Výroční zpráva
o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004

Viktor Mravčík
Blanka Korčišová
Pavla Lejčková
Lenka Miovská
Eva Škrdlantová
Ondřej Petroš
Vladimír Sklenář
Jiří Vopravil

Praha, září 2005

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI
ODBOR PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY, ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY
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 2004

Vydal/ **© Úřad vlády České republiky, 2005**
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

Kontaktní adresa: Vladislavova 4, 110 00, Praha 1, tel.: +420 296 153 222, http://www.drogy-info.cz

Editor/ MUDr. Viktor Mravčík
Oponenti/ plk. Ing. Gabriel Berzsi, MUDr. Běla Studničková, MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

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

Pro bibliografické citace/

Mravčík, V., Korčišová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2005). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004 [Annual Report on Drug Situation 2004 - Czech Republic]. Praha: Úřad vlády ČR.

ISBN 80-86734-59-5

Poděkování/

Velký dík za pomoc a spolupráci při zpracování této zprávy o stavu ve věcech drog v České republice, v pořadí již čtvrté zpracovávané Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti, patří již tradičně všem spolupracovníkům, členům pracovních skupin, organizacím, institucím a orgánům, které poskytly potřebná data a přispěly k jejich interpretaci. Je možno je najít v seznamu literatury nebo v samotném textu zprávy. Věříme, že zpráva v uspokojivé míře podává informaci o výsledcích a funkčnosti českého drogového informačního systému.

Obsah

SOUHRN A NOVÉ TRENDY **1**

KONZISTENCE DAT **2**

ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V R. 2004 ..... **3**

1 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA A JEJÍ KONTEXT **3**

1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC 3
1.2 INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY 4
1.3 ROZPOČTY A FINANCOVÁNÍ 7
1.4 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ KONTEXT PROTIDROGOVÉ POLITIKY 9

2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI **12**

2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V OBECNÉ POPULACI 12
2.2 UŽÍVÁNÍ DROG VE ŠKOLNÍ POPULACI 13
2.3 UŽÍVÁNÍ DROG A MLADÍ LIDÉ 16
2.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE SPECIFICKÝCH SKUPINÁCH POPULACE 16
2.5 NÁZORY A POSTOJE K UŽÍVÁNÍ DROG 17

3 PREVENCE **19**

3.1 ŠKOLNÍ PROGRAMY 19
3.2 MIMOŠKOLNÍ PROGRAMY 19
3.3 EVALUACE PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ 20

4 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG **21**

4.1 ODHADY PREVALENCE A INCIDENCE PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ DROG 21
4.2 PROFIL UŽIVATELŮ DROG V LÉČEBNÝCH ZAŘÍZENÍ 23

5 LÉČBA **27**

5.1 AMBULANTNÍ LÉČBA 27
5.2 REZIDENČNÍ LÉČBA (LŮŽKOVÁ LÉČEBNÁ ZAŘÍZENÍ) 29
5.3 SUBSTITUCE A UDRŽOVACÍ PROGRAMY 31

6 ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG **35**

6.1 DROGOVÁ ÚMRTÍ A MORTALITA UŽIVATELŮ DROG 35
6.2 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG 39
6.3 PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA 42
6.4 DALŠÍ PORUCHY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG 43

7 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG **46**

7.1 SLUŽBY NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ 46
7.2 PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ 47
7.3 PREVENCE INFEKČNÍCH CHOROB 47
7.4 INTERVENCE SPOJENÉ S PSYCHIATRICKOU KOMORBIDITOU 49

8 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG **50**

8.1 SOCIÁLNÍ EXKLUZE 50
8.2 DROGOVÁ KRIMINALITA 51
8.3 SEKUNDÁRNÍ DROGOVÁ KRIMINALITA 56
8.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE VĚZNICÍCH 58
8.5 SPOLEČENSKÉ NÁKLADY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG 58

9 OPATŘENÍ V OBLASTI SOCIÁLNÍCH SOUVISLOSTÍ A DŮSLEDKŮ UŽÍVÁNÍ DROG **59**

9.1 SOCIÁLNÍ REINTEGRACE (NÁSLEDNÁ PÉČE) 59

9.2 PREVENCE TRESTNÉ ČINNOSTI SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG 59
10 DROGOVÉ TRHY 62
10.1 DOSTUPNOST A NABÍDKA DROG 62
10.2 VÝROBA A PAŠOVÁNÍ DROG 63
10.3 ZÁCHYTY DROG 64
10.4 CENY A ČISTOTA DROG 65
ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY 67
11 ROZDÍLY V UŽÍVÁNÍ DROG Z HLEDISKA GENDER 67
11.1 UŽÍVÁNÍ DROG V OBECNÉ POPULACI A MEZI MLADÝMI LIDMI 67
11.2 DROGOVÁ ÚMRTÍ A MORTALITA UŽIVATELŮ DROG 69
11.3 ŽÁDOSTI O LÉČBU 70
11.4 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG 73
11.5 DROGOVÁ KRIMINALITA 74
11.6 SITUACE V OBLASTI SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY PO DROGÁCH 74
12 PROTIDROGOVÁ POLITIKA A LEGÁLNÍ DROGY 76
12.1 EPIDEMIOLOGICKÁ SITUACE 76
12.2 ZDRAVOTNÍ POLITIKA ČR A LEGÁLNÍ DROGY 76
12.3 NÁRODNÍ STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY VE VZTAHU K LEGÁLNÍM DROGÁM 77
12.4 AKČNÍ PLÁN REALIZACE PROTIDROGOVÉ STRATEGIE 77
12.5 PROSAZOVÁNÍ ÚKOLŮ V PRAXI 79
13 UŽÍVÁNÍ DROG V PROSTŘEDÍ ZÁBAVNÍCH AKCÍ 80
13.1 AKTUÁLNÍ TRENDY UŽÍVÁNÍ DROG MEZI NÁVŠTĚVNÍKY TANEČNÍCH AKCÍ 80
13.2 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA REKREAČNÍ UŽÍVÁNÍ DROG 87
SEZNAM TABULEK 89
SEZNAM OBRÁZKŮ 90
SEZNAM MAP 92
VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TÉMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU 93
ZKRATKY 94
VĚCNÝ REJSTŘÍK 95
ODKAZY 97

Souhrn a nové trendy

Rok 2004 byl posledním rokem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004 a zároveň rokem příprav Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 a Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006. Nová strategie navazuje na strategie předchozí, dominantním principem je princip ochrany veřejného zdraví. Novinkou je zpracování akčního plánu ke strategii, jenž byl schválen vládou v r. 2005.

V průběhu r. 2004 došlo spolu se změnami v personálním obsazení vlády také k personálním změnám ve složení koordinačního orgánu protidrogové politiky ČR - Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP); nově se členy RVKPP stali ministři zahraničních věcí a financí; v prosinci byl z funkce odvolán ředitel sekretariátu RVKPP. K žádné významné legislativní změně v průběhu r. 2005 nedošlo.

Pokračoval trend rozdílného vývoje mezi problémovým užíváním drog (zejména heroinu), jež se dlouhodobě snižuje, a experimentálním a rekreačním[1] užíváním (zejména konopných látek a extáze), jež naopak dlouhodobě roste.

Podle posledního šetření v dospělé populaci je celoživotní prevalence zkušeností s opiáty a amfetaminy (včetně pervitinu) stabilně nízká (0,5 %, resp. 2,5 %); rozsah užívání těchto látek v posledních 12 měsících se dokonce snížil. Rozsah užívání konopných látek v dospělé populaci je ve srovnání s posledním průzkumem z r. 2002 stabilní (v r. 2004 20,6 %), k nárůstu zkušeností s užíváním konopných látek nedochází ani ve skupině mladých dospělých (18-34 let: 43,9 %). Podobně jako ve školských průzkumech byl u extáze oproti r. 2002 zaznamenán v r. 2004 nárůst prevalence jak celoživotní (4,0 %, resp. 7,1 %), tak v posledním roce (2,5 %, resp. 3,5 %), a to především v nejmladších věkových skupinách 18-24 a 25-34 let. K nárůstu došlo také v případě lysohlávek a jiných přírodních halucinogenů. Užívání konopných látek, extáze i přírodních halucinogenů má rostoucí trend také v prostředí tanečních akcí. V r. 2004 nebylo zaznamenáno úmrtí na extázi - MDMA (v r. 2003 1 úmrtí), došlo k jednomu úmrtí na syntetický halucinogen DOB. Za celou dobu sledování nebylo v ČR zjištěno žádné úmrtí na konopné drogy, LSD ani lysohlávky.

V r. 2004 pokračoval pokles odhadovaného počtu problémových uživatelů heroinu; v současné době je jich cca 9 700. Zvyšuje se počet osob užívajících Subutex pocházející z černého trhu, a to samostatně či v kombinaci s jinými drogami. Dále se zvyšuje počet a podíl uživatelů opiátů v substituční léčbě na přibližně 2 000-3 000 osob, tj. 20-30 % těchto uživatelů v r. 2004. V r. 2004 došlo oproti r. 2003 k nárůstu předávkování opiáty (32 případů oproti 21 případu z roku 2003); z těchto 32 případů však byl pouze u 5 z nich prokázán heroin a u dalších 7 morfin - u zbývajících případů šlo pravděpodobně o předávkování opiáty obsaženými v léčivých přípravcích.

Počet problémových uživatelů pervitinu se v r. 2004 mírně zvýšil a dosáhl 20 300 osob (v r. 2003 to bylo 18 800 osob). Tento vzestup je doprovázen také nárůstem počtu žadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem. Také u předávkování pervitinem došlo mezi lety 2003-2004 k téměř dvojnásobnému nárůstu (9, resp. 16 případů). Tyto trendy jsou v souladu se zvyšující se prevalencí užití pervitinu mezi návštěvníky tanečních akcí (jak celoživotní, tak aktuální - v posledním roce, měsíci) a svědčí o tom, že pervitin se stále více stává drogou užívanou v prostředí zábavy.

Problémové užívání kokainu je v ČR neodhadnutelné a prozatím není v ČR ani součástí definice problémového užívání. Počet uživatelů kokainu v léčbě je v řádu jednotek, celoživotní prevalence v obecné populaci je přibližně 1 %. Přesto se vzhledem k výskytu prvních úmrtí v souvislosti s užitím kokainu v r. 2004 a vzhledem ke zvyšující se prevalenci kokainu v prostředí tanečních akcí a noční zábavy lze domnívat, že dochází a v budoucnu bude dále docházet k dalšímu šíření užívání kokainu v ČR.

Celkem bylo v r. 2004 odhadováno 30 000 problémových uživatelů drog (9 700 heroinu, 20 300 pervitinu), z toho 27 000 (90 %) injekčních uživatelů. Podíl injekčních uživatelů je dlouhodobě velmi vysoký a představuje riziko zejména pro přenos infekcí a předávkování.

V r. 2004 bylo nahlášeno 7 nových HIV+ injekčních uživatelů drog, což je za posledních několik let nejvyšší incidence (v předchozích letech šlo o 1-5 případů ročně). Přesto je výskyt HIV/AIDS mezi českými uživateli drog stále relativně velmi nízký, stejně, jako je nízký jeho výskyt v populaci neuživatelů drog. Podíl injekčních uživatelů drog na všech nově hlášených případech virové hepatitidy typu B a C (VHB, VHC) je dlouhodobě přibližně 30, resp. 60 %. V r. 2004 došlo poprvé za celou dobu sledování k poklesu počtu i podílu injekčních uživatelů drog na všech případech VHC včetně chronických. Promořenost populace injekčních uživatelů drog VHC roste s délkou, frekvencí a rizikovostí injekční aplikace. Zatímco mezi klienty nízkoprahových center dosahuje přibližně 30 %, mezi klienty substitučních programů nebo vězněnými je to přibližně dvojnásobek.

Z dalších trendů přetrvává vysoká (celoživotní) prevalence užívání (čichání) těkavých látek (ředidel, lepidel, plynu do zapalovačů) - alespoň jednu zkušenost s ním má 9 % 16letých a 6 % 18letých. Léčebnými institucemi nejsou uživatelé těkavých látek dostatečně zachycováni - tvoří přibližně 2 % klientů léčebných či nízkoprahových zařízení. Úmrtí na

[1] Pojem označující užívání drog v kontextu společenských a zábavních příležitostech. V praxi se používá pro označení opakovaného užívání, které nenaplňuje znaky užívání problémového nebo syndromu závislosti.

předávkování těkavými látkami přitom každoročně dosahují relativně vysokých hodnot kolem 20 osob (v r. 2003 celkem 22, v r. 2004 pak 20 případů). Dalším přetrvávajícím fenoménem je abúzus léků, zejména benzodiazepinů - ve středoškolské populaci je celoživotní prevalence přibližně 10 %; počty smrtelných předávkování léky vysoce převyšují počty předávkovaných nelegálními drogami (v r. 2004 to bylo 171 případů, z toho 94 předávkovaných benzodiazepiny).

Léčba a sociální reintegrace je zajišťována širokým spektrem služeb, jejichž dostupnost je relativně vysoká. Výrazně vzrostl odhadovaný podíl uživatelů opiátů ve specializovaných programech substituční léčby (z 18 % v r. 2003 na 20-30 % v r. 2004), podílela se na něm zvýšená preskripce jak metadonu, tak buprenorfinu (Subutex). Před spuštěním je pilotní projekt substituční léčby ve věznicích. V lednu 2005 bylo otevřeno substituční centrum v Českých Budějovicích; nedostatečně pokryty zůstávají tedy zejména západní Čechy. Relativně nedostatečná je také kapacita a dostupnost strukturovaných ambulantních programů a programů následné péče. Dostupnost rezidenční léčby a nízkoprahových služeb je v ČR vysoká (17 terapeutických komunit, 21 psychiatrických léčeben, 33 psychiatrických oddělení nemocnic, 92 nízkoprahových programů). V nízkoprahových programech roste počet distribuovaných jehel a stříkaček, v kontaktu s nimi je nadále cca 60 % problémových uživatelů drog.

Užívání drog souvisí s bezdomovectvím, nižšími příjmy, nezaměstnaností a nižším vzděláním, jejichž kumulace může vést až k sociálnímu vyloučení (exkluzi). Užívání drog zde může být příčinou, ale i následkem. Sociální vyloučení se týká některých romských komunit, kde k němu vedou především špatná bytová a ekonomická situace a nezaměstnanost; drogy jsou problémem romských komunit především v Praze, Brně, Ostravě a v severozápadních Čechách, jeho závažnost je hodnocena jako rostoucí. Jedním z nejzávažnějších sociálních důsledků užívání drog je trestná činnost. V r. 2004 došlo poprvé od r. 1996 k poklesu počtu stíhaných a obžalovaných pachatelů drogových trestných činů včetně přechovávání drog v množství větším než malém; podíl stíhaných za přechovávání je v ČR dlouhodobě nízký, v r. 2004 činil 8 %. V r. 2004 pokračoval trend růstu uložených alternativních trestů. Dále byl zpřesněn odhad sekundární drogové kriminality páchané uživateli drog. U vybraných trestných činů činí podíl uživatelů drog na jejich páchání 17 %, u nejčetnějších trestných činů - prostých krádeží a krádeží vloupáním - je to 20, resp. 14 %.

V ČR se ročně spotřebuje přibližně 11,5 t konopných drog, 3,7 t pervitinu, 2,2 t heroinu, 1,2 mil. ks tablet extáze a 275 tis. dávek LSD. Počet záchytů drog trestněprávními složkami zůstal v r. 2004 zhruba na stejné úrovni jako v r. 2003; objem záchytů se v r. 2004 zvýšil v případě konopných látek (191 kg a 1,6 tis. rostlin), heroinu (36 kg), extáze (108 tis. tablet) i LSD (326 dávek), množství zachyceného pervitinu se snížilo (3,4 kg). Předpokládaný nárůst užívání kokainu se v záchytech neodrazil - jejich počet klesl meziročně z 20 na 7, jejich celkový objem stoupl jen mírně na 3,3 kg. Ceny drog zůstávají stabilní; čistota zachycených drog se snížila u heroinu, zvýšila u pervitinu; podíl tablet extáze, které obsahují MDMA jako účinnou látku, se zvyšuje.

Konzistence dat

Konzistence jednotlivých indikátorů mezi sebou je vysoká. V řadě případů existují v dané oblasti data z více kvantitativních či kvalitativních zdrojů, což umožňuje triangulaci dat. Trendy z populačních průzkumů jsou ve shodě s trendy ze specifických populací, jako jsou uživatelé tanečních drog či problémoví uživatelé.

V celopopulačních průzkumech je patrný rostoucí trend v užívání konopí a extáze, což je ve shodě s trendy mezi návštěvníky tanečních akcí. Pokles užívání a subjektivně vnímané dostupnosti pervitinu a heroinu v obecné populaci včetně školní koresponduje s dlouhodobým trendem poklesu počtu problémových uživatelů těchto drog. Z více zdrojů jsou patrné i krátkodobé trendy, např. v r. 2004 došlo k nárůstu žadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem, současně došlo k nárůstu odhadovaného počtu problémových uživatelů pervitinu (získaného z jiných zdrojů) a k nárůstu počtu smrtelných předávkování pervitinem - i když se může jednat o krátkodobý výkyv, je sledovatelný napříč indikátory. V r. 2004 bylo identifikováno první smrtelné předávkování kokainem v ČR - to spolu s rostoucí prevalencí kokainu na taneční scéně indikuje jeho významnější rozšíření v ČR, na které upozorňuje také trestněprávní systém.

Klesající trend problémových uživatelů opiátů je v souladu s jejich rostoucím podílem v substituční léčbě. Poprvé za několikaleté období klesl počet všech nově hlášených případů VHC - to je v souladu s relativně nízkou mírou incidence VHC zjištěnou v národní prospektivní studii a se stále rostoucím počtem vyměněných jehel v ČR.

Při analýze dat dochází ke kombinaci různých zdrojů. Data o prevalenci užívání drog v obecné populaci, odhady problémových uživatelů drog, speciální průzkum o spotřebě drog problémovými uživateli a data o čistotě a cenách poskytovaných trestněprávním systémem vedly k odhadu spotřeby drog v ČR a k odhadu nelegální ekonomiky spojené s jejich užíváním. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog jsou prováděny za použití dat z každoročního monitorování projektů podpořených státní dotací a dat ze seroprevalenční studie VHC. Speciální registr drogových úmrtí poskytl jako svůj vedlejší produkt výsledky o nálezech alkoholu a drog mezi účastníky dopravních nehod. Ve studii úmrtnosti uživatelů drog byly použity registry hospitalizací a úmrtí v ČR.

Část A: Vývoj a nové trendy v r. 2004

1 Národní protidrogová politika a její kontext

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím hlavním iniciačním, poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), jejímiž členy jsou ministři příslušných resortů. RVKPP se setkává zhruba čtyřikrát ročně. Činnost RVKPP zajišťuje její sekretariát, který je organizační součástí Úřadu vlády ČR a jehož součástí je Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS).

Základním politickým dokumentem pro směřování protidrogové politiky ČR je národní strategie; v r. 2004 byla přijata Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 (Národní strategie 2005-2009). V r. 2005 byl přijat Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006 (Akční plán 2005-2006), který definuje aktivity, termíny jejich splnění a zodpovědnosti ve smyslu cílů definovaných ve strategii.

Sekretariát RVKPP je zodpovědný za průběžnou koordinaci na meziresortní úrovni a za metodické vedení krajských protidrogových koordinátorů. Koordinaci na místní úrovni zajišťuje síť 14 krajských koordinátorů. Téměř všechny kraje mají svou vlastní protidrogovou strategii navazující na strategii národní a také své koordinační mechanismy a poradní výbory či komise.

V r. 2004 nedošlo k významné legislativní změně v oblasti drog. Rekodifikace trestního zákona včetně ustanovení týkajících se drogových trestných činů i zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami jsou v parlamentním legislativním procesu.

Výdaje na programy protidrogové politiky ze státního rozpočtu jsou v posledních letech relativně stabilní (205-220 mil. Kč), v r. 2004 došlo oproti r. 2003 ke snížení výdajů o cca 15 mil. Kč, a to zejména díky snížení výdajů celní správy a resortů spravedlnosti a obrany. Dochází k meziročnímu nárůstu (cca o 100 %) finančních prostředků vydávaných kraji; poprvé za r. 2004 se podařilo zjistit prostředky obcí na programy protidrogové politiky.

1.1 Legislativní rámec

1.1.1 Legislativní vývoj

V r. 2004 byla přijata novela zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, jejímž hlavním cílem byla důsledná harmonizace tohoto zákona s předpisy EU (novela byla provedena zákonem č. 362/2004 Sb.). Výrazné změny se týkají především oblasti dovozu a vývozu prekursorů a registrací dovozců, vývozců a prodejců pomocných látek. Některá dosavadní ustanovení zákona o návykových látkách obsahovala v tomto ohledu přísnější úpravu než předpisy EU. Zákon zavádí výjimky a umožňuje právnickým a fyzickým osobám zacházet a v některých případech i vyvážet pomocné látky bez povinnosti registrace Ministerstvem zdravotnictví (MZ). Dále se upravuje a zpřesňuje působnost a spolupráce orgánů státní správy v oblasti návykových látek, prekursorů a pomocných látek. Subjekty zacházející s návykovými látkami, přípravky a prekursory mají povinnost informovat MZ o případech jejich odcizení, o podezřelých okolnostech, o neobvyklých objednávkách apod. Záměrem tohoto ustanovení je prevence nezákonné výroby omamných a psychotropních látek. Novela se rovněž dotýká pěstitelů máku a konopí, kteří plní své ohlašovací povinnosti celním orgánům namísto krajským úřadům, jak tomu bylo doposud; zaměstnanci celních orgánů byli zařazeni mezi osoby oprávněné kontrolovat pěstování máku a konopí. Většina ustanovení novely zákona č. 167/1998 Sb. nabyla účinnosti vstupem ČR do EU, tedy 1. května 2004.

Vládní návrh nového trestního zákoníku, který by měl mimo jiné přinést některé změny v ustanoveních tzv. drogových trestných činů (§ 187 až § 188a platného trestního zákona), byl v r. 2004 schválen vládou a předložen Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR (PS PČR). V červnu 2005 byl návrh zákona ve 2. čtení vrácen k opětovnému projednání výborům PS PČR (sněmovní tisk č. 744). Podrobnější informace týkající se vládního návrhu zákona byly publikovány ve výroční zprávě za r. 2003 (Mravčík et al. 2004).

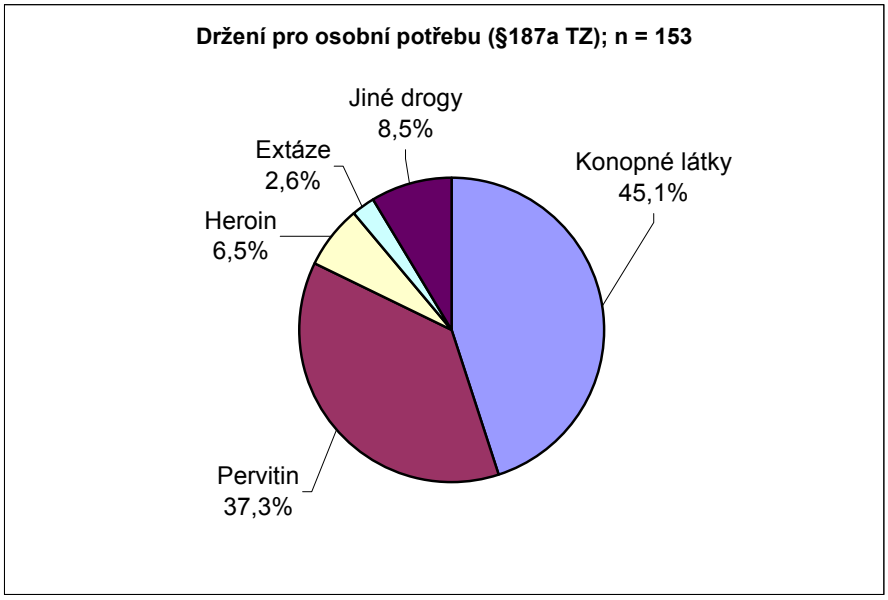
V červnu 2005 schválila PS PČR vládní návrh zákona o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (sněmovní tisk č. 265), předložený vládou v r. 2003. Zákon by měl být základním rámcovým právním předpisem pro oblast regulace užívání alkoholu, tabáku a poskytování odborné léčebné a preventivní péče osobám užívajícím návykové látky. V návrhu jsou poprvé definovány typy odborné péče pro uživatele drog, organizace a provádění protidrogové politiky státu, působnost a pravomoci krajských a místních orgánů, protidrogových koordinátorů a další otázky. V červenci 2005 byl návrh zákona vrácen Senátem zpět PS PČR.

1.1.2 Aplikace práva

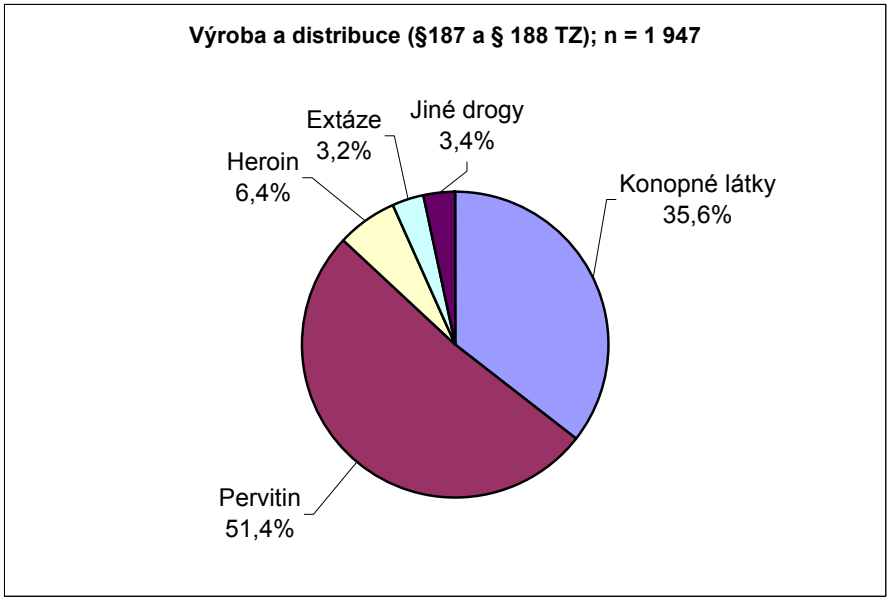
Stejně jako v r. 2003 byli mezi osobami stíhanými za nedovolené přechovávání drog v množství větším než malém pro osobní potřebu (§ 187a TZ) nejčastěji zastoupeni uživatelé konopných látek. Jejich podíl mezi takto stíhanými však v r. 2004 poklesl ze 60 % na 45 %. Druhou nejčastější skupinou jsou uživatelé pervitinu (metamfetamin), jejichž podíl

meziročně stoupl (z 25 % na 37 %). Pokud jde o nedovolené nakládání, je situace odlišná - nejvíce zastoupeny mezi stíhanými jsou osoby vyrábějící či distribuující pervitin (51 %), pěstitelé či distributoři konopných látek představují 36 % takto stíhaných. Situace je obdobná jako v r. 2003. Skladbu osob stíhaných za trestné činy podle druhu drogy ukazují obrázek 1-1 a obrázek 1-2.

obrázek 1-1: Osoby stíhané za nedovolené přechovávání drog pro osobní potřebu podle druhu drogy (Národní protidrogová centrála, 2005b)



obrázek 1-2: Osoby stíhané za nedovolenou výrobu, pěstování a distribuci drog podle druhu drogy (Národní protidrogová centrála, 2005b)



Další údaje o ukládání trestů za drogové trestné činy jsou uvedeny v kapitole Drogová kriminalita, str. 51; informace o možnostech a praxi uplatňování alternativních opatření vůči trestně stíhaným uživatelům obsahuje kapitola Alternativy k trestu odnětí svobody pro uživatele drog, str. 60.

1.2 Institucionální rámec, strategie a politiky

1.2.1 Národní strategie

Rok 2004 byl čtvrtým a zároveň posledním rokem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004, schválené usnesením vlády č. 1045 v roce 2000.

Koncem r. 2003 byla zahájena příprava Národní strategie 2005-2009. V únoru 2004 schválila vláda usnesením č. 109/2004 základní teze pro její přípravu. Současně uložila řediteli sekretariátu RVKPP zahájit práce na její přípravě a svým členům v rámci svých resortních kompetencí zajistit součinnost při zpracovávání návrhu. RVKPP ustavila 9 pracovních skupin pro oblasti primární prevence, léčby, minimalizace rizik, prosazování práva, alkohol a tabák, koordinaci, financování, mezinárodní spolupráci a public relations. Členy každé pracovní skupiny byli i zástupci krajů a odborné veřejnosti, aby výsledný dokument byl rámcem pro aktivity státních i samosprávných orgánů, stejně jako poskytovatelů odborných služeb. Národní strategii 2005-2009 schválila vláda usnesením č.1305/2004 v prosinci 2004.

Národní strategie 2005-2009 definuje základní východiska a směry řešení problému užívání drog a základní rámec pro tvorbu a uskutečňování protidrogových strategií všech článků veřejné správy na úrovni resortů, krajů a obcí. V kontextu vyváženého uplatňování tří základních strategií - snižování nabídky drog, snižování poptávky po drogách a snižování potencionálních rizik spojených s jejich užíváním - má strategie dva hlavní cíle:

- Potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog.
- Snížit užívání všech typů drog a potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat.

Dále bylo stanoveno 6 specifických a 5 technicko-organizačních cílů - viz tabulka 1-1.

Vláda současně uložila zpracovat Akční plán 2005-2006; ten byl dokončen a vládou schválen v r. 2005 (usnesení č. 886/2005). Akční plán stanoví v daných oblastech konkrétní cíle, činnosti k jejich naplnění, odpovědnost jednotlivých ministrů, termíny a ukazatele jejich plnění. Jednotlivé oblasti Akčního plánu uvádí tabulka 1-1.

tabulka 1-1: Cíle Národní strategie 2005-2009 a oblasti Akčního plánu 2005-2006

Specifické cíle	**Oblasti Akčního plánu**
Stabilizovat případně snížit počet problémových uživatelů drog	Léčba a následná péče Primární prevence
Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog	Primární prevence Informace, výzkum a hodnocení
Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi	Primární prevence Léčba a následná péče
Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost	Snižování rizik Léčba a následná péče
Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace	Léčba a následná péče
Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů	Snižování nabídky a prosazování práva
Technicko-organizační cíle	**Oblasti Akčního plánu**
Zefektivnit a zprůhlednit financování jednotlivých strategií a opatření protidrogové politiky na základě identifikovaných potřeb a jejich prokázané efektivity	Koordinace a financování Informace, výzkum a hodnocení
Vytvořit dostatečnou zákonnou oporu protidrogové politiky, zkvalitnit její stávající systém a vybudovat funkční a přehlednou strukturu založenou na efektivní koordinaci aktivit zapojených subjektů na všech úrovních s jasně definovanými a rozdělenými povinnostmi a kompetencemi	Koordinace a financování Informace, výzkum a hodnocení
Navrhnout a zavést do praxe flexibilní model všestranné komunikace a stanovit kompetence zúčastněných subjektů, aby byly veřejnosti poskytovány komplexní, objektivní, spolehlivé a vyvážené informace o užívání drog, jeho dopadech a o realizovaných opatřeních	Informace, výzkum a hodnocení
Plně se zapojovat do mezinárodní spolupráce a zajišťovat aktivní účast zástupců ČR v procesech harmonizace protidrogové politiky s ostatními zeměmi Evropské unie	Koordinace a financování Mezinárodní spolupráce
Důsledně uplatňovat výzkumem ověřené postupy při vyhodnocování účinnosti opatření ve všech oblastech protidrogové politiky a aplikovat poznatky z evaluací v praxi	Informace, výzkum a hodnocení

Sekretariát RVKPP zpracoval Bilanční zprávu o plnění úkolů z Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004; vláda ji vzala na vědomí 13. července 2005. Národní strategie stanovila 9 resortům, sekretariátu RVKPP, okresním úřadům a (doporučila) krajům celkem 94 úkolů, které měly v průběhu 4 let splnit. V bilanční zprávě bylo

zrevidováno plnění úkolů a byla provedena analýza dosažení cílů strategie. Úkoly byly rozděleny do kategorií splněné, částečně splněné a nesplněné. Bilanční zpráva také sleduje dodržení termínů úkolů. Celkově bylo nesplněno 15 %, částečně splněno 14 % a splněno 71 % úkolů (v řádném termínu však pouze 36 %).

1.2.2 Koordinace protidrogové politiky

V srpnu 2004 došlo ke změně vlády ČR a tím i k výměně předsedy vlády, který je současně předsedou RVKPP, a výkonného místopředsedy RVKPP. Nový výkonný místopředseda RVKPP od nástupu do své funkce zdůrazňoval potřebu změn ve financování programů protidrogové politiky. Sekretariát RVKPP vypracoval dva dokumenty týkající se oblasti financování: Teze změn ve financování protidrogové politiky a Pravidla pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku (usnesení vlády č. 300/2005 a č. 700/2005). Tyto dokumenty zpřesňují pravidla financování programů protidrogové politiky a jako nezbytnou podmínku pro přidělení finančních prostředků ukládají certifikaci odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog - viz níže. V dubnu 2005 došlo opět k výměně předsedy vlády i výkonného místopředsedy RVKPP.

V r. 2004 se uskutečnila celkem 4 zasedání RVKPP. Výbor zástupců resortů se během r. 2004 sešel na 5 pracovních jednáních. Ve Výboru se setkávají pracovníci resortů, kteří v příslušném ministerstvu odpovídají za realizaci opatření a aktivit protidrogové politiky a projednávají v něm otázky postupu a spolupráce ve veřejné správě, zejména na centrální úrovni. Hlavními tématy jednání byly příprava strategie, certifikace odborné způsobilosti a změny ve financování programů protidrogové politiky.

Ve všech 14 krajích jsou do funkcí jmenováni krajští protidrogoví koordinátoři, kteří využívají sítě kontaktních pracovníků v jednotlivých obcích s rozšířenou působností na území kraje. Krajské strategie protidrogové politiky měla vypracovány většina krajů (mimo kraj Liberecký, Moravskoslezský, Plzeňský a kraj Vysočina), krajské protidrogové komise byly ustaveny ve všech krajích mimo kraje Vysočina, Plzeňského a Jihomoravského kraje. V roce 2004 pokračovala spolupráce sekretariátu RVKPP s kraji v rámci činnosti pracovní skupiny Vertikální koordinace (členy je všech 14 krajských protidrogových koordinátorů).

1.2.3 Kvalita služeb

V r. 2004 byly dokončeny přípravy procesu Certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek, které by měly přispět ke zvýšení kvality poskytovaných služeb. Certifikace je posouzením a formálním uznáním, že služba odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti; toto posouzení budou provádět externí hodnotitelé podle kritérií stanovených Standardy odborné způsobilosti a v souladu s Certifikačním řádem a Metodikou místního šetření. Certifikace schválila vláda 13. března 2005 usnesením č. 300/2005 a celý systém byl spuštěn 1. června 2005[2].

Standardy odborné způsobilosti služeb (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003) definují celkem 9 typů služeb: detoxifikaci, terénní programy, kontaktní centra, ambulantní léčbu, stacionární programy, krátkodobou a střednědobou ústavní léčbu, rezidenční péči v terapeutických komunitách, následnou péči a substituční léčbu. Standardy jsou rozděleny na dvě části: obecnou a speciální. Obecná část je společná pro všechny typy služeb a zabývá se tématy jako jsou přístupnost služeb, práva klientů, příjem a úvodní zhodnocení, spektrum služeb a zásady jejich poskytování, personální práce, odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů, dostupnost a vnější vztahy, organizační aspekty, finance, prostředí a materiálně-technické zázemí, minimální bezpečí, hodnocení kvality a efektivity služeb. Ve specifické části jsou jednotlivá témata zpracována pro každý specifický typ služby zvlášť. Jednotlivá zařízení si mohou ověřit, jak naplňují požadavky stanovené těmito standardy prostřednictvím sebeposuzovacího dotazníku, který je také vytvořen pro každý typ služby zvlášť.

Pro potřeby hodnocení efektivity poskytovaných služeb byl v r. 2003 vytvořen Minimální evaluační set (MES), který tvoří tři hlavní části: sebeposuzovací dotazník, jednotný systém vykazování přímé léčebné péče a dotazník pro sledování základních ekonomických ukazatelů. MES zakotvuje minimální kvalifikační požadavky na poskytování konkrétních intervencí a definuje základní organizační a provozní podmínky, za nichž smí být tyto intervence prováděny. V r. 2004 proběhlo ve Středočeském kraji jeho pilotní ověření (Miovský et al. 2005).

V r. 2004 vznikla na webových stránkách www.drogy-info.cz nová sekce Banka evaluačních nástrojů, která obsahuje nástroje využitelné při evaluaci poskytovaných služeb a navazuje na Evaluation Instrument Bank EMCDDA. Česká Banka evaluačních nástrojů je průběžně aktualizována a v současnosti obsahuje osm dotazníků, které lze využít pro zhodnocení závažnosti závislosti na drogách. NMS také průběžně přispívá do Evaluation Instrument Bank, která v současnosti obsahuje 4 nástroje pro evaluaci v českém jazyce.

[2] Zahájení systému certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog bylo připraveno již na začátek r. 2004. V březnu a v následujících měsících r. 2004 ale proběhla koaliční jednání mezi představiteli vládních stran o protidrogové politice - blíže viz kapitola Sociální a kulturní kontext protidrogové politiky, str. 9; na základě těchto jednání byl mimo jiné pozastaven i systém certifikací.

1.3 Rozpočty a financování

Financování protidrogové politiky bylo v r. 2004, stejně jako v letech minulých, realizováno ve dvou úrovních, centrální (státní) a místní (krajské a obecní). RVKPP je vládou pověřena rozdělováním finančních prostředků z rozpočtové kapitoly Všeobecná pokladní správa - výdaje na protidrogovou politiku (VPS). Počínaje r. 2004 administruje poskytování dotací schválených RVKPP Úřad vlády ČR. Resorty, které měly v r. 2004 ve svém rozpočtu výdaje na Program protidrogové politiky, jsou Ministerstvo zdravotnictví (MZ), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), Ministerstvo financí (MF), Ministerstvo spravedlnosti (MS) a Ministerstvo obrany (MO). Ministerstvo vnitra (MV) nemá ve svém rozpočtu výdaje na Program protidrogové politiky, ale v rámci Programu sociální prevence a prevence kriminality podporuje i aktivity prevence drogových závislostí.

Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu ČR a z rozpočtu krajů a obcí v r. 2004 uvádí tabulka 1-2.

tabulka 1-2: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v roce 2004 ze státního a místních rozpočtů (tis. Kč)

Kraje	VPS (RVKPP)	MZ	MŠMT	MPSV	MF-GŘC	MS	MO	Celkem státní rozpočet	Rozpočty krajů	Rozpočty obcí	Celkem
PHA	25 901	3 654	2 497	6 608	x	x	x	**38 660**	26 170	16 700	**81 530**
STC	6 915	1 001	1 085	3 320	x	x	x	**12 321**	13 770	3 560	**29 651**
JHC	4 720	448	421	4 037	x	x	x	**9 626**	5 780	1 250	**16 656**
PLK	6 897	304	351	428	x	x	x	**7 980**	1 500	2 390	**11 870**
KVK	3 001	0	209	1 954	x	x	x	**5 164**	500	980	**6 644**
ULK	10 442	2 184	569	4 506	x	x	x	**17 701**	7 900	5 950	**31 551**
LBK	3 977	395	296	124	x	x	x	**4 792**	5 760	730	**11 282**
HKK	1 631	1 802	869	772	x	x	x	**5 074**	2 020	720	**7 814**
PAK	1 885	69	591	712	x	x	x	**3 257**	1 800	1 090	**6 147**
VYS	3 721	335	366	5 203	x	x	x	**9 625**	4 130	1 760	**15 515**
JHM	11 524	1 415	998	5 107	x	x	x	**19 044**	5 000	4 620	**28 664**
OLK	5 863	353	556	2 509	x	x	x	**9 281**	1 300	2 170	**12 751**
ZLK	2 776	75	402	1 690	x	x	x	**4 943**	2 400	2 340	**9 683**
MSK	8 473	560	886	5 255	x	x	x	**15 174**	3 570	18 660	**37 404**
Celkem s krajským určením*	**97 725**	**12 595**	**10 093**	**42 224**	**x**	**x**	**x**	**162 637**	**81 600**	**62 920**	**307 157**
Projekty bez krajského rozlišení	**2 854**	**13 864**	**0**	**0**	**9 310**	**13 638**	**3 484**	**43 150**	**x**	**x**	**43 150**
Celkem	**100 579**	**26 459**	**10 093**	**42 224**	**9 310**	**13 638**	**3 484**	**205 787**	**81 600**	**62 920**	**350 307**

*Pozn.: zkratky uvedené v tabulce - viz kapitola Zkratky, * tj. na projekty, u kterých je možno určit kraj realizace*

Z kapitoly VPS bylo rozhodnutím RVKPP podpořeno celkem 144 programů protidrogové politiky na místní úrovni celkovou částkou 97,725 mil. Kč. Jednalo se o projekty především nestátních neziskových organizací (NNO) typu nízkoprahových služeb, ambulantní léčby, doléčování, reintegrace a terapeutických komunit. Dále byla převedena do rozpočtu MZ částka 978 tis. Kč pro zajištění Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR provedené Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Částka 2,854 mil. Kč na výdaje Úřadu vlády ČR - sekretariátu RVKPP z kapitoly VPS byla čerpána v členění, které uvádí tabulka 1-3.

tabulka 1-3: Čerpání finančních prostředků z VPS na Úřadu vlády ČR v r. 2004 (tis. Kč)

Rámcový účel čerpání	**Čerpané prostředky**
Posuzování projektů dotačního řízení RVKPP	140
Překlady a jiné služby	370
Pilotní ověření Standardů primární prevence a jejich vyhodnocovací kritéria	214
Vzdělávání krajských protidrogových koordinátorů	594
Publikační a informační činnost	773
Ekonomické analýzy	98
Monitorování a výzkum	665
Celkem	**2 854**

Finanční prostředky MZ (běžné i kapitálové) byly určeny k zabezpečení dostupnosti detoxifikačních jednotek, ambulantních poradenských programů, dlouhodobých léčebných a resocializačních programů, programů zaměřených na minimalizaci zdravotních rizik a substitučních programů.

Prostředky MŠMT byly poskytnuty formou transferů na realizaci místních a regionálních projektů, minimálních preventivních programů realizovaných školami, školskými zařízeními a místními nestátními neziskovými organizacemi (6,8 mil. Kč). Dále byly v samostatném dotačním řízení MŠMT financovány projekty nadregionálního charakteru realizované v rámci programu Prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (3,3 mil. Kč.).

MPSV financovalo provoz kontaktních center, terapeutických komunit, terénních programů pro uživatele drog a služeb následné péče. Neinvestiční dotace byly v r. 2004 přiděleny na poskytování sociálních služeb občanským sdružením, obecně prospěšným společnostem, církvím a fyzickým osobám.

Z rozpočtu MF byly čerpány běžné výdaje Generálního ředitelství cel (GŘC) v částce 1,666 mil. Kč (skupina operativního nasazení, služební psi, drobný materiál) a kapitálové výdaje GŘC ve výši 7,644 mil. Kč na pořízení komponentů radiového systému Motorola a nákup techniky pro pořizování obrazových a zvukových záznamů.

Z rozpočtu MS byly financovány výdaje Vězeňské služby ČR na realizaci protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody (13,503 mil. Kč), výdaje Justiční akademie na realizaci specializovaných seminářů (103 tis. Kč) a výdaje Institutu pro kriminologii a sociální prevenci (32 tis. Kč).

Rozpočet MO pro program protidrogové politiky zahrnoval výdaje na laboratorní testy na přítomnost návykových látek u příslušníků armády, pořízení přístrojů na detekci alkoholu, zajištění školení a vzdělávání budoucích lektorů z řad příslušníků armády.

MV realizovalo Program sociální prevence a prevence kriminality, jehož celkové výdaje v r. 2004 činily 60,645 mil. Kč. Program se mj. zaměřuje na zvýšení profesionality při jednání s uživateli drog podezřelými z páchání trestné činnosti a na podporu projektů na místí úrovni; některé z těchto projektů jsou zaměřeny na protidrogovou prevenci. Z rozpočtu Policie ČR byla zabezpečena činnost Národní protidrogové centrály Policie ČR (NPC)[3] a dalších policejních složek na tomto úseku.

Kraje poskytly v r. 2004 poskytly na protidrogové programy 81,6 mil. Kč. Od r. 2002 dochází k téměř 100% meziročnímu nárůstu těchto prostředků - viz tabulka 1-4. Poprvé v r. 2004 jsou k dispozici i údaje o výdajích z rozpočtů obcí - podle krajů viz tabulka 1-2.

Přehled prostředků na realizaci programů protidrogové politiky v r. 2004 čerpaných z veřejných rozpočtů uvádí mapa 1-1.

[3] Rozpočet NPC je ze zákona utajovanou skutečností.

tabulka 1-4: Čerpání finančních prostředků z rozpočtu krajů v r. 2002-2004 (tis. Kč)

Kraj*	2002	2003	2004
PHA	12 700	12 466	26 170
STC	3 510	8 000	13 770
JHC	2 913	2 805	5 780
PLK	0	1 000	1 500
KVK	96	500	500
ULK	1 435	7 540	7 900
LBK	0	2 730	5 760
HKK	738	945	2 020
PAK	1 500	1 500	1 800
VYS	0	1 800	4 130
JHM	3 000	2 000	5 000
OLK	80	306	1 300
ZLK	1 096	3 490	2 400
MSK	2 269	3 000	3 570
Celkem	**29 337**	**48 082**	**81 600**

*Pozn.: * názvy krajů viz kapitola Zkratky*

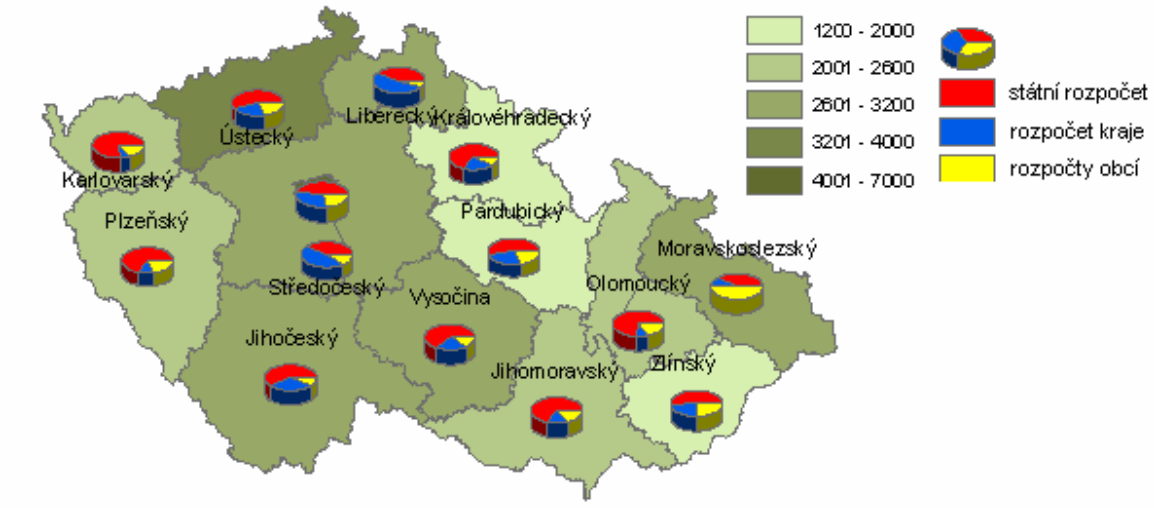
Celkový přehled vývoje výdajů prostředků na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu, krajských a obecních rozpočtů uvádí tabulka 1-5.

tabulka 1-5: Čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu a z místních rozpočtů v r. 2002-2004 (tis. Kč)

Rok	Státní rozpočet*	Rozpočty krajů	Obecní rozpočty**	Celkem
2002	203 384	29 337	n.a.	232 721
2003	220 847	48 082	n.a.	268 927
2004	205 787	81 600	62 920	350 307

*Pozn.: * státní rozpočet bez rozpočtu NPC a dalších policejních složek, ** v r. 2002 a 2003 nebyla výše výdajů na protidrogovou politiku z obecních rozpočtů sledována*

mapa 1-1: Čerpání finančních prostředků na protidrogovou politiku v krajích ČR v r. 2004 ze státního a místních rozpočtů (v tis. Kč na 100 tis. obyv.)



1.4 Sociální a kulturní kontext protidrogové politiky

1.4.1 Postoje společnosti vůči drogám

Společnost byla konfrontována s výzkumy, podle kterých česká mládež patří mezi největší konzumenty tabáku a alkoholu a je na vedoucím místě žebříčku pokud jde o zkušenost s užíváním konopných drog - alespoň jednou za život je užilo 44 % 16letých - blíže viz kapitola Užívání drog v populaci, str. 12.

Postoje Čechů vůči reklamě na cigarety se dlouhodobě udržují na stejné úrovni, přestože již řadu let probíhají společenské diskuse a reklama na cigarety je postupně omezována. Na konci r. 2004 se pro naprostý zákaz reklamy na cigarety vyslovilo 46 % Čechů oproti 38 %, kteří tento názor zastávali v r. 2003 - to je obdobný počet osob, jako před 11 lety, kdy zákonná omezení této reklamy ještě neexistovala. S naprostou volností této reklamy v r. 2004 souhlasilo jen 16 % osob. Pro reklamu s omezením je 32 %. Postoje k reklamě na alkohol jsou rovněž odmítavé, ale ne tak striktně jako u reklamy na cigarety. Naprostý zákaz vyžaduje 37 % občanů, 39 % je pro určitá omezení a 17 % není pro žádná omezení (Factum Invenio, s.r.o., 2005).

1.4.2 Přístupy k drogám a uživatelům drog

Legislativní rozdělení drog podle zdravotní a společenské nebezpečnosti dle vládou schváleného záměru z r. 2001 je součástí rekodifikace trestního zákoníku - viz kapitola Legislativní rámec, str. 3. V souvislosti s dokončením Národní strategie 2005-2009 se vyjádřil tehdy odpovědný ministr vlády[4], že je třeba vidět rozdíly mezi drogami. Dosavadní prevence se podle něj téměř výlučně týkala šíření poměrně plytkých vzdělávacích programů na školách. Měla by být zřetelně zaměřena na zdravotní škodlivost a sociální rizika konopných drog a zejména extáze (Danda, 2004). Tvrdší postoj požadovali politici KDU-ČSL, kteří označovali dosavadní prevenci za neúčinnou (Vaca, 2004); rozlišování na tvrdé a měkké drogy a bagatelizování těch údajně měkkých podle nich způsobilo, že v ČR je nejvíc kuřáků marihuany v Evropě (Vaca & Petrášová, 2004). O.s. Rodiče proti drogám vyslovilo požadavek, aby zaměstnanci státu museli kromě čistého trestního rejstříku dokládat i potvrzení od lékaře, že neužívají drogy (Vaca & Petrášová, 2004).

1.4.3 Iniciativy v parlamentu a občanské společnosti

Politici si tvoří postoje k problému návykových látek zpravidla na základě osobních názorů takzvaně „napříč politickým spektrem“, podobně jako např. u problematiky registrovaného partnerství osob stejného pohlaví; politické strany většinou nezaujímají k drogové politice zřetelný postoj.

Poprvé od r. 1998, kdy politici prosadili legislativní změny v přístupu k problému užívání drog, se jedna z parlamentních politických stran výrazně angažovala v protidrogové politice. KDU-ČSL[5] v únoru 2004 „vyhlásila válku drogám“ (KDU-ČSL, 2004); požadovala změny v systému koordinace a financování protidrogové politiky, zpřísnění zákonů týkajících se užívání drog a jejich distribuce. V následujících politických jednáních byla některými politiky a odborníky delegovanými KDU-ČSL zpochybňována protidrogová politika i její garant na vládní úrovni - RVKPP a její sekretariát. Iniciativa vzbudila širokou odezvu v médiích i odborné veřejnosti.

Snahy KDU-ČSL odmítla jako populistické organizace A.N.O.[6] (A.N.O. - Asociace nestátních organizací , 2004). Odborníci a předsedové krajských protidrogových komisí adresovali otevřený dopis premiérovi, členům vlády, senátorům a poslancům; vyjádřili znepokojení nad neodbornými a nesystémovými návrhy na změnu koncepce protidrogové politiky (Otevřený dopis drogových odborníků a členů protidrogových komisí, 2004)[7]. Otevřený dopis premiérovi zaslala redakční rada odborného časopisu Adiktologie; poukazovala na soulad české národní protidrogové strategie s evropskými strategiemi a s vědecky ověřenými poznatky. Otevřeným prohlášením se proti snaze KDU-ČSL o zpřísnění protidrogové politiky ohradili také duchovní a aktivní členové křesťanských církví (Prohlášení duchovních a aktivních členů křesťanských církví, 2004)[8]. V dubnu 2004 se pod záštitou místopředsedy Poslanecké sněmovny konala konference Česká *protidrogová politika - je důvod k revizi?*, za účasti expertů EMCDDA a člena Mezinárodního výboru pro kontrolu narkotik OSN (INCB). Snahy KDU-ČSL naopak podpořilo o.s. Rodiče proti drogám, které pořádalo v prosinci 2004 konferenci v Senátu ČR, konanou pod záštitou místopředsedy Senátu za účasti velvyslance USA v ČR. Po rekonstrukci vlády ČR v srpnu 2004, při které došlo rovněž ke změně člena vlády odpovídajícího za protidrogovou politiku, se situace postupně uklidnila[9].

Tzv. scientologická církev[10] v rámci projektu „Řekni ne drogám - řekni ano životu“ opět pořádala informační akce na ulicích českých a moravských měst[11], kde dobrovolníci distribuovali své materiály o účincích drog (Řekni ne drogám - řekni ano životu, 2005). Reakcí bylo společné stanovisko Výboru zástupců resortů[12] k aktivitám scientologů, ve kterém se od těchto aktivit jednotlivé resorty distancovaly a označily je za rizikové pro mládež i dospělé; to vedlo ke zvýšené snaze scientologů o komunikaci se státní správou (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2004).

V r. 2004 akreditovala 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze nový bakalářský obor adiktologie. Cílem studia je vybavit absolventy potřebnými teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi potřebnými pro práci v oblastech

[4] Místopředseda vlády a výkonný místopředseda Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
[5] Křesťanská a demokratická unie - Čs. strana lidová, 21 křesel z celkem 200 v Poslanecké sněmovně.
[6] A.N.O., sdružuje NNO poskytující služby v drogové prevenci, léčbě a resocializaci; zůstává nadále jedinou organizací svého druhu v ČR.
[7] Mezi iniciátory dopisu byli i 2 špičkoví politici ODS (primátor hl. m. Prahy a hejtman Karlovarského kraje), celkem bylo připojeno 201 podpisů.
[8] Dopis podepsalo 5 osob, jeden z nich je zároveň poslancem; později se stal též vládním zmocněncem pro lidská práva.
[9] V prosinci 2004 byl odvolán z funkce ředitel sekretariátu RVKPP; nový ředitel byl jmenován v únoru 2005.
[10] Scientologická církev v ČR není registrována jako náboženská společnost (působí jako občanské sdružení).
[11] Akce se v ČR koná každoročně od r. 2001.
[12] Výbor je stálým pracovním orgánem RVKPP.

prevence, léčby, následné péče, probační a mediační práce, penitenciární a postpenitenciární péče apod. ve vztahu k návykovým látkám a závislostnímu typu chování. Absolventi tak najdou uplatnění v širokém spektru služeb určených nejen uživatelům drog.

1.4.4 Média

Počet příspěvků na téma „drogová problematika" v českých médiích má od r. 2002 prudce stoupající tendenci. Celkem bylo v archivu Internet Media Monitoring (NEWTON INFORMATION TECHNOLOGY, s.r.o., 2005) za r. 2004 zjištěno 8 069 příspěvků na téma „drogová problematika", oproti 5 434 v r. 2003 (tzn. nárůst o 48 %); v r. 2002 to bylo 2 638 příspěvků. Sledovány jsou příspěvky v tištěných i elektronických médiích (rádia, televize) a zpravodajství České tiskové kanceláře.

Národní drogový informační portál www.drogy-info.cz spravovaný NMS se stal vyhledávaným zdrojem informací – do „oblíbených" položek si jej dává cca každý desátý návštěvník (Statistika *www.drogy-info.cz*, 2004). Stránky www.drogy-info.cz se umísťovaly na předních místech mezi všemi monitorovanými zdravotně orientovanými stránkami v ČR: z 56 místa (ze 733 webů) v lednu 2004 postoupily až na 2. místo (z 370 webů v žebříčku) v prosinci 2004 (Navrcholu.cz, 2004). V r. 2004 navštívilo stránky www.drogy-info.cz celkem 107 tis. návštěvníků; počet návštěv byl 188 tis. (tj. 1,8 návštěv na návštěvníka); počet zobrazených stránek byl 2,3 mil. (12,2 str. během návštěvy), počet požadavků (stránky + obrázky, soubory atd.) činil 10,7 mil. (cca 57 požadavků během návštěvy).

