jako u všech evidovaných klientů. Podíl žen byl v r. 2015 mezi uživateli nelegálních drog 32 % a mezi prvožadateli 35 %. Nejvyšší byl podíl žen u sedativ a hypnotik, a to jak u všech žadatelů o léčbu (53 %), tak u prvožadatelů (63 %) – tabulka 5-16.

tabulka 5-16: Podíl žadatelů o léčbu podle druhu užívané drogy (problému) a pohlaví v r. 2015, v %

Druh drogy	Všichni léčeni		Prvožadatelé	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Alkohol	64,8	35,2	65,2	34,8
Tabák	48,8	51,2	43,8	56,3
Stimulancia	64,7	35,3	63,3	36,7
> z toho pervitin	64,6	35,4	63,1	36,9
> z toho kokain a crack	66,7	33,3	71,4	28,6
Opiáty	70,6	29,4	72,4	27,6
Konopí	71,9	28,1	69,4	30,6
> z toho marihuana	71,8	28,2	69,4	30,6
Sedativa, hypnotika	47,2	52,8	37,0	63,0
Halucinogeny a delirogeny	66,7	33,3	0,0	0,0
Těkavé látky	62,5	37,5	0,0	100,0
Ostatní	64,3	35,7	60,0	40,0
Patologické hráčství	92,4	7,6	89,4	10,6
Celkem	67,4	32,6	65,9	34,1

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Průměrný věk léčených uživatelů alkoholu byl 43,5 roku a uživatelů tabáku 37,5 roku. Mezi uživateli ostatních drog byl průměrný věk 32,2 roku a průměrný věk patologických hráčů byl při zahájení léčby 34,3 roku – tabulka 5-17. Průměrný věk u uživatelů pervitinu byl 29,6 roku, u uživatelů opioidů 35,7 roku, u uživatelů konopných drog 25,4 roku.

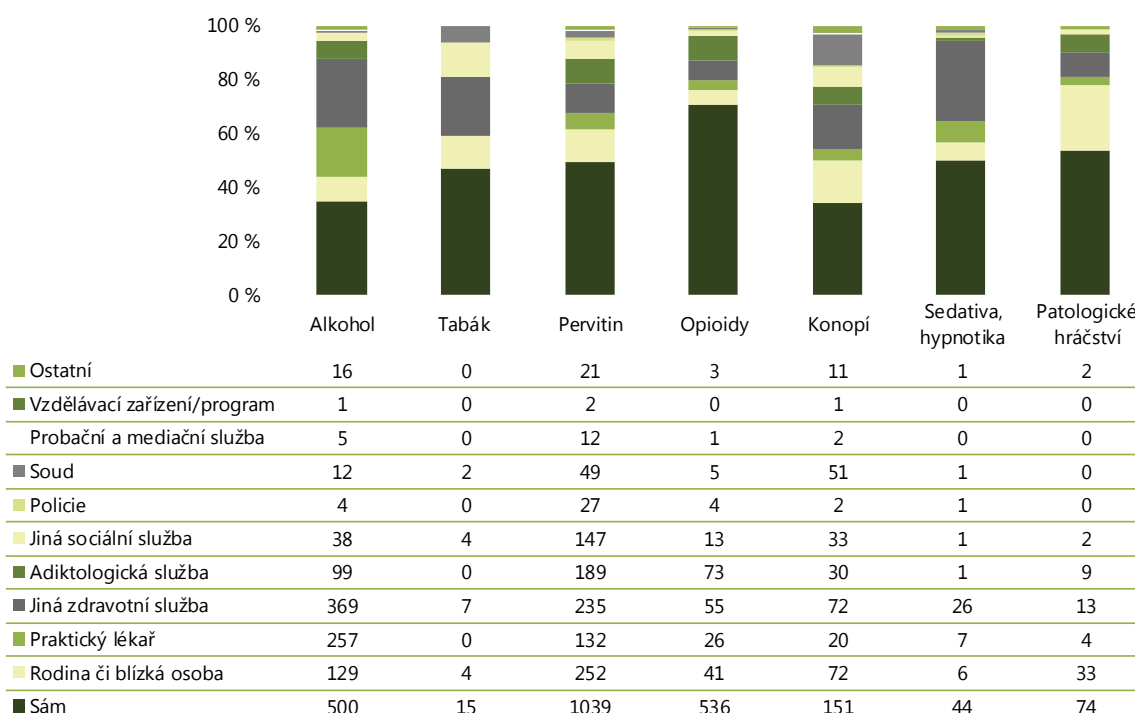
tabulka 5-17: Podíl žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a věkových skupin v r. 2015, v %

Věková skupina	Alkohol	Tabák	Pervitin	Opioidy	Konopí	Sedativa, hypnotika	Patologické hráčství
<15	0,0	2,4	0,2	0,0	2,1	0,0	0,0
15–19	1,2	24,4	8,3	0,2	29,9	0,0	3,8
20–24	2,3	4,9	19,6	2,6	18,0	4,7	20,4
25–29	9,6	4,9	26,5	9,3	20,6	5,5	15,9
30–34	9,7	7,3	21,5	28,6	15,7	11,0	15,9
35–39	15,8	9,8	12,7	40,1	7,7	21,3	14,6
40–44	17,1	12,2	6,1	12,1	3,4	9,4	14,0
45–49	13,2	7,3	3,3	3,9	1,8	11,0	3,8
50–54	12,7	4,9	1,3	2,2	0,7	10,2	3,8
55–59	9,5	12,2	0,5	0,5	0,2	10,2	2,5
60–64	5,0	4,9	0,0	0,5	0,0	7,9	3,2
≥65	3,9	4,9	0,0	0,1	0,0	8,7	1,9
Průměrný věk	43,5	37,5	29,6	35,7	25,4	45,4	34,3

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Kromě základních informací o užívaných látkách, pohlaví, věku, bydlišti se v NRLUD povinně sleduje informace o tom, kdo doporučil klientovi léčbu nebo z jakého zařízení byl odeslán. Z dat vyplývá, že nejčastěji klienti přicházejí sami, a to 35 % uživatelů alkoholu, 47 % uživatelů tabáku a 54 % patologických hráčů. Mezi uživateli ostatních drog je podíl těch, kteří sami nastoupili léčbu, ještě vyšší, a to téměř polovina uživatelů pervitinu, 71 % uživatelů opioidů, polovina uživatelů sedativ a hypnotik a více než třetina uživatelů konopných látek. Mezi další, kdo nejčastěji klientovi doporučil léčbu, patří rodina či blízké osoby, praktický lékař či ostatní zdravotnické nebo adiktologické služby. Podrobné informace uvádí graf 5-6.

graf 5-6: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle zdroje doporučení léčby v r. 2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Další informace o rodinném stavu, národnosti, vzdělání, zaměstnání a bydlení žadatelů o léčbu jsou uvedeny v kapitole Socioekonomické charakteristiky uživatelů drog (str. 187).

5.3.2 Klienti ambulantních programů

Přibližně dvě třetiny klientů ambulantních adiktologických programů tvoří muži – relativně nejvíce mužů bylo mezi klienty záchranných stanic (83 %) a nejméně v krizových centrech (61 %) a psychoterapeutických stacionářích (až dvě třetiny). Podíl dětí a mladistvých do 20 let je velmi nízký – pod 5 % téměř ve všech typech programů – tabulka 5-18. Podíl klientů podle primární (základní) návykové látky se významně liší v závislosti na typu programu.

tabulka 5-18: Uživatelé návykových látek v ambulantních adiktologických programech v r. 2015

Typ zařízení	Počet klientů	Podíl v %	
		Ženy	Osoby do 20 let
Nízkoprahová kontaktní centra	17 029	34	n. a.
Záchytné stanice	21 722	17	2
Ambulantní léčba > ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie	35 405	36	4
> ambulantní (nezdravotnické) programy*	1 471	41	n. a.
Substituční léčba > registr substituční léčby	2 248	29	0
> roční výkaz psychiatrů	2 253	32	n. a.
> roční výkaz praktických lékařů**	494	30	n. a.
Věznice > poradny drogové prevence	7 974	n. a.	n. a.
> substituční léčba	53	n. a.	n. a.
> dobrovolná léčba	494	0	n. a.
> ochranná léčba	215	26	n. a.
> bezdrogové zóny***	3 812	3	n. a.
> programy NNO	7 753	n. a.	n. a.
Krizová centra	64	39	9
Psychoterapeutické stacionáře ⁺	309	68	n. a.
Speciální programy následné péče ⁺⁺	2 880	34	n. a.
Centra pro závislé na tabáku ⁺⁺⁺	1 800	–	–

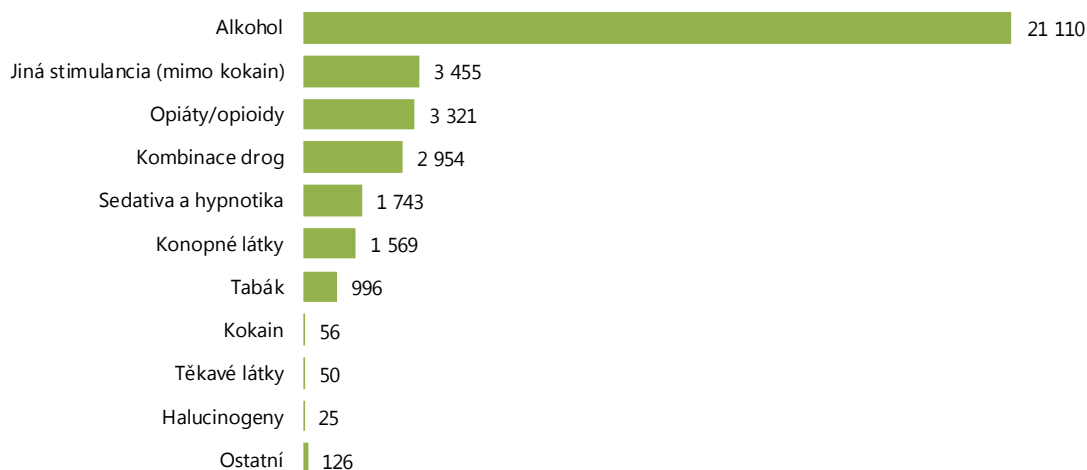
Pozn.: * programy dotované RVKPP (z programů ambulantní léčby ty, které nemají statut zdravotnického zařízení), ** údaj se týká r. 2013, *** 3616 osob v bezdrogových zónách standardních a 196 osob v bezdrogových zónách s terapeutickým režimem, + údaje se týkají jednoho stacionáře podpořeného v dotačním řízení RVKPP v r. 2015, ++ odhad získaný extrapolací dat o programech dotovaných RVKPP, +++ odhad získaný na základě průměrného počtu pacientů na jedno centrum a počtu center

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016h), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f), Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2016), Králíková et al. (2014)

V nízkoprahových kontaktních centrech bylo v r. 2015 hlášeno 17 029 uživatelů návykových látek (17 578 v r. 2014 a 18 149 v r. 2013), z toho 11 263 uživatelů pervitinu (11 671 v r. 2014, 12 648 v r. 2013), 3503 opioidů (2852 v r. 2014 a 3395 v r. 2013), uživatelů alkoholu bylo v nízkoprahových zařízeních vykázáno 346 (306 v r. 2014 a 592 v r. 2013). Ženy tvořily 34 % klientů.

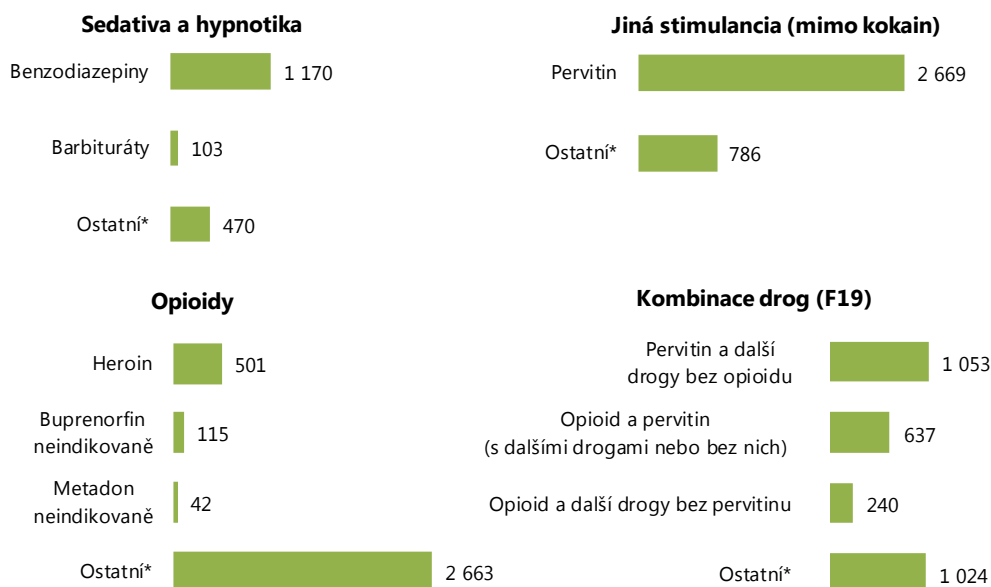
V psychiatrických ambulancích bylo v r. 2015 léčeno 35 405 pacientů s problémy s návykovými látkami, z nich nejvíce s poruchami způsobenými užíváním alkoholu, a to 21 110 pacientů, tj. téměř 60 %. Pacientů s poruchami způsobenými užíváním nealkoholových drog (bez tabáku) bylo 13 299 (téměř 38 %), uživatelů tabáku 996 (necelá 3 %). Nejvíce uživatelů nealkoholových drog bývá ročně léčeno pro poruchy způsobené užíváním stimulancií mimo kokainu (26 %), především pervitinu (20 %), dále pro užívání opioidů (25 %) a více drog současně (22 %). Podíl pacientů léčených pro užívání konopných látek dosáhl 12 % a pro užívání sedativ a hypnotik 13 %. Počet a podíl uživatelů ostatních drog byl velmi nízký – graf 5-7. U všech sledovaných návykových látek bývá každý rok vyšší podíl mužů než žen, výjimku představují sedativa a hypnotika, kde ženy dlouhodobě tvoří téměř 60 %. Děti a mladistvých se v r. 2015 léčilo celkem 1407 (necelá 4 %). V síti 75 zařízení, které je možno označit za specializované AT ambulance, bylo evidováno 19 502 pacientů, tj. 55 % z celkového počtu 35 405 léčených pacientů s poruchami způsobenými návykovými látkami.

graf 5-7: Struktura pacientů v ambulantní psychiatrické péči podle skupin drog v r. 2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016h)

graf 5-8: Struktura pacientů v ambulantní psychiatrické péči podle jednotlivých látek ve skupinách drog v r. 2015



Pozn.: * Kategorie „ostatní“ vzniká tak, že zdravotnické zařízení vyplní počty u nadřazené kategorie, např. kategorie F15 jiná stimulancia (mimo kokain), a nikoliv již konkrétní podkategorii, kterou výkaz nabízí (např. pervitin).

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016h)

Během r. 2015 bylo v Národním registru léčby uživatelů drog evidováno 2248 léčených osob v substituční léčbě (2314 v r. 2014), více než 29 % tvořily ženy. Více než 69 % z celkového počtu pacientů ve sledovaném roce bylo ve věku 30–39 let a 12 % ve věku 20–29 let. Mladistvých ve věku 15–19 let bylo necelé 1 %. V r. 2015 byla 1566 (70 %) pacientů poskytována substituční léčba buprenorfinem a 682 (30 %) metadonem. Z 1566 osob léčených buprenorfinem užívalo 960 (61 %) monopřípravky (především Subutex®) a 606 (39 %) kombinovaný přípravek Suboxone®.

Z ročního výkazu o činnosti psychiatrických ambulancí vyplývá, že substituční léčba v psychiatrických ambulantních zařízeních byla poskytnuta 2253 pacientům, z nichž bylo 32 % žen. Data z ročního výkazu o činnosti praktických lékařů pro dospělé, který rovněž obsahuje položky týkající se poskytování substituční léčby, nejsou za r. 2015 k dispozici.

Záchytné stanice v r. 2015 vykázaly 21 722 osob, z toho bylo 316 (necelá 2 %) intoxikováno nealkoholovými drogami. Ženy tvořily 17 %, mladiství do 20 let 2 % a osoby starší 65 let 7 %.

Krizová centra v r. 2015 hlásila 64 osob s problémy způsobenými užíváním návykových látek, ženy tvořily 39 %, mladiství 9 %. V dotačním řízení RVKPP byl podpořen jeden denní stacionář, který v r. 2015 poskytl služby celkem 626 osobám (ženy tvořily dvě třetiny), z toho bylo 309 uživatelů (nealkoholových) drog (především pervitinu) s průměrným věkem 28 let. Celkem 77 % tvořily první kontakty.

Klienty nízkoprahových zařízení pro uživatele drog blíže popisuje kapitola Nízkoprahové harm reduction programy (str. 174), služeb následné péče kapitola Následná péče a sociální reintegrace (str. 201) a adiktologických služeb ve věznicích kapitola Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 222).

5.3.3 Klienti lůžkových zařízení

Muži tvoří přibližně dvě třetiny klientů rezidenčních programů. Podíl dětí a mladistvých je s výjimkou dětských psychiatrických léčeben nižší než 10 % – tabulka 5-19.

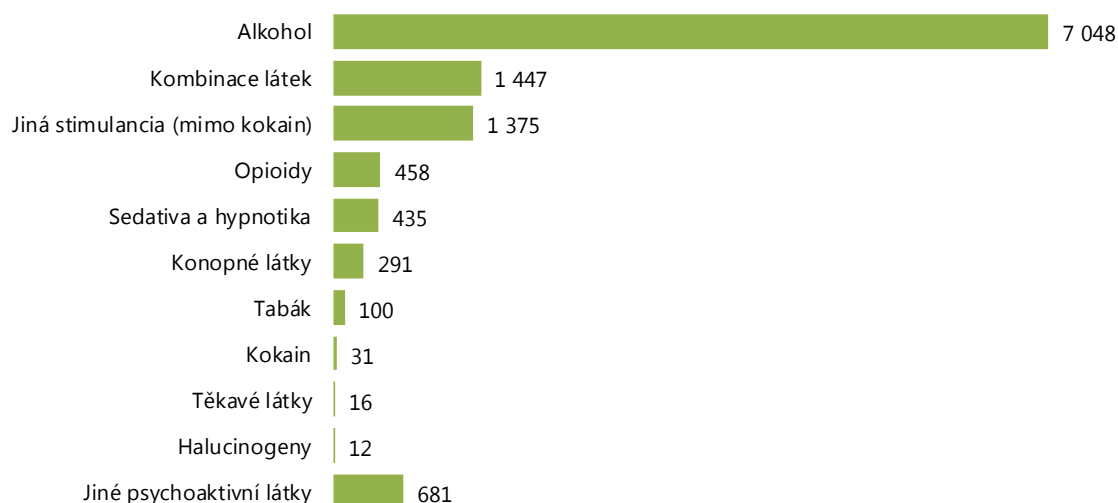
tabulka 5-19: Uživatelé návykových látek v rezidenčních adiktologických programech v r. 2015

Typ zařízení	Počet klientů	Podíl v %	
		Ženy	Osoby do 20 let
Detoxifikace			
> lůžková zdravotnická zařízení	11 632	33	7
> věznice	147	19	n. a.
Psychiatrická			
> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé	11 288	29	3
lůžková			
> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti	25	32	100
péče			
> psychiatrická oddělení nemocnic	4 467	39	9
> ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	65	29	0
Terapeutické komunity*	394	32	n. a.
Zařízení speciálního školství**	179	17	100

Pozn.: * Údaj z 10 programů podpořených v dotačním řízení RVKPP v r. 2015. ** 5 z 6 zařízení jsou určena pouze pro chlapce
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016h), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016c), MŠMT (2016)

Pro detoxifikaci od návykových látek bylo v r. 2015 hospitalizováno celkem 11 632 pacientů – téměř stejně jako v předchozím roce (11 283 v r. 2014), z nichž téměř třetinu tvořily ženy a více než 7 % děti a mladiství ve věku do 20 let. Pro detoxifikaci od alkoholu bylo hospitalizováno 7048 (61 %) pacientů. Od nealkoholových drog bylo detoxifikováno 4846 pacientů (39 %), z toho od kombinace dvou a více látek 1447 (30 % uživatelů nealkoholových drog), 1375 (28 %) od jiných stimulancií, 458 pacientů (9 %) od opioidů – graf 5-9.

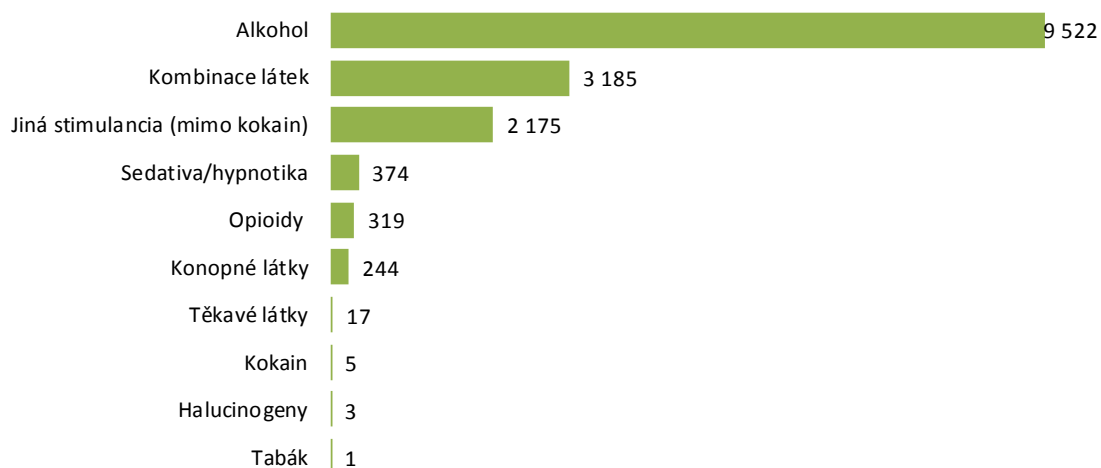
graf 5-9: Struktura pacientů hospitalizovaných pro detoxifikaci od návykových látek podle drogy v r. 2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016h)

V r. 2015 bylo evidováno 15 845 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9522 (60 %) hospitalizací bylo pro poruchy způsobené alkoholem, 6322 (40 %) pro poruchy způsobené nealkoholovými drogami a 1 osoba byla hospitalizována pro závislost na tabáku. Téměř třetinu hospitalizovaných tvořily ženy a necelých 5 % děti a mladiství do 20 let. Necelé tři čtvrtiny hospitalizací se uskutečnily v psychiatrických léčebnách/nemocnicích, více než čtvrtina byla na psychiatrických odděleních nemocnic. U hospitalizací uživatelů nealkoholových drog bylo nejčastější příčinou užívání kombinace látek (50 % všech případů hospitalizace pro nealkoholové drogy), dále užívání stimulantů mimo kokain (34 %). Sedativa a hypnotika, opioidy a konopné látky se na hospitalizacích pro nelegální drogy podílely v 6 %, 5 %, resp. 4 % – graf 5-10.

graf 5-10: Struktura pacientů v lůžkové psychiatrické péči podle drogy v r. 2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016c)

Klientelu terapeutických komunit tvoří z jedné třetiny ženy. Většina jejich klientů byli v r. 2015 injekční uživatelé drog (84 %), přičemž největší skupinu tvořili opět uživatelé stimulantů, resp. pervitinu (81 %). Uživatelé opioidů a konopných látek byli zastoupeni v nižší míře (11 %, resp. 5 %). Klienti závislí na alkoholu a patologičtí hráči jsou vzácnými klienty terapeutických komunit – v r. 2015 tvořili závislí na alkoholu 3 %, kvůli patologickému hráčství se v terapeutické komunitě neléčila žádná osoba.

5.4 Trendy léčených uživatelů drog

5.4.1 Vývoj počtu klientů v Registru žádostí o léčbu

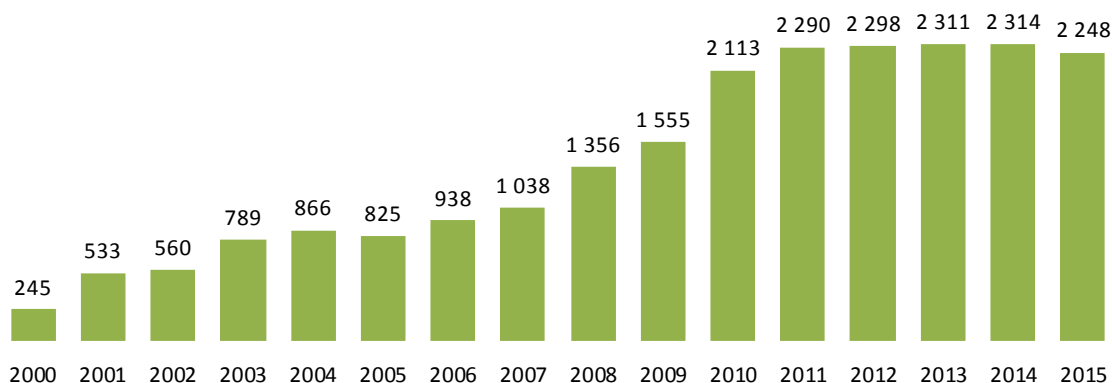
Trendy do r. 2014 jsou uvedeny ve VZ 2014. Na začátku března 2015 ÚZIS spustil Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který spojil dva do té doby samostatné informační systémy – Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). Kvůli technickým komplikacím chybí dosud v registru data z významné části léčebné sítě za r. 2015 i 2016 (blíže viz kapitolu Národní registr léčby uživatelů drog, str. 128), proto nebyla trendová data zahrnující r. 2015 do této výroční zprávy zahrnuta.

Do r. 2015 bylo do registru hlášeno kolem 10 tis. případů, osoby žádající o léčbu poprvé v životě (prvožadatelé) tvořily dlouhodobě přibližně polovinu všech hlášených případů. Uživatelé pervitinu jako primární drogy tvořili dlouhodobě kolem 70 % všech žadatelů a jejich počet dlouhodobě rostl, dlouhodobě naopak klesal počet uživatelů opioidů (zejména heroinu).

5.4.2 Vývoj počtu klientů v ostatních informačních systémech

Počet pacientů v opiatové substituční léčbě nahlášených do registru substituční léčby (NRULISL), resp. do nového Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD), strmě rostly od r. 2000, kdy byla substituční léčba v ČR spuštěna jako standardní léčebná modalita, a zejména od r. 2007, kdy byla spuštěna webová aplikace registru, až do r. 2010. V r. 2011 došlo ke zpomalení nárůstu a v l. 2011–2014 počet léčených v substituci velmi mírně narůstal, resp. stagnoval. V r. 2015 došlo poprvé k mírnému poklesu počtu pacientů v opiatové substituční léčbě, což lze hodnotit jako negativní jev – graf 5-11.

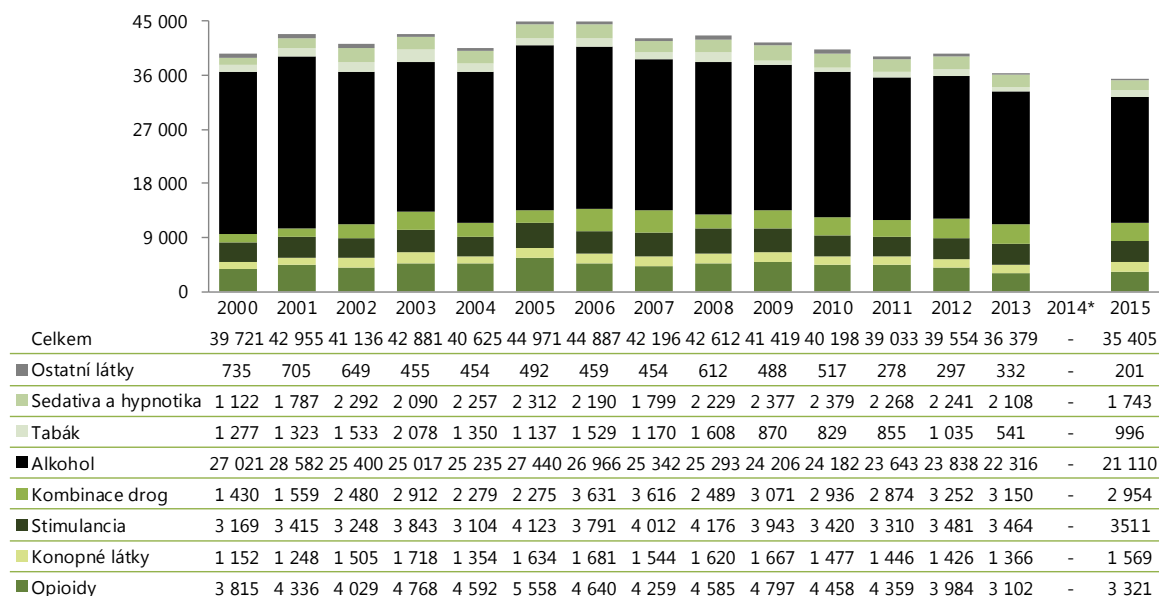
graf 5-11: Počet pacientů hlášených do registru substituční léčby v l. 2000–2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Počet pacientů léčených pro problémy spojené s užíváním návykových látek v ambulantních zařízeních oboru psychiatrie dlouhodobě klesá. Zatímco v l. 2005–2006 bylo léčeno téměř 45 tis. osob, v r. 2015 to bylo 35,4 tis. K největšímu poklesu došlo u alkoholu a opiátů – graf 5-12.

graf 5-12: Počet léčených pacientů v ambulantní psychiatrické léčbě v l. 2000–2015

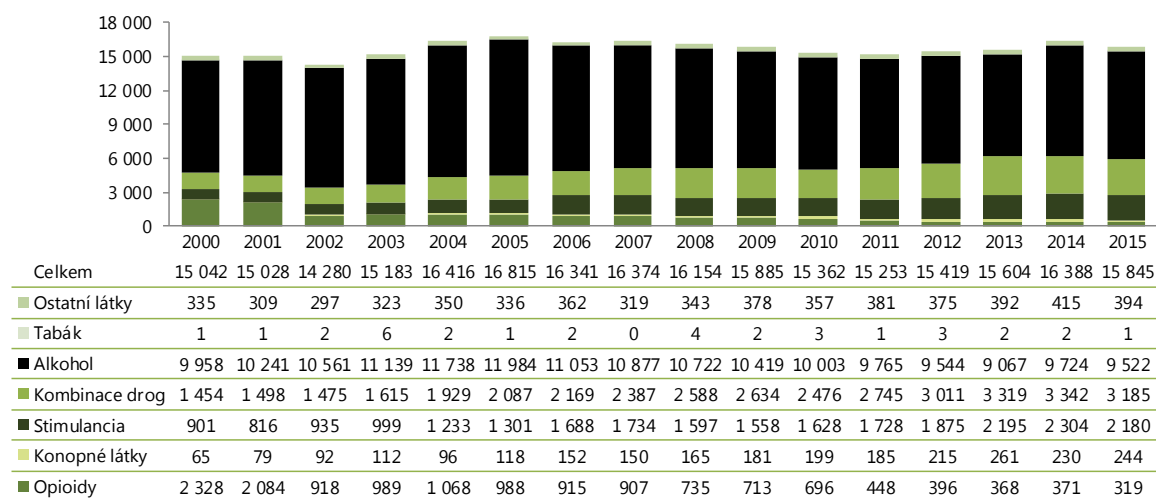


Pozn.: * Data za r. 2014 nejsou dostupná.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016h)

Počet hospitalizací pro problémy způsobené návykovými látkami v psychiatrických zařízeních se v l. 2000–2009 s výkyvy pohyboval mezi 15,5 a 16,5 tis. pacientů. Dlouhodobě je patrný nárůst případů spojených s kombinací drog, stimulancii (pervitinem) a konopnými látkami, naopak pokles v souvislosti s opioidy – graf 5-13.

graf 5-13: Počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v l. 2000–2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016c)

6

Kapitola 6:

Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

6.1 Infekce spojené s užíváním drog

6.1.1 Nově diagnostikované případy

6.1.1.1 HIV/AIDS

Výskyt HIV/AIDS podle způsobu přenosu infekce sleduje Státní zdravotní ústav Praha (SZÚ) od r. 1985. Podíl přenosu viru HIV prostřednictvím injekčního užívání drog je v ČR dlouhodobě nízký. V r. 2015 byly nově diagnostikovány 3 případy HIV u injekčních uživatelů drog (IUD), tj. osob, u nichž došlo k přenosu infekce HIV velmi pravděpodobně prostřednictvím injekčního užívání drog. V anamnéze mělo injekční užívání drog dalších 12 nově diagnostikovaných HIV pozitivních osob – tabulka 6-1. Dominantní cestou přenosu HIV v ČR je sexuální styk mezi muži (MSM), tato cesta přenosu tvoří 78,2 % ze všech nových případů¹⁹⁴ v r. 2015 a je to jedna z nejvyšších hodnot tohoto ukazatele v rámci evropských zemí (Státní zdravotní ústav Praha, 2016b).

tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2015 podle způsobu přenosu

Způsob přenosu	1985–2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Celkem
IUD	37	5	12	8	4	4	7	5	6	9	3	100
> muži	30	4	5	7	4	3	7	2	4	4	3	73
> ženy	7	1	7	1	0	1	0	3	2	5	0	27
MSM/IUD	13	2	5	4	3	3	5	5	4	6	6	56
Jiný s IUD	29	2	5	2	3	5	3	2	3	6	6	66
v anamnéze												
Jiný bez IUD	747	82	99	134	146	168	138	200	222	211	251	2 398
v anamnéze												
Celkem	826	91	121	148	156	180	153	212	235	232	266	2 620

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

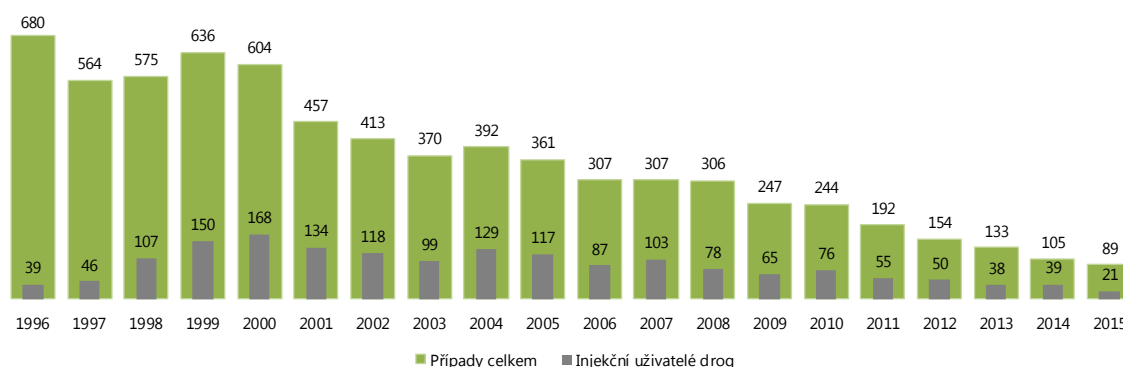
Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2016b)

6.1.1.2 Virové hepatitidy

Počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB, dg. B16) celkem i mezi IUD má od r. 2000 stále klesající tendenci, a to zejména díky povinnému očkování od r. 2001. U virové hepatitidy typu C (VHC, dg. B17.1 a B18.2) nedochází k výrazným výkyvům v počtu nakažených mezi IUD, kteří tvoří dlouhodobě více než polovinu všech nakažených (58,6 % v r. 2015). Dlouhodobě roste průměrný věk nakažených injekčních uživatelů drog u nově hlášených případů akutní VHB, průměrný věk u nakažených VHC se v posledních 3 letech pohybuje v rozmezí 30–31 lety – graf 6-1 až graf 6-3.

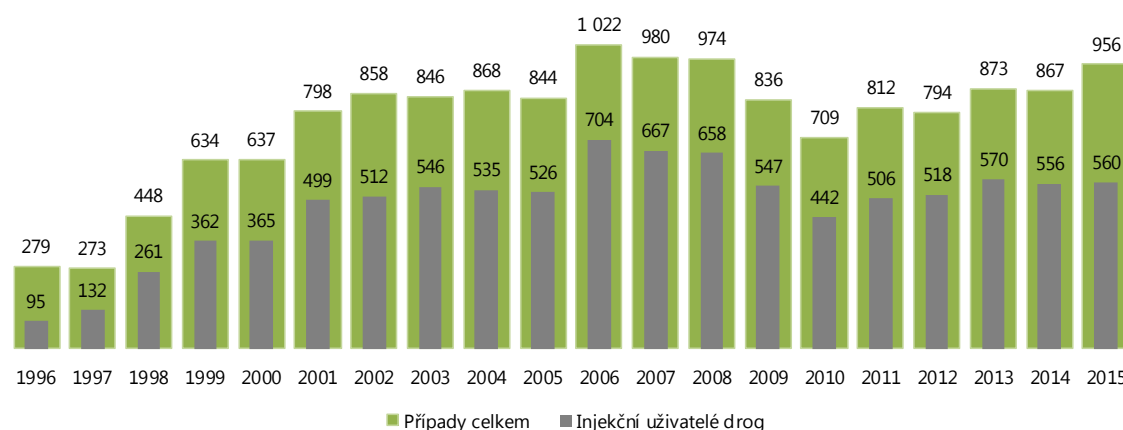
¹⁹⁴ V r. 2015 bylo zjištěno 208 nových případů mezi MSM, z nich 6 bylo rovněž IUD, ale sexuální přenos se u nich jeví jako pravděpodobnější.

graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2015



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2016a)

graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2015



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2016a)

graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u kterých byla hlášena VHB a VHC v l. 1997–2015

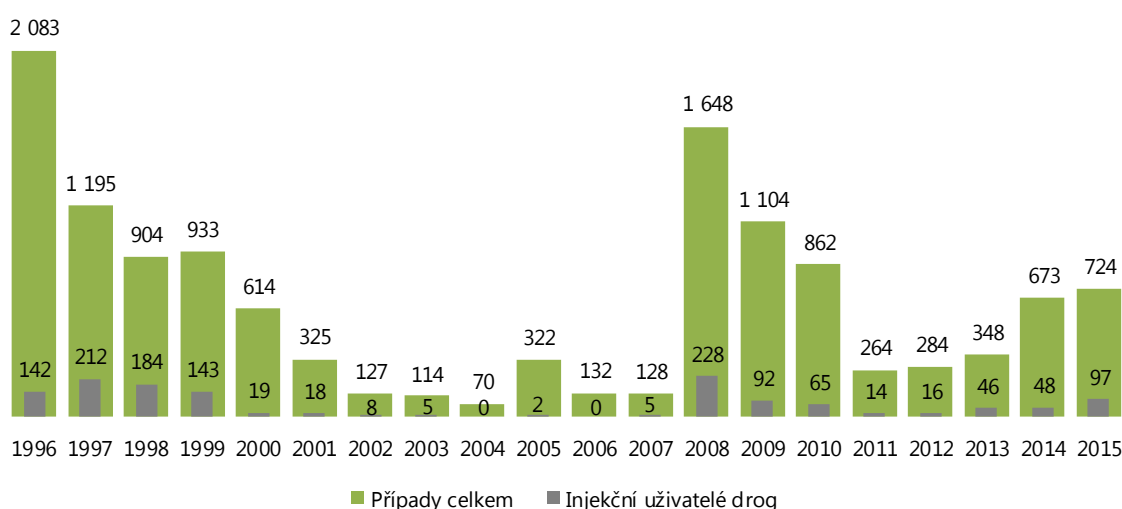


Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2016a)

Výskyt virové hepatitidy typu A (VHA, dg. B15) má kolísavý charakter. Po epidemii v r. 2008 s ohnisky zejména v Praze a středních Čechách, která byla na počátku spojena s IUD (blíže viz VZ 2008), se roční počet případů do r. 2011 snižoval. Od r. 2012 je patrný vzrůstající trend celkem

i mezi IUD – graf 6-4. V období od srpna 2014 do dubna 2016 proběhla v Karlovarském kraji epidemie akutní VHA s názvem Klášter.¹⁹⁵ Celkem v kraji onemocnělo 227 osob, z toho 140 z okresu Cheb, 55 z okresu Sokolov a 32 z okresu Karlovy Vary. Mezi nemocnými bylo 94 uživatelů drog (41 %) a 33 nemocných bylo bez přístřeší (15 %). Krajská hygienická stanice zajistila z MZ ČR přes 1500 dávek očkovací látky pro rodinné příslušníky a osoby v riziku nákazy v dětských kolektivech. Očkovací látka nebyla uživatelům drog a osobám bez přístřeší poskytována se zdůvodněním, že jsou obtížně dohledatelní. Při hledání nemocných mezi drogově závislými a osobami bez přístřeší byla ke spolupráci oslovena nezisková organizace KOTEC, v rámci spolupráce se podařilo dohledat řadu nemocných a izolovat je na infekčním oddělení. U nemocných dominovala injekční aplikace pervitinu, celkem 34 nemocných s pozitivní drogovou anamnézou bylo bez přístřeší. Pro zmíněné skupiny populace byl vytvořen leták informující o problematice VHA, který byl distribuován pracovníky organizace KOTEC (Krajská hygienická stanice Karlovarského kraje, 2016). Od konce r. 2015 byl zasažen epidemií VHA také Jihomoravský kraj, kde bylo v r. 2015 hlášeno 27 případů, z toho 5 osob s drogovou anamnézou (18 %), šlo o kuřáky marihuany. Za prvních 7 měsíců 2016 bylo hlášeno dalších 119 případů, z toho 49 uživatelů drog (41 %), 11 osob (9 %) onemocnělo po bezprostředním kontaktu s infikovaným uživatelem drog. Celkem bylo v souvislosti s užíváním návykových látek hlášeno 68 případů VHA, tj. 57 % všech případů (Krajská hygienická stanice Jihomoravského kraje, 2016).

graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2015



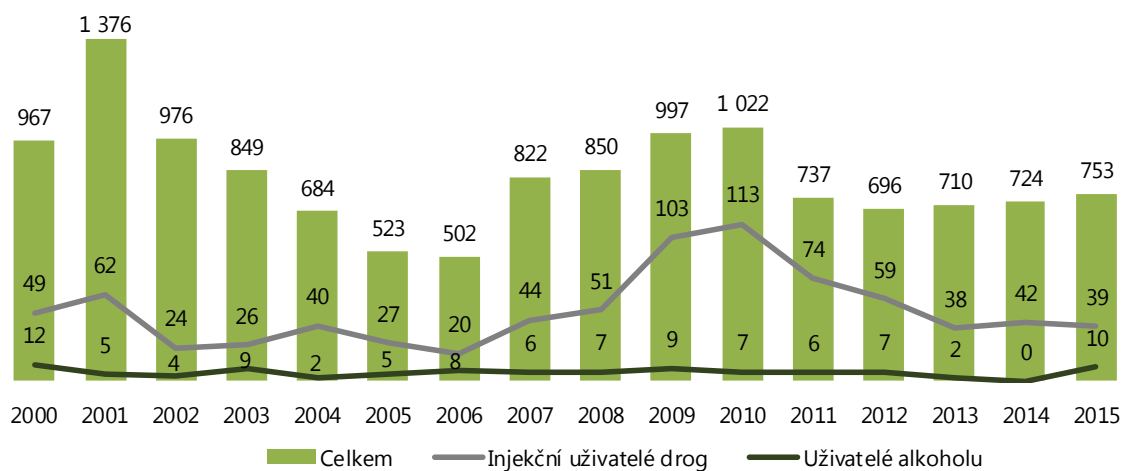
Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2016a)

6.1.1.3 Pohlavní nemoci

Vývoj celkového počtu hlášených případů syfilis v Národním registru pohlavních nemocí a počtu případů u IUD a uživatelů alkoholu ukazuje graf 6-5. Po nárůstu v l. 2006–2010 počet všech hlášených případů syfilis i počet případů mezi IUD v l. 2011–2014 stagnoval. V r. 2015 došlo k nárůstu počtu hlášených případů syfilis u uživatelů alkoholu na 10 případů – graf 6-5. Celkový počet hlášení onemocnění kapavkou se po dvouletém nárůstu v l. 2012–2013 v l. 2014 a 2015 téměř nezměnil. Počet případů u uživatelů drog nebo alkoholu je v řádu jednotek, v r. 2015 došlo k nárůstu počtu hlášení u IUD – graf 6-6.

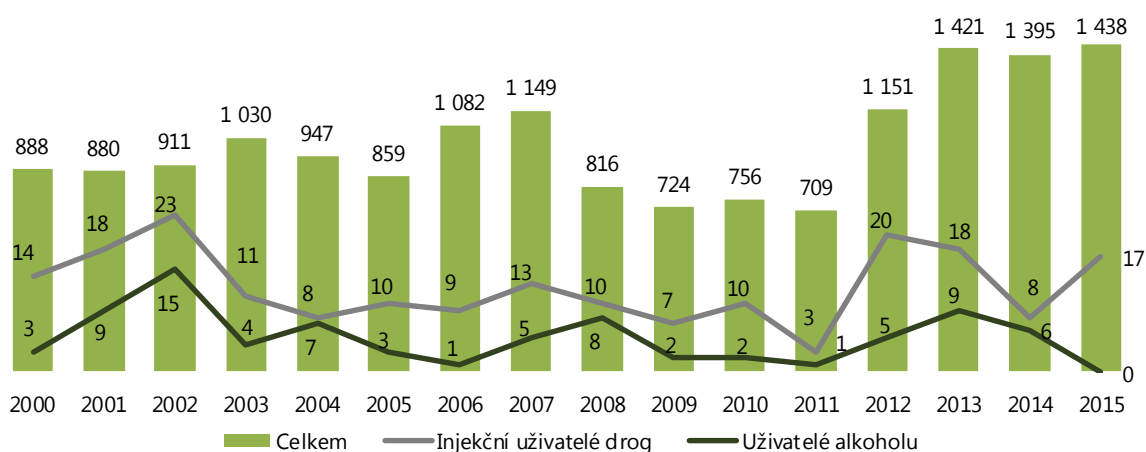
¹⁹⁵ Pojmenování získala podle ohniska vzniku epidemie ve vybydlené budově bývalého kláštera, kde se koncentrovaly osoby bez domova a uživatelé drog.

graf 6-5: Hlášená incidence syfilis celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v ČR v l. 2000–2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016f)

graf 6-6: Hlášená incidence kapavky celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v ČR v l. 2000–2015

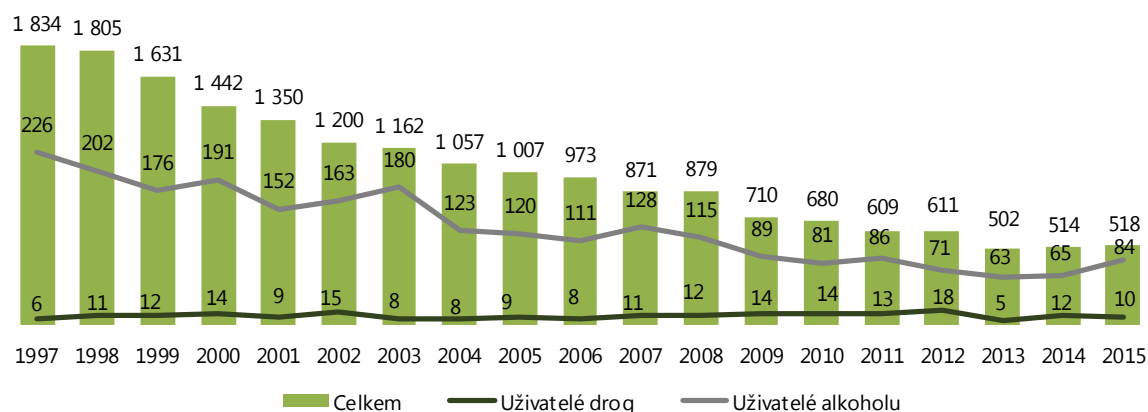


Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016f)

6.1.1.4 Tuberkulóza

V l. 1997–2015 se počet ročně evidovaných hlášených onemocnění v Registru tuberkulózy snížil téměř čtyřikrát. Počet hlášených případů u nealkoholových drog je několikanásobně nižší než u uživatelů alkoholu; u obou skupin lze pozorovat klesající trend – graf 6-7.

graf 6-7: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v ČR v l. 1997–2015



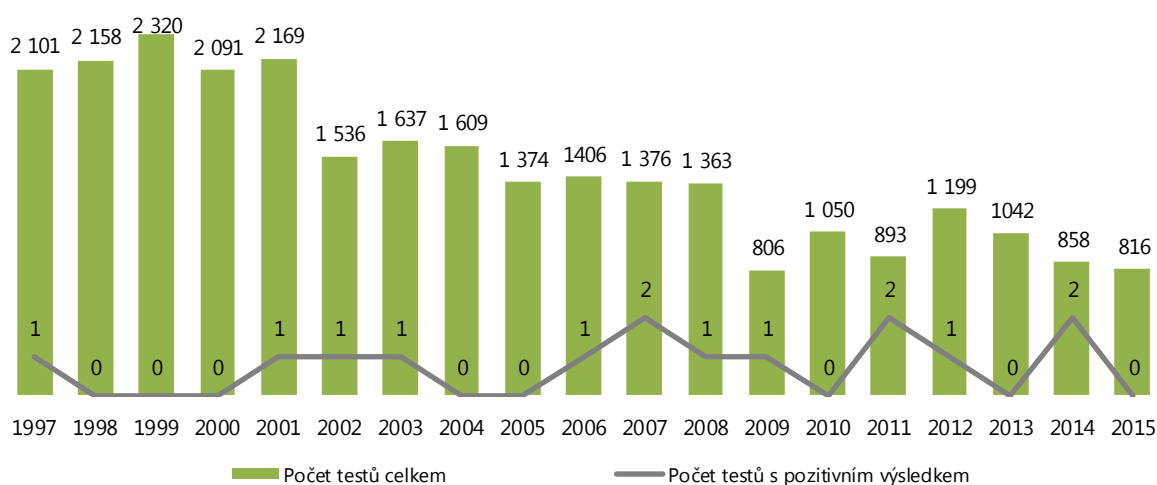
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016g)

6.1.2 Prevalence infekčních onemocnění mezi uživateli drog

6.1.2.1 Monitoring HIV testů v laboratořích

V r. 2015 bylo Národní referenční laboratoří pro AIDS evidováno 816 HIV testů¹⁹⁶ provedených injekčním uživateli drog, žádný test nebyl pozitivní (Státní zdravotní ústav Praha, 2016b) – graf 6-8.

graf 6-8: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1997–2015



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2016b)

6.1.2.2 Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových programech

Od r. 2004 realizuje NMS každoroční průzkum mezi nízkoprahovými programy pro uživatele drog s cílem zmapovat dostupnost testování, počty a výsledky provedených testů a základní charakteristiky otestovaných klientů. Údaje za r. 2015 byly získány v on-line dotazníkovém šetření v průběhu července 2016 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016e). Bylo vyplněno celkem 33 dotazníků pokrývajících 42 nízkoprahových programů napříč ČR, z nich

¹⁹⁶ Jde o testy, kdy je informace o užívání drog známa před testem či je uváděným důvodem jeho provedení. Injekční uživatelé drog mohou být testováni i z mnoha jiných důvodů, přičemž se v případě pozitivního výsledku zpětně zjistí, že jde o injekčního uživatele drog – takto byly identifikovány i další hlášené případy HIV positivity u IUD. Testování v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog není v celém rozsahu Národní referenční laboratoří pro AIDS evidováno.

