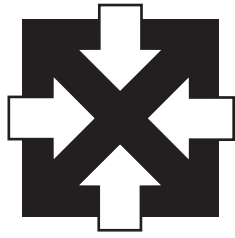




# **Výroční zpráva**

**o stavu ve věcech drog**

**v České republice v roce 2012**



# Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012

Viktor Mravčík  
Pavla Chomynová  
Kateřina Grohmannová  
Vlastimil Nečas  
Lucie Grolmusová  
Lucia Kiššová  
Blanka Nechanská  
Bruno Sopko  
Hana Fidesová  
Jiří Vopravil  
Lucie Jurystová

Praha, září 2013

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

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012

Vydal/ © Úřad vlády České republiky, 2013

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

Editor/ MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Oponenti/ MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

/ Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D. (kapitola 3 – Prevence)

Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

Odpovědný redaktor/ Mgr. Lucie Grolmusová

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

Pro bibliografické citace/

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., JURYSTOVÁ, L. 2013. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

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

V minulých letech byly do výroční zprávy zařazovány speciální kapitoly na vybraná témata, která byla společná pro všechna monitorovací střediska sdružená v síti Reitox. V letošním roce nebyly speciální kapitoly na základě rozhodnutí EMCDDA zařazeny.

## Obsah

<b>SOUHRN</b> .....	<b>1</b>
<b>ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2012</b> .....	<b>5</b>
<b>1 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA A JEJÍ KONTEXT</b> .....	<b>5</b>
1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC .....	5
1.2 INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC, STRATEGIE, EVALUACE A KOORDINACE .....	8
1.3 ROZPOČTY A FINANCOVÁNÍ .....	14
<b>2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI</b> .....	<b>22</b>
2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V OBEČNÉ POPULACI .....	22
2.2 POSTOJE K UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....	31
2.3 UŽÍVÁNÍ DROG VE ŠKOLNÍ POPULACI .....	33
2.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE SPECIFICKÝCH SKUPINÁCH POPULACE .....	36
<b>3 PREVENCE</b> .....	<b>37</b>
3.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY V OBLASTI PREVENCE .....	37
3.2 PREVENTIVNÍ PŮSOBNÍ PROSTŘEDÍ – ENVIRONMENTÁLNÍ PREVENCE .....	38
3.3 VŠEOBECNÁ PREVENCE .....	39
3.4 SELEKTIVNÍ PREVENCE .....	40
3.5 INDIKOVANÁ PREVENCE .....	41
3.6 MEDIÁLNÍ A INFORMAČNÍ KAMPANĚ .....	41
<b>4 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>44</b>
4.1 ODHADY PREVALENCE PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ DROG .....	44
4.2 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG V DALŠÍCH ZDROJÍCH DAT .....	50
4.3 DALŠÍ INTENZIVNÍ, ČASTÉ, DLOUHODOBÉ A JINAK PROBLEMATICKÉ FORMY UŽÍVÁNÍ DROG .....	53
<b>5 SPECIALIZOVANÁ LÉČBA A SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG</b> .....	<b>56</b>
5.1 SYSTÉM LÉČBY UŽIVATELŮ DROG A ZÁVISLÝCH .....	56
5.2 SYSTÉM SBĚRU DAT O UŽIVATELÍCH DROG V LÉČBĚ .....	62
5.3 AMBULANTNÍ LÉČBA .....	62
5.4 REZIDENČNÍ LÉČBA .....	72
5.5 REGISTR ŽÁDOSTÍ O LÉČBU .....	76
<b>6 ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>81</b>
6.1 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	81
6.2 DALŠÍ ZDRAVOTNÍ NÁSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG .....	89
6.3 DROGOVÁ ÚMRTÍ A MORTALITA UŽIVATELŮ DROG .....	94
<b>7 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>98</b>
7.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITIKY V OBLASTI SNIŽOVÁNÍ RIZIK .....	98
7.2 PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ .....	98
7.3 PREVENCE A LÉČBA INFEKČÍ MEZI UŽIVATELI DROG .....	98
7.4 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA DALŠÍ ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG .....	104
<b>8 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI UŽÍVÁNÍ DROG A RESOCIALIZACE UŽIVATELŮ DROG</b> .....	<b>105</b>
8.1 SOCIÁLNÍ EXKLUZE A UŽÍVÁNÍ DROG .....	105
8.2 SOCIÁLNÍ REINTEGRACE .....	109
<b>9 DROGOVÁ KRIMINALITA, JEJÍ PREVENCE A DROGY VE VĚZENÍ</b> .....	<b>112</b>
9.1 PRIMÁRNÍ DROGOVÁ KRIMINALITA .....	112
9.2 SEKUNDÁRNÍ DROGOVÁ KRIMINALITA .....	120
9.3 PREVENCE DROGOVÉ KRIMINALITY .....	121
9.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE VĚZENÍ .....	121
9.5 PREVENCE A LÉČBA UŽÍVÁNÍ DROG VE VĚZENÍ .....	123
<b>10 DROGOVÉ TRHY</b> .....	<b>126</b>
10.1 SPOTŘEBA DROG .....	126
10.2 DOSTUPNOST A NABÍDKA DROG .....	126
10.3 ZÁCHYTY DROG .....	129
10.4 CENY A ČISTOTA DROG .....	130

<b>ČÁST B .....</b>	<b>132</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>132</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>134</b>
<b>SEZNAM MAP .....</b>	<b>135</b>
<b>VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU.....</b>	<b>136</b>
<b>ZKRATKY.....</b>	<b>137</b>
<b>REJSTŘÍK .....</b>	<b>138</b>
<b>ODKAZY.....</b>	<b>140</b>

## SOUHRN

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím poradním a koordinačním orgánem v této oblasti je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), která se v r. 2012 sešla čtyřikrát.

Rok 2012 byl třetím rokem platnosti Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a posledním rokem platnosti jejího prvního Akčního plánu 2010–2012. Následující Akční plán 2013–2015 opět zdůrazňuje princip integrace legálních a nelegálních drog do jedné politiky a zaměřuje se i na jiné formy závislostního chování, jako je hazardní hráčství. Byl vyhodnocen Akční plán 2010–2012, který obsahoval 185 dílčích aktivit – 109 (59 %) z nich se podařilo splnit, nejméně úspěšné byly oblasti léčby a sociálního začleňování (38,7 %) a alkoholu a tabáku (25 %). K zásadním změnám v koordinaci protidrogové politiky na krajské úrovni nedošlo.

V r. 2012 se právní úprava týkající se tzv. drogových trestných činů nezměnila. Probíhala diskuse ohledně prováděcího předpisu, tj. nařízení vlády č. 467/2009, kterým se pro účely trestního zákoníku mimo jiné stanoví větší než malé množství drog. Nicméně ještě před jakoukoliv legislativní změnou došlo s účinností od 23. srpna 2013 ke zrušení tohoto nařízení, resp. jeho podstatné části, nálezem Ústavního soudu z 23. července 2013 pro jeho neústavnost. Nařízení vlády č. 455/2009 Sb., které se týká limitních množství rostlin a hub obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, zůstává zatím v platnosti, neboť se jím Ústavní soud nezabýval.

Zákonem č. 50/2013 Sb., kterým se mění zákon o léčivech, zákon o návykových látkách a zákon o správních poplatcích, je s účinností od 1. dubna 2013 v ČR umožněna léčba konopím pro vybrané diagnózy, a to výhradně na lékařský předpis s omezením, který může vystavit pouze lékař se stanovenou specializovanou způsobilostí. Předepsání i výdej v lékárně probíhá prostřednictvím registru pro léčivé přípravky s omezením, který zajišťuje dodržení stanoveného množství limitu. Zákon také umožňuje pěstování konopí pro léčebné účely licencovanými výrobci od 1. března 2014. Funkčnost systému však zatím nebyla ověřena, neboť po půl roce platnosti zákona dosud nedošlo k jeho uvedení do praxe.

V roce 2012 MZ připravovalo novelizaci zákona č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Vzhledem k množství navrhovaných změn MZ nakonec přistoupilo ke zpracování návrhu nového zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, který byl předložen do vnějšího připomínkového řízení v dubnu 2013.

Dne 30. srpna 2012 se ČR stala 176. smluvní stranou Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku.

Odbornou společností byl schválen návrh Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb, která nově definuje typy zdravotních služeb pro uživatele drog a závislé. Vedle toho je od září 2012 na základě zadání MZ vytvářena Strategie reformy psychiatrické péče na období 2014–2020, která se dotkne také adiktologických služeb. V r. 2013 bylo schváleno 6 nových zdravotních výkonů vázaných na profesi adiktologa nelékaře a navíc budou adiktologové moci vykazovat další dva již existující výkony z oblasti péče ve stacionáři.

V r. 2012 činily účelově určené výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy na protidrogovou politiku celkem 587,3 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 346,8 mil. Kč (59,1 %) a z místních rozpočtů 240,5 mil. Kč, z toho z krajů šlo 176,1 mil. Kč (30,0 %) a z obcí 64,3 mil. Kč (11,0 %). Ve srovnání s předchozím rokem vzrostly celkové výdaje o 4,2 %, z toho výdaje ze státního rozpočtu vzrostly o 1,4 %, výdaje krajů vzrostly o 12,2 % a výdaje obcí klesly o 0,8 %. Z hlediska funkčního členění výdajů došlo k nárůstu ve všech oblastech s výjimkou prevence, prosazování práva a oblasti koordinace-výzkum-hodnocení. Z Evropského sociálního fondu jsou na projekty protidrogové politiky na místní úrovni čerpány prostředky ve výši odhadem 100 mil. Kč ročně.

Hlavním zdrojem financování léčby závislostí na návykových látkách jsou prostředky ze zdravotního pojištění, které v r. 2011 (poslední dostupný rok) činily celkem 1563 mil. Kč, z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem (dg. F10) bylo vydáno 1110 mil. Kč a na léčbu nealkoholových poruch (dg. F11–F19) 453 mil. Kč. Oproti r. 2010 byl ve výdajích zdravotních pojišťoven zaznamenán 4% pokles. Podíl psychiatrie a oboru návykových nemocí činil přibližně 90 % u lůžkové péče a necelých 60 % u péče ambulantní.

Postoje české společnosti k užívání návykových látek jsou stabilní – v posledních letech se mírně snižuje přijatelnost kouření tabáku, zatímco se zvyšuje přijatelnost konzumace alkoholu a užívání konopných látek. Dlouhodobě mírně roste podíl osob, které nesouhlasí s trestním postihem uživatelů konopných látek, osob užívajících konopné látky k léčebným účelům i osob, které si pěstují konopí pro vlastní potřebu.

Výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 potvrdily dlouhodobě stabilní rozsah užívání konopných látek v obecné populaci a pokračující pokles rozsahu zkušeností s ostatními nelegálními drogami. Výjimkou je mírný nárůst celoživotní prevalence kokainu, a to především mezi muži ve věkové skupině 35–44 let.

Nejčastěji užitou drogou byly konopné látky, které někdy v životě zkusilo 27,9 % obyvatel, při přepočtu na populaci v daném věku se jedná odhadem o 1,9–2,2 milionů osob. V posledním roce užilo konopné látky 9,2 % dotázaných, tj. odhadem 570–760 tisíc současných uživatelů. Podle screeningové škály CAST spadala přibližně třetina současných uživatelů konopí do kategorie středního nebo vysokého rizika výskytu problémů spojených s užíváním konopí.

V přepočtu na obecnou populaci se jedná přibližně o 1,2 % populace ve vysokém riziku a dalších 1,6 % ve středním riziku v důsledku užívání konopných látek, tj. odhadem 87 tisíc, resp. 116 tisíc osob.

Druhou nejčastěji užitou nelegální drogou v ČR byla dlouhodobě extáze, v r. 2012 se však dostaly na druhé místo halucinogenní houby. Na dalších místech byly zkušenosti s užitím pervitinu nebo amfetaminů, kokainu a LSD s poměrně konzistentně nízkou mírou celoživotní prevalence (2,3–2,8 %), zatímco celoživotní zkušenosti české populace s heroinem jsou dlouhodobě na nízké úrovni (pod 1 %). V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů byl výskyt užívání nelegálních drog jiných než konopí na velmi nízké úrovni.

Na vysoké úrovni zůstává v ČR výskyt rizikové konzumace alkoholu – podle screeningové škály CAGE se rizikové pití alkoholu týká celkem 17,0 % populace, tj. 1,1–1,4 mil. osob; škodlivé nebo problémové pití pak 8,2 % populace, tj. 500–690 tis. osob.

Z reprezentativního průzkumu mezi vězni v r. 2012 vyplývá, že ve srovnání s obecnou populací mají vězni mnohem vyšší zkušenosti se všemi nelegálními drogami. Zkušenost s nelegální drogou někdy v životě uvedlo téměř 50 % respondentů, v posledních 12 měsících užilo nelegální drogu více než 21 %. Nejčastěji šlo o konopné látky, pervitin nebo amfetaminy a léky se sedativním účinkem získané bez lékařského předpisu. Za problémové uživatele drog je při nástupu trestu možno označit až 26 % vězňů.

Regionální analýza studie ESPAD za r. 2011 ukázala, že z hlediska zkušeností s nelegálními drogami patří mezi více exponované regiony Praha, Ústecký, Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský kraj, k méně exponovaným regionům pak patří kraje Středočeský, Plzeňský, Královéhradecký a Pardubický. Rozdíly mezi regiony se snižují a situace v rámci ČR se postupně vyrovnává. Situace na regionální úrovni je však relativně dynamická; zatímco na národní úrovni je situace v užívání některých drog stabilní, v jednotlivých regionech lze pozorovat rozdílné trendy.

V prevenci rizikového chování, kam patří také oblast užívání drog a závislostí, v posledních letech vznikla nebo byla zavedena řada systémových prvků zvyšujících kompetence preventivních pracovníků i zlepšujících kvalitu a koordinaci preventivních aktivit. Rok 2012 byl také plodný na nové odborné publikace a metodiky. V ČR bylo identifikováno 8 specializovaných programů indikované prevence užívání návykových látek, z nichž 7 má certifikaci odborné způsobilosti. MŠMT přijalo novou Národní strategii primární prevence rizikového chování na období 2013–2018 a vůbec poprvé letos jednotlivé kraje zpracovávaly tzv. krajské plány prevence. Preventivní kampaně v médiích se až na výjimky zaměřují na problematiku odvykání kouření, podávání alkoholu mladistvým nebo řízení pod vlivem alkoholu a nelegálních drog. Preventivní kampaně jsou směřovány také na účastníky letních hudebních festivalů.

Odhadovaný počet problémových uživatelů drog se v r. 2012 mírně zvýšil. V ČR bylo odhadnuto přibližně 41,3 tis. problémových uživatelů drog (střední odhad), z toho bylo 30,7 tis. uživatelů pervitinu, 4,3 tis. heroinu a 6,3 tis. uživatelů buprenorfinu (celkem tedy 10,6 tis. uživatelů opiátů/opioidů). Počet injekčních uživatelů drog byl odhadnut na 38,7 tis. Statisticky významné změny lze pozorovat u počtu uživatelů opiátů/opioidů, kde došlo ke snížení u heroinu a ke zvýšení u buprenorfinu. U uživatelů pervitinu došlo k mírnému poklesu jejich počtu. V posledních 5 letech narostl střední odhad počtu problémových uživatelů drog přibližně o třetinu. Prevalence problémového užívání drog v ČR v r. 2012 dosáhla 0,6 % obyvatel ve věku 15–64 let.

Kromě pervitinu, heroinu a buprenorfinu se v menší míře mezi problémovými uživateli drog vyskytuje užívání surového opia a narůstá zneužívání analgetik obsahujících opiáty/opioidy, jako jsou fentanyl, kodein či morfin. Fenomémem posledních let je výskyt nových syntetických drog ze skupiny katinonů nebo fenetylaminů – prevalence jejich užití v posledním roce dosahuje mezi problémovými uživateli drog přibližně 10 %, ale jako primární drogu je v současnosti hlásí pouhý zlomek problémových uživatelů drog a existují značné rozdíly mezi regiony. V ČR nejsou dosud do odhadů počtu problémových uživatelů drog zahrnuti uživatelé kokainu, neboť jejich počet v datových zdrojích používaných k odhadům je stále na velmi nízké úrovni.

Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou tradičně Praha a Ústecký kraj, kde je především, stejně jako v dalších krajích Čech, rozšířeno injekční užívání buprenorfinu. Vysoce nadprůměrnou prevalenci problémových uživatelů drog na počet obyvatel vykazuje také Karlovarský kraj.

Data o drogových úmrtích ze soudnělékařských oddělení v r. 2012 nebyla v době redakční uzávěrky VZ 2012 k dispozici. Jsou k dispozici informace o výskytu předávkování drogami z informačního systému Zemřelí, ve kterém bylo evidováno celkem 45 případů předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (27 případů v r. 2011) a došlo k meziročnímu nárůstu hlášených případů jak u opiátů/opioidů, stimulantů (pervitinu), tak těkavých látek. V r. 2012 bylo identifikováno 317 případů smrtelných předávkování etanolem, což je přibližně stejný počet jako v roce předchozím. Od září 2012 do poloviny července 2013 probíhal v ČR hromadný výskyt otrav metanolem přítomným v nelegálním tvrdém alkoholu, z toho 47 smrtelných.

V r. 2012 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi uživateli drog. Nově bylo identifikováno 5 HIV pozitivních osob, u kterých došlo k nákaze injekčním užíváním drog. Promořenost HIV mezi IUD je v ČR stále pod 1 %. Počet nově hlášených případů VHC u injekčních uživatelů drog v posledním roce nepatrně stoupl, u VHB zůstal téměř stejný jako v r. 2011. Nižší je počet hlášených případů syfilis u injekčních uživatelů drog, počet případů kapavky naopak stoupl. Počet hlášených případů TBC u injekčních uživatelů drog se příliš nezměnil.



Prevalence VHC mezi injekčními uživateli drog se pohybuje od přibližně 20–30 % v nízkoprahových programech, přes 40–50 % ve věznicích až po 60–70 % v substituční léčbě. Tyto výsledky je však potřeba hodnotit obezřetně vzhledem k tomu, že pocházejí z rutinního testování a nemusí reprezentovat situaci v celé populaci injekčních uživatelů drog.

V Registru žádostí o léčbu je podíl injekční aplikace dlouhodobě relativně vysoký – u pervitinu přibližně 80 %, u opiátů (heroinu a buprenorfinu) přibližně 90 %. Mezi klienty psychiatrických ambulancí je podíl injekčních aplikace mezi uživateli pervitinu i opiátů nižší. Dostupné údaje naznačují, že výskyt sdílení jehel mezi injekčními uživateli drog se snižuje.

Výměnný program stříkaček a jehel v r. 2012 nabízel 103 nízkoprahových programů, počet distribuovaného injekčního materiálu dosáhl téměř 5,4 mil. kusů a prakticky se zastavil dosud patrný meziroční nárůst. Na základě dostupných informací působilo v ČR v r. 2012 nejméně 27 programů distribuujících želatinové kapsle jako perorální alternativu injekčních stříkaček, klientům bylo vydáno více než 46 tis. kapslí.

Ve střednědobém horizontu roste dostupnost testování injekčních uživatelů drog na infekční nemoci – roste jak počet testujících programů, tak počet testovaných osob. V ČR ovšem stále schází metodická regulace testování a prevence infekcí mezi uživateli drog, která by brala v potaz specifika jak této populace, tak systému nízkoprahových služeb v ČR.

Léčba a péče o infikované HIV a nemocné s AIDS včetně injekčních uživatelů drog jsou v ČR dlouhodobě poskytovány v 7 AIDS centrech s regionální působností. V r. 2012 poskytovalo léčbu VHC injekčním uživatelům drog celkem 38 center pro léčbu virových hepatitid (z celkového počtu 53 center provádějících léčbu VHC) a léčeno bylo 745 bývalých či současných injekčních uživatelů drog (64 % ze všech pacientů). Roste počet pacientů, kteří zahájí léčbu VHC ve věznicích.

Za jádro specializovaných služeb pro uživatele návykových látek a závislé v ČR lze označit přibližně 250 zařízení. Uživatelé alkoholu tvoří přibližně 60 % pacientů v ambulantní i lůžkové léčbě závislostí. Uživatelům nealkoholových drog ve službách dlouhodobě dominují uživatelé stimulancií – u většiny z nich je základní drogou pervitin. Druhou nejčetnější skupinu tvoří uživatelé opiátů/opioidů a konopných látek. Ve zdravotnických zařízeních je velmi četná skupina polyvalentních uživatelů drog – v lůžkových psychiatrických zařízeních tvoří nejčastější diagnostickou skupinu z okruhu nealkoholových poruch. Ve zdravotnických psychiatrických ambulancích jsou nejčetnější skupinou uživatelé opiátů/opioidů – jde pravděpodobně o živ poskytování substituční léčby. Je patrné stárnutí populace žadatelů o léčbu, v r. 2012 byl průměrný věk žadatelů o léčbu přibližně 28 let. Ženy tvoří stabilně necelou třetinu žadatelů.

Za ambulance specializující se na léčbu závislostí (AT ambulance) lze považovat 50–80 zařízení v ČR. Opět nepatrně poklesl i počet ambulantně léčených AT pacientů, na kterém se podíleli především pacienti užívajících alkohol. Počet pacientů evidovaných v Registru substituční léčby zůstal téměř stejný, léčba preparáty na bázi buprenorfinu však stále není v plném rozsahu v Registru evidována. Jsou sledovány agregované údaje o počtech pacientů v substituční léčbě v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé. Do Registru substituční léčby bylo v r. 2012 nahlášeno 2298 osob, což jsou přibližně dvě třetiny počtu, který byl celkem vykázan psychiatry a praktickými lékaři.

V Registru sociálních služeb bylo v srpnu 2013 evidováno 35 programů následné péče o uživatele drog. Ze Sčítání adiktologických služeb 2012 však vyplývá, že sociální práci a podpůrné služby směrem k sociální reintegraci uživatelů drog poskytují desítky až stovky adiktologických zařízení a programů, zejména se jedná o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací.

V r. 2013 proběhlo dotazníkové šetření v sociálně vyloučených lokalitách v ČR zjišťující stav v oblasti užívání návykových látek a gamblingu. S ročním zpožděním jsou k dispozici data za r. 2011 z Programu podpory terénní sociální práce v romských lokalitách. Specifických programů zaměřených na problémy s užíváním návykových látek v sociálně vyloučených lokalitách je nedostatek. Většina intervencí se zaměřuje na hlavní problémy sociálně vyloučených lokalit, kterými jsou nezaměstnanost, dluhy a problémy s bydlením. V sociálně vyloučených lokalitách ČR je nejčastěji užívanou návykovou látkou alkohol, z nelegálních drog jsou to konopné látky a pervitin.

Drogové trestné činy tvořily 1,3 % všech zjištěných trestných činů. Kraji s nejvyšší drogovou kriminalitou v přepočtu na 100 tis. obyvatel byly v r. 2012 Praha a Karlovarský a Středočeský. Počet drogových trestných činů od r. 2007 roste. Za drogovou trestnou činnost bylo v r. 2012 stíháno více než 2,8 tis. osob nejčastěji z důvodu výroby, pašování a prodeje pervitinu či konopných látek. Trestné činy spojené s výrobou, prodejem a pašováním drog dlouhodobě tvoří přibližně 80 % a trestné činy nedovoleného nakládání s drogami pro vlastní potřebu přibližně 15 % drogových trestných činů. Obžalováno bylo 2,4 tis. osob a pravomocně odsouzeno 2,1 tis. osob. Nejčastěji uloženou sankcí bylo podmíněně odložené odnětí svobody. V r. 2012 bylo v ČR projednáno 1285 přestupků nedovoleného nakládání s OPL, což je o 10 % více oproti r. 2011.

Podle údajů Policie ČR bylo 18,4 tis. trestných činů spácháno pod vlivem návykových látek, tj. více než 15 % objasněných trestných činů. Z toho 16,1 tis. bylo spácháno pod vlivem alkoholu a 2,3 tis. pod vlivem nealkoholových drog.

V r. 2012 se v ČR spotřebovalo odhadem 11,6 tun konopných drog, 5,9 tun pervitinu, 0,8 tun heroinu, 0,7 tun kokainu, 62,3 tisíc tablet extáze a 75,8 tis. dávek LSD. Spotřeba pervitinu a konopných drog je kryta výhradně, resp. především domácí produkcí.

Koncentrace THC u zachyceného konopí vypěstovaného v indoor podmínkách činila průměrně 10–15 %. V r. 2012 odhalily Policie ČR a Celní správa ČR 199 indoor pěstíren. Podle údajů o zjištěné trestné činnosti vzrostl počet i podíl osob původem z Vietnamu zapojených do pěstování a distribuce konopných drog a do dovozu vybavení pro indoorové pěstírny. Od r. 2009 roste počet záchytů i množství zadržené marihuany. Za r. 2012 je evidováno 558 záchytů v množství 653 kg, dále bylo zachyceno 90,1 tis. rostlin konopí a 21 kg hašiše.

Pervitin se vyrábí převážně v menších snadno přenosných varnách. V r. 2012 odhalily Policie ČR a Celní správa ČR 235 varen. Jako prekurzor výroby pervitinu sloužil zejména pseudoefedrin extrahovaný z volně dostupných léků dovážených především z Polska, v menší míře z Německa a Maďarska. Za r. 2012 je v ČR evidováno 355 záchytů pervitinu v množství 32 kg. V r. 2012 se pozornost orgánů vymáhajících právo zaměřila na drogový trh v příhraničních oblastech severozápadních Čech stimulovaný rostoucí poptávkou po pervitinu a marihuaně ze strany německých občanů.

Kokainu bylo v r. 2012 zachyceno 8,1 kg, heroinu 7,6 kg. Čistota heroinu distribuovaného koncovým uživatelům se po ředění pohybovala kolem 5 %.

V r. 2012 bylo v ČR zachyceno celkem 18 nových syntetických drog, které jsou prodávány zejména prostřednictvím internetových obchodů. Mezi látky s největším zachyceným množstvím patřily 4-metyletkatinon (126 kg), syntetický kanabinoid AM-2201 (4 kg) a tryptamin 5-MeO-AMT (1,5 kg).

### 1 Národní protidrogová politika a její kontext

V r. 2012 se právní úprava týkající se tzv. drogových trestných činů nezměnila. Probíhala diskuse ohledně nařízení vlády č. 467/2009, ve kterém se pro účely trestního zákoníku určuje větší než malé množství drog. Nicméně ještě předtím, než došlo k jakékoliv změně tohoto nařízení, zrušil je s účinností od 23. srpna 2013 Ústavní soud pro rozpor s Ústavou ČR a Listinou základních práv a svobod. Nařízení vlády č. 455/2009 Sb., kterým se stanoví limitní množství rostlin a hub obsahujících omamnou a psychotropní látku, zatím platí, neboť Ústavní soud se jím nezabýval.

Parlamentem byla v srpnu 2013 schválena novela zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, která mimo jiné počítá s tím, že seznam omamných a psychotropních látek, doposud obsažený v přílohách zákona, bude obsažen v nařízení vlády.

Zákonem č. 50/2013 Sb., kterým mění zákon o léčivech, zákon o návykových látkách a zákon o správních poplatcích, je s účinností od 1. dubna 2013 v ČR umožněna léčba konopím.

Dne 30. srpna 2012 se ČR stala 176. smluvní stranou Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku.

MZ na začátku r. 2013 postoupilo do připomínkového procesu návrh zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, který má nahradit zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Rok 2012 byl třetím rokem platnosti Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a posledním rokem platnosti prvního Akčního plánu realizace strategie na období 2010–2012. Následující Akční plán 2013–2015 opět zdůrazňuje princip integrace legálních a nelegálních drog do jedné politiky a zaměřuje se i na jiné formy závislostního chování, jako je hazardní hráčství. Byl vyhodnocen Akční plán 2010–2012, který obsahoval 185 dílčích aktivit – 109 (59 %) z nich se podařilo splnit, nejméně úspěšné byly oblasti léčba a sociální začleňování (38,7 %) a oblast alkoholu a tabáku (25 %). K zásadním změnám v koordinaci protidrogové politiky na krajské úrovni nedošlo.

V r. 2012 činily účelově určené výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy na protidrogovou politiku celkem 587,3 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 346,8 mil. Kč (59,1 %) a z místních rozpočtů 240,5 mil. Kč, z toho z krajů šlo 176,1 mil. Kč (30,0 %) a z obcí 64,3 mil. Kč (11,0 %). Ve srovnání s předchozím rokem vzrostly celkové výdaje o 4,2 %, z toho výdaje ze státního rozpočtu vzrostly o 1,4 %, výdaje krajů vzrostly o 12,2 % a výdaje obcí klesly o 0,8 %. Z hlediska funkčního členění výdajů došlo k nárůstu ve všech oblastech s výjimkou prevence, prosazování práva a oblasti koordinace-výzkum-hodnocení. Z Evropského sociálního fondu jsou na projekty protidrogové politiky na místní úrovni čerpány prostředky ve výši odhadem 100 mil. Kč ročně.

Výdaje ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2011 činily celkem 1563 mil. Kč, z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem (dg. F10) bylo vydáno 1110 mil. Kč a na léčbu nealkoholových poruch (dg. F11–F19) 453 mil. Kč. Oproti r. 2010 byl ve výdajích zdravotních pojišťoven zaznamenán 4% pokles. Podíl psychiatrie a oboru návykových nemocí činil přibližně 90 % u lůžkové péče a necelých 60 % u péče ambulantní.

#### 1.1 Legislativní rámec

##### 1.1.1 Právní předpisy

###### 1.1.1.1 Trestněprávní předpisy

V r. 2012 se právní úprava týkající se tzv. drogových trestných činů nezměnila. Vymezení příslušných skutkových podstat, tj. §§ 283–287 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník ve znění pozdějších změn (TZ), zůstalo zachováno. Rozsáhlá diskuse se vedla ohledně prováděcích předpisů, a to nařízení vlády č. 467/2009, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů. Údajným důvodem byl nárůst obchodování s pervitinem v česko-německém pohraničí<sup>1</sup>. Předmětem diskuse bylo kromě jiného snížení množství některých drog, které by bylo možno pro účely držení pro vlastní potřebu podrobit trestněprávní sankci. Ještě předtím, než byly závěry diskuse promítnuty do jakékoliv legislativní změny, došlo ke zrušení shora citovaného nařízení, resp. jeho podstatné části, nálezem Ústavního soudu<sup>2</sup> ze dne 23. července 2013 (viz také kapitola Aplikace práva) pro rozpor tohoto nařízení s Ústavou ČR a Listinou základních práv a svobod. Změna je účinná od 23. srpna 2013, kdy byl citovaný ústavní nález vyhlášen ve Sbírce zákonů pod č. 259/2013 Sb. Držení omamné nebo psychotropní látky (OPL) nebo přípravku ji obsahujícího v množství větším než malém pro vlastní potřebu je i nadále trestným činem ve smyslu ustanovení § 284 TZ – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu. Množství větší než malé takové látky však není závazně stanoveno žádným právním předpisem a pro účely trestního řízení je třeba jej stanovit aplikační praxí, obdobně jako

<sup>1</sup> Nicméně předmětné nařízení se týká trestného činu držení drog pro vlastní potřebu, nikoliv trestných činů spojených s výrobou či distribucí drog.

<sup>2</sup> Sp. zn. Pl. ÚS 13/12.

tomu bylo do 31. prosince 2009, tj. před účinností tzv. nového TZ<sup>3</sup>. Ústavní náleze se nedotkl seznamu jedů, obsaženého v příloze č. 1 shora citovaného nařízení vlády ani nařízení vlády č. 455/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku ani dalších prováděcích předpisů, protože nebyly předmětem návrhu a Ústavní soud se tak jimi nemohl z vlastní iniciativy zabývat. Lze však očekávat, že i tento prováděcí předpis se v budoucnu stane předmětem jednání Ústavního soudu, nedojde-li k jeho zrušení jiným způsobem.<sup>4</sup>

Z hlediska nástrojů trestního práva v oblasti ochrany obětí kriminality včetně drogové je nutno zmínit dlouho očekávaný zákon č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů, který nabyl účinnosti 25. února 2013. Očekává se od něj zejména zlepšení postavení obětí trestných činů, rozšíření možností jejich ochrany, informovanosti, peněžité i jiné profesionální pomoci a další přínosy. Tento zákon současně novelizuje zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád v platném znění, a to zavedením institutu předběžného opatření do trestního práva s účinností od 1. listopadu 2013. Jedním z předběžných opatření, které lze uložit obviněnému v trestním stíhání za předpokladu splnění zákonem vymezených kritérií, je zákaz užívat, držet nebo přechovávat alkoholické nápoje nebo jiné návykové látky.

V oblasti mezinárodní spolupráce při postihu drogové kriminality lze očekávat změnu v souvislosti s přijetím zákona č. 104/2013 Sb., o mezinárodní justiční spolupráci ve věcech trestních, který nabývá účinnosti od 1. ledna 2014. Zlepšení mezinárodní spolupráce, včetně zlepšení vzájemné informovanosti o mezinárodní kriminalitě a vzájemné součinnosti při konkrétních operacích, by se mělo pozitivně projevit též v případě nedovoleného obchodu s OPL u skutku, za který lze uložit nepodmíněný trest odnětí svobody s horní hranicí trestní sazby nejméně 5 let nebo ochranné opatření spojené se zbavením osobní svobody a který spočívá v některém z těchto jednání. Spolupráce se dotýká též dalších oblastí kriminality v případě jejich mezinárodního přesahu, např. obchodu s lidmi, dětské pornografie, korupce, legalizace výnosů z trestné činnosti apod.

#### 1.1.1.2 Změny v zákoně o návykových látkách

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, nedoznal v průběhu r. 2012 zásadních obsahových změn. V průběhu r. 2013 se dočkal 2 významných změn v souvislosti se zakotvením možnosti použití a pěstování konopí k léčebným účelům a dále v souvislosti s přesunem seznamu omamných a psychotropních látek z přílohy zákona do nařízení vlády – viz také VZ 2011.

K první ze zmiňovaných změn došlo novelizací zákona o návykových látkách zákonem č. 50/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích. Novelizace nabyla účinnosti dne 1. dubna 2013. Část novely týkající se pěstování konopí k léčebným účelům a získání licence k takové činnosti nabývá účinnosti až od 1. března 2014. Do března 2014 tak pacienti budou odkázáni na konopí pocházející z oficiálního dovozu.

Cílem zákona je umožnění léčby konopím v indikovaných případech pacientům v ČR, a to díky legálnímu nákupu konopí dovezeného oficiálně ze zahraničí nebo pěstovaného v ČR na základě udělené licence. Léčebné konopí bude poskytováno pacientům s vybranými onemocněními výhradně na lékařský předpis s registrací výdeje v lékárně. Zákon dále umožní licencovaným výrobcům pěstování a dodávku léčebného konopí na farmaceutický trh v ČR. Individuální pěstování konopí k léčebným účelům zákon nepovoluje. Státní ústav pro kontrolu léčiv vydal v dubnu 2013 opatření obecné povahy<sup>5</sup>, kterým vyřadil léčbu konopím z veřejného zdravotního pojištění. V červenci 2013 vydalo Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vyhlášku č. 221/2013 Sb., kterou se stanovují podmínky pro předepisování, přípravu, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití, která nabyla účinnosti 1. srpna 2013. Řada nastavených parametrů týkajících se např. omezení věku pacientů, dávkování, okruhu indikací, odborných specializací lékaře je předmětem kritiky ze strany odborné a občanské veřejnosti<sup>6</sup>.

Obě shora uvedené normy ve spojení s dalšími obtížemi, např. v souvislosti s relativně vysokou cenou léčebného konopí z dovozu, mohou ohrozit či snížit pozitivní efekt této nové právní úpravy, a to jak ve smyslu dostupnosti léčby, tak ve smyslu nemožnosti důsledného oddělení legálního a nelegálního trhu s konopím. Nicméně přes schválení legislativního rámce pro léčbu konopím k jejímu uvedení do praxe dosud nedošlo.

<sup>3</sup> Do té doby existovaly vnitřní pokyny policejního prezidenta a nejvyššího státního zástupce, které stanovovaly množství drog a poskytovaly tak orgánům činným v trestním řízení vodítko, jak postupovat. Z tohoto období existuje také rozsáhlá judikatura, která je závazná při rozhodování soudů v konkrétních věcech.

<sup>4</sup> Obdobnou argumentaci, tedy rozpor s ústavněprávními předpisy, je možno namítnout též u dalších prováděcích předpisů k trestnímu zákoníku, jimiž dochází de facto k definici trestnosti jednání osob, např. u nařízení vlády č. 454/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za látku s anabolickým a jiným hormonálním účinkem a jaké je jejich větší množství, a co se pro účely trestního zákoníku považuje za metodu spočívající ve zvyšování přenosu kyslíku v lidském organismu a za jiné metody s dopingovým účinkem.

<sup>5</sup> Č. 04 - 13, sp. zn. suksl 17954/2013, Stanovení výše a podmínek úhrady individuálně připravovaných léčivých přípravků – magistrátní ter ke dni 14. 5. 2013.

<sup>6</sup> <http://www.lecebnekonopi.cz/catalogue/detail/6/58/Uhrada-lecebneho-konopi-Peticni-vybor-za-lecebne-konopi-vyvraci-argumenty-SUKL-a-medialni-vystupy-ministerstva>, [http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/media/lecebne\\_konopi\\_2013\\_07\\_31.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/media/lecebne_konopi_2013_07_31.pdf) (2013-09-13)

Druhá významná změna se týká novelizace zákona o návykových látkách. Touto novelizací dochází k rozdělení právní úpravy návykových látek od právní úpravy prekurzorů drog do dvou samostatných zákonů. Nový zákon č. 272/2013 Sb., o prekurzorech drog, a zákon č. 273/2013 Sb., kterým se novelizuje zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, byly zveřejněny ve Sbírce zákonů 10. září 2013 a nabývají účinnosti 1. ledna 2014. Novela zákona č. 167/1998 Sb., počítá kromě jiného s tím, že seznam OPL a přípravků je obsahujících, doposud obsažený v příloze č. 1 až 8 citovaného zákona, bude napříště obsažen v nařízení vlády, tj. v podzákoně právní normě. Toto řešení je ovšem potenciálně vystaveno obdobné argumentaci týkající se jeho rozporu s ústavněprávními předpisy jako u nálezu Ústavního soudu ČR ze dne 23. července 2013 (viz kapitolu 1.1.2).

### 1.1.1.3 Testování řidičů na přítomnost návykových látek

Zjišťování, zda řidič motorového vozidla není pod vlivem návykové látky včetně OPL, se již stalo nedílnou součástí dopravních kontrol. U řidičů s pozitivním orientačním testem je následně prováděn odběr krve a toxikologické vyšetření na OPL. Posuzování skutečnosti, zda řidič byl pod vlivem OPL či byl dokonce ve stavu vylučujícím způsobilost řídit, je relativně časově, odborně i finančně náročné. Ve snaze zjednodušit aplikační praxi bylo ve správním řízení o tomto typu dopravních přestupků využíváno odborné stanovisko Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie České lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČLS JEP) k problematice posuzování ovlivnění řidičů návykovými látkami, které pro nejčastěji užívané vybrané OPL stanovilo nejnižší koncentrační meze v krevním vzorku, při jejichž překročení lze mít za to, že řidič je ovlivněn návykovou látkou<sup>7</sup>. Toto odborné stanovisko bylo v praxi hojně využíváno. S ohledem na skutečnost, že se nejedná o právní normu, však často bylo třeba k odvolání řidiče zpracovávat znalecký posudek k posouzení způsobilosti řídit či míry ovlivnění návykovou látkou. Ve snaze odstranit tyto pochybnosti a stanovit jasné hranice, kdy lze z výsledků toxikologických vyšetření pro účely správního řízení usuzovat na ovlivnění řidiče návykovou látkou, byl přijat zákon č. 233/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích (zákon o silničním provozu). S účinností od 17. srpna 2013 se má za to, že „v případě jiných návykových látek uvedených v prováděcím právním předpise se řidič považuje za ovlivněného takovou návykovou látkou, pokud její množství v krevním vzorku řidiče dosáhne alespoň limitní hodnoty stanovené prováděcím právním předpisem“. Předpokládaný prováděcí předpis však dosud nebyl zpracován, je tedy otázkou, jak praxe v přechodném období tento právní problém vyřeší. V krajním případě by řidiči, kteří byli ovlivněni OPL, ale nebyli ve stavu vylučujícím způsobilost řídit (což je vždy nutno určit znaleckým posudkem), nemohli být paradoxně z důvodu chybějícího prováděcího předpisu postížitelní v přestupkovém řízení.

### 1.1.1.4 Návrh zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami

V r. 2012 MZ připravovalo zásadní novelu zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (dále jen zákon č. 379/2005 Sb.). Tyto legislativní práce vyvrcholily předložením Návrhu zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky tabáku, alkoholu a jiných návykových látek (zákon o ochraně zdraví před návykovými látkami). Jedním z důvodů zkvalitnění právní úpravy v této oblasti je podle důvodové zprávy dlouhodobě vysoká spotřeba a dostupnost alkoholu a tabáku, a to i mezi mládeží, nelegální trh s lihovinami apod.<sup>8</sup> Změny jsou tedy zaměřeny primárně na snížení užívání alkoholu a tabáku. Návrh byl předložen MZ do vnějšího připomínkového řízení v dubnu 2013. Blíže viz také kapitoly Preventivní působení prostředí – environmentální prevence (str. 38) a Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti léčby (str. 56).

### 1.1.1.5 Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku

Dne 30. srpna 2012 se ČR stala 176. smluvní stranou Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku (FCTC), která byla vyhlášena ve Sbírce mezinárodních smluv v částce 39 pod číslem 71/2012 Sb. m. s. Byl tak završen několikaletý proces ratifikace, který započal již 22. prosince 2004, kdy vláda ČR návrh na ratifikaci schválila. FCTC je závaznou mezinárodní smlouvou, která vytváří mezinárodní právní prostředí pro řešení celosvětové tabákové epidemie. Zabývá se komplexně ochranou před ničivými zdravotními, sociálními, environmentálními a ekonomickými následky užívání tabáku a před expozicí tabákovému kouři. FCTC vstoupila v platnost v roce 2005. Jednou ze smluvních stran je i Evropská unie. Česká republika byla posledním členským státem EU, který FCTC ratifikoval. Ve dnech 12.–17. listopadu 2012 se v jihokorejském Soulu uskutečnilo 5. zasedání Konference smluvních stran FCTC, která je svolávána jednou za dva roky za účelem kontroly prosazování této úmluvy. ČR se této konferenci účastnila poprvé jako smluvní strana.

### 1.1.1.6 Změny týkající se profese adiktologa

V návaznosti na přijetí nových zdravotnických předpisů v průběhu l. 2011 a 2012, v jejichž důsledku došlo k posílení právního postavení profese adiktologa – blíže viz VZ 2010 a 2011, začaly některé adiktologické služby, které byly dosud registrovány jako poskytovatelé sociálních služeb, získávat též oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Od vstupu adiktologických služeb do systému zdravotnictví se očekává kromě jiného též posílení finančního zázemí adiktologických služeb prostřednictvím plateb ze zdravotního pojištění. V této souvislosti je podstatná skutečnost, že v březnu 2013 byly interní kontrolou MZ schváleny nové zdravotní výkony pro profesi adiktologa, jejichž zveřejnění

<sup>7</sup> [http://soudnilekarstvi.cz/03\\_pro\\_odborniky/](http://soudnilekarstvi.cz/03_pro_odborniky/) (2013-08-26)

<sup>8</sup> <https://apps.odok.cz/kpl-detail?pid=KORN96WGEJXU> (2013-08-26)

se očekává již tento rok a účinnost od 1. ledna 2014 – viz také kapitolu Síť adiktologických služeb (str. 57). Tématu se v r. 2013 také věnuje připravované číslo Zaostřeno na drogy (Fidesová et al., 2013).

### 1.1.2 Aplikace práva

Aplikační praxe zasáhla významným způsobem do právní úpravy drogových trestných činů, a to již zmiňovaným nálezem Ústavního soudu ze dne 23. července 2013 (viz kapitolu Trestněprávní předpisy). Citovaný ústavní nález zrušil dnem vyhlášení nálezu ve Sbírce zákonů část ustanovení § 289, odst. 2 zákona č. 40/2009 ve slovech „a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů“. Současně zrušil ustanovení § 2 a přílohu č. 2 nařízení vlády č. 467/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů, taktéž ke dni vyhlášení ve Sbírce zákonů. Nález byl přijat jako rozhodnutí o návrhu Okresního soudu v Liberci, který vedl trestní stíhání pro přečin přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu podle § 284, odst. 2 TZ.<sup>9</sup> Podle obžaloby byla skutková podstata naplněna přechováváním 4 plastových sáčků s celkem 3,25 g pervitinu s obsahem účinné látky 1,9 g metamfetaminu. Šlo o množství větší než malé, neboť shora citované tehdy platné nařízení vlády stanovovalo, že množstvím větším než malým jsou více než 2 g pervitinu za předpokladu, že obsahují alespoň 0,6 g účinné látky (0,72 g v případě hydrochloridu). Okresní soud v Liberci dospěl k závěru, že předmětné zákonné ustanovení rozhodné pro rozhodování o vině a trestu, tj. ustanovení § 289, odst. 2 TZ, je v rozporu s ústavním pořádkem, a proto trestní stíhání přerušil a předložil věc Ústavnímu soudu. Ústavní soud dospěl k závěru, že výše uvedené ustanovení je v rozporu s článkem 39 Listiny základních práv a svobod<sup>10</sup> a s článkem 78 Ústavy ČR<sup>11</sup>. Podle těchto ustanovení je vymezení trestného činu možné pouze zákonem, k jehož vydání je kompetentní výhradně Parlament ČR. V návaznosti na toto ustanovení Ústavní soud vyjádřil právní názor, že zákonodárce mohl definovat množství větší než malé OPL pouze formou zákona. Současně uvedl, že podzákoný právní předpis by bylo možno využít pouze v případě, kdy by zmocňovací ustanovení v § 289, odst. 2 TZ stanovovalo určitá kritéria, která by vláda pouze konkretizovala.

## 1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace

### 1.2.1 Národní strategie a akční plán

Rok 2012 byl třetím rokem platnosti Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (Národní strategie 2010–2018) a posledním rokem platnosti prvního Akčního plánu realizace strategie na období 2010–2012. V období platnosti strategie budou sestaveny 3 akční plány, každý na období 3 let. V r. 2012 proběhlo hodnocení prvního plánu na období 2010–2012 a příprava nového na období 2013–2015. Blíže k Národní strategii 2010–2018 viz VZ 2009 a VZ 2010.

#### 1.2.1.1 Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013–2015

Akční plán 2013–2015 byl schválen usnesením vlády č. 219 ze dne 27. března 2013 a je v pořadí druhým akčním plánem Národní strategie 2010–2018. Svými aktivitami a prioritami navazuje na předchozí akční plán.

Podle předkladatelů má Akční plán 2013–2015 za úkol především udržet stávající ověřené a zavedené aktivity a funkce protidrogové politiky. Tento důraz akčního plánu vyplývá z ekonomické recese, kdy dochází k redukci veřejných výdajů a prioritou se stává udržení finančních prostředků na již zavedená opatření. Zároveň akční plán konstatuje potřebu reagovat rovněž na nové trendy.

Akční plán opětovně zdůrazňuje integrovanou protidrogovou politiku, čili komplexní řešení oblasti legálních a nelegálních drog. Předchozí Akční plán 2010–2012 obsahoval samostatnou oblast věnovanou alkoholu a tabáku. Akční plán 2013–2015 samostatnou oblast alkoholu a tabáku neobsahuje a v souladu s principem integrace politik jsou aktivity zaměřené na legální drogy obsaženy v jednotlivých intervenčních oblastech. Většina původně navržených dílčích úkolů týkajících se alkoholu byla nicméně z dokumentu vyňata s tím, že budou zpracovány v samostatném Národním akčním plánu k omezení škod působených alkoholem, který má zpracovat MZ.

Akční plán 2013–2015 také v souladu s principem integrace zdůrazňuje potřebu zaměřit se i na jiné formy závislostního chování, jako je hazardní hráčství, a obsahuje v této souvislosti také několik specificky zaměřených aktivit. Priority protidrogové politiky na období 2013–2015 vycházejí z předchozího akčního plánu a byly stanoveny následovně:

- snížení míry nadměrného pití alkoholu a intenzivního užívání konopí mladými lidmi,
- zaměření na vysokou míru problémového užívání pervitinu a opiátů,
- zefektivnění financování protidrogové politiky,
- integrovaná protidrogová politika.

<sup>9</sup> Sp. zn. 4 T 12/2012.

<sup>10</sup> Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.

<sup>11</sup> Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.

### 1.2.1.2 Národní akční plán drogového informačního systému 2013–2015

V dubnu 2013 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) schválila Národní akční plán drogového informačního systému 2013–2015 (dále NAPDIS). NAPDIS pokrývá oblast nelegálních i legálních drog, nově zařazenou oblastí je monitoring hazardního hráčství – bližší viz kapitolu Další opatření protidrogové politiky (str. 11).

### 1.2.2 Implementace a evaluace národní strategie a akčního plánu

#### 1.2.2.1 Průběžné hodnocení naplňování cílů Národní strategie 2010–2018

Průběžné hodnocení naplňování cílů Národní strategie 2010–2018 bylo provedeno v rámci přípravy nového akčního plánu a jeho výsledky jsou součástí Akčního plánu 2013–2015. Šlo o interní hodnocení provedené sekretariátem RVKPP:

- U strategického cíle „Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi“ je přes vysokou míru užívání drog v obecné populaci a mezi mládeží konstatován pozitivní klesající trend v užívání nelegálních drog v obecné populaci a mezi studenty.
- Pokud se jedná o strategický cíl „Snížit míru problémového a intenzivního užívání drog“, dochází aktuálně k nárůstu střední hodnoty odhadu problémových uživatelů drog.
- Strategický cíl „Snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost“ se dlouhodobě daří naplňovat – je relativně nízká míra výskytu infekcí spojených s užíváním drog a předávkování drogami, dlouhodobě klesá míra rizikového chování uživatelů drog, roste počet provedených testů na infekční nemoci u uživatelů drog a také počet kontaktů a množství vyměněného injekčního materiálu.
- U posledního strategického cíle „Snížení dostupnosti drog zejména pro mladé lidi“ je pozorována vysoká úroveň subjektivně vnímané dostupnosti cigaret a alkoholu mezi mladými lidmi, na druhou stranu vnímaná dostupnost nelegálních drog klesá. V oblasti snižování dostupnosti alkoholu upozorňuje hodnocení na potřebu zavedení účinných opatření a kontrolních mechanismů.

#### 1.2.2.2 Hodnocení Akčního plánu 2010–2012

V únoru 2013 byla vládě předložena pro informaci Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu 2010–2012.<sup>12</sup>

Hodnocení Akčního plánu 2010–2012 bylo zaměřeno na monitoring implementace úkolů akčního plánu, na míru naplnění 4 priorit akčního plánu stanovených na dané období a na zhodnocení dosažení hlavních očekávaných výstupů akčního plánu<sup>13</sup>. Celkem bylo hodnoceno 105 aktivit rozdělených do 185 milníků – dílčích fází jednotlivých aktivit. Celkově se podařilo splnit 109 milníků (59 %), částečně bylo splněno 34 (18 %), 42 (23 %) se nepodařilo splnit nebo vyhodnotit. Nejvíce úkolů bylo splněno v oblasti monitoring, výzkum, hodnocení (89 %) a koordinace a financování (74 %), nejméně naopak v oblasti léčba a sociální začleňování (39 %) a alkohol a tabák (25 %).

Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu 2010–2012 konstatuje, že priority protidrogové politiky na dané období se nepodařilo naplnit<sup>14</sup>, neboť nebyly v plném rozsahu realizovány aktivity, které se k uvedeným prioritám vztahovaly. Uvedenými důvody nesplnění nebo jen částečného naplnění relativně velkého počtu aktivit a potažmo priorit akčního plánu byly komplexnost aktivit obsažených v akčním plánu a s tím související časová náročnost potřebná k jejich splnění, nedostatečné personální zajištění, nedostatek finančních prostředků na realizaci úkolů nebo vysoký počet úkolů přidělených jednomu realizátorovi. Docházelo také k tomu, že nesplnění jedné aktivity znemožnilo realizaci navazujících aktivit nebo k tomu, že v případě legislativních úkolů byl návrh předpisu připraven, ale k jeho schválení nedošlo.

Akční plán definoval hlavní očekávané výstupy v jednotlivých intervenčních oblastech – tabulka 1-1.

<sup>12</sup> [http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Souhrnna\\_zprava\\_o\\_splneni\\_AP\\_-2010-12.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Souhrnna_zprava_o_splneni_AP_-2010-12.pdf) (2013-06-06)

<sup>13</sup> Hodnocení proběhlo na základě informací od subjektů zapojených do jeho realizace. Celkem se do hodnocení zapojilo 10 rezortů a 9 krajů. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku.

<sup>14</sup> Priority Akčního plánu 2010–2012 byly: a) zaměřit se na vysokou míru užívání konopí a dalších drog mezi mládeží a mladými dospělými, b) zaměřit se na vysokou míru problémového užívání opiátů a pervitinu formulací a aplikací programů specifických pro tuto cílovou skupinu, c) posílit protidrogovou politiku v oblasti legálních drog (alkoholu a tabáku), zejména její koncepční a koordinační mechanismy a oblast léčebných opatření, d) rozvíjet a zefektivnit celkové legislativní, finanční a koordinační mechanismy protidrogové politiky.

tabulka 1-1: Plnění hlavních výstupů Akčního plánu 2010–2012 podle intervenčních oblastí

Plnění	Hlavní výstupy
<b>Primární prevence</b>	
Splněno	existující metodické materiály pro realizaci prevence ve školách a školských zařízeních
Splněno částečně	návrh Národního programu prevence užívání alkoholu, tabáku a dalších drog ve školách a školských zařízeních v širším kontextu prevence rizikového chování
Nesplněno	model jednotné mezirezortní koncepce primární prevence rizikového chování se zaměřením pro oblast návykových látek u dětí a mládeže
	koncepce koordinace primární prevence na národní a krajské úrovni
	existující internetové poradenství směřující ke kontrole a k redukci užívání u intenzivních uživatelů konopných drog
	vytvořená síť poradenských center na bázi již existujících zařízení v ČR poskytujících poradenské a léčebné intervence uživatelům konopných drog
<b>Léčba a sociální začleňování</b>	
Splněno	příklady dobré praxe pro vybrané specifické cílové skupiny
	metodika práce s vězni s ohledem na standardy kvality civilních drogových služeb a specifické prostředí věznic
Splněno částečně	zvýšení počtu registrovaných zdravotnických zařízení poskytujících substituční léčbu i pacientů v substituci
Splněno částečně	schválená koncepce ambulantní a lůžkové adiktologické léčebné a následné péče
	navržené doporučené postupy pro uživatele drog propuštěné z léčby a vězení
Nesplněno	návrh doporučení pro zavedení nové farmakologické nebo substituční léčby a dalších psychosociálních intervencí pro uživatele metamfetaminu do praxe
<b>Snižování rizik</b>	
Splněno	analýza možnosti distribuce harm reduction materiálu ve věznicích
	nárůst počtu provedených testů o dvě třetiny oproti r. 2009
	metodický materiál pro obce, provozovatele noční zábavy a preventivní programy působící v prostředí zábavy
Splněno částečně	analýza proveditelnosti nových forem harm reduction intervencí pro redukci aplikace drog na veřejných prostranstvích v ČR
Nesplněno	zpracované standardy dobré adiktologické praxe v lékárnách
<b>Snižování dostupnosti drog</b>	
Splněno	zavedená výměna informací mezi Celní protidrogovou jednotkou a Národní protidrogovou centrálou
	vyšší efektivita skupin mobilního dohledu zaměřených na přepravu drog
	omezení zneužití léků obsahujících pseudoefedrin v lékárnách
	návrh opatření pro omezení dostupnosti pomocných látek sloužících pro nelegální výrobu pervitinu
Splněno částečně	zkrácení procesu aktualizace seznamu OPL
Splněno částečně	omezení zneužití výdeje substitučních přípravků v lékárnách
	–
<b>Monitoring, výzkum, hodnocení</b>	
Splněno	pravidelná dostupnost aktuálních dat z 5 klíčových epidemiologických indikátorů
	dostupná data o klientech a intervencích v drogových službách
	data o intenzivním užívání konopných drog
	data o užívání drog mezi vězni a o dostupných harm reduction a léčebných opatřeních
	data o zneužívání léků s psychotropním účinkem
Splněno částečně	pravidelná data o preventivních programech v prostředí škol
	evaluace Akčního plánu protidrogové politiky
	návrh nástrojů pro hodnocení účinnosti léčby
Nesplněno	–
<b>Koordinace a financování</b>	
Splněno	jednotné standardy a systém kontroly kvality pro všechny typy prevence
Splněno částečně	systém vzdělávání pro krajské a místní koordinátory, pro pedagogy a zaměstnance vězeňské služby
	analýza možností změny financování protidrogové politiky
Nesplněno	výkony adiktologické péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění
Nesplněno	–
<b>Mezinárodní spolupráce</b>	
Splněno	ratifikace a implementace důležitých mezinárodních úmluv, jejichž ratifikaci bránila absence zavedení trestní odpovědnosti právnických osob
	posílení zapojení Ministerstva zahraničních věcí, Stálého zastoupení v Bruselu, stálých misí při mezinárodních organizacích a zastupitelských úřadů do mezinárodní protidrogové politiky
	koordinace prezentování priorit ČR na mezinárodních fórech, prosazování zájmů ČR v mezinárodních institucích UNODC, HDG EU, EMCDDA apod.
Splněno částečně	posílení aktivit ČR vůči regionům a zemím produkce a tranzitu drog (Afghánistán, Latinská Amerika, Střední Asie, západní Afrika, západní Balkán)
Nesplněno	–
<b>Alkohol a tabák</b>	
Splněno	ratifikace Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku
Splněno částečně	vyjasnění kompetencí v oblasti protidrogové politiky legálních drog a jejich souvislostí s politikou nelegálních drog
	zvýšení vymahatelnosti, případně novelizace zákona č. 379/2005 Sb. v oblasti kontroly dostupnosti alkoholu a tabákových výrobků mladistvým
Nesplněno	funkční systém monitorování pro legální drogy (tabák a alkohol), dostupná Výroční zpráva o alkoholu a tabáku



### 1.2.2.3 Hodnocení Národního akčního plánu drogového informačního systému 2011–2012

V dubnu 2013 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky projednala hodnocení NAPDIS 2011–2012. Hodnotící zpráva konstatuje, že i přes některé nerealizované aktivity se očekávané cíle NAPDIS podařilo naplnit. Ukázalo se, že v oblasti monitoringu legálních drog, která je v gesci rezortu zdravotnictví, zůstává slabým místem především souhrnné pravidelné (výroční) hlášení o situaci kompetentním výkonným a koordinačním orgánům v oblasti protidrogové politiky.

### 1.2.3 Další opatření protidrogové politiky

Již od r. 2011 probíhá příprava návrhu zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, kterým se nahradí zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který legislativně rámuje protidrogovou politiku a její koordinační mechanismy. Součástí připravovaného návrhu zákona jsou i legislativní návrhy připravené pracovní skupinou RVKPP k ochraně dětí a mládeže před zneužíváním alkoholu – více viz VZ 2011, a také kapitoly Právní předpisy (str. 5) a Preventivní působení prostředí – environmentální prevence (str. 38).

Vláda ČR v dubnu 2012 schválila aktualizaci Pravidel pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku. V květnu 2012 ČR ratifikovala Rámcovou úmluvu Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku – blíže viz VZ 2011.

V r. 2012 bylo předmětem jednání vlády ČR také téma sázkových her a jejich dopadů – viz také VZ 2011. Vláda usnesením č. 655 ze dne 6. 9. 2012 pověřila Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti realizací studie o sociálně patologických dopadech hazardních her na společnost v ČR. Analýza bude předložena vládě do dubna 2014. Za tím účelem ustavilo NMS pracovní skupinu složenou ze zástupců relevantních subjektů, jež má za úkol podpořit zpracování analýzy<sup>15</sup>.

RVKPP se na přelomu let 2012 a 2013 věnovala problematice výroby a distribuce metamfetaminu v česko-německém pohraničí, do které jsou v posledních letech zapojeny osoby vietnamské národnosti. V řešení situace bylo aktivní zejména ministerstvo vnitra (MV) a v souvislosti s tímto problémem se drogy a drogová kriminalita staly jednou z priorit Policie ČR pro r. 2013. Politici dvou spolkových zemí SRN Saska a Bavorska vinili ze zvýšeného zájmu německých uživatelů drog o pervitin údajně příliš liberální českou protidrogovou politiku. MV v reakci připravilo návrh změny nařízení vlády, kterým se určují množství drog pro rozlišení přestupku a trestného činu, přičemž u pervitinu navrhovalo snížení hranice z 2 g na 0,5 g. RVKPP si však vyžádala diskutovat návrh v pracovní skupině pro metamfetamin a MV poté z návrhu ustoupilo; zpět do diskuse byl však návrh předložen MZ v připomínkovém řízení. Vládní nařízení bylo nicméně zrušeno Ústavním soudem v červenci 2013 – blíže viz kapitolu Aplikace práva (str. 8). Mezi další aktivity k řešení problematiky česko-německého příhraničí patřilo vyjednávání spolupráce mezi ministry vnitra ČR, Saska, Bavorska, Vietnamu. Uskutčnilo se setkání národních protidrogových koordinátorů ČR, Rakouska, Německa, Maďarska, Polska a Slovenska. Vláda také zřídila dočasnou mezirezortní pracovní skupinu na úrovni náměstků ministrů ke koordinaci postupu relevantních složek na kontrolních akcích v prostředí příhraničních tržišť (akce probíhaly v 1. polovině r. 2013). Byly připraveny legislativní návrhy s cílem zrychlit a zjednodušit proces vyhošťování cizinců odsouzených za úmyslné trestné činy. V neposlední řadě MV v r. 2013 vyhlásilo mimořádný dotační program zaměřený na prevenci drogové kriminality v pohraničí v celkovém objemu 5 mil. Kč – viz také kapitolu Prevence drogové kriminality (str. 121).

S cílem zapojit do řešení problému samotné Vietnamce byla v březnu 2013 v Ústí nad Labem uspořádána konference Protidrogová kampaň vietnamské komunity v ČR. Konferenci uspořádalo MV a vietnamské velvyslanectví ve spolupráci se Svazem Vietnamců a Česko-vietnamskou společností. Na konferenci byl představen projekt Vietnamsko-české protidrogové ligy, která sdružuje vietnamské organizace v ČR a státní a samosprávné orgány a instituce.

#### 1.2.3.1 Iniciativy občanské společnosti a odborné veřejnosti

V lednu 2012 se v Praze konalo mezinárodní setkání Informal Drug Policy Dialogue, které je iniciativou dvou neziskových organizací – Transnational Institute a Diogenis Association – s cílem výměny názorů mezi úředníky, výzkumníky a představiteli mezinárodních organizací v oblasti protidrogové politiky, jako UNODC, WHO, EMCDDA. Tématy pražského setkání byla nová evropská protidrogová strategie na období 2013–2020 nebo budoucnost úmluv OSN v oblasti drog.

V březnu 2012 Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (GRVS) a sekretariát RVKPP zorganizovaly seminář Řešení drogové problematiky ve výkonu trestu. Cílem semináře bylo identifikovat nové a prohloubit dosavadní formy spolupráce v oblasti poskytování poradenských a léčebných služeb pro uživatele drog ve vězení a po propuštění, prozkoumat nástroje vedoucí k vyšší efektivitě služeb a k pevnějšímu systémovému zakotvení těchto služeb včetně substituční léčby.

<sup>15</sup> [http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/studie/studie\\_o\\_socialne\\_patologickykh\\_dopadekh\\_hazardnich\\_her\\_na\\_spolecnost\\_v\\_cr](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/studie/studie_o_socialne_patologickykh_dopadekh_hazardnich_her_na_spolecnost_v_cr), [http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/pracovni\\_skupiny](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/pracovni_skupiny) (2013-08-15)

V dubnu 2012 organizovalo o. s. SANANIM konferenci Kriminalita a drogy 2012<sup>16</sup>. Na konferenci byla prezentována témata primární a sekundární drogové kriminality, kriminality z pohledu komunity, terénních pracovníků a policie (Sadílková, 2012). Tématem každoroční konference o. s. SANANIM v r. 2013 byla rodina a drogy.

Taktéž v dubnu 2012 byla problematika užívání drog mezi mládeží diskutována v rámci konference Životní styl směřující k delikvenci, kterou organizovala Sekce sociální patologie Masarykovy české sociologické společnosti<sup>17</sup>. Konference byla zaměřena primárně na kriminalitu a kriminogenní faktory na úrovni jednotlivce a prostředí a životní styl mládeže, ale věnovala se i tématům domácího násilí nebo kyberšikany (Večerka, 2012).

A do třetice v dubnu 2012 se v Praze konal mezinárodní seminář s názvem Jak zavádět standardy do hodnocení služeb pro uživatele drog za účasti zástupců EMCDDA a Evropské komise. Seminář nabídl platformu pro výměnu zkušeností s přípravou a zaváděním standardů kvality a hodnocení služeb pro uživatele drog do praxe. Na seminářích byly také prezentovány a diskutovány výstupy z projektu EU konsenzus k minimálním standardům kvality pro oblast prevence, léčby a harm reduction užívání nelegálních drog (EQUS–EU).

V květnu 2012 proběhl 51. ročník celostátní adiktologické konference (AT konference), kterou pořádá Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP (SNN). Konference opustila koncept jednoho hlavního tématu (motta) a věnovala se více tématům – zdraví terapeutů, koncepci sítě adiktologických služeb, strategiím harm reduction a zavádění výzkumných poznatků do praxe<sup>18</sup>.

V září 2012 byla uspořádána krajská konference Královéhradeckého kraje k problematice prevence rizikového chování Dítě a drogy<sup>19</sup> zaměřená na prevenci ve školách, standardy v oblasti prevence a testování dětí a mladistvých na užití návykové látky.

Zároveň se v září 2012 konala konference SOCIALIA pořádaná Katedrou sociální patologie a sociologie s Katedrou sociální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové. Podtitul konference zněl Rodina a sociálně patologické jevy<sup>20</sup>.

V září 2012 se dále konala závěrečná konference projektu VYNSPI, kterou pořádala Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze (Klinika adiktologie) spolu s Národním ústavem pro vzdělávání a dalšími regionálními partnery – blíže viz kapitolu Prevence (str. 37).

V říjnu 2012 uspořádal Institut pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP) jednodenní odborný seminář na téma Kriminalita související s drogami v ČR z perspektivy současného výzkumu<sup>21</sup>.

V říjnu proběhl také jednodenní seminář Těhotné uživatelky drog<sup>22</sup> organizovaný Českou asociací streetwork určený pracovníkům nízkoprahových služeb.

Rovněž v říjnu se konala dvoudenní Adiktologická konference Jihočeského kraje<sup>23</sup> s podtitulem Místní prameny a vnitřní zřídla, která se zabývala problematikou financování sociálních služeb a spolupráce poskytovatelů služeb s místní samosprávou. Další ročník konference v r. 2013 nese název Mimo střed a bude se zabývat problematikou sociálního vyloučení, menšin a práce se specifickými cílovými skupinami uživatelů drog.

V listopadu 2012 se konal již 3. mezinárodní veletrh Cannafest s podtitulem Konopí – objevený potenciál, který se zaměřil na možnosti léčebného užívání konopí a problematiku pěstování a kriminalizace vs. dekriminalizace pěstování marihuany<sup>24</sup>.

V listopadu 2012 se v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR konala konference Protidrogová politika a její financování.

Rovněž v listopadu byla již posedmé udělena Cena adiktologie spojená s jednodenním seminářem na téma adiktologické péče o děti a dorost. V r. 2012 získal cenu doc. RNDr. Lumír Ondřej Hanuš, DrSc.<sup>25</sup>

V prosinci 2012 byl uspořádán již 9. ročník konference Primární prevence rizikového chování s názvem Prevence v pohybu...<sup>26</sup> zaměřený na témata spolupráce rodiny a školy v oblasti primární prevence, prevence v ústavní péči, testování dětí a dospívajících ve školách a školských zařízeních při podezření na užití návykové látky a poradenství v primární prevenci. Konference v r. 2013 nese název Jeden svět nestačí aneb sblížení paralelních světů zdravotnické a školské prevence.

<sup>16</sup> <http://www.sananim.cz/projekty/odborne-konference.html> (2013-07-22)

<sup>17</sup> <http://www.ceskasociologicka.org/index.php/akce-mss/314-sbornik-sekce-socialni-patologie-ivotni-styl-smujici-k-delikvenci> (2013-07-24)

<sup>18</sup> <http://www.at-konference.cz/archiv/rocnik-2012/> (2013-07-22)

<sup>19</sup> <http://www.prevence-info.cz/udalost/krajska-konference-kralovehradeckeho-kraje-k-problematice-prevence-rizikoveho-chovani-dite-d> (2013-07-24)

<sup>20</sup> <http://www.uhk.cz/cs-cz/konference/socialia-2012/Stranky/default.aspx> (2013-07-24)

<sup>21</sup> <http://www.ok.cz/iksp/archiv12.html> (2013-07-24)

<sup>22</sup> [http://www.streetwork.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3472](http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=3472) (2013-07-24)

<sup>23</sup> <http://www.akjck.cz/> (2013-07-24)

<sup>24</sup> <http://www.cannafest.cz/pro-navstevniky/odborna-konference/> (2013-07-24)

<sup>25</sup> <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/594/4093/Regionalni-konference-projektu-NETAD-a-Cena-adiktologie-2012> (2013-09-30)

<sup>26</sup> <http://www.pprch.cz/Minule-rocniky/IX-rocnik-konference-PPRCH-2012/> (2013-07-24)

V srpnu 2013 se v Českých Budějovicích konal již druhý ročník amatérského triatlonového závodu Železný adiktolog, který pořádalo o. s. PREVENT. Jedná se o „celostátní sportovně společenskou událost, jejímž cílem bylo rozšířit povědomí o adiktologických službách a závislostech“<sup>27</sup>.

## 1.2.4 Koordinace protidrogové politiky

### 1.2.4.1 Koordinace na národní úrovni

V r. 2012 se poradní orgán vlády ČR v otázkách protidrogové politiky RVKPP sešel čtyřikrát. K zajištění horizontální koordinace na národní úrovni má RVKPP k dispozici 5 stálých výborů a 4 stálé pracovní skupiny pro specifické oblasti protidrogové politiky. RVKPP dále zřizuje podle potřeby další pracovní skupiny – tabulka 1-2.

tabulka 1-2: Přehled výborů a pracovních skupin RVKPP v r. 2012

Výbory	Stálé pracovní skupiny	Ad hoc pracovní skupiny
Výbor zástupců rezortů a institucí	pro metamfetamin	pro zpřístupnění konopí pro léčbu a výzkum v České republice
Výbor zástupců regionů	pro prevenci a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích	
Dotační výbor	šest pracovních skupin NMS pro populační a školské průzkumy spojené s užíváním drog, žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog, infekční nemoci spojené s užíváním drog, drogová úmrtí, systém včasného varování před novými drogami, data trestněprávního sektoru	k ochraně dětí a mládeže před zneužíváním alkoholu
Certifikační výbor		pro financování protidrogové politiky
Poradní výbor pro sběr dat o drogách		

V r. 2012 působily při RVKPP tři ad hoc pracovní skupiny, dvě z nich svoji činnost ukončily – Pracovní skupina pro zpřístupnění konopí pro léčbu a výzkum v ČR a Pracovní skupina k ochraně dětí a mládeže před zneužíváním alkoholu. Pracovní skupina pro prevenci a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích nevyvíjela činnost. Rada dále v r. 2012 obnovila činnost Pracovní skupiny pro financování protidrogové politiky za účelem navržení systémových změn ve financování protidrogové politiky.

K nejdůležitějším tématům jednání RVKPP v r. 2012 a v prvním pololetí 2013 patřily návrh zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami – bližší viz kapitulu Legislativní rámec (str. 5) – dále problematika výroby a pašování pervitinu v česko-německém pohraničí a schválení pilotního ověření inovovaných standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog – bližší viz kapitulu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 56).

V oblasti mezinárodní spolupráce došlo ke změnám členství ČR ve dvou mezinárodních institucích. Od r. 2014 bude ČR opět členem Komise OSN pro narkotika. Naopak končí členství ČR ve Skupině Pompidou Rady Evropy po rozhodnutí vlády v květnu 2013.

### 1.2.4.2 Koordinace na krajské úrovni

Organizační zajištění koordinace a realizace protidrogové politiky na regionální úrovni je vymezeno v § 22 a § 23 zákona č. 379/2005 Sb. Základními koordinačními nástroji protidrogové politiky na krajské a místní úrovni jsou protidrogoví koordinátoři, protidrogové komise a pracovní skupiny, strategie a akční plány protidrogové politiky a vyhodnocení situace v oblasti drog. Krajsští protidrogoví koordinátoři (KPK) vypracovávají každoroční zprávu o realizaci protidrogové politiky kraje.

Funkce KPK je zřízena ve všech 14 krajích kromě Moravskoslezského. V r. 2012 funkci KPK na celý úvazek vykonávalo 7 koordinátorů, v předchozím roce 9.

V 8 krajích existují komise pro otázky protidrogové politiky; ve 3 krajích se protidrogovou politikou zabývají komise se širším záběrem. V dalších 3 krajích, kde nejsou zřízeny komise, existují pracovní skupiny, které se zabývají koordinací protidrogové politiky.

Samostatný strategický dokument pro protidrogovou politiku má 11 krajů. Ve Středočeském, Plzeňském a Ústeckém kraji je protidrogová politika součástí strategie pokrývající širší oblasti sociální politiky nebo prevence kriminality. V r. 2012 vstoupily v platnost nové strategické dokumenty protidrogové politiky v krajích Jihočeském, Pardubickém, Zlínském a v Kraji Vysočina. Karlovarský kraj po tříleté absenci strategického dokumentu upravujícího protidrogovou politiku schválil Koncept protidrogové politiky na období 2013–2016. Většinou mají kraje protidrogovou politiku zpracovanou ve strategii nebo ve strategii a akčním plánu. Protidrogová komise hl. m. Prahy navrhla v r. 2012 zpracování tří na sebe navazujících a provázaných materiálů – koncepce, strategie a akčního plánu.

Strategie protidrogové politiky krajů se zabývají problematikou legálních i nelegálních drog. Jen Praha a Liberecký kraj se ve svých strategiích věnují problematice patologického hráčství. Liberecký kraj si nechal v r. 2012 zpracovat analýzu stavu patologického hráčství v kraji.

<sup>27</sup> <http://www.os-prevent.cz/>, <http://www.zelezny-adiktolog.cz> (2013-09-11)

Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři (MPK), kteří byli v r. 2012 ustanoveni ve 183 obcích s rozšířenou působností z celkového počtu 205 a ve všech 22 městských částech Prahy. MPK ve všech obcích s rozšířenou působností má kromě Prahy také Plzeňský, Liberecký, Pardubický, Jihomoravský, Olomoucký kraj a Kraj Vysočina.

Oblast protidrogové politiky měst a obcí je okrajově zpracována v místních komunitních plánech sociálních služeb nebo v koncepcích prevence kriminality. Některá města a obce však protidrogovou politiku zpracovávají v samostatných dokumentech<sup>28</sup>.

### 1.3 Rozpočty a financování

#### 1.3.1 Výdaje z veřejných rozpočtů

Protidrogová politika byla v roce 2012 financována podobně jako v předchozích letech z centrální (státní rozpočet) a regionální úrovně (krajské a obecní rozpočty). Výdaje v těchto rozpočtech na programy protidrogové politiky jsou plánované a identifikovatelné a označují se jako účelově určené (angl. labelled) výdaje<sup>29</sup>. Další předem neplánované výdaje spojené s užíváním návykových látek (angl. non-labelled) se dosud neodhadují každoročně a nejsou předmětem této kapitoly – tato část účelově neurčených výdajů ovšem tvoří větší část nákladů spojených s užíváním nelegálních drog – bližší viz kapitolu Společenské náklady spojené s užíváním drog (str. 20).

V r. 2012 činily účelově určené výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku celkem 587,3 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 346,8 mil. Kč (59,1 %) a z místních rozpočtů 240,5 mil. Kč, z toho z krajů šlo 176,1 mil. Kč (30,0 %) a z obcí 64,3 mil. Kč (11,0 %)<sup>30</sup>. Ve srovnání s předchozím rokem vzrostly celkové výdaje o 4,2 %, z toho výdaje ze státního rozpočtu vzrostly o 1,4 %, výdaje krajů vzrostly o 12,2 % a výdaje obcí klesly o 0,8 %. Výdaje z veřejných rozpočtů v r. 2012 uvádějí podrobně tabulka 1-6 a tabulka 1-7.

Časově srovnatelnou řadu vývoje výdajů státního rozpočtu v l. 2003–2012 podle rezortů a institucí uvádí tabulka 1-3. I když se v r. 2012 po dvou letech zastavil pokles výdajů na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu, dosažená úroveň odpovídá období před r. 2006.

tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle rezortů v l. 2003–2012, v tis. Kč

Rezort	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RVKPP	103 851	100 579	105 657	108 788	104 442	99 979	97 476	85 504	90 852	90 502
MŠMT	9 338	10 093	9 386	10 809	12 557	12 447	11 263	14 967	12 993	11 521
MO	4 693	3 484	3 968	4 875	3 595	5 276	4 280	4 384	2 999	2 372
MPSV*	44 281	42 224	46 049	49 698	57 013	79 472	86 785	91 743	76 931	84 356
MZ	22 046	26 459	33 467	18 000	22 241	18 874	15 057	21 462	21 167	18 754
MS	14 080	13 638	36 723	41 251	12 610	7 385	10 817	7 081	4 059	11 095
GŘC*	22 558	9 310	14 500	23 488	26 725	10 656	3 180	2 100	1 931	1 800
NPC*	96 230	86 477	94 972	106 482	127 743	137 846	146 548	144 370	131 000	126 419
<b>Celkem</b>	<b>317 077</b>	<b>292 264</b>	<b>344 722</b>	<b>363 391</b>	<b>366 926</b>	<b>371 935</b>	<b>375 406</b>	<b>371 611</b>	<b>341 932</b>	<b>346 819</b>

Pozn.: Tyto rezorty či státní instituce neměly ve svém rozpočtu samostatný rozpočtový program na protidrogovou politiku, dokázaly však vyčlít prostředky určené specificky na protidrogovou politiku nebo jejich část.

RVKPP podpořila v r. 2012 celkem 120 projektů ve výši 85,6 mil. Kč na realizaci projektů v oblasti prevence, harm reduction, léčby a následné péče. Výdaje na činnost sekretariátu RVKPP včetně výdajů Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS) dosáhly 4,9 mil. Kč.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) vydalo podle státního závěrečného účtu na protidrogovou politiku celkem 11,5 mil. Kč na dotace 102 projektů primární prevence na místní úrovni a 3 projektů na celorepublikové úrovni. Kromě protidrogové politiky zahrnuje dotační systém MŠMT na prevenci rizikového chování také položku prevence kriminality. V rámci prevence rizikového chování bylo v r. 2012 podpořeno celkem 179 žádostí o dotaci v celkové výši 20,3 mil. Kč (v r. 2011 se jednalo o 212 žádostí a 22 mil. Kč) (Ministerstvo školství, 2013). Podpora se vztahuje zejména na programy dlouhodobé všeobecné primární prevence rizikového chování, ale také projekty evaluace potřebnosti, dostupnosti a efektivnosti služeb, projekty zaměřené na poskytování odborných a ověřených informací a vzdělávání odborné i laické veřejnosti. Jedná se o podporu programů realizovaných nejčastěji školami, školskými zařízeními, nestátními neziskovými organizacemi a dalšími subjekty, které pracují s dětmi a mládeží v oblasti primární prevence.

<sup>28</sup> Jde např. o Strategii protidrogové politiky města Milevska na období 2010–2014, Zprávu o stavu drogové problematiky ve městě Blatná (Jihočeský kraj), Strategii protidrogové politiky města Brna na období 2011–2014 a Zprávu o realizaci protidrogové politiky města Brna, aktuálně se zpracovává Koncepce protidrogové politiky v Kladně. Vlastní strategii protidrogové politiky na místní úrovni zpracovávají i městské části Praha 4 a Praha 14.

<sup>29</sup> Zdrojem dat jsou státní závěrečné účty těch rezortů, které mají ve svém rozpočtu program protidrogové politiky, dále výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky krajů a doplňující informace přímo od zástupců či kontaktních osob z jednotlivých rezortů, státních institucí a krajských protidrogových koordinátorů.

<sup>30</sup> Veškeré uváděné výdaje a jejich změny jsou uváděny v nominálních hodnotách, pokud není uvedeno jinak.

Ministerstvo obrany (MO) uvolnilo z programu protidrogové politiky 2,4 mil. Kč na realizaci 46 preventivních projektů a na nákup detekčních přístrojů, odborné literatury, sportovního nářadí, vstupenek pro sportovní a kulturní vyžití a pronájem sportovních a relaxačních zařízení.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) nemělo ve svém rozpočtu položku na program protidrogové politiky, ale poskytlo dotace v celkové výši 84,4 mil. Kč na projekty sociálních služeb, mezi jejichž cílové skupiny patřily osoby ohrožené užíváním návykových látek nebo na nich závislé.

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vydalo v r. 2012 na protidrogovou politiku celkově částku 18,8 mil. Kč (meziročně o 11,4 % méně). V dotačním řízení byly podpořeny projekty zaměřené na poskytování zdravotních služeb osobám závislým na návykových látkách a koncepční projekty v této oblasti. Mimo rozpočtovou kapitolu účelově určenou na protidrogovou politiku podpořilo MZ projekty zaměřené na primární prevenci užívání návykových látek v dotačním programu Národní program zdraví – projekty podpory zdraví. Dále byly podpořeny projekty v oblasti výzkumu a vývoji v oblasti návykových látek.

Ministerstvo spravedlnosti (MS) uvolnilo v r. 2012 na protidrogovou politiku 11,1 mil. Kč, což bylo oproti předchozímu roku téměř třikrát více, a to především z důvodu navýšení prostředků Vězeňské služby ČR. Prioritou byly projekty v oblasti péče před koncem výkonu trestu a v oblasti postpenitenciární péče. K navýšení došlo také v oblasti snižování dostupnosti drog ve věznicích. Justiční akademii bylo určeno 182 tis. Kč a Institutu pro kriminologii a sociální prevenci 75 tis. Kč.

Generální ředitelství cel (GŘC), jehož součástí je Celní protidrogová jednotka, nemělo v r. 2012 ve svém rozpočtu samostatný program protidrogové politiky, avšak poskytlo 1,8 mil. Kč na investiční výdaje spojené s odhalováním nelegální přepravy drog.

Ministerstvo vnitra (MV) také nemá ve svém rozpočtu výdaje na program protidrogové politiky. Do tohoto resortu však patří Národní protidrogová centrála Služby Kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), jejíž výdaje v r. 2012 dosáhly celkové výše 126,4 mil. Kč bez investičních (kapitálových) výdajů.