V r. 2004 byl publikován výzkum z r. 2003, zabývající se informacemi v médiích o užívání a uživatelích tabáku v ČR. Autoři konstatovali, že v celkovém obraze převažují negativní významy, negativně laděné články však nedostávají vyšší důležitost než články s neutrálním a pozitivním laděním. Bojovnost titulků je nasměrována nejčastěji proti kouření, pak proti osobě uživatele. U akutních důsledků spojených s tabákem jsou spíše zmiňovány důsledky negativní pro společnost (nekuřáky) než pro samotného uživatele (Brachová et al. 2004).

2 Užívání drog v populaci

Situace v oblasti užívání drog v populaci v r. 2004 nezaznamenala oproti předchozím rokům žádnou významnou změnu. V loňském roce byla realizována *Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR* a byly zveřejněny výsledky dalších průzkumů ve školní populaci a ve vybraných specifických skupinách populace. Realizované průzkumy potvrzují nastartovaný trend diferenciace na drogové scéně - na jedné straně roste experimentování a rekreační užívání konopných látek a extáze, stejně jako tolerance k užívání těchto látek, a na straně druhé dochází ke stagnaci nebo poklesu užívání drog se závažnějšími zdravotními a sociálními důsledky.

2.1 Užívání drog v obecné populaci

2.1.1 Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR 2004

V r. 2004 realizoval ÚZIS ve spolupráci se společností INRES-SONES a NMS Celopopulační studii o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR. Studie se zaměřila na hodnocení kvality života a výskyt zdravotně rizikových forem chování v dospělé populaci. Důraz byl kladen na rozsah užívání, postoje a subjektivní vnímání rizik a dostupnosti alkoholu, tabáku a nelegálních drog (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005a). Jednalo se o dotazníkové šetření, provedené metodou strukturovaných rozhovorů. Použitý dotazník vychází z Evropského modelového dotazníku (EMQ) (EMCDDA, 2002). Oproti EMQ byl rozšířen výčet sledovaných psychoaktivních látek - podrobněji byl sledován pervitin, lysohlávky a jiné přírodní halucinogeny, těkavé látky a rozpouštědla. Pro výběr respondentů byla použita metoda náhodného stratifikovaného výběru, kritérii pro reprezentativitu souboru byly věk, pohlaví, kraj bydliště a dosažené vzdělání. Celkem bylo uskutečněno 3 526 rozhovorů (z celkového počtu 5 433 kontaktovaných osob, míra respondence tedy činila 68,2 %). Do studie se zapojilo celkem 1 766 mužů a 1 760 žen ve věku 18-64 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005b).

2.1.1.1 Výsledky studie

Alespoň jednu zkušenost s užitím některé ze sledovaných nelegálních drog má 22 % dospělé populace ČR (28 % mužů a 16 % žen) - viz tabulka 2-1. Nejčastěji se jedná o konopné látky (21 %), zkušenosti s extází má 7 % populace, s lysohlávkami nebo jinými přírodními halucinogeny 3,5 %, s amfetaminy 2,5 %. Zkušenosti s ostatními nelegálními drogami (opiáty, kokainem nebo crackem, LSD) jsou v obecné populaci málo rozšířené. Muži mají ve srovnání se ženami vyšší zkušenosti s užíváním všech sledovaných nelegálních drog. V posledních 12 měsících užilo nelegální drogu 10 % respondentů (9 % užilo konopné látky a 3,5 % extázi), v posledních 30 dnech 5 % (necelých 5 % konopné látky a 1 % extázi). Užívání ostatních nelegálních drog bylo v posledních 12 měsících a 30 dnech udáváno výjimečně.

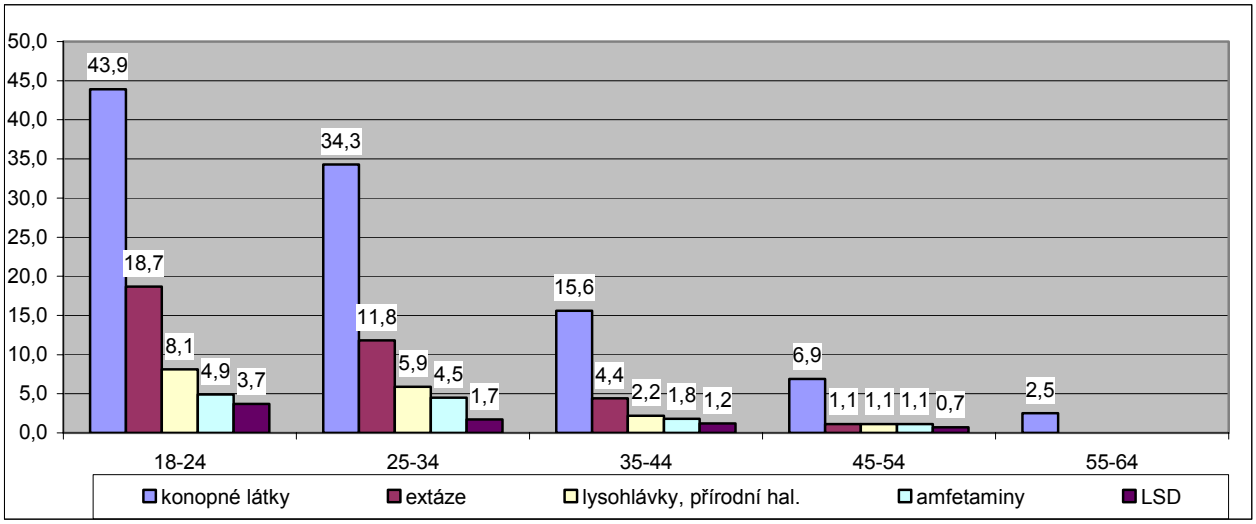
tabulka 2-1: Prevalence užití návykových látek v dospělé populaci (celoživotní a v posledních 12 měsících, v %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d)

Droga	Celoživotní prevalence			V posledních 12 měsících		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Jakákoliv nelegální droga	28,3	16,4	22,3	13,9	6,8	10,4
Konopné látky	26,0	15,2	20,6	12,5	6,1	9,3
Extáze	9,2	4,8	7,1	4,6	2,3	3,5
LSD	2,2	0,8	1,4	0,7	-*	0,4
Lysohlávky, jiné přírodní haluc.	5,1	1,9	3,5	2,2	0,6	1,4
Amfetaminy	3,6	1,5	2,5	1,2	-*	0,7
Opiáty	0,8	-*	0,5	-*	-*	-*
Kokain, crack	1,4	0,9	1,1	-*	-*	-*

*Pozn.: * hodnoty nižší než 0,5 % jsou v celopopulačních průzkumech považovány za nulové*

Užívání nelegálních drog je nejčastěji rozšířené ve věkové skupině 18-24 let; s rostoucím věkem respondentů klesá prevalence užití všech sledovaných nelegálních drog - viz obrázek 2-1. V této skupině má zkušenost s užitím konopných látek téměř 44 % dotázaných (téměř 51 % mužů a 37 % žen). Extázi někdy v životě užilo 19 % dotázaných v této skupině (23 % mužů a 14 % žen), lysohlávky nebo jiné přírodní halucinogeny 8 %, amfetaminy 5 %, LSD 4 % dotázaných.

obrázek 2-1: Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog podle věkových skupin, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d)



Vývoj od r. 2002, kdy byl naposledy realizován celopopulační průzkum zaměřený na rozsah užívání návykových látek (projekt GENACIS), lze shrnout do těchto bodů:

- ve sledovaném období byl zaznamenán nárůst experimentálního a rekreačního užívání extáze, a to především v nejmladších věkových skupinách (18-24 a 25-34 let); k nárůstu došlo také v případě lysohlávek a jiných přírodních halucinogenů;
- rozsah užívání konopných látek v dospělé populaci je stabilní, k nárůstu zkušeností s užíváním konopných látek nedochází ani ve skupině mladých dospělých (18-34 let);
- celoživotní prevalence zkušeností s opiáty a amfetaminy je stabilně nízká, rozsah užívání těchto látek v posledních 12 měsících se dokonce snížil;
- v případě LSD byl zaznamenán pokles rozsahu užívání ve všech sledovaných časových horizontech.

2.1.2 Světové šetření o zdraví (World Health Survey, WHS)

V r. 2004 byly zveřejněny výsledky Světového šetření o zdraví realizovaného Světovou zdravotnickou organizací (WHO), do kterého se v r. 2002-2003 zapojila také ČR. Z oblasti zdravotně rizikových forem chování bylo do studie zahrnuto jen kouření a užívání alkoholu. Podle výsledků studie je v české populaci přibližně 25 % pravidelných kuřáků (30,3 % mužů a 18,9 % žen), průměrná spotřeba cigaret v přepočtu na 1 kuřáka dosahovala 16,2 kusů u mužů a 12,6 kusů u žen. Nadměrnou konzumaci alkoholu uvedlo 24,8 % mužů a 3,9 % žen. Průměrná spotřeba čistého alkoholu u mužů dosahovala 10,9 g/den, u žen 2,4 g/den (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004d).

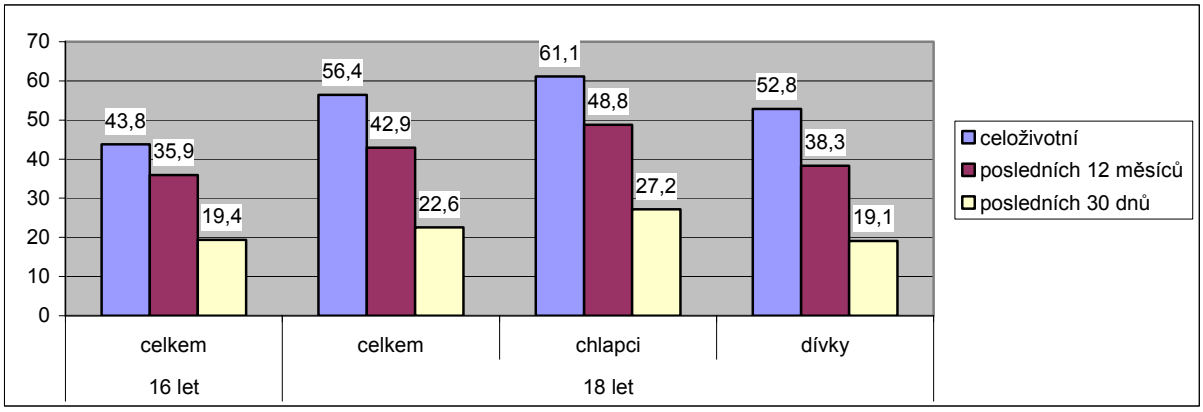
2.2 Užívání drog ve školní populaci

V r. 2004 nebylo realizováno žádné reprezentativní šetření zaměřené na rozsah užívání návykových látek ve školní populaci. Nově byla analyzována data za 18leté studenty získaná v rámci studie ESPAD v r. 2003. Zveřejněny byly výsledky mezinárodní studie SAHA zaměřené na školní populaci ve věku 12, 14 a 16 let, a lokální pražský průzkum mezi žáky 6.-9. tříd základních škol.

2.2.1 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) - situace mezi 18letými

Do průzkumu se v r. 2003 zapojilo celkem 3 388 studentů ve věku 17-18 let. Mezi studenty v tomto věku je téměř 32 % pravidelných (denních) kuřáků a více než 22 % pravidelných konzumentů alkoholu (Csémy et al. 2005). Ukázalo se, že s užitím jakékoliv nelegální drogy má celoživotní zkušenost 56,4 % 18letých respondentů (61,1 % chlapců a 52,8 % dívek) oproti 44 % 16letých - viz obrázek 2-2. Vyšší prevalence zkušeností s nelegálními drogami ve skupině 18letých není překvapujícím zjištěním; naopak stejná úroveň prevalenčních hodnot by upozorňovala na výrazný posun zkušeností s drogami do nižších ročníků středních škol.

obrázek 2-2: Prevalence užití jakékoliv nelegální drogy - srovnání 16letých a 18letých studentů (celoživotní, v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech), v % (Csémy et al. 2005)



Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky - v posledním roce užilo marihuanu nebo hašiš 43 % dotázaných, v posledním měsíci 22 %. Jednorázově užilo konopné látky v posledním měsíci 10 %, více než 5krát pak 8,4 % 18letých.

Extázi v životě užilo 11,4 % (oproti 8,3 % 16letých), LSD nebo jiné halucinogeny 9,2 % (oproti 5,6 %), pervitin 8,4 % (oproti 4,2 %). Rozdíly ve zkušenostech s heroinem nebo jinými opiáty mezi 16letými a 18letými nejsou významné. Varující je vysoká prevalence současného užití alkoholu a marihuany, a to i v posledních 30 dnech - viz tabulka 2-2.

tabulka 2-2: Prevalence užití návykových látek mezi 18letými studenty (celoživotní, v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech), v % (Csémy et al. 2005)

Droga	**Celoživotní**	**V posledních 12 měsících**	**V posledních 30 dnech**
Konopné látky	56,2	43,0	22,3
Heroin, jiné opiáty	2,7	1,1	0,5
Pervitin, jiná stimulancia	8,4	5,4	2,7
Těkavé látky	6,4	2,0	0,6
Extáze	11,4	6,0	1,9
LSD, jiné halucinogeny	9,2	4,4	1,2
Sedativa, hypnotika	10,4	3,8	1,5
Alkohol a pilulky	13,9	5,0	1,5
Alkohol a marihuana	42,8	25,6	12,6

2.2.2 Mezinárodní projekt SAHA (Social and Health Assessment)

V r. 2004 byly také poprvé zveřejněny výsledky české části mezinárodního projektu SAHA - Rizikové faktory školního, sociálního a zdravotního vývoje mládeže. Hlavním realizátorem průzkumu v ČR na přelomu r. 2003 a 2004 byl Psychologický ústav Akademie věd ČR v Brně ve spolupráci s Dětskou psychiatrickou klinikou 2. LF UK v Praze (Blatný et al. 2004). Celkem se výzkumu účastnilo 4 876 studentů základních a středních škol ve třech věkových skupinách - 12, 14 a 16 let. Výzkum byl proveden pouze v krajských městech ČR, přičemž 42,5 % respondentů bylo z Prahy - nejedná se tedy o reprezentativní průzkum na celorepublikové úrovni. Průzkum umožňuje porovnat rozsah zkušeností s užitím návykových látek a postoje k nim mezi jmenovanými skupinami - viz tabulka 2-3.

tabulka 2-3: Celoživotní prevalence užití návykových látek u 12, 14 a 16letých, v % (Blatný et al. 2004)

Prevalence podle druhu drogy	**12 let (N = 1 447)**		**14 let (N = 1 526)**		**16 let (N = 1 903)**	
Celoživotní	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Pivo	56	38	73	61	93	79
Víno	62	53	80	81	91	91
Destiláty	43	31	71	63	90	88
Cigarety	56	54	70	71	80	82
Marihuana	12	10	34	28	58	52
Extáze	4	1	2	3	8	6
Lysohlávky	3	1	4	3	12	7
Rozpouštědla	8	5	4	5	4	3
V posledních 30 dnech						
Alkohol (5 a více sklenic, 3 a vícekrát)	3	1	9	6	34	18
Marihuana	8	6	17	16	34	27

Hodnoty celoživotní prevalence užití návykových látek mezi 16letými jsou srovnatelné s výsledky studie ESPAD realizované v r. 2003; vyšší prevalence v případě marihuany a jiných sledovaných nelegálních drog souvisí s tím, že projekt SAHA byl zaměřen na městskou mládež, zatímco projekt ESPAD sledoval rozsah užívání návykových látek v celé ČR.

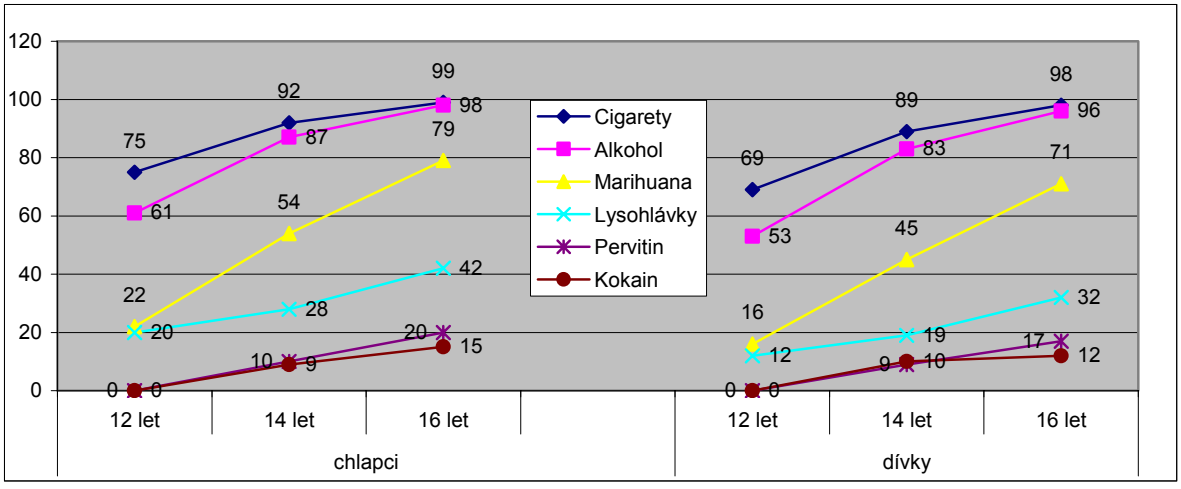
Po požití alkoholu někdy bylo ve vyučování 7 % 12letých chlapců, 14 % 14letých a 34 % 16letých (6 %, 10 %, resp. 17 % dívek), po požití marihuany srovnatelný, pouze nevýrazně nižší, podíl dotázaných - viz tabulka 2-4.

tabulka 2-4: Podíl žáků/studentů, kteří byli ve škole po požití návykové látky, v % (Blatný et al. 2004)

Za poslední rok ve škole	**12 let**		**14 let**		**16 let**	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Po požití alkoholu	7	6	14	10	34	17
Po požití marihuany	5	3	12	10	28	16

Průzkum SAHA sledoval také subjektivně vnímanou dostupnost návykových látek. Alkohol a cigarety by celkem snadno nebo velmi snadno sehnalo téměř 100 % 16letých, ale také přibližně 60-70 % 12letých. Marihuanu by snadno sehnalo 70-80 % 16letých, ale také přibližně 20 % 12letých. Varující je také vysoká subjektivně vnímaná dostupnost lysohlávek (30-40 % 16letých, ale také necelých 20 % 12letých) - viz obrázek 2-3.

obrázek 2-3: Subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek (% studentů, kteří by látku sehnali „velmi snadno“ nebo „celkem snadno“) (Blatný et al. 2004)



2.2.3 Lokální průzkum mezi žáky základních škol v Praze

V r. 2003 bylo v Praze pro potřeby protidrogových koordinátorů realizováno rozsáhlé dotazníkové šetření zaměřené na lokální zmapování situace v oblasti užívání návykových látek mezi žáky 6.-9. tříd základních škol. Celkem bylo v rámci průzkumu dotázáno 1 850 žáků ve věku 11-15 let. Sledována byla zkušenost dětí s návykovými látkami, postoje

k drogám a jejich uživatelům, informovanost o drogách, realizované preventivní aktivity na školách a jejich hodnocení samotnými účastníky.

Průzkum ukázal, že s kouřením má zkušenost přibližně 68 % žáků základních škol, s alkoholem pak 74 %. S nelegální drogou má zkušenost celkem 20 % všech dotázaných - zkušenosti se významně liší podle věku, resp. třídy, kterou žáci navštěvují (6. třída 4 %, 7. třída 13 %, 8. třída 24 %, 9. třída 36 %). Z těch, co kdy drogu užili, uvedlo 72 % dotázaných, že drogu užili opakovaně (více než jednou). Nejčastěji užitou drogou jsou marihuana nebo hašiš, pervitin, extáze a LSD. Nelegální droga byla nabídnuta 34 % respondentů (přibližně 10 % žáků 6. tříd a více než 50 % žáků 9. tříd) - nejčastěji kamarádem, vrstevníkem nebo spolužákem; 1/3 však byla oslovena také neznámou osobu. Necelých 70 % z této skupiny bylo osloveno na ulici, přibližně 20 % ve škole a kolem 25 % na diskotéce nebo v klubu. Z průzkumu vyplynulo, že nelegální drogu vyzkoušel každý pátý žák, kterému byla droga nabídnuta (Karmelitová & Týc, 2003).

2.3 Užívání drog a mladí lidé

Informace o rozsahu užívání návykových látek mezi mladými lidmi vycházejí z celopopulačních studií nebo specifických průzkumů zaměřených na určité podskupiny mladých lidí, jako jsou např. průzkumy mezi studenty vysokých škol nebo průzkumy na taneční scéně.

2.3.1 Studenti vysokých škol a návykové látky

V r. 2004 pokračoval pravidelný průzkum zaměřený na zkušenosti studentů vysokých škol s návykovými látkami - průzkum realizuje Farmaceutická fakulta v Hradci Králové již od r. 1995. Celkem bylo od r. 1995 do průzkumu zapojeno téměř 5 tis. studentů, převážně ve věku 18-25 let.

Jakákoliv nelegální droga byla někdy v životě nabídnuta více než polovině dotázaných, ve většině případů se jedná o marihuanu; více než 90 % z nich uvedlo zkušenost s nabídkou drogy v posledním roce. Jiná droga byla nabídnuta přibližně 20-25 % dotázaných, nejčastěji šlo o extázi (26,6 %), pervitin (17,3 %) a LSD (13,7 %) (Klusoňová, 2005).

Ze srovnání výsledků průzkumu vyplývá, že od poloviny 90. let došlo k nárůstu celoživotní prevalence užití sledovaných nelegálních drog - zatímco v druhé polovině 90. let přiznala zkušenost s marihuanou přibližně 1/3 respondentů, v loňském roce již téměř 2/3 dotázaných - viz tabulka 2-5. Vysoké hodnoty prevalence v letech 2004 až 2005 však mohou být zkresleny nízkým počtem respondentů. Výsledky průzkumu korespondují s výsledky obdobné studie realizované v r. 2003 mezi pražskými studenty vysokých škol (Csémy et al. 2004; Mravčík et al. 2004).

tabulka 2-5: Celoživotní prevalence užití nelegálních drog mezi vysokoškolskými studenty (v %) - srovnání průzkumů (Bečková et al. 1999; Bečková & Višňovský, 2000; Kavalírová et al. 2003; Klusoňová, 2005)

Rok průzkumu	**1995-1999**	**2000-2002**	**2003**	**2004-2005**
Počet respondentů	3 387	1 312	904	139
Věk respondentů	18-25 let	18-36 let	18-25 let	18-25 let
Prevalence užití				
Marihuana	31,7	40,2	48,1	64,7
Hašiš	6,1	9,6	-	15,1
LSD	4,4	-	9,0	6,5
Pervitin	2,4	-	5,5	5,8
Extáze	-	-	7,5	10,8
Halucinogenní houby	-	-	-	7,2

2.3.2 Průzkumy na taneční scéně

Viz speciální kapitola Užívání drog v prostředí zábavních akcí, str. 80.

2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace

O rozsahu užívání návykových látek v národnostních menšinách jsou k dispozici jen omezená data. Při populačních průzkumech není rozlišována národnost respondenta; k dispozici jsou proto jen výsledky průzkumů zaměřených přímo na tyto specifické skupiny. V r. 2004 pokračovaly některé projekty zaměřené na užívání návykových látek v romských komunitách a také byla realizována studie zaměřená na dostupnost drogových služeb pro příslušníky etnických minorit a přistěhovalce; terénní sběr dat přinesl také informace o rozsahu a způsobech užívání drog.

2.4.1 Užívání drog v romské populaci

V r. 2004 byl ukončen Romský vzájemný výzkum o užívání drog v romské komunitě, jehož cílem bylo prostřednictvím vyškolených romských terénních pracovníků zmapovat rozsah užívání drog a obecnou úroveň povědomí o drogové problematice v romských komunitách (Vrtbovská & Larkin, 2004). Romský vzájemný výzkum navázal na dřívější projekty Společnosti Hvězda Baterie a Romský terén.

V rámci výzkumu bylo dotázáno celkem 121 romských respondentů (75 mužů a 46 žen), z toho 43 (pravidelných) uživatelů drog a 78 „neuživatelů“ (tj. osob, které nejsou pravidelnými uživateli drog), z nichž podstatná část (cca 1/4) měla osobní zkušenost s užitím nelegální drogy. Ve skupině uživatelů se jedná především o užívání heroinu, pervitinu, buprenorfinu (Subutexu) a sedativ. Ve skupině „neuživatelů“ převažují zkušenosti s pervitinem a extází. Výzkum mezi uživateli ukázal časté sdílení injekčních stříkaček a jehel a rizikové sexuální chování. Více než polovina dotázaných získává peníze na drogy krádežemi, třetina drogy prodává. Nejčastějším zdrojem informací o drogách jsou v obou skupinách kamarádi a členové rodiny, neuživatelé mají často informace také z médií (především televize). Pravidelní uživatelé drog mají relativně dobrý přehled o službách, nejčastěji využívají služby terénních programů a kontaktních center, léčbu využívají málokdy. Mezi „neuživateli" je velmi nízká znalost služeb pro uživatele drog - K-centra a terénní programy zná necelá polovina dotázaných, detoxifikaci a metadonovou léčbu nezná téměř nikdo (Vrtbovská & Larkin, 2004).

V r. 2004 pokračoval také Program podpory terénních sociálních pracovníků realizovaný Kanceláří Rady vlády pro záležitosti romské komunity; projekt dlouhodobě sleduje celkovou sociální situaci v romských komunitách. Vzhledem k tomu, že se projekt zaměřuje na sociální problémy jako jsou nezaměstnanost, úroveň bydlení, kriminalita apod., jsou výsledky tohoto výzkumu shrnuty v kapitole Sociální souvislosti a důsledky užívání drog, str. 50.

2.4.2 Užívání drog mezi příslušníky národnostních menšin a přistěhovalci

Obecně lze říci, že v rámci tzv. mobilních uživatelů drog v ČR lze rozlišit následující skupiny (AC COMPANY, 2004):

- Rusky mluvící uživatelé drog - jednou skupinou jsou sezónní, hůře placení pracovníci, z nichž někteří užívají pervitin, aby byli schopni zvládnout těžké pracovní podmínky; jistá část této skupiny si přináší návyk na opiátové drogy z domova. Druhou skupinu tvoří rusky mluvící uživatelé zapojení do trestné činnosti, prodeje drog nebo organizovaného zločinu; zejména v tomto případě se jedná o velmi uzavřenou skupinu osob, která je nepřístupná jakýmkoliv intervencím.
- Uživatelé vietnamské národnosti - o této skupině existuje velmi málo informací vzhledem k tomu, že se nepohybují na otevřené drogové scéně. Dochází pouze k ojedinělým kontaktům terénních pracovníků s vietnamskými uživateli.
- Slovenští uživatelé - jedná se o příležitostné uživatele drog, kteří přicházejí do ČR za sezónní prací; vzhledem k podobnosti kultur se jedná o nejméně problematickou skupinu mobilních uživatelů drog.

Prevalenci uživatelů drog ve jmenovaných skupinách cizinců lze velmi těžko odhadnout - jedná se o skupiny osob, které ve většině případů pobývají na území našeho státu nelegálně a vyhýbají se jakémukoliv kontaktu s institucemi (Vacek et al. 2005).

Podle údajů pražského terénního programu orientovaného na práci s rusky mluvícími uživateli je v této populaci pravděpodobně vysoký výskyt HIV – z 28 kontaktovaných v r. 2004 byli 2 HIV pozitivní (SANANIM, 2005).

V r. 2004 byla zpracována Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům; v rámci studie bylo dotázáno 27 klientů nízkoprahových služeb 8 národností - 12 Romů, 5 Gruzínců, 3 Slováci, 2 Rusové, 2 Ukrajinci, 1 Bělorus, 1 Ital a 1 uživatel „muslimsko-kavkazské“ národnosti, všichni uživatelé stimulancií nebo opiátů. Celkem 23 z kontaktovaných osob užívalo drogy injekčně, celkem 17 z nich užívalo drogu denně. 14 respondentů někdy v životě sdílelo injekční stříkačku nebo jehlu. Nejčastěji užívanou drogou byl Subutex, obecně převládaly opiáty nad stimulancii. Celkem 12 klientů se přiznalo k nelegální ekonomické aktivitě, 9 z nich bylo rusky mluvících. Z rozhovorů s pracovníky nízkoprahových služeb se ukázalo, že mezi další národnostní menšiny, se kterými jsou pracovníci v kontaktu, patří také Bulhaři a občané bývalé Jugoslávie. Velkým problémem při kontaktu se všemi uživateli drog z řad cizinců je jazyková bariéra, nedůvěra k institucím a obecně velká uzavřenost přistěhovaleckých komunit (Vacek et al. 2005).

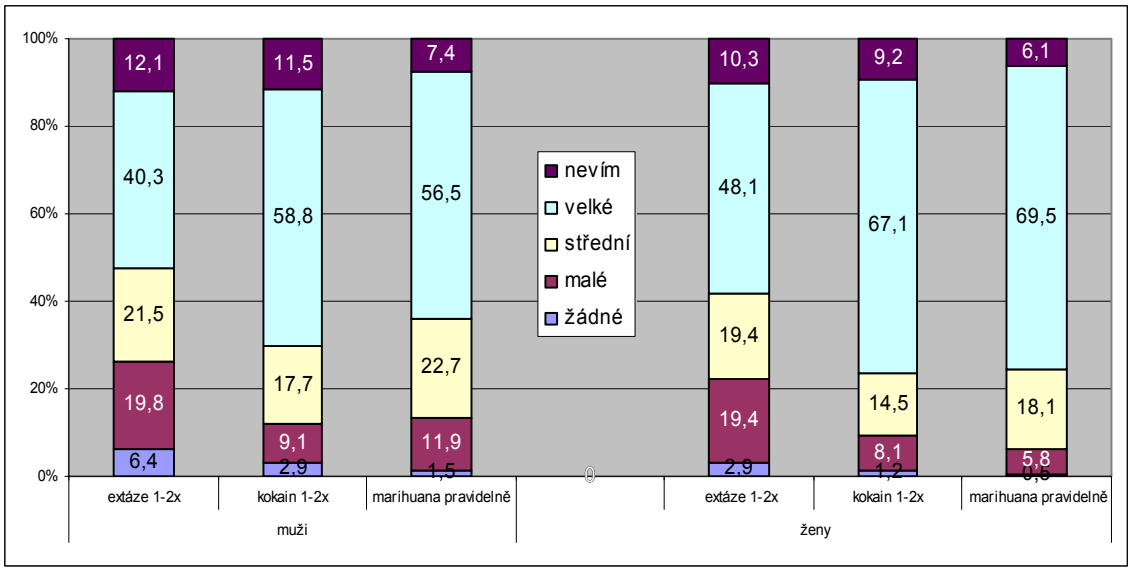
Problematice užívání drog v národnostních menšinách bylo věnováno také číslo dvouměsíčníku Zaostřeno na drogy 2/2005 (Miovská, 2005).

2.5 Názory a postoje k užívání drog

Názory a postoje k užívání nelegálních drog byly v r. 2004 zahrnuty do Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR. Jednorázový experiment s extází odsuzuje 53 % dotázaných mužů, resp. 62 % žen, experiment s heroinem 76 % mužů, resp. 85 % žen. Příležitostné kouření marihuany nebo hašiše neodsuzuje 35 % mužů a 23 % žen (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005c). Zároveň bylo v rámci celopopulační studie sledováno vnímání rizik souvisejících s experimentováním s extází a kokainem a rizika pravidelného užívání konopných látek. Jednorázový experiment s extází nemá žádné nebo má jen malé riziko podle 26 % mužů a 22 % žen, experiment s kokainem podle 12 % mužů a 9 % žen. Pravidelné užívání konopných látek je bez rizik nebo má jen malá rizika podle 13 % mužů a 6 % žen. Struktura odpovědí týkající se rizik užívání sledovaných drog - viz obrázek 2-4. S věkem respondentů roste tendence hodnotit rizika související s užíváním drog jako vyšší. Ukázalo se, že vnímání rizik i postoje

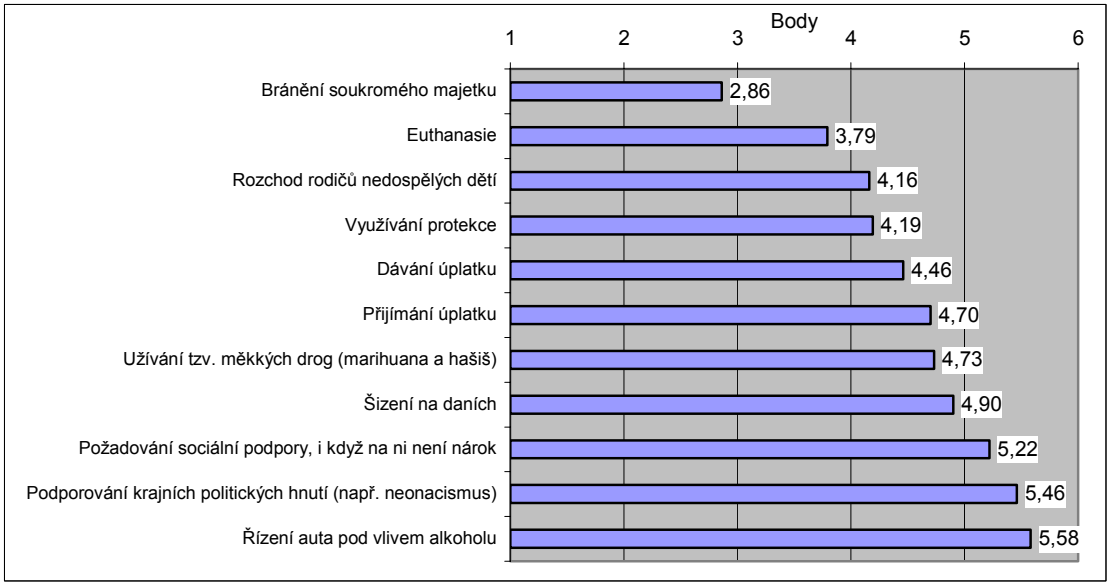
k užívání drog jsou ovlivněny vlastní zkušeností respondentů s užitím sledovaných nelegálních drog (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005c).

obrázek 2-4: Subjektivní vnímání rizik užívání drog, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005c)



Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) provedlo koncem r. 2004 průzkum zaměřený na přijatelnost vybraných druhů chování. V rámci projektu Sociální soudržnost byly na škále 1 (zcela přijatelné) až 6 (zcela nepřijatelné) sledovány postoje dotázaných (celkem 1 058 osob starších 15 let) také k užívání konopných látek a řízení pod vlivem alkoholu. Nejvyšší míru tolerance vyjádřili respondenti k bránění soukromého majetku (i za cenu zranění či usmrcení zloděje) - jedině toto chování je pro populaci celkem přijatelné (míra tolerance hodnocena vzhledem ke středu škály, tj. hodnotě 3,5). Užívání konopných drog není příliš tolerováno, je dotázanými odmítáno přibližně stejně jako dávání a přijímání úplatku nebo šizení na daních - viz obrázek 2-5. Za naprosto nepřijatelné chování je považováno řízení auta pod vlivem alkoholu, podporování krajních politických hnutí a požadování sociální podpory, i když na ni není nárok (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2005).

obrázek 2-5: Přijatelnost vybraných druhů chování (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2005)



3 Prevence

Podle Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004 je cílem primární prevence zastavit nárůst užívání drog výchovou ke zdravému životnímu stylu, poskytováním informací, posilováním osobní odpovědnosti za kvalitu života, podporou sebevědomí, nabídkou pozitivních vzorů a alternativ. Efektivita specifických primárně preventivních programů je závislá na celkovém přístupu společnosti vůči danému negativnímu sociálnímu či zdravotnímu jevu, na implementaci účinných legislativních a ekonomických mechanismů, nabídkou volnočasových aktivit, které sníží míru expozice rizikovým faktorům a situacím[13].

Všechny základní a střední školy v ČR realizují minimální preventivní program; systém školské primární protidrogové prevence je zajišťován školními, okresními a krajskými metodiky prevence metodicky řízenými MŠMT. Byly dokončeny a pilotně ověřeny standardy odborné způsobilosti pro primárně preventivní protidrogové programy. MŠMT provádí metodickou kontrolu školních protidrogových aktivit a realizuje některé evaluační projekty primárně preventivních programů. Pro školní metodiky prevence bylo na Univerzitě Karlově v Praze pilotně otevřeno dvouleté postgraduální studium.

3.1 Školní programy

Školní programy prevence tvoří, stejně jako v uplynulém období, největší podíl z celkového množství preventivních aktivit. Základem ve školách a školských zařízeních nadále zůstává Minimální preventivní program. Systém školních preventivních programů odborně a metodicky zajišťují školní metodik prevence, okresní metodik preventivních aktivit a krajský školský metodik prevence - blíže viz výroční zpráva za r. 2003 (Mravčík et al. 2004).

Koordinací primární protidrogové prevence v ČR je vládou pověřeno MŠMT. MŠMT každoročně vyčleňuje cca 10 mil. Kč na realizaci specifické primární prevence[14], přičemž 70 % této částky obdrží kraje na programy realizované na místní a regionální úrovni. Jedná se o preventivní programy realizované školami, školskými zařízeními a nestátním neziskovým sektorem. Zbylých 30 % je využito na dotační řízení pro projekty nadregionálního charakteru - blíže viz kapitola Rozpočty a financování, str. 7. Současně je resortem školství každý rok uvolněna částka 5 mil. Kč do rozpočtu krajů na zabezpečení činnosti okresních metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách.

V r. 2004 roce byla MŠMT dokončena Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 2005-2008. Tento materiál vychází ze závěrů pravidelných jednání ministerstva s krajskými koordinátory a metodiky prevence, z analýzy potřeb a z dlouhodobých cílů stanovených národní strategií. Součástí Strategie prevence sociálně patologických jevů je i problematika užívání návykových látek.

Problematika primární prevence je zahrnuta v Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání, kde jsou děti vhodnou formou, přiměřenou věku, seznamovány se zásadami zdravého životního stylu. V Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání je primární prevence začleněna do předmětů, které se k dané problematice přibližují.

Preventivní aktivity ve školách realizuje také MV a Policie ČR. Ve všech okresních policejních ředitelstvích pracují tzv. preventivně informační skupiny. V rámci Národní protidrogové centrály Policie ČR je zřízena skupina metodiky a prevence - viz výroční zpráva za r. 2003 (Mravčík et al. 2004).

V r. 2004 bylo na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze pilotně otevřeno dvouleté specializační studium pro školní metodiky prevence. Toto specializační studium je zařazeno do stávajícího systému výchovného poradenství a týká se nových školních metodiků prevence; do budoucna tak bude zajištěno jednotné vzdělávání těchto pracovníků. Na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze byl zřízen bakalářský studijní obor Adiktologie, akreditovaný MŠMT - blíže viz kapitola Institucionální rámec, strategie a politiky, str. 4.

3.2 Mimoškolní programy

Mimoškolní programy primární prevence lze rozdělit z hlediska rizikovosti cílových skupin takto:

- Programy všeobecné primární prevence - jsou zaměřeny na běžnou populaci dětí, mládeže a dospělých, např. žáci II. stupně ZŠ, studenti SŠ, rodiče, pedagogové. Tyto programy jsou realizovány zejména NNO a pedagogicko-psychologickými poradnami. Z prostředků MŠMT je od r. 2004 např. podporován drogový informační server www.odrogach.cz, který poskytuje informace z oblasti primární prevence odborné veřejnosti, pedagogům, rodičům, ale i dětem a mládeži.
- Programy selektivní primární prevence - jsou zaměřeny na rizikové skupiny populace, které jsou ve zvýšené míře ohroženy rizikovými faktory pro vznik závislosti a dalších forem rizikového chování; k nim patří např. žáci zvláštních

[13] Tyto nespecifické nástroje a aktivity se označují termínem „primordiální prevence“.
[14] V rámci nespecifické primární prevence poskytuje každoročně MŠMT v rámci Programu státní podpory práce s dětmi a mládeží na oblast zabezpečení volného času dětí a mládeže finanční prostředky ve výši cca 170 mil. Kč.

škol, problémové třídy, děti handicapované, mladí nezaměstnaní, sídlištní party. V této oblasti působí zejména NNO a pedagogicko-psychologické poradny. Na vybrané profesní skupiny (vojáci, zdravotničtí pracovníci) se zaměřují aktivity příslušných resortů.

- Programy indikované primární prevence - jsou zaměřeny na rizikové jedince, ohrožené ve zvýšené míře rizikovými faktory pro vznik závislosti a jiných forem problémového nebo rizikového chování (např. děti nebo sourozenci závislých osob, děti s problematickým postavením ve skupině, osoby s poruchami chování).

3.3 Evaluace preventivních programů

3.3.1 Standardy primární prevence a evaluace ze strany MŠMT

Pracovní skupina specifické primární prevence, která je MŠMT zřízena od r. 2003, se v průběhu roku 2004 zabývala dopracováním Standardů odborné způsobilosti pro programy primární prevence (certifikační standardy) a přípravou procesu certifikace odborné způsobilosti pro tyto programy. V listopadu a prosinci 2004 proběhlo pilotní ověření standardů odborné způsobilosti i pilotní certifikace, a to v 6 zařízeních. Zajištěním pilotního ověřování standardů pro poskytovatele služeb v oblasti primární prevence bylo pověřeno Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách při Národním vzdělávacím fondu. Podle závěrečné zprávy projektu obsahují uvedené standardy všechny nezbytné požadavky na jednotlivá zařízení a pravidla pro realizaci primárně preventivních programů.

V listopadu 2004 se konala konference Hodnocení kvality a efektivity primární prevence užívání návykových látek, kterou zorganizovaly Akademie věd ČR, Sekce primární prevence A.N.O. a oddělení protidrogové prevence kanceláře primátora hl. m. Prahy.

Každoročně pořádá MŠMT semináře pro krajské školské koordinátory a okresní metodiky prevence primárních aktivit, kde jsou zástupci informování o nových přístupech v primární prevenci ze strany resortu. V r. 2004 proběhla 4 setkání s krajskými školskými koordinátory prevence a 2 setkání s okresními školními metodiky prevence. Každoročně probíhá také kontrola realizace minimálních preventivních programů a činnosti školních metodiků prevence ve školách a školských zařízeních Českou školní inspekcí.

3.3.2 Hodnocení primárně preventivních programů žáky základních škol

V rámci pražského průzkumu zaměřeného na problematiku užívání návykových látek mezi žáky ZŠ (viz kapitola Užívání drog v populaci, str. 12) bylo sledováno také subjektivní hodnocení primárně preventivních aktivit na školách samotnými žáky (ve věku 11-15 let). Podle respondentů je nabídka preventivních aktivit ve školách dostatečná, s nabídkou bylo spokojeno 62 % dotázaných. Děti kladně hodnotily zejména dlouhodobé programy a opakované besedy a přednášky, naopak nepříliš příznivé hodnocení získaly mimoškolní aktivity.

Nejčastěji žáci kritizovali frekvenci preventivních programů, polovina respondentů uvedla, že preventivních aktivit je málo. Kritika se týkala také kvality programů - děti upozorňovaly na povrchnost a nedostatek konkrétních informací, vytýkaly příliš mnoho teorie na úkor názorných ukázek apod. Často děti upozorňovaly na to, že preventivní aktivity jsou založeny pouze na zákazech, nepříznivě hodnotily také přístup realizátorů - podle velké části dětí neumějí dospělí o této problematice s dětmi mluvit.

Děti doporučovaly zvýšit frekvenci preventivních aktivit a především jejich pestrost - navrhovaly více přednášek a besed, začlenění problematiky do výuky, např. do rodinné výchovy, a zvýšení nabídky „praktických ukázek“ typu exkurze do léčebných zařízení, besedy s odborníky z praxe nebo s bývalými uživateli drog. Děti by uvítaly také více informačních materiálů - letáků a knih. Jen ojediněle bylo navrhováno zřízení poradny ve škole nebo osobní prohlídky žáků a přísné postihy za užívání drog, např. vyloučení ze školy (Karmelitová & Týc, 2003).

3.3.3 Projekt evaluace primárně preventivního komunitního programu

O.s. Prev-Centrum zahájilo v r. 2003 Projekt evaluace primárně preventivního programu, který je zaměřen na zhodnocení kvality a efektivity pětiletého preventivního programu realizovaného ve 25 základních školách v Praze 6. Před zahájením samotného programu byl v r. 2003 zmapován rozsah užívání návykových látek mezi žáky 5. tříd ZŠ, a to jak ve třídách zapojených do preventivního komunitního programu, tak i v kontrolním souboru tříd, které do tohoto programu zapojeny nejsou a realizují pouze tzv. minimální preventivní program. Další testování žáků je plánováno na r. 2005, kdy budou žáci v 7. třídách, poslední pak proběhne v r. 2007, kdy budou žáci již v 9. třídách (Miovský et al. 2004).

4 Problémové užívání drog

Problémové užívání drog je v ČR definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů heroinu a drog amfetaminového typu.

U opiátů se jedná především o heroin, dále se na černém trhu nachází buprenorfin (Subutex); podomácku vyráběné opiáty z léků či z makovic máku setého jsou spíše (sezónní) výjimkou. Co se týče drog amfetaminového typu, je jejich užívání v ČR omezeno prakticky na metamfetamin - pervitin. Kokain se v ČR vyskytuje stále sporadicky, i když první známkou jeho zvýšené existence na českém trhu mohou být první kokainová úmrtí registrovaná v r. 2004 - blíže viz kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 35 a jeho rostoucí výskyt na taneční scéně - blíže viz kapitola Užívání drog v prostředí zábavních akcí, str. 80.

Počet problémových uživatelů drog dosáhl v r. 2004 30 tisíc, z toho cca 10 tisíc uživatelů heroinu, 20 tisíc uživatelů pervitinu, 27 tisíc injekčních uživatelů. V posledních letech dochází k odlivu problémových uživatelů opiátů do substituční léčby, což se projevuje sestupným trendem v prevalenčních odhadech získaných na základě údajů z drogové léčby. Naopak počet problémových uživatelů pervitinu se mezi r. 2003 a 2004 mírně zvýšil, což je ve shodě s trendy léčených uživatelů.

V kontaktu s léčebnými nebo nízkoprahovými zařízeními je cca 60 % problémových uživatelů. Podle údajů o léčených uživatelích drog je situace ve většině ukazatelů poměrně stabilní. Počet žádostí o léčbu od r. 1995 stoupá, po loňském propadu opět přibylo prvožadatelů i všech žadatelů, poměr pohlaví zůstává stejný, rovněž podíl injekčních a problémových uživatelů je bez větších výkyvů. V posledních 7 letech roste věk žadatelů o léčbu, podíl žadatelů mladších 19 let klesá. Zatímco počet uživatelů opiátů od r. 2001 klesá, v r. 2004 přibylo prvožadatelů v souvislosti s užíváním stimulancií (o 16,8 % oproti r. 2003). Nárůst žadatelů v souvislosti s užíváním stimulancií se týká výhradně uživatelů pervitinu, a to hlavně klientů nízkoprahových zařízení (o 20,7 % oproti 2003). Podle odhadů z údajů ze závěrečných zpráv nízkoprahových zařízení, zpracovávaných pro potřeby dotačního řízení RVKPP stoupl počet uživatelů pervitinu v nízkoprahových zařízeních mezi r. 2003 a 2004 o 8 % - blíže viz kapitola Služby nízkoprahových zařízení, str. 46. Tento rozdíl lze vysvětlit důslednějším hlášením klientů z nízkoprahových zařízení do registru v posledních letech. Přibývající počet uživatelů opiátů ve specializovaných substitučních programech (o 46 % ve srovnání s r. 2003) je příznivý trend. Naopak nepříznivý je stabilně vysoký podíl injekčních uživatelů mezi žadateli o léčbu.

4.1 Odhady prevalence a incidence problémového užívání drog

V r. 2004 byl opět proveden národní prevalenční odhad multiplikační metodou s použitím dat z nízkoprahových zařízení. Jako základ pro výpočet byl použit počet problémových uživatelů v kontaktu s hlásícími nízkoprahovými zařízeními extrapolovaný na celkový počet těchto zařízení v ČR. Multiplikátor (in-treatment rate), čili odhadovaný podíl problémových uživatelů v kontaktu s těmito zařízeními, byl získán nominační technikou pomocí zvláštního dotazníkového modulu v rámci studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog - blíže viz kapitola Infekce spojené s užíváním drog, str. 39. Otázky pro výpočet multiplikátoru zněly: (1) Kolik přátel, kteří pravidelně užívají opiáty (heroin, braun, kodein, jiné) a/nebo pervitin znáte, (2) Kolik z nich bylo během posledních 12 měsíců alespoň jednou v kontaktu s jakýmkoliv nízkoprahovým centrem. Soubor pro výpočet multiplikátoru činil 206 osob (selekční kritéria - sběr dat v r. 2003, méně než 20 přátel v první otázce, validní odpovědi na obě otázky).

Přehled prevalenčních odhadů provedených multiplikační metodou s použitím dat z nízkoprahových zařízení v posledních 3 letech podává tabulka 4-1.

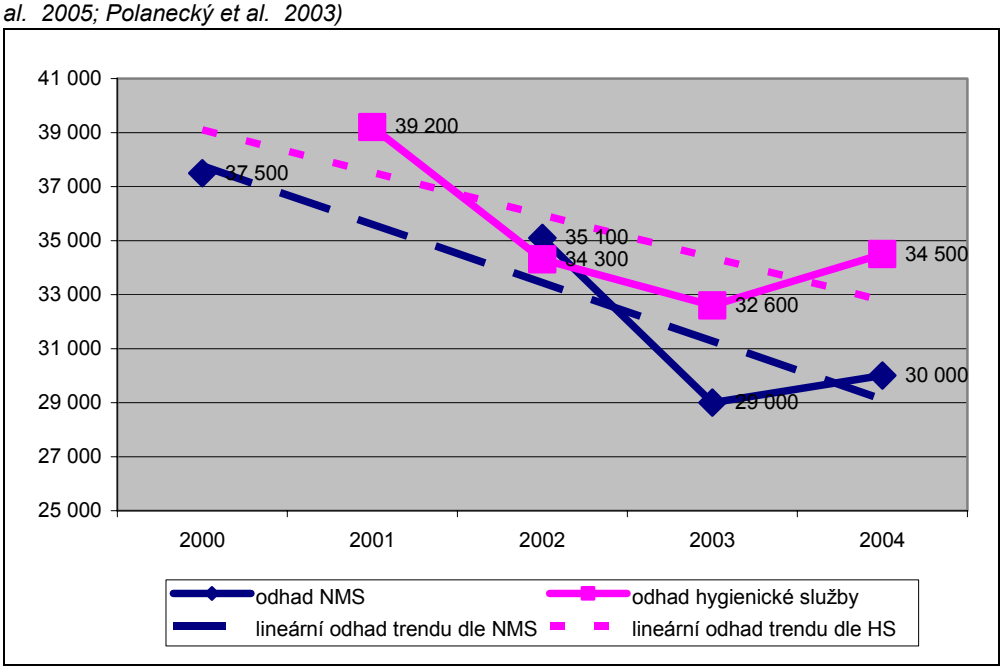
tabulka 4-1: Vývoj prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002-2004 (NMS, 2005)

Rok	Počet problémových uživatelů celkem		Počet uživatelů heroinu		Počet uživatelů pervitinu v tis.		Počet injekčních uživatelů	
	Abs.	Rel./1000 osob 15-64 let	Abs.	Rel./1000 osob 15-64 let	Abs.	Rel./1000 osob 15-64 let	Abs.	Rel./1000 osob 15-64 let
2002	35 100	4,89	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003*	29 000	4,02	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73

** Pozn.: Prevalenční odhad pro r. 2003 byl v r. 2005 zpřesněn*

Grafický přehled trendů odhadované prevalence problémových uživatelů drog v r. 2000-2004 provedených NMS a hygienickou službou podává obrázek 4-1.

obrázek 4-1: Přehled prevalenčních odhadů všech problémových uživatelů drog provedených multiplikačními metodami v ČR v r. 2000-2004 (Mravčík et al. 2004; Mravčík & Zábranský, 2001; Mravčík et al. 2003; Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2005; Polanecký et al. 2003)



Zatímco odhad počtu problémových uživatelů heroinu má mezi r. 2003 a 2004 klesající trend, v případě problémových uživatelů pervitinu došlo k nárůstu. Tento nárůst je velmi pravděpodobně způsoben rozšířením pervitinu do prostředí noční zábavy a tanečních akcí včetně menších měst. Nedochází k poklesu průměrného věku žadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem a podíl uživatelů mladších 19 let má klesající tendenci; velmi pravděpodobně tedy nedochází k „dorůstání" nové generace mladých problémových uživatelů pervitinu - viz také kapitola Profil uživatelů drog v léčebných zařízení, str. 23.

Ze zpráv z nízkoprahových zařízení vyplývá vysoká míra užívání Subutexu (buprenorfinu), získaného na černém trhu. Na trendy problémových uživatelů opiátů, zejména heroinu, má také vliv míra jejich zapojení do substituční léčby - blíže viz kapitola Substituce a udržovací programy, str. 31.

4.1.1 Injekční užívání drog

Nominační technikou bylo ve studii Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog zjištěno, že 92 % problémových uživatelů v r. 2003 si aplikovalo drogu injekčně. Podrobné údaje o injekčním užívání byly získány přímo od respondentů této studie. Všech 760 respondentů jsou aktuálně (v posledních 12 měsících) užívající injekční uživatelé drog. Z toho 97,5 % respondentů užilo drogu injekčně v posledních šesti měsících, 87 % během posledního měsíce; jen 1,8 % uvedlo poslední injekční užití dříve než v posledních 6 měsících. Délku pravidelného injekčního užívání respondentů popisuje tabulka 4-2.

tabulka 4-2: Délka pravidelného injekčního užívání respondentů ve studii Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog

Délka užívání	Počet respondentů	%
< 6 měsíců	99	13,1
6-12 měsíců	96	12,7
1-2 roky	133	17,7
2-5 let	231	30,7
5-10 let	130	17,3
víc než 10 let	64	8,5
Celkem	753	100,0

Frekvenci současného injekčního užívání maximálně 4krát v měsíci uvedlo 41,3 %, celkem 32,5 % užívá drogy injekčně 2-6krát týdně a 26,1 % denně.

Z hlediska užívaných drog je struktura vzorku injekčních uživatelů drog ve zmiňované studii následující: ze 760 respondentů uvedlo heroin jako primární drogu užívanou v současnosti 127 (16,8 %), pervitin 492 (64,7 %), jejich

kombinaci pak 55 osob (7,2 %)[15]. Celkem 81 osob (10,7 %) uvedlo jako primární drogou jinou než byla v odpovědích nabídnuta[16]. Heroin jako první injekčně užitou drogu uvedlo 126 respondentů (16,7 %), pervitin užilo injekčně jako první 574 osob (75,7 %), jinou drogu (braun, přírodní opium, tablety, alkohol) užilo injekčně jako první 6,7 % dotázaných. Celkem 213 osob (28,3 %) uvedlo ve své kariéře užívání opiátů.

4.1.1.1 Rizikové chování injekčních uživatelů drog

Ze studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog vyplývá, že 558 (77,1 %) ze 760 injekčních uživatelů někdy aplikovalo použitou injekční stříkačkou (104 z nich použilo stříkačku výhradně po svém partnerovi), naopak 158 (20,8 %) nesdílelo nikdy. Poprvé aplikovalo použitou stříkačkou během posledního měsíce 6,4 % dotázaných (37 osob), během posledního roku 33,2 % dotázaných. Jiné nástroje potřebné pro injekční užívání použilo po někom 77,9 %, nikdy to neučinilo 20,7 % osob.

V zahraničí někdy injekčně užilo drogu 21,5 % - 163 osob, 12,7 % (96 osob) z dotázaných sdílelo někdy injekční stříkačku s cizincem. Celkem 25,1 % dotázaných si je vědomo, že použilo, a 38,8 % že nepoužilo stříkačku po VHC pozitivním, zbylých 36,1 % to neví.

Téměř 40 % respondentů má zkušenost s pobytem ve vazbě nebo výkonu trestu. Procento vězněných stoupá s věkem a s dobou, která uplynula od prvního injekčního užití. Muži mají zkušenost s vězněním podstatně častěji než ženy (53,2 % oproti 14,8 %). Naopak nebyla u respondentů prokázána výrazná souvislost mezi vězněním a vzděláním, národností nebo etnickou příslušností. Zkušenost s injekční aplikací ve vězení uvedlo 120 (40,8 %) z 294 dotázaných s pobytem ve vězení v anamnéze a 10 z nich uvedlo, že injekčně aplikovalo ve vězení poprvé v životě. Lze předpokládat, že jen minimální část injekčních aplikací ve vězení probíhá čistou stříkačkou; možnost sterilní aplikace ve vězení je tedy téměř nulová a pravděpodobnost sdílení vysoká. Pobyt ve vězení se také ukázal jako jeden z vůbec nejsilnějších předpovědních faktorů onemocnění virovou hepatitidou C.