32 uvedlo výsledky testování na VHC, 31 na HIV infekci, 26 na VHB a 25 na syfilidu; jsou zjišťovány výsledky všech typů testů (rychlých imunochromatografických i laboratorních imunoenzymatických typu ELISA) – tabulka 6-2. Celkový počet nízkoprahových programů nabízejících testování na infekční onemocnění je uveden v kapitole Testování infekcí (str. 179).

tabulka 6-2: Počet nízkoprahových programů v monitoringu testování infekcí v r. 2015

Kraj	Počet programů	Počet programů provádějících testy na			
		HIV	VHB	VHC	syfilis
Hl. m. Praha	1	1	0	1	1
Středočeský	4	3	3	4	1
Jihočeský	5	5	4	5	4
Plzeňský	1	1	1	1	1
Karlovarský	0	0	0	0	0
Ústecký	6	6	6	6	5
Liberecký	3	3	1	3	2
Královéhradecký	1	1	1	1	1
Pardubický	0	0	0	0	0
Vysočina	2	2	2	2	1
Jihomoravský	3	3	3	3	3
Olomoucký	4	4	3	4	4
Zlínský	0	0	0	0	0
Moravskoslezský	3	2	2	2	2
Celkem	33	31	26*	32	25

Pozn.: * 2 programy nabízejí testy na HBsAg a zároveň na anti-HBcIgG, což odpovídá součtu 28 v tabulce výsledků testování níže.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016e)

Podobně jako v minulých letech naznačují výsledky za r. 2015 poměrně nízký výskyt infekcí mezi klienty nízkoprahových zařízení – tabulka 6-3. Je však nutné zohlednit fakt, že vzorek zúčastněných programů a soubor otestovaných klientů nelze označit za reprezentativní výběr. Navíc jde o diagnostický screening, kterého pravděpodobně ve vyšší míře využívají dosud negativní klienti. Uvedené výsledky tedy spíše podhodnocují prevalenci daných nemocí v populaci uživatelů drog, resp. klientů nízkoprahových zařízení.

tabulka 6-3: Výsledky testování uživatelů drog na infekční nemoci v nízkoprahových programech v r. 2015

Infekce	Testovaný ukazatel	Počet programů podle typu používaného testu			Osoby		
		Rychlý	Laboratorní	Celkem	Testováno celkem	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
HIV	anti-HIV*	28	3	31	1 384	3	0,2
VHC	anti-HCV*	29	3	32	1 331	221	16,6
VHB	HBsAg**	18	3	21	734	6	0,8
	anti-HBc IgG***	5	2	7	348	3	0,9
Syfilis	anti-treponema pallidum	22	3	25	845	9	1,0

Pozn.: * Jedno zařízení může používat oba typy testů, ** antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci VHB,

*** anti-HBc IgG jsou protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravení.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016e)

Existují regionální odlišnosti v prevalenci VHC, je však potřeba vzít v úvahu, že v rámci monitoringu infekčních chorob skrze výsledky testování v nízkoprahových službách nejde o reprezentativní vzorek uživatelů drog ani zařízení (některá testující zařízení se průzkumu nezúčastnila, response byla 50 %, resp. 63 % při přepočtu na počet programů). Soubor testovaných je v některých případech velmi malý a indikační kritéria jednotlivých zařízení pro testování klientů se mohou lišit. Ve většině krajů byla prevalence VHC pod 15 %, zatímco v Ústeckém kraji a v Praze přesáhla 27 %, v

což může odrážet místní odlišnosti v míře rizika infekce VHC, ale může být také výsledkem výše zmíněných faktorů – tabulka 6-4.

tabulka 6-4: Výsledky testování uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2015, podle krajů

Kraj	Počet programů		Počet osob		
	Odpovědělo	Testovalo na VHC	Testováno celkem	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
Hl. m. Praha	1	1	37	10	27,0
Středočeský	4	4	144	23	16,0
Jihočeský	5	5	159	16	10,0
Plzeňský	1	1	61	8	13,1
Karlovarský	0	0	0	0	–
Ústecký	6	6	297	116	39,1
Liberecký	3	3	116	15	12,9
Královéhradecký	1	1	59	3	5,1
Pardubický	0	0	0	0	–
Vysočina	2	2	137	4	2,9
Jihomoravský	3	3	148	10	6,8
Olomoucký	4	4	155	16	10,3
Zlínský	0	0	0	0	–
Moravskoslezský	3	2	18	0	0,0
Celkem	33	32	1 331	221	16,6

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016e)

6.1.2.3 Testování pacientů v NRLUD na infekční nemoci

Výsledky testování osob hlášených v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD) na HIV, VHB a VHC, který vznikl v r. 2015 sloučením substitučního registru (NRULISL) a Registru žádostí o léčbu, uvádí tabulka 6-5. Celkem bylo v r. 2015 v registru hlášeno 7641 léčených osob (z toho 5874 uživatelů nelegálních drog, z toho v substituční léčbě 2248) – blíže viz kapitoly Národní registr léčby uživatelů drog (str. 128) a Substituční léčba (str. 120). HIV test byl nahlášen u 323 osob, ve 3 případech s pozitivním výsledkem (séroprevalence 0,9 %). U injekčních uživatelů drog v registru dosáhla séroprevalence HIV 0,7 %. Test na přítomnost protilátek proti viru VHC (anti-HCV) byl hlášen u 645 osob, pozitivních bylo 155 (séroprevalence 24,0 %), z toho pozitivních na PCR bylo 63,8 % (tj. míra přechodu infekce do chronické aktivní fáze); u injekčních uživatelů byla séroprevalence VHC 45,0 % a s podobnou mírou přechodu do chronicity. V substituční léčbě byla míra promořenosti sledovaných infekcí nejvyšší.

Dlouhodobý trend séroprevalence infekcí mezi registrovanými injekčními uživateli drog ukazuje tabulka 6-6. Srovnatelnost dat za r. 2015 a dat hlášených dříve je však omezená – do r. 2014 byl zdrojem dat Registr žádostí o léčbu hygienické služby, za r. 2015 je zdrojem nový Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD). Trend séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě ukazuje graf 6-9, opět je potřeba vzít v úvahu přechod z NRULISL na NRLUD v r. 2015.

tabulka 6-5: Výsledky testování pacientů v NRLUD na HIV, VHB a VHC v r. 2015

Infekce	Testovaný ukazatel	Všichni klienti			Prvožadatelé		
		Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (%)
Všichni léčení							
HIV	anti-HIV	323	3	0,9	146	0	0,0
	self-report	20	0	0,0	8	0	0,0
VHA	anti-HAV total	468	81	17,3	171	20	11,7
VHB	HBsAg*	591	13	2,2	214	0	0,0
	anti-HBc IgG**	156	16	10,3	93	5	5,4
VHC	anti-HCV	645	155	24,0	219	37	16,9
	> z toho PCR HCV***	58	37	63,8	18	13	72,2
Injekční uživatelé drog							
HIV	anti-HIV	145	1	0,7	63	0	0,0
	self-report	15	0	0,0	5	0	0,0
VHA	anti-HAV total	105	27	25,7	48	8	16,7
VHB	HBsAg*	152	8	5,3	73	1	1,4
	anti-HBc IgG**	58	11	19,0	31	3	9,7
VHC	anti-HCV	218	98	45,0	81	28	34,6
	> z toho PCR HCV***	40	26	65,0	16	11	68,8
Pacienti substituční léčby							
HIV	anti-HIV	74	1	1,4	19	0	0,0
	self-report	0	–	–	0	–	–
VHA	anti-HAV total	50	26	52,0	18	9	50,0
VHB	HBsAg*	58	6	10,3	18	–	0,0
	anti-HBc IgG**	45	16	35,6	17	5	29,4
VHC	anti-HCV	92	70	76,1	23	16	69,6
	> z toho PCR HCV***	54	34	63,0	16	11	68,8

Pozn.: * antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci VHB, ** anti-HBc IgG jsou protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravě, *** je uveden počet vyšetření PCR HCV a jeho výsledky u anti-HCV pozitivních

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

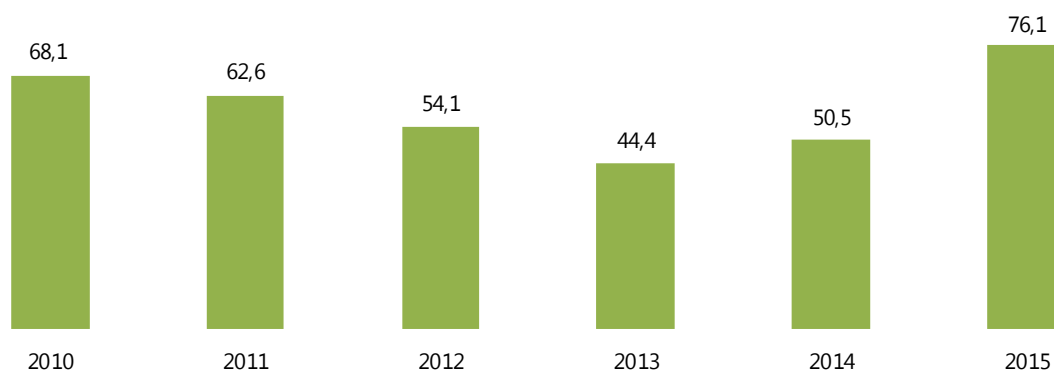
tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHA, VHB a VHC v Registru žádostí o léčbu v l. 2003–2014 a v NRLUD v r. 2015

Rok	HIV		VHA		VHB		VHC	
	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)
2003	2 471	0,8	2 132	7,1	2 504	11,2	2 884	31,5
2004	2 483	0,4	2 059	5,5	2 581	9,9	2 913	33,6
2005	2 253	0,2	1 931	4,5	2 332	10,1	2 577	35,0
2006	2 196	0,5	1 997	3,3	2 290	10,0	2 497	32,6
2007	1 905	0,3	1 774	3,3	2 004	8,4	2 168	31,0
2008	2 332	0,6	2 271	8,4	2 463	8,9	2 636	32,0
2009	2 558	0,5	2 307	6,1	2 553	8,3	2 852	29,8
2010	2 865	0,6	2 515	5,8	2 837	8,1	3 189	30,4
2011	2 933	0,9	2 429	5,5	2 915	7,2	3 276	28,7
2012	2 942	0,7	2 428	7,0	2 888	10,3	3 286	29,2
2013	3 603	0,6	2 740	8,4	3 494	10,3	3 976	29,0
2014	3 607	0,2	2 566	7,0	3 361	8,7	3 991	29,4
2015*	145	0,7	105	25,7	58	19,0	218	45,0

Pozn.: Jsou zahrnuty pouze testy se známým výsledkem. * V r. 2015 došlo k přechodu z Registru žádostí o léčbu hygienické služby na Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD).

Zdroj: Füleová et al. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

graf 6-9: Séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2015, v %



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

6.1.2.4 Testování vězněných uživatelů drog

Vězeňská služba eviduje počty testovaných vězněných injekčních uživatelů drog na vybrané krvi přenosné infekce¹⁹⁷ – tabulka 6-7. Meziroční srovnání poskytuje graf 6-10. Výsledky naznačují, že výskyt sledovaných infekčních onemocnění mezi vězni narůstá nebo se zvyšuje a zkvalitňuje péče o vězněné osoby; zvláště roste séroprevalence VHC (61,8 % v r. 2015). Jde však o diagnostický screening vězněných osob, a soubor testovaných tedy není reprezentativní.

tabulka 6-7: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2014 (2. pololetí) a v r. 2015

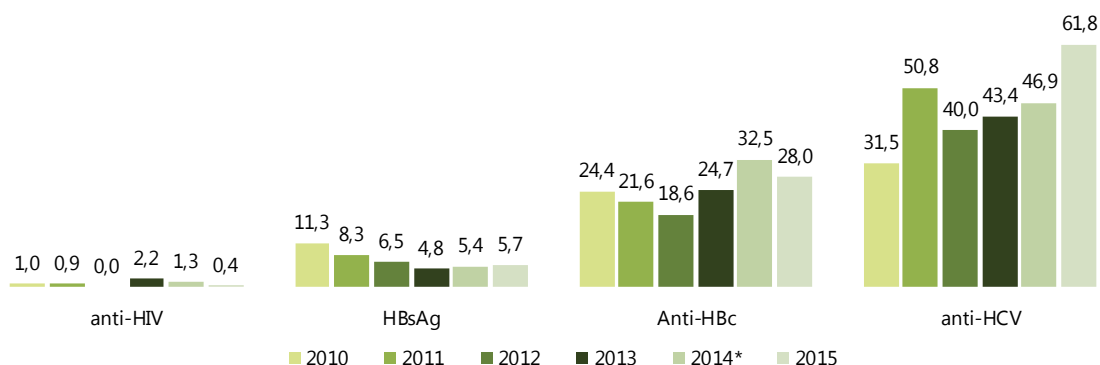
Infekce	Testovaný ukazatel		Nástup VTOS		Nástup VV		V průběhu VTOS		Celkem	
			2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
HIV	anti-HIV	Celkem	92	694	224	872	81	854	397	2 420
		testováno								
		Pozitivních	2	2	0	1	3	8	5	11
		Pozitivních (%)	2,2	0,3	0,0	0,1	3,7	0,9	1,3	0,4
VHB	HBsAg*	Celkem	835	2 300	736	1 729	909	870	2 480	4 899
		testováno								
		Pozitivních	30	77	56	160	47	40	133	277
		Pozitivních (%)	3,6	3,3	7,6	9,3	5,2	4,6	5,4	5,7
	anti-HBc IgG**	Celkem	405	1 067	433	1 007	461	527	1 299	2 601
		testováno								
Pozitivních		119	253	125	173	178	302	422	728	
		Pozitivních (%)	29,4	23,7	28,9	17,2	38,6	57,3	32,5	28,0
VHC	anti-HCV	Celkem	932	1 733	781	1 414	1 067	967	2 780	4 114
		testováno								
		Pozitivních	379	972	350	660	574	912	1 303	2 544
		Pozitivních (%)	40,7	56,1	44,8	46,7	53,8	94,3	46,9	61,8

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

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016b)

¹⁹⁷ Výběr vězňů však není reprezentativní a nelze vyloučit ani opakovaná vyšetření téže (pozitivní) osoby v různých fázích výkonu testu odnětí svobody (VTOS), je proto nutná opatrnost při interpretaci a zobecňování výsledků a trendů.

graf 6-10: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězněných injekčních uživatelů drog v l. 2010–2015, v %



Pozn.: * výsledky za 2. pololetí 2014

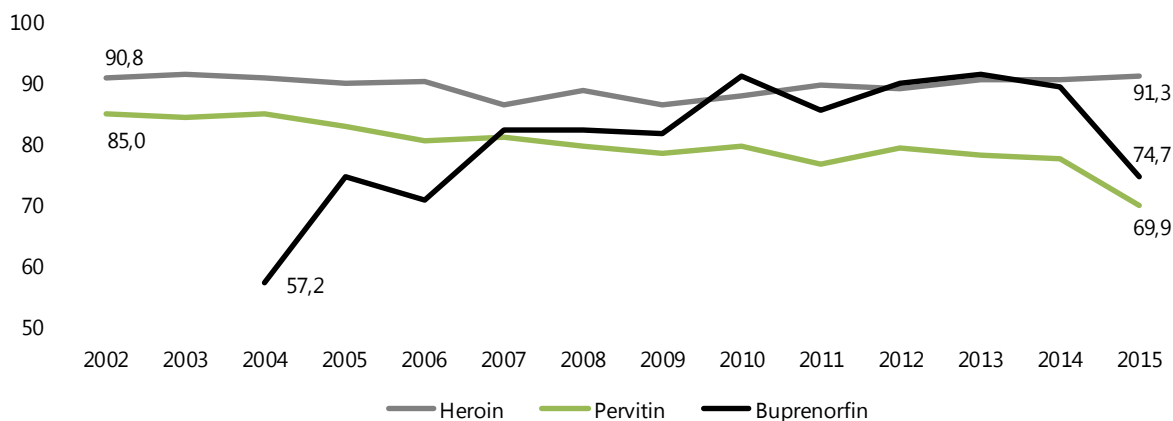
Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016b)

6.1.3 Rizikové chování uživatelů drog

6.1.3.1 Injekční aplikace

Mezi žadateli o léčbu je míra injekčního užívání drog dlouhodobě velmi vysoká a představuje nejčastější způsob aplikace pervitinu, heroinu a buprenorfinu – graf 6-11. Při hodnocení aktuálního trendu je potřeba vzít v úvahu, že v r. 2015 došlo ke změně ve způsobu sběru dat, neboť do r. 2014 byla data sbírána v Registru žádostí o léčbu hygienické služby a od r. 2015 v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD), který vznikl sloučením substitučního registru (NRULISL) a Registru žádostí o léčbu. Srovnatelnost dat z r. 2015 s daty z předchozích let je tedy omezená.

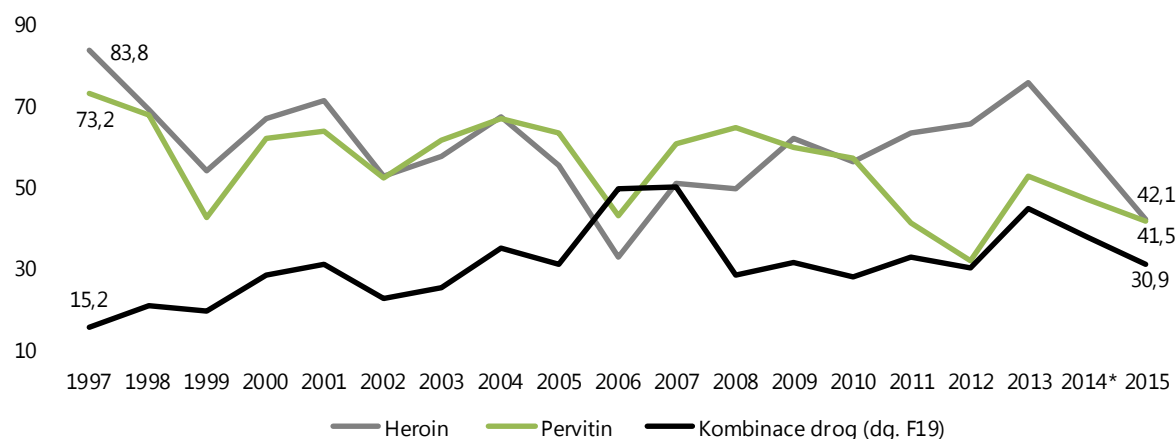
graf 6-11: Podíl injekční aplikace mezi žadateli o léčbu s primární (základní) drogou heroin, pervitin a buprenorfin v l. 2002–2015, v %



Zdroj: Füleová et al. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Podíl injekční aplikace u uživatelů léčených v psychiatrických ordinacích je nižší než v Registru žádostí o léčbu, zejména v r. 2015 došlo k významnému poklesu z důvodu nedůsledného hlášení údajů o injekčním užívání drog na výkaze o činnosti psychiatrických ordinací – graf 6-12.

graf 6-12: Podíl injekční aplikace u uživatelů heroinu, pervitinu a kombinace drog léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2015, v %



Pozn.: * Data za r. 2014 nejsou k dispozici.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016h)

6.1.3.2 Sdílení jehel a stříkaček

Podíl injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu, kteří uvedli sdílení jehel a stříkaček někdy v minulosti, ukazuje tabulka 6-8. Je potřeba vzít v úvahu, že v r. 2015 došlo ke změně ve způsobu sběru dat, neboť do r. 2014 byla data sbírána v Registru žádostí o léčbu hygienické služby a od r. 2015 v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD), který vznikl sloučením substitučního registru (NRULISL) a Registru žádostí o léčbu.

tabulka 6-8: Sdílení jehel a stříkaček někdy v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v l. 2002–2015

Rok	Počet IUD	Počet sdílejících	Podíl sdílejících (%)
2002	6 437	2 590	40,2
2003	5 901	2 356	39,9
2004	6 314	2 725	43,2
2005	5 769	2 421	42,0
2006	5 860	2 313	39,5
2007	5 338	2 139	40,1
2008	5 766	2 057	35,7
2009	6 012	2 263	37,6
2010	6 581	2 146	32,6
2011	6 471	2 136	33,0
2012	6 481	1 976	30,5
2013	7 184	2 395	33,3
2014	7 213	2 544	35,3
2015*	2 325	868	37,3

Pozn.: * V r. 2015 došlo k přechodu z Registru žádostí o léčbu hygienické služby na Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD).

Zdroj: Füleová et al. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Ve studii Multiplikátor 2016 (blíže viz kapitulu Průzkum mezi problémovými uživateli pervitinu a opioidů – Multiplikátor 2016, str. 100) uvedlo 9,3 % respondentů, že při poslední aplikaci nepoužili sterilní injekční jehlu a stříkačku, 43,9 % respondentů použilo v posledních 30 dnech již použité injekční náčiní nebo vodu či nádobku k přípravě drogy. Jeden respondent obdržel z odborných programů v průměru 81 injekčních stříkaček v posledních 30 dnech, medián byl 40 stříkaček

(minimum bylo 0 a maximum 2000 kusů,¹⁹⁸ přibližně polovina respondentů obdržela méně než 40 kusů, přibližně čtvrtina osob obdržela více než 100 kusů).

K velmi rizikovým praktikám patří aplikace do femorálních žil.¹⁹⁹ Ve studii Multiplikátor 2016 uvedlo 10,5 % respondentů, že takto aplikovali v posledních 12 měsících, v posledních 30 dnech 7 % respondentů. Kondom při posledním sexuálním styku použilo 24,6 % respondentů.

Výsledky týkající se sdílení jehel a stříkaček v průzkumech Multiplikátor od r. 2010 naznačují postupně se zvyšující míru používání čistých nástrojů k injekční aplikaci drog – tabulka 6-9.

tabulka 6-9: Použití čisté jehly a stříkačky při poslední aplikaci mezi klienty nízkoprahových programů v průzkumu Multiplikátor 2010, 2013 a 2016

Rok	Počet IUD*	z nich použilo čisté nástroje	
		Počet	%
2010	567	463	81,7
2013	1 701	1 509	88,7
2016	962	865	89,9

Pozn.: * klienti, kteří uvedli injekční užití drogy v posledním měsíci

Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016a)

6.2 Další zdravotní důsledky a souvislosti užívání drog

6.2.1 Těhotenství a návykové látky

Englcová (2016) v rámci své diplomové práce provedla výzkum, jehož cílem bylo zmapovat míru a vzorce užívání návykových látek a jejich změny v průběhu těhotenství mezi problémovými uživatelkami drog, zmapovat rizikové sexuální chování a kvalitu reprodukčního zdraví, zjistit dostupnost gynekologické péče o uživatelky návykových látek, průběh péče před, při a po porodu, související specifické potřeby a faktory, které přístup k péči v oblasti reprodukčního zdraví ovlivňují. Dotazníkový průzkum byl realizován na souboru 25 problémových uživatelek drog, které minimálně jednou rodily a souhlasily s vyplněním dotazníku. Sběr dat probíhal formou rozhovoru tazatele s respondentem. Nábor do studie probíhal pomocí metody sněhové koule v kontaktním centru SANANIM v Praze a prostřednictvím Terénního programu Progressive a v jejich okolí. Dotazník obsahoval 164 položek v částech týkajících se užívání drog, rizikového sexuálního chování a reprodukčního zdraví, gynekologické péče a bariér vstupu do péče a posledního těhotenství a porodu. Nejčastěji užívanou drogou (po tabákových výrobcích, konopných drogách a alkoholu) v posledních 30 dnech byly pervitin, který užilo 19 žen (76 %), a buprenorfin, který užilo 11 žen (44 %). Všechny respondenty měly v anamnéze injekční užití drogy a téměř polovina (44 %) též sdílení injekčního náčiní. Téměř všechny ženy změnilly v těhotenství své užívání návykových látek – omezily frekvenci užívání a užívané množství drogy a přestaly sdílet injekční náčiní. Největší pokles užívání nelegálních drog a kouření tabáku nastal ve třetím trimestru (tedy přibližně od 7. měsíce těhotenství), k omezení užívání alkoholu došlo již na začátku těhotenství. Více než polovina (56 %) měla v anamnéze poskytování sexu za úplatu. Přibližně 2/3 žen (64 %) se nechaly pravidelně testovat na infekční onemocnění, 56 % prodělalo virovou hepatitidu nebo syfilis. Celkem 76 % uživatelek bylo registrováno u gynekologa, ale pouze 48 % jej navštěvovalo ihned v případě nějakého problému. Nejvýraznější bariérou vyhledání gynekologické péče ve zkoumaném vzorku byly špatné zkušenosti s přístupem zdravotních sester (60 % uživatelek). Pouze 2 (8 %) z indikovaných klientek nezapočaly substituční léčbu v těhotenství. Nejlépe hodnocenou porodnicí byla ta ve Fakultní nemocnici Motol. Většina uživatelek (72 %) byla s péčí v porodnici spokojena. Po

¹⁹⁸ šlo pravděpodobně o tzv. sekundární výměnu, kdy klient vyměňuje injekční materiál pro další injekční uživatele drog

¹⁹⁹ slangově aplikace „do třísla“

posledním porodu byla více než polovina (52 %) novorozenců propuštěna domů s matkami, ostatní byli předáni do adopce (24 %), kojeneckého ústavu (16 %), 1 byl přeložen na jiné oddělení nemocnice a 1 zemřel.

Dále byla provedena kvalitativní studie s cílem popsat charakteristiky těhotných žen – uživatelék a vliv užívání drog na průběh těhotenství, porodu a na stav novorozence a jeho vstup do života (Svačinová, 2015). Byl proveden strukturovaný rozhovor s 6 uživatelkami drog rekrutovanými převážně (5 žen) v Terapeutické komunitě Karlov SANANIM ve věku 23–36 let, které od posledního porodu dělilo 8 měsíců až 4 roky. Délka užívání návykových látek byla 6–15 let, průměrně 10,3 roku. Všechny ženy užívaly před otěhotněním pervitin, u všech bylo přítomno polyvalentní užívání – pervitin kombinovaly nejčastěji s marihuanou a cigaretami, ve dvou případech užívaly opiáty. V průběhu těhotenství klientky užívaly alkohol, a to spíše s nízkou frekvencí (1–2krát měsíčně). Těhotenství bylo často neplánované a nechtěné, přesto motivovalo 4 klientky k omezení míry užívání drog (úplně abstinovaly od pervitinu či opiátů nejpozději v 7. měsíci těhotenství) a 1 žena zahájila opiátovou substituční léčbu. Prenatální poradnu navštěvovalo 5 z 6 respondentek, polovina respondentek se dostavila k porodu střízlivá.

Porodnická anamnéza klientek byla bohatá, obsahovala zejména vícečetné spontánní či indukované potraty, jedna z žen měla za sebou až 7 těhotenství. Z posledních porodů 6 žen proběhly 4 spontánně, 2 byly ukončeny akutním císařským řezem. Závažné těhotenské komplikace měla pouze jedna klientka. Tři porody bylo možno klasifikovat jako předčasné. Z 6 těhotenství respondentek se narodilo celkem 7 dětí, z nich 4 se narodily předčasně, 2 z těchto předčasně narozených dětí byly velmi nezralé s porodní váhou nižší než 1500 g. I donošené děti měly nižší porodní hmotnost a délku, než odpovídá populačnímu průměru. U žádného novorozence se nerozvinul abstinční syndrom. Délka kojení u 6 dětí byla kratší než 0,5 roku, 3 z nich nebyly kojeny vůbec. Jedno dítě bylo kojeno 1,5 roku. Pouze 2 děti nezažily separaci od matky a byly v její péči celou dobu po porodu. V době studie měly 4 matky děti ve své péči, 2 matky se snažily dítě získat zpět. Většina žen měla partnera, který byl také uživatelem drog. Na základě výsledků práce připravila autorka informační leták pro těhotné uživatelky drog (Svačinová, 2015).

Na těhotné ženy v opiátové substituční léčbě se zaměřila studie, ve které byly provedeny polostrukturované rozhovory a analyzována zdravotnická dokumentace 7 klientek Centra substituční léčby Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN, které v průběhu léčby porodily alespoň 1 dítě (Sudíková, 2014). Z analýzy vyplynulo, že v těhotenství ženy zredukovaly užívání nelegálních drog a tabáku. Přestože těhotenství nebyla plánovaná, přicházela v situaci, kdy byly respondentky zdravotně i sociálně stabilizované a měly dobré zázemí. Těhotenství bylo případně motivem k rozhodnutí nastoupit do léčby či podnětem pro snížení dávky nebo pro úplnou abstinenci. Hlavními důvody byly obavy z novorozeneckého abstinčního syndromu a zkušenost s odsuzujícím přístupem zdravotníků k matce uživatelce drog. Pouze v případě jediné respondentky zajistila metadon porodnice, v ostatních případech si musely respondentky zajistit substituční léky samy. Ve většině případů byla ženám zastavena laktace a znemožněno kojít, což je v rozporu s odbornými doporučeními.

Další informace na téma rodičovství uživatelů drog uvádí kapitola Rodičovská role uživatelů drog (str. 192).

6.2.2 Psychiatrická komorbidita

V r. 2015 byl proveden výzkum zaměřený na popis faktorů, které komplikují léčbu závislosti u pacientů s poruchou nálady, a to na 3 klientech substituční léčby buprenorfinem. Dva ze 3 klientů hodnotili své zkušenosti z režimové léčby jako negativní, zejména kritizovali tvrdost režimu (odvádí jejich pozornost, nedokáží se soustředit na léčbu, nemohou se zaměřit na svou psychickou stránku). Klienti rovněž zažili alespoň jeden konflikt s terapeutem, popř. jiným pracovníkem v léčbě, a vnímali, že personál nebyl k problematice duálních diagnóz dostatečně citlivý. Všichni respondenti zažili alespoň jednou stav, kdy byl jejich klinický obraz zastřen návykovou látkou, kterou užívali. Práce

upozorňuje na nedostatek programů, které by byly připraveny klientům s duální diagnózou poskytnout adekvátní péči (Filipovská, 2015).

6.2.3 Somatická komorbidita problémových uživatelů drog

Údaje o výskytu somatických onemocnění mezi uživateli drog jsou uvedeny ve VZ 2013 a 2014. Výsledky týkající se celkového vyšetření problémových uživatelů drog praktickým lékařem ve studii somatické komorbidity, která byla realizována v Praze NMS a agenturou FOCUS v r. 2013, byly aktuálně publikovány (Mravčík et al., 2016a).

6.2.4 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích zajišťuje hygienická služba v rámci zvláštního hlášeného (sentinelového) systému od r. 1995. Tento systém vykazuje značné regionální rozdíly komplikující interpretaci aktuální situace i trendů.²⁰⁰ V r. 2015 bylo zaznamenáno 1205 případů nefatálních intoxikací drogami (Füleová, 2016). Intoxikace dvěma a více látkami byla hlášena v 38,8 % případů, nejčastější sekundární drogou byly kanabinoidy a alkohol – tabulka 6-10. Nejvíce případů bylo zaznamenáno v souvislosti se stimulancii – celkem 449 (37,3 %), z toho 394 s pervitinem (32,7 %).

Dále jsou k dispozici informace o výskytu intoxikací návykovými látkami z Národního registru hospitalizovaných.²⁰¹ Přes zřejmé nedostatky v kódování substancí ze strany lékařů lze v dlouhodobém horizontu pozorovat pokles hospitalizací pro intoxikaci návykovými látkami, přičemž otravy alkoholem tvoří přibližně dvojnásobek předávkování všemi OPL dohromady – tabulka 6-11.

tabulka 6-10: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2005–2015 evidované hygienickou službou

Droga	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pervitin	222	231	343	364	187	148	150	260	245	257	394
Heroin	244	149	190	166	122	162	96	77	63	44	29
Metadon	10	7	2	1	1	0	0	0	0	0	0
Subutex®	14	18	32	7	0	0	0	0	0	0	0
Ostatní opioidy	19	21	40	17	42	24	32	42	37	60	65
Benzodiazepiny	153	124	139	113	180	136	138	206	248	282	223
Jiná sedativa a hypnotika	88	107	125	135	127	112	105	120	101	97	157
Konopné látky	73	72	127	108	105	102	84	125	125	118	104
Těkavé látky	48	28	31	9	33	18	25	26	15	15	9
Lysohlávky	6	5	10	9	7	4	2	7	4	5	3
Kokain, crack	7	8	1	7	2	0	1	5	3	4	1
Durman	1	0	1	5	2	0	0	2	1	0	0
LSD	3	5	7	4	13	3	7	15	7	8	16
Extáze	8	12	12	3	1	2	0	4	0	7	6
Jiné známé drogy a léky	111	89	124	140	173	137	139	147	191	224	195
Ostatní/neznámo	186	78	71	58	23	1	26	3	3	2	3
Celkem	1 193	954	1 255	1 146	1 018	849	805	1 039	1 043	1 123	1 205

Zdroj: Füleová (2016)

²⁰⁰ V rámci tohoto systému jsou hlášeny případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících urgentní hospitalizaci. Hlášení do systému poskytují různé typy zdravotnických zařízení, zejména pracoviště záchranné služby a JIP. V r. 2015 nebyl sběr dat realizován ve 4 krajích (Jihočeský, Jihomoravský, Královéhradecký a Praha).

²⁰¹ Národní registr hospitalizovaných spravuje ÚZIS a jsou v něm evidovány pouze případy vyžadující hospitalizaci delší než 24 hodin. Extrahovány byly případy náhodné, úmyslné nebo blíže nejištěné otravy nelegálními drogami, tj. diagnózy pro otravu nealkoholovými drogami mimo léků (dg. T40 a T43.6) a pro toxický účinek alkoholu (T51.0, T51.9) a těkavých látek (T52.0–T52.9).

tabulka 6-11: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v l. 2005–2015

Droga	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Heroin	24	18	31	41	19	20	17	4	13	8	14
Metadon	0	6	1	2	3	2	1	2	1	3	2
Jiné opioidy	71	79	64	62	50	62	57	79	96	107	81
Kokain	7	2	1	4	1	3	1	1	9	2	2
Konopné drogy	78	67	55	86	66	66	58	57	65	62	35
LSD	0	6	5	3	4	1	2	2	2	2	1
Pervitin a jiná stimulancia	25	22	29	30	25	25	17	30	39	57	52
Jiné a neurčené drogy	116	146	136	83	94	77	79	87	98	107	77
Nelegální drogy celkem	321	346	322	311	262	256	232	262	323	324	264
Alkohol	1 220	1 184	1 161	1 125	919	724	714	738	608	557	433
Těkavé látky	401	401	306	264	230	243	241	262	234	303	210
Celkem	1 942	1 931	1 789	1 700	1 411	1 223	1 187	1 262	1 165	1 184	907

Pozn.: heroin (T40.1), metadon (T40.3), jiné opioidy (T40.0, T40.2), kokain (T40.5), konopné drogy (T40.7), LSD (T40.8), pervitin a jiná stimulancia (T43.6), jiné a neurčené drogy (T40.4, T40.6, T40.9), alkohol (T51.0, T51.9), těkavé látky (T52.0–T52.9)

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016c)

6.2.5 Otravy metanolem

Hromadný výskyt otrav metanolem, který se objevil v září 2012, dozníval ještě v l. 2013 a 2014. V r. 2015 byly hlášeny 4 hospitalizace pro intoxikaci metanolem a 2 případy úmrtí a výskyt se tak vrátil na úroveň let před hromadným výskytem – tabulka 6-12. Ke kauze z r. 2012 blíže viz VZ 2012.

tabulka 6-12: Počet hospitalizací a úmrtí na intoxikaci metanolem v ČR v l. 2002–2015

Rok	Počet hospitalizovaných*	Počet zemřelých
2002	11	0
2003	8	2
2004	12	0
2005	9	3
2006	8	1
2007	2	1
2008	7	1
2009	3	3
2010	11	3
2011	10	3
2012	97	36
2013	15	9
2014	11	7
2015	4	2

Pozn.: * Zahrnuje hospitalizace pro náhodné, úmyslné nebo blíže nezjištěné intoxikace.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016b), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016c)

6.2.6 Úrazy pod vlivem drog

Z Národního registru hospitalizovaných jsou extrahovány všechny případy s vnější příčinou úrazu a případy pod vlivem návykových látek, resp. ty případy, u kterých byl vliv návykových látek patrný z vedlejší diagnózy.²⁰² Podíl úrazů pod vlivem návykových látek v r. 2015 byl 5,0 %, z toho největší podíl tvořily úrazy pod vlivem alkoholu (3,5 %), přičemž podíl úrazů pod vlivem alkoholu

²⁰² Jako úrazy pod vlivem alkoholu byly definovány případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F10.0 nebo T51.0, nebo T51.9, u nelegálních drog případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F11.0 nebo F12.0, nebo F14.0, nebo F15.0, nebo F16.0, nebo F19.0, nebo T40, nebo T43.6, u těkavých látek případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F18.0 nebo T52 a u psychoaktivních léků případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F13.0 nebo T42, nebo T43 kromě T43.6.

dlouhodobě roste. Podíl úrazů pod vlivem psychoaktivních léků dosáhl 1,4 %, podíl nelegálních drog a těkavých látek 0,2 %, resp. 0,1 % – tabulka 6-13.

tabulka 6-13: Počet hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v l. 2002–2015

Rok	Celkem úrazů	Pod vlivem návykových látek	Z toho úrazy pod vlivem			
			alkoholu	nelegálních drog	psychoaktivních léků	těkavých látek
2002	187 090	8 942	4 959	443	3 350	441
2003	196 577	9 080	5 373	428	3 090	421
2004	203 211	9 681	6 010	402	3 098	446
2005	202 815	9 341	5 845	391	2 991	415
2006	195 803	8 659	5 216	423	2 872	412
2007	191 937	9 157	5 878	410	2 812	315
2008	196 013	9 588	6 650	425	2 566	271
2009	198 738	9 670	6 974	370	2 385	242
2010	200 319	9 163	6 615	365	2 255	249
2011	200 553	9 416	6 807	326	2 325	250
2012	205 090	10 032	7 190	384	2 519	271
2013	204 603	10 040	7 049	458	2 692	237
2014	210 340	10 846	7 611	464	2 961	309
2015	210 030	10 388	7 384	375	2 870	215

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016c)

6.2.7 Drogy a dopravní nehody

Policie ČR v r. 2015 evidovala 4544 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu (tj. 4,9 % z celkového počtu), při kterých bylo 62 osob usmrceno (tj. 9,4 % všech usmrcených) a 2267 zraněno. Vliv alkoholu na dopravní nehodovost postupně klesá, počet ani podíl usmrcených a zraněných při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu se meziročně příliš nezměnil. Nejvyšší podíl nehod pod vlivem alkoholu byl zaznamenán stejně jako loni v Plzeňském a Jihočeském kraji (10,0 %, resp. 9,1 %), nejmenší podíl v Praze (2,1 %). Z celkového počtu 4544 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu připadá na řidiče osobních automobilů 3210 nehod (70,6 %), na cyklisty 738 (16,2 %), na řidiče nákladních automobilů 218 (4,8 %), na chodce 184 (4,0 %) a na řidiče motocyklů 110 nehod (2,4 %).

Dále policie evidovala 301 nehod s pozitivním nálezem nealkoholových drog u viníka nehody (meziroční nárůst o 41 nehod), při nichž bylo 12 osob usmrceno (nárůst o 6) a 157 osob zraněno (nárůst o 19). Z výše uvedených nehod bylo 56, u kterých byl viník pozitivní jak na alkohol, tak na nealkoholové drogy (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2016) – tabulka 6-14.

Údaje o nálezech etanolu a ostatních drog u zemřelých účastníků dopravních nehod pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR do r. 2012 jsou k dispozici ve VZ 2013. Novější údaje nejsou k dispozici.

tabulka 6-14: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v l. 2003–2015 – vliv alkoholu a jiných drog

Rok	Nehody					Usmrcení při nehodách*				
	Celkem		Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem jiných drog	Celkem		Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem jiných drog
	Počet	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
2003	195 851	9 076	4,9	39	0,02	1 319	111	8,5	0	0,0
2004	196 484	8 445	4,5	53	0,03	1 215	59	4,9	1	0,1
2005	199 262	8 192	4,3	60	0,03	1 127	59	5,2	0	0,0
2006	187 965	6 807	3,8	64	0,03	956	42	4,3	1	0,1
2007	182 736	7 266	4,3	78	0,04	1 123	36	3,2	2	0,2
2008	160 376	7 252	4,8	109	0,07	992	80	8,1	1	0,1
2009**	74 815	5 725	8,1	137	0,18	832	123	14,9	6	0,7
2010	75 522	5 015	6,6	165	0,22	753	102	13,5	15	2,0
2011	75 137	5 242	7,5	165	0,24	707	89	12,6	10	1,4
2012	81 404	4 974	6,7	173	0,22	681	45	6,6	9	1,3
2013	84 398	4 686	6,1	244	0,32	583	52	9,0	14	2,4
2014	85 859	4 637	5,4	260	0,30	629	63	10,0	6	1,0
2015	93 067	4 544	4,9	301	0,32	660	62	9,4	12	1,8

Pozn.: * Do 24 hodin po nehodě. ** Od 1. 1. 2009 se zvýšila hranice odhadované škody pro povinné hlášení nehody policii z původních 50 tis. Kč na 100 tis. Kč, proto došlo k poklesu počtu hlášených dopravních nehod.

Zdroj: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2016)

Celkem Policie ČR v r. 2015 použila 1 336 324 orientačních testů na alkohol (2 007 248 v r. 2014) a 128 770 na OPL (98 785 v r. 2014).

6.3 Drogová úmrť a mortalita uživatelů drog

6.3.1 Drogová úmrť ve speciálním registru mortality

Do r. 2012 včetně byla drogová úmrť z dat poskytovaných odděleními soudního lékařství sledována ve speciálním registru drogových úmrtí – od r. 1998 přímá drogová úmrť (smrtelná předávkování) a od r. 2003 také nepřímá úmrť (pod vlivem drog). Za r. 2013 a 2014 nejsou tato data k dispozici.

Od 1. 4. 2012 platí zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve kterém je mezi národní zdravotní registry zařazen Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (NRPATV) spravovaný ÚZIS, který nahradil speciální registr drogových úmrtí. NRPATV byl spuštěn v únoru 2015.²⁰³ Během několika měsíců se do sběru dat zapojila všechna oddělení soudního lékařství až na jedno pracoviště z Libereckého kraje (vzhledem k tomu, že toto oddělení provádí méně než 30 pitev ročně, nemá tento výpadek zásadní vliv na kvalitu hlášených dat).

V ČR jsou povinně soudním lékařem prováděny pitvy všech náhlých úmrtí v případech, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a všech násilných úmrtí (tj. také všech úrazů a otrav).

²⁰³ V NRPATV došlo k mírné změně struktury a rozsahu sbíraných dat. Přibyla položka „Vliv látky na úmrť“ týkající se vlivu užití látky na příčinu a mechanismus úmrtí. V případě, že je provedeno toxikologické vyšetření a je detekována některá z vyšetřovaných látek, tato položka nabývá jedné z následujících 4 hodnot: „předávkování“ (pokud je předávkování příčinou úmrtí nebo pravděpodobnou příčinou úmrtí), „možný vliv“ (pokud intoxikace látkou měla vliv na mechanismus nebo příčinu úmrtí, která je jiná než předávkování – typicky např. úmrť na zranění při dopravní nehodě pod vlivem alkoholu), „vedlejší nález“ (požití látky nemělo vliv na příčinu ani mechanismus úmrtí) a „nebyl zjištěn“ (toxikologické vyšetření bylo negativní). Hodnota „předávkování“ je pak výběrovým kritériem pro extrakci přímých drogových úmrtí (smrtelných předávkování) spolu s kombinacemi diagnóz, které podle standardu EMCDDA pro drogová úmrť indikují přímé drogové úmrť. Hodnota „možný vliv“ pak vede k výběru nepřímých drogových úmrtí – úmrtí pod vlivem drog z jiných příčin.

V r. 2015 bylo provedeno více než 13 tisíc soudních pitev, u 27 % z nich bylo provedeno toxikologické vyšetření.

V r. 2015 bylo zjištěno 104 přímých drogových úmrtí, tj. smrtelných předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychoaktivními léky, a to jak předávkování sebevraždou, tak náhodná či bez zjištěného úmyslu. Z toho bylo 44 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami. Psychoaktivní léky byly příčinou předávkování v 60 případech (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016e).

Bylo identifikováno celkem 20 případů smrtelných předávkování opioidy. Sedmkrát byl v r. 2015 příčinou opioid samotný (z toho jednou heroin), v 5 případech šlo o kombinace více opioidů, v 8 případech šlo o kombinaci s benzodiazepiny či jinými psychoaktivními léky. Mezi detekovanými opioidy byly zastoupeny heroin (2 případy), morfin (8), 6-acetylmorfin²⁰⁴ (5), kodein (5), tramadol (4), dihydrokodein (4), hydromorfon (2), oxykodon (2), fentanyl (1), noscapin²⁰⁵ (1).

Pervitin byl příčinou smrtelného předávkování v 15 případech, z toho v 9 případech samotný a ve 3 případech byl detekován také amfetamin (který je metabolitem metamfetaminu). V 7 případech šlo o smrtelné předávkování těkavými látkami, z toho ve 3 případech acetone, dále benzenem, butanem, isopropanolem a propanem. Bylo nahlášeno 1 úmrtí na předávkování kokainem.

V r. 2015 nebylo hlášeno žádné úmrtí v důsledku předávkování tanečními drogami typu MDMA nebo novými syntetickými drogami, halucinogeny ani THC – tabulka 6-15.

Smrtelná předávkování psychoaktivními léky zahrnují ve vyšší míře předávkování sebevraždou, většinou jde o kombinaci (více) léků s alkoholem. Celkem bylo v r. 2015 zjištěno 60 případů smrtelných předávkování psychoaktivními léky, z toho v 16 případech šlo o benzodiazepiny, ve 20 případech o tramadol, ve 4 případech šlo o kombinaci tramadolu s jinými léky, ve 12 případech o zolpidem samotný nebo v kombinaci s jinými léky.

tabulka 6-15: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2015 ve speciálním registru podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví

Droga	Věková skupina												Pohlaví		Celkem
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Muži	Ženy	
Opioidy	0	2	0	0	4	3	2	2	1	0	2	4	14	6	20
> z toho jen opioidy	0	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	2	6	1	7
> z toho více látek včetně opioidů	0	1	0	0	4	2	0	2	0	0	2	2	8	5	13
– z toho metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné drogy než opioidy	0	1	1	6	4	3	3	1	2	0	2	1	18	6	24
> z toho těkavé látky	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	2	1	4	3	7
> z toho pervitin	0	0	1	6	2	2	2	1	1	0	0	0	12	3	15
Celkem nelegální drogy a těkavé látky	0	3	1	6	8	6	5	3	3	0	4	5	32	12	44
Psychoaktivní léky	0	1	2	4	6	3	2	7	4	5	7	18	31	28	60*
> z toho benzodiazepiny	0	0	1	0	1	2	1	2	0	1	2	6	7	9	16
Celkem	0	4	3	10	14	9	7	10	7	5	11	24	63	40	104*

Pozn.: * U jednoho případu nebyl uveden věk ani pohlaví.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016e)

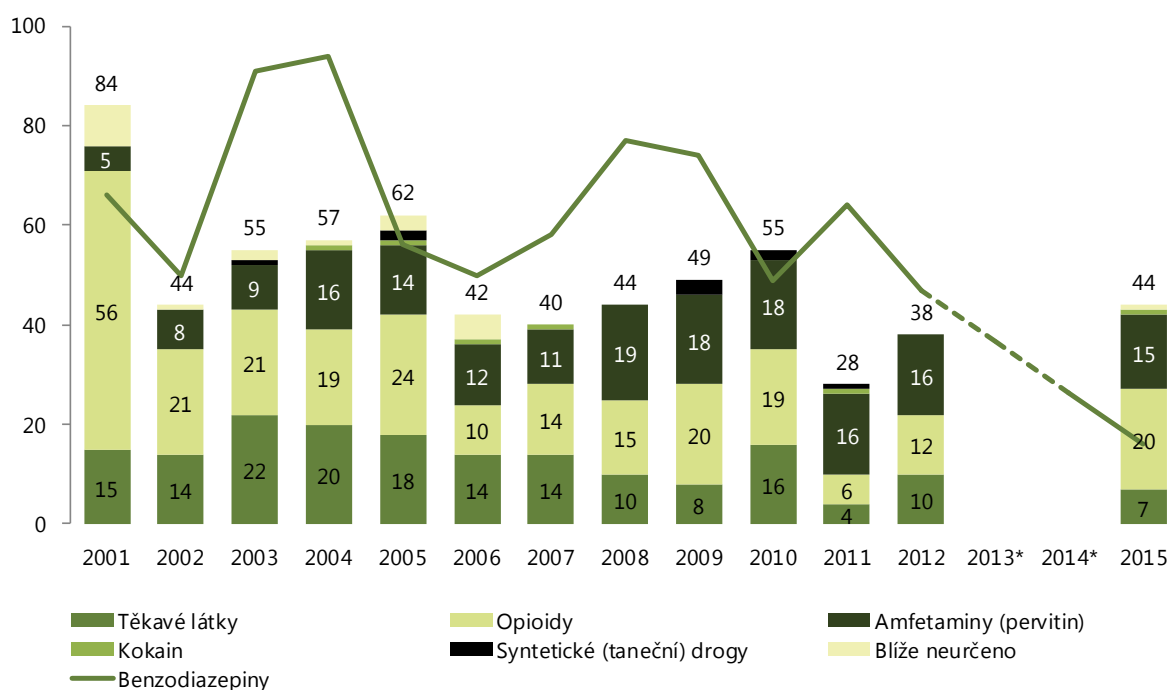
²⁰⁴ Morfin i 6-acetylmorfin jsou metabolity heroinu. Morfin se rovněž přímo (zne)užívá.

²⁰⁵ Noscapin se vyskytuje v surovém opiu nebo může být také příměsí heroinu.

V r. 2015 přetrvával příznivý nízký výskyt počtu smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami. Oproti posledním 2 letům s dostupnými daty (2011 a 2012) došlo k nárůstu počtu předávkování opioidy, počet případů smrtelných předávkování pervitinem zůstal téměř na stejné úrovni. Předávkování ostatními nelegálními drogami jsou stále velmi sporadická. Počet předávkování benzodiazepiny oproti předchozímu období poklesl. Dlouhodobý trend ukazuje graf 6-13.

Výskyt přímých drogových úmrtí v r. 2015 podle krajů uvádí tabulka 6-16. Je patrný vyšší výskyt smrtelných předávkování opioidy v Praze, kde je problémové užívání opioidů koncentrováno, a v Plzeňském kraji, kde je vysoký výskyt užívání opioidních analgetik jako fentanylu a morfinu.

graf 6-13: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v l. 2001–2015



Pozn.: * Data za r. 2013 a 2014 nejsou dostupná. Od r. 2015 došlo ke změně dosavadního informačního systému Speciálního registru drogových úmrtí na Národní registr pítav a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016e)

tabulka 6-16: Výskyt přímých drogových úmrtí v r. 2015 podle krajů

Kraj bydliště	Nelegální drogy a těkavé látky				Psychoaktivní léky	Celkem
	Opioidy	Pervitin	Těkavé látky	Celkem		
Hl. m. Praha	5	3	0	8	9	17
Středočeský	0	0	1	1	2	3
Jihočeský	0	0	0	0	8	8
Plzeňský	5	2	1	8	4	12
Karlovarský	2	2	0	4	5	9
Ústecký	1	2	0	3	0	3
Liberecký	0	0	0	0	2	2
Královéhradecký	1	2	0	3	5	8
Pardubický	0	1	0	1	1	2
Vysočina	0	0	0	0	5	5
Jihomoravský	2	1	0	3	7	10
Olomoucký	0	0	4	4	4	8
Zlínský	0	0	0	0	2	2
Moravskoslezský	0	1	0	1	0	1
Cizinci	4	1	0	6	2	8
Neuvejeno	0	0	1	2	4	6
Celkem	20	15	7	44	60	104

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016e)

6.3.2 Úmrtí pod vlivem drog

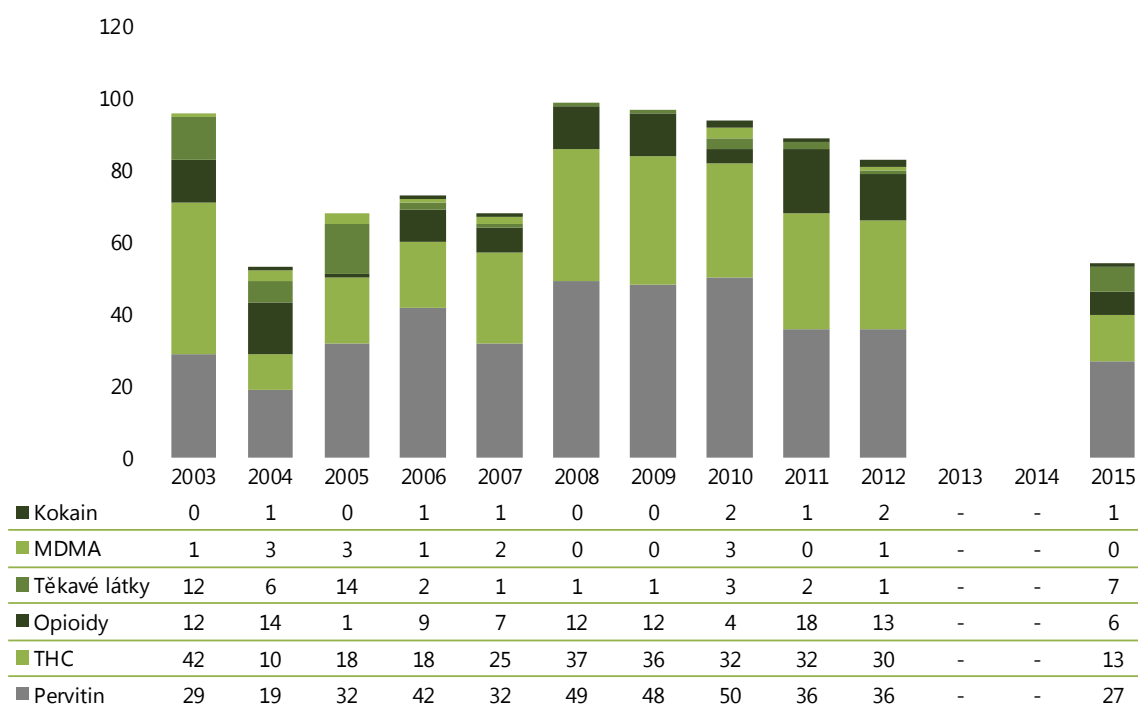
Celkem bylo v r. 2015 identifikováno 99 úmrtí pod vlivem drog, včetně léků, z jiných příčin než předávkování, z toho nejvíce stejně jako v minulosti v důsledku nehod a sebevražd. Přehled počtu a podílu vybraných skupin drog na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti drog uvádí tabulka 6-17, trend od r. 2004 ukazuje graf 6-14. V dlouhodobém horizontu je nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí s nálezem nelegálních drog spojen s pervitinem a konopnými látkami.

tabulka 6-17: Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2015 podle vybraných skupin drog a příčin smrti

Droga	Nehoda	Sebevražda	Napadení	Nemoc	Nezjištěno	Celkem	Podíl (%)
Pervitin	8	11	0	6	2	27	27,3
Benzodiazepiny	10	8	0	4	2	24	24,2
Konopné látky	8	3	0	1	1	13	13,1
Těkavé látky	2	1	1	2	1	7	7,1
Opiáty	2	1	0	1	1	5	5,1
LSD	2	0	0	0	0	2	2,0
Metadon	0	0	0	1	0	1	1,0
Kokain	1	0	0	0	0	1	1,0
Jiné OPL	1	0	0	0	0	1	1,0
Jiné psychoaktivní léky	5	2	0	2	9	18	18,2
Celkem	39	26	1	17	16	99	100,0

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016e)

graf 6-14: Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v l. 2003–2015



Pozn.: Od r. 2015 došlo ke změně dosavadního informačního systému Speciálního registru drogových úmrtí na Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství. Data za r. 2013 a 2014 nejsou dostupná.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016e)

6.3.3 Drogová úmrtí v obecném registru mortality

Pro extrakci dat o drogových úmrtích z informačního systému Zemřelí, tzv. obecného registru mortality, se používají kritéria EMCDDA, jejichž základem je výběr příslušných diagnóz příčin úmrtí nebo kombinace příčin a mechanismu úmrtí.

