



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016



> 2016



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016

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

Praha, září 2017

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

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

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016

© Úřad vlády České republiky, 2017

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

tel.: +420 224 002 111

www.drogy-info.cz

Editor/ MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

Odpovědný redaktor/ Mgr. Zuzana Tion Leštinová

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

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

Zpráva byla projednána Poradním výborem RVKPP pro sběr dat o závislostech. Dne 2. 11. 2017 výroční zprávu schválila Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Dne 29. 11. 2017 zprávu projednala vláda ČR.

Pro bibliografické citace/

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KÍŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. 2017. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 978-80-7440-200-5

Obsah

Úvod.....	1
Souhrn.....	3
Kapitola 1: Národní protidrogová politika a její kontext.....	15
1.1 Legislativní rámec.....	15
1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace	20
1.3 Rozpočty a financování.....	32
Kapitola 2: Užívání drog v populaci.....	45
2.1 Užívání drog v obecné populaci.....	45
2.2 Postoje k užívání návykových látek.....	66
2.3 Užívání drog ve školní populaci.....	69
2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace	72
Kapitola 3: Prevence	81
3.1 Politika a strategie v oblasti prevence	81
3.2 Preventivní působení prostředí – environmentální prevence.....	82
3.3 Všeobecná prevence.....	84
3.4 Selektivní a indikovaná prevence.....	88
3.5 Mediální a informační kampaně.....	89
Kapitola 4: Problémové užívání drog.....	95
4.1 Odhady počtu problémových uživatelů drog.....	95
4.2 Vzorce a charakteristiky problémového užívání drog	112
Kapitola 5: Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog.....	117
5.1 Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislostí	117
5.2 Síť specializované adiktologické péče	119
5.3 Trendy léčených uživatelů drog.....	148
5.4 Hodnocení výsledků léčby.....	150
Kapitola 6: Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	153
6.1 Infekce spojené s užíváním drog.....	153
6.2 Další zdravotní důsledky a souvislosti užívání drog	164
6.3 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog.....	167
Kapitola 7: Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	177
7.1 Legislativní rámec a strategie v oblasti snižování rizik	177
7.2 Prevence předávkování.....	177
7.3 Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog.....	177
7.4 Programy v prostředí zábavy.....	186
Kapitola 8: Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog	189
8.1 Socioekonomická situace uživatelů drog	189
8.2 Užívání drog a sociální vyloučení.....	193
8.3 Následná péče a sociální reintegrace.....	199
Kapitola 9: Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení.....	203
9.1 Primární drogová kriminalita	203
9.2 Sekundární drogová kriminalita	213
9.3 Uživatelé drog ve vězení	215
Kapitola 10: Drogové trhy	225
10.1 Produkce, spotřeba, dovoz a vývoz drog.....	225
10.2 Záchyty drog.....	228
10.3 Ceny a čistota drog.....	231

Přílohy	235
Vybrané stránky s drogovou tematikou na českém internetu	235
Zkratky	237
Seznam tabulek, grafů a obrázků	240
Rejstřík	249
Použitá literatura	251

Úvod

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

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

¹ <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/> [2017-07-21]

² <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-zavislosti> [2017-07-21]



Souhrn

Protidrogová politika

- V l. 2014–2016 došlo k integraci oblastí alkoholu, tabáku a hazardního hraní do národní strategie protidrogové politiky, která tedy nyní má 4 samostatné akční plány pro jednotlivé oblasti. Poradním a koordinačním orgánem vlády pro otázky závislosti je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) se svými výbory a pracovními skupinami. Od r. 2017 je zákonem č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, vládě dána možnost zřízení funkce národního protidrogového koordinátora.
- V r. 2016 proběhlo hodnocení akčního plánu pro oblast nelegálních drog na období 2013–2015 a byl přijat nový akční plán pro oblast nelegálních drog na období 2016–2018; v lednu 2017 proběhlo jeho první průběžné hodnocení. V lednu 2017 proběhlo rovněž průběžné hodnocení Akčního plánu pro oblast hazardního hraní na období 2015–2018.
- Nový zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek účinný od května 2017 oproti předchozí úpravě výrazně stručněji definuje organizaci a provádění protidrogové politiky na národní a krajské úrovni. Kraj v samostatné působnosti provádí protidrogovou politiku na území kraje a za tím účelem přijímá nejméně jednou za 10 let krajskou strategii protidrogové politiky, obavy odborné veřejnosti však vzbudilo zejména vypuštění povinnosti kraje v samostatné působnosti zřídit funkci krajského protidrogového koordinátora.
- Protidrogová politika krajů většinou vychází ze specifického krajského strategického dokumentu pro tuto oblast. Jen ve 2 krajích je protidrogová politika součástí strategického dokumentu se širším záběrem. Funkce krajského protidrogového koordinátora byla v r. 2016 obsazena ve všech krajích s výjimkou Moravskoslezského, kde tuto funkci dlouhodobě zastává referent pro sociální služby.
- Také na obecní úrovni, zejména ve statutárních městech, bývá protidrogová politika definována v samostatném strategickém dokumentu. Pozice místního protidrogového koordinátora byla v r. 2016 ustavena ve všech 22 pražských městských částech a ve 186 z celkem 205 obcí s rozšířenou působností.

