Výroční zpráva

o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Výroční zpráva
o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008

Viktor Mravčík
Roman Pešek
Kateřina Škařupová
Barbora Orlíková
Eva Škrdlantová
Lenka Šťastná
Lucia Kiššová
Vendula Běláčková
Hana Gajdošíková
Jiří Vopravil

Praha, září 2009

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

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008

Vydal/ © Úřad vlády České republiky, 2009

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

Editor/ MUDr. Viktor Mravčík
Oponent/ MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.
Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

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

Pro bibliografické citace/

Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Kiššová, L., Běláčková, V., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2009). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008 [Annual Report on Drug Situation 2008 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 978-80-87041-99-4

Tato výroční zpráva shrnuje informace o stavu v oblasti užívání drog a jeho následků, v oblasti legislativy, strategií a koordinace protidrogové politiky, intervencí zejména na straně snižování poptávky po drogách, o drogové kriminalitě, o drogových trzích v České republice v r. 2008, jakož i trendy v uvedených oblastech. V případech, kdy jsou aktuální informace již k dispozici, týkají se i dosavadního období r. 2009. V částech, kde byly poslední aktuální či podrobnější informace publikovány v minulých letech, jsou uvedeny odkazy na výroční zprávy za r. 2002 až 2007 (Mravčík et al. 2003; Mravčík et al. 2004; Mravčík et al. 2005a; Mravčík et al. 2006; Mravčík et al. 2007; Mravčík et al. 2008).

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

Obsah

SOUHRN **1**

ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2008 ..... **4**

1 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA A JEJÍ KONTEXT **4**

1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC 4
1.2 INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITICKÁ OPATŘENÍ 6
1.3 VÝDAJE A NÁKLADY SPOJENÉ S DROGAMI 8

2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI **13**

2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V OBECNÉ POPULACI 13
2.2 UŽÍVÁNÍ DROG VE ŠKOLNÍ POPULACI 17
2.3 UŽÍVÁNÍ DROG VE SPECIFICKÝCH SKUPINÁCH POPULACE 18

3 PREVENCE **20**

3.1 SYSTÉM A RÁMEC PROTIDROGOVÉ PREVENCE 20
3.2 VŠEOBECNÁ PREVENCE 21
3.3 SELEKTIVNÍ PREVENCE 22
3.4 INDIKOVANÁ PREVENCE 22
3.5 MEDIÁLNÍ KAMPANĚ 23

4 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG **24**

4.1 ODHADY PREVALENCE A INCIDENCE PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ DROG 24
4.2 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG V DALŠÍCH ZDROJÍCH DAT 26
4.3 DALŠÍ INTENZIVNÍ, ČASTÉ, DLOUHODOBÉ A JINAK PROBLEMATICKÉ FORMY UŽÍVÁNÍ DROG 27

5 SPECIALIZOVANÁ LÉČBA A SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG **28**

5.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY V OBLASTI LÉČBY 28
5.2 SYSTÉM LÉČBY UŽIVATELŮ DROG 31
5.3 UŽIVATELÉ DROG V LÉČBĚ, JEJICH CHARAKTERISTIKY A TRENDY 37

6 ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG **47**

6.1 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG 47
6.2 DALŠÍ PORUCHY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG 52
6.3 DROGOVÁ ÚMRTÍ A MORTALITA UŽIVATELŮ DROG 55

7 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG **59**

7.1 PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ 59
7.2 PREVENCE A LÉČBA INFEKCÍ MEZI UŽIVATELI DROG 60
7.3 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA DALŠÍ ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG 66

8 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI UŽÍVÁNÍ DROG A RESOCIALIZACE UŽIVATELŮ DROG **67**

8.1 SOCIÁLNÍ EXKLUZE A UŽÍVÁNÍ DROG 67
8.2 SOCIÁLNÍ REINTEGRACE 69

9 DROGOVÁ KRIMINALITA, JEJÍ PREVENCE A DROGY VE VĚZENÍ **71**

9.1 DROGOVÁ KRIMINALITA 71
9.2 PREVENCE DROGOVÉ KRIMINALITY 76
9.3 ALTERNATIVY TRESTNÍHO POSTIHU 76
9.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE VĚZNICÍCH 77
9.5 INTERVENCE VE VĚZNICÍCH 78

10 DROGOVÉ TRHY **81**

10.1 DOSTUPNOST A NABÍDKA DROG 81
10.2 ZÁCHYTY DROG 82
10.3 CENY A ČISTOTA DROG 83

ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY **84**

11 KONOPNÉ TRHY A PRODUKCE KONOPNÝCH DROG **84**

11.1 HISTORIE UŽÍVÁNÍ KONOPNÝCH DROG V ČR 84
11.2 LEGISLATIVNÍ RÁMEC UŽÍVÁNÍ KONOPNÝCH DROG 85

11.3 PREVALENCE UŽÍVÁNÍ KONOPNÝCH LÁTEK ... 85
11.4 ORGANIZACE KONOPNÝCH TRHŮ ... 85
11.5 PŮVOD KONOPNÝCH DROG NA TUZEMSKÉM TRHU ... 87
11.6 POTENCE KONOPNÝCH DROG ... 87
11.7 ZÁCHYTY KONOPNÝCH DROG ... 88
11.8 DROGOVÁ KRIMINALITA SPOJENÁ S KONOPNÝMI DROGAMI ... 88

12 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ AMFETAMINU A METAMFETAMINU ... 90

12.1 SITUACE V OBLASTI UŽÍVÁNÍ AMFETAMINŮ ... 90
12.2 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI (PROBLÉMOVÉHO) UŽÍVÁNÍ METAMFETAMINU ... 95
12.3 PREVENCE A LÉČBA (PROBLÉMOVÉHO) UŽÍVÁNÍ METAMFETAMINU ... 98

13 LÉČBA A PÉČE O STARŠÍ UŽIVATELE DROG ... 102

13.1 STÁRNUTÍ UŽIVATELŮ DROG ... 102
13.2 UŽÍVÁNÍ DROG A DALŠÍ CHARAKTERISTIKY STARŠÍCH UŽIVATELŮ DROG ... 105
13.3 LÉČBA A PÉČE O STARŠÍ UŽIVATELE DROG ... 106

SEZNAM TABULEK ... 108

SEZNAM OBRÁZKŮ ... 109

SEZNAM MAP ... 110

VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU ... 111

ZKRATKY ... 112

REJSTŘÍK ... 113

ODKAZY ... 115

SOUHRN

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím hlavním poradním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která se v r. 2008 sešla čtyřikrát. V platnosti je Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 a Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009. Krajské strategické dokumenty protidrogové politiky měly v r. 2008 vypracovány všechny kraje. V první polovině r. 2009 byla ČR předsedající zemí v Radě EU, proto Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky projednávala řadu dokumentů týkajících se přípravy a průběhu předsednictví a její sekretariát zajišťoval vedení Horizontální pracovní skupiny pro problematiku drog Rady EU.

Začátkem r. 2009 byl schválen a ve Sbírce zákonů vyhlášen zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, který nabývá účinnost 1. ledna 2010; obsahuje významné změny v oblasti nakládání s nelegálními drogami. Nižší trestní sazbou než doposud budou trestány osoby, které v množství větším než malém přechovávají konopné drogy. Významnou změnu přináší také nové ustanovení týkající se nedovoleného pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku – pěstování stanovených rostlin nebo hub pro vlastní potřebu bude postihováno mírnější trestní sazbou než dosud a pěstování malého množství rostlin nebo hub pro vlastní potřebu nebude postihováno podle trestního zákona, ale podle zákona o přestupcích. V návaznosti na zákon o léčivech byl omezen výdej léků s obsahem do 30 mg pseudoefedrinu v tabletě bez předpisu – jedná se o zákaz zásilkového prodeje, stanovení maximální měsíční dávky 1800 mg pseudoefedrinu (tj. 60 tablet à 30 mg) na osobu a kontrolu výdeje v centrálním úložišti elektronických receptů.

V r. 2008 dosáhly účelově určené výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku 597,3 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu bylo vydáno 371,9 mil. Kč, kraje a obce přispěly částkou 162,9 a 62,5 mil. Kč. Oproti r. 2007 došlo k nominálnímu nárůstu souhrnných výdajů na všech třech úrovních o 7 %; k poklesu došlo na centrální úrovni u výdajů všech sledovaných rezortů a centrálních institucí kromě ministerstev obrany, práce a sociálních věcí a Národní protidrogové centrály Policie ČR. Na krajské úrovni došlo souhrnně k meziročnímu nominálnímu nárůstu výdajů přibližně o třetinu, nárůst byl zaznamenán téměř ve všech krajích; pouze ve Zlínském kraji a na Vysočině došlo k meziročnímu poklesu, zhruba třetina krajských účelově určených výdajů je určena na financování záchytných stanic a ošetřování osob intoxikovaných alkoholem nebo jinými drogami. Výdaje obcí zůstaly v souhrnu v téměř stejné výši jako v r. 2007. Z celkem 597,3 mil. Kč bylo 152,1 mil. Kč (25,5 %) vydáno na prosazování práva, 184,5 mil. Kč (30,9 %) na léčbu, 159,4 mil. Kč (26,7 %) na harm reduction, 58,4 mil. Kč (9,8 %) na primární prevenci a 24,9 mil. Kč (4,2 %) na následnou péči.

V r. 2008 proběhly v ČR dva průzkumy v dospělé populaci – celopopulační šetření zaměřené výhradně na užívání nelegálních drog a šetření zaměřené obecně na zdraví obyvatel. Obě studie se metodologicky významně odlišovaly a poskytly i rozdílné výsledky. Podle první z nich (na vzorku respondentů ve věku 15–64 let) má alespoň jednu zkušenost s některou ze sledovaných nelegálních drog 37 % populace, s konopnými látkami 34 % a zkušenost s jinou drogou než marihuanou 17 % populace. V posledním roce konopné látky užilo 15 % respondentů, v posledním měsíci 9 %. Podle druhé studie (na vzorku respondentů ve věku 15 a více let) užilo jakoukoliv nelegální drogu alespoň jednou v životě 15 %, konopné látky také 15 % a jinou drogu než konopnou 4 % respondentů. Přes uvedené rozdíly nicméně výsledky obou studií ukazují, že podíl osob, které mají zkušenost s návykovými látkami, v populaci roste, přičemž největší nárůst se týká konopných drog. Zatímco v letech 2002 a 2004 uvedla alespoň jednu zkušenost s konopnými látkami pětina dospělých respondentů, v r. 2008 ve studii zaměřené na užívání nelegálních drog to byla třetina. K nárůstu došlo také v časové řadě studií zaměřených obecně na zdravotní stav obyvatel, i když jimi naměřené prevalence jsou nižší.

Z respondentů, kteří ve studii cílené na užívání nelegálních drog uvedli užití konopné látky v posledním měsíci, jich 9 % užívalo konopnou látku denně nebo téměř denně. Po extrapolaci na populaci ČR ve věku 15–64 let lze počet denních nebo téměř denních uživatelů konopných drog odhadnout na cca 57 tis. osob (0,8 % populace ve věku 15 až 64 let). Měřena byla rovněž míra rizikového užívání konopných látek – to představuje střední riziko pro 26 % a vysoké riziko pro 12 % respondentů, kteří jej užili v posledním roce, nejohroženějšími skupinami jsou muži a osoby ve věku 25–34 let. Po extrapolaci na celou českou populaci lze počet uživatelů konopných látek ve významném riziku závislosti odhadnout na cca 150 tis. osob, přičemž zhruba dvě třetiny z nich jsou ve věku 15–29 let.

Z mezinárodního srovnání školní studie ESPAD vyplývá, že ČR patří v Evropě mezi země s nejvyššími prevalencemi užívání většiny sledovaných drog s výjimkou těkavých látek; u konopných drog dosahuje ČR zdaleka nejvyšších prevalencí v Evropě, alespoň jednu zkušenost s užitím konopné látky má 45 % českých 16letých.

V prostředí (noční) zábavy jsou stále nejpopulárnějšími nealkoholovými drogami konopné látky a extáze, aktuálně rostou zkušenosti s užíváním pervitinu a kokainu.

Odhadovaný počet problémových uživatelů drog se v r. 2008 zvýšil na cca 32,5 tis., na nichž se podílí cca 21,2 tis. uživatelů pervitinu a cca 11,3 tis. uživatelů opiátů. Injekčně drogy užívá cca 31,2 tis. osob, tedy většina uživatelů opiátů i pervitinu. Oproti r. 2007 se v r. 2008 zvýšil počet problémových uživatelů všech typů drog. Odhad počtu

problémových uživatelů drog je nejvyšší v Hl. m. Praze (11,5 tis.) a Ústeckém kraji (4,2 tis.), v těchto krajích je rovněž nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů opiátů.

V r. 2008 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi (injekčními) uživateli drog – promořenost HIV je stále hluboko pod 1 %. Prevalence virové hepatitidy typu C mezi klienty vyšetřenými v nízkoprahových programech byla přibližně 12 %, takto nízká zjištěná míra séroprevalence VHC je však pravděpodobně způsobena tím, že testování využívají především mladí uživatelé s kratší dobou injekční aplikace. HIV infekce byla v r. 2008 nově diagnostikována u 13 osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog, což je méně než v r. 2007 – ve srovnání s obdobím do r. 2006 se však jedná o relativně vysoký počet. V r. 2008 probíhala v ČR epidemie VHA, která byla v Praze na svém počátku asociována s injekčními uživateli drog.

Počet předávkování pouličními drogami (nelegálními drogami a těkavými látkami) zůstal v r. 2008 velmi nízký; bylo hlášeno celkem 44 případů (15 případů smrtelného předávkování opiáty, 19 pervitinem a 10 těkavými látkami), což je o 4 více než v r. 2007; u opiátů došlo k mírnému nárůstu, u pervitinu k výraznějšímu nárůstu a počet smrtelných předávkování těkavými látkami klesl. Nebylo evidováno žádné úmrtí na předávkování kokainem, extází, halucinogeny ani THC. V r. 2008 se vyskytlo jedno úmrtí na předávkování s nálezem metadonu, s nálezem buprenorfinu žádné. U jiných příčin úmrtí než smrtelné předávkování (zejména se jedná o nehody/úrazy a sebevraždy) dochází od r. 2004 ke zvýšení počtu nálezů pervitinu a THC – v r. 2008 bylo identifikováno 49 a 37 případů; ve 12 případech byl nalezen opiát/opioid, z toho v 5 případech účinné látky substitučních přípravků. Došlo také k výraznému meziročnímu nárůstu podílu pozitivních nálezů pervitinu a konopných drog u osob, které zemřely při dopravních nehodách nebo na jejich následky a byla u nich provedena pitva na odděleních soudního lékařství – na tyto látky bylo pozitivních 9,2 %, resp. 6,2 % zemřelých řidičů; policie však eviduje jen jednotkové počty. Nárůst případů v souvislosti s pervitinem je patrný také u hospitalizací pro nefatální předávkování, naopak dochází k poklesu počtu nefatálních předávkování heroinem.

Pomoc uživatelům drog a závislým je v ČR poskytována službami různých typů s relativně širokým spektrem a dobrou dostupností. Síť pomáhajících zařízení nedoznala v r. 2008 výrazných změn; došlo k zakotvení profese adiktologa v zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních a k vymezení odborné způsobilosti k jeho výkonu.

Muži převažují nad ženami ve všech typech léčebných zařízení, tvoří přibližně dvě třetiny klientů. Podíl žen je vyšší v mladších věkových skupinách. Průměrný věk uživatelů drog v léčbě dlouhodobě roste a tento trend je patrný napříč různými zdroji dat. Nejpočetnější skupinu léčených uživatelů drog v ČR tvoří uživatelé pervitinu (metamfetaminu), následují uživatelé opiátů/opioidů (heroin a Subutex®) a konopných látek. Polyvalentní užívání drog (užívání více drog současně) je častý jev. Injekční užívání je nejčastější formou aplikace pervitinu a opiátů u uživatelů v léčbě. Regiony s nejvyšším počtem uživatelů drog v léčbě jsou Hl. m. Praha a Ústecký kraj, kde je, podobně jako v ostatních krajích Čech, vysoký počet a podíl uživatelů opiátů.

Dlouhodobě dochází k poklesu počtu ambulantních zdravotnických zařízení oboru psychiatrie vykazujících poskytování péče uživatelům drog, počet jejich pacientů zůstal v r. 2008 přibližně stejný jako v r. 2007. Počet a regionální dostupnost AT poraden, tj. ambulantních zdravotnických zařízení specializovaných na léčbu závislostí, a jejich využití uživateli drog nejsou přesně známy; poskytování specializované AT péče deklaruje 124 ambulancí. V r. 2008 došlo k poklesu počtu hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních, a to zejména díky poklesu hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic; naopak počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách se mírně zvýšil. Zvyšuje se počet registrovaných pacientů v substituční léčbě, a to jak ve specializovaných centrech, tak v ordinacích ostatních lékařů předepisujících přípravky obsahující buprenorfin (Subutex® a Suboxone®). Léčba buprenorfinem však stále není v plném rozsahu evidována v registru substituce.

Na snižování rizik užívání drog se v ČR podílí hustá síť nízkoprahových programů, která se v posledních letech významně nezměnila. Počet jehel a stříkaček distribuovaných ve výměnných programech se opět mírně zvýšil (ze 4,5 mil. v r. 2007 na 4,6 mil. v r. 2008). V r. 2008 se poprvé po dlouhé době téměř zdvojnásobil počet testů na HIV a VHC provedených uživatelům drog v nízkoprahových zařízeních.

Počet osob zadržených nebo stíhaných za drogové trestné činy je v posledních letech relativně stabilní, v r. 2008 se podle různých zdrojů pohyboval v rozmezí 2296–2322 osob. Z drogových trestných činů bylo obžalováno 2100 osob a jde tedy o mírný meziroční nárůst. Pravomocně bylo za drogové trestné činy odsouzeno 1360 osob. Tradičně nejvíce osob stíhaných za drogové trestné činy bylo v Ústeckém kraji, následovalo Hl. m. Praha, Moravskoslezský a Jihomoravský kraj. Většina drogových deliktů byla obdobně jako v minulých letech spáchána v souvislosti s pervitinem. Skladba trestů za drogové trestné činy se v posledních 4 letech významně nemění, nejčastěji je ukládán podmíněný trest odnětí svobody.

Nejdostupnější nelegální drogou v ČR je marihuana, vysoká je dlouhodobě i dostupnost pervitinu. V souvislosti s oběma drogami byl tradičně zaznamenán nejvyšší počet záchytů. Roste domácí produkce marihuany s vyšším obsahem THC pěstované v umělých podmínkách a stále častěji ve velkém. Objem zachycené marihuany se oproti minulým letům více než ztrojnásobil a výrazně se zvýšil i počet odhalených pěstíren a zabavených rostlin konopí. Objem zachyceného pervitinu byl oproti minulým letům nižší, nicméně bylo odhaleno nejvíce varen pervitinu za posledních 6 let a narostlo také množství zachycených prekurzorů pro výrobu pervitinu. Od května 2009 je omezen prodej léků s obsahem pseudoefedrinu v lékárnách; v této souvislosti je aktuálně sledován nárůst

individuálního dovozu těchto léků ze sousedních zemí. Cena většiny drog zůstává podle dostupných údajů stabilní, meziročně došlo k nárůstu průměrné potence zabavené marihuany a průměrné čistoty zabaveného heroinu.

Součástí této zprávy jsou také tři závěrečné speciální kapitoly Konopné trhy a produkce konopných drog, Problémové užívání amfetaminu a metamfetaminu a Léčba a péče o starší uživatele drog.

Konopné drogy jsou na celém světě i v ČR nejužívanějšími ilegálními drogami. Ve 2. polovině 20. století se v Česku konopí pěstovalo a užívalo především v rámci uzavřených skupin. Komerční trh s konopnými drogami (marihuanou, hašišem) se otevřel v 90. letech 20. století. ČR patří v současné době mezi evropské země s nejvyšší prevalencí užívání konopných látek. Většina dospělé populace označuje získání konopné drogy za obtížné, nicméně tři čtvrtiny respondentů ve věku 15–24 let jej považují za snadné. Nejčastějším místem získání konopných drog v ČR jsou bary, restaurace nebo kluby. Téměř tři čtvrtiny respondentů uvedly, že konopnou drogu naposledy získaly zdarma. Konopná droga byla nejčastěji získána od kamaráda, příbuzného nebo partnera. Prodejci bývají často také konzumenty a obvykle neprodávají jiné drogy. Maloobchodní ceny marihuany a hašiše zůstávají stabilní, marihuana se prodává za cca 200 Kč/g, hašiš za 250 Kč/g. Tři ze čtyř respondentů v rámci poslední obchodní transakce nakoupili konopnou drogu v množství do 2 gramů. Průměrná potence marihuany mírně narůstá a hašiše klesá. Největší podíl konopných drog, včetně těch na komerčním trhu, představuje v ČR indoor vypěstovaná marihuana, následuje outdoor marihuana. Většina uživatelů konopných drog označila ČR jako zemi původu naposledy získané marihuany. V ČR se nachází několik desítek „grow shopů", které prodávají techniku pro pěstování marihuany; semena pro pěstování konopných rostlin lze získat v rámci sociálních sítí nebo prostřednictvím internetu z tuzemska i ze zahraničí. Počet záchytů marihuany se ročně pohybuje kolem 550–600 a celkový objem zachycené marihuany narůstá, počet zachycených rostlin konopí se v r. 2008 meziročně zvýšil téměř čtyřnásobně. Přibližně 5 % záchytů marihuany a pouze jeden záchyt hašiše přesáhly v posledních 3 letech objem 1 kg. Od r. 2005 byl zaznamenán rostoucí počet odhalených indoor velkopěstíren – v r. 2008 jich v ČR bylo odhaleno 79.

Cílem druhé speciální kapitoly je popsat situaci v oblasti užívání amfetaminů, tedy amfetaminu a metamfetaminu, a související opatření. Vzhledem k dominantnímu postavení metamfetaminu mezi problémovými uživateli v ČR v posledních cca 30 letech a výjimečné situaci ČR v evropském kontextu se tato kapitola zabývá téměř výhradně metamfetaminem, jenž je na území ČR tradičně označován jako pervitin. V ČR se odhaduje cca 20 tis. problémových uživatelů pervitinu, což jsou 2/3 všech odhadovaných problémových uživatelů drog v ČR; 80–90 % z nich jsou injekční uživatelé. V obecné populaci je míra užívání pervitinu dlouhodobě velmi nízká, dochází však k jejímu zvýšení v prostředí noční zábavy. Uživatelé pervitinu představují hlavní skupinu všech uživatelů drog v léčbě – tvoří dlouhodobě přibližně 60 % všech případů. Pervitin se často užívá v kombinaci s jinými drogami, nejčastěji se jedná o konopné látky, opiáty a alkohol. S dlouhodobým užíváním pervitinu je spojena psychiatrická komorbidita, zejména toxické psychózy. Výskyt infekcí je spojen zejména s injekčním užíváním pervitinu, nezdá se však, že by se co do míry rizika významně lišil od (injekčních) uživatelů opiátů. Smrtelná předávkování pervitinem dosahují v ČR ročně 10–20 případů, což tvoří přibližně třetinu počtu smrtelných předávkování pouličními drogami (tedy nelegálními drogami a těkavými látkami). Léčba uživatelů pervitinu je dlouhodobě integrována v systému péče o uživatele drog a až na výjimky nejsou realizovány žádné specifické programy určené uživatelům pervitinu. Existují rozdíly v poskytování některých služeb – v oblasti harm reduction jsou v posledních letech realizovány programy distribuce želatinových kapslí určené prakticky výhradně uživatelům pervitinu; v oblasti léčby existují odlišnosti zejména ve farmakoterapii dané odlišným průběhem odvykacího stavu a detoxifikace, odlišným výskytem psychických komplikací a zejména rozvojem psychotické symptomatologie a toxických psychóz. Existují izolované, i když dlouhodobé zkušenosti se substituční terapií závislých na pervitinu různými psychostimulancii, v současné době především metylfenidátem. K výrobě pervitinu se využívá efedrin a především pseudoefedrin, jenž je extrahován z léků vydávaných bez předpisu; dostupnost těchto léků v lékárnách se od května 2009 významně snížila vlivem legislativních a administrativních opatření. Počet nelegálních výroben pervitinu odhalených policií stoupl ze 188 v r. 2003 na 434 v r. 2008. Odhadovaná roční spotřeba pervitinu v ČR se v posledních letech pohybuje kolem 4 tun; represivními orgány je ročně zachyceno celkem cca 5 kg pervitinu. Cena pervitinu je dlouhodobě stabilní na 1000 Kč za 1 g a jeho čistota je dlouhodobě přibližně 60 %.

Třetí speciální kapitola se zabývá staršími uživateli drog (starším uživatelem drog se pro účely této kapitoly myslí uživatel ve věku 40 a více let), a to v léčbě i mimo ni, a specifickými službami, které jsou pro tyto starší uživatele určeny. Podle prognózy Českého statistického úřadu budou v r. 2050 v ČR osoby ve věku nad 65 let tvořit 31 % populace. Demografické stárnutí populace je důsledkem snižující se porodnosti a růstu střední délky života, který souvisí se zlepšující se zdravotní péčí a kvalitou života. Podle dostupných dat stárne v ČR také populace uživatelů drog. Zvyšuje se průměrný věk osob v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními pro uživatele drog a roste i počet starších léčených uživatelů drog, i když je jejich podíl stále nízký. Ve věku 40 a více let je ve srovnání s mladšími uživateli drog více nezaměstnaných a osob bez domova, častěji jde o uživatele drog s vyšším vzděláním. Česká protidrogová politika dosud nicméně na stárnutí populace uživatelů drog nereaguje ani formulací specifických opatření, ani jejich realizací. V ČR funguje pouze jedno zařízení specializované na starší uživatele nealkoholových drog. Se specifickými obtížemi v průběhu kontaktu a léčby starších klientů se naprostá většina stávajících programů vyrovnává v rovině individuálních požadavků a potřeb.

ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2008

1 Národní protidrogová politika a její kontext

V r. 2008 schválila Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR návrh nového trestního zákoníku. Začátkem r. 2009 byl návrh nového trestního zákoníku schválen Senátem a vyhlášen ve Sbírce zákonů jako zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, který nabývá účinnosti dne 1. ledna 2010. Nový trestní zákoník obsahuje významné změny v oblasti nakládání s nelegálními drogami. Zejména se jedná o ustanovení, které se týká přechovávání drogy pro vlastní potřebu a ve kterém dochází k odlišení drog podle jejich společenských a zdravotních rizik – nižší trestní sazbou než doposud budou trestány osoby, které v množství větším než malém přechovávají konopné drogy, ve vztahu k ostatním druhům drog platí vyšší trestní sazba. Významnou změnu přináší také nové ustanovení týkající se nedovoleného pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku. Pěstování stanovených rostlin nebo hub pro vlastní potřebu bude postihováno mírnější trestní sazbou než podle stávající právní úpravy a současně pěstování malého množství rostlin nebo hub pro vlastní potřebu nebude podléhat trestněprávní regulaci a bude postihováno podle zákona o přestupcích.

V návaznosti na zákon o léčivech stanovil Státní ústav pro kontrolu léčiv omezení pro výdej léků s obsahem do 30 mg pseudoefedrinu v tabletě – jedná se o zákaz zásilkového prodeje, stanovení maximální dávky 60 tablet na 1 pacienta měsíčně a kontrolu výdeje v centrálním úložišti elektronických receptů.

V r. 2008 došlo k zakotvení profese adiktologa v zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních a k vymezení odborné způsobilosti k výkonu tohoto povolání.

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím hlavním iniciačním, poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky; její činnost zajišťuje sekretariát, který je organizační součástí Úřadu vlády ČR. V r. 2008 se rada sešla čtyřikrát.

V platnosti je Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 a Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009.

V r. 2008 byl zpracován a k odborné diskuzi předložen návrh Koncepce adiktologických ambulantních služeb, ve kterém se navrhují systémové změny sítě zařízení poskytujících ambulantní služby uživatelům návykových látek.

Ve 13 krajích fungovali v r. 2008 krajští protidrogoví koordinátoři (Moravskoslezský kraj tuto funkci nezřizuje), kteří využívají sítě protidrogových koordinátorů v jednotlivých obcích s rozšířenou působností na území kraje. Krajské strategie protidrogové politiky měly vypracovány všechny kraje s výjimkou Plzeňského.

V r. 2008 dosáhly výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku 597,3 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu bylo vydáno 371,9 mil. Kč, kraje a obce přispěly částkou 162,9, resp. 62,5 mil. Kč. Oproti r. 2007 došlo k nárůstu souhrnných výdajů na všech třech úrovních o 7 %; k poklesu došlo na centrální úrovni u výdajů všech sledovaných rezortů a centrálních institucí kromě ministerstev obrany, práce a sociálních věcí a Národní protidrogové centrály Policie ČR. Na krajské úrovni došlo souhrnně k meziročnímu nárůstu výdajů o cca 1/3 a nárůst byl zaznamenán téměř ve všech krajích, pouze ve Zlínském kraji a na Vysočině došlo k meziročnímu poklesu; cca 1/3 výdajů z krajů je určena na financování záchytných stanic a ošetřování intoxikovaných osob. Výdaje obcí zůstaly v souhrnu téměř stejné jako v r. 2007. Z celkem 597,3 mil. Kč bylo vydáno 152,1 mil. Kč (25,5 %) na prosazování práva, 184,5 mil. Kč (30,9 %) na léčbu, 159,4 mil. Kč (26,7 %) na harm reduction, 58,4 mil. Kč (9,8 %) na primární prevenci a 24,9 mil. Kč (4,2 %) na následnou péči.

1.1 Legislativní rámec

1.1.1 Právní předpisy

1.1.1.1 Trestní zákoník

V průběhu r. 2008 došlo po předchozích průtazích[1] k přijetí nového trestního zákoníku. Dne 11. listopadu 2008 byl návrh nového trestního zákoníku schválen Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR[2], následně byl projednán a dne 8. ledna 2009 schválen Senátem[3]. Nový trestní zákoník byl vyhlášen v částce 11 Sbírky zákonů dne 9. února 2009 jako zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, a nabývá účinnosti dne 1. ledna 2010.

Drogové trestné činy, aktuálně upravené v ustanovení § 187 až 188a zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon v platném znění (dále jen „TZ“), jsou nově obsaženy v § 283 až 287 nového trestního zákoníku (dále jen „nový TZ“).

[1] Návrh nového trestního zkoníku byl (po mnoha letech příprav a téměř dvou letech projednávání v parlamentu) Parlamentem ČR odmítnut v únoru 2006. V téměř nezměněné podobě byl po opětovném projednání vládou v prosinci 2007 předložen do parlamentu v únoru 2008.

[2] Blíže viz internetové stránky Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, kde je uvedena historie projednání sněmovního tisku č. 410/0 http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=5&T=410.

[3] Blíže viz internetové stránky Senátu Parlamentu ČR, kde je uvedena historie projednávání senátního tisku č. 11 http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/historie?ke_dni=08.01.2009&O=7&action=detail&value=2401.

Jednotlivé skutkové podstaty nově obsahují vlastní nadpis: § 283 – Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy, § 284 – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu, § 285 – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, § 286 – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu a § 287 – Šíření toxikomanie. Nově byla zavedena skutková podstata podle ustanovení § 285 – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, které zahrnuje nejen konopí, ale taktéž psychotropní houby, eventuálně jiné rostliny.

Pěstování stanovených rostlin nebo hub pro vlastní potřebu bude postihováno mírnější trestní sazbou než podle stávající právní úpravy a současně pěstování malého množství rostlin nebo hub pro vlastní potřebu nebude podléhat trestněprávní regulaci a bude postihováno podle zákona o přestupcích. Došlo ke zmírnění trestního postihu také u přechovávání konopných drog pro vlastní potřebu. Taktéž ostatní drogové trestné činu jsou v novém trestním zákoníku zpřesněny či jinak změněny (bližší podrobnosti viz VZ 2007[4]).

Ustanovení § 290, odst. 2 a 3 nového TZ zmocňuje vládu k vydání nařízení, kterým stanoví, (1) co se považuje za jedy ve smyslu § 283, 284 a 286 a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů, a dále k vydání nařízení, kterým stanoví, (2) které jsou rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku podle § 285 a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu § 285. Ke dni redakční uzávěrky této výroční zprávy byly návrhy obou nařízení předloženy ministerstvem spravedlnosti (MS) do vládní agendy a jsou ve fázi připomínkového řízení.

1.1.1.2 Změny v nakládání s léčivy obsahujícími pseudoefedrin

Došlo ke změnám v oblasti nakládání s léčivy obsahujícími pseudoefedrin v návaznosti na nový zákon o léčivech, tj. zákon č. 378/2007 Sb., který je účinný od 1. ledna 2008 (blíže viz VZ 2007). Od 1. května 2009 byl omezen výdej léků s obsahem do 30 mg pseudoefedrinu v tabletě (jejichž prodej nebyl do uvedeného data nijak omezen), a to na základě rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), který provedl v souladu s ustanovením § 39, odst. 3 zákona o léčivech změnu registrace těchto léků a přijal následující omezení: (1) zákaz zásilkového prodeje, (2) stanovení maximální dávky na 1 pacienta měsíčně bez lékařského předpisu (1800 mg, tj. v praxi tedy 60 tbl. po 30 mg), (3) zavedení registrace výdeje do centrálního úložiště elektronických receptů. V praktické rovině tak mohou léky obsahující pseudoefedrin vydávat při respektování uvedených omezení pouze lékárny připojené na centrální úložiště elektronických receptů. Pokud lékárna k tomuto úložišti připojena není, může vydávat léky obsahující pseudoefedrin jen na lékařský předpis.

V první polovině r. 2009 došlo i k další změně související s nakládáním s pseudoefedrinem. S účinností od 1. června 2009 byl novelizován zákon č. 167/1998 Sb.[5], o návykových látkách, ve znění pozdějších předpisů. Došlo ke zpřísnění právního režimu nakládání s přípravky obsahujícími efedrin a pseudoefedrin – omezující režimy zákona o návykových látkách se nově uplatňují na veškeré přípravky obsahující pseudoefedrin, nikoli jen na ty, které obsahují větší množství než 30 mg pseudoefedrinu v jednotce lékové formy, jak tomu bylo dříve.

Od shora uvedených změn se očekává snadnější kontrola nedovoleného nakládání s pseudoefedrinem, který v ČR slouží jako prekurzor pro výrobu pervitinu – viz také kapitolu Drogové trhy (str. 81) a speciální kapitolu Problémové užívání amfetaminu a metamfetaminu (str. 90).

1.1.1.3 Zakotvení profese adiktologa v zákoně

V r. 2008 byl novelizován zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Novelou provedenou zákonem č. 189/2008 Sb. bylo do zákona o nelékařských zdravotnických povoláních kromě dalších změn vloženo ustanovení § 21a, které vymezuje odbornou způsobilost k výkonu povolání adiktologa. Adiktolog podle citovaného ustanovení vykonává činnost v rámci preventivní, léčebné a rehabilitační péče v oboru adiktologie, tj. prevenci a léčbu závislosti na návykových látkách a dalších závislostí. Touto změnou došlo k právnímu zakotvení profese adiktologa v návaznosti na akreditaci nového bakalářského studijního oboru adiktologie, který je od akademického r. 2005/2006 vyučován Centrem adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice UK v Praze (Centrum adiktologie).

1.1.1.4 Změny v prokazování ovlivnění osob alkoholem

V r. 2008 byl novelizován zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů[6]. S účinností od 1. ledna 2009 podle ustanovení § 16, odst. 2 zákona č. 379/2005 Sb. platí, že v případě orientačního vyšetření zjišťujícího obsah alkoholu v dechu se dále neprovádí odborné lékařské vyšetření (tj. do provedené změny standardně prováděná zkouška na obsah alkoholu v krvi). Odborné lékařské vyšetření se má podle novelizovaného ustanovení provádět

[4] Oproti původnímu textu došlo v přijatém znění nového TZ k posunu v číslování skutkových podstat drogových trestných činů – ve znění předloženém Poslanecké sněmovně byly číslovány jako § 281–285 a § 289, v přijatém novém TZ se jedná o ustanovení § 283–287 a § 290, aniž by došlo ke změně obsahu předmětných ustanovení.
[5] Změna byla provedena zákonem č. 141/2009 Sb.
[6] Změna byla provedena zákonem č. 274/2008 Sb.

pouze v případě, že daná osoba orientační vyšetření odmítne (o současné aplikaci tohoto ustanovení viz dále kapitolu Aplikace práva na str. 6).

1.1.2 Aplikace práva

V návaznosti na změnu zákona upravující prokazování ovlivnění osob alkoholem (viz výše) se ukazují jisté aplikační rozdíly v soudní praxi v případech, kdy se osoba ovlivněná alkoholem dopustí trestného činu (v těchto souvislostech tedy nejčastěji trestných činů v dopravě). Podle informací České tiskové kanceláře lze usuzovat, že mnohé soudy nepovažují důkaz orientační zkouškou na alkohol pro potřeby trestního řízení za dostačující (soud v trestním řízení postupuje v souladu se zásadou volného hodnocení důkazů a v souladu s trestním zákonem a trestním řádem; je tedy na konkrétním soudci, jakou váhu jednotlivým důkazům pro potřeby svého rozhodnutí přikládá). V tomto směru nezbývá, než vyčkat ustálení aplikační praxe, k níž by mohlo dojít v důsledku judikatury Nejvyššího soudu k dané problematice.

V oblasti drogových trestných činů nebyly vydány judikáty, které by zásadním způsobem měnily rozhodování soudů o drogových trestných činech.

O trestné činnosti v souvislosti s užíváním drog pojednává blíže kapitola Drogová kriminalita (str. 71).

1.2 Institucionální rámec, strategie a politická opatření

1.2.1 Národní strategie a akční plán

Rok 2008 byl čtvrtým rokem realizace Národní strategie protidrogové politiky 2005–2009 (Národní strategie 2005–2009). Nástrojem implementace strategie jsou dva akční plány vypracované na období 2005–2006 a 2007–2009, více viz VZ 2004 a VZ 2007.

1.2.2 Implementace a evaluace národní strategie a akčního plánu

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) v r. 2008 dvakrát (v dubnu a červnu) projednávala na svých jednáních průběžné hodnocení implementace Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007–2009 (Akční plán 2007–2009) za účelem revize plnění úkolů. Z celkového počtu 171 úkolů bylo 15 úkolů (9 %) vyhodnoceno jako splněné do stanoveného termínu, 18 (11 %) bylo splněno částečně, 9 (5 %) nesplněno a 59 (35 %) úkolů bylo v procesu realizace nebo se průběžně plnilo. O zbývajících 70 (41 %) úkolech nebyly podány informace.

Vzhledem ke končící platnosti Národní strategie 2005–2009 schválila RVKPP na jednání v červnu 2009 plán evaluace strategie a jejího Akčního plánu 2007–2009 (usnesení č. 03/0609). Evaluace je zaměřena na následující oblasti:

- evaluace provázanosti akčního plánu se strategií a zhodnocení vnitřní struktury akčního plánu,
- evaluace implementace a stavu plnění aktivit akčních plánů a dosažených výstupů z jejich realizace,
- evaluace procesu implementace, identifikace příčin úspěchu či neúspěchu, limitujících faktorů, které ovlivnily realizaci Akčního plánu 2007–2009,
- evaluace stupně dosažení stanovených cílů strategie na základě vzájemného propojení strategie s drogovou situací, tj. vyhodnocení trendů měřitelných indikátorů podle jednotlivých cílů Národní strategie 2005–2009.

Evaluace proběhne do konce r. 2009. Půjde zejména o interní evaluaci, na které se budou podílet subjekty odpovědné za realizaci strategie a akčních plánů. Hodnocení bude zároveň i podkladem pro tvorbu nové strategie na období od r. 2010.

1.2.3 Další opatření protidrogové politiky

V r. 2008 proběhlo průběžné vyhodnocení Plánu činnosti Vězeňské služby ČR v protidrogové politice na období 2007–2009 – viz také kapitolu Intervence ve věznicích (str. 78). Obsahuje 26 hlavních úkolů, z nichž vyplývají dílčí úkoly. Dílčí úkoly zahrnují 57 úkolů z Akčních plánů 2005–2006 a 2007–2009 a dále 45 úkolů definovaných vězeňskou službou. Hodnocení se týkalo úkolů za r. 2008; ze 102 dílčích úkolů bylo 32 splněno, 2 částečně splněny, 3 nesplněny a 65 úkolů je v procesu realizace nebo se průběžně plní (Vězeňská služba České republiky, 2009).

V r. 2008 byl zpracován a k odborné diskuzi předložen návrh Koncepce adiktologických ambulantních služeb – blíže viz kapitolu Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti léčby (str. 28), která uvádí i další podrobné informace o vymezení systému léčby.

1.2.4 Koordinace protidrogové politiky

1.2.4.1 Koordinace na národní úrovni

Hlavním koordinačním orgánem vlády v otázkách protidrogové politiky je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). V r. 2008 se RVKPP sešla celkem čtyřikrát .

V lednu 2008 byla založena pracovní skupina Prevence a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích – blíže viz VZ 2007.

V říjnu 2008 schválila RVKPP usnesením č. 06/1008 ustavení mezirezortní a mezioborové Pracovní skupiny pro metamfetamin, jejíž činnost bude navazovat na práci a výsledky pracovní skupiny k omezení dostupnosti léčivých přípravků k nedovolené výrobě metamfetaminu pracující v r. 2007–2008 pod MZ a která se bude problematikou metamfetaminu v ČR zabývat komplexně a dlouhodobě. Oblastmi zájmu pracovní skupiny budou zejména dostupnost prekurzorů pro výrobu pervitinu, sledování dopadů a účinnosti přijatých opatření směřujících ke snížení dostupnosti prekurzorů pro nelegální výrobu pervitinu (viz také kapitolu Legislativní rámec na str. 4), sledování trendů v dostupnosti léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu, sledování dostupnosti dalších prekurzorů drog a látek používaných k nelegální výrobě pervitinu (efedrinu, toluenu, jódu, červeného fosforu, kyseliny fosforečné, kyseliny jodovodíkové atd.), sledování účinnosti harm reduction a léčebných opatření různých typů ve vztahu k uživatelům pervitinu, ale také např. zhodnocení rizik vyplývajících z nelegální výroby pervitinu pro zdraví osob ve vnitřních prostředích budov a pro kontaminaci životního prostředí.

K červnu 2009 má tedy RVKPP k dispozici celkem 5 výborů a 4 pracovní skupiny[7] – tabulka 1-1.

tabulka 1-1: Poradní orgány RVKPP k červnu 2009

Výbory RVKPP	**Pracovní skupiny RVKPP**
Výbor zástupců rezortů a institucí RVKPP	Pracovní skupina pro spolupráci s Evropskou unií – Rezortní koordinační skupina
Výbor pro udělování certifikací	Pracovní skupina RVKPP pro nelátkové závislosti
Výbor RVKPP pro poskytování účelových dotací ze státního rozpočtu	Pracovní skupina Prevence a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích
Výbor zástupců regionů	Pracovní skupina pro metamfetamin
Poradní výbor RVKPP pro sběr dat o drogách	

1.2.4.2 Koordinace na místní úrovni

V oblasti koordinace protidrogové politiky v krajích nedošlo oproti r. 2007 k výraznějším změnám. Stejně jako v r. 2007 platilo, že ve všech 14 krajích s výjimkou Moravskoslezského jsou zřízeny funkce krajského protidrogového koordinátora, všechny kraje mají zpracovány strategické dokumenty protidrogové politiky kraje (např. strategie, strategické plány, akční plány s konkrétními úkoly a termíny jejich plnění)[8]. Téměř ve všech krajích jsou zřízeny protidrogové komise, často jako poradní orgány primátora/hejtmana či jeho náměstka nebo rady kraje; v jiných krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní orgány se širším záběrem (pro sociální či zdravotní oblast, pro sociálně negativní jevy včetně prevence kriminality apod.). Ve většině krajů jsou komise doplněny různým počtem pracovních skupin – blíže viz VZ 2007.

Na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři. Ti jsou ustanoveni ve 196 z celkových 205 obcí s rozšířenou působností a ve všech 22 městských částech Prahy.

Seznam krajských a místních koordinátorů i s jejich kontakty je uveden v aplikaci Mapa pomoci na drogy-info.cz.

1.2.4.3 Předsednictví ČR v Radě EU

V první polovině r. 2009 byla ČR předsedající zemí Evropské unie (EU). RVKPP proto projednávala řadu dokumentů týkajících se přípravy a průběhu předsednictví v Horizontální pracovní skupině pro problematiku drog Rady EU (HDG). V r. 2008 schválila RVKPP Koncepci předsednictví v Radě EU pro oblast protidrogové politiky (usnesení č. 06/0408) i priority předsednictví v oblasti drogové politiky (usnesení č. 05/0408):

- pokračovat v procesu projednávání, schvalování a implementace Protidrogového akčního plánu EU na období 2009–2012,
- zajistit jednotný postoj zemí EU v Komisi OSN pro narkotika včetně ministerské konference k plnění závěrů 20. zvláštního zasedání Valného shromáždění OSN (UNGASS) v r. 1998,
- téma migrace, integrace a drogy,
- problematika výroby a užívání metamfetaminu,
- efektivní koordinace vztahů se třetími zeměmi.

V březnu 2009 se ve Vídni konalo zasedání Segmentu na vrcholné úrovni (High Level Segment, HLS) Komise OSN pro narkotika (CND), kde byly schváleny významné dokumenty z hlediska mezinárodní koordinace protidrogové politiky, a to Politická deklarace a Akční plán mezinárodní spolupráce k dosažení integrované a vyvážené strategie pro řešení problému drog ve světě. Projednávalo se i hodnocení desetiletého období plnění závěrů UNGASS z r. 1998. Stanovisko EU a stanoviska jednotlivých členských států byla koordinována ČR jako předsednickou zemí.

[7] NMS dále koordinuje činnost 7 pracovních skupin působících v různých oblastech sběru dat o drogách.
[8] V Plzeňském kraji je problematika drog součástí Koncepce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2009–2011. Ostatní kraje mají pro oblast protidrogové politiky zpracovány samostatné dokumenty.

Dalším důležitým výsledkem českého předsednictví byl návrh Závěrů Rady EU (Council Conclusions) o indikátorech v oblasti snižování nabídky nelegálních drog, který byl schválen v červnu 2009 v Radě EU pro vnitro a spravedlnost.

1.3 Výdaje a náklady spojené s drogami

1.3.1 Výdaje z veřejných rozpočtů

Financování protidrogové politiky v r. 2008 probíhalo obdobně jako v předchozích letech. Tato kapitola shrnuje údaje o účelově určených a identifikovatelných (označených) výdajích ze státního a místních (krajských a obecních) rozpočtů, které byly určeny na financování protidrogové politiky (tj. přímé náklady na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů). Jedná se o skutečné výdaje, které byly v r. 2008 použity, a které jsou očištěny od převodů do rezervního fondu a od nevyčerpaných částek vrácených poskytovateli služeb zpět do veřejných rozpočtů. Kapitálové (investiční) výdaje jsou uvedeny zvlášť.

Zdrojem dat na centrální úrovni jsou státní závěrečné účty vybraných rezortů, které mají ve svém rozpočtu program protidrogové politiky, dále pak informace přímo od zástupců či kontaktních osob z jednotlivých rezortů a státních institucí a informace od krajských protidrogových koordinátorů.

Výdaje ze státního rozpočtu dosáhly v r. 2008 celkové částky 371,9 mil. Kč, trend v letech 2002–2008 podle rezortů a institucí uvádí tabulka 1-2.

Úřad vlády ČR je poskytovatelem dotací, které schvaluje RVKPP. V r. 2008 bylo takto podpořeno 154 projektů v celkové výši 95,3 mil. Kč. Prostředky byly použity na programy v oblasti prevence, harm reduction, léčby a následné péče. Výdaje na činnost sekretariátu RVKPP včetně NMS dosáhly 4,7 mil. Kč a byly určeny především na monitorování a výzkum, publikační a informační činnost, administraci dotačního řízení RVKPP a realizaci systému certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) vydalo podle státního závěrečného účtu na protidrogovou politiku v r. 2008 celkem 12,4 mil. Kč. Výdaje MŠMT se týkají prevence; dotační řízení bylo rozděleno na Program I pro školy a školská zařízení prostřednictvím dotací jednotlivým krajům (v r. 2008 bylo takto rozděleno 7,4 mil. Kč), Program II určený pro projekty s celorepublikovou a regionální působností realizované zejména NNO a Program III pro školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a školská zařízení pro preventivně výchovnou péči.

Z rozpočtu ministerstva obrany (MO) bylo v rámci protidrogové politiky v r. 2008 čerpáno 5,3 mil. Kč především na nákup diagnostik na detekci drog a odborné literatury a na realizaci přednášek a seminářů.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) nemá od r. 2007 ve svém rozpočtu výdaje na Program protidrogové politiky, poskytuje však prostředky na sociální služby osobám ohroženým drogami nebo závislým na drogách. V r. 2008 byly čerpány dotace ve výši 79,5 mil. Kč především na provoz kontaktních center (28,9 mil. Kč) a terapeutických komunit (23,1 mil. Kč), na činnost terénních programů (16,2 mil. Kč), na sociální poradenství (5,3 mil. Kč), sociální rehabilitaci (4,9 mil. Kč) a na další programy[9].

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vydalo v r. 2008 na protidrogovou politiku částku 18,9 mil. Kč, z toho 3,9 mil. Kč na kapitálové výdaje. Přednostně byly financovány projekty zabezpečující ambulantní i ústavní léčbu závislých osob, substituční léčbu, detoxifikaci, činnost kontaktních center a terénních programů (zejména náklady na zdravotnický materiál).

Ministerstvo spravedlnosti (MS) poskytlo v r. 2008 na protidrogovou politiku 7,4 mil. Kč. Dotace ve výši 0,6 mil. Kč byly přiděleny NNO pracujícím s uživateli drog ve vězení; Justiční akademie využila 0,2 mil. Kč na pořádání seminářů a Institut pro kriminologii využil částku 49,9 tis. Kč na účast na konferencích. Největší část byla určena vězeňské službě (6,5 mil. Kč) a tyto prostředky byly použity na zvyšování kvalifikace vězeňského personálu pro zacházení s drogově závislými vězněnými osobami, odhalování a monitoring drog ve vězeňských zařízeních a provoz poradenských a léčebných programů ve věznicích.

Generální ředitelství cel (GŘC) má ve svém rozpočtu Program protidrogové politiky, jehož výdaje v r. 2008 činily 10,7 mil. Kč především na reprodukci majetku (nákup dopravních prostředků a speciální techniky pro pátrání).

Ministerstvo vnitra (MV) nemá ve svém rozpočtu výdaje na Program protidrogové politiky[10], do tohoto rezortu však patří Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), jejíž výdaje v r. 2008 dosáhly celkové výše 137,8 mil. Kč, z toho 9,5 mil. Kč na investičních (kapitálových) výdajích.

[9] Ve výdajích MPSV nejsou zahrnuty dotace domovům se speciálním režimem, které poskytují péči pro starší klienty závislé na alkoholu.

[10] MV koordinuje a financuje aktivity v oblasti prevence kriminality, které nejsou specificky zaměřeny na drogou problematiku – podrobněji viz kapitolu Prevence drogové kriminality (str. 76).

tabulka 1-2: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku podle rezortů v r. 2002–2008 (v tis. Kč)

Účel čerpání	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
RVKPP	91 895	103 851	100 579	105 657	108 788	104 442	99 979
MŠMT	9 506	9 338	10 093	9 386	10 809	12 557	12 447
MO	3 981	4 693	3 484	3 968	4 875	3 595	5 276
MPSV	35 154	44 281	42 224	46 049	49 698	57 013	79 472
MZ	25 744	22 046	26 459	33 467	18 000	22 241	18 874
MS	9 632	14 080	13 638	36 723	41 251	12 610	7 385
GŘC	27 472	22 558	9 310	14 500	23 488	26 725	10 656
NPC	n.a.	96 230	86 477	94 972	106 482	127 743	137 846
Celkem	**203 384**	**317 077**	**292 264**	**344 722**	**363 391**	**366 926**	**371 935**

Protidrogová politika je v ČR financována kromě státního rozpočtu i z místních rozpočtů, tj. z rozpočtů krajů a obcí[11]. V r. 2008 poskytly kraje na tuto oblast 162,9 mil. Kč, obce 62,5 mil. Kč. Výdaje krajů a obcí v r. 2008 a trendy od r. 2002 ukazuje tabulka 1-3 až tabulka 1-7.

tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtu krajů v r. 2002–2008 (v tis. Kč)

Kraje	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PHA	12 700	12 466	26 170	30 636	32 500	40 627	50 044
STC	3 510	8 000	13 770	14 748	14 323	17 360	17 787
JHC	2 913	2 805	5 780	5 200	6 000	6 197	10 174
PLK	0	1 000	1 500	3 365	2 326	1 810	6 394
KVK	96	500	500	1 033	813	1 128	1 330
ULK	1 435	7 540	7 900	6 905	6 868	4 830	5 055
LBK	0	2 730	5 760	8 075	8 074	6 474	11 456
HKK	738	945	2 020	2 050	2 896	6 783	6 909
PAK	1 500	1 500	1 800	5 500	1 650	5 500	5 575
VYS	0	1 800	4 130	6 930	3 083	7 910	3 911
JHM	3 000	2 000	5 000	7 412	8 500	8 500	8 500
OLK	80	306	1 300	2 000	2 040	2 500	8 338
ZLK	1 096	3 490	2 400	2 100	1 393	4 711	4 429
MSK	2 269	3 000	3 570	4 378	4 451	14 028	22 977
Celkem	**29 337**	**48 082**	**81 600**	**100 332**	**94 917**	**128 358**	**162 878**

Přehled výdajů na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu ČR a z rozpočtu krajů a obcí v r. 2008 uvádí tabulka 1-6; údaje jsou rozděleny na kraje podle místa, kde byly dotace realizátory jednotlivých projektů a programů využity. Celková částka identifikovatelných výdajů v r. 2008 dosáhla 597,3 mil. Kč, což je meziročně o 7 % více[12]. Prostředky na realizaci protidrogové politiky v r. 2008 s krajským určením čerpaných ze státního a místních rozpočtů podle krajů zobrazuje mapa 1-1.

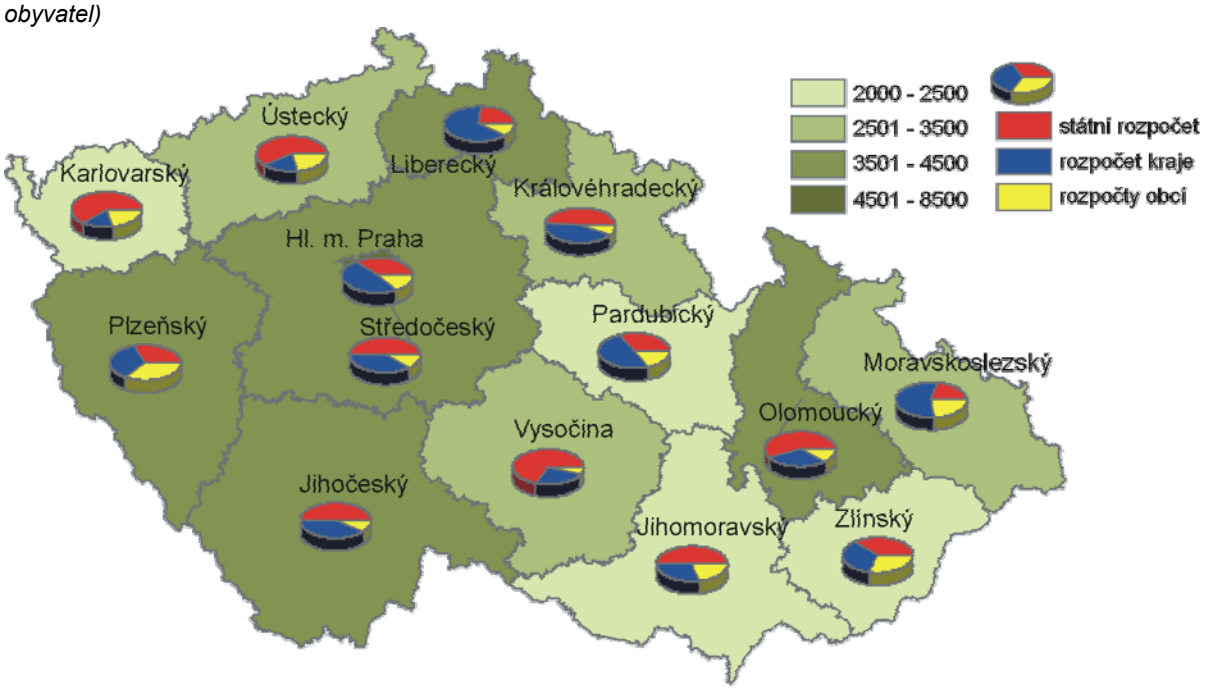
Vývoj výdajů na protidrogovou politiku v oblasti snižování poptávky po drogách (tj. oblast prevence, harm reduction, léčby, doléčování, koordinace a výzkum) a v oblasti snižování nabídky drog (prosazování práva) v ČR za r. 2002–2008 uvádí tabulka 1-4. Do r. 2006 byly do výdajů na snižování poptávky započítávány výdaje RVKPP, MŠMT, MO, MPSV a MZ, zatímco do výdajů na snižování nabídky výdaje MS, GŘC a NPC. Od r. 2007 došlo ke zpřesnění údajů a výdaje MS byly podle svého skutečného účelu rozděleny do obou oblastí; časová řada tak není zcela konzistentní.

Přehled výdajů státního rozpočtu a místních rozpočtů v r. 2008 podle kategorie služeb znázorňuje tabulka 1-7. První kategorií je „primární prevence"; do kategorie „harm reduction" jsou zařazena kontaktní centra, nízkoprahová denní centra a terénní programy. Kategorie „léčba" zahrnuje medicínskou péči (substituční programy, detoxifikaci, AT ambulantní a lůžkovou péči, sociální služby poskytované v zařízeních ústavní péče), nemedicínskou ambulantní péči (krizová pomoc, sociální poradenství, ambulantní léčba NNO), terapeutické komunity a nově jsou uvedeny zvlášť záchytné stanice. Dalšími kategoriemi jsou „následná péče", „prosazování práva", „koordinace" (zahrnující kromě koordinace také monitoring a výzkum, hodnocení služeb, šíření informací, vzdělávací aktivity) a „ostatní". Z celkové částky 597,3 mil. Kč označených výdajů na protidrogovou politiku v r. 2008 bylo 184,5 mil. Kč určeno na léčbu (o 20 % více než v r. 2007, z čehož ovšem cca 1/3 je určena na provoz záchytných stanic), 152,1 mil. Kč na prosazování práva (o 5 % méně než v r. 2007), 159,4 mil. Kč na služby harm reduction (o 13 % více), 58,4 mil. Kč na primární prevenci (o 20 % více) a 24,9 mil. Kč na následnou péči (o 21 % více). Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2007 a 2008 uvádí tabulka 1-5.

[11] Údaje o výdajích krajů a obcí vycházejí z výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky krajů, případně z vyžádaných a upřesňujících informací od krajských protidrogových koordinátorů.

[12] Veškeré uváděné výdaje a jejich změny jsou uváděny v nominálních hodnotách.

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2008 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel)



tabulka 1-4: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů v r. 2002–2008 (v tis. Kč)

Rok	Snižování poptávky*				Snižování nabídky**	Celkem
	Státní rozpočet	Rozpočty krajů	Rozpočty obcí	Celkem	Státní rozpočet	
2002***	166 280	29 337	n.a.	195 617	37 104	**232 721**
2003	184 209	48 082	n.a.	232 291	132 868	**365 159**
2004	182 839	81 600	62 920	327 359	109 425	**436 784**
2005	198 527	100 332	50 611	349 470	146 195	**495 665**
2006	192 170	94 917	48 141	335 228	171 221	**506 449**
2007	206 135	128 358	62 278	396 771	160 791	**557 562**
2008	219 794	162 878	62 479	445 151	152 142	**597 293**

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

tabulka 1-5: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2007 a 2008

Kategorie	2007		2008	
	Tis. Kč	%	Tis. Kč	%
Primární prevence	48 673	8,7	58 360	9,8
Harm reduction	140 977	25,3	159 354	26,7
Léčba	152 593	27,4	184 542	30,9
Následná péče	20 525	3,7	24 919	4,2
Koordinace, výzkum, hodnocení	16 788	3,0	12 559	2,1
Prosazování práva	160 791	28,8	152 142	25,5
Ostatní, nezařazeno	17 215	3,1	5 417	0,9
Celkem	**557 562**	**100,0**	**597 293**	**100,0**

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

1.3.2 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Poslední dostupné údaje o společenských nákladech (včetně nepřímých) spojených s užíváním drog v ČR (Zábranský et al. 2001) byly publikovány ve VZ 2002.

Centrum adiktologie začalo v r. 2009 s podporou Interní grantové agentury MZ realizovat studii společenských nákladů užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR za r. 2007; výsledky budou k dispozici v r. 2012.

tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2008 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace (tis. Kč)

Kraje	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	GŘC	NPC	Státní rozpočet celkem	Kraje	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
PHA	23 160	1 802	–	7 884	6 486	–	–	–	39 332	50 044	13 890	63 934	**103 266**	**17,3**
STC	3 100	1 183	–	15 463	2 850	–	–	–	22 595	17 787	4 890	22 676	**45 272**	**7,6**
JHC	4 750	875	–	4 178	2 160	–	–	–	11 962	10 174	1 950	12 124	**24 086**	**4,0**
PLK	4 410	387	–	1 630	149	–	–	–	6 576	6 394	7 728	14 123	**20 698**	**3,5**
KVK	2 540	473	–	921	340	–	–	–	4 273	1 330	1 426	2 756	**7 030**	**1,2**
ULK	7 280	528	–	4 713	1 975	–	–	–	14 496	5 055	5 196	10 251	**24 747**	**4,1**
LBK	1 430	314	–	2 405	0	–	–	–	4 149	11 456	1 646	13 102	**17 251**	**2,9**
HKK	2 110	410	–	3 587	1 539	–	–	–	7 646	6 909	1 060	7 969	**15 615**	**2,6**
PAK	1 700	372	–	1 643	250	–	–	–	3 965	5 575	1 819	7 394	**11 359**	**1,9**
VYS	2 560	392	–	5 769	330	–	–	–	9 051	3 911	651	4 562	**13 612**	**2,3**
JHM	6 460	1 637	–	5 000	979	–	–	–	14 076	8 500	5 768	14 268	**28 344**	**4,7**
OLK	6 560	898	–	6 103	490	–	–	–	14 051	8 338	2 453	10 791	**24 841**	**4,2**
ZLK	2 560	486	–	2 587	161	–	–	–	5 794	4 429	4 457	8 886	**14 680**	**2,5**
MSK	3 990	923	–	4 044	55	–	–	–	9 012	22 977	9 545	32 522	**41 534**	**7,0**
Výdaje s krajským určením	**72 610**	**10 678**	**–**	**65 926**	**17 764**	**–**	**–**	**–**	**166 978**	**162 878**	**62 479**	**225 357**	**392 335**	**65,7**
Výdaje s centrálním určením	**27 369**	**1 769**	**5 276**	**13 546**	**1 110**	**7 385**	**10 656**	**137 846**	**204 958**	**–**	**–**	**–**	**204 958**	**34,3**
Celkem	**99 979**	**12 447**	**5 276**	**79 472**	**18 874**	**7 385**	**10 656**	**137 846**	**371 935**	**162 878**	**62 479**	**225 357**	**597 293**	**100,0**
– z toho investiční	0	0	0	0	3 874	0	10 656	9 472	24 002	0	0	0	**24 002**	**4,0**
Celkem (%)	**16,7**	**2,1**	**0,9**	**13,3**	**3,2**	**1,2**	**1,8**	**23,1**	**62,3**	**27,3**	**10,5**	**37,7**	**100,0**	**–**

Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky.

tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2008 podle kategorií služeb (tis. Kč)

Kategorie služby		**RVKPP**	**MŠMT**	**MO**	**MPSV**	**MZ**	**MS**	**GŘC**	**NPC**	**Státní rozpočet celkem**	**Kraje**	**Obce**	**Územní rozpočty celkem**	**Celkem**	**Celkem (%)**
Primární prevence		5 420	11 744	5 276	–	–	–	–	–	22 440	16 415	19 505	35 920	**58 360**	**9,8**
Harm Reduction	Kontaktní centra	27 520	–	–	28 948	2 644	–	–	–	59 112	21 415	14 077	35 491	**94 604**	**15,8**
	Terénní programy	15 480	–	–	16 157	1 328	–	–	–	32 965	14 061	9 420	23 481	**56 446**	**9,5**
	Nezařazené*	5 690	–	–			–	–	–	5 690	1 721	894	2 614	**8 304**	**1,4**
	Celkem	48 690	–	–	45 105	3 972	–	–	–	97 767	37 197	24 391	61 587	**159 354**	**26,7**
Léčba	Medicínská péče**	2 020	–	–	1 080	13 810	379	–	–	17 289	12 020	4 403	16 422	**33 711**	**5,6**
	Nemedicínská ambulantní péče***	6 610	–	–	5 281	–	1 799	–	–	13 690	6 991	3 695	10 685	**24 375**	**4,1**
	Komunity	21 580	–	–	23 096	–	–	–	–	44 676	13 851	5 352	19 203	**63 879**	**10,7**
	Záchytné stanice	–	–	–	–	–	–	–	–	–	62 577	0	62 577	**62 577**	**10,5**
	Nezařazené	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	**–**	**0,0**
	Celkem	30 210	–	–	29 457	13 810	2 178	–	–	75 655	95 438	13 449	108 887	**184 542**	**30,9**
Následná péče		9 340	–	–	4 910	–	–	–	–	14 250	7 679	2 990	10 669	**24 919**	**4,2**
Koordinace, výzkum, hodnocení		6 319	–	–	–	545	1 568	–	–	8 431	3 948	180	4 128	**12 559**	**2,1**
Prosazování práva			–	–	–	–	3 639	10 656	137 846	152 142	–	–	–	**152 142**	**25,5**
Ostatní, nezařazeno		–	704	–	–	547	–	–	–	1 251	2 202	1 964	4 166	**5 417**	**0,9**
Celkem		**99 979**	**12 447**	**5 276**	**79 472**	**18 874**	**7 385**	**10 656**	**137 846**	**371 935**	**162 878**	**62 479**	**225 357**	**597 293**	**100,0**

*Pozn.: * Jedná se o projekty zahrnující jak činnost kontaktního centra, tak terénní práci. ** Tj. např. AT ambulantní a lůžková péče včetně substituční léčby, detoxifikace, sociální péče ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. *** Tj. např. ambulantní a intenzivní ambulantní nemedicínské programy, krizová pomoc, sociální poradenství, sociální rehabilitace, programy NNO ve vězeňství.*

2 Užívání drog v populaci

V r. 2008 byly v ČR provedeny dva průzkumy populace starší 15 let, Celopopulační studie užívání psychotropních látek a Evropské výběrové šetření o zdraví. Mezi oběma studiemi jsou výrazné rozdíly v použité metodologii i zjištěných prevalencích. Podle průzkumu zaměřeného výhradně na drogy (na vzorku ve věku 15–64 let) má alespoň jednu zkušenost s užitím některé ze sledovaných nelegálních drog 37 % populace, s konopnými látkami 34 % a 17 % populace má zkušenost s jinými drogami než s konopnými látkami. V posledním roce konopné látky užilo 15 % respondentů, v posledním měsíci 9 %. Podle průzkumu zaměřeného na zdraví obyvatel (na vzorku ve věku 15 a více let) užilo jakoukoliv nelegální drogu alespoň jednou v životě 15 %, konopné látky také 15 % a jinou drogu než konopnou 4 % respondentů. Oba průzkumy nicméně naznačují, že podíl osob, které mají v populaci zkušenost s nelegálními drogami, roste, přičemž největší nárůst se týká konopných drog. Zatímco v letech 2002 a 2004 uvedla alespoň jednu zkušenost s konopnými látkami pětina dospělých respondentů, v r. 2008 ve studii zaměřené na užívání nelegálních drog to byla třetina. Rostoucí trend vykazují také studie zaměřené obecně na zdravotní stav obyvatel, i když jimi naměřené prevalence jsou nižší.

V Celopopulační studii užívání psychotropních látek byla sledována míra rizikového užívání konopných látek. Do kategorie střední riziko bylo zařazeno 26 % a do kategorie vysoké riziko 12 % respondentů, kteří užili konopnou drogu v posledním roce. Nejvíce ohroženými skupinami jsou muži a osoby ve věku 25–34 let. Po extrapolaci na celou českou populaci lze počet intenzivních uživatelů konopných látek ve významném riziku odhadnout na cca 150 tis. osob, přičemž zhruba dvě třetiny z nich jsou ve věku 15–29 let.

V r. 2008 byla publikována mezinárodní zpráva školní studie ESPAD, ze které vyplývá, že ČR patří v Evropě mezi země s nejvyšší prevalencí užívání většiny sledovaných drog s výjimkou těkavých látek; u konopných drog dosahuje ČR zdaleka nejvyšších prevalencí v Evropě, zkušenost s konopnými látkami má 45 % českých 16letých.

V prostředí (noční) zábavy jsou stále nejpopulárnějšími nealkoholovými drogami konopné látky a extáze.

2.1 Užívání drog v obecné populaci

V r. 2008 byly provedeny dvě celopopulační studie. Monotematickou Celopopulační studii užívání psychotropních látek v ČR (CS 2008) provedlo NMS ve spolupráci s agenturou INRES-SONES a Centrem adiktologie. Sadu otázek na zkušenosti s alkoholem, cigaretami a nelegálními drogami obsahoval i dotazník Evropského výběrového šetření o zdraví provedeného v ČR Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS).

2.1.1 Celopopulační studie užívání psychotropních látek

Cílem celopopulační studie zaměřené na užívání nelegálních drog bylo především zmapovat aktuální situaci a trendy v užívání drog a porovnat je s daty z poslední celopopulační studie provedené v r. 2004. Dotazník obsahoval sadu otázek Evropského modelového dotazníku (European Model Questionnaire, EMQ) zjišťující prevalenci a frekvenci užívání nelegálních drog ve třech časových horizontech (celý život, posledních 12 měsíců, posledních 30 dní), dále modul CAST (Cannabis Abuse Screening Test) zaměřený na intenzivní konzumaci konopných drog a moduly, které měří dostupnost ilegálních drog a zapojení do trhu s konopnými drogami. Sběr dat proběhl v říjnu 2008 na reprezentativním vzorku 4200 respondentů ve věku 15–64 let s navýšením o 300 osob ve věku 15–29 let. Data byla vážena s ohledem na genderovou, věkovou a regionální strukturu obyvatel ČR.

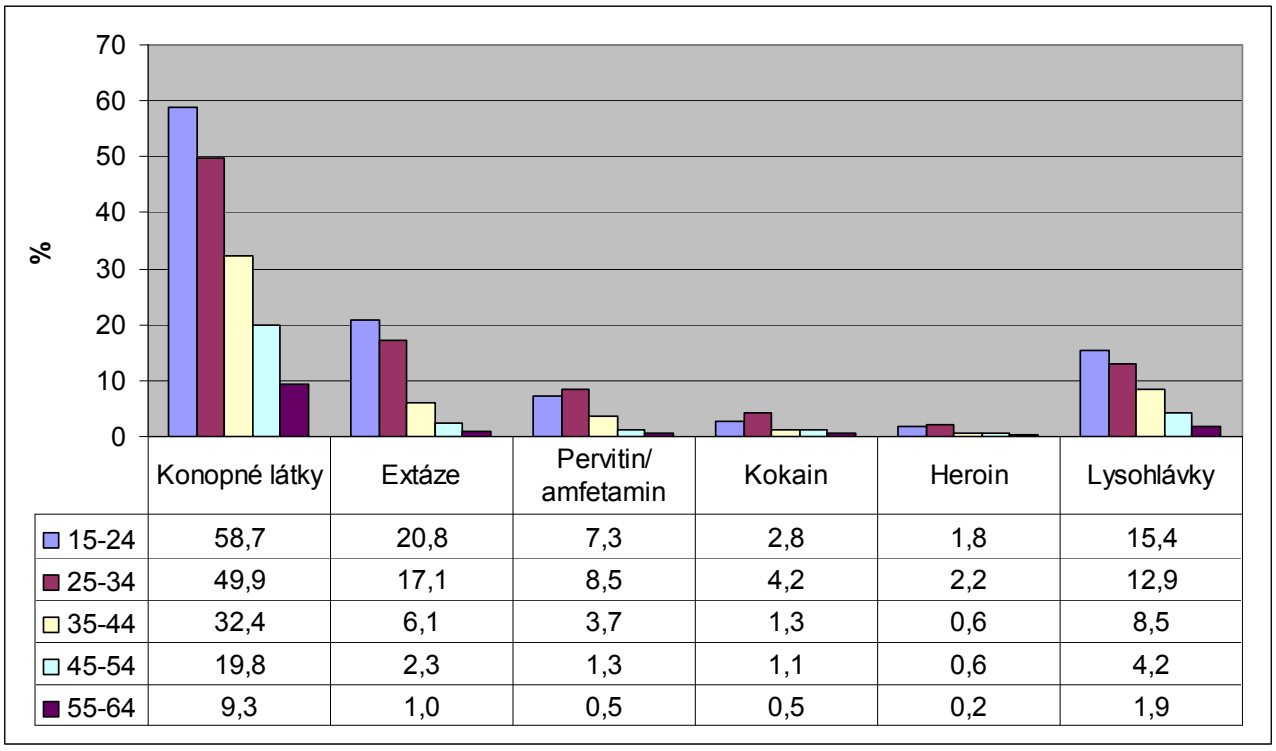
Podle výsledků studie má alespoň jednu zkušenost s užitím některé ze sledovaných nelegálních drog 37 % populace (45 % mužů a 28 % žen) – tabulka 2-1. Na tom se největší měrou podílejí konopné látky (34 %), zkušenost s jinou drogou 17 % populace starší 15 let. Extázi někdy v životě vyzkoušel každý desátý Čech, lysohlávky (psilocybin) někdy v životě užilo 9 % populace, 6 % vyzkoušela LSD, 4 % pervitin, 2 % kokain a 1 % heroin. Během posledního roku užilo nelegální drogu 17 % respondentů (15 % konopné látky a 4 % extázi). Konopné látky jsou nejčastější užívanou drogou i v horizontu posledního měsíce – jeho konzumaci uvedlo 9 % respondentů.

tabulka 2-1: Prevalence užití návykových látek v populaci od 15 do 64 let, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d)

Droga	Celý život (%)			12 měsíců (%)			30 dní (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	45,0	27,8	36,5	22,2	11,6	17,0	13,5	5,1	9,3
Jakákoliv nelegální droga mimo konopné látky	21,3	11,6	16,5	9,8	4,7	7,3	4,1	1,7	2,9
Konopné látky (marihuana a hašiš)	42,5	26,0	34,3	20,1	10,1	15,2	12,4	4,6	8,5
Extáze	11,9	7,3	9,6	4,8	2,6	3,6	1,5	0,9	1,2
Pervitin (případně amfetamin)	5,7	3,0	4,3	2,3	1,0	1,7	0,9	0,5	0,7
Kokain	2,8	1,2	2,0	1,2	0,3	0,7	0,6	0,1	0,4
Heroin	1,7	0,5	1,1	0,7	0,2	0,4	0,3	0,0	0,1
LSD	7,8	3,4	5,6	2,8	1,4	2,1	0,9	0,6	0,7
Lysohlávky	12,4	5,0	8,7	4,4	1,7	3,1	1,8	0,4	1,1

Užívání nelegálních drog je – s výjimkou pervitinu, kokainu a heroinu – nejčastější v nejmladší věkové skupině 15–24 let; s rostoucím věkem podíl osob, které nelegální drogy vyzkoušely, klesá – obrázek 2-1. Ve věkové skupině do 24 let má zkušenost s konopnými látkami 59 % respondentů, s extází 21 %, s halucinogenními houbami 15 %, s LSD 11 % a s pervitinem 7 % respondentů. Celoživotní prevalence kokainu, heroinu a pervitinu jsou nejvyšší ve věkové skupině mezi 25 a 34 lety, kde zkušenost s pervitinem uvedlo 9 % osob, s kokainem 4 % a s heroinem 2 % respondentů.

obrázek 2-1: Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog podle věkových skupin, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d)



	Konopné látky	Extáze	Pervitin/ amfetamin	Kokain	Heroin	Lysohlávky
15-24	58,7	20,8	7,3	2,8	1,8	15,4
25-34	49,9	17,1	8,5	4,2	2,2	12,9
35-44	32,4	6,1	3,7	1,3	0,6	8,5
45-54	19,8	2,3	1,3	1,1	0,6	4,2
55-64	9,3	1,0	0,5	0,5	0,2	1,9

Míra rizikového užívání konopných látek v populaci byla měřena pomocí škály CAST, která obsahuje šest položek zkoumajících, (1) zda respondent užívá konopné látky o samotě (2) či před polednem, (3) zda měl někdy potíže s pamětí v důsledku konzumace konopných látek, (4) zda někdo blízký doporučil respondentovi přestat nebo omezit konzumaci konopných látek, (5) zda se o to někdy respondent bez úspěchu pokusil a (6) zda měl někdy (např. ve škole) potíže kvůli užívání konopných látek. Výsledkem transformace a součtu všech šesti proměnných je škála CAST, která nabývá hodnot od 0 do 6 a kde jeden a žádný bod značí malé riziko, 2–3 body střední riziko a 4 a více bodů vysoké riziko užívání konopných látek, které již vyžaduje odbornou intervenci (Beck and Legleye, 2008). Ve studii v r. 2008 představuje konzumace konopných látek střední riziko pro 26 % a vysoké riziko pro 12 % respondentů, kteří jej užili v posledním roce. Ohroženějšími skupinami jsou muži a osoby ve věku 25–34 let, podrobně tabulka 2-2. Výsledky ve věkové skupině nad 55 let mohou být ovlivněny velmi malým počtem uživatelů v této kategorii.