Protidrogová politika je financována kromě státního rozpočtu i z místních rozpočtů, tj. z rozpočtů krajů a obcí. V r. 2012 poskytly kraje na protidrogovou politiku 176,1 mil. Kč a obce 64,3 mil. Kč. Podrobné výdaje těchto místních rozpočtů podle kategorií služeb a regionů uvádí tabulka 1-4, vývoj výdajů místních rozpočtů na protidrogovou politiku ve srovnatelné časové řadě od r. 2004 ukazuje tabulka 1-5.

tabulka 1-4: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v r. 2012 podle kategorií služeb, v tis. Kč

Kraj	Primární prevence celkem	Harm reduction celkem	Léčba celkem	Následná péče	Záchytné stanice	Koordinace/ výzkum/ hodnocení	Ostatní	Celkem	
Rozpočty krajů	PHA	7 599	11 163	15 275	3 420	13 083	1 155	2 501	<b>54 196</b>
	STC	8 000	0	2 077	0	3 000	0	0	<b>13 077</b>
	JHC	1 275	3 990	1 740	625	2 000	100	0	<b>9 730</b>
	PLK	900	1 757	1 409	785	2 439	0	119	<b>7 409</b>
	KVK	450	500	0	0	5 400	0	0	<b>6 350</b>
	ULK	202	1 910	700	100	0	0	0	<b>2 912</b>
	LBK	61	1 140	1 800	260	5 000	0	39	<b>8 300</b>
	HKK	130	1 246	415	0	6 000	200	0	<b>7 991</b>
	PAK	230	650	300	10	5 100	30	0	<b>6 320</b>
	VYS	440	1 840	1 011	1 050	4 770	0	0	<b>9 111</b>
	JHM	1 355	3 350	3 372	1 700	7 057	265	380	<b>17 479</b>
	OLK	200	1 860	320	320	6 099	0	0	<b>8 799</b>
	ZLK	155	1 811	0	0	3 000	0	0	<b>4 966</b>
	MSK	1 560	1 300	650	490	14 720	0	771	<b>19 491</b>
	<b>Celkem</b>	<b>22 557</b>	<b>32 517</b>	<b>29 069</b>	<b>8 760</b>	<b>77 668</b>	<b>1 750</b>	<b>3 810</b>	<b>176 131</b>
Rozpočty obcí	PHA	6 022	1 383	849	187	0	21	820	<b>9 282</b>
	STC	905	1 170	0	0	1 900	0	0	<b>3 975</b>
	JHC	216	1 148	290	125	0	0	10	<b>1 789</b>
	PLK	1 143	2 821	1 811	826	0	0	268	<b>6 869</b>
	KVK	0	406	0	0	0	0	0	<b>406</b>
	ULK	0	4 774	300	1 284	0	0	0	<b>6 358</b>
	LBK	169	1 827	829	336	0	0	0	<b>3 162</b>
	HKK	410	446	200	0	0	0	0	<b>1 056</b>
	PAK	279	1 009	280	40	0	0	0	<b>1 608</b>
	VYS	380	879	0	0	0	0	0	<b>1 259</b>
	JHM	819	4 723	3 234	882	0	50	1 280	<b>10 987</b>
	OLK	541	1 189	897	367	0	0	279	<b>3 272</b>
	ZLK	18	1 448	0	366	0	0	0	<b>1 831</b>
	MSK	0	8 123	3 251	613	250	0	250	<b>12 487</b>
	<b>Celkem</b>	<b>10 901</b>	<b>31 346</b>	<b>11 942</b>	<b>5 025</b>	<b>2 150</b>	<b>71</b>	<b>2 907</b>	<b>64 343</b>
Místní rozpočty celkem	PHA	13 621	12 546	16 124	3 607	13 083	1 176	3 321	<b>63 478</b>
	STC	8 905	1 170	2 077	0	4 900	0	0	<b>17 052</b>
	JHC	1 491	5 138	2 030	750	2 000	100	10	<b>11 519</b>
	PLK	2 043	4 578	3 220	1 611	2 439	0	387	<b>14 278</b>
	KVK	450	906	0	0	5 400	0	0	<b>6 756</b>
	ULK	202	6 684	1 000	1 384	0	0	0	<b>9 270</b>
	LBK	230	2 967	2 629	596	5 000	0	39	<b>11 462</b>
	HKK	540	1 692	615	0	6 000	200	0	<b>9 047</b>
	PAK	509	1 659	580	50	5 100	30	0	<b>7 928</b>
	VYS	820	2 719	1 011	1 050	4 770	0	0	<b>10 370</b>
	JHM	2 174	8 073	6 606	2 582	7 057	315	1 660	<b>28 466</b>
	OLK	741	3 049	1 217	687	6 099	0	279	<b>12 071</b>
	ZLK	173	3 259	0	366	3 000	0	0	<b>6 797</b>
	MSK	1 560	9 423	3 901	1 103	14 970	0	1 021	<b>31 979</b>
	<b>Celkem</b>	<b>33 458</b>	<b>63 863</b>	<b>41 011</b>	<b>13 785</b>	<b>79 818</b>	<b>1 821</b>	<b>6 717</b>	<b>240 474</b>

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

tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v l. 2004–2012, v tis. Kč

Kraj	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PHA	42 870	42 772	43 534	53 815	63 934	60 494	62 415	54 834	63 478
STC	17 330	20 001	20 656	21 315	22 677	16 072	21 516	17 750	17 052
JHC	7 030	6 840	7 350	7 639	12 124	12 263	10 070	10 677	11 519
PLK	3 890	7 313	7 874	8 157	14 122	13 656	14 403	15 217	14 278
KVK	1 480	1 803	1 813	1 829	2 756	1 165	6 256	4 991	6 756
ULK	13 850	11 518	12 668	10 697	10 251	11 049	12 374	10 715	9 270
LBK	6 490	9 162	8 948	7 252	13 102	9 850	10 986	11 258	11 462
HKK	2 740	2 892	3 920	7 803	7 969	10 909	7 604	8 338	9 047
PAK	2 890	6 654	2 694	7 027	7 394	6 889	8 545	8 141	7 928
VYS	5 890	7 925	3 356	9 065	4 562	4 053	4 143	5 119	10 370
JHM	9 620	12 155	8 500	13 666	14 268	25 571	21 799	25 360	28 466
OLK	3 470	3 385	4 679	5 231	10 791	12 174	11 082	11 419	12 071
ZLK	4 740	4 066	1 851	6 246	8 886	11 671	20 734	7 447	6 797
MSK	22 230	14 457	15 215	30 893	32 522	36 290	43 839	30 628	31 979
<b>Celkem</b>	<b>144 520</b>	<b>150 943</b>	<b>143 058</b>	<b>190 635</b>	<b>225 357</b>	<b>232 106</b>	<b>255 764</b>	<b>221 895</b>	<b>240 474</b>

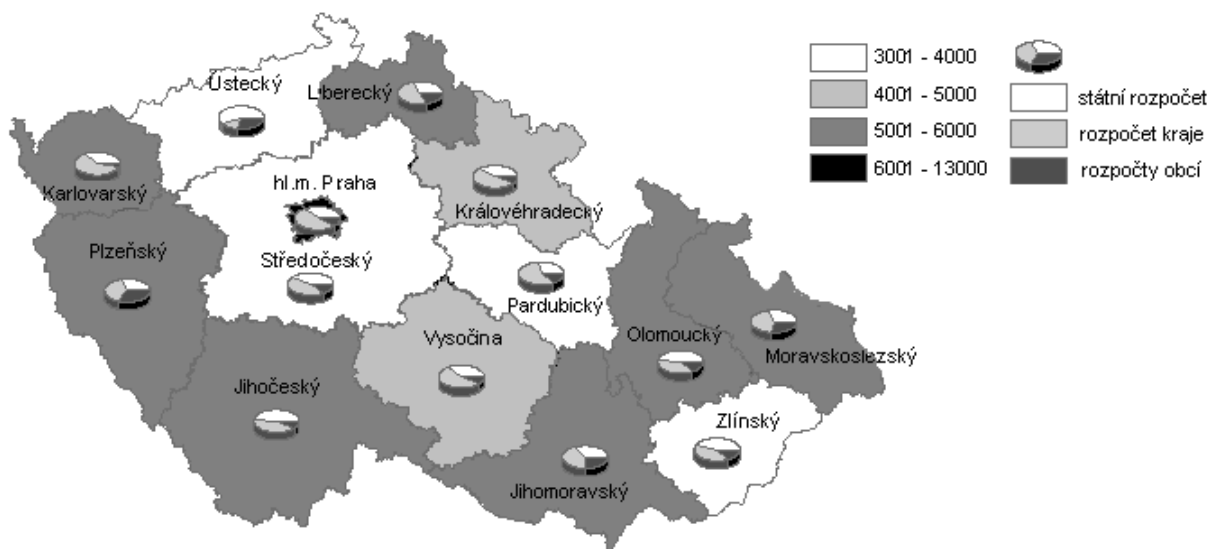
Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky.

Výdaje na protidrogovou politiku podle místa (kraje) realizace projektů uvádí tabulka 1-6. Dlouhodobě klesá podpora z místních rozpočtů v Ústeckém kraji, ačkoliv má stabilně vysoký počet problémových uživatelů drog.

Přehled výdajů státního rozpočtu a místních rozpočtů v r. 2012 podle kategorie služeb znázorňuje tabulka 1-8. Z celkové částky 587,3 mil. Kč účelově určených výdajů na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů bylo 161,2 mil. Kč (27,4 %) určeno na služby harm reduction, 112,1 mil. Kč (19,1 %) na léčbu, 48,7 mil. Kč (8,3 %) na primární prevenci a 33,9 mil. Kč (5,8 %) na následnou péči. Záchytné stanice byly financovány téměř výhradně z krajských rozpočtů částkou 79,8 mil. Kč (13,6 %) a 131,3 mil. Kč (22,4 %) bylo určeno na prosazování práva. K meziročnímu poklesu došlo u výdajů na prevenci, prosazování práva a oblasti koordinace/výzkum/hodnocení.

Údaje o financování na krajské úrovni jsou rozděleny podle místa, kde byly finance realizátory jednotlivých projektů a programů využity. Prostředky na realizaci protidrogové politiky v r. 2012 s krajským určením čerpané ze státního a místních rozpočtů podle krajů zobrazuje mapa 1-1.

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2012, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let



Celkové výdaje na protidrogovou politiku lze rozdělit i na oblast snižování poptávky po drogách (prevence, harm reduction, léčba, doléčování) a snižování nabídky (prosazování práva). Snižování poptávky po drogách je financováno jak ze státního, tak i z místních rozpočtů, oblast snižování nabídky drog je financováno pouze ze státního rozpočtu – tabulka 1-8.

tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2012 ze státního a místních rozpočtů podle kraje realizace projektu, v tis. Kč

Kraj	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	GŘC	NPC	Státní rozpočet celkem	Kraje	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
PHA	23 025	2 213	–	8 242	6 489	–	–	–	39 969	54 196	9 282	63 478	103 447	17,6
STC	1 815	1 902	–	7 908	1 050	–	–	–	12 675	13 077	3 975	17 052	29 727	5,1
JHC	4 241	1 199	–	4 121	1 264	–	–	–	10 825	9 730	1 789	11 519	22 344	3,8
PLK	3 201	656	–	1 261	1 030	–	–	–	6 148	7 409	6 869	14 278	20 426	3,5
KVK	1 547	97	–	2 180	0	–	–	–	3 824	6 350	406	6 756	10 580	1,8
ULK	5 422	404	–	6 183	923	–	–	–	12 932	2 912	6 358	9 270	22 202	3,8
LBK	2 252	275	–	2 622	0	–	–	–	5 149	8 300	3 162	11 462	16 611	2,8
HKK	1 705	374	–	2 867	1 451	–	–	–	6 397	7 991	1 056	9 047	15 444	2,6
PAK	843	258	–	1 910	0	–	–	–	3 011	6 320	1 608	7 928	10 939	1,9
VYS	1 318	876	–	3 676	500	–	–	–	6 370	9 111	1 259	10 370	16 740	2,9
JHM	7 299	1 557	–	6 318	907	–	–	–	16 081	17 479	10 987	28 466	44 547	7,6
OLK	5 479	621	–	5 150	147	–	–	–	11 397	8 799	3 272	12 071	23 468	4,0
ZLK	1 932	440	–	2 833	160	–	–	–	5 365	4 966	1 831	6 797	12 162	2,1
MSK	4 466	319	–	9 475	35	–	–	–	14 295	19 491	12 487	31 979	46 274	7,9
Výdaje s krajským určením	64 545	11 191	–	64 746	13 956	–	–	–	154 438	176 131	64 343	240 474	394 912	67,2
Výdaje s centrálním určením	25 957	330	2 372	19 610	4 798	11 095	1 800	126 419	192 381	0	0	0	192 381	32,8
<b>Celkem</b>	<b>90 502</b>	<b>11 521</b>	<b>2 372</b>	<b>84 356</b>	<b>18 754</b>	<b>11 095</b>	<b>1 800</b>	<b>126 419</b>	<b>346 819</b>	<b>176 131</b>	<b>64 343</b>	<b>240 474</b>	<b>587 293</b>	<b>100,0</b>
– z toho investiční	356	0	0	0		0	1 800	0	2 156	0	0	0	2 156	0,4
<b>Celkem (%)</b>	<b>15,4</b>	<b>2,0</b>	<b>0,4</b>	<b>14,4</b>	<b>3,2</b>	<b>1,9</b>	<b>0,3</b>	<b>21,5</b>	<b>59,1</b>	<b>30,0</b>	<b>11,0</b>	<b>40,9</b>	<b>100,0</b>	<b>–</b>

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



tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2012 podle kategorií služeb, v tis. Kč

Kategorie služby	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	GŘC	NPC	Státní rozpočet celkem	Kraje	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
Primární prevence	1 704	11 191	2 372						15 267	22 557	10 901	33 458	48 725	8,3
Harm reduction	Kontaktní centra	28 513			28 989	1 649			59 151	19 621	17 740	37 362	96 513	16,4
	Terénní programy	15 597			16 483	1 347			33 427	11 056	12 727	23 782	57 209	9,7
	Nezařazené*	3 940				779			4 719	1 840	879	2 719	7 438	1,3
	Celkem	48 050	0	0	45 472	3 775	0	0	97 297	32 517	31 346	63 863	161 160	27,4
Léčba	Zdravotnická péče**	2 092				9 924	6 315		18 331	9 641	3 924	13 565	31 896	5,4
	Nezdravotnická ambulantní péče***	6 610			7 128	257	933		14 928	5 012	4 047	9 059	23 987	4,1
	Terapeutické komunity	19 846			18 029				37 875	14 416	3 970	18 386	56 261	9,6
	Celkem	28 548	0	0	25 157	10 181	7 248	0	71 134	29 069	11 942	41 011	112 145	19,1
Záchytné stanice								0	77 668	2 150	79 818	79 818	13,6	
Následná péče	6 414			13 727					20 141	8 760	5 025	13 785	33 926	5,8
Prosazování práva						3 085	1 800	126 419	131 304			0	131 304	22,4
Koordinace, výzkum, hodnocení	5 786	330			4 798	762			11 676	1 750	71	1 821	13 497	2,3
Ostatní, nezařazeno		0							0	3 810	2 907	6 717	6 717	1,1
<b>Celkem</b>	<b>90 502</b>	<b>11 521</b>	<b>2 372</b>	<b>84 356</b>	<b>18 754</b>	<b>11 095</b>	<b>1 800</b>	<b>126 419</b>	<b>346 819</b>	<b>176 131</b>	<b>64 343</b>	<b>240 474</b>	<b>587 293</b>	<b>100,0</b>

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

tabulka 1-8: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v I. 2008–2012, v tis. Kč

Kategorie služby	2008		2009		2010		2011		2012	
	Výdaje	%	Výdaje	%	Výdaje	%	Výdaje	%	Výdaje	%
Prevence	58 360	9,8	54 955	9,0	62 296	9,9	54 921	9,7	48 725	8,3
Harm reduction	159 354	26,7	174 965	28,8	166 196	26,5	152 663	27,1	161 160	27,4
Léčba	121 965	20,4	113 138	18,6	108 856	17,4	102 157	18,1	112 145	19,1
Záchytné stanice	62 577	10,5	64 030	10,5	87 236	13,9	69 015	12,2	79 818	13,6
Následná péče	24 919	4,2	31 761	5,2	31 316	5,0	29 494	5,2	33 926	5,8
Koordinace, výzkum, hodnocení	12 559	2,1	11 139	1,8	18 952	3,0	18 598	3,3	13 497	2,3
Prosazování práva	152 142	25,5	154 718	25,5	149 367	23,8	133 538	23,7	131 304	22,4
Ostatní, nezařazeno	5 417	0,9	2 807	0,5	3 156	0,5	3 441	0,6	6 717	1,1
<b>Celkem</b>	<b>597 293</b>	<b>100,0</b>	<b>607 513</b>	<b>100,0</b>	<b>627 376</b>	<b>100,0</b>	<b>563 827</b>	<b>100,0</b>	<b>587 293</b>	<b>100,0</b>

Prostřednictvím MPSV jsou projekty protidrogové politiky na místní úrovni financovány také z Evropského sociálního fondu (ESF). Projekty se realizují na 2–3 roky. Příjemci je poskytnuta záloha a následně proplaceny uskutečněné uznatelné výdaje (většinou za období 6 měsíců). Nelze tedy vypočítat, kolik finančních prostředků bylo poskytnuto v jednotlivých letech. V r. 2013 bylo v rámci tří grantových výzev MPSV poskytnuto celkem 110 mil. Kč na programy podpory zaměstnanosti osob s problémy s užíváním návykových látek<sup>31</sup>. Tyto finanční prostředky jsou NMS monitorovány od r. 2010. Vzhledem k zachování konzistentní časové řady nebyly tyto finanční prostředky zatím zahrnuty do celkových výdajů.

### 1.3.2 Náklady zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog

Náklady zdravotních pojišťoven na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek jsou zpracovány s ročním zpožděním ze statistiky zdravotnických účtů podle mezinárodní metodologie System of Health Accounts. Tvoří je náklady přímo identifikovatelné, tj. vykázané na léčbu v souvislosti se základní diagnózou, a náklady neidentifikovatelné bez vazby na diagnózu, jejichž podíl na dg. F10–F19 byl odhadnut (bližší viz VZ 2011).

Celkový objem výdajů ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2011 činil 1563 mil. Kč, z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem (dg. F10) bylo vydáno 1110 mil. Kč a na léčbu nealkoholových poruch (dg. F11–F19) 453 mil. Kč – tabulka 1-9.

Největší podíl na nákladech pojišťoven spojených s léčbou uživatelů alkoholu v I. 2007–2011 měla léčebná péče (téměř 72 %), která se dělí na péči lůžkovou s podílem necelých 64 % a na ambulantní péči s podílem téměř 8 % na těchto nákladech, téměř pětinu tvořily výdaje na léky. Podíl ostatních druhů péče (např. rehabilitační, dlouhodobá, podpůrné služby) byl nízký. Odbornosti spojené s psychiatrickou a AT péčí se podílely na lůžkové péči o uživatele alkoholu téměř 89 %, na ambulantní péči více než polovinou. U uživatelů nealkoholových drog měla také ve sledovaném období největší podíl léčebná péče, a to více než dvoutřetinový, lůžková péče se na celkových nákladech spojených s léčbou dg. F11–F19 podílela 58 %, ambulantní péče 9 %, výdaje pojišťoven na léky tvořily téměř pětinu. Poměrně vysoký byl podíl podpůrných služeb – 10 %, kde jsou vykazovány výkony laboratoří, dopravy a zdravotnické záchranné služby. Podíl psychiatrických odborností a AT byl vyšší než u uživatelů alkoholu, a to 90 % u lůžkové péče a 58 % u ambulantní péče (Nechanská, 2013g).

### 1.3.3 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Společenské náklady (COI) užívání tří hlavních skupin návykových látek, tj. tabáku, alkoholu a nelegálních drog, zkoumala studie Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v r. 2007 (Zábranský et al., 2011a). Celkové náklady činily v r. 2007 v ČR 56,2 mld. Kč, z toho na tabák 33,1 mld. Kč (59,0 %), na alkohol 16,4 mld. Kč (29,1 %) a na nelegální drogy 6,7 mld. Kč (11,9 %). Podrobné informace uvádí VZ 2011. U tabáku převyšovaly nepřímé náklady ty přímé dvaapůlkrát, především kvůli vysokým nákladům spojeným s úmrtností. U alkoholu byly přímé náklady mírně vyšší než nepřímé, mezi nejvýznamnější položky patřily přímé náklady na stíhání primární i sekundární kriminality a nepřímé náklady spojené s úmrtností (k vlivu alkoholu na úmrtnost v ČR viz bližší kapitola Mortalita uživatelů drog, str. 96). U nelegálních drog převýšily přímé náklady výrazně nepřímé náklady a většinu z nich tvořily přímé náklady na potírání především sekundární kriminality majetkového charakteru. Celkové náklady na všechny tři skupiny látek představovaly 1,6 % HDP, což je přibližně dvakrát méně než v jiných vyspělých zemích. Co se týká struktury nákladů podle látek, ve srovnání s ostatními zeměmi je relativně více prostředků vynakládáno v souvislosti s užíváním tabáku a alkoholu, relativně méně v souvislosti s užíváním nelegálních drog (Zábranský et al., 2011a).

<sup>31</sup> Výzva 43 a 67: 25 990 053 Kč a 42 075 557 Kč k 28. 3. 2013. Výzva 86: 49 160 695 Kč souhrnně na všechny schválené projekty (zahájení realizace od listopadu 2012 až do poloviny 2013). Cílovou skupinou jsou především osoby ohrožené závislostí nebo osoby závislé na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osoby, které abstínují, apod. Vedle grantových výzev je v současné době vyhlášena individuální výzva A6 o objemu 150 mil. Kč, která je určena pro Úřad vlády ČR a která je zaměřena na podporu aktivit v oblasti prevence sociálního vyloučení v souvislosti s užíváním návykových látek.

tabulka 1-9: Odhad nákladů zdravotních pojišťoven na dg. F10 a dg. F11–F19 podle druhu péče v l. 2007–2011, v tis. Kč (Nechanská, 2013g)

Druh péče	Náklady na dg. F10					Náklady na F11-F19				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Léčebná péče</b>	<b>742 256</b>	<b>762 689</b>	<b>865 818</b>	<b>838 716</b>	<b>782 142</b>	<b>552 622</b>	<b>253 372</b>	<b>298 884</b>	<b>313 236</b>	<b>315 434</b>
Lůžková péče	661 429	679 806	769 353	740 381	707 707	183 795	218 139	256 639	269 273	278 775
<i>Lůžková intenzivní péče</i>	<i>28 707</i>	<i>24 180</i>	<i>35 081</i>	<i>41 324</i>	<i>30 707</i>	<i>8 959</i>	<i>9 399</i>	<i>12 971</i>	<i>14 771</i>	<i>12 436</i>
z toho psychiatrie	1 304	759	1 233	1 448	2 250	3 378	3 089	3 592	3 261	3 175
<i>Lůžková standardní péče</i>	<i>82 193</i>	<i>85 788</i>	<i>101 975</i>	<i>77 548</i>	<i>64 550</i>	<i>35 772</i>	<i>43 092</i>	<i>43 958</i>	<i>46 063</i>	<i>31 821</i>
z toho psychiatrie	41 060	41 041	41 663	26 964	38 610	24 157	28 631	25 018	25 395	22 883
dětská psychiatrie	0	42	27	18	0	34	29	249	35	62
<i>Lůžková dlouhodobá péče</i>	<i>549 929</i>	<i>568 993</i>	<i>631 473</i>	<i>620 282</i>	<i>611 740</i>	<i>138 870</i>	<i>165 333</i>	<i>199 400</i>	<i>207 981</i>	<i>234 237</i>
z toho AT	129 963	111 778	146 783	147 998	139 368	46 803	44 176	61 017	62 251	61 841
psychiatrie	417 930	455 162	481 351	468 909	468 964	90 605	118 702	135 448	142 326	167 692
dětská psychiatrie	14	0	2	30	175	1 413	2 440	2 724	3 323	4 532
Jednodenní péče	600	846	824	1 226	710	194	315	309	458	282
Ambulantní péče	78 910	79 380	94 544	96 074	72 821	32 872	33 959	41 537	43 103	36 015
Primární péče	1 427	1 050	1 599	1 684	1 502	656	426	706	781	711
Stomatologie	302	285	1 165	362	142	101	105	429	147	68
<i>Ambulantní specializovaná péče</i>	<i>60 456</i>	<i>62 405</i>	<i>74 641</i>	<i>75 998</i>	<i>52 793</i>	<i>25 856</i>	<i>27 584</i>	<i>33 121</i>	<i>35 587</i>	<i>27 597</i>
z toho AT	8 684	7 234	7 798	7 692	7 444	4 156	3 549	4 522	3 994	4 692
psychiatrie	37 845	37 407	36 170	35 503	36 159	15 322	16 156	16 743	17 742	19 038
dětská psychiatrie	132	99	112	94	59	425	310	433	369	447
<i>Další ambulantní specializovaná péče</i>	<i>9 358</i>	<i>11 063</i>	<i>10 438</i>	<i>11 371</i>	<i>11 845</i>	<i>337 862</i>	<i>3 254</i>	<i>3 158</i>	<i>2 995</i>	<i>3 309</i>
z toho klinická psychologie	8 034	8 401	9 317	10 292	10 907	2 094	2 282	2 730	2 567	2 923
psychoterapie	0	0	1	6	5	6	10	17	14	12
Domácí péče	1 317	2 658	1 097	1 034	904	403	959	399	402	362
<b>Rehabilitační péče</b>	<b>620</b>	<b>635</b>	<b>7 287</b>	<b>9 342</b>	<b>8 499</b>	<b>265</b>	<b>224</b>	<b>2 773</b>	<b>3 785</b>	<b>3 477</b>
<b>Dlouhodobá péče</b>	<b>11 249</b>	<b>18 816</b>	<b>18 842</b>	<b>21 686</b>	<b>24 630</b>	<b>1 017</b>	<b>3 844</b>	<b>2 750</b>	<b>4 011</b>	<b>3 763</b>
<b>Podpůrné služby</b>	<b>50 007</b>	<b>51 128</b>	<b>61 510</b>	<b>65 155</b>	<b>57 345</b>	<b>39 402</b>	<b>38 002</b>	<b>43 259</b>	<b>45 457</b>	<b>32 887</b>
Laboratoře	18 263	19 315	25 265	27 745	24 372	32 449	30 528	34 627	36 266	25 118
z toho toxikologie	4 350	4 104	5 083	4 852	4 805	8 183	8 418	10 759	8 877	9 121
Zobrazovací metody	7 777	7 643	10 027	10 392	5 724	2 332	2 363	3 393	3 707	1 861
Doprava a ZZS	23 966	24 171	26 218	27 018	27 250	4 621	5 111	5 238	5 484	5 908
<b>Léky a PZT</b>	<b>221 376</b>	<b>204 878</b>	<b>251 232</b>	<b>229 155</b>	<b>233 344</b>	<b>71 089</b>	<b>76 443</b>	<b>91 793</b>	<b>89 758</b>	<b>95 354</b>
Léky	207 129	192 004	232 952	213 467	219 117	66 493	71 600	85 110	83 585	89 506
PZT	14 247	12 873	18 281	15 688	14 227	4 597	4 842	6 683	6 173	5 848
<b>Prevence</b>	<b>6 398</b>	<b>14 265</b>	<b>9 708</b>	<b>8 115</b>	<b>3 459</b>	<b>2 116</b>	<b>20 500</b>	<b>4 265</b>	<b>3 161</b>	<b>1 407</b>
<b>Neidentifikovaná péče</b>	<b>823</b>	<b>2 078</b>	<b>650</b>	<b>2 549</b>	<b>939</b>	<b>279</b>	<b>773</b>	<b>258</b>	<b>529</b>	<b>341</b>
<b>Celkem</b>	<b>1 032 129</b>	<b>1 053 643</b>	<b>1 214 224</b>	<b>1 173 491</b>	<b>1 109 648</b>	<b>666 597</b>	<b>392 843</b>	<b>443 673</b>	<b>459 478</b>	<b>453 458</b>

Výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 potvrdily dlouhodobě stabilní rozsah užívání konopných látek v obecné populaci a pokračující pokles rozsahu zkušeností s ostatními nelegálními drogami. Výjimkou je mírný nárůst celoživotní prevalence užití kokainu, a to především mezi muži a ve věkové skupině 35–44 let.

Všechny studie realizované od roku 2008 ukazují stejný vzorec užívání drog v obecné populaci – nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky, které v životě zkusilo 27,9 % obyvatel, při přepočtu na populaci v daném věku se jedná odhadem o 1,9–2,2 mil. osob. V posledním roce užilo konopné látky 9,2 % dotázaných, tj. přibližně 570–760 tis. osob. Podle screeningové škály CAST spadala přibližně třetina současných uživatelů konopí do kategorie středního nebo vysokého rizika výskytu problémů spojených s užíváním konopí. V přepočtu na obecnou populaci se jedná přibližně o 1,2 % populace ve vysokém riziku a dalších 1,6 % ve středním riziku v důsledku užívání konopných látek (tj. přibližně 87 tis., resp. 116 tis. osob).

Druhou nejčastěji užitou nelegální drogou v ČR byla dlouhodobě extáze, v r. 2012 se však podle realizovaných studií dostaly na druhé místo halucinogenní houby. Na dalších místech byly zkušenosti s užitím pervitinu nebo amfetaminů, kokainu a LSD s poměrně konzistentně nízkou mírou celoživotní prevalence (2,3–2,8 %), zatímco celoživotní zkušenosti české populace s heroinem jsou dlouhodobě na nízké úrovni (pod 1 %). V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů byl výskyt užívání nelegálních drog jiných než konopí na velmi nízké úrovni.

Na vysoké úrovni zůstává v ČR výskyt rizikové konzumace alkoholu – podle screeningové škály CAGE se rizikové pití alkoholu týká celkem 17,0 % populace (tj. 1,1–1,4 mil. osob), škodlivé nebo problémové pití pak 8,2 % populace (tj. 500–690 tis. osob).

Regionální analýza studie ESPAD za r. 2011 ukázala, že z hlediska zkušeností s nelegálními drogami patří mezi více exponované regiony Praha, Ústecký, Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský kraj, k méně exponovaným regionům pak patří kraje Středočeský, Plzeňský, Královéhradecký a Pardubický. Rozdíly mezi regiony se snižují a situace v rámci ČR se postupně vyrovnává, což dále navazuje na trend sledovaný již v období mezi r. 2003 a 2007. Situace na regionální úrovni je však relativně dynamická – zatímco na národní úrovni je situace v užívání některých drog stabilní, v jednotlivých regionech lze pozorovat rozdílné trendy.

Postoje české společnosti k užívání návykových látek jsou poměrně stabilní. V posledních letech se mírně snižuje přijatelnost kouření tabáku, zatímco se zvyšuje přijatelnost konzumace alkoholu a užívání konopných látek. Dlouhodobě mírně roste podíl osob, které nesouhlasí s trestním postihem uživatelů konopných látek, osob užívajících konopné látky k léčebným účelům i osob, které si pěstují konopí pro vlastní potřebu.

### 2.1 Užívání drog v obecné populaci

V r. 2012 byly realizovány tři studie zaměřené na rozsah užívání drog v obecné populaci – Národní výzkum užívání návykových látek 2012, který se podrobně zabýval rozsahem zkušeností, vzorci a kontextem užívání legálních i nelegálních drog, a dále dvě omnibusová šetření, ve kterých byla prostřednictvím stejné baterie otázek zjišťována míra prevalence vybraných drog – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2012 (ppm factum research, 2012) a Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života (INRES-SONES, 2013).

#### 2.1.1 Národní výzkum užívání návykových látek 2012

Na podzim 2012 realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou SC&C celopopulační studii na reprezentativním vzorku populace ve věku 15–64 let s názvem Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Celkem bylo ve studii osloveno 6210 domácností, konečný výběrový soubor dotázaných tvořilo celkem 2134 respondentů se záměrným relativním navýšením ve věkové skupině 15–34 let (míra respondence dosáhla po vyloučení domácností a respondentů, kteří nespĺňovali kritéria zařazení do studie nebo účast ve studii odmítli, 62 %). Jednalo se o čtyřstupňový stratifikovaný výběr<sup>32</sup>. Data byla sbírána prostřednictvím osobních rozhovorů tazatele s respondentem za použití papírového dotazníku (PAPI, pen-and-paper interview).

Dotazník studie vycházel z Evropského modelového dotazníku<sup>33</sup> (EMQ), pokrýval oblast legálních drog (tj. kouření tabáku, pití alkoholu, užívání psychoaktivních léků a těkavých látek), nelegálních drog (tj. užívání konopných látek, extáze, pervitinu, heroinu, kokainu, LSD, halucinogenních hub), nových rostlinných<sup>34</sup> a syntetických<sup>35</sup> drog (tzv. legal

<sup>32</sup> Prvním stupněm byl výběr obcí z 23 strat podle počtu obyvatel, druhým krokem byl náhodný výběr ulic (dohromady 177 počátečních bodů), třetím stupněm byla náhodná procházka, jejímž výsledkem byl výběr domácností. Ve čtvrtém kroku byli vybráni respondenti pomocí Kishových tabulek.

<sup>33</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/gps> (2013-09-10)

<sup>34</sup> Jednalo se o rostlinné látky s halucinogenním, stimulačním nebo sedativním účinkem ve formě extraktu, drti, sušiny nebo směsi. Příkladem je kratom, šalvěj divotvorná, calea, damiána nebo kolovník. Žádná z rostlinných drog není nová, ale nově je nabízena na internetu, objevuje se v nových formách (extrakty, směsi) nebo spolu s jinými (syntetickými) drogami.

<sup>35</sup> Jednalo se o syntetické látky se stimulačním, halucinogenním nebo sedativním účinkem prodávané pod různými názvy, např. El Padrino, Spice, Ex, K2, Euphoria, Ecsphoria, Diablo, Funky, Cocolino apod. nebo přímo pod jejich chemickým názvem. Příkladem jsou poppers, ketamin, GBL, mefedron, penthedron, methoxetamin, MDPV, 6-APB, bk-MDMA, 3,4-DMMC apod. Jejich účinky jsou často

highs) a oblast postojů k užívání drog. Dotazník byl navíc doplněn o vybrané otázky zaměřené na subjektivně vnímanou dostupnost návykových látek, modul zaměřený na duševní zdraví a otázky týkající se hraní sázkových her včetně škály na screening patologického hráčství. Po vypuknutí metanolové kauzy v září 2012 (blíže viz Hromadný výskyt otrav metanolem v r. 2012 na str. 93), kdy již probíhal terénní sběr dat, byl k dotazníku připojen speciální modul zaměřený na vzorce konzumace alkoholu. Na otázky tohoto speciálního modulu odpovědělo celkem 1660 respondentů.

Studie svým rozsahem, velikostí souboru a použitým dotazníkem navazovala na Celopopulační studii užívání návykových látek a postojů k němu v ČR v r. 2008 (Běláčková et al., 2012). Dále jsou uváděny výsledky po převážení na pohlaví, věk, vzdělání, kraj bydliště, velikost obce a ekonomický status populace ČR ve věku 15–64 let.

Kouření tabáku ve formě cigaret, doutníků, dýmky nebo vodní dýmky uvedlo alespoň jednou v životě téměř 70 % dotázaných, v posledních 30 dnech kouřilo tabák 34,4 % osob (40,3 % mužů a 28,5 % žen) – tabulka 2-1. Celkem 23,1 % osob (28,2 % mužů a 18,1 % žen) uvedlo pravidelné denní kouření v posledním měsíci.

Alkohol pilo v posledním měsíci celkem 69,9 % dotázaných (78,4 % mužů a 61,5 % žen), pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti) s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji uvedlo celkem 12,8 % dotázaných (21,1 % mužů a 4,9 % žen), především ve věkové skupině 35–44 let.

Podle čtyřpoložkové screeningové škály CAGE používané pro hodnocení rizikového a škodlivého nebo problémového pití alkoholu (Bühler et al., 2004, Bradley et al., 1998) spadalo 17,0 % respondentů (21,6 % mužů a 12,4 % žen) do kategorie rizikových konzumentů alkoholu (uvedli alespoň 1 pozitivní odpověď na škále CAGE) – při přepočtu na dospělé populaci ČR se jedná o 1,1–1,4 mil. osob. Škodlivé nebo problémové pití alkoholu (2 a více pozitivních odpovědí) se týká 8,2 % populace (11,8 % mužů a 4,6 % žen), tj. absolutně 500–690 tis. osob. Výskyt škodlivého nebo problémového pití je nejčastější ve věkové skupině 25–34 let.

Léky na uklidnění nebo nespavost (tj. sedativa nebo hypnotika) užilo v posledním roce 6,1 % dotázaných (4,1 % mužů a 8,0 % žen), léky na bázi opiátů/opioidů užilo v posledních 12 měsících 2,6 % respondentů (2,2 % mužů a 2,9 % žen) – tabulka 2-1. Většina dotázaných užila léky v souladu s doporučením lékaře nebo lékárníka; bez doporučení lékaře nebo jinak než podle pokynů lékaře užilo sedativa nebo hypnotika 9,6 % dotázaných a opioidy 15,1 % (z těch, co léky užili v posledních 12 měsících), častěji se jednalo o muže.

Nejčastěji užitou nelegální drogou v obecné populaci byly podle Národního výzkumu 2012 konopné látky – zkušenost s nimi uvedlo 27,9 % respondentů (34,9 % mužů a 21,2 % žen) ve věku 15–64 let. Druhou nejčastěji užitou drogou byly halucinogenní houby (lysohlávky), které užilo 5,3 % dotázaných (7,7 % mužů a 2,9 % žen), následované extází, kterou uvedlo 3,6 % (5,0 % mužů a 2,2 % žen). Poměrně vyrovnané jsou zkušenosti s užitím pervitinu nebo amfetaminů, kokainu a LSD (2,3–2,8 %), zatímco zkušenosti s heroinem jsou na velmi nízké úrovni (0,6 %) – tabulka 2-1.

V horizontu posledních 12 měsíců (resp. posledních 30 dnů) je výskyt užívání nelegálních drog v obecné populaci velmi nízký, pouze v případě konopných látek uvedlo užití 9,2 % (resp. 4,4 %) respondentů. Roční i měsíční prevalence užití konopných látek je výrazně vyšší mezi muži v mladších věkových skupinách.

Z těch, co konopné látky užili v posledních 12 měsících, lze přibližně 20 % označit za pravidelné uživatele (užívali konopí jednou týdně nebo častěji). Při přepočtu podílu pravidelných uživatelů konopných látek na celou populaci se jedná o 1,9 % osob ve věku 15–64 let (3,3 % mužů a 0,6 % žen), ovšem až 3,0 % mladých dospělých ve věku 15–34 let – graf 2-1 a graf 2-2. Odhadem se tedy jedná o 137 tis. (94–181 tis.) osob ve věku 15–64 let, z toho přibližně 124 tis. (84–168 tis.) mužů a přibližně 88 tis. (57–120 tis.) mladých dospělých ve věku 15–34 let.

---

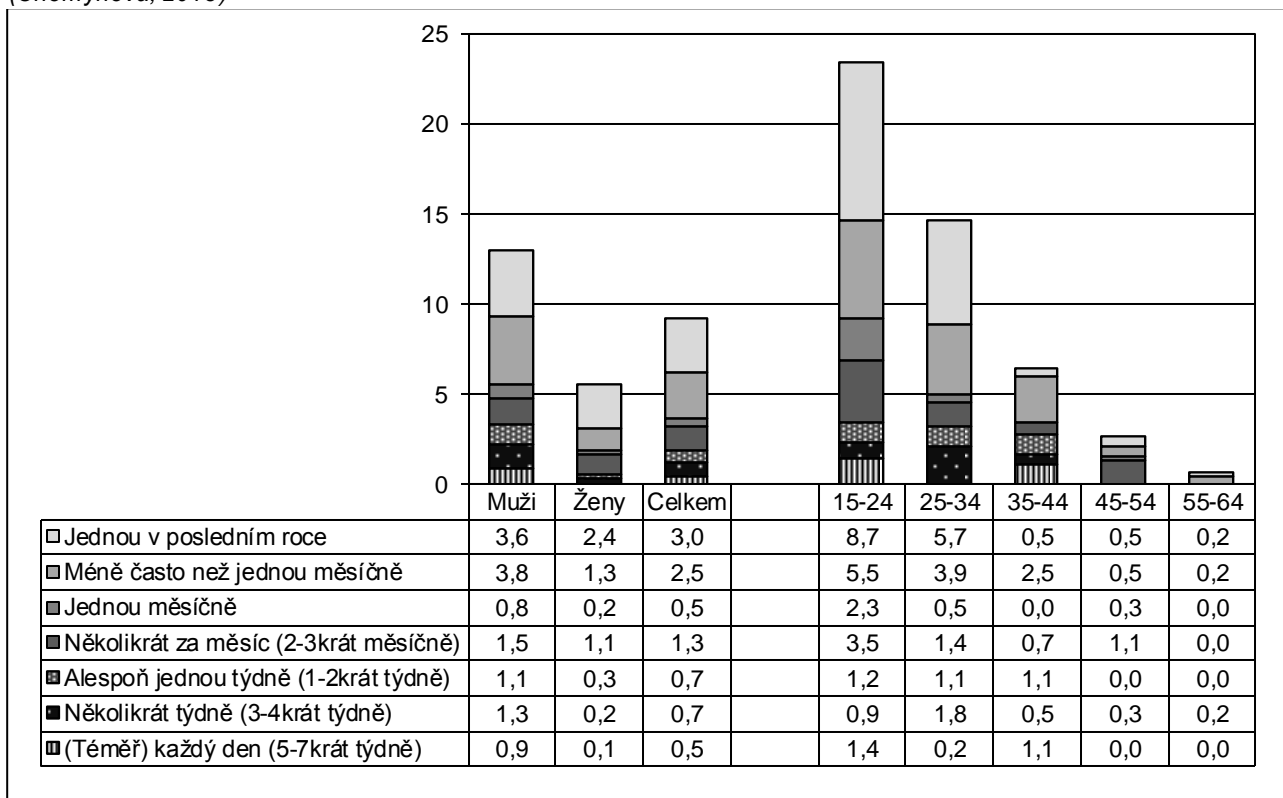
přirovnávány k účinkům známých drog, jako marihuana, pervitin, extáze, kokain apod. Např. produkt „spice“ je rostlinnou směsí dodatečně obohacenou syntetickými kanabinoidy („syntetickou marihuanou“), proto je řazen mezi nové syntetické a nikoliv rostlinné drogy.

tabulka 2-1: Prevalence užití drog v obecné populaci – Národní výzkum užívání návykových látek 2012, v % (Chomynová, 2013, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SC&C, 2013)

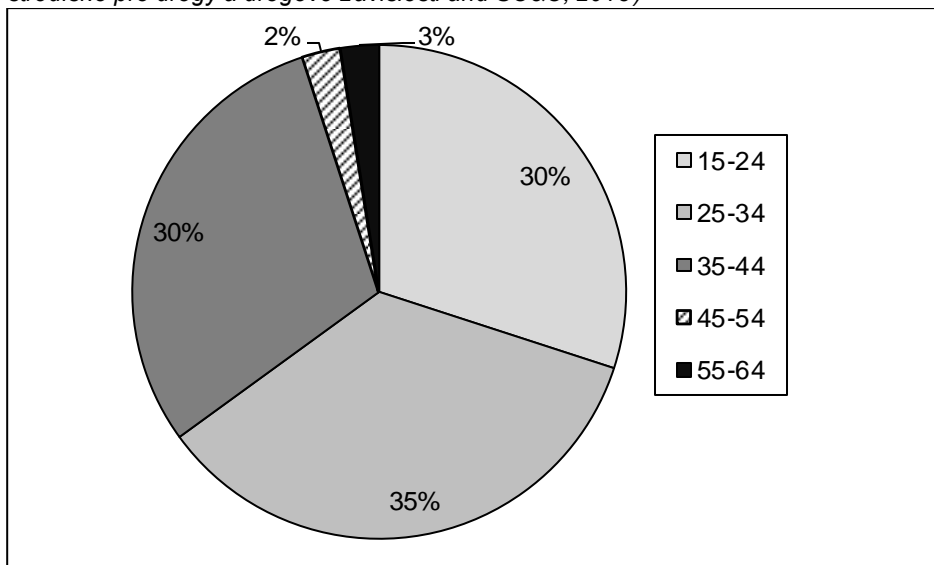
Prevalence	Typ drogy	Pohlaví		Mladí dospělí	Populace celkem
		Muži	Ženy	15–34 let	15–64 let
		(n=1 056)	(n=1 072)	(n=824)	(N=2 134)*
Celoživotní prevalence	Tabák	75,0	61,7	70,3	68,3
	Alkohol	–	–	–	–
	Konopné látky	34,9	21,2	45,9	27,9
	Extáze	5,0	2,2	7,2	3,6
	Pervitin nebo amfetaminy	3,4	1,7	4,5	2,5
	Kokain	3,8	0,9	3,7	2,3
	Heroin	1,2	0,0	0,7	0,6
	LSD	4,4	1,2	5,4	2,8
	Halucinogenní houby	7,7	2,9	10,2	5,3
	Nové rostlinné drogy	0,9	0,6	1,6	0,7
	Nové syntetické drogy	0,4	0,4	0,9	0,4
	Těkavé látky	1,5	0,3	1,2	0,9
	Léky – sedativa, hypnotika	–	–	–	–
	Léky – opioidy	–	–	–	–
Prevalence v posledních 12 měsících	Tabák	46,5	35,1	47,4	40,7
	Alkohol	88,8	79,4	83,8	84,0
	Konopné látky	13,1	5,3	18,3	9,2
	Extáze	0,7	0,5	1,2	0,6
	Pervitin nebo amfetaminy	0,7	0,3	1,0	0,5
	Kokain	0,8	0,0	0,6	0,4
	Heroin	0,4	0,0	0,2	0,2
	LSD	0,3	0,2	0,7	0,2
	Halucinogenní houby	1,2	0,3	1,4	0,7
	Nové rostlinné drogy	0,1	0,3	0,5	0,2
	Nové syntetické drogy	0,3	0,0	0,3	0,1
	Těkavé látky	0,5	0,0	0,0	0,2
	Léky – sedativa, hypnotika	4,1	8,0	3,3	6,1
	Léky – opioidy	2,2	2,9	2,5	2,6
Prevalence v posledních 30 dnech	Tabák	40,3	28,5	37,7	34,4
	Alkohol	78,4	61,5	68,8	69,9
	Konopné látky	6,8	2,0	8,8	4,4
	Extáze	0,2	0,0	0,1	0,1
	Pervitin nebo amfetaminy	0,3	0,1	0,4	0,2
	Kokain	0,3	0,0	0,2	0,1
	Heroin	0,3	0,0	0,2	0,1
	LSD	0,1	0,1	0,2	0,1
	Halucinogenní houby	0,4	0,1	0,5	0,2
	Nové rostlinné drogy	0,0	0,0	0,0	0,0
	Nové syntetické drogy	0,2	0,0	0,0	0,1
	Těkavé látky	0,2	0,0	0,0	0,1
	Léky – sedativa, hypnotika	2,5	5,7	2,0	4,1
	Léky – opioidy	0,8	1,5	0,7	1,2

Pozn.: \* 6 respondentů nevedlo pohlaví.

graf 2-1: Frekvence užívání konopných látek v posledních 12 měsících podle pohlaví a věkových skupin, v % (Chomynová, 2013)



graf 2-2: Respondenti užívající konopí jednou týdně a častěji podle věkových skupin, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SC&C, 2013)



V r. 2012 byla součástí dotazníku Národního výzkumu užívání návykových látek také krátká screeningová škála CAST (Cannabis Abuse Screening Test) používaná pro hodnocení problémového nebo rizikového užívání konopných látek (Piontek et al., 2008, Beck and Legleye, 2008). Z rozložení odpovědí se ukázalo, že pro více než dvě třetiny současných uživatelů konopných látek (tj. těch, kteří užili konopné látky v posledním roce) nepředstavuje užívání žádné nebo jen nízké riziko (68,9 %). Naopak 17,5 % respondentů spadalo do kategorie mírného/středního rizika a 13,7 % dotázaných (18,0 % mužů a 3,6 % žen) do kategorie vysokého rizika v souvislosti s užíváním konopných látek – tabulka 2-2.

Podíl osob ve vysokém riziku odpovídá 1,2 % populace ve věku 15–64 let (2,2 % mužů a 0,2 % žen), podíl osob ve středním riziku pak dalších 1,6 % populace (2,2 % mužů a 0,9 % žen). Při přepočtu na populaci ve věku 15–64 let se jedná cca o 87 tis. (51–123 tis.) uživatelů konopných látek ve vysokém riziku a dalších 116 tis. (72–152 tis.) osob ve středním riziku v souvislosti s užíváním konopných látek.

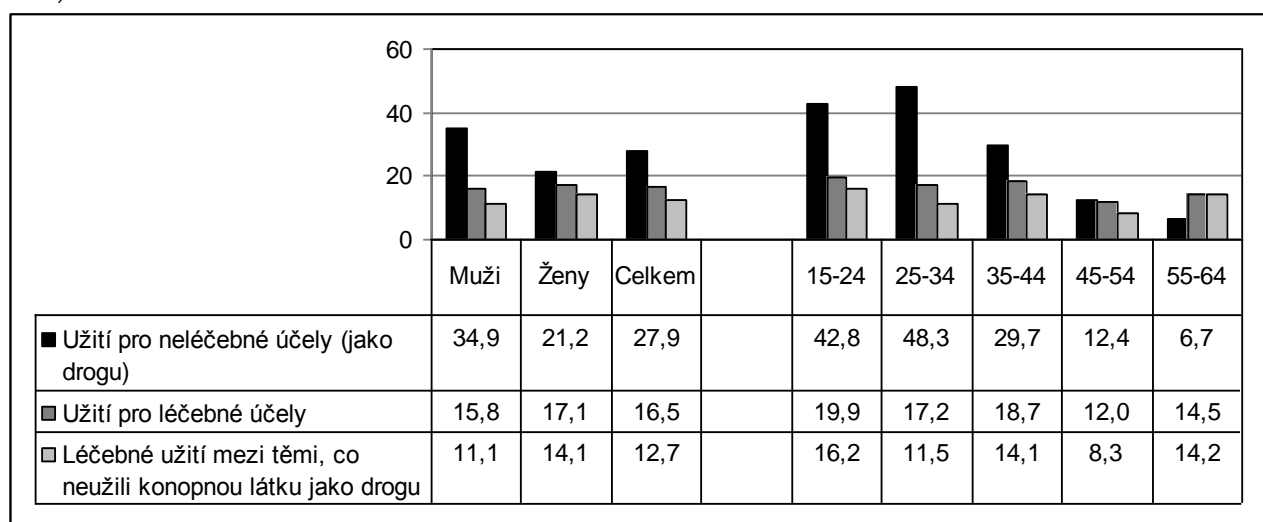
Mezi mladými dospělými ve věku 15–34 let je přibližně 1,8 % osob ve vysokém riziku a 3,8 % ve středním riziku v souvislosti s užíváním konopných látek. Při přepočtu na populaci mladých dospělých se jedná odhadem o 49 tis. (27–74 tis.) uživatelů ve vysokém riziku a o dalších 104 tis. (71–137 tis.) mladých dospělých ve středním riziku.

tabulka 2-2: Výsledky škály CAST a výskyt rizikového užívání konopných látek (v % těch, co užili konopí v posledních 12 měsících, a v % populace celkem) (Chomynová, 2013)

Škála CAST	Muži	Ženy	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	Celkem	Z toho ve věku 15–34 let
<b>Rizikové užívání – mezi těmi, co užili konopí v posledních 12 měsících</b>									
Žádné nebo nízké riziko (0–1 bod)	64,8	78,2	70,9	66,7	63,0	81,8	50,0	68,9	69,9
Mírné nebo střední riziko (2–3 body)	17,2	18,2	16,5	25,4	0,0	18,2	50,0	17,5	20,3
Vysoké riziko (4 a více bodů)	18,0	3,6	12,7	7,9	37,0	0,0	0,0	13,7	9,8
<b>Rizikové užívání – v celé populaci</b>									
Žádné nebo nízké riziko (0–1 bod)	95,5	98,8	93,3	95,2	97,7	99,5	99,8	97,2	94,4
Mírné nebo střední riziko (2–3 body)	2,2	1,0	3,8	3,7	0,0	0,5	0,2	1,6	3,8
Vysoké riziko (4 a více bodů)	2,3	0,2	2,9	1,1	2,3	0,0	0,0	1,2	1,8

Užití konopných látek pro léčebné účely uvedlo celkem 16,5 % dotázaných (15,8 % mužů a 17,1 % žen), v posledním roce pak 10,7 % dotázaných (10,4 % mužů a 11,0 % žen). Užití konopí pro léčebné účely u obou pohlaví i napříč věkovými skupinami je vyrovnaný. Ve věkové kategorii 45–54 let je shodný rozsah užívání konopných látek pro léčebné a neléčebné účely, ve věkové skupině 55–64 let je dokonce vyšší podíl respondentů, kteří uvedli užití konopí z léčebných důvodů oproti těm, kteří konopí užili z neléčebných důvodů – graf 2-3.

graf 2-3: Srovnání celoživotní prevalence užití konopných látek z neléčebných a léčebných důvodů, v % (Chomynová, 2013)



### 2.1.2 Výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR 2012

V prosinci 2012 realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR; jednalo se o omnibusové šetření v obecné populaci s cílem zjistit prostřednictvím jedné sady otázek rozsah zkušeností respondentů starších 15 let s vybranými nelegálními návykovými látkami. Celkem bylo ve výzkumu osloveno 976 osob starších 15 let, z toho 854 osob ve věku 15–64 let. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem tak, aby reprezentovali populaci ČR s ohledem na věk, pohlaví, vzdělání, kraj a velikost sídla bydliště. Data byla sbírána prostřednictvím osobních rozhovorů (face-to-face interview) s využitím počítače (CAPI). Oproti předchozí studii z r. 2011 byly do studie nově zahrnuty také otázky na užití léků s psychoaktivním účinkem bez lékařského předpisu a na hraní hazardních her. Výsledky, které se významně neliší od výsledků Národního výzkumu 2012, uvádí tabulka 2-3.



tabulka 2-3: Rozsah užití drog v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2012, v % (ppm factum research, 2012, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and ppm factum research, 2013)

Droga	Věková skupina 15–64 let			Věková skupina 15–34 let		
	Celoživotní prevalence	Prevalence v posledních 12 měsících	Prevalence v posledních 30 dnech	Celoživotní prevalence	Prevalence v posledních 12 měsících	Prevalence v posledních 30 dnech
Konopné látky	31,2	9,4	3,0	51,8	20,3	6,0
Extáze	5,5	0,8	0,2	10,1	1,8	0,6
Pervitin	1,5	0,4	0,0	2,4	0,6	0,0
Kokain	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroin	0,5	0,1	0,0	0,9	0,3	0,0
LSD	0,7	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0
Halucinogenní houby	4,4	0,2	0,0	7,3	0,6	0,0
Těkavé látky	1,1	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0
Nové syntetické drogy (např. katinony, synt. kanabinoidy)	0,6	0,5	0,0	0,3	0,3	0,0
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	15,8	8,9	3,0	16,3	8,5	2,3

### 2.1.3 Výzkum občanů 2012

Na přelomu listopadu a prosince 2012 dále NMS ve spolupráci s agenturou INRES-SONES sbíralo data týkající se rozsahu užívání drog v rámci Výzkumu názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života (Výzkum občanů 2012). Jednalo se o omnibusové šetření – do části zaměřené na zdraví a životní styl byla zařazena jedna otázka na zjištění rozsahu zkušeností respondentů starších 15 let s vybranými nelegálními návykovými látkami. Celkem bylo ve výzkumu osloveno 1802 osob starších 15 let, z toho 1466 osob ve věku 15–64 let. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem tak, aby reprezentovali populaci ČR s ohledem na věk, pohlaví, vzdělání, kraj a velikost sídla bydliště. Data byla sbírána prostřednictvím osobních rozhovorů tazatele s respondentem (face-to-face interview) s využitím papírového dotazníku (PAPI), míra response dosáhla 82,5 % oslovených. Oproti předchozím vlnám studie z let 2009 a 2010 byly obdobně jako ve výzkumu Prevalence užívání drog v populaci ČR 2012 do této studie zahrnuty také otázky na léky s psychoaktivním účinkem bez lékařského předpisu a na hraní hazardních her. Výsledky, které jsou velmi podobné výsledkům Národního výzkumu 2012 a studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2012 výše, uvádí tabulka 2-4.

tabulka 2-4: Rozsah užití drog v obecné populaci – Výzkum občanů 2012, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013b)

Droga	Věková skupina 15–64 let			Věková skupina 15–34 let		
	Celoživotní prevalence	Prevalence v posledních 12 měsících	Prevalence v posledních 30 dnech	Celoživotní prevalence	Prevalence v posledních 12 měsících	Prevalence v posledních 30 dnech
Konopné látky	35,6	13,6	5,3	54,9	24,2	10,3
Extáze	5,3	1,9	0,5	8,7	3,5	1,1
Pervitin	2,4	0,5	0,1	3,4	0,9	0,2
Kokain	1,6	0,3	0,1	2,7	0,5	0,0
Heroin	0,5	0,1	0,0	0,7	0,2	0,0
LSD	3,3	1,0	0,1	5,5	1,9	0,2
Halucinogenní houby	5,9	1,6	0,3	10,1	3,2	0,7
Těkavé látky	1,3	0,3	0,1	1,6	0,5	0,2
Nové syntetické drogy (např. katinony, syntetické kanabinoidy)	1,2	0,5	0,1	1,4	0,9	0,2
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	15,2	9,5	3,6	12,6	8,1	3,0

## 2.1.4 Studie užívání alkoholu a konopných látek mezi mladými dospělými

Byly publikovány výsledky studie Determinanty rizikových forem užívání alkoholu v populaci mladých dospělých: analýza zdravotních, sociálních a psychologických souvislostí (Alkohol u mladých dospělých)<sup>36</sup> zaměřené na vztah konzumace alkoholu a konopných látek. Výzkumný soubor tvořilo 2221 osob ve věku 18–39 let vybraných dvou-  
stupňovým náhodným výběrem, který byl reprezentativní pro populaci ČR s ohledem na pohlaví, věk, vzdělání a kraj. Průměrný věk byl 29,9 roku, muži tvořili 51,4 %. Sběr dat probíhal metodou strukturovaných rozhovorů. Response dosáhla 83,7 %. Pro měření problémů spojených s alkoholem byl použit nástroj AUDIT, byla zjišťována míra konzumace alkoholu a frekvence užívání konopných látek v posledních 12 měsících. Míra užití konopných látek v posledním roce dosáhla 21,8 % a pozitivně korelovala s frekvencí pití piva ( $r = 0,27$ )<sup>37</sup>, frekvencí těžkého epizodického pití ( $r = 0,32$ ) a s celkovým skóre v AUDIT ( $r = 0,39$ ). Těžcí epizodičtí pijáci alkoholu vykázali vyšší riziko užívání konopných látek ( $OR^{38} = 4,3$ , 95% CI: 3,3–5,6). Výsledky ukázaly úzký vztah mezi intenzivní konzumací alkoholu a užíváním konopných látek (Csemy et al., 2012).

## 2.1.5 Trendy v užívání drog – prevalence užití

Národní výzkum užívání návykových látek 2012 metodologicky navazoval na Celopopulační studii užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008 (CS 2008) a vzhledem k záběru dotazníku, způsobu výběru respondentů a sběru dat umožňuje srovnatelnost dat v čase. Ve srovnání s r. 2008 došlo v ČR ke stabilizaci nebo k poklesu rozsahu zkušeností populace s nelegálními drogami, a to ve všech třech časových horizontech včetně aktuálního užívání. Výjimkou je mírný nárůst celoživotní prevalence užití kokainu (i když stále na relativně nízkých hodnotách v kontextu EU) – tabulka 2-5. Významný nárůst u kokainu byl sledován především mezi muži (z 2,9 % v r. 2008 na 3,8 % v r. 2012) a ve věkové skupině 35–44 let (z 1,3 % na 2,9 %). Mírný nárůst byl sledován i ve věkové skupině 25–34 let.

tabulka 2-5: Srovnání míry prevalence užívání drog v jednotlivých časových horizontech v r. 2008 a 2012, v % (Chomynová, 2013, Běláčková et al., 2012)

Drogy*	Celopopulační studie 2008			Národní výzkum užívání návykových látek 2012		
	Celoživotní prevalence	Prevalence v posledních 12 měsících	Prevalence v posledních 30 dnech	Celoživotní prevalence	Prevalence v posledních 12 měsících	Prevalence v posledních 30 dnech
Konopné látky	34,3	15,3	8,6	27,9	9,2	4,4
Extáze	9,6	3,7	1,2	3,6	0,6	0,1
Pervitin	4,3	1,7	0,7	2,5	0,5	0,2
Kokain	2,0	0,7	0,4	2,3	0,4	0,1
Heroin	1,1	0,5	0,1	0,6	0,2	0,1
LSD	5,6	2,1	0,7	2,8	0,2	0,1
Halucinogenní houby	8,7	3,2	1,1	5,3	0,7	0,2

Pozn.: V r. 2008 se nesledovalo užívání tékavých látek a tzv. nových drog.

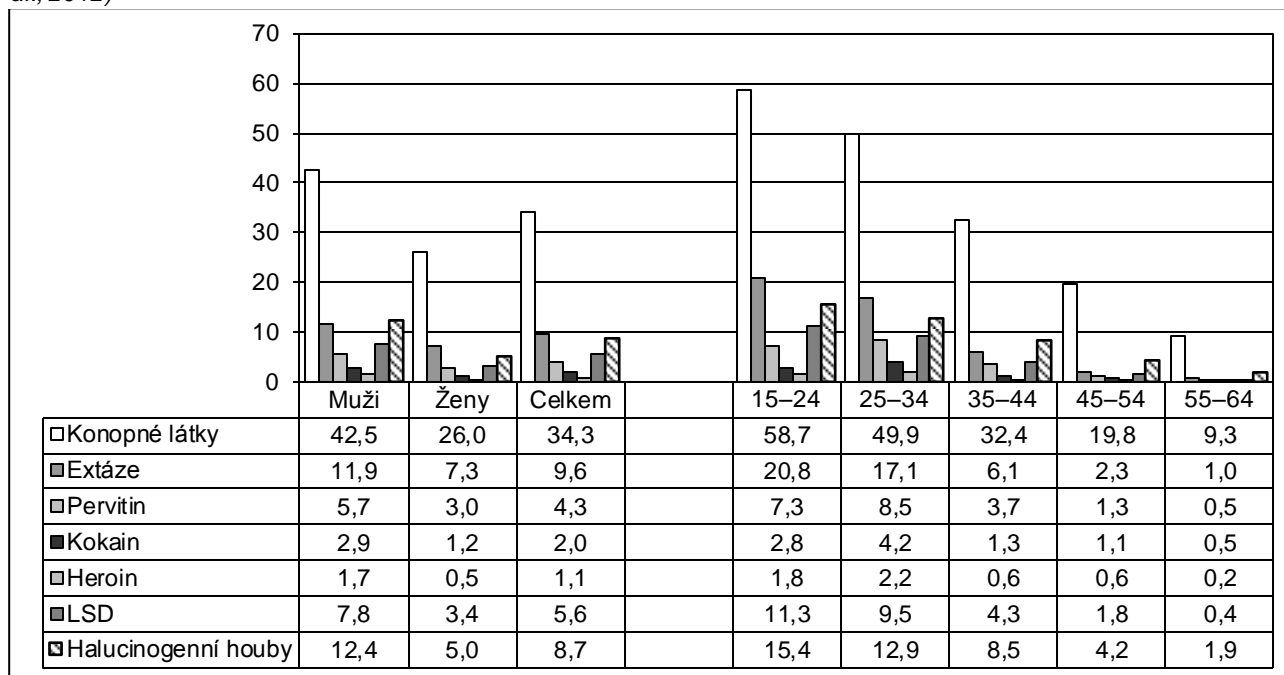
Zatímco v r. 2008 byly nejvyšší míry prevalence užití všech sledovaných nelegálních drog zaznamenány ve věkové skupině velmi mladých dospělých (15–24 let) a s věkem prevalence zkušeností s jednotlivými sledovanými drogami klesala, v r. 2012 byly nejvyšší míry prevalence sledovány ve věkové skupině 25–34 let – graf 2-4 a graf 2-5.

<sup>36</sup> Grant č. NS9645-4/2008 IGA MZ ČR, hlavní řešitelka MUDr. Hana Sovinová, nositel grantu Státní zdravotní ústav v Praze.

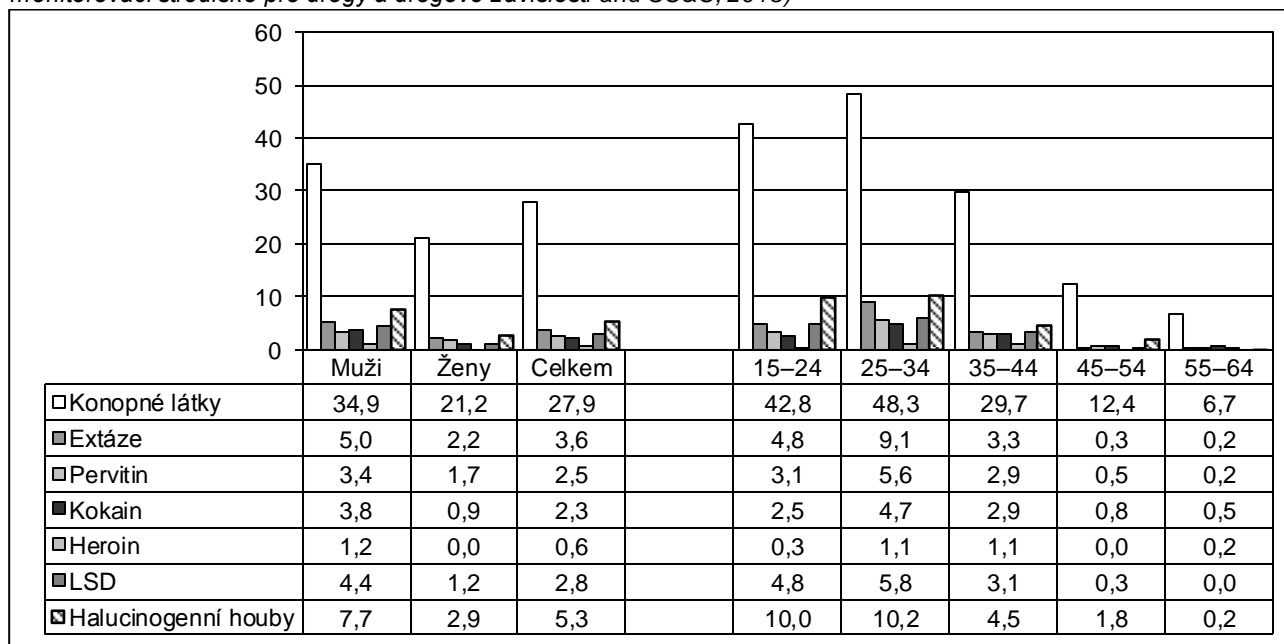
<sup>37</sup> Korelační koeficient ( $r$ ) je ukazatelem asociace mezi dvěma proměnnými. Nabývá hodnot od -1 do +1, kdy  $r = -1$  znamená úplnou negativní korelaci,  $r = +1$  úplnou pozitivní korelaci a  $r = 0$  neexistenci lineárního vztahu mezi dvěma proměnnými.

<sup>38</sup> Tzv. poměr šancí (odds ratio, OR) je ukazatelem asociace mezi dvěma proměnnými, resp. mezi expozicí a následkem. Vyjadřuje, kolikrát je vyšší šance výskytu následku u exponovaných ve srovnání s neexponovanými.

graf 2-4: Celoživotní prevalence užívání vybraných nelegálních drog v ČR v r. 2008 podle pohlaví a věku, v % (Běláčková et al., 2012)

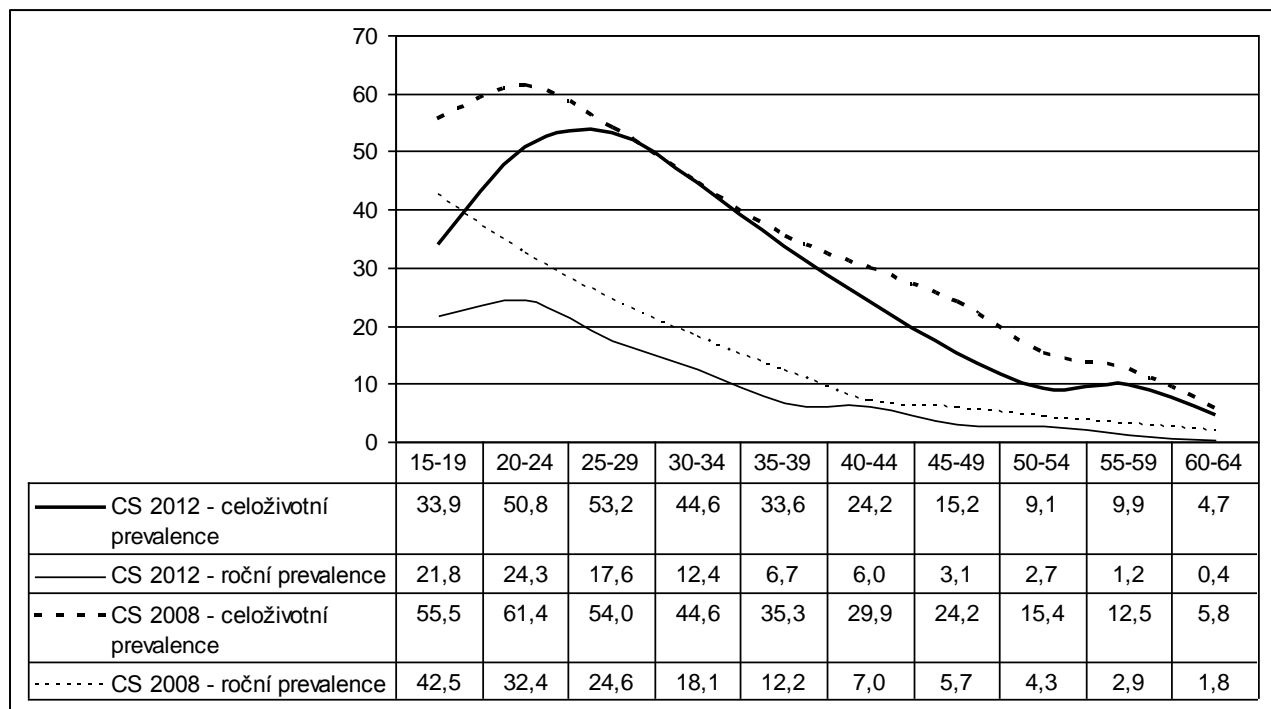


graf 2-5: Celoživotní prevalence užívání vybraných nelegálních drog v ČR v r. 2012 podle pohlaví a věku, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SC&C, 2013)



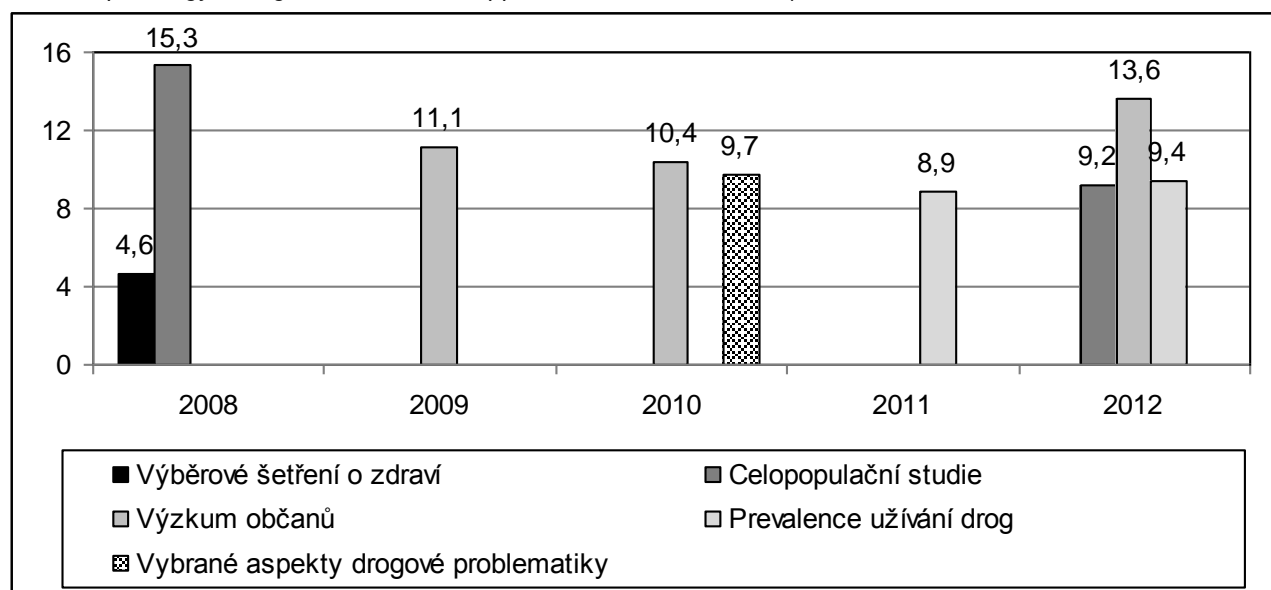
Pokles prevalence zkušeností s užitím drog je patrný i při podrobnější analýze rozsahu užití konopných látek podle pětiletých věkových skupin – jednak je možné pozorovat pokles prevalence užívání konopí ve všech věkových skupinách, a to jak v případě celoživotní prevalence, tak i užívání konopí v posledních 12 měsících, a současně je patrný i posun vrcholu zkušeností s konopím do starší věkové skupiny. Zatímco v r. 2008 byl vrchol celoživotní prevalence ve věkové skupině 20–24 let (a 15–19 let v případě užívání v posledním roce), v r. 2012 uváděli zkušenosti nejčastěji respondenti ve věku 25–29 let (20–24 let v případě užívání v posledním roce) – graf 2-6. Ukazuje se tedy, že v posledních 4 letech kleslo užívání konopných látek v nejmladší věkové skupině (15–19 let), což potvrzují i trendy zjištěné mezi 16letými v Evropské školní studii o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) v r. 2011 (Csémy and Chomynová, 2012).

graf 2-6: Prevalence užití konopných látek v životě a posledním roce podle pětiletých věkových skupin – srovnání let 2008 a 2012, v % (Běláčková et al., 2012, Chomynová, 2013)



Všechny studie realizované v posledních letech ukazují stejný vzorec užívání nelegálních drog v obecné populaci – nejčastěji užitou drogou jsou konopné látky, které v životě zkusilo 23–36 % obyvatel. Při přepočtu na populaci v daném věku se jedná odhadem o 2 mil. obyvatel ČR – podle Národního výzkumu 2012 jde o 1,9–2,2 mil. osob (95% CI pro celoživotní prevalenci užití konopí: 26,0–29,9 %). V posledním roce užilo konopné látky 9–15 % dotázaných, podle Národní studie 2012 se jedná o 570–760 tis. osob. Při pohledu na dlouhodobé trendy je patrný mírný pokles středních hodnot prevalence užití konopí v obecné populaci v posledních 12 měsících – graf 2-7.

graf 2-7: Prevalence užití konopných látek v obecné populaci (15–64 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z let 2008–2012, v % (Chomynová, 2013, Běláčková et al., 2012, Daňková, 2010, Zeman et al., 2011, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2009, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2010, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013b, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Factum Invenio, 2011, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and ppm factum research, 2013)



Druhou nejčastěji užitou nelegální drogou v ČR byla dlouhodobě extáze, v r. 2012 se však podle Národního výzkumu 2012 i Výzkumu občanů 2012 dostaly na druhé místo halucinogenní houby, ovšem prevalence jejich užití v posledních 12 měsících je napříč průzkumy na srovnatelné úrovni (pod 1 %). Na dalších místech jsou zkušenosti s užitím peritinu nebo amfetaminů, kokainu a LSD s poměrně konzistentně nízkou mírou celoživotní prevalence

v průzkumech realizovaných v r. 2012 (2,3–2,8 %), zatímco celoživotní zkušenosti české populace s heroinem jsou dlouhodobě na nízké úrovni (0,3–1,1 % v l. 2008–2012 napříč studiemi).

### 2.1.6 Trendy v užívání drog – rizikové užívání konopných látek podle škály CAST

Národní výzkum 2012 umožňuje srovnání rizikového užívání konopných látek v populaci s výsledky validizační studie konopných škál realizované v r. 2010. Podle škály CAST dosáhl v r. 2012 podíl osob ve vysokém riziku cca 1,2 % populace ve věku 15–64 let a dalších 1,6 % populace bylo identifikováno ve středním riziku v souvislosti s užíváním konopných látek. Mezi mladými dospělými ve věku 15–34 let bylo přibližně 1,8 % osob ve vysokém riziku a 3,8 % ve středním riziku.

Oproti r. 2010 tak mírně poklesl podíl osob v riziku užívání konopných látek (z 3,1 % populace na 2,8 %). Došlo především k poklesu podílu osob v mírném nebo středním riziku, ovšem zároveň vzrostl podíl populace ve vysokém riziku v souvislosti s užíváním konopí. Podíl osob ve vysokém riziku vzrostl především mezi muži (z 1,6 % na 2,3 %) a ve věkových skupinách 15–24 let a 35–44 let – tabulka 2-6.

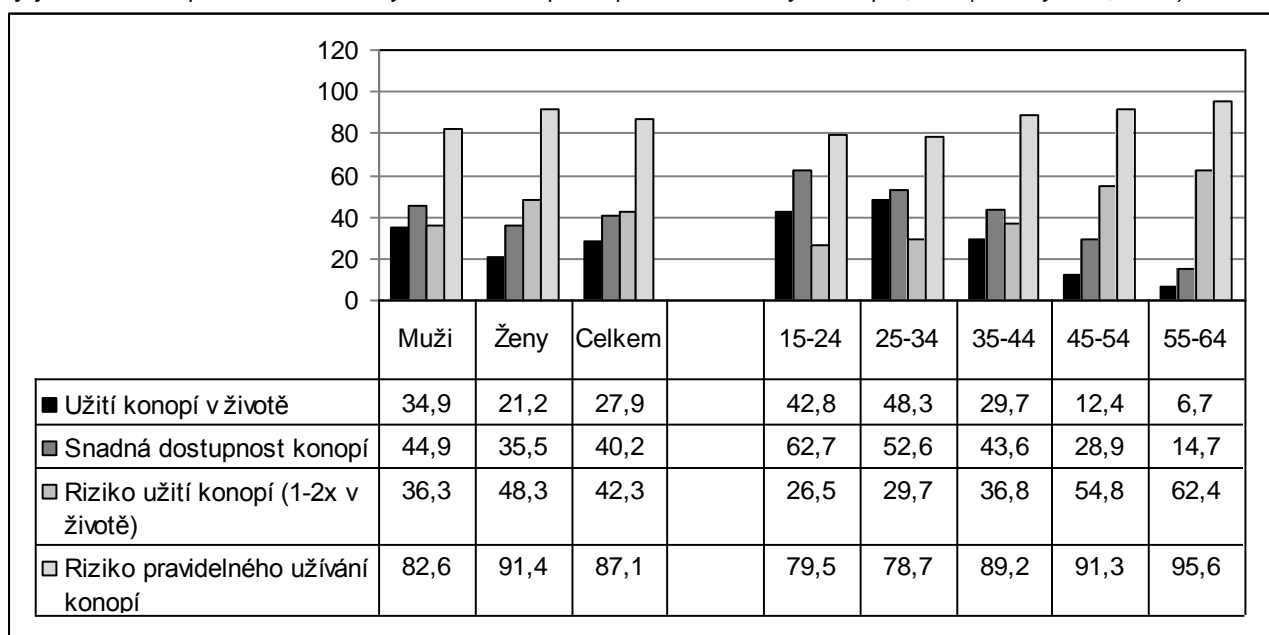
tabulka 2-6: Výsledky škály CAST a výskyt rizikového užívání konopných látek v populaci v letech 2010 a 2012, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010b, Chomynová, 2013)

Škála CAST	Muži	Ženy	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	Celkem	Z toho ve věku 15–34 let
<b>Rizikové užívání – v populaci celkem – Národní výzkum 2012</b>									
Žádné nebo nízké riziko (0–1 bod)	95,5	98,8	93,3	95,2	97,7	99,5	99,8	97,2	94,4
Mírné nebo střední riziko (2–3 body)	2,2	1,0	3,8	3,7	0,0	0,5	0,2	1,6	3,8
Vysoké riziko (4 a více bodů)	2,3	0,2	2,9	1,1	2,3	0,0	0,0	1,2	1,8
<b>Rizikové užívání – v populaci celkem – validizační studie 2010</b>									
Žádné nebo nízké riziko (0–1 bod)	95,7	98,2	92,9	95,5	97,6	98,8	99,5	96,9	94,3
Mírné nebo střední riziko (2–3 body)	2,8	1,3	4,7	3,5	1,3	1,1	0,5	2,1	4,0
Vysoké riziko (4 a více bodů)	1,6	0,4	2,4	1,0	1,1	0,2	0,0	1,0	1,6

### 2.2 Postoje k užívání návykových látek

Národní výzkum užívání návykových látek 2012 se zaměřil také na to, nakolik podle respondenta ohrožuje člověk své zdraví (ať už fyzické nebo psychické) experimentem a pravidelným užíváním konopných látek. Střední nebo velké riziko v souvislosti s jednorázovým užitím konopí vnímá 42,3 % dotázaných, 87,1 % hodnotí jako velmi rizikové pravidelné užívání konopí. Ženy považují častěji než muži za rizikový experiment i pravidelné užívání konopí, vnímání rizik spojených s užíváním konopí roste také s věkem. Výsledky Národního výzkumu 2012 tak potvrzují vzájemné vztahy mezi úrovní prevalence užití drogy, subjektivním vnímáním dostupnosti drogy a vnímáním rizik spojených s jejím užitím – s rostoucí mírou užívání roste dostupnost a klesá rizikovitost – graf 2-8.

graf 2-8: Prevalence užití konopných látek, subjektivně vnímaná dostupnost konopných látek a vnímání rizik spojených s jejich užíváním podle Národního výzkumu 2012 podle pohlaví a věkových skupin, v % (Chomynová, 2013)

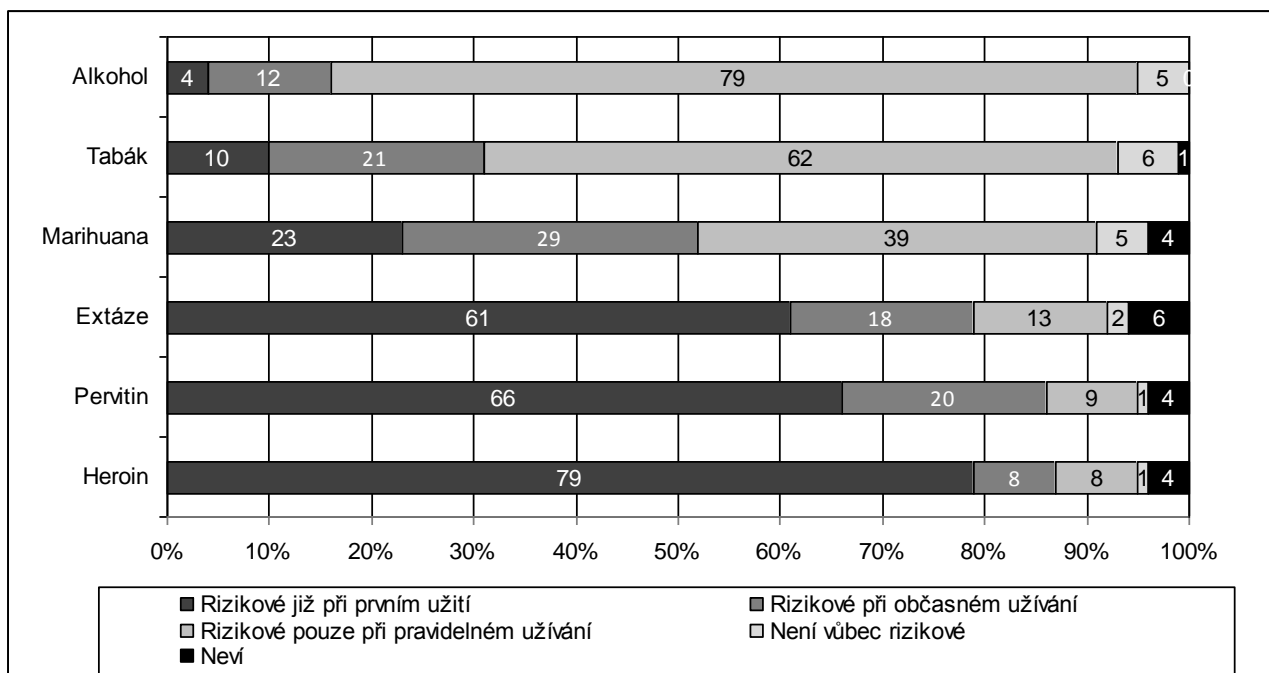


## 2.2.1 Názory občanů na drogy

V květnu 2013 realizovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) každoroční šetření Názory občanů na drogy zaměřené především na morální přijatelnost konzumace návykových látek a subjektivní vnímání zdravotních rizik spojených s jejich konzumací. Celkem bylo v rámci výzkumu osloveno 1062 respondentů starších 15 let, jednalo se o kvótní výběr respondentů podle pohlaví, věku, vzdělání, regionu a velikosti místa bydliště.

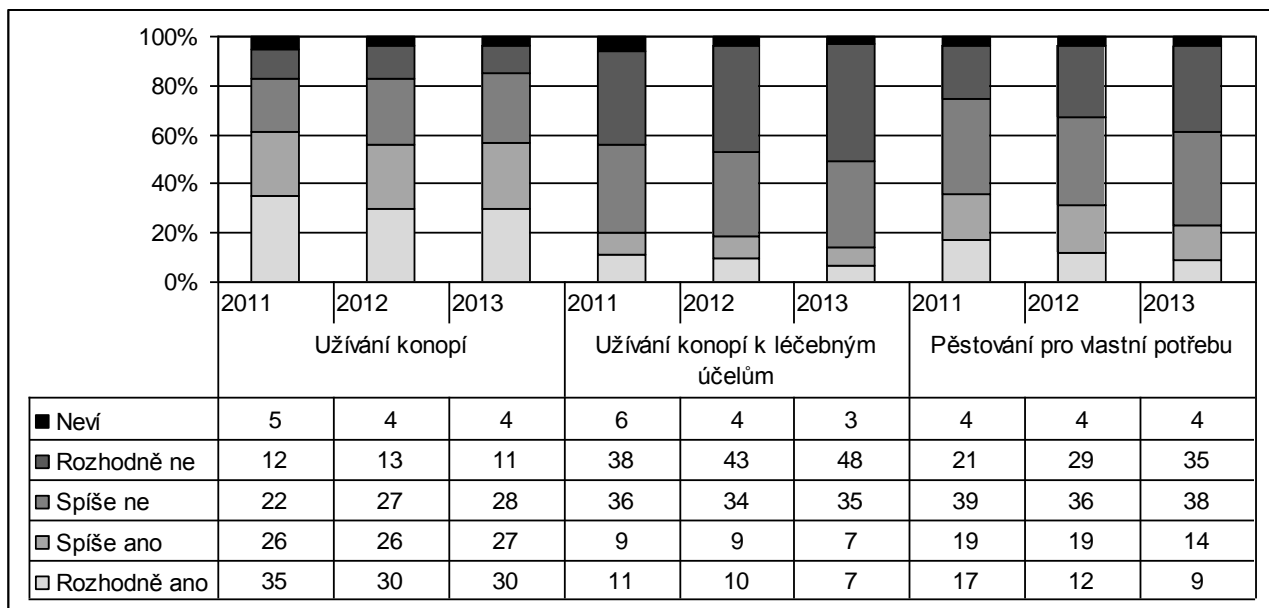
Za nejméně rizikové chování považují respondenti konzumaci alkoholu, tabáku a konopných látek. Naopak nadpoloviční většina dotázaných hodnotí užití ostatních drog (extáze, pervitinu a heroinu) jako rizikové již při prvním užití této látky – graf 2-9. Oproti předchozím rokům je patrný pokles přijatelnosti kouření tabáku, ale i užití konopných látek, zatímco se dále zvýšila přijatelnost konzumace alkoholu.

graf 2-9: Subjektivně vnímané riziko spojené s konzumací návykových látek (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2013b)



Postoje obyvatel k trestnímu postihu uživatelů drog zůstávají v posledních letech stabilní – s trestním postihem uživatelů konopí souhlasí 57 % dotázaných, s postihem uživatelů ostatních nelegálních drog 83 % respondentů. Tolerantnější je společnost k osobám, které užívají konopí pro léčebné účely – s jejich trestním postihem souhlasí jen 14 % respondentů (82 % je proti jejich stíhání). Tolerantnější postoj mají obyvatelé také k pěstování konopí pro vlastní potřebu – pěstitelé by měli být trestně stíháni podle 23 % dotázaných (oproti 36 % v r. 2011) – graf 2-10.

graf 2-10: Souhlas s trestním postihem užívání konopí a pěstování konopí pro vlastní potřebu (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2012, Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2013a)



### 2.3 Užívání drog ve školní populaci

V r. 2012 nebyla realizována žádná celonárodní školní studie. Poslední národní studií byla Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) v r. 2011. Nově byla analyzována data ze studie ESPAD na regionální úrovni. Regionální srovnání vychází ze vzorku šestnáctiletých studentů (narozených v roce 1995), který byl navýšen tak, aby byl pro každý kraj k dispozici dostatečný počet respondentů a regionální vzorky byly reprezentativní pro jednotlivé kraje. Celkový počet dotázaných studentů pro krajské srovnání byl 5074 respondentů (2331 chlapců a 2743 dívek).

Při analýze se ukázalo, že mezi regiony existují statisticky významné rozdíly v rozsahu užívání legálních drog, tj. kouření a pití alkoholu. K více exponovaným regionům z hlediska kouření patří Praha, Ústecký, Karlovarský a Jihočeský kraj, z hlediska konzumace alkoholu Praha, Středočeský, Jihočeský, Zlínský kraj a Kraj Vysočina.