Legislativa a regulace

- V r. 2016 nedošlo ke změně v definici skutkových podstat ani druhů a výměru trestních sankcí u tzv. drogových trestných činů. V souvislosti se systémovými změnami v přestupkové legislativě s účinností od 1. 7. 2017 jsou přestupky držení drogy v malém množství pro vlastní potřebu a pěstování psychoaktivních rostlin nebo hub v malém množství pro vlastní potřebu přesunuty do zákona o návykových látkách.
- V r. 2016 byla připravena novela nařízení vlády o seznamech návykových látek, která spočívala v rozšíření seznamu omamných a psychotropních látek o 63 položek, především nových syntetických drog. Nařízení je účinné od 1. března, resp. 1. května 2017.
- Koncem května 2017 nabyl účinnost zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který nahradil dosavadní zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zásadní změnou je zavedení plošného zákazu kouření ve vnitřních prostorách provozoven stravovacích služeb s výjimkou vodních dýmek a elektronických cigaret. Zákon rovněž zakazuje prodej alkoholických nápojů, tabákových výrobků a výrobků určených ke kouření, kuřáckých pomůcek a elektronických cigaret mimo místa vymezená zákonem, ale tento zákaz rozměňuje řada výjimek. Je zakázán prodej alkoholu a tabáku na dálku (např. přes internet), pokud nelze ověřit věk kupujícího. Zákon dále upravuje problematiku orientačního a odborného lékařského vyšetření na přítomnost návykových látek, koordinaci protidrogové politiky, umožňuje obcím

prostřednictvím obecních vyhlášek regulovat kouření a používání elektronických cigaret v blízkosti škol a zařízení pro osoby mladší 18 let a prodej, podávání a konzumaci alkoholu na veřejně přístupných místech či akcích.

- Nově je např. v případě závažného porušení zákona ve vztahu k prodeji nebo podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let možné uzavření provozovny až na dobu 2 provozních dnů.
- Od září 2016 jsou na základě evropské směrnice 2014/40/EU a navazující novely zákona o potravinách a tabákových výrobcích a navazujících vyhlášek zavedena nová opatření týkající se požadavků na složení, balení, značení atd. tabákových výrobků, bylinných výrobků určených ke kouření a elektronických cigaret. Obal musí být opatřen kombinovaným zdravotním varováním (složeným z textu a obrázku). Vyhláška o elektronických cigaretách, náhradních náplních do nich a bylinných výrobcích určených ke kouření od r. 2017 transponuje výše uvedenou evropskou směrnici, pokud jde o požadavky na jakost a bezpečnost elektronických cigaret a jejich označování při uvádění do prodeje.

Financování

- V r. 2016 činily identifikované výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtů státní správy a samosprávy celkem 1536,2 mil. Kč (1442,4 mil. Kč v r. 2015), z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 1267,5 mil. Kč a výdaje z místních rozpočtů 268,8 mil. Kč (z toho z krajů 198,7 mil. Kč a z obcí 70,0 mil. Kč).
- Oproti r. 2015 došlo ke zvýšení výdajů na protidrogovou politiku na obou úrovních. Výdaje státního rozpočtu se meziročně zvýšily o 93 mil. Kč. Zatímco výdaje resortů školství, zdravotnictví, obrany a zahraničních věcí se meziročně mírně snížily, výdaje RVKPP, resortu práce a sociálních věcí a národní protidrogové centrály se meziročně výrazně zvýšily (o 31 mil., resp. 25 mil., resp. 32 mil. Kč). Souhrnné zvýšení na místní úrovni je sice mírné, ale v rámci některých krajů nastaly výrazné změny – např. v Praze došlo k významnému meziročnímu poklesu o 9 mil. Kč a v Ústeckém kraji k nárůstu o 4,5 mil. Kč.
- V r. 2016 došlo k nárůstu výdajů na prevenci, harm reduction, léčbu i prosazování práva. Relativně výrazně se zvýšily výdaje na domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé. Finanční podpora následné péče a záchytných stanic se naopak meziročně snížila. Výrazně nižší byl údaj o vynaložených prostředcích na oblast koordinace a hodnocení protidrogové politiky, neboť ministerstvo vnitra v r. 2016 nevykázalo prostředky na bezpečnostní výzkum v oblasti drog.
- Výdaje ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2015 (poslední dostupné údaje) činily 1707 mil. Kč (1583 mil. Kč v r. 2014), z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem bylo vydáno 1145 mil. Kč a na léčbu poruch způsobených nealkoholovými drogami 562 mil. Kč. Adiktologické (AT) programy z výdajů ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek čerpaly 250 mil. Kč (256 mil. Kč v r. 2014).
- Aktuálně se služby poskytované osobám s adiktologickou poruchou (adiktologické služby), které jsou registrovány jako sociální služby, potýkají s problémy spojenými s tzv. vyrovnávací platbou. Ukazuje se, že je sporné většinu adiktologických služeb vzhledem k jejich charakteru považovat za služby hospodářské povahy. V praxi se uplatňování vyrovnávací platby potýká s řadou problémů, jako jsou potíže s definicí základní činnosti služby, neplnění základní funkce platby, tj. dorovnání příjmů služby do standardní úrovně, různé postupy a metody použité v různých krajích, které vedou ke značným mezikrajovým rozdílům v nastavení výše plateb apod.