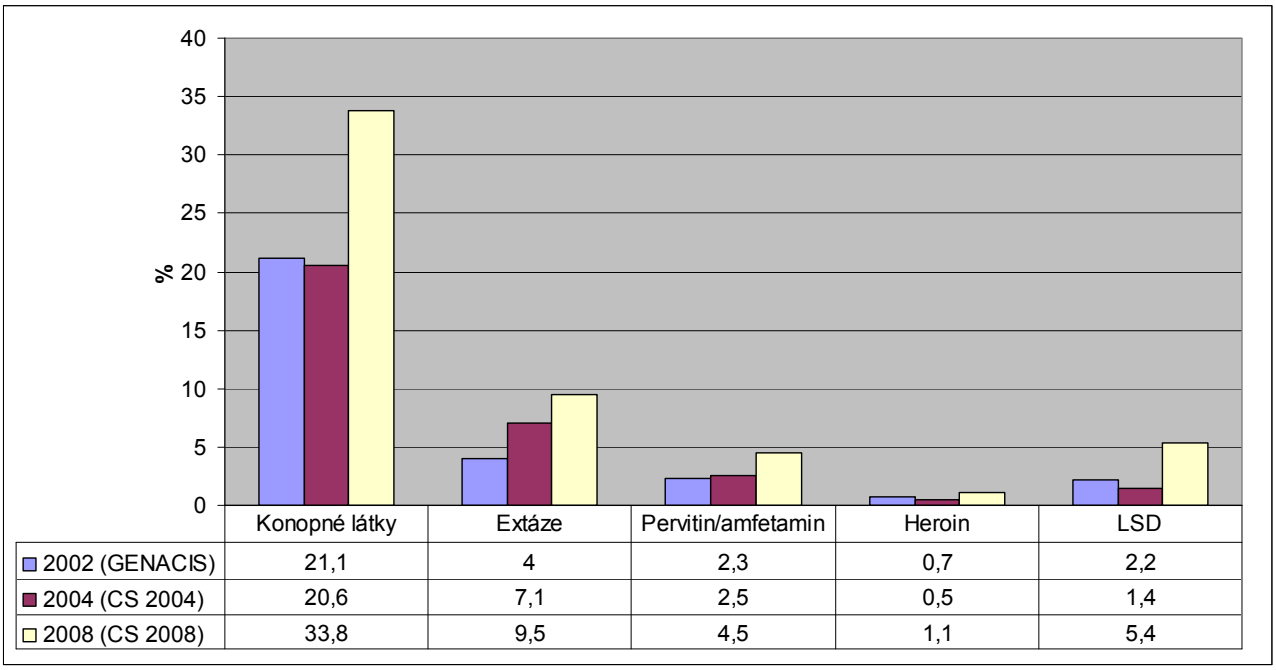
Ve vysokém riziku užívání konopných látek se odhadem nachází 1,9 % osob ve věku 15–64 let; pokud se tento podíl extrapoluje na celou populaci ČR, lze počet „problematických“ uživatelů konopných látek odhadnout na cca 150 tis., přičemž zhruba dvě třetiny z nich jsou ve věku 15–29 let.

tabulka 2-2: Výsledky škály CAST podle pohlaví a věku pro osoby, které užily konopné látky během posledních 12 měsíců, v %

Riziko	Pohlaví (%)		Věk (%)						Celkem (%)
	Muži	Ženy	15–17	18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	
Žádné nebo malé riziko	56,4	73,5	71,8	59,3	55,1	67,1	82,5	68,4	62,1
Střední riziko	30,0	17,1	24,4	27,3	30,6	19,7	12,5	10,5	25,7
Vysoké riziko	13,6	9,5	3,8	13,4	14,4	13,2	5,0	21,1	12,2

Výsledky dosavadních studií ukazují, že podíl osob, které mají zkušenost s návykovými látkami, v populaci roste, přičemž největší nárůst se týká konopných drog. V r. 2002 provedlo Psychiatrické centrum Praha studii GENACIS zaměřenou na rozdíly v užívání návykových látek mezi pohlavími, která obsahovala sadu standardních otázek na zkušenosti s drogami za celý život a v posledních 12 měsících. V r. 2004 provedl ÚZIS první celopopulační studii (CS 2004), která poprvé v ČR použila Evropský modelový dotazník (EMQ), obsahující standardní otázky na užívání a postoje k drogám. Zatímco v letech 2002 a 2004 uvedla alespoň jednu zkušenost s konopnými látkami pětina dospělých respondentů[13], v loňském roce už to byla třetina. Mezi r. 2002 a 2008 se zároveň zdvojnásobily prevalence celoživotních zkušeností s extází, pervitinem a s LSD – obrázek 2-2.

obrázek 2-2: Trendy v užívání drog v populaci od 18 do 64 let v r. 2002–2008: celoživotní prevalence vybraných drog, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006; Psychiatrické centrum Praha, 2002)



	Konopné látky	Extáze	Pervitin/amfetamin	Heroin	LSD
2002 (GENACIS)	21,1	4	2,3	0,7	2,2
2004 (CS 2004)	20,6	7,1	2,5	0,5	1,4
2008 (CS 2008)	33,8	9,5	4,5	1,1	5,4

2.1.2 Evropské výběrové šetření o zdraví

V r. 2008 provedl ÚZIS sběr dat v rámci české části Evropského výběrového šetření o zdraví (European Health Interview Survey, EHIS). Studie, kterou mezinárodně koordinuje Eurostat, navazuje na řadu Výběrových šetření o zdravotním stavu české populace (HIS), realizovaných ÚZIS v letech 1993, 1996, 1999 a 2002 a používá celoevropsky jednotnou metodiku. EHIS by měly realizovat všechny členské státy EU v období 2007–2010. Studie se primárně zaměřila na hodnocení zdravotního stavu populace, v kontextu zdravého životního stylu jsou do dotazníku zahrnuty také otázky týkající se kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog. Sběr dat od 1955 respondentů ve věku 15 a více let proběhl v létě a na podzim r. 2008.

Výsledky EHIS přinesly u všech sledovaných drog a časových rámců podstatně nižší prevalence než CS 2008. Konopné látky alespoň jednou v životě užilo 15 %, v posledním roce je užilo 5 % a v posledním měsíci 2 % osob. Extázi a lysohlávky někdy v životě vyzkoušela 2 % populace – tabulka 2-3.

[13] Pro účely srovnání byl ve všech třech studiích použit podsoubor ve věku 18–64 let.

tabulka 2-3: Prevalence užití návykových látek v populaci ve věku od 15 let (celoživotní, v posledních 12 měsících a 30 dnech, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2009a)

Droga	Celý život (%)			12 měsíců (%)			30 dní (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	19,0	12,0	15,4	6,0	4,1	5,0	3,4	1,5	2,4
Jakákoliv nelegální droga mimo konopné látky	5,1	2,5	3,7	1,9	0,6	1,3	1,3	0,4	0,8
Konopné látky (marihuana a hašiš)	18,9	12,0	15,3	5,3	4,0	4,6	2,9	1,4	2,1
Extáze	2,9	1,3	2,1	0,9	0,6	0,7	0,3	0,3	0,3
Pervitin (případně amfetamin)	1,4	1,3	1,3	0,7	0,3	0,6	0,4	0,1	0,3
Kokain	1,5	0,8	1,1	0,9	0,8	0,5	0,2	0,2	0,5
Heroin	1,1	0,2	0,6	0,6	0,2	0,4	0,5	0,1	0,3
LSD	1,5	0,9	1,2	0,9	0,3	0,6	0,5	0,1	0,3
Lysohlávky	3,2	1,4	2,2	1,4	0,5	0,9	0,7	0,1	0,4

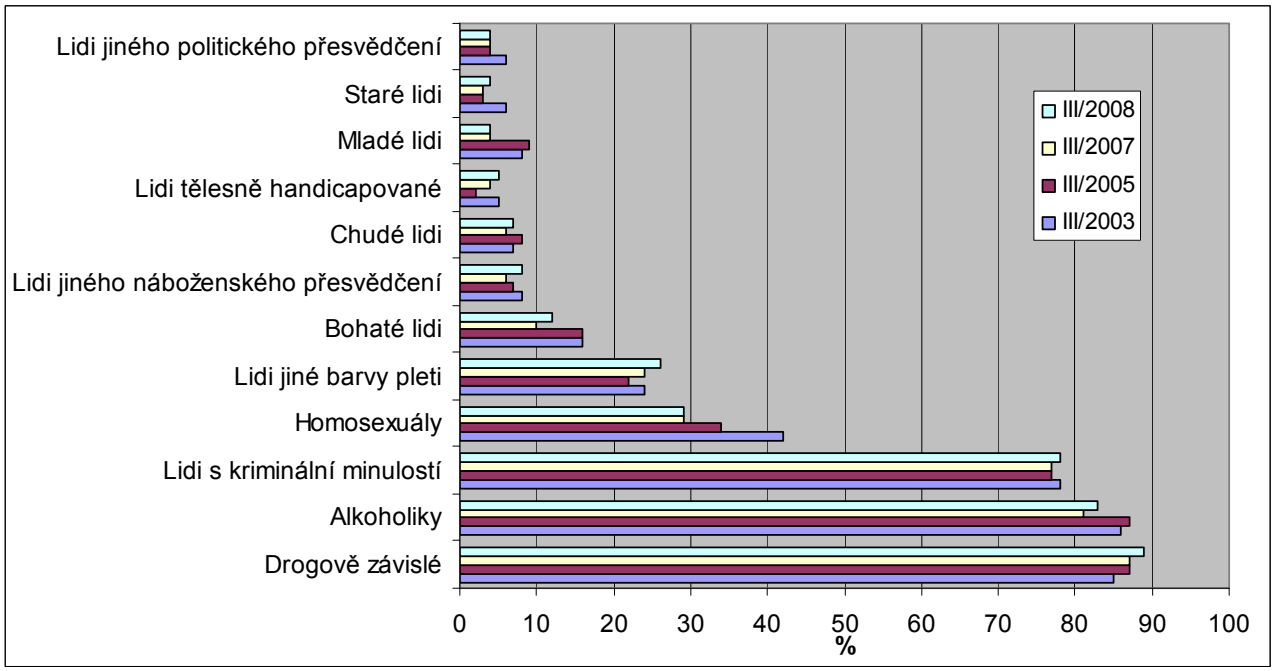
Podobně jako celopopulační průzkumy o užívání drog, i studie o zdravotním stavu obyvatel naznačují nárůst v užívání drog. V průzkumu HIS v r. 2002 uvedlo alespoň jednu zkušenost s konopnými látkami 6,7 % respondentů ve věku 18–64 let, zatímco v loňském průzkumu EHIS už to ve stejné věkové skupině bylo 17,7 % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003; Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2009a).

Rozdíly v mírách prevalence mezi oběma realizovanými studiemi v r. 2008 (CS 2008 a EHIS) jsou pravděpodobně způsobeny zejména odlišnou metodologií – lišil se jak obsah dotazníku a formulace otázek, tak způsob sběru dat i konstrukce výběrového souboru. Zahraniční zkušenosti ukazují, že ve studiích, jejichž dotazníky obsahují nejprve otázky týkající se zdravotního stavu a životního stylu, bývají údaje o užívání nelegálních drog nižší než ve studiích zaměřených pouze na nelegální drogy (Decorte et al. 2009). Data obou studií zároveň vypovídají o rozdílných populacích z hlediska věku: zatímco respondenti CS 2008 byli ve věku 15–64 let, EHIS se zaměřil na populaci od 15 let bez horního věkového omezení. Příčiny rozdílů mezi hodnotami prevalencí užívání drog získanými z obou studií budou dále zevrubně analyzovány.

2.1.3 Postoje k užívání návykových látek

Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) v rámci projektu Naše společnost každoročně mapuje postoje a názory obyvatel ČR na užívání návykových látek a míru tolerance k jejich uživatelům. V březnu 2008 v průzkumu Češi a tolerance (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2008) předložili výzkumníci respondentům baterii otázek vztahujících se ke 12 skupinám osob, z nichž dotázaní vybírali ty, které by nechtěli mít za sousedy. Osoby drogově závislé by ve svém sousedství nechtělo 89 % dotázaných, alkoholiky nebo lidi s kriminální minulostí 83 %, resp. 78 %. V r. 2008 byli lidé k drogově závislým nejméně tolerantní od r. 2003 – obrázek 2-3.

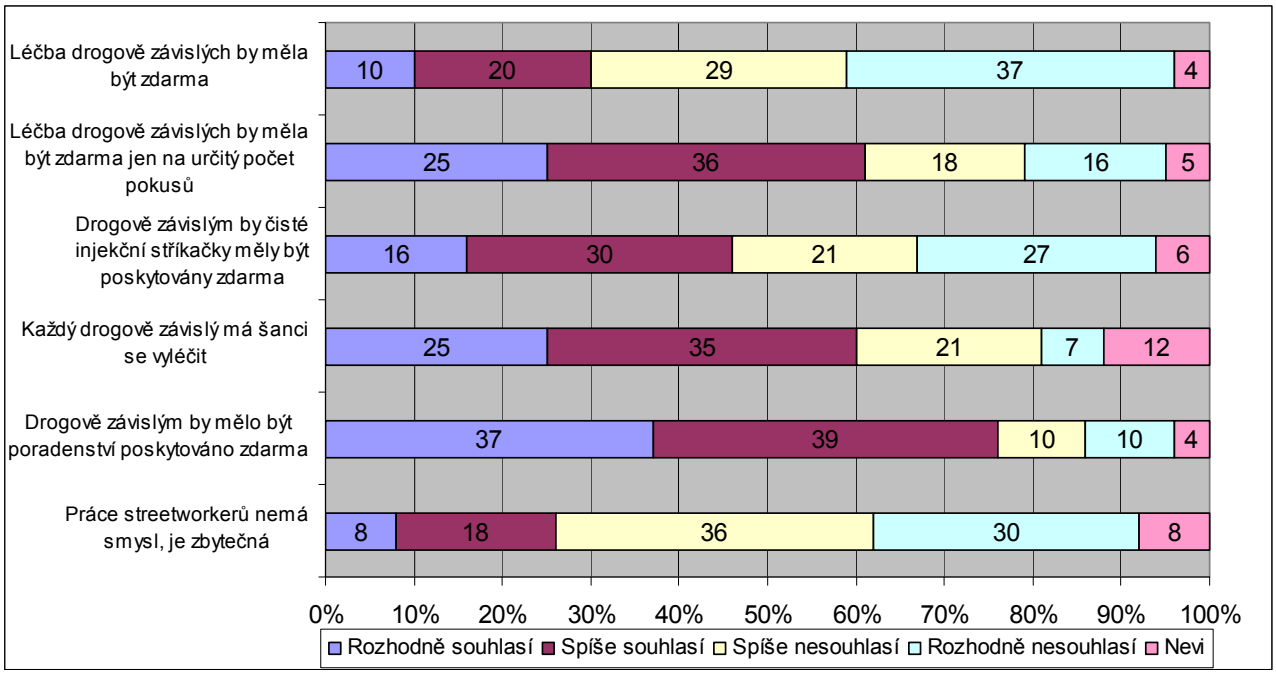
obrázek 2-3: Časové srovnání odpovědí na otázku Koho byste nechtěl/a mít za sousedy?, v % (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2008)



V květnu 2009 provedlo CVVM šetření, v němž byli respondenti dotázáni na postoje ke konzumaci vybraných návykových látek (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2009b) a na názory na drogovou závislost (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2009a). Dotazník obsahoval otázky zjišťující morální přijatelnost konzumace drog a vnímanou míru zdravotních rizik. Nejméně výhrad měli dotázaní vůči kávě, jejíž užívání (pravidelná a občasná konzumace) je přijatelné pro 96 % z nich; konzumaci alkoholu toleruje 93 % dotázaných a konzumaci cigaret už jen 72 %. Z nelegálních drog je nejpřijatelnější marihuana (18 %), následují extáze (6 %), pervitin (3 %) a heroin (2 %). Na tyto výsledky má jistě vliv i vnímaná rizikovost uvedených látek – nejnebezpečnější drogou je podle respondentů heroin, kde 74 % dotázaných považuje za rizikové již jeho první užití. Následují pervitin (63 %), extáze (55 %) a marihuana (31 %). Z hlediska trestního postihu se respondenti nejkritičtěji stavěli k prodeji „tvrdých“ drog – s trestním postihem souhlasí 96 % dotázaných, v případě prodeje konopných látek pak 91 %. Zároveň by většina dotázaných souhlasila s trestním postihem samotného užívání – v případě „tvrdých“ drog to uvedlo 83 % respondentů, v případě konopných látek 65 % (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2009b).

Mezi pět nejčastějších faktorů, o kterých se občané ČR domnívají, že mají vliv na vznik závislosti, patří přátelé (94 % respondentů označilo tento faktor), znalost osob, které drogy užívají (83 %), osobnost jedince (83 %), výchova (80 %) a místo, kde člověk žije (70 %) (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2009a). Názory na další aspekty drogové problematiky ukazuje obrázek 2-4.

obrázek 2-4: Názory na vybrané aspekty drogové problematiky, v % (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2009a)

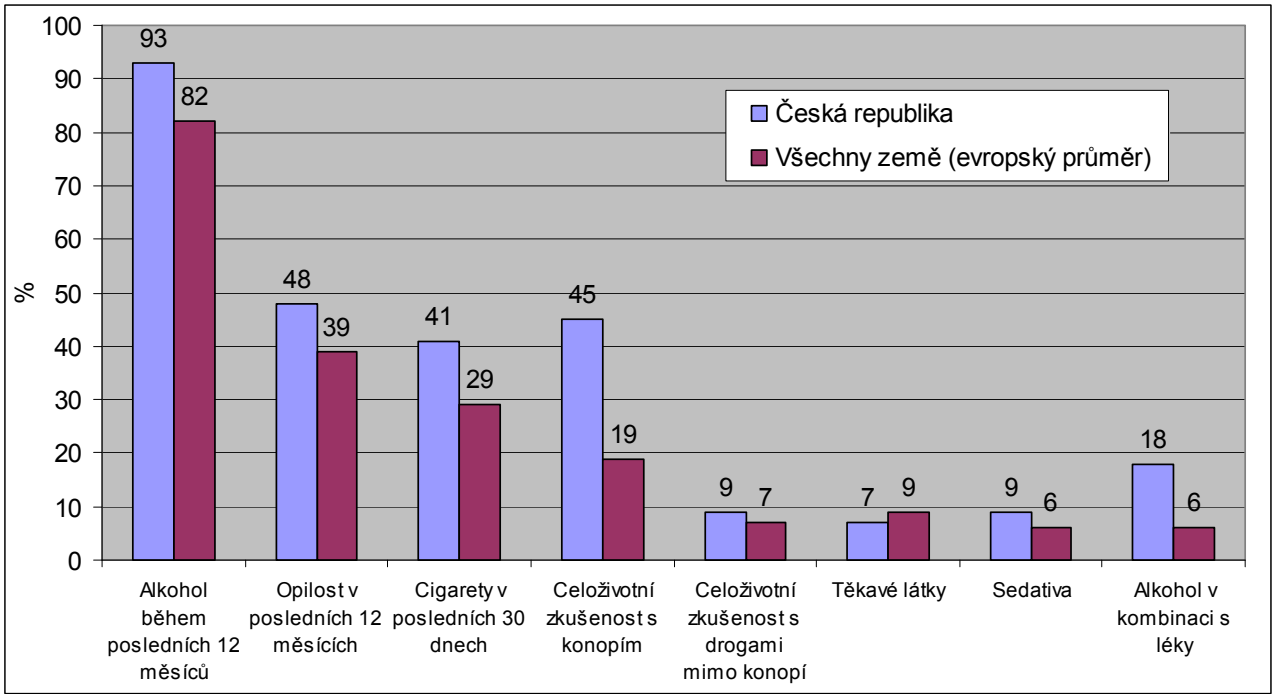


2.2 Užívání drog ve školní populaci

2.2.1 Studie ESPAD v mezinárodním kontextu

V březnu 2009 byla publikována mezinárodní zpráva Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), které se ČR v r. 2007 zúčastnila již počtvrté (Hibell et al. 2009). Výsledky za ČR byly shrnuty ve VZ 2007. Do mezinárodního srovnání byla zahrnuta data o 3901 českých studentech narozených v r. 1991 (tj. převážně 16letých). Srovnání českých a evropských hodnot osmi klíčových ukazatelů studie ESPAD z r. 2007 uvádí obrázek 2-5.

obrázek 2-5: Srovnání vybraných ukazatelů za ČR s evropským průměrem ze studie ESPAD 2007, v % (Hibell et al. 2009)



Česká republika patří mezi země, které vykazují u většiny sledovaných látek nejvyšší podíl studentů, kteří s nimi mají zkušenost. Z nelegálních drog uváděli respondenti v r. 2007 nejčastěji zkušenosti s užíváním konopných látek (45,1 %). Na dalších místech se objevují zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (9,1 %), s užitím halucinogenních hub (7,4 %) a s čicháním rozpouštědel (7,0 %). Zkušenosti s LSD (5,0 %), extází (4,6 %) a amfetaminy (3,5 %) jsou méně časté, zkušenosti s drogami typu heroin a kokain jsou v populaci šestnáctiletých minimální (2,0 %, resp. 1,1 %). Nejvyšší prevalence v rámci Evropy zaznamenala ČR v souvislosti s konzumací alkoholu, cigaret a konopných látek, nejnižší naopak ve zkušenostech s těkavými látkami. Zatímco užívání konopných látek zůstalo v ČR ve srovnání s r. 2003 na stejné úrovni, poklesl podíl osob, které uvedly zkušenost s extází.

2.2.2 Studie HBSC v mezinárodním kontextu

V r. 2008 byla rovněž publikována souhrnná mezinárodní zpráva studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) z r. 2006, která je primárně zaměřena na zdravý životní styl 15letých žáků (v ČR žáků 9. tříd), ale zabývá se i užíváním alkoholu a nelegálních drog. Pro souhrn výsledků za ČR viz VZ 2006. Z nelegálních drog se mezinárodní zpráva zabývá pouze konzumací konopných látek. Alespoň jednu zkušenost s nimi uvedlo v ČR 25 % žáků, zatímco užití v posledním roce 19 % žáků. Celosvětový průměr celoživotní prevalence přitom činil 18 % (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2008).

2.2.3 Školní průzkumy regionálního rozsahu

Na jaře 2008 byl realizován průzkum mezi žáky základních škol v Praze 14 pomocí dotazníku ESPAD (Skalský, 2009). Do studie bylo zahrnuto šest základních škol a dotazník vyplnilo 303 žáků devátých tříd. Podle studie mělo během života alespoň jednu zkušenost s marihuanou nebo hašišem 35 % dotázaných, v posledním roce je užilo 28 % a v posledním měsíci 15 % dotázaných.

2.3 Užívání drog ve specifických skupinách populace

Z r. 2008 jsou k dispozici informace o užívání drog v prostředí zábavy (viz níže) a dále pouze omezené informace týkající se problematiky užívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin – blíže viz kapitolu Užívání drog v sociálně vyloučených skupinách (str. 68).

2.3.1 Užívání drog v prostředí noční zábavy

V rámci evaluace projektu Safer Party Tour 2008, který byl realizován na osmi hudebních festivalech a byl zaměřen na prevenci zneužívání návykových látek (viz také kapitolu Selektivní prevence na str. 22), proběhlo dotazníkové šetření mezi klienty poskytovaných služeb. Dotazník vyplnilo 363 osob ve věku 15–63 let, dvě třetiny (67,2 %) tvořili muži; průměrný věk mužů byl 23,1 roku a žen 21,4 roku. Více než polovinu souboru tvořily středoškolsky vzdělané osoby; naprostá většina (93 %) výběrového souboru buď studovala, nebo byla zaměstnána.

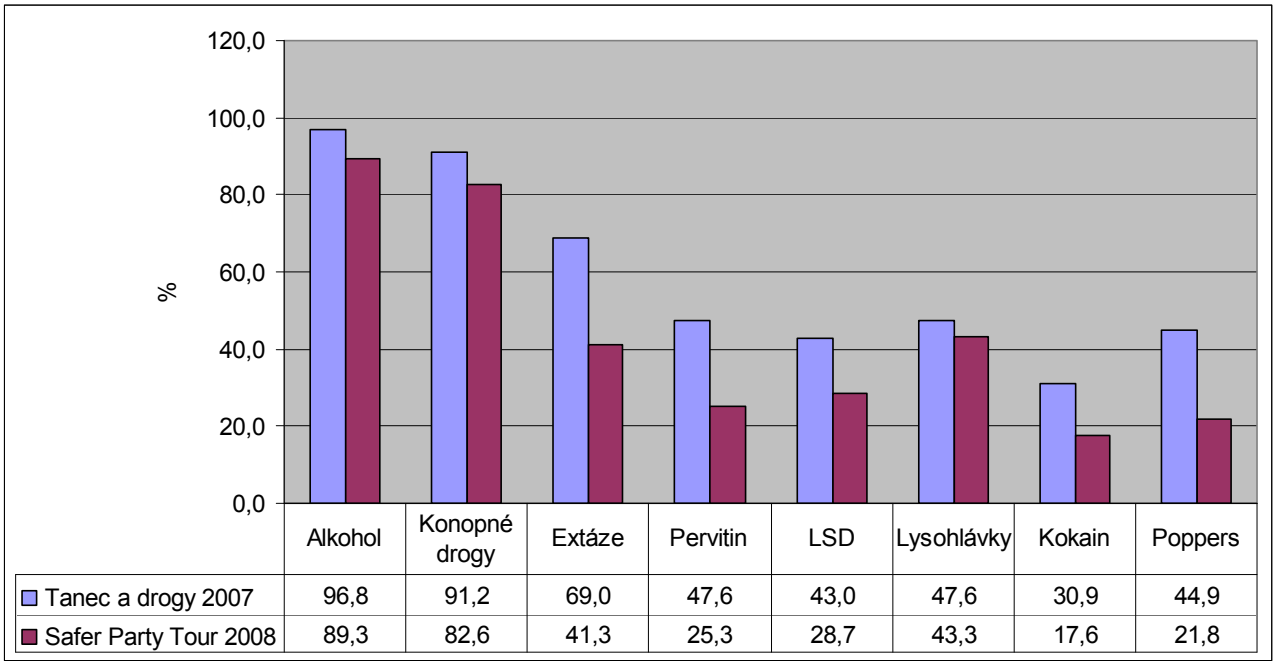
Nejčastěji konzumovanými látkami byly alkohol a konopné látky, následovala extáze a lysohlávky. Alkohol, konopné látky a extáze byly také drogami, o nichž respondenti nejčastěji uváděli, že je užili nebo plánují užít na festivalu, kde

vyplnili dotazník; v případě alkoholu a extáze byl dokonce podíl těchto osob vyšší než podíl osob, které drogu užily v uplynulých 30 dnech (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a). Pokud jde o nejčastěji užívané drogy, reprezentovali klienti služeb Safer Party Tour 2008 skupinu rekreačních uživatelů drog, jak byla popsána ve studii Tanec a drogy 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008d). Srovnání míry zkušeností s drogami mezi oběma soubory ukazuje obrázek 2-6.

tabulka 2-4: Podíl klientů projektu Safer Party Tour 2008, kteří uvedli zkušenost s drogou během celého života, posledních 12 měsíců a posledních 30 dní, resp. plánovali její užití na akci, kde dotazník vyplnili, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a)

Droga	Celý život (%)	12 měsíců (%)	30 dní (%)	Tato párty (%)
Alkohol	89,3	50,4	43,3	51,2
Konopné látky	82,6	56,7	32,2	28,4
Lysohlávky	43,3	23,4	4,4	1,9
Extáze	41,3	24,5	8,3	11,0
LSD	28,7	13,8	5,2	2,2
Pervitin/amfetamin	25,3	14,0	4,4	2,2
Poppers	21,8	9,6	0,8	0,8
Kokain	17,6	9,9	3,9	1,4
Opiáty/heroin	5,5	0,8	0,3	0
Ketamin	3,6	1,4	0,6	0
GHB	2,5	0,8	0,3	0

obrázek 2-6: Celoživotní prevalence vybraných drog u klientů Safer Party Tour 2008 a u respondentů studie Tanec a drogy 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008d; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a)



Mezi klienty Safer Party Tour 2008 byl zjišťován také výskyt zdravotních potíží v souvislosti s pobytem na taneční akci a případným užíváním drog. Celkem 78,9 % klientů projektu uvedlo, že se někdy na párty či festivalu potýkali se zdravotními obtížemi, 57 % přitom uvedlo více než jeden zdravotní problém. Nejčastější komplikací byla nevolnost a zvracení, následovala bolest hlavy; zhruba čtvrtina souboru uvedla přehřátí a dehydrataci, neopodstatněnou únavu nebo dezorientaci. Nejčastěji uváděnou příčinou problémů byla nadměrná konzumace drog nebo alkoholu. Odbornou pomoc však vyhledaly pouze 4,3 % dotázaných (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a).

3 Prevence

Primární prevenci včetně prevence v oblasti užívání drog koordinuje MŠMT. Hlavní cíle a aktivity v této oblasti jsou uvedeny ve Strategii prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012. V r. 2008 MŠMT aktualizovalo standardy a certifikační řád v rámci systému certifikací odborné způsobilosti programů primární prevence užívání návykových látek – celkem bylo v ČR do konce r. 2008 certifikováno 36 subjektů s 48 programy, jednalo se především o nestátní neziskové organizace. V r. 2009 byly navrženy úpravy Metodického pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních.

Základním nástrojem školské primární prevence je minimální preventivní program zaměřený na podporu zdravého životního stylu a prevenci všech forem rizikového chování, který je realizován na všech základních a středních školách v ČR.

Programy selektivní a indikované prevence jsou poskytovány nestátními organizacemi nebo specializovanými institucemi; tyto programy jsou orientovány především na práci s ohroženými skupinami, jednotlivci a rodinami. Příkladem aplikované selektivní prevence byl projekt Safer Party Tour 2008 zaměřený na užívání drog v prostředí noční zábavy.

Mimo dopravně-bezpečnostní kampaň Nemyslíš – zaplatíš! částečně zaměřenou na užívání drog za volantem se na národní úrovni nekonala v r. 2008 žádná kampaň zaměřená na užívání drog. Na regionální a místní úrovni se konala řada akcí označovaných jako protidrogové, často se však jednalo o aktivity s neprokázaným efektem.

3.1 Systém a rámec protidrogové prevence

Koordinací primární prevence je pověřeno MŠMT. Hlavním dokumentem v této oblasti je Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012. Mezi dlouhodobé cíle této strategie, která se zaměřuje rovněž na prevenci užívání drog (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky), patří např. důraz na specifickou všeobecnou, selektivní, indikovanou primární prevenci, podpora vzdělávání, evaluace certifikačního procesu. Cíle strategie budou upřesněny v akčním plánu MŠMT (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2009a).

V lednu 2009 RVKPP uložila ministru školství, mládeže a tělovýchovy upravit a doplnit Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (č. j. 20 006/2007-51). Aktualizovaný pokyn by měl platit již ve školním r. 2009/2010. Navrhované úpravy se týkají:

- realizace preventivních programů v prostředí škol – doporučuje se preferovat certifikované externí programy; v případě aktivit indikované prevence preferovat poradenská opatření před opatřeními kázeňskými, správními či trestněprávními,
- realizace orientačního testování na drogy v prostředí škol – doporučuje se zdůraznit, že plošné nebo namátkové orientační testování na drogy není účinnou preventivní metodou, stejně tak jako využívání drogových psů a testování povrchů lavic a předmětů; doporučuje se, aby v případě, že se škola rozhodne drogové testy provádět, měla předem vypracovaný a zveřejněný sankční řád; testy by se měly provádět jen v případě důvodného podezření na užití drog a jen za podmínky informovaného souhlasu; doporučuje se zpřesnit pojem „důvodné podezření“,
- terminologického zpřesnění – nahradit některé obsolentní termíny, např. „sociálně patologický jev“, modernějšími výrazy.

Pro hodnocení kvality programů specifické primární prevence byly v r. 2005 definovány Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2005) a certifikační systém v oblasti prevence byl spuštěn v r. 2006 – blíže viz VZ 2006 a VZ 2007. V r. 2008 se pravidelně scházela pracovní skupina pro rozvoj standardů primární prevence, složená ze zástupců odborně zainteresovaných rezortů a institucí; v prosinci 2008 MŠMT schválilo aktualizovanou verzi standardů a certifikačního řádu. Od prosince 2006 do konce r. 2008 požádalo o certifikaci celkem 40 zařízení, resp. 54 programů, z toho podmínkám certifikace vyhovělo 36 zařízení, resp. 48 programů; v r. 2008 proběhlo 8 místních šetření u 9 programů (Agentura pro certifikace, 2009).

O.s. Prev-Centrum od r. 2007 za podpory RVKPP a Magistrátu hl. m. Prahy vytvářelo aplikaci PrevData s cílem sjednotit výkaznictví v oblasti specifické primární prevence. V průběhu r. 2008 probíhalo pilotní testování aplikace a zaškolování uživatelů – poskytovatelů primární prevence – viz také podkapitolu Systémy sběru dat o uživatelích drog v léčbě (str. 37).

Ve 2. pololetí 2008 byly ve spolupráci s Magistrátem hl. m. Prahy a Centrem adiktologie zahájeny přípravné práce na spuštění Pražského centra primární prevence. Úkolem centra je vytvoření a koordinace uceleného systému primární prevence rizikového chování na území Prahy do r. 2013.

3.2 Všeobecná prevence

3.2.1 Preventivních programy ve školách a školských zařízeních

Základním nástrojem pro realizaci prevence ve školách je minimální preventivní program (MPP), který je pro školy závazný, rámcově jej definuje MŠMT a podléhá kontrole České školní inspekce. MPP je zaměřen na podporu zdravého životního stylu a prevenci všech forem rizikového chování včetně prevence užívání návykových látek. Realizaci MPP na škole zajišťuje školní metodik prevence ve spolupráci s dalšími pedagogy. Součástí MPP je i práce s rodiči a vzdělávání pedagogů. Školy realizují tento program samy nebo ho doplňují o programy externích subjektů včetně nestátních neziskových organizací.

O tom, jaké typy programů jsou v rámci MPP realizovány, vypovídá struktura projektů podpořených v r. 2008 MŠMT v rámci dotačního Programu I[14]. Bylo podpořeno celkem 234 projektů s více než 500 programy. Nejčastějším typem podpořených programů byly adaptační kurzy (48 %), zážitkové programy (10 %) a jednorázové přednášky, besedy a semináře (4 %). Ve 43 % případů šlo o programy realizované v rámci školní výuky, ve 45 % o programy realizované mimo školní docházku; bylo osloveno celkem cca 12 300 osob, z toho 92 % žáků a 8 % dospělých, převážně pedagogů, školních metodiků prevence a výchovných poradců; do programů se zapojili také rodiče a veřejnost (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2009b).

Preventivní programy na školách jsou často (spolu)realizovány nestátními neziskovými organizacemi. Ze všech protidrogových projektů (154), kterým RVKPP poskytla dotace na r. 2008, realizovalo aktivity v oblasti prevence 35 projektů; 25 z nich uvedlo v závěrečné zprávě realizované výkony. Programy prevence prováděla podobně jako v minulých letech nejčastěji tzv. centra prevence (17 programů) a 11krát se jednalo o aktivity nízkoprahových programů, tj. kontaktních center a terénních programů. V rámci školní docházky bylo realizováno celkem 17 030 výkonů (bloků, besed, interaktivních seminářů, konzultací, intervencí, pobytových akcí atd.) a bylo kontaktováno 120 673 osob. Mimo školní docházku bylo v rámci indikované prevence, edukačních aktivit a informačního servisu provedeno celkem 9755 výkonů a kontaktováno 6422 osob (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j).

V rámci realizace české komponenty mezinárodního projektu EU-DAP 2 (EUropean Drug Addiction Prevention trial at a population level) byla realizována evaluace programu Unplugged, který je zaměřen na prevenci užívání návykových látek ve vybraných základních školách, a to skrze zvyšování psychosociálních kompetencí žáků 6. tříd, tj. dětí ve věku 12–14 let (k realizaci EU-DAP v ČR viz také VZ 2006 a VZ 2007). Výzkumný projekt je realizován na 70 školách (experimentální skupina 966 žáků ze 37 škol; kontrolní skupina 888 žáků ze 33 škol). Z předběžných výsledků po 6 měsících realizace projektu vyplývá, že program je efektivní; podařilo se statisticky významně snížit užívání tabáku, výskyt opilosti, prevalenci konopných a těkavých látek. Další testování je plánováno na červen r. 2009 (Miovská et al. 2009; Jurystová et al. 2009). V r. 2008 byla rovněž realizována analýza, jejímž cílem bylo popsat rámec primárně preventivních aktivit škol zapojených do projektu. Z výsledků vyplývá, že nejčastější realizovanou preventivní aktivitou jsou jednorázové akce – besedy, které si školy, resp. školní metodici prevence povětšinou zajišťují sami; z kontrolní skupiny realizovalo dlouhodobý program skládající se z více lekcí pouze 20 % škol (Adámková et al. 2009).

V návaznosti na úpravy a doplnění Metodického pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních realizovalo NMS ve spolupráci s MŠMT v r. 2009 dotazníkový celorepublikový průzkum zaměřený na získání informací o testování na alkohol a jiné drogy v českých základních a středních školách v r. 2008. Kompletní výsledky nejsou zatím k dispozici, nicméně lze zmínit výsledky průběžné, které popisují stav v 5 krajích ČR (Hl. m. Praha, kraje Středočeský, Královéhradecký, Liberecký a Ústecký) – tabulka 3-1 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d).

V r. 2008 proběhla školní dotazníková studie, která se zaměřovala na školní populaci města Plzně, která mimo jiné sledovala postupy, jež školy uplatňují, resp. by uplatňovaly, když je některý žák během vyučování poprvé přistižen s cigaretou nebo jeví známky opilosti. Nejčastějšími postupy jsou informování rodičů (59 %), písemná poznámka (55 %) a ústní varování (50 %). Opilý student přibližně ve čtvrtině škol dostane písemnou poznámku (27 %) a cca každá čtvrtá škola uvádí sankce, jako jsou důtka ředitele, pohovor výchovného poradce s rodiči, udělení snížené známky z chování nebo odeslání k lékaři; zápis do osobních záznamů studenta je učiněn přibližně na každé páté škole (Vacek et al. 2009).

[14] Blíže o výdajích a dotacích na protidrogovou politiku v r. 2008 viz také kapitolu Výdaje a náklady spojené s drogami (str. 8). Program I je nástrojem financování preventivních programů realizovaných samotnými školami. MŠMT poskytuje finanční prostředky formou dotace jednotlivým krajům, které prostředky dále rozdělují školám a školským zařízením; dále mohou školské programy spolufinancovat i kraje a obce.

tabulka 3-1: Programy testování na alkohol a jiné drogy na základních a středních školách v 5 krajích ČR v r. 2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d)

Ukazatel	ZŠ	SŠ	Celkem
Celkem škol ve vzorku	1 264	517	1 781
Školy, které realizovaly testy na alkohol	50	68	118
– pozitivní výsledek testu na alkohol (počet případů)	136	125	261
Školy, které realizovaly testy na nealkoholové drogy	32	53	85
– pozitivní výsledek testu na konopné látky (počet případů)	72	46	118
– pozitivní výsledek testu na pervitin (počet případů)	6	5	11
– pozitivní výsledek testu na jiné drogy (počet případů)	16	14	30
Sankcionovaní žáci/studenti*	63	115	178
Školy, kde se objevují závažnější problémy**	52	39	91
Žáci/studenti se závažnějšími problémy**	104	129	233
Školy, které realizovaly plošné testování tříd	3	0	3
Školy, které realizovaly povrchové testování nábytku	4	4	8
Školy, které realizovaly prohlídky pomocí drogových psů	7	3	10

*Pozn.: * V souvislosti s jejich pozitivitou na alkohol a/nebo jiné drogy, ** v souvislosti s užíváním alkoholu a/nebo jiných drog.*

3.3 Selektivní prevence

Programy selektivní prevence jsou zaměřeny na skupiny dětí a mladých lidí, u kterých lze předpokládat zvýšené riziko výskytu rizikového chování. Může se jednat o děti žijící v rodinách ze sociálně znevýhodněného nebo kulturně odlišného prostředí (např. o příslušníky národnostních menšin, děti vyrůstající mimo vlastní rodinu, děti žijící v rodinách uživatelů alkoholu a drog, děti s nespecifickými nebo specifickými poruchami chování, např. s ADHD). Mezi efektivní programy selektivní prevence patří programy založené na práci s rodinou, na poradenství, psychoterapii, na nácviku sociálních dovedností; efektivita byla prokázána i u přístupů založených na nabízení pozitivních alternativ (např. nízkoprahové kluby pro mládež) nebo u peer programů (Černý and Lejčková, 2007).

Příkladem dobré praxe v oblasti selektivní (a indikované) prevence v ČR je např. činnost o.s. Prev-Centrum, které realizuje selektivně-preventivní Program včasné intervence pro ohrožené třídní kolektivy žáků 5.–9. ročníků základních škol. Jedná se o kontinuální cílený program, který zahrnuje 3–5 setkání se třídou v intervalech 2–3 týdnů. Cílem programu je ve spolupráci se školou napomáhat ke zkvalitnění vztahů mezi žáky ve třídě, kteří jsou z důvodu přítomnosti v rizikovém třídním kolektivu ohroženi vznikem šikany, experimentováním s návykovými látkami a dalšími formami rizikového chování. V rámci Programu včasné intervence pro rizikové děti a dospívající nabízí o.s. Prev-Centrum poradenský servis pro děti, rodiče a pedagogy v případech problematického postavení dítěte ve třídě, problematických vztahů s vrstevníky a poruch chování, jako jsou krádeže, záškoláctví, experimentování s návykovými látkami, lhaní atd. (o.s. Prev-Centrum, 2008). V r. 2008 bylo realizovalo 52 bloků selektivní prevence s 19 třídami; v rámci těchto bloků 6 expertů uskutečnilo 1120 kontaktů. Dále bylo realizováno 69 konzultací s 19 třídními učiteli a školními metodiky prevence (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j).

Příkladem selektivně-preventivního programu byl projekt Safer Party Tour 2008, který realizovalo o.s. Chilli.org ve spolupráci s dalšími neziskovými organizacemi. Projekt se zaměřoval na prevenci užívání drog na tanečních akcích během letní sezony. Na 8 největších hudebních festivalech byla zřízena chill-outová zóna a bylo kontaktováno 1529 osob, kterým byly provedeny testy na alkohol, poskytována krizová intervence a jiná vyšetření (např. měření krevního tlaku) a ošetření. Klienti obdrželi letáčky s informacemi o drogách a jejich rizicích, špunty do uší, kondomy a další zdravotnický materiál. Projekt pokračoval na letních festivalech i v r. 2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a). Informace o projektu pro veřejnost i odborníky jsou k dispozici na www.saferparty.cz. O dalších terénních programech na tanečních akcích pojednává podkapitola Nízkoprahové harm reduction programy (str. 60).

Informace a poradenství o drogách poskytuje řada zařízení prostřednictvím internetu případně telefonu, blíže viz aplikaci Mapa pomoci na drogy-info.cz.

3.4 Indikovaná prevence

Programy indikované primární prevence jsou zaměřeny přímo na ohrožené jedince, kteří již vykazují známky rizikového chování ve spojení s užíváním návykových látek. Cílem indikované prevence je snížit frekvenci, rizika a následky užívání drog. Indikovanou prevenci realizují specializované státní i nestátní instituce, jejich přehled je uveden ve speciální kapitole VZ 2006. Programy indikované prevence jsou orientované zejména na práci s jednotlivcem a jeho rodinou.

V r. 2008 provedlo o.s. Prevent monitoring situace a potřeb v oblasti protidrogových služeb určených pro rizikové děti a mládež bezprostředně ohrožené užíváním návykových látek v regionu Jihočeského kraje (Pešek et al. 2008). Podle výsledků je sledovaná cílová skupina relativně rozšířenou klientelou různých poradenských institucí. Nejčastěji se u těchto osob objevují problémy s užíváním konopných látek a experimentálním či víkendovým užíváním

pervitinu. V rámci jednotlivých okresů daného kraje mají poradenské ambulantní služby relativně uspokojivé rozložení, dobrá je kvalita péče i úroveň spolupráce mezi nimi. Mezi klíčová zařízení patří především kontaktní centra nebo specializovaná zařízení, jako např. Drogová poradna o.s. Prevent. Dostupnost ústavní léčby je v rámci Jihočeského kraje i mimo něj relativně dobrá. Mezi hlavní problémy patří nepřesně cílené reference klientů z „nedrogových" zařízení (např. z pedagogicko psychologických poraden, středisek výchovné péče), nedosažitelná a často problémová spolupráce s psychology a psychiatry. Zmapován byl výskyt rizikových škol a lokalit včetně výskytu drogových problémů mezi Romy v některých lokalitách. Mezi potřeby, které opakovaně zmiňovali oslovení informanti z řad profesionálů, patřilo mj. vytvoření cílených vzdělávacích programů pro odborníky především z „nedrogových" služeb (Pešek et al. 2008).

3.5 Mediální kampaně

Projekt Safer Party Tour 2008 (viz výše) doprovázela rozsahem omezená mediální kampaň podpořená vydavatelstvím xPublishing, www.techno.cz a rozhlasovou stanicí Radio 1. Kampaň podpořil ministr školství, mládeže a tělovýchovy O. Liška, který se osobně zúčastnil festivalu Creamfields (ČT24.cz, 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008b).

V říjnu 2008 byla zahájena celonárodní bezpečnostní kampaň Nemyslíš – zaplatíš!. Zadavatelem této kampaně je Ministerstvo dopravy ČR. Kampaň probíhá v televizi, rádiu, kinech, na internetu (http://www.nemyslis-zaplatis.cz/), k dispozici jsou rovněž tištěné informační letáky. Cílem kampaně, která by měla skončit v r. 2010, je mj. odradit řidiče od užívání alkoholu a jiných návykových látek. Celkové náklady kampaně činí cca 150 mil. Kč a cílem je snížení dopravní nehodovosti o 5–7 %, tj. asi 60–75 zachráněných lidských životů ročně (Aktuálně.cz, 2008; ČT24, 2009).

V ČR se každoročně koná množství místních krátkodobých či jednorázových akcí označovaných jako protidrogové; jedná se zpravidla o různorodé volnočasové aktivy s neověřeným preventivním účinkem. Např. ve Zlínském kraji ve městě Vsetín uspořádalo o.s. Cyrillos dvanáctihodinový volejbalový zápas odpůrců a zastánců legalizace marihuany s doprovodným programem (filmy, diskuze, simulace soudu, poradenství). Ve městě Chomutov se konala jednoměsíční kampaň Poznáte, že vaše dítě fetuje?, jejíž součástí byly plakáty, které rodiče upozorňovaly na projevy potenciálního užívání drog u jejich dětí (Sláma, 2008; Chomutovský deník, 2009).

4 Problémové užívání drog

EMCDDA definuje problémové užívání drog jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu. V ČR je užívání kokainu na velmi nízké úrovni a prevalence jeho problémového užívání se neodhaduje. V ČR je tedy problémové užívání drog spojeno především s pervitinem (metamfetaminem) a opiáty/opioidy (heroinem a Subutexem®, sezonně se objevuje také užívání opia).

Odhadovaný počet problémových uživatelů v r. 2008 se zvýšil na cca 32,5 tis., na nichž se podílí cca 21,2 tis. uživatelů pervitinu a cca 11,3 tis. uživatelů opiátů. Injekčně drogy užívá podle odhadů cca 31,2 tis. osob, tedy většina uživatelů opiátů i pervitinu. Oproti r. 2007 stoupl v r. 2008 počet problémových uživatelů všech typů drog, nárůst však není statisticky významný. Odhad počtu problémových uživatelů drog je nejvyšší v Hl. m. Praze (11,5 tis.) a Ústeckém kraji (4,2 tis.); současně se jedná o kraje s nejvyšším počtem odhadovaných problémových uživatelů opiátů.

4.1 Odhady prevalence a incidence problémového užívání drog

Odhad počtu problémových uživatelů drog byl v r. 2008 podobně jako v předchozích letech proveden multiplikační metodou a vycházel z dat nízkoprahových programů. Data o počtu problémových uživatelů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními, byla extrapolována na celkový počet zařízení v ČR a multiplikována podílem problémových uživatelů drog v kontaktu (in-treatment rate), který byl zjišťován naposledy v r. 2008 (podrobněji o metodě viz VZ 2007).

Odhad počtu problémových uživatelů drog byl pro r. 2008 opět zkonstruován jako součet odhadů pro jednotlivé kraje. Multiplikátor pro celou ČR bez Prahy činil 68 % (95% CI[15]: 66–72 %), hodnota multiplikátoru pro oblast hlavního města byla 76 % (95% CI: 63–90 %). Celkem tak bylo odhadnuto 32 500 problémových uživatelů drog (95 % CI: 30 400–34 700), z toho 21 200 (20 700–21 800) uživatelů pervitinu, 6 400 (5800–7000) uživatelů heroinu a 4900 (4500–5200) uživatelů Subutexu®. Uživatelů opiátů je tedy odhadem celkem 11 300 (10 600–12 000). Počet injekčních uživatelů drog (IUD) byl odhadnut na 31 200 (30 000–32 400).

Trend středních hodnot odhadovaného počtu problémových uživatelů drog z let 2002–2008 zachycuje tabulka 4-1. Oproti r. 2007 došlo k nárůstu celkového počtu problémových uživatelů drog, vzhledem k šířce intervalů spolehlivosti se ovšem nejedná o statisticky významný rozdíl. Nejvyšší počet problémových uživatelů byl tradičně v Hl. m. Praze a v Ústeckém kraji. Prevalenční odhady problémového užívání drog podle krajů zobrazuje tabulka 4-2 a mapa 4-1, trend odhadu počtu problémových uživatelů drog v jednotlivých krajích uvádí tabulka 4-2.

Odhad incidence problémových uživatelů drog nebyl v ČR dosud proveden.

tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2008 (Mravčík et al. 2008; Mravčík et al. 2007)

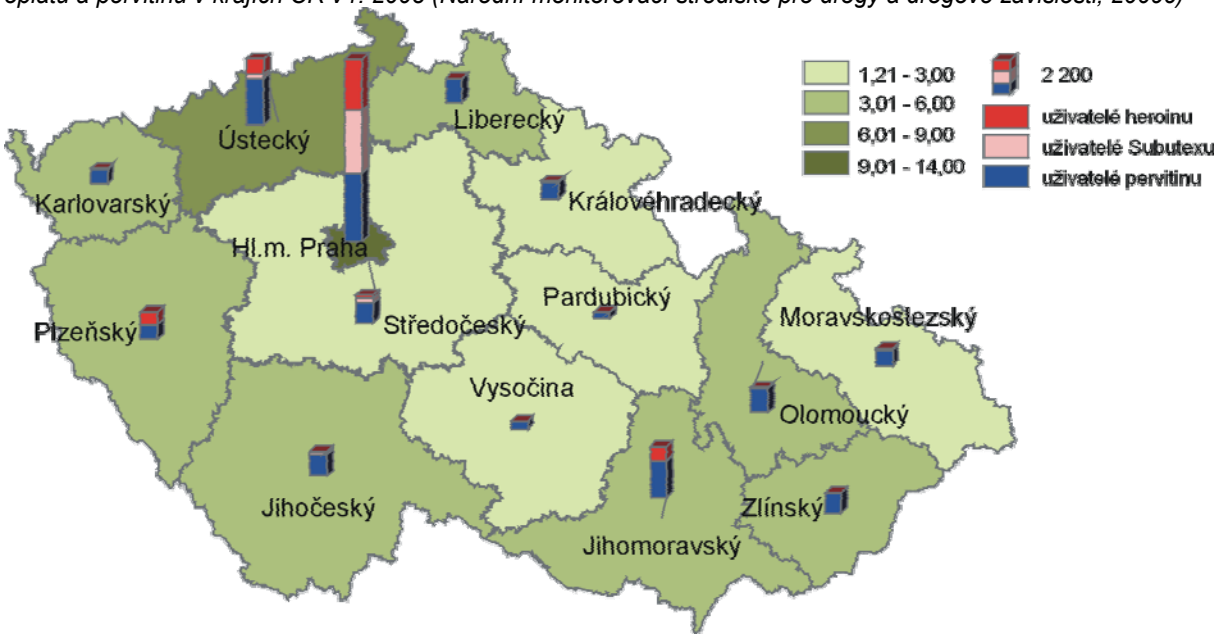
Rok	Problémoví uživatelé celkem		Problémoví uživatelé opiátů/opioidů				Problémoví uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé	
	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Uživatelé heroinu	Uživatelé Subutexu®	Cekem	Celkem na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89	n.a.	n.a.	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	n.a.	n.a.	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	n.a.	n.a.	9 700	1,34	20 300	2,8	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	n.a.	n.a.	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,1
2006	30 200	4,13	6 200	4 300	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,2	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

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

tabulka 4-2: Odhad počtu problémových uživatelů drog v ČR v r. 2008 podle krajů ČR (Mravčík et al. 2007)

Kraj	Celkový počet problémových uživatelů	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet IUD
		Heroin	Subutex®	Celkem		
Hl. m. Praha	11 500	3 250	3 950	7 200	4 300	11 400
Středočeský	1 750	200	300	500	1 250	1 700
Jihočeský	1 550	50	150	200	1 350	1 550
Plzeňský	1 650	750	< 50	750	1 000	1 550
Karlovarský	1 000	50	< 50	50	950	1 000
Ústecký	4 150	1 000	300	1 300	2 850	4 000
Liberecký	1 500	< 50	< 50	< 50	1 500	1 500
Královéhradecký	1 100	< 50	< 50	50	1 050	1 100
Pardubický	450	< 50	< 50	< 50	400	450
Vysočina	500	< 50	< 50	< 50	500	450
Jihomoravský	3 250	900	< 50	950	2 300	3 100
Olomoucký	1 600	50	< 50	50	1 550	1 400
Zlínský	1 350	< 50	< 50	< 50	1 350	1 100
Moravskoslezský	1 150	100	< 50	150	1 000	950
Celkem ČR	**32 500**	**6 400**	**4 900**	**11 300**	**21 200**	**31 200**

mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009c)



tabulka 4-3: Odhad počtu problémových uživatelů drog v ČR v r. 2005–2008 podle krajů (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009c)

Kraj	2005	2006	2007	2008
Hl. m. Praha	9 800	8 400	10 000	11 500
Středočeský	2 500	2 450	1 700	1 750
Jihočeský	1 700	1 750	1 500	1 550
Plzeňský	1 450	1 350	1 300	1 650
Karlovarský	1 450	1 250	900	1 000
Ústecký	4 450	4 450	4 100	4 150
Liberecký	750	500	500	1 500
Královéhradecký	1 150	1 050	1 750	1 100
Pardubický	600	350	450	450
Vysočina	600	350	700	500
Jihomoravský	2 800	3 150	3 400	3 250
Olomoucký	1 900	2 350	1 650	1 600
Zlínský	1 150	1 300	1 850	1 350
Moravskoslezský	1 500	1 450	1 100	1 150
Celkem ČR	**31 800**	**30 200**	**30 900**	**32 500**

4.2 Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat

Od září 2008 do ledna 2009 proběhl sběr dat v rámci studie Nové trendy na drogové scéně (Radimecký et al. 2009). Data byla získána prostřednictvím tří ohniskových skupin s pracovníky nízkoprahových programů (jedna se zástupci služeb z Prahy a Středočeského kraje, druhá s účastníky z Ústeckého, Jihočeského, Karlovarského, Královéhradeckého a Plzeňského kraje a třetí s pracovníky služeb z Olomouckého, Jihomoravského a Moravskoslezského kraje). Studii provedlo Centrum adiktologie na zakázku NMS. Jedním z výstupů studie je i popis klientely nízkoprahových programů.

Podle výpovědí účastníků se věkový průměr klientů liší v jednotlivých regionech i typech zařízení. Starší klientela navštěvuje spíše kontaktní centra, v terénních programech je věkový průměr nižší. Věková struktura klientů je ovlivněna i tím, zda zařízení kontaktovalo nějakou specifickou cílovou skupinu (např. rekreační uživatele drog, komerční sexuální pracovníky či nově oslovenou skupinu starších, dlouhodobých uživatelů drog). Poměr mužů a žen mezi klienty nízkoprahových služeb je dlouhodobě odhadován na 2 : 1. Pražští účastníci výzkumu pak pozorují nárůst počtu žen, těhotných uživatelek a celých rodin i s dětmi na drogové scéně (Radimecký et al. 2009).

Pokud jde o typ užívaných drog, podle respondentů ubývá ve všech regionech kromě Prahy a Ústeckého kraje uživatelů heroinu. Většina nízkoprahových programů v ČR pracuje s klientelou užívající převážně pervitin, obvykle v kombinaci s dalšími látkami. Užívání čistě jednoho typu drogy je u klientů méně časté, většinou jde o polyvalentní užívání. Zneužívání léků (především benzodiazepinů) se podle respondentů objevuje často u klientů, kteří užívají opiáty (heroin nebo substituční látky) ke zvýšení účinku drogy. U klientů užívajících pervitin se objevuje současné užívání benzodiazepinů, které slouží ke tlumení nepříjemných psychických stavů souvisejících s užíváním stimulačních drog. Jako důvod zneužívání léků uvedli respondenti i automedikaci u klientů s duální psychiatrickou diagnózou. Zvýšený výskyt užívání pervitinu byl zaznamenán v prostředí tanečních akcí (Radimecký et al. 2009).

Specifická situace se týká zneužívání Subutexu®. Od února 2008 byl na trh uveden kombinovaný preparát Suboxone®, který není zneužíván injekčně. Pokud je v rámci substituční léčby nabízen pouze Suboxone® a nikoli Subutex®, snižuje se zájem o substituční léčbu[16]. O Suboxone® není zájem na černém trhu a snižuje se i výskyt Subutexu® na černém trhu. To podle názoru pracovníků nízkoprahových programů vede některé uživatele k (opětovnému) přechodu k užívání heroinu (Radimecký et al. 2009).

Užívání toluenu a dalších těkavých látek podle zkušeností respondentů spíše klesá a neukazuje se ve zvýšené míře ani mezi (mladými) lidmi z etnických minorit. Uživatelé kokainu se mezi klienty nízkoprahových služeb nevyskytují vůbec či jen velmi sporadicky, není zkušenost s dlouhodobými a pravidelnými uživateli, jedná se především o příležitostné užívání kokainu. Sezonně, v průběhu léta, se objevuje užívání surového opia na makových polích. Užívání opia je spojeno s výskytem větších zdravotních komplikací (Radimecký et al. 2009).

Většina klientů nízkoprahových služeb užívá drogy injekčně, riziková injekční aplikace se objevuje především u starších, dlouhodobých uživatelů drog, kteří jsou podle informací respondentů hůře ovlivnitelní informacemi o bezpečnější aplikaci. Mezi klienty je zájem o nové pomůcky pro aplikaci a přípravu drogy (kapsle, lžičky k přípravě drogy[17]). U mladších klientů, zejména uživatelů pervitinu, je častá i aplikace drogy šňupáním. Tato cílová skupina nebývala s terénními programy příliš v kontaktu, protože nevyužívala hlavní službu – výměnný program. Od r. 2008 začaly některé terénní programy distribuovat želatinové kapsle pro perorální užívání drogy, což může být součástí kontaktní strategie směrem k neinjekčním uživatelům drog. Kapsle také využívají starší klienti, kteří mají problémy s injekční aplikací drogy v souvislosti s poškozenými žílami. Respondenti se také zmiňují o distribuci aluminiové fólie jako o metodě redukující injekční aplikaci heroinu (Radimecký et al. 2009).

V květnu 2008 byl proveden průzkum mezi klienty všech pražských nízkoprahových programů pro uživatele drog (Šejvl, 2008). Studie se zúčastnilo 783 klientů ze 7 zařízení (Kontaktní centrum a Terénní programy o.s. SANANIM, Nízkoprahové středisko a Terénní program o.p.s. DROP IN, Terénní program ESET HELP, Kontaktní centrum a Terénní program o. s. Progressive). Dotazník odmítlo vyplnit 79 klientů (respondence 89,9 %). Podíl mužů mezi klienty byl 70 %, průměrný věk klientů byl 28,7 let. Klienty byl preferován pervitin (34 %), dále Subutex® (24 %), heroin (20 %), marihuana (5 %), Suboxone® (3 %), psychotropní léky (5 %) a alkohol (3 %).

Informace z obou výzkumů týkající se vztahu klientů k využívání nízkoprahových služeb, informace o prevenci infekčních chorob včetně testování a o spolupráci s dalšími službami jsou uvedeny v kapitole Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 59), údaje týkající se práce s klienty z etnických minorit v kapitole Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog (str. 67) a údaje o trestné činnosti klientů v kapitole Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení (str. 71).

Na jaře 2007 byl proveden průzkum mezi klienty kontaktního centra a terénních programů o. s. SANANIM v Praze, kterého se zúčastnilo 400 klientů, cílem průzkumu bylo porovnat klientelu obou nízkoprahových programů (Větrovec and Porubský, 2008) a na přelomu r. 2007 a 2008 byl taktéž mezi klienty Kontaktního centra o. s. SANANIM v Praze proveden kvalitativní výzkum na téma užívání opia (Zeithammerová, 2008) – blíže viz VZ 2007.

[16] Cena Suboxone® je vyšší než cena Subutexu® a ani jeden z preparátů není hrazen pojišťovnou.
[17] Lžičky byly pilotně distribuovány pouze ve výzkumných projektech. V ČR se nevyrábí a jejich dovoz a distribuce by byly velmi nákladné.

Další informace o charakteristikách a počtu problémových uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s různými typy pomáhajících zařízení, jsou uvedeny v kapitolách Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 28), Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 59), Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog (str. 67) a ve speciální kapitole Problémové užívání amfetaminu a metamfetaminu (str. 90).

4.3 Další intenzivní, časté, dlouhodobé a jinak problematické formy užívání drog

V ČR dosud nebyla provedena žádná studie, která by se cíleně zabývala intenzivními či problematickými formami užívání drog, které nespadají do definice problémového užívání podle EMCDDA. Z celopopulačních studií a z jiných zdrojů dat (např. z dat o léčbě uživatelů drog – viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog na str. 28, či z údajů o drogové kriminalitě – viz kapitolu Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení na str. 71) vyplývá, že relativně vysoký výskyt zdravotních či sociálních problémů je v ČR mimo problémové užívání opiátů/opioidů a pervitinu spojen zejména s užíváním psychoaktivních léků či konopných látek. Pro podrobnější data o rizikové konzumaci konopných látek viz podkapitolu Celopopulační studie užívání psychotropních látek (str. 13) a speciální kapitolu Konopné trhy a produkce konopných drog (str. 84).

Intenzivním užíváním konopných látek, respektive způsobem ukončení konopné kariéry, se v r. 2008 zabývala diplomová práce T. Nechutného (Nechutný, 2009). Metodou zakotvené teorie autor analyzoval výpovědi 17 bývalých náruživých kuřáků konopných látek a zaměřil se především na to, co v jejich biografiích předcházelo či vedlo k rozhodnutí ukončit jejich konzumaci. Podle autora je pro konopné kariéry v dlouhodobé perspektivě typické postupné vytrácení zábavného charakteru intoxikace a přibývání zkušeností označovaných respondenty jako nepříjemné. K samotnému ukončení užívání přitom podle něj dochází odlišně u tzv. pasivních uživatelů konopných látek, kteří drogu v minulosti sami nevyhledávali a jejich konzumace závisela především na dostupnosti konopných látek v sociálním okolí, a odlišně u kuřáků, které autor označuje jako aktivní. Výsledky studie naznačují, že pasivní uživatelé ukončí konopnou kariéru v okamžiku, kdy z jejich okolí vymizí příležitosti nebo se rozpadnou příslušné sociální sítě. Aktivní uživatelé se naopak rozhodují vědoměji a konec konopné kariéry je výsledkem (a) dlouhodobější bilance, (b) nějaké nepříjemné zlomové zkušenosti, např. paranoidně-halucinatorního stavu či flash-backu, nebo (c) potenciálně zlomové události, která v aktuálním kontextu uživatele vede k rozhodnutí s konzumací konopných látek přestat (např. nevolnost). K ukončení konzumace ale mohou vést i zlomové situace a zkušenosti, které přímo nesouvisí s intoxikací (např. potrat). Autor zároveň dokládá, že konec konopné kariéry mnohdy pro respondenty neznamená úplnou abstinenci, nýbrž přechod ke kontrolovanému užívání konopných látek, značně omezenému z hlediska frekvence a intenzity užívání.

5 Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog

Léčba uživatelů drog a závislých je v ČR poskytována sítí služeb různých typů s relativně širokým spektrem a dobrou dostupností. Legislativně je léčba uživatelů drog regulována jak zdravotnickou, tak sociální legislativou. Cíle a opatření v oblasti léčby uživatelů drog jsou součástí národních protidrogových strategií od r. 1993 včetně v současnosti platné Národní strategie 2005–2009 a navazujících akčních plánů. Od r. 2005 funguje systém certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog.

V r. 2008 došlo k poklesu počtu ambulantních zdravotnických zařízení vykazujících léčbu uživatelů drog a klesl také počet pacientů registrovaných v živé kartotéce ambulantních zařízení pro poruchy spojené s užíváním drog – u uživatelů opiátů i stimulancií však došlo k mírnému nárůstu.

V r. 2008 došlo poprvé po 5 letech k poklesu počtu hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních, a to díky poklesu počtu hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic; naopak počet hospitalizací v psychiatrických léčebnách se zvýšil. V psychiatrických léčebnách došlo k nárůstu počtu tří nejčetnějších skupin pacientů (uživatelů opiátů/opioidů, stimulancií/pervitinu a kombinace látek), nejvýraznější je nárůst pacientů hospitalizovaných pro poruchy způsobené kombinací látek.

Stoupá počet pacientů v substituční léčbě, a to jak ve specializovaných centrech, tak patrně i v ordinacích ostatních lékařů předepisujících přípravky s obsahem buprenorfinu (Subutex® a Suboxone®), léčba těmito preparáty však stále není v plném rozsahu evidována v registru substituce.

Muži převažují nad ženami ve všech typech léčebných zařízení, tvoří přibližně dvě třetiny klientů. Podíl žen je vyšší v mladších věkových skupinách. Průměrný věk uživatelů drog v léčbě roste a tento trend je patrný napříč různými zdroji dat. Drogou nejčastěji v ČR spojenou s léčbou uživatelů drog je pervitin (metamfetamin), následují opiáty/opioidy (heroin a Subutex®) a konopné látky. Polyvalentní užívání drog (užívání více drog současně) je běžný jev. Injekční užívání je nejčastější formou aplikace pervitinu a opiátů. Regiony s nejvyšším počtem uživatelů drog v léčbě jsou Hl. m. Praha a Ústecký kraj, kde je, podobně jako v ostatních českých krajích, vysoký počet a podíl uživatelů opiátů.

5.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti léčby

Léčba uživatelů drog a závislých je v ČR poskytována sítí služeb různých typů s relativně širokým spektrem a dobrou dostupností. Její dnešní podoba včetně legislativního rámce a současných léčebných strategií a koncepcí má svůj teoretický rámec a historické souvislosti (Skála, 2003; Kalina, 2007). Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti a její léčby je v současnosti v ČR dominantním konceptem (Kalina, 2003a; Kudrle, 2003b; Kudrle, 2003a), který předpokládá multidisciplinární přístup k uživatelům drog integrující různé biomedicínské a psycho-sociální intervence (Miovský, 2003).

Do r. 1989 byla léčba závislostí včetně legislativního vymezení chápána jako problematika medicínská a zdravotnická. Od 1. poloviny 90. let minulého století došlo k prudkému rozvoji nezdravotnických psychosociálních služeb určených uživatelům drog, který byl dán mimo jiné také jejich podporou a integrací do oficiálních národních protidrogových strategií a politik ČR již od r. 1993 (Bém, 2003). V posledních letech dochází ke stále výraznější regulaci oblasti léčby a péče o uživatele drog ze strany politiky a legislativy v oblasti sociální péče a služeb.

5.1.1 Legislativní rámec služeb pro uživatele drog

Legislativně je léčba závislostí zarámována celým souborem zákonů a podzákonných předpisů rezortu zdravotnictví. V jeho středu stojí stále platný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu vzniklý v období socializmu, který přetrval do r. 1990 beze změny a poté byl mnohokrát novelizován; jeho nahrazení novým zákonem o zdravotní péči neprošlo úspěšně legislativním procesem. Součástí zdravotnického práva je celá řada dalších předpisů definujících mimo jiné oblasti zdravotního pojištění, zdravotnických profesí, nestátních zdravotnických zařízení, kontrolu infekčních onemocnění a ochranu veřejného zdraví atd.

Pro oblast léčby uživatelů drog je nejvýznamnější zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Zákon kodifikuje základní zásady a principy, které byly součástí všech dosavadních národních protidrogových strategií od 90. let minulého století. Pro účely zákona se pojem „protidrogová politika“ vztahuje nejen na nelegální drogy, ale i na tabákové výrobky a alkohol. Zákon poprvé za existence ČR definoval typy služeb určené uživatelům drog v § 20 následovně:

- akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí[18],
- detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,

[18] De facto se toto ustanovení týká tzv. záchytných stanic – viz dále.

- terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- kontaktní a poradenské služby,
- ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5–14 týdnů,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6–15 měsíců,
- programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
- substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře.

V r. 2006 byl přijat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách připravovaný od počátku 90. let[19], který stanovuje zejména typy sociálních služeb, systém jejich financování, zajištění jejich dostupnosti a kvality. Sociální služby jsou definovány jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Zákon definuje 31 typů sociálních služeb, které rozděluje na (1) služby sociální péče, (2) služby sociální prevence a (3) sociální poradenství, které je základní činností při poskytování všech typů sociálních služeb. Uživatelé drog jsou v zákoně uvedeni jako cílová skupina některých služeb sociální prevence a pro oblast léčby a péče o uživatele drog jsou relevantní zejména následující typy sociálních služeb:

- terénní programy,
- kontaktní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- sociální poradenství a telefonická krizová pomoc,
- sociální rehabilitace,
- terapeutické komunity,
- služby následné péče a chráněné bydlení,
- domovy se speciálním režimem (zahrnující zejména pobytovou péči pro starší klienty závislé na alkoholu).

Z výše uvedených výčtů zákonem definovaných typů služeb je patrný překryv mezi zdravotnickým a sociálním zakotvením služeb pro uživatele drog a z něj vyplývající konflikt, který se často projevuje v praxi poskytování těchto služeb.

5.1.2 Strategie v oblasti léčby

Cíle a opatření v oblasti léčby uživatelů drog jsou součástí národních strategií v oblasti drog od r. 1993 včetně v současnosti platného, v pořadí již čtvrtého vládního koncepčního dokumentu protidrogové politiky, Národní strategie 2005–2009 a navazujících akčních plánů (Bém et al. 2003; Kiššová, 2009). V oblasti léčby a následné péče definuje Akční plán 2007–2009 25 úkolů; předchozí Akční plán 2005–2006 definoval v této oblasti 27 úkolů, z toho podle hodnotící zprávy schválené vládou usnesením č. 442/2007 bylo 12 úkolů (44,4 %) splněno, částečně splněny 3 (11,1 %) a nesplněno zůstalo 12 (44,4 %) úkolů – viz VZ 2006 a VZ 2007.

K diskuzi v odborné obci byla v r. 2008 předložena Koncepce adiktologických ambulantních služeb, která navrhuje systémové změny s cílem optimalizovat a posílit stávající síť zařízení poskytujících ambulantní služby uživatelům návykových látek a změnit způsoby jejího financování. Konečná verze koncepce ještě není k dispozici (Radimecký et al. 2008).

5.1.3 Odborná způsobilost pracovníků pracujících ve službách pro uživatele drog

Od r. 1980 je možná lékařská specializace „v léčení alkoholizmu a jiných toxikomanií“, která je v současnosti podle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů nástavbovým oborem specializačního vzdělávání lékařů „návykové nemoci“, do kterého může být lékař zařazen, pouze pokud má složenu zkoušku v základním specializačním oboru psychiatrie (tento systém lékařských specializací byl znám také jako atestace). Atestační specializací může být podmíněna např. způsobilost k poskytování určitého typu léčby (např. farmakoterapie) či uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou o úhradě léčebných výkonů z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V oblasti léčby závislostí jsou však definovány pouze dva výkony navázané na specializaci v oboru „návykové nemoci“, které navíc nesouvisí s léčbou uživatelů nealkoholových drog, a to vyšetření alkotestem a disulfiramová (antabusová) reakce prováděná u pacienta při zahájení desenzibilizační léčby při závislosti na alkoholu; ostatní výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění

[19] Dosavadní legislativa v oblasti sociálních služeb byla zcela nedostatečná – ze sociálních služeb upravovala jen ústavní péči a pečovatelskou službu, další typy služeb nebyly právně upraveny.

jsou vázány buď na odbornost psychiatra, nebo se jedná o univerzální průřezové výkony pro různé odbornosti. Např. podání preparátu při substituční léčbě opioidovými agonisty není definováno jako výkon hrazený ze zdravotního pojištění a na odbornost „návykové nemoci“ není vázána ani preskripce substitučních preparátů. Uvedené faktory tudíž v současnosti snižují motivaci a potřebu k získání nástavbové specializace. V r. 2007 (poslední dostupný údaj) evidoval ÚZIS 1411 lékařů oboru psychiatrie (z toho 32 lékařů s nástavbovou specializací „návykové nemoci“) z celkem 36 815 lékařů pracujících v ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008).

V r. 2005 vzniklo Centrum adiktologie[20], multidisciplinární výzkumné a vzdělávací pracoviště zaměřené na oblast závislostí. Spolu s jeho vznikem došlo k zakotvení oboru adiktologie jako interdisciplinárního vědního oboru. Byl zahájen bakalářský studijní program v oboru adiktologie; v r. 2008 graduovalo prvních 15 bakalářů adiktologie. Na počátku akademického r. 2008–2009 bylo ve 3 ročnících denního studia 75 studentů a v 1. ročníku kombinovaného studia 53 studentů. V současné době je připravován magisterský program. V souvislosti s těmito studijními programy vzniklo v r. 2008 novelizací zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních,[21] ve znění pozdějších předpisů, povolání adiktologa (vedle povolání např. všeobecné sestry, porodního asistenta atd.) a došlo k vymezení odborné způsobilosti k výkonu tohoto povolání (viz také kapitolu Legislativní rámec na str. 4).