Přibližně 56 % respondentů uvedlo více než 10 sexuálních partnerů, do pěti sexuálních partnerů mělo 21,7 % dotázaných. Celkem 13,7 % respondentů mělo 10 a více sexuálních partnerů, kteří byli zároveň uživatelé drog. 24,5 % respondentů užívá při sexuálním styku kondom jen občas nebo nikdy, naopak 37,7 % jich užívá kondom většinou a stejný podíl dotázaných ho používá vždy. Celkem 13,1 % dotázaných mělo někdy sexuální styk za peníze. Studie neprokázala, že by rizikové sexuální chování souviselo s pohlavím (s výjimkou sexu za peníze, který častěji uváděly ženy), dosaženým vzděláním nebo drogovou kariérou.

4.2 Profil uživatelů drog v léčebných zařízení

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

Dalšími zdroji dat o léčených uživatelích drog jsou registry zdravotnických zařízení, které spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Jde především o výkazy o síti a lůžkovém fondu psychiatrických zařízení, o ambulantní péči v psychiatrii, o povinné hlášení hospitalizace a o registr substituční léčby. Registry ÚZIS shromažďují údaje jen ze zdravotnických zařízení[17] a nezpracovávají údaje o klientech dle požadavků EMCDDA. Počet zdravotnických zařízení, která do registru ÚZIS přispívají je však vyšší[18], než počet zdravotnických zařízení zařazených v registru HS, rovněž počet nahlášených osob z těchto zařízení je každoročně vyšší - podrobnější data z registrů ÚZIS jsou uvedena v kapitole Léčba, str. 27.

4.2.1 Registr žádostí o léčbu hygienické služby

Do registru žadatelů o léčbu jsou zařazeni ti uživatelé drog, kteří poprvé v životě požádali o léčebnou, poradenskou či sociální službu v zařízení poskytujícím služby pro uživatele drog (prvožadatelé). Od r. 2002 je registr rozšířen na všechny uživatele drog, kteří vyhledali služby těchto zařízení v daném roce.

V r. 2004 přispívalo do registru celkem 278 center, z toho 76 nízkoprahových, 141 ambulantních a 59 lůžkových zařízení. V registru nejsou zařazena zařízení poskytující substituční léčbu. O síti léčebných zařízení podrobněji pojednává kapitola Léčba, str. 27.

[15] Čtyři z nich uvedli užívanou kombinaci kodein a pervitin.

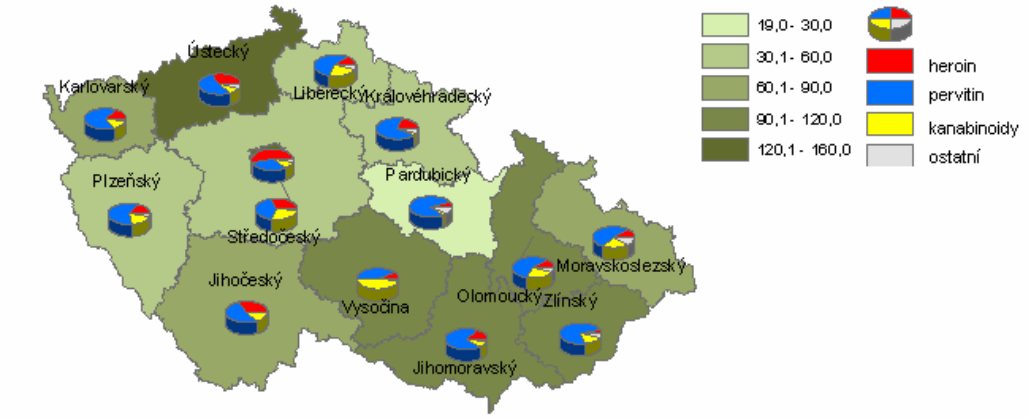
[16] Nejčastěji se jednalo o kanabinoidy - 43 osob, v 17 případech byl uveden jiný opiát - kodein, braun, syrové opium, v jednom případě metadon, 15 respondentů uvedlo jako primárně užívanou drogu Subutex, 3 osoby užívaly primárně rozpouštědla, 2 osoby extázi a 1 osoba kokain.

[17] Registr žadatelů o léčbu, který spravuje HS shromažďuje údaje i z nezdravotnických zařízení pro uživatele drog (terapeutické komunity, nízkoprahová zařízení a ambulantní nezdravotnická zařízení - jde přibližně o 100 zařízení, které navštíví ročně 5,5 - 6 tisíc uživatelů drog).

[18] V r. 2004 přispívalo do registrů ÚZIS 70 psychiatrických lůžkových zařízení a 382 ambulantních pracovišť, zatímco do Registru HS ČR přispívalo 59 lůžkových zařízení (včetně terapeutických komunit) a 219 ambulantních zařízen(Brožová, 2004)í (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e).

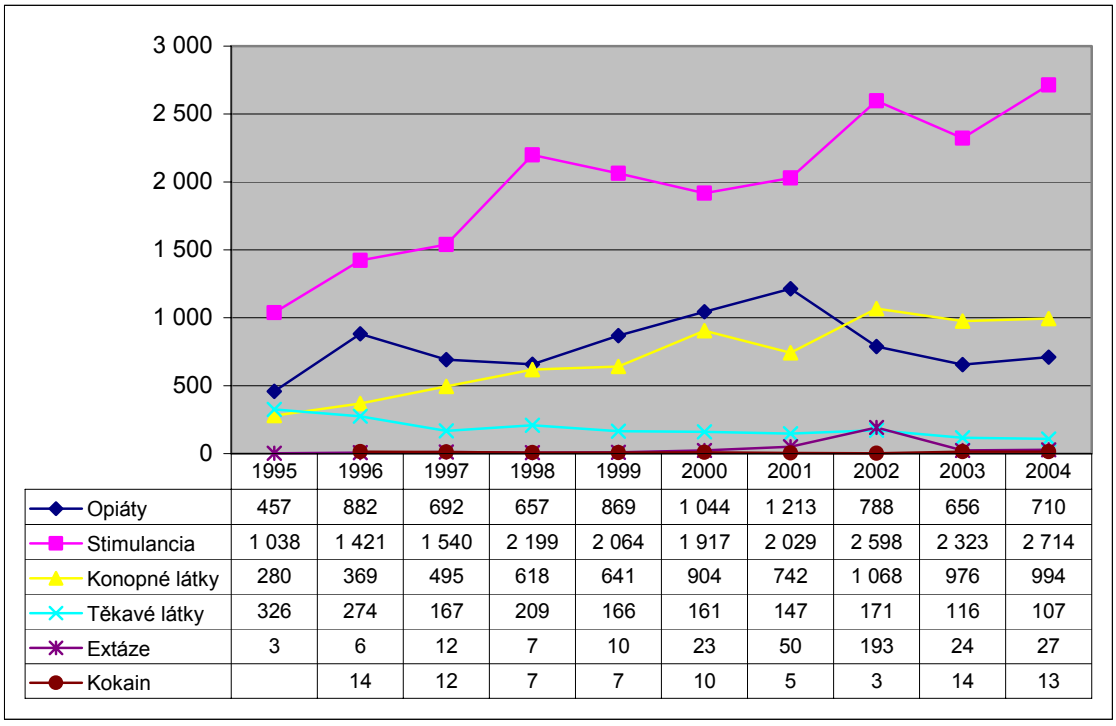
V r. 2004 vyhledalo léčebné služby uvedených center celkem 8 845 uživatelů drog, tj. o 3,7 % více než v loňském roce. Z toho 4 600 osob (o 10,8 % víc než v r. 2003) požádalo o léčbu poprvé. Celkový počet prvožadatelů o léčbu s výjimkou poklesu v r. 2003 stoupá. V r. 1995 byl jejich relativní počet 23,9, v r. 2004 dosáhl 45,1 na 100 tis. obyvatel. Nejnavštěvovanějším typem zařízení jsou nízkoprahová centra, jejich klienti tvořili stejně jako v předchozích letech přes 55 % všech žadatelů. Poměr pohlaví mezi žadateli o léčbu zůstává dlouhodobě přibližně stejný, v r. 2004 byl 2,1:1 ve prospěch mužů. Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog a jednotlivých regionů uvádí mapa 4-1.

mapa 4-1: Počet všech žádostí o léčbu v r. 2004 podle typů drog a regionů (na 100 tis. obyv.) (Polanecký et al. 2005)



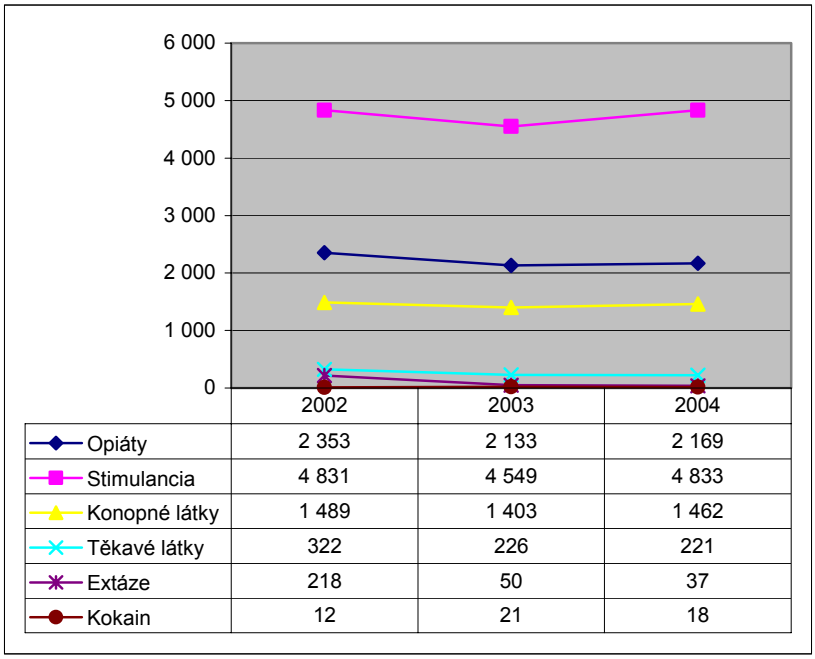
Vývoj počtu prvožadatelů dle základní drogy uvádí obrázek 4-2. Obdobné srovnání pro počet všech žadatelů uvádí obrázek 4-2. Od r. 2001 klesá počet prvožadatelů v souvislosti s užíváním opiátů (heroinu); počet prvních žádostí v souvislosti s užíváním stimulancií (pervitinu) po poklesu v r. 2003 v r. 2004 opět vzrostl. Počet prvožadatelů v souvislosti s užíváním konopných látek se po růstu do r. 2002 stabilizoval.

obrázek 4-2: První žádosti o léčbu v souvislosti s vybranými typy drog v r. 1995-2004 (Polanecký et al. 2005)



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Opiáty	457	882	692	657	869	1 044	1 213	788	656	710
Stimulancia	1 038	1 421	1 540	2 199	2 064	1 917	2 029	2 598	2 323	2 714
Konopné látky	280	369	495	618	641	904	742	1 068	976	994
Těkavé látky	326	274	167	209	166	161	147	171	116	107
Extáze	3	6	12	7	10	23	50	193	24	27
Kokain		14	12	7	7	10	5	3	14	13

obrázek 4-3: Všechny žádosti o léčbu v souvislosti s vybranými typy drog v r. 2002-2004 (Polanecký et al. 2005)

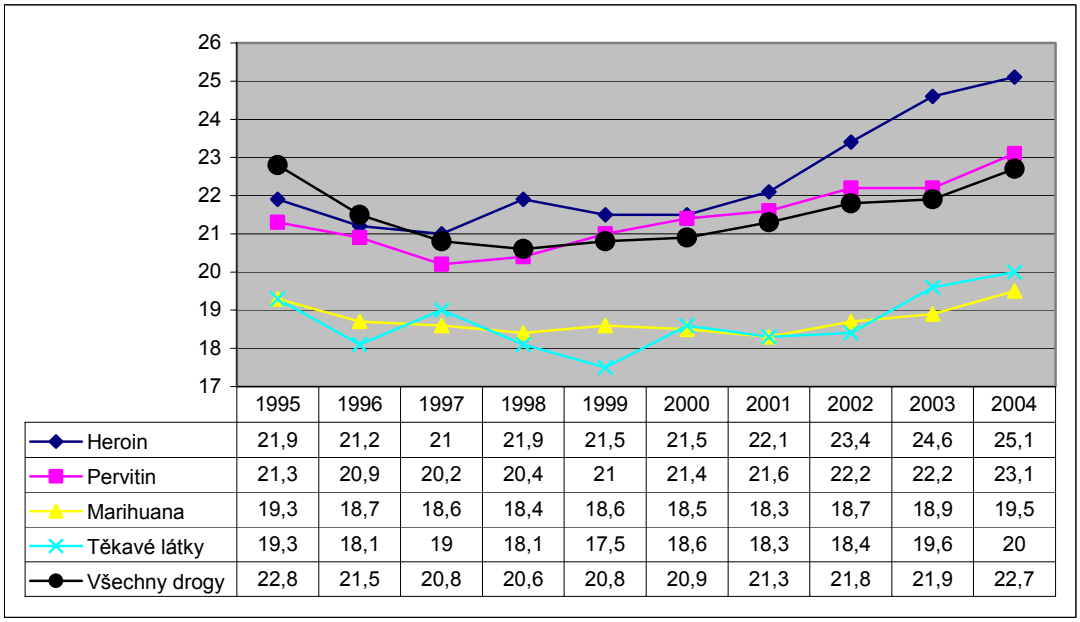


	2002	2003	2004
Opiáty	2 353	2 133	2 169
Stimulancia	4 831	4 549	4 833
Konopné látky	1 489	1 403	1 462
Těkavé látky	322	226	221
Extáze	218	50	37
Kokain	12	21	18

Průměrný věk prvožadatelů o léčbu vzrostl z 20,6 let v r. 1998 na 22,7 let v r. 2004. Nejvýraznější je růst průměrného věku u uživatelů heroinu - viz obrázek 4-4. Rovněž všichni žadatelé o léčbu stárnou, z průměrně 23,4 let v r. 2002 na 24,1 let v r. 2004.

V r. 2004 byla poprvé nejčetnější věkovou skupinou žadatelů skupina 25-39letých, v této věkové skupině bylo 35,5 % všech žadatelů; do r. 2003 byla na prvním místě skupina 20-24letých - to odpovídá dlouhodobému trendu zvyšujícího se věku žadatelů o léčbu. Mezi prvožadateli je nejvíce zastoupena skupina 15-19letých (1 597 osob, tj. 34,7 %). Poměr mezi věkovými skupinami prvožadatelů se však mění - v r. 2003 tvořili 15-19letí celkem 41,3 % všech žadatelů, v r. 2004 jich je o 6,6 procentních bodů méně.

obrázek 4-4: Průměrný věk prvožadatelů v r. 1995-2004 (Polanecký et al. 2005)

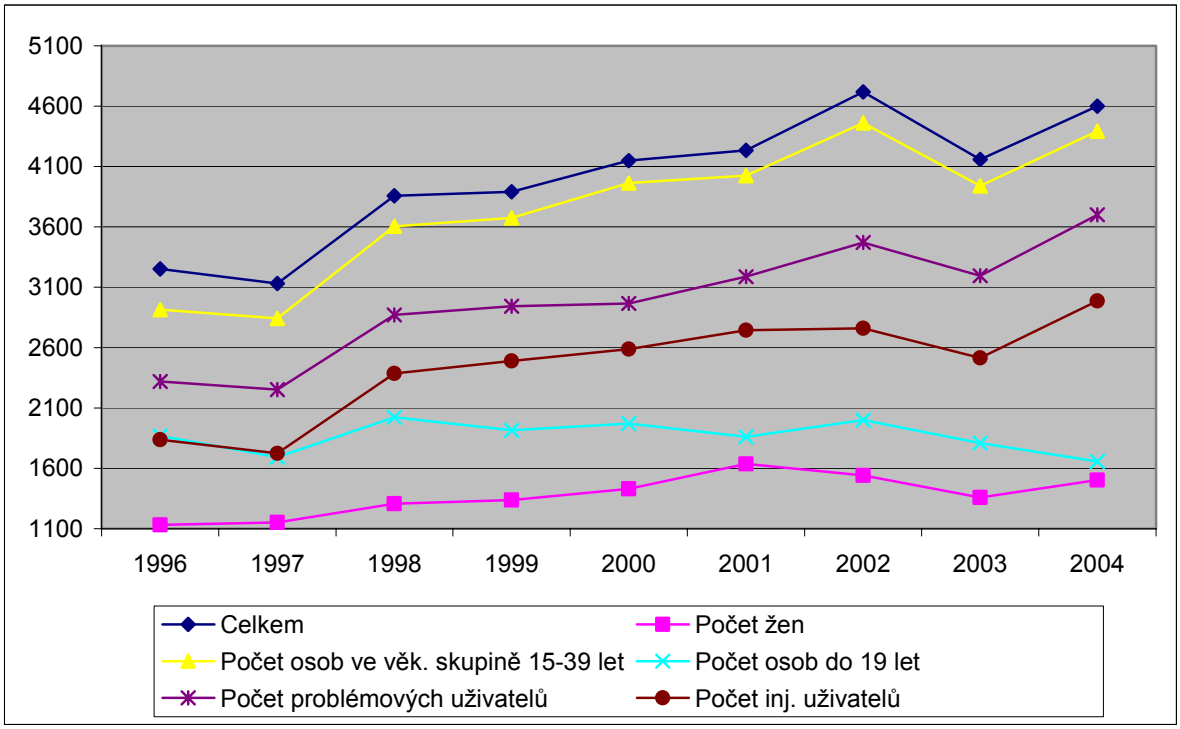


	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Heroin	21,9	21,2	21	21,9	21,5	21,5	22,1	23,4	24,6	25,1
Pervitin	21,3	20,9	20,2	20,4	21	21,4	21,6	22,2	22,2	23,1
Marihuana	19,3	18,7	18,6	18,4	18,6	18,5	18,3	18,7	18,9	19,5
Těkavé látky	19,3	18,1	19	18,1	17,5	18,6	18,3	18,4	19,6	20
Všechny drogy	22,8	21,5	20,8	20,6	20,8	20,9	21,3	21,8	21,9	22,7

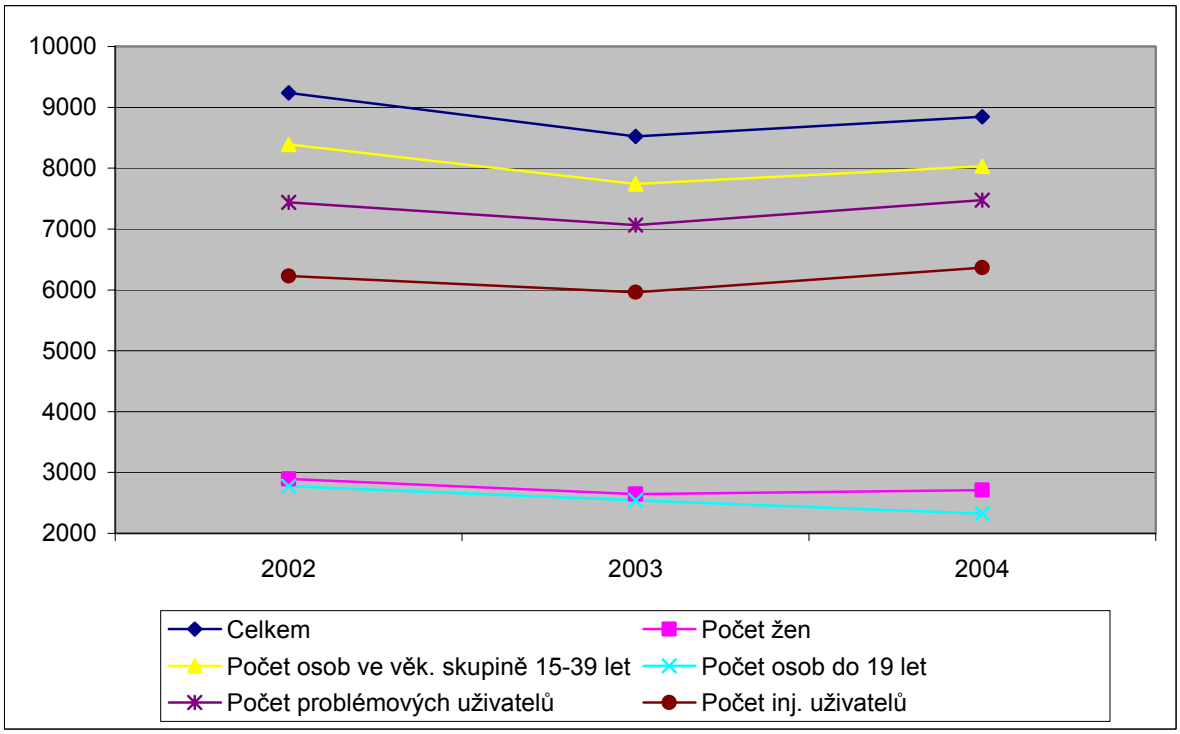
Injekční aplikace užití drogy byla zaznamenána u 6 363 (71,9 %) žadatelů o léčbu. U prvožadatelů je injekční aplikace méně častější (2 986 osob tj. 64,9 %). Vývoj podílu injekčních uživatelů mezi (prvo)žadateli uvádí obrázek 4-5 a obrázek 4-6, křivka kopíruje celkový počet (prvo)žadatelů - podíl injekčních uživatelů se nemění.

Problémových uživatelů ve smyslu definice EMCDDA[19] bylo v r. 2004 mezi žadateli o léčbu 84,5 %, mezi prvožadateli byl jejich podíl nižší - 80,5 %. Trend ve vývoji podílu problémových uživatelů opět uvádí obrázek 4-5 a obrázek 4-6, opět nejsou v průběhu let patrné významné rozdíly.

obrázek 4-5: Vybrané charakteristiky prvožadatelů v r. 1996-2004 (Polanecký et al. 2005)



obrázek 4-6: Vybrané charakteristiky všech žadatelů v r. 2002-2004 (Polanecký et al. 2005)



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

5 Léčba

Léčbu a sociální reintegraci zajišťuje v ČR široké spektrum služeb, jejichž mezioborové pojetí odpovídá komplexnosti problému závislosti na návykových látkách. Léčbu je možné vymezit jako odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem, jejímž cílem je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního života v rodině, v práci a ve společnosti a zvýšit tedy kvalitu jejich života na nejvyšší možnou míru. Podle typu se léčba rozlišuje na ambulantní (AT ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče) a rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny). Podle délky lze rozlišit léčbu krátkodobou (4-8 týdnů), střednědobou (3-6 měsíců) a dlouhodobou (7 měsíců a déle).

tabulka 5-1 Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v r. 2004

Typ programu	Počet	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob)
Ambulantní zdravotnická zařízení	382	n.a.	15 383
Denní stacionáře	2	n.a.	82
Detoxifikační jednotky	19	n.a.	n.a.
Záchytné stanice	16	n.a.	n.a.
Psychiatrické léčebny	17	1 275*	2 883
Psychiatrická oddělení nemocnic	33	1 501**	2 459
Dětské psychiatrické léčebny	4	368*	27
Terapeutické komunity	17	228***	546*
Programy následné péče	17	n.a.	957
Detoxifikační jednotky ve věznicích	1	n.a.	101
Bezdrogové zóny ve věznicích	30	1 440	2 528
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu	6	292	489
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	3	73	122
Substituční centra	9	n.a.	1 043
Substituce buprenorfinem v ambulancích	450****	n.a.	2 000****

*Pozn.: * údaj z r. 2003, ** počet všech psychiatrických lůžek, *** údaje pouze ze 14 komunit, **** odhad*

5.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčbu legálních i nelegálních drog vykázalo v r. 2004 celkem 382 ambulantních zdravotnických zařízení (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e)[20]. Od r. 2000 narůstá počet ambulantních zařízení poskytujících služby i uživatelům nelegálních drog - viz tabulka 5-2. Nejpočetnější skupinu tvořily ordinace, které v r. 2004 léčily 1-50 pacientů. Nejmenší zastoupení měly ordinace se 400 a více pacienty za rok - viz tabulka 5-3.

tabulka 5-2: Počet ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000-2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e)

Rok	Počet zařízení
2000	320
2001	330
2002	342
2003	368
2004	382

[20] Jde o zařízení, která vyplnila přílohu AT výkazu psychiatrie A013.

tabulka 5-3: Počet zdravotnických ambulantních zařízení podle počtu léčených pacientů v r. 2003 a 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e)

Počet pacientů	Počet zařízení v r. 2003	Počet zařízení v r. 2004
1-10	139	143
11-50	106	109
51-100	26	31
101-150	12	12
151-200	7	6
201-300	10	8
301-400	8	3
401-500	3	4
501-600	1	1
601-700	0	1
800 a více	4	1

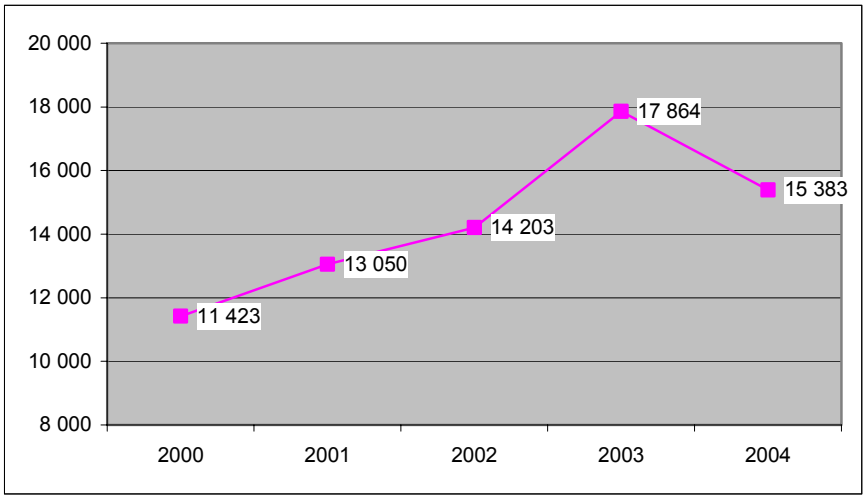
Přes narůstající počet ambulantních zařízení nebyl zaznamenán zvýšený počet uživatelů nelegálních drog využívajících jejich služby. V r. 2004 bylo v těchto zařízeních léčeno 15 383 uživatelů nelegálních drog, což je o 14 % pacientů méně než v r. 2003 - viz tabulka 5-4. Sledujeme-li vývoj od r. 2000, je patrný konstantní nárůst počtu pacientů v r. 2000-2002. K vyššímu meziročnímu nárůstu počtu léčených došlo v r. 2003 (o 20 %) a v r. 2004 počet léčených opět odpovídá stabilnímu nárůstu v předchozích letech - viz obrázek 5-1.

tabulka 5-4: Počet pacientů léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r.2003 a 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e)

Druh zařízení	2003		2004	
	Počet zařízení	Počet pacientů	Počet zařízení	Počet pacientů
Lůžková zařízení s ambulancí	53	4 105	49	3 896
Ambulantní zařízení	24	2 107	23	1 454
Ordinace praktického lékaře	2	14	1	5
Samostatná ordinace lékaře specialisty	229	8 643	239	8 608
Ostatní ambulantní zařízení	5	2 995	6	1 420
Celkem	313*	17 864	318*	15 383

*Pozn.: * Pracoviště jsou identifikována pomocí IČO, přičemž každé může mít zřízeno více zařízení.*

obrázek 5-1: Vývoj počtu pacientů léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2000-2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a)



V r. 2004 provedlo NMS výzkum zaměřený na poskytování ambulantní psychiatrické péče uživatelům drog v ČR v r. 2003. Cílem práce bylo zjistit, kolik ambulantních psychiatrických ordinací je zaměřeno na poskytování lékařské péče uživatelům drog, tedy kolik je v ČR ordinací AT. Do výzkumu se zapojilo celkem 195 psychiatrických ordinací, z nichž 35 ordinací v r. 2003 neléčilo žádného uživatele legální ani nelegální drogy. Celkem 160 psychiatrických ordinací tedy bylo zaměřeno také na léčbu uživatelů legálních a nelegálních drog. Celkem 128 ordinací poskytovalo léčbu uživatelům alkoholu, 33 léčbu uživatelům tabáku a 70 léčbu uživatelům nelegálních drog. V těchto 160 ordinacích se léčilo 43 201

pacientů (67 % tvořili uživatelé alkoholu, 15,5 % uživatelé tabáku a 15 % uživatelé nelegálních drog). Nejčastěji užívanými drogami byl pervitin a marihuana. Tyto ordinace nejvíce spolupracují s psychiatrickými léčebnami, klinikami a odděleními a dále s praktickými lékaři. Spolupráce s NNO poskytujícími léčbu a následnou péči uživatelům drog je ordinacemi hodnocena jako nedostatečná (Miovská et.al., 2005).

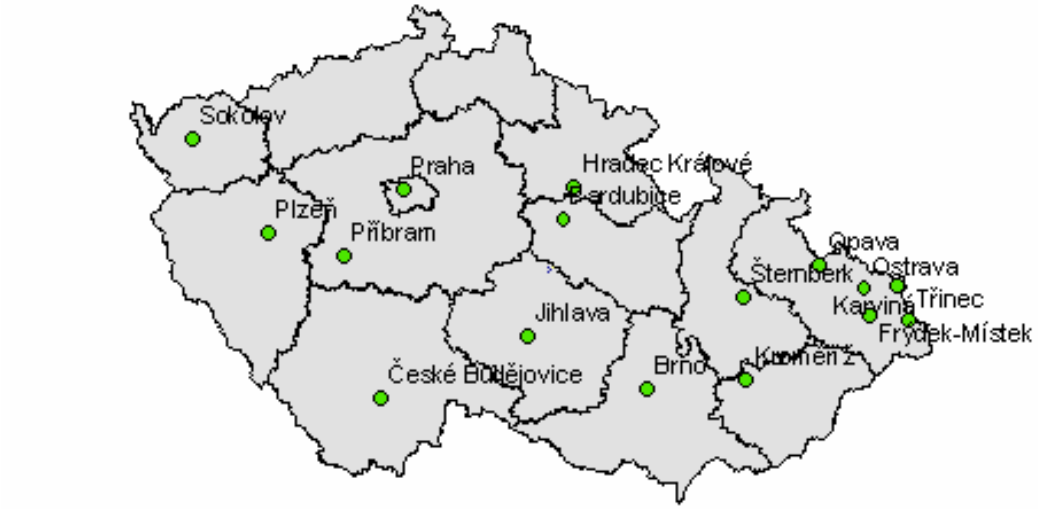
V r. 2004 zajišťovalo ambulantní léčbu také 16 NNO dotovaných z rozpočtové kapitoly VPS, které poskytly svoje služby celkem 1 451 klientům, z nichž bylo 836 (58 %) uživatelů drog. Průměrný věk klientů byl 25,9 let. Celkem 224 (27 %) klientů užívalo drogy injekčně, 69 (8 %) klientů užívalo heroin, 237 (28 %) pervitin a 243 (29 %) konopné látky. Poměrně vysoce početně zastoupenou skupinou byli uživatelé Subutexu - celkem 86 (10 %) klientů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e).

Intenzivní ambulantní léčbu poskytovaly v r. 2004 pouze 2 denní stacionáře v Praze a Brně s intenzivním strukturovaným programem o kapacitě 22 osob. Služby byly poskytnuty 82 klientům (49 mužů, 33 žen), jejichž průměrný věk byl 25,8 let. Mezi léčenými bylo 69 (84 %) injekčních uživatelů drog, 54 (66 %) uživatelů heroinu a 12 (15 %) uživatelů pervitinu. Denní psychoterapeutické sanatorium Elysium v Brně také poskytuje svoje služby klientům metadonového programu - v r. 2004 se intenzivní ambulantní léčby zúčastnilo 46 klientů tohoto metadonového programu. V r. 2004 intenzivní ambulantní léčbu úspěšně dokončilo 41 % a předčasně 21 % klientů. Délka léčby jednoho klienta je nejčastěji jeden měsíc (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e).

5.2 Rezidenční léčba (lůžková léčebná zařízení)

V r. 2004 fungovalo celkem 16 protialkoholních záchytných stanic, které nejsou rovnoměrně regionálně rozloženy (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005g). Toto zařízení zcela chybí v Ústeckém a Libereckém kraji, naopak 5 protialkoholních záchytných stanic je umístěno v kraji Moravskoslezském - viz mapa 5-1.

mapa 5-1: Protialkoholní záchytné stanice v ČR v r. 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005g)



Ústavní psychiatrická léčba je zabezpečována na psychiatrických odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách.

V ČR je 17 psychiatrických léčeben pro dospělé s 9 583 lůžky. Jejich regionální rozložení uvádí mapa 5-2. V r. 2004 v nich bylo uskutečněno celkem 11 549 hospitalizací na poruchy vyvolané užíváním drog (dg. F10-F19 dle MKN 10), z toho 8 620 hospitalizací mužů (74,6 %) a 2 929 žen (25,4 %). V 75 % se jednalo o hospitalizace na poruchy vyvolané užíváním alkoholu. Hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním nelegálních drog (dg. F11-F19) bylo uskutečněno celkem 2 883, v 49,5 % se jednalo o hospitalizace na poruchy vyvolané užíváním kombinací látek a užíváním jiných psychoaktivních látek, ve 28,5 % o poruchy vyvolané užíváním stimulancií a v 13,9 % o poruchy vyvolané užíváním opiátů. Nejpočetnější věkovou skupinu tvořili pacienti ve věku 20-29 let (55 %).

Na psychiatrických odděleních nemocnic (33 oddělení) bylo v r. 2004 uskutečněno celkem 10 398 hospitalizací (6 806 hospitalizací mužů a 3 592 žen). Nejčastější příčinou hospitalizace byly poruchy vyvolané užíváním alkoholu (76,4 %). Hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním nelegálních drog (dg. F11-F19) bylo uskutečněno celkem 2 459; v 34 % se jednalo o hospitalizace na poruchy vyvolané užíváním opiátů, ve 25 % o poruchy vyvolané kombinovaným užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek a v 20 % o poruchy vyvolané užíváním stimulancií.

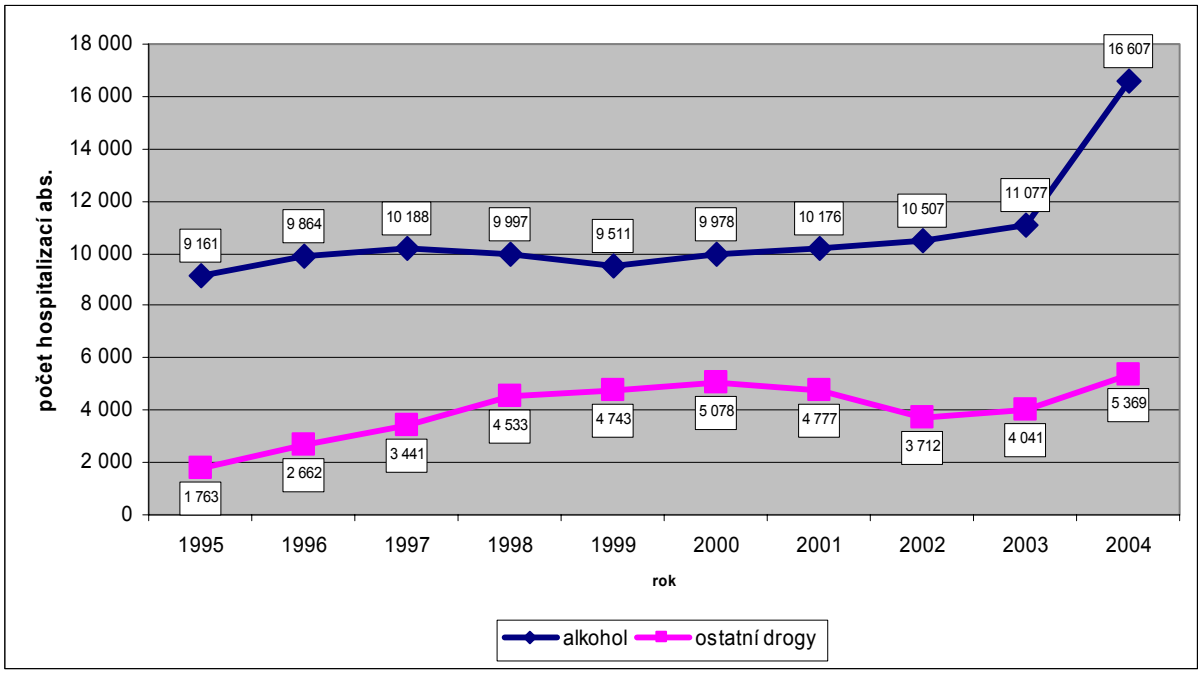
Ve 4 dětských psychiatrických léčebnách bylo v r. 2004 hospitalizováno 29 dětí s problémy způsobenými užíváním drog včetně alkoholu (19 chlapců a 10 dívek); 7 dětí mladších 14 let a 20 dětí ve věku 15-19 let. Nejčastější příčinou byly poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek (14 hospitalizací), dále poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel (4 hospitalizace), stimulancií (4 hospitalizace) a kanabinoidů

(4 hospitalizace). Pro poruchy způsobené užíváním alkoholu byly hospitalizovány 2 děti (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e).

Vývoj počtu hospitalizací na poruchy způsobené alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami v psychiatrických zařízeních uvádí obrázek 5-2.

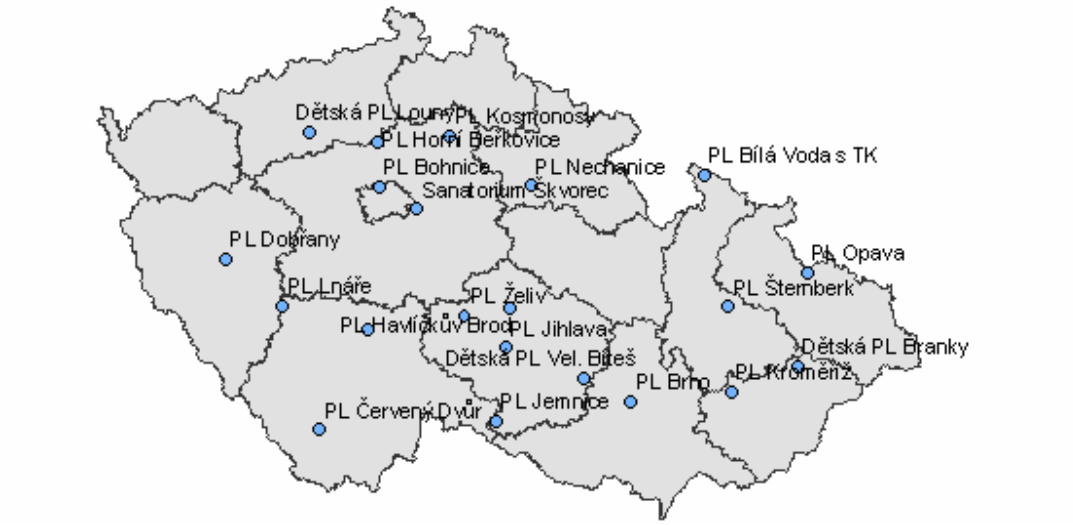
Probíhá diskuze nad ekonomickými aspekty systému psychiatrické péče, která se potýká s růstem nákladů nutných na léčbu pacientů. Hlavní příčiny lze spatřovat v demografickém vývoji (stárnutí populace), technologickém pokroku (rychlý vývoj technologií a jejich nákup), rostoucí spotřebě léků, neefektivním systému řízení zdravotní péče aj. V rámci grantového projektu je připravován návrh metody pro alokaci a výpočet průměrných nákladů pro psychiatrickou péči v ČR (Půbal et al. 2004).

obrázek 5-2: Vývoj počtu hospitalizovaných na poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 1995-2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e)

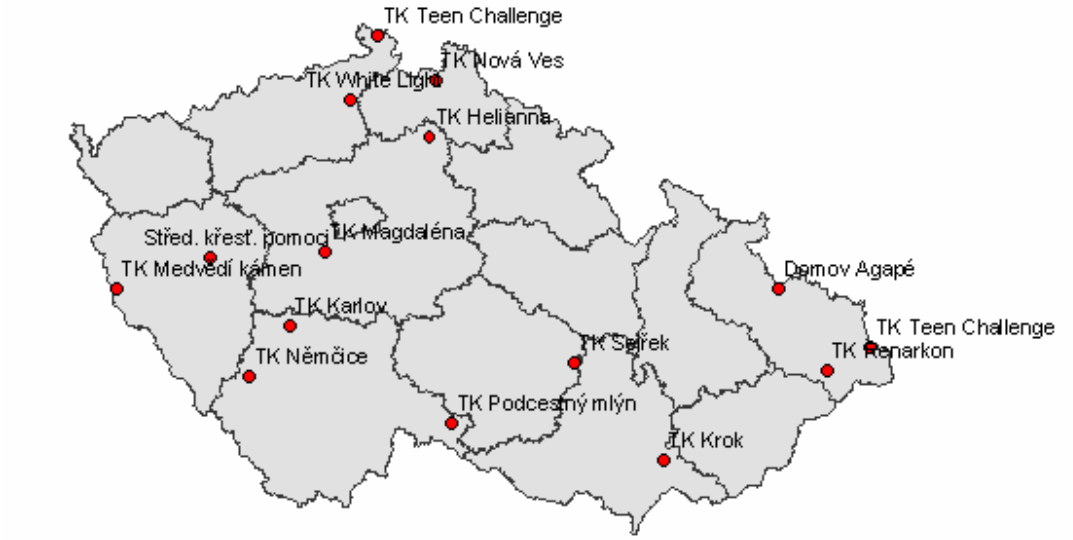


Rezidenční léčbu v terapeutických komunitách zajišťovalo v r. 2004 celkem 17 zařízení – viz mapa 5-3. Jedná se o střednědobou a dlouhodobou léčbu zpravidla v délce 3-12 měsíců. Za r. 2004 jsou k dispozici údaje ze 14 terapeutických komunit, které disponují 228 lůžky (194 lůžek pro dospělé, 15 pro mladistvé a 9 pro matky s dětmi). Léčbu absolvovalo 546 uživatelů drog (z nichž bylo 17 matek s dětmi), jejichž průměrný věk byl 24,2 let (průměrný věk matek byl 26 let). Celkem 429 (79 %) klientů užívalo drogy injekčně. Nejčastěji užívanou drogou byl pervitin (306 klientů), následoval heroin (132 klientů). Léčbu úspěšně dokončilo 134 (25 %) klientů po uplynutí 1 roku léčby. Předčasně léčbu ukončilo 252 (46 %) klientů. Klienti, kteří ukončili léčbu předčasně, tak v 55 % učinili po uplynutí 2 týdnů léčby, po uplynutí 2/3 léčby program ukončilo 30 % klientů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e).

mapa 5-2: Psychiatrické léčebny v ČR v r. 2004



mapa 5-3: Terapeutické komunity v ČR v r. 2004



Léčba ve věznicích - viz kapitola Prevence trestné činnosti spojené s užíváním drog, str. 59.

5.3 Substituce a udržovací programy

5.3.1 Substituční léčba agonisty opiátů

Od r. 2000 je v ČR k substituci opiátů užíván metadon připravovaný z dovážené generické substance, který je podávaný pouze ve specializovaných substitučních centrech, a dále je od r. 2000 registrován přípravek Subutex (buprenorfin), který může předepisovat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci; jisté omezení představuje nutnost používat k předpisu tzv. „opiátový předpis s modrým pruhem“ – tedy s vyšší mírou registrace a kontroly. Substituční přípravky jsou v ČR podávány výhradně orální formou.

Metodicky je substituční léčba v ČR definována ve Standardech substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a), včetně kritérií pro přijetí do léčby - viz také Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2003 a 2002 (Mravčík et al. 2004; Mravčík et al. 2003). V ČR funguje od poloviny r. 2000 Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001b). Registrační povinnosti podléhá pouze léčba ve specializovaných substitučních centrech.

5.3.1.1 Specializovaná substituční centra

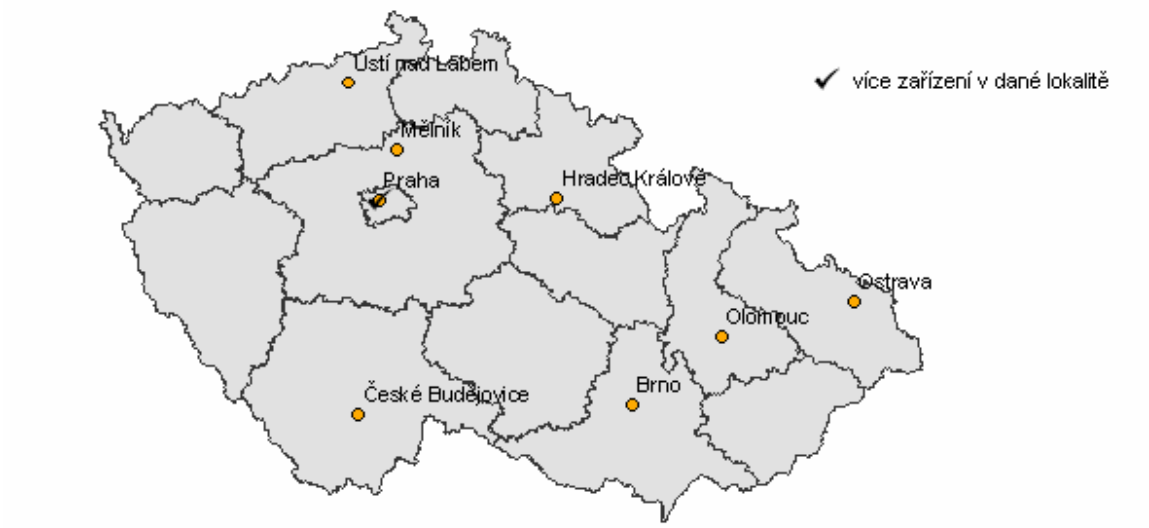
V r. 2004 bylo v ČR stejně jako v r. 2003 9 substitučních center (k otevření nového substitučního centra v Jihočeském kraji - Českých Budějovicích došlo v lednu 2005). Nepokryty zůstávají kraje Plzeňský, Karlovarský, Pardubický, Vysočina a Zlínský. Všechny programy poskytovaly metadon připravovaný z dovážené generické substance a také hromadně vyráběný léčivý přípravek Subutex (buprenorfin).

V r. 2004 bylo v devíti substitučních programech (Drop In Praha provozuje 2 centra) léčeno celkem 1 043 osob (pro srovnání v r. 2003 to bylo 714 a v r. 2002 to bylo 463 pacientů). Metadonem bylo léčeno 696 a Subutexem 347 pacientů. Stav registru substituční léčby k 31.12. 2003 uvádí tabulka 5-5. Je patrné, že nejvytíženější jsou programy v Praze a v Ústí nad Labem, což odpovídá regionální distribuci prevalence problémových uživatelů opiátů, která je v těchto krajích nejvyšší.

tabulka 5-5: Pacienti substituční léčby ve specializovaných programech - stav k 31.12.2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004c)

Centra	Počet osob	Podíl (%)
Praha (VFN)	101	19,3
Ostrava	11	2,1
Olomouc	5	0,9
Brno	53	10,2
Ústí nad Labem	182	24,9
Praha (Drop in)	136	26,1
Hradec Králové	18	3,4
Mělník	16	3,1
Celkem	**522**	**100,0**

mapa 5-4: Specializovaná substituční centra v ČR - stav z ledna 2005

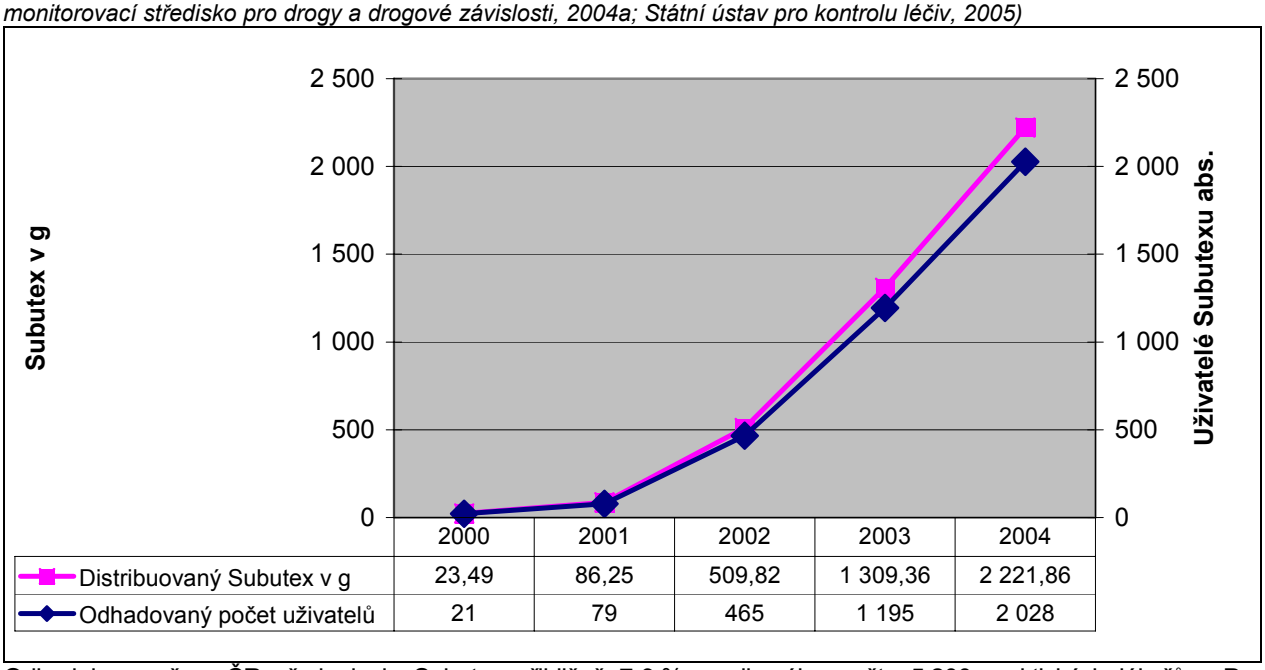


5.3.1.2 Substituční léčba buprenorfinem

Subutex může předepsat každý lékař bez ohledu na specializaci; je podáván také vhodným pacientům ve specializovaných substitučních centrech. Zatímco počty pacientů užívajících Subutex ve specializovaných centrech jsou přesně známy (viz výše), počet pacientů užívajících Subutex prostřednictvím ambulantních lékařů a také počet těchto lékařů není přesně znám.

K dispozici jsou údaje Státního ústavu pro kontrolu léčiv o distribuci Subutexu na českém trhu (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2005). Podle nich dochází k růstu spotřebovaného množství Subutexu. Při průměrné denní spotřebě 6 mg a průměrné délce léčby cca půl roku (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004a) lze odhadnout také počet uživatelů Subutexu - viz obrázek 5-3.

obrázek 5-3: Distribuované množství Subutexu a odhadovaný počet uživatelů Subutexu v r. 2000-2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004a; Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2005)



Odhaduje se, že v ČR předepisuje Subutex přibližně 7-9 % z celkového počtu 5 200 praktických lékařů; v Praze dosahuje tento podíl 27 % a v Ústeckém kraji 12 % (Mravčík et al. 2005; Sdružení praktických lékařů, 2005). Ze 160 psychiatrických ordinací poskytujících služby uživatelům legálních a nelegálních drog, které se zapojily do průzkumu NMS (viz kapitola Ambulantní léčba, str. 27), jich v r. 2003 předepisovalo Subutex 27 % (Miovská et.al., 2005).

5.3.2 Výskyt substitučních preparátů na černém trhu

Metadon se na černém trhu prakticky nevyskytuje, a pokud ano, existují o tom jen anekdotické údaje.

Subutex se na černém trhu, resp. otevřené drogové scéně, vyskytuje. Podíl uživatelů získávajících Subutex z černého trhu není znám, podle expertních odhadů může podíl Subutexu z černého trhu činit cca 50 %. Cena Subutexu na černém trhu několikanásobně přesahuje kupní cenu v lékárně; cena 1 tablety á 8 mg v lékárně je cca 140 Kč, na černém trhu 400-450 Kč (Petroš et al. 2005).

Na otevřené drogové scéně, zejména v Praze a severních Čechách, mohou počty uživatelů Subutexu převyšovat počty uživatelů heroinu. Podle průzkumu provedeného v lednu a únoru 2005 mezi vybranými kontaktními centry a terénními programy existují značné regionální rozdíly (Randák, 2005) - viz tabulka 5-6.

tabulka 5-6: Poměr mezi uživateli heroinu a Subutexu ve vybraných nízkoprahových programech v ČR v lednu-únoru 2005, v % (Randák, 2005)

Program	Heroin	Subutex
Drop In, Praha - terénní program	20	80
SANANIM, Praha - terénní program	30	70
Prostor, Kolín	40	60
Prevent, Ceské Budějovice	10	90
Drug out club, Ústí nad Labem	< 50	> 50
CPPT Plzeň - K-centrum	80	20
Sdružení Podané ruce Brno - terénní program	70	30
Laxus, Hradec Králové - terénní programy, K-centrum	69	31

Výjimkou není injekční aplikace Subutexu. V r. 2004 nebylo zaznamenáno žádné úmrtí na předávkování metadonem či Subutexem - viz kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 35.

5.3.3 Evaluace výsledků substituční léčby

Podíl problémových uživatelů opiátů v substituční léčbě se v ČR zvyšuje, v r. 2004 činil odhadem 20-30 % (dolní hranice odhadu zohledňuje odhad Subutexu získaného na černém trhu); v r. 2003 a 2002 činil tento podíl 18, resp. 7 %. Stále přetrvává špatná dostupnost specializovaných (metadonových) substitučních center, která se nacházejí v 7 krajských městech a pro potenciální pacienty z menších sídel jsou tak prakticky nedostupná. Doposud také není na

trhu hromadně vyráběný léčivý přípravek na bázi metadonu, který by tuto situaci mohl zlepšit. Centra v Praze a Ústí nad Labem mají největší objem a také největší obměnu pacientů (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2005f).

Komplexní evaluace substituční léčby nebyla v ČR dosud provedena. Jsou k dispozici údaje z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - viz tabulka 5-7.

tabulka 5-7: Důvod ukončení substituční léčby ve specializovaných centrech v l. 2000-2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2005f)

Centra	**Registr celkem**		**Důvod ukončení léčby**						
	Přijetí	Ukončení	1	2	3	4	5	6	Celkem
Praha (VFN)	392	291	45	29	127	3	1	86	291
Ostrava	24	13	4	1	2	1	0	5	13
Olomouc	20	14	3	1	7	0	0	3	14
Brno	73	20	1	0	7	6	0	6	20
Ústí nad Labem	694	512	9	25	415	29	2	32	512
Praha (Drop In)	1 082	946	49	48	750	7	2	90	946
Hradec Králové	28	10	3	1	3	0	1	2	10
Mělník	68	52	10	4	13	0	0	25	52
Celkem	**2 381**	**1 858**	**124**	**109**	**1 324**	**46**	**6**	**249**	**1 858**

Pozn.: Důvod ukončení léčby: 1 - převedení pacienta do jiného zařízení, 2 - převedení pacienta na jiný typ léčby, 3 - porušení režimu, 4 - nástup trestu, 5 - úmrtí pacienta, 6 - jiný důvod.

V r. 2004 byla provedena studie zkoumající kvalitu života účastníků subutexového substitučního programu. Výzkumný vzorek se skládal ze 64 osob (42 mužů, 22 žen) zařazených do substituční léčby ve 3 specializovaných substitučních centrech, psychiatrické ambulanci a ambulanci praktického lékaře. Věk respondentů byl v rozmezí 17-47 let. Byly použity standardizované dotazníky SDS (Severity of Dependence Scale - závažnost závislosti na drogách) a SQALA (dotazník kvality života). Celkové skóre závažnosti závislosti bylo 10,33[21], bez významného rozdílu mezi programy. Spokojenost byla zjištěna s domácím prostředím, jídlem, dětmi, péčí o sebe a rodinnými vztahy. Jedná se tedy o modality, které bývají v období vlastního užívání návykových látek jednoznačně narušeny a kde tedy lze oproti minulosti předpokládat pozitivní posun. Nespokojenost naopak panuje s oblastmi spravedlnosti[22], práce, peněz a koníčků. Ženy vykazovaly výraznější spokojenost se vztahy s okolím a dětmi. Nejvyšší spokojenost s kvalitou života byla zjištěna u osob v substituční léčbě u praktického lékaře (Randák, 2005).

[21] Celkové skóre se pohybuje od 0 do 15; čím vyšší, tím vyšší úroveň závislosti.
[22] V dotazníku je například sledována důležitost a spokojenost s naplněním těchto hodnot: svoboda, pravda, spravedlnost, víra.

6 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Ve výskytu smrtelných předávkování došlo v r. 2004 k nárůstu jak u opiátů (většinou se jedná o opiáty obsažené v lécích, nikoliv tedy o heroin či jiné „pouliční" opiáty), tak u pervitinu. Přetrvává relativně vysoký počet předávkovaných těkavými látkami a velmi vysoké počty předávkovaných léky, zejména benzodiazepiny. Nebylo registrováno žádné úmrtí na extázi (MDMA), došlo k jednomu úmrtí na jinou syntetickou látku (DOB). Poprvé v ČR bylo zaznamenáno ojedinělé úmrtí na předávkování kokainem a další úmrtí za přítomnosti kokainu (to naznačuje nebezpečí dalšího šíření kokainu v ČR). Dále byla analyzována data o úmrtnosti uživatelů drog, ta je v porovnání s běžnou populací stejného věku přibližně 7-11krát vyšší.