Počet předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v r. 2015 dosáhl 57 (téměř o pětinu více než v r. 2014), z toho bylo 27 případů předávkování opioidy (14 případů v r. 2014), z nich byly 4 případy předávkování heroinem, zbytek tvoří jiné opioidy. Dále bylo hlášeno 16 případů předávkování stimulancii mimo kokainu (pravděpodobně převážně pervitinem), 11 nespecifikovanými látkami a pouze 4 těkavými látkami (13 v r. 2014) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016b). Strukturu smrtelných předávkování v r. 2015 podle standardní i rozšířené selekce B podle EMCDDA²⁰⁶ podle věku, pohlaví a druhu drogy ukazuje tabulka 6-18 a vývoj počtu úmrtí podle jednotlivých drog v období 1994–2015 tabulka 6-19.

Počet případů předávkování v posledních letech roste, tento nárůst jde na vrub mimo jiné zvyšující se kázně a kvality hlášení, což je vidět v nárůstu počtu předávkování stimulancii (pervitinem), který byl v minulosti pravděpodobně značně podhlášen. Nárůst přímých drogových úmrtí v důsledku předávkování opioidy pravděpodobně souvisí s vyšší mírou užívání jiných opioidů než heroinu a buprenorfinu.

²⁰⁶ Jako standard je používána tzv. selekce B podle EMCDDA, která spočívá ve výběru úmrtí, kde je prvotní příčinou duševní porucha a porucha chování způsobená nelegálními drogami a jejich kombinacemi (dg. F11–F19 bez F13, F17 a F18) nebo jde o náhodnou, úmyslnou nebo blíže nezjištěnou otravu nelegálními drogami, tj. kombinaci diagnóz uvedených pod písmeny X nebo Y s diagnózami pro otravu danou substancí (dg. T40 a T43.6). Ve snaze co nejvíce sblížit selekci B z obecného registru se selekcí D ze speciálního registru mortality bylo provedeno rozšíření standardní selekce B o těkavé látky, tzn. o dg. F18 (duševní porucha a porucha chování způsobená užíváním těkavých látek) a o dg. X46, X66 a Y16 v kombinaci s dg. T52, tj. náhodná, úmyslná nebo nezjištěná otrava těkavými látkami.

tabulka 6-18: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2015 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví

Droga	Věková skupina												Pohlaví		
	<15	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	>64	Muži	Ženy	Celkem
Opioidy	0	1	1	3	4	3	2	2	2	0	3	6	17	10	27
Konopné látky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ostatní stimulantia	0	0	1	4	2	2	4	1	2	0	0	0	10	6	16
Halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drogy blíže nespécifikované	0	0	1	0	3	0	0	1	1	2	0	2	6	4	10
Celkem nelegální drogy*	0	1	3	7	9	5	6	4	5	2	3	8	33	20	53
Těkavé látky	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	4	0	4
Celkem nelegální drogy a těkavé látky	0	1	3	7	10	6	7	5	5	2	3	8	37	20	57

Pozn.: * selekce B standardu EMCDDA

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016b)

tabulka 6-19: Smrtelná předávkování drogami v ČR podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2015

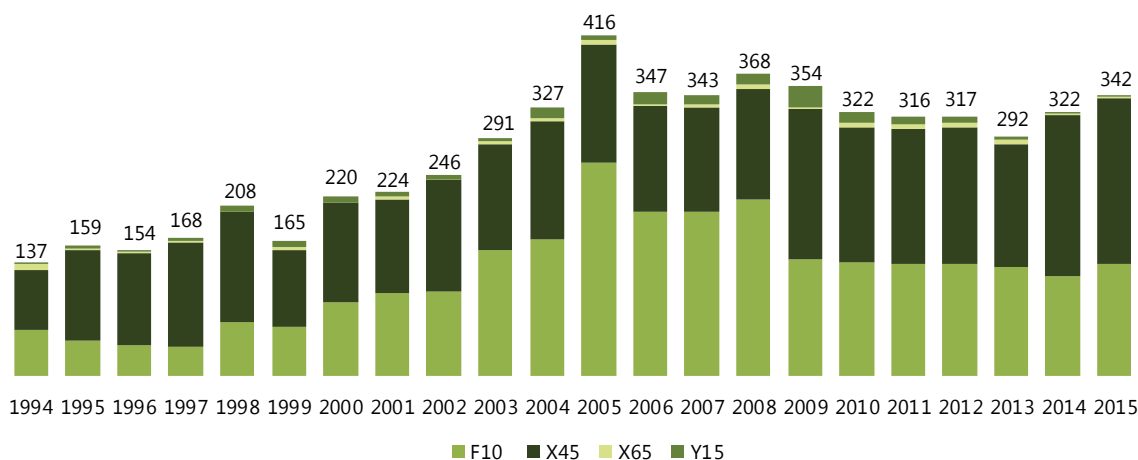
Rok	Opioidy	z toho metadon	Konopné látky	Kokain	Ostatní stimulantia (pervitin)	Halucinogeny	Drogy blíže neurčené	Celkem nelegální drogy	Těkavé látky	Celkem nelegální drogy a těkavé látky
1994	7	0	0	0	0	0	3	10	12	22
1995	0	0	0	0	0	0	3	3	9	12
1996	2	0	0	0	0	0	4	6	18	24
1997	4	0	0	0	0	0	9	13	17	30
1998	7	0	0	0	0	0	9	16	10	26
1999	14	1	1	0	1	0	8	24	14	38
2000	11	0	0	0	0	0	12	23	19	42
2001	18	0	0	0	0	0	13	31	21	52
2002	6	0	0	0	3	0	4	13	17	30
2003	12	0	0	0	2	0	4	18	14	32
2004	2	0	0	0	1	0	11	14	14	28
2005	9	0	0	1	2	0	7	19	16	35
2006	11	0	1	1	1	0	5	19	14	33
2007	6	1	1	0	2	0	10	19	15	34
2008	9	0	0	0	7	0	8	24	8	32
2009	20	1	1	0	2	0	10	33	10	43
2010	13	1	0	0	8	0	8	29	13	42
2011	12	0	0	1	3	1	5	22	5	27
2012	17	1	0	0	7	0	8	32	13	45
2013	17	1	3	0	10	0	9	39	8	47
2014	14	0	0	0	10	0	11	35	13	48
2015	27	0	0	0	16	0	10	53	4	57

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016b)

6.3.4 Úmrtí spojená s alkoholem

V r. 2015 bylo v obecném registru mortality, tj. v informačním systému Zemřelí, hlášeno 342 smrtelných předávkování alkoholem, vývoj od r. 1994 ukazuje graf 6-15.

graf 6-15: Počet smrtelných předávkování alkoholem v ČR v obecném registru úmrtí v l. 1994–2015 podle diagnostických skupin



Pozn.: dg. F10 – duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, dg. X45 – náhodná otrava alkoholem a expozice jeho působení, dg. X65 – úmyslná otrava alkoholem a expozice jeho působení, dg. Y15 – otrava alkoholem a expozice jeho působení, nezjištěného úmyslu; poslední 3 v kombinaci s dg. T51.0 (etanol), T51.1 (metanol) a T51.9 (nespecifikovaný alkohol)

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016b), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016e)

Poprvé byla provedena analýza úmrtí spojených s etanolem z dat z oddělení soudních lékařství, resp. z nového Národního registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na odděleních soudního lékařství (NRPATV). Bylo identifikováno celkem 815 alkoholových úmrtí, z toho 133 přímých (smrtelných předávkování) a 682 úmrtí, na která měla intoxikace alkoholem vliv (z toho nejvíce v důsledku vnějších příčin, jako jsou nehody a sebevraždy) – tabulka 6-20.

Rozdíly mezi počtem úmrtí na předávkování v obecném registru úmrtí – graf 6-15 – a speciálním registru úmrtí – tabulka 6-20 – je způsoben tím, že oba systémy používají jiné postupy pro kódování příčin úmrtí a vlivu návykových látek, a zejména tím, že na soudních lékařstvích je pitváno přibližně pouze 13 % zemřelých v ČR a řada úmrtí spojených s konzumací alkoholu je tedy do obecného registru hlášena mimo soudnělékařská oddělení.

tabulka 6-20: Úmrtí spojená s alkoholem (etanolem) zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2015

Etanol a jeho kombinace s dalšími látkami	Přímá úmrtí (předávkování)	Úmrtí pod vlivem					celkem
		nehody	sebevraždy	napadení	nemoci	nezjištěno	
Etanol samotný nebo s metanolem	124	276	88	6	205	59	634
Etanol v kombinaci s OPL	2	14	6	0	2	4	26
Etanol v kombinaci s jiným lékem	4	3	3	0	1	0	7
Etanol v kombinaci s jinou látkou (např. CO, jedy, aceton)	3	7	1	0	5	2	15
Celkem	133	300	98	6	213	65	682

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016e)

6.3.5 Mortalita uživatelů drog

V NRLUD, v části registru evidujícího substituční léčbu se jako jeden z důvodů ukončení léčby uvádí také úmrtí klienta. V r. 2015 bylo registrováno celkem 2248 léčených osob, z nichž 6 v průběhu roku zemřelo (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016d), což znamená hrubou roční míru úmrtnosti 2,7 ‰ – tabulka 6-21. Míra úmrtnosti v registru substituční léčby je však podhodnocena, protože lékaři nehlásí do registru všechna úmrtí svých pacientů.

tabulka 6-21: Míra úmrtnosti pacientů podle registru substituční léčby v l. 2000–2015

Rok	Počet registrovaných	Počet zemřelých	Míra úmrtnosti (‰)
2000	245	0	0,0
2001	533	2	3,8
2002	560	0	0,0
2003	789	2	2,5
2004	866	2	2,3
2005	825	1	1,2
2006	938	1	1,1
2007	1 038	0	0,0
2008	1 356	3	2,2
2009	1 555	3	1,9
2010	2 113	4	1,9
2011	2 290	4	1,7
2012	2 298	3	1,3
2013	2 311	3	1,3
2014	2 314	5	2,2
2015	2 248	6	2,7

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)



Kapitola 7:

Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

7.1 Legislativní rámec a strategie v oblasti snižování rizik

Oblast snižování rizik tvoří jeden ze čtyř pilířů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. V červnu 2016 byl schválen Akční plán pro oblast nelegálních návykových látek na období 2016–2018. Aktivita akčního plánu v kapitole Snižování rizik jsou rozděleny do 2 oblastí:

- omezení šíření negativních zdravotních důsledků, zejména infekčních nemocí spojených s užíváním drog, specificky prevence a kontrola šíření infekčních onemocnění mezi osobami ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody,
- podpora programů v poskytování služeb podle potřeb a na základě místní dostupnosti; cílené zaměření na snižování rizik plynoucích z injekční aplikace a zaměření specifických opatření na cílovou skupinu uživatelů metamfetaminu.

V období 2015–2018 jsou v platnosti další akční plány strategie, které mají rovněž své části věnující se snižování rizik: akční plán pro hazardní hraní, akční plán pro alkohol a akční plán pro kontrolu tabáku.

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013–2017 obsahuje řadu aktivit, jejichž cílovou skupinou jsou rovněž injekční uživatelé drog (viz také VZ 2012). V r. 2015 došlo k navýšení rozpočtu dotačního titulu Národní program zdraví a programu prevence HIV/AIDS ze 3 na 6 mil. Kč (ještě v r. 2006 přitom tento program disponoval rozpočtem přes 23 mil. Kč). V r. 2016 započal v rámci pracovní skupiny pod vedením národní manažerky pro HIV/AIDS proces vytváření nového Národního programu řešení problematiky HIV/AIDS. Byly ustanoveny též další pracovní skupiny, které mají za cíl přispět ke snížení výskytu nových případů, zejména v populaci mužů majících sex s muži (MSM).

V r. 2016 zahájilo MZ rovněž práce na novele metodického opatření k řešení problematiky infekce HIV/AIDS z r. 2003 (Věstník 8/2003).

7.2 Prevence předávkování

Prevence předávkování je v ČR poskytována prostřednictvím poradenství a edukace uživatelů drog v rámci služeb nízkoprahových a léčebných zařízení (blíže viz kapitoly Nízkoprahové harm reduction programy, str. 174, a Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog, str. 109). V ČR dosud nebyly zavedeny ani testovány programy distribuce opioidního antagonisty naloxonu (ty např. nemají význam pro uživatele pervitinu, kterých je v ČR mezi problémovými uživateli drog většina).²⁰⁷ V ČR však aktuálně narůstá míra užívání potentních opioidů (např. fentanylu – viz kapitolu Problémové užívání opioidů, str. 105), v r. 2015 došlo ke zvýšení počtu smrtelných předávkování opioidy a vzdělávání klientů se jeví v tomto směru jako důležité.

Vzdělávání pracovníků nízkoprahových služeb probíhá např. v rámci Letní školy harm reduction, kterou pořádá organizace SANANIM.²⁰⁸

²⁰⁷ Naloxon je antagonist opioidních receptorů, váže se na ně a vytěšňuje z vazby na nich jiné opioidy a ruší jejich účinek. Používá se (jako antidotum) při předávkování ve formě injekčního roztoku či spreje.

²⁰⁸ <http://www.sananim.cz> [2016-08-23]

7.3 Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog

7.3.1 Nízkoprahové harm reduction programy

Prevence šíření infekčních onemocnění patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými programy typu terénní centra a kontaktní programy. Ve velmi omezené míře jsou v ČR realizovány také programy určené uživatelům drog v prostředí noční zábavy.

Zdrojem údajů o nízkoprahových službách jsou závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016f) doplněné informacemi o programech dotovaných z jiných zdrojů nebo informacemi vyžádanými pro potřeby této zprávy. Síť nízkoprahových služeb v ČR tvoří kontaktní centra a terénní programy poskytující služby snižování rizik (harm reduction) prostřednictvím výměny injekčního materiálu, distribuce kondomů, poskytování či zprostředkování testování na infekční choroby a šíření informací o rizicích spojených s užíváním drog. Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři i jejich rodiny a blízcí. Nízkoprahové programy jsou zpravidla místem prvního kontaktu s uživateli, kteří se rozhodují nastoupit do léčby.

Počet nízkoprahových programů se v posledních letech pohybuje kolem 100. V r. 2015 jich bylo 104, v tom 57 kontaktních center a 47 terénních programů.²⁰⁹

V r. 2015 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 41 tis. uživatelů drog,²¹⁰ což představuje mírný nárůst oproti r. 2014 (40,3 tis.). Nejčastěji šlo o uživatele pervitinu (24,8 tis., 61 %), dále uživatele opioidů (9,9 tis., 24 %) a konopných látek (2,4 tis., 6 %). Z dlouhodobého hlediska je patrný postupný nárůst problémových uživatelů pervitinu. Vzhledem k výskytu užívání jiných opioidů než heroinu a buprenorfinu (např. léků s obsahem opioidů ve formě tablet či náplastí) byla nově zařazena do přehledu kategorie „jiné opioidy“. Za r. 2015 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 800 uživatelů jiných opioidů. Podíl injekčních uživatelů drog (IUD) mezi klienty nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje na úrovni 75–80 % (78 % v r. 2015). Průměrný věk klientů se od r. 2006 zvýšil o 5 let na 31,3 roku, ženy tvoří 35 % klientů nízkoprahových programů – tabulka 7-1.

Vzhledem k vysokému podílu injekčních uživatelů mezi problémovými uživateli drog je nejčastěji poskytovanou službou výměnný program injekčních setů a distribuce parafernálií – tabulka 7-2. Nejvyšší počet kontaktů i výměn injekčního materiálu vykázaly v r. 2015 nízkoprahové programy v Praze, následované programy v Ústeckém a Moravskoslezském kraji (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016f). Vzhledem k celkovému objemu kontaktů se počet prvních kontaktů jeví jako nízký (1,7 % všech kontaktů), a to zejména v Praze, naopak výkony individuálního poradenství a zdravotního ošetření v tomto kraji dominují. Podrobný přehled o výkonech v nízkoprahových programech podle krajů v r. 2015 poskytuje tabulka 7-3.

²⁰⁹ Počet programů je ovlivňován formálním členěním jednotlivých organizací a dotační politikou organizace a donorů. Kontaktní centrum a terénní program mohou být provozovány jedním subjektem v rámci jednoho zařízení či organizace, v jiných případech nebo v různých letech může jít o 2 i více programů.

²¹⁰ Součet identifikovaných i anonymních klientů.

tabulka 7-1: Uživatelé návykových látek v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR v l. 2006–2015

Základní (primární) droga	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pervitin	12 100	14 600	14 900	16 000	17 500	19 400	19 500	23 500	26 500	24 800
Opioidy, z toho	6 900	7 300	8 300	8 900	8 100	6 800	9 200	8 400	7 500	9 900
> heroin	4 000	4 100	4 600	4 950	4 200	3 300	2 800	2 700	2 900	3 500
> buprenorfin	2 900	3 200	3 700	3 950	3 900	3 500	6 200	5 500	4 700	5 603
> jiné opioidy*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	800
Konopné látky	2 700	2 000	1 700	2 200	1 900	3 200	3 300	1 600	2 500	2 400
Těkavé látky	450	390	300	250	300	250	160	250	160	100
Celkem uživatelů drog	25 900	27 200	28 300	30 000	32 400	35 500	34 500	38 300	40 300	41 000
Injekční uživatelé	18 300	20 900	22 300	23 700	24 500	25 300	28 000	31 500	33 000	31 900
Průměrný věk (roky)	25,3	26,1	26,4	27,4	27	28,1	28,5	29,3	30,4	31,3

Pozn.: * např. Palladone-SR®, fentanyl, Vandal Retard®

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových programů v l. 2006–2015, v tis.

Výkony	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hygienický servis	41,1	40,0	34,8	44,3	56,3	53,0	46,4	42,4	44,7	44,5
Individuální poradenství	21,9	24,1	21,0	27,8	37,6	30,8	34,0	27,4	30,9	29,0
Krizová intervence	1,8	1,6	1,1	1,6	2,4	2,4	1,8	1,4	1,3	1,3
Potravinový servis	97,6	94,1	87,8	108,8	107,7	100,7	94,3	100,2	97,7	86,3
Skupinové poradenství	1,5	1,0	1,1	1,3	1,3	0,7	0,5	0,5	0,6	0,7
Výměnný program	191,0	215,8	217,2	237,8	234,9	256,5	240,1	279,1	292,2	284,1
Zdravotní ošetření	10,5	9,4	7,7	10,2	9,7	9,5	9,2	10,8	11,7	11,9
Celkem	322,9	338,1	329,5	365,6	396,8	415,4	421,5	458,1	476,7	454,3

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových programů v r. 2015 podle krajů

Kraj	Kontakty celkem	První kontakt	Výměnný program	Individuální poradenství	Krizová intervence	Zdravotní ošetření
Hl. m. Praha	146 481	421	107 923	6 619	130	6 162
Středočeský	18 415	665	7 777	1 051	72	86
Jihočeský	22 745	726	13 579	2 387	165	432
Plzeňský	23 818	680	11 274	2 043	174	343
Karlovarský	21 083	496	12 915	889	23	117
Ústecký	84 767	1 447	56 137	1 922	122	1 502
Liberecký	15 993	519	10 897	358	48	107
Královéhradecký	9 607	257	7 096	471	12	114
Pardubický	3 235	142	1 462	121	6	11
Vysočina	8 521	207	3 140	1 048	38	62
Jihomoravský	25 453	1 066	15 811	2 283	59	639
Olomoucký	24 995	508	9 518	3 723	149	1 921
Zlínský	13 475	381	5 634	1 558	52	171
Moravskoslezský	34 926	443	20 911	4 423	248	198
Celkem ČR	454 257	7 923	284 074	28 896	1 298	11 865

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

7.3.2 Výměnné programy injekčních jehel a stříkaček

Distribuci stříkaček, jehel a dalších parafernálií v r. 2015 realizovalo 104 nízkoprahových programů.²¹¹ Množství distribuovaného materiálu dlouhodobě roste, ale v r. 2015 byl historicky vůbec poprvé zaznamenán pokles počtu vydaných injekčních setů (z 6,6 mil. kusů v r. 2014 na 6,4 mil. kusů v r. 2015) (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016f). Vývoj počtu

²¹¹ Do tohoto počtu jsou zahrnuty výměnné programy jehel a stříkaček i prodejní automaty.

programů a distribuovaných injekčních stříkaček ukazuje tabulka 7-4, počet vydaných stříkaček podle krajů ukazují tabulka 7-5 a mapa 7-1.

Injekční uživatelé, kteří navštívili nízkoprahová zařízení v r. 2015, si vyměnili průměrně 171 kusů injekčního náčiní na jednoho klienta, což je podle WHO v rámci prevence přenosu HIV hodnoceno jako pásmo středního pokrytí (WHO et al., 2013).²¹² Množství injekčního materiálu distribuovaného v jednotlivých krajích odpovídá relativnímu počtu injekčních, resp. problémových uživatelů drog.

tabulka 7-4: Počet výměnných programů a vydaných jehel a stříkaček v ČR v l. 1998–2015

Rok	Počet výměnných programů	Počet vydaných jehel a stříkaček
1998	42	486 600
1999	64	850 285
2000	80	1 152 334
2001	77	1 567 059
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	93	3 868 880
2007	107	4 457 008
2008	98	4 644 314
2009	95	4 859 100
2010	96	4 942 816
2011	99	5 292 614
2012	103	5 356 318
2013	110	6 175 118
2014	105	6 594 069
2015	104	6 403 404

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v l. 2005–2015 podle krajů, v tis.

Kraj	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hl. m. Praha	1 697,6	1 850,3	2 071,8	2 060,6	2 130,7	2 130,4	2 198,7	2 266,9	2 516,1	2 634,3	2 479,4
Středočeský	110,3	168,2	215,6	309,6	345,2	350,1	332,8	414,1	486,6	439,8	440,3
Jihočeský	124,5	141,8	212,8	228,9	239,7	183,3	202,5	206,8	253,9	318,5	311,4
Plzeňský	116,6	157,3	189,9	207,9	188,4	190,6	181,4	204,1	247,6	270,7	261,8
Karlovarský	58,7	66,4	83,5	79,8	102,5	141,4	177,8	151,5	150,3	211,8	181,9
Ústecký	479,4	612,3	655,9	637,9	678,0	604,2	735,9	616,6	830,7	941,8	932,4
Liberecký	32,8	47,8	64,0	129,9	87,3	130,0	150,8	174,7	220,2	207,7	252,8
Královéhradecký	86,2	98,3	139,1	173,4	183,2	200,6	253,3	217,8	245,6	266,8	235,4
Pardubický	38,7	48,1	29,9	52,7	62,5	85,0	88,9	93,8	87,8	92,3	88,7
Vysočina	61,4	68,7	99,4	65,3	81,1	89,8	86,1	79,5	136,7	145,2	116,4
Jihomoravský	173,1	227,8	269,2	264,9	252,1	286,3	331,1	311,6	318,8	336,1	352,5
Olomoucký	96,4	150,0	134,4	137,3	164,7	197,8	199,9	175,9	199,5	213,5	194,1
Zlínský	52,2	69,0	115,7	89,9	111,1	96,3	91,5	88,9	97,8	112,3	129,2
Moravskoslezský	143,8	162,8	175,7	206,1	232,5	257,0	261,9	354,1	383,4	403,3	427,1
Celkem ČR	3 271,6	3 868,9	4 457,0	4 644,3	4 859,1	4 942,8	5 292,6	5 356,3	6 175,1	6 594,1	6 403,4

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

²¹² Pro efektivní prevenci HIV je žádoucí dosáhnout vysokého pokrytí, které je definováno jako distribuce 200 a více kusů jehel na 1 injekčního uživatele a rok.

mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2015 na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

Výdejní automaty na stříkačky a injekční materiál byly v r. 2015 umístěny při kontaktních centrech v Plzni (Plzeňský kraj), Kolíně (Středočeský kraj) a Strakonících (Jihočeský kraj). Celkem bylo v těchto 3 automatech vydáno 17 691 kusů stříkaček.

V celé ČR zajistily nízkoprahové programy sběrem ve veřejném prostoru celkem 51 331²¹³ kusů injekčních jehel. V Praze realizuje organizace Progressive od r. 2012 projekt FIXPOINT, který zajišťuje instalaci a správu kontejnerů na použitý injekční materiál ve veřejném prostoru. V r. 2015 bylo prostřednictvím 12 kontejnerů na území městských částí Praha 5, 7 a 3 bezpečně zlikvidováno celkem 1135 kusů injekčních stříkaček. V r. 2016 se zvýšil počet kontejnerů na 15 (Praha 1, 3, 5, 7 a 8) a v prvním pololetí r. 2016 bylo sebráno 1607 stříkaček. Městská policie v Praze za r. 2015 vykazala sběr 16 522 kusů injekčních stříkaček, jehel a dalšího kontaminovaného materiálu.²¹⁴

²¹³ Toto číslo také obsahuje některé nálezy městské policie, která infekční materiál odevzdává v kontaktních centrech (odhadem několik tisíc kusů).

²¹⁴ <http://www.mppraha.cz/uvod/hlavni-clanky/1402-akce-jehla-2> [2016-08-23]

obrázek 7-1: Kontejner na použité injekční náčiní v Praze



Zdroj: PROGRESSIVE (2016)

Výměna injekčních stříkaček a jehel je v nízkoprahových programech doplňována distribucí aluminiové fólie určené ke kouření heroinu a želatinových kapslí určených k perorální aplikaci jako alternativy injekčního užívání drog, především pervitinu. Součástí nabídky služeb harm reduction programů je rovněž distribuce kondomů. K distribuci kondomů ve věznicích viz blíže kapitolu Uživatelé drog ve vězení (str. 218).

Velagyiiová (2015) se v diplomové práci zabývala hodnocením sociálních služeb z pohledu uživatelů drog. Dotazníkový průzkum byl realizován mezi 226 klienty nízkoprahových služeb v Libereckém kraji (164 klientů) a v Praze (62 klientů). Zatímco v Praze se 81 % respondentů o službě dozvědělo od přátel, známých či jiného uživatele, v Libereckém kraji to bylo 67 %. Oslovením ze strany pracovníků nebo z letáčku se respondenti o službě dozvěděli častěji v Libereckém kraji (26 %) než v Praze (9 %). Nejčastějším důvodem první návštěvy nízkoprahové služby (bylo možné zaškrtnout více odpovědí) byla výměna injekčního materiálu (66 % všech prvokontaktů) a návštěva kontaktní místnosti, kde je možnost využití sprchy, kávy zdarma apod. (38 %). Kromě výměny injekčního materiálu (70 %) a kontaktní místnosti (34 %) byly nejčastějšími využívanými službami testování (30 %) a zdravotní ošetření (25 %). Většina respondentů navštěvuje zařízení pravidelně (77 % v Libereckém kraji a 87 % v Praze). S nabídkou služeb nízkoprahových organizací, které navštěvovali, bylo spokojeno 98 % respondentů a pro 95 % je ve vztahu s pracovníky nízkoprahových center důležitá důvěra. Největší podíl v obou městech tvoří klientela, která služby využívá 5 a více let – tabulka 7-6. Klienti z Prahy a Libereckého kraje se lišili co do primární drogy – problémoví uživatelé drog v Praze uváděli častěji látky ze skupiny opioidů – tabulka 7-7.

tabulka 7-6: Doba využívání služeb nízkoprahových organizací – srovnání Liberecký kraj a Praha, v %

Počet let navštěvování služby	Liberecký kraj	Praha
<1	24,4	16,1
2–3	24,4	9,7
4–5	17,1	9,7
>5	32,9	58,1
Neodpověděl/a	1,2	6,5

Zdroj: (Velagyiiová, 2015)

tabulka 7-7: Primární droga klientů nízkoprahových center v Libereckém kraji a Praze, v %

Primární droga	Liberecký kraj	Praha
Pervitin	84,1	35,5
Subutex®	0,0	12,9
Konopné látky	14,6	6,5
Kokain	0,0	9,7
Heroin	1,2	3,2
Jiná droga	0,0	32,3*
Celkem	100,0	100

Pozn.: * Klienti neoznačili jednu primární drogu, jde o polyvalentní uživatele bez preference jedné primární drogy, látky jsou užívány podle dostupnosti. Klienti uváděli odpovědi: kombinace pervitinu a heroinu, jiné opiáty, Rivotril®, funky apod.

Zdroj: Velagyiiová (2015)

Některá nízkoprahová zařízení používají při práci s klienty tzv. incentivní terapii (terapie za použití peněžitých i nepeněžitých pobídek – incentiv). Současné podobě incentivní terapie u těhotných uživatelů návykových látek ve vybraných adiktologických zařízeních se ve své diplomové práci věnovala Meruňková (2015). Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů se 4 pracovníky nízkoprahových zařízení (Terénní program SANANIM v Praze a Centrum U Větrníku v Jihlavě). Vybraná adiktologická zařízení mají jasně definovaný systém incentiv, avšak liší se od sebe formou i způsobem odměňování klientů (finanční a materiální odměny). Zatímco SANANIM odměňuje klienty za práci vykonanou pro zařízení, jihlavské centrum je odměňuje i za každé pozitivní chování a účast na sezení. S klientkami pracují na základě individuálních potřeb, které jsou pružné a v průběhu se mění, cíl programu se odvíjí od individuálních potřeb klientky. Nedostatky při používání incentivní terapie jsou spatřovány v návazné péči a v nedostatku financí.

7.3.3 Testování infekcí

V monitoringu testování a prevence infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových programech za r. 2015 odpovědělo celkem 33 nízkoprahových programů (viz také kapitolu Infekce spojené s užíváním drog, str. 147). Z nich nabízelo želatinové kapsle 28 programů (85 %) a vydalo 70 tis. kapslí (v průměru 2,5 tis. na jedno zařízení) – tabulka 7-8. V průzkumu Sčítání adiktologických služeb 2014 (blíže viz VZ 2014) odpovědělo 128 nízkoprahových zařízení, z nichž distribuovalo želatinové kapsle 84 (66 %) a aluminiovou fólii 73 (57 %) zařízení. Odhadem tedy 84 nízkoprahových zařízení vydá cca 200 tis. kapslí ročně. Distribuce želatinových kapslí se stala standardní součástí nabídky nízkoprahových programů pro uživatele drog v ČR a část klientů programů kapsle využívá jako alternativu injekčního užívání (viz např. Nezdarová, 2011, Mravčík et al., 2011b).

tabulka 7-8: Distribuce želatinových kapek v nízkoprahových programech v l. 2008–2015

Rok	Počet programů, které odpověděly na dotazník	Programy distribuující kapsle		Počet distribuovaných kapek (tis.)
		Počet	Podíl (%)	
2008	50	16	32,0	23,9
2009	20	14	70,0	28,6
2010	43	30	69,8	56,9
2011	52	42	80,8	72,6
2012	38	27	71,1	46,8
2013	49	44	89,7	112,8
2014	57	47	82,5	123,1
2015	33*	28	84,8	69,8

Pozn.: * Dotazníků bylo vyplněno celkem 33, 9 dotazníků bylo vyplněno za 2 či více programů.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

Počet všech testujících programů a počet provedených testů v nízkoprahových zařízeních zjišťuje NMS ze závěrečných zpráv projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP. Výsledky testování v nízkoprahových programech jsou k dispozici z jiného zdroje – blíže viz kapitulu Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových programech (str. 151).

V r. 2015 nabízelo možnost testování na HIV 67 programů, na VHB 51, na VHC 74 a na syfilis 50 programů – tabulka 7-9. Od r. 2008 je patrný dlouhodobý nárůst počtu provedených testů, zejména na HIV a VHC, v r. 2015 však byl zaznamenán u obou typů testů mírný meziroční pokles.

tabulka 7-9: Počet testů na infekční nemoci a počet testujících nízkoprahových programů v l. 2003–2015

Rok	HIV		VHB		VHC		Syfilis	
	Programy	Testy	Programy	Testy	Programy	Testy	Programy	Testy
2003	64	2 629	21	739	60	2 499	4	209
2004	58	2 178	25	932	53	2 582	1	84
2005	54	2 425	28	1 370	55	2 664	2	54
2006	46	1 253	56	693	62	1 133	3	209
2007	53	609	19	370	24	401	4	62
2008	50	1 120	18	399	40	862	3	124
2009	47	1 592	23	560	43	1 501	4	143
2010	58	1 821	40	1 200	59	2 134	20	771
2011	78	2 833	69	1 598	80	3 158	66	1 516
2012	64	2 892	48	1 468	67	3 011	46	1 969
2013	72	2 952	52	1 756	78	3 278	51	1 811
2014	74	3 028	54	1 889	79	3 359	57	1 829
2015	67	2 964	51	1 713	74	2 975	50	1 845

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

Z pravidelného monitoringu testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových programech (blíže viz kapitolu Infekce spojené s užíváním drog, str. 147) za r. 2015 vyplynulo, že klienti většiny služeb mají o testování na infekční choroby zájem, někdy však pouze verbální. Některá zařízení popsala, že nižší zájem o testování projevují klienti v horší sociální situaci. S žádostí o testování přicházejí také blízcí uživatelů drog. Ve 27 programech, které poskytují testování na infekční choroby, prováděli testování 92 pracovníci, což představovalo 65 % všech pracovníků zařízení (v rozmezí 11–100 %). Polovina programů nabízela testování po celou otevírací dobu programu, 15 % programů nabízelo testování během méně než poloviny času otevírací doby. Tři programy (12 %) vyžadovaly osobní údaje pro testování na HIV, dva (8 %) na VHC, pět (22 %) na VHB a deset (43 %) na syfilis. Ve 40 % zařízení byl používán způsob semi/anonymního testování, kdy byl klient dopředu upozorněn, že při reaktivním testu musí sdělit své údaje a bude referován do dalšího zařízení. V 53 % neměla zařízení informaci o tom, zda klient podstoupil následné konfirmační vyšetření, informace zařízení získávala od samotných klientů či bezprostředně při doprovodu klienta na konfirmační vyšetření. Konfirmační vyšetření absolvovalo v průměru 57 % klientů (v jednotlivých programech v rozmezí 5–100 %),

u kterých orientační test VHC proběhl s reaktivním výsledkem, konfirmační vyšetření na HIV absolvovalo v průměru 83 % (50–100 %) testovaných a vyšetření na syfilis v průměru 89 %.

Podle názorů pracovníků nízkoprahových zařízení by k vyšší protestovanosti přispěla nabídka možnosti podstoupit všechny testy na jednom místě a zvýšit časovou a místní dostupnost. Jako překážky se jeví obavy klientů ze sdělení pozitivního výsledku, ze ztráty anonymity, chybí incentiva (prostředky pozitivní motivace) pro klienty. Dále v některých zařízeních je služba dostupná pouze po objednání, chybí dostatečné finanční zdroje a jeden respondent uvedl jako překážku to, že zařízení nemá statut zdravotnického zařízení. Spolupráce se zdravotnickými zařízeními, do kterých jsou klienti odesíláni k dalšímu vyšetření a léčbě, je hodnocena jako kvalitní, zejména v lokalitách s nízkými záchyty onemocnění, ojediněle je spolupráce hodnocena jako nevyhovující.

Respondenti uvedli, že mladší klienti jsou při užívání návykových látek opatrnější, injekční aplikaci vnímají jako stigmatizující a spíše volí užívání kouřením z fólie či požitím. Změna způsobu užívání směrem k méně rizikovému byla hlášena také u dlouhodobějších uživatelů s poškozeným žilním systémem. Rizikové chování je také odrazem sociální situace – se zhoršující se sociální situací klienti užívali rizikověji a zvyšovali frekvenci užívání drog, u uživatelů v lepší sociální situaci byly hlášeny snahy omezovat nitrožilní užívání. Tři programy hlásily kontakty s klienty s diagnostikovanou HIV pozitivitou, všichni MSM, IUD, zejména pervitinu (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016e).

Historie vyšetření klientů na HIV, VHB a VHC je sledována v Registru žádostí o léčbu spravovaném hygienickou službou, resp. od r. 2015 v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD), který vznikl sloučením substitučního registru (NRULISL) a Registru žádostí o léčbu. Informace v těchto položkách mají částečně charakter informací získaných od samotných uživatelů, případně může jít o údaje z dokumentace nebo přímo výsledky vyšetření v rámci dané léčebné epizody. Počet injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu v l. 2004–2015 a podíl jejich vyšetření na jednotlivé infekce někdy v životě ukazuje tabulka 7-10. Při hodnocení trendů je potřeba vzít v úvahu, že v r. 2015 došlo ke změně ve způsobu sběru dat a srovnatelnost s daty z předchozích let je tedy omezená.

tabulka 7-10: Testování klientů – IUD na VHB, VHC a HIV v Registru žádostí o léčbu v l. 2004–2015

Rok	Počet IUD žádajících o léčbu	Testováno (%)		
		VHB	VHC	HIV
2004	6 364	38,7	44,8	52,8
2005	6 125	39,8	44,1	54,8
2006	6 022	38,4	42,2	55,7
2007	6 109	37,4	40,3	53,4
2008	5 986	42,1	45,0	55,1
2009	6 157	42,9	48,2	57,8
2010	6 581	43,1	48,5	57,7
2011	6 471	45,0	50,6	57,1
2012	6 481	44,6	50,7	55,2
2013	7 184	48,6	55,3	50,2
2014	7 213	46,6	55,3	50,0
2015	2 325	48,5	52,5	47,8

Pozn.: Jde o podíl testovaných na dané infekce ze všech injekčních uživatelů drog, kteří v daném roce žádali o léčbu, bez ohledu na znalost výsledku testu.

Zdroj: Füleová et al. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Respondenti byli ve studii Multiplikátor 2016 (blíže viz kapitulu Průzkum mezi problémovými uživateli pervitinu a opioidů – Multiplikátor 2016, str. 100) dotazováni, zda podstoupili v posledních 12 měsících testování na vybrané infekční nemoci a na výsledky testu. Z celkových 1079 respondentů bylo na HIV testováno 595 osob (55,1 %) a 7 z nich (1,2 %) uvedlo výsledek testu jako pozitivní, resp. reaktivní. VHC test podstoupilo 64,4 %, u 28,9 % byl test reaktivní, přičemž 66,7 % bylo vyšetřeno specialistou na léčbu virových hepatitid a z nich 55 osob podstoupilo léčbu (41 %).

Srovnání s předchozími vlnami studie ukazuje tabulka 7-11. Výsledky naznačují postupně se zvyšující protestovanost klientů nízkoprahových zařízení.

tabulka 7-11: Testování na HIV a VHC v posledních 12 měsících mezi klienty studie Multiplikátor v l. 2010, 2013 a 2016

Rok	Testováno (%)	
	HIV	VHC
2010	49,2	58,4
2013	51,0	57,5
2016	55,1	64,4

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016a)

7.3.4 Léčba HIV/AIDS a virové hepatitidy typu C

Diagnostika, profylaxe a léčba HIV/AIDS v ČR probíhá v 7 regionálních AIDS centrech pod metodickým vedením Národního centra HIV/AIDS Nemocnice na Bulovce. V lednu 2016 byl Společností infekčního lékařství ČLS JEP aktualizován Doporučený postup péče o dospělé infikované HIV a postexpoziční profylaxe (PEP)²¹⁵ infekce HIV.²¹⁶ Doporučený postup shrnuje obecné principy postupu při přijetí osoby infikované HIV do péče AIDS centra, zahájení antiretrovirové léčby a dalšího sledování. Oproti předchozí verzi dokumentu z r. 2012 jsou konkretizovány a specifikovány stavy, které ovlivňují výběr antiretrovirového režimu, jsou upřesněny postupy a kritéria při sledování efektu léčby a indikace PEP. Dokument neupravuje používání tzv. preexpoziční profylaxe (PrEP), kdy jsou antiretrovirotika preventivně podána před rizikovou situací.

V posledních 10–12 letech byla standardní terapie chronické infekce VHC založena na podání kombinace pegylovaného interferonu α (PEG-IFN) s ribavirinem (RBV). Od r. 2011 je používána léčba přímo působícími antiviroty (Direct-Acting Antivirals – DAAs), která cílí na různé fáze replikace viru, tj. přímo inhibují některý z enzymů uplatňujících se v průběhu replikačního cyklu VHC. K 30. 5. 2015 byly v ČR registrovány k použití u VHC infekce DAA preparáty boceprevir, telaprevir a simeprevir s definovanou úhradou. V průběhu l. 2013, 2014 a první poloviny r. 2015 byly schváleny k užití u chronické VHC infekce i další preparáty, především sofosbuvir, simeprevir, daclatasvir a kombinace dasabuvir, paritaprevir/ritonavir a ombitasvir. U řady dalších preparátů probíhají v současné době schvalovací procedury na úrovni mezinárodních agentur. Zavedení širokého použití bezinterferonových režimů s novými preparáty brání jejich vysoká cena. Postup a volbu preparátů stanovuje Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C vydaný Českou hepatologickou společností a Společností infekčního lékařství (Urbánek et al., 2015). Tento postup stanoví za současné situace dostupnosti řady antivirotek až 18 základních léčebných variant ve 4 skupinách podle genotypu viru hepatitidy C. Uživatelé drog jsou indikováni k léčbě jakýmkoli typem preparátu za podmínky předpokladu dodržování léčebného režimu.

V l. 2012 a 2013 sledoval ÚZIS v ročním výkazu oborů gastroenterologie a infekčního lékařství počet pacientů celkem i IUD léčených pro VHC (blíže viz VZ 2012 a 2013). V r. 2013 zahájilo léčbu ve 39 zařízeních obou odborností celkem 931 osob, z toho 536 osob s anamnézou IUD (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2014), data za r. 2014 a 2015 nejsou k dispozici.

Z dat Vězeňské služby ČR vyplývá, že počty odsouzených a obviněných léčených pro virové hepatitidy a HIV/AIDS v zařízeních výkonu vazby a trestu narůstají, dominuje počet nově zavedené léčby VHC u odsouzených osob (553) a obviněných (41) – tabulka 7-12. Ve srovnání s předchozími lety počet případů léčených pro VHC narůstá: r. 2010 (69), r. 2011 (239), r. 2012 (272), r. 2013 (246),

²¹⁵ podání antiretrovirotek po rizikové situaci, kdy mohlo dojít k nakažení virem HIV

²¹⁶ <http://www.infekce.cz/DoporART16.htm> [2016-08-30]

r. 2014 (325)²¹⁷ (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015b, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015a).

tabulka 7-12: Počty osob léčených na vybrané infekční nemoci v zařízeních výkonu vazby a trestu v ČR v r. 2015

Antivirová léčba	Pokračování zavedené léčby	Nově zavedená léčba	Celkem
Odsouzení			
VHB	2	47	49
VHC	2	553	555
HIV/AIDS	26	4	30
Obvinění			
VHB	3	2	5
VHC	1	41	42
HIV/AIDS	4	0	4
Celkem	38	647	685

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016b)

7.4 Programy v prostředí zábavy

Specifické preventivní programy na tanečních a hudebních akcích nejsou v ČR rozšířené, což souvisí s velmi limitovanou finanční podporou těchto aktivit a absencí vhodného prostředku pro navázání kontaktu s touto specifickou populací, který by nahradil v minulosti realizované intervence kvalitativního testování tablet. Služby se preventivním aktivitám v prostředí noční zábavy věnují okrajově v rámci stávajících programů, zejména terénních.

Ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP nicméně vyplývá, že počet programů a počet pokrytých akcí roste. V r. 2015 poskytovalo služby na tanečních akcích celkem 11 programů, které navštívily 110 akcí. Pravidelnou spolupráci uvedly se 40 organizátory akcí, celkem programy vykázaly 11 827 kontaktů (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016f). V r. 2014 to byly pouze 4 programy, které navštívily 11 akcí; pravidelnou účast uvedly na 8 akcích, přičemž služby využilo přibližně 1700 návštěvníků – viz VZ 2014.

V r. 2015 realizovaly preventivní aktivity na letních hudebních festivalech v Olomouckém kraji Terénní programy Olomouc (Společnost Podané ruce) a ojediněle také Terénní programy Šumpersko (Společnost Podané ruce) a Terénní program organizace KAPPA-HELP. Terénní programy Magdaléna v rámci letních hudebních festivalů působily v okresech Beroun, Benešov, Příbram, Rakovník a Praha-západ. Organizace SANANIM poskytovala informace a testování na přítomnost alkoholu v dechu na 13 festivalech. V Jihočeském kraji služby nárazově mapují situaci na festivalech, slavnostech a koncertech. Organizace POINT 14 v Plzeňském kraji plánovala od června 2016 spuštění pilotního projektu intervencí v prostředí noční zábavy. Na brněnské a pražské klubové scéně působí program Terénních programů Brno Společnosti Podané ruce – terénní práce v prostředí noční zábavy, které realizují projekt Hard & Smart, který pracuje s provozovateli klubů směrem ke snížení rizik noční zábavy a zahrnuje certifikaci provozovny splňující kritéria bezpečného klubu – blíže viz VZ 2014. Nabízené intervence probíhají prostřednictvím informačního stánku²¹⁸ a tzv. klidových zón. V r. 2015 navštívili terénní pracovníci 10 akcí brněnské klubové scény a 4 letní venkovní akce (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016d).

Přádová (2015) ve své diplomové práci analyzovala potřeby rekreačních uživatelů drog v okrese Mělník. Provedla 14 polostrukturovaných rozhovorů s rekreačními uživateli, 4 s provozovateli restauračních zařízení a klubů, 2 s pracovníky adiktologických služeb a 4 rozhovory se zástupci

²¹⁷ Data za r. 2014 jsou pouze za 1. pololetí.

²¹⁸ V rámci informačního stánku kromě poskytování informací a poradenství existuje možnost distribuce harm reduction materiálu, samotestování pomocí alкотestu či měření tepu a tlaku (především po užití návykových látek).

správy města (protidrogovou koordinátorkou a zástupci městské a státní policie). Z výsledků práce vyplynulo, že většina dotazovaných považovala rekreační užívání drog v okrese za problém a uvítali by službu zaměřenou na tuto cílovou skupinu. Respondenti se většinou shodli v preferenci mobilní/terénní formy programu, který by reagoval na aktuální situaci a přizpůsoboval by se potřebám rekreačních uživatelů. Služba by měla poskytovat intervence zejména informačního a harm reduction charakteru. Respondenti uvedli přístup pracovníků pomáhajících služeb jako klíčový pro účinné intervence. Uvítali by mladé lidi, kteří by nemoralizovali a nehodnotili. Z nabízených možností by respondenti uvítali zejména nabídku alkohol-testerů, dále poskytování informací, službu krizové intervence, distribuci kondomů a službu kvalitativní analýzy drog. Představa provozovatelů restauračních zařízení a klubů o účinných službách zahrnuje poskytování informací o účincích a rizicích drog, poskytování první pomoci či zklidňování zákazníků, kteří jsou pod vlivem, a měření hladiny alkoholu v krvi. Terénní adiktologická služba projevila zájem zaměřit se na rekreační užívání drog, potřebovala by však k tomu rozšířit tým pracovníků a získat finance.

8

Kapitola 8:

Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog

8.1 Socioekonomická situace uživatelů drog

Sociální dopady a souvislosti užívání drog představují poměrně široké spektrum problémů od problémů s bydlením (bezdomovectví) přes nezaměstnanost a zadluženost po problémy ve vztazích s blízkými.

8.1.1 Socioekonomické charakteristiky uživatelů drog

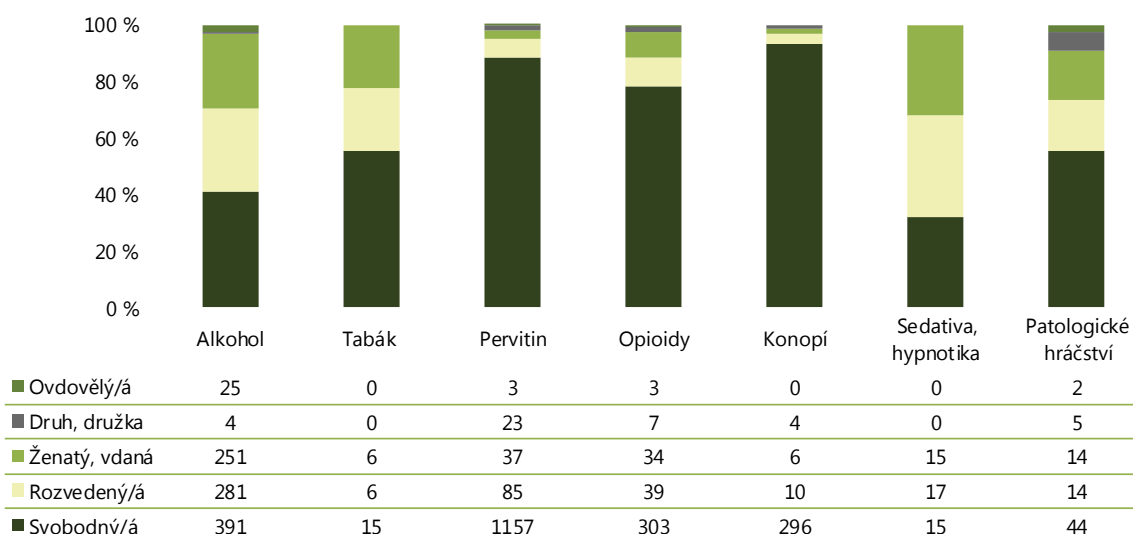
Charakteristiky uživatelů drog, včetně popisu jejich sociální situace a ekonomických ukazatelů, jsou získávány z Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD) – blíže viz VZ 2014 a kapitulu Národní registr léčby uživatelů drog (str. 128). Vzhledem k problémům provázejícím spuštění registru (mění se technologická platforma pro všechny národní zdravotní registry) chybí dosud v registru data z významné části léčebné sítě za r. 2015 i 2016.

Údaje o léčených klientech v r. 2015 nahlásilo do registru celkem 148 programů a evidováno bylo 7641 klientů, z nichž 1895 zahájilo léčbu poprvé v životě (prvožadatelé). V novém registru NRLUD se evidují kromě uživatelů nelegálních drog také uživatelé alkoholu, tabáku a patologičtí hráči. Při posuzování socioekonomických charakteristik jednotlivých skupin žadatelů o léčbu je potřeba zohlednit jejich rozdílné demografické charakteristiky (pohlaví a věk).

U uživatelů alkoholu bylo 41 % osob svobodných, 30 % osob rozvedených a více než čtvrtina byla ženatých nebo vdaných. Více než polovina hlášených kuřáků byla svobodných, patologických hráčů bylo svobodných téměř 56 % a stejný podíl (18 %) měli rozvedení hráči a hráči žijící v manželství.

Mezi uživateli nelegálních drog byla převážná část svobodných, a to 89 % u uživatelů pervitinu, 78 % uživatelů opioidů a 94 % uživatelů konopných látek. U uživatelů sedativ a hypnotik byli uživatelé rozděleni stejným dílem (po cca 1/3) mezi svobodné, rozvedené a ženaté (vdané) – graf 8-1.

graf 8-1: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle rodinného stavu v r. 2015



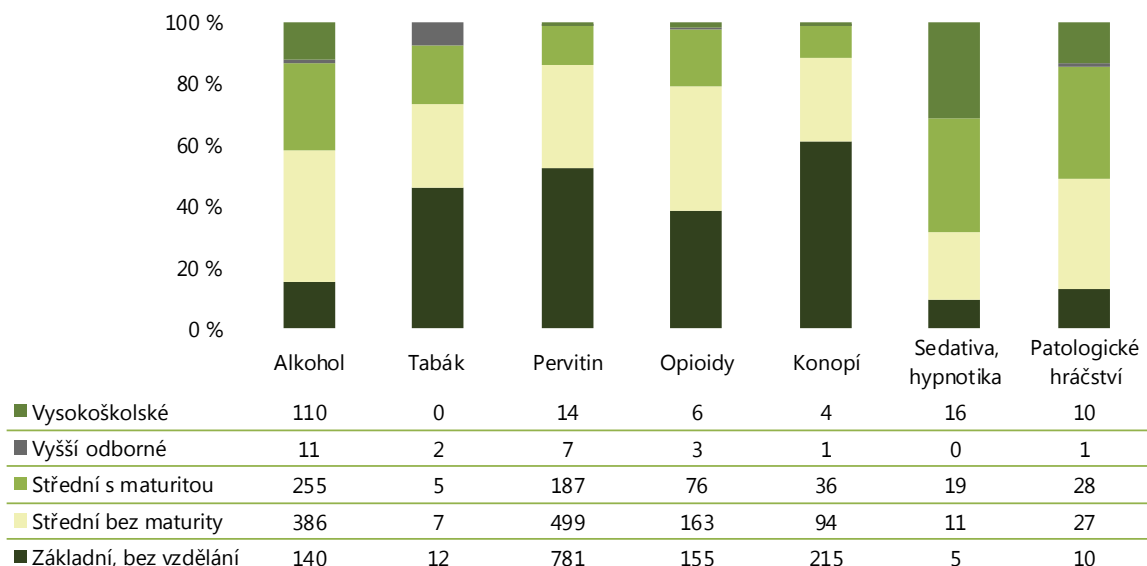
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Základní vzdělání převládalo u uživatelů nelegálních drog, zejména u uživatelů pervitinu (52 %) a konopných látek (61 %). Další významná část těchto uživatelů drog měla středoškolské vzdělání

nebo byla vyučena. Většina uživatelů sedativ a hypnotik měla středoškolské vzdělání s maturitou (37 %) nebo vysokoškolské vzdělání (31%).

