



# **Výroční zpráva**

**o stavu ve věcech drog**

**v České republice v roce 2005**





# Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005

Viktor Mravčík  
Pavla Lejčková  
Barbora Orlíková  
Blanka Petrošová  
Eva Škrdlantová  
Alena Trojáčková  
Ondřej Petroš  
Vladimír Sklenář  
Jiří Vopravil

Praha, září 2006

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 2005

**Vydal/ © Úřad vlády České republiky, 2006**  
**Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti**  
**Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1**

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

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

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

Pro bibliografické citace/

Mravčík, V., Lejčková, P., Orlíková, B., Petrošová, B., Škrdlantová E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2006). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005 [Annual Report on Drug Situation 2005 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády ČR.

ISBN 80-86734-99-4

## **Poděkování/**

Velký dík za pomoc a spolupráci při zpracování této zprávy o stavu ve věcech drog v České republice patří všem spolupracovníkům, členům pracovních skupin, organizacím, institucím a orgánům, kteří poskytli potřebná data a přispěli k jejich interpretaci. Je možno je najít v seznamu literatury nebo v samotném textu zprávy.

## OBSAH

<b>SOUHRN</b> .....	<b>1</b>
<b>KONZISTENCE DAT</b> .....	<b>2</b>
<b>ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2005</b> .....	<b>3</b>
<b>1 NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ POLITIKA A JEJÍ KONTEXT</b> .....	<b>3</b>
1.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC .....	3
1.2 INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC, STRATEGIE A POLITICKÁ OPATŘENÍ .....	5
1.3 ROZPOČTY A FINANCOVÁNÍ .....	7
1.4 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ KONTEXT PROTIDROGOVÉ POLITIKY .....	10
<b>2 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI</b> .....	<b>12</b>
2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V OBEČNÉ POPULACI .....	12
2.2 UŽÍVÁNÍ DROG VE ŠKOLNÍ POPULACI .....	13
2.3 STUDENTI VYSOKÝCH ŠKOL A NÁVYKOVÉ LÁTKY .....	13
2.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE SPECIFICKÝCH SKUPINÁCH POPULACE .....	14
2.5 POSTOJE K UŽÍVÁNÍ A UŽIVATELŮM DROG .....	14
<b>3 PREVENCE</b> .....	<b>16</b>
3.1 KOORDINACE PRIMÁRNÍ PREVENCE .....	16
3.2 UNIVERZÁLNÍ PREVENCE – ŠKOLNÍ PROGRAMY .....	16
3.3 SELEKTIVNÍ A INDIKOVANÁ PREVENCE .....	16
3.4 AKTIVITY NNO V OBLASTI PREVENCE .....	17
3.5 PORADENSTVÍ PO TELEFONU A INTERNETU, LINKY DŮVĚRY .....	17
3.6 DALŠÍ AKTIVITY V OBLASTI PREVENCE .....	18
3.7 EVALUACE PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ .....	18
<b>4 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>20</b>
4.1 ODHADY PREVALENCE A INCIDENCE PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ DROG .....	20
4.2 PROFIL UŽIVATELŮ DROG V LÉČEBNÝCH ZAŘÍZENÍCH .....	24
4.3 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG V DALŠÍCH ZDROJÍCH DAT .....	28
<b>5 LÉČBA</b> .....	<b>29</b>
5.1 AMBULANTNÍ LÉČBA .....	30
5.2 REZIDENČNÍ LÉČBA (LŮŽKOVÁ LÉČEBNÁ ZAŘÍZENÍ) .....	31
5.3 SUBSTITUCE A UDRŽOVACÍ PROGRAMY .....	33
<b>6 ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>36</b>
6.1 DROGOVÁ ÚMRTÍ A MORTALITA UŽIVATELŮ DROG .....	36
6.2 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	38
6.3 DALŠÍ PORUCHY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	40
<b>7 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA ZDRAVOTNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>45</b>
7.1 SLUŽBY NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ .....	45
7.2 PREVENCE PŘEDÁVKOVÁNÍ .....	47
7.3 PREVENCE INFEKČNÍCH CHOROB .....	47
7.4 INTERVENCE SPOJENÉ S PSYCHIATRICKOU KOMORBIDITOU .....	49
<b>8 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>50</b>
8.1 SOCIÁLNÍ EXKLUZE .....	50
8.2 DROGOVÁ KRIMINALITA .....	52
8.3 SEKUNDÁRNÍ DROGOVÁ KRIMINALITA .....	57
8.4 UŽÍVÁNÍ DROG VE VĚZNICÍCH .....	57
8.5 SPOLEČENSKÉ NÁKLADY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	59
<b>9 OPATŘENÍ ZAMĚŘENÁ NA SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI A DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG</b> .....	<b>60</b>
9.1 SOCIÁLNÍ REINTEGRACE (NÁSLEDNÁ PÉČE) .....	60
9.2 PREVENCE TRESTNÉ ČINNOSTI SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	61

<b>10 DROGOVÉ TRHY .....</b>	<b>62</b>
10.1 DOSTUPNOST A NABÍDKA DROG .....	62
10.2 VÝROBA A PAŠOVÁNÍ DROG .....	62
10.3 ZÁCHYTY DROG .....	63
10.4 CENY A ČISTOTA DROG .....	64
<b>ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY.....</b>	<b>66</b>
<b>11 UŽÍVÁNÍ DROG MEZI DĚTMI DO 15 LET A PROBLÉMY S NÍM SPOJENÉ.....</b>	<b>66</b>
11.1 ROZSAH UŽÍVÁNÍ DROG MEZI DĚTMI DO 15 LET .....	66
11.2 LÉČBA A ŽÁDOSTI O LÉČBU .....	68
11.3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY .....	70
11.4 DROGOVÁ KRIMINALITA .....	70
11.5 OHROŽENÉ SKUPINY DĚTÍ.....	71
11.6 LEGISLATIVNÍ OPATŘENÍ A STRATEGIE TÝKAJÍCÍ SE UŽÍVÁNÍ DROG DĚTMI DO 15 LET .....	72
<b>12 KOKAIN A CRACK.....</b>	<b>74</b>
12.1 ROZSAH UŽÍVÁNÍ KOKAINU A CRACKU V POPULACI.....	74
12.2 PROBLÉMY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM KOKAINU A CRACKU .....	75
12.3 SITUACE V OBLASTI SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY PO KOKAINU A CRACKU .....	78
12.4 DROGOVÁ KRIMINALITA A DROGOVÝ TRH .....	78
<b>13 DROGY A ŘÍZENÍ.....</b>	<b>79</b>
13.1 ZÁKONNÝ RÁMEC, STRATEGIE A POLITICKÁ OPATŘENÍ .....	79
13.2 PREVALENCE ŘÍZENÍ POD VLIVEM DROG .....	80
13.3 KONTROLA DROG U ÚČASTNÍKŮ SILNIČNÍHO PROVOZU.....	84
13.4 PREVENCE UŽÍVÁNÍ DROG ÚČASTNÍKY SILNIČNÍHO PROVOZU .....	85
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>86</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>87</b>
<b>SEZNAM MAP.....</b>	<b>88</b>
<b>VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU.....</b>	<b>89</b>
<b>ZKRATKY.....</b>	<b>90</b>
<b>REJSTŘÍK.....</b>	<b>91</b>
<b>ODKAZY.....</b>	<b>93</b>



## SOUHRN

Rok 2005 byl prvním rokem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 a navazujícího Akčního plánu na období 2005 až 2006. Akční plán obsahuje celkem 144 úkolů přidělených zejména ministerstvům. Úkoly jsou rozděleny do 43 cílů vztahujících se k 7 oblastem protidrogové politiky: (1) primární prevenci, (2) léčbě a následné péči, (3) snižování rizik, (4) snižování nabídky drog a vymáhání práva, (5) koordinaci a financování, (6) oblasti informace, výzkum a hodnocení a (7) mezinárodní spolupráci.

K nejvýznamnějším systémovým změnám v oblasti protidrogové politiky v r. 2005 patří:

- Schválení **zákona č. 379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, který mimo jiné **definuje zodpovědnosti** v oblasti zabezpečení protidrogové politiky orgány státní správy a samosprávy a poprvé v dějinách ČR **definuje základní typy služeb pro uživatele drog**.
- **Spuštění systému Certifikací odborné způsobilosti služeb** pro uživatele a závislé na návykových látkách, schváleného usnesením vlády č. 300 v březnu 2005.
- **Schválení Pravidel pro čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku** přijatých usnesením vlády č. 700 v červnu 2005.

V r. 2005 došlo oproti r. 2004 ke **zvýšení výdajů na protidrogovou politiku** ze státního rozpočtu o cca 44 mil. Kč. Meziročně roste objem finančních prostředků vydávaných kraji.

**Situace v oblasti užívání drog v obecné populaci zůstává stabilní**, v r. 2005 nebyla zaznamenána žádná významnější změna. V r. 2005 nebyla realizována žádná celopopulační studie ani celonárodní studie ve školní populaci. Podle průzkumů z let 2002 a 2004 **vyzkoušelo v dospělé populaci nelegální drogu přibližně 20 % osob**, mezi středoškolskou mládeží je prevalence zkušeností s drogami vyšší (**44 % 16letých a 56 % 18letých studentů středních škol**). Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky a extáze, rozsah zkušeností s drogami se závažnějšími zdravotními a sociálními riziky (opiáty, pervitin, kokain) je v obecné populaci minimální.

**V r. 2005 došlo k mírnému nárůstu odhadu počtu problémových uživatelů pervitinu a opiátů.** Tento nárůst je v případě pervitinu pravděpodobně způsoben jeho dalším rozšířením do prostředí noční zábavy a tanečních akcí včetně menších měst. Na nárůstu uživatelů opiátů se podílejí uživatelé Subutexu jako primární drogy získané na černém trhu a užívané injekčně. Přetrvávají značné regionální rozdíly v prevalenci problémových uživatelů i ve struktuře užívaných drog (Praha a Ústecký kraj vykazují významný podíl uživatelů opiátů včetně Subutexu, v ostatních krajích převažují uživatelé pervitinu a nelegální užívání Subutexu se vyskytuje méně často až zřídka). Došlo k dalšímu **nárůstu průměrného věku problémových uživatelů** v kontaktu s pomáhajícími zařízeními, podíl problémových uživatelů mladších 19 let má klesající tendenci; velmi pravděpodobně tedy nedochází k „dorůstání“ nové generace mladých problémových uživatelů.

Přibližně **třetina uživatelů v kontaktu s pomáhajícími zařízeními je infikována virovou hepatitidou typu C**, u virové hepatitidy typu B je to přibližně 10 %. Počty hlášených nových případů onemocnění uživatelů drog virovými hepatitidami typu A a B poklesly. Výskyt **HIV/AIDS** se v populaci českých injekčních uživatelů drog udržuje stále **pod 1 %**. Výskyt infekcí mezi uživateli drog je v posledních několika letech stabilní, nedochází k jejich epidemickému šíření. Alarmující je stále **klesající počet testovaných uživatelů drog způsobený z velké části nedostatkem rychlých screeningových testů**, které jsou použitelné v prostředí nízkoprahových zařízení, na našem trhu a vzrůstající počet problémových uživatelů z východní Evropy, kde je výskyt zdrojů hepatitid a HIV/AIDS významně vyšší. Stále **roste množství injekčních stříkaček distribuovaných ve výměnných programech** – v r. 2005 to bylo 3,3 mil. kusů.

Počet **úmrť na předávkování drogami je stabilní**. Nejčastějšími drogami, které se podílejí na drogových úmrtích, jsou opiáty, pervitin a těkavé látky – každá z nich v počtu cca 20 případů ročně. V posledních 2–3 letech jsou hlášena ojedinělá předávkování na extázi a kokain.

Snižování rizik, léčba a resocializace uživatelů drog je v ČR zajišťována širokým spektrem služeb s dobrou dostupností. **Síť nízkoprahových programů je stabilní** (v kontaktu s nimi je přibližně 60 % problémových uživatelů), v posledních letech dochází k **rozvoji terénní práce s uživateli drog**. Síť zdravotnických ambulantních a lůžkových zařízení je stabilní. V r. 2005 došlo k zániku dvou terapeutických komunit, naproti tomu dochází k rozvoji doléčovacích programů včetně programů chráněného bydlení a chráněné práce. **Počet specializovaných substitučních center roste**, došlo k otevření nových metadonových programů v Jihočeském a v r. 2006 v Karlovarském kraji. V r. 2006 byl zahájen **pilotní projekt substituční léčby metadonem ve dvou věznicích**. Množství spotřebovaného Subutexu roste, počet osob užívajících jej jak na lékařský předpis, tak získávajících jej na černém trhu, není přesně znám – mimo jiné také proto, že registr substituční léčby stále neumožňuje hlášení z ambulantních zařízení předepisujících pouze Subutex. Odhadem je v programech substituční léčby v ČR 20–30 % uživatelů opiátů (přesnější odhad je komplikován neznámým počtem uživatelů Subutexu).

**Počet drogových trestných činů, stejně jako počet stíhaných a obžalovaných pachatelů těchto činů byl v r. 2005 přibližně stejný jako v r. 2004.** Přibližně stejný zůstává počet i podíl (8 %) přechovávání drog v množství větším než malém na celkové drogové kriminalitě. Poprvé od počátku 90. let **klesl počet odsouzených za drogové trestné činy.** Pervitin je drogou, která se nejčastěji vyskytuje ve spojitosti s drogovou kriminalitou a jeho podíl roste; podíl konopných látek klesá. Zvyšuje se podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody mezi odsouzenými. Podíl podmíněných trestů, prvopachatelů a mladistvých mezi odsouzenými za drogové trestné činy spojené s konopnými látkami je výrazně vyšší než mezi odsouzenými za drogové trestné činy spojené s dalšími drogami.

**Počet záchytů drog trestněprávními složkami byl v r. 2005 řádově stejný jako v r. 2004,** kromě snížení objemu záchytů u hašiše a extáze a zvýšení u kokainu. ČR je produkční zemí pervitinu (metamfetamin), který je také ilegálně vyvážen do zahraničí; v r. 2005 došlo k nárůstu produkce pervitinu z volně prodejných léčiv obsahujících pseudoefedrin. Také spotřeba konopných látek je z významné části kryta jeho produkcí v ČR. Pro ostatní drogy zůstává ČR cílovou a tranzitní zemí.

**Ceny drog zůstávají stabilní;** čistota drog na ulici je poměrně stabilní i přes meziroční rozdíly v čistotě drog analyzovaných trestněprávními složkami, které jsou způsobeny např. záchytem drog (heroinu) ve větších množstvích před konečným ředěním.

### KONZISTENCE DAT

Přes dílčí nedostatky je kvalita dat dostupných v českém drogovém informačním systému uspokojivá. Umožňuje sledovat víceleté trendy i nové fenomény na drogové scéně.

Vzrůstající počet problémových uživatelů Subutexu a jejich rostoucí podíl na celkovém počtu uživatelů opiátů je v souladu s nízkou a stabilní úmrtností na předávkování opiáty. Počet uživatelů pervitinu v kontaktu s nízkoprahovými a léčebnými programy neklesá, což nasvědčuje vysoké dostupnosti pervitinu na černém trhu – v r. 2005 byl také zaznamenán nárůst výroby pervitinu z volně prodejných léčivých přípravků obsahujících pseudoefedrin. V posledních 2 letech byla zaznamenána ojedinělá úmrtí na předávkování kokainem – to je v souladu s rostoucí prevalencí kokainu mezi rekreačními uživateli drog na taneční scéně a s rostoucím počtem drogových trestných činů v souvislosti s kokainem; přesto je v ČR výskyt kokainu a jeho užívání v obecné populaci nebo mezi problémovými uživateli drog stále nízké. Stabilní výskyt virových hepatitid a HIV/AIDS a klesající počet hlášených klinických případů virových hepatitid jsou v souladu s rostoucí výkonností programů výměny jehel a stříkaček a s rozšiřováním substituční léčby.

## ČÁST A: VÝVOJ A NOVÉ TRENDY V ROCE 2005

### 1 Národní protidrogová politika a její kontext

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

V r. 2005 byl schválen zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který mimo jiné definuje zodpovědnosti v oblasti zabezpečení protidrogové politiky orgány státní správy a samosprávy a poprvé v ČR definuje základní typy služeb pro uživatele drog.

V platnosti je Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 (Národní strategie 2005–2009). V r. 2005 byl přijat Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006 (Akční plán 2005–2006), který definuje aktivity, termíny jejich splnění a zodpovědnosti ve smyslu cílů definovaných ve strategii.

Byl spuštěn systém Certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele a závislé na návykových látkách.

Ve 13 krajích ze 14 jsou do funkcí jmenováni krajsí protidrogoví koordinátoři, kteří využívají sítě kontaktních pracovníků v jednotlivých obcích s rozšířenou působností na území kraje. Krajské strategie protidrogové politiky má vypracovány většina krajů (mimo kraj Plzeňský a Vysočinu).

V r. 2005 došlo oproti r. 2004 ke zvýšení výdajů na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu o cca 44 mil. Kč. Roste také objem finančních prostředků vydávaných kraji.

#### 1.1 Legislativní rámec

##### 1.1.1 Právní předpisy

##### 1.1.1.1 Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

Po několikaletém projednávání návrhu zákona byl v srpnu 2005 Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR schválen návrh zákona o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (č. 379/2005 Sb.). Tato právní norma nahradila s účinností od 1. 1. 2006 dosavadní zákon o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi (č. 37/1989 Sb.), který již nevyhovoval aktuálním poznatkům a potřebám v oblasti prevence užívání návykových látek a nezohledňoval aktuální územněsprávní uspořádání ČR.

Nová právní úprava vymezuje systémová opatření zasahující zejména do prevence a snižování škodlivých účinků užívání návykových látek, zdravotní péče a systému sociálních služeb. Dle předkladatelů zákona bylo hlavním cílem zejména:

- přenesení odpovědnosti na orgány krajů a orgány obcí v souladu s reformou veřejné správy a zvýšení jejich pravomocí při realizaci preventivních opatření a při řešení problémů spojených s užíváním návykových látek,
- zajištění účelného a efektivního vynakládání finančních prostředků ke snižování škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a návykovými látkami,
- snížení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu a poptávky po nich, a to zavedením pravidel pro jejich prodej a šíření a opatření na ochranu veřejnosti včetně sankcí za jejich nedodržení,
- mírnění škod působených užíváním návykových látek; na rozdíl od předchozí právní úpravy zákon stručně definuje typy odborné péče poskytované osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol a jiné návykové látky a osobám závislým na těchto látkách.

Nový zákon kodifikuje některé zásady a principy, které byly součástí všech dosavadních národních protidrogových strategií (od 90. let minulého století). Tyto principy byly v praxi uplatňovány, ale chyběla pro ně jasná zákonná opora. Pro účely zákona se pojem „protidrogová politika“ vztahuje nejen na nelegální drogy, ale i na tabákové výrobky a alkohol. Podle zákona zahrnuje protidrogová politika opatření primární, sekundární i terciární prevence. Realizaci protidrogové politiky na národní úrovni zajišťuje a koordinuje vláda prostřednictvím ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy. Vláda má dle zákona možnost zřídit zvláštní poradní orgán pro koordinaci protidrogové politiky (tuto roli plní RVKPP).

V zákoně jsou rovněž upravena pravidla pro vyšetření na přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky. Odbornému vyšetření zjišťujícímu obsah alkoholu a jiných návykových látek je povinna podrobit se osoba, u které existuje důvodné podezření, že se užitím těchto látek uvedla do stavu, v němž ohrožuje sebe nebo jiné osoby, nebo že pod jejich vlivem přivodila jinému újmu na zdraví. Jsou vymezeny subjekty oprávněné provést orientační vyšetření dechovou zkouškou či odběrem slin (policie, vězeňská služba, zaměstnavatel) a lékařské vyšetření dechovou

zkouškou a odběrem vzorků biologického materiálu (pouze zdravotnické zařízení k tomu odborně a provozně způsobilé).

Zásadní změnu oproti dosavadní právní úpravě představuje přenesení významné části kompetencí na samostatné územněsprávní celky (kraje a obce).

Kraje v samostatné působnosti zejména:

- koordinují a podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území (při tom spolupracují se státními orgány, orgány obcí a s poskytovateli služeb),
- zpracovávají krajskou strategii protidrogové politiky,
- zřizují funkci krajského protidrogového koordinátora (jeho pracovní poměr nesmí zahrnovat plnění jiných úkolů); zákon také vymezuje jeho kompetence,
- sbírají a vyhodnocují údaje o stavu dané problematiky na svém území.

#### 1.1.1.2 Zákon č. 411/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích (zákon o silničním provozu) a o změnách některých zákonů

Přijetím zákona č. 411/2005 Sb. došlo mimo jiné k novelizaci skutkových podstat přestupků (z. č. 200/1990 Sb., o přestupcích) a trestných činů (z. č. 140/1961 Sb., trestní zákon) postihujících řízení motorových vozidel pod vlivem návykových látek.

Přestupku proti bezpečnosti a plynulosti provozu na pozemních komunikacích (§ 22 zákona o přestupcích) se dopustí ten, kdo v provozu na pozemních komunikacích:

- řídí vozidlo nebo jede na zvířeti bezprostředně po požití alkoholického nápoje nebo po užití jiné návykové látky, nebo v takové době po požití alkoholického nápoje nebo po užití jiné návykové látky, po kterou je ještě pod jejich vlivem,
- řídí vozidlo nebo jede na zvířeti ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil požitím alkoholického nápoje nebo užitím jiné návykové látky,
- se přes výzvu odmítne podrobit vyšetření, zda při řízení vozidla nebo jízdě na zvířeti nebyl ovlivněn alkoholem nebo jinou návykovou látkou, ačkoliv takové vyšetření není spojeno s nebezpečím pro jeho zdraví.

Trestného činu ohrožení pod vlivem návykové látky podle § 201 trestního zákona (TZ) – ohrožení pod vlivem návykových látek – se nově dopustí již ten, „kdo vykonává ve stavu vylučujícím způsobilost, který si (byť i z nedbalosti) přivodil vlivem návykové látky, zaměstnání nebo jinou činnost, při kterých by mohl ohrozit život nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku“. Podle dřívější právní úpravy bylo k naplnění skutkové podstaty tohoto trestného činu nutné naplnit ještě další okolnosti (předchozí postih, způsobení závažného následku, zvláště rizikové činnosti), které dnes představují kvalifikovanou skutkovou podstatu (§ 201 odst. 2 TZ).

Sankce za spáchání uvedených přestupků a trestných činů se oproti předchozí úpravě zpřísnily – tabulka 1-1.

tabulka 1-1: Změny v postihu přestupků a trestných činů řízení motorových vozidel pod vlivem návykových látek účinné od 1. 7. 2006

Typ protiprávního jednání	Jízda bezprostředně po užití a pod vlivem		Jízda ve stavu vylučujícím způsobilost	
	Do 30. 6. 2006	Od 1. 7. 2006	Do 30. 6. 2006	Od 1. 7. 2006
Přestupek	Pokuta do 10 000 Kč	Pokuta od 10 000 do 20 000 Kč	Pokuta do 15 000 Kč	Pokuta od 25 000 do 50 000 Kč
	Zákaz činnosti do 1 roku	Zákaz činnosti od 1 do 2 let	Zákaz činnosti do 2 let	Zákaz činnosti od 1 do 2 let
Trestný čin	Nebylo trestným činem	Není trestným činem	Nebylo trestným činem	Odnětí svobody až na 1 rok, peněžitý trest, zákaz činnosti
			Ve spojení s dalšími okolnostmi (závažný následek, předchozí postih aj.): Odnětí svobody až na 1 rok, peněžitý trest, zákaz činnosti	Ve spojení s dalšími okolnostmi (závažný následek, předchozí postih aj.): Odnětí svobody na 6 měsíců až 3 roky, zákaz činnosti

Pozn.: Jako přestupek bylo a je klasifikováno také odmítnutí vyšetření na přítomnost návykových látek; sankce jsou stejné jako za přestupek spáchaný ve „stavu vylučujícím způsobilost“ a od 1. 7. 2006 se tedy rovněž zvýšily.

### 1.1.1.3 Vládní návrh nového trestního zákoníku

Dne 21. 2. 2006 Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR (PS PČR) definitivně zamítla přijetí návrhu nového trestního zákoníku, který obsahoval mimo jiné změny týkající se drogových trestných činů.

V rámci navrhovaných změn mělo být podle nového zákoníku rozlišováno mezi konopnými látkami a ostatními nelegálními drogami v případech jejich přechovávání v množství větším než malém pro osobní potřebu (současný § 187a TZ). V případě konopných látek (marihuana, hašiš) mělo podle návrhu dojít ke snížení trestní sazby (do 1 roku odnětí svobody) oproti ostatním drogám (do 2 let). Návrh počítal rovněž se zavedením nové skutkové podstaty trestného činu „pěstování psychotropních rostlin“. Toto ustanovení mělo zavést odlišné sankce v případech nedovoleného pěstování rostlin konopí pro osobní potřebu (v malém množství pouze pro osobní potřebu by bylo postihováno jako přestupek) a nelegální výroby drog – včetně konopných – za účelem jejich distribuce.

Navrhovaný zákoník představoval rozsáhlou, komplexní rekodifikaci trestního práva. Měl přinést např. zvýšení horní hranice trestu za vraždu z 15 na 20 let a u výjimečného trestu z 25 na 30 let, snížení hranice trestní odpovědnosti z 15 na 14 let, vznik tzv. detenčních ústavů pro zvláště nebezpečné a nepřičetné pachatele, zavedení institutu domácího vězení až na 2 roky u nedbalostních trestných činů, rozšíření seznamu rasově motivovaných činů a další podstatné změny.

Rekodifikace trestního zákoníku byla parlamentem projednávána téměř 2 roky. Po schválení vládního návrhu zákona PS PČR v listopadu 2005 jej v únoru 2006 zamítl Senát a návrh byl vrácen k novému schvalování sněmovně. V této fázi již Ústava ČR neumožňuje vznášet pozměňovací návrhy. Potřebnou většinu hlasů návrh zákona nakonec v březnu 2006 nezískal, a to kvůli vypuštění ustanovení postihujícího zneužívání informací v obchodním styku, které mělo zabraňovat tzv. tunelování firem<sup>1</sup>.

### 1.1.2 Aplikace práva

Poznatky o aplikaci práva v případě stíhání drogových trestných činů, případně drogových přestupků nejsou rozsáhlé. Jedním z důvodů je téměř naprostá absence publikovaných studií v této oblasti. Výjimky představují např. studie Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy (Zábranský et al. 2001) či studie Drogy a česká vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy (Marešová, 2003).

Podle Zprávy o činnosti Nejvyššího státního zastupitelství jsou při stíhání drogových trestných činů v přípravném řízení často využívány instituty utajení totožnosti a podoby svědka podle § 55 odst. 2 trestního řádu (TŘ), sledování osob podle § 158d TŘ, odposlechu a záznamu telekomunikačního provozu podle § 88 a § 88a TŘ (Nejvyšší státní zastupitelství, 2006).

Institut pro kriminologii a sociální prevenci realizuje v letech 2005–2006 rozsáhlý výzkumný projekt Možnosti trestní justice v protidrogové politice, jehož cílem je zhodnocení vzájemného vlivu právní úpravy a aplikace prostředků trestního práva a vývoje drogové kriminality a drogové scény v ČR po r. 1989. V rámci výzkumu byla provedena analýza trestněprávních předpisů a dostupné literatury, dokumentů relevantních institucí, dostupných statistických údajů a vybraných trestních spisů. Bylo provedeno dotazníkové šetření mezi experty z dané oblasti (policisté, státní zástupci, soudci, soudní znalci aj.) a uskutečnily se řízené rozhovory s experty. Závěrečná zpráva projektu bude zpracována v prosinci 2006 (Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2005).

O praxi orgánů činných v trestním řízení, pokud jde o drogovou kriminalitu, vypovídají rovněž statistické údaje o osobách stíhaných, obžalovaných a odsouzených v souvislosti s drogovými trestnými činy a další informace uvedené ve výročních zprávách NPC (Národní protidrogová centrála, 2006a), GŘC (Generální ředitelství cel, 2006b) a ve výše zmíněné zprávě Nejvyššího státního zastupitelství (Nejvyšší státní zastupitelství, 2006) – viz kapitoly Drogová kriminalita, str. 52, a Drogové trhy, str. 62.

## 1.2 Institucionální rámec, strategie a politická opatření

### 1.2.1 Národní strategie

Rok 2005 byl prvním rokem realizace Národní strategie 2005–2009, schválené usnesením vlády č. 1305 v prosinci 2004, a současně navazujícího Akčního plánu 2005–2006, schváleného usnesením vlády č. 886 v červenci 2005 – blíže výroční zpráva NMS za r. 2004.

Sekretariát RVKPP zpracoval hodnotící zprávu realizace Akčního plánu 2005–2006 v r. 2005, kterou vzala na vědomí vláda usnesením č. 514 v květnu 2006.

Akční plán 2005–2006 obsahuje celkem 144 úkolů rozdělených do 43 cílů vztahujících se k 7 oblastem protidrogové politiky: (1) primární prevenci, (2) léčbě a následné péči, (3) snižování rizik, (4) snižování nabídky drog a vymáhání práva, (5) koordinace a financování, (6) oblasti informace, výzkum a hodnocení a (7) mezinárodní spolupráci.

<sup>1</sup> Zastánci schválení zákoníku argumentovali tím, že zneužívání informací je možné trestat i podle jiných ustanovení, například jako podvod. Připomínali rovněž, že v praxi došlo k uplatnění tohoto paragrafu jen v několika málo desítkách případů, a to ještě vesměs v souběhu s jinými trestnými činy.

Z toho bylo celkem 72 (tj. 50 % ze všech 144 úkolů) s termínem plnění do 31. 12. 2005 nebo úkolů průběžných. Z těchto 72 úkolů bylo 54 splněno, 6 částečně splněno, 8 nesplněno a o 4 úkolech nebyla podána dostatečná informace. Celkem bylo tedy 85 % úkolů pro r. 2005 zcela nebo částečně splněno.

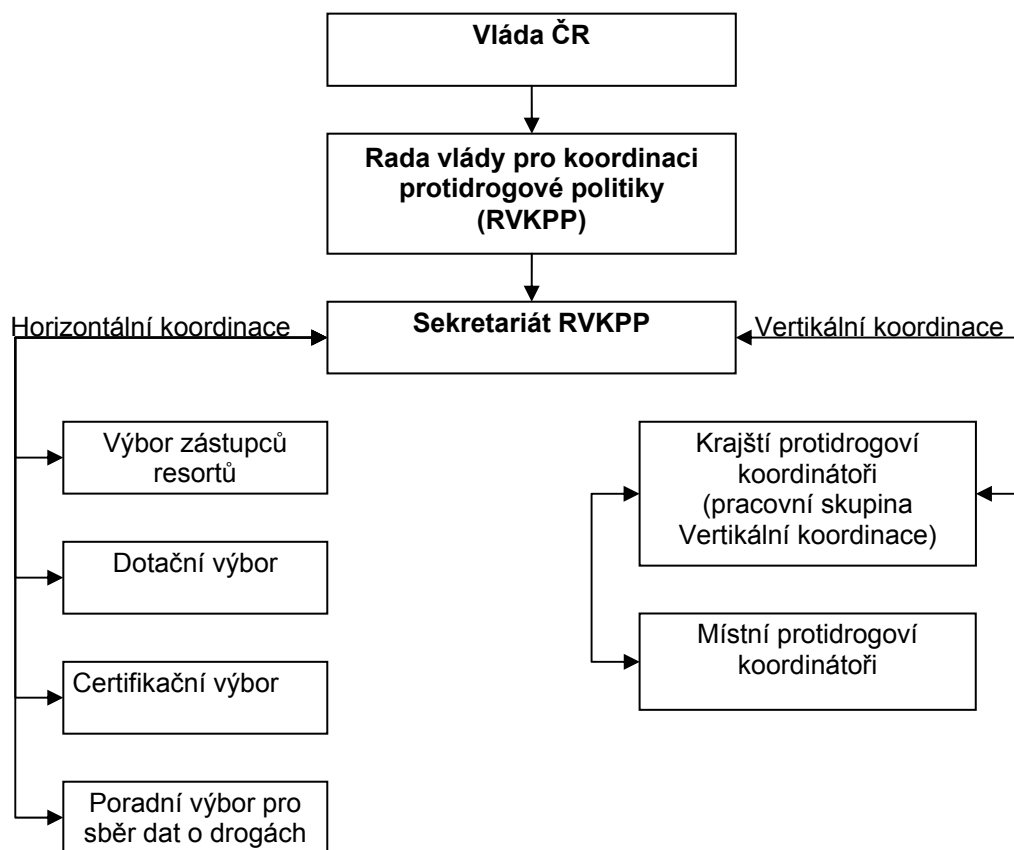
K nejvýznamnějším rámcovým změnám protidrogové politiky v r. 2005 patří:

- Schválení zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, který mimo jiné definuje zodpovědnosti v oblasti zabezpečení protidrogové politiky orgány státní správy a samosprávy a poprvé v ČR definuje základní typy služeb pro uživatele drog – blíže kapitola Právní předpisy, str. 3.
- Spuštění systému Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele a závislé na návykových látkách, schváleného usnesením vlády č. 300 v březnu 2005 – blíže kapitola Léčba, str. 29.
- Schválení Pravidel pro čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku přijatých usnesením vlády č. 700 v červnu 2005.

### 1.2.2 Koordinace protidrogové politiky

V r. 2005 se uskutečnilo celkem 5 zasedání RVKPP, meziresortního poradního orgánu vlády, jehož úkolem je koordinace protidrogové politiky ČR. Sekretariát RVKPP řídí činnost pracovních výborů a skupin, jejichž úkolem je koordinace horizontální (meziresortní) a vertikální (mezi státem, krajskými a místními samosprávami) – jejich přehled uvádí obrázek 1-1.

obrázek 1-1: Systém vertikální a horizontální koordinace protidrogové politiky ČR



Ve všech krajích s výjimkou Moravskoslezského jsou do funkcí jmenováni krajscí protidrogoví koordinátoři (KPK), kteří spolupracují s místními protidrogovými koordinátory v obcích s rozšířenou působností. Krajské strategie protidrogové politiky má vypracovány většina krajů (mimo kraj Plzeňský a Vysočinu) – blíže tabulka 1-2. V r. 2005 pokračovala spolupráce sekretariátu RVKPP s kraji v rámci činnosti pracovní skupiny Vertikální koordinace (členy jsou KPK všech krajů).

tabulka 1-2: Strategické dokumenty a institucionální zajištění koordinace protidrogové politiky v krajích ČR

Kraj	Strategický dokument protidrogové politiky kraje	Institucionální zajištění, poradní orgány, komise, pracovní skupiny
PHA	Strategický plán protidrogové politiky 2002–2006	– KPK na krajském odd. protidrogové prevence při kanceláři primátora – Protidrogová komise Rady hlavního města Prahy – Pracovní skupiny pro (1) primární prevenci, (2) harm reduction, (3) léčbu a následnou péči, (4) sběr dat
STC	Krajská protidrogová strategie 2005–2009	– KPK na odd. prevence a humanitární činnosti na odboru sociálních věcí – Protidrogová komise jako poradní orgán hejtmána – Pracovní skupiny pro (1) primární prevenci, (2) harm reduction, (3) léčbu a resocializaci
JHC	Strategie protidrogové politiky na období 2005–2009, včetně Akčního plánu 2005–2009	– KPK na odboru sociálních věcí a zdravotnictví – Protidrogová koordinační skupina jako poradní orgán náměstka hejtmána
PLK	–	– KPK na odboru zdravotnictví – Protidrogová komise není ustavena
KVK	Krajská protidrogová strategie 2005–2009 s akčním plánem	– KPK na odboru sociálních věcí – Protidrogová komise Rady kraje
ULK	Akční plán protidrogové politiky 2005–2009	– KPK na odboru sociálních věcí a zdravotnictví – Zdravotní komise Rady kraje – Pracovní skupiny pro (1) primární prevenci, (2) snižování rizik, (3) léčbu a resocializaci, (4) koordinaci
LBK	Akční plán protidrogové politiky na období 2005–2006	– KPK na odboru sociálních věcí – Protidrogová komise Rady kraje – Pracovní skupiny pro (1) primární prevenci, (2) harm reduction, (3) léčbu a resocializaci, (4) koordinaci
HKK	Strategie protidrogové politiky 2002–2006	– KPK na odboru sociálních věcí a zdravotnictví – Komise specifické prevence Rady kraje – Protidrogová pracovní skupina
PAK	Strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 včetně Akčního plánu	– KPK na odboru zdravotnictví – Protidrogová komise Rady kraje
VYS	–	– KPK v sekretariátu hejtmána – Protidrogová komise není ustavena – Pracovní skupiny pro (1) primární prevenci a (2) protidrogovou politiku kraje
JHM	Strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 včetně Akčního plánu	– KPK na odboru sociálních věcí – Protidrogová komise není ustavena – Pracovní skupina prevence
OLK	Strategický protidrogový plán na období 2005–2010, Akční plán protidrogové politiky na období 2006–2007	– KPK na odboru zdravotnictví – Komise pro prevenci kriminality a drogových závislostí
ZLK	Plán protidrogové prevence na léta 2006–2008	– KPK v kanceláři hejtmána – Komise pro prevenci sociálně patologických jevů Rady kraje
MSK	Strategie protidrogové politiky 2005–2009 a akční plán 2005–2006	– Funkce KPK není zřízena – agendu vykonává referent odboru sociálních věcí – Protidrogová komise není ustavena – Pracovní skupina protidrogové prevence při Sociálním výboru zastupitelstva kraje

Pozn.: Zkratky uvedené v tabulce – kapitola Zkratky.

### 1.3 Rozpočty a financování

Údaje v této kapitole se týkají veřejných rozpočtových výdajů, které jsou identifikovány jako výdaje na protidrogovou politiku. Jiné výdaje v oblasti snižování nabídky a poptávky po drogách nelze bez dalšího výzkumu vyčísřit.

Financování protidrogové politiky bylo v r. 2005, stejně jako v letech minulých, realizováno ve dvou úrovních, centrální a místní. RVKPP byla vládou pověřena rozdělováním finančních prostředků z rozpočtové kapitoly Všeobecná pokladní správa – výdaje na protidrogovou politiku (dále jen VPS). Od r. 2004 poskytuje dotace na programy protidrogové politiky schvalované RVKPP Úřad vlády ČR. Resorty, které měly v r. 2005 ve svém rozpočtu výdaje na Program protidrogové politiky, jsou Ministerstvo zdravotnictví (MZ), Ministerstvo školství, mládeže

a tělovýchovy (MŠMT), Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), Ministerstvo financí (MF), resp. Generální ředitelství cel (GŘC), Ministerstvo spravedlnosti (MS) a Ministerstvo obrany (MO). Ministerstvo vnitra (MV) nemá ve svém rozpočtu výdaje na Program protidrogové politiky, ale v rámci Programu sociální prevence a prevence kriminality podporuje také preventivní protidrogové aktivity. Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu ČR a z rozpočtu krajů a obcí v r. 2005 uvádí tabulka 1-3.

tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2005 ze státního a místních rozpočtů (tis. Kč)

Kraje	RVKPP (VPS)	MZ	MŠMT	MPSV	GŘC	MS	MO	Státní rozp. celkem	Rozp. krajů	Rozp. obcí	Celkem
PHA	28 376	13 926	631	2 771	0	25 190	2 465	73 359	30 636	12 136	116 131
STC	5 718	2 727	739	3 481	0	3 986	404	17 055	14 748	5 253	37 056
JHC	5 063	3 556	421	4 229	0	95	145	13 509	5 200	1 640	20 349
PLK	7 326	295	351	221	0	254	140	8 587	3 365	3 948	15 900
KVK	2 853	0	209	1 842	0	338	0	5 242	1 033	770	7 045
ULK	11 312	3 194	570	5 224	0	2 226	52	22 578	6 905	4 613	34 096
LBK	4 832	1 724	297	78	0	1 524	0	8 455	8 075	1 087	17 617
HKK	1 995	1 340	373	1 324	0	471	50	5 553	2 050	842	8 445
PAK	1 498	55	345	682	0	155	131	2 866	5 500	1 154	9 520
VYS	4 214	4 225	366	4 791	0	88	0	13 684	6 930	995	21 609
JHM	11 020	1 103	900	6 761	0	617	379	20 780	7 412	4 743	32 935
OLK	6 662	950	430	3 892	0	616	170	12 720	2 000	1 385	16 105
ZLK	1 713	83	403	1 566	0	0	0	3 765	2 100	1 966	7 831
MSK	9 114	289	886	6 176	0	1 163	32	17 660	4 378	10 079	32 117
<b>Celkem s krajským určením</b>	<b>101 696</b>	<b>33 467</b>	<b>6 921</b>	<b>43 038</b>	<b>0</b>	<b>36 723</b>	<b>3 968</b>	<b>225 813</b>	<b>100 332</b>	<b>50 611</b>	<b>376 756</b>
<b>Celkem s centrálním určením</b>	<b>3 961</b>	<b>0</b>	<b>2 465</b>	<b>3 011</b>	<b>14 500</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23 937</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>23 937</b>
<b>Celkem</b>	<b>105 657</b>	<b>33 467</b>	<b>9 386</b>	<b>46 049</b>	<b>14 500</b>	<b>36 723</b>	<b>3 968</b>	<b>249 750</b>	<b>100 332</b>	<b>50 611</b>	<b>400 693</b>

Pozn.: Zkratky uvedené v tabulce – kapitola Zkratky.

Z kapitoly VPS bylo rozhodnutím RVKPP podpořeno celkem 173 programů protidrogové politiky na místní úrovni celkovou částkou 101 696 tis. Kč. Dotační řízení proběhlo ve dvou kolech, hlavní první kolo bylo doplněno během roku dalším. Podpořeny byly především projekty nestátních neziskových organizací (NNO) v oblasti nízkoprahových služeb, ambulantní léčby, intenzivní ambulantní léčby, terapeutických komunit, resocializace a doléčování. Částka 3 961 tis. Kč na činnost sekretariátu RVKPP (včetně NMS) byla čerpána v následujícím členění – tabulka 1-4.

tabulka 1-4: Výdaje sekretariátu RVKPP z VPS v r. 2005 (tis. Kč)

Účel čerpání	Čerpané prostředky
Posuzování žádostí o dotace RVKPP	188
Překlady a jiné služby	356
Pilotní projekt ověřování Standardů primární prevence a tvorba vyhodnocovacích kritérií	39
Vzdělávání krajských protidrogových koordinátorů a členů certifikačních týmů	410
Publikační činnost a informační činnost	991
Analýzy kvality a dostupnosti služeb	739
Monitorování a výzkum	1 238
<b>Celkem</b>	<b>3 961</b>

MZ v r. 2005 přednostně financovalo projekty, které naplnily priority MZ. Byly jimi substituční a detoxifikační léčba uživatelů drog, ambulantní léčba včetně AT léčby, programy odvykání kouření, vzdělávací programy pro lékaře a personál, ústavní léčba uživatelů drog a další programy sekundární prevence.

MŠMT poskytlo prostředky v rámci dvou programů, jejichž cílem byla podpora zdravého životního stylu a odmítání všech forem sebeustrukce, projevů agresivity a porušování zákona u dětí. Preventivní programy realizované školami, školskými zařízeními a NNO zajišťovaly krajské úřady s celkovým rozpočtem 6,9 mil. Kč. V samostatném výběrovém řízení MŠMT pak byly částkou 2,5 mil. Kč podpořeny aktivity nadregionálního a celorepublikového charakteru.

MPSV uvolnilo v rámci programu protidrogové politiky celkem 46 mil. Kč. Celkem bylo dotováno 104 projektů 50 organizací, oproti r. 2004 bylo dotováno o 18 projektů méně v důsledku spojování některých projektů a organizací. Rozhodující část prostředků byla vynaložena na provoz kontaktních center (16,7 mil. Kč) a na terapeutické komunity (8,1 mil. Kč).



Výdaje MF na protidrogovou politiku se týkaly rozpočtu Generálního ředitelství cel ve výši 14,5 mil. Kč na operativně-pátrací činnost a technické vybavení.

Prostředky MO na protidrogovou politiku byly využity především na realizaci projektů monitorování a prevence, nákup odborné literatury a vzdělávání budoucích lektorů z řad příslušníků Armády ČR a metodiků prevence.

Z rozpočtu Policie ČR byla zabezpečena činnost Národní protidrogové centrály (NPC); výše prostředků na činnost NPC nebyla uveřejněna s odůvodněním, že se jedná o utajovanou skutečnost. V rámci Programu prevence kriminality MV byly podpořeny i protidrogové aktivity; výši nákladů na tyto aktivity nelze bez další analýzy vyčíslit.

Kraje poskytly v r. 2005 na protidrogové programy 100,3 mil. Kč, 11 ze 14 krajů poskytlo v r. 2005 vyšší prostředky než v r. 2004; u 3 krajů tomu bylo naopak – tabulka 1-5.

tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtů krajů v r. 2002–2005 (tis. Kč)

Kraj	2002	2003	2004	2005
PHA	12 700	12 466	26 170	30 636
STC	3 510	8 000	13 770	14 748
JHC	2 913	2 805	5 780	5 200
PLK	0	1 000	1 500	3 365
KVK	96	500	500	1 033
ULK	1 435	7 540	7 900	6 905
LBK	0	2 730	5 760	8 075
HKK	738	945	2 020	2 050
PAK	1 500	1 500	1 800	5 500
VYS	0	1 800	4 130	6 930
JHM	3 000	2 000	5 000	7 412
OLK	80	306	1 300	2 000
ZLK	1 096	3 490	2 400	2 100
MSK	2 269	3 000	3 570	4 378
<b>Celkem</b>	<b>29 337</b>	<b>48 082</b>	<b>81 600</b>	<b>100 332</b>

Pozn.: Zkratky uvedené v tabulce – kapitola Zkratky.

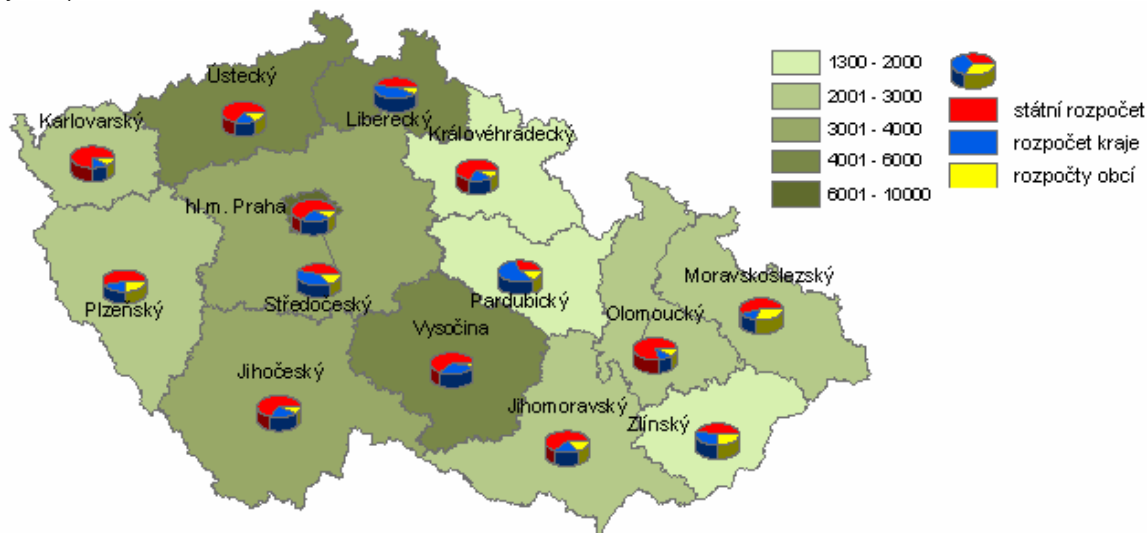
Celkový přehled vývoje výdajů prostředků na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu, krajských a obecních rozpočtů uvádí tabulka 1-6. Přehled prostředků na realizaci programů protidrogové politiky v r. 2005 čerpaných z veřejných rozpočtů podle krajů uvádí mapa 1-1.

tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z místních rozpočtů v r. 2002–2005 (tis. Kč)

Rok	Státní rozpočet*	Rozpočty krajů	Obecní rozpočty	Celkem
2002	203 384	29 337	n.a.	232 721
2003	220 847	48 082	n.a.	268 927
2004	205 787	81 600	62 920	350 307
2005	249 750	100 332	50 611	400 693

Pozn.: \* Státní rozpočet bez rozpočtu NPC a dalších policejních složek.

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2005 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel)



## 1.4 Sociální a kulturní kontext protidrogové politiky

Postoje veřejnosti vůči drogám a uživatelům drog popisuje kapitola Užívání drog v populaci, str. 12.

### 1.4.1 Přístupy k drogám a uživatelům drog

Legislativní rozdělení drog podle zdravotní a společenské nebezpečnosti dle vládou schváleného záměru z r. 2001 (Vláda ČR, 2001), které bylo součástí rekonstrukce trestního zákoníku (sněmovní tisk č. 265/2003), bylo sice schváleno PS PČR, ale poté byl návrh zákona zamítnut v Senátu; Poslanecká sněmovna v r. 2006 tzv. veto Senátu nepřehlasovala<sup>2</sup>, takže zákon nebyl přijat – viz též kapitolu Legislativní rámec, str. 3. Zájem poslanců i odborné veřejnosti se soustředil zejména na ustanovení, která by měnila přístup ke konopným látkám.

Veřejná diskuse k tomuto tématu v r. 2005 prakticky utichla a nepodařilo se jí znovu nastolit ani (do voleb v r. 2006) parlamentní straně Unie svobody, která do svého kontroverzního programu pro volby do Poslanecké sněmovny v červnu 2006 začlenila i téma dekriminace drog. Ze 7 článků v denním tisku, které se v posledním čtvrtletí r. 2005 podrobněji věnovaly úpravě drogových paragrafů v novém trestním zákoníku, lze uvést zejména článek v deníku Právo (Cihlářová, 2005), kde ředitel Národní protidrogové centrály Jiří Komorous vyjádřil nesouhlas se zněním zákona schváleného Poslaneckou sněmovnou, kdy by za přechovávání marihuany a hašiše a za pěstování konopí pro osobní potřebu hrozily nižší tresty, než je tomu v případě držení či výroby tzv. tvrdých drog; naopak drogoví odborníci z oblasti snižování poptávky, kteří se k problému veřejně vyjádřili, navrhovanou úpravu přivítali.

### 1.4.2 Iniciativy v parlamentu a občanské společnosti

V Parlamentu ČR nebyly v r. 2005 podány poslanecké iniciativy týkající se problematiky drog; byly však projednávány významné vládní návrhy zákonů – viz kapitolu Legislativní rámec, str. 3.

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami byl schválen v srpnu 2005 bez většího zájmu veřejnosti (jednalo se o vládní návrh zákona). Účinnosti nabyl od 1. 1. 2006. Zájmu veřejnosti se těšilo především ustanovení, které nově zakazuje kouření na zastávkách hromadné městské dopravy (i pod otevřeným nebem). Debata v médiích se vedla o výhodách a nevýhodách zákazu kouření v restauracích (což do zákona zahrnuto nebylo, ale téma bylo medializováno v souvislosti se zákonnými úpravami v některých evropských zemích).

Pokračoval trend z r. 2004 – problematika alkoholu a nelegálních drog postupně proniká do agendy politických stran. Pět dosud parlamentních politických stran (ČSSD, ODS, KSČM, KDU-ČSL, US-DEU<sup>3</sup>) i 2 mimoparlamentní strany, které měly největší naději po volbách v červnu 2006 vstoupit do Poslanecké sněmovny (Strana zelených a Evropští demokraté), věnovaly alespoň krátkou pasáž volebního programu drogové problematice. Nejobsáhleji se drogové problematice věnovali Evropští demokraté<sup>4</sup> (Evropští demokraté, 2006) a KDU-ČSL (Křesťanská a demokratická unie - Čs. strana lidová, 2006), která ve volebním programu změnila postoj ve prospěch vyvážené protidrogové politiky a nenavázala tak na kampaň Válka drogám (Křesťanská a demokratická unie - Čs. strana lidová, 2004) z r. 2004; drogové téma je uvedeno v části „Vnitřní bezpečnost“ volebního programu. ODS (po volbách nejsilnější parlamentní strana) zařadila vyváženou tezi týkající se protidrogové politiky, do části „Bezpečnost občanů“ (Občanská demokratická strana, 2006). Opoziční KSČM svoji tezi rovněž zařadila do části „Bezpečnost občana“ (Haló noviny, 2006) a soustředila se na prevenci kriminality a ochranu mládeže. Strana zelených, která do Poslanecké sněmovny vstupuje poprvé v r. 2006, se podrobněji věnovala kouření tabáku (jeho dalšímu omezování) a jednou větou zmínila, že hodlá podporovat programy prevence drogových závislostí; drogovou kriminalitu zmínila v souvislosti s regulací prostituce (Strana zelených, 2006). Vládní ČSSD, jejíž ministr od r. 2004 odpovídá za koordinaci protidrogové politiky, se ve svém 81stránkovém programu (Česká strana sociálně demokratická, 2005) drogami zabývala jen okrajově v souvislosti s volnočasovými aktivitami mládeže a prevencí sociálně patologických jevů.

Kulturní sdružení Kontext<sup>5</sup> aktivně vystupuje proti veřejné propagaci alkoholu; využívá k tomu zejména stížnosti podávané živnostenským úřadům podle zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, který zakazuje reklamu na alkoholické nápoje zaměřenou na osoby mladší 18 let. V r. 2005 upozornilo např. na skutečnost, že na dětské olympiádě pořádané Jihomoravským krajem byly inzerovány alkoholické nápoje. Dlouhodobě se zaměřuje především proti veletrhům, slavnostem a festivalům, jejichž název i náplň je provázána s alkoholickými nápoji a které probíhají za účasti obecních a krajských zastupitelstev (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005).

### 1.4.3 Média

Na základě zadání sekretariátu RVKPP byla vypracována mediální analýza (Newton Information Technology, s.r.o., 2006a; Newton Information Technology, s.r.o., 2006b); některé výsledky byly publikovány v periodiku Zaostřeno na drogy (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006b).

<sup>2</sup> Důvodem odmítnutí byla spíše spornost jiných ustanovení, zejména ustanovení upravujících trestné činy v oblasti ekonomické.

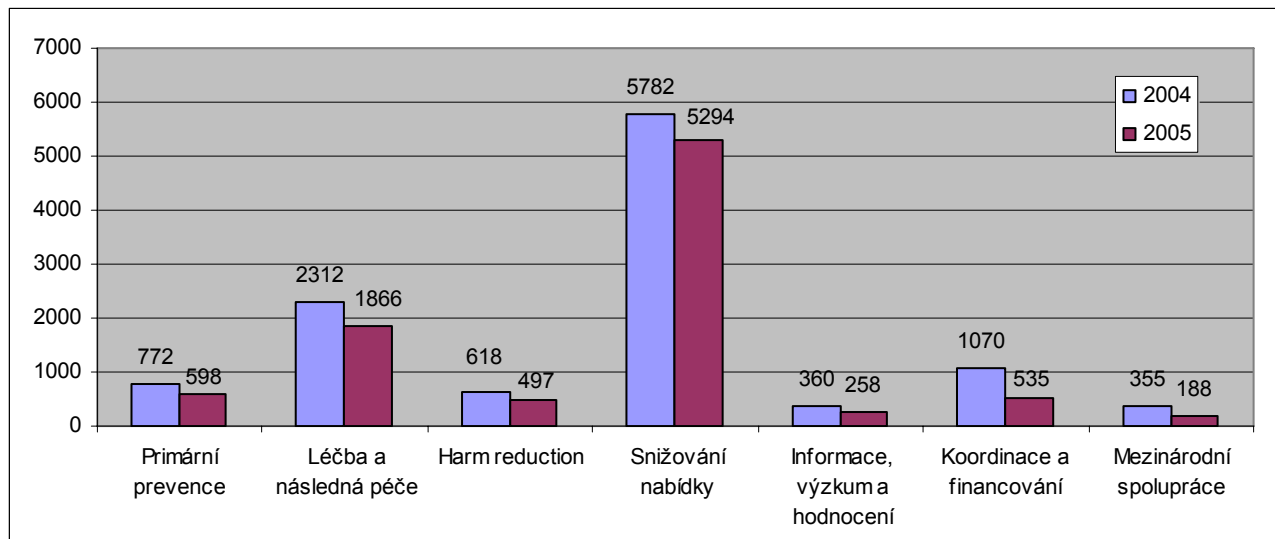
<sup>3</sup> US-DEU ve volbách neuspěla.