V době vydání této výroční zprávy je v závěrečných fázích schvalovacího procesu vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu Adiktolog (v rozsahu více než 900 hodin), který má připravit účastníky kurzu pro práci zdravotnických pracovníků, kteří budou poskytovat preventivní, léčebnou a rehabilitační péči v oboru adiktologie, a to bez odborného dohledu. Vzdělávání se zaměřuje na zvládnutí teoretických znalostí (cca dvě třetiny výuky) a praktických dovedností v oblasti poskytování adiktologických služeb formou praktických předmětů, stáží a praxí (cca třetina výuky).

Odborná způsobilost profesionálů pracujících v sociálních službách je definována zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (viz výše) a v zásadě je předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka vyšší odborné, případně vysokoškolské vzdělání získané v programech zaměřených na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku; v ostatních případech je nutné absolvovat akreditovaný vzdělávací kurz v rozsahu minimálně 200 hodin a dosáhnout délky praxe 5–10 let.

Většina pracovníků pracujících ve službách pro uživatele drog mimo zdravotnická zařízení má statut sociálního pracovníka. Mimo výše uvedené zákonem stanovené podmínky jsou kvalifikační předpoklady pro práci s uživateli drog uvedeny také ve Standardech odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (Kalina, 2003b), ve stavovských předpisech a standardech, např. České psychoterapeutické společnosti[22] České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) nebo např. pracovně v metodickém materiálu Seznam a definice výkonů drogových služeb (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006b).

5.1.4 Odborná způsobilost služeb a zajištění jejich kvality

V r. 2005 byl usnesením vlády ze dne 16. 3. 2005 č. 300 schválen systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, který slouží k zajištění kvality služeb poskytovaných v oblasti harm reduction, léčby a následné péče. Systém certifikací je v činnosti od r. 2006 a certifikace je nezbytnou podmínkou pro poskytnutí dotace NNO ze státního rozpočtu od r. 2007; tato podmínka se nevztahuje na nové projekty poskytování služeb. Definováno je 9 typů služeb, kvalita služeb se ověřuje pomocí Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, které mají část obecnou a pro každý typ služeb část speciální (Kalina, 2003b); certifikát je platný maximálně 3 roky. K červnu 2009 bylo certifikováno 177 programů – tabulka 5-1.

tabulka 5-1: Přehled certifikovaných programů podle typů k 30. 6. 2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009a)

Typ služby	**Počet programů**
Detoxifikace	4
Terénní programy	58
Kontaktní a poradenské služby	59
Ambulantní léčba	16
Stacionární programy	1
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	3
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	12
Ambulantní doléčovací programy	17
Substituční léčba	7
Celkem	**177**

[20] Plný název Centra adiktologie je: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.
[21] Změny zákona provedeny zákonem č. 125/2005 Sb., zákonem č. 11/2007 Sb., zákonem č. 124/2008 Sb. a zákonem 189/2008 Sb. Uvedená novelizace provedena zákonem. č. 339/2008 Sb.
[22] Viz http://www.psychoterapeuti.cz/.

Z výše uvedeného přehledu je patrné, že podmínka odborné způsobilosti služeb pro jejich financování ze státního rozpočtu je hlavním motivem pro posouzení odborné způsobilosti a že jí využívají především NNO; pro zdravotnická zařízení, která jsou financována převážně ze systému veřejného zdravotního pojištění, tato podmínka prozatím v r. 2008 neplatila – na ústavní léčbu mají certifikát pouze 3 programy, na detoxifikaci 4 a na substituční léčbu pouze 7 programů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, (viz výše) přinesl povinnost registrace sociálních služeb; o registraci rozhoduje příslušný krajský úřad na základě písemné žádosti poskytovatele služby (u zařízení zřizovaných krajem o registraci rozhoduje MPSV). Krajský úřad, případně MPSV, provádí inspekci registrovaných služeb. Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb.

Systém inspekce sociálních služeb a certifikační systém RVKPP se, co se týká požadavků na odbornou způsobilost programů, překrývají. V červnu 2008 projednala RVKPP zprávu z dotazníkového šetření, které bylo realizováno v rámci Evaluace systému a procesu certifikací odborné způsobilosti programů protidrogové politiky. Zpráva kromě jiného upozorňuje na konflikt obou procesů hodnocení kvality služeb, na duplicitu v systémech kontroly kvality orgánů státní správy a na to, že pro získání dotace MZ není certifikace pro zdravotnická zařízení závazná. Záměr harmonizovat různé systémy kontroly kvality v oblasti poskytování odborné péče a služeb pro uživatele návykových látek byl RVKPP schválen již v prosinci 2005. Doposud se však oba systémy harmonizovat nepodařilo.

V květnu 2009 byl pro diskuzi v odborné veřejnosti představen materiál, který srovnává systém inspekce sociálních služeb a certifikační systém RVKPP (Šedivá et al. 2009). Materiál vysvětluje rozdíly ve filozofii a zaměření obou systémů hodnocení kvality, procedurální rozdíly mezi procesy inspekce a certifikace, které vycházejí z legislativního rámce a z návazných metodik, uvádí konkrétní problematická místa praxe drogových služeb z hlediska zákona o sociálních službách a na závěr obsahuje slovník, který srovnává výklad pojmů použitých v obou systémech. Je určen jak poskytovatelům drogových služeb, tak inspektorům sociálních služeb.

Postupy pro léčbu závislosti na návykových látkách jsou definovány Psychiatrickou společností ČLS JEP (Raboch et al., 2006). Je zde uvedena léčba odvykacích stavů a postupy a léčebné metody při léčbě závislosti z oblasti psychoterapie a psychosociální intervence, farmakoterapie včetně substituční léčby a harm reduction. Je zdůrazněn význam psychiatrické péče zejména při zvládání akutních psychických stavů (intoxikace a odvykací stavy, toxické psychózy) a psychiatrické komorbidity (např. deprese, poruchy příjmu potravy, patologické hráčství).

5.2 Systém léčby uživatelů drog

Léčebné programy pro uživatele drog a závislé na drogách, případně jejich kapacitu a využití v r. 2008 shrnuje tabulka 5-2.

tabulka 5-2: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v r. 2008

Typ programu	Počet	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob)
Ambulantní zdravotnická zařízení	357	n.a.	15 711*
Ambulantní (nezdravotnická) zařízení provozovaná NNO	12	n.a.	1 923
Denní stacionáře	1	10	38
Registrovaná substituční centra	40	n.a.	1 375
Záchytné stanice	15	n.a.	n.a.
Detoxifikační jednotky	19	n.a.	n.a.
Psychiatrické léčebny	16	9 240**	3 389
Psychiatrická oddělení nemocnic	32	1 396**	1 247
Dětské psychiatrické léčebny	3	300**	25
Terapeutické komunity	15–20	138***	427***
Specializovaná zařízení speciálního školství pro děti ohrožené drogovou závislostí	5	46	76
Programy následné péče	18	283****	1 041
Detoxifikační jednotky ve věznicích	4	n.a.	208
Substituční léčba ve věznicích	7	n.a.	76
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu (dobrovolná léčba)	6	262	422
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	3	120	206

*Pozn.: * Jedná se o počet osob v tzv. živé kartotéce, tj. počet osob, které navštívily zařízení alespoň jednou za rok, ** počet všech psychiatrických lůžek, *** údaje pouze z 10 komunit, **** údaj se týká kapacity 15 programů intenzivní péče poskytujících chráněné bydlení.*

O léčebných intervencích ve vězení pojednává kapitola Intervence ve věznicích (str. 78), služby typu harm reduction jsou popsány v kapitole Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 59) a programy následné péče v kapitole Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog (str. 67).

V následujícím textu jsou uvedeny podrobnější informace o ambulantních a rezidenčních programech zdravotnického i sociálního charakteru.

5.2.1 Ambulantní léčba

Zdravotnická ambulantní léčba je poskytována především zařízeními oboru psychiatrie, případně dalších oborů (především praktickými lékaři pro dospělé, a to také v souvislosti s rozšiřující se opiátovou substituční léčbou – viz dále). Speciálním ambulantním zařízením oboru psychiatrie zaměřeným na léčbu závislosti na alkoholu a jiných drogách je historicky tzv. AT ambulance.

AT ambulance navazují na protialkoholní poradny, vznikající na území dnešní České republiky od r. 1910. Od r. 1956 byly protialkoholní poradny začleněny do psychiatrických poliklinik a od 60. let pronikaly do náplně těchto poraden také nealkoholové drogy (Skála, 2003), pod názvem AT poradny („alkohol a toxikomanie“) byly oficiálně evidovány od r. 1983 (Brožová and Šťastná, 2009). V 80. letech minulého století se na území dnešní ČR nacházelo přibližně 180 AT poraden (Brožová and Šťastná, 2009), po r. 1989 došlo k rozpadu této sítě a formální zakotvení AT poraden v systému zdravotní péče chybí. V 90. letech minulého století došlo k postupnému nárůstu ambulantních zdravotnických zařízení hlásících alespoň jednoho pacienta užívajícího nelegální drogy na 350–400 v posledních letech – jedná se však o všechny ambulance oboru psychiatrie, které mají v evidenci uživatele drog a které pro ÚZIS vyplnily přílohu AT výkazu psychiatrie A-013, nikoliv o specializované AT poradny.

Od července 2008 do dubna 2009 realizovalo NMS dotazníkový průzkum zaměřený na poskytování péče uživatelům drog v síti ambulantních psychiatrických zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009f) s cílem zmapovat síť ambulantní psychiatrické péče poskytované uživatelům drog (AT péče). Osloveno bylo celkem 274 psychiatrických ambulancí, odpovědělo 161 (58,8 %), z nichž 124 deklaruje poskytování AT péče (tj. léčí závislé na alkoholu a/nebo nealkoholových drogách). Z těchto 124 AT poraden je 53 registrováno jako AT ambulance a 71 má smlouvu na poskytování AT péče se zdravotní pojišťovnou (48 obojí), 42 není ani registrováno, ani nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou; 6 poraden na otázky týkající se registrace a smlouvy se zdravotní pojišťovnou neodpovědělo.

V r. 2008 vykázalo ambulantní léčbu uživatelů legálních i nelegálních drog celkem 357 ambulantních zdravotnických pracovišť oboru psychiatrie, což je o 4 % méně než v r. 2007 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c). Od r. 2005 došlo k poklesu jak počtu těchto ambulancí, tak v nich léčených uživatelů drog mimo alkohol a tabák (v tzv. živé kartotéce, tj. léčených v daném roce) – tabulka 5-3. Nejpočetnější skupinu tvořily ordinace, které léčily 1–10 pacientů za rok – tabulka 5-4. Nejvyšší počet ambulancí a také nejvyšší počet pacientů je tradičně evidován v samostatných ordinacích specialistů, tj. v převážně soukromých psychiatrických/AT ambulancích – tabulka 5-5.

tabulka 5-3: Počet ordinací poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000–2008 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c)

Rok	Počet ordinací	Počet léčených pacientů – uživatelů nelegálních drog
2000	320	11 423
2001	330	13 050
2002	342	14 203
2003	368	15 786
2004	382	14 040
2005	401	16 394
2006	388	16 392
2007	372	15 684
2008	357	15 711

tabulka 5-4: Počet ambulantních zdravotnických zařízení podle počtu léčených uživatelů drog v r. 2003–2008 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c)

Počet pacientů	Počet ordinací					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1–10	139	144	156	161	140	122
11–50	106	109	107	110	107	115
51–100	27	32	37	31	28	25
101–150	11	12	9	13	11	9
151–200	7	7	9	4	7	7
201–300	10	8	10	13	8	6
301–400	5	3	4	2	6	6
401 a více	8	7	8	9	6	10
Celkem*	**313**	**322**	**340**	**343**	**313**	**300**

*Pozn.: *Zařízení jsou identifikována pomocí IČO, přičemž některá mají zřízena více ordinací, proto je součet zařízení nižší než počet ordinací, který uvádí tabulka 5-3.*

tabulka 5-5: Počet uživatelů drog (včetně uživatelů tabáku) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2003–2008 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c)

Druh zařízení	2004		2005		2006		2007		2008	
	Počet zařízení	Počet osob	Počet zařízení	Počet osob	Počet zařízení	Počet osob	Počet zařízení	Počet osob	Počet zařízení	Počet osob
Lůžková zařízení s ambulancí	49	3 896	49	4 131	51	5 130	45	4 918	42	4 118
Sdružená ambulantní zařízení	23	1 458	26	1 877	25	2 760	23	2 794	21	3 280
Samostatná ordinace prakt. lékaře	1	5	1	7	1	12	1	14	1	16
Samostatná ordinace lékaře specialisty	243	8 611	257	8 890	260	8 480	237	7 216	229	8 558
Zařízení pro léčbu závislostí*	n.a.	n.a.	6	2 584	5	1 495	5	1 513	5	1 322
Ostatní ambulantní zařízení	6	1 420	1	42	1	44	2	64	2	25
Celkem	**322**	**15 390**	**340**	**17 531**	**343**	**17 921**	**313**	**16 519**	**300**	**17 319**

*Pozn.: * Kategorie „Zařízení pro léčbu drogových závislostí" byla v evidenci ÚZIS zavedena v r. 2005.*

Ambulantní léčbu poskytují v ČR také NNO; některé z těchto programů mají statut zdravotnického zařízení, některá poskytují také substituční léčbu (a tato zařízení i jejich klienti se mohou objevit i v jiných hlásných systémech – viz dále); jejich společným znakem je, že jako NNO žádají o dotace na poskytování služeb ze státního rozpočtu. NNO byly zakládány po r. 1989, některé z nich profesionály pracujícími v oblasti AT péče, nebo vznikaly změnou právní formy již existujících státních zařízení[23]. V r. 2008 bylo zjištěno 12 ambulantních programů dotovaných RVKPP, které poskytly služby celkem 1923 klientům – uživatelům drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j) – tabulka 5-6.

tabulka 5-6: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a počet jejich klientů v r. 2003–2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)

Rok	Počet dotovaných zařízení	Počet klientů – uživatelů drog
2003	19	1 590
2004	20	1 493
2005	18	1 743
2006	15	2 428
2007	13	1 642
2008	12	1 923

Intenzivní ambulantní léčbu formou denního stacionáře o délce 3 měsíců nabízí dlouhodobě v ČR pouze 1 zařízení v Praze provozované o. s. SANANIM od r. 1996. Kapacita programu je přibližně 10 osob, v r. 2008 byly služby poskytnuty 38 klientům.

5.2.1.1 Opiátová substituční léčba

V ČR jsou k dispozici tři přípravky pro substituční léčbu závislosti na opiátech/opioidech – (1) metadon připravovaný z dovážené generické substance (dostupný ve specializovaných substitučních centrech), (2) Subutex® obsahující účinnou látku buprenorfin od r. 2000 a (3) kompozitní přípravek Suboxone® s účinnými látkami buprenorfin a naloxon od února 2008, léky s obsahem buprenorfinu může předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. Substituční přípravky jsou v podmínkách léčby podávány v ČR výhradně orální formou. K zavedení metadonu ve formě sirupu jako hromadně vyráběného léčivého přípravku dostupného na předpis v lékárnách v ČR dosud nedošlo.

Metodicky je substituční léčba v ČR od r. 2001 definována ve Standardu substituční léčby, který byl v r. 2008 aktualizován (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008). Blíže o Standardu substituční léčby viz VZ 2007.

[23] Např. Drop-In vznikl transformací Střediska drogových závislostí založeného v r. 1971 u „Apolináře" „pod křídly" nestora české alkohologie a adiktologie prof. J. Skály (Kalina et al. 2008). Ještě v r. 1993–1994 bylo NNO pouze několik, Kalina a Bém (Kalina and Bém, 1994) v r. 1994 vyjmenovávají 4 NNO aktivní v oblasti poskytování drogových služeb (Drop-In, SANANIM, Domus, Harmonie), z nich 2 patří dodnes k nejvýznamnějším poskytovatelům drogových služeb v ČR. V r. 2008 se v ČR nachází několik desítek NNO poskytujících služby v oblasti prevence, harm reduction, léčby a doléčování s cca 200 odborně způsobilými programy.

Každý lékař podávající jakoukoliv substituční látku má zákonnou povinnost hlásit údaje o pacientovi do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL), jehož správcem je ÚZIS. Od listopadu 2007 je v provozu elektronická webová aplikace NRULISL[24]. Do r. 2007 byl registr veden v jednoduché databázové formě, shromažďoval hlášení pouze ze specializovaných substitučních center akreditovaných MZ a komunikace probíhala formou papírových hlášení a telefonicky. Se zavedením dalších zařízení poskytující substituční léčbu mimo okruh specializovaných center došlo od r. 2008 jak ke zvýšení počtu hlásících zařízení, tak také ke zvýšení počtu léčených pacientů a léčebných epizod; to mimo jiné komplikuje sledování trendových dat, která NRULISL poskytuje.

Ve standardním režimu je substituce zavedena od r. 2000, první substituční centrum bylo otevřeno ve Všeobecné fakultní nemocnici (VFN) v Praze u „Apolináře“[25]. V r. 2007 bylo v ČR 15 specializovaných (akreditovaných MZ) center (z toho 2 centra ve věznicích Praha-Pankrác a Příbram). V prosinci 2008 bylo v NRULISL zaregistrováno celkem 40 zařízení (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009d), z nich 21 nahlásilo do NRULISL pacienty za r. 2008 (z toho 4 vězeňská zdravotnická zařízení – v Brně, Kuřimi, Opavě a Praze-Pankráci)[26] – tabulka 5-7.

V r. 2008 bylo do NRULISL hlášeno celkem 1 375 osob, které podstoupily substituční léčbu (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009e) – trend od r. 2000 uvádí tabulka 5-7. Do substituce bylo v r. 2008 přijato celkem 887 pacientů; nejvíce (28 %) přijatých nahlásilo nově v NRULISL registrované zdravotnické zařízení Remedis, s.r.o. v Praze (specializované zařízení specializující se na léčbu somatických komplikací užívání drog, zejména virových hepatitid), dále centrum Drop-In v Praze (22 %) a substituční centrum v Ústí nad Labem (18 %).

Metadon používá pro léčbu 13 specializovaných center – metadonová centra se nenacházejí v krajích Plzeňském, Libereckém, Pardubickém, Zlínském a v kraji Vysočina; v Plzni bylo v r. 2009 avizováno otevření metadonového centra sdružením Ulice – Agentura sociální práce, o.s., do srpna 2009 k němu však nedošlo[27].

tabulka 5-7: Počet registrovaných zařízení poskytujících substituční léčbu a počet pacientů v substituční léčbě v r. 2000–2008 (Mravčík et al. 2008; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009e)

Rok	Počet zařízení registrovaných v NRULISL	Počet klientů
2000	7	245
2001	8	483
2002	9	422
2003	9	657
2004	9	729
2005	10	716
2006	14	837
2007	15	959
2008	40	1 375

Od r. 2000 (kdy byl poskytován výhradně metadon) roste podíl pacientů užívajících přípravky obsahující buprenorfin – v r. 2001 byl Subutex® předepisován 6 %, v r. 2004 34 %, v r. 2007 42 % a v r. 2008 byl Subutex® a Suboxone® předepisován 52 % pacientů (tj. 503 a 78, dohromady 581) hlášených do NRULISL k 31. 12. (Mravčík et al. 2008; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009e).

V NRULISL nejsou zaregistrována všechna zdravotnická zařízení, která předepisují přípravky obsahující buprenorfin (Subutex® a Suboxone®); jejich celkový počet ani celkový počet pacientů užívajících přípravky obsahující buprenorfin nejsou přesně známy. Na základě průzkumu mezi lékaři v ČR provedeného v r. 2007 (blíže viz VZ 2007) byl počet psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé předepisujících Subutex® odhadnut na 150 a 240 a počet pacientů užívajících Subutex® na celkem 4300 osob, z toho cca 3000 u psychiatrů a cca 1400 u praktických lékařů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES, 2008). Odhadem bylo v r. 2007 léčeno Subutexem® mimo specializovaná centra 3500–3800 osob (Mravčík et al. 2008).

Od července 2008 do dubna 2009 realizovalo NMS dotazníkový průzkum zaměřený na poskytování péče uživatelům drog v síti ambulantních psychiatrických zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009f) – viz také výše. Ze 161 zařízení 42 (26,1 %) uvedlo poskytování substituční léčby přípravky obsahujícími buprenorfin a nahlásilo celkem 1109 pacientů užívajících tyto přípravky (průměr 32, minimum 0, maximum 275). Počet zařízení a pacientů podle krajů uvádí tabulka 5-8. Počet 20 a více substituovaných pacientů nahlásilo 10 zařízení s 872 pacienty (78,6 % substituovaných pacientů z celého souboru), z nich pouze 4 lékaři se

[24] Na adrese https://snzr.uzis.cz/nrulisl/.
[25] První neoficiální substituční léčba etylmorfinem byla na území ČR zahájena v r. 1987 taktéž v Apolináři (Kalina, 2007), v tehdejším Středisku drogových závislostí; v r. 1992–1993 probíhal jednoletý experimentální metadonový program v Drop-In (čili „nástupnické“ organizaci Střediska drogových závislostí u Apolináře; od r. 1997 probíhal pilotní metadonový program na Oddělení pro léčbu drogových závislostí v Apolináři, který přešel do standardního režimu v r. 2000 (Zábranský et al. 2002).
[26] Celkem může od r. 2008 poskytovat substituční léčbu 10 věznic v ČR – blíže viz kapitolu Intervence ve věznicích (str. 78).
[27] Sekce „Služby“ na webových stránkách o.s. Ulice – Agentura sociální práce, http://www.ulice-plzen.com, zobrazeno 6. 8. 2009.

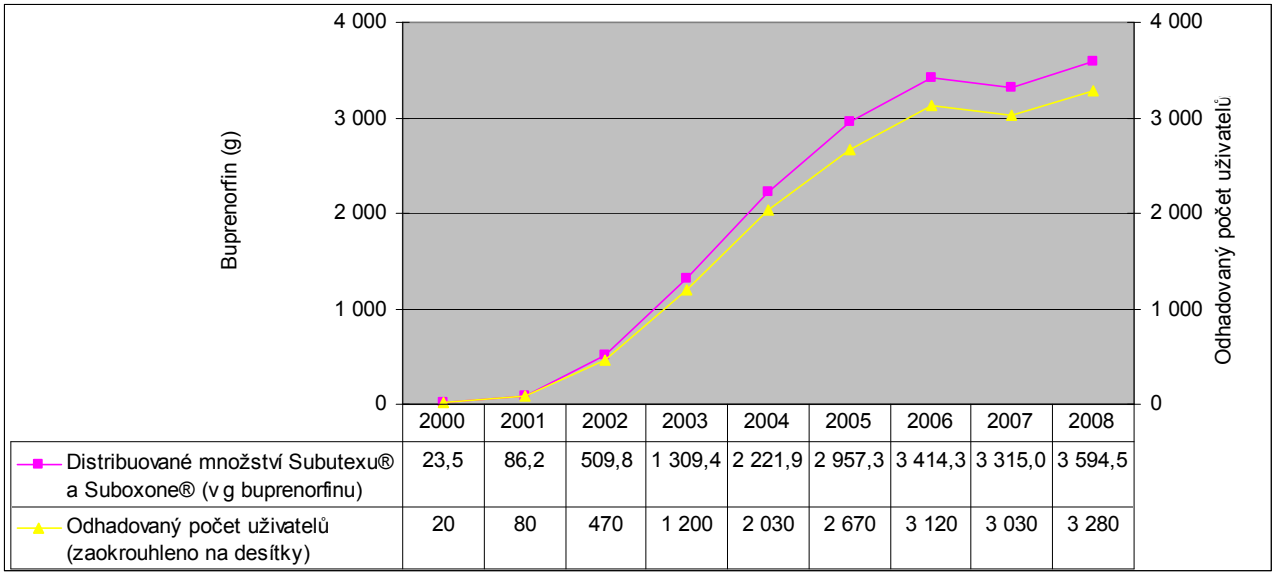
182 pacienty jsou registrováni v NRULISL. Uvedené údaje potvrzují, že mimo hlášení do NRULISL se stále nachází značné množství (desítky až stovky) lékařů a (stovky až tisíce) pacientů.

tabulka 5-8: Ambulantní psychiatrická zařízení poskytující substituční léčbu přípravky obsahujícími buprenorfin a počty pacientů v substituční léčbě v r. 2008 podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009f)

Kraj	Odpovědělo na dotazník	Předepisuje substituci buprenorfinem		Pacienti v substituční léčbě	
		Počet	%	Počet	%
Hl. m. Praha	16	10	62,5	686	61,9
Středočeský	17	7	41,2	122	11,0
Jihočeský	13	2	15,4	26	2,3
Plzeňský	11	3	27,3	18	1,6
Karlovarský	6	3	50,0	32	2,9
Ústecký	7	1	14,3	70	6,3
Liberecký	4	2	50,0	0	0,0
Královehradecký	7	2	28,6	90	8,1
Pardubický	6	0	0,0	0	0,0
Vysočina	19	2	10,5	2	0,2
Jihomoravský	12	5	41,7	22	2,0
Olomoucký	9	1	11,1	0	0,0
Zlínský	22	2	9,1	1	0,1
Moravskoslezský	12	2	16,7	40	3,6
Celkem	**161**	**42**	**26,1**	**1 109**	**100,0**

V r. 2008 bylo na českém trhu distribuováno množství Subutexu® a Suboxone® odpovídající 3595 g buprenorfinu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2009), což znamená mírný nárůst oproti r. 2007 i 2006. Počet uživatelů Subutexu® v r. 2008 lze za stejného předpokladu jako v minulých letech (tj. průměrné denní spotřeby 6 mg buprenorfinu a průměrné frekvenci aplikace obden[28]) orientačně odhadnout na 3280 osob – obrázek 5-1.

obrázek 5-1: Distribuované množství Subutexu® a Suboxone® (v g buprenorfinu) a odhadovaný počet uživatelů těchto přípravků v r. 2000–2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004; Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL, 2009)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Distribuované množství Subutexu® a Suboxone® (v g buprenorfinu)	23,5	86,2	509,8	1 309,4	2 221,9	2 957,3	3 414,3	3 315,0	3 594,5
Odhadovaný počet uživatelů (zaokrouhleno na desítky)	20	80	470	1 200	2 030	2 670	3 120	3 030	3 280

V r. 2008 a 2009 pokračovala spolupráce kontaktních a poradenských programů pro uživatele drog z řad NNO s lékaři, kteří svým pacientům předepisují léky s obsahem buprenorfinu, v oblasti poskytování psychosociální složky substituční léčby – blíže viz VZ 2007.

Ve speciální kapitole Problémové užívání amfetaminu a metamfetaminu (str. 90) jsou uvedeny zkušenosti s perorální substitucí pervitinu (metamfetaminu) jinými psychostimulancii.

5.2.2 Rezidenční léčba

Zvláštním typem lůžkových zařízení v ČR unikátním v Evropě i ve světě jsou tzv. záchytné stanice – speciální medicínská zařízení pro krátkodobý pobyt (v řádu několika hodin) a detoxifikaci při akutní intoxikaci

[28] Informace o průměrné délce léčby cca půl roku byla získána z průzkumu mezi ambulantními psychiatry v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004), v přepočtu na rok to je průměrně 1 aplikace za 2 dny.

zejména alkoholem. První z nich byla založena u Apolináře v r. 1951 a v polovině 70. let minulého století jich bylo v ČR přes 50 (Skála, 2003). V současné době jich v ČR funguje 15, jsou zřizovány kraji a některé kraje, i když záchytnou stanici nezřizují, přispívají jiným zdravotnickým zařízením na ošetření intoxikovaných pacientů pod vlivem alkoholu nebo jiných drog (např. Liberecký kraj).

Detoxifikační jednotky, kterých je v současné době v ČR 19, jsou lůžková zdravotnická zařízení (oddělení) při odděleních pro léčbu závislostí nebo v rámci jiných oddělení nemocnic sloužící pro krátkodobou (obvykle do 3 týdnů) rezidenční léčbu s cílem zvládnout odvykací syndrom v začátcích abstinence před vstupem do další (většinou rezidenční) léčby. V Praze existuje Dětské a dorostové detoxifikační centrum v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, které nabízí komplexní péči pro děti a mládež do 18 let. Centrum zahrnuje psychiatrickou ambulanci a navazující lůžkovou část s kapacitou 14 lůžek, kromě detoxifikace nabízí také psychoterapeutický motivační program a zajištění návazné péče; příjem pacientů není regionálně omezen.

Rezidenční medicínskou léčbu závislých pacientů poskytují psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic. Zejména v psychiatrických léčebnách je léčba organizována na speciálních odděleních pro léčbu závislostí. Prvním zařízením tohoto druhu bylo mužské oddělení pro léčbu alkoholizmu založené prof. J. Skálou při psychiatrické klinice VFN v Praze v r. 1948 u „Apolináře“ a postupem času zde byl vytvořen celý komplex služeb včetně ambulance, záchytné stanice, terapeutické komunity, střediska pro děti, mládež a rodinu, svépomocných aktivit, režimových aktivit, skupinové psychoterapie atd. (Skála, 2003; Kalina, 2007) – toto zařízení se stalo vzorem pro další oddělení a celý systém lůžkové, ale i ambulantní AT medicínské péče o uživatele drog v ČR, jak jej známe dnes.

V posledních letech zůstává síť psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení prakticky beze změn, ale dochází ke snížení celkového lůžkového fondu (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c).

V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo v r. 2008 uskutečněno celkem 14 228 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9563 pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu (od r. 2005 dochází k výraznému poklesu) a 4665 hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním dalších psychoaktivních látek.

O soudně nařízené léčbě včetně její ústavní formy pojednává kapitola Alternativy trestního postihu (str. 76).

tabulka 5-9: Počet psychiatrických lůžkových zařízení, jejich celková lůžková kapacita a vyžití uživateli nealkoholových drog (mimo tabáku) v r. 2000–2008 (Brožová and Šťastná, 2009; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c)

Rok	Dětské psychiatrické léčebny			Psychiatrické léčebny pro dospělé			Psychiatrická oddělení nemocnic		
	Počet	Kapacita	Počet pacientů	Počet	Kapacita	Počet pacientů	Počet	Kapacita	Počet pacientů
2000	4	358	28	17	9 717	3 181	32	1 534	1 868
2001	4	368	32	17	9 771	3 221	33	1 554	1 523
2002	4	368	13	17	9 677	2 494	33	1 546	1 200
2003	4	368	17	17	9 609	2 536	33	1 517	1 480
2004	4	368	27	17	9 583	2 880	33	1 501	1 762
2005	3	320	27	17	9 538	3 104	32	1 439	1 582
2006	3	320	29	17	9 442	3 200	31	1 420	1 629
2007	3	320	16	16	9 307	3 423	32	1 419	1 299
2008	3	300	25	16	9 240	3 389	32	1 396	1 247

Dalším typem rezidenční léčby je terapeutická komunita (TK). Prvním programem postaveným na principech TK bylo v ČR od r. 1948 oddělení u „Apolináře“. Po r. 1989 zakládaly programy na bázi terapeutické komunity zejména NNO, ve státním sektoru fungují TK jako zařízení sociálních služeb nebo jako samostatná oddělení lůžkového zdravotnického zařízení, ale statut zdravotnického zařízení není pro TK obvyklý. V TK se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná léčba v délce 6–18 měsíců. Terapeutické komunitě v systému péče obvykle předchází detoxifikace a krátkodobá či střednědobá ústavní léčba a navazují na ni doléčovací programy (Kooyman et al. 2004; Nevšímal et al., 2007).

První terapeutickou komunitou v ČR byla TK Němčice (o.s. SANANIM) založená v r. 1991. Dále byly od devadesátých let 20. století postupně založeny a certifikovány následující TK pro drogově závislé: TK Mukařov o.s. White Light I., TK Podcestný mlýn o.s. Sdružení Podané ruce, TK Čeladná o.p.s. Renarkon, TK Nová Ves o.s. ADVAITA, TK Mníšek pod Brdy o.p.s. Magdaléna, TK Karlov o s. SANANIM, TK Vršíček a TK Šluknov Teen Challenge, TK o.s. Krok, TK Sejřek o.s. Kolpingovo dílo ČR. Některé z komunit jsou zaměřeny na specifické cílové skupiny (závislé matky s dětmi, mladiství, klienti s duálními psychiatrickými diagnózami). Jmenovaných 11 programů a dále Výchovný ústav a Středisko volné péče Klíčov měly v r. 2008 platnou certifikaci odborné způsobilosti pro rezidenční léčbu v terapeutické komunitě, 10 z nich bylo podpořeno v rámci dotačního řízení RVKPP, tedy jsou k dispozici údaje o počtu jejich klientů a poskytnutých službách ze závěrečných zpráv projektů – tabulka 5-12 (str. 46). Terapeutické komunity jsou v ČR sdruženy v odborné sekci terapeutických komunit A.N.O., která má 10 členů

(9 z 12 výše jmenovaných programů a TK Fides v rámci Psychiatrické léčebny Bílá Voda). Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV[29] funguje v ČR 15 programů registrovaných jako terapeutická komunita, jejichž primární cílovou skupinou jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách, z nichž 4 nemají osvědčení odborné způsobilosti RVKPP pro daný typ služby a nejsou ani členem příslušné odborné sekce A.N.O.

Součástí 5 školských zařízení byla v r. 2008 oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou závislostí. Celková kapacita těchto oddělení byla 46 míst a průměrná délka léčebného pobytu cca 7 měsíců (nejdelší pobyt jednoho chlapce byl 40 měsíců). Pobyt v nich v r. 2008 absolvovalo 76 dětí[30].

5.2.3 Systémy sběru dat o uživatelích drog v léčbě

Údaje o uživatelích drog, kteří využívají služeb nízkoprahových a léčebných zařízení, jsou k dispozici z několika zdrojů dat.

Jedná se o celostátní systém hlášení do Registru žádostí o léčbu, který spravuje od r. 1995 hygienická služba (HS), resp. Hygienická stanice Hl. m. Prahy. Do registru žadatelů o léčbu jsou zařazeni ti uživatelé drog, kteří v daném roce využili léčebných a poradenských služeb v zařízeních pro uživatele drog, a to jak zdravotnických, tak nezdravotnických (např. terapeutické komunity, nízkoprahová centra). Samostatně jsou evidováni uživatelé, kteří tak učinili poprvé v životě (prvožadatelé). Soubor sbíraných údajů, jejich struktura a používané definice odpovídají standardu pro sběr žádostí o léčbu Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). Registr nedostatečně pokrývá léčbu v ordinacích praktických lékařů, substituční léčbu a léčbu ve věznicích (Studničková, 2009c).

Dalšími zdroji dat o léčených uživatelích drog jsou zdravotnické registry a statistické hlásné systémy, které spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Jedná se o povinně hlášená data z lůžkových a ambulantních (psychiatrických) zdravotnických zařízení a o registr substituční léčby NRULISL (viz výše). Do registrů ÚZIS přispívá větší počet zařízení než do registru HS, nicméně se jedná výhradně o zdravotnická zařízení.

Údaje o klientech a službách poskytnutých NNO, resp. programy realizovanými s podporou dotace ze státního rozpočtu, jsou k dispozici zejména ze závěrečných zpráv projektů v rámci dotačního řízení RVKPP. Tyto informace zpracovává každoročně NMS. Zejména se jedná o nízkoprahové programy harm reduction, ale také o ostatní typy služeb realizované NNO (ambulantní léčba a následná péče, rezidenční léčba v terapeutických komunitách)[31].

Výše uvedené sběrné systémy se navzájem překrývají. Výsledkem je, že např. ambulantní zdravotnické zařízení provozované NNO poskytující substituční léčbu hlásí data do Registru žadatelů o léčbu, vyplňuje výkaz o činnosti zdravotnického zařízení pro ÚZIS, hlásí data do NRULISL a zasílá zprávu v rámci dotačního řízení. K informacím pocházejícím z různých zdrojů je tedy nutno přistupovat s vědomím jejich překryvů.

5.3 Uživatelé drog v léčbě, jejich charakteristiky a trendy

5.3.1 Registr žádostí o léčbu

Do registru žádostí o léčbu nahlásilo v r. 2008 data 223 center (67 nízkoprahových, 104 ambulantních a 52 rezidenčních zařízení). Nejnavštěvovanějším typem zařízení byla tradičně nízkoprahová centra, jejich klienti tvořili stejně jako v předchozích letech více než polovinu žadatelů – 48,2 % prvožadatelů a 51,8 % všech žadatelů. Nejčastěji jsou mezi centry zastoupena ambulantní zařízení, nicméně na hlášené incidenci, resp. prevalenci léčených uživatelů drog se podílí pouze 25,2 %, resp. 25,1 % (Studničková and Petrášová, 2009). Podíly jednotlivých typů zařízení a jejich klientů jsou v registru v posledních letech stabilní (Studničková, 2009c).

V r. 2008 vyhledalo léčebné služby uvedených zařízení celkem 8279 uživatelů drog, tj. o 208 osob méně než v r. 2007. Z toho 3 981 osob požádalo o léčbu poprvé, tj. o 365 osob méně než v r. 2007. Ženy tvořily přibližně třetinu žadatelů o léčbu. Podíl mužů byl nejnižší ve věkové kategorii 15–19 let (Studničková and Petrášová, 2009).

Pořadí užívaných drog, které jsou důvodem všech i prvních žádostí o léčbu, zůstává stejné jako v r. 2007. Uživatelé stimulancií[32] byli nejpočetnější skupinou všech žadatelů (61,3 %) i prvožadatelů (62,9 %); to se týká zejména pervitinu (61,0 %, resp. 62,6 %). Následovali uživatelé opiátů mezi všemi žadateli (24,9 %) a uživatelé konopných látek mezi prvožadateli (18,9 %). Vývoj počtu žadatelů o léčbu podle užívané drogy uvádí obrázek 5-2 a obrázek 5-3.

Míra výskytu žádostí o léčbu a zastoupení žadatelů o léčbu podle užívané drogy se v jednotlivých regionech liší. Nejvyšší relativní prevalenci i incidenci mají Ústecký kraj a Hl. m. Praha. Ve všech krajích převažovali v r. 2008

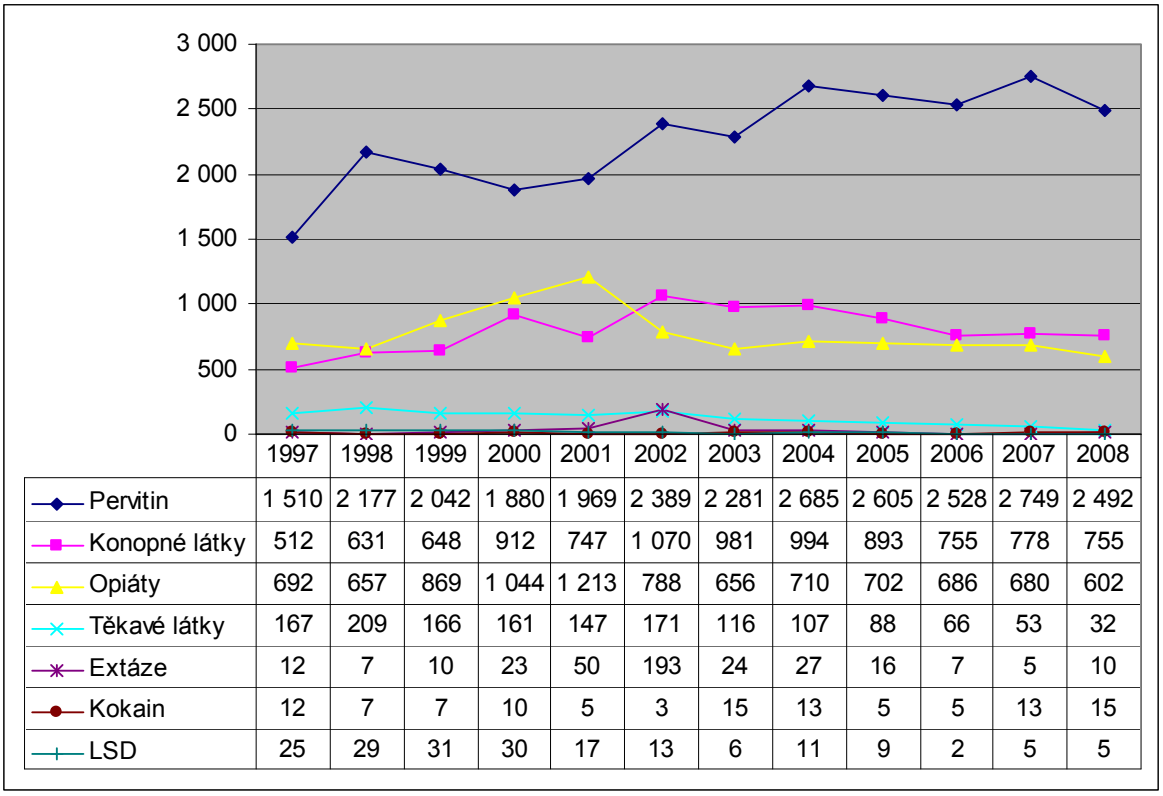
[29] Viz http://iregistr.mpsv.cz/.
[30] Informace zástupce MŠMT předaná na zasedání Poradního výboru RVKPP pro sběr dat o drogách 22. 9. 2009.
[31] Od r. 2003 spravuje NMS softwarovou aplikaci sjednoceného systému sběru dat v nízkoprahových zařízeních FreeBase a od r. 2008 aplikaci UniData, která je určena pro všechny typy služeb. V oblasti primární prevence funguje od r. 2008 obdobná aplikace s názvem PrevData. Všechny aplikace jsou primárně určeny pro záznam údajů o klientech a o službách, které jim byly poskytnuty; obsahují řadu dalších nástrojů, např. umožňují zpracování výstupů kompatibilních s požadavky Registru žádostí o léčbu a s požadavky na průběžné a závěrečné zprávy dotačního řízení RVKPP. Aplikace jsou bezplatně ke stažení na http://www.drogovesluzby.cz.
[32] Do skupiny stimulancií řadí HS drogy amfetaminového typu včetně MDMA, fenmetrazin a efedrin; kokain je evidován odděleně.

uživatelé stimulancií (od 52,3 % v Hl. m. Praze a Moravskoslezském kraji po 85 % v Jihočeském kraji). Uživatelé opiátů byli významněji zastoupeni v Královéhradeckém kraji (37,6 %), Hl. m. Praze (36,7 %), Ústeckém (29,9 %) a Jihomoravském kraji (29,9 %); uživatelé konopných látek žádali o léčbu nejčastěji v kraji Vysočina (29,8 %) a v Moravskoslezském kraji (27,6 %) – mapa 5-1.

Průměrný věk žadatelů o léčbu se dlouhodobě zvyšuje[33]. Nejčetnější věková skupina byla v r. 2008 mezi všemi žadateli i mezi prvožadateli 20–24 let – tvořila 32,2 %, resp. 28,1 % všech žadatelů. Průměrný věk prvožadatelů o léčbu je 24,3 roku a 25,9 roku u všech žadatelů (Studničková and Petrášová, 2009).

Mezi všemi žadateli o léčbu v r. 2007 byli nejstarší uživatelé opiátů a kokainu (průměrný věk u kokainu 29,6, u heroinu 28,7 roku). Průměrný věk uživatelů pervitinu byl 25,4 roku, těkavých látek 25,7 roku a konopných látek 21,3 roku. Mezi prvožadateli bylo pořadí stejné; nejstarší byli uživatelé kokainu (29,5 roku), heroinu (27,3 roku), dále uživatelé pervitinu (24 let), těkavých (22,4 roku) a konopných látek (20,5 roku) – obrázek 5-4 a obrázek 5-5. Před dovršením 15 let začalo užívat primární drogu 715 (18 %) prvožadatelů o léčbu a 1 290 (15,6 %) všech léčených klientů v r. 2008, před dovršením 19 let začalo primární drogu užívat 70 % prvožadatelů a 69 % ze všech léčených uživatelů drog.

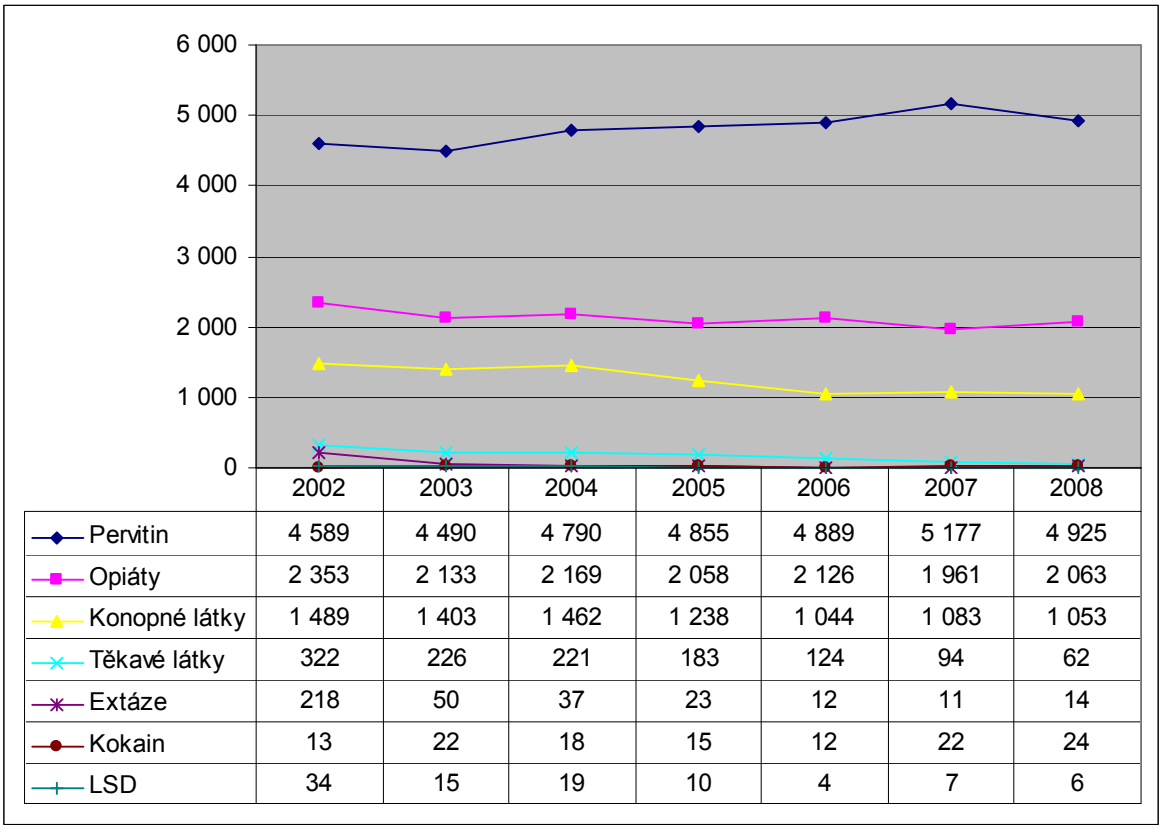
obrázek 5-2: Počet prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 1997–2008 (Studničková and Petrášová, 2009)



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pervitin	1 510	2 177	2 042	1 880	1 969	2 389	2 281	2 685	2 605	2 528	2 749	2 492
Konopné látky	512	631	648	912	747	1 070	981	994	893	755	778	755
Opiáty	692	657	869	1 044	1 213	788	656	710	702	686	680	602
Těkavé látky	167	209	166	161	147	171	116	107	88	66	53	32
Extáze	12	7	10	23	50	193	24	27	16	7	5	10
Kokain	12	7	7	10	5	3	15	13	5	5	13	15
LSD	25	29	31	30	17	13	6	11	9	2	5	5

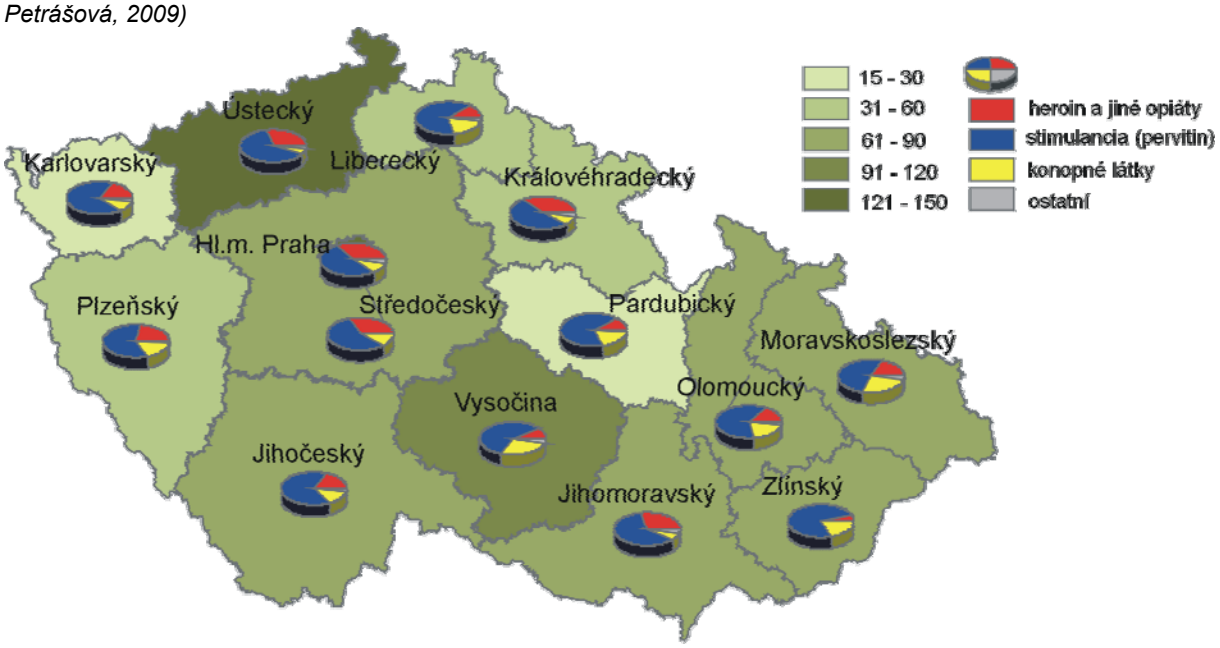
[33] Počet uživatelů kokainu je však velmi nízký.

obrázek 5-3: Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 2002–2008 (Studničková and Petrášová, 2009)



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pervitin	4 589	4 490	4 790	4 855	4 889	5 177	4 925
Opiáty	2 353	2 133	2 169	2 058	2 126	1 961	2 063
Konopné látky	1 489	1 403	1 462	1 238	1 044	1 083	1 053
Těkavé látky	322	226	221	183	124	94	62
Extáze	218	50	37	23	12	11	14
Kokain	13	22	18	15	12	22	24
LSD	34	15	19	10	4	7	6

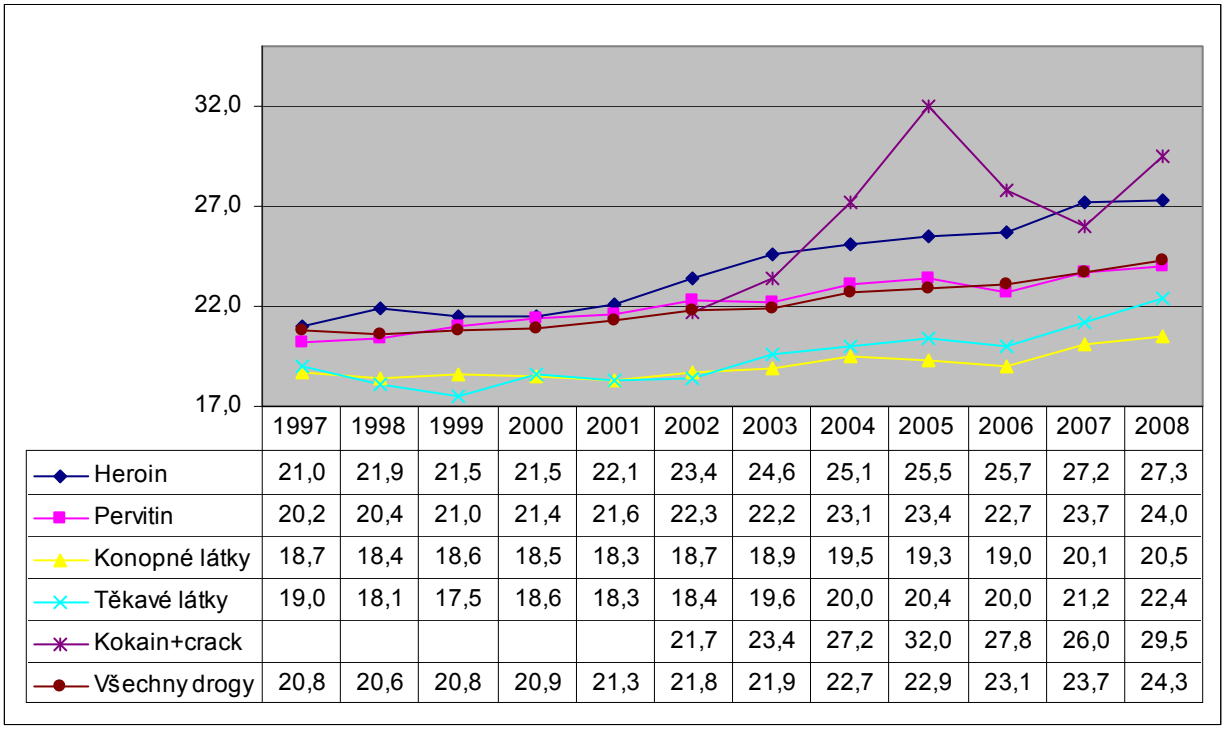
mapa 5-1: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2008, na 100 tis. obyvatel (Studničková and Petrášová, 2009)



V r. 2008 bylo mezi všemi žadateli o léčbu 7490 (90,5 %) a mezi prvožadateli 3428 (86,1 %) problémových uživatelů drog[34]. Injekční aplikace drogy (včetně sekundární) byla zaznamenána u 5986 (72,3 %) všech žadatelů a u 3981 (62,0 %) prvožadatelů o léčbu (Studničková and Petrášová, 2009). Trendy vybraných charakteristik mezi žadateli o léčbu uvádí obrázek 5-6 a obrázek 5-7, další informace o injekčním užívání drog mezi žadateli o léčbu jsou uvedeny v kapitole Rizikové chování uživatelů drog (str. 51).

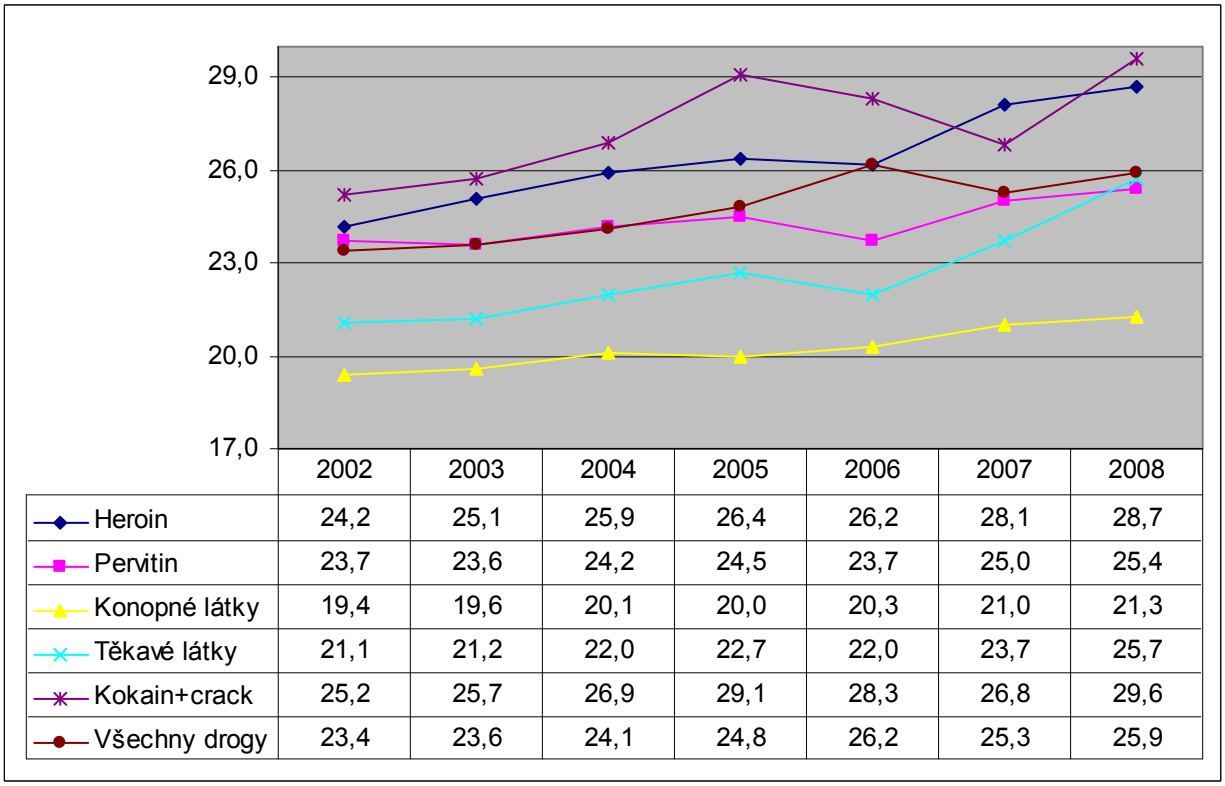
[34] Tj. injekčních uživatelů drog a/nebo dlouhodobých a/nebo pravidelných uživatelů opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu.

obrázek 5-4: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 1997–2008 (Studničková and Petrášová, 2009)



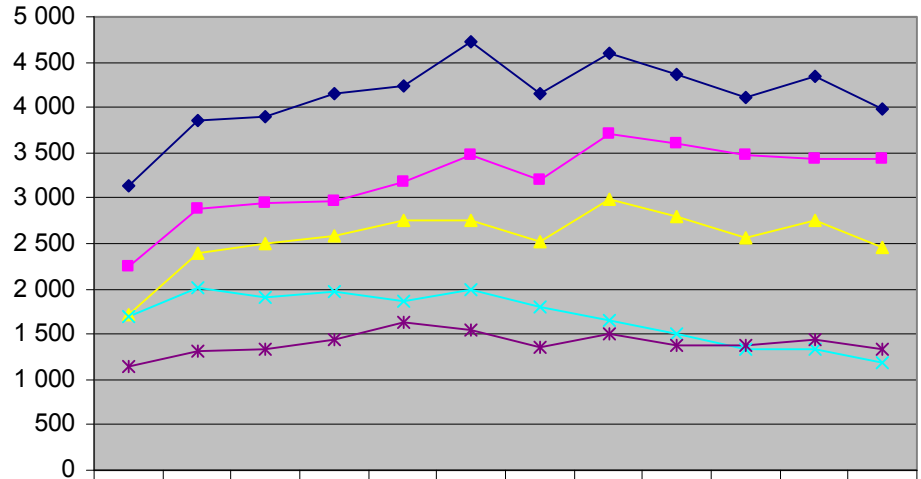
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Heroin	21,0	21,9	21,5	21,5	22,1	23,4	24,6	25,1	25,5	25,7	27,2	27,3
Pervitin	20,2	20,4	21,0	21,4	21,6	22,3	22,2	23,1	23,4	22,7	23,7	24,0
Konopné látky	18,7	18,4	18,6	18,5	18,3	18,7	18,9	19,5	19,3	19,0	20,1	20,5
Těkavé látky	19,0	18,1	17,5	18,6	18,3	18,4	19,6	20,0	20,4	20,0	21,2	22,4
Kokain+crack						21,7	23,4	27,2	32,0	27,8	26,0	29,5
Všechny drogy	20,8	20,6	20,8	20,9	21,3	21,8	21,9	22,7	22,9	23,1	23,7	24,3

obrázek 5-5: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 2002–2008 (Studničková and Petrášová, 2009)



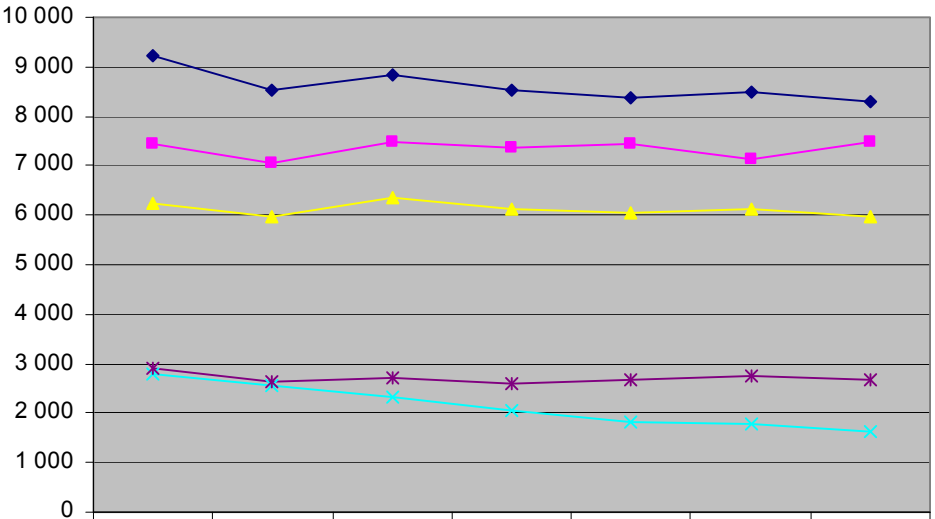
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Heroin	24,2	25,1	25,9	26,4	26,2	28,1	28,7
Pervitin	23,7	23,6	24,2	24,5	23,7	25,0	25,4
Konopné látky	19,4	19,6	20,1	20,0	20,3	21,0	21,3
Těkavé látky	21,1	21,2	22,0	22,7	22,0	23,7	25,7
Kokain+crack	25,2	25,7	26,9	29,1	28,3	26,8	29,6
Všechny drogy	23,4	23,6	24,1	24,8	26,2	25,3	25,9

obrázek 5-6: Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v r. 1997–2008 (Studničková and Petrášová, 2009)



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Počet prvožadatelů o léčbu celkem	3 132	3 858	3 891	4 148	4 233	4 719	4 158	4 600	4 372	4 119	4 346	3 981
Počet problémových uživatelů	2 253	2 871	2 943	2 966	3 187	3 472	3 196	3 701	3 600	3 475	3 429	3 428
Počet inj. uživatelů	1 723	2 385	2 490	2 586	2 745	2 761	2 516	2 986	2 796	2 573	2 753	2 468
Počet osob do 19 let	1 694	2 023	1 914	1 970	1 860	2 000	1 808	1 656	1 506	1 327	1 335	1 186
Počet žen	1 152	1 307	1 337	1 431	1 637	1 541	1 359	1 503	1 381	1 384	1 449	1 344

obrázek 5-7: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v r. 2002–2008 (Studničková and Petrášová, 2009)



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Počet žadatelů o léčbu celkem	9 237	8 522	8 845	8 534	8 366	8 487	8 279
Počet problémových uživatelů	7 441	7 067	7 473	7 372	7 451	7 137	7 490
Počet inj. uživatelů	6 228	5 964	6 364	6 125	6 054	6 109	5 986
Počet osob do 19 let	2 773	2 541	2 322	2 064	1 811	1 792	1 625
Počet žen	2 895	2 646	2 709	2 602	2 656	2 763	2 663

Mezi žadateli o první léčbu uvedlo v r. 2008 denní užívání drogy 1274 osob (32,0 %), dalších 1002 (25,2 %) užívalo drogu 2–6krát týdně. Heroin byl jeho nově evidovanými uživateli nejčastěji užíván denně (58,6 % uživatelů heroinu), pervitin užívalo denně 25,5 % jeho uživatelů. Nejčastější frekvence užívání pervitinu je 2–6krát týdně.

Mezi všemi léčenými klienty uvedlo denní užívání drogy 2772 (33,5 %) uživatelů drog, dalších 1888 (22,8 %) užívalo drogu 2–6krát týdně. Mezi všemi léčenými užívala denně heroin polovina osob, uživatelé pervitinu užívali pervitin denně ve čtvrtině případů; také mezi všemi žadateli byl pervitin nejčastěji užíván s frekvencí 2–6krát týdně (28,8 %).

Poměrně vysokou frekvenci užívání uváděli uživatelé Subutexu® – denně jej užívalo 79,8 % (Studničková and Petrášová, 2009).

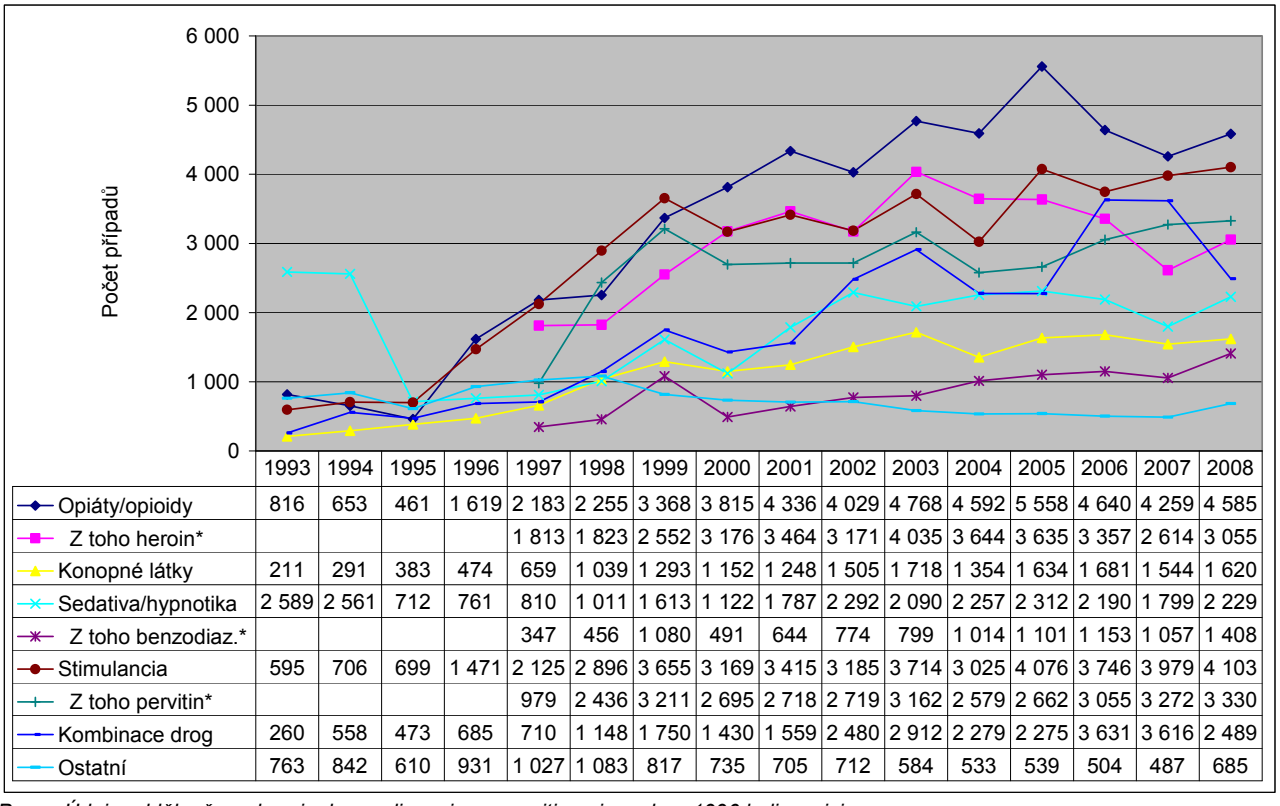
Socio-ekonomické charakteristiky žadatelů o léčbu se od r. 2002 nemění. Z celkového počtu 8487 žadatelů o léčbu v r. 2008 bylo 11,1 % bez domova, dalších 6,8 % pobývalo v zařízeních (např. ve věznicích, ústavech, na ubytovnách nebo v azylových domech); stálé bydliště udalo 52,3 %. Necelá polovina všech i nově evidovaných léčených uživatelů drog žije s rodiči, 20,6 % všech léčených klientů uvedlo, že žijí sami – častěji muži (21,8 %) než ženy (12,6 %); z nově evidovaných klientů žije samo 18,2 %. Celkem 522 (6,2 %) léčených uživatelů drog uvedlo, že žijí společně s dětmi (Studničková and Petrášová, 2009).

Více než polovina žadatelů o léčbu byla nezaměstnaná nebo vykonávala příležitostnou práci. Pravidelné zaměstnání vykazuje 20,8 % prvožadatelů a 22,2 % všech žadatelů o léčbu. Vyšší podíl nezaměstnaných či příležitostně pracujících je mezi muži. Téměř 50 % žadatelů o léčbu má základní vzdělání. Nedokončené základní vzdělání má 6,0 % prvožadatelů a 4,1 % všech žadatelů o léčbu (Studničková and Petrášová, 2009).

5.3.2 Klienti ambulantní léčby

V r. 2008 bylo v ambulantních zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie léčeno 17 319 uživatelů drog mimo alkoholu (dg. F11–F19), z toho 15 711 uživatelů drog mimo tabák (dg. F11–F16, F18–F19). Mužů bylo 10 707 (68 %), žen 5 004 (32 %). Nejpočetnější věkovou skupinou byla skupina 20–39 let (71,4 %), ve věku do 20 let bylo 12,1 % pacientů. Vývoj celkového počtu pacientů uvádí tabulka 5-3 a tabulka 5-4. Poruchy spojené s užíváním opiátů (F11), stimulancií (F15) a kombinace drog (F19) jsou dlouhodobě nejčastějšími diagnózami léčených pacientů – obrázek 5-8.

obrázek 5-8: Vývoj počtu uživatelů drog léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2003–2008 podle (skupin) drog (Mravčík et al. 2008; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c)



	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Opiáty/opioidy	816	653	461	1 619	2 183	2 255	3 368	3 815	4 336	4 029	4 768	4 592	5 558	4 640	4 259	4 585
Z toho heroin*					1 813	1 823	2 552	3 176	3 464	3 171	4 035	3 644	3 635	3 357	2 614	3 055
Konopné látky	211	291	383	474	659	1 039	1 293	1 152	1 248	1 505	1 718	1 354	1 634	1 681	1 544	1 620
Sedativa/hypnotika	2 589	2 561	712	761	810	1 011	1 613	1 122	1 787	2 292	2 090	2 257	2 312	2 190	1 799	2 229
Z toho benzodiaz.*					347	456	1 080	491	644	774	799	1 014	1 101	1 153	1 057	1 408
Stimulancia	595	706	699	1 471	2 125	2 896	3 655	3 169	3 415	3 185	3 714	3 025	4 076	3 746	3 979	4 103
Z toho pervitin*					979	2 436	3 211	2 695	2 718	2 719	3 162	2 579	2 662	3 055	3 272	3 330
Kombinace drog	260	558	473	685	710	1 148	1 750	1 430	1 559	2 480	2 912	2 279	2 275	3 631	3 616	2 489
Ostatní	763	842	610	931	1 027	1 083	817	735	705	712	584	533	539	504	487	685

Pozn.: Údaje odděleně pro heroin, benzodiazepiny a pervitin nejsou do r. 1996 k dispozici.

Ambulantní léčbu zajišťovalo v r. 2008 také 12 NNO dotovaných RVKPP. Služby poskytly celkem 1923 uživatelům nelegálních drog (1088 mužů, 835 žen), jejichž průměrný věk byl 28,9 roku. Celkem 724 (37,6 %) klientů užívalo drogy injekčně, 456 (23,7 %) klientů užívalo pervitin, 317 (16,5 %) heroin, 118 (6,1 %) konopné látky a 186 (9,7 %) jiné opiáty, především nelegálně získaný buprenorfin. Ve srovnání s r. 2007 došlo k nárůstu počtu klientů, zejména uživatelů heroinu a k mírnému poklesu počtu uživatelů pervitinu. Srovnání let 2003–2008 uvádí tabulka 5-10 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j).

tabulka 5-10: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a vybrané charakteristiky jejich klientů v r. 2003–2008 (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Počet dotovaných zařízení	19	20	18	15	13	12
Počet klientů	2 820	2 506	3 127	4 301	3 044	3 278
Počet uživatelů drog	1 590	1 493	1 743	2 428	1 642	1 923
– z toho injekčních uživatelů drog	848	697	1 034	1 024	708	724
– z toho uživatelů pervitinu	547	540	540	771	511	456
– z toho uživatelů konopných látek	246	339	158	405	101	118
– z toho uživatelů heroinu	310	223	391	240	256	317
– z toho uživatelů Subutexu®	n.a.	n.a.	126	110	116	186
Průměrný věk uživatelů drog	23,6	25,9	26,8	29,6	26,3	28,9

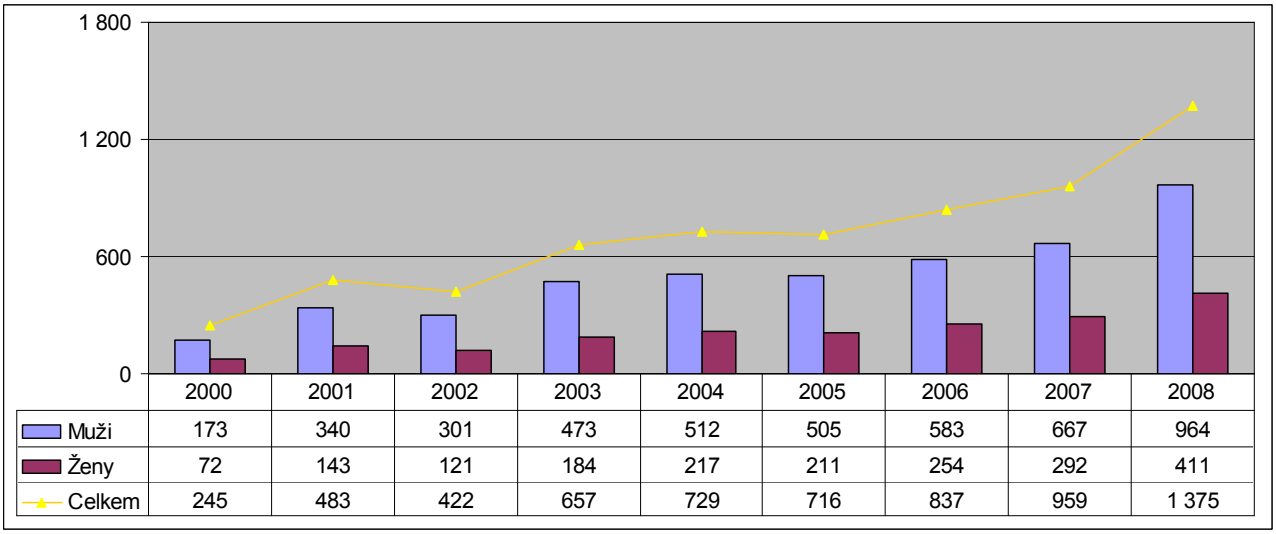
Intenzivní ambulantní léčbu formou denního stacionáře o délce 3 měsíců nabízelo v r. 2008 pouze 1 zařízení v Praze provozované o.s. SANANIM. Kapacita programu byla 10 osob a služby byly poskytnuty 38 klientům (11 mužů, 27 žen), jejichž průměrný věk byl 26,5 roku. Celkem 24 (63 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 6 (15,8 %) klientů užívalo heroin a 24 (63 %) pervitin. Léčbu úspěšně dokončilo 52,6 % klientů. Průměrná délka léčby byla 2 měsíce (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j).