Užívání drog v populaci

- NMS provedlo od r. 2008 celkem 13 studií ve 3 řadách, které zjišťovaly míru zkušenosti s užitím nelegálních drog v obecné populaci. Se zohledněním jejich metodologických rozdílů je patrná

dlouhodobě stabilní míra prevalence užití konopných látek v obecné populaci ve věku 15–64 let. Prevalence užití konopných látek mezi osobami ve věku 15–34 let (tzv. mladí dospělí) vykazuje trend spíše mírně klesající, relativně stabilní je v této věkové skupině míra aktuálního užívání extáze, kokainu a halucinogenních hub, v posledních letech mírně roste rozsah aktuálního užívání pervitinu.

- Za r. 2016 jsou k dispozici výsledky reprezentativní dotazníkové studie NMS mezi dospělou populací na souboru 3601 respondentů starších 15 let, z nichž bylo 2875 ve věkové skupině 15–64 let.
- Alespoň jednou v životě užilo nelegální drogu 30,5 % obecné populace ve věku 15–64 let (38,8 % mužů a 22,7 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (26,6 %), následované extází (7,1 %), halucinogenními houbami (5,4 %), pervitinem (3,0 %) a LSD (2,1 %). Zkušenost s poppers uvedlo 1,8 % a s kokainem 1,4 % dotázaných, míra zkušeností s ostatními drogami je pod 1 %. Zkušenost s novými psychoaktivními drogami (rostlinnými nebo syntetickými) uvedlo 0,7 % respondentů. Celkem 3,9 % uvedlo užití těkavých látek v životě, 4,0 % uvedla zkušenost s užitím anabolických steroidů.
- V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je výskyt užívání nelegálních drog v obecné populaci velmi nízký s výjimkou konopných látek, které užilo 9,5 %, resp. 5,5 % dotázaných. Mezi osobami ve věku 15–34 let užilo v posledních 12 měsících konopné látky 19,4 % a v posledních 30 dnech 11,1 %.
- Konopí pro léčebné účely užilo alespoň jednou v životě 15,2 % osob a v posledních 12 měsících 9,8 %, častěji ve starších věkových skupinách. Přibližně dvě třetiny pravděpodobně užívají psychoaktivní konopí (nikoliv průmyslové konopí nebo výrobky z něj). V přepočtu na celou dospělou populaci (15 a více let) jde o cca 880 tis. osob, které uvádějí léčebné užití konopí v posledním roce, z toho cca 570 tis. psychoaktivní konopí s vyšším obsahem THC. Jeho zdroje jsou téměř výhradně mimo oficiální distribuci.
- Psychoaktivní léky užilo v posledních 12 měsících celkem 17,3 % dotázaných (11,9 % mužů a 22,3 % žen). Užití léků na uklidnění nebo nespavost (tj. sedativa nebo hypnotika) uvedlo 9,9 % dotázaných (6,0 % mužů a 13,5 % žen), léky na bázi opioidů užívané proti bolesti užilo 8,1 % (6,1 % mužů a 10,1 % žen) a stimulační léky 0,9 % respondentů (0,6 % mužů a 1,2 % žen). Užívání psychoaktivních léků se zvyšuje s věkem respondentů. V mladších věkových kategoriích převažuje užívání opioidních analgetik, ve věkových kategoriích nad 35 let převažuje užívání léků na uklidnění a na nespavost.
- Podrobné výsledky studií ESPAD z r. 2015 a 2016 mezi 16letými byly popsány ve výroční zprávě za r. 2015. Ukázaly výrazný pokles kouření cigaret i konzumace alkoholu, a to včetně pravidelného a rizikového užívání, a také pokles míry zkušeností s nelegálními drogami. Výskyt pravidelného kouření, rizikovější konzumace alkoholu a také míry užití nelegálních drog byly vyšší mezi chlapci, ale je pozorován trend postupného vyrovnávání rozdílů v užívání návykových látek mezi pohlavími (např. výrazný je tento trend u konopných látek). V evropském kontextu jsou zkušenosti českých 16letých s návykovými látkami nadprůměrné.
- Existují populační skupiny užívající návykové látky ve vyšší míře než obecná populace. Několikanásobně vyšší míru užívání drog vykazují např. tzv. mladí dospělí v prostředí noční zábavy nebo vězni. Výsledky studie mezi Romy v kontaktu se sociálními službami z r. 2017 ukazují na vyšší míru užívání legálních a nelegálních drog ve srovnání s obecnou populací.
- Postoje obyvatel ČR k užívání návykových látek jsou dlouhodobě stabilní, aktuálně se však mírně snižuje přijatelnost kouření tabáku i konzumace alkoholu, zejména jejich pravidelné užívání. Za posledních 20 let se zvýšila míra tolerance k užívání konopných látek ve starších věkových skupinách.