U uživatelů alkoholu převládalo středoškolské vzdělání bez maturity (43 %), následovali uživatelé se středoškolským vzděláním s maturitou (28 %). Patologičtí hráči měli převážně středoškolské vzdělání bez maturity (36 %) nebo s maturitou (37 %) – graf 8-2.

graf 8-2: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle vzdělání v r. 2015

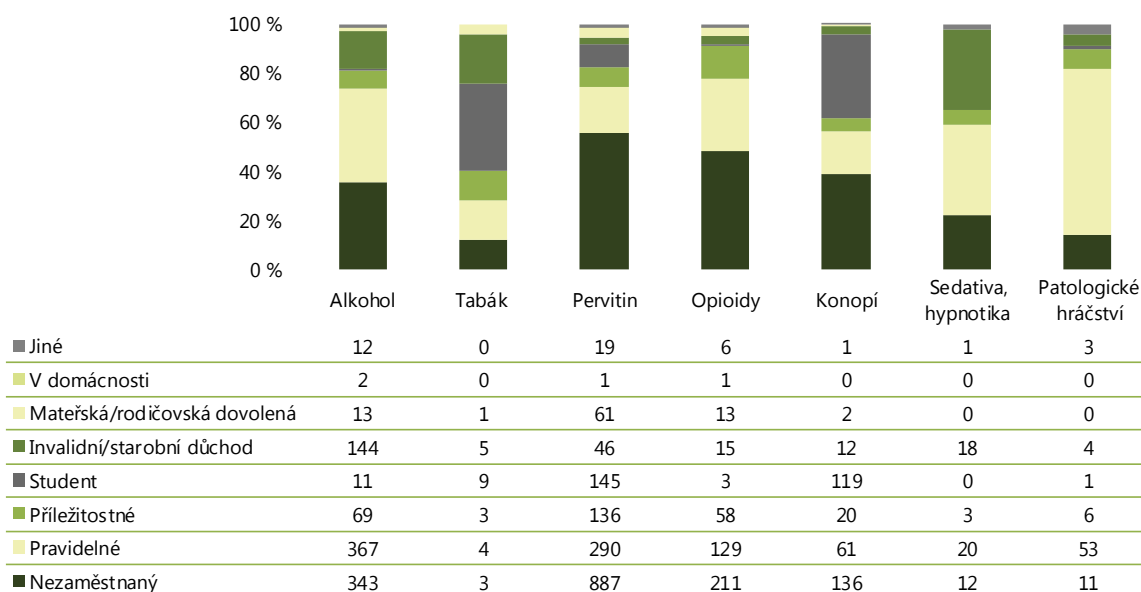


Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Více než 38 % uživatelů alkoholu mělo pravidelné a 7 % příležitostné zaměstnání, více než třetina jich byla bez zaměstnání. Více než dvě třetiny patologických hráčů (68 %) mělo pravidelné zaměstnání, nezaměstnaných bylo pouze 14 %.

Nezaměstnaní převládali mezi uživateli pervitinu (56 %), opioidů (48 %) a konopných látek (39 %). Pravidelné či příležitostné zaměstnání mělo 43 % uživatelů opioidů, 27 % uživatelů pervitinu a 23 % uživatelů konopných látek. Mezi uživateli sedativ a hypnotik převládaly osoby s pravidelným zaměstnáním (37 %) a osoby s invalidním či starobním důchodem (33 %) – graf 8-3.

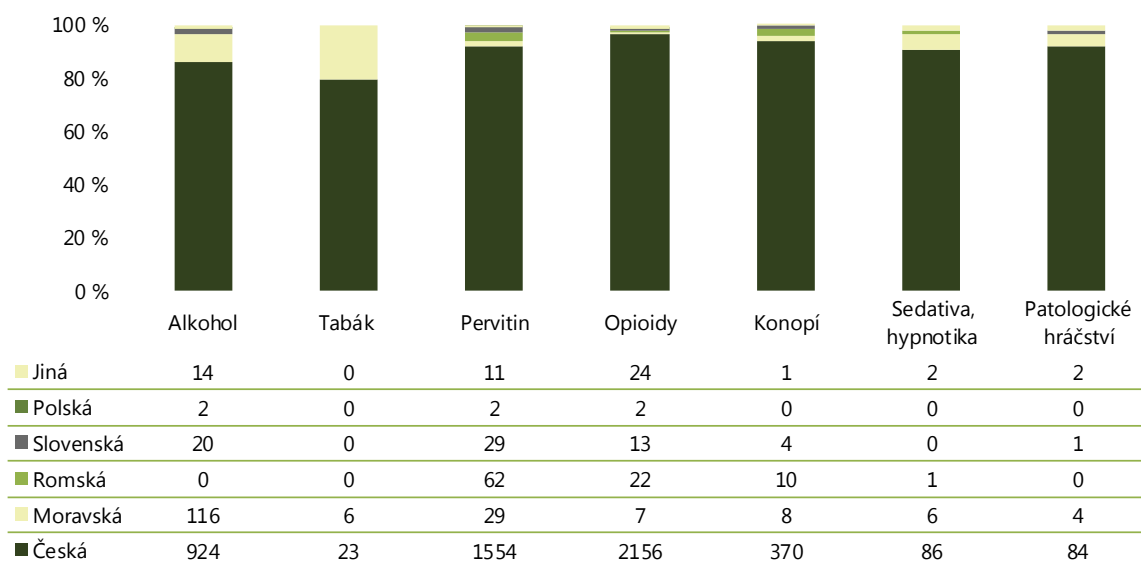
graf 8-3: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle zaměstnání v r. 2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Většina uživatelů alkoholu, dalších drog i patologických hráčů měla českou nebo moravskou národnost, jinou národnost uvedla 4 % uživatelů, a to romskou (2 % uživatelů nelegálních drog) a slovenskou (1 % všech uživatelů drog) – graf 8-4.

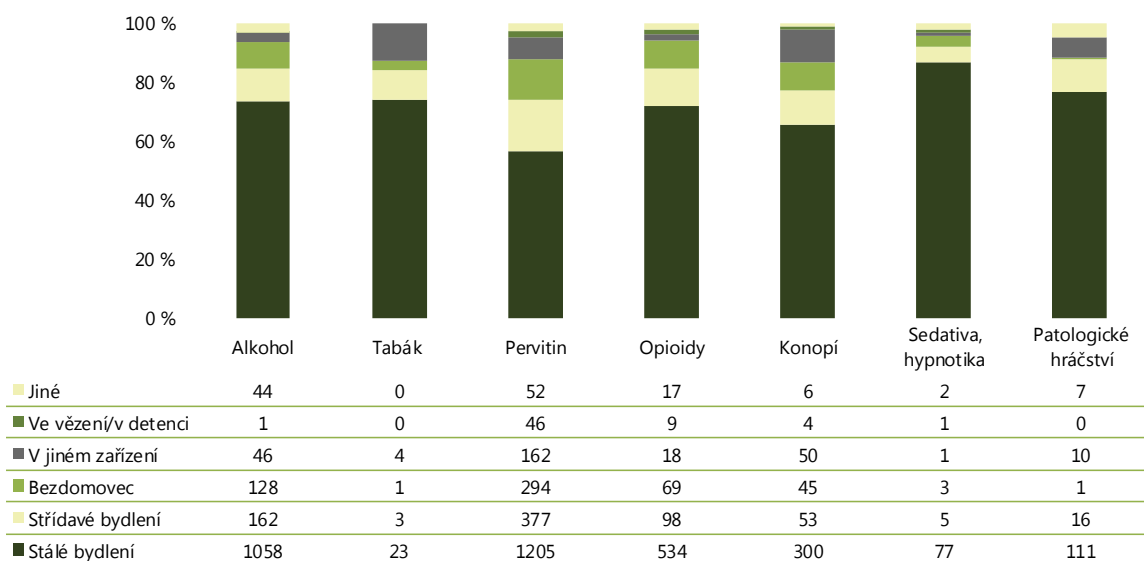
graf 8-4: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle národnosti v r. 2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Dalším povinně sledovaným ukazatelem v NRLUD je charakter bydlení, který popisuje stabilitu životní situace klienta. Mezi léčenými uživateli alkoholu, tabáku, sedativ/hypnotik i patologickými hráči výrazně převládá stálé bydlení, a to u 74 % uživatelů alkoholu a uživatelů tabáku, 87 % sedativ a hypnotik, 71 % patologických hráčů. U uživatelů ostatních drog bylo stálé bydlení evidováno méně často – u 56 % uživatelů pervitinu, 72 % uživatelů opioidů, 66 % uživatelů konopných látek; mezi uživateli těchto látek je také výrazný podíl těch, kteří uvádějí střídavé bydlení. U uživatelů alkoholu a nelegálních drog byl také poměrně vysoký podíl bezdomovců – graf 8-5.

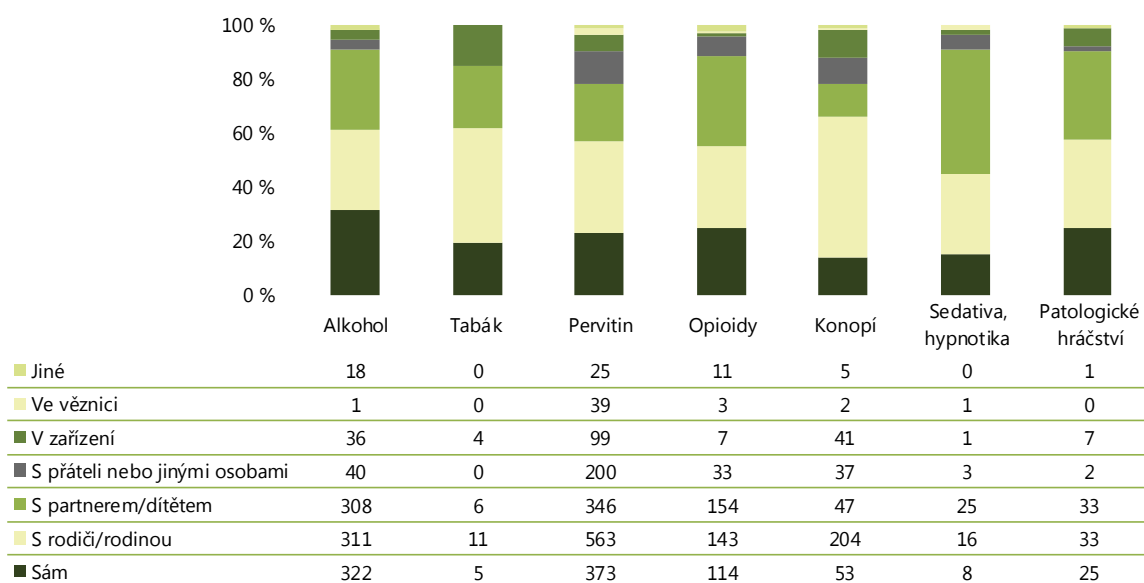
graf 8-5: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle charakteru bydlení v r. 2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Nepovinně sledovanou položkou v NRLUD je informace o tom, s kým klient v době nástupu do léčby žije. Mezi uživateli nelegálních drog je ve srovnání s ostatními uživatelskými skupinami vyšší podíl těch, kteří žijí s přáteli nebo jinými osobami – graf 8-6.

graf 8-6: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle toho, s kým bydleli v r. 2015



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

Dalšími nepovinně sledovanými položkami, které informují o životních podmínkách uživatelů, jsou informace o tom, zda klient má vlastní děti a zda s dětmi žije. Kromě uživatelů alkoholu a sedativ či hypnotik, u kterých cca dvě třetiny mají vlastní děti, většina uživatelů drog nemá vlastní děti. Většina uživatelů drog i patologických hráčů však s dětmi žije – tabulka 5-18.

tabulka 8-1: Podíl žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a toho, zda klient má děti nebo žije s dětmi v r. 2015, v %

Odpověď	Alkohol	Tabák	Pervitin	Opioidy	Konopí	Sedativa, hypnotika	Patologické hráčství
Klient má vlastní děti							
Ano	64,1	42,3	34,8	47,4	16,7	66,0	53,5
Ne	35,9	57,7	65,2	52,6	83,3	34,0	46,5
Klient žije s dětmi							
Ano	67,7	85,7	76,7	60,3	82,2	64,9	61,8
Ne	32,3	14,3	23,3	39,7	17,8	35,1	38,2

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016d)

8.1.2 Zadluženost uživatelů drog

8.1.2.1 Klienti dluhových poraden v souvislosti s užíváním drog

V r. 2015 analyzovalo NMS data 21 poraden Asociace občanských poraden (AOP) zapojených do projektu Dluhové poradenství.²¹⁹ Z celkového počtu 6608 řešených případů v r. 2015 byly stejně jako v předchozích 2 letech jako nejčastější příčina zadlužení uváděny nadměrné půjčky nebo úvěry (spotřební, nákup zboží na splátky apod.), a to téměř ve čtvrtině případů (1489), s průměrnou celkovou výší závazků 685 tis. Kč. Druhá nejčastější příčina (738 případů) zadlužení byla ztráta nebo snížení příjmu v důsledku nezaměstnanosti, nemoci apod.; následovala změna životní situace v důsledku rozchodu, rozvodu, ovdovění apod. (410). Užívání návykových látek včetně alkoholu bylo uvedeno jako příčina nebo jedna z příčin zadlužení ve 108 případech, tj. 1,6 % z celkového počtu případů, což je téměř totožný podíl jako v r. 2014 (114 případů, 1,5 %). Z toho v 93 (86,1 %) případech se na dluhové poradny obrátili dlužníci sami, ve 14 (13,0 %) případech osoby blízké.²²⁰ Ve skupině klientů, kteří uvedli jako příčinu či jednu z příčin zadlužení užívání návykových látek včetně alkoholu, mírně převažovali muži nad ženami (66, resp. 42),²²¹ klienti byli nejčastěji ve věku 20–40 let (77). Nejčastěji byl uveden příjem v kategorii 8001–13 200 Kč (31 případů) a v kategorii 13 201–18 400 Kč (29), v 19 případech v kategorii do 8 tis. Kč (ve 24 případech příjem nebyl uveden). Celková výše závazků byla uvedena v 68 případech, z toho ve 33 případech přesahovala 500 tis. Kč (max. 4,5 mil. Kč), ve 32 případech byla v rozmezí 100 001 až 500 tis. Kč, v 1 případě v rozmezí 50 001 až 100 tis. a ve 2 případech byla do 20 tis. Kč. Výše dluhu po splatnosti byla známa ve 23 případech a dosahovala průměrně 525 tis. Kč (medián 475 tis. Kč, min. 98 tis. Kč, max. 2 mil. Kč). Počet věřitelů se pohyboval od 1 do 25 a patřili mezi ně především nebankovní poskytovatelé půjček a jiní věřitelé, jako jsou např. dopravní podniky, zdravotní pojišťovny, telekomunikační společnosti, Česká správa sociálního zabezpečení, nemocnice, fyzické osoby (obě kategorie shodně 59 případů) a dále banky (48). V 81 případech (75 %) čelili hráči či jejich blízcí exekucím a ve 13 případech se zajímali o možnost povolení oddlužení.

Podíl klientů dluhových poraden, jejichž zadlužení je dááno do souvislosti s problémy s návykovými látkami, je poměrně nízký pravděpodobně proto, že uživatelé návykových látek tuto skutečnost neuvádějí z obav ze stigmatizace.

Podle průzkumu zaměřeného na zadluženost klientů mezi pracovníky adiktologických služeb provedeného NMS na jaře 2015 má většina (až 95 %) klientů adiktologických služeb dluhy a především problémoví uživatelé nelegálních drog neznají podrobně svou dluhovou situaci. Výše

²¹⁹ Projekt Dluhové poradenství proti dluhové pasti má za cíl nabízet kvalifikované dluhové poradenství všem občanům ČR. V r. 2015 fungovalo 21 občanských poraden v 18 městech: Bohumín, Brno, České Budějovice, Hlinsko (od dubna 2015), Jihlava, Karviná, Liberec, Most, Nymburk, Ostrava, Pardubice, Praha 1, 2, 3 a 12, Rokycany, Rumburk, Rychnov nad Kněžnou, Šumperk, Třebíč a Valašské Meziříčí. Více o projektu na <http://dluhy.obcanskeporadny.cz> [2016-03-29].

²²⁰ V 1 případě přišel klient v doprovodu blízké osoby.

²²¹ V 1 případě bylo uvedeno obojí pohlaví – je pravděpodobné, že se na dluhovou poradnu obrátil partnerský/manželský pár.

dluhu dosahuje u většiny uživatelů drog do 250 tis. Kč. Zatímco u problémových uživatelů drog jsou nejvýznamnější příčinou zadlužení neuhrazené platby za zdravotní pojištění a pokuty, u problémových uživatelů alkoholu a patologických hráčů to jsou především bankovní půjčky a spotřebitelské úvěry. Pro významnou část problémových uživatelů drog je zadluženost obtížně řešitelná nebo zcela neřešitelná i přes využití všech možností a svou situaci většinou neřeší. Problémoví uživatelé drog velmi často nedosáhnou na podmínky osobního bankrotu. Značná část problémových uživatelů drog má na svůj majetek či mzdu uvalenu exekuci a potom je pro ně výhodnější pracovat nelegálně nebo nepracovat vůbec. Pro významnou část problémových uživatelů drog tak zadluženost představuje bariéru návratu do společnosti a k životu bez drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research, 2015b).

8.1.3 Bytová situace a zaměstnanost uživatelů drog

Informace o situaci v oblasti bydlení a zaměstnanosti uživatelů drog přinesla analýza drogové scény v Ostravě (Černý a Szotáková, 2015). Součástí analýzy byl i polostrukturovaný rozhovor s 10 uživateli návykových látek, kteří jsou klienty drogových služeb společnosti Renarkon.

Respondenti považovali za problém nedostupnost služeb přechodného bydlení pro lidi bez domova. Měli zkušenosti s odmítnutím ve chvíli, kdy se pracovníci služby dozvěděli, že zájemci o bydlení užívají návykové látky. Podobnou zkušenost respondenti uvedli i u azylových domů, které odmítají poskytnout přístřeší lidem pod vlivem alkoholu. Získání trvalého bydlení často komplikovala zadluženost, přičemž hlavní překážkou byla výše kauce, kterou respondenti nemohli zaplatit.

Z 10 respondentů uvedli přechodné bydlení (mimo instituci) 3, azylový dům využívali rovněž 3, další 3 respondenti odpověděli, že bydlí na ulici, 1 respondent informaci neuvedl. Dva respondenti se do Ostravy přistěhovali z jiného severomoravského města, aby nemuseli být na ulici a získali bydlení.

Většina respondentů uvedla obtíže s hledáním legální práce a problémy vyplývající z práce na černo (např. nevyplacení mzdy). Problémy se zaměstnáním dávali do souvislosti buď s užíváním drog, nebo se záznamem v trestním rejstříku. Část respondentů byla opakovaně ve výkonu trestu odnětí svobody (Černý a Szotáková, 2015).

Ličková (2015) provedla kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo zjistit, jak se na trhu práce uplatňují drogově závislí klienti doléčovacího centra Renarkon v Moravskoslezském kraji. Respondenty bylo 7 abstinujících drogově závislých (4 muži a 3 ženy), kteří již prošli odvykáním a byli v následné péči. Za nejpodstatnější pokládali respondenti to, aby nalezená práce neměla negativní vliv na jejich abstinenci. Mezi bariéry získání zaměstnání autorka řadí dlouhodobou nezaměstnanost, záznam v trestním rejstříku, postoj k práci či nevhodné chování a samotnou drogovou závislost. Strategie pro překonání těchto bariér zahrnují podle respondentů osobní kontakt s potenciálním zaměstnavatelem, zatažení skutečností spojených s jejich drogovou minulostí a rekvalifikaci. Mzdová očekávání respondentů vypovídají o nedostatečné informovanosti o situaci na pracovním trhu, neboť nejčastěji uváděná očekávaná čistá měsíční mzda se pohybovala okolo 20 tis. Kč, což je nadhodnocené vzhledem k jejich nízké kvalifikaci a výši mezd na pracovním trhu obecně.

8.1.4 Rodičovská role uživatelů drog

Konečná (2014) se zabývala rodičovskou rolí problémových uživatelů drog. Kvalitativní výzkum měl za cíl zmapovat překážky, kterým musí uživatelé čelit, a podporu, které se jim dostává ve vztahu k jejich rodičovské roli (Konečná, 2014). Respondenty bylo 7 injekčních uživatelů pervitinu z Jihomoravského kraje (2 muži, 5 žen) a s jednou výjimkou šlo o klienty kontaktních center. Všichni dotazovaní alespoň část života strávili se svým nezletilým dítětem ve společné domácnosti. Vliv na rodičovskou roli měl podle autorky aktuální životní styl, vzorce užívání drog i náhled rodiče – uživatele drog na jeho životní situaci včetně užívání drog. Rodičovství se může stát impulzem ke změně vzorců užívání pervitinu tak, aby rodič – uživatel drog mohl péči o dítě a domácnost

vykonávat. Respondenti si uvědomovali, že užívání drog nepatří do zdravého rodinného fungování, ale jejich závislost jim neumožňovala drogu opustit.

Křížová (2015) uskutečnila kvalitativní výzkum za použití polostrukturovaných hloubkových rozhovorů, v němž se zaměřila na budoucí rodičovské plány respondentů a na jejich představu o výchově dětí. Respondenty bylo 9 dospělých dlouhodobých uživatelů nelegálních drog ve věku 22–29 let (5 mužů, 4 ženy), kteří užívali převážně pervitin, popř. kokain a jiné stimulanty. S plánováním rodičovství podle autorky souvisí tendence omezovat konzumaci drog. Respondenti obecně hodnotili rodiče, kteří konzumují drogy, spíše negativně a uvědomovali si, že je důležité s drogami přestat kvůli dítěti. Respondenti, kteří stupňovali užívání drog nebo nechtěli přestat, měli tendenci rodičovství odkládat. Jako nejnужnější podmínku pro rodičovství hodnotili finanční zabezpečení. Další zmiňované podmínky byly psychická vyspělost a pocit osobní připravenosti, abstinence od drog (kromě konopných drog) a vhodný partner. Respondenti byli vzhledem k vlastním zkušenostem poměrně tolerantní k případným drogovým experimentům svých dětí a k užívání konopných drog. Rodiče, kteří zjistí, že jejich dítě užívá drogy, jsou podle nich v této oblasti bezmocní. Jedinou možnou prevencí je přátelský vztah k dítěti s vysokou mírou vzájemné důvěry. V případech, kdy dítě začne užívat drogy, by jednali s relativním klidem a pokusili by se otevřeně promluvit s dítětem o důvodech, které jej k užívání drog vedou. V případě, že by to nepomohlo, by s dětmi sdíleli vlastní drogové zkušenosti a vyhledali pomoc odborníka. Jako škodlivé či neúčinné hodnotili výčitky, zákazy, tresty, kontrolování a odstrašování. Respondenti se cítili kompetentní v řešení problémů plynoucích z případného užívání drog jejich dětmi. Přestože si nepřejí, aby jejich budoucí děti užívaly drogy, jsou poměrně tolerantní ke konzumaci konopných drog a jednorázovým drogovým experimentům.

Šubrtová (2015) se ve své práci zaměřila na specifika práce orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) s matkami užívajícími návykové látky (pervitin; opiátové drogy – Subutex®/Suboxone®, heroin; alkohol) ve Středočeském kraji. Respondenty průzkumu bylo 13 pracovníků OSPOD (12 žen a 1 muž) a 3 matky užívající návykové látky (2 matky byly klientkami nízkoprahových zařízení, 1 matka byla klientkou azylového domu). Vzhledem k tomu, že postupy pracovníků OSPOD jsou dány metodikou MPSV a souvisejícími zákony, neliší se postupy práce s matkami závislými na návykových látkách od postupů práce s matkami neužívajícími návykové látky. Po oznámení případu, které přichází většinou ze strany blízkého okolí, PČR, pedagogů, jsou pracovníci OSPOD pověřeni daný případ prověřit, nejčastěji do 3 dnů od oznámení. Pokud se v rodině nachází dítě, jdou rodinu navštívit ještě tentýž či příští den. Sociální pracovníci se často setkávají s popíráním užívání návykových látek matkami, které je dáno strachem matek z odebrání dítěte. Po prokázání užívání návykových látek pracovníci vyžadují od matky docházení do adiktologického zařízení. Při šetřeních, jejichž frekvence se odvíjí od aktuální situace rodiny, pracovníci posuzují situaci rodiny podle hodnoticího formuláře, na jehož základě pak vytvářejí individuální plán pro každé dítě. K posuzování případu slouží pracovníkům intervizní a supervizní setkání, v případě spolupráce s dalšími organizacemi i případová setkání. Případné odebrání dítěte z péče je dlouhodobý proces, na kterém se podílí celá řada faktorů, ne pouze fakt, že je matka/rodič uživatelem drog. Odebrání většinou souvisí s odmítáním spolupráce ze strany matky, která nedodržuje pravidla stanovená pracovníkem OSPOD (léčba, ukončení užívání alkoholu/drog, péče o domácnost, docházení k dětskému lékaři apod.). Za největší problémy jsou pracovníci OSPOD považovány popírání možných problémů vyplývajících z užívání návykových látek, malý zájem o dítě a nízká motivace klientek k léčbě. Součástí výzkumu byly i rozhovory se 3 matkami užívajícími návykové látky, které mají zkušenost s pracovníci OSPOD. Matky se o pracovnících OSPOD vyjadřovaly pozitivně, přičemž jejich přístup k matkám uživatelkám se individuálně lišil.

Další studie se zabývala možnostmi a limity účinné pomoci těhotným a matkám – uživatelkám drog v systému pomáhajících i kontrolních institucí (Trunečková, 2015). V I. 2013–2014 byla provedena analýza dokumentace 12 těhotných uživatelek drog a polostrukturované rozhovory se 4 ženami matkami, které mají ve své anamnéze problémové užívání drog, a se 4 pracovníci OSPOD. Jako zásadní pozitivní faktor byl identifikován bezpečný vztah s pomáhajícím pracovníkem. Postoj pracovníků OSPOD k matkám uživatelkám drog osciloval mezi pohledem na závislost jako nemoc

a jako morální selhání. Jejich činnost je často ovlivněna zaběhlou praxí OSPOD. Byly popsány nevhodné postupy a problematické momenty v práci OSPOD, jako je spojení s matkami uživatelů drog proti zájmům samotných klientek ve jménu zájmu dítěte, neodůvodněná kriminalizace pro užívání návykových látek v těhotenství, tlak na okamžité vysazení drogy v těhotenství, odebrání dětí matkám stabilizovaným v substituční léčbě nebo na základě jednorázového relapsu. Pozitivně byla klientkami hodnocena spolupráce adiktologických služeb s dalšími službami, ale klientky mnohdy narážely na špatnou místní i časovou dostupnost služeb, vysoké finanční náklady na dojíždění do léčby nebo problémy s hlídáním dětí po dobu návštěvy léčebného centra. Pozitivní dopad měly zejména služby poskytované v adiktologických a psychiatrických službách – vhodná medikace, zahájení substituční léčby, služby zvolené podle fáze motivace ke změně, ve které se klientka nacházela. Jako nevhodné nebo škodlivé byly identifikovány intervence, které šly proti sociálnímu fungování klientek, zejména ty, které byly spojeny se ztrátou bydlení a zvyšováním dluhů (např. umístění dítěte do kojeneckého ústavu, kdy matka, aby byla s dítětem, musí za pobyt v něm platit, nemůže si dovolit hradit náklady na byt, o který následně přichází). Problematické bylo často soužití s otci dítěte – uživateli drog, kterým mají matky povinnost zprostředkovat kontakt s dítětem a kteří často přispívají k relapsu klientek. Pokud jde o práci OSPOD, klientkám chyběly informace o tom, jakým způsobem a jak dlouho bude jejich péče o dítě monitorována.

Po novelizaci zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, která od 1. 1. 2013 zavedla institut pěstounské péče na přechodnou dobu, se zvýšila míra umísťování novorozenců narozených uživatelkám návykových látek do pěstounské nebo dočasné pěstounské péče, nikoli tedy již do ústavní péče, jak tomu bylo před novelou. Tato změna významně komplikuje motivaci matek k léčbě či jejich udržení v ní, což je často první podmínkou návratu dítěte do biologické rodiny, neboť spolupráce matky s pěstounskou rodinou je oboustranně komplikovaná.²²²

Další informace na téma těhotenství uživatelů drog uvádí kapitola Těhotenství a návykové látky (str. 158).

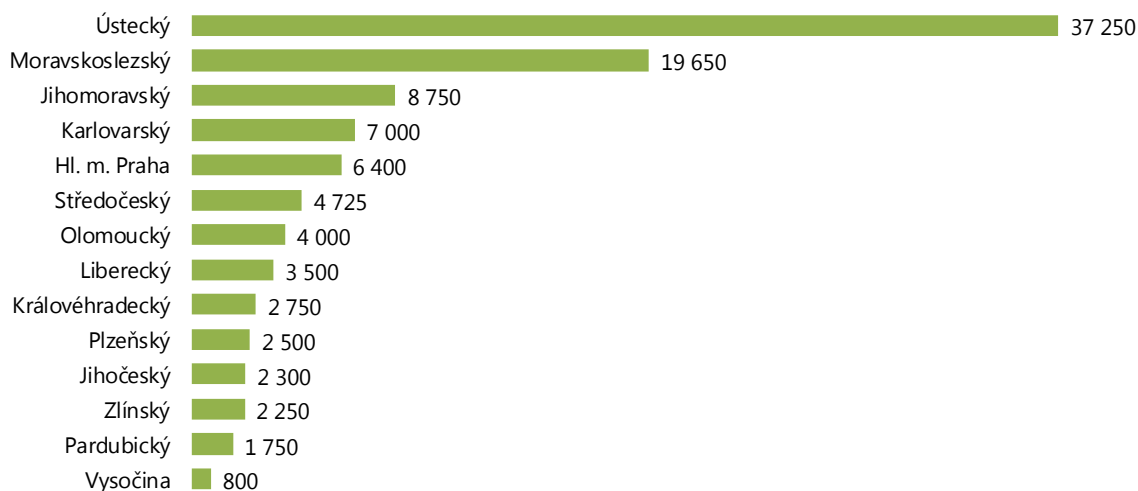
8.2 Užívání drog v sociálně vyloučených lokalitách a ve znevýhodněných skupinách

8.2.1 Užívání drog v sociálně vyloučených lokalitách

V r. 2015 byla provedena studie zaměřená na problematiku sociálního vyloučení a zmapování výskytu sociálně vyloučených lokalit (SVL) v ČR (GAC, 2015). Celkový počet SVL byl v r. 2015 vyčíslen na 606 lokalit s celkem 105 tis. obyvatel. Podle krajů žilo nejvíce obyvatel SVL v Ústeckém kraji (35,5 % z celkového počtu obyvatel SVL v ČR, z nich cca pětina žila v Ústí nad Labem) – graf 8-7.

²²² informace zaslané PhDr. Ilonou Preslovou, SANANIM, z. ú. [2015-10-08]

graf 8-7: Počet obyvatel sociálně vyloučených lokalit podle krajů v r. 2015



Zdroj: GAC (2015)

Analýza poukázala na fakt, že problematika drog, tedy výroba, distribuce a užívání, se v některých SVL stává závažným jevem. Podle studie se snižuje věková hranice uživatelů drog a zároveň se ve zvýšené míře vyskytuje polymorfní užívání. Stále ve vyšší míře se objevuje tzv. vícegenerační užívání návykových látek v rodinách, kdy se prostřednictvím rodičů dostávají návykové látky k dětem. Situaci v oblasti užívání drog v SVL komplikuje nižší kvalita dostupných drog a s tím spojené zvýšené zdravotní riziko pro jejich uživatele, ztěžuje ji též nízké povědomí obyvatel SVL o harm reduction a nízká dostupnost pomáhajících služeb (GAC, 2015).

Ze zprávy o stavu sociálně vyloučených lokalit v Ústeckém kraji vyplynulo, že kromě nelegálních drog se v SVL vyskytuje také vysoká míra závislosti na alkoholu či patologického hráčství. Dosavadní represivní i preventivní opatření jsou podle zástupců obcí nedostatečná (Úřad vlády České republiky, 2015). Z výroční zprávy Středočeského kraje za r. 2015 (Středočeský kraj, 2015) vyplývá, že na Kladensku, Slánsku a Unhošťsku se v SVL vyskytuje především užívání alkoholu, pervitinu a v nižší míře užívání těkavých látek.

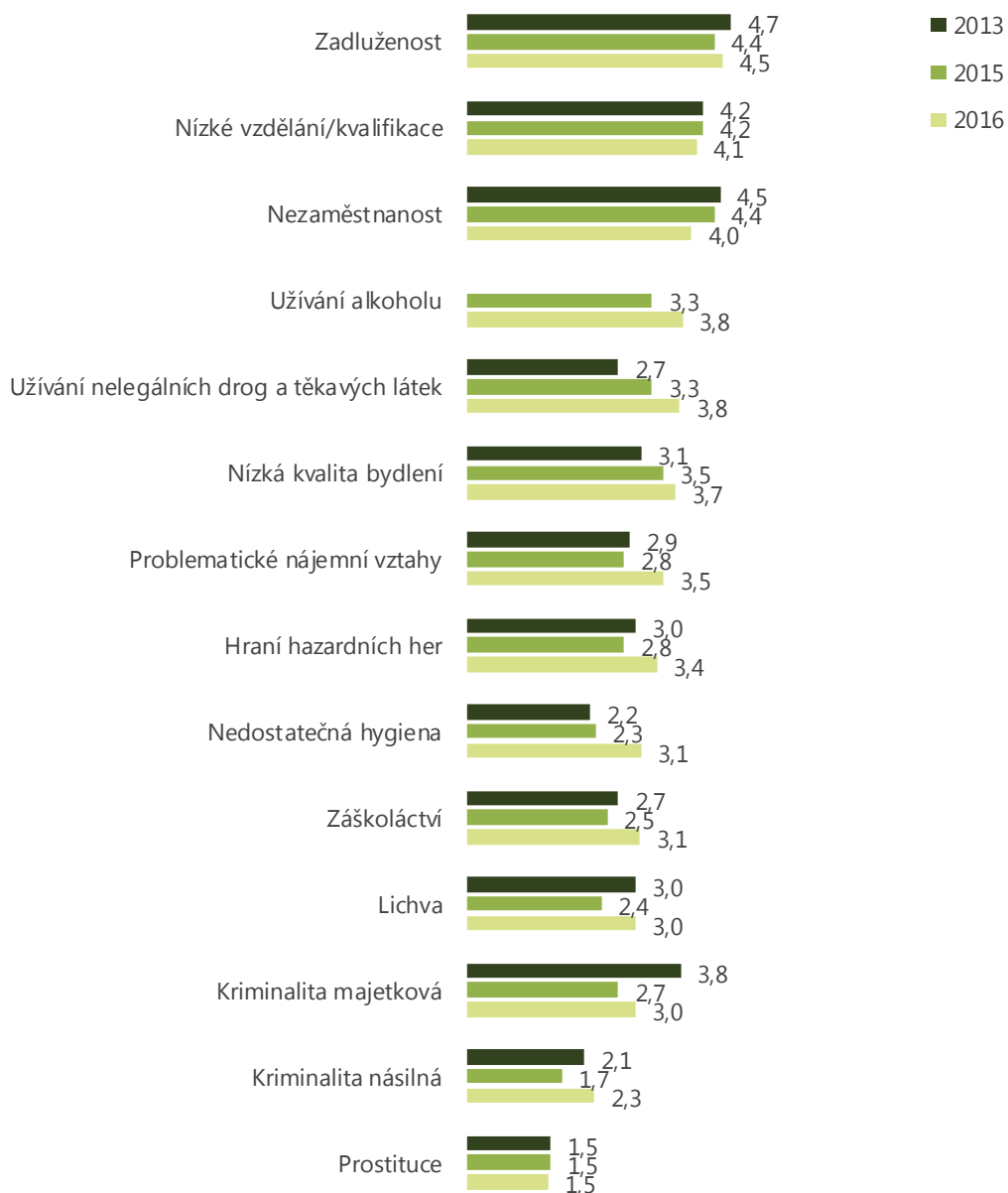
Na začátku r. 2016 realizovalo NMS ve spolupráci s Agenturou pro sociální začleňování při Úřadu vlády ČR (ASZ) třetí vlnu dotazníkového šetření mezi zástupci ASZ v SVL, které se týkalo problematiky hazardu a užívání drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování, 2016) a které navazovalo na dvě předchozí obdobná šetření z l. 2013 a 2015 (Mravčík et al., 2014a, Mravčík et al., 2015c). V r. 2016 dotazník vyplnilo 12 respondentů působících ve 14 obcích či oblastech.²²³

Byla zkoumána závažnost užívání návykových látek v porovnání s ostatními problémy v SVL, míra užívání drog v SVL podle jednotlivých látek, a to zvláště pro dospělé a zvláště pro děti mladší 15 let. Dále bylo zjišťováno, v jaké míře jsou v daných SVL rozšířeny nelegální výroba a distribuce drog.

Míra problematičnosti užívání návykových látek v SVL ve srovnání s ostatními negativními jevy byla stejně jako v l. 2013 a 2015 zjišťována na 6bodové škále od 0 (daný jev nepředstavuje problém) do 5 (jev v dané lokalitě představuje velmi závažný problém). Výsledky za všechny 3 roky ukazuje graf 8-8. Za nejzávažnější problémy označili zástupci ASZ v daných lokalitách nezaměstnanost, zadluženost a nízké vzdělání/kvalifikaci. Užívání alkoholu a návykových látek byly hodnoceny jako středně závažné jevy, ale jejich závažnost se ve sledovaném období zvýšila; je však potřeba mít na paměti, že soubor SVL byl v každém roce jiný.

²²³ Brno, Budišov, Jesenicko, Moravský Beroun, Obrnice, Odry, Osoblažsko, Ostrava, Postoloprty, Sokolov, Štětí, Roudnice, Vítkov, Žďár nad Sázavou

graf 8-8: Průměrná míra závažnosti výskytu sociálně negativních jevů ve sledovaných SVL

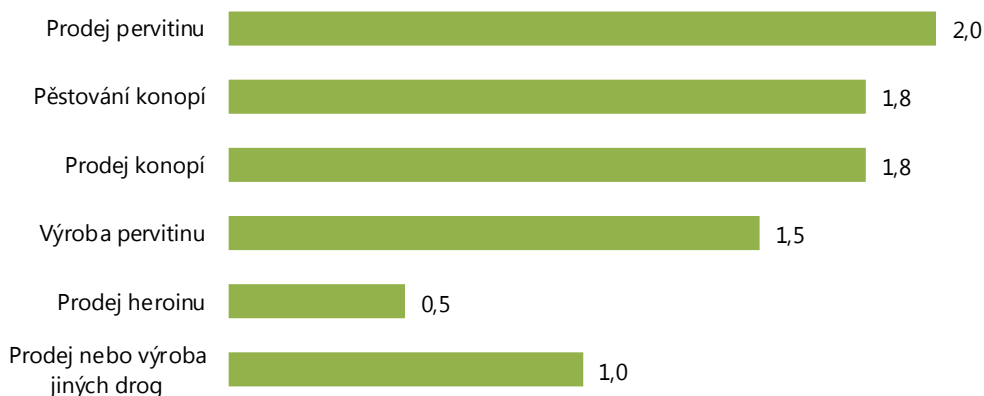


Pozn.: Respondenti odpovídali na 6bodové škále od 0 (daný jev nepředstavuje problém) do 5 (jev v dané lokalitě představuje velmi závažný problém).

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2016)

Výroba a prodej drog v SVL byly respondenty hodnoceny na stupnici 0 (nulový výskyt) až 3 (velmi vysoký výskyt). Rozšířenost výroby a prodeje konopných drog nebo pervitinu byla hodnocena na úrovni 0,5–1,8 bodu (tj. přibližně středně vysoký výskyt). Jako velmi vysoký hodnotil výskyt pěstování konopí, prodej konopí nebo výrobu pervitinu 1 z 12 respondentů. Rozšířenost prodeje pervitinu byla jako velmi vysoká hodnocena ve 2 ze 12 SVL, přičemž jako nulová nebyla hodnocena v žádné SVL – graf 8-9.

graf 8-9: Průměrná míra výskytu drogové trestné činnosti v SVL v r. 2016

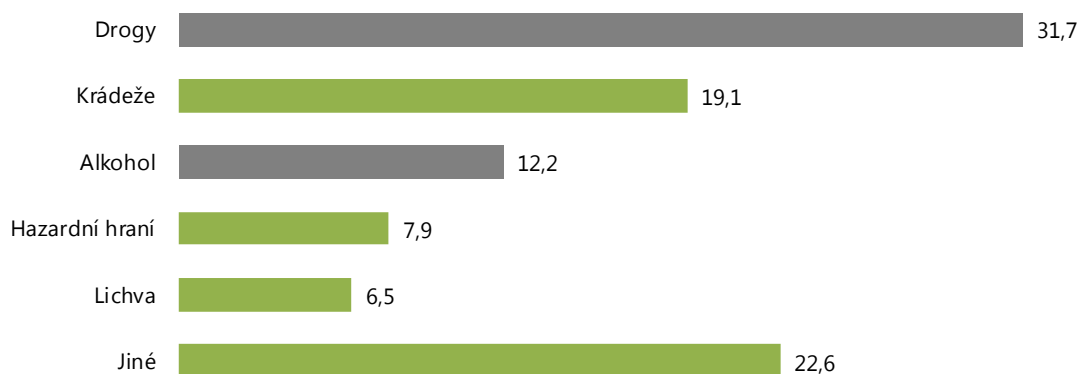


Pozn.: Respondenti odpovídali na škále 0 (nulový výskyt), 1 (nízký výskyt), 2 (vysoký výskyt), 3 (velmi vysoký výskyt).

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2016)

V červnu 2015 proběhl v rámci projektu zavádění policejních specialistů pro práci s minoritní skupinou Romů v SVL výzkum subjektivně vnímaných problémů v SVL z pohledu Romů (Consulting, 2015). Soubor tvořilo 4448 Romů starších 15 let, kteří žijí v sociálně vyloučených lokalitách v celé ČR. Za největší problém lokality, ve které respondenti žijí, považovala téměř třetina Romů (31,7 %) drogy, dále krádeže (19,1 %), alkohol (12,2 %), hazardní hry (7,9 %), lichvu (6,5 %) nebo jiné problémy (22,6 %) – graf 8-10. Téměř pětina Romů (17,1 %) se domnívala, že by se policie měla v jejich lokalitě zaměřit především na snižování výroby, distribuce a užívání drog, na další konkrétní problémy v dané lokalitě (14,4 %) a zajištění bezpečnosti (13,2 %).

graf 8-10: Subjektivně pocítovaná míra závažnosti negativních jevů ve sledovaných SVL, v %



Pozn.: V polootevřené otázce měli respondenti možnost vybrat z nabídky jeden problém, který považují ve své lokalitě za nejzávažnější, případně mohli uvést problém jiný, který v nabídce nebyl obsažen. Mezi jinými problémy byly uvedeny např. výtržnictví, rušení nočního klidu.

Zdroj: Consulting (2015)

Podle výročních zpráv krajů o realizaci protidrogové politiky (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c) až na výjimky neexistují specializované programy zaměřené na užívání drog v SVL, uživatelům drog ze SVL se věnují adiktologické služby v rámci své běžné činnosti. V SVL působí většinou programy a terénní sociální pracovníci zaměřeni na celé spektrum problémů (často ve spolupráci s Agenturou pro sociální začleňování).

V první polovině r. 2015 probíhalo v SVL na Vsetínsku pilotní ověření terénního programu zaměřeného na uživatele drog, které však bylo z personálních důvodů přerušeno. V SVL v Brně působí Terénní programy Společnosti Podané ruce. Na Kladensku, Slánsku a Unhošťsku (Středočeský kraj) upozorňují adiktologické služby na nezáměr o spolupráci ze strany osob žijících v SVL. V Pardubickém kraji začalo v r. 2015 Centrum terénních programů organizace Laxus působit v SVL Borek v České Třebové, která je největší SVL v kraji (podařilo se během krátké doby kontaktovat řadu uživatelů pervitinu a marihuany). V Moravskoslezském kraji působil v r. 2015 v SVL

v Ostravě terénní program zaměřený na uživatele alkoholu (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c).

8.2.2 Užívání drog mezi Romy

Ze zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích vyplývá, že etnickou menšinou, se kterou pracují adiktologické služby nejčastěji, jsou Romové. V Jihočeském kraji terénní programy odhadují, že v některých oblastech užívá pervitin až 10 % Romů. Na Karlovarsku tvoří Romové přibližně třetinu všech klientů terénních programů a téměř polovinu klientů kontaktního centra. Na Ústecku tvoří Romové až třetinu klientů adiktologických služeb, na Mostecku, Šluknovsku a Teplicku (Ústecký kraj) až jednu polovinu. Na Nymbursku a Poděbradsku (Středočeský kraj) služby odhadují 25% podíl klientů z romského etnika z celkového počtu klientů, většinou jde o uživatele heroinu s polyvalentním vzorcem užívání (výskyt VHC je v této skupině cca 50 %). Rovněž mezi klienty Terénních programů Ulice v Plzni tvoří Romové přibližně 50 % všech klientů. Na Mostecku a Lounsku (Ústecký kraj) a v Moravskoslezském kraji byl v r. 2015 mezi Romy zaznamenán nárůst inhalace těkavých látek. V Jihomoravském kraji dochází mezi Romy k užívání především těkavých látek (často i mezi dětmi) a heroinu. Romové jsou rovněž zapojeni do distribuce heroinu (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c).

Práce s romskou menšinou je specifická v některých oblastech, jako je např. nedůvěřivost vůči programům (Ústecký kraj), problémy s vrácením použitých injekčních setů (Jihomoravský kraj), opakované používání injekčních stříkaček a sdílení použitých jehel (Ústecký a Středočeský kraj), nemožnost navázat s klientem strukturovanější kontakt (Jihomoravský, Ústecký kraj), skupinové kontakty a přítomnost dětí u kontaktu (Královéhradecký kraj), vícegenerační užívání (Středočeský, Královéhradecký kraj). Romové využívají nejčastěji služeb výměnných programů a substituční léčby. V Praze i nadále působí terénní program organizace SANANIM zaměřený na specifické skupiny klientů, jako jsou cizinci a Romové. V kontaktu s romskou klientelou se osvědčili romští pracovníci (Ústecký, Plzeňský kraj), kontaktní práce v bytech (Plzeňský kraj) a sekundární výměna injekčního materiálu (Středočeský kraj). Organizace POINT 14 (Plzeňský kraj) uvádí, že specifické skupiny, jako jsou cizinci, etnické menšiny či skryté populace, využívaly služeb prodejního automatu na injekční materiál. Poskytovatelé služeb v Ústeckém kraji uvádí, že mezi klienty patří spíše mladší generace Romů, kteří si mezi sebou předávají dobrou zkušenost se službami. Informační letáky v romštině se neosvědčily, efektivnější byly informace předávané ústně mezi Romy (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c).

8.2.3 Užívání drog v dalších etnických menšinách

Adiktologické služby se pokoušejí rovněž o navázání kontaktu s uživateli drog z vietnamské komunity, což je poměrně skrytá skupina uživatelů drog v ČR. V Ústeckém a Karlovarském kraji služby spatřují základní problém spolupráce v jazykové bariéře. Pro větší informovanost vytvořilo Centrum sociálních služeb Děčín (Ústecký kraj) letáky o dostupných adiktologických službách ve vietnamštině. Na základě informací od klientů kontaktního centra je na Mladoboleslavsku (Středočeský kraj) ve vietnamské komunitě užívání drog velmi rozšířené, uživatelé z této komunity však nejsou v přímém kontaktu se službami kontaktního centra. Přesto služby v několika krajích (Karlovarský, Jihomoravský, Ústecký kraj) uvádějí občasný kontakt s vietnamskými uživateli v rámci nízkoprahových služeb. Vietnamci jsou rovněž zapojeni do výroby a distribuce drog (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c).

Na začátku r. 2014 byla dokončena výzkumná zpráva shrnující specifika zneužívání návykových látek u uživatelů vietnamského původu (Fišarová, 2014). Hlavními cíli studie bylo popsat situaci zneužívání návykových látek ve vietnamské komunitě, definovat socioekonomický kontext, definovat rizikové oblasti aktivit vietnamské komunity a navrhnout doporučení a postupy pro prevenci drogových závislostí ve vietnamské komunitě. Součástí studie byl dotazník distribuovaný

prostřednictvím internetu a kvalitativní rozhovory s odborníky. Celkem dotazník vyplnilo 22 Vietnamců žijících v Česku (z toho 12 mužů a 10 žen).

První okruh otázek se týkal míry informovanosti o návykových látkách a adiktologických službách. Za návykové považovali respondenti téměř ve všech případech alkohol, cigarety, marihuany, pervitin, heroin, kokain, nikoli však léky (antidepresiva, sedativa). Podle respondentů lidé užívají návykové látky, protože se cítí odloučení od svého okolí, dále souhlasili s názory, že užívání návykových látek ovlivňuje negativně karmu uživatele i jeho rodiny, uživatelé návykových látek jsou nemocní a potřebují pomoc a že návykové látky rozkládají rodinu. Naopak respondenti nesouhlasili s názory, že užívání návykových látek je zábava, společenská nutnost, výdobytek západní/evropské kultury, že by měli být uživatelé drog zavřeni do vězení, a že nějakou návykovou látku musí užívat každý. Z 22 respondentů by se 13 v případě problémů s drogami obrátilo na odbornou pomoc. Jedna respondentka uvedla, že kontakt na pomáhající službu zná díky programu primární prevence ve škole.

Z 22 respondentů 15 mělo mezi svými přáteli ve vietnamské komunitě uživatele drog (11 uživatelů marihuany, 5 pervitinu, 2 heroinu, 4 kokainu, 5 extáze). Sedm respondentů otázku buď nezodpovědělo, nebo nevědělo, jakou látku jejich přátelé užívají. Nejčastěji zmiňovaný převažující důvod užívání návykových látek mezi přáteli byla zábava a tlak vrstevníků. Z 15 respondentů, kteří znají uživatele návykových látek, si 9 myslí, že potřebují pomoc. Na otázku, kdo by jim měl pomoci, uvedlo 7 z 9 respondentů český stát, 7 rodinu, v 6 případech uvedli respondenti, že by si měl uživatel pomoci sám, a v 5 případech z 9 zmínili vietnamskou komunitu (Fišarová, 2014).

Z analýzy vyplynula doporučení směrem ke spolupráci adiktologických služeb s organizacemi, které pracují s cizinci, asistenční informační linkou pro Vietnamce a pobočkami integračních center, které mohou pracovníci využít např. pro tlumočení po telefonu s klienty v terénu. Dále by měly být zavedeny preventivní programy se zaměřením na Vietnamce a měl by pokračovat výzkum zaměřený na zavedení a rozvoj služeb pro vietnamské uživatele drog. Analýza rovněž doporučila vyškolit odborníky z řad Vietnamců pro práci v oblastech prevence a poskytování adiktologických služeb, kteří by uvnitř vietnamské komunity informovali o existenci služeb, zdravotnické pomoci, aktivně vyhledávali potenciální uživatele, pomáhali s řešením jednotlivých případů a tlumočili (Fišarová, 2014).

Služeb organizací v Karlovarském, Středočeském, Zlínském a Plzeňském kraji využívají také např. Slováci, Bulhaři a Ukrajinci. V Substitučním centru Ulice Plzeň stoupl počet cizinců, kteří v ČR pracují a zrecidivovali zde. Pracovníci organizace KOTEC (Karlovarský a Plzeňský kraj) se setkávají s českými prostředníky, kteří poskytují výměnu injekčního materiálu i cizincům, kteří žijí na ubytovnách, harm reduction služby ze svých zemí neznají, a mají tak obavu z přímého kontaktu. Na Mladoboleslavsku (Středočeský kraj) je vyšší počet uživatelů drog mezi cizinci v souvislosti s fluktuací pracovních sil a přílivem zahraničních pracovníků žijících na ubytovnách bez zakotvení ve městě či regionu, kteří však nejsou v kontaktu se službami.

8.2.4 Užívání drog mezi imigranty

Byla publikována studie zaměřená na užívání návykových látek a hraní hazardních her a jejich vztah k subjektivnímu vnímání zdraví mezi slovenskými imigranty žijícími v ČR (slovenská menšina je druhou největší etnickou menšinou v ČR). Výzkum byl prováděn za použití vlastního dotazníku ve slovenštině na souboru 184 osob (84 mužů, 100 žen) vybíraných za pomoci kvót v 7 krajích ČR. Ve srovnání s populací Slovenské republiky bylo mezi slovenskými imigranty více kuřáků, a to především denních. Zkušenosti s nelegálními drogami byly minimální – 4,8 % uvedlo jednorázové a 1,1 % opakované užití (Kajanová, 2015).