5.3.3 Klienti substituční léčby

V r. 2008 bylo do v NRULISL hlášeno celkem 1375 osob, které podstoupily substituční léčbu (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009e) – trend od r. 2000 uvádí obrázek 5-9. Do substituční léčby bylo v r. 2008 přijato celkem 887 pacientů, z toho 422 poprvé v životě.[35]

Nejpočetněji jsou mezi nově přijatými zastoupeni klienti z Hl. m. Prahy (45 %) a Ústeckého kraje (20 %). Naopak ojediněle jsou zastoupeni klienti z krajů Plzeňského, Libereckého, Pardubického, Olomouckého, Zlínského a z kraje Vysočina, což (s výjimkou kraje Plzeňského) koresponduje s regionální distribucí problémového užívání opiátů – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 24).

obrázek 5-9: Počet osob v substituci nahlášených do NRULISL v r. 2000–2008 podle pohlaví (Mravčík et al. 2008; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009e)



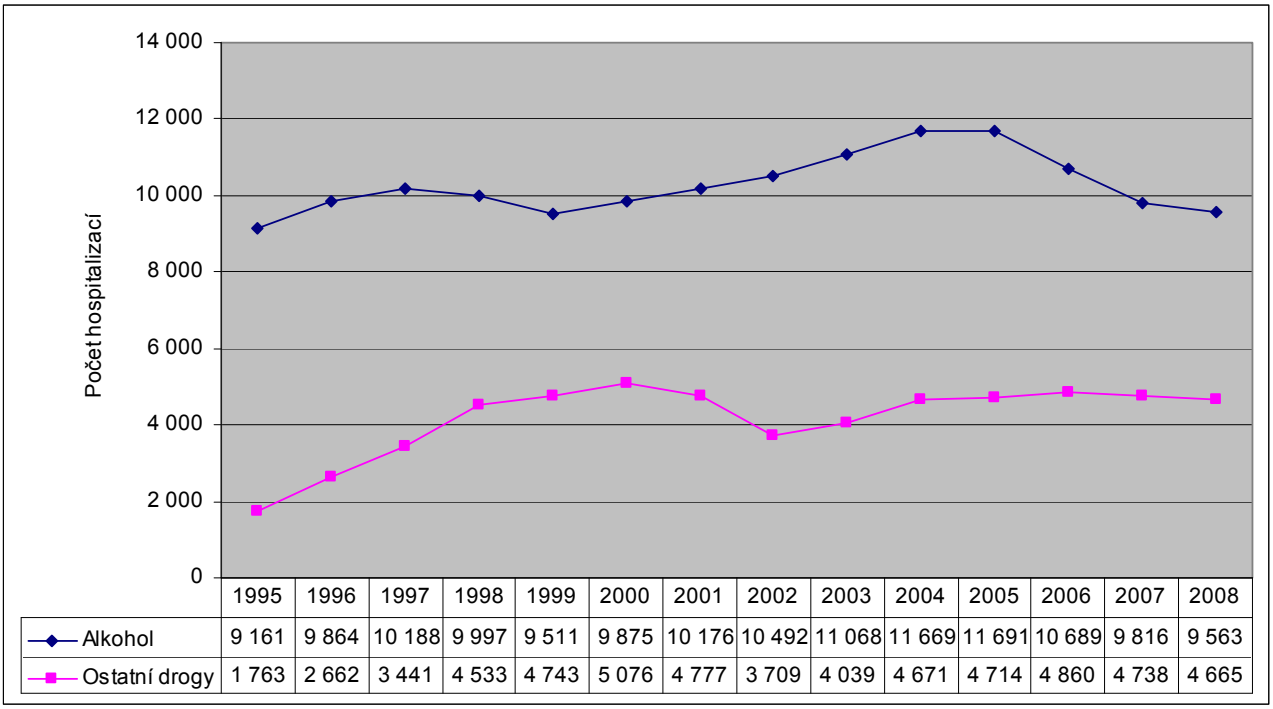
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Muži	173	340	301	473	512	505	583	667	964
Ženy	72	143	121	184	217	211	254	292	411
Celkem	245	483	422	657	729	716	837	959	1 375

5.3.4 Klienti rezidenční léčby

Vývoj počtu hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních od r. 1995 uvádí obrázek 5-10 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c), počty pacientů podle hlavních diagnóz a typů psychiatrických oddělení uvádí tabulka 5-11.

[35] Není výjimkou opakované přijetí téže osoby v daném roce. Z osob, které nastoupily do léčby v r. 2008, byly u 8,5 % osob evidovány 2 pokusy, u 2,8 % osob 3 pokusy; maximální počet byl 6 nástupů téže osoby. Nejvyšší podíl opakovaných nástupů vykázalo jihočeské substituční centrum v Českých Budějovicích, Drop-In v Praze a substituční centrum ve FN v Ostravě. Opakovaná přijetí, resp. ukončení léčby, která jim předcházejí, jsou nejčastěji důsledkem porušení léčebného režimu ze strany pacienta – dlouhodobě je opakované porušení terapeutické smlouvy důvodem 70 % všech případů ukončení léčby (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009e).

obrázek 5-10: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních pro dospělé v r. 1995–2008 (Mravčík et al. 2008; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c)



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alkohol	9 161	9 864	10 188	9 997	9 511	9 875	10 176	10 492	11 068	11 669	11 691	10 689	9 816	9 563
Ostatní drogy	1 763	2 662	3 441	4 533	4 743	5 076	4 777	3 709	4 039	4 671	4 714	4 860	4 738	4 665

tabulka 5-11: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2008 podle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c)

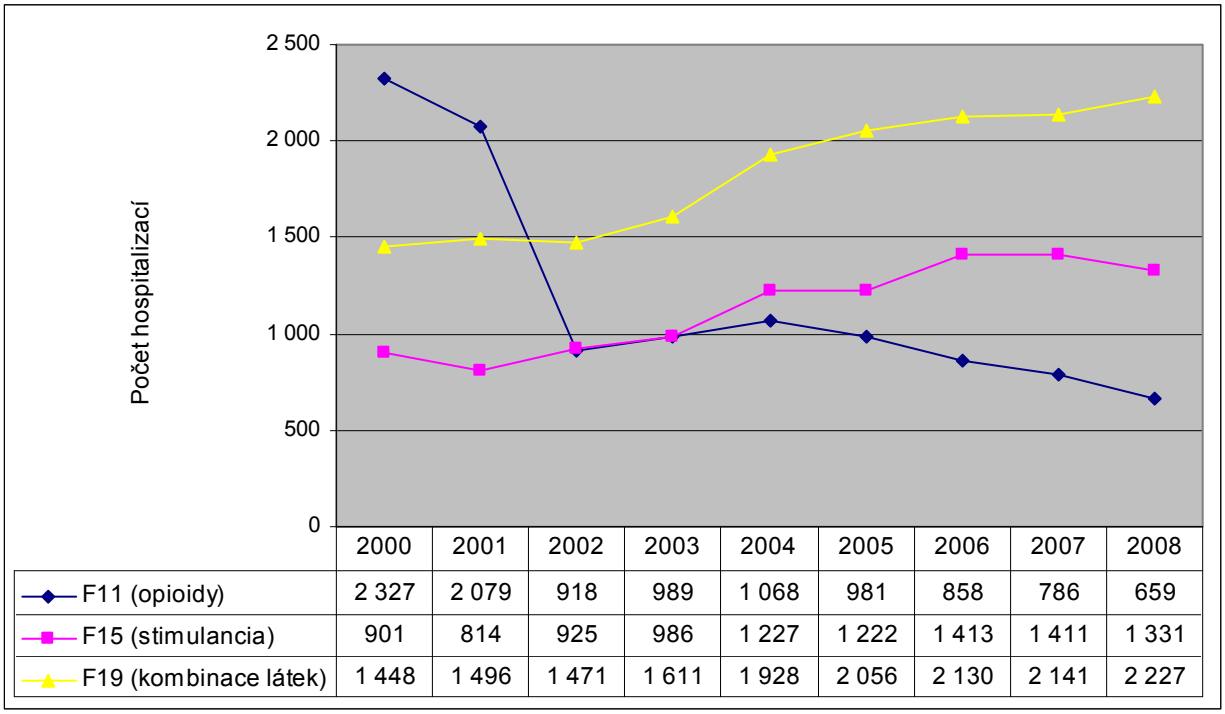
Diagnóza	**Dětské psychiatrické léčebny**			**Psychiatrické léčebny pro dospělé**			**Psychiatrická oddělení nemocnic**		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
F11–19 celkem bez F17	23	2	25	2 389	1 000	3 389	793	454	1 247
– z toho F11 (opioidy)	0	0	0	233	97	330	216	113	329
– z toho F12 (konopné látky)	5	0	5	69	14	83	41	5	46
– z toho F13 (sedativa/hypnotika)	0	0	0	49	101	150	37	63	100
– z toho F14 (kokain)	0	0	0	2	0	2	1	0	1
– z toho F15 (stimulancia)	0	0	0	672	312	984	229	118	347
– z toho F16 (halucinogeny)	0	0	0	7	0	7	5	0	5
– z toho F18 (těkavé látky)	7	0	7	30	0	30	7	1	8
– z toho F19 (kombinace látek)	11	2	13	1 327	476	1 803	257	154	411
F10 (alkohol)	0	0	0	5 317	2 263	7 580	1 301	682	1 983
F17 (tabák)	0	0	0	0	0	0	4	0	4
Celkem F10-F19	**23**	**2**	**25**	**7 706**	**3 263**	**10 969**	**2 098**	**1 136**	**3 234**

Kombinace látek (dg. F19) byla v r. 2008 opět nejčastější příčinou hospitalizací uživatelů nelegálních drog v psychiatrických lůžkových zařízeních (47,7 % hospitalizací). Dalšími příčinami hospitalizací bylo užívání stimulancií (28,7 %) a opioidů (14,2 %). V dětských psychiatrických léčebnách byly nejčastějšími příčinami hospitalizace užívání kombinace látek, těkavých látek a konopných drog. Mezi hospitalizovanými převažovala věková skupina 20–29 let (53,8 %), následovala skupina 30–39 let (21,9 %). Ve věku do 19 let bylo hospitalizováno 12,3 % uživatelů nelegálních drog (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c).

Trendy v počtu hospitalizovaných podle jednotlivých (skupin) drog se liší. Od r. 2000 dochází k dlouhodobému poklesu zejména u hospitalizací pro poruchy způsobené opioidy (F11). V r. 2008 došlo k mírnému meziročnímu nárůstu počtu hospitalizací pro poruchy způsobené kombinací látek a k mírnému poklesu hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním stimulancií a opioidů – obrázek 5-11. Počty hospitalizací pro poruchy způsobené ostatními

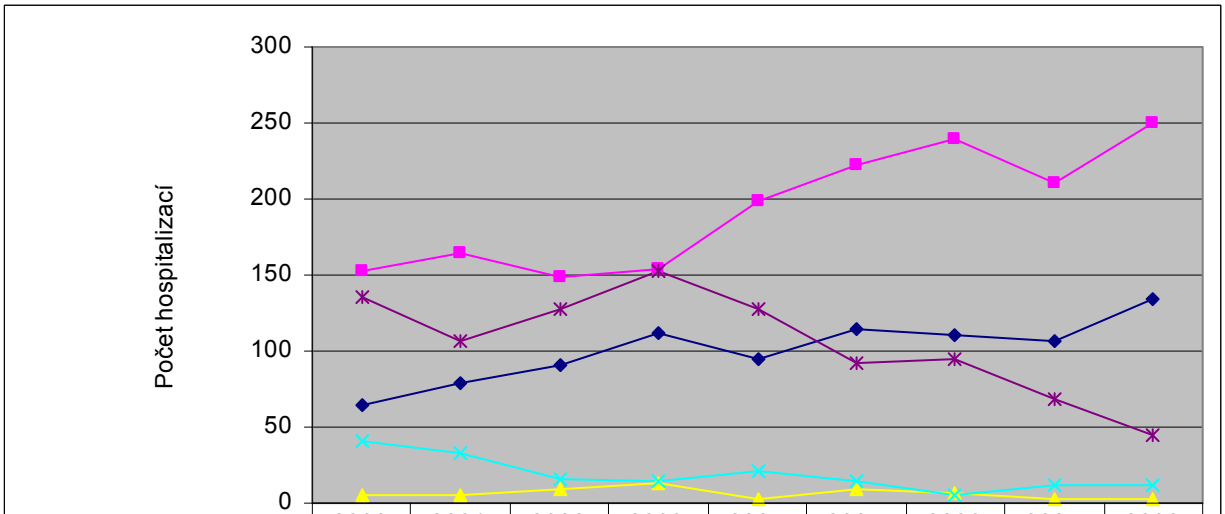
drogami jsou řádově nižší, došlo k mírnému poklesu počtu hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním těkavých látek a k nárůstu u konopných látek a sedativ – obrázek 5-12.

obrázek 5-11: Počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních pro poruchy způsobené užíváním opioidů, stimulancií a kombinací látek v r. 2000–2008 (Mravčík et al. 2008; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
F11 (opioidy)	2 327	2 079	918	989	1 068	981	858	786	659
F15 (stimulancia)	901	814	925	986	1 227	1 222	1 413	1 411	1 331
F19 (kombinace látek)	1 448	1 496	1 471	1 611	1 928	2 056	2 130	2 141	2 227

obrázek 5-12: Počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních pro poruchy způsobené užíváním ostatních drog v r. 2000–2008 (Mravčík et al. 2008; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009c)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
F12 (konopné látky)	65	79	91	112	95	115	110	106	134
F13 (sedativa)	153	164	149	154	199	223	240	211	250
F14 (kokain)	5	5	9	13	3	9	7	3	3
F16 (halucinogeny)	41	33	16	15	21	15	5	12	12
F18 (těkavé látky)	135	106	128	153	128	92	95	68	45

Údaje o klientech terapeutických komunit v r. 2008 pochází z 10 terapeutických komunit dotovaných RVKPP. Jejich kapacita byla 138 lůžek (z toho 42 pro mladistvé a 9 pro matky s dětmi) a pobyt v nich absolvovalo 427 uživatelů drog (z toho 20 matek s dětmi), jejichž průměrný věk byl 23,8 roku. Celkem 326 (76,3 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 283 (66,3 %) klientů užívalo pervitin a 73 (17,1 %) opiáty (z toho 67 heroin, 4 nelegálně získaný buprenorfin). Úspěšně dokončilo léčebný program 123 (28,8 %) klientů a průměrná délka úspěšné (dokončené) léčby byla 308 dní (cca 10 měsíců). Předčasně ukončilo léčbu 153 (35,8 %) klientů, z toho 12 % do 3 měsíců po

započetí léčby. Průměrná délka léčby všech klientů byla 188 dní (cca 6 měsíců). Trend v letech 2003–2008 uvádí tabulka 5-12 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j).

tabulka 5-12: Terapeutické komunity a jejich klienti v r. 2003–2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)

Ukazatel	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Počet komunit	17	14	12	12	11	10
Kapacita zařízení	238	218	183	185	169	138
Počet klientů	510	546	491	451	472	427
– z toho injekčních uživatelů	428	429	400	375	347	326
– z toho uživatelů pervitinu	270	306	287	281	291	283
– z toho uživatelů heroinu	187	151	132	93	66	67
Průměrný věk klientů	23,4	24,2	24,9	25,1	24,2	23,8

Od počátku r. 2007 probíhá v pěti terapeutických komunitách, které jsou sdruženy v Sekci terapeutických komunit A.N.O, výzkumná studie Evaluace výsledků léčby v terapeutické komunitě pro uživatele drog. Cílem studie je sledovat klienty pěti terapeutických komunit pro uživatele drog v období od zahájení léčby do jednoho roku po ukončení léčby a zjistit, k jakým změnám dochází v pěti klíčových oblastech: (1) užívání drog a alkoholu, (2) psychické a fyzické zdraví, (3) sociální fungování, (4) kriminální chování, (5) kvalita života. V průběhu r. 2008 byl ukončen nábor nových klientů ze spolupracujících komunit. Sledovanou kohortu tvoří celkem 214 klientů, kteří v r. 2007 a 2008 zahájili léčbu v terapeutické komunitě. Je to 77,0 % všech klientů, kteří v uvedeném období zahájili léčbu ve sledovaných terapeutických komunitách. Soubor tvoří 137 (64,0 %) mužů a 77 (36,0 %) žen. Průměrný věk je 25,5 roku (minimum 16, maximum 45). Celkem 145 klientů (67,8 %) uvedlo jako primární drogu užívanou v době zahájení léčby pervitin, 61 klientů (27,4 %) uvedlo heroin nebo jiné opiáty; 196 klientů (91,6 %) bylo injekčními uživateli drog s průměrnou délkou injekčního užívání 6,2 roku. V souboru je početná skupina klientů, kteří začali injekčně užívat drogy ve věku 11–15 let (46 klientů, 21,4 %). V souboru je rovněž početná skupina klientů, jejichž délka injekčního užívání drog je 10 a více let (44 klientů, 20,5 %). Relativně vysoký je počet klientů, kteří praktikovali sdílení injekčního materiálu v období 30 dnů před zahájením léčby (47 klientů, 29,5 %). V oblasti fyzického zdraví byl zaznamenán výskyt virové hepatitidy C u 53 klientů (24,8 %). V kategorii psychické zdraví uvedlo 72 (33,6 %) klientů závažné symptomy deprese a téměř shodný je počet klientů uvádějících závažné symptomy úzkosti (78 klientů, 36,4 %). V oblasti kriminálního chování bylo zjištěno, že 55 klientů (25,7 %) má zkušenosti s umístěním ve vazbě a/nebo ve výkonu trestu odnětí svobody. Celkem 152 klientů (71,0 %) uvedlo, že páchalo trestnou činnost v období 30 dnů před zahájením léčby (Šefránek, 2009).

6 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

V r. 2008 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi (injekčními) uživateli drog – promořenost HIV je stále hluboko pod 1 %, prevalence virové hepatitidy typu C mezi klienty vyšetřenými v nízkoprahových programech byla přibližně 12 %. V r. 2008 bylo nově identifikováno 13 HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog, což je méně než v r. 2007 – oproti období do r. 2006 se však jedná o relativně vysoký počet. V r. 2008 probíhala v ČR epidemie virové hepatitidy typu A, ve svém počátku se v Praze šířila mezi injekčními uživateli drog.

Dlouhodobě je patrný nárůst počtu hospitalizací z důvodu nefatálních intoxikací pervitinem, naopak patrný je pokles případů v souvislosti s heroinem.

Počet předávkování hlavními skupinami pouličních drog tradičně se podílejících v ČR na předávkováních zůstal v r. 2008 velmi nízký; celkem bylo hlášeno 44 případů (15 případů smrtelných předávkování opiáty, 19 pervitinem a 10 těkavými látkami), což je o 4 více než v r. 2007; u opiátů došlo k nepatrnému nárůstu, u pervitinu k výraznějšímu nárůstu a počet smrtelných předávkování těkavými látkami klesl. Nebylo evidováno žádné úmrtí na předávkování kokainem, extází, halucinogeny ani THC. V r. 2008 se vyskytlo jedno úmrtí na předávkování s nálezem metadonu, s nálezem buprenorfinu žádné. U jiných příčin úmrtí než předávkování (zejména se jedná o nehody/úrazy a sebevraždy) dochází od r. 2004 ke zvýšení počtu nálezů pervitinu a THC, v r. 2008 bylo identifikováno 49, resp. 37 případů; ve 12 případech byl nalezen opiát/opioid, z toho v 5 případech substituční přípravky.

V r. 2008 došlo k výraznému meziročnímu nárůstu podílu pozitivních nálezů pervitinu a konopných drog u osob zemřelých při dopravních nehodách nebo na jejich následky – na tyto látky bylo pozitivních 9,2 %, resp. 6,2 % zemřelých řidičů. Policie však eviduje jen jednotkové počty.

6.1 Infekce spojené s užíváním drog

6.1.1 Hlášená incidence HIV/AIDS a virových hepatitid

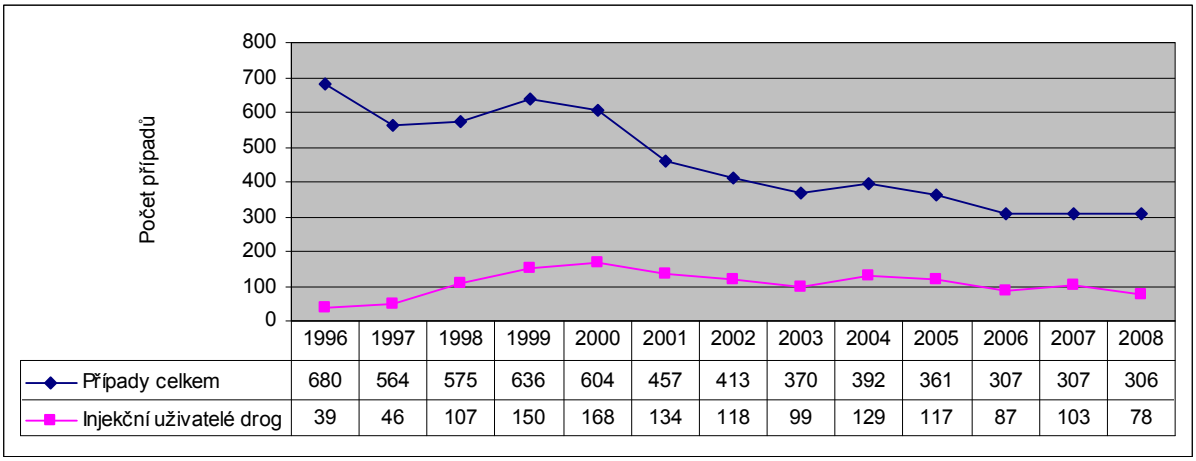
Do r. 2006 bylo v ČR ročně hlášeno 2–6 nových případů HIV infekce mezi injekčními uživateli drog (IUD) a 1–2 případy ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální styk. V r. 2007 bylo hlášeno 16 případů HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog. V r. 2008 přetrvával relativně vysoký počet nových případů HIV pozitivních IUD – bylo nahlášeno celkem 13 případů. K 31. 12. 2008 bylo v ČR evidováno celkem 1 190 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 62 IUD a 21 dalších osob je ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální styk (Státní zdravotní ústav Praha, 2009) – tabulka 6-1.

tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR v r. 1985–2008 podle způsobu přenosu (Státní zdravotní ústav Praha, 2009)

Způsob přenosu (riziková skupina)	1985–2003	2004	2005	2006	2007	2008	Celkem	
							Počet	%
Homo/bisexuální styk	356	30	52	54	72	88	**652**	**54,8**
Heterosexuální styk	208	31	29	27	30	44	**369**	**31,0**
IUD	27	6	4	4	12	9	**62**	**5,2**
IUD a homo/bisexuální styk	9	1	1	2	4	4	**21**	**1,8**
Ostatní	37	0	0	0	0	0	**37**	**3,1**
Nezjištěno	28	4	4	6	4	3	**49**	**4,1**
Celkem	**665**	**72**	**90**	**93**	**122**	**148**	**1 190**	**100,0**

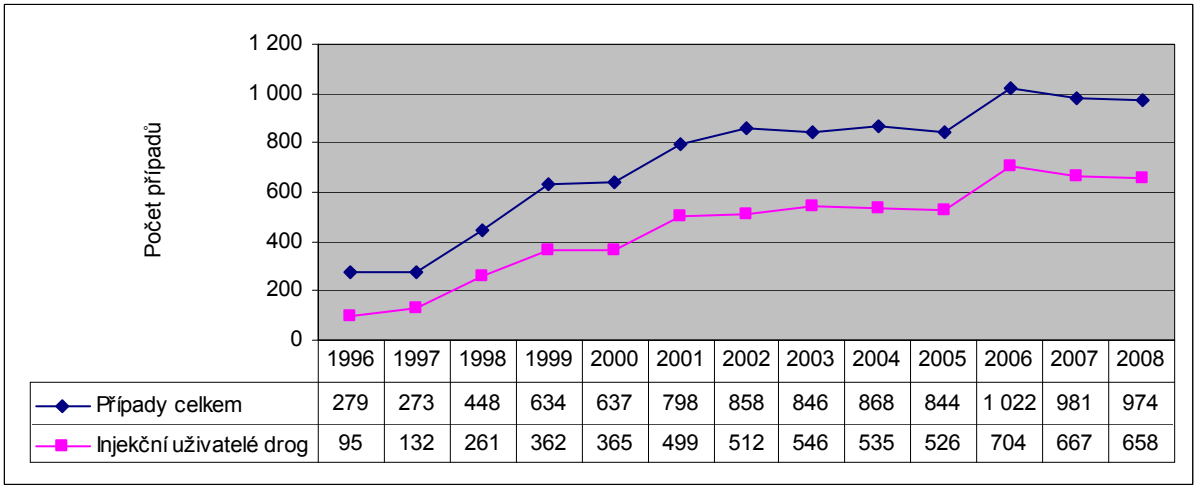
V r. 2008 došlo k poklesu nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB) u IUD, jejíž výskyt klesá dlouhodobě. Došlo také k poklesu počtu nově hlášených případů virové hepatitidy typu C (VHC) u IUD (Beneš, 2009) – viz obrázek 6-1 a obrázek 6-2.

obrázek 6-1: Hlášená incidence VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2008 (Beneš, 2009)



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Případy celkem	680	564	575	636	604	457	413	370	392	361	307	307	306
Injekční uživatelé drog	39	46	107	150	168	134	118	99	129	117	87	103	78

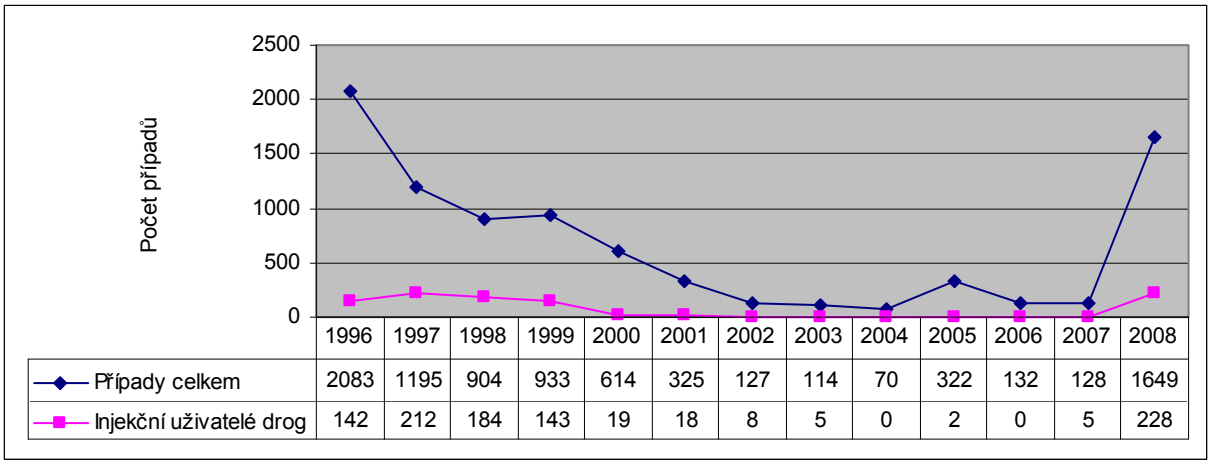
obrázek 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2008 (Beneš, 2009)



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Případy celkem	279	273	448	634	637	798	858	846	868	844	1 022	981	974
Injekční uživatelé drog	95	132	261	362	365	499	512	546	535	526	704	667	658

Od konce května 2008 probíhala v ČR epidemie VHA, která byla v prvních týdnech v období květen–červen výrazně asociována s injekčním užíváním drog – 2/3 případů v tomto období tvořili IUD. Ve druhé polovině r. 2008 se epidemie šířila mezi dalšími rizikovými skupinami (bezdomovci, alkoholiky, osobami s rizikovým sexuálním chováním) a v obecné populaci. Šíření alimentární cestou (vodou či potravinami) bylo s vysokou pravděpodobností vyloučeno, u IUD šlo pravděpodobně o přenos přímým kontaktem případně cestou injekční aplikace. Většina případů byla hlášena z Prahy (54 %), kde epidemie začala, Středočeského (13 %) a Olomouckého kraje (9 %). Celkem 2 osoby zemřely, z toho v jednom případě se jednalo o IUD současně nakaženého VHB a VHC. Jedním z protiepidemických opatření bylo očkování uživatelů drog proti VHA, které bylo zahájeno v červenci v Praze – celkem bylo v ČR v r. 2008 v rámci této kampaně očkováno 2002 uživatelů drog a bezdomovců (Beneš, 2009; Částková and Beneš, 2009). Trend výskytu VHA uvádí obrázek 6-3.

obrázek 6-3: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2008 (Beneš, 2009)



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Případy celkem	2083	1195	904	933	614	325	127	114	70	322	132	128	1649
Injekční uživatelé drog	142	212	184	143	19	18	8	5	0	2	0	5	228

Na začátku r. 2009 byl zaznamenán zvýšený výskyt syfilis mezi klienty kontaktního centra o.s. SANANIM v Praze, v období březen–duben 2009 bylo identifikováno 11 pozitivních osob. Nálezy se týkaly klientů s promiskuitním, resp. komerčním sexuálním chováním (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009k).

6.1.2 Prevalence infekcí mezi uživateli drog

V r. 2008 bylo v ČR podle Národní referenční laboratoře pro AIDS (NRL AIDS) Státního zdravotního ústavu v Praze provedeno celkem 887 443 laboratorních vyšetření HIV, z toho bylo 147 (0,17 ‰) s pozitivním výsledkem, u IUD[36] bylo provedeno 1 363 vyšetření s jedním pozitivním výsledkem (0,7 ‰); počet testů provedených IUD se v r. 2008 opět mírně snížil a dosáhl nejnižší hodnoty za sledované období (Zákoucká and Malý, 2009) – tabulka 6-2.

tabulka 6-2: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v r. 1994–2008 (Zákoucká and Malý, 2009)

Rok	Testy z krve		Testy ze slin		Celkem	
	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních
1994–1997	1 206	1	895	0	2 101	1
1998	1 034	0	1 124	0	2 158	0
1999	1 101	0	1 219	0	2 320	0
2000	1 090	0	1 001	0	2 091	0
2001	1 208	1	961	0	2 169	1
2002	801	0	735	1	1 536	1
2003	985	1	652	0	1 637	1
2004	1 382	0	227	0	1 609	0
2005	925	1	449	1	1 374	1*
2006	994	1	412	0	1 406	1
2007	845	1	531	1	1 376	2
2008	886	1	477	0	1 363	1
Celkem	**12 457**	**7**	**8 683**	**3**	**19 734**	**9**

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

Od r. 2004 probíhá monitoring testování infekcí u IUD v nízkoprahových programech, výsledky za r. 2008 byly získány prostřednictvím internetového dotazníku umístěného na stránkách drogy-info.cz v období leden–únor 2009. Odpovědělo celkem 52 nízkoprahových programů, z toho 23 kontaktních center, 13 terénních programů a 16 programů současně provozujících kontaktní centrum i terénní program (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009i). Výsledky uvádí tabulka 6-3.

tabulka 6-3: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na infekce v nízkoprahových zařízeních v r. 2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009i)

Infekce	Druh testu*	Počet testujících programů	Počet testů		Počet osob		
			Celkem	Pozit.	Celkem	Pozit.	Pozit. v %
HIV	Test ze slin	12	241	0	155	0	0,0
	Rychlý test z kapilární krve	15	311	1	281	1	0,4
	Rychlý test z kapilárního séra	5	65	0	52	0	0,0
	Laboratorní test ze žilního séra	8	272	0	237	0	0,0
	Celkem	34	889	1	725	1	0,1
VHC	Rychlý test z kapilární krve	4	78	4	76	4	5,3
	Rychlý test z kapilárního séra	15	340	26	314	24	7,6
	Laboratorní test ze žilního séra	11	269	52	232	45	19,4
	Celkem	26	687	82	622	73	11,7
VHB	Laboratorní test ze žilního séra	8	263	4	227	2	0,9
Syfilis	Rychlý test z kapilární krve	3	162	0	119	0	0,0
	Laboratorní test ze žilního séra	5	177	3	147	3	2,0
	Celkem	8	339	3	266	3	1,1

*Pozn.: * V monitoringu testování infekcí v nízkoprahových programech se zjišťují výsledky testů na dlouhodobě přetrvávající protilátky proti jednotlivým infekcím.*

Míra prevalence zjištěná z monitoringu v nízkoprahových programech je v případě VHC nižší než v séroprevalenčních studiích provedených dříve (Trmal et al. 1999; Mravčík et al. 2000; Zábranský et al. 2006); jedním z možných vysvětlení je skutečnost, že nabídky testování využívají především noví, tedy v menší míře infikovaní klienti a výsledky monitoringu nejsou k dispozici ze všech nízkoprahových programů, především z lokalit s vyšší prevalencí VHC (např. z Prahy, kde nízkoprahové programy v r. 2008 VHC nevyšetřovaly). Výsledky získané

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

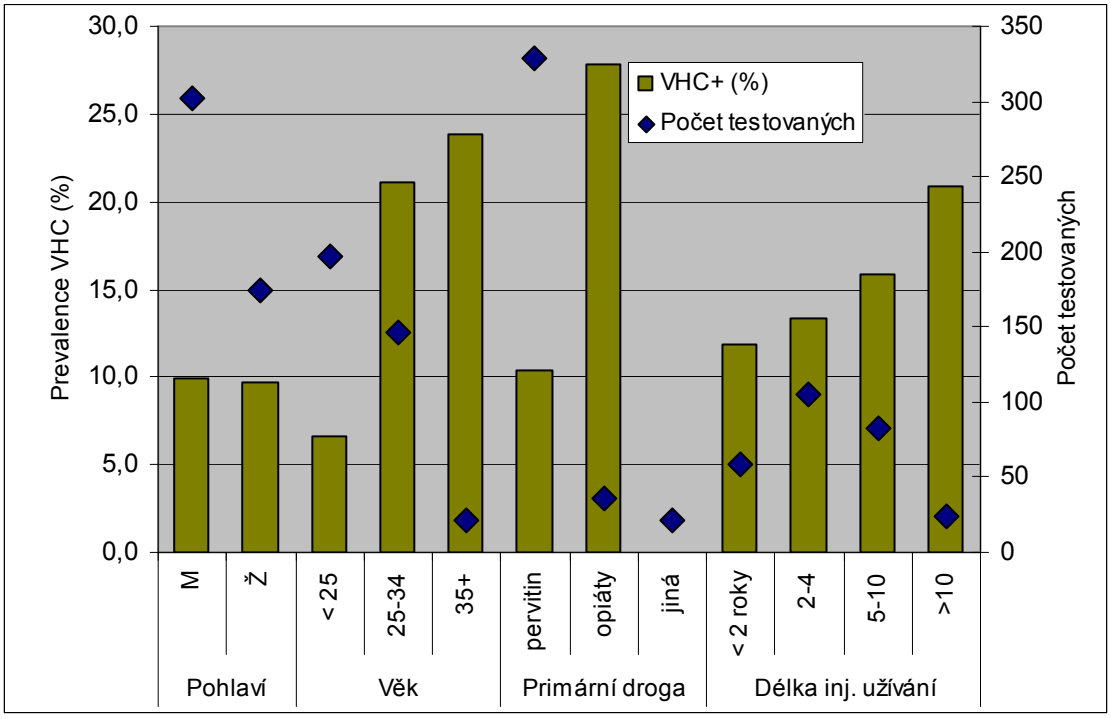
rychlými testy naznačují nižší míru prevalence než výsledky laboratorních testů provedených ze žilního séra, ta však může být ovlivněna také regionálními rozdíly v použití jednotlivých testů – i při použití rychlých testů byly zjištěny vysoké prevalence VHC, např. v kraji Ústeckém (20 %) a v kraji Moravskoslezském (33 %) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009i). Výsledky (séro)prevalence VHC podle krajů uvádí tabulka 6-4.

tabulka 6-4: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2008 podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009i)

Kraj	Počet center		Počet testovaných osob		
	Odpovědělo na dotazník	Testovalo na VHC	Celkem	VHC+	VHC+ (%)
Hl. m. Praha	5	0	–	–	–
Středočeský	5	0	–	–	–
Jihočeský	7	6	58	3	5,2
Plzeňský	2	2	113	3	2,7
Karlovarský	1	1	25	6	24,0
Ústecký	7	6	198	43	21,7
Liberecký	1	1	22	1	4,5
Královéhradecký	3	1	41	1	2,4
Pardubický	2	0	–	–	–
Vysočina	2	1	25	1	4,0
Jihomoravský	5	1	13	0	0,0
Olomoucký	5	3	36	5	13,9
Zlínský	2	2	50	2	4,0
Moravskoslezský	5	2	41	8	19,5
Celkem	**52**	**26**	**622**	**73**	**11,7**

Závislost séroprevalence VHC na sledovaných demografických a uživatelských charakteristikách klientů nízkoprahových zařízení uvádí obrázek 6-4.

obrázek 6-4: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2008 podle pohlaví, věku, primární drogy a délky injekčního užívání (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009i)



Trend počtu nízkoprahových zařízení, která testovala sledované infekce, a počty provedených testů podle informací ze závěrečných zpráv projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP uvádí tabulka 7-6 (str. 65) v kapitole Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog.

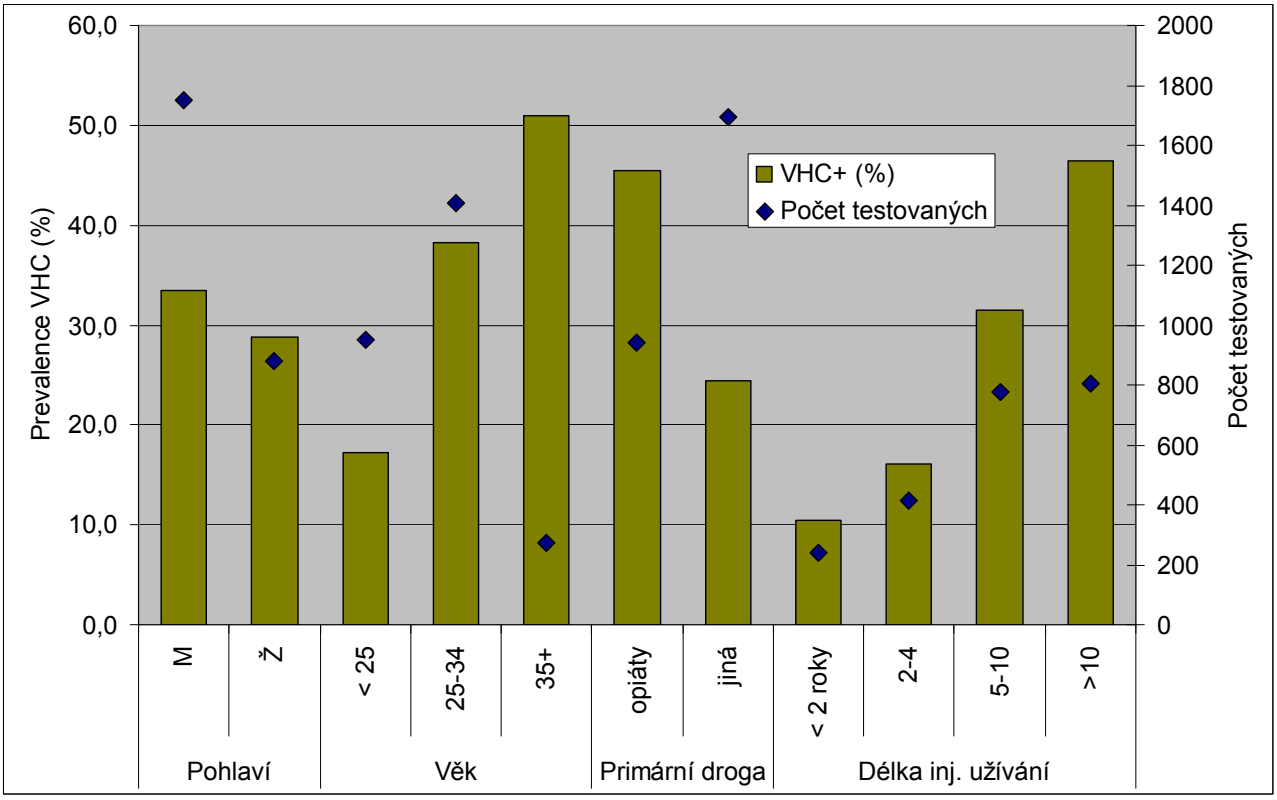
Údaje o testování infekcí a výsledcích tohoto testování sleduje i registr žádostí o léčbu uživatelů drog HS (Studničková and Petrášová, 2009; Studničková, 2009b). Jedná se o informace od samotných klientů; zahrnuty jsou pouze výsledky testů se známým výsledkem – tabulka 6-5. Data, i když jejich vypovídací hodnota je omezená, indikují stabilní výskyt infekcí mezi uživateli drog. Co se týče prevalence VHC, je zhruba o polovinu vyšší než

z monitorování klientů v nízkoprahových programech, i když závislost na sledovaných charakteristikách je obdobná – obrázek 6-5.

tabulka 6-5: Výsledky testování žadatelů o léčbu na HIV, VHA, VHB a VHC podle jejich vlastních výpovědí v r. 2003–2008 (Studničková, 2009b)

Infekce		**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
HIV	Celkem testováno	2 471	2 483	2 253	2 196	1 905	2 332
	Pozitivní v %	0,8	0,4	0,2	0,5	0,3	0,6
VHA	Celkem testováno	2 132	2 059	1 931	1 997	1 774	2 271
	Pozitivní v %	7,1	5,5	4,5	3,3	3,3	8,4
VHB	Celkem testováno	2 504	2 581	2 332	2 290	2 004	2 463
	Pozitivní v %	11,2	9,9	10,1	10,0	8,4	8,9
VHC	Celkem testováno	2 884	2 913	2 577	2 497	2 168	2 636
	Pozitivní v %	31,5	33,6	35,0	32,6	31,0	32,0

obrázek 6-5: Výsledky testování žadatelů o léčbu na VHC podle jejich vlastních výpovědí v r. 2008 podle pohlaví, věku, primární drogy a délky injekčního užívání (Studničková, 2009b)

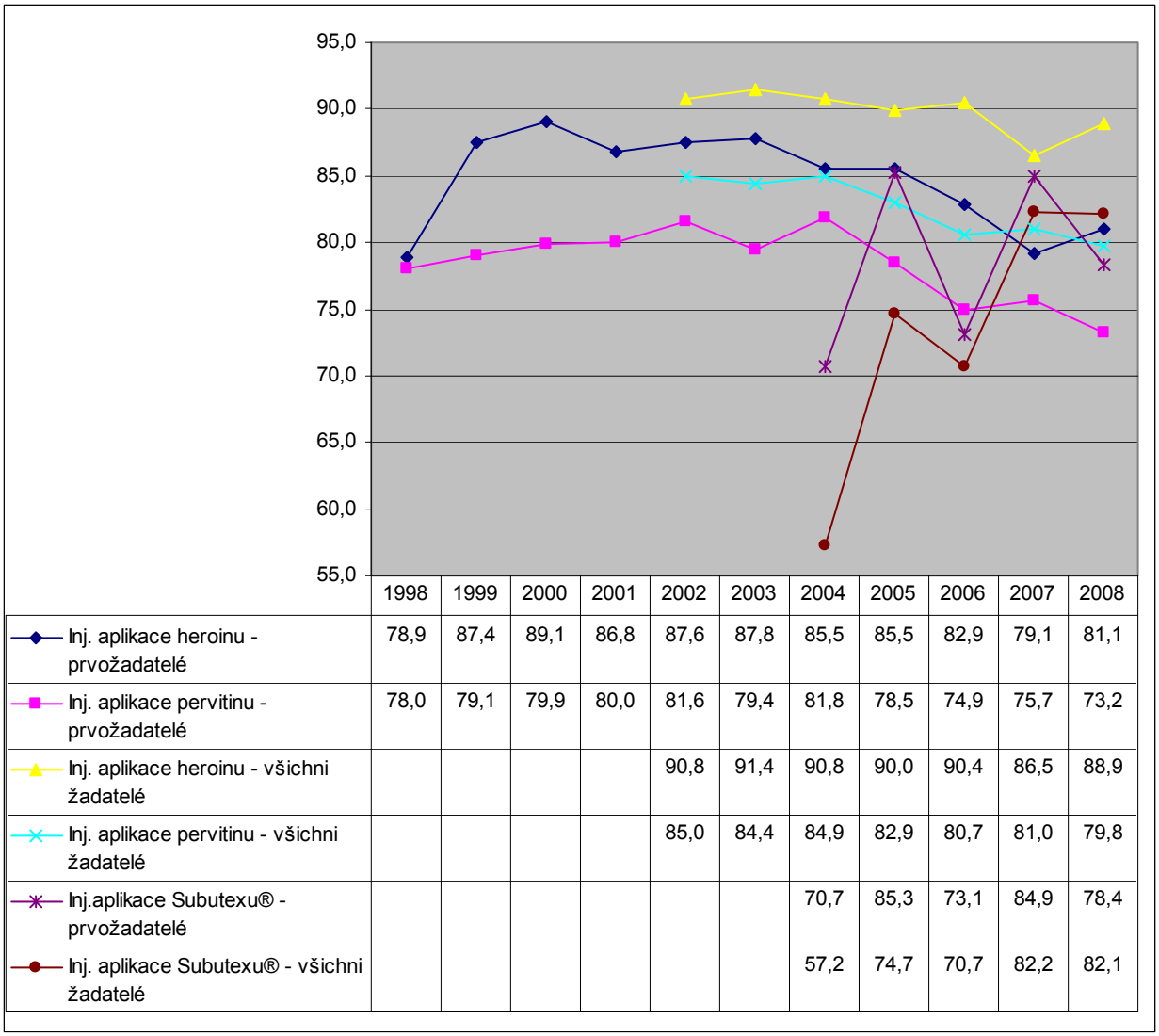


V r. 2007–2008 byla Centrem adiktologie realizována studie séroprevalence HIV, VHB a VHC zaměřená na injekční uživatele drog ze zemí bývalého Sovětského svazu pobývající v Praze. Výsledky ukázaly významně vyšší výskyt HIV a dalších nemocí přenosných krví a sexuálním stykem – blíže viz VZ 2007.

6.1.3 Rizikové chování uživatelů drog

V r. 2008 došlo k opětovnému zvýšení podílu injekční aplikace mezi prvožadateli o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu, a naopak k mírnému poklesu u uživatelů pervitinu; injekční aplikace je rovněž nejčastější formou aplikace Subutexu® mezi žadateli o léčbu v souvislosti s jeho užíváním – vývoj v r. 1998–2008 zachycuje obrázek 6-6. Kokain je v ČR užíván téměř výhradně šňupáním (1 z celkem 23 žadatelů o léčbu uvedl injekční aplikaci); v souvislosti s užíváním cracku byla v r. 2008 zaznamenána pouze jedna žádost o léčbu (Studničková and Petrášová, 2009).

obrázek 6-6: Podíl injekční aplikace u prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu, Subutexu® a pervitinu, v % (Mravčík et al. 2008; Studničková and Petrášová, 2009)



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Inj. aplikace heroinu - prvožadatelé	78,9	87,4	89,1	86,8	87,6	87,8	85,5	85,5	82,9	79,1	81,1
Inj. aplikace pervitinu - prvožadatelé	78,0	79,1	79,9	80,0	81,6	79,4	81,8	78,5	74,9	75,7	73,2
Inj. aplikace heroinu - všichni žadatelé					90,8	91,4	90,8	90,0	90,4	86,5	88,9
Inj. aplikace pervitinu - všichni žadatelé					85,0	84,4	84,9	82,9	80,7	81,0	79,8
Inj.aplikace Subutexu® - prvožadatelé							70,7	85,3	73,1	84,9	78,4
Inj. aplikace Subutexu® - všichni žadatelé							57,2	74,7	70,7	82,2	82,1

Trend v podílu injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu uvádějících sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uvádí tabulka 6-6.

tabulka 6-6: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v r. 2002–2008 (Studničková, 2009b)

Rok	Počet IUD	Počet sdílejících	Sdílející v %
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

6.2 Další poruchy spojené s užíváním drog

6.2.1 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích[37] je založen na systému provozovaném hygienickou službou, data sbírá centrálně Hygienická stanice hl. m. Prahy. Přetrvávají značné regionální rozdíly v systému sběru dat, jejichž zdrojem jsou různé typy zdravotnických zařízení, převážně pracoviště záchranné služby. V r. 2008 bylo zaznamenáno

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

1146 případů nefatálních intoxikací drogami[38], trend popisuje tabulka 6-7. Dlouhodobě je patrný nárůst počtu případů v souvislosti s pervitinem a naopak pokles počtu případů souvisejících s heroinem a těkavými látkami.

tabulka 6-7: Nefatální intoxikace drogami v ČR v r. 2001–2008 (Mravčík et al. 2008; Studničková and Petrášová, 2009)

Droga	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pervitin	163	191	149	180	222	231	343	364
Heroin	285	176	152	179	244	149	190	166
Metadon	2	6	3	2	10	7	2	1
Subutex®			2	12	14	18	32	7
Ostatní opiáty	16	23	22	20	19	21	40	17
Benzodiazepiny	137	89	157	126	153	124	139	113
Jiná sedativa, hypnotika	195	137	82	103	88	107	125	135
Jiné drogy a léky	182	179	100	92	111	89	124	140
Konopné látky	63	101	90	84	73	72	127	108
Těkavé látky	75	58	69	64	48	28	31	9
Psilocybin	15	7	4	10	6	5	10	9
Kokain, crack	4	2	6	5	7	8	1	7
Durman	4	0	0	0	1	0	1	5
LSD	3	2	3	7	3	5	7	4
MDMA	15	4	8	3	8	12	12	3
Ostatní, neznámo	24	25	34	65	186	78	71	58
Celkem	**1 183**	**1 000**	**881**	**952**	**1 193**	**954**	**1 255**	**1 146**

6.2.2 Psychiatrická a somatická komorbidita uživatelů drog

Výsledky průzkumu psychiatrické komorbidity pacientů ambulantního psychiatrického zařízení CADAS o.s. SANANIM byly publikovány ve VZ 2007.

V prvním pololetí 2008 se uskutečnil průzkum mezi klienty 7 nízkoprahových programů v Praze zaměřený na analýzu sociodemografických a uživatelských charakteristik klientů a využívání služeb (Šejvl, 2008) – viz také kapitolu Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 26). Součástí průzkumu byla otázka zaměřená na výskyt zdravotních potíží souvisejících s užíváním drog. Ze 783 klientů uvedlo zdravotní potíže 396 (50,6 %), jejich strukturu uvádí tabulka 6-8. Relativně nízký je uváděný výskyt virových hepatitid nebo předávkování.

tabulka 6-8: Zdravotní potíže uváděné klienty nízkoprahových programů v Praze (Šejvl, 2008)

Uváděné potíže	Počet	%
Absces v místě vpichu	266	34,0
Jiné záněty okolí místa vpichu	49	6,3
VHC	34	4,3
VHB	15	1,9
Poruchy cévního systému	14	1,8
Předávkování	4	0,5
Ostatní, neuvedeno	14	1,8
Bez potíží	387	49,4
Celkem	**783**	**100,0**

Další informace původně uveřejněné ve VZ 2005 týkající se somatické a psychiatrické komorbidity a nové informace o výskytu toxických psychóz ve vzorku hospitalizovaných uživatelů drog v r. 2001–2005 jsou uvedeny ve speciální kapitole Problémové užívání amfetaminu a metamfetaminu (str. 90).

6.2.3 Drogy a dopravní nehody

Od r. 2003 jsou analyzovány nálezy etanolu a ostatních drog[39] u zemřelých účastníků dopravních nehod pitvaných na odděleních soudního lékařství a soudní toxikologie v ČR – blíže kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 55). Soubor je rozdělen do 4 kategorií: chodci, cyklisté, řidiči motorových vozidel a ostatní. Do kategorie ostatní jsou zařazeni především spolujezdci v motorových vozidlech a zemřelí nepatřící do předchozích 3 kategorií (jiné než silniční dopravní nehody, např. nehody letadla, nehody na staveništích, cestující v prostředcích hromadné dopravy apod.).

[38] Na trendech hlášených případů se výrazně podílí změny v síti hlásících zařízení – např.od r. 2007 jsou k dispozici údaje ze záchranné služby Středočeského kraje, z krajů Jihomoravského a Královéhradeckého nebyl v r. 2007 a 2008 nahlášen žádný případ.

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

V r. 2008 zemřelo podle údajů z oddělení soudních lékařství při dopravních nehodách nebo na jejich následky 1040 osob, z toho 582 (56 %) bylo toxikologicky vyšetřeno[40], což je obdobný počet i podíl jako v letech minulých. Největší podíl pozitivních výsledků byl zjištěn u etanolu, kde došlo zejména u řidičů k meziročnímu nárůstu. U tří nejčastějších nealkoholových drog došlo k výraznému meziročnímu nárůstu podílu pozitivních nálezů také u pervitinu a konopných drog – na tyto látky bylo pozitivních 9,2 %, resp. 6,2 % řidičů, k poklesu došlo naopak u benzodiazepinů – tabulka 6-9. Nálezy kokainu byly v r. 2003–2008 nulové, u těkavých látek a opiátů nepřesáhly 1 % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2009).

tabulka 6-9: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v r. 2003–2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2009)

Droga	Rok	Kategorie zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod							
		Chodci		Cyklisté		Řidiči		Celkem	
		Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)	**Vyšetřeno**	**Pozitivní (%)**
Etanol	2003	141	51,8	50	40,0	203	32,0	394	40,1
	2004	150	48,7	44	29,5	209	23,9	403	33,7
	2005	148	45,3	35	34,3	198	18,7	381	30,4
	2006	102	55,9	35	37,1	164	26,2	301	37,5
	2007	130	50,8	44	40,9	215	20,9	389	33,2
	2008	139	51,8	40	37,5	202	29,2	381	38,3
Stimulancia (vč. pervitinu a extáze)	2003	91	1,1	27	0,0	152	3,3	270	2,2
	2004	109	1,8	23	0,0	170	1,8	302	1,7
	2005	103	1,9	17	0,0	148	0,7	268	1,1
	2006	79	1,3	15	0,0	125	7,2	219	4,6
	2007	107	0,9	27	0,0	223	5,8	357	3,9
	2008	121	3,3	21	0,0	195	9,2	337	6,5
Konopné látky (aktivní metabolity THC)	2003	70	2,9	21	0,0	101	4,0	192	3,1
	2004	44	2,3	14	0,0	100	0,0	158	0,6
	2005	54	1,9	11	0,0	94	3,2	159	2,5
	2006	53	11,3	8	12,5	91	4,4	152	7,2
	2007	61	3,3	11	0,0	154	4,5	226	4,0
	2008	60	6,7	13	0,0	130	6,2	203	5,9
Benzodiazepiny	2003	89	3,4	28	7,1	150	2,0	267	3,0
	2004	109	5,5	23	4,3	172	2,9	304	3,9
	2005	103	2,9	17	5,9	147	4,1	267	3,7
	2006	81	2,5	15	0,0	127	3,9	223	3,1
	2007	114	7,0	30	3,3	223	5,8	367	6,0
	2008	135	5,2	24	12,5	204	2,0	363	3,9
Barbituráty	2003	88	0,0	28	3,6	149	0,0	265	0,4
	2004	109	1,8	23	0,0	169	1,2	301	1,3
	2005	101	2,0	15	0,0	131	0,8	247	1,2
	2006	77	0,0	14	0,0	111	0,9	202	0,5
	2007	109	0,0	29	3,4	195	1,5	333	1,2
	2008	134	1,5	23	0,0	191	1,6	348	1,4
Jakákoliv droga mimo etanol	2003	108	7,4	35	11,4	171	6,4	314	7,3
	2004	117	9,4	26	7,7	181	5,5	324	7,1
	2005	110	8,2	19	5,3	158	7,0	287	7,3
	2006	84	9,5	18	5,6	133	12,8	235	11,1
	2007	122	9,0	30	6,7	233	13,7	385	11,7
	2008	142	10,6	29	10,3	213	12,7	384	11,7

Informace o vlivu alkoholu a jiných drog na nehodovost na pozemních komunikacích evidované policií uvádí tabulka 6-10. Také podle těchto údajů se v r. 2008 zvýšil počet a podíl nehod zaviněných pod vlivem alkoholu a drog a počet a podíl usmrcených při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu, u nehod pod vlivem drog jsou policií evidovány ojedinělé případy.

[40] Tj. vyšetřeno na etanol nebo na některou drogu z těchto skupin: těkavé látky, opiáty, stimulancia, konopné látky, kokain, benzodiazepiny, barbituráty.

tabulka 6-10: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v r. 2003–2008 – vliv alkoholu a jiných drog (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2009)

Rok	Nehody					Usmrcení při nehodách				
	Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem léků a jiných drog		Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem léků a jiných drog	
	Počet	Počet	%	Počet	%	Počet	Počet	%	Počet	%
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

Údaje o úmrtích z dalších příčin (včetně nehod a úrazů celkem) pod vlivem drog jsou uvedeny níže v kapitole Úmrtí za přítomnosti drog (str. 56).

6.3 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

V ČR jsou povinně soudním lékařem prováděny pitvy všech náhlých úmrtí v případech, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a všech násilných úmrtí. Od r. 1998 jsou rutinně sledována přímá drogová úmrtí (smrtelná předávkování) a od r. 2003 také nepřímá úmrtí (za přítomnosti drog) prostřednictvím speciálního registru vedeného na všech 13 odděleních soudního lékařství a soudní toxikologie za úzké spolupráce NMS a Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČLS JEP (SSLST). Od r. 2007 jsou získávána agregovaná hlášení také ze 3 pracovišť patologie, na kterých jsou soudními lékaři nepravidelně prováděny i pitvy povinné ze zákona (za r. 2008 nebylo z těchto tří pracovišť nahlášeno žádné drogové úmrtí).

6.3.1 Předávkování drogami

V r. 2008 bylo zjištěno 238 úmrtí na předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychotropními léky (213 v r. 2007). Z toho bylo 44 předávkování pouličními drogami, tj. nelegálními drogami a těkavými látkami (40 v r. 2007), a 194 psychotropními léky (173 v r. 2007). V r. 2008 se ve všech případech podařilo zjistit látku, která smrtelné předávkování způsobila.

Bylo identifikováno celkem 15 případů smrtelných předávkování (nelegálními) opiáty (v r. 2007 to bylo 14 případů), především heroinem (12 potvrzených či velmi pravděpodobných případů), z toho byl v 7 případech identifikován opiát samotný, ve 2 případech v kombinaci s pervitinem, v 6 případech v kombinaci s etanolem nebo s psychotropními léky (z toho se v 1 případě jednalo o metadon v kombinaci s etanolem a barbituráty). Pervitin byl příčinou předávkování v 19 případech (11 případů v r. 2007), z toho v 1 případě v kombinaci s THC a ve 3 případech s psychotropními léky. V 10 případech se jednalo o předávkování těkavými látkami (14 případů v r. 2007), z toho v jednom případě je možno uvažovat o vdechnutí plynu do zapalovačů. V r. 2008, stejně jako nikdy v minulosti, nebylo identifikováno předávkování s nálezem buprenorfinu (i když bylo poprvé hlášeno úmrtí z jiných příčin s nálezem buprenorfinu) a nebylo ani hlášeno žádné předávkování kokainem, MDMA, halucinogeny nebo (jako zatím nikdy v minulosti) THC nebo jiným kanabinoidem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2009) – tabulka 6-11.

Předávkování psychotropními léky představují velmi heterogenní kategorii a její přesné zhodnocení je obtížné. Zahrnuje totiž předávkování sebevražedná, náhodná či bez zjištěného úmyslu, a to jak léky lege artis předepsanými, tak léky zneužívanými. Celkem bylo v r. 2008 zjištěno 194 případů předávkování psychotropními léky[41] (173 případů v r. 2007), z toho 77 případů předávkování benzodiazepiny (58 v r. 2007) a 37 předávkování léky s obsahem opiátů (24 v r. 2007).

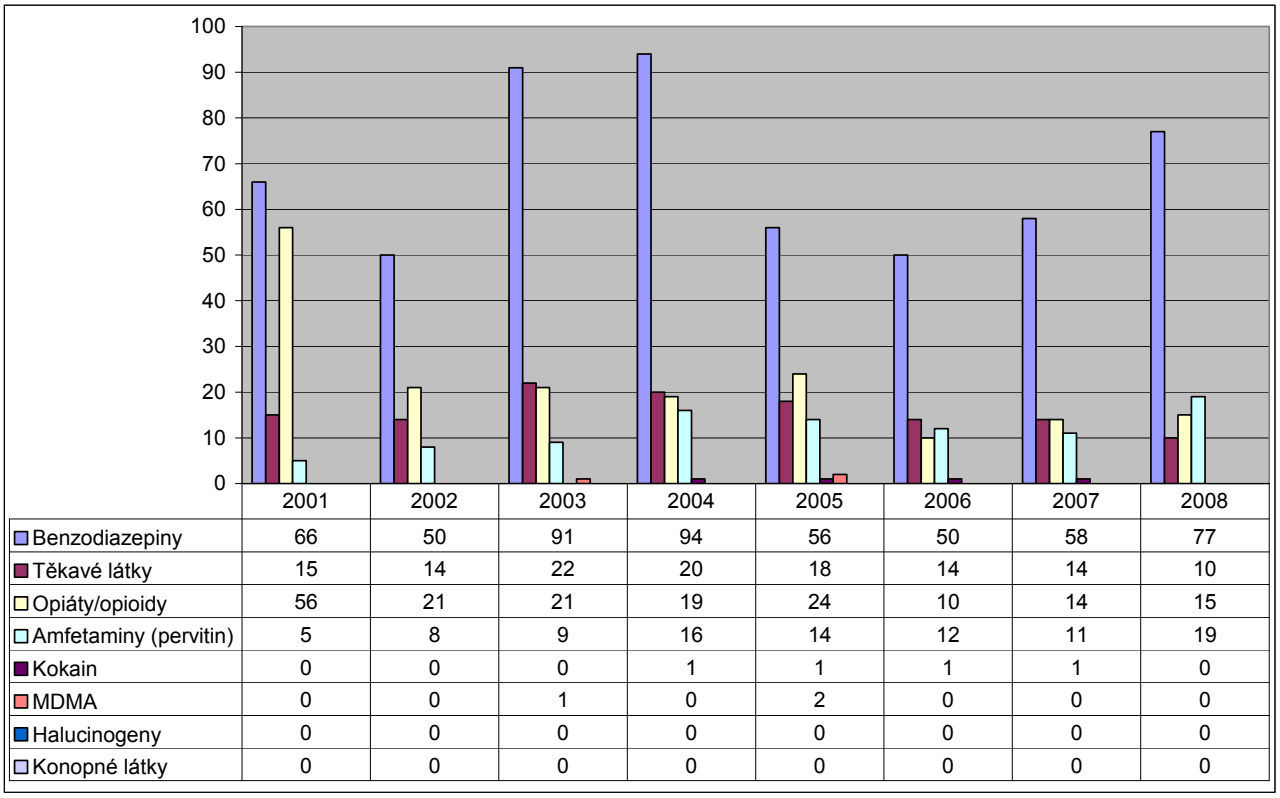
V posledních 3 letech se tedy počet smrtelných předávkování pouličními drogami (těkavými látkami a ilegálními OPL) pohybuje kolem 40 případů. V r. 2008 došlo meziročně k nepatrnému nárůstu případů v souvislosti s opiáty a výraznějšímu v souvislosti s pervitinem (jedná se o nejvyšší počty za posledních 8 let), u těkavých látek došlo naopak k poklesu; dlouhodobý trend ukazuje obrázek 6-7.

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

tabulka 6-11: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2008 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2009)

Droga/věková skupina	<15	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	>64	Neznámo	Celkem		
														Muži	Ženy	Celkem
Jen opiáty/opioidy (vyjma metadonu)	0	0	1	5	1	5	0	0	0	0	0	0	0	11	1	**12**
Jen metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Více látek včetně opiátů/opioidů	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	**3**
– z toho metadon	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	**1**
Celkem opiáty/opioidy	**0**	**0**	**1**	**6**	**1**	**7**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**14**	**1**	**15**
Jedna nebo více látek, nikoliv však opiáty/opioidy	**0**	**3**	**5**	**6**	**5**	**5**	**2**	**2**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**22**	**7**	**29**
– z toho těkavé látky	0	1	1	1	2	4	0	0	0	1	0	0	0	8	2	**10**
– z toho pervitin	0	2	4	5	3	1	2	2	0	0	0	0	0	14	5	**19**
– z toho kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
– z toho taneční drogy (např. MDMA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
– z toho halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Psychotropní léky	**1**	**4**	**6**	**10**	**20**	**16**	**25**	**21**	**28**	**22**	**9**	**32**	**0**	**102**	**92**	**194**
– z toho benzodiazepiny	0	2	2	6	6	6	13	10	11	7	4	10	0	42	35	**77**
Nespecifikováno/neznámo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Celkem mimo léků	**0**	**3**	**6**	**12**	**6**	**12**	**2**	**2**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**36**	**8**	**44**
Celkem	**1**	**7**	**12**	**22**	**26**	**28**	**27**	**23**	**28**	**23**	**9**	**32**	**0**	**138**	**100**	**238**

obrázek 6-7: Smrtelná předávkování vybranými drogami v r. 2001–2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2009)



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Benzodiazepiny	66	50	91	94	56	50	58	77
Těkavé látky	15	14	22	20	18	14	14	10
Opiáty/opioidy	56	21	21	19	24	10	14	15
Amfetaminy (pervitin)	5	8	9	16	14	12	11	19
Kokain	0	0	0	1	1	1	1	0
MDMA	0	0	1	0	2	0	0	0
Halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0
Konopné látky	0	0	0	0	0	0	0	0

6.3.2 Úmrtí za přítomnosti drog

Celkem bylo v r. 2008 identifikováno 209 úmrtí za přítomnosti drog (163 v r. 2007), z toho 8 pro nemoc (1 v r. 2007), 89 případů nehod (74 v r. 2007), 108 případů sebevražd (80 v r. 2007) a 4 případy zabití či vraždy (6 v r. 2006). Přehled počtu a podílu vybraných skupin drog na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti drog uvádí

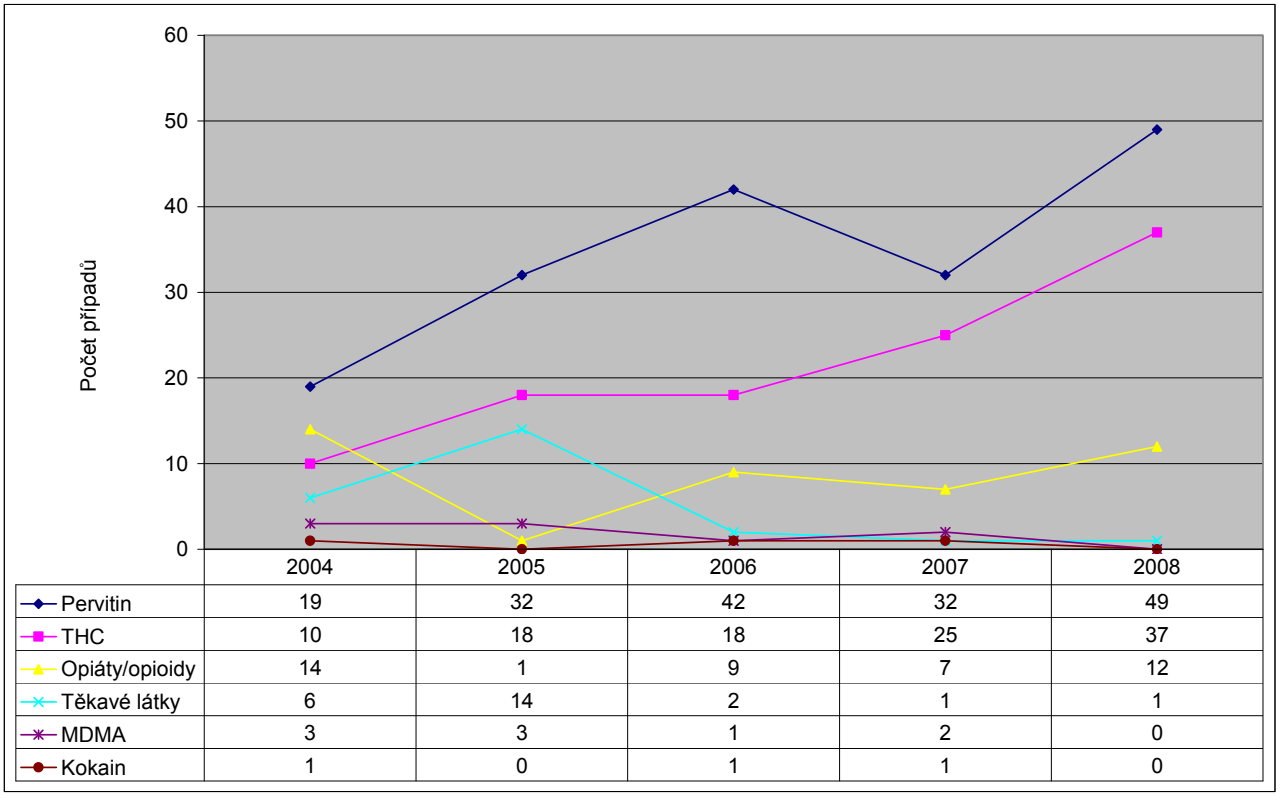
tabulka 6-12, trend od r. 2004 obrázek 6-8; dlouhodobě je patrný zejména nárůst počtu nepřímých drogových úmrtí s nálezem pervitinu a THC (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2009).

Z opiátů se jednalo třikrát o heroin (1 případ nehody a 2 sebevraždy), vždy v kombinaci s pervitinem a v jednom případě také s metadonem. Substituční opioidy byly nalezeny celkem v 5 případech (2 případy nemoci a 3 nehody) v různých kombinacích (buprenorfin + metadon, metadon + morfin, buprenorfin + metabolit THC, buprenorfin + metadon + psilocybin, metadon + heroin + pervitin). Buprenorfin byl identifikován ve speciálním registru drogových úmrtí vůbec poprvé.

tabulka 6-12: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2008 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2009)

Droga	Nemoc (n = 8)	Nehoda (n = 89)	Sebevražda (n = 108)	Zabití/vražda (n = 4)	Jiné (n = 0)	Celkem (n = 209)	Podíl (%)
Benzodiazepiny	1	27	50	1	0	79	37,8
Pervitin	2	24	21	2	0	49	23,4
THC	1	19	15	2	0	37	17,7
Opiáty/opioidy	2	4	6	0	0	12	5,7
MDMA	0	0	0	0	0	0	0,0
Těkavé látky	0	1	0	0	0	1	0,5
Kokain	0	0	0	0	0	0	0,0

obrázek 6-8: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2004–2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2009)



	2004	2005	2006	2007	2008
Pervitin	19	32	42	32	49
THC	10	18	18	25	37
Opiáty/opioidy	14	1	9	7	12
Těkavé látky	6	14	2	1	1
MDMA	3	3	1	2	0
Kokain	1	0	1	1	0

Nález drog v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod – viz kapitolu Další poruchy spojené s užíváním drog (str. 52).

6.3.3 Mortalita uživatelů drog

Výsledky retrospektivní kohortové studie mortality uživatelů drog v ČR v r. 1997–2002 (Lejčková and Mravčík, 2005) byly podrobně publikovány ve VZ 2004.

V r. 2008 byla provedena retrospektivní kohortová studie mortality uživatelů drog v ČR navazující na výše uvedenou studii, a to na kohortě kombinované z osob hospitalizovaných pro poruchy spojené s užíváním drog v r. 1997–2007 (primární nebo sekundární dg. F11–F19 podle MKN-10) a osob v opiátové substituční léčbě v r. 2000–2007. Hodnocena byla celková úmrtnost a její trendy, struktura a populační frakce mortality, která je přiřaditelná užívání drog (Drug-Attributable Fraction, DAF). K dispozici jsou předběžné výsledky uvedené níže (Zábranský et al. 2009).

Analyzována byla podskupina složená z uživatelů opiátů (dg. F11 při hospitalizaci nebo účast v opiátové substituční léčbě), stimulancií (dg. F15) a polyvalentních uživatelů drog (dg. F19 nebo kombinace diagnóz při opakovaných hospitalizacích s podmínkou dg. F11 nebo F15 v předchozích hospitalizacích). Tato podskupina zahrnovala celkem 15 799 subjektů (z toho 10 581 mužů), z nichž 517 (z toho 420 mužů), tj. 3,3 %, zemřelo ke konci sledovaného období 31. 12. 2007. Celkem bylo zaznamenáno 92 390 osobo-dnů sledování. Celková mortalita dosáhla 5,6 (95% CI: 5,1–6,1) případů na 1000 osob a rok (6,8 u mužů; 3,2 u žen; 6,5 u uživatelů opiátů; 5,0 u uživatelů stimulancií). Úmrtnost je oproti věkově srovnatelné kohortě obecné populace přibližně pětinásobná a výsledky ukazují, že přibližně 81 % úmrtí ve skupině problémových uživatelů drog jde na vrub užívání drog. Ročně zemřelo v ČR podle odhadu ve sledovaném období cca 174 problémových uživatelů drog (95% CI: 160–190) a užívání drog je možno přiřadit 141 z nich (95% CI: 127–160), tj. 81 %. Co se týká struktury drogám přiřaditelné úmrtnosti, 82 % bylo způsobeno vnějšími příčinami (17 % intoxikací, 26 % nehodami a úrazy, 27 % sebevraždami a 2 % napadením), 18 % bylo zapříčiněno nemocí (1 % VHC, 2 % endokarditida, 2 % nemoci jater a jaterní karcinom, 13 % další). Drogy byly příčinou (DAF) přibližně 3 % úmrtnosti v obecné populaci ve věku 15–45 let (Zábranský et al. 2009).

Paralelně se studií uvedenou výše byla v rámci průzkumu na zjištění multiplikátoru pro odhad problémového užívání drog provedena studie zaměřená na strukturu mortality klientů nízkoprahových zařízení v r. 2007 – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 24). Nízkoprahová zařízení byla dotázána na úmrtí jejich klientů a na jejich příčiny. Záměrem této části studie bylo prozkoumat, zda je možné využít průřezového designu ke zjištění struktury mortality uživatelů drog a případně k multiplikaci hlášených případů předávkování drogami na základě této struktury. Celkem bylo osloveno 92 nízkoprahových programů, z toho 16 programů z 9 krajů nahlásilo alespoň jedno úmrtí svého klienta. Celkem bylo hlášeno 41 úmrtí, z toho 37 u problémových uživatelů drog (z toho u 29, tj. 78 % mužů). Co se týče struktury úmrtnosti, 54 % bylo způsobeno vnějšími příčinami (16 % intoxikací, 24 % nehodami a úrazy, 14 % sebevraždami), 19 % bylo zapříčiněno nemocí (3 % virová hepatitida, 8 % sepse, 3 % selhání jater, 5 % ostatní) a u 27 % nebyla příčina úmrtí nahlášena. Po multiplikaci počtu hlášených předávkování drogami ze speciálního registru mortality (viz výše) je možno počet úmrtí mezi problémovými uživateli drog v ČR v r. 2007 odhadnout na celkem 135–180 osob, což je prakticky stejný odhad jako v kohortové studii uvedené výše (Mravčík et al. 2009).

Výstupy z kohortové studie zdravotního, sociálního stavu a úmrtnosti problémových uživatelů, kteří se v r. 1994 účastnili studie Mládež a návykové látky (Zábranský et al. 2008), zatím nejsou k dispozici – viz také VZ 2007.

7 Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Opatření směřující ke snižování zdravotních rizik spojených s užíváním drog provádějí především nízkoprahová zařízení pro uživatele drog. Jejich dostupnost je stabilní, počet klientů v posledních třech letech roste. Odhadem je s těmito zařízeními v kontaktu cca 70 % problémových uživatelů drog. V r. 2008 došlo k dalšímu nárůstu počtu distribuovaných injekčních jehel a stříkaček ve výměnných programech, byť meziroční nárůst není tak velký jako v předchozích letech. Naopak za slabé místo lze stále označit dostupnost testování na infekční nemoci – v r. 2008 se podařilo zajistit pro nízkoprahová zařízení certifikovaný test na VHC z krevního séra s příslušným vybavením. Testy na HIV byly v r. 2008 dostupné, jednalo se o testy z kapilární krve a o testy ze slin. Od začátku r. 2009 nicméně nejsou slinné testy, které byly prováděny v nízkoprahových zařízeních a vyhodnocovány ve Státním zdravotním ústavu v Praze, k dispozici. Ve věstníku MZ ČR byl v prosinci vydán Standard pro léčbu virových hepatitid u uživatelů drog, který stanovuje preventivní, diagnostické a léčebné postupy virových hepatitid u uživatelů drog. V souvislosti s epidemií VHA probíhalo bezplatné očkování uživatelů drog proti VHA za spolupráce s nízkoprahovými zařízeními pro uživatele drog.