Intenzivní a problémové užívání drog

- Z reprezentativní dotazníkové studie NMS mezi dospělou populací z r. 2016 vyplývá, že denně kouří 26,6 % osob (35,6 % mužů a 18,3 % žen). Nejsilnějšími kuřáky (více než 30 cigaret denně) byli respondenti ve věku 35–54 let. Při přepočtu na celou dospělou populaci ve věku 15 a více let je střední odhad počtu denních kuřáků přibližně 2,4 mil. osob.
- Elektronickou cigaretu alespoň jednou v životě zkusilo 19,2 % respondentů (23,0 % mužů a 15,8 % žen), v posledních 12 měsících vapovalo elektronickou cigaretu celkem 7,9 % a v posledních 30 dnech 2,6 % osob. Denních uživatelů elektronické cigarety bylo 0,7 %.
- Alkohol v posledních 30 dnech užilo 71,1 % respondentů (81,4 % mužů a 61,5 % žen), pít nadměrných dávek (5 a více sklenic při jedné příležitosti) alespoň jednou týdně uvedlo 13,1 % (19,9 % mužů a 6,6 % žen). Celkem 6,9 % osob pilo alkohol denně nebo téměř denně (11,6 % mužů a 2,4 % žen) a denně konzumovalo nadměrné dávky 1,3 % respondentů (2,2 % mužů a 0,4 % žen). Denní konzumaci alkoholu uváděli častěji respondenti ve starších věkových skupinách (10,2 % ve věku 55–64 let), konzumaci nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti uváděli naopak častěji respondenti v mladších věkových kategoriích.
- Výsledky screeningové škály CAGE naznačují, že v kategorii rizikové konzumace alkoholu se nacházelo celkem 18,1 % populace ve věku 15–64 let (26,5 % mužů a 10,2 % žen), z nichž 9,9 % (15,2 %, resp. 4,9 %) spadalo do kategorie vysokého rizika.
- Při přepočtu na dospělou populaci ČR se přibližně 1,6 mil. osob nachází v riziku vzniku problémů spojených s alkoholem, z toho 900 tis. ve vysokém riziku podle škály CAGE. Denních konzumentů alkoholu je přibližně 600 tis., z toho přibližně 100 tis. je denních konzumentů nadměrných dávek alkoholu.
- Výsledky screeningové škály CAST naznačují, že v kategorii rizika v souvislosti s užíváním konopných látek se v r. 2016 nacházelo celkem 4,4 % populace ve věku 15–64 let (7,6 % mužů a 1,5 % žen), z nich 1,8 % (3,3 %, resp. 0,3 %) spadalo do kategorie vysokého rizika. Od r. 2012, kdy podíl uživatelů konopí v obecné populaci v riziku dosáhl 2,7 %, došlo k nárůstu o 1,7 procentního bodu. Při přepočtu na dospělou populaci je možno odhadnout počet uživatelů konopí ve vysokém riziku vzniku problémů spojených s jejich užíváním na 125 tis. osob.
- Hlavní problémovou nelegální drogou v ČR je pervitin (metamfetamin), z opioidů jsou to buprenorfin a heroin, ale i opioidní analgetika – fentanyl, morfin, hydromorfon, oxykodon a tramadol. V letních měsících se objevuje užívání opia na makových polích. Problémové užívání nových psychoaktivních látek, resp. katinonů (funky), se vyskytuje v omezené a aktuálně spíše klesající míře. Převažujícím způsobem aplikace je injekční užívání. Běžné je současné užívání více drog. Průměrný věk problémových uživatelů drog roste, ženy tvoří přibližně 30 %.
- V r. 2016 bylo multiplikační metodou z dat nízkoprahových programů v ČR odhadnuto celkem 46,8 tis. problémových uživatelů opioidů a pervitinu (95% CI: 45,1–48,4 tis.), z toho 34,3 tis. (33,7–34,9 tis.) uživatelů pervitinu, 7,3 tis. (7,0–7,6 tis.) uživatelů buprenorfinu, 3,4 tis. (3,2–3,6 tis.) uživatelů heroínu a 1,7 tis. (1,7–1,8 tis.) uživatelů jiných opioidů. Uživatelů opioidů bylo tedy odhadnuto celkem 12,5 tis. (12,0–12,9 tis.). Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog dosáhl 42,8 tis. (41,8–43,7 tis.).
- V porovnání s r. 2015 se celková míra prevalence problémového užívání drog v ČR téměř nezměnila, nezměnila se ani prevalence užívání pervitinu, změnila se však struktura užívaných opioidů – zatímco počet uživatelů buprenorfinu zůstal stejný, počet uživatelů heroínu se snížil a narostl počet uživatelů jiných opioidů, především opioidních analgetik. Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog celkem i uživatelů opioidů je tradičně odhadován v Praze a Ústeckém kraji, nadprůměrný výskyt je rovněž v krajích Karlovarském a Libereckém.
- V r. 2016 proběhla další vlna omnibusového výzkumu na souboru lékařů ČR, který je využíván rovněž k odhadu problémového užívání návykových látek. Střední odhad počtu problémových

uživatelů pervitinu a opioidů dosáhl 32–41 tis., z toho 4,5–5,5 tis. mladších 18 let. Střední odhad počtu problémových uživatelů konopí dosáhl 98–119 tis. osob, z nich 22–27 tis. mladších 18 let. Střední odhad počtu problémových uživatelů alkoholu dosáhl 194–254 tis. osob, z toho 16–20 tis. mladších 18 let.