<sup>4</sup> Ve volbách do Poslanecké sněmovny neuspěla.

<sup>5</sup> Neformální sdružení se sídlem v Brně; působí od r. 2001 ([www.sweb.cz/sdruzenikontext](http://www.sweb.cz/sdruzenikontext)).

Medializace drogové problematiky v českých médiích byla v letech 2004 a 2005 z kvantitativního hlediska zhruba stejná. Výrazné rozdíly se však ukázaly při porovnání medializace aktivit sekretariátu RVKPP a NMS v letech 2004 a 2005. Zatímco v r. 2004 bylo uveřejněno celkem 338 příspěvků zohledňujících tyto aktivity (tiskové zprávy a tiskové konference), v r. 2005 média referovala o těchto aktivitách pouze v rámci 143 příspěvků, což představuje pokles o 58 %. Struktura témat<sup>6</sup> v medializaci drogové problematiky (drogy obecně) byla v obou sledovaných letech zhruba stejná – obrázek 1-2.

obrázek 1-2: Struktura témat v medializaci drogové problematiky v r. 2004 a 2005, počet příspěvků (Newton Information Technology, s.r.o., 2006a)



Poměr medializace drog dle typu byl v obou letech velice podobný. Nejvíce pozornosti v kontextu drogové problematiky vyvolaly ostatní legální drogy (alkohol, tabák a léky). Alkohol se stal vůbec nejmedializovanější drogou zmiňovanou v kontextu drogové problematiky. Další po legálních drogách co do pozornosti médií byly stimulační drogy, především pervitin. Třetí médií nejčastěji zmiňovanou skupinou drog byly v obou letech konopné látky. Dále se média výrazně zaměřila také na opiáty.

Z klíčových výsledků mediální analýzy protidrogové politiky lze uvést:

- O drogové problematice obecně bylo v r. 2005 uveřejněno celkem 29 539 příspěvků; o protidrogové politice 4 087 (14 %) příspěvků.
- K aktivitám RVKPP a NMS se vztahovala 3 % příspěvků. Největší pozornost vyvolaly Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2004 a certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog; vysoké publicity se dostalo rovněž výroční zprávě EMCDDA o stavu ve věcech drog v Evropě a výsledkům mezinárodní školské studie ESPAD.
- Nejfrekventovanějším tématem se stalo snižování nabídky a prosazování práva, např. v souvislosti se zprávami o obchodu s drogami a policejních razířích, s činností NPC či s procesem schvalování nového trestního zákoníku.

<sup>6</sup> Témata byla pro potřebu analýzy zadána shodně s Akčním plánem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2006.

## 2 Užívání drog v populaci

Situace v oblasti užívání drog v obecné populaci zůstává stabilní, v r. 2005 nebyla zaznamenána žádná významnější změna. V r. 2005 nebyla realizována žádná celopopulační studie ani celonárodní studie ve školní populaci, k dispozici jsou jen výsledky několika menších studií regionálního nebo lokálního rozsahu.

V dospělé populaci vyzkoušelo nelegální drogu přibližně 20 % osob, mezi mládeží je prevalence zkušeností s drogami vyšší (44 % 16letých a 56 % 18letých studentů středních škol) – viz (Mravčík et al. 2005a). Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky a extáze, rozsah zkušeností s drogami se závažnějšími zdravotními a sociálními riziky (opiáty, pervitin, kokain) je v ČR velmi nízký.

Vůči uživatelům drog projevuje společnost nízkou toleranci, stejně jako vůči těžkým alkoholikům. Užívání drog je velkou částí společnosti stále vnímáno jako nepřijatelné chování, obdobně jako např. řízení vozidla pod vlivem alkoholu.

### 2.1 Užívání drog v obecné populaci

Poslední celopopulační studie zaměřená na užívání nelegálních drog byla realizována v r. 2004 (Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR); výsledky byly shrnuty ve výroční zprávě NMS za r. 2004. V r. 2005 pokračovala další analýza získaných výsledků, k tisku se připravují podrobné výsledky studie v oblastech zdravotního stavu populace, kouření, pití alkoholu a užívání nelegálních drog. Další vlna této celopopulační studie je předběžně plánována na r. 2008.

Nově byla analyzována data týkající se subjektivně vnímaného rozsahu užívání drog ve vlastním okolí a vnímané dostupnosti nelegálních drog. Téměř 37 % dospělých (ve věku 18–64 let) uvedlo, že zná někoho, kdo užívá marihuanu, více než 18 % zná uživatele extáze a téměř 13 % zná uživatele lysohlávek nebo jiných přírodních halucinogenů. Uživatele těkavých látek zná 12,5 % dotázaných a uživatele pervitinu překvapivě až 11 % dospělých. Osobu, která užívá heroin nebo kokain, znají přibližně 4 % dotázaných (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e).

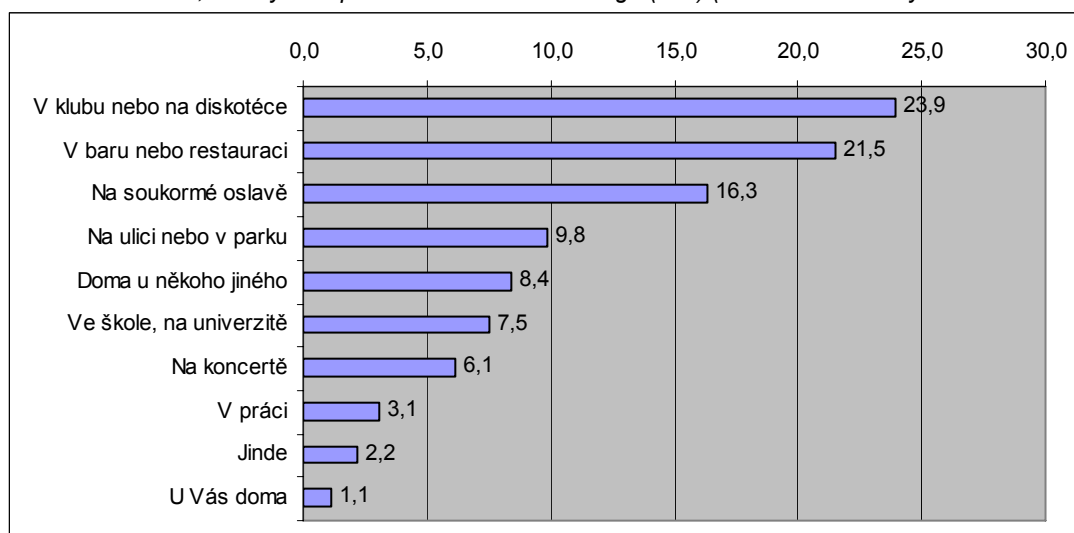
Sledována byla otázka obtížnosti obstarat si nelegální drogu během 24 hodin. Ukázalo se, že subjektivně vnímaná dostupnost nelegálních drog je relativně vysoká – 36 % respondentů by si celkem snadno nebo velmi snadno dokázalo obstarat marihuanu nebo hašiš, 22 % extázi, 15 % lysohlávky nebo jiné přírodní halucinogeny, 11 % pervitin nebo jiné amfetaminy. Heroin nebo kokain by si snadno obstaralo 5–6 % respondentů (tabulka 2-1). Celkem 60 % dospělých by si dokázalo sehnat léky se sedativním účinkem (bez lékařského předpisu), 53 % by snadno sehnalo těkavé látky. U všech látek s výjimkou sedativ, těkavých látek a konopných látek uvedlo více než 40 % dotázaných, že nedokáže posoudit, zda by se jim sledovanou drogu podařilo sehnat.

*tabulka 2-1: Subjektivně vnímaná dostupnost drog – odpovědi na otázku „Jak obtížné by podle Vašeho názoru pro Vás bylo sehnat si jednotlivé drogy, kdybyste o to stál, a to během 24 hodin?“, (v %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e)*

Droga	Nemožné	Velmi obtížné	Trochu obtížné	Celkem snadné	Velmi snadné	Nevím
Sedativa, hypnotika	3,9	6,9	9,9	27,7	31,9	19,6
Marihuana, hašiš	11,6	8,7	10,0	18,0	17,9	33,8
Extáze	16,2	10,9	9,4	12,9	9,1	41,4
Pervitin, amfetaminy	19,8	14,4	9,0	7,0	4,4	45,4
Kokain, crack	22,4	16,6	7,4	3,7	2,1	47,7
Heroin, opiáty	23,3	17,2	6,7	3,4	1,9	47,6
LSD	22,2	16,4	6,9	4,1	2,2	48,0
Lysohlávky, jiné přír. halucinogeny	17,2	14,5	8,8	8,8	6,0	44,8
Těkavé látky	7,1	4,9	5,8	19,0	33,9	29,3

Zdarma nebo ke koupi byla nelegální droga nabídnuta 45,5 % dospělé populace; u 22,5 % dotázaných se jednalo o jednorázovou skutečnost. 14 % dospělých uvedlo, že jim byly nelegální drogy nabídnuty více než 5krát v životě. Osoby, kterým byla droga nabídnuta, nejčastěji uváděly, že k tomu došlo v klubu nebo na diskotéce (24 %), v baru nebo restauraci (21,5 %) a na soukromé oslavě (16 %) – obrázek 2-1. Data ze studie neumožňují určit, o kterou nelegální drogu se jednalo.

obrázek 2-1: Místo, kde byla respondentům nabídnuta droga (v %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005e)



V r. 2005 byla v rámci tříletého projektu Epidemiologie psychiatrických poruch v populaci realizovaného Psychiatrickým centrem Praha sledována prevalence zkušeností s užitím nelegálních drog; výsledky zatím nejsou k dispozici.

Očekávaná další vlna Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace, která pravidelně od r. 1993 ve tříletých intervalech sledovala mimo jiné i užívání drog, alkoholu a kouření v populaci starší 15 let, nebyla Ústavem zdravotnických informací a statistiky v r. 2005 realizována.

## 2.2 Užívání drog ve školní populaci

Poslední celonárodní studie ve školní populaci byla realizována v r. 2003 (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, ESPAD), výsledky studie mezi 16letými a 18letými studenty byly shrnuty ve výročních zprávách NMS za r. 2003 a 2004; v r. 2006 byla publikována zpráva s podrobnými výsledky studie (Csémy et al. 2006b). K dispozici jsou také výsledky studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) realizované mezi 15letými žáky základních škol; poslední výsledky jsou z r. 2002, další vlna studie probíhá v r. 2006.

V r. 2005 bylo realizováno několik regionálních průzkumů ve školní populaci, většinou byly zaměřeny na děti mladší 15 let; podrobněji speciální kapitola Užívání drog mezi dětmi do 15 let a problémy s ním spojené, str. 66.

## 2.3 Studenti vysokých škol a návykové látky

V r. 2005 pokračoval pravidelný průzkum Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové mezi studenty vysokých škol zaměřený na zkušenosti s návykovými látkami. Ve školním r. 2004/2005 bylo dotázáno celkem 1 239 studentů, ve školním r. 2005/2006 zatím 226 studentů. Výsledky ukazují, že zkušenosti s užitím marihuany má více než 52 % studentů, hašiš užílo téměř 16 %. Halucinogenní houby v životě užílo 9 % dotázaných, extázi téměř 8 % a LSD 5,5 % studentů. Zkušenosti s pervitinem a kokainem uvedlo relativně málo respondentů (4,1 %, resp. 2,8 %) (Trojáčková a Višňovský, 2006).

Zároveň byl ve školním r. 2004/2005 realizován průzkum Filozofické fakulty UK v Praze zaměřený na oblast zdraví, chování a postoje studentů českých univerzit a vysokých škol k užívání návykových látek. Dotázáno bylo celkem 1 232 respondentů; výsledky jsou srovnatelné s výše uvedeným průzkumem. V tomto průzkumu nebyly sledovány odděleně halucinogenní houby, pouze LSD a další halucinogeny (7,7 %), respondenti častěji uváděli užití extáze (9 %) a méně užití heroinu a jiných opiátů (1 %) (Csémy a Hrachovinová, 2006). V posledních 12 měsících užílo konopné látky 32,5 % dotázaných, užití extáze uvedla 3 % respondentů. U všech sledovaných látek byla pozorována vyšší prevalence užití u mužů – tabulka 2-2.

tabulka 2-2: Prevalence užití nelegálních drog mezi studenty vysokých škol (v %) (Csémy a Hrachovinová, 2006)

Droga	Celoživotní prevalence			Prevalence v posledních 12 měsících		
	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy
Jakákoliv nelegální droga	51,9	58,4	47,0	–	–	–
Konopné látky	51,7	57,6	47,2	32,5	41,3	25,8
Extáze	8,9	9,6	8,4	3,2	4,2	2,5
LSD, halucinogeny	7,7	8,5	7,1	2,7	3,5	2,0
Pervitin, amfetaminy	4,1	4,8	3,5	1,4	1,7	1,2
Heroin, opiáty	1,1	1,1	1,0	0,2	0,4	0,1

## 2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace

Situace v oblasti užívání drog mezi specifickými skupinami populace je shrnuta v kapitole Sociální souvislosti a důsledky užívání drog, str. 50. V r. 2005 pokračoval Program podpory terénních sociálních pracovníků působících v romských komunitách a zároveň byl realizován průzkum zaměřený na užívání návykových látek mezi pražskými bezdomovci. Výsledky průzkumu mezi bezdomovci však nejsou k dispozici vzhledem k ukončení činnosti Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, který tento průzkum realizoval v rámci projektu zaměřeného na zdravotní stav bezdomovců.

## 2.5 Postoje k užívání a uživatelům drog

Centrum pro výzkum veřejného mínění realizovalo v r. 2005 dva průzkumy zaměřené na toleranci ve vztahu k určitým skupinám obyvatel a na přijatelnost vybraných druhů chování. Průzkum ukázal, že 87 % dotázaných (z celkového počtu 1 067 respondentů starších 15 let) by nechtělo mít za sousedy osoby užívající drogy, stejně jako těžké alkoholiky. Nízká tolerance se v tomto srovnání projevila také vůči osobám s kriminální minulostí a vůči Romům, tolerantní je společnost k osobám s jiným náboženským nebo politickým přesvědčením, nebo invalidům (2 % by nechtěla mít za sousedy invalidní občany) (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2005a). Srovnání s obdobným průzkumem z r. 2003 – tabulka 2-3.

*tabulka 2-3: Tolerance k vybraným skupinám společnosti – % respondentů, kteří by nechtěli mít za sousedy příslušníky těchto skupin (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2005a)*

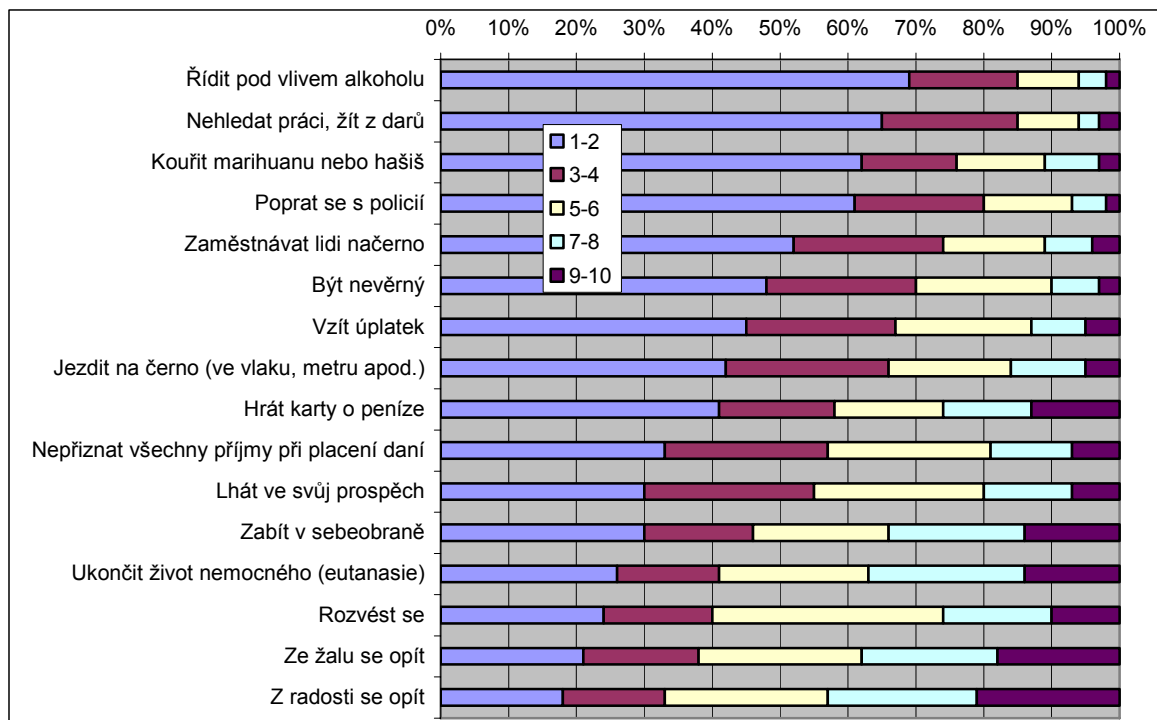
<b>Nechtěli by mít za sousedy</b>	<b>Březen 2003</b>	<b>Březen 2005</b>
Těžké alkoholiky	86	87
Lidi užívající drogy	85	87
Lidi s kriminální minulostí	78	77
Romy	79	75
Homosexuály	42	34
Cizince žijící v ČR	24	22
Lidi s jiným náboženským přesvědčením	8	7

Respondenti hodnotili také toleranci celé společnosti k těmto skupinám populace – podle nich je společnost nejméně tolerantní k Romům (61 %), k těžkým alkoholikům (60 %) a uživatelům drog (57 %). Oproti r. 2003 se zvýšil podíl respondentů, kteří si myslí, že společnost je tolerantní k uživatelům drog (nárůst z 21 % na 34 %) i těžkým alkoholikům (z 18 % na 34 %) (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2005a).

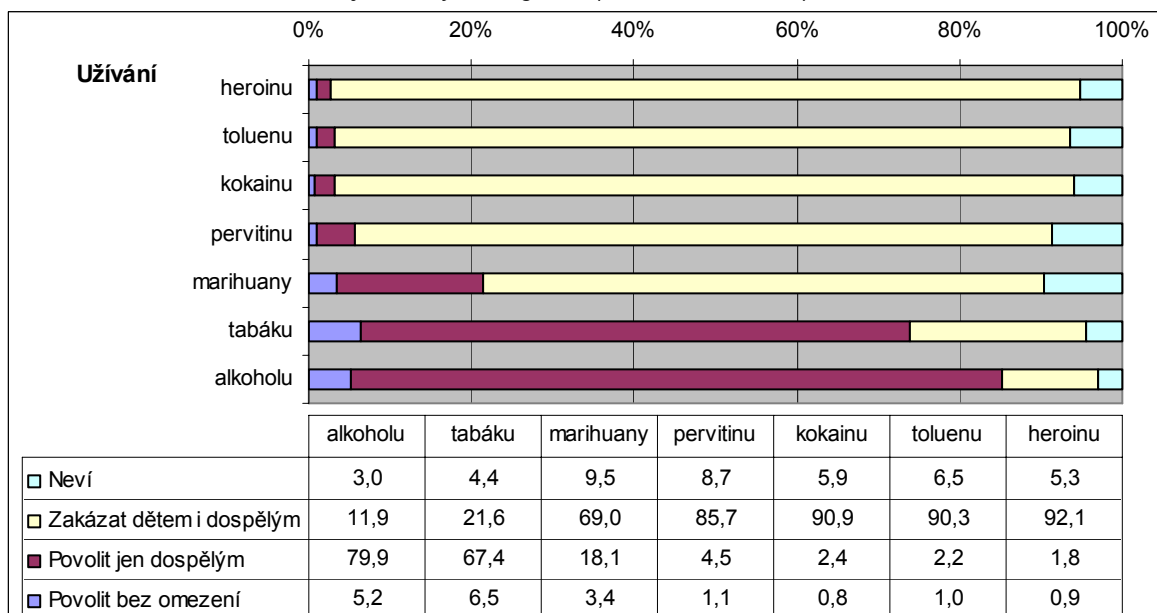
V zájmovém průzkumu se respondenti (1 072 osob starších 15 let) vyjadřovali k přijatelnosti nebo nepřijatelnosti vybraných druhů chování – na 10bodové škále znamenala 1 naprostou nepřijatelnost, 10 zcela přijatelné chování. Za zcela nepřijatelné chování (odpovědi 1 nebo 2) je považováno řídit vozidlo pod vlivem alkoholu (69 %), nehledat si práci (65 %), kouřit marihuanu nebo hašiš (62 %) a poprat se s policií (61 %). Mezi další nepřijatelné chování patří zaměstnávání lidí načerno, braní úplatku a jízda v dopravním prostředku bez lístku, ale také nevěra. Za nejpřijatelnější ze sledovaných typů chování je označováno pití alkoholu a opilost (z radosti i ze žalu) a rozvod (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2005b) – obrázek 2-2.

Průzkum TNS Factum zaměřený na informovanost veřejnosti o drogové problematice (již z r. 2003; celkem 1 012 osob starších 15 let) přinesl výsledky srovnání tolerance k užívání jednotlivých drog; více než 90 % dotázaných odsuzuje užívání heroinu, kokainu a čichání toluenu a 86 % užívání pervitinu. V případě marihuany už není názor respondentů tak vyhraněný – její užívání by povolilo více než 20 % dotázaných, 3 % by povolila její užívání i dětem mladistvým (TNS Factum, 2004). Nejvíce tolerantní jsou respondenti k pití alkoholu a kouření, ovšem 5–6 % respondentů by povolila kouření a pití alkoholu bez omezení i dětem. Pro zákaz kouření se vyjádřilo necelých 22 % dotázaných, pro zákaz pití alkoholu 11 % – obrázek 2-3.

obrázek 2-2: Morální přijatelnost chování – na škále 1–10 (1=naprosto nepřijatelné, 10=zcela přijatelné) (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2005b)



obrázek 2-3: Tolerance k užívání jednotlivých drog, v % (TNS Factum, 2004)



Další výsledky ukázaly, že česká veřejnost se zájmem sleduje drogovou problematiku (2/3 se zajímají o drogy a jejich účinky); 3/4 dotázaných si myslí, že má o drogách dostatek informací. Informace lidé nejčastěji získávají z médií, zejména z televize. Pro mladé lidi je typické i získávání informací od kamarádů, ze školy a z internetu. Největší důvěře se však těší zdroje odborné – lékaři, psychologové, pracovníci v prevenci a také speciální publikace o drogách a jejich účincích.

Většina rodičů se podle výzkumu domnívá, že by dokázali rozeznat, kdyby jejich dítě užívalo drogu (asi 3/4), a věděli by, jak se v takové situaci zachovat (2/3). Přesto by každý desátý rodič užívání drogy nepoznal a každý pátý by nevěděl, jak se zachovat. V protidrogové prevenci veřejnost požaduje jak přímou, tak nepřímou cestu, tedy doporučuje kombinovat osvětu, vysvětlování následků, správnou výchovu, využití volného času a sport (TNS Factum, 2004).

Rodiče dětí ve věku 10–18 let byli dotazováni také na postoje k užívání drog u vlastního dítěte (dotázáno bylo 225 respondentů, kteří s dítětem žijí v domácnosti). Celkem 40 % rodičů souhlasilo s tvrzením „nemám nic proti, aby mé dítě ochutnalo trošku alkoholu při rodinných oslavách“. Naproti tomu 44,6 % rodičů projevilo vážné obavy z užívání drog u svého dítěte.

### 3 Prevence

Všechny základní a střední školy v ČR mají zřízenou funkci školního metodika prevence a realizují minimální preventivní program v různé formě; školská primární protidrogová prevence je podporována okresními metodiky prevence a krajskými školskými koordinátory metodicky řízenými MŠMT.

Na školní, ale také na selektivní a indikované prevenci se v ČR významně podílí nestátní neziskové organizace (NNO). V r. 2005 byly schváleny standardy odborné způsobilosti pro primárně preventivní protidrogové programy.

Telefonické nebo internetové poradenství v oblasti drog poskytuje v ČR cca 130 subjektů, z toho přibližně 20 % nepřetržitě 24 hodin denně.

#### 3.1 Koordinace primární prevence

Akční plán 2005–2006 definuje řadu aktivit vztahujících se k následujícím cílům oblasti primární prevence:

- účinná koordinace primární prevence s jasně vymezenými kompetencemi subjektů participujících v oblasti primární prevence,
- dostupné, kvalitní a efektivní programy primární prevence,
- dostupnost programů cílené primární prevence a včasné intervence zaměřené na nejvíce ohrožené cílové skupiny,
- jednotný sběr dat v oblasti primární prevence.

Koordinaci primární prevence užívání drog je vládou pověřeno Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT). V r. 2004 byla MŠMT připravena Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství na období 2005–2008; hlavní cíle byly ve strategii definovány následovně:

- výchova ke zdravému životnímu stylu,
- rozvoj a podpora sociálních kompetencí,
- zkvalitněním koordinace a kontroly specifické primární prevence dosáhnout vyšší kvality a efektivity prováděných programů.

Konkrétní dlouhodobé, střednědobé a krátkodobé cíle se týkají především systémových změn, koordinace prevence a rozdělení kompetencí, financování programů a legislativy, výjimečně vzdělávání školních metodiků prevence a poskytovatelů služeb.

Strategie klade důraz na „specifickou primární prevenci“, tj. aktivity a služby, které se snaží předcházet užívání drog nebo jeho dalšímu rozvoji, a dále uvádí nutnost zaměřit se explicitně na cílové skupiny ohroženějších nebo rizikovějších jedinců (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2004b). Konkrétní cílové skupiny s ohledem na úroveň rizika však ve strategii uvedeny nejsou. Terminologie strategie je postavena na rozdělení specifické a nespecifické primární prevence; termíny jako univerzální, selektivní a indikovaná prevence nejsou do strategie zahrnuty.

Za hlavní slabé stránky v oblasti prevence je podle strategie považováno (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2004b):

- absence preventivních aktivit v rodinách a mimo školu,
- špatná spolupráce s rodiči,
- neměřitelnost efektivity programů, nejasné definování indikátorů,
- nedostatečné vzdělávání pedagogů a realizátorů preventivních programů,
- kontraproduktivní mediální politika ve vztahu k primární prevenci.

Jako ohrožující je v oblasti prevence vnímána absence pocitu zodpovědnosti za vlastní zdraví, vysoká společenská tolerance k legálním drogám, podceňování prevence, ale také nechut pedagogů vyvíjet aktivity, které nepřinášejí okamžitý výsledek (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2004b).

#### 3.2 Univerzální prevence – školní programy

Školní programy prevence tvoří stejně jako v uplynulém období největší podíl z celkového množství preventivních aktivit. Základem ve školách a školských zařízeních nadále zůstává Minimální preventivní program (neboli nověji dle MŠMT Školní preventivní strategie). Systém školních preventivních programů odborně a metodicky zajišťuje školní a okresní metodik prevence a krajský školský koordinátor – bližze výroční zprávy NMS za r. 2003 a 2004.

Bližší souhrnné informace o počtu, rozsahu nebo typech realizovaných programů nejsou k dispozici.

#### 3.3 Selektivní a indikovaná prevence

V současné době není k dispozici komplexnější přehled o situaci v oblasti selektivní a indikované prevence; existují ojedinělé programy na regionální/lokální úrovni realizované několika neziskovými organizacemi.



Žádný ze základních dokumentů české protidrogové politiky – Národní strategie 2005–2009, Akční plán 2005–2006 ani Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství na období 2005–2008 – tuto klasifikaci prevence nepoužívá a dále aktivity v těchto oblastech nedefinuje.

### 3.4 Aktivity NNO v oblasti prevence

Z celkového počtu 142 programů, kterým byla prostřednictvím dotačního řízení RVKPP poskytnuta dotace ze státního rozpočtu pro r. 2005, vykazovalo aktivity v oblasti primární prevence 67 programů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g). Jedná se jak o specializovaná preventivní centra, tak o organizace poskytující jiné typy služeb; ve 44 případech šlo o programy zařízení, která jsou zaměřena na oblast harm reduction – jde převážně o nízkoprahová centra v menších městech, která vzhledem ke svému postavení plní funkci tzv. drogové agentury, tedy poskytují uživatelům drog paralelně různé typy služeb.

Zmíněných 67 programů působilo celkem v 1 150 školách (46 mateřských škol, 701 základních, 387 středních, 10 vyšších odborných a 6 vysokých škol), v nichž oslovilo více než 131 tis. osob, z toho cca 98 tis. žáků základních škol a cca 31 tis. studentů středních škol (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g). Na základních školách převažují cykly přednášek a seminářů realizovaných v průběhu 3letého období (na téměř 46 % škol) a jednorázové přednášky (21 %), na středních školách se jednalo především o jednorázové přednášky (30 % škol) a jednorázové komponované pořady (25 %) doplněné 2letými cykly přednášek.

V rámci mimoškolních aktivit prevence pro děti a mládež bylo osloveno více než 7 tis. žáků ZŠ a téměř 3 tis. studentů SŠ; kromě jednorázových přednášek se jednalo také o programy včasné intervence a peer programy, ale rovněž o specifické programy zaměřené na romskou mládež, mládež ohroženou sociálně patologickými jevy, děti z azylového domu pro matky s dětmi a studenty bydlící na internátech (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g). Zároveň bylo kontaktováno téměř 7 tis. dospělých osob, převážně rodičů (více než 4 tis. osob) a pedagogů (více než 1 500 osob). Další téměř 20 tis. osob, převážně mládeže a mladých dospělých, bylo zapojeno do aktivit nízkoprahových klubů a zážitkových programů a bylo v kontaktu prostřednictvím internetové poradny.

### 3.5 Poradenství po telefonu a internetu, linky důvěry

V r. 2005 (v dubnu až září) byl proveden průzkum poradenské činnosti poskytované v ČR prostřednictvím telefonu a internetu. Poradenskou činnost v oblasti závislostí poskytují na jedné straně subjekty, které se orientují na krizovou intervenci po telefonu nebo na internetu a které se oblasti závislostí věnují jen okrajově (např. linky důvěry, krizové linky, internetové poradny), v případě potřeby pak odkazují klienta na specializované pracoviště. Druhou skupinou jsou subjekty specializované na prevenci a léčbu drogových závislostí, pro které je telefonické a internetové poradenství pouze jednou z jejich aktivit.

Poradenství v oblasti závislostí poskytuje v ČR 127 subjektů, z nich 121 poskytlo podrobnější informace o své činnosti (Sadílek a Mravčík, 2006). Bezplatné linky pomoci fungují v ČR celkem 3 (začínají číslem 800), závislostem se věnují jen okrajově. Celkem 20 % ze všech subjektů poskytuje poradenství 24 hodin denně, poradenství prostřednictvím internetu poskytuje cca 40 % subjektů. Nejčastěji se jedná o dotazy rodičů a rodinných příslušníků, co dělat, když jejich dítě nebo jiný příbuzný užívá drogy, a žádosti o pomoc s vlastní drogovou závislostí, dotazy na možnosti léčby a prosby o její zprostředkování.

Průzkum ukázal, že v praxi je poradenská činnost po telefonu spojena s řadou problémů (např. finanční problémy, nedostatečná spolupráce mezi organizacemi v regionu, zkrácená představa veřejnosti o zařízeních drogové prevence a léčby). Doporučení pro zlepšení situace zahrnují vytvoření bezplatné linky zaměřené výhradně na problematiku prevence a léčby závislostí, proškolení pracovníků zařízení prevence a léčby v telefonické krizové intervenci, zavedení jednotného standardizovaného záznamu telefonického rozhovoru; prioritní je zpracování metodiky a standardů pro poradenskou činnost poskytovanou po internetu (Sadílek a Mravčík, 2006). Jedním z výstupů je seznam linek pomoci a internetových drogových poraden v ČR, který je dostupný také v rámci Mapy pomoci na webových stránkách NMS ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)).

V r. 2005 byl Českou asociací pracovníků linek důvěry (ČAPLD) schválen Etický kodex internetového poradenství, který v českých podmínkách chyběl.

Poskytování informací a poradenských služeb prostřednictvím internetu se v ČR rychle rozvíjí. Internet je atraktivní médium pro cílovou populaci zvláště rekreačních uživatelů drog, kteří nevyužívají žádných jiných služeb poskytovaných uživatelům drog, a internetové služby jsou vhodnou alternativou prvního kontaktu s touto skrytou populací. Další skupinou, která často využívá internetových služeb, jsou rodinní příslušníci a blízcí uživatelů drog.

Internetovou drogovou poradnu o.s. SANANIM ([www.drogovaporadna.cz](http://www.drogovaporadna.cz)) navštívilo v r. 2005 celkem 98 904 internetových uživatelů, což je dvojnásobek oproti r. 2004 (48 195 návštěv). Oblíbenost stránek i nadále roste, jen za 1. pololetí r. 2006 bylo zaznamenáno již 61 628 návštěv. Celkem bylo v r. 2005 zadáno 2 989 dotazů (oproti 2 112 v r. 2004), nejčastěji kladli dotazy uživatelé drog (990 dotazů), rodiče a jiní příbuzní (431 dotazů) a partneři (252). Dotazy se týkaly nejčastěji pervitinu (789) a konopných látek (643), za nimi následovaly dotazy týkající se alkoholu (336) a heroínu (211); u 707 dotazů nebyl specifikován typ drogy. Celkem 861 dotazů se týkalo potřeby pomoci

(sobě), 815 dotazů směřovalo na informace o drogách, 469 dotazů bylo přímo cíleno na léčbu a dalších 464 na pomoc druhé osobě. Mezi nejčastěji vyhledávané výrazy patřily pervitin, heroin, marihuana a extáze (Marečková, 2006).

### 3.6 Další aktivity v oblasti prevence

V lednu 2005 byly vydány stravovací kartičky pro žáky základních škol a studenty středních škol s obrázky na protidrogové téma, zaměřené na prevenci. Pro žáky základních škol bylo vyrobeno 7 variant zaměřených na různé drogy (např. obrázek 3-1); 3 varianty kartiček pro studenty středních škol odkazují na webové stránky určené mládeži, učitelům a rodičům ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz), [www.odrogach.cz](http://www.odrogach.cz), [www.drogovaporadna.cz](http://www.drogovaporadna.cz)). Celkem bylo v r. 2005 distribuováno 254 619 kartiček – 227 194 bylo určeno žákům ZŠ, 23 224 studentům SŠ a 4 201 dospělým osobám. Distribuce kartiček pokračuje i v r. 2006.

obrázek 3-1: Příklad předních stran stravovacích kartiček pro žáky ZŠ a studenty SŠ



Tráva? Krmí se jí vůl i kráva.

([www.odrogach.cz](http://www.odrogach.cz))



V r. 2005 pokračovala distribuce DVD se 6 autorskými dokumentárními filmy o drogách v rámci projektu Jeden svět na školách, který provozuje společnost Člověk v tísni (filmy byly odvysílány Českou televizí v r. 2003 a distribuovány do škol na VHS v letech 2003–2004 pod společným názvem Když musíš, tak musíš?). V r. 2005 bylo do škol rozesláno 916 DVD spolu s doprovodnou brožurou. Celý projekt byl hrazen z prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku.

V r. 2005 vydal sekretariát RVKPP ve spolupráci s o.s. SANANIM a MŠMT českou verzi publikace Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí – příručka o efektivní školní drogové prevenci<sup>7</sup>. Publikace shrnuje zásady přípravy, plánování a realizace školních programů prevence užívání drog, přehled efektivních intervencí a podává také informace o významu a metodách hodnocení preventivních programů. Zároveň obsahuje řadu praktických návodů a nástrojů k vyhodnocení aktuální situace a realizaci školních preventivních programů a jejich evaluaci (Lejčková, 2006).

V listopadu 2004 zajistilo o.s. Prev-Centrum v Praze český překlad a vydání publikace Handbook Prevention: Drug, Alcohol, a Tobacco<sup>8</sup> pod českým názvem Příručka prevence: drog, alkoholu a tabáku. Na vydání se podílelo velvyslanectví Nizozemského království a Magistrát hl. m. Prahy, publikace byla distribuována do všech pražských základních a středních škol, pedagogicko-psychologických poraden, knihoven a dalších odborných institucí zabývajících se primární prevencí užívání návykových látek. Publikace je zdrojem detailních informací potřebných pro plánování, realizaci a následně i zhodnocení programů primární prevence.

### 3.7 Evaluace preventivních programů

V červnu 2005 schválila vláda usnesením č. 700/2005 Pravidla pro vynakládání finančních prostředků na protidrogovou politiku; jednou z podmínek pro přidělení dotace na r. 2007 byla stanovena certifikace odborné způsobilosti dané služby. Jedná se o uznání kvality programu a jeho souladu s kritérii stanovenými Standardy odborné způsobilosti. Standardy kvality programů primární prevence, schválené RVKPP 30. 9. 2005, byly definovány pro programy specifické primární prevence poskytované v rámci školní docházky i mimo ni, pro programy včasné intervence, vzdělávací programy a ediční činnost v oblasti primární prevence. U jednotlivých programů jsou hodnoceny následující aspekty (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2004a):

- jejich přístupnost (tj. rovný přístup ke klientům a finanční dostupnost),
- dodržování práv klientů,
- způsob realizace programu,
- odborná způsobilost pracovníků a jejich profesní rozvoj,
- dostupnost programu (územní i časová),
- rozpočet a hospodaření s finančními prostředky,
- úroveň hodnocení kvality a efektivity programů.

<sup>7</sup> Náklad 4000 ks; publikace původně vydána v Nizozemsku.

<sup>8</sup> Publikace holandských autorů vydaná původně v r. 1998 s pomocí Skupiny Pompidou Rady Evropy.

Samotný proces certifikace služeb primární prevence zatím nebyl zahájen. Usnesením vlády č. 693/2006 byl termín zahájení procesu certifikací programů primární prevence stanoven na 2. 10.2006 a povinnost doložit certifikát odborné způsobilosti při podání žádosti o finanční prostředky na program protidrogové politiky (dotace) až pro r. 2008.

Hodnocením účinnosti prevence sociálně patologických jevů ve školách a školských zařízeních je pověřena Česká školní inspekce, která každoročně hodnotí realizaci preventivních programů ve vybraných školách. Na jaře 2005 bylo inspektováno celkem 90 škol – 45 základních, 25 středních, 16 škol pro žáky se specifickými vzdělávacími potřebami a 4 dětské domovy. Hodnocení se týkalo především činnosti školních metodiků prevence a zapojení ostatních pracovníků do prevence, spolupráce škol s rodiči a poskytovateli preventivních programů, Školní preventivní strategie (neboli Minimálního preventivního programu) a dalších aktivit dané školy (Česká školní inspekce, 2005).

Minimální preventivní program (MPP) mělo zpracováno 89 z celkového počtu 90 škol; u 11 % základních a 12 % středních škol však MPP nebyl v souladu s metodickými pokyny MŠMT, 11 % základních škol (ZŠ) a 4 % středních škol (SŠ) preventivní program pravidelně nevyhodnocovalo, obsah MPP nebyl často přizpůsoben aktuální situaci na škole (18 % ZŠ a 44 % SŠ). Přibližně 10 % z hodnocených MPP obsahovalo pouze výčet akcí (Česká školní inspekce, 2005).

Jednotlivé školy uváděly výskyt sledovaných jevů v daném školním roce – na základních školách se jednalo nejčastěji o výskyt vulgárního chování, krádeží; na středních školách o kouření a záškoláctví (tabulka 3-1). Užívání a distribuci drog řešilo v daném školním roce 22 % ZŠ a 32 % SŠ (Česká školní inspekce, 2005).

tabulka 3-1: Výskyt negativních sociálních jevů na školách, v % hodnocených škol (Česká školní inspekce, 2005)

Jev	Výskyt na ZŠ	Výskyt na SŠ
Vulgární chování	86,7	60,0
Vandalismus	71,1	36,0
Kouření	71,1	80,0
Záškoláctví	68,9	72,0
Šikana	48,9	56,0
Krádeže	80,0	68,0
Konzumace alkoholu	51,1	28,0
Užívání a distribuce drog	22,2	32,0
Rasismus a xenofobie	15,6	0,0
Virtuální drogy	8,9	0,0

Výskyt problémů ve škole byl zjišťován také prostřednictvím dotazníkového šetření na sledovaných školách. Celkem bylo dotázáno 2 906 žáků ZŠ a 1 220 studentů SŠ. Užívání drog ve škole připouští téměř 50 % studentů SŠ a téměř 25 % žáků ZŠ, předávání drog pak 20 % studentů SŠ a 10 % žáků ZŠ (Česká školní inspekce, 2005).

V dřívějších letech se hodnocením Minimálního preventivního programu na školách zabýval také Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR (IPPP), poslední zpráva je však k dispozici za školní r. 1998–1999 (Slavíková et al. 2000).

## 4 Problémové užívání drog

Problémové užívání drog je v ČR definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a drog amfetaminového typu. Kokain není součástí národní definice, v ČR se vyskytuje stále sporadicky – blíže speciální kapitola Kokain a crack, str. 74

U opiátů se jedná především o heroin, v některých regionech je ve stále větší míře užíván buprenorfin (Subutex) – a to ať už získaný legálně u lékaře či na černém trhu; podomácku vyráběné opiáty z léků či z makovic máku setého jsou spíše (sezónní) výjimkou. Co se týče drog amfetaminového typu, je jejich problémové užívání v ČR omezeno výhradně na metamfetamin (pervitin).

Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v r. 2005 mírně stoupl na cca 32 tisíc, z toho je cca 11,5 tisíce uživatelů opiátů, 20,5 tisíce uživatelů pervitinu; cca 30 tisíc problémových uživatelů drog užívá injekčně. Zvyšuje se zejména počet (většinou injekčních) uživatelů Subutexu a jejich podíl na počtu uživatelů opiátů – tento trend potvrzují také další zdroje dat. Nárůst počtu uživatelů pervitinu je patrný jak z dat o klientech z nízkoprahových zařízení, ze kterých jsou prováděny prevalenční odhady (viz také kapitola Služby nízkoprahových zařízení, str. 45), tak z registru žadatelů o léčbu.

Počet léčených uživatelů drog v r. 2005 poklesl. U všech hlavních skupin drog došlo k poklesu prvních i všech žádostí o léčbu s výjimkou všech žádostí u pervitinu. Počet léčených injekčních uživatelů, žen i uživatelů do 19 let věku meziročně klesl. Dále dochází k růstu průměrného věku žadatelů o léčbu.

Přetrvává vysoký podíl (80–90 %) injekčních uživatelů mezi všemi problémovými uživateli pervitinu a opiátů (jak heroinu, tak Subutexu).

### 4.1 Odhady prevalence a incidence problémového užívání drog

Národní prevalenční odhad problémových uživatelů drog byl v r. 2005 proveden multiplikační metodou s použitím dat z nízkoprahových zařízení. Jako základ pro výpočet byl použit počet problémových uživatelů v kontaktu s hláscími nízkoprahovými zařízeními extrapolovaný na celkový počet těchto zařízení v ČR. Multiplikátor – odhadovaný podíl problémových uživatelů v kontaktu s těmito zařízeními (in-treatment rate), byl získán nominační technikou<sup>9</sup> v rámci studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog – blíže kapitola Infekce spojené s užíváním drog, str. 38.

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

tabulka 4-1: Vývoj prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006c)

Rok	Počet problémových uživatelů celkem		Počet uživatelů opiátů		Počet uživatelů pervitinu		Počet injekčních uživatelů	
	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let
2002	35 100	4,89	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,10

V r. 2005 byl dále proveden celonárodní reprezentativní omnibusový<sup>10</sup> průzkum mezi lékaři v ČR, který pravidelně provádí agentura INRES-SONES a Lékařské informační centrum. Do tohoto průzkumu byly zařazeny otázky pro praktické lékaře s cílem zjistit prevalenci problémových uživatelů opiátů a pervitinu, podobně jako v průzkumu provedeném za r. 2003 (Mravčík et al. 2005b). Praktickým lékařům pro dospělé i pro děti byly položeny 3 otázky: (1) „Kolik pacientů máte registrováno?“, (2) „Kolik (podle Vašich informací nebo odhadu) Vašich pacientů užívá injekčně nebo pravidelně nebo dlouhodobě heroin nebo jiné nelegální opiáty?“, (3) „Kolik (podle Vašich informací nebo odhadu) Vašich pacientů užívá injekčně nebo pravidelně nebo dlouhodobě pervitin (metamfetamin)?“<sup>11</sup>. Průzkumu se v r. 2005 zúčastnilo 180 praktických lékařů pro dospělé a 118 dětských praktických lékařů. Výsledky dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři ukazuje tabulka 4-2.

<sup>9</sup> Vzhledem k tomu, že v r. 2005 nebyla získána nová data, byl použit stejný multiplikátor jako pro odhad za r. 2004.

<sup>10</sup> Zaměřený na více témat – obsahující více tematických modulů.

<sup>11</sup> Zlomek  $\Sigma(2) / \Sigma(1)$ , resp.  $\Sigma(3) / \Sigma(1)$  potom udává prevalenci problémových uživatelů opiátů, resp. pervitinu (v přepočtu na 1 000 dospělých osob příslušného věku).

tabulka 4-2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v r. 2003 a 2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006d)

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

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

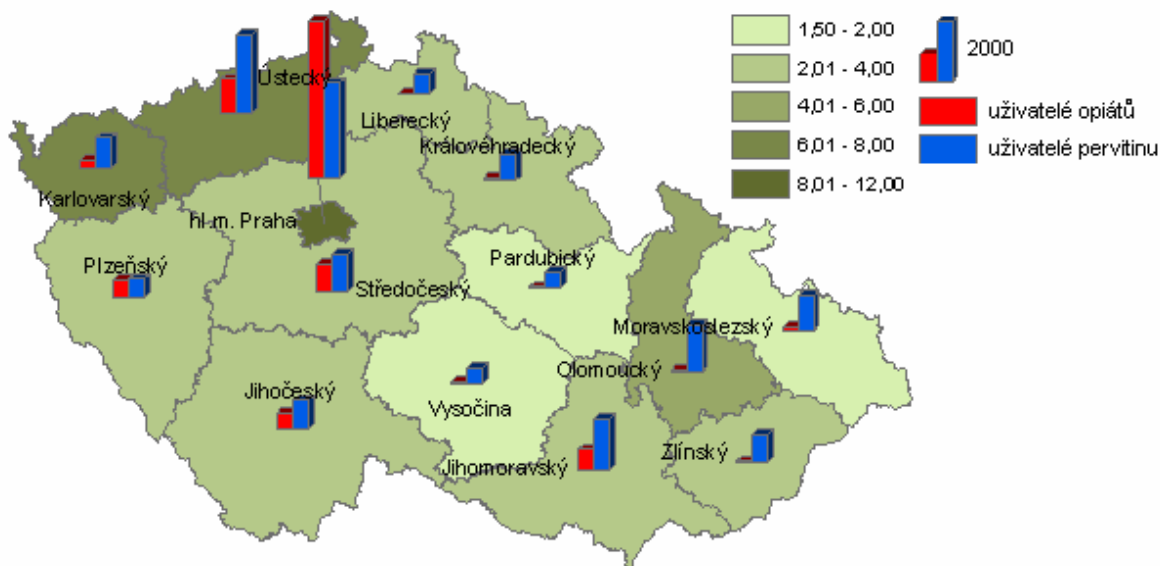
Prevalenční odhady získané prostřednictvím praktických lékařů velmi pravděpodobně nadhodnocují počet uživatelů opiátů, u pervitinu je tomu pravděpodobně naopak. Zatímco uživatelé opiátů mohou u praktických lékařů absolvovat substituční léčbu Subutexem (a tím tedy s nimi být ve zvýšeném kontaktu), pro uživatele pervitinu žádná podobná léčebná alternativa u praktických lékařů neexistuje.

Pro r. 2005 byly provedeny prevalenční odhady multiplikační metodou také na úrovni krajů ČR – tabulka 4-3. Vzhledem ke specifikům zdrojových dat z různých krajů a rozdílům reálného podílu problémových uživatelů drog v kontaktu oproti „průměrné“ hodnotě za ČR je potřeba vnímat uvedené odhady dle krajů orientačně.

tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2005 podle krajů ČR (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006c)

Kraj	Počet problémových uživatelů celkem	Počet uživatelů opiátů	Počet uživatelů pervitinu	Počet injekčních uživatelů
PHA	9 800	6 100	3 700	9 650
STC	2 500	1 050	1 450	2 300
JHC	1 700	600	1 100	1 600
PLK	1 450	700	750	1 350
KVK	1 450	300	1 150	1 400
ULK	4 450	1 350	3 100	3 950
LBK	750	<50	750	750
HKK	1 150	150	1 000	1 050
PAK	600	<50	600	500
VYS	600	<50	600	550
JHM	2 800	800	2 000	2 550
OLK	1 900	100	1 800	1 650
ZLK	1 150	<50	1 100	1 100
MSK	1 500	150	1 350	1 350
<b>Celkem</b>	<b>31 800</b>	<b>11 300</b>	<b>20 500</b>	<b>29 800</b>

mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let a podíl problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006c)



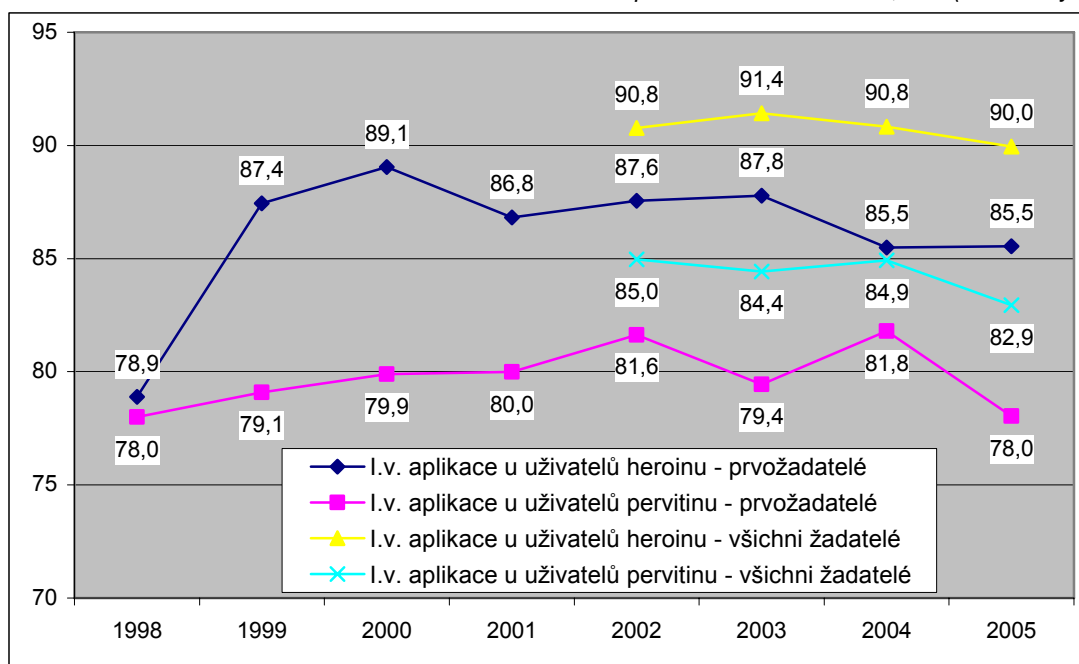
K mírnému nárůstu odhadovaného počtu došlo jak u uživatelů pervitinu, tak opiátů. Tento nárůst je v případě pervitinu pravděpodobně způsoben dalším rozšířením pervitinu do prostředí noční zábavy a tanečních akcí včetně

menších měst. Na růstu odhadovaného počtu uživatelů opiátů se podílí nárůst počtu uživatelů Subutexu získaného na černém trhu jako primární drogy.

#### 4.1.1 Injekční užívání drog

Podíl injekčních uživatelů heroinu mezi prvožadateli o léčbu se dlouhodobě pohybuje mezi 85–90 % (s výjimkou r. 1998, kdy dosahoval necelých 80 %). Injekční aplikace mezi prvožadateli o léčbu v souvislosti s užíváním pervitinu je méně častá, dlouhodobě se pohybuje okolo 80 %. Podíl injekčních uživatelů heroinu a pervitinu mezi všemi žadateli o léčbu je o 3–5 % vyšší než u prvožadatelů – pro heroin nepatrně nad 90 %, pro pervitin pod 85 %. Vývoj v r. 1998–2005 zachycuje obrázek 4-1; více o žadatelích o léčbu – kapitola Profil uživatelů drog v léčebných zařízeních, str. 24.

obrázek 4-1: Podíl injekční aplikace u prvožadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu v r. 1998–2005 a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu v r. 2002–2005, v % (Polanecký et al. 2006)



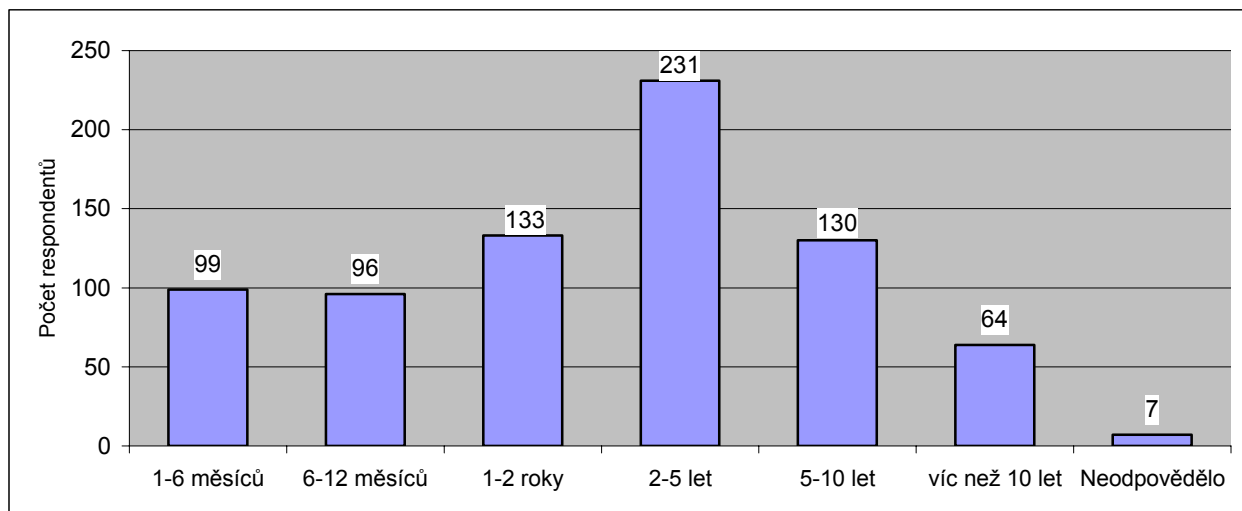
Studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog se od září 2002 do prosince 2003 zúčastnilo 760 respondentů s validním výsledkem anti-HCV testu, z toho 495 (65,1 %) mužů a 265 (34,9 %) žen (Mravčík et al. 2006). Věk zúčastněných osob se pohyboval od 15 do 59 let, s průměrem 24,6 let (modus 19 let, medián 23 let), největší zastoupení měla věková skupina 20–24 let (38,2 %). Všichni respondenti byli aktuálně (v posledních 12 měsících) užívající injekční uživatelé drog. Z toho 740 (97,4 %) respondentů užilo drogu injekčně v posledních šesti měsících, 661 (87 %) během posledního měsíce; jen 1,8 % (19 osob) uvedlo poslední injekční užití v dřívější době.

Celkem 232 (30,5 %) respondentů užilo drogu injekčně poprvé před dvěma lety a méně, 527 (69,3 %) před více než dvěma lety.

Délku pravidelného injekčního užívání (sumu všech období pravidelného užívání) respondentů uvádí obrázek 4-2.