Trend výskytu infekčních nemocí u uživatelů drog je příznivý. Promořenost injekčních uživatelů HIV zůstává pod 1 %, ale nárůst nově infikovaných injekčních uživatelů virem HIV v r. 2004 je třeba pozorně sledovat, i když se jedná o nízké počty. Výskyt virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů je cca 30 %; tento podíl je vyšší ve specifických subpopulacích (pacienti substituční léčby, věznění uživatelé drog). Stejně jako v loňském roce lze za nedostatečnou označit dostupnost testování infekčních nemocí přímo v rizikové populaci injekčních uživatelů, varující je klesající počet testů prováděných v této populaci.

6.1 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

Rok 2004 byl čtvrtým rokem fungování automatizovaného systému sběru dat o drogových úmrtích, již druhý rok jsou k dispozici údaje v databázové formě ze všech 13 pracovišť soudního lékařství a soudní toxikologie. V ČR jsou ze zákona (vyhl. MZ č. 18/1988 Sb.) soudním lékařem povinně prováděny pitvy všech náhlých úmrtí, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a všech násilných úmrtí. K dispozici jsou data o předávkování OPL v konzistentní časové řadě od r. 1998[23]; od r. 2003 se vykazují také úmrtí „za přítomnosti OPL"[24]. Automatizovaný systém a koordinace sběru dat se rozvíjí v úzké spolupráci NMS a Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČLS JEP (SSLST). Zástupci výboru SSLST jsou také členy příslušné pracovní skupiny NMS.

6.1.1 Předávkování OPL

V r. 2004 pracoviště soudních lékařství a toxikologie zjistila 241 úmrtí na předávkování OPL, z toho 171 psychoaktivními léky - viz dále. Mimo léků byly příčinou největšího počtu předávkování tradičně opiáty (32), těkavé látky (20) a pervitin (16). Nebylo identifikováno ani jedno úmrtí na předávkování metadonem či buprenorfinem - a to ani v kombinaci s jinými drogami; rovněž nebylo v r. 2004 prokázáno žádné smrtelné předávkování extází (MDMA)[25] a konopnými látkami. Poprvé od existence speciálního registru drogových úmrtí na odděleních soudních lékařství a soudní toxikologie bylo v r. 2004 identifikováno 1 smrtelné předávkování kokainem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005) - viz tabulka 6-1, obrázek 6-1.

Předávkování psychotropními léčivy 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 zneužívanými. Celkem bylo v r. 2004 zjištěno 171 případů předávkování psychotropními léčivy, z toho 94 případů předávkování benzodiazepiny vč. flunitrazepamu.

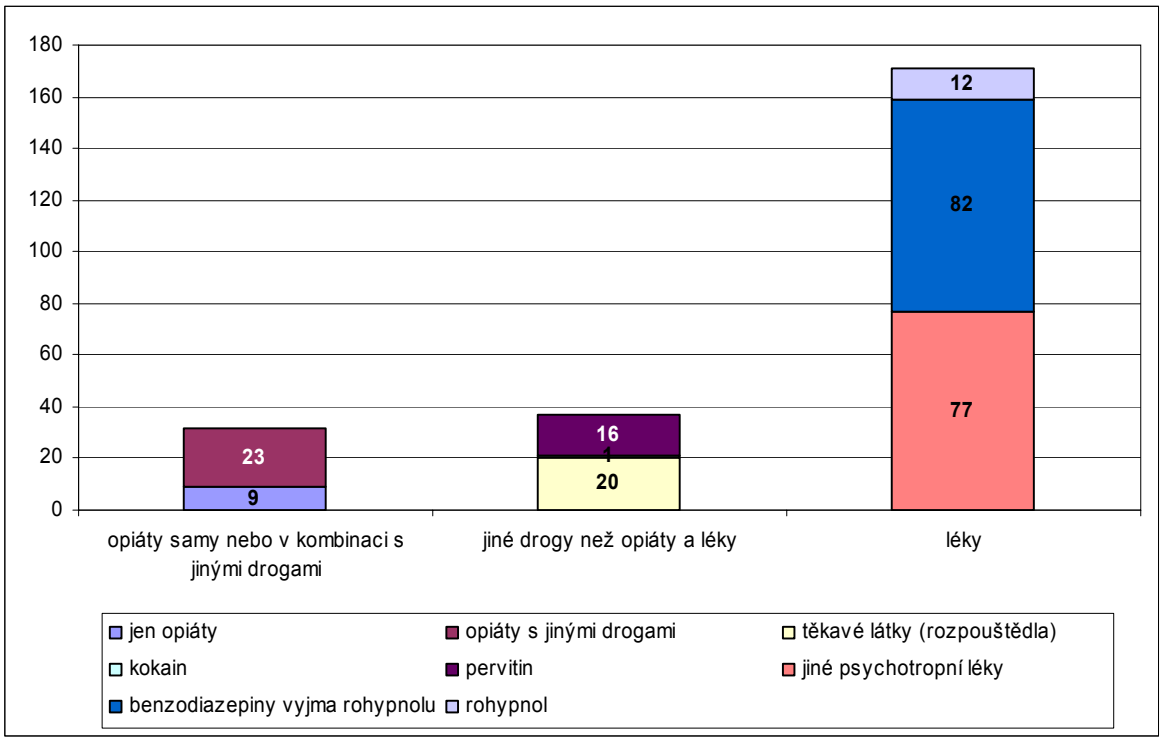
V r. 2004 došlo oproti r. 2003 k nárůstu předávkování opiáty (32 oproti 21 případu). Z těchto 32 případů však byl pouze u 5 z nich prokázán heroin, u dalších 7 morfin; u zbývajících případů byl identifikován kodein či dihydrokodein, což svědčí spíše o předávkování opiáty obsaženými v léčivých přípravcích. U předávkování pervitinem došlo k téměř dvojnásobnému nárůstu; tento nárůst koresponduje s růstem odhadovaného počtu problémových uživatelů pervitinu i s růstem žadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem v r. 2004. Předávkování těkavými látkami dosáhla téměř stejné hodnoty jako v r. 2003. Analýza trendů v předávkování psychotropními léky je v zájmu srovnatelnosti s předchozími lety zúžena jen na předávkování benzodiazepiny včetně flunitrazepamu (Rohypnol) - viz obrázek 6-2. Předávkování benzodiazepiny mají rostoucí tendenci; u flunitrazepamu dochází k poklesu, což koresponduje se zavedením přísnějšího režimu jeho preskripce na receptech s modrým pruhem od srpna 2003.

[23] S výjimkou dat o předávkováních těkavými látkami (viz dále).
[24] Podrobný metodický souhrn určování drogových úmrtí obsahuje metodická publikace vydaná v r. 2004 (Zábranský et al. 2004).
[25] V r. 2004 došlo k jedné smrtelné otravě DOB, které bylo identifikováno v klinickém materiálu, nikoliv však post mortem - viz blíže kapitola Užívání drog v prostředí zábavních akcí, str. 80.

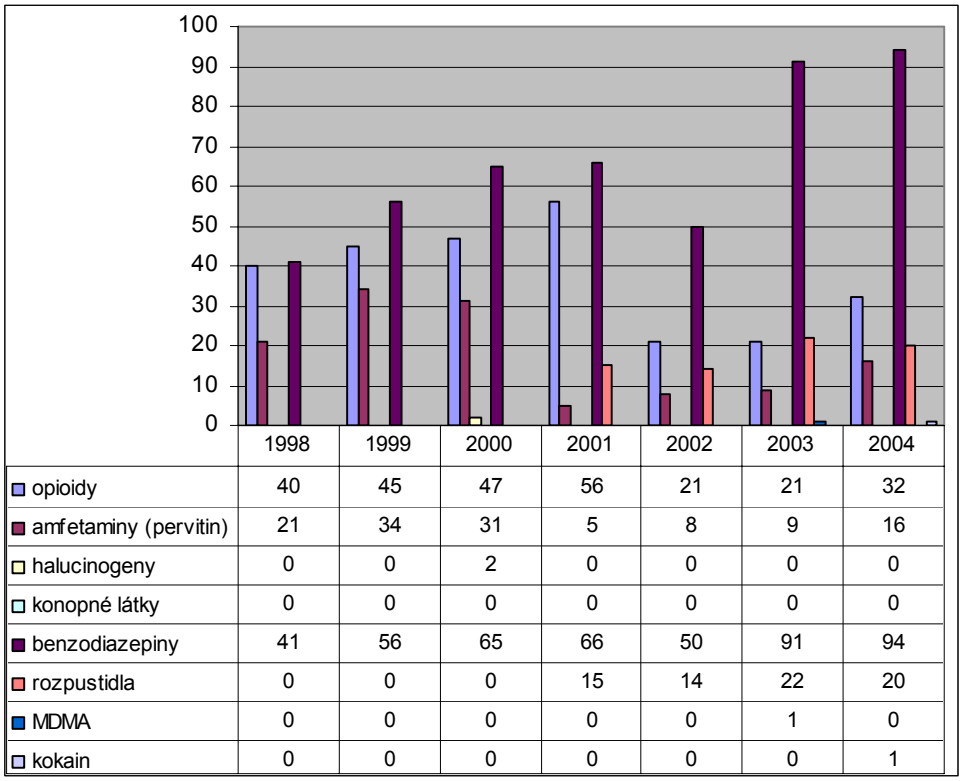
tabulka 6-1: Smrtelná předávkování OPL v ČR v r. 2004 podle skupin OPL, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)

OPL/věk. skupina	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>=65	Celkem		
													Muži	Ženy	Celkem
Jen opiáty nebo opioidy (vyjma metadonu)	0	1	1	3	3	1	0	0	0	0	0	0	**7**	**2**	**9**
Jen metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**
Více látek včetně opiátů/opioidů	0	0	3	5	4	1	3	1	2	2	0	2	**17**	**6**	**23**
Z toho z opiátů také metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**
Více látek nebo jedna látka - nikoliv opiáty/opioidy	1	3	7	10	4	4	2	2	2	1	0	1	**31**	**6**	**37**
Z toho obsaženy těkavé látky	1	3	3	4	3	1	1	1	1	1	0	1	**19**	**1**	**20**
Z toho obsažen pervitin	0	0	4	5	1	3	1	1	1	0	0	0	**11**	**5**	**16**
Z toho obsažen kokain	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**	**0**	**1**
Z toho obsaženy taneční drogy (např. MDMA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**
Z toho obsaženy halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**
Psychoaktivní léky	1	6	2	9	9	22	25	24	25	12	10	26	**101**	**70**	**171**
Z toho benzodiazepiny	0	1	1	6	5	12	12	13	13	7	7	17	**57**	**37**	**94**
Nespecifikováno/neznámo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	**0**	**1**	**1**
Celkem	**2**	**10**	**13**	**27**	**20**	**28**	**30**	**27**	**29**	**16**	**10**	**29**	**156**	**85**	**241**

obrázek 6-1: Smrtelná předávkování OPL v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)



obrázek 6-2: Smrtelná předávkování vybranými OPL v r. 1998-2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
opioidy	40	45	47	56	21	21	32
amfetaminy (pervitin)	21	34	31	5	8	9	16
halucinogeny	0	0	2	0	0	0	0
konopné látky	0	0	0	0	0	0	0
benzodiazepiny	41	56	65	66	50	91	94
rozpustidla	0	0	0	15	14	22	20
MDMA	0	0	0	0	0	1	0
kokain	0	0	0	0	0	0	1

6.1.2 Úmrtí za přítomnosti OPL

Celkem bylo v r. 2004 díky speciálnímu registru drogové mortality identifikováno 164 úmrtí za přítomnosti OPL, z toho: 2 pro nemoc , 72 případů nehod, 83 případů sebevražd, 3 případy zabití či vražd a 4 úmrtí z jiných příčin. Přehled podílu vybraných skupin OPL na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti OPL uvádí tabulka 6-2.

tabulka 6-2: Úmrtí za přítomnosti OPL zjištěná na odd. soudních lékařství v ČR v r. 2004 podle skupin OPL a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)

OPL	Nemoc (n=2)	Nehoda (n=72)	Sebevražda (n=83)	Zabití/vražda (n=3)	Jiné (n=4)	Celkem (n=164)	Podíl (%)
Benzodiazepiny	0	35	44	1	2	82	50,0
THC	2	2	6	0	0	10	6,1
Opiáty/opioidy	0	5	9	0	0	14	8,5
Pervitin	0	9	9	1	0	19	11,6
Těkavé látky	0	2	3	0	1	6	3,7
MDMA	0	3	0	0	0	3	1,8
Kokain	0	0	0	1	0	1	0,6

Nález OPL v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod - viz kapitola Další poruchy spojené s užíváním drog, str. 43.

6.1.3 Mortalita uživatelů drog

Evropské kohortové studie mortality uživatelů ukazují, že úmrtnost uživatelů drog je ve srovnání s běžnou populací stejného věku výrazně vyšší. V ČR byla retrospektivní kohortová studie mortality realizována v r. 2003-2004, k dispozici pro studii byly čtyři předem definované skupiny uživatelů drog: dva soubory hospitalizovaných pro poruchy spojené s užíváním drog (12 207 a 2 824 osob), soubor injekčních uživatelů s hlášenou virovou hepatitidou (3 037 osob) a soubor uživatelů v opiátové substituční léčbě (704 osob). První tři jmenované soubory osob byly sledovány v období 1997-2002, soubor uživatelů drog v substituci v období 2000-2002. Podrobné informace ke zdrojům dat a metodice studie - viz výroční zpráva NMS za r. 2003.

6.1.3.1 Popis kohort

Z kohorty hospitalizovaných osob s primární diagnózou F11-F19 (tj. poruchy spojené s užíváním drog mimo alkoholu s vyloučením diagnózy F17 - tabák) zemřelo v průběhu sledovaného období celkem 320 osob, což odpovídá 2,6 %

dané kohorty - viz tabulka 6-3. Z nich bylo zaznamenáno celkem 114 úmrtí uživatelů opiátů, 48 úmrtí mezi uživateli stimulancií a 103 úmrtí mezi polyvalentními uživateli. Ostatní úmrtí byla hlášena v souvislosti s užíváním jiných psychoaktivních látek.

Z kohorty hospitalizovaných se sekundární diagnózou zemřelo do konce r. 2002 celkem 112 osob, z nich bylo 42 úmrtí uživatelů opiátů, 4 úmrtí uživatelů stimulancií a 37 úmrtí polyvalentních uživatelů. Celkový počet zemřelých odpovídá téměř 4 % kohorty hospitalizovaných.

Z kohorty injekčních uživatelů s hlášenou virovou hepatitidou (registr EPIDAT) bylo zaznamenáno 56 úmrtí, což odpovídá necelým 2 % souboru. V tomto registru není rozlišována primární užívaná droga. Z uživatelů drog hlášených v registru opiátové substituční léčby zemřelo v průběhu sledovaných tří let 8 osob, což odpovídá 1 % souboru.

tabulka 6-3: Popis jednotlivých kohort (Lejčková & Mravčík, 2005)

Kohorta	Počet osob v kohortě	Počet zemřelých	Podíl zemřelých (%)
Hospitalizovaní - hlavní diagnózy F11-F19	12 207	320	2,62
Hospitalizovaní - vedlejší diagnózy F11-F19	2 824	112	3,97
Injekční uživatelé drog - EPIDAT	3 037	56	1,84
Uživatelé drog v opiátové substituční léčbě	704	8	1,14

6.1.3.2 Standardizovaná míra úmrtnosti

Ukazatel hrubé míry úmrtnosti není vhodným ukazatelem k vzájemnému porovnání kohort vzhledem k rozdílům ve věkové struktuře jednotlivých kohort i ve složení podle pohlaví. Hrubé míry byly proto standardizovány, a to vzhledem k populaci ČR ve věku 15-49 let (pro srovnání, v r. 2000 dosahovala hrubá míra úmrtnosti české populace v tomto věku dosahovala 8,39 ‰). Přímo standardizovaná míra vyjadřuje, jaká by byla úmrtnost uživatelů drog, kdyby jejich věková struktura odpovídala věkové struktuře populace ČR.

Standardizovaná míra úmrtnosti v kohortě primárně hospitalizovaných dosahovala 16,78 na 1 000 osoboroků sledování dané kohorty. V kohortě hospitalizovaných se sekundární diagnózou F11-F19 a v kohortě injekčních uživatelů drog byla úroveň mortality dvojnásobně vyšší (33,55 a 31,67 na 1 000 osoboroků). Mortalita v kohortě uživatelů drog v substituci je výrazně nižší (7,24); to může být do značné míry ovlivněno velikostí kohorty a nízkým počtem registrovaných úmrtí - viz tabulka 6-4.

U všech kohort se ukázalo, že mortalita je vyšší u mužů než u žen, v případě primárně hospitalizovaných na poruchy související s užíváním drog dokonce dvojnásobně vyšší. Z hlediska sledovaných typů drog je nejvyšší mortalita uživatelů opiátů (v kohortě primárně hospitalizovaných) a polyvalentních uživatelů drog (v kohortě hospitalizovaných se sekundární diagnózou F11-F19) (Lejčková & Mravčík, 2005).

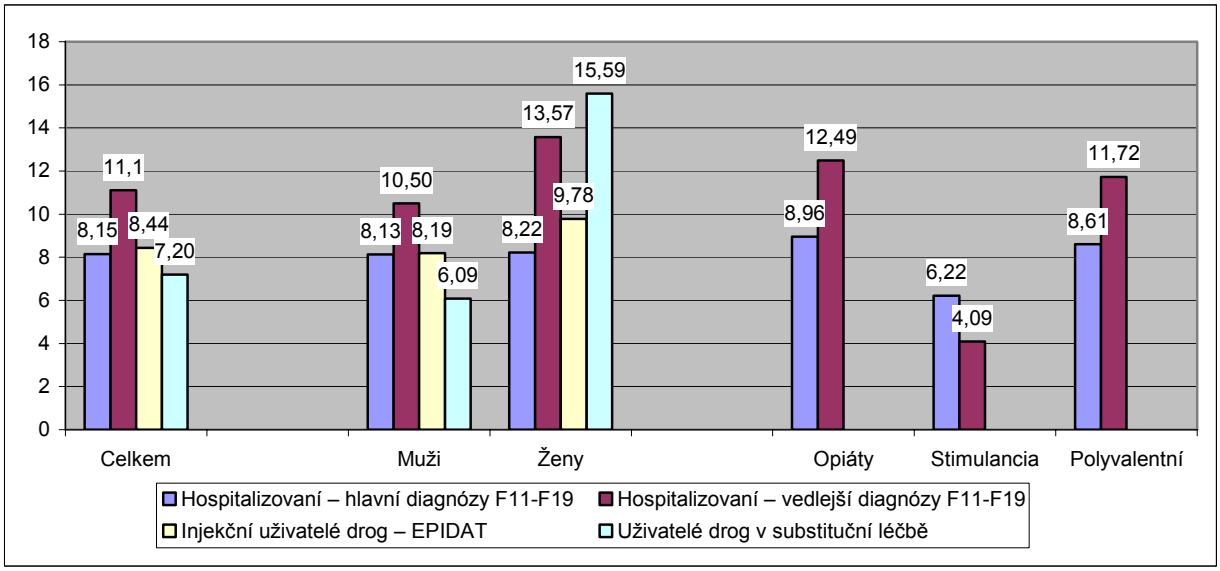
tabulka 6-4: Přímo standardizovaná míra úmrtnosti v ‰ (na 1000 osoboroků sledování) (Lejčková & Mravčík, 2005; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005c)

Kohorta	Celkem	Muži	Ženy	Opiáty	Stimulancia	Kombinace drog
Hospitalizovaní - hlavní diagnózy F11-F19	16,78	22,38	11,18	23,05	7,51	20,36
Hospitalizovaní - vedlejší diagnózy F11-F19	33,55	35,44	30,06	29,59	11,60	123,06
Injekční uživatelé drog - EPIDAT	31,67	39,21	30,69	-	-	-
Uživatelé drog v opiátové substituční léčbě	7,24	-	-	-	-	-

6.1.3.3 Standardizovaný index úmrtnosti

Standardizovaný index úmrtnosti (standardized mortality ratio, SMR) vyjadřuje riziko úmrtí sledované kohorty vzhledem k úmrtnosti běžné populace stejného pohlaví a věku. Výpočet SMR vychází z podílu skutečného a očekávaného počtu zemřelých v celé kohortě a není tak ovlivněn věkovou strukturou kohorty. V porovnání s běžnou populací stejného věku je mortalita uživatelů drog přibližně 7-11krát vyšší (Lejčková & Mravčík, 2005; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005c), v případě mužů 6-10,5krát vyšší a v případě žen 8-16krát vyšší. Z hlediska typu drogy je nejvyšší mortalita u uživatelů opiátů a polyvalentních uživatelů (9-12krát vyšší), mortalita uživatelů stimulancií je 4-6krát vyšší než úmrtnost v běžné populaci - viz obrázek 6-3.

obrázek 6-3: Standardizovaný index úmrtnosti (SMR) podle pohlaví a typu drogy (Lejčková & Mravčík, 2005; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005c)



Průběžná analýza ukázala, že velmi vysoká je úroveň mortality také mezi uživateli sedativ a hypnotik (diagnóza F13) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005c).

6.2 Infekce spojené s užíváním drog

6.2.1 HIV/AIDS

Situace ve výskytu nových případů HIV infekce jak mezi injekčními uživateli drog, tak ve výskytu HIV infekce vůbec, je v ČR od poloviny 90. let minulého století stabilizovaná.

V r. 2004 přibylo nejvíce nově diagnostikovaných případů HIV od r. 1985 (72 osob), rovněž počet infikovaných injekčních uživatelů drog je vyšší než v posledních 10 letech (7 osob) - viz tabulka 6-5. K 31.12. 2004 bylo v ČR evidováno celkem 737 HIV+ osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 34 injekčních uživatelů drog a u 10 dalších osob jde současně o injekční uživatele a homo/bisexuály. Dlouhodobě lze situaci v ČR považovat za relativně příznivou, i když vyšší počet nově diagnostikovaných případů v r. 2004 může znamenat vzestupný trend v počtu HIV pozitivních (Brůčková et al. 2005).

tabulka 6-5: Incidence HIV+ v ČR do 31.12.2004 dle způsobu přenosu (Jedlička et al. 2005)

Způsob přenosu	do r. 2000	2001	2002	2003	2004	Celkem
Homo- a bisex.	262	29	27	37	30	385
IUD	19	3	2	4	6	34
Homo a IUD	5	2	1	1	1	10
Hemofilici	17	0	0	0	0	17
Příjemci krve	14	0	0	0	0	14
Heterosex.	152	13	20	19	30	234
Matka-dítě	3	0	0	1	0	4
Nozokomiální	2	0	0	0	0	2
Nezjištěno	27	4	0	1	5	37
Celkem	**501**	**51**	**50**	**63**	**72**	**737**

V r. 2004 bylo v ČR provedeno celkem 836 601 laboratorních vyšetření HIV protilátek s pozitivními výsledky v 0,09 ‰. Injekční užívání drog uvedlo jako důvod vyšetření 1 609 osob, nikdo z nich neměl pozitivní výsledek[26]. Případy pozitivních injekčních uživatelů byly v rámci testování označeného jako testování injekčních uživatelů drog doposud diagnostikovány jen výjimečně (4 případy z celkem 42). Počet vyšetření HIV protilátek u injekčních uživatelů od r. 1999 klesá - viz tabulka 6-6 (Brůčková et al. 2005; Jedlička et al. 2005). Dostupnost testování pro rizikovou skupinu injekčních uživatelů se snižuje.

[26] Pozitivní případy injekčních uživatelů drog byly diagnostikovány v rámci vyšetření jiné skupiny (např. psychiatričtí pacienti, různé klinické diagnózy, pobyt v nápravném zařízení, kontakty HIV pozitivních osob, těhotné ženy atd.).

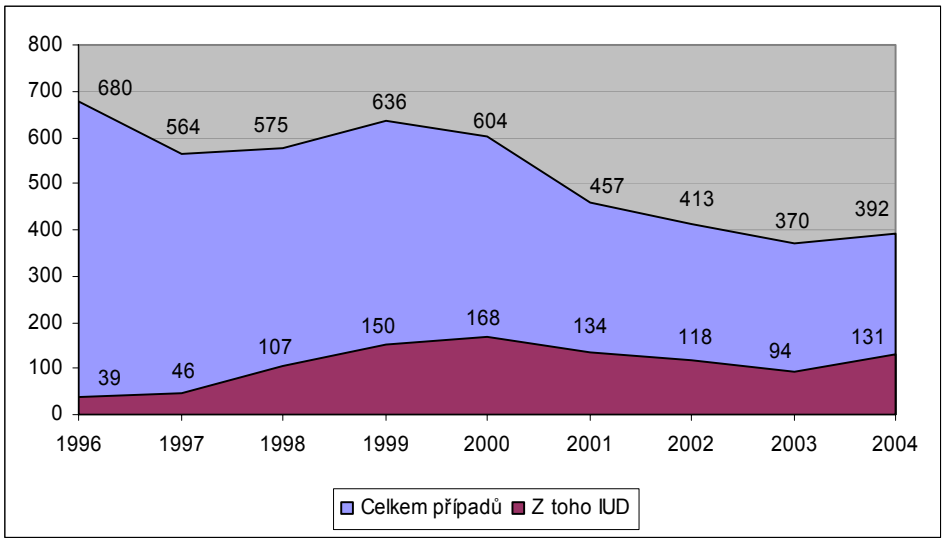
tabulka 6-6: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV 1994-2005 (Brůčková et al. 2005; Jedlička et al. 2005)

Rok	Testy z krve		Testy ze slin		Celkem	
	Počet provedených testů	Počet pozitivních výsledků	Počet provedených testů	Počet pozitivních výsledků	Počet provedených testů	Počet pozitivních výsledků
do r. 1998	2 101	1	895	0	2 996	1
1998	2 158	0	1 124	0	3 282	0
1999	2 320	0	1 219	0	3 593	0
2000	2 091	0	1 001	0	3 092	0
2001	2 169	1	961	0	3 130	1
2002	1 536	0	734	1	2 270	1
2003	985	1	652	0	1 637	1
2004	1 609	0	222	0	1 831	0
Celkem	14 741	3	6 814	1	20 228	4

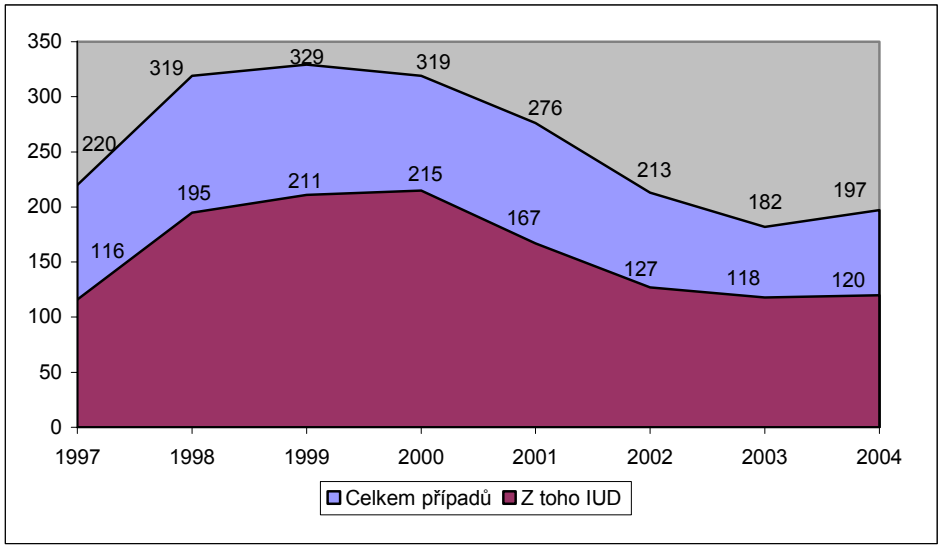
6.2.2 Virové hepatitidy

Data o nově hlášených případech akutní virové hepatitidy typu B a C (VHB a VHC) v ČR v r. 1996-2004 uvádí obrázek 6-4 a obrázek 6-5. Po čtyřech letech je u obou hepatitid hlášeno více akutních případů než v předchozím roce. Z osob nově infikovaných hepatitidou typu B je zhruba 30 % injekčních uživatelů drog, u hepatitidy typu C je podíl injekčních uživatelů kolem 60 %. U všech nových případů VHC včetně chronických došlo poprvé od r. 1996 ke snížení počtu i podílu injekčních uživatelů drog - viz obrázek 6-6 (Beneš & Částková, 2005).

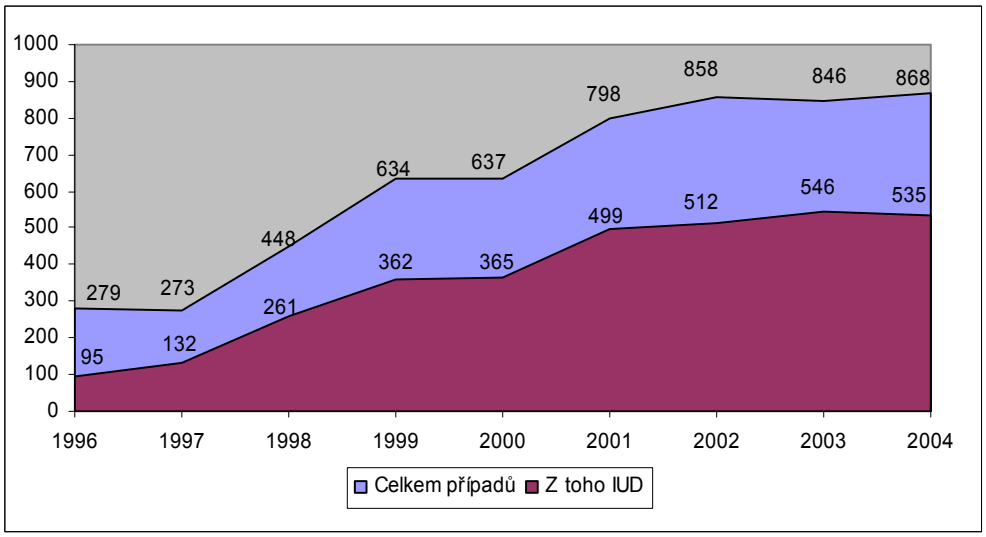
obrázek 6-4: Hlášená incidence VHB a podíl injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996-2004 (Beneš & Částková, 2005; Polanecký et al. 2005)



obrázek 6-5: Hlášená incidence akutní VHC a podíl injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1997-2004 (Beneš & Částková, 2005; Polanecký et al. 2005)



obrázek 6-6: Hlášená incidence akutní a chronické VHC a podíl injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996-2004 (Beneš & Částková, 2005)



O výskytu virových hepatitid mezi injekčními uživateli drog lépe vypovídají výsledky vyšetření protilátek proti původcům jednotlivých typů hepatitid přímo v této rizikové populaci. Kromě studií zveřejněných v předchozích výročních zprávách NMS (Mravčík et al. 2004; Mravčík et al. 2003) jsou nově k dispozici výsledky prospektivní části studie NMS Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog. Základní části studie se zúčastnilo 760 osob, z toho 226 (29,8 %) osob mělo pozitivní výsledek testu. V prospektivní části studie byla za období únor 2003 až květen 2004 na vzorku 173 osob (testovaných v základní části jako negativní) zjištěna míra incidence[27] 12,2 případů na 100 osob a jeden rok. Výsledky prospektivní části studie dle zařízení uvádí tabulka 6-7.

[27] Udává míru nově nakažených za definovanou časovou jednotku - v tomto případě 1 rok.

tabulka 6-7: Výsledky prospektivní části studie NMS „Výskyt seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ dle zúčastněných zařízení

Kontaktní centra (zřizovatel/název, město)	Počet testovaných	Počet pozitivních výsledků	Osobodny sledování	Míra incidence
Sdružení Podané ruce, Brno	11	0	6 933	0
Háječek, České Budějovice	1	0	112	0
K-centrum, Děčín	6	3	1 023	107,11
Drop In, Praha	8	1	1 530	23,87
Laxus, Hradec Králové	34	5	12 213	14,95
Centrum U Větrníku, Jihlava	11	0	1 458	0
K-centrum, Liberec	14	1	3 737	9,77
Pod slunečníkem, Opava	8	0	3 490	0,00
CPPT, Plzeň	29	1	6 899	5,29
SANANIM, Praha	13	1	2 955	12,36
Auritus, Tábor	12	0	2 396	0
Drug out club, Ústí nad Labem	26	4	5 253	27,81
Celkem	**173**	**16**	**47 999**	**12,18**

6.2.3 Monitorování infekcí ve specifických populacích uživatelů drog

Výsledky monitorování situace mezi uživateli drog v nízkoprahových zařízeních v r. 2004 uvádí tabulka 6-8.

tabulka 6-8: Výsledky testování injekčních uživatelů drog ve 23 nízkoprahových zařízeních v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e)

Infekce	Počet provedených testů	Počet pozitivních nálezů	Podíl (%)
HIV	811	0	0
VHA	136	1	0,7
VHC	2 138	77	3,6

Pozn.: V nízkoprahových zařízeních bylo v r. 2004 provedeno celkem téměř 6 tis. testů (podrobněji viz kapitola Služby nízkoprahových zařízení, str. 46), tabulka uvádí výsledky, které jsou k dispozici z 28 zařízení.

tabulka 6-9: Výsledky monitorování infekcí u pacientů substitučních center v r. 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2005f)

Infekce	Počet pacientů	Počet pozitivních nálezů	Podíl (%)
HIV	683	5	0,7
VHB	683	106	15,5
VHC	683	284	41,6

6.3 Psychiatrická komorbidita

V r. 2004 byla provedena další analýza dat týkajících se psychiatrické komorbidity z r. 2003. V r. 2003 bylo v psychiatrických léčebnách a odděleních nemocnic uskutečněno celkem 4 636 hospitalizací na poruchy spojené s užíváním nelegálních drog (dg. F11-F19) (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2004b). Další diagnózy byly diagnostikovány celkem 316krát (6,8 %), v 64,4 % se na pozici první vedlejší diagnózy objevila psychiatrická porucha, která byla ve 26 % současně diagnostikována jako druhá a v 7,5 % jako třetí vedlejší diagnóza (Mravčík et al. 2004).

V r. 2003 bylo dále evidováno 1 740 hospitalizací, kdy byly poruchy vyvolané užíváním návykových látek uvedeny pouze jako jedna z vedlejších diagnóz. U neurotických poruch, které tvořily 30,2 % těchto diagnóz, byly nejčastěji užívanými látkami alkohol (66,4 %) a sedativa nebo hypnotika (11,5 %). U poruch osobnosti (20,3 % uvedených diagnóz) se jednalo o alkohol (60,2 %) a kanabinoidy (8,1 %). Třetí nejpočetnější skupinu tvořily schizofrenie (20,1 %), a to nejčastěji v kombinaci s užíváním alkoholu (57,9 %) a kanabinoidů (6,0 %). Ve všech diagnostických kategoriích měly relativně vysoké zastoupení nespecifikované poruchy (13 %) - viz tabulka 6-10. Údaje za r. 2004 nejsou k dispozici.

tabulka 6-10 Hospitalizovaní pacienti v r. 2003 s vedlejší diagnózou F10-F19, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2004b)

Základní diagnóza			F00-F09	F20-F29	F30-F39	F40-F49	F50-F59	F60-F69	F70-F79	F90-F99	Celkem
Celkem diagnóz		Abs.	229	380	228	572	6	384	42	50	1 891
Vedlejší diagnóza	**F10**	%	83,8	57,9	70,6	66,4	50,0	60,2	88,1	20,0	65,3
	F11	%	3,9	1,6	1,3	1,7	0	2,1	0	2,0	1,9
	F12	%	0,9	6,0	1,8	4,7	0	8,1	0	28,0	5,3
	F13	%	6,1	3,1	13,2	11,5	0	3,6	0	0	7,2
	F14	%	0	0,3	0,4	0	0	0,5	0	0	0,2
	F15	%	0,9	4,5	0,4	4,2	16,7	3,6	0	0	3,1
	F16	%	0	0	0	0,2	0	0	0	0	0,1
	F17	%	0	5,0	1,3	4,5	0	1,0	0	2,0	2,8
	F18	%	0,4	1,3	0	0,2	0	1,0	4,8	14,0	1,1
	F19	%	3,9	20,3	10,9	6,5	33,3	19,8	7,1	34,0	13,0

Pozn.: F00-F09: organické duševní poruchy, včetně symptomatických, F10-F19: duševní poruchy a poruchy chování vyvolané 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.

6.4 Další poruchy spojené s užíváním drog

6.4.1 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích[28] je založen na systému provozovaném HS (Polanecký et al. 2004). Přetrvávají značné regionální rozdíly v systému sběru dat, a to jak co do kvality, tak co do kvantity. Zdrojem dat jsou různé typy zdravotnických zařízení. V r. 2004 byly nejčastěji zaznamenány intoxikace způsobené pervitinem a heroinem (shodně 19 % případů). Srovnání výskytu intoxikací v r. 2001-2004 podle drog uvádí tabulka 6-11.

tabulka 6-11: Intoxikace drogami v ČR, srovnání let 2001-2004 podle jednotlivých drog (Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2005; Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2002)

Droga	2001		2002		2003		2004	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Heroin	285	24,1	176	17,6	152	17,3	179	18,8
Metadon	2	0,2	6	0,6	3	0,3	2	0,2
Subutex	n.a.	-	n.a.	-	2	0,2	12	1,3
Ostatní opiáty	16	1,4	23	2,3	22	2,5	20	2,1
Pervitin	163	13,8	191	19,1	149	16,9	180	18,9
Extáze	15	1,3	4	0,4	8	0,9	3	0,3
Kokain	4	0,3	2	0,2	6	0,7	5	0,5
Amfetamin a další stimulancia	4	0,3	12	1,2	7	0,8	17	1,8
Konopné látky	63	5,3	101	10,1	90	10,2	84	8,8
Barbituráty	19	1,6	16	1,6	9	1,0	6	0,6
Benzodiazepiny	137	11,6	89	8,9	157	17,8	126	13,2
Sedativa, hypnotika	176	14,9	121	12,1	73	8,3	97	10,2
LSD	3	0,3	2	0,2	3	0,3	7	0,7
Psilocybin	15	1,3	7	0,7	4	0,5	10	1,1
Těkavé látky	75	17,8	58	5,8	69	7,8	64	6,7
Durman	4	0,3	0	0	0	0,0	0	0,0
Jiné drogy a léky	182	15,4	179	17,9	100	11,4	92	9,7
Neznámá	20	1,7	13	1,3	27	3,1	48	5,0
Celkem	**896**	**100,0**	**818**	**100,0**	**881**	**100,0**	**952**	**100,0**

6.4.2 Drogy a dopravní nehody

Byla publikována podrobná analýza pitvaných účastníků dopravních nehod na všech 13 odděleních soudního lékařství a soudní toxikologie v ČR v r. 2003 (Mravčík & Zábranský, 2005). Za pozitivní byly u alkoholu považovány případy s hladinou vyšší než 0,2 g/kg (Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie, 1999), u kanabinoidů případy, kde

[28] Nefatální - v tomto případě ve smyslu nekončící úmrtím. V rámci tohoto systému jsou hlášeny nejen případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících hospitalizaci.

byl 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). Vyšetření hladiny alkoholu v krvi se řídí Pokyny pro stanovení etanolu SSLST (Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie, 1998), toxikologické vyšetření představuje minimálně screening imunochemickými metodami v moči a potvrzení specifickou analytickou metodou po předchozí izolaci z krve nebo orgánů se zaměřením na návykové látky a ostatní léčiva. Celkem bylo analyzováno 554 případů, u kterých bylo provedeno vyšetření hladiny alkoholu v krvi a/nebo toxikologické vyšetření; z toho bylo 440 (79,4 %) mužů a 114 (20,6 %) žen; ve věkové skupině 20-34 let se nacházelo 35,5 % souboru. Celý soubor byl rozdělen na 4 kategorie: chodce, cyklisty, řidiče motorových vozidel a ostatní. Do kategorie ostatní byli zařazeni především spolujezdci v motorových vozidlech a zemřelí nepatřící do předchozích 3 kategorií (jiné než silniční dopravní nehody - např. nehody letadla, nehody na staveništích apod.). Základní charakteristiky těchto kategorií, podíl pozitivních nálezů alkoholu a dalších OPL u aktivních účastníků dopravních nehod, podíl pozitivních podle pohlaví a věku uvádí tabulka 6-12 až tabulka 6-15.

tabulka 6-12: Počet případů, průměrný věk a podíl mužů podle 4 kategorií u zemřelých při dopravních nehodách (Mravčík & Zábranský, 2005)

Kategorie	**Počet případů**		**Průměrný věk**	**Podíl mužů (%)**
	Abs.	%		
Chodci	143	25,8	45,4	76,2
Cyklisté	50	9,0	51,1	82,0
Řidiči motorových vozidel	204	36,8	36,3	91,2
Ostatní	157	28,4	36,1	66,2
Celkem	**554**	**100,0**	**39,9**	**79,4**

tabulka 6-13: Nález alkoholu a OPL v tělech zemřelých účastníků dopravních nehod (Mravčík & Zábranský, 2005)

Látka	**Kategorie aktivních účastníků silničních nehod**							
	Chodci		**Cyklisté**		**Řidiči**		**Celkem**	
	Vyšetřeno (abs.)	Pozitivní (%)	Vyšetřeno (abs.)	Pozitivní (%)	Vyšetřeno (abs.)	Pozitivní (%)	Vyšetřeno (abs.)	Pozitivní (%)
Alkohol	141	51,8	50	40	203	32,0	394	40,1
Těkavé látky	141	0,7	50	0	203	0,5	394	0,5
Opiáty (vč. heroinu)	92	0	28	3,6	153	0,7	273	0,7
Stimulancia (vč. pervitinu a extáze)	91	1,1	27	0	152	3,3	270	2,2
Kokain	39	0	8	0	54	0	101	0
Konopné látky (aktivní metabolity THC)	70	2,9	21	0	101	4,0	192	3,1
Benzodiazepiny	89	3,4	28	7,1	150	2,0	267	3,0
Barbituráty	88	0	28	3,6	149	0	265	0,4
Jakákoliv droga mimo alkohol	108	7,4	35	11,4	171	6,4	314	7,3
Kombinace alkoholu a jakékoliv jiné drogy	106	3,8	35	5,7	170	0,6	311	2,3

tabulka 6-14: Výskyt pozitivních nálezů u alkoholu a dalších OPL u aktivních účastníků dopravních nehod podle pohlaví (Mravčík & Zábranský, 2005)

Látka	**Muži**		**Ženy**		**Celkem**	
	Vyšetřeno (abs.)	Pozitivní (%)	Vyšetřeno (abs.)	Pozitivní (%)	Vyšetřeno (abs.)	Pozitivní (%)
Alkohol**	335	44,8	59	13,6	394	40,1
Těkavé látky	335	0,6	59	0	394	0,5
Opiáty (vč. heroinu)*	238	0	35	5,7	273	0,7
Stimulancia (vč. pervitinu a extáze)	236	2,1	34	2,9	270	2,2
Kokain	91	0	10	0	101	0
Konopné látky (aktivní metabolity THC)	167	3,6	25	0	192	3,1
Benzodiazepiny*	233	2,1	34	8,8	267	3,0
Barbituráty	231	0,4	34	0	265	0,4

*Pozn.: * rozdíl na hladině významnosti p < 05, **rozdíl na hladině významnosti p < 01(chí-kvadrát test)*

tabulka 6-15: Průměrný věk u pozitivních a negativních nálezů alkoholu a dalších OPL u aktivních účastníků dopravních nehod (Mravčík & Zábranský, 2005)

Látka	Pozitivní	Negativní	Celkem
Alkohol*	39,1	43,3	41,6
Těkavé látky	40,5	41,6	41,6
Opiáty (vč. heroinu)	28,0	39,3	39,2
Stimulancia (vč. pervitinu a extáze)	29,2	39,2	39,0
Kokain	-	36,1	36,1
Konopné látky (aktivní metabolity THC)*	20,5	38,7	38,2
Benzodiazepiny	46,3	39,1	39,3
Barbituráty	65,0	38,9	39,0

*Pozn.: * rozdíl na hladině významnosti p < 05 (ANOVA test)*

Podobné výsledky přinesla studie realizovaná v Jihočeském kraji v r. 1998-2002 na vzorku 200 zemřelých řidičů (z toho 166 toxikologicky vyšetřených) - u 2 (1,2 %) byl zjištěn vliv ilegální drogy (v jednom případě pervitin, v jednom THC), 4,8 % bylo v okamžiku smrtelné dopravní nehody pod vlivem farmaceutických psychotropních látek, 4,8 % bylo pod vlivem jiných léků, 37 % pod vlivem alkoholu (Vorel, 2003).

Podle oficiálních údajů Policie ČR bylo v r. 2003 v ČR hlášeno 195 581 dopravních nehod, při kterých bylo usmrceno 1 319 osob. Pod vlivem alkoholu bylo zaviněno 9 076 (4,6 %) nehod, při kterých bylo usmrceno 111 osob, tj. 8,4 % všech usmrcených. Z přehledu vyplývá, že pod vlivem alkoholu bylo usmrceno 18 cyklistů a 32 řidičů; chodci zde uvedeni nejsou. Je patrné, že oficiální statistiky Policejního prezidia neposkytují adekvátní obraz vlivu alkoholu na průběh a následky dopravních nehod, neboť jej zásadním způsobem podhodnocují.

6.4.3 Další zdravotní důsledky

Od r. 2003 je monitorováno užívání drog a výskyt zdravotních následků mezi účastníky tanečních akcí (Mravčík et al. 2005). Jsou dotazovány osoby, které si nechaly testovat složení tablety extáze. Celoživotní prevalenci zdravotních komplikací v souvislosti s pobytem respondentů na taneční akci uvádí tabulka 6-16 a tabulka 6-17. Následnou pomoc lékaře muselo vyhledat v r. 2003 celkem 3,8 % a v r. 2004 celkem 4,3 % dotázaných.

tabulka 6-16: Celoživotní výskyt zdravotních komplikací v souvislosti s pobytem na taneční akci podle typu komplikací, v % (Mravčík & Valnoha, 2005)

Komplikace	2003 (n=468)	2004 (n=92)
Nevolnost/bolesti hlavy/zvracení	15,8	17,4
Bušení srdce	16,7	23,9
Ospalost	6,6	14,1
Agresivita	2,6	3,3
Přehřátí	9,2	12,0
Úzkost	11,5	15,2
Ztráta vědomí	3,8	4,3
Jiné	1,3	3,3

tabulka 6-17: Celoživotní výskyt zdravotních komplikací v souvislosti s pobytem na taneční akci podle domnělých příčin, v % (Mravčík & Valnoha, 2005)

Uváděné příčiny	2003 (n=468)	2004 (n=92)
Příčiny mimo taneční akci	3,8	10,9
Horko	12,6	25,0
Vyčerpání	9,8	10,9
Užití více drog/látek najednou	11,3	12,0
Nadměrné užití drogy	12,8	12,0
Nehoda, násilí, rvačka	1,1	3,3
Nevím (jiné)	3,6	4,3

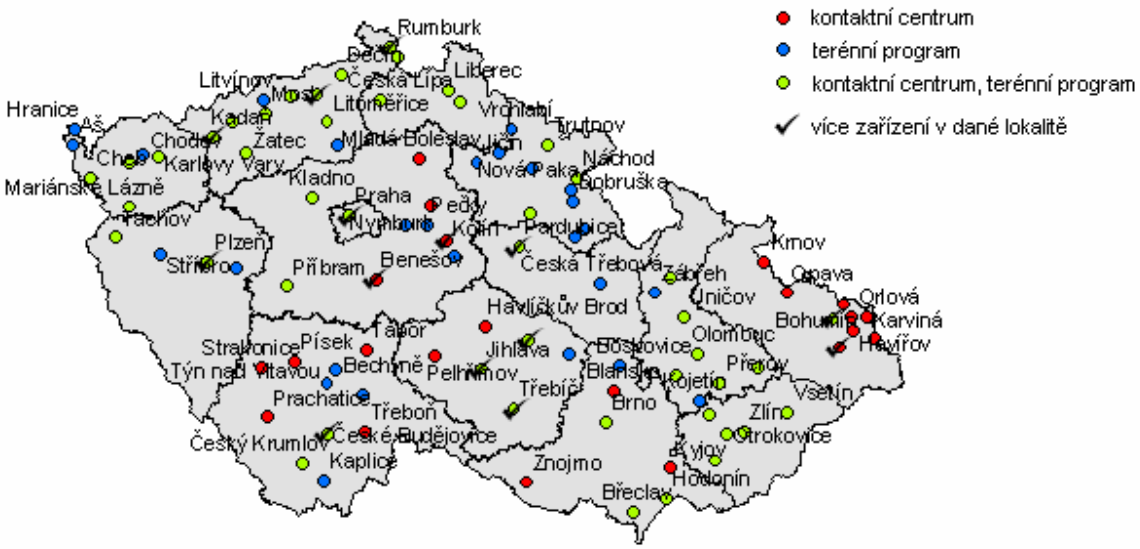
Vlivem dlouhodobého užívání opiátů na kostní metabolismus se zabývala práce pražských autorů (Wilczek & Štěpán, 2003). Soubor tvořilo celkem 37 osob, z toho 31 mužů a 6 žen, ve věku 18-39 let (průměrný věk 26 let). Dlouhodobé užívání heroinu bylo spojeno se zrychlením kostní remodelace a úbytkem kostní hmoty v kortikálních úsecích skeletu bez rozvoje metabolické osteopatie. Rok trvající substituční léčba metadonem upravila pouze kostní remodelaci k normálním hodnotám.

7 Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Opatření směřující ke snižování zdravotních rizik spojených s užíváním drog se provádějí v léčebných institucích a jednak v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog. Léčebná zařízení poskytují abstinenčně orientovanou léčbu, substituční léčbu (viz kapitola Léčba, str. 27) a péči specializovaných lékařů - např. infektologů, psychologů nebo psychiatrů. Nízkoprahová zařízení poskytují služby zaměřené na snižování zdravotních (a sociálních) rizik uživatelům drog, kteří zatím nejsou motivováni k léčbě. Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví i příležitostní uživatelé drog a jejich blízcí. Některá zařízení poskytují služby také rekreačním uživatelům drog na tanečních akcích. Mezi základní cíle služeb poskytovaných v oblasti snižování zdravotních rizik a poškození patří: zvyšování informovanosti uživatelů o účincích jednotlivých drog, snižování počtu předávkování, omezení šíření virových hepatitid mezi uživateli, udržení nízkého výskytu HIV, zvyšování motivace uživatelů k méně rizikovému chování a ke změně životního stylu směrem k abstinenci.

Síť nízkoprahových služeb je v ČR budována od r. 1992; v posledních letech je nabídka těchto služeb relativně dostatečná[29] a stabilní. V r. 2004 působilo v ČR 92 nízkoprahových zařízení - kontaktních center, terénních (streetwork) a výměnných programů. Počet uživatelů využívajících jejich služeb mírně klesá, návštěvnost zařízení stoupá. Nejčastěji využívanou službou je výměnný program, počet vyměněných stříkaček každoročně stoupá (v r. 2004 bylo vyměněno cca 2,4 mil. ks). Více než polovina zařízení provádí také testy na HIV/AIDS a VHC.

mapa 7-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2004



7.1 Služby nízkoprahových zařízení

Údaje o službách poskytnutých v nízkoprahových zařízeních a o osobách, které je využily, jsou k dispozici díky závěrečným zprávám, které zpracovávají zařízení v rámci dotačního řízení RVKPP. V r. 2004 se tohoto dotačního řízení zúčastnilo 84 nízkoprahových zařízení, tj. 91 % z jejich celkového počtu. Na základě údajů z těchto zařízení byl proveden odhad objemu služeb a počtu osob, které je využily, pro všechna nízkoprahová zařízení v ČR - viz tabulka 7-1 a tabulka 7-2. Vzhledem k tomu, že informace o činnosti nízkoprahových zařízení vychází z agregovaných údajů jednotlivých projektů, nelze vyloučit duplicity v počtech osob, pokud během roku využily služeb více zařízení.

[29] S výjimkou hl. města Prahy, kde je poptávka po těchto službách pokryta zhruba z poloviny (Miovská et al. 2004; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e).

tabulka 7-1: Údaje o klientech nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e)

Klienti nízkoprahových zařízení	Počet	Podíl (%)
Osoby celkem	29 900	-
Uživatelé drog	24 200	100,0%
Z toho injekční uživatelé	16 200	66,9%
Z toho uživatelé se základní drogou pervitin	12 200	50,4%
Z toho uživatelé se základní drogou heroin	5 100	21,1%
Z toho uživatelé se základní drogou konopné látky	4 100	16,9%
Z toho uživatelé se základní drogou Subutex*	680	2,8%
Z toho uživatelé se základní drogou těkavé látky	560	2,3%
Průměrný věk uživatelů drog (v rocích)	23,4	-

*Pozn.: *Jedná se o uživatele, kteří užívají Subutex získaný z černého trhu.*

tabulka 7-2: Údaje o službách nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e)

Služby nízkoprahových zařízení	Počet
Kontakty celkem	317 900
Výměnný program stříkaček a jehel	139 800
Potravinový servis	94 700
Hygienický servis	34 500
Zdravotní ošetření	13 500
Individuální poradenství	27 300
Skupinové poradenství	1 800
Krizová intervence	3 000

Následující tabulka 7-3 uvádí srovnání odhadovaného počtu klientů a kontaktů v nízkoprahových zařízeních v posledních třech letech. Zatímco počet uživatelů využívajících služeb mírně klesl, návštěvnost zařízení stoupá.

tabulka 7-3: Odhad počtu klientů a kontaktů nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2002-2004

Klienti a služby nízkoprahových zařízení	2002	2003	2004
Uživatelé drog	n.a.	25 200	24 200
Z toho injekční uživatelé	19 000	16 700	16 200
Z toho uživatelé se základní drogou heroin	8 000	6 100	6 000
Z toho uživatelé se základní drogou pervitin	12 900	11 300	12 200
Z toho uživatelé se základní drogou konopné látky	3 400	5 500	4 100
Kontakty	290 000	315 000	318 000

7.2 Prevence předávkování

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

Kromě výše uvedených služeb a programů substituční léčby žádné další specifické aktivity, které mohou být považovány za opatření vedoucí k prevenci předávkování (např. využívání antagonistů, místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog) v ČR nefungují.

7.3 Prevence infekčních chorob

Prevence infekčních chorob je součástí nabídky služeb nízkoprahových zařízení. Mezi aktivity prevence infekčních chorob patří: poskytování informací o infekčních chorobách, vzdělávání a motivace k bezpečnějším způsobům užívání drog, výměnný program - včetně bezpečné likvidace použitých stříkaček a sekundárního výměnného programu[30], vzdělávání a motivace k bezpečnému sexu, distribuce kondomů, testování na infekční onemocnění, motivační trénink ke znalosti svého zdravotního stavu (k testování), zprostředkování očkování a zprostředkování kontaktu s lékařem odborníkem v případě onemocnění. Škála poskytovaných služeb v jednotlivých zařízeních se liší, dle kapacity, finančních možností a poptávky ze strany uživatelů.

[30] Zapojení aktivních uživatelů drog, kteří po absolvování tréninku a pod odbornou supervizí vyměňují injekční materiál a poskytují informace dalším uživatelům drog.

Počet testů provedených v nízkoprahových zařízení nelze považovat za dostatečný. Nízkoprahová zařízení navštívilo v r. 2004 celkem 14 900 injekčních uživatelů drog[31], tedy osob, u nichž je riziko infekce vysoké. Pokud bychom předpokládali, že testy nebyly prováděny opakovaně u stejných osob[32], bylo v r. 2004 otestováno jen necelých 17 % injekčních uživatelů, kteří nízkoprahová zařízení navštívili - viz tabulka 7-4.

tabulka 7-4: Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových zařízeních v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e)

Služba	Počet zařízení provádějících danou službu	Provedeno testů
Testy HIV	58	2 178
Testy VHA	1	123
Testy VHB	25	932
Testy VHC	53	2 582
Testy lues	1	84

7.3.1 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel

Z 92 nízkoprahových zařízení v ČR provádí výměnný program stříkaček a jehel 86 (94 %). Počet vyměněných stříkaček každoročně stoupá - mezi r. 2003 a 2004 vzrostl počet vyměněných stříkaček o 32 %[33] - viz tabulka 7-5. Odhadovaný počet injekčních uživatelů (viz kapitola Problémové užívání drog, str. 21) se v posledních letech nezvyšuje. To znamená, že počet rizikových situací, ve kterých může dojít k přenosu nákazy infekčními onemocněními, se snižuje. Dle informací ze závěrečných zpráv nízkoprahových zařízení připadá na každého injekčního uživatele, který zařízení navštívil v r. 2004, průměrně 9 výměn a 151 získaných sterilních stříkaček za rok. Počet vyměněných stříkaček v jednotlivých krajích uvádí tabulka 7-6 a mapa 7-2.

tabulka 7-5: Výměnné programy v r. 1998-2004 (Mravčík et al. 2004; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e; Polanecký et al. 2005)

Rok	Počet programů	Vyměněno 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

[31] Počet vychází z údajů ze závěrečných zpráv zařízení, která se v r. 2004 účastnila dotačního řízení RVKPP, nikoli z odhadu provedeném pro všechna česká nízkoprahová zařízení.

[32] Údaje o počtu otestovaných osob nejsou k dispozici.