V lednu 2008 založila RVKPP pracovní skupinu „Prevence a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích". Výsledkem její práce je iniciativa Safer Party a realizace pilotního projektu Safer Party Tour 2008, který byl zaměřen na prevenci a snižování rizik užívání drog především v prostředí zábavy, konkrétně na hudebních festivalech s vysokou návštěvností; na projektu se podílela řada nízkoprahových programů. Projekt byl v závěru r. 2008 evaluován a pokračuje i v r. 2009.

V r. 2008 proběhl průzkum týkající se mimo jiné využití želatinových tobolek v rámci harm reduction, na nějž navázala v r. 2009 dotazníková studie a proběhla ohnisková skupina se zástupci zařízení a skupinový rozhovor s klienty Terénních programů o.s. SANANIM v Praze. Z analýzy vyplývá, že v současnosti kapsle jako harm reduction materiál distribuuje 17 zařízení a dalších 20 o distribuci kapslí uvažuje. Kapsle jsou vhodnou alternativou k injekční aplikaci zejména pro uživatele pervitinu, poptávka po kapslích mezi klienty stoupá.

Občanské sdružení PROGRESSIVE zahájilo v květnu 2008 projekt NON STOP 24 – prodejní automaty na harm reduction zdravotnický materiál. V říjnu 2008 byl projekt Městskou částí Praha 5 pozastaven, jako důvod bylo uvedeno zhodnocení dopadů celého projektu pro městskou část; do srpna 2009 nebyl projekt obnoven. Evaluace projektu přitom ukázala, že počet setů vydaných v automatech kontinuálně rostl a služba byla klienty pozitivně hodnocena; ukázalo se také, že přibližně třetina klientů nebyla v kontaktu s žádným jiným harm reduction programem, a projekt tak zachytil dosud nekontaktovanou, resp. těžce kontaktovatelnou část pražské populace injekčních uživatelů drog. Dalším projektem v oblasti harm reduction v Praze je FIX POINT realizovaný o.s. PROGRESSIVE, který spočívá v instalaci speciálních bezpečnostních kontejnerů na použitý injekční materiál.

V r. 2007 a 2008 byla Centrem adiktologie provedena dvouletá výzkumná studie Role lékáren v systému zdravotní péče a poradenství (injekčním) uživatelům drog v ČR. Potvrdilo se, že lékárny jsou potenciálním místem pro systematické poskytování harm reduction intervencí uživatelům drog.

7.1 Prevence předávkování

Prevence předávkování je v ČR prováděna prostřednictvím poradenství a tréninku uživatelů drog v rámci služeb poskytovaných v nízkoprahových a léčebných zařízeních – o nízkoprahových programech viz níže, léčbou se zabývá kapitola Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 28). Hlavními tématy vzdělávání jsou první pomoc v případě předávkování, rizika kombinování drog a zásady bezpečnějšího užívání. Většina nízkoprahových zařízení poskytuje anonymně poradenství v těchto oblastech i prostřednictvím e-mailu a telefonu. K dispozici je celá řada informačních materiálů zpracovávaných samotnými zařízeními[42], některé z nich i v cizích jazycích[43]. Sdružení Podané ruce zpracovalo manuál pro bezpečnější (injekční) užívání drog, který je dostupný na internetu[44]. Pracovníci nízkoprahových zařízení, především terénních programů, jsou proškoleni v poskytování první pomoci v případě předávkování u klienta.

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

V rámci Systému včasného varování před novými psychoaktivními (EWS) látkami jsou všechna nízkoprahová zařízení informována v případě, že je v ČR zachycen výskyt nových drog či nebezpečných drog se zvýšeným rizikem vzniku zdravotních potíží a předávkování. V r. 2009 byla například zařízení upozorněna na možnost průniku

[42] V r. 2009 byl proveden průzkum týkající se informačních materiálů určených klientům nízkoprahových zařízení. Jednalo se o hodnocení obsahu a formy informačních letáků a brožur zaměřených na zdravotní důsledky užívání drog, které vydávají jednotlivé drogové služby a další instituce, a vytvoření doporučení ke tvorbě těchto materiálů (Svobodová, 2009).

[43] Zejména v romštině a ruštině. Rusky mluvící uživatelé drog ze zemí bývalého SSSR (zejména z Ukrajiny) se pohybují na drogové scéně v Praze v počtu desítek osob; terénní program SANANIM o.s. proto zaměstnává rusky mluvící (rodilé mluvčí) terénní pracovníky, kteří s těmito klienty pracují. Dále jsou distribuovány informační materiály v angličtině, např. v rámci Safer Party Tour – blíže viz kapitolu Selektivní prevence (str. 22).

[44] http://www.extc.cz/

fentanylu[45] na český drogový trh a byly také předány informace týkající se podezřelých úmrtí v souvislosti s heroinem v Praze.

Žádné další specifické aktivity vedoucí k prevenci předávkování (např. preventivní distribuce opiátových antagonistů uživatelům, místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog) nejsou v ČR realizovány. Informace o poradenství a dalších službách poskytovaných uživatelům drog při výstupu z vězení uvádí podkapitola Postpenitenciární péče (str. 80).

7.2 Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog

7.2.1 Nízkoprahové harm reduction programy

Prevence infekcí patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými zařízeními (poskytování informací, distribuce letáků upozorňujících na nebezpečí infekčních chorob a dalších zdravotních problémů, vzdělávání a motivace k bezpečnější aplikaci drog a k bezpečnému sexu, výměnný program jehel a stříkaček, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování infekcí a případné další zdravotní péče). Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich rodiny a blízcí, některá zařízení realizují programy určené uživatelům drog v prostředí noční zábavy. Druh a objem poskytovaných služeb se v jednotlivých nízkoprahových programech liší.

Síť nízkoprahových programů tvoří kontaktní centra a terénní programy, v r. 2008 jich bylo celkem 100 – mapa 7-1. Údaje o službách poskytnutých v nízkoprahových zařízeních a o osobách, které je využily, jsou k dispozici zejména ze závěrečných zpráv, které zpracovávají zařízení pro potřeby dotačního řízení RVKPP[46].

Počet uživatelů drog, kteří služby těchto zařízení využili, v posledních třech letech roste; vzájemný poměr mužů a žen je dlouhodobě stabilní. Od r. 2003 je však patrný nárůst počtu problémových uživatelů drog v kontaktu (injekčních uživatelů, uživatelů opiátů a pervitinu) a naopak pokles počtu uživatelů konopných látek. Pokles je patrný také u uživatelů těkavých látek, jejich počet je však o jeden řád nižší než u uživatelů ostatních drog. Průměrný věk uživatelů dlouhodobě rostl z 22,0 let v r. 2002 na 26,1 roku v r. 2007, v r. 2008 byl průměrný věk klientů 25,9 let – tabulka 7-1.

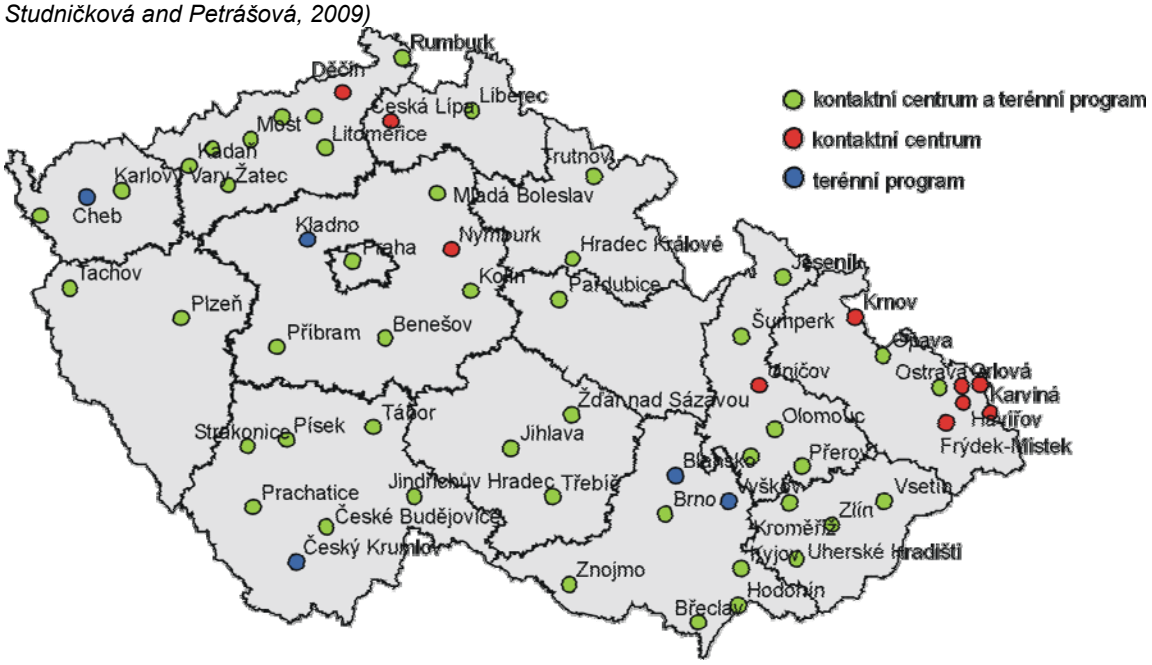
Návštěvnost nízkoprahových zařízení a objem poskytnutých služeb zůstává v posledních třech letech stabilní – tabulka 7-2; meziročně opět vzrostl počet vyměněných injekčních setů (viz dále).

Nejvyšší počet kontaktů vykázaly v r. 2008 opět nízkoprahové programy v Praze a dále stejně jako v minulém roce v krajích Ústeckém, Jihomoravském a Olomouckém. Nejvyšší počet výkonů ve výměnných programech (počet výměn) byl proveden v Hl. m. Praze (cca 120 tis.) a v krajích Ústeckém (cca 31 tis.), Jihomoravském (cca 13 tis.), Jihočeském (cca 11 tis.) a Středočeském (cca 9 tis.) Detailní přehled o výkonech v nízkoprahových programech podle krajů v r. 2008 podává tabulka 7-3.

[45] Fentanyl je vysokopotentní opioid. V r. 2009 byl poprvé zachycen na Slovensku, což se stalo bezprostředním důvodem informování služeb.

[46] Počet programů je ovlivňován tím, jak nízkoprahová zařízení podávají projekty na své aktivity do dotačních řízení a jak jednotlivé aktivity formálně rozlišují. Kontaktní centrum a terénní program mohou být provozovány jedním subjektem v rámci jednoho projektu, v jiných případech nebo v různých letech se může jednat o dva i více projektů. Přes tyto vlivy je nabídka a dostupnost nízkoprahových služeb v ČR v posledních několika letech stabilní.

mapa 7-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j; Studničková and Petrášová, 2009)



tabulka 7-1: Klienti českých nízkoprahových zařízení v r. 2002–2008, extrapolováno na celkový počet programů (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)

Ukazatel	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Počet nízkoprahových zařízení/programů	92	93	92	92	90	109	100
Počet uživatelů drog	n.a.	25 200	24 200	27 800	25 900	27 200	28 300
– z toho injekčních uživatelů	19 000	16 700	16 200	17 900	18 300	20 900	22 300
– z toho uživatelů pervitinu	12 900	11 300	12 200	12 300	12 100	14 600	14 900
– z toho uživatelů opiátů	8 000	6 100	6 000	6 800	6 900	7 300	8 300
– z opiátů uživatelů Subutexu®	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2 900	3 200	3 700
– z toho uživatelů konopných látek	3 400	5 500	4 100	3 600	2 700	2 000	1 700
– z toho uživatelů těkavých látek	n.a.	705	560	470	450	390	300
Průměrný věk uživatelů drog (roky)	22,0	23,2	23,4	25,0	25,3	26,1	25,9
Počet kontaktů/návštěv celkem	290 000	315 000	317 900	403 900	322 900	338 100	329 466

tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2004–2008, extrapolováno na celkový počet programů (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)

Ukazatel	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Počet výměn ve výměnných programech	139 800	249 000	191 000	215 800	217 200
Potravinový servis	94 700	99 500	97 600	94 100	87 800
Hygienický servis	34 500	40 900	41 100	40 000	34 800
Individuální poradenství	27 300	25 800	21 900	24 100	21 000
Zdravotní ošetření	13 500	12 500	10 500	9 400	7 700
Krizová intervence	3 000	2 500	1 800	1 600	1 100
Skupinové poradenství	1 800	1 500	1 500	1 000	1 100

tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2008 v jednotlivých krajích, extrapolováno na celkový počet programů (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)

Kraj*	Kontakt	První kontakt	Výměna	Potravinový servis	Hygienický servis	Individuální poradenství	Reference**	Zdravotní ošetření	Krizová intervence	Skupinové poradenství
PHA	137 594	347	119 551	16 054	3 489	3 057	2 612	1 382	214	212
STC	12 478	653	8 913	5 108	1 481	1 222	2 191	225	47	0
JHC	18 973	743	11 156	8 084	2 567	2 363	1 156	165	144	150
PLK	10 636	776	5 324	3 053	1 594	1 925	1 801	472	87	43
KVK	8 055	315	5 069	3 963	2 567	342	1 113	3 149	34	67
ULK	44 341	1 595	30 675	10 617	5 157	1 525	1 463	600	181	258
LBK	7 975	620	2 789	4 164	2 676	375	973	43	46	19
HKK	6 102	247	2 955	526	425	256	120	54	17	0
PAK	3 392	205	1 147	1 368	960	64	134	59	8	6
VYS	6 561	152	1 303	3 726	1 815	774	707	130	26	0
JHM	23 147	856	12 788	6 161	3 330	3 093	724	521	47	117
OLK	20 683	851	5 444	10 521	3 109	3 705	1 018	575	108	23
ZLK	10 663	435	2 857	3 141	1 568	684	1 497	221	43	82
MSK	18 865	325	7 250	11 313	4 094	1 574	328	139	144	109
Celkem ČR	329 466	8 120	217 221	87 799	34 831	20 960	15 838	7 735	1 147	1 086

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

Údaje o klientech nízkoprahových zařízení z jiných zdrojů podává také kapitola Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 26). Podle průzkumu mezi klienty všech pražských nízkoprahových programů pro uživatele drog z května 2008 (Šejvl, 2008) využívali klienti nejvíce výměnný program (48 %), dále poradenství a rozhovor s pracovníkem (25 %), kontaktní místnost (12 %), zdravotní ošetření (11 %) a hygienický servis (7 %). Denní nebo téměř denní užití služeb uvádí 26 %, několikrát týdně 33 %, několikrát v měsíci 24 % a méně často 13 % klientů, 4 % klientů frekvenci využití služeb neuvedla. K testování na HIV uvedlo 51 % klientů, že bylo testováno v posledním roce, 31 % dříve než v posledním roce a 18 % uvedlo, že nebylo testováno nikdy. Dvě třetiny (66 %) klientů byly na HIV testovány v kontaktním centru, 19 % při nástupu do vazby či výkonu trestu a 15 % při nástupu do léčby závislosti. Na VHC bylo testováno 53 % klientů v posledním roce, 33 % dříve než v posledním roce a 14 % nikdy; 57 % klientů bylo na VHC testováno v kontaktním centru, 26 % při nástupu do vazby či výkonu trestu a 17 % při nástupu do léčby závislosti.

Pražské nízkoprahové programy spolupracovaly v r. 2008 na vyšetřování a očkování v rámci protiepidemických opatření při zvýšeném výskytu VHA – blíže viz kapitolu Infekce spojené s užíváním drog (str. 47).

7.2.1.1 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel

Výměnný program stříkaček a jehel v r. 2008 poskytovalo 98 nízkoprahových programů ze 100. Srovnání počtu programů a počtu distribuovaných injekčních stříkaček v jednotlivých letech 1998–2008 uvádí tabulka 7-4, počty distribuovaných stříkaček v jednotlivých krajích

tabulka 7-5. Podle informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který nízkoprahové zařízení v r. 2008 navštívil, vyměnil průměrně 9,7krát (10,3krát v r. 2007) a obdržel celkem 208 sterilních stříkaček (214 v r. 2007). Rozložení objemu distribuovaného injekčního materiálu v jednotlivých krajích odpovídá relativnímu počtu injekčních (problémových) uživatelů drog – mapa 7-2 a mapa 4-1 (str. 25).

tabulka 7-4: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2008 (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j; Studničková and Petrášová, 2009)

Rok	Počet výměnných programů	Počet vyměněných stříkaček a jehel
1998	42	486 600
1999	64	850 285
2000	80	1 152 334
2001	77	1 567 059
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	93	3 868 880
2007	107	4 457 008
2008	98	4 644 314

tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v r. 2002–2008 podle krajů (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j; Studničková and Petrášová, 2009)

Kraj/rok	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hl. m. Praha	858 507	979 560	1 210 704	1 697 554	1 850 330	2 071 788	2 060 588
Středočeský	12 561	31 682	66 600	110 325	168 220	215 640	309 590
Jihočeský	14 883	69 004	102 621	124 454	141 825	212 791	228 872
Plzeňský	23 221	44 670	88 450	116 611	157 317	189 894	207 938
Karlovarský	16 608	29 299	35 756	58 680	66 382	83 462	79 834
Ústecký	256 071	262 418	351 561	479 383	612 259	655 882	637 887
Liberecký	12 273	21 108	33 467	32 800	47 756	63 967	129 903
Královéhradecký	22 250	45 089	41 021	86 221	98 269	139 075	173 417
Pardubický	23 622	23 330	36 081	38 725	48 144	29 908	52 690
Vysočina	11 254	29 363	39 348	61 425	68 682	99 447	65 343
Jihomoravský	134 285	122 137	165 846	173 090	227 833	269 236	264 872
Olomoucký	21 809	33 832	85 872	96 416	150 024	134 433	137 321
Zlínský	19 973	11 362	41 977	52 169	69 005	115 744	89 913
Moravskoslezský	41 907	75 103	56 232	143 771	162 834	175 741	206 146
Celkem	**1 469 224**	**1 777 957**	**2 355 536**	**3 271 624**	**3 868 880**	**4 457 008**	**4 644 314**

mapa 7-2: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2008 na 1000 obyvatel (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j; Studničková and Petrášová, 2009)

Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel jsou doplňovány distribucí aluminiové fólie určené ke kouření heroinu a distribucí želatinových tobolek určených především uživatelům pervitinu.

7.2.1.2 Distribuce želatinových tobolek jako harm reduction materiálu

První informace o programech distribuce želatinových tobolek jako službě vedoucí k redukci injekční aplikace jsou uvedeny ve VZ 2007. V r. 2009 proběhl internetový dotazníkový průzkum s cílem podrobněji zmapovat distribuci kapslí. Oslovena byla všechna nízkoprahová zařízení v ČR; dále proběhla ohnisková skupina se zástupci zařízení a skupinový rozhovor s klienty Terénních programů o. s. SANANIM v Praze.

Internetový dotazník vyplnilo 52 nízkoprahových zařízení. Z dotazníků vyplývá, že v současnosti kapsle jako harm reduction materiál distribuuje 17 zařízení a dalších 20 o distribuci kapslí uvažuje. Poptávka po kapslích mezi uživateli drog roste. Podle účastníků ohniskových skupin jsou primární cílovou skupinou injekční uživatelé pervitinu, kteří mají poškozené žíly a hledají alternativu k injekčnímu užívání drogy. Dalšími cílovými skupinami jsou zejména rekreační uživatelé pervitinu, kteří nemají s injekčním užíváním zkušenost, a sociálně stabilizovaní uživatelé drog, kteří se za určitých okolností obávají aplikovat drogy injekčně (např. v práci). Uživatelé opiátů nebyli uvedeni jako cílová skupina pravděpodobně vzhledem k nižší metabolické dostupnosti opiátů ze zažívacího traktu. Poškozené žíly a motivace ke snížení frekvence injekčního užívání drog jsou hlavními uváděnými důvody pro užívání kapslí. Kapsle ve srovnání s prostým orálním užitím pomáhají eliminovat typickou hořkou chuť drogy a při jejich užití nechybí tzv. nájezd účinku drogy. Výhodou kapslí je snadná příprava a bezpečnost aplikace. Zmíněna byla ale i zdravotní rizika související s orálním užitím pervitinu, zejména v souvislosti s poškozením sliznic zažívacího traktu. Distribuce kapslí se jeví jako vhodný efektivní přístup snižování rizik, zejména ve skupině uživatelů pervitinu, resp. uživatelů drog na bázi amfetaminů. Potenciální rizika i výhody užívání kapslí v harm reduction by měly být předmětem dalšího výzkumu (Škařupová et al. 2009).

7.2.1.3 Prodejní automaty na injekční stříkačky a další harm reduction materiál

Občanské sdružení PROGRESSIVE v květnu 2008 zahájilo projekt NON STOP 24 – prodejní automaty na harm reduction materiál. Cílem projektu je zvýšení dostupnosti harm reduction materiálu a oslovení specifické skupiny injekčních uživatelů drog. Pilotní fáze programu byla zahájena instalací 2 přístrojů v Praze 5. Automaty umožňovaly časově neomezený přístup k čistému injekčnímu materiálu, dezinfekcím, čisté vodě apod. Jeden z automatů byl vybaven bezpečnostním kontejnerem na odhoz použitých stříkaček. V říjnu 2008 byl projekt pozastaven ze strany Městské části Praha 5, uvedeným důvodem bylo zhodnocení dopadů celého projektu pro městskou část; do srpna 2009 nebyl projekt obnoven. Interní vyhodnocení projektu ukázalo, že počet setů vydaných v automatech kontinuálně rostl a služba byla klienty pozitivně hodnocena; ukázalo se také, že přibližně třetina klientů nebyla v kontaktu s žádným jiným harm reduction programem a projekt tak zachytil dosud nekontaktovanou, resp. těžce kontaktovatelnou část pražské populace injekčních uživatelů drog (Janouškovec and Mravčík, 2009).

7.2.1.4 Kontejnery pro bezpečnou likvidaci injekčních stříkaček

Dalším projektem v oblasti harm reduction v Praze je FIX POINT realizovaný o.s. PROGRESSIVE. Projekt spočívá v instalování speciálních bezpečnostních kontejnerů na odhoz použitého injekčního materiálu. Tyto kontejnery jsou umístěny na vytipovaných místech tak, aby byly pro injekční uživatele drog co nejdostupnější. Cílem projektu FIX POINT je rozšíření možností bezpečné likvidace použitého injekčního materiálu v lokalitách zatěžovaných injekčním užíváním drog. Příprava tohoto projektu probíhala od r. 2008 a oficiálně byl projekt zahájen v červnu 2009. V současnosti jsou kontejnery umístěny na 9 místech v Praze 5 (o.s. Progressive, 2009).

7.2.1.5 Testování infekčních nemocí

Některá nízkoprahová zařízení provádějí testování HIV protilátek ze slin ve spolupráci s NRL AIDS SZÚ v Praze, ovšem koncem r. 2008 bylo testování na HIV ze slin zastaveno z důvodu přerušení dodávek laboratorního materiálu ze strany výrobce. NRL pro AIDS v současné době pracuje na validaci a zavedení nové metody pro vyšetřování HIV protilátek ze slin. V letech 2006–2007 přetrvával problém s dostupností testování VHC v nízkoprahových zařízeních zejména díky absenci rychlého testu na protilátky proti VHC z plné krve. V červnu 2008 se pro vybraná nízkoprahová zařízení podařilo zajistit nabídku rychlých testů na VHC ze séra kapilární krve spolu s příslušným vybavením – v průběhu července a srpna 2008 začala některá z nich tyto testy již provádět. V r. 2008 a 2009 proběhly semináře týkající se práce s testy pro pracovníky nízkoprahových zařízení.

NMS zjišťuje rozsah testování infekcí v nízkoprahových zařízeních ze závěrečných zpráv projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP. Výsledky testů jsou k dispozici z monitoringu testování v nízkoprahových programech – blíže viz kapitolu Infekce spojené s užíváním drog na str. 47. V r. 2008 nabízelo možnost testování na HIV 50 zařízení, na VHC 40, na VHB 18 a na syfilis 3 nízkoprahová zařízení. Počty provedených testů jsou stále velmi nízké, ve srovnání s počty před r. 2006, nicméně meziročně počet provedených testů na HIV a VHC výrazně vzrostl (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j) – tabulka 7-6.

tabulka 7-6: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v r. 2002–2008 (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)

Rok	HIV		VHB		VHC		Syfilis	
	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení
2002	1 158	35	515	26	1 202	33	176	2
2003	2 629	64	739	21	2 499	60	209	4
2004	2 178	58	932	25	2 582	53	84	1
2005	2 425	54	1 370	28	2 664	55	54	2
2006	1 253	46	693	56	1 133	62	209	3
2007	609	53	370	19	401	24	62	4
2008	1120	50	399	18	862	40	124	3

Řada nízkoprahových a dalších zařízení poskytujících služby uživatelům drog v minulosti spolupracovala v oblasti prevence a testování infekcí s orgány ochrany veřejného zdraví – krajskými hygienickými stanicemi nebo zdravotními ústavy, zejména s poradnami HIV/AIDS zdravotních ústavů. V monitoringu testování infekcí v nízkoprahových zařízeních v r. 2008 bylo zjištěno, že jen 4 ze 14 zdravotních ústavů spolupracují systematicky na testování infekcí s drogovými službami, a to zdravotní ústavy v Českých Budějovicích, Plzni, Ústí nad Labem a Pardubicích (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009i).

7.2.1.6 Programy zaměřené na užívání drog v prostředí zábavy

Celkem 6 terénních programů (Drop-In Praha, terénní program CPPT Plzeň, program Dance8 CPPT Plzeň, terénní program Olomouc Sdružení Podané ruce, Jihočeský streetwork o.s. Prevent České Budějovice a o.s. Kappa-Help Přerov) vykázalo v r. 2008 v závěrečných zprávách aktivity harm reduction mezi uživateli drog na tanečních akcích (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j). Osloveno bylo celkem 1839 klientů a bylo provedeno 132 orientačních kvalitativních testů syntetických drog. Ve srovnání s r. 2007 se jedná o první meziroční nárůst po období poklesu služeb v prostředí zábavy od r. 2004, kdy došlo v důsledku omezení financování těchto programů k výraznému omezení jejich aktivit (v r. 2003 bylo v této oblasti aktivních 18 programů, které oslovily téměř 5000 klientů) – blíže viz VZ 2006, VZ 2007 a číslo Zaostřeno na drogy věnované této problematice (Mravčík et al. 2008).

V r. 2008 došlo ke znovuoživení v oblasti služeb v prostředí zábavy – byla založena pracovní skupina RVKPP Prevence a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích a byl zahájen projekt Safer Party – blíže k projektu viz kapitolu Selektivní prevence (str. 22). Součástí projektu bylo mimo jiné hodnocení prostředí akcí s ohledem na faktory, které mohou mít vliv na zdraví a bezpečnost návštěvníků. Mezi časté negativní faktory patřila absence zajištění dopravy zpět z festivalu, zabavování nealkoholických nápojů před vstupem (a to i v případě, že v areálu festivalu nebyla dostupná pitná voda zdarma) a hygienické podmínky na toaletách. Pozitivní byla naopak přítomnost záchranné služby na všech festivalech a většinou snadná orientace v prostorách festivalu (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008a).

7.2.2 Distribuce injekčních jehel a stříkaček v lékárnách

V r. 2007 a 2008 byla provedena dvouletá výzkumná studie Role lékáren v systému zdravotní péče a poradenství (injekčním) uživatelům drog v ČR, kterou provedlo Centrum adiktologie (viz také VZ 2007). Studie se skládala z kvantitativní a kvalitativní části. V kvantitativní části se dotazníkového šetření zúčastnilo 310 z 373 oslovených lékáren (respondence 83,1 %) a v kvalitativní části byla provedena polostrukturovaná hloubková interview se zástupci 40 z celkem 58 oslovených lékáren. Podle dotazníkové studie docházejí uživatelé drog (nebo zákazníci, o nichž si personál myslí, že jsou uživateli drog) do většiny oslovených lékáren (87,7 %), odhadovaný poměr mužů a žen je 2,5 : 1, nejčetněji (54 %) je zastoupena kategorie 20–30 let. Téměř třetina (31 %) lékáren injekční materiál neprodává a 24,6 % lékáren injekční materiál neprodá uživateli drog. Cena jednoho kusu injekční jehly a stříkačky („inzulínky“) nepřesahuje 10 Kč. Sběr injekčního materiálu provádí pouze 38 % lékáren ve vzorku. Intenzivnějším podobám práce s uživateli drog v lékárnách je nakloněno 41,6 % lékárníků souboru, s nízkoprahovými službami v regionu spolupracuje pouze 17,1 % lékáren v souboru. Pouze 3,2 % lékáren nabízí tištěné informační materiály o prevenci infekčních onemocnění (Gabrhelík et al. 2008a; Gabrhelík et al. 2008b).

Z kvalitativní studie vyplynulo, že za uživatele drog je pracovníky lékáren téměř bez výjimky považován injekční uživatel pervitinu nebo opiátů. Nejdůležitějším rozlišovacím znakem, podle kterého je uživatel identifikován, je požadované zboží (injekční materiál a léky s pseudoefedrinem), dále pak chování (typicky nervozita, agitovanost a snaha o co nejrychlejší vyřízení zakázky) a další znaky užívání drog (zanedbanost, vpichy a kožní vyrážky). Typický kontakt se neliší od běžného kontaktu s jakýmkoliv zákazníkem, problémy s uživateli jsou ojedinělé; přesto se lékárníci obávají odlivu drogy neužívající klientely. Většina lékáren nemá pro prodej injekčního materiálu stanovena žádná omezení a vydává ho uživatelům v požadovaném množství, část lékáren injekční sety prodává pouze po více kusech. Zákazníci-uživatelé často požadují větší množství preparátů s pseudoefedrinem a pracovníci lékáren pak používají různé strategie, jak výdeji většího množství balení těchto léků zabránit; na druhou stranu uživatelé používají strategie, jak získat co největší množství těchto preparátů (zmnožení zdrojů, navýšení počtu

nakupujících, využití více prodávajících)[47]. Při interakci se zákazníky-uživateli se vyskytly konflikty jen zřídka, nejčastěji se jedná o slovní agresi v případě odmítnutí požadavků uživatele. Fyzická agrese se objevuje výjimečně (přibližně čtvrtina lékáren má nějakou zkušenost s fyzicky agresivním klientem), častější jsou krádeže, které popisují pracovníci necelé poloviny lékáren a mají nejčastěji podobu útěku bez zaplacení. Jako problém vnímají lékárníci prodej léků s obsahem pseudoefedrinu, zneužívání substitučních preparátů na předpis a lékové závislosti (Vacek et al. 2008; Gabrhelík et al. 2008b).

V r. 2009 byly v rámci výše uvedeného projektu publikovány návrhy a doporučení týkající se podpory implementace dalších služeb pro injekční uživatele drog v lékárnách v ČR, konkrétně možností zapojení farmaceutů v lékárnách do prevence užívání návykových látek z veřejnozdravotní perspektivy, byly definovány cílové skupiny adiktologických intervencí v lékárnách, byl zdůrazněn potenciál lékáren v oblasti sběru dat o uživatelích drog atd. (Gabrhelík et al. 2008b; Gabrhelík and Miovský, 2009).

Ročně je injekčním uživatelům drog v lékárnách prodáno cca 1,5 mil. ks injekčních stříkaček – blíže viz VZ 2007.

7.2.3 Léčba infekcí mezi uživateli drog

V ČR je 7 léčebných AIDS center, z toho AIDS centrum FN Na Bulovce pokrývá spádově Hl. m. Prahu a Středočeský kraj a je metodickým a řídícím pracovištěm ostatních center a jako jediné v ČR poskytuje porodní péči HIV pozitivním rodičkám a pediatrickou péči o HIV exponované novorozence. Součástí léčebných postupů je terapie HAART (vysoce aktivní antiretrovirová terapie), a to i pro indikované HIV pozitivní uživatele drog. Léčba je financována zčásti ze zdravotního pojištění a zčásti ze státních dotací.

Ve věstníku MZ byl v prosinci vydán Standard pro léčbu virových hepatitid u uživatelů drog (částka 7/2008, č.j. 28629/2008), který stanovuje preventivní, diagnostické a léčebné postupy v případech virových hepatitid u uživatelů drog. Mimo jiné stanoví, že v rámci preventivních opatření by uživatelé drog měli být zařazeni do výměnného programu injekčního materiálu, a měli by být očkováni proti VHA a VHB. Standard zdůrazňuje, že postup terapie virové hepatitidy C u závislého pacienta včetně pacienta s aktivní drogovou závislostí nebo pacienta v substituční léčbě (čili stabilizovaného), je shodný s doporučeným postupem u pacientů bez závislosti, zcela zásadní podmínkou pro zahájení terapie je však motivace pacienta a jeho spolupráce, standard zdůrazňuje nutnost multidisciplinárního přístupu k pacientům. Léčba probíhá podle doporučených postupů České hepatologické společnosti a Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP[48].

V ČR je v současné době 63 pracovišť garantovaných Českou hepatologickou společností a Společností infekčního lékařství ČLS JEP, které poskytují léčbu chronických virových hepatitid. Ta fungují ve všech krajích, dostupnost léčby je vysoká. Prakticky ve všech garantovaných centrech jsou léčeni pacienti s anamnézou užívání drog, nemocní s aktivním užíváním drog s nižšími zdravotními a společenskými riziky a spolupracující a motivovaní pacienti v substituční léčbě. Problémem zůstávají aktivní problémoví uživatelé nelegálních drog, především pervitinu, pro které není substituce dostupná, a stabilizace, spolupráce a motivace k léčbě ze strany pacienta bývá nízká; problematická je také úhrada léčby virostatiky z prostředků veřejného zdravotního pojištění[49] (Urbánek et al. 2009).

Ve FN Motol v Praze funguje specializované Centrum pro léčbu a prevenci infekčních komplikací u uživatelů drog[50]. Součástí sítě služeb pro uživatele drog v Praze je interní ambulance a poradna pro choroby jater Remedis[51], která se specializuje na léčbu somatických onemocnění uživatelů drog.

V ČR existují internetové stránky a veřejné bezplatné linky pomoci zaměřené na poradenství v oblasti infekcí – podrobněji viz VZ 2007.

7.3 Opatření zaměřená na další zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Léčba uživatelů drog s duální diagnózou probíhá v ČR převážně integrovaně, tj. v rámci existujícího léčebného systému pro uživatele drog se zohledněním jejich specifických potřeb – viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 28).

Léčba ostatních somatických poruch u uživatelů drog probíhá v ČR v rámci veřejnozdravotní léčebně-preventivní péče; problémem ze strany klientů může být nedořešené zdravotní pojištění (např. při ztrátě karty pojištěnce nebo v případě dluhů na zdravotním pojištění) nebo v některých případech jeho úplná absence (např. u cizinců).

[47] Studie probíhala před omezením výdeje léků obsahujících pseudoefedrin, které platí od 1. 5. 2009 – blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str. 4).
[48] Viz také http://www.infekce.cz/ a http://www.ceska-hepatologie.cz/.
[49] V současné době je léčba virostatiky hrazena v rámci paušálních plateb, jejichž výše se stanovuje na základě minulých referenčních období a nemusí tedy zohledňovat aktuální potřeby. Odborné společnosti ČLS JEP požadují, aby byla léčba ze zdravotního pojištění hrazena individuálně u konkrétních pacientů.
[50] Viz http://www.fnmotol.cz/infekce/.
[51] Viz http://www.remedis.cz/.

8 Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog

Sociální problémy jsou kumulovány zejména mezi uživateli drog z řad etnických menšin a přistěhovalců (v ČR zejména mezi Romy, Vietnamci a uživateli původem ze zemí bývalého SSSR) a mezi staršími uživateli drog.

Bezdomovectví je v ČR pravděpodobně spojeno s užíváním zejména legálních drog (alkohol, tabák), nicméně uživatelé nelegálních drog z řad bezdomovců jsou méně často v kontaktu s institucemi a užívání nelegálních drog tak může být podhodnoceno.

Zdá se, že výskyt užívání drog mezi Romy je v ČR v posledních letech stabilní, jedná se zejména o legální alkohol a tabák, z nelegálních drog jsou nejvíce rozšířeny marihuana a pervitin. Podle dostupných informací klesá mezi Romy užívání toluenu.

V r. 2008 nedošlo k výrazným změnám v počtu zařízení poskytujících služby následné péče. Došlo však k výraznému zvýšení jejich kapacity (např. u chráněného bydlení na více než dvojnásobek) a počtu jejich klientů.

V květnu 2009 byla v Brně založena svépomocná skupina na principu Anonymních narkomanů a jedná se tak v ČR po dlouhé době o ojedinělou iniciativu tohoto druhu.

8.1 Sociální exkluze a užívání drog

8.1.1 Sociální exkluze mezi uživateli drog

K nejvýznamnějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, nízké vzdělání a špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví. Uvedené problémy jsou kumulovány zejména mezi uživateli drog z řad etnických menšin a přistěhovalců a také mezi staršími uživateli drog, kde je vyšší výskyt bezdomovectví a nezaměstnanosti (blíže viz kapitolu Léčba a péče o starší uživatele drog na str. 102).

Pro informace o charakteru bydlení, dosaženém vzdělání a nezaměstnanosti mezi žadateli o léčbu viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 28).

V květnu 2008 byl proveden průzkum na vzorku 783 klientů pražských nízkoprahových programů (Šejvl, 2008) – viz také kapitolu Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 26). Českou národnost uvedlo 674 klientů (86,1 %), romskou 59 osob (7,3 %), slovenskou 29 osob (3,7 %), dále byli zastoupeni klienti z Ukrajiny (6 osob), Ruska (4 osoby) Gruzie (4 osoby) a 5 klientů z jiných zemí. Co se týče zaměstnání a zdroje příjmů, 145 (20,1 %) klientů má stálé zaměstnání s řádnou pracovní smlouvou, 93 (11,9 %) má příležitostnou legální práci, 185 (18,5 %) klientů pracuje příležitostně „načerno“, 140 (17,9 %) pobírá sociální dávky, 182 (23,2 %) uvedlo jiný zdroj příjmů. Mezi jinými zdroji příjmů se objevily na prvním místě krádeže (42 osob), prodej drog (8) a jiná trestná činnost (8), dále prostituce (14), žebrání (15), také příjem od rodičů, invalidní důchod, sběr kovů nebo umělecké vystoupení na ulici. Co se týče charakteru bydlení, 498 (63,6 %) osob bydlí v bytě se sociálním zařízením (vlastní byt, pronájem, bydlení s rodiči, s partnerem), 165 (21,1 %) osob bydlí bez sociálního zařízení (squat, chata) a 120 (15,3 %) osob žije bez přístřeší.

V rámci kvalitativní studie Nové trendy na drogové scéně (blíže viz kapitolu Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat na str. 26) byly analyzovány výpovědi pracovníků nízkoprahových programů v ČR o jejich zkušenostech s klienty z řad etnických skupin (Radimecký et al. 2009). Největší zkušenosti jsou s romskou klientelou, v některých lokalitách (Plzeň, Ústí nad Labem, Brno, Ostrava, Uherský Brod, Teplice, Pečky) tvoří příslušníci romského etnika většinu klientely programu. Dalšími skupinami jsou klienti z bývalých sovětských republik, Vietnamci a Slováci. Pro romskou klientelu jsou typické silné rodinné vazby, klienty bývají celé rodiny, typické je fungování ve skupinách se členy s různým věkovým profilem, obstarávání i užívání drog podléhá silným rodinným zvyklostem. Romové se v některých lokalitách podílejí na distribuci drog, zejména heroinu, jehož užívání je pro Romy typické. Pervitin je částí romské klientely považován za drogu s nízkým rizikem. Ruskojazyčná klientela je soustředěna především ve velkých městech (Praha, Brno), jinde se objevuje sporadicky a tvoří velmi uzavřenou skupinu, která není příliš v kontaktu s domácí drogovou scénou. Překážkou pro bližší kontakt pracovníků s touto klientelou je jak jazyková bariéra, tak obavy klientů ze ztráty anonymity. Pro tuto skupinu je typické užívání pervitinu a Subutexu® a téměř 100% zastoupení mužů. Podle pracovníků nízkoprahových programů lze v souvislosti s nynějšími problémy na trhu práce spojenými s globální ekonomickou krizí očekávat příliv nezaměstnaných klientů ze skupiny migrantů do drogových služeb. Vietnamská klientela je pro pracovníky nejhůře dostupná. Vlivem zcela odlišného jazyka a kulturních zvyklostí je těžké tuto komunitu kontaktovat. Vietnamci se v některých regionech angažují ve výrobě a distribuci drog (pěstování konopí a prodej marihuany, prodej heroinu). V některých programech se objevují klienti ze Slovenska, především se jedná o dělníky, kteří v ČR pracují.

Ke kvalitativnímu průzkumu problémového užívání drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí viz VZ 2007.

8.1.2 Užívání drog v sociálně vyloučených skupinách

8.1.2.1 Bezdomovci

Mezi výskytem závislostí a/nebo duševních poruch a bezdomovectvím existuje úzký vztah, často je však složité určit, zda je závislost a/nebo duševní porucha příčinou nebo následkem sociální situace bezdomovců. Duševní nemoc může být v kombinaci se sociálními a ekonomickými problémy spouštěcím mechanizmem bezdomovectví, na druhé straně však bezdomovectví může vést k psychickým problémům, depresím a užívání návykových látek (Šupková, 2008).

Institut pro kriminologii a sociální prevenci provedl v r. 2006 studii zaměřenou na bezdomovectví a bezdomovce (Štěchová et al. 2008). Průzkum byl prováděn v 6 azylových domech v Praze (Armáda spásy, Emauzy, Charita, Městské centrum, Naděje a Dům Agapé). O každém klientovi, který byl v zařízení ubytován déle než 14 dní (resp. tak dlouho, aby bylo možno zodpovědět dotazy týkající se jeho chování v azylovém domě) vyplnil sociální pracovník záznamový arch. Vyplněno bylo 157 záznamových archů. Bylo zjištěno, že klienti azylových domů nejčastěji kouří cigarety a/nebo pijí alkohol. Užívání nelegálních drog nebylo zjištěno, což si autoři studie vysvětlují tím, že bezdomovci-uživatelé nelegálních drog mají problémy se získáváním ubytování v těchto zařízeních a nejsou tedy jejich klienty.

8.1.2.2 Romské komunity

V ČR se sociální exkluze týká také některých romských komunit a exkluze je výsledkem nakupení sociálních problémů. Faktory sociálního vyloučení Romů jsou především dlouhodobá nezaměstnanost, nízký příjem, nedostupnost bydlení nebo jeho špatná kvalita (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007).

Sledováním a hodnocením situace v romských komunitách v ČR se dlouhodobě zabývá Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity v rámci Programu podpory terénních sociálních pracovníků. V r. 2008 bylo do programu zapojeno celkem 46 obcí a 86 terénních pracovníků (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2009).

Terénní sociální pracovníci poskytli v r. 2008 služby 13 144 klientům, realizováno bylo 59 687 kontaktů. Převládaly výkony individuální práce (48 %) a práce s rodinou (29 %). Nejčastěji se jednalo o pomoc s řešením dluhů, bydlením a nezaměstnaností. Intervence související s užíváním drog byly poskytnuty 3 % klientů – tabulka 8-1. Počet a podíl problémů souvisejících s užíváním nelegálních drog a gamblingem je dlouhodobě stabilní a relativně nízký (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2009).

tabulka 8-1: Počet klientů, kterým poskytli služby romští terénní sociální pracovníci v r. 2006–2008, podle typu problému (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2007; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2008; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2009)

Typ problému	2006		2007		2008	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Dluhy	4 477	34,1	5 314	31,9	3 779	28,7
Nezaměstnanost	2 672	20,4	2 916	17,5	2 598	19,8
Kvalita bydlení	3 362	25,6	3 364	20,2	2 432	18,5
Problematické nájemní vztahy	1 847	14,1	1 522	9,1	1 285	9,8
Nedostatečná hygiena	1 300	9,9	1 204	7,2	1 282	9,7
Záškoláctví	907	6,9	716	4,3	1 000	7,6
Lichva	277	2,1	320	1,9	696	5,3
Kriminalita	620	4,7	574	3,4	636	4,8
Užívání drog	457	3,5	391	2,3	344	2,6
Gambling	268	2,0	302	1,8	323	2,5
Prostituce	63	0,5	39	0,2	51	0,4
Celkem*	**13 116**	**100,0**	**16 662**	**100,0**	**13 144**	**100,0**

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

V r. 2007 byla vládou zřízena Agentura pro odstraňování sociálního vyloučení v romských lokalitách. Hlavním cílem agentury je transformace romských ghett s cílem zlepšení kvality života v problematických lokalitách – blíže viz VZ 2007. Agentura byla v r. 2008 zapojena do realizace výzkumného projektu Dlouhodobý monitoring situace romských komunit – moravské lokality (Kašparová et al. 2008). V rámci tohoto projektu se uskutečnil etnograficko-antropologický výzkum v regionech Brno, Břeclav, Holešov, Jesenicko, Přerov a Slezská Ostrava s cílem zmapovat mechanizmy sociálního vylučování v jejich kontextuálním a dynamickém pojetí. Průzkum se mimo jiné zaměřil na zdravotní stav obyvatel sociálně vyloučených komunit včetně užívání drog. Všechny lokality referují o užívání cigaret, alkoholu a gamblerství. V minulosti byl nejčastěji užívanou drogou toluen, v současnosti převažují uživatelé pervitinu. Dále bylo zmíněno užívání konopných (Břeclav, Holešov, Přerov) a tanečních drog (Břeclav) a opia (Holešov).

Dále se Agentura podílela na projektu Světové banky a Rady vlády pro záležitosti romské komunity s názvem Česká republika: Šance na zlepšení zaměstnanosti Romů a výzkumu Romská populace a zdraví v rámci projektu SASTIPEN. Projekty mají za cíl popsat zdravotní a sociální situaci Romů a jejich přístup k sociálním a zdravotním zdrojům.

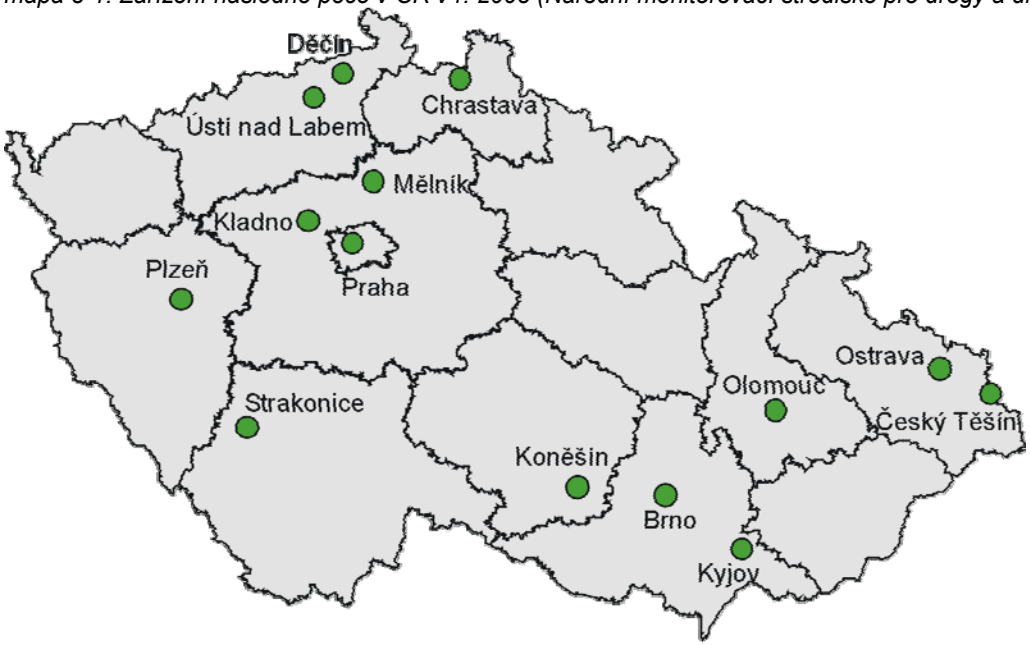
Pracovníci agentury v průběhu roku vypracovali řadu kazuistik týkajících se bydlení v Brně, Kladně, Ostravě, Pardubicích a Praze v lokalitách, v nichž převážnou většinu obyvatel tvoří Romové. Dále byla zpracována situační analýza sociálně vyloučených lokalit na území města Litvínova se zaměřením na sídliště Janov. V Litvínově byly identifikovány 3 lokality, které svým geografickým situováním, sociální segregací, (ne)dostupností služeb, charakterem svého osídlení či kombinací těchto faktorů odpovídají charakteristice sociálního vyloučení. Pokud jde o užívání nelegálních drog, vedle marihuany, která je užívána dětmi již od cca 13 let, je nejčastěji užívanou drogou v těchto lokalitách pervitin. Mezi další užívané drogy patří nelegálně získaný Subutex®, lysohlávky a kokain; užívání heroinu se téměř nevyskytuje. Podobně jako v ostatních sociálně vyloučených lokalitách v ČR je i zde rozšířeno užívání alkoholu, cigaret a gamblerství (Agentura pro sociální začleňování v romských lokalitách, 2009).

8.2 Sociální reintegrace

Následná péče o uživatele drog a jejich sociální začleňování je v ČR zajišťována prostřednictvím ambulantních doléčovacích programů a strukturovaných intenzivních ambulantních programů, jejichž součástí mohou být programy chráněného bydlení a chráněné pracovní programy (chráněná dílna, chráněné zaměstnání a podporované zaměstnání). Cílovou populací následné péče jsou abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce.

V r. 2008 poskytovalo následnou péči 18 zařízení v 27 programech dotovaných RVKPP – mapa 8-1. Celkem 13 zařízení nabízelo svým klientům chráněné bydlení a 4 také chráněné zaměstnání.

mapa 8-1: Zařízení následné péče v ČR v r. 2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)



Celkem využilo služeb následné péče 1 041 klientů (65 % mužů), 728 (70 %) z nich užívalo před léčbou drogy injekčně, 576 (55,3 %) užívalo pervitin, 176 (16,9 %) heroin. Celková kapacita poskytovaného chráněného bydlení byla 126 ubytovacích míst, v chráněných dílnách pracovalo 25 klientů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j) – srovnání r. 2005–2008 uvádí tabulka 8-2.

tabulka 8-2: Programy následné péče dotované RVKPP v r. 2005–2008 (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)

Ukazatel	2005	2006	2007	2008
Počet zařízení	20	18	18	18
Počet klientů v následné péči	865	904	883	1 041
Kapacita chráněného bydlení (počet míst)	118	126	126	283
Počet klientů v chráněném bydlení	244	235	261	298
Počet klientů v chráněných dílnách	59	40	44	25

Ambulantní následnou péči nabízelo 12 zařízení a využilo ji 487 klientů (z toho 335 mužů), což je oproti r. 2007 výrazný nárůst. Průměrný věk klientů dlouhodobě roste, v r. 2008 byl 30,3 let. Celkem 306 (62,8 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 259 (53,2 %) užívalo pervitin a 71 (14,6 %) heroin či Subutex® (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j). Srovnání r. 2003–2008 uvádí tabulka 8-3.

tabulka 8-3: Programy ambulantní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2008 (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Počet zařízení	8	14	13	10	12	12
Počet klientů	460	444	336	380	389	487
– z toho IUD	320	307	218	230	236	306
– z toho uživatelů pervitinu	210	187	182	216	209	259
– z toho uživatelů opiátů	120	115	58	78	69	71
Průměrný věk klientů	26,0	26,6	27,4	26,4	29,3	30,3

Intenzivní následnou péči (v dlouhodobém strukturovaném programu, většinou s chráněným bydlením a zaměstnáním) poskytovalo 15 zařízení, jejichž celková kapacita 283 míst byla využita 554 klienty (z toho 342 muži). Průměrný věk klientů byl 28,7 roku. Celkem 422 (76,2 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 317 (57,2 %) užívalo pervitin a 105 (18,9 %) opiáty (heroin či Subutex®). Průměrná délka programu jednoho klienta byla 6 měsíců. Celkem 164 (29,6 %) klientů dokončilo program úspěšně, 121 (21,8 %) předčasně a 61 (11 %) bylo z programu vyloučeno (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j) – tabulka 8-4.

tabulka 8-4: Programy intenzivní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2008 (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009j)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Počet zařízení	14	14	15	16	15	15
Kapacita	321	342	385	365	325	283
Počet klientů	585	562	526	524	494	554
– z toho IUD	463	404	399	364	360	422
– z toho uživatelů pervitinu	245	260	276	304	284	317
– z toho uživatelů opiátů	224	184	143	105	104	105
Průměrný věk klientů	24,5	27,0	26,4	27,1	26,6	28,7

Kromě výše uvedených zařízení mohou služby následné péče uživatelům drog poskytovat i jiná pobytová nebo ambulantní zařízení, ale jejich využití uživateli drog je obtížně zjistitelné. Na principu svépomoci fungují skupiny Anonymních alkoholiků (AA). V současnosti funguje 36 skupin AA v 25 městech ČR (Anonymní alkoholici - Česká republika, 2009). V květnu 2009 začala v Brně fungovat skupina Anonymní narkomani (NA) s názvem Fatima. Podle dostupných údajů neexistuje v ČR žádná další svépomocná skupina zaměřená na nealkoholové drogy.

V r. 2008 se na zlepšení životní situace bývalých uživatelů drog prostřednictvím uplatnění na trhu práce zaměřovaly 4 pracovní a sociální agentury (provozované o.s. SANANIM v Praze, Střediskem křesťanské pomoci v Plzni a o.s. White Light I. v Ústí nad Labem a agentura PASÁŽ o.s. Sdružení Podané ruce v Brně). Klienti těchto agentur mohou využít širokého spektra služeb od poskytnutí prostředků k samostatné práci (např. přístup na internet) až po přímé zprostředkování zaměstnání. V lednu 2009 zahájilo o.s. Prev-Centrum projekt Restart zaměřený na uplatnění klientů substitučního programu na trhu práce.

MPSV realizuje politiku sociální ochrany a sociálního začleňování pro celou populaci a uživatelé drog jsou jednou z cílových skupin. V současnosti je v platnosti Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2008–2010. V Národní zprávě o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008–2010 je drogová závislost zmiňována jako negativní faktor při posilování sociálních dovedností s cílem zvýšit zaměstnanost a zaměstnavatelnost a v části věnované projektům v romské komunitě (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2008).

MPSV rovněž provozuje několik databází, které mohou pomoci uživatelům drog nebo profesionálům pracujícím v pomáhajících službách získat informace o dostupné sociální pomoci a zároveň poskytují statistické informace o sociálních službách:

- Informační portál a databáze služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením. Pro osoby se závislostí na drogách zde ke konci srpna 2009 bylo uvedeno 113 (22,8 %) ze 495 zařízení, uživatelé drog jsou druhou nejpočetnější primární cílovou skupinou sledovanou v databázi služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením[52].
- Registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR – v registru je možno vyhledávat služby podle cílové skupiny; ke konci srpna 2009 obsahoval registr celkem 418 služeb pro "osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách“ [53].
- Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí – shrnuje veškeré informace týkající se sociální tematiky a služeb zaměstnanosti[54].

[52] Viz https://www.sluzbyprevence.mpsv.cz/.
[53] Viz http://iregistr.mpsv.cz/.

9 Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení

Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy je v ČR v posledních letech stabilní. Osoby jsou ze 70–80 % zadrženy, stíhány, obžalovány a odsouzeny za porušení § 187 (nedovolená výroba a obchod s drogami) trestního zákona, nejčastěji v souvislosti s pervitinem. Za drogové trestné činy bylo zadrženo nebo trestně stíháno 2296–2322 osob. Stabilní je podíl osob (cca 12 %) zadržených nebo stíhaných za přechovávání drog pro vlastní potřebu podle § 187a TZ – nejčastěji v souvislosti s konopnými látkami a pervitinem. Nejvíce osob, a to jak v absolutním počtu, tak v přepočtu na 100 tisíc obyvatel, bylo stíháno za drogové trestné činy v Ústeckém kraji. Obžalováno bylo 2100 osob, odsouzeno 1360 osob. Počet a skladba trestů uložených za drogové trestné činy je v posledních letech relativně stabilní; v r. 2008 bylo uloženo 450 nepodmíněných trestů a 688 podmíněných trestů. Ochranné léčení v ústavní nebo ambulantní formě bylo soudem uloženo 162 osobám, z toho 91 osobám v ambulantní formě a 71 osobám ve formě ústavní.

Uživatelé drog se podle expertních odhadů podílejí na 29 % zjištěné majetkové a násilné kriminality (nejčastěji na různých druzích krádeží), to znamená cca 110 tis. zjištěných převážně majetkových trestných činů za období 1,5 roku.

V ČR bylo v r. 2008 celkem 35 věznic. V posledních letech se aktuální denní stav vězněných osob v ČR pohybuje kolem 19 000, nicméně koncem r. 2008 byl evidován nárůst na 20 502 osob. Ve věznicích bylo v r. 2008 evidováno 9 390 osob závislých na návykových látkách, včetně osob závislých na nealkoholových drogách. Ve všech věznicích bylo provedeno více jak 9 tis. drogových testů, z toho 13 % bylo pozitivních, nejčastěji na pervitin. Ve věznicích bylo zaznamenáno 205 záchytů drog, nejčastěji se jednalo o konopné látky.

Hlavním dokumentem pro oblast zacházení s uživateli drog ve věznicích je Plán činnosti Vězeňské služby ČR v protidrogové politice na období 2007–2009. Poradny drogové prevence fungovaly ve všech věznicích a jejich služeb využilo 6892 osob. Detoxifikace byla prováděna ambulantní nebo rezidenční formou ve 4 věznicích a účastnilo se jí 208 osob. Ve 33 věznicích jsou zřízeny bezdrogové zóny, kde vykonávalo trest odnětí svobody 3646 odsouzených. Pro vězně byly k dispozici dva typy specializovaných oddělení zaměřených na uživatele drog – oddělení pro dobrovolnou léčbu v 6 věznicích a oddělení k výkonu soudem nařízeného ochranného léčení v ústavní formě ve 3 věznicích. Substituční léčba byla realizovaná v 7 věznicích, ve kterých byl 76 osobám podáván metadon. Péči o vězněné uživatele drog doplňovaly služby realizované 11 NNO, které realizovaly své služby ve 27 věznicích, uskutečnily 744 návštěv a kontaktovaly 3389 vězněných.

9.1 Drogová kriminalita

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

Údaje z výše uvedených zdrojů se mírně liší. Např. osoby zadržené nebo stíhané za DTČ jsou evidovány jak v systému NPC, který se zaměřuje výhradně na drogovou kriminalitu, tak v systémech PČR a MS, které sledují celkovou, tedy nejen drogovou kriminalitu. Rozdíly v některých údajích jsou důsledkem rozdílné hlásné praxe a kázně a metodologických rozdílů mezi jednotlivými evidenčními systémy. Jedná se např. o zaznamenávání trestných činů a jejich pachatelů v různých fázích trestního řízení[55], o různé definice hlášených případů a různé statistické jednotky (osoby, případy nebo trestné činy), duplicity v evidovaných datech (např. pokud jedna osoba porušila zároveň více drogových paragrafů a v souvislosti s více typy drog). Nevýhodou je v této souvislosti neexistence jednotného evidenčního systému pro všechny instituce zapojené do trestního řízení (PČR, PMS, státní zastupitelství, soudy).

9.1.1 Drogové trestné činy

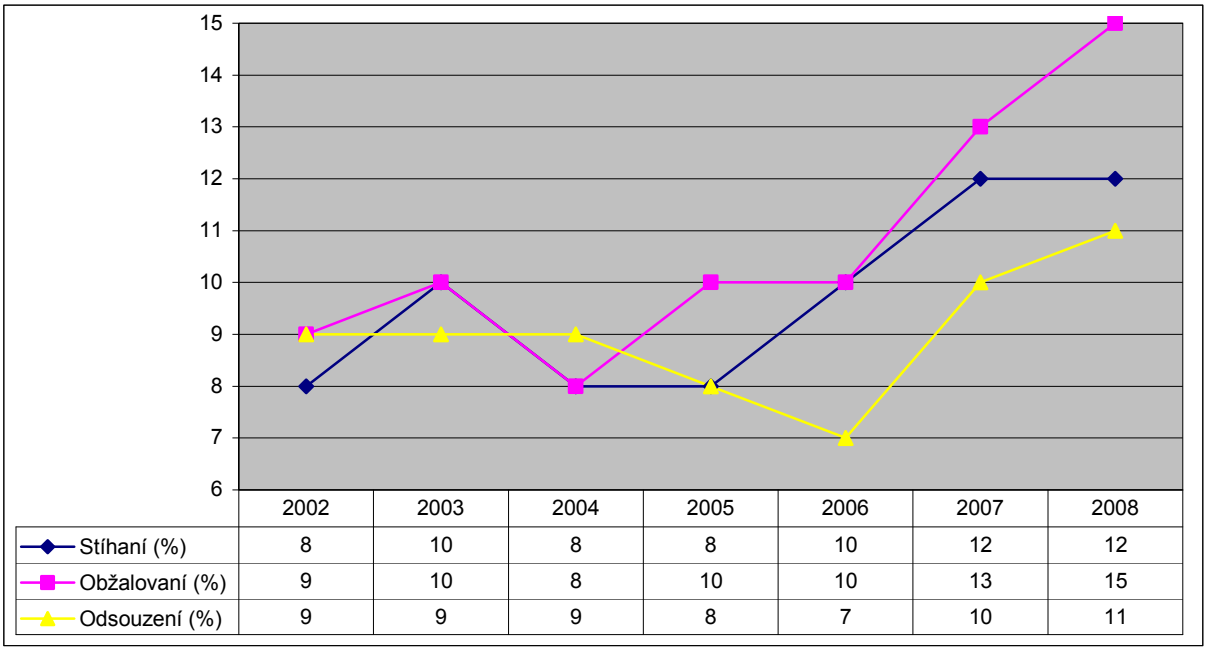
Policejní data (ESSK, NPC) a údaje MS o DTČ potvrzují relativně stabilní situaci v posledních letech co do počtu zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob, a to podle drogových paragrafů, typů drog i krajů.

V r. 2008 bylo podle NPC evidováno celkem 2322 osob zadržených, podle ESSK 2296 a podle MS 2304 osob trestně stíhaných za DTČ – tabulka 9-1. Podíly osob zadržených nebo stíhaných za DTČ podle jednotlivých paragrafů a podle hlavních typů drog ukazuje tabulka 9-2 až tabulka 9-4. Počet osob stíhaných za DTČ je v posledních letech stabilní, nicméně od r. 2004 lze sledovat nárůst podílu osob obžalovaných podle § 187a a od r. 2006 roste i podíl osob odsouzených podle zmíněného paragrafu – obrázek 9-1.

[54] Viz http://portal.mpsv.cz/.

[55] V policejních statistikách (NPC a ESSK) se případ eviduje již při zahájení trestního řízení. Do statistik MS jsou jednotlivé případy zaznamenány s časovým posunem – až po skončení přípravné fáze trestního řízení (po rozhodnutí o podání obžaloby nebo o zastavení trestního stíhání apod.).

obrázek 9-1: Vývoj podílu osob stíhaných, obžalovaných a odsouzených podle § 187a v letech 2002-2008 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009b; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a; Mravčík et al. 2008)



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stíhaní (%)	8	10	8	8	10	12	12
Obžalovaní (%)	9	10	8	10	10	13	15
Odsouzení (%)	9	9	9	8	7	10	11

Podle statistik NPC bylo 2 013 (87 %) pachatelů DTČ zadrženo za nedovolenou výrobu a obchod s drogami (§ 187) a/nebo držení předmětu k nedovolené výrobě drog (§ 188), a to nejčastěji v souvislosti s pervitinem. Pro držení drog pro vlastní potřebu (§ 187a) bylo zadrženo 284 (12 %) osob, nejčastěji v souvislosti s konopnými látkami. Pro šíření toxikománie (§ 188a) bylo zadrženo 25 (1 %) osob – tabulka 9-2 a tabulka 9-3.

Podle statistik MS bylo 1896 (83 %) osob stíháno podle § 187 a 188, nejčastěji v souvislosti s pervitinem; podle § 187a bylo stíháno 377 (16 %) osob, nejčastěji v souvislosti s pervitinem a konopnými látkami. Počet osob stíhaných podle § 188a byl 31 (1 %) a nejčastěji se jednalo o souvislost s konopnými látkami – tabulka 9-4.

Mezi kraje s nejvyšším absolutním počtem osob stíhaných v r. 2006–2008 za DTČ patřil kraj Ústecký (299 osob v r. 2008), Hl. m. Praha (226), kraje Moravskoslezský (242) a Jihomoravský (240). Nejméně osob bylo stíháno v krajích Pardubickém (60) a Královéhradeckém (60). Nejvíce osob stíhaných v posledních 3 letech v přepočtu na 100 tis. obyvatel bylo v krajích Ústeckém (36,3 osob v r. 2008) a Karlovarském (33,2), nejméně pak v krajích Královehradeckém (10,9), Zlínském (11,2) a Pardubickém (11,8).

tabulka 9-1: Počty osob zadržených a stíhaných za drogové trestné činy v letech 2003–2008 podle různých informačních zdrojů (Národní protidrogová centrála, 2009d; Ministerstvo vnitra ČR, 2009; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009b).

Zdroj	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
NPC	2 357	2 157	2 168	2 198	2 031	2 322
PČR (ESSK)	2 295	2 149	2 209	2 344	2 023	2 296
MS	3 088	2 944	2 429	2 630	2 282	2 304

tabulka 9-2: Počty osob zadržených a stíhaných pro drogové trestné činy v rozdělení podle paragrafů v r. 2008 (Národní protidrogová centrála, 2009d; Ministerstvo vnitra ČR, 2009; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009b)

Zdroj	**§ 187 + § 188**		**§ 187a**		**§ 188a**		**Celkem**
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet
NPC	2 013	87	284	12	25	1	2 322
ESSK	1 990	87	278	12	28	1	2 296
MS	1 896	83	377	16	31	1	2 304

tabulka 9-3: Počty zadržených osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů TZ v r. 2008, podle NPC (Národní protidrogová centrála, 2009d)

Typ drogy	**§ 187 + § 188**		**§ 187a**		**Celkem**	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Konopné látky	608	30	138	49	746	32
Pervitin	1 212	60	108	38	1 320	57
Kokain	20	1	3	1	23	1
Heroin	124	6	27	10	151	7
Ostatní drogy	49	2	8	3	57	2
Celkem osob*	**2 013**	**100**	**284**	**100**	**2 297**	**100**

*Pozn. * V řádku Celkem osob není započítáno 25 osob zadržených za porušení § 188a, protože informace o typu související drogy chybí. Celkový počet zadržených podle NPC v r. 2008 je tedy 2322 osob.*

tabulka 9-4: Počty stíhaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů TZ, podle MS (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009c)

Typ drogy	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Konopné látky	460	28	158	42	20	8	17	55	655	28
Pervitin	1 052	63	170	45	205	87	10	32	1 437	62
Kokain	43	3	11	3	0	0	0	0	54	2
Heroin	108	7	34	9	1	0	0	0	143	6
Ostatní drogy	97	6	37	10	20	8	4	13	158	7
Celkem osob*	**1 660**	**100**	**377**	**100**	**236**	**100**	**31**	**100**	**2 304**	**100**

*Pozn.: *Údaje v řádku Celkem osob nejsou součtem počtu a podílu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány zároveň za porušení více drogových paragrafů nebo ve spojení s více drogami a jedna osoba může být tedy započítána vícekrát. MS poskytuje 2 různé statistické sestavy, a to podle drog a podle drogových paragrafů.*

Situace v oblasti obžalovaných osob v r. 2008 je ve srovnání s minulými lety rovněž stabilní. Podle statistik MS (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009b; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009c) bylo v r. 2008 obžalováno za DTČ 2100 osob (2042 v r. 2007), z toho 1534 (73 %) podle § 187 (nejvíce v souvislosti s pervitinem), 318 (15 %) podle § 187a (nejvíce v souvislosti s pervitinem), 224 (11 %) podle § 188 (nejvíce v souvislosti s pervitinem) a 24 (1 %) podle § 188a (nejvíce v souvislosti s konopnými látkami) – tabulka 9-5.

tabulka 9-5: Počty obžalovaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů TZ (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009c)

Typ drogy	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Konopné látky	375	24	121	38	17	8	11	46	524	25
Pervitin	1 016	66	158	50	197	88	9	38	1 380	66
Kokain	43	3	9	3	0	0	0	0	52	2
Heroin	107	7	33	10	1	0	0	0	141	7
Ostatní drogy	88	6	30	9	19	8	4	17	141	7
Celkem osob*	**1 534**	**100**	**318**	**100**	**224**	**100**	**24**	**100**	**2 100**	**100**

*Pozn.: *Údaje v řádku Celkem osob nejsou součtem počtu a podílu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou obžalovány zároveň za porušení více drogových paragrafů nebo ve spojení s více drogami a jedna osoba může být tedy započítána vícekrát. MS poskytuje 2 různé statistické sestavy, a to podle drog a podle drogových paragrafů.*

Situace v oblasti odsouzených osob v r. 2008 je ve srovnání s minulými lety také stabilní. Podle statistik MS (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009c) bylo v r. 2008 odsouzeno za DTČ 1 360 osob (1 382 v r. 2007), z toho 1 125 osob (83 %) podle § 187 (nejčastěji v souvislosti s pervitinem – 572 osob), 150 osob (11 %) podle § 187a (nejčastěji v souvislosti s konopnými látkami – 44), 72 osob (5 %) podle § 188 (nejčastěji v souvislosti s pervitinem – 33) a 13 osob (1 %) podle § 188a (nejčastěji v souvislosti s konopnými látkami – 5 osob) – tabulka 9-6.

tabulka 9-6: Počty odsouzených osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů TZ (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009c)

Typ drogy	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Konopné látky	176	16	44	29	6	8	5	38	231	17
Pervitin	572	51	31	21	33	46	1	8	637	47
Kokain	26	2	4	3	0	0	0	0	30	2
Heroin	51	5	15	10	0	0	0	0	66	5
Ostatní drogy	174	15	23	15	21	29	4	31	222	16
Celkem osob*	**1 125**	**100**	**150**	**100**	**72**	**100**	**13**	**100**	**1 360**	**100**

*Pozn.: *Údaje v řádku Celkem osob nejsou součtem počtu a podílu trestných činů podle jednotlivých drog, protože u všech osob, které byly odsouzeny za drogovou trestnou činnost zřejmě nebyl určen typ drogy, v souvislosti se kterou daný trestný čin spáchaly.*

9.1.1.1 Tresty za drogové trestné činy

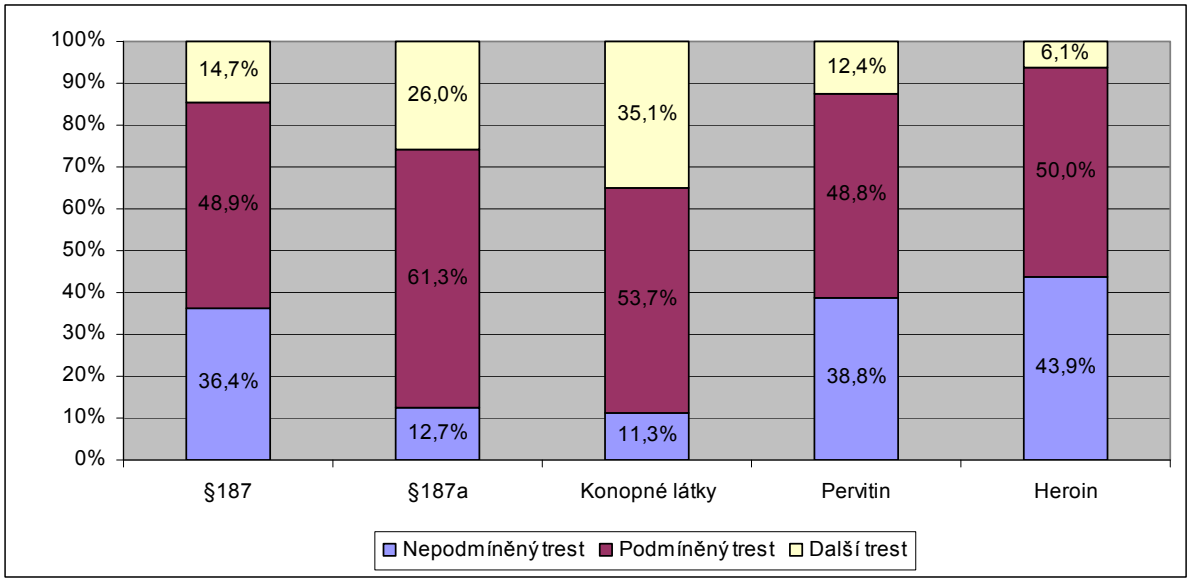
Podle statistik MS (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009c) bylo v r. 2008 odsouzeno 1360 osob za 1607 DTČ (1382 osob v r. 2007). Bylo uděleno 450 nepodmíněných trestů (415 v r. 2007) a 688 podmíněných trestů (734 v r. 2007). V r. 2008 došlo ke zvýšení počtu a podílu nepodmíněně uložených trestů odnětí svobody, soudy udělily 335 nepodmíněných trestů odnětí svobody v délce 1–5 let, což je nejvyšší počet za posledních 5 let. Skladbu trestů v r. 2008 u § 187, § 187a a u vybraných typů drog uvádí tabulka 9-7a obrázek 9-2.

tabulka 9-7: Počet trestů udělených za drogové trestné činy u vybraných drogových paragrafů a drog v r. 2008 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a)

Druhy trestů	§ 187	§ 187a	Konopné látky	Pervitin	Heroin
Nepodmíněné tresty	410	19	26	247	29
– z toho do 1 roku	41	12	3	29	5
– z toho 1–5 let	313	7	22	196	17
– z toho 5–15 let	56	0	0	22	7
Podmíněné tresty	550	92	124	311	33
Další tresty	165	39	81	79	4
– z toho obecně prospěšné práce	56	23	24	41	0
– z toho trestní opatření*	56	2	43	8	0
– z toho upuštěno od potrestání	43	10	10	28	1
– z toho ostatní tresty	10	4	4	2	3
Odsouzených osob celkem	**1 125**	**150**	**231**	**637**	**66**

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

obrázek 9-2: Skladba trestů u vybraných drogových §§ a drog v r. 2008 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009c)



9.1.2 Přestupky přechovávání drog pro vlastní potřebu

Novelizací[56] zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, došlo ke změně příslušnosti k projednání přestupků podle ustanovení § 30, odst. 1, písm. j), tj. držení drogy v malém množství pro vlastní potřebu. S účinností od 1. ledna 2009 jsou pro projednávání těchto přestupků příslušné obecní úřady nebo zvláštní orgány obcí; dříve byla příslušným orgánem Policie ČR.

V r. 2006 bylo zjištěno 970 přestupků přechovávání drog pro vlastní potřebu, v r. 2007 to bylo 966 přestupků. Za r. 2008 jsou k dispozici data neúplná[57], podle nichž bylo zaznamenáno 450 případů, na kterých se podílelo 473 osob, z toho 90 % mužů, 26 % nezletilých a 98 % osob české národnosti. V souvislosti se všemi uvedenými případy (450) bylo zadrženo 3 kg marihuany, 10,6 g hašiše, 57,1 g pervitinu, 2 g amfetaminu, 1,5 g kokainu, 10 g heroinu, 69 tablet extáze a 28,3 g lysohlávek. Většina (255) případů se týkala marihuany (nejčastěji, tj. ve 100 případech, v hmotnostní kategorii 1–5 g), 102 případů se týkalo pervitinu (všechny v kategorii do 1 g), 20 případů heroinu (z toho 17 případů v kategorii do 1 g), 3 případy souvisely s kokainem (všechny v kategorii do 1 g), 5 případů s extází (z toho 4 případy v objemu do 5 tablet); v souvislosti s rostlinami konopí nebyl v r. 2008 evidován žádný přestupek (hlášení za r. 2008 však není úplné) (Národní protidrogová centrála, 2009c; Národní protidrogová centrála, 2009a).