- V kontaktu s pomáhajícími programy je přibližně 70 % problémových uživatelů pervitinu a opioidů, podíl problémových uživatelů alkoholu, denních kuřáků nebo problémových hráčů v kontaktu s odbornými službami je výrazně nižší (jednotky procent). Skladba uživatelů různých typů návykových látek se významně liší v závislosti na typu programu. V nízkoprahových centrech převažují problémoví uživatelé pervitinu a opioidů. V ambulantních a lůžkových psychiatrických zařízeních převažují uživatelé alkoholu, ale vysoký je podíl také uživatelů pervitinu, opioidů, polyvalentních uživatelů nebo uživatelů sedativ a hypnotik.
- Průměrně dvě třetiny klientů adiktologických programů tvoří muži, přičemž relativně nejvíce mužů je mezi klienty záchytných stanic (přes 80 %) a nejméně v psychoterapeutických stacionářích (necelá třetina). Podíl žen je vyšší v mladších věkových skupinách a mezi uživateli sedativ a hypnotik. Podíl osob do 19 let je velmi nízký – do 5 % v ambulantních programech a do 10 % v rezidenčních programech (s výjimkou programů specializovaných na dětskou klientelu).
- Na začátku března 2015 byl spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který integroval Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek. NRLUD zahrnuje hlášení o léčbě uživatelů všech typů návykových látek a patologických hráčů. S ohledem na rozjezd registru, technické problémy a hlášenou nekázeň v registru stále chybí informace o významné části léčených klientů. Do r. 2014 včetně bylo do Registru žádostí o léčbu hlášeno kolem 10 tis. uživatelů nelegálních drog. V NRLUD bylo v I. 2015 a 2016 hlášeno přes 7 tis. klientů včetně nově hlášených uživatelů alkoholu, tabáku a patologických hráčů.

Zdravotní a sociální důsledky užívání drog

- V r. 2016 bylo nově diagnostikováno 7 případů (6 mužů a 1 žena) HIV infekce, kdy došlo k přenosu při injekční aplikaci drogy. Podíl tohoto způsobu přenosu na nových případech je v ČR dlouhodobě nízký. Počet nově hlášených případů akutní hepatitidy typu B (VHB) má od r. 2000 klesající tendenci, a to zejména díky povinnému plošnému očkování od r. 2001. U hepatitidy typu C (VHC) tvoří injekční uživatelé drog dlouhodobě více než polovinu všech nakažených (58,1 % v r. 2016). V Karlovarském a Jihomoravském kraji v r. 2015 a 2016 probíhaly epidemie virové hepatitidy typu A s vysokým podílem injekčních uživatelů drog.
- Prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog je dlouhodobě velmi nízká, pod 1 %. Prevalence VHC mezi injekčními uživateli drog se pohybuje v rozmezí 15–80 % podle charakteristik souboru vyšetřených.
- V obecném registru mortality bylo v r. 2016 hlášeno 48 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami nebo těkavými látkami (57 v r. 2015), z toho bylo 20 případů předávkování opioidy (27 případů v r. 2015), 1 případ předávkování kokainem (0 v r. 2015), 6 případů předávkování jinými stimulanty (16 v r. 2015), převážně pervitinem, 7 těkavými látkami (4 v r. 2015) a 14 případů předávkování blíže neurčenými látkami (10 v r. 2015).
- Ve speciálním registru soudních pitev bylo v r. 2016 hlášeno 32 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami nebo těkavými látkami (44 v r. 2015). Z nich bylo 15 případů smrtelných předávkování opioidy (20 v r. 2015), 10 pervitinem (15 v r. 2015) a 5 těkavými látkami (7 v r. 2015). V r. 2016, stejně jako v r. 2015, nebylo hlášeno žádné úmrtí v důsledku předávkování tanečními drogami, jako je extáze, nebo novými psychoaktivními látkami, halucinogeny ani THC. Nebylo rovněž hlášeno smrtelné předávkování kokainem (1 v r. 2015). Mezi opioidy byly zastoupeny dihydrokodein (5), morfin (3), oxykodon (2), buprenorfin (1) a fentanyl (1). V r. 2016 bylo navíc hlášeno 62 předávkování psychoaktivními léky (60 v r. 2015).