[33] V loňském roce největší distributor injekčních stříkaček pro nízkoprahová zařízení změnil technologii výroby jednorázových stříkaček. Nové stříkačky lze jen obtížně využít k opakované aplikaci (dříve injekční uživatelé aplikovali jednorázovými inzulínovými sety i 5x), jehla je měkká, její hrot se rychle ztupí. Lze předpokládat, že tento fakt sehrál podstatnou roli v nárůstu počtu vyměněných stříkaček.

tabulka 7-6: Počet vyměněných stříkaček (ks) dle krajů v r. 2002-2004 (Mravčík et al. 2004; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e; Polanecký et al. 2005)

Kraj	**2002**	**2003**	**2004**
Hl. m. Praha	858 507	979 560	1 210 704
Středočeský	12 561	31 682	66 600
Jihočeský	14 883	69 004	102 621
Plzeňský	23 221	44 670	88 450
Karlovarský	16 608	29 299	35 756
Ústecký	256 071	262 418	351 561
Liberecký	12 273	21 108	33 467
Královéhradecký	22 250	45 089	41 021
Pardubický	23 622	23 330	36 081
Vysočina	11 254	29 363	39 348
Jihomoravský	134 285	122 137	165 846
Olomoucký	21 809	33 832	85 872
Zlínský	19 973	11 362	41 977
Moravskoslezský	41 907	75 103	56 232
ČR	**1 469 224**	**1 777 957**	**2 355 536**

mapa 7-2: Počet vyměněných stříkaček a jehel v přepočtu na 1 000 obyvatel podle krajů v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e; Polanecký et al. 2005)

7.4 Intervence spojené s psychiatrickou komorbiditou

Léčba uživatelů drog s dalšími, duálními diagnózami probíhá v ČR integrovaně v rámci existujícího léčebného systému pro uživatele drog a se zohledněním jejich specifických potřeb - viz kapitola Léčba, str. 27.

8 Sociální souvislosti a důsledky užívání drog

Sociální problémy uživatelů drog zahrnují především vyšší výskyt bezdomovectví, rodinných problémů, nezaměstnanosti a nižšího vzdělání. S rostoucí délkou problémového užívání drog výskyt těchto negativních jevů roste, jak naznačují data z registru žádostí o léčbu. Kumulace těchto problémů může vést až k sociálnímu vyloučení.

Problém sociálního vyloučení má dvě dimenze - sociální vyloučení jako důsledek užívání drog, ale také naopak jako příčina užívání drog v sociálně vyloučených komunitách. Tato druhá dimenze se v ČR týká především některých romských komunit, kde k sociálnímu vyloučení vedou především špatná bytová a ekonomická situace spojená s nezaměstnaností; problém drog se týká především romských komunit v Praze, Brně, Ostravě a městech severozápadních Čech a podle dostupných údajů je jeho závažnost hodnocena jako rostoucí.

Jedním z nejzávažnějších sociálních souvislostí užívání drog je páchání trestné činnosti. Podle dostupných údajů došlo v r. 2004 poprvé od r. 1996 k poklesu počtu stíhaných a obžalovaných pachatelů všech drogových trestných činů včetně přechovávání drog v množství větším než malém; podíl stíhaných za přechovávání je v ČR dlouhodobě nízký, v r. 2004 činil 8 %.

V r. 2004 byl dále zpřesněn odhad sekundární drogové kriminality páchané uživateli drog. U vybraných trestných činů je podíl uživatelů drog na jejich páchání 17 %, u nejčetnějších trestných činů prostých krádeží a krádeží vloupáním je to 20 %, resp. 14 %.

8.1 Sociální exkluze

K sociálním problémům spojeným s užíváním drog patří na úrovni jedince zhoršené vztahy s rodinou, pracovním a školním prostředím, nižší nebo nedokončené vzdělání, nezaměstnanost a nižší socioekonomický status nebo špatná bytová situace, která v některých případech vede až k bezdomovectví. Kumulace uvedených sociálních problémů může v určitých případech vést k tzv. sociální exkluzi - vyloučení ze společnosti. Sociální exkluze však nemusí být důsledkem užívání (a především problémového užívání) drog, sama o sobě může být také jeho příčinou.

Na úrovni společnosti nebo skupiny obyvatel má sociální exkluze další dimenze: v sociální oblasti jde o rozpad tradiční rodiny a koncentraci některých negativních socio-demografických jevů jako např. potratovosti, nechtěných těhotenství nezletilých nebo kriminality, v oblasti komunitní dochází k devastaci prostředí a bydlení, nedostupnosti služeb a především ke koncentraci vyloučených osob nebo celých skupin, čímž dochází k dalšímu prohlubování sociální exkluze (Mareš, 2003). Sociální exkluze je zesilována tzv. symbolickou exkluzí, která zahrnuje negativní postoje veřejnosti k dané skupině obyvatel, často zprostředkované masmédii (Mareš, 2002), a na druhé straně také tzv. subjektivně pociťovanou sociální exkluzí, která popisuje stav, kdy jedinec nebo skupina obyvatel má pocit, že je ze společnosti vylučován (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2005).

8.1.1 Sociální exkluze a vybrané specifické skupiny obyvatel

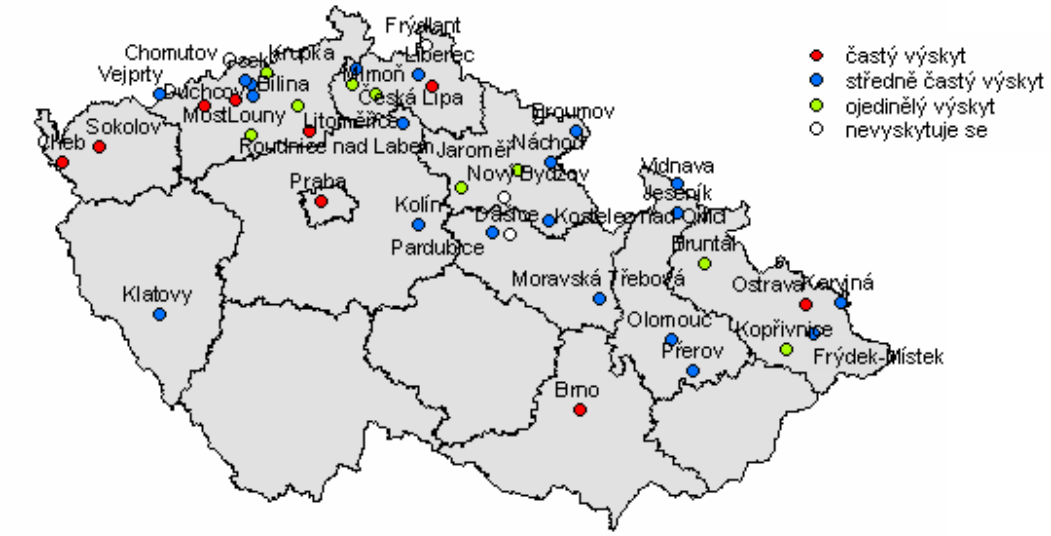
Podle Národního akčního plánu sociálního začleňování na léta 2004-2006 (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2004) a Koncepce romské integrace 2005 (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2005) se problematika sociální exkluze v ČR týká pouze vybraných skupin romského obyvatelstva. Exkluze je v těchto dokumentech chápána jako nakupení problémů v romských komunitách, které je ve své podstatě důsledkem ekonomické transformace a sociální politiky ČR (Musil, 2002). Primárním faktorem sociálního vyloučení Romů v ČR je tedy především dlouhodobá nezaměstnanost, nízký příjem a nedostupnost bydlení (Mareš, 2003; Sirovátka, 2003; Vašečka, 2002). Od počátku 90. let došlo v ČR k výraznému zrychlení růstu a šíření sociálně a prostorově vyloučených romských enkláv, tzv. vyloučených romských komunit. Může se jednat o chátrající obydlí v centrech měst, periferní slumy s nízkou kvalitou bydlení a nevhodnými hygienickými podmínkami, nově postavená sídla typu ghettas nízkou kvalitou bydlení, služeb a dopravní dostupnosti nebo zdevastované bloky bytovek nebo panelových sídlišť (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2005).

Sociální situaci v romských komunitách dlouhodobě hodnotí Program podpory terénních sociálních pracovníků, realizovaný Kanceláři Rady vlády pro záležitosti romské komunity. Ke konci r. 2004 působili sociální pracovníci v 76 romských komunitách v celé ČR. Kromě situace v oblasti užívání drog byla v průběhu roku hodnocena také situace v oblasti nezaměstnanosti, záškoláctví, nedostatečné hygieny, negramotnosti, lichvy, gamblerství, prostituce, kriminality a nízké kvality bydlení. Zároveň byla hodnocena také závažnost sledovaných jevů. Analýzu výsledků programu provedl Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v rámci projektu Identifikace efektivních modelů programů realizovaných ve prospěch romské komunity (Šimíková & Winkler, 2005); závěrečná zpráva k projektu bude k dispozici v polovině r. 2005.

V průběhu r. 2004 poskytli terénní sociální pracovníci služby celkem 15 962 klientům (celkem šlo o 26 263 poskytnutých služeb). Nejčastěji šlo o služby v oblasti bydlení (28,4 %), sociálních dávek (17,5 %) a volnočasových aktivit (14,5 %). V souvislosti s drogami a gamblerstvím bylo poskytnuto 3,8 % služeb - celkem 1 001 intervencí (Šimíková & Winkler,

2005). Problém drog se ke konci r. 2004 vyskytoval v 70 komunitách (ze 76, tj. v 93 %), v 17 z nich byl hodnocen jako velmi závažný (22,7 %). Průměrné skóre závažnosti drogové problematiky na škále 1 (tj. problém se vyskytuje ojediněle) až 3 (tj. problém je v lokalitě velmi závažný) dosahovalo 1,9 - stejně jako gamblerství. Za nejzávažnější problém byla označována nezaměstnanost (skóre 2,9) a špatné bydlení (2,4), nejméně závažné byly lichva (1,1) a prostituce (0,6). Závažnost drogové situace ve sledovaných komunitách přibližuje mapa 8-1. Ukázalo se, že nejzávažnější situace je z hlediska drog v romských komunitách v urbanizovaných oblastech - v Praze, Brně, Ostravě a ve velkých městech severozápadních Čech. Do projektu však nebyly zahrnuty romské komunity ve všech krajích ČR - zcela nezmapovaná je situace v Jihočeském kraji, Vysočině a Zlínském kraji, částečné údaje jsou z Plzeňského, Středočeského a Jihomoravského kraje.

mapa 8-1: Závažnost situace v oblasti užívání drog ve sledovaných romských komunitách (Šimíková & Winkler, 2005)



Oproti r. 2003 vzrostl počet komunit, kde byl zaznamenán výskyt drog (z 58 na 70), zároveň vzrostl také počet komunit, kde byl problém hodnocen jako velmi závažný (z 11 na 17). K nejčastěji užívaným drogám patří marihuana (vyskytovala se v 83 % komunit), toluen (65 %), pervitin (46 %), ve velké míře jsou také zneužívána sedativa (25 % komunit). Užívání extáze se týká 14 % a užívání heroinu 8 % komunit (Šimíková & Winkler, 2005).

8.1.2 Sociální charakteristiky žadatelů o léčbu

HS HMP dlouhodobě sleduje vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu (resp. specializovanou službu) v souvislosti s užíváním drog. V r. 2004 bylo z celkového počtu 8 845 žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním drog přibližně 6 % osob bez domova, dalších 7 % bydlí v zařízeních (např. diagnostickém nebo výchovném ústavu, terapeutické komunitě, věznici, azylovém domě). Mezi žadateli o opakovanou léčbu je patrný posun k problémovějšímu charakteru bydlení - mezi opakovanými žadateli je vyšší podíl bezdomovců (7 %) i osob bydlících v zařízení (téměř 9 %), a častěji jsou oproti žadatelům o první léčbu nezaměstnaní nebo vykonávají pouze příležitostnou práci - viz tabulka 8-1. Problémem je také nízké vzdělání žadatelů o léčbu - přibližně 50 % z nich mělo základní vzdělání, 5 % z nich nemělo dokončenou ani základní školu (Polanecký et al. 2005).

tabulka 8-1: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu, v % (Polanecký et al. 2005)

Charakteristika	Všichni žadatelé o léčbu	Žadatelé o první léčbu	Žadatelé o opakovanou léčbu
Bezdomovec	6,3	5,7	6,9
Bydliště v zařízení	7,0	5,6	8,6
Nezaměstnaný, příležitostná práce	52,4	49,6	55,4
Nedokončené základní vzdělání	4,5	5,3	3,6
Základní vzdělání	49,4	51,1	47,6

8.2 Drogová kriminalita

Stejně jako v předchozích letech pocházejí data z oblasti drogové kriminality z několika zdrojů. V první fázi trestního stíhání jsou evidovány osoby obviněné ze spáchání trestného činu, a to v rámci tří různých statistik:

- statistiky Národní protidrogové centrály Policie ČR (NPC), zaměřené výlučně na drogovou kriminalitu;

- statistiky Policejního prezidia ČR, sledující všechny typy trestných činů;
- statistiky Ministerstva spravedlnosti (MS), které zaznamenávají údaje o obviněných osobách s určitým časovým posunem (po konečném rozhodnutí státního zástupce v dané věci).

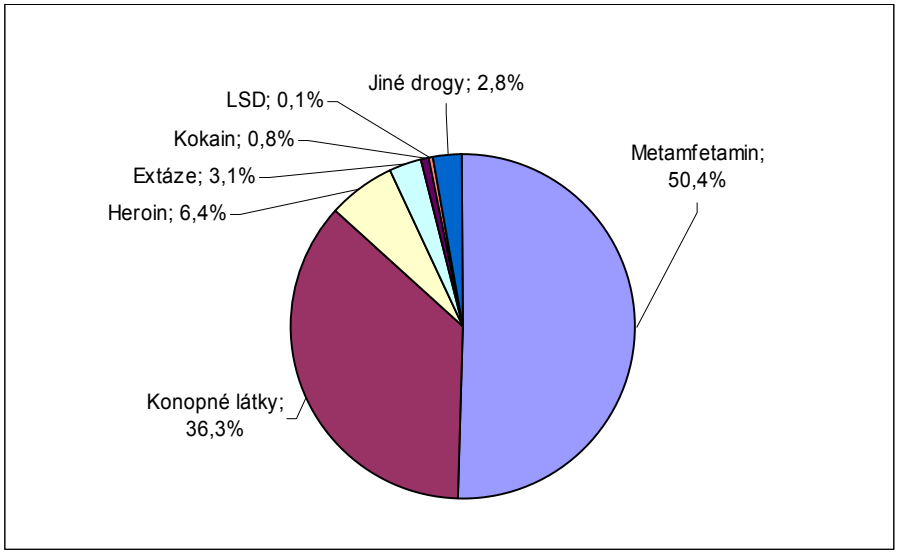
Statistiky MS evidují dále údaje o osobách obžalovaných a odsouzených za spáchání trestných činů.

8.2.1 Drogová kriminalita podle statistik Národní protidrogové centrály

Podle NPC bylo v r. 2004 trestně stíháno 2 100 osob podezřelých ze spáchání drogových trestných činů (podle § 187 až 188 TZ)[34], tj. o 11 % méně než v r. 2003. Osoby stíhané za nedovolené přechovávání drog v množství větším než malém pro osobní potřebu (§ 187a) představují 8 % všech stíhaných (153 osob). Poměr stíhaných mužů a žen je zhruba 7:1.

Více než polovinu celkového počtu představovaly osoby stíhané za trestné činy spojené s pervitinem (metamfetamin) a 36 % za trestné činy spojené s konopnými látkami[35] - viz obrázek 8-1. Oproti r. 2003 se zvýšil počet stíhaných v souvislosti s heroinem, k poklesu došlo v případě konopných látek a pervitinu; v případě extáze je počet stíhaných pachatelů stejný jako v předchozím roce a více než o polovinu nižší než v r. 2002 – viz obrázek 8-2.

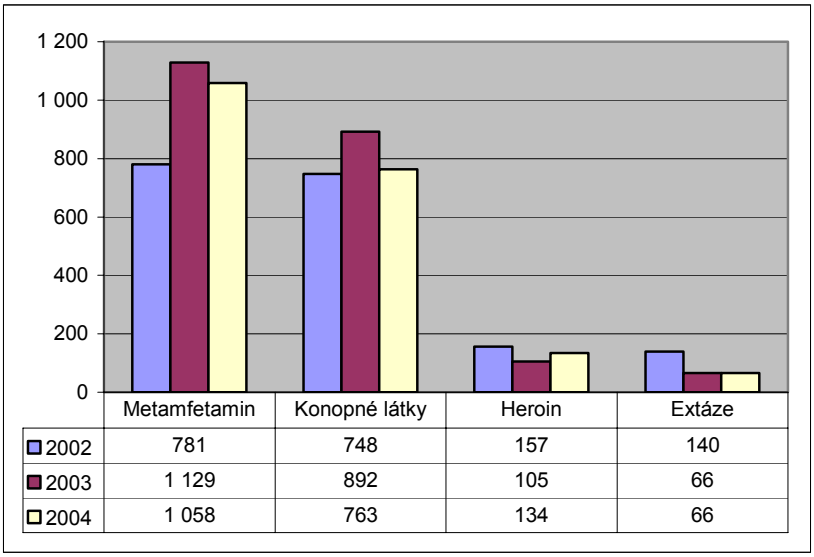
obrázek 8-1: Stíhaní pachatelé drogových trestných činů v r. 2004 podle druhu drogy (Národní protidrogová centrála, 2005b)



[34] Jedná se pouze o trestné činy nedovolené výroby a přechovávání OPL podle § 187, 187a, 188 TZ. V r. 2004 bylo dále spácháno 72 trestných činů šíření toxikomanie (§188a TZ) - ty nebyly zahrnuty do celkového součtu z důvodu srovnání s předchozími lety, kdy nebyly vykazovány.

[35] Každá stíhaná osoba byla započítána pouze jednou, a to podle druhu drogy podle drogy, jíž bylo u dané osoby zachyceno nebo prokázáno největší množství.

obrázek 8-2: Stíhaní pachatelé drogových trestných činů v r. 2002-2004 podle vybraných drog (Národní protidrogová centrála, 2005b)



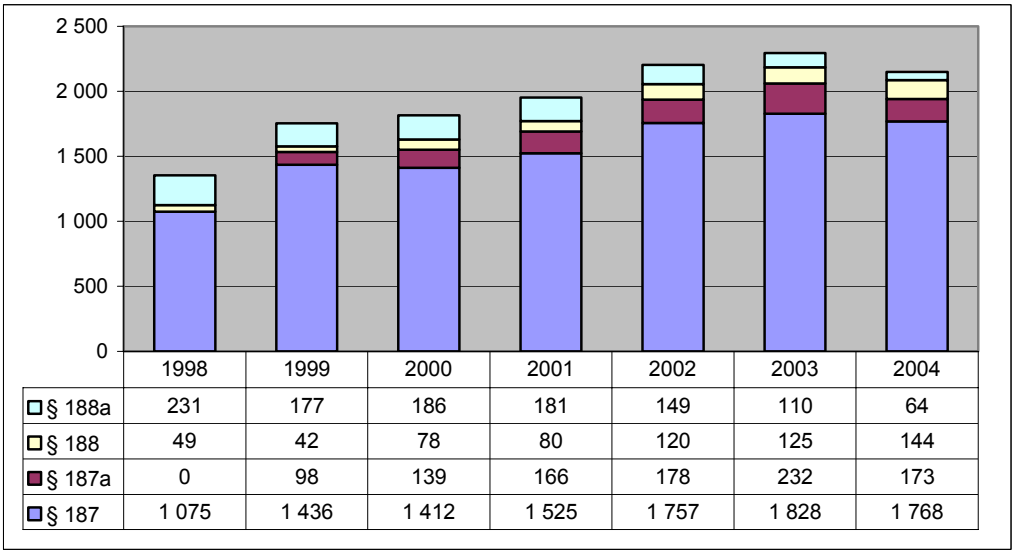
	Metamfetamin	Konopné látky	Heroin	Extáze
2002	781	748	157	140
2003	1 129	892	105	66
2004	1 058	763	134	66

8.2.2 Drogová kriminalita podle statistik Policie ČR

Podle dlouhodobě zavedeného Evidenčního systému statistik kriminality Policie ČR byl poprvé za sledované období (od r. 1996) zaznamenán meziroční pokles počtu stíhaných pachatelů drogových trestných činů, a to o 6,4 %, z 2 295 na 2 149 stíhaných osob. Poprvé od zavedení trestnosti přechovávání drog v množství větším než malém pro osobní potřebu (§ 187a TZ) se meziročně snížil také počet stíhaných pachatelů podle tohoto ustanovení - viz obrázek 8-3.

Počítáme-li, pro srovnání se statistikami NPC (viz výše), pouze trestné činy týkající se výroby, distribuce či přechovávání drog (tedy bez trestných činů podle § 188a - šíření toxikomanie), bylo stíháno celkem 2 085 osob. Údaje obou policejních statistik o osobách stíhaných v souvislosti s drogovými trestnými činy se tak oproti r. 2003 výrazně přiblížily.

obrázek 8-3: Stíhaní pachatelé drogových trestných činů v r. 1996-2004 (Ministerstvo vnitra ČR, 2005)



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
§ 188a	231	177	186	181	149	110	64
§ 188	49	42	78	80	120	125	144
§ 187a	0	98	139	166	178	232	173
§ 187	1 075	1 436	1 412	1 525	1 757	1 828	1 768

8.2.3 Drogová kriminalita podle krajů

Údaje o regionálním rozložení drogové kriminality uvedené v předchozích dvou výročních zprávách (Mravčík et al. 2004; Mravčík et al. 2003) vycházely z dat o počtu zjištěných drogových trestných činů zveřejněných Policií ČR. Jak se ukázalo, tyto údaje byly zkresleny nejednotným postupem při evidenci trestných činů v jednotlivých regionech (např. v Praze byl jejich počet značně nadhodnocen). V letošním roce je regionální srovnání založeno na údajích o počtu stíhaných pachatelů, které by měly být jednotlivými kraji vykazovány podle stejné metodologie.

Výrazně nejvyšší počet osob stíhaných v souvislosti s drogovými trestnými činy vykazuje Ústecký kraj (35 osob na 100 tis. obyvatel), následují kraje Karlovarský, Liberecký, Jihočeský a Jihomoravský a Vysočina. Ostatní kraje, překvapivě včetně Prahy, se pohybují pod celorepublikovým průměrem. Nejnižší relativní hodnoty vykazují kraje Pardubický a Královehradecký (8, resp. 12 osob na 100 tis. obyvatel). Výsledky znázorňuje mapa 8-2.

mapa 8-2: Stíhaní pachatelé drogových trestných činů v r. 2004 podle krajů na 100 tis. obyv. (Ministerstvo vnitra ČR, 2005)

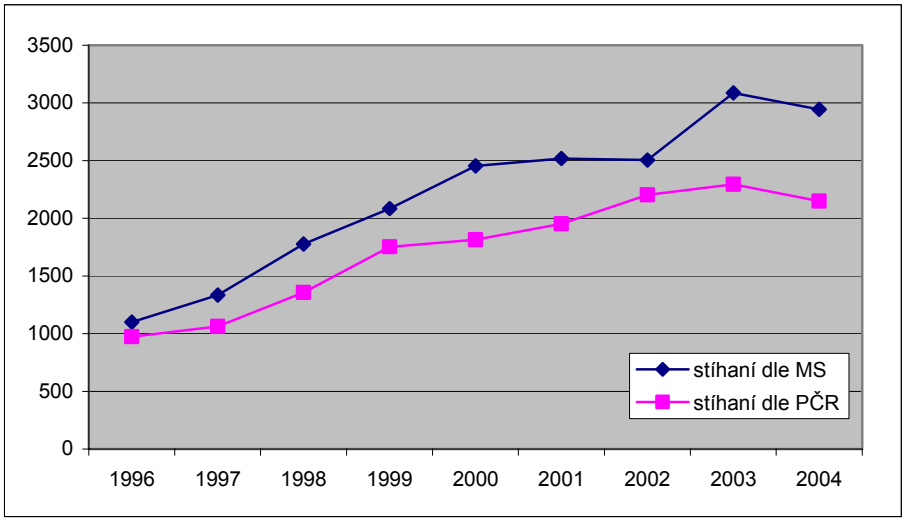
8.2.4 Drogová kriminalita podle statistik Ministerstva spravedlnosti

Ministerstvo spravedlnosti (MS) zveřejňuje každoročně statistická data státních zastupitelství a soudů o trestných činech a jejich pachatelích. Tyto statistiky se vztahují na případy v daném roce pravomocně ukončené rozhodnutím státních zástupců nebo rozhodnutím soudů a jsou v nich obsaženy základní údaje o stíhaných, obžalovaných a odsouzených pachatelích trestných činů podle jednotlivých ustanovení trestního zákona (TZ).

Data týkající se počtu stíhaných (tj. obviněných) osob by měla zhruba[36] odpovídat údajům o počtu stíhaných pachatelů podle policejních statistik (viz výše). Při jejich srovnání se však ukazuje, že za posledních 5 let je počet stíhaných za drogové trestné činy dle Policie ČR o 23 % nižší než počet stíhaných dle MS - viz obrázek 8-4. Policejní statistiky pravděpodobně podhodnocují skutečný počet stíhaných pachatelů drogových trestných činů (metodologické odlišnosti nebyly zjištěny).

[36] Údaje policie a státních zastupitelství se liší kvůli časovému posunu ve statistikách státních zastupitelství; měly by však souhlasit ve víceletém součtu.

obrázek 8-4: Stíhané osoby v souvislosti s drogovými trestnými činy - srovnání statistik státních zastupitelství a Policie ČR (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005; Ministerstvo vnitra ČR, 2005)



Poměr mezi osobami, které byly v případech ukončených v r. 1996 až 2004 stíhány, obžalovány a odsouzeny za spáchání drogových trestných činů (podle statistik státních zastupitelství a soudů) ukazuje obrázek 8-5. V počtu stíhaných i obžalovaných byl poprvé od r. 1992 zaznamenán meziroční pokles, počet odsouzených i nadále mírně roste - viz tabulka 8-2, tabulka 8-3 a obrázek 8-5.

Drogová trestná činnost je ve srovnání s trestnou činností celkem charakterizována vyšším podílem mladistvých pachatelů a pachatelů do 25 let věku. Mezi odsouzenými za drogové trestné činy je 13,2 % mladistvých a 53,9 % osob mladších 25 let (oproti 4,7 %, resp. 33,8 % u všech trestných činů). Podíl žen je srovnatelný s celkovou kriminalitou - 12,9 % u drogových a 12,0 % u všech trestných činů.

Mezi udílenými tresty za drogové trestné činy převažoval i v r. 2004 podmíněný trest odnětí svobody - viz obrázek 8-6. V přibližně jedné čtvrtině případů byl uložen nepodmíněný trest odnětí svobody. V 75 % z 360 nepodmíněných trestů se trestní sazba pohybovala od 1 do 5 let, ve 14 % do 1 roku a v 11 % převyšovala 5 let odnětí svobody (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005). Podíly jednotlivých uložených trestů jsou v posledních 2 letech stabilní.

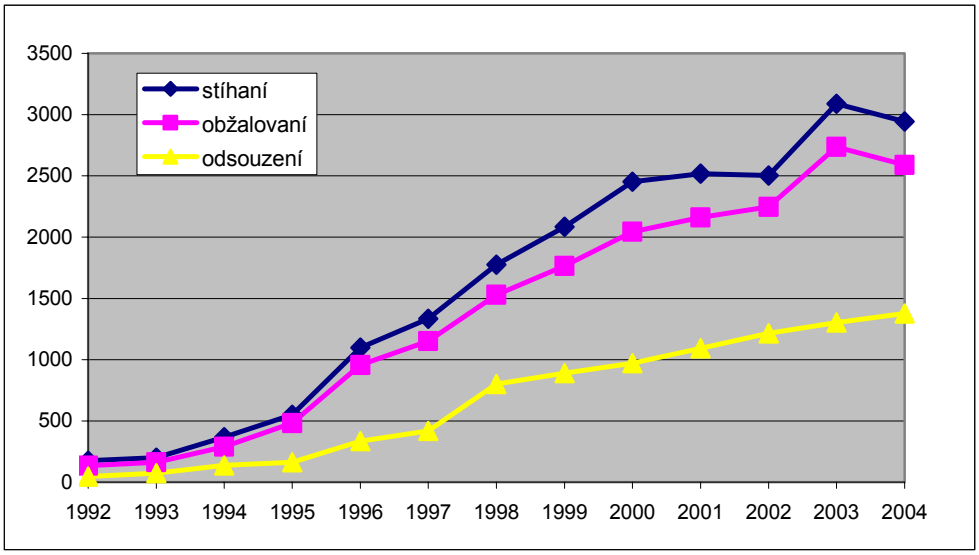
tabulka 8-2: Počty obžalovaných osob z drogových trestných činů (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005)

	§ 187	**§ 187a**	**§ 188**	**§ 188a**	**Celkem**
1998	1 029	0	159	342	**1 530**
1999	1 102	115	119	429	**1 765**
2000	1 276	158	190	419	**2 043**
2001	1 418	215	195	332	**2 160**
2002	1 444	206	223	374	**2 247**
2003	1 708	277	319	433	**2 737**
2004	1 710	217	363	299	**2 589**

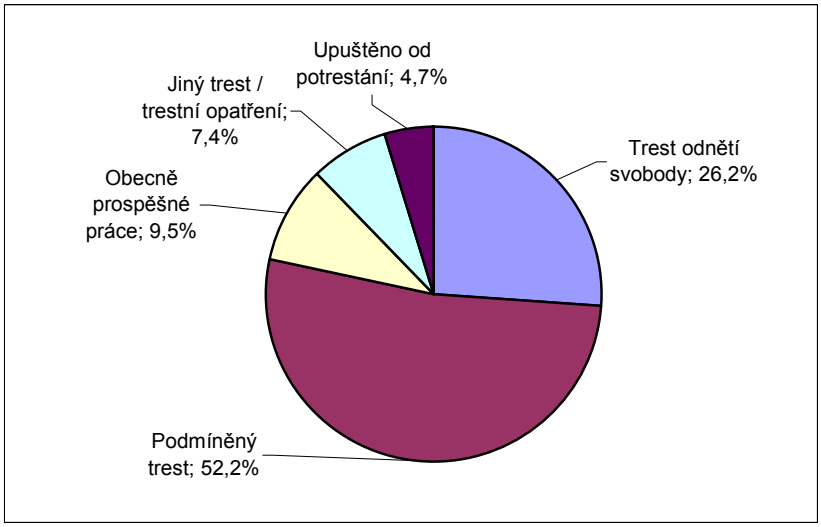
tabulka 8-3: Počty odsouzených osob za drogové trestné činy (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005)

	§ 187	**§ 187a**	**§ 188**	**§ 188a**	**Celkem**
1998	702	0	55	45	**802**
1999	765	26	38	70	**899**
2000	819	92	29	61	**1 001**
2001	905	86	62	41	**1 094**
2002	1 007	103	58	48	**1 216**
2003	1 077	115	63	49	**1 304**
2004	1 146	121	64	45	**1 376**

obrázek 8-5: Stíhaní, obžalovaní a odsouzení pachatelé drogových trestných činů (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005)



obrázek 8-6: Skladba trestů za drogové trestné činy v r. 2004 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005)



8.2.5 Drogové přestupky

Podle údajů Policie ČR zůstal počet přestupků držení malého množství drog pro osobní potřebu podle ustanovení § 30 zákona o přestupcích (č. 200/1990 Sb.) v r. 2004 na stejné úrovni jako v předchozím roce - jednalo se o 958 případů. Z toho bylo 46 případů vyřízeno napomenutím a 508 blokovou pokutou. Celková výše uložených pokut dosáhla 1 073 100 Kč, což znamená 47% nárůst oproti r. 2003. Ve správním řízení bylo projednáno celkem 627 přestupků, 373 případů bylo odloženo, zastaveno nebo postoupeno jinému orgánu, 19 případů bylo předáno orgánům činným v trestním řízení, jelikož se jednalo o držení drogy v množství větším než malém (§ 187a TZ). Ve 489 případech bylo rozhodnuto o propadnutí věci (Národní protidrogová centrála, 2005c).

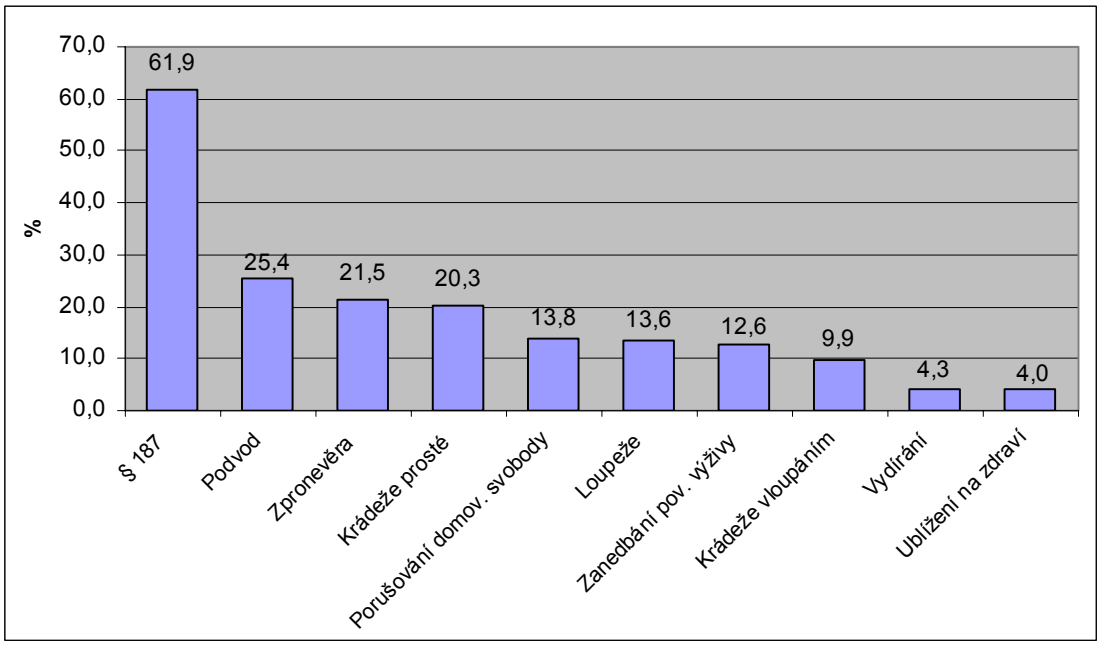
8.3 Sekundární drogová kriminalita

NPC poskytla podklady pro odhad rozsahu sekundární drogové kriminality v r. 2004. Metodologie tohoto odhadu byla stejná jako v předchozím roce - jednalo se o retrospektivní policejní odhad podílu trestné činnosti páchané uživateli drog s cílem získání prostředků na financování vlastní spotřeby. Na rozdíl od odhadu za r. 2003 (Mravčík et al. 2004) byla oslovena všechna okresní policejní ředitelství. Požadované údaje zaslalo 56 policejních ředitelství, což představuje zhruba 70% návratnost. Získání většího počtu údajů vedlo k získání reálnějšího odhadu oproti r. 2003, kdy byly výsledné hodnoty podílu kriminality páchané uživateli drog pravděpodobně značně nadhodnocené. Policejní odhady byly zváženy podílem jednotlivých krajů na vybraných trestných činech v r. 2004 (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005).

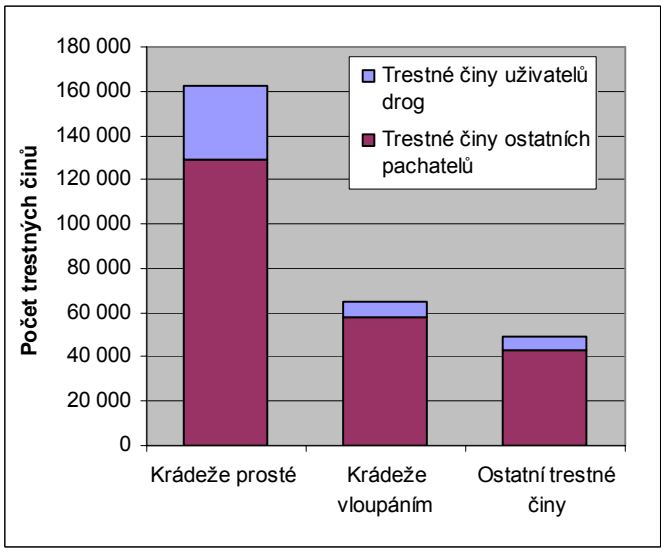
Dle policejního odhadu je 62 % trestných činů výroby a distribuce (§ 187 TZ) pácháno uživateli drog z důvodu získání prostředků na vlastní spotřebu drog. Podíl jiných typů takto motivovaných trestných činů uvádí obrázek 8-7. Pokud jde o absolutní počty trestných činů, poměrně významný je jejich počet u tzv. prostých krádeží (krádeží bez použití násilných prostředků) - viz obrázek 8-8. Podle provedeného odhadu je podíl finančně motivované trestné činnosti uživatelů drog na vybraných trestných činech 16,6 % - viz tabulka 8-4.

Údaje o trestných činech spáchaných uživateli drog, kteří byli v r. 2004 klienty Probační a mediační služby, jsou uvedeny v kapitole Prevence trestné činnosti spojené s užíváním drog, str. 59.

obrázek 8-7: Odhad podílu finančně motivované kriminality uživatelů drog na celkovém počtu vybraných trestných činů (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005)



obrázek 8-8: Odhad podílu finančně motivované kriminality uživatelů na trestné činnosti (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005)



tabulka 8-4: Odhad počtu finančně motivovaných trestných činů uživatelů drog a jejich podílu na vybraných typech trestných činů (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005)

Typ trestné činnosti	Celkový počet TČ	Spácháno uživateli drog	Podíl (%)
Krádež prostá	162 139	32 891	20,3
Krádež vloupáním	64 695	6 384	9,9
Zanedbání povinné výživy	13 094	1 654	12,6
Nedovolená výroba a distribuce drog (§ 187 TZ)	2 301	1 424	61,9
Neoprávněné držení platební karty	5 510	878	15,9
Zpronevěra	4 005	859	21,5
Loupež	5 931	809	13,6
Porušování domovní svobody	2 540	351	13,8
Úmyslné ublížení na zdraví	7 180	289	4,0
Podvod	6 752	159	2,3
Omezování a zbavení osobní svobody	457	116	25,4
Vydírání	1 786	76	4,3
Vražda loupežná	39	1	1,5
Celkem	**276 429**	**45 890**	**16,6**

8.4 Užívání drog ve věznicích

V r. 2004 pokračoval průzkum užívání drog vězněnými osobami. K dispozici je souhrnná zpráva za období říjen 2003 až září 2004 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2005). Získané údaje se zčásti překrývají s výsledky monitoringu, které byly prezentovány ve výroční zprávě za r. 2003 (Mravčík et al. 2004), a oba soubory dat tak nejsou srovnatelné.

V uvedeném období 12 měsíců bylo testováno celkem 9 467 vězněných osob ze všech 35 věznic v ČR. Každá z věznic poslala 4krát ročně k laboratorním testům vzorky moči, jejichž celkový počet odpovídal nejméně 10 % kapacity věznice. Výsledky průzkumu podle jednotlivých typů drog a oddělení věznic shrnuje tabulka 8-5. Podíl pozitivních testů činil 3 %. Četnost pozitivních nálezů drog byla vyšší u osob ve výkonu trestu než u osob ve výkonu vazby. Nejčastěji odhalenými látkami byly amfetaminy (1,2 % testovaných) a barbituráty (0,9 %). Nálezy benzodiazepinů (361, tj. 3,7 % testovaných) nebyly do výsledků zahrnuty, neboť se často vyskytují v běžně užívaných lécích a není možné odlišit jejich legální a nelegální užití[37].

Pro srovnání bylo testováno 5 256 osob nastupujících do vazebních věznic[38] Praha-Pankrác a Praha-Ruzyně. Výsledky svědčí o vysoké míře prevalence užívání drog mezi těmito vězni. Při těchto testech bylo zachyceno 1 114 (21,2 %) pozitivních nálezů drog (opět s vyloučením benzodiazepinů), což je více než 6krát více než v případě testů u osob již umístěných ve výkonu trestu či vazby. Rozdělení pozitivních testů při nástupu do vazby podle typů drog není k dispozici.

tabulka 8-5: Užívání drog mezi vězněnými osobami v r. 2003-2004 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2005)

Oddělení	Běžná oddělení	Bezdrog. zóny	Diferenc. výkon tr.	Ochranná léčba	Celkem	Podíl (%)
Počet testovaných	7596	847	764	560	9767	100,0
Pozitivní na amfetaminy	103	5	5	1	114	1,2
Pozitivní na barbituráty	84	4	1	0	89	0,9
Pozitivní na THC	43	3	0	0	46	0,5
Pozitivní na opiáty	39	0	5	0	44	0,5
Pozitivní na kokain	0	0	0	0	0	0
Celkem pozitivních testů	**269**	**12**	**11**	**1**	**293**	**3,0**
Podíl pozitivních testů (%)	3,5	1,4	1,4	0,2	3,0	-

Údaje o injekčním užívání klientů nízkoprahových zařízení udávajících pobyt ve vězení - viz kapitola Infekce spojené s užíváním drog, str. 39.

8.5 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Poslední dostupné údaje o společenských nákladech spojených s užíváním drog v ČR (Zábranský et al. 2001) byly také publikovány ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002 (Mravčík et al. 2003).

[37] Podle GŘVS je však zneužívání benzodiazepinů ve vězeňských zařízeních častým jevem.
[38] Jedná se o osoby brané do výkonu vazby nebo nastupující výkon trestu z občanského života, bez předchozí vazby.

9 Opatření v oblasti sociálních souvislostí a důsledků užívání drog

Následná péče o uživatele drog a jejich sociální reintegrace je v ČR zajišťována především prostřednictvím programů chráněného bydlení a strukturovaných programů ambulantní následné péče. V praxi zacházení s uživateli drog ve věznicích nedošlo v r. 2004 k výraznějším změnám, v přípravě je pilotní projekt substituční léčby. V několika věznicích nadále fungovala specializovaná oddělení pro výkon ochranné léčby či diferencovaný výkon trestu pro závislé uživatele drog. K významnějšímu rozvoji služeb pro uživatele drog ve věznicích poskytovaných NNO nedošlo.

V posledních dvou letech je podíl alternativních trestů (obecně prospěšných prací a podmíněných trestů odnětí svobody) ukládaných pachatelům drogových trestných činů stabilní. Podíl uložených nepodmíněných trestů odnětí svobody klesl z 37 % v r. 2001 na 26 % v r. 2003 a 2004.

9.1 Sociální reintegrace (následná péče)

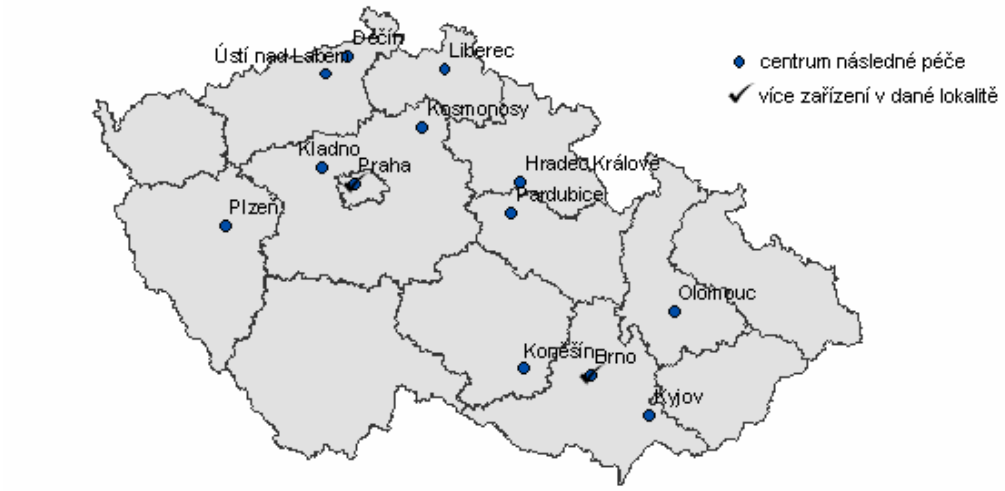
Následnou péči v ČR zajišťují dva typy programů - programy ambulantní následné péče a programy intenzivní následné péče. Cílovou populací jsou klienti po léčbě drogové závislosti nebo klienti abstinující alespoň 2 měsíce a klienti vracející se z léčebných zařízení, z výkonu trestu a případně i bez předchozí léčby. Dále jsou to rodiče klientů, partneři, další rodinní příslušníci a jiné blízké osoby. Cílem je udržet léčebný efekt, snížit riziko relapsu a usnadnit sociální reintegraci. V r. 2004 poskytovalo následnou péči celkem 17 zařízení dotovaných z rozpočtové kapitoly VPS, 7 zařízení nabízelo ambulantní i intenzivní následnou péči, 6 zařízení poskytovalo pouze ambulantní péči a 4 zařízení pouze intenzivní následnou péči (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e).

Ambulantní následná péče probíhala ve 13 zařízeních, jejichž služeb využilo celkem 424 klientů (246 mužů, 178 žen). Průměrný věk klientů byl 26,8 let. Celkem 307 klientů užívalo drogy injekčně, 115 klientů užívalo heroin a 187 pervitin. Služeb těchto zařízení využilo také 302 neuživatelů drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e).

V r. 2004 poskytovalo 11 zařízení intenzivní následnou péči v délce 6-12 měsíců. Těchto 11 zařízení poskytovalo svým klientům chráněné bydlení a 4 zařízení také práci v chráněných dílnách. Služby byly poskytnuty 533 klientům (323 mužů, 210 žen), jejichž průměrný věk byl 26,8 let a z nichž bylo 399 (75 %) injekčních uživatelů drog, 253 (48 %) uživatelů pervitinu a 182 (34 %) uživatelů heroinu. Průměrná délka programu jednoho klienta byla necelých 5 měsíců. Celkem 144 (27 %) klientů ukončilo program úspěšně, 98 (18 %) klientů předčasně a 52 (10 %) klientů bylo z programu vyloučeno (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e).

Nedostatkem systému následné péče v ČR je nerovnoměrné regionální pokrytí. Následná péče chybí zejména v kraji Jihočeském, Karlovarském, Moravskoslezském a Zlínském – viz mapa 9-1.

mapa 9-1: Zařízení následné péče o uživatele drog v ČR v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e)



9.2 Prevence trestné činnosti spojené s užíváním drog

9.2.1 Zacházení s uživateli drog ve věznicích

Vězněnní uživatelé drog se v případě, že to vyžaduje jejich zdravotní stav, podrobí nejprve detoxikaci na oddělení interních oborů vězeňské nemocnice Praha-Pankrác. Uživatelům drog, zejména problémovým uživatelům pervitinu a heroinu, poskytují individuální a skupinovou terapii pracovníci poraden drogové prevence, které jsou zřízeny v každé věznici.

V r. 2004 se zvýšil počet bezdrogových zón věznic z 22 na 30, s celkovou kapacitou 1 440 míst. V bezdrogových zónách se uplatňuje zvláštní režim výkonu vazby či trestu, upravený interními pokyny, s cílem zamezit vězněným osobám v kontaktu s drogami. Součástí programu bezdrogových zón není terapie.

Vězněnní uživatelé drog, kteří se rozhodnou nastoupit léčbu, mohou být umístěni ve specializovaných odděleních věznic zaměřených na uživatele drog. Specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu působí v šesti věznicích (Bělušice, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Všehrdy), jejich kapacita se v r. 2004 zvýšila z 214 na 292 míst. Druhým typem specializovaných oddělení zaměřených na uživatele drog jsou oddělení pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického v ústavní formě; ta působí ve třech věznicích (Opava, Rýnovice a Znojmo), jejich celková kapacita činí 73 míst.

V říjnu 2005 je plánováno zahájení ročního pilotního projektu substituční léčby ve věznicích Praha-Pankrác a Příbram s kapacitou celkem 70 osob.

Některé z věznic spolupracují s neziskovými organizacemi působícími v oblasti protidrogové prevence, jejichž pracovníci do věznic docházejí. V r. 2004 bylo klienty NNO celkem 450 vězněných uživatelů drog. Poskytovateli těchto služeb jsou zejména NNO Sdružení Podané ruce, SANANIM a Laxus. Hlavním cílem jejich působení je motivace závislých uživatelů ve vazbě či výkonu trestu k léčbě. Spolupráce mezi NNO a věznicemi je v některých případech formalizována dohodami o spolupráci. Služby NNO ve věznicích jsou hrazeny z účelově vázaných finančních prostředků věznic na všechny aktivity související s protidrogovou prevencí, které věznicím přiděluje GŘVS. V r. 2004 uvolnilo GŘVS pro tyto účely celkem 392 tis. Kč.

Činnost NNO ve věznicích koordinuje odborná Sekce A.N.O. „Drogové služby ve vězení". Sekce schválila v r. 2004 několik metodických materiálů (definice a popis služeb a výkonů, osnova vzdělávacího kurzu pracovníků NNO ve věznicích, koncepce spolupráce s VS aj.) a podílela se rovněž na přípravě pilotního projektu poskytování substituční léčby ve vězení.

9.2.2 Alternativy k trestu odnětí svobody pro uživatele drog

9.2.2.1 Právní úprava

České trestní právo umožňuje ukládání několika typů alternativních trestů k trestu odnětí svobody (např. trest obecně prospěšných prací, peněžitý trest, zákaz činnosti aj.). Některé z alternativních trestů lze ukládat pouze s dalším trestem. Tresty, které jsou u daného trestného činu v TZ výslovně uvedeny, lze ukládat i samostatně. Podrobnější informace k právní úpravě trestů jsou uvedeny ve výroční zprávě za r. 2003 (Mravčík et al. 2004), skladba uložených trestů v r. 2004 je uvedena v kapitole Drogová kriminalita, str. 51.

Trestní zákon a trestní řád specificky neupravují postup při ukládání trestů pro uživatele drog. Obsahují ale ustanovení, která umožňují uložení povinnosti léčby drogové závislosti v rámci dohledu nad osobou obviněnou, obžalovanou či odsouzenou. Na rozdíl od ochranné léčby se v těchto případech jedná o léčbu dobrovolnou, kdy osobní motivace k léčbě zásadním způsobem ovlivňuje rozhodování soudu nebo (v přípravném řízení) státního zástupce.

Léčba jako povinnost, jejíž plnění je sledováno probačním úředníkem, může být uložena v rámci rozhodnutí o:

- podmíněném upuštění od potrestání s dohledem (§ 26 TZ),
- podmíněném odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem (§ 60a TZ),
- podmíněném propuštění z výkonu trestu (§ 61 TZ),
- podmíněném zastavení trestního stíhání (§ 307 TŘ),
- nahrazení vazby dohledem (§ 73 TŘ).

Institut podmíněného zastavení trestního stíhání představuje spolu s narovnáním (§ 309 trestního řádu) tzv. procesní odklon, čili alternativní způsob trestního řízení. Novelou trestního řádu (TŘ), provedenou zákonem č. 283/2004, byl zaveden další druh procesního odklonu, a to institut podmíněného odložení návrhu na potrestání podle § 179g a 179h TŘ.

Zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, přinesl s účinností od 1.1.2004 mj. rozšíření alternativních opatření uplatňovaných vůči mladistvým. Zákon zavedl zvláštní druh procesního odklonu - odstoupení od trestního stíhání - a obsahuje i zvláštní úpravu některých podmínek pro použití již zavedených odklonů. Jak ale upozorňují někteří autoři (Ščerba, 2005), zmiňovaný zákon spíše zpřísňuje podmínky pro využívání odklonů u mladistvých osob, což je v rozporu s obecným účelem zákona, jímž je posílení výchovného vlivu na mladistvé pachatele.

Statistická data týkající se ukládání léčby či využívání procesních odklonů v případě uživatelů drog nebyla dosud systematicky sbírána. Jediným zdrojem dat z této oblasti je od r. 2004 Probační a mediační služba (PMS).

9.2.2.2 Uživatelé drog mezi klienty Probační a mediační služby

Počínaje r. 2004 byly do databáze klientů PMS (probační rejstřík) zaneseny změny umožňující rozlišení druhu drogy v souvislosti s níž došlo ke spáchání trestného činu klientem PMS. Sledovanými znaky jsou jednak „hlavní závislost", kdy je uveden typ drogy užívané klientem s určitou pravidelností[39], a jednak „spácháno pod vlivem", kdy je sledován vliv drogy v momentě spáchání trestného činu. Dále jsou v databázi uvedeny typy trestných činů (dle TZ) a typ činnosti PMS v konkrétním případě (Probační a mediační služba ČR, 2005).

V databázi PMS za r. 2004 se vyskytuje 443 klientů, kteří v době spáchání trestného činu užívali drogy. Z toho ve 314 případech byl uveden typ užívané drogy ve znaku „hlavní závislost" a/nebo „spácháno pod vlivem"; z toho byl dále ve 294 případech uveden i konkrétní typ trestného činu. Tyto případy byly dále analyzovány podle typu drogy (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005a).

Nejčastěji uváděnou drogou mezi klienty PMS je pervitin (49 %), následovaný konopnými látkami (31 %) a heroinem (8,5 %). Většinu trestných činů souvisejících s konopnými látkami představují drogové trestné činy, zatímco jiné trestné činnosti se klienti PMS užívající marihuanu či hašiš dopouštějí pouze v 11 % případů, tedy méně často než uživatelé heroinu (17 %) či těkavých látek (12 %). Nejčastějším jiným než drogovým trestným činem klientů PMS užívajících drogy je krádež; v 59 % se krádeže dopustili uživatelé pervitinu, ve 22 % uživatelé heroinu. Výsledky analýzy shrnují tabulka 9-1 a tabulka 9-2.

tabulka 9-1: Trestná činnost klientů PMS - uživatelů drog, v % (Probační a mediační služba ČR, 2005)

Droga	Celkem (n=294)	Drogové TČ (n=178)	Ostatní TČ (n=116)
Pervitin	48,6	46,1	52,6
Konopné látky	31,0	43,8	11,2
Heroin	8,5	2,8	17,2
Těkavé látky	6,8	3,4	12,1
Extáze	1,4	2,2	0
Ostatní	3,7	1,7	6,9

tabulka 9-2: Vybrané trestné činy klientů PMS podle druhu užívané drogy (abs. počet) - (Probační a mediační služba ČR, 2005)

§	Trestný čin	Pervitin	Konopné látky	Heroin	Extáze	Těkavé látky	Ostatní drogy	Celkem
187, 188	Výroba, pěstování, distribuce drogy	81	69	5	4	1	3	**182**
187a	Přechovávání drogy pro osobní potřebu	1	7	0	0	0	0	**8**
188a	Šíření toxikomanie	0	2	0	0	5	0	**7**
247	Krádež	37	5	14	0	5	2	**63**
234	Loupež	4	3	3	0	2	1	**13**
238	Porušování osobní svobody	4	0	0	0	2	0	**6**
250	Podvod	4	1	0	0	0	1	**6**

Působení probačních úředníků zahrnuje několik typů činnosti ve fázi přípravného či soudního řízení nebo výkonu trestu. Ze 443 případů klientů PMS užívajících nelegální drogy se jednalo nejčastěji o dohled při podmíněném odsouzení (28 % případů), dohled nad výkonem trestu či trestního opatření obecně prospěšných prací (11 %), činnost při náhradě vazby dohledem a při podmíněném zastavení trestního stíhání (shodně 10 %) - viz tabulka 9-3.

tabulka 9-3: Nejčastější typy činnosti PMS v případech uživatelů drog (Probační a mediační služba ČR, 2005)

Typ činnosti	Počet	Podíl (%) (n=443)
Podmíněné odsouzení s dohledem	125	28,2
Trest/trestní opatření obecně prospěšných prací	111	25,1
Náhrada vazby dohledem	48	10,8
Podmíněné propuštění z výkonu trestu	46	10,4
Podmíněné zastavení trestního stíhání	43	9,7

[39] Znaky uvedené v probačním rejstříku nebyly jednoznačně definovány.

10 Drogové trhy

Podle odhadu ČSÚ je v ČR ročně spotřebováno přibližně 11,5 t konopných drog, 3,7 t pervitinu, 2,2 t heroinu, 1,2 mil. ks tablet extáze a 275 tis. dávek LSD. Počet záchytů drog trestněprávními složkami zůstal v r. 2004 zhruba na stejné úrovni jako v r. 2003; objem záchytů se v r. 2004 zvýšil v případě konopných látek (191 kg a 1,6 tis. rostlin), heroinu (36 kg), extáze (108 tis. tablet) i LSD (326 dávek), množství zachyceného pervitinu se snížilo (3,4 kg). Přes obavy o nárůstu užívání kokainu nedošlo k nárůstu jeho záchytů - jejich počet klesl meziročně z 20 na 7, jejich celkový objem stoupl jen mírně na 3,3 kg.

ČR je produkční zemí pervitinu (metamfetamin), který je také ilegálně vyvážen do zahraničí. Také spotřeba konopí je z významné části kryta jeho produkcí v ČR. Pro ostatní drogy zůstává ČR cílovou, případně tranzitní zemí.

Ceny drog zůstávají stabilní; čistota zachycených drog se snížila u heroinu, zvýšila u pervitinu; podíl tablet extáze, které obsahují MDMA jako účinnou látku, se zvyšuje.