Z hlediska zkušeností se sledovanými nelegálními drogami patří mezi více exponované regiony Praha, Ústecký, Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský kraj, k méně exponovaným regionům pak patří kraje Středočeský, Plzeňský, Královéhradecký a Pardubický. Ukazatele z oblasti užívání nelegálních drog jsou méně často hodnoceny jako statisticky významné a zdá se tedy, že rozdíly mezi regiony se snižují a situace v rámci ČR se postupně vyrovnává, což dále navazuje na trend sledovaný již v období mezi roky 2003 a 2007.

Situace na regionální úrovni je relativně dynamická. Zatímco na národní úrovni se zdá, že je situace v určitých aspektech dlouhodobě stabilní, některé regiony vykazují výrazné změny a fluktuace. I v případech, kdy byl na národní úrovni zaznamenán klesající trend v oblasti užívání nelegálních drog, se vyskytly regiony, kde dochází v čase k odlišnému vývoji ve srovnání s ostatními kraji a trendy na celonárodní úrovni.

Marihuanu nebo hašíš v životě zkusila téměř polovina ze všech dotázaných studentů (42,3 %), mezi regiony existují statisticky významné rozdíly v užití ve všech třech sledovaných časových horizontech. Zatímco zkušenost s užitím marihuany uvedlo 53,8 % studentů v Praze a téměř polovina studentů v Karlovarském, Olomouckém kraji a Ústeckém kraji, významně nižší zkušenosti uváděli studenti ze Zlínského kraje, Kraje Vysočiny a Plzeňského a Moravskoslezského kraje (méně než 40 %) – tabulka 2-7 a mapa 2-1.

tabulka 2-7: Celoživotní prevalence užití sledovaných nelegálních drog v krajích mezi šestnáctiletými podle studie ESPAD v r. 2011, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013b)

Kraj	Konopné látky*	Extáze	Halucinogenní houby	LSD a jiné halucinogeny	Pervitin a amfetaminy	Heroin a jiné opiáty	Kokain	Těkavé látky
Hl. m. Praha	53,8	4,4	6,5	7,9	2,2	1,8	2,2	9,2
Středočeský	40,4	1,6	4,7	4,0	1,6	0,9	0,0	6,4
Jihočeský	41,9	2,2	10,0	5,0	1,6	1,9	1,6	8,1
Plzeňský	38,9	2,6	6,3	4,3	2,3	1,0	1,0	7,6
Karlovarský	48,8	3,1	7,1	5,1	2,4	0,8	1,2	8,7
Ústecký	47,8	4,0	5,1	4,3	3,5	1,3	1,1	4,0
Liberecký	43,9	2,3	7,9	5,3	1,2	1,5	0,6	7,9
Královéhradecký	40,4	1,1	6,0	3,2	0,7	1,1	1,1	10,2
Pardubický	40,2	2,4	4,8	2,4	0,3	0,0	0,0	6,8
Vysočina	37,7	3,6	9,3	5,1	2,7	1,5	1,5	11,1
Jihomoravský	42,1	2,2	5,2	3,3	1,4	2,2	0,8	6,6
Olomoucký	48,5	4,3	7,0	5,8	2,1	1,8	0,6	7,6
Zlínský	37,2	2,7	6,9	6,1	3,0	1,5	0,6	9,9
Moravskoslezský	40,0	4,5	8,2	4,8	1,8	1,5	1,0	9,0

Pozn.: \* statisticky významné rozdíly mezi kraji,  $p \leq 0,05$ .

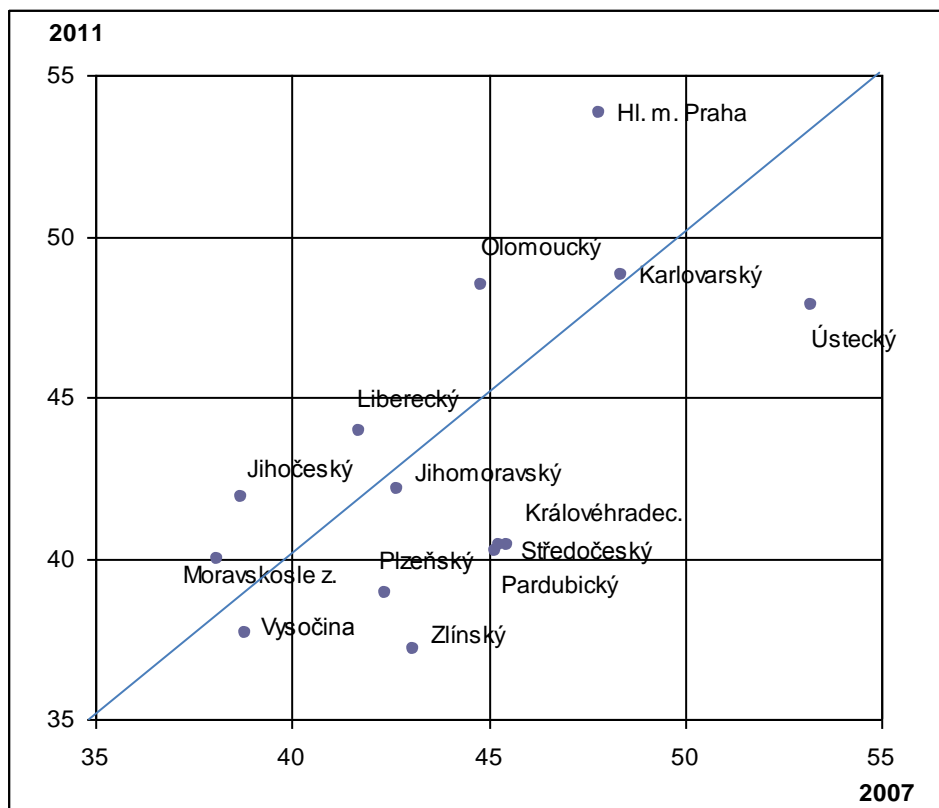


mapa 2-1: Celoživotní prevalence užívání konopných látek v krajích mezi šestnáctiletými podle studie ESPAD 2011, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013b)



Mezi roky 2007 a 2011 došlo k poklesu uváděné zkušenosti s užitím konopných látek v ČR ze 45,1 % na 42,3 %. Při pohledu na situaci v krajích se ukázalo, že k poklesu došlo ve většině krajů (k významnému poklesu došlo především v Ústeckém, Zlínském, Středočeském, Pardubickém a Královéhradeckém kraji), ovšem některé kraje naopak zaznamenaly oproti předchozímu období značný nárůst celoživotní prevalence užívání konopných látek, a to především Praha a Olomoucký kraj, ale také kraje Jihočeský, Liberecký a Moravskoslezský – graf 2-11.

graf 2-11: Vývoj celoživotní prevalence užívání konopných látek v krajích mezi roky 2007 a 2011 mezi šestnáctiletými podle studie ESPAD, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013b)

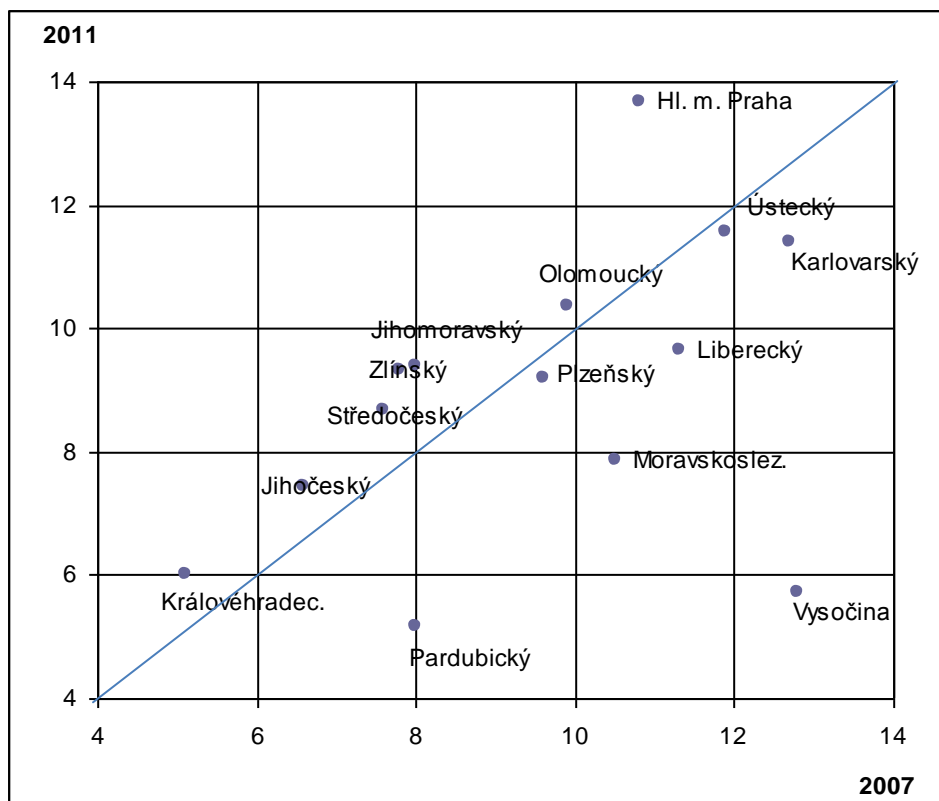


V oblasti subjektivně vnímané dostupnosti návykových látek se ukázaly statisticky významné rozdíly mezi kraji. Vyšší subjektivně vnímanou dostupnost návykových látek mezi studenty je možné sledovat v Praze, Ústeckém, Karlovarském a Olomouckém kraji, tedy opět v krajích s vyšší sledovanou mírou prevalence užívání těchto látek. Nao-

pak za hůře dostupné považují návykové látky studenti v Jihočeském, Královéhradeckém, Pardubickém, Zlínském kraji a v Kraji Vysočina, tedy v regionech, kde zároveň studenti udávají nižší zkušenosti s jejich užitím.

Mezi roky 2007 a 2011 poklesl na celonárodní úrovni podíl studentů, kteří by si velmi snadno nebo celkem snadno dokázali obstarat sledované nelegální drogy. Při pohledu do regionů se ukázalo, že v případě konopných látek došlo k poklesu subjektivně vnímané dostupnosti ve všech krajích ČR, v případě pervitinu jsou trendy v jednotlivých krajích různé. Nejvýraznější pokles byl zaznamenán v Kraji Vysočina, v Pardubickém, Moravskoslezském a Libereckém kraji. V řadě krajů však naopak došlo k posunu subjektivně vnímané dostupnosti pervitinu a vzrostl podíl respondentů, kteří považují jeho obstarání za velmi snadné nebo celkem snadné. Získat pervitin je podle respondentů snadnější v Praze, Jihomoravském, Středočeském, Zlínském a Královéhradeckém kraji, přičemž nejvýraznější nárůst byl zaznamenán v Praze – graf 2-12. Podrobněji bude situace v jednotlivých krajích popsána ve výzkumné zprávě ze studie ESPAD 2011, která se v současné době připravuje k tisku.

graf 2-12: Vývoj subjektivně vnímané dostupnosti pervitinu (% odpovědí velmi snadno nebo celkem snadno) v krajích mezi roky 2007 a 2011 mezi šestnáctiletými podle studie ESPAD, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013b)



Na podzim 2013 se ČR zapojí do studie validizace nového dotazníku studie ESPAD, cílem je pilotně ověřit nový dotazníkový formulář, který bude použit při další vně mezinárodní studii na jaře r. 2015.

#### 2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace

Na podzim 2012 realizovalo NMS ve spolupráci s Generálním ředitelstvím Vězeňské služby ČR (GRVS) a agenturou ppm factum research další vlnu dotazníkové studie Užívání drog v populaci vězňů před a po nástupu do výkonu trestu odnětí svobody, která přímo navazovala na studii z r. 2010 – blíže viz kapitolu Užívání drog ve vězení (str. 121). Další informace o užívání drog ve specifických skupinách populace jsou uvedeny v kapitole Sociální exkluze a užívání drog (str. 105).

V r. 2012 probíhala za koordinace MŠMT příprava nové Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013–2018 reflektující revidované klíčové dokumenty z oblasti primární prevence. Vůbec poprvé jednotlivé kraje v r. 2012 zpracovávaly tzv. krajské plány prevence, které slouží jako významný nástroj koordinace primární prevence.

V r. 2012 vznikla řada odborných publikací z oblasti prevence přispívajících ke zkvalitnění a lepšímu organizačnímu zajištění preventivních aktivit nejen externisty, ale především školami samotnými. Mnohé z publikací mají rovněž pomoci v lepší orientaci ve specifických tématech spojených s prevencí rizikového chování.

V posledních letech je kladen větší důraz na preventivní působení rodiny, což se odráží i na vzniku a zavádění do praxe několika preventivních nástrojů pro rodiče – jedná se např. o metodiku Prevence pro rodiče Unplugged, metodiku projektu Slunečnicová zahrada či portál Prevention-Smart Parents.

V ČR bylo identifikováno 8 specializovaných programů indikované prevence užívání návykových látek, z nichž 7 má certifikaci odborné způsobilosti a 2 se zabývají i jinými formami prevence rizikového chování.

Preventivní kampaně v médiích se až na výjimky zaměřují na problematiku odvykání kouření, podávání alkoholu mladistvým nebo řízení pod vlivem alkoholu a nelegálních drog. Preventivní aktivity jsou směřovány také na účastníky letních hudebních festivalů s cílem oslovit nejrizikovější skupinu mladých lidí.

### 3.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti prevence

Základními dokumenty v oblasti školské prevence jsou Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti MŠMT na období 2009–2012, Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže a Konceptce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007–2013. V březnu 2013 byla schválena nová Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013–2018 (Strategie primární prevence), na které spolupracovaly pracovní skupiny koordinované MŠMT v oblastech evaluace a koordinace preventivních aktivit, vzdělávání profesionálů působících v prevenci, legislativní zakotvení prevence a finanční podpora preventivních aktivit. Hlavním cílem strategie je minimalizovat vznik a snížit míru rizikového chování u dětí a mládeže prostřednictvím efektivního systému prevence, fungujícího na základě komplexního působení všech na sebe vzájemně navazujících subjektů (Ministerstvo školství, 2013).

Novým nástrojem pro lepší řízení a koordinaci preventivních aktivit v jednotlivých regionech jsou tzv. krajské plány prevence vytvořené na základě Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních<sup>39</sup>. V r. 2012 kraje takto poprvé zpracovávaly svou vlastní strategii s popisem systému koordinace prevence a institucionálního zajištění na následující období. Úvod tvoří demografický stav regionu, následují východiska plánu prevence, samotná strategie prevence včetně hlavních priorit, sítě služeb a koordinace preventivních aktivit. Rovněž je součástí financování preventivních aktivit a přehled poskytnutých dotací v kraji.

K zajištění kvality preventivních aktivit byl v r. 2006 na národní úrovni spuštěn systém certifikace preventivních programů, který byl v r. 2011 pozastaven. V r. 2012 byla dokončena v pořadí již třetí revize základních prvků celého systému – byly publikovány Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů školské primární prevence (Pavlas Martanová, 2012c), Certifikační řád a metodika místního šetření (Pavlas Martanová, 2012a) a Manuál certifikátora (Pavlas Martanová, 2012b) – blíže viz VZ 2011. V r. 2012 MŠMT připravovalo nový certifikační systém, který má v souladu s novými standardy pokrývat všechny formy rizikového chování. Z pověření MŠMT bylo v červnu 2013 Národním ústavem pro vzdělávání otevřeno Pracoviště pro certifikace, které bude celý systém koordinovat<sup>40</sup>.

Česká republika je institucionálně zastoupena v evropském projektu<sup>41</sup> zavádění existujících evropských preventivních standardů do praxe<sup>42</sup>.

V září 2012 byl ukončen projekt VYNSPI, jehož cílem bylo především vytvoření systematického celoživotního vzdělávání v prevenci rizikového chování pro pedagogické pracovníky škol a školských zařízení. Hlavní výstupy projektu jsou k dispozici v bilingválním monotematickém vydání časopisu Adiktologie, 2012, 12(3). V r. 2012 byla v rámci projektu VYNSPI<sup>43</sup> – vedle řady dalších klíčových učebních a metodických textů (blíže viz VZ 2011)<sup>44</sup> – dokončena

<sup>39</sup> Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č. j. 21 291/2010–28.

<sup>40</sup> <http://www.nuv.cz/vice/pracoviste-pro-certifikace> (2013-08-13)

<sup>41</sup> European Drug Prevention Quality Standards: The Prevention Standards Partnership in Phase II, spolufinancován z grantu Evropské komise Drug Prevention and Information Programme (DPIP). <http://prevention-standards.eu/the-prevention-standards-partnership-in-phase-ii/> (2013-08-21)

<sup>42</sup> <http://prevention-standards.eu/standards/> (2013-08-21)

<sup>43</sup> Celý název projektu: Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni. CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK, <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/220/1592/Tvorba-systemu-modularniho-vzdelavani-v-oblasti-prevence-socialne-patologicke-jev-u-pro-pedagogicke-a-poradenske-pracovniky-skol-a-skolskych-zarizeni-na-celostatni-urovni> (2013-08-21)

analýza stavu testování žáků na přítomnost návykových látek ve školách, jejímž cílem je napomoci především školám řešit situace při podezření na přítomnost návykových látek u svých žáků. V r. 2013 byla k tomuto tématu vydána příručka Testování dětí a mladistvých ve školských zařízeních při podezření z užití návykové látky (Šejvl, 2013).

V r. 2011 byl připravován návrh změny zákona č. 383/2005 Sb., o pedagogických pracovnících, a spolu s ním návrh novely nařízení vlády č. 75/2005 Sb., o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků, který měl snížením přímé míry vyučovací povinnosti pomoci zajistit příznivější podmínky pro činnost školních metodiků prevence a také metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách. K těmto úpravám však v r. 2012 nedošlo.

### 3.2 Preventivní působení prostředí – environmentální prevence

Pro informace o teoretickém zakotvení, základních přístupech v oblasti environmentální prevence a o konkrétních opatřeních regulujících v ČR dostupnost a užívání alkoholu, tabáku a dalších drog – viz VZ 2011. Základní legislativní rámec v tomto směru poskytuje zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

V roce 2012 MZ připravovalo novelu zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (dále jen zákon č. 379/2005 Sb.). Vzhledem k množství navrhovaných změn MZ nakonec přistoupilo ke zpracování návrhu nového zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, který byl předložen do vnějšího připomínkového řízení v dubnu 2013 – viz také kapitolu Legislativní rámec (str. 5). V tomto návrhu dochází ke zpřísnění regulace v oblasti dostupnosti a užívání tabákových výrobků a alkoholu. Dílčími cíli v tomto ohledu jsou zejména:

- posílení ochrany zdraví osob před expozicí tabákovému kouři v prostředí a další rozšiřování nekuřáckého prostředí,
- omezení dostupnosti tabákových a souvisejících výrobků a alkoholických nápojů,
- zavedení nových povinností pro provozovatele zařízení stravovacích služeb vedoucích k omezení dostupnosti alkoholu a zajištění dodržování zákazu prodeje nebo podání alkoholu dětem a mládeži,
- zlepšení kontroly a vymahatelnosti zákonem uložených povinností.

Některá nově navrhovaná opatření týkající se snížení dostupnosti alkoholu u mládeže, vycházejí ze závěrů mezirezortní pracovní skupiny k Projektu ochrany dětí a mládeže před zneužíváním alkoholu a jiných návykových látek, která byla v gesci národního protidrogového koordinátora z pověření předsedy vlády ČR.

Oproti stávající právní úpravě návrh např. neumožňuje prodej alkoholických nápojů, tabákových výrobků a výrobků s nimi souvisejícími v pojiždné prodejně, prostřednictvím prodejního automatu nebo zásilkového prodeje. Nadále má být umožněn prodej po internetu, pokud lze vyloučit prodej těchto výrobků osobám mladším 18 let. Nově MZ v návrhu stanovilo úplný zákaz kouření:

- ve veřejnosti volně přístupných vnitřních prostorech s některými výjimkami veřejných míst,
- ve vnějších a vnitřních prostorech zařízení sociálně právní ochrany a prostorech, kde je provozována živnost péče o dítě do tří let v denním režimu,
- v prostorech dětských hřišť, sportovišť určených pro osoby mladší 18 let,
- ve vnějších prostorách zdravotnických zařízení (dosud se zákaz vztahoval jen na vnitřní prostory, i nadále se však navrhuje ponechat výjimku pro psychiatrická oddělení nebo zařízení pro léčbu závislostí, ve kterých je dovoleno kouřit pouze ve stavebně oddělených prostorách),
- ve vnitřních prostorách všech provozoven stravovacích služeb, a to bez ohledu na to, zda se jedná o zařízení provozované na základě hostinské činnosti či nikoliv.

Návrh dále např. obsahuje novou povinnost pro provozovatele provozovny stravovacích služeb zajistit, aby alespoň jeden nealkoholický nápoj v nabídce byl za nižší cenu, než je nejlevnější alkoholický nápoj stejného objemu. Navrhuje se také, aby protizákonný byl nejen samotný prodej nebo podání alkoholického nápoje osobám mladším 18 let, ale také např. přítomnost osoby mladší 18 let, která je zjevně pod vlivem alkoholu. Má dojít také k rozšíření seznamu míst, kam je zakázán vstup podnapilým osobám, a nově je navrhován také zákaz zdržování se podnapilých osob na těchto místech. V neposlední řadě má dojít k rozšíření pravomocí obcí v oblasti regulace dostupnosti a užívání tabáku a alkoholu. Návrh zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami nebyl dosud předložen vládě ČR a výše uvedené návrhy opatření je potřeba vnímat jako prozatímní.

Na začátku srpna 2013 byl Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR schválen vládní návrh zákona o povinném značení lihu<sup>45</sup>, který mimo jiného přináší i snížení objemu nejvyššího povoleného balení lihu ze šesti litrů na jeden (respektive na tři litry u lahvi). Byl rovněž schválen návrh novely zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenského zákona)<sup>46</sup>, který zavádí koncese pro prodej lihovin. Dále by novela měla zamezit tomu, aby jednate-

<sup>44</sup> <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/17/Monografie> (2013-08-21)

<sup>45</sup> <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?O=6&T=939> (2013-09-10)

<sup>46</sup> <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?T=941&O=6> (2013-09-10)

lé nebo členové představenstva firem, jimž úřady pro nekalé obchodní praktiky odejmuly živnost, nepokračovali v podnikání ve stejném oboru založením nové firmy.

Obě normy jsou reakcí na hromadný výskyt otrav metanolem v alkoholických nápojích v r. 2012 (bližší viz kapitulu Hromadný výskyt otrav metanolem v r. 2012, str. 93) a jsou součástí vládního Plánu nulové tolerance k čemému trhu s lihovinami<sup>47</sup>. Vláda v něm mimo jiné uložila ministrům a národnímu protidrogovému koordinátorovi zpracovat návrhy postupu v následujících oblastech:

- zvýšení kontroly nakládání s metylalkoholem (MF),
- zmenšení maximálního možného objemu spotřebitelského balení lihu (MF),
- zavedení nového vzoru kontrolní pásky určené ke značení lihu s výrazně lepšími ochrannými prvky (MF),
- zavedení koncesí na prodej lihovin, na kterou bude automaticky nárok při splnění předem definovaných podmínek (MPO),
- sjednocení kontrolních institucí v oblasti státního dohledu nad potravinami (MZe),
- legislativní ukotvení tzv. rodného listu lihovin (MZe),
- revizi trestního zákoníku v oblasti definice trestných činů souvisejících s nelegální výrobou a distribucí lihovin (MS),
- dokončení legislativních prací na novém zákoně o návykových látkách a jeho předložení Mádě (MZ),
- realizaci opatření na ochranu dětí a mládeže v souvislosti s požíváním alkoholu v oblasti legislativní, organizační a preventivní (Úřad vlády ČR – národní protidrogový koordinátor, MZ).

### 3.3 Všeobecná prevence

Základní strategií prevence rizikového chování ve školách a školských zařízeních je minimální preventivní program (MPP) – bližší viz VZ 2011.

Praktickou pomůckou pro tvorbu kvalitního MPP je publikace Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu školské prevence rizikového chování (Miovský, 2012). Jedná se o návrh komplexního preventivního programu pro základní školy v rozsahu 86 hodin, ve kterém je pevně stanoven poměr hodin věnovaných různým typům rizikového chování, a doplňkově také soubor pravidel pro školy, jak zajistit bezpečné prostředí.

V r. 2012 byla vydána Metodika práce s dětmi v oblasti primární prevence rizikových jevů (Skácelová, 2012a). Centrum podpory inkluzivního vzdělávání Národního ústavu pro vzdělávání vydalo v r. 2012 metodiku Zavádění preventivních opatření proti rizikovému chování ve škole. Hlavním cílem bylo zmapovat potřeby základních škol v oblasti prevence rizikového chování a nabídnout příklady dobré praxe. V metodice je uvedeno deset příkladů konkrétní práce se třídou s cílem prevence konkrétního typu rizikového chování (Stonišová, 2012). Publikace Specializační studium pro školní metodiky prevence, metodická příručka – příklad dobré praxe (Tomanová, 2012) přináší návod, jak sestavit ucelený program určený (budoucím) školním metodikům prevence. Prevenci u dětí na 1. stupni základní školy se věnuje metodika Kočičí zahrada (Exnerová, 2012).<sup>48</sup>

---

Kromě výše uvedených publikací byly v r. 2012 vydány další metodické a učební texty, které s tématem prevence rizikového chování souvisí nepřímo. Příručka Metodika vedení třídnických hodin přináší tipy pro rozvoj dovedností pedagogů a spektrum technik využívaných ve vedení třídnických hodin a v rámci prevence rizikového chování (Skácelová, 2012b). Na základě poptávky ze strany pedagogů vznikla publikace Metodika osobního rozvoje (Skácelová and Macková, 2012), která nabízí praktické techniky pro práci se školní třídou. K tématu prevence kriminality se váží dvě nové publikace z r. 2012: Program prevence kriminality na základních školách (Kubišová, 2012) staví na původně přednáškové činnosti městské policie v Brně započaté v r. 2007, která se během let vyvinula v cílenou, soustavnou a dlouhodobou spolupráci policie a školního metodika prevence. Druhá publikace Základy prevence kriminality pro pedagogické pracovníky (Štefunková and Šejvl, 2012) nabízí základní orientaci v oblasti prevence kriminality v zahraničním i domácím kontextu. V r. 2012 byly dále publikovány výstupy projektu Klíče pro život realizovaného Národním institutem dětí a mládeže, který byl zaměřen na podporu a rozvoj neformálního a zájmového vzdělávání osob, které pracují s dětmi v rámci volnočasových aktivit, a který se tematicky dotýká také primární prevence rizikového chování. Metodika práce s dětmi na 1. stupni ZŠ – výběr technik k akreditovanému programu (Skácelová et al., 2012) představuje výběr her a technik vyzkoušených dlouholetou praxí, jejichž cílem je umožnit dětem lépe se poznat, naučit je komunikovat, spolupracovat, vzájemně se doceňovat a zvýšit celkovou soudržnost kolektivu. Příručka Rizikové chování dětí a jeho právní dopady (Jindrová, 2012) propojuje trestní, přestupkové, rodinné, sociální a školské právo tak, aby poskytla ucelený obraz postavení dítěte a žáka z pohledu celého právního systému.

---

V uplynulých letech byl v ČR zevrubně hodnocen preventivní program pro žáky Unplugged. Bylo zjištěno, že Unplugged statisticky významně snižuje zkušenost s kouřením v posledních 30 dnech a také zpomaluje nárůst této zkušenosti (Miovský, 2012), dále u jakékoli zkušenosti s kouřením, denního kouření, těžkého kouření, jakékoli zkušenosti s marihuanou, časté zkušenosti s marihuanou a jakékoli zkušenosti s drogami (Gabrhelík et al., 2012b). Byl rovněž analyzován efekt metodiky v závislosti na pohlaví. Byl zjištěn rychlejší nárůst užívání tabáku u dívek, což vedlo k závěru, že preventivní a léčebné strategie by se více měly zaměřit na dívky (Gabrhelík et al., 2012a). Statisticky významný vliv metodiky byl pozorován v redukci opilosti u chlapců, konzumace alkoholu u dívek a užívání konopných drog u obou pohlaví. U dívek s malou zkušeností s konopím přetrvál efekt dokonce 2 roky po skončení programu (Novák, in press). V metodice Unplugged pro žáky bylo během r. 2012 bylo vyškoleny přibližně 100 no-

<sup>47</sup> Usnesením vlády č. 735 ze dne 3. října 2012.

<sup>48</sup> Uvedené publikace jsou ke stažení zde: <http://adiktologie.cz/cz/articles/4/Publikace>

vých pedagogických pracovníků. Celkem je v ČR vyškoleno již více než 300 osob. V r. 2013 byl spuštěn nový výzkumný projekt, který má za cíl ověřit efektivitu metodiky Unplugged ve spojení s návaznými lekcemi pro žáky<sup>49</sup>.

V posledních letech je při prevenci rizikového chování kladen zvýšený důraz na preventivní působení rodičů a blízkého okolí dětí a dospívajících a na posilování patřičných dovedností a kompetencí. V souvislosti s prevencí v rodině byla v r. 2012 přeložena metodika Prevence pro rodiče Unplugged<sup>50</sup>, která je v r. 2013 pilotně ověřována ve spolupráci s vybranými školami (Jurystová, 2012).

V prosinci 2012 byl ukončen výzkumný projekt Posilování vlivu rodiny: Zvyšování rodinných dovedností s cílem preventivně působit na užívání alkoholu a problémy související s drogami<sup>51</sup> realizovaný Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. V rámci projektu proběhl výzkum mezi žáky ve věku 13–19 let a jejich rodiči, byly vytvořeny informační materiály pro rodiče i profesionály.<sup>52</sup>

Tématu prevence v rodině, resp. prevence u dětí ze znevýhodněného prostředí, se věnuje publikace vzniklá v rámci projektu Slunečnicová zahrada Centra pro rodinu Drop In, o. p. s., a občanského sdružení Meta. Metodika pro rodiče s názvem Obáváte se problémů s učením a chováním u Vašeho dítěte? Pojďme společně hledat odpovědi (Sedláčková et al., 2012) si klade za cíl načrtnout možnosti, jak pracovat s dítětem, u kterého se obáváme poruch školních dovedností nebo poruch chování. Pro rodiče je určen portál s názvem Prevention-Smart Parents<sup>53</sup>, který byl v rámci projektu VYNSPI spuštěn v r. 2009 o. s. SANANIM ve spolupráci s Nadací Mentor<sup>54</sup>.

V oblasti prevence v rodině byla publikována doporučení pro rodiče a uplatňování výchovných pravidel v kontextu návykových látek, ale např. také trávení společného času a komunikace v rodině (Nešpor, 2013) a dále systematický přehled, které srovnává rodičovské výchovné styly (Pazderková et al., 2013). Rovněž vznikl přehledový článek, který se věnuje tématům rodinné struktury, rodičovských výchovných stylů, rodičovské kontroly, dodržování pravidel, emoční vazby a komunikace v rodině a konzumace alkoholu v rodině. Ukazuje se, že různá míra kvality a intenzity těchto faktorů a jejich vzájemná kombinace a interakce, způsobují, že se tyto faktory mohou jevit za určitých okolností jako protektivní a za jiných okolností jako rizikové, a že jde o kontinuum korespondující v tomto smyslu s poznatky běžné klinické praxe (Čablová and Miovský, 2013).

MŠMT ročně poskytuje na dotační programy v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže ze svého rozpočtu přibližně 20 mil. Kč – bliže viz kapitolu Rozpočty a financování (str. 14). Mimo podpory dlouhodobých programů všeobecné primární prevence rizikového chování podporuje MŠMT rovněž nespecifickou primární prevenci v podobě zájmového a neformálního vzdělávání. Dále každoročně uvolňuje částku cca 5 mil. Kč do rozpočtů krajů na zabezpečení činnosti metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách (cca 56 tis. Kč na jednoho metodika). V r. 2012 působilo v ČR 89 metodiků prevence (Ministerstvo školství, 2013).

RVKPP podpořila v dotačním řízení na r. 2012 celkem 8 projektů poskytujících programy prevence, z nichž 4 vykázaly výkony v oblasti všeobecné prevence, 5 v oblasti selektivní a 3 v oblasti indikované prevence. Nejčastěji se jednalo o bloky primární prevence, interaktivní semináře, situační intervenci a poskytování konzultací, u programů indikované prevence se jednalo o individuální a rodinné konzultace a skupinovou práci. Projekty byly podpořeny RVKPP v celkové výši 2,2 mil. Kč, což odpovídalo přibližně 20,4 % celkových nákladů těchto projektů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f).

V r. 2012 byla uvedena na trh desková preventivní hra Cesta labyrintem města<sup>55</sup> – bliže viz VZ 2011.

### 3.4 Selektivní prevence

Intervence v oblasti selektivní prevence jsou zaměřeny na skupiny, které jsou ohroženy různými typy rizikového chování, včetně užívání návykových látek<sup>56</sup>. Tyto intervence obvykle spadají do agendy pedagogicko-psychologických poraden, ale také do činnosti specializovaných preventivních programů a center nestátních neziskových organizací. V rámci nich jsou realizovány intervenční programy pro celé třídní a jiné kolektivy, v nichž se vyskytl konkrétní problém (např. šikana).

Poradenskou a preventivní činnost vyvíjí nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM), která provozují tzv. nízkoprahové kluby pro děti mládež a některá realizují také terénní programy<sup>57</sup>. V r. 2012 jich v ČR existovalo celkem

<sup>49</sup> <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/218/4280/Randomizovana-studie-univerzalni-drogove-preventivni-intervence-Unplugged-s-pridavnymi-sezenimi-zamerenymi-na-alkohol-tabak-a-konopne-drogy> (2013-09-02)

<sup>50</sup> <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/19/3956/Program-prevence-pro-rodice-Unplugged-Metodika-pro-lektory> (2013-08-21)

<sup>51</sup> European Family Empowerment: Improving Family Skills to Prevent Alcohol and Drug Related Problems (JLS/DPIP/2008-2/112)

<sup>52</sup> <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/218/4282/Posilovani-vlivu-rodiny-Zvysovani-rodinnych-dovednosti-s-cilem-preventivne-pusobit-na-uzivani-alkoholu-a-problemu-souvisejicich-s-drogami-European-Family-Empowerment-Improving-family-skills-to-prevent-alcohol-and-drug-related-problems-> (2013-09-02)

<sup>53</sup> <http://prevence.sananim.cz/node/2> (2013-08-21)

<sup>54</sup> <http://www.mentorfoundation.org/> (2013-08-21)

<sup>55</sup> <http://www.cesta-mestem.org/> (2013-08-21)

<sup>56</sup> K typologii prevence viz např. <http://www.emcdda.europa.eu/topics/prevention> (2013-09-11)

<sup>57</sup> <http://iregistr.mpsv.cz/> (2013-08-21)

249. V r. 2012 probíhala další vlna sběru dat pro výzkum NZDM, který realizuje Česká asociace streetwork (ČAS) v rámci pětiletého longitudinálního výzkumu<sup>58</sup> – blíže viz VZ 2011.

Novým projektem ČAS v r. 2012 byl Streetwork online<sup>59</sup>. Výroční zpráva ČAS<sup>60</sup> uvádí, že základním posláním projektu je přenést do prostředí internetu a sociálních sítí to nejdůležitější z nízkoprahových sociálních služeb: atraktivní volnočasové aktivity, bezpečný prostor, prevenci a kontakt. Pracovníci projektu Streetwork online vyhledávají a navazují kontakt s dospívajícími na internetu s cílem poskytovat informace a podporu v období dospívání.

SANAM zahájil v r. 2012 provoz internetových stránek koncimshulenim.cz<sup>61</sup>, které jsou určeny uživatelům konopných látek. Nabízí informace o konopných drogách a rizicích jejich užívání a rady, jak užívání omezit nebo s ním skončit. Stránky také poskytují možnost provedení sebehodnotícího testu zaměřeného na zjištění míry problémového užívání konopí a účast v prvním léčebném on-line programu v ČR v délce 4–6 týdnů.

### 3.5 Indikovaná prevence

Indikovaná prevence je svým zaměřením orientována na konkrétní ohrožené jedince, kteří vykazují známky užívání návykových látek, avšak prozatím nejsou naplněna kritéria problémového užívání a závislosti. Rovněž se tato úroveň intervence zaměřuje na rodiny a blízké okolí takových dospívajících. Indikovanou prevencí realizují instituce zřizované státem, krajem či obcemi (např. pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro dítě a rodinu, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, střediska výchovné péče), ale také nestátní neziskové organizace (např. NZDM).

Nevoralová and Šťastná (2013) publikovaly přehledovou studii, která v různých zdrojích identifikovala 8 specializovaných programů indikované prevence / včasné intervence užívání návykových látek v ČR, z nichž 7 má certifikaci odborné způsobilosti programů primární prevence – tabulka 3-1. Autorky dále s odvoláním na informace, které publikovala Širůčková et al. (2012), uvádí jako osmý program pedagogicko-psychologické poradny pro Prahu 6, který nebyl v době sestavování přehledu certifikován a o němž nebyly zjištěny podrobnosti. Programy jsou určeny pro dospívající ve věku 10–18 let, jejich zařazení do programu předchází individuální zhodnocení stavu. Pouze u dvou programů jsou však údaje o účinnosti a konkrétních screeningových nástrojích, které k identifikaci rizikových jedinců slouží. Zároveň pouze u dvou programů bylo provedeno vyhodnocení dopadu na cílovou skupinu ve smyslu zlepšení vztahů s vrstevníky, míry výskytu internalizujícího (tedy úzkosti, deprese) a externalizujícího (impulzivita) chování, v oblasti užívání návykových látek a dalších forem rizikového chování. Autorky soudí, že obecně je v ČR oblast indikované prevence málo rozvinutá a panuje nesoulad v jednoznačném odlišení selektivní a indikované prevence (Nevoralová and Šťastná, 2013).

Dlouhodobě je jako příklad dobré praxe v oblasti prevence návykových látek v ČR, včetně indikované prevence, uváděna také činnost Prev-centrum, o.s.<sup>62</sup>

Po pěti letech od svého vzniku byl revidován Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost (Cabmochová et al., 2012). Nově byla zařazena kapitola Schéma motivačního rozhovoru s dospívajícím<sup>63</sup>.

### 3.6 Mediální a informační kampaň

Vedle již existujících internetových stránek věnovaných prevenci<sup>64</sup> byly v lednu 2012 spuštěny nové stránky prevence-info.cz<sup>65</sup> financované a garantované MŠMT. U příležitosti Mezinárodního nekuřáckého dne 15. listopadu byly v r. 2012 spuštěny nové webové stránky bezcigaret.cz<sup>66</sup>.

Česká koalice proti tabáku spouští každoročně 31. května kampaň ke Světovému dni bez tabáku. Ve spolupráci s pražskými školami byla ke Světovému dni bez tabáku 2012 připravena akce na podporu odvykání kouření s názvem Vyměň krabičku. V rámci této akce byly kuřákům vyměňovány krabičky cigaret za malované nekuřácké krabičky, které speciálně pro tuto akci připravili pražští školáci. Tématem kampaně pro r. 2013 pak byly nekuřácké restaurace.

V roce 2012 pokračovala v ČR kampaň Ex-kuřáci jsou nezastavitelní (Ex-smokers are unstoppable). Je to kampaň Evropské komise, probíhá i v jiných členských státech Evropské unie a zaměřuje se na podporu odvykání kouření zejména u mladých lidí. V rámci kampaně je využíváno nástroje iCoach, což je on-line digitální platforma pro pomoc při odvykání kouření<sup>67</sup>.

<sup>58</sup> [http://www.streetwork.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3791](http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=3791) (2013-08-21)

<sup>59</sup> <http://cas.sittool.net/index> (2013-08-21)

<sup>60</sup> <http://www.streetwork.cz/images/download/obcasnik15.pdf> (2013-09-10)

<sup>61</sup> <http://www.koncimshulenim.cz/> (2013-09-13)

<sup>62</sup> <http://www.prevcentrum.cz/Primarni-prevence/Indikovana-primarni-prevence> (2013-08-23)

<sup>63</sup> <http://www.cepros.cz/lekari/manualy/inovace-manualu-drogove-prevence-v-praxi-pldd.html> (2013-08-16)

<sup>64</sup> např. <http://www.odrogach.cz/>, <http://www.koncimshulenim.cz/>, <http://www.prevence-praha.cz/> (2013-09-11)

<sup>65</sup> <http://www.prevence-info.cz/> (2013-09-10)

<sup>66</sup> <http://www.bezcigaret.cz/> (2013-08-21)

<sup>67</sup> <http://www.exsmokers.eu/> (2013-09-30)

tabulka 3-1: Přehled programů indikované prevence užívání návykových látek v České republice (podle Nevoralová and Štátná, 2013)

Název programu	Organizace	Cílová skupina	Nástroje	Metody práce	Počet sezení/ časová dotace	Evaluace výsledku	Zaměření
Individuální a rodinné poradenství pro experimentátory a jejich rodiny	Centrum protidrogové prevence a terapie (PIzeň) <a href="http://www.cppt.cz">www.cppt.cz</a>	Děti a dospívající	Neuvedeno	Jednorázové konzultace Krátkodobá spolupráce Dlouhodobá spolupráce Individuální poradenství Rodinné poradenství	Neuvedeno	Neuvedeno	Pouze užívání drog
Program Preventure	Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze (Praha) <a href="http://www.adiktologie.cz">www.adiktologie.cz</a>	11–16 let	SURPS ESPAD	KBT Krátká intervence Zvládnání „horkých myšlenek“, náhlých impulzů, práce s automatickými negativními myšlenkami	4 setkání (45, 90, 90 a 45 minut)	Snížení frekvence a množství pití alkoholu, zmírnění deprese, záškoláctví, panických atak a impulzivity	Užívání drog, deprese, úzkost, vyhledávání vzrušení, panické ataky, impulzivita záškoláctví
Program včasné intervence	Kontaktní centrum Orlová (Orlová) <a href="http://k-centrum-orlova.webnode.cz">http://k-centrum-orlova.webnode.cz</a>	Dospívající	Mapování rizikového chování – neuveden konkrétní nástroj	Skupinová práce Relaxační techniky Aktivní sociální učení Individuální konzultace Informační servis Distribuce informačních materiálů	Neuvedeno	Neuvedeno	Pouze užívání drog
Program zaměřený na experimentátory a uživatele návykových látek, program pro rodiče – rodičovská skupina	Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti (Brno) <a href="http://www.poradenskecentrum.cz">www.poradenskecentrum.cz</a>	Dospívající	Neuvedeno	Individuální poradenství Rodičovská skupina	Neuvedeno	Neuvedeno	Pouze užívání drog
Intervenční program zaměřený na experimentování žáků s návykovými látkami	Prospe (Praha) <a href="http://www.prospe.cz">www.prospe.cz</a>	Dospívající	Diagnostika vztahů ve třídním kolektivu	Skupinová práce	2 měsíce, 6 x 3 vyučovací hodiny	Neuvedeno	Pouze užívání drog
Program včasné intervence pro experimentátory	Renarkon (Ostrava) <a href="http://www.renarkon.cz">www.renarkon.cz</a>	(12)15–18 let	Na základě doporučení pedagoga	Skupinová diskuse Nácviky dovedností Dramaterapie Relaxační techniky Artotechniky Práce s rodinou	6 týdnů	Neuvedeno	Pouze užívání drog
Program Statečná srdce – prevence užívání návykových látek a dalších forem rizikového chování	Sdružení SCAN (Tišnov) <a href="http://www.scan-os.cz/">www.scan-os.cz/</a> (Širůčková, et al. 2012)	10–15 let, děti vyrůstající v dětských domovech	Na základě diagnostického vyšetření	Individuální práce Skupinová práce Adaptační a tréninkový pobyt	1 x týdně po dobu 10 měsíců	Jistější chování v sociálních interakcích, menší tendence k rizikovému chování	Užívání drog a další formy rizikového chování



V r. 2012 pokračovaly kampaně v oblasti prevence alkoholu a dalších drog za volantem – blíže viz VZ 2011. Projekt Je to na Tobě<sup>68</sup>, který má mladé řidiče seznámit s riziky řízení pod vlivem návykových látek, se v r. 2012 zaměřil na motocyklisty<sup>69</sup>. V r. 2013 se zvažuje znovuoobnovení kampaně Nemyslíš – zaplatíš! z r. 2009–2011. V letních měsících r. 2012 probíhala již potřetí kampaň Libereckého kraje proti řízení pod vlivem alkoholu s názvem Neber druhým budoucnost!<sup>70</sup>, v rámci které byla oslokována veřejnost v restauracích, barech a diskotékách v kraji s cílem upozornit na rizika spojená s řízením pod vlivem alkoholu, včetně zbytkového alkoholu po předchozí konzumaci.

V květnu 2013 proběhl v ČR pod záštitou BESIP Týden bezpečnosti silničního provozu (v rámci celosvětového Road Safety Week) zaměřený na bezpečnost chodců v silničním provozu. Jako kontroverzní se v této souvislosti jeví projekt Šalina Pub spuštěný v červnu 2013 pivovarem Starobrnem ve spolupráci s Dopravním podnikem města Brna s odkazem na to, že „správný Brňák jezdí šalinou a pije Starobrnem“<sup>71</sup>. V jedné z brněnských tramvají je během jízdy podáváno pivo – je v ní instalován výčep, držáky na pivo a toaleta. Právě chodci ovlivnění alkoholem přitom patří k nejrizikovějším skupinám účastníků silničního provozu – viz kapitolu Drogy a dopravní nehody (str. 91).

Ke dni dětí 1. června 2013 byla spuštěna komunikační kampaň města Plzně, společnosti Plzeňský Prazdroj a Centra protidrogové prevence a terapie, o. p. s., s názvem Respektuj 18<sup>72</sup>, která se snaží upozornit na konzumaci alkoholu nezletilými. Jejím cílem je změnit postoj lidí k této problematice a podpořit dodržování zákazu prodeje a podávání alkoholu mladistvým do 18 let věku. Cílovou skupinou je personál v hospodách, barech, restauracích nebo stáncích a dospělá veřejnost – rodiče dětí, kamarádi a známí nezletilých, kterým již bylo 18, a buď konzumaci mladistvých tolerují, nebo ji sami zprostředkují. Po vyhodnocení by se projekt mohl přesunout z Plzně i do dalších oblastí v ČR.

V září a říjnu 2012 proběhl již 23. ročník Týdnů pro duševní zdraví<sup>73</sup>, které každoročně pořádá Fokus Praha. Smyslem akce je informovat veřejnost o problematice duševních onemocnění, o aktivitách organizací působících v sociálně zdravotní oblasti a zlepšit postoje české společnosti k duševně nemocným. Hlavním tématem v r. 2012 byly závislosti. Ve 24 městech ČR probíhaly kulturní akce, happeningy, výstavy, přednášky, workshopy a dny otevřených dveří zařízení pracujících s duševně nemocnými. Akce vyvrcholily 10. října, na který připadá Světový den pro duševní zdraví.

K preventivním projektům, které odborná veřejnost dlouhodobě kritizuje, patří Cykloběh za Českou republiku bez drog a Revolution train. V r. 2012 se uskutečnil již 10. ročník Cykloběhu za Českou republiku bez drog. Akci organizuje o. s. Řekni ne drogám – řekni ano životu<sup>74</sup> – blíže viz VZ 2011. Projekt Revolution train byl v r. 2012 ve Středočeském kraji realizován ve dvou vlnách<sup>75</sup>. Podle autorů je cílem projektu informovat děti a dospívající ve věku 12–16 let o rizicích a následcích užívání drog cestou multimediální prezentace odehrávající se ve vlakové soupravě. Návrstěvníci (děti a pedagogové) hodnotí vlak převážně pozitivně jako zábavnější než přednášky ve škole, nicméně podle odborníků obsahuje zavádějící informace a staví na zastrašování a z pohledu prevence je tak projekt neefektivní<sup>76</sup> (Centrum adiktologie et al., 2007). Projekt je financován Středočeským krajem i hlavním městem Praha a řadou komerčních firem. V r. 2013 se projektem zabývala na svém zasedání také RVKPP v souvislosti s tím, že ačkoliv kraj masivně podporuje projekt Revolution train, síť certifikovaných služeb pro uživatele drog na svém území nefinancuje.

<sup>68</sup> <http://www.jetonatobe.cz/hlavni-stranka.html> (2012-07-20)

<sup>69</sup> <http://www.ibesip.cz/cz/pro-media/tiskove-zpravy/1-besip-spusti-nove-kampane-zamerene-na-motocyklisty>

<sup>70</sup> <http://www.neberdruhymbudoucnost.cz/news/183/kampan-neber-druhym-budoucnost-startuje.html> (2013-07-24)

<sup>71</sup> <http://www.bmhd.cz/aktuality/aktualita.php?1128>, <http://www.dpmb.cz/Default.aspx?seo=dow nload&id=1635> (2013-08-21)

<sup>72</sup> <http://www.respektuj18.cz/>, <http://www.cppt.cz/akce/27-respektuj18> (2013-07-24)

<sup>73</sup> <http://www.tdz.cz/index.php?co=0> (2013-07-24)

<sup>74</sup> [http://www.rekninedrogam.cz/o\\_nas.html](http://www.rekninedrogam.cz/o_nas.html) (2013-07-24)

<sup>75</sup> <http://www.revolutiontrain.com/cz/> (2013-07-24)

<sup>76</sup> <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/988/> (2013-08-21)

V r. 2012 bylo v ČR odhadnuto přibližně 41,3 tis. problémových uživatelů drog (střední odhad), z toho bylo 30,7 tis. uživatelů pervitinu, 4,3 tis. heroinu a 6,3 tis. uživatelů buprenorfinu (celkem tedy 10,6 tis. uživatelů opiátů/opioidů). Počet injekčních uživatelů drog byl odhadnut na 38,7 tis. Odhadovaný počet problémových uživatelů drog se v r. 2012 mírně zvýšil. Statisticky významné změny lze pozorovat u počtu uživatelů opiátů/opioidů, kde došlo ke snížení u heroinu a ke zvýšení u buprenorfinu. U uživatelů pervitinu došlo k mírnému poklesu jejich počtu. V posledních 5 letech narostl střední odhad počtu problémových uživatelů drog přibližně o třetinu a prevalence problémového užívání drog v ČR v r. 2012 dosáhla 0,6 % obyvatel ve věku 15–64 let. Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou tradičně Praha a Ústecký kraj. Vysoce nadprůměrnou prevalenci problémových uživatelů drog na počet obyvatel vykazuje také Karlovarský kraj. Zejména v Praze a v dalších krajích Čech je rozšířeno injekční užívání buprenorfinu.

Ze skupiny amfetaminů se v ČR vyskytuje téměř výhradně pervitin (metamfetamin). Opiáty zahrnutými v ČR do odhadů problémového užívání jsou především heroin a zneužívaný buprenorfin. Kromě toho se v menší míře mezi problémovými uživateli drog vyskytuje užívání surového opia a narůstá zneužívání analgetik obsahujících opiáty/opioidy, jako jsou fentanyl, kodein či morfin. Fenomémem posledních let je výskyt nových syntetických drog ze skupiny katinonů nebo fenetylaminů – prevalence jejich užití v posledním roce dosahuje mezi problémovými uživateli drog přibližně 10 %, ale jako primární drogu je v současnosti hlásí pouhý zlomek problémových uživatelů drog a existují značné rozdíly mezi regiony. V ČR nejsou dosud do odhadů počtu problémových uživatelů drog zahrnuti uživatelé kokainu, neboť jejich počet v datových zdrojích používaných k odhadům je v ČR stále na velmi nízké úrovni.

Dále byl zpřesněn odhad počtu problémových uživatelů drog v Praze v r. 2011 metodou zpětného záchytu využívající data o překryvech kódovaných klientů mezi nízkoprahovými programy a s korekcí na počet nekódovaných klientů, který dosáhl počtu přibližně 10 tis. osob.

#### 4.1 Odhady prevalence problémového užívání drog

EMCDDA definuje problémové užívání drog jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). V ČR jsou do odhadů problémového užívání drog zahrnováni injekční uživatelé a uživatelé opiátů/opioidů a pervitinu. Uživatelé kokainu do odhadů v ČR zahrnuti nejsou, neboť jejich počet v používaných datových zdrojích je v ČR stále na velmi nízké úrovni.

Odhad počtu problémových uživatelů drog (PUD) v ČR za r. 2012 byl stejně jako v minulých letech proveden multiplikační metodou z dat o klientech v nízkoprahových programech. Navíc byl po dvou letech zopakován odhad PUD v průzkumu mezi lékaři v ČR. Došlo dále k zpřesnění odhadu PUD v Praze pomocí metody zpětného záchytu (capture-recapture) publikovaného ve VZ 2011.

##### 4.1.1 Odhad PUD v ČR multiplikační metodou

Odhad multiplikační metodou vzniká jako součin velikosti známé populace PUD (v tomto případě počtu PUD v kontaktu s nízkoprahovými programy v kalendářním roce) a hodnoty multiplikátoru<sup>77</sup>. Multiplikační metoda odhadu počtu PUD z dat o klientech nízkoprahových programů se v ČR používá od r. 2002.<sup>78</sup> Pro odhady za r. 2012 byl multiplikátor získán v průzkumu Multiplikátor 2013 – podrobně viz kapitulu Multiplikátor 2013 (str. 50). Aktuální hodnota multiplikátoru pro ČR a pro jednotlivé kraje je zjišťována tzv. nominační technikou, kdy je respondent (klient programu) požádán, aby odpověděl na následující otázky: „Kolik osob, které blíže zná, pravidelně a dlouhodobě užívá pervitin a/nebo opiáty (heroin, metadon či buprenorfin)?“ a „Kolik z nich bylo během posledních 12 měsíců alespoň jednou v kontaktu s jakýmkoliv kontaktním centrem nebo terénním programem?“ Multiplikátor je pak vyjádřen jako vážený průměr podílu obou hodnot upraveného tak, aby zohledňoval respondenta jako uživatele v kontaktu<sup>79</sup>. Hodnoty multiplikátoru pro jednotlivé kraje získané v průzkumech Multiplikátor 2008, 2010 a 2013 uvádí tabulka 4-1. V r. 2013 činila hodnota multiplikátoru zjištěná nominační technikou vyjádřená v procentech pro celou ČR bez Prahy 65 % (95% CI<sup>80</sup>: 63–70 %) a oproti hodnotě z r. 2011 se snížila o dva procentní body. Hodnota multi-

<sup>77</sup> Zdrojem údajů o počtu problémových uživatelů drog v kontaktu jsou každoročně závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP a v r. 2009–2012 navíc průzkum mezi programy, které nebyly podpořeny v dotačním řízení a nepodaly tedy závěrečnou zprávu. Multiplikátor v zásadě vyjadřuje podíl problémových uživatelů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, na všech problémových uživateli. Zbytek je skrytá část populace problémových uživatelů drog.

<sup>78</sup> Hodnota multiplikátoru byla poprvé získána pomocí zvláštního dotazníkového modulu v rámci studie výskytu VHC u injekčních uživatelů drog z r. 2003 (podrobněji o studii viz VZ 2003) a aplikována pro odhady z let 2002–2005. Odhady za r. 2006 vznikly jako součet odhadu pro celou ČR mimo Prahu vypočteného pomocí multiplikátoru z r. 2003 a odhadu pro Prahu, kde byla aktualizovaná hodnota multiplikátoru získána jako vedlejší produkt studie Sexuální chování uživatelů drog (viz VZ 2006). Pro celou ČR pak byl v samostatném průzkumu Multiplikátor aktualizován v r. 2008 (odhady pro r. 2007 a 2008), v r. 2010 (pro odhady za r. 2009–2011).

<sup>79</sup> Do výpočtu byli zahrnuti pouze ti, kteří uváděli přiměřený počet známých uživatelů drog (25 a méně), a váhou je velikost populace problémových uživatelů drog reprezentovaná jednotlivými respondenty (počet respondentových známých).

<sup>80</sup> Interval spolehlivosti (Confidence Interval) na hladině významnosti 95 % označuje rozmezí, ve kterém se hodnota nachází s 95% pravděpodobností.

plikátoru pro Prahu se naopak nezměnila a činila 80 % (95% CI: 74–85 %). Odhad počtu problémových uživatelů drog v ČR je dán jako součet odhadů pro jednotlivé kraje (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a).

tabulka 4-1: Hodnoty multiplikátoru pro jednotlivé kraje v l. 2008, 2010 a 2013 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a)

Kraj	2008			2010			2013		
	Střední hodnota	95% CI		Střední hodnota	95% CI		Střední hodnota	95% CI	
Hl. m. Praha	0,76	0,63	0,90	0,80	0,69	0,91	0,78	0,77	0,80
Středočeský	0,81	0,73	0,88	0,69	0,52	0,87	0,73	0,71	0,75
Jihočeský	0,78	0,71	0,86	0,77	0,67	0,86	0,64	0,63	0,66
Plzeňský	0,74	0,65	0,83	0,62	0,44	0,79	0,81	0,79	0,83
Karlovarský	0,68	0,65	0,71	0,91	0,65	1,17	0,60	0,58	0,62
Ústecký	0,65	0,58	0,71	0,62	0,56	0,68	0,70	0,69	0,71
Liberecký	0,63	0,45	0,80	0,31	-3,68	4,30	0,57	0,54	0,60
Královéhradecký	0,65	0,57	0,74	0,62	0,51	0,73	0,67	0,66	0,69
Pardubický	0,68	0,65	0,71	0,81	0,64	0,97	0,49	0,45	0,52
Vysočina	0,64	0,44	0,84	0,65	0,46	0,84	0,58	0,56	0,59
Jihomoravský	0,58	0,47	0,70	0,53	0,43	0,64	0,76	0,74	0,79
Olomoucký	0,84	0,45	1,22	0,53	0,40	0,66	0,64	0,62	0,66
Zlínský	0,68	0,65	0,71	0,48	0,09	0,87	0,56	0,53	0,58
Moravskoslezský	0,65	0,57	0,73	0,77	0,70	0,84	0,67	0,66	0,69
ČR bez Prahy	0,68	0,65	0,71	0,67	0,63	0,70	0,65	0,63	0,70
<b>Celá ČR</b>	<b>0,69</b>	<b>0,66</b>	<b>0,72</b>	<b>0,68</b>	<b>0,65</b>	<b>0,71</b>	<b>0,66</b>	<b>0,65</b>	<b>0,71</b>

Na trendy v odhadovaných počtech problémových uživatelů drog mají vliv oba vstupní údaje: ve vztahu k počtu klientů nízkoprahových služeb platí přímá úměra, zatímco multiplikátor ovlivňuje odhady nepřímo úměrně (čím je vyšší podíl osob v kontaktu, tím nižší je celkový odhadovaný počet PUD). Vzhledem k tomu, že v posledních letech roste tlak na ekonomickou efektivitu programů a počet klientů je jedním ze základních sledovaných ukazatelů při financování služeb, lze předpokládat systematický nárůst hlášených klientů v důsledku pečlivější evidence a intenzivnější kontaktní práce.

V r. 2012 bylo v ČR odhadnuto přibližně 41 300 problémových uživatelů drog (95% CI: 40 900–41 700), z toho 30 700 (30 550–30 800) uživatelů pervitinu, 4300 (4250–4350) uživatelů heroinu a 6300 (6250–6350) uživatelů buprenorfinu (především Subutexu®). Uživatelů opiátů bylo tedy odhadnuto celkem 10 600 (10 500–10 700). Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (IUD) dosáhl 38 700 (38 450–38 900).

Trendy v l. 2002–2012 zachycuje tabulka 4-2 a graf 4-1. Celkový počet PUD se v r. 2012 mírně zvýšil (95% CI se ve srovnání s předchozími roky značně zúžil vlivem vyšší přesnosti odhadu multiplikátoru v r. 2013 dané vyšším počtem respondentů). Statisticky významné změny lze pozorovat u počtu uživatelů opiátů/opioidů, kde došlo ke snížení u heroinu a ke zvýšení u buprenorfinu. U uživatelů pervitinu došlo k mírnému poklesu. V posledních 5 letech nárůst střední odhad počtu problémových uživatelů drog přibližně o třetinu.

Prevalenční odhady problémového užívání drog podle krajů zobrazuje tabulka 4-3 a mapa 4-1, trendy tabulka 4-4. Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog je tradičně odhadován v Praze a Ústeckém kraji, tedy současně v oblastech s vysokým výskytem problémových uživatelů opiátů. Vysoce nadprůměrnou prevalenci PUD na počet obyvatel vykazuje také Karlovarský kraj.

Ve výročních zprávách o realizaci protidrogové politiky v krajích za r. 2012 uvedl vlastní odhad Jihočeský a Pardubický kraj. Odhad Jihočeského kraje, vycházející z údajů nízkoprahových služeb, uvádí počet problémových uživatelů drog na 1900 osob (spodní hranice odhadu). Z toho injekčních uživatelů drog je odhadováno 1700, přičemž z 80–90 % se jedná o uživatele pervitinu jako primární drogy. Neinjekčních uživatelů zejména pervitinu je cca 200 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013).

V Pardubickém kraji se odhaduje počet problémových uživatelů drog na 700–900 osob. Jde o odhad z r. 2003 založený na datech služeb pro uživatele drog v kraji (Minařík and Zahradník, 2003). Podle údajů nízkoprahových služeb na drogové scéně nedošlo k žádné výraznější změně a tento odhad zůstává platný.

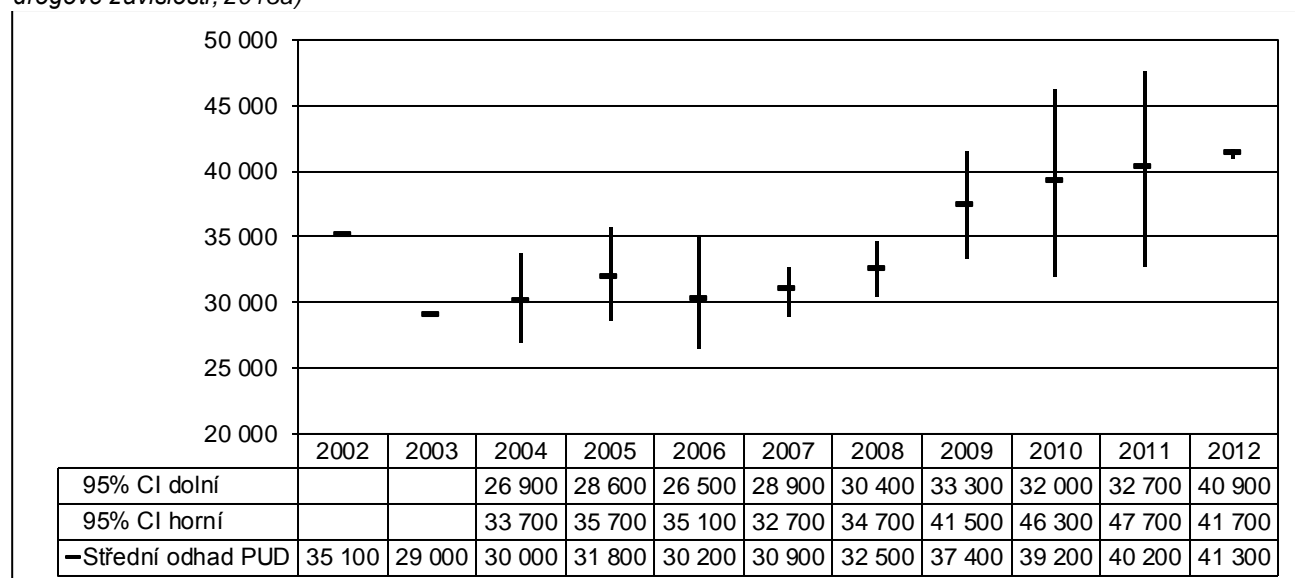
Dále byl v r. 2012 uveden odhad skryté populace problémových uživatelů drog za město Brno. Odhad je také postavený na údajích z terénního programu Sdružení Podané ruce. Počet problémových uživatelů drog<sup>81</sup> je v Brně odhadován na přibližně 2000 osob, z nich je asi 60 % v kontaktu se službami.

Samostatný odhad PUD v Praze v r. 2011 činil téměř 11 tis., a je tak přibližně o 3 tis. osob nižší než odhad multiplikační metodou – viz kapitolu Odhad PUD v Praze metodou zpětného záchytu (str. 48).

tabulka 4-2: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a)

Rok	Problémoví uživatelé drog celkem		Problémoví uživatelé opiátů/opioidů				Problémoví uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé drog	
	Počet	Na 1000 os. 15–64 let	Uživatelé heroinu	Uživatelé buprenorfinu	Celkem	Celkem na 1000 os. 15–64 let	Počet	Na 1000 os. 15–64 let	Počet	Na 1000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89	-	-	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	-	-	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	-	-	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	-	-	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,10
2006	30 200	4,13	6 200	4 300	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,20	5 750	4 250	10 000	1,36	20 900	2,84	29 500	4,01
2008	32 500	4,39	6 400	4 900	11 300	1,52	21 200	2,87	31 200	4,21
2009	37 400	5,04	7 100	5 100	12 100	1,63	25 300	3,40	35 300	4,75
2010	39 200	5,30	6 000	5 000	11 000	1,48	28 200	3,81	37 200	5,03
2011	40 200	5,51	4 700	4 600	9 300	1,27	30 900	4,24	38 600	5,29
2012	41 300	5,71	4 300	6 300	10 600	1,47	30 700	4,25	38 700	5,35

graf 4-1: Střední hodnoty a 95% intervaly spolehlivosti prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a)

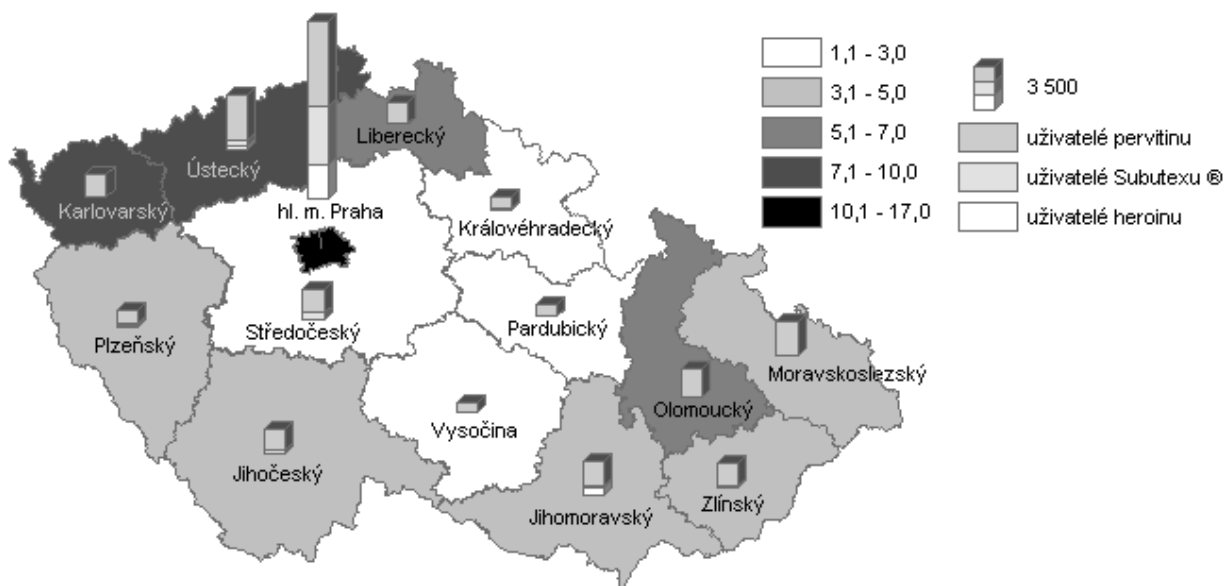


<sup>81</sup> Při přibližně 257 tis. obyvatel ve věku 15–64 let v Brně se jedná o míru prevalence problémového užívání drog ve výši 7,8 PUD na 1000 osob ve věku 15–64 let.

tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2012 podle krajů – střední hodnoty (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a)

Kraj	Počet problémových uživatelů celkem	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet IUD
		Heroin	Buprenorfin	Celkem		
Hl. m. Praha	14 600	2 700	4 850	7 550	7 000	14 600
Středočeský	2 500	100	500	600	1 900	2 400
Jihočeský	2 000	< 50	250	250	1 750	2 000
Plzeňský	1 250	150	150	300	1 000	1 100
Karlovarský	1 950	50	0	50	1 900	1 900
Ústecký	4 600	350	450	800	3 750	4 100
Liberecký	1 750	< 50	< 50	< 50	1 750	1 700
Královéhradecký	1 050	100	50	150	950	1 000
Pardubický	1 000	< 50	< 50	50	950	1 000
Vysočina	750	< 50	< 50	50	700	700
Jihomoravský	2 650	600	< 50	600	2 050	2 400
Olomoucký	2 350	50	0	50	2 300	1 900
Zlínský	1 850	50	< 50	< 50	1 800	1 600
Moravskoslezský	3 000	50	< 50	50	2 950	2 400
<b>Celkem ČR</b>	<b>41 300</b>	<b>4 300</b>	<b>6 300</b>	<b>10 600</b>	<b>30 700</b>	<b>38 700</b>

mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2012 podle drog a krajů – střední hodnoty (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a)



tabulka 4-4: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v l. 2005–2012 podle krajů, střední hodnoty v absolutních počtech (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a, Mravčík et al., 2012)

Kraj	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hl. m. Praha	9 800	8 400	10 000	11 500	10 400	11 350	10 900	14 600
Středočeský	2 500	2 450	1 700	1 750	2 400	2 150	2 100	2 500
Jihočeský	1 700	1 750	1 500	1 550	1 500	1 400	1 300	2 000
Plzeňský	1 450	1 350	1 300	1 650	2 400	2 000	1 900	1 250
Karlovarský	1 450	1 250	900	1 000	1 200	900	1 200	1 950
Ústecký	4 450	4 450	4 100	4 150	5 300	4 900	6 200	4 600
Liberecký	750	500	500	1 500	1 300	2 650	2 800	1 750
Královéhradecký	1 150	1 050	1 750	1 100	1 000	950	1 100	1 050
Pardubický	600	350	450	450	500	400	400	1 000
Vysočina	600	350	700	500	600	600	600	750
Jihomoravský	2 800	3 150	3 400	3 250	3 400	3 900	4 000	2 650
Olomoucký	1 900	2 350	1 650	1 600	3 000	3 300	3 200	2 350
Zlínský	1 150	1 300	1 850	1 350	2 400	2 350	2 500	1 850
Moravskoslezský	1 500	1 450	1 100	1 150	2 000	2 350	2 000	3 000
<b>Celkem ČR</b>	<b>31 800</b>	<b>30 200</b>	<b>30 900</b>	<b>32 500</b>	<b>37 400</b>	<b>39 200</b>	<b>40 200</b>	<b>41 300</b>

#### 4.1.2 Odhad PUD v ČR metodou zpětného záchytu

Ve VZ 2011 byl uveden odhad PUD v r. 2006 a 2007 metodou zpětného záchytu (CRM) s použitím zdravotnických registrů (Mravčík and Sopko, 2013). Celkem bylo pro r. 2006 odhadnuto přibližně 24 tis. PUD, pro r. 2007 téměř 31 tis. – tabulka 4-5. Distribuci středního odhadu podle pohlaví a věku uvádí tabulka 4-6.

tabulka 4-5: Odhad počtu PUD v ČR v r. 2006 a 2007 metodou CRM (Mravčík and Sopko, 2013)

Rok	Odhad počtu PUD		
	Střední hodnota	95% CI dolní mez	95% CI horní mez
2006	23 885	20 662	28 533
2007	30 982	25 464	39 414

tabulka 4-6: Rozložení středního odhadu PUD v ČR v l. 2006 a 2007 podle věkových skupin a pohlaví (Mravčík and Sopko, 2013)

Pohlaví	Rok	Věková skupina							Celkem
		<15	15–17	18–24	25–34	35–44	45–64	>64	
Muži	2006	60	790	6 042	7 032	1 534	770	179	16 408
	2007	8	1 192	7 256	9 255	2 294	1 126	147	21 278
Ženy	2006	73	1 062	3 048	1 859	538	764	133	7 477
	2007	41	1 412	3 705	2 775	718	914	139	9 704
<b>Celkem</b>	<b>2006</b>	<b>133</b>	<b>1 853</b>	<b>9 090</b>	<b>8 891</b>	<b>2 072</b>	<b>1 534</b>	<b>312</b>	<b>23 885</b>
	<b>2007</b>	<b>49</b>	<b>2 604</b>	<b>10 961</b>	<b>12 030</b>	<b>3 012</b>	<b>2 040</b>	<b>286</b>	<b>30 982</b>

#### 4.1.3 Odhad PUD v Praze metodou zpětného záchytu

Ve VZ 2011 byly rovněž prezentovány výsledky odhadu metodou CRM z dat šesti pražských nízkoprahových programů. Byla provedena podrobnější analýza výsledků a zpracování dat z průzkumu mezi klienty, který provedly pražské nízkoprahové programy v Praze během dvou týdnů v září 2012. Díky tomuto průzkumu bylo možno dále upřesnit vstupní data v distribuční tabulce vstupující do modelu právě na základě proporce klientů bez kódu (Sopko et al., 2013). Korekci počtu klientů uvádí tabulka 4-7, celkové výsledky tabulka 4-8 a tabulka 4-9.

tabulka 4-7: Distribuce klientů v Praze v r. 2011 podle počtu nízkoprahových programů, ve kterých jsou evidováni (Sopko et al., 2013)

Počet programů	Počet kódovaných klientů	Korigovaný počet
1	2 722	4 071
2	476	726
3	290	463
4	296	469
5	178	277
6	28	43
<b>Celkem</b>	<b>3 990</b>	<b>6 049</b>

tabulka 4-8: Odhad počtu PUD v Praze v r. 2011 z dat nízkoprahových programů před a po korekci na nekódované klienty (Sopko et al., 2013)

Vstupní data	Odhad počtu PUD		
	Střední hodnota	95% CI dolní mez	95% CI horní mez
Jen kódovaní klienti	7 280	6 983	7 603
Všichni klienti po korekci na nekódované	10 754	10 405	11 127

tabulka 4-9: Srovnání odhadu počtu PUD v Praze v r. 2011 metodou zpětného záchytu (CRM) a multiplikační metodou (MM) (Sopko et al., 2013)

Metoda	Celkem PUD	Muži	Ženy	Základní droga				
				Heroin	Pervitin	Buprenorfin	Kokain	Metadon
CRM	10 754	8 056	2 689	2 581	5 592	4 732	64	860
MM	10 900	–	–	2 200	5 400	3 300	n. a.	n. a.

Pozn.: V MM mají klienti přiřazenu jen jednu primární drogu, zatímco v CRM se skupiny podle drog překrývají, klienti mohli nahlásit více primárních drog.

#### 4.1.4 Odhad z průzkumu mezi lékaři ČR

Dále byl v listopadu a prosinci 2012 proveden pravidelný omnibusový sociologický průzkum mezi lékaři ČR, který provádí agentura INRES-SONES. Z iniciativy NMS byl do průzkumu opět zařazen modul s otázkami na prevalenci problémového užívání drog, na které odpovídali pouze praktičtí lékaři – pro dospělé a pro děti a dorost, a také otázky na zkušenosti lékařů s podáváním substituční léčby (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a) – pro výsledky týkající se substituce viz kapitolu Opiátová substituční léčba (str. 65). Podobný modul byl zařazen do předchozích vln stejného průzkumu – blíže viz VZ 2005, VZ 2007 a VZ 2010. Srovnatelné otázky byly položeny praktickým lékařům rovněž v průzkumu v r. 2003 (Mravčík et al., 2005). V r. 2012 bylo dotazováno celkem 1200 lékařů z celé ČR. Vzhledem k tomu, že na otázky k prevalenci PUD odpovídali pouze lékaři registrující své pacienty pro účely kapitační platby ze zdravotního pojištění, byl počet praktických lékařů pro dospělé a dětských lékařů ve vzorku navýšen na přibližně dvojnásobek, než jak by odpovídalo jejich reálnému zastoupení v populaci lékařů ČR – do průzkumu jich bylo zařazeno celkem 341, resp. 210.

Lékařům byly položeny otázky na počet u nich registrovaných pacientů:

- osob užívajících injekčně nebo pravidelně nebo dlouhodobě opiáty (heroin nebo substituční preparáty nepředepsané lékařem) anebo pervitin, a dále následovaly podrobné otázky na počet uživatelů heroinu, buprenorfinu nepředepsaného lékařem a pervitinu zvlášť,
- pravidelných nebo intenzivních uživatelů marihuany nebo hašiše,
- patologických hráčů nebo osob se závažnými problémy s hraním sázkových (hazardních) her jako jsou automaty, jiné hry v kasinu nebo sázky (včetně internetového sázení).

Výsledky byly extrapolovány jak na celkový počet osob v ČR, tak na celkový počet praktických lékařů a ambulantních pediátrů v ČR (Chudobová, 2013, Marková, 2013). odhady pro celou ČR ukazuje tabulka 4-10 a tabulka 4-11

tabulka 4-10: Odhad intenzivních uživatelů konopí a problémových uživatelů drog z průzkumu mezi lékaři extrapolací na počet obyvatel ČR (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a)

Odbornost	Odhad	Intenzivní uživatelé konopí	PUD celkem	z toho			
				heroinu	buprenorfinu	pervitinu	IUD
Praktický lékař pro dospělé	Střední hodnota	134 608	14 109	3 181	4 115	8 213	8 818
	95% CI – dolní mez	102 689	11 389	2 256	2 923	6 490	7 032
	95% CI – horní mez	166 527	16 830	4 106	5 307	9 936	10 604
Praktický lékař pro děti a dorost	Střední hodnota	20 420	1 469	270	420	937	990
	95% CI – dolní mez	14 162	949	157	179	582	639
	95% CI – horní mez	26 677	1 989	383	661	1 292	1 340
<b>Celkem</b>	<b>Střední hodnota</b>	<b>155 028</b>	<b>15 578</b>	<b>3 451</b>	<b>4 535</b>	<b>9 150</b>	<b>9 808</b>
	95% CI – dolní mez	116 851	12 338	2 413	3 102	7 072	7 671
	95% CI – horní mez	193 204	18 819	4 489	5 968	11 228	11 944

tabulka 4-11: Odhad intenzivních uživatelů konopí a problémových uživatelů drog z průzkumu mezi lékaři extrapolací na celkový počet lékařů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a)

Odbornost	Odhad	Intenzivní uživatelé konopí	PUD celkem	z toho			
				heroinu	buprenorfinu	pervitinu	IUD
Praktický lékař pro dospělé	Střední hodnota	120 770	12 659	2 854	3 692	7 369	7 912
	95% CI – dolní mez	94 360	10 342	2 126	2 554	5 927	6 459
	95% CI – horní mez	147 180	14 976	3 583	4 831	8 811	9 364
Praktický lékař pro děti a dorost	Střední hodnota	26 917	1 937	356	553	1 235	1 304
	95% CI – dolní mez	19 865	1 312	183	248	821	864
	95% CI – horní mez	33 969	2 562	528	859	1 650	1 745
<b>Celkem</b>	<b>Střední hodnota</b>	<b>147 687</b>	<b>14 596</b>	<b>3 210</b>	<b>4 246</b>	<b>8 604</b>	<b>9 216</b>
	95% CI – dolní mez	114 225	11 653	2 309	2 801	6 747	7 323
	95% CI – horní mez	181 149	17 538	4 111	5 690	10 461	11 109

Odhadovaný počet PUD, zkonstruovaný jako součet odhadů uživatelů heroinu, buprenorfinu a pervitinu, v r. 2012 dosáhl 16–17 tisíc osob (střední odhad), což je mnohem méně než v minulých letech touto metodou a mnohem méně než odhad prostřednictvím multiplikační metody – viz výše. Příčiny tohoto rozdílu nejsou jasné, nicméně prevalenční odhady získané prostřednictvím průzkumu mezi praktickými lékaři jsou zatíženy poměrně vysokou chybou a tudíž širokými intervaly spolehlivosti. Podobně jako v uplynulých letech velmi pravděpodobně podhodnocují počty uživatelů pervitinu, pro které není v ordinacích praktických lékařů dostatečně atraktivní léčebná modalita podobná substituční léčbě pro uživatele opiátů/opioidů. Poprvé byl do průzkumu mezi lékaři zařazen dotaz na intenzivní uživatele konopí – jejich odhadovaný počet dosáhl přibližně 150 tis. Trend odhadů PUD z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři ukazuje tabulka 4-12.

tabulka 4-12: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v l. 2003, 2005, 2007, 2010 a 2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a)

Rok	Počet PUD celkem		Počet IUD		Počet uživatelů opiátů		Počet uživatelů pervitinu	
	Počet	Na 1000 osob 15–64 let	Počet	Na 1000 osob 15–64 let	Počet	Na 1000 osob 15–64 let	Počet	Na 1000 osob 15–64 let
2003	n. a.	–	n. a.	–	21 200	2,6*	n. a.	–
2005	32 000	4,4	n. a.	–	17 000	2,3	15 000	2
2007	28 500	3,9	n. a.	–	11 600	1,6	16 600	2,3
2010	32 900** 53 500***	4,4 7,2	23 300	3,2	20 400	2,8	12 500	1,7
2012	16 500** 14 600–15 600***	2,3**	9 500	1,3	7 700	1,1	8 800	1,2

Pozn.: \* Na 1000 osob ve věku 18 a více let. \*\* Jde o součet problémových uživatelů podle drog. \*\*\* Jde o odhad přímo z otázky na celkový počet problémových uživatelů drog mezi klientelou lékaře.

## 4.2 Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat

### 4.2.1 Multiplikátor 2013

Studie Multiplikátor 2013 se primárně zaměřuje na zjištění podílu problémových uživatelů drog (nominační technikou prostřednictvím dotazů na známé respondentů) pro odhad jejich počtu multiplikační metodou (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a) – viz také kapitolu Odhady prevalence problémového užívání drog (str. 44). Navazuje tak na obdobné studie z let 2008 a 2010. Součástí jednostránkového dotazníku jsou také otázky na užívání drog a uživatelské zvyklosti respondentů. Multiplikátor je průřezová dotazníková studie mezi klienty nízkoprahových programů v ČR, tazateli jsou pracovníci programů. Studie probíhala v květnu až červnu 2013 a zúčastnilo se jí 62 programů (z toho 42 kontaktních center a 20 terénních programů) ze všech krajů ČR kromě Zlínského.



Soubor tvořilo v r. 2013 celkem 1797 klientů. Muži tvořili 70,1 % souboru (69,3 % v r. 2010) a průměrný věk respondentů činil 30,3 roku (v r. 2010 to bylo 29,2 roku a v r. 2008 27,7 roku). Mužům bylo v průměru 31,2 a ženám 28,1 roku; nejmladšímu respondentovi bylo 16 let, nejstaršímu 63 let.

Většina respondentů uvedla užívání pervitinu (85,4 %), následovali uživatelé buprenorfinu (17,0 %) a heroinu (5,7 %). Jen 17 (0,9 %) respondentů uvedlo jako svou primární drogu metadon. Oproti výsledkům obdobné studie z r. 2010 vzrostl podíl pervitinu a klesl podíl heroinu; podíl uživatelů udávajících užívání buprenorfinu zůstal přibližně stejný. Užívání jiných drog jako hlavní drogy uvedlo 221 (2,3 %) respondentů – nejčastěji se jednalo o konopné drogy, jiné opiáty/opioidy, jako opium, fentanyl, braun<sup>82</sup>, Vendal<sup>®</sup> Retard<sup>83</sup>, benzodiazepiny. Pouze 3 osoby uvedly Funky<sup>84</sup>, 3 osoby LSD a 2 osoby kokain. Výsledky podle krajů uvádí tabulka 4-13.

tabulka 4-13: Hlavní vybrané drogy užívané respondenty průzkumu Multiplikátor 2013 podle krajů, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a)

Kraj	Celkem respondentů	Pervitin	Heroin	Buprenorfin	Metadon	Jiná droga
Hl. m. Praha	234	66,2	11,5	41,5	3,0	6,8
Středočeský	116	75,9	4,3	41,4	0,0	5,2
Jihočeský	142	80,3	2,1	27,5	1,4	14,8
Plzeňský	140	97,1	4,3	6,4	2,1	33,6
Karlovarský	105	96,2	2,9	5,7	0,0	4,8
Ústecký	310	81,6	8,4	17,7	0,0	5,2
Liberecký	137	98,5	1,5	1,5	0,7	43,1
Královéhradecký	85	64,7	0,0	36,5	1,2	10,6
Pardubický	63	95,2	0,0	4,8	0,0	25,4
Vysočina	112	92,9	1,8	6,3	0,0	8,9
Jihomoravský	87	89,7	18,4	2,3	2,3	0,0
Olomoucký	87	97,7	0,0	5,7	0,0	4,6
Zlínský	–	–	–	–	–	–
Moravskoslezský	179	95,0	6,7	1,1	0,6	6,7
<b>Celkem</b>	<b>1 797</b>	<b>85,4</b>	<b>5,7</b>	<b>17,0</b>	<b>0,9</b>	<b>12,3</b>

V r. 2013 byly do dotazníku zařazeny otázky na užití vybraných drog v posledních 12 měsících. Cíleně se otázky zaměřily na fentanyl, opium, jiný opiát/opioid a na některou z tzv. nových syntetických drog. Výsledky uvádí tabulka 4-14. Z ostatních opiátů byl klienty nejčastěji uveden heroin, buprenorfin, opium, fentanyl, ale také braun, morfium, kodein. Co se týče nových syntetických drog, klienti nejčastěji uváděli Funky, mefedron, Cocolino, El Padrino, Magico (ve všech případech se jedná velmi pravděpodobně o katinony).

tabulka 4-14: Prevalence užití vybraných drog v posledních 12 měsících podle průzkumu Multiplikátor 2013 podle krajů, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a)

Kraj	Fentanyl	Opium	Jiný opiát /opioid	Nová syntetická droga
Hl. m. Praha	7,7	24,4	35,5	32,5
Středočeský	7,8	12,9	12,1	7,8
Jihočeský	3,5	14,8	31,0	7,0
Plzeňský	23,6	14,3	17,1	3,6
Karlovarský	2,9	4,8	0,0	0,0
Ústecký	0,6	2,9	18,4	0,6
Liberecký	0,0	5,1	5,8	10,2
Královéhradecký	1,2	37,6	32,9	18,8
Pardubický	4,8	4,8	12,7	7,9
Vysočina	0,0	16,1	11,6	17,9
Jihomoravský	2,3	9,2	19,5	19,5
Olomoucký	9,2	74,7	14,9	1,1
Zlínský	–	–	–	–
Moravskoslezský	4,5	12,3	6,7	7,3
<b>Celkem</b>	<b>5,1</b>	<b>15,7</b>	<b>17,9</b>	<b>10,5</b>

<sup>82</sup> Opiátová droga rozšířená v komunistickém Československu, podomácku vyráběná z léků obsahujících kodein, obsahující deriváty kodeinu a morfinu.

<sup>83</sup> Léčivý přípravek obsahující morfin.

<sup>84</sup> Nová syntetická droga obsahující pravděpodobně katinony.