- Ve speciálním registru soudních pitev bylo dále identifikováno 97 úmrtí pod vlivem drog, včetně léků, z jiných příčin než předávkování (99 v r. 2015), nejvíce jich bylo v důsledku nehod a sebevražd. V dlouhodobém horizontu je nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí pod vlivem drog spojen s pervitinem a konopnými látkami.
- V r. 2016 bylo v obecném registru mortality hlášeno 415 smrtelných předávkování alkoholem (342 v r. 2015 a 322 v r. 2014). Ve speciálním registru na soudnělékařských odděleních bylo v r. 2016 identifikováno celkem 788 alkoholových úmrtí (815 v r. 2015), z toho 148 přímých a 640 úmrtí, na která měla intoxikace alkoholem vliv (z toho nejvíce v důsledku vnějších příčin, jako jsou nehody a sebevraždy).
- Vliv alkoholu na dopravní nehodovost klesá. Pod vlivem alkoholu se v r. 2016 stalo 4273 nehod (4,4 % z celkového počtu), při kterých bylo 52 osob usmrceno (9,5 % všech zemřelých při dopravních nehodách) a 2085 zraněno (7,7 % všech zraněných). Dále policie evidovala 251 nehod s pozitivním nálezem nealkoholových drog u viníka nehody (0,25 %), při nichž bylo 10 osob usmrceno (1,8 %).
- Vztah mezi užíváním návykových látek a nepříznivou socioekonomickou situací je obousměrný. Pro uživatele návykových látek představuje sociální exkluze významnou bariéru návratu do společnosti. Socioekonomické údaje o léčených klientech poskytuje NRLUD. Podíl nezaměstnaných byl v r. 2016 nejvyšší mezi uživateli pervitinu (53 %), opioidů (48 %) a konopných látek (43 %). Nejnižší podíl osob se stálým bydlením byl mezi uživateli konopných látek (67 %) a pervitinu (60 %). Mezi uživateli nelegálních drog je také vyšší podíl těch, kteří žili s přáteli nebo jinými osobami mimo rodinu.
- Užívání návykových látek včetně alkoholu bylo uvedeno jako příčina nebo jedna z příčin zadlužení u 2 % klientů dluhových poraden. Podíl je poměrně nízký pravděpodobně proto, že uživatelé návykových látek tuto skutečnost při konzultacích neuvádějí. Mezi těmito klienty převažovali muži nad ženami přibližně v poměru 3 : 2, většina uvedla příjem do 13 tis. Kč. Výše dluhu po splatnosti dosahovala průměrně 700 tis. Kč. Banky jako věřitele uvedlo 45 % kontaktů, nebankovní poskytovatele půjček 47 % a nejčastěji (54 %) byly uvedeny ostatní typy věřitelů (úřady, státní orgány, telefonní operátoři, zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení, dopravní podniky, fyzické osoby).
- Podle pracovníků Agentury pro sociální začleňování jsou nejzávažnějšími problémy v sociálně vyloučených lokalitách (SVL) zadluženost, nízké vzdělání/kvalifikace a nezaměstnanost. Užívání alkoholu a návykových látek jsou hodnoceny jako středně závažný jev, nejrozšířenější je užívání tabáku a alkoholu, následují konopné látky a pervitin. Jako poměrně rozšířené je hodnoceno také injekční užívání drog. U dětí je užívání konopných drog rozšířeno stejně jako užívání alkoholu.
- Až na výjimky neexistují specializované adiktologické programy zaměřené na uživatele drog v SVL, adiktologické služby se jim věnují v rámci své běžné činnosti. Specializované adiktologické programy působí v SVL v Praze a v Brně. V kontaktu s romskou klientelou se osvědčují pracovníci z řad romské komunity, kontaktní práce v bytech a sekundární výměna.

Prevence

- Prevence závislosti zaměřená na děti a mládež je v oblasti školství součástí širšího rámce prevence rizikového chování. Systém koordinuje ministerstvo školství, na místní úrovni působí krajské školství koordinátoři prevence a metodici prevence pedagogicko-psychologických poraden. Na školách působí školní metodici prevence.
- Pokračuje proces certifikace programů všeobecné, selektivní a indikované prevence, který zajišťuje Národní ústav pro vzdělávání. V r. 2016 byl spuštěn jednotný elektronický systém výkaznictví a sběru dat ve školské prevenci na úrovni jednotlivých škol a školských zařízení.

- O rozsahu, druhu a kvalitě preventivních programů ve školách nejsou úplné informace. Roste počet certifikovaných programů externích poskytovatelů a pilotně se ověřují metodiky dlouhodobých teoreticky zakotvených programů. Ve spektru rizikového chování školy nejčastěji řeší záškoláctví, kouření, (kyber)šikanu, krádeže a vandalismus. V posledních 4 školních letech mírně klesal podíl škol s výskytem problémů spojených s kouřením, alkoholem i ostatními drogami.
- K lednu 2017 bylo v ČR celkem 56 organizací s 90 certifikovanými programy primární prevence, 72 z nich obsahovalo adiktologickou komponentu. V oblasti selektivní a indikované prevence bylo 25, resp. 10 certifikovaných programů, z nich 19, resp. 7 programů se zaměřovalo na prevenci v oblasti závislostí. V současné době působí v ČR celkem 90 pedagogicko-psychologických poraden a 43 středisek výchovné péče.
- Realizované preventivní a informační (mediální) projekty jsou zaměřeny především na prevenci řízení pod vlivem návykových látek a prevenci pití alkoholu mladistvými. Některé z nečetných kampaní a projektů v oblasti prevence nelegálních drog jsou odbornou veřejností kritizovány za to, že nenaplnují standardy kvality v prevenci.