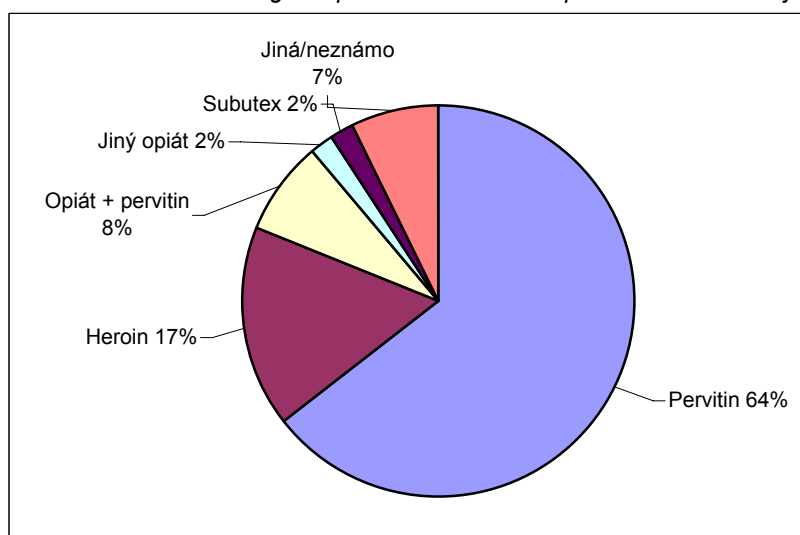


obrázek 4-2: Délka pravidelného injekčního užívání respondentů studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog (Mravčík et al. 2006)



Z hlediska užívaných drog je struktura vzorku následující: heroin jako primární drogu užívanou v současnosti uvedlo 127 (16,7 %), Subutex 14 (1,8 %), jiný opiát (opium, kodein, braun<sup>12</sup>, metadon) 16 (2,1 %), pervitin 490 (64,7 %), vzájemnou kombinaci opiátu a pervitinu pak 58 (7,6 %) respondentů. 55 (7 %) osob uvedlo jako primární drogu jinou, než byla v odpovědích nabídnuta. Nejčastěji se jednalo o konopné látky – 43 osob, 3 osoby udaly jako svou primární drogu též látky, 2 osoby extázi<sup>13</sup>; v jednom případě byl uveden kokain – obrázek 4-3.

obrázek 4-3: Primární droga respondentů studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog (Mravčík et al. 2006)



Frekvenci injekčního užívání podle toho, zda daná osoba užívá či neužívá opiáty, uvádí tabulka 4-4. Je patrná častější injekční aplikace u uživatelů opiátů.

tabulka 4-4: Frekvence injekčního užívání podle užívání opiátů (Mravčík et al. 2006)

Frekvence	Užívání opiátů				Celkem	
	Ano		Ne		Abs.	%
	Abs.	%	Abs.	%		
Méně než 1× za měsíc	27	12,6	104	19,3	131	17,4
1–4× měsíčně	35	16,4	143	26,6	178	23,7
2–3× týdně	29	13,6	141	26,2	170	22,6
4–6× týdně	13	6,1	63	11,7	76	10,1
Denně	50	23,4	43	8,0	93	12,4
Vícekrát denně	60	28,0	44	8,2	104	13,8
<b>Celkem</b>	<b>214</b>	<b>100,0</b>	<b>538</b>	<b>100,0</b>	<b>752</b>	<b>100,0</b>

<sup>12</sup> Směs opiátů vyráběných podomácku z léčivých přípravků, obsahuje především kodein.

<sup>13</sup> V těchto 48 případech šlo zřejmě o nepochopení otázky, která směřovala k primární injekční droze.

#### 4.1.1.1 Rizikové chování injekčních uživatelů drog

Výskyt rizikových faktorů injekčního užívání drog zjištěných ve studii Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog:

- 585 respondentů (77 %) někdy aplikovalo drogu injekční stříkačkou, kterou již někdo jiný použil, z toho 104 (13,7 %) použilo stříkačku výhradně po svém partnerovi; naopak 158 (20,8 %) respondentů aplikaci použitou stříkačkou popřelo. Výsledky sdílení dalších pomůcek jsou obdobné. 228 respondentů (39,0 % z těch, co uvedli sdílení jehel) uvedlo, že aplikovalo použitou stříkačkou poprvé v posledním roce.
- 302 (39,7 %) dotázaných bylo někdy vězněno (z toho ve vazbě 90 a ve výkonu trestu 212 osob). Z těchto 302 respondentů 120 (39,7 %) uvedlo, že ve vězení někdy injekčně aplikovalo, 10 z nich vůbec poprvé v životě.
- V zahraničí někdy užilo injekčně drogy 163 (21,4 %) respondentů. Z toho nejvíce v Německu (58), Nizozemí (22), Francii (15), na Slovensku (15) a ve Španělsku (12).
- 96 (12,6 %) dotázaných sdílelo někdy injekční stříkačku s cizincem, z toho nejčastěji byli uváděni Němci (14), Slováci (12), Ukrajinci (8) a Rusové (8).
- 190 dotázaných (25,0 %) si bylo vědomo, že použilo stříkačku po někom, kdo byl VHC pozitivní; dalších 273 (35,9 %) nevědělo, zda osoba, po které si aplikovali, byla či nebyla pozitivní.

Výskyt rizikového sexuálního chování u respondentů stejné studie:

- Více než 10 sexuálních partnerů v životě uvedlo 425 (55,9 %) respondentů, 5 a méně sexuálních partnerů mělo 164 (21,7 %) respondentů. 580 (76,3 %) dotázaných uvádí, že mezi sexuálními partnery byl alespoň jeden uživatel drog.
- 75,2 % respondentů uvádí, že vždy nebo většinou mají sexuální styk bez kondomu.
- Sexuální styk za peníze, služby nebo drogy uvedlo 100 (13,1 %) respondentů, častěji se jednalo o ženy – tabulka 4-5.

tabulka 4-5: Zkušenosti se sexem za peníze, služby nebo drogy ve studii Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog podle pohlaví (Mravčík et al. 2006)

Pohlaví		Komerční sex			Celkem
		Nikdy	Výjimečně	Často	
Muži*	Abs.	450	36	8	494
	%	91,1	7,3	1,6	100,0
Ženy	Abs.	209	38	18	265
	%	78,9	14,3	6,8	100,0
Celkem	Abs.	659	74	26	759
	%	86,8	9,7	3,4	100,0

Pozn.: \* 1 muž na otázku neodpověděl.

#### 4.2 Profil uživatelů drog v léčebných zařízeních

Údaje o uživatelích drog, kteří byli klienty nízkoprahových a léčebných zařízení, jsou k dispozici především díky celostátnímu systému hlášení do registru žádostí o léčbu, který od r. 1995 spravuje hygienická služba (HS). Do registru žadatelů o léčbu jsou zařazeni ti uživatelé drog, kteří v daném roce využili léčebných, poradenských či sociálních služeb v zařízeních pro uživatele drog, zvláště jsou evidováni ti uživatelé, kteří tak učinili prvně v životě – dále „prvožadatelé“ (Polanecký et al. 2006).

Dalšími zdroji dat o léčených uživatelích drog jsou data Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) z lůžkových a ambulantních psychiatrických zařízení a z center substituční léčby. Do registrů ÚZIS přispívá větší počet zdravotnických zařízení než do registru HS, v němž nejsou zařazena např. zařízení poskytující substituční léčbu a ani přibližně třetina všech zdravotnických ambulantních pracovišť. Registr HS shromažďuje data i z nezdravotnických zařízení pro uživatele drog, jedná se o terapeutické komunity, nízkoprahová centra a nezdravotnická ambulantní zařízení.

Díky sjednocenému systému sběru dat v nízkoprahových zařízeních (FreeBase<sup>14</sup>) a závěrečným zprávám dotačního řízení RVKPP jsou od r. 2003 k dispozici také údaje o klientech nízkoprahových zařízení.

Podrobnější data ÚZIS jsou uvedena v kapitole Léčba, str. 29, data o klientech nízkoprahových zařízení v kapitole Služby nízkoprahových zařízení, str. 45.

##### 4.2.1 Registr žádostí o léčbu hygienické služby

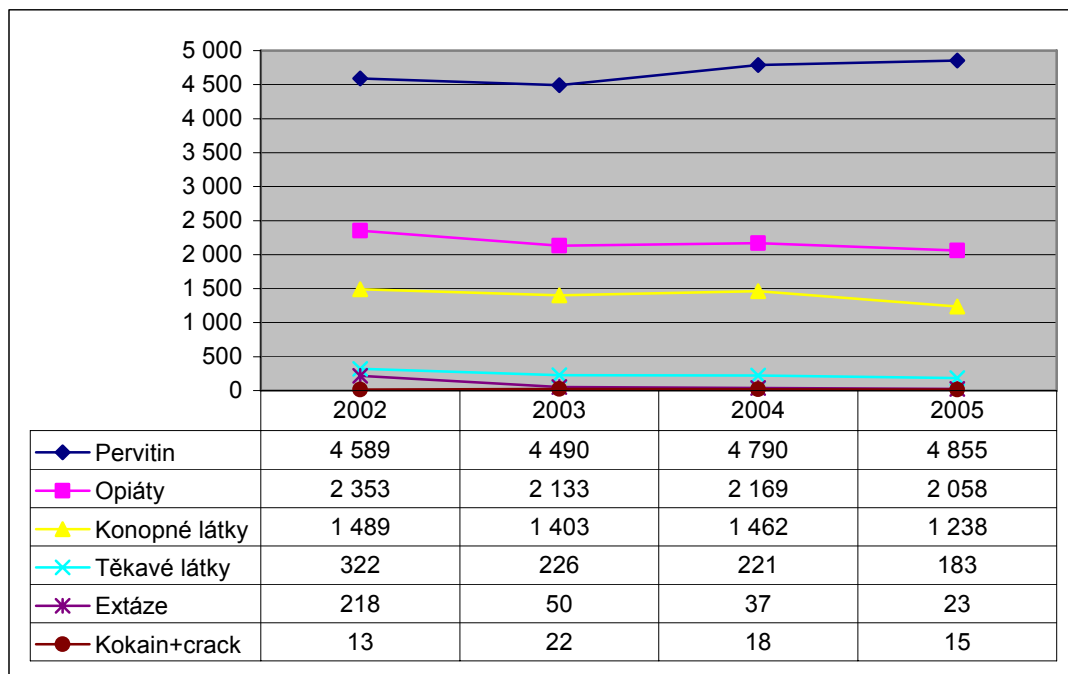
V r. 2005 přispívalo do registru celkem 253 léčebných a kontaktních center (76 nízkoprahových, 122 ambulantních a 55 lůžkových zařízení). Nejnavštěvovanějším typem zařízení jsou nízkoprahová centra, jejich klienti tvořili stejně jako v předchozích letech přes polovinu všech žadatelů o léčbu.

<sup>14</sup> Viz <http://freebase.drogy-info.cz>.

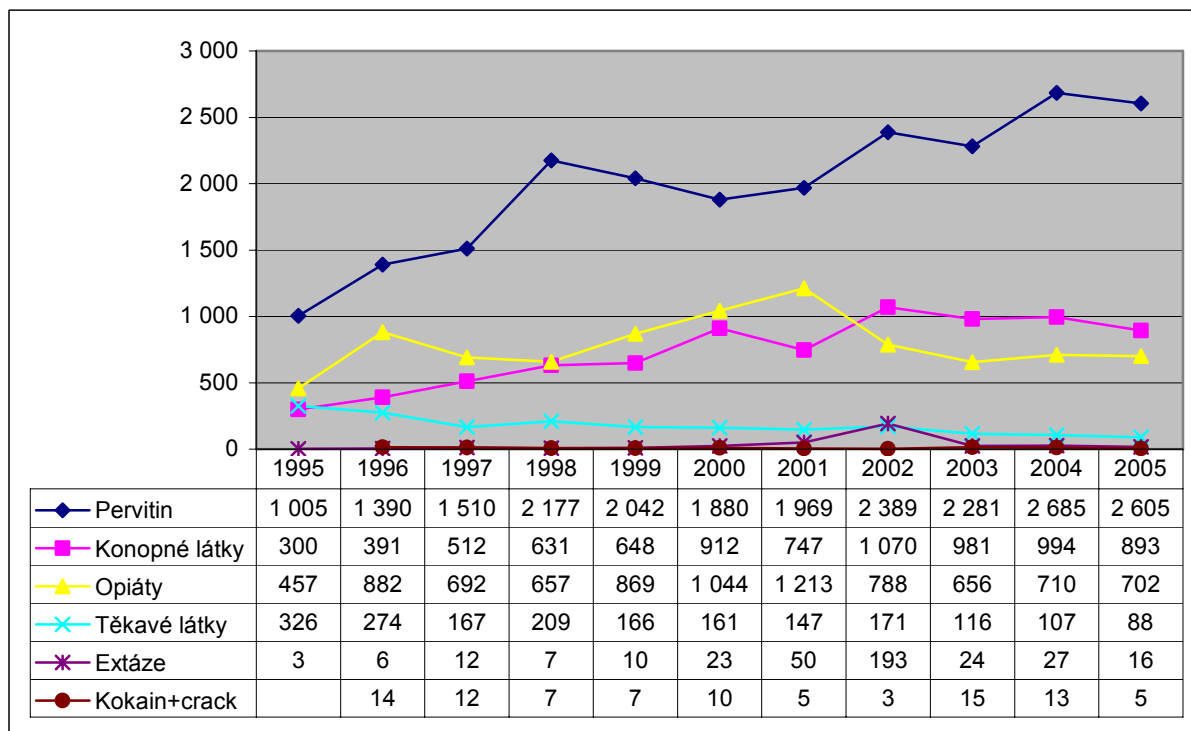


V r. 2005 vyhledalo léčebné služby uvedených zařízení celkem 8 534 (83,7 na 100 tis. obyvatel) uživatelů drog, tj. o 3,5 % méně než v r. 2004. Z toho 4 372 (42,9 na 100 tis. obyvatel) osob (o 5 % méně než v r. 2004) požádalo o léčbu poprvé. Nejvíce, přes 57 % osob vyhledalo léčbu v souvislosti s užíváním stimulantů, zejména pervitinu, mezi prvožadatelí je podíl uživatelů stimulantů ještě vyšší (60 %). Druhou nejpočetnější skupinou mezi všemi žadateli jsou uživatelé opiátů (24 %) a mezi prvožadatelí uživatelé konopných látek (20 %); podíl uživatelů opiátů mezi prvožadatelí je 13 %. Pořadí podle užívaných drog zůstává od r. 2002 stejné (obrázek 4-4, obrázek 4-5). V r. 2005 bylo hlášeno 225 (tj. 2,6 % všech žadatelů) uživatelů Subutexu – více kapitola Substitute a udržovací programy, str. 33.

obrázek 4-4: Počet žadatelů o léčbu podle užívané drogy 2002–2005 (Polanecký et al. 2006)



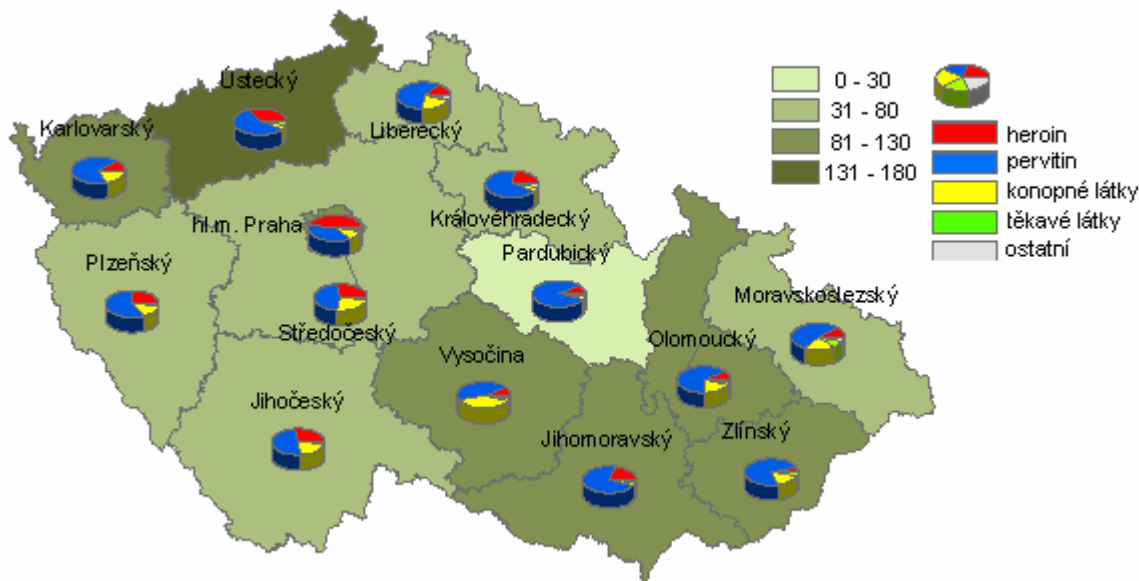
obrázek 4-5: Počet prvožadatelů o léčbu podle užívané drogy 1995–2005 (Polanecký et al. 2006)



Míra prevalence a incidence žádostí o léčbu a poměr užívaných drog se v jednotlivých regionech liší. Nejvyšší prevalence mají Ústecký kraj a Praha, nejvyšší incidence je v Karlovarském a Ústeckém kraji. Stejně jako v předchozích letech je Praha jediným regionem, kde je podíl uživatelů opiátů vyšší než podíl uživatelů některé z dalších drog; v ostatních krajích je nejvyšší podíl uživatelů pervitinu. Uživatelé opiátů jsou významněji zastoupeni

ještě v Ústeckém, Jihočeském a Plzeňském kraji, uživatelé konopných látek tvořili významný podíl v kraji Vysočina a ve Středočeském kraji – mapa 4-2.

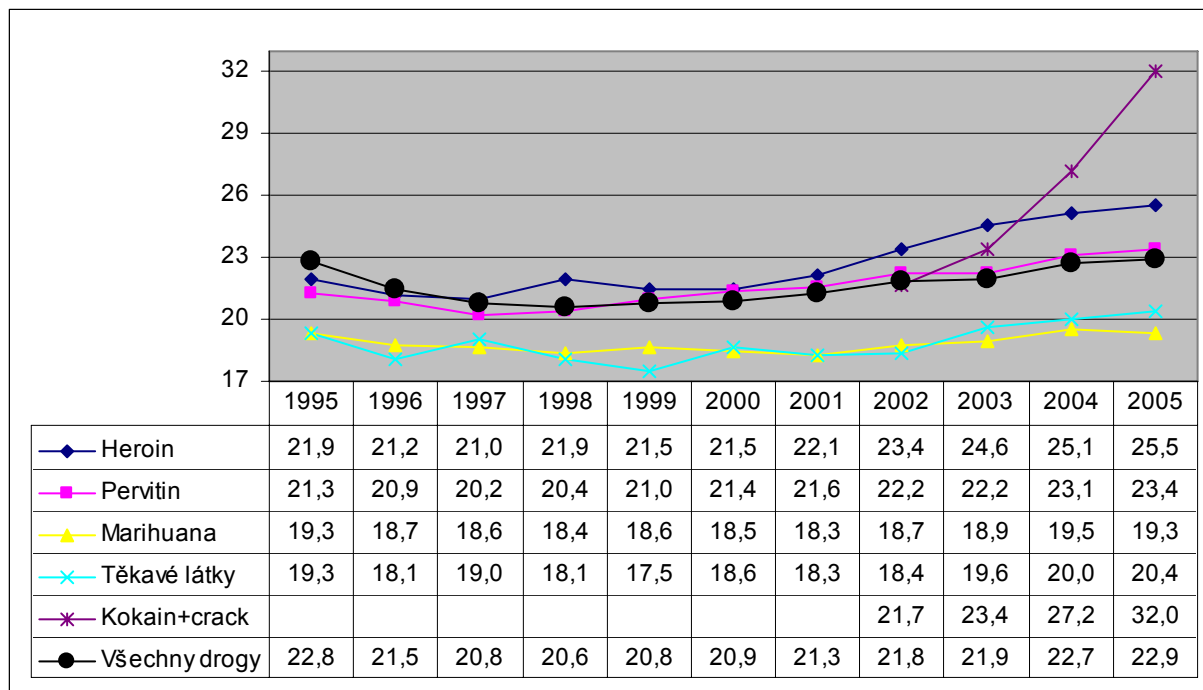
mapa 4-2: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2005 (na 100 tis. obyvatel) (Polanecký et al. 2006)



Rovněž základní charakteristiky žadatelů o léčbu podle užívaných drog se odlišují. Uživatelé opiátů byli v průměru nejstarší<sup>15</sup> (26,4 roku), podíl mužů v této skupině byl 70 %; mezi uživateli pervitinu byl nižší podíl mužů (67,5 %) a průměrný věk (24,5 roku); nejvyšší podíl mužů byl mezi uživateli těkavých (83,1 %) a konopných látek (74,6 %), nejmladší skupinou byli uživatelé konopných látek (20 let).

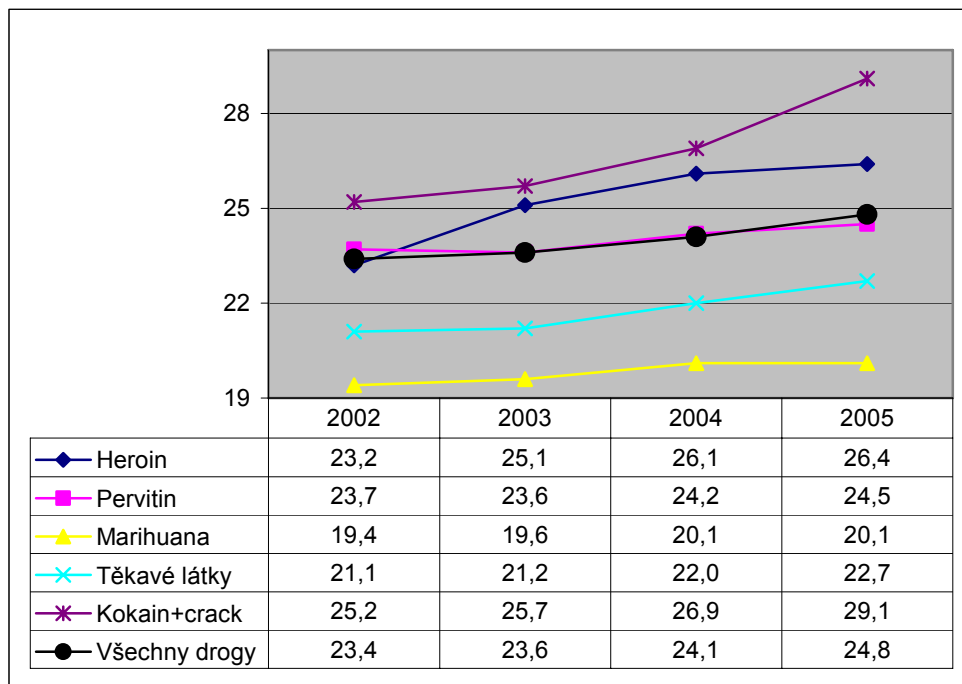
Věk žadatelů o léčbu se zvyšuje, nejčetnější věkovou skupinou byli v r. 2005 25–39letí (39,4 % všech žadatelů), prvožadatelé byli v r. 2005 poprvé nejčastěji (33,7 %) ve věku 20–24 let (doposud 15–19 let). Průměrný věk žadatelů o léčbu se zvyšuje, nejrychleji u uživatelů opiátů a těkavých látek – obrázek 4-6 a obrázek 4-7.

obrázek 4-6: Průměrný věk prvožadatelů v r. 1995–2005 – vybrané drogy (Polanecký et al. 2006)



<sup>15</sup> Mimo uživatelů kokainu, jejichž počet je velmi nízký.

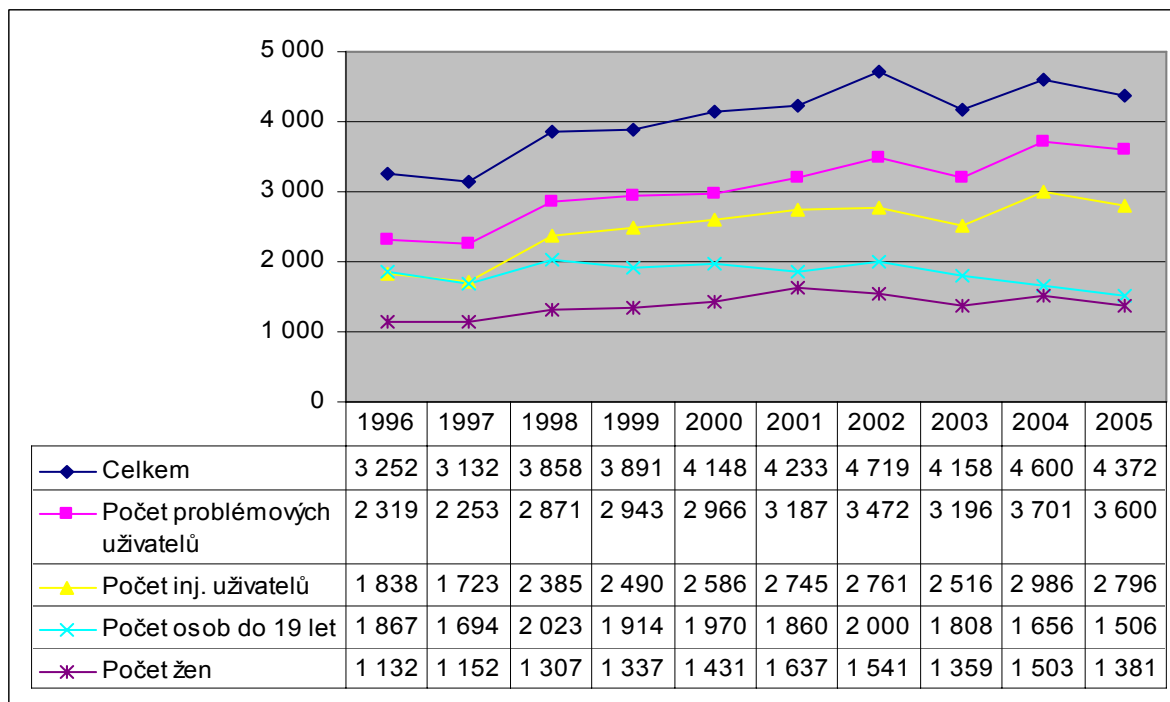
obrázek 4-7: Průměrný věk žadatelů v r. 2002–2005 – vybrané drogy (Polanecký et al. 2006)



Poměr pohlaví mezi žadateli o léčbu se dlouhodobě příliš nemění, ženy tvoří přibližně třetinu žadatelů o léčbu. Podíl mužů se od r. 2002 mírně zvyšuje. Ve věkové kategorii 15–19 let je podíl mužů nejnižší, mezi uživateli pervitinu v této věkové skupině ženy dokonce mírně převažují.

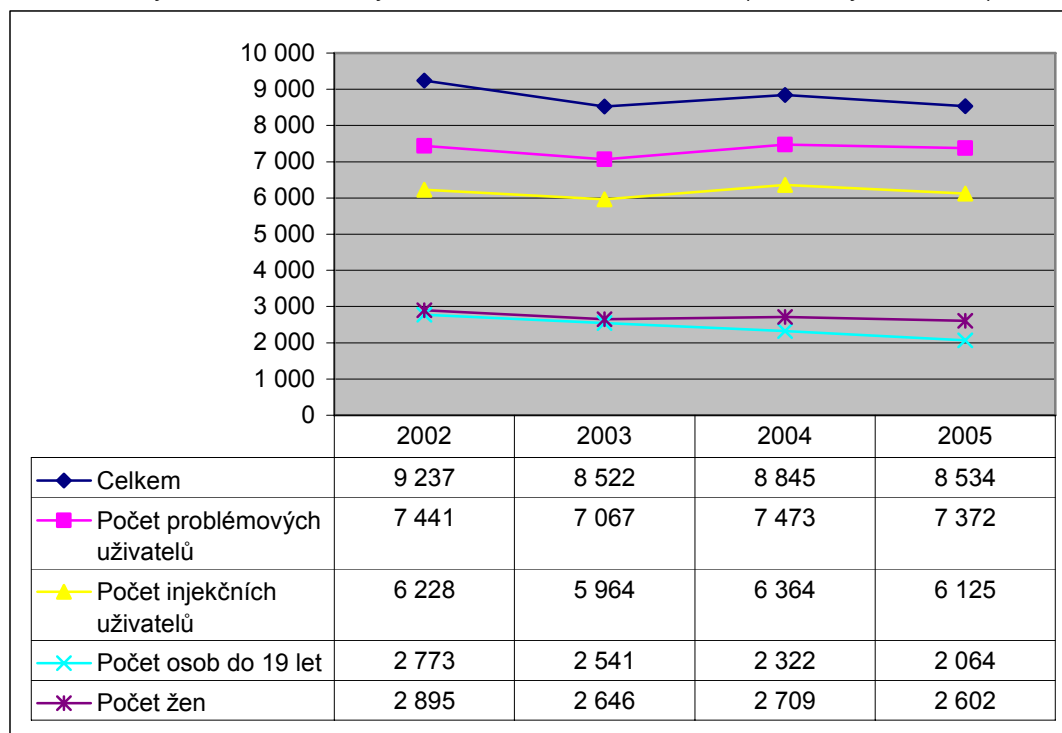
Definici problémového užívání<sup>16</sup> naplňovalo v r. 2005 celkem 7 372 (86,4 %) všech žadatelů o léčbu a 3 600 (82,3 %) prvožadatelů. Trend ve vývoji podílu problémových uživatelů mezi žadateli o léčbu uvádí obrázek 4-8 a obrázek 4-9, křivky kopírují celkový počet žadatelů – v průběhu let nejsou patrné významné rozdíly. Oproti předchozím letům byl v r. 2005 zaznamenán mírný pokles podílu injekčních uživatelů mezi žadateli (o 3,5 procentního bodu) i prvožadateli (o 4,3 procentního bodu). Injekční aplikace užití drogy (včetně sekundární) byla zaznamenána u 5 837 (68,4 %) všech žadatelů o léčbu a 2 649 (60,6 %) prvožadatelů (Polanecký et al. 2006).

obrázek 4-8: Vybrané charakteristiky prvožadatelů v r. 1996–2005 (Polanecký et al. 2006)



<sup>16</sup> Problémové užívání je dle EMCDDA definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo amfetaminů a/nebo kokainu. V ČR definice nezahrnuje uživatele kokainu.

obrázek 4-9: Vybrané charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2002–2005 (Polanecký et al. 2006)



### 4.3 Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat

V r. 2006 byl v Praze realizován dotazníkový průzkum mezi klienty kontaktního centra a terénních programů o.s. SANANIM (Mravčík, 2006). Celkem bylo sebráno 198 dotazníků, z toho 99 v kontaktním centru a 99 v terénních programech. Přehled podle užívané drogy uvádí tabulka 4-6. Injekční aplikaci uvedlo 96,5 % respondentů, vysoký podíl injekčních uživatelů je také mezi respondenty užívajícími výhradně Subutex (95,1 %).

Další informace o problémových uživatelích drog jsou uvedeny v kapitolách Léčba, str. 29, Služby nízkoprahových zařízení, str. 45 nebo Substitute a udržovací programy, str. 33.

tabulka 4-6: Užívané drogy mezi klienty nízkoprahových programů o.s. SANANIM v Praze (Mravčík, 2006)

Typ drogy	Počet klientů	%
Subutex	82	41,4
Pervitin	66	33,3
Pervitin + Subutex	23	11,6
Heroin	14	7,1
Ostatní kombinace	13	6,6
<b>Celkem</b>	<b>198</b>	<b>100,0</b>

## 5 Léčba

Léčba závislosti na psychoaktivních látkách je chápána jako odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem, jejímž cílem je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního života v rodině, v práci a ve společnosti a zvýšit tedy kvalitu jejich života na nejvyšší možnou míru. V ČR je léčba zajišťována širokým spektrem mezioborových služeb, které lze dle typu rozlišit na ambulantní (AT ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče) a rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny) a dle délky na léčbu krátkodobou (4–8 týdnů), střednědobou (3–6 měsíců) a dlouhodobou (déle než 6 měsíců).

tabulka 5-1: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v ČR v r. 2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a, 2006b, 2006c, 2006d; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g; Řeháček, 2006)

Typ programu	Počet	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob)
Záchytné stanice	16	n.a.	n.a.
Detoxifikační jednotky	19	n.a.	n.a.
Ambulantní zdravotnická zařízení (ordinace) <sup>a)</sup>	401	n.a.	17 531
Denní stacionáře	2	10 <sup>b)</sup>	36 <sup>b)</sup>
Substituční (metadonová) centra	10	n.a.	758
Substituce buprenorfinem v ambulancích	n.a.	n.a.	1 000–2 500
Psychiatrické léčebny	17	9 538 <sup>c)</sup>	3 104
Psychiatrická oddělení nemocnic	32	1 439 <sup>c)</sup>	1 613
Dětské psychiatrické léčebny	3	320 <sup>c)</sup>	27
Terapeutické komunity	15	193 <sup>d)</sup>	486 <sup>d)</sup>
Programy následné péče	20	385 <sup>e)</sup>	865
– z toho chráněné bydlení	12	118	244
Pobytová oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou závislostí (zařízení speciálního školství)	5	66	104
Detoxifikační jednotky ve věznicích	1	n.a.	172
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu	6	286	523
Oddělení pro výkon ochranné léčby ve věznicích	3	105	184
Bezdrogové zóny ve věznicích <sup>f)</sup>	34	1 606	2 859

Pozn.: a) jedná se o ambulantní zdravotnická zařízení různých specializací, nikoliv pouze AT, b) údaj pouze z 1 denního stacionáře, c) počet všech psychiatrických lůžek, d) údaje pouze z 12 komunit, e) údaj se týká pouze intenzivní následné péče, f) v bezdrogových zónách není prováděna terapie.

V r. 2005 byl spuštěn systém certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek, který má sloužit především k zajištění dostupnosti kvalitních služeb poskytovaných v oblasti harm reduction, léčby a resocializace <sup>17</sup> v následujících standardních typech: terénní programy, kontaktní a poradenské služby, detoxifikace, substituční léčba, ambulantní léčba, stacionární programy, krátkodobá a střednědobá ústavní léčba, rezidenční péče v terapeutických komunitách a ambulantní doléčovací programy. Od r. 2007 by měly být ze státního rozpočtu dotovány pouze certifikované programy NNO.

Do konce r. 2005 byla certifikace odborné způsobilosti udělena 16 zařízením léčebné péče, do 31. 5. 2006 bylo certifikováno dalších 25 zařízení. Počet udělených certifikací jednotlivým typům služeb v oblasti léčby a resocializace ukazuje tabulka 5-2. Prozatím nebyla certifikace udělena pouze jednomu léčebnému zařízení (žádajícímu o certifikaci služby ambulantní léčba).

V oblasti harm reduction byla certifikace odborné způsobilosti udělena 16 zařízením do konce r. 2005 a 21 zařízením do 31. 5. 2006 – blíže tabulka 5-2. Certifikace nebyla udělena 6 zařízením, z toho 3 žádajícím o certifikaci služby terénní programy a 3 žádajícím o certifikaci služby kontaktní a poradenské služby (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006a). O službách poskytnutých v oblasti harm reduction pojednává kapitola Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog, str. 45.

<sup>17</sup> K certifikaci programů primární prevence viz kapitolu Evaluace preventivních programů, str. 18.

tabulka 5-2: Počet udělených certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek podle typu služeb v oblasti léčby a resocializace do 31. 5. 2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006a)

Typ služby	Počet udělených certifikací	Průměrné bodové hodnocení	Maximální možný počet bodů
Detoxifikace	4	933	960
Ambulantní léčba	8	918	940
Stacionární programy	1	975	975
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	3	960	995
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	9	1 005	1 025
Ambulantní doléčovací programy	12	1 034	1 055
Substituční léčba	4	1 001	1 015
Terénní programy	17	924	955
Kontaktní a poradenské služby	20	937	975

### 5.1 Ambulantní léčba

V r. 2005 vykázalo ambulantní léčbu uživatelů legálních i nelegálních drog celkem 401 ambulantních zdravotnických zařízení (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b). Počet ambulantních zařízení vykazujících poskytování služeb uživatelům nelegálních drog plynule narůstá od r. 2000. V r. 2005 léčilo 78 % ambulantí 50 a méně a 44 % jen 10 a méně pacientů – tabulka 5-3 a tabulka 5-4.

tabulka 5-3: Počet ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000–2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b)

Rok	Počet zařízení*
2000	320
2001	330
2002	342
2003	368
2004	382
2005	401

Pozn.: \* Jde o zařízení, která vyplnila přílohu AT výkazu psychiatrie A013.

tabulka 5-4: Počet ambulantních zdravotnických zařízení podle počtu léčených pacientů v r. 2003–2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b)

Počet pacientů	Počet zařízení		
	2003	2004	2005
1–10	139	144	156
11–50	106	109	107
51–100	27	32	37
101–200	18	19	18
201–300	10	8	10
301–400	5	3	4
401 a více	8	7	8

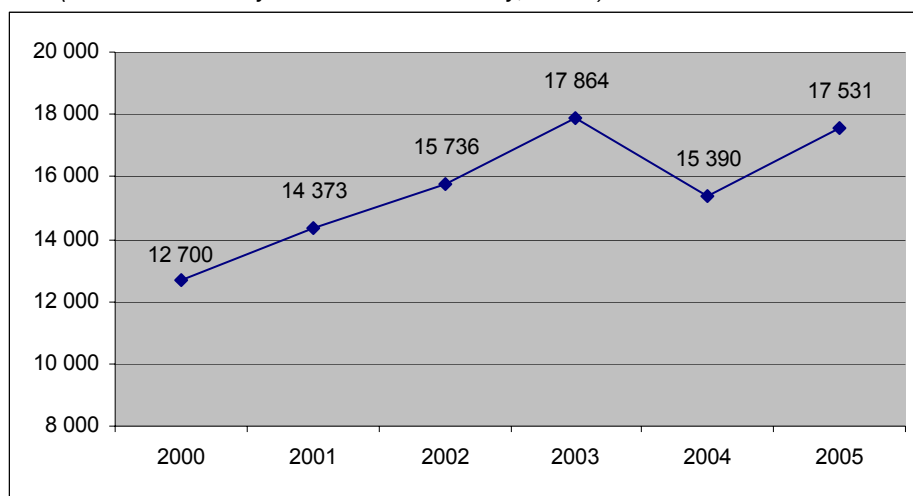
V r. 2005 bylo v ambulantních zdravotnických zařízeních léčeno 17 531 uživatelů drog (dg. F11–F19, tedy včetně tabáku), což je o 14 % více než v r. 2004 – tabulka 5-5. Od r. 2000 počet léčených uživatelů drog stabilně stoupá (s výkyvem v r. 2003) – obrázek 5-1.

tabulka 5-5: Počet uživatelů drog (dg. F11–F19) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2003–2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b)

Druh zařízení	2003		2004		2005	
	Počet zařízení	Počet pacientů	Počet zařízení	Počet pacientů	Počet zařízení	Počet pacientů
Lůžková zařízení s ambulancí	53	4 105	49	3 896	49	4 131
Ambulantní zařízení	24	2 107	23	1 458	26	1 877
Ordinace praktického lékaře	2	14	1	5	1	7
Samostatná ordinace lékaře specialisty	229	8 643	243	8 611	257	8 890
Zařízení pro léčbu drogových závislostí*	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	6	2 584
Ostatní ambulantní zařízení	5	2 995	6	1 420	1	42
<b>Celkem</b>	<b>313**</b>	<b>17 864</b>	<b>322**</b>	<b>15 390</b>	<b>340**</b>	<b>17 531</b>

Pozn.: \* V r. 2005 byla zařízení pro léčbu drogových závislostí vyčleněna ze skupiny ostatní ambulantní zařízení. \*\* Zařízení jsou identifikována pomocí IČO, přičemž každé může mít více ordinací.

obrázek 5-1: Vývoj počtu uživatelů drog (dg. F11–F19) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2000–2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b)



Ambulantní léčbu v r. 2005 zajišťovalo také 18 NNO dotovaných RVKPP z rozpočtové kapitoly VPS. Ty poskytly svoje služby celkem 1 743 uživatelům nelegálních drog, jejichž průměrný věk byl 26,8 roku. Celkem 1 034 (59 %) klientů užívalo drogy injekčně, 540 (31 %) klientů užívalo pervitin, 391 (22 %) heroin, 169 (10 %) konopné látky a 26 (7 %) jiné opiáty než heroin, především nelegálně získaný Subutex (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g).

Intenzivní ambulantní léčbu v délce 3 měsíců formou denního stacionáře nabízelo v r. 2005 pouze 1 zařízení v Praze. Kapacita programu byla 10 osob a služby byly poskytnuty 36 klientům (18 mužů, 18 žen), jejichž průměrný věk byl 26,2 roku. Celkem 22 (61 %) klientů užívalo drogy injekčně, 15 (42 %) klientů užívalo heroin a 7 (19 %) pervitin. Léčbu úspěšně dokončilo 61 % klientů. Průměrná délka léčby jednoho klienta byla 1,5 měsíce. Denní psychoterapeutické sanatorium Elysium v Brně poskytovalo strukturovaný program zaměřený na nezaměstnané klienty metadonového programu – klienti absolvovali v průběhu roku 3krát 1 týden denního programu 3 hodiny denně (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g).

## 5.2 Rezidenční léčba (lůžková léčebná zařízení)

Síť protialkoholních záchytných stanic a detoxifikačních jednotek zůstala v r. 2005 beze změn (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006d).

V r. 2005 došlo k mírnému snížení počtu psychiatrických lůžek (o 110 lůžek) z důvodu uzavření Dětské psychiatrické léčebny Branky na Moravě a jednoho psychiatrického oddělení; síť psychiatrických léčeben pro dospělé a jejich lůžkový fond zůstaly nezměněny (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b).

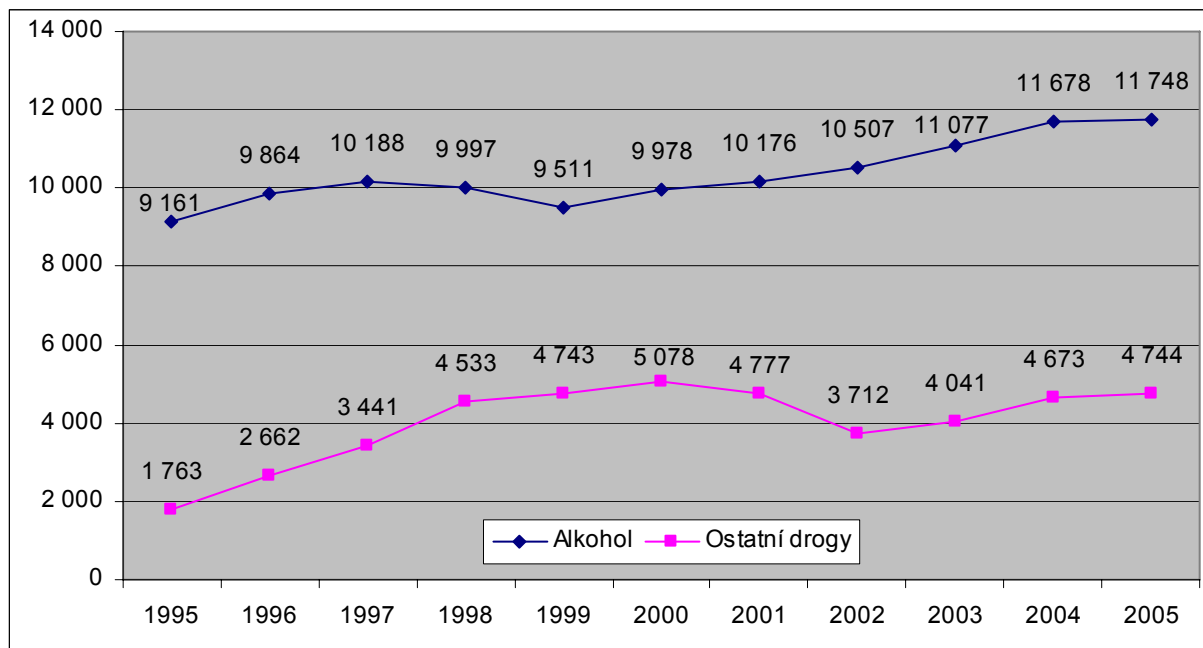
V r. 2005 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních uskutečněno celkem 16 492 hospitalizací na poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 11 748 na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a 4 744 na poruchy vyvolané užíváním jiných psychoaktivních látek. Vývoj počtu hospitalizací od r. 1995 uvádí obrázek 5-2. Nejčastější příčinou hospitalizací v souvislosti s užíváním nelegálních psychoaktivních látek bylo v r. 2005 užívání jiných látek nebo látek v kombinaci (51,9 % u dětí a 51,1 % u dospělých). Dalšími příčinami hospitalizací bylo v dětských

psychiatrických léčebnách užívání konopných a těkavých látek, v psychiatrických léčebnách pro dospělé užívání stimulantů (28,7 %) a opioidů (12,4 %) – tabulka 5-6. Ze skupiny hospitalizovaných uživatelů nelegálních drog byla nejpočetněji zastoupena věková kategorie 20–29 let (56 %) v psychiatrických léčebnách pro dospělé a 15–19 let (55,6 %) v dětských psychiatrických léčebnách (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b).

tabulka 5-6: Počet hospitalizovaných na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2005 dle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b)

Diagnóza	Dětské psychiatrické léčebny			Psychiatrické léčebny pro dospělé			Psychiatrická oddělení nemocnic		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
F11–19 (nelegální drogy celkem)	21	6	27	2 249	855	3 104	1 087	526	1 613
– z toho F11 (opioidy)	1	0	1	289	97	386	n.a.	n.a.	n.a.
– z toho F12 (konopné látky)	5	2	7	54	12	66	n.a.	n.a.	n.a.
– z toho F15 (stimulancia)	0	0	0	590	302	892	n.a.	n.a.	n.a.
– z toho F18 (těkavé látky)	5	0	5	49	9	58	n.a.	n.a.	n.a.
– z toho F19 (jiné látky a kombinace)	10	4	14	1 214	371	1 585	n.a.	n.a.	n.a.
F10 (alkohol)	0	1	1	6 549	2 295	8 844	1 796	1 108	2 903
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>8 798</b>	<b>3 150</b>	<b>11 948</b>	<b>2 883</b>	<b>1 634</b>	<b>4 516</b>

obrázek 5-2: Vývoj počtu hospitalizovaných na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 1995–2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b)



V r. 2005 poskytovalo rezidenční léčbu (v délce 6–15 měsíců) 15 terapeutických komunit (TK Helianna a TK Domov Agapé ukončily v průběhu r. 2005 svoji činnost). Dostupné jsou údaje z 12 terapeutických komunit. Jejich kapacita byla 183 lůžek (z toho 12 pro mladistvé a 9 pro matky s dětmi) a pobyt v nich v r. 2005 absolvovalo 491 uživatelů drog (z toho 15 matek s dětmi), jejichž průměrný věk byl 24,9 roku (průměrný věk matek byl 24 let). Celkem 400 (81 %) pacientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 287 (58 %) užívalo pervitin a 132 (27 %) heroin. 16 (3 %) pacientů se léčilo v souvislosti s užíváním konopných látek. Úspěšně dokončilo léčebný program 102 osob (z toho 4 matky) a průměrná délka úspěšné léčby byla 314 dní. Předčasně ukončilo léčbu 219 (45 %) pacientů, z toho 62 % po uplynutí 2 týdnů léčby a 31 % po uplynutí 2/3 léčby. Průměrná délka léčby všech klientů byla 177 dní (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g).

V r. 2006 provedlo NMS průzkum ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy a ve školských zařízeních pro preventivně výchovnou péči zaměřený na léčbu v souvislosti s užíváním návykových látek mezi dětmi (tj. mladšími 18 let) umístěnými v těchto zařízeních. Do výzkumu se zapojilo 53 školských subjektů (z celkového počtu 64 obeslaných), které odpověděly celkem 60 dotazníky (některé subjekty provozují více školských zařízení). Užívání tabáku a návykových látek patří společně s agresivitou mezi tři nejčastěji řešené problémy v těchto zařízeních. Užívání tabáku řeší téměř 97 % zařízení, užívání nelegálních návykových látek 78 %



a alkoholu 77 % zařízení. Školská zařízení spolupracují při řešení drogových problémů nejvíce s lůžkovými léčebnými zařízeními (psychiatrické léčebny, terapeutické komunity a detoxifikační jednotky), s ambulantními léčebnými zařízeními (psychologické a psychiatrické ordinace, pedagogicko-psychologické poradny) a s jinými školskými zařízeními pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy, méně často spolupracují s NNO a s rodinou dítěte (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006f).

Součástí 5 školských zařízení byla v r. 2005 oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou závislostí. Celková kapacita těchto oddělení byla 66 míst a průměrná délka léčebného pobytu 5 měsíců (rozmezí 2–7 měsíců). Pobyt absolvovalo 104 dětí (86 chlapců a 18 dívek) experimentujících nebo užívajících drogy, jejichž průměrný věk byl 16,3 roku (rozmezí 12–18 let). Celkem 32 dětí (31 %) užívalo drogy injekčně. Nejčastěji užívanou nelegální drogou byl pervitin následovaný konopnými a těkavými látkami (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006f).

Léčba ve věznicích – viz kapitolu Prevence trestné činnosti spojené s užíváním drog, str. 61.

### 5.3 Substituce a udržovací programy

#### 5.3.1 Substituční léčba agonisty opiátů

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

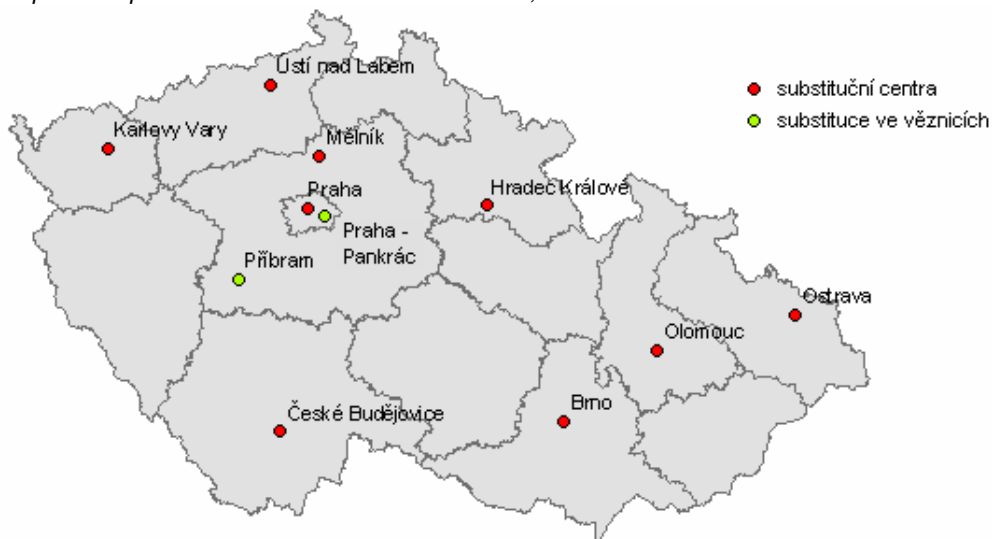
Metodicky je substituční léčba v ČR definována ve Standardech substituční léčby (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001a), včetně kritérií pro přijetí do léčby. V ČR funguje od poloviny r. 2000 Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001b). Registrační povinnosti podléhá nově od 1. 1. 2006 nejen léčba ve specializovaných substitučních centrech, ale ve všech zdravotnických zařízeních – tedy i léčba Subutexem v ambulancích praktických lékařů nebo specialistů. Plošné hlášení z jiných ordinací než specializovaných center nebylo dosud zavedeno.

##### 5.3.1.1 Specializovaná substituční centra

V lednu 2005 došlo k otevření substitučního centra v Českých Budějovicích, v únoru 2006 v Karlových Varech. V červenci 2006 bylo do registru substituční léčby zapojeno Centrum ambulantní detoxifikace a substituce o.s. SANANIM v Praze. V současné době je tedy v ČR 12 substitučních center, z toho 4 v Praze (NNO Drop In provozuje 2 centra). V dubnu 2006 došlo navíc k otevření substitučních center ve věznicích v Praze–Pankráci a Příbrami v rámci pilotního projektu poskytování substituční léčby ve výkonu trestu – blíže kapitola Zacházení s uživateli drog ve věznicích, str. 61. Nepokryty zůstávají kraje Plzeňský, Pardubický, Vysočina a Zlínský – mapa 5-1. Všechny programy poskytovaly metadon připravovaný z dovážené generické substance a také hromadně vyráběný léčivý přípravek Subutex (buprenorfin).

V r. 2005 bylo v deseti substitučních programech léčeno celkem 758 osob, z toho 525 metadonem a 233 Subutexem. Vývoj počtu pacientů specializovaných center vždy k 31. 12. daného roku uvádí tabulka 5-7. Je patrné, že nejvytíženější jsou programy v Praze a v Ústí nad Labem, což odpovídá regionální distribuci prevalence problémových uživatelů opiátů, která je v těchto krajích nejvyšší.

mapa 5-1: Specializovaná substituční centra v ČR, stav k 31. 7. 2006



tabulka 5-7: Pacienti substituční léčby ve specializovaných programech – stav k 31. 12. daného roku (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006c)

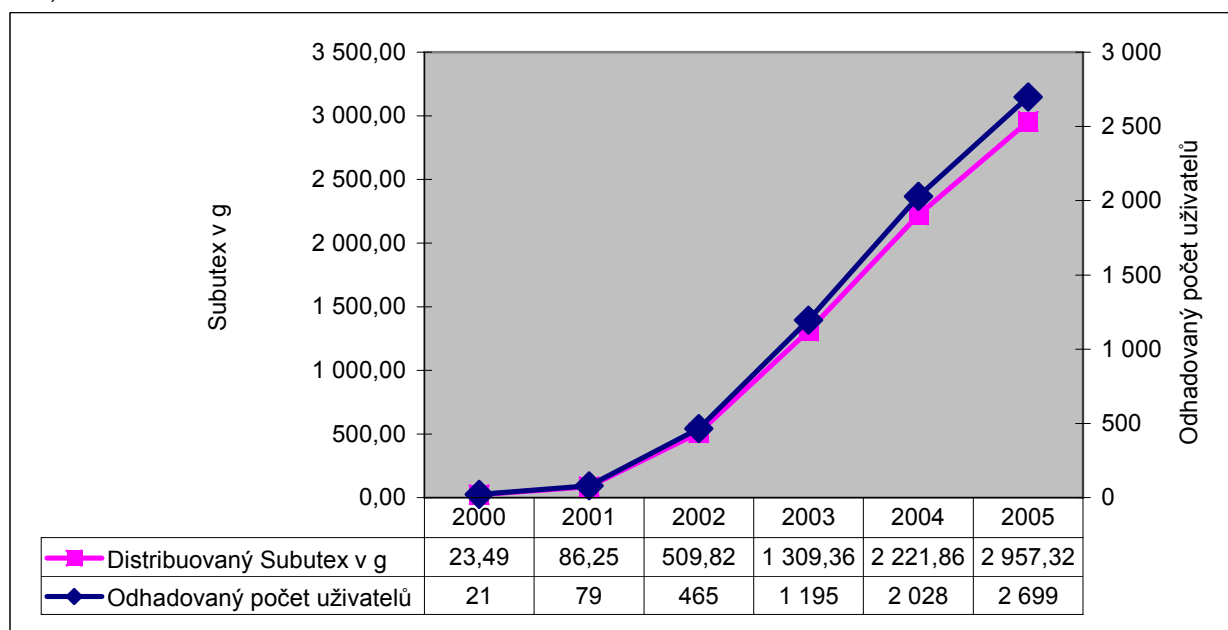
Centrum/rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Praha (VFN)	50	60	54	117	96	115
Ostrava	0	1	4	10	11	10
Olomouc	2	2	5	4	6	12
Brno	4	50	53	46	46	63
Ústí nad Labem	54	124	123	190	182	184
Praha (Drop In)	71	110	100	142	135	135
Hradec Králové	5	9	13	13	18	32
Mělník	4	7	9	22	16	12
České Budějovice	0	0	0	0	0	8
<b>Celkem</b>	<b>190</b>	<b>363</b>	<b>361</b>	<b>544</b>	<b>510</b>	<b>571</b>

### 5.3.1.2 Substituční léčba buprenorfinem

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

K dispozici jsou údaje Státního ústavu pro kontrolu léčiv o distribuci Subutexu na českém trhu (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2006). Podle nich dochází k růstu spotřebovaného množství Subutexu. Při průměrné denní spotřebě 6 mg a průměrné délce léčby cca půl roku (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004) lze počet uživatelů Subutexu v r. 2005 odhadnout na cca 2 700 osob – obrázek 5-3.

obrázek 5-3: Distribuované množství Subutexu a odhadovaný počet uživatelů Subutexu v r. 2000–2005 (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2005; Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2006; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2004)



Stoupající trend uživatelů Subutexu potvrzují i data z registru žádostí o léčbu, provozovaného HS, i když absolutní počty jsou podhodnoceny; příčina poklesu prvožadatelů užívajících Subutex v r. 2005 je nejasná – tabulka 5-8.

tabulka 5-8: Počty prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním Subutexu jako základní a sekundární drogy (Polanecký et al. 2004; Polanecký et al. 2005; Polanecký et al. 2006)

Rok	Prvožadatelé			Všichni žadatelé		
	Základní droga	Sekundární droga	Celkem	Základní droga	Sekundární droga	Celkem
2003	4	13	17	16	41	57
2004	58	51	109	145	114	259
2005	6	72	78	223	187	410

### 5.3.2 Výskyt substitučních preparátů na černém trhu

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

Subutex se na černém trhu, resp. na otevřené drogové scéně, vyskytuje zejména v Praze, severních a jižních Čechách. Výjimkou není jeho injekční aplikace – viz také výroční zprávy NMS za r. 2003 a 2004.