Injekční aplikaci během posledních 30 dní uvedlo 1707 (95,0 %) klientů, z nichž většina (89,6 %) užíla injekčně drogu v posledním měsíci opakovaně. Dotazník obsahoval také otázky týkající se používání čistých jehel a stříkaček, testování a prevence infekčních onemocnění – bližší viz kapitoly Rizikové chování uživatelů drog (str. 88) a Testování infekčních nemocí (str. 102).

#### 4.2.2 Výroční zprávy krajů

V r. 2013 byla provedena souhrnná analýza výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích za r. 2012 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013). Krajští protidrogoví koordinátoři vesměs nehlásili výraznou změnu ve vývoji drogové situace v r. 2012. Byl zaznamenán další nárůst užívání léků na bázi opiátů/opioidů v Jihočeském a Plzeňském kraji – bližší viz VZ 2011. Klienti popisují nízkou kvalitu heroinu, který nahrazují užíváním morfinových tablet Vendal<sup>®</sup> Retard samotných (v Plzni), nebo v kombinaci se Subutexem<sup>®</sup> (v jižních Čechách). Podle sdělení pracovníků terénních programů, se jedná o léky, které uživatelé získávají na předpis s minimálním doplatkem. Z Plzně hlásí také zneužívání benzodiazepinů a fentanylu získávaného extrakcí za pomoci lihu jak z nepoužitých, tak z použitých transdermálních náplastí. Ve Středočeském kraji bylo v r. 2012 dokonce zaznamenáno injekční užívání Suboxone<sup>®85</sup>.

V r. 2012 byl výskyt nových syntetických drog a jejich prodej v kamenných obchodech (na rozdíl od r. 2011 – bližší viz VZ 2011) uváděn jen okrajově. Existence kamenného obchodu s nabídkou nových syntetických drog byla hlášena v Hradci Králové, Pardubicích a Chrudimi. Např. z Pardubic byl v r. 2012 hlášen výrazný trend přechodu uživatelů nelegálních drog na nové syntetické drogy přibližně u 60 klientů kontaktního centra. Mezi nimi byli jak uživatelé, pro které byla nová syntetická droga první (problémovou) drogou, tak uživatelé jiných primárních drog (převážně pervitinu). Uváděnými důvody preference nových syntetických drog byla snadná dostupnost a nižší cena než u nelegálních drog, současně klienti uváděli častější výskyt zdravotních problémů v souvislosti s užíváním nových syntetických drog. V druhé polovině r. 2012 byly obchody uzavřeny a klienti se buď vrátili k původní droze, nebo prvouživatelé nových drog přestali nebo přešli na jiné tradiční nelegální drogy – viz kapitolu Drogové trhy (str. 126).

Klienti libereckých drogových služeb uváděli užívání pervitinu v kombinaci s mefedronem a zdravotními následky, jako např. bolest hlavy, podrážděnost a hluboká únava s potřebou spánku přibližně hodinu po aplikaci. Služby v Karlovarském kraji upozornily na rostoucí počet uživatelů syntetických kanabinoidů.

#### 4.2.3 Otevřené drogové scény v Praze

Otevřené drogové scény se nacházely především v městských částech Praha 1, 2 a 5, tedy v samotném centru Prahy na Václavském a Karlově náměstí, ve Vrchlického sadech v okolí Hlavního nádraží. Z Prahy 5 se drogová scéna z větší části přesunula na Prahu 4, což pravděpodobně souviselo s navýšením počtu ambulantních substitučních center. Menší lokální drogové scény můžeme zaznamenat v městských částech Praha 3, 7, 8, 10 a 13 (např. Palmovka, nádraží Holešovice) – podrobněji viz VZ 2010 a 2011. V dubnu a květnu 2012 byl zaznamenán nedostatek substituční preparátů s obsahem buprenorfinu mezi klienty – tato situace byla označena jako „subutexová krize“ – bližší viz VZ 2011. Centrum metadonové substituce a ambulantní detoxifikace Praha 1 (Středisko prevence a léčby závislosti Drop In, o. p. s.) nemělo v r. 2012 zajištěné adekvátní prostory pro svůj provoz. Na konci r. 2011 dostalo výpověď z původních prostor a po celý r. 2012 a nadále i v r. 2013 využívá provizorních řešení – nejdříve umístění do autobusu, poté sloučení s provozem Nízkoprahového střediska Drop In.

#### 4.2.4 Další informace o problémovém užívání drog

Byla provedena kvalitativní studie zkoumající proces přirozeného zotavení z dlouhodobého užívání drog bez odborné pomoci založená teoreticky na vztahové perspektivě vycházející ze sociálního konstrukcionismu. Jak v případě alkoholu, tak v případě nelegálních drog je spontánní zotavení nejčastějším způsobem ukončení užívání těchto látek. Stále ovšem není jasný mechanismus této změny. V rámci průzkumu byly provedeny fokusované narativní rozhovory s 19 osobami, které před více než 5 lety přestaly užívat pervitin. Studie ukázala, že ukončení dlouhodobého užívání pervitinu je přirozený proces, na jehož počátku může stát drobná nespokojenost nebo přetrvávající neklid, který může vést ke změně (tzv. přechodové trajektorie), do jejichž utváření jsou přitom zapojeny druhé osoby. Primárním cílem tohoto procesu nemusí být ukončení užívání pervitinu. Tato perspektiva se dá využít při nabízení pomoci lidem, kteří přestávají s užíváním drog, kdy již samotná přítomnost druhého člověka pak může facilitovat změnu (Nepustil, 2013).

V r. 2013 byla dokončena kvalitativní studie, zaměřená na prohloubení dosavadních poznatků o užívání nelegálních drog v Československu v 70. a 80. letech minulého století, popis vzniku a vývoje tzv. drogové subkultury (zvláště jejího tvrdého jádra) a charakteristiky a vývoj individuálních drogových kariér. Studie byla koncipována jako induktivní tematická analýza zpracovávající data získaná polostrukturovanými biografickými hloubkovými rozhovory. Soubor byl sestaven záměrným výběrem kombinovaným s metodou sněhové koule. Respondenti byli uživatelé-pamětníci, částečně bývalí či současní klienti pomáhajících organizací, částečně uživatelé ze skryté populace. Celkem šlo o 34 respondentů (28 mužů, 6 žen), ve věku 37–58 let (průměr 47,8 roku). Z Prahy bylo 19 respondentů, ostatní pocházeli z dalších regionů ČR. V souboru převažovali problémoví či chroničtí polyvalentní uživatelé – klíčoví informanti o

<sup>85</sup> Jednalo se pravděpodobně o uživatele bez vytvořeného syndromu závislosti na opiátech/opioidech nebo s jeho lehčí formou, kdy působení naloxonu na opioidních receptorech nevyvolalo abstinenční syndrom.

vývoji tzv. tvrdého jádra drogové scény v komunistickém Československu. Specifikem československé drogové scény byly podomácku vyráběné substance (pervitin, braun), které byly získávány odlišně než jejich západní ekvivalenty (kokain, heroin). Vlivem celkové represivní povahy režimu byla drogová scéna velmi uzavřená a dostupnost (tvrdých) drog tak byla velmi nerovnoměrná. Drogová scéna měla množství odlišných segmentů, lišících se drogovými preferencemi, vzorci užívání, životním stylem, postojem k režimu i mírou provázanosti s dalšími protirežimními skupinami (hudební underground, disent). Tvrdé drogy byly distribuovány na nekomerční či polo komerční bázi, což v některých případech umožňovalo dlouhodobé užívání při zachování socializovaného životního stylu. Výsledky potvrzují, že chápání hranice mezi majoritou a subkulturou jako rigidní představuje konceptuální či kulturní stereotyp. Závislostní chování se týkalo v obdobné míře majority (alkohol) i subkultury (další drogy), zásadnějším dělicím kritériem než drogové preference byly i v komunismu konkrétní vzorce užívání (příležitostné vs. chronické) a životní styl uživatele (socializovaný vs. chaotický či kriminální). Za podklad problematického životního stylu spojeného s chronickým užíváním drog je možno považovat kombinaci individuálních predispozic, narušených vývojově-psychologických vazeb a sociálních vlivů (Brenza, 2013).

V r. 2012 byla publikována analýza psychosociálních charakteristik osob, které byly mezi dubnem 1996 a prosincem 1998 zařazeny do studie zaměřené na rizikové faktory vzniku závislosti (Csémy, 1999). Již dříve byla publikována také podrobná analýza úmrtnosti (Zábranský et al., 2011b) a analýza drogových kariér a typologie této kohorty z hlediska vývojově-psychologických faktorů (Brenza et al., 2012) – viz také VZ 2009 a VZ 2011. Kohorta 124 osob, které se v době zapojení do studie jako dospívající nacházeli v raných fázích problémového užívání drog a souhlasili s pozdějším sledováním, byla znovu kontaktována po 13–14 letech. Bylo dotazováno 52 osob (41,9 %) pomocí dotazníku a standardních nástrojů na míru závažnosti a problémů s užíváním návykových látek (SDS, ASI-Lite) a sady standardních psychologických škál a dotazníků. V současnosti mělo problémy s drogami ve smyslu problémového užívání drog 13 osob (25 %). Ve srovnání s ostatními osobami ve vzorku udávali PUD vyšší výskyt problémů v oblasti tělesného zdraví, zaměstnání a dodržování zákona. PUD vykazovali také nižší míru životní spokojenosti, v ostatních psychologických charakteristikách se obě skupiny nelišily. Do značné míry povzbudivé je zjištění, že problémové (resp. injekční) užívání drog v dospívání přetrvalo do mladé dospělosti pouze u čtvrtiny osob (Csémy et al., 2012).

Další informace o problémových uživateli drog v kontaktu s různými typy služeb jsou uvedeny v kapitolách Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 56), Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 98) a Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog (str. 105).

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

Při extrapolaci výsledků Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 (blíže viz kapitolu Užívání drog v populaci na str. 22) na celou populaci ČR ve věku 15–64 let se ukázalo, že v ČR bylo odhadem 1,5–1,9 mil. denních kuřáků a 730 tis.–1 mil. častých konzumentů nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti s frekvencí jednou týdně nebo častěji). Denně nebo téměř denně (5–7krát v týdnu) konzumuje nadměrné dávky alkoholu přibližně 120–200 tis. osob. Kritéria rizikové konzumace alkoholu podle škály CAGE splňovalo 1,1–1,4 mil. osob, z nich 500–690 tis. bylo v kategorii vysokého rizika v souvislosti s pitím alkoholu – tabulka 4-15.

Konopné látky alespoň jednou týdně v posledních 30 dnech užila 2,0 % populace, tj. odhadem 145 tis. osob, z toho přibližně 96 tis. osob bylo ve věku 15–34 let. Denně (nebo téměř denně) pak užívalo konopí 0,3 % populace, tj. přibližně 22 tis. osob, z nich 14 tis. bylo v kategorii mladých dospělých (15–34 let). Zároveň bylo na základě škály CAST odhadnuto, že v riziku v souvislosti s užíváním konopných látek bylo 2,8 % osob, tj. odhadem 202 tis. osob (153 tis. mladých dospělých), ve vysokém riziku pak bylo 1,2 % populace, tj. přibližně 87 tis. osob (49 tis. mladých dospělých).

V ČR je odhadem 1,3 mil. osob (18,4 %), které splňují kritéria rizikové konzumace alkoholu nebo užívání konopných látek (alespoň střední riziko v souvislosti s konopím), z toho téměř 600 tis. je ve věkové skupině 15–34 let. Z kategorie rizikových konzumentů splňuje odhadem 665 tis. osob (9,2 %) kritéria škodlivého pití alkoholu nebo jsou ve vysokém riziku užívání konopných látek (z nich je 309 tis. mladých dospělých). Kritéria škodlivého pití alkoholu a současně vysokého rizika v souvislosti s užíváním konopí splňuje 0,4 % populace, tj. odhadem 29 tis. osob (14 tis. mladých dospělých).

tabulka 4-15: Intenzivní a rizikové užívání tabáku, alkoholu a nelegálních drog v populaci, v %, a extrapolace na počet obyvatel ČR (Chomynová, 2013)

Ukazatel	Věková skupina 15–64 let			Věková skupina 15–34 let		
	Podíl (%)	Odhadovaný počet	95% CI	Podíl (%)	Odhadovaný počet	95% CI
Denní kuřáci	23,1	1 669 000	20,6–25,9 (1 488 000–1 871 000)	25,4	695 000	22,4–28,4(613 000– 777 000)
Pravidelní konzumenti alkoholu (5 a více sklenic s frekvencí alespoň 1 x týdně v 30 dnech)	12,8	925 000	10,1–14,2 (730 000–1 026 000)	14,8	405 000	12,3–17,2 (337 000–471 000)
Pravidelní konzumenti alkoholu (5 a více sklenic s frekvencí denně nebo téměř denně)	2,3	166 000	1,7–3,0 (123 000–217 000)	0,8	22 000	0,2–1,4 (5 000–38 000)
CAGE – rizikové pití (skóre 1+)	17,0	1 230 000	15,2–18,8 (1 100 000–1 360 000)	18,3	500 000	15,6–21,0 (430 000–570 000)
CAGE – škodlivé pití (skóre 2+)	8,2	590 000	6,9–9,6 (500 000–690 000)	9,7	266 000	7,6–11,8 (208 000–323 000)
Uživatelé konopí s frekvencí alespoň 1 x týdně v 30 dnech	2,0	145 000	1,4–2,6 (101 000–188 000)	3,5	96 000	2,3–4,7 (63 000–129 000)
Uživatelé konopí denně ve 30 dnech	0,3	22 000	0,1–0,5 (7 000–36 000)	0,5	14 000	0,0–1,0 (0–27 000)
CAST – v riziku (skóre 2+)	2,8	202 000	1,7–3,8 (123 000–275 000)	5,6	153 000	3,6–7,7 (99 000–211 000)
CAST – vysoké riziko (skóre 4+)	1,2	87 000	0,7–1,7 (51 000–123 000)	1,8	49 000	1,0–2,7 (27 000–74 000)
Intenzivní uživatelé jakékoliv drogy (mimo tabáku) – alespoň 1 x týdně v 30 dnech	13,9	1 004 000	12,4–15,4 (896 000–1 123 000)	14,5	397 000	12,1–16,8 (331 000–460 000)
Intenzivní uživatelé jakékoliv drogy (mimo tabáku) – denně v 30 dnech	2,5	180 000	1,8–3,2 (130 000–231 000)	1,4	38 000	0,6–2,1 (16 000–57 000)
Kategorie „v riziku“ v souvislosti s alkoholem nebo konopím (CAGE 1+ nebo CAST2+)	18,4	1 330 000	16,5–20,3 (1 190 000–1 470 000)	21,8	597 000	18,8–24,8 (515 000– 679 000)
Kategorie „ve vysokém riziku“ v souvislosti s alkoholem nebo konopím (CAGE2+ nebo CAST4+)	9,2	665 000	7,8–10,6 (563 000–766 000)	11,3	309 000	9,0–13,6 (246 000– 372 000)
Kategorie „ve vysokém riziku v souvislosti s alkoholem i konopím současně“ (CAGE2+ a zároveň CAST4+)	0,4	29 000	0,1–0,7 (7 000–51 000)	0,5	14 000	0,0–1,0 (0–27 000)

Kontaktní centrum Noe v Třebíči provedlo v r. 2012 průzkum mezi intenzivními uživateli konopných drog s cílem zjistit jejich potřeby a navrhnout vhodné intervence snižování rizik (Diecézní charita Brno - Oblastní charita Třebíč, 2012). Soubor tvořilo 100 cíleně vybraných intenzivních uživatelů konopí kontaktovaných při terénní práci v odpoledních a večerních hodinách. Sběr dat probíhal formou strukturovaných rozhovorů face-to-face v terénu, případně v kontaktním centru nebo na jiném místě podle výběru respondenta. Analyzováno bylo 93 rozhovorů (7 rozhovorů bylo vyřazeno jako nehodnotitelných), z toho bylo 71 mužů a 22 žen nejčastěji ve věku 15–18 let (54 %) a 25–30 let (26 %). Přibližně třetina měla středoškolské vzdělání, čtvrtina odborné a 38 % základní vzdělání; vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání měli 3 respondenti. Denně užívalo konopí 47 %, několikrát týdně 27 % a víkendově 10 % respondentů. Všichni uvedli užívání marihuany, třetina marihuany i hašiše, žádný respondent neuvedl užívání pouze hašiše.

Každý respondent uvedl více než jeden způsob užívání konopí, převažovalo kouření formou skleněnky, jointu, bongu, bluntu, šlukovky a vodní dýmky. V několika případech bylo uvedeno také užívání v jídle. Jen v 9 případech (10 %) byla uvedena vaporizace<sup>86</sup>.

Mezi zdravotními problémy spojenými s užíváním konopí byly nejčastěji uváděny zapomínání, ztráta motivace, bušení srdce, nevolnost, zmatenost, ztráta koordinace a halucinace. Méně často byly uváděny deprese, úzkostné stavy, paranoia, agresivita, poruchy a ztráta vědomí. Co se týká četnosti potíží, u 58 % respondentů se vyskytovaly zřídka, u 9 % často a 6 % pravidelně. Mezi pozitiva užívání konopí byly uváděny nejčastěji relaxace a pohoda, dále příjemný pocit, uvolnění, zábava a odreagování.

Problémy s okolím v důsledku užívání konopí uvedlo 45 % respondentů, nejčastěji se jednalo o partnerské a rodinné vztahy. Přestat s užíváním konopí se pokusila třetina respondentů.

Na otázku specifikace služby, kterou by respondenti v kontaktním centru chtěli využívat, 81 % nedokázalo konkrétně odpovědět.

V r. 2012 provedlo NMS souhrnnou analýzu zneužívání psychoaktivních léků v české republice včetně dostupných zdrojů dat v této oblasti (Nechanská et al., 2012). Mimo jiné se zaměřuje na vývoj a aktuální situaci zneužívání psychoaktivních léků (sedativ, analgetik i stimulantů) problémovými uživateli drog.

---

<sup>86</sup> Joint je ubalená cigareta obsahující konopí (nejčastěji marihuanu) často s cigaretovým nebo dýmkovým tabákem. Když jsou k ubalení místo papíru použity vlhké tabákové listy, je taková cigareta označována jako blunt. Jako šlukovka je označována dýmka, jejíž hlava je tak malá, že ji lze vykouřit na jedno nadechnutí; pokud je vyrobena ze skleněné tyčinky, označuje se jako skleněnka. Bong je označení vodní dýmky, ze které se po probublání kouře vdechuje do široka otevřenými ústy přímo do plic otevřeným horním koncem nádoby, která má v boční stěně dva otvory; je nejčastěji vyrobena z průhledného materiálu, aby bylo možné sledovat hustotu kouře v nádobě. Při vaporizaci dochází k zahřívání konopí jinak než hořením rostlinného materiálu, takže se uvolňuje THC a další účinné látky v plynné podobě bez škodlivých produktů hoření; jedná se zřejmě o zdravotně nejbezpečnější a nejefektivnější způsob užívání konopí (Miovský et al., 2008).

Za jádro specializovaných služeb pro uživatele návykových látek a závislé v ČR lze označit přibližně 250 zařízení. Uživatelé alkoholu tvoří přibližně 60 % pacientů v medicínské ambulantní i lůžkové léčbě závislosti. Uživatelům nealkoholových drog ve službách dlouhodobě dominují uživatelé stimulancií – u většiny z nich je základní drogou pervitin. Druhou nejčetnější skupinu tvoří uživatelé opiátů/opioidů a konopných látek. Ve zdravotnických zařízeních je velmi četná skupina polyvalentních uživatelů drog – v lůžkových psychiatrických zařízeních tvoří nejčastější diagnostickou skupinu z okruhu nealkoholových poruch. Ve zdravotnických psychiatrických ambulancích jsou nejčetnější skupinou uživatelé opiátů/opioidů – jde pravděpodobně o živ poskytování substituční léčby.

Počet poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb vykazujících léčbu uživatelů drog se v r. 2012 snížil. Za ambulance specializující se na medicínskou léčbu závislosti (AT ambulance) lze považovat 50–80 zařízení v ČR. Opět nepatrně poklesl i počet ambulantně léčených AT pacientů, na kterém se podíleli především pacienti užívající alkohol. Došlo k nárůstu počtu pacientů léčených pro užívání stimulancií a kombinace drog, naopak se snížil počet pacientů léčených pro zneužívání opiátů/opioidů.

Počet pacientů evidovaných v registru substituční léčby zůstal téměř stejný, léčba preparáty na bázi buprenorfinu však stále není v plném rozsahu registrována. Jsou sledovány agregované údaje o počtu pacientů v substituční léčbě v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé. Do registru substituční léčby bylo v r. 2012 nahlášeno 2298 osob, což jsou přibližně dvě třetiny počtu, který byl celkem vykázan psychiatry a praktickými lékaři.

Detoxifikační jednotky se v r. 2012 nacházely v 17 lůžkových zařízeních se 155 vyčleněnými lůžky a detoxifikace probíhala na nevyčleněných lůžkách v dalších 14 lůžkových zařízeních. Detoxifikaci od návykových látek podstoupilo celkem 9124 osob, z toho 4103 od nelegálních drog.

Došlo ke zvýšení počtu hospitalizací uživatelů nelegálních drog v lůžkových psychiatrických zařízeních. Růst se týká pacientů hospitalizovaných pro poruchy způsobené kombinací látek a ostatními stimulanciemi (bez kokainu), počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním opiátů/opioidů klesl.

V r. 2012 bylo do Registru žádostí o léčbu nahlášeno celkem 8955 léčených uživatelů nealkoholových drog, tj. o 289 osob méně než v r. 2011. Z toho 4313 osob požádalo o léčbu poprvé, což je o 199 klientů méně než v r. 2011. Počet prvožadatelů i všech žadatelů o léčbu klesl poprvé od r. 2008. Mezi všemi léčenými klienty bylo 6075 mužů (67,8 %) a 2858 žen (31,9 %), u 22 osob nebylo pohlaví uvedeno. Pořadí užívaných drog, které jsou důvodem žádostí o léčbu, zůstalo i v r. 2012 stejné jako v předchozích letech – nejčastěji užívanou drogou byl pervitin, následovaný opiáty/opioidy a konopnými látkami. Je patrné stárnutí populace žadatelů o léčbu, v r. 2012 byl průměrný věk žadatelů o léčbu přibližně 28 let.

V únoru 2013 schválil výbor SNN ČLS JEP Koncepti sítě specializovaných adiktologických služeb, která nově definuje typy zdravotních služeb pro uživatele drog a závislé. Od srpna 2012 je na základě zadání MZ vytvářena Strategie reformy psychiatrické péče na období 2014–2020, která zahrnuje také adiktologické služby. V r. 2013 bylo schváleno 6 nových zdravotních výkonů vázaných na profesi adiktologa nelékaře a adiktologové budou navíc moci vykazovat další dva existující výkony z oblasti péče ve stacionáři.

### 5.1 Systém léčby uživatelů drog a závislých

#### 5.1.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti léčby

Od 1. dubna 2012 je v účinnosti nová zdravotnická legislativa, z níž klíčový je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách – blíže viz VZ 2011.

V r. 2013 zahájilo MZ připomínkové řízení k návrhu zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, který má nahradit zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Vzhledem k množství navrhovaných změn MZ nakonec přistoupilo ke zpracování návrhu nového zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, který byl předložen do vnějšího připomínkového řízení v dubnu 2013. Oproti stávající právní úpravě návrh obsahuje podstatné změny směrem k omezení dostupnosti alkoholu a tabáku a omezení expozice tabákovému kouři. Dle názoru MZ bylo třeba v souvislosti s přijetím nové právní úpravy v oblasti poskytování zdravotních služeb upravit i stávající právní úpravu typů odborné péče poskytovaných osobám závislým na návykových látkách. Dle názoru MZ bylo vzhledem k tomu, že poskytování odborné péče spadá do režimu upraveného zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, z důvodu duplicity v návrhu zákona o ochraně před návykovými látkami vypuštěno ustanovení o jednotlivých typech odborné péče. Podle názoru odborné veřejnosti není navrhovaná právní úprava vyhovující a dostatečně nezohledňuje specifický zdravotně-sociální charakter adiktologických služeb, obdobné výhrady se týkají také navrhovaných ustanovení v oblasti koordinace protidrogové politiky<sup>87</sup>.

<sup>87</sup> <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/jednanirady/jednani-30--dubna-2013-105257/> (2013-10-14)

V r. 2012 a 2013 pokračovala práce na tvorbě nových zdravotních výkonů nelékařské profese adiktologa (odbornost 919) pod hlavičkou České asociace adiktologů (ČAA). V období listopad 2011 – březen 2013 byly pracovní skupinou ČAA zpracovány registrační listy nových výkonů. Výkony byly schváleny příslušnými pracovními orgány MZ<sup>88</sup> a po schválení ministrem zdravotnictví budou uveřejněny v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jenž by měl být vydán v druhém pololetí 2013 s účinností od 1. 1. 2014. Nové zdravotní výkony adiktologa jsou vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče, vyšetření adiktologem kontrolní, minimální kontakt adiktologa s pacientem, adiktologická terapie individuální, adiktologická terapie rodinná, adiktologická terapie skupinová, typ I. pro skupinu max. 9 osob (Fidesová et al., 2013).

Kromě nových výše uvedených výkonů bylo adiktologům schváleno vykazování dvou existujících výkonů ošetrovacích dnů v lůžkové péči nebo při pobytu pacienta ve stacionáři, kterými jsou výkon č. 00041, který se vykazuje za jeden den pobytu pacienta ve stacionáři, pokud délka pobytu dosáhne alespoň 8 hodin (v případě stacionáře s psychoterapeutickým programem alespoň 6 hodin), a výkon č. 00042, který se vykazuje za jeden den pobytu pacienta ve stacionáři s frakcionovaným programem, pokud délka pobytu dosáhne alespoň 3 hodiny.

V září 2012 byl na Klinice adiktologie otevřen doktorský studijní program adiktologie v češtině a v angličtině.

MPSV od r. 2010 realizuje projekt s názvem Podpora procesů v sociálních službách financovaný z ESF a ze státního rozpočtu ČR<sup>89</sup>. Projekt obsahuje 12 aktivit, které mají přispět k přenastavení systému financování sociálních služeb, vytvoření nástrojů k identifikaci výskytu nepříznivých sociálních jevů a řešení prostřednictvím sociálních služeb, zpřehlednění charakteristik a výkaznictví sociálních služeb prostřednictvím tzv. karet sociálních služeb, nastavení systému monitoringu sociálních služeb a změně legislativního rámce poskytování sociálních služeb, zejména zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zásadní revize zákona o sociálních službách je plánována na r. 2016 a měla by se týkat mimo jiné redukce počtu zákonem definovaných druhů sociálních služeb, hodnocení efektivit služeb, zjednodušení registrace, kvality služeb (snížení počtu standardů a kritérií kvality), inspekcí sociálních služeb, způsobu financování a změny rozsahu a obsahu kvalifikačního kurzu sociálního pracovníka<sup>90</sup>.

### 5.1.2 Síť adiktologických služeb

Léčebné a poradenské programy pro uživatele drog, jejich kapacitu a využití v r. 2012 shrnuje tabulka 5-1. Informace o léčebných a poradenských službách určených uživatelům drog jsou uvedeny také v kapitolách Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog (str. 98), Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog (str. 105), Ochranná a výchovná opatření (str. 118) a Užívání drog ve vězení (str. 121).

Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb (původně Koncepce zdravotních služeb oboru adiktologie z r. 2012 – viz VZ 2011) byla v únoru 2013 schválena výborem SNN ČLS JEP.

Od září 2012 je na základě zadání MZ vytvářena Strategie reformy psychiatrické péče na období 2014–2020, jejímž hlavním záměrem je posun těžiště psychiatrie od institucionální péče směrem ke komunitnímu typu péče v přirozeném prostředí pacienta. Prioritami strategie jsou přiblížení péče k pacientovi, respekt k jeho právům a individualitě, posílení primární psychiatrické péče, restrukturalizace lůžkové péče, rozvoj komunitní péče, regionální nastavení služeb, destigmatizace pacientů a oboru (Ministerstvo zdravotnictví, 2012).

Mapování stavu psychiatrické péče v ČR provedené Psychiatrickou společností ČLS JEP se zabývalo podrobně také adiktologií jako jedním ze specializovaných segmentů psychiatrické péče. Pro obor adiktologie uvádí následující závěry a doporučení (Dvořáček et al., 2012):

- Systém adiktologické péče v ČR se v posledních 20 letech rozvinul do relativně dobré podoby (síť zařízení, vzdělávací systémy, nástroje hodnocení kvality, obsah terapeutických programů).
- V oboru je princip deinstitucionalizace a komunitní péče samozřejmý – síť tvoří vzájemně kooperující instituce zdravotnické, sociální i charitativní, státní i nestátní, lůžkové, ambulantní i intermediární.
- V oboru existují odborné důvody pro zachování komplexity služeb a vyváženosti mezi ambulantní, lůžkovou a intermediární péčí.
- Síť lůžkových zařízení není nutné již měnit kapacitně (podstatné změny již proběhly v posledních 20 letech). Autoři doporučují dělit lůžková zařízení na základní 3 typy: detox (akutní standardní péče), superspecializovaná nadregionální zařízení (s plným odvykacím programem) a regionální zařízení (zaměřená na stabilizaci pacienta).
- Síť ambulantních zařízení (lékařských AT ambulancí) může být dostatečná jen při dvou podmínkách: bude doplněna sítí nelékařských adiktologických ambulancí a bude nastaven systém úhrad ambulantní práce tak, aby motivoval k intenzivní práci s pacientem.
- Nové nelékařské adiktologické ambulance by mohly být klíčovým prvkem pro průchod klienta systémem služeb.
- Případné úvahy o redukci systému neambulantních služeb doporučujeme odložit až na dostatečné ověření funkčnosti adiktologických ambulancí (po 5–10 letech).

<sup>88</sup> [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zapisy-z-jednani-ps-k-szv\\_5579\\_998\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zapisy-z-jednani-ps-k-szv_5579_998_3.html) (2013-08-16)

<sup>89</sup> <http://podporaprocessu.cz/> (2013-07-23)

<sup>90</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/15652/06-Luskova\\_prezentace\\_20062013.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/15652/06-Luskova_prezentace_20062013.pdf) (2013-07-23)

tabulka 5-1: Programy poskytující služby uživatelům drog v ČR v r. 2012

Typ programu	Celkem <sup>1</sup>			Z toho			
	Počet zařízení/ programů	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob)	Nealkoholové drogy		Alkohol	
				Počet zařízení/ programů	Využití (počet osob)	Počet zařízení/ programů	Využití (počet osob)
Ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie (z toho odhadem AT ordinace)	416 (50–80)	–	38 554 <sup>4</sup> (12 500–22 000)	355	14 681	390	22 838
Krizová centra	2	–	84	2	51	2	33
Psychoterapeutické stacionáře	7	n. a.	287	n. a.	203	n. a.	84
Ambulantní (nezdravotnické) programy provozované NNO	11 <sup>9</sup>	–	2 998 <sup>9</sup>	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Zdravotnická zařízení poskytující substituční léčbu hlásící klienty do Registru substituční léčby (NRULISL)	59	–	2 298	Jedná se o údaje o léčbě uživatelů opiátů, případně opiátů v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentních uživatelů).			
Substituční léčba v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé	372	–	3 548	Jedná se o údaje o léčbě uživatelů opiátů, případně opiátů v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentních uživatelů).			
Záchytné stanice	17	152	28 469	–	4 968	–	23 501
Kontaktní centra a terénní programy (nízkoprahové programy)	103	–	34 200	Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog, resp. problémoví (injekční) uživatelé drog.			
Detoxifikační jednotky v lůžkových zdravotnických zařízeních	17 <sup>6</sup> (31 <sup>7</sup> )	155	9 124 <sup>2</sup>	–	4 091	–	5 021
Psychiatrické léčebny pro dospělé	18	8 847 <sup>3</sup> (1 315 <sup>4</sup> )	11 280 <sup>2</sup>	–	4 185	–	7 095
Psychiatrická oddělení nemocnic	30	1 268 <sup>3</sup>	4 021 <sup>2</sup>	–	1 644	–	2 377
Dětské psychiatrické léčebny	3	250 <sup>3</sup>	25 <sup>2</sup>	–	24	–	1
Ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	2	66 <sup>3</sup>	90 <sup>2</sup>	–	19	–	71
Terapeutické komunity	15–20(9 <sup>9</sup> )	154 <sup>9</sup>	401 <sup>9</sup>	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství	5	68	159	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Programy následné péče	15–34(11 <sup>9</sup> )	108 <sup>5a</sup>	1 134 <sup>9</sup>	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Detoxifikace ve věznicích	4	n. a.	353	Jedná se údaje o detoxifikaci od nealkoholových (nelegálních) drog.			
Substituční léčba ve věznicích	7	–	89	Cílovou skupinou jsou uživatelé opiátů, případně opiátů v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentních uživatelů).			
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu (dobrovolná léčba)	7	287	537	Jedná se údaje o léčbě uživatelů nealkoholových (nelegálních) drog.			
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	3	128	184	Jedná se údaje o léčbě uživatelů nealkoholových (nelegálních) drog.			
Bezdrogové zóny ve věznicích	34 <sup>9</sup>	1 918	4 549	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Programy NNO ve věznicích	22(9 <sup>9</sup> )	–	595(3 660) <sup>10</sup>	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			

Pozn.: <sup>1</sup>Jedná se o celkovou kapacitu a celkový počet uživatelů všech návykových látek, v dalších sloupcích jsou uvedeny údaje pro alkohol a nealkoholové drogy, jsou-li k dispozici. <sup>2</sup>Jedná se o počet pacientů se zákl. dg. F10–F19 léčených ve sledovaném roce. <sup>3</sup>Počet všech psychiatrických lůžek. <sup>4</sup>Počet lůžek na pracovištích pro léčbu AT pacientů. <sup>5</sup>Počet programů, kapacita a počet klientů v programech podpořených v dotačním řízení RVKPP, <sup>5a</sup>kapacita chráněného bydlení. <sup>6</sup>Počet detoxifikačních jednotek s vyčleněnými lůžky. <sup>7</sup>Počet lůžkových zařízení poskytujících detoxifikaci AT pacientům včetně detoxifikace na odděleních bez vyčleněných lůžek. <sup>8</sup>Bezdrogové zóny nejsou v zásadě léčebným programem, spíše zajišťují bezpečné a motivující prostředí pro odsouzené připravené abstinentovat, nicméně 4 z bezdrogových zón jsou s terapeutickým programem. <sup>9</sup>Počet věznic, ve kterých NNO působily (počet věznic, které vykázaly 10 a více návštěv NNO za rok). <sup>10</sup>Počet návštěv ve věznicích (počet klientů).



V rámci projektu Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru adiktologie byla provedena analýza geografické dostupnosti sítě adiktologických služeb v ČR (Vavrinčíková et al., 2013). Pro analýzu bylo použito několik datových zdrojů:

- průzkum Sčítání adiktologických služeb 2012,
- výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích,
- databáze léčebných a poradenských center z Registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog,
- Národní zdravotnický informační systém.

Analytickou jednotkou byl okres, v souboru je tedy 77 případů (76 okresů a Hl. m. Praha). Analýza byla provedena pro základní typy služeb zvláště, některé typy služeb byly dále sloučeny (kontaktní centra a terénní programy byly sloučeny do kategorie nízkoprahové programy a ambulantní programy včetně kontaktních center do kategorie ambulantní adiktologické centrum). Základní výsledky podle krajů uvádí tabulka 5-2 a tabulka 5-3. Z výsledků je patrné, že v dostupnosti adiktologických služeb existují značné rezervy zejména v krajích Pardubickém, Středočeském a Libereckém.

tabulka 5-2: Absence adiktologických služeb v okresech podle jejich typů (Vavrinčíková et al., 2013)

Typ služby	Počet okresů/krajů, kde daný typ péče chybí
Nízkoprahový program (souhrnně)	21 okresů
AT ambulance	37 okresů
Substituční léčba	25 okresů
Adiktologické ambulantní centrum (souhrnně)	15 okresů
Detoxifikace	55 okresů, 2 kraje
AT lůžková péče	4 kraje
Terapeutická komunita	3 kraje
Doléčovací program/následná péče	61 okresů (35 okresů*)

Pozn.: \* 35 okresů podle výsledků průzkumu Sčítání adiktologických služeb 2012, ve kterém uvedly zúčastněné programy mnohem větší míru poskytování následné péče, než je patrné z ostatních použitých zdrojů.

Regionální síť služeb popisují a hodnotí kraje ve svých výročních zprávách (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013). Většina krajů upozorňuje na nedostatky v síti zdravotnických zařízení ambulantních služeb, resp. na nízký počet lékařů specialistů pracujících s uživateli drog, a také na dlouhodobě negativní postoj lékařů vůči uživatelům drog. Analýza situace ze strany krajů se vcelku shoduje s výsledky analýzy uvedené výše včetně některých detailů. Identifikované nedostatky uvádí tabulka 5-4.

Podle zpráv z krajů došlo v r. 2012 k některým změnám v síti služeb (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013).

Některé programy zanikly. V Českých Budějovicích se pokusili o zavedení služby, která byla zacílena na poskytování adiktologického poradenství a péče dětem a mládeži umístěným na záchytné stanici. Pilotní projekt byl spuštěn v červnu 2012 Adiktologickou poradnou o.s. Prevent ve spolupráci s odborem sociálních věcí Krajského úřadu Jihočeského kraje a záchytnou stanicí v Českých Budějovicích. Realizaci komplikoval nízký počet klientů, ale také odmítavý postoj rodičů dětí a mladistvých a neochota spolupráce mezi jednotlivými složkami systému. V Ústeckém kraji byla v lednu 2012 zrušena detoxifikační jednotka. V Olomouckém kraji byl ukončen provoz kontaktního centra v Hranicích, což bylo detašované pracoviště kontaktního centra o. s. Kappa–Help v Přerově. Služby harm reduction jsou v Hranicích zajišťovány terénními programy. V Jihomoravském kraji ukončilo svou činnost jedno pobytové zařízení organizace A kluby ČR. Činnost substitučního centra byla ukončena v Plzeňském a Karlovarském kraji.

Dochází však i k rozvoji a vzniku nových služeb. Ve Středočeském kraji byl v r. 2012 o. s. Prostor zahájen nový projekt Streetwork experiment, který je realizován na Kolínsku a Kutnohorsku. V Pardubickém kraji bude v r. 2013 zahájen projekt Zpátky jinak o. s. Laxus, který je zaměřen na resocializaci uživatelů drog vracejících se z vězení. V Plzeňském kraji došlo k rozšíření terénního programu POINT 14 do města Nýrsko a Středisko následné péče Point 14 začalo nově poskytovat pobytovou službu pro ženy a matky. V Ústeckém kraji zahájilo svou činnost kontaktní centrum v Žatci, které zajišťuje služby na území okresu Louny, otevřena byla výměnná místnost ve Štětí. V Libereckém kraji byl po 12 letech absence v listopadu 2012 zahájen provoz záchytné stanice s kapacitou 10 lůžek při Krajské nemocnici Liberec, a. s. V Moravskoslezském kraji zahájilo o. s. ARKA činnost Podpůrné skupiny pro děti a mládež od 15 let nadávající alkohol a pro patologické hráče. V Jihočeském kraji se zvýšila dostupnost terénních programů a podařilo se kontaktovat dosud skryté skupiny injekčních uživatelů drog v menších obcích.

tabulka 5-3: Počet programů v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle typu a krajů a pořadí krajů (Vavrinčíková et al., 2013)

Kraj	Nízkoprahové programy		Kontaktní centra		AT ambulance		Ambulantní adiktologické centrum		Detoxifikace		Substituční léčba		Lůžková AT péče		Terapeutická komunita		Doléčovací programy/následná péče		Celkové umístění kraje	
	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Body*	Pořadí
Hl. m. Praha	0,8	13	0,4	13	1,6	2	3,2	1	4,8	2	1,3	1	3,1	3	0,0	11	0,3	6	<b>52</b>	<b>4-5</b>
Středočeský	0,8	12	0,5	11	0,6	6	1,3	12	1,0	9	0,3	8	0,0	14	0,2	6	0,1	11	<b>89</b>	<b>13</b>
Jihočeský	1,8	5	1,1	5	0,6	7	2,1	3	3,0	5	0,7	3	2,4	6	0,7	1	0,3	7	<b>42</b>	<b>2</b>
Plzeňský	1,3	8	0,6	9	0,9	3	1,5	7	1,5	8	0,3	10	3,5	2	0,3	3	0,4	2	<b>52</b>	<b>4-5</b>
Karlovarský	2,4	2	1,3	2	0,3	10	1,6	5	0,0	14	0,5	6	0,0	14	0,0	12	0,0	14	<b>79</b>	<b>10</b>
Ústecký	2,7	1	1,4	1	0,5	9	1,9	4	0,5	12	0,2	13	1,8	7	0,2	7	0,4	4	<b>58</b>	<b>6</b>
Liberecký	1,0	10	0,7	7	0,0	14	1,1	13	1,7	6	0,3	9	0,0	14	0,3	2	0,2	8	<b>83</b>	<b>12</b>
Královéhradecký	0,9	11	0,5	12	0,8	4	1,5	6	1,6	7	0,8	2	1,5	8	0,1	9	0,0	14	<b>73</b>	<b>8</b>
Pardubický	0,7	14	0,4	14	0,3	11	0,7	14	0,0	14	0,0	14	0,0	14	0,0	12	0,0	14	<b>121</b>	<b>14</b>
Vysočina	1,4	7	0,9	6	0,6	8	1,5	8	5,4	1	0,6	5	4,6	1	0,2	5	0,4	3	<b>44</b>	<b>3</b>
Jihomoravský	1,5	6	0,8	8	0,3	12	1,4	10	3,0	4	0,6	4	1,0	9	0,3	4	0,3	5	<b>62</b>	<b>7</b>
Olomoucký	2,3	3	1,2	3	1,7	1	3,1	2	3,4	3	0,2	12	3,0	4	0,1	10	0,5	1	<b>39</b>	<b>1</b>
Zlínský	2,1	4	1,2	4	0,2	13	1,3	11	1,0	10	0,3	11	2,6	5	0,0	12	0,1	10	<b>80</b>	<b>11</b>
Moravskoslezský	1,1	9	0,7	10	0,7	5	1,4	9	0,6	11	0,5	7	0,6	10	0,2	8	0,2	9	<b>78</b>	<b>9</b>
<b>Celkem ČR</b>	<b>1,4</b>	–	<b>0,8</b>	–	<b>0,7</b>	–	<b>1,8</b>	–	<b>2,1</b>	–	<b>0,5</b>	–	<b>1,6</b>	–	<b>0,2</b>	–	<b>0,2</b>	–	–	–

Pozn.: \* Součet pořadí podle jednotlivých typů služeb. Poslední sloupec ukazuje umístění kraje na žebříčku dostupnosti adiktologických služeb. Čím nižší hodnota, tím dostupnější adiktologické služby.

tabulka 5-4: Nedostatky v síti služeb v r. 2012 uvedené ve výročních zprávách o realizaci protidrogové politiky v krajích (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013)

Kraj	Nedostatky v síti služeb
Jihočeský	Absence terénního programu v okrese Tábor Nízká a nerovnoměrná dostupnost ambulantní léčby včetně substituční Absence detoxifikace pro dospělé Snižující se reálné výdaje na podporu minimální sítě služeb
Plzeňský	Absence psychiatrické a psychoterapeutické ambulantní péče Absence azylového nebo chráněného bydlení Absence krizového centra s lůžky
Karlovarský	Nedostatek kapacit rezidenční léčby Velmi omezená dostupnost ambulantní psychiatrické, psychoterapeutické a psychologické péče
Ústecký	Velmi omezená dostupnost ambulantní psychiatrické a psychoterapeutické péče
Liberecký	Nerovnoměrná dostupnost ambulantní a následné péče Absence zařízení pro ochrannou léčbu Nedostatečné pokrytí území terénními službami
Královéhradecký	Absence nebo nedostatečné pokrytí některých oblastí terénními programy Nízká dostupnost psychiatrické, hepatologické či stomatologické péče, odmítání uživatelů drog ze strany lékařů
Pardubický	Síť služeb je zcela nedostatečná Nedostatek AT a psychiatrických ambulancí Absence programů substituční léčby, rezidenční následné péče, stacionárního doléčování, pobytové léčby, detoxifikace i terapeutické komunity
Vysočina	Absence ambulantní péče v okresech Pelhřimov a Havlíčkův Brod
Jihomoravský	Nedostatek terénních pracovníků v Brně Naddimenzovaná síť léčebných rezidenčních zařízení
Olomoucký	Nízká dostupnost substituční léčby Nedostatečná podpora programů specifické primární prevence
Zlínský	Absence samostatné záchytné stanice Absence následné péče

Pozn.: Ostatní kraje neuvedly informace o slabínách v síti služeb.

Na přelomu I. 2012 a 2013 realizovala Klinika adiktologie projekt Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje (Miovský et al., 2013). Studie financovaná Magistrátem hl. m. Prahy reagovala na poptávku po zmapování služeb pro děti a mladistvé. Bylo provedeno mapování institucionálních sítí dětských a dorostových praktických lékařů, zařízení ústavů výchovy a péče, kurátorů a sociálních pracovníků atd. Celkem bylo osloveno 241 zařízení, 135 z nich se průzkumu zúčastnilo. Z těchto zařízení bylo v r. 2012 hlášeno 2583 adiktologických klientů, po extrapolaci na celou síť byl počet klientů ročně odhadnut na 4–5 tisíc. Ze závěrů vyplývá nedostupnost specializované ambulantní adiktologické péče a potřeba zavedení specializované adiktologické ambulance s posílenou lékařskou částí a navazujícími stacionárními programy. Autoři navrhují obnovení provozu dětského a dorostového oddělení u Apolináře, dnes na Klinice adiktologie, které fungovalo jako krajské specializované pracoviště v průběhu šedesátých a sedmdesátých let minulého století.

V březnu 2012 RVKPP projednala a schválila metodický materiál Návrh doporučených postupů pro systematické předávání uživatelů drog propuštěných z vazby a výkonu trestu do následné péče v civilním sektoru – blíže viz kapitulu Sociální reintegrace (str. 109).

### 5.1.3 Kvalita adiktologických služeb

V květnu 2012 byla dokončena revize Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (součást certifikačního systému RVKPP)<sup>91</sup>. Cílem bylo odstranit nesrozumitelná a nejednoznačná ustanovení, mezi specifickou a obecnou částí standardů, standardy zestručnit, lépe strukturovat a upravit jejich hodnocení – viz také VZ 2011. RVKPP v říjnu 2012 schválila pilotní ověření inovovaných standardů v praxi, které probíhalo od září 2012 do července 2013. V r. 2012 byl dále zpracován nový samostatný speciální standard pro služby ve vězení. V odborné obci však nepanuje shoda ohledně existence tohoto speciálního standardu. V případě schválení tohoto standardu se navýší počet typů certifikovaných služeb na 10.

Ke konci června 2013 mělo platnou certifikaci RVKPP celkem 156 programů – tabulka 5-5.

Detailní informace o systému zajištění odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (certifikačním systémem) – viz speciální kapitulu ve VZ 2009.

<sup>91</sup> V rámci projektu Výměna zkušeností a šíření dobré praxe v oblasti řízení kvality služeb pro uživatele drog (financováno ESF OPLZZ) realizovaného v I. 2009–2012 Centrem pro kvalitu v sociálních službách Národního vzdělávacího fondu, o. p. s.

tabulka 5-5: Přehled certifikovaných programů podle typu v I. 2011–2013

Typ služby	2011	2012	2013
Detoxifikace	2	1	2
Terénní programy	49	50	49
Kontaktní a poradenské služby	52	49	50
Ambulantní léčba	15	13	18
Stacionární programy	1	1	1
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	2	2	2
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	10	10	10
Ambulantní doléčovací programy	16	17	17
Substituční léčba	8	8	7
<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>151</b>	<b>156</b>

Pozn.: K 16. 5. 2011, 29. 5. 2012, 28. 6. 2013.

## 5.2 Systém sběru dat o uživatelích drog v léčbě

Údaje o uživatelích drog, kteří využívají služeb léčebných a poradenských zařízení, jsou k dispozici z několika zdrojů dat, které se vzájemně v různé míře překrývají (blíže viz VZ 2011). Jedná se především o:

- Národní zdravotnický informační systém (NZIS) spravovaný Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), který mimo jiné shromažďuje data z lůžkových a ambulantních (psychiatrických) zdravotnických zařízení a o údaje z Registru substituční léčby (NRULISL),
- Registr žádostí o léčbu uživatelů drog, který spravuje hygienická služba, resp. Hygienická stanice Hl. m. Prahy, a který odpovídá standardu EMCDDA sběr dat o žádostech o léčbu spojenou s užíváním drog,
- závěrečné zprávy projektů (především realizovaných NNO) podpořených v dotačním řízení RVKPP<sup>92</sup>.

První dva výše uvedené informační systémy by měl nahradit připravovaný Národní registr léčby uživatelů drog – blíže viz VZ 2011.

## 5.3 Ambulantní léčba

### 5.3.1 Ambulantní psychiatrická léčba

Ambulantní zdravotnická péče o uživatele alkoholu a drog je v současné době poskytována především v ambulancích psychiatrů a v tzv. AT ordinacích specializovaných na léčbu závislostí. Léčbu pacientů užívající návykové látky (AT pacientů), tj. pacientů se základní diagnózou F10–F19, vykázalo v r. 2012 celkem 416 ambulantních psychiatrických oddělení a pracovišť. Nejde výhradně o specializované AT ambulance, ale o všechny psychiatrické ambulance, které léčily alespoň jednoho AT pacienta. Z celkového počtu zařízení hlásících péči o AT pacienty bylo 343 (83 %) psychiatrických ambulančí, 19 ambulančí dětské psychiatrie, 4 ambulance sexuologie a 50 AT ordinací – tabulka 5-6.

tabulka 5-6: Počet ordinací a počet léčených uživatelů návykových látek v I. 2002–2012 (Nechanská, 2013c)

Rok	Nealkoholové drogy bez tabáku		Alkohol		Návykové látky celkem*	
	Počet ordinací	Počet klientů	Počet ordinací	Počet klientů	Počet ordinací	Počet klientů
2002	288	14 203	317	25 400	342	41 136
2003	312	15 786	340	25 017	368	42 881
2004	320	14 040	358	25 235	382	40 625
2005	337	16 394	379	27 440	401	44 971
2006	340	16 392	367	26 966	394	44 887
2007	311	15 684	348	25 342	367	42 196
2008	298	15 711	328	25 293	349	42 612
2009	298	16 343	331	24 206	346	41 419
2010	370	15 187	428	24 182	453	40 198
2011	394	14 535	428	23 643	454	39 033
2012	355	14 681	390	22 838	416	38 554

Pozn.: \* Včetně léčených uživatelů tabáku.

Míru specializace péče o AT pacienty lze posuzovat podle toho, jaký podíl z celkového počtu pacientů v těchto ordinacích tvoří pacienti užívající návykové látky (tabulka 5-7), ale také podle absolutního počtu AT pacientů léčených v těchto ambulancích (tabulka 5-8). Celkem v 53 ambulancích (13 %) AT pacienti tvořili více než 50 % celkového počtu pacientů (52 ambulančí v r. 2011), z nich bylo 40 AT ordinací, 12 psychiatrických ambulančí a 1 ambulance dětské psychiatrie. Více než 200 AT pacientů v péči uvedlo v r. 2012 48 ambulančí (stejně jako v r. 2011). Jedno nebo druhé kritérium splnilo v r. 2012 celkem 81 ordinací (tj. ordinací, kde AT pacienti tvořili více než 50 %

<sup>92</sup> NMS v této souvislosti spravuje aplikaci UniData pro jednotnou evidenci klientů a služeb (blíže viz <http://www.drogovesluzby.cz>).

z celkového počtu pacientů nebo více než 200 osob), které měly v péči 57 % z celkového počtu AT pacientů. Podíl pacientů léčených pro problémy s alkoholem byl v těchto specializovaných ordinacích nižší (48 %) než podíl pacientů léčených pro užívání nelegálních drog (70 %). Z počtu 81 ambulancí bylo 36 ambulancí psychiatrů (včetně 1 oddělení dětské psychiatrie) a 45 AT ordinací.

tabulka 5-7: Počet psychiatrických ambulantních zařízení podle druhu oddělení/pracoviště, návykových látek a podílu léčených uživatelů návykových látek v r. 2012 (Nechanská, 2013c)

Oddělení/pracoviště		Podíl AT pacientů z celkového počtu pacientů						Celkem
		0–10 %	11–25 %	26–50 %	51–75 %	76–90 %	91–100 %	
Počet ambulancí		277	62	24	11	13	29	416
Počet pacientů		13 155	7 287	5 569	2 328	3 552	6 663	38 554
z toho	alkohol	9 726	4 717	2 813	1 025	1 253	3 304	22 838
	ostatní drogy bez tabáku	3 350	2 440	2 356	1 272	1 965	3 298	14 681
	tabák	79	130	400	31	334	61	1 035

tabulka 5-8: Počet psychiatrických ambulantních zařízení podle počtu léčených uživatelů návykových látek v r. 2012 (Nechanská, 2013c)

Oddělení/ pracoviště		Počet ambulantních zařízení								Celkový počet pacientů	
		Podle počtu AT pacientů									
		1–10	11–50	51–100	101–150	151–200	201–300	301–400	> 400		Celkem
Návykové látky		66	147	93	45	17	24	9	15	416	38 554
z toho	alkohol	80	171	76	33	9	12	5	4	390	22 838
	ostatní drogy bez tabáku	156	132	37	10	3	6	4	7	355	14 681

V r. 2012 došlo k celkovému mírnému poklesu o 479 na 38 554 pacientů. Snížil se počet léčených uživatelů alkoholu (o 3 %), především z důvodu „vyčištění“ kartotéky jedné AT ambulance v Moravskoslezském kraji. Počet pacientů užívajících nealkoholové drogy mimo tabáku se ve srovnání s r. 2011 se mírně zvýšil (o 1 %), počet pacientů užívajících tabák stoupl výrazněji (o 21%).

Pro poruchy způsobené zneužíváním alkoholu bylo léčeno 22 838 osob, z nich 65 % tvořili muži, ve věku 40–64 let bylo 55 % a ve věku 20–39 let 36 % osob. Podíl pacientů ve věku 15–19 let představoval 2 % a léčeno bylo 7 dětí do 15 let.

V r. 2012 bylo evidováno celkem 15 716 pacientů s poruchami způsobenými užíváním nealkoholových drog, z nichž 64 % tvořili muži. Více než dvě třetiny pacientů s dg. F11–F19 bylo ve věkové skupině 20–39 let. Počet osob ve věku 15–19 let dosáhl 1434 (9 %) a dětí do 15 let 33. U všech sledovaných nealkoholových drog byl zjištěn vyšší podíl mužů než žen, výjimku tvořila sedativa a hypnotika, kde byl podíl žen 60 %.

Nejvíce uživatelů nealkoholových drog bylo léčeno pro zneužívání opiátů a opioidů (25 %), stimulantů mimo kokainu (22 %), kam v ČR patří především pervitin (20 %), a kombinaci drog (21 %). Podíl pacientů léčených pro užívání konopných látek dosáhl 9 % a pro užívání sedativ a hypnotik 14 %. Počet a podíl uživatelů ostatních drog byl velmi nízký (Nechanská, 2013c) – tabulka 5-9.

tabulka 5-9: Vývoj počtu uživatelů návykových látek léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v l. 1993–2012 podle (skupin) návykových látek (Nechanská, 2013c)

Rok	Alkohol	Opiáty/opioidy	z toho heroin	buprenorfin neindikované	metadon neindikované	Konopné látky	Sedativa a hypnotika	z toho benzodiazepiny	Kokain	Ostatní stimulancia (kromě kokainu)	z toho pervitin	Halucinogeny	Tabák	Těkavé látky	Kombinace drog	z toho opiátů a pervitinu	opiátů a dalších drog bez pervitinu	pervitinu a dalších drog bez opiátů	Jiné	Nealkoholové drogy celkem	Nealkoholové drogy bez tabáku
1993	<b>49 102</b>	816	-	-	-	211	2 589	-	8	595	-	62	-	561	260	-	-	-	132	<b>5 234</b>	5 234
1994	<b>44 660</b>	653	-	-	-	291	2 561	-	8	706	-	87	-	380	558	-	-	-	367	<b>5 611</b>	5 611
1995	<b>32 956</b>	461	-	-	-	383	712	-	14	699	-	69	-	281	473	-	-	-	246	<b>3 338</b>	3 338
1996	<b>30 259</b>	1 619	-	-	-	474	761	-	20	1 471	-	84	-	347	685	-	-	-	480	<b>5 941</b>	5 941
1997	<b>31 691</b>	2 183	1 813	-	-	659	810	347	33	2 125	979	120	-	347	710	-	-	-	527	<b>7 514</b>	7 514
1998	<b>31 955</b>	2 255	1 823	-	-	1 039	1 011	456	95	2 896	2 436	127	-	370	1 148	-	-	-	491	<b>9 432</b>	9 432
1999	<b>28 022</b>	3 368	2 552	-	-	1 293	1 613	1 080	42	3 655	3 211	160	1 965	368	1 750	-	-	-	247	<b>14 461</b>	12 496
2000	<b>27 021</b>	3 815	3 176	-	-	1 152	1 122	491	52	3 169	2 695	244	1 277	280	1 430	-	-	-	159	<b>12 700</b>	11 423
2001	<b>28 582</b>	4 336	3 464	-	-	1 248	1 787	644	57	3 415	2 718	182	1 323	310	1 559	-	-	-	156	<b>14 373</b>	13 050
2002	<b>25 400</b>	4 029	3 171	-	-	1 505	2 292	774	63	3 185	2 719	232	1 533	261	2 480	-	-	-	156	<b>15 736</b>	14 203
2003	<b>25 017</b>	4 768	4 035	-	-	1 718	2 090	799	129	3 714	3 162	200	2 078	189	2 912	-	-	-	66	<b>17 864</b>	15 786
2004	<b>25 235</b>	4 592	3 644	-	-	1 354	2 257	1 014	79	3 025	2 579	170	1 350	180	2 279	-	-	-	104	<b>15 390</b>	14 040
2005	<b>27 440</b>	5 558	3 635	-	-	1 634	2 312	1 101	47	4 076	2 662	196	1 137	174	2 275	-	-	-	122	<b>17 531</b>	16 394
2006	<b>26 966</b>	4 640	3 357	-	-	1 681	2 190	1 153	45	3 746	3 055	137	1 529	187	3 631	-	-	-	135	<b>17 921</b>	16 392
2007	<b>25 342</b>	4 259	2 614	-	-	1 544	1 799	1 057	33	3 979	3 272	198	1 170	140	3 616	-	-	-	116	<b>16 854</b>	15 684
2008	<b>25 293</b>	4 585	3 055	-	-	1 620	2 229	1 408	73	4 103	3 330	177	1 608	79	2 489	-	-	-	356	<b>17 319</b>	15 711
2009	<b>24 206</b>	4 797	3 120	-	-	1 667	2 377	1 492	36	3 907	3 383	74	870	90	3 071	-	-	-	324	<b>17 213</b>	16 343
2010	<b>24 182</b>	4 458	3 118	-	-	1 477	2 379	1 461	59	3 361	3 003	63	829	114	2 936	-	-	-	340	<b>16 016</b>	15 187
2011	<b>23 643</b>	4 359	1 365	323	26	1 446	2 268	1 701	28	3 282	2 970	56	855	79	2 874	841	360	742	143	<b>15 390</b>	14 535
2012	<b>22 838</b>	3 984	1 256	285	18	1 426	2 241	1 858	31	3 450	3 150	60	1 035	64	3 252	1 103	197	1 224	173	<b>15 716</b>	14 681

Pozn.: Údaje odděleně pro heroin, benzodiazepiny a pervitin jsou k dispozici od r. 1996, pro tabák od r. 1998, buprenorfin, metadon (neindikované), kombinace opiátů a metamfetaminu (s nebo bez dalších drog), kombinace opiátů a dalších drog bez metamfetaminu, kombinace metamfetaminu a dalších drog bez opiátů se sledují od r. 2011.

### 5.3.2 Opiátová substituční léčba

Od r. 2011 jsou k dispozici dva zdroje údajů o počtu pacientů v substituční léčbě závislosti na opiátech/opioidech. Prvním zdrojem je Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných návykových látek (registr substituční léčby, NRULISL), druhým jsou agregované údaje z ročních výkazů o činnosti ambulantních zařízení oboru psychiatrie a oboru praktický lékař pro dospělé.

#### 5.3.2.1 Národní registr substituční léčby

Každý lékař podávající jakoukoliv substituční látku má zákonnou povinnost hlásit údaje o jednotlivých pacientech do NRULISL, který funguje od r. 2000. V r. 2012 nahlásilo pacienty v substituci celkem 59 zdravotnických zařízení. Jediným krajem bez aktivně hlásícího zařízení stále zůstává Pardubický kraj (Nechanská, 2013f). Informace o vývoji aktivně hlásících zařízení uvádí tabulka 5-10, síť registrovaných zařízení pak mapa 5-1.

mapa 5-1: Síť registrovaných zdravotnických zařízení v elektronické aplikaci NRULISL v r. 2012 (Nechanská, 2013f)



Během r. 2012 bylo v Registru substituční léčby evidováno 2298 léčených osob (1632 mužů a 666 žen). Téměř dvě třetiny těchto osob byly ve věku 30–39 let a čtvrtina ve věku 20–29 let. Průměrný věk léčených osob byl ve sledovaném roce 32,8 let. Nejvíce léčených osob bylo z Prahy (41 %), dále ze Středočeského (17 %), Ústeckého (15 %) a Jihomoravského (6 %) kraje. V r. 2012 bylo 1641 (71 %) osob hlášených v registru léčeno buprenorfinem, zbylých 657 osob bylo léčeno metadonem (Nechanská, 2013f) – tabulka 5-10.

tabulka 5-10: Vývoj léčených osob, nahlášených a ukončených případů léčby v NRULISL v I. 2000–2012 podle pohlaví (Nechanská, 2013f)

Rok	Počet aktivně hlásících zařízení	Počet léčených osob					Počet zahájených léčebných epizod			Počet ukončených léčebných epizod		
		Muži	Ženy	Celkem	z toho		Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
					metadonem	buprenorfinem						
2000	7	173	72	245	245	0	207	86	293	72	30	102
2001	8	369	164	533	510	23	374	167	541	261	107	368
2002	8	393	167	560	511	49	265	106	371	265	110	375
2003	8	557	232	789	520	269	499	183	682	345	115	460
2004	8	605	261	866	546	320	375	136	511	430	159	589
2005	9	578	247	825	571	254	438	150	588	395	135	530
2006	12	652	286	938	586	352	455	175	630	378	145	523
2007	13	719	319	1 038	605	433	403	157	560	378	143	521
2008	24	949	407	1 356	689	667	621	266	887	389	179	568
2009	34	1 089	466	1 555	686	869	530	225	755	354	154	508
2010	45	1 500	613	2 113	744	1 369	830	330	1 160	445	170	615
2011	55	1 621	669	2 290	667	1 623	787	293	1 080	622	211	833
2012	59	1 632	666	2 298	657	1 641	612	234	846	482	189	671

V r. 2012 se u nově nahlášených klientů začaly podrobně sledovat všechny drogy užívané klientem při zahájení léčby. Nejužívanější látkou byl heroin (48 %), dále buprenorfin získaný z černého trhu (32 %), pervitin (22 %) a předepsaný buprenorfin nebo metadon (20 %).

### 5.3.2.2 Agregovaná hlášení o substituční léčbě v ambulancích psychiatrů a praktických lékařů

V r. 2012 podstoupilo substituční léčbu v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé celkem 3548 pacientů. Substituční léčbu vykazalo celkem 56 psychiatrických ambulantních zařízení a byla poskytnuta 2357 pacientům (1609 mužů a 748 žen). Více než 90 % těchto pacientů bylo ve věku 20–39 let, 9 % ve věku 40–64 let a necelé 1 % ve věku 15–19 let. Dále substituční léčbu nahlásilo 316 ordinací praktických lékařů, kteří dohromady léčili 1191 osob (748 mužů a 443 žen). Většina praktických lékařů měla v péči jednoho pacienta, pouze 3 léčili 2–5 pacientů (Nechanská, 2013f) – tabulka 5-11.

tabulka 5-11: Substituční léčba závislosti na opiátech/opioidech v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé v I. 2011–2012 (Nechanská, 2013f)

Rok	Psychiatrické ordinace				Ordinace praktických lékařů pro dospělé			
	Počet pacientů			Počet zařízení	Počet pacientů			Počet zařízení
	Muži	Ženy	Celkem		Muži	Ženy	Celkem	
2011	1 900	886	2 786	67	776	530	1 306	357
2012	1 609	748	2 357	56	748	443	1 191	316

### 5.3.2.3 Průzkum mezi lékaři ČR na téma substituční léčby

V listopadu a prosinci 2012 proběhlo pravidelné šetření mezi lékaři v ČR, které každé 2 roky realizuje agentura INRES-SONES a do kterého byla z iniciativy NMS zařazena také baterie otázek na prevalenci problémového užívání drog a patologického hráčství a také na zkušenosti lékařů s poskytováním substituční léčby (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a) – výsledky týkající se problémového užívání drog viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 44).

Dotazováno bylo celkem 1200 lékařů z celé ČR. Jednalo se o kvótní výběr reprezentativní s ohledem na pohlaví, věk, způsob výkonu lékařského povolání (soukromí a ostatní) a kraj. Rozhovor odmítlo poskytnout 328 lékařů (21,5 % oslovených). Na žádost NMS byl počet praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost navýšen na přibližně dvojnásobek jejich reálného zastoupení v populaci lékařů ČR z důvodu prevalenčních odhadů problémových uživatelů drog. Soubor tedy nelze považovat za reprezentativní z hlediska odbornosti lékaře.

Celkem 40 lékařů (3,3 %) z celého vzorku uvedlo, že poskytuje substituční léčbu závislosti na opiátech celkem 280 pacientům s průměrem 7,0 pacientů na předepisujícího lékaře a 0,2 na jednoho lékaře celkem – tabulka 5-12.



tabulka 5-12: Lékaři poskytující substituci a počet pacientů v substituci v průzkumu Lékaři České republiky 2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a)

Odbornost	Celkem ve vzorku	Poskytuje substituci		Počet pacientů v substituci		
		Počet	%	Celkem	Průměr na předepisující lékaře	Průměr na všechny lékaře
Praktický lékař pro dospělé	341	22	6,5	87	4,0	0,26
Praktický lékař pro děti a dorost	210	5	2,4	17	3,4	0,08
Gynekologie, porodnictví	159	2	1,3	13	6,5	0,08
Chirurgie	99	4	4,0	54	13,5	0,55
Interna	87	1	1,1	10	10,0	0,11
Psychiatrie	6	1	16,7	2	2,0	0,33
Ostatní*	298	5	1,7	97	19,4	0,33
<b>Celkem</b>	<b>1 200</b>	<b>40</b>	<b>3,3</b>	<b>280</b>	<b>7,0</b>	<b>0,23</b>

Pozn.: Mezi nimi je 1 onkolog a 2 ortopedové, kteří předepsali „preparát v rámci substituční léčby závislosti na opiátech/opioidech“ celkem 94 pacientům – nelze vyloučit, že se jedná o léčbu bolesti preparátem obsahujícím buprenorfin.

Zjištěné podíly předepisujících lékařů podle odborností i průměrný počet pacientů v substituci na lékaře korespondují s výsledky stejného průzkumu z r. 2010 – blíže viz VZ 2010.

Vzhledem ke struktuře výzkumného souboru a výsledkům podle odborností byl odhad počtu pacientů v substituční léčbě v ČR proveden pouze u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost – výsledky z výběrového souboru byly extrapolovány na celkový počet 5290 praktických lékařů pro dospělé (Chudobová, 2013) a 2075 ambulantních praktických lékařů pro děti a dorost v ČR v r. 2012 (Marková, 2013).

tabulka 5-13: Odhad počtu pacientů v opiátové substituční léčbě u praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost v r. 2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a)

Pohlaví	Ukazatel	Praktičtí lékaři pro dospělé			Praktičtí lékaři pro děti a dorost		
		Celkem pacientů v léčbě	z toho		Celkem pacientů v léčbě	z toho	
			buprenorfinem	kombinací buprenorfinu s naloxonem		buprenorfinem	kombinací buprenorfinu s naloxonem
Muži	Střední hodnota	621	465	171	118	0	94
	95% CI – dolní mez	158	34	13	0	–	0
	95% CI – horní mez	1 083	897	328	310	–	280
Ženy	Střední hodnota	729	527	186	71	35	24
	95% CI – dolní mez	208	78	0	0	0	0
	95% CI – horní mez	1 250	977	448	144	87	70
Celkem	Střední hodnota	1 350	993	357	189	35	118
	95% CI – dolní mez	455	192	0	0	0	0
	95% CI – horní mez	2 244	1793	747	436	87	351

Lze odhadnout, že v r. 2012 přibližně 340 praktických lékařů pro dospělé a 50 praktických lékařů pro děti a dorost poskytovalo substituční léčbu preparáty na bázi buprenorfinu 1350 a 190 pacientům, dohromady tedy přibližně 1500 pacientům. Oproti r. 2010 se zvýšil odhadovaný počet předepisujících lékařů a podíl kompozitního preparátu s naloxonem (Suboxone<sup>®</sup>); odhadovaný počet pacientů u praktických lékařů pro dospělé (v r. 2010 nebyl proveden odhad za lékaře pro děti a dorost) zůstal stejný (800 až 1300 pacientů v r. 2010) – viz VZ 2010. V obdobném průzkumu z r. 2007 bylo odhadnuto 240 praktických lékařů předepisujících Subutex<sup>®</sup> 1360 pacientům a 150 psychiatrů předepisujících Subutex<sup>®</sup> 3000 pacientům – viz VZ 2007. Odhad 1350 pacientů na substituci u praktických lékařů dobře koresponduje s údaji z agregovaného hlášení ÚZIS.

Další otázky v průzkumu se týkaly hlášení do NRULISL. Z odpovědí vyplývá, že registrováno je 82,5 % lékařů poskytujících substituci, což je více než v r. 2010 (71,0 %). Také míra individuálních hlášení pacientů do registru se oproti r. 2010 zvýšila – např. v r. 2010 hlásilo vždy 35,5 % lékařů poskytujících substituční léčbu – tabulka 5-14.

tabulka 5-14: Registrace v NRULISL a hlášení pacientů do NRULISL v průzkumu Lékaři České republiky 2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a)

Odbornost	Počet lékařů poskytujících substituci	Registrován v NRULISL		Hlásí do NRULISL					
		Počet	%	Vždy		Někdy		Nikdy	
				Počet	%	Počet	%	Počet	%
Praktický lékař pro dospělé	22	21	95,5	13	59,1	7	31,8	2	9,1
Praktický lékař pro děti a dorost	5	3	60,0	1	20,0	2	40,0	2	40,0
Gynekologie, porodnictví	2	2	100,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Chirurgie	4	1	25,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0
Interna	1	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Psychiatrie	1	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Ostatní	5	4	80,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>18</b>	<b>45,0</b>	<b>14</b>	<b>35,0</b>	<b>8</b>	<b>20,0</b>

### 5.3.2.4 Problémové užívání substitučních látek

Za r. 2012 je v ČR odhadováno 6300 problémových (zejména injekčních) uživatelů buprenorfinu (4600 v r. 2011) – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 44).

Populace pacientů substituční léčby užívajících přípravky obsahující buprenorfin a problémových uživatelů buprenorfinu, resp. klientů nízkoprahových služeb, se vzájemně překrývají. V rámci průzkumu Multiplikátor 2013 (blíže viz kapitolu Problémové užívání drog, str. 44) mezi klienty nízkoprahových zařízení byl zjišťován podíl problémových uživatelů opiátů zařazených do substitučního programu, který byl vypočten jako vážený průměr podílu problémových uživatelů drog (PUD), které respondent zná a kteří jsou současně klienty substituční léčby.

Z výsledků vyplývá, že do substituční léčby je aktuálně zařazeno 14,3 % (95% CI: 13,7–14,8 %) PUD v ČR a střední odhad počtu klientů substituční léčby mezi problémovými uživateli drog v r. 2012 tak dosahuje přibližně 5900 osob (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a) – tabulka 5-15. V r. 2010 byl podíl problémových uživatelů drog účastnících se substituční léčby odhadnut na 8 % (95% CI: 7–10 %) a odhadovaný počet PUD v substituci v r. 2010 dosáhl 3000 osob (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010a).

tabulka 5-15: Odhad počtu klientů substituční léčby v r. 2012 mezi problémovými uživateli drog v ČR podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a)

Kraj	Počet PUD	Multiplikátor substituce (střední hodnota v %)	Počet osob v substituční léčbě		
			Střední odhad	95 % CI	
				dolní	horní
Hl. m. Praha	14 600	23,3	3 397	3 358	3 436
Středočeský	2 500	23,8	588	579	597
Jihočeský	2 000	12,5	248	246	250
Plzeňský	1 250	9,4	118	116	119
Karlovarský	1 950	2,6	51	51	52
Ústecký	4 600	8,4	387	385	389
Liberecký	1 750	2,0	34	34	35
Královéhradecký	1 050	15,9	170	167	172
Pardubický	1 000	3,8	38	37	38
Vysočina	750	4,6	35	35	35
Jihomoravský	2 650	12,7	339	334	344
Olomoucký	2 350	4,2	100	99	100
Zlínský	1 850	8,2	152	108	196
Moravskoslezský	3 000	7,8	234	234	234
<b>Celkem ČR</b>	<b>41 300</b>	<b>14,3</b>	<b>5 891</b>	<b>5 654</b>	<b>6 127</b>

Odhad počtu PUD v substituci je potřeba vnímat v kontextu odhadů PUD jako takových jako orientační. Průnik substituční léčby a výměnného programu je pozitivní faktor zvyšující preventivní efekt obou harm reduction intervencí (Hagan et al., 2011, Turner et al., 2011).

### 5.3.2.5 Dovoz a distribuce substitučních látek

V r. 2012 nebyl na český trh uveden žádný nový přípravek pro substituční léčbu závislosti na opiátech – blíže viz VZ 2011. Substituční přípravky jsou v ČR léčebně podávány výhradně orální formou a může je předepsat jakýkoliv lékař

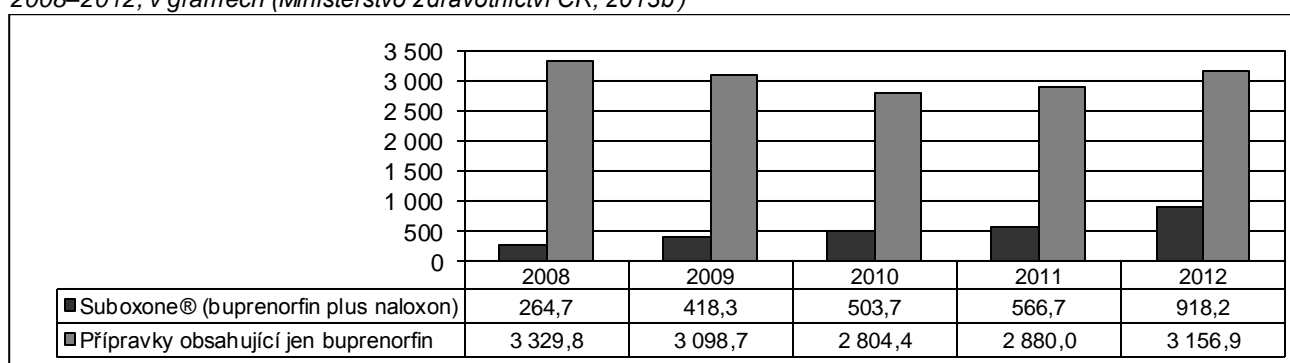
bez ohledu na specializaci. Jediným substitučním přípravkem částečně hrazeným ze zdravotního pojištění je od r. 2010 preparát Suboxone® 8 mg, ale vzhledem k nastavení podmínek k úhradě v praxi stále nedochází – viz také VZ 2010. Nákup metadonové substance je hrazen MZ.

V r. 2012 bylo do ČR dovezeno 18,0 kg čisté metadonové substance a distribuováno bylo 4,1 kg buprenorfinu v přípravcích Buprenorphine Alkaloid®, Ravata®, Suboxone® a Subutex®, každý z nich v balení po 7 sublingválních tabletách a ve dvou různých silách 2 mg a 8 mg v jedné tabletě (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013b) – tabulka 5-16. Od r. 2008 dochází k nárůstu spotřeby buprenorfinu v kompozitním přípravku Suboxone® obsahujícím kromě buprenorfinu také naloxone – graf 5-1.

tabulka 5-16: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v l. 1999–2012 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013b)

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

graf 5-1: Množství buprenorfinu distribuované v mono-přípravcích a kompozitních přípravcích s kombinací naloxonu v l. 2008–2012, v gramech (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013b)



### 5.3.3 Záchytné stanice

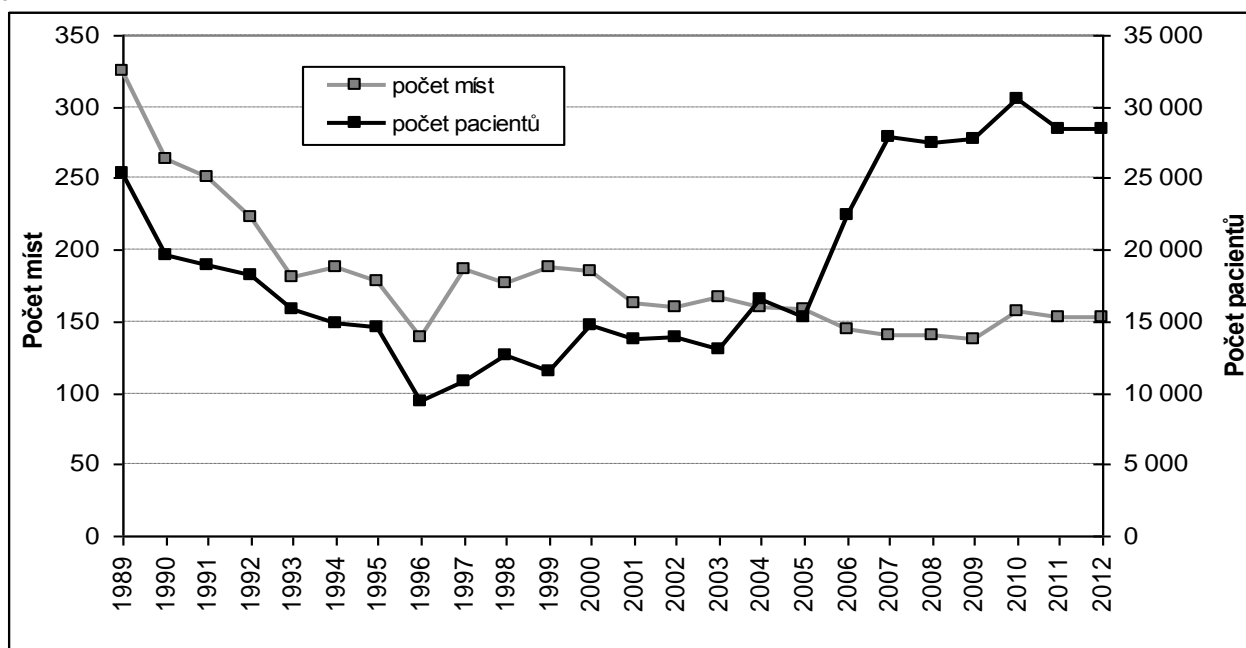
V r. 2012 bylo v ČR 17 záchytných stanic<sup>93</sup> se 152 lůžky a nacházely se ve všech krajích kromě Ústeckého a Libereckého<sup>94</sup>. Vývoj počtu kapacity záchytných stanic a počtu pacientů v nich ošetřených uvádí graf 5-2.

V r. 2012 bylo v záchytných stanicích ošetřeno celkem 28 469 osob a v l. 2006–2012 tvořili muži 84 % ošetřených (Nechanská, 2013a). Z celkového počtu zachycených osob bylo 83 % intoxikovaných alkoholem a 17 % ostatními drogami. U žen byl vyšší podíl intoxikací nealkoholovými drogami (22 %) než u mužů (17 %) – tabulka 5-17.

<sup>93</sup> Zákon č. 379/2005 Sb. zavedl oficiální termín „protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice“.

<sup>94</sup> V Liberci byla záchytná stanice znovuotevřena v listopadu 2012, ale do konce r. 2012 nebyla ÚZIS registrována.

graf 5-2: Vývoj kapacity záchytných stanic a počtu ošetřených pacientů v l. 1989–2012 (Nechanská, 2013a)



tabulka 5-17: Počet osob ošetřených pro intoxikaci alkoholem a nealkoholovými drogami podle pohlaví a věkových skupin pacientů v l. 2011–2012 (Nechanská, 2013a)

Rok	Celkem pacientů	Pohlaví		Věk		
		Muži	Ženy	do 19 let	20–64 let	65 a více let
<b>Alkohol</b>						
2011	23 429	19 381	4 048	1 631	20 432	1 366
2012	23 501	19 952	3 549	810	21 386	1 305
<b>Nealkoholové drogy</b>						
2011	3 760	3 412	348	396	3 251	113
2012	4 968	3 968	1 000	709	4 062	197
<b>Celkem</b>						
2011	26 807	22 526	4 281	1 948	23 406	1 453
2012	28 469	23 920	4 549	1 519	25 448	1 502

V r. 2013 byla publikována dvě sdělení na téma záchytných stanic. Jedno z nich se zabývalo evropským kontextem poskytování služeb typu záchytných stanic a prezentovalo výsledky průzkumu v síti Reitox na toto téma (Mravčík et al., 2013). Z výsledků vyplývá, že specifický systém péče o intoxikované, který se svými funkcemi více či méně blíží systému záchytných stanic, jak jej známe v ČR, existuje přibližně ve třetině evropských zemí, kde plní v zásadě tyto základní funkce:

- poskytnutí základního zdravotního dohledu a péče intoxikovaným osobám, pokud o ně nemůže být postaráno jinak,
- prevence zdravotního poškození ve stavu intoxikace, jako jsou úrazy, podchlazení, udušení v důsledku vdechnutí zvratků apod.,
- poskytnutí základních informací o škodlivosti alkoholu a jiných drog, poradenství a motivace k další léčbě,
- systémové navázání indikovaných osob na síť zařízení pro léčbu závislosti a na další zdravotní a sociální služby,
- řešení a prevence ohrožení ostatních osob, veřejného pořádku a majetku způsobeného chováním intoxikovaných osob.

Současně speciální systém péče o intoxikované osoby zaručuje, že není nadužíván a zneužíván systém poskytování intenzivní zdravotní péče na jedné straně a ani systém prosazování práva na straně druhé.

Byly také publikovány výsledky průzkumu na téma současného stavu sítě záchytných stanic v ČR (Burešová et al., 2013), které byly předběžně publikovány ve VZ 2011. Od května 2011 do ledna 2012 probíhalo dotazníkové šetření ve všech 17 toho času fungujících záchytných stanicích. Sběr dat proběhl pomocí elektronického dotazníku, na který odpovídali zástupci jednotlivých zařízení a který byl pro účely ověření a zpřesnění kombinován s metodou telefonického interview. K 1. 2. 2012 existovalo 17 záchytných stanic ve 12 krajích s celkovou kapacitou cca 150 míst. Kapacita byla hodnocena jako nedostatečná především ve velkých městech. Klienti se nejčastěji na záchytku dostanou z rukou státní nebo obecní policie, ale o jejich přijetí rozhoduje výhradně lékař konající v daném zařízení službu. Záchytné stanice obvykle nemají mezi svou klientelou nezletilé. Záchyt dospělého klienta nikomu dále nehlásí polo-

vina stanic. Se spádovou ordinací pro alkoholismus a jiné toxikománie (OAT, AT ambulancí) spolupracuje jen čtvrtina stanic. Přibývá případů, kdy klienty záchytné stanice jsou osoby intoxikované jinou látkou než alkohol. Kromě bezpečné detoxikace záchytné stanice poskytují klinické vyšetření lékařem a možnost pohotovostní služby v případě náhlé změny zdravotního stavu klienta. Nejčastějším problémem českých záchytných stanic z pohledu jejich provozovatelů je insolventnost klientů a náklady na vymáhání pohledávek, nevyhovující prostory nebo chybějící adekvátní navazující adiktologická péče. Provoz stanice často zajišťuje pouze střední a nižší zdravotnický personál, kdy lékař je přítomen u příjmu a propuštění klienta a telefonicky je volán pouze v případě potřeby. Finanční částka, kterou musí klient za pobyt na záchytce uhradit, se pohybuje od 600 do 8900 Kč. Z výsledků vyplývá, že v dostupnosti a rozsahu poskytovaných služeb existují mezi záchytnými stanicemi v ČR značné rozdíly, a to i v rámci jednoho kraje, a že nastavení podmínek provozu ZS by bylo vhodné blíže usměrnit zákonem nebo metodicky.

### 5.3.4 Krizová centra a psychoterapeutické stacionáře

Dalšími zdravotnickými zařízeními, která pečují o AT pacienty, jsou krizová centra a psychoterapeutické stacionáře. Údaje o činnosti těchto zařízení shromažďuje ÚZIS ČR, letos jsou prezentovány poprvé (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013f). V r. 2012 péči o uživatele drog vykazala 2 krizová centra (84 pacientů) a 7 terapeutických stacionářů (287 pacientů). Přehled krizových center a psychoterapeutických stacionářů uvádí tabulka 5-18 a vývoj počtu léčených pacientů tabulka 5-19.

tabulka 5-18: Přehled krizových center a psychoterapeutických stacionářů v r. 2012 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013f)

Název zařízení	Obec
<b>Psychoterapeutické stacionáře</b>	
Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov	Praha 4
Fokus Praha	Praha 6
Denní stacionář SANANIM	Praha 7
Psychoterapeutická klinika ESET	Praha 11
Psychiatrický denní stacionář Fakultní nemocnice Plzeň	Plzeň
Denní sanatorium, Psychiatrická léčebna Brno	Brno
Denní psychoterapeutické sanatorium Elysium Sdružení Podané ruce	Brno
<b>Krizová centra</b>	
Krizové centrum RIAPS, CSSP	Praha 3
Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, krizové centrum	Praha 11

tabulka 5-19: Vývoj počtu krizových center a psychoterapeutických stacionářů a počtu pacientů v l. 2009–2012 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013f)

Rok	Počet zařízení	Počet pacientů					
		Alkohol			Ostatní návykové látky		
		Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
<b>Krizové centrum</b>							
2009	2	24	12	36	14	11	25
2010	2	24	12	36	44	23	67
2011	3	27	22	49	32	33	65
2012	2	21	12	33	33	18	51
<b>Psychoterapeutický stacionář</b>							
2009	9	117	78	195	37	38	75
2010	9	9	17	26	19	37	56
2011	8	60	61	121	25	41	66
2012	7	39	45	84	116	87	203

Denní stacionář SANANIM zahájí od října 2013 program skupinové terapie pro uživatele konopných látek s frekvencí jednou týdně v délce 3 měsíců<sup>95</sup>.