Harm reduction programy

- Snižování rizik spojených s užíváním drog je jednou z hlavních oblastí české protidrogové politiky. Základ sítě služeb v této oblasti tvoří v ČR nízkoprahová kontaktní centra a terénní programy. Počet nízkoprahových programů se v posledních letech pohybuje kolem 100. V r. 2016 jich bylo 104, v tom 57 kontaktních center a 47 terénních programů (stejně jako v r. 2015). V kontaktu s nimi bylo 39,5 tis. uživatelů drog, což představuje mírný pokles ze 41 tis. v r. 2015.
- Dlouhodobě je patrný postupný nárůst počtu problémových uživatelů pervitinu, v posledních 2 letech také opioidů. Podíl IUD mezi klienty nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje na úrovni 75–80 % (80 % v r. 2016). Průměrný věk klientů se dlouhodobě zvyšuje, v r. 2016 dosáhl 31,4 roku, ženy tvoří 30 % klientů nízkoprahových programů.
- Množství distribuovaného materiálu meziročně vzrostlo, v r. 2016 bylo vydáno 6,5 mil. injekčních setů. Injekční uživatelé, kteří navštívili nízkoprahová zařízení v r. 2016, si vyměnili průměrně 204 kusů injekčního náčiní na jednoho klienta. Nejvyšší počet kontaktů i výměn injekčního materiálu vykazují dlouhodobě nízkoprahové programy v Praze a v Ústeckém kraji.
- Výměna injekčních stříkaček a jehel je v nízkoprahových programech doplňována distribucí aluminiové fólie určené ke kouření heroínu a želatinových kapslí určených k perorální aplikaci jako alternativy injekčního užívání drog, především pervitinu. Želatinové kapsle distribuuje necelých 90 programů a v nich se vydá přes 200 tis. kapslí ročně. V r. 2016 byly v ČR provozovány 2 prodejní automaty na injekční materiál.
- V r. 2016 nabízelo možnost testování na HIV 76 programů, na VHB 56, na VHC 78 a na syfilis 57 programů. Od r. 2008 je patrný dlouhodobý nárůst počtu provedených testů, v r. 2016 byl hlášen dosud nejvyšší počet testů na HIV i VHC (u každého téměř 3,5 tis.).
- Programy se při zajištění další péče potýkají s problémy spojenými s neochotou spolupráce ze strany infektologů či hepatologů (spolupráci má zajištěnu jen cca polovina programů), samotné testování v praxi komplikuje nejasný právní rámec testování rychlými testy v nezdravotnických provozech a bariéry na straně klientů.
- Péče o infikované HIV a nemocné s AIDS je v ČR poskytována v 8 regionálních HIV centrech, léčba HIV infekce je pro IUD plně dostupná, také z důvodu nízkého počtu infikovaných. Léčba VHC novými, přímo působícími antiviroty je dostupná v 18 centrech, avšak není znám celkový počet léčených pro VHC ani počet léčených IUD, neboť ÚZIS tento údaj přestal sledovat. Jsou

k dispozici informace o léčbě VHC ve věznicích, kde v r. 2016 zahájilo léčbu cca 620 osob (od r. 2014 se počet léčených zdvojnásobil).

- Specifické programy na tanečních a hudebních akcích nejsou v ČR rozšířené, což souvisí s omezenou finanční podporou těchto aktivit. V posledních letech však vznikly nové programy jako *Hard & Smart* Společnosti Podané ruce, *Be Safe* organizace Point 14 v Plzni nebo *Psycare* České psychedelické společnosti. Tradičně na hudebních festivalech působí SANANIM. V r. 2016 poskytovalo služby na tanečních akcích celkem 11 programů (stejně jako v r. 2015), které působily na 107 akcích (na 110 akcích v r. 2015).