V Praze existuje černý trh se Subutexem jako prodej a nákup malých množství tablet Subutexu mezi jednotlivými uživateli. Není znám velký dodavatel ani dealer, který by nabízel nelegálně získaný Subutex ve větším množství. S největší pravděpodobností pochází veškerý Subutex objevující se na černém trhu z lékáren, kde je vyzvednut na předpis a poté (zčásti) načerno prodán<sup>18</sup>.

V únoru až červnu 2006 proběhl dotazníkový průzkum ve spolupráci NMS a o.s. SANANIM mezi klienty kontaktního centra a terénního programu – bližší kapitola Problémové užívání drog v dalších zdrojích dat, str. 28. Celkem 56,1 % respondentů užívá Subutex získaný u lékaře nebo na černém trhu (z toho 24,2 % respondentů užívá Subutex získaný od lékaře, 37,9 % Subutex získaný na černém trhu)<sup>19</sup>. Pouze Subutex užívá 41,4 % klientů, injekční aplikaci uvádí 95,1 % z nich.

V r. 2005 byla zaznamenána 3 úmrtí na předávkování s nálezem metadonu; předávkování Subutexem nebylo hlášeno – viz kapitolu Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 36.

### 5.3.3 Evaluace výsledků substituční léčby

V r. 2005 došlo ke zvýšení dostupnosti substituční léčby. Bylo otevřeno nové specializované centrum v Českých Budějovicích, v r. 2006 dále v Karlových Varech a ve dvou věznicích – viz výše.

Podávání metadonu je vázáno na specializovaná centra; doposud v ČR nedošlo k registraci hromadně vyráběného léčivého přípravku na bázi metadonu, který by jeho dostupnost mohl dále zvýšit. Spotřeba Subutexu se v r. 2005 dále zvýšila – viz výše.

Podíl problémových uživatelů opiátů v substituční léčbě v r. 2005 lze na základě výše zmíněných údajů odhadnout na 20–30 %.

Důvody ukončení léčby ve specializovaných centrech uvádí tabulka 5-9.

tabulka 5-9: Důvod ukončení substituční léčby ve specializovaných centrech od r. 2000 do 31. 5. 2006 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006c)

Centrum	Počet léčebných epizod		Důvod ukončení léčby						
	Přijetí	Ukončení	1	2	3	4	5	6	Celkem
Praha (VFN)	469	358	50	40	152	6	1	109	358
Ostrava	46	34	5	1	15	1	0	12	34
Olomouc	34	20	3	1	11	0	0	5	20
Brno	104	41	1	0	27	6	0	7	41
Ústí nad Labem	857	681	11	30	552	39	2	47	681
Praha (Drop In)	1 439	1 327	55	59	1 088	11	3	111	1 327
Hradec Králové	53	27	4	7	10	1	1	4	27
Mělník	102	87	12	4	19	1	1	50	87
České Budějovice	36	24	1	4	16	0	0	3	24
Karlovy Vary	4	2	0	0	0	0	0	2	2
Věznice Praha-Pankrác	1	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>3 145</b>	<b>2 601</b>	<b>142</b>	<b>146</b>	<b>1 890</b>	<b>65</b>	<b>8</b>	<b>350</b>	<b>2 601</b>

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

<sup>18</sup> Zdroj: osobní komunikace s pracovníky kontaktního centra a terénního programu o.s. SANANIM, červenec 2006.

<sup>19</sup> Poměr Subutexu získaného u lékaře/na černém trhu by tedy mohl být 48/75. Tedy cca 60 % Subutexu spotřebovaného v Praze klienty nízkoprahových zařízení pochází pravděpodobně z černého trhu.

## 6 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Počet úmrtí na předávkování drogami je stabilní. Nejčastějšími (pouličními) drogami podlejícími se na úmrtích jsou opiáty, pervitin a těžké látky – v r. 2005 došlo u předávkování opiáty k mírnému nárůstu, u pervitinu a těžkých látek k mírnému poklesu. V posledních 2–3 letech jsou hlášena ojedinělá předávkování na extázi a kokain.

Trend výskytu infekčních nemocí u uživatelů drog je příznivý. Promořenost injekčních uživatelů HIV zůstává pod 1 %, přes nízké absolutní počty dochází k nárůstu nově infikovaných injekčních uživatelů virem HIV. Výskyt virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů je cca 30–35 %; tento podíl je vyšší ve specifických subpopulacích (pacienti substituční léčby, věznění uživatelé drog). Stejně jako v r. 2004 lze za nedostatečnou označit dostupnost testování infekčních nemocí přímo v rizikové populaci injekčních uživatelů, varující je klesající počet testů prováděných v této populaci.

Studie zkoumající nemocnost u osob hospitalizovaných pro poruchy způsobené užíváním drog ukázala, že dalšími nejčastějšími příčinami hospitalizací byly „psychiatrické poruchy“ a „poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin“.

### 6.1 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

Od r. 1998 jsou sledována drogová úmrtí (předávkování) prostřednictvím speciálního registru vedeného na všech 13 odděleních soudního lékařství a soudní toxikologie. V ČR jsou ze zákona (vyhl. MZ č. 18/1988 Sb.) soudním lékařem povinně prováděny pitvy všech náhlých úmrtí, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a všech násilných úmrtí. Od r. 2003 se vykazují také úmrtí „za přítomnosti drog“<sup>20</sup>. Automatizovaný systém a koordinace sběru dat se rozvíjí v úzké spolupráci NMS a Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie ČLS JEP (SSLST). Zástupci výboru SSLST jsou také členy příslušné pracovní skupiny NMS.

#### 6.1.1 Předávkování drogami

V r. 2005 bylo zjištěno 218 úmrtí na předávkování drogami, z toho 156 psychoaktivními léky – viz dále. Mimo léků byly příčinou největšího počtu předávkování tradičně opiáty (24), těžké látky (18) a pervitin (14). Byla identifikována 3 úmrtí na předávkování s nálezem metadonu (z toho 1 případ v kombinaci s etanolem, 2 případy s jinými drogami). Nebylo zaznamenáno žádné úmrtí s nálezem buprenorfinu. V r. 2005 byla dále prokázána 2 smrtelná předávkování extází (MDMA) a 1 předávkování kokainem (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2006) – tabulka 6-1.

Předávkování psychotropními léčivými představují velmi heterogenní kategorii a její přesné zhodnocení je obtížné. Zahnuje totiž předávkování sebevražedná, náhodná či bez zjištěného úmyslu, a to jak léky lege artis předepsanými, tak zneužívanými. Celkem bylo v r. 2005 zjištěno 156 případů předávkování psychotropními léčivými, z toho 56 případů předávkování benzodiazepiny.

V r. 2005 došlo k nárůstu u předávkování nelegálními opiáty<sup>21</sup> (24 oproti 19 v r. 2004), počet předávkování pervitinem a těžkými látkami se mírně snížil (14 oproti 16, resp. 18 oproti 20 v r. 2004). V posledních 3 letech jsou hlášeny ojedinělé případy předávkování MDMA a kokainem; do r. 2002 nebyly hlášeny žádné případy – obrázek 6-1.

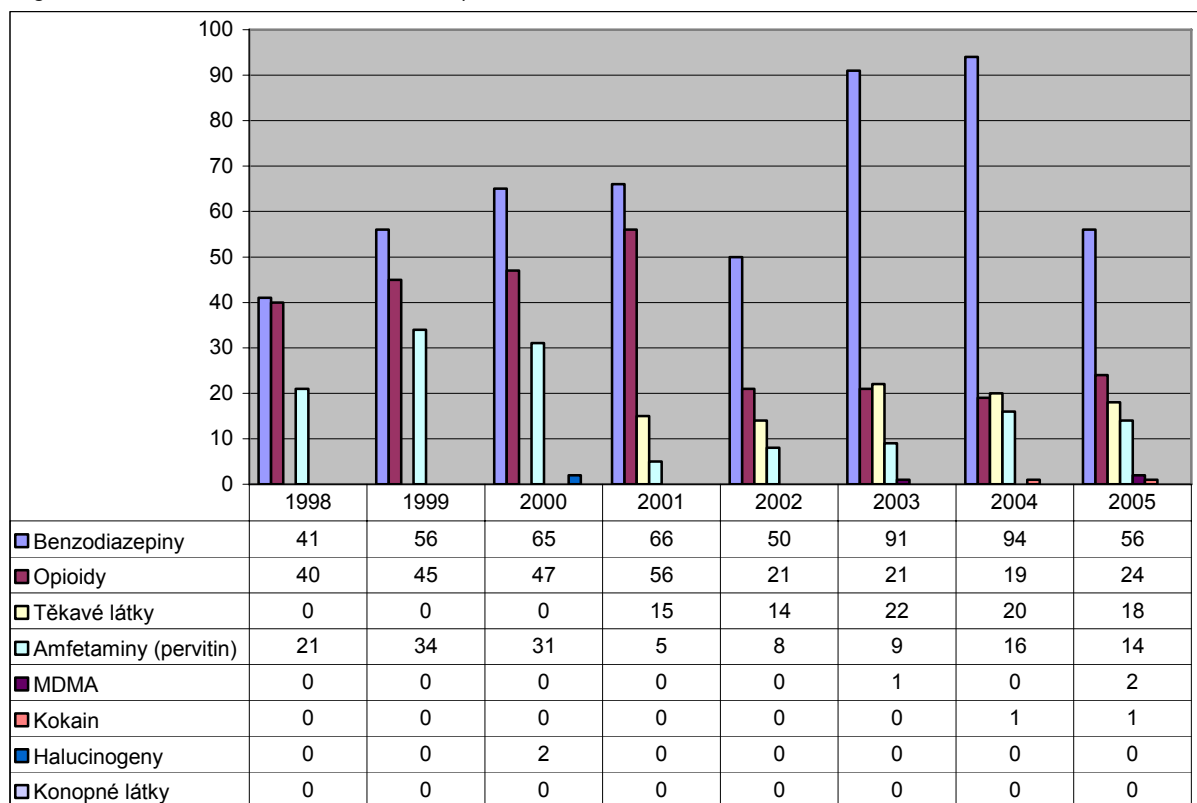
<sup>20</sup> Podrobný metodický souhrn určování drogových úmrtí obsahuje metodická publikace vydaná v r. 2004 (Zábranský et al. 2004).

<sup>21</sup> Byla provedena korekce předávkování opiáty v r. 2004. Loni publikovaný počet 32 úmrtí byl redukován na 19 – ve 13 případech šlo o předávkování léky s obsahem opiátů; těchto 13 úmrtí bylo po korekci zahrnuto do kategorie „předávkování léky“.

tabulka 6-1: Smrtná předávkování drogami v ČR v r. 2005 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2006)

Droga/věk. skupina	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Neznámo	Celkem		
														Muži	Ženy	Celkem
Jen opiáty nebo opioidy (vyjma metadonu)	0	0	4	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	11	1	12
Jen metadon	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Více látek včetně opiátů/opioidů	0	0	2	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	10	1	11
– z toho obsažen metadon	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Celkem opiáty	0	0	6	7	7	3	1	0	0	0	0	0	0	21	3	24
Více látek nebo jedna látka – nikoliv opiáty/opioidy	1	6	7	4	4	4	4	1	3	0	0	1	0	32	3	35
– z toho obsaženy těkavé látky	1	4	2	1	0	2	4	1	2	0	0	1	0	18	0	18
– z toho obsažen pervitin	0	2	4	3	2	2	0	0	1	0	0	0	0	12	2	14
– z toho obsažen kokain	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
– z toho obsaženy taneční drogy (např. MDMA)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
– z toho obsaženy halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychoaktivní léky	0	4	9	8	9	17	15	18	31	14	6	23	2	77	79	156
– z toho obsaženy benzodiazepiny	0	0	4	1	3	9	5	5	9	8	2	9	1	32	24	56
Nespecifikováno/neznámo	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
<b>Celkem mimo léků</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>56</b>	<b>7</b>	<b>63</b>
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>34</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>133</b>	<b>85</b>	<b>218</b>

obrázek 6-1: Smrtná předávkování vybranými drogami v r. 1998–2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2006)



### 6.1.2 Úmrtí za přítomnosti drog

Celkem bylo v r. 2005 identifikováno 151 úmrtí za přítomnosti drog, z toho 2 pro nemoc, 66 případů nehod, 76 případů sebevražd, 4 případy zabití či vražd a 3 úmrtí z jiných příčin. Přehled podílu vybraných skupin drog na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti drog uvádí tabulka 6-2, trend za poslední 3 roky tabulka 6-3. Za pozornost stojí zejména nárůst počtu a podílu úmrtí za přítomnosti pervitinu.

tabulka 6-2: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2005 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2006)

Droga	Nemoc (n=2)	Nehoda (n=66)	Sebevražda (n=76)	Zabití/vražda (n=4)	Jiné (n=3)	Celkem (n=151)	Podíl (%)
Benzodiazepiny	1	17	32	0	1	51	33,8
Pervitin	1	20	9	2	0	32	21,2
THC	0	11	4	1	2	18	11,9
Těkavé látky	0	8	5	0	1	14	9,3
MDMA	0	2	1	0	0	3	2,0
Opiáty/opioidy	0	1	0	0	0	1	0,7
Kokain	0	0	0	0	0	0	0,0

tabulka 6-3: Podíl vybraných skupin drog na úmrtích za přítomnosti drog zjištěných na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2003–2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2006)

Droga	2003 (n=251)	2004 (n=164)	2005 (n=151)
Benzodiazepiny	38,2	50,0	33,8
Pervitin	11,6	11,6	21,2
THC	16,7	6,1	11,9
Těkavé látky	4,8	3,7	9,3
MDMA	0,4	1,8	2,0
Opiáty/opioidy	4,8	8,5	0,7
Kokain	0,0	0,6	0,0

Nález drog v tělech mrtvých účastníků dopravních nehod – viz speciální kapitolu Drogy a řízení, str. 79.

### 6.1.3 Mortalita uživatelů drog

Poslední dostupné údaje jsou uvedeny ve výroční zprávě NMS za r. 2004.

## 6.2 Infekce spojené s užíváním drog

### 6.2.1 HIV/AIDS

Výskyt nových případů HIV infekce jak mezi injekčními uživateli drog (IUD), tak v celkové populaci je v ČR relativně nízký, nicméně v posledních třech letech jeví vzestupnou tendenci. V r. 2005 přibylo 90 nově diagnostikovaných případů HIV (tj. o 25 % více než loňském roce), u 6 z nich mohla být nákaza přenesena injekčním užíváním drog. K 31. 12. 2005 bylo v ČR evidováno celkem 827 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 37 IUD a u 11 dalších osob jde současně o IUD a homo/bisexuály (celkem 5,8 %, v jednotlivých letech 4–10 %) – tabulka 6-4 (Brůčková et al. 2006).

tabulka 6-4: Incidence HIV v ČR do 31. 12. 2005 dle způsobu přenosu (Brůčková et al. 2006)

Způsob přenosu (riziková skupina)	Do r. 2000	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Celkem
Homo/bisexuální styk	236	27	27	28	37	30	49	434
Heterosexuální styk	130	22	13	20	19	30	31	235
IUD	14	4	3	1	4	6	5	37
Hemofilik	17	0	0	0	0	0	0	17
Příjemce krve	14	0	0	0	0	0	0	14
Homo/bisexuální styk a IUD	5	0	2	1	1	1	1	11
Z matky na dítě	2	1	0	0	1	0	0	4
Nozokomiální přenos	2	0	0	0	0	0	0	2
Nezjištěno	23	4	6	0	1	5	4	43
<b>Celkem</b>	<b>443</b>	<b>57</b>	<b>51</b>	<b>50</b>	<b>63</b>	<b>72</b>	<b>90</b>	<b>827</b>

V r. 2005 bylo v ČR provedeno celkem 855 010 laboratorních vyšetření HIV protilátek s pozitivními výsledky v 0,011 %. U testů z krve uvedlo injekční užívání drog jako důvod vyšetření 1 374 osob (o 15 % méně než v r. 2004),

jedna z nich měla pozitivní výsledek<sup>22</sup>. Případy pozitivních IUD byly doposud v rámci této rizikové skupiny diagnostikovány jen výjimečně (5 ze 48 případů). Navíc, počet vyšetření HIV protilátek u injekčních uživatelů v letech 1999–2003 klesl téměř na polovinu a stále se ho nedaří zvýšit – tabulka 6-5 (Brůčková et al. 2006; Jedlička et al. 2006). Informace o dostupnosti testování mezi IUD uvádí také kapitola Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog, str. 45.

tabulka 6-5: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v r. 1994–2005 (Brůčková et al. 2006; Jedlička et al. 2006)

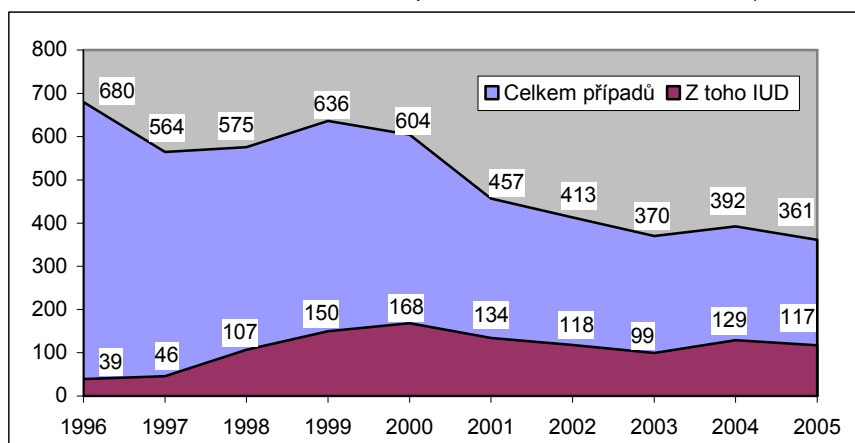
Rok	Testy z krve		Testy ze slin		Celkem	
	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních
Do r. 1998	2 101	1	895	0	2 996	1
1998	2 158	0	1 124	0	3 282	0
1999	2 320	0	1 219	0	3 593	0
2000	2 091	0	1 001	0	3 092	0
2001	2 169	1	961	0	3 130	1
2002	1 536	0	734	1	2 270	1
2003	985	1	652	0	1 637	1
2004	1 609	0	222	0	1 831	0
2005	1 374	1	449	1	1 823	1*
<b>Celkem</b>	<b>14 741</b>	<b>4</b>	<b>6 814</b>	<b>2</b>	<b>20 228</b>	<b>5</b>

Pozn.: \* Jedná se o jeden nově identifikovaný případ, který byl diagnostikován díky slinnému testu a posléze potvrzen testem z krve.

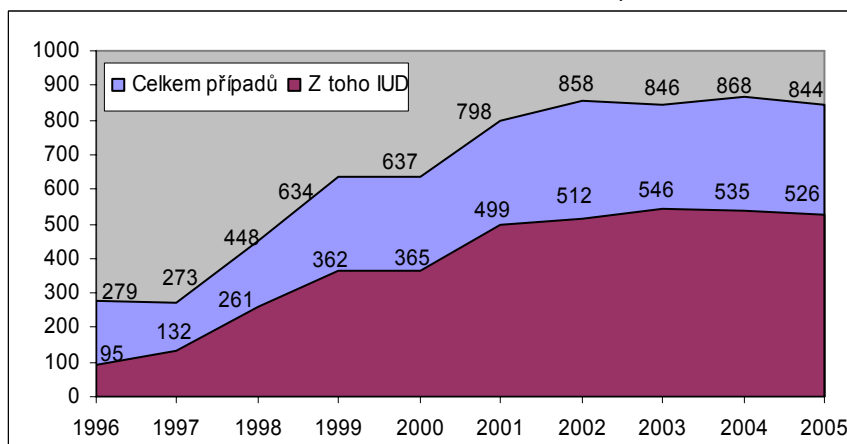
### 6.2.2 Virové hepatitidy

Počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB) a všech případů virové hepatitidy typu C (VHC) se v r. 2005 snížil – obrázek 6-2 a obrázek 6-3 (Beneš a Částková, 2006).

obrázek 6-2: Hlášená incidence VHB a podíl IUD v ČR v r. 1996–2005 (Beneš a Částková, 2006)



obrázek 6-3: Hlášená incidence VHC akutní a chronické a podíl IUD v ČR v r. 1996 – 2005 (Beneš a Částková, 2006)



<sup>22</sup> Ostatní pozitivní případy injekčních uživatelů drog byly diagnostikovány v rámci vyšetření jiné skupiny (např. psychiatrickí pacienti, různé klinické diagnózy, pobyt v nápravném zařízení, kontakty HIV pozitivních osob, těhotné ženy atd.).

Protože se většina případů výskytu hepatitidy u IUD do systému hlášení nedostane, vypovídají o situaci mezi injekčními uživateli lépe data ze seroprevalenčních studií nebo rutinního testování mezi IUD.

Kromě prospektivní části studie NMS Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog (viz dále), která skončila v prosinci 2005, nejsou od r. 2004 k dispozici žádná nová data o výskytu hepatitid mezi IUD v ČR. Z dostupných studií vyplývá, že mezi klienty nízkoprahových programů v ČR je seroprevalence VHC cca 35 % a VHB kolem 10 % a ve skupinách uživatelů drog s dlouholetou anamnézou užívání (klienti v substituční léčbě nebo ve vězení) kolem 60 % (VHC) a 15 % (VHB).

### 6.2.2.1 Studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog

V letech 2002–2005 probíhala doposud nerozsáhlejší studie zkoumající seroprevalenci a seroincidence VHC mezi IUD v ČR. Ze 760 osob vyšetřených v základní části studie bylo 226 testů<sup>23</sup> reaktivních, po adjustaci na senzitivitu a specifitu testu byla vypočtena seroprevalence VHC 35,0 %, s 95% intervalem spolehlivosti 31,6–38,4 (podrobněji také výroční zpráva NMS za r. 2004). Kromě silné asociace prodělané infekce VHC s faktory injekční aplikace (především délka a intenzita injekční aplikace a sdílení jehel) se ukázaly jako významné prediktivní faktory místo pobytu (nejvyšší prevalence v Ústí nad Labem a Praze) a pobyt ve vězení v anamnéze. Faktory, jako rizikové sexuální chování a transfuze, byly v souladu s výsledky podobných studií ve světě nevýznamné (Zábranský et al. 2006; Mravčík et al. 2006). V prospektivní části studie bylo alespoň jednou vyšetřeno 176 osob, tj. 33,0 % z těch, jejichž test nebyl v základní části reaktivní. Celková doba sledování všech uživatelů byla 52 213 osobodní, v průměru na jednu osobu 297 dní, s minimem 41 a maximem 1 017 dní. Míra incidence VHC v celém souboru dosáhla hodnoty 11,2 případů na 100 osob a rok (Mravčík et al. 2006).

### 6.2.3 Monitorování infekcí ve specifických populacích uživatelů drog

Součástí služeb většiny českých nízkoprahových center pro uživatele drog je nabídka testování na infekční onemocnění (více kapitola Služby nízkoprahových zařízení, str. 45). V r. 2005 bylo v těchto zařízeních provedeno celkem 6 513 testů na infekce, u 3 368 testů z 31 zařízení jsou k dispozici výsledky. Nejčastěji byly využívány orientační testy z kapilární krve (66 %), následovaly testy ze žilní krve (31 %) a testy prováděné ze slin (3 %). Výsledky monitorování ukazují nižší výskyt hepatitid než výsledky národních a lokálních seroprevalenčních studií – tabulka 6-6. Možným vysvětlením je skutečnost, že na rozdíl od studií probíhá monitorování také v malých městech, kde je výskyt hepatitid nižší, a že nabídky testování využívají stále častěji noví, tedy v menší míře infikovaní klienti<sup>24</sup>.

*tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních v r. 2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006e)*

Vyšetření protilátek	Počet testů	Počet pozitivních	Podíl v %
HIV – kapilární krev	916	0	0,0
HIV – žilní krev	317	0	0,0
HIV – sliny	87	0	0,0
VHC – kapilární krev	1 321	49	3,7
VHC – žilní krev	254	54	21,3
VHB – žilní krev	242	15	6,2
VHA – žilní krev	231	6	2,6

## 6.3 Další poruchy spojené s užíváním drog

### 6.3.1 Komorbidita hospitalizovaných uživatelů drog

NMS provedlo analýzu dat získaných z povinných hlášení hospitalizací ÚZIS v r. 2001–2005. Byly sledovány všechny hospitalizace osob, u nichž byla alespoň jednou v r. 2001–2005 stanovena základní nebo vedlejší diagnóza duševní a behaviorální poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek (F11–F16 a F18–F19). Analyzovaný soubor se skládal z 19 795 osob s průměrným věkem 30,7 roku s rozmezím 0–100 let, muži tvořili 64 % souboru. Celkem se v souboru vyskytlo 93 182 hospitalizací, průměrně 4,7 hospitalizací na 1 osobu, 4 370 osob bylo hospitalizováno pouze jednou, 1 osoba byla v průběhu daných 5 let hospitalizována 243krát (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a).

Bez ohledu na to, zda šlo o vedlejší nebo základní diagnózu, nejčastěji se vyskytovalo užívání více drog, dále užívání opioidů a stimulantů – tabulka 6-7.

<sup>23</sup> Byl použit test Hepatitis C Virus Whole Blood Test (Cassette) firmy Alfa Scientific Designs, Inc., USA. Jde o rychlý orientační (screeningový) test z kapky kapilární krve, která se odebírá z bříška prstu. Před zahájením studie proběhla evaluace testu a byla prokázána jeho 86% senzitivita a 100% specifita.

<sup>24</sup> Informace od zástupců poskytovatelů služeb na schůzce pracovní skupiny NMS Infekční nemoci, červen 2006.



tabulka 6-7: Počet osob s diagnózou poruch způsobených užíváním jednotlivých skupin drog hospitalizovaných v r. 2001–2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a)

Diagnóza	Počet pacientů	Podíl v %
F11 – opioidy	5 723	28,9
F12 – konopné látky	1 800	9,1
F13 – sedativa nebo hypnotika	2 545	12,9
F14 – kokain	227	1,1
F15 – stimulancia	4 688	23,7
F16 – halucinogeny	438	2,2
F18 – těkavé látky	756	3,8
F19 – jiné drogy a kombinace	8 075	40,8
<b>Celkem</b>	<b>19 795</b>	<b>100,0</b>

Pozn.: Součet podle diagnóz je vyšší než počet pacientů celkem, důvodem je přítomnost více diagnóz u některých pacientů.

U 5 044 (25,5 %) osob byla diagnostikována pouze porucha způsobená užíváním více drog (F19), užívání opioidů u 3 971 (20,1 %), stimulancií u 2 831 (14,3 %) a sedativ nebo hypnotik u 2 013 (10,2 %) osob. U 3 749 osob bylo diagnostikováno užívání dvou a více rozdílných psychoaktivních látek, nejčastěji se jednalo o kombinaci užívání více drog s užíváním opioidů a stimulancií – tabulka 6-8.

tabulka 6-8: Kombinace diagnóz F11–F16 a F18–F19 u vybraných pacientů hospitalizovaných v r. 2001–2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a)

Diagnózy a jejich kombinace	Počet dg v kombinaci	Počet pacientů	Podíl v %
F19 – jiné drogy a kombinace	1	5 044	25,5
F11 – opioidy	1	3 971	20,1
F15 – stimulancia	1	2 831	14,3
F13 – sedativa nebo hypnotika	1	2 013	10,2
F12 – konopné látky	1	1 200	6,1
F11 a F19	2	957	4,8
F15 a F19	2	934	4,7
F18 – těkavé látky	1	532	2,7
F16 – halucinogeny	1	284	1,4
F13 a F19	2	232	1,2
F11 a F15	2	226	1,1
F11, F15 a F19	3	202	1,0
Ostatní	1–4	1 369	6,9
<b>Celkem</b>	<b>1–4</b>	<b>19 795</b>	<b>100,0</b>

V souboru převažují hospitalizace se základní diagnózou duševní a behaviorální poruchy<sup>25</sup> (86 %), dalšími jsou hospitalizace se základní diagnózou poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (28 %) a hospitalizace na nemoci trávicí soustavy (13 %) – tabulka 6-9.

<sup>25</sup> Pochopitelné vzhledem k selekčním kritériím pro výběr souboru.

tabulka 6-9: Základní diagnózy hospitalizací u vybraných pacientů v r. 2001–2005 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a)

Skupiny základních diagnóz	Počet pacientů	% pacientů
Duševní a behaviorální poruchy	16 984	85,8
Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin	5 506	27,8
Nemoci trávicí soustavy	2 494	12,6
Infekční a parazitární nemoci	2 306	11,6
Abnormality nezařazené jinde	2 070	10,5
Nemoci oběhové soustavy	1 872	9,5
Nemoci dýchací soustavy	1 517	7,7
Nemoci močové a pohlavní soustavy	1 403	7,1
Těhotenství, porod a šestinedělí	1 362	6,9
Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	1 320	6,7
Nemoci nervové soustavy	1 181	6,0
Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami	1 118	5,6
Nemoci kůže a podkožního vaziva	758	3,8
Novotvary	724	3,7
Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	467	2,4
Nemoci oka a očních adnex	269	1,4
Nemoci krve, krevtovorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	124	0,6
Nemoci ucha a bradavkového výběžku	118	0,6
Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	49	0,2
Některé stavy vzniklé v perinatálním období	9	0,0
<b>Celkem</b>	<b>19 795</b>	<b>100,0</b>

Pozn.: Součet podle diagnóz je vyšší než počet pacientů celkem, důvodem je výskyt více diagnostických skupin v základních diagnózách u některých pacientů ve sledovaném období.

### 6.3.1.1 Výskyt dalších diagnóz mimo okruh látkových závislostí

Společně s diagnózami F11–F16 a F18–F19 se nejčastěji vyskytovaly další psychiatrické diagnózy (alespoň jednou se ve sledovaném období vyskytly u 7 387 pacientů; 37 %), dále poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (6 273 pacientů; 32 %). Podíl jednotlivých diagnostických skupin, které se alespoň jednou vyskytly u osob s poruchami způsobenými užíváním jednotlivých drog uvádí tabulka 6-10.

tabulka 6-10: Diagnózy vyskytující se v kombinaci s užíváním nelegálních návykových látek u vybraných pacientů hospitalizovaných v r. 2001–2005, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a)

Diagnózy	F11 (n=5 723)	F12 (n=1 800)	F13 (n=2 545)	F14 (n=227)	F15 (n=4 688)	F16 (n=438)	F18 (n=756)	F19 (n=8 075)	Celkem (n=19 795)
A00–B99	24,2	11,1	8,5	14,1	19,8	14,6	9,8	18,6	15,6
C00–D48	5,9	2,9	8,6	11,9	1,9	4,6	3,2	3,3	4,7
D50–D89	3,9	2,3	5,2	4,0	1,9	4,6	3,2	2,8	3,3
E00–E90	14,6	8,7	21,6	30,8	5,0	14,4	9,3	7,8	11,7
F00–F99 (bez F10–F19)	20,2	51,1	66,1	29,1	30,2	31,7	42,7	44,9	37,3
G00–G99	8,9	7,8	16,6	15,0	4,5	11,0	7,9	8,8	8,9
H00–H59	2,3	2,2	3,7	11,5	1,1	2,3	1,5	1,7	2,2
H60–H95	1,2	1,4	2,1	2,6	0,6	1,4	1,6	1,1	1,2
I00–I99	20,7	11,5	31,9	44,5	7,5	21,2	16,8	12,0	17,3
J00–J99	14,4	15,4	17,0	26,0	10,5	18,9	14,0	13,1	13,6
K00–K93	19,8	16,7	27,8	25,6	13,2	23,1	18,8	18,5	18,8
L00–L99	7,2	4,9	5,0	7,0	6,1	5,5	6,6	6,4	5,7
M00–M99	10,6	8,6	20,2	22,5	5,1	9,6	8,5	8,3	10,3
N00–N99	11,6	8,5	17,5	19,8	8,2	9,8	9,5	9,6	10,8
O00–O99	8,9	4,4	5,0	4,8	9,2	7,5	2,2	6,7	7,0
P00–P96	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1
Q00–Q99	0,6	1,3	0,9	0,9	0,6	1,1	0,9	0,6	0,7
R00–R99	15,3	17,1	23,3	21,6	12,1	20,5	18,0	14,6	15,4
S00–T98	28,2	31,8	38,4	31,3	29,2	43,8	39,9	35,7	31,7
V01–Y98	0,4	6,1	9,1	5,3	4,1	8,7	5,8	6,1	5,3
Z00–Z99	17,1	18,8	20,0	19,4	14,2	18,9	16,4	16,2	15,9

Pozn.: Tučně jsou zvýrazněny první tři nejčastější skupiny diagnóz u uživatelů jednotlivých drog.

A00–B99 – některé infekční a parazitární nemoci

C00–D48 – novotvary

D50–D89 – nemoci krve, krevetvorných orgánů a imunity

E00–E90 – nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek

F00–F99 – duševní a behaviorální poruchy

G00–G99 – nemoci nervové soustavy

H00–H59 – nemoci oka a očních adnex

H60–H95 – nemoci ucha a bradavkového výběžku

I00–I99 – nemoci oběhové soustavy

J00–J99 – nemoci dýchací soustavy

K00–K93 – nemoci trávicí soustavy

L00–L99 – nemoci kůže a podkožního vaziva

M00–M99 – nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně

N00–N99 – nemoci močové a pohlavní soustavy

O00–O99 – těhotenství, porod a šestinedělí

P00–P96 – některé stavy vzniklé v perinatálním období

Q00–Q99 – vrozené vady, deformace a chromos. abnormality

R00–R99 – abnormální nálezy nezařazené jinde

S00–T98 – poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin

V01–Y98 – vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti

Z00–Z99 – faktory ovlivňující zdravotní stav

Duševní a behaviorální poruchy způsobené užíváním opioidů – F11, konopných látek – F12, sedativ nebo hypnotik – F13, kokainu – F14, stimulantů – F15, halucinogenů – F16, těkavých látek – F18, více drog a jiných psychoaktivních látek – F19.

Psychiatrické poruchy se vyskytují nejčastěji společně s užíváním hypnosedativ (66 % pacientů s dg F13) a konopných látek (51 % pacientů s dg F12), nejméně s užíváním kokainu (29 % pacientů s dg F15) a opioidů (20 % pacientů s dg F11). U uživatelů opioidů převládají poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin (28 %) a infekční onemocnění (24 %); u uživatelů stimulantů převládají psychiatrické poruchy (30 %) a poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin (29 %).

### 6.3.1.2 Psychiatrická komorbidita

Psychiatrické poruchy, které se alespoň jednou ve sledovaném období objevily společně s užíváním drog, představují především poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60–F69; 16 %) a neurotické a stresové poruchy (F40–F49; 15 %), dále schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (8 %), a to hlavně u uživatelů konopných látek, stimulantů, halucinogenů a více drog, a afektivní poruchy (8 %) u uživatelů opioidů, hypnosedativ a kokainu. S užíváním těkavých látek je spojena skupina diagnóz poruchy chování u dětí (F90–F98; 12 %). Podíl jednotlivých skupin psychiatrických diagnóz, které jsou v kombinaci s užíváním nelegálních návykových látek uvádí tabulka 6-11.

tabulka 6-11: Psychiatrické diagnózy vyskytující se v kombinaci s užíváním nelegálních návykových látek u vybraných pacientů v r. 2001–2005, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a)

Diagnózy	F11 (n=5 723)	F12 (n=1 800)	F13 (n=2 545)	F14 (n=227)	F15 (n=4 688)	F16 (n=438)	F18 (n=756)	F19 (n=8 075)	Celkem (n=19 795)
F00–F09	2,9	1,8	11,1	3,1	1,2	1,8	3,6	3,6	3,8
F20–F29	3,4	<b>13,7</b>	7,9	4,4	<b>7,1</b>	<b>9,4</b>	7,0	<b>11,5</b>	<b>7,9</b>
F30–F39	<b>4,6</b>	6,0	<b>25,5</b>	<b>6,2</b>	3,9	5,7	3,4	8,1	<b>7,9</b>
F40–F49	<b>7,6</b>	<b>18,4</b>	<b>38,3</b>	<b>14,5</b>	<b>9,8</b>	<b>11,2</b>	<b>11,1</b>	<b>16,8</b>	<b>15,2</b>
F50–F59	0,9	1,2	3,4	3,1	1,4	1,1	0,8	1,6	1,4
F60–F69	<b>7,7</b>	<b>22,4</b>	<b>24,4</b>	<b>15,0</b>	<b>16,2</b>	<b>14,4</b>	<b>16,1</b>	<b>22,5</b>	<b>15,8</b>
F70–F79	1,0	2,0	1,1	0,9	0,8	2,3	7,1	2,1	1,6
F80–F89	0,0	0,6	0,2	0,4	0,1	0,2	1,3	0,2	0,2
F90–F98	1,4	10,9	2,8	3,5	3,4	3,4	<b>12,4</b>	4,2	3,6
F99	0,2	0,4	0,6	1,8	0,3	0,7	0,4	0,4	0,4

Pozn.: **Tučně** jsou zvýrazněny první tři nejčastější skupiny psychiatrických diagnóz u uživatelů jednotlivých drog.

F00–F09 – organické duševní poruchy, včetně symptomatických

F80–F89 – vývojové poruchy

F20–F29 – schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy

F90–F98 – poruchy chování u dětí

F30–F39 – afektivní poruchy (poruchy nálady)

F99 – duševní porucha, jinak neurčená

F40–F49 – neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem

a somatoformní poruchy

Duševní a behaviorální poruchy způsobené užíváním

F50–F59 – behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami

opioidů – F11, konopných látek – F12, sedativ nebo

a somatickými faktory

hypnotik – F13, kokainu – F14, stimulancií – F15,

F60–F69 – poruchy osobnosti a chování u dospělých

halucinogenů – F16, těkavých látek – F18, více drog

F70–F79 – mentální retardace

a jiných psychoaktivních látek – F19.

### 6.3.2 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o nefatálních intoxikacích<sup>26</sup> je založen na systému provozovaném HS. Přetvárají značné regionální rozdíly v systému sběru dat. Zdrojem dat jsou různé typy zdravotnických zařízení. V r. 2005 byly nejčastěji zaznamenány intoxikace po užití heroinu a pervitinu (20,5, resp. 18,6 % případů). Srovnání výskytu intoxikací v r. 2001–2005 podle drog uvádí tabulka 6-12.

tabulka 6-12: Intoxikace drogami v ČR v r. 2001–2005 podle jednotlivých drog (Polanecký et. al, 2002–2006)

Droga	2001		2002		2003		2004		2005	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Heroin	285	24,1	176	17,6	152	17,3	179	18,8	244	20,5
Pervitin	163	13,8	191	19,1	149	16,9	180	18,9	222	18,6
Benzodiazepiny	137	11,6	89	8,9	157	17,8	126	13,2	153	12,8
Jiné drogy a léky	182	15,4	179	17,9	100	11,4	92	9,7	111	9,3
Sedativa, hypnotika	176	14,9	121	12,1	73	8,3	97	10,2	77	6,5
Konopné látky	63	5,3	101	10,1	90	10,2	84	8,8	73	6,1
Těkavé látky	75	17,8	58	5,8	69	7,8	64	6,7	48	4,0
Ostatní opiáty	16	1,4	23	2,3	22	2,5	20	2,1	19	1,6
Subutex	n.a.	–	n.a.	–	2	0,2	12	1,3	14	1,2
Amfetaminy	4	0,3	12	1,2	7	0,8	17	1,8	13	1,1
Barbituráty	19	1,6	16	1,6	9	1,0	6	0,6	11	0,9
Metadon	2	0,2	6	0,6	3	0,3	2	0,2	10	0,8
Extáze	15	1,3	4	0,4	8	0,9	3	0,3	8	0,7
Kokain, crack	4	0,3	2	0,2	6	0,7	5	0,5	7	0,6
Psilocybin	15	1,3	7	0,7	4	0,5	10	1,1	6	0,5
LSD	3	0,3	2	0,2	3	0,3	7	0,7	3	0,3
Durman	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Neznámá	20	1,7	13	1,3	27	3,1	48	5,0	173	14,5
<b>Celkem</b>	<b>896</b>	<b>100,0</b>	<b>818</b>	<b>100,0</b>	<b>881</b>	<b>100,0</b>	<b>952</b>	<b>100,0</b>	<b>1 193</b>	<b>100,0</b>

### 6.3.3 Drogy a dopravní nehody

Bližší speciální kapitola Drogy a řízení, str. 79.

<sup>26</sup> V rámci tohoto systému jsou hlášeny případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících urgentní hospitalizaci.

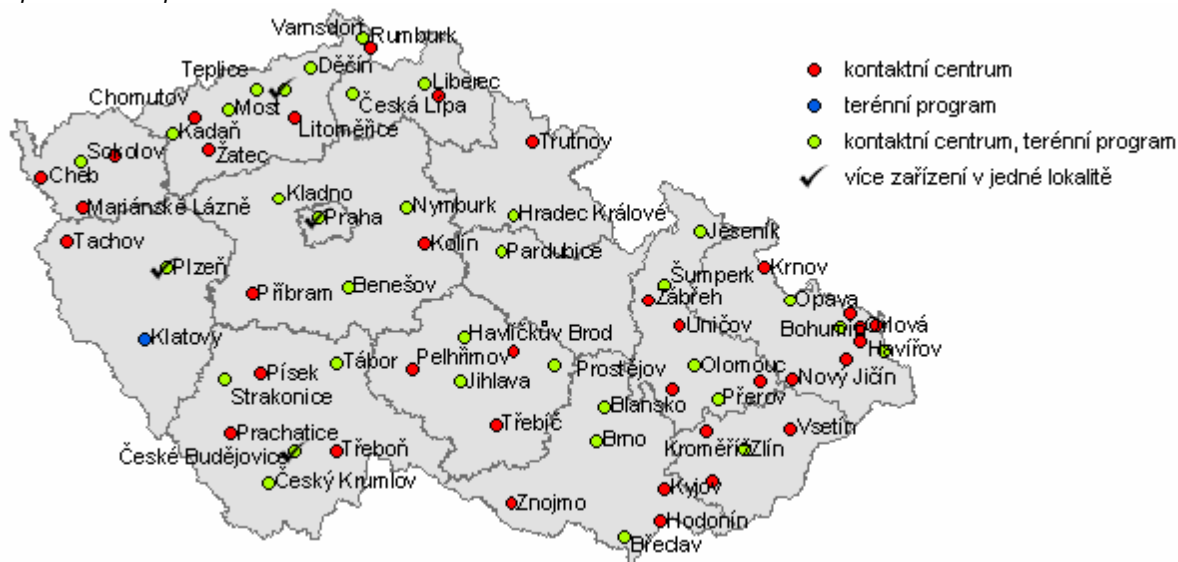
## 7 Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Snižování rizik je jedním ze čtyř pilířů protidrogové politiky ČR. V národní strategii jsou aktivity z oblasti snižování rizik vymezeny v rámci jednoho ze šesti základních cílů protidrogové politiky – snížení potenciálních rizik užívání všech typů drog a snížení ekonomických, sociálních a zdravotních dopadů jejich užívání na jedince i společnost. Opatření směřující ke snižování zdravotních rizik spojených s užíváním drog provádějí kromě léčebných institucí (blíže kapitola Léčba, str. 29) především nízkoprahová zařízení pro uživatele drog. Jejich dostupnost, kapacita i využití od druhé poloviny 90. let setrvale roste. Relativně vysoký je podíl problémových uživatelů, kteří jsou s těmito zařízeními v kontaktu. Naopak za slabé místo lze označit snižující se dostupnost testování na infekční nemoci v populaci injekčních uživatelů drog.

### 7.1 Služby nízkoprahových zařízení

Síť nízkoprahových zařízení vznikala v ČR od r. 1992. Tvoří ji kontaktní centra a terénní programy (streetwork); v r. 2005 jich bylo celkem 92 – mapa 7-1. Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich blízcí, některá zařízení poskytují služby také rekreačním uživatelům tanečních drog. Mezi základní cíle služeb poskytovaných v oblasti snižování zdravotních rizik a poškození patří zvyšování informovanosti uživatelů o rizicích jednotlivých drog, prevence předávkování, prevence virových hepatitid a HIV/AIDS, zprostředkování kontaktu uživatelů s dalšími pomáhajícími a léčebnými zařízeními, zvyšování motivace k méně rizikovému chování a ke změně životního stylu směrem k abstinenci, k pravidelné výměně použitého injekčního materiálu a k jeho bezpečné likvidaci.

mapa 7-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2005



Údaje o službách poskytnutých v nízkoprahových zařízeních a o osobách, které je využily, jsou k dispozici ze závěrečných zpráv, které zpracovávají zařízení pro potřeby dotačního řízení RVKPP. V r. 2005 se tohoto dotačního řízení zúčastnilo 78 nízkoprahových zařízení, tj. 84 % celkového počtu. Na základě údajů z těchto zařízení byl proveden odhad objemu služeb a počtu osob, které je využily – tabulka 7-1 a tabulka 7-2 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g). Vzhledem k tomu, že informace o činnosti nízkoprahových zařízení vychází z agregovaných údajů jednotlivých projektů, nelze vyloučit případné duplicity u osob, které využily během roku služeb více zařízení. Z analýzy výstupů databáze FreeBase (údaje z 34 zařízení, která poskytla seznam kódů svých klientů<sup>27</sup>) vyplynulo, že 1 965 (22 %) z celkového počtu 8 921 kódů se vyskytovalo ve více zařízeních.

<sup>27</sup> Nízkoprahová zařízení poskytují své služby anonymně, pro evidenci klientů používají kódy, které při zachování anonymity umožňují odlišení jednotlivých klientů.

tabulka 7-1: Počet klientů nízkoprahových zařízení v r. 2005 – extrapolováno na 92 zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g)

Ukazatel	Počet
Počet osob celkem	32 800
Počet uživatelů drog	27 800
Počet injekčních uživatelů drog	17 900
Počet uživatelů se základní drogou opiáty	6 800
Počet uživatelů se základní drogou pervitin	12 300
Počet uživatelů se základní drogou konopné látky	3 600
Počet uživatelů se základní drogou těkavé látky	470
Průměrný věk uživatelů drog	25 let

tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2005 – extrapolováno na 92 zařízení (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g)

Ukazatel	Počet
Počet návštěv celkem	403 900
Výměnný program stříkaček a jehel	249 000
Potravinový servis	99 500
Hygienický servis	40 900
Zdravotní ošetření	12 500
Individuální poradenství	25 800
Skupinové poradenství	1 500
Krizová intervence	2 500

Ve srovnání s předchozími roky v r. 2005 výrazně stoupla návštěvnost nízkoprahových zařízení (tabulka 7-3) a vzrostl objem poskytnutých služeb, zejména u nejčastěji využívané služby – výměny stříkaček a jehel (154 tis. výměn v r. 2002 a 249 tis. v r. 2005). Počet uživatelů drog, kteří služby těchto zařízení využili, i jejich struktura podle pohlaví a užívané drogy jsou stabilní. Průměrný věk uživatelů dlouhodobě vzrostl z 22 let v r. 2002 na 25 let v r. 2005 (viz také výroční zprávy NMS 2002–2004). Rovněž podíl problémových uživatelů v kontaktu s těmito zařízeními je stabilní; podle údajů získaných v letech 2002–2005 v rámci studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog činí 60 % – bližší kapitola Odhady prevalence a incidence problémového užívání drog, str. 20. Další studie uvádí 56% podíl injekčních uživatelů v kontaktu s těmito zařízeními v r. 2004 (Staníček, 2005).

tabulka 7-3: Klienti českých nízkoprahových zařízení v r. 2002–2005 (Mravčík et al. 2005a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g)

Ukazatel	2002	2003	2004	2005
Počet nízkoprahových zařízení	92	93	92	92
Počet uživatelů drog	n.a.	25 200	24 200	27 800
Počet injekčních uživatelů	19 000	16 700	16 200	17 900
Počet uživatelů opiátů	8 000	6 100	6 000	6 800
Počet uživatelů pervitinu	12 900	11 300	12 200	12 300
Počet uživatelů těkavých látek	n.a.	705	560	470
Počet uživatelů konopných látek	3 400	5 500	4 100	3 600
Počet kontaktů/návštěv	290 000	315 000	318 000	403 900

### 7.1.1 Hodnocení nízkoprahových služeb

V r. 2005 byly zpracovány tři analýzy aktuálního stavu sítě nízkoprahových zařízení v ČR (Staníček, 2005; Libra, 2006; Mravčík, 2005). Vyplývají z nich následující zjištění:

- Síť zařízení v jednotlivých krajích se liší v dostupnosti pro klienty, podílem odhadovaného počtu injekčních uživatelů (IUD) mezi klienty, kteří jejich služeb využívají (24–76 %), průměrnými náklady na jednoho IUD za rok (2,6 tis.–10,8 tis.) i výší dotací přidělovaných z dotačního řízení RVKPP (6 krajů finančně podhodnoceno, 5 krajů nadhodnoceno oproti navrhovanému optimu). Za problematické regiony lze označit Prahu a Středočeský kraj (nedostatečná kapacita) a Vysočinu (nízký podíl kontaktovaných IUD při vysokých nákladech) (Staníček, 2005).
- Cílová populace a spektrum poskytovaných služeb se liší. Zařízení s větší spádovou oblastí (větší počet a hustota obyvatel) se zaměřují spíše na problémové uživatele drog, zařízení s menší spádovou oblastí se kromě problémových uživatelů orientují i na jiné skupiny uživatelů drog a na osoby drogami ohrožené (Staníček, 2005).
- Nákladovost jednotlivých nízkoprahových zařízení se rovněž liší. Náklady na jeden kontakt se v r. 2004 pohybovaly od 88 do 9 090 Kč, s průměrem 1 054 Kč (oproti 1 684 Kč v r. 2001). Za příliš nákladné lze označit zařízení s náklady nad 650 Kč za kontakt a za nedostatečně výkonná zařízení s méně než 40 klienty a 200 kontakty na jeden úvazek a rok (Mravčík, 2005).

- Přestože náklady nízkoprahových zařízení rostou s inflací, celková výše dotací poskytovaných na národní úrovni se nezvyšuje (Libra, 2006); vybrané údaje o financování nízkoprahových programů v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2002–2005 uvádí tabulka 7-4.

tabulka 7-4: Podpora nízkoprahových zařízení v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2002–2005

Ukazatel	2002	2003	2004	2005
Počet podpořených zařízení	88	83	86	75
Celkové náklady (v tis. Kč)	133 108	138 314	149 988	149 975
Přidělená dotace od RVKPP (v tis. Kč)	47 452	49 013	50 398	44 961
Podíl dotace od RVKPP na celkových nákladech (v %)	35,6	35,4	33,6	30,0

Na základě výše uvedených zjištění bylo navrženo, aby se do procesu hodnocení a optimalizace sítě služeb více zapojily instituce kraje (např. krajská rada pro protidrogovou politiku, krajský protidrogový koordinátor). Zároveň bylo doporučeno přehodnotit stávající dotační systém – při hodnocení efektivity jednotlivých programů zohledňovat míru kontaktované části populace problémových uživatelů drog, rozdělovat finanční prostředky rovnoměrně mezi jednotlivé kraje, systematicky podporovat vhodné typy nízkoprahových služeb<sup>28</sup>, a to s ohledem na spádovost a charakter daného regionu (Staniček, 2005; Libra, 2006).

## 7.2 Prevence předávkování

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

Kromě výše uvedených služeb a programů substituční léčby žádné další specifické aktivity vedoucí k prevenci předávkování (např. preventivní distribuce antagonistů opioidů uživatelům, místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog) nejsou v ČR realizovány.

## 7.3 Prevence infekčních chorob

Mezi aktivity nízkoprahových zařízení patří poskytování informací o infekčních chorobách, vzdělávání a motivace k bezpečnějším způsobům užívání drog, výměnný program včetně bezpečné likvidace použitých stříkaček a sekundárního výměnného programu<sup>29</sup>, vzdělávání a motivace k bezpečnému sexu, distribuce kondomů, motivační trénink ke znalosti svého zdravotního stavu, zprostředkování očkování a kontaktu s lékařem specialistou v případě (podezření na) onemocnění. Druh poskytovaných služeb v jednotlivých zařízeních se liší dle kapacity, finančních možností a poptávky ze strany uživatelů.

### 7.3.1 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel

Výměnný program stříkaček a jehel v r. 2005 poskytovalo 96 % nízkoprahových zařízení; počet distribuovaných injekčních stříkaček řadu let stoupá – tabulka 7-5 a tabulka 7-6. Dle informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který nízkoprahové zařízení v r. 2005 navštívil, vyměnil průměrně 14krát a získal celkem 197 sterilních stříkaček.

<sup>28</sup> Kromě kontaktních center také terénní programy a tzv. drogové agentury.

<sup>29</sup> Zapojení aktivních uživatelů drog, kteří po absolvování vzdělání a pod odbornou supervizí vyměňují injekční materiál a poskytují informace dalším uživatelům drog.

tabulka 7-5: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g; Polanecký et al. 2006)

Rok	Počet výměnných programů	Počet vyměněných stříkaček a jehel
1998	42	487 000
1999	64	850 000
2000	80	1 152 000
2001	77	1 567 000
2002	88	1 471 000
2003	87	1 780 000
2004	86	2 358 000
2005	88	3 274 000

tabulka 7-6: Výměnné programy v krajích ČR v r. 2002–2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g; Polanecký et al. 2006)

Kraj/rok	2002	2003	2004	2005
PHA	858 507	979 560	1 210 704	1 697 554
STC	12 561	31 682	66 600	110 325
JHC	14 883	69 004	102 621	124 454
PLK	23 221	44 670	88 450	116 611
KVK	16 608	29 299	35 756	58 680
ULK	256 071	262 418	351 561	479 383
LBK	12 273	21 108	33 467	32 800
HKK	22 250	45 089	41 021	86 221
PAK	23 622	23 330	36 081	38 725
VYS	11 254	29 363	39 348	61 425
JHM	134 285	122 137	165 846	173 090
OLK	21 809	33 832	85 872	96 416
ZLK	19 973	11 362	41 977	143 771
MSK	41 907	75 103	56 232	52 169
<b>Celkem</b>	<b>1 471 000</b>	<b>1 780 000</b>	<b>2 358 000</b>	<b>3 274 000</b>

mapa 7-2: Počet vyměněných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2005 na 1000 obyvatel (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g; Polanecký et al. 2006)



### 7.3.2 Prodej injekčních jehel a stříkaček v lékárnách

Přibližně 64 % ze 760 respondentů studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog uvedlo, že získávali čisté jehly a stříkačky v posledních 6 měsících v lékárnách; ty tak představují druhý nejčastější zdroj injekčních pomůcek po kontaktních centrech (68,8 % respondentů). Více než 40 % respondentů odhaduje, že podíl lékáren, které neprodávají stříkačky injekčním uživatelům drog, je v místě jejich pobytu menší než 20 %, téměř 30 % respondentů odhaduje tento podíl na 60 % a více. 52 % respondentů má osobní zkušenost s odmítnutím prodeje stříkaček



v lékárně; 40 % respondentů uvedlo, že pracovníci lékárny požadovali při prodeji stříkačky vyšší cenu než běžnou<sup>30</sup> (Mravčík et al. 2006).