8.2.5 Užívání drog a bezdomovectví

V r. 2015 realizovalo MPSV v obcích s rozšířenou působností a ve správních obvodech Prahy průzkum, jehož cílem bylo především zmapování aktuální situace v obcích s rozšířenou působností

z hlediska prevence, výskytu a řešení bezdomovectví (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015). V průzkumu bylo osloveno celkem 227 obcí s rozšířenou působností, respondenty byli sociální pracovníci obcí, včetně sociálních kurátorů, popř. jiných zaměstnanců, jejichž náplní práce jsou i aktivity zaměřené na problematiku bezdomovectví a dostupnosti bydlení. Jako nejčastější důvody vzniku bezdomovectví respondenti uvedli zadlužení (90,0 %) a závislost na alkoholu (79,2 %). Závislost na drogách jako důvod vzniku bezdomovectví byla uvedena ve 29,9 %.

V Karlovarském kraji bylo v r. 2015 hlášeno zvýšení počtu osob bez domova, z nichž většina jsou uživatelé alkoholu nebo nelegálních drog (Karlovarský kraj, 2016). Výroční zpráva hl. m. Prahy poukazuje na nový jev v městské části Praha 12, která je typickou okrajovou částí Prahy se sídlištní zástavbou. Vyskytují se zde uživatelé drog vietnamské národnosti bez domova, integrují se do skupiny osob bez domova z majoritní společnosti a např. sdílejí společně vybudovaná přístřeší, squaty, stany.

8.2.6 Užívání drog a prostituce

Spolek Ulice Plzeň, terénní program Ulice, jehož cílovou skupinou jsou mj. komerční sexuální pracovníci a pracovnice, realizoval r. 2015 průzkum souvislosti sexbyznysu s užíváním drog (Plzeňský kraj, 2016). V rámci testování komerčních sexuálních pracovníků nabízejících své služby na ulici na infekční onemocnění byl administrován i dotazník mapující užívání drog. Bylo dotázáno celkem 67 komerčních sexuálních pracovníků, z nichž 28 (42 %) bylo problémových uživatelů drog. Z nich 14 (20 %) užívalo opioid Vendal[®] Retard, 12 (18 %) pervitin a 2 (2 %) fentanyl. Dále program Ulice kontaktoval v 5 erotických klubech a 9 soukromých bytech (privátech) v regionech Plzeňského kraje 56 respondentů (49 žen a 7 mužů, z nichž dva nabízeli komerční sexuální služby). U 19 žen šlo o první kontakt s programem, což svědčí o značné fluktuaci žen v sexbyznysu. Čtyři ženy (8 %) byly problémové uživatelky drog, resp. pervitinu, 6 žen užívalo drogy v minulosti.

V r. 2015 byla publikována dotazníková studie zaměřená na muže pracující v sexbyznysu. Studie se zúčastnilo 20 mužů, kteří pracují v barech a klubech, a 20 mužů, kteří nabízejí komerční sexuální služby na internetu. Součástí dotazníku byly i otázky týkající se užívání drog a hazardního hraní. Míra užívání drog a alkoholu i patologického hráčství byla zjišťována dotazem na četnost chování na škále v rozmezí od nikdy po denně pro jednotlivé návykové látky (tabák, alkohol, marihuana, metamfetaminy, kokain a heroin) a jedna položka se týkala hraní hazardních her (Bar-Johnson a Weiss, 2014).

Ukázalo se, že muži pracující v barech a klubech užívají drogy a alkohol 2krát častěji než muži poskytující služby na eskort. Téměř třetina mužů pracujících v barech a klubech uvedla pravidelné užívání pervitinu, zatímco muži poskytující služby na eskort uvedli pouze příležitostné užití – tabulka 8-2.

tabulka 8-2: Užívání alkoholu, marihuany a pervitinu u mužů pracujících v barech a klubech a u mužů, kteří nabízejí komerční sexuální služby na internetu

Ukazatel	Internet		Bary a kluby	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Užívání alkoholu				
> nikdy nebo příležitostně	16	80	11	55
> pravidelně nebo denně	4	20	9	45
Užívání marihuany				
> nikdy nebo příležitostně	15	75	8	40
> pravidelně nebo denně	5	25	12	60
Užívání pervitinu				
> nikdy nebo příležitostně	20	100	14	70
> pravidelně nebo denně	0	0	6	30

Zdroj: Bar-Johnson a Weiss (2014)

Chrtová (2015) se ve své práci věnovala analýze dat o klientech organizace Rozkoš bez rizika, která poskytuje služby osobám, zejména ženám, pracujícím v sexbyznysu. Součástí práce byla i analýza dat o injekčním užívání drog. V l. 2010–2013 byl podíl klientek programu užívajících drogy injekčně cca 1–2 %, což je 2–3krát vyšší výskyt než mezi ženami v obecné populaci srovnatelného věku.

8.3 Následná péče a sociální reintegrace

8.3.1 Legislativní rámec služeb následné péče

Následnou péči vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují. Služba obsahuje sociálněterapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Poskytování pobytových služeb v zařízeních následné péče zahrnuje také poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zavádí pojem následná lůžková péče, která je definována jako péče poskytovaná pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče. Jako následnou lůžkovou péči nabízí lůžková psychiatrická zařízení poskytující léčbu závislosti tzv. stabilizační pobyty abstinujícím pacientům v případě zvýšeného rizika relapsu.

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby v rámci certifikačního systému RVKPP definují programy následné péče, resp. doléčovací programy, jako strukturované programy intenzivního doléčování určené abstinujícím osobám s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Doléčovací programy jsou částečně založeny na formě odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců. Programy jsou zaměřené na podporu a udržení abstinence klientů/pacientů po léčbě v základním léčebném programu a pomáhají jim v navracení do podmínek běžného života. Programy poskytují podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, nabídku volnočasových aktivit a podle svých možností i chráněné bydlení a chráněná pracovní místa a rekvalifikaci.

8.3.2 Doléčovací programy

Základním prvkem všech služeb následné péče je ambulantní doléčovací program. Struktura ambulantního programu je vytvářena na základě individuálních potřeb konkrétního klienta s ohledem na to, z jakého typu programu přichází. Doporučená délka ambulantního doléčovacího programu je 6 měsíců. Doléčovací programy zahrnují zdravotní, sociální a pracovní rehabilitaci, tj. především strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, ale některé také chráněné/podporované bydlení a pracovní programy.

Z registru poskytovatelů sociálních služeb vyplývá, že služby následné péče poskytovaly v r. 2015 desítky adiktologických zařízení a programů.²²⁴ V červenci 2016 (stejně jako v srpnu 2015) bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb²²⁵ MPSV 35 poskytovatelů služeb následné péče, jejichž cílovou skupinu tvořily osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách, kteří provozovali celkem 44 center následné péče – tabulka 8-3.

²²⁴ Někteří provozovatelé poskytují více registrovaných programů či center služeb následné péče.

²²⁵ <http://iregistr.mpsv.cz/> [2016-07-20]

Nejvíce programů následné péče bylo v Jihomoravském a Moravskoslezském kraji (shodně 7 programů). V Karlovarském kraji se v r. 2015 služba následné péče pro uživatele návykových látek nevyskytovala vůbec – tabulka 8-3.

tabulka 8-3: Služby následné péče v Registru poskytovatelů sociálních služeb

Kraj	Počet poskytovatelů	Počet center	z toho počet		
			pobytových programů	ambulantních programů	certifikovaných programů*
Hl. m. Praha	5	5	2	5	3
Středočeský	2	4	2	3	1
Jihočeský	2	2	1	2	1
Plzeňský	2	2	2	2	2
Karlovarský	0	0	0	0	0
Ústecký	3	3	2	3	2
Liberecký	1	2	1	1	1
Královéhradecký	1	1	0	1	0
Pardubický	0	1	0	1	0
Vysočina	3	4	1	3	1
Jihomoravský	5	7	4	4	5
Olomoucký	4	5	2	4	2
Zlínský	1	1	0	1	0
Moravskoslezský	6	7	3	4	1
Celkem	35	44	20	34	19

Pozn.: * systém certifikace RVKPP

Zdroj: <http://iregistr.mpsv.cz/>, zpracováno NMS

Ze 44 programů následné péče mělo v r. 2015 certifikaci RVKPP 19 programů a 11 z nich bylo podpořeno v rámci dotačního řízení RVKPP.

V r. 2015 využilo služeb následné péče v rámci 11 programů dotovaných RVKPP celkem 849 klientů – tabulka 8-4. Z 849 klientů bylo 129 klientů neuživatelů, rodinných příslušníků a blízkých osob. Z celkových 720 uživatelů návykových látek bylo 474 mužů (66 %) a 246 žen (34 %). Primární drogou byl u většiny klientů pervitin – 485 osob (67 %). Heroin byl základní drogou 68 osob (9 %). Alkohol uvedlo jako primární drogu 118 (16 %) klientů – graf 8-11. Průměrný věk uživatelů alkoholu v programech následné péče byl 41,1 roku, uživatelů ostatních drog 31,3 roku.

Celková kapacita programů v r. 2015 byla 272 míst, kapacita chráněného bydlení 10 programů byla 127 míst. V r. 2015 úspěšně ukončilo léčbu 159 klientů, 157 klientů opustilo program předčasně, průměrná délka programu na jednoho klienta trvala 183 dnů. Počet klientů ve strukturovaném programu dosáhl 503 osob, v nestrukturovaném programu 313 osob.

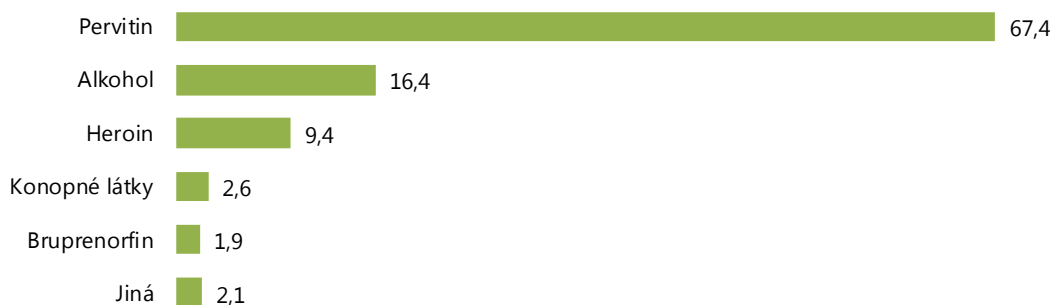
Z celkem 11 programů následné péče podporovaných v dotačním řízení RVKPP poskytovalo v r. 2015 chráněné bydlení 10 programů.

tabulka 8-4: Programy následné péče dotované RVKPP v l. 2007–2015

Ukazatel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Počet programů	18	18	15	16	15	11	11	11	11
Počet klientů v následné péči	883	1 041	986	987	1 095	1 134	1 412	970	849
Kapacita chráněného bydlení (počet míst)	126	283	134	127	129	108	99	120	127
Počet klientů v chráněném zaměstnání	44	25	29	25	20	4	–	9	16

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

graf 8-11: Primární droga u klientů programů následné péče dotovaných RVKPP v r. 2015, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

Programy následné péče poskytují zejména terapeutické a poradenské služby, sociální práci a socioterapii – tabulka 8-5. V r. 2015 celkem 11 zařízení vykázalo 44 734 kontaktů s klienty.

tabulka 8-5: Vybrané služby programů následné péče a počty výkonů provedených v l. 2014 a 2015

Poskytovaná služba	Počet výkonů	
	2014	2015
Individuální poradenství	6 241	7 579
Individuální psychoterapie	7 746	6 637
Informační servis	7 294	6 299
Socioterapie	3 516	4 649
Sociální práce	4 337	4 066
Telefonické, písemné a internetové poradenství	4 123	3 407
Testy na přítomnost drog	1 963	2 862
Skupinová psychoterapie	2 711	2 444
Skupinové poradenství	1 106	1 568
Krizová intervence	152	248

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016f)

Programy následné péče byly RVKPP v r. 2015 podpořeny rovněž v 2. dotačním okruhu určeném pro cílovou skupinu patologických hráčů (4 programy) – blíže viz Výroční zpráva o hazardním hraní v ČR v r. 2015 (Mravčík et al., 2016c).

8.3.3 Programy zaměřené na zvýšení uplatnění na trhu práce

Sociální začleňování osob závislých po ukončení léčby v souvislosti s uplatněním na trhu práce je značně komplikované, a to zejména kvůli nízkému nebo nedokončenému vzdělání a minimálním pracovním dovednostem. Mezi aktivity realizované v rámci některých projektů patří nabídka pracovních míst na zkoušku, poskytování pomoci a poradenství a jobcoaching – pomoc klientům a jejich podpora při hledání zaměstnání (psaní CV, motivačního dopisu atd.).

Z 11 programů následné péče podporovaných v dotačním řízení RVKPP poskytovaly v r. 2015 chráněné zaměstnání 2 programy. Společnost Magdaléna nabízí v Mníšku pod Brdy klientům pracovní místa na zkoušku v provozech truhlárny a zahradnictví ve svém areálu na Včelníku. Průměrná délka programu je 3 měsíce a po ukončení programu je klientům vystaven zápočtový list a vypsána reference pro dalšího zaměstnavatele (Magdaléna, 2016). SANANIM nabízí v rámci

doléčovacího centra pracovní program v restauraci a kavárně Café Therapy v Praze. Také P-centrum provozující doléčovací program v Olomouci má nealkoholickou kavárnu, ve které pracují jeho klienti.

Všechny programy následné péče poskytují pracovní poradenství, ve kterém pomáhají klientům uplatnit se na trhu práce a zorientovat se v jejich právech a povinnostech. Vyhledávají vhodné zaměstnavatele, zprostředkovávají informace o zaměstnavateli nebo volném pracovním místě, provádí nácvik konkrétních pracovních dovedností, např. přípravu klienta na přijímací pohovor, vytváření profesního životopisu, kontaktování budoucího zaměstnavatele apod. Např. White Light I. v závěrečné zprávě za r. 2015 uvádí, že se navzdory vysoké nezaměstnanosti v regionu Ústecka podařilo zaměstnat 94 % klientů, kteří užívají služby pracovního poradenství. Na uplatnění na trhu práce je zaměřena rovněž Pracovní a sociální agentura organizace SANANIM v Praze.²²⁶

V r. 2015 uskutečnila organizace P3 – People, Planet, Profit v pořadí již 3. průzkum s cílem získat a aktualizovat informace o situaci sociálních podniků²²⁷ v ČR. V době ukončení dotazníkového šetření bylo v Adresáři sociálních podniků registrováno celkem 213 sociálních podniků. V průzkumu byli dotazováni vedoucí pracovníci 151 sociálních podniků, ve kterých bylo zaměstnáno celkem 1724 osob s různým typem znevýhodnění. Celkem 11 (7 %) dotázaných uvedlo, že zaměstnává osoby s užíváním návykových látek v anamnéze. Z průzkumu vyplývá, že sociální podniky zaměstnávají v průměru téměř třikrát více zaměstnanců ze znevýhodněných skupin oproti zaměstnancům „běžným“ (P3 – People Planet Profit, 2015).

8.3.4 Programy zaměřené na bydlení

Kromě chráněného bydlení (viz výše) nabízí některé programy i tréninkové byty. Společnost Magdaléna provozovala v r. 2015 dva tréninkové byty v pražských Nuslích a Libni. Tyto byty mají soukromého majitele, který dal souhlas k použití těchto bytů pro účely reintegrace do běžného společenského prostředí. Pod vedením odborného pracovníka probíhá tzv. bytová skupina, jejímž cílem je zvládání samostatného režimu. Všichni klienti tréninkových bytů v r. 2015 měli práci či brigádu. Celková kapacita těchto 2 bytů je 8 klientů. V průběhu r. 2015 bylo v programu tréninkových bytů 20 klientů (Magdaléna, 2016).

V oblasti sociálních služeb zaměřených na bydlení představují poměrně nový typ programů programy typu housing first.²²⁸ Např. město Brno v r. 2016 začalo s realizací projektu Re-housing pro 50 rodin v bytové nouzi, které byly vylosovány z celkového počtu 426 rodin a které dostanou nájemní smlouvu a podporu ve formě sociální práce.²²⁹ Tento projekt není zaměřen specificky na uživatele drog, avšak uživatele drog výslovně nevylučuje. O existenci projektu typu housing first, jehož primární cílovou skupinou by byli uživatelé drog, nejsou informace.

²²⁶ [http://sananim.cz/pracovni-a-socialni-agentura-\(psa\).html](http://sananim.cz/pracovni-a-socialni-agentura-(psa).html) [2016-09-16]

²²⁷ Sociální podnik je označení pro podnikatelskou aktivitu, jejímž cílem je řešit společenský nebo environmentální problém. Podnikání zde slouží jako prostředek a primárním cílem není zisk, ale udržitelné řešení daného problému.

²²⁸ Projekty typu housing first (bydlení především) jsou založeny na co nejrychlejším zajištění standardního bydlení a jsou méně nákladné ve srovnání s projekty housing ready (bydlení až po přípravě), které předpokládají, že člověk bez domova musí být na samostatné (standardní) bydlení nejprve připraven v různých formách ubytovacích zařízení a přechodného bydlení.

²²⁹ <http://www.socialnibydeni.org/> [2016-08-15]

9

Kapitola 9:

Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení

9.1 Primární drogová kriminalita

Primární drogovou kriminalitou se rozumí porušování drogové legislativy a souvisejících právních předpisů v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami (OPL) (Zeman a Gajdošíková, 2010). Znaký trestného jednání jsou definovány zákonem č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále TZ),²³⁰ a zahrnují:

- nedovolenou výrobu a nedovolené nakládání s OPL (§§ 283, 284 a 285 TZ),
- nedovolenou výrobu a držení předmětů určených k výrobě OPL (§ 286 TZ),
- podněcování či svádění jiného k užívání jiné návykové látky než alkoholu (§ 287 TZ).²³¹

Zdrojem dat o kriminalitě v souvislosti s drogami jsou zejména Evidenční systém statistik kriminality (ESSK) Policejního prezidia Policie ČR (PP PČR) a statistiky Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), Ministerstva spravedlnosti ČR (MS), Vězeňské služby ČR (VS ČR) a Probační a mediační služby ČR (PMS). Informace o osobách zadržených nebo stíhaných za primární DTČ jsou evidovány v systémech NPC, PP PČR i MS. Odlišnosti údajů z těchto zdrojů jsou dány rozdíly v hlášené praxi a postupech při sběru dat.

9.1.1 Primární drogové trestné činy podle skutkových podstat a drog

Za primární DTČ bylo v r. 2015 zadrženo celkem 3752 osob a stíháno 3659–3816 osob (podle zdroje dat). Jak ukazují data PP PČR, ženy tvořily 16 %, mladiství (15–17 let) 3 % a nezletilí (do 15 let) 1 % stíhaných osob. Více než polovinu obviněných tvořili recidivisté (51 %). Obžalováno bylo 3340 a odsouzeno 2708 osob.

Za r. 2015 je evidován pokles počtu zadržených a stíhaných pro DTČ (data NPC a PP PČR). Naproti tomu ministerstvo spravedlnosti vykázalo za r. 2015 nárůst počtu osob ve všech fázích trestního řízení, tj. stíhaných, obžalovaných i odsouzených. Nejvýraznější nárůst byl zaznamenán u stíhaných a obžalovaných osob (obojí 14 %) – tabulka 9-1.

²³⁰ Trestní zákoník nahradil s účinností od 1. 1. 2010 zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon. Případy, které nebyly uzavřeny před nabytím účinnosti nové právní normy, se posuzovaly podle té právní normy, která za dané jednání stanovila mírnější trestní sazbu. V r. 2015 docházelo k minimálnímu souběhu obou právních norem.

²³¹ § 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedy, § 284 – přechovávání OPL a jedů pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedy, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky

tabulka 9-1: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2002–2015

Rok	Zadržení (NPC)	Stíhaní (PP PČR)	Stíhaní (MS)	Obžalování (MS)	Odsouzení (MS)
2002	2 000	2 204	2 504	2 247	1 216
2003	2 357	2 295	3 088	2 737	1 304
2004	2 157	2 149	2 944	2 589	1 376
2005	2 168	2 209	2 429	2 157	1 326
2006	2 198	2 344	2 630	2 314	1 444
2007	2 031	2 023	2 282	2 042	1 382
2008	2 322	2 296	2 304	2 100	1 360
2009	2 340	2 415	2 553	2 332	1 535
2010	2 525	2 437	2 377	2 152	1 652
2011	2 759	2 782	2 798	2 549	1 870
2012	3 065	2 827	2 593	2 368	2 079
2013	3 701	3 568	2 836	2 615	2 522
2014	3 925	3 989	3 208	2 929	2 654
2015	3 752	3 816	3 659	3 340	2 708

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2016a), Policejní prezidium Policie ČR (2016), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2016b), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2016a), Mravčík et al. (2015b)

Stejně jako v předchozích letech bylo trestní řízení nejčastěji vedeno proti osobám, které se dopustily nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (81 % v r. 2015, 80 % v r. 2014) – tabulka 9-2. Skladba primárních DTČ podle jednotlivých skutkových podstat se ve srovnání s předchozím rokem zásadně nezměnila. Meziroční změny se ve všech fázích trestního řízení pohybují řádově v jednotkách procentních bodů. Nejvýraznější meziroční změny ve skladbě primární DTČ jsou patrné v datech MS. Nejvýraznější změnu představuje nárůst podílu odsouzených pro nedovolenou výrobu a jiné nakládání s OPL (§ 283). Zatímco v r. 2014 bylo za tento trestný čin odsouzeno 74 % osob odsouzených za primární DTČ, v r. 2015 šlo o 78 %. Celkově v meziročním srovnání došlo k nárůstu podílu osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených v souvislosti s výrobou, pašováním a prodejem (podle zdroje nárůst v rozmezí 1,5–4,0 procentního bodu) a naopak k poklesu u trestných činů v souvislosti s držením OPL pro vlastní potřebu a pěstováním rostlin a hub pro vlastní potřebu (podle zdroje pokles v rozmezí 0,7–4,6 procentního bodu).

tabulka 9-2: Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle jednotlivých trestných činů v r. 2015

Pachatelé podle fáze trestního řízení	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Zadržení	3 047	81,2	498	13,3	115	3,1	82	2,2	10	0,3	3 752	100,0
Stíhaní (PP PČR)	3 026	79,3	522	13,7	150	3,9	103	2,7	15	0,4	3 816	100,0
Stíhaní (MS)	2 922	79,9	439	12,0	119	3,3	138	3,8	41	1,1	3 659	100,0
Obžalování	2 708	81,1	377	11,3	85	2,5	134	4,0	36	1,1	3 340	100,0
Odsouzení	2 100	77,5	376	13,9	85	3,1	99	3,7	48	1,8	2 708	100,0

Pozn.: § 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedy, § 284 – přechovávání OPL a jedů pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedů, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky

Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2016), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2016a), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2016b), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2016a)

Pokud jde o skladbu primární DTČ podle drog, pachatelé primární DTČ v r. 2015 byli nejčastěji zadrženi z důvodu nedovolené výroby, pašování a prodeje pervitinu. Druhým nejčastějším důvodem zadržení bylo pěstování, pašování a prodej konopných látek – tabulka 9-3. Skladba DTČ podle drog se v porovnání s předchozím rokem v podstatě nezměnila. Meziroční změny podílu zadržených v souvislosti s jednotlivými drogami nepřesahují hranici 2 procentních bodů. Celkově představovalo

nejvýraznější meziroční změnu snížení podílu zadržených v souvislosti s konopnými látkami (snížení o 1,5 procentního bodu).

tabulka 9-3: Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu primární drogové trestné činnosti v r. 2015

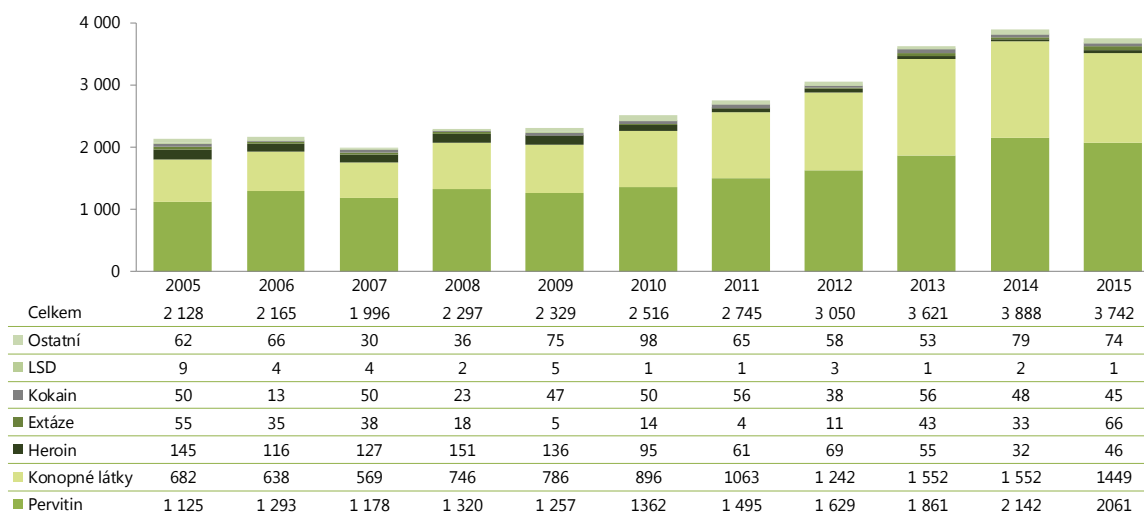
Droga	Výroba/pěstování, pašování a prodej		Držení a pěstování pro vlastní potřebu		Šíření toxikomanie		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	1 029	32,9	420	68,5	5	50,0	1 454	38,8
Pervitin	1 927	61,6	134	21,9	2	20,0	2 063	55,0
Kokain	40	1,3	5	0,8	0	–	45	1,2
Heroin	38	1,2	8	1,3	0	–	46	1,2
Extáze	38	1,2	28	4,6	0	–	66	1,8
LSD	1	0,0	0	0,0	0	–	1	0,0
Amfetamin	2	0,1	1	0,2	0	–	3	0,1
Ostatní drogy	54	1,7	17	2,8	3	30,0	74	2,0
Celkem osob	3 129	100,0	613	100,0	10	100,0	3 752	100,0

Pozn.: Výroba, pašování a prodej zahrnuje §§ 283 a 286, držení a pěstování pro vlastní potřebu zahrnuje §§ 284 a 285 TZ a šíření toxikomanie je samostatný trestný čin podle § 287.

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2016a)

Největší podíl osob zadržených pro primární DTČ spáchalo daný trestný čin v souvislosti s pervitinem. Za posledních 10 let tvoří zadržení v souvislosti s pervitinem průměrně 55 % zadržených pro primární DTČ. Nejvyšší podíl byl zaznamenán v r. 2006, šlo o 60 % zadržených pro DTČ, nejnižší pak v r. 2013, kdy podíl zadržených v souvislosti s pervitinem představoval 51 %. Podíl osob zadržených pro primární DTČ v souvislosti s konopnými látkami činí průměrně 39 %. Nejvyšší podíl v souvislosti s konopnými látkami byl v r. 2013, kdy šlo o 43 % zadržených pro DTČ, nejnižší pak za r. 2007, kdy bylo v souvislosti s konopnými látkami zadrženo 29 %. Podíl osob zadržených v souvislosti s ostatními drogami se dlouhodobě pohybuje pod hranicí 10 % a od r. 2011 nepřesahuje 3 % – graf 9-1.

graf 9-1: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL, jedy a předměty k jejich výrobě v l. 2005–2015 podle drog



Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2016a)

Trestná činnost spočívající v porušování alkoholové legislativy, tzv. primární alkoholová trestná činnost, zahrnuje pouze 1 trestný čin, kterým je podávání alkoholických nápojů mládeži, tedy osobám mladším osmnácti let (§ 218). Podle údajů z ESK bylo v r. 2015 zjištěno 97 těchto trestných činů (91 v r. 2014, 99 v r. 2013 a 101 v r. 2012). V dané souvislosti bylo stíháno 56 osob, z toho 20 žen. Vzhledem k míře užívání alkoholu mezi českými nezletilými je zřejmé, že primární alkoholové DTČ se vyznačují značnou latencí (tj. nejsou odhaleny a postihovány).

Podle evidence MS došlo v r. 2015 k nárůstu počtu stíhaných i obžalovaných osob pro trestné činy nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (§ 283), přechovávání OPL pro vlastní potřebu (§ 284) a výroby a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL (§ 286). Naproti tomu u trestných činů nedovoleného pěstování rostlin obsahujících OPL pro vlastní potřebu (§ 285) a šíření toxikomanie (§ 287) byl ve srovnání s předchozím rokem zaznamenán pokles počtu stíhaných a obžalovaných. Stejně jako v předchozím roce bylo nejvíce osob stíháno a obžalováno pro nedovolenou výrobu, pašování a prodej pervitinu – 1858 osob bylo obviněno a 1795 obžalováno (§ 283). Druhou nejpočetnější skupinu tvořily osoby stíhané či obžalované pro stejný trestný čin v souvislosti s konopnými látkami – 1132 osob bylo obviněno a 990 obžalováno. Přehled počtu obviněných podle jednotlivých drog a DTČ uvádí tabulka 9-4, počty obžalovaných ve stejné struktuře uvádí tabulka 9-5.

tabulka 9-4: Počet stíhaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2015

Drogy	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	1 132	38,7	267	60,8	107	89,9	20	14,5	31	75,6	1 557	42,6
Pervitin	1 858	63,6	139	31,7	9	7,6	117	84,8	4	9,8	2 127	58,1
Kokain	46	1,6	10	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	56	1,5
Heroin	44	1,5	8	1,8	0	0,0	5	3,6	0	0,0	57	1,6
Extáze	38	1,3	17	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	55	1,5
Ostatní drogy	120	4,1	41	9,3	8	6,7	14	10,1	8	19,5	191	5,2
Celkem	2 922	–	439	–	119	–	138	–	41	–	3 659	–

Pozn.: Údaje v řádce „celkem“ nejsou součtem počtu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány za porušení více drogových paragrafů současně nebo ve spojení s více drogami, a jedna osoba tedy může být započítána vícekrát.

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2016b)

tabulka 9-5: Počet obžalovaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2015

Drogy	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	990	36,6	220	58,4	76	89,4	18	13,4	26	72,2	1 330	39,8
Pervitin	1 795	66,3	136	36,1	8	9,4	114	85,1	4	11,1	2 057	61,6
Kokain	44	1,6	10	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	1,6
Heroin	42	1,6	8	2,1	0	0,0	4	3,0	0	0,0	54	1,6
Extáze	32	1,2	11	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	43	1,3
Ostatní drogy	108	4,0	35	9,3	6	7,1	14	10,4	8	22,2	171	5,1
Celkem	2 708	–	377	–	85	–	134	–	36	–	3 340	–

Pozn.: Údaje v řádce „celkem“ nejsou součtem počtu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány za porušení více drogových paragrafů současně nebo ve spojení s více drogami, a jedna osoba tedy může být započítána vícekrát.

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2016b)

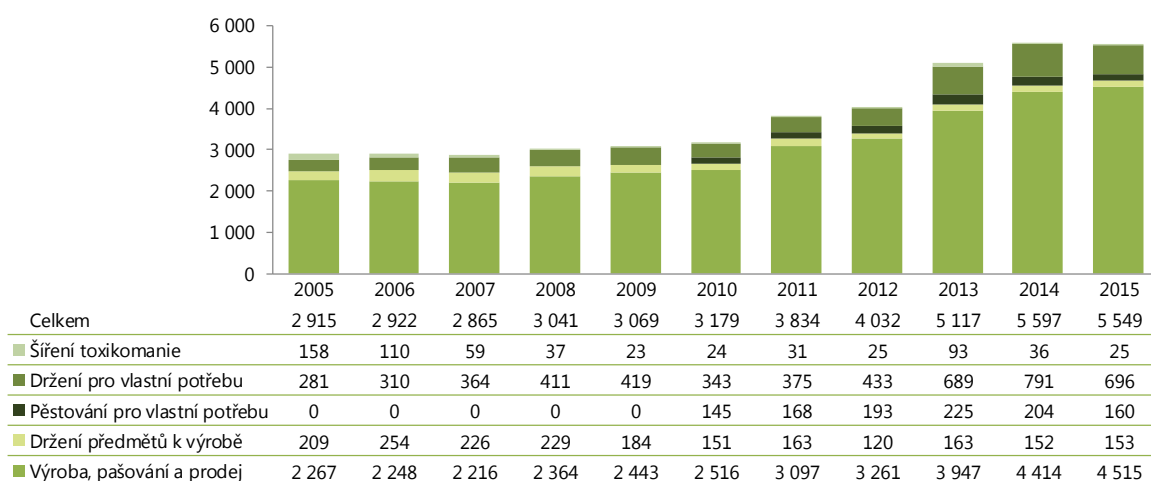
V r. 2015 byl prvně od r. 2007 zaznamenán pokles počtu primárních DTČ, jejich podíl na zjištěné trestné činnosti se však zvýšil. Počet zjištěných DTČ v přepočtu na 100 tis. osob ve věku 15–64 let se ve srovnání s předchozím rokem nezměnil – tabulka 9-6. Nejvyšší podíl primární DTČ tvoří dlouhodobě zejména trestné činy výroby, pašování a prodeje drog, v r. 2015 představovaly 81 % DTČ. Trestné činy přechovávání drog pro vlastní potřebu a pěstování rostlin/hub pro vlastní potřebu dlouhodobě tvoří 15–20 %, v r. 2015 to bylo 16 % – graf 9-2.

tabulka 9-6: Vývoj počtu primárních drogových trestných činů (DTČ) a jejich podílu na všech zjištěných trestných činech (TČ) v l. 2002–2015

Rok	Zjištěné TČ	Počet DTČ	Podíl DTČ ze zjištěných (%)	Počet DTČ na 100 tis. os. 15–64 let
2002	372 341	4 330	1,2	60,2
2003	357 740	3 760	1,1	52,0
2004	351 629	3 086	0,9	42,5
2005	344 060	2 915	0,8	40,0
2006	336 446	2 922	0,9	39,9
2007	357 391	2 865	0,8	38,8
2008	343 799	3 041	0,9	40,9
2009	332 829	3 069	0,9	41,4
2010	313 387	3 179	1,0	43,1
2011	317 177	3 834	1,2	52,8
2012	304 528	4 032	1,3	56,1
2013	325 366	5 117	1,6	72,0
2014	288 660	5 597	1,9	79,3
2015	247 628	5 549	2,2	79,3

Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2016), Mravčík et al. (2015b)

graf 9-2: Počet zjištěných primárních drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v l. 2005–2015



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2016)

Nejvyšší počet zjištěných primárních DTČ na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byl evidován v Praze, Ústeckém a Středočeském kraji. Naopak kraje s nejnižším počtem byly kraje Pardubický, Zlínský a Karlovarský. V polovině krajů byl ve srovnání s předchozím rokem zaznamenán pokles počtu zjištěných DTČ. K nejvýraznějšímu meziročnímu poklesu došlo ve Středočeském, Jihomoravském a Plzeňském kraji. Kraje s nejvyšším počtem stíhaných osob na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byly stejně jako v předchozím roce Ústecký, Karlovarský a Liberecký kraj. Naopak nejnižší počet stíhaných osob na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let evidují za r. 2015 Zlínský, Pardubický a Jihomoravský kraj – tabulka 9-7 a mapa 9-1.

tabulka 9-7: Zjištěné primární drogové trestné činy a stíhané osoby v r. 2015 podle krajů

Kraj	Zjištěné DTČ			Osoby stíhané pro DTČ		
	Počet	Podíl (%)	Na 100 tis. os. 15–64 let	Počet	Podíl (%)	Na 100 tis. os. 15–64 let
Hl. m. Praha	1 738	31,3	205,7	499	13,1	59,1
Středočeský	536	9,7	61,4	451	11,8	51,6
Jihočeský	273	4,9	64,7	221	5,8	52,4
Plzeňský	222	4,0	58,1	196	5,1	51,3
Karlovarský	206	3,7	103,3	160	4,2	80,3
Ústecký	549	9,9	100,3	535	14,0	97,8
Liberecký	244	4,4	84,2	218	5,7	75,2
Královéhradecký	211	3,8	58,6	210	5,5	58,4
Pardubický	125	2,3	36,6	101	2,6	29,6
Vysočina	250	4,5	74,1	167	4,4	49,5
Jihomoravský	316	5,7	40,6	285	7,5	36,6
Olomoucký	251	4,5	59,8	210	5,5	50,0
Zlínský	144	2,6	37,0	109	2,9	28,0
Moravskoslezský	484	8,7	59,5	454	11,9	55,8
Celkem	5 549	100,0	79,3	3 816	100,0	54,5

Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2016)

mapa 9-1: Primární drogové trestné činy v r. 2015 v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2016)

9.1.2 Tresty uložené za primární drogové trestné činy

Za primární drogovou trestnou činnost bylo v r. 2015 odsouzeno 2708 osob. Ženy tvořily 16 % a mladiství 3 % odsouzených. Dosud netrestané osoby představovaly 40 % odsouzených za DTČ. Z hlediska věku byly nejpočetnější skupinou osoby ve věku 30–39 let (31 %). Jak ukazuje tabulka 9-8, nejčastěji uloženou sankcí bylo v r. 2015 podmíněně odložené odnětí svobody (67 % sankcí). Podíly jednotlivých sankcí za primární DTČ jsou v podstatě stejné jako v předchozím roce, změny představovaly max. 2 procentní body. Nepodmíněné tresty odnětí svobody tvořily druhou nejpočetnější skupinu (25 %). Délka trvání byla nejčastěji 1–5 let (71 % nepodmíněných trestů odnětí svobody).

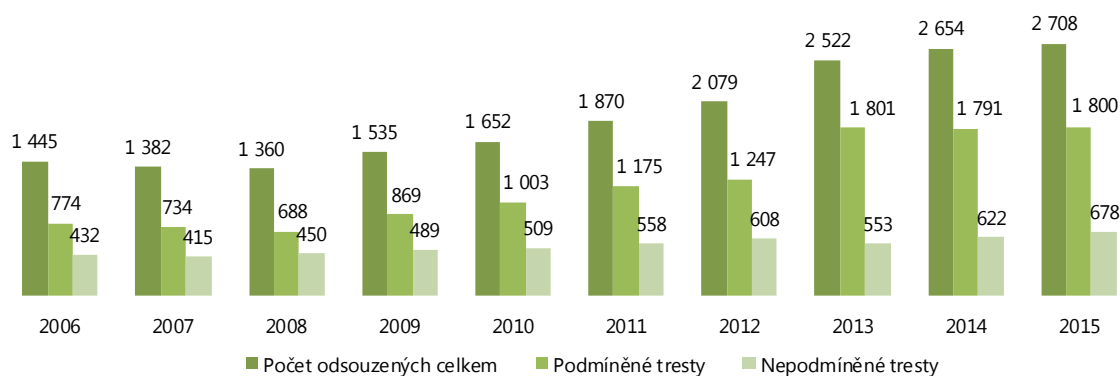
tabulka 9-8: Hlavní sankce uložené za primární DTČ v r. 2015 podle jednotlivých trestných činů

Uložené sankce za DTČ	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Odnětí svobody nepodmíněně	584	28,2	60	16,2	2	2,4	32	32,7	0	0,0	678	25,4
Odnětí svobody podmíněně	1 373	66,3	254	68,5	69	82,1	57	58,2	47	97,9	1 800	67,4
Domácí vězení	2	0,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
Obecně prospěšné práce	89	4,3	37	10,0	6	7,1	7	7,1	1	2,1	140	5,2
Zákaz činnosti	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Propadnutí majetku	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Peněžitý trest	12	0,6	11	3,0	4	4,8	2	2,0	0	0,0	29	1,1
Propadnutí věci	1	0,0	4	1,1	3	3,6	0	0,0	0	0,0	8	0,3
Vyhoštění	9	0,4	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,4
Zákaz pobytu	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Celkem	2 070	100,0	371	100,0	84	100,0	98	100,0	48	100,0	2 671	100,0

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2016a)

Jak ukazuje graf 9-3, od r. 2008 roste počet osob odsouzených za primární DTČ. Mezi l. 2008–2013 se snižoval podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody ve prospěch sankcí nespojených s odnětím svobody. V posledních 2 letech je však patrný pokles podílu podmíněně odložených trestů odnětí svobody (70 % v r. 2013, 67 % v r. 2014 a 66 % v r. 2015) a současně mírný nárůst podílu nepodmíněných trestů odnětí svobody a ostatních trestů (22 % v r. 2013, 23 % v r. 2014 a 25 % v r. 2015).

graf 9-3: Vývoj počtu osob odsouzených za primární DTČ a skladba sankcí uložených v l. 2006–2015



Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2016a)

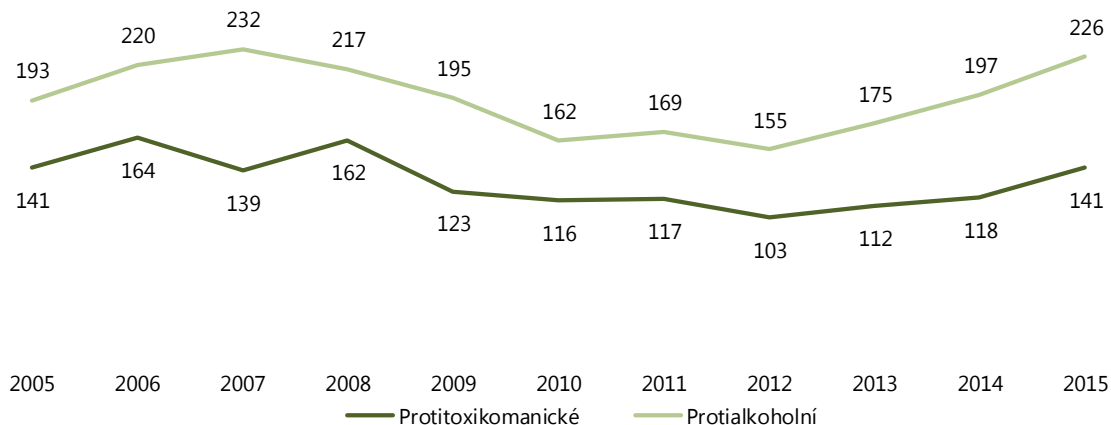
9.1.3 Ochranná a výchovná opatření

Ochranné léčení patří mezi nejčastěji ukládaná ochranná opatření.²³² V r. 2015 bylo podle evidence MS ochranné léčení uloženo 367 osobám, z toho 141 závislým na nealkoholových drogách a 226 na alkoholu. Ochranné léčení protialkoholní bylo stejně jako v předchozím roce nejčastěji uloženo

²³² Ochranné léčení se vykonává na základě pravomocného rozhodnutí soudu, a to formou lůžkové nebo ambulantní péče. Soud může uložit ochranné léčení samostatně nebo vedle trestu, a to v případě, že pachatel, který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Výkon ochranného léčení probíhá ve zdravotnických zařízeních. Ochranné léčení v ambulantní formě uložené vedle trestu odnětí svobody lze vykonat také ve vězení. Pokud je vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že prostřednictvím ochranného léčení nelze dosáhnout dostatečné ochrany společnosti, může soud uložit opatření v podobě zabezpečovací detence. Ochranné léčení trvá, dokud to vyžaduje jeho účel. Nejdéle ho lze uložit na dobu 2 let. V případě potřeby však může soud rozhodnout o jeho prodloužení.

osobám odsouzeným za trestný čin výtržnictví, nebezpečného vyhrožování, krádeže nebo týrání osoby žijící ve společném obydlí. Ochranné léčení protitoxikomanické soud nejčastěji uložil osobám, které spáchaly trestný čin krádeže, porušování domovní svobody, poškození cizí věci, nebo nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL. Z dlouhodobého hlediska i nadále pokračuje nárůst počtu uložených ochranných opatření, na němž se podílí zejména ochranná léčba protialkoholní (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2016a). Vývoj počtu uložených ochranných léčení ukazuje graf 9-4.

graf 9-4: Počet ochranných léčení uložených v l. 2005–2015



Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2016a)

Soud v souvislosti s primární DTČ uložil 169 omezení a povinností, z toho většinou (161 omezení/povinností) šlo o přiměřená omezení a povinnosti podle § 48 odst. 4 TZ, čili např. léčení závislosti na návykových látkách, zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek, podrobit se vhodnému programu sociálního výcviku a převýchovy, programům psychologického poradenství. Dále byla soudem uložena v 15 případech výchovná opatření, a to v podobě výchovných omezení²³³ (6), dohledu probačního úředníka (5), výchovných povinností²³⁴ (5), účasti v probačním programu (2) a napomenutí s výstrahou (1) (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2016a). Vzhledem k vysokému počtu osob odsouzených za primární DTČ je počet uložených přiměřených omezení a povinností poměrně nízký.

Soud může uložit přiměřená omezení a povinnosti rovněž v rámci odklonů v trestním řízení nebo spolu s alternativním trestem. Podle evidence PMS došlo v r. 2015 k nárůstu počtu klientů s uloženým omezením nebo povinností, jejichž trestná činnost souvisela s užíváním drog. Povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách podle § 48 odst. 4 TZ mělo v r. 2015 uloženo 253 klientů PMS (220 v r. 2014, 167 v r. 2013), celkem 1189 klientů PMS v r. 2015 mělo soudem uloženou povinnost zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek (920, v r. 2014, 534 v r. 2013) (Probační a mediační služba, 2016).

Za r. 2015 evidovala PMS celkem 30 764 osob v různých fázích trestního řízení. Celkem 1092 z nich (3,6 %) se dostalo do kontaktu s PMS v souvislosti s nedovolenou výrobou a jiným nakládáním s OPL či předměty k výrobě OPL (§§ 283 a 286), 164 osob (0,5 %) v souvislosti s držením OPL pro vlastní potřebu (§ 284), 27 osob (0,1 %) v souvislosti s nedovoleným pěstováním rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu (§ 285) a 5 osob (0,02 %) v souvislosti s šířením toxikomanie (§ 287). Ochranné léčení závislosti na návykových látkách mělo v r. 2015 uloženo 127 osob v kontaktu s PMS, z toho 77 osobám bylo uloženo ochranné léčení protialkoholní, 41 protitoxikomanické a 9 osob mělo uloženo oba typy léčby (Probační a mediační služba, 2016).

²³³ např. zákaz návštěv určitých akcí, zákaz styku s určitými osobami

²³⁴ např. povinnost bydlet s rodiči, nahradit škodu nebo se podrobit léčení závislosti na návykových látkách

V rámci probačního dohledu provádí PMS testování klientů na přítomnost návykových látek.

V r. 2014 bylo provedeno 4733 testů na nelegální drogy, z toho 1251 s pozitivním výsledkem (26 %) – blíže viz VZ 2014. Data za r. 2015 nebyla k datu uzávěrky VZ 2015 k dispozici. Informace o testech na alkohol PMS centrálně neshromažďuje.

9.1.4 Přestupky nedovoleného nakládání s OPL

Za r. 2015 evidovaly správní orgány celkem 781 362 přestupků. Dalších 539 394 přestupků zůstalo nevyřízeno z minulého období. V r. 2015 bylo projednáno 299 504 přestupků, z toho bylo 1940 přestupků (0,7 %) neoprávněného držení drog v malém množství pro svoji potřebu a/nebo pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství pro svoji potřebu²³⁵. V r. 2015 pokračoval pokles podílu drogových přestupků páchaných nezletilými osobami (8,8 % v r. 2013, 6,8 % v r. 2014 a 6,4 % v r. 2015). Mezi kraje s nejvyšším absolutním počtem projednaných přestupků patřily Středočeský kraj a Praha – tabulka 9-9. Krajem s největším podílem drogových přestupků ze všech projednaných přestupků byl Karlovarský kraj (1,2 %). Ve srovnání s předchozím rokem byl největší nárůst počtu projednaných přestupků zaznamenán v Praze (387 v r. 2014 a 407 v r. 2015), naopak největší pokles byl evidován v Plzeňském kraji (109 v r. 2014 a 67 v r. 2015).

tabulka 9-9: Drogové přestupky projednané v r. 2015 podle paragrafů, věku pachatele a krajů

Kraj	Držení drog		Pěstování rostlin a hub		Drogové přestupky celkem	Přestupky celkem
	Celkem	z toho mladistvými	Celkem	z toho mladistvými		
Hl. m. Praha	297	6	110	0	407	47 256
Středočeský	421	18	13	0	434	47 664
Jihočeský	63	8	12	0	75	14 068
Plzeňský	67	2	0	0	67	11 427
Karlovarský	85	9	0	0	85	7 095
Ústecký	182	16	12	0	194	29 661
Liberecký	138	2	13	0	151	14 338
Královéhradecký	35	5	8	0	43	12 445
Pardubický	75	7	4	0	79	10 226
Vysočina	26	9	0	0	26	10 858
Jihomoravský	101	10	10	8	111	28 339
Olomoucký	54	4	10	0	64	16 790
Zlínský	84	7	9	0	93	15 170
Moravskoslezský	104	14	7	0	111	34 167
Celkem	1 732	117	208	8	1 940	299 504

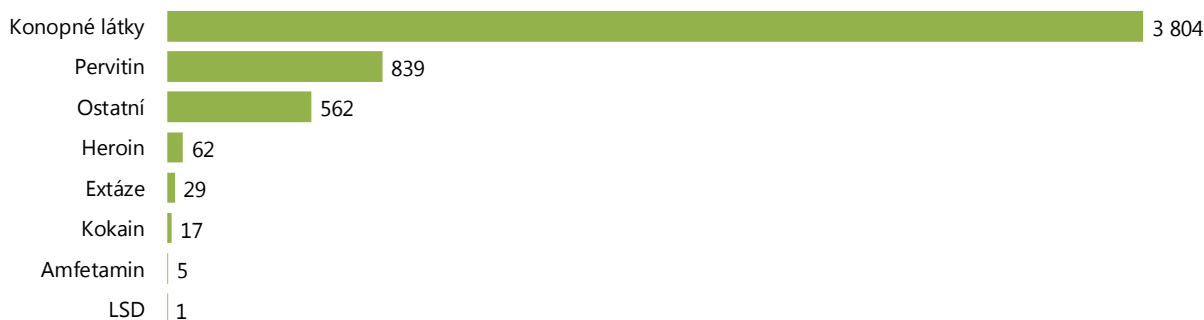
Zdroj: Ministerstvo vnitra ČR (2016)

Kraje ve svých zprávách rovněž vykazují počet projednaných přestupků na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c). Celkový počet pachatelů přestupků neoprávněného držení drog v malém množství pro svoji potřebu uvedený za r. 2015 kraji byl 2992, počet pachatelů přestupku pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství pro svoji potřebu hlášených kraji dosáhl počtu 161 osob. Rozdíly mezi hlášením z krajských zpráv o realizaci protidrogové politiky a ročním výkazem ministerstva vnitra (jejichž zdrojem jsou však také obce a kraje) jsou pravděpodobně způsobeny odlišnou metodologií sběru dat a hlášením případů z různých fází řízení o přestupcích.

Od r. 2015 jsou nově dostupná také data o počtech pachatelů přestupků v rozdělení podle jednotlivých drog od NPC. Za r. 2015 policie eviduje 5319 osob, u kterých byly zjištěny přestupky nedovoleného nakládání s OPL. Největší podíl tvořily osoby, které se dopustily přestupku v souvislosti s konopnými látkami (72 %) a pervitinem (16 %) – graf 9-5.

²³⁵ § 30 odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb.

graf 9-5: Pachatelé drogových přestupků zjištěných v r. 2015 podle drog



Zdroj: Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016)

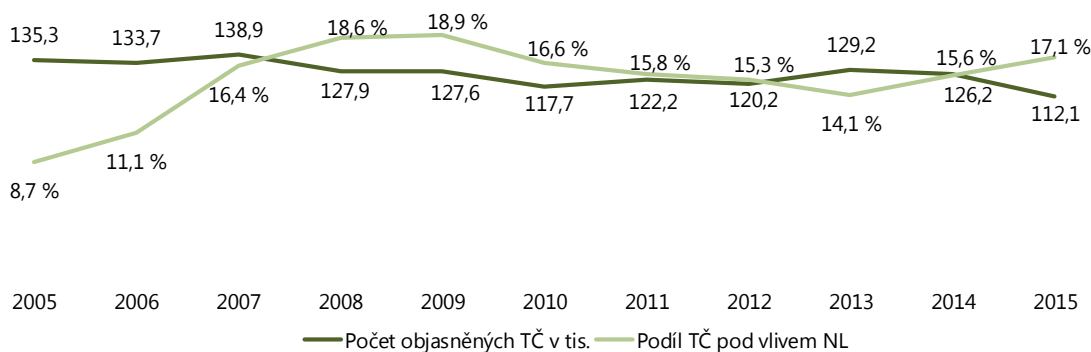
9.2 Sekundární drogová kriminalita

Sekundární drogová kriminalita zahrnuje psychofarmakologicky podmíněnou (pod vlivem návykových látek), ekonomicky motivovanou (za účelem získání prostředků na financování užívání drog) a systémovou trestnou činnost, tj. např. násilné trestné činy včetně vražd, korupce, praní špinavých peněz nebo zločiny proti lidskosti páchané v rámci drogové trestné činnosti (EMCDDA, 2007, Štefunková, 2011).