### 5.3.5 Ambulantní léčba poskytovaná NNO

Ambulantní léčbu poskytují v ČR také NNO. Ve většině případů jsou spolufinancovány z veřejných rozpočtů v rámci dotačních řízení a některé z těchto služeb mají také statut zdravotnických zařízení a jsou financovány ze systému veřejného zdravotního pojištění. V r. 2012 dotovala RVKPP 11 ambulantních programů, které poskytovaly služby 3 tis. klientů, z nichž bylo téměř 1400 uživatelů drog. Průměrný věk klientů užívajících drogy překročil poprvé za sledované období hranici 30 let. Celkem 759 (54,4 %) klientů užívalo drogy injekčně, 671 (48,1 %) klientů užívalo pervitin, 138 (9,9 %) heroin, 125 (9,0 %) konopné látky a 121 (8,7 %) buprenorfin získávaný nelegální cestou. Ačkoliv v průběhu sledovaných let klesá počet ambulantních služeb podpořených v dotačním řízení RVKPP, lze konsta-

<sup>95</sup> <http://www.sananim.cz/aktuality/129/denni-stacionar-sananim-otevira-skupinu-pro-uzivatele-marihuany.html> (2013-09-13)

tovat, že kontinuálně klesá podíl uživatelů heroinu a současně se zvyšuje průměrný věk uživatelů drog v ambulantních službách. Srovnání let 2004–2012 uvádí tabulka 5-20.

tabulka 5-20: Programy ambulantní léčby provozované NNO a vybrané charakteristiky jejich klientů v I. 2004–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Ukazatel	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet dotovaných programů	20	18	15	13	13	15	13	12	11
Počet klientů	2 506	3 127	4 301	3 044	3 958	3 833	3 304	3 334	2 998
Počet uživatelů drog	1 493	1 743	2 428	1 642	2 379	2 130	1 813	1 524	1 395
– z toho injekčních uživatelů drog	697	1 034	1 024	708	940	873	774	754	759
– z toho uživatelů pervitinu	540	540	771	511	644	834	720	744	671
– z toho uživatelů konopných látek	339	158	405	101	133	194	193	136	125
– z toho uživatelů heroinu	223	391	240	256	367	274	215	170	138
– z toho uživatelů buprenorfinu	–	126	110	116	96	70	72	73	121
Průměrný věk uživatelů nealkoholových drog	25,9	26,8	29,6	26,3	28,6	27,6	26,4	25,6	30,7

Byly publikovány výsledky evaluace programu Slunečnicová zahrada Centra pro rodinu Drop In, o. p. s. (Doležalová, 2013), který spočívá v komplexní multidisciplinární péči o matky – uživatelky drog a jejich děti ve věku minimálně 3 let. Hlavní cíle programu jsou prevence záškoláctví, rizikové chování dětí a odebrání dítěte z rodičovské péče. Program využívá vlastní i převzatou metodiku (Sedláčková and Hošková, 2011, Kárová, 2007). Soubor tvořilo 70 dětí v průměrném věku 6 let, 46 matek, 35 babiček a 4 otcové. Matky 27 (38,6 %) ze 70 dětí užívaly před nebo v průběhu těhotenství pervitin, 14 (20,0 %) heroin, 11 (15,7 %) alkohol, 4 (5,7 %) více drog současně. Hodnocení bylo prováděno prostřednictvím standardizovaných screeningových a diagnostických nástrojů, klinických interview a dotazníku po jednom roce od vstupu do programu. Výsledky byly adjustovány na věk dětí. Ukázalo se, že děti v programu dosáhly zlepšení v oblasti jemné i hrubé motoriky, řeči a jazykových dovedností. Ke zlepšení nedošlo v oblasti poruch pozornosti a poruch chování, velmi pravděpodobně díky jejich biologickému podkladu.

## 5.4 Rezidenční léčba

### 5.4.1 Detoxifikační jednotky

Detoxifikace od návykových látek byla v r. 2012 prováděna v 31 lůžkových zařízeních (tj. o 2 zařízení více než v r. 2011), z toho v 5 fakultních nemocnicích, 13 nemocnicích akutní péče a 13 psychiatrických léčebnách – tabulka 5-21. Jediným krajem, kde neposkytovali detoxifikaci AT pacientů, byl Karlovarský kraj. Nejvíce zařízení se nacházelo v Praze, Jihomoravském a Moravskoslezském kraji, a to po 4 zařízeních, dále v Jihočeském a Olomouckém kraji po 3 zařízeních, v krajích Plzeňském, Ústeckém, Pardubickém, Královéhradeckém a v Kraji Vysočina bylo po 2 zařízeních. V ostatních krajích se nacházelo pouze jedno zařízení zajišťující detoxifikaci od návykových látek (Nechanská, 2013e).

tabulka 5-21: Síť lůžkových zařízení poskytujících detoxifikaci AT pacientů a počty vyčleněných lůžek na detoxifikačních jednotkách v I. 2010–2012 (Nechanská, 2013e)

Rok	Vyčleněná lůžka								Počet zařízení s nevyčleněnými lůžky				Zařízení poskytující detoxifikaci celkem
	Fakultní nemocnice		Nemocnice (akutní péče)		Psychiatrické léčebny		Celkem		Fakultní nemocnice	Nemocnice (akutní péče)	Psychiatrické léčebny	Celkem	
	Počet zařízení	Počet lůžek	Počet zařízení	Počet lůžek	Počet zařízení	Počet lůžek	Počet zařízení	Počet lůžek					
2010*	–	–	–	–	–	–	16	163	–	–	–	12	28
2011	3	29	5	39	9	82	17	150	2	8	2	12	29
2012	3	29	5	41	9	85	17	155	2	8	4	14	31

Pozn.: \*Podrobné údaje o zařízeních a pacientech byly sbírány až od r. 2011.

V 17 detoxifikačních jednotkách bylo vyčleněno celkem 155 lůžek k detoxifikaci AT pacientů (o 5 lůžek více než v r. 2011). Nejvíce lůžek bylo na detoxifikačních jednotkách (mužské i ženské) v PL Bohnice v Praze, a to celkem 19 lůžek, 15 lůžek měla vyčleněno Vojenská nemocnice v Olomouci. V PL Havlíčkův Brod, ve FN Brno a v Dětském a dorostovém detoxifikačním centru v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze hospitalizovali pacienti na 14 lůžkách. Nejméně lůžek vykázala detoxifikační jednotka Ústřední vojenské nemocnice v Praze (2 lůžka).

Pro detoxifikaci od návykových látek bylo v r. 2012 hospitalizováno celkem 9124 pacientů. Nejpočetnější skupinu, ať už na vyčleněných či nevyčleněných lůžkách, tvořili pacienti detoxifikovaní od alkoholu (55 %, tj. 5021 pacientů), kombinace více látek (20 %), jiných stimulantů, především pervitinu (14 %) a opiátů/opioidů (5 %) – tabulka 5-22. V Praze, kde hospitalizovali AT pacienty na 4 detoxifikačních jednotkách s více než čtvrtinou všech vyčleněných lůžek v ČR, byl v r. 2012 zaznamenán nejvyšší podíl provedených detoxifikací od alkoholu (26 %) a ostatních návykových látek (31 %). Více než dvě třetiny z celkového počtu detoxifikovaných pacientů představovali muži, více než 7 % děti a mladiství ve věku do 19 let (Nechanská, 2013e).

tabulka 5-22: Počet osob hospitalizovaných pro detoxifikaci od návykových látek v l. 2011–2012 (Nechanská, 2013e)

Rok	Počet zařízení	F10 (alkohol)	F11 (opiáty/opioidy)	F12 (konopné látky)	F13 (sedativa/hypnotika)	F14 (kokain)	F15 (ostatní stimulantia)	F16 (haluciny)	F17 (tabák)	F18 (těkavé látky)	F19 (jiné psychoakt. ivní látky)	F19 (kombinace dvou a více látek)	Nealkoholové drogy celkem	Celkem osob
2011	29	3 960	442	196	220	13	1 034	4	2	4	10	1 276	3 201	7 161
2012	31	5 021	477	213	273	19	1 284	5	6	12	20	1 794	4 103	9 124

Detoxifikace probíhala v r. 2012 také ve 4 věznicích – blíže viz kapitolu Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 123).

#### 5.4.2 Psychiatrická lůžková zařízení

Lůžkovou péči pacientům závislým na návykových látkách poskytují v ČR převážně psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic. Zejména v psychiatrických léčebnách byla léčba organizována na speciálních odděleních pro léčbu závislostí. V r. 2012 došlo k dalšímu poklesu počtu lůžek v psychiatrických léčebnách, oproti tomu počet lůžek na AT pracovištích nepatrně vzrostl. Snížil se počet psychiatrických oddělení v nemocnicích (Nechanská, 2013d). Údaje o počtu zařízení (oddělení), počtu lůžek a pacientů uvádí tabulka 5-23.

tabulka 5-23: Počet psychiatrických lůžkových zařízení, jejich celková lůžková kapacita a využití uživateli nealkoholových drog (bez tabáku) v l. 2002–2012 (Nechanská, 2013d)

Rok	Dětské psychiatrické léčebny			Psychiatrické léčebny pro dospělé				Psychiatrická oddělení nemocnic			Ostatní lůžková zařízení*		
	Počet	Celkový počet lůžek	Počet pacientů	Počet	Celkový počet lůžek	z toho AT lůžka	Počet pacientů	Počet	Celkový počet lůžek	Počet pacientů	Počet	Celkový počet lůžek	Počet pacientů
2002	4	368	13	17	9 677	1 194	2 494	33	1 546	1 200	2	66	10
2003	4	368	17	17	9 609	1 275	2 536	33	1 517	1 480	2	66	5
2004	4	368	27	17	9 583	1 266	2 880	33	1 501	1 763	2	66	6
2005	3	320	27	17	9 538	1 316	3 104	32	1 439	1 584	3	126	115
2006	3	320	29	17	9 442	1 347	3 200	31	1 420	1 846	3	126	211
2007	3	320	16	16	9 307	1 347	3 489	32	1 419	1 834	3	126	158
2008	3	300	25	16	9 240	1 319	3 527	32	1 396	1 708	3	126	168
2009	3	260	21	17	9 207	1 330	3 578	31	1 383	1 709	3	126	156
2010	3	260	31	17	9 058	1 314	3 550	31	1 374	1 644	3	126	131
2011	3	260	32	18	8 994	1 305	3 976	31	1 328	1 466	2	66	13
2012	3	250	24	18	8 847	1 315	4 185	30	1 268	1 644	2	66	19

Pozn.: \*Jde o psychiatrická oddělení v ostatních odborných léčebných ústavech a dalších lůžkových zařízeních.

Po období snižování počtu hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek (tj. se základní dg. F10–F19), došlo v roce 2012 k jejich mírnému nárůstu (o 1 %) na 15 419. Tento růst jde na vrub zejména hospitalizacím spojeným s užíváním nelegálních drog, jejichž počet vzrostl o více než 7 % na 5872. U hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním alkoholu počet hospitalizací v roce 2012 klesl o více než 2 % na 9544.

Pacienti se základní dg. F10 tvořili téměř dvě třetiny všech hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek, muži tvořili téměř 68 %. Více než polovina (55 %) se týkala pacientů ve věku 40–59 let a 79 % pacientů ve věku 30–59 let. U dětských pacientů ve věku do 14 let byly evidovány 3 hospitalizace a u mladistvých pacientů ve věku 15–19 let 83 hospitalizací. Z hlediska regionální distribuce bylo v souvislosti s alkoholem zaznamenáno nejvíce hospitalizací u pacientů z Olomouckého, Zlínského a Moravskoslezského kraje.

U hospitalizací uživatelů nealkoholových drog bylo opět nejčastější příčinou užívání kombinace látek (55 %), dále užívání stimulantů mimo kokain (34 %) a opiátů/opioidů (7 %). Necelá polovina hospitalizací uživatelů nelegálních drog (45 %) byla ve věku 20–29 let, 28 % ve věku 30–39 let, 12 % ve věku 15–19 a dětí do 15 let bylo 32. Většinu

hospitalizovaných v souvislosti s nealkoholovými drogami tvořili muži (67 %). Výjimku představovala dg. F13 (sedativa a hypnotika), kde bylo téměř 42 % pacientů ve věku 40–59 let a většinu (68 %) tvořily ženy. Z hlediska regionální distribuce bylo v souvislosti s nelegálními drogami hospitalizováno nejvíce pacientů s trvalým bydlištěm v Ústeckém kraji a Praze. Vývoj hospitalizací podle jednotlivých skupin návykových látek uvádí tabulka 5-24.

tabulka 5-24: Vývoj počtu hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v l. 1997–2012 (Nechanská, 2013d)

Rok	F10 (alkohol)	F11 (opiáty/opioidy)	F12 (konopné látky)	F13 (sedativa/hypnotika)	F14 (kokain)	F15 (ostatní stimulancia)	F16 (halucinogeny)	F17 (tabák)	F18 (těkavé látky)	F19 (kombinace látek)	Nealkoholové drogy (bez tabáku)	Návykové látky celkem
1997	10 240	1 170	48	162	7	895	26	6	139	994	3 441	13 687
1998	10 060	1 625	57	175	6	1 198	64	0	138	1 281	4 544	14 604
1999	9 597	2 072	60	153	9	1 083	39	0	110	1 228	4 754	14 351
2000	9 958	2 328	65	154	5	901	41	1	135	1 454	5 083	15 042
2001	10 241	2 084	79	165	5	816	33	1	106	1 498	4 786	15 028
2002	10 561	918	92	153	9	926	16	2	128	1 475	3 717	14 280
2003	11 139	989	112	155	13	986	15	6	153	1 615	4 038	15 183
2004	11 738	1 068	96	200	3	1 230	21	2	129	1 929	4 676	16 416
2005	11 984	988	118	227	9	1 292	15	1	94	2 087	4 830	16 815
2006	11 053	915	152	246	7	1 681	9	2	107	2 169	5 286	16 341
2007	10 877	907	150	227	3	1 731	12	0	80	2 387	5 497	16 374
2008	10 722	735	165	280	3	1 594	13	4	50	2 588	5 428	16 154
2009	10 419	713	181	306	6	1 552	5	2	67	2 634	5 464	15 885
2010	10 003	696	199	306	2	1 626	9	3	42	2 476	5 356	15 362
2011	9 765	448	185	354	5	1 723	5	1	22	2 745	5 487	15 253
2012	9 544	396	215	345	2	1 873	3	3	27	3 011	5 872	15 419

### 5.4.3 Terapeutické komunity pro uživatele drog

V odborné sekci terapeutických komunit A.N.O. je sdruženo 11 terapeutických komunit<sup>96</sup>. Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV evidoval k srpnu 2013 v ČR celkem 14 programů registrovaných jako terapeutická komunita, jejichž primární cílovou skupinou jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách<sup>97</sup>. V dotačním řízení RVKPP bylo v r. 2012 podpořeno 9 terapeutických komunit. Od 9 komunit dotovaných RVKPP jsou k dispozici závěrečné zprávy o realizaci projektu a tedy i základní údaje o klientech a poskytnutých službách (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f) – tabulka 5-25. Kapacita těchto TK v roce 2012 byla 158 lůžek a pobyt v nich absolvovalo celkem 402 uživatelů drog, jejichž průměrný věk byl 27,3 roku. Z celkového počtu klientů terapeutických komunit užívalo 342 (85,1 %) osob před léčbou drogy injekčně, 303 (75,4 %) osob užívalo pervitin a 55 (13,7 %) heroin. Ve srovnání s rokem 2011 nedošlo ve struktuře klientů k výraznějším změnám. Dále roste průměrný věk klientů nastupujících do komunity a klesá počet uživatelů opiátů, což je trend, který pozorujeme i v jiných typech služeb (např. ambulantní a nízkoprahové). V r. 2012 dokončilo úspěšně léčebný program 108 (26,9 %) klientů. Předčasně ukončilo léčbu 145 (36,1 %) klientů, z nich celkem 27 ukončilo léčbu do dvou týdnů od zahájení léčby a dalších 60 klientů opustilo léčbu do 3 měsíců od zahájení. Průměrná délka léčby všech klientů byla 196 dnů.

<sup>96</sup> <http://www.asociace.org/sekce-terapeuticky-komunit-clenske-organizace.html> (2013-08-21)

<sup>97</sup> <http://registr.mpsv.cz/> (2013-08-21)



tabulka 5-25: Terapeutické komunity dotované RVKPP a jejich klienti v l. 2003–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Ukazatel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012
Počet TK	17	14	12	12	11	10	10	10	10	9
Kapacita TK	238	218	183	185	169	138	160	160	158	154
Počet klientů	510	546	491	451	472	427	349	408	402	401
– z toho injekčních uživatelů drog	428	429	400	375	347	326	343	350	351	342
– z toho uživatelů pervitinu	270	306	287	281	291	283	276	292	313	303
– z toho uživatelů opiátů	187	151	132	93	66	67	69	68	46	55
Průměrný věk klientů	23,4	24,2	24,9	25,1	24,2	23,8	26,6	26,7	27,2	27,3
Úspěšně dokončilo léčbu	–	134	102	124	124	123	93	118	106	108
Předčasně ukončilo léčbu	–	252	219	171	164	153	163	150	163	145
Poměr předčasně k úspěšně ukončeným	–	1,9 : 1	2,1 : 1	1,4 : 1	1,3 : 1	1,2 : 1	1,8 : 1	1,3 : 1	1,5 : 1	1,3 : 1
Průměrná délka léčby (dny)	190	–	177	189	186	188	181	185	193	196

Pozn.: \* Do údajů je zahrnuto 9 komunit dotovaných RVKPP a TK Vršíček.

Zevrubně analyzovány a publikovány byly údaje týkající se terapeutických komunit (TK) v průzkumu Sčítání adiktologických služeb 2012 (Mravčík and Nechanská, 2013) – pro podrobnější informace k průzkumu viz VZ 2011. Součástí průzkumu bylo také sčítání klientů a kapacitních údajů v jediném rozhodném dni, kterým byl 20. červen 2012. Analyzovaný soubor tvořilo celkem 255 programů, z nichž 15 uvedlo TK jako typ poskytované služby. V nich bylo vyčleněno celkem 293 lůžek. Celkem v těchto 15 sledovaných TK pracovalo 214 pracovníků na hlavní pracovní poměr s celkem 199,3 úvazku. Z tohoto počtu bylo nejvíce psychologů (34,3), všeobecných a psychiatrických sester (30,2), sociálních pracovníků (28,3) a adiktologů (24,8 úvazku). Cílovými skupinami všech TK byli klienti s problémy způsobenými užíváním nelegálních drog. U většiny TK tvořili klientelu také uživatelé psychoaktivních léků a alkoholu. U 12 terapeutických komunit byli cílovou skupinou také gambleři. V TK bylo v den sčítání celkem 319 klientů. Většinu klientů (60 %) tvořili muži. Více než 85 % z celkového počtu klientů bylo ve věku 15–44 let, děti do 15 let bylo v den sčítání v terapeutických komunitách celkem 10 (patrně se jednalo o děti klientek TK). Strukturu klientů TK podle užívané látky nebo typu nelátkové poruchy uvádí tabulka 5-26.

tabulka 5-26: Počet uživatelů podle problému a kraje sídla terapeutické komunity k 20. červnu 2012 (Mravčík and Nechanská, 2013)

Kraj sídla	Počet zařízení	Počet uživatelů							Celkem
		pouze pervitinu	pouze opiátů	pervitinu a opiátů současně	jinych nealkoholových drog	alkoholu a současně nealkoholových drog	pouze alkoholu	nelátkové poruchy/gambling	
Hl. m. Praha	1	0	0	1	0	8	9	1	19
Středočeský	3	21	3	3	2	9	13	3	54
Jihočeský	2	23	4	4	0	5	0	0	36
Plzeňský	1	6	0	2	3	0	0	0	11
Karlovarský	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ústecký	1	9	5	0	0	1	0	0	15
Liberecký	1	6	1	1	0	6	0	0	14
Pardubický	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Královehradecký	1	9	0	0	0	2	40	3	54
Vysočina	1	4	0	3	1	2	0	0	10
Jihomoravský	2	6	1	1	0	9	1	0	18
Olomoucký	1	15	1	0	0	0	0	0	16
Zlínský	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moravskoslezský	1	7	1	1	0	3	0	0	12
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>106</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>45</b>	<b>63</b>	<b>7</b>	<b>259</b>

Problematice terapeutických komunit je věnováno bilingvní monotematické vydání časopisu Adiktologie, 2013, 13(2). V tomto čísle je také publikováno sdělení s výsledky výzkumné studie Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé, jejímž realizátorem bylo o. s. SANANIM (Šefránek, 2013) – viz také VZ 2011.

#### 5.4.4 Specializovaná oddělení v pobytových zařízeních speciálního školství

Do rezortu školství spadá systém náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči, kam patří diagnostické ústavy pro děti a pro mládež, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, dětské domovy a střediska výchovné péče. Celkem se v r. 2012 jednalo o 238 zařízení, součástí 5 zařízení jsou oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogo-

vou závislostí – celková kapacita těchto speciálních oddělení v r. 2012 byla 68 míst a pobyt v nich absolvovalo 159 dětí<sup>98</sup> – tabulka 5-27 a tabulka 5-28.

tabulka 5-27: Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v l. 2009–2012

Typ zařízení	Počet zařízení			
	2009	2010	2011	2012
Dětský domov	155	150	149	147
Dětský domov se školou	29	31	31	30
Výchovný ústav	34	33	33	29
Diagnostický ústav pro děti	8	9	8	8
Diagnostický ústav pro mládež	4	4	4	4
Diagnostický ústav pro děti a mládež	1	0	1	1
Diagnostický ústav pro děti cizinců	1	1	1	1
Středisko výchovné péče*	17	17	17	18
<b>Celkem ČR</b>	<b>249</b>	<b>245</b>	<b>244</b>	<b>238</b>

Pozn.: \* Jedná se o počet subjektů. Včetně odloučených pracovišť se jedná o 41 zařízení.

tabulka 5-28: Kapacita a počet dětí s problémy s užíváním drog ve specializovaných odděleních školských zařízení ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v l. 2009–2012

Zařízení	Kapacita				Počet dětí			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Výchovný ústav Dvůr Králové nad Labem	24	24	24	24	31	32	38	45
Výchovný ústav Klíčov	8	8	8	8	14	19	20	21
Výchovný ústav Žulová	8	8	8	8	15	12	13	12
Výchovný ústav Hostouň	16	16	16	16	25	27	33	27
Diagnostický ústav Dobřichovice, pracoviště Řevnice	18	12	12	12	67	47	51	54
<b>Celkem</b>	<b>74</b>	<b>68</b>	<b>68</b>	<b>68</b>	<b>152</b>	<b>137</b>	<b>155</b>	<b>159</b>

## 5.5 Registr žádostí o léčbu

Do Registru žádostí o léčbu v r. 2012 nahlásilo údaje o svých klientech 206 zařízení (64 nízkoprahových programů, 71 zdravotnických ambulancí, 22 nezdravotnických ambulancí a 49 pobytových zařízení) z celkem 268 registrovaných. Nejnavštěvovanějším typem zařízení byla tradičně nízkoprahová centra, jejichž klienti tvořili stejně jako v předchozích letech více než polovinu registrovaných (více než 58 % prvožadatelů a 51 % všech žadatelů). Nejčastěji byla mezi centry zastoupena ambulantní zařízení (zdravotnická i nezdravotnická), nicméně na hlášení léčených uživatelů drog se podílela pouze z pětiny. Nejvíce zařízení se nacházelo v Moravskoslezském kraji (36) a v Praze (31) (Petrašová and Füleová, 2013).

V r. 2012 bylo nahlášeno celkem 8955 léčených uživatelů drog, tj. o 289 osob méně než v r. 2011. Z toho 4313 osob požádalo o léčbu poprvé, což je o 199 klientů méně než v r. 2011. Poprvé od r. 2008 klesl počet prvožadatelů i všech žadatelů v Registru žádostí o léčbu.

Mezi nově evidovanými uživateli drog bylo 2902 mužů (67,4 %) a 1401 žen (32,6 %), u 10 osob nebylo pohlaví uvedeno. Mezi všemi léčenými klienty bylo 6075 mužů (67,8 %) a 2858 žen (31,9 %), u 22 osob nebylo pohlaví uvedeno.

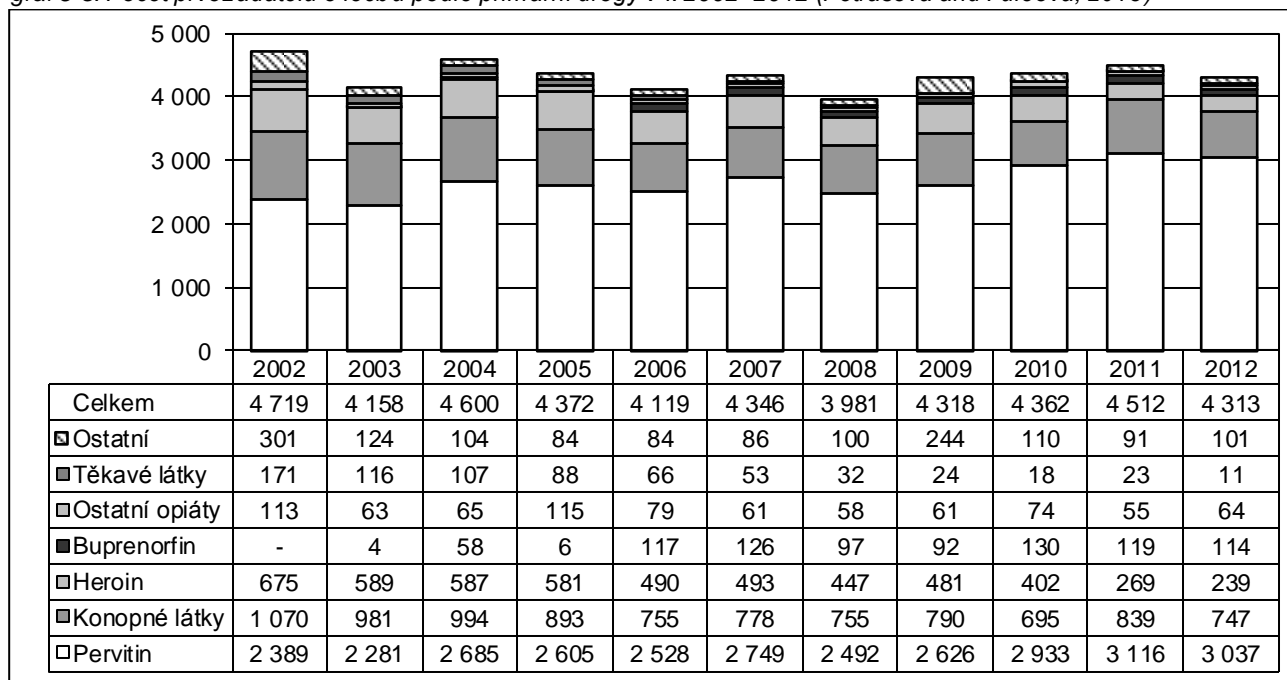
Pořadí užívaných drog, které jsou důvodem prvních žádostí o léčbu, zůstalo i v r. 2012 stejné jako v předchozích letech. Mezi prvožadateli jsou nejčastěji užívanými drogami pervitin (70,4 % ze všech nově evidovaných klientů). Dalšími nejčastěji užívanými drogami byly konopné látky (17,3 %) a opiáty (9,7 %), zejména heroin (5,5 %) (Petrašová and Füleová, 2013). Vývoj počtu prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy uvádí graf 5-3.

Mezi všemi klienty léčenými v průběhu r. 2012 byly nejčastěji užívanými drogami pervitin (66,9 %). Druhou nejčastěji užívanou drogou byly opiáty (18,0 %) – především heroin (9,8 %) – a konopné látky (12,4 %). Vývoj počtu všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy uvádí graf 5-4.

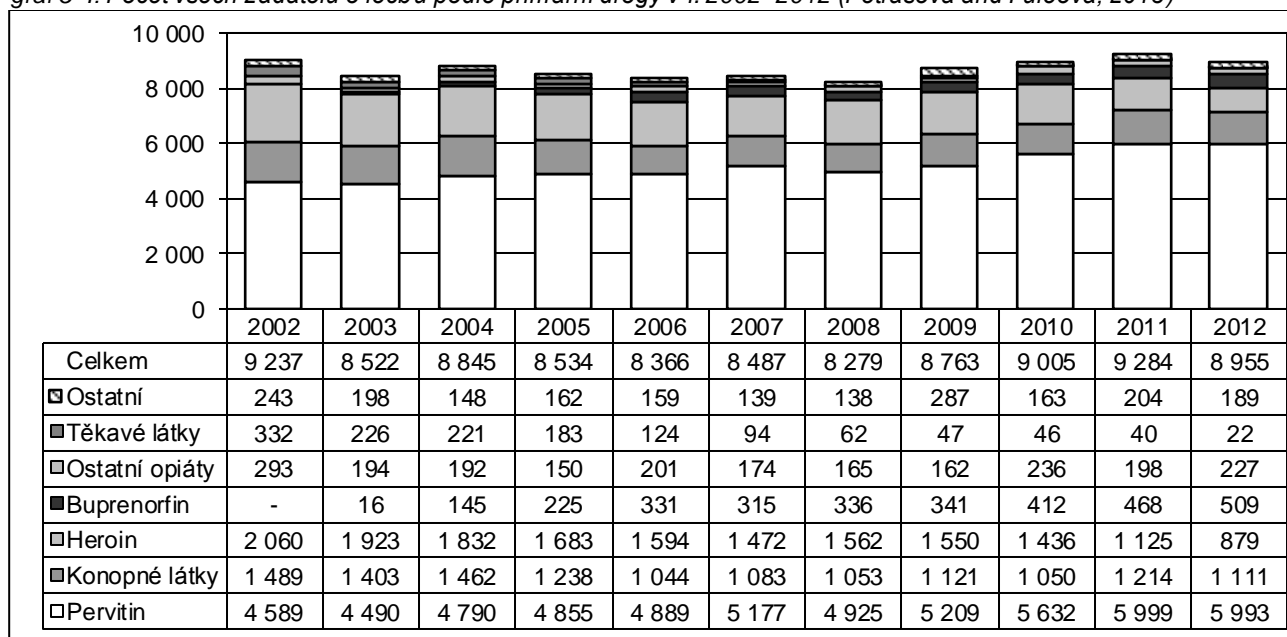
Nejvyšší počet žadatelů v přepočtu na 100 tis. obyvatel byl evidován v Olomouckém kraji (152,8 na 100 tis. obyvatel), dále na Vysočině (137,7) a v Praze (125,3). Nejvyšší podíl uživatelů stimulancií byl nahlášen v Libereckém (82,6 %) a Ústeckém kraji (80,7 %), nejnižší podíl léčených uživatelů stimulancií byl hlášen v hl. m. Praze (53,4 %). Uživatelé opiátů byli nejvíce zastoupeni mezi žadateli v Praze (32,3 %) a Středočeském kraji (29,5 %). Nejvyšší podíl uživatelů konopných drog byl hlášen v Plzeňském kraji (29,5 %), na Vysočině (25,7 %), v Pardubickém (25,3 %) a Moravskoslezském (20,5 %) kraji (Petrašová and Füleová, 2013) – mapa 5-2.

<sup>98</sup> Informace podané MŠMT, odborem speciálního vzdělávání a institucionální výchovy, 2013-09-12.

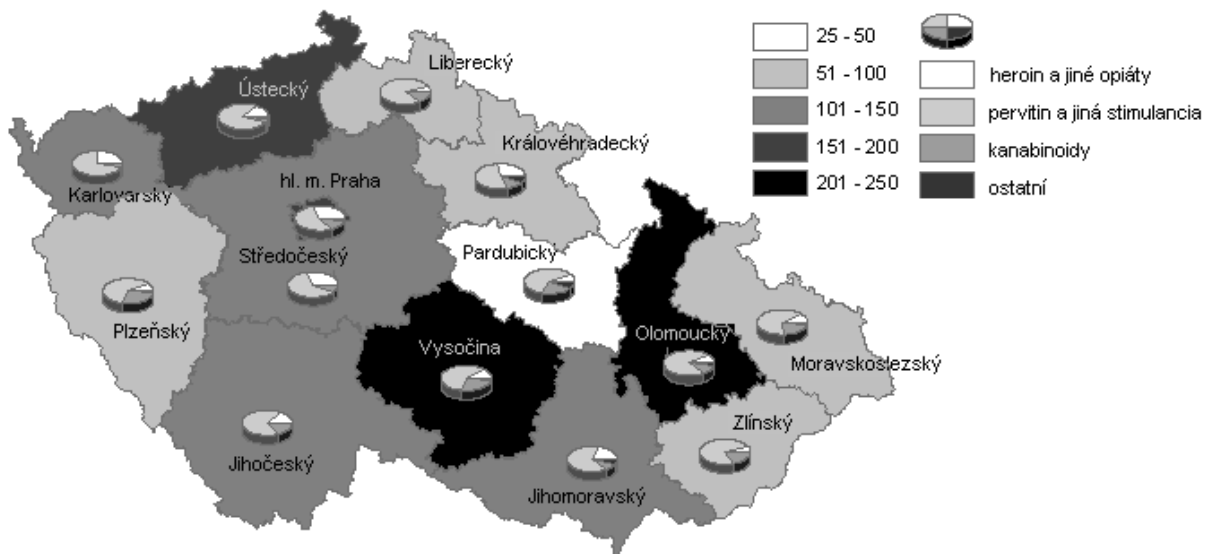
graf 5-3: Počet prvožadatelů o léčbu podle primární drogy v l. 2002–2012 (Petrášová and Füleová, 2013)



graf 5-4: Počet všech žadatelů o léčbu podle primární drogy v l. 2002–2012 (Petrášová and Füleová, 2013)



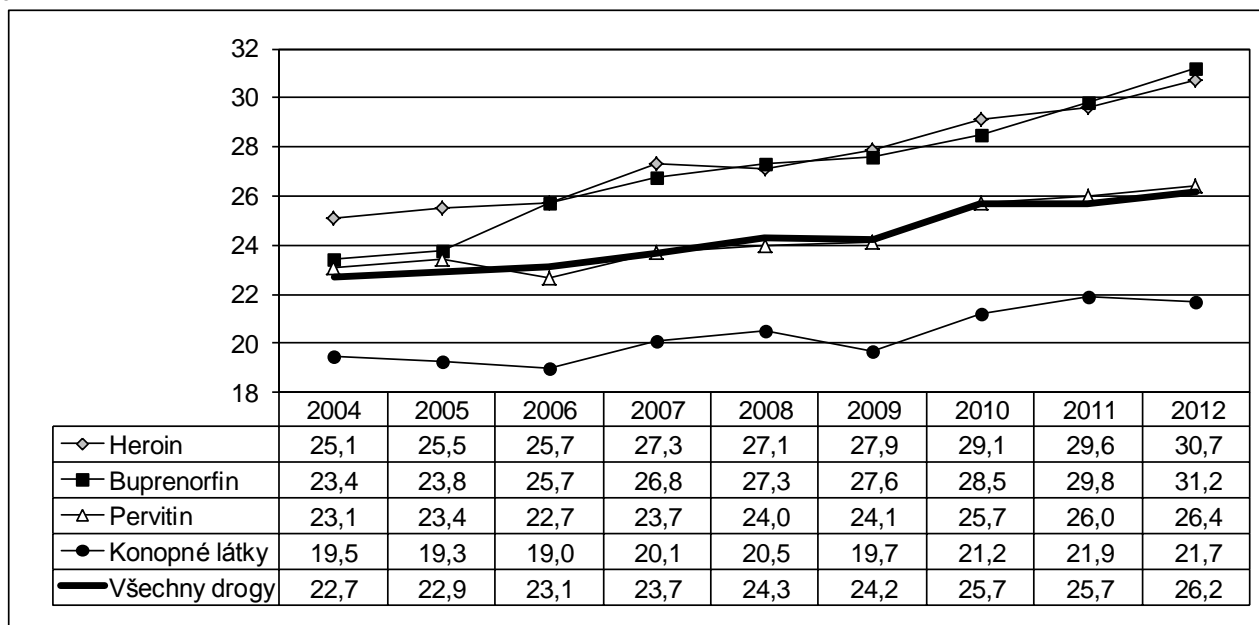
mapa 5-2: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2012 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let (Petrášová and Füleová, 2013)



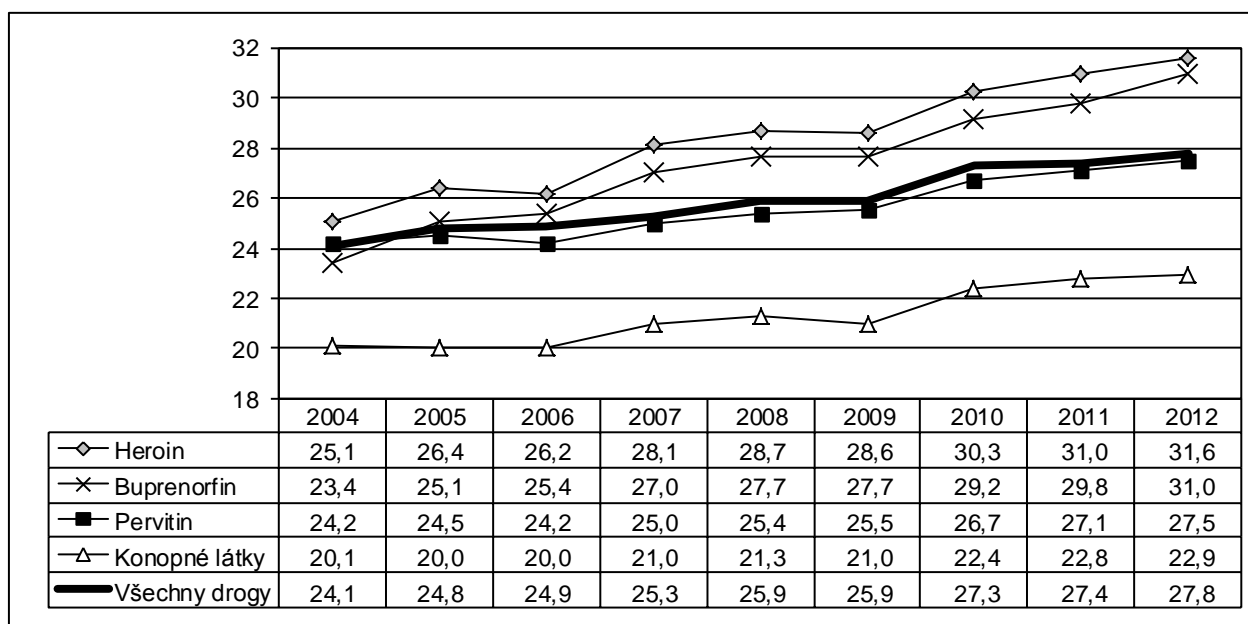
Zastoupení mužů a žen je mezi žadateli o léčbu dlouhodobě stabilní a odpovídá poměru 2 : 1. Muži vykazují nejvyšší podíl mezi všemi léčenými uživateli konopných látek (72,6 %) a opiátů (72,5 %). Výjimku tvoří hypnotika a sedativa, kde je mezi všemi žadateli o léčby vyšší podíl žen (53,3 %) než mužů.

Ze střednědobého hlediska je patrný rostoucí trend průměrného věku – graf 5-5 a graf 5-6. Průměrný věk byl v r. 2012 u prvožadatelů 26,2 roku a 27,8 roku u všech žadatelů o léčbu, od r. 2004 se průměrný věk zvýšil o 3,5, resp. 3,7 roku. V l. 2004–2012 rostl nejrychleji průměrný věk uživatelů opiátů, především uživatelů buprenorfinu, jejichž průměrný věk vzrostl o téměř osm roků. Dlouhodobě nejmladší skupinou jsou uživatelé konopných drog. S postupným nárůstem průměrného věku žadatelů lze pozorovat úbytek nejmladších uživatelů v léčbě do 19 let věku – tabulka 5-29.

graf 5-5: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v l. 2004–2012 (Petrášová and Füleová, 2013)



graf 5-6: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu podle vybraných drog v I. 2004–2012 (Petrášová and Füleová, 2013)



V r. 2012 bylo mezi všemi žadateli o léčbu 8124 (90,7 %) a mezi prvožadateli 3751 (87,0 %) problémových uživatelů drog<sup>99</sup>. Přetrvává vysoký podíl injekčních uživatelů drog mezi žadateli o léčbu – injekční aplikaci drogy uvedlo 6151 (68,7%) všech žadatelů a 2614 (60,6 %) prvožadatelů o léčbu.

Denní užívání drogy uvedlo 2413 žadatelů (1113 prvožadatelů), dalších 2024 (1116 prvožadatelů) užilo drogu 2krát až 6krát týdně (22,6 %, resp. 25,9 %). Drogu užívalo denně 29,0 % uživatelů heroinu, 19,9 % uživatelů pervitinu a 75,4 % uživatelů buprenorfinu.

Socioekonomické charakteristiky žadatelů se v průběhu posledních let příliš nemění. Z celkového počtu 8955 všech žadatelů o léčbu v r. 2012 bylo 12,2 % bez domova a dalších 10,0 % pobývalo v zařízeních (ve věznicích, ústavech, na ubytovnách nebo v azylových domech); stálé bydliště vykázalo 44,4 % žadatelů.

Přibližně třetina všech i nově evidovaných léčených uživatelů drog žije s rodiči, 21,8 % všech léčených klientů udává, že žije samo, 7,7 % léčených uživatelů žije s dětmi. Osob s přechodným bydlištěm, osob umístěných v nějakém zařízení či dokonce bezdomovců je významně více mezi opakovaně léčenými a dlouhodobými uživateli drog než mezi žadateli o první léčbu.

Nezaměstnaných či příležitostně pracujících bylo mezi žadateli 54,5 %, pravidelné zaměstnání uvedlo 17,8 % žadatelů. Celkem 44,7 % klientů mělo v r. 2012 základní nebo nedokončené základní vzdělání, středoškolské vzdělání uvedlo 40,0 % žadatelů (Petrášová and Füleová, 2013).

Trendy vybraných charakteristik mezi žadateli o léčbu uvádí tabulka 5-29. Další informace o injekčním užívání drog mezi žadateli o léčbu jsou uvedeny v kapitole Rizikové chování uživatelů drog (str. 88).

<sup>99</sup> Tedy injekčních uživatelů drog a/nebo uživatelů opiátů, drog amfetaminového typu či kokainu/cracku.

tabulka 5-29: Vybrané charakteristiky prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v I. 2002–2012 (Petrášová and Füleová, 2013)

Rok	Počet klientů celkem	z toho v %			
		problémových uživatelů	injekčních uživatelů	osob do 19 let	žen
<b>Prvožadatelé</b>					
2002	4 719	73,6	58,5	42,4	32,7
2003	4 158	76,9	60,5	43,5	32,7
2004	4 600	80,5	64,9	36,0	32,7
2005	4 372	82,3	64,0	34,4	31,6
2006	4 119	84,4	62,5	32,2	33,6
2007	4 346	78,9	63,3	30,7	33,3
2008	3 981	86,1	62,0	29,8	33,8
2009	4 318	83,5	55,6	27,0	32,6
2010	4 363	87,7	61,8	22,3	31,2
2011	4 512	86,1	57,1	23,4	31,3
2012	4 313	87,0	60,6	17,6	32,5
<b>Všichni žadatelé</b>					
2002	9 237	80,6	67,4	30,0	31,3
2003	8 522	82,9	70,0	29,8	31,0
2004	8 845	84,5	72,0	26,3	30,6
2005	8 534	86,4	71,8	24,2	30,5
2006	8 366	89,1	72,4	21,6	31,7
2007	8 487	84,1	72,0	21,1	32,6
2008	8 279	90,5	72,3	19,6	32,2
2009	8 763	89,1	66,6	18,3	32,3
2010	9 005	91,4	69,8	15,2	31,8
2011	9 284	90,1	66,3	15,8	31,3
2012	8 955	90,7	68,7	12,7	31,9

V r. 2012 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi uživateli drog. Nově bylo identifikováno 5 HIV pozitivních osob, u kterých došlo k nákaze injekčním užíváním drog. Promořenost HIV mezi IUD je v ČR stále pod 1 %. Počet nově hlášených případů VHC u injekčních uživatelů drog v posledním roce nepatrně stoupl, u VHB zůstal téměř stejný jako v r. 2011. Nižší je počet hlášených případů syfilis u injekčních uživatelů drog, počet případů kapavky naopak stoupl. Počet hlášených případů TBC u injekčních uživatelů drog se příliš nezměnil.

Prevalence VHC mezi injekčními uživateli drog se pohybuje od přibližně 20–30 % v nízkoprahových programech, přes 40–50 % ve věznicích až po 60–70 % v substituční léčbě. Tyto výsledky je však potřeba hodnotit obezřetně vzhledem k tomu, že jsou zatíženy výběrovou chybou – v nízkoprahových programech se jedná o výsledky screeningu, do kterého nejsou zahrnuty osoby s dřívějším pozitivním výsledkem, zatímco v léčebných programech a ve věznicích se může jednat o vyšetření pro podezření z infekce, což může nalezené míry prevalence naopak nadhodnocovat.

V Registru žádostí o léčbu je podíl injekční aplikace dlouhodobě relativně vysoký – u pervitinu přibližně 80 %, u opiátů (heroinu a buprenorfinu) přibližně 90 %. Mezi klienty psychiatrických ambulancí je podíl injekční aplikace mezi uživateli pervitinu i opiátů nižší. Dostupné údaje naznačují, že výskyt sdílení jehel mezi injekčními uživateli drog se snižuje.

Data o drogových úmrtích ze soudnělékařských oddělení v r. 2012 nebyla v době redakční uzávěrky VZ 2012 k dispozici. Jsou k dispozici informace o výskytu předávkování drogami z informačního systému Zemřelí, ve kterém bylo evidováno celkem 45 případů předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (27 případů v r. 2011) a došlo k meziročnímu nárůstu hlášených případů jak u opiátů/opioidů, stimulantů (pervitinu), tak těkavých látek. V r. 2012 bylo identifikováno 317 případů smrtelných předávkování etanolem, což je přibližně stejný počet jako v roce předchozím. Od září probíhal v ČR hromadný výskyt otrav metanolem přítomným v nelegálním tvrdém alkoholu, z toho bylo 47 smrtelných.

Podle evidence dopravní policie došlo v r. 2012 k poklesu počtu nehod zaviněných pod vlivem alkoholu; počet nehod zaviněných pod vlivem drog se mírně zvýšil, avšak stále je pouhým zlomkem nehod pod vlivem alkoholu.

## 6.1 Infekce spojené s užíváním drog

### 6.1.1 Nově diagnostikované (hlášené) případy

#### 6.1.1.1 HIV/AIDS

V r. 2012 bylo nově diagnostikováno 5 případů HIV u injekčních uživatelů drog (IUD), tj. osob, u nichž došlo k přenosu infekce HIV velmi pravděpodobně prostřednictvím injekčního užívání drog. V anamnéze mělo injekční užívání drog dalších 6 nově diagnostikovaných HIV pozitivních osob. Přestože od r. 2002 dochází k výraznému nárůstu celkového počtu nově zachycených HIV pozitivních v ČR, a to zejména ve skupině homosexuálních mužů, výskyt ve skupině IUD je stále relativně velmi nízký – tabulka 6-1 (Státní zdravotní ústav Praha, 2013b).<sup>100</sup>

tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2012 podle způsobu přenosu (Státní zdravotní ústav Praha, 2013b)

Způsob přenosu	Rok									Celkem
	1985–2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
<b>IUD</b>	<b>33</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>81</b>
z toho										
muži	27	3	3	5	7	4	3	7	2	61
ženy	6	1	1	7	1	0	1	0	3	20
<b>Homo/bisexuální styk a IUD</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>37</b>
<b>Jiný s IUD v anamnéze</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>48</b>
Jiný bez IUD v anamnéze	665	83	85	100	134	146	168	139	201	1 721
<b>Celkem</b>	<b>736</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>121</b>	<b>148</b>	<b>156</b>	<b>180</b>	<b>153</b>	<b>212</b>	<b>1 887</b>

Pozn.: Počet případů se průběžně upravuje i za předchozí léta – úpravy vyplývají ze zjištěných duplicit a z dodatečného upřesnění informací o způsobu přenosu.

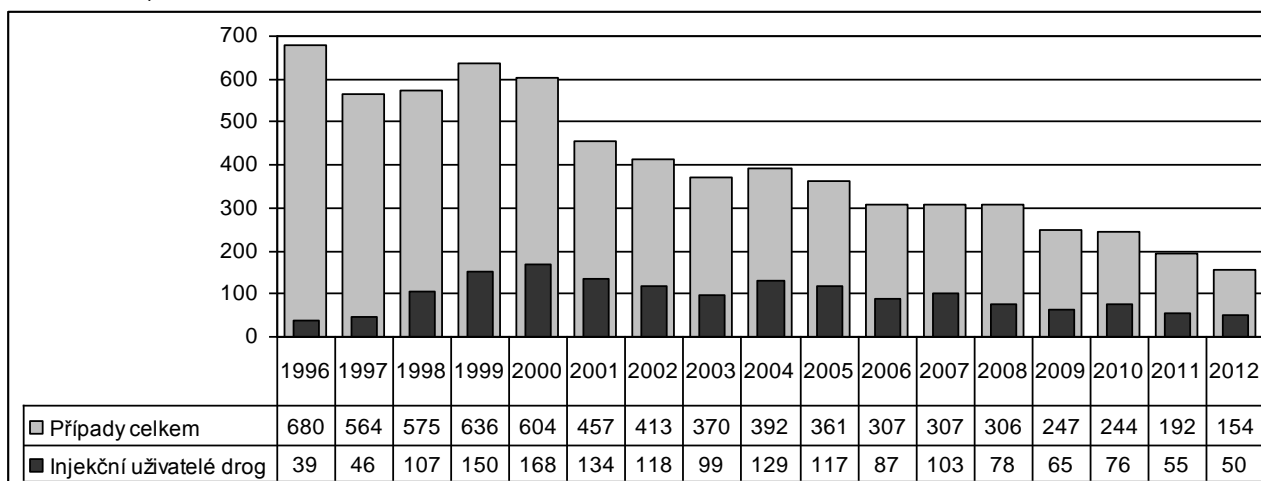
#### 6.1.1.2 Virové hepatitidy

V posledních letech klesá počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB, dg. B16) celkem i mezi IUD. U virové hepatitidy typu C (VHC, dg. B17.1 a B18.2) došlo v r. 2011 po několikaletém období poklesu

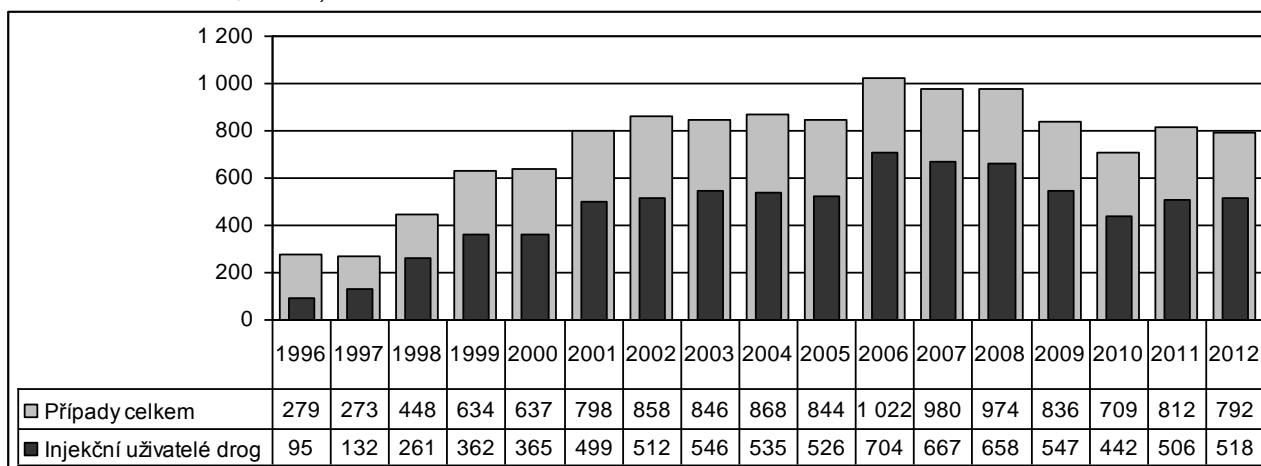
<sup>100</sup> Monitorování HIV/AIDS v České republice provádí Národní referenční laboratoř pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu v Praze.

k téměř 15% nárůstu mezi IUD, v r. 2012 se jejich počet příliš nezměnil. Dlouhodobě roste průměrný věk infikovaných injekčních uživatelů drog (Státní zdravotní ústav Praha, 2013a)<sup>101</sup> – graf 6-1, graf 6-2 a graf 6-3.

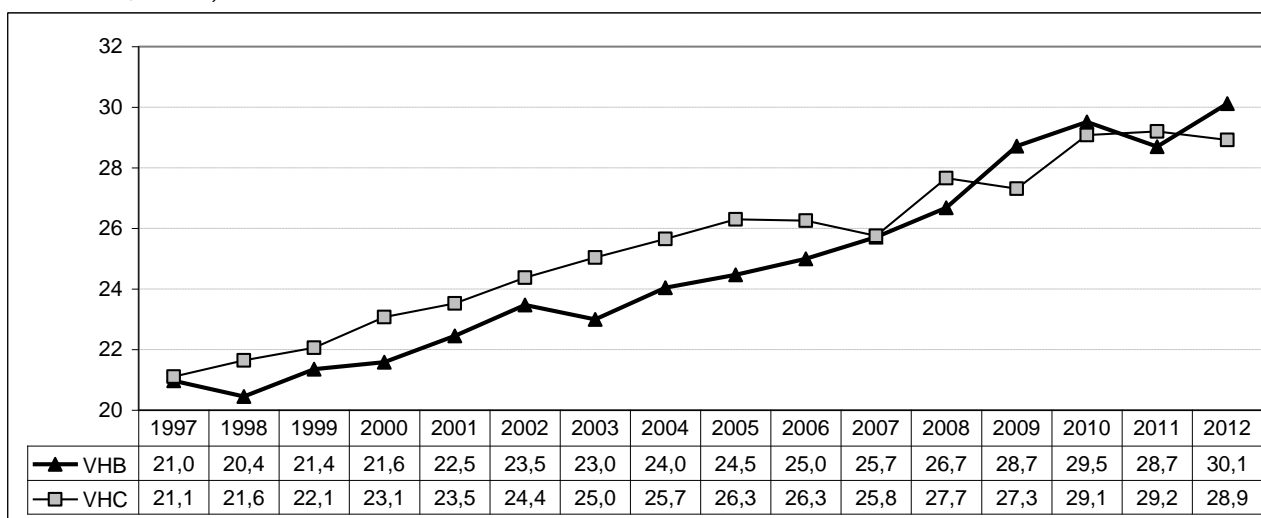
graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v I. 1996–2012 (Státní zdravotní ústav Praha, 2013a)



graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v I. 1996–2012 (Státní zdravotní ústav Praha, 2013a)



graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u kterých byla hlášena VHB a VHC v I. 1997–2012 (Státní zdravotní ústav Praha, 2013a)

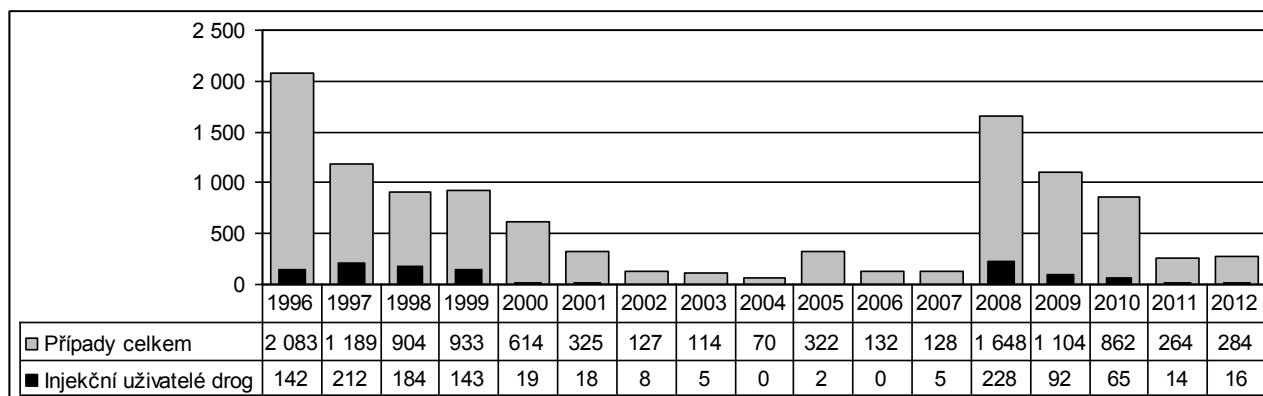


<sup>101</sup> Data týkající se incidence virových hepatitid pocházejí z informačního systému Infekční nemoci (EPIDAT), jehož zpracovatelem je Státní zdravotní ústav v Praze (SZÚ), do kterého se hlásí potvrzená onemocnění, podezření z onemocnění, nosičství i zjištění onemocnění při úmrtí.



Po epidemii virové hepatitidy typu A (VHA, dg. B15), která probíhala v r. 2008 zejména v Praze a ve středních Čechách a na počátku byla spojena s injekčními uživateli drog – blíže viz VZ 2008, se počet případů od r. 2011 vrací k nízkým hodnotám před epidemií (Státní zdravotní ústav Praha, 2013a) – graf 6-4.

graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2012 (Státní zdravotní ústav Praha, 2013a)

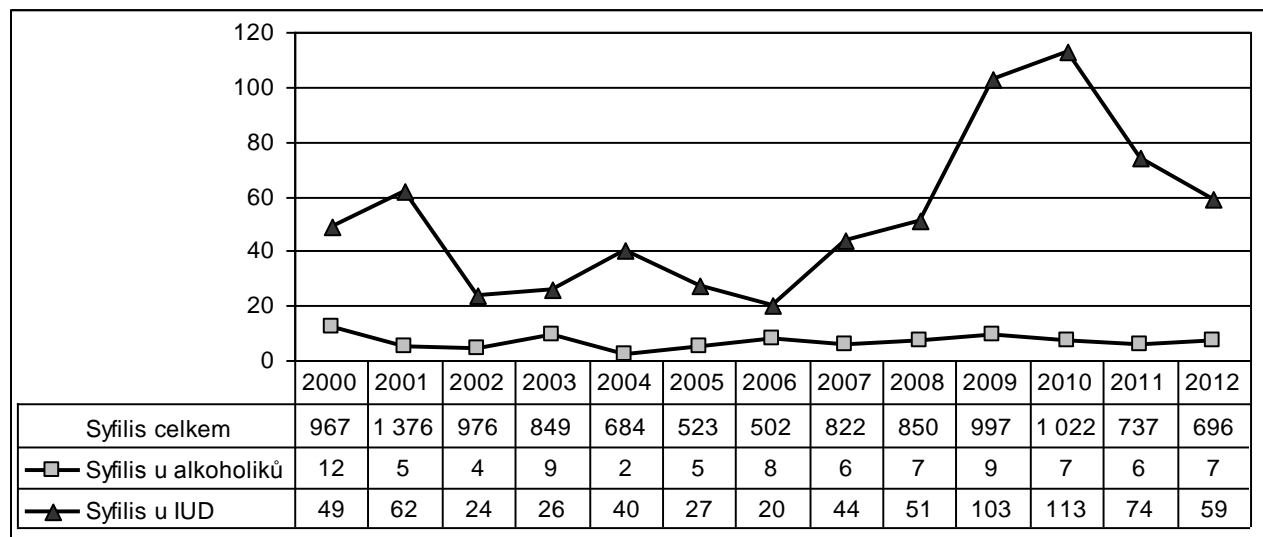


### 6.1.1.3 Pohlavní nemoci

Vývoj celkového počtu hlášených případů pohlavních nemocí<sup>102</sup>, tj. syfilis a kapavky, a počtu případů u injekčních uživatelů drog (IUD) a u uživatelů alkoholu ukazují graf 6-5 a graf 6-6.

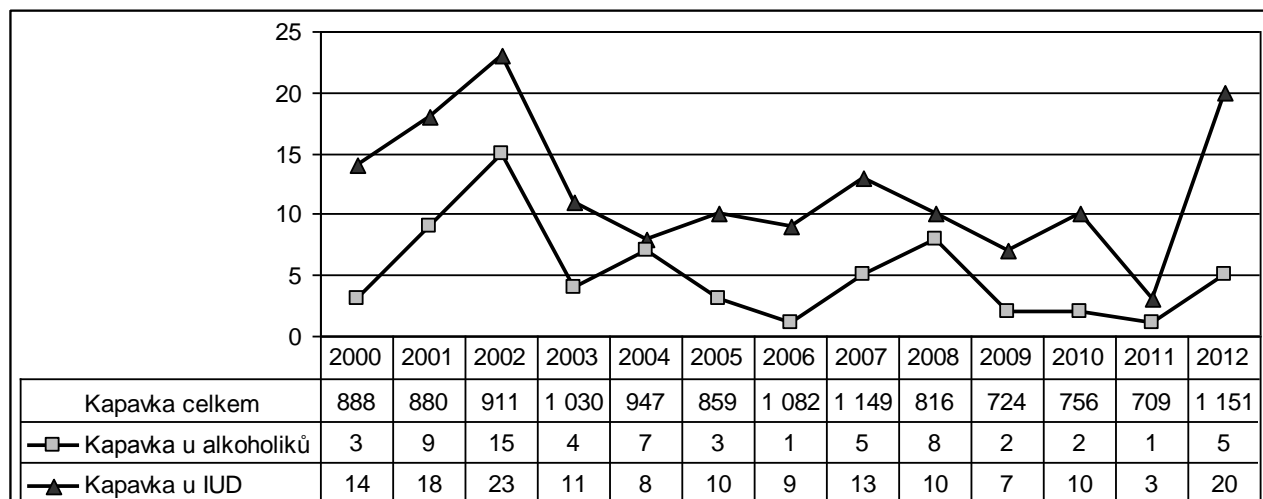
Po nárůstu případů syfilis v l. 2006–2010, mezi IUD i celkově, dochází v l. 2011–2012 k poklesu hlášených případů. Počet hlášených případů syfilis u závislých na alkoholu byl mnohem nižší a dlouhodobě se příliš nemění. Celkový počet hlášení onemocnění kapavkou ve sledovaném období klesá, počet případů u IUD a u uživatelů alkoholu je dlouhodobě nízký. Data o výskytu rizikového chování u hlášených případů pohlavních nemocí ukazují na poměrně vysoký současný výskyt komerčního sexu a injekčního užívání drog. V l. 2000–2012 bylo injekční užívání drog zjištěno u celkem 20,8 % případů syfilis u komerčních sexuálních pracovníků a 16,5 % infikovaných IUD (především se jednalo o ženy) bylo současně poskytovateli komerčního sexu (Nechanská, 2013b).

graf 6-5: Hlášená incidence syfilis celkem, u injekčních uživatelů drog a alkoholiků v ČR v l. 2000–2012 (Nechanská, 2013b)



<sup>102</sup> Do Národního registru pohlavních nemocí (NRPN) jsou povinně hlášeny všechny osoby, u kterých se zjistilo onemocnění pohlavní nemocí, úmrtí na pohlavní nemoc a podezření z onemocnění nebo nákazy pohlavní nemocí na území ČR. Povinnému hlášení ze všech zdravotnických zařízení podléhají syfilis (dg. A50–A53), kapavka (dg. A54), lymphogranuloma venereum (dg. A55) a ulcus molle (dg. A57). Mezi zjišťovanými rizikovými faktory jsou mimo jiné také užívání alkoholu, injekční užívání drog a prostituce. NRPN používá v hlášení kategorie označené jako alkoholik a IUD.

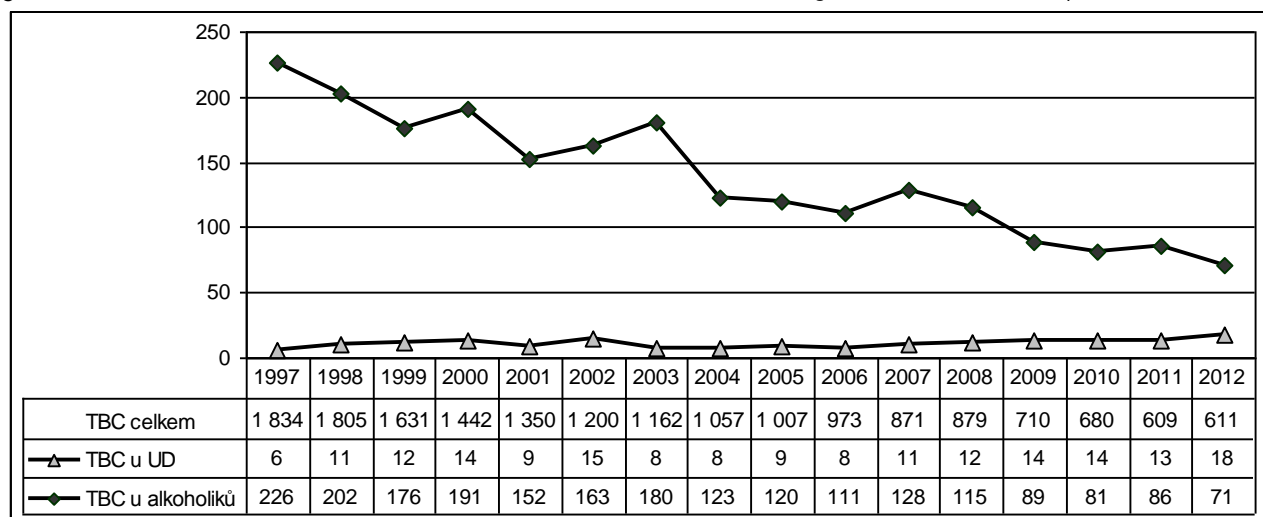
graf 6-6: Hlášená incidence kapavky celkem, u injekčních uživatelů drog a alkoholiků v ČR v l. 2000–2012 (Nechanská, 2013b)



#### 6.1.1.4 Tuberkulóza

V l. 1997–2012 se počet ročně evidovaných hlášených onemocnění TBC<sup>103</sup> snížil třikrát. Muži se na celkovém počtu onemocnění podíleli téměř dvěma třetinami (64 %). Počet hlášených případů u uživatelů alkoholu je několikanásobně vyšší než u uživatelů nealkoholových drog<sup>104</sup>, u uživatelů alkoholu je pozorován klesající trend (Nechanská, 2013b) – graf 6-7.

graf 6-7: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a dalších drog v ČR v l. 1997–2012 (Nechanská, 2013b)



#### 6.1.2 Prevalence infekcí mezi uživateli drog

##### 6.1.2.1 Sledování HIV testů v laboratořích (laboratorní surveillance)

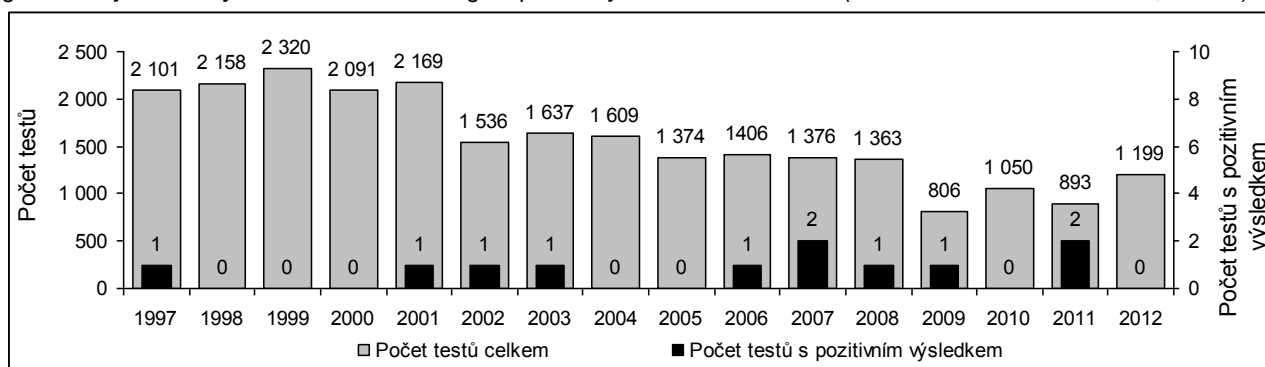
V r. 2012 bylo Národní referenční laboratoří pro AIDS evidováno 1199 HIV testů provedených injekčním uživateli drog, všechny s negativním výsledkem<sup>105</sup> (Státní zdravotní ústav Praha, 2013b) – graf 6-8.

<sup>103</sup> Údaje o výskytu tuberkulózy (TBC, dg. A31) jsou čerpány z Registru tuberkulózy, kde jsou sledovány osoby, u kterých byla na území ČR zjištěna aktivní tuberkulóza nebo jiná mykobakteriíza.

<sup>104</sup> Registr tuberkulózy používá v hlášení kategorie označené jako alkoholik a toxikoman.

<sup>105</sup> Jedná se o případy, kdy je informace o užívání drog známa před testem či je uváděným důvodem jeho provedení. Injekční uživatelé drog mohou být testováni i z mnoha jiných důvodů, přičemž se v případě pozitivního výsledku zpětně zjistí, že jde o injekčního uživatele drog – takto byly identifikovány i další hlášené případy HIV pozitivitivity u IUD. Testování v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog není v celém rozsahu NRL pro AIDS evidováno.

graf 6-8: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v I. 1997–2012 (Státní zdravotní ústav Praha, 2013b)



### 6.1.2.2 Testování infekcí u IUD v nízkoprahových programech

Již od r. 2004 probíhá pravidelný monitoring testování na infekční nemoci v nízkoprahových zařízeních v ČR. Údaje za r. 2012 byly získány pomocí on-line dotazníkového šetření v průběhu června a července 2013 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013e). Šetření se zúčastnilo celkem 38 nízkoprahových programů (52 v r. 2011), výsledky uvádí tabulka 6-2. Podobně jako v minulých letech výsledky naznačují relativně nízký výskyt infekcí mezi klienty nízkoprahových zařízení, je však potřeba brát v úvahu fakt, že soubor zúčastněných nízkoprahových programů ani analyzovaný vzorek otestovaných klientů nejsou reprezentativním vzorkem nízkoprahových programů ani problémových uživatelů drog. Jde o diagnostický screening, kterého pravděpodobně ve vyšší míře využívají dosud negativní klienti. Uvedené výsledky tedy podhodnocují skutečnou míru prevalence jednotlivých infekcí mezi injekčními uživateli drog, resp. klienty nízkoprahových zařízení.

tabulka 6-2: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na infekce v nízkoprahových zařízeních v r. 2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013e)

Infekce	Testovaný ukazatel	Počet programů podle typu používaného testu			Počet testů		Počet osob		
		Rychlý	Laboratorní	Celkem	Celkem	Pozit.	Celkem	Pozit.	Pozit. (%)
HIV	anti-HIV	27	6	33	1 920	2	1 683	2	0,1
VHC	anti-HCV	30	5	33*	1 821	306	1 582	294	18,6
VHB	HBsAg**	19	0	19	609	4	515	4	0,8
	anti-HBc IgG***	0	4	4	170	1	164	1	0,6
Syfilis	anti-treponema pallidum	21	4	25	1 337	28	1 182	28	2,4

Pozn.: \* Některá zařízení nabízela současně rychlé testy i laboratorní vyšetření vzorku. \*\* Antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci VHB. \*\*\* anti-HBc IgG jsou protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravě.

Následující tabulka zobrazuje regionální distribuci zařízení a výsledků testování na VHC. I v tomto případě platí, že se nejedná o reprezentativní vzorek uživatelů drog ani zařízení (i přes opakované výzvy se některá zařízení odmítla šetření zúčastnit) a indikační kritéria jednotlivých zařízení pro testování klientů se mohou lišit. Nicméně je zřejmé, že regionální rozdělení promořenosti VHC mezi IUD vykazuje v ČR značnou variabilitu. V některých krajích (Středočeský, Moravskoslezský, Zlínský) je velmi nízký podíl reaktivních testů, zatímco například v hl. m. Praze byla reaktivní téměř třetina provedených testů a v Karlovarském kraji dokonce 7 z celkových 10 provedených testů – tabulka 6-3.

tabulka 6-3: Výsledky testování uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2012 podle sídla programů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013e)

Kraj	Počet zařízení		Počet testovaných osob		
	Odpovědělo na dotazník	Testovalo na VHC	Celkem	z toho pozitivních	
				počet	%
Hl. m. Praha	4	3	489	160	32,7
Středočeský	3	3	134	9	6,7
Jihočeský	4	4	70	11	15,7
Plzeňský	2	2	66	10	15,2
Karlovarský	1	1	10	7	70,0
Ústecký	5	3	137	41	29,9
Liberecký	0	–	–	–	–
Královéhradecký	2	2	120	5	4,2
Pardubický	0	–	–	–	–
Vysočina	3	3	149	4	2,7
Jihomoravský	4	3	151	23	15,2
Olomoucký	2	2	85	11	12,9
Zlínský	3	3	108	8	7,4
Moravskoslezský	4	3	45	3	6,7
<b>Celkem*</b>	<b>38</b>	<b>33</b>	<b>1 582</b>	<b>294</b>	<b>18,6</b>

Pozn.: \* Jedno zařízení neuvedlo své identifikační údaje včetně kraje působnosti.

Celkový počet nízkoprahových zařízení v ČR, která nabízela testování sledovaných infekcí, a počty provedených testů a jejich trendy uvádí Testování infekčních nemocí (str. 102).

#### 6.1.2.3 Testování infekčních nemocí u klientů v Registru žádostí o léčbu

Údaje o testování infekcí včetně výsledků sleduje i Registr žádostí o léčbu (Petrášová and Füleová, 2013). Jedná se o informace od samotných klientů, případně o údaje z jejich dokumentace; zahrnutý jsou pouze testy se známým výsledkem u IUD – tabulka 6-4. I když je vypovídací hodnota dat omezená, indikují stabilní a relativně nízkou séro-prevalenci sledovaných infekcí mezi IUD.

tabulka 6-4: Výsledky testování IUD – žadatelů o léčbu na HIV, VHA, VHB a VHC podle jejich vlastních výpovědí v l. 2003–2012 (Petrášová and Füleová, 2013)

Rok	HIV		VHA		VHB		VHC	
	Celkem testováno	Pozitivní v %	Celkem testováno	Pozitivní v %	Celkem testováno	Pozitivní v %	Celkem testováno	Pozitivní v %
2003	2 471	0,8	2 132	7,1	2 504	11,2	2 884	31,5
2004	2 483	0,4	2 059	5,5	2 581	9,9	2 913	33,6
2005	2 253	0,2	1 931	4,5	2 332	10,1	2 577	35,0
2006	2 196	0,5	1 997	3,3	2 290	10,0	2 497	32,6
2007	1 905	0,3	1 774	3,3	2 004	8,4	2 168	31,0
2008	2 332	0,6	2 271	8,4	2 463	8,9	2 636	32,0
2009	2 558	0,5	2 307	6,1	2 553	8,3	2 852	29,8
2010	2 865	0,6	2 515	5,8	2 837	8,1	3 189	30,4
2011	2 933	0,9	2 429	5,5	2 915	7,2	3 276	28,7
2012	2 942	0,7	2 428	7,0	2 888	10,3	3 286	29,2

#### 6.1.2.4 Testování infekčních nemocí u pacientů v Registru substituční léčby

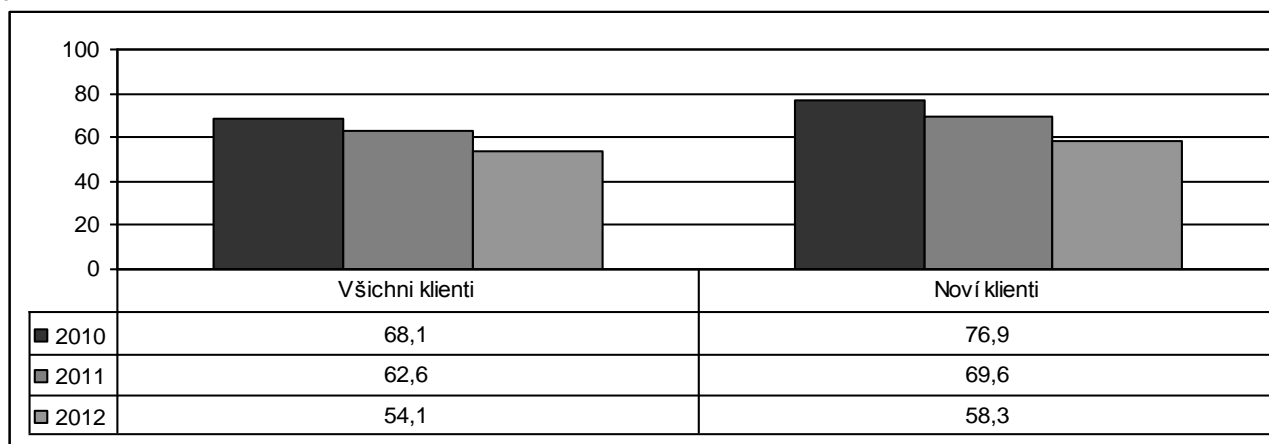
Výsledky testování na HIV, VHB a VHC osob v Registru substituční léčby z testování v r. 2012 uvádí tabulka 6-5. Celkem bylo v r. 2012 v registru hlášeno 2298 léčených osob. HIV test byl proveden 291 osobám, u všech s negativním výsledkem. Test na přítomnost protilátek proti viru VHC (anti-HCV) byl proveden 270 osobám, pozitivních bylo 146 (séroprevalence 54,1 %). Z těchto 146 osob bylo 87 osobám provedeno vyšetření přímo identifikující virus VHC (PCR-RNA), z nichž 52 (59,7 %) bylo pozitivních, což svědčí o přechodu infekce do chronické fáze (Nechanská, 2013f). Trend séroprevalence VHC uvádí graf 6-9.

tabulka 6-5: Výsledky testování pacientů léčených opiátovou substitucí na HIV, VHB a VHC v r. 2012 (Nechanská, 2013f)

Infekce	Testovaný ukazatel	Všichni klienti			Noví klienti		
		Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (v %)	Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (v %)
HIV	anti-HIV	291	0	0,0	144	0	0,0
VHC	anti-HCV	270	146	54,1	139	81	58,3
VHB	HBsAg*	289	27	9,3	150	13	8,7
	anti-HBc IgG **	262	96	36,6	135	56	41,5

Pozn.: \* Antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci VHB. \*\* anti-HBc IgG jsou protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravě.

graf 6-9: Trend séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2012, v % (Nechanská, 2013f)



#### 6.1.2.5 Testování vězňů uživatelů drog

Vězeňská služba sleduje vyšetřování vězňů injekčních uživatelů drog u vybraných infekcí<sup>106</sup> – tabulka 6-6. Meziroční srovnání poskytuje graf 6-10.

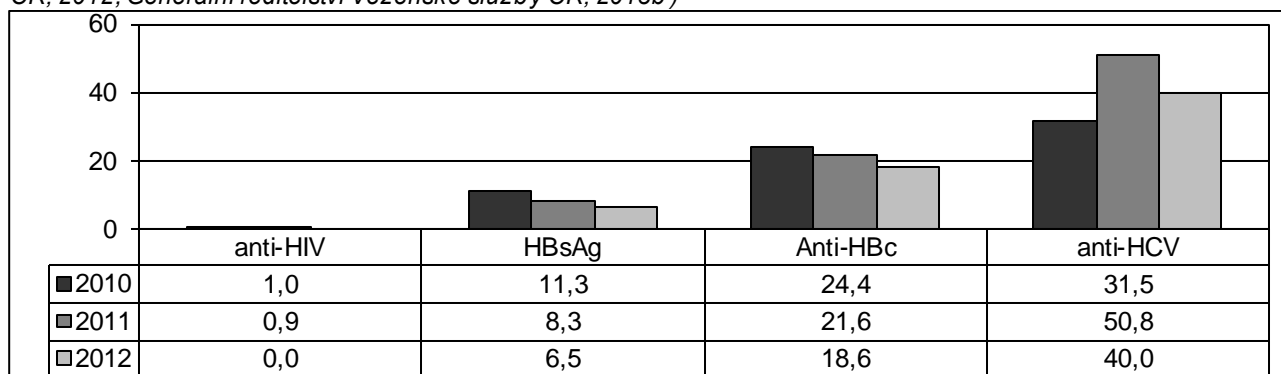
tabulka 6-6: Výsledky testování vězňů injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2012 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013b)

Infekce	Testovaný ukazatel	Nástup VTOS	Nástup VV	V průběhu VTOS	Celkem	
HIV	anti-HIV	Celkem testováno	0	0	1445	1445
		Pozitivních	0	0	0	0
		Pozitivních (%)	–	–	0,0	0,0
VHB	HBsAg*	Celkem testováno	1 440	1 531	1 325	4 296
		Pozitivních	98	86	94	278
		Pozitivních (%)	6,8	5,6	7,1	6,5
	anti-HBc IgG**	Celkem testováno	1 307	1 042	1 132	3 481
		Pozitivních	207	228	211	646
		Pozitivních (%)	15,8	21,9	18,6	18,6
VHC	anti-HCV	Celkem testováno	1 666	1 730	1 606	5 002
		Pozitivních	782	606	614	2 002
		Pozitivních (%)	46,9	35,0	38,2	40,0

Pozn.: VTOS – výkon testu odnětí svobody, VV – výkon vazby. \* Antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci VHB, \*\* protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravě.

<sup>106</sup> Výběr vězňů však není reprezentativní a nelze vyloučit ani opakovaná vyšetření téže (pozitivní) osoby v různých fázích výkonu testu odnětí svobody (VTOS), je proto nutná opatrnost při interpretaci a zobecňování výsledků a trendů.

graf 6-10: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězněných injekčních uživatelů drog v l. 2010–2012, v % (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2011, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2012, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013b)

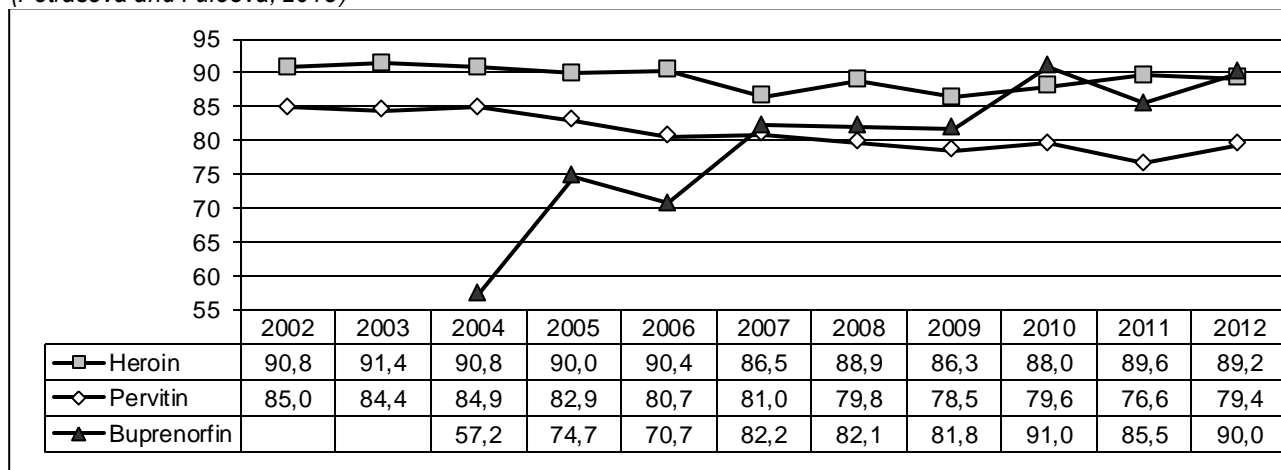


### 6.1.3 Rizikové chování uživatelů drog

#### 6.1.3.1 Podíl injekční aplikace

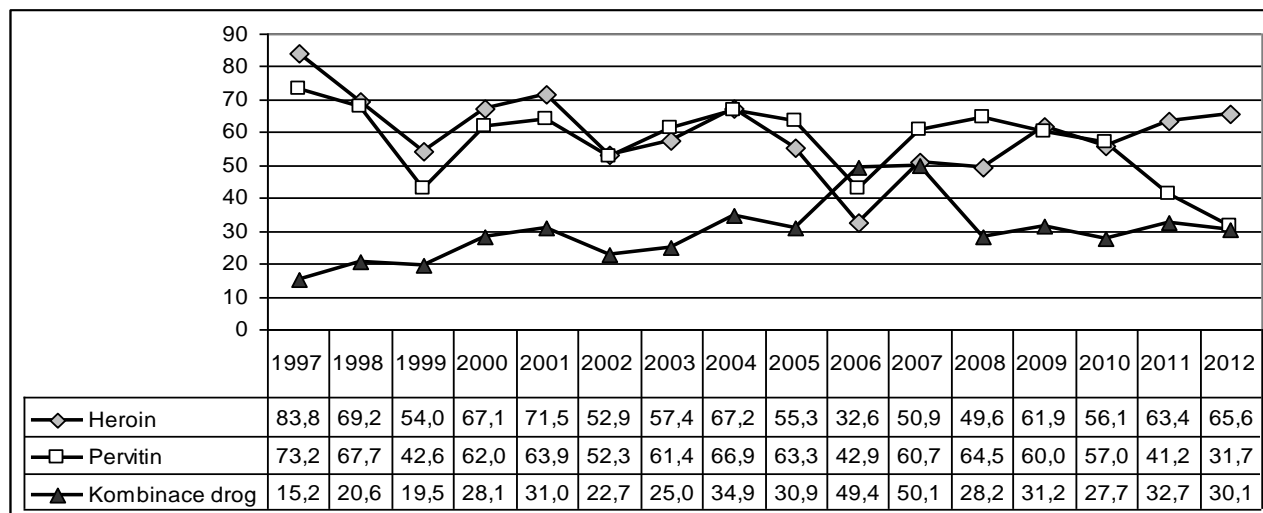
Mezi žadateli o léčbu je míra injekčního užívání drog dlouhodobě velmi vysoká a představuje nejčastější způsob aplikace pervitinu, heroinu a buprenorfinu (Petrašová and Füleová, 2013) – graf 6-11.

graf 6-11: Vývoj podílu IUD mezi žadateli o léčbu se základní drogou heroin, pervitin a buprenorfin v l. 2002–2012, v % (Petrašová and Füleová, 2013)



Podíl injekční aplikace u uživatelů heroinu léčených v psychiatrických ordinacích od r. 2006 s výkyvy mírně roste. Od r. 2008 klesá míra injekčního užívání mezi uživateli pervitinu, zatímco podíl injekční aplikace u polyvalentních uživatelů drog se téměř nezměnil – graf 6-12.

graf 6-12: Vývoj podílu injekční aplikace u uživatelů heroinu, pervitinu a polyvalentních uživatelů léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2012, v % (Nechanská, 2013c)



### 6.1.3.2 Sdílení jehel a stříkaček

Trend podílu IUD žádajících o léčbu, kteří uvedli sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti, dlouhodobě klesá – tabulka 6-7.

tabulka 6-7: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v l. 2002–2012 (Petrášová and Füleová, 2013)

Rok	Počet IUD	Počet sdílejících	Sdílející (v %)
2002	6 437	2 590	40,2
2003	5 901	2 356	39,9
2004	6 314	2 725	43,2
2005	5 769	2 421	42,0
2006	5 860	2 313	39,5
2007	5 338	2 139	40,1
2008	5 766	2 057	35,7
2009	6 012	2 263	37,6
2010	6 581	2 146	32,6
2011	6 471	2 136	33,0
2012	6 481	1 976	30,5

V rámci opakovaného průzkumu Multiplikátor (blíže viz kapitolu Problémové užívání drog, str. 44 a VZ 2009) mezi klienty nízkoprahových zařízení v ČR byla v letech 2010 a 2013 zařazena otázka na použití čisté jehly a stříkačky při poslední aplikaci. Výsledky naznačují zvyšující se míru používání čistých nástrojů k injekční aplikaci drog – tabulka 6-8.

tabulka 6-8: Uváděné použití čisté jehly a stříkačky při poslední aplikaci mezi klienty nízkoprahových programů v průzkumu Multiplikátor 2010 a 2013, kteří uvedli injekční užití drogy v posledním měsíci (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a)

Rok	Počet IUD	z nichž užilo čisté nástroje	
		počet	%
2010	567	463	81,7
2013	1 701	1 509	88,7

## 6.2 Další zdravotní následky užívání drog

### 6.2.1 Psychiatrická komorbidita

Problematice duálních diagnóz u klientů terapeutických komunit pro závislé se věnují Kalina a Vácha (2013), kteří uvádějí informace o výskytu psychiatrické komorbidity a její léčby u klientů terapeutických komunit Němčice a Karlov o. s. SANANIM. V r. 2011 bylo v péči psychiatra v obou programech 92 klientů (z nichž přibližně polovina byla indikována pro pravidelnou psychiatrickou péči), primární drogou byl ze dvou třetin pervitin a ze třetiny opiáty/opioidy, přibližně třetinu klientů tvořili polyvalentní uživatelé. Poruchy osobnosti s výraznými emočními, vztahovými a behaviorálními komplikacemi byly zjištěny u 35 klientů. Depresivní anebo úzkostná porucha byla diagnostikována u 23 klientů (s častým souběhem s poruchou osobnosti), psychotická porucha u 15 klientů (z toho ve 12 případech šlo

o paranoidní psychózu v důsledku užívání peritinu). Psychofarmaka užívalo po nějakou dobu pobytu v psychiatrické komunitě 50 z celkem 92 klientů v psychiatrické péči – nejčastěji antidepressiva typu SSRI nebo SNRI, netlumící antipsychotika a trankvilizéry. Zvláštní podskupinu tvořilo 12 klientů bez psychopatologie při přijetí do terapeutické komunity, u kterých došlo v průběhu léčby ke zhoršení duševního zdraví a k rozvoji tzv. post-abstinenční psychopatologie nejčastěji s obrazem deprese a úzkosti, ale také s paranoidními projevy a sebepoškozováním – jde pravděpodobně o abstinenci vyvolanou latentní duševní poruchou, která byla dosud „sebemedikována“ drogami. Klienti s duální diagnózou byli častěji zastoupeni mezi těmi, kteří předčasně ukončili léčbu v terapeutické komunitě.