### 7.3.3 Testování infekčních nemocí u uživatelů drog

V r. 2005 nabízelo možnost testování na protilátky VHC 59 %, na HIV 58 %, na VHB 30 % a na lues 2 % nízkoprahových zařízení. Z více než 16 tis. injekčních uživatelů, kteří v r. 2005 využili služeb nízkoprahových zařízení, se nechalo na HIV testovat jen 15 % a na VHC<sup>31</sup> 16 % (za předpokladu, že testy nebyly prováděny opakovaně u stejných osob<sup>32</sup>) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g). Výsledky testování uvádí kapitola Infekce spojené s užíváním drog, str. 38.

tabulka 7-7: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v r. 2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g)

Druh testu	2001		2002		2003		2004		2005	
	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení	Testy	Zařízení
HIV	2 307	47	1 158	35	2 629	64	2 178	58	2 425	54
VHB	901	36	515	26	739	21	932	25	1 370	28
VHC	1 257	40	1 202	33	2 499	60	2 582	53	2 664	55
Lues	n.a.	n.a.	176	2	209	4	84	1	54	2

### 7.4 Intervence spojené s psychiatrickou komorbiditou

Léčba uživatelů drog s dalšími, duálními diagnózami probíhá v ČR integrovaně, tj. v rámci existujícího léčebného systému pro uživatele drog a se zohledněním jejich specifických potřeb – viz kapitolu Léčba, str. 29.

<sup>30</sup> Běžná cena je cca 4 Kč; respondenti často uváděli ceny 10, 20, 30, 50 Kč, nejvyšší udávanou částkou bylo 80 Kč za 1 stříkačku.

<sup>31</sup> Od začátku r. 2006 začalo platit nařízení vlády č. 453/2004 Sb., podle kterého musejí veškeré in vitro diagnostické zdravotnické prostředky splňovat při uvedení na trh požadavky evropské směrnice 98/79/EEC (mimo jiné platné prohlášení o shodě vystavené pro daný diagnostický zdravotnický prostředek a jeho označení CE). Doposud byly nejrozšířenějším nástrojem pro testování injekčních uživatelů na protilátky VHC rychlé orientační testy z kapilární krve (ročně 1,2 tis. testů). V současnosti není na českém ani evropském trhu dostupný žádný takový test splňující nové požadavky, lze tedy očekávat také pokles provedených testů v případě VHC.

<sup>32</sup> Údaje o počtu otestovaných osob nejsou k dispozici.

## 8 Sociální souvislosti a důsledky užívání drog

K nejvýznamnějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, nižší vzdělání a zhoršená bytová situace, která může vést až k bezdomovectví; kumulace více sociálních problémů pak může vést až k sociální exkluzi. Vyloučení ze společnosti může být jednak důsledkem užívání drog, zároveň však může být i jeho příčinou.

Mezi skupiny přímo ohrožené sociální exkluzí patří kromě uživatelů drog, nezaměstnaných, bezdomovců a osob s nízkým vzděláním také imigranti, příslušníci minorit nebo děti vyrůstající v problémových rodinách; v ČR se sociální exkluze týká především vybraných skupin romské populace.

Počet drogových trestných činů, stejně jako počet stíhaných a obžalovaných pachatelů těchto činů byl v r. 2005 přibližně stejný jako v r. 2004. Přibližně stejný zůstává počet i podíl (8 %) přechovávání drog v množství větším než malém na odhalené drogové kriminalitě. Poprvé od počátku 90. let klesl počet odsouzených za drogové trestné činy. Pervitin je drogou, která se ve spojitosti s drogovou kriminalitou vyskytuje nejčastěji, a jeho podíl roste; podíl konopných látek klesá. Zvyšuje se podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody mezi odsouzenými. Podíl podmíněných trestů, prvopachatelů a mladistvých mezi odsouzenými za drogové trestné činy spojené s konopnými látkami je výrazně vyšší než mezi odsouzenými za drogové trestné činy spojené s dalšími drogami.

### 8.1 Sociální exkluze

Dlouhodobě se ukazuje, že k častým sociálním problémům spojeným s užíváním drog patří zhoršené rodinné, pracovní nebo školní vztahy, nižší dokončené nebo dokonce nedokončené vzdělání, nezaměstnanost, nižší ekonomický status a špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví. Kumulace sociálních problémů může vést až k sociální exkluzi, tj. vyloučení ze společnosti. Sociální exkluze však nemusí být nutně důsledkem užívání drog (především problémového); sociální exkluze může být sama o sobě i jeho příčinou.

Sociální exkluze je často podporována také negativními postoji většinové veřejnosti k určité skupině obyvatel (tzv. symbolická exkluze) a na druhé straně také tzv. subjektivní exkluzí, kdy jedinec nebo skupina obyvatel má sama pocit, že jsou ze společnosti vylučováni (Mareš, 2002; Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2005).

Mezi skupiny přímo ohrožené sociální exkluzí patří např. dlouhodobě nebo opakovaně nezaměstnaní, pracovníci s nejistými a nevýhodnými pracovními smlouvami, lidé s nízkými příjmy a chudí, nekvalifikovaní (zejména s nedokončenou základní školou), mentálně či psychicky handicapovaní, drogově závislí, děti vyrůstající v problémových rodinách (zejména týrané děti), delikventi (osoby se záznamem v trestním rejstříku), imigranti (nelegální pracovní imigranti, azylanti i uprchlíci), rasově, nábožensky, jazykově nebo kulturně vymezené minority, příjemci sociálních dávek, bezdomovci nebo obyvatelé lokalit majících charakter ghett (Mareš, 2006).

V ČR se sociální exkluze týká především některých vybraných skupin romské populace (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2005). Exkluze je chápána jako nakupení sociálních problémů v romských komunitách; primárním faktorem sociálního vyloučení Romů je dlouhodobá nezaměstnanost, nízký příjem, nedostupnost a špatná kvalita bydlení (Mareš, 2003; Sirovátka, 2003; Vašečka, 2002). V r. 2005 byl připraven Akční plán dekády romské inkluze 2005–2015; mezi základní priority akčního plánu patří vzdělávání, zaměstnanost, bydlení a zdraví (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2006a).

#### 8.1.1 Romská populace a drogy

Dlouhodobým sledováním a hodnocením situace v romských komunitách v ČR se zabývá Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity v rámci Programu podpory terénních sociálních pracovníků. Základním cílem programu, obdobně tedy i cílem práce terénních pracovníků, je „zlepšení sociálních kompetencí sociálně vyloučených lidí v cílové komunitě tak, aby se zvýšila jejich schopnost účastnit se na aktivitách běžných pro ostatní občany a zabránilo se jejich sociálnímu vyloučení“ (Winkler a Šimíková, 2005).

V r. 2005 bylo do Programu podpory terénních sociálních pracovníků zapojeno celkem 57 obcí a v nich 87 terénních pracovníků (a lokalit). Oproti předchozím rokům se na základě analýzy Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (VÚPSV) výrazně změnila struktura a obsah sledovaných aspektů sociální problematiky v romských komunitách (Winkler a Šimíková, 2005). Byl zaveden nový formulář a systém vykazování aktivit v rámci programu. Nadále tedy není možné hodnotit např. závažnost jednotlivých sledovaných jevů včetně závažnosti drogové problematiky ani nejčastěji užívané drogy tak, jak tomu bylo v předchozích letech.

Terénní sociální pracovníci poskytli v r. 2005 služby celkem 15 262 klientům. Nejčastěji se jednalo o služby týkající se bydlení (31 %), zadluženosti (23 %) a nezaměstnanosti (20 %). V souvislosti s užíváním drog bylo poskytnuto celkem 464 intervencí (3 % služeb) – tabulka 8-1. Oproti předchozím rokům je na ústupu řešení problémů s drogami, prostitucí, lichvou a gamblerstvím (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2006b). To ovšem neznamená, že těchto problémů skutečně ubylo; pravděpodobná interpretace je, že pozornost terénních sociálních pracovníků byla věnována jiným oblastem.

tabulka 8-1: Počty klientů, kterým poskytli služby terénní sociální pracovníci v jednotlivých oblastech (Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity, 2006b)

Typ problému	Počet klientů	Podíl (%)
Dluhy	3 513	23
Kvalita bydlení	3 065	20
Nezaměstnanost	3 034	20
Problematické nájemní vztahy	1 746	11
Nedostatečná hygiena	1 359	9
Záškoláctví	805	5
Kriminalita	631	4
Zneužívání drog	464	3
Gamblerství	319	2
Lichva	269	2
Prostituce	57	1
<b>Celkem</b>	<b>15 262</b>	<b>100</b>

V r. 2005 byl také zahájen projekt společnosti GAC a Nová škola Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a komunit v ČR a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti, který je zpracováván pro MPSV. Cílem projektu je plošně zmapování životních podmínek v sociálně vyloučených romských lokalitách v ČR a kapacity subjektů působících v okolí těchto lokalit; první výsledky budou k dispozici v září 2006. Výstupem projektu bude elektronická mapa vyloučených lokalit, návrhy změny politiky sociální exkluze a romské integrace a zacílení prostředků Evropského sociálního fondu do potřebných lokalit (Gabal Analysis and Consulting, 2006).

### 8.1.2 Bezdomovectví a drogy

V r. 2004 byl zahájen projekt Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty, který si kladl za cíl zmapovat problematiku zdravotního stavu sociálně vyloučených osob a související aspekty týkající se životního stylu včetně zmapování rozsahu užívání alkoholu a nelegálních drog v této populaci (Barták et al., 2004; Barták et al., 2005). V rámci projektu realizoval Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE) ve spolupráci s Armádou spásy a Nadějí na konci r. 2005 průzkum mezi 1 000 bezdomovců v Praze. Rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví byl IZPE zrušen; projekt ani dílčí analýza realizovaného průzkumu nebyly dokončeny.

### 8.1.3 Sociální charakteristiky žadatelů o léčbu

HS HMP dlouhodobě sleduje v rámci registru žádostí o léčbu vybrané sociální charakteristiky klientů jednotlivých zařízení, kteří požádali o léčbu v souvislosti s užíváním drog. Z celkového počtu 8 534 žadatelů o léčbu bylo 7 % osob bez domova, téměř 8 % osob bydlelo institucionálně (např. ve věznicích, diagnostických a výchovných ústavcích, na ubytovnách nebo v azylových domech). Mezi osobami, které žádaly o léčbu opakovaně, je vyšší podíl bezdomovců (8 %) i osob bydlících institucionálně (10 %) než u prvožadatelů – tabulka 8-2.

Mezi žadateli o léčbu je více než 50 % nezaměstnaných a osob vykonávajících pouze příležitostnou práci, mezi opakovanými žadateli jejich podíl dosahuje téměř 60 % (Polanecký et al. 2006). Významným problémem je také nízké vzdělání žadatelů o léčbu – téměř 50 % má pouze základní vzdělání, 4 % nedokončili základní školu. Vzdělání je nižší mezi prvožadateli; zde však může hrát roli jejich nižší věk.

Sociální charakteristiky žadatelů o léčbu se od r. 2002 výrazně nemění; zastoupení bezdomovců, nezaměstnaných a osob s nízkým vzděláním je dlouhodobě stabilní – viz minulá výroční zpráva NMS (Mravčík et al. 2003; Mravčík et al. 2004; Mravčík et al. 2005a).

tabulka 8-2: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu, v % (Polanecký et al. 2006)

Charakteristika	Všichni žadatelé o léčbu	Žadatelé o první léčbu	Žadatelé o opakovanou léčbu
Bezdomovec	7,2	6,4	8,0
Bydliště v instituci	7,9	6,2	9,7
Nezaměstnaný, příležitostná práce	53,4	48,5	58,6
Nedokončené základní vzdělání	3,5	4,8	2,3
Základní vzdělání	49,4	51,7	46,9

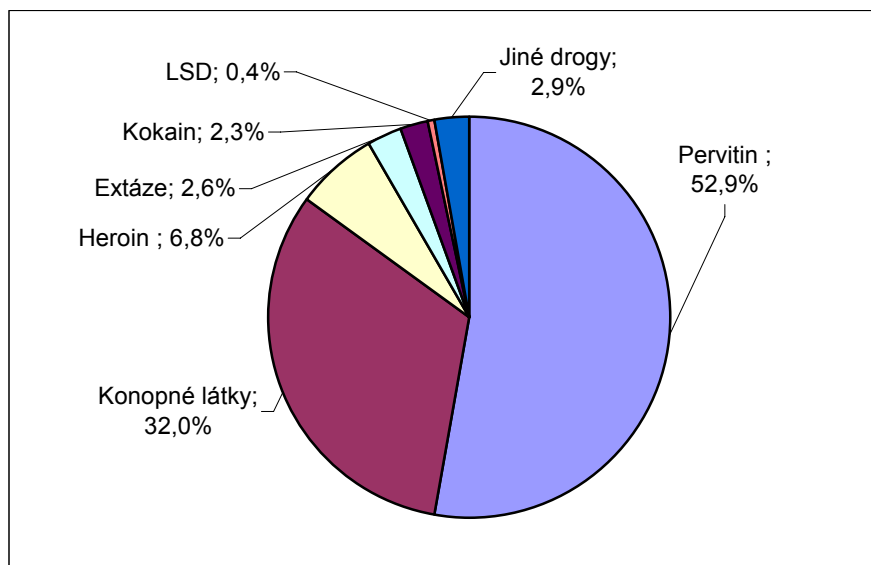
## 8.2 Drogová kriminalita

### 8.2.1 Drogová kriminalita podle statistik Národní protidrogové centrály

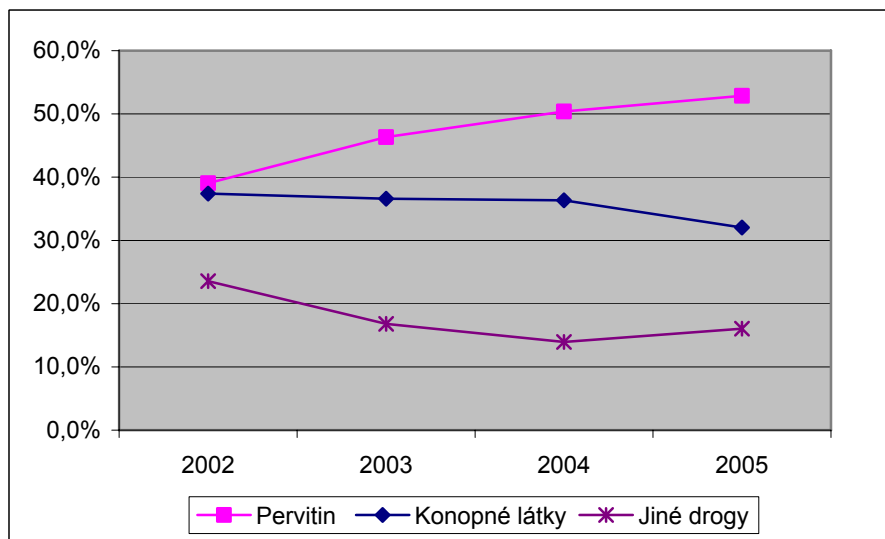
V r. 2005 evidovala Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC) 2 128 osob stíhaných<sup>33</sup> za drogové trestné činy<sup>34</sup>, tedy zhruba stejný počet jako v r. 2004 (2 100). Podíl trestných činů přechovávání drog v množství větším než malém pro osobní potřebu (§ 187a TZ) zůstává relativně nízký, v r. 2005 činil 8 %. Tento podíl se mírně lišil, pokud jde o jednotlivé drogy; nižší (5 %) byl u trestných činů spojených s pervitinem, vyšší u trestných činů spojených s konopnými látkami (10 %) a heroinem (15 %).

Nejvyšší podíl na odhalené drogové kriminalitě mají i nadále trestné činy spojené s pervitinem – obrázek 8-1. V r. 2005 pokračoval trend rostoucího podílu trestných činů ve spojitosti s pervitinem – 53 % oproti 39 % v r. 2002. Podíl trestných činů spojených s konopnými látkami od r. 2002 mírně klesá – 32 % v r. 2005 oproti 37 % v r. 2002 – obrázek 8-2. V posledních čtyřech letech došlo k nárůstu počtu trestných činů spojených s kokainem a jejich počet a podíl se v r. 2005 přiblížily hodnotám trestných činů spáchaných v souvislosti s extází. U drogových trestných činů ve spojitosti s heroinem došlo v posledních dvou letech k mírnému nárůstu – obrázek 8-3 (Národní protidrogová centrála, 2006c).

obrázek 8-1: Drogové trestné činy – stíhané osoby podle druhu drogy v r. 2005 (Národní protidrogová centrála, 2006c)



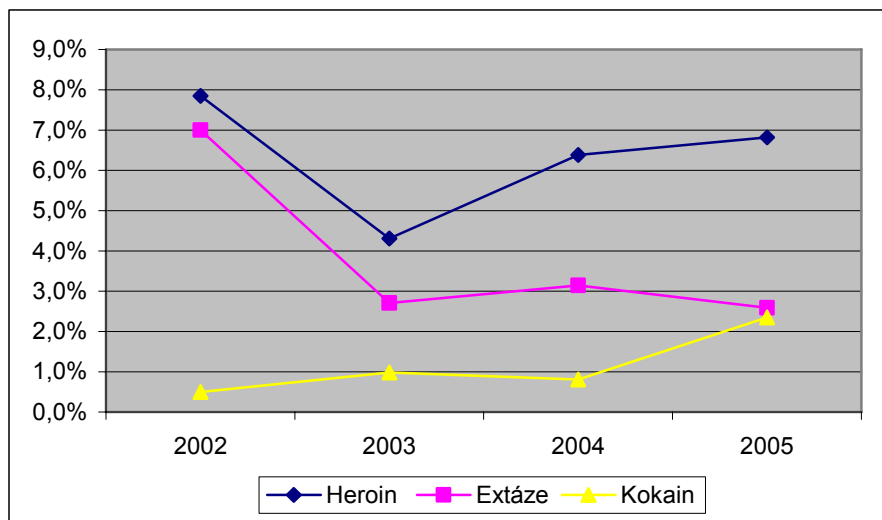
obrázek 8-2: Podíl pervitinu, konopných látek a ostatních drog na drogových trestných činech v r. 2002–2005 (stíhané osoby) (Národní protidrogová centrála, 2006c)



<sup>33</sup> Trestní stíhání je zahájeno sdělením obvinění; termíny „stíhání“ a „obvinění“ jsou v této zprávě používány ekvivalentně.

<sup>34</sup> Trestné činy nedovolené výroby a přechovávání OPL podle ustanovení § 187, 187a, 188 trestního zákona (bez trestných činů šíření toxikomanie podle § 188a TZ).

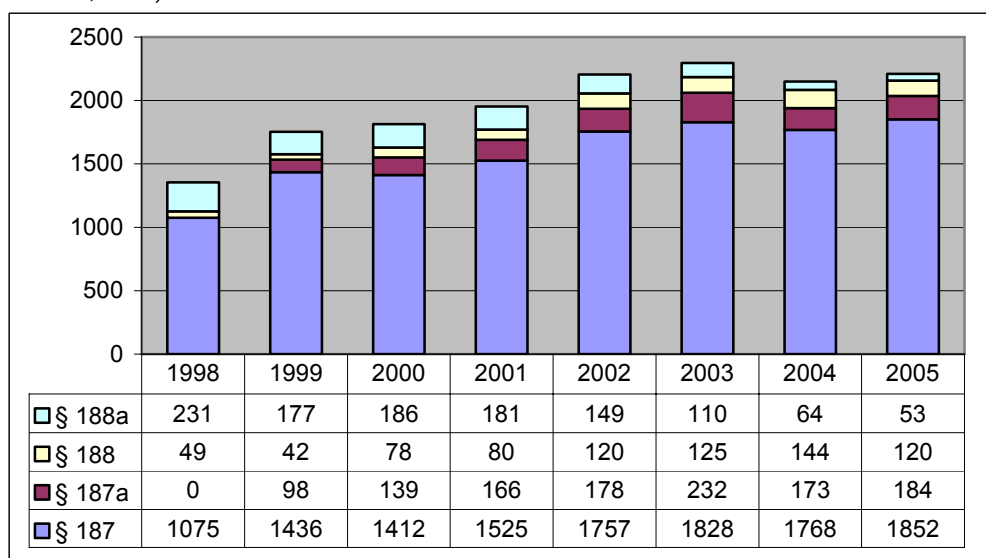
obrázek 8-3: Podíl heroinu, extáze a kokainu na drogových trestných činech v r. 2002–2005 (stíhané osoby) (Národní protidrogová centrála, 2006c)



### 8.2.2 Drogová kriminalita podle statistik Policie ČR

Oproti r. 2004 se mírně zvýšil počet osob obviněných ze spáchání drogových trestných činů zaznamenaných Policií ČR v rámci Evidenčního systému statistik kriminality (ESSK). V r. 2005 bylo evidováno 2 209 obviněných z drogových trestných činů, oproti 2 149 obviněným v r. 2004 (Ministerstvo vnitra ČR, 2006); přehled podle jednotlivých ustanovení TZ uvádí obrázek 8-4.

obrázek 8-4: Počet osob obviněných z drogových trestných činů v r. 1998–2005 podle ESSK Policie ČR (Ministerstvo vnitra ČR, 2006)



Relativně<sup>35</sup> nejvyšší počet osob obviněných z drogových trestných činů byl stejně jako v loňském roce zaznamenán v Ústeckém kraji (35 osob na 100 tis. obyvatel), následují kraje Karlovarský, Vysočina, Liberecký a Hl. m. Praha (25 až 27 osob na 100 tis. obyvatel). Nejmenší hodnoty byly zaznamenány v krajích Pardubickém a Středočeském (13, resp. 15 osob na 100 tis. obyvatel). K nejvyššímu meziročnímu nárůstu (zhruba o 60 %) došlo v krajích Královéhradeckém a Pardubickém, které v loňském roce zaznamenaly nejnižší hodnoty. K výraznějšímu nárůstu došlo rovněž v krajích Zlínském a v Praze (o 34, resp. 26 %). Regionální rozdíly v počtu drogových trestných činů ukazuje mapa 8-1 a (včetně meziročního srovnání) obrázek 8-5.

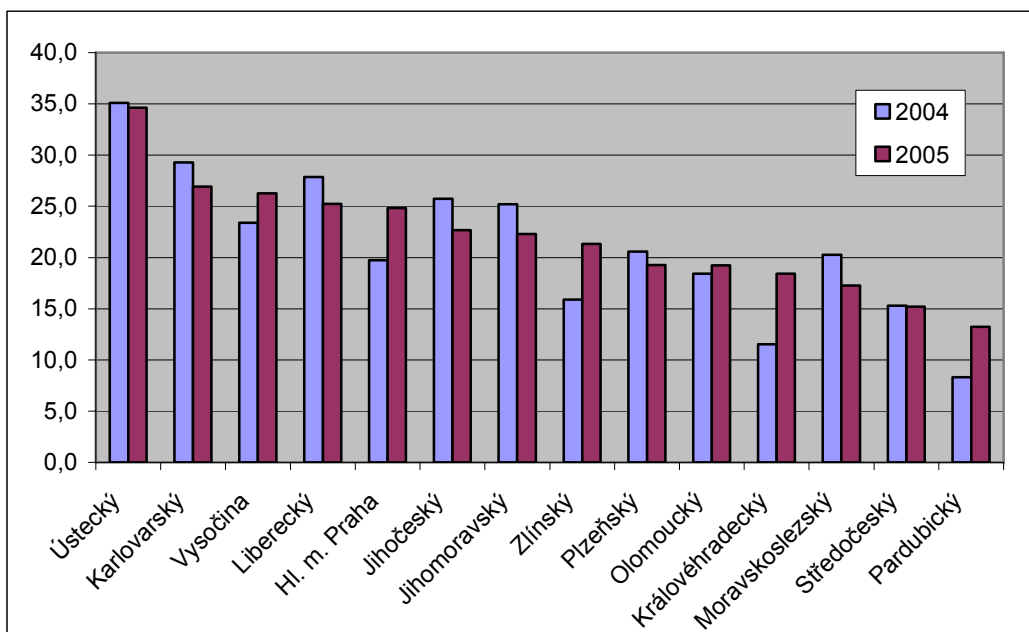
V Ústeckém kraji byla evidována nejen nejvyšší míra stíhané drogové kriminality, ale i odhalené trestné činnosti obecně (1 900 obviněných na 100 tis. obyvatel) – obrázek 8-6. Podobně i kraje Karlovarský a Liberecký patří mezi regiony s vysokou mírou drogové i celkové odhalené kriminality. Rozdílná situace je v kraji Vysočina, který patří k regionům s vysokou mírou odhalené drogové kriminality, a přitom zde byla zaznamenána nejnižší míra kriminality celkové.

<sup>35</sup> Vztaheno na počet obyvatel.

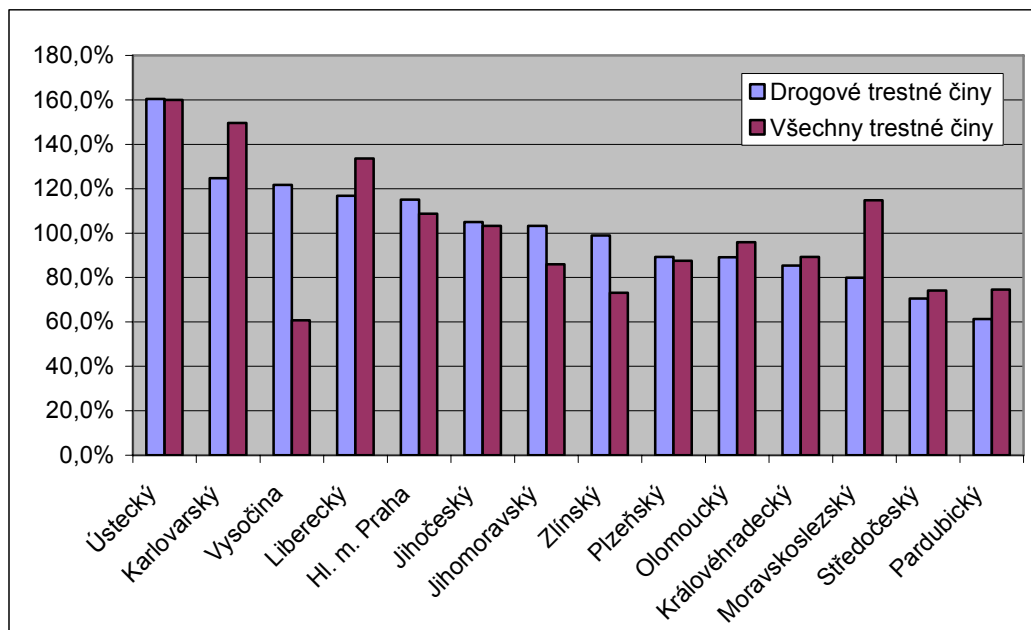
mapa 8-1: Počet osob obviněných z drogových trestných činů v krajích ČR v r. 2005 na 100 tis. obyvatel (Ministerstvo vnitra ČR, 2006)



obrázek 8-5: Počet osob obviněných z drogových trestných činů v r. 2004 a 2005 v krajích ČR na 100 tis. obyvatel (Ministerstvo vnitra ČR, 2006)



obrázek 8-6: Počet osob obviněných z drogových a všech trestných činů v krajích ČR na 100 tis. obyvatel (100 % = hodnoty za ČR) (Ministerstvo vnitra ČR, 2006)



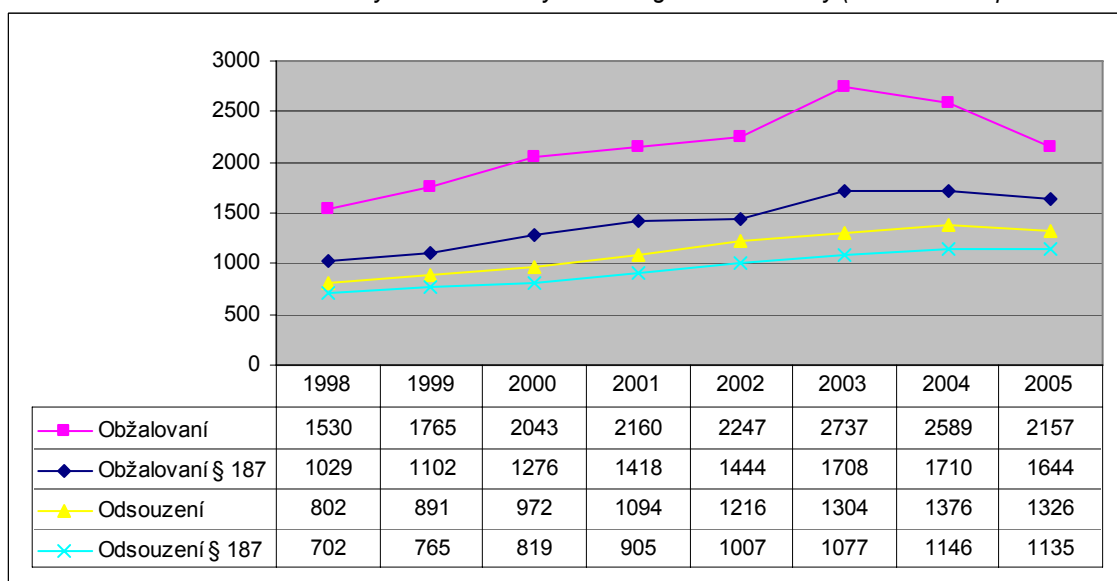
## 8.2.3 Drogová kriminalita podle statistik Ministerstva spravedlnosti

### 8.2.3.1 Základní statistiky

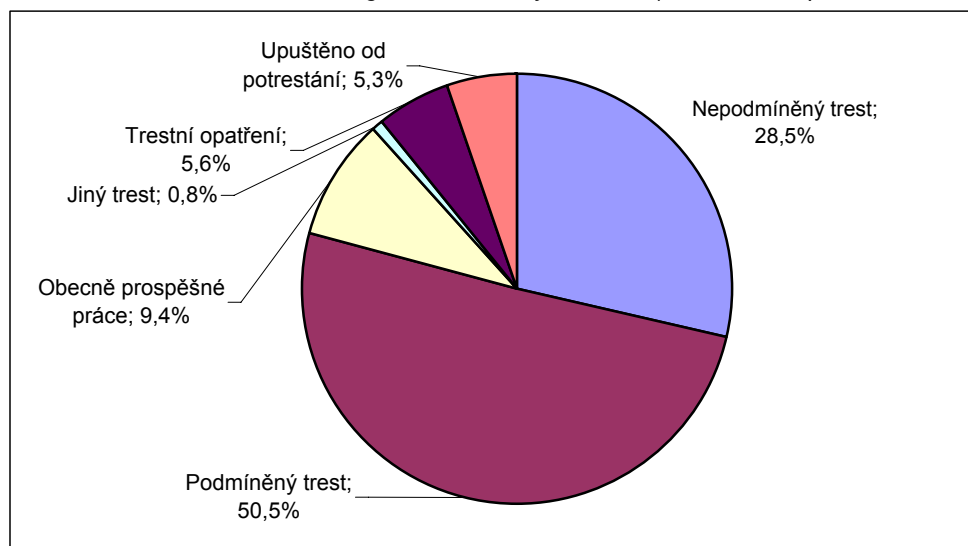
Podle statistik Ministerstva spravedlnosti klesl v r. 2005 počet osob obžalovaných z drogových trestných činů oproti r. 2004 o 16,7 %; ještě výraznější je 21% pokles ve srovnání s r. 2003. Při bližším pohledu na statistiky MS se však ukazuje, že zmíněný pokles lze přičíst zejména snížení počtu obžalovaných pachatelů trestných činů podle § 188a (šíření toxikomanie) a částečně i podle § 188 (přechovávání předmětů určených k výrobě drog). Poprvé od počátku 90. let klesl meziročně počet odsouzených pachatelů drogových trestných činů, i když jen mírně (o 3,6 %) – obrázek 8-7.

Za drogové trestné činy uložily soudy v ČR v r. 2005 celkem 378 nepodmíněných trestů odnětí svobody, což představuje 29 % uložených trestů. Nejčastěji (v 74 %) se výška trestních sazeb pohybovala v rozmezí 1–5 let, což odpovídá trestní sazbě základních skutkových podstat trestných činů podle § 187 a § 188 TZ. Nejčastěji ukládaným trestem za drogové trestné činy zůstává podmíněný trest odnětí svobody (51 %). Obecně prospěšné práce byly uloženy v 9 % případů – obrázek 8-8. Od r. 2003 se mírně snižuje podíl podmíněných a mírně zvyšuje podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2006a).

obrázek 8-7: Počet osob obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2006a)



obrázek 8-8: Skladba trestů za drogové trestné činy v r. 2005 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2006a)



### 8.2.3.2 Statistiky podle druhu drogy

S účinností od 1. 1. 2005 došlo ke změnám ve statistikách Ministerstva spravedlnosti, které umožňují sledovat jednotlivé případy drogových trestných činů podle druhu drogy, která byla přímo spojena s daným trestným činem (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2006b). I když druh drogy nebyl příslušnými pracovníky soudů a státních zastupitelství v r. 2005 zaznamenán ve všech případech (pouze u 32 % obžalob a 68 % odsouzení za drogové trestné činy), je díky těmto údajům možné získat jistý přehled o odlišnostech ve stíhání drogových trestných činů v závislosti na druhu předmětné drogy.

Nejčastěji zastoupenou drogou je pervitin (65 % obžalob a 50 % odsouzení za drogové trestné činy, pro něž je tento údaj k dispozici), následují konopné látky (shodně 22 % obžalob i odsouzení) a heroin (6 % obžalob i odsouzení) – tabulka 8-3.

Obžalování či odsouzení za drogové trestné činy v souvislosti s konopnými látkami se vyznačují výrazně vyšším podílem mladistvých osob (15–17 let), než je tomu v případě jiných druhů drog. Mezi evidovanými případy, kde byl rozlišen druh drogy, představují u konopných látek mladiství 29 % obžalovaných a 32 % odsouzených osob, zatímco u zbývajících druhů drog se jedná v průměru pouze o 4 % obžalovaných a odsouzených. Podíl osob ve věku 15–19 let mezi obžalovanými je 51 % v případě konopných látek a jen 15 % v případě ostatních drog – obrázek 8-9.

Také podíl dosud netrestaných osob je výrazně vyšší mezi odsouzenými za drogové trestné činy související s konopnými látkami (69 %) než u ostatních drog (36 %). Vysoký podíl poprvé odsouzených pachatelů je také u trestných činů spojených s extází (65 % – 15 z 23 osob). Podíl odsouzených žen je nižší u konopných látek (6 %) než u ostatních drog (14 % pervitin a 19 % heroin) – obrázek 8-10.

Významné rozdíly mezi jednotlivými drogami existují i pokud jde o typy trestů uložených pachatelům drogových trestných činů. Nepodmíněný trest odnětí svobody byl uložen ve 40 % případů odsouzení za drogové trestné činy související s pervitinem, ve 49 % případů souvisejících s heroinem, ale pouze v 7 % případů ve spojitosti s konopnými látkami. To souvisí s výše uvedenými rozdíly v podílu mladistvých a poprvé odsouzených pachatelů; do jisté míry to však svědčí také o posuzování drogových trestných činů v rozhodovací praxi soudů s ohledem na různou míru společenské nebezpečnosti jednotlivých druhů drog.

Uvedené podíly ovšem mohou být zkresleny omezenou velikostí souboru – viz také podíl drog u stíhaných za drogové trestné činy podle NPC, kapitola Drogová kriminalita podle statistik Národní protidrogové centrály, str. 52.

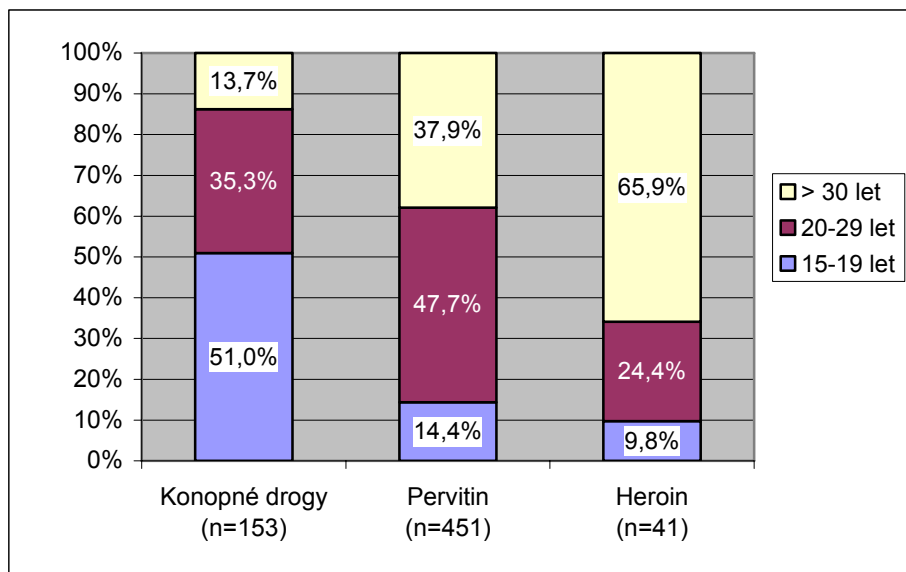
tabulka 8-3: Obžalování a odsouzení za drogové trestné činy podle druhu drogy (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2006b)

Sledovaná skupina	Počet osob*	Konopné látky (%)	Pervitin (%)	Extáze (%)	Heroin (%)	Kokain (%)	Ostatní OPL (%)
Obvinění (státní zastupitelství)	772	26,2	61,4	2,1	5,8	0,5	4,0
Obžalování (státní zastupitelství)	691	22,1	65,3	2,2	5,9	0,6	3,9
Odsouzení (soudy)	897	22,4	50,2	2,6	6,4	0,9	17,6

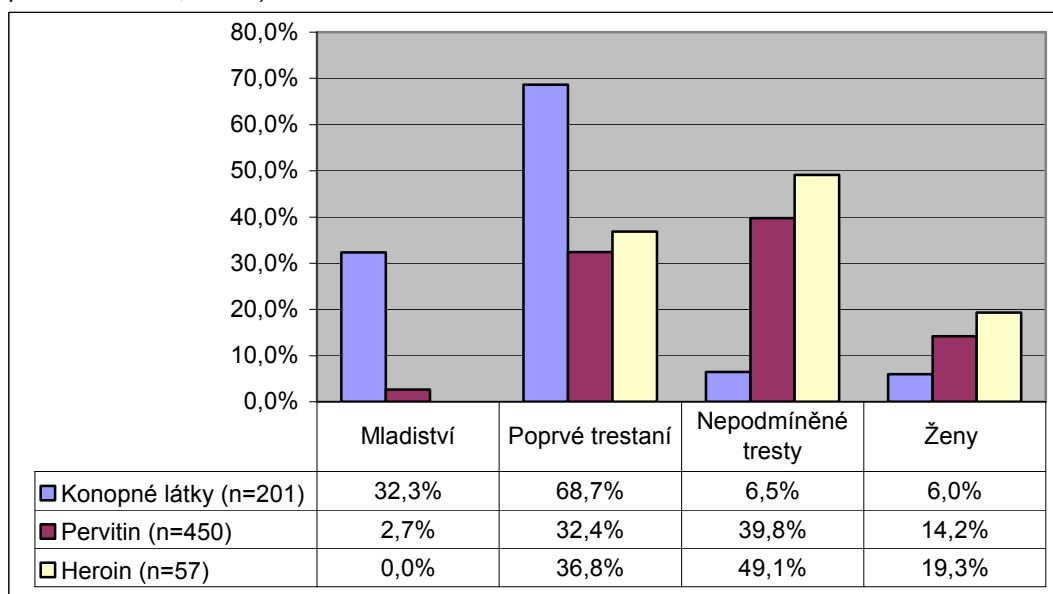
Pozn.: \* Jedná se o osoby, u nichž je údaj o druhu drogy k dispozici.



obrázek 8-9: Věková struktura obžalovaných z drogových trestných činů podle druhu drogy (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2006b)



obrázek 8-10: Odsouzení pachatelé drogových trestných činů – charakteristiky podle druhu drogy (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2006b)



### 8.2.4 Drogové přestupky

Podle údajů Policie ČR bylo v r. 2005 zjištěno 886 přestupků držení malého množství drog pro osobní potřebu (§ 30 odst. 1 písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích). Jedná se o mírný meziroční pokles (958 přestupků v r. 2004). Ve správním řízení bylo projednáno 503 přestupků. Bylo uloženo 45 napomenutí a 424 pokut v celkové výši 910 tis. Kč. Odloženo, zastaveno nebo postoupeno jinému orgánu bylo 353 případů a 9 případů bylo předběžně posouzeno jako trestný čin a předáno orgánům činným v trestním řízení (Národní protidrogová centrála, 2006a).

### 8.3 Sekundární drogová kriminalita

Pro r. 2005 nebyl proveden odhad rozsahu sekundární drogové kriminality, tj. trestné činnosti páchané v důsledku užívání drog (nejčastěji majetková trestná činnost páchaná za účelem financování nákupu nelegálních drog). Podle policejního odhadu, který byl podrobněji popsán ve výroční zprávě NMS za r. 2004, bylo uživateli drog v r. 2004 spácháno zhruba 46 tis. finančně motivovaných trestných činů, tj. 16,6 % všech zjištěných trestných činů majetkového charakteru.

### 8.4 Užívání drog ve věznicích

Vězeňská služba ČR provádí od r. 1996 monitorování přítomnosti drog, a to jednak u osob nastupujících výkon do pražských vazebních věznic Pankrác a Ruzyně a jednak u osob již umístěných ve věznicích.

Metodika testování procházela od r. 1996 postupným vývojem. V počáteční fázi (1996–1998) byl hledán nejvhodnější způsob testování, přičemž do systému bylo zapojeno jen několik málo zařízení (průměrně 3 ročně). Od r. 1999 do r. 2002 se zvyšoval počet věznic zapojených do monitorování (průměrně 12 ročně), zaslání vzorků k laboratorní analýze však bylo pouze dobrovolné. V letech 2003–2005 byly vytvořeny organizační předpoklady pro zapojení všech 35 věznic do systému testování. Ve všech zařízeních by mělo podle pokynů GRVS procházet testováním 10 % náhodně vybraných vězňů čtyřikrát ročně, s neomezenou možností testování při podezření na užití drogy.

Podíl pozitivně testovaných osob nastupujících do pražských vazebních věznic několikanásobně převyšuje podíl pozitivně testovaných osob ve výkonu trestu. V r. 2005 bylo pozitivně testováno na přítomnost některé z drog 4,3 % vězňů a 29,0 % osob nastupujících do pražských vazebních věznic. Nejčastěji zastoupenými drogami byly v obou skupinách amfetaminy a konopné látky, u nastupujících vězňů byl zjištěn relativně vysoký podíl pozitivních nálezů hodnoty také pro opiáty (Vězeňská služba ČR, 2006) – tabulka 8-4, tabulka 8-5, obrázek 8-11 a obrázek 8-12.

tabulka 8-4: Výsledky testování vězňů ve vazebních věznicích a věznicích (% pozitivních testů) (Vězeňská služba ČR, 2006)

Rok	Testováno osob	Amfetaminy (%)	Konopné látky (%)	Barbituráty (%)	Opiáty (%)	Kokain (%)	Celkem (%)
1999	1 504	0,9	0,8	0,7	1,9	0,0	4,3
2000	1 236	2,9	1,2	2,3	0,5	0,2	7,1
2001	4 492	1,1	0,2	0,2	0,3	0,0	1,7
2002	1 808	2,4	0,7	1,4	1,4	0,0	5,9
2003	4 524	1,2	0,7	0,7	0,3	0,0	3,0
2004	9 380	1,4	0,8	0,7	0,4	0,0	3,3
2005 (1. pol.)	2 732	1,6	1,1	0,9	0,7	0,0	4,3

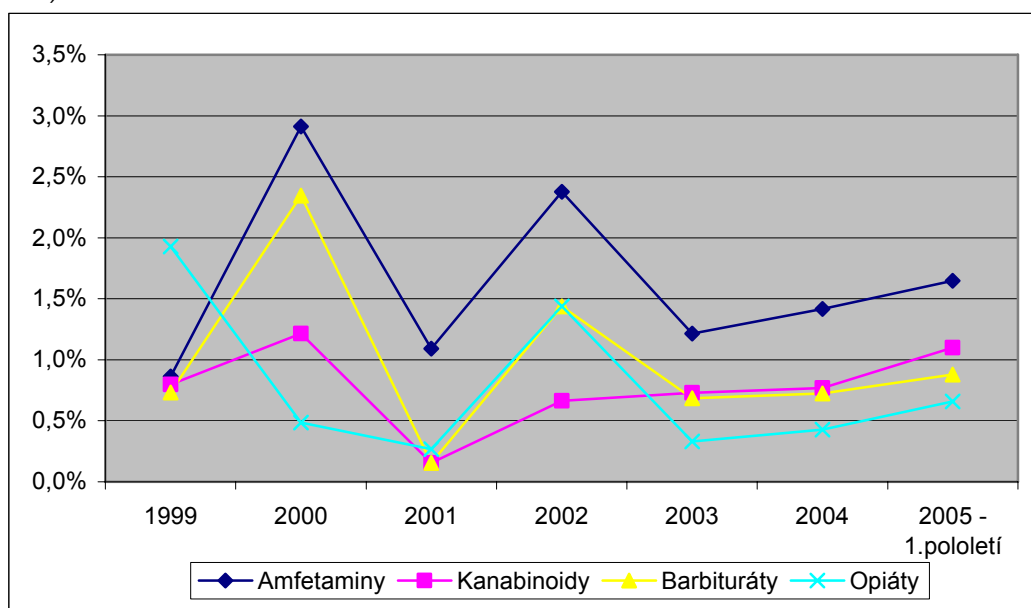
Pozn.: V polovině r. 2005 došlo ke změně detekční metody, proto jsou do srovnání zahrnuty pouze výsledky z 1. pololetí r. 2005.

tabulka 8-5: Výsledky testování osob nastupujících do vazebních věznic v Praze (% pozitivních testů) (Vězeňská služba ČR, 2006)

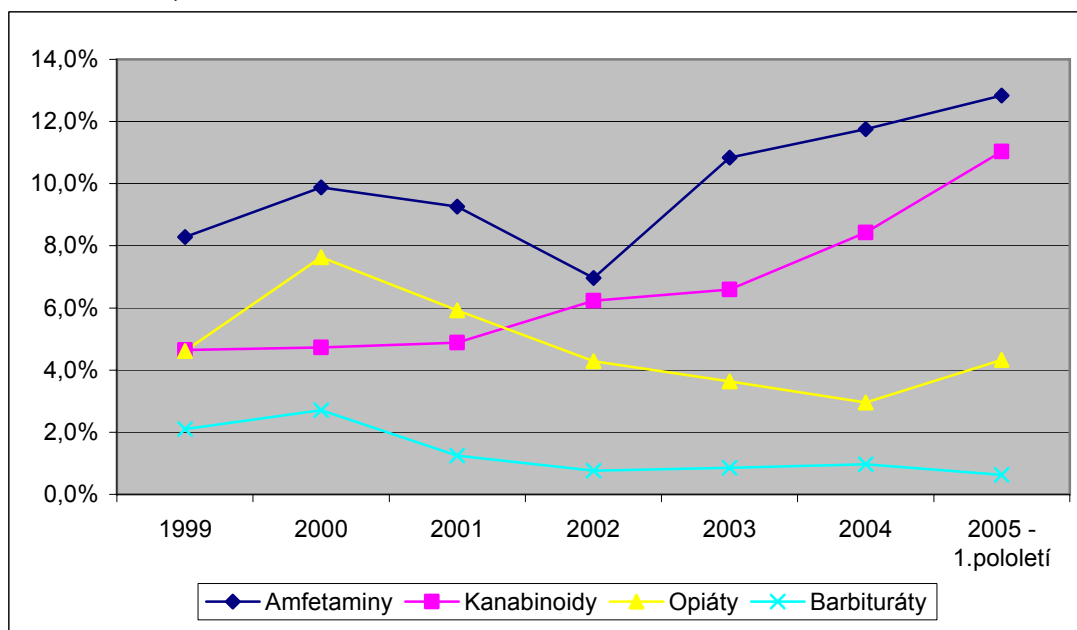
Rok	Testováno osob	Amfetaminy (%)	Konopné látky (%)	Opiáty (%)	Barbituráty (%)	Kokain (%)	Celkem (%)
1999	4 180	8,3	4,6	4,6	2,1	0,1	19,8
2000	5 832	9,9	4,7	7,6	2,7	0,1	25,1
2001	5 840	9,3	4,9	5,9	1,3	0,2	21,5
2002	3 688	7,0	6,2	4,3	0,8	0,1	18,4
2003	4 568	10,8	6,6	3,6	0,9	0,2	22,1
2004	4 356	11,8	8,4	3,0	1,0	0,1	24,2
2005 (1. pol.)	2 220	12,8	11,0	4,3	0,6	0,1	29,0

Pozn.: V polovině r. 2005 došlo ke změně detekční metody, proto jsou do srovnání zahrnuty pouze výsledky z 1. pololetí r. 2005.

obrázek 8-11: Výsledky testování vězňů ve vazebních věznicích a věznicích (% pozitivních testů) (Vězeňská služba ČR, 2006)



obrázek 8-12: Výsledky testování osob nastupujících do vazebních věznic v Praze (% pozitivních testů) (Vězeňská služba ČR, 2006)



### 8.5 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Poslední dostupné údaje o společenských nákladech spojených s užíváním drog v ČR (Zábranský et al. 2001) byly publikovány ve výroční zprávě NMS za r. 2002.

## 9 Opatření zaměřená na sociální souvislosti a důsledky užívání drog

Následná péče o uživatele drog a jejich sociální reintegrace je v ČR zajišťována prostřednictvím ambulantních doléčovacích programů, jejichž součástí mohou být programy chráněného bydlení a chráněné pracovní programy. V posledních letech dochází ke zvýšení počtu a kapacity programů následné péče.

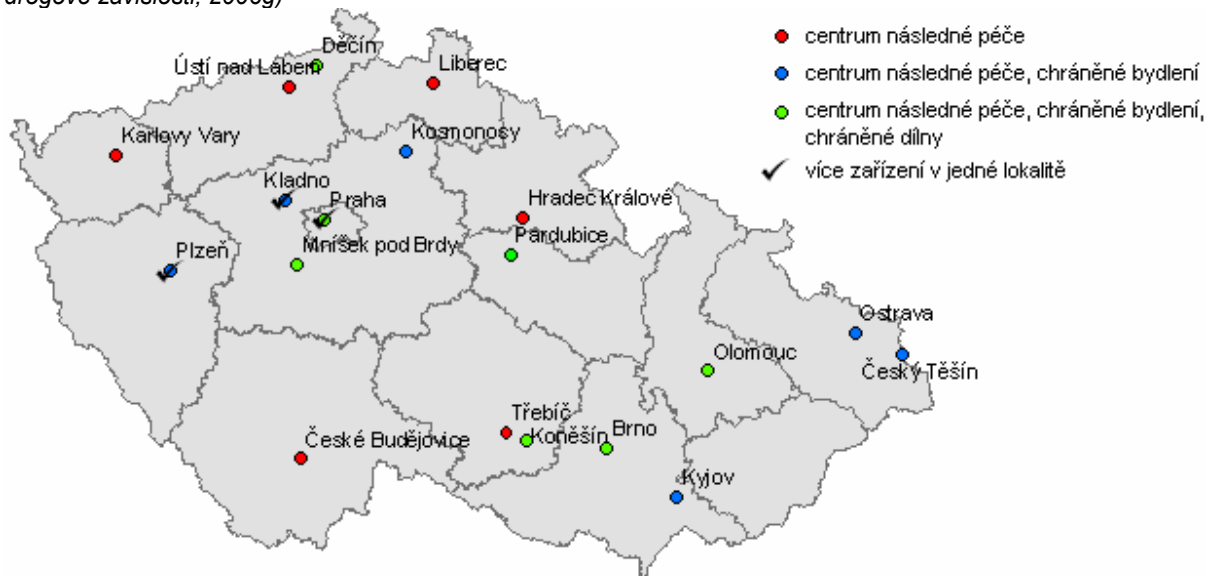
V r. 2005 došlo ke zvýšení počtu a kapacity bezdrogových zón v českých věznicích, zvýšil se počet vězňů jak léčených dobrovolně, tak na základě nařízení soudu. Ve dvou věznicích byl v r. 2006 zahájen pilotní projekt metadonové substituční léčby s kapacitou 40 mužů.

NNO poskytují služby uživatelům drog v 15 věznicích; počet osob, jimž byly v tomto prostředí poskytnuty služby, se v r. 2005 zvýšil.

### 9.1 Sociální reintegrace (následná péče)

Následná péče je poskytována ambulantními doléčovacími programy, které jsou v certifikačních standardech definovány jako strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování v délce nejméně 6 měsíců, částečně na principu odpoledních stacionářů. Jejich cílovou populací jsou abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce před nástupem do programu. Upřednostňovány jsou osoby, které prošly detoxifikací a minimálně krátkodobou léčbou (ambulantní či rezidenční), osoby s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci a se zajištěným bydlením. Součástí doléčovacího programu může být chráněné bydlení a chráněné pracovní programy. Chráněné bydlení je prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování. Chráněné pracovní programy slouží ke zvýšení pracovních dovedností klienta až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele. Dochází k nárůstu počtu center následné péče, kromě kraje Zlínského jsou zřízena ve všech krajích – mapa 9-1.

mapa 9-1: Zařízení následné péče o uživatele drog v ČR k červenci 2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g)



V r. 2005 poskytovalo následnou péči 20 zařízení dotovaných z rozpočtové kapitoly VPS, z nichž 9 poskytovalo ambulantní a intenzivní následnou péči, 6 výhradně intenzivní a 5 výhradně ambulantní následnou péči. 12 zařízení nabízelo svým klientům chráněné bydlení a 4 práci v chráněných programech. Celkem využilo služeb následné péče 865 klientů (562 mužů, 303 žen), 617 (71 %) z nich užívalo v minulosti drogy injekčně, 458 (53 %) užívalo pervitin a 201 (23 %) opiáty (heroin nebo buprenorfin). Celková kapacita poskytovaného chráněného bydlení byla 118 ubytovacích míst a využilo ji 244 klientů. V chráněných dílnách pracovalo 59 klientů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g).

Ambulantní následnou péči nabízelo 14 zařízení a využilo ji 339 klientů (212 mužů, 127 žen). Průměrný věk klientů byl 27,2 roku. Celkem 218 (64 %) klientů užívalo v minulosti drogy injekčně, 182 (54 %) užívalo pervitin a 50 (15 %) opiáty (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g).

Intenzivní následná péče byla poskytována 15 zařízeními, jejichž celková kapacita 385 míst byla využita 526 klienty (350 muži, 176 ženami). Průměrný věk klientů byl 26,4 let. Celkem 399 (76 %) klientů užívalo v minulosti drogy injekčně, 276 (53 %) užívalo pervitin a 143 (27 %) opiáty. Průměrná délka programu byla necelých 5 měsíců na jednoho klienta. Celkem 117 (22 %) klientů dokončilo program úspěšně, 113 (21 %) předčasně a 60 (11 %) bylo z programu vyloučeno (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006g).