[56] Novela byla provedena zákonem č. 274/2008 Sb., jímž se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o Policii ČR.
[57] Jedná se v průměru o 60 % ze všech požadovaných měsíčních hlášení, která mohla během r. 2008 příslušná okresní policejní ředitelství poskytnout NPC.

9.1.3 Sekundární drogová kriminalita

NPC v polovině r. 2008 realizovala sběr dat pro odhad sekundární drogové kriminality za období r. 2007 a 1. pololetí r. 2008 (tj. období 1,5 roku) a to na základě obdobné metodiky jako v r. 2007 (blíže viz VZ 2006). Studie probíhala formou expertního retrospektivního odhadu okresních policejních ředitelství, která za uvedené období 1,5 roku a za svůj okres u každého ze 42 vybraných[58] trestných činů definovaných v ESSK odhadla podíl spáchaný uživateli drog (zejména za účelem získání prostředků na nákup OPL pro vlastní potřebu). Odhady zaslalo 81 policejních ředitelství z celkových 82. Při zpracování dat, které realizovalo NMS, byly odhadované podíly váženy reálným počtem objasněných trestných činů v jednotlivých okresech.

Za období 1,5 roku bylo spácháno celkem 374 248 vybraných trestných činů (viz výše), odhadem na 109 038 z nich (29,1 %) se podíleli uživatelé drog. Mezi 10 druhů trestných činů, na kterých se uživatelé drog podíleli v nejvyšším počtu, patřily zejména různé druhy krádeží, vloupání, neoprávněné držení platební karty a výroba a distribuce OPL podle § 187 TZ – tabulka 9-8 (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009).

tabulka 9-8: Odhadovaný počet vybraných trestných činů spáchaných uživateli drog a jejich podíl na celkovém počtu trestných činů podle druhu (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009).

Druh trestného činu	Počet	Podíl v %
KP věcí z automobilů	46 838	62,7
KP kapesní	9 500	34,2
KV do ostatních objektů	8 991	19,4
KP automobilů	6 323	21,9
KP v jiných objektech	5 284	13,6
KP ostatní	3 416	19,5
Neoprávněné držení platební karty	3 227	27,4
Výroba a distribuce OPL	2 445	70,7
KP jízdních kol	2 377	31,0
KP jiné na osobách	2 319	17,0
Ostatní	18 318	17,7
Celkem	**109 038**	**29,1**

Pozn.: KP – krádeže prosté, KV – krádeže vloupáním.

Kriminalitou uživatelů drog se mimo jiné zabýval také průzkum mezi klienty všech pražských nízkoprahových programů pro uživatele drog z května 2008 (Šejvl, 2008) – viz také kapitoly Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 26), Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 59) a Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog (str. 67). Co se týče konfliktu se zákonem, nejčastěji uváděnou trestnou činností klientů jsou krádeže a prodej drog (relativně častá je také prostituce); 73 % klientů uvedlo, že byli někdy v životě pravomocně odsouzeni za trestnou činnost, jíž se dopustili v souvislosti s užíváním drog (21 % klientů bylo odsouzeno k výkonu obecně prospěšných prací, 21 % k podmíněnému a 31 % k nepodmíněnému trestu odnětí svobody).

9.1.4 Údaje o klientech Probační a mediační služby ČR

Za r. 2008 jsou opět k dispozici údaje Probační a mediační služby ČR (PMS) o jejích klientech užívajících drogy. V r. 2008 evidovala PMS celkem 25 465 osob, z toho 659 (2,6 %) pachatelů drogové kriminality (Probační a mediační služba ČR, 2009). Drogová kriminalita podle PMS zahrnuje jak trestnou činnost spáchanou v souvislosti s § 187, 187a, 188, 188a TZ (tj. primární drogovou kriminalitu), tak majetkovou trestnou činnost za účelem získání prostředků na nákup drogy (tj. sekundární drogovou kriminalitu). Podíl všech případů[59] spojených s drogovou kriminalitou na všech případech PMS se v r. 2006–2008 pohyboval kolem 3,5 % – tabulka 9-9, což je údaj podle názoru kompetentních pracovníků PMS značně podhodnocený.

[58] Jednalo se především o trestné činy majetkové (např. krádež, podvod), dále o trestné činy násilné (např. loupež, ublížení na zdraví, porušování domovní svobody) a další (zanedbání povinné výživy, vydírání aj.). Do výběru byly zařazeny také trestné činy nedovolené výroby a distribuce drog podle § 187 TZ.

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

tabulka 9-9: Osoby vedené PMS v souvislosti s drogovou kriminalitou v r. 2006–2008 (Probační a mediační služba ČR, 2009)

Případy evidované PMS	2006		2007		2008	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Všechny případy	24 885	100,0	27 648	100,0	25 465	100,0
– z toho primární drogová kriminalita	712	2,9	692	2,5	659	2,6
– z toho § 187 TZ	506	2,0	566	2,0	501	1,9
– z toho § 247 TZ*	86	0,3	101	0,4	75	0,3
– z toho ostatní**	69	0,3	138	0,5	134	0,5

*Pozn.: * Krádež, kterou spáchal uživatel drog. ** Ostatní trestné činy, které spáchal uživatel drog.*

9.2 Prevence drogové kriminality

Prevence kriminality v ČR spadá do působnosti Ministerstva vnitra (MV), které problematiku řeší bez rozlišování, zda se jedná o prevenci drogové kriminality, či jiných typů trestné činnosti. Informace jsou soustředěny na internetových stránkách MV[60]. Problematika se dotýká i působnosti MŠMT, které odpovídá za prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – blíže viz kapitolu Prevence (str. 20).

MV pravidelně vypracovává strategické dokumenty týkající se prevence kriminality a spravuje dotační program, v jehož rámci jsou podporovány projekty prevence kriminality na místní úrovni (např. vypracování městských koncepcí prevence kriminality, osvětlení nebo kamerové systémy na nebezpečných nebo rizikových místech ve městech a obcích; seznam všech podpořených projektů je k dispozici na internetových stránkách MV[61]. Prostředky vynaložené z rozpočtu MV na program prevence kriminality by v letech 2008–2011 měly dosáhnout celkové výše 400 mil. Kč (usnesení vlády ČR ze dne 15. října 2007 č. 1150).

Strategie prevence kriminality na léta 2008–2011 je zaměřena zejména na snižování majetkové a násilné kriminality a na eliminaci kriminálně rizikových sociálně negativních jevů (Ministerstvo vnitra ČR, 2007). Mezi cílové skupiny zahrnuje také jedince závislé na konzumaci alkoholu a omamných nebo psychotropních látek, ale i rizikové děti a mládež, rodiny dětí s poruchami chování a dále sociálně vyloučené jedince a skupiny – jako rizikové jedince v postavení potenciálních pachatelů nebo obětí. Drogová kriminalita je zahrnuta mezi vyjmenovanými trestnými činy jak v rámci majetkové, tak násilné trestné činnosti. Koncepce prevence kriminality jsou zpracovávány rovněž na krajské úrovni; všechny jsou zveřejněny na internetových stránkách MV[62].

9.3 Alternativy trestního postihu

Institut ochranného léčení je upraven zejména v § 72 TZ; jeho výkon je pak upraven v ustanovení § 351 a následujících trestního řádu (TŘ); jedná se o ochranné opatření, nikoliv o trest. Ochranné léčení může být protitoxikomanické (OLP), protialkoholní, sexuologické, psychiatrické a kombinované. U drogově závislých osob připadá v úvahu především OLP, popř. ochranné léčení protialkoholní, psychiatrické nebo kombinované. Forma ochranného léčení může být ústavní nebo ambulantní. Ochranné léčení lze vykonávat i v rámci výkonu trestu odnětí svobody (VTOS) ve věznicích.

Podle § 72, odst. 2 b) TZ může soud uložit OLP i tehdy, jestliže pachatel, který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Soud OLP neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že účelu OLP nelze dosáhnout (např. u pachatelů s odmítavým postojem k léčbě, u pachatelů, kteří mají za sebou opakované neúspěšné léčby apod.). Vhodnost uložení OLP posuzuje soudní znalec, soud ale může v závislosti na posouzení dalších důkazů rozhodnout jinak (většinou však respektuje doporučení soudního znalce). V případě, kdy se vedle užívání drog vyskytuje i jiné psychiatrické onemocnění, může soud současně uložit několik typů ochranného léčení. Podle § 72 odst. 6 TZ trvá OLP, dokud to vyžaduje jeho účel, nejdéle však 2 roky. Maximální doba trvání ochranné léčby však může být soudem prodloužena nejdéle o 2 další roky, a to i opakovaně. OLP u pachatelů, kteří zneužívají návykové látky, však může být ukončeno v případě, že se během jeho výkonu zjistí, že jeho účelu nelze dosáhnout. Je-li nebezpečí, že odsouzený spáchá další trestný čin, soud v rozhodnutí o propuštění z OLP uloží odsouzenému dohled nad jeho chováním až na dobu 5 let – tato úprava byla do TZ vložena v souvislosti se zákonem č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změnách některých souvisejících zákonů, a to s účinností od 1. ledna 2009; do uvedeného data nebyla délka trvání ochranné léčby zákonem omezena (ačkoliv z praxe bylo známo, že obvyklá délka ústavní OLP činila cca 6 měsíců).

O propuštění z OLP rozhoduje soud obvykle na návrh odsouzené osoby nebo zdravotnického zařízení, v němž osoba léčení vykonává. V případě nenastoupení OLP nebo porušování výkonu OLP se daná osoba vystavuje nebezpečí trestního stíhání pro trestný čin maření výkonu úředního rozhodnutí (§ 171 TZ).

Ochranné léčení může soud uložit vedle trestu nebo při upuštění od potrestání. Upuštění od potrestání za současného uložení ochranného léčení je obecně možné u pachatelů, kteří spáchali trestný čin ve stavu zmenšené příčetnosti a soud má za to, že ochranné léčení zajistí nápravu pachatele lépe než trest. Upuštění od

[60] Viz http://www.mvcr.cz/clanek/programy-prevence-kriminality.aspx
[61] Viz http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/prevence/ksp/dotace08.xls
[62] Viz http://www.mvcr.cz/clanek/programy-prevence-kriminality.aspx?q=Y2hudW09Nw%3d%3d

potrestání za současného uložení ochranného léčení však nelze využít u pachatelů, kteří si stav zmenšené příčetnosti přivodili vlivem návykové látky (§ 25 TZ).

Ústavní OLP lze vykonávat (v případě jeho uložení vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody) ve specializovaných odděleních věznic v Opavě, Rýnovicích a ve Znojmě nebo na odděleních soudní ochranné léčby v psychiatrických léčebnách – v r. 2008 se jednalo o 10 psychiatrických léčeben: Praha-Bohnice, Kosmonosy, Dobřany, Horní Beřkovice, Havlíčkův Brod, Brno-Černovice, Opava, Šternberk, Bílá Voda, Červený Dvůr. Ambulantní formu OLP lze vykonávat v AT ordinacích a nebo v privátních psychiatrických ambulancích, kde lékař musí splňovat podmínky specializace v oboru návykové nemoci. Formu ochranného léčení může soud v průběhu trvání léčby změnit.

Soud ukládá ročně OLP cca 150 osobám. V r. 2008 bylo OLP v ústavní nebo ambulantní formě uložena 162 osobám, z toho 91 osobám v ambulantní formě a 71 osobám v ústavní formě – tabulka 9-10. Z celkového počtu 162 uložených OLP bylo 53 určeno pro pachatele odsouzené za drogové trestné činy, z toho jich 50 porušilo § 187 TZ; dalším 37 osobám bylo nařízeno OLP pro porušení § 247 TZ (krádež) (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a). Z dat poskytnutých PMS za r. 2008 vyplývá, že ze 142 klientů PMS, kteří byli označeni jako závislí na nealkoholových drogách, mělo 33 osob soudně nařízenou ambulantní formu OPL, a to nejčastěji (19 osob) v souvislosti se spácháním trestného činu podle ustanovení § 187 TZ (Probační a mediační služba ČR, 2009).

tabulka 9-10: Počty osob, kterým byla soudem nařízena ochranná léčba v letech 2003–2008 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a)

Typ ochranného léčení	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Protitoxikomanické	143	161	141	164	139	162
Protialkoholní	195	190	193	220	232	217
Ostatní	222	199	239	221	221	201
Celkem	**560**	**550**	**573**	**605**	**592**	**580**

U uživatelů drog se kromě institutu ochranného léčení využívají i jiné možnosti v rámci procesně či trestně právních odklonů nebo alternativních trestů, zejména uložení přiměřené povinnosti se léčit. To připadá v úvahu např. v rámci rozhodnutí o podmíněném odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem (§ 60a TZ) nebo při podmíněném propuštění z výkonu trestu odnětí svobody s dohledem (§ 63 TZ). V těchto případech je důležitá osobní motivace k léčbě, která zásadním způsobem ovlivňuje rozhodování soudu nebo (v přípravném řízení) státního zástupce. Nejedná se o ochranné léčení, nicméně nesplnění povinnosti podrobit se léčbě, případně se zdržet užívání návykových látek, může mít negativní vliv na rozhodnutí soudu o osvědčení se ve zkušební době podmíněného odsouzení nebo podmíněného propuštění z výkonu trestu. Negativním důsledkem pro pachatele však nemůže být případné trestní stíhání pro trestný čin maření výkonu úředního rozhodnutí jako v případě ochranného léčení.

9.4 Užívání drog ve věznicích

V ČR bylo v r. 2008 celkem 35 věznic, z toho bylo 10 věznic vazebních a 5 věznic, kde současně probíhal výkon trestu odnětí svobody (VTOS) a vazba. V posledních letech se aktuální (denní) stav vězněných osob pohybuje kolem 19 000, nicméně 31. 12. 2008 bylo evidováno 20 502 osob (18 100 ve VTOS a 2402 ve vazbě). Průměrný věk obviněných osob byl 33 let a osob odsouzených 36 let, jednalo se ve více než 95 % o muže. V r. 2008 nastoupilo do vazby celkem 6334 osob (6085 v r. 2007) a do VTOS z občanského života (nikoliv z vazby) celkem 10 475 osob (9468 v r. 2007) (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (Odbor zdravotní služby), 2009; Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009).

K 31. 12. 2008 se ve věznicích nacházelo 1662 osob odsouzených nebo obviněných z drogových trestných činů podle § 187–188a TZ – tabulka 9-11 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (Odbor zdravotní služby), 2009).

Míru užívání drog mezi vězni v českých věznicích lze jen rámcově odhadovat na základě informací z několika informačních zdrojů:

- z dat Odboru zdravotní služby Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR (GŘ VS), který eviduje osoby závislé na návykových látkách, včetně alkoholu,
- z výsledků orientačních toxikologických testů z moči obviněných a odsouzených osob,
- ze záchytů drog ve věznicích.

K dispozici nejsou výsledky žádné reprezentativní (průřezové) studie mezi vězni, ze které by bylo možno kvalifikovaně usuzovat na skutečnou míru užívání drog mezi vězni.

tabulka 9-11: Počet pachatelů drogových trestných činů podle § 187–188 TZ ve vězení ke konci r. 2007 a 2008 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2008; Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (Odbor zdravotní služby), 2009)

Drogové trestné činy	31. 12. 2007	31. 12. 2008
§ 187	1 314	1 257
§ 187a	101	127
§ 188	144	185
§ 188a	69	93
Celkem osob	**1 628**	**1 662**

Pracovníci Odboru zdravotní služby provedli v r. 2008 celkem 312 479 vyšetření či ošetření v rámci léčebně preventivní péče pro obviněné a odsouzené; v této spojitosti bylo evidováno 9390 osob závislých na návykových látkách včetně alkoholu (8338 v r. 2007).

Orientační toxikologické testy se v prostředí českých věznic provádí jak při důvodném podezření, tak namátkově, a to jak při vstupu do vazby nebo do VTOS, tak v průběhu VTOS nebo v rámci substituční léčby (viz níže). V r. 2008 bylo ve všech 35 věznicích provedeno celkem 9165 testů (10 257 v r. 2007), které reagují na více druhů drog současně. Pozitivních bylo 1177 (12,8 %) testů (21,4 % v r. 2007); nejčastěji byl zjištěn pervitin (cca 50 % všech pozitivních testů), THC (cca každý 3. test), benzodiazepiny[63] (cca každý 3. test) a opiáty (cca každý 10. test). Ve 24 věznicích se uskutečnily plánované i namátkové prohlídky pomocí drogových psů – jednalo se o prohlídky ubytovacích a společných prostor, pracovišť, kontrolovala se korespondence, včetně balíků apod. Psi zaznamenali celkem 115 záchytů (107 v r. 2007); nejčastěji, ve 47 případech, se jednalo o „pozitivní označení bez nálezu" (služební pes označil místo, ale fyzickou prohlídkou nebyla žádná droga nalezena), ve 21 případech byla nalezena marihuana, 17krát pervitin a 16krát neznámá látka nebo injekční stříkačka. Další nálezy v různých úkrytech odhalili zaměstnanci VS ČR – celkem se jednalo o 90 záchytů v celkovém objemu 143 g různých drog, nejčastěji šlo o THC (39 záchytů) a o pervitin (25) (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009).

9.5 Intervence ve věznicích

Informace o poradenských a léčebných intervencích pro uživatele drog ve věznicích každoročně poskytuje GŘ VS. Stěžejním dokumentem pro tuto oblast je Plán činnosti Vězeňské služby ČR v protidrogové politice na období 2007–2009, který byl GŘ VS přijat v listopadu 2007. Tento plán, který je kompatibilní s Akčním plánem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007–2009, se zaměřuje na 7 základních oblastí: (1) primární prevence, (2) léčba a následná péče, (3) snižování rizik, (4) snižování nabídky a prosazování práva, (5) informace–výzkum–hodnocení, (6) koordinace a financování, (7) mezinárodní spolupráce (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009).

9.5.1 Poradny drogové prevence

Poradny drogové prevence jsou zřízeny ve všech věznicích a poskytují uživatelům drog odborné poradenství a další druhy péče s cílem minimalizovat zdravotní a sociální rizika vyplývající z užívání drog a motivovat uživatele drog k léčbě během VTOS. V r. 2008 využilo služeb těchto poraden 6892 osob, nejvíce (1295) ve vazební věznici Praha-Pankrác; 4 věznice počet osob, které využily služeb jejich poraden, neuvedly (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009).

9.5.2 Detoxifikace

Za r. 2008 jsou k dispozici podrobnější údaje o detoxifikaci uživatelů drog. Ta byla prováděna buď ambulantní formou většinou za pomoci psychofarmak ve zdravotnickém středisku příslušné věznice, přičemž detoxifikované osoby zůstávaly na své cele, nebo (v závaznějších případech a na základě rozhodnutí lékaře) byly umístěny na specializovaných odděleních (např. Psychiatrické oddělení vazební věznice Brno). K případné farmakoterapii při detoxifikaci se používají zejména opioidy (např. buprenorfin), benzodiazepiny či neuroleptika (zejména při psychotické symptomatologii). Doba detoxifikace se pohybovala v rozmezí 5–10 dní. V r. 2008 prováděly detoxifikaci 4 věznice (Praha-Pankrác, Praha-Ruzyně, Brno, Ostrava), z toho 3 (vyjma Praha-Ruzyně) vykázaly počet osob, které se detoxifikace účastnily – celkem se jednalo o 208 osob, z toho 171 mužů, 191 injekčních uživatelů, 151 uživatelů opiátů a 82 uživatelů pervitinu (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009).

9.5.3 Bezdrogové zóny

Ve věznicích jsou zřízeny bezdrogové zóny (BZ), jejichž cílem je omezit kontakt odsouzených osob s drogami, vést je k abstinenci a zdravému životnímu stylu v průběhu VTOS a po jeho skončení. Do BZ jsou odsouzení přijímáni buď na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře nebo na základě vlastní žádosti, kterou posuzuje komise složená z odborných zaměstnanců věznice. Důvodem pro vyřazení odsouzeného z BZ je porušení stanovených pravidel a kontrolních opatření (např. vyšší intenzita specifických protidrogových programů, častější testování na přítomnost drog v moči); dodržování pravidel naopak přináší odsouzeným výhody. Jednotlivé BZ jsou strukturovány podle pohlaví, věku a druhu drogového problému u jednotlivých vězňů. V r. 2008 provozovalo BZ 33 věznic (oproti r. 2007

[63] Benzodiazepiny mohou být součástí medikace předepisované lékařem.

došlo k poklesu o 2 BZ), nicméně kapacita BZ byla navýšena o 121 míst na celkem 1 998 (1877 v r. 2007) – tabulka 9-12. V BZ vykonávalo v r. 2008 trest odnětí svobody 3646 odsouzených, tj. o 122 více než v r. 2007 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009).

9.5.4 Specializovaná léčebná oddělení

Ve věznicích i v r. 2008 fungovaly 2 typy specializovaných oddělení zaměřených na uživatele drog. Prvním typem jsou oddělení pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním psychotropních látek, kde se uskutečňuje dobrovolná léčba, a osoby jsou do ní zařazovány na základě vlastní žádosti, kterou posuzuje komise složená z odborných zaměstnanců věznice. Tato oddělení fungovala v r. 2008 v 6 věznicích (Bělušice, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram a Všehrdy), všechna byla určena pouze pro muže a jejich celková kapacita v r. 2008 byla celkem 262 míst. V těchto odděleních vykonávalo v průběhu roku trest odnětí svobody 422 mužů.

Druhý typ specializovaných oddělení slouží k výkonu soudem nařízeného ochranného léčení v ústavní formě. Tato oddělení se nacházejí ve věznicích Opava, Rýnovice a Znojmo. Využívá se zde režimových aktivit, jejichž základem je skupinová terapie s prvky terapeutické komunity; léčebný program je vypracován na 6–12 měsíců, ale délka pobytu se posuzuje individuálně. Celková kapacita těchto oddělení v r. 2008 byla 120 osob a léčbou zde prošlo 206 osob – tabulka 9-12 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009).

tabulka 9-12: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a 2 typů specializovaných oddělení ve věznicích v ČR v r. 2006–2008 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009)

Rok	Bezdrogové zóny			Oddělení pro dobrovolnou léčbu			Oddělení pro soudem nařízenou léčbu		
	Počet oddělení/ věznic	Kapacita	Počet osob	Počet oddělení/ věznic	Kapacita	Počet osob	Počet oddělení/ věznic	Kapacita	Počet osob
2006	31	1 665	3 201	6	286	625	3	105	162
2007	35	1 877	3 524	6	258	419	3	114	200
2008	33	1 998	3 646	6	262	422	3	120	206

9.5.5 Substituční léčba

V r. 2008 byla substituční léčba metadonem dostupná v 7 věznicích z celkem 10 pro substituční léčbu plánovaných. Obviněné a odsouzené osoby mohou být do substituční léčby zařazeny na vlastní žádost (součástí žádosti je potvrzení zdravotnického zařízení, kde osoba absolvovala léčbu před nástupem do věznice) nebo je může do programu doporučit ošetřující lékař věznice provádějící vstupní vyšetření. Celkem se substituční léčby ve věznicích zúčastnilo 76 osob (12 v r. 2007) – tabulka 9-13; 6 osob bylo vyřazeno, z toho 2 osoby z důvodu porušení terapeutické smlouvy, 3 osoby na vlastní žádost a 1 osoba pro nesnášenlivost podávané substituční látky (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009).

tabulka 9-13: Počet osob, které se účastnily substituční léčby v r. 2008 v českých věznicích, kde je substituční léčba plánována (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009)

Věznice	Realizace programu	Počet osob celkem v r. 2008	Počet osob k 31. 12. 2008	Počet vyřazených
Brno	Ano	17	1	2
Břeclav	Ne	0	0	0
Kuřim	Ano	6	0	1
Litoměřice	Ne	0	0	0
Opava	Ano	3	3	0
Ostrava	Ne	0	0	0
Praha-Pankrác	Ano	34	9	2
Praha-Ruzyně	Ano	2	–	–
Příbram	Ano	11	7	1
Rýnovice	Ano	3	1	0
Celkem	**–**	**76**	**21**	**6**

9.5.6 Prevence a léčba infekčních onemocnění

Podle informací Odboru zdravotní služby GŘ VS bylo k 7. 8. 2009 ve věznicích evidováno 1125 osob nemocných chronickou hepatitidou typu B, z toho se jednalo o 874 (78 %) uživatelů drog; 5 osob k uvedenému dni absolvovalo virostatickou léčbu intereferonem. Zároveň bylo evidováno 2890 osob nemocných hepatitidou typu C, z toho ve 2345 případech (81 %) se jednalo o uživatele drog; 51 osob k uvedenému dni absolvovalo virostatickou léčbu interferonem. K 20. 8. 2009 bylo ve věznicích evidováno celkem 17 HIV pozitivních osob, z toho 12 absolvovalo antiretrovirovou léčbu; počet HIV pozitivních uživatelů drog, kteří se právě nacházeli ve věznicích, nebyl znám (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (Odbor zdravotní služby), 2009).

9.5.7 Služby poskytované uživatelům drog ve věznicích nestátními organizacemi

Péči o vězněné uživatele drog doplňují služby realizované 11 nestátními neziskovými organizacemi (NNO). Z nich 6 je sdruženo v sekci Drogové služby ve vězení A.N.O. Těchto 6 NNO v r. 2008 poskytovalo různé druhy drogových služeb obvykle pravidelného a komplexního rázu v 15 věznicích a vazebních věznicích – všechny tyto programy se intenzivně zaměřovaly na předvýstupní fázi s cílem připravit klienta na odchod z vězení, na samostatný život, navázat ho na další léčebné ambulantní i pobytové služby. Celkem bylo s těmito 6 programy v kontaktu 1118 osob, včetně osob po výstupu z vězení, z toho přímo ve věznicích a vazebních věznicích byly poskytnuty služby celkem 997 osobám, které nejčastěji preferovaly užívání pervitinu a jejich průměrný věk byl 29 let – tabulka 9-14 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009; Ženíšková, 2009).

tabulka 9-14: Poskytovatelé drogových služeb sdružených do sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. a vazební věznice a věznice, ve kterých v r. 2008 tyto služby realizovali (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009)

Sekce Drogové služby ve vězení A.N.O.	**Věznice a vazební věznice**
SANANIM Praha	Praha-Pankrác, Praha-Ruzyně
Semiramis Nymburk	Jiřice
Podané ruce Brno	Brno, Břeclav, Kuřim
Podané ruce Walhalla Olomouc	Olomouc, Mírov
Laxus – Hradec Králové	Hradec Králové, Hradec Králové – Pouchov, Pardubice, Světlá nad Sázavou, Valdice, Odolov
CPPT Plzeň	Plzeň

Ostatní NNO rovněž nabízely různé druhy drogových služeb, ale jejich realizace byla obvykle nepravidelná, nesystematická a často se jednalo pouze o jednorázové aktivity (např. besedy s protidrogovou tematikou). Mezi tyto NNO patřily o.s. White Light I. (pro věznice a vazební věznice Bělušice, Litoměřice), Renarkon o.p.s. (Heřmanice, Ostrava, Karviná, Opava), o.s. Rodiče (Ostrov, Příbram), Magdaléna o.p.s. (Příbram), K centrum Karlovy Vary (Horní Slavkov). Tyto NNO působily celkem v 10 vazebních věznicích a věznicích v ČR, kde uskutečnily celkem 22 návštěv a kontaktovaly 251 klientů (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2009).

9.5.8 Postpenitenciární péče

Programy prevence předávkování se realizují pouze formou poskytování informací konkrétní osobě, která opouští vězení. Postpenitenciární péče, čili péče po propuštění z vězení, a reintegrace propuštěných uživatelů drog je součástí služeb poskytovaných ve věznicích nestátními organizacemi – viz výše. Na postpenitenciární péči se v r. 2008 specificky orientovaly 2 programy (SANANIM Praha, Podané ruce Brno). Problémem v postpenitenciární péči je nedostatek služeb pro propuštěné uživatele drog zejména v regionech severních a západních Čech a obecně nedostatečná spolupráce mezi drogovými a nedrogovými sociálními službami (Ženíšková, 2009).

10 Drogové trhy

Nejdostupnější drogou v ČR je marihuana a stále vysoká je i dostupnost pervitinu. U těchto drog byl tradičně zaznamenán nejvyšší počet záchytů. Roste domácí produkce konopí s vyšším obsahem THC pěstované v umělých podmínkách. Objem zachycené marihuany se oproti minulým letům více než ztrojnásobil, výrazně se zvýšil i počet odhalených pěstíren a zabavených rostlin konopí. Počet i objem záchytů hašiše je stabilní. Objem zachyceného pervitinu byl oproti minulým letům nižší, nicméně bylo odhaleno nejvíce varen pervitinu za posledních 6 let a narostlo také množství zabavených prekurzorů pro výrobu pervitinu.

Od května 2009 je v účinnosti rozhodnutí, které omezilo dostupnost léků s obsahem pseudoefedrinu v lékárnách; v této souvislosti je aktuálně sledován nárůst individuálního dovozu těchto léků z Německa, Polska a Slovenska. V r. 2008 byl zaznamenán nižší objem zachyceného kokainu; pouliční distribuce kokainu se vyznačuje sníženou cenou a kvalitou. Dostupnost heroinu, který se k nám dostává především z Afghánistánu tzv. balkánskou cestou, se nezměnila; byl zaznamenán nárůst objemu zadrženého heroinu. Extáze je běžně dostupná především v prostředí noční zábavy; počet záchytů této drogy byl nejnižší za poslední 4 roky.

Cena většiny drog zůstává stabilní, mírně se zvýšila průměrná čistota zadržené marihuany a heroinu.

10.1 Dostupnost a nabídka drog

Základním zdrojem údajů o dostupnosti, výrobě, pašování a distribuci drog na území ČR jsou informace poskytované NPC a GŘC (Národní protidrogová centrála, 2009b; Celní správa ČR, 2009). Zejména podle těchto zdrojů jsou drogy dostupné ve všech větších městech v ČR, přičemž se v posledních letech zvyšuje jejich dostupnost i v menších městech a na venkově. Nejdostupnější drogou je marihuana a roste dostupnost marihuany s vyšším obsahem THC. Pervitin je dostupný ve větších městech, ale jeho dostupnost je relativně dobrá i v malých městech a na venkově. Dostupnost kokainu a heroinu je nejvyšší především ve velkých městech, zejména v Praze.

Od r. 2005 dochází k nárůstu hydroponního pěstování marihuany s vysokým obsahem THC (až 20 %). Většina odhalených velkopěstíren byla provozována osobami vietnamské národnosti a potvrdilo se jejich propojení s vietnamskými skupinami v Nizozemí a v Kanadě. Produkce marihuany z velkopěstíren je určena jednak pro domácí trh, jednak pro export do evropských zemí (zejména Německa, Nizozemí, Belgie, Polska). V r. 2008 byly zahájeny úkony trestního řízení v souvislosti s indoorovým pěstováním konopí ve více než 70 případech, z toho se ve většině jednalo právě o osoby vietnamské národnosti. Importovaný hašiš má původ především v Severní Africe (Maroko) a je pašován do ČR hlavně z Nizozemí a ze Španělska (více o trhu s konopnými látkami viz speciální kapitolu Konopné trhy a produkce konopných drog na str. 84).

Pervitin vyrábí především tuzemští výrobci (zpravidla rovněž uživatelé) ze 2 prekurzorů – z efedrinu a zejména z dostupnějšího pseudoefedrinu, který lze extrahovat z léků vydávaných bez předpisu, je jsou např. Modafen®, Nurofen Stop Grip®, Paralen Plus® a Panadol Plus Grip®. Zvyšuje se kvalita technologií pro výrobu pervitinu z léků obsahujících pseudoefedrin. V obchodu s pervitinem se angažují také Romové, např. ve Středočeském, Královehradeckém a Pardubickém kraji. V r. 2008 byl sledován nárůst počtu německých občanů, kteří se podíleli na přepravě pervitinu do Německa, jednalo se především o malé zásilky do 200 gramů.

Od 1. května 2009 jsou účinná rozhodnutí SÚKL o změně registrace léků s obsahem do 30 mg pseudoefedrinu zneužívaných pro výrobu pervitinu. Výdej těchto léků je nově omezen maximálním množstvím 1800 mg pseudoefedrinu (tj. 60 tablet obsahujících 30 mg pseudoefedrinu) na 1 osobu a měsíc. Dále se nesmí tyto léčivé přípravky prodávat formou zásilkového výdeje, resp. prostřednictvím internetu a při výdeji musí lékárník ověřit totožnost příjemce léku, ověřit, zda nedošlo k překročení omezení, a záznam o výdeji je uložen do centrálního úložiště elektronických receptů – viz také kapitolu Právní předpisy (str. 4). Prodej těchto léků v lékárnách poklesl ve 2. čtvrtletí 2009 o 75 % ve srovnání s předchozím kvartálem (ČT1, 2009). V této souvislosti je od června 2009 sledován (zejména Celní správou ČR) nárůst dovozu léků s obsahem pseudoefedrinu z Německa, Polska a Slovenska.

Prostřednictvím ohniskových skupin s pracovníky nízkoprahových programů (Radimecký et al. 2009) byly získány informace o výrobě a trhu s pervitinem. Podle probandů probíhá výroba pervitinu hlavně v malých varnách situovaných v městských či vesnických bytech nebo ve squatech; varny jsou často přemísťovány, čímž se snižuje pravděpodobnost odhalení. V případě odhalení varny v menším městě dochází na přechodnou dobu ke snížení dostupnosti a kvality pervitinu na trhu; ve větších městech je v této souvislosti situace stabilní. Vyrobená droga je primárně určena pro uspokojování poptávky místních komunit uživatelů pervitinu. Jedním ze způsobů, jak může uživatel získat pervitin levněji nebo zdarma, je zajištění chemikálií a léků s obsahem pseudoefedrinu pro výrobce. Pro získání léků s obsahem pseudoefedrinu využívají výrobci a uživatelé rovněž např. důvěryhodně vypadající mladé osoby, důchodce, případně bezdomovce, kteří z více lékáren a za úplatu získávají menší množství balení těchto léků. Větší množství vyrobené drogy může být určeno pro anonymní prodej ve větších městech. Do zahraničí je pervitin exportován také pomocí poštovních zásilek; někdy výrobci pervitinu vyjíždějí do jiné země, aby zde vyráběli pervitin na objednávku.

Pouliční distribuce kokainu se podle NPC v r. 2008 vyznačovala sníženou cenou a kvalitou. Do importu a distribuce se zapojují především osoby původem ze Západní Afriky, především z Nigerie, dále pak albánsky hovořící skupiny, ale i občané Polska a čeští občané, kteří jsou často využíváni jako kurýři pro přepravu kokainu z Jižní Ameriky. Kokain se nejčastěji ukrývá do speciálně upravených zavazadel nebo je pašován tzv. polykači v tělních útrobách.

Na dovozu a distribuci heroinu se nadále podílí zejména etničtí Albánci z Kosova a Makedonie, kteří heroin dopravují po tzv. balkánské cestě. Na nižších úrovních se na obchodu s heroinem podílí také romské a vietnamské skupiny. V Praze distribuují na nejnižší úrovni heroin také uživatelé, aby získali finanční prostředky na drogu pro vlastní potřebu (Radimecký et al. 2009). Heroin je nejčastěji dopravován v osobních vozidlech v množství do 10 kg. Pomocí kamionů je heroin přepravován zejména osobami turecké národnosti a ČR je využívána zpravidla jen jako tranzitní země na cestě do západní Evropy.

Na černém trhu se nadále obchoduje se Subutexem®, který konkuruje heroinu. V ČR bylo v r. 2008 odhadováno cca 4900 problémových uživatelů Subutexu®. Podle údajů NPC se cena 8 mg Subutexu® na černém trhu pohybovala v rozmezí 300–800 Kč, obchoduje se i s recepty na Subutex® (Národní protidrogová centrála, 2009b). Od února 2008 byl na trh v ČR uveden substituční přípravek Suboxone®, o který není na černém trhu zájem. Podle pracovníků nízkoprahových programů může nižší výskyt Subutexu® na černém trhu vést některé uživatele k (opětovnému) přechodu k užívání heroinu (Radimecký et al. 2009).

Extáze je dovážena hlavně z Polska a Nizozemska. Jedná se především o individuální dovoz menšího množství tablet, které bývají ukryty v cestovních zavazadlech uvnitř dopravních prostředků, nejčastěji autobusů. V ČR byl v r. 2008 zaznamenán také záchyt 100 tablet extáze s obsahem účinné látky mCPP (1-(3-chlor-phenyl)piperazin).

10.2 Záchyty drog

Údaje o záchytech drog zahrnují záchyty uskutečněné Policií ČR (PČR) a Celní správou ČR, které obsahují i případy řešené jako přestupky (přechovávání drog v malém množství pro vlastní potřebu). Záchyty, při nichž bylo zachyceno více typů drog, jsou započteny u každé drogy zvlášť – bylo tedy uskutečněno méně záchytů, než je součet všech zaznamenaných záchytů podle jednotlivých drog.

Nejčastěji zadrženou drogou byla marihuana (602 záchytů). Počet záchytů se v posledních 4 letech pohybuje v rozmezí 550–600 záchytů ročně, nicméně objem zadržené marihuany se oproti minulým letům více jak ztrojnásobil. V r. 2008 bylo zaznamenáno 69 záchytů rostlin konopí; jedná se ve srovnání s minulými lety o mírný nárůst; rapidně ovšem narůstá počet zabavených rostlin konopí – v r. 2008 jich bylo zabaveno 25 223, což je cca 14krát více než v r. 2005; v této souvislosti je zřetelný i nárůst odhalených pěstíren konopí ze 17 v r. 2005 na 79 v r. 2008. Počet i objem záchytů hašiše je v r. 2006–2008 relativně stabilní; jedná se o cca 30–40 záchytů ročně v celkovém ročním množství cca 0,5 kg – tabulka 10-2.

Druhou nejčastěji zadrženou drogou zůstává pervitin (405 záchytů); v posledních 3 letech se jedná o cca 370–400 záchytů ročně; objem zachyceného pervitinu byl oproti minulým letům nižší (3,8 kg v r. 2008), nicméně bylo odhaleno nejvíce varen za posledních 6 let (434). Je také patrné, že narostlo množství zabavených léků obsahujících pseudoefedrin v r. 2006–2008 – tabulka 10-1.

tabulka 10-1: Množství zachycených prekurzorů, léků s obsahem pseudoefedrinu určených pro výrobu pervitinu, odhalených varen a zadrženého pervitinu v r. 2006–2008 (Národní protidrogová centrála, 2009b)

Zachyceno	**2006**	**2007**	**2008**
Efedrin (g)	1 201	1 185	1 677
Pseudoefedrin (g)	0,7	218	–
Modafen® (tbl.)	2 406	3 480	7 876
Nurofen Stop Grip® (tbl.)	4 631	11 948	21 785
Panadol Plus Grip® (tbl.)	–	72	17 021
Počet varen	426	388	434
Pervitin (g)	5 249	5 978	3 799

Oproti r. 2007 relativně významně poklesl počet a objem záchytů kokainu; v r. 2008 bylo realizováno 24 záchytů v celkovém množství 7,6 kg kokainu. Stejně tak poklesl počet a objem záchytů extáze; bylo uskutečněno 18 záchytů o celkovém množství 16 610 tablet. V případě heroinu zůstává počet záchytů relativně stabilní (105), ale došlo k nárůstu objemu zabaveného heroinu (z 20,3 kg v r. 2007 na 46,3 kg v r. 2008). Počet zabavených dávek LSD se oproti r. 2007 zdvojnásobil na 246. Ani v r. 2008 nebyl v ČR zachycen žádný crack. Z dalších látek bylo v r. 2008 zabaveno např. 20 tablet Subutexu® (310 v r. 2007) a 2 g amfetaminu (29 g v r. 2007) – tabulka 10-2.

tabulka 10-2: Počet záchytů a objem zachycených hlavních typů drog v r. 2005–2008 (Národní protidrogová centrála, 2009d)

Droga/rok	2005		2006		2007		2008	
	Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem
Marihuana (g)	602	103 337	556	108 352	563	122 124	602	392 527
Pervitin (g)	316	5 310	406	5 249	374	5 978	405	3 799
Heroin (g)	107	36 340	86	27 877	96	20 332	105	46 302
Rostliny konopí (ks)	53	1 780	44	2 276	46	6 992	69	25 223
Hašiš (g)	123	4 625	42	466	25	387	30	696
Extáze (tbl.)	41	19 010	29	26 259	30	62 226	18	16 610
Kokain (g)	16	10 169	11	4 708	38	37 587	24	7 631
LSD (dávky)	5	3 067	7	1 748	5	117	5	246

Z rozložení záchytů podle objemu v r. 2008 vyplývá, že téměř 2/3 záchytů marihuany byly do 20 g a 6 % záchytů nad 1 kg; v případě rostlin konopí bylo téměř 60 % záchytů v množství nad 100 ks rostlin. Záchyty pervitinu byly v 75 % do 5 g, 3 % nad 100 g; v r. 2008 nebyl zaznamenán žádný záchyt nad 1 kg. U kokainu bylo 63 % záchytů do 20 g a byl evidován jeden záchyt kokainu v množství vyšším než 1 kg. U heroinu bylo 77 % záchytů v množství do 20 g a cca 8 % nad 1 kg. Téměř 2/3 záchytů extáze (61 %) byly v množství do 20 tbl., byl evidován jeden záchyt nad 1000 tbl. V množství nad 1 kg bylo v souhrnu zaznamenáno 44 záchytů marihuany, pervitinu, kokainu nebo heroinu, tj. 4 % všech záchytů drog evidovaných podle hmotnosti (Národní protidrogová centrála, 2009c).

10.3 Ceny a čistota drog

Informace o cenách základních typů drog v ČR jsou každoročně určovány na základě informací a odhadů zasílaných policejními okresními ředitelstvími (56 v r. 2008) na NPC. Ceny základních drog v r. 2008 zůstávají stabilní – tabulka 10-3. Údaje o čistotě jsou k dispozici jen pro část zadržených drog a jsou získávány především z krajských analytických pracovišť policie a z Kriminalistického ústavu Praha. V r. 2008 se ve srovnání s r. 2007 mírně zvýšila průměrná čistota zadržené marihuany a heroinu. Snížení koncentrace bylo patrné u hašiše a kokainu (Národní protidrogová centrála, 2009f) – tabulka 10-4.

tabulka 10-3: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v r. 2006–2008, v Kč (Mravčík et al. 2008; Národní protidrogová centrála, 2009d)

Typ drogy	2006		2007			2008		
	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Prodej ve velkém	Průměr	Modus	Prodej ve velkém
Marihuana (g)	190	150	180	100	20–250	180	200	50–300
Hašiš (g)	270	200	260	200	50–300	240	250	100–250
Extáze (tableta)	220	150	210	200	30–200	220	200	30–250
Pervitin (g)	1 060	1 000	1 130	1 000	500–1 500	1 130	1 000	400–1 500
Heroin (g)	1 090	800	1 100	1 000	400–1 500	1 080	1 000	400–1 050
Kokain (g)	2 220	2 000	2 060	2 000	1 200–2 000	2 000	2 000	800–1 800
LSD (dávka)	160	150	180	200	20–200	180	100	50–300

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.

tabulka 10-4: Průměrné čistoty drog v letech 2005–2008, v % (Mravčík et al. 2008; Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2008)

Typ drogy	2005		2006		2007		2008	
	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)	Počet vzorků	Průměrná čistota (%)
Marihuana	108	3,8	151	4,5	177	4,7	404	5,5
Hašiš	10	7,4	1	11,0	2	8,1	5	5,2
Extáze*	135	27,2	54	22,6	31	27,4	20	17,5
Pervitin	65	62,9	58	52,3	123	66,4	145	64,3
Heroin	19	41,5**	35	7,9	31	17,4	47	22,6
Kokain	25	55,9	12	40,2	48	49,1	35	43,5

*Pozn.: * Jedná se o průměrný obsah MDMA v jedné tabletě v mg; ** vysoká průměrná čistota heroinu byla způsobena započtením několika záchytů vysoce koncentrovaného heroinu.*

ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY

Každoročně jsou do výroční zprávy zařazeny speciální kapitoly. Témata určuje EMCDDA ve spolupráci s monitorovacími středisky jednotlivých zemí sítě Reitox s ohledem na jejich aktuálnost a potřebu výzkumu. Do VZ 2006 včetně byly speciální kapitoly 3, ve VZ 2007 byla po dohodě EMCDDA s monitorovacími středisky zpracována jediná kapitola (Trestní statistiky), od letošního roku budou zpracovávány všemi zeměmi 2 speciální kapitoly – jedna z nich povinně (letos Konopné trhy), druhá je volena ze dvou nabízených témat. NMS zpracovalo za ČR obě volitelné kapitoly.

11 Konopné trhy a produkce konopných drog

Konopné látky jsou celosvětově nejužívanějšími ilegálními drogami. Zatímco o užívání konopných látek a poptávce po nich existuje relativní dostatek informací, produkce a trh dosud nebyly dostatečně popsány. Cílem této kapitoly je prezentovat dostupné informace o produkci a obchodu s konopnými drogami v ČR, trhu s konopnými produkty, tržních uživatelských zvyklostech a také o cenách a faktorech, které na ně působí.

Ve 2. polovině 20. století se v ČR marihuana pěstovala a užívala především v rámci uzavřených skupin. Komerční trh s konopnými produkty (marihuanou, hašišem) se otevřel v 90. letech 20. století. Politický přístup k pěstování a užívání marihuany je od konce minulého století proměnlivý. Užívání marihuany není trestné a její držení je podle množství hodnoceno jako přestupek nebo jako trestný čin. Od r. 2010 nabývá účinnosti nový trestní zákoník, který zmírňuje postih osob, které pro vlastní potřebu přechovávají konopné látky nebo pěstují konopí.

ČR patří mezi evropské země s nejvyšší prevalencí užívání konopných látek – v r. 2008 byla celoživotní prevalence užití mezi lidmi ve věku 15–64 let 34 % (vyšší u mužů a nejvyšší ve věkové skupině 15–24 let).

Semena pro pěstování konopí lze získat v rámci sociálních sítí anebo prostřednictvím internetu. V ČR se v červnu 2009 nacházelo několik desítek „grow shopů“, které prodávaly techniku pro pěstování konopí. Většina respondentů celopopulační studie označila získání konopných drog za obtížné, nicméně pro tři čtvrtiny respondentů ve věku 15–24 let je to relativně snadné. Nejčastějším místem získání konopných drog v ČR jsou bary, restaurace nebo kluby. Téměř tři čtvrtiny respondentů uvedlo, že konopnou drogu naposledy získali zdarma. Konopnou drogu lze nejčastěji získat od kamaráda, příbuzného nebo partnera. Prodejci bývají často také konzumenty a obvykle neprodávají jiné drogy. Maloobchodní ceny marihuany a hašiše zůstávají stabilní, marihuana se prodává za cca 200 Kč/g, hašiš za 250 Kč/g. Tři ze čtyř respondentů v rámci poslední obchodní transakce nakoupili konopnou drogu v množství do 2 gramů. Potence marihuany v průměru narůstá, potence hašiše klesá. Největší podíl konopných drog, včetně těch na komerčním trhu, představuje indoor vypěstovaná marihuana, následuje outdoor pěstovaná marihuana. Většina uživatelů konopí označila ČR jako zemi původu naposledy získané marihuany. Počet záchytů marihuany se ročně pohybuje kolem 550–600 a celkový objem zachycené marihuany postupně narůstá. Přibližně 5 % záchytů marihuany a pouze jeden záchyt hašiše přesáhly v posledních 3 letech objem 1 kg. V r. 2008 představoval každý druhý záchyt konopných rostlin objem větší než 100 rostlin. Od r. 2005 lze pozorovat rostoucí počet záchytů indoor velkopěstíren – v r. 2008 jich v ČR bylo odhaleno 79.

Počet osob trestně zadržených nebo stíhaných ve spojitosti s konopnými drogami byl v r. 2008 650–750 osob (cca 30 % ze všech zadržených nebo stíhaných osob za drogové trestné činy), počet obžalovaných 524 osob (25 % ze všech obžalovaných) a počet odsouzených byl 231 osob (17 % ze všech odsouzených); mírně roste celkový počet osob obžalovaných v souvislosti s konopnými látkami, nicméně počet odsouzených osob zůstává stabilní. Z hlediska trestů lze v posledních letech sledovat mírný nárůst podílu nepodmíněných trestů a trestních opatření a snižuje se podíl podmíněných trestů odnětí svobody.

11.1 Historie užívání konopných drog v ČR

Konopí se na území Československa tradičně pěstovalo pro průmyslové využití až do 80. let 20. století. Užívání marihuany pro její psychotropní účinky zaznamenalo v České republice (ČR) výrazný nárůst zejména v průběhu 90. let 20. století, nicméně marihuana se podomácku pěstovala již dříve. Pro užívání konopných látek před r. 1989 byla typická vazba jednotlivců na určité společenství či skupinu, která měla svůj vlastní systém zajišťování drogy, nejčastěji na samozásobitelské bázi[64]. Komerční trh s konopnými drogami, který se otevřel v 90. letech minulého století, nahradil samozásobitelské sociální sítě jen částečně. Mezi lety 1997–2000 došlo v ČR k výrazné komercializaci trhu s konopnými drogami, včetně rozšíření nabídky různých druhů konopných drog, diferenciace cen mezi indoor a outdoor marihuanou a hašišem, a k intenzivnějšímu propojení trhu s konopnými a jinými drogami. Ve stejném období přešla řada uživatelů na indoor způsob pěstování, který kromě vyšší potence marihuany přináší i výhodu sníženého rizika zabavení nebo okradení (Miovský et al. 2008).

[64] Marihuana byla v období socialistického Československa opatřována a užívána v rámci uzavřených skupin. Jsou popsány dva typy uživatelských skupin: (1) tzv. tvrdé jádro drogové scény, pro které byla marihuana doplňkovou drogou a (2) skupiny pohybující se okolo či přímo tvořící tehdejší disent (Miovský et al. 2008).

11.2 Legislativní rámec užívání konopných drog

Od počátku systémového přístupu k protidrogové politice v r. 1993 lze sledovat proměnlivý vztah české výkonné i zákonodárné moci k otázkám pěstování, držení a užívání konopí, což se projevuje ve změnách politických postojů k této problematice, kdy je buď akcentován více odborný, vyvážený a racionální přístup, nebo je toto téma některými politiky nebo politickými stranami nepřiměřeně politizováno a populisticky zneužíváno (Miovský et al. 2008).

V rámci legislativy související s konopnými produkty je v novodobé historii Česka od r. 1990 důležitý především zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, který byl ve vztahu k drogovým trestným činům významně novelizován zejména v r. 1990 a v r. 1998[65]. V současné době jsou účinná čtyři ustanovení trestního zákona (TZ) vymezující drogovou kriminalitu – § 187, 188, 188a (nedovolená výroba a jiné nakládání s drogami, výroba a držení předmětů určených k výrobě drog, šíření toxikománie) a § 187a zavádějící s účinností od 1. ledna 1999 trestnost držení drogy pro vlastní potřebu v množství větším než malém. Držení drogy v malém množství je kvalifikováno jako přestupek, za který může následovat správní postih podle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích. Pro potřeby policejní praxe a praxe státních zástupců slouží pokyny policejního prezidenta a nejvyššího státního zástupce, které u nejčastěji se vyskytujících drog orientačně stanovují „větší množství než malé“, resp. množství drogy, které již může spadat do rámce trestně právního; pro rozhodování soudů tyto pokyny závazné nejsou.

Od 1. ledna 2010 nabývá účinnosti zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, kterým dojde ke zmírnění trestněprávního postihu osob přechovávajících konopné drogy (§ 284) i pěstitelů konopí (§ 285). Kvantifikace stanoveného většího než malého množství drog, které již bude spadat do trestně právní oblasti, bude provedena nařízeními vlády – blíže viz kapitolu Legislativní rámec (str. 4).

11.3 Prevalence užívání konopných látek

V rámci Celopopulační studie užívání psychotropních látek v ČR v r. 2008 (CS 2008) bylo zjištěno, že celoživotní prevalence užití konopných látek (marihuany, hašiše) mezi respondenty ve věku 15–64 let byla 34 % (nejvíce, a to 59 %, ve věkové skupině 15–24 let; oproti r. 2004 došlo k navýšení o 15 procentních bodů), prevalence užití v posledním roce byla 15,2 % (nejvíce, a to 37 %, ve věkové kategorii 15–24 let) a prevalence užití v posledním měsíci byla 8,5 % (nejvíce, a to 22 %, ve věkové kategorii 15–24 let). Z respondentů, kteří konopnou látku užili v posledním měsíci, jich 57 % užívalo konopnou látku jedenkrát týdně a 9 % denně nebo téměř denně. Po extrapolaci na populaci ČR ve věku 15–64 let lze počet denních nebo téměř denních uživatelů konopných drog odhadnout na cca 57 tis. osob. Jsou patrné rozdíly mezi muži a ženami ve frekvenci užívání – muži kouřili marihuanu statisticky významně častěji než ženy (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d). Podrobněji viz kapitolu Užívání drog v populaci (str. 13).

Respondenti CS 2008, kteří uvedli, že užili marihuanu v posledních 12 měsících, byli dotazováni na další aspekty konopných trhů v ČR. Tyto údaje, doplněné o data Národní protidrogové centrály (NPC) a o informace získané z rešerše internetových zdrojů, jsou uvedeny a interpretovány níže.

11.4 Organizace konopných trhů

11.4.1 Prodej konopných semen a pomůcek k pěstování konopí

Semena vysokopotentního konopí nejsou v oficiální nabídce žádného z českých „grow shopů“ (oficiálně obchody s potřebami pro pěstitele, neoficiálně pro pěstitele konopí). Nicméně semena pro pěstování rostlin s vyšším obsahem THC nebo řízky konopných rostlin se dají získat v rámci sociálních sítí anebo prostřednictvím internetových diskuzí v komunitě pěstitelů konopí; semena si lze také komerčně objednat online např. ve slovenských „grow shopech“ nebo v dalších zahraničních online obchodech.

V ČR se podle rešerše internetových stránek nacházelo k červnu 2009 přes 25 kamenných „grow shopů“ v krajských městech (s výjimkou Olomouce, Zlína a Karlových Varů); nejvíce (10) „grow shopů“ se nachází v Praze. Řada z nich nabízí i prodej online, existují také obchody výhradně online. Grow shopy prodávají kompletní techniku pro indoor pěstování (od cca 7000 Kč), nicméně řada pěstitelů nakupuje tyto pomůcky rovněž v běžných zahradnických potřebách, kde mohou získat některé součásti levněji.

11.4.2 Místa prodeje konopných drog

Více než polovina (54 %) všech respondentů CS 2008 označila získání konopných drog za celkem obtížné až nemožné, 20 % naopak za velmi snadné. Pro tři čtvrtiny mladých lidí ve věku 15–24 let je ovšem získání konopné drogy snadné nebo velmi snadné. Nejčastějšími místy získání konopné drogy v ČR byly v r. 2008 bar, restaurace nebo klub (36 % naposledy opatřené konopné drogy u respondentů CS 2008). V těchto místech uživatelé získávali (nakupovali, získávali zdarma nebo sdílením) konopnou drogu od kamarádů nebo od známých a, pokud za ni platili, šlo zpravidla o nízkou cenu. Druhým nejčastějším místem získání konopné drogy byla soukromá akce nebo domácí prostředí (31 %), ve kterém docházelo k získání konopné drogy převážně zdarma nebo sdílením. Třetím nejčastějším místem získání konopné drogy bylo veřejné prostranství[66] (20 %), na kterém se uskutečnilo 28 %

[65] Zákonem č. 175/1990 Sb. a zákonem č. 112/1998 Sb.

[66] Může se jednat např. i o automobil nebo jiné relativně bezpečnější místo než otevřené prostředí ulice.

komerčních transakcí. Jednalo se převážně o nákupy od neznámé osoby za relativně vysokou cenu, přičemž na tomto trhu se zpravidla prodávala indoor marihuana. Vedle zmiňovaných míst a okolností se řada transakcí uskutečnila přímo u prodejce doma (13 %). Desetina respondentů naposledy koupila marihuanu ve škole nebo na pracovišti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d).

11.4.3 Způsoby získávání konopných drog

Téměř tři čtvrtiny respondentů (72 %) uvedly, že konopnou drogu naposledy získaly zdarma nebo sdílením[67], kde vyšší podíl připadá na sdílení; 17 % respondentů konopnou drogu koupilo a 8,5 % uvádí jako zdroj konopné drogy vlastní pěstování konopí (11 % naposledy získané konopné drogy, u mužů 2,5 % u žen). Převládajícím vztahem mezi uživatelem a osobou, od které uživatel konopnou drogu naposledy získal, byl ze 61 % vztah kamarádský, příbuzenský nebo partnerský, od známého získalo konopnou drogu 20 % respondentů a od prodejce nebo neznámé osoby přibližně 9,3 % respondentů. Při posledním nákupu získali uživatelé konopnou drogu buď od kamaráda, příbuzného nebo partnera (35 %), který má ke konopné droze snadnější přístup, od známého (32 %) nebo od dealera (28 %). Pokud jde o způsob získání konopné drogy podle krajů, nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly, ale tyto rozdíly se objevily u způsobu, jakým respondenti s konopnou drogou dále naložili – v průměru 70,5 % uživatelů konopnou drogu naposledy darovalo nebo ji sdílelo s ostatními. Ve Zlínském, Karlovarském a Ústeckém kraji se o ni ale dělilo více než 90 % uživatelů, zatímco např. v Pardubickém kraji s ní takto naložila méně než polovina respondentů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d).

Tématem konopných trhů se v r. 2007 zabývala bakalářská práce vycházející z průzkumu na souboru 50 pražských a středočeských konzumentů a prodejců marihuany ve věku 15–30 let. Práce rozdělila prodejce marihuany do 2 kategorií: na překupníky, kteří nakupují od velkopěstitele či domácího pěstitele a prodávají výhradně indoor marihuanu, a na prodejce, kteří jsou sami pěstiteli a zpravidla prodávají outdoor marihuanu. Prodejci bývají zároveň konzumenty a společně s marihuanou obvykle neprodávají jiné drogy. Trh s marihuanou je podle uvedené práce relativně poklidný a existuje na něm jen relativně malé riziko oloupení nebo jiných druhů násilí. Prodejci většinou očekávají aktivitu kupujících (např. telefon) a obvykle nemají určena žádná stabilní místa ani prodejní časy. Potenciální rizikovost kupujících si prodávající ověřují jen povrchně a často se řídí „pohodovostí“ a „přátelskostí“ kupujícího, jeho přiměřeným vyjadřovacím jazykem, vzhledem apod. Specifickým fenoménem ve spojení s tímto trhem je skutečnost, že v důsledku výše ceny marihuany a vlastního socioekonomického osamostatňování se z řady kupujících stávají časem pěstitelé, kteří poté mohou nabízet přebytky jimi vypěstované marihuany – tyto přebytky obvykle neprodávají, ale buď je dávají zdarma, nebo je směňují za jinou marihuanu. Pro trh s marihuanou je rovněž typický užší vztah mezi prodejcem a kupujícím, často nazývaný jako „přátelský“. V důsledku tohoto vztahu prodejce poskytuje zákazníkům různé slevy a doplňkové nadstandardní služby, jako je dovoz marihuany domů, prodej na zavolanou nebo prodej na dluh. Mezi konzumenty marihuany se vytvářejí otevřené komunity, kam přichází prodejci nejen prodat své zboží, ale také si zakouřit a bavit se. Mezi konzumenty probíhá solidární směna a výpomoc, a to jak „horizontálně“ (např. půjčování nebo poskytování financí a věcí včetně marihuany navzájem), tak „vertikálně“, kdy socioekonomicky samostatnější konzumenti podporují sociálně závislejší, zpravidla mladší uživatele) (Procházka, 2008).

11.4.4 Maloobchodní a velkoobchodní ceny a množství a makroekonomické souvislosti

Podle údajů o cenách drog, které každoročně poskytuje NPC, zůstávaly maloobchodní ceny marihuany a hašiše v r. 2006–2008 relativně stabilní. Informace o ceně jsou zjišťovány z okresních policejních ředitelství, nicméně je není možné vztáhnout k objemu nebo typu marihuany (outdoor, indoor) a hašiše. V r. 2006–2008 se marihuana prodávala v průměru za cca 180 Kč/g a hašiš za 250 Kč/g (Národní protidrogová centrála, 2009d) – tabulka 10-3 (str. 83) v kapitole Drogové trhy.

Výsledky průzkumu z r. 2007 mezi konzumenty a prodejci marihuany ukazují, že konzumenti marihuany zpravidla rozlišují mezi „trávou“, tedy méně potentní marihuanou, a více potentním „skunkem“. Cena „trávy“ se pohybovala v rozmezí 100–200 Kč/g a cena „skunku“ nejčastěji kolem 250 Kč/g. Tyto ceny jsou podle většiny respondentů stabilní posledních 9 let (Procházka, 2008). Podle CS 2008 dvě třetiny (65 %) respondentů, kteří marihuanu naposledy koupili, zaplatily za 1 g méně než 200 Kč, nejčastěji 100–150 Kč – tato cenová relace (cena do 200 Kč) korespondovala také s výpověďmi účastníků internetových diskuzí věnovaných ceně indoor vypěstované marihuany na komerčním trhu. Outdoor marihuana byla pořízena průměrně za 134 Kč (medián 150 Kč), indoor marihuana průměrně za 164 Kč (medián 150 Kč), hašiš průměrně za 225 Kč (medián 175 Kč) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d).

Tři ze čtyř respondentů v rámci poslední obchodní transakce nakoupili marihuanu v množství do 2 g, asi dvě třetiny respondentů naposledy zakoupily jeden gram marihuany a méně. Téměř polovina respondentů (47 %), kteří uvedli, že získali marihuanu zdarma, uváděla nejčastěji množství menší než 1 g (Národní monitorovací středisko pro drogy

[67] V řadě indikátorů způsoby získání „sdílení“ a „zdarma“ splývají a uživatelé jejich význam zřejmě jasně neodlišují, díky čemuž se odpověď na otázku: „Jak jste získal/a marihuanu, kterou jste užil/a naposledy?“ lišila podle toho, zda byla respondentovi nejprve nabídnuta možnost zdarma a potom sdílením nebo naopak.

a drogové závislosti, 2009d). Účastníci internetových diskuzí zmiňují, že objem zakoupené marihuany často neodpovídá domluvené ceně, popř. prodejci někdy marihuanu vlhčí, aby dosáhli její vyšší hmotnosti.

Co se týče velkoobchodních cen konopných produktů, je obtížné tuto oblast přesněji specifikovat. To je způsobeno jednak tím, že většina transakcí probíhá s menším množstvím marihuany, a jednak tím, že ceny udávané NPC v souvislosti s tzv. „prodejem ve velkém" mají velmi široké rozpětí. U těchto údajů chybí doplňující informace o objemu jednotlivých záchytů, ze kterých byla cena zjišťována, o kvalitě konopných produktů (indoor, outdoor, potence), a konečně není známa ani přesná metodika pro zjišťování velkoobchodních cen (např. odhady, výslechy, rozhovory s výrobci, překupníky, policejní odposlechy apod.) – tabulka 10-3 (str. 83) v kapitole Drogové trhy.

Velikost komerčního trhu s marihuanou lze na základě CS 2008 odhadnout na 2,7 miliard korun, tedy 0,07 % HDP (podle cen v r. 2008). Průměrná částka, kterou uživatelé utratili na trhu za marihuanu v posledním roce, byla 12 000 Kč (polovina respondentů utratila do 4 200 Kč za rok, ale výdaje respondentů dosahovaly ojediněle až 73 000 Kč). Finanční hodnota vypěstované marihuany určené převážně pro vlastní potřebu a pro nekomerční distribuci v rámci sociálních sítí odpovídala 1,5 mld. korun (0,04 % HDP) – tato částka se tedy díky samozásobení uživatelů konopnými látkami vyhnula černému trhu.[68]

11.5 Původ konopných drog na tuzemském trhu

Podle CS 2008 představovala největší podíl konopných drog v ČR v r. 2008 indoor vypěstovaná marihuana, kterou si obstaralo[69] 37,1 % respondentů, včetně těch, kteří si indoor marihuanu sami vypěstovali. Outdoor marihuana představovala 26,8 % a hašiš 2,7 % naposledy získané konopné drogy. Třetina respondentů (33,3 %) nebyla schopna určit, jaký druh konopné drogy naposledy získali. Výsledky internetové ankety, kterou realizovalo NMS na svých webových stránkách od února 2009 (1681 respondentů k 24. 8. 2009) a která se zaměřovala na druh konopných drog nejčastěji užívaných v posledním roce, se od výsledků CS 2008 významně nelišily – 35 % respondentů ankety užívalo hlavně domácí indoor vypěstovanou marihuanu, 30 % domácí outdoor, 8 % dovezenou indoor anebo outdoor marihuanu, 6 % hašiš a 22 % neznalo její původ. Z těchto výsledků lze učinit zjednodušený závěr, že cca 1/3 až 1/2 uživatelů konopných drog užívá indoor marihuanu, 1/3 outdoor a zbylá 1/5 až 1/3 nezná původ konopné drogy; hašiš užívá odhadem 5–10 % uživatelů konopných drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d).

Na komerčním trhu s konopnými produkty je výrazná převaha indoor produktů – téměř polovina respondentů si naposledy koupila marihuanu vypěstovanou indoor (47,6 % indoor, 18,3 % outdoor, 4,6 % hašiš a 29,4 % konopnou drogu neznámého původu). Respondenti, kteří naposledy obdrželi marihuanu zdarma nebo sdílením, uváděli, že se z 31 % jednalo o indoor, z 23 % o outdoor a téměř polovina (45 %) nevěděla, o jaký druh šlo. Respondenti, kteří sami pěstují konopí (8,5 % respondentů, kteří užili marihuanu v posledním roce), uváděli především outdoor způsob pěstování (62 %), nicméně validitu této informace může snižovat skutečnost, že výzkum byl prováděn v domácnostech respondentů, což mohlo ovlivnit ochotu respondentů přiznat domácí (indoor) pěstování konopí (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d).

Podle výsledků CS 2008 většina (57 %) uživatelů konopných drog označila ČR jako zemi původu naposledy získané konopné drogy, následovalo Nizozemí (6,5 %), jiná evropská země (2 %) a jiná mimoevropská země (0,3 %). Třetina respondentů nedokázala určit, odkud konopná droga pocházela (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d). Podle expertních odhadů některých českých odborníků je 20 % marihuany dostupných na tuzemském trhu importováno ze zahraničí, z toho cca 60 % z Holandska (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009b). Importovaný hašiš má původ především v Severní Africe (Maroko). NPC a Celní správa ČR relativně často evidují záchyty marihuany dovážené ze zahraničí prostřednictvím poštovních zásilek (zejména z Nizozemí)[70]. Hašiš je pašován do ČR hlavně z Nizozemí a ze Španělska v poštovních zásilkách nebo pomocí kurýrů, průměrná hmotnost záchytu činila cca 12 g (viz také VZ 2007).

11.6 Potence konopných drog

Údaje o čistotě drog jsou v ČR k dispozici pouze pro část zadržených drog; tato data jsou získávána z krajských analytických pracovišť policie OKTE a z Kriminalistického ústavu Praha. Z porovnání dostupných dat mezi r. 2006–2008 vyplývá, že průměrná potence marihuany mírně narůstá a hašiše klesá – tabulka 11-1 a také tabulka 10-4 (str. 83) v kapitole Drogové trhy.

[68] Kalkulace z dostupných dat předpokládá několik zjednodušení: respondenty uváděný poslední způsob získání marihuany je považován za pravidelný způsob získávání; celková kalkulace využívá průměrných cen (134 Kč/g outdoor, 164 Kč/g indoor, 225 Kč/g hašiš); za každý den užití marihuany v posledním roce byl uvažován jeden spotřebovaný gram marihuany. Kalkulace dále využívá odhadovaného podílu indoor a outdoor vypěstované marihuany a hašiše na komerčním trhu a údajů o frekvenci užívání respondentů, kteří marihuanu koupili nebo vypěstovali.

[69] Uvedené údaje zahrnují všechny způsoby posledního získání marihuany včetně sdílení nebo získání zdarma.

[70] V r. 2007 Celní správa evidovala 11 záchytů importované marihuany, z toho 8 zásilek bylo přepravováno letecky v poštovních zásilkách a většinou z Nizozemí (Celní správa ČR, 2008).

tabulka 11-1: Potence konopných produktů v letech 2006–2008, v % (Národní protidrogová centrála, 2009d)

Konopná droga	2006		2007		2008	
	Průměr	Min.–max.	Průměr	Min.–max.	Průměr	Min.–max.
Marihuana	4,5	0,37–32,0	4,7	0,2–26,9	5,5	0,3–21,1
Hašiš	11	–	8,1	4,7–11,5	5,2	3,0–15,6

11.7 Záchyty konopných drog

Počet záchytů marihuany se ročně pohybuje kolem 550–600 a celkový objem zachycené marihuany postupně narůstá. Cca 5 % záchytů marihuany a pouze jeden záchyt hašiše přesáhly v posledních 3 letech objem 1 kg. V r. 2008 bylo zaznamenáno 69 záchytů rostlin konopí a cca každý druhý záchyt představoval více než 100 rostlin; počet zabavených rostlin se meziročně zvýšil téměř čtyřnásobně – tabulka 11-2. V r. 2008 bylo zabaveno cca 2krát více hašiše (700 g) než v r. 2006 nebo 2007 – tabulka 11-3 (Národní protidrogová centrála, 2009d).

Za relativně nový trend v ČR lze od r. 2005 považovat rostoucí počet záchytů indoor velkopěstíren. V r. 2005 bylo odhaleno 17 pěstíren, v r. 2007 to bylo 34 a v r. 2008 již 79. Do organizovaného velkopěstování marihuany jsou často zapojeni občané Vietnamu a potvrzují se informace o jejich propojení s Vietnamci žijícími v Nizozemí a v Kanadě; např. v r. 2008 byly zahájeny úkony trestního řízení v souvislosti s indoorovým pěstováním konopí ve více než 70 případech, z toho se ve většině případů jednalo právě o osoby vietnamské národnosti. Produkce marihuany z velkopěstíren je určena jednak pro domácí trh, jednak pro export do Evropy, zejména Německa, Holandska, Belgie a Polska (Národní protidrogová centrála, 2009b).

tabulka 11-2: Záchyty rostlin konopí podle objemu a počtu záchytů v r. 2006–2008 (Národní protidrogová centrála, 2009d)

Rok	Počet rostlin celkem	Počet záchytů podle počtu rostlin			
		1–50 ks	51–100 ks	> 101 ks	Celkem
2006	2 276 ks	38	4	2	44
2007	6 992 ks	30	6	10	46
2008	25 223 ks	25	5	39	69

tabulka 11-3: Záchyty marihuany a hašiše podle objemu a počtu záchytů v r. 2006–2008 (Národní protidrogová centrála, 2009d)

Konopná droga	Rok	Celkový objem záchytů	Počet záchytů podle objemu			
			0–100 g	101–1 000 g	> 1 kg	Celkem
Marihuana	2006	108 kg	459	75	22	556
	2007	122 kg	464	69	30	563
	2008	393 kg	483	84	35	602
Hašiš	2006	466 g	40	2	0	42
	2007	387 g	23	1	1	25
	2008	700 g	28	2	0	30

11.8 Drogová kriminalita spojená s konopnými drogami

V ČR je tzv. primární drogová kriminalita právně definována ve 4 ustanoveních TZ – viz výše (str. 85) a kapitolu Legislativní rámec (str. 4).

Celkový počet osob zadržených nebo stíhaných v ČR za drogové trestné činy (DTČ) se v letech 2006–2008 pohyboval podle různých informačních zdrojů v rozmezí 2023–2630 osob ročně (viz také kapitolu Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení na str. 71). Počet osob trestně zadržených nebo stíhaných ve spojitosti s konopnými drogami byl v r. 2008 650–750 osob (cca 30 % ze všech zadržených nebo stíhaných osob za DTČ), počet obžalovaných 524 osob (25 % ze všech obžalovaných) a počet odsouzených byl 231 osob (17 % ze všech odsouzených). Počet osob obžalovaných v souvislosti s konopnými drogami roste, nicméně počet odsouzených osob zůstává stabilní – tabulka 11-4. V posledních 3 letech lze sledovat mírný pokles jak celkového počtu, tak podílu osob odsouzených za výrobu a prodej (§ 187) konopných drog a naopak mírný nárůst počtu i podílu osob odsouzených za držení konopných drog pro vlastní potřebu v množství větším než malém (§ 187a) – tabulka 11-5. Z hlediska trestů za DTČ související s konopnými drogami lze v posledních letech sledovat mírný nárůst podílu nepodmíněných trestů a trestních opatření, snižuje se podíl podmíněných trestů; podíl obecně prospěšných prací zůstává stabilní – tabulka 11-6.

tabulka 11-4: Stíhaní, obžalovaní a odsouzení v souvislosti s konopnými látkami v r. 2006–2008 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009b; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009c)

Rok	Stíhaní		Obžalovaní		Odsouzení	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
2006	638	30	285	21	255	21
2007	503	25	387	16	226	19
2008	655	28	524	25	231	17

tabulka 11-5: Odsouzení v souvislosti s konopnými látkami podle §§ 187 a 187a v r. 2006–2008 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009c)

Rok	§ 187		187 a	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
2006	215	84	28	11
2007	184	81	28	12
2008	176	76	44	19

tabulka 11-6: Hlavní druhy trestů za drogové trestné činy spáchané v souvislosti s konopnými látkami v r. 2006–2008 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009c)

Rok	Celkem trestů	Nepodmíněné tresty (%)	Podmíněné tresty (%)	Obecně prospěšné práce (%)	Trestní opatření (%)
2006	223	9	69	9	13
2007	226	12	56	12	12
2008	251	14	54	11	18

12 Problémové užívání amfetaminu a metamfetaminu

Cílem této kapitoly je podat informace o situaci v oblasti užívání amfetaminů, tedy amfetaminu a metamfetaminu, zejména chronického nebo intenzivního (problémového) užívání, a popsat zdravotní a sociální souvislosti a důsledky užívání, výrobu a trh s amfetaminy a preventivní a léčebná opatření realizovaná v souvislosti s užíváním amfetaminů v ČR.

Vzhledem k dominantnímu postavení metamfetaminu (pervitinu) mezi problémovými uživateli v ČR v posledních cca 30 letech a v tomto ohledu výjimečné situaci ČR v evropském kontextu se tato kapitola zabývá téměř výhradně metamfetaminem – pervitinem.

Pervitin je v ČR tzv. tvrdou drogou č. 1 – je odhadováno cca 20 tis. problémových uživatelů pervitinu, což jsou 2/3 všech odhadovaných problémových uživatelů drog; 80–90 % z nich jsou injekční uživatelé. V obecné populaci je míra užívání pervitinu dlouhodobě velmi nízká, dochází však k nárůstu v prostředí noční zábavy.

Uživatelé pervitinu představují hlavní skupinu uživatelů v kontaktu s léčebnými a poradenskými službami (v registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog tvoří dlouhodobě přibližně 60 % všech případů); platí to ve všech typech služeb, nejnižší zastoupení mají uživatelé pervitinu ve zdravotnických ambulantních zařízeních. Pervitin je často užíván v kombinaci s jinými drogami, nejčastěji se jedná o konopné látky, opiáty a alkohol.

S dlouhodobým užíváním pervitinu je spojen výskyt psychiatrické komorbidity, zejména toxických psychóz. Mezi uživateli pervitinu je ve srovnání s uživateli opiátů vyšší výskyt sebevražd. Výskyt infekcí mezi uživateli pervitinu je spojen zejména s injekčním užíváním, nezdá se však, že by se významně lišil od (injekčních) uživatelů opiátů. Předávkování pervitinem dosahuje v ČR ročně cca 15–20 případů, což tvoří cca 1/3 počtu předávkování na pouliční drogy (nelegální drogy a těkavé látky).