Dále byla publikována analýza souboru 90 závislých na nealkoholových drogách a 30 závislých na alkoholu hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Bílá Voda v letech 1997–1998, resp. 2005. Soubor byl vyšetřen psychodiagnosticky pomocí projektivních metod Rorschachova testu a testu kresby postavy. Výsledky ukázaly vysoký výskyt psychopatologie v oblastech sebepojetí, internalizace objektových vztahů, patologické obrany, integrace superega a emočních problémů, které nekorelovaly s délkou užívání drog. Za jednotlicí dispozici k užívání návykových látek považuje autor psychopatologii charakterizovanou jako nízký stupeň osobnostní organizace (Jeřábek, 2013).

## 6.2.2 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích<sup>107</sup> zajišťuje hygienická služba v rámci zvláštního hlášeného (sentinelového) systému od r. 1995, který vykazuje značné regionální rozdíly komplikující interpretaci aktuální situace i trendů. V r. 2012 bylo zaznamenáno 1039 případů nefatálních intoxikací drogami – tabulka 6-9. Nejvyšší podíl hlášených intoxikací připadá na peritin (25 %) a benzodiazepiny (20 %).

*tabulka 6-9: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2002–2012 evidované hygienickou službou (Petrášová and Füleová, 2013)*

Droga	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Peritin	191	149	180	222	231	343	364	187	148	150	260
Heroin	176	152	179	244	149	190	166	122	162	96	77
Metadon	6	3	2	10	7	2	1	1	0	0	0
Subutex®	–	2	12	14	18	32	7	0	0	0	0
Ostatní opiáty	23	22	20	19	21	40	17	42	24	32	42
Benzodiazepiny	89	157	126	153	124	139	113	180	136	138	206
Jiná sedativa a hypnotika	137	82	103	88	107	125	135	127	112	105	120
Konopné látky	101	90	84	73	72	127	108	105	102	84	125
Těkavé látky	58	69	64	48	28	31	9	33	18	25	26
Psilocybin	7	4	10	6	5	10	9	7	4	2	7
Kokain, crack	2	6	5	7	8	1	7	2	0	1	5
Durman	0	0	0	1	0	1	5	2	0	0	2
LSD	2	3	7	3	5	7	4	13	3	7	15
MDMA	4	8	3	8	12	12	3	1	2	0	4
Jiné známé drogy a léky	179	100	92	111	89	124	140	173	137	139	147
Ostatní, neznámo	25	34	65	186	78	71	58	23	1	26	3
<b>Celkem</b>	<b>1 000</b>	<b>881</b>	<b>952</b>	<b>1 193</b>	<b>954</b>	<b>1 255</b>	<b>1 146</b>	<b>1 018</b>	<b>849</b>	<b>805</b>	<b>1 039</b>

Dále jsou k dispozici informace o výskytu intoxikací návykovými látkami z Národního registru hospitalizovaných<sup>108</sup>. Přes zřejmé nedostatky v kódování substancí ze strany lékařů lze v dlouhodobém horizontu pozorovat pokles hospitalizací pro otravy drogami (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013b) – tabulka 6-10.

<sup>107</sup> V rámci tohoto systému jsou hlášeny případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících urgentní hospitalizaci. Hlášení do systému poskytují různé typy zdravotnických zařízení, zejména pracoviště záchranné služby.

<sup>108</sup> Tento registr spravuje ÚZIS a jsou v něm evidovány pouze případy vyžadující hospitalizaci delší než 24 hodin. Extrahovány byly případy náhodné, úmyslné nebo blíže nezjištěné otravy nelegálními drogami, tj. diagnózy pro otravu nealkoholovými drogami mimo léků (dg. T40 a T43.6) a pro toxický účinek alkoholu (T51.0, T51.9) a toxický účinek organických rozpustidel (T52.0–T52.9).



tabulka 6-10: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v I. 2002–2012 (Ústav z dravotnických informací a statistiky, 2013b)

Droga	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Heroin (T40.1)	58	32	27	24	18	31	41	19	20	17	4
Metadon (T40.3)	3	3	1		6	1	2	3	2	1	2
Jiné opiáty/opioidy (T40.0, T40.2)	69	77	50	71	79	64	62	50	62	57	79
Kokain (T40.5)	0	0	2	7	2	1	4	1	3	1	1
Konopné látky (T40.7)	78	77	95	78	67	55	86	66	66	58	57
LSD (T40.8)		2	4		6	5	3	4	1	2	2
Pervitin a jiná stimulancia (T43.6)	22	31	24	25	22	29	30	25	25	17	30
Jiné a neurčené drogy (T40.4, T40.6, T40.9)	145	142	100	116	146	136	83	94	77	79	87
<b>Nelegální drogy celkem</b>	<b>375</b>	<b>364</b>	<b>303</b>	<b>321</b>	<b>346</b>	<b>322</b>	<b>311</b>	<b>262</b>	<b>256</b>	<b>232</b>	<b>262</b>
Alkohol (T51.0, T51.9)	1 243	1 447	1 505	1 220	1 184	1 161	1 125	919	724	714	738
Těkavé látky (T52.0–T52.9)	426	406	434	401	401	306	264	230	243	241	262
<b>Celkem</b>	<b>2 044</b>	<b>2 217</b>	<b>2 242</b>	<b>1 942</b>	<b>1 931</b>	<b>1 789</b>	<b>1 700</b>	<b>1 411</b>	<b>1 223</b>	<b>1 187</b>	<b>1 262</b>

### 6.2.3 Drogy a dopravní nehody

Od r. 2003 jsou analyzovány nálezy etanolu a ostatních drog<sup>109</sup> u zemřelých účastníků dopravních nehod pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR – blíže viz kapitolu Drogová úmrtí ve Speciálním registru mortality (str. 94). Zmášť se sledují tzv. aktivní účastníci dopravních nehod (chodci, cyklisté a řidiči)<sup>110</sup>. Data za r. 2012 nejsou dosud k dispozici, podrobněji pro data do r. 2011 viz VZ 2011. Celkem bylo mezi zemřelými aktivními účastníky dopravních nehod pitvanými v r. 2011 na soudnělékařských odděleních v ČR (mimo Nemocnice Na Bulovce)<sup>111</sup> identifikováno 111 zemřelých aktivních účastníků silničního provozu pozitivních na etanol (z toho 38 řidičů) a 21 pozitivních na nějakou ze sledovaných OPL (z nich 8 řidičů), což nasvědčuje vyššímu výskytu návykových látek u obětí dopravních nehod, než vyplývá z evidence policie – tabulka 6-11.

tabulka 6-11: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v I. 2003–2012 – vliv alkoholu a jiných drog (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2013)

Rok	Nehody					Usmrcení při nehodách (do 24 hodin po nehodě)				
	Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem jiných drog		Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem jiných drog	
	Počet	Počet	%	Počet	%	Počet	Počet	%	Počet	%
2003	195 851	9 076	4,9	39	0,02	1 319	111	8,5	0	0,0
2004	196 484	8 445	4,5	53	0,03	1 215	59	4,9	1	0,1
2005	199 262	8 192	4,3	60	0,03	1 127	59	5,2	0	0,0
2006	187 965	6 807	3,8	64	0,03	956	42	4,3	1	0,1
2007	182 736	7 266	4,3	78	0,04	1 123	36	3,2	2	0,2
2008	160 376	7 252	4,8	109	0,07	992	80	8,1	1	0,1
2009*	74 815	5 725	8,1	137	0,18	832	123	14,9	6	0,7
2010	75 522	5 015	6,6	165	0,22	753	102	13,5	15	2,0
2011	75 137	5 242	7,5	165	0,24	707	89	12,6	10	1,4
2012	81 404	4 974	6,7	173	0,22	681	45	6,6	9	1,3

Pozn.: \* Od 1. ledna 2009 se zvýšila hranice odhadované škody pro povinné hlášení nehody policii z původních 50 tis. Kč na 100 tis. Kč, proto došlo k poklesu počtu hlášených dopravních nehod.

Policie ČR v r. 2012 eviduje 4974 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu (tj. 6,7 % z celkového počtu), při kterých eviduje 45 usmrcených osob (tj. 6,6 % z celkového počtu) a dalších 2525 zraněných osob. Nejvyšší podíl těchto nehod byl na území Zlínského a Karlovarského kraje (12,3 %, resp. 11,3 %). Nejvíce usmrcených při těchto nehodách bylo na území krajů Libereckého, Středočeského a Královéhradeckého (9, resp. 7 a 6 osob). Nejvyšší podíl

<sup>109</sup> Za pozitivní jsou u etanolu považovány případy s hladinou vyšší než 0,2 g/kg (Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie, 1999), u konopných látek případy, kde je prokázán THC nebo jeho aktivní metabolit (nikoliv tedy např. THC-COOH), a u těkavých látek nález těch látek, které nevznikají posmrtně nebo nejsou prokazovány u některých fyziologických nebo patologických stavů (jako např. aceton, acetaldehyd, n-propanol, n-butanol).

<sup>110</sup> Do kategorie ostatní jsou zařazeni především spolujezdci v motorových vozidlech a zemřelí nepatřící do předchozích 3 kategorií (jiné než silniční dopravní nehody, např. nehody letadla, nehody na staveništích, cestující v prostředcích hromadné dopravy apod.).

<sup>111</sup> Údaje nebyly v době redakční uzávěrky VZ 2011 k dispozici.

usmrcených osob při těchto nehodách je v Libereckém kraji – 36,0 %. Za r. 2012 nebyla hlášena žádná osoba usmrcená při nehodě zaviněné pod vlivem alkoholu v Karlovarském kraji. Nejčastěji (ve 2770 případech) byla u viníka nalezena hladina nad 1,5 ‰. Z hlediska typu účastníka silničního provozu zavinili nejvyšší podíl nehod pod vlivem alkoholu cyklisté (31 %), dále řidiči mopedů (25 %), vozkové (20 %) a chodci (16 %). Z celkového počtu 4974 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu připadlo 4030 (81 %) nehod na řidiče motorových vozidel, z toho 3582 (72 %) na řidiče osobních automobilů, 727 (15 %) na cyklisty a 206 (4 %) na chodce. Oproti r. 2011 došlo k poklesu počtu nehod pod vlivem alkoholu u řidičů motorových vozidel. Nejvíce policií evidovaných nehod zaviněných pod vlivem alkoholu připadá na soboty (1271 nehod) a neděle (991 nehod). A naopak nejméně nehod „s alkoholem“ je evidováno v úterý (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2013).

Ze 173 nehod pod vlivem nealkoholových drog bylo 19 v kombinaci s alkoholem. Při 154 nehodách pod vlivem pouze nealkoholových drog bylo zraněno 71 osob a 3 osoby zemřely.

Dopravní policie provádí u řidičů testování alkoholu a od r. 2007 i testování na OPL pomocí orientačních testů ze slin<sup>112</sup>. Je-li výsledek orientačního testu na nealkoholové drogy pozitivní, je nutné provést odborné lékařské a následné toxikologické vyšetření. Zjištěný počet pozitivních nálezů OPL a alkoholu u řidičů v l. 2007–2013 uvádí tabulka 6-12.

tabulka 6-12: Pozitivní nálezy OPL a alkoholu (etanolu) u řidičů v l. 2007–2013 (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2013)

Rok	OPL	Etanol
2007	347	7 395
2008	794	7 600
2009	1 149	13 298
2010	1 450	13 268
2011	1 717	12 777
2012	2 195	11 046
2013 (1. pololetí)	1 580	4 657

#### 6.2.4 Úrazy pod vlivem drog a alkoholu

Počet úrazů pod vlivem nealkoholových drog ošetřených v chirurgických ambulancích<sup>113</sup> v r. 2012 klesl o téměř polovinu stejně i jejich podíl na celkovém počtu ošetřených úrazů. Počet a podíl úrazů pod vlivem alkoholu se v l. 2001–2012 významně neměnil (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013d) – tabulka 6-13.

tabulka 6-13: Vývoj počtu úrazů ošetřených na chirurgických odděleních celkem a pod vlivem alkoholu a drog v l. 2001–2012, v tis. (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013d)

Rok	Počet úrazů celkem	z toho pod vlivem	
		alkoholu	jiných drog
2001	1 681 741	37 954	816
2002	1 776 050	42 414	919
2003	1 806 886	39 182	869
2004	1 824 015	40 608	819
2005	1 841 339	40 205	1 071
2006	1 855 697	38 584	1 085
2007	1 794 213	41 498	1 433
2008	1 649 519	39 116	1 671
2009	1 640 975	45 606	1 446
2010	1 661 721	35 041	1 996
2011	1 696 419	42 940	2 696
2012	1 739 243	41 252	1 442

Dále byly z Národního registru hospitalizovaných extrahovány všechny případy s vnější příčinou úrazu a ty pod vlivem návykových látek<sup>114</sup>. Podíl úrazů pod vlivem alkoholu v l. 2002–2012 vzrostl z 2,7 % na 3,5 %. Počet úrazů pod vlivem nelegálních drog, psychoaktivních léků a těkavých látek byl nízký a během sledovaného období se snižoval jak jejich absolutní počet, tak jejich podíl (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013c).

<sup>112</sup> Jsou používány testy DrugWipe, viz [http://www.affinon.com/products\\_drugWipe.html](http://www.affinon.com/products_drugWipe.html) (2013-09-13).

<sup>113</sup> Údaje jsou čerpány z výkazu o činnosti oboru chirurgie, který jednou ročně vyplňuje každé ambulantní oddělení nebo pracoviště oboru chirurgie; sledován je počet úrazů ošetřených na chirurgických odděleních a zvlášť počet úrazů, které nastaly pod vlivem alkoholu nebo pod vlivem drog.

<sup>114</sup> Pro identifikaci úrazů pod vlivem alkoholu byly identifikovány případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F10.0 nebo T51.0 nebo T51.9, u ilegálních drog ty případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F11.0 nebo F12.0, nebo F14.0, nebo F15.0, nebo F16.0, nebo F19.0, nebo T40, nebo T43.6, u těkavých látek případy se základní dg. nebo jakoukoliv vedlejší dg. F18.0 nebo T52 a u psychoaktivních léků případy se základní dg. nebo na jakoukoliv vedlejší dg. F13.0 nebo T42, nebo T43 kromě T43.6.

tabulka 6-14: Vývoj počtu hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v l. 2002–2012 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013c)

Rok	Celkem	z toho pro úraz pod vlivem				
		návykové látky celkem	alkoholu	nelegálních drog	psychoaktivních léků	těkavých látek
2002	187 090	8 942	4 959	443	3 350	441
2003	196 577	9 080	5 373	428	3 090	421
2004	203 211	9 681	6 010	402	3 098	446
2005	202 815	9 341	5 845	391	2 991	415
2006	195 803	8 659	5 216	423	2 872	412
2007	191 937	9 157	5 878	410	2 812	315
2008	196 013	9 588	6 650	425	2 566	271
2009	198 738	9 670	6 974	370	2 385	242
2010	200 319	9 163	6 615	365	2 255	249
2011	200 553	9 416	6 807	326	2 325	250
2012	205 090	10 032	7 190	384	2 519	271

### 6.2.5 Hromadný výskyt otrav metanolem v r. 2012

Hromadný výskyt otrav metanolem vypukl 3. září v Havířově, 6. září 2012 byly potvrzeny informace o otravě osob hospitalizovaných na oddělení ARO Nemocnice s poliklinikou Havířov po konzumaci alkoholu. První úmrtí se objevila ještě téhož dne. Do poloviny července 2013 došlo k otravám 132 osob, zemřelo 47 osob, k většině případů došlo do konce září 2012. Počet případů v rámci tohoto hromadného výskytu podle krajů uvádí tabulka 6-15, dlouhodobý trend tabulka 6-16.

Dne 11. září 2012 bylo vydáno varování ministra zdravotnictví před konzumací alkoholu s nejasným původem a již 12. září vyhlásil ministr zdravotnictví mimořádné opatření, ve kterém se provozovatelům stánků s občerstvením, mobilních stánků a jiných mobilních a přechodných provozů zakázalo rozlévání a prodej lihovin typu destilátů a tuzemáku s obsahem alkoholu nad 30 %. Zároveň byl usnesením vlády č. 675 zřízen krizový štáb. Na krajské úrovni byly 12. září ustaveny pracovní skupiny k problematice otrav metylalkoholem, jejich činnost byla koordinována řediteli krajských hygienických stanic. Z důvodu rostoucího počtu hospitalizací, počtu úmrtí v důsledku otrav metylalkoholem (přes intenzivní kontrolní činnost všech dotčených složek) a po zjištění kontaminovaných lihovin i v kamenných obchodech, bylo dne 14. září vyhlášeno nové mimořádné opatření, které vedlo k rozšíření zákazu prodeje na všechny provozovny. Provozovatelům potravinářských podniků včetně osob provozujících stravovací služby se do odvolání zakázal prodej lihovin o obsahu etanolu nad 20 %. Po diskuzích o zajištění bezpečnosti lihovin vyráběných v ČR byla vydána vyhláška Ministerstva financí č. 310/2012 Sb.<sup>115</sup>, kterou se pro všechny lihoviny s obsahem etanolu od 20 % vyrobených po 27. září 2012 zavedla nová kontrolní páska. V souvislosti s tlakem Evropské komise a probíhajícími diskusemi s představiteli Evropské komise bylo dne 20. září mimořádné opatření rozšířeno o zákaz vývozu lihovin. Dne 26. září bylo vládou ČR schváleno nařízení vlády č. 317/2012 Sb., kterým se stanovil formulář dokladu o původu některých druhů lihu, destilátu a některých druhů lihovin, podle kterého musí být lihoviny uváděné na trh České republiky opatřeny prohlášením o původu lihu a lihoviny. Prohibice skončila 27. září novým mimořádným opatřením MZ, které upravilo pozvolné uvolnění trhu s lihovinami. Byl zakázán prodej a vývoz lihovin vyrobených po 31. prosinci 2011, pokud nebyly opáfeny dokladem o původu lihu, a ve lhůtě 60 dnů byla nařízena likvidace otevřených balení lihovin, s výjimkou těch, u nichž byla laboratorně prokázána nezávadnost (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013a, Kvášová, 2013).

<sup>115</sup> Vyhláška Ministerstva financí č. 310/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 149/2006 Sb., kterou se provádí zákon č. 676/2004 Sb., o povinném značení lihu a o změně zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.

tabulka 6-15: Počet případů intoxikace a počet úmrtí na intoxikaci metanolem od začátku kauzy v září 2012 k 16. 7. 2013 podle kraje výskytu (Kvášová, 2013)

Kraj	Počet případů intoxikace celkem	z toho počet úmrtí
Hl. m. Praha	5	2
Středočeský	9	3
Jihočeský	1	0
Plzeňský	0	–
Karlovarský	3	0
Ústecký	1	1
Liberecký	1	0
Královéhradecký	1	0
Pardubický	2	0
Vysočina	0	–
Jihomoravský	9	4
Olomoucký	14	9
Zlínský	20	4
Moravskoslezský	66	24
<b>Celkem</b>	<b>132</b>	<b>47</b>

tabulka 6-16: Trend výskytu náhodných, úmyslných nebo blíže nezjištěných intoxikací metanolem a úmrtí na ně v ČR v l. 2002–2012

Rok	Počet hospitalizovaných osob*	Počet úmrtí**
2002	11	0
2003	8	2
2004	12	0
2005	9	3
2006	8	1
2007	2	1
2008	7	1
2009	3	3
2010	11	3
2011	10	3
2012	97	36

Pozn.: Zdroje: \* Národní registr hospitalizací, ÚZIS ČR, \*\* informační systém Zemřelí, ČSÚ.

### 6.3 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

#### 6.3.1 Drogová úmrtí ve Speciálním registru mortality

V ČR jsou povinně soudním lékařem prováděny pitvy všech náhlých úmrtí v případech, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a všech násilných úmrtí (tj. všech úrazů a otrav). Od r. 1998 jsou rutinně sledována přímá drogová úmrtí (smrtebná předávkování) a od r. 2003 také nepřímá úmrtí (za přítomnosti drog) prostřednictvím speciálního registru vedeného na všech odděleních soudního lékařství za úzké spolupráce NMS a Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČLS JEP (SSLST). Data za r. 2012 nebyly v době redakční uzávěrky VZ 2012 k dispozici. Podrobné údaje do r. 2011 uvádí VZ 2011.

Od r. 2014 by mělo dojít k transformaci tohoto informačního systému na nový Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

V r. 2011 bylo zjištěno celkem 190 úmrtí na předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychotropními léky, z toho 28 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami podle selekce D standardu EMCDDA (z toho 16 pervitinem, 6 opiáty/opioidy a .. těkavými látkami) a 162 případů smrtelných předávkování psy-chotropní léky. Dále bylo v r. 2011 identifikováno 113 úmrtí za přítomnosti drog, většinou nehod a sebevražd jiných než předávkováním pod vlivem psychoaktivních léků, pervitinu a konopných látek.

#### 6.3.2 Drogová úmrtí v informačním systému Zemřelí

Pro extrakci dat o drogových úmrtích z informačního systému Zemřelí, tzv. obecného registru mortality, se používají kritéria EMCDDA, jejichž základem je výběr příslušných diagnóz příčin úmrtí nebo kombinace příčin úmrtí a mechanismu úmrtí.

Strukturu případů smrtelných předávkování drogami v r. 2012 podle standardní i rozšířené selekce B podle EMCD-DA<sup>116</sup> podle věku, pohlaví a druhu drogy uvádí tabulka 6-17 a vývoj úmrtí podle jednotlivých drog v l. 1994–2012 ukazuje tabulka 6-18 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013a).

tabulka 6-17: Smrtná předávkování drogami v ČR v r. 2012 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013a)

Droga	Věková skupina												Celkem		
	<15	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	>64	Muži	Ženy	Celkem
Opiáty/opioidy	0	0	1	2	2	2	1	2	3	3	0	1	11	6	17
Konopné látky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ostatní stimulantia	0	0	0	4	0	0	1	0	1	0	0	1	5	2	7
Halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drogy blíže nespecifikované	0	0	1	1	0	0	0	1	2	2	1	0	4	4	8
<b>Selekce B (standardní)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>32</b>
Těkavé látky	0	0	0	2	0	0	4	3	1	0	1	2	11	2	13
<b>Selekce B (rozšířená)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>14</b>	<b>45</b>

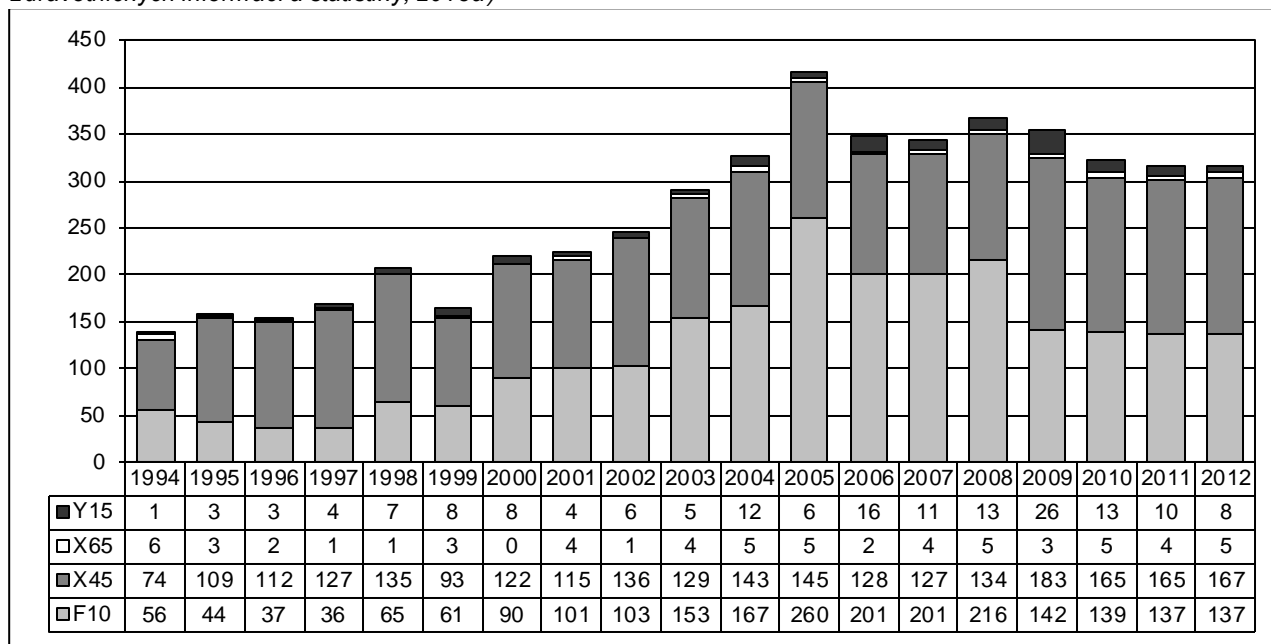
tabulka 6-18: Smrtná předávkování drogami v ČR podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2012 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013a)

Rok	Opiáty/opioidy	Z toho metadon	Konopné látky	Kokain	Ostatní stimulantia	Halucinogeny	Drogy blíže neurčené	Selekce B (standard)	Těkavé látky	Selekce B (rozšířená)
1994	7	0	0	0	0	0	3	10	12	22
1995	0	0	0	0	0	0	3	3	9	12
1996	2	0	0	0	0	0	4	6	18	24
1997	4	0	0	0	0	0	9	13	17	30
1998	7	0	0	0	0	0	9	16	10	26
1999	14	1	1	0	1	0	8	24	14	38
2000	11	0	0	0	0	0	12	23	19	42
2001	18	0	0	0	0	0	13	31	21	52
2002	6	0	0	0	3	0	4	13	17	30
2003	12	0	0	0	2	0	4	18	14	32
2004	2	0	0	0	1	0	11	14	14	28
2005	9	0	0	1	2	0	7	19	16	35
2006	11	0	1	1	1	0	5	19	14	33
2007	6	1	1	0	2	0	10	19	15	34
2008	9	0	0	0	7	0	8	24	8	32
2009	20	1	1	0	2	0	10	33	10	43
2010	13	1	0	0	8	0	8	29	13	42
2011	12	0	0	1	3	1	5	22	5	27
2012	17	1	0	0	7	0	8	32	13	45

V r. 2012 bylo identifikováno 317 případů smrtelných předávkování alkoholem, jejich vývoj od r. 1994 uvádí graf 6-13 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013a).

<sup>116</sup> Jako standard je používána tzv. selekce B podle EMCDDA, která spočívá ve výběru úmrtí, kde je prvotní příčinou porucha duševní a porucha chování způsobená nelegálními drogami a jejich kombinacemi (dg. F11–F19 bez F13, F17 a F18) nebo se jedná o náhodnou, úmyslnou nebo blíže nezjištěnou otravu nelegálními drogami, tj. kombinaci diagnóz uvedených pod písmeny X nebo Y s diagnózami pro otravu danou substancí (dg. T40 a T43.6). Ve snaze co nejvíce sblížit selekci B z obecného registru se selekcí D ze speciálního registru mortality bylo provedeno rozšíření standardní selekce B o těkavé látky, tzn. o dg. F18 (porucha duševní a porucha chování způsobená užíváním těkavých látek) a o dg. X46, X66 a Y16 v kombinaci s dg. T52, tj. náhodná, úmyslná nebo nezjištěná otrava těkavými látkami.

graf 6-13: Struktura smrtelných předávkování alkoholem v ČR v obecném registru úmrtí v l. 1994–2012 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013a)

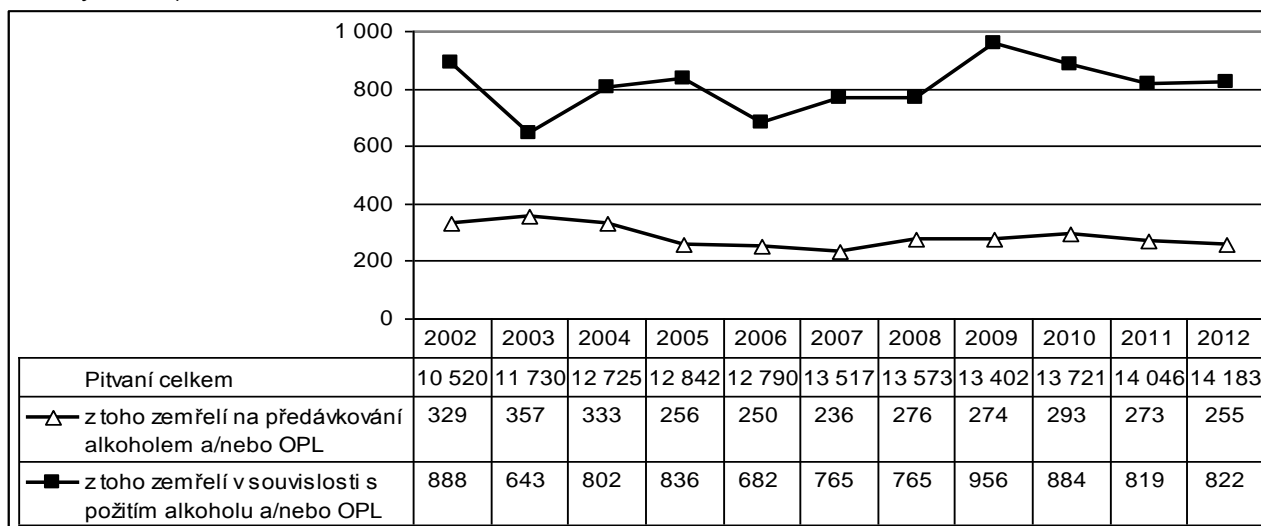


Pozn.: F10 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, X45 – náhodná otrava alkoholem a expozice jeho působení, X65 – úmyslná otrava alkoholem a expozice jeho působení, Y15 – otrava alkoholem a expozice jeho působení, nezjištěného úmyslu.

### 6.3.3 Pitvy na soudnělékařských odděleních

Dalším zdrojem informací o výskytu drogových úmrtí je roční výkaz o činnosti oboru soudní lékařství<sup>117</sup>. Počet zemřelých v souvislosti s požitím návykových látek (tj. nepřímá úmrtí) je podle ročního výkazu přibližně třikrát vyšší než počet smrtelných předávkování. Vývoj celkového počtu pitev a počet pitev na předávkování a v souvislosti s požitím alkoholu a/nebo OPL uvádí graf 6-14 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013e).

graf 6-14: Počet pitev provedených na soudnělékařských odděleních v l. 2002–2012 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013e)



### 6.3.4 Mortalita uživatelů drog

V Registru substituční léčby se jako jeden z důvodů ukončení léčby uvádí také úmrtí klienta. V r. 2012 bylo registrováno celkem 2298 léčených osob, z nich byla hlášena celkem 4 úmrtí (Nechanská, 2013f), což znamená roční hrubou mírou úmrtnosti přibližně 1,3 ‰. Údaje od r. 2000 i přes velmi malé počty naznačují spíše klesající trend úmrtnosti.

<sup>117</sup> Výkaz jednou ročně vyplňuje každé soudnělékařské oddělení či samostatné toxikologické pracoviště. Na výkaze je sledován počet provedených pitev podle různého členění. Zvláště se sledují pitvy osob zemřelých na předávkování alkoholem anebo omamnou a psychotropní látkou (OPL), tj. případy, kdy ke smrti vedla látka sama o sobě nebo přidružené komplikace jako vdechnutí zvratků, zápal plic apod. (tedy v zásadě přímá drogová úmrtí). Dále se zvláště sledují pitvy osob zemřelých v souvislosti s požitím alkoholu anebo OPL, tj. případy pozitivního průkazu, kdy přítomnost látky byla vedlejším nálezem a smrt byla způsobena jiným mechanismem než předávkováním, jako je např. úraz při pádu nebo při dopravní nehodě (tedy nepřímá drogová úmrtí). Výkaz je agregovaný – není možno rozlišit jednotlivé látky nebo příčiny úmrtí.

ti registrovaných pacientů – tabulka 6-19. Míra úmrtnosti v Registru substituční léčby je ale podhodnocena, protože lékaři nehlásí do registru všechna úmrtí svých pacientů.

tabulka 6-19: Úmrtnost pacientů v Registru substituční léčby v I. 2000–2012 (Nechanská, 2013f)

Rok	Počet registrovaných léčených	Počet registrovaných zemřelých	Míra úmrtnosti (‰)
2000	245	0	0,0
2001	533	2	3,8
2002	560	0	0,0
2003	789	2	2,5
2004	866	2	2,3
2005	825	1	1,2
2006	938	1	1,1
2007	1 038	0	0,0
2008	1 356	3	2,2
2009	1 555	3	1,9
2010	2 113	4	1,9
2011	2 290	4	1,7
2012	2 298	3	1,3

Byla publikována studie odhadující vliv alkoholu (resp. etanolu) na úmrtnost v ČR v letech 1994 až 2010 (Kohoutová, 2013). Byla použita metoda tzv. etiologické frakce, která v tomto případě udává podíl úmrtí, ke kterým došlo v důsledku užívání alkoholu. Úmrtí v důsledku konzumace alkoholu představovala v r. 2010 přibližně 6 % z celkové úmrtnosti na všechny příčiny, přičemž tento podíl se liší podle pohlaví a věku. U mužů tvoří přibližně 10 % a u žen 2 %. U žen došlo v období 1994–2010 téměř k dvojnásobnému nárůstu. Ačkoliv v absolutních počtech připadá v důsledku celkově vyšší úmrtnosti nejvíce úmrtí způsobených alkoholem na nejstarší skupiny obyvatel, největší relativní škody působí alkohol u mladých dospělých a ve středním věku. Podíl úmrtí v důsledku konzumace alkoholu je nejvyšší ve věkové skupině 35–44 let, kde dosahuje hodnoty téměř 26 % u mužů a 17 % u žen. U nejmladší věkové skupiny 15–24 let se alkohol na úmrtnosti podílí 15 % u mužů a 11 % u žen. Alkohol má největší podíl na onemocněních jater (fibróza, cirhóza, záněty jater, jícnové varixy), kde způsobuje přes 80 % onemocnění u mužů a 60 % u žen.

Snižování rizik spojených s užíváním drog je jednou z hlavních oblastí české protidrogové politiky. Základ sítě služeb v této oblasti tvoří v ČR nízkoprahová kontaktní centra a terénní programy. Z údajů nízkoprahových programů vyplývá, že dominantní skupinu klientů stále tvoří uživatelé pervitinu (57 %) a opiátů (27 %). Patrný je nárůst uživatelů buprenorfinu na úkor uživatelů heroinu a také nárůst uživatelů konopných drog. Kontinuálně roste průměrný věk klientů a vysoký podíl klientů v kontaktu uvádí injekční užívání drog (80 %).

Výměnný program stříkaček a jehel v r. 2012 nabízelo 103 nízkoprahových programů, počet distribuovaného injekčního materiálu dosáhl 5,4 mil. kusů a prakticky se zastavil dosud patrný meziroční nárůst. Na základě dostupných informací působilo v ČR v r. 2012 nejméně 27 programů distribuujících želatinové kapsle jako perorální alternativu injekčních stříkaček, klientům bylo vydáno více než 46 tis. kapslí.

V r. 2012 nabízelo možnost testování na HIV 64 nízkoprahových programů, na VHC 67, na VHB 48 a na syfilis 46. Ačkoliv dostupnost testování pro klienty nízkoprahových programů v čase kolísá, je patrný střednědobý nárůst provedených testů. V ČR stále schází metodická regulace testování a prevence infekcí mezi uživateli drog, která by brala v potaz specifika jak této populace, tak systému nízkoprahových služeb v ČR.

Specifické programy snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2012 poskytovaly tři programy. V rámci 13 hudebních akcí bylo realizováno 1145 kontaktů.

Péče o infikované HIV a nemocné s AIDS je v ČR poskytována sedmi AIDS centry s regionální působností. V r. 2012 poskytovalo léčbu VHC injekčním uživatelům drog celkem 38 center pro léčbu virových hepatitid (z celkového počtu 53 center provádějících léčbu VHC) a léčeno bylo 745 bývalých či současných injekčních uživatelů drog (64 % ze všech pacientů). Roste počet pacientů, kteří zahájí léčbu VHC ve věznicích.

### 7.1 Legislativní rámec, strategie a politiky v oblasti snižování rizik

V r. 2010 byla vládou přijata Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018, ve které je oblast snižování rizik jedním ze čtyř základních pilířů strategie – blíže viz VZ 2010 a kapitolu Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace (str. 8). Akční plán 2013–2015 obsahuje řadu nových úkolů, zejména v oblasti prevence infekčních onemocnění. Jde například o zabezpečení dostupnosti harm reduction programů v těžce dosažitelných skupinách nebo sociálně vyloučených lokalitách. Obsahuje také úkol vydat metodický pokyn pro testování infekcí v programech pro uživatele drog, jehož nositelem je primárně MZ, neboť příliš restriktivní stanoviska a nejasné podmínky představují bariéru v dalším rozvoji prevence infekčních onemocnění mezi uživateli drog v ČR – viz také VZ 2011.

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013–2017<sup>118</sup> obsahuje řadu aktivit, jejichž cílovou skupinou jsou rovněž injekční uživatelé drog. Mimo jiné tento program uvádí, že je potřeba „v prostředí komunitních služeb a komunitních center podporovat použití rychlých screeningových instantních testů, upravit metodický a organizačně-technický rámec pro poskytování rychlých testů rizikovým skupinám tak, aby tyto testy byly dostupné a byly poskytovány v souladu s předpisy ČR“.

### 7.2 Prevence předávkování

Prevence předávkování je v ČR prováděna prostřednictvím poradenství a vzdělávání uživatelů drog v rámci služeb poskytovaných v nízkoprahových a léčebných zařízeních – o nízkoprahových programech viz níže, léčbou se zabývá kapitola Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 56). V ČR dosud nebyly zavedeny ani testovány programy distribuce naloxonu uživatelům drog ke svépomocné léčbě předávkování opiátů. Blíže o činnosti nízkoprahových služeb v této oblasti viz VZ 2011.

V kontextu této kapitoly je vhodné zmínit zvýšený výskyt užívání fentanylu v některých oblastech ČR, který představuje díky velmi malé účinné i smrtné dávce (50–80krát nižší než u heroinu) zvýšené riziko předávkování včetně předávkování smrtelného – blíže viz Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 50).

### 7.3 Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog

#### 7.3.1 Nízkoprahové harm reduction programy

Prevence šíření infekčních onemocnění patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými programy. V rámci nízkoprahových služeb v ČR jsou harm reduction opatření realizována především prostřednictvím výměny injekčního materiálu, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování na infekční choroby a šíření informací o rizicích spojených s užíváním drog. Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři i jejich rodiny a blízcí. Kromě toho jsou v ČR realizovány také programy určené uživatelům drog v prostředí noční zábavy.

<sup>118</sup> Přijatý usnesením vlády č. 956 ze dne 20. prosince 2012.



Síť nízkoprahových programů v ČR tvoří kontaktní centra a terénní programy pro uživatele drog. Jejich počet je v posledních letech relativně stabilní<sup>119</sup>, v r. 2012 jich působilo celkem 103.

V r. 2012 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy více než 34 tis. uživatelů drog, z nichž dvě třetiny tvořili uživatelé pervitinu (19 457) a dále uživatelé opiátů (9160) a konopných drog (3303) – tabulka 7-1. Počet uživatelů kokainu v kontaktu je stále velmi nízký (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f).

Nejvyužívanější službou v nízkoprahových programech je výměna injekčního náčiní a distribuce parafermálií, což je pochopitelné vzhledem k historicky vysokému počtu IUD v ČR i mezi klienty harm reduction programů – tabulka 7-2.

Struktura klientů nízkoprahových programů se v posledních letech mění jen nepatrně. Dominantní skupinu tvoří uživatelé pervitinu (57 %) a opiátů (27 %). Z údajů poskytnutých nízkoprahovými programy je patrný nárůst uživatelů buprenorfinu na úkor uživatelů heroinu a také nárůst uživatelů konopných drog. Kontinuálně roste průměrný věk klientů (od r. 2004 o pět let) a vysoký podíl klientů v kontaktu uvádí injekční užívání drog (80 %).

Co se týče regionální distribuce, nejvyšší počet kontaktů v r. 2012 vykázaly nízkoprahové programy v Praze, následované programy v Ústeckém a Moravskoslezském kraji. Nejvyšší počet výkonů ve výměnných programech (počet výměn) vykazují služby v Praze, následované Ústeckým a Moravskoslezským krajem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f). Detailní přehled o výkonech v nízkoprahových programech podle krajů v r. 2012 poskytuje tabulka 7-3.

tabulka 7-1: Klienti českých nízkoprahových programů v l. 2004–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Ukazatel	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet nízkoprahových programů	92	92	90	109	100	95	96	99	103
Počet uživatelů drog	24 200	27 800	25 900	27 200	28 300	30 000	32 400	35 500	34 200
– z toho injekčních uživatelů	16 200	17 900	18 300	20 900	22 300	23 700	24 500	25 300	27 550
– z toho uživatelů pervitinu	12 200	12 300	12 100	14 600	14 900	16 000	17 500	19 400	19 450
– z toho uživatelů nelegálních opiátů/opioidů	6 000	6 800	6 900	7 300	8 300	8 900	8 100	6 800	6 900
– z toho uživatelů heroinu	–	–	4 000	4 100	4 600	4 950	4 200	3 300	2 800
– z toho uživatelů buprenorfinu	–	–	2 900	3 200	3 700	3 950	3 900	3 500	4 100
– z toho uživatelů konopných látek	4 100	3 600	2 700	2 000	1 700	2 200	1 900	3 200	3 300
– z toho uživatelů těkavých látek	560	470	450	390	300	250	300	250	150
Průměrný věk uživatelů drog (roky)	23,4	25,0	25,3	26,1	26,4	27,4	27,0	28,1	28,5

tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v l. 2006–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Výměna injekčního náčiní	191 000	215 800	217 200	237 800	234 900	256 500	240 100
Potravinový servis	97 600	94 100	87 800	108 800	107 700	100 700	94 300
Hygienický servis	41 100	40 000	34 800	44 300	56 300	53 000	46 400
Individuální poradenství	21 900	24 100	21 000	27 800	37 600	30 800	34 000
Zdravotní ošetření	10 500	9 400	7 700	10 200	9 700	9 500	9 200
Krizová intervence	1 800	1 600	1 100	1 600	2 400	2 400	1 800
Skupinové poradenství	1 500	1 000	1 100	1 300	1 300	700	500
Počet kontaktů celkem	322 900	338 100	329 500	365 600	396 800	415 400	421 500

<sup>119</sup> Počet programů je ovlivňován tím, jak nízkoprahová zařízení podávají projekty do dotačních řízení a jak jednotlivé aktivity formálně rozlišují. Kontaktní centrum a terénní program mohou být provozovány jedním subjektem v rámci jednoho projektu, v jiných případech nebo v různých letech se může jednat o dva i více projektů. Údaje o klientech a službách nízkoprahových zařízeních jsou získávány zejména ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP.

tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2012 v jednotlivých krajích (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Kraj*	Kontakt	První kontakt	Výměna injekčního náčiní	Potravinový servis	Hygienický servis	Individuální poradenství	Reference**	Zdravotní ošetření	Krizová intervence	Skupinové poradenství
PHA	138 421	968	109 781	24 320	6 796	4 434	4 047	3 940	162	163
STC	20 308	565	12 564	4 375	1 962	2 975	1 563	148	35	8
JHC	18 879	752	9 534	7 623	2 794	2 272	1 573	441	127	69
PLK	20 685	522	6 860	5 195	2 669	2 172	1 345	684	165	96
KVK	30 862	665	9 857	5 123	2 736	611	417	383	115	6
ULK	51 845	1 310	33 148	7 795	4 551	2 314	1 324	714	79	2
LBK	11 737	366	6 859	4 890	2 027	321	666	47	45	0
HKK	9 973	300	4 264	4 738	3 641	848	141	87	43	3
PAK	2 768	136	1 612	407	654	102	129	10	5	0
VYS	8 746	306	2 716	4 052	1 494	1 297	555	125	25	0
JHM	30 057	696	14 728	6 489	4 469	3 248	584	668	66	82
OLK	22 571	1 696	5 617	4 235	2 453	3 445	2 741	882	179	54
ZLK	10 814	329	3 555	872	910	1 505	1 145	253	43	0
MSK	43 803	1 001	19 030	14 201	9 273	8 463	894	790	712	55
<b>Celkem</b>	<b>421 469</b>	<b>9 612</b>	<b>240 125</b>	<b>94 315</b>	<b>46 429</b>	<b>34 007</b>	<b>17 124</b>	<b>9 172</b>	<b>1 801</b>	<b>538</b>

Pozn.: \* Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitulu Zkratky, \*\* reference do kontaktního centra nebo o léčebného zařízení včetně substituční léčby.

V prvním pololetí 2012 realizovala Klinika adiktologie studii zaměřenou na institucionální analýzu nízkoprahových služeb pro uživatele návykových látek zaměřenou na připravenost těchto služeb na transformaci a začlenění do systému zdravotnictví (Burešová, 2012). Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 60 zařízení (39 kontaktních center a 21 terénních programů). Jejich přehled uvádí tabulka 7-4.

tabulka 7-4: Přehled nízkoprahových zařízení zapojených do studie (Burešová, 2012)

Typ poskytovaných služeb	Kontaktní centra		Terénní programy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Sociální služba	34	87	20	95	54	90
Zdravotní služba	1	3	1	5	2	3,3
Kombinace sociální a zdravotní služby	2	5	0	0	2	3,3
Jiné	2	5	0	0	2	3,3
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Z provedené analýzy vyplývá, že nízkoprahové adiktologické služby (harm reduction programy) jsou v ČR z podstatné části zajišťovány mimo zdravotnický systém. Tyto služby v naprosté většině poskytují zařízení sociálních služeb, 87 % kontaktních center a 95 % terénních programů je registrováno pouze jako sociální služba. Z šetření také vyplývá, že nejčastěji poskytovanou intervencí je sociální práce, i když většina zařízení provádí i ryze zdravotnické výkony jako zdravotní ošetření (90 %) nebo testování na infekční onemocnění (68 %).

Možné bariéry vstupu sociálních služeb do zdravotnictví souvisí zejména s požadavky na personální, technické a věcné vybavení zařízení. Kvalifikovaného adiktologa zaměstnává jen necelá polovina zařízení. Kvalifikovaného adiktologa, který může pracovat bez odborného dohledu, má v týmu 30 % zařízení. Nejčastější zdravotnickou kvalifikací v kontaktních centrech i terénních programech je kvalifikace zdravotní sestry, lékaře ve svém týmu má jen 5 zařízení (na částečný pracovní úvazek nebo na dohodu o pracovní činnosti). Kontaktní centra i terénní programy nejčastěji zaměstnávají sociální pracovníky. Zájem o změnu statusu na poskytovatele zdravotních služeb projevila polovina programů, tři čtvrtiny však nemají o registraci dostatek informací. Přípravy na změnu statusu udává 9 zařízení. Autoři studie se domnívají, že důvodem nezájmu může být snaha o udržení stávajícího stavu v ekonomicky nepříznivém období, neboť proces transformace na zdravotnické zařízení je finančně, personálně i časově náročný (Burešová, 2012).

Další údaje o klientech nízkoprahových zařízení podává také kapitola Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat (str. 50).

### 7.3.1.1 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel

Program distribuce stříkaček, jehel a dalších paraferálií v r. 2012 poskytovalo 103 nízkoprahových programů. Množství distribuovaného materiálu dlouhodobě rostlo do r. 2011, v r. 2012 se tento nárůst prakticky zastavil, při-

čemž bylo distribuováno téměř 5,4 mil. kusů injekčního náčiní (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f). Trend počtu programů a počtu distribuovaných injekčních stříkaček uvádí tabulka 7-5, počty vydaných stříkaček v jednotlivých krajích pak tabulka 7-6.

Podle dostupných informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který navštívil nízkoprahové zařízení v r. 2012, vyměnil průměrně za rok více než 190 sterilních stříkaček či jehel. Rozložení množství distribuovaného injekčního materiálu v jednotlivých krajích odpovídá relativnímu počtu injekčních, resp. problémových uživatelů drog – mapa 7-1 a mapa 4-1 (str. 47).

tabulka 7-5: Výměnné programy v ČR v l. 1998–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Rok	Počet výměnných programů	Počet vydaných stříkaček a jehel
1998	42	486 600
1999	64	850 285
2000	80	1 152 334
2001	77	1 567 059
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	93	3 868 880
2007	107	4 457 008
2008	98	4 644 314
2009	95	4 859 100
2010	96	4 942 816
2011	99	5 292 614
2012	103	5 356 318

tabulka 7-6: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v l. 2004–2012 podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Kraj*	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PHA	1 210 704	1 697 554	1 850 330	2 071 788	2 060 588	2 130 729	2 130 433	2 198 651	2 266 917
STC	66 600	110 325	168 220	215 640	309 590	345 214	350 052	332 827	414 080
JHC	102 621	124 454	141 825	212 791	228 872	239 690	183 278	202 545	206 812
PLK	88 450	116 611	157 317	189 894	207 938	188 416	190 648	181 408	204 094
KVK	35 756	58 680	66 382	83 462	79 834	102 467	141 437	177 835	151 514
ULK	351 561	479 383	612 259	655 882	637 887	678 007	604 191	735 929	616 574
LBK	33 467	32 800	47 756	63 967	129 903	87 272	129 995	150 793	174 742
HKK	41 021	86 221	98 269	139 075	173 417	183 186	200 616	253 306	217 837
PAK	36 081	38 725	48 144	29 908	52 690	62 541	84 950	88 867	93 781
VYS	39 348	61 425	68 682	99 447	65 343	81 127	89 846	86 053	79 474
JHM	165 846	173 090	227 833	269 236	264 872	252 145	286 251	331 113	311 566
OLK	85 872	96 416	150 024	134 433	137 321	164 699	197 767	199 930	175 940
ZLK	41 977	52 169	69 005	115 744	89 913	111 099	96 330	91 471	88 882
MSK	56 232	143 771	162 834	175 741	206 146	232 508	257 022	261 886	354 105
<b>Celkem</b>	<b>2 355 536</b>	<b>3 271 624</b>	<b>3 868 880</b>	<b>4 457 008</b>	<b>4 644 314</b>	<b>4 859 100</b>	<b>4 942 816</b>	<b>5 292 614</b>	<b>5 356 318</b>

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

mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2012 na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)



Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel jsou v nízkoprahových programech doplňovány distribucí aluminiové fólie určené ke kouření heroinu a distribucí želatinových kapslí určených k perorální aplikaci drogy jako alternativy injekčního užívání drog, především pervitinu.

Programy distribuce želatinových kapslí uživatelům pervitinu byly podrobněji popsány dříve – viz VZ 2009 a VZ 2010. V monitoringu testování a prevence infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových programech za r. 2012 odpovědělo celkem 38 nízkoprahových programů (viz také kapitolu Infekce spojené s užíváním drog, str. 81). Z nich nabíze-lo želatinové kapsle 27 programů (71 %) a bylo rozdáno téměř 50 tisíc kapslí. Distribuce želatinových kapslí se v posledních letech stává standardní součástí nabídky nízkoprahových programů pro uživatele drog v ČR a část klientů programů kapsle využívá jako alternativu injekčního užívání (viz např. Nezdarová, 2011, Mravčík et al., 2011b). Podle výsledků průzkumu zaměřeného na zkušenosti s používáním želatinových kapslí mezi klienty jednoho pražského terénního programu jsou kapsle pro uživatele drog spíše okrajovou alternativou k velmi rozšířenému injekčnímu užívání. Je nutné zmínit, že struktura klientů pražských terénních programů je velmi specifická, především kvůli rozšířenému injekčnímu užívání opioidů používaných v substituční léčbě (Nezdarová, 2011). Stále však nejsou dostupné ověřené informace o způsobech používání těchto kapslí a jejich potenciálním přínosu a rizicích.

tabulka 7-7: Informace o programu distribuce želatinových kapslí v nízkoprahových programech v ČR v l. 2008–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013e)

Rok	Počet programů, které odpověděly na dotazník	Programy distribuující kapsle		Počet distribuovaných kapslí
		Počet	Podíl (%)	
2008	50	16	32,0	23 865
2009	20	14	70,0	28 638
2010	43	30	69,8	56 868
2011	52	42	80,8	72 609
2012	38	27	71,1	46 830

Ve studii Multiplikátor 2010 bylo zjišťováno, zda klient obdržel kapsle k perorální aplikaci drogy alespoň jednou v uplynulém roce – jednalo se celkem o 189 z celkem 642 respondentů (29,4 %), z nichž většina (87,8 %) byla uživateli pervitinu – viz VZ 2010. V opakované studii Multiplikátor 2013 se dotaz na to, zda klient získal kapsle v nějakém harm reduction programu, týkal posledních 30 dní. Celkem v r. 2013 dostalo želatinovou kapsli v posledním měsíci 339 (19 %) klientů, z toho bylo 323 (95 %) uživatelů pervitinu – viz také kapitolu Problémové užívání drog (str. 44).

### 7.3.1.2 Testování infekčních nemocí

Počet testujících programů a počet provedených testů v nízkoprahových zařízeních zjišťuje NMS ze závěrečných zpráv projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP. Výsledky testování části těchto programů jsou k dispozici z jiného zdroje, kterým je monitoring testování infekcí v nízkoprahových programech – blíže viz kapitolu Infekce spojené s užíváním drog (str. 81). V r. 2012 nabízelo možnost testování na HIV 64 zařízení, na VHC 67, na VHB 48 a

na syfilis 46 nízkoprahových služeb – tabulka 7-8. Ačkoliv počet zařízení nabízejících testování na infekční choroby v průběhu posledních let kolísá, je patrný střednědobý trend nárůstu provedených testů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f).

tabulka 7-8: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových programů v l. 2003–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Rok	HIV		VHB		VHC		Syfilis	
	Programy	Testy	Programy	Testy	Programy	Testy	Programy	Testy
2003	64	2 629	21	739	60	2 499	4	209
2004	58	2 178	25	932	53	2 582	1	84
2005	54	2 425	28	1 370	55	2 664	2	54
2006	46	1 253	56	693	62	1 133	3	209
2007	53	609	19	370	24	401	4	62
2008	50	1 120	18	399	40	862	3	124
2009	47	1 592	23	560	43	1 501	4	143
2010	58	1 821	40	1 200	59	2 134	20	771
2011	78	2 833	69	1 598	80	3 158	66	1 516
2012	64	2 892	48	1 468	67	3 011	46	1 969

Provedení vyšetření na HIV, VHB a VHC v minulosti klientů se sleduje také v Registru žádostí o léčbu. Informace v těchto položkách mají převážně charakter informací uváděných samotnými uživateli, i když může jít i o údaje z dokumentace, případně o hlášení vyšetření infekcí v rámci dané léčebné epizody. Podíl injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu v l. 2002–2012 uvádějících vyšetření na jednotlivé infekce ve svém životě uvádí tabulka 7-9.

tabulka 7-9: Podíl\* klientů – IUD žádajících o léčbu v l. 2002–2012, kteří byli v minulosti vyšetřeni na VHB, VHC a HIV, v % (Petrášová and Füleová, 2013)

Rok	VHB	VHC	HIV
2002 (N = 6 225)	39,8	45,6	47,7
2003 (N = 5 959)	41,3	47,8	48,2
2004 (N = 6 364)	38,7	44,8	52,8
2005 (N = 6 125)	39,8	44,1	54,8
2006 (N = 6 022)	38,4	42,2	55,7
2007 (N = 6 109)	37,4	40,3	53,4
2008 (N = 5 986)	42,1	45,0	55,1
2009 (N = 6 157)	42,9	48,2	57,8
2010 (N = 6 581)	43,1	48,5	57,7
2011 (N = 6 471)	45,0	50,6	57,1
2012 (N = 6 481)	44,6	50,7	55,2

Pozn.: \* Podíl testovaných injekčních uživatelů (bez ohledu na znalost výsledku testu) ze všech injekčních uživatelů drog, kteří v daném roce žádali o léčbu.

V projektu Multiplikátor 2013 (blíže viz kapitolu Problémové užívání drog, str. 44) zaměřeného primárně na odhad podílu problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními bylo zjišťováno, zda byli klienti testováni na HIV a VHC. Provedení testu na HIV během posledních 12 měsíců uvedlo 51,0 % z celkem 1797 respondentů (49,2 % v r. 2010), test na VHC uvedlo 57,5 % (58,4 % v r. 2010). Uvedené údaje o testování naznačují mnohem vyšší (a stabilní) protestovanost uživatelů drog na HIV a VHC, než jak ukazují údaje o testování v nízkoprahových zařízeních uvedené výše.

### 7.3.2 Léčba HIV/AIDS a virové hepatitidy typu C

Standardní protivirovou léčbou VHC je dvojkombinace pegylovaného interferonu  $\alpha$  (PEG-IFN) a ribavirinu (RBV). V r. 2011 byla v USA a posléze v Evropě schválena přímo působící antivirotika (inhibitory proteázy telaprevir a boceprevir) pro léčbu HCV genotypu 1 v režimu v kombinaci s konvenční dvojkombinací PEG-IFN a RBV, který vykazuje ve srovnání se standardní duální léčbou vyšší účinnost u dříve léčených i neléčených pacientů. Tento režim však vykazuje také vyšší výskyt nežádoucích účinků a také vysoké léčebné náklady, což omezuje nábor pacientů do léčby (Tungol et al., 2011, Assis and Lim, 2012, Řehák, 2012). V listopadu 2012 došlo k dohodě České hepatologické společnosti a Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP s plátcí péče (VZP a Oborovým svazem zdravotních pojišťoven) na úhradě léčby VHC přímo působícími antivirotiky u 120 pacientů v 17 centrech (Česká hepatologická společnost, 2012).

V r. 2012 ÚZIS začal v ročním výkazu oborů gastroenterologie a infekčního lékařství nově sledovat počet pacientů celkem i IUD léčených pro VHC. V r. 2012 existovalo celkem 38 zařízení obou odborností, která léčila pro VHC 745 (bývalých či současných) IUD (Nechanská, 2013b) – tabulka 7-10.

tabulka 7-10: Celkový počet léčených pacientů a počet léčených IUD pro VHC protivirovými preparáty podle pohlaví a věkových skupin v r. 2012 (Nechanská, 2013b)

Ukazatel	Počet zařízení	Počet pacientů	z toho		z toho věková skupina		
			muži	ženy	do 19 let	20–64 let	65 a více let
<b>Infektologie</b>							
Celkem pacientů	30	853	494	359	50	760	43
– z toho IUD	24	521	314	207	29	472	20
<b>Gastroenterologie</b>							
Celkem pacientů	23	311	165	146	1	310	0
– z toho IUD	14	224	112	112	1	223	0
<b>Celkem</b>							
<b>Celkem pacientů</b>	<b>53</b>	<b>1 164</b>	<b>659</b>	<b>505</b>	<b>51</b>	<b>1 070</b>	<b>43</b>
<b>– z toho IUD</b>	<b>38</b>	<b>745</b>	<b>426</b>	<b>319</b>	<b>30</b>	<b>695</b>	<b>20</b>

Z dat Vězeňské služby ČR vyplývá, že v r. 2012 byla léčba VHC zahájena u 272 osob ve výkonu trestu odnětí svobody – počet vězňů léčených pro VHC se tak kontinuálně zvyšuje (v r. 2011 byla léčba zahájena u 239 osob, v r. 2010 u 69 osob (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013b).

Blíže k organizaci léčby HIV/AIDS a virových hepatitid u IUD v ČR viz VZ 2011 a podrobný článek na téma léčby VHC u IUD (Mravčík, 2012).

### 7.3.3 Programy zaměřené na užívání drog v prostředí zábavy

Specifické programy snižování rizik v prostředí zábavy v r. 2012 poskytovaly tři programy<sup>120</sup>, zatímco v r. 2011 to bylo 6 programů – viz VZ 2011 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012h). Intervence byly poskytnuty na 13 hudebních akcích, kde bylo realizováno celkem 1145 kontaktů s uživateli drog. Meziroční výkyvy v dostupnosti služeb v prostředí zábavy, tedy počet programů, které poskytují tento typ intervencí, reflektuje jak nedostatečný objem finančních prostředků poskytovaných na realizaci těchto programů, tak negativní politická a rezortní stanoviska k orientačnímu kvalitativnímu testování tablet extáze na tanečních akcích, které bylo v minulosti součástí intervencí v prostředí zábavy – blíže viz VZ 2007–2010.

### 7.4 Opatření zaměřená na další zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Léčba uživatelů drog s duální diagnózou probíhá v ČR převážně v síti léčebných zařízení pro uživatele drog se zohledněním jejich specifických potřeb – viz kapitolu Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 56). Dosud však v ČR neexistuje žádné specializované zařízení pro závislé trpící současně psychotickým onemocněním (Kalina and Vácha, 2013).

<sup>120</sup> Terénní programy Olomouc (Sdružení Podané ruce), Jihočeský streetwork (o. s. PREVENT) a Terénní program Drop In, o. p. s.

Mezi sociální souvislosti užívání drog patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy ve vztazích a rodině, nekvalitní a nestálé bydlení až bezdomovectví a další. Tyto problémy se často vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení. Ve zvýšené míře se manifestují v některých populačních skupinách, jako jsou např. etnické a národnostní menšiny (v ČR především Romové), bezdomovci, migranti, přistěhovalci.

V Registru sociálních služeb je evidováno 35 programů následné péče o uživatele drog. Ze Sčítání adiktologických služeb 2012 ovšem vyplývá, že sociální práci a podpůrné služby směrem k sociální reintegraci uživatelů drog však poskytují desítky až stovky adiktologických zařízení a programů, zejména se jedná o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací.

V r. 2013 proběhlo dotazníkové šetření v sociálně vyloučených lokalitách v ČR zjišťující stav v oblasti užívání návykových látek a gamblingu. S ročním zpožděním jsou k dispozici data za r. 2011 z Programu podpory terénní sociální práce v romských lokalitách. Specifických programů zaměřených na problémy s užíváním návykových látek v sociálně vyloučených lokalitách je nedostatek. Většina intervencí se zaměřuje na hlavní problémy sociálně vyloučených lokalit, kterými jsou nezaměstnanost, dluhy a problémy s bydlením. V sociálně vyloučených lokalitách ČR je nejčastěji užívanou návykovou látkou alkohol, z nelegálních drog jsou to konopné látky a pervitin.

Letos poprvé jsou prezentovány výsledky celoevropské studie EMIS, která v r. 2010 zjišťovala rizikovost chování mužů majících sex s muži, a to včetně problematiky užívání drog.

### 8.1 Sociální exkluze a užívání drog

Sociální exkluze jako jev se vyskytuje u různých skupin lidí, kteří se způsobem života nebo jinými charakteristikami odlišují od většinové společnosti. Významnými faktory přispívajícími k sociální exkluzi jsou nedostatek (finančních) prostředků, nízké vzdělání, nezaměstnanost, narušené rodinné vztahy, ztráta bydlení a následně celkové změny životního stylu, které mohou být spojeny s užíváním návykových látek. Uvedené faktory jsou často také překážkami úspěšné reintegrace sociálně vyloučených osob zpět do (většinové) společnosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003). Mareš et al. (2008) ve své práci o sociální exkluzi poukazují na fenomén koncentrace vyloučených osob na určitém území. Ty považují za obecně známé a patří k nim zejména kriminalita, užívání alkoholu a jiných drog a další formy asociálního jednání, které stravují obyvatele tohoto prostoru a prosakují i do jeho okolí. Jeho obyvatelé jsou častými oběťmi kriminality, lichvy, epidemií, které zde bují, zatímco okolní společnost se těmito problémy příliš nezabývá. Považuje je totiž za vnitřní problémy tohoto prostoru a jeho obyvatel a bedlivě hlídá jen to, aby se nepřenese přes jeho hranice (většinou pak proti nim zasahuje až v tomto okamžiku).

Sociální charakteristiky uživatelů drog žádajících o léčbu uvádí kapitola Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 56).

#### 8.1.1 Užívání drog v sociálně vyloučených lokalitách

V r. 2013 NMS ve spolupráci s Agenturou pro sociální začleňování (ASZ) realizovalo průzkum nazvaný Problematika hazardu a drog v sociálně vyloučených lokalitách. Cílem průzkumu bylo zmapovat situaci hazardního hraní a drogové problematiky v kontextu ostatních sociálně problematických jevů v obcích, kde se vyskytují sociálně vyloučené lokality (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura pro sociální začleňování, 2013). Prostřednictvím ASZ bylo osloveno 22 oblastí, ve kterých ASZ aktuálně působí. V těchto oblastech se nachází cca 30 obcí se sociálně vyloučenými lokalitami. Respondenty průzkumu byly kontaktní osoby ASZ, které měly možnost konzultovat danou otázku s relevantními subjekty v obci (např. drogovými NNO, místními protidrogovými koordinátory, manažery prevence kriminality, sociálními odbory, městskou policií, Policií ČR).

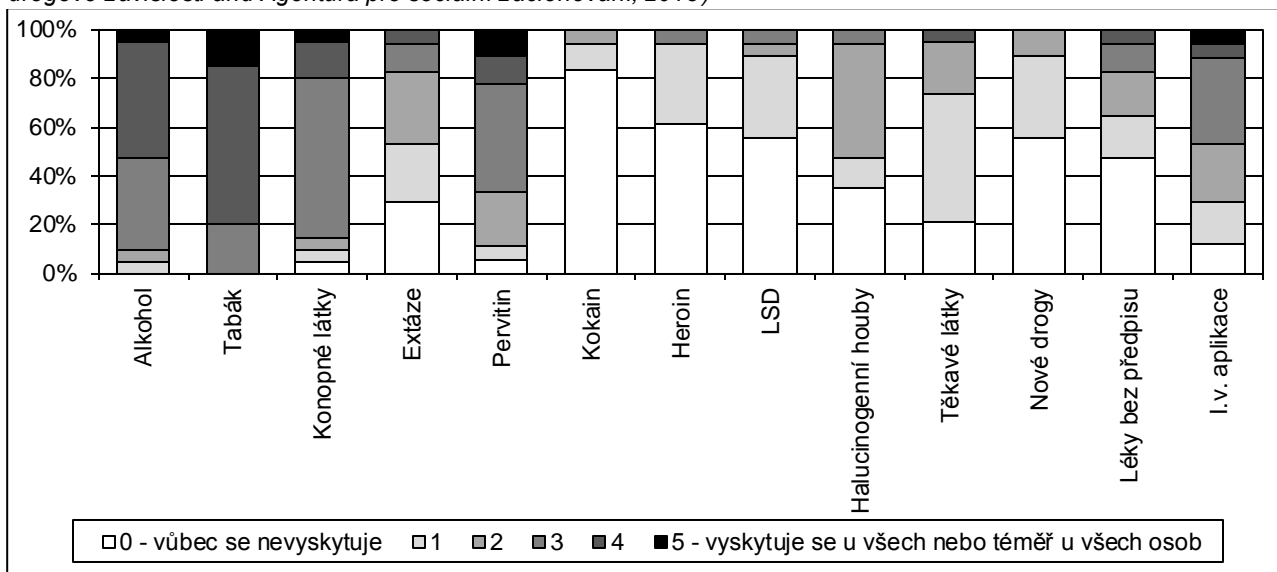
Zpět se vrátilo 22 vyplněných dotazníků, z nichž každý zahrnoval jednu nebo více SVL dohromady. Celkem byly shromážděny informace o 38 SVL<sup>121</sup>.

K samotnému užívání drog směřovaly tři otázky. První z nich se týkala míry užívání drog ve sledovaných lokalitách, a to odděleně pro dospělé a pro děti mladší 15 let. Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji konzumovanými drogami mezi dospělými jsou tabák, dále alkohol a konopné látky. Oproti tomu nejméně často užívané drogy jsou podle odhadu respondentů kokain, heroin, LSD a nové drogy. Z odpovědí také vyplývá, že injekční aplikace drog mezi dospělými obyvateli SVL je poměrně častá – graf 8-1.

Mezi dětmi žijícími v SVL jsou nejčastěji užívanými drogami rovněž alkohol, tabák a konopné látky, avšak v nižší míře, než je tomu u dospělých obyvatel SVL. Užívání ostatních drog nebo injekční aplikace drog jsou mezi dětmi v SVL podle respondentů ojedinělé – graf 8-2.

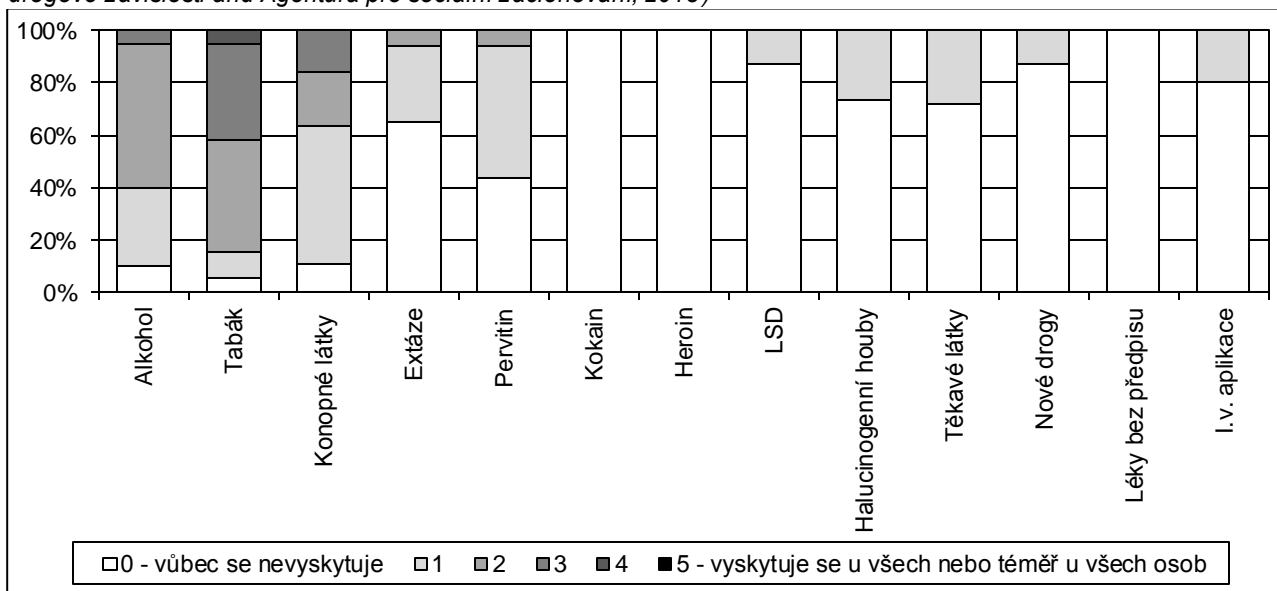
<sup>121</sup> Bruntál – 2 SVL, Děčín, Mělnicko – 3 SVL, Havířov – 2 SVL, Hodonín, Jirkov, Kolín, Krupka, Kutná Hora, Litvínov, Nové Sedlo, Odry, Osoblaha – 4 SVL vykazovaných dohromady, Rumburk – 2 SVL, Sokolov, Sokolovsko – 9 SVL vykazovaných dohromady, Šternberk, Teplá, Toužim, Velké Hamry, Větrní, Žlutice.

graf 8-1: Odhadovaná míra užívání jednotlivých drog dospělými v SVL (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura pro sociální začleňování, 2013)



Pozn.: Hodnocení probíhalo na stupnici 0–5 (kdy 0 znamená, že jev se vůbec nevyskytuje, 5 znamená, že jev se vyskytuje u všech nebo téměř u všech osob).

graf 8-2: Odhadovaná míra užívání jednotlivých drog dětmi do 15 let v SVL (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura pro sociální začleňování, 2013)

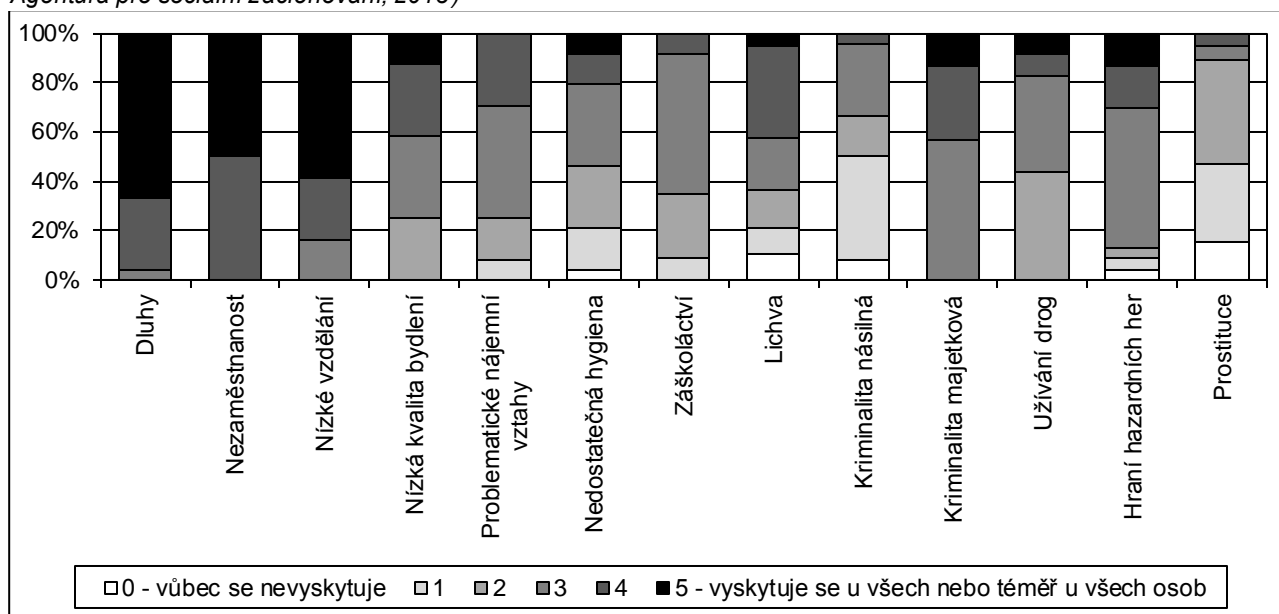


Pozn.: Hodnocení probíhalo na stupnici 0–5 (kdy 0 znamená, že jev se vůbec nevyskytuje, 5 znamená, že jev se vyskytuje u všech nebo téměř u všech osob).

Druhá otázka se týkala užívání drog v kontextu výskytu dalších sociálně problematických jevů. Respondenti měli odhadnout míru výskytu sociálně problematických jevů v jimi sledované lokalitě. Za nejpalčivější problémy v SVL byly respondenty označeny dluhy, nezaměstnanost, nízké vzdělání, majetková kriminalita, ale také nízká kvalita bydlení, hraní hazardních her, problematické nájemní vztahy a užívání drog. Naopak za nejméně problematické považovali respondenti prostituci a násilnou kriminalitu – graf 8-3.



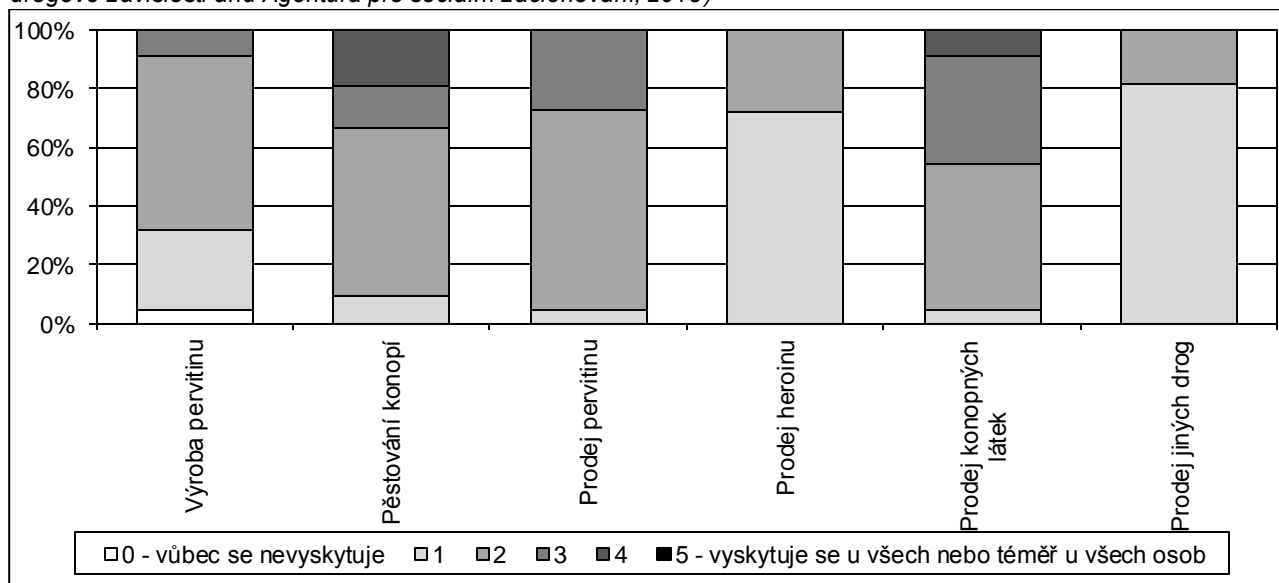
graf 8-3: Odhadovaná míra negativních jevů v SVL (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura pro sociální začleňování, 2013)



Pozn.: Hodnocení probíhalo na stupnici 0–5 (kdy 0 znamená, že jev se vůbec nevyskytuje, 5 znamená, že jev se vyskytuje u všech nebo téměř u všech osob).

Součástí této otázky bylo i zjištění odhadu míry výskytu nelegální výroby a distribuce drog. Z odpovědí respondentů je patrné, že častěji uvádějí výskyt pěstování a prodej konopných látek a prodej pervitinu, respondenti zde udávali nejčastěji hodnoty 1–4, přičemž nejčastěji uvedená hodnota byla 2, což je střední míra výskytu. Naproti tomu nejméně častý je podle respondentů prodej heroínu a jiných drog (LSD, extáze a tanečních drog) – graf 8-4.

graf 8-4: Odhadovaná míra nelegální výroby a distribuce drog v SVL (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Agentura pro sociální začleňování, 2013)



Pozn.: Z jiných drog uváděli respondenti LSD, extázi a taneční drogy.

Třetí otevřená otázka byla zaměřena na podrobné informace o pozorovaných souvislostech užívání drog s jinými negativními jevy v SVL. Ojedinele bylo uvedeno řízení motorových vozidel pod vlivem drog, vandalismus, odebírání dětí z péče nebo pohozený použitý injekční materiál.

### 8.1.2 Romské komunity

Řešením situace romských komunit se v ČR dlouhodobě zabývá Rada vlády ČR pro záležitosti romské menšiny. Od r. 2007 působí v ČR Agentura pro sociální začleňování ve vyloučených lokalitách. Zpočátku se jednalo o 13

pilotních lokalit<sup>122</sup>, ke konci r. 2012 působila v celkem 26 vyloučených lokalitách, stejně jako v roce předešlém. O drogové problematice jsou k dispozici údaje z několika lokalit<sup>123</sup> (Agentura pro sociální začleňování, 2013).

Za r. 2011 jsou dostupné informace z Programu podpory terénních sociálních pracovníků<sup>124</sup> o typech problémů, které terénní sociální pracovníci řešili v romských komunitách (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské menšiny, 2012); za r. 2012 data nejsou zatím dostupná. V r. 2011 bylo hlášeno 13 154 klientů (z toho 8654 osob starších 15 let a 4500 osob do 15 let). Ženy tvořily 51 % klientů. Počet uživatelů služeb terénní práce bez základní jazykové gramotnosti byl 309, tj. asi 2,5 % z celkového počtu klientů. Celkem bylo vykázáno 39 383 kontaktů. Nejčastěji řešenými problémy byly nezaměstnanost (34 %), dluhy (31 %) a bydlení (17 %). Mezi nejčastěji řešené rizikové formy chování na území sociálně vyloučených romských lokalit patřily užívání drog (2,3 %), jehož míra se oproti předchozím letům držela na přibližně stejné úrovni, záškoláctví (2,2 %), kriminalita (1,2 %) a gambling (1,1 %) – tabulka 8-1.

*tabulka 8-1: Klienti terénní sociální pracovníků v romských komunitách v I. 2007–2011 podle typu problému (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské menšiny, 2012)*

Typ problému	2007		2008		2009		2010		2011	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Nezaměstnanost	2 916	17,5	2 598	19,8	3 070	22,1	3 067	18,8	6 881	34,3
Dluhy	5 314	31,9	3 779	28,7	3 722	26,8	5 943	36,4	6 384	31,8
Problémy s bydlením	3 364	20,2	2 432	18,5	2 408	17,3	3 741	22,9	3 500	17,4
Špatné hygienické podmínky	1 204	7,2	1 282	9,7	1 309	9,4	1 088	6,7	1 012	5,1
Problematické nájemní vztahy	1 522	9,1	1 285	9,8	1 413	10,2	1 286	7,9	758	3,8
Užívání drog	391	2,3	344	2,6	291	2,1	–	–	467	2,3
Záškoláctví	716	4,3	1 000	7,6	679	4,9	612	3,8	451	2,2
Kriminalita	574	3,4	636	4,8	532	3,8	269	1,6	235	1,2
Gambling	302	1,8	323	2,5	236	1,7	142	0,9	223	1,1
Lichva	320	1,9	696	5,3	218	1,6	143	0,9	120	0,6
Prostituce	39	0,2	51	0,4	25	0,2	24	0,1	44	0,2
<b>Celkem</b>	<b>16 662</b>	<b>100,0</b>	<b>13 144</b>	<b>100,0</b>	<b>13 903</b>	<b>100,0</b>	<b>16 315</b>	<b>100,0</b>	<b>20 075</b>	<b>100,0</b>

*Pozn.: Součet počtu klientů rozdělených podle problémů může být vyšší než celkový počet klientů – jde patrně o kumulaci problémů u jednotlivých klientů a způsob vykazování v jednotlivých letech. V r. 2010 došlo ke změně formuláře Zprávy o realizaci terénní sociální práce, proto v r. 2010 nebyly sledovány problémy související s užíváním nelegálních drog.*

Z výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích za r. 2012 vyplývá, že specifické programy zaměřené na drogovou problematiku osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách až na výjimky neexistují. Většinou se uživatelům drog z vyloučených lokalit věnují drogové služby v rámci své běžné činnosti. Terénní programy pracující s romskou komunitou v Jihočeském a Plzeňském kraji upozorňují na nový trend injekčního užívání pervitinu. Služby v Plzni uvedly, že Romové nevnímají pervitin na rozdíl od heroínu jako problémovou drogu. Služby v Jihočeském kraji upozorňují na významný nárůst výroby pervitinu mezi Romy. Romové využívají z adiktologických služeb nejčastěji výměnný program (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013).

Specifický adiktologický projekt zaměřený na Romy je realizován v Brně. V letech 2011 a 2012 Jihomoravský kraj finančně podpořil Projekt ochrany veřejného zdraví a terénní práce s osobami ohroženými závislostmi ve vyloučených lokalitách v Brně realizovaný Sdružením Podané ruce, který poskytoval službu převážně Romům. Na konci r. 2012 na to navázal Projekt terapeutického centra v SVL v Brně, který kromě preventivních programů, poradenství, výměny injekčního materiálu a testování nabízí i substituční program.

V Praze je dlouhodobě realizován terénní program určený romským uživatelům nealkoholových drog realizovaný o. s. SANANIM.

### 8.1.3 Další etnické menšiny a migranti

Studie Ústavu mezinárodních vztahů z r. 2009 se zabývá problematikou vietnamské komunity v ČR a její kriminální činností (Nožina, 2009). Součástí studie je i drogová problematika, která se v rámci vietnamské komunity soustřeďuje především na nelegální výrobu a distribuci drog. Na počátku devadesátých let se v policejních statistikách začala objevovat drogová trestná činnost páchaná osobami vietnamské národnosti, šlo zejména o výrobu a prodej drog.