Kromě výše uvedených zařízení mohou poskytovat služby následné péče i jiná pobytová nebo ambulantní léčebná zařízení; jejich počet a druh poskytované péče jsou obtížně zjistitelné.

Na principu svépomoci fungují skupiny Anonymních alkoholiků (AA) a Anonymních narkomanů. V r. 2005 působilo 29 skupin AA v 18 městech ČR (Anonymní alkoholici, 2005).

## **9.2 Prevence trestné činnosti spojené s užíváním drog**

### **9.2.1 Zacházení s uživateli drog ve věznicích**

V r. 2005 se počet osob, jejichž zdravotní stav vyžadoval detoxifikaci, v porovnání s r. 2004 zvýšil o 70 %; detoxifikace byla provedena u 172 osob, z toho u 90 osob pomocí Subutexu. Detoxifikaci provádí oddělení interních oborů vězeňské nemocnice Praha-Pankrác.

Individuální a skupinová terapie je závislým uživatelům drog poskytována v poradnách drogové prevence, které jsou zřízeny ve všech 35 věznicích.

V r. 2005 se zvýšil počet bezdrogových zón věznic z 30 na 34 a jejich kapacita se zvýšila ze 1 440 na 1 606 míst. V bezdrogových zónách vykonávalo v r. 2005 trest odnětí svobody 2 859 odsouzených, tj. o 331 více než v r. 2004. V bezdrogových zónách se uplatňuje specifický režim výkonu trestu odnětí svobody s cílem zamezit odsouzeným v kontaktu s drogami. Součástí programu bezdrogových zón není terapie.

Věznění uživatelé drog, kteří se rozhodnou nastoupit léčbu, mohou být umístěni ve specializovaných odděleních věznic zaměřených na uživatele drog. Specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu působí v šesti věznicích (Bělušice, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Všehrady). Jejich celková kapacita v r. 2005 byla 286 míst, tj. o 6 míst méně než v r. 2004. V odděleních vykonávalo v r. 2005 trest odnětí svobody celkem 523 odsouzených, tj. o 34 více než v r. 2004. Druhým typem specializovaných oddělení zaměřených na uživatele drog jsou oddělení pro výkon ochranné léčby v ústavní formě; ta působí ve třech věznicích (Opava, Rýnovice a Znojmo), jejich celková kapacita v r. 2005 byla 105 míst, tj. o 32 míst více než v r. 2004. V odděleních se v r. 2005 léčilo celkem 184 odsouzených, tedy o 62 osob více než v r. 2004 (Řeháček, 2006).

V dubnu 2006 zahájila Vězeňská služba ČR pilotní projekt substituční léčby, realizovaný ve věznicích Praha-Pankrác a Příbram s kapacitou celkem 40 míst, jež může být operativně navýšena. Projekt byl připravován ve spolupráci se Společností pro návykové nemoci ČLS JEP a s dalšími odborníky. Projekt je v pilotní fázi určen především osobám nastupujícím výkon trestu, které byly pacienty tohoto typu léčby již na svobodě, případně těm, u nichž lze předpokládat pokračování v léčbě po propuštění na svobodu. Jako substituční přípravek je používán metadon, ve výjimečných případech a na základě stanoviska ošetřujícího lékaře je možné podávat také Subutex (Zábranský, 2006).

V r. 2005 došlo k dalšímu rozvoji služeb pro vězněné uživatele drog nabízených NNO sdruženými v sekci Drogové služby ve vězení A.N.O.<sup>36</sup>. Počet vězněných, jimž tyto organizace poskytovaly služby v celkem 15 věznicích, stoupl v r. 2005 na 610 (450 v r. 2004). Bylo uskutečněno 2 783 kontaktů (poradenských konzultací) s vězni. Frekvence kontaktů se různila od jednorázových setkání po pravidelný týdenní kontakt. NNO realizovaly 60 vzdělávacích seminářů preventivního charakteru pro 706 vězněných osob a školení pro 170 pracovníků vězeňské služby.

Sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. byla odborným garantem odborného výcviku Klient v konfliktu se zákonem, realizovaného v r. 2005 Institutem vzdělávání v oblasti drogových závislostí (I.E.S.) o.s. Podané ruce ve spolupráci s Institutem vzdělávání Vězeňské služby ČR. Jedná se o vzdělávání v trestněprávní oblasti v rozsahu 125 hodin pro pracovníky NNO poskytující služby uživatelům drog ve věznicích. Sekce se rovněž podílela na přípravě a realizaci kurzu Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) Substituční léčba ve vězení, určeného pracovníkům Vězeňské služby ČR (Škvařilová, 2006).

<sup>36</sup> Ke konci r. 2005 se jednalo o těchto 7 NNO: o.s. Sdružení Podané ruce, Agentura Walhalla Olomouc, o.s. SANANIM Praha, o.s. LAXUS Hradec Králové, o.p.s. CPPT Plzeň, Právní poradna A.N.O. Praha a o.s. Semiramis Nymburk.

## 10 Drogové trhy

Počet záchytů drog trestněprávními složkami byl v r. 2005 řádově stejný jako v r. 2004. Objem záchytů se snížil u hašiše a extáze a zvýšil u kokainu a LSD.

ČR je produkční zemí pervitinu (metamfetaminu), který je také ilegálně vyvážen do zahraničí; v r. 2005 došlo k nárůstu produkce pervitinu z volně prodejných léčiv obsahujících pseudoefedrin. Také spotřeba konopných látek je z významné části kryta jeho produkcí v ČR. Pro ostatní drogy zůstává ČR cílovou a tranzitní zemí.

Ceny drog zůstávají stabilní; čistota drog na ulici je rovněž poměrně stabilní, a to i přes meziroční rozdíly v čistotě drog analyzovaných trestněprávními složkami, které jsou způsobeny započtením záchytů větších množství drog o vyšší čistotě před konečným ředěním.

### 10.1 Dostupnost a nabídka drog

V r. 2005 nebyl uskutečněn žádný průzkum či studie zaměřené na monitorování dostupnosti drog. Obecně lze konstatovat, že všechny základní typy drog jsou dobře dostupné ve všech větších městech v ČR, dostupnost v menších městech a venkovských oblastech se dle dostupných informací v posledních letech zvyšuje – viz např. (Národní protidrogová centrála, 2006a). Nejdostupnější drogou je marihuana, jejíž užívání je široce rozšířeno ve všech regionech a sociálních skupinách. Extáze je vysoce dostupná zejména v prostředí navštěvovaném mladými lidmi za účelem zábavy (taneční akce, diskotéky). Na stabilní dostupnost základních typů drog poukazuje i stabilní úroveň jejich cen na černém trhu v posledních několika letech<sup>37</sup>.

### 10.2 Výroba a pašování drog

Základním zdrojem informací o výrobě, pašování a distribuci drog na území ČR jsou výroční zprávy NPC (Národní protidrogová centrála, 2006a) a GŘC (Generální ředitelství cel, 2006b).

Podle výroční zprávy GŘC klesá počet případů i množství zachycení marihuany při pašování do ČR. V r. 2005 se jednalo o 54 případů zabavení marihuany Celní správou ČR při dovozu, v r. 2003 o 89 a v r. 2002 o 126 případů<sup>38</sup> (Generální ředitelství cel, 2006a). K pašování marihuany do ČR dochází zejména z Nizozemska. Podle GŘC je poptávka po této droze pokryta převážně domácí produkcí, přičemž došlo k dalšímu rozšíření hydroponního pěstování.

Podle informací expozitury NPC v Hradci Králové (působnost pro kraje Královehradecký a Pardubický) bylo v r. 2005 zaznamenáno velké množství drobných pěstíren marihuany. Ve většině případů se však jedná o pěstování marihuany pro vlastní potřebu. Počet odhalených pěstíren marihuany v celé ČR však klesl ze 14 v r. 2004 na 11 v r. 2005 (Národní protidrogová centrála, 2006a).

Výroba hašiše nebyla v ČR zaznamenána. Hašiš se dováží ze zahraničí v menších zásilkách, zejména z Nizozemska, v menším rozsahu také ze Španělska či Indie. Při dovozu bylo Celní správou ČR zachyceno v 53 případech 696 g hašiše (průměr 15,7 g, medián 4,4 g).

V ČR tradičně užívanou stimulační drogou je pervitin (metamfetamin), který pochází výhradně z domácí produkce. V r. 2005 mírně vzrostl počet odhalených varen pervitinu na 261 (oproti 248 v r. 2004 a 188 v r. 2003). V posledních letech se zvyšuje podíl zabaveného pervitinu vyráběného z volně prodejných léčiv obsahujících pseudoefedrin. Podle výroční zprávy NPC je pseudoefedrin zdrojovou surovinou přibližně v 90 % vyšetřovaných případů výroby pervitinu<sup>39</sup>. Jedná se však většinou o výrobu v menších množstvích. Pokud je výchozí surovinou přímo efedrin, jedná se většinou o výrobu ve větších množstvích (desítky gramů až kilogramy) a vyprodukovaný pervitin pak dosahuje vyšší čistoty. Efedrin používaný pro výrobu pervitinu je do ČR zpravidla dovážen, a to nejčastěji ze zemí bývalé Jugoslávie a z Německa. Organizované skupiny z bývalé Jugoslávie zajišťují nejen přepravu efedrinu, ale organizují také výrobu a distribuci pervitinu v ČR<sup>40</sup> (Národní protidrogová centrála, 2006a).

Podle zpráv NPC a Celní správy se zvyšuje počet případů vývozu pervitinu, a to zejména do Německa. Jedná se zpravidla o pervitin vysoké čistoty vyráběný přímo z efedrinu. Nelegální vývoz pervitinu má často charakter organizované trestné činnosti.

V Německu byly zaznamenány případy obchodu s efedrinem a jeho vývozu do ČR v množství řádově desítek kilogramů. V r. 2005 byla zadržena organizovaná skupina, která dovážela efedrin z Německa do ČR a zde vyráběla z efedrinu pervitin. Větší část vyrobeného pervitinu se vracela zpět k distribuci německým uživatelům drog.

Extáze je do ČR dovážena nejčastěji z Nizozemska, Belgie či Polska, obvykle v menších zásilkách v autobusové přepravě. Její výroba na území ČR nebyla zaznamenána. V r. 2005 byly ve dvou případech zadrženy tablety

<sup>37</sup> S ohledem na vzrůstající průměrnou mzdu lze hovořit spíše o reálném snižování cen základních typů drog v posledních letech.

<sup>38</sup> Údaj za r. 2004 není k dispozici.

<sup>39</sup> Objem pervitinu vyrobeného z léčiv ani jeho podíl na celkovém objemu vyrobeného pervitinu není znám.

<sup>40</sup> Zaznamenáno např. expoziturou NPC v Ústí nad Labem.

obsahující látku mCPP (1,3-chlorfenylpiperazin); záchyt byl předmětem hlášení v rámci Systému včasného varování (Early-warning System) před novými psychoaktivními látkami<sup>41</sup>.

Kokain, jehož užívání zůstává na nízké úrovni, je do ČR pašován především ze zemí západní Evropy (Nizozemsko, Německo), v ojedinělých případech přímo z Jižní Ameriky. Crack nebyl v ČR prozatím zachycen.

Heroin je do ČR pašován především tzv. balkánskou cestou. Existují informace o jeho přepravě tzv. hedvábnou cestou, tj. z Afghánistánu přes postsovětské státy a Polsko do států západní a střední Evropy (tato cesta hraje v dovozu do ČR okrajovou roli). Většina zásilek heroinu nacházejících se na našem území směřuje do západní Evropy, menší podíl zůstává na domácím trhu.

NPC zaznamenala další nárůst nelegální distribuce Subutexu, látky používané při substituční terapii závislosti na opiátech – více kapitola Substituce a udržovací programy, str. 33.

### 10.3 Záchyty drog

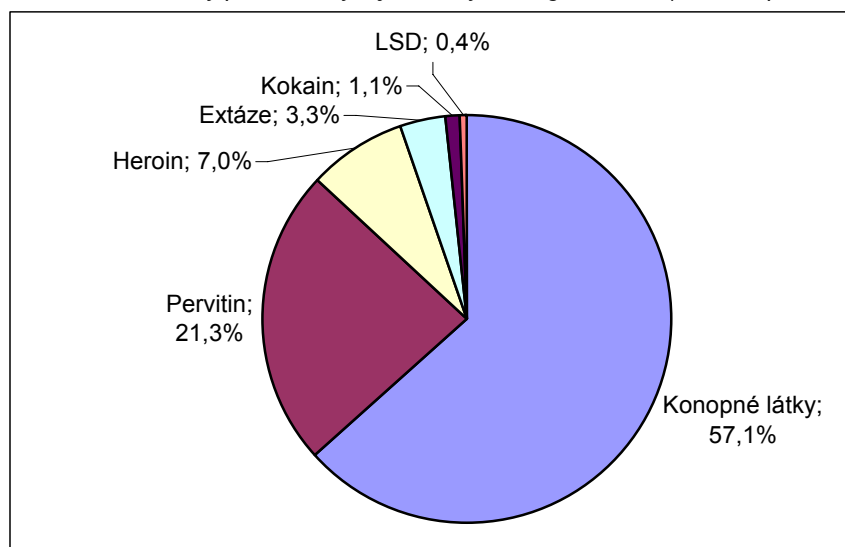
V r. 2005 došlo k mírnému poklesu počtu záchytů konopných látek (tj. marihuany a hašiše), které však nadále zůstávají nejčastěji zabavovaným typem drog – tabulka 10-1 a obrázek 10-1. Mírný pokles počtu záchytů a výrazný pokles zabaveného množství hašiše potvrzují trend dovozu této drogy v menších objemech – viz kapitolu Výroba a pašování drog, str. 62. Počet i objem záchytů pervitinu je v posledních třech letech stabilní. Poměrně značný nárůst v počtu drogových trestných činů v souvislosti s kokainem nebyl doprovázen odpovídajícím nárůstem počtu záchytů kokainu; ten je jen o málo vyšší než v loňském roce a téměř poloviční ve srovnání s r. 2003. Ve srovnání s vysokou prevalencí užívání extáze zůstává počet záchytů této drogy nízký.

Z dalších nelegálně přechovávaných psychoaktivních látek bylo v r. 2005 mimo jiné zachyceno 145 g lysohlávek, 287 tablet Subutexu či 500 ml GHB. Bylo zabaveno rovněž 27,3 kg nelegálně přechovávaného efedrinu, prekurzoru pro výrobu pervitinu (Národní protidrogová centrála, 2006a).

tabulka 10-1: Počty a objemy záchytů hlavních druhů drog v r. 2002–2005 (Národní protidrogová centrála, 2006c)

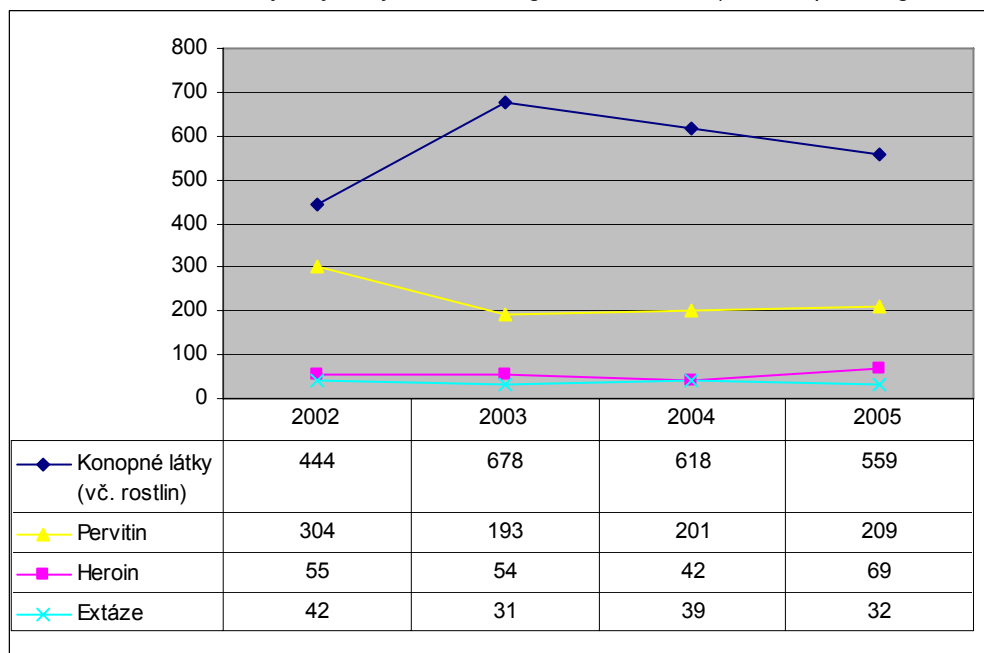
Druh drogy	Jednotky	2002		2003		2004		2005	
		Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem
Marihuana	kg	293	100,7	465	77,82	423	168,53	397	103,34
Hašiš	kg	58	11,4	96	64,81	149	22,69	116	4,63
Rostliny konopí	ks	93	3 173	117	3 125	46	1 617	46	1 780
Heroin	kg	55	34,34	54	9,14	42	35,90	69	36,34
Kokain	kg	12	6,04	20	2,62	7	3,28	11	10,20
Pervitin	kg	304	4,30	193	9,63	201	3,42	209	5,31
Extáze	tablety	42	88 391	31	51 692	39	108 379	32	19 010
LSD	dávky	3	107	3	65	3	326	4	3 067

obrázek 10-1: Podíl počtu záchytů jednotlivých drog v r. 2005 (Národní protidrogová centrála, 2006c)



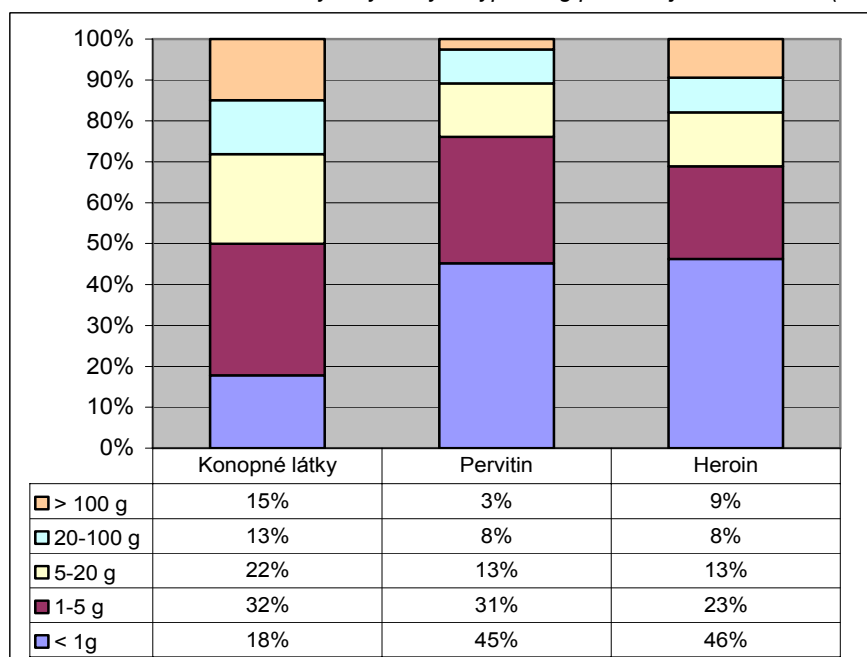
<sup>41</sup> Systém včasného varování v EU funguje na základě Rozhodnutí Rady EU 2005/387/JVV ze dne 10. 5. 2005 o výměně informací, hodnocení rizika a kontrole nových psychoaktivních látek.

obrázek 10-2: Počet záchytů vybraných druhů drog v r. 2002–2005 (Národní protidrogová centrála, 2006c)



Od r. 2003 poskytuje NPC rozdělení záchytů hlavních typů drog podle jejich objemu. Záchyty pervitinu a heroinu v množstvích do 1 gramu představují 45 %, resp. 46 % případů a v množstvích do 5 gramů 76 %, resp. 69 % případů – obrázek 10-3 (Národní protidrogová centrála, 2006b).

obrázek 10-3: Rozdělení záchytů vybraných typů drog podle objemu v r. 2005 (Národní protidrogová centrála, 2006b)



## 10.4 Ceny a čistota drog

### 10.4.1 Ceny drog

Sběr dat o cenách drog zajišťuje NPC<sup>42</sup>. Průměrné ceny drog zůstaly v r. 2005 zhruba na stejné úrovni jako v předchozím roce – tabulka 10-2. Dlouhodobější srovnání je ztíženo odlišným způsobem získávání dat o průměrných cenách drog v předchozích letech.

<sup>42</sup> NPC získává údaje o cenách drog od okresních policejních ředitelství PČR; v r. 2005 poskytlo údaje o cenách drog celkem 62 okresních policejních ředitelství. Údaje jsou poskytovány v podobě minimální a maximální ceny; v zásadě je tedy možné získat pouze průměrné minimální a průměrné maximální ceny drog pro jednotlivé regiony nebo pro celou ČR. Další možností je zprůměrování všech cenových rozpětí udávaných každým okresem (např. pokud je min. cena za 1 gram hašiše v daném okrese 200 Kč a max. 350 Kč, za průměrnou je považována cena 275 Kč) a nakonec spočítat celostátní či regionální průměry z těchto hodnot. Právě touto metodou získává NPC hodnoty, které uvádí jako průměrné ceny drog v ČR ve své výroční zprávě a v hlášeních pro mezinárodní organizace.



tabulka 10-2: Průměrné ceny drog v r. 2004 a 2005 (Národní protidrogová centrála, 2006c)

Droga	2004	2005
Extáze (tbl)	230	210
Hašiš (g)	280	245
Heroin (g)	1 050	1 090
Kokain (g)	2 300	2 260
LSD (dávka)	170	180
Marihuana (g)	170	170
Metamfetamin (g)	1 100	1 020
Subutex (8mg tbl)	275	375

Výroční zpráva NPC obsahuje v textové části i některé další informace týkající se cen drog zaznamenaných v jednotlivých regionech ČR nebo při konkrétních policejních akcích, např.:

- Cena pervitinu v ČR se pohybuje dle kvality a odebraného množství v rozmezí 600–1200 Kč za 1 g, zatímco v Německu se cena stejné drogy (prodávané pod názvem Crystal) pohybuje kolem 65 eur (tj. cca 1 800 Kč) za 1 g (expozitura NPC Ústí nad Labem).
- Cena dováženého efedrinu se pohybovala kolem 3 500 eur (tj. cca 98 tis. Kč) za 1 kg. Z tohoto množství efedrinu se dá vyrobit přibližně 800 g pervitinu. Cena pervitinu vyrobeného z této látky se pak pohybovala kolem 25 tis. eur (tj. cca 700 tis. Kč) za 1 kg (expozitura NPC Ústí nad Labem).
- Byl zaznamenán dovoz efedrinu ze zemí bývalé Jugoslávie v ceně kolem 60 tis. Kč za 1 kg (nákupní cena v bývalé Jugoslávii) a jeho následný prodej v ČR za cenu 180–210 tis. Kč za 1 kg (expozitura NPC Ostrava).
- Cena jedné tablety extáze se při velkém odběru pohybuje od 45 Kč do 80 Kč, při prodeji jednotlivých kusů od 120 Kč do 200 Kč (expozitura NPC Hradec Králové).
- Heroin je často distribuován v nízké čistotě, okolo 10 %, přičemž jeho cena se i v těchto případech pohybuje obvykle v rozmezí 800–1 000 Kč za 1 g (expozitura NPC Ostrava).
- Cena kokainu se pohybuje od 1 600 do 2 500 Kč za 1 g, při dovozu 35 eur (tj. cca 980 Kč) za 1 g (expozitura NPC Brno).

#### 10.4.2 Čistota drog

NPC získává údaje o čistotě zachycených a analyzovaných drog od Kriministického ústavu Praha a z hlášení jednotlivých útvarů Služby kriminální policie a vyšetřování (SKPV).

Kriministický ústav Praha poskytuje seznam všech analýz provedených v daném roce a umožňuje tak sledování časových trendů. Údaje o čistotách zadržených drog analyzovaných Kriministickým ústavem Praha v posledních dvou letech obsahuje tabulka 10-3; přes meziroční rozdíly uvedené v tabulce je čistota drog při pouličním prodeji v posledních letech poměrně stabilní.

tabulka 10-3: Čistota zadržených drog v r. 2004 a 2005 (Národní protidrogová centrála, 2006c)

Droga	2004					2005				
	Počet vzorků	Min.	Max.	Průměr	Modus	Počet vzorků	Min.	Max.	Průměr	Modus
Hašiš	n.a.	5,4	20	10	n.a.	10	4	17,3	7,4	10
Marihuana	n.a.	0,4	18	3	n.a.	108	0,1	20,6	3,8	1,6
Heroin	n.a.	0,8	26,9	12	n.a.	19	4,7	89	41,5	17
Kokain	n.a.	21,7	88	65	n.a.	25	12,1	99,8	55,9	54
Pervitin	n.a.	23,3	80	50	n.a.	65	3,4	86	62,9	66

## ČÁST B: SPECIÁLNÍ KAPITOLY

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

### 11 Užívání drog mezi dětmi do 15 let a problémy s ním spojené

V posledních letech se často hovoří o tom, že užívání návykových látek – především jeho začátek – se přesouvá do stále nižšího věku a problémem se stává užívání návykových látek mezi dětmi mladšími 15 let. Průzkumy ve školní populaci ukazují, že poměrně rozšířené mezi českými dětmi je kouření a především pak pití alkoholu, což souvisí s vysokou mírou tolerance společnosti ke konzumaci alkoholu a jeho vysokou dostupností. Zkušenosti s užitím nelegálních drog uvádí přibližně 1/3 15letých, ale také přibližně 13–14 % 13letých a dokonce 2–3 % 11letých; nejčastěji se jedná o zkušenost s konopnými látkami. Druhou nejčastěji užitou nelegální drogou mezi dětmi jsou těkavé látky. Varujícím je fakt, že z dětí, které drogu vyzkoušely, ji chce znovu užít celá polovina; mezi dětmi, které drogu neužily, by ji chtělo vyzkoušet více než 10 %.

Počty dětí mladších 15 let v léčbě jsou velmi nízké – každoročně je v AT ordinacích registrováno přibližně 100 dětí, počty hospitalizovaných dětí v souvislosti s užitím nelegálních drog se pohybují okolo 120 ročně. Zatímco u 14–15letých dětí je nejčastějším důvodem hospitalizace užití kombinace více drog najednou a užívání konopných látek, u mladších dětí se jedná nejčastěji o těkavé látky. Užívání těkavých látek, stejně jako psychoaktivních léků u dětí je třeba nepodceňovat – každoročně dochází k 1–2 úmrtím dětí v souvislosti s jejich užitím.

Specializovaných léčebných zařízení pro děti do 15 let je omezený počet, existuje mezi nimi malá provázanost a jako problematická se ukazuje špatná indikace dětí pro léčbu. Průběh léčby a její úspěšnost dále komplikuje fakt, že u dětí mladších 15 let se nejedná o léčbu dobrovolnou.

Každoročně je evidováno necelých 100 případů drogové trestné činnosti spáchané dětmi mladšími 15 let; u dětí je však další stíhání většinou odloženo pro tzv. nedostatek věku. Nejčastěji se jedná o nedovolenou výrobu a přechovávání OPL (§ 187), ve většině případů se jedná o konopné látky.

#### 11.1 Rozsah užívání drog mezi dětmi do 15 let

Poslední celonárodní reprezentativní průzkum zaměřený na rozsah užívání návykových látek mezi školní mládeží mladší 15 let byl realizován v rámci mezinárodní studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) zaměřené na zdraví a životní styl dětí ve věku 11, 13 a 15 let, otázky týkající se užívání nelegálních drog byly zařazeny do dotazníku pouze u 15letých žáků (9. třída ZŠ).

Mezi pravidelné kuřáky, kteří kouří alespoň jednou týdně, patřilo v r. 2002 celkem 29,7 % 15letých studentů (28,6 % chlapců a 30,6 % dívek); průměrně spotřebovali za týden 33,6 kusů cigaret na osobu (Csémy et al. 2005). Mezi silné kuřáky (vykouří více než 40 cigaret za týden) patří 9 % dotázaných. Mezi 11letými jsou 2 % pravidelných kuřáků (3 % chlapců a 1 % dívek), mezi 13letými pak 11,1 % (13,8 % chlapců a 8,6 % dívek).

Ve věku 11 let získávají děti kromě prvních zkušeností s kouřením cigaret také zkušenosti s alkoholem. K pravidelným konzumentům piva (pijí alespoň jednou týdně) patří 9 % chlapců a 4 % dívek ve věku 11 let a 21 % chlapců a 8 % dívek ve věku 13 let. Mezi 15letými pije pravidelně pivo 36,9 % chlapců a 23,1 % dívek, víno 10,9 % chlapců a 12,1 % dívek a lihoviny a míchané nápoje přibližně 9 % respondentů (Csémy et al. 2005). Pití nadměrných dávek alkoholu, tj. 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti alespoň jednou v posledních 30 dnech, uvedlo 44,4 % 15letých, třikrát nebo častěji v posledním měsíci 16,2 % dotázaných (19,0 % chlapců a 13,5 % dívek).

Alespoň jedno užití nelegální drogy v životě uvedlo 31,0 % 15letých, nejčastěji užitou nelegální drogou je marihuana (34,6 % chlapců a 26,7 % dívek). Druhou nejčastěji uváděnou nelegální drogou je extáze (4,2 % dotázaných) a LSD (3,0 %), zkušenosti s opiáty a amfetaminy uvedla přibližně 1–2 % dotázaných – tabulka 11-1. Varujícím faktem je vysoká prevalence užívání (inhalace) těkavých látek (7,3 %) a užívání léků se sedativním účinkem bez lékařského předpisu (7,0 %). Obdobně vysoká je i prevalence užití sledovaných látek v posledním roce; lze tedy říci, že značný podíl zkušeností s drogami pochází právě z posledního roku.

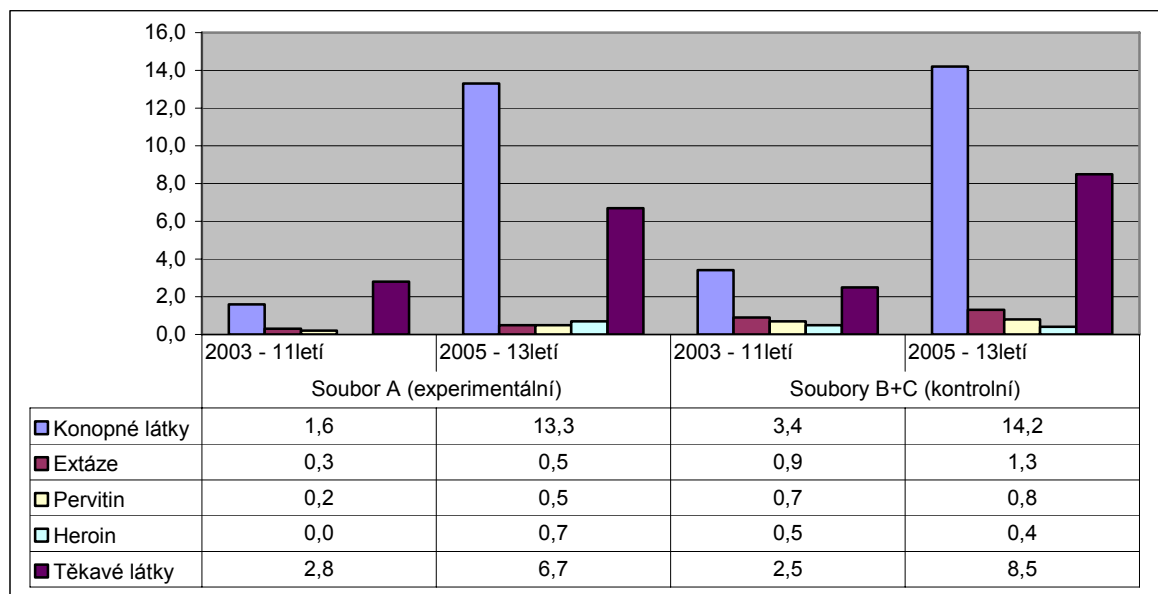
tabulka 11-1: Celoživotní a roční prevalence užívání nelegálních drog mezi 15letými v průzkumu HBSC 2002, v % (Csémy et al. 2005)

Droga	Celoživotní prevalence			Prevalence v posledním roce		
	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky
Jakákoliv nelegální droga	31,0	35,3	27,0	27,4	31,4	23,6
Konopné látky	30,5	34,6	26,7	26,9	30,9	23,2
Těkavé látky	7,3	8,2	6,4	3,9	4,9	3,0
Hypnotika a sedativa	7,0	5,9	7,9	4,4	3,4	5,4
Extáze	4,5	5,0	4,2	3,2	3,0	3,3
LSD	3,0	3,7	2,5	2,1	2,2	2,0
Amfetaminy	2,0	1,8	2,1	1,3	0,9	1,7
Opiáty	1,2	1,7	0,7	1,0	1,3	0,7

Data týkající se mladších žáků byla získána v rámci Projektu evaluace primárně preventivního komunitního programu – jedná se o pětiletý projekt zaměřený na hodnocení kvality a efektivity preventivního programu realizovaného ve 25 základních školách v Praze 6 (realizuje o.s. Prev-Centrum). V r. 2003 byla zmapována situace mezi 11letými žáky (5. třída), v r. 2005 byli titíž žáci znovu dotazováni na užívání návykových látek; v té době se jednalo o 13leté žáky (7. třída). V rámci projektu jsou sledovány dvě skupiny žáků – experimentální soubor tříd, které jsou zapojeny do preventivního programu Prev-Centra (soubor A, 619 žáků) a dvě kontrolní skupiny tříd, které do programu zapojeny nejsou (soubory B a C, 559 žáků) (Miovský et al. 2004).

Prevalence užívání nelegálních drog mezi 11letými byla v r. 2003 velmi nízká; nejčastěji užitou drogou byly konopné látky (1,6 % dotázaných z experimentálního souboru a 3,4 % dotázaných z kontrolního souboru). Druhou nejčastěji užitou drogou byla extáze a pervitin (v kontrolní skupině necelé 1 % žáků), v experimentálním souboru se prevalence blížila nule. Vysoká je prevalence zkušeností s těkavými látkami (2–3 %), v experimentálním souboru je prevalence těkavých látek dokonce vyšší než prevalence užívání konopných látek (obrázek 11-1).

obrázek 11-1: Celoživotní prevalence zkušeností s nelegálními drogami mezi 11 a 13letými, v % (Prev-Centrum, 2003 a 2005) (Miovská, 2006)



Ve věku 13 let měli žáci již výrazně vyšší zkušenosti s konopnými látkami – alespoň jednou v životě užilo marihuanu nebo hašiš 13–14 % dotázaných. Druhou „nejoblíbenější“ drogou zůstala v kontrolní skupině extáze (1,3 % dotázaných), v experimentální skupině však nad extází převažoval heroin (0,7 %). Prevalence užívání těkavých látek také výrazně narostla, zkušenosti s čicháním těkavých látek má již 7–8 % dotázaných 13letých (Miovská, 2006).

Srovnatelné výsledky na regionální úrovni přinesl také průzkum KHS Libereckého kraje z r. 2005 Životní styl dětí a mládeže (Zkušenosti a postoje v oblasti kouření, alkoholu a drog), realizovaný mezi 1 430 dětmi 8. tříd ZŠ (ve věku 13–14 let). Zkušenosti s kouřením má v tomto věku již 76,2 % dětí, v současné době kouří 23,9 % (20,8 % chlapců a 26,7 % dívek). Alkohol zkusilo 95,7 % dotázaných, alespoň jednou týdně pije alkohol 6,4 % dětí (7,7 % chlapců a 5,2 % dívek), opilost v posledním měsíci uvedlo celkem 9,5 % dotázaných (KHS Libereckého kraje, 2005).

Nelegální droga byla nabídnuta celkem 31,2 % dětí, alespoň jednou v životě ji zkusilo 15,7 % respondentů (17,5 % chlapců a 14,4 % dívek). Opakované užívání uvedlo 4,5 % dětí, nejčastěji se jedná o konopné látky. Z dětí, které drogu vyzkoušely, ji určitě nebo pravděpodobně zkouší znovu 50,2 % dětí; z těch, které ji ještě nezkusily, by chtělo zkoušet 10,8 % dotázaných (KHS Libereckého kraje, 2005).

## 11.2 Léčba a žádosti o léčbu

V ambulantních pracovištích AT bylo v r. 2004 registrováno celkem 84 pacientů mladších 15 let (0–14 let), z nich 70 v souvislosti s užíváním nelegálních drog, 1 v souvislosti s užíváním tabáku a 13 s užíváním alkoholu. Z tohoto počtu 70 osob se jednalo o 49 chlapců a 21 dívek. U poloviny ze všech registrovaných případů se jednalo o užívání konopných látek (36 osob), u 20 osob o užívání těkavých látek a u 10 pacientů o užívání stimulantů. Trendy ukazují, že od r. 2000 se každoročně jedná o 60–100 pacientů registrovaných v AT ambulancích; dalších 20–50 pacientů ročně je registrováno v souvislosti s užíváním legálních drog (tabulka 11-2). Obdobně i v předchozích letech byly nejčastěji užívanou drogou konopné látky a těkavé látky; výjimkou bylo v r. 2003 významné zastoupení uživatelů sedativ a hypnotik (celkem 47 případů).

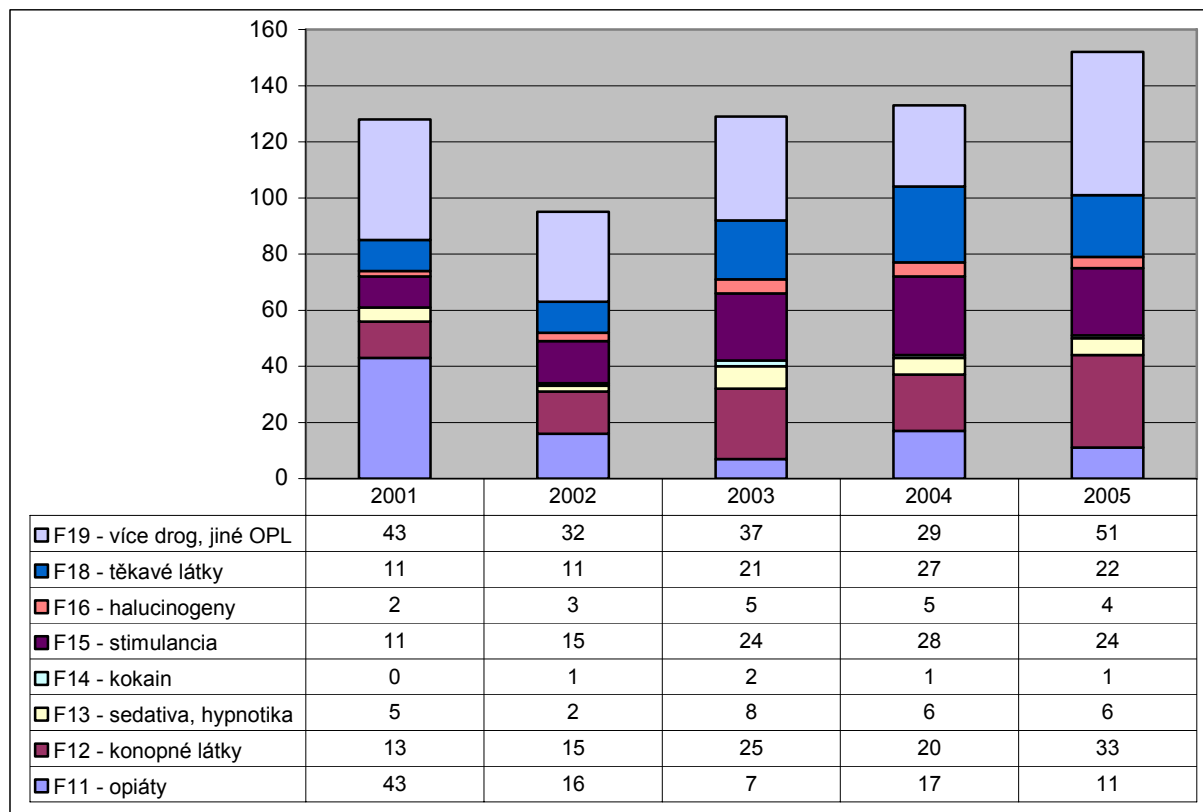
*tabulka 11-2: Pacienti ve věku 0–14 let registrovaní v ambulantních pracovištích AT (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d)*

Dg MKN 10 – droga	2000	2001	2002	2003	2004
F11 – Opiáty, opioidy	1	4	6	1	3
F12 – Konopné látky	32	43	46	45	36
F13 – Sedativa, hypnotika	1	3	1	47	1
F14 – Kokain	0	0	0	0	0
F15 – Stimulancia	6	5	11	2	10
F16 – Halucinogeny	1	0	3	1	0
F18 – Těkavé látky	12	24	14	8	20
F19 – Kombinace	9	12	1	1	0
<b>Drogy celkem</b>	<b>62</b>	<b>91</b>	<b>82</b>	<b>105</b>	<b>70</b>
F17 – Tabák	30	22	4	17	1
F10 – Alkohol	7	31	15	8	13
<b>Psychoaktivní látky celkem</b>	<b>99</b>	<b>144</b>	<b>101</b>	<b>130</b>	<b>84</b>

V ambulantních psychiatrických zařízeních bylo v r. 2004 hlášeno celkem 95 098 vyšetření osob mladších 15 let; z nich 84 vyšetření bylo v souvislosti s užíváním nelegálních drog (diagnózy F11–F16 a F18–F19 podle MKN-10), 18 vyšetření v souvislosti s užíváním alkoholu (F10) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d).

V r. 2005 bylo celkem 152 dětí ve věku 10–15 let hospitalizováno pro poruchy chování v souvislosti s užíváním drog; z nich bylo 78 chlapců a 74 dívek. Třetina z nich (51 osob) byla hospitalizována v souvislosti s užíváním více drog nebo jiných drog (F19), 33 v souvislosti s užíváním konopných látek, 24 s užíváním stimulantů a 22 s užíváním těkavých látek (obrázek 11-2). Od r. 2002 došlo k postupnému nárůstu počtu hospitalizovaných osob mladších 15 let; zatímco v r. 2002 jich bylo 95, v r. 2005 již 152. Struktura užívaných drog zůstává přibližně stejná, v r. 2004 bylo hlášeno více hospitalizací v souvislosti s užíváním opiátů (F11) a těkavých látek (F18) na úkor konopných látek (F12) a polyvalentního užívání (F19).

obrázek 11-2: Počty hospitalizovaných ve věku 11–15 let pro diagnózy poruch chování v souvislosti s užíváním drog (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a)



Věkovou strukturu hospitalizovaných dětí podle diagnózy ukazuje tabulka 11-3. Ze 152 dětí jich bylo 82 ve věku 15 let, 55 ve věku 14 let, 10 ve věku 13 let; hlášen byl také jeden 12letý a čtyři 11letí pacienti. Zatímco u 14–15letých převažuje užívání konopných látek, stimulancií a kombinace drog, u nejmladších věkových skupin (11–13 let) je důvodem hospitalizace především užívání těkavých látek (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a).

tabulka 11-3: Hospitalizovaní ve věku 11–15 let v r. 2005 podle věku a diagnóz (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006a)

Věk/diagnóza	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F18	F19	Celkem
11 let	0	1	0	0	1	0	2	0	4
12 let	0	0	0	0	0	0	1	0	1
13 let	0	1	2	0	0	0	5	2	10
14 let	7	12	2	0	5	1	9	19	55
15 let	4	19	2	1	18	3	5	30	82
<b>Celkem</b>	<b>11</b>	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>51</b>	<b>152</b>

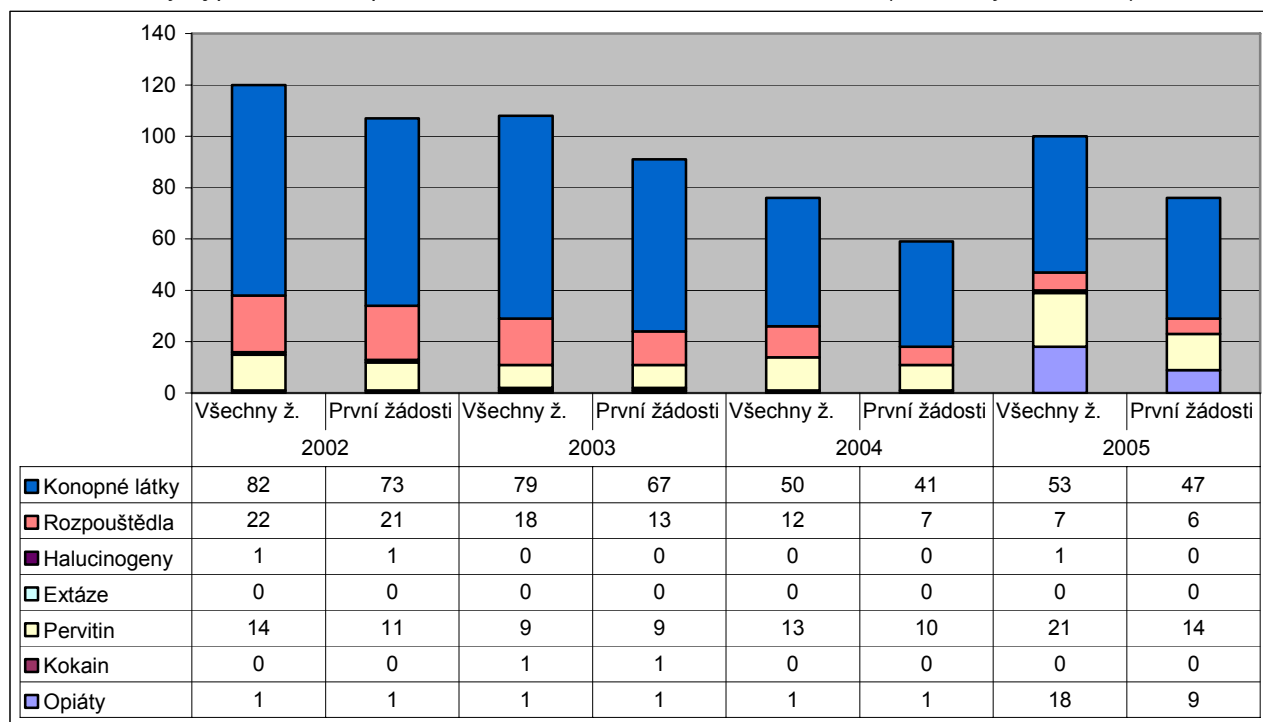
Pozn.: Diagnózy F11–F19 – tabulka 11-2 a obrázek 11-2.

Dle údajů HS HMP požádalo v r. 2005 o léčbu celkem 100 dětí mladších 15 let (67 chlapců a 33 dívek), což odpovídá přibližně 1 % ze všech žádostí o léčbu v r. 2005 (Polanecký et al. 2006). Více než polovina z nich (53 osob) požádala o léčbu v souvislosti s užíváním konopných látek, 21 osob v souvislosti s pervitinem a 18 osob v souvislosti s užíváním opiátů; celkem se jednalo o 37 injekčních uživatelů. O první léčbu požádalo 76 osob (53 chlapců a 23 dívek), z nich 47 s konopnou látkou jako primární drogou, 14 z nich v této souvislosti uvedlo pervitin a 9 opiáty – obrázek 11-3. Uživatelé těkavých látek se v protikladu k prevalenci užití, počtu pacientů AT ambulancí a počtu hospitalizovaných vyskytují mezi žadateli o léčbu jen v malé míře – v r. 2005 jich bylo hlášeno 7 mezi všemi žadateli o léčbu a 6 mezi prvožadateli.

Od r. 2002 do r. 2004 byl patrný pokles hlášených žadatelů o léčbu mladších 15 let (i prvožadatelů) ze 121 osob na 77 (resp. ze 108 na 59), v r. 2005 byl zaznamenán jejich opětovný nárůst. Nárůst počtu žadatelů o léčbu je patrný především v souvislosti s užíváním opiátů a pervitinu (počet injekčních uživatelů vzrostl ze 7 osob v r. 2004 na 37 v r. 2005). Příčina tohoto nárůstu je nejasná<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Z dosavadních údajů je počet uživatelů opiátů mladších 15 let v r. 2006 opět téměř nulový.

obrázek 11-3: Vývoj počtu všech a prvních žádostí o léčbu – žadatelé mladší 15 let (Polanecký et al. 2006)



Počet specializovaných zařízení, která by se věnovala léčbě dětí mladších 15 let, je v ČR omezený. Služby poskytují kromě AT ordinací také psychiatrická oddělení nemocnic a celkem 3 dětské psychiatrické léčebny (pro mládež do 18 let). V Praze byl zahájen provoz dětského a dorostového detoxifikačního centra (Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského). Ve vybraných výchovných ústavech, především dětských domovech se školou, jsou také oddělení s výchovně-léčebním režimem specializovaná na děti ohrožené drogovou závislostí a preventivně-výchovná oddělení (pro děti do 15 let). Na základě dobrovolnosti a se souhlasem zákonných zástupců dítěte pracuje pobytové oddělení Alternativa v Kostelci nad Labem při středisku výchovné péče Klíčov určené pro děti ohrožené drogou ve věku 10–15 let.

V r. 2005 zpracovalo Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze pro Magistrát hl. m. Prahy Analýzu potřeb a současného stavu adiktologických služeb na území hl.m. Prahy určených dětem do 15 let. Analýza hodnotila školská zařízení i speciální zařízení, která pracují s dětmi mladšími 15 let. Výsledky analýzy potřeb však ještě nebyly v době přípravy této zprávy k dispozici.

Byly identifikovány faktory komplikující léčbu v souvislosti s užíváním drog u dětí do 15 let. Nejsou dostupná specializovaná ambulantní zařízení, jednotlivé typy zařízení nejsou dostatečně provázány a často dochází ke špatné indikaci dětí pro léčbu (především ze strany sociálních pracovníků). U dětí mladších 15 let se často nejedná o dobrovolnou léčbu, což negativně ovlivňuje její průběh a výsledky. Ke zlepšení diagnostiky problémů s návykovými látkami u dětí a následného odesílání dětí do léčby by mohl přispět Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost, který byl zpracován v r. 2004 Centrem výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdravotnictví (CEPROS) (Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdravotnictví, 2006).

### 11.3 Zdravotní důsledky

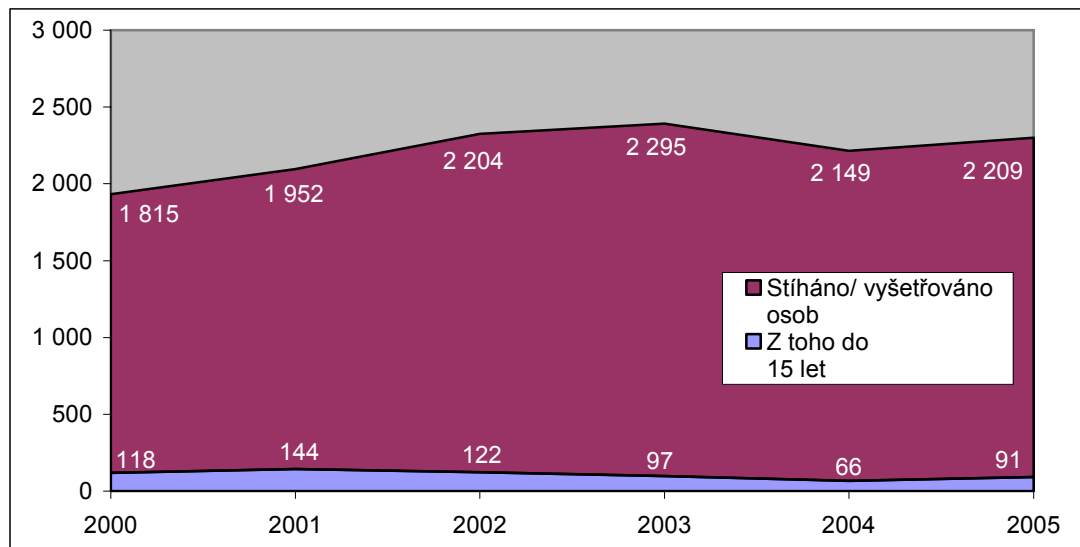
V r. 2005 byl zaznamenán 1 případ úmrtí osoby mladší 15 let na předávkování – jednalo se o otravu těkavou látkou (butanem ze zapalovače) u 12letého chlapce (celkem bylo v ČR zaznamenáno 218 případů předávkování – bližší kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 36). V předchozích letech byly nahlášeny 4 případy smrtelných předávkování; v r. 2003 se jednalo o 2 případy předávkování psychoaktivními léky, v r. 2004 o 1 případ předávkování těkavými látkami a 1 psychoaktivními léky (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2005).

### 11.4 Drogová kriminalita

Podle údajů Evidenčního systému statistik kriminality vedeného Policií ČR bylo pro drogové trestné činy v r. 2005 zahájeno trestní stíhání celkem 2 209 osob, z nich bylo 91 (4,1 %) dětí mladších 15 let. U 72 případů se jednalo o nedovolenou výrobu a přechovávání OPL (§ 187 TZ), v 1 případě o nedovolené držení OPL pro vlastní potřebu (§ 187a) a v 18 případech o šíření toxikomanie (§ 188a). Děti do 15 let nejsou trestně odpovědné, dochází k odložení trestního stíhání pro tzv. nedostatek věku.

Statistiky drogových trestných činů, které jsou dostupné od r. 2000, uvádějí každoročně 60–120 případů trestných činů spáchaných dětmi. V období 2001–2004 klesal počet pachatelů mladších 15 let, v r. 2005 byl zaznamenán opětovný nárůst. Stejný trend je možné sledovat ve vývoji podílu osob mladších 15 let na celkovém počtu drogových trestných činů (obrázek 11-4).

obrázek 11-4: Vývoj celkového počtu stíhaných osob a stíhaných osob mladších 15 let (Ministerstvo vnitra ČR, 2006)



Obžalováno bylo v r. 2005 celkem 2 600 osob; mezi nimi bylo 120 dětí, u nichž bylo další stíhání odloženo pro tzv. nedostatek věku (§ 159a odst. 2, § 11 odst. 1 písm. d) TŘ). U 89 případů se jednalo o nedovolenou výrobu a přechovávání OPL (§ 187 TZ), u 2 případů o nedovolené držení OPL pro vlastní potřebu (§ 187a TZ), u 4 případů o výrobu nebo přechovávání předmětů k výrobě OPL (§ 188 TZ) a u 25 případů o šíření toxikomanie (§ 188a TZ). Z 21 případů u dětí, u kterých je evidován druh drogy, se jednalo ve 20 případech o konopné látky, v 1 případě šlo o pervitin.

### 11.5 Ohrožené skupiny dětí

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2004b) klade v rámci specifické primární prevence důraz na předcházení užívání drog a jeho další rozvoj a uvádí nutnost zaměřit se explicitně na cílové skupiny ohroženějších nebo rizikovějších jedinců – tyto skupiny však blíže nedefinuje. Obdobně pak také nejsou formulovány strategie a aktivity zaměřené na jednotlivé rizikové skupiny dětí a mládeže.

V r. 2003 byla zpracována studie zaměřená na návykové chování a jeho kontext u mimořádně ohrožených skupin dětí; v rámci studie byly sledovány dvě skupiny dětí ve věku 10–15 let: první skupinu tvořily děti z rodin, kde jeden z rodičů byl léčen pro závislost na alkoholu, druhou skupinu pak děti, které byly v péči zdravotního nebo výchovného zařízení pro poruchy chování a které měly v anamnéze úteků od rodiny. Do studie se zapojilo 75 dětí (průměrný věk 13,2 let), z toho 45 dětí s poruchou chování a 30 dětí závislých rodičů (Csémy et al. 2003).