9.2.1 Trestná činnost pod vlivem drog

Pokud jde o trestnou činnost pod vlivem drog, v r. 2015 bylo objasněno celkem 112,1 tis. TČ, z toho 19,2 tis. (17 %) bylo spácháno pod vlivem návykových látek. Od r. 2009 klesal podíl TČ spáchaných pod vlivem návykových látek, v posledních 2 letech byl však opět zaznamenán nárůst – graf 9-6.

graf 9-6: Vývoj počtu objasněných trestných činů a podílu trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek v l. 2005–2015



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2016)

Z toho pod vlivem alkoholu bylo spácháno 14,5 tis. TČ, tj. 76 % objasněných TČ spáchaných pod vlivem návykových látek. Skladba trestné činnosti je v podstatě totožná jako v předchozím roce. Největší podíl TČ spáchaných pod vlivem alkoholu tvořily TČ ohrožení pod vlivem návykových látek nebo opilství²³⁶ (49 %, tj. 7037), nedbalostní dopravní nehody (17 %) a úmyslné ublížení na zdraví (7 %). Pod vlivem nealkoholových drog bylo v r. 2015 spácháno 4,7 tis. TČ, tj. 24 % TČ spáchaných pod vlivem návykových látek. Pachatelé se nejčastěji dopustili TČ ohrožení pod vlivem návykových látek nebo opilství (75 %, tj. 3500), maření výkonu úředního rozhodnutí (10 %), nedbalostní dopravní nehody (2 %) nebo nedovolené výroby a nakládání s OPL (2 %) – tabulka 9-10.

²³⁶ V evidenčním systému statistik kriminality (ESSK) jsou trestné činy ohrožení pod vlivem návykových látek (§ 274) a opilství (§ 360) vykazány souhrnně.

Dlouhodobě je patrný vysoký podíl trestné činnosti páchané osobami pod vlivem alkoholu, od r. 2007 však dochází k jeho snižování a naopak k nárůstu podílu TČ spáchaných pod vlivem nealkoholových drog (Policejní prezidium Policie ČR, 2016). Vzhledem k tomu, že TČ opilství nepatří obecně mezi frekventovanou trestnou činnost,²³⁷ dá se předpokládat převažující podíl TČ ohrožení pod vlivem návykových látek, a to především řízení motorového vozidla ve stavu vylučujícím způsobilost.

tabulka 9-10: Počet trestných činů (TČ) spáchaných pod vlivem alkoholu a dalších drog v l. 2003–2015

Rok	TČ pod vlivem alkoholu		TČ pod vlivem nealkoholových drog		Celkem TČ pod vlivem NL	TČ pod vlivem NL na 100 tis. os. 15–64 let
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)		
2003	10 143	91,5	939	8,5	11 082	153,2
2004	10 916	93,0	816	7,0	11 732	161,6
2005	11 020	93,4	781	6,6	11 801	161,8
2006	14 075	95,0	735	5,0	14 810	202,2
2007	22 030	96,5	793	3,5	22 823	308,8
2008	22 826	95,7	1 019	4,3	23 845	320,9
2009	22 277	92,1	1 900	7,9	24 177	326,1
2010	17 290	88,4	2 277	11,6	19 567	265,2
2011	17 168	88,9	2 142	11,1	19 310	265,9
2012	16 130	87,6	2 289	12,4	18 419	256,2
2013	15 265	84,1	2 890	15,9	18 155	255,4
2014	15 466	78,4	4 250	21,6	19 716	279,4
2015	14 489	75,6	4 668	24,4	19 157	273,8

Zdroj: Mravčík et al. (2015b), Policejní prezidium Policie ČR (2016)

9.2.2 Ekonomicky motivovaná sekundární drogová kriminalita

Za r. 2015 byl proveden odhad ekonomicky motivované sekundární drogové kriminality (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016). Stejně jako v předchozích vlnách šlo o expertní retrospektivní odhad pracovníků krajských ředitelství a územních odborů Policie ČR, který spočíval v určení podílu TČ spáchaných uživateli drog zejména za účelem získání prostředků na nákup drog pro vlastní potřebu. Posuzováno bylo 17 TČ (v podobě 42 položek ESKK), odhadované podíly byly váženy skutečným počtem zjištěných a objasněných TČ v okresech.

V r. 2015 bylo zjištěno celkem 156 tis. vybraných (ekonomicky motivovaných) TČ, z nich odhadem 33 % spáchali uživatelé drog (51 tis. TČ). Nejvyšší podíl představovaly krádeže spojené s neoprávněným užíváním cizí věci (např. krádeže jízdních kol a motorových vozidel). Z vybraných trestných činů bylo objasněno 13 tis. TČ, z toho odhadem 25 % spáchali uživatelé drog (13 tis. TČ). Výsledky shrnuje tabulka 9-11.

²³⁷ MS eviduje za r. 2015 celkem 58 osob stíhaných pro TČ opilství (66 TČ) a 1162 osob stíhaných pro TČ ohrožení pod vlivem návykové látky (12 902 TČ).

tabulka 9-11: Odhad vybraných trestných činů spáchaných uživateli drog v r. 2015

Skutková podstata TČ	Zjištěné TČ			Objasněné TČ		
	Celkem	Spácháno UD	Podíl (%)	Celkem	Spácháno UD	Podíl (%)
Krádež a neoprávněné užívání cizí věci*	14 110	6 618	46,9	3 041	1 490	49,0
Krádež	75 407	27 079	35,9	17 533	5 429	31,0
Loupež	1 992	686	34,4	1 141	401	35,1
Krádež a porušování domovní svobody*	29 191	10 036	34,4	6 317	2 138	33,8
Neoprávněné držení platebního prostředku	7 223	2 466	34,1	2 053	699	34,0
Porušování domovní svobody	2 251	550	24,4	1 347	338	25,1
Podvod	4 865	1 119	23,0	3 109	740	23,8
Zpronevěra	2 308	311	13,5	1 614	246	15,2
Úmyslné ublížení na zdraví	5 227	598	11,4	3 677	430	11,7
Vydírání	1 231	129	10,5	954	100	10,5
Zanedbání povinné výživy	12 089	1 075	8,9	12 087	1 069	8,8
Omezování a zbavení osobní svobody	167	9	5,2	110	6	5,6
Vraždy loupežné	7	0	0,0	5	0	0,0
Celkem	156 068	50 674	32,5	52 988	13 088	24,7

Pozn.: TČ – trestný čin, UD – uživatel drog. * Kategorie v ESK mohou obsahovat souběh TČ.

Zdroj: Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016)

Za r. 2015 evidovala Probační a mediační služba ČR (PMS) celkem 30 764 osob v různé fázi trestního řízení. V případě 2211 osob (7,2 %) bylo v průběhu trestního řízení nebo při kontaktu s pracovníkem PMS zjištěno (problémové) užívání návykových látek, z toho 84 % tvořili muži. Celkem 306 osob užívalo alkohol (14 %), 608 nealkoholové drogy (27 %) a 76 alkohol i nealkoholové drogy (3 %), u 1259 osob (57 %) nebyla látka blíže specifikována. Uživatelé alkoholu se nejčastěji dopustili trestných činů ohrožení pod vlivem návykové látky (20 %), výtržnictví (18 %) nebo krádeže (15 %). Uživatelé nealkoholových drog nejčastěji spáchali trestné činy krádeže (42 %), nedovolené výroby a nakládání s OPL (22 %) nebo maření výkonu úředního rozhodnutí a vykázání (12 %).

9.3 Uživatelé drog ve vězení

Začátkem r. 2016 schválila vláda Koncepti vězeňství do roku 2025,²³⁸ která zahrnuje 9 oblastí včetně drogové problematiky. V oblasti drog koncepce definuje 2 hlavní strategické cíle:

- fungující a vhodně provázaný standardizovaný systém účinné odborné pomoci uživatelům návykových látek, motivující k abstinenci nejen ve výkonu trestu odnětí svobody, ale i po jeho skončení,
- účinná ochrana vězeňského prostředí před průnikem nelegálních látek, potlačování užívání omamných a psychotropních látek vězňnými osobami a důsledná prevence šíření toxikomanie.

Strategické cíle jsou dále rozpracovány do následujících 5 specifických cílů:

- zajistit dostatečné množství informací a odborných dat z oblasti adiktologie a z oblasti bezpečnosti,
- bránit efektivně průniku nelegálních látek do věznic a monitorovat propustnost systému,
- podpořit přesah péče o závislé osoby do období po absolvování terapie a též výkonu trestu odnětí svobody,
- analyzovat a rozvíjet stávající systém odborné péče,
- striktně vymáhat právo v oblasti zneužívání návykových látek.

²³⁸ usnesení vlády č. 50 ze dne 25. ledna 2016

Jednotlivé oblasti koncepce jsou rozpracovány v navazujícím akčním plánu na období 2016–2018, který mimo jiné obsahuje také spolupráci v rámci projektu Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction (HA-REACT). Jde o 3letý projekt realizovaný od 1. 10. 2015, který je spolufinancován Evropskou komisí. Do projektu je zapojena řada evropských zemí včetně ČR, a to prostřednictvím NMS. Projekt je zaměřený na problematiku infekčních onemocnění spojených s užíváním drog, primárně na HIV. Aktivita projektu jsou rozděleny do 8 oblastí, přičemž jedna z nich se týká prevence a snižování rizik přenosu infekčních onemocnění ve věznicích. Oblast harm reduction ve vězeňství je pro ČR prioritou a zahrnuje poměrně širokou škálu aktivit. Jednou z nich je i pilotní distribuce kondomů, která se od r. 2017 prostřednictvím automatů na kondomy uskuteční na vybraných odděleních Vazební věznice Praha Pankrác. V rámci projektu, v souladu s koncepcí a akčním plánem, proběhne i zavedení bezplatné distribuce kondomů v rámci návštěv bez zrakové a sluchové kontroly ve věznicích.

9.3.1 Užívání drog ve vězení

Vězeňská služba ČR (VS ČR) spravovala v r. 2015 celkem 35 věznic. K 31. 12. 2015 bylo ve vězení 20 866 osob (tj. přibližně o 2 tis. více než v r. 2014), z toho 18 850 odsouzených a 1960 obviněných.²³⁹ V detenci bylo umístěno 56 osob. Ženy tvořily 7 % vězeňské populace, mladiství necelé 1 %. Podíl cizinců představoval 8 % vězeňské populace. Počet osob odsouzených za primární DTČ vzrostl na 1991, tj. oproti předchozímu roku o 19 % (v r. 2013 to bylo 1670 osob odsouzených za primární DTČ). K nárůstu došlo u všech drogových trestných činů, zejména však v případě odsouzených za trestný čin nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL. Také u trestných činů souvisejících přímo s intoxikací návykovou látkou – ohrožení pod vlivem návykové látky (§ 274) a opilství (§ 360) – byl v r. 2015 zaznamenán nárůst počtu osob ve vězení za tuto trestnou činnost, a to o 40 % oproti předchozímu roku – tabulka 9-12.

tabulka 9-12: Počet osob vězněných za primární drogové trestné činy a vybrané trestné činy v souvislosti s užíváním návykových látek k 31. 12. daného roku

Rok	§ 283	§ 284	§ 286	§ 287	§ 274	§ 360	Celkem
2007	1 314	101	144	69	299	95	2 022
2008	1 257	127	185	93	554	158	2 374
2009	3 073	323	365	138	1 595	106	5 600
2010	1 696	143	145	32	936	27	2 979
2011	1 929	126	155	26	1 077	27	3 340
2012	1 399	120	112	14	883	33	2 561
2013	1 281	98	78	8	480	27	1 972
2014	1 470	118	76	6	615	18	2 303
2015	1 719	166	97	9	864	23	2 878

Pozn.: § 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedy, § 284 – přechovávání OPL a jedů pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedy, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky, § 274 – ohrožení pod vlivem návykové látky, § 360 – opilství

Zdroj: Mravčík et al. (2015b), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016b)

Za r. 2015 jsou opět k dispozici údaje o počtu uživatelů drog ve vězení získané z vyšetření/ošetření praktickými lékaři, z orientačních toxikologických testů a záchytů drog ve věznicích (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2016a, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2016b). V r. 2015 bylo provedeno celkem 442 291 vyšetření či ošetření vězněných osob. Na základě jejich výsledků evidovala zdravotní služba 11 457 osob s užíváním návykových látek v anamnéze (11 022 osob v r. 2014, 8 468 v r. 2013, 11 463 v r. 2012).

Na návykové látky bylo v r. 2015 testováno celkem 22 596 vězněných osob (30 394 v r. 2014), z toho 10 553 osob bylo testováno při nástupu do věznice. Z 12 043 testovaných osob zařazených

²³⁹ Příčinou výkyvů počtu uvězněných osob v l. 2013–2015 je částečná amnestie vyhlášená 2. 1. 2013 ve Sbírce zákonů pod číslem 1/2013 Sb. v samostatné části 1/2013.

do výkonu vazby (VV) nebo výkonu trestu odnětí svobody (VTOS) byl pozitivní výsledek na nealkoholové drogy zjištěn u 537 (4,5 %). Nejčastěji šlo o pervitin (50 % pozitivních), konopné látky (30 %) a benzodiazepiny (10 %). Užití více drog bylo zjištěno u 8 % osob s pozitivním výsledkem testu. Ve srovnání s předchozím rokem došlo ke snížení podílu pozitivně testovaných na pervitin (5 procentních bodů) a současně nárůstu u konopných látek (4 procentní body). Na přítomnost alkoholu v krvi bylo provedeno 14 835 testů, z toho 23 s pozitivním výsledkem po confirmaci (32 v r. 2014).

V případě osob nastupujících VV nebo VTOS se provádí pouze orientační testování bez confirmace pozitivního výsledku, a to jako součást vstupní lékařské prohlídky. Z 10 553 osob nastupujících do vězení mělo 53 % osob pozitivní orientační test na některou z testovaných drog, nejčastěji šlo o konopné látky (34 % pozitivních) nebo pervitin (33 %). Ve více než 24 % pozitivních případů bylo zjištěno více látek současně.

Ve věznicích se od r. 2013 plošně používá hodnoticí nástroj SARPO (souhrnná analýza rizik a potřeb odsouzených) vyvinutý VS ČR. Tento nástroj slouží k posouzení pravděpodobnosti recidivy na základě údajů o kriminálním chování, 48 rizikových faktorech v 7 oblastech, motivaci a sebehodnocení odsouzeného a protektivních faktorech. Jednou z posuzovaných oblastí jsou také závislosti, kde se vyhodnocují charakter a intenzita kontaktu s uživateli drog, negativní dopady užívání drog, výdaje související s užíváním drog a míra závislosti podle MKN-10 (Jiříčka et al., 2014).

Za období 2012–2014 bylo provedeno 12 960 vyšetření pomocí nástroje SARPO. Zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou někdy v životě uvedlo 30 % vyšetřených, z toho zkušenost s konopnými látkami uvedlo 24 %, s látkami amfetaminového typu 34 % a s heroinem 7 % – tabulka 9-13. Podle MKN-10 byl stav u 11 % odsouzených vyhodnocen jako syndrom závislosti, u 14 % jako škodlivé užívání a dalším 13 % odsouzených způsobilo užívání drog problém alespoň v jedné oblasti života (Koňák, 2015).

tabulka 9-13: Celoživotní prevalence užití nelegálních drog mezi odsouzenými zjišťovaná pomocí nástroje SARPO

Droga	Počet osob	Podíl (%)
Jakákoli nelegální droga	4 985	38
Konopné látky	3 073	24
Pervitin/amfetamin	4 343	34
Kokain	191	1
Heroin	900	7
Subutex®/metadon	240	2
Extáze	226	2
Jiné drogy	671	5
Celkem	12 960	100

Zdroj: Koňák (2015)

9.3.1.1 Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni

V r. 2016 proběhla 4. vlna Dotazníkové studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody. Studii realizovalo NMS ve spolupráci s VS ČR a agenturou ppm factum research (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2016). Výsledky předchozích vln studie viz VZ 2010, Zaostřeno na drogy 5/2011 (Mravčík et al., 2011a), VZ 2012 a VZ 2014.

Výběrový soubor v r. 2016 tvořilo 2100 osob ve výkonu trestu odnětí svobody (VTOS). Pro výběr respondentů byl stejně jako v minulých letech použit prostý náhodný výběr, v r. 2016 z celkem 20 171 osob vykonávajících k datu výběru trest odnětí svobody ve všech 35 věznicích v ČR. Vyplněno bylo 1815 dotazníků, míra response dosáhla 86 %. Administrace dotazníků probíhala stejně jako v předešlých vlnách skupinově. Pro sběr dat byl použit dotazník z předchozí vlny studie upravený s ohledem na aktuální trendy na drogové scéně a na evropský dotazník pro užívání drog

mezi vězni EMCDDA. Prostřednictvím dotazníku byly mapovány prevalence užívání drog, včetně problémového užívání, a to jak v období před nástupem do vězení, tak po nástupu, kriminální kariéra, zkušenosti s léčbou závislosti, dostupnost drog ve vězení, hraní hazardních her a dostupnost adiktologických služeb ve vězení. Nově byla v r. 2016 přidána škála závažnosti závislosti na alkoholu a nelegálních drogách. Oproti předchozí vlně studie byl přidán set otázek zaměřený na předávkování.

Jak ukazují předběžné výsledky, alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou někdy v životě uvedlo 59 % respondentů. Kromě tabáku a alkoholu měli respondenti nejčastěji zkušenost s konopnými látkami, pervitinem či amfetaminy a extází. Alespoň jednou v životě užilo konopné látky 44 % respondentů, amfetaminy (pervitin) 42 % a extázi 26 % dotázaných. V posledních 12 měsících před nástupem do vězení užilo nějakou nelegální drogu 46 % a v posledních 30 dnech před nástupem 36 % dotázaných. Celkem 31 % respondentů uvedlo zkušenost s injekčním užitím drogy alespoň jednou v životě, ve vězení užilo drogu injekčně 7,3 % respondentů. Za problémové uživatele drog lze označit 31 % vězňů (tj. injekční užití drogy nebo opakované užití pervitinu, opioidů nebo kokainu v 30 dnech před nástupem do vězení), což v přepočtu na celou populaci odsouzených vězňů představuje 6200 osob.

V souboru respondentů studie Multiplikátor (blíže viz kapitulu Průzkum mezi problémovými uživateli pervitinu a opioidů – Multiplikátor 2016, str. 100) mělo za sebou zkušenost s pobytem ve vězení 512 (47,5 %) respondentů, z toho 293 (57,2 %) osob užilo ve vězení drogu, 170 osob (33,2 %) injekčně.

Injekční užívání drog ve věznicích je spojeno s vysokým rizikem přenosu infekčních onemocnění vzhledem ke specifikům vězeňského prostředí – ve věznicích je velmi nízká dostupnost čistého injekčního náčiní, a proto dochází ke sdílení jedné jehly a stříkačky vysokým počtem uživatelů, injekční materiál je používán až za hranice své životnosti a funkčnosti a injekční nástroje jsou podomácku vyráběny a upravovány – obrázek 9-1.

obrázek 9-1: Injekční set zabavený ve vězení



Zdroj: <http://globalnews.ca/news/910059/aids-groups-call-for-prison-needle-programs/> [2016-09-19]

9.3.2 Prevence a léčba užívání drog ve vězení

Primární prevence, léčba závislostí a snižování zdravotních a sociálních dopadů užívání drog jsou ve věznicích realizovány prostřednictvím poraden drogové prevence, bezdrogových zón, specializovaných oddělení a programů NNO.

Poradny drogové prevence byly dostupné ve všech věznicích. Služeb některé z nich využilo v r. 2015 celkem 7974 osob,²⁴⁰ což je o 1727 osob více než v předchozím roce. Poradny v jednotlivých věznicích se poměrně liší rozsahem poskytovaných služeb s ohledem na zaměření a kapacitu odborného personálu. Ve všech věznicích však poradny poskytovaly informační servis a individuální poradenství.

Bezdrogové zóny jsou zvláštní oddělení věznic, která mohou mít standardní nebo terapeutický režim zacházení.²⁴¹ V r. 2015 mělo bezdrogovou zónu se standardním režimem 32 věznic, jejich ubytovací kapacita²⁴² činila 1796 míst. Možnosti umístění na bezdrogových zónách se standardním režimem využilo 3616 osob, z toho 1927 nově zařazených. Bezdrogovou zónu s terapeutickým režimem měly 3 věznice (Příbram, Vinařice, Znojmo). Ubytovací kapacita činila 92 míst. Možnost umístění na těchto odděleních využilo 196 osob, z toho 108 nově zařazených.

Léčbu závislostí během VTOS bylo možno v r. 2015 absolvovat na specializovaných odděleních v 11 věznicích, z toho v 8 věznicích dobrovolnou léčbu (Bělušice, Kuřim, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Valdice a Všehrady). V r. 2015 byla kapacita specializovaných oddělení s dobrovolným léčením závislosti na nelegálních drogách celkem 287 míst. Možnosti dobrovolného léčení na některém z oddělení využilo v r. 2015 celkem 494 osob, z toho nově zařazeno bylo 245 osob.

Soudem nařízené ochranné léčení²⁴³ bylo možno absolvovat ve 3 věznicích (Opava, Rýnovice, Znojmo). K tomuto účelu sloužila 4 oddělení, přičemž ve Věznici a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Opava bylo k dispozici specializované oddělení zvláště pro muže a pro ženy. Věznice Heřmanice ochrannou léčbu od 4. září 2015 nezajišťuje (do té doby zajišťovala ochrannou léčbu protialkoholní a léčbu patologického hráčství). Celková kapacita oddělení pro ochranné léčení byla 131 míst. V r. 2015 evidovala VS ČR 215 osob v péči těchto oddělení, z toho nově zařazeno bylo 113 osob. Přehled o počtech osob, kapacitě a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení pro dobrovolnou a ochrannou léčbu poskytuje tabulka 9-14. Počet oddělení zaměřených na ochrannou léčbu protitoxikomanickou ani jejich zařazení podle typu věznice²⁴⁴ se ve srovnání s předchozím rokem v podstatě nezměnily.

²⁴⁰ Využitím služeb se rozumí poskytnutí alespoň jedné intervence. Každá osoba se v daném roce počítá pouze jednou bez ohledu na to, kolikrát službu využila.

²⁴¹ Hlavním cílem bezdrogové zóny se standardním zacházením je motivovat odsouzené k abstinenci. Cílovou skupinou bezdrogových zón s terapeutickým zacházením jsou výhradně uživatelé drog. Program je zaměřený na budování motivace k nastoupení do léčby buď v průběhu pobytu ve vězení, nebo po výstupu.

²⁴² Ubytovací plocha je 4 m² na osobu.

²⁴³ Podle § 83 odst. 2 zákona č. 373/2011 Sb., o speciálních zdravotních službách, lze ochranné léčení vykonat během VTOS ve zdravotnických zařízeních VS ČR, a to ochranné léčení ústavní v podobě jednodenní péče a ochranné léčení ambulantní. Ochranné léčení ve věznicích má tedy charakter ambulantní péče.

²⁴⁴ věznice s dohledem, dozorem, ostrahou a zvýšenou ostrahou

tabulka 9-14: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení pro dobrovolnou a ochrannou léčbu ve věznicích v l. 2006–2015

Rok	Bezdrogové zóny			Oddělení pro dobrovolnou léčbu			Oddělení pro ochrannou léčbu		
	Počet věznic	Kapacita	Počet osob	Počet věznic	Kapacita	Počet osob	Počet věznic	Kapacita	Počet osob
2006	31	1 665	3 201	6	286	625	3	105	162
2007	35	1 877	3 524	6	258	419	3	114	200
2008	33	1 998	3 646	6	262	422	3	120	206
2009	33	2 057	4 224	7	294	507	3	120	117
2010	33	2 075	3 443	7	300	437	3	109	128
2011	33	1 905	4 279	7	287	535	3	113	206
2012	34	1 918	4 549	7	287	537	3	128	184
2013	34	1 898	3 747	8	306	589	3	128	184
2014	34	1 889	3 528	8	287	504	3	129	188
2015	34	1 888	3 812	8	287	494	3	131	215

Zdroj: Mravčík et al. (2015b), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016b)

K poskytování substituční léčby²⁴⁵ mělo v r. 2015 povolení 10 věznic, z toho 7 věznic hlásilo léčené pacienty, zbývající 3 věznice (Břeclav, Ostrava a Praha-Ruzyně) substituční léčbu dlouhodobě neprovádějí (od r. 2011 nevykázaly žádného pacienta v léčbě). Programy substituční léčby ve věznicích evidovaly 53 léčených osob, tj. o 3 osoby více než v předchozím roce. Průměrná délka léčby se ve srovnání s r. 2014 snížila na 7,4 měsíce – tabulka 9-15. Substituční látkou ve věznicích je metadon. U osob, které nastupují do věznice se substituční léčbou buprenorfinem, je možné v léčbě pokračovat i ve vězení, avšak pouze za předpokladu, že si jedinec bude dané léky (zpravidla Subutex® nebo Suboxone®) sám hradit. Pacienti většinou nejsou převáděni z buprenorfinu na metadon (Koňák, 2015).

Detoxifikaci prováděly v průběhu r. 2015 celkem 4 věznice. Léčbu akutních odvykacích stavů podstoupilo 147 osob, z toho 119 mužů. Většinu detoxifikovaných představovali uživatelé opioidů (70 %). Oproti předchozímu roku došlo k dalšímu poklesu počtu detoxifikovaných (154 osob v r. 2014, 187 v r. 2013 a 353 v r. 2012).

V r. 2015 vykázalo intenzivní spolupráci s NNO, tj. 10 a více návštěv za rok, celkem 21 věznic (17 v r. 2014, 15 v r. 2013, 9 v r. 2012). V kontaktu s některou z NNO bylo celkem 7665 osob ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody, což představuje 5% pokles ve srovnání s r. 2014 (8073 osob v r. 2014 a 5035 v r. 2013). Individuální výkony tvořily 53 % kontaktů. Přehled jednotlivých NNO poskytujících drogové služby ve vězení, počtu návštěv a počtu klientů uvádí tabulka 9-16.

²⁴⁵ Zařazení do programu substituční terapie ve vězení je podmíněno předchozí účastí v substitučním programu před vzetím do vazby nebo před nástupem VTOS.

tabulka 9-15: Počet osob v substituční léčbě ve vězení a průměrná délka léčby (v měsících) podle věznic v l. 2011–2015

Věznice	2011		2012		2013		2014		2015	
	Počet osob	Délka léčby	Počet osob	Délka léčby	Počet osob	Délka léčby	Počet osob	Délka léčby	Počet osob	Délka léčby
Brno	22	3,0	28	4,0	20	1,0	24	1,0	21	1
Břeclav	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Kuřim	12	2,0	13	3,0	12	1,3	6	7,0	2	1,5
Litoměřice	11	1,0	9	3,0	3	7,0	3	11,0	5	12
Opava	13	1,5	5	1,0	5	6,0	4	18,0	4	6
Ostrava	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Praha-Pankrác	24	5,2	15	5,0	11	7,0	3	4,0	10	12
Praha-Ruzyně	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Příbram	14	11,0	17	8,0	7	10,0	7	12,0	9	12
Rýnovice	3	12,0	2	3,0	4	21,0	3	12,0	2	7
Celkem	99	5,1	89	3,9	62	7,6	50	9,3	53	7,4

Zdroj: Mravčík et al. (2015b), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016b)

tabulka 9-16: Neziskové organizace poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet předvedených osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody v r. 2015

Organizace	Věznice	Počet návštěv	Počet klientů
Anonymní alkoholici	Heřmanice	14	89
CPPT	Plzeň, Ostrov, Oráčov, Horní Slavkov	67	815
Darmoděj	Opava	1	42
Kotec	Horní Slavkov, Kynšperk nad Ohří, Ostrov	8	235
Lexus	Hradec Králové, Jiřice, Liberec, Odolov, Pardubice, Praha-Pankrác, Rýnovice, Stráž pod Ralskem, Světlá nad Sázavou, Valdice	340	1 561
Magdaléna	Bělušice, Příbram, Opava, Vinařice	13	101
Modrý kříž v ČR	Opava	1	42
Most k naději	Bělušice	202	1 248
Podané ruce	Brno, Břeclav, Heřmanice, Kuřim, Ostrov, Mírov, Rapotice, Světlá nad Sázavou, Znojmo, Olomouc, Opava	304	2 321
Renarkon	Heřmanice, Karviná, Opava, Ostrava	4	131
SANANIM	Ostrov, Praha-Ruzyně, Světlá nad Sázavou, Vinařice, Znojmo	124	958
Ulice – Agentura sociální práce	Horní Slavkov	1	46
White Light I.	Litoměřice, Teplice, Všechny	4	76
Celkem		1 083	7 665

Pozn.: Pokud byla osoba kontaktována během 1 dne vícekrát, např. se zúčastnila besedy a poté využila možnosti individuálního poradenství, počítá se v daném dni pouze 1 kontakt. Pokud byla tatáž osoba kontaktována během 2 nebo více dní, počítá se 1 den jako 1 kontakt.

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016b)

Cílem programu terapeutických bezdrogových zón je podle VS ČR budování motivace k nastoupení léčby buď v průběhu pobytu ve vězení, nebo po propuštění. Výsledky průzkumu Kaimla (2015), který se ve své bakalářské práci zaměřil na fungování terapeutické bezdrogové zóny ve věznici Vinařice, však o naplnění deklarovaných cílů příliš nesvědčí. Autor provedl dotazníkové šetření na vzorku 20 náhodně vybraných odsouzených zařazených na bezdrogovou zónu s terapeutickým režimem. Respondenty byli muži ve věku 20–42 let, přičemž většina z nich neměla předchozí zkušenost s léčbou závislosti (15 respondentů, 75 %). Celkem 12 respondentů (60 %) uvedlo, že jim pobyt na daném oddělení nepomáhá v léčbě závislosti na návykových látkách, a 15 respondentů (75 %) nechtělo nastoupit léčbu po propuštění z vězení.

≥ 10

Kapitola 10: Drogové trhy

10.1 Produkce, spotřeba, dovoz a vývoz drog

10.1.1 Domácí produkce, dovoz a vývoz drog

Zdroj informací o produkci, dovozu a vývozu nelegálních drog představují data Národní protidrogové centrály SKPV Policie ČR (NPC) a Celní protidrogové jednotky Generálního ředitelství cel (CPJ). Jde především o počty odhalených pěstíren a varen, počty záchytů jednotlivých drog a zajištěné množství drog v rozdělení podle místa záchytu (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2016b, Celní protidrogová jednotka, 2016).

Policie ČR a Celní správa ČR odhalily v r. 2015 celkem 220 indoor pěstíren konopí,²⁴⁶ což je o 81 méně než v r. 2014. Největší podíl odhalených pěstíren tvořily malé domácí pěstírny.²⁴⁷ Ve srovnání s předchozím rokem byl pozorován nárůst podílu malých domácích pěstíren (40 % v r. 2014 a 49 % v r. 2015) a současně pokles podílu velkých a průmyslových pěstíren (celkem 24 % v r. 2014 a 8 % v r. 2015). Celkově největší počet odhalených pěstíren byl v r. 2015 hlášen v Moravskoslezském (46), Ústeckém (31) a Plzeňském kraji (28). Nejvýraznější meziroční změnu představoval pokles počtu odhalených pěstíren v Praze (46 v r. 2014 a 11 v r. 2015). Celkový pokles odhalených pěstíren je podle NPC důsledkem zásahu policie proti majitelům a provozovatelům growshopů, které představovaly významný zdroj pěstební technologie.²⁴⁸

Část indoor produkce je velmi dobře organizovaná a významně se na ní podílí organizované skupiny Vietnamců (zejména u velkých pěstíren nad 500 rostlin), jichž se však zásah proti growshopům bezprostředně nedotkl. Součástí odhalovaných vietnamských kriminálních skupin v souvislosti s pěstováním konopí jsou i jejich velkosklady technologií, jejichž zdrojem jsou velmi často mainstreamové growshopové velkoobchody.²⁴⁹ Nadále je patrný odklon těchto skupin od pěstování konopí směrem k výrobě pervitinu, motivovaný větším a rychlejším ziskem s nižším rizikem odhalení. Pokud jde o pěstování konopí ve velkém objemu, dále mezi vietnamskými skupinami pokračuje trend pěstování ve více pěstírnách s nižší kapacitou (cca 300–500 rostlin) s cílem minimalizovat pravděpodobnost odhalení a případné ztráty.

Vypěstované konopí je určeno zejména pro domácí trh, nicméně podle NPC dochází i k velkoobjemovému vývozu, a to zejména do sousedních států, ale i na Ukrajinu, do Maďarska, Velké Británie a do severských států. Za r. 2015 evidovala CPJ celkem 200 záchytů při vývozu marihuany v celkovém množství 9,9 kg (128 záchytů o celkové hmotnosti 34,3 kg v r. 2014). Většinou (93 %) šlo o záchyty do 100 g přepravované letecky v poštovních zásilkách. Největším záchytem marihuany při vývozu z ČR byla poštovní zásilka o hmotnosti 5,2 kg, která letecky směřovala do Polska. Stejně jako v předchozím roce byla marihuana nejčastěji zajištěna na trase z ČR do Velké Británie (121 záchytů) a Německa (29 záchytů). Podle NPC jde o vzrůstající trend, přičemž do vývozu konopí jsou stále více zapojeni občané ČR. Pokud jde o dovoz marihuany do ČR, za r. 2015 bylo evidováno 32 záchytů o celkové hmotnosti 9,8 kg, všechny z Nizozemska (27 záchytů o celkové hmotnosti 2,9 kg v r. 2014).

²⁴⁶ pěstování rostlin v uzavřeném prostředí pod umělým osvětlením

²⁴⁷ Podle NPC má malá domácí pěstírna 6–49 rostlin, malá pěstírna 50–249 rostlin, střední pěstírna 250–499 rostlin, velká pěstírna 500–999 rostlin a průmyslová pěstírna 1000 a více rostlin.

²⁴⁸ Od r. 2013 bylo Policií ČR vedeno celkem 58 samostatných trestních spisů. O 49 z nich bylo pravomocně rozhodnuto, z toho ve 3 případech rozhodl Nejvyšší soud ČR. Z celkem 83 osob bylo pravomocně rozhodnuto o 69 osobách. Z uzavřených případů bylo 91 % obviněných pravomocně uznáno vinnými (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2016b).

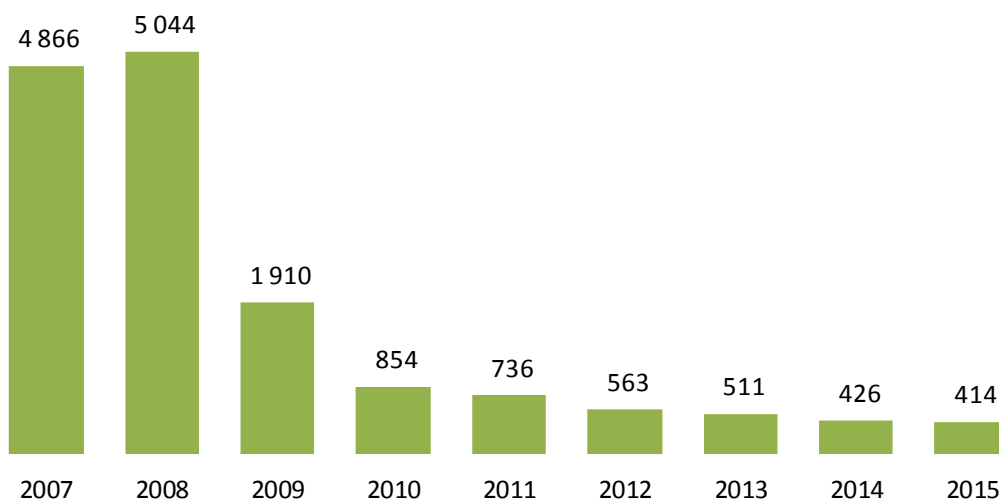
²⁴⁹ Zdroj: zástupce NPC v Poradním výboru RVKPP pro sběr dat o závislostech, osobní komunikace dne 30. 9. 2016.

Pokud jde o výrobu a distribuci pervitinu, podle NPC převládají menší domácí varny s komunitním způsobem výroby i distribuce. V r. 2015 bylo v ČR odhaleno 263 varen, tj. o 9 méně než v předchozím roce, nicméně množství zajištěné látky je více než dvojnásobné a představuje nejvyšší roční zajištěné množství pervitinu v ČR vůbec. Největší počet odhalených varen byl v r. 2015 zaznamenán v Jihomoravském (39), Moravskoslezském (39) a Ústeckém kraji (34). V r. 2014 to byly kraje Jihomoravský (43), Ústecký (40) a Moravskoslezský (35). Ke zřizování laboratoří bývají pronajímány zejména rodinné domy nebo skladové prostory a po několika výrobních cyklech se varna přesouvá na jiné místo. V r. 2015 byly zaznamenány přesuny části výroby i do Polska, přičemž hlavní motivací je eliminace rizika odhalení varny.

Pokračuje trend zvyšování objemu produkce ve velkých varnách, kde je možné při jednom výrobním cyklu vyrobit až desítky kilogramů pervitinu. Velkoobjemová výroba pervitinu se vyznačuje propracovanou dělbou práce a je již několik let doménou organizovaných skupin původem z Vietnamu. Produkce z průmyslových varen je určena převážně k vývozu do zahraničí. V této souvislosti NPC uvádí jako cílové destinace Německo, Rakousko, ale také Slovensko a Polsko či severské země. Pervitin bývá v příhraničních oblastech s Německem a Rakouskem distribuován v tržnicích, hernách, barech a dalších provozovnách nebo je do sousedních zemí pašován prostřednictvím kurýrů. Jako kurýři bývají najímány většinou sociálně marginalizované osoby, na pašování se podílí i Vietnamci napojení na hlavní organizátory.

Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu je pseudoefedrin extrahovaný z léčiv. V ČR je výdej léčiv s obsahem pseudoefedrinu regulován od r. 2009,²⁵⁰ což se následně odrazilo na jejich nízké spotřebě – graf 10-1. Dopad regulace na výrobu pervitinu v praxi byl však prakticky nulový, neboť výroba je dále zásobena prostřednictvím nelegálního dovozu zejména z Polska. Časté jsou také případy pašování léků s obsahem pseudoefedrinu z Turecka přes Bulharsko, Polsko a odtud pak do ČR. Jak ukazuje graf 10-2, od zavedení regulace výdeje léčiv s obsahem pseudoefedrinu v r. 2009 je patrný výrazný nárůst záchytů při dovozu.

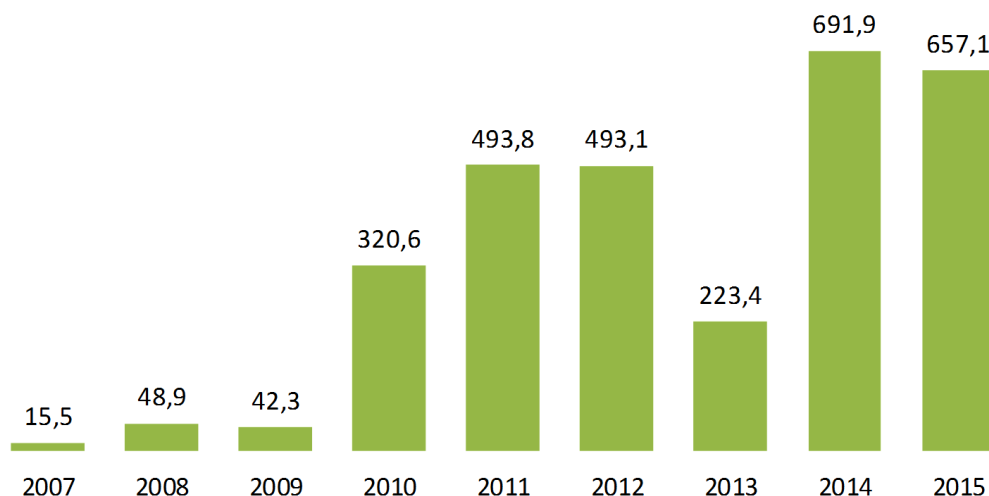
graf 10-1: Prodej léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR v l. 2007–2015, v tis. kusů balení



Zdroj: Mravčík et al. (2015b), Státní ústav pro kontrolu léčiv (2016)

²⁵⁰ Jednorázový výdej léčiva s obsahem pseudoefedrinu je omezen na max. 900 mg pseudoefedrinu, což odpovídá množství 30 tablet či sáčků obsahujících 30 mg pseudoefedrinu.

graf 10-2: Množství léčiv s obsahem pseudoefedrinu zajištěných represivními orgány v l. 2007–2015, v tis. kusů tablet



Zdroj: Mravčík et al. (2015b), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2016b)

V polovině r. 2015 schválil polský Senát novelu zákona o boji proti drogové závislosti, která zavádí regulaci léků s obsahem pseudoefedrinu, dextrometorfanu a kodeinu. Jde o následující opatření:

- Výdej je na přechodné období od 1. 7. 2015 do 31. 12. 2016 omezen na 1 balení na transakci.
- Dne 1. 1. 2017 vstoupí v platnost vyhláška, která stanoví maximální množství pro jeden výdej, čili maximální množství psychoaktivní látky v jednotce a balení a množství pro optimální léčbu jedné osoby.
- Výdej bude povolen pouze v lékárnách.
- Při porušení stanovených podmínek bude hrozit peněžní sankce až 500 tis. polských zlotých (cca 3,1 mil. Kč).
- Vyšší dávku může předepsat pouze lékař.
- Lék je možno vydat pouze osobě starší 18 let.
- Lékárník může odmítnout vydat léky, pokud má podezření na zneužití nebo ohrožení života či zdraví.

Na nelegálním dovozu léků s obsahem pseudoefedrinu z Polska do ČR se výše zmíněná přijatá právní úprava zatím nijak zásadně neprojevila.

Pervitin se v ČR tradičně vyrábí tzv. jodo-fosforovou cestou, kdy je stěžejním prekurzorem pseudoefedrin. V 2015 byly zaznamenány ojedinělé pokusy výroby z jiných prekurzorů např. z benzylchloridu nebo BMK (fenylpropan-2-on) tzv. Leuckartovou metodou.

Chemické látky nezbytné k výrobě pervitinu bývají často získávány z legálního trhu, a to prostřednictvím registrovaných dodavatelů. Např. prodej červeného fosforu je sledován v rámci povinné registrace výchozích a pomocných látek zavedené zákonem č. 272/2013 Sb., o prekurzorech drog. Jeho spotřeba je poměrně vysoká, přičemž značné množství směřuje podle NPC právě do nelegálních laboratoří na výrobu pervitinu.

Pokud jde o pašování metamfetaminu, od r. 2011 pozoruje NPC trend najímání českých a slovenských kurýrů pro převoz metamfetaminu z různých destinací do Japonska. Pašovaný metamfetamin většinou pochází z mimoevropských zemí (např. z Íránu). Jako kurýři jsou většinou najímány sociálně marginalizované osoby.

V r. 2015 pokračovala spolupráce represivních složek ČR na mezinárodní úrovni, zejména při odhalování drogové trestné činnosti spojené s pervitinem. Šlo především o spolupráci expozitur v příhraničních regionech (České Budějovice, Plzeň, Ústí nad Labem, Brno a Ostrava). V dubnu 2015 byla podepsána nová česko-německá smlouva o policejní spolupráci, která mj. umožňuje užší formy

spolupráce v boji proti přeshraniční kriminalitě (např. rozšiřuje pravomoci policistů při působení na území druhého státu, upravuje přestupkovou delikvenci). Smlouva vstoupila v platnost 1. 10. 2016, v průběhu r. 2016 se zároveň realizují praktická přípravná cvičení policistů a celníků obou zemí.

Dne 3. 7. 2015 podepsali ministři zahraničí ČR a Německa dohodu o strategické spolupráci (strategický dialog) mezi oběma zeměmi. Jednou z oblastí je protidrogová politika, zejména problematika výroby a distribuce pervitinu, ale také oblast prevence a léčby. Bude pokračovat rovněž multilaterální spolupráce v oblasti kontroly prekurzorů. Ve dnech 29. 9. 2015 až 1. 10. 2015 uspořádala NPC mezinárodní konferenci *Metamfetamin – nové výzvy v mezinárodní spolupráci a spolupráce ve středoevropském prostoru* za účasti orgánů činných v trestním řízení z Polské, Slovenské a České republiky, s cílem sladění společného postupu při potírání nelegálního obchodu s pervitinem. Spolupráce při odhalování DTČ, zejména nelegální výroby a obchodu s pervitinem, byla rovněž předmětem jednání zástupců české, německé a polské justice a policie, které se uskutečnilo v říjnu 2015 v Drážďanech. Tématu posílení spolupráce represivních složek v pohraničí se věnovali také ministři vnitra ČR a Bavorska na setkání v Norimberku v říjnu 2015. Oba ministři se shodli na potřebě častějších policejních akcí a zlepšení koordinace českých a německých represivních složek a podepsali společné prohlášení o spolupráci ČR a Bavorska v oblasti veřejného pořádku a bezpečnosti.²⁵¹ Koncem r. 2015 byl schválen projekt *Drugstop – přeshraniční spolupráce policejních jednotek v oblasti boje s drogovou kriminalitou* financovaný z prostředků Evropského fondu pro regionální rozvoj v rámci Programu Interreg V-A Česká republika – Polsko s rozpočtem téměř 2,5 mil. eur.²⁵²

Kokain se do ČR dostává ze zemí Jižní Ameriky (zejména z Peru, Venezuely, Brazílie nebo Dominikánské republiky). ČR přitom není významnou cílovou ani tranzitní zemí. Zásilky kokainu zpravidla putují přes významné evropské přístavy v Nizozemsku, Belgii a Španělsku a odtud dále po pozemních trasách do ostatních evropských států včetně ČR. Na pašování a distribuci kokainu se podílí zejména skupiny osob pocházejících z Nigérie, ale také skupiny ze zemí západního Balkánu (Srbsko, Chorvatsko, Bosna a Hercegovina) nebo Češi. K přepravě kokainu z Jižní Ameriky do zemí EU bývají často najímáni kurýři, kteří kokain přepravují v tělesných dutinách, v poštovních zásilkách nebo cestovních zavazadlech, a to v množství do 5 kg. Jako kurýři bývají najímány sociálně marginalizované osoby ze zemí střední a východní Evropy, z Balkánu a pobaltských zemí. Největší počet záchytů kokainu byl v r. 2015 zaznamenán na trase z Nizozemska – šlo o 28 záchytů v celkovém množství 153,4 g (48 záchytů v množství 142,3 g v r. 2014). Největší záchyt měl hmotnost 46,6 g. Až na 3 případy nepřesáhly záchyty hranici 10 g. V r. 2015 bylo v ČR jednorázově zachyceno rekordních 108 kg kokainu v zásilce banánů a vyšetřování ukázalo, že šlo o logistickou chybu nelegálních obchodníků a že tyto zásilky nebyly určeny pro český trh.

Pokud jde o pašování heroinu do ČR, dochází v Evropě v důsledku rozsáhlé migrace k odklonu z historicky významné trasy tzv. balkánské cesty. ČR je jak cílovou destinací, tak tranzitní zemí. Heroin se do ČR dováží v menších zásilkách o hmotnosti do 10 kg. Stejně jako v předchozím roce se na pašování a distribuci heroinu podíleli převážně etničtí Albánci, zejména z Kosova a Makedonie, a Turci. K ředění heroinu se nejčastěji používají látky, jako jsou piracetam, paracetamol, kreatin nebo levamisol. Na úrovni uživatelů, kteří představují hlavní část distribuční sítě, se pak heroin ředí v podstatě čímkoliv, co má podobnou strukturu a vzhled. Zásilky heroinu směřující do západní Evropy z Turecka bývají často převáženy v kamionech s textilním či jiným spotřebním zbožím. Na černém trhu jsou dostupné tablety substitučních přípravků s účinnou látkou buprenorfin (Subutex®, Suboxone® a Ravata®), morfinová analgetika Vendal® Retard či transdermální náplasti obsahující fentanyl. Náplasti s fentanylem se na černý trh dostávají prostřednictvím příbuzných vážně nemocných osob, prostřednictvím samotných pacientů nebo je uživatelé získávají použité

²⁵¹ <http://zahranicni.ihned.cz/c1-64753560-cesky-a-bavorsky-ministr-vnitra-se-chystaji-posilit-boj-proti-drogam-zatahu-na-drogova-doupata-v-cesku-pribude>, <http://www.nsz.cz/index.php/cs/component/content/article/1120-jednani-v-dradanech-spoluprace-s-nmeckou-a-polskou-justici-zacili-krom-drog-i-na-obchod-s-lidmi> [2016-09-27]

²⁵² <http://www.policie.cz/clanek/projekty-krp-msk-410826.aspx> [2016-09-27]

z nezajištěného odpadu. V r. 2015 byla odhalena 1 varna braunu a byl zaznamenán 1 případ výroby heroinu z morfinu extrahovaného z analgetik – blíže viz VZ 2014.

10.1.2 Trh s konopnými látkami

Věchet (2015) ve své bakalářské práci zkoumal dopady změn drogové legislativy z r. 2010 na trh s konopím. Provedl 15 polostrukturovaných rozhovorů s dlouhodobými uživateli a pěstiteli konopí. Cílem bylo zjistit, jak respondenti rozumí legislativní změně a zda se jejich chování jejím vlivem změnilo. Z výsledků vyplývá, že změna legislativy měla pozitivní vliv na chování pěstitelů. Pěstování outdoor konopí je stále rozšířené. Rozvoj pěstování pro vlastní potřebu je motivován soběstačností a minimalizací nákladů, rozšířilo se i z důvodu užívání konopí pro samoléčbu. Cena marihuany na trhu klesá a její kvalita stoupá také díky rozvoji technologií či možnostem získání kvalitních semen nebo klonů a hnojiv. Podle autora lze pozitivní vliv změny legislativy spatřovat v uklidnění situace, vykročení k liberálnějšímu modelu kontroly a stanovení hraničních norem.

Již dřívější studie ukázaly, že dekriminalizace držení a pěstování konopí pro vlastní potřebu v ČR pravděpodobně přispěla k tomu, že podíl pěstování pro vlastní potřebu a malokapacitního pěstování je ve srovnání s organizovaným velkokapacitním pěstováním poměrně vysoký, což vede k nižšímu obratu a ziskům na nelegálním trhu (Běláčková a Zábranský, 2014). Také srovnání výsledků týkajících se konopného trhu z celopopulačních studií z r. 2008 a 2012 naznačuje, že v ČR došlo ke snížení podílu komerčního černého trhu (Běláčková, 2014) – blíže viz VZ 2013 a VZ 2014.

Za to, že směřuje proti malopěstitelům a samozásobitelům konopí a posiluje organizovaný černý trh s konopím v ČR, byla kritizována policejní akce proti growshopům, kdy v listopadu 2013 Policie ČR provedla na území ČR zátaž na několik desítek těchto obchodů. Celkově bylo zahájeno 56 trestních řízení a česká média o zátahu podrobně informovala.²⁵³ Legitimitu policejního postupu potvrdily výsledky trestních řízení, kdy převážná část případů byla soudy různých instancí pravomocně odsouzena (většinou s podmíněnými tresty).

Policejní akce následovala po rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 31. 10. 2012,²⁵⁴ který potvrdil rozsudek soudu nižší instance, který odsoudil jednatele obchodní společnosti provozující growshop a jejího zaměstnance za trestný čin šíření toxikomanie (§ 287 odst. 1, odst. 2 písm. c) TZ) k podmíněnému trestu odnětí svobody v délce 1 roku. Jednateli společnosti, který byl současně jejím majitelem, uložil také trest propadnutí věci. Trestného činu se dopustili tím, že ve své prodejně nabízeli tištěné materiály propagující pěstování a užívání konopí, obsahující návody k pěstování konopí a popisující účinky drog. Dále prodávali vše potřebné k vypěstování rostlin konopí, včetně semen. Odsouzení podali ústavní stížnost. Ústavní soud ve svém nálezu ze dne 20. 2. 2014²⁵⁵ potvrdil předešlý rozsudek a ústavní stížnost zamítl s tím, že považuje takové jednání za natolik společensky škodlivé, že zasluhuje vyvození trestní odpovědnosti. Podle Mandíka (2015), který se ve své diplomové práci zabýval právním vymezením drogové trestné činnosti, není pochyb ohledně naplnění skutkové podstaty trestného činu šíření toxikomanie podle § 287 TZ. Diskutabilní však zůstává účelnost trestního postihu takového chování, neboť samotné užívání trestné není, a je otázkou, zda je společensky přijatelnější, pokud si konopí budou jeho uživatelé doma pěstovat sami, nebo je budou pořizovat na černém trhu a podporovat tak nelegální trh a organizovaný zločin. Pravděpodobně lze jen těžko najít společensky bezpečnější formu produkce než samopěstování. Jak podotýká Mandík (2015), k zátahu na growshopy došlo navíc až po několika letech jejich provozování, přičemž ještě v r. 2011 považovala NPC trestní odpovědnost growshopů

²⁵³ <http://www.magazin-legalizace.cz/cs/articles/detail/995-kauza-uceleny-retezec-utoku-na-svobodu;>
http://zpravy.idnes.cz/policie-zasahuje-v-growshopech-dm8-/krimi.aspx?c=A131104_164835_krimi_cen;
http://www.lidovky.cz/policie-provedla-zatah-na-ceske-growshopy-par-dni-pred-cannafestem-10y-/zpravy-domov.aspx?c=A131105_164513_ln_domov_ttr [2015-09-19]

²⁵⁴ sp. zn. 8 Tdo 1206/2012

²⁵⁵ sp. zn. III. ÚS 934/13

za minimální.²⁵⁶ Podle informací Policie ČR však narůstá aktivita organizovaných kriminálních skupin občanů ČR, které vykupují přebytky od samopěstitelů a následně je vyváží ve větších objemech mimo území ČR, zejména do Německa a Polska.²⁵⁷

10.1.3 Nové psychoaktivní látky na českém trhu

Jako nové psychoaktivní látky (NPS) bývají označovány látky různých chemických skupin, které nejsou zahrnuty mezi omamné a psychotropní látky aktuálně kontrolované mezinárodními úmluvami OSN a jejich užívání může být spojeno s řadou zdravotních a sociálních rizik. Jde o nejrůznější látky pokrývající široké spektrum účinků od stimulačních přes euforizující a halucinogenní po tlumivé. NPS bývají nabízeny jako legální alternativa již kontrolovaných drog (*legal highs*), chemické látky pro výzkumné účely (*research chemicals*), potravinové doplňky určené pro maximalizaci výkonu, napodobeniny nelegálních drog, případně se objevují jako příměsi již známých nelegálních drog. Poměrně specifickou skupinu představují farmaceutické přípravky, které se prostřednictvím pacientů či jejich příbuzných dostávají na černý trh nebo jsou nelegálně importovány.