10.1 Dostupnost a nabídka drog

10.1.1 Odhad spotřeby drog v ČR v r. 1999-2003

V r. 2005 provedl Český statistický úřad (ČSÚ) odhad spotřeby nelegálních drog v ČR v r. 1999-2003. Studie byla rozdělena do dvou částí, na odhad spotřeby drog problémovými uživateli a odhad spotřeby drog příležitostnými a rekreačními uživateli (Vopravil, 2005). Odhad zčásti vycházel z údajů, které poskytlo NMS.

Spotřeba drog problémovými uživateli byla zjišťována pomocí dotazníkového průzkumu mezi klienty nízkoprahových zařízení, který provedlo NMS ve spolupráci s vybranými nízkoprahovými zařízeními. Byly získány údaje o průměrně užívané jednorázové dávce heroinu, pervitinu a buprenorfinu (Subutex) pocházejícího z černého trhu, údaje o průměrné frekvenci jejich užívání aj. Údaje poskytlo 409 problémových uživatelů drog, kteří jsou klienty 26 nízkoprahových zařízení (Petroš et al. 2005).

Výsledky průzkumu spotřeby drog problémovými uživateli uvádí tabulka 10-1 až tabulka 10-3. Výsledný odhad průměrné týdenní spotřeby byl u každé ze sledovaných drog určen jako průměr dvou hodnot. První z nich představuje spotřeba vypočtená na základě údajů o průměrné jednorázové dávce a frekvenci jejího užívání (v tabulkách označena jako „týdenní spotřeba A“) a druhou spotřeba vypočtená na základě údajů o výdajích na drogy a jejich obvyklé ceně („týdenní spotřeba B“).

tabulka 10-1: Průměrná týdenní spotřeba a další charakteristiky problémových uživatelů pervitinu (Petroš et al. 2005)

	Délka užívání (měs.)	Dávka (g)	Týdenní frekvence	Týdenní spotřeba A (g)	Cena (Kč/g)	Týdenní výdaje (Kč)	Týdenní výdaje > 0 (Kč)	Týdenní spotřeba B (g)	Průměrná týdenní spotřeba (g)
N	295	293	295	293	265	277	235	226	-
Průměr	67,5	0,30	13	4,18	960	1 926	2 269	2,87	3,53
Medián	60,0	0,25	11	2,63	1 000	1 000	1 500	1,67	-

tabulka 10-2: Průměrná týdenní spotřeba a další charakteristiky problémových uživatelů heroinu (Petroš et al. 2005)

	Délka užívání (měs.)	Dávka (g)	Týdenní frekvence	Týdenní spotřeba A (g)	Cena (Kč/g)	Týdenní výdaje (Kč)	Týdenní výdaje > 0 (Kč)	Týdenní spotřeba B (g)	Průměrná týdenní spotřeba (g)
N	72	72	72	70	71	71	70	68	-
Průměr	69,6	0,37	12	4,36	1 024	3 240	3 286	3,36	3,86
Medián	60,0	0,30	7	2,14	1 000	2 500	2 500	2,42	-

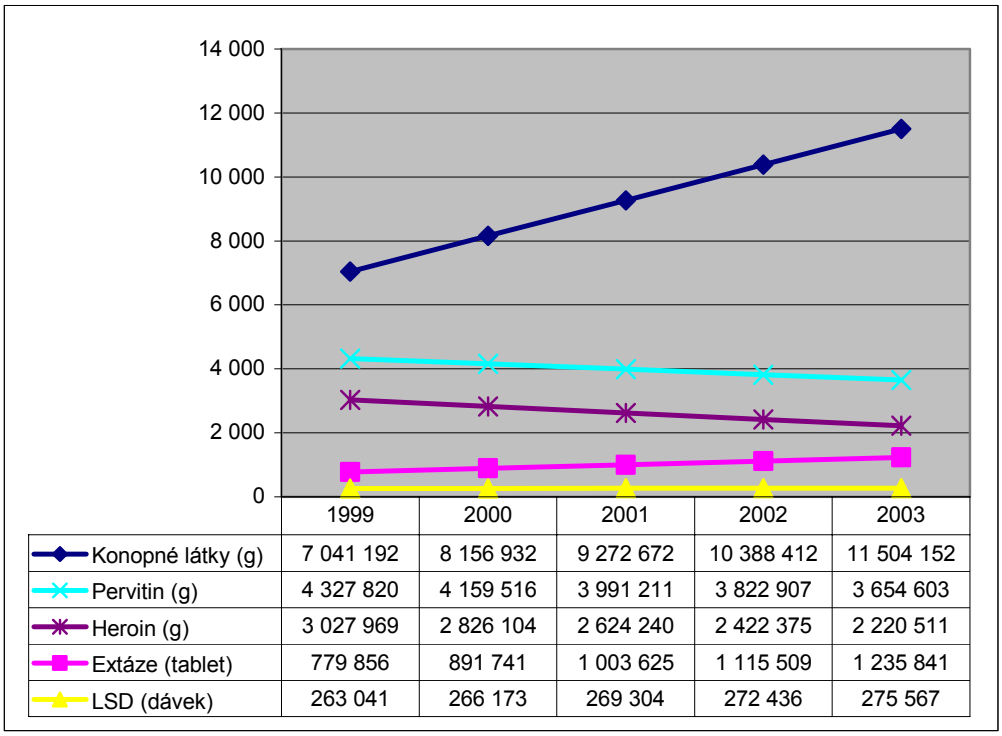
tabulka 10-3: Průměrná týdenní spotřeba a další charakteristiky problémových uživatelů Subutexu (Petroš et al. 2005)

	Délka užívání (měs.)	Dávka (mg)	Týdenní frekvence	Týdenní spotřeba A (mg)	Cena (Kč/mg)	Týdenní výdaje (Kč)	Týdenní výdaje > 0 (Kč)	Týdenní spotřeba B (mg)	Průměrná týdenní spotřeba (mg)
N	95	89	93	86	89	91	88	83	-
Průměr	19,7	3,3	11	36,0	58	1 564	1 617	28,8	32,4
Medián	18,0	3,0	14	28,0	50	1 400	1 400	25,0	-

Údaje potřebné pro odhad spotřeby příležitostných a rekreačních uživatelů byly získány na základě výsledků studie GENACIS realizované v r. 2002 (Psychiatrické centrum Praha, 2003) a průzkumu mezi středoškoláky ESPAD z r. 2003 (Csémy et al. 2003). Kromě toho byla využita i data z průzkumů Tanec a drogy 2003 (Kubů et al. 2005), studie CANLONG (Miovský & Čermák, 2005) a dalších zdrojů.

Na základě porovnání výsledků celopopulačních průzkumů z let 1999 a 2002, průzkumů ESPAD (1999 a 2003), průzkumů na taneční scéně (2000 a 2003) a prevalenčních odhadů problémových uživatelů (1999 a 2003) byly vytvořeny lineární časové řady odhadu spotřeby jednotlivých druhů drog pro období 1999-2003 - viz obrázek 10-1. Trend spotřeby mezi lety 2002 a 2004 bude v r. 2005 upraven na základě výsledků celopopulačního průzkumu ÚZIS z r. 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d).

obrázek 10-1: Odhadovaný trend spotřeby drog v ČR v r. 1999-2003 (Vopravil, 2005)



	1999	2000	2001	2002	2003
Konopné látky (g)	7 041 192	8 156 932	9 272 672	10 388 412	11 504 152
Pervitin (g)	4 327 820	4 159 516	3 991 211	3 822 907	3 654 603
Heroin (g)	3 027 969	2 826 104	2 624 240	2 422 375	2 220 511
Extáze (tablet)	779 856	891 741	1 003 625	1 115 509	1 235 841
LSD (dávek)	263 041	266 173	269 304	272 436	275 567

10.1.2 Dostupnost drog na taneční scéně

Prevalence užívání drog, a pravděpodobně i jejich dostupnost, je mezi návštěvníky tanečních akcí ve srovnání s obecnou populací vysoká - viz např. (Kubů et al. 2000; Kubů et al. 2005). V rámci průzkumu Tanec a drogy 2003 byly zjišťovány i některé charakteristiky týkající se nákupu a distribuce drog návštěvníky tanečních akcí - blíže viz speciální kapitola Užívání drog v prostředí zábavních akcí, str. 80.

10.2 Výroba a pašování drog

Tradiční drogou vyráběnou v ČR je pervitin (metamfetamin). V r. 2004 odhalily policejní složky 248 nelegálních domácích výroben pervitinu (188 v r. 2003). Podle NPC pokračoval nárůst výroby pervitinu z pseudoefedrinu z volně prodejných léčiv. Vzhledem k nedostatečné dostupnosti prekursoru efedrinu na území ČR dochází podle NPC k dovozu efedrinu ze zemí bývalé Jugoslávie, Bulharska a Německa. Metamfetamin je také jedinou drogou ve větší míře vyváženou z ČR; v r. 2004 byly vedle vývozů do Německa a Rakouska zaznamenány také případy jeho vývozu na Slovensko (Národní protidrogová centrála, 2005c).

Pokud jde o dovoz heroinu, je ČR především tranzitní zemí pro západoevropský trh, přičemž bývá nejčastěji využívána tzv. balkánská cesta. Čistota heroinu v zadržených zásilkách zůstává nízká (v průměru kolem 12 %); oproti r. 2003 se zvýšil podíl záchytů heroinu v menších množstvích - viz kapitola Záchyty drog, str. 64. V r. 2004 došlo k zadržení zásilky 25 kg vysoce kvalitního 96% heroinu.

Spotřeba marihuany je z významné části pokryta pěstováním konopí na našem území, ať již pro osobní potřebu nebo za účelem zisku. Dle odhadů je spotřeba marihuany pokryta pěstováním konopí na území ČR nejméně z jedné třetiny (Miovský & Čermák, 2005; Vopravil, 2005). V posledních letech dochází v ČR stejně jako v dalších státech EU k rozšíření pěstování konopí v umělých podmínkách. V r. 2004 bylo odhaleno 14 hydroponních pěstíren marihuany,

oproti 2 případům v r. 2003. Zaznamenán byl rovněž zvýšený dovoz hašiše z asijských států, zejména z Nepálu, Indie a Thajska (Národní protidrogová centrála, 2005c).

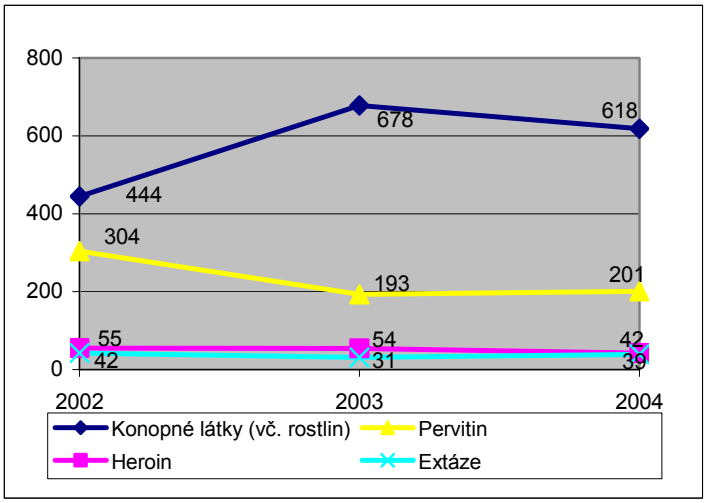
Podle předběžných výsledků kvalitativní studie CANLONG, zaměřené na pravidelné a těžké uživatele marihuany, získávají tito uživatelé 41 % užívané marihuany darem, 34 % vlastním pěstováním, 22 % nákupem a 3 % výměnou. Dle studie pokrývá 61 % pravidelných uživatelů marihuany alespoň část a 30 % více než polovinu své spotřeby vlastním pěstováním konopí. Průběžné výsledky zahrnují odpovědi 87 pravidelných uživatelů marihuany (Miovský & Čermák, 2005).

Stejně jako v předchozích letech nebyl ani v r. 2004 zaznamenán případ výroby extáze na území ČR; tato droga je k nám dovážena zejména z Nizozemska, Belgie a Polska (Národní protidrogová centrála, 2005c).

10.3 Záchyty drog

Počet záchytů nejčastěji se vyskytujících ilegálních drog zůstal v r. 2004 zhruba na stejné úrovni jako v r. 2003 – viz obrázek 10-2. Objem záchytů se oproti r. 2003 zvýšil v případě konopných látek, heroinu, extáze i LSD, množství zachyceného pervitinu (metamfetamin) se snížilo. Předpokládaný nárůst užívání kokainu - viz např. (Národní protidrogová centrála, 2005c) - se v záchytech neodrazil: jejich počet klesl meziročně z 20 na 7, jejich celkový objem stoupl jen mírně - viz tabulka 10-4.

obrázek 10-2: Počet záchytů základních typů drog v r. 2002-2004 (Národní protidrogová centrála, 2005b)



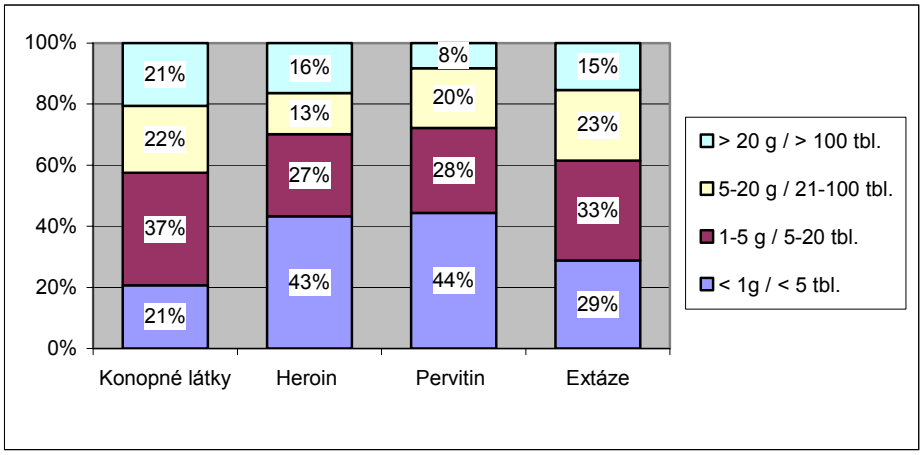
tabulka 10-4: Počty záchytů a množství zadržených drog v r. 2002-2004 (Národní protidrogová centrála, 2005b)

Zachycená látka	**Jednotky (objem)**	**2002**		**2003**		**2004**	
		Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem
Marihuana a hašiš	kg	351	112,12	561	142,62	572	191,22
Rostliny konopí	ks	93	3 173	117	3 125	46	1 617
Heroin	kg	55	34,34	54	9,14	42	35,90
Kokain	kg	12	6,04	20	2,62	7	3,28
Pervitin	kg	304	4,30	193	9,63	201	3,42
Extáze	tablety	42	88 391	31	51 692	39	108 379
LSD	dávky	3	107	3	65	1	326
Celkem	-	**860**	**-**	**979**	**-**	**907**	**-**

NPC poskytla stejně jako v minulém roce přehled záchytů drog rozdělený podle jejich objemu[40]. Poměr mezi objemy záchytů vybraných typů drog ukazuje obrázek 10-3.

[40] Tato data nejsou srovnatelná s údaji za r. 2003 - v r. 2003 nebyly zahrnuty záchyty v případech posuzovaných jako přestupky (držení malého množství drog pro osobní potřebu).

obrázek 10-3: Rozdělení záchytů vybraných typů drog podle objemu (Národní protidrogová centrála, 2005a)



Pozn.: Údaje zahrnují všechny záchyty drog, včetně záchytů malých množství.

Celní správa ČR zaznamenala 410 záchytů drog, které realizovala samostatně či ve spolupráci s policejními složkami. Nejčastěji zachycenými drogami byly marihuana a hašiš (celkem 87 % záchytů). V 66 % případů byly drogy zachyceny na mezinárodním letišti Praha-Ruzyně; nejčastěji se jednalo o přepravu drog leteckou poštou (Generální ředitelství cel, 2005).

10.4 Ceny a čistota drog

10.4.1 Ceny drog

Podle informací NPC jsou ceny základních typů drog v posledních letech stabilní (Národní protidrogová centrála, 2005c). Údaje o cenách drog jsou evidovány prostřednictvím informací okresních ředitelství Policie ČR o minimálních a maximálních cenách v jednotlivých okresech.

V rámci studie NMS, realizované mezi klienty nízkoprahových zařízení, byly zjišťovány obvyklé ceny metamfetaminu (pervitinu), heroinu a buprenorfinu při pouličním prodeji. Průměrná cena 1 gramu[41] pervitinu je 960 Kč, přičemž 44 % respondentů uvedlo cenu 1 000 Kč. Průměrná cena 1 gramu heroinu je 1 025 Kč, 61 % problémových uživatelů uvedlo pořizovací cenu 1 000 Kč. Jedna osmimiligramová tableta Subutexu se na černém trhu prodává v průměru za 460 Kč, obvyklá cena je 400 Kč (Petroš et al. 2005).

Rovněž podle výroční zprávy NPC se průměrná cena pervitinu pohybuje kolem 1 000 Kč za gram. V příhraničních oblastech dochází k prodeji metamfetaminu občanům Rakouska a Německa i v ceně vyšší než 1 500 Kč. Cena jednoho gramu prekursoru efedrinu, ze kterého lze vyrobit cca 0,7 g pervitinu, na černém trhu dosahovala v r. 2004 až 250 Kč.

NPC zaznamenala v r. 2004 prodej heroinu velmi nízké čistoty (5-10 %), jehož cena se pohybuje kolem 800 Kč. Naopak při prodeji cca 20% heroinu může cena 1 gramu dosahovat 1 500 Kč. Cena extáze se nadále pohybuje kolem 200 Kč. V případě odběrů ve větších množstvích klesá pod 100 Kč. Jeden gram kokainu se nejčastěji prodává za 2 000-2 500 Kč (Národní protidrogová centrála, 2005c).

10.4.2 Čistota drog

Údaje o čistotě zachycených drog získává NPC z laboratorních analýz prováděných Kriminalistickým ústavem Praha a regionálními odbory kriminalistických technik a expertíz (OKTE).

V r. 2004 vycházela NPC při stanovení cen z údajů poskytnutých Kriminalistickým ústavem Praha a pracovišti OKTE středočeské, severočeské a západočeské správy Policie ČR. Jak bylo uvedeno výše, v posledních letech došlo dle NPC ke snížení čistoty heroinu a ke zvýšení čistoty pervitinu. Minimální, maximální a průměrné čistoty základních typů drog v r. 2004 uvádí tabulka 10-5. Údaje o celkovém počtu provedených analýz nemá NMS k dispozici.

Pokud jde o složení tablet prodávaných jako extáze (MDMA), v r. 2004 se zvýšil podíl zachycených tablet, které jako účinnou látku obsahovaly pouze MDMA, a to z 80 % (v r. 2003) na 94 % (65 z 69 analyzovaných tablet).

[41] Skutečné množství pervitinu a heroinu prodávané jako 1 gram je při pouličním prodeji obvykle nižší - kolem 0,8 gramu.

tabulka 10-5: Čistota vybraných typů drog v r. 2004, v % (Národní protidrogová centrála, 2005b)

Typ drogy	**Min.**	**Max.**	**Průměr**
Marihuana	0,4	18	3
Hašiš	5,4	20	10
Metamfetamin (pervitin)	23,3	80	50
Heroin	0,8	26,9	12
Kokain	21,7	88	65

Část B: Speciální kapitoly

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

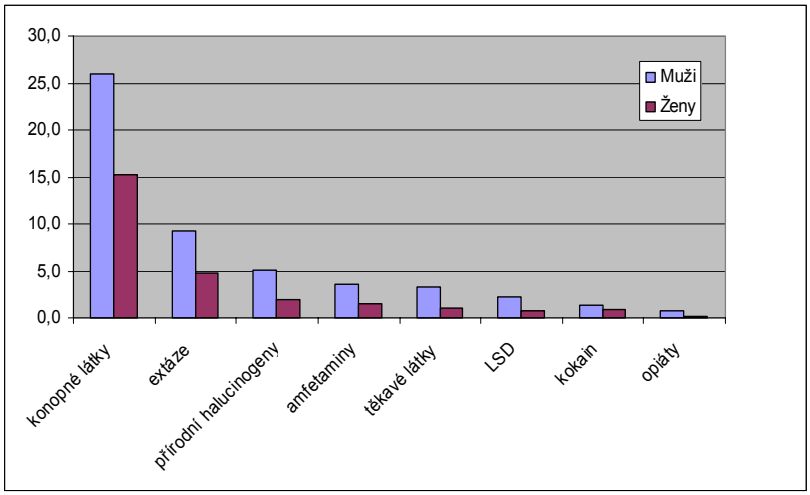
11 Rozdíly v užívání drog z hlediska gender

Pojem gender odkazuje na rozdíly mezi ženami a muži, které jsou - v protikladu k biologickým rozdílům - kulturně a sociálně podmíněné nebo konstruované, tj. mohou se v čase měnit, a liší se jak v rámci jedné kultury, tak mezi kulturami (European Communities, 1998).

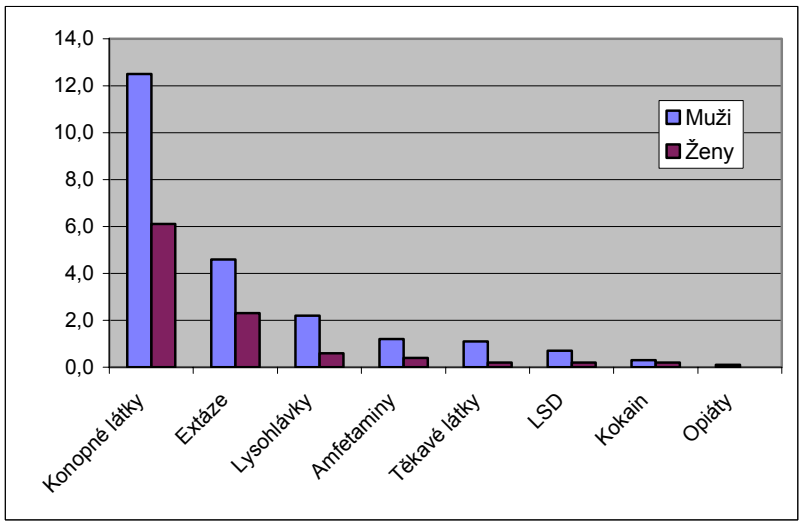
11.1 Užívání drog v obecné populaci a mezi mladými lidmi

V r. 2004 provedl ÚZIS Celopopulační studii o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR, zaměřenou na užívání legálních a nelegálních látek - blíže viz kapitola Užívání drog v obecné populaci, str. 12. Do průzkumu se zapojilo 1 760 žen a 1 766 mužů. Ze studie vyplývá, že zkušenosti s nelegálními drogami se ve skupině žen a mužů liší. Prevalence užívání drog je u všech látek vyšší u mužů než u žen. Nejmenší rozdíly jsou v celoživotní zkušenosti, větší v prevalenci užití v posledním roce a největší pak v užití v posledním měsíci - viz obrázek 11-1 a obrázek 11-2. U obou skupin klesá prevalence užití s rostoucím věkem (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d).

obrázek 11-1: Celoživotní prevalence užití drog u žen a mužů ve věkové skupině 18-64 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d)

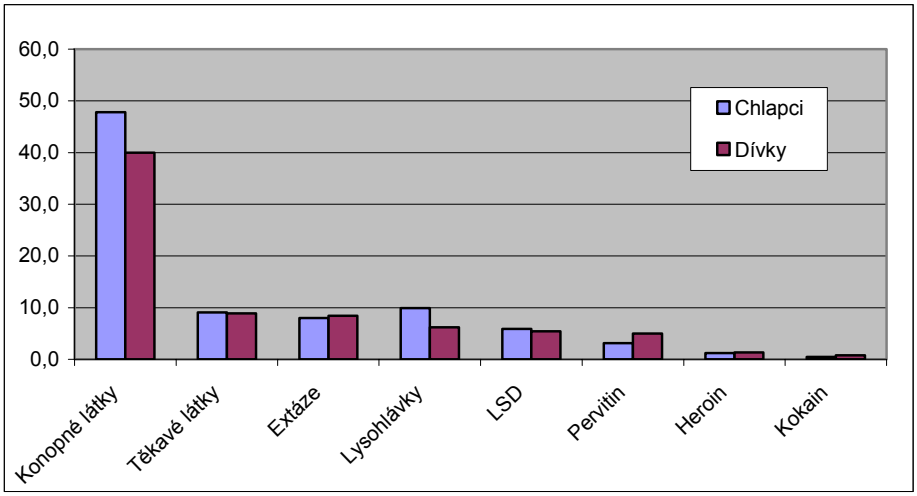


obrázek 11-2: Prevalence užití drog v posledním roce u žen a mužů ve věkové skupině 18-64 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d)

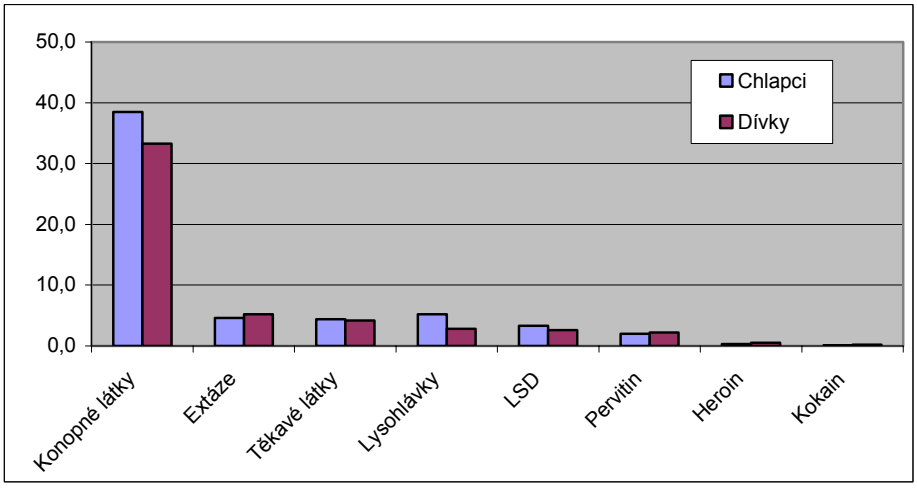


Ve studii ESPAD bylo v r. 2003 dotázáno 3 172 studentů ve věku 15-16 let s cílem zhodnotit rozsah užívání drog mezi středoškoláky. Výsledky studie ukazují, že rozdíly ve zkušenosti s užitím drog mezi dívkami a chlapci jsou nižší než sledované rozdíly mezi ženami a muži v dospělé populaci. Celoživotní zkušenost s užitím marihuany je vyšší u chlapců, zatímco zkušenosti s užitím ostatních sledovaných drog jsou vyrovnané. Dívky udávají častěji zkušenost s extází, pervitinem a kokainem – viz obrázek 11-3. U prevalence užití v posledním roce jsou rozdíly ve zkušenosti středoškoláků obdobné jako v případě celoživotní prevalence obrázek 11-2 (Csémy et al. 2005).

obrázek 11-3: Celoživotní prevalence užití drog u 16letých dívek a chlapců, v % (Csémy et al. 2005)

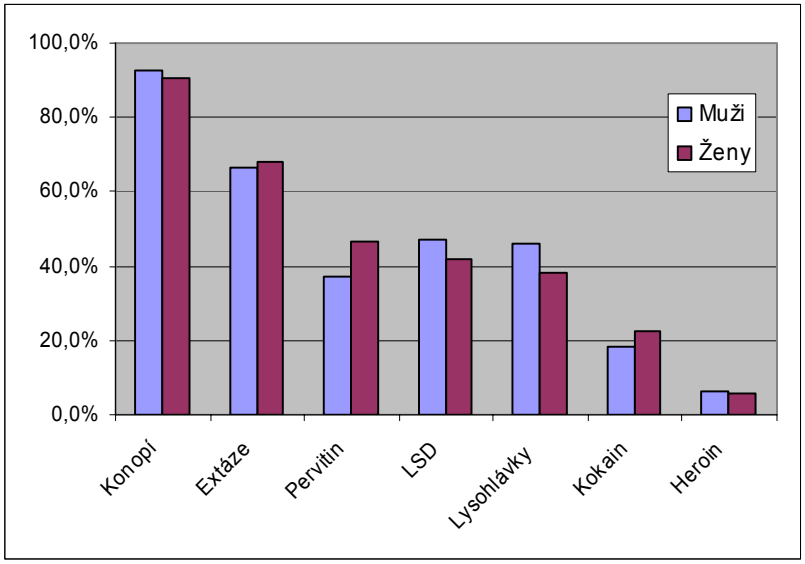


obrázek 11-4: Prevalence užití drog v posledním roce u 16letých dívek a chlapců, v % (Csémy et al. 2005)

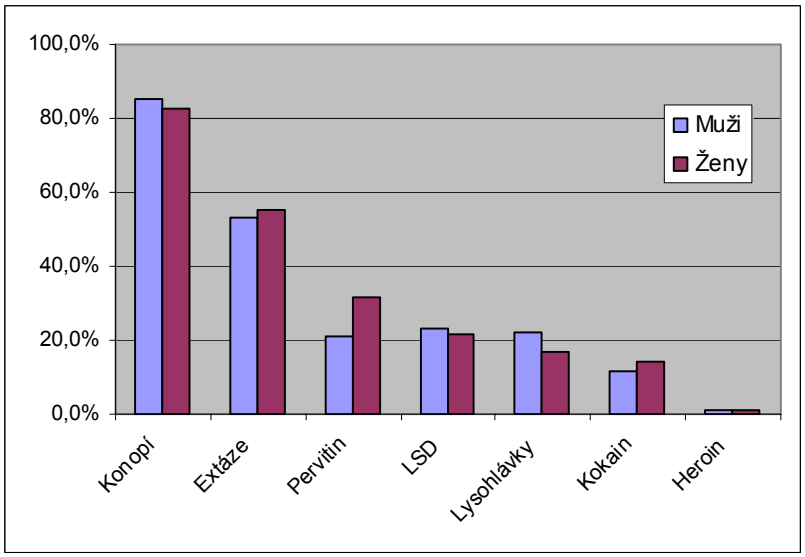


Podobné rozdíly jsou také v celoživotní prevalenci a prevalenci užití drog v posledním roce ve specifické populaci návštěvníků tanečních akcí. V r. 2003 bylo v této populaci provedeno dotazníkové šetření Tanec a drogy, kterého se zúčastnilo 1 040 mužů a 612 žen, s průměrným věkem 21 let (muži 22 a ženy 20 let). Míra jejich zkušeností s drogami je sice podstatně vyšší než mezi středoškoláky, ale rozdíly mezi ženami a muži jsou přibližně stejné jako ve studii ESPAD. Ženy také udávají vyšší celoživotní zkušenost s extází, pervitinem a kokainem (Kubů et al. 2004).

obrázek 11-5: Celoživotní prevalence užití drog v populaci účastníků tanečních akcí, v % (Kubů et al. 2004)



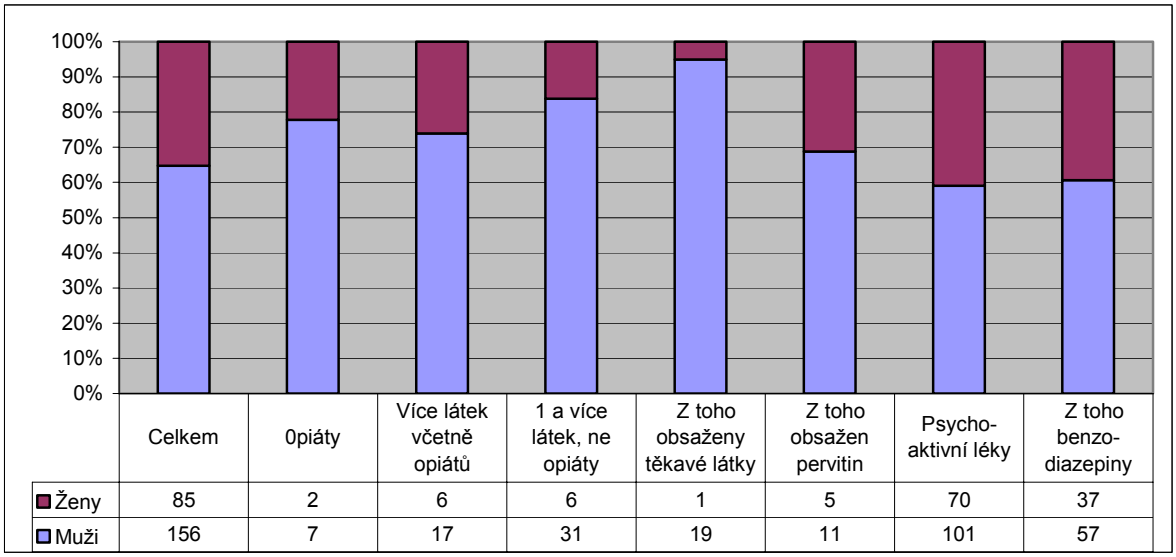
obrázek 11-6: Prevalence užití drog v posledním roce v populaci účastníků tanečních akcí, v % (Kubů et al. 2004)



11.2 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

Údaje o poměru žen a mužů mezi předávkovanými OPL jsou v ČR k dispozici od r. 1998 - blíže viz kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 35. Mezi zemřelými je podíl mužů cca 65 %, u předávkování „pouličními“ drogami je podíl mužů ještě vyšší, nejvyšší je v případě těkavých látek. Ženy jsou nejvíce zastoupeny ve skupině zemřelých na předávkovaní psychoaktivními léky (přes 40 %). Podrobnější údaje za r. 2004 uvádí obrázek 11-7.

obrázek 11-7: Smrtelná předávkování OPL v ČR v r. 2004 podle skupin OPL a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)



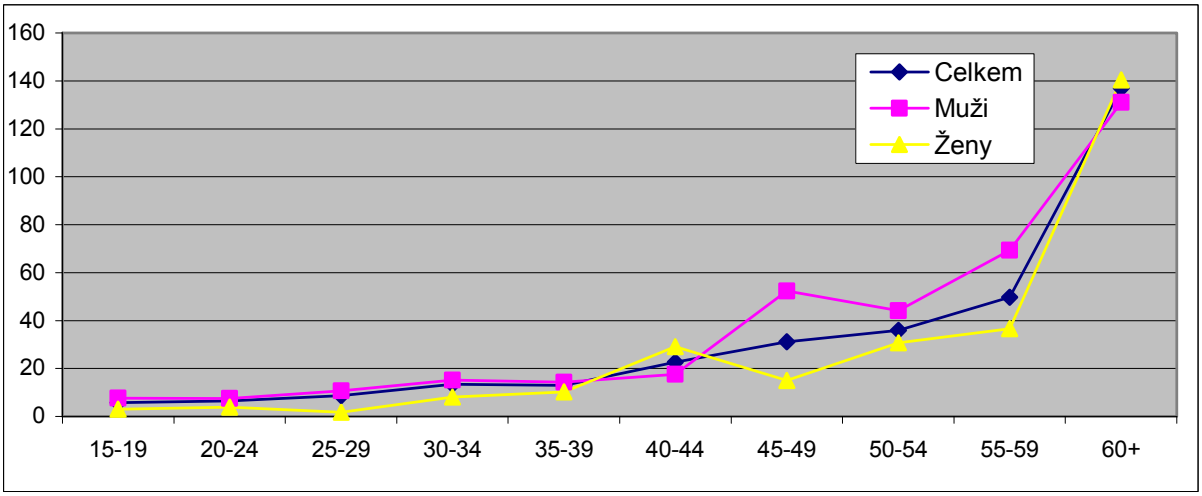
	Celkem	0piáty	Více látek včetně opiátů	1 a více látek, ne opiáty	Z toho obsaženy těkavé látky	Z toho obsažen pervitin	Psycho-aktivní léky	Z toho benzo-diazepiny
Ženy	85	2	6	6	1	5	70	37
Muži	156	7	17	31	19	11	101	57

K dispozici jsou údaje o úrovni mortality uživatelů drog - blíže viz kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 35. Jako kohorty (skupiny uživatelů drog) byly použity registry ÚZIS - hospitalizovaní s diagnózou F11-F19, pacienti substitučních programů - a data SZÚ o injekčních uživatelích s hlášenou virovou hepatitidou (EPIDAT). V rámci jednotlivých kohort existují výrazné rozdíly v mortalitě z hlediska věku, typu užívané drogy a pohlaví. Mortalita je dlouhodobě vyšší u mužů než u žen, bez ohledu na užívanou drogu. Nestandardizované hodnoty specifických úmrtností na základě kohorty hospitalizovaných na hlavní diagnózu F11-F19 uvádí tabulka 11-1 a obrázek 11-8 (Mravčík et al. 2004).

tabulka 11-1: Nestandardizovaná úmrtnost podle pohlaví a typu drogy, v ‰ (Mravčík et al. 2004)

Pohlaví	Všechny drogy celkem	Opiáty	Stimulancia	Sedativa, hypnotika	Polyvalentní užívání
Muži	10,7	9,96	6,09	16,53	12,32
Ženy	5,53	5,70	3,02	9,80	6,84
Celkem	**8,57**	**8,66**	**4,94**	**12,57**	**10,66**

obrázek 11-8: Mortalita podle pohlaví a věkových skupin - všechny drogy celkem, v ‰ (Mravčík et al. 2004)

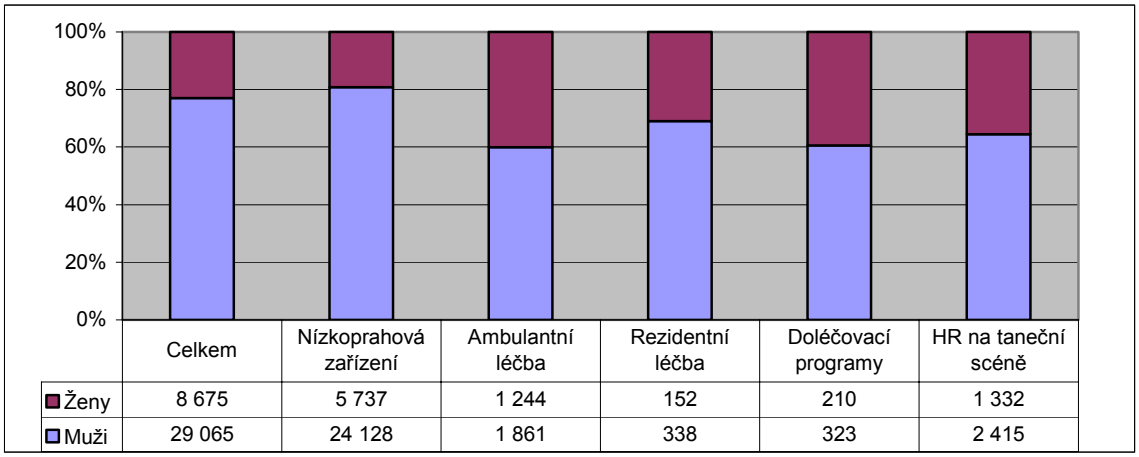


11.3 Žádosti o léčbu

Data z nízkoprahových a léčebných zařízení ukazují, že mezi jejich klienty převažují muži. Ti tvoří v různých typech poskytovaných služeb 60-80 % klientely. Podle údajů ze závěrečných zpráv podpořených v dotačním řízení RVKPP v r. 2004 využilo nízkoprahových a léčebných služeb 34,4 tis. osob, přičemž 78 % z nich byli muži. Nejvyšší podíl žen

(40 %) byl v ambulantních programech léčby a doléčovaní a nejnižší (20 %) v nízkoprahových zařízeních poskytujících služby harm reduction uživatelům drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e) - viz obrázek 11-9.

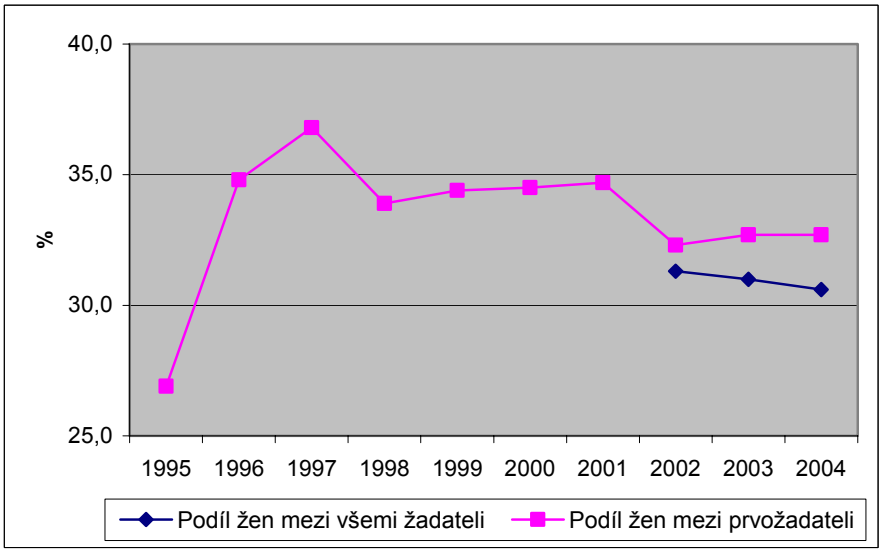
obrázek 11-9: Klienti zařízení, která se účastnila dotačního řízení RVKPP v r. 2004, podle pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e)



	Celkem	Nízkoprahová zařízení	Ambulantní léčba	Rezidentní léčba	Doléčovací programy	HR na taneční scéně
Ženy	8 675	5 737	1 244	152	210	1 332
Muži	29 065	24 128	1 861	338	323	2 415

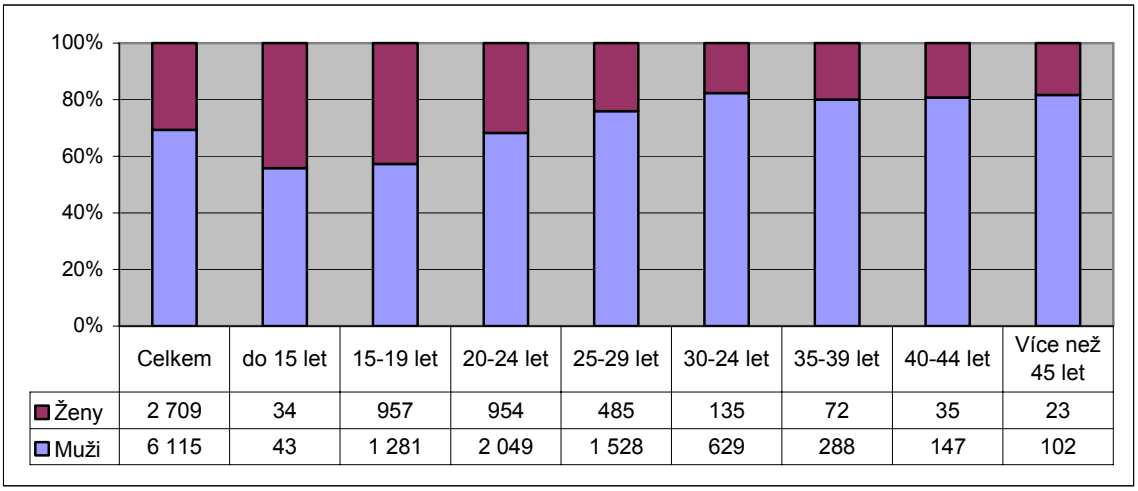
Podrobnější informace poskytuje Registr žadatelů o léčbu, který spravuje hygienická služba - blíže viz kapitola Profil uživatelů drog v léčebných zařízení, str. 23. Od r. 1995 shromažďuje údaje o uživatelích drog, kteří v daném roce poprvé v životě navštívili nízkoprahové nebo léčebné zařízení, od r. 2002 sbírá také údaje o všech uživatelích, kteří využili služeb těchto zařízení. Podíl mužů mezi všemi klienty těchto zařízení je dlouhodobě vyšší, podíl žen mezi prvožadateli se po počátečním růstu v r. 1995-1997 stabilizoval přibližně na jedné třetině. V celkovém počtu žadatelů o léčbu je podíl žen o něco nižší než mezi prvožadateli - viz obrázek 11-10.

obrázek 11-10: Podíl žen v Registru žadatelů o léčbu (Polanecký et al. 2005)



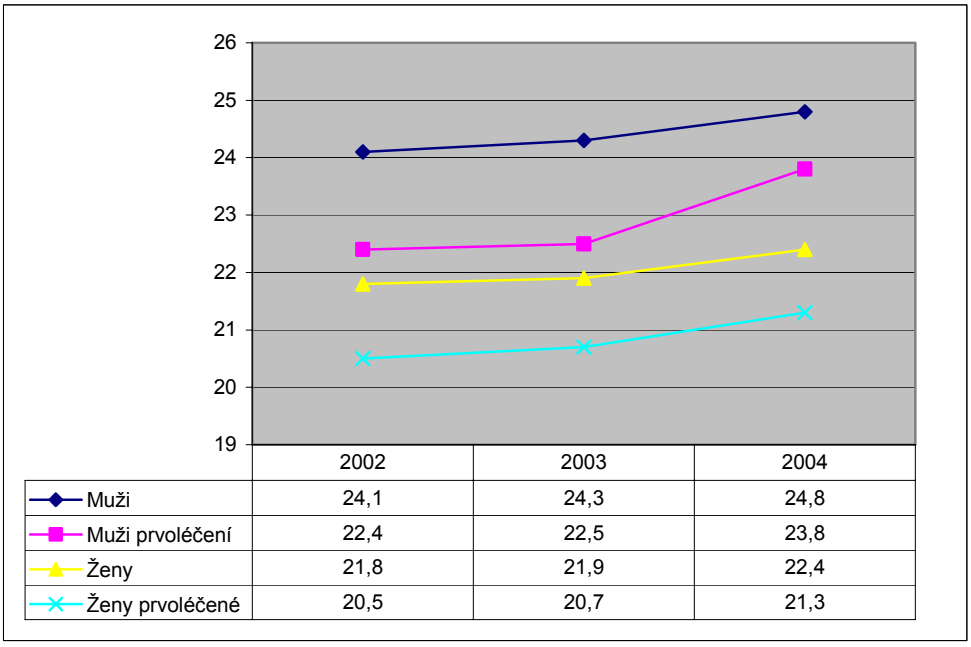
U žen žádajících o léčbu byl zaznamenán o cca 2,5 roku nižší průměrný věk než u mužů, a to i mezi prvožadateli. Podíl žen je relativně vyšší v nižších věkových kategoriích. Údaje týkající se věku žadatelů o léčbu uvádí obrázek 11-11 a obrázek 11-12. Sociodemografická data týkající se bydlení, vzdělání a zaměstnání se u žen a mužů podstatně neliší, s výjimkou několika aspektů. Muži jsou téměř dvakrát častěji bez domova a častěji žijí sami (18 %) než ženy (11 %), jsou častěji nezaměstnaní (56 % u mužů oproti 46 % u žen), ale mají častěji pravidelné zaměstnání (17 %) než ženy (13 %). Vyšší podíl žen (20 %) než mužů (11 %) žije s partnerem nebo jen s dítětem - viz obrázek 11-13. Ženy rovněž téměř dvakrát častěji studují.

obrázek 11-11: Poměr pohlaví žadatelů o léčbu podle věkových skupin v r. 2004 (Polanecký et al. 2005)



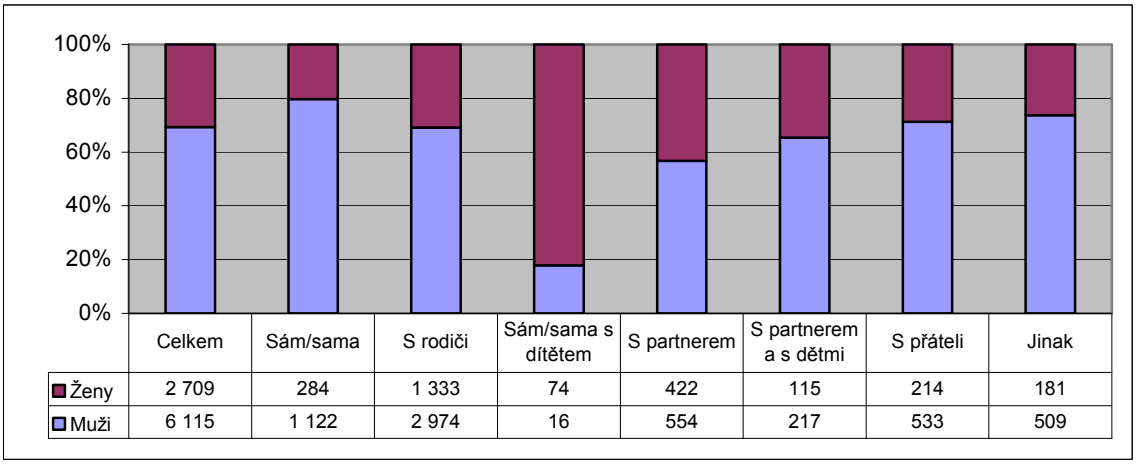
	Celkem	do 15 let	15-19 let	20-24 let	25-29 let	30-24 let	35-39 let	40-44 let	Více než 45 let
Ženy	2 709	34	957	954	485	135	72	35	23
Muži	6 115	43	1 281	2 049	1 528	629	288	147	102

obrázek 11-12: Porovnání průměrného věku žadatelů o léčbu podle pohlaví v r. 2002- 2004 (Polanecký et al. 2005)



	2002	2003	2004
Muži	24,1	24,3	24,8
Muži prvoléčení	22,4	22,5	23,8
Ženy	21,8	21,9	22,4
Ženy prvoléčené	20,5	20,7	21,3

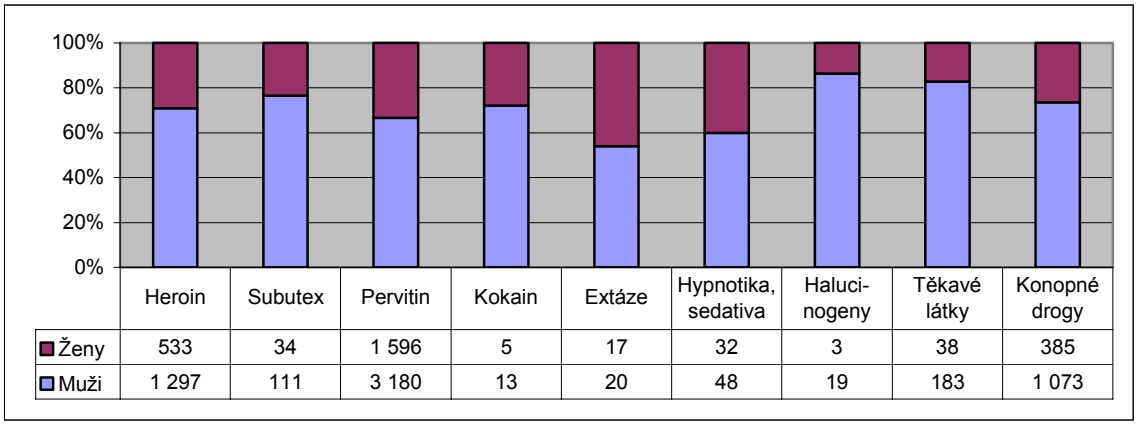
obrázek 11-13: Žadatelé o léčbu v r. 2004 podle pohlaví a charakteru bydlení (Polanecký et al. 2005)



	Celkem	Sám/sama	S rodiči	Sám/sama s dítětem	S partnerem	S partnerem a s dětmi	S přáteli	Jinak
Ženy	2 709	284	1 333	74	422	115	214	181
Muži	6 115	1 122	2 974	16	554	217	533	509

Zastoupení žen a mužů mezi žadateli o léčbu podle základní drogy uvádí následující obrázek 11-4. Ve všech skupinách podle jednotlivých drog je více mužů. Nejmenší podíl žen je ve skupině, která v r. 2004 vyhledala léčbu v souvislosti s užíváním halucinogenů a těkavých látek, naopak největší mezi uživateli extáze a hypnotik a sedativ.

obrázek 11-14: Žadatelé o léčbu v r. 2004 podle pohlaví a základní drogy (Polanecký et al. 2005)



	Heroin	Subutex	Pervitin	Kokain	Extáze	Hypnotika, sedativa	Haluci-nogeny	Těkavé látky	Konopné drogy
Ženy	533	34	1 596	5	17	32	3	38	385
Muži	1 297	111	3 180	13	20	48	19	183	1 073

11.4 Infekce spojené s užíváním drog

Za r. 2004 jsou k dispozici údaje o hlášené incidenci HIV/AIDS, nově diagnostikovaných případech virových hepatitid[42] a data ze studií prováděných v různých skupinách uživatelů drog. Promořenost injekčních uživatelů virem HIV je nižší než 1 %, výskyt virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů přesahuje 30 %, u virové hepatitidy typu B se pohybuje mezi 10-20 %. Ve specifických populacích uživatelů drog je promořenost infekcemi vyšší - blíže viz kapitola Infekce spojené s užíváním drog, str. 39. Přehled hlášených nových případů HIV a virových hepatitid u injekčních uživatelů drog v r. 2004 uvádí tabulka 11-2. Přehled dostupných výsledků seroprevalenčních studií podle pohlaví uvádí tabulka 11-3.

tabulka 11-2: Počty nově hlášených případů HIV, VHB a VHC u injekčních uživatelů v r. 2004 (Beneš & Částková, 2005; Brůčková et al. 2005)

Infekce	Celkem	Muži		Ženy	
		Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
HIV	6	6	100	0	0
VHC	535	382	71,4	153	28,6
VHB	131	94	71,8	37	28,2

tabulka 11-3: Výsledky vyšetření na HIV, VHB a VHC u injekčních uživatelů drog dle pohlaví (Brůčková et al. 2005; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005d; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e; Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2005f)

Infekce	Testovaná populace	Velikost vzorku		Podíl pozitivních výsledků (%)	
		Muži	Ženy	Muži	Ženy
HIV	Testy uživatelů drog evidované NRL pro AIDS v r. 2004	982	627	0	0
	Klienti metadonové substituce v r. 2004	500	183	1,0	0
	Testovaní v nízkoprahových zařízeních v r. 2004	440	277	0	0
VHC	Klienti metadonové substituce v r. 2004	500	183	42,6	39,8
	Seroprevalenční studie mezi injekčními uživateli - klienty nízkoprahových zařízení v r. 2002-2003	495	265	32,5	24,5
	Testovaní v nízkoprahových zařízeních v r. 2004	610	364	7,7	8,2
VHB	Klienti metadonové substituce v r. 2004	500	183	16,2	13,7

Mezi nově hlášenými případy infekčních onemocnění u injekčních uživatelů převažují muži, kteří také vykazují vyšší promořenost infekcemi v seroprevalenčních studiích. Výjimkou je testování na VHC v 28 českých nízkoprahových centrech v r. 2004, kde byl vyšší podíl pozitivních testů u žen.

[42] Vzhledem k tomu, že virové hepatitidy typu B a C probíhají často bezpříznakově, lze předpokládat, že skutečný výskyt těchto onemocnění je vyšší. Seroprevalenční studie v populaci uživatelů drog vypovídají o skutečném výskytu lépe.

11.5 Drogová kriminalita

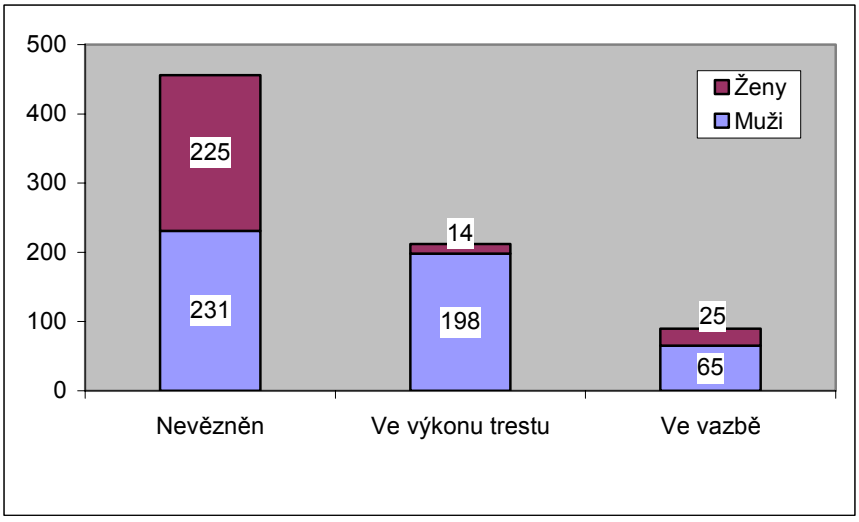
Drogovou kriminalitou rozumíme trestné činy nedovolené výroby a držení OPL (§ 187, 187a, 188) a trestné činy šíření toxikomanie (§ 188a TZ), označované souhrnně jako drogové trestné činy, a sekundární drogovou kriminalitu[43]. Téměř 90 % obviněných z drogových trestných činů představují muži. Podíl žen mezi obviněnými, obžalovanými a odsouzenými se od r. 1998 zvýšil - viz tabulka 11-4. Údaje o sekundární drogové kriminalitě z hlediska pohlaví pachatelů nejsou k dispozici.

tabulka 11-4: Přehled podílu žen mezi obviněnými, obžalovanými a odsouzenými v r. 1998-2004 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005)

Rok	Obvinění		Obžalovaní		Odsouzení	
	Celkem	Podíl žen (%)	Celkem	Podíl žen (%)	Celkem	Podíl žen (%)
1998	1 776	8,2	1 530	8,2	802	9,6
1999	2 084	11,1	1 765	10,7	891	11,6
2000	2 453	11,8	2 043	11,2	972	12,2
2001	2 519	12,7	2 160	12,6	1 094	13,1
2002	2 504	12,3	2 247	12,1	1 216	14,7
2003	3 088	11,9	2 737	12,4	1 304	12,3
2004	2 944	11,8	2 589	11,9	1 376	12,9

Z 1 087 drogových trestných činů spáchaných osobami ve výkonu trestu jich pouze 55 (5 %) spáchaly ženy. V rámci mapování rizikového chování ve studii Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog, kterou provádí NMS od r. 2002, byl zjišťován předchozí pobyt ve vězení. Jednalo se o klienty nízkoprahových zařízení, kteří užívali drogy injekčně během posledního roku. Ze 758 osob téměř 40 % (53,2 % mužů a 14,8 % žen) uvedlo, že bylo někdy v životě ve vězení - viz obrázek 11-15.

obrázek 11-15: Zkušenost s pobytem ve vězení a ve vazbě u respondentů studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog dle pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003)



11.6 Situace v oblasti snižování poptávky po drogách

Opatření přijímaná v oblasti snižování poptávky po drogách jsou většinou zaměřena na cílovou populaci bez ohledu na aspekty gender.