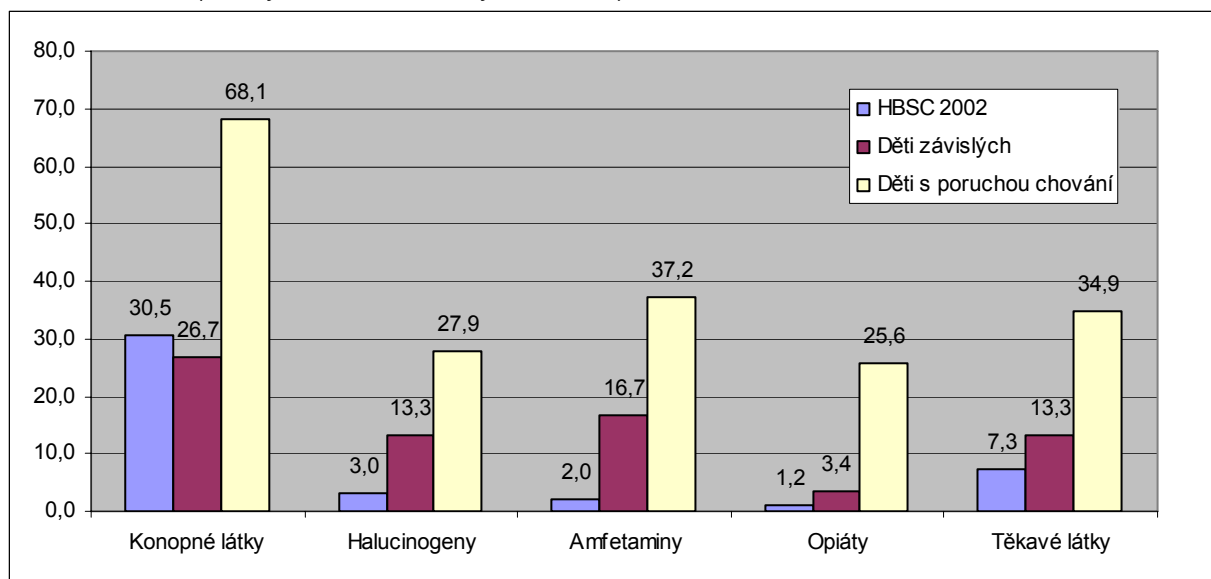
Mezi pravidelné kuřáky patří přibližně polovina ze sledovaných dětí s poruchou chování a třetina dětí závislých; čtvrtina dětí uvedla časté pití alkoholu. Nejčastějším místem konzumace alkoholu byla restaurace (29 %) nebo domov (25 %), což svědčí o vysoké toleranci pití alkoholu a jeho dostupnosti i pro děti mladší 15 let.

Zkušenosti s konopnými látkami má přibližně čtvrtina dětí závislých osob a dvě třetiny dětí s poruchou chování; mezi 15letými žáky běžných základních škol se jedná o necelou 1/3. Zkušenosti s ostatními nelegálními drogami jsou ve sledovaných skupinách dětí výrazně vyšší než v náhodně vybraném souboru žáků ZŠ dotázaných v rámci studie HBSC v r. 2002, přestože respondenti studie HBSC byli starší. Zkušenosti s halucinogeny, amfetaminy a těkavými látkami uvedlo 13,3 %, 16,7 %, resp. 13,3 % dětí závislých a 27,9 %, 37,2 %, resp. 34,9 % dětí s poruchou chování (obrázek 11-5).

Významné rozdíly mezi skupinami existují ve vnímání rizikovitosti jednotlivých návykových látek. Kouření cigaret považuje za rizikové (střední nebo velké riziko) 53,5 % dětí s poruchou chování a 76,7 % dětí závislých, pití alkoholu je rizikové podle 79,1 % dětí s poruchou chování a 90 % dětí závislých. Užívání marihuany je vnímáno oběma skupinami jako méně rizikové než konzumace alkoholu (58,1 % dětí s poruchou chování a 83,3 % dětí závislých), užívání heroinu nebo jiných drog je vnímáno jako velmi rizikové (86 % dětí s poruchou chování a 96,7 % dětí závislých). Převažující vnímání vysoké rizikovitosti pití alkoholu mezi dětmi závislých může být ovlivněno výskytem alkoholismu v rodině a konfrontací s jeho důsledky (Csémy et al. 2003). Mezi dětmi s poruchami chování je také velmi časté hraní na automatech (časté hraní uvedla čtvrtina dětí).



obrázek 11-5: Zkušenosti s nelegálními drogami dětí závislých a dětí s poruchou chování ve srovnání s výsledky školské studie HBSC, v % (Csémy et al. 2003; Csémy et al. 2005)



V rámci studie byla sledována i struktura rodiny, problémy v rodině, zvyklosti rodičů ve vztahu k alkoholu a chování přátel a kamarádů. Ukázalo se, že oproti běžné školní populaci, kde 74 % dětí žije v úplné rodině s oběma vlastními rodiči, je to u dětí závislých a u dětí s poruchami chování jen 40 %, resp. 30 %. Více než 30 % dětí s poruchami chování žije v jiném rodinném uspořádání než s (vlastními nebo nevlastními) rodiči. V rodinách dětí s poruchami chování byl zaznamenán také vyšší výskyt kriminality, závislostí a narušených vztahů.

Téměř 70 % dětí s poruchami chování a necelých 25 % dětí závislých uvedlo, že jejich nejlepší kamarád je pravidelný kuřák; přibližně 25 % nejlepších kamarádů dětí s poruchami chování a 10–12 % dětí závislých pravidelně konzumuje alkohol. Téměř 20 % kamarádů dětí s poruchami chování a 4 % kamarádů dětí závislých konzumuje příležitostně nebo pravidelně nelegální drogy (Csémy et al. 2003).

## 11.6 Legislativní opatření a strategie týkající se užívání drog dětmi do 15 let

### 11.6.1 Protiprávní činy spáchané dětmi do 15 let

Osoby do 15 let věku nejsou podle českého právního řádu trestně odpovědné a nevztahují se na ně ustanovení trestního zákona. Pokud děti mladší 15 let spáchají čin jinak trestný<sup>44</sup>, postupuje se podle zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže. Na návrh státního zastupitelství nebo z iniciativy soudu pro mládež je zahájeno řízení o uložení opatření dítěti mladšímu 15 let, které se dopustilo činu jinak trestného. Podle § 93 může v tomto řízení soud pro mládež uložit tato opatření:

- dohled probačního úředníka,
- zařazení do terapeutického, psychologického nebo jiného vhodného výchovného programu ve středisku výchovné péče,
- ochrannou výchovu.

Ochranná výchova může být uložena pouze dětem, které při spáchání činu dovršily věk 12 let, a to jen za činy, za něž trestní zákon dovoluje uložení výjimečného trestu, odůvodňuje-li to povaha činu a jen je-li to nezbytné k zajištění řádné výchovy dítěte. Probační úředník při výkonu dohledu pravidelně navštěvuje dítě v jeho bydlišti a ve škole.

Soudem pro mládež je zvláštní senát, jeho předseda nebo samosoudce věcně a místně příslušného obecného soudu. Účastníky řízení o uložení opatření dítěti mladšímu 15 let jsou vždy nezletilé dítě, orgán sociálně-právní ochrany dětí a zákonní zástupci dítěte. Pokud bylo jednání spolehlivě prokázáno jinak, dítě nemusí být v řízení vyslechnuto; vždy však musí být zjištěn jeho názor ve věci.

V řízení a při ukládání opatření dětem mladším 15 let podle zákona č. 218/2003 Sb. postupuje soud s ohledem na osobnost dítěte včetně jeho věku a rozumové a mravní vyspělosti, zdravotní stav i jeho osobní, rodinné a sociální poměry, dbá na výchovné působení na dítě a sleduje preventivní účinek opatření. Ve zvýšené míře jsou v řízení chráněny osobní údaje dítěte a jeho soukromí. Soudci, státní zástupci, příslušníci policejních orgánů a úředníci Probační a mediační služby působící v trestních věcech mládeže musí mít zvláštní průpravu pro zacházení s mládeží.

<sup>44</sup> Pokud se dopustí dítě mladší 15 let jiného protiprávního činu, než je uveden v trestním zákoně, postupuje se podle obecných předpisů (např. podle zákona o přestupcích).



### **11.6.2 Omezení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu pro osoby mladší 18 let**

V ČR je legislativně omezena dostupnost tabáku a alkoholu pro osoby mladší 18 let; neexistuje zvláštní právní úprava pro děti mladší 15 let. Omezení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu upravuje zákon č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Tabákové výrobky a alkohol je zakázáno prodávat osobám mladším 18 let. Tabákové výrobky nelze prodávat na kulturních, společenských a sportovních akcích určených osobám mladším 18 let, zákaz prodeje a podávání alkoholu platí pro všechny akce určené těmto osobám a rovněž ve všech typech škol a školských zařízení. Prodávající je povinen na místech prodeje tabákových výrobků a alkoholu umístit zjevně viditelný text zákazu prodeje osobám mladším 18 let. Zakázán je rovněž prodej tabákových výrobků nebo alkoholických nápojů v prodejních automatech, pokud nelze omezit nákup osobami mladšími 18 let, a další formy jejich prodeje, kdy nelze ověřit věk kupujícího. Další omezení prodeje, podávání a konzumace alkoholických nápojů může stanovit obecně závaznou vyhláškou obec v samostatné působnosti.

Kontrolu dodržování uvedených omezení vykonává především obecní policie, Policie ČR a obec v přenesené působnosti. Za porušení zákazu prodeje tabákových výrobků a alkoholu lze uložit (fyzické osobě) pokutu do 50 tis. Kč nebo (právní osobě) až do 500 tis. Kč. Pokuta je příjmem státního nebo (v případě pokuty uložené obcí) obecního rozpočtu.

Prodej, podávání či jiný způsob umožnění požití alkoholického nápoje osobě mladší 18 let je postižitelné rovněž podle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích. Za tento přestupek lze vyměřit pokutu do 3 000 Kč (§ 30 odst. 1 písm. a)), případně (§ 30 odst. 1 písm. e)) pokutu do 5 000 Kč a zákaz činnosti do 1 roku.

Podle zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, nesmí být reklama na tabákové výrobky a alkohol zaměřena na osoby mladší 18 let, zejména zobrazením těchto osob nebo užitím prvků, prostředků nebo akcí, které takové osoby převážně oslovují.

### **11.6.3 Postih drogových trestných činů spáchaných vůči nezletilým**

Trestní zákon (zák. č. 140/1961 Sb.) ve zvýšené míře chrání nezletilé osoby před negativními účinky užívání nelegálních drog. Stanovuje přísnější tresty za některé drogové trestné činy, pokud byly spáchany vůči osobám mladším 15, resp. 18 let.

Podle ustanovení § 187 odst. 3, které postihuje nedovolenou výrobu a distribuci a další závažné formy nedovoleného nakládání s OPL, stanoví v odst. 3 písm. b) přísnější trestní sazbu 8–12 let odnětí svobody pro pachatele, kteří spáchali tento trestný čin vůči osobě mladší 15 let (základní trestní sazba za trestný čin podle § 187 je 1–5 let).

Rovněž za trestný čin šíření toxikomanie (§ 188a TZ), postihující podněcování nebo šíření užívání návykových látek, hrozí pachateli přísnější sankce, pokud jej spáchal vůči osobě mladší 18 let (1–5 let odnětí svobody oproti základní sazbě do 3 let).

### **11.6.4 Strategie zaměřené na užívání drog mezi dětmi do 15 let**

Dva z šesti hlavních cílů Národní strategie 2005-2009 se zaměřují na oblast primární prevence, a tedy i na cílovou skupinu dětí do 15 let. Těmito cíli jsou (1) zastavení nárůstu experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog a (2) stabilizace nebo snížení spotřeby legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými. Podle Akčního plánu 2005-2006 je cílem v oblasti primární prevence mimo jiné zajištění dostupnosti kvalitních a efektivních programů primární prevence a programů cílené primární prevence zaměřených na nejvíce ohrožené cílové skupiny – podrobněji kapitola Koordinace primární prevence, str. 16. Mezi konkrétními aktivitami v této oblasti jsou např. zpracování standardů odborné způsobilosti pro poskytovatele služeb primární prevence a jejich zavedení do praxe, zavedení systému certifikace těchto služeb a vytvoření databáze certifikovaných programů.

Koordinaci primární prevence užívání drog je vládou pověřeno MŠMT. V r. 2004 zpracovalo ministerstvo Strategii prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství na období 2005–2008.

Pro podrobnější informace k uvedené strategii MŠMT a k cílům Akčního plánu 2005-2006 viz kapitulu Koordinace primární prevence, str. 16.

Dalším z hlavních cílů Národní strategie 2005-2009 je snížení dostupnosti legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci, zejména mezi nezletilými. Akční plán 2005-2006 obsahuje v oblasti snižování nabídky a prosazování práva cíl snížení dostupnosti alkoholu a tabáku v obecné populaci a mezi mládeží. Jednou z aktivit určených k naplňování tohoto cíle je účinnější a důraznější vymáhání právních předpisů postihujících prodej alkoholu a tabáku osobám mladším 18 let.

## 12 Kokain a crack

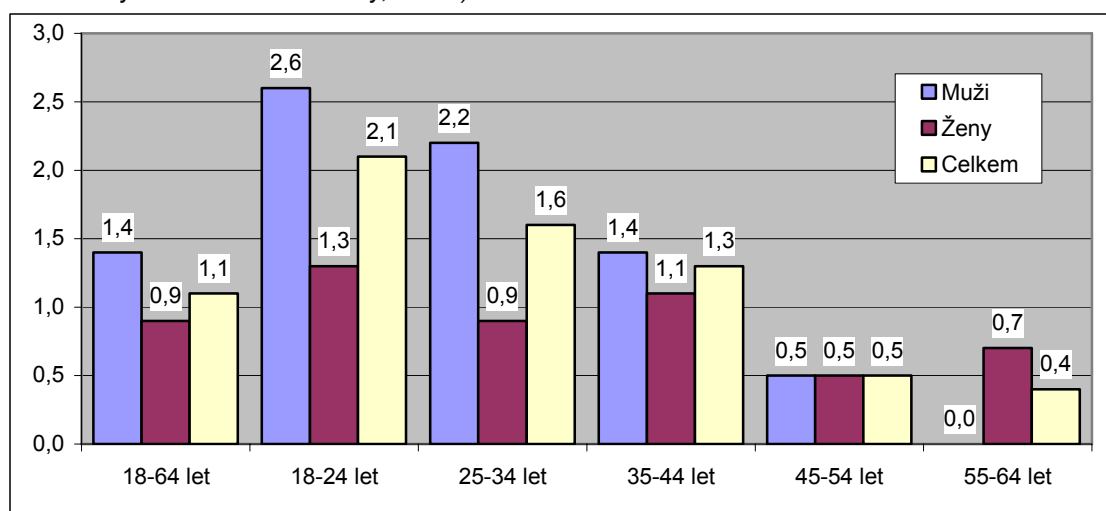
Celoživotní prevalence užití kokainu a cracku v obecné a školní populaci jsou téměř neměřitelné. Ve specifické populaci uživatelů „tanečních drog“ má zkušenost s kokainem cca 1/5 oslovených. V kontaktu s léčebnými zařízeními je každoročně několik desítek uživatelů kokainu jako primární a především sekundární drogy. V posledních letech byla identifikována ojedinělá úmrtí na předávkování kokainem, roste také počet trestných činů v souvislosti s kokainem. Přesto je výskyt a užívání kokainu v ČR ve srovnání s ostatními drogami stále málo frekventovaný; crack se prakticky nevyskytuje.

### 12.1 Rozsah užívání kokainu a cracku v populaci

#### 12.1.1 Užívání v obecné populaci

Četnost užívání kokainu (včetně cracku) byla v předchozích letech pod hranicí citlivosti populačních průzkumů. V r. 2004 provedl ÚZIS Celopopulační studii o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR, zaměřenou na užívání legálních a nelegálních látek (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005b). Jednalo se o dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 3 526 osob ve věku 18–64 let. Alespoň jednu zkušenost s užitím kokainu mělo 1,1 % dospělé populace, v posledních 12 měsících užilo tuto drogu pouze 0,2 % respondentů a v posledních 30 dnech byla prevalence nulová. Užívání kokainu bylo nejčastější ve věkové skupině 18–24 let a s rostoucím věkem klesalo – obrázek 12-1 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005a).

obrázek 12-1: Celoživotní prevalence užití kokainu (včetně cracku) podle věkových skupin v r. 2004, v % (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005a)

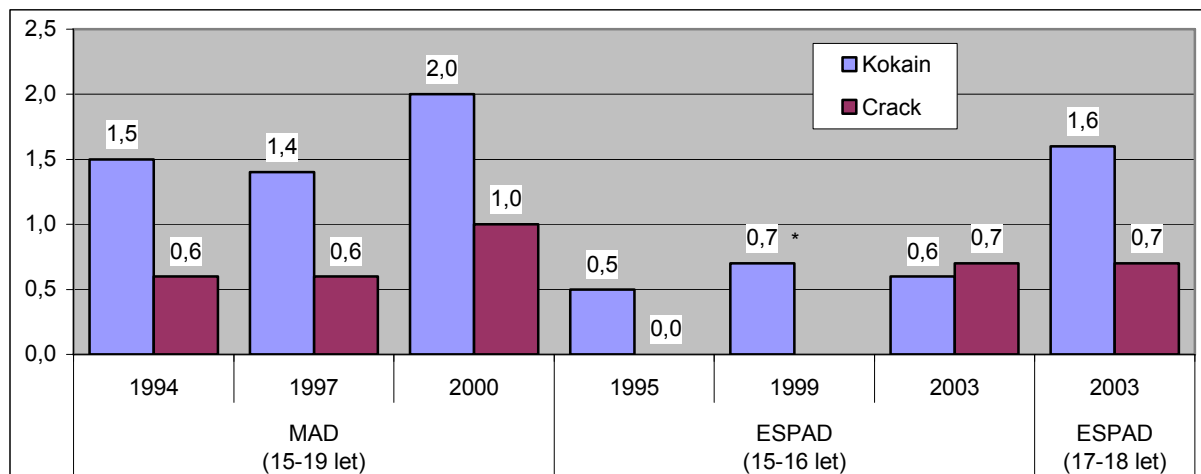


#### 12.1.2 Užívání ve školní populaci

Nízký výskyt užívání kokainu nebo cracku v celé populaci potvrzují i výsledky školních studií. V ČR proběhla v minulých letech řada šetření mezi školní mládeží, z hlediska rozsahu a možnosti sledování trendu jsou důležité dvě: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) a studie Mládež a drogy (MAD). Mezinárodní studie ESPAD probíhala v r. 1995, 1999 a 2003 a její cílovou skupinou byli studenti ve věku 15–16 let (v r. 2003 také ve věku 18 let). V r. 1995 tvořilo soubor 2 962 studentů, v r. 1999 pak 3 579 studentů a v r. 2003 se studie zúčastnilo 3 172 studentů ve věku 15–16 let a 3 388 studentů ve věku 17–18 let (Csémy et al. 2006b). Studie MAD byla realizována Hygienickou stanicí hlavního města Prahy v r. 1994, 1997 a 2000 a věkové rozmezí respondentů bylo širší (15–19 let). V r. 1994 tvořilo soubor 3 997, v r. 1997 pak 8 767 a v r. 2000 se zúčastnilo 6 340 středoškolských studentů (Polanecký et al. 2001).

Celoživotní prevalence užití kokainu a cracku byla vyšší ve studiích MAD; příčinou může být užívání těchto látek především staršími studenty, což potvrzují i výsledky studie ESPAD z r. 2003 mezi 18letými. Celoživotní prevalence užití kokainu a cracku – obrázek 12-2. Prevalence užití kokainu a cracku v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech se pohybují pod hranicí citlivosti školních průzkumů (tj. pod 0,5 %).

obrázek 12-2: Celoživotní prevalence užívání kokainu a cracku ve školních studích, v % (Csémy et al. 2006a; Polanecký et al. 2001)

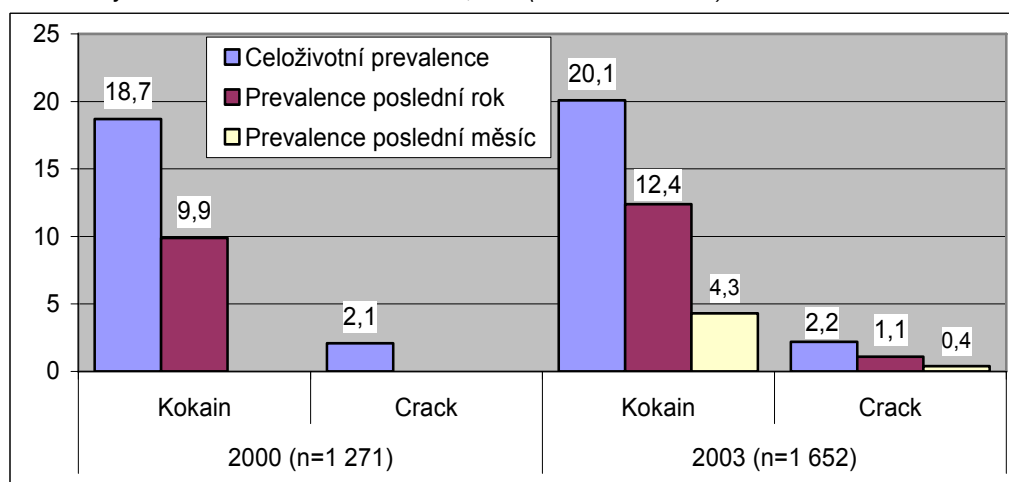


Pozn.: \* Celoživotní prevalence kokainu a cracku dohromady.

### 12.1.3 Užívání ve specifických skupinách populace

Prevalence užívání kokainu a cracku mezi účastníky tanečních akcí je výrazně vyšší než v obecné populaci. Podle průzkumu Tanec a drogy 2003 užilo kokain v životě alespoň jednou 20 % respondentů, v posledním roce a posledním měsíci 12 %, resp. 4 % respondentů. Ve srovnání s výsledky průzkumu Semtex Dance z r. 2000 se prevalence užívání kokainu na taneční scéně mírně zvýšila – obrázek 12-3 (Kubů et al. 2006).

obrázek 12-3: Prevalence užívání kokainu a cracku celoživotně, v posledním roce a v posledním měsíci mezi návštěvníky tanečních akcí v r. 2000 a 2003, v % (Kubů et al. 2006)



Podobné hodnoty celoživotní prevalence užívání kokainu byly zjištěny i v letech 2003 a 2004 v průzkumu mezi návštěvníky tanečních akcí, kteří využili preventivních a harm reduction služeb poskytovaných NNO – tabulka 12-1 (Mravčík et al. 2005; Mravčík a Valnoha, 2005).

tabulka 12-1: Prevalence užívání kokainu mezi návštěvníky tanečních akcí, kteří v r. 2003 a 2004 využili preventivních a harm reduction služeb poskytovaných nestátními organizacemi, v % (Mravčík a Valnoha, 2005)

Prevalence	2003 (n=468)	2004 (n=92)
Celoživotní	17,5	22,8
3krát a častěji v posledních 30 dnech	2,1	3,3

## 12.2 Problémy spojené s užíváním kokainu a cracku

### 12.2.1 Žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním kokainu a cracku

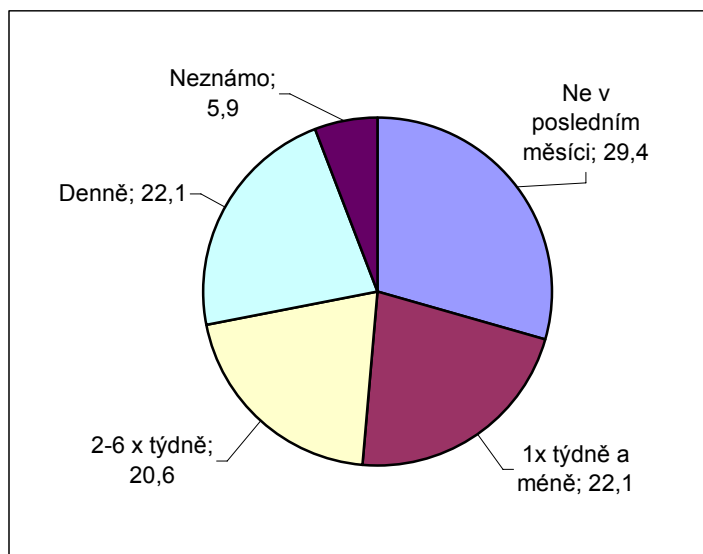
Informace o žadatelích o léčbu poskytuje registr spravovaný HS – blíže kapitola Profil uživatelů drog v léčebných zařízeních, str. 24. Od r. 1995 shromažďuje údaje o uživatelích drog, kteří v daném roce poprvé v životě navštívili nízkoprahové nebo léčebné zařízení, od r. 2002 sbírá také údaje o všech uživatelích, kteří využili služeb těchto zařízení. Pro potřeby této kapitoly byla provedena analýza dat o kokainu a cracku z tohoto registru (Trojáčková, 2006).

Podíl uživatelů kokainu jako primární drogy na prvních a všech žádostech o léčbu se od r. 1997 pohybuje pod 0,5 %. Jejich počet spolu s dalšími charakteristikami (počet žen a injekčních uživatelů) uvádí tabulka 12-2. Průměrný věk prvožadatelů a žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním kokainu lze sledovat od r. 2002, jeho hodnota je vyšší než hodnota průměrného věku všech prvožadatelů a žadatelů a v časové řadě stoupá – blíže obrázek 4-6 a obrázek 4-7 na str. 26 v kapitole Profil uživatelů drog v léčebných zařízeních. Denní užívání kokainu uvedlo celkem 15 (22 %) žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním kokainu v r. 2002–2005 – obrázek 12-4.

tabulka 12-2: Počet a základní charakteristiky žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním kokainu a cracku, v % (Trojáčková, 2006)

Rok	První žádosti					Všechny žádosti				
	Kokain	Crack	Celkem	Počet žen	Počet IUD	Kokain	Crack	Celkem	Počet žen	Počet IUD
1995	17	3	20	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
1996	14	3	17	6	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
1997	12	0	12	8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
1998	7	0	7	3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
1999	7	1	8	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2000	10	0	10	4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2001	5	1	6	3	2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
2002	3	0	3	0	2	12	1	13	3	2
2003	14	1	15	8	1	21	1	22	10	1
2004	13	0	13	4	4	18	0	18	5	4
2005	3	2	5	1	1	13	2	15	5	2
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>11</b>	<b>116</b>	<b>39</b>	<b>10</b>	<b>64</b>	<b>4</b>	<b>68</b>	<b>23</b>	<b>9</b>

obrázek 12-4: Průměrná frekvence užití kokainu (včetně cracku) mezi všemi žadateli o léčbu v souvislosti s užíváním kokainu v letech 2002–2005, v % (n=68) (Trojáčková, 2006)



Častěji je kokain užíván jako sekundární droga v kombinaci s jinými látkami, nejčastěji v kombinaci s ostatními stimulanty (především s pervitinem) a opiáty – tabulka 12-3.

tabulka 12-3: Počet žadatelů o léčbu uvádějících jako sekundární drogu kokain (včetně cracku) v r. 2002–2005 (Trojáčková, 2006)

Primární droga	Prvožadatelé				Všichni žadatelé			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
Stimulancia	28	28	38	41	59	52	58	73
Opiáty	3	7	7	4	24	24	18	16
Konopné látky	1	4	7	6	2	6	11	10
Kokain*	0	0	1	0	0	2	1	0
Těkové látky	0	0	1	0	0	1	1	1
Hypnotika, sedativa	0	0	0	0	0	1	0	0
Halucinogeny	0	0	0	0	1	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>54</b>	<b>51</b>	<b>86</b>	<b>86</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

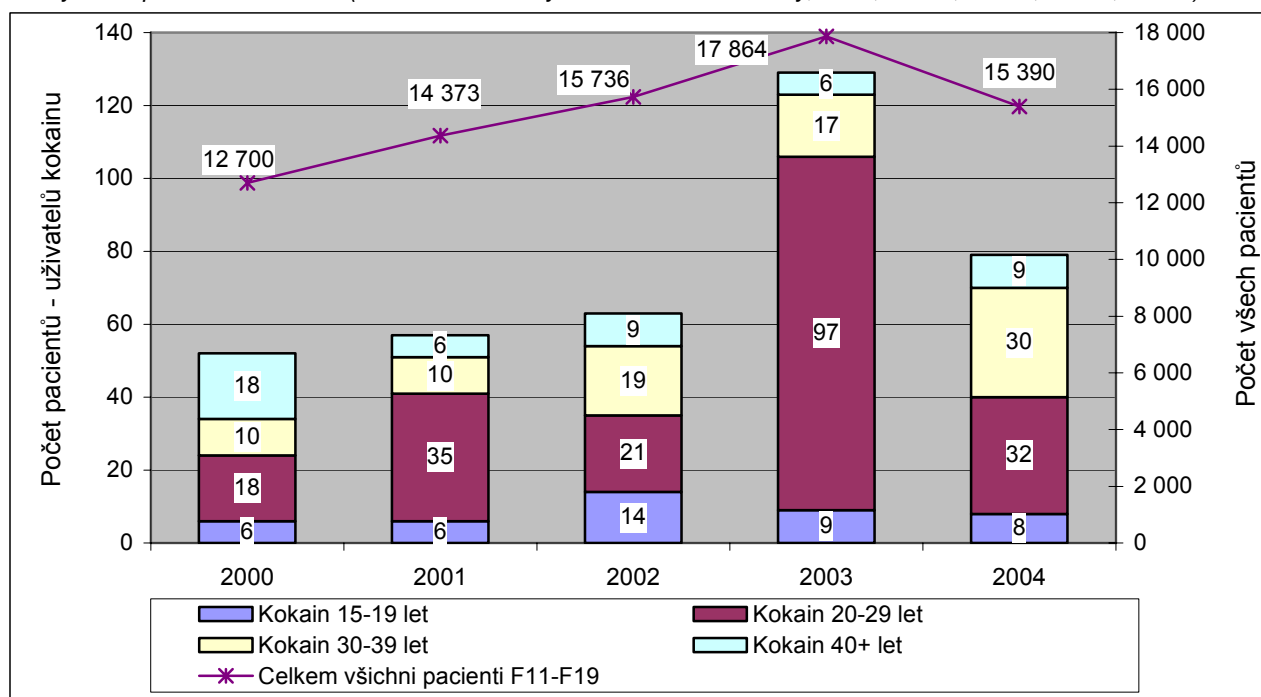
Pozn.: \* Někteří uživatelé kokainu udávali jako sekundární drogu crack a obráceně.

Dalšími zdroji dat o léčených uživatelích drog jsou výkazy o ambulantní péči v psychiatrickém oboru a povinné hlášení hospitalizace, které zpracovává ÚZIS.

V souvislosti s užíváním kokainu (dg. F14) byli v r. 2005 hospitalizováni 3 pacienti (z toho 2 muži) v psychiatrických léčebnách pro dospělé a 10 pacientů (z toho 7 mužů) ve všech odděleních nemocnic (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2006b).

V r. 2000–2004 bylo registrováno v ambulantních pracovištích AT<sup>45</sup> celkem 380 pacientů užívajících kokain, z toho 273 (72 %) mužů a 107 (28 %) žen nejčastěji (203 pacientů) ve věkové skupině 20–29 let, ve věkové skupině 0–14 let nebyl registrován ani jeden pacient. K vyššímu meziročnímu nárůstu počtu léčených osob došlo v r. 2003; v r. 2004 počet léčených opět odpovídá stabilnímu nárůstu v předchozích letech. Tento vývoj kopíruje křivku počtu všech pacientů registrovaných v ambulantních pracovištích AT v r. 2000–2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2002, 2003a, 2003b, 2005c, 2005d) – obrázek 12-5.

obrázek 12-5: Vývoj počtu pacientů užívajících kokain (dg. F14) registrovaných v ambulantních pracovištích AT podle věkových skupin v r. 2000–2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2002, 2003a, 2003b, 2005c, 2005d)



## 12.2.2 Drogová úmrtí v souvislosti s kokainem a crackem

Údaje o předávkovaných drogami jsou v ČR k dispozici od r. 1998 – blíže kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 36. V r. 2004 bylo poprvé zaznamenáno ojedinělé úmrtí na předávkování kokainem z celkového počtu 241 smrtelných předávkování drogami (včetně léků) a jedno úmrtí za přítomnosti kokainu z celkového počtu 164 úmrtí za přítomnosti drog. Také v r. 2005 bylo identifikováno jedno úmrtí na předávkování kokainem (z celkového počtu 218 smrtelných předávkování) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2005; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2006).

<sup>45</sup> Jde o zařízení, která vyplnila přílohu AT výkazu psychiatrie A013.

V r. 2003–2005 byla provedena analýza pitvaných účastníků dopravních nehod na odděleních soudního lékařství a soudní toxikologie v ČR. Přítomnost kokainu nebyla prokázána ani jednou – blíže kapitola Drogy a řízení, str. 79.

### 12.2.3 Infekce spojené s užíváním kokainu a cracku

Počet uživatelů kokainu a cracku nakažených HIV infekcí a virovými hepatitidami B a C není znám.

### 12.2.4 Nefatální intoxikace kokainem a crackem

Hygienická stanice Hl. m. Prahy sbírá data o nefatálních (nekončících smrtí) intoxikacích – blíže kapitola Další poruchy spojené s užíváním drog, str. 40. V posledních letech se jedná o 1–7 případů ročně – tabulka 6-12 v kapitole Nefatální intoxikace drogami, str. 44.

### 12.3 Situace v oblasti snižování poptávky po kokainu a cracku

V ČR neexistují harm reduction ani léčebné programy specificky zaměřené na uživatele kokainu či cracku.

Léčebné intervence u závislých na kokainu zahrnují širokou škálu poradenských přístupů, ambulantní a intenzivní ambulantní léčby, léčby ústavní i rezidenční léčby v terapeutických komunitách včetně následné péče. Jde vždy o léčbu vedoucí k abstinenci (Minařík, 2003). Podpůrná farmakologická léčba akutních intoxikací, odvykacích stavů, vlastní závislosti a doprovodných psychopatologických stavů obvykle není nutná a často ani vhodná. Pouze v případě kardiovaskulárních komplikací (především tachykardie) jsou podávána antiarytmika a v případě výrazného neklidu benzodiazepiny. Při silné depresivní atace mohou být používána antidepresiva a při protražované toxické psychóze neuroleptika (Minařík, 2003; Bayer, 2003).

### 12.4 Drogová kriminalita a drogový trh

Drogovou kriminalitou rozumíme trestné činy nedovolené výroby a držení OPL (§ 187, 187a, 188 TZ) a trestné činy šíření toxikomanie (§ 188a TZ), označované souhrnně jako drogové trestné činy, a sekundární drogovou kriminalitu – blíže kapitola Drogová kriminalita, str. 52.

V r. 2005 bylo trestně stíháno 2 128 osob podezřelých ze spáchání drogových trestných činů<sup>46</sup>. V r. 2005 bylo za drogové trestné činy v souvislosti s kokainem stíháno 50 osob, tj. 2,3 % z celkového počtu 2 128 stíhaných. Jedna osoba byla stíhána za držení kokainu v množství větším než malém pro osobní potřebu. Vývoj počtu stíhaných za drogové trestné činy související s kokainem uvádí tabulka 12-4 (Národní protidrogová centrála, 2006c).

*tabulka 12-4: Stíhání pachatelé drogových trestných činů souvisejících s kokainem v r. 2002–2005 (Národní protidrogová centrála, 2006c)*

Trestné činy	2002	2003	2004	2005
§ 187a TZ (držení drog pro osobní potřebu)	1	3	0	1
§ 187 a 188 TZ (výroba a distribuce)	9	21	17	49
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>50</b>

Údaje o záchytech drog v ČR na centrální úrovni eviduje NPC a GŘC. Počet záchytů a množství zachyceného kokainu v letech 2002–2005 uvádí tabulka 12-5. Crack nebyl na území ČR zachycen.

*tabulka 12-5: Záchyty kokainu v r. 2002–2005 (Mravčík et al. 2005; Národní protidrogová centrála, 2006)*

Rok	Počet	Objem v kg
2002	12	6,0
2003	20	2,6
2004	7	3,3
2005	11	10,2

<sup>46</sup> Nejsou zahrnuty trestné činy šíření toxikomanie (§ 188a TZ).

## 13 Drogy a řízení

Prevalence řízení pod vlivem konopných látek je v ČR podle dostupných informací 10krát nižší ve srovnání s alkoholem. U dalších drog je výskyt ještě nižší. Výskyt řízení pod vlivem benzodiazepinů je pravděpodobně řádově stejný jako u konopných drog.

V posledních 2 letech byly v rámci zvýšení bezpečnosti silničního provozu přijaty vládou a resorty dopravy a vnitra strategické dokumenty, které obsahují cíle týkající se zvýšené kontroly a prevence řízení pod vlivem alkoholu a drog. Došlo ke změně zákona o provozu na pozemních komunikacích a k novelizaci skutkových podstat přešupků a trestných činů týkajících se řízení pod vlivem návykových látek. V r. 2006 bylo Policií ČR pilotně zavedeno orientační testování řidičů na drogy, k jeho rozšíření včetně příslušných metodických pokynů by mělo dojít po vyhodnocení pilotní fáze.

Realizace preventivních programů při výuce řidičů je v pravomoci jednotlivých autoškol, podle dostupných informací převažuje spíše jejich nezájem. Ministerstvo dopravy realizuje preventivní projekt propagující strategii „domluveného řidiče“, který abstinuje a odveze přátele z akce; tento projekt je zaměřen na rekreační uživatele drog na tanečních akcích, koncertech apod.

Praxe viditelného označení obalů léků piktogramy nebo symboly upozorňujícími na možnost ovlivnění psychomotorických funkcí a snížení schopnosti řízení není v ČR rozšířená.

### 13.1 Zákonný rámec, strategie a politická opatření

#### 13.1.1 Zákonný rámec

Zákonem č. 411/2005 Sb. se změnil zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích (zákon o silničním provozu), zák. č. 200/1990 Sb., o přešupcích, a zák. č. 140/1961 Sb., trestní zákon. Tím došlo mimo jiné ke změně skutkových podstat přešupků a trestných činů řízení motorových vozidel pod vlivem návykových látek a byly vytvořeny podmínky pro kontrolu řízení pod vlivem i jiných návykových látek než alkoholu – blíže kapitola Právní předpisy, str. 3.

#### 13.1.2 Strategie a politická opatření

Na snížení užívání drog účastníky silničního provozu, zejména řidiči, se zaměřuje Akční plán 2005–2006. Ten pod cílem č. 17 Zvýšená bezpečnost silničního provozu obsahuje 2 aktivity, za jejichž splnění do 30. 6. 2006 odpovídá MV:

- Zabezpečit materiálně technické vybavení příslušníků dopravní policie k orientačnímu testování přítomnosti OPL u účastníků silničního provozu.
- Proškolení všech policistů zařazených u služby dopravní policie v oblasti identifikace vnějších znaků užití OPL.

Cíl zavést orientační testování OPL v silničním provozu obsahovala již předešlá strategie na r. 2000–2004; tento cíl nebyl splněn.

V prosinci 2004 zřídila vláda usnesením č. 883/2004 Radu vlády pro bezpečnost silničního provozu, jejím předsedou je ministr dopravy. Rada je stálým poradním orgánem vlády a vrcholným koordinačním orgánem v oblasti bezpečnosti silničního provozu. Cílem je maximálně podpořit zvyšování silniční bezpečnosti, zvláště plnění Národní strategie bezpečnosti silničního provozu. Rada koordinuje činnost ústředních orgánů státní správy, parlamentu, krajů, obcí, nestátních neziskových organizací i podnikatelských subjektů aktivních v této oblasti. Každodenní koordinací činností v oblasti bezpečnosti silničního provozu se zabývá oddělení bezpečnosti silničního provozu Ministerstva dopravy.

Vládou přijatá Národní strategie bezpečnosti silničního provozu obsahuje jako jeden z devíti hlavních cílů snížení počtu nehod a jejich následků zaviněných pod vlivem alkoholu a jiných drog (Ministerstvo dopravy, 2005). Jednotlivá opatření a nástroje k realizaci tohoto cíle – tabulka 13-1.

tabulka 13-1: Opatření a nástroje Národní strategie bezpečnosti silničního provozu vztahující se ke snížení vlivu alkoholu a jiných drog (Ministerstvo dopravy, 2005)

Opatření	Nástroje	Zodpovídá	Termín
C 1: Snížení počtu nehod zaviněných pod vlivem alkoholu a jiných drog prostřednictvím výchovného působení	C 1.1: Každoroční kampaň zaměřená na nebezpečí řízení pod vlivem alkoholu, léků a jiných návykových látek s důrazem na odpovědnost konzumenta.	MD, MV, MZ, MPSV	Každoročně
	C 1.2: Uplatňování poznatků o vlivu alkoholu a jiných návykových látek na způsobilost řídit motorová a nemotorová vozidla a na bezpečnost silničního provozu ve vzdělávacích programech škol a autoškol.	MD ve spolupráci s MŠMT, MZ a MV	Průběžně
	C 1.3: Zvýšení informovanosti pacientů o vlivu některých léků na způsobilost k řízení motorového vozidla a o jejich vlivech na chování ostatních účastníků silničního provozu.	MZ ve spolupráci s MD a orgány lékařské, stomatologické a lékárnické komory	Průběžně
C 2: Snížení počtu nehod zaviněných pod vlivem alkoholu prostřednictvím intenzivnějšího dohledu Policie ČR	C 2.1: Zvýšení počtu kontrolovaných řidičů při akcích zaměřených na kontrolu zjišťování alkoholu a jiných návykových látek u řidičů motorových vozidel a u cyklistů; situovat dopravně-bezpečnostní akce na víkendový provoz a noční dobu.	MV	Průběžně

Pozn.: Zkratky uvedené v tabulce – kapitola Zkratky.

Resortní akční plán bezpečnosti a plynulosti silničního provozu na r. 2005 (Ministerstvo vnitra, 2005) obsahoval 3 nástroje (aktivity) v oblasti prevence a kontroly užívání alkoholu a drog v silniční dopravě – tabulka 13-2.

tabulka 13-2: Nástroje resortního akčního plánu bezpečnosti a plynulosti silničního provozu MV na r. 2005 vztahující se ke snížení vlivu alkoholu a jiných drog (Ministerstvo vnitra, 2005)

Nástroj	Zodpovídá	Popis
C 1.1: Každoroční kampaň zaměřená na nebezpečí řízení pod vlivem alkoholu, léků a jiných návykových látek s důrazem na odpovědnost konzumenta	MD ve spolupráci s MV, MZ a MPSV	– informování o konkrétních případech a jejich následcích v médiích a na webových stránkách MV (celostátní prezentace, prezentace v místních médiích) – spolupráce při tvorbě, vydávání a distribuci instruktážních videokazet s dopravně-bezpečnostní tematikou a při realizaci doprovodných soutěží – preventivně-výchovné aktivity
C 1.2: Uplatňování poznatků o vlivu alkoholu a jiných návykových látek na způsobilost řídit motorová a nemotorová vozidla a na bezpečnost silničního provozu ve vzdělávacích programech škol a autoškol	MD ve spolupráci s MŠMT, MZ a MV	– dle dohody a požadavku autoškol
C 2.1: Zvýšení počtu kontrolovaných řidičů při akcích zaměřených na kontrolu zjišťování alkoholu a jiných návykových látek u řidičů motorových vozidel a u cyklistů; situovat dopravně bezpečnostní akce na víkendový provoz a noční dobu.	MV	– alespoň 3 celostátní dopravně-bezpečnostní akce zaměřené na kontrolu zjišťování alkoholu a jiných návykových látek u řidičů motorových vozidel a u cyklistů ročně – alespoň 1 dopravně-bezpečnostní akce zaměřená na zjišťování alkoholu a jiných návykových látek u řidičů motorových vozidel a u cyklistů na úrovni kraje a okresu ročně – zaměřit se na dobu a místa zvýšené pravděpodobnosti požívání alkoholických nápojů dle vyhodnocení krajských a okresních ředitelů

Pozn.: Zkratky uvedené v tabulce – kapitola Zkratky.

### 13.2 Prevalence řízení pod vlivem drog

Podle oficiálních statistik Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2004) bylo v r. 2003–2005 zaviněno pod vlivem alkoholu 4–5 % nehod, pod vlivem léků a dalších drog 0,02–0,03 % nehod – tabulka 13-3. V těchto statistikách nejsou jednotlivé drogy rozlišeny.



tabulka 13-3: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v r. 2003–2005 – vliv alkoholu a drog (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2004; Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2005; Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2006a)

Rok	Nehody					Usmrcení při nehodách						
	Celkem		Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem léků a dalších drog		Celkem		Nehody pod vlivem alkoholu		Nehody pod vlivem léků a dalších drog	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
2003	195 851		9 076	4,6	39	0,02	1 215		111	9,1	0	0,00
2004	196 484		8 445	4,3	53	0,03	1 215		59	4,9	1	0,08
2005	199 262		8 192	4,1	60	0,03	1 127		59	5,2	0	0,00

Četnosti nehod pod vlivem alkoholu v jednotlivých regionech<sup>47</sup> v r. 2005, včetně četnosti počtu usmrcených připadajících na tyto nehody uvádí tabulka 13-4.

tabulka 13-4: Nehody zaviněné pod vlivem alkoholu a usmrcení při nich v krajích ČR v r. 2005 (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2006a)

Region	Počet nehod	Podíl ze všech nehod (v %)	Počet usmrcených	Podíl ze všech usmrcených (v %)
Hl. m. Praha	748	2,3	6	9,8
Středočeský	1 111	4,4	4	2,1
Jihočeský	679	5,1	5	4,2
Západočeský	802	4,7	10	10,2
Severočeský	1 119	5,4	11	8,7
Východočeský	967	4,7	8	5,5
Jihomoravský	1 312	4,4	11	5,0
Severomoravský	1 454	4,9	4	2,4
<b>Celkem ČR</b>	<b>8 192</b>	<b>4,3</b>	<b>59</b>	<b>5,2</b>

V ČR jsou policií pravidelně organizovány dopravně-bezpečnostní akce, mimo jiné i celostátní – nejnámější z nich jsou akce známé pod názvem Kryštof. Při nich jsou kontrolováni řidiči a technický stav vozidel s cílem snížit počet vážných dopravních nehod. V rámci těchto akcí jsou prováděny testy na alkohol, nikoliv na OPL – tabulka 13-5.

tabulka 13-5: Řízení pod vlivem alkoholu zjištěná při akcích Kryštof v r. 2003–2005 (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2006b)

Datum konání akce	Kontrolováno vozidel	Řízení pod vlivem alkoholu	Podíl v %
29. 9.–3. 10. 2003	361 685	952	0,26
13. 4.–16. 4. 2004	206 846	210	0,10
18. 4.–21. 4. 2005	150 601	186	0,12

Je velmi pravděpodobné (a to i s ohledem na výsledky toxikologických vyšetření mrtvých účastníků dopravních nehod – viz dále), že oficiální údaje policie o řízení pod vlivem alkoholu a OPL jsou značně podhodnocené.

### 13.2.1 Výskyt etanolu a ostatních drog u zemřelých účastníků dopravních nehod

Od r. 2003 jsou analyzovány nálezy etanolu a ostatních drog u pitvaných účastníků dopravních nehod na všech 13 odděleních soudního lékařství a soudní toxikologie v ČR – blíže kapitola Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog, str. 36; data za r. 2003 byla publikována v odborném tisku (Mravčík et al. 2005). Za pozitivní jsou u etanolu považovány případy s hladinou vyšší než 0,2 g/kg (Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie, 1999), u konopných látek případy, kde je prokázán THC nebo jeho aktivní metabolit (nikoliv tedy např. THC-COOH), a u těkavých látek nález těch látek, které nevznikají post mortem nebo nejsou prokazovány u některých fyziologických nebo patologických stavů (jako např. aceton, acetaldehyd, n-propanol, n-butanol). Vyšetření hladiny alkoholu v krvi se řídí Pokyny pro stanovení etanolu SSLST (Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie, 1998), toxikologické vyšetření představuje minimálně screening imunochemickými metodami v moči a potvrzení specifickou analytickou metodou po předchozí izolaci z krve nebo orgánů se zaměřením na léky a ostatní drogy. Soubor je rozdělen na 4 kategorie: chodce, cyklisty, řidiče motorových vozidel a ostatní. Do kategorie ostatní jsou zařazeni především spolujezdci v motorových vozidlech a zemřelí nepatřící do předchozích 3 kategorií (jiné než silniční dopravní nehody – např. nehody letadla, nehody na staveništích, cestující v prostředcích hromadné dopravy apod.).

<sup>47</sup> Policie ČR (stejně jako státní zastupitelství a soudy) je členěna podle regionálního uspořádání platného před reformou veřejné správy v r. 2000 (8 krajů namísto současných 14).

V r. 2003–2005 bylo toxikologicky vyšetřeno<sup>48</sup> přibližně 50 % všech osob zemřelých při dopravních nehodách – tabulka 13-6. Největší podíl pozitivních výsledků byl zjištěn u etanolu; tento podíl má však klesající trend – ze 40 % v r. 2003 na 30 % v r. 2005 u všech zemřelých aktivních účastníků nehod (ze 32 % na 19 % u řidičů). Pozitivní nález jakýchkoliv drog mimo etanolu byl každoročně zaznamenán u 7 % vyšetřených zemřelých aktivních účastníků nehod; nejčastěji se jednalo o benzodiazepiny (3–4 %) a konopné látky (1–3 %) a stimulantia (1–2 % aktivních účastníků nehod) – tabulka 13-7.

tabulka 13-6: Přehled pitvaných na odděleních soudních lékařství v ČR v r. 2003–2005 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2006)

Rok	Celkem pitváno těl	Z toho zemřelých při dopravních nehodách	Z toho toxikologicky vyšetřených
2003	9 960	1 035	554
2004	12 731	1 255	590
2005	11 358	1 047	561

tabulka 13-7: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2006)

Látka	Rok	Kategorie zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod							
		Chodci		Cyklisté		Řidiči		Celkem	
		Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)	Vyšetřeno	Pozitivní (%)
Etanol	2003	141	51,8	50	40,0	203	32,0	394	40,1
	2004	150	48,7	44	29,5	209	23,9	403	33,7
	2005	148	45,3	35	34,3	198	18,7	381	30,4
Těkavé látky	2003	141	0,7	50	0,0	203	0,5	394	0,5
	2004	77	1,3	9	0,0	101	0,0	187	0,5
	2005	67	3,0	7	0,0	68	0,0	142	1,4
Opiáty (včetně heroínu)	2003	92	0,0	28	3,6	153	0,7	273	0,7
	2004	109	0,0	23	4,3	172	0,0	304	0,3
	2005	103	0,0	17	0,0	149	0,7	269	0,4
Stimulantia (včetně pervitinu a extáze)	2003	91	1,1	27	0,0	152	3,3	270	2,2
	2004	109	1,8	23	0,0	170	1,8	302	1,7
	2005	103	1,9	17	0,0	148	0,7	268	1,1
Kokain	2003	39	0,0	8	0,0	54	0,0	101	0,0
	2004	50	0,0	13	0,0	75	0,0	138	0,0
	2005	45	0,0	10	0,0	71	0,0	126	0,0
Konopné látky (aktivní metabolity THC)	2003	70	2,9	21	0,0	101	4,0	192	3,1
	2004	44	2,3	14	0,0	100	0,0	158	0,6
	2005	54	1,9	11	0,0	94	3,2	159	2,5
Benzodiazepiny	2003	89	3,4	28	7,1	150	2,0	267	3,0
	2004	109	5,5	23	4,3	172	2,9	304	3,9
	2005	103	2,9	17	5,9	147	4,1	267	3,7
Barbituráty	2003	88	0,0	28	3,6	149	0,0	265	0,4
	2004	109	1,8	23	0,0	169	1,2	301	1,3
	2005	101	2,0	15	0,0	131	0,8	247	1,2
Jakákoliv droga mimo etanol	2003	108	7,4	35	11,4	171	6,4	314	7,3
	2004	117	9,4	26	7,7	181	5,5	324	7,1
	2005	110	8,2	19	5,3	158	7,0	287	7,3
Kombinace etanolu a jakékoliv jiné drogy	2003	106	3,8	35	5,7	170	0,6	311	2,3
	2004	154	3,2	44	0,0	219	0,5	417	1,4
	2005	104	2,9	19	0,0	147	2,0	270	2,2

<sup>48</sup> Tj. vyšetřeno na etanol nebo na některou drogu ze skupiny těkavé látky, opiáty, stimulantia, konopné látky, kokain, benzodiazepiny, barbituráty.

U mužů byl pozitivní nález zjištěn výrazně častěji než u žen v případě etanolu, naopak u žen byly detekovány častěji benzodiazepiny – tabulka 13-8.

tabulka 13-8: Výskyt pozitivních nálezů u etanolu a dalších drog u zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod podle pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2006)

Látka	Rok	Muži		Ženy		Celkem	
		Vyšetřeno	Pozitivní v %	Vyšetřeno	Pozitivní v %	Vyšetřeno	Pozitivní v %
Etanol	2003**	335	44,8	59	13,6	394	40,1
	2004**	348	36,2	55	18,2	403	33,7
	2005**	325	33,5	56	12,5	381	30,4
Těkavé látky	2003	335	0,6	59	0,0	394	0,5
	2004	165	0,6	22	0,0	187	0,5
	2005	121	1,7	21	0,0	142	1,4
Opiáty (včetně heroinu)	2003*	238	0,0	35	5,7	273	0,7
	2004	265	0,4	39	0,0	304	0,3
	2005	228	0,4	41	0,0	269	0,4
Stimulancia (včetně pervitinu a extáze)	2003	236	2,1	34	2,9	270	2,2
	2004	263	1,5	39	2,6	302	1,7
	2005	227	1,3	41	0,0	268	1,1
Kokain	2003	91	0,0	10	0,0	101	0,0
	2004	117	0,0	21	0,0	138	0,0
	2005	105	0,0	21	0,0	126	0,0
Konopné látky (aktivní metabolity THC)	2003	167	3,6	25	0,0	192	3,1
	2004	141	0,7	17	0,0	158	0,6
	2005	135	3,0	24	0,0	159	2,5
Benzodiazepiny	2003*	233	2,1	34	8,8	267	3,0
	2004	265	3,4	39	7,7	304	3,9
	2005	226	3,1	41	7,3	267	3,7
Barbituráty	2003	231	0,4	34	0,0	265	0,4
	2004	262	1,1	39	2,6	301	1,3
	2005	209	1,0	38	2,6	247	1,2

Pozn.: \* Rozdíl na hladině významnosti  $p < 0,05$ , \*\*rozdíl na hladině významnosti  $p < 0,01$  (chi-kvadrát test).

Věk pozitivně vyšetřených byl nižší než věk negativně vyšetřených v případě všech drog s výjimkou léků, nejvýraznější byl tento rozdíl v případě etanolu a konopných látek – tabulka 13-9.

tabulka 13-9: Průměrný věk toxikologicky pozitivních a negativních aktivních účastníků dopravních nehod (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2006)

Látka	Rok	Pozitivní	Negativní	Celkem
Etanol	2003*	39,1	43,3	41,6
	2004**	40,4	46,3	44,3
	2005	41,1	42,9	42,4
Těkavé látky	2003	40,5	41,6	41,6
	2004	25,0	42,3	42,2
	2005	18,5	41,5	41,1
Opiáty (včetně heroinu)	2003	28,0	39,3	39,2
	2004	53,0	42,0	42,0
	2005	40,0	39,3	39,3
Stimulancia (včetně pervitinu a extáze)	2003	29,2	39,2	39,0
	2004	28,2	42,2	42,0
	2005	22,3	39,5	39,3
Kokain	2003	–	36,1	36,1
	2004	–	42,0	42,0
	2005	–	38,1	38,1
Konopné látky (aktivní metabolity THC)	2003*	20,5	38,7	38,2
	2004	20,0	38,7	38,6
	2005	22,5	35,7	35,4
Benzodiazepiny	2003	46,3	39,1	39,3
	2004	51,6	41,7	42,1
	2005	40,6	39,3	39,4
Barbituráty	2003	65,0	38,9	39,0
	2004	50,5	42,1	42,2
	2005**	66,0	39,5	39,8

Pozn.: \* Rozdíl na hladině významnosti  $p < 0,05$ , \*\*rozdíl na hladině významnosti  $p < 0,01$  (ANOVA test).