Léčba uživatelů pervitinu je dlouhodobě integrována v systému péče o uživatele drog obecně, nejsou realizovány žádné programy určené výhradně uživatelům pervitinu, léčba uživatelů pervitinu není ani režimově nebo programově oddělena. Existují rozdíly v poskytování některých služeb – v oblasti harm reduction jsou v posledních letech realizovány programy distribuce želatinových kapslí určené prakticky výhradně uživatelům pervitinu; v oblasti léčby existují odlišnosti zejména ve farmakoterapii dané odlišným průběhem odvykacího stavu a detoxifikace, odlišným výskytem psychických komplikací a zejména rozvojem psychotické symptomatologie a psychóz. Existují ojedinělé, i když dlouhodobé, zkušenosti se substituční terapií závislých na pervitinu různými psychostimulancii, v současné době metylfenidátem.

12.1 Situace v oblasti užívání amfetaminů

12.1.1 Historie užívání amfetaminů

Historii užívání amfetaminů, včetně nejrozšířenějšího amfetaminu v ČR – metamfetaminu (pervitinu), je nutno chápat v kontextu historie užívání stimulancií a psychotropních látek vůbec.

Podobně jako jinde v Evropě ve 20. a 30. letech (např. Francii, Německu) bylo v Československu rozšířeno užívání kokainu, zejména mezi umělci a intelektuály, ale také mezi kriminálníky, podsvětím, zejména v prostředí, které se dnes označuje jako prostředí nočního života nebo noční zábavy (Urban, 1973; Janota, 1941). V české odborné literatuře popsal kokainovou závislost s psychotickou bizarní halucinatorní symptomatologií poprvé pravděpodobně Janota (Janota, 1924). Na konci 30. let a ve 40. letech je na území dnešní ČR popisován „psychotonizmus“ – zneužívání a závislost na benzedrinu, levotočivé formě amfetaminu (Psychotonu), který byl užíván pro léčbu chorobné spavosti, opět s typickou psychotickou paranoidně-halucinatorní symptomatologií (Janota, 1941)[71]; za zmínku stojí, že užívání benzedrinu je zde popisováno jako nový fenomén mezi osobami stojícími na hraně zákona, např. mezi prostitutkami užívajícími kokain. Období po 2. světové válce, resp. po komunistickém puči v r. 1948, je v oblasti nealkoholových drog charakterizováno zneužíváním psychotropních léků jak ze skupiny stimulancií, tak narkotik, analgetik (včetně opiátů) a sedativ, zejména barbiturátů a benzodiazepinů (Zábranský, 2007). V 50. letech byl za největší problém v oblasti nealkoholových závislostí považován výskyt zneužívání a závislosti na L-amfetaminu (benzedrinu, Psychotonu) označovaný jako „psychotonizmus“, který vedl ke zvýšené kontrole jeho předepisování (Petráň). Současně se zneužíváním amfetaminu se na konci 50. let objevují zprávy o zneužívání antiastmatického léku Yastil, obsahujícího efedrin, opět ve spojení s psychotickou paranoidně-halucinatorní symptomatologií, agitovaností, neklidem a agresivitou (Dvořák, 1956; Helcl, 1957); tato závislost byla označována jako „yastilizmus“, za zmínku stojí popsaná kombinovaná, resp. následná závislost na Psychotonu a Yastilu (Dvořák, 1956) a popisovaný výskyt jeho zneužívání mezi vězni – yastilizmus vedl následně k vázání dosud volně prodejného Yastilu na lékařský předpis (Urban, 1973). V 60. letech došlo k další vlně zneužívání a závislosti na psychostimulanciích, která byla způsobena dexfenmetrazinem a zejména fenmetrazinem (Preludinem); zneužívání fenmetrazinu se označovalo jako „fenmetrazinizmus“. Zprávy o zneužívání těchto látek, se objevují již na konci 50. let, ke skokovému několikanásobnému nárůstu jejich spotřeby došlo mezi lety 1959–1960

[71] Ve stejné práci Janota zmiňuje zprávy z Německa z konce 30. let o zneužívání a návyku na obdobný stimulační preparát Pervitin.

(Urban, 1973) a v letech 1963–1965 tvořili závislí na fenmetrazinu cca 40 % závislých na nealkoholových drogách léčených v lůžkových psychiatrických zařízeních a opět je popisována typická psychotická symptomatologie při chronickém užívání (Vondráček et al. 1968).

Od 70. let minulého století[72] se v tehdejším socialistickém Československu, zejména na území dnešní ČR, objevuje užívání metamfetaminu (pervitinu, jak je v ČR i v odborných kruzích nazýván), který byl podomácku vyráběn z efedrinu a léků efedrin obsahujících, a v 80. letech pervitin (vedle léků a podomácku vyráběného opiátu „braunu“[73]) zaujal dominantní postavení na tehdejší drogové scéně (Zábranský, 2007; Kalina and Bém, 1994; Hampl, 1994). Od svých počátků v ČR je užívání pervitinu spojeno s injekčním užíváním (podobně jako užívání „braunu“); za socializmu bylo užívání pervitinu omezeno na uzavřené skupiny uživatelů (dnešní terminologií problémových uživatelů drog) kolem producenta drogy. Období do r. 1989 je charakteristické nedostatkem informací o rozsahu užívání nelegálních drog a jeho podobách jak obecně, tak co se týká amfetaminů nebo pervitinu, nicméně na konci 80. let byl celkový počet závislých na nealkoholových drogách v ČR odhadován na 25–30 tis. osob (Nožina, 1997), což je údaj blízký současným prevalenčním odhadům zahrnujícím uživatele pervitinu a opiátů.

Po r. 1989 vznikl černý trh s pervitinem (viz dále) a pervitin se rozšířil mimo uzavřené skupiny uživatelů a výrobců na celé území ČR (Zábranský, 2007). Heroin se v ČR rozšířil v polovině 90. let[74], avšak zatímco problémové užívání heroinu zůstalo koncentrováno zejména v Praze, severních Čechách a českých krajích vůbec (na Moravě se prakticky vyskytuje ve vyšší míře jen v Brně), problémové užívání pervitinu je rozšířeno napříč ČR včetně venkovských regionů. Pervitin se v posledním desetiletí rozšířil postupně také mimo subpopulaci problémových uživatelů do prostředí tanečních a hudebních akcí a noční zábavy vůbec (Mravčík et al. 2006).

Užívání jiných drog amfetaminového typu se téměř neobjevuje a výskyt užívání kokainu v ČR, i když jeho míra stoupá, je nadále nízký. V současnosti je tedy pervitin dominantní psychostimulační nelegální drogou v ČR a hlavní drogou mezi problémovými uživateli drog[75].

Proto budou následující části kapitoly věnovány téměř výlučně pervitinu. Vzhledem k tomu, že pervitin stojí v jádru drogového problému v ČR po mnoho desetiletí a je také nerozlučnou součástí všech výročních zpráv o stavu ve věcech drog v ČR včetně této, bude následující text často odkazovat na jiné kapitoly této zprávy a na předchozí výroční zprávy.

12.1.2 Užívání a vzorce užívání metamfetaminu v populaci

Míra užívání pervitinu, resp. amfetaminů v obecné populaci ČR je relativně nízká, a to jak v dospělé populaci, tak mezi dětmi a mladistvými žáky a studenty.

Podle Celopopulační studie užívání psychotropních látek v ČR v r. 2008 (CS 2008) na reprezentativním vzorku 4500 respondentů ve věku 15–64 let mělo celoživotní zkušenosti s užitím amfetaminů, resp. pervitinu 4,3 % populace (5,7 % mužů, 3,0 % žen), prevalence v posledním roce, resp. v posledním měsíci byla 1,7 %, resp. 0,7 %. Nejvyšší, tj. 8,5 %, byla celoživotní prevalence ve věkové skupině 25–34 let, mezi muži v tomto věku dosáhla 10,6 % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009d). Také z r. 2008 jsou k dispozici výsledky české části Evropského výběrového šetření o zdraví (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2009a) – amfetaminy, resp. pervitin podle nich vyzkoušelo 1,4 % dospělé populace, 0,6 % v posledním roce a 0,3 % v posledním měsíci. Možné příčiny rozdílů mezi oběma studiemi stejně jako kontextuální informace o mírách prevalence jiných drog a trendy jsou blíže uvedeny v kapitole Užívání drog v obecné populaci (str. 13).

V r. 2002 a 2004 dosáhla míra celoživotní prevalence amfetaminů v dospělé populaci 2,3 %, resp. 2,5 % a v posledním roce 0,5 %, resp. 0,7 % (Psychiatrické centrum Praha, 2002; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006). Co se týče věku, nejvyšší, tj. 4,9 %, byla celoživotní prevalence užívání amfetaminů v r. 2004 ve věkové skupině 18–24 let, ve skupině mužů ve věku 18–24 let dosáhla 6,2 %.

Ve školní populaci je pozorován pokles míry prevalence užívání pervitinu, a to již od konce 90. let (Mravčík and Zábranský, 2001). Týká se to jak studie ESPAD mezi 16letými, tak studie HBSC mezi 15letými žáky. Podle výsledků studie ESPAD mělo v r. 2007 celoživotní zkušenost s pervitinem 3,5 % 16letých, v r. 1999 to přitom bylo 5,6 % (Csémy et al. 2008). Stejně tak je pozorován pokles celoživotní prevalence ve studii HBSC mezi 15letými žáky ZŠ, a to z 2,0 % v r. 2002 na 1,5 % v r. 2006 (Csémy, 2007) – blíže viz VZ 2007 a VZ 2006.

Od začátku 21. století je popisován rostoucí výskyt pervitinu v prostředí noční zábavy, tj. mezi návštěvníky tanečních a hudebních akcí. K dispozici jsou srovnatelné výsledky 3 studií v této populaci mezi r. 2000 a 2007 (v r. 2007,

[72] Spíše ve 2. polovině 70. let – literatura z první poloviny 70. let ještě zneužívání metamfetaminu (pervitinu) v ČSSR nezmiňuje (Vondráček, 1971; Urban, 1973).

[73] Typická opiátová droga v socialistickém Československu v 80. letech – směs hydrokodonu připravovaná podomácku z léků obsahujících kodein.

[74] Ještě v r. 1994 hovoří Hampl o rozšíření heroinu v ČR jako o možném riziku a uvádí 43 prvních pacientů užívajících heroin v zařízeních ambulantní AT péče v ČR (Hampl, 1994); v r. 1997, kdy je první oficiální údaj ÚZIS k dispozici, jich už bylo registrováno 1813 – viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 28).

[75] ČR je tímto vysokým výskytem metamfetaminu výjimečná i v evropském kontextu; jen na Slovensku je užívání metamfetaminu rozšířeno v podobné míře jako v ČR (Griffiths et al. 2008).

obdobně jako v letech předchozích, bylo 95 % souboru ve věku 15–30 let a dvě třetiny souboru tvořili muži) – tabulka 12-1.

tabulka 12-1: Prevalence užívání pervitinu mezi návštěvníky tanečních akcí v ČR v r. 2000–2007, v % (Kubů et al. 2000; Kubů et al. 2006; Škařupová, 2007)

Rok	Celý život (%)	12 měsíců (%)	30 dní (%)
2000	33,4	21,7	n.a.
2003	44,6	24,9	13,8
2007	47,6	28,0	15,8

Mezi návštěvníky tanečních akcí je běžným způsobem aplikace pervitinu šňupání nebo perorální požití, injekční aplikace je výjimečná.

12.1.3 Prevalenční odhady problémových uživatelů metamfetaminu

V letech 2002–2008 je počet problémových uživatelů pervitinu odhadován na přibližně 20–22 tisíc osob; uživatelé pervitinu tvoří dlouhodobě přibližně dvě třetiny z přibližně 30 tis. odhadovaných problémových uživatelů drog v ČR. Většina problémových uživatelů aplikuje drogu injekčně. Blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 24).

V r. 1999, kdy byl proveden první odhad prevalence problémových uživatelů drog v ČR standardní metodou, byl odhad počtu problémových uživatelů pervitinu mírně vyšší – 22 500 osob (95% CI: 18 000–27 000), stejně jako odhad celkového počtu problémových uživatelů drog včetně uživatelů opiátů – 37 500 osob (Mravčík and Zábranský, 2002; Mravčík et al. 2005b).

12.1.4 Uživatelé metamfetaminu v léčbě

Pervitin je dlouhodobě nejčastější primární drogou osob žádajících o léčbu v souvislosti s užíváním drog. Podle registru žádostí o léčbu HS je pervitin nejčastější primární drogou v ČR, v posledních letech tvoří uživatelé pervitinu přibližně 60 % všech osob žádajících o léčbu (Studničková and Petrášová, 2009); vývoj absolutního počtu hlášených případů v 90. letech je nutno chápat v kontextu rozvíjející se sítě služeb pro uživatele drog – tabulka 12-2.

tabulka 12-2: Počet a podíl žadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem v r. 1995–2008 (Mravčík et al. 2007; Mravčík et al. 2008; Studničková and Petrášová, 2009)

Rok	Žadatelé o první léčbu			Všichni žadatelé o léčbu		
	Počet celkem	Uživatelé pervitinu		Počet celkem	Uživatelé pervitinu	
		Počet	%		Počet	%
1995	2 905	1 005	34,6	n.a.	n.a.	n.a.
1996	3 252	1 390	42,7	n.a.	n.a.	n.a.
1997	3 132	1 510	48,2	n.a.	n.a.	n.a.
1998	3 858	2 177	56,4	n.a.	n.a.	n.a.
1999	3 891	2 042	52,5	n.a.	n.a.	n.a.
2000	4 148	1 880	45,3	n.a.	n.a.	n.a.
2001	4 232	1 969	46,5	n.a.	n.a.	n.a.
2002	4 719	2 389	50,6	9 237	4 589	49,7
2003	4 158	2 281	54,9	8 522	4 490	52,7
2004	4 600	2 685	58,4	8 845	4 790	54,2
2005	4 372	2 605	59,6	8 534	4 855	56,9
2006	4 199	2 528	60,2	8 366	4 889	58,4
2007	4 346	2 749	63,3	8 487	5 177	61,0
2008	3 981	2 492	62,6	8 279	4 925	59,5

V souvislosti s amfetaminem a ostatními psychostimulancii jsou dlouhodobě hlášeny pouze jednotkové počty žadatelů o léčbu – mezi všemi žadateli byli v r. 2008 hlášeni 3 uživatelé amfetaminu, 10 uživatelů fenmetrazinu a jeden uživatel efedrinu; mimoto bylo v r. 2008 dále hlášeno 14 uživatelů extáze a 24 uživatelů kokainu či cracku (Studničková and Petrášová, 2009).

U žadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem je dlouhodobě vyšší podíl žen než u ostatních drog, v r. 2008 tvořily ženy 37,3 % prvních žádostí a 35,7 % všech žadatelů o léčbu; u uživatelů heroinu byly tyto podíly 30,4 %, resp. 29,2 %, u žadatelů bez ohledu na primární drogu 33,8 %, resp. 32,2 %. Podíl žen je obecně vyšší v mladších věkových skupinách, v případě uživatelů pervitinu to platí zvlášť – v nejmladší věkové skupině do 19 let dlouhodobě převažují ženy nad muži, v r. 2008 byl podíl žen 57,5 % u prvních žádostí i všech žadatelů o léčbu, u žadatelů celkem bez ohledu na primární drogu to bylo 47,1 %, resp. 47,9 % (Studničková and Petrášová, 2009).

Uživatelé pervitinu jsou v průměru výrazně (o více než 3 roky) mladší než uživatelé heroinu a jsou také pod věkovým průměrem žadatelů o léčbu celkem. Ve věku do 19 let je 26,4 % prvožadatelů a 19,5 % všech žadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem, u heroinu jsou uvedené podíly 11,4 %, resp. 4,0 %. Průměrný věk uživatelů pervitinu v r. 2008 byl 24,0 let u prvních žádostí a 25,4 let u všech žadatelů; u uživatelů heroinu to bylo 27,3, resp. 28,7 let

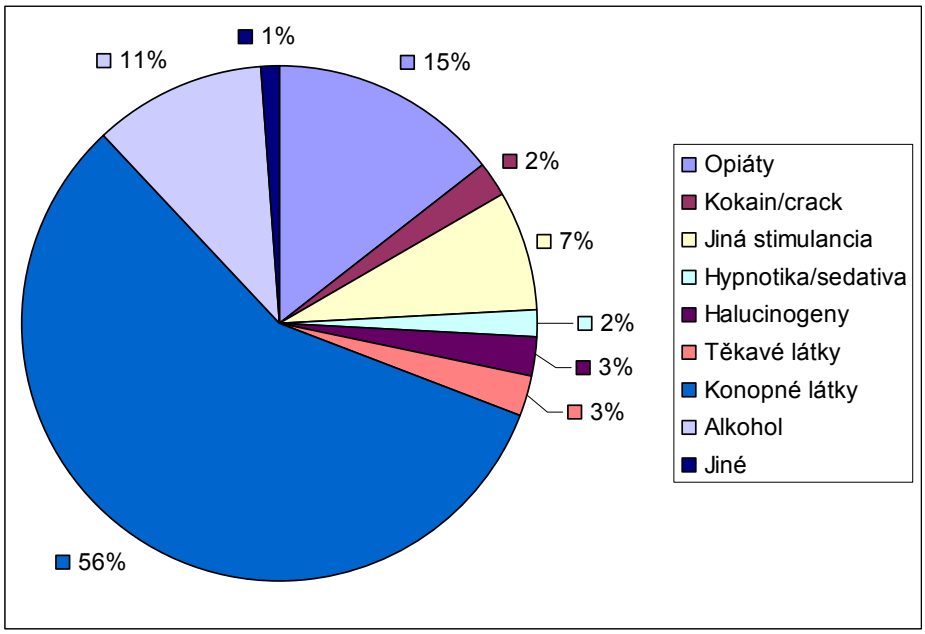
a u žadatelů bez ohledu na primární drogu to bylo 24,3, resp. 25,9 let (Studničková and Petrášová, 2009). Dlouhodobě dochází k nárůstu průměrného věku uživatelů pervitinu – v r. 1996–1997 byl průměrný věk uživatelů pervitinu žádajících o první léčbu v životě cca 20 let – obrázek 5-4 a obrázek 5-5 (str. 40).

Užívání pervitinu se vyskytuje ve všech regionech ČR, i když v různé míře. Uživatelé pervitinu dominují v léčebných zařízeních ve všech krajích, v Hl. m. Praze, Královéhradeckém, Středočeském a Moravskoslezském kraji je však jejich podíl mezi léčenými uživateli nejnižší – mapa 5-1 (str. 39). Do r. 2006 bylo Hl. m. Praha regionem, ve kterém byl podíl uživatelů opiátů v léčbě vyšší než podíl uživatelů pervitinu (viz VZ 2005 a VZ 2006) – tato situace však v Hl. m. Praze přetrvává dosud v prevalenčních odhadech a v klientele nízkoprahových center (z nichž prevalenční odhady vycházejí), ve kterých uživatelé opiátů stále převažují – mapa 4-1 (str. 25).

Injekční užívání je nejčastějším způsobem aplikace pervitinu mezi uživateli v léčbě, vyšší (cca o 5 % bodů) je podíl injekčních uživatelů mezi všemi žadateli o léčbu; v posledních 5 letech došlo k poklesu podílu injekčních uživatelů z cca 80–85 % na 75–80 % – obrázek 6-6 (str. 52).

Polyvalentní užívání drog, tj. užívání více drog současně, je obecně rozšířený fenomén. Pervitin je po konopných látkách druhou nejčastěji udávanou sekundární (nelegální) drogou – kromě 4925 uživatelů, kteří jej nahlásili v r. 2008 jako primární drogu, byl užíván ještě ve 1315 případech jako droga sekundární; nejčastěji (v 876 případech) se jednalo o uživatele opiátů jako primární drogy (z toho 686 heroinu a 137 Subutexu®), ve 382 případech o uživatele konopných látek. Samotní uživatelé pervitinu jako primární drogy užívají v 88 % další sekundární drogu – strukturu sekundárních drog uživatelů pervitinu uvádí obrázek 12-1.

obrázek 12-1: Podíl sekundárních drog u všech žadatelů o léčbu s primární drogou pervitin (Studničková and Petrášová, 2009)



Mezi uživateli pervitinu je výrazně větší podíl studentů než mezi uživateli heroinu (13,3 % verzus 2,7 %), podíl osob nezaměstnaných i udávajících pravidelné zaměstnání je u uživatelů pervitinu naopak nižší, což zřejmě souvisí především s nižším věkem uživatelů pervitinu. Bytová situace uživatelů pervitinu a heroinu je podobná (Studničková, 2009a).

Uživatelé pervitinu ve srovnání s uživateli heroinu méně často vyhledávají léčebná centra sami (51,8 %, resp. 61,6 % v r. 2008) nebo na doporučení jiného centra (7,6 %, resp. 10,4 %), naopak častěji přicházejí pod vlivem rodiny či přátel (8,5 %, resp. 5,8 %) (Studničková, 2009a).

Uživatelé pervitinu jsou nejpočetnější nebo jednou z nejpočetnějších skupin rovněž v ostatních zdrojích dat o klientech léčebných či nízkoprahových zařízení:

- V nízkoprahových zařízeních v r. 2008 tvořili uživatelé pervitinu 52,7 % klientů – podrobnější údaje a trendy uvádí tabulka 7-1 (str. 61).
- V ambulantních zdravotnických zařízení oboru psychiatrie v r. 2008 tvořili uživatelé pervitinu 21,2 % pacientů; početněji byli zastoupeni uživatelé opiátů a ve vysokém počtu byli zastoupeni také polyvalentní uživatelé a uživatelé sedativ a hypnotik – podrobnější údaje a trendy uvádí obrázek 5-8 (str. 42).
- Mezi hospitalizovanými v psychiatrických lůžkových zařízeních byli uživatelé pervitinu v r. 2008 zastoupeni také ve 21,2 %, početněji byli zastoupeni polyvalentní uživatelé a ve vysokém počtu byli zastoupeni také uživatelé opiátů – podrobnější údaje a trendy uvádí obrázek 5-11 (str. 45).

- Uživatelé pervitinu tvoří také většinu klientely ambulantních zařízení provozovaných NNO, terapeutických komunit i zařízení následné péče – podrobnější údaje a trendy uvádí tabulka 5-6 (str. 33), tabulka 5-12 (str. 46) a tabulka 8-2 (str. 69).

Další informace o klientech různých typů služeb včetně uživatelů pervitinu jsou uvedeny v kapitolách Uživatelé drog v léčbě, jejich charakteristiky a trendy (str. 37), Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog (str. 60) a Sociální reintegrace (str. 69).

12.1.5 Uživatelé metamfetaminu v dalších zdrojích dat

Další informace o problémových uživatelích pervitinu jsou uvedeny mimo jiné v kapitole Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 26).

Z kvalitativního výzkumu realizovaného od září 2008 do ledna 2009 formou tří ohniskových skupin s pracovníky nízkoprahových programů vyplynulo, že většina nízkoprahových programů v ČR pracuje s klientelou užívající převážně pervitin, obvykle v kombinaci s dalšími látkami včetně opiátů. Objevuje se také současné užívání pervitinu a benzodiazepinů (Radimecký et al. 2009).

Předchozí studie uživatelů drog zejména z řad klientů nízkoprahových zařízení potvrzují údaje uvedené v této kapitole. Uživatelé pervitinu byli nejpočetněji zastoupenou skupinou ve studii provedené v r. 2004–2005 – tvořili 78 % klientů nízkoprahových zařízení (Petroš et al. 2005) a významná část klientely užívala pervitin v kombinaci s opiáty (16 %), především Subutexem®. Vysoký podíl polyvalentních uživatelů drog a zejména výskyt současného užívání pervitinu a opiátů (zejména opět Subutexu®) byl popsán také mezi klienty pražských nízkoprahových zařízení (Mravčík and Orlíková, 2007; Větrovec and Porubský, 2008).

12.1.6 Výroba a trh s metamfetaminem

Nezákonná produkce pervitinu na území ČR má svůj počátek v 70. letech 20. století, kdy byl znovuobjeven jednoduchý postup redukce efedrinu pomocí volně dostupných chemikálií (Zábranský, 2007). Před r. 1989 byl pervitin vyráběn z čisté efedrinové substance nebo z tehdy dostupných léků obsahujících efedrin (typicky z léku proti kašli Solutan®). Relativně snadná dostupnost efedrinu hrála pravděpodobně roli v počátcích výroby a užívání pervitinu. Čistý efedrin se od r. 1971 vyráběl v závodě VUAB v Roztokách u Prahy, odkud byl pašován. VUAB se na konci 90. let minulého století stal jedním z hlavních producentů efedrinu ve světě. Po sérii privatizací od 90. let továrna výrobu efedrinu postupně omezila a v r. 2003–2004 úplně zastavila. O únicích efedrinu z výroby na černý trh se vědělo, oficiálně však byly odhaleny a hlášeny jen výjimečně a celkový objem efedrinu propašovaného na černý trh nebyl odhadnut.

V současné době se k výrobě pervitinu využívá jak efedrin (který je do ČR pašován především z balkánských zemí), ale především z dostupnějšího pseudoefedrinu, který lze extrahovat z léků vydávaných bez předpisu, jako jsou např. Modafen®, Nurofen Stop Grip®, Paralen Plus® a Panadol Plus Grip®. Masivní zneužívání léků s obsahem pseudoefedrinu k výrobě pervitinu je NPC pozorováno cca od r. 2003–2004 a v současné době tvoří pseudoefedrin z těchto léků hlavní prekurzor pro výrobu pervitinu. Od 1. května 2009 jsou však účinná rozhodnutí SÚKL o změně registrace léků s obsahem do 30 mg pseudoefedrinu, která významně omezila jejich dostupnost. V této souvislosti je od června 2009 zejména Celní správou ČR pozorován nelegální dovoz většího množství těchto léků ze zahraničí – blíže viz kapitoly Legislativní rámec (str. 4) a Drogové trhy (str. 81).

Nejčastěji byly pro výrobu pervitinu v r. 2008 zneužívány léčivé přípravky obsahující kombinaci pseudoefedrinu a ibuprofenu (Modafen® a Nurofen Stop Grip®), u kterých Česká lékárnická komora předpokládá, že až 80 % spotřeby v segmentu velkých balení sloužilo pro nelegální výrobu pervitinu, ze kterých mohlo být vyrobeno 1,2 tuny čistého pervitinu (Havlíček, 2008). Počet varen odhalených policií vzrostl ze 188 v r. 2003 na 434 v r. 2008 (což je zatím nejvyšší roční počet) – blíže tabulka 10-1 (str. 82), VZ 2007 a VZ 2006.

Výroba a trh s pervitinem prodělaly po r. 1989 vývoj, kterým prošel celý trh s nelegálními drogami. Do r. 1989 byla výroba, distribuce a užívání omezeny na malé skupiny ukrývající se před represivními nástroji komunistického režimu. Jednotliví jejich členové měli rozděleny role v procesu výroby (např. dodavatelé vstupních surovin a chemikálií, dodavatelé laboratorního skla a nástrojů, vařiči) a výsledný produkt sdíleli mezi sebou. Od poloviny 90. let je trh s pervitinem profesionalizován a došlo k jeho částečnému sloučení s trhem s heroinem (Miovský, 2007; Zábranský, 2007).

Odhadovaná spotřeba pervitinu v ČR se v posledních letech pohybuje kolem 4 tun, v r. 2003 (poslední dostupný údaj) byla odhadnuta na 3,7 tun; z toho 166 kg v prostředí zábavy a zbývající množství problémovými uživateli drog (Vopravil, 2005; Petroš et al. 2005). Represivními orgány je ročně zachyceno cca 5 kg pervitinu při přibližně 300–400 záchytech – tabulka 10-2 (str. 83). Cena pervitinu je dlouhodobě stabilní na 1000 Kč za 1 g a jeho čistota je přibližně 60 % – tabulka 10-3 a tabulka 10-4 (str. 83).

RVKPP v r. 2008 ustavila mezirezortní a mezioborovou Pracovní skupinu pro metamfetamin, která se bude problematikou metamfetaminu včetně jeho výroby a zdravotních a enviromentálních rizik vyplývajících z jeho výroby zabývat komplexně a dlouhodobě – podrobněji viz kapitolu Institucionální rámec, strategie a politická opatření, str. 6.

12.2 Zdravotní a sociální souvislosti (problémového) užívání metamfetaminu

12.2.1 Komorbidita uživatelů metamfetaminu

NMS provedlo v r. 2006 analýzu komorbidity uživatelů drog hospitalizovaných v r. 2001–2005 – blíže viz VZ 2005. Sledovány byly všechny hospitalizace pacientů hospitalizovaných alespoň jednou pro poruchy způsobené užíváním drog v základní nebo vedlejší diagnóze (tj. s dg. F11–F19 bez F17). U uživatelů stimulancií (pervitinu) byly třemi nejčastějšími diagnostickými skupinami mimo okruh závislostí duševní a behaviorální poruchy (F00–F99 bez F10–F19), které se vyskytly u 30,2 % pacientů užívajících pervitin, dále poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin (S00–T98), které se vyskytly u 29,2 % a infekční a parazitární nemoci (A00–B99), které se vyskytly u 19,8 % hospitalizovaných uživatelů pervitinu. Ve srovnání s uživateli heroinu je výskyt vnějších příčin nemocnosti srovnatelný, výskyt infekcí je nižší a výskyt duševních poruch vyšší než u uživatelů heroinu. Relativně vysoký výskyt infekcí souvisí patrně s častou injekční aplikací pervitinu (podobně jako u uživatelů opiátů a polyvalentních uživatelů) – tabulka 12-3.

tabulka 12-3: Diagnózy vyskytující se v kombinaci s užíváním nelegálních návykových látek u vybraných pacientů hospitalizovaných v r. 2001–2005, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006a)

Diagnózy	F11 (%) n=5723	F12 (%) n=1800	F13 (%) n=2 545	F14 (%) n=227	F15 (%) n=4 688	F16 (%) n=438	F18 (%) n=756	F19 (%) n=8 075	Celkem (%) N=19 795
A00–B99	**24,2**	11,1	8,5	14,1	**19,8**	14,6	9,8	**18,6**	15,6
C00–D48	5,9	2,9	8,6	11,9	1,9	4,6	3,2	3,3	4,7
D50–D89	3,9	2,3	5,2	4,0	1,9	4,6	3,2	2,8	3,3
E00–E90	14,6	8,7	21,6	**30,8**	5,0	14,4	9,3	7,8	11,7
F00–F99 (bez F10–F19)	20,2	**51,1**	**66,1**	29,1	**30,2**	**31,7**	**42,7**	**44,9**	**37,3**
G00–G99	8,9	7,8	16,6	15,0	4,5	11,0	7,9	8,8	8,9
H00–H59	2,3	2,2	3,7	11,5	1,1	2,3	1,5	1,7	2,2
H60–H95	1,2	1,4	2,1	2,6	0,6	1,4	1,6	1,1	1,2
I00–I99	**20,7**	11,5	31,9	**44,5**	7,5	21,2	16,8	12,0	17,3
J00–J99	14,4	15,4	17,0	26,0	10,5	18,9	14,0	13,1	13,6
K00–K93	19,8	16,7	**27,8**	25,6	13,2	**23,1**	**18,8**	18,5	**18,8**
L00–L99	7,2	4,9	5,0	7,0	6,1	5,5	6,6	6,4	5,7
M00–M99	10,6	8,6	20,2	22,5	5,1	9,6	8,5	8,3	10,3
N00–N99	11,6	8,5	17,5	19,8	8,2	9,8	9,5	9,6	10,8
O00–O99	8,9	4,4	5,0	4,8	9,2	7,5	2,2	6,7	7,0
P00–P96	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1
Q00–Q99	0,6	1,3	0,9	0,9	0,6	1,1	0,9	0,6	0,7
R00–R99	15,3	17,1	23,3	21,6	12,1	20,5	18,0	14,6	15,4
S00–T98	**28,2**	**31,8**	**38,4**	**31,3**	**29,2**	**43,8**	**39,9**	**35,7**	**31,7**
V01–Y98	0,4	6,1	9,1	5,3	4,1	8,7	5,8	6,1	5,3
Z00–Z99	17,1	**18,8**	20,0	19,4	14,2	18,9	16,4	16,2	15,9

Pozn.: Tučně jsou zvýrazněny první tři nejčastější skupiny diagnóz u uživatelů jednotlivých drog.

A00–B99 – některé infekční a parazitární nemoci
C00–D48 – novotvary
D50–D89 – nemoci krve, krvetvorných orgánů a imunity
E00–E90 – nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek
F00–F99 – duševní a behaviorální poruchy
G00–G99 – nemoci nervové soustavy
H00–H59 – nemoci oka a očních adnex
H60–H95 – nemoci ucha a bradavkového výběžku
I00–I99 – nemoci oběhové soustavy
J00–J99 – nemoci dýchací soustavy
K00–K93 – nemoci trávicí soustavy
L00–L99 – nemoci kůže a podkožního vaziva
M00–M99 – nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně
N00–N99 – nemoci močové a pohlavní soustavy
O00–O99 – těhotenství, porod a šestinedělí
P00–P96 – některé stavy vzniklé v perinatálním období
Q00–Q99 – vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality
R00–R99 – abnormální nálezy nezařazené jinde
S00–T98 – poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin
V01–Y98 – vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti
Z00–Z99 – faktory ovlivňující zdravotní stav

duševní a behaviorální poruchy způsobené užíváním opioidů – F11, konopných látek – F12, sedativ nebo hypnotik – F13, kokainu – F14, stimulancií – F15, halucinogenů – F16, těkavých látek – F18, více drog a jiných psychoaktivních látek – F19.

K dispozici jsou údaje o výskytu nefatálních intoxikací (urgentních stavů doprovázejících akutní intoxikaci drogou vyžadujících hospitalizaci), jejichž sběr v ČR zajišťuje hygienická služba – blíže viz kapitolu Další poruchy spojené s užíváním drog (str. 52). Pervitin je zodpovědný za 31,8 % všech případů nefatálních intoxikací v r. 2008, je patrný dlouhodobý nárůst počtu a podílů nefatálních intoxikací pervitinem – blíže tabulka 6-7.

12.2.2 Psychiatrická komorbidita a psychózy u uživatelů metamfetaminu

Při dlouhodobém užívání pervitinu se dostavují psychické příznaky a komplikace, jako je neklid, napětí, úzkost, strach, předrážděnost, poruchy spánku, panikaření, vztahovačnost, deprese, podezíravost, chorobná žárlivost, zmatenost, poruchy paměti a koncentrace, halucinace, sebevražedné tendence. Následkem chronického užívání nebo při užití vysokých dávek se rozvíjí toxická psychóza s obrazem paranoidního nebo paranoidně-halucinatorního

syndromu. Psychóza se rozvíjí pozvolna, začíná senzitivní vztahovačností, vymizením náhledu. Hlavními rysy rozvinuté toxické psychózy jsou paranoia, zřetelné postižení nálady, zrakové, sluchové a taktilní halucinace. Klinicky mnohdy není možno toxickou psychózu odlišit od schizofrenie. Rozvinutá psychóza je indikací k hospitalizaci, velmi dobře reaguje na antipsychotika (Minařík, 2003). Z informací uvedených v historickém úvodu této kapitoly je patrné, že česká odborná veřejnost má s výskytem a léčbou (viz dále) psychiatrické komorbidity a toxických psychóz u uživatelů stimulancií včetně uživatelů pervitinu dlouholeté zkušenosti.

Výskyt skupin psychiatrických diagnóz byl sledován také v analýze komorbidity hospitalizovaných uživatelů drog v r. 2001–2005 – blíže viz VZ 2005. U uživatelů stimulancií byl největší výskyt psychiatrických diagnóz zaznamenán ve skupině poruch osobnosti a chování – tabulka 12-4.

tabulka 12-4: Psychiatrické diagnózy vyskytující se v kombinaci s užíváním nelegálních návykových látek u vybraných pacientů v r. 2001–2005, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006a)

Diagnózy	F11 (%) n=5 723	F12 (%) n=1 800	F13 (%) n=2 545	F14 (%) n=227	F15 (%) n=4 688	F16 (%) n=438	F18 (%) n=756	F19 (%) n=8 075	Celkem (%) N=19 795
F00–F09	2,9	1,8	11,1	3,1	1,2	1,8	3,6	3,6	3,8
F20–F29	3,4	**13,7**	7,9	4,4	**7,1**	**9,4**	7,0	**11,5**	**7,9**
F30–F39	**4,6**	6,0	**25,5**	**6,2**	3,9	5,7	3,4	8,1	**7,9**
F40–F49	**7,6**	**18,4**	**38,3**	**14,5**	**9,8**	**11,2**	**11,1**	**16,8**	**15,2**
F50–F59	0,9	1,2	3,4	3,1	1,4	1,1	0,8	1,6	1,4
F60–F69	**7,7**	**22,4**	**24,4**	**15,0**	**16,2**	**14,4**	**16,1**	**22,5**	**15,8**
F70–F79	1,0	2,0	1,1	0,9	0,8	2,3	7,1	2,1	1,6
F80–F89	0,0	0,6	0,2	0,4	0,1	0,2	1,3	0,2	0,2
F90–F99	1,6	11,3	3,3	5,3	3,8	4,1	**12,8**	4,6	3,9

Pozn.: Tučně jsou zvýrazněny první tři nejčastější skupiny psychiatrických diagnóz u uživatelů jednotlivých drog.

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

Duševní a behaviorální poruchy způsobené užíváním opioidů – F11, konopných látek – F12, sedativ nebo hypnotik – F13, kokainu – F14, stimulancií – F15, halucinogenů – F16, těkavých látek – F18, více drog a jiných psychoaktivních látek – F19.

Podle analýzy téhož souboru, kterou provedlo NMS pro účely této kapitoly s cílem popsat výskyt toxických psychóz v diagnózách při hospitalizaci uživatelů jednotlivých skupin drog (tj. dg. F1X.5 – psychotická porucha a F1X.7 – psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem), se potvrdil vysoký výskyt psychóz u uživatelů stimulancií (pervitinu) – tabulka 12-5.

tabulka 12-5: Výskyt toxických psychóz u hospitalizovaných pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v r. 2001–2005 podle užívaných drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009h)

Diagnóza (typ drogy)	Psychotická porucha		Reziduální psychotická porucha		Celkem toxické psychózy		Celkem osob
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	
F11 (opiáty)	99	1,7	27	0,5	126	2,2	5 723
F12 (konopné látky)	160	8,9	27	1,5	187	10,4	1 800
F13 (sedativa/hypnotika)	35	1,4	16	0,6	51	2,0	2 545
F14 (kokain)	14	6,2	2	0,9	16	7,0	227
F15 (stimulancia)	565	12,1	67	1,4	632	13,5	4 688
F16 (halucinogeny)	35	8,0	11	2,5	46	10,5	438
F17 (těkavé látky)	43	5,7	17	2,2	60	7,9	756
F19 (více drog)	691	8,6	166	2,1	857	10,6	8 075
Celkem	**1 163**	**5,9**	**235**	**1,2**	**1 398**	**7,1**	**19 795**

Výskyt psychotické symptomatologie nebo rozvinuté toxické psychózy u uživatelů pervitinu uvádí také jako faktor podmiňující léčebný postup většina oslovených psychiatrů/AT specialistů v průzkumu provedeném v r. 2009 NMS na téma léčby uživatelů pervitinu (viz dále).

12.2.3 Infekční nemoci spojené s užíváním metamfetaminu

Kromě krví přenosných infekcí (HIV, VHB, VHC), ke kterým dochází prostřednictvím sdílení nástrojů a pomůcek při injekční aplikaci drog, se u uživatelů drog vyskytují ve zvýšené míře další infekční onemocnění, např. infekce kůže a měkkých tkání v okolí vpichu, systémové infekce (sepse, endokarditidy), respirační infekce apod.

Výskyt infekcí mezi uživateli pervitinu je podmíněn zejména vysokou mírou injekčního užívání. Často jsou k dispozici údaje o výskytu infekcí mezi (injekčními) uživateli celkem, údajů o výskytu specificky mezi uživateli pervitinu není mnoho.

Vysoký výskyt abscesů a infekcí v místě vpichu uvádí analýza souboru hospitalizovaných uživatelů drog v Centru pro léčbu a prevenci infekčních komplikací u uživatelů drog ve FN Motol v Praze – blíže viz VZ 2006. Záněty v místě vpichu byly také nejčastěji uváděnou zdravotní komplikací injekčních uživatelů – klientů pražských nízkoprahových zařízení (ve vzorku byla cca 1/3 uživatelů pervitinu) v r. 2008, uvedla je necelá polovina dotázaných (Šejvl, 2008) – tabulka 6-8 (str. 53).

Údaje o hlášené incidenci HIV, VHA, VHB a VHC jsou k dispozici pro skupinu injekčních uživatelů drog (IUD), informace o užívaných drogách nejsou k dispozici – blíže viz kapitolu Infekce spojené s užíváním drog (str. 47). Počet hlášených případů mezi HIV mezi injekčními uživateli drog v ČR je velmi nízký, do r. 2008 bylo evidováno celkem 1190 HIV pozitivních osob, z toho u 83 osob (7 %) je evidováno injekční užívání drog; v posledních 2 letech došlo nicméně k nárůstu počtu případů u IUD – tabulka 6-1 (str. 47). Prevalence HIV je pod 1 %, v různých studiích či monitorovacích systémech se objevují pouze jednotkové případy HIV pozitivních IUD – tabulka 6-2 a tabulka 6-3 (str. 49).

V celonárodní studii séroprevalence VHC mezi klienty kontaktních center byla nalezena 35% séroprevalence VHC mezi IUD; po adjustaci na délku injekční aplikace nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve výskytu VHC mezi uživateli pervitinu a heroinu (Zábranský et al. 2006; Mravčík et al. 2009).

Výsledky monitorování testování infekcí v nízkoprahových zařízeních vykazují nižší hodnoty prevalence VHC mezi IUD (pod 20 %), avšak to může být ovlivněno vyšším zastoupením mladších uživatelů (a tedy uživatelů s kratší dobou injekční aplikace) mezi hlášenými klienty. Údaje z monitorování testování infekcí v nízkoprahových zařízeních i údaje o výskytu infekcí z registru žadatelů o léčbu ukazují nižší výskyt VHC mezi uživateli pervitinu ve srovnání s uživateli heroinu (obrázek 6-4 a obrázek 6-5 na str. 50), tento rozdíl však může být způsoben právě nižším věkem a kratší dobou injekční aplikace uživatelů pervitinu.

Uživatelé pervitinu vykazují vyšší výskyt promiskuitního sexuálního chování než obecná populace nebo než uživatelé opiátů (Justinová and Weiss, 2009), což zvyšuje riziko pohlavního přenosu infekcí.

12.2.4 Úmrtí v souvislosti s pervitinem a mortalita uživatelů metamfetaminu

Výskyt smrtelných předávkování (přímá drogová úmrtí) a úmrtí za přítomnosti drogy z jiných příčin (nepřímá drogová úmrtí) je uveden v kapitole Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 55). Mezi r. 2007 a 2008 došlo k nárůstu počtu smrtelných předávkování pervitinem z 11 na 19 případů, dlouhodobě tvoří fatální intoxikace pervitinem přibližně 1/3 všech smrtelných předávkování pouličními drogami (nelegálními drogami a těkavými látkami) v ČR – tabulka 6-11 a obrázek 6-7 (str. 56).

Výskyt úmrtí za přítomnosti pervitinu z jiných příčin je vyšší. V r. 2008 bylo hlášeno 49 úmrtí za přítomnosti pervitinu (často v kombinaci s alkoholem nebo s jinými látkami), především při nehodách a úrazech (24 případů) nebo při sebevraždách jiných než předávkováním (21 případů); od r. 2004, kdy jsou údaje o nepřímých drogových úmrtích poprvé k dispozici, došlo k jejich nárůstu (v r. 2004 bylo hlášeno 19 případů s nálezem pervitinu) – blíže tabulka 6-12 a obrázek 6-8 (str. 57). Stimulancia (resp. zejména pervitin) byla v r. 2008 nalezena v tělech 9,2 % řidičů zemřelých při dopravních nehodách, která byla na stimulancia posmrtně vyšetřena – tabulka 6-9 (str. 54).

Publikovány byly výsledky retrospektivní kohortové studie mortality osob hospitalizovaných pro poruchy způsobené užíváním drog v letech 1997–2002 (Lejčková and Mravčík, 2007). Celková mortalita uživatelů stimulancií (pervitinu) byla přibližně dvakrát nižší než u uživatelů heroinu (4,9 případů na 1000 osob a rok sledování verzus 8,6 případů), po standardizaci na věk byla přibližně třikrát nižší.

V r. 2008 byla provedena studie na kohortě osob hospitalizovaných pro poruchy spojené s užíváním drog a osob v opiátové substituční léčbě v r. 1997–2007 (Zábranský et al. 2009) – viz také kapitolu Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 55). Celková mortalita uživatelů stimulancií (pervitinu) dosáhla 5,0 případů (95% CI: 4,3–5,7) na 1000 osob a rok, u uživatelů opiátů to bylo 6,5 případů. Uživatelé pervitinu a heroinu však mají různou strukturu úmrtnosti, mezi uživateli pervitinu je patrný vyšší podíl úmrtí z vnějších příčin, zejména sebevražd – tabulka 12-6.

tabulka 12-6: Příčiny úmrtí u uživatelů pervitinu a heroinu hospitalizovaných nebo substituovaných v r. 1997–2007, v % (Zábranský et al. 2009)

Příčina úmrtí	Stimulancia (%)	Opiáty (%)
VHB	0,0	0,3
VHC	0,5	0,7
HIV/AIDS	0,0	0,0
Tuberkulóza	0,0	0,0
Septikemie/viremie	0,0	0,0
Endokarditida	0,5	2,4
Nemoci a karcinom jater	2,0	3,0
Další nemoci	15,8	24,6
Nemoci celkem	**18,8**	**31,0**
Sebevraždy	37,6	16,2
Dopravní nehody	13,4	3,0
Jiné úrazy/nehody	18,8	34,0
Napadení	1,0	2,0
Další vnější příčiny	10,4	13,8
Vnější příčiny celkem	**81,2**	**69,0**
Celkem	**100,0**	**100,0**

12.2.5 Sociální důsledky a kriminalita uživatelů metamfetaminu

Vybrané socioekonomické charakteristiky uživatelů drog pervitinu v léčbě ve srovnání s uživateli jiných drog (zejména heroinu) jsou uvedeny výše v podkapitole Uživatelé metamfetaminu v léčbě (str. 92).

V souvislosti s pervitinem je dlouhodobě spácháno přibližně 60–65 % trestných činů výroby a prodeje drog a přibližně 40–50 % trestných činů držení drogy (pro vlastní potřebu) v množství větším než malém – blíže viz kapitolu Drogová kriminalita (str. 71). Informace o sekundární (ekonomické) kriminalitě nejsou k dispozici specificky pro uživatele pervitinu – obecně je tato problematika pojednána v kapitole Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení (str. 71).

12.3 Prevence a léčba (problémového) užívání metamfetaminu

Z analýzy výskytu užívání pervitinu, dat o uživatelích pervitinu v léčbě a z údajů o důsledcích užívání pervitinu je zřejmé, že uživatelé pervitinu tvoří historicky významnou, resp. hlavní skupinu uživatelů nelegálních drog v ČR. Jsou tedy „přirozenou" součástí české drogové scény a také preventivní, léčebné, harm reduction, doléčovací programy jsou dlouhodobě na uživatele pervitinu nastaveny. Každý profesionál pracující v oblasti léčby závislosti na drogách (zejména nelegálních, nealkoholových) se s uživateli pervitinu ve své praxi běžně setkává. Přesto (nebo možná právě proto) nejsou v ČR (až na výjimky – viz dále) realizovány programy určené specificky uživatelům pervitinu – ti jsou jednou z cílových skupin programů určených obecně (problémovým) uživatelům drog. Specifika léčby ve spojení s různými substancemi nejsou v ČR systematicky sledována a zpracována.

V ČR není realizován žádný specifický preventivní program zaměřený na užívání pervitinu a totéž lze do značné míry tvrdit o harm reduction a léčebných programech. Léčba uživatelů pervitinu však vykazuje určitá specifika, která jsou zohledněna v léčebném režimu nebo jsou součástí individuálních plánů péče. Ojedinělou iniciativou je projekt Sdružení Podané ruce zahájený v září 2009, jehož cílem je modifikace metodiky programu 12 kroků, který se ve Velké Británii používá při léčbě uživatelů kokainu a cracku, pro cílovou skupinu uživatelů metamfetaminu a amfetaminu.

Některá specifika léčby závislosti na stimulanciích jsou uvedena v doporučených postupech psychiatrické péče při léčbě závislosti na psychoaktivních látkách. V oblasti léčby odvykacích stavů nebývá specifická farmakologická léčba nutná z důvodu absence těžších tělesných odvykacích příznaků. Doporučen je klid, symptomatická péče a podpůrná psychoterapie. V indikovaných případech je doporučena léčba antipsychotiky. Pokud se jedná o léčbu závislosti na stimulanciích, jsou podobně jako u jiných látkových závislostí doporučeny psychoterapeutické intervence jako psychodynamická psychoterapie, posilování motivace, rodinná terapie, kognitivně-behaviorální terapie, terapeutický kontrakt a contingency management. Je zmíněno využití krátkých hospitalizací, u motivovaných pacientů je také doporučen pobyt v terapeutické komunitě. Je zdůrazněno, že farmakologická léčba není u závislosti na stimulanciích metodou první volby. Pokud to stav vyžaduje, jsou za vhodná považována antidepresiva, je ovšem třeba myslet na interakce s látkami, které si pacient opatřuje sám. Použití antipsychotik se doporučuje při pocitech ohrožení, psychotických symptomech nebo při obavě z psychotické dekompenzace (Popov and Nešpor, 2006).

12.3.1 Harm reduction intervence

Většina (80–90 %) uživatelů pervitinu v kontaktu s poradenskými či léčebnými zařízeními jsou injekční uživatelé drog. Využívají tedy harm reduction intervencí, které jsou obecně určeny injekčním uživatelům drog a realizovány

nízkoprahovými programy (poskytování informací, distribuce letáků upozorňujících na nebezpečí infekčních chorob a dalších zdravotních problémů, vzdělávání a motivace k bezpečnější aplikaci drog, výměnný program jehel a stříkaček, vzdělávání a motivace k bezpečnému sexu, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování infekcí a případné další zdravotní péče, nově výdejní automaty na harm reduction materiál atd.) – podrobněji viz kapitolu Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 59).

Specificky pro uživatele pervitinu je určena distribuce želatinových kapslí jako bezpečnější neinjekční alternativy aplikace drogy[76] – blíže viz kapitolu Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 59). Podle dostupných informací distribuuje kapsle přibližně 20 nízkoprahových programů a dalších 20 má distribuci kapslí v plánu realizovat. Dostupné informace svědčí o tom, že primární cílovou skupinou jsou injekční uživatelé pervitinu hledající alternativu k injekčnímu užívání drogy zejména z důvodu (momentálně) poškozených žil. Uživatelé opiátů nevyužívají kapsle pravděpodobně vzhledem k nižší metabolické dostupnosti opiátů ze zažívacího traktu. Ve srovnání s běžným orálním užitím kapsle eliminují hořkou chuť pervitinu, je přítomen tzv. nájezd účinku drogy. Příprava drogy pro užití v kapsli je snadná. Mezi klienty roste o kapsle zájem (Škařupová et al. 2009).

Prevencí a snižováním rizik užívání drog v prostředí noční zábavy se zabývají některé nízkoprahové programy a je realizován projekt Safer Party Tour – blíže viz kapitolu Selektivní prevence (str. 22) a Nízkoprahové harm reduction programy (str. 60).

12.3.2 Léčba uživatelů metamfetaminu

NMS provedlo v rámci příprav této speciální kapitoly dva průzkumy mezi poradenskými a léčebnými zařízeními. V květnu a červnu 2009 proběhl dotazníkový průzkum s cílem zjistit, jaká jsou specifika péče o uživatele pervitinu a o uživatele drog nad 40 let (viz také speciální kapitolu Léčba a péče o starší uživatele drog na str. 102). Dotazník vyplnilo 15 zařízení – 10 ambulantních programů, 2 nízkoprahová zařízení, 2 metadonová substituční centra, detoxifikační zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009e). V srpnu 2009 byl realizován průzkum v ambulantních psychiatrických/AT ambulancích a lůžkových odděleních pro léčbu závislostí; odpovědělo 13 ambulantních (z toho 8 vyplnilo dotazník, zbývajících 5 neléčí uživatele pervitinu) a 5 lůžkových pracovišť (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009g). Informace jsou podány souhrnně za oba průzkumy kromě problematiky farmakoterapie, která byla zařazena do druhého průzkumu ve zdravotnických zařízeních.

Pokud jde o specifika u uživatelů pervitinu, profesionálové opakovaně zmiňovali, že chování uživatelů pervitinu je podobné uživatelům jiných drog, vykazuje znaky závislostního chování obecně a také terapeutický vztah a proces u uživatelů pervitinu se zásadně neliší od uživatelů jiných drog. Přesto jsou u uživatelů a závislých uváděna některá specifika, která jsou brána v potaz a mají vliv na léčebný proces a jeho výsledky.

Uživatelé pervitinu jsou v průměru mladší než uživatelé opiátů, jsou častěji svobodní a bezdětní (což např. zvyšuje pravděpodobnost nástupu do rezidenční léčby). Jsou také v celkově lepším (somatickém) zdravotním stavu a lepší sociální situaci (i když je opakovaně zdůrazněn pozitivní vliv substituční léčby na sociální stabilizaci uživatelů opiátů).

Faktory, které komplikují kontakt a práci s uživateli pervitinu, jsou podle terapeutů zabíhavé myšlení, nervozita, nedůvěra, impulzivita, agresivita, nízká koncentrace a snížená ohleduplnost ze strany klienta. Ve srovnání s opiáty je fyzická závislost na pervitinu slabá a akutní abstinenční syndrom u užívání pervitinu není výrazný, což brzdí tvorbu náhledu, vede k bagatelizaci potíží ze strany klienta a snižuje motivaci ke změně. Velmi často jsou uváděny konflikty v rodině a s rodinou se často pracuje i v terapeutickém procesu; často na popud rodinných příslušníků uživatelé pervitinu také vyhledají kontakt s pomáhajícím zařízením.

Z odpovědí dále vyplývá, že finanční situace uživatelů pervitinu bývá lepší, dluhy bývají nižší než u uživatelů opiátů. Ve srovnání s uživateli opiátů je popisována nižší majetková trestná činnost za účelem nákupu drogy („pro uživatele opiátů je obstarání denní dávky prioritní záležitostí“, uživatelé pervitinu jsou „často napojeni na vařiče nebo sami umí drogu připravit“), častěji se u uživatelů pervitinu objevuje násilná trestná činnost.

Je popisována kombinace pervitinu s jinými drogami, opakovaně bylo zdůrazněno, že k tomu často dochází po určité době užívání pervitinu a užívání pervitinu tím vstupuje do jiné fáze, hůře ovlivnitelné terapeuticky; je popisována kombinace s opiáty, alkoholem, konopnými látkami, benzodiazepiny. Dále je opakovaně zmiňován výskyt patologického hráčství u uživatelů pervitinu („záseky na hracích automatech“).

V oblasti duševních poruch a poruch chování je popisována větší psychická a emoční labilita, výskyt depresí a úzkostí, sebevražedných myšlenek, agresivity, které musí být v léčebném procesu uživatelů pervitinu zohledněny. U dívek jsou v souvislosti s pervitinem opakovaně zmiňovány poruchy příjmu potravy. Výskyt somatických poruch (ostatně jako zdravotní stav vůbec) je často podobný jako u uživatelů opiátů, což souvisí zejména s injekčním užíváním drogy; z problémů specifických pro uživatele pervitinu byly opakovaně zmíněny stomatologické potíže. Za nejzávažnější zdravotní komplikaci závislosti na pervitinu, která zhoršuje léčebné vyhlídky, je považován rozvoj toxické psychózy s halucinacemi, paranoiou, agresivitou.

[76] Specificky pro uživatele heroinu je zase určena distribuce aluminiové fólie k inhalaci heroinu.

Co se týká léčby a léčebných postupů a pravidel, jednotně bylo napříč typy služeb uvedeno, že neexistují žádná pravidla, postupy, standardy či dokonce zvláštní programy pro uživatele a závislé na pervitinu. Často se objevil názor, že léčba uživatelů pervitinu se v zásadě neliší od léčby uživatelů jiných návykových látek, s výjimkou farmakoterapie. Byl zdůrazněn rovný a individuální přístup ke každému klientovi a zásadní význam zakázky a potřeb ze strany klienta, stanovení individuálních cílů, plánů a kontraktů léčby a navázání a udržení vztahu mezi klientem a terapeutem.

Komunikace s uživateli pervitinu je při prvním kontaktu obvykle složitá, první kontakt bývá spojen s krizí a s poskytnutím krizové intervence. Specifickým problémem uživatelů pervitinu je, že nemívají náhled na vlastní situaci a motivaci ke změně. Úspěšnost léčby je u obou skupin vnímaná jako srovnatelná, objevil se však i názor, že u závislých na pervitinu je úspěšnost léčby vyšší. Často byl zmíněn vliv a význam stabilizace uživatelů opiátů v substitučním programu, který pro uživatele pervitinu není k dispozici. Bylo také zmíněno, že uživatelé pervitinu častěji odcházejí z léčby brzy po nástupu a absolvování prvních konzultací; pokud však v léčbě setrvají, je úspěšnost vysoká („u pervitinu je selhávání v léčbě většinou hned na počátku, heroinisty drží v léčbě substituční terapie“).

V otázkách důvěry neviděli odborníci mezi uživateli opiátů a pervitinu významný rozdíl. U uživatelů pervitinu bývá menší spolehlivost v dodržování termínů, proto bývá v první fázi léčby dohodnuta častější frekvence docházky a kontaktu s klientem. Pracovníci kontaktních center vyjádřili názor, že klienti užívající pervitin vstupují méně často do individuálního motivačního poradenství, mají méně referencí do léčby.

Vzhledem k nízkému věku uživatelů pervitinu je v průběhu léčby častým tématem vztah s rodiči a rodinnými příslušníky a separace od původní rodiny; proto se v případě uživatelů pervitinu častěji pracuje s celou rodinou v rámci rodinné terapie. V mladším věku přicházejí uživatelé pervitinu často pod tlakem rodinných příslušníků a retence v léčbě je nízká, v péči často zůstává rodina jako celek. Ve starším věku uživatelé pervitinu přicházejí už s vytvořeným náhledem, ale často se závislostí na dalších drogách; stav starších uživatelů pervitinu však bývá často komplikován psychotickou symptomatologií, což zhoršuje prognózu. Psychotický stav je standardně řešen farmakologicky v lůžkové psychiatrické/AT péči.

Pracovníci detoxifikačního oddělení uvedli, že uživatelé pervitinu velice často přicházejí nedobrovolně (např. v doprovodu policie) ve stavu akutní toxické psychózy, kdy je typická agresivita vůči sobě i okolí; z důvodu akutního psychotického stavu je nutno pacienty často omezit v pohybu, komunikace je obtížná a péči často zcela odmítají.

V ústavní psychiatrické péči na odděleních pro léčbu závislostí nejsou uživatelé pervitinu odděleni, režim a programové aktivity jsou společné, nicméně je opět zdůrazňován individuální přístup k pacientům/klientům. Léčebné principy a postupy jsou kromě již zmiňované farmakoterapie v zásadě stejné. U uživatelů opiátů byla zmíněna problematičtější léčba abstinenčního syndromu a detoxifikace. U uživatelů pervitinu jsou zkušenosti s problematičtějším zapojením do terapeutické skupiny v důsledku zvýšené interpersonální vztahovačnosti, budování terapeutického vztahu bývá opatrnější. Byl vysloven názor, že v posledních letech je poptávka po ústavní léčbě vyšší u uživatelů pervitinu než u uživatelů opiátů (což může souviset s vyšší dostupností ambulantní substituční léčby pro uživatele opiátů). V délce hospitalizace nejsou mezi uživateli drog zásadní rozdíly.

Byla zmíněna specifika ve farmakoterapii závislých na pervitinu, i když bylo opět opakovaně zdůrazněno, že léčba případné psychiatrické komorbidity u uživatelů různých psychoaktivních látek bývá podobná a je třeba volit individuální postup podle stavu konkrétního pacienta. U uživatelů pervitinu bylo opakovaně zmíněno podávání diazepamu při (doznívající) intoxikaci; dále je často uváděna léčba stabilizátory nálady (např. lamotrigin), antidepresivy a anxiolytiky (zmíněny bupropion, trazodon, léky ze skupiny SSRI nebo SSRE). Při rozvoji psychotické symptomatologie jsou podávána atypická antipsychotika (risperidon, olanzapin, melperon). Pro srovnání, u uživatelů opiátů jsou pravidelně podávány nebo předepisovány substituční přípravky, a to ve fázi detoxifikace nebo udržovací léčby, dále byla u opiátů zmíněna častější léčba spazmolytiky, antikonvulzivy, hypnotiky a benzodiazepiny (jako krátkodobá alternativa substitučních opioidů).

V ČR není (dosud) realizována tzv. incentivní terapie (contingency management). Jedna z otázek v průzkumu mezi psychiatry/AT specialisty se týkala názoru na tento typ léčby a případně motivační nástroj u uživatelů pervitinu. Často byl vyjádřen názor, že uživatelé drog by neměli dostávat za léčbu žádnou hmotnou odměnu, otázku na odměnu považovali respondenti dokonce za absurdní. Psychiatři se opakovaně vyjádřili, že odměnou by měla být léčba jako taková a její kvalita, a dále možnost zlepšení situace a osobnostního růstu pacienta. Přesto někteří psychiatři označili hmotné odměny za možný způsob motivace, z nabízených variant byly za nejvhodnější považovány nejčastěji poukázky na odběr zboží, případně zboží samotné, nikoliv však peníze. Jako další možné odměny byla navržena potvrzení pro soud, že se pacient léčí, nebo vstup do resocializačních programů i v případě nedostatku vlastních finančních prostředků. Žádné uvedené motivační prvky se nezdály být specifické pouze pro pervitin.

12.3.2.1 Substituční léčba závislosti na metamfetaminu

V r. 2004 byla publikována práce o perorální substituci pervitinu derivátem amfetaminu metylfenidátem (Ritalin®). Ritalin® je používán při léčbě hyperaktivity dětí s poruchou pozornosti (ADHD), obezity, narkolepsie a rezistentní deprese. Poprvé byl autorem článku metylfenidát použit pro substituci pervitinu v r. 1995. Je

popsána kazuistika muže narozeného v r. 1972, kterému byla ještě před podáváním metylfenidátu autorem článku ordinována také další stimulancia jako fenmetrazin, dexfenmetrazin (v ČR již nejsou na trhu) a anorektikum fentermin (Adipex Retard®). V průběhu léčby došlo k několika relapsům, léčba metylfenidátem trvala téměř půl roku, 6 týdnů po jejím ukončení došlo opět k recidivě. V době publikování článku pacient 2 roky abstinoval od pervitinu a socializoval se, i když zůstal v následné péči pro zvýšenou konzumaci alkoholu. Byla definována pravidla pro bezpečnou léčbu: správná indikace, informovaný souhlas, nízké dávkování 10–20 mg denně, komplexní léčba včetně psychoterapie, kontrola léčby, podmínky ukončení léčby a následná péče. Práce na závěr konstatuje, že při užívání léků se stimulačním účinkem je možné dosáhnou abstinence, která může přetrvávat i po skončení léčby (Hampl, 2004).

V průzkumu mezi psychiatry/AT specialisty bylo zjištěno, že substituci metylfenidátem v indikovaných případech provádějí v ČR dva lékaři. Bylo zdůrazněno, že pro pozitivní efekt je nutný pečlivý výběr pacientů. Podávané dávky jsou do 60 mg metylfenidátu denně; po vysazení metylfenidátu byla popsána jednorázová pozitivní zkušenost s následnou léčbou bupropionem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009g).

13 Léčba a péče o starší uživatele drog

Cílem této kapitoly je popsat výskyt, trendy a charakteristiky starších uživatelů drog v léčbě i mimo ni a popsat specifické služby, které jsou pro tyto starší uživatele určeny. Starším uživatelem drog se pro účely této kapitoly rozumí uživatel ve věku 40 a více let.

Podle střední varianty prognózy, kterou vypracoval Český statistický úřad (Český statistický úřad , 2004), budou v r. 2050 v ČR osoby ve věku nad 65 let tvořit 31 % populace. Demografické stárnutí populace je v posledních několika desetiletích patrné ve všech průmyslově vyspělých zemích a je důsledkem snižující se porodnosti a růstu střední délky života, který souvisí se zlepšující se zdravotní péčí a kvalitou života. Podle dostupných dat stárne v ČR také populace uživatelů drog.

Zvyšuje se průměrný věk osob v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními pro uživatele drog a roste i počet starších léčených uživatelů drog, nicméně jejich podíl je stále relativně nízký. Ve věku 40 a více let je ve srovnání s mladšími uživateli drog více nezaměstnaných a osob bez domova, častěji jde o uživatele s vyšším vzděláním.

Zvyšující se průměrný věk problémových uživatelů drog však nelze vysvětlit pouze stárnutím obecné populace. Významnou roli v této souvislosti hraje systém služeb zaměřených na prevenci a léčbu závislostí, infekčních chorob či předávkování u uživatelů drog. Česká protidrogová politika dosud nicméně na stárnutí populace uživatelů drog nereaguje ani formulací specifických opatření, ani jejich realizací. V ČR funguje pouze jedno specializované zařízení pro starší uživatele nealkoholových drog. Se specifickými obtížemi v průběhu kontaktu a léčby starších klientů se naprostá většina stávajících programů vyrovnává v rovině individuálních požadavků a potřeb. Pro seniory závislé na alkoholu fungují v ČR 4 domovy důchodců se speciálním režimem.

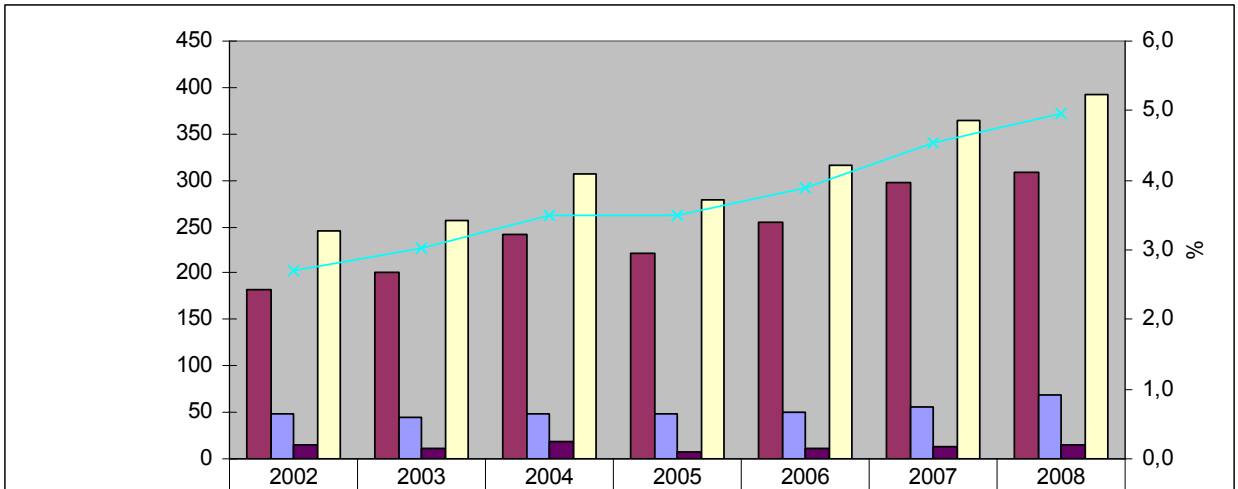
13.1 Stárnutí uživatelů drog

13.1.1 Trendy stárnutí uživatelů drog v léčbě a mimo ni

Průměrný věk uživatelů drog v kontaktu s léčebnými službami v ČR roste. Podle dat ze závěrečných zpráv nízkoprahových zařízení bylo v r. 2002 klientům těchto služeb v průměru 22 let, v letech 2007 a 2008 už to bylo 26 let – viz také podkapitolu Nízkoprahové harm reduction programy (str. 60). Roste také průměrný věk osob žádajících o léčbu v síti poradenských a léčebných zařízení – viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 28).

Počet osob ve věku 40 a více let evidovaných v Registru žádostí o léčbu[77] roste – v r. 2002 vyhledalo služby léčebných zařízení 240 osob, o šest let později už to bylo 392 osob. Nicméně podíl čtyřicátníků a starších uživatelů drog mezi žadateli o léčbu nepřesáhl v žádném ze sledovaných roků 5 % – obrázek 13-1.

obrázek 13-1: Počet a podíl žadatelů o léčbu ve věkových kategoriích 40 a více let na všech žadatelích o léčbu v r. 2002–2008, v % (Studničková, 2009a)

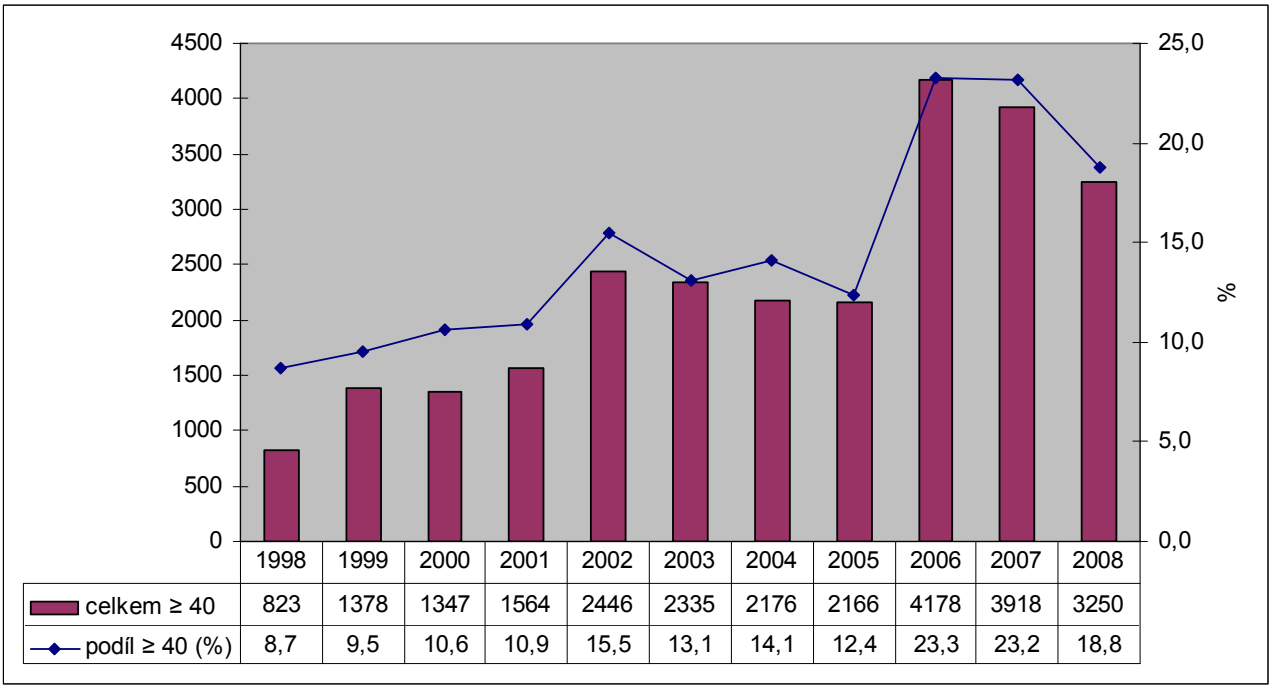


	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
40–49	183	200	241	222	254	297	309
50–59	48	44	48	49	50	55	68
≥ 60	15	12	18	8	12	13	15
≥ 40 celkem	246	256	307	279	316	365	392
podíl ≥ 40 (%)	2,7	3,0	3,5	3,5	3,9	4,5	5,0

[77] O Registru žádostí o léčbu je pojednáno v kapitole 5 VZ. Pro ilustraci trendů a charakteristik uživatelů od 40 let věku v léčbě byla použita data o všech žádostech, případně o všech žadatelích o léčbu v roce 2008.

Data o ambulantně léčených uživatelích drog (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009b) rovněž vykazují rostoucí trend počtu osob ve vyšším věku. Zatímco v r. 1998 tvořily osoby ve věku od 40 let 9 %, v r. 2008 už dosáhla tohoto věku téměř pětina ambulantně léčených – obrázek 13-2; nicméně mezi lety 2006 a 2008 počet i podíl ambulantně léčených starších uživatelů drog opět poklesl.

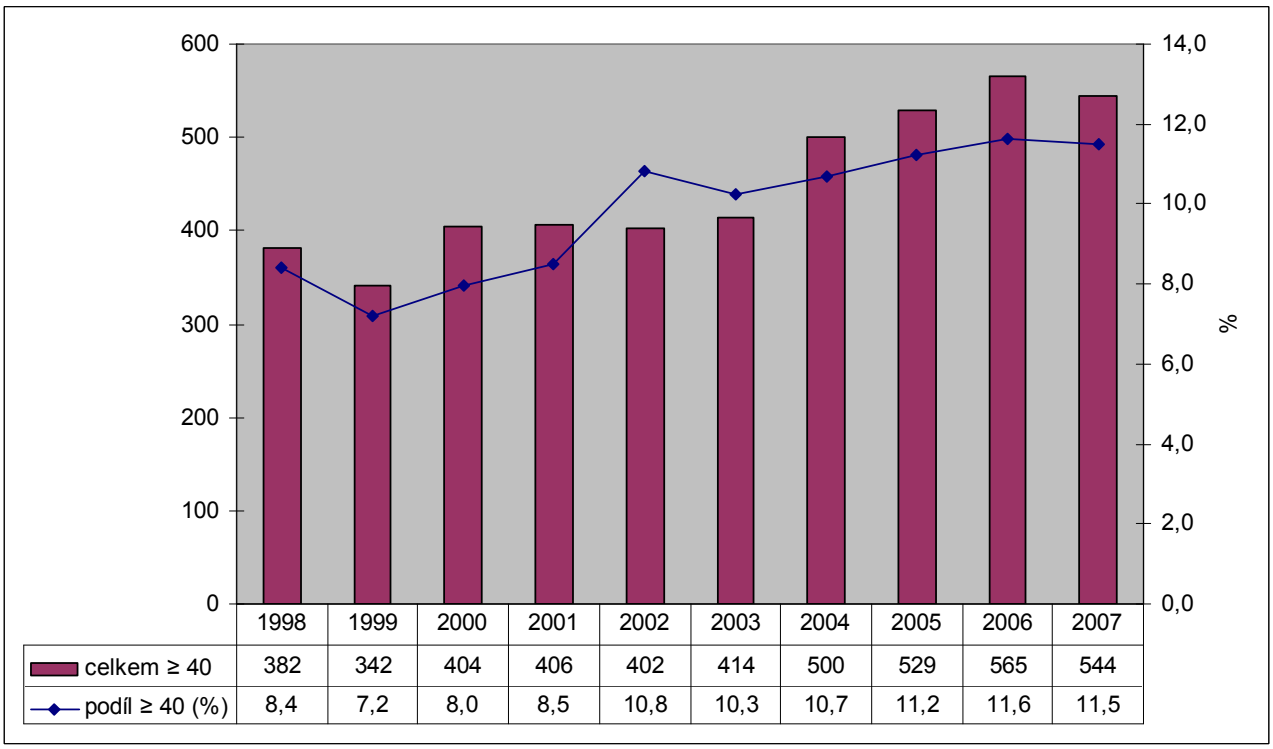
obrázek 13-2: Počet a podíl ambulantně léčených uživatelů drog ve věku 40 a více let v r. 1998–2008 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009b)



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
celkem ≥ 40	823	1378	1347	1564	2446	2335	2176	2166	4178	3918	3250
podíl ≥ 40 (%)	8,7	9,5	10,6	10,9	15,5	13,1	14,1	12,4	23,3	23,2	18,8

Od r. 1998 roste počet i podíl starších uživatelů drog mezi pacienty hospitalizovanými v psychiatrických lůžkových zařízeních (na odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách) – obrázek 13-3.