Primárně preventivní aktivity jsou prováděny zejména ve školách. Vzhledem ke koedukovanému charakteru českého školského systému jsou tyto služby nabízeny ve stejné podobě dívkám i chlapcům.

Služby v oblasti harm reduction, tedy snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, poskytují zejména nízkoprahová zařízení, nabízející své služby bez ohledu na pohlaví klientů. Strukturu služeb poskytnutých v těchto zařízeních v r. 2004 uvádí kapitola Služby nízkoprahových zařízení, str. 46. Některá nízkoprahová zařízení nabízí speciální programy pro ženy, tzv. ženské skupiny, jejichž náplní jsou témata specifická pro populaci uživatelek (např. antikoncepce, mateřství, sexuální zneužívání). Téměř 40 % nízkoprahových zařízení, která se účastnila dotačního řízení RVKPP v r. 2004, nabízelo uživatelkám drog zdarma těhotenské testy - v r. 2004 jich bylo provedeno

[43] Trestná činnost páchaná uživateli drog, nejčastěji za účelem obstarání si drogy či finančních prostředků na drogy.

779. Všechna nízkoprahová zařízení poskytují specifické služby těhotným uživatelkám drog, nejčastěji jde o zprostředkování odborné péče gynekologů a porodníků, o zprostředkování substituční léčby, případně léčby určené těhotným ženám a matkám s dětmi (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e).

Nejčastěji jsou služby s ohledem na gender poskytovány v oblasti léčby a doléčování. Součástí intenzivních ambulantních programů a rezidenční léčby v koedukovaných zařízeních[44] jsou i oddělené ženské a mužské skupiny. Zvláštním typem intervencí jsou léčebné programy pro těhotné ženy a matky s dětmi, zaměřené zejména na stabilizaci sociálního a psychického stavu klientek, vztah k rodině, mateřství a péči o domácnost. V r. 2003 byly realizovány 4 takové programy - 3 ambulantní (2 z nich nabízely chráněné bydlení), 1 program je realizován v rámci terapeutické komunity. Mezi základní poskytované služby patřily individuální poradenství a psychoterapie, prevence relapsu, rodinná a partnerská terapie, rodičovské skupiny, skupiny pro matky, poradenství, sociální práce (např. prevence nechtěného těhotenství, intervence v domácím prostředí, hlídání dětí s programem), fyzioterapie apod. V r. 2003 se v těchto zařízeních léčilo 86 žen a 54 dětí (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004b).

Výkon trestu odnětí svobody a výkon vazby probíhá zvlášť v odděleních pro muže a v odděleních pro ženy. Specifické služby nabízí samostatné oddělení pro odsouzené ženy ve Vazební věznici Praha-Ruzyně, pobočka Řepy. Ženy jsou vybírány na základě psychologických testů, zohledňuje se osobnost odsouzených a charakter trestné činnosti. Program zacházení s odsouzenými obsahuje pracovní, vzdělávací, výchovné a zájmové aktivity. Nabízena je pomoc při obnovování a znovuvytváření vztahů s dětmi, rodinami a přáteli.

[44] V ČR jsou koedukovaná všechna ambulantní zařízení a většina terapeutických komunit. Léčba v psychiatrických léčebnách probíhá zpravidla také koedukovaně; výjimkou jsou léčebny, kde jsou ženská a mužská oddělení natolik oddělena (např. jiné pavilony), že jejich programy fungují samostatně.

12 Protidrogová politika a legální drogy

12.1 Epidemiologická situace

V dospělé populaci (15-64 let) je přibližně 30 % pravidelných kuřáků, za nekuřáky se označuje 53 % dospělých. Nejčastější je pravidelné kouření ve věkových skupinách 45-54 let a 15-24 let (Sovinová et al. 2003). Podíl pravidelných kuřáků mezi mládeží ve věku 15-16 let je srovnatelný, varující je skutečnost, že mezi 13letými žáky ZŠ je přibližně 11 % pravidelných kuřáků, mezi 11letými jsou to 2 % (Sovinová & Csémy, 2003).

V ČR přetrvává vysoká spotřeba alkoholu - v r. 2002 to bylo téměř 15 litrů stoprocentního alkoholu na 1 dospělého obyvatele (Sovinová & Csémy, 2003), zdravotně rizikové formy konzumace alkoholu (tj. pití nadprůměrných denních dávek nebo pití 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti) se vyskytují u 33 % mužů a 14 % žen. Spotřeba alkoholu významně roste i u mládeže - časté pití nadměrných dávek alkoholu přiznává 23 % chlapců a 13 % dívek, opakovanou opilost 17 % chlapců a 10 % dívek ve věku 16 let (Sovinová & Csémy, 2003).

Stále přetrvává také vysoká subjektivně vnímaná dostupnost alkoholu mezi mládeží - pivo nebo víno by snadno sehnalo přibližně 95 % 16letých studentů, destiláty téměř 84 % (Csémy et al. 2003). A to i přesto, že podle zákona je prodej i podávání alkoholu osobám mladším 18 let zakázán.

12.2 Zdravotní politika ČR a legální drogy

Problematika užívání alkoholu a kouření je dlouhodobě součástí jednotlivých dokumentů zdravotní politiky ČR. Negativní vliv kouření, pití alkoholu i užívání nelegálních drog na zdravotní stav obyvatelstva je řešen v dokumentu Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21) a Akčním plánu zdraví a životního prostředí. ČR se rovněž připojila k Evropskému akčnímu plánu o alkoholu (WHO) a Rámcové úmluvě WHO o kontrole tabáku.

Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva Zdraví 21 je zaměřen na stálé a postupné zlepšování ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Z celkového počtu 21 cílů je jeden věnován alkoholu, tabáku a nelegálním drogám (Cíl 12): snížit škody působené alkoholem, drogami a tabákem, respektive do r. 2015 výrazně snížit nepříznivé důsledky užívání návykových látek jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy (Ministerstvo zdravotnictví, 2002).

Specifické cíle programu Zdraví 21 stanoví konkrétní úkoly do r. 2015: mezi osobami staršími 15 let by mělo být 80 % nekuřáků a mezi mladšími 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 % (cíl 12.1); spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová (cíl 12.2). Aktivity navrhované k dosažení těchto cílů zahrnují legislativní a daňová opatření, zákaz reklamy, preventivní programy ve školách i médiích, zajištění dostatečné sítě léčebných zařízení a vznik koordinačního, monitorovacího a výzkumného střediska pro alkohol a tabák. Zodpovědnost za plnění úkolů má vláda ČR prostřednictvím Rady pro zdraví a životní prostředí a MZ.

Obdobné cíle byly formulovány již v Akčním plánu zdraví a životního prostředí v r. 1998 i v Národním programu zdraví z r. 1994. Mezi hlavní cíle v této oblasti patřilo snížení spotřeby alkoholu a snížení výskytu kuřáctví, především u mládeže, omezování dostupnosti alkoholu a tabáku, propagace nekuřáctví a pravidelné monitorování situace v oblasti užívání alkoholu a tabáku (Ministerstvo zdravotnictví, 1998).

Všechny zmíněné dokumenty byly v průběhu 90. let schváleny vládou ČR. Plnění stanovených cílů však není systematicky sledováno a dostupná data svědčí o tom, že tyto cíle nejsou naplňovány (Nešpor & Csémy, 2004). Příčinou je především nedostatečná politická a společenská vůle se problematikou alkoholu a tabáku seriózně zabývat, pramenící patrně z již zmíněného podceňování problému (Lejčková et al. 2005).

ČR se také připojila k Evropskému akčnímu plánu o alkoholu na období 2000-2005, jehož cílem je předcházet a omezovat škody působené alkoholem, a k Rámcové úmluvě WHO o kontrole tabáku, s obdobným cílem v oblasti kouření. Evropský akční plán o alkoholu definoval cíle v deseti oblastech užívání alkoholu (informace a vzdělávání, veřejné, soukromé a pracovní prostředí, řízení vozidla pod vlivem alkoholu, dostupnost alkoholických nápojů, propagace alkoholu, léčba, odpovědnost výrobců alkoholických nápojů, schopnost společnosti čelit škodlivému vlivu alkoholu, nevládní organizace, formulování, realizace a monitorování programů) (WHO, 2000). V plnění stanovených úkolů však nenastal žádný podstatný pokrok, od r. 2000 se situace v oblasti užívání alkoholu naopak zhoršila (Nešpor & Csémy, 2004), a to i přesto, že některé teze se zároveň objevily ve zmíněném vládním dokumentu Zdraví 21.

Hlavním cílem definovaným v Rámcové úmluvě o kontrole tabáku (WHO), ke které ČR přistoupila v r. 2003, je chránit současné i budoucí generace před zhoubnými zdravotními, sociálními a ekonomickými následky užívání tabáku a expozice tabákovému kouři (WHO, 2003). Podpisem úmluvy se ČR zavázala podporovat veškerá opatření kontroly tabáku, která budou směřovat ke snižování výskytu kuřáctví a ochraně nekuřáků před tabákovým kouřem.

Blíže viz také kapitoly Legislativní rámec, str. 3 a Sociální a kulturní kontext protidrogové politiky, str. 9.

12.3 Národní strategie protidrogové politiky ve vztahu k legálním drogám

Problematika legálních drog (konkrétně tabáku a alkoholu) byla do strategie protidrogové politiky poprvé začleněna v r. 2004 při přípravě Národní strategie 2005-2009. Již při přípravě předchozí strategie (na období 2001-2004) upozorňovali někteří odborníci na souvislosti mezi užíváním legálních a nelegálních drog a na srovnatelné dopady jejich užívání. Přesto se tehdy nepodařilo problematiku legálních drog do strategie zařadit.

K začlenění problematiky tabáku a alkoholu do protidrogové politiky vedlo několik důvodů:

- jedná se o návykové látky, které stejně jako nelegální drogy vyvolávají stav závislosti, změny vnímání, nálad, myšlení a/nebo motorických funkcí, a jejich užívání má za následek závažné zdravotní a sociální problémy (Ministerstvo zahraničních věcí, 1989),
- užívání alkoholu a tabáku je celospolečensky tolerováno a problémy spojené s jejich užíváním jsou podceňovány, a to i přes to, že je na ně opakovaně upozorňováno ve strategiích zaměřených na ochranu a podporu veřejného zdraví (Ministerstvo zdravotnictví, 2002; Rehn et al. 2001; WHO, 2002) ,
- v ČR je vysoká prevalence kouření i užívání alkoholu v populaci, a to jak v dospělé populaci, tak i mezi dětmi a mládeží – viz např. (Csémy et al. 2003; Ministerstvo zdravotnictví, 2002; Sovinová & Csémy, 2003); přitom prodej cigaret a alkoholu osobám mladším 18 let je v ČR zakázán, a pro tuto věkovou skupinu se tedy jedná o látky nelegální,
- současný přístup primární prevence zaměřené na školní populaci nerozlišuje mezi legálními a nelegálními drogami.

Mezi návykové látky patří také rozpouštědla a dopingové látky používané při sportu, k závislostem se podle některých diagnostických systémů řadí také gambling (patologické hráčství) a jiné formy nutkavého chování. Zmíněné látky (s výjimkou těkavých) ani gambling do strategie zahrnuty v současnosti nejsou, ani se o jejich zařazení neusiluje.

V rámci přípravy Národní strategie 2005-2009 byla ustavena odborná pracovní skupina Alkohol a tabák, která měla připravit podklady pro formulaci jednotlivých aktivit a opatření v dané oblasti. Jako hlavní cíle v této oblasti byly definovány: snížení spotřeby alkoholu a tabáku zejména u mládeže, snížení jejich nepříznivých dopadů pro jedince i společnost a omezení dostupnosti alkoholických a tabákových výrobků (Pracovní skupina Alkohol a tabák, 2004). Vzhledem k tomu, že nebylo v kapacitě pracovní skupiny zabývat se detailně všemi aspekty kouření a užívání alkoholu napříč oblastmi prevence, léčby, snižování rizik a snižování nabídky, byly z této problematiky vytipovány 4 oblasti, na které se zaměřila pozornost při formulování konkrétních aktivit:

- sběr dat: vytvořit komplexní, standardizovaný a pravidelný systém sběru, analýzy a distribuce dat o užívání alkoholu a tabákových výrobků a o jeho dopadech (tj. zřídit Monitorovací středisko pro užívání alkoholu a tabáku),
- legislativa: aktualizovat současnou legislativu tak, aby odpovídala současným podmínkám na národní úrovni, a zároveň také legislativě EU a doporučením WHO (tj. revidovat a novelizovat zákony týkající se ochrany zdraví a reklamy na tabákové výrobky a alkohol, navrhnout zákon zavádějící licence pro jejich prodej a zajistit vymáhání existující legislativy),
- prevence a léčba: více zapojit zdravotnické i nezdravotnické pracovníky do prevence a léčby užívání alkoholu, tabáku a dalších návykových látek,
- informace: zvýšit informovanost odborníků, politiků, společnosti a médií o rizicích užívání alkoholu a tabáku a přispět ke změně přístupu k užívání alkoholu a tabáku.

Tři ze šesti specifických cílů Národní strategie 2005-2009 se dotýkají problematiky legálních drog (podrobněji viz kapitola Institucionální rámec, strategie a politiky, str. 4):

- cíl II: zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog,
- cíl III: stabilizovat, případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi,
- cíl VI: snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů.

12.4 Akční plán realizace protidrogové strategie

Akční plán 2005-2006 podrobněji rozpracovává jednotlivé konkrétní aktivity směřující k naplnění daného cíle, definuje gestory a závazné termíny realizace aktivit. Dle původního záměru měla být problematice legálních drog věnována zvláštní část, upozorňující na hlavní nedostatky v této oblasti. Nakonec však byly jednotlivé aktivity týkající se legálních drog přiřazeny k částem vymezeným základními strategiemi protidrogové politiky (např. primární prevence, léčba, snižování nabídky).

Přehled konkrétních aktivit v oblasti užívání legálních drog shrnuje tabulka 12-1.

tabulka 12-1: Přehled aktivit v oblasti užívání alkoholu a tabáku definovaných v Akčním plánu národní protidrogové politiky (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005)

Cíl	Aktivita	Termín	Gestor	Výstup/Indikátor
Dostupná, kvalitní a provázaná sít léčby a následné péče pro uživatele legálních i nelegálních drog	Rozšířit provádění krátké intervence pro alkohol, kouření a návykové látky lékaři a dalšími zdravotníky	1.7.2006	MZ	Počet krátkých intervencí u lékařů
	Přijmout standardy krátkých intervencí podle existující metodiky a zahrnout je do pregraduálního a postgraduálního vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků	31.12.2006	MZ	Standardy krátkých intervencí Programy pregraduálních a postgraduálních vzdělávání
	Provést analýzu stávající sítě zařízení věnujících se prevenci a léčbě závislostí na alkoholu a nikotinu	31.12.2005	MZ ve spolupráci s RVKPP a MPSV	Zpráva s výsledky analýzy a navrženými opatřeními
Komplexní znalosti zdravotnických a nezdravotnických pracovníků o rizicích užívání návykových látek	Zakomponovat další vzdělávání zdravotnických pracovníků a dalších osob zabývajících se prevencí a léčbou návykových nemocí do minimálních standardů léčby a do výuky na lékařských fakultách	31.12.2006	MZ, MŠMT	Minimální standardy léčby obsahující vzdělávání zdravotnických a dalších osob zabývajících se prevencí a léčbou návykových nemocí
	Školící akce lékařské komory a odborných společností	1.6.2006	MZ	Počet akcí Počet proškolených
Snížení dostupnosti alkoholu a tabáku v obecné populaci a mezi mládeží	Připravit novelu zákona č. 132/2003 Sb. (o reklamě na tabákové výrobky), která bude obsahovat úplný zákaz reklamy na tabákové výrobky	31.12.2005	MPO	Novela zákona č. 132/2003 a 40/1995 Sb.
	Připravit novelu zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy ve vztahu k regulaci reklamy na alkohol, která bude obsahovat opatření výrazně omezující reklamu na alkohol	31.12.2005	MPO	
	Připravit návrh zákona zakotvující licence pro prodej tabákových výrobků a alkoholu, obsahující opatření k omezení počtu míst pro prodej alkoholu a tabákových výrobků, včetně zvýšení odpovědnosti u jednotlivých prodejců	31.12.2006	MPO ve spolupráci s MF	

Cíl	Aktivita	Termín	Gestor	Výstup/Indikátor
Snížení dostupnosti alkoholu a tabáku v obecné populaci a mezi mládeží	Důraznější vymáhání zákona č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi zejména v těchto oblastech: řízení pod vlivem alkoholu, kouření v prostorách se zákazem kouření, prodej alkoholu a tabáku osobám mladším 18 let	průběžně	MV	Snižující se prevalence užívání tabáku v obecné populaci a mezi mládeží Zvyšující se počet přestupků a zvýšený objem pokut za přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi Snížený počet dopravních nehod pod vlivem alkoholu
	Připravit analýzy pro novelu zákona o spotřebních daních, zvyšující daň z tabáku a alkoholu	31.12.2006	MF	Snižující se prevalence užívání tabáku a alkoholu? v obecné populaci a mezi mládeží
Dostupná a úplná data o užívání alkoholu a tabákových výrobků a jejich následků	Formálně ustanovit a zřídit monitorovací středisko pro alkohol a tabákové výrobky	1.5.2005	MZ	Zvýšení dostupnosti dat o užívání alkoholu a tabákových výrobků a jejich následků jako základ pro rozhodování o potřebných opatřeních prevence, léčby a kontroly dostupnosti
	Sestavení pracovní skupiny pro vytvoření systému indikátorů pro sledování užívání alkoholu a tabákových výrobků a jejich následků	31.12.2005	MZ ve spolupráci s RVKPP, MŠMT, MPSV, ČSÚ	Přehled indikátorů Zpráva o činnosti pracovní skupiny
	Personálně posílit monitorovací středisko pro alkohol a tabákové výrobky	31.12.2006	MZ	
	Vypracovat Výroční zprávu o stavu v užívání alkoholu a tabákových výrobků a o jejich dopadech v ČR	31.12.2006	MZ	Zpracovaná Výroční zpráva

12.5 Prosazování úkolů v praxi

Jak již bylo řečeno, prosazování aktivit směřujících ke snížení rozsahu užívání tabáku a alkoholu je velmi obtížné, a to především proto, že se jedná o velmi rozšířené chování, které je společensky tolerováno a jehož rizika jsou podceňována (Lejčková et al. 2005).

Dostupná data ukazují, že i přes existenci řady dokumentů zdravotní politiky, jejichž cílem je snížení rozsahu kouření a pití alkoholu v dospělé populaci i mezi mladými lidmi, nedochází ke zlepšování situace. Dlouhodobé trendy naopak ukazují zvyšující se prevalenci kouření mladých lidí a především rostoucí prevalenci rizikové konzumace alkoholu. Je tedy otázkou, zda budou mít aktivity formulované v Akčním plánu 2005-2006 očekávaný efekt směrem ke snížení prevalence užívání legálních drog. Významným faktorem je zcela jistě to, že alkohol a tabák a jejich užívání stále nejsou v běžné populaci vnímány jako rizikové a že je stále ve společnosti odmítán názor, že legální drogy jsou také drogy.

13 Užívání drog v prostředí zábavních akcí

13.1 Aktuální trendy užívání drog mezi návštěvníky tanečních akcí

V r. 2003 byl realizován rozsáhlý průzkum Tanec a drogy 2003, který byl zaměřen na konzumaci legálních i nelegálních drog a kontext konzumace drog mezi návštěvníky tanečních akcí. Průzkum navazoval na obdobné šetření Semtex Dance z r. 2000 (Kubů et al. 2000), což umožnilo sledování trendů v užívání drog na taneční scéně.

Sběr dat probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření na webových stránkách NMS www.drogy-info.cz a na festivalech taneční hudby v létě 2003. Průzkumu se zúčastnilo 1 652 respondentů. V souboru z 63 % převažovali muži, průměrný věk respondentů byl 21 let (muži 22 a ženy 20 let), 98 % respondentů bylo ve věku 15-30 let.

Dále je užívání drog na taneční scéně mapováno prostřednictvím dotazníkového šetření prováděného ve spolupráci NMS s NNO působícími na taneční scéně (Mravčík et al. 2005). Šetření je zaměřeno na celoživotní prevalenci a opakované užití vybraných drog v posledních 30 dnech a na výskyt vybraných zdravotních komplikací a jejich příčin. Je využíván jednostránkový dotazník, v r. 2003 tvořilo soubor tvořilo 468 návštěvníků, v r. 2004 pak 92 návštěvníků. Přibližně polovina respondentů byla v době sběru dat žákem nebo studentem základní, střední či vysoké školy.

Tato kapitola podává přehled výsledků obou uvedených průzkumů uskutečněných mezi návštěvníky tanečních akcí. Pokud není uvedeno jinak, jedná se o údaje získané v průzkumu Tanec a drogy 2003 (Kubů et al. 2005). Některé doplňující analýzy průzkumu Tanec a drogy provedlo na základě souboru dat poskytnutého autory studie pro účely této kapitoly NMS (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005b).

13.1.1 Prevalence užívání drog mezi účastníky tanečních akcí

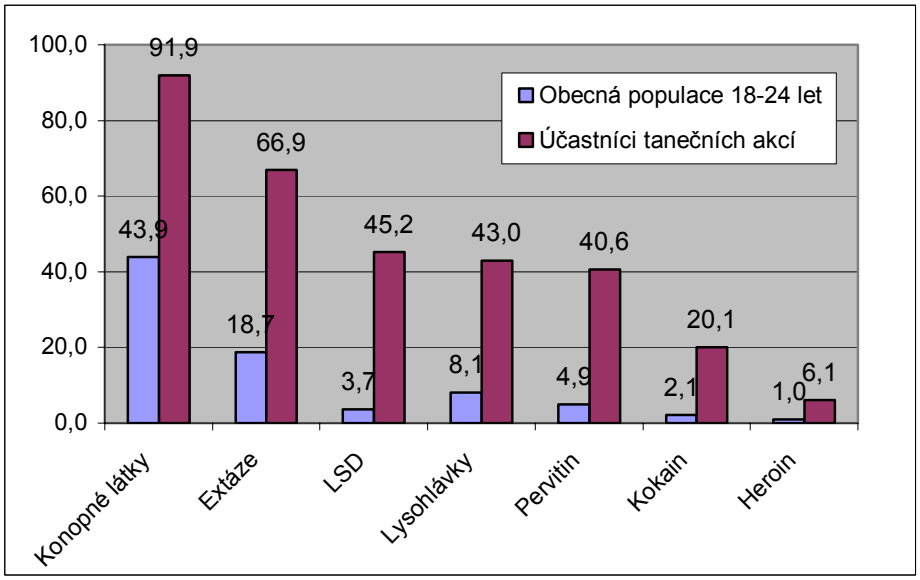
Výsledky průzkumu Tanec a drogy potvrdily vysokou prevalenci užívání drog mezi účastníky tanečních akcí. Jen 6 % dotázaných účastníků tanečních akcí neužilo ve svém životě žádnou ilegální drogu a 10 % neužilo žádnou drogu v posledním roce. Hodnoty celoživotní, roční a měsíční prevalence užívání drog shrnuje tabulka 13-1. Nejvíce zastoupenými drogami, pokud jde o celoživotní zkušenost s jejich užitím, jsou konopné látky, extáze a halucinogeny. Pervitin je po konopných látkách a extázi třetí nejčastěji užívanou drogou v posledním roce a v posledních 30 dnech.

Prevalence užívání nelegálních drog mezi návštěvníky tanečních akcí je výrazně vyšší oproti obecné populaci. Podle celopopulační studie ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d) byla ve věkové skupině 18-24 let celoživotní prevalence užití konopí 43,9 %, extáze 18,7 %, lysohlávek 8,1 %, LSD 3,7 %, pervitinu (metamfetamin) 4,9 %, kokainu 2,1 % a opiátů 1,0 %. Srovnání celoživotní prevalence užívání vybraných typů drog uvádí obrázek 13-1.

tabulka 13-1: Prevalence užívání hlavních typů drog mezi návštěvníky tanečních akcí v r. 2003, v % (Kubů et al. 2005)

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

obrázek 13-1: Srovnání celoživotní prevalence užívání drog v obecné populaci (věk 18-24 let) a mezi návštěvníky tanečních akcí (Kubů et al. 2005; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d)



Užívání extáze je typicky rozšířeno v prostředí tanečních akcí. Celoživotní prevalence užívání extáze mezi účastníky tanečních akcí dosahovala v r. 2003 podle průzkumu Tanec a drogy téměř 67 %. V posledním roce užilo extázi 54 % a v posledním měsíci více než 32 % respondentů. Ti, kteří užili extázi v posledních 30 dnech, ji v tomto období užili průměrně 2,3krát. Polovina z osob, které užily extázi v posledním roce, užívá obvykle jednu tabletu při jedné příležitosti; průměrná hodnota je 1,7 tablety[45].

Nejčastěji užívanou drogou v prostředí tanečních akcí jsou stejně jako v obecné populaci konopné látky. Prevalence užívání konopných látek je však v tomto prostředí vyšší: 92 % respondentů užilo konopí alespoň jednou v životě, 84 % v posledním roce a 64 % v posledním měsíci. Z těch, kteří užili konopné látky v posledním měsíci, je užila přibližně čtvrtina jednou nebo dvakrát, necelých 40 % více než desetkrát a 9 % užívá konopí denně. Podstatnou část uživatelů konopí v souboru představují jeho častí uživatelé - 50 % z osob, které užily konopné látky v posledním roce, tj. 43 % z celého souboru, je užilo nejméně 5krát v posledním měsíci.

Další skupinou nelegálních drog často užívaných účastníky tanečních akcí jsou halucinogeny. LSD užilo celoživotně 45 %, v posledním roce 23 % a v posledních 30 dnech 9 % respondentů. Prevalence užití lysohlávek je o něco nižší: 43 % celoživotně, 20 % v posledním roce a 4 % v posledním měsíci.

Značně rozšířené mezi příznivci taneční hudby je i užívání pervitinu. Prevalence jeho užití v posledním roce a měsíci je vyšší než u halucinogenů (25 %, resp. 14 %); alespoň jednou v životě užilo pervitin 41 % účastníků tanečních akcí. Průměrná frekvence užívání pervitinu mezi respondenty, kteří uvedli užití v posledním měsíci, je 4,5krát měsíčně.

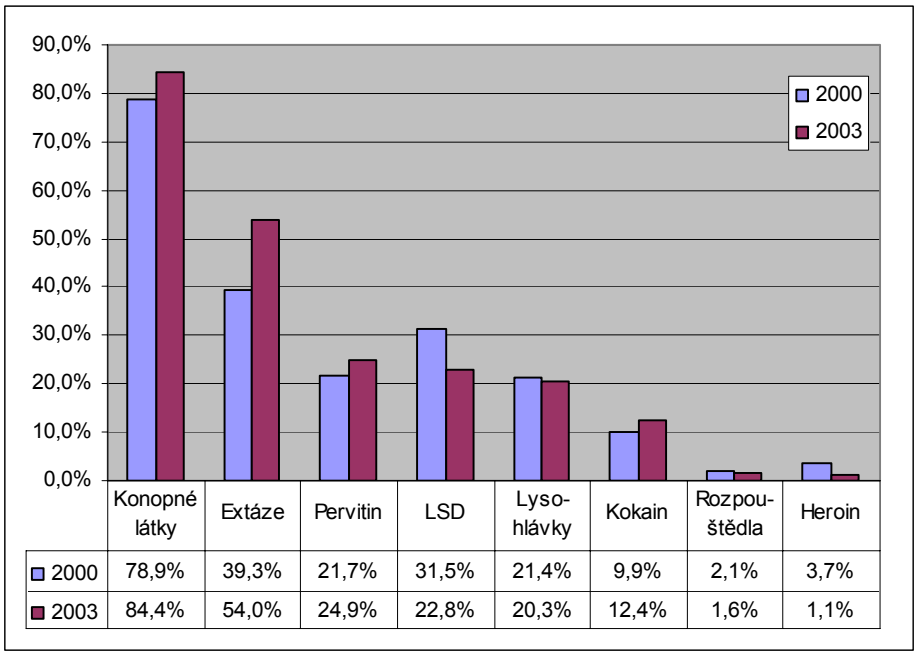
Zjištěna byla také poměrně vysoká prevalence užívání kokainu - 20 % respondentů má s jeho užitím alespoň jednorázovou zkušenost, 12 % jej užilo v posledním roce a 4 % respondentů v posledním měsíci (průměrně 3,8krát).

S užitím heroinu má celoživotní zkušenost 6 % respondentů; prevalence užití v posledním roce a měsíci je nízká - 1 %, resp. 0,4 % (hodnota pod hranicí statistické chyby).

Porovnání roční prevalence užití hlavních typů drog v r. 2000 a 2003 uvádí obrázek 13-2. Oproti r. 2000 se prevalence užití v posledním roce nejvýrazněji zvýšila u extáze, vzrostla i v případě konopných látek, pervitinu a kokainu. Výraznější pokles byl zaznamenán u heroinu a LSD, mírnější u lysohlávek a rozpouštědel.

[45] Tyto údaje platí při vyloučení nulových hodnot a hodnot vyšších než 10.

obrázek 13-2: Prevalence užívání vybraných drog v posledním roce mezi návštěvníky tanečních akcí v r. 2000 a 2003 (Kubů et al. 2000; Kubů et al. 2005)



	Konopné látky	Extáze	Pervitin	LSD	Lyso-hlávky	Kokain	Rozpou-štědla	Heroin
2000	78,9%	39,3%	21,7%	31,5%	21,4%	9,9%	2,1%	3,7%
2003	84,4%	54,0%	24,9%	22,8%	20,3%	12,4%	1,6%	1,1%

Monitorování užívání drog mezi návštěvníky tanečních akcí (Mravčík et al. 2005), kteří využili preventivních a harm reduction služeb poskytovaných nestátními organizacemi, sleduje mimo jiné celoživotní prevalenci a opakované užití vybraných drog v posledním měsíci. Hodnoty celoživotní prevalence a prevalence užití třikrát a častěji v posledních 30 dnech uvádí tabulka 13-2. Ve srovnání s průzkumem Tanec a drogy jsou zjišťovány obdobné hodnoty celoživotní prevalence užití základních typů drog, s výjimkou extáze, kde je hodnota podstatně vyšší (přes 90 %). To je způsobeno nejspíše tím, že služby poskytované NNO v prostředí tanečních akcí většinou zahrnují orientační testy tablet extáze, přičemž tato služba je pro cílovou populaci obvykle nejvíce atraktivní. Soubor je v tomto směru zatížen výběrovou chybou.

tabulka 13-2: Prevalence užívání drog mezi návštěvníky tanečních akcí, kteří v r. 2003 a 2004 využili preventivních a harm reduction služeb poskytovaných nestátními organizacemi (Mravčík & Valnoha, 2005)

Droga	**Celoživotní prevalence**		**Užití 3krát a častěji v posledních 30 dnech**	
	2003	**2004**	**2003**	**2004**
Extáze	90,4	90,2	26,7	25,0
Konopná látka	91,2	96,7	55,1	55,4
Pervitin a jiné amfetaminy	53,0	43,5	15,6	14,1
Heroin	7,7	10,9	1,5	1,1
Kokain	17,5	22,8	2,1	3,3
Halucinogeny	51,7	60,9	8,8	6,5
Toluen*	0,2	-	0	-
N_2O*	0,6	4,3	0,2	1,1
Durman*	0,9	-	0	-
Poppers*	0,4	6,5	0,4	3,3
GHB (GABA)*	-	2,2	-	1,1
Ketamin*	-	3,3	-	1,1

*Pozn.: Látky označené * jsou uvedeny v otevřených odpovědích, prevalence jsou tedy pravděpodobně podhodnoceny.*

Průměrný věk první zkušenosti s užitím jednotlivých typů drog se podle průzkumu Tanec a drogy v případě extáze, halucinogenů a pervitinu pohybuje mezi 18 a 19 lety. S užíváním konopí začínali respondenti dříve (průměrně v 16 letech) a s užíváním kokainu později (ve 20 letech).

tabulka 13-3: Průměrný věk první zkušenosti s užitím nejčastěji užívaných drog (Kubů et al. 2005)

Droga	Počet*	Věk první zkušenosti (roky)	Do 18 let včetně (%)	Do 15 let včetně (%)
Konopné látky	1 457	16,2	87	43
LSD	701	18,3	61	11
Pervitin	593	18,3	61	12
Extáze	1 059	18,6	60	12
Lysohlávky	640	18,8	55	9
Kokain	308	20,4	33	3

*Pozn.: * Počet respondentů, kteří užili alespoň jednou v životě a uvedli věk první zkušenosti*

V rámci průzkumu Tanec a drogy byla zjišťována i prevalence užívání některých látek ze skupiny nových syntetických drog a dalších méně rozšířených typů drog. Tzv. nové syntetické drogy mohou být užívány záměrně, ale mohou se vyskytovat také v tabletách nabízených jako extáze namísto očekávané účinné látky MDMA. Z těchto látek se mezi návštěvníky tanečních akcí vyskytlo pouze užití PMA a 4-MTA; hodnoty prevalence jsou relativně nízké. Vyšší je prevalence užívání legálně dostupných poppers (většinou amylnitráty). Dalšími syntetickými drogami užívanými na taneční scéně jsou GHB (gama-hydroxybutyrát) a ketamin. Pouze 2 % respondentů uvádějí zkušenost s crackem, přibližně 1 % má zkušenost v posledním roce - viz tabulka 13-4.

tabulka 13-4: Prevalence užívání méně rozšířených typů drog mezi návštěvníky tanečních akcí v r. 2003, v % (Kubů et al. 2005)

Droga	Celoživotně	V posledním roce	V posledním měsíci
Poppers	35,1	21,1	7,9
GHB	6,7	2,1	0,9
Ketamin	6,7	1,7	0,8
PMA	2,5	1,3	0
Crack	2,2	1,1	0
4-MTA	0,6	0	0

Navzdory vysoké prevalenci užívání různých typů drog, včetně pervitinu, je výskyt problémových uživatelů mezi návštěvníky tanečních akcí nízký. Podíl osob v souboru, které jsou buď injekčními uživateli drog (užili injekčně alespoň jednou v posledním roce) a/nebo pravidelnými uživateli pervitinu a/nebo kokainu, a naplňují tak definici problémového užívání, činil 5,4 % (89 osob)[46]. Injekčně užilo drogu někdy v životě 7,4 % respondentů, z toho 3,2 % v posledním roce. Jako kritérium pro pravidelné užívání bylo zvoleno užívání pervitinu či kokainu pětkrát a častěji v posledním měsíci. Tuto frekvenci užívání pervitinu a/nebo kokainu uvedlo celkem 5,1 % respondentů. Z pravidelných uživatelů pervitinu jich necelé dvě třetiny (63 %) užily drogy v posledním roce injekčně (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005b).

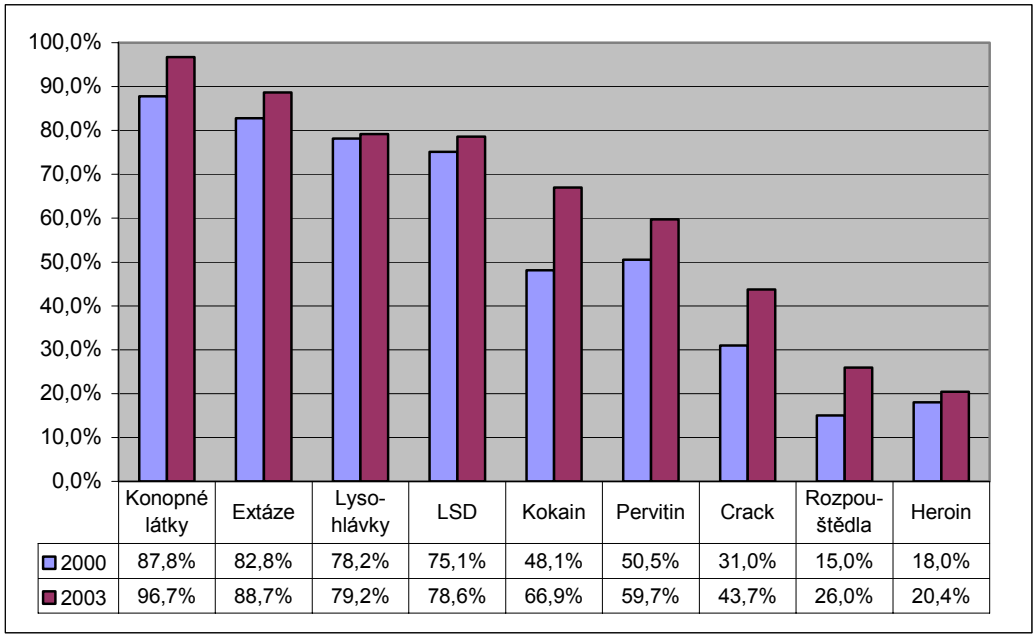
13.1.2 Postoje k užívání drog

V obou rozsáhlejších průzkumech mezi účastníky tanečních akcí z let 2000 a 2003 (Kubů et al. 2000; Kubů et al. 2005) byla zjišťována přijatelnost užívání jednotlivých typů drog. Míra akceptovatelnosti byla sledována pomocí odpovědi na otázku: Kterou drogu bys nikdy nezkusil/a? Nejméně akceptovatelné bylo v r. 2003 užití heroinu (jen pro 20 % respondentů) a rozpouštědel (26 %). Naopak nejpřijatelnější bylo pro respondenty užití konopných látek (97 %), extáze (89 %), lysohlávek a LSD (shodně 79 %). Oproti r. 2000 se zvýšila akceptovatelnost všech základních typů drog, výrazný je tento trend u kokainu, jehož užívání nevyloučilo v r. 2000 celkem 48 % a v r. 2003 dokonce 67 % respondentů - viz obrázek 13-3.

Vysokým hodnotám prevalence užívání nelegálních drog v daném prostředí odpovídají také další postoje respondentů k užívání drog. Více než 78 % respondentů se domnívá, že „dospělí se mohou sami rozhodnout, jaké drogy chtějí užívat“, a 66 % je toho názoru, že je třeba „akceptovat, že pro některé lidi je užívání nelegálních drog normální součástí jejich života“.

[46] Užívání heroinu více než 2krát v posledním měsíci uvedl pouze 1 respondent - jednalo se zároveň o uživatele, který užil drogu injekčně v posledním roce.

obrázek 13-3: Akceptovatelnost jednotlivých drog mezi účastníky tanečních akcí v r. 2000 a 2003 (Kubů et al. 2000; Kubů et al. 2005)



	Konopné látky	Extáze	Lyso-hlávky	LSD	Kokain	Pervitin	Crack	Rozpou-štědla	Heroin
2000	87,8%	82,8%	78,2%	75,1%	48,1%	50,5%	31,0%	15,0%	18,0%
2003	96,7%	88,7%	79,2%	78,6%	66,9%	59,7%	43,7%	26,0%	20,4%

13.1.3 Motivace návštěv tanečních akcí

Jako nejčastější důvody návštěvy tanečních akcí byly účastníky průzkumu Tanec a drogy uvedeny: potřeba bavit se (84 % respondentů), zájem o hudbu (83 %), tanec (71 %) a poznávání lidí (47 %). Pouze 16 % účastníků průzkumu uvedlo jako jeden z důvodů užívání drog.

Nejpopulárnějším hudebním stylem mezi účastníky tanečních akcí je techno - mezi oblíbenými styly elektronické taneční hudby je uvedlo 62 % respondentů. Následují styly drum´n´bass (41 %), house (33 %) a trance (31 %). Uživatelé extáze a pervitinu preferují nejčastěji styl techno, zatímco užívání konopí a halucinogenů nejtěsněji souvisí s oblibou stylu drum´n´bass.

tabulka 13-5: Souvislost mezi užívanými drogami a oblíbenými hudebními styly (Pearsnova korelace) (Kubů et al. 2005)

Droga	Techno	Drum´n´bass	House	Trance
Extáze	0,219*	-0,068*	0,097*	0,073*
Pervitin	0,173*	-0,037	0,021	-0,019
LSD	0,070*	0,110*	-0,081*	-0,032
Konopné látky	0,034	0,107*	-0,026	-0,075*
Kokain	-0,010	-0,016	0,099*	0,052**
Lysohlávky	-0,019	0,142*	-0,036	-0,011

*Pozn.: Korelace je signifikantní: * na hladině významnosti 0,01, ** na hladině významnosti 0,05.*

13.1.4 Sociální a ekonomické charakteristiky

Více než polovina (51 %) účastníků průzkumu má dokončené středoškolské vzdělání s maturitou, následuje nejvyšší dokončené základní (27 %) a vysokoškolské (8 %) vzdělání. 42 % respondentů pracuje, 34 % studuje střední a 19 % vysokou školu; 5 % nepracuje ani nestuduje (z toho 3,4 % představují nezaměstnaní hledající práci). Nejvíce zastoupeným krajem je Praha (28 % respondentů), dalších 28 % osob bydlí na Moravě [47], zbývajících 44 % v dalších regionech.

Průměrný měsíční rozpočet respondentů činí přibližně 8 700 Kč. Necelá polovina účastníků tanečních akcí hospodaří měsíčně s rozpočtem nižším než 5 000 Kč a pouze 7 % s rozpočtem vyšším než 20 000 Kč. Z analýzy výsledků vyplývá, že příznivci taneční hudby utratí na párty za drogy v průměru 11 % svého měsíčního rozpočtu, přičemž polovina respondentů utratí méně než 3 % měsíčního rozpočtu a 5 % utratí polovinu či více svého měsíčního rozpočtu za drogy (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005b).

[47] Tzn. z bývalého Severomoravského či Jihomoravského kraje; průzkum nezjišťoval místo trvalého pobytu podle současných krajů.

13.1.5 Nákup a distribuce drog

Návštěvníci tanečních akcí nakupují drogu nejčastěji od svých přátel (68 % odpovědí). Nákupu od dealera, kterého blíže nezná, obvykle využívá 30 % respondentů.

Častým jevem je nákup drog pro své přátele či příbuzné - nejčastěji jsou takto pořizovány a distribuovány konopné látky (46 % všech respondentů) a extáze (44 %). V případě těchto drog, jejichž užívání je na taneční scéně nejčastější, není neobvyklým jevem ani jejich prodej jiným osobám než přátelům a příbuzným (17 %, resp. 14 %).

13.1.6 Zdroje informací o drogách

Vedle vysoké prevalence užívání drog je pro populaci návštěvníků tanečních akcí charakteristický i zájem o informace týkající se jejich užívání. Pouze 3,6 % respondentů průzkumu Tanec a drogy uvedlo, že nemá dostatek informací o rizicích užívání drog, a necelých 5 % nepovažuje žádné z dostupných informací za důvěryhodné. Zdroje informací o rizicích drog, seřazené podle jejich důvěryhodnosti v r. 2003, uvádí tabulka 13-6.

Nejvíce dostupným a zároveň důvěryhodným zdrojem informací o rizicích užívání drog je pro rekreační uživatele drog internet - 73 % respondentů uvedlo, že využívá informace z tohoto zdroje a 58 % je považuje za důvěryhodné. Následují noviny a časopisy, které byly nejvyužívanějším i nejvíce věrohodným zdrojem informací o drogách v r. 2000. Dostatek informací mají respondenti také od vrstevníků, z televize a ze školy. Informace získávané od vrstevníků jsou zároveň považovány za poměrně důvěryhodné. Nejméně věří rekreační uživatelé drog informacím z rozhlasu a z domova (nejčastěji patrně od rodičů). V poměru k dostupnosti jsou za nejméně důvěryhodné považovány informace získané z televize, rozhlasu a ve škole.

tabulka 13-6: Zdroje informací účastníků tanečních akcí o rizicích užívání drog v r. 2003, v % (Kubů et al. 2005)

Zdroje informací	Dostatek		Důvěryhodnost	
	2000	2003	2000	2003
Internet	57,9	73,0	41,9	58,0
Noviny a časopisy	70,5	59,9	50,1	38,9
Vrstevníci	47,7	48,7	36,4	36,2
Starší kamarádi	29,7	36,2	23,7	31,0
Škola	34,2	39,6	15,7	21,1
Nízkoprahová centra	14,9	12,5	32,5	20,8
Televize	45,5	41,2	20,2	20,0
Domov (rodina)	16,5	19,7	9,9	11,9
Rozhlas	23,6	18,0	11,5	9,0
Žádné	3,4	3,6	-	4,8

13.1.7 Důsledky užívání drog účastníky tanečních akcí

Úmrtí po požití MDMA nebo jiných nebezpečnějších syntetických látek obsažených v tabletách extáze se v ČR vyskytují ojediněle. V r. 2001 se jednalo o předávkování PMA, další 2 úmrtí se vyskytla v r. 2001 po užití MDMA v kombinaci s alkoholem, resp. pervitinem (Zábranský et al. 2002). V r. 2003 došlo v jednom případě k velmi pravděpodobnému předávkování MDMA (Mravčík et al. 2004). V dubnu 2004 došlo v Praze k intoxikaci dvou mladých mužů látkou DOB po záměně s MDMA. Jeden z nich následně zemřel (Páleníček et al. 2004a; Páleníček et al. 2004b) - blíže viz kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 35.

13.1.7.1 Zdravotní následky rekreačního užívání drog

V rámci monitorování užívání drog návštěvníky tanečních akcí probíhá také monitoring výskytu zdravotních problémů a jejich příčin (Mravčík & Valnoha, 2005) - podrobněji viz kapitola Další zdravotní důsledky, str. 45.

Výskyt alespoň jedné z udávaných zdravotních komplikací byl sledován v souvislosti s intenzivním užívání vybraných drog v posledních 30 dnech a s intenzivním polyvalentním užíváním drog v posledním měsíci. Jako statisticky významné predikční faktory výskytu zdravotních komplikací spojených s pobytem na taneční akci byly identifikovány užívání více typů drog a intenzivní užívání pervitinu a jiných amfetaminů, extáze, halucinogenů a konopných látek v posledních 30 dnech (Mravčík et al. 2005) - viz tabulka 13-7.

tabulka 13-7: Výskyt zdravotních komplikací v závislosti na intenzivním užívání vybraných látek v posledních 30 dnech (ODDS ratio, tzv. poměr šancí) (Mravčík et al. 2005)

Užití 3krát a častěji v posledních 30 dnech *	**ODDS ratio**	**95% CI ****	
		dolní	horní
Pervitin a jiné amfetaminy	3,41	2,04	5,68
Více než dvě skupiny drog	2,99	1,97	4,52
Extáze	2,63	1,72	4,03
Halucinogeny	2,20	1,15	4,20
Konopná látka	2,17	1,44	3,26
Kokain	2,18	0,62	7,65
Heroin	1,62	0,36	7,32

*Pozn.: * Referenčními kategoriemi jsou „neužití dané substance 3x a častěji v posledních 30 dnech" a „užití žádné nebo jedné skupiny drog". ** V případě, že 95% interval spolehlivosti ODDS ratio (95% CI) zahrnuje hodnotu 1, nelze daný predikční faktor považovat za statisticky významný na hladině spolehlivosti 95 %.*

13.1.7.2 Poruchy nálad v souvislosti s užíváním drog

V rámci analýzy výsledků průzkumu Tanec a drogy byla zjišťována také souvislost mezi faktory týkajícími se užívání drog a výskytem subjektivně pociťovaných poruch nálady, které jsou charakteristickými symptomy deprese[48].

Pokud jde o užívání drog, byly použity dva ukazatele. První sledoval užívání více typů drog během posledního roku a druhý spotřebované množství extáze v posledním měsíci. Polyvalentní užívání drog je pro účastníky tanečních akcí typické, přibližně 45 % respondentů průzkumu uvedlo užívání tří a více drog v posledním roce; zhruba 12 % respondentů užilo 3 a více tablet extáze v posledním měsíci.

Výsledky této části analýzy potvrdily souvislost mezi rostoucí mírou depresivity a zvýšeným počtem užívaných drog, a to u mužů i žen, přičemž ženy mají vyšší průměrné hodnoty depresivních symptomů než muži. U žen roste míra depresivity také s četností a množstvím užívané extáze, u mužů se tento vztah potvrdil jen částečně. Depresivní symptomy častěji a ve větší míře udávají ženy. Nejvyšších hodnot na tzv. škále depresivity dosahovaly ženy užívající extázi 3krát a častěji v posledních 30 dnech - hrubý skór depresivity vyšší než 12 (na škále od 0 do 18 bodů) se u nich vyskytuje ve 41 % případů. Průřezová data neumožňují určit směr nalezených souvislostí, ani jejich klinickou relevanci.

13.1.7.3 Řízení pod vlivem drog a dopravní nehody

Značná část z těch respondentů, kteří jsou majiteli řidičského průkazu, řídila někdy pod vlivem drog. Častější než řízení pod vlivem alkoholu je zkušenost s řízením po užití konopných látek (56 %). Pod vlivem extáze někdy řídilo 26 % a pod vlivem pervitinu 15 % řidičů. Pokud jde o případy dopravních nehod pod vlivem návykových látek, nejčastěji k nim došlo při řízení pod vlivem alkoholu, a to i relativně, vzhledem k výskytu řízení pod jeho vlivem. Významný je i podíl dopravních nehod pod vlivem konopných látek. Z odpovědí bohužel nebylo možné získat údaj o řízení a dopravních nehodách za současného vlivu konopných látek a alkoholu, i když se může jednat o poměrně častý jev. Výsledky shrnuje tabulka 13-8.

tabulka 13-8: Řízení motorových vozidel a nehody pod vlivem drog u účastníků tanečních akcí (Kubů et al. 2005)

Majitelé řidičského průkazu (n=1010)		**Alkohol**	**Konopné látky**	**Extáze**	**Pervitin**	**LSD/ lysohlávky**	**Kokain**
Řízení pod vlivem	Počet	421	566	264	146	97	54
	Podíl (%)	41,7	56,0	26,1	14,5	9,6	5,3
Z toho nehoda	Počet	44	20	3	2	0	1
	Podíl (%)	10,5	3,5	1,1	1,4	0	1,9

13.1.8 Shrnutí výsledků průzkumů na taneční scéně

Výsledky výše popsaných studií vedou zejména k těmto závěrům:

- Prevalence užívání legálních i nelegálních drog v subpopulaci účastníků tanečních akcí je velmi vysoká. Jen zhruba 10 % návštěvníků tanečních akcí neužilo v posledním roce žádnou z ilegálních drog. Prevalence užívání základních typů drog, s výjimkou heroinu, v období mezi lety 2000 a 2003 stoupla. Nejvíce užívanými drogami jsou konopné látky, extáze, pervitin a halucinogeny. Častým fenoménem je užívání více typů drog (tzv. polyvalentní užívání).

[48] Výskyt poruch nálady v posledním měsíci byl sledován pomocí 6 otázek (nechuť k jídlu, problémy se soustředěním, skleslost, pocity smutku, obtížnost plnění povinností a neschopnost pracovat); odpovědi byly rozděleny do čtyřstupňové škály od „nikdy" po „často".

- Postoje této cílové skupiny vykazují vysokou akceptovatelnost užívání drog. Užívání extáze není akceptovatelné pro 11 % a užívání konopných látek dokonce jen pro 3 % účastníků tanečních párty. Na druhé straně je užívání drog hlavním motivem pro účast na těchto zábavních akcích pouze pro 16 % jejich návštěvníků. Užívání drog je pro tuto subpopulaci běžnou formou, nebo spíše typickým průvodním jevem trávení volného času.
- Užívání drog nepociťují tito uživatelé jako závažnější problém. Sociální status těchto osob je relativně vysoký (53 % studuje střední nebo vysokou školu, 42 % pracuje). Naprostá většina (97 %) ze zkoumané populace se domnívá, že má dostatek informací o rizicích užívání drog. I přesto se u 30 % osob vyskytly některé formy zdravotních komplikací a 4 % vyhledala v této souvislosti odbornou pomoc lékaře. Častou příčinou zdravotních komplikací je užití nadměrného množství drogy (zejména pervitinu či extáze) a kombinace více typů drog. Dalším poměrně často se vyskytujícím rizikovým chováním je řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu a/nebo nelegálních psychoaktivních látek. Ukazuje se tedy, že zdravotní rizika užívání drog (ať již samotného nebo v kombinaci s dalšími faktory spojenými s pobytem na tanečních akcích) mohou být podceňována.
- Návštěvníci tanečních akcí zřídka vyhledávají odbornou poradenskou či lékařskou pomoc; z velké části se jedná o skrytou, obtížně dosažitelnou populaci uživatelů drog. Poznatky získané na základě provedených průzkumů potvrdily, že vhodným nástrojem pro kontaktování uživatelů drog, které je nezbytnou podmínkou pro ovlivnění jejich postojů k užívání drog žádoucím směrem (tj. buď k zastavení užívání drog, anebo alespoň k jeho omezení a k minimalizaci jeho negativních dopadů), jakož i vhodným nástrojem k monitorování aktuálních trendů na taneční scéně jsou služby drogové prevence a snižování rizik poskytované přímo v prostředí tanečních akcí.

13.2 Opatření zaměřená na rekreační užívání drog

13.2.1 Systém včasného varování

Předcházet negativním zdravotním následkům užívání nových drog je cílem Systému včasného varování (Early-warning system, EWS), který byl v ČR zaveden v r. 2003 v návaznosti na Společný postup států EU v oblasti nových syntetických drog z r. 1997 (Joint Action on new synthetic drugs). Tento právní dokument byl s účinností od 1. května 2005 nahrazen rozhodnutím Rady EU[49], které rozšířilo tento systém z nových syntetických drog na všechny nově se vyskytující psychoaktivní látky; základní principy však zůstaly nezměněny.

Spolupráce probíhá ve třech na sebe navazujících fázích: 1) rychlá obousměrná výměna informací o nově se vyskytujících drogách, 2) vědecké zhodnocení rizik těchto nových drog a (v odůvodněných případech), 3) podřízení dané látky kontrole ve všech členských státech EU. Systém včasného varování představuje nástroj potřebný pro realizaci první fáze procesu - rychlé výměny informací o výskytu nových drog a rizik spojených s jejich užíváním. Mezinárodními partnery a garanty celého procesu jsou EMCDDA a Europol.

V ČR byly vytvořeny podmínky k zavedení tohoto systému do praxe na konci r. 2003, kdy NMS ustavilo pracovní skupinu Systém včasného varování, složenou z odborníků z oblasti protidrogové prevence, ochrany veřejného zdraví i z trestněprávní sféry. Členy této pracovní skupiny jsou také zástupci neziskových organizací poskytujících služby drogové prevence v prostředí tanečních akcí. Pracovní skupina se schází nejméně dvakrát ročně a jejím úkolem je zejména koordinovat výměnu informací o nových a nebezpečných fenoménech v oblasti užívání drog. V červenci 2005 byla pracovní skupina Systém včasného varování oficiálně ustavena usnesením RVKPP.

Díky spolupráci v uvedené pracovní skupině došlo v dubnu r. 2004 k identifikaci vzácně se vyskytující látky DOB, která byla příčinou jednoho případu úmrtí po požití drog. Látka DOB se vyskytla ve formě kapsle, a pravděpodobně došlo k její záměně za MDMA. NMS následně zveřejnilo několik tiskových zpráv, ve kterých varovalo potenciální konzumenty tanečních drog před užitím látek distribuovaných ve formě kapslí.

Mezi členy pracovní skupiny je také zástupce Ústavu farmakologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Od r. 2002 funguje na webových stránkách Ústavu farmakologie databáze tablet extáze užívaných v ČR (http://www.lf3.cuni.cz/drogy/), která obsahuje kvantitativní analýzy jejich obsahu (Fišerová & Páleníček, 2002).

13.2.2 Národní strategie a Akční plán

Národní strategie 2005-2009 definuje mezi specifickými cíli:

- zastavení nárůstu experimentálního a příležitostného užívání drog,
- snížení rizik spojených s užíváním všech typů drog a negativních dopadů jejich užívání.