Léčba a sociální reintegrace

- Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek od května 2017 nově, relativně obecně a široce, definuje odbornou péči o osoby s adiktologickou poruchou. Zákon již neobsahuje výčet konkrétních typů služeb, jak tomu bylo dosud, což odborná veřejnost hodnotila jako nežádoucí oslabení zákonného rámce zajištění adiktologických služeb (tj. služeb poskytovaných osobám s adiktologickou poruchou).
- Podle zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích bylo v ČR v r. 2016 celkem 244 specializovaných adiktologických center (tj. programů bez započítání preventivních a terénních programů), z toho 56 nízkoprahových kontaktních center, 71 programů ambulantní léčby, 17 substitučních center, 2 stacionární programy, 23 detoxifikačních jednotek, 26 oddělení lůžkové zdravotní péče, 15 terapeutických komunit, 28 doléčovacích programů (z nich 20 s chráněným bydlením) a 6 domovů se zvláštním režimem pro osoby závislé na návykových látkách. Kromě těchto center hlásily kraje celkem 46 terénních programů a 56 organizací poskytujících programy primární prevence.
- Většina krajů popisuje stávající síť služeb jako nedostatečnou. Významné nedostatky hlásí kraje zejména v dostupnosti (geografické i časové) ambulantní léčby a péče pro klienty s duálními diagnózami. Kraje upozorňují na nerovnoměrné rozložení sítě ambulantní léčby a její nízkou kapacitu. Vytváření sítě zdravotních specializovaných (adiktologických) služeb je podle krajů nesystematické, je nedostatek ambulantních psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů. Kraje rovněž hlásí nedostatek substitučních center (Praha, Pardubický či Karlovarský kraj). Obzvláště špatná situace v dostupnosti různých typů adiktologických služeb přetrvává v Karlovarském kraji.
- Jako poměrně dobrou hodnotí kraje dostupnost nízkoprahových harm reduction služeb, v některých lokalitách však nízkoprahové programy chybí, např. Praha hlásí vyčerpání kapacity programů. Problémem zůstává časová dostupnost a dostupnost některých složek či programů jednotlivých služeb, což je podmíněno zejména nedostatečným personálním zabezpečením.
- Dostupnost adiktologických služeb ve věznicích se v r. 2016 nezměnila. Poradny drogové prevence a bezdrogové zóny jsou dostupné ve všech věznicích. Léčbu závislostí ve vězení bylo možné absolvovat v 11 věznicích z celkem 35, z toho 3 věznice realizovaly soudem nařízené ochranné léčení. Substituční léčbu, kterou podstoupilo v r. 2016 jen 67 vězňů, poskytovalo 7 věznic. S některou z nestátních organizací spolupracovalo v oblasti závislostí 34 věznic, jako intenzivní lze spolupráci charakterizovat ve 24 věznicích.
- K červenci 2017 mělo platnou certifikaci RVKPP celkem 189 programů (koncem června 2016 to bylo 182 programů), k meziročnímu nárůstu došlo zejména díky nárůstu počtu certifikovaných ambulantních programů.
- Krátké intervence jsou v praxi prováděny v poměrně nízké míře a nesystematicky, a to přesto, že jejich provádění je zákonnou povinností všech zdravotnických pracovníků. Údaje z r. 2016 naznačují, že jak u kuřáků, tak u rizikových či intenzivních uživatelů alkoholu je vždy nebo téměř vždy provádí pouze polovina lékařů. Výjimečně provádí nebo vůbec neprovádí krátké intervence přibližně čtvrtina lékařů.

- Roste nabídka léčebných a poradenských intervencí poskytovaných prostřednictvím internetu a nových technologií, přibývá webových a mobilních aplikací pro uživatele tabáku, alkoholu, nelegálních drog, hazardní hráče a jejich blízké.
- V r. 2016 vykazalo celkem 474 ambulancí oboru psychiatrie (447 v r. 2015) péči o celkem 36 419 adiktologických pacientů. Kritérium 50% podílu adiktologických pacientů na klientele ambulance splnilo 54 ambulancí (47 v r. 2015), kritérium více než 200 adiktologických pacientů ročně naplnilo 44 ambulancí (49 v r. 2015); obě kritéria současně splnilo 17 ordinací (19 v r. 2015). V těchto 17 „superspecializovaných“ ambulancích bylo léčeno 7862 adiktologických pacientů (21,6 % celkového počtu vykázaných psychiatrickými ambulancemi).
- V květnu 2017 bylo v ČR registrováno celkem 24 zdravotnických zařízení poskytujících péči ve zdravotnické odbornosti adiktologie s doporučením uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Smlouvu s alespoň jednou zdravotní pojišťovnou mělo přitom jen 12 zařízení a např. s VZP má smlouvu pouze 8 zařízení. Adiktologická ambulance existuje pouze v 17 z celkem 77 okresů, v Plzeňském a Moravskoslezském kraji není žádná.
- Počet osob léčených v opiatové substituční léčbě v posledních 5 letech stagnuje. V r. 2016 nahlásilo do NRLUD pacienty v substituční léčbě celkem 63 zdravotnických zařízení (stejně jako v r. 2015) a bylo evidováno 2266 léčených osob (2248 v r. 2015), 69,6 % pacientů užívalo buprenorfin a 30,4 % metadon. V posledních letech je patrný nárůst pacientů léčených přípravkem Suboxone® na úkor pacientů léčených monopřípravky buprenorfinu. Jediným krajem bez aktivně hlásícího zařízení zůstává Pardubický kraj.
- V r. 2016 bylo v substituční léčbě registrováno 18 % celkového odhadovaného počtu problémových uživatelů opioidů, z toho v Praze, kde se nachází cca 68 % odhadovaných problémových uživatelů opioidů v celé ČR, je podíl registrovaných v substituci 15,3 %. Rovněž v