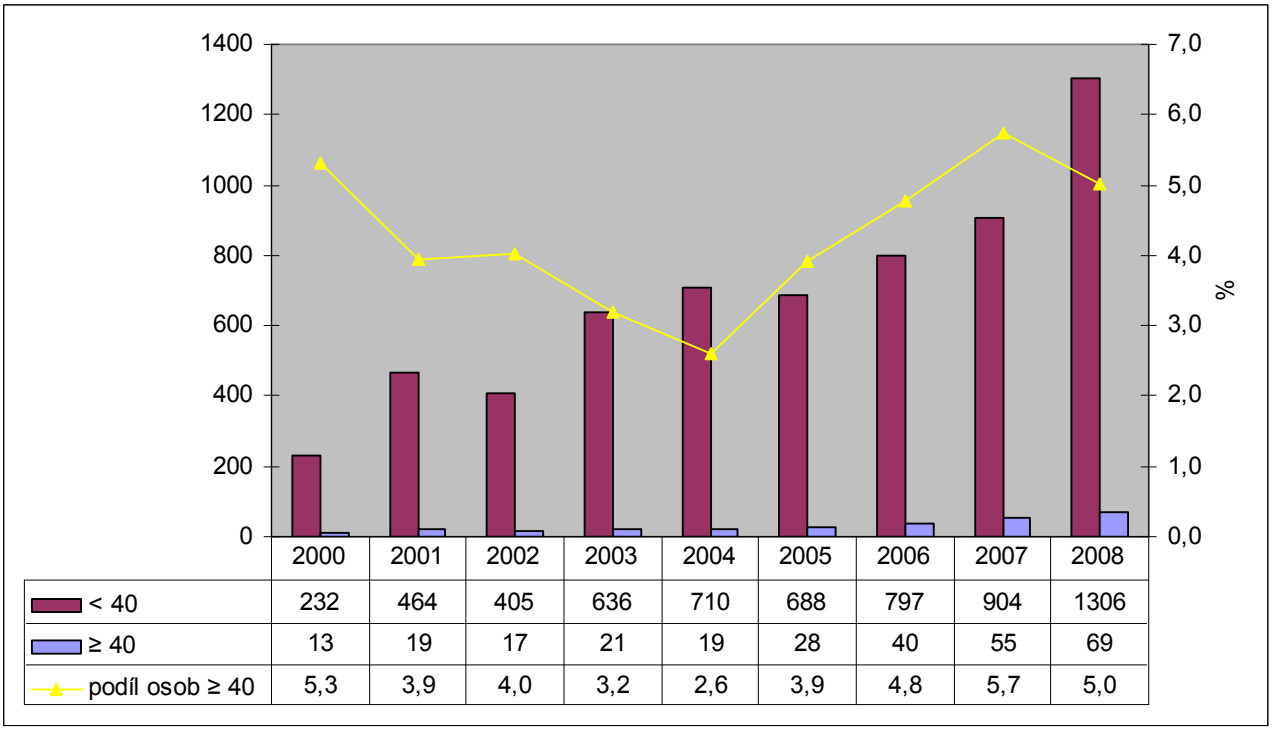
obrázek 13-3: Počet a podíl uživatelů drog ve věku 40 a více let hospitalizovaných v lůžkových psychiatrických zařízeních v r. 1998–2007 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009b)



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
celkem ≥ 40	382	342	404	406	402	414	500	529	565	544
podíl ≥ 40 (%)	8,4	7,2	8,0	8,5	10,8	10,3	10,7	11,2	11,6	11,5

Rovněž počet starších pacientů v substituční léčbě evidovaných v NRULISL od r. 2000 roste – obrázek 13-4. Je nicméně patrné, že nárůst starších uživatelů souvisí s celkově vyšší poptávkou po substituční léčbě a i tady se podíl léčených pacientů ve věku od 40 let pohybuje kolem 5 %.

obrázek 13-4: Počet pacientů léčených ve specializovaných substitučních centrech v r. 2000–2008 podle věku a podíl osob ve věku od 40 let na všech pacientech substituční terapie, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009b)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
< 40	232	464	405	636	710	688	797	904	1306
≥ 40	13	19	17	21	19	28	40	55	69
podíl osob ≥ 40	5,3	3,9	4,0	3,2	2,6	3,9	4,8	5,7	5,0

V nízkoprahových zařízeních byla v rámci různě zaměřených studií v uplynulých letech sbírána data o klientech, která rovněž poskytují orientační informaci o věkové struktuře problémových uživatelů drog – tabulka 13-1. Ačkoliv vzorek v žádné z uvedených studií nepocházel z pravděpodobnostního výběru, nýbrž byl založen na dostupnosti a ochotě respondentů, lze tyto údaje chápat jako indikátor stárnutí populace uživatelů drog.

tabulka 13-1: Věk respondentů v průzkumech mezi klienty nízkoprahových zařízeních v ČR v r. 2002–2008 (Mravčík et al. 2009; Větrovec and Porubský, 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008c; Šejvl, 2008)

Ukazatel	**2002–2003**	**2007**	**2008**	**2008**
Průměrný věk	24,6	27,5–28,0	27,8	28,7
Podíl osob >= 40	4 %	n.a.	7 %	8 %
Počet osob ve studii	757	583	677	730
Územní pokrytí	Celá ČR	Praha	Celá ČR	Praha

Osoby ve věku 40 a více let tvoří dlouhodobě přibližně 10–20 % všech smrtelných předávkování na pouliční drogy (nelegální a těkavé látky) a cca 70 % všech smrtelných předávkování léky – tabulka 13-2. Průměrný věk předávkovaných pouličními drogami je v jednotlivých letech 30–33 let, podíl mužů je cca 80–90 %; u předávkování léky je průměrný věk 48–50 let a podíl mužů cca 50–60 % – viz také VZ 2007.

tabulka 13-2: Předávkování na pouliční drogy a léky v r. 2003–2008 – podíl osob ve věku 40 a více let (Mravčík et al. 2008; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2009)

Látka		**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Pouliční drogy	Celkem případů	53	56	59	37	40	44
	Podíl osob >= 40 (%)	22,6	16,1	16,9	21,6	20,0	11,4
Léky	Celkem případů	167	171	156	170	173	194
	Podíl osob >= 40 (%)	74,3	71,3	68,6	72,9	68,2	70,6

13.1.2 Faktory související se stárnutím a rostoucím věkem uživatelů drog

V ČR dosud nebyla provedena žádná studie, která by se zabývala faktory přispívajícími ke stárnutí populace problémových uživatelů drog. Několik studií, které se tématu dotýkají, je nicméně plánováno. Připravuje se kvalitativní studie s dlouholetými uživateli drog pracovně nazvaná Toxikomanie: 70. a 80. léta v ČR. Cílem studie by mělo být zmapovat pomocí životopisných polostrukturovaných interview osudy generace uživatelů drog z doby od 70. let do poloviny 90. let minulého století. Kromě zaměření na kontext problémového užívání drog v prostředí socialistického Československa se studie bude zabývat i průběhem drogové kariéry a potenciálními faktory přispívajícími k abstinenci či přežití.

Do výběrového řízení Interní grantové agentury MZ byla na r. 2009–2011 přihlášena výzkumná studie Účinné behaviorální strategie prevence krví a sexuálním stykem přenosných virových onemocnění v populaci chronických

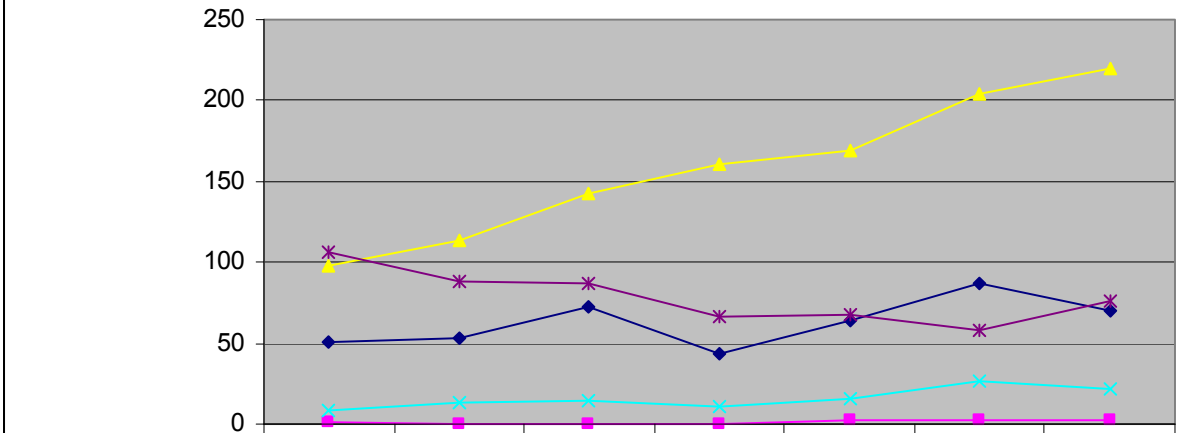
injekčních uživatelů drog, která je českou variantou studie Staying Safe (Friedman et al. 2008). Cílem této studie je zjistit, jakým způsobem se uživatelům s dlouhou drogovou kariérou podařilo předejít nákaze, resp. rizikovým faktorům. Design studie Staying Safe byl vyvinut v New Yorku a v současné době jsou národní varianty studie ve stadiu příprav či realizace ještě ve Velké Británii, Španělsku, Austrálii, Kanadě a Argentině.

13.2 Užívání drog a další charakteristiky starších uživatelů drog

V rámci studie na zjištění multiplikátoru pro prevalenční odhady v r. 2008 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008c) byly sledovány jedna nebo více primárních drog užívaných klienty nízkoprahových zařízení a to, zda klient užívá drogy injekčně. Mezi osobami ve věku 40 a více let bylo signifikantně více osob užívajících pervitin (80 % oproti 68 % mezi mladšími uživateli) a zároveň méně osob, které uvedly užívání opiátů/opioidů (17 % oproti 25 % v případě heroinu; 19 % oproti 11 % u Subutexu®). S ohledem na podíl injekční aplikace se obě skupiny klientů nelišily.

Vyšší výskyt osob preferujících stimulační drogy mezi staršími uživateli drog dokládají i data z registru žádostí o léčbu hygienické služby (Studničková and Petrášová, 2009; Studničková, 2009a). Jak ukazuje obrázek 13-5, počet starších osob léčených v souvislosti se stimulancii od r. 2002 roste, zatímco počet žádostí o léčbu v souvislosti s jinými drogami zůstává stabilní. V r. 2008 požádalo o léčbu v této věkové kategorii v souvislosti s opiáty 27 % žadatelů (18 % heroin a 3 % substituční preparáty metadon nebo Subutex®) a v souvislosti se stimulancii 56 % žadatelů; 6 % jich vyhledalo služby léčebných zařízení kvůli konzumaci konopných drog. Většina starších uživatelů žádajících o léčbu (70 %) si aplikovala drogu injekčně.

obrázek 13-5: Počty léčených osob ve věku 40 a více let podle druhu drogy (Studničková, 2009a)



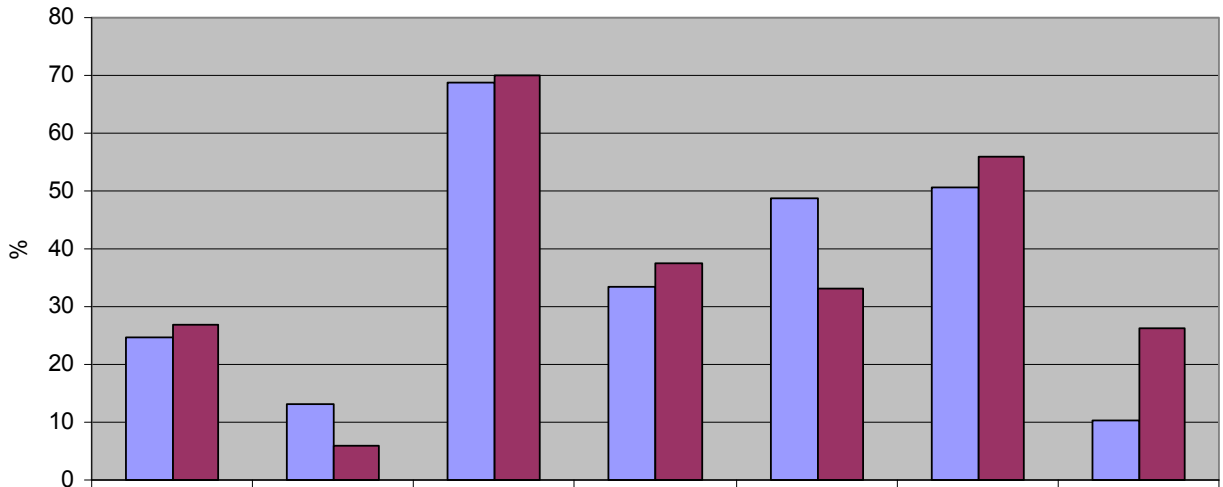
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Heroin	51	53	73	44	64	87	70
Kokain	1	0	0	0	3	2	2
Stimulanty	98	114	142	161	169	204	220
Konopné látky	9	13	15	11	16	26	22
Ostatní drogy	106	88	87	66	68	58	76

Data z registru žádostí o léčbu obsahují i údaje o některých dalších charakteristikách uživatelů drog. Většina starších uživatelů žádá o léčbu opakovaně – ve srovnání se žadateli ve věku do 39 let, mezi kterými činí první žádosti 49 % všech žádostí, jsou starší uživatelé prvožadateli pouze ve 32 % všech žadatelů v příslušném věku. Osoby ve věku 40 a více let zároveň častěji vyhledají léčbu samy (61 % žadatelů oproti 52 % v mladší věkové skupině).

Naprostou většinu (84 %) starších žadatelů o léčbu tvoří muži. Více než třetina (35 %) starších žadatelů o léčbu žije sama, necelá pětina (17 %) s partnerem a 14 % žije s přáteli; 8 % žije s rodiči. V této věkové skupině je více osob bez domova (26 %) a méně jich má stabilní ubytování (33 %). Více než polovina (56 %) je bez zaměstnání. Starší uživatelé mají vyšší vzdělání – mezi osobami nad 40 let má 33 % základní vzdělání, 47 % dokončilo nějakou střední školu nebo učiliště a 5 % má vyšší úroveň vzdělání. Srovnání starších a mladších uživatelů drog s ohledem na vybrané charakteristiky ukazuje obrázek 13-6.

Mezi hospitalizovanými pacienty psychiatrických léčeben ve věku nad 40 let je podíl nezaměstnaných od r. 1998 stabilní a pohybuje se relativně vysoko mezi 72 % a 80 % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2009b).

obrázek 13-6: Vybrané charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2008 podle věku, v % (Studničková, 2009a)



	Opiáty	Konopí	Injekční aplikace	Denní užívání	Základní vzdělání	Nezaměstnaní	Bezdomovci
< 40	24,8	13,1	68,9	33,3	48,8	50,6	10,3
≥ 40	26,9	5,9	69,9	37,5	33,1	56	26,4

13.3 Léčba a péče o starší uživatele drog

13.3.1 Strategie a politika

Vláda schválila usnesením ze dne 9. 1. 2008 č. 8 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012 (Kvalita života ve stáří), který navazuje na obdobný dokument platný v letech 2003–2007 a reaguje na demografické stárnutí populace, vymezuje principy přístupu ke starším osobám a definuje řadu opatření. Drogovou problematikou se dokument zabývá pouze z hlediska prevence sociálního vyloučení: „Duševní zdraví a kvalita sociálních vztahů zvyšuje pevnost celkového zdraví, odolnost a adaptabilitu člověka. Deprese zvyšuje riziko zneužívání alkoholu a drog, riziko sebezanedbávání, ztěžuje zvládání změn ve stáří a je rizikovým faktorem sociálního vyloučení."

Protidrogová politika je v ČR definována aktuálně v Národní strategii 2005–2009 a v Akčním plánu 2007–2009. Žádný z uvedených dokumentů nepředpokládá existenci specifické skupiny uživatelů definované vysokým věkem, a tudíž z nich ani nevyplývají cíle či úkoly zaměřené na starší uživatele drog.

13.3.2 Opatření zaměřená na řešení zdravotních a sociálních důsledků

V současné době se na léčbu starších uživatelů nelegálních drog specializuje pouze jedno léčebné zařízení, a to Terapeutická komunita Němčice (o.s. SANANIM). Věkový průměr nově přijatých klientů do Terapeutické komunity Němčice v roce 2008 byl 32 let u mužů a 31 let u žen (SANANIM, o.s. 2009), přičemž průměrný věk všech žadatelů o léčbu v ČR v roce 2008 byl 25,9 let (obrázek 5-5 na str. 40) a průměrný věk klientů terapeutických komunit v ČR v r. 2008 byl 23,8 let (tabulka 5-12 na str. 46).

V ČR existuje zvláštní typ zařízení sociální péče – domovy důchodců se zvláštním režimem; 4 z nich jsou určeny seniorům trpícím závislostí na alkoholu; klienty závislé na nelegálních drogách nepřijímají. Stávající nízkoprahové, ambulantní a rezidenční programy pro uživatele drog nicméně potenciální klienty kvůli věku nediskriminují a mohou je tedy využívat i osoby nad 40 let. Narozdíl od jiných skupin uživatelů drog (např. žen), pro které fungují v některých zařízeních specializované skupiny či programy, se s klienty ve vyšším věku nijak systematicky nepracuje. Starší uživatelé drog bývají – bez ohledu na to, zda je jejich příčinou užívání drog nebo vysoký věk – léčeni v běžných zdravotnických zařízeních.

NMS provedlo v květnu a červnu 2009 v rámci přípravy speciálních kapitol této výroční zprávy dotazníkový průzkum s cílem zjistit, jaká jsou specifika péče o uživatele pervitinu a o uživatele drog nad 40 let. Dotazník vyplnilo 15 zařízení – 10 ambulantních programů, 2 nízkoprahová zařízení, 2 metadonová substituční centra, detoxifikační zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009e).

Podíl klientů ve věku 40 a více let se ve službách, které vyplnily dotazník, pohyboval mezi 2 a 25 %[78], přičemž v některých zařízeních převažovali uživatelé pervitinu, jinde naopak uživatelé opiátů. Z odpovědí vyplývá, že klientům v uvedeném věku nejsou poskytovány žádné specifické nebo nestandardní služby. Pracovníci a lékaři

[78] Výjimkou bylo kontaktní centrum A-Klubu, kde se jednalo o 70 % klientů, všichni se ovšem potýkali se závislostí na alkoholu. Odpovědi tohoto zařízení nejsou do souhrnu zahrnuty.

z ambulantních zařízení například zdůrazňovali, že reagují v léčbě na individuální situaci klienta a jeho potřeby či požadavky a věk pro ně tudíž není rozhodující.

Vyšší věk uživatelů drog má nicméně za následek některá specifika, která byla v dotaznících zmíněna. Pracovníci nízkoprahových zařízení se například domnívají, že starší klienti jsou méně nedůvěřiví, služby umí efektivněji využívat a méně často porušují pravidla. Protože jde často o osoby bez domova nebo bez sociálního zázemí, využívají především potravinový a hygienický servis. Na druhou stranu mají nižší motivaci ke změně, závislost nezřídka považují za trvalou a nevyléčitelnou. Léčbu ani hlubší intervence starší uživatelé většinou nevyhledávají a nevyužívají; často již několika pokusy o léčbu prošli. Pokud se tak stalo ještě před r. 1989 nebo jim léčba byla nařízena, nemají v podobné intervence důvěru (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009e).

Několikrát se také objevil názor, že úspěšnost léčby je nepřímo úměrná věku a délce drogové kariéry: čím delší drogovou kariéru mají klienti za sebou, tím problematičtější je změna životního stylu, uživatelských návyků a stereotypů, častěji se objevuje i tzv. závislost na jehle. S věkem také narůstá míra somatických poškození (souvisejících s dlouhodobým injekčním užíváním) a handicapů především v sociální oblasti – mnozí starší uživatelé byli v minulosti trestáni, což snižuje jejich šance na trhu práce, často jsou velice zadluženi a chybí jim naděje. Starší klienti zařazení do substituční léčby metadonem častěji předpokládají celoživotní substituci a jsou méně schopni či ochotni abstinovat (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009e).

13.3.3 Hodnocení kvality a příklady dobré praxe

Služby pro uživatele návykových látek čerpající dotace ze státního rozpočtu podléhají systému certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog a musí naplnit kritéria péče uvedená ve standardech odborné způsobilosti – blíže viz kapitolu Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti léčby (str. 28). V obecné části standardů se mimo jiné uvádí, že klient/pacient nesmí být v přístupu ke službám diskriminován kvůli věku. Dále jsou standardy formulovány bez další specifikace charakteristik klientů a nijak se nevyjadřují ke konkrétním specifikům péče o starší uživatele a seniory.

SEZNAM TABULEK

tabulka 1-1: Poradní orgány RVKPP k červnu 2009 7
tabulka 1-2: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku podle rezortů v r. 2002–2008 (v tis. Kč) 9
tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtu krajů v r. 2002–2008 (v tis. Kč) 9
tabulka 1-4: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů v r. 2002–2008 (v tis. Kč) 10
tabulka 1-5: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2007 a 2008 10
tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2008 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace (tis. Kč) 11
tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2008 podle kategorií služeb (tis. Kč) 12
tabulka 2-1: Prevalence užití návykových látek v populaci od 15 do 64 let, v % 14
tabulka 2-2: Výsledky škály CAST podle pohlaví a věku pro osoby, které užily konopné látky během posledních 12 měsíců, v % 15
tabulka 2-3: Prevalence užití návykových látek v populaci ve věku od 15 let (celoživotní, v posledních 12 měsících a 30 dnech, v % 16
tabulka 2-4: Podíl klientů projektu Safer Party Tour 2008 , kteří uvedli zkušenost s drogou během celého života, posledních 12 měsíců a posledních 30 dní, resp. plánovali její užití na akci, kde dotazník vyplnili, v % 19
tabulka 3-1: Programy testování na alkohol a jiné drogy na základních a středních školách v 5 krajích ČR v r. 2008 22
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2008 24
tabulka 4-2: Odhad počtu problémových uživatelů drog v ČR v r. 2008 podle krajů ČR 25
tabulka 4-3: Odhad počtu problémových uživatelů drog v ČR v r. 2005–2008 podle krajů 25
tabulka 5-1: Přehled certifikovaných programů podle typů k 30. 6. 2009 30
tabulka 5-2: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v r. 2008 31
tabulka 5-3: Počet ordinací poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000–2008 32
tabulka 5-4: Počet ordinací podle počtu léčených uživatelů drog v r. 2003–2008 32
tabulka 5-5: Počet uživatelů drog (včetně uživatelů tabáku) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2003–2008 33
tabulka 5-6: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a počet jejich klientů v r. 2003–2008 33
tabulka 5-7: Počet registrovaných zařízení poskytujících substituční léčbu a počet pacientů v substituční léčbě v r. 2000–2008 34
tabulka 5-8: Ambulantní psychiatrická zařízení poskytující substituční léčbu přípravky obsahujícími buprenorfin a počty pacientů v substituční léčbě v r. 2008 podle krajů 35
tabulka 5-9: Počet psychiatrických lůžkových zařízení, jejich celková lůžková kapacita a vyžití uživateli nealkoholových drog (mimo tabáku) v r. 2000–2008 36
tabulka 5-10: Zařízení ambulantní léčby provozovaná NNO a vybrané charakteristiky jejich klientů v r. 2003–2008 43
tabulka 5-11: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2008 podle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy 44
tabulka 5-12: Terapeutické komunity a jejich klienti v r. 2003–2008 46
tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR v r. 1985–2008 podle způsobu přenosu 47
tabulka 6-2: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v r. 1994–2008 49
tabulka 6-3: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na infekce v nízkoprahových zařízeních v r. 2008 49
tabulka 6-4: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2008 podle krajů 50
tabulka 6-5: Výsledky testování žadatelů o léčbu na HIV, VHA, VHB a VHC podle jejich vlastních výpovědí v r. 2003–2008 51
tabulka 6-6: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v r. 2002–2008 52
tabulka 6-7: Nefatální intoxikace drogami v ČR v r. 2001–2008 53
tabulka 6-8: Zdravotní potíže uváděné klienty nízkoprahových programů v Praze 53
tabulka 6-9: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod v r. 2003–2008 54
tabulka 6-10: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v r. 2003–2008 – vliv alkoholu a jiných drog 55
tabulka 6-11: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2008 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví 56
tabulka 6-12: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2008 podle vybraných skupin drog a příčin smrti 57
tabulka 7-1: Klienti českých nízkoprahových zařízení v r. 2002–2008, extrapolováno na celkový počet programů 61
tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2004–2008, extrapolováno na celkový počet programů 61
tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2008 v jednotlivých krajích, extrapolováno na celkový počet programů 62
tabulka 7-4: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2008 63
tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v r. 2002–2008 podle krajů 63
tabulka 7-6: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v r. 2002–2008 65
tabulka 8-1: Počet klientů, kterým poskytli služby romští terénní sociální pracovníci v r. 2006–2008 68
tabulka 8-2: Programy následné péče dotované RVKPP v r. 2005–2008 69
tabulka 8-3: Programy ambulantní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2008 70
tabulka 8-4: Programy intenzivní následné péče dotované RVKPP a jejich klienti v r. 2003–2008 70
tabulka 9-1: Počty osob zadržených a stíhaných za drogové trestné činy v letech 2003–2008 podle různých informačních zdrojů. 72
tabulka 9-2: Počty zadržených a stíhaných osob pro drogové trestné činy v rozdělení podle paragrafů v r. 2008 72
tabulka 9-3: Počty zadržených osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů TZ v r. 2008, podle NPC 72
tabulka 9-4: Počty stíhaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů TZ, podle MS 73

tabulka 9-5: Počty obžalovaných osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů TZ 73
tabulka 9-6: Počty odsouzených osob podle hlavních typů drog a drogových paragrafů TZ 73
tabulka 9-7: Počet trestů udělených za drogové trestné činy u vybraných drogových paragrafů a drog v r. 2008 74
tabulka 9-8: Počet vybraných trestných činů spáchaných uživateli drog a jejich podíl na celkovém počtu trestných činů podle druhu. 75
tabulka 9-9: Osoby vedené PMS v souvislosti s drogovou kriminalitou v r. 2006–2008 76
tabulka 9-10: Počty osob, kterým byla soudem nařízena ochranná léčba v letech 2003–2008 77
tabulka 9-11: Počet pachatelů drogových trestných činů podle § 187–188 TZ ve vězení ke konci r. 2007 a 2008 78
tabulka 9-12: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a 2 typů specializovaných oddělení ve věznicích v ČR v r. 2006–2008 79
tabulka 9-13: Počet osob, které se účastnily substituční léčby v r. 2008 v českých věznicích, kde je substituční léčba plánována 79
tabulka 9-14: Poskytovatelé drogových služeb sdružených do sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. a vazební věznice a věznice, ve kterých v r. 2008 tyto služby realizovali 80
tabulka 10-1: Množství zachycených prekurzorů, léků s obsahem pseudoefedrinu určených pro výrobu pervitinu, odhalených varen a zadrženého pervitinu v r. 2006–2008 82
tabulka 10-2: Počet záchytů a objem zachycených hlavních typů drog v r. 2005–2008 83
tabulka 10-3: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v r. 2006–2008, v Kč 83
tabulka 10-4: Průměrné čistoty drog v letech 2005–2008, v % 83
tabulka 11-1: Potence konopných produktů v letech 2006–2008, v % 88
tabulka 11-2: Záchyty rostlin konopí podle objemu a počtu záchytů v r. 2006–2008 88
tabulka 11-3: Záchyty marihuany a hašiše podle objemu a počtu záchytů v r. 2006–2008 88
tabulka 11-4: Stíhaní, obžalovaní a odsouzení v souvislosti s konopnými látkami v r. 2006–2008 89
tabulka 11-5: Odsouzení v souvislosti s konopnými látkami podle §§ 187 a 187a v r. 2006–2008 89
tabulka 11-6: Hlavní druhy trestů za drogové trestné činy spáchané v souvislosti s konopnými látkami v letech v r. 2006–2008 89
tabulka 12-1: Prevalence užívání pervitinu mezi návštěvníky tanečních akcí v ČR v r. 2000–2007, v % 92
tabulka 12-2: Počet a podíl žadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem v r. 1995–2008 92
tabulka 12-3: Diagnózy vyskytující se v kombinaci s užíváním nelegálních návykových látek u vybraných pacientů hospitalizovaných v r. 2001–2005, v % 95
tabulka 12-4: Psychiatrické diagnózy vyskytující se v kombinaci s užíváním nelegálních návykových látek u vybraných pacientů v r. 2001–2005, v % 96
tabulka 12-5: Výskyt toxických psychóz u hospitalizovaných pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v r. 2001–2005 podle užívaných drog 96
tabulka 12-6: Příčiny úmrtí u uživatelů pervitinu a heroinu hospitalizovaných nebo substituovaných v r. 1997–2007, v % 98
tabulka 13-1: Věk respondentů v průzkumech mezi klienty nízkoprahových zařízeních v ČR v r. 2002–2008 104
tabulka 13-2: Předávkování na pouliční drogy a léky v r. 2003–2008 – podíl osob ve věku 40 a více let 104

SEZNAM OBRÁZKŮ

obrázek 2-1: Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog podle věkových skupin, v % 14
obrázek 2-2: Trendy v užívání drog v populaci od 18 do 64 let v r. 2002–2008: celoživotní prevalence vybraných drog, v % 15
obrázek 2-3: Časové srovnání odpovědí na otázku Koho byste nechtěl/a mít za sousedy?, v % 16
obrázek 2-4: Názory na vybrané aspekty drogové problematiky, v % 17
obrázek 2-5: Srovnání vybraných ukazatelů za ČR s evropským průměrem ze studie ESPAD 2007, v % 18
obrázek 2-6: Celoživotní prevalence vybraných drog u klientů Safer Party Tour 2008 a u respondentů studie Tanec a drogy 2007 19
obrázek 5-1: Distribuované množství Subutexu® a Suboxone® (v g buprenorfinu) a odhadovaný počet uživatelů těchto přípravků v r. 2000–2008 35
obrázek 5-2: Počet prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 1997–2008 38
obrázek 5-3: Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 2002–2008 39
obrázek 5-4: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 1997–2008 40
obrázek 5-5: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu podle vybraných drog v r. 2002–2008 40
obrázek 5-6: Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v r. 1997–2008 41
obrázek 5-7: Vybrané charakteristiky všech žadatelů o léčbu v r. 2002–2008 41
obrázek 5-8: Vývoj počtu uživatelů drog léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2003–2008 podle (skupin) drog 42
obrázek 5-9: Počet osob v substituci nahlášených do NRULISL v r. 2000–2008 podle pohlaví 43
obrázek 5-10: Počet hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních pro dospělé v r. 1995–2008 44
obrázek 5-11: Počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních pro poruchy způsobené užíváním opioidů, stimulancií a kombinací látek v r. 2000–2008 45
obrázek 5-12: Počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních pro poruchy způsobené užíváním ostatních drog v r. 2000–2008 45
obrázek 6-1: Hlášená incidence VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2008 48
obrázek 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2008 48
obrázek 6-3: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996–2008 48

obrázek 6-4: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2008 podle pohlaví, věku, primární drogy a délky injekčního užívání 50
obrázek 6-5: Výsledky testování žadatelů o léčbu na VHC podle jejich vlastních výpovědí v r. 2008 podle pohlaví, věku, primární drogy a délky injekčního užívání 51
obrázek 6-6: Podíl injekční aplikace u prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu, Subutexu® a pervitinu, v % 52
obrázek 6-7: Smrtelná předávkování vybranými drogami v r. 2001–2008 56
obrázek 6-8: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2004–2008 57
obrázek 9-1: Vývoj podílu osob stíhaných, obžalovaných a odsouzených podle § 187a v letech 2002-2008 72
obrázek 9-2: Skladba trestů u vybraných drogových §§ a drog v r. 2008 74
obrázek 12-1: Podíl sekundárních drog u všech žadatelů o léčbu s primární drogou pervitin 93
obrázek 13-1: Počet a podíl žadatelů o léčbu ve věkových kategoriích 40 a více let na všech žadatelích o léčbu v r. 2002–2008, v % 102
obrázek 13-2: Počet a podíl ambulantně léčených uživatelů drog ve věku 40 a více let v r. 1998–2008 103
obrázek 13-3: Počet a podíl uživatelů drog ve věku 40 a více let hospitalizovaných v lůžkových psychiatrických zařízeních v r. 1998–2007 103
obrázek 13-4: Počet pacientů léčených ve specializovaných substitučních centrech v r. 2000–2008 podle věku a podíl osob ve věku od 40 let na všech pacientech substituční terapie, v % 104
obrázek 13-5: Počty léčených osob ve věku 40 a více let podle druhu drogy 105
obrázek 13-6: Vybrané charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2008 podle věku, v % 106

SEZNAM MAP

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2008 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel) 10
mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2008 25
mapa 5-1: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2008, na 100 tis. obyvatel 39
mapa 7-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2008 61
mapa 7-2: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2008 na 1 000 obyvatel 63
mapa 8-1: Zařízení následné péče v ČR v r. 2008 69

VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU

V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané oficiální stránky klíčových institucí v oblasti drog. Vyčerpávající seznam pomáhajících organizací je uveden v aplikaci Mapa pomoci na internetových stránkách drogy-info.cz.

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí: http://www.adiktologie.cz/Casopis-Adiktologie.html

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

Aplikace pro evidenci klientů a služeb v adiktologických službách: http://www.drogovesluzby.cz

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

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze: http://www.adiktologie.cz/

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

Česká asociace streetwork: http://www.streetwork.cz/

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

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

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

Databáze služeb sociální prevence: https://www.sluzbyprevence.mpsv.cz/

Drogový informační server (provozuje o.s. SANANIM): http://www.drogy.net/

Drogová poradna (provozuje o.s. SANANIM): http://www.drogovaporadna.cz/

EXTC – webová poradna a prevence zneužívání syntetických drog: http://www.extc.cz/

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

Informační portál primární prevence (provozuje o.s. SANANIM): http://www.odrogach.cz/

Iniciativa Safer Party: http://www.saferparty.cz

Institut pedagogicko-psychologického poradenství: http://www.ippp.cz/

Institut pro kriminologii a sociální prevenci: http://www.ok.cz/iksp/

Ministerstvo spravedlnosti (portál českého soudnictví): http://portal.justice.cz/

Ministerstvo práce a sociálních věcí: http://www.mpsv.cz/

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: http://www.msmt.cz/

Ministerstvo vnitra: http://www.mvcr.cz/

Ministerstvo zdravotnictví: http://www.mzcr.cz/

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: http://www.drogy-info.cz/

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS: http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/133-narodni-program-reseni-problematiky-hivaids.html; Národní program boje proti AIDS ČR: http://www.aids-hiv.cz/

Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a vyšetřování, Policie ČR: http://www.policie.cz/clanek/narodni-protidrogova-centrala-skpv-prezentace-utvaru.aspx

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, Výbor pro zdravotnictví, Podvýbor pro problematiku civilizačních onemocnění a závislostí: http://www.psp.cz/sqw/snem.sqw?id=779

Probační a mediační služba ČR: http://www.pmscr.cz

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

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: http://rvkpp.vlada.cz

Registr poskytovatelů sociálních služeb: http://www.mpsv.cz/cs/3880

Sekce terapeutických komunit A.N.O.: http://www.terapeutickekomunity.org/

Státní zdravotní ústav: http://www.szu.cz/

Ústav farmakologie 3. LF UK – neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí: http://www.lf3.cuni.cz/drogy/

Ústav zdravotnických informací a statistiky: http://www.uzis.cz/

Vězeňská služba ČR: http://www.vscr.cz/

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: http://www.vupsv.cz/

ZKRATKY

ADHD – hyperaktivita spojená s poruchou pozornosti (attention defihyperactivity disorder)

Akční plán 2005–2006 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006

Akční plán 2007–2009 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009

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

AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislostí)

BZ – bezdrogová zóna

Centrum adiktologie – Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze

CPPT – Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.

CS 2008 – Celopopulační studie užívání psychotropních látek v ČR v r. 2008

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

ČTK – Česká tisková kancelář

DTČ – drogový trestný čin

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR

EU – Evropská unie

EWS – Systém včasného varování (early-warning system)

GŘC – Generální ředitelství cel

GŘVS – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

HS – hygienická služba

IKSP – Institut pro kriminologii a sociální prevenci

IUD – injekční uživatel(é) drog

Kraje ČR:

- PHA – Hlavní město Praha
- STC – Středočeský
- JHC – Jihočeský
- PLK – Plzeňský
- KVK – Karlovarský
- ULK – Ústecký
- LBK – Liberecký
- HKK – Královéhradecký
- PAK – Pardubický
- VYS – Vysočina
- JHM – Jihomoravský
- OLK – Olomoucký
- ZLK – Zlínský
- MSK – Moravskoslezský

LF – lékařská fakulta

Ministerstva ČR:

- MO – Ministerstvo obrany
- MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
- MS – Ministerstvo spravedlnosti
- MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
- MV – Ministerstvo vnitra
- MZ – Ministerstvo zdravotnictví

MKN-10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

MPP – minimální preventivní program

Národní strategie 2005–2009 – Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

NNO – nestátní nezisková(é) organizace

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

NRULISL – Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (registr substituce)

OLP – ochranná léčba protitoxikomanická

OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)

PMS – Probační a mediační služba ČR

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SSLST – Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie

SŠ – střední škola

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

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

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

UK – Univerzita Karlova v Praze

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

VHA – virová hepatitida typu A

VHB – virová hepatitida typu B

VHC – virová hepatitida typu C

VS – Vězeňská služba ČR

VTOS – výkon trestu odnětí svobody

VZ – Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZŠ – základní škola

REJSTŘÍK

abstinence, 29, 36, 69, 101
alkohol, 3, 5, 6, 8, 10, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 29, 32, 36, 42, 43, 44, 46, 53, 54, 55, 67, 68, 69, 76, 77, 78, 90, 101, 106, 112
aluminiová fólie, 26, 63, 99
amfetamin, 3, 5, 14, 16, 18, 19, 27, 35, 53, 82, 90, 91, 92, 100
analýza, 21, 53, 59, 69, 96, 97
Anonymní alkoholici, 70
Anonymní narkomané, 70
Asociace nestátních organizací (A.N.O) zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 80, 111, 112
AT poradny, 2, 32, 77
bezdrogové zóny, 71, 78
braun, 91
buprenorfin, 2, 28, 33, 34, 35, 42, 45, 47, 55, 57, 78
cena drog, 83, 86
Centrum adiktologie 1. LF UK a VFN, 5, 10, 13, 20, 26, 30, 51, 59, 65, 111, 112
Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR, 16, 17
certifikace, 7, 8, 20, 28, 30, 31, 107
crack, 51, 53, 82, 92
Česká asociace streetwork, 111
čistota drog, 3, 81, 83, 87, 88, 94
děti, 20, 21, 22, 23, 26, 29, 36, 42, 45, 69, 76, 91, 96, 100
doléčování, 9, 30, 33, 36
dopravní nehoda, 2, 47, 53, 54, 57, 97
držení drogy, 4, 72, 74, 85, 98
ESPAD (školní průzkum, 1, 17, 18, 91, 112
evaluace, 6, 18, 20, 21
Evropská unie, 1, 7, 8, 15, 21, 112
Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), 24, 27, 37, 84, 112
extáze, 1, 2, 14, 15, 17, 18, 37, 47, 53, 54, 55, 56, 57, 78, 81, 82, 83, 92
FreeBase, 37
Generální ředitelství cel, 8, 9, 10, 11, 12, 81, 112
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 71, 77, 78, 112
GHB, 19
halucinogeny, 2, 44, 47, 55, 56, 95, 96
harm reduction, 1, 3, 4, 7, 8, 9, 22, 30, 31, 33, 37, 59, 60, 64, 65, 90, 98, 99, 102
hepatitida, 2, 46, 47, 49, 58, 66, 112
heroin, 2, 3, 13, 14, 17, 18, 19, 24, 25, 26, 28, 38, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 51, 52, 53, 55, 57, 60, 61, 63, 67, 69, 70, 81, 82, 83, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 105
HIV/AIDS, 2, 47, 49, 51, 59, 62, 64, 65, 66, 96, 97, 98, 111
hospitalizace, 2, 28, 36, 43, 44, 45, 47, 52, 58, 95, 96, 98, 100
hygienická služba, 26, 37, 52, 53, 62, 67, 75, 94, 95, 105, 112
imunita, 95
incidence, 24, 37, 47, 48, 97
internetová poradna, 111
intoxikace, 2, 27, 31, 35, 47, 52, 53, 58, 95, 97, 100
kapacita, 36, 45, 59, 69, 70, 79
kokain, 13, 18, 37, 44, 54, 55, 56, 69, 90, 96
komorbidita, 3, 31, 53, 66, 90, 95, 96, 100
kondom, 22, 60, 99
konopí, 2, 3, 5, 67, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88
konopné látky, 1, 2, 3, 4, 5, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 27, 28, 37, 38, 42, 43, 44, 45, 47, 53, 54, 60, 61, 71, 72, 73, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 95, 96, 99, 105
  hašiš, 3, 14, 16, 18, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88
  marihuana, 1, 3, 14, 16, 17, 18, 23, 26, 67, 69, 78, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88
kriminalita, 4, 6, 7, 8, 26, 27, 71, 75, 76, 85, 88, 98, 112
  drogová, 2, 5, 6, 71, 72, 73, 74, 77, 78, 84, 88, 89, 112
    sekundární, 75
léčba, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 12, 20, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 45, 46, 50, 57, 58, 59, 60, 62, 66, 69, 70, 71, 76, 77, 78, 79, 90, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 107, 111, 112
  ambulantní, 4, 8, 9, 12, 23, 29, 32, 33, 36, 37, 42, 43, 70, 71, 76, 77, 78, 80, 91, 100, 106
  lůžková, 8, 9, 12, 28, 29, 30, 31, 36, 71, 79, 100
  ochranná, 76, 77, 112
  rezidenční, 36, 37
  substituční, 2, 8, 9, 12, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 43, 62, 66, 78, 79, 99, 100, 107, 112
legalizace, 23
legislativa, 4, 28, 29, 85
léky, 1, 2, 3, 4, 5, 18, 26, 27, 33, 35, 53, 55, 56, 65, 66, 81, 82, 90, 91, 94, 100, 101, 104, 112
LSD, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 53, 82, 83
lysohlávky, 13, 15, 18, 69
menšiny, 18, 22, 67
metadon, 2, 33, 34, 47, 55, 56, 57, 71, 79, 99, 105, 106, 107
Ministerstvo
  financí, 11, 12, 112
  obrany, 8, 9, 10, 11, 12, 112
  práce a sociálních věcí, 8, 9, 10, 11, 12, 31, 70, 111, 112
  spravedlnosti, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 71, 72, 73, 74, 111, 112
  školství, mládeže a tělovýchovy, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 21, 76, 111, 112
  vnitra, 8, 76, 111, 112
  zdravotnictví, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 31, 34, 59, 66, 77, 104, 111, 112
mladiství, 36, 45, 74, 91
množství větší než malé, 1, 4, 5, 85, 88, 98
morfin, 57
mortalita, 55, 57, 58, 97
náklady, 8, 10, 21, 23
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), 3, 7, 8, 13, 21, 26, 32, 34, 37, 55, 56, 64, 75, 84, 87, 95, 96, 99, 106, 111, 112
Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 8, 9, 10, 11, 12, 71, 72, 75, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 94, 112
Národní strategie protidrogové politiky, 1, 4, 6, 78, 112
následná péče, 1, 4, 8, 9, 29, 30, 31, 37, 67, 69, 70, 78, 84, 94, 101
nízkoprahová zařízení, 2, 3, 24, 29, 37, 49, 50, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 93, 94, 97, 99, 102, 104, 105, 106, 107
NNO (nestátní neziskové organizace), 8, 9, 12, 20, 21, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 42, 43, 71, 80, 94, 112
obvinění, 71, 77, 78
obžalovaní, 71, 73, 84, 88
očkování, 48, 59, 62
odhad, 58, 75, 92
  prevalence, 92, 93, 105
odnětí svobody, 2, 46, 71, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 112
odsouzení, 71, 73, 77, 78, 84, 88, 89
ohrožené skupiny, 20
pervitin, 1, 2, 3, 5, 7, 13, 14, 15, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 35, 37, 38, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 51, 52, 53,

54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 78, 80, 81, 82, 83, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 105, 106
Policie ČR, 1, 4, 8, 47, 71, 74, 82, 111, 112
politika drogová, 4, 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 28, 29, 31, 78, 102, 111, 112
poradenství, 8, 9, 12, 22, 23, 29, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 71, 78, 100, 111
prevalence, 1, 14, 15, 16, 18, 24, 47, 49, 50, 85, 91, 97
  celoživotní, 15, 18, 84, 85, 91
  problémového užívání, 24
  v posledním roce, 91
prevence, 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 18, 20, 21, 22, 26, 27, 29, 33, 37, 59, 60, 65, 66, 68, 70, 71, 76, 78, 80, 88, 97, 98, 99, 102, 104, 106, 111, 112
  indikovaná, 20, 21, 22
  selektivní, 20, 22
probace, 71, 75, 76, 112
problémové užívání, 24, 27, 91
protilátky, 49, 64
průzkum
  celopopulační, 13, 15, 16, 84
  školský, 1, 17, 21, 112
předávkování, 2, 3, 47, 52, 53, 55, 56, 58, 59, 60, 80, 90, 97, 102, 104
přechovávání, 4, 5, 71, 74, 82
přestupek, 1, 4, 5, 74, 82, 84, 85
psilocybin, 13, 15, 18, 57, 69
Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 21, 31, 33, 36, 37, 42, 45, 50, 59, 60, 64, 65, 69, 70, 112
registr žádostí o léčbu, 37, 50, 90, 92, 105
rizika, 1, 14, 15, 22, 59, 64, 67, 71, 78, 84, 86, 97, 106
Rohypnol, 82
Romové, 67, 68, 69, 70, 81, 82
rozpočet, 1, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 30, 31, 33, 37, 76, 107
sociální exkluze, 68
starší uživatelé drog, 3, 67, 100, 102, 103, 105, 107
stíhaní, 2, 71, 72, 73, 84, 88
streetwork, 65, 111
Suboxone®, 2, 26, 28, 33, 34, 35
substituce, 2, 28, 34, 35, 43, 66, 100, 101, 107, 112
Subutex®, 2, 24, 25, 26, 28, 33, 34, 35, 42, 43, 51, 52, 53, 61, 67, 69, 70, 78, 82, 93, 94, 105
syfilis, 49, 64
syntetické drogy
  GHB, 19
  MDMA, 37, 53, 55, 56, 57, 83
škola, 8, 20, 21, 22, 23, 91, 111, 112
tabák, 10, 20, 21, 32, 33, 36, 42, 44, 67
taneční drogy, 56, 60, 68
těkavé látky, 1, 2, 3, 7, 18, 21, 26, 38, 44, 45, 47, 53, 54, 55, 56, 60, 61, 67, 68, 90, 95, 96, 97, 104
testování, 2, 20, 21, 22, 26, 49, 50, 51, 59, 60, 62, 64, 65, 78, 97, 99
THC, 2, 47, 53, 54, 55, 57, 78, 81, 83, 85
toluen, 7, 26, 67, 68
trest, 2, 62, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 89, 112
trestný čin, 2, 4, 6, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 84, 85, 98, 112
úmrtnost, 2, 47, 53, 55, 56, 57, 58, 60, 97, 98
vazba, 62, 67, 77, 78, 84
vězení, 6, 8, 26, 27, 31, 34, 37, 42, 60, 71, 76, 77, 78, 79, 80, 88, 98
výdaje
  investiční, 8, 11
  účelově neurčené, 10
  účelově určené, 8, 10
výměnný program, 26, 60, 62, 66, 99
záchyt, 2, 3, 71, 77, 78, 81, 82, 83, 84, 87, 88
žádost o léčbu, 37, 39, 51, 102, 105
želatinová tobolka, 59, 63, 64

ODKAZY

Adámková, Z., Jurystová, L., Gabrhelík, R. , Miovská, L. and Miovský, M. (2009) Primární prevence ve školách zapojených do projektu EUDAP2. *Adiktologie* 9 (2), 87-94.
Notes: anglický abstrakt na str. 86

Agentura pro certifikace (2009) Seznam certifikovaných zařízení. Praha: Agentura pro certifikace, IPPP.
Notes: Zpracováno pro potřeby NMS

Agentura pro sociální začleňování v romských lokalitách (2009) Situační analýza sociálně vyloučených lokalita území města Litvínova se zaměřením na sídliště Janov. Praha: Agentura pro sociální začleňování v romských lokalitách.

Aktuálně.cz (2008) Nemyslíš - zaplatíš! Emotivní kampaň zaútočí na řidiče.
Notes: http://aktualne.centrum.cz/; zobrazeno: 21. 4. 2009

Anonymní alkoholici - Česká republika . Anonymní alkoholici - Česká republika. 2009.
Notes: http://www.sweb.cz/aacesko/; zobrazeno: 2009-08

Beck, F. and Legleye, S. (2008) Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. In: EMCDDA, (Ed.) *A cannabis reader: global issues and local experiences, vol. II*, Luxembourg: EMCDDA]

Beneš, J. (2009) Virové hepatitidy 1996-2008 (EPIDAT).
Notes: Standardní tabulka EMCDDA č. 9: Infekční nemoci

Bém, P. (2003) Složky systému péče v ČR. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*, pp. 155-158. Praha: Úřad vlády ČR]

Bém, P., Kalina, K. and Radimecký, J. (2003) Vývoj drogové scény a protidrogové politiky v České republice. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*, pp. 33-40. Praha: Úřad vlády ČR]

Brožová, J. and Šťastná, L. (2009) Uživatelé drog ve statistikách ÚZIS od 60. let 20. století.
Notes: Připravováno k publikaci

Celní správa ČR (2008) Přehled záchytů OPL Celní správou ČR v r. 2007.
Notes: Nepublikováno

Celní správa ČR (2009) Informace o výsledcích činnosti Celní správy ČR za rok 2008.
Notes: http://www.cs.mfcr.cz/NR/rdonlyres/850022D9-B2C7-49BC-A910-9F2447660534/10667/vyrocni_zprava_2008.pdf. Zobrazeno: 13. 7. 2009.

Centrum pro výzkum veřejného mínění (2008) Češi a tolerance. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
Notes: Tisková zpráva z 30. 4. 2008

Centrum pro výzkum veřejného mínění (2009a) Názory občanů na drogovou závislost . Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
Notes: Tisková zpráva z 12. 6. 2009

Centrum pro výzkum veřejného mínění (2009b) Postoj veřejnosti ke konzumaci vybraných návykových látek. Praha: CVVM.
Notes: Tisková zpráva ze 8. 6. 2009

Chomutovský deník (2009) Plakáty varují před drogami.
Notes: http://chomutovsky.denik.cz/; zobrazeno 4. 8. 2009

Csémy, L. (2007) Zkušenosti mládeže s užitím nelegálních drog - výsledky studie HBSC v ČR.
Notes: Nepublikované výsledky studie.

Csémy, L., Chomynová, P. and Sadílek, P. (2008) ESPAD 07: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika 2007. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007. Praha: Úřad vlády České republiky.

Částková, J. and Beneš, Č. (2009) Increase in hepatitis A cases in the Czech Republic in 2008 an update. *EuroSurveill.* 14 (3),
Notes: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19091

Černý, M. and Lejčková, P. (2007) Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a nefunguje v primární prevenci. *Zaostřeno na drogy* 5 (2), 1-12.

Český statistický úřad (2004) Populační prognóza do r. 2050. http://czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-04 . Notes: http://czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-04 , zobrazeno 24. 8. 2009

ČT1 (2009) Léků, které obsahují pseudoefedrin, se teď prodává skoro o 3 čtvrtiny míň. *Česká televize, pořad Události* Notes: Události, odvysíláno 24.8.2009 v 19:00 hodin. Přepis pořadu z archivu NEWTON Media, a.s.

ČT24 (2009) Nemyslíš, zaplatíš! - drsná kampaň dostane pokračování. *ČT24.cz* Notes: http://aktualne.centrum.cz/domaci/zivot-v-cesku/clanek.phtml?id=617708; zobrazeno: 21. 4. 2009

ČT24.cz (2008) Festival Creamfields: Hudba z letiště a v dešti. Notes: http://www.ct24.cz/; zobrazeno: 21. 4. 2009

Decorte, T., Mortelmans, D., Tieberghien, J. and De Moor, S. (2009) Drug use: an overview of general population surveys in Europe (EMCDDA Thematic Papers). Luxembourg: Office for Offical Publications of the European Communities.

Dvořák, J. (1956) Yastilismus. *Prakt. Lék.* 36 (1), 19-20.

Friedman, S.R., Mateu-Gelabert, P., Sandoval, M., Hagan, H. and Des Jarlais, D.C. (2008) Positive deviance control-case life history: a method to develop grounded hypotheses about successful long-term avoidance of infection. *BMC Public Health*

Gabrhelík, R., Miovská, L. and Miovský, M. (2008a) Dotazníkový průzkum harm reduction intervencí v lékárnách České republiky. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)* 43 (5), 271-294.

Gabrhelík, R. and Miovský, M. (2009) Možnosti a meze současného využití sítě lékáren z hlediska jejich participace na nízkoprahových veřejnozdravotních intervencích v rámci adiktologických služeb. *Adiktologie* 9 (2), 75-84.

Gabrhelík, R., Miovský, M., Vacek, J. and Miovská, L. (2008b) Lékárny v systému veřejnozdravotní péče o injekční uživatele návykových látek. Boskovice: Albert.

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2008) Statistická ročenka VS ČR za rok 2007. Notes: http://www.vscr.cz/clanky/?cl_id=25; zobrazeno: 2008-09-05

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2009) Vyhodnocení činnosti Vězeňské služby České republiky vprotidrogové politice za období 2008. Notes: Nepublikováno

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (Odbor zdravotní služby) (2009) Údaje o aktuálním počtu evidovaných a léčených osob nemocných HBV, HCV a HIV v r. 2009. Notes: Poskytnuto pro potřeby NMS - nepublikováno.

Griffiths, P., Mravčík, V., Lopez, D. and Klempova, D. (2008) Quite a lot of smoke but very limited fire-the use of methamphetamine in Europe. *Drug and Alcohol Review* 27 (5), 236-242.

Hampl, K. (1994) Substance abuse in the Czech Republic. In: Skála, J., Kalina, K. and Bém, P., (Eds.) *Substance abuse in the Czech Republic*, Prague: International institutes on the prevention and treatment of alcoholism and drug dependence]

Hampl, K. (2004) Substituční léčba závislosti na pervitinu. *Čes. slov. Psychiat.* 100 (5), 274-278.

Havlíček, S. (2008) Pharmacies and Clandestine Production of Methamphetamine in the Czech Republic. *Adiktologie* 8 (2) - supplementum, 257(Abstract)

Helcl, I. (1957) Naše zkušenosti s yastilismem. *Prakt. Lék.* 37 (3), 123

Hibell, B., Guttormosson, U., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A. and Kraus, L. (2009) The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries . Stocholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

Janota, O. (1924) Psychosa z kokainismu kombinovaného morfinismem s halucinacemi liliputů. *Prakt. Lékař* 4, 4-105.

Janota, O. (1941) Psychotonismus (narkomanie sulfátu beta-phenylsopropylaminu. *Čs. Neurol. Psychiat* 4 (1), 57-68.
Notes: připojen abstrakt v němčině a francouzštině

Janouškovec, V. and Mravčík, V. (2009) Výdejní automaty na harm reduction materiál. Souhrn poznatků a první zkušenosti v ČR. *Zaostřeno na drogy* 7 (3), 1-8.

Jurystová, L., Gabrhelík, R. and Miovský, M. (2009) Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie* 9 (1), 11-19.

Justinová, J. and Weiss, P. (2009) Sexuální aktivity uživatelů pervitinu a Subutexu. *Čes. slov. Psychiat.* 105 (3), 115-120.

Kalina, K. (2003a) Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, pp. 78-82. Praha: Úřad vlády ČR]

Kalina, K. (2003b) Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémových uživatelům a závislým na návykových látkách, verze 7 - 2.revize. Úřad vlády ČR.

Kalina, K. (2007) Developing the System of Drug Services in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues* 37 (1), 181-204.

Kalina, K. and Bém, P. (1994) Drug problems and drug policy in the Czech Republic. In: Skála, J., Kalina, K. and Bém, P., (Eds.) *Substance abuse in the Czech Republic*, Prague: International institutes on the prevention and treatment of alcoholism and drug dependence]

Kalina, K., Douda, I., Klímová, H., Krombholz, J., Popov, P., Růžička, J. and Vodňanská, J. (2008) Spravedlivý jako palma kvést bude. Jaroslav Skála - zakladatel české adiktologie. *Zaostřeno na drogy* 6 (1), 1-12.

Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2007) Zpráva o stavu romských komunit v České republice v roce 2006. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
Notes: Zpráva schválená vládou ČR usnesením č. 679 ze dne 18. června 2007

Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2008) Závěrečná zpráva dotačního programu Podpora terénní sociální práce za rok 2007. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.

Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2009) Závěrečná zpráva dotačního programu Podpora terénní sociální práce za rok 2008. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.

Kašparová, I., Ripka, Š. and Janků, K.S. (2008) Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice - moravské lokality. Praha: Úřad vlády ČR.

Kiššová, L. (2009) Česká protidrogová politika a její koordinace. Historie a současnost. *Zaostřeno na drogy* 7 (2), 1-12.

Kooyman, M., George, D.L. and Nevšímal, P. (2004) Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj. Praha: Středočeský kraj//Magdaléna. 80-7106-876-4.

Kubů, P., Křížová, E. and Csémy, L. (2000) Anketa Semtex Dance 2000. *Tripmag* 4 , 24-30.
Notes: http://www.drogmem.cz/html/projekty/anketa.htm

Kubů, P., Škařupová, K. and Csémy, L. (2006) Tanec a drogy 2000 a 2003. Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-77-3.

Kudrle, S. (2003a) Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, pp. 145-149. Praha: Úřad vlády ČR

Kudrle, S. (2003b) Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*, pp. 91-94. Praha: Úřad vlády ČR]

Lejčková, P. and Mravčík, V. (2005) Úmrtnost uživatelů drog ČR. Souhrn výsledků kohortové studie. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 54 (4), 154-160.

Lejčková, P. and Mravčík, V. (2007) Mortality of Hospitalized Drug Users in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues* 37 (1), 103-118.

Minařík, J. (2003) Stimulancia. In: Kalina, Kamil a kolektiv, (Ed.) *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*, pp. 164-168. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti]

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2008) Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008-2010.

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2009a) Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2008 . Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.
Notes: Notes: http://portal.justice.cz/justice2/ms/ms.aspx?o=23&j=33&k=399&d=35355; 2009-07-31

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2009b) Statistiky státních zastupitelství za r. 2008: Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.
Notes: http://portal.justice.cz/justice2/MS/ms.aspx?o=23&j=33&k=400&d=35214; zobrazeno: 2009-07-31

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2009c) Trestní statistika státních zastupitelství a soudů za r. 2008: Přehledy o stíhaných, podezřelých, obžalovaných, odsouzených osobách a trestech podle drog a podle drogových paragrafů. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.
Notes: Notes: Zpracováno pro potřeby NMS

Ministerstvo vnitra ČR (2007) Strategie prevence kriminality na léta 2008 až 2011.
Notes: materiál pro schůzi vlády

Ministerstvo vnitra ČR (2009) Statistické přehledy kriminality v r. 2008. Ministerstvo vnitra ČR.
Notes: Notes: http://web.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/index.html; zobrazeno: 2008-06-08

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2008) Věstník MZ ČR částka 3/2008 - Standard substituční léčby . Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Notes: http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/617-vestnik-32008.html; zobrazeno: 2008-09-05

Ministerstvo zdravotnictví ČR, IOPL (2009) Přehled dovozu a distribuce přípravku Subutex a Suboxone v r. 2008.
Notes: Zpracováno pro potřeby NMS

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2005) Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha : Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2009a) Strategiie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009-2012. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.
Notes: http://www.msmt.cz

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2009b) Vyhodnocení programů na podporu aktivit v oblasti sociálně patologických jevů v působnosti MŠMT za rok 2008: Program I. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.
Notes: Nepublikované výsledky hodnocení Programu I.

Miovská, L., Miovský, M., Gabrhelík, R. and Adámková, T. (2009) Pilotní implementace a výsledky evaluace primárně preventivního programu Unplugged v rámci projektu EU-Dap 2 . Praha: Centrum adiktologie.
Notes: Tisková zpráva

Miovský, M. (2003) Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*, pp. 15-18. Praha: Úřad vlády ČR]

Miovský, M. (2007) Changing Patterns of Drug Use in the Czech Republic During the Post-Communist Era: A Qualitative Study. *Journal of Drug Issues* 37 (1), 73-102.

Miovský, M., Blaha, T., Dědičová, M., Dvořáček, J., Gabrhelík, R., Gabrielová, H.G.H., Hanuš, L.O., Horáček, J., Krmenčík, P., Kubů, P., Miovská, L., Ouštěcká-Neradová, A.B., Nerad, J.M., Radimecký, J., Ruman, M., Sivek, V., Šejvl, J., Šulcová, A., Vacek, J., Vopravil, J., Vorel, F. and Zábranský, T. (2008) Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium. Praha: GRADA Publishing. 978-80-247-0865-2.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., Miovská, L., Gajdošíková, H. and Vopravil, J. (2008) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007 . Praha: Úřad vlády ČR//Národní monitorovací střediskopro drogy a drogové závislosti. 978-80-870241-46-8.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Vopravil, J. and Vacek, J. (2007) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky. 978-80-87041-22-2.

Mravčík, V., Korčišová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Radimecký, J., Sklenář, V., Gajdošíková, H. and Vopravil, J. (2004) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-25-0.

Mravčík, V., Korčišová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V. and Vopravil, J. (2005a) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády ČR. 80-86734-59-5.

Mravčík, V., Lejčková, P. and Korčišová, B. (2005b) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR - souhrnný článek. *Adiktologie* 5 (1), 13-20.
Notes: abstrakt v angličtině je na str. 95.

Mravčík, V., Lejčková, P., Orlíková, B., Petrošová, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V. and Vopravil, J. (2006) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-99-4.

Mravčík, V. and Orlíková, B. (2007) Překryv klientů mezi jednotlivými nízkoprahovými programy a zneužívání buprenorfinu v Praze. *Adiktologie* 7 (1), 13-20.

Mravčík, V., Petrošová, B., Zábranský, T., Coufalová, M. and Řehák, V. (2009) Výsledky studie Séroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog. Praha: Úřad vlády ČR. 978-80-7440-003-2.
Notes: Publikováno v ediční řade e-knihovna NMS

Mravčík, V. and Zábranský, T. (2001) Sekundární analýza školních dotazníkových studií . *Adiktologie* 1 (1) - supplementum, 109-125.

Mravčík, V. and Zábranský, T. (2002) Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR - syntéza dostupných dat. *Adiktologie* 1 (1) - supplementum, 23-42.

Mravčík, V., Zábranský, T. and Chomynová, P. (2009) Průzkum mortality mezi klienty nízkoprahových programů v r. 2008 - průřezový design pro odhad mortality uživatelů drog.
Notes: Připravováno k časopisecké publikaci

Mravčík, V., Zábranský, T., Korčišová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K. and Vopravil, J. (2003) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-06-4.

Mravčík, V., Šebáková, H. and Kania, A. (2000) Séroprevalence virových hepatitid typu A - C u injekčních uživatelů drog. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 49 (1), 19-23.

Mravčík, V., Škařupová, K. and Orlíková, B. (2008) Rekreační užívání drog. Užívání drog v prostředí zábavy a existující intervence v ČR. *Zaostřeno na drogy* 6 (3), 1-16.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004) Vedlejší výsledky studie "Rozsah péče v psychiatrických ordinacích poskytujících služby uživatelům návykových látek". Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
Notes: Nepublikovaná část výsledků

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006a) Komorbidita hospitalizovaných uživatelů drog v r. 2001-2005 v registru ÚZIS.
Notes: Nepublikované výsledky.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006b) Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády České republiky.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008a) Evaluace projektu Safer Party Tour 2008.
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Ministr školství Ondřej Liška podpořil iniciativu Safer Party a nezmokl. 2008b.
Notes: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/ministr_skolstvi_ondrej_liska_podporil_iniciativu_safer_party_a_nezmokl; zobrazeno 21. 4. 2009

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008c) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat z nízkoprahových zařízení v r. 2007.
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008d) Studie Tanec a drogy 2007 - souhrn hlavních výsledků. Praha: Úřad vlády ČR.
Notes: Tisková zpráva, zveřejněná 11. 3. 2008.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009a) Certifikované služby pro uživatele návykových látek - stav k 30. 6. 2009.
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009b) Dotazník zpracovaný pro studii EMCDDA/OFDT "Cannabis Markets in Europe" .
Notes: Kvalifikované odhady poskytnuté českými experty, nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009c) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat z nízkoprahových zařízení v r. 2008.
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009d) Programy testování na alkohol a jiné drogy na základních a středních školách v ČR v r. 2008: předběžné výsledky .
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009e) Průzkum v síti zařízení pro uživatele drog zaměřený na poskytování služeb osobám ve věku 40 a více let a uživatelům pervitinu.
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009f) Sonda do AT péče v oboru psychiatrie.
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009g) Sonda do AT péče v oboru psychiatrie - uživatelé pervitinu.
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009h) Výskyt toxických psychóz hospitalizovaných uživatelů drog v r. 2001-2005 v registru ÚZIS.
Notes: Nepublikované výsledky.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009i) Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2008.
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009j) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2008.
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009K) Zápis ze setkání pracovní skupiny NMS „Infekční nemoci spojené s užíváním ilegálních drog“. Apr 23, 2009.
Notes: http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/pracovni_skupiny

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura INRES-SONES (2008) Lékaři České republiky 2007 - Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby.
Notes: Nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP (2009) Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2008.
Notes: Nepublikováno

Národní protidrogová centrála (2009a) Statistické údaje za rok 2008 - přestupky - problematika drog. Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
Notes: Zpracováno pro NMS

Národní protidrogová centrála (2009b) Výroční zpráva za rok 2008. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.

Národní protidrogová centrála (2009c) Záchyty drog v r. 2008 podle objemu. Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
Notes: Zpracováno pro NMS

Národní protidrogová centrála (2009d) Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2008. Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
Notes: Zpracováno pro NMS

Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009) Retrospektivní

odhad rozsahu finančně motivované sekundární drogové kriminality v r. 2007 a 1. pol. r. 2008.
Notes: Nepublikováno

Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2008) Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2007.
Notes: Zpracováno pro NMS

Nechutný, T. (2009) Konec konopné kariéry: kvalitativní výzkum. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních studií, Institut sociologických studií.
Notes: Diplomová práce, vedoucí práce Mgr. Jan Morávek, Ph.D.

Nevšímal et al. (2007) Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe. Praha: Středočeský kraj//Magistrát hl.m. Prahy//Magdaléna, o.p.s. 978-80-7106-937-9.

Nožina, M. (1997) Drogová historie. In: Nožina, M., (Ed.) *Svět drog v Čechách*, 1. edn. pp. 108 Praha & Orlik nad Vltavou: KLP-Koniasch Latin Press & Livingstone]

o.s. Prev-Centrum (2008) Výroční zpráva o.s. Prev-Centrum za rok 2007.

o.s. Progressive (2009) Tisková zpráva: Zahájení nového projektu FIXPOINT. Sběrné kontejnery pro použitý injekční materiál.

Petroš, O., Mravčík, V. and Korčišová, B. (2005) Spotřeba drog problémovými uživateli. *Adiktologie* 5 (1), 49-59.

Pešek, R., Kotyzová, M. and Němec, M. (2008) Monitoring situace a potřeb voblasti protidrogových služeb pro děti, mládež a jejich sociální okolí vJihočeském kraji (závěrečná zpráva). Strakonice: Prevent, o.s.
Notes: http://www.kraj-jihocesky.cz, http://www.os-prevent.cz

Popov, P. and Nešpor, K. (2006) Závislost na psychoaktivních látkách. In: Raboch et al., (Ed.) *Psychiatrie - Doporučené postupy psychiatrické péče II.*, Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP]

Probační a mediační služba ČR (2009) Přehled trestných činů uživatelů drog v r. 2008.
Notes: Nepublikováno

Procházka, M. (2008) Nelegální obchod s drogami - trh jako každý jiný? Praha: Vysoká škola ekonomická, Fakulta národohospodářská.
Notes: bakalářská práce

Psychiatrické centrum Praha (2002) GENACIS (Gender and Alcohol Comparative International Study).
Notes: Nepublikované výsledky průzkumu relaizovaného v roce 2002

Raboch et al. (2006) Psychiatrie - Doporučené postupy psychiatrické péče II. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP.

Radimecký, J., Nevšímal, P., Pánová, S., Doležalová, P. and Miovský, M. (2008) Návrh koncepce ambulantní adiktologické péče v České republice. Praha: Centrum adiktologie 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova Praha.

Radimecký, J., Janíková, B. and Zábranský, T. (2009) Trendy na drogové scéně v ČR. Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů.
Notes: Nepublikováno

Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2009) Nehodovost na pozemních komunikacích v České republice za rok 2003-2008. Praha: Ministerstvo vnitra.
Notes: Zprávy za jednotlivé roky publikované na www.mvcr.cz

SANANIM, o.s. (2009) Výroční zpráva 2008. Praha: SANANIM, o.s.

Skalský, P. (2009) Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
Notes: Závěrečná práce studia pro vedoucí pedagogické pracovníky

Skála, J. (2003) Historie léčby závislosti v České republice. In: Kalina K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*, pp. 91-96. Praha: Úřad vlády ČR]

Sláma, O. (2008) Legalizace marihuany? Ano či ne?
Notes: http://www.mestovsetin.cz/; zobrazeno 20. 4. 2009

Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie (1999) Stanovisko Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie k problematice výpočtů koncentrace etanolu v krvi. *Soudní lékařství* 44, 55

Studničková, B. (2009a) Osoby ve věku 40 a více let a uživatelé pervitinu mezi žadateli o léčbu - analýza pro účely VZ 2008.
Notes: Nepublikováno

Studničková, B. (2009b) Výsledky testů na HIV, VHA, VHB a VHC a výskyt rizikového chování u žadatelů o léčbu.
Notes: Nepublikováno

Studničková, B. (2009c) Žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog v ČR. Hodnocení kvality sbíraných dat. *Zaostřeno na drogy* 7 (1), 1-12.

Studničková, B. and Petrášová, B. (2009) Výroční zpráva ČR 2008. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Státní zdravotní ústav Praha (2009) Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2008. Praha: Státní zdravotní ústav, Národní referenční laboratoř pro AIDS.
Notes: http://www.aids-hiv.cz/udajevCR.html; zobrazeno: 2009-08-03

Svobodová, K. (2009) Evaluace přiměřenosti zdravotních informačních materiálů pro uživatele drog v ČR. Praha: Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, studijní obor adiktologie.
Notes: bakalářská práce

Šedivá, D., Kroutilová, D., Žák, J., Herzog, A., Syrový, J., Staníček, J. and Sklenář, V. Svačinková, E., (Ed.) (2009) Orientační vodítka pro poskytovatele drogových služeb v působnosti zákona o sociálních službách.

Šefránek, M. (2009) Evaluace výsledků léčby v terapeutické komunitě. Praha: o.s. SANANIM.
Notes: Nepublikované výsledky; viz též http://www.terapeutickekomunity.org/evaluace-vysledku-lecby-v-terapeuticke-komunite-evltk/

Šejvl, J. (2008) Průřezová dotazníková studie o uživatelích návykových látek v hl. m. Praze. Praha: Centrum adiktologie 1. LF UK v Praze .

Škařupová, K. (2007) Dotazníková studie Tanec a drogy 2007.
Notes: Nepublikováno

Škařupová, K., Mravčík, V. and Orlíková, B. (2009) Hard gelatine capsules as a harm reduction drug delivery alternative to injecting .
Notes: Sent to publication

Štěchová, M., Luptáková, M. and Kopoldová, B. (2008) Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. 978-80-7338-069-4.

Šupková, D. (2008) Závislost jako jeden z aspektů života bezdomovců. *Adiktologie* 8 (1), 45-51.

Trmal, J., Kellerová, J., Koblížková, R., Krpálková, H. and Holasová, J. (1999) Dopad výměnného programu injekčních jehel a stříkaček na šíření virové hepatitidy typu C. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 48 (4), 171-178.

Urban, E. (1973) Toxikománie. 1. edn, Praha: Avicenum.

Urbánek, P., Galský, J. and Hůlek, P. (Aug 18, 2009) Informace o plnění úkolu č. 6.8 Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007-2009. Česká hepatologická společnost a Společnost infekčního lékařství ČLS JEP.
Notes: Nepublikovaný dopis

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003) Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 2002. Praha: ÚZIS.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2006) Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog. Praha: ÚZIS ČR.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2008) Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2007. Praha: ÚZIS ČR.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2009a) Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu.
Notes: Nepublikováno

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2009b) Osoby ve věku 40 a více let a uživatelé pervitinu v registrech ÚZIS - analýza pro účely VZ 2008.
Notes: Nepublikováno

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2009c) Psychiatrická péče 2008. Praha: ÚZIS ČR.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2009d) Registr substituční léčby v r. 2008.
Notes: Výstupy z 1/2009, nepublikováno

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2009e) Údaje v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - rok 2008, Aktuální informace č. 1/2009. Praha: ÚZIS ČR.

Vacek, J., Gabrhelík, R. and Miovský, M. (2008) Zapojení lékáren do systému služeb pro uživatele nelegálních drog: výsledky kvalitativní studie. *Adiktologie* 8 (4), 300-319.

Vacek, J., Šejvl, J. and Miovský, M. (2009) Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008. Tišnov: Sdružení SCAN.
Notes: Závěrečná zpráva zvýzkumu

Zákoucká, H. and Malý, M. (2009) Vyšetření na HIV u injekčních uživatelů drog v ČR.
Notes: Nepublikováno

Větrovec, M. and Porubský, P. (2008) Srovnání klientely Kontaktního centra a Terénních programů o. s. SANANIM v Praze.
Notes: Příspěvek na XIV. mezinárodní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 47. mezinárodní konferenci AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP (AT konference), Měřín, 11.-14. 5. 2008

Vězeňská služba České republiky (2009) Vyhodnocení činnosti Vězeňské služby České republiky v protidrogové politice za období 2008.
Notes: Nepublikováno

Vondráček, V., Prokůpek, J., Fischer, R. and Ahrenbergová, M. (1968) Recent Patterns of Addiction in Czechoslovakia. *Brit. J. Psychiat.* 114, 285-292.

Vondráček, V. (1971) Antihypnotika. Riedl, O., Vondráček. V. a kol., (Ed.) Praha: Avicenum.

Vopravil, J. (2005) Nelegální ekonomika v ČR 2003 (Czech illegal economy in 2003). Praha: Český statistický úřad.

World Health Organization, Regional Office for Europe (2008) Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO.

Zábranský, T. (2007) Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues* 37 (1), 155-180.

Zábranský, T., Csémy, L., Gajdošíková, H., Korčišová, B., Kuda, A., Miovský, M., Mravčík, V., Petroš, O., Radimecký, J. and Vopravil, J. (2002) Výroční zpráva o stavu a vývoji ve věcech drog v České republice za rok 2001. Praha: Úřad vlády ČR. 80-238-9912-0.

Zábranský, T., Csémy, L. and Grohmannová, K. (2008) Úmrtnost první vlny velmi mladých problémových uživatelů drog v ČR.
Notes: Nepublikováno

Zábranský, T., Mravčík, V. and Chomynová, P. (2009) Mortalita problémových uživatelů přiřaditelná užívání drog - výsledky kohortové studie na hospitalizovaných a substituovaných pacientech v ČR v r. 1997-2007.
Notes: Připravováno k časopisecké publikaci

Zábranský, T., Mravčík, V., Korčišová, B. and Řehák, V. (2006) Hepatitis C Virus Infection among Injecting Drug Users in the Czech Republic - Prevalence and Associated Factors. *Eur Addict Res* 12 (3), 151-160.

Zeithammerová, L. (2008) Kontext užívání přírodního opia u klientů kontaktního centra SANANIM v Praze.
Notes: Bakalářská práce oboru adiktologie 1. LF UK v Praze

Ženíšková, J. (2009) Zpráva sekce Drogových služeb ve vězení Asociace nestátních organizací za rok 2008.
Notes: Zasláno pro potřeby NMS