Na strategii navazující Akční plán 2005-2006 neobsahuje explicitní odkaz na uživatele drog v prostředích tanečních akcí nebo na rozvoj služeb drogové prevence v tomto prostředí. V oblasti snižování rizik je však formulována aktivita, která ukládá příslušným státním institucím (RVKPP, MZ a MPSV) „finančně podporovat programy, které vyhledávají, kontaktují a účinně nabízejí služby specifickým skupinám uživatelů drog a pomáhají jim k zařazení do systému péče o uživatele drog“. Tento úkol navazuje na závěry pracovní skupiny pro přípravu národní strategie Minimalizace rizik,

[49] Rozhodnutí Rady 2005/387/JVV o výměně informací, hodnocení rizika a kontrole nových psychoaktivních látek.

která v rámci analýzy silných a slabých stránek (tzv. SWOT analýza) identifikovala mezi slabými stránkami nízkou dostupnost služeb harm reduction v některých specifických skupinách. Jako jedna z těchto specifických cílových skupin byli uvedeni právě uživatelé tanečních drog.

13.2.3 Preventivní služby v prostředí tanečních akcí

V r. 2003 poskytovalo v ČR informativní rozhovory a materiály o problémech spojených s konzumací tanečních drog přímo v prostředí tanečních akcích 18 nízkoprahových zařízení, 10 z nich nabízelo možnost orientačních kvalitativních testů tablet. V rámci těchto aktivit bylo kontaktováno téměř 5 tisíc uživatelů drog a bylo provedeno 3 010 orientačních testů tablet syntetických drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004b). V r. 2004 vykázalo poskytování harm reduction služeb pro uživatele tanečních drog celkem 16 neziskových organizací, z nichž 5 poskytovalo služby přímo na tanečních akcích. Počet vykázaných kontaktů (všech 16 organizací) v r. 2004 klesl na 3 747, z toho se v 1 128 případech jednalo o uživatele extáze. Dále bylo vykázáno 2 482 poradenských intervencí a 282 orientačních testů tablet syntetických drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e).

Na základě jednání stran vládní koalice na začátku r. 2004 doplnil sekretariát RVKPP[50] do rozhodnutí o poskytnutí dotace požadavek, aby NNO z přidělených dotací nehradily služby orientačního (kvalitativního) testování obsahu tablet syntetických drog, včetně mezd pracovníků za tuto činnost. Většina organizací, které dříve tento typ služeb (ve spojení s předáváním preventivních informací a poradenstvím) poskytovaly, v reakci na tento požadavek od jejich poskytování zcela upustila[51].

Program Prevence zneužívání syntetických drog, Sdružení Podané ruce, který je jedním z hlavních poskytovatelů preventivních a harm reduction služeb v prostředí tanečních akcí, nahradil v r. 2004 služby doprovázené orientačním testováním extáze multimediálním informačním stanem. Tato forma šíření preventivních informací (na barevných plakátech a letácích a pomocí videoprojekce) se však setkala s nízkým zájmem cílové skupiny - např. na největší brněnské taneční akci Orionhall proběhlo v r. 2003 více než 500 přímých kontaktů s uživateli drog (zejména extáze), zatímco na jaře 2005 navštívilo na stejné akci informační stan 65 osob a pouze s 8 z nich byl navázán bližší kontakt. To potvrzuje zkušenosti z jiných států EU, podle kterých je orientační testování tablet účinným nástrojem kontaktování rekreačních uživatelů drog v prostředí taneční scény - viz např. (Benschop et al. 2002).

Program Prevence zneužívání syntetických drog je rovněž provozovatelem informačních webových stránek a on-line poradny pro uživatele tanečních drog (www.extc.cz). V r. 2004 poklesla návštěvnost těchto stránek i využívání on-line poradny. V r. 2004 se uskutečnilo 4 800 přístupů a pracovníci poradny zodpověděli cca 250 dotazů, oproti zhruba 12 000 přístupům a 500 zodpovězeným dotazům v r. 2003. Tento pokles byl patrně způsoben poklesem kontaktů pracovníků programu s cílovou populací v souvislosti s výše popsaným omezením služeb orientačního testování tablet syntetických drog.

Využívání služeb drogové prevence v prostředí tanečních akcí, konkrétně orientačního testování tablet extáze, bylo rovněž zjišťováno v rámci průzkumu Tanec a drogy. Z 860 osob, které užily extázi alespoň jednou v posledním roce, jich 38 % využívá služeb orientačního testování tablet a dalších 5 % provádí vlastní testy za pomoci reakčních činidel. Z těchto celkem 43 % uživatelů extáze, kteří příležitostně nebo vždy (13 %) ověřují složení tablet prodávaných jako extáze, necelá polovina uvedla, že je případná informace o obsahu nebezpečnějších látek v testované tabletě vždy odradí od její konzumace. Dalších 38 % uvedlo, že je taková informace odradí od užití drogy příležitostně a 13 % že nikdy (Kubů et al. 2005).

Podle průzkumu mezi klienty preventivních a harm reduction programů na taneční scéně (Mravčík et al. 2005) bylo mezi návštěvníky tanečních akcí v r. 2003 cca 10 % osob, které využily uvedených služeb (poradenství, informační rozhovor, kvalitativní testování tablet) bez předchozí zkušenosti s užitím extáze. Služby prevence a minimalizace rizik, poskytované přímo v prostředí tanečních akcí, tedy mohou být efektivním nástrojem také pro kontaktování a ovlivnění postojů prvouživatelů drog, kteří patří z hlediska negativních zdravotních následků mezi nejohroženější cílové skupiny.

[50] Sekretariát RVKPP mimo jiné administrativně a organizačně zajišťuje proces přidělování dotací z rozpočtové kapitoly VPS na realizaci programů protidrogové politiky.

[51] I když by tyto služby teoreticky mohly být hrazeny z jiných finančních prostředků, které musí tvořit minimálně 30 % celkového rozpočtu příjemců dotací.

Seznam tabulek

tabulka 1-1: Cíle Národní strategie 2005-2009 a oblasti Akčního plánu 2005-2006....5
tabulka 1-2: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v roce 2004 ze státního a místních rozpočtů (tis. Kč) 7
tabulka 1-3: Čerpání finančních prostředků z VPS na Úřadu vlády ČR v r. 2004 (tis. Kč) 8
tabulka 1-4: Čerpání finančních prostředků z rozpočtu krajů v r. 2002-2004 (tis. Kč) 9
tabulka 1-5: Čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu a z místních rozpočtů v r. 2002-2004 (tis. Kč) 9
tabulka 2-1: Prevalence užití návykových látek v dospělé populaci (celoživotní a v posledních 12 měsících, v %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d) 12
tabulka 2-2: Prevalence užití návykových látek mezi 18letými studenty (celoživotní, v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech), v % (Csémy et al. 2005) 14
tabulka 2-3: Celoživotní prevalence užití návykových látek u 12, 14 a 16letých, v % (Blatný et al. 2004) 15
tabulka 2-4: Podíl žáků/studentů, kteří byli ve škole po požití návykové látky, v % (Blatný et al. 2004)....15
tabulka 2-5: Celoživotní prevalence užití nelegálních drog mezi vysokoškolskými studenty (v %) - srovnání průzkumů (Bečková et al. 1999; Bečková & Višňovský, 2000; Kavalírová et al. 2003; Klusoňová, 2005) 16
tabulka 4-1: Vývoj prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002-2004 (NMS, 2005)....21
tabulka 4-2: Délka pravidelného injekčního užívání respondentů ve studii Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog.22
tabulka 5-1 Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v r. 2004....27
tabulka 5-2: Počet ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000-2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e)....27
tabulka 5-3: Počet zdravotnických ambulantních zařízení podle počtu léčených pacientů v r. 2003 a 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e)....28
tabulka 5-4: Počet pacientů léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r.2003 a 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e)....28
tabulka 5-5: Pacienti substituční léčby ve specializovaných programech - stav k 31.12.2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004c)....32
tabulka 5-6: Poměr mezi uživateli heroinu a Subutexu ve vybraných nízkoprahových programech v ČR v lednu-únoru 2005, v % (Randák, 2005)....33
tabulka 5-7: Důvod ukončení substituční léčby ve specializovaných centrech v l. 2000-2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2005f) 34
tabulka 6-1: Smrtelná předávkování OPL v ČR v r. 2004 podle skupin OPL, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005) 36
tabulka 6-2: Úmrtí za přítomnosti OPL zjištěná na odd. soudních lékařství v ČR v r. 2004 podle skupin OPL a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)....37
tabulka 6-3: Popis jednotlivých kohort (Lejčková & Mravčík, 2005)....38
tabulka 6-4: Přímo standardizovaná míra úmrtnosti v ‰ (na 1000 osoboroků sledování) (Lejčková & Mravčík, 2005; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005c) 38
tabulka 6-5: Incidence HIV+ v ČR do 31.12.2004 dle způsobu přenosu (Jedlička et al. 2005) 39
tabulka 6-6: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV 1994-2005 (Brůčková et al. 2005; Jedlička et al. 2005) ..40
tabulka 6-7: Výsledky prospektivní části studie NMS „Výskyt seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ dle zúčastněných zařízení....42
tabulka 6-8: Výsledky testování injekčních uživatelů drog ve 23 nízkoprahových zařízeních v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e) 42
tabulka 6-9: Výsledky monitorování infekcí u pacientů substitučních center v r. 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2005f) 42
tabulka 6-10 Hospitalizovaní pacienti v r. 2003 s vedlejší diagnózou F10-F19, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2004b) 43
tabulka 6-11: Intoxikace drogami v ČR, srovnání let 2001-2004 podle jednotlivých drog (Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2005; Polanecký et al. 2003; Polanecký et al. 2002)....43
tabulka 6-12: Počet případů, průměrný věk a podíl mužů podle 4 kategorií u zemřelých při dopravních nehodách (Mravčík & Zábranský, 2005) 44
tabulka 6-13: Nález alkoholu a OPL v tělech zemřelých účastníků dopravních nehod (Mravčík & Zábranský, 2005)....44
tabulka 6-14: Výskyt pozitivních nálezů u alkoholu a dalších OPL u aktivních účastníků dopravních nehod podle pohlaví (Mravčík & Zábranský, 2005) 44
tabulka 6-15: Průměrný věk u pozitivních a negativních nálezů alkoholu a dalších OPL u aktivních účastníků dopravních nehod (Mravčík & Zábranský, 2005) 45
tabulka 6-16: Celoživotní výskyt zdravotních komplikací v souvislosti s pobytem na taneční akci podle typu komplikací, v % (Mravčík & Valnoha, 2005)....45
tabulka 6-17: Celoživotní výskyt zdravotních komplikací v souvislosti s pobytem na taneční akci podle domnělých příčin, v % (Mravčík & Valnoha, 2005)....45
tabulka 7-1: Údaje o klientech nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e) 47
tabulka 7-2: Údaje o službách nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e) 47
tabulka 7-3: Odhad počtu klientů a kontaktů nízkoprahových zařízení v ČR v r. 2002-2004 47

tabulka 7-4: Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových zařízeních v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e)....48
tabulka 7-5: Výměnné programy v r. 1998-2004 (Mravčík et al. 2004; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e; Polanecký et al. 2005)....48
tabulka 7-6: Počet vyměněných stříkaček (ks) dle krajů v r. 2002-2004 (Mravčík et al. 2004; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e; Polanecký et al. 2005)....49
tabulka 8-1: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu, v % (Polanecký et al. 2005)....51
tabulka 8-2: Počty obžalovaných osob z drogových trestných činů (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005)....55
tabulka 8-3: Počty odsouzených osob za drogové trestné činy (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005)....55
tabulka 8-4: Odhad počtu finančně motivovaných trestných činů uživatelů drog a jejich podílu na vybraných typech trestných činů (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005)....58
tabulka 8-5: Užívání drog mezi vězněnými osobami v r. 2003-2004 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2005)....58
tabulka 9-1: Trestná činnost klientů PMS - uživatelů drog, v % (Probační a mediační služba ČR, 2005)....61
tabulka 9-2: Vybrané trestné činy klientů PMS podle druhu užívané drogy (abs. počet) - (Probační a mediační služba ČR, 2005)....61
tabulka 9-3: Nejčastější typy činnosti PMS v případech uživatelů drog (Probační a mediační služba ČR, 2005)....61
tabulka 10-1: Průměrná týdenní spotřeba a další charakteristiky problémových uživatelů pervitinu (Petroš et al. 2005)....62
tabulka 10-2: Průměrná týdenní spotřeba a další charakteristiky problémových uživatelů heroinu (Petroš et al. 2005)....62
tabulka 10-3: Průměrná týdenní spotřeba a další charakteristiky problémových uživatelů Subutexu (Petroš et al. 2005)....62
tabulka 10-4: Počty záchytů a množství zadržených drog v r. 2002-2004 (Národní protidrogová centrála, 2005b)....64
tabulka 10-5: Čistota vybraných typů drog v r. 2004, v % (Národní protidrogová centrála, 2005b)....66
tabulka 11-1: Nestandardizovaná úmrtnost podle pohlaví a typu drogy, v ‰ (Mravčík et al. 2004)....70
tabulka 11-2: Počty nově hlášených případů HIV, VHB a VHC u injekčních uživatelů v r. 2004 (Beneš & Částková, 2005; Brůčková et al. 2005)....73
tabulka 11-3: Výsledky vyšetření na HIV, VHB a VHC u injekčních uživatelů drog dle pohlaví (Brůčková et al. 2005; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005d; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e; Ústav zdravotnických informací a statistiky , 2005f)....73
tabulka 11-4: Přehled podílu žen mezi obviněnými, obžalovanými a odsouzenými v r. 1998-2004 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005)....74
tabulka 12-1: Přehled aktivit v oblasti užívání alkoholu a tabáku definovaných v Akčním plánu národní protidrogové politiky (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005)....78
tabulka 13-1: Prevalence užívání hlavních typů drog mezi návštěvníky tanečních akcí v r. 2003, v % (Kubů et al. 2005)....80
tabulka 13-2: Prevalence užívání drog mezi návštěvníky tanečních akcí, kteří v r. 2003 a 2004 využili preventivních a harm reduction služeb poskytovaných nestátními organizacemi (Mravčík & Valnoha, 2005)....82
tabulka 13-3: Průměrný věk první zkušenosti s užitím nejčastěji užívaných drog (Kubů et al. 2005)....83
tabulka 13-4: Prevalence užívání méně rozšířených typů drog mezi návštěvníky tanečních akcí v r. 2003, v % (Kubů et al. 2005)....83
tabulka 13-5: Souvislost mezi užívanými drogami a oblíbenými hudebními styly (Pearsnova korelace) (Kubů et al. 2005)....84
tabulka 13-6: Zdroje informací účastníků tanečních akcí o rizicích užívání drog v r. 2003, v % (Kubů et al. 2005)....85
tabulka 13-7: Výskyt zdravotních komplikací v závislosti na intenzivním užívání vybraných látek v posledních 30 dnech (ODDS ratio, tzv. poměr šancí) (Mravčík et al. 2005)....86
tabulka 13-8: Řízení motorových vozidel a nehody pod vlivem drog u účastníků tanečních akcí (Kubů et al. 2005)....86

Seznam obrázků

obrázek 1-1: Osoby stíhané za nedovolené přechovávání drog pro osobní potřebu podle druhu drogy (Národní protidrogová centrála, 2005b)....4
obrázek 1-2: Osoby stíhané za nedovolenou výrobu, pěstování a distribuci drog podle druhu drogy (Národní protidrogová centrála, 2005b)....4
obrázek 2-1: Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog podle věkových skupin, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d)....13
obrázek 2-2: Prevalence užití jakékoliv nelegální drogy - srovnání 16letých a 18letých studentů (celoživotní, v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech), v % (Csémy et al. 2005)....14
obrázek 2-3: Subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek (% studentů, kteří by látku sehnali „velmi snadno“ nebo „celkem snadno“) (Blatný et al. 2004)....15
obrázek 2-4: Subjektivní vnímání rizik užívání drog, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005c)....18
obrázek 2-5: Přijatelnost vybraných druhů chování (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2005)....18
obrázek 4-1: Přehled prevalenčních odhadů všech problémových uživatelů drog provedených multiplikačními metodami v ČR v r. 2000-2004 (Mravčík et al. 2004; Mravčík & Zábranský, 2001; Mravčík et al. 2003; Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2005; Polanecký et al. 2003)....22
obrázek 4-2: První žádosti o léčbu v souvislosti s vybranými typy drog v r. 1995-2004 (Polanecký et al. 2005)....24
obrázek 4-3: Všechny žádosti o léčbu v souvislosti s vybranými typy drog v r. 2002-2004 (Polanecký et al. 2005)....25
obrázek 4-4: Průměrný věk prvožadatelů v r. 1995-2004 (Polanecký et al. 2005)....25
obrázek 4-5: Vybrané charakteristiky prvožadatelů v r. 1996-2004 (Polanecký et al. 2005)....26
obrázek 4-6: Vybrané charakteristiky všech žadatelů v r. 2002-2004 (Polanecký et al. 2005)....26
obrázek 5-1: Vývoj počtu pacientů léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2000-2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2004a)....28

obrázek 5-2: Vývoj počtu hospitalizovaných na poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 1995-2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e).....30
obrázek 5-3: Distribuované množství Subutexu a odhadovaný počet uživatelů Subutexu v r. 2000-2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004a; Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2005).....33
obrázek 6-1: Smrtelná předávkování OPL v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005).....36
obrázek 6-2: Smrtelná předávkování vybranými OPL v r. 1998-2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005).....37
obrázek 6-3: Standardizovaný index úmrtnosti (SMR) podle pohlaví a typu drogy (Lejčková & Mravčík, 2005; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005c).....39
obrázek 6-4: Hlášená incidence VHB a podíl injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996-2004 (Beneš & Částková, 2005; Polanecký et al. 2005).....40
obrázek 6-5: Hlášená incidence akutní VHC a podíl injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1997-2004 (Beneš & Částková, 2005; Polanecký et al. 2005).....41
obrázek 6-6: Hlášená incidence akutní a chronické VHC a podíl injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996-2004 (Beneš & Částková, 2005).....41
obrázek 8-1: Stíhaní pachatelé drogových trestných činů v r. 2004 podle druhu drogy (Národní protidrogová centrála, 2005b).....52
obrázek 8-2: Stíhaní pachatelé drogových trestných činů v r. 2002-2004 podle vybraných drog (Národní protidrogová centrála, 2005b).....53
obrázek 8-3: Stíhaní pachatelé drogových trestných činů v r. 1996-2004 (Ministerstvo vnitra ČR, 2005).....53
obrázek 8-4: Stíhané osoby v souvislosti s drogovými trestnými činy - srovnání statistik státních zastupitelství a Policie ČR (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005; Ministerstvo vnitra ČR, 2005).....55
obrázek 8-5: Stíhaní, obžalovaní a odsouzení pachatelé drogových trestných činů (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005).....56
obrázek 8-6: Skladba trestů za drogové trestné činy v r. 2004 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2005).....56
obrázek 8-7: Odhad podílu finančně motivované kriminality uživatelů drog na celkovém počtu vybraných trestných činů (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005).....57
obrázek 8-8: Odhad podílu finančně motivované kriminality uživatelů na trestné činnosti (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005).....57
obrázek 10-1: Odhadovaný trend spotřeby drog v ČR v r. 1999-2003 (Vopravil, 2005).....63
obrázek 10-2: Počet záchytů základních typů drog v r. 2002-2004 (Národní protidrogová centrála, 2005b).....64
obrázek 10-3: Rozdělení záchytů vybraných typů drog podle objemu (Národní protidrogová centrála, 2005a).....65
obrázek 11-1: Celoživotní prevalence užití drog u žen a mužů ve věkové skupině 18-64 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d).....67
obrázek 11-2: Prevalence užití drog v posledním roce u žen a mužů ve věkové skupině 18-64 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d).....67
obrázek 11-3: Celoživotní prevalence užití drog u 16letých dívek a chlapců, v % (Csémy et al. 2005).....68
obrázek 11-4: Prevalence užití drog v posledním roce u 16letých dívek a chlapců, v % (Csémy et al. 2005).....68
obrázek 11-5: Celoživotní prevalence užití drog v populaci účastníků tanečních akcí, v % (Kubů et al. 2004).....69
obrázek 11-6: Prevalence užití drog v posledním roce v populaci účastníků tanečních akcí, v % (Kubů et al. 2004).....69
obrázek 11-7: Smrtelná předávkování OPL v ČR v r. 2004 podle skupin OPL a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005).....70
obrázek 11-8: Mortalita podle pohlaví a věkových skupin - všechny drogy celkem, v ‰ (Mravčík et al. 2004).....70
obrázek 11-9: Klienti zařízení, která se účastnila dotačního řízení RVKPP v r. 2004, podle pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e).....71
obrázek 11-10: Podíl žen v Registru žadatelů o léčbu (Polanecký et al. 2005).....71
obrázek 11-11: Poměr pohlaví žadatelů o léčbu podle věkových skupin v r. 2004 (Polanecký et al. 2005).....72
obrázek 11-12: Porovnání průměrného věku žadatelů o léčbu podle pohlaví v r. 2002- 2004 (Polanecký et al. 2005).....72
obrázek 11-13: Žadatelé o léčbu v r. 2004 podle pohlaví a charakteru bydlení (Polanecký et al. 2005).....72
obrázek 11-14: Žadatelé o léčbu v r. 2004 podle pohlaví a základní drogy (Polanecký et al. 2005).....73
obrázek 11-15: Zkušenost s pobytem ve vězení a ve vazbě u respondentů studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog dle pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003).....74
obrázek 13-1: Srovnání celoživotní prevalence užívání drog v obecné populaci (věk 18-24 let) a mezi návštěvníky tanečních akcí (Kubů et al. 2005; Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d).....81
obrázek 13-2: Prevalence užívání vybraných drog v posledním roce mezi návštěvníky tanečních akcí v r. 2000 a 2003 (Kubů et al. 2000; Kubů et al. 2005).....82
obrázek 13-3: Akceptovatelnost jednotlivých drog mezi účastníky tanečních akcí v r. 2000 a 2003 (Kubů et al. 2000; Kubů et al. 2005).....84

Seznam map

mapa 1-1: Čerpání finančních prostředků na protidrogovou politiku v krajích ČR v r. 2004 ze státního a místních rozpočtů (v tis. Kč na 100 tis. obyv.) 9
mapa 4-1: Počet všech žádostí o léčbu v r. 2004 podle typů drog a regionů (na 100 tis. obyv.) (Polanecký et al. 2005) 24
mapa 5-1: Protialkoholní záchytné stanice v ČR v r. 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005g) 29
mapa 5-2: Psychiatrické léčebny v ČR v r. 2004 31
mapa 5-3: Terapeutické komunity v ČR v r. 2004 31
mapa 5-4: Specializovaná substituční centra v ČR - stav z ledna 2005 32
mapa 7-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2004 46
mapa 7-2: Počet vyměněných stříkaček a jehel v přepočtu na 1 000 obyvatel podle krajů v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e; Polanecký et al. 2005) 49
mapa 8-1: Závažnost situace v oblasti užívání drog ve sledovaných romských komunitách (Šimíková & Winkler, 2005) 51
mapa 8-2: Stíhaní pachatelé drogových trestných činů v r. 2004 podle krajů na 100 tis. obyv. (Ministerstvo vnitra ČR, 2005) 54
mapa 9-1: Zařízení následné péče o uživatele drog v ČR v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005e) 59

Vybrané stránky s drogovou tématikou na českém internetu

Rozsáhlý seznam (nejen) českých webových stránek zabývajících se drogami je k dispozici na adrese http://www.drogy-info.cz/link/category/1/. V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané oficiální stránky klíčových institucí v oblasti prevence, léčby a sledování užívání drog.

Adiktologie - odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí: http://www.adiktologie.cz/

A.N.O. - Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí: http://www.asociace.org/

Antidopingový výbor České Republiky: http://www.antidoping.cz/

Celní správa ČR: http://www.cs.mfcr.cz/

Centrum epidemiologie a mikrobiologie SZÚ: http://www.szu.cz/cem/hpcem.htm

Centrum pro výzkum veřejného mínění - Sociologický ústav AV ČR: http://www.cvvm.cas.cz/

Česká asociace streetwork: http://streetwork.ecn.cz/

Česká lékařská společnost JEP: http://www.cls.cz/

Česká lékařská společnost JEP - hledání v časopisech: http://www.clsjep.cz/hledani.asp

Česká neuropsychofarmakologická společnost: http://www.cnps.cz/

Český statistický úřad: http://www.czso.cz/

Drogový Informační Server (Sananim): http://www.sananim.cz/

DROP-IN: http://www.dropin.cz/

EXTC - prevence zneužívání syntetických drog: http://www.extc.cz/

Hygienická stanice hl. m. Prahy: http://www.hygpraha.cz/

Informační centrum OSN v Praze: http://www.osn.cz/

Informační portál primární prevence: http://www.odrogach.cz/

Institut pro kriminologii a sociální prevenci: http://portal.justice.cz/soud/soud.aspx?o=6&j=16&k=207

Kriminalistický ústav: http://www.mvcr.cz/policie/ku/index.html

Metadonová substituce: http://www.methadone.cz/

Ministerstvo spravedlnosti - české soudnictví: http://portal.justice.cz/

Ministerstvo práce a sociálních věcí: http://www.mpsv.cz/

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: http://www.msmt.cz/

Ministerstvo vnitra: http://www.mvcr.cz/

Ministerstvo zdravotnictví: http://www.mzcr.cz/

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: http://www.drogy-info.cz/; http://www.focalpoint.cz/ (English)

Národní program boje proti AIDS ČR: http://www.aids-hiv.cz/

Národní protidrogová centrála Policie ČR: http://www.mvcr.cz/policie/npdc.html

Newton IT - Přehled tisku s tematikou drog: http://imm.newtonit.cz/drogy.newton.cz.asp

Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti, odloučené pracoviště pedagogicko-psychologické poradny v Brně: www.poradenskecentrum.cz

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, podvýbor pro problematiku drog a toxikomanie: http://snemovna.cz/sqw/fsnem.sqw?id=669

Probační a mediační služba ČR: http://portal.justice.cz/soud/soud.aspx?o=202&j=212&k=2015

Prev-Centrum: http://www.prevcentrum.cz/

Psychiatrické centrum Praha: http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: http://wtd.vlada.cz/pages/rvk_rkpp.htm; http://wtd.vlada.cz/pages/rvk_rkpp_en.htm (English)

Sdružení Podané ruce: http://www.podaneruce.cz/

Soudní lékařství v ČR: http://www.nemcb.cz/soudni/

Státní zdravotní ústav: http://www.szu.cz/

Ústav farmakologie 3. LF UK - neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí: http://www.lf3.cuni.cz/drogy/

Ústav zdravotnických informací a statistiky: http://www.uzis.cz/

Vězeňská služba ČR: http://www.vscr.cz/

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: http://www.vupsv.cz/

Zkratky

A.N.O. - Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí

AT - alkohol - toxikomanie

CPPT – Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.

CVVM - Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR

ČLS JEP - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR - Česká republika

ČSÚ - Český statistický úřad

EMCDDA - Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost

ESPAD - Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

EU - Evropská unie

EWS - Systém včasného varování (Early-warning System)

GŘC - Generální ředitelství cel MF ČR

GŘVS - Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

HIV- virus lidského imunodeficitu

HR - harm reduction

HR A.N.O. - odborná sekce Harm Reduction Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí

HS - hygienická služba

HS HMP - Hygienická stanice hlavního města Prahy

IUD - injekční uživatel(é) drog

K-centrum - kontaktní centrum

Kraje ČR:

- PHA - Hl. m. Praha
- STC - Středočeský
- JHC - Jihočeský
- PLK - Plzeňský
- KVK - Karlovarský
- ULK - Ústecký
- LBK - Liberecký
- HKK - Královéhradecký
- PAK - Pardubický
- VYS - Vysočina
- JHM - Jihomoravský
- OLK - Olomoucký
- ZLK - Zlínský
- MSK - Moravskoslezský

MES - Minimální evaluační set

MF - ministerstvo financí

MK - Ministerstvo kultury

MKN 10 - 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

MO - Ministerstvo obrany

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

MPO – Ministerstvo průmyslu a obchodu

MS - Ministerstvo spravedlnosti

MŠMT - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MV - Ministerstvo vnitra

MZ - Ministerstvo zdravotnictví

Národní strategie 2005-2009 - Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009

NMS - Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

NNO (též NGO) - nestátní neziskové organizace (non-governmental organisations)

NPC - Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR

OKTE - odbor(y) kriminalistických technik a expertíz krajských ředitelství Policie ČR

OPL - omamná a psychotropní látka

O.s. - Občanské sdružení

PCP - Psychiatrické centrum Praha

PMS - Probační a mediační služba ČR

PS PČR - Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR

RVKPP - Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dříve MPK - Mezirezortní protidrogová komise)

SNN - Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

sRVKPP - sekretariát RVKPP

SSLST - Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie

TŘ - zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (Trestní řád)

TZ - zákon č. 140/1961 Sb., Trestní zákon

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

VFN – všeobecná fakultní nemocnice v Praze

VHA - virová hepatitida typu A

VHB - virová hepatitida typu B

VHC - virová hepatitida typu C

VPS - kapitola Všeobecná pokladní správa Národního účtu ČR

VS - Vězeňská služba ČR

WHO - Světová zdravotnická organizace

Věcný rejstřík

abstinence, 27
alkohol, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 23, 28, 29, 37, 42, 43, 44, 45, 68, 70, 76, 77, 78, 79, 86, 87, 94
amfetamin, 1, 12, 13, 58, 82, 86
Asociace nestátních organizací (A.N.O) zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 10, 20, 59, 60, 93, 94
AT ordinace, 27
bezdrogové zóny, 60
braun, 21, 23
buprenorfin, 2, 17, 21, 22, 27, 31, 32, 35, 62, 65
cena, 2, 33, 62, 65
  drog, 65
Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR, 18, 94
certifikace, 6, 20
crack, 12
Česká asociace streetwork, 93
čistota, 2, 62, 65
  drog, 65
databáze tablet, 87
doléčování, 7, 75
důsledky, 11, 12, 17, 35, 45, 46, 50, 76, 85
  sociální, 2, 12
  zdravotní, 45, 85
efektivita, 5, 6, 20
EMCDDA, 6, 10, 23, 26, 67, 87, 94
ESPAD (školní průzkum, 13, 15, 63, 68, 94
evaluace, 5, 6, 20, 34
Evropská unie, 3, 5, 63, 77, 87, 88, 94
extáze, 1, 2, 10, 12, 13, 16, 17, 35, 44, 45, 51, 52, 62, 64, 65, 68, 73, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88
financování, 5, 6, 7, 10, 19, 56
Generální ředitelství cel, 7, 8, 94
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 58, 60, 94
halucinogeny, 1, 12, 13, 14, 36, 73, 80, 81, 82, 84, 85, 86
harm reduction, 71, 75, 82, 88, 94
hepatitida, 1, 35, 40, 74, 94
heroin, 1, 2, 14, 17, 21, 22, 24, 25, 29, 30, 33, 35, 43, 44, 45, 47, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 81, 83, 86
HIV/AIDS, 1, 17, 35, 39, 40, 42, 46, 48, 74, 93, 94
hospitalizace, 2, 23, 29, 30, 42, 43, 70
hygienická služba, 21, 23, 71, 94
Hygienická stanice hl. m. Prahy, 51, 94
incidence, 1, 2, 21, 40, 41, 42, 74
intoxikace, 43, 85
ketamin, 83
kokain, 23, 36, 58
komorbidita, 42, 49
kondom, 23, 47
konopné látky, 1, 2, 3, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 24, 29, 35, 47, 52, 61, 62, 64, 80, 81, 83, 85, 86, 87
  hašiš, 14, 16, 17, 43, 61, 64, 65
  marihuana, 10, 14, 15, 16, 17, 29, 51, 63, 64, 65, 68
koordinace, 6, 10, 35
kouření, 11, 13, 16, 17, 76, 77, 78, 79
kriminalita, 2, 4, 7, 8, 17, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 74
  drogová, 2, 3, 4, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 61, 74, 75
    sekundární, 2, 50, 56
kvalita, 6, 12, 20, 34, 43, 50
léčba, 1, 2, 5, 7, 10, 11, 21, 22, 23, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 45, 46, 47, 58, 59, 60, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 93, 94
  substituční, 6, 21, 23, 31, 32, 45, 46
léky, 2, 35, 36, 43, 69
LSD, 1, 2, 12, 13, 14, 16, 43, 62, 64, 80, 81, 83, 84, 86
lysohlávky, 1, 12, 86
metadon, 2, 17, 23, 31, 33, 35, 36, 45, 74
metoda
  multiplikační, 21, 22
minimální evaluační set, 6, 94
Ministerstvo
  financí, 7, 8, 78, 79, 94
  obrany, 3, 7, 8, 94
  práce a sociálních věcí, 7, 8, 78, 79, 87, 93, 94
  školství, mládeže a tělovýchovy, 7, 8, 19, 20, 78, 79, 93, 94
  vnitra, 7, 8, 19, 79, 93, 94
  zdravotnictví, 3, 7, 8, 35, 76, 78, 79, 87, 93, 94
množství, 2, 3, 19, 32, 33, 50, 52, 53, 56, 62, 64, 65, 86, 87
  větší než malé, 2, 3, 50, 52, 53, 56
morfin, 1, 35
náklady, 58
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), 3, 4, 3, 6, 11, 12, 21, 28, 33, 35, 36, 37, 41, 42, 62, 65, 75, 80, 87, 93, 94
Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 8, 9, 51, 52, 53, 56, 63, 64, 65, 94
Národní strategie protidrogové politiky, 1, 3, 4, 5, 19, 77, 94
následná péče, 2, 5, 6, 11, 27, 29, 59, 78
nízkoprahová zařízení, 1, 17, 21, 22, 23, 24, 33, 42, 46, 47, 48, 58, 62, 65, 71, 74, 75, 88, 94
NNO (nestátní neziskové organizace), 7, 10, 19, 20, 29, 59, 60, 80, 82, 88, 94
novelizace, 3
obvinění, 52, 54, 74
obžalovaní, 2, 50, 52, 54, 55, 74
očkování, 47
odhad, 2, 21, 22, 27, 33, 46, 50, 56, 62, 63
odnětí svobody, 4, 8, 55, 59, 60, 75
odsouzení, 52, 54, 55, 56, 60, 61, 74, 75
ochranná léčba, 59, 60
pervitin, 1, 2, 3, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 35, 36, 43, 44, 45, 47, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87
Policie ČR, 8, 19, 45, 51, 53, 54, 55, 56, 65, 93, 94
politika, 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 19, 50, 76, 77, 78, 79, 88, 93, 94
  protidrogová, 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 19, 76, 77, 78, 88, 93, 94
polyvalentní užívání, 86
poppers, 83
právo, 3, 5, 6, 10, 60

prosazování, 5
prevalence, 1, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 32, 45, 58, 67, 68, 69, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 85
celoživotní, 1, 2, 13, 15, 16, 68, 80, 81, 82
prevence, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 19, 20, 47, 59, 60, 75, 77, 78, 79, 87, 88, 93, 94
Probační a mediační služba, 60, 61, 94
protilátky, 40
průzkum
celopopulační, 13, 17, 80
školský, 13, 94
předávkování, 1, 2, 33, 35, 36, 37, 43, 46, 47, 69, 70, 85
přechovávání, 2, 3, 4, 50, 52, 53
psilocybin, 1, 12, 86
Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), 3, 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 21, 46, 48, 70, 71, 75, 78, 79, 87, 88, 94
rizika, 1, 5, 10, 17, 38, 47, 48, 59, 79, 87
zdravotní, 87
Rohypnol, 35
rozpočet, 7, 9, 84
sociální
exkluze, 50
reintegrace, 2, 59
standardy, 6, 19, 20, 78
stíhaní, 2, 3, 50, 52, 53, 54, 55
strategie, 1, 3, 4, 5, 6, 10, 19, 47, 77, 87, 94
streetwork, 46, 93
studie, 2, 7, 12, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 34, 37, 41, 42, 45, 63, 64, 65, 67, 68, 74, 75, 80, 94
kvalitativní, 64
školská, 13, 94
substituce, 31, 37, 38, 74, 93
Subutex, 2, 17, 21, 22, 23, 29, 31, 32, 33, 43, 47, 62, 65
Světová zdravotnická organizace (WHO), 13, 76, 77, 94
syntetické drogy, 83
4-MTA, 83
DOB, 1, 35, 85, 87
GHB, 82, 83
MDMA, 1, 2, 35, 36, 37, 62, 65, 83, 85, 87
PMA, 83, 85
šíření toxikomanie, 52, 53, 74
školy, 7, 8, 19, 20, 80, 85, 93, 94
tabák, 3, 5, 9, 11, 12, 28, 37, 76, 77, 78, 79
taneční drogy, 2, 36, 87, 88
techno, 84
parties, 88
těkavé látky, 1, 12, 35, 36, 44, 47, 61, 69, 73
toluen, 51
testování, 20, 35, 39, 42, 47, 74, 88
tablet tanečních drog, 82, 88
THC, 37, 44, 45, 58
trendy, 1, 2, 3, 12, 21, 22, 39, 63, 79, 80, 83
trest, 4, 8, 23, 27, 34, 55, 59, 60, 61, 75
trestný čin, 2, 3, 4, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 74
úmrtnost, 1, 2, 21, 33, 34, 35, 37, 38, 69, 70, 85, 87
užívání, 1, 2, 3, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 34, 35, 39, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 58, 59, 62, 63, 64, 67, 68, 69, 70, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 93
drog, 2, 5, 10, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27, 35, 39, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 58, 59, 63, 67, 68, 69, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 93
problémové, 1, 2, 5, 21, 22, 26, 32, 33, 35, 46, 62, 63, 65, 83
rekreační, 1, 12, 85, 87
vazba, 8, 58, 60, 61, 75
vězení, 23, 58, 60, 75
vláda, 3, 5, 6, 76
všeobecná pokladní správa, 7, 8, 29, 59, 88, 94
výkon, 27, 58, 59, 60, 75
trestu, 23, 27, 58, 59, 60, 61, 75
výměnný program, 46, 47, 48
záchyt, 2, 62, 63, 64, 65
zákon, 3, 8, 35, 54, 56, 60, 76, 77, 78, 79, 94
závislost, 2, 3, 4, 3, 6, 7, 19, 20, 27, 34, 59, 60, 61, 77, 78, 86, 93, 94
zločin, 5
organizovaný, 5, 17
zneužívání, 8, 58, 75, 88, 93
žádost o léčbu, 21, 23, 24, 25, 50

Odkazy

AC COMPANY (2004) Drug Use and Mobility in Central Europe. AC COMPANY.
Notes: www.ac-company.cz

A.N.O. - Asociace nestátních organizací (2004) A.N.O. odmítá populistické snahy KDU-ČSL - tisková zpráva. A.N.O. - Asociace nestátních organizací.

Beneš, J. & Částková, J. (2005) Virové hepatitidy 1995 - 2004 - EPIDAT. Státní zdravotní ústav v Praze.
Notes: Standardní tabulka EMCDDA č. 9: Infekční nemoci

Benschop, A., Rabes, M. & Korf, J.D. (2002) Pill testing, ectasy and prevention. A scientific evaluation in three european cities. 138 Amsterdam: Rozenberg Publishers. ISBN 90-5170-685-5.

Bečková, I., Macháčková, J., Stobr, J., Fabera, V., Mazurová, J. & Višňovský, P. (1999) Zkušenosti studentů vysokých škol východočeského regionu s látkami vyvolávajícími drogovou závislost. *Hygiena 44* s. 91-98.

Bečková, I. & Višňovský, P. (2000) Drug Use in the Czech Republic University Students. *FABAD J. Pharm. Sci. 25* s. 41-44.

Blatný, M., Hrdlička, M., Květoň, P., Vobořil, D. & Jelínek, M. (2004) Výsledky české části mezinárodního projektu SAHA II.:Deskriptivní analýza rizikového chování a rizikových a protektivních faktorů vývoje mladistvých z městských oblastí z hlediska věkových kohort. *Zprávy - Psychologický ústav AV ČR 2*

Brachová, H., Miovská, L. & Miovský, M. (2004) Užívání a uživatelé tabáku v kontextu analýzy mediálních zpráv. Praha: ÚP Olomouc.
Notes: nepublikováno

Brožová, J. (2004) Činnost ambulantních pracovišť AT a psychiatrických oddělení poskytujících ošetření pacientům užívajícím psychoaktivní látky. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Brůčková, M., Vandasová, J. & Malý, M. (2005) Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2004. *Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie* 14/2,

Centrum pro výzkum veřejného mínění (2005) Přijatelnost některých druhů jednání. Praha: CVVM.
Notes: Tisková zpráva

Csémy, L., Hrachovinová, T. & Krch, D. (2004) Alkohol a jiné drogy ve vysokoškolské populaci: rozsah, kontext, rizika. *Adiktologie 2* s. 125-135.

Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P. & Sovinová, H. (2005) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha:
Notes: Připravuje se k tisku.

Csémy, L., Sovinová, H., Sadílek, P. & Lejčková, P. (2003) ESPAD 03: Přehled hlavních výsledků z let 1995, 1999 a 2003. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
Notes: Zpráva pro tisk

Danda, O. (Dec 16, 2004) Synové by mě hnali, kdybych neviděl rozdíly mezi drogami. *Právo*

EMCDDA (2002) Handbook for Surveys on Drug Use Among the General Population. Final Report. Lisbon: EMCDDA.
Notes: EMCDDA Project CT.99.EP.08 B

European Communities (1998) One Hundred Words for Equality. European Communities.

Factum Invenio, s.r.o. (2005) Češi a reklama v roce 2004; Mění se postoje české veřejnosti k reklamě? - tisková zpráva.

Fišerová, M. & Páleníček, T. (2002) Testování tablet "extáze" - kvantitativní analýza obsahu. *Adiktologie* 2, 107-109.

Generální ředitelství cel (2005) Výsledky Celní správy ČR v oblasti boje proti nelegálnímu obchodu s OPL v roce 2004.

Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2005) Monitoring drog v zařízeních Vězeňské služby - souhrnná zpráva, říjen 2003-září 2004.
Notes: nepublikováno

Jedlička, J., Stupka, J. & Chmelová, B. (2005) Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2004-2005. Praha : Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS.

Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2005) Zpráva o stavu romských komunit v České republice 2004. Koncepce romské integrace. Praha: Úřad vlády ČR.

Karmelitová, P. & Týc, M. (2003) Průzkum žáků 6.-9. tříd ZŠ, MČ Praha 3, 8 a 10. Drogová problematika. Praha:
Notes: Závěrečná zpráva z šetření, červen 2003

Kavalírová, A., Stöhr, J., Venderová, K. & Višňovský, P. (2003) Experience of Czech Univesity Students with Cannabis: Interfaculty Comparison. *Folia Pharm. Univ. Carol. XXIX-XXX* s. 71-76.

KDU-ČSL (2004) KDU-ČSL vyhlašuje válku drogám - tisková zpráva.

Klusoňová, H. (2005) Studenti VŠ a návykové látky. Hradec Králové: Farmaceutická fakulta.
Notes: Dosud nepublikované výsledky průzkumu z roku 2004-2005

Kubů, P., Křížová, E. & Csémy, L. (2000) Anketa Semtex Dance 2000. *Tripmag* 4 , 24-30.
Notes: http://www.drogmem.cz/html/projekty/anketa.htm

Kubů, P., Škařupová, K. & Csémy, L. (2005) Tanec a drogy 2003: výsledky dotazníkové studie mezi příznivci elektronické taneční hudby v České republice.
Notes: připravuje se k tisku

Kubů, P., Csémy, L. & Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004) Tanec a drogy 2003 - analýza dotazníkového šetření mezi návštěvníky tanečních akcí. Praha: Úřad vlády ČR.
Notes: připravováno k tisku

Lejčková, P. & Mravčík, V. (2005) Úmrtnost uživatelů drog - souhrn výsledků kohortové studie. *Epidemiologie, mikrobiologie a imunologie*
Notes: V tisku.

Lejčková, P., Nešpor, K., Králíková, E., Sovinová, H., Kubů, P. & Csémy, L. (2005) Legální drogy v České republice - Od užívání alkoholu a tabáku k možnostem prevence a léčby. *Zaostřeno na drogy 1* s. 1-12.

Mareš, P. (2002) Marginalizace, sociální vyloučení. In: Sirovátka, T., (Ed.) *Menšiny a marginalizované skupiny v České republice*, pp. 9-23. Brno: FSS Masarykovy univerzity a Georgetown]

Mareš, P. (2003) Romové: Sociální exkluze a inkluze. *Sociální práce 4* s. 65-75.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2004) Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2004 - 2006. Česká republika. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2005) Statistická ročenka kriminality - rok 2004. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.

Ministerstvo vnitra ČR (2005) Přehledy kriminality v r. 2004.
Notes: http://www.mvcr.cz/statistiky/krim_stat/2004/index.html

Ministerstvo zahraničních věcí (1989) Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 62/1989 Sb. ze dne 21. dubna 1989 o

Úmluvě o psychotropních látkách. Praha: Ministerstvo zahraničních věcí ČR.

Ministerstvo zdravotnictví (1998) Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Ministerstvem životního prostředí ČR a Ministerstvem zemědělství ČR.
Notes: Schválen usnesením vlády č. 810/1998

Ministerstvo zdravotnictví (2002) ZDRAVÍ 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Notes: Schválen usnesením vlády ČR č. 1046/2002

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001a) Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001 - Standard substituční léčby. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Notes: www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_standa.doc

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001b) Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRUSL). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
Notes: Věstník Ministerstva zdravotnictví ZD 06/2001

Miovská et.al. (2005) Poskytování ambulantní psychiatrické péče uživatelům drog v roce 2003.
Notes: v tisku

Miovská, L. (2005) Užívání drog v národnostních menšinách v ČR - Souhrn dostupných informací. *Zaostřeno na drogy 2* s. 1-7.

Miovská, L., Miovský, M., Gabrhelík, R. & Vacek, J. (2004) Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003.
Notes: nepublikováno

Miovský, M., Miovská, L. & Broža, J. (2005) Pilotní ověření systému evidence poskytované péče v rámci Minimálního evaluačního setu (MES) ve Středočeském kraji. Liberec: NTI-consulting, s.r.o.
Notes: Závěrečná zpráva č. 5 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji

Miovský, M., Miovská, L. & Trapková, B. (2004) Projekt evaluace primárně-preventivního komunitního programu. *Adiktologie 3* 237-254.

Miovský, M. & Čermák, I. (2005) Vliv psychosociálních faktorů a settingu na akutní a dlouhodobý efekt užívání kanabis z hlediska psychiatrických, psychologických a sociálních rizik - studie CANLONG (Grant GAČR č. 406/02/1449A).
Notes: Průběžné výsledky

Mravčík, V., Coufalová, M., Popov, P., Zábranský, T. & Procházka, R. (2005) Dotazníková studie mezi praktickými lékaři zaměřená na zkušenosti a postoje k substituci opioidy. *Epidemiol. Mikrobiol. Imunol.* 54, 27-33.

Mravčík, V., Korčišová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Radimecký, J., Sklenář, V., Gajdošíková, H. & Vopravil, J. (2004) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-25-0.

Mravčík, V., Valnoha, J. & Škařupová, K. (2005) Užívání drog a výskyt zdravotních komplikací mezi účastníky tanečních drog. *Čes. slov. Psychiat.* 101, 135-141.

Mravčík, V. & Zábranský, T. (2001) Určení prevalence problémových uživatelů nelegálních drog 1998 - 2000. *Adiktologie - Supplementum* 1 (1):

Mravčík, V., Zábranský, T., Korčišová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K. & Vopravil, J. (2003) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-06-4.

Mravčík, V., Zábranský, T., Vorel, F. (2005) Drogy a dopravní nehody. *Čas. Lék. čes.* 144, 550-555.
Notes: na str. 555 je komentář k článku autora PhDr. Michala Miovského, Ph.D.

Mravčík, V. & Valnoha, J. (2005) Užívání drog a zdravotní následky na tanečních akcích. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
Notes: Průběžná analýza dat z dotazníků na tanečních akcích

Musil, L. (2002) Strategie terénní práce v problémových romských komunitách aneb Jak reagovat na politiku sestěhovávání neplatičů? In: Sirovátka, T., (Ed.) *Menšiny a marginalizované skupiny v České republice*, pp. 291-319. Brno: FSS Masarykovy univerzity a Georgetown]

Navrcholu.cz. http://navrcholu.cz/Zebricek/Spolecnost/Zdravi/2004/12. 2004.

NEWTON INFORMATION TECHNOLOGY, s.r.o. http://www.newtonit.cz. 2005.

Nešpor, K. & Csémy, L. (2004) Evropský akční plán o alkoholu v České republice - žádný podstatný pokrok.
Notes: Zpráva pro tisk.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2003) Průběžné výsledky studie "Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog".
Notes: nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004a) 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 (2004b) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP 2003.
Notes: nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2005a) Analýza databáze klientů PMS - uživatelů drog.
Notes: nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2005b) Dodatečná analýza datového souboru průzkumu Tanec a drogy 2003.
Notes: zpracováno pro účely Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2004

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2005c) Průběžné výsledky kohortové studie mortality uživatelů drog.
Notes: Nepublikováno.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2005d) Průběžné výsledky studie "Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog". Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
Notes: nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2005e) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP 2004.
Notes: nepublikováno

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP (2005) Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2004. Praha:
Notes: nepublikováno

Národní protidrogová centrála (2005a) Přehled záchytů drog v r. 2004.
Notes: zpracováno pro NMS

Národní protidrogová centrála (2005b) Standardní tabulky EMCDDA za r. 2004.
Notes: zpracováno pro NMS

Národní protidrogová centrála (2005c) Výroční zpráva za rok 2004. Praha: Národní protidrogová centrála.

Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2005) Retrospektivní odhad rozsahu sekundární drogové kriminality v r. 2004.
Notes: nepublikováno

Otevřený dopis drogových odborníků a členů protidrogových komisí premiérovi, členům vlády, senátorům, poslancům, Apr 9, 2004.
Notes: 201 podpisů

Petroš, O., Mravčík, V. & Korčišová, B. (2005) Spotřeba drog problémovými uživateli. *Adiktologie* 5, 49-59.

Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. & Železná, Z. (2004) Výroční zpráva 2003 - Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy. ISBN 80-239-2524-5.

Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. & Železná, Z. (2005) Výroční zpráva 2004 - Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. města Prahy. ISBN 80-239-4522-X.

Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J. & Bártů, I. (2003) Výroční zpráva 2002 - Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J. & Hančlová, H. (2002) Epidemiologie drog a uživatelů drog, ČR 2001. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Pracovní skupina Alkohol a tabák (2004) Zápis ze schůzky pracovní skupiny k přípravě Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009 ze dne 4.3.2004. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
Notes: Interní materiál

Probační a mediační služba ČR (2005) Přehled trestných činů uživatelů drog v r. 2004. Praha: Probační a mediační služba ČR.

Prohlášení duchovních a aktivních členů křesťanských církví adresované členům KDU-ČLS, Apr, 2004.
Notes: 5 podpisů

Psychiatrické centrum Praha (2003) GENACIS (Gender, Alcohol & Culture International Survey).
Notes: Nepublikované výsledky průzkumu realizovaného v roce 2002

Páleníček, T., Kubů, P. & Mravčík, V. (2004a) Nové syntetické drogy. Charakteristika a hlavní rizika. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-26-9.

Páleníček, T., Kubů, P. & Mravčík, V. (2004b) Nové syntetické drogy. *Zaostřeno na drogy* 2, 12
Notes: vydává: Úřad vlády České republiky

Půbal, K., Raboch, J. & Kitzlerová, E. (2004) Jak měřit náklady psychiatrické péče ? *Čes. slov. Psychiat.* 100, 356-359.

Randák, D. (2005) Substituční léčba Subutexem - výzkum charakteristiky a kvalita života uživatelů substituční léčby Subutexem. Praha: IPVZ Praha.
Notes: atestační práce v oboru návykových nemocí

Rehn, N., Room, R. & Edwards, G. (2001) Alcohol in the European Region Consumption, Harm and Policy. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.

Řekni ne drogám - řekni ano životu. www.scientologie.cz. 2005.

SANANIM (2005) Závěrečná zpráva Terénních programů SANANIM za r. 2004 pro dotační řízení RVKPP. Praha: SANANIM.

Sdružení praktických lékařů (2005) Průzkum týkající se substituce mezi praktickými lékaři v r. 2004 Praha: Sružení praktických lékařů.
Notes: nepublikováno

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2003) Standardy odborné způsobilosti služeb pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2004) Aktivity scientologů v oblasti primární protidrogové prevence - tisková zpráva. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2005) Akční plán národní protidrogové politiky 2005-2006. Praha: Úřad vlády ČR.
Notes: Dosud nepublikováno

Sirovátka, T. (2003) Exkluze Romů na trhu práce a šance na jejich inkluzi. *Sociální studia 10* s. 11-34.

Sovinová, H. & Csémy, L.E. (2003) Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. Praha: Státní zdravotní ústav.

Sovinová, H., Sadílek, P. & Csémy, L. (2003) Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR a postoje občanů k tabákovým výrobkům a jejich užívání v letech 1997-2002. Praha: Státní zdravotní ústav.
Notes: Výzkumná zpráva

Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie (1998) Pokyny pro stanovení etanolu Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie. *Soud. Lék.* 43, s.46

Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie (1999) Stanovisko Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie k problematice výpočtů koncentrace etanolu v krvi. *Soud. Lék.* 44, s.55

Statistika *www.drogy-info.cz*. www.drogy-info.cz/cgi-bin/awstats.pl. 2004.

Státní ústav pro kontrolu léčiv (2005) Databáze spotřeby léčivých přípravků. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.

Šimíková, I. & Winkler, J. (2005) Analýzy v rámci výzkumného projektu Identifikace efektivních modelů programů realizovaných ve prospěch romské komunity. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
Notes: Nepublikované výsledky analýzy Programu podpory terénních sociálních pracovníků realizovaného Kanceláří Rady vlády pro záležitosti romské komunity

Ščerba, F. (2005) K právní úpravě odklonů uplatňovaných v řízení proti mladistvým. *Trestní právo* 2005.Vaca, J. (Dec 9, 2004) Boj proti drogám musí být mnohem tvrdší. *Mladá fronta DNES*

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2004a) Psychiatrická péče 2000-2004. Praha: ÚZIS.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2004b) Psychiatrická péče 2003. Praha: ÚZIS.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2004c) Registr substituční léčby. Praha : ÚZIS.
Notes: nepublikováno

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2004d) Světové šetření o zdraví (6. díl) - Kouření tabáku a spotřeba alkoholu. Praha: ÚZIS ČR.
Notes: Aktuální informace č. 5/2004

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005a) Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice - Úvodní informace. Praha: ÚZIS ČR.
Notes: Aktuální informace č. 7/2005

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005b) Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice - Charakteristika výběrového souboru. Praha: ÚZIS ČR.
Notes: Aktuální informace č. 10/2005

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005c) Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice - Názory a postoje k užívání nelegálních psychoaktivních látek. Praha: ÚZIS ČR.
Notes: Aktuální informace č. 20/2005

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005d) Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice - Rozsah užívání návykových látek v dospělé populaci. Praha: ÚZIS.
Notes: Nepublikované výsledky studie

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005e) Psychiatrická péče 2004. Praha: ÚZIS.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005f) Registr substituční léčby. Praha: ÚZIS.
Notes: nepublikováno

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005g) Registr zdravotnických zařízení. Praha: ÚZIS.
Notes: www.uzis.cz/uzis/rzz/rzz.htm, staženo 15.6.2005

Vaca, J. & Petrášová, L. (Dec 9, 2004) Už žádná tolerance pro marihuanu. *Mladá fronta DNES*

Vacek, J., Gabrhelík, R., Miovská, L. & Miovský, M. (2005) Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům. Zpráva z výzkumu. Tišnov: Sdružení SCAN.

Vašečka, I. (2002) Utváranie sa problémových rómskych zoskupení v mestách ČR. In: Sirovátka, T., (Ed.) *Menšiny a marginalizované skupiny v České republice*, pp. 245-262. Brno: FSS Masarykovy univerzity a Georgetown]

Vopravil, J. (2005) Data Collection: Illegal Activities - Final Report. Český statistický úřad.
Notes: PHARE Multi-beneficiary Statistical Co-operation Programme 2002, Eurostat Grant Contract No. 2004.19100.005

Vorel, F. (2003) Mortalita řidičů 1998 - 2002. Praha:
Notes: Nepublikované výsledky

Vrtbovská, P. & Larkin, T. (2004) Romský vzájemný výzkum 2002-2004. Výsledky výzkumu. Praha: Společnost Hvězda.
Notes: Projekt podpořil Open Society Fund Praha

WHO (2000) Evropský akční plán o alkoholu 2000 - 2005. Kodaň: WHO, Regionální úřadovna pro Evropu.

WHO (2002) The European Health Report 2002. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2003) Framework Convention on Tobacco Control. Copenhagen: WHO.

Wilczek, H. & Štěpán, J. (2003) Kostní metabolismus u osob závislých na heroinu a po substituci metadonem. *Čas. Lék. čes.* 142, 606-608.

Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdošíková, H. & Miovský, M. (2001) Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva). Praha: ResAd.

Zábranský, T., Radimecký, J., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Korčišová, B., Petroš, O., Miovský, M., Vopravil, J., Kuda, A. & Csémy, L. (2002) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2001. Praha: Úřad vlády ČR.

Zábranský, T., Vorel, F., Balíková, M. & Šejvl, J. (2004) Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR. Stručný souhrn a manuál pro monitorování. 60 Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-37-4.