NPS se většinou dovážejí zejména z Číny a Indie a v Evropě bývají dále zpracovávány, baleny a distribuovány. V posledních přibližně 2 letech jsou však evidovány i případy výroby NPS v evropských zemích. V ČR takový případ zatím nebyl zaznamenán. Snahou výrobců NPS je vyhnout se kontrolním opatřením, což vede k častým změnám nabídky těchto látek. Na nelegálním trhu jsou tak poměrně snadno dostupné látky s neznámým složením a účinkem.

V Systému včasného varování před novými drogami koordinovaném NMS²⁵⁸ bylo za r. 2015 v ČR hlášeno celkem 35 NPS, z toho 11 vůbec poprvé a v případě 1 látky šlo o první výskyt v zemích EU. Nejčastěji to byly katinony²⁵⁹ (10 látek), syntetické kanabinoidy (8 látek) a fenetylaminy (7 látek). Látkami s největším zachyceným množstvím byly katinon s označením 3-MMC (20,0 kg) a kanabinoid AMB-CHMICA (11,5 kg) (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016d).

NPS jsou dostupné především prostřednictvím internetu. V dubnu 2015 provedlo NMS pátou vlnu pravidelného průzkumu zaměřeného na nabídku NPS na internetu. Předmětem průzkumu byly internetové obchody s nabídkou v českém jazyce zaměřené na prodej syntetických či rostlinných látek a produktů s obsahem těchto látek. V r. 2015 bylo identifikováno celkem 33 internetových obchodů, z toho 9 se specializovalo výhradně na syntetické látky. V nabídce internetových obchodů specializovaných na syntetické drogy se nejčastěji objevovaly syntetické katinony a kanabinoidy. Nejčastěji nabízenou látkou byl syntetický kanabinoid α -PVP (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015) – blíže viz VZ 2014.

Beranová (2015) se ve své diplomové práci zaměřila na téma užívání nových syntetických drog (NSD) mezi problémovými uživateli drog (PUD). Cílem bylo mimo jiné popsat, jakým způsobem probíhá distribuce NSD mezi PUD. Respondenti byli v r. 2013 kontaktováni v nízkoprahových zařízeních a terénních programech, jejichž klienti vykazali ve studii NMS Multiplikátor 2013 zkušenosti s užitím NSD. Data byla shromažďována prostřednictvím dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl proveden pouze s respondenty, kteří uvedli opakované užití NSD v posledních 12 měsících. Dotazník vyplnilo 270 osob (195 mužů, 75 žen),

²⁵⁶ http://usti.idnes.cz/shop-prodava-semena-silne-drogy-i-nadobicko-na-pestovani-vse-legalne-1gj-/usti-zpravy.aspx?c=A110321_1552467_usti-zpravy_alh [2015-09-19]

²⁵⁷ Zdroj: zástupce NPC v Poradním výboru RVKPP pro sběr dat o závislostech, osobní komunikace dne 30. 9. 2016.

²⁵⁸ <http://www.drogy-info.cz/nms/pracovni-skupiny/pracovni-skupina-system-vcasneho-varovani-pred-novymi-drogami/> [2015-09-16]

²⁵⁹ Pro katinony, tzn. látky chemicky podobné amfetaminům, se na černém trhu ujal označení *funky*. Původně šlo o komerční název jednoho z produktů nabízených v ČR v r. 2010, od té doby se výraz *funky* ujal jako označení pro nové psychoaktivní látky se stimulačním účinkem. Složení *funky* se mění v čase.

z toho 157 osob (58 %) užilo NSD alespoň jednou v životě. V posledních 30 dnech užilo NSD 73 osob (27 %), opakované užití v posledních 30 dnech uvedlo 36 respondentů (13 %).

Nejvíce respondentů, kteří měli alespoň jednu zkušenost s užitím NSD, pořídilo tyto látky přes kamaráda/známého (31 %) nebo od dealera (25 %). Ve shrnutí výsledků kvalitativní části autorka popisuje specifický způsob opatrování NSD, a to v podobě telefonicky domluvených hromadných srazů. Uživatelé se telefonicky domluví s hlavním dodavatelem na konkrétním místě, kde se poté setkají s jeho dealerem a kam vždy dorazí větší počet uživatelů. Pokud jde o cenu, nejčastěji respondenti uváděli částku 300 Kč, přičemž hmotnost se podle respondentů nákup od nákupu liší, většinou jde množství do 0,5 g. Zatímco cena se nemění, kvalita i množství podle respondentů klesají. NSD respondenti nejčastěji označovali jako *funky*, dále např. *Magico*, *pentedron*, *El Padrino*, *mňau-mňau*, *Cherry*, *polský mefedron*. Účinek NSD přirovnávali respondenti k pervitinu nebo jeho kombinaci s opioidem (Beranová, 2015).

Nekola a Morávek (2015) se ve své analýze zabývali případem z r. 2011, kdy se NPS objevily v maloobchodním prodeji a ve zrychleném režimu se novelizoval zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Seznam kontrolovaných (zakázaných) OPL se rozšířil o 33 látek tak, aby bylo možno nabídku NPS účinně eliminovat. Analýza demonstruje, že koordinační skupina Systému včasného varování před novými drogami, která látky ke kontrole doporučila, se potýkala s nedostatkem informací a relevantních důkazů o jednotlivých látkách a její doporučení bylo ovlivněno vnějším tlakem daným naléhavostí situace a rámcem stávajícího systému kontroly OPL, který neumožnil jiné rychlé řešení akutní situace.

10.2 Záchyty drog

Záchytem drog se rozumí zajištění jedné nebo více látek v určitém čase a na jednom místě v rámci řešení případu neoprávněného nakládání s OPL orgány vymáhajícími právo. Hlavní zdroj informací představují data NPC a CPJ (Celní protidrogová jednotka, 2016, Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2016a). Počet záchytů a množství drog zajištěných v rámci trestního řízení za období 2007–2014 uvádí tabulka 10-2. Od r. 2014 jsou dostupné také údaje o počtech záchytů a množství drog zajištěných v rámci přestupkového řízení – tabulka 10-3.

Nejčastěji zachycenou drogou byly stejně jako v předchozích letech konopné látky. Za r. 2015 evidují NPC a CPJ ČR 1025 případů zajištění marihuany v rámci vyšetřování drogové trestné činnosti, a to v celkovém množství 645,2 kg (v r. 2014 celkem 975 případů v množství 558,1 kg). Hmotnost největšího záchytu byla 55 kg. Skladba záchytů, pokud jde o zachycené množství, je v podstatě stejná jako v předchozím roce. Největší podíl však tvořily záchyty o hmotnosti 10–50 g (34 % záchytů). Celkově představovaly záchyty do 0,5 kg 84 % záchytů marihuany. Od r. 2009 roste počet záchytů. V l. 2009–2013 rostlo zadržené množství marihuany. V r. 2014 byl zaznamenán meziroční pokles o 177,2 kg, který byl však vzápětí následován nárůstem, nicméně množství zachycené v r. 2015 nepřekročilo stav v r. 2013. V přestupkovém řízení byla marihuana zajištěna ve 2647 případech v celkovém množství 9,9 kg (v r. 2014 celkem 1858 případů v množství 11,4 kg). Ve více než polovině případů (68 %) šlo o množství do 2 g.

Rostliny konopí byly v r. 2015 zajištěny v 249 případech trestných činů. Celkem šlo o 30,3 tis. rostlin (v r. 2014 celkem 346 případů a 77,2 tis. rostlin). Největším záchytem bylo zajištění 3,4 tis. rostlin konopí. Více než polovinu případů (66 %) tvořily záchyty s počtem rostlin do 50 ks. V porovnání s předchozím rokem vykazaly represivní orgány jak nižší počet záchytů rostlin konopí, tak nižší počet zabavených rostlin, a to o 46,9 tis. rostlin. Pokud jde o počet zajištěných rostlin, uvedený meziroční pokles je více než dvojnásobný a představuje nejvýraznější meziroční změnu minimálně za posledních 10 let. V přestupkovém řízení byly rostliny konopí zajištěny ve 112 případech, a to v celkovém množství 449 rostlin (v r. 2014 celkem 138 případů a 503 rostlin). Více než polovinu případů (66 %) tvořily případy, kdy byly zajištěny rostliny konopí v počtu 1–3 rostliny.

Počet případů zajištění hašiše v trestním řízení se v r. 2015 zvýšil, zachycené množství však odpovídá přibližně polovině toho, co bylo zachyceno v předchozím roce. Šlo o 76 případů o celkové

hmotnosti 7,5 kg (49 záchytů o hmotnosti 14,8 kg v r. 2014). Hmotnost největšího záchytu hašiše byla 6,8 g. Největší podíl tvořily záchyty o hmotnosti 2–10 g (47 %). V přestupkovém řízení byl hašiš zajištěn ve 29 případech v celkovém množství 51 g, v 62 % případů šlo o záchyty o hmotnosti do 1 g.

Druhou nejčastěji zadrženou drogou byl pervitin. Za r. 2015 je v kontextu trestního řízení evidováno 538 záchytů v množství 106,9 kg v krystalické formě, což představuje více než dvojnásobné množství ve srovnání s předchozím rokem (v r. 2014 celkem 596 záchytů v množství 10 l v tekuté a 49,8 kg v krystalické formě). Hmotnost největšího záchytu byla 57,0 kg. Největší podíl (38 %) tvořily záchyty o hmotnosti 2–10 g. V přestupkovém řízení byl pervitin zajištěn v 519 případech v celkovém množství 448 g, v 58 % šlo o záchyty o hmotnosti do 0,5 g.

Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu jsou léky s obsahem pseudoefedrinu pašované zejména z Polska. Mezi nejčastěji zachycené patřil stejně jako v předchozím roce Cirrus®. CPJ a Policie ČR zajistily v r. 2015 celkem 657,1 tis. tablet různých léků s obsahem pseudoefedrinu, což je o 34,7 tis. tablet méně než v předchozím roce (691,9 tis. tablet v r. 2014). Pokud jde o původní prekurzor pro výrobu pervitinu v ČR, tj. efedrin, v r. 2015 zachytily represivní orgány 1,2 g efedrinu a 2,3 tis. tablet obsahujících efedrin. Záchyty jiných prekurzorů, jako byl např. chlorpseudoefedrin zachycený v r. 2014 (600 g), nebyly represivními orgány v r. 2015 hlášeny. Záchyty jednotlivých léků s obsahem pseudoefedrinu za období posledních 6 let shrnuje tabulka 10-1.

tabulka 10-1: Počet tablet jednotlivých léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu zachycených v l. 2010–2015

Název léku	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Acatar®	26 924	240	168	72	1 880	1 245
Apselan®	–	–	160	1 647	4 222	8 644
Cirrus®	68	17 551	24 788	158 842	618 767	616 983
Clarínase Repetabs®	–	–	–	–	70	0
Claritine Active®	–	10 926	20 981	36 221	24 795	7 161
Disophrol® repetabs	104	16	282	0	0	0
Gripex, Gripex Max®	–	–	–	170	0	0
Ibuprom®	551	1 474	0	1 499	180	3 466
Modafen®	3 356	2 762	2 208	1 095	420	825
Neoaftrin®	–	2 120	2 492	0	0	0
Nurofen Stop Grip®	0	14 892	228	2 760	8 200	6 896
Panadol Plus Grip®	0	0	0	0	0	1 032
Paralen Plus®	144	0	0	0	0	0
Pseudoefedrin	–	40	0	0	0	0
Reactine® duo	11 284	10 940	0	0	0	0
Rhinafen®	–	960	0	0	0	0
Rhinopront®	–	660	588	24	0	0
Sudafed®	278 133	403 105	169 348	21 052	27 181	7 565
Neurčené léky	–	–	–	–	6 152	3 308
Celkem	320 564	465 646	221 243	223 382	691 867	657 125

Zdroj: Mravčík et al. (2015b), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2016b)

Přestože byl za r. 2015 hlášen nižší počet záchytů kokainu než v předchozím roce, jeho zadržené množství bylo mnohonásobně vyšší. Za r. 2015 bylo v kontextu trestního řízení vykázáno 97 případů v celkovém množství 120,4 kg (123 případů o celkové hmotnosti 5,4 kg v r. 2014). Hmotnost největšího záchytu kokainu byla 108,0 kg. Největší podíl (66 %) tvořily záchyty o hmotnosti do 5 g. V přestupkovém řízení byl kokain zajištěn v 16 případech v celkovém množství 10,4 g, ve všech případech šlo o záchyty o hmotnosti do 1,3 g.

U heroinu byl v porovnání s r. 2014 zaznamenán nižší počet záchytů a současně mnohonásobně nižší množství zajištěné látky. V kontextu trestního řízení bylo za r. 2015 evidováno 37 záchytů o celkové hmotnosti 1,6 kg (41 případů o celkové hmotnosti 156,8 kg v r. 2014). Hmotnost největšího záchytu heroinu byla 900 g. Největší podíl (41 %) tvořily záchyty o hmotnosti do 2 g.

V přestupkovém řízení byl heroin zajištěn ve 42 případech v celkovém množství 22,6 g, ve více než polovině případů (57 %) šlo o záchyty o hmotnosti do 0,5 g.

Počet záchytů extáze byl v r. 2015 téměř stejný jako v předchozím roce, bylo však zajištěno dvojnásobné množství tablet. Zatímco v r. 2014 zajistily represivní orgány 1521 tablet extáze, v r. 2014 to bylo 3019 tablet. Největším záchytem bylo 540 tablet. Největší podíl (34 %) tvořily záchyty v počtu 5–10 tablet. Kromě tablet bylo v r. 2015 zajištěno také 391,7 g MDMA.

V přestupkovém řízení byly tablety extáze v r. 2015 zajištěny ve 28 případech v celkovém počtu 91 tablet. Vedle toho bylo zajištěno 0,5 g MDMA.

Počet záchytů i množství zachyceného LSD jsou nízké. Za r. 2015 je v kontextu trestního řízení evidováno 25 záchytů v celkovém počtu 980 dávek, zatímco v r. 2014 šlo o 24 záchytů v celkovém počtu 357 dávek. Největším záchytem bylo 550 dávek LSD. Více než polovina (52 %) případů byly záchyty do 10 dávek. Pokud jde o LSD, tato látka byla v přestupkovém řízení zajištěna ve 3 případech, a to v celkovém množství 16 dávek.

tabulka 10-2: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci trestního řízení v l. 2007–2015

Rok	Ukazatel	Marihuana (g)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Rostliny konopí (ks)	Hašiš (g)	Extáze (tablety)	Kokain (g)	LSD (dávky)
2007	Počet	563	374	96	46	25	30	38	5
	Množství	122 124	5 978	20 332	6 992	387	62 226	37 587	117
2008	Počet	602	405	105	69	30	18	24	5
	Množství	392 527	3 799	46 302	25 223	696	16 610	7 631	246
2009	Počet	384	326	73	117	41	13	26	5
	Množství	171 799	3 599	31 257	33 427	12 499	198	12 904	142
2010	Počet	455	283	61	189	27	16	42	8
	Množství	277 988	21 301	30 453	64 904	9 354	865	14 162	1 218
2011	Počet	508	304	34	240	24	15	44	7
	Množství	440 780	20 054	4 730	62 817	2 375	13 000	16 071	1 313
2012	Počet	558	355	41	259	24	12	44	3
	Množství	563 335	31 901	7 576	90 091	20 532	1 782	8 050	44
2013	Počet	875	464	38	361	28	114	106	11
	Množství	735 362	69 137	5 046	73 639	1 321	5 061	35 788	471
2014	Počet	975	596	41	346	49	74	123	24
	Množství	558 116	49 811	156 782	77 182	14 820	1 521	5 394	357
2015	Počet	1 025	538	34	249	76	75	97	25
	Množství	645 193	106 915	1 562	30 321	7 507	3 019	120 375	980

Zdroj: Mravčík et al. (2015b), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2016a)

tabulka 10-3: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci přestupkového řízení v l. 2014 a 2015

Rok	Ukazatel	Marihuana (g)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Rostliny konopí (ks)	Hašiš (g)	Extáze (tablety)	Kokain (g)	LSD (dávky)
2014	Počet	1 858	577	24	138	24	16	21	11
	Množství	11 448	427	28	503	32	112	12	81
2015	Počet	2 647	519	42	112	29	28	16	3
	Množství	9 863	448	23	449	51	91	10	16

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2016a)

Kraje ve svých zprávách vykazují rovněž počet přestupků na úseku drogové kriminality a množství zachycených drog (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016c). Kraje vykazaly v souhrnu za celou ČR u některých drog několikanásobně vyšší množství drog zachycených

u přestupků, než vykázala policie – např. 23,6 kg konopných drog, 2 kg pervitinu, 169 tablet extáze nebo 152 g kokainu; u heroinu bylo zachycené množství hlášené kraji nižší (6 g). Příčina rozdílu mezi hlášením z krajských zpráv o realizaci protidrogové politiky a evidencí NPC není zřejmá, pravděpodobně hraje roli odlišná metodologie sběru dat o případech z různých fází řízení o přestupcích.

VS ČR vykázala v r. 2015 celkem 50 záchytů návykových látek (celkem 79,1 g) a 13 záchytů léků s obsahem psychoaktivních látek (99,3 g a 641 tablet) ve věznicích. Nejčastěji zachycenými drogami byly konopné látky (25 případů v celkovém množství 52,3 g) a pervitin (24 případů v celkovém množství 26,5 g). V případě léků šlo nejčastěji o klonazepam (Rivotril®) a tramadol. Drogy včetně léků byly ve 33 případech zajištěny při kontrole korespondence, ve 13 případech při kontrole vězněných osob a v 17 případech na různých místech ve věznici. Nálezy alkoholu, ať doneseného do věznice, nebo vyrobeného přímo ve věznici, vězeňská služba standardně nevykazuje. Stejně tak běžně nevykazuje ani nálezy injekčních stříkaček. Při kontrolách jsou používáni psi speciálně vycvičení na vyhledávání drog (SPD psi). Celkem 451 412 prohlídek (455 861 v r. 2014) provedli v r. 2015 SPD psi se svými lidskými pomocníky a ti podezřelou látku zajistili v 18 případech.

10.3 Ceny a čistota drog

Zdroj informací o cenách drog představuje dokumentace případů drogových trestných činů vyšetřovaných Policií ČR. Informace o čistotě drog poskytují prostřednictvím NPC odbory kriminalisticko-technických expertiz krajských ředitelství Policie ČR (OKTE), Kriminalistický ústav Praha a CPJ. Data o cenách a čistotě drog mají poměrně omezenou vypovídací hodnotu, která je daná počtem případů, kdy je cena drog známa, a počtem analyzovaných vzorků.²⁶⁰ Přehled průměrné čistoty jednotlivých drog a jejich průměrné a nejčastěji udávané ceny uvádí tabulka 10-4 a tabulka 10-5.

Vzorky marihuany analyzované v r. 2015 obsahovaly v porovnání s výsledky analýz v předchozím roce průměrně přibližně stejný podíl THC. Celkem bylo zkoumáno 643 vzorků (tj. o 100 vzorků méně než v r. 2014). Nejnižší podíl THC činil 0,04 %, nejvyšší 29,5 %. Cena byla známa ve 392 případech. Nejnižší zjištěná cena za 1 g marihuany byla 40 Kč, nejvyšší 600 Kč, obvyklá 200 Kč.

V r. 2015 bylo zkoumáno 21 vzorků heroinu. Nejnižší podíl účinné látky byl 5,4 %, nejvyšší 80,2 %, průměr 25,1 %. Cena byla známa ve všech 21 případech. Obvyklá cena za 1 g heroinu byla 1000 Kč, nejvyšší 2000 Kč.

V případě pervitinu bylo analyzováno 261 vzorků (tj. o 59 méně než v r. 2014). Nejnižší podíl účinné látky činil 15,4 %, nejvyšší 87,4 %, průměr 70,4 %. Cena byla známa u 698 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 g pervitinu byla 400 Kč, nejvyšší 3000 Kč, nejčastěji 1000 Kč.

Čistota kokainu byla zkoumána u 31 vzorků. Nejnižší podíl účinné látky činil 11,5 %, nejvyšší 89,0 %, průměr 39,1 %. Cena byla známa u 14 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 g kokainu byla 1500 Kč, nejvyšší 2500 Kč, nejčastěji 2000 Kč.

Extáze byla zkoumána ve 44 případech. Nejnižší podíl účinné látky činil 14,7 %, nejvyšší 80,5 %. Cena byla známa u 22 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 tabletu byla 120 Kč, nejvyšší 300 Kč.

²⁶⁰ Při evidenci případů se navíc nezaznamenává úroveň obchodního řetězce, takže v souhrnném přehledu dat nejsou rozlišovány vzorky ze záchytů většího objemu s vyšší koncentrací účinné látky a vzorky z pouličního prodeje, jejichž čistota bývá výrazně nižší. Bez rozlišení úrovně obchodního řetězce je však jakákoliv interpretace vývoje cen a čistoty drog velmi obtížná.

tabulka 10-4: Počet analyzovaných vzorků drog a jejich průměrná čistota v l. 2007–2015, v % čisté látky

Rok	Marihuana		Hašiš		Extáze		Pervitin		Heroin		Kokain	
	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)
2007	177	4,7	2	8,1	31	27,4	123	66,4	31	17,4	48	49,1
2008	404	5,5	5	5,2	20	17,5	145	64,3	47	22,6	35	43,5
2009	289	8,1	3	15,9	6	3,4	144	68,1	57	16,6	21	33,1
2010	391	7,7	8	9,3	9	15,3	160	64,4	51	24,6	35	27,9
2011	497	7,2	24	11,0	5	43,0	163	69,0	31	14,0	52	45,0
2012	599	7,1	11	12,2	7	37,5	146	71,6	40	14,7	49	36,9
2013	478	10,0	7	19,2	32	38,1	241	71,0	14	20,2	34	33,0
2014	743	8,2	7	13,9	33	42,1	320	69,8	13	29,3	41	25,9
2015	643	8,3	10	26,6	44	35,6	261	70,4	21	25,1	31	39,1

Pozn.: U konopných drog jde o koncentraci THC. Průměrná čistota tablet extáze je vyjádřena jako průměrné množství MDMA v mg v jedné tabletě obsahující MDMA.

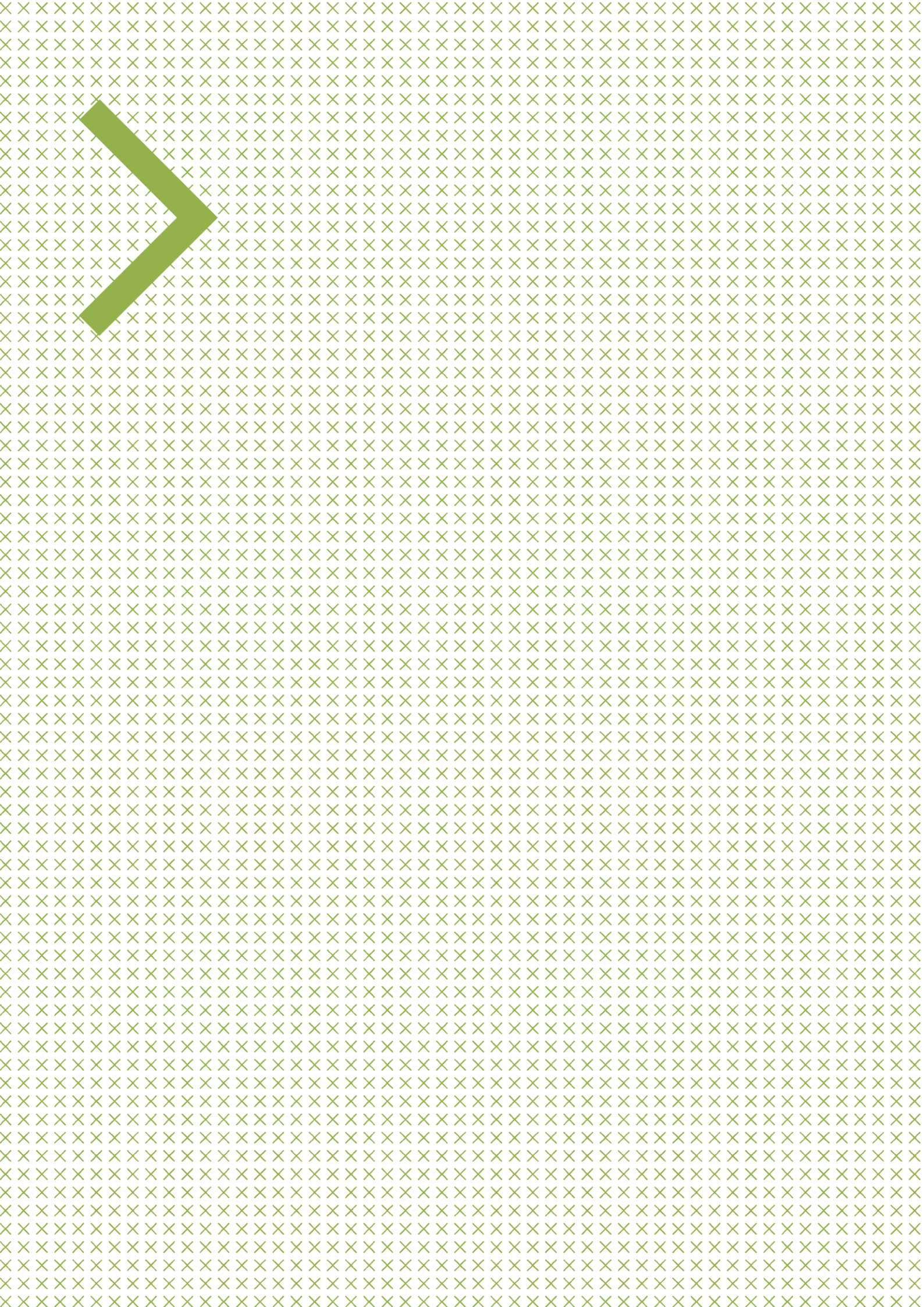
Zdroj: Mravčík et al. (2015b), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2016a)

tabulka 10-5: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v l. 2007–2015, v Kč

Rok	Marihuana (g)		Hašiš (g)		Extáze (tbl.)		Pervitin (g)		Heroin (g)		Kokain (g)	
	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus
2007	180	100	260	200	210	200	1 130	1 000	1 100	1 000	2 060	2 000
2008	180	200	240	250	220	200	1 130	1 000	1 080	1 000	2 000	2 000
2009	210	250	270	300	220	250	1 290	1 000	1 280	1 000	1 920	2 500
2010	200	250	220	250	200	250	1 290	1 000	1 280	1 000	2 000	2 000
2011	190	200	220	–	150	150	1 290	1 000	1 080	1 000	2 210	2 000
2012	190	200	200	–	250	–	1 220	1 000	1 080	1 000	1 750	1 500
2013	180	200	170	–	210	200	1 290	1 000	1 110	1 000	1 620	2 000
2014	190	200	170	–	230	200	1 270	1 000	1 040	1 000	1 980	2 000
2015	180	200	–	–	190	200	1 190	1 000	1 050	1 000	2 110	2 000

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.

Zdroj: Mravčík et al. (2015b), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2016a)



Přílohy

Vybrané stránky s drogovou tematikou na českém internetu

V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané stránky klíčových institucí a služeb v oblasti drog. Vyčerpávající seznam pomáhajících organizací je uveden v aplikaci Mapa pomoci na internetových stránkách www.drogy-info.cz.

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí:

<http://casopis.adiktologie.cz/cs>

Agentura pro sociální začleňování:

<http://www.socialni-zaclenovani.cz>

A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním:

<http://www.asociace.org>

Anonymní alkoholici:

<http://www.anonymnialkoholici.cz>

Aplikace pro evidenci klientů a služeb v adiktologických službách (UniData):

<http://www.drogoesluzby.cz>

Benzodiazepinová poradna (provozuje SANANIM):

<http://www.benzo.cz>

Celní správa České republiky:

<http://www.cs.mfcr.cz>

Centrum pro výzkum veřejného mínění – Sociologický ústav AV ČR:

<http://www.cvvm.cas.cz>

<http://cvvm.soc.cas.cz>

Česká asociace adiktologů:

<http://www.asociace-adiktologu.cz>

Česká asociace streetwork:

<http://www.streetwork.cz>

Česká asociace studentů adiktologie:

<http://www.addictology.net/>

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně:

<http://www.cls.cz>

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

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

Informační portál a databáze služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením:

<https://www.sluzbyprevence.mpsv.cz>

Drogový informační server (provozuje SANANIM): <http://www.drogy.net>

Drogová poradna (provozuje SANANIM):

<http://www.drogovaporadna.cz>

EXTC – webová poradna a prevence zneužívání syntetických drog (provozuje Společnost Podané ruce): <http://www.extc.cz>

Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie:

<http://www.hygp Praha.cz>

Informace pro pracovníky a klienty terénních programů a kontaktních center (provozuje SANANIM): <http://www.edekontaminace.cz>

Informační centrum OSN v Praze:

<http://www.osn.cz>

Informační portál primární prevence (provozuje SANANIM):

<http://www.odrogach.cz>

Institut pro kriminologii a sociální prevenci:

<http://www.ok.cz/iksp>

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze:

<http://www.adiktologie.cz>

Ministerstvo spravedlnosti (oficiální server 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 linka pro odvykání kouření (800 35 00 00): <http://www.bezcigaret.cz>

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti: <http://www.drogy-info.cz>

Národní program boje proti AIDS v České republice (stránku provozuje Státní zdravotní ústav): <http://www.aids-hiv.cz>

Národní protidrogová centrála SKPV PČR, (útvár Policie České republiky):

<http://www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skpv.aspx>

Národní stránky pro podporu odvykání kouření: <http://www.koureni-zabiji.cz>

Národní ústav duševního zdraví:
<http://www.nudz.cz>

Národní ústav pro vzdělávání (školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků):
<http://www.nuv.cz>

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, Výbor pro zdravotnictví:
<http://www.psp.cz>

Prevence rizikového chování (prevence-info.cz, projekt podporovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy):
<http://www.prevence-info.cz>

Probační a mediační služba České republiky:
<http://www.pmscr.cz>

Psychiatrické centrum Praha: viz Národní ústav duševního zdraví

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: <http://rvkpp.vlada.cz>

Registr poskytovatelů sociálních služeb (Ministerstvo práce a sociálních věcí):
<http://iregistr.mpsv.cz>

Sdružení azylových domů v ČR:
<http://www.azylovedomy.cz>

Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně:
<http://snncls.cz>

Společnost sociálních pracovníků ČR:
<http://socialnipracovnici.cz>

Státní agentura pro konopí pro léčebné použití: <http://www.sakl.cz>

Státní ústav pro kontrolu léčiv:
<http://www.sukl.cz>

Státní zdravotní ústav: <http://www.szu.cz>

Ústav farmakologie 3. LF UK – neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí: <http://www.lf3.cuni.cz>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: <http://www.uzis.cz>

Vězeňská služba České republiky:
<http://www.vscr.cz>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí:
<http://www.vupsv.cz>

Zkratky

1. LF UK – 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze	JHM – Jihomoravský kraj
AA – Anonymní alkoholici	KPK – krajský protidrogový koordinátor
ADHD – poruchy pozornosti s hyperaktivitou	KVK – Karlovarský kraj
AG – Anonymní gambleři	LBK – Liberecký kraj
AN – Anonymní narkomani	MF – ministerstvo financí
AIDS – syndrom získané imunodeficiency	MM – multiplikační metoda
A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním	MO – ministerstvo obrany
ASZ – Agentura pro sociální začleňování	MPK – místní protidrogový koordinátor
AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislosti)	MPP – minimální preventivní program
BESIP – oddělení bezpečnosti silničního provozu ministerstva dopravy	MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí
CI – interval spolehlivosti	MS – ministerstvo spravedlnosti
CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění	MSK – Moravskoslezský kraj
CPJ – Celní protidrogová jednotka	MSM – muži mající sex s muži
CRM – metoda zpětného zachytu	MŠMT – ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
ČAA – Česká asociace adiktologů	MV – ministerstvo vnitra
ČASA – Česká asociace studentů adiktologie	MZ – ministerstvo zdravotnictví
ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně	NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
ČSÚ – Český statistický úřad	NNO – nestátní nezisková(é) organizace
dg. – diagnóza, diagnostický	NPC – Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR
DTČ – drogový trestný čin / drogová trestná činnost	NPS – nové psychoaktivní látky
EHIS – European Health Interview Survey	NRLUD – Národní registr léčby uživatelů drog
EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost	NRPATV – Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na odd. soudního lékařství
ESF – Evropský sociální fond	NRULISL – Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek
ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách	NS ČR – Nejvyšší soud
ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR	NSD – nové syntetické drogy
EU – Evropská unie	NUDZ – Národní ústav duševního zdraví
GŘC – Generální ředitelství cel	NÚV – Národní ústav pro vzdělávání
HBSC – studie Health Behaviour in School-aged Children	NZDM – nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
HIV – virus lidské imunodeficiency	OLK – Olomoucký kraj
HKK – Královéhradecký kraj	OP – operační program (evropské fondy)
IUD – injekční uživatel(é) drog	OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)
JHC – Jihočeský kraj	ODU – ostatní uživatelé drog
	PAK – Pardubický kraj
	PH – problémový(i) hráč(i) hazardních her
	PHA – Hlavní město Praha
	PLK – Plzeňský kraj

PMS – Probační a mediační služba ČR	TK – terapeutická komunita
PPP – pedagogicko-psychologická poradna	TŘ – zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád
PPRCH – primární prevence rizikového chování	TZ – zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
PP PČR – Policejní prezidium Policie ČR	ULK – Ústecký kraj
PUA – problémový(i) uživatel(é) alkoholu	ÚS – Ústavní soud
PUD – problémový(i) uživatel(é) drog	ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
PUPO – problémový(i) uživatel(é) opioidů a/nebo pervitinu	VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
R–R – Rozkoš bez rizika	VHA – virová hepatitida typu A
RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky	VHB – virová hepatitida typu B
SNN – Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP	VHC – virová hepatitida typu C
SPD psi – psi speciálně vycvičení na vyhledávání drog	VS ČR – Vězeňská služba ČR
STC – Středočeský kraj	VTOS – výkon trestu odnětí svobody
SVL – sociálně vyloučená lokalita	VV – výkon vazby
SZÚ – Státní zdravotní ústav	VYS – Kraj Vysočina
TBC – tuberkulóza	VZ – Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR
TČ – trestný čin / trestná činnost	VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
THC – delta-9-tetrahydrokanabinol	WHO – Světová zdravotnická organizace
	ZLK – Zlínský kraj

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Seznam tabulek

tabulka 1-1: Naplnění úkolů Akčního plánu 2013–2015 podle oblastí	22
tabulka 1-2: Vyhodnocení naplnění priorit Akčního plánu 2013–2015.....	23
tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle resortů v l. 2009–2015, v tis. Kč	32
tabulka 1-4: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v l. 2007–2015, v tis. Kč	33
tabulka 1-5: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v l. 2012–2015, v tis. Kč.....	34
tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v r. 2015 podle kategorií služeb, v tis. Kč	36
tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2015 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace, v tis. Kč	38
tabulka 1-8: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2015 podle kategorií služeb, v tis. Kč.....	39
tabulka 1-9: Odhad výdajů zdravotních pojišťoven na dg. F10 a dg. F11–F19 podle druhu péče v l. 2007–2014, v mil. Kč	40
tabulka 2-1: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2015, v %	45
tabulka 2-2: Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog – studie ESPAD 2015, v %.....	59
tabulka 2-3: Užívání návykových látek mezi 16letými studenty gymnázií – srovnání studie ESPAD 2015 a studie VRCHA, v %.....	62
tabulka 2-4: Výskyt problémového chování u romských a neromských žáků ZŠ, v %.....	63
tabulka 2-5: Výskyt užívání návykových látek mezi studenty středních škol ve Světlé nad Sázavou, podle typu školy, v %	66
tabulka 2-6: Celoživotní prevalence užívání drog mezi klienty výchovných ústavů se specializovaným oddělením pro klienty s problémy s užíváním drog	70
tabulka 3-1: Počet certifikovaných programů primární prevence rizikového chování k 31. 12. 2015 podle krajů.....	79
tabulka 3-2: Výskyt rizikového chování ve školách Středočeského kraje ve školních letech 2011/2012 až 2014/2015 (v % škol, na kterých se daný jev vyskytl/řešil)	83
tabulka 3-3: Výskyt rizikového chování ve školách Jihomoravského kraje ve školních letech 2013/2014 a 2014/2015 (počet škol, kde se výskyt daného rizikového chování řešil)	83
tabulka 3-4: Trend výskytu vybraných typů rizikového chování během posledních 10 let v průzkumu Asociace pedagogů základního školství v r. 2007 a 2016, v % škol uvádějících zhoršení výskytu	84
tabulka 4-1: Hodnoty multiplikátoru pro jednotlivé kraje v l. 2008, 2010, 2013 a 2016	94
tabulka 4-2: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2015	95
tabulka 4-3: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2015 podle krajů – střední hodnoty	96
tabulka 4-4: Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů v ČR v l. 2006–2015 podle krajů, střední hodnoty.....	97

tabulka 4-5: Odhadovaný počet problémových uživatelů opioidů v ČR v r. 2015 podle krajů – odhad multiplikační metodou z dat NRLUD	98
tabulka 4-6: Charakteristiky vzdělání, příjmu a bydlení respondentů studie Multiplikátor 2016	100
tabulka 4-7: Základní drogy užívané respondenty průzkumu Multiplikátor 2016 podle krajů, v %	101
tabulka 4-8: Vybrané drogy užívané respondenty průzkumu Multiplikátor 2016 v posledních 12 měsících podle krajů	101
tabulka 5-1: Přehled certifikovaných programů podle typu v l. 2011–2016	111
tabulka 5-2: Dostupnost adiktologických služeb podle výročních zpráv krajů v r. 2015	113
tabulka 5-3: Síť programů ambulantní adiktologické péče v r. 2015	118
tabulka 5-4: Seznam indikací a kontraindikací rodinné terapie při práci se závislými klienty z pohledu respondentů	120
tabulka 5-5: Počet zařízení poskytujících substituční léčbu a počet klientů hlášených do NRLUD v r. 2015	121
tabulka 5-6: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v l. 1999–2015	122
tabulka 5-7: Síť adiktologických lůžkových léčebných zařízení v r. 2015	125
tabulka 5-8: Léčebné metody používané v psychiatrických lůžkových zařízeních při léčbě uživatelů stimulantů (pervitinu)	127
tabulka 5-9: Podpůrné terapeutické metody používané v psychiatrických lůžkových zařízeních při léčbě uživatelů stimulantů (pervitinu)	127
tabulka 5-10: Počet programů hlásících léčené klienty do NRLUD v r. 2015 podle krajů	129
tabulka 5-11: Počet žadatelů o léčbu v r. 2015 podle primární (základní) drogy (problému)	131
tabulka 5-12: Struktura žadatelů o léčbu v r. 2015 podle užívané drogy (problému) a způsobu aplikace, v %	133
tabulka 5-13: Počet žadatelů o léčbu podle základní a další drogy (problému) v r. 2015, v %	134
tabulka 5-14: Počet žadatelů o léčbu podle základních skupin užívaných drog (problému) a kraje bydliště v r. 2015	135
tabulka 5-15: Počet žadatelů o léčbu podle věku a pohlaví v r. 2015, v %	137
tabulka 5-16: Podíl žadatelů o léčbu podle druhu užívané drogy (problému) a pohlaví v r. 2015, v %	138
tabulka 5-17: Podíl žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a věkových skupin v r. 2015, v %	138
tabulka 5-18: Uživatelé návykových látek v ambulantních adiktologických programech v r. 2015 .	140
tabulka 5-19: Uživatelé návykových látek v rezidenčních adiktologických programech v r. 2015....	142
tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2015 podle způsobu přenosu	147
tabulka 6-2: Počet nízkoprahových programů v monitoringu testování infekcí v r. 2015	152
tabulka 6-3: Výsledky testování uživatelů drog na infekční nemoci v nízkoprahových programech v r. 2015	152
tabulka 6-4: Výsledky testování uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2015, podle krajů	153
tabulka 6-5: Výsledky testování pacientů v NRLUD na HIV, VHB a VHC v r. 2015	154

tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHA, VHB a VHC v Registru žádostí o léčbu v l. 2003–2014 a v NRLUD v r. 2015	154
tabulka 6-7: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2014 (2. pololetí) a v r. 2015	155
tabulka 6-8: Sdílení jehel a stříkaček někdy v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v l. 2002–2015	157
tabulka 6-9: Použití čisté jehly a stříkačky při poslední aplikaci mezi klienty nízkoprahových programů v průzkumu Multiplikátor 2010, 2013 a 2016	158
tabulka 6-10: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2005–2015 evidované hygienickou službou ..	160
tabulka 6-11: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v l. 2005–2015	161
tabulka 6-12: Počet hospitalizací a úmrtí na intoxikaci metanolem v ČR v l. 2002–2015	161
tabulka 6-13: Počet hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v l. 2002–2015 ..	162
tabulka 6-14: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v l. 2003–2015 – vliv alkoholu a jiných drog	163
tabulka 6-15: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2015 ve speciálním registru podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví	164
tabulka 6-16: Výskyt přímých drogových úmrtí v r. 2015 podle krajů	166
tabulka 6-17: Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2015 podle vybraných skupin drog a příčin smrti	166
tabulka 6-18: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2015 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví	168
tabulka 6-19: Smrtelná předávkování drogami v ČR podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2015	168
tabulka 6-20: Úmrtí spojená s alkoholem (etanolem) zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2015	169
tabulka 6-21: Míra úmrtnosti pacientů podle registru substituční léčby v l. 2000–2015	170
tabulka 7-1: Uživatelé návykových látek v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR v l. 2006–2015	175
tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových programů v l. 2006–2015, v tis.	175
tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových programů v r. 2015 podle krajů	175
tabulka 7-4: Počet výměnných programů a vydaných jehel a stříkaček v ČR v l. 1998–2015	176
tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v l. 2005–2015 podle krajů, v tis.	176
tabulka 7-6: Doba využívání služeb nízkoprahových organizací – srovnání Liberecký kraj a Praha, v %	179
tabulka 7-7: Primární droga klientů nízkoprahových center v Libereckém kraji a Praze, v %	179
tabulka 7-8: Distribuce želatinových kapslí v nízkoprahových programech v l. 2008–2015	180
tabulka 7-9: Počet testů na infekční nemoci a počet testujících nízkoprahových programů v l. 2003–2015	180
tabulka 7-10: Testování klientů – IUD na VHB, VHC a HIV v Registru žádostí o léčbu v l. 2004–2015	181

tabulka 7-11: Testování na HIV a VHC v posledních 12 měsících mezi klienty studie Multiplikátor v l. 2010, 2013 a 2016	182
tabulka 7-12: Počty osob léčených na vybrané infekční nemoci v zařízeních výkonu vazby a trestu v ČR v r. 2015.....	183
tabulka 8-1: Podíl žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a toho, zda klient má děti nebo žije s dětmi v r. 2015, v %	191
tabulka 8-2: Užívání alkoholu, marihuany a pervitinu u mužů pracujících v barech a klubech a u mužů, kteří nabízejí komerční sexuální služby na internetu	200
tabulka 8-3: Služby následné péče v Registru poskytovatelů sociálních služeb	202
tabulka 8-4: Programy následné péče dotované RVKPP v l. 2007–2015.....	203
tabulka 8-5: Vybrané služby programů následné péče a počty výkonů provedených v l. 2014 a 2015	203
tabulka 9-1: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2002–2015	208
tabulka 9-2: Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle jednotlivých trestných činů v r. 2015	208
tabulka 9-3: Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu primární drogové trestné činnosti v r. 2015.....	209
tabulka 9-4: Počet stíhaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2015	210
tabulka 9-5: Počet obžalovaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2015	210
tabulka 9-6: Vývoj počtu primárních drogových trestných činů (DTČ) a jejich podílu na všech zjištěných trestných činech (TČ) v l. 2002–2015	211
tabulka 9-7: Zjištěné primární drogové trestné činy a stíhané osoby v r. 2015 podle krajů	212
tabulka 9-8: Hlavní sankce uložené za primární DTČ v r. 2015 podle jednotlivých trestných činů... 213	
tabulka 9-9: Drogové přestupky projednané v r. 2015 podle paragrafů, věku pachatele a krajů.....	215
tabulka 9-10: Počet trestných činů (TČ) spáchaných pod vlivem alkoholu a dalších drog v l. 2003–2015	217
tabulka 9-11: Odhad vybraných trestných činů spáchaných uživateli drog v r. 2015.....	218
tabulka 9-12: Počet osob vězněných za primární drogové trestné činy a vybrané trestné činy v souvislosti s užíváním návykových látek k 31. 12. daného roku	219
tabulka 9-13: Celoživotní prevalence užití nelegálních drog mezi odsouzenými zjišťovaná pomocí nástroje SARPO	220
tabulka 9-14: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení pro dobrovolnou a ochrannou léčbu ve věznicích v l. 2006–2015.....	223
tabulka 9-15: Počet osob v substituční léčbě ve vězení a průměrná délka léčby (v měsících) podle věznic v l. 2011–2015	224
tabulka 9-16: Neziskové organizace poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet předvedených osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody v r. 2015.....	224
tabulka 10-1: Počet tablet jednotlivých léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu zachycených v l. 2010–2015	234

tabulka 10-2: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci trestního řízení v l. 2007–2015	235
tabulka 10-3: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci přestupkového řízení v l. 2014 a 2015	235
tabulka 10-4: Počet analyzovaných vzorků drog a jejich průměrná čistota v l. 2007–2015, v % čisté látky	237
tabulka 10-5: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v l. 2007–2015, v Kč	237

Seznam grafů

graf 2-1: Užití konopných látek – celoživotní prevalence a prevalence v posledních 12 měsících podle pětiletých věkových skupin v l. 2011, 2013 a 2015, v %	46
graf 2-2: Prevalence užívání konopných látek v obecné populaci (15–64 let) a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2015, v %	47
graf 2-3: Prevalence užívání extáze, pervitinu a halucinogenních hub v populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2015, v %	48
graf 2-4: Prevalence denního kouření, nárazové a denní konzumace alkoholu v obecné populaci ve věku 15 a více let podle pohlaví a věkových kategorií – studie EHIS 2014, v %	50
graf 2-5: Postoje populace ČR k opatřením zaměřeným na snížení dostupnosti tabákových výrobků – studie Eurobarometr 2014, v %	51
graf 2-6: Hodnocení míry závažnosti drog, alkoholismu a výherních automatů v jednotlivých vlnách průzkumu realizovaných v Praze v l. 1997–2015, v %	53
graf 2-7: Odpovědi na otázku, zda by respondenti hlásili policii, pokud by se stali svědky vybraných situací – průzkum veřejného mínění v Praze v l. 1997–2015, v %	53
graf 2-8: Výskyt pravidelného kouření (alespoň 1krát týdně nebo častěji) mezi českými žáky podle pohlaví a věku – studie HBSC, v %	55
graf 2-9: Výskyt opakované opilosti (2krát nebo vícekrát v životě) mezi českými žáky podle pohlaví a věku – studie HBSC, v %	56
graf 2-10: Celoživotní prevalence užití konopných látek mezi 15letými žáky – studie HBSC, v %	56
graf 2-11: Vývoj prevalence kouření v posledních 30 dnech v l. 1995–201 – studie ESPAD, v %	57
graf 2-12: Vývoj prevalence konzumace alkoholu v posledních 30 dnech v l. 1995–2015 – studie ESPAD, v %	58
graf 2-13: Vývoj zkušeností s nelegálními drogami (celoživotní prevalence) v l. 1995–2015 – studie ESPAD, v %	60
graf 2-14: Srovnání vybraných ukazatelů užívání návykových látek zjištěných ve studii ESPAD 2015 a ve validační studii 2016, v %	61
graf 2-15: Zkušenost s halucinogeny někdy v životě v dotazníkové studii zaměřené na DMT, v % ...	72
graf 4-1: Střední hodnoty a 95% interval spolehlivosti odhadů počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2015	95
graf 5-1: Množství buprenorfinu distribuované v přípravcích obsahujících pouze buprenorfin a v kompozitním přípravku v kombinaci s naloxonem v l. 2008–2015, v gramech	122
graf 5-2: Struktura žadatelů o léčbu v r. 2015 podle primární (základní) drogy (problému)	130

graf 5-3: Frekvence užívání základní drogy mezi všemi žadateli o léčbu v r. 2015	132
graf 5-4: Struktura žadatelů o léčbu v r. 2015 podle skupin užívaných drog a sdílení jehel a stříkaček	133
graf 5-5: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle poskytnuté intervence v r. 2015.....	137
graf 5-6: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle zdroje doporučení léčby v r. 2015	139
graf 5-7: Struktura pacientů v ambulantní psychiatrické péči podle skupin drog v r. 2015.....	141
graf 5-8: Struktura pacientů v ambulantní psychiatrické péči podle jednotlivých látek ve skupinách drog v r. 2015.....	141
graf 5-9: Struktura pacientů hospitalizovaných pro detoxifikaci od návykových látek podle drogy v r. 2015.....	143
graf 5-10: Struktura pacientů v lůžkové psychiatrické péči podle drogy v r. 2015	143
graf 5-11: Počet pacientů hlášených do registru substituční léčby v l. 2000–2015	144
graf 5-12: Počet léčených pacientů v ambulantní psychiatrické léčbě v l. 2000–2015.....	145
graf 5-13: Počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v l. 2000–2015	145
graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2015	148
graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2015	148
graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u kterých byla hlášena VHB a VHC v l. 1997–2015	148
graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2015.....	149
graf 6-5: Hlášená incidence syfilis celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v ČR v l. 2000–2015	150
graf 6-6: Hlášená incidence kapavky celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v ČR v l. 2000–2015	150
graf 6-7: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v ČR v l. 1997–2015	151
graf 6-8: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1997–2015	151
graf 6-9: Séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2015, v %.....	155
graf 6-10: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězněných injekčních uživatelů drog v l. 2010–2015, v %.....	156
graf 6-11: Podíl injekční aplikace mezi žadateli o léčbu s primární (základní) drogou heroin, pervitin a buprenorfin v l. 2002–2015, v %	156
graf 6-12: Podíl injekční aplikace u uživatelů heroínu, pervitinu a kombinace drog léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2015, v %.....	157
graf 6-13: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v l. 2001–2015	165
graf 6-14: Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v l. 2003–2015.	167
graf 6-15: Počet smrtelných předávkování alkoholem v ČR v obecném registru úmrtí v l. 1994–2015 podle diagnostických skupin	169

graf 8-1: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle rodinného stavu v r. 2015	187
graf 8-2: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle vzdělání v r. 2015	188
graf 8-3: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle zaměstnání v r. 2015	189
graf 8-4: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle národnosti v r. 2015	189
graf 8-5: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle charakteru bydlení v r. 2015	190
graf 8-6: Struktura žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle toho, s kým bydleli v r. 2015	190
graf 8-7: Počet obyvatel sociálně vyloučených lokalit podle krajů v r. 2015	195
graf 8-8: Průměrná míra závažnosti výskytu sociálně negativních jevů ve sledovaných SVL	196
graf 8-9: Průměrná míra výskytu drogové trestné činnosti v SVL v r. 2016	197
graf 8-10: Subjektivně pocíťovaná míra závažnosti negativních jevů ve sledovaných SVL, v %	197
graf 8-11: Primární droga u klientů programů následné péče dotovaných RVKPP v r. 2015, v %	203
graf 9-1: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL, jedy a předměty k jejich výrobě v l. 2005–2015 podle drog	209
graf 9-2: Počet zjištěných primárních drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v l. 2005–2015	211
graf 9-3: Vývoj počtu osob odsouzených za primární DTČ a skladba sankcí uložených v l. 2006–2015	213
graf 9-4: Počet ochranných léčení uložených v l. 2005–2015	214
graf 9-5: Pachatelé drogových přestupků zjištěných v r. 2015 podle drog	216
graf 9-6: Vývoj počtu objasněných trestných činů a podílu trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek v l. 2005–2015	216
graf 10-1: Prodej léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR v l. 2007–2015, v tis. kusů balení	228
graf 10-2: Množství léčiv s obsahem pseudoefedrinu zajištěných represivními orgány v l. 2007–2015, v tis. kusů tablet	229