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

### 13.3 Kontrola drog u účastníků silničního provozu

Kontroly řidičů zaměřené na řízení pod vlivem alkoholu provádí dopravní policie v rámci tzv. dopravně-bezpečnostních akcí i v rámci běžných kontrol. Na kontrolu řízení pod vlivem alkoholu a jiných OPL byly zaměřeny 4 celostátní dopravně-bezpečnostní akce, 34 akcí na úrovni kraje a 573 akcí na úrovni okresu. V rámci těchto akcí se policisté v r. 2005 zaměřili více i na cyklisty. V r. 2005 bylo při kontrolách u řidičů motorových vozidel zjištěno požití alkoholických nápojů v 15 077 případech (vliv OPL nebyl sledován).

V poslední době upouští policie od rozsáhlých akcí a kontroly více uzpůsobuje místním podmínkám, zaměřuje se zejména na sportovní a jiné společenské akce (Ministerstvo dopravy, 2006).

Od začátku r. 2006 testuje dopravní policie v terénu 4 typy detekčních souprav jak ze slin, tak z potu. Souběžně se zaváděním testovacích souprav probíhá od prosince 2005 školení dopravních policistů v oblasti orientačního testování OPL a rozeznávání příznaků jejich užití. Celkem bylo dodáno 2 000 detekčních pomůcek, 500 ks od každého výrobce (Nováková, 2006). Pilotní testování má být vyhodnoceno do konce srpna 2006, oficiální průběžné výsledky nejsou k dispozici.

Vzorek pro testy z potu je získáván stěrem z předmětů, kterých se testovaný dotýkal (např. řidičský průkaz, volant). Vzorek slin se získává vložením odběrového nástroje ze svého materiálu do úst. Orientační testy oběma způsoby jsou prováděny na místě, výsledky jsou k dispozici do několika minut. Reaktivní výsledek je třeba konfirmovat v laboratoři pro forenzní toxikologii.

Zkušební testování se řídí metodickým pokynem Policejního prezidia. Ten stanoví, kdy přistoupit k zjišťování užití drogy:

- Jsou-li u řidiče pozorovatelné vnější znaky užití drogy.
- Odpověď-li řidič kladně na dotaz, zda před jízdou užil drogu.
- Spáchal-li řidič přestupek nebo způsobil dopravní nehodu, jejíž způsobení nasvědčuje užití drogy.
- Při výkonu služby v souvislosti s konáním akce, kde je předpoklad užívání drog ve zvýšené míře (například některé taneční párty apod.).

Je-li u řidiče orientační test na přítomnost drog pozitivní, následuje ze strany policisty:

- Oznámení o přestupku s podrobným popisem vlastního zjištění příznaku vlivu drogy.
- Výzva k lékařskému (konfirmačnímu) vyšetření s poučením.
- Předvedení k lékařskému vyšetření.
- Sepsání protokolu o lékařském vyšetření.

Dále metodický pokyn ukládá policistům tyto povinnosti:

- Průkazně zakázat další jízdu do vymizení účinku drogy.
- Zhotovit podrobný úřední záznam o průběhu reakce orientačního testu a podmínek, za nichž byl užit.
- Popsat výsledek zákroku a učiněná opatření.
- Oznámit přestupek správním orgánům s návrhem na přivzetí znalce k určení, zda zjištěné množství zjištěné drogy v těle zakládá stav vyloučení řízení motorového vozidla.

### 13.4 Prevence užívání drog účastníky silničního provozu

Ministerstvo dopravy zahájilo v r. 2005 na festivalu Summer of Love v Pardubicích, na Hip-Hop festivalu v Hradci Králové a na hudebním festivalu Trnkobraní ve Slušovicích kampaň „Domluvený“. Filosofie této akce se zakládá na statutu předem domluveného řidiče, který na akci abstinuje, aby zajistil bezpečný odvoz svým přátelům. Kampaň „Domluvený“ je paralelou evropské kampaně Designated Driver a je podporována Evropskou komisí. Pro návštěvníky těchto akcí bylo připraveno několik interaktivních tematických aktivit zaměřených na bezpečnost silničního provozu, jako je například simulátor nárazu, počítačové hry, ukázky první pomoci a poradenství o rizicích konzumace alkoholu a jiných drog ve vztahu k řízení motorového vozidla.

V rámci kampaně došlo také k lokalizaci, pilotnímu ověření a spuštění nové služby PROMILE SMS ([www.promilesms.cz](http://www.promilesms.cz)), v rámci které si lze ověřit aktuální hladinu alkoholu v krvi a zjistit dobu, kdy bude konzument alkoholu opět „střízlivý“, tedy např. způsobilý řízení automobilu. Projekt je realizován SANANIM Charity Services s.r.o. a je založen na principu zadání základních parametrů ovlivňujících hladinu alkoholu v krvi a následně jejich odeslání formou SMS. Téměř okamžitá SMS odpověď obsahuje informace o aktuální koncentraci alkoholu v krvi, čase vystřízlivění a krátké preventivní sdělení. Služba Promile SMS během prvních třech měsíců plného provozu (září–listopad 2005) odpověděla na více než 11 460 požadavků. Službu výrazně častěji používali muži (82%), průměrný věk klientů byl 32 let. Přibližně 31 % klientů mělo v době odeslání SMS hladinu alkoholu v krvi 0 promile. Tito zákazníci pravděpodobně využili službu k tomu, aby si druhý den po konzumaci alkoholu ověřili, zda mohou vykonávat ty činnosti, které je zakázáno vykonávat pod vlivem alkoholu. Průměrná koncentrace alkoholu v krvi byla 1,03 ‰. Provoz služby je nejvíce vytížen mezi 21. a 24. hodinou.

Problematika vlivu alkoholu a jiných drog na řízení vozidel je součástí několika primárně-preventivních projektů realizovaných Policií ČR. Jedná se např. o besedy se středoškoláky, při nichž se využívají videokazety Auto je zbraň nadace Malina (viz [www.nadace-malina.cz](http://www.nadace-malina.cz)) a dokumentární záběry z dopravních nehod. Ze strany autoškol není až na výjimky o besedy i přes nabídku Policie ČR zájem (Ministerstvo dopravy, 2006).

V Plzni byl v září 2005 realizován projekt The Action zaměřený na nebezpečí požívání alkoholu a jeho následků v silničním provozu, kterého se zúčastnila převážná většina plzeňských středních škol (Ministerstvo dopravy, 2006).

#### 13.4.1 Označování léků

Podle registrační vyhlášky o léčivých přípravcích (vyhl. č. 288/2004 Sb.) se v příbalové informaci nebo na obalu léku uvádí zvláštní upozornění, zejména na možnost ovlivnění schopnosti řídit motorová vozidla nebo obsluhovat stroje. Z tohoto hlediska se přípravky rozdělují podle vyhlášky do 3 skupin: (1) bezpečné nebo s nepravděpodobným ovlivněním, (2) s pravděpodobností mírného ovlivnění, (3) s pravděpodobností výrazného ovlivnění, potenciálně nebezpečné. Součástí příbalové informace nebo označení na vnějším obalu přípravku mohou být symboly nebo piktogramy, případně další údaje, jako varování na snížení schopnosti řízení automobilu (např. vykřičník nebo vykřičník v trojúhelníku). V praxi jsou však tyto symboly užívány pouze výjimečně, a to i u léků s výrazným ovlivněním psychomotorických funkcí.

## SEZNAM TABULEK

tabulka 1-1: Změny v postihu přestupků a trestných činů řízení motorových vozidel pod vlivem návykových látek účinné od 1. 7. 2006 .....	4
tabulka 1-2: Strategické dokumenty a institucionální zajištění koordinace protidrogové politiky v krajích ČR .....	7
tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2005 ze státního a místních rozpočtů .....	8
tabulka 1-4: Výdaje sekretariátu RVKPP z VPS v r. 2005 .....	8
tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtů krajů v r. 2002–2005 .....	9
tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z místních rozpočtů v r. 2002–2005 .....	9
tabulka 2-1: Subjektivně vnímaná dostupnost drog .....	12
tabulka 2-2: Prevalence užití nelegálních drog mezi studenty vysokých škol .....	13
tabulka 2-3: Tolerance k vybraným skupinám společnosti .....	14
tabulka 3-1: Výskyt negativních sociálních jevů na školách .....	19
tabulka 4-1: Vývoj prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2005 .....	20
tabulka 4-2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v r. 2003 a 2005 .....	21
tabulka 4-3: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2005 podle krajů .....	21
tabulka 4-4: Frekvence injekčního užívání podle užívání opiátů .....	23
tabulka 4-5: Zkušenosti se sexem za peníze, služby nebo drogy ve studii Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog podle pohlaví .....	24
tabulka 4-6: Užívané drogy mezi klienty nízkoprahových programů o.š. SANANIM v Praze .....	28
tabulka 5-1: Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v ČR v r. 2005 .....	29
tabulka 5-2: Počet udělených certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek podle typu služeb v oblasti léčby a resocializace do 31. 5. 2006 .....	30
tabulka 5-3: Počet ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících péči uživatelům drog v r. 2000–2005 .....	30
tabulka 5-4: Počet ambulantních zdravotnických zařízení podle počtu léčených pacientů v r. 2003–2005 .....	30
tabulka 5-5: Počet uživatelů drog (dg. F11–F19) léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2003–2005 .....	31
tabulka 5-6: Počet hospitalizovaných na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 2005 dle typu zdravotnického zařízení, pohlaví a diagnózy .....	32
tabulka 5-7: Pacienti substituční léčby ve specializovaných programech .....	34
tabulka 5-8: Počty prvožadatelů a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním Subutexu jako základní a sekundární drogy .....	34
tabulka 5-9: Důvod ukončení substituční léčby ve specializovaných centrech od r. 2000 do 31. 5. 2006 .....	35
tabulka 6-1: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2005 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví .....	37
tabulka 6-2: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2005 podle vybraných skupin drog a příčin smrti .....	38
tabulka 6-3: Podíl vybraných skupin drog na úmrtích za přítomnosti drog zjištěných na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2003–2005 .....	38
tabulka 6-4: Incidence HIV v ČR do 31. 12. 2004 dle způsobu přenosu .....	38
tabulka 6-5: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v r. 1994–2005 .....	39
tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních v r. 2005 .....	40
tabulka 6-7: Počet osob s diagnózou poruch způsobených užíváním jednotlivých skupin drog hospitalizovaných v r. 2001–2005 .....	41
tabulka 6-8: Kombinace diagnóz F11–F16 a F18–F19 u vybraných pacientů hospitalizovaných v r. 2001–2005 .....	41
tabulka 6-9: Základní diagnózy hospitalizací u vybraných pacientů v r. 2001–2005 .....	42
tabulka 6-10: Diagnózy vyskytující se v kombinaci s užíváním nelegálních návykových látek u vybraných pacientů hospitalizovaných v r. 2001–2005 .....	43
tabulka 6-11: Psychiatrické diagnózy vyskytující se v kombinaci s užíváním nelegálních návykových látek u vybraných pacientů v r. 2001–2005 .....	44
tabulka 6-12: Intoxikace drogami v ČR v r. 2001–2005 podle jednotlivých drog .....	44
tabulka 7-1: Počet klientů nízkoprahových zařízení v r. 2005 .....	46
tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových zařízení v r. 2005 .....	46
tabulka 7-3: Klienti českých nízkoprahových zařízení v r. 2002–2005 .....	46
tabulka 7-4: Podpora nízkoprahových zařízení v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2002–2005 .....	47
tabulka 7-5: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2005 .....	48
tabulka 7-6: Výměnné programy v krajích ČR v r. 2002–2005 .....	48
tabulka 7-7: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v r. 2005 .....	49
tabulka 8-1: Počty klientů, kterým poskytli služby terénní sociální pracovníci v jednotlivých oblastech .....	51
tabulka 8-2: Vybrané sociální charakteristiky žadatelů o léčbu .....	51
tabulka 8-3: Obžalování a odsouzení za drogové trestné činy podle druhu drogy .....	56
tabulka 8-4: Výsledky testování vězňů ve vazebních věznicích a věznicích .....	58
tabulka 8-5: Výsledky testování osob nastupujících do vazebních věznic v Praze .....	58
tabulka 10-1: Počty a objemy záchytů hlavních druhů drog v r. 2002–2005 .....	63
tabulka 10-2: Průměrné ceny drog v r. 2004 a 2005 .....	65
tabulka 10-3: Čistota zadržených drog v r. 2004 a 2005 .....	65
tabulka 11-1: Celoživotní a roční prevalence užití nelegálních drog mezi 15letými v průzkumu HBSC 2002 .....	67
tabulka 11-2: Pacienti ve věku 0–14 let registrovaní v ambulantních pracovištích AT .....	68
tabulka 11-3: Hospitalizovaní ve věku 11–15 let v r. 2005 podle věku a diagnóz .....	69

tabulka 12-1: Prevalence užívání kokainu mezi návštěvníky tanečních akcí, kteří v r. 2003 a 2004 využili preventivních a harm reduction služeb poskytovaných nestátními organizacemi.....	75
tabulka 12-2: Počet a základní charakteristiky žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním kokainu a cracku.....	76
tabulka 12-3: Počet žadatelů o léčbu uvádějících jako sekundární drogu kokain (včetně cracku) v r. 2002–2005.....	77
tabulka 12-4: Stíhaní pachatelé drogových trestných činů souvisejících s kokainem v r. 2002–2005.....	78
tabulka 12-5: Záchyty kokainu v r. 2002–2005.....	78
tabulka 13-1: Opatření a nástroje Národní strategie bezpečnosti silničního provozu vztahující se ke snížení vlivu alkoholu a jiných drog.....	80
tabulka 13-2: Nástroje resortního akčního plánu bezpečnosti a plynulosti silničního provozu MV na r. 2005 vztahující se ke snížení vlivu alkoholu a jiných drog.....	80
tabulka 13-3: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v r. 2003–2005 – vliv alkoholu a drog.....	81
tabulka 13-4: Nehody zaviněné pod vlivem alkoholu a usmrcení při nich v krajích ČR v r. 2005.....	81
tabulka 13-5: Řízení pod vlivem alkoholu zjištěná při akcích Kryštof v r. 2003–2005.....	81
tabulka 13-6: Přehled pitvaných na odděleních soudních lékařství v ČR v r. 2003–2005.....	82
tabulka 13-7: Nález etanolu a dalších drog v tělech zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod.....	82
tabulka 13-8: Výskyt pozitivních nálezů u etanolu a dalších drog u zemřelých aktivních účastníků dopravních nehod podle pohlaví.....	83
tabulka 13-9: Průměrný věk toxikologicky pozitivních a negativních aktivních účastníků dopravních nehod.....	84

## SEZNAM OBRÁZKŮ

obrázek 1-1: Systém vertikální a horizontální koordinace protidrogové politiky ČR.....	6
obrázek 1-2: Struktura témat v medializaci drogové problematiky v r. 2004 a 2005.....	11
obrázek 2-1: Místo, kde byla respondentům nabídnuta droga.....	13
obrázek 2-2: Morální přijatelnost chování.....	15
obrázek 2-3: Tolerance k užívání jednotlivých drog.....	15
obrázek 3-1: Příklady předních stran stravovacích kartiček pro žáky ZŠ a studenty SŠ.....	18
obrázek 4-1: Podíl injekční aplikace u prvožadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu v r. 1998–2005 a všech žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu a pervitinu v r. 2002–2005.....	22
obrázek 4-2: Délka pravidelného injekčního užívání respondentů studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog.....	23
obrázek 4-3: Primární droga respondentů studie Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog.....	23
obrázek 4-4: Žadatelé o léčbu podle užívané drogy 2002–2005.....	25
obrázek 4-5: Prvožadatelé o léčbu podle užívané drogy 1995–2005.....	25
obrázek 4-6: Průměrný věk prvožadatelů v r. 1995–2005 – vybrané drogy.....	26
obrázek 4-7: Průměrný věk žadatelů v r. 2002–2005 – vybrané drogy.....	27
obrázek 4-8: Vybrané charakteristiky prvožadatelů v r. 1996–2005.....	27
obrázek 4-9: Vybrané charakteristiky žadatelů o léčbu v r. 2002–2005.....	28
obrázek 5-1: Vývoj počtu uživatelů drog léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních v r. 2000–2005.....	31
obrázek 5-2: Vývoj počtu hospitalizovaných na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v r. 1995–2005.....	32
obrázek 5-3: Distribuované množství Subutexu a odhadovaný počet uživatelů Subutexu v r. 2000–2005.....	34
obrázek 6-1: Smrtelná předávkování vybranými drogami v r. 1998–2005.....	37
obrázek 6-2: Hlášená incidence VHB a podíl IUD v ČR v r. 1996–2005.....	39
obrázek 6-3: Hlášená incidence VHC akutní a chronické a podíl IUD v ČR v r. 1996 – 2005.....	39
obrázek 8-1: Drogové trestné činy – stíhané osoby podle druhu drogy v r. 2005.....	52
obrázek 8-2: Podíl pervitinu, konopných látek a ostatních drog na drogových trestných činech v r. 2002–2005.....	52
obrázek 8-3: Podíl heroinu, extáze a kokainu na drogových trestných činech v r. 2002–2005.....	53
obrázek 8-4: Počet osob obviněných z drogových trestných činů v r. 1998–2005 podle ESSK Policie ČR.....	53
obrázek 8-5: Počet osob obviněných z drogových trestných činů v r. 2004 a 2005 v krajích ČR na 100 tis. obyvatel.....	54
obrázek 8-6: Počet osob obviněných z drogových a všech trestných činů v krajích ČR na 100 tis. obyvatel.....	55
obrázek 8-7: Počet osob obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy.....	55
obrázek 8-8: Skladba trestů za drogové trestné činy v r. 2005.....	56
obrázek 8-9: Věková struktura obžalovaných z drogových trestných činů podle druhu drogy.....	57
obrázek 8-10: Odsouzení pachatelé drogových trestných činů – charakteristiky podle druhu drogy.....	57
obrázek 8-11: Výsledky testování vězňů ve vazebních věznicích a věznicích.....	59
obrázek 8-12: Výsledky testování osob nastupujících do vazebních věznic v Praze.....	59
obrázek 10-1: Podíly počtu záchytů jednotlivých drog v r. 2005.....	63
obrázek 10-2: Počet záchytů vybraných druhů drog v r. 2002–2005.....	64
obrázek 10-3: Rozdělení záchytů vybraných typů drog podle objemu v r. 2005.....	64
obrázek 11-1: Celoživotní prevalence zkušeností s nelegálními drogami mezi 11 a 13letými.....	67
obrázek 11-2: Počty hospitalizovaných ve věku 11–15 let pro diagnózy poruch chování v souvislosti s užíváním drog.....	69
obrázek 11-3: Vývoj počtu všech a prvních žádostí o léčbu – žadatelé mladší 15 let.....	70
obrázek 11-4: Vývoj celkového počtu stíhaných osob a stíhaných osob mladších 15 let.....	71
obrázek 11-5: Zkušenosti s nelegálními drogami dětí závislých a dětí s poruchou chování ve srovnání s výsledky školské studie HBSC.....	72
obrázek 12-1: Celoživotní prevalence užívání kokainu (včetně cracku) podle věkových skupin v r. 2004.....	74
obrázek 12-2: Celoživotní prevalence užívání kokainu a cracku ve školních studiích.....	75
obrázek 12-3: Prevalence užívání kokainu a cracku celoživotně, v posledním roce a v posledním měsíci mezi návštěvníky tanečních akcí v r. 2000 a 2003.....	75

obrázek 12-4: Průměrná frekvence užití kokainu (včetně cracku) mezi všemi žadateli o léčbu v souvislosti s užíváním kokainu v letech 2002–2005.....	76
obrázek 12-5: Vývoj počtu pacientů užívajících kokain (dg. F14) registrovaných v ambulantních pracovištích AT podle věkových skupin v r. 2000–2004 .....	77

#### SEZNAM MAP

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2005 .....	9
mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let a podíl problémových uživatelů opiátů a pervitinu v ČR v r. 2005 .....	21
mapa 4-2: Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2005 (na 100 tis. obyvatel) .....	26
mapa 5-1: Specializovaná substituční centra v ČR .....	33
mapa 7-1: Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2005 .....	45
mapa 7-2: Počet vyměněných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2005 na 1000 obyvatel .....	48
mapa 8-1: Počet osob obviněných z drogových trestných činů v krajích ČR v r. 2005 na 100 tis. obyvatel.....	54
mapa 9-1: Zařízení následné péče o uživatele drog v ČR k červenci 2006 .....	60



## VYBRANÉ STRÁNKY S DROGOVOU TEMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU

Rozsáhlý seznam (nejen) českých webových stránek zabývajících se drogami je k dispozici na adrese [http://www.drogy-info.cz/index.php/web\\_a\\_drogy/](http://www.drogy-info.cz/index.php/web_a_drogy/). V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané oficiální stránky klíčových institucí v oblasti prevence, léčby a sledování užívání drog.

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

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

Antidopingový výbor ČR: <http://www.antidoping.cz/>

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

Centrum adiktologie – Psychiatrická klinika I. LF a VFN, Univerzita Karlova v Praze: <http://www.adiktologie.cz/>

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

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

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

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

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

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

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

DROP-IN, o.p.s.: <http://www.dropin.cz/>

EXTC – webová poradna a prevence zneužívání syntetických drog: <http://www.extc.cz/>

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

Informační portál primární prevence (provozuje o.s. Sananim): <http://www.odrogach.cz/>

Institút pro kriminologii a sociální prevenci: <http://www.ok.cz/iksp/>

Ministerstvo spravedlnosti (portál českého soudnictví): <http://portal.justice.cz/>

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

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

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

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

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: <http://www.drogy-info.cz/>

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

Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování, Policie ČR: <http://www.mvcr.cz/policie/npsc.html>

Newton IT - přehledy tisku a fulltextové archivy: <http://www.newtonit.cz/>

Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, volební období 2002-2006, Výbor pro sociální politiku a zdravotnictví (součástí byl Podvýbor pro problematiku drog a toxikomanie): <http://www.psp.cz/sqw/fsnem.sqw?id=669&o=4>

Probační a mediační služba ČR: <http://www.pmscr.cz/>

Prev-Centrum, o.s.: <http://www.prevcentrum.cz/>

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

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: [http://www.vlada.cz/cs/rvk/rkpp/rvkpp\\_uvod.html](http://www.vlada.cz/cs/rvk/rkpp/rvkpp_uvod.html)

SANANIM, o.s. - drogový informační server, drogová poradna: <http://www.sananim.cz/>

Sdružení Podané ruce, o.s.: <http://www.podaneruce.cz/>

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

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

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

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

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

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

## ZKRATKY

Akční plán 2005–2006 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006

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

AT – alkohol, toxikomanie (označení ambulancí zabývajících se léčbou závislostí)

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

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

ČTK – Česká tisková kancelář

EMCDDA – Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR

EU – Evropská unie

EWS – Systém včasného varování (Early-warning System)

GŘC – Generální ředitelství cel

GŘVS – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

HIV – virus lidského imunodeficitu

HR – harm reduction

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

HS – hygienická služba

HS HMP – Hygienická stanice hlavního města Prahy

IUD – injekční uživatel(é) drog

Kraje ČR:

PHA – Hl. m. Praha

STC – Středočeský

JHC – Jihočeský

PLK – Plzeňský

KVK – Karlovarský

ULK – Ústecký

LBK – Liberecký

HKK – Královéhradecký

PAK – Pardubický

VYS – Vysočina

JHM – Jihomoravský

OLK – Olomoucký

ZLK – Zlínský

MSK – Moravskoslezský

Ministerstva ČR:

MD – Ministerstvo dopravy ČR

MF – Ministerstvo financí ČR

MK – Ministerstvo kultury ČR

MO – Ministerstvo obrany ČR

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

MPO – Ministerstvo průmyslu a obchodu ČR

MS – Ministerstvo spravedlnosti ČR

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR

MV – Ministerstvo vnitra ČR

MZ – Ministerstvo zdravotnictví ČR

MKN 10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

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

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

NNO – nestátní neziskové organizace

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

OPL – omamná a psychotropní látka

PS PČR – Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SSLST – Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie

SŠ – střední škola

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

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

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

VHA – virová hepatitida typu A

VHB – virová hepatitida typu B

VHC – virová hepatitida typu C

VPS – kapitola Všeobecná pokladní správa Národního účtu ČR

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZŠ – základní škola

## REJSTŘÍK

- abstinence, 29, 60  
akční plán Národní strategie protidrogové politiky, 3, 5, 16, 17, 73, 79  
alkohol, 3, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 31, 32, 33, 51, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 79, 80, 81, 82, 84, 85  
amfetamin, 12, 13, 58, 66, 71  
Anonymní alkoholici, 61  
Anonymní narkomané, 61  
Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí (A.N.O.), 60, 61  
AT ordinace, 29, 66, 70  
bezdrogové zóny, 29, 61  
braun, 23  
buprenorfin, 20, 29, 33, 34, 36, 60  
cena drog, 64, 65  
Centrum adiktologie 1. LF UK, 70, 89  
Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR, 14  
certifikace, 8, 11, 18, 19, 29, 30, 60, 73  
crack, 1, 12, 20, 44, 63, 74, 75, 76, 77, 78  
čistota drog, 1, 2, 62, 64, 65  
děti, 1, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 29, 31, 32, 33, 38, 43, 44, 50, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73  
doléčování, 8, 29, 30, 60  
dopravní nehoda, 38, 44, 78, 81, 82, 83, 84, 85  
EMCDDA, 11, 27, 66  
ESPAD (školní průzkum, 11, 13, 74  
evaluace, 18, 40, 67  
Evropská unie, 63  
extáze, 1, 2, 12, 13, 18, 36, 37, 38, 52, 53, 56, 62, 63, 65, 66, 67, 82, 83, 84  
FreeBase, 24, 45  
Generální ředitelství cel, 5, 8, 62, 78  
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 58  
GHB, 63  
halucinogeny, 12, 13, 37, 41, 43, 44, 71  
harm reduction, 3, 7, 17, 29, 75, 78  
hepatitida, 1, 36, 39, 40  
heroin, 2, 12, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 44, 52, 53, 56, 60, 63, 64, 67, 71, 82, 83, 84  
HIV/AIDS, 1, 2, 36, 38, 39, 40, 45, 49, 78  
hospitalizace, 31, 36, 40, 41, 42, 44, 66, 68, 69, 77, 86  
hygienická služba, 24, 28, 35  
incidence, 20, 25, 39, 40, 46  
intoxikace, 44, 78  
kokain, 1, 12, 23, 36, 37, 41, 75, 76, 77, 82  
komorbidita, 43, 49  
kondom, 24, 47  
konopí, 2, 5, 10, 62, 63  
konopné látky, 1, 2, 5, 11, 12, 13, 17, 23, 25, 26, 31, 32, 41, 43, 44, 46, 50, 52, 56, 58, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 71, 79, 81, 82, 83  
hašiš, 2, 5, 10, 12, 13, 14, 62, 63, 64, 67  
marihuana, 5, 10, 13, 14, 18, 62, 63, 66, 71  
kouření, 8, 10, 12, 13, 14, 19, 66, 67  
kriminalita, 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 50, 52, 53, 55, 56, 57, 70, 72, 78  
drogová, 2, 5, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 63, 66, 70, 73, 78  
sekundární, 57  
léčba, 1, 2, 5, 8, 17, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 47, 60, 61, 66, 70, 78  
ambulantní, 8, 24, 29, 30, 31, 33, 60, 61, 70, 77, 78  
lůžková, 8, 29, 30, 31  
ochranná, 29, 61  
rezidenční, 32  
substituční, 1, 2, 21, 24, 29, 33, 34, 35, 36, 47, 60, 61  
léky, 2, 11, 12, 20, 34, 36, 37, 44, 62, 66, 70, 77, 79, 80, 81, 83, 84, 85  
linky pomoci, 17  
LSD, 12, 13, 44, 62, 63, 65, 66, 67  
lysohlávky, 12, 63  
médiá, 10, 11, 15, 80  
mediální analýza, 10, 11  
metadon, 1, 23, 29, 33, 35, 36, 37, 60, 61  
ministerstvo  
financí, 8, 9, 62  
obran, 8, 9  
práce a sociálních věcí, 8, 51, 80  
školsví, mládeže a tělovýchovy, 8, 16, 18, 19, 71, 73, 80  
vnitř, 8, 9, 53, 54, 55, 71, 79, 80  
zdravotnictví, 7, 8, 33, 36, 51, 80  
mladiství, 2, 14, 32, 50, 56  
množství větší než malé, 2, 5, 50, 52, 78  
mortalita, 35, 36, 70, 77, 81  
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), 3, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 45, 46, 48, 49, 51, 57, 59, 60, 70, 77, 82, 83, 84  
Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 5, 9, 11, 52, 56, 62, 63, 64, 65, 78  
Národní strategie protidrogové politiky, 1, 3, 5, 11, 17, 73  
následná péče, 7, 29, 60, 61, 78  
návykové látky, 1, 3, 4, 6, 10, 13, 14, 18, 29, 30, 31, 32, 43, 44, 60, 66, 67, 70, 71, 73, 79, 80  
nízkoprahová zařízení, 1, 17, 20, 24, 28, 35, 40, 45, 46, 47, 49  
NNO (nestátní neziskové organizace), 8, 16, 17, 29, 31, 33, 60, 61, 75  
obvinění, 52, 53, 54, 55  
obžalování, 2, 5, 50, 55, 56, 57  
očkování, 47  
odnětí svobody, 2, 5, 50, 55, 56, 61, 73  
odsouzení, 2, 5, 50, 55, 56, 61  
ochranná výchova, 32, 72  
omamné a psychotropní látky, 52, 56, 66, 70, 71, 73, 78, 79, 81, 84  
parlament, 5, 10, 79  
pervitin, 1, 2, 11, 12, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 44, 46, 52, 56, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 69, 71, 76, 82, 83, 84  
Policie ČR, 9, 52, 53, 57, 70, 73, 79, 80, 81, 85  
poradenství, 16, 17, 19, 46, 85  
poradna, 17, 33, 61  
prevalence, 1, 12, 13, 20, 25, 33, 40, 46, 66, 67, 74, 75  
celoživotní, 75  
prevence, 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 45, 47, 61, 70, 71, 73, 79, 80  
protidrogová politika, 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 19, 45  
protilátky, 39, 49  
průzkum  
celopopulační, 1, 12  
školský, 13, 74  
předávkování, 1, 2, 35, 36, 37, 44, 45, 47, 70, 74, 77  
přechovávání, 2, 5, 10, 50, 52, 55, 66, 70, 71  
přestupek, 4, 5, 57, 72, 73, 79, 84, 85  
psilocybin, 12  
Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 17, 18, 24, 31, 45, 46, 47  
registr žádostí o léčbu, 24, 34, 51  
Romové, 14, 17, 50, 51

rozpočet, 1, 3, 6, 7, 8, 9, 17, 18, 29, 73  
sociální  
    exkluze, 50, 51  
    reintegrace, 60  
stíhání, 2, 5, 50, 52, 54, 55, 56, 71, 78  
streetwork, 45  
studie, 1, 5, 11, 12, 13, 20, 22, 23, 24, 40, 46, 48, 62,  
    66, 71, 72, 74, 84  
    školská, 13, 74  
Subutex, 1, 2, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 31, 33, 34, 35, 44,  
    61, 63, 65  
šíření toxikomanie, 52, 55, 70, 71, 73, 78  
škola, 7, 8, 15, 16, 17, 19, 29, 50, 51, 70, 71, 73  
    speciální, 29  
tabák, 10, 11, 18, 30, 32, 68, 73  
taneční drogy, 37, 45, 74  
taneční scéna, 2, 75  
těkavé látky, 1, 12, 14, 23, 26, 32, 33, 36, 37, 41, 43,  
    44, 46, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 81, 82  
    toluen, 14  
THC, 38, 81, 82, 83, 84  
toluen, 14  
trest, 4, 5, 10, 24, 29, 33, 35, 55, 56, 58, 61, 72, 73, 94  
trestný čin, 2, 4, 5, 10, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 63,  
    70, 73, 74, 78, 79, 86, 87, 88, 95  
úmrtnost, 1, 2, 35, 36, 38, 70, 74, 77, 81  
užívání drog, 1, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 24, 27,  
    28, 29, 35, 36, 38, 45, 46, 47, 50, 57, 60, 66, 71, 72,  
    73, 79, 84, 85  
    problémové, 1, 2, 20, 21, 27, 33, 35, 45, 46, 47  
    rekreační, 79  
vězení, 1, 5, 24, 29, 33, 35, 40, 51, 57, 58, 59, 60, 61  
vláda, 3, 5, 18, 79  
všeobecná pokladní správa, 7, 8, 31, 60  
výkon trestu, 24, 29, 33, 58, 61  
výměnný program, 47  
záchyt drog, 2, 62, 78  
zákon, 1, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 36, 49, 52, 57, 61, 72, 73, 79,  
    85  
    o ochraně před škodami působenými tabákovými  
        výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, 1,  
        3, 6, 10, 73  
    o přestupcích, 4, 57, 73, 79  
    trestní, 4, 5, 52, 53, 55, 70, 71, 72, 73, 78, 79  
    trestní řád, 5, 71  
žádost o léčbu, 1, 20, 24, 25, 26, 34, 51, 68, 69, 70

## ODKAZY

- Anonymní alkoholici (2005) Anonymní alkoholici. Česká republika.  
Notes: <http://www.sweb.cz/aacesko/>
- Barták, M. et al. (2004) Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I. Bezdomovství v zrcadle veřejné politiky. Kostelec nad Černými Lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Barták, M. et al. (2005) Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I. Bezdomovství – veřejný problém a soukromé potíže. Kostelec nad Černými Lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Bayer, D. (2003) Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In: Kalina, K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, pp. 19-24. Praha: Úřad vlády ČR
- Beneš, J. a Částková, J. (2006) Virové hepatitidy 1995–2005 – EPIDAT. Praha: SZÚ Praha.  
Notes: Standardní tabulka EMCDDA č. 9: Infekční nemoci
- Brůčková, M., Vandasová, J. a Malý, M. (2006) Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2005. *Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie* 14/2
- Centrum pro výzkum veřejného mínění (2005a) Jak jsme na tom s tolerancí? Praha: CVVM, Sociologický ústav AV ČR.  
Notes: Tisková zpráva
- Centrum pro výzkum veřejného mínění (2005b) Morální přijatelnost různých druhů chování. Praha: CVVM, Sociologický ústav AV ČR.  
Notes: Tisková zpráva
- Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdravotnictví (2006) Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost.  
Notes: Staženo ze stránek <http://www.cepros.cz>, 19. 7. 2006.
- Cihlářová, I. (Dec 28, 2005) Nižší tresty za měkké drogy vadí řediteli Komorousovi. *Právo*
- Csémy, L., Heller, J., Pecinová, O., Šťastný, V., Kostroňová, T., Nová, D. a Mráčková, E. (2003) Návykové chování a jeho kontext u mimořádně ohrožených skupin dětí. Praha:  
Notes: Výzkumná zpráva pro zadavatele. Nепublikováno.
- Csémy, L. a Hrachovinová, T. (2006) Pití alkoholu a užívání drog u českých vysokoškoláků. *Alkoholismus a drogové závislosti*  
Notes: Rukopis v recenzním řízení
- Csémy, L., Krch, F.D., Provazníková, H., Rážová, J. a Sovinová, H. (2005) Životní styl a zdraví českých školáků. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P. a Sovinová, H. (2006a) ESPAD: souhrn výsledků 1995, 1999 a 2003.  
Notes: Nепublikované výsledky studie (Standardní tabulka EMCDDA 02 z let 2001 a 2003)
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P. a Sovinová, H. (2006b) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Česká strana sociálně demokratická. Základní (dlouhodobý) program ČSSD „Otevřenost novým výzvám věrnost tradici“, schválený XXXII. sjezdem ČSSD v Brně 25.–27. 3. 2005. 2005.  
Notes: Zobrazeno 2006-07-25,  
[http://www.socdem.cz/vismo/zobraz\\_dok.asp?u=422010&id\\_org=422010&id\\_ktg=3838&p1=7161](http://www.socdem.cz/vismo/zobraz_dok.asp?u=422010&id_org=422010&id_ktg=3838&p1=7161)
- Česká školní inspekce (2005) Sledování a hodnocení prevence sociálně patologických jevů. Praha: Česká školní inspekce.  
Notes: Tématická zpráva
- Evropští demokraté. Politický program ED pro parlamentní volby 2006 – Česká republika 2010 – evropská kvalita a výkonnost. 2006.  
Notes: Zobrazeno 2006-07-25, <http://www.snked.cz/soubory/o0000000825.pdf>
- Gabal Analysis and Consulting (2006) Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a komunit v České republice a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti (říjen 2005–červenec 2006).  
Notes: Informace o projektu, staženo z internetových stránek <http://www.gac.cz>
- Generální ředitelství cel (2006a) Přehled záchytů v r. 2005. Generální ředitelství cel.  
Notes: Nепublikováno

- Generální ředitelství cel (2006b) Roční zpráva 2005: Výsledky CS ČR v boji proti porušování celních a daňových předpisů u jednotlivých komodit, v boji proti drogám, v oblasti mezinárodní spolupráce a v oblasti trestního řízení v roce 2005. Praha: Generální ředitelství cel, odbor pátrání.
- Haló noviny (Feb 13, 2006) V předcházení drogám pomůže informovanost – Priority volebního programu KSČM pro volby do Poslanecké sněmovny PČR. *Haló noviny*
- Institut pro kriminologii a sociální prevenci (2005) Možnosti trestní justice v protidrogové politice (vývojové aspekty) – projekt výzkumu. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.  
Notes: Nепublikováno
- Jedlička, J., Stupka, J. a Chmelová, B. (2006) Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2005–2006. Praha : SZÚ Praha.
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2005) Zpráva o stavu romských komunit v České republice 2004. Koncepce romské integrace. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2006a) Akční plán dekády romské inkluze 2005–2015: Česká republika. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.  
Notes: Staženo z webových stránek <http://www.vlada.cz>
- Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity (2006b) Závěrečná zpráva dotačního programu Podpora terénní sociální práce za rok 2005. Praha: Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity.
- KHS Libereckého kraje (2005) Životní styl dětí a mládeže (Zkušenosti a postoje v oblasti kouření, alkoholu a drog). Liberecký kraj 2005. Liberec: KHS Libereckého kraje se sídlem v Liberci.
- Kubů, P., Škařupová, K. a Csémy, L. (2006) Tanec a drogy 2000 a 2003. Praha: Úřad vlády České republiky. 80-86734-77-3.
- Křesťanská a demokratická unie – Čs. strana lidová (2004) KDU-ČSL vyhlašuje válku drogám.  
Notes: Tisková zpráva
- Křesťanská a demokratická unie – Čs. strana lidová. Volební program KDU-ČSL 2006–2010. 2006.  
Notes: Zobrazeno 2006-07-25, <http://www.kdu.cz/default.asp?page=510&idr=10371&IDCI=15112>
- Lejčková, P. (2006) Primární prevence užívání drog – základní principy a efektivní programy. *Zaostřeno na drogy 1/2006* s. 1–8.
- Libra, J. (2006) Podklady k návrhu optimalizace sítě služeb zaměřených na snižování rizik – Kontaktní centra a Terénní programy.  
Notes: Pracovní text, nепublikováno
- Marečková, J. (2006) Statistika internetové drogové poradny o.s. Sananim [www.drogovaporadna.cz](http://www.drogovaporadna.cz) .  
Notes: Nепublikované výstupy o činnosti poradny
- Mareš, P. (2002) Marginalizace, sociální vyloučení. In: Sirovátka, T., (Ed.) *Menšiny a marginalizované skupiny v České republice*, pp. 9-23. Brno: FSS Masarykovy univerzity a Georgetown]
- Mareš, P. (2003) Romové: Sociální exkluze a inkluze. *Sociální práce* 4 s. 65–75.
- Mareš, P. (2006) Faktory sociálního vyloučení. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- Marešová, A., Nečada, V., Sluková, K., Sochůrek, J. a Zeman, P. (2003) Drogy a česká vězeňská populace v kontextu drogové scény a trestněprávní legislativy. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Minařík, J. (2003) Stimulancia. In: Kalina, K. et al., (Ed.) *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*, pp. 164–168. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti]
- Ministerstvo dopravy (2005) Národní strategie bezpečnosti silničního provozu. Praha: Ministerstvo dopravy.
- Ministerstvo dopravy (2006) Národní strategie bezpečnosti silničního provozu – informace o plnění v r. 2005. Praha: Ministerstvo dopravy.
- Ministerstvo spravedlnosti ČR (2006a) Statistická ročenka kriminality – rok 2006. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.
- Ministerstvo spravedlnosti ČR (2006b) Trestní statistika státních zastupitelství a soudů: Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a odsouzených osobách – drogové trestné činy podle druhu drogy. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR.  
Notes: Nепublikováno

- Ministerstvo vnitra (2005) Resortní akční plán bezpečnosti a plynulosti silničního provozu na rok 2005. Praha: Ministerstvo vnitra.
- Ministerstvo vnitra ČR. Přehledy kriminality v r. 2005. 2006. Ministerstvo vnitra ČR.  
Notes: [http://www.mvcr.cz/statistiky/krim\\_stat/2005/i/index.html](http://www.mvcr.cz/statistiky/krim_stat/2005/i/index.html)
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001a) Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001 – Standard substituční léčby. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.  
Notes: [www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta\\_standa.doc](http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_standa.doc)
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001b) Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRUSL). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.  
Notes: Věstník Ministerstva zdravotnictví ZD 06/2001
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2004a) Standardy odborné způsobilosti pro poskytovatele programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT ČR.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2004b) Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005–2008. Praha: MŠMT ČR.
- Miovská, L. (2006) Vybrané výsledky 1. re-testu. Průběžné výsledky získané v rámci Projektu evaluace primárně-preventivního komunitního programu.  
Notes: Nepublikováno
- Miovský, M., Miovská, L. a Trapková, B. (2004) Projekt evaluace primárně-preventivního komunitního programu. *Adiktologie* 3 s. 237–254.
- Mravčík, V. (2005) Nákladovost drogových služeb – srovnání let 2001 a 2004. Nízkoprahové služby. Praha : NMS.
- Mravčík, V. (2006) Průzkum mezi klienty Kontaktního centra a Terénních programů o.s. SANANIM . Praha: NMS.  
Notes: Technická zpráva
- Mravčík, V., Korčišová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Radimecký, J., Sklenář, V., Gajdošíková, H. a Vopravil, J. (2004) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003 . Praha: Úřad vlády ČR. 80-86734-25-0.
- Mravčík, V., Korčišová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V. a Vopravil, J. (2005a) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády ČR. 80-86734-59-5.
- Mravčík, V., Lejčková, P. a Korčišová, B. (2005b) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR – souhrnný článek. *Adiktologie* 5, 13–20.
- Mravčík, V., Petrošová, B., Zábranský, T., Coufalová, M. a Řehák, V. (2006) Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog. Praha: Úřad vlády ČR.  
Notes: V tisku
- Mravčík, V., Valnoha, J. a Škařupová, K. (2005) Užívání drog a výskyt zdravotních komplikací mezi účastníky tanečních drog. *Čes. slov. Psychiat.* 101, 135–141.
- Mravčík, V. a Valnoha, J. (2005) Užívání drog a zdravotní následky na tanečních akcích. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.  
Notes: Průběžná analýza dat z dotazníků na tanečních akcích
- Mravčík, V., Zábranský, T., Korčišová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K. a Vopravil, J. (2003) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002. Praha: Úřad vlády ČR. 80-86734-06-4.
- Mravčík, V., Zábranský, T. a Vorel, F. (2005) Drogy a dopravní nehody. *Čas. Léč. čes.* 144, 550–555.
- Nejvyšší státní zastupitelství (2006) Zpráva o činnosti státního zastupitelství za rok 2005. Brno: Nejvyšší státní zastupitelství.
- Newton Information Technology, s.r.o. (2006a) Praha: Newton IT.  
Notes: Neveřejná zpráva, vypracovaná pro sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. část 1 – Drogová problematika obecně (1. 1. 2004–31. 12. 2005)
- Newton Information Technology, s.r.o. (2006b) Praha: Newton IT.  
Notes: Neveřejná zpráva, vypracovaná pro sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Část 2 – Protidrogová politika (1. 1. 2005–31. 12. 2005).
- Nováková, R. (2006) Nebezpečný řidič. *Policista* 4 Praha: Ministerstvo vnitra.

- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004) Vedlejší výsledky studie "Rozsah péče v psychiatrických ordinacích poskytujících služby uživatelům návykových látek". Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.  
Notes: nepublikovaná část výsledků
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Monitor médií. 2005.  
Notes: Národní informační portál o ilegálních a legálních drogách [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz), zobrazeno 2006-07-25.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006a) Certifikované služby pro uživatele návykových látek – stav k 31. 5. 2006.  
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006b) Drogy v médiích – Hlavní výsledky mediální analýzy drogové problematiky 2004–2005. *Zaostřeno na drogy 3/2006* 1–8.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006c) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog s daty z nízkoprahových zařízení v r. 2002–2005.  
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006d) Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z průzkumu mezi praktickými lékaři v r. 2003 a 2005.  
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006e) Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2002–2005.  
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006f) Výsledky výzkumu ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy a ve školských zařízeních pro preventivně výchovnou péči.  
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006g) Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP 2005.  
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP (2005) Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2004.  
Notes: Nepublikováno
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP (2006) Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2005.  
Notes: Nepublikováno
- Národní protidrogová centrála (2006a) Výroční zpráva za rok 2005 . Praha: Národní protidrogová centrála Policie ČR.  
Notes: [http://www.mvcr.cz/dokumenty/2006/npc\\_zprava05.pdf](http://www.mvcr.cz/dokumenty/2006/npc_zprava05.pdf)
- Národní protidrogová centrála (2006b) Záchyty drog v r. 2005 podle objemu. Národní protidrogová centrála Policie ČR.  
Notes: Zpracováno pro NMS
- Národní protidrogová centrála (2006c) Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2005. Národní protidrogová centrála Policie ČR.  
Notes: Zpracováno pro NMS
- Občanská demokratická strana. Společně pro lepší život – Podrobný volební program ODS . 2006.  
Notes: Zobrazeno 2006-07-25, <http://www.ods.cz/volby2006/prispevek.php?ID=110>
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. a Zemanová, R. (2006) Výroční zpráva ČR 2005 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. a Železná, Z. (2004) Výroční zpráva ČR 2003 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. a Železná, Z. (2005) Výroční zpráva ČR 2004 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.



- Polanecký, V., Šmídová, O., Studničková, B., Šafr, J., Šejda, J. a Hustopecký, J. (2001) *Mládež a návykové látky v České republice – trendy let 1994 – 1997 – 2000*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2004) *Nehodovost na pozemních komunikacích v České republice za rok 2003*. Praha: Ministerstvo vnitra.
- Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2005) *Nehodovost na pozemních komunikacích v České republice za rok 2004*. Praha: Ministerstvo vnitra.
- Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2006a) *Nehodovost na pozemních komunikacích v České republice za rok 2005*. Praha: Ministerstvo vnitra.
- Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2006b) *Výsledky akcí Kryštof v letech 2003–2005*. Praha: Ministerstvo vnitra. [www.mvcr.cz](http://www.mvcr.cz).
- Řeháček, M. (2006) *Informace o zacházení s uživateli drog ve věznicích v r. 2005*.  
Notes: Zpracováno pro NMS
- Sadílek, P. a Mravčík, V. (2006) *Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Sirovátka, T. (2003) *Exkluze Romů na trhu práce a šance na jejich inkluzi*. *Sociální studia* 10 s. 11–34.
- Slavíková, I., Poloncarzová, H., Nováčková, J. a Skácelová, L. (2000) *Analýza minimálních preventivních programů škol a školských zařízení*. *Zpravodaj Výchovné poradenství* č. 21/březen 2000
- Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie (1998) *Pokyny pro stanovení etanolu Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie*. *Soud. Lék.* 43, s.46
- Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie (1999) *Stanovisko Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie k problematice výpočtů koncentrace etanolu v krvi*. *Soud. Lék.* 44, s.55
- Staniček, J. (2005) *Podklady k návrhu optimalizace sítě služeb zaměřených na snižování rizik – Kontaktní centra a Terénní programy*.  
Notes: Pracovní text, nepublikováno
- Strana zelených. *Kvalita života – volební program Strany zelených*. 2006.  
Notes: Zobrazeno 2006-07-25, <http://www.zeleni.cz/59/rubrika/volebni-program/>
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2005) *Databáze spotřeby léčivých přípravků*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (2006) *Databáze spotřeby léčivých přípravků*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.
- Škvařilová, O. (2006) *Závěrečná zpráva o činnosti Sekce Drogové služby ve vězení A.N.O. za rok 2005*.  
Notes: Nepublikováno
- TNS Factum (2004) *Informovanost veřejnosti o drogové problematice*. Praha: TNS Factum.  
Notes: Závěrečná zpráva z výzkumu veřejného mínění pro Academia Medica Pragensis
- Trojáčková, A. a Višňovský, P. (2006) *Studenti VŠ a návykové látky*.  
Notes: Nepublikované výsledky
- Trojáčková, A. (2006) *Žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním kokainu a cracku – analýza dat z let 1995–2005*.  
Notes: Analýza dat z výročních zpráv o uživatelích návykových látek Hygienické stanice hlavního města Prahy
- Vašečka, I. (2002) *Utváření sa problémových rómskych zoskupení v mestách ČR*. In: Sirovátka, T., (Ed.) *Menšiny a marginalizované skupiny v České republice*, pp. 245–262. Brno: FSS Masarykovy univerzity a Georgetown]
- Usnesení vlády ČR ze dne 14. listopadu 2001 č. 1177 + P k projektu *Analýza dopadů novelizace drogové legislativy*. (2001) Usnesení vlády ČR ze dne 14. listopadu 2001 č. 1177 + P k projektu *Analýza dopadů novelizace drogové legislativy*.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2002) *Psychiatrická péče 2000*. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003a) *Psychiatrická péče 2001*. Praha: ÚZIS ČR.

- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2003b) Psychiatrická péče 2002. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005a) Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice – Rozsah užívání návykových látek v dospělé populaci. Praha: ÚZIS ČR.  
Notes: Nepublikované výsledky studie
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005b) Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice – Úvodní informace. Praha: ÚZIS ČR.  
Notes: Aktuální informace č. 7/2005
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005c) Psychiatrická péče 2003. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005d) Psychiatrická péče 2004. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2005e) Subjektivně vnímaná dostupnost nelegálních drog.  
Notes: Nepublikované výsledky získané v rámci Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2006a) Hospitalizace 2001–2005 . Praha: ÚZIS ČR.  
Notes: Nepublikované výsledky
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2006b) Psychiatrická péče 2005. Praha: ÚZIS ČR.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2006c) Registr substituční léčby. Praha: ÚZIS ČR.  
Notes: Nepublikované výsledky
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2006d) Zdravotnická zařízení v ČR v roce 2005. Praha: ÚZIS ČR.  
Notes: Aktuální informace č. 9/2006
- Vorel, F. (2003) Mortalita řidičů 1998–2002. Praha:  
Notes: Nepublikované výsledky
- Vězeňská služba ČR (2006) Plošný monitoring drog v zařízeních VS ČR 1996–2005. Praha: Vězeňská služba ČR, generální ředitelství, odbor zdravotnické služby.  
Notes: Interní materiál č.j. 35/150/2005-50/801
- Winkler, J. a Šimíková, I. (2005) Hodnocení Vládního programu podpory terénní sociální práce v sociálně vyloučených romských komunitách (hodnoty a fakta). Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- Zábranský, T. (2006) Substituční léčba opiátové závislosti nově dostupná i pro vězně. *Zdravotnické noviny*, 23. 6. 2006
- Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdošíková, H. a Miovský, M. (2001) Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva). Praha: ResAd.
- Zábranský, T., Mravčík, V., Korčíšová, B. a Řehák, V. (2006) Hepatitis C Virus Infection among Injecting Drug Users in the Czech Republic – Prevalence and Associated Factors. *European Addiction Research* 12, 151–160.
- Zábranský, T., Vorel, F., Balíková, M. a Šejvl, J. (2004) Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR. Stručný souhrn a manuál pro monitorování. Zábranský, T., Vorel, F., Balíková, M. a Šejvl, J., (Eds.) Praha: Úřad vlády ČR. 80-86734-37-4.

## VÝROČNÍ ZPRÁVA O STAVU VE VĚCÍCH DROG V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2005

- 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).
- 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).

### DOSUD VYDANÉ PUBLIKACE

- Action Plan for the Implementation of the National drug Policy Strategy for the period 2005–2006, ISBN 80-86734-61-7
- Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006, ISBN 80-86734-56-0
- Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003, Miovská, L., Miovský, M., Gabrhelík, R. & Charvát, M., ISBN 80-86734-44-7
- Annual Report Czech Republic – Drug Situation 2002, Mravčík, V. et. al., 2003, ISBN 80-734-18-8
- Annual Report Czech Republic – Drug Situation 2003, Mravčík, V. et. al., 2004, ISBN 80-734-29-3
- Annual Report Czech Republic – Drug Situation 2004, Mravčík, V. et. al., 2005, ISBN 80-734-60-9
- Drogy a drogová závislost: Vzájemné propojení výzkumu, politiky a praxe, Hartnoll, R., ISBN 80-86734-45-5
- Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, Kalina, K. a kol., 2003, ISBN 80-86734-05-6
- Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003, Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H., ISBN 80-86734-94-3
- Impact Analysis Project of New Drugs Legislation (Summary Final Report), Záborský, T. et. al., 2001, bez ISBN
- Informace pro tvůrce politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech, Verster, A., Buning, E., 2004, ISBN 80-86734-15-3
- Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí (Příručka o efektivní školní drogové prevenci), Galla, M. et. al., ISBN 80 6734-38-2
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, ISBN 80-86734-39-0
- National Drug Policy Strategy for the period 2005 to 2009 – The Czech Republic, ISBN 80-86734-40-4
- Nové syntetické drogy, Páleníček, T., Kubů, P., Mravčík, V., 2004, ISBN 80-86734-26-9

- Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu, Sadílek, P., Mravčík, V., ISBN 80-86734-89-7
- Poziční dokument o věznicích, drogách a harm reduction, WHO, 2006, ISBN 80-86734-76-5
- Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy (souhrnná závěrečná zpráva), Záborský, T. a kol., 2001, bez ISBN
- Protidrogová strategie EU (2005-2012), ISBN 80-86734-64-1
- Protidrogový akční plán EU (2005-2008), ISBN 80-86734-57-9
- Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling), Hartnoll, R., 2003, ISBN 80-86734-08-0
- Seznam a definice výkonů drogových služeb, kolektiv, ISBN 80-86734-81-1
- Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci, kolektiv, 2003, ISBN 80-86734-09-9
- Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR, Záborský, T., Vorel, F., Balíková, M., Šejvl, J., 2004, 80-86734-37-4
- Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002, Lejčková, P., Mravčík, V., Radimecký, J., 2004, ISBN 80-86734-14-5
- Tanec a drogy 2000 a 2003; výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice, Kubů, P., Škařupová, K., Csémy, L., ISBN 80-86734-77-3
- Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních, Dolanská, P., Korčíšová, B., Mravčík, V., 2004, ISBN 80-86734-16-1
- Užívání drog v EU – legislativní přístupy, EMCDDA, ISBN 80-86734-50-1
- Vězeňství a nelegální drogy, sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích, Miovský, M. a kol., 2003, ISBN 80-86734
- Výměna jehel ve věznicích: Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností, Lines, R., Juergens, R., Betteridge, G., Stoeber, H., Latticevski, D., Nelles, J., ISBN 80-86734-79-X
- Výroční zpráva 2003 – Stav ve věcech drog v přístupujících a kandidátských zemích EU, kolektiv, 2004, ISBN 80-86734-17-X
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2001, Záborský, T. a kol., 2002, ISBN 80-238-9912-0
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2002, Mravčík, V. a kol., 2003, ISBN 80-86734-06-4
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2003, Mravčík, V. a kol., 2004, ISBN 80-86734-25-0
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2004, Mravčík, V. a kol., 2005, ISBN 80-86734-08-0

ISBN 80-86734-99-4



neprodejné