<sup>122</sup> <http://www.socialni-zaclenovani.cz/agentura-pro-socialni-zaclenovani-zverejnili-vysledky-evaluace-cinnosti-v-pilotnich-lokalitach> (2013-08-26)

<sup>123</sup> Například v Rumburku, kde je drogová situace popisována jako kritická, byla zřízena pracovní skupina. V Bruntále zahájily činnost nové projekty sociálních služeb pro uživatele drog. Město Cheb realizuje mimo jiné individuální projekt zahrnující poradenství pro osoby ohrožené závislostí. Na konci r. 2012 schválilo město Jáchymov působení o. s. Kotec na svém území a od r. 2013 zde má poskytovat terénní program uživatelům drog. V Kadani je rovněž realizován terénní program pro uživatele drog. V Litvínově zajišťuje terénní sociální práci a služby harm reduction pro uživatele drog o. s. Most k Naději. Obrnice zdůrazňují potřebu preventivních programů zaměřených na děti a mládež.

<sup>124</sup> Jeden z dotačních programů v gesci Rady vlády pro záležitosti romské menšiny.

Zpočátku byl předmětem obchodování v 80 % heroin, především hnědý, dále také extáze a LSD. Další látky, které byly Vietnamci na území ČR distribuovány i užívány, byly pervitin, hašiš, marihuana, opium a v menší míře kokain. Objevovaly se také tzv. šlehárny, kde se droga vyráběla, distribuovala a kde kupující Vietnamci mohli drogu i užít. V posledních letech je vietnamská komunita zapojená do výroby pervitinu a konopí a obchodu s nimi ve velkém – viz také kapitola Drogové trhy (str. 126).

#### 8.1.4 Muži mající sex s muži

V r. 2010 byla provedena celoevropská studie EMIS o chování gay mužů a jiných mužů majících sex s muži (MSM) – The European MSM Internet Survey (Procházka, 2011). Zaměřila se zejména na preventivní chování ve vztahu k HIV a dalším sexuálně přenosným chorobám a součástí studie byly také otázky na užívání alkoholu a nelegálních drog. Data byla získána prostřednictvím online dotazníku z 35 evropských zemí. Hlavním řešitelem byl německý Robert Koch Institut v Berlíně, za ČR se účastnily Sexuologický ústav a Česká společnost AIDS pomoc. Celkový počet respondentů byl přes 180 tis., z České republiky jich bylo téměř 2500. Průměrný věk respondentů byl 30 let, ČR patří mezi 5 zemí s nejmladšími respondenty s průměrným věkem 27 let. HIV pozitivitu uvedla 4 % respondentů, v ČR to bylo 2,7 %.

Při dotazu na užívání alkoholu se za problémové konzumenty alkoholu označilo 9 % českých mužů. Konzumaci alkoholu v posledním týdnu uvedlo 77 % respondentů. Přesto více než třetina respondentů v jiném dotazu uvedla, že vůbec nepije ani nebere drogy. Užití nelegálních drog připustilo 49 % mužů, nejčastěji šlo o marihuanu, taneční drogy, ale relativně často také ketamin. Užití tabáku v posledních 24 hodinách uvedlo 37 % mužů. Za intenzivní uživatele rekreačních drog se označila 3 % mužů. Jen o málo více než jedno procento (1,2 %) přiznalo injekční užití drogy. Klienti komerčního sexu uvedli injekční užívání drog ve 4,5 % a zároveň byli v průměru podstatně starší než poskytovatelé komerčního sexu, kteří uvedli injekční užívání ve 3 %. Více než čtvrtina mužů (27 %) měla v posledním roce zkušenost s inhalací poppers<sup>125</sup>. S erektoenními léky měla zkušenost desetina českých respondentů (vzhledem k nízkému věku souboru údaj převyšuje prevalenci erektilní dysfunkce a lze tedy potvrdit rekreační užívání známé z jiných zemí).

#### 8.1.5 Bezdomovci

V r. 2012 byla provedena Studie o stavu bezdomovectví v Ostravě (Hruška, 2012). V rámci rozhovorů s 18 respondenty byla položena otázka, zda respondent užívá drogy nebo zda užívá drogy jeho partner/partnerka. Z rozhovorů se ukazuje, že vztah bezdomovců k užívání nelegálních drog je negativní – 15 osob uvedlo, že nelegální drogy neužívá, 3 osoby neodpověděly. Konzumaci alkoholu uvedlo všech 18 respondentů.

V srpnu 2013 byla vládou ČR schválena Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do r. 2020 (Ministerstvo práce a sociální věcí ČR, 2013). Koncepce se zabývá problematikou chudoby, zásadními tématy v oblasti řešení problematiky bezdomovectví, jako jsou např. podpora přístupu k bydlení a zdravotní péči, zvyšování informovanosti a spolupráce relevantních aktérů. Koncepce klade důraz na komplexní a koordinované řešení problematiky bezdomovectví. V kontextu drogové problematiky popisuje koncepcí jako jeden z rizikových faktorů vzniku bezdomovectví také zneužívání drog a alkoholu.

## 8.2 Sociální reintegrace

Resocializace a podpora uživatelů drog zejména ve fázi po ukončení léčby je náplní především služeb následné péče. Ty zahrnují zejména ambulantní doléčovací programy, které mohou být rozšířeny o další podpůrné služby, především o chráněné bydlení a chráněné zaměstnávání (chráněné dílny, chráněné a podporované zaměstnání). V srpnu 2013 bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV 35 programů následné péče, jejichž cílovou skupinu tvořily osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách<sup>126</sup>. Ze Sčítání adiktologických služeb 2012 ovšem vyplývá, že sociální práci a podpůrné služby směrem k sociální reintegraci uživatelů drog poskytují desítky až stovky adiktologických zařízení a programů, zejména se jedná o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací (Nechanská et al., 2013) – blíže viz také VZ 2011.

O 11 programech následné péče jsou k dispozici informace ze závěrečných zpráv o realizaci projektů v dotačním řízení RVKPP. Chráněné bydlení poskytovalo v r. 2012 celkem 10 programů a chráněné zaměstnání uvedl 1 program. Služeb následné péče využilo celkem 1134 klientů (z toho 457 mužů), z toho 578 (51,0 %) užívalo před léčbou drogy nitrožilně, 591 (52,1 %) klientů užívalo pervitin, 109 (9,6 %) heroin a konopné látky užívalo 21 klientů (1,8 %). Chráněné bydlení mělo v r. 2012 kapacitu 108 míst, v chráněných dílnách pracovaly 4 klientky (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f) – tabulka 8-2.

<sup>125</sup> Nitrity a nitráty s vazodilatačním a erotogenním účinkem.

<sup>126</sup> <http://iregistr.mpsv.cz/> (2013-08-21)

tabulka 8-2: Zařízení poskytující následnou péči ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP v I. 2006–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet zařízení	18	18	18	15	16	15	11
Počet klientů v následné péči	904	883	1 041	986	987	1 095	1 134
Kapacita chráněného bydlení (počet míst)	126	126	283	134	127	129	108
Počet klientů v chráněném bydlení	235	261	–	–	–	–	–
Počet klientů v chráněných dílnách	40	44	25	29	25	20	4

Nestrukturovanou následnou péči v r. 2012 poskytovalo 10 zařízení a využilo ji 676 klientů, z toho 174 mužů. Průměrný věk klientů programů byl 29,8 roku, což znamená další zvýšení oproti předchozím letům. Celkem 274 (40,5 %) klientů užívalo před léčbou drogy nitrožilně, 292 (43,2 %) klientů užívalo pervitin, 19 (7,2 %) heroin a 10 (1,5 %) klientů užívalo konopné látky (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f) – tabulka 8-3.

tabulka 8-3: Zařízení poskytující nestrukturovanou následnou péči ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP v I. 2006–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet zařízení	10	12	12	11	13	13	10
Počet klientů	380	389	487	443	494	624	676
– z toho IUD	230	236	306	235	335	274	274
– z toho uživatelů pervitinu	216	209	259	246	286	272	292
– z toho uživatelů opiátů	78	69	71	64	82	57	49
– z toho uživatelů konopných látek	–	–	–	–	10	12	10
Průměrný věk klientů	26,4	29,3	30,3	30,4	28,3	29,2	29,8

Intenzivní následnou péči v podobě dlouhodobého strukturovaného programu (většinou s chráněným bydlením anebo zaměstnáním) poskytovalo 11 zařízení, jejichž celková kapacita byla 227 míst a jejichž služeb využilo 458 klientů (z toho 283 mužů), průměrný věk klientů strukturovaných programů byl 31 let, což představuje další nárůst oproti předchozím obdobím. Celkem 304 (66,4 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, z toho 299 (65,3 %) užívalo pervitin, 60 (13,1 %) heroin a 11 (2,4 %) klientů užívalo konopné látky (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f) – tabulka 8-4.

tabulka 8-4: Zařízení poskytující strukturovanou následnou péči ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP v I. 2006–2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013f)

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet zařízení	16	15	15	12	13	14	11
Kapacita	365	325	283	316	269	228	227
Počet klientů	524	494	554	543	493	471	458
– z toho IUD	364	360	422	392	385	361	304
– z toho uživatelů pervitinu	304	284	317	329	297	305	299
– z toho uživatelů opiátů	105	104	105	99	73	91	60
– z toho uživatelů konopných látek	–	–	–	5	5	11	11
Průměrný věk klientů	27,1	26,6	28,7	29,2	28,8	29,5	31,0

V r. 2012 proběhlo sčítání adiktologických služeb. Sociální práci a podpůrné služby směrem k sociální reintegraci uživatelů drog poskytují desítky až stovky adiktologických zařízení a programů, zejména jde o pomoc s bydlením, zaměstnáním a dluhovou situací. Podrobnější výsledky byly prezentovány ve VZ 2011 a také v bulletinu Zaostřeno na drogy č. 5/2013 (Nechanská et al., 2013). Na udržení pracovních návyků a redukci užívání mělo pozitivní vliv také zapojení klientů do veřejných služeb, jak uvedlo kontaktní centrum v Ústí nad Labem (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013).

Podle údajů Sdružení pro služby Anonymním alkoholikům v ČR fungovalo v srpnu 2013 celkem 50 skupin Anonymních alkoholiků ve 40 městech ČR<sup>127</sup>. Podle dostupných údajů existují i dvě skupiny Anonymních narkomanů, a to v Praze a v Brně<sup>128</sup>.

Data z dluhových poraden za r. 2012 o příčinách zadlužení včetně případné souvislosti s užíváním drog jsou dostupná ve VZ 2011. K dispozici jsou také data za první pololetí r. 2013 z dluhových poraden ze 17 měst<sup>129</sup>. Z celko-

<sup>127</sup> <http://www.anonymnialkoholici.cz/setkani/adresar-skupin.htm> (2013-08-14)

<sup>128</sup> <http://anonymni-narkomani.wbnode.cz/> (2013-08-14)

<sup>129</sup> Bohumín, Brno, České Budějovice, Jihlava, Karviná, Liberec, Most, Nymburk, Ostrava, Pardubice, Praha 1, 2, 3 a 12, Rokycany, Rumburk, Rychnov nad Kněžnou, Šumperk, Třebíč, Valašské Meziříčí

vého počtu 3904 klientů, kterým bylo poskytnuto dluhové poradenství, uvedlo 77 souvislost jejich zadlužení s užíváním drog a 24 uvedlo souvislost s hraním hazardních her (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Asociace občanských poraden, 2013).

V březnu 2012 RVKPP projednala a schválila metodický materiál Návrh doporučených postupů pro systematické předávání uživatelů drog propuštěných z vazby a výkonu trestu do následné péče v civilním sektoru. Navrhovaná opatření zahrnují mj. informovat vězněné osoby o adiktologických službách poskytovaných jak ve vězení, tak po propuštění, zprostředkovat následnou péči jako součást poradenství a prohloubit spolupráci vězeňské služby s krajskými protidrogovými koordinátory. Dalšími opatřeními jsou: zavést intervence v oblasti prevence rizika předávkování po ukončení výkonu trestu, pomoci se zajištěním následné péče již v rámci terapeutického programu ve věznici, zavést do terapeutických programů skupiny zaměřené na prevenci relapsu, testovat na přítomnost návykových látek a vést evidenci testování<sup>130</sup>.

---

<sup>130</sup> <http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/jednanirady/zaznam-z-jednani-080312.pdf> (2013-09-23)

Primární drogové trestné činy tvořily 1,3 % všech zjištěných trestných činů. Kraji s nejvyšším počtem drogových trestných činů v přepočtu na 100 tis. obyvatel byly v r. 2012 Praha, Karlovarský a Středočeský.

Za drogovou trestnou činnost bylo v r. 2012 stíháno 2827 osob, a to nejčastěji z důvodu výroby, pašování a prodeje pervitinu či konopných látek. Obžalováno bylo 2368 osob a pravomocně odsouzeno 2079 osob. Nejčastěji uloženou sankcí bylo podmíněně odložené odnětí svobody. Počet stíhaných osob stejně jako počet odsouzených za drogové trestné činy dlouhodobě roste.

Trestné činy spojené s výrobou, prodejem a pašováním drog dlouhodobě tvoří přibližně 80 % drogových trestných činů, roste podíl trestných činů nedovoleného nakládání s drogami pro vlastní potřebu (16 % v r. 2012). Podíl ostatních typů drogových trestných činů (nedovolené držení předmětu k výrobě drog a šíření toxikomanie) je nízký a dlouhodobě klesá.

V r. 2012 bylo projednáno 304,7 tis. přestupků, z toho 1285 přestupků nedovoleného nakládání s OPL, což je o 10 % více oproti r. 2011. Stejně jako loni představovaly tyto přestupky cca 0,4 % všech projednaných přestupků.

Podle údajů policie bylo 18,4 tis. trestných činů spácháno pod vlivem návykových látek (přes 15 % objasněných trestných činů). Z toho 16,1 tis. bylo spácháno pod vlivem alkoholu a 2,3 tis. pod vlivem nealkoholových drog.

V závěru r. 2012 proběhla druhá vlna Dotazníkové studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody. Zkušenost s nelegální drogou někdy v životě uvedlo téměř 50 % respondentů. V posledních 12 měsících užilo nelegální drogu více než 21 %, v posledních 30 dnech téměř 9 % dotázaných. Nejčastěji šlo o konopné látky, pervitin nebo amfetaminy a léky se sedativním účinkem získané bez lékařského předpisu. Ve srovnání s obecnou populací stejného pohlaví a věku mají vězni mnohem vyšší zkušenosti se všemi nelegálními drogami (u konopných látek méně výrazně), což platí především u žen ve výkonu trestu, jejichž zkušenosti s nelegálními drogami jsou mnohonásobně vyšší než zkušenosti žen v obecné populaci. Za problémové uživatele drog bylo možno na začátku výkonu trestu odnětí svobody označit 26 % dotázaných osob.

### 9.1 Primární drogová kriminalita

Primární drogová trestná činnost (DTČ) zahrnuje trestné činy nedovoleného nakládání s OPL a předměty určenými k jejich výrobě a podněcování či svádění jiného k užívání jiné návykové látky než alkoholu. Znaky trestného jednání jsou uvedeny v zákoně č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále TZ), který s účinností od 1. ledna 2010 nahradil zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon (dále sTZ)<sup>131</sup>. Přehled primárních drogových trestných činů podle sTZ a TZ uvádí tabulka 9-1. V dalším textu a v tabulkách jsou údaje uváděny společně vždy pro stejnou skutkovou podstatu trestného činu podle ustanovení sTZ a TZ a název dané kategorie je tvořen ve stylu § sTZ / § TZ.

tabulka 9-1: Primární drogové trestné činy a jejich popis (podle sTZ a TZ)

Zák. č. 140/1961 Sb. (sTZ)	Zák. č. 40/2009 Sb. (TZ)	Trestný čin
§ 187	§ 283	Nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedy
§ 187a	§ 284	Přechovávání OPL a jedů pro vlastní potřebu
–	§ 285	Nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu
§ 188	§ 286	Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedu
§ 188a	§ 287	Podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky
–	§ 288*	Výroba a jiné nakládání s látkami s hormonálním účinkem

Pozn.: \* Data týkající se skutkové podstaty tohoto trestného činu nejsou ve výroční zprávě uvedena.

Data o DTČ shromažďuje a vyhodnocuje řada institucí podle svých úkolů v průběhu trestního řízení. Policejní prezidium Policie ČR (PP PČR) zpracovává komplexní informace o zjištěné trestné činnosti a stíhaných osobách v rámci Evidenčního systému statistik kriminality (ESSK). Drogovou kriminalitou se podrobně zabývá speciální policejní útvar – Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), který vede vlastní informační systém o DTČ. Ministerstvo spravedlnosti ČR (MS) zpracovává statistiky státních zastupitelství a soudů, přičemž informace o vazebně stíhaných a odsouzených osobách shromažďují také Vězeňská služba ČR (VS) a Probační a mediální služba ČR (PMS).

Informace o osobách zadržených nebo stíhaných za DTČ jsou evidovány v systémech NPC, PP PČR i MS. Odlišnosti údajů z těchto zdrojů jsou dány zejména rozdíly v hlásné praxi a postupech sběru dat.

<sup>131</sup> V r. 2012 nadále docházelo k souběhu obou výše uvedených právních norem. Případy, které nebyly uzavřeny před nabytím účinnosti TZ, se posuzovaly podle té právní normy, která za dané jednání stanovila mírnější trestní sazbu.

### 9.1.1 Drogové trestné činy podle skutkových podstat a jednotlivých drog

Podle údajů z ESK bylo v r. 2012 za DTČ stíháno celkem 2827 osob. Ženy tvořily 14 % a osoby mladší 18 let 5 % (Policejní prezidium Policie ČR, 2013). Obžalováno bylo 2368 osob. Rozsudek nabyt právní moci v případě 2079 osob, z toho ve 41 % šlo o dosud netrestané osoby (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013a).

Ve srovnání s předchozím obdobím došlo v r. 2012 k nárůstu počtu zadržených (NPC), stíhaných (PP PČR) a odsouzených osob (MS). Nejvýraznější nárůst byl zaznamenán v případě počtu zadržených osob (NPC). Jednalo se současně o nejvyšší meziroční nárůst za posledních 10 let. Od r. 2007 se zvyšuje počet zadržených a stíhaných osob (NPC a PP PČR), od r. 2008 roste také počet odsouzených za DTČ – tabulka 9-2.

*tabulka 9-2: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy v l. 2002–2012 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2013a, Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013b, Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013a)*

Rok	Zadržení (NPC)	Stíhaní (PP PČR)	Stíhaní (MS)	Obžalování (MS)	Odsouzení (MS)
2002	2 000	2 204	2 504	2 247	1 216
2003	2 357	2 295	3 088	2 737	1 304
2004	2 157	2 149	2 944	2 589	1 376
2005	2 168	2 209	2 429	2 157	1 326
2006	2 198	2 344	2 630	2 314	1 444
2007	2 031	2 023	2 282	2 042	1 382
2008	2 322	2 296	2 304	2 100	1 360
2009	2 340	2 415	2 553	2 332	1 535
2010	2 525	2 437	2 377	2 152	1 652
2011	2 759	2 782	2 798	2 549	1 870
2012	3 065	2 827	2 593	2 368	2 079

Trestní řízení bylo nejčastěji vedeno proti osobám, které se dopustily nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL – tabulka 9-3. Skladba DTČ podle jednotlivých skutkových podstat se ve srovnání s předchozím rokem zásadně nezměnila.

*tabulka 9-3: Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle jednotlivých trestných činů v r. 2012 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2013a, Policejní prezidium Policie ČR, 2013, Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013b, Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013a)*

Pachatelé podle fáze trestního řízení	§ 187 / § 283		§ 187a / § 284		§ 285		§ 188 / § 286		§ 188a / § 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Zadržení (NPC)	2 519	82,2	309	10,1	172	5,6	50	1,6	15	0,5	3 065	100,0
Stíhaní (PP PČR)	2 277	80,5	300	10,6	160	5,7	69	2,4	21	0,7	2 827	100,0
Stíhaní (MS)	2 102	81,1	247	9,5	104	4,0	126	4,9	14	0,5	2 593	100,0
Obžalování (MS)	1 949	82,3	217	9,2	72	3,0	119	5,0	11	0,5	2 368	100,0
Odsouzení (MS)	1 631	78,5	238	11,4	99	4,8	98	4,7	13	0,6	2 079	100,0

Podle údajů NPC byli pachatelé DTČ v r. 2012 nejčastěji zadrženi z důvodu nedovolené výroby, pašování a prodeje pervitinu. Druhým nejčastějším důvodem zadržení osob bylo pěstování, pašování a prodej konopných látek – tabulka 9-4.

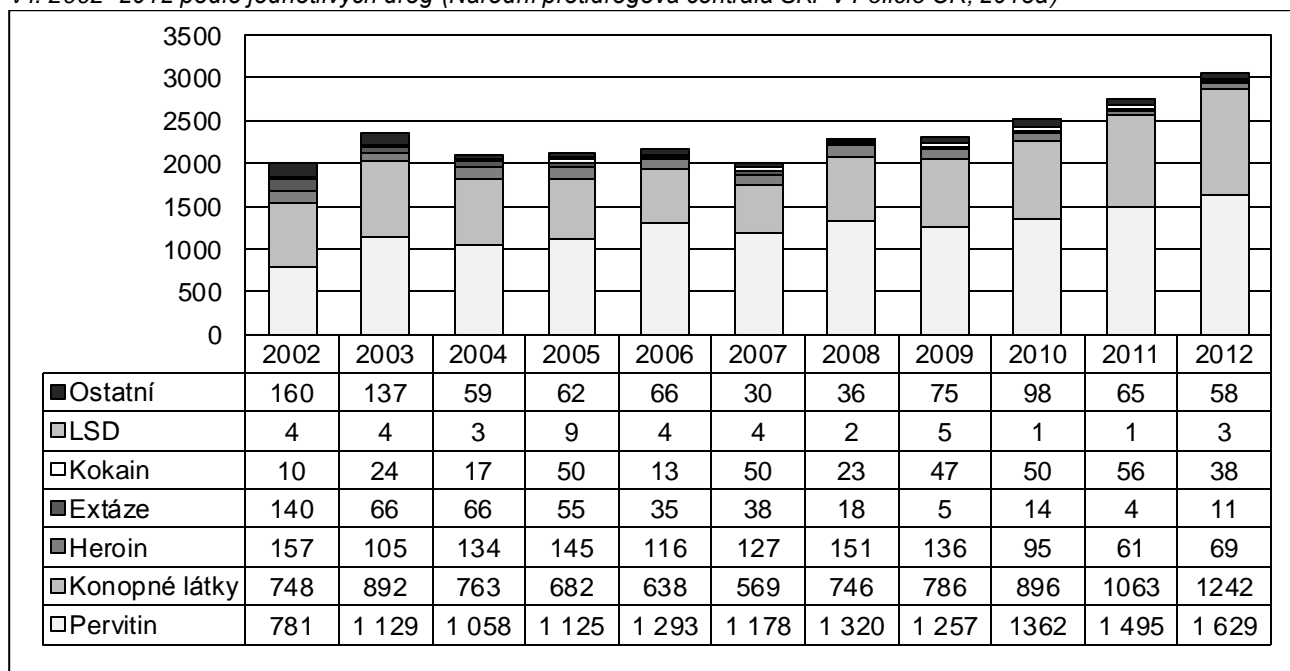
tabulka 9-4: Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu drogové trestné činnosti v r. 2012 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2013a)

Droga	Výroba, pašování a prodej		Držení a pěstování pro vlastní potřebu		Šíření toxikomanie		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	870	33,9	372	77,3	5	33,3	1 247	40,7
Pervitin	1 548	60,3	81	16,8	3	20,0	1 632	53,2
Kokain	31	1,2	7	1,5	0	–	38	1,2
Heroin	59	2,3	10	2,1	0	–	69	2,3
Extáze	7	0,3	4	0,8	0	–	11	0,4
LSD	1	0,0	2	0,4	0	–	3	0,1
Amfetamin	9	0,4	0	–	0	–	9	0,3
Ostatní drogy	44	1,7	5	1,0	7	46,7	56	1,8
<b>Celkem osob</b>	<b>2 569</b>	<b>100,0</b>	<b>481</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>3 065</b>	<b>100,0</b>

Pozn.: Výroba, pašování a prodej zahrnuje § 187 sTZ / § 283 TZ a § 188 sTZ / § 286 TZ, držení pro vlastní potřebu zahrnuje § 187a / § 284 TZ a § 285 TZ a šíření toxikomanie § 188a sTZ / § 287 TZ.

Od r. 2009 roste počet osob zadržených v souvislosti s pervitinem, jejich podíl z počtu všech osob zadržených pro DTČ odpovídá stabilně přibližně 54 %. V případě konopných látek roste od r. 2007 počet i podíl zadržených osob. Zatímco v r. 2007 bylo v souvislosti s konopnými látkami zadrženo přibližně 29 %, v r. 2012 se jednalo téměř o 41 % osob zadržených pro DTČ. V r. 2012 byl současně zaznamenán nejvyšší meziroční nárůst počtu zadržených v souvislosti s konopnými látkami za posledních 10 let. Podíl osob zadržených v souvislosti s heroinem v období 2008–2012 klesal z přibližně 7 % zadržených osob v r. 2008 na přibližně 2 % v r. 2012. Podíl zadržených v souvislosti s kokainem je dlouhodobě ještě nižší – graf 9-1.

graf 9-1: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL, jedy a předměty k jejich výrobě v l. 2002–2012 podle jednotlivých drog (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2013a)



Trestná činnost spáchaná v souvislosti s alkoholem, tzv. alkoholová trestná činnost, analogicky ke konceptu DTČ zahrnuje podávání alkoholických nápojů dítěti (§ 218 sTZ / § 204 TZ). Podle údajů z ESKK bylo v r. 2012 zjištěno 101 trestných činů podávání alkoholických nápojů dítěti (Policejní prezidium Policie ČR, 2013).

Podle evidence MS došlo v r. 2012 k poklesu počtu stíhaných osob u všech DTČ s výjimkou trestného činu šíření toxikomanie. Nejvíce osob bylo stíháno pro nedovolené nakládání s pervitinem – 1288 osob (§ 187 sTZ / § 283 TZ). Druhou nejpočetnější skupinu tvořily osoby stíhané pro stejný trestný čin v souvislosti s konopnými látkami – 752 osob. I přes nárůst počtu osob stíhaných v souvislosti s konopnými látkami nadále zůstávají nejpočetnější skupinou osoby stíhané v souvislosti s pervitinem – tabulka 9-5.



tabulka 9-5: Počet stíhaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a drogových trestných činů v r. 2012 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013b)

Drogy	§ 187 / § 283		§ 187a / § 284		§ 285		§ 188 / § 286		§ 188a / § 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	752	32,9	151	55,1	97	90,7	20	14,8	8	53,3	1 028	36,5
Pervitin	1 288	56,3	83	30,3	7	6,5	104	77,0	3	20,0	1 485	52,7
Kokain	45	2,0	3	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	48	1,7
Heroin	77	3,4	8	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	85	3,0
Extáze	13	0,6	6	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	0,7
Ostatní drogy	111	4,9	23	8,4	3	2,8	11	8,1	4	26,7	152	5,4
<b>Celkem osob</b>	<b>2 286</b>	<b>100,0</b>	<b>274</b>	<b>100,0</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>2 817</b>	<b>100,0</b>

Pozn.: Údaje v řádce „celkem“ nejsou součtem ani podílem trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány zároveň za porušení více drogových paragrafů nebo ve spojení s více drogami a jedna osoba může být tedy započítána vícekrát.

U všech DTČ byl v r. 2012 zaznamenán pokles počtu obžalovaných osob. Nejvíce osob bylo obžalováno pro nedovolenou výrobu, pašování a prodej pervitinu – tabulka 9-6.

tabulka 9-6: Počet obžalovaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a drogových trestných činů v r. 2012 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013b)

Drogy	§ 187 / § 283		§ 187a / § 284		§ 285		§ 188 / § 286		§ 188a / § 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	658	30,9	127	52,0	67	89,3	17	13,4	6	50,0	875	33,8
Pervitin	1 235	58,0	81	33,2	7	9,3	99	78,0	3	25,0	1 425	55,1
Kokain	45	2,1	3	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	48	1,9
Heroin	77	3,6	7	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	84	3,2
Extáze	12	0,6	6	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	0,7
Ostatní drogy	102	4,8	20	8,2	1	1,3	11	8,7	3	25,0	137	5,3
<b>Celkem osob</b>	<b>2 129</b>	<b>100,0</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>2 587</b>	<b>100,0</b>

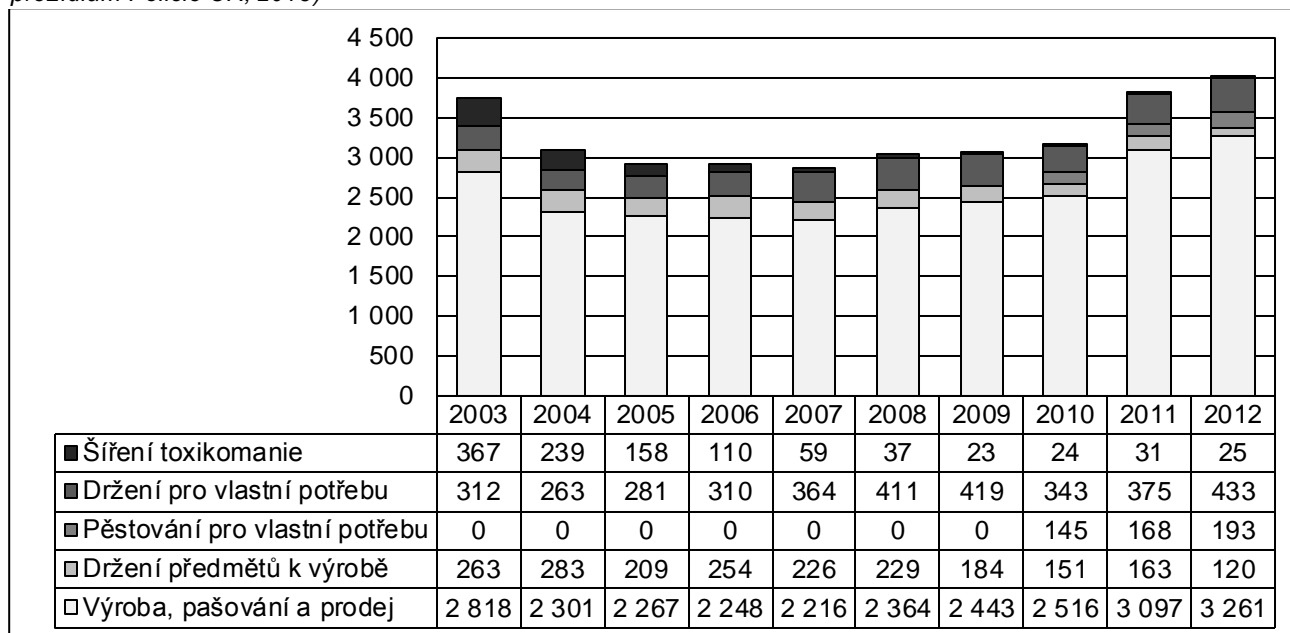
Pozn.: Údaje v řádce „celkem“ nejsou součtem ani podílem trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány zároveň za porušení více drogových paragrafů nebo ve spojení s více drogami a jedna osoba může být tedy započítána vícekrát.

Od r. 2007 roste celkový počet drogových trestných činů a zvyšuje se i jejich podíl na zjištěné trestné činnosti – tabulka 9-7. Na tomto trendu se podílí zejména rostoucí počet trestných činů výroby, pašování a prodeje drog (§ 187 sTZ / § 283 TZ, § 188 sTZ / § 286 TZ). Osoby stíhané pro trestný čin výroby, distribuce a prodeje (§ 187 sTZ / § 283 TZ) tvoří stabilně přibližně 80 %. Podíl osob stíhaných pro nedovolené nakládání s OPL pro vlastní potřebu (§ 187a / § 284 TZ a § 285 TZ) činí přibližně 15 % – graf 9-2.

tabulka 9-7: Vývoj počtu drogových trestných činů a jejich podílu na zjištěných trestných činech v l. 2002–2012 (Policejní prezidium Policie ČR, 2013)

Rok	Zjištěné trestné činy	Počet DTČ	Podíl DTČ (%)
2002	372 341	4 330	1,2
2003	357 740	3 760	1,1
2004	351 629	3 086	0,9
2005	344 060	2 915	0,9
2006	336 446	2 922	0,9
2007	357 391	2 865	0,8
2008	343 799	3 041	0,9
2009	332 829	3 069	0,9
2010	313 387	3 179	1,0
2011	317 177	3 834	1,2
2012	304 528	4 032	1,3

graf 9-2: Počet zjištěných drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v I. 2003–2012 (Policejní prezidium Policie ČR, 2013)



Nejvyšší počet zjištěných DTČ a osob stíhaných pro DTČ byl stejně jako v předchozím roce evidován v Praze a ve Středočeském kraji. Mezi kraje s vysokým absolutním počtem DTČ a osob stíhaných pro DTČ patřily v r. 2012 také Moravskoslezský, Ústecký a Jihomoravský kraj. Nejvyšší nárůst DTČ ve srovnání s předchozím rokem byl zaznamenán v Praze (o 146 DTČ) a ve Středočeském kraji (o 138 DTČ). Počet zjištěných DTČ klesl v 5 krajích. Nejvýraznější pokles byl zaznamenán v kraji Vysočina (o 134 DTČ) a ve Zlínském kraji (o 37 DTČ). Kraji s nejvyšším počtem DTČ v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byly v r. 2012 kraje Praha, Karlovarský a Středočeský kraj. Naopak nejnižší počet DTČ na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byl zaznamenán v Pardubickém, Zlínském a Jihomoravském kraji – tabulka 9-8 a mapa 9-1.

tabulka 9-8: Zjištěné drogové trestné činy a osoby stíhané pro DTČ v r. 2012 podle krajů (Policejní prezidium Policie ČR, 2013)

Kraj	Zjištěné DTČ			Osoby stíhané pro DTČ		
	Počet	Podíl (%)	Rel./100 tis. osob ve věku 15–64	Počet	Podíl (%)	Rel./100 tis. osob ve věku 15–64
Hl. m. Praha	1 064	26,4	123,8	404	14,3	47,0
Středočeský	621	15,4	70,6	424	15,0	48,2
Jihočeský	233	5,8	53,4	192	6,8	44,0
Plzeňský	209	5,2	53,3	153	5,4	39,0
Karlovarský	150	3,7	71,2	124	4,4	58,9
Ústecký	297	7,4	51,8	292	10,3	51,0
Liberecký	161	4,0	53,4	160	5,7	53,0
Královéhradecký	145	3,6	38,7	129	4,6	34,4
Pardubický	103	2,6	29,2	76	2,7	21,5
Vysočina	182	4,5	52,0	113	4,0	32,3
Jihomoravský	243	6,0	30,4	223	7,9	27,9
Olomoucký	176	4,4	40,2	159	5,6	36,3
Zlínský	122	3,0	30,2	102	3,6	25,3
Moravskoslezský	326	8,1	38,3	276	9,8	32,4
<b>Celkem</b>	<b>4 032</b>	<b>100,0</b>	<b>55,8</b>	<b>2 827</b>	<b>100,0</b>	<b>39,1</b>

mapa 9-1: Drogové trestné činy v r. 2012 v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů (Policejní prezidium Policie ČR, 2013)



### 9.1.2 Tresty uložené za drogové trestné činy

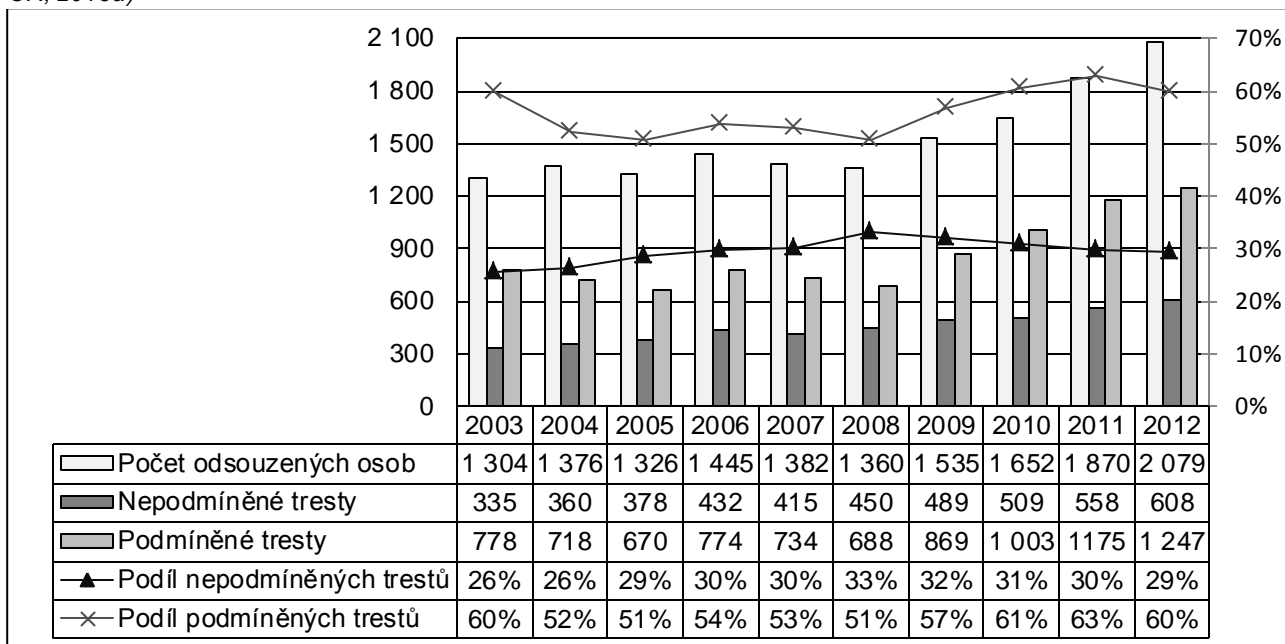
Za drogovou trestnou činnost bylo v r. 2012 pravomocně odsouzeno 2079 osob. Ženy tvořily 15 % a mladiství více než 3 % z daného počtu. Podíl žen a mladistvých se ve srovnání s r. 2011 v podstatě nezměnil. Celkem 41 % pravomocně odsouzených bylo dosud netrestaných osob. Z hlediska věku představovaly nejpočetnější skupinu osoby ve věku 30–39 let (29 %). Jak ukazuje tabulka 9-9, nejčastěji uloženými sankcemi byly v r. 2012 podmíněně odložené odnětí svobody (62 %), odnětí svobody nepodmíněné (30 %) a obecně prospěšné práce (6 %). V případě sankcí podmíněně odloženého odnětí svobody byl v 17 % stanoven dohled probačního úředníka (21 % v r. 2011). Oproti předchozímu roku bylo zaznamenáno snížení podílu sankcí podmíněně odloženého odnětí svobody (o 3 procentní body) a navýšení podílu obecně prospěšných prací (o 2 procentní body). Obecně prospěšné práce byly v r. 2012 častěji ukládány zejména pachatelům trestných činů držení drog pro vlastní potřebu a nedovoleného pěstování rostlin a hub obsahujících OPL. Největší část trestů odnětí svobody nepodmíněně tvořily tresty v délce trvání od 1 roku do 5 let.

tabulka 9-9: Uložené sankce za drogové trestné činy v r. 2012 podle skutkových podstat (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013a)

Uložené sankce za DTC	§ 187 / § 283		§ 187a / § 284		§ 285		§ 188 / § 286		§ 188a / § 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Odnětí svobody nepodmíněně	527	33,2	36	15,5	7	7,1	34	35,1	4	30,8	608	30,0
Odnětí svobody podmíněně	937	59,1	171	73,4	73	73,7	58	59,8	8	61,5	1 247	61,5
Domácí vězení	7	0,4	2	0,9	2	2,0	0	–	0	–	11	0,5
Obecně prospěšné práce	94	5,9	17	7,3	8	8,1	4	4,1	0	–	123	6,1
Zákaz činnosti	2	0,1	0	–	0	–	0	–	0	–	2	0,1
Propadnutí majetku	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Peněžitý trest	9	0,6	4	1,7	3	3,0	0	–	0	–	16	0,8
Propadnutí věci	1	0,1	2	0,9	6	6,1	0	–	0	–	9	0,4
Vyhoštění	8	0,5	0	–	0	–	1	1,0	1	7,7	10	0,5
Zákaz pobytu	1	0,1	1	0,4	0	–	0	–	0	–	2	0,1
<b>Celkem</b>	<b>1 586</b>	<b>100,0</b>	<b>233</b>	<b>100,0</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>2 028</b>	<b>100,0</b>

Od r. 2008 roste počet osob odsouzených za DTC a současně se snižuje podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody ve prospěch podmíněně odložených trestů odnětí svobody a ostatních sankcí – graf 9-3.

graf 9-3: Vývoj počtu osob odsouzených za DTČ a skladby sankcí uložených v I. 2003–2012 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013a)



### 9.1.3 Ochranná a výchovná opatření

Ochranné léčení patří mezi nejčastěji ukládaná ochranná opatření. Vykonává se na základě pravomocného rozhodnutí soudu, a to formou lůžkové nebo ambulantní péče. Soud může uložit ochranné léčení v případě, že pachatel, který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Výkon ochranného léčení probíhá ve zdravotnických zařízeních. V r. 2012 bylo ochranné léčení uloženo 258 osobám, z toho u 103 osob šlo o léčbu závislosti na nealkoholových drogách a u 155 osob o léčbu závislosti na alkoholu. Ochranné léčení protialkoholní bylo nejčastěji uloženo osobám odsouzeným za trestný čin týrání osoby žijící ve společném obydlí (30 osob), výtržnictví (27 osob), nebezpečného vyhrožování (23 osob), krádeže (16 osob) a loupeže (15 osob). Ochranné léčení protitoxikomanické soud nejčastěji uložil osobám, které spáchaly trestný čin krádeže (30 osob), nedovolené výroby a držení OPL a jedů (23 osob), výtržnictví (14 osob), porušování domovní svobody (13 osob) a týrání osoby žijící ve společném obydlí (10 osob). Trend od r. 2004 uvádí graf 9-4 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013a).

Ochranné léčení v ambulantní formě uložené vedle trestu odnětí svobody je možno vykonat také ve vězení. K tomuto účelu sloužila v r. 2012 specializovaná oddělení ve 4 věznicích. Jednalo se o věznice Rýnovice, Opava, Heřmanice a Znojmo (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013c). Pokud je vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že prostřednictvím ochranného léčení nelze dosáhnout dostatečné ochrany společnosti, může soud uložit opatření v podobě zabezpečovací detence. Zabezpečovací detenci zajišťovaly 2 ústavy, a to v Brně a v Opavě. V souvislosti s drogovou trestnou činností nebyla v r. 2012 zabezpečovací detence uložena (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013a).

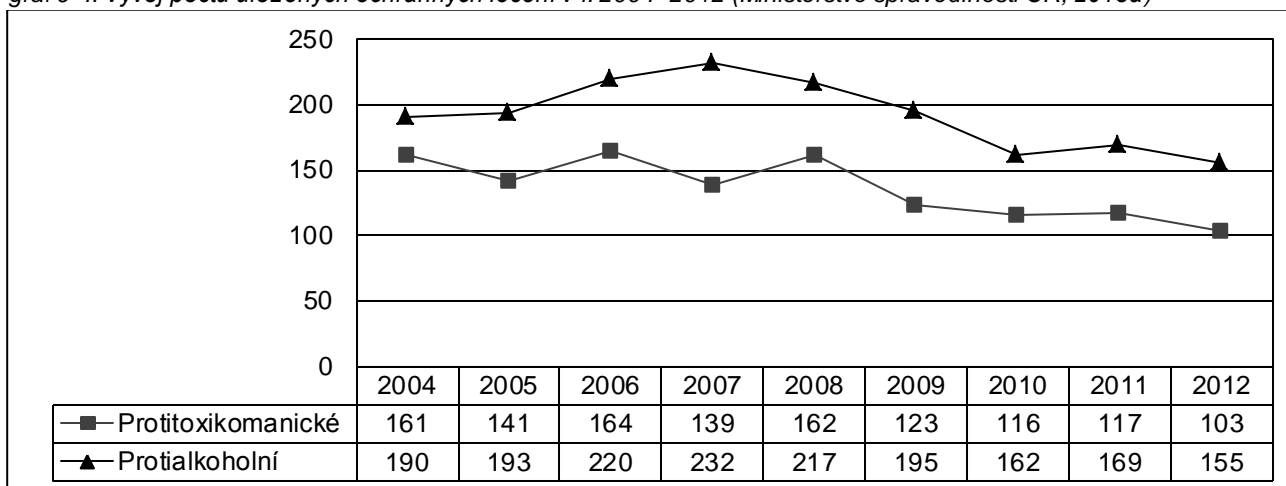
V rámci odklonů v trestním řízení nebo alternativních trestů může soud uložit přiměřená omezení a povinnosti. V r. 2012 byla 156 osobám uložena povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, 499 osobám soud uložil zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek. V porovnání s předchozím rokem došlo v r. 2012 k nárůstu počtu osob s uloženým omezením nebo povinností v souvislosti s užíváním drog (Probační a mediační služba ČR, 2013).

Mladistvým a velmi mladým dospělým může soud uložit také výchovná opatření. V souvislosti s drogovou trestnou činností byla v r. 2012 uložena výchovná opatření v podobě dohledu probačního úředníka 5 osobám, výchovných povinností<sup>132</sup> 6 osobám a výchovných omezení<sup>133</sup> 11 osobám (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013a).

<sup>132</sup> Např. povinnost bydlet s rodiči, nahradit škodu nebo se podrobit léčení závislosti na návykových látkách.

<sup>133</sup> Např. zákaz návštěv určitých akcí, zákaz styku s určitými osobami.

graf 9-4: Vývoj počtu uložených ochranných léčení v I. 2004–2012 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2013a)



Za r. 2012 evidovala PMS celkem 31 129 klientů, tj. osob odsouzených k jinému trestu než odnětí svobody, osob s uloženou povinností či omezením nebo podmíněně propuštěných z výkonu trestu odnětí svobody se stanovenou zkušební dobou a dohledem.

Celkem 820 z nich (2,6 %) bylo odsouzeno za trestný čin nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL či držení předmětů k výrobě (§ 187 / § 283 a § 188 / § 286), 88 osob (0,3 %) se dopustilo trestného činu přechovávání OPL pro vlastní potřebu (§ 187a / § 284), 25 osob (0,08 %) nedovoleného pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu (§ 285) a 7 osob (0,02 %) šíření toxikomanie (§188a / § 287). Ochranné léčení závislosti na návykových látkách mělo v r. 2012 uloženo 79 klientů PMS, z toho 47 osobám bylo uloženo ochranné léčení protialkoholní a 32 protitoxikomanické. Přiměřená povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, které není ochranným léčením podle TZ, byla uložena 3 klientům PMS.

V rámci probačního dohledu, zejména při kontrole dodržování povinnosti zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek<sup>134</sup>, bylo v r. 2012 provedeno 3091 testů, z toho 731 s pozitivním výsledkem. Nejčastěji detekovanými látkami byly THC a pervitin.

Při upuštění od trestního opatření nebo podmíněném upuštění od trestního opatření může být mladistvému uloženo výchovné opatření ve formě probačního programu. V r. 2012 byly realizovány 2 probační programy se zaměřením na problematiku užívání drog akreditované MS: Proboš (Renarkon, o. p. s) a Auritus (Farní charita Tábor) (Probační a mediační služba ČR, 2013).

#### 9.1.4 Přestupky nedovoleného nakládání s OPL

Podle § 30 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, se přestupku dopouští ten, kdo neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu OPL (odst. 1, písm. j) a/nebo neoprávněně pěstuje pro vlastní potřebu v malém množství rostlinu nebo houbu obsahující OPL (odst. 1, písm. k). Za tyto přestupky lze uložit sankci ve formě pokuty ve výši do 15 tis. Kč.

Za r. 2012 evidovaly správní orgány celkem 530 815 přestupků. Další 142 583 přestupků zůstalo nevyřízeno z minulého období. V r. 2012 bylo projednáno 304 665 přestupků, z toho bylo 1285 přestupků nedovoleného nakládání s OPL (0,4 %, stejně jako loni). Jednalo se převážně o přestupky neoprávněného přechovávání OPL podle § 30 odst. 1, písm. j. Od r. 2010 lze pozorovat snižování podílu přestupků páchaných nezletilými osobami. Mezi kraje s nejvyšším absolutním počtem projednaných přestupků patřily v r. 2012 Praha, Ústecký a Středočeský kraj – tabulka 9-10. Ve srovnání s předchozím rokem byl největší nárůst počtu projednaných přestupků zaznamenán v Libereckém kraji (43 přestupků v r. 2011, 87 v r. 2012), naopak největší pokles byl zaznamenán v Plzeňském kraji (136 přestupků v r. 2011, 85 v r. 2012).

Z důvodu změny v hlášeném systému nejsou od r. 2010 k dispozici údaje o přestupcích v rozdělení podle jednotlivých drog – blíže viz VZ 2010. Na základě výsledků studií prevalence užívání drog lze přepokládat, že se jedná především o přestupky v souvislosti s konopnými látkami a pervitinem.

<sup>134</sup> Uloženo podle § 48 odst. 4 písm. h) zák. č. 40/2009 Sb.

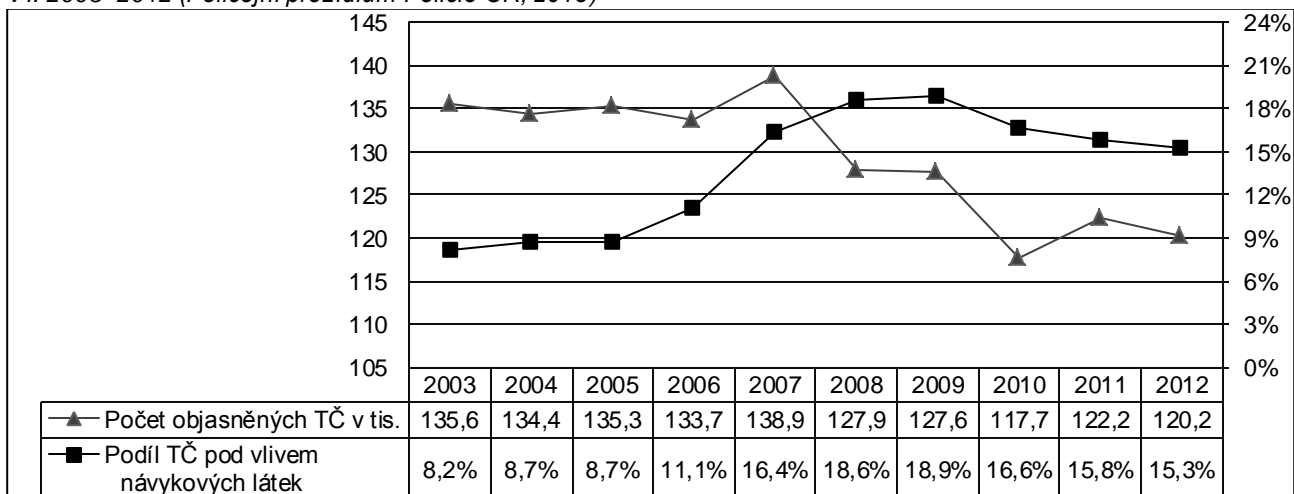
tabulka 9-10: Drogové přestupky projednané v r. 2012 v rozdělení podle paragrafu, věku pachatele a krajů (Ministerstvo vnitra ČR, 2013)

Kraj	Držení drog		Pěstování rostlin a hub		Drogové přestupky celkem	Přestupky celkem
	Celkem	z toho do 18 let	Celkem	z toho do 18 let		
Hl. m. Praha	197	2	5	0	202	33 189
Středočeský	122	14	5	2	127	36 945
Jihočeský	67	13	14	0	81	13 285
Plzeňský	79	8	6	0	85	15 837
Karlovarský	36	2	1	0	37	10 757
Ústecký	126	15	6	0	132	33 770
Liberecký	77	11	10	0	87	23 419
Královéhradecký	44	8	4	0	48	12 507
Pardubický	34	12	7	0	41	9 786
Vysočina	19	4	8	0	27	9 932
Jihomoravský	108	20	7	0	115	34 326
Olomoucký	67	13	16	3	83	14 753
Zlínský	90	16	13	1	103	19 157
Moravskoslezský	106	11	11	0	117	37 002
<b>Celkem</b>	<b>1172</b>	<b>149</b>	<b>113</b>	<b>6</b>	<b>1 285</b>	<b>304 665</b>

## 9.2 Sekundární drogová kriminalita

Jako sekundární drogová kriminalita se označují trestné činy, které nezahnují přímo nakládání s nelegálními látkami, ale jsou spáchány v souvislosti s jejich užíváním a s nakládáním s nimi (Zábranský et al., 2011a). Podle údajů Policie ČR v ESK bylo v r. 2012 objasněno celkem 120,2 tis. trestných činů. Trestná činnost spáchaná podle policejní evidence pod vlivem návykových látek činila v daném roce 18,4 tis. trestných činů (15,3 % všech objasněných trestných činů). Od r. 2005 do r. 2009 rostl podíl trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek, v posledních 3 letech dochází naopak k jeho snižování – graf 9-5.

graf 9-5: Vývoj počtu objasněných trestných činů a podílu trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek v l. 2003–2012 (Policejní prezidium Policie ČR, 2013)



Za r. 2012 eviduje Policie ČR 16,1 tis. trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu, tj. 87,6 % trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek – tabulka 9-11. Nejčastěji se jednalo o trestné činy ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství (48 %), nedbalostní dopravní nehody (17 %), úmyslné ublížení na zdraví (6 %) a výtržnictví (6 %). Pod vlivem nealkoholových drog bylo v r. 2012 spácháno 2,3 tis. trestných činů, tj. 12,4 % trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek. Pachatelé se nejčastěji dopustili trestných činů ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství (67 %), maření výkonu úředního rozhodnutí (12 %) a krádeže (4 %). Dlouhodobě je patrný vysoký podíl trestné činnosti páchané osobami pod vlivem alkoholu, od r. 2007 však dochází k jeho snižování a naopak k nárůstu podílu trestných činů spáchaných pod vlivem jiných drog.

tabulka 9-11: Počet trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu a dalších drog v l. 2003–2012 (Policejní prezidium Policie ČR, 2013)

Rok	TČ pod vlivem alkoholu		TČ pod vlivem nealkoholových drog		Celkem TČ pod vlivem návykových látek
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	
2003	10 143	91,5	939	8,5	11 082
2004	10 916	93,0	816	7,0	11 732
2005	11 020	93,4	781	6,6	11 801
2006	14 075	95,0	735	5,0	14 810
2007	22 030	96,5	793	3,5	22 823
2008	22 826	95,7	1 019	4,3	23 845
2009	22 277	92,1	1 900	7,9	24 177
2010	17 290	88,4	2 277	11,6	19 567
2011	17 168	88,9	2 142	11,1	19 310
2012	16 130	87,6	2 289	12,4	18 419

Za r. 2012 evidovala PMS celkem 31 129 klientů. V případě 562 klientů (1,8 %) bylo v průběhu trestního řízení nebo při kontaktu s pracovníkem PMS zjištěno užívání návykových látek. Celkem 182 z nich užívalo alkohol a 380 nealkoholové drogy. Uživatelé alkoholu se nejčastěji dopustili trestných činů ohrožení pod vlivem návykové látky (27 %), krádeže (14 %), maření výkonu úředního rozhodnutí (14 %), výtržnictví (12 %) a porušování domovní svobody (8 %). Uživatelé nealkoholových drog nejčastěji spáchali trestné činy krádeže (32 %), nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (29 %), maření výkonu úředního rozhodnutí (15 %), ohrožení pod vlivem návykové látky (11 %) a porušování domovní svobody (6 %). Ve srovnání s předchozím obdobím došlo v r. 2012 k nárůstu počtu klientů o téměř 15 %, současně byl zaznamenán pokles počtu i podílu osob, u kterých bylo zjištěno užívání návykových látek (Probační a mediační služba ČR, 2013).

Odhad sekundární drogové kriminality na základě dat ESSK se provádí ve dvouletých intervalech. Poslední byl realizován za r. 2011 – viz VZ 2011.

### 9.3 Prevence drogové kriminality

Prevence kriminality obecně spadá do působnosti Ministerstva vnitra (MV), které koordinuje aktivity v tomto směru napříč rezorty, Policií ČR a dalšími subjekty, a to jak přímo, tak prostřednictvím Republikového výboru pro prevenci kriminality. Rok 2012 byl prvním rokem platnosti Strategie prevence kriminality na léta 2012–2015. Strategie zahrnuje pouze aktivity rezortů zastoupených v Republikovém výboru pro prevenci kriminality a zabývá se kriminalitou jako takovou a také jevy, které zvyšují riziko výskytu kriminálního chování. Pokud jde o cíle, strategie se v úvodu odvolává na programové prohlášení vlády ze dne 4. srpna 2010, ve kterém je drogová kriminalita akcentována jako jedna z oblastí, kterým je třeba věnovat zvláštní pozornost. Vlastní cíle strategie jsou nicméně formulovány poměrně obecně. Jedním ze subjektů zapojených do realizace strategie prevence kriminality je RVKPP.

Prevence kriminality je na národní úrovni podporována zvláštním dotačním titulem (Ministerstvo vnitra ČR, 2011). V reakci na nárůst drogové kriminality v příhraničních regionech s Německem byl na r. 2013 vyhlášen mimořádný dotační program Prevence drogové kriminality v příhraničí. Jeho cílem je podpora projektů zaměřených na prevenci před zapojením se do drogové kriminality, na zvýšení motivace ke spolupráci s Policií ČR při odhalování drogové kriminality a prevenci užití/užívání drog. Jako prioritní cílové skupiny byly stanoveny obyvatelé sociálně vyloučených lokalit, cizinci (zejména občané Vietnamu), děti 2. stupně základních škol, mladiství a široká veřejnost.

Prevenci kriminality věnuje pozornost také MŠMT, do jehož působnosti spadá prevence rizikového chování u dětí a mládeže, tj. mimo jiné také prevence kriminality a užívání návykových látek – bližze viz kapitulu Prevence (str. 37).

### 9.4 Užívání drog ve vězení

Vězeňská služba ČR zajišťovala v r. 2012 správu 36 věznic. Počet osob ve vězení se oproti předchozímu roku snížil – k 31. prosinci 2012 čítala vězeňská populace celkem 22 612 osob, z toho 20 429 odsouzených a 2 183 obviněných. V detenčních ústavech bylo umístěno 32 osob. Ženy tvořily 6,4 % vězeňské populace, mladiství 0,8 %. Počet cizinců nepřesáhl 8 % vězeňské populace. Délka trestu odnětí svobody se nejčastěji pohybovala v intervalu 1–2 roky. Počet osob vězněných za DTČ se oproti předchozímu roku snížil na 1645, tj. téměř o 26 %. Ke snížení počtu vězněných osob došlo u všech DTČ, nejvýrazněji se na celkovém poklesu podílely osoby uvězněné za trestný čin nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL. Počet trestných činů souvisejících přímo s intoxikací návykovou látkou (§ 201 sTZ / § 274 TZ – ohrožení pod vlivem návykové látky a § 201a sTZ / § 360 TZ – opilství) se v r. 2012 snížil o 17 % – tabulka 9-12.

tabulka 9-12: Počet osob vězněných za drogové trestné činy a trestné činy v souvislosti s užíváním návykových látek k 31. prosinci daného roku (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013a)

Rok	§ 187 / § 283	§ 187a / § 284	§ 188 / § 286	§ 188a / § 287	§ 201 / § 274	§ 201a / § 360	Celkem
2007	1 314	101	144	69	299	95	2 022
2008	1 257	127	185	93	554	158	2 374
2009	3 073	323	365	138	1 595	106	5 600
2010	1 696	143	145	32	936	27	2 979
2011	1 929	126	155	26	1 077	27	3 340
2012	1 399	120	112	14	883	33	2 561

Pozn.: § 201 sTZ / § 274 TZ – ohrožení pod vlivem návykové látky, § 201a sTZ / § 360 TZ – opilství.

Za r. 2012 jsou opět k dispozici údaje o počtu uživatelů drog ve vězení získané z vyšetření/ošetření praktickými lékaři, z orientačních toxikologických testů a záchytů drog ve věznicích (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013c, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013a). V rámci poskytování zdravotní péče bylo v r. 2012 provedeno celkem 412 928 vyšetření či ošetření vězněných osob. Na základě jejich výsledků evidovala zdravotní služba 11 463 osob s užíváním návykových látek v anamnéze (11 534 osob v r. 2011).

U vězněných osob bylo provedeno 37 411 orientačních testů na návykové látky (24 704 v r. 2011), z toho v 23 322 případech na nealkoholové drogy (22 827 v r. 2011). Více než 47 % testovaných tvořily osoby nastupující výkon vazby nebo trestu odnětí svobody (11 115 testů), u této skupiny osob se prováděly pouze testy na nealkoholové drogy. Pozitivní výsledek byl zjištěn ve 4754 případech (43 % nastupujících VV/VTOS) – z toho na THC bylo pozitivních 2021, na pervitin 1144, benzodiazepiny 401, opiáty 166 osob a užití více drog bylo zjištěno u 909 osob (8 %). Ve srovnání s předchozím rokem došlo ke zvýšení počtu osob nastupujících VV/VTOS, u kterých bylo testem prokázáno užití konopných látek. Konfirmační testy se u nástupu na rozdíl od osob již zařazených do výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody standardně neprovádějí, výsledky jsou tedy pouze orientační. V případě osob ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody (12 207 testů) bylo potvrzeno 530 pozitivních nálezů (4 % testovaných ve VV/VTOS), z toho 34 na alkohol. Pozitivní výsledky měly většinou osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. Nejčastěji detekovatelnými látkami byly THC (234 osob), pervitin (188 osob), a benzodiazepiny (45 osob). Užití více drog bylo potvrzeno v 47 případech (0,4 % testovaných ve VV/VTOS). Ve srovnání s předchozím rokem došlo ke zvýšení počtu osob ve VV/VTOS, u kterých bylo testem prokázáno užití konopných látek.

VS ČR evidovala v r. 2012 celkem 75 záchytů návykových látek (celkem 110 g) a 9 záchytů léků obsahujících OPL (celkem 58 g a 384 ks tablet). Nejčastěji zachycenými drogami byly metamfetamin (36 případů, celkem 31,6 g) a konopné látky (34 případů, celkem 70,2 g). Drogy včetně léků byly zajištěny zejména při kontrole korespondence (39 případů) a kontrole vězněných osob (24 případů). Kromě drog bylo nalezeno také 22 injekčních stříkaček a v jednom případě kvas obsahující etanol. Při kontrolách jsou využíváni psi speciálně vycvičení na vyhledávání drog (SPD psi). SPD psi ve spolupráci se svými psovody provedli v r. 2012 celkem 632 634 prohlídek. V 50 případech byla po předchozím označení psem nalezena podezřelá látka, v dalších 78 případech SPD pes označil místo, kde se původně droga pravděpodobně nacházela, avšak k jejímu nálezu nedošlo.

#### 9.4.1 Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni

V závěru r. 2012 proběhla druhá vlna Dotazníkové studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013). Studii realizovalo NMS ve spolupráci s GŘ VSČR. Sběr a pořízení dat zajistila agentura ppm factum research pomocí vyškolených administrátorů. Výsledky první vlny studie z r. 2010 viz VZ 2010 a Zaostřeno na drogy 5/2011 (Mravčík et al., 2011a).

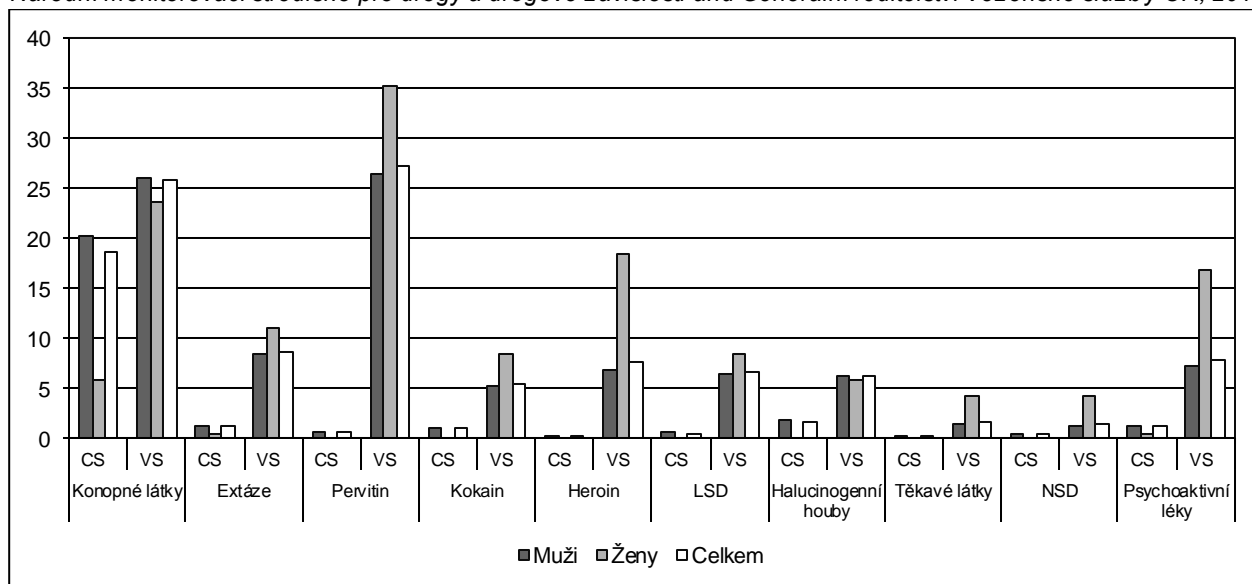
Výběrový soubor v r. 2012 tvořilo 2000 osob ve výkonu trestu odnětí svobody. Pro výběr respondentů byl použit náhodný výběr z celkem 20 716 osob vykonávajících trest odnětí svobody k datu výběru ve všech 36 věznicích v ČR. Vyplněno bylo 1641 dotazníků, míra response tak dosáhla 82 %. Administrace dotazníků probíhala skupinově. Pro sběr dat byl použit dotazník z první vlny studie upravený s ohledem na aktuální trendy a zkušenosti s předchozí studií. Dotazník byl zaměřený na několik tematických okruhů. Kromě demografických charakteristik byly mapovány oblasti jako kriminální kariéra, zkušenosti s léčbou závislostí, prevalence užívání drog včetně problémového užívání a užívání drog před nástupem do vězení a v průběhu pobytu ve vězení, hraní hazardních her, dostupnost drog ve vězení.

Zkušenost s nelegální drogou někdy v životě uvedlo 49,8 % respondentů. Kromě alkoholu měli respondenti nejčastěji zkušenost s konopnými látkami, pervitinem či amfetaminy a tlumivými léky bez předpisu. Alespoň jednou v životě užilo konopné látky celkem 39,1 %, pervitin nebo amfetaminy 36,0 %, extázi užilo 18,9 %, halucinogenní houby 16,1 %, LSD 14,7 %, kokain 13,6 % a heroin 13,2 %. Užití léků se sedativním účinkem bez lékařského předpisu uvedlo 16,5 % dotázaných. Mefedron někdy v životě vyzkoušelo 2,2 % respondentů. V posledních 12 měsících užilo nelegální drogu 21,1 %, v posledních 30 dnech 8,9 % dotázaných. Nejčastěji se jednalo o konopné látky, pervitin nebo amfetaminy a léky se sedativním účinkem získané bez lékařského předpisu.



Srovnání zkušeností s užitím nelegálních drog mezi odsouzenými s obecnou populací téhož pohlaví a věku ukazuje výrazně vyšší úroveň celoživotních zkušeností s návykovými látkami u populace ve výkonu trestu odnětí svobody. Vyšší míra zkušeností s návykovými látkami je patrná zejména v případě užití pervitinu či amfetaminu, heroinu a kokainu. U těchto látek jsou prevalence mezi vězni několikanásobně vyšší než v obecné populaci. Výjimkou jsou zkušenosti s konopnými látkami. Zatímco konopné látky někdy v životě vyzkoušelo 39,1 % odsouzených, v obecné populaci by se po adjustaci na věk a pohlaví jednalo o 44,5 % osob. Ženy ve VTOS vykazují vyšší míry prevalence užívání nelegálních drog než věznění muži a řádově vyšší než ženy v obecné populaci, a to zejména v případě pervitinu, heroinu a konopných látek – graf 9-6.

graf 9-6: Srovnání prevalencí užití drog v posledních 12 měsících mezi obecnou populací podle Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 (CS) a mezi vězni před uvězněním (VS) v r. 2012 podle pohlaví, v % (Chomynová, 2013, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013)



Pozn.: Výsledky celopopulační studie byly váženy podle pohlaví a věku výběrového souboru studie mezi vězni.

Ve vězení byly podle respondentů nejdostupnějšími návykovými látkami alkohol vyrobený ve věznici, konopné látky a pervitin. Jako snadno dostupné hodnotilo tyto látky přibližně 16 % respondentů. Následovala sedativa, která byla ve vězení snadno dostupná podle více než 13 % respondentů. Naopak jako obtížně dostupný hodnotil nejvyšší počet respondentů alkohol donesený do věznice (11 %) a extázi (7 %).

V průběhu některého z pobytů ve vězení užilo návykovou látku celkem 17,8 % respondentů. Nejčastěji šlo o alkohol vyrobený ve věznici (11,1 %), konopné látky (10,9 %) a pervitin (10,3 %). Následující v pořadí byla sedativa získaná bez receptu (7,9 %). V případě ostatních látek nebyla překročena hranice 5 %.

Celkem 28,5 % respondentů uvedlo injekční užití drogy alespoň jednou v životě. V posledním měsíci před nástupem do současného VTOS užilo drogu injekčně 18,8 % respondentů. Celkem 11,4 % respondentů sdílelo někdy v životě jehlu nebo stříkačku (tj. 40 % těch, co uvedli injekční užití drogy někdy v životě). Injekční užití drogy při některém z pobytů ve vězení uvedlo 6,7 % respondentů. Injekční náčiní ve vězení sdílelo 5,0 % respondentů (tj. 75 % těch, co uvedli injekční užívání drog ve vězení).

Jako problémové uživatele drog (tj. injekční uživatele nebo ty, kteří opakovaně užili pervitin, opiáty nebo kokain v období měsíc před nástupem do vězení) lze označit 25,9 % vězňů, což je v přepočtu na celou vězeňskou populaci přibližně 5400 osob.

Před nástupem do VTOS se 5,1 % respondentů léčilo kvůli problémům s alkoholem, 9,1 % respondentů se léčilo kvůli problémům s jinými návykovými látkami a 3,9 % respondentů bylo před nástupem stávajícího trestu v substituční léčbě (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013).

## 9.5 Prevence a léčba užívání drog ve vězení

Prevence, léčba závislostí a minimalizace rizik možného poškození v důsledku užívání drog byly ve vězeňských podmínkách realizovány prostřednictvím poraden drogové prevence, bezdrogových zón, specializovaných oddělení a programů spolupracujících NNO.

Poradny drogové prevence fungovaly ve všech věznicích. Služeb některé z nich využilo v r. 2012 celkem 7309 osob, což je o 1086 osob více než v předchozím roce. Poradny drogové prevence ve všech věznicích poskytovaly informační servis a individuální poradenství. Ucelenější program nabízel zvláštní oddělení věznic, tzv. bezdrogové zóny se standardním či terapeutickým zacházením. Hlavním účelem bezdrogové zóny se standardním zacházením je motivovat odsouzené k abstinenci a dodržování bezdrogového režimu. V r. 2012 mělo tento typ oddělení 31 věznic,

ubytovací kapacita činila 1805 míst. V r. 2012 využilo možnosti umístění na těchto odděleních 4252 osob, z toho 2264 nově zařazených. Z důvodu porušení pravidel bylo vyřazeno 87 osob. Ve srovnání s r. 2011 vzrostl počet nově zařazených osob (2138 osob v r. 2011) a současně se snížil počet osob, které byly vyřazeny pro porušení pravidel (107 osob v r. 2011). Cílovou skupinou bezdrogových zón s terapeutickým zacházením<sup>135</sup> jsou výhradně uživatelé drog. Program je zaměřený na budování motivace k nastoupení do léčby buď v průběhu pobytu ve vězení, nebo po výstupu. Oddělení většinou přijímají i odsouzené, kteří absolvovali léčebný program na některém ze specializovaných oddělení. V r. 2012 byl tento typ oddělení ve 4 věznicích (Kuřim, Příbram, Vlnařice, Znojmo). Ubytovací kapacita činila 113 míst. Možnost umístění na těchto odděleních využilo v r. 2012 celkem 297 osob, z toho 158 nově zařazených. Z důvodu porušení pravidel bylo vyřazeno 20 osob. Ke konci r. 2012 bylo na tomto typu oddělení umístěno 126 odsouzených. Počet osob, u kterých bylo testem prokázáno užití drog, se oproti předchozímu roku nezměnil (1,6 % v r. 2011 i 2012).

Léčbu závislostí během VTOS bylo možno v r. 2012 absolvovat na specializovaných odděleních v 11 věznicích, z toho v 7 věznicích bylo specializované oddělení určeno pro dobrovolnou léčbu (Bělušice, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Valdice a Všeň) a ve 4 věznicích pro výkon soudem nařízeného ochranného léčení (Heřmanice, Opava, Rýnovice, Znojmo). Kapacita specializovaných oddělení s dobrovolným léčením se oproti r. 2011 nezměnila – 287 míst. Možnosti dobrovolného léčení na některém z oddělení využilo v r. 2012 celkem 537 osob (nově zařazeno 268 osob), z toho 169 program úspěšně dokončilo a 1 osoba byla vyřazena pro porušení pravidel. V rámci orientačního testování na návykové látky bylo v r. 2012 na specializovaných odděleních s dobrovolným léčením provedeno 435 testů, z toho 4 s pozitivním výsledkem.

Během výkonu trestu odnětí svobody bylo možno vykonat ochranné léčení protialkoholní, protitoxikomanické a léčebné patologického hráčství<sup>136</sup>. K danému účelu sloužilo 5 oddělení ve 4 věznicích, z toho jedno pro ženy (Opava). Počet ani profylaxe oddělení se ve srovnání s předchozím rokem nezměnily. Kapacita specializovaných oddělení pro výkon ochranného léčení se zaměřením na závislosti činila v r. 2012 celkem 178 míst. V r. 2012 evidovala VS ČR 230 osob v péči těchto oddělení, z toho 104 program úspěšně dokončilo a 8 bylo vyřazeno pro porušení pravidel. V r. 2012 bylo na odděleních pro výkon ochranného léčení provedeno 179 testů, všechny s negativním výsledkem. Přehled o počtech osob, kapacitách a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení poskytuje tabulka 9-13.

tabulka 9-13: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení v l. 2006–2012 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013c)

Rok	Bezdrogové zóny			Oddělení pro dobrovolnou léčbu			Oddělení pro ochrannou léčbu		
	Počet věznic	Kapacita	Počet osob	Počet věznic	Kapacita	Počet osob	Počet věznic	Kapacita	Počet osob
2006	31	1 665	3 201	6	286	625	3	105	162
2007	35	1 877	3 524	6	258	419	3	114	200
2008	33	1 998	3 646	6	262	422	3	120	206
2009	33	2 057	4 224	7	294	507	3	120	117
2010	33	2 075	3 443	7	300	437	3	109	128
2011	33	1 905	4 279	7	287	535	3	113	206
2012	34	1 918	4 549	7	287	537	3	128	184

Pro poskytování substituční terapie bylo určeno 10 věznic, z toho 7 věznic hlásilo v r. 2012 léčené pacienty. Programy substituční léčby ve věznicích evidovaly 89 léčených osob, tj. o 10 osob méně než v předchozím roce. Průměrná délka léčby se ve srovnání s r. 2011 snížila na 3,9 měsíce – tabulka 9-14. Substituční látkou byl metadon. Zařazení do programu substituční terapie ve vězení bylo podmíněno předchozí účastí v substitučním programu před vzetím do vazby nebo před nástupem VTOS.

<sup>135</sup> Program zahrnuje minimálně 10 hodin strukturovaných řízených aktivit týdně.

<sup>136</sup> GR VS vydalo v r. 2011 stanovisko, podle kterého nelze zdravotní péči poskytovanou v rámci stávajících specializovaných oddělení pro výkon soudem nařízeného ochranného léčení považovat za ústavní zdravotní péči a ochranné léčení ve věznicích má tedy charakter ambulantní péče. Od r. 2011 tedy narůstá podíl případů v ambulantním ochranném léčení ve věznicích. Stanovisko VS ČR je kodifikováno novým zákonem č. 373/2011 Sb., o speciálních zdravotních službách, který je účinný od 1. 4. 2012. Podle § 83 odst. 2 uvedeného zákona lze ochranné léčení vykonávat během VTOS ve zdravotnických zařízeních VS, a to ochranné léčení ústavní vykonávané formou jednodenní péče a ochranné léčení vykonávané formou ambulantní péče – viz také kapitolu Legislativní rámec (str. 5).

tabulka 9-14: Počet osob v substituční léčbě a průměrná délka léčby (v měsících) v jednotlivých věznicích v l. 2010–2012 (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013c)

Věznice	2010		2011		2012	
	Počet osob	Délka léčby	Počet osob	Délka léčby	Počet osob	Délka léčby
Brno	11	11,0	22	3,0	28	4,0
Břeclav	0	–	0	–	0	–
Kuřim	7	19,5	12	2,0	13	3,0
Litoměřice	10	4,8	11	1,0	9	3,0
Opava	5	6,0	13	1,5	5	1,0
Ostrava	0	–	0	–	0	–
Praha-Pankrác	15	8,3	24	5,2	15	5,0
Praha-Ruzyně	1	1,0	0	–	0	–
Příbram	16	6,5	14	11,0	17	8,0
Rýnovice	2	4,0	3	12,0	2	3,0
<b>Celkem</b>	<b>67</b>	<b>7,6</b>	<b>99</b>	<b>5,1</b>	<b>89</b>	<b>3,9</b>

Detoxifikaci prováděly v průběhu r. 2012 celkem 4 věznice. Léčbu akutních odvykacích stavů podstoupilo 353 osob, z toho 270 mužů a 83 žen. Uživatelé opiátů tvořili 84 % detoxikovaných osob, uživatelé pervitinu 16 %. Oproti předchozímu roku došlo k nárůstu počtu detoxifikovaných osob o 14 % (309 osob v r. 2011). Za účelem zklidnění intoxikovaných osob byly využívány cely v rámci krizových oddělení<sup>137</sup>. V r. 2012 se jednalo o 67 případů, což je o 7 případů více než v předchozím roce.

Při realizaci aktivit zaměřených na prevenci, léčbu závislostí a minimalizaci rizik užívání drog spolupracovalo 22 věznic s některou z NNO, z toho 9 věznic vykázalo intenzivnější spolupráci (10 a více návštěv za rok). NNO poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet klientů uvádí tabulka 9-15. V r. 2012 bylo v kontaktu s NNO celkem 3660 osob ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody. Kromě práce s klienty ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody se NNO věnovaly také oblasti postpenitenciární péče. V tomto ohledu projednala RVKPP v březnu 2012 metodický materiál pro systematické předávání uživatelů drog propuštěných z vazby a výkonu trestu do následné péče v civilním sektoru – blíže viz kapitolu Sociální reintegrace (str. 109).

tabulka 9-15: NNO poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet předvedených osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2013c)

Název NNO	Věznice	Počet návštěv	Počet klientů
CPPT, o. p. s.	Plzeň	40	186
Laxus, o. s.	Horní Slavkov, Jiřice, Ostrov, Rýnovice, Stráž p. R.	117	501
Magdaléna, o. p. s.	Příbram	2	12
Modrý kříž v ČR, o. s.	Heřmanice	1	17
Most k naději, o. s.	Bělušice	2	78
Podané ruce, o. s.	Brno, Kuřim, Mírov, Rapotice, Znojmo, Olomouc	303	2 107
Point 14, z. s. p. o.	Drahonice	4	37
Renarkon, o. p. s.	Heřmanice	2	34
Riaps	Hradec Králové	25	183
Sananim, o. s.	Opava, Plzeň, Praha-Ruzyně, Světlá n. S., Vinařice	96	406
White light I., o. s.	Nové Sedlo, Bělušice	3	99
<b>Celkem</b>	–	<b>595</b>	<b>3 660</b>

Pozn.: Pokud byla osoba předvedena během jednoho dne vícekrát, např. se zúčastnila besedy a poté využila možnosti individuálního poradenství, počítá se v daném dni pouze jedno předvedení. Pokud byla tatáž osoba předvedena ve více dnech, počítá se každý den jako jedno předvedení.

<sup>137</sup> Krizové oddělení věznice je určeno pro odsouzené ve stavu akutní psychické krize.

V r. 2012 se v ČR spotřebovalo odhadem 11,6 tun konopných drog, 5,9 tun pervitinu, 0,8 tun heroinu, 0,7 tun kokainu, 62,3 tisíc tablet extáze a 75,8 tis. dávek LSD. Spotřeba pervitinu a konopných drog je kryta výhradně, resp. především domácí produkcí.

Koncentrace THC u zachyceného konopí vypěstovaného v indoor podmínkách činila průměrně 10–15 %. V r. 2012 bylo odhaleno 199 indoor pěstíren, v dalších 19 případech bylo konopí pěstováno ve fóliovníku. Podle údajů o zjištěné DTČ vzrostl podíl osob původem z Vietnamu zapojených do pěstování a distribuce konopných drog a do dovozu vybavení pro indoorové pěstírny. Od r. 2009 roste počet záchytů i množství zadržené marihuany. Za r. 2012 evidují Policie ČR a Celní správa ČR 558 záchytů v množství 653 kg, dále bylo zachyceno 90,1 tis. rostlin konopí a 21 kg hašiše.

Pervitin, jehož zdrojem je výhradně domácí produkce, se vyrábí převážně v menších snadno přenosných varnách. V r. 2012 bylo odhaleno 235 varen. Jako prekurzor výroby pervitinu sloužil zejména pseudoefedrin extrahovaný z volně dostupných léků dovážených především z Polska, Německa a Maďarska. Za r. 2012 bylo v ČR evidováno 355 záchytů pervitinu v celkovém množství 32 kg.

Kokain se do ČR dostával nejčastěji prostřednictvím českých kurýrů nebo poštovních zásilek s různým zbožím. V r. 2012 byl kokain zachycen ve 44 případech v celkovém množství 8 kg.

V případě heroinu je český trh zásobován prostřednictvím menších zásilek. Čistota heroinu distribuovaného koncovým uživatelům se po ředění pohybovala kolem 5 %. Oproti předchozímu roku došlo ke zvýšení celkového počtu záchytů i zadržného množství. Za r. 2012 je evidováno 41 záchytů v množství 8 kg.

V r. 2012 bylo v ČR zachyceno 18 nových syntetických drog. Látkami s největším zachyceným množstvím byly 4-metyletkatinon (126 kg), syntetický kanabinoid AM-2201 (4 kg) a tryptamin 5-MeO-AMT (1,5 kg). Nové psychoaktivní látky byly prodávány zejména prostřednictvím internetových obchodů.

V r. 2012 se NPC ve spolupráci s CPJ a dalšími kontrolními orgány zaměřila na drogový trh v příhraničních oblastech severozápadních Čech stimulovaný rostoucí poptávkou po pervitinu a marihuaně ze strany německých občanů.

### 10.1 Spotřeba drog

#### 10.1.1 Odhad spotřeby drog z údajů od uživatelů

Níže uvedené odhady spotřeby vycházejí z dat o průměrné spotřebě drog a míře užívání drog z celopopulačních průzkumů z r. 2008 (Běláčková et al., 2012) a 2012 (Chomynová, 2013) a z každoročních odhadů problémového užívání drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013a). Zejména pokles míry užívání drog v populačních studiích od r. 2008 má vliv na pokles odhadované spotřeby drog v ČR.

Jsou k dispozici první předběžné odhady spotřeby za r. 2012, kdy se v ČR spotřebovalo 11,6 tun konopných drog, 5,9 tun pervitinu, 0,8 tun heroinu, 0,7 tun kokainu, 62,3 tisíc tablet extáze a 75,8 tis. dávek LSD (Vopravil, 2013). V r. 2011 se v ČR spotřebovalo odhadem 18,2 tuny konopných drog, 4,6 tuny pervitinu, 1,2 tuny heroinu, 869,5 kg kokainu, 4,6 mil. tablet extáze a 1 mil. kusů LSD (Vopravil, 2012) – blíže viz VZ 2011.

Ve VZ 2011 jsou uvedeny rovněž odhady spotřeby drog pomocí analýzy povrchových a odpadních vod.

Kontaktní centrum Noe v Třebíči provedlo v r. 2012 průzkum mezi intenzivními uživateli konopných drog (Diecézní charita Brno - Oblastní charita Třebíč, 2012). Analyzovaný soubor tvořilo 93 face-to-face rozhovorů s uživateli – blíže viz Další intenzivní, časté, dlouhodobé a jinak problematické formy užívání drog (str. 53). Téměř třetina (31 %) respondentů získávala marihuanu převážně zadarmo od svých přátel a 28 % ji samo pěstovalo. Při nákupu šlo zpravidla o množství 1–2 g, desetina dotázaných si kupovala větší množství, nejčastěji 10 g. Cena se pohybovala v rozmezí 50–250 Kč za gram, nejčastěji 200 Kč. Průměrná hodnota spotřebované drogy u uživatelů, kteří užívají denně, činila 0,94 g denně; u těch, kteří užívali konopí několikrát týdně, byl průměr 3 g týdně. Nejčastěji uváděnými zdroji financí byla práce a kapesné; 7 % respondentů uvedlo krádeže. Respondenti užívali konopí především ve společnosti přátel, jen malá část respondentů preferovala užívání konopí o samotě.

### 10.2 Dostupnost a nabídka drog

#### 10.2.1 Subjektivně vnímaná dostupnost drog

Národní výzkum užívání návykových látek 2012 (blíže viz kapitolu Užívání drog v populaci, str. 22) zjišťoval také subjektivně vnímanou dostupnost nelegálních drog. Celkem snadno nebo velmi snadno by si dokázalo obstarat konopné látky 40,2 % respondentů (44,9 % mužů a 35,5 % žen), nejnáze respondentů v nejmladší věkové skupině (62,7 %). S věkem respondentů subjektivně vnímaná dostupnost marihuany klesá. V pořadí druhou nejsnadně dostupnou drogou je extáze (celkem snadno nebo velmi snadno by ji dokázalo sehnat 15,8 % respondentů), na třetím místě jsou halucinogenní houby (14,8 %). S výjimkou konopných látek uvedlo více než 40 % respondentů, že by pro

ně obstarání drog bylo celkem obtížné nebo dokonce nemožné, dalších více než 40 % nedokázalo dostupnost drog posoudit (Chomynová, 2013).