Seznam obrázků

obrázek 1-1: Náhled cigaretové krabičky se zdravotními varováními podle směrnice 2014/40/EU ...	18
obrázek 1-2: Ukázka kombinovaného zdravotního varování na obalech tabákových výrobků v ČR od r. 2016	18
obrázek 3-1: Samolepka projektu Řídím bez opice, kterou si může účastník projektu vylepit na automobil jako známku toho, že řídí střizlivý	88
obrázek 7-1: Kontejner na použité injekční náčiní v Praze	178
obrázek 9-1: Injekční set zabavený ve vězení	221

Seznam map

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v r. 2015 podle krajů, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let	33
mapa 1-2: Struktura výdajů s krajským určením na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů ČR v r. 2015 podle krajů	34
mapa 2-1: Podíl chlapců ve věku 15 let, kteří uvedli zkušenost s opilostí 2krát nebo vícekrát v životě a zkušenost s konopnými látkami alespoň jednou v životě – studie HBSC 2014, v %.....	55
mapa 4-1: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2015 podle krajů – střední hodnoty	96
mapa 4-2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v r. 2015 podle drog a krajů	97
mapa 5-1: Počet všech žádostí o léčbu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2015 podle krajů	136
mapa 5-2: Struktura žádostí o léčbu spojených s nelegálními drogami v r. 2015 podle krajů	136
mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2015 na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let.....	177
mapa 9-1: Primární drogové trestné činy v r. 2015 v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů	212

Rejstřík

- abstinence, 16, 104, 105, 124, 125, 159, 192, 193, 201, 218, 222
- akční plán Národní strategie protidrogové politiky, 3, 21, 22, 23, 24, 29, 88, 114, 173, 219
- alkohol, 1, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 20, 21, 23, 28, 30, 31, 32, 35, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 98, 100, 102, 103, 106, 109, 112, 113, 114, 115, 118, 126, 128, 129, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 142, 143, 144, 149, 150, 151, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 169, 173, 183, 184, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 197, 198, 199, 200, 202, 207, 209, 213, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 236, 241, 242
- aluminiová fólie, 178
- amfetamin, 6, 20, 69, 71, 131, 164, 221, 232
- anabolické steroidy, 5, 43
- Anonymní alkoholici, 224, 241
- aplikační místnost, 27
- Asociace nestátních organizací (A.N.O.) zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 29, 34, 111, 117, 124, 241
- AT poradny, 31, 117
- ayahuasca, 72, 73
- benzodiazepiny, 100, 101, 102, 131, 164, 165, 220
- bezdrogové zóny, 32, 118, 140, 222, 223, 224
- braun, 93, 100, 101, 231
- buprenorfin, 7, 12, 93, 94, 95, 99, 100, 101, 103, 105, 121, 122, 123, 128, 129, 131, 141, 156, 158, 159, 167, 174, 175, 223, 230
- Celní protidrogová jednotka Generálního ředitelství cel (CPJ), 31, 32, 227, 233, 234, 236, 241
- cena drog, 236, 237
- Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR, 51, 52, 64, 241
- certifikace, 10, 31, 78, 79, 109, 111, 112, 202
- cizinec, 9, 52, 198, 199, 219
- crack, 63, 131, 138, 160
- červený fosfor, 229
- detoxifikace, 31, 109, 112, 113, 124, 126, 128, 136, 142, 143, 223
- dluhové poradenství, 191
- DMT, 72
- doléčování, 33, 109, 112, 113, 201, 204
- dopravní nehoda, 13, 162, 163, 216
- durman, 72
- elektronická cigareta, 4, 19, 28, 50, 81
- ESPAD (školní průzkum European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), 5, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 69, 241
- etanol, 8, 161, 162, 169
- Evropská unie, 4, 13, 17, 18, 19, 24, 49, 50, 230, 232, 241
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), 93, 163, 167, 168, 221, 241
- Evropský sociální fond, 80, 241
- extáze, 4, 5, 6, 8, 13, 43, 46, 48, 58, 59, 65, 67, 69, 71, 103, 131, 164, 199, 221, 235, 236, 237
- fenetylamin, 13, 232
- fentanyl, 7, 8, 93, 95, 99, 100, 101, 102, 105, 131, 164, 165, 173, 175, 200, 230
- funky, 7, 100, 101, 102, 105, 179, 232, 233
- Generální ředitelství cel, 31, 32, 38, 39, 241
- GHB, 43, 45, 59, 71
- growshop, 231
- halucinogeny, 4, 5, 6, 8, 43, 46, 58, 59, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 164
- harm reduction, 11, 31, 33, 94, 112, 118, 173, 174, 178, 183, 184, 195, 199, 219
- hazardní hraní, 3, 31, 35, 56, 90, 109, 128, 132, 135, 143, 173, 187, 195, 200, 201, 222, 241
- HBSC (studie The Health Behavior in School-aged Children), 5, 54, 55, 56, 241
- hepatitida, 7, 10, 90, 93, 147, 148, 149, 152, 153, 154, 155, 156, 180, 181, 182, 183, 198, 242
- heroin, 7, 8, 13, 58, 63, 67, 69, 71, 93, 94, 95, 100, 101, 102, 105, 128, 129, 131, 144, 156, 157, 161, 164, 167, 174, 175, 178, 179, 193, 198, 199, 200, 220, 230, 234, 236
- HIV/AIDS, 7, 10, 26, 90, 147, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 173, 176, 180, 181, 182, 183, 219, 241
- hospitalizace, 143, 145, 160, 161, 162
- hydromorfon, 8, 102, 164
- incidence, 148, 149, 150, 151
- indoor, 12, 227
- injekční užívání, 7, 10, 53, 93, 94, 99, 101, 102, 103, 105, 132, 133, 143, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 181, 192, 198, 199, 201, 221, 236, 241
- internetový obchod, 13, 232

- intoxikace, 73, 106, 107, 160, 161, 163, 169, 219
- ketamin, 72
- Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 26, 86, 115
- kodein, 8, 93, 100, 101, 131, 164
- kokain, 5, 13, 60, 63, 65, 69, 70, 71, 93, 100, 131, 138, 141, 143, 161, 193, 199, 200, 230, 234
- komorbidita, 11, 109, 112, 159, 160
- kondom, 174, 178, 184, 219
- konopí, 4, 6, 12, 16, 19, 23, 26, 28, 29, 65, 66, 70, 88, 93, 99, 106, 115, 118, 119, 135, 196, 227, 231, 233, 235
- konopné látky, 4, 5, 6, 8, 10, 13, 23, 43, 44, 46, 47, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 85, 99, 100, 106, 119, 128, 129, 131, 133, 134, 136, 138, 140, 143, 145, 158, 161, 166, 174, 175, 187, 188, 189, 193, 196, 208, 209, 210, 215, 220, 221, 233, 236, 237
- hašiš, 12, 58, 62, 131, 233
- marihuana, 12, 20, 59, 62, 67, 70, 71, 102, 103, 106, 131, 138, 149, 159, 197, 199, 200, 227, 231, 233, 236
- kouření, 3, 4, 5, 6, 16, 17, 18, 19, 21, 28, 32, 35, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 81, 82, 83, 84, 98, 106, 110, 113, 114, 117, 128, 158, 181
- léčba
- ambulantní, 11, 31, 35, 40, 78, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 117, 118, 128, 140, 141, 145, 201, 213, 222
 - lůžková, 11, 31, 35, 109, 111, 112, 113, 125, 142, 143, 201, 213
 - ochranná, 11, 17, 118, 140, 213, 214, 222
 - rezidenční, 109
 - substituční, 9, 12, 23, 27, 31, 97, 99, 101, 109, 112, 113, 118, 120, 121, 123, 128, 129, 136, 140, 141, 144, 153, 154, 155, 158, 159, 170, 194, 198, 223, 224
- legalizace, 27, 28
- léky, 5, 8, 12, 13, 19, 26, 27, 28, 43, 44, 49, 51, 58, 60, 71, 100, 123, 159, 160, 161, 162, 164, 166, 174, 199, 223, 228, 229, 234, 236
- LSD, 4, 5, 43, 44, 45, 58, 59, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 103, 131, 160, 161, 166, 209, 235
- lysohlávky, 68, 73
- mefedron, 101, 233
- menšiny, 9, 123, 198, 199
- metadon, 93, 100, 101, 121, 122, 131, 141, 159, 161, 164, 168, 223
- metanol, 8, 161, 169
- migrant, 199, 230
- ministerstvo
- financí, 241
 - obrany, 30, 31, 32, 38, 39, 241
 - práce a sociálních věcí, 24, 31, 32, 38, 39, 110, 118, 124, 193, 199, 201, 241
 - spravedlnosti, 13, 24, 30, 31, 32, 38, 39, 110, 207, 208, 210, 213, 217, 241
 - školský, mládeže a tělovýchovy, 9, 10, 26, 28, 30, 31, 32, 38, 39, 77, 78, 110, 241
 - vnitřní, 28, 31, 32, 38, 39, 81, 241
 - zdravotnictví, 11, 19, 28, 30, 31, 32, 38, 39, 110, 122, 123, 149, 173, 241
- mladiství, 7, 10, 11, 21, 53, 64, 69, 81, 87, 89, 106, 116, 139, 140, 141, 142, 143, 207, 212, 215, 219
- množství větší než malé, 19, 20
- morfin, 7, 8, 100, 102, 105, 128, 131, 164, 165, 231
- náplast, 101, 102, 105, 174, 230
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS), 1, 13, 18, 29, 43, 56, 61, 99, 106, 118, 121, 151, 160, 180, 191, 195, 202, 219, 220, 232, 241
- Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 31, 32, 34, 38, 39, 85, 207, 208, 215, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 236, 241
- Národní strategie protidrogové politiky, 3, 21, 23, 77, 109, 173
- Národní ústav duševního zdraví (NUDZ), 115, 241
- nízkoprahová zařízení, 10, 11, 12, 26, 31, 87, 95, 98, 100, 104, 105, 106, 111, 112, 113, 118, 119, 120, 123, 128, 129, 140, 142, 151, 152, 153, 158, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 193, 197, 198, 232, 241
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, 87, 106, 119, 241
- NNO (nestátní neziskové organizace), 11, 24, 31, 83, 111, 118, 140, 222, 223, 224, 241
- noční zábava, 6, 24, 71, 102, 174, 183
- noscipin, 8, 164
- nové drogy, 3, 7, 15, 66, 101, 105, 232, 233, 241
- obvinění, 15, 182, 207, 210, 219, 227
- obžalování, 13, 207, 208, 210
- očkování, 7, 147
- odnětí svobody, 212, 213, 220, 223
- odsouzení, 6, 7, 13, 15, 182, 207, 208, 212, 213, 214, 219, 220, 221, 222, 224
- ochranná výchova, 79, 124
- opilství, 13, 216, 217, 219
- opioidní analgetika, 7, 13, 45, 165
- opium, 7, 8, 95, 100, 101, 102, 128, 131
- organizovaný zločin, 231

- oxykodon, 8, 101, 102, 164
- péče
- následná, 11, 31, 39, 111, 112, 118, 120, 125, 140, 142, 201, 202, 203, 204
 - pěstounská, 194
- pervitin, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 20, 23, 24, 25, 43, 44, 46, 48, 58, 60, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 123, 126, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 149, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 164, 165, 166, 167, 168, 173, 174, 175, 178, 179, 181, 187, 188, 189, 192, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 208, 209, 210, 215, 220, 221, 227, 228, 229, 230, 233, 234, 236, 242
- plyn do zapalovačů, 107
- policie, 12, 20, 31, 32, 34, 38, 39, 81, 83, 88, 89, 90, 162, 163, 207, 217, 227, 231, 232, 234, 236, 241, 242
- politika, 21, 29, 242
- polyvalentní užívání, 35, 40, 105, 110, 117, 159, 161, 167
- poppers, 43, 45
- poradenství, 27, 31, 32, 77, 85, 87, 110, 114, 115, 117, 118, 136, 140, 173, 174, 175, 191, 203, 204, 222, 224, 242
- postoje, 50, 52, 53, 65, 66, 67
- probace, 207, 214, 215, 218, 242
- problémové užívání, 3, 9, 12, 23, 24, 70, 87, 94, 95, 97, 99, 102, 103, 104, 109, 123, 165, 193, 221
- propan-butan, 107
- protilátky, 151, 152, 154, 155
- předávkování, 7, 8, 160, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 173, 221
- přechovávání, 13, 20, 207, 208, 210, 214, 215, 219
- přestupek, 13, 15, 19, 20, 215, 216, 235
- pseudoefedrin, 12, 102, 228, 229
- psychedelismus, 6, 69, 73
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), 3, 11, 21, 22, 23, 25, 29, 30, 31, 32, 34, 38, 39, 93, 94, 110, 111, 112, 118, 125, 140, 142, 174, 180, 183, 201, 202, 203, 227, 232, 242
- represe, 195, 229, 230, 233, 234, 235
- rituál, 72, 106, 125, 126
- rodič, 63, 68, 69, 78, 82, 84, 85, 106, 192, 193
- Romové, 6, 8, 9, 53, 54, 62, 63, 189, 197, 198
- rozpočet, 24, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39
- rozsudek, 19, 231
- sexbyznys, 9, 200, 201
- sociálně vyloučená lokalita, 9, 194, 195, 196, 197, 242
- sociální reintegrace, 99, 110, 112, 120, 142, 201
- společenské náklady, 30, 35
- standard, 10, 23, 25, 80, 85, 90, 110, 111, 167
- stíhání, 13, 207, 208, 210, 211, 217
- streetwork, 26
- Suboxone[®], 93, 121, 122, 123, 141, 193, 223, 230
- substituce, 98, 117, 121, 123, 144
- Subutex[®], 93, 94, 105, 121, 141, 160, 179, 193, 223, 230
- syfilis, 10, 149, 150, 158, 180
- syntetické drogy, 8, 45, 66, 71, 101, 102, 105, 164, 232, 241
- Systém včasného varování před novými drogami, 13, 232, 233
- šíření toxikomanie, 209, 210, 214, 218, 231
- školní populace, 54, 66, 80
- tabák, 1, 3, 4, 6, 11, 13, 19, 21, 23, 28, 35, 50, 51, 54, 63, 69, 70, 81, 85, 87, 103, 106, 109, 112, 113, 114, 117, 118, 128, 129, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 140, 143, 158, 159, 173, 187, 189, 200, 221
- taneční drogy, 8, 164, 174
- těhotenství, 8, 9, 158, 159, 194
- těkavé látky, 7, 8, 70, 71, 100, 102, 107, 131, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 175, 195, 198
- terapeutická komunita, 11, 26, 31, 103, 109, 111, 112, 113, 124, 125, 126, 127, 128, 143, 242
- testování, 10, 25, 32, 90, 101, 151, 152, 153, 154, 155, 174, 178, 179, 180, 181, 183, 200, 215, 220
- THC, 8, 12, 16, 20, 164, 166, 236, 237, 242
- toluen, 70, 100, 131
- trestný čin, 13, 15, 19, 20, 103, 207, 218, 219, 231, 241, 242
- úmrtnost, 7, 8, 107, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170
- UniData, 128
- vazba, 15, 35, 79, 118, 155, 173, 182, 183, 220, 223, 242
- vězení, 6, 7, 10, 11, 24, 25, 32, 35, 36, 39, 69, 79, 99, 110, 111, 118, 120, 124, 125, 142, 155, 156, 173, 178, 182, 183, 192, 199, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 236, 242
- Vietnamci, 9, 12, 53, 80, 198, 199, 227, 228
- vláda, 3, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 29, 30, 77, 110, 195, 218, 242
- výdaje, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 123, 220
- výměnný program, 174, 175

zadluženost, 8, 9, 103, 110, 187, 191, 192, 195,
200

záchyt, 181, 227, 228, 230, 233, 234, 235, 236
drog, 219

záchytné stanice, 11, 114, 117, 139, 141

zdravotní pojištění, 4, 23, 25, 31, 35, 111, 122,
123, 192, 242

želatinové kapsle, 179, 180

Použitá literatura

- AL-HALABIOVÁ, R. 2016. *Povědomí české společnosti o halucinogenu DMT a jeho popularita na našem území*. Klasifikovaná zápočtová práce pro předmět: Metodologie výzkumu v adiktologii, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- ANGUS, C., LATIMER, N., PRESTON, L., LI, J. & PURSHOUSE, R. 2014. What are the Implications for Policy Makers? A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions for Alcohol Misuse in Primary Care. *Front Psychiatry*, 5, 114.
- ARNAUD, N., BALDUS, C., ELGAN, T. H., DE PAEPE, N., TONNESEN, H., CSEMY, L. & THOMASIS, R. 2016. Effectiveness of a Web-Based Screening and Fully Automated Brief Motivational Intervention for Adolescent Substance Use: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 18, e103.
- AVA, V. 2015. *Ayahuasové rituály praktikované v Praze a význam, jaký jim přikládají jejich aktéři*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií, obor studia humanitní vzdělanosti - společenskovední modul.
- BABOR, F. T. & HIGGINS-BIDDLO, J. 2003. *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití. Postupy při použití v primární prevenci*, Praha: WHO, Státní zdravotní ústav v Praze.
- BAR-JOHNSON, M. D. & WEISS, P. 2014. A Comparison of Male Sex Workers in Prague: Internet Escorts versus Men Who Work in Specialized Bars and Clubs. *The Journal of Sex Research*, 0, 1-9.
- BARTOŠOVÁ, I. 2015. *Specializovaná zařízení pro mladistvé ohrožené závislostmi a závislé*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, katedra sociální práce.
- BĚLÁČKOVÁ, V. 2014. Národní výzkum užívání návykových látek 2012 - zpracování modulu konopných trhů. Nепublikováno.
- BĚLÁČKOVÁ, V., JANÍKOVÁ, B., TOMKOVÁ, A., VACEK, J., ZÁBRANSKÝ, T., MRAVČÍK, V. & CSÉMY, L. 2016. The Use of NSDs among Problem Drug Users – Prevalence, Patterns of Use, and Related Risks as a Challenge for Harm Reduction Programmes in the Czech Republic. *Adiktologie*, 16, 106–119.
- BĚLÁČKOVÁ, V., NECHANSKÁ, B., CHOMYNOVÁ, P. & HORÁKOVÁ, M. 2012. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postoje k němu v České republice v roce 2008*, Praha: Úřad vlády České republiky.
- BĚLÁČKOVÁ, V. & ZÁBRANSKÝ, T. 2014. Transformation of the Marijuana Market in the Czech Republic - from Free-of-charge Outdoor Cannabis to a Competitive Market with Indoor Products. *Adiktologie*, 14 (4), 382-391.
- BERANOVÁ, K. 2015. *Užívání nových syntetických drog (NSD) mezi problémovými uživateli - distribuce NSD na otevřené drogové scéně ČR a jejich identifikace*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- BJALONČIKOVÁ, J. 2015. *Užívání návykových látek u studentů 4. ročníků středních škol v Moravskoslezském kraji*. Mgr., Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury.
- BLATNÝ, M., JELÍNEK, M. & HRDLÍČKA, M. 2016. Typologie antisociálního chování ve střední adolescenci a její vztah k užívání návykových látek. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112 (3), 107-113.
- BROTHERHOOD, A. & SUMNALL, H. R. 2016. *Evropské standardy kvality v oblasti prevence: stručný průvodce*: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, UK.
- BUCHTIK, M., DLOUHÁ, M., LACHMANN, F. & SAMEC, T. 2016. Mladí lidé a alkohol - závěrečná zpráva z výzkumu, duben 2016, verze 1. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- BURKHART, G. 2011. Environmental drug prevention in the EU. Wy is it so unpopular? *Adicciones*, 23 (2), 87-100.
- CABRNOCHOVÁ, H., ČÁPOVÁ, E., FROUZOVÁ, M., HAMANOVÁ, J., JACOBS, P., KABÍČEK, P., KRČMÁŘOVÁ, A., NEŠPOR, K., SCHNEIBERG, F., STAROSTOVÁ, O. & SOUKUP, T. 2012. *Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost*, Praha: CEPROS.
- CELNÍ PROTIDROGOVÁ JEDNOTKA 2016. Záchyty OPL a prekurzorů drog v roce 2015 Celní správou ČR. Nепublikováno.

- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2015a. Pivo v české společnosti 2015. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2015b. Postoj veřejnosti ke konzumaci vybraných návykových látek - květen 2015. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2015c. Postoje veřejnosti k zákazu kouření v restauračních zařízeních - září 2015. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2016. Tolerance k vybraným skupinám obyvatel - březen 2016. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CONSULTING, A. 2015. Realizace reprezentativního sociologického výzkumu a analýzy veřejného mínění: Shromáždění názorů Romů žijících v sociálně vyloučených lokalitách na činnost Policie České republiky a názorů a podnětů na změnu a zkvalitnění její činnosti. Brno: AUGUR Consulting.
- CSÉMY, L., ČUPKA, J., FROUZOVÁ, M., KRÁLÍKOVÁ, E., KABÍČEK, P., NEŠPOR, K., POPOV, P., SOVINOVA, H., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., VEDRALOVÁ, J. & VĚTROVEC, M. 2013. *Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé - Vodítka pro praktické lékaře a jiné zdravotnické profese*, Praha: CEPROS.
- CSÉMY, L., KÁŽMÉR, L. & DVOŘÁKOVÁ, Z. 2016. Užívání návykových látek mezi dětmi školního věku: Výsledky studie HBSC 1994-2014. Příspěvek přednesený na semináři Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, Praha, 6. dubna 2016.
- CSÉMY, L., KNIGHT, J., STAROSTOVÁ, O., SHERRITT, L., KABÍČEK, P. & VAN HOOK, S. 2008. Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT. *Vox Pediatrae*, 8, 35-36.
- CSÉMY, L. & WINKLER, P. 2012. Alkohol v České republice: spotřeba, zdravotní důsledky a ekonomické náklady společnosti. *Psychiatrie*, 16, 210-216.
- ČERNÝ, J. & SZOTÁKOVÁ, M. 2015. Analýza drogové scény v Ostravě. Závěrečná zpráva. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta sociálních studií.
- ČERVENKOVÁ, A. 2016. *Prodej alkoholu nezletilým*. Klasifikovaná zápočtová práce pro předmět: Metodologie výzkumu v adiktologii 2, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC 2016. On-line dotazníková studie - chemsex. Nepublikováno.
- DAŇKOVÁ, Š. 2016. EHIS 2014 - Základní výsledky šetření. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- DOLEJŠ, M., SKOPAL, O. & SUCHÁ, J. 2014. Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň. Nepublikováno.
- DOLEJŠ, M., SKOPAL, O., SUCHÁ, J. & VAVRYSOVÁ, L. 2016. Výzkumné projekty: osobnostní charakteristiky a rizikové chování. Příspěvek přednesený na setkání PS NMS Populační a školské průzkumy o postojích k užívání drog, Praha, 1. dubna 2016.
- DRBOHLAVOVÁ, B. & MRAVČÍK, V. 2016. Uživatelé konopí jako klienti pomáhajících služeb – souhrnná zpráva z dotazníkové a kvalitativní studie. Praha: Úřad vlády České republiky.
- DVORSKÁ, K. 2015. *Prevalence užívání návykových látek u žáků 2. stupně praktických škol v Ústeckém kraji*. Bc. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- EMCDDA 2007. *Úkol drogy. Drogy a trestná činnost — složitý vztah.*, Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- ENGLCOVÁ, B. 2016. *Gynekologická péče a reprodukční zdraví u uživatelů drog*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- EUROPEAN COMMISSION 2015a. Attitudes of Europeans Towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Eurobarometer 82.4 - Results for Czech Republic. Brussels: European Commission.
- EUROPEAN COMMISSION 2015b. Attitudes of Europeans Towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Special Eurobarometer 429. Brussels: European Commission.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION 2009. An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.

- FILIPOVÁ, Z. 2015. *Stres u uživatelů pervitinu*. Mgr., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce.
- FILIPOVSKÁ, M. 2015. *Komplikace léčby pacientů s duální diagnózou - závislost a afektivní poruchy. Kasuistická studie*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- FIŠAROVÁ, M. 2014. *Analýza specifik zneužívání návykových látek u uživatelů vietnamského původu*. Praha: Lačhe Čhave.
- FRÝBERT, J. & ACKRMANNOVÁ, M. 2015. Preference jednotlivých opioidů mezi klienty spolku Ulice - Agentura sociální práce. *Adiktologie*, 15 (3), 242-251.
- FÜLEOVÁ, A. 2016. Nefatální intoxikace drogami v České republice v roce 2015 - Analýza pro účely VZ 2015.
- FÜLEOVÁ, A., ZÓNOVÁ, J. & PETRÁŠOVÁ, B. 2015. *Výroční zpráva: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2014*, Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie.
- GAC 2015. *Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR*. Praha: GAC.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2015a. Údaje o testování a léčbě vězňů pro VHB, VHC a HIV v r. 2014. Nepublikováno.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2015b. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2014. Nepublikováno.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2016a. Statistická ročenka VS ČR za rok 2015. Praha: GRVS.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2016b. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2015. Nepublikováno.
- GLASER, T., ANDERS, M., HARSA, P. & ŠRUTOVÁ, L. 2014. Případy zneužívání směsi pro plnění zapalovačů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110 (4), 227-232.
- GROULÍKOVÁ, D. 2015. *Postoje osob se zrakovým postižením k alkoholu a marihuaně*. Mgr., Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky.
- GUSTAVSSON, A., SVENSSON, M., JACOBI, F., ALLGULANDER, C., ALONSO, J., BEGHI, E., DODEL, R., EKMAN, M., FARAVELLI, C., FRATIGLIONI, L., GANNON, B., JONES, D. H., JENNUM, P., JORDANOVA, A., JONSSON, L., KARAMPAMPA, K., KNAPP, M., KOBELT, G., KURTH, T., LIEB, R., LINDE, M., LJUNGCRANTZ, C., MAERCKER, A., MELIN, B., MOSCARELLI, M., MUSAYEV, A., NORWOOD, F., PREISIG, M., PUGLIATTI, M., REHM, J., SALVADOR-CARULLA, L., SCHLEHOFER, B., SIMON, R., STEINHAUSEN, H. C., STOVNER, L. J., VALLAT, J. M., VAN DEN BERGH, P., VAN OS, J., VOS, P., XU, W., WITTCHEN, H. U., JONSSON, B. & OLESEN, J. 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21, 718-79.
- HÁJKOVÁ, T. 2015. *Informovanost studentů VŠ o drogové závislosti*. Mgr. Mgr., Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, katedra psychologie a patopsychologie.
- HARRIS, S. K., LOUIS-JACQUES, J. & KNIGHT, J. R. 2014. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev*, 25, 126-156.
- HOLEČKOVÁ, M. 2015. *Znalosti adiktologické problematiky u mladistvých v regionu Nové Město na Moravě*. Bc., Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, katedra křesťanské výchovy.
- HOROVÁ ŠÍMOVÁ, L. 2015. *DROP-OUT fenomén v léčbě závislosti*. Mgr., Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky.
- CHOMYNOVÁ, P. 2013. Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci. *Zaostřeno na drogy*, 11, 1-16.
- CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L. & MRAVČÍK, V. 2016. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. *Zaostřeno*, 14, 1-16.
- CHRTOVÁ, I. 2015. *Užívání nelegálních drog osobami pracujícími v sexbyznysu*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- JANKE, W. & ERDMANNOVÁ, G. 2003. *SVF 78 - Strategie zvládání stresu*, Praha: Testcentrum.
- JELÍNKOVÁ, K. 2015. *Postoje adolescentů k užívání drog*. Bc., Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, katedra pedagogiky a psychologie.

- JIČINSKÁ, L. 2015. *Problémové užívání drog v části Prahy, kde nepůsobí žádný specializovaný nízkoprahový program*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- JIRIČKA, V., PODANÁ, Z., PETRAS, M. & HŮRKA, J. 2014. Prediction of Offending: SARPO – The Czech Tool for Assessment of Offenders' Criminogenic Risk and Needs. *Journal of Criminology*, 2014, 8.
- JORDA, D. 2015. *Tendence závislostního chování u mladistvých neslyšících*. Mgr., Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky.
- JURYSTOVÁ, L., JAROŠÍK, V. & PACNEROVÁ, H. 2015. Mapování činností metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách v rámci primární prevence rizikového chování. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků.
- JUŘICOVÁ, M. 2015. *Názory a zkušenosti středoškoláků s návykovými látkami*. Mgr., Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav pedagogiky a sociálních studií.
- KAIML, D. 2015. *Prevence drogové problematiky u osob ve výkonu trestu odnětí svobody ve vybrané věznicích*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, katedra pedagogiky.
- KAJANOVÁ, A. 2015. Use of addictive substances and gambling among Slovak immigrants in the Czech Republic. *Kontakt*, 17, e219-e222.
- KALMAN, M., BAĐURA, P., SIGMUNDOVÁ, D., SIGMUND, E., PAVELKA, J., HOLLEIN, T., CSÉMY, L. & HAMŘÍK, Z. 2015. Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2014 v rámci projektu "Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)". Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- KALMAN, M., SIGMUND, E., SIGMUNDOVÁ, D., HAMŘÍK, Z., BENEŠ, L., BENEŠOVÁ, D. & CSÉMY, L. 2011. Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National Study (HBSC)“. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- KARLOVARSKÝ KRAJ 2016. Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Karlovarského kraje za rok 2015. Nepublikováno.
- KOŇÁK, T. 2015. *Zacházení s vězňými uživateli drog*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, katedra psychologie.
- KONEČNÁ, J. 2014. „Miluji své dítě, ale ...“: Rodičovská role problémových uživatelů drog.
- KOVAŘÍKOVÁ, V. 2016. *Užívání návykových látek a hazardní hraní u dětí v diagnostických ústavech v České republice*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE JIHMORAVSKÉHO KRAJE 2016. Výskyt VHA v Jihomoravském kraji-analýza pro účely VZ 2015. Nepublikováno.
- KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE KARLOVARSKÉHO KRAJE 2016. Výskyt VHA v Karlovarském kraji-analýza pro účely VZ 2015. Nepublikováno.
- KRÁLÍKOVÁ, E., KMEŤOVÁ, A., FELBROVÁ, V., KULOVANÁ, S., RAMEŠ, J., ŠTĚPÁNKOVÁ, L., ZVOLSKÁ, K. & SKOUPÁ, J. 2014. Centra pro závislé na tabáku v České republice v roce 2012: přehled, ekonomika. *Časopis lékařů českých*, 153 (5), 246-250.
- KRTIČKOVÁ, M. 2016. Střednědobá léčba závislosti na stimulanciích v lůžkových psychiatrických zařízeních v České republice (prezentace). *AT konference 2016*. Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady.
- KŘÍŽOVÁ, L. 2015. *Postoje k rodičovství dospělých uživatelů nelegálních drog*. Mgr., Masarykova univerzita, Ústav pedagogických věd.
- KULHÁNEK, A. 2015. *Vzorové užívání kokainu mezi rekreačními uživateli: Terénní kvalitativní výzkum*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- LEGLEYE, S., PIONTEK, D. & KRAUS, L. 2011. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 229-235.
- LEJČKOVÁ, P. 2006. Primární prevence užívání drog. Základní principy a efektivní programy. *Zaostřeno na drogy*, 4, 1 - 8.

- LIČKOVÁ, P. 2015. *Uplatnění drogově závislých (v doléčovací fázi) na pracovním trhu*. Mgr., Masarykova univerzita, Ústav pedagogických věd.
- LUTSEVA, G. 2015. *Aplikace rodinné terapie při práci se závislými klienty – kvalitativní sonda, zkušenosti terapeutů*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- MAGDALÉNA 2016. Výroční zpráva 2015. Mníšek pod Brdy: Magdaléna.
- MAGISTRÁT HL. M. PRAHY 2005. Analýza pocitu bezpečí na území hlavního města Prahy – srovnání 1997-2004. Praha: Magistrát hlavního města Prahy.
- MAGISTRÁT HL. M. PRAHY 2010. Analýza pocitu bezpečí na území hlavního města Prahy – srovnání let 1997, 1999, 2004, 2007, 2009 Praha: Magistrát hlavního města Prahy.
- MAGISTRÁT HL. M. PRAHY & IPSOS 2015. Analýza pocitu bezpečí 2015. Praha: Magistrát hlavního města Prahy.
- MAIEROVÁ, E., CHARVÁT, M., MIOVSKÝ, M. & ŠTASTNÁ, L. 2015. Evaluace procesu české adaptace programu cílené krátké intervence Preventure a jeho pilotní implementace pro žáky základních škol. *Adiktologie*, 15 (1), 12-32.
- MAN, L. 2015. *Vliv pravidelného běhu na životní spokojenost klientů terapeutických komunit pro léčbu závislosti v Psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské*. Rigorózní práce, Univerzita Palackého v Olomouci.
- MANDÍK, J. 2015. *Trestná činnost související se zneužíváním návykových látek*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta.
- MASARYKOVÁ, A. 2014. *Okamžité posouzení cravingu v přirozeném prostředí prostřednictvím smartphonů: studie proveditelnosti*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- MCGINNES, R. A., HUTTON, J. E., WEILAND, T. J., FATOVICH, D. M. & EGERTON-WARBURTON, D. 2016. Review article: Effectiveness of ultra-brief interventions in the emergency department to reduce alcohol consumption: A systematic review. *Emerg Med Australas*, 2016 Jul 26. doi: 10.1111/1742-6723.12624.
- MCQUEEN, J., HOWE, T. E., ALLAN, L., MAINS, D. & HARDY, V. 2011. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev*, Cd005191.
- MDEGE, N. D., FAYTER, D., WATSON, J. M., STIRK, L., SOWDEN, A. & GODFREY, C. 2013. Interventions for reducing alcohol consumption among general hospital inpatient heavy alcohol users: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 131, 1-22.
- MERUŇKOVÁ, T. 2015. *Současná podoba incentivní terapie u těhotných uživatelů návykových látek ve vybraných adiktologických zařízeních*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- MERZ, V., BAPTISTA, J. & HALLER, D. M. 2015. Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-related problems in young adults admitted to the emergency ward following an alcohol-related event: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 69, 912-7.
- MIHOLOVÁ, J. 2014. *Riziková mládež a užívání drog a alkoholu v jejím blízkém okolí*. Bc., Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, katedra sociální politiky a sociální práce.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR 2015. Vyhodnocení průzkumu řešení bezdomovectví v obcích s rozšířenou působností.
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2016a. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2015 podle typů drog a paragrafů trestního zákoníku. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2016b. Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách v r. 2015 podle typů drog a paragrafů trestního zákoníku. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO VNITRA ČR 2016. Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi v r. 2015. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2008. Věstník MZ ČR částka 3/2008 - Standard substituční léčby. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2015. Přehled dovozu a distribuce metadonu a přípravků obsahujících buprenorfin v r. 2014. Nepublikováno.

- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2016. Přehled dovozu a distribuce metadonu a přípravků obsahujících buprenorfin v r. 2015. Nepublikováno.
- MIOVSKÝ, M., ČABLOVÁ, L. & JURYSTOVÁ, L. 2015. Časná diagnostika a krátká intervence v adiktologii. In: KALINA, K. (ed.) *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- MIOVSKÝ, M., ET AL 2015. *Prevence rizikového chování ve školství*, Praha: Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova.
- MÖLLEROVÁ, D. 2015. *Nové syntetické drogy – výskyt ve školní populaci*. Bc., Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- MRAVČÍK, V., BĚLÁČKOVÁ, V., DRÁPALOVÁ, E. & ZÁBRANSKÝ, T. (eds.) 2015a. *Nové psychoaktivní látky v České republice: výskyt, rizika a související opatření*: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- MRAVČÍK, V., BUREŠOVÁ, Z., POPOV, P. & MIOVSKÝ, M. 2013a. Záchytné stanice v ČR v kontextu obdobných služeb o akutně intoxikované v Evropě. *Časopis lékařů českých*, 152(3), 129-134.
- MRAVČÍK, V., ČERNÝ, J., LEŠTINOVÁ, Z., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., LICEHAMMEROVÁ, Š., ZIEGLER, A. & KOCAREVOVÁ, V. 2014a. Hazardní hraní v České republice a jeho dopady. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., FLORIÁN, Z., NEČAS, V. & ŠTOLFA, J. 2016a. Infekční a další somatická komorbidita problémových uživatelů drog - výsledky průřezové studie s lékařským vyšetřením. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie*, 1 (65), 56-62.
- MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K., ŠTEFUNKOVÁ, M., BĚLÁČKOVÁ, V. & ZÁBRANSKÝ, T. 2016b. Narcotic and Psychotropic Substances Are ... – a Proposal for a Legal Definition of Illicit Drugs in the Czech Republic. *Adiktologie*, 16, 156–164. Notes: V češtině přetištěno jako *Omamné a psychotropní látky jsou když... – návrh legislativní definice omamných a psychotropních látek v ČR*, *Trestněprávní revue* 5/2016, s. 111-116.
- MRAVČÍK, V., HORÁKOVÁ, M., PEŠEK, R. & KOŇÁK, T. 2011a. Drogy a vězni v ČR: Výsledky dotazníkové studie mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody. *Zaostřeno na drogy*, 9 (5), 1-15.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., GROLMUSOVÁ, L., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., VLACH, T., FIDISOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L. & VOPRAVIL, J. 2015b. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*, Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDISOVÁ, H., VOPRAVIL, J. & JURYSTOVÁ, L. 2013b. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*, Praha: Úřad vlády ČR.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDISOVÁ, H., VOPRAVIL, J. & JURYSTOVÁ, L. 2014b. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*, Praha: Úřad vlády České republiky. .
- MRAVČÍK, V. & KIŠŠOVÁ, L. 2015. Ekonomické a další rámce protidrogové politiky a adiktologických služeb. *XXI. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 54. celostátní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP*, 7. - 11. června 2015. Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady: Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP.
- MRAVČÍK, V., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., DRBOHLAVOVÁ, B., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B. & VLACH, T. 2015c. *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., DRBOHLAVOVÁ, B., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B. & VLACH, T. 2016c. *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ZÁBRANSKÝ, T., KARACHALIOU, K. & SCHULTE, B. 2011b. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: A new harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 22(2), 172-73.
- MŠMT 2016. Údaje o specializovaných odděleních pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství. Nepublikováno.

- NAMYSLOVOVÁ, M. 2015. *Současná podoba incentivní terapie u těhotných uživatelů návykových látek ve vybraných adiktologických zařízeních*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013. Multiplikátor 2013: průzkum mezi klienty nízkoprahových programů. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2016. Multiplikátor 2016: průzkum mezi klienty nízkoprahových programů.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & FACTUM INVENIO 2011. Prevalence užívání drog v populaci ČR. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2009. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2010. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2013. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2013. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2014. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2013.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2015. Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2016a. Multiplikátor 2016: průzkum mezi klienty nízkoprahových programů. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2016b. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení v r. 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2016c. Prevalenční odhady problémových uživatelů opioidů multiplikační metodou z dat substituční léčby v r. 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2016d. Systém včasného varování před novými drogami - zpráva za rok 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2016e. Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2016f. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2016. Problematika hazardu a drog v sociálně vyloučených lokalitách v roce 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2015. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2014. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2016. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2014. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2013. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2015a. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2014. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2015b. Výskyt zadluženosti mezi klienty adiktologických programů. Praha: Nepublikováno.

- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2016a. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2016b. Validizační studie ESPAD 2016: předběžné výsledky. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA & NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2016. Retrospektivní odhad rozsahu finančně motivované sekundární drogové kriminality v r. 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2016a. Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2016b. Výroční zpráva 2015. Praha: Národní protidrogová centrála.
- NEKOLA, M. & MORÁVEK, J. 2015. Regulating New Psychoactive Substances in the Czech Republic: Policy Analysis under Urgency. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 17, 229-246.
- NEŠPOR, K. & CSÉMY, L. 2005. Krátká intervence u patologického hráčství. *Prakt. Lék.*, 85, 352 - 353.
- NEŠPOR, K. & CSÉMY, L. 2007. Krátká intervence pro problémy působené alkoholem může probíhat v různých prostředích. *České pracovní lékařství*, 1, 22-24.
- NEZDAROVÁ, E. 2011. *Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- NEZDAROVÁ, E. & GABRHELÍK, R. 2016. Zájem aktivních uživatelů metamfetaminu o farmakoterapii závislosti na metamfetaminu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112, 76-81.
- NOVOSEL, I., KOVAČIČ, Z., GUSIČ, S., BATELJA, L., NESTIČ, M., SEIWERTH, S. & SKAVIČ, J. 2011. Immunohistochemical detection of early myocardial damage in two sudden deaths due to intentional butane inhalation. Twocase reports with review of literature. *J Forensic Leg Med.*, 18 (3), 125-131.
- O'DONNELL, A., ANDERSON, P., NEWBURY-BIRCH, D., SCHULTE, B., SCHMIDT, C., REIMER, J. & KANER, E. 2014. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*, 49, 66-78.
- ORESKÝ, J. 2015. *Prvky kontroly a rituály uživatelů konopí*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd.
- P3 - PEOPLE PLANET PROFIT 2015. Vyhodnocení dotazníkového šetření sociálních podniků v ČR. Praha: P3 - People Planet Profit.
- PACNEROVÁ, H., JANSKÝ, P., LÁNYOVÁ, B., BÁRTÍK, P., HOLOMEK, J., MATOUŠŮ, P., VERNEROVÁ, O., PÍCEK, M. & MYŠKOVÁ, L. 2015. *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*, Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, Weilova 1271/6, 102 00, Praha 10.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- PAVLOVSKÁ, A., MIOVSKÝ, M., BABOR, T. F. & GABRHELÍK, R. 2016. Overview of the European university-based study programmes in the addictions field. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-7.
- PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ PORADNA BRNO 2015. Výskyt rizikového chování ve školách Jihomoravského kraje ve školních letech 2013/2014 a 2014/2015. Nepublikováno.
- PESCHIKOVÁ, L. 2015. *Hodnotové orientace uživatelů návykových látek*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, katedra pedagogiky.
- PFEIFFER, H., AL KHADDAM, M., BRINKMANN, B., KÖHLER, H. & BEIKE, J. 2006 May. Sudden death after isobutane sniffing: a report of two forensic cases. *Int J Legal Med*, 120 (3), 168-173.
- PILOWSKY, D. J. & WU, L. T. 2013. Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: a literature review. *Addict Behav*, 38, 2146-2153.
- PLACHÁ, M. 2015. *Užívání nelegálních drog studenty Jihočeské univerzity*. Mgr., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, katedra výchovy ke zdraví.
- PLATT, L., MELENDEZ-TORRES, G. J., O'DONNELL, A., BRADLEY, J., NEWBURY-BIRCH, D., KANER, E. & ASHTON, C. 2016. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption:

- do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ Open*, 6, e011473.
- PLZEŇSKÝ KRAJ 2016. Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Plzeňského kraje za rok 2015. Plzeň: Krajský úřad Plzeňského kraje.
- POKORNÁ, H. 2015. *Cesta do drogové závislosti a ven*. Bc., Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, katedra výchovy ke zdraví.
- POLICEJNÍ PREZIDIUM POLICIE ČR 2016. Statistické přehledy kriminality v r. 2015 (ESSK). Praha: Policejní prezidium Policie ČR.
- POPELKOVÁ, K. 2015. *Interpersonální závislost a potřeba sounáležitosti ve vztahu k užívání konopných drog v mladé dospělosti*. Bc., Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA 2016. Informace o činnosti Probační a mediační služby v souvislosti s drogovou problematikou za r. 2015. Nepublikováno.
- PŘÁDOVÁ, K. 2015. *Analýza potřeb rekreačních uživatelů drog na Mělnicku*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze1, lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- RAUSOVÁ, J. 2014. *Mluva drogově závislých*. Mgr., Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta.
- RICE, V. H., HARTMANN-BOYCE, J. & STEAD, L. F. 2013. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, Cd001188.
- RICHTER, J. 2016. Analýza podmínek vybraných dotačních řízení pro zajištění služeb v oblasti protidrogové politiky. Praha: Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním (A.N.O.).
- ROŽÁNKOVÁ, V. 2015. *Srovnání rizikového chování adolescentů ve věku 16-17 let na vybraných středních školách ve dvou regionech*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, katedra pedagogiky.
- RUBEŠOVÁ, S. 2015. *Zkušenosti s nelegálními návykovými látkami u žáků vybraných základních škol*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, katedra pedagogiky.
- ŘEDITELSTVÍ SLUŽBY DOPRAVNÍ POLICIE POLICEJNÍHO PREZIDIA ČR 2016. Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2015. Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR.
- SEKANINA, P. 2015. *Problematika znalostí o cannabis sativa u žáků ZŠ*. Bc., Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2016a. Seznam certifikovaných programů k 30. červnu 2016.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2016b. Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013-2015.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2016c. Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích ČR za r. 2015. Praha: Úřad vlády ČR.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2016d. Výroční zpráva o činnosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky za rok 2015. Praha: Úřad vlády.
- SCHRÖMEROVÁ, M. 2015. *Srovnání postojů a zkušeností s návykovými látkami studentů gymnázií a studentů středních odborných učilišť*. Bc., Masarykova Univerzita, Filozofická fakulta, Ústav pedagogických věd.
- SOVINOVA, H. & CSÉMY, L. 2015. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014. Praha: Státní zdravotní ústav.
- SOVINOVA, H., CSÉMY, L. & KERNOVÁ, V. 2014. Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let. Praha: Státní zdravotní ústav.
- SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. 2016. *Centra pro závislé na tabáku* [Online]. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Available: <http://www.slzt.cz/centra-lecby> [Accessed 1 August 2016].
- SPOLEČNOST PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI ČLS JEP 2013. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Verze 4.7 z 5.listopadu 2013. In: VAVRINČÍKOVÁ, L., LIBRA, J., MIOVSKÝ, M., MRAVČÍK, V. & JEP, V. S. P. N. N. Č. (eds.). Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Česká asociace adiktologů.

- STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV 2016. Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR 2007-2015. Nepublikováno.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2016a. Virové hepatitidy 1996-2015 (EPIDAT) – analýza pro účely VZ 2015. Nepublikováno.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2016b. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2015 – analýza pro účely VZ 2015 zpracovaná NRL pro AIDS. Nepublikováno.
- STEAD, L. F., BUITRAGO, D., PRECIADO, N., SANCHEZ, G., HARTMANN-BOYCE, J. & LANCASTER, T. 2013. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, Cd000165.
- STIFTEROVÁ, B. 2014. *Fenomén psychonautismu v adiktologii: motivace, vzorce a důsledky užívání psychoaktivních látek z pohledu psychonautů*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- STŘEDOČESKÝ KRAJ 2015. Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji za rok 2015. Nepublikováno.
- SUDÍKOVÁ, A. 2014. *Ženská a mateřská specifika v kontextu metadonové substituční léčby v Centru substituční léčby Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN* Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- SVAČINOVÁ, I. 2015. *Drogová závislost těhotných žen a porodní parametry novorozenců*. Bc., Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, katedra porodní asistence.
- SVOBODOVÁ, E. 2015. *Motivace uživatelů psychedelických látek*. Bc., Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, katedra psychologie.
- ŠEBKOVÁ, M. 2015. Výsledky hodnotících dotazníků prevence rizikového chování na školách ve Středočeském kraji ve školním roce 2014/2015.
- ŠEDIVÝ, J., HANKOVÁ, O. & MINAŘÍK, G. 2016. S klientem na chatu: On-line léčebná intervence. *XXII. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 55. celostátní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, 1. – 5. května 2016*. Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP.
- ŠKÁVOVÁ, Z. 2015. *Prevence užívání konopných drog u žáků na základní škole*. Bc., Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta.
- ŠTAFFA, J. 2014. *Zkušenosti žáků základní školy praktické s návykovými látkami*. Bc., Masarykova univerzita v Brně.
- ŠTEFUNKOVÁ, M. 2011. Drogy a kriminalita - jaký je mezi nimi vztah? *Adiktologie*, 11, 156-164.
- ŠTERCL, J. 2016. Výsledky ankety k chování žáků základních škol v r. 2007 a 2016. Praha: Asociace pedagogů základního školství ČR.
- ŠTOLFA, J. & KOŽOUŠKOVÁ, K. 2015. Všeobecný praktický lékař a návykové látky. *Practicus*, 14, 18-21.
- ŠUBRTOVÁ, E. 2015. *Matka uživatelka návykových látek z pohledu Orgánu sociálně právní ochrany dětí*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- THANKI, D. & VICENTE, J. 2013. PDU (Problem drug use) revision summary. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- THE ESPAD GROUP 2016. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction.
- TOMČÁKOVÁ, M. 2015. *Zkušenosti studentů střední odborné školy s užíváním návykových látek*. Bc., Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, katedra sociální patologie a sociologie.
- TRUNEČKOVÁ, O. 2015. *Těhotné a matky - uživatelky drog v kontextu drogových služeb*. Mgr., Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce.
- URBÁNEK, P., HUSA, P., ŠPERL, J., FRAŇKOVÁ, S., PLÍŠEK, S., ROŽNOVSKÝ, L. & KÜMPEL, P. 2015. Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C (HCV). Praha: Česká hepatologická společnost ČLS JEP, Společnost infekčního lékařství ČLS JEP.
- ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY 2015. Zpráva o stavu sociálně vyloučených lokalit v Ústeckém kraji. Podklad pro jednání vlády ČR v Ústeckém kraji v říjnu 2015. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014. Informace z ročního výkazu oboru gastroenterologie a infekční lékařství.

- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016a. Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS 2014) – Základní informace. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016b. Údaje z informačního systému Zemřelí ČSÚ – extrakce případů drogových úmrtí. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016c. Údaje z Národního registru hospitalizovaných. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016d. Údaje z Národního registru léčby uživatelů drog. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016e. Údaje z Národního registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství – extrakce případů drogových úmrtí. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016f. Údaje z Národního registru pohlavních nemocí. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016g. Údaje z Registru tuberkulózy. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016h. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkazy ambulantních zařízení oboru psychiatrie, detoxifikace a záchytných stanic. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016i. Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v letech 2007-2014. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD & STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV 2014. Evropské výběrové šetření o zdraví EHIS 2014 (European Health Interview Survey): Základní informace o šetření. Praha: ÚZIS ČR, ČSÚ a SZÚ.
- VÁCLAVEK, M. 2015. *Komparace využití volného času a užívání návykových látek na SOU a SŠ*. Mgr., Masarykova univerzita v Brně.
- VAZSONYI, A. T. & KSINAN JISKROVÁ, G. 2016. Frequencies of problem behaviors among Roma and non-Roma youth. Unpublished report.: University of Kentucky.
- VAZSONYI, A. T., KSINAN JISKROVÁ, G., KSINAN, A. J. & BLATNÝ, M. 2016. An empirical test of self-control theory in Roma adolescents. *Journal of Criminal Justice*, 44, 66-76.
- VĚCHET, D. 2015. *Konopné trhy v České republice – vyhodnocení dopadů změny v drogové legislativě z roku 2010*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- VELAGYIOVÁ, L. 2015. *Hodnocení sociálních služeb z pohledu uživatelů drog*. Mgr., Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce.
- VELECHOVSKÁ, A. 2015. *Užívání návykových látek u studentů prvních ročníků SŠ ve městě Žďár nad Sázavou*. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- VONDRÁČKOVÁ, P., VACEK, J. & MASARYKOVÁ, A. 2014a. Evaluace online svépomocného programu pro osoby se závislostním chováním na internetu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110 (1), 7-17.
- VONDRÁČKOVÁ, P., VACEK, J. & SVOBODOVÁ, K. 2014b. Charakteristika uživatelů online svépomocného programu pro osoby se závislostním chováním na internetu: projevy, motivace, negativní důsledky a přínosy jeho omezení. *Adiktologie*, 14 (1), 66-78.
- VOPÁLKOVÁ, I. 2015. *Vývoj postavení studentů ve třídě na střední škole a užívání vybraných návykových látek v průběhu jejich studia: prospektivní sociometrická studie*. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (MADI).
- WHO, UNODC & UNAIDS 2013. The WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for IDUs - 2012 revision. Geneva, Switzerland: WHO.
- WINKLER, P., BEJDOVÁ, M., CSÉMY, L. & WEISSOVÁ, A. 2014. *Problémové hráčství: Společenské náklady na hazardní hraní v České republice*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, R. O. F. E. 2016. Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2013/2014 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V., ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J. & LANGROVÁ, M. 2011. *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*, Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze.
- ZAVŘELOVÁ, P. 2015. *Hodnoty v životě drogově závislých*. Bc., Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Ústav pedagogických věd.
- ZEMAN, P. 2015. "Výroba" konopí z konopí? *Trestněprávní revue*, 9, 211-215.
- ZEMAN, P. & GAJDOŠÍKOVÁ, H. 2010. Nový trestní zákoník. *Zaostřeno na drogy*, 8 (1), 1-12.

Výroční zpráva

o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015

- Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015 vydává Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Poprvé byla v knižní podobě vydána za rok 2001.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS) je součástí Sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který je organizačně začleněn do Úřadu vlády České republiky. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky je stálým poradním, iniciačním a koordinačním orgánem vlády České republiky v oblasti integrované protidrogové politiky, kterou se rozumí politika v oblasti legálních i nelegálních návykových látek a patologického hráčství, s nimi souvisejících závislostních poruch a dalších zdravotních a sociálních dopadů a souvislostí. NMS je součástí mezinárodní sítě monitorovacích středisek Reitox (národních monitorovacích středisek evropských zemí), která je koordinována Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). Sít' monitorovacích středisek Reitox ustavily a podporují vlády zemí EU. Jejím úkolem je sběr a analýza dat o situaci v oblasti drog v Evropě.
- Distribuci zajišťuje vydavatel. Elektronická verze je k dispozici webových stránkách NMS www.drogy-info.cz.

Vydal Úřad vlády České republiky
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
www.vlada.cz

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-156-5



9 788074 401565