V tomtéž průzkumu 16,0 % respondentů uvedlo, že jim byla marihuana nebo hašiš v posledních 12 měsících nabídnuta (21,2 % mužů a 11,0 % žen). Nabídku konopné drogy v posledním roce uvedla téměř polovina respondentů ve věkové skupině 15–24 let (40,7 %) a téměř čtvrtina respondentů ve věku 25–34 let.

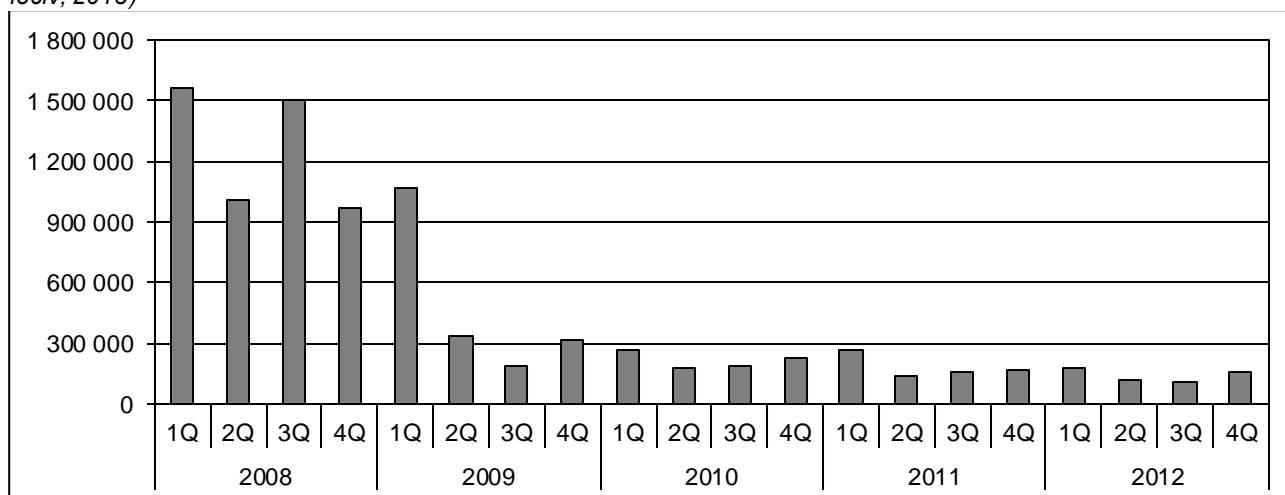
### 10.2.2 Domácí produkce, dovoz a vývoz drog

Základní zdroje informací představují data poskytovaná Národní protidrogovou centrálou SKPV Policie ČR (NPC) a Celní protidrogovou jednotkou (CPJ). Jedná se především o počty záchytů jednotlivých drog a zajištěné množství drog v rozdělení podle místa záchytu (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2013b, Ministerstvo financí, 2013).

Podíl THC u zachyceného konopí vypěstovaného v indoor podmínkách činil průměrně 10–15 %. Policie ČR a Celní správa ČR odhalily v r. 2012 celkem 199 indoor pěstíren, v dalších 19 případech bylo konopí pěstováno ve fóliovnících. Podobně jako v předchozím roce NPC a Nejvyšší státní zastupitelství upozorňovaly na případy zapojení skupin osob původem z Vietnamu do pěstování konopí, distribuce marihuany a dovozu vybavení pro indoorové pěstírny (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2013b, Nejvyšší státní zastupitelství, 2013). Problém spočívá zejména ve velkém rozsahu páchané trestné činnosti a ve vysoké organizovanosti kriminálních skupin. V r. 2012 byla zaznamenána specializace těchto skupin na pěstování konopí nebo na distribuci marihuany. Marihuana z velkopěstíren byla určena jak pro domácí, tak pro zahraniční trh. V rámci vyšetřovaných případů distribuce marihuany byl často zjištěn také prodej pervitinu. V r. 2012 zaměřila NPC ve spolupráci s CPJ a dalšími orgány pozornost na odhalování trestné činnosti v příhraničních oblastech, zejména Ústeckého, Karlovarského a Plzeňského kraje, což se také odrazilo ve vykazovaných datech. Při vyšetřování DTČ v těchto oblastech byly zjištěny četné případy distribuce marihuany a pervitinu ve vietnamských tržnicích, pašování menšího množství drog občany původem z Německa a zaslání většího množství drog prostřednictvím kurýrních zásilek. Pokud jde o způsob pašování marihuany z ČR do zahraničí, poměrně často byly CPJ odhaleny případy pašování prostřednictvím poštovní letecké přepravy. Jednalo se převážně o množství v hmotnosti do 100 g směřující do Velké Británie či Spojených států amerických.

Pervitin se v ČR vyrábí zejména v menších snadno přenosných varnách, v posledních letech však NPC upozorňuje na zvyšující se počet záchytů varen s vyšší produkcí. Počet odhalených varen se snížil z 388 v r. 2011 na 235 v r. 2012. Prekurzorem pro výrobu pervitinu je v posledních letech zejména pseudoefedrin extrahovaný z volně dostupných léků. Zavedení regulace výdeje těchto léků v ČR od května 2009 sice přineslo očekávané snížení jejich prodeje, současně však vedlo k nárůstu nelegálního dovozu zejména z Polska, Německa a Maďarska – graf 10-1. Kromě pseudoefedrinu sloužil k výrobě pervitinu také efedrin dovezený z Nizozemska, ze zemí západního Balkánu nebo z Ukrajiny. V prověřování byl i případ výroby efedrinu v ČR. V r. 2012 se NPC ve spolupráci s CPJ a dalšími kontrolními orgány zaměřila na drogový trh v příhraničních oblastech severozápadních Čech stimulovaný rostoucí poptávkou po pervitinu a marihuaně ze strany německých občanů. V Ústeckém, Karlovarském a Plzeňském kraji bylo podle údajů NPC v r. 2012 zjištěno 561 DTČ, tj. o 172 případů více než v předchozím roce. Celkem bylo v uvedených krajích zajištěno 13,8 kg pervitinu, tj. o 12,6 kg více než v r. 2011. Počet odhalených varen pervitinu se naopak snížil z 66 v r. 2011 na 37 v r. 2012. V rámci vyšetřování DTČ v daných krajích byly zjištěny četné případy distribuce pervitinu ve vietnamských tržnicích či pašování menšího množství drog občany původem z Německa. Odhalování DTČ v příhraničních oblastech s Německem se stalo předmětem rozšířené spolupráce policejních a celních orgánů ČR a Německa dojednané v rámci setkání ministrů vnitra obou zemí 13. února 2012 v německém Hofu (tzv. Hofský dialog).

graf 10-1: Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR v l. 2008–2012, v ks balení (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2013)



Kokain se do ČR dostává ze zemí Jižní Ameriky, celosvětově jediné produkční oblasti. Tranzitními zeměmi byly v r. 2012 např. Itálie, Španělsko, Nizozemsko či Rakousko. Pokud jde o způsob přepravy, nejčastěji byly odhaleny případy pašování prostřednictvím kurýrů, poštovních zásilek s různým zbožím, v kontejnerech a luxusních jachtách. Jako kurýři často sloužily osoby ze střední a východní Evropy, z Balkánu a pobaltských zemí. Kokain převážely v tělních dutinách nebo v cestovních zavazadlech. Hmotnost pašované drogy se pohybovala od 0,5 g do 5 kg. Na pašování a distribuci se podobně jako v předchozím roce podílely osoby pocházející ze západoafrických států, zejména z Nigérie, ale také skupiny ze zemí západního Balkánu.

Podobně jako v r. 2011 byl heroin dovážěn v menších zásilkách o hmotnosti řádově jednotek kilogramů. Na pašování a distribuci heroínu se významně podílely skupiny etnických Albánců, v r. 2012 NPC zaznamenala také zapojení skupin osob původem z Turecka, Nigérie či Balkánu. Z dat o záchytech je patrný častý výskyt pašování heroínu v kamionech s textilním zbožím a v chladírenských kamionech s potravinami podléhajících rychlé zkáze. Čistota heroínu distribuovaného koncovým uživatelům se pohybovala kolem 5 %. Vedle heroínu se na černém trhu již tradičně objevovaly tablety substitučních přípravků obsahujících buprenorfin, zejména Subutex<sup>®</sup>. Nově byl na černém trhu zaznamenán výskyt fentanylu ve formě transdermálních náplastí. Cena jedné náplasti se podle NPC pohybovala kolem 3 tis. Kč. Pokud jde o distribuční cesty, byly zaznamenány případy prodeje fentanylových náplastí příbuznými vážně nemocnými osobami užívajícími náplasti k léčbě bolesti a případy jejich pašování z Německa. Kromě fentanylu byl na černém trhu dostupný také Vendal<sup>®</sup> Retard (analgetikum na bázi morfinu). Důvodem poptávky po nových látkách opiátového typu je pravděpodobně nedostatek a nízká kvalita pouličního heroínu.

### 10.2.3 Nové psychoaktivní látky na české drogové scéně

Od r. 2010 je v ČR patrný zvýšený výskyt nových psychoaktivních látek – syntetických a rostlinných látek se stimulačním, halucinogenním nebo sedativním účinkem prodáváných pod různými komerčními názvy nebo v případě syntetických látek přímo pod jejich chemickým názvem<sup>138</sup>. Nové syntetické drogy se dovážejí zejména z asijských zemí, především z Číny a Indie. Při dovozu bývají deklarovány jako jiný druh zboží nebo uváděny pod jiným chemickým názvem. Jedná se o syntetické kanabinoidy, fenetylaminy, katinony, tryptaminy, piperaziny a látky z dalších chemických skupin. V r. 2012 bylo v ČR zachyceno celkem 18 nových psychoaktivních látek. Mezi látky s největším zachyceným množstvím patřily 4-metyletkatinon (126 kg), syntetický kanabinoid AM-2201 (4 kg) a tryptamin 5-MeO-AMT (1,5 kg). Pokud jde o rostlinné látky, za r. 2011 a 2012 eviduje CPJ záchyt rostliny Kata jedlá<sup>139</sup> – 48,9 kg v r. 2011 a 79,1 kg v r. 2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013c).

Nové psychoaktivní látky byly prodávány zejména prostřednictvím internetových obchodů. U kamenných obchodů, jejichž rozmach byl zaznamenán v období od konce r. 2010 do dubna 2011, došlo po novele zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, v dubnu 2011 k jejich značné redukci.

V průběhu února 2012 bylo identifikováno 19 internetových obchodů se stránkami v českém jazyce nabízejících nové psychoaktivní látky, z toho 11 prodávalo pouze syntetické látky. Nejčastěji se v nabídce e-shopů objevovaly kratom<sup>140</sup>, a syntetické látky 6-APB a 4-FA. Osm e-shopů proklamovalo, že produkty nejsou určeny ke konzumaci a prodejce odmítá odpovědnost za škody vzniklé při použití produktů v rozporu s jejich účelem. Stránky pěti e-shopů uváděly informaci o legálnosti nabízených produktů v ČR. V únoru 2013 byl identifikován stejný počet internetových obchodů jako v předchozím roce, počet e-shopů nabízejících výhradně syntetické látky se však snížil na 4. Mezi nejčastěji nabízené syntetické látky patřily např. 3,4-dimetylmecataton, 3-metylmecataton či pentedron. Nejčastěji nabízenými rostlinnými produkty byly *Turnera diffusa*<sup>141</sup>, kanna<sup>142</sup> a *Nymphaea caerulea*<sup>143</sup> prodávané ve formě směsí či extraktů. I když byl v r. 2013 zjištěn nižší počet internetových obchodů s nabídkou syntetických drog, celkový počet nabízených látek se ve srovnání s předchozím rokem mnohonásobně zvýšil. Zatímco v r. 2012 bylo možno v 19 identifikovaných e-shopech koupit celkem 12 různých syntetických látek, v r. 2013 nabízel stejný počet e-shopů celkem 42 syntetických látek (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013d).

Pokud jde o syntetický opiát fentanyl, NPC eviduje za r. 2012 jeden záchyt této látky v podobě transdermální náplasti. Podle informací NPC a nízkoprahových programů byly náplasti fentanylu dostupné na černém trhu, zatímco v r. 2011 se s nimi pravděpodobně neobchodovalo. O užívání fentanylu mezi problémovými uživateli drog referovala

<sup>138</sup> Rostlinné látky jsou prodávány ve formě extraktu, drti, sušiny nebo směsi. Syntetické látky jsou cíleně vybírány tak, aby nepodléhaly mezinárodnímu, případně národnímu systému kontroly cílové země.

<sup>139</sup> Khat – velmi stará kulturní rostlina s obsahem stimulantu katinonu, která se užívá žvýkáním, a to především v Jemenu, Etiopii, Súdánu, Eritreji, Džibutsku, Somálsku a Keni (tj. v oblasti Afrického rohu a v části Arabského poloostrova), kde je legální. Také se užívá v etnických menšinách pocházejících z těchto zemí. Kata je legální i v řadě zemí EU, v ČR je na seznamu OPL od r. 2011.

<sup>140</sup> Listy stromu *Mitragyna speciosa*, jež roste přirozeně v Indočíně, Malajsii a Jihozápadní Asii (Thajsko). Obsahuje řadu psychoaktivních látek, jež po žvýkání vyvolávají mírný sedativní a anxiolytický účinek. V zemích svého původu, stejně jako v řadě zemí EU včetně ČR, je legální.

<sup>141</sup> *Turnera diffusa* nebo *Turnera aphorodisiaca*, česky damiána, je americký keř, jehož listy se používají jako afrodiziakum.

<sup>142</sup> Kanna (*Sceletium tortuosum*), česky kosmatec, je sukuletní bylina rostoucí v oblastech jižní Afriky. Užívá se nejčastěji žvýkáním, má mírně euforický a anxiolytický účinek.

<sup>143</sup> *Nymphaea caerulea*, česky modrý leknín, je rostlina, jejíž květ se tradičně užíval kouřením nebo pitím odvaru. Má mírně euforické, anxiolytické a afrodiziakální účinky.

v r. 2012 nízkoprahová zařízení v Praze, Plzeňském a Moravskoslezském kraji – viz také kapitola Problémové užívání drog (str. 44).

### 10.3 Záchyty drog

Hlavní zdroj informací o záchytech drog představují data NPC a CPJ. Počet záchytů a zajištěné množství jednotlivých drog v l. 2007–2012 uvádí tabulka 10-2. Stejně jako v předchozích letech byla nejčastěji zadrženou drogou marihuana. Za r. 2012 evidují Policie ČR a Celní správa ČR 558 záchytů této drogy v množství 563 kg, což je o 123 kg více než v předchozím roce. Od r. 2009 roste počet záchytů i množství zadržené marihuany. Rostliny konopí byly zajištěny při 259 záchytech v počtu více než 90 tis. kusů. Jedná se o nejvyšší počet záchytů rostlin konopí od r. 2007. Policie ČR v r. 2012 zajistila 199 pěstíren konopí, tj. o 34 více než v r. 2011. Největší podíl, tj. celkem 35 %, tvořily pěstírny o počtu rostlin od 6 do 49 kusů. Pěstírny s počtem rostlin nad 1 tis. kusů tvořily 18 %. Největší počet odhalených pěstíren byl stejně jako v předchozím roce zaznamenán v Praze (27 vr. 2012, 38 v r. 2011), Středočeském (23 vr. 2012, 22 v r. 2011) a Ústeckém (22 vr. 2012, 19 v r. 2011) kraji. Počet záchytů hašiše v r. 2012 byl stejný jako v předchozím roce, zachycené množství však bylo několikanásobně vyšší (2,4 kg v r. 2011, 20,5 kg v r. 2012).

Druhou nejčastěji zadrženou drogou byl pervitin. Za r. 2012 je evidováno 355 záchytů v množství 31,9 kg. Celkové množství zadrženého pervitinu se ve srovnání s r. 2011 zvýšilo o 11,9 kg. Jedná se o vůbec nejvyšší roční zachycené množství této látky. V r. 2012 odhalila Policie ČR 235 varen, což je o 103 méně než v předchozím roce. Daný počet představuje nejnižší počet odhalených varen od r. 2004. Jednalo se zejména o menší, přenosné varny. Největší počet odhalených varen byl zaznamenán ve Zlínském (34), Jihomoravském (29) a Moravskoslezském (26) kraji. V r. 2011 to byly kraje Ústecký (49), Olomoucký (38) a Zlínský (34). Pokud jde o záchyty léků s obsahem pseudoefedrinu jako hlavního prekurzoru pro výrobu pervitinu, mezi nejčastěji zachycené patřily Sudafed® a Cirrus®. Pašování léků s obsahem pseudoefedrinu ze zahraničí (zejména z Polska) je stimulováno především regulací jejich prodeje v ČR, nižší cenou a současně vyšším obsahem pseudoefedrinu v lékové jednotce než na českém trhu. CPJ a NPC zadržely v r. 2012 celkem 199 980 tablet léků s obsahem pseudoefedrinu, což představuje pokles o více než 48 % ve srovnání s předchozím rokem (480 604 tablet v r. 2011). Také v případě efedrinu, původního prekurzoru pro výrobu pervitinu, byl v r. 2012 zaznamenán pokles zachyceného množství oproti l. 2009–2011. Celkem bylo v r. 2012 zachyceno 2167 g efedrinu (2317 g a 4 070 tablet v r. 2011). Záchyty jednotlivých léků za rok 2012 shrnuje tabulka 10-1.

tabulka 10-1: Množství zachycených léků s obsahem pseudoefedrinu v l. 2007–2012 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2013b)

Lék	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Efedrin (g)	1 185	1 677	6 023	8 152	2 317	2 167
(tbl.)	–	–	–	15 000	4 070	0
Pseudoefedrin (g)	218	–	–	2 179	2 880	2 307
(tbl.)	–	–	–	–	40	0
Modafen® (tbl.)	3 480	7 876	840	3 356	2 762	2 208
Nurofen Stop Grip® (tbl.)	11 948	21 785	876	0	14 892	228
Panadol Plus Grip® (tbl.)	72	17 021	1 224	0	0	0
Paralen® Plus	–	2 261	1 440	144	0	0
Acatar® (tbl.)	–	–	3 508	26 924	240	168
Apselan® (tbl.)	–	–	–	–	–	160
Cirrus® (tbl.)	–	–	6	68	17 551	24 788
Ibuprofen® (tbl.)	–	–	80	0	0	0
Ibuprom® (tbl.)	–	–	22 080	551	1 474	0
Neoafirin® (tbl.)	–	–	–	–	–	2 492
Sudafed® (tbl.)	–	–	12 231	278 133	403 105	169 348
Reactine® duo (tbl.)	–	–	–	–	10 940	0
Rhinafen® (tbl.)	–	–	–	–	960	0
Rhinopront® (tbl.)	–	–	–	–	540	588
Zyrtec® (tbl.)	–	–	–	–	28 140	0

Přestože byl počet záchytů kokainu stejný jako v předchozím roce, zadržené množství bylo o polovinu nižší. V r. 2012 byl kokain zachycen ve 44 případech. Celkově se jednalo o 8,1 kg. V případě heroínu došlo ke zvýšení celkového počtu záchytů i zadrženého množství, a to z 34 záchytů v množství 4,7 kg za r. 2011 na 41 záchytů v množství 7,6 kg v r. 2012. Podle NPC a CPJ je český trh zásobován zejména prostřednictvím menších zásilek.

Počet záchytů extáze a LSD se oproti r. 2011 snížil. Současně byl u obou látek zaznamenán výrazný pokles jejich zadrženého množství. V případě extáze klesl počet zachycených tablet z 13 000 tablet v r. 2011 na 1782 v r. 2012, u LSD se počet zajištěných dávek snížil z 1313 v r. 2011 na 44 v r. 2012.

tabulka 10-2: Počet záchytů a zajištěné množství jednotlivých drog v I. 2007–2012 (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2013a)

Rok		Marihuana (g)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Rostliny konopí (ks)	Hašiš (g)	Extáze (tablety)	Kokain (g)	LSD (dávký)
2007	Počet	563	374	96	46	25	30	38	5
	Množství	122 124	5 978	20 332	6 992	387	62 226	37 587	117
2008	Počet	602	405	105	69	30	18	24	5
	Množství	392 527	3 799	46 302	25 223	696	16 610	7 631	246
2009	Počet	384	326	73	117	41	13	26	5
	Množství	171 799	3 599	31 257	33 427	12 499	198	12 904	142
2010	Počet	455	283	61	189	27	16	42	8
	Množství	277 988	21 301	30 453	64 904	9 354	865	14 162	1 218
2011	Počet	508	304	34	240	24	15	44	7
	Množství	440 780	20 054	4 730	62 817	2 375	13 000	16 071	1 313
2012	Počet	558	355	41	259	24	12	44	3
	Množství	563 335	31 901	7 576	90 091	20 532	1 782	8 050	44

#### 10.4 Ceny a čistota drog

Zdrojem informací o cenách drog jsou případy trestných činů vyšetřované Policií ČR a jsou tudíž k dispozici pouze u omezeného počtu případů s ohledem na charakter zjištěné trestné činnosti. Zdrojem informací o čistotě jsou údaje poskytnuté odbory kriminalisticko-technických expertíz krajských ředitelství Policie ČR (OKTE) a Kriminalistickým ústavem Praha. Shromážděná data mají velmi omezenou vypovídací hodnotu danou nízkým počtem případů, kdy je cena drog známá, či omezeným počtem analyzovaných vzorků. Při vyhodnocování čistoty navíc nejsou rozlišovány vzorky ze záchytů většího objemu s vyšší koncentrací účinné látky a vzorky z pouličního prodeje, jejichž čistota je často výrazně nižší.

Cena a potence marihuany se oproti r. 2011 výrazně nezměnila. Nejnižší podíl THC látky činil 0,1 %, nejvyšší 24,8 %. Velkoobchodní ceny marihuany se podle informací NPC pohybovaly v rozmezí od 70 do 100 tis. Kč za 1 kg sušiny. U heroinu činil nejnižší podíl účinné látky 5,6 %, nejvyšší 39,5 %. Cena heroinu se oproti r. 2011 nezměnila. Výrazná změna byla zaznamenána u kokainu, a to v podobě snížení čistoty ze 45,0 % v r. 2011 na 36,9 % v r. 2012. Cena byla známa pouze u velmi nízkého počtu zachycených vzorků. Průměrný podíl účinné látky v analyzovaných vzorcích pervitinu byl 71,6 % (nejnižší podíl činil 9,8 %, nejvyšší 83,0 %). Cena pervitinu se v porovnání s předchozím rokem výrazně nezměnila. Cenu a čistotu tablet extáze lze stěží hodnotit z důvodu velmi nízkého počtu analyzovaných vzorků – tabulka 10-3 a tabulka 10-4.

tabulka 10-3: Průměrná čistota drog v I. 2007–2012, v % čisté látky (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2013b)

Rok		Marihuana	Hašiš	Extáze*	Pervitin	Heroin	Kokain
2007	Počet vzorků	177	2	31	123	31	48
	Průměrná čistota	4,7	8,1	27,4	66,4	17,4	49,1
2008	Počet vzorků	404	5	20	145	47	35
	Průměrná čistota	5,5	5,2	17,5	64,3	22,6	43,5
2009	Počet vzorků	289	3	6	144	57	21
	Průměrná čistota	8,1	15,9	3,4	68,1	16,6	33,1
2010	Počet vzorků	391	8	9	160	51	35
	Průměrná čistota	7,7	9,3	15,3	64,4	24,6	27,9
2011	Počet vzorků	497	24	5	163	31	52
	Průměrná čistota	7,2	11,0	43,0	69,0	14,0	45,0
2012	Počet vzorků	599	11	7	146	40	49
	Průměrná čistota	7,1	12,2	37,5	71,6	14,7	36,9

Pozn.: U konopných drog jde o koncentraci THC. \*Průměrná čistota tablet extáze je vyjádřena jako průměrné množství MDMA v mg v jedné tabletě obsahující MDMA.



tabulka 10-4: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v l. 2007–2012, v Kč (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2013a)

Rok		Marihuana (g)	Hašiš (g)	Extáze (tableta)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Kokain (g)	LSD (dávka)
2007	Průměr	180	260	210	1 130	1 100	2 060	180
	Modus	100	200	200	1 000	1 000	2 000	200
2008	Průměr	180	240	220	1 130	1 080	2 000	180
	Modus	200	250	200	1 000	1 000	2 000	100
2009	Průměr	210	270	220	1 290	1 280	1 920	200
	Modus	250	300	250	1 000	1 000	2 500	200
2010	Průměr	200	220	200	1 290	1 280	2 000	200
	Modus	250	250	250	1 000	1 000	2 000	200
2011	Průměr	190	220	150	1 290	1 080	2 210	200
	Modus	200	–	150	1 000	1 000	2 000	–
2012	Průměr	190	200	250	1 220	1 080	1 750	200
	Modus	200	–	–	1 000	1 000	1 500	–

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.

## ČÁST B

### SEZNAM TABULEK

tabulka 1-1: Plnění hlavních výstupů Akčního plánu 2010–2012 podle intervenčních oblastí.....	10
tabulka 1-2: Přehled výborů a pracovních skupin RVKPP v r. 2012 .....	13
tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle rezortů v l. 2003–2012, v tis. Kč .....	14
tabulka 1-4: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v r. 2012 podle kategorií služeb, v tis. Kč.....	16
tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v l. 2004–2012, v tis. Kč.....	17
tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2012 ze státního a místních rozpočtů podle kraje realizace projektu, v tis. Kč .....	18
tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2012 podle kategorií služeb, v tis. Kč .....	19
tabulka 1-8: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v l. 2008–2012, v tis. Kč .....	20
tabulka 1-9: Odhad nákladů zdr. pojišťoven na dg. F10 a dg. F11–F19 podle druhu péče v l. 2007–2011, v tis. Kč .....	21
tabulka 2-1: Prevalence užívání drog v obecné populaci – Národní výzkum užívání návykových látek 2012, v % .....	24
tabulka 2-2: Výsledky škály CAST a výskyt rizikového užívání konopných látek (v % těch, co užíli konopí v posledních 12 měsících, a v % populace celkem).....	26
tabulka 2-3: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2012, v % .....	27
tabulka 2-4: Rozsah užívání drog v obecné populaci – Výzkum občanů 2012, v % .....	27
tabulka 2-5: Srovnání míry prevalence užívání drog v jednotlivých časových horizontech v r. 2008 a 2012, v % .....	28
tabulka 2-6: Výsledky škály CAST a výskyt rizikového užívání konopných látek v populaci v letech 2010 a 2012, v % .....	31
tabulka 2-7: Celoživotní prevalence užívání sledovaných nelegálních drog v krajích mezi šestnáctiletými podle studie ESPAD v r. 2011, v % .....	34
tabulka 3-1: Přehled programů indikované prevence užívání návykových látek v České republice.....	42
tabulka 4-1: Hodnoty multiplikátoru pro jednotlivé kraje v l. 2008, 2010 a 2013.....	45
tabulka 4-2: Střední hodnoty prevalence odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2012.....	46
tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2012 podle krajů – střední hodnoty .....	47
tabulka 4-4: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v l. 2005–2012 podle krajů, střední hodnoty v absolutních počtech.....	48
tabulka 4-5: Odhad počtu PUD v ČR v r. 2006 a 2007 metodou CRM.....	48
tabulka 4-6: Rozložení středního odhadu PUD v ČR v l. 2006 a 2007 podle věkových skupin a pohlaví .....	48
tabulka 4-7: Distribuce klientů v Praze v r. 2011 podle počtu nízkoprahových programů, ve kterých jsou evidováni .....	48
tabulka 4-8: Odhad počtu PUD v Praze v r. 2011 z dat nízkoprahových programů před a po korekci na nekódované klienty.....	49
tabulka 4-9: Srovnání odhadu počtu PUD v Praze v r. 2011 metodou zpětného zachytu (CRM) a multiplikační metodou (MM) .....	49
tabulka 4-10: Odhad intenzivních uživatelů konopí a problémových uživatelů drog z průzkumu mezi lékaři extrapolací na počet obyvatel ČR.....	49
tabulka 4-11: Odhad intenzivních uživatelů konopí a problémových uživatelů drog z průzkumu mezi lékaři extrapolací na celkový počet lékařů .....	50
tabulka 4-12: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v l. 2003, 2005, 2007, 2010 a 2012.....	50
tabulka 4-13: Hlavní vybrané drogy užívané respondenty průzkumu Multiplikátor 2013 podle krajů, v % .....	51
tabulka 4-14: Prevalence užívání vybraných drog v posledních 12 měsících podle průzkumu Multiplikátor 2013 podle krajů, v %.....	51
tabulka 4-15: Intenzivní a rizikové užívání tabáku, alkoholu a nelegálních drog v populaci, v %, a extrapolace na počet obyvatel ČR.....	54
tabulka 5-1: Programy poskytující služby uživatelům drog v ČR v r. 2012 .....	58
tabulka 5-2: Absence adiktologických služeb v okresech podle jejich typů .....	59
tabulka 5-3: Počet programů v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle typu a krajů a pořadí krajů.....	60
tabulka 5-4: Nedostatky v síti služeb v r. 2012 uvedené ve výročních zprávách o realizaci protidrog. politiky v krajích.....	61
tabulka 5-5: Přehled certifikovaných programů podle typu v l. 2011–2013.....	62
tabulka 5-6: Počet ordinací a počet léčených uživatelů návykových látek v l. 2002–2012.....	62
tabulka 5-7: Počet psychiatrických ambulantních zařízení podle druhu oddělení/pracoviště, návykových látek a podílu léčených uživatelů návykových látek v r. 2012 .....	63
tabulka 5-8: Počet psychiatrických ambulantních zařízení podle počtu léčených uživatelů návykových látek v r. 2012 .....	63
tabulka 5-9: Vývoj počtu uživatelů návykových látek léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v l. 1993–2012 podle (skupin) návykových látek.....	64
tabulka 5-10: Vývoj léčených osob, nahlášených a ukončených případů léčby v NRULISL v l. 2000–2012 podle pohl.....	66
tabulka 5-11: Substituční léčba závislosti na opiátech/opioidech v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé v l. 2011–2012 .....	66
tabulka 5-12: Lékaři poskytující substituci a počet pacientů v substituci v průzkumu Lékaři České republiky 2012.....	67
tabulka 5-13: Odhad počtu pacientů v opiátové substituční léčbě u praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost v r. 2012.....	67
tabulka 5-14: Registrace v NRULISL a hlášení pacientů do NRULISL v průzkumu Lékaři České republiky 2012 .....	68
tabulka 5-15: Odhad počtu klientů substituční léčby v r. 2012 mezi problémovými uživateli drog v ČR podle krajů.....	68
tabulka 5-16: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v l. 1999–2012.....	69

tabulka 5-17: Počet osob ošetřených pro intoxikaci alkoholem a nealkoholovými drogami podle pohlaví a věkových skupin pacientů v l. 2011–2012.....	70
tabulka 5-18: Přehled krizových center a psychologických stacionářů v r. 2012.....	71
tabulka 5-19: Vývoj počtu krizových center a psychologických stacionářů a počtu pacientů v l. 2009–2012.....	71
tabulka 5-20: Programy ambulantní léčby provozované NNO a vybrané charakteristiky jejich klientů v l. 2004–2012.....	72
tabulka 5-21: Síť lůžkových zařízení poskytujících detoxifikaci AT pacientů a počty vyčleněných lůžek na detoxifikačních jednotkách v l. 2010–2012.....	72
tabulka 5-22: Počet osob hospitalizovaných pro detoxifikaci od návykových látek v l. 2011–2012.....	73
tabulka 5-23: Počet psychiatrických lůžkových zařízení, jejich celková lůžková kapacita a využití uživateli nealkoholových drog (bez tabáku) v l. 2002–2012.....	73
tabulka 5-24: Vývoj počtu hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v l. 1997–2012.....	74
tabulka 5-25: Terapeutické komunity dotované RVKPP a jejich klienti v l. 2003–2012.....	75
tabulka 5-26: Počet uživatelů podle problému a kraje sídla terapeutické komunity k 20. červnu 2012.....	75
tabulka 5-27: Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v l. 2009–2012.....	76
tabulka 5-28: Kapacita a počet dětí s problémy s užíváním drog ve specializovaných odděleních školských zařízení ústavní nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči v ČR v l. 2009–2012.....	76
tabulka 5-29: Vybrané charakteristiky provozovatelů a všech žadatelů o léčbu v l. 2002–2012.....	80
tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2012 podle způsobu přenosu.....	81
tabulka 6-2: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na infekce v nízkoprahových zařízeních v r. 2012.....	85
tabulka 6-3: Výsledky testování uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2012 podle sídla programů.....	86
tabulka 6-4: Výsledky testování IUD – žadatelů o léčbu na HIV, VHA, VHB a VHC podle jejich vlastních výpovědí v l. 2003–2012.....	86
tabulka 6-5: Výsledky testování pacientů léčených opiátovou substitucí na HIV, VHB a VHC v r. 2012.....	87
tabulka 6-6: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2012.....	87
tabulka 6-7: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v l. 2002–2012.....	89
tabulka 6-8: Uváděné použití čisté jehly a stříkačky při poslední aplikaci mezi klienty nízkoprahových programů v průzkumu Multiplikátor 2010 a 2013, kteří uvedli injekční užití drogy v posledním měsíci.....	89
tabulka 6-9: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2002–2012 evidované hygienickou službou.....	90
tabulka 6-10: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v l. 2002–2012.....	91
tabulka 6-11: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v l. 2003–2012 – vliv alkoholu a jiných drog.....	91
tabulka 6-12: Pozitivní nálezy OPL a alkoholu (etanolu) u řidičů v l. 2007–2013.....	92
tabulka 6-13: Vývoj počtu úrazů ošetřených na chirurgických odděleních celkem a pod vlivem alkoholu a drog v l. 2001–2012, v tis.....	92
tabulka 6-14: Vývoj počtu hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v l. 2002–2012.....	93
tabulka 6-15: Počet případů intoxikace a počet úmrtí na intoxikaci metanolem od začátku kauzy v září 2012 k 16. 7. 2013 podle kraje výskytu.....	94
tabulka 6-16: Trend výskytu náhodných, úmyslných nebo blížejících nejništěných intoxikací metanolem a úmrtí na ně v ČR v l. 2002–2012.....	94
tabulka 6-17: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2012 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví.....	95
tabulka 6-18: Smrtelná předávkování drogami v ČR podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2012.....	95
tabulka 6-19: Úmrtnost pacientů v Registru substituční léčby v l. 2000–2012.....	97
tabulka 7-1: Klienti českých nízkoprahových programů v l. 2004–2012.....	99
tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v l. 2006–2012.....	99
tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2012 v jednotlivých krajích.....	100
tabulka 7-4: Přehled nízkoprahových zařízení zapojených do studie.....	100
tabulka 7-5: Výměnné programy v ČR v l. 1998–2012.....	101
tabulka 7-6: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v l. 2004–2012 podle krajů.....	101
tabulka 7-7: Informace o programu distribuce želatinových kapslí v nízkoprah. programech v ČR v l. 2008–2012.....	102
tabulka 7-8: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových programů v l. 2003–2012.....	103
tabulka 7-9: Podíl* klientů – IUD žádajících o léčbu v l. 2002–2012, kteří byli v minulosti vyšetřeni na VHB, VHC a HIV, v %.....	103
tabulka 7-10: Celkový počet léčených pacientů a počet léčených IUD pro VHC protivirovými preparáty podle pohlaví a věkových skupin v r. 2012.....	104
tabulka 8-1: Klienti terénní sociální pracovníků v romských komunitách v l. 2007–2011 podle typu problému.....	108
tabulka 8-2: Zařízení poskytující následnou péči ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP v l. 2006–2012.....	110
tabulka 8-3: Zařízení poskytující nestrukturovanou následnou péči ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP v l. 2006–2012.....	110
tabulka 8-4: Zařízení poskytující strukturovanou následnou péči ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP v l. 2006–2012.....	110
tabulka 9-1: Primární drogové trestné činy a jejich popis (podle sTZ a TZ).....	112
tabulka 9-2: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy v l. 2002–2012.....	113
tabulka 9-3: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle jednotlivých trestných činů v r. 2012.....	113
tabulka 9-4: Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu drogové trestné činnosti v r. 2012.....	114
tabulka 9-5: Počet stíhaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a drogových trestných činů v r. 2012.....	115

tabulka 9-6: Počet obžalovaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a drogových trestných činů v r. 2012.....	115
tabulka 9-7: Vývoj počtu drogových trestných činů a jejich podílu na zjištěných trestných činech v l. 2002–2012.....	115
tabulka 9-8: Zjištěné drogové trestné činy a osoby stíhané pro DTČ v r. 2012 podle krajů.....	116
tabulka 9-9: Uložené sankce za drogové trestné činy v r. 2012 podle skutkových podstat.....	117
tabulka 9-10: Drogové přestupky projednané v r. 2012 v rozdělení podle paragrafu, věku pachatele a krajů.....	120
tabulka 9-11: Počet trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu a dalších drog v l. 2003–2012.....	121
tabulka 9-12: Počet osob vězněných za drogové trestné činy a trestné činy v souvislosti s užíváním návykových látek k 31. prosinci daného roku.....	122
tabulka 9-13: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení v l. 2006–2012.....	124
tabulka 9-14: Počet osob v substituční léčbě a prům. délka léčby (v měsících) v jednotliv. věznicích v l. 2010–2012.....	125
tabulka 9-15: NNO poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet předvedených osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody.....	125
tabulka 10-1: Množství zachycených léků s obsahem pseudoefedrinu v l. 2007–2012.....	129
tabulka 10-2: Počet záchytů a zajištěné množství jednotlivých drog v l. 2007–2012.....	130
tabulka 10-3: Průměrná čistota drog v l. 2007–2012, v % čisté látky.....	130
tabulka 10-4: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v l. 2007–2012, v Kč.....	131

## SEZNAM GRAFŮ

graf 2-1: Frekvence užívání konopných látek v posledních 12 měsících podle pohlaví a věkových skupin, v %.....	25
graf 2-2: Respondenti užívající konopí jednou týdně a častěji podle věkových skupin, v %.....	25
graf 2-3: Srovnání celoživotní prevalence užívání konopných látek z neléčebných a léčebných důvodů, v %.....	26
graf 2-4: Celoživotní prevalence užívání vybraných nelegálních drog v ČR v r. 2008 podle pohlaví a věku, v %.....	29
graf 2-5: Celoživotní prevalence užívání vybraných nelegálních drog v ČR v r. 2012 podle pohlaví a věku, v %.....	29
graf 2-6: Prevalence užívání konopných látek v životě a posledním roce podle pětiletých věkových skupin – srovnání let 2008 a 2012, v %.....	30
graf 2-7: Prevalence užívání konopných látek v obecné populaci (15–64 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z let 2008–2012, v %.....	30
graf 2-8: Prevalence užívání konopných látek, subjektivně vnímaná dostupnost konopných látek a vnímání rizik spojených s jejich užíváním podle Národního výzkumu 2012 podle pohlaví a věkových skupin, v %.....	31
graf 2-9: Subjektivně vnímané riziko spojené s konzumací návykových látek.....	32
graf 2-10: Souhlas s trestním postihem užívání konopí a pěstování konopí pro vlastní potřebu.....	32
graf 2-11: Vývoj celoživotní prevalence užívání konopných látek v krajích mezi roky 2007 a 2011 mezi šestnáctiletými podle studie ESPAD, v %.....	35
graf 2-12: Vývoj subjektivně vnímané dostupnosti pervitinu (% odpovědí velmi snadno nebo celkem snadno) v krajích mezi roky 2007 a 2011 mezi šestnáctiletými podle studie ESPAD, v %.....	36
graf 4-1: Střední hodnoty a 95% intervaly spolehlivosti prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2012.....	46
graf 5-1: Množství buprenorfinu distribuované v mono-přípravcích a kompozičních přípravcích s kombinací naloxonu v l. 2008–2012, v gramech.....	69
graf 5-2: Vývoj kapacity záchytných stanic a počtu ošetřených pacientů v l. 1989–2012.....	70
graf 5-3: Počet prvožadatelů o léčbu podle primární drogy v l. 2002–2012.....	77
graf 5-4: Počet všech žadatelů o léčbu podle primární drogy v l. 2002–2012.....	77
graf 5-5: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu podle vybraných drog v l. 2004–2012.....	78
graf 5-6: Průměrný věk všech žadatelů o léčbu podle vybraných drog v l. 2004–2012.....	79
graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2012.....	82
graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2012.....	82
graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u kterých byla hlášena VHB a VHC v l. 1997–2012.....	82
graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v l. 1996–2012.....	83
graf 6-5: Hlášená incidence syfilis celkem, u injekčních uživatelů drog a alkoholiků v ČR v l. 2000–2012.....	83
graf 6-6: Hlášená incidence kapavky celkem, u injekčních uživatelů drog a alkoholiků v ČR v l. 2000–2012.....	84
graf 6-7: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a dalších drog v ČR v l. 1997–2012.....	84
graf 6-8: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1997–2012.....	85
graf 6-9: Trend séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2012, v %.....	87
graf 6-10: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězněných injekčních uživatelů drog v l. 2010–2012, v %.....	88
graf 6-11: Vývoj podílu IUD mezi žadateli o léčbu se zákl. drogou heroin, pervitin a buprenorfin v l. 2002–2012, v %.....	88
graf 6-12: Vývoj podílu injekční aplikace u uživatelů heroínu, pervitinu a polyvalentních uživatelů léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2012, v %.....	89
graf 6-13: Struktura smrtelných předávkování alkoholem v ČR v obecném registru úmrtí v l. 1994–2012.....	96
graf 6-14: Počet pitev provedených na soudnělékařských odděleních v l. 2002–2012.....	96
graf 8-1: Odhadovaná míra užívání jednotlivých drog dospělými v SVL.....	106
graf 8-2: Odhadovaná míra užívání jednotlivých drog dětmi do 15 let v SVL.....	106
graf 8-3: Odhadovaná míra negativních jevů v SVL.....	107
graf 8-4: Odhadovaná míra nelegální výroby a distribuce drog v SVL.....	107
graf 9-1: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL, jedy a předměty k jejich výrobě v l. 2002–2012 podle jednotlivých drog.....	114
graf 9-2: Počet zjištěných drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v l. 2003–2012.....	116
graf 9-3: Vývoj počtu osob odsouzených za DTČ a skladby sankcí uložených v l. 2003–2012.....	118

graf 9-4: Vývoj počtu uložených ochranných léčení v l. 2004–2012.....	119
graf 9-5: Vývoj počtu objasněných trestných činů a podílu trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek v l. 2003–2012.....	120
graf 9-6: Srovnání prevalencí užívání drog v posledních 12 měsících mezi obecnou populací podle Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 (CS) a mezi vězni před uvězněním (VS) v r. 2012 podle pohlaví, v % .....	123
graf 10-1: Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR v l. 2008–2012, v ks balení.....	127

### SEZNAM MAP

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2012, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let.....	17
mapa 2-1: Celoživotní prevalence užívání konopných látek v krajích mezi 16letými podle studie ESPAD 2011, v % .....	35
mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2012 podle drog a krajů – střední hodnoty.....	47
mapa 5-1: Síť registrovaných zdravotnických zařízení v elektronické aplikaci NRULISL v r. 2012 .....	65
mapa 5-2: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2012 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let.....	78
mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2012 na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let.....	102
mapa 9-1: Drogové trestné činy v r. 2012 v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů .....	117

## VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU

V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané stránky klíčových institucí a služeb v oblasti drog. Vyčerpávající seznam pomáhajících organizací je uveden v aplikaci Mapa pomoci na internetových stránkách [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz).

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí: <http://www.adiktologie.cz/Casopis-Adiktologie.html>

Agentura pro sociální začleňování: <http://www.socialni-zaclenovani.cz/>

A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním: <http://www.asociace.org/>

Anonymní alkoholici: <http://www.anonymnialkoholici.cz/>

Aplikace pro evidenci klientů a služeb v adiktologických službách: <http://www.drogovesluzby.cz>

Benzodiazepinová poradna (provazuje o.s. SANANIM): <http://www.benzo.cz/>

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

Centrum pro výzkum veřejného mínění – Sociologický ústav AV ČR: <http://www.cvm.cas.cz/>

Česká asociace adiktologů: <http://www.asociace-adiktologu.cz/>

Česká asociace streetwork: <http://www.streetwork.cz/>

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

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

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

Informační portál a databáze služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením: <https://www.sluzbyprevence.mpsv.cz/>

Drogový informační server (provazuje o.s. SANANIM): <http://www.drogy.net/>

Drogová poradna (provazuje o.s. SANANIM): <http://www.drogovaporadna.cz/>

EXTC – webová poradna a prevence zneužívání syntetických drog: <http://www.extc.cz/>

Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie: <http://www.hygp Praha.cz>

Informace pro pracovníky a klienty terénních programů a kontaktních center (provazuje o.s. SANANIM): <http://www.edekontaminace.cz/>

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

Informační portál primární prevence (provazuje o.s. SANANIM): <http://www.odrogach.cz/>

Iniciativa Safer Party: <http://www.saferparty.cz>

Institut pro kriminologii a sociální prevenci: <http://www.ok.cz/iksp/>

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze: <http://www.adiktologie.cz/>

Ministerstvo spravedlnosti (portál českého soudnictví): <http://portal.justice.cz/>

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

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

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

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

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: <http://www.drogy-info.cz/>

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/133-narodni-program-reseni-problematiky-hiv-aids.html>, <http://www.aids-hiv.cz/>

Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a vyšetřování, Policie ČR: <http://www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skp.aspx>

Národní ústav pro vzdělávání (školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků): <http://www.nuv.cz/>

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, Výbor pro zdravotnictví, Zdravotní výbor: [http://www.psp.cz/sqw/fsnem\\_sqw?f1=8&f2=6&id=963](http://www.psp.cz/sqw/fsnem_sqw?f1=8&f2=6&id=963)

Prevence a léčba závislosti na alkoholu: <http://www.alkohol-alkoholismus.cz/>

Prevence rizikového chování: <http://www.prevence-info.cz/>

Probační a mediační služba ČR: <http://www.pmscr.cz>

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

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: <http://rvkpp.vlada.cz>

Registr poskytovatelů sociálních služeb: <http://www.mpsv.cz/cs/3880>

Sdružení azylových domů v ČR: <http://www.azylovedomy.cz/>

Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně: <http://snncls.cz/>

Společnost sociálních pracovníků ČR: <http://socialnipracovnici.cz/>

Správa uprchlických zařízení: <http://www.suz.cz/>

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

Státní ústav pro kontrolu léčiv: <http://www.sukl.cz/>

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

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

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

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

## ZKRATKY

Akční plán 2007–2009 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009

Akční plán 2010–2012 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012

A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním

AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislostí)

Centrum adiktologie – Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze (od r. 2012 součást Kliniky adiktologie)

CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

CPJ – Celní protidrogová jednotka

CRM – metoda zpětného zachytu

ČSÚ – Český statistický úřad

DTČ – drogový trestný čin

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

EPIDAT – informační systém Infekční nemoci

ESF – Evropský sociální fond

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR

GŘC – Generální ředitelství cel

GŘVS – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

HDP – hrubý domácí produkt

HS – hygienická služba

IKSP – Institut pro kriminologii a sociální prevenci

IUD – injekční uživatel(é) drog

Klinika adiktologie – Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Kraje ČR:

PHA – Hlavní město Praha

STC – Středočeský

JHC – Jihočeský

PLK – Plzeňský

KVK – Karlovarský

ULK – Ústecký

LBK – Liberecký

HKK – Královéhradecký

PAK – Pardubický

VYS – Vysočina

JHM – Jihomoravský

OLK – Olomoucký

ZLK – Zlínský

MSK – Moravskoslezský

Ministerstva ČR:

MF – Ministerstvo financí

MO – Ministerstvo obrany

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MS – Ministerstvo spravedlnosti

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

MPP – minimální preventivní program

Národní strategie 2010–2018 – Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

NNO – nestátní nezisková(é) organizace

NPC – Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR

NRHOSP – Národní registr hospitalizovaných

NRULISL – Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (registr substituce)

TZ – zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)

PMS – Probační a mediační služba ČR

PP PČR – Policejní prezidium Policie ČR

PS PČR – Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR

PUD – problémoví uživatelé drog

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SAK – Spojená akreditační komise o.p.s.

SMR – Standardizovaný index mortality

sTZ – zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

SZÚ – Státní zdravotní ústav

TK – terapeutická komunita

UNODC – Úřad OSN pro drogy a kriminalitu

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

VHA – virová hepatitida typu A

VHB – virová hepatitida typu B

VHC – virová hepatitida typu C

VS ČR – Vězeňská služba ČR

VTOS – výkon trestu odnětí svobody

VV – výkon vazby

VZ – Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – Světová zdravotnická organizace

## REJSTŘÍK

- abstinence, 52, 90, 123  
adiktolog, 1, 7, 13, 56, 57, 100  
akční plán Národní strategie protidrogové politiky, 1, 5, 8, 9, 10, 98, 138  
alkohol, 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 20, 22, 23, 29, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 62, 63, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 81, 83, 84, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 105, 109, 112, 114, 118, 120, 121, 122, 123, 137, 138  
aluminiová fólie, 102  
amfetamin, 2, 24, 34, 112, 122, 123  
Asociace nestátních organizací (A.N.O) zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 74, 137, 138  
AT poradny, 15, 58, 62  
bezdrogové zóny, 123  
braun, 51, 53  
buprenorfin, 2, 3, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 56, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 78, 79, 81, 88, 98, 99, 128  
cena drog, 130, 131  
certifikace, 37, 61  
Česká asociace streetwork, 41, 137  
čistota drog, 130  
cizinec, 11, 76, 121  
crack, 79, 90  
detoxifikace, 15, 19, 52, 56, 58, 61, 72, 73, 125  
doléčování, 17, 61, 62, 109  
dopravní nehoda, 43, 91, 96, 120  
ESPAD, 2, 22, 29, 33, 34, 35, 36, 42, 138  
evaluace, 8, 9, 10, 14, 37, 72, 98, 108  
Evropská unie, 10, 12  
Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), 1, 10, 11, 12, 44, 62, 94, 95, 138  
Evropský sociální fond, 1, 5, 20, 37, 57, 61, 138  
extáze, 1, 3, 22, 23, 30, 32, 90, 104, 107, 109, 126, 129, 130  
fentanyl, 2, 44, 51, 52, 98, 128  
gambling, 1, 3, 5, 8, 13, 23, 66, 75, 105, 108, 124  
Generální ředitelství cel, 14, 15, 18, 19, 138  
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 11, 36, 138  
halucinogeny, 1, 22, 23, 30, 34, 73, 74, 122, 126  
harm reduction, 10, 12, 14, 15, 17, 59, 68, 98, 99, 100, 102, 108, 123, 125  
hepatitida, 81, 83, 84, 103, 138  
heroin, 2, 3, 4, 22, 23, 31, 32, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 64, 66, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 79, 81, 88, 89, 98, 99, 102, 105, 107, 108, 109, 110, 114, 122, 123, 126, 128, 129, 130  
HIV/AIDS, 2, 3, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 98, 102, 103, 104, 109, 137  
hospitalizace, 56, 73, 74, 90, 91, 93, 94  
injekční užívání, 2, 3, 9, 44, 45, 52, 59, 72, 75, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 108, 109, 122, 123, 138  
intoxikace, 69, 70, 90, 91, 94, 121  
ketamin, 22, 109  
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 12, 42, 61, 100, 137, 138  
kokain, 23, 51, 53, 73, 74, 105, 109, 122, 123, 126, 129  
komorbidita, 89, 104  
kondom, 98  
konopí, 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 22, 23, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 41, 49, 50, 53, 54, 55, 109, 126, 127, 128, 130  
konopné látky, 1, 2, 3, 4, 10, 22, 23, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 40, 41, 51, 53, 55, 56, 63, 71, 72, 73, 74, 76, 78, 91, 94, 98, 99, 105, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 113, 114, 115, 119, 122, 123, 126, 127, 130  
kouření, 1, 2, 22, 23, 32, 33, 37, 38, 39, 41, 55, 102  
léčba  
ambulantní, 1, 3, 5, 10, 19, 20, 21, 52, 56, 57, 59, 61, 62, 72, 74, 76, 92, 109, 118, 124  
lůžková, 1, 3, 5, 10, 15, 19, 20, 56, 57, 58, 59, 62, 72, 73, 118  
ochranná, 58, 118, 119, 124  
substituční, 2, 3, 10, 11, 15, 19, 49, 50, 52, 56, 58, 61, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 81, 86, 87, 96, 97, 100, 102, 108, 123, 124, 125, 138  
léky, 1, 2, 4, 6, 10, 20, 22, 23, 26, 27, 51, 52, 75, 90, 92, 93, 94, 109, 112, 122, 126, 127, 129, 137, 138  
LSD, 1, 3, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 34, 51, 90, 91, 105, 107, 109, 114, 122, 126, 129, 130, 131  
lysohlávky, 23  
mefedron, 22, 51  
menšiny, 12, 105, 107, 108  
metadon, 44, 51, 52, 64, 65, 66, 69, 95, 124  
migrant, 105, 108  
Minimální preventivní program, 39  
Ministerstvo  
financí, 18, 39, 127, 138  
obran, 14, 15, 18, 19, 138  
práce a sociálních věcí, 14, 15, 18, 19, 20, 57, 74, 109, 137, 138  
školství, mládeže a tělovýchovy, 2, 14, 18, 19, 37, 40, 41, 76, 121, 137, 138  
spravedlnosti, 14, 15, 18, 19, 39, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 137, 138  
vnitřní, 11, 15, 120, 121, 137, 138  
zdravotnictví, 1, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 18, 19, 28, 38, 39, 56, 57, 69, 93, 96, 98, 137, 138  
místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog, 109  
morfin, 2, 44, 51, 128  
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), 1, 11, 13, 14, 20, 22, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 40, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 62, 66, 67, 68, 72, 74, 75, 85, 86, 89, 94, 95, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 122, 123, 126, 128, 137, 138  
Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 14, 15, 18, 19, 112, 113, 126, 127, 128, 129, 130, 138  
Národní strategie protidrogové politiky, 1, 5, 8, 98, 138  
následná péče, 3, 10, 14, 17, 58, 59, 60, 61, 105, 109, 110, 111, 125  
nizkoprahová zařízení, 3, 15, 41, 42, 44, 46, 48, 49, 50, 52, 58, 59, 68, 76, 84, 85, 86, 89, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 128, 137  
NNO (nestátní neziskové organizace), 14, 19, 41, 58, 62, 71, 72, 105, 123, 125, 138  
nové drogy, 2, 4, 44, 51, 52, 105, 126, 128  
obvinění, 121  
obžalování, 113, 115  
ochranná výchova, 75, 76  
odsouzení, 11, 112, 113, 117, 118, 119, 121, 123  
opilství, 114, 120, 121, 122  
opium, 2, 44, 51, 109  
pervitin, 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 22, 23, 30, 32, 36, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 63, 64, 66, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 81, 88, 89, 90, 94, 98, 99, 102, 105, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 119, 122, 123, 125, 126, 127, 129, 130



Policie ČR, 4, 11, 15, 91, 105, 112, 113, 114, 115, 116,  
 117, 120, 121, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 137,  
 138  
 poppers, 22, 109  
 postoje, 1, 22, 32, 43  
 předávkování, 2, 9, 81, 90, 94, 95, 96, 98, 111  
 přestupek, 3, 7, 11, 112, 119, 120  
 prevalence  
   celoživotní, 1, 22, 26, 28, 29, 30, 35  
   problémového užívání, 44, 46, 50  
 prevence, 1, 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,  
 19, 20, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 52, 61, 70, 72, 98,  
 102, 105, 109, 111, 112, 121, 123, 125, 137, 138  
   indikovaná, 2, 37, 40, 41, 42  
   selektivní, 40  
 probace, 112, 119, 121, 138  
 problémové užívání, 2, 8, 9, 41, 44, 45, 46, 49, 50, 53,  
 66, 68, 126  
 psilocybin, 23  
 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky  
   (RVKPP), 1, 9, 11, 13, 14, 18, 19, 40, 43, 44, 58, 61,  
   62, 71, 74, 75, 86, 99, 102, 109, 110, 111, 121, 125,  
   138  
 rodič, 37, 40, 42, 43, 79, 118  
 Romové, 3, 105, 107, 108  
 sociálně vyloučená lokalita, 105, 106, 107, 108  
 sociální reintegrace, 3, 105, 109, 110  
 spotřeba drog, 126  
 stíhání, 112, 113, 114, 115, 116  
 streetwork, 12, 41, 104, 137  
 substituce, 10, 49, 52, 56, 65, 66, 67, 68, 87, 97, 138  
 syfilis, 2, 81, 83, 98, 103  
 syntetické drogy, 24, 27, 51, 52, 128  
 tabák, 1, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 20, 22, 23, 32, 38, 39, 40,  
 41, 54, 56, 58, 62, 63, 64, 73, 74, 105, 109, 114  
 taneční drogy, 98, 107, 109  
 těhotenství, 72  
 těkavé látky, 2, 22, 28, 73, 74, 78, 81, 91, 92, 93, 94,  
 95, 99  
 terapeutická komunita, 61, 62, 74, 75, 89, 138  
 testování, 2, 3, 12, 38, 52, 85, 86, 87, 92, 98, 100, 102,  
 103, 104, 108, 111, 124  
 THC, 4, 55, 91, 119, 122, 126, 127, 130  
 trestný čin, 3, 5, 6, 8, 11, 39, 112, 113, 114, 115, 116,  
 117, 118, 119, 120, 121, 122, 130, 138  
 úmrtnost, 13, 20, 82, 83, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 138  
 vězení, 2, 3, 10, 11, 15, 20, 36, 40, 57, 58, 59, 61, 73,  
 79, 81, 87, 98, 104, 111, 112, 117, 118, 119, 121,  
 122, 123, 124, 125, 138  
 výdaje  
   investiční, 15, 18  
   účelově neurčené, 14  
   účelově určené, 1, 5, 14, 17  
 výměnný program, 68, 108  
 záchyt drog, 122, 128  
 záchytné stanice, 7, 56, 59, 61, 69, 70  
 žádost o léčbu, 3, 13, 56, 59, 62, 76, 78, 81, 86, 103  
 zákon, 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 38, 39, 56, 57, 71, 93,  
 94, 112, 119, 124, 128, 138  
 zdravotní pojištění, 103, 138  
 želatinové kapsle, 3, 98, 102

## ODKAZY

- AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2013. Výroční zpráva o činnosti Agentury pro sociální začleňování v roce 2012. Praha: Úřad vlády České republiky.
- ASSIS, D. N. & LIM, J. K. 2012. New pharmacotherapy for hepatitis C. *Clin Pharmacol Ther.*, 92(3), 294-305.
- BECK, F. & LEGLEYE, S. 2008. Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. In: EMCDDA (ed.) *A cannabis reader: global issues and local experiences, vol. II*. Luxembourg: EMCDDA.
- BĚLÁČKOVÁ, V., NECHANSKÁ, B., CHOMYNOVÁ, P. & HORÁKOVÁ, M. 2012. Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky.
- BRADLEY, K. A., BUSH, K. R., MCDONELL, M. B., MALONE, T. & FIHN, S. D. 1998. Screening for problem drinking: Comparison of CAGE and AUDIT. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 379-388.
- BRENZA, J. 2013. Vývoj české drogové scény v 70. a 80. letech 20. století z pohledu jejích tehdejších členů. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- BRENZA, J., ZABRANSKÝ, T., CSEMY, L., JANIKOVA, B. & GROHMANNOVA, K. 2012. Prague early teenage drug injectors in their early thirties: four types of drug use trajectories. *International Journal of Drug Policy*.
- BÜHLER, A., KRAUS, L., AUGUSTIN, R. & KRAMER, S. 2004. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addictive Behaviors*, 29, 867-878.
- BUREŠOVÁ, Z. 2012. *Možnosti a meze poskytování zdravotní péče v kontextu harm reduction služeb - institucionální analýza. Diplomová práce magisterského studia adiktologie*, Praha, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN.
- BUREŠOVÁ, Z., MRAVČÍK, V., POPOV, P. & MIOVSKÝ, M. 2013. Institucionální analýza současného stavu záchytných stanic v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*, 109 (3), 115-121.
- CABRNOCHOVÁ, H., ČÁPOVÁ, E., FROUZOVÁ, M., HAMANOVÁ, J., JACOBS, P., KABÍČEK, P., KRČMÁŘOVÁ, A., NEŠPOR, K., SCHNEIBERG, F., STAROSTOVÁ, O. & SOUKUP, T. 2012. Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost. KABÍČEK, P., CSÉMY, L. & RANDÁK, D. (eds.) 2 ed. Praha: CEPROS.
- CENTRUM ADIKTOLOGIE, PSYCHIATRICKÁ KLINIKA 1. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK A VFN V PRAZE,, ASOCIACE NESTÁTNÍCH ORGANIZACÍ, INSTITUT PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVÍ ČR, MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR,, NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & REDAKCE ČASOPISU PREVENCE. 2007. Společné tiskové prohlášení k preventivnímu projektu Revoluční vlak (Revolution train). Available: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/988/> [Accessed 2013-08-21].
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2012. Názory občanů na drogy - květen 2012. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2013a. Názory občanů na drogy - květen 2013. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2013b. Postoj veřejnosti ke konzumaci vybraných návykových látek – květen 2013. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CSÉMY, L. 1999. *Závěrečná zpráva projektu NR1264 - IGA MZd ČR „Mládež a návykové látky“*, Praha, Ministerstvo zdravotnictví.
- CSÉMY, L. & CHOMYNOVÁ, P. 2012. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. *Zaostřeno na drogy*, 10(10), 1-12.
- CSEMY, L., SOVINOVA, H. & PROCHAZKA, B. 2012. Alcohol consumption and marijuana use in young adult Czechs. *Cent Eur J Public Health*, 20, 244-7.
- CSÉMY, L., ZÁBRANSKÝ, T., GROHMANNOVÁ, K., DVOŘÁKOVÁ, Z., BRENZA, J. & JANÍKOVÁ, B. 2012. Dospívající uživatelé heroínu a pervitinu po 14 letech: analýza psychosociálních charakteristik. *Československá psychologie*, 56(6), 505-17.
- ČABLOVÁ, L. & MIOVSKÝ, M. 2013. Rizikové a protektivní faktory v rodině predikující užívání alkoholu u dětí a dospívajících. *Československá psychologie*, 56(3), 255-270.
- ČESKÁ HEPATOLOGICKÁ SPOLEČNOST. 2012. *Novinky v léčbě chronické hepatitidy C* [Online]. Available: <http://www.ces-hep.cz/> [2012-12-18].
- DAŇKOVÁ, Š. 2010. Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR. Aktuální informace č. 55/2010. . Praha: ÚZIS ČR.
- DIECÉZNÍ CHARITA BRNO - OBLASTNÍ CHARITA TŘEBÍČ, K. C. N. 2012. Výzkumné šetření a návrh specifikace služeb pro intenzivní uživatele konopných drog v Třebíči. Nepublikováno.
- DOLEŽALOVÁ, P. Comprehensive Programs for Mothers with Substance Abuse Problems and their Children: Preventing Children School Dropout and Supporting Maternal Skills. 17. 6. 2013 2013 San Diego, USA.
- DVOŘÁČEK, J., POPOV, P. & MIOVSKÝ, M. 2012. Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. In: RABOCH, J. & WENIGOVÁ, B. (eds.) *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost o. s.

- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION 2003. *Social exclusion and reintegration: EMCDDA 2003 selected issue in EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, Lisbon, EMCDDA.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION 2009. An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.
- EXNEROVÁ, M., KAUFHOVÁ, T., & SKÁCELOVÁ, L. 2012. Kočičí zahrada. Rozvoj sociálních dovedností dětí v rámci prevence rizikového chování. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- FIDESOVÁ, H., SKLENÁŘ, O. & VAVRINČIKOVÁ, L. 2013. Vstup adiktologických služeb do systému zdravotnictví. Praktický návod registrace a provozu adiktologické služby jako zdravotnického zařízení. KLIŠŤOVÁ, L. & MIOVSKÝ, M. (eds.) *Zaostřeno na drogy*, 11(6).
- GABRHELÍK, R., DUNCAN, A., LEE, M. H., ŠTASTNÁ, L., FURR-HOLDEN, C. D. M. & MIOVSKÝ, M. 2012a. Sex Specific Trajectories in Cigarette Smoking Behaviors among Students Participating in the Unplugged School-based Randomized Control Trial for Substance Use Prevention. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1145-1150.
- GABRHELÍK, R., DUNCAN, A., MIOVSKÝ, M., FURR-HOLDEN, C. D. M., ŠTASTNÁ, L. & JURYSTOVÁ, L. 2012b. "Unplugged": A School-Based Randomized Control Trial to Prevent and Reduce Adolescent Substance Use in the Czech Republic. *Drug and Alcohol Dependence*, 124, 79-87.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2011. Údaje o testování vězňů na VHB, VHC a HIV v r. 2010. Nepublikováno.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2012. Údaje o testování vězňů na VHB, VHC a HIV v r. 2011. Nepublikováno.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2013a. Statistická ročenka VS ČR za rok 2012. Nepublikováno.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2013b. Údaje o testování a léčbě vězňů pro VHB, VHC a HIV v r. 2012. Nepublikováno.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2013c. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2012. Nepublikováno.
- HAGAN, H., POUGET, E. R. & DES JARLAIS, D. C. 2011. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *J Infect Dis.*, 204(1), 74-83.
- HRUŠKA, L. A. K. 2012. Studie o stavu bezdomovectví v Ostravě. Ostrava: PROCES a ACCENDO. Nepublikováno.
- CHOMYNOVÁ, P. 2013. Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci. *Zaostřeno na drogy*, 11(2), 1-16.
- CHUDOBOVÁ, M. 2013. Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2012. Aktuální informace č. 22/2013. Praha: ÚZIS ČR.
- INRES-SONES 2013. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Nepublikováno.
- JEŘÁBEK, P. 2013. Komprehenzivní koncept psychopatologie látkové závislosti. *Adiktologie*, 13 (2), 166-177.
- JINDROVÁ, M. 2012. *Rizikové chování dětí a jeho právní dopady. Příručka učitele*, Praha, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- JURYSTOVÁ, L. 2012. Program prevence pro rodiče Unplugged - metodika pro lektory. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- KALINA, K. & VÁCHA, P. 2013. Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé - možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13 (2), 144-164.
- KANCELÁŘ RADY VLÁDY PRO ZÁLEŽITOSTI ROMSKÉ MENŠINY 2012. Souhrnná analytická zpráva k dotačnímu programu Úřadu vlády ČR Podpora terénní práce za rok 2011. Praha: Úřad vlády České republiky.
- KÁROVÁ, V. 2007. *Šimonovy pracovní listy*, Praha, Portál.
- KOHOUTOVÁ, I. 2013. Odhad vlivu konzumace alkoholu na úmrtnost v České republice. *Adiktologie*, 13(1), 14-23.
- KUBIŠOVÁ, P. 2012. *Program prevence kriminality na základních školách*, Praha, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- KVÁŠOVÁ, S. 2013. *RE: Otravy methylalkoholem: Sumář k 16.7.2013*. Korespondence s MRAVČÍK, V.
- MAREŠ, P., HORÁKOVÁ, M. & RÁKOCZYOVÁ, M. 2008. Sociální exkluze na lokální úrovni. Praha: VÚPSV, v.v.i.
- MARKOVÁ, J. 2013. Činnost oboru dětského a dorostového v ambulantní péči v roce 2012. Aktuální informace č. 26/2013. Praha: ÚZIS ČR.
- MINAŘÍK, J. & ZAHRADNÍK, M. 2003. Zhodnocení drogové situace v Pardubickém kraji (Rapid assessment). Nepublikováno.
- MINISTERSTVO FINANCÍ 2013. Zpráva o činnosti daňové a celní správy České republiky za rok 2012.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍ VĚCÍ ČR 2013. Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020. Praha.
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2013a. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2012 podle typů drog a drogových paragrafů. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2013b. Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách v r. 2012 podle paragrafů trestního zákoníku. Nepublikováno.

- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR, 2013. Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018. Available: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/strategie-a-koncepce-ap-msmt> [2013-09-18].
- MINISTERSTVO VNITRA ČR 2011. Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2012 až 2015. Available: <http://www.mvcr.cz/clanek/strategie-prevence-kriminality-na-leta-2012-2015.aspx> [2013-09-18].
- MINISTERSTVO VNITRA ČR 2013. Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi v r. 2012. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ 2012. Strategie reformy psychiatrické péče. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2013a. Aféra „metanol“: souhrnné informace k 5. 12. 2012. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2013b. Přehled dovozu a distribuce metadonu a přípravků obsahujících buprenorfin v r. 2012. Nepublikováno.
- MIOVSKÝ, M., BLAHA, T., DĚDIČOVÁ, M., DVOŘÁČEK, J., GABRHELÍK, R., GABRIELOVÁ, H., GAJDOŠÍKOVÁ, HANA, HANUŠ, L. O., HORÁČEK, J., KRMENČÍK, P., KUBŮ, P., MIOVSKÁ, L., OUŠTĚCKÁ-NERADOVÁ, A. B., NERAD, J. M., RADIMECKÝ, J., RUMAN, M., SIVEK, V., ŠEJVL, J., ŠULCOVÁ, A., VACEK, J., VOPRAVIL, J., VOREL, F. & ZÁBRANSKÝ, T. 2008. *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium.*, Praha, GRADA Publishing.
- MIOVSKÝ, M., NOVAK, P., STASTNA, L., GABRHELÍK, R., JURYSTOVA, L., & VOPRAVIL, J. 2012. The Effect of the School-Based Unplugged Preventive Intervention on Tobacco Use in the Czech Republic [Resultados del programa de prevención escolar Unplugged sobre el uso del tabaco en la República Checa]. *ADICCIONES*, 24, 8.
- MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ČABLOVÁ, L., VESELÁ, M., & ZAPLETALOVÁ, J. 2012. Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- MIOVSKÝ, M., ŠTASTNÁ, L., ŠKOLNÍKOVÁ, M., ČABLOVÁ, L. & MIKLÍKOVÁ, S. 2013. Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. Závěrečná zpráva z výzkumu. Praha.
- MRAVČÍK, V. 2012. Léčba VHC u injekčních uživatelů drog v ČR - průzkum mezi centry pro léčbu virových hepatitid. *Adiktologie*, 12 (1), 10-22.
- MRAVČÍK, V., BUREŠOVÁ, Z., POPOV, P. & MIOVSKÝ, M. 2013. Záchytné stanice v ČR v kontextu obdobných služeb o akutně intoxikované v Evropě. *Časopis lékařů českých*, 152(3), 129-134.
- MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K., CHOMYNOVÁ, P., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., FIDESOVÁ, H., KALINA, K., VOPRAVIL, J., KOSTELECKÁ, L. & JURYSTOVÁ, L. 2012. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*, Praha, Úřad vlády ČR.
- MRAVČÍK, V., HORÁKOVÁ, M., PEŠEK, R. & KOŇÁK, T. 2011a. Drogy a vězni v ČR: Výsledky dotazníkové studie mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody. *Zaostřeno na drogy*, 9 (5), 1-15.
- MRAVČÍK, V., LEJČKOVÁ, P. & KORČIŠOVÁ, B. 2005. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR - souhrnný článek. *Adiktologie*, 5(1), 13-20.
- MRAVČÍK, V. & NECHANSKÁ, B. 2013. Terapeutické komunity ve Sčítání adiktologických služeb 2012. *Adiktologie*, 13 (2), 140-153.
- MRAVČÍK, V. & SOPKO, B. 2013. Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR v letech 2006 a 2007 metodou zpětného záchytu. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie*, 62(2), 74-82.
- MRAVČÍK, V., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ZÁBRANSKÝ, T., KARACHALIOU, K. & SCHULTE, B. 2011b. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: A new harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 22(2), 172-73.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2010a. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat z nízkoprahových zařízení v r. 2009. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2010b. Výsledky validizační studie škál CAST a M-CIDI. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013a. Multiplikátor 2013: průzkum mezi klienty nízkoprahových programů. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013b. Regionální analýza výsledků studie ESPAD v ČR v roce 2011. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013c. Systém včasného varování před novými drogami - zpráva za rok 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013d. *Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2013*. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013e. Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013f. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2013. Problematika hazardu a drog v sociálně vyloučených lokalitách. Nepublikováno.

- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & ASOCIACE OBČANSKÝCH PORADEN 2013. Monitoring klientů poraden Asociace občanských poraden zaměřený na příčiny zadluženosti. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & FACTUM INVENIO 2011. Prevalence užívání drog v populaci ČR. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2013. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2009. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2010. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2013a. Lékaři České republiky 2012 - Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2013b. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2013. Prevalence užívání drog v populaci v roce 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & SC&C 2013. Výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2013a. Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2013b. Výroční zpráva 2012. Praha: NPC SKPV Policie ČR.
- NECHANSKÁ, B. 2013a. Činnost záchytných stanic v roce 2012. Aktuální informace č. 16/2013. Praha: ÚZIS ČR.
- NECHANSKÁ, B. 2013b. Infekční nemoci u uživatelů drog v ČR v letech 2003-2012. Aktuální informace č. 27/2013. Praha: ÚZIS ČR.
- NECHANSKÁ, B. 2013c. Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v ambulantních zařízeních ČR v roce 2012. Aktuální informace č. 19/2013. Praha: ÚZIS ČR.
- NECHANSKÁ, B. 2013d. Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR v roce 2012. Aktuální informace (v tisku). Praha: ÚZIS ČR.
- NECHANSKÁ, B. 2013e. Údaje o detoxifikačních jednotkách a pacientech postupujících detoxifikaci od návykových látek v roce 2012. Aktuální informace č. 14/2013. Praha: ÚZIS ČR.
- NECHANSKÁ, B. 2013f. Údaje v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - rok 2012. Aktuální informace č. 01/2013. Praha: ÚZIS ČR.
- NECHANSKÁ, B. 2013g. Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v letech 2007-2011. Aktuální informace, v tisku. Praha: ÚZIS ČR.
- NECHANSKÁ, B., MRAVČÍK, V. & POPOV, P. 2012. *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice. Idnetifikace zdrojů dat*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- NECHANSKÁ, B., NEČAS, V. & MRAVČÍK, V. 2013. Sčítání adiktologických služeb 2012. *Zaostřeno na drogy*, 11(5).
- NEJVYŠŠÍ STÁTNÍ ZASTUPITELSTVÍ 2013. Zpráva o činnosti státního zastupitelství za rok 2012. Available: <http://www.nsz.cz/index.php/cs/udaje-o-cinnosti-a-statisticke-udaje/zprava-o-innosti> [2013-09-18].
- NEPUSTIL, P. 2013. Proces změny po ukončení dlouhodobého užívání pervitinu bez odborné pomoci. Disertační práce, Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií. Available: [http://is.muni.cz/th/65044/fss\\_d/](http://is.muni.cz/th/65044/fss_d/) [2013-09-18].
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. 2013. Prevence problémů působených alkoholem v rodině – nová zjištění. *Praktický lékař*, 93, 2.
- NEVORALOVÁ, M. & ŠŤASTNÁ, L. 2013. Indikovaná primární prevence užívání návykových látek v praxi. *Adiktologie*, 13(1), 24-37.
- NEZDAROVÁ, E. 2011. Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi. 1. *lékařská fakulta, Centrum adiktologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- NOVÁK, P., MIOVSKÝ, M., VOPRAVIL, J., GABRHELÍK, R., ŠŤASTNÁ, L., JURYSTOVÁ, L. in press. Gender-specific Effectiveness of the Unplugged Preventive Intervention in Reducing Substance Use among Czech Adolescents. *Sociologický časopis, in press*.
- NOŽINA, M., KRAUS, F., 2009. Kriminální síť ve vietnamské diaspoře. Příklad České republiky. Praha: Ústav mezinárodních vztahů Praha.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012a. Certifikační řád a metodika místního šetření pro proces certifikace dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012b. Manuál certifikátora. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012c. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.

- PAZDERKOVÁ, K., ČABLOVÁ, L. & MIOVSKÝ, M. 2013. Parental rearing styles and alcohol use among children and adolescents. *Drugs, prevention, education & policy*, in press.
- PETRÁŠOVÁ, B. & FŮLEOVÁ, A. 2013. *Výroční zpráva ČR - 2012. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*, Praha, Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie.
- PIONTEK, D., KRAUS, L. & KLEMPPOVA, D. 2008. Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. *Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy*, 3.
- POLICEJNÍ PREZIDIUM POLICIE ČR 2013. Statistické přehledy kriminality v r. 2012 (ESSK). Nepublikováno.
- PPM FACTUM RESEARCH, S. R. O. 2012. Prevalence drog v populaci. Zpráva z výzkumu zpracovaná pro Úřad vlády ČR. Nepublikováno.
- PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA ČR 2013. Informace o činnosti Probační a mediační služby ČR v souvislosti s drogovou problematikou za r. 2012. Nepublikováno.
- PROCHÁZKA, I. 2011. Užívání alkoholu a drog u homosexuálních mužů. Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN. Nepublikováno.
- ŘEDITELSTVÍ SLUŽBY DOPRAVNÍ POLICIE POLICEJNÍHO PREZIDIA ČR 2013. Nehodovost na pozemních komunikacích v České republice za rok 2012. Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR.
- ŘEHÁK, V. 2012. Přímě působící antivirotika - na prahu nové éry v léčbě infekce virem hepatitidy typu C. *Adiktologie*, 12, 46-52.
- SADÍLKOVÁ, M. (ed.) 2012. *Kriminalita & drogy. Sborník odborné konference, Praha 12.–13. dubna 2012*, Praha: SANANIM.
- SEDLÁČKOVÁ, S. & HOŠKOVÁ, K. 2011. *Metodika I, II. Práce s dětmi ze znevýhodněného prostředí.*, Praha, Drop In a MŠMT.
- SEDLÁČKOVÁ, S., KEBLOVÁ, A., HOŠKOVÁ, K., BULVOVÁ, H., HAVLOVÁ, B., STENOVÁ, S., TÝMAL, M., HŘEBÍK, L., MLÁDKOVÁ, P., ZAHÁLKA, M., HAVEL, I. & HAVEL, T. 2012. *Obáváte se problémů s učením a chováním u Vašeho dítěte? Pojďme společně hledat odpovědi. Metodika pro rodiče*, Praha, Středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop In.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2013. Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích ČR za r. 2012. V tisku.
- SKÁCELOVÁ, L. 2012a. Metodika práce s dětmi v oblasti primární prevence rizikových jevů. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- SKÁCELOVÁ, L. 2012b. *Metodika vedení třídnických hodin*, Praha, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- SKÁCELOVÁ, L., FERDOVÁ, J., ZÁRUBOVÁ, L. & AUJEZKÁ, A. 2012. Metodika práce s dětmi na 1. stupni ZŠ. Výběr technik k akreditovanému programu.
- SKÁCELOVÁ, L. & MACKOVÁ, L. 2012. *Metodika osobního rozvoje*, Praha, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- SOPKO, B., NEČAS, V., ŠKAŘUPOVÁ, K. & MRAVČÍK, V. 2013. The capture-recapture estimation of problem drug users in Prague in 2011 from low-threshold data: adjusting for non-coded clients *Odesláno k publikaci*.
- STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV 2013. Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR 2007-2012. Nepublikováno.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2013a. Virové hepatitidy 1996-2012 (EPIDAT) - analýza pro účely VZ 2012. Nepublikováno.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2013b. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2012 - analýza pro účely VZ 2012 zpracovaná NRL pro AIDS. Nepublikováno.
- STONIŠOVÁ, P., HERGETOVÁ, A., BOUŠKOVÁ, Z., GOLDMANNOVÁ, M., KOPŘIVOVÁ, V., & JUŘIČKA, R. 2012. Zavádění preventivních opatření proti rizikovému chování ve škole. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- ŠEFRÁNEK, M. 2013. Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí: výsledky po jednom roce od ukončení léčby. *Adiktologie*, 13 (2), 106-128.
- ŠEJVL, J., ZAPLETALOVÁ, J., KABÍČEK, P., VEDRALOVÁ, J., & ENDRŮDIOVÁ, L. 2013. Testování dětí a mladistvých ve školských zařízeních při podezření z užití návykové látky. Praha: Wolters Kluwer.
- ŠIRŮČKOVÁ, M., MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L. & GABRHELÍK, R. 2012. Příklady dobré praxe programů školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze and Togga.
- ŠTEFUNKOVÁ, M. & ŠEJVL, J. 2012. *Základy prevence kriminality pro pedagogické pracovníky*, Praha, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- TOMANOVÁ, K., & CHARVÁT, M. 2012. Specializační studium pro školní metodiky prevence – metodická příručka. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- TUNGOL, A., RADEMACHER, K. & SCHAFFER, J. A. 2011. Formulary management of the protease inhibitors boceprevir and telaprevir for chronic hepatitis C virus. *J Manag Care Pharm.*, 17(9), 685-94.
- TURNER, K. M., HUTCHINSON, S., VICKERMAN, P., HOPE, V., CRAINE, N., PALMATEER, N., MAY, M., TAYLOR, A., DE ANGELIS, D., CAMERON, S., PARRY, J., LYONS, M., GOLDBERG, D., ALLEN, E. & HICKMAN, M. 2011. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*, 106, 1978-88.

- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2013a. Údaje z informačního systému Zemřelí - extrakce případů drogových úmrtí. Praha: ÚZIS ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2013b. Údaje z Národního registru hospitalizovaných - extrakce hospitalizací pro předávkování drogami. Praha: ÚZIS ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2013c. Údaje z Národního registru hospitalizovaných - extrakce hospitalizací úrazy pod vlivem návykových látek. Praha: ÚZIS ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2013d. Údaje ze statistického zjišťování MZ - výkaz o činnosti oboru chirurgie. Praha: ÚZIS ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2013e. Údaje ze statistického zjišťování MZ - výkaz o činnosti oboru soudní lékařství. Praha: ÚZIS ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2013f. Údaje ze statistického zjišťování MZ - výkaz o činnosti ZZ - krizové centrum, komunitní psychiatrická sestra, dětský stacionář, jesle, další dětská zařízení, stacionář pro dospělé. Praha: ÚZIS ČR.
- VAVRINČÍKOVÁ, L., MRAVČÍK, V., BUREŠOVÁ, Z., KIŠŠOVÁ, L., NEČAS, V. & VOPRAVIL, J. 2013. Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie. Analytická zpráva pro Ministerstvo zdravotnictví ČR – program Národní akční plány a koncepce 2012. Praha: Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze.
- VEČERKA, K. (ed.) 2012. *Životní styl směřující k delikvenci. Sborník příspěvků z konference sekce sociální patologie MČSS. Blansko, Skalní Mlýn, 25.–27. dubna 2012*, Praha: Masarykova česká sociologická společnost.
- VOPRAVIL, J. 2012. Odhad spotřeby drog v r. 2011. Nepublikováno.
- VOPRAVIL, J. 2013. Odhad spotřeby drog v r. 2012. Nepublikováno.
- ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V., ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J. & LANGROVÁ, M. 2011a. *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*, Praha, Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze.
- ZÁBRANSKÝ, T., CSÉMY, L., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B. & BRENZA, J. 2011b. Mortality of cohort of very young injecting drug users in Prague, 1996-2010. *Central European Journal of Public Health*, 19 (3), 152-157.
- ZEMAN, P., TRÁVNÍČKOVÁ, I. & ŠTEFUNKOVÁ, M. 2011. Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

# VÝROČNÍ ZPRÁVA O STAVU VE VĚCECH DROG V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2012

- Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR vydává Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS). Poprvé byla v knižní podobě vydána v r. 2001. Zpráva se zpracovává podle osnovy zadané Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) se sídlem v Lisabonu.
- Distribuci zajišťuje vydavatel. Elektronická verze je k dispozici na drogovém informačním portálu, na adrese [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) (česky a anglicky).

## KNIŽNÍ PUBLIKACE VYDANÉ OD R. 2007

(přehled starších publikací je uveden na [drogy-info.cz](http://drogy-info.cz))

### 2012

Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů. Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R., Bártová, A. ISBN 978-80-7440-072-8

Zneužívání psychoaktivních léků v České republice. Identifikace a analýza zdrojů dat. Nechanská, B., Mravčík, V., Popov, P. ISBN 978-80-7440-073-5

Hledání rovnováhy. Konceptce protidrogové politiky v České republice. Csete, J. ISBN 978-80-7440-066-7

Internetové terapeutické intervence pro uživatele drog. Příklady dobré praxe a využití v členských státech EU. EMCDDA. ISBN 978-80-7440-065-0

Komunitní spolupráce při zajištění prevence rizik v prostředí taneční scény. Kandler, M., ISBN 978-80-7440-060-5.

Celopopulační studie užívání návykových látek v České republice v roce 2008. Běláčková, V., Chomynová, P., Nechanská, B., Horáková, M., ISBN 978-80-7440-052-0.

Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC a EMCDDA. ISBN 978-80-7440-064-3.

Hodnocení implementace Akčního plánu realizace národní strategie protidrogové politiky 2007–2009. ISBN 978-80-7440-043-8.

Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009, Kiššová, L. a kol., ISBN 970-80-7440-044-5.

Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2012. ISBN 978-80-7440-051-3.

Národní strategie protidrogové politiky 2010–2018. ISBN 978-80-7447-045-2.

### 2011

Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959. Nechanská, B., Mravčík, V., Šťastná, L., Brožová, J., ISBN 978-80-7440-048-3.

### 2010

Efektivní regulace užívání marihuany (metodická příručka pro terapeutů), Engeland, M., Lang, E., Lacy, R., Cash, R., ISBN 978-80-7440-041-4

Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě, Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., Uchtenhagen, A., Stöver, H., Degkwitz, P., Reimer, J., Haasech, Ch., ISBN 978-80-7440-042-1

### 2009

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007. Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P., 2009. ISBN 978-80-87041-94-9.

Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti, Gossop, M., ISBN 978-80-87041-81-9

Interakce mezi léky při substituční léčbě opioidy, kol. autorů, ISBN 978-80-87041-69-7

### 2008

Action Plan of the National Drug Policy Strategy Implementation for the period 2007 to 2009, kol. autorů, ISBN 978-80-87041-55-0

Jak maskovat etické otázky ve výzkumu závislostí, Uhl, A., ISBN 978-80-87041-39-0

National Drug Policy Strategy for the period 2005 to 2009 – The Czech Republic, kol. autorů, ISBN 80-86734-40-4

### 2007

Buprenorfin – rozbor kritických otázek, Verster, A., Buning, E., ISBN 978-80-87041-11-6

Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací., cGrath, J., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M., ISBN 978-80-87041-16-1

Průvodce léčbou v terapeutické komunitě, Preston, A., Malinowski, A. a Šefrámek, M., ISBN 978-80-87041-28-4

Addiction and Eating Disorders – Neurobiology and Comorbidities, (Workshop), ed. Šulcová, A., ISBN 978-80-87041-18-5

ISBN 978-80-7440-077-3



9 788074 400773

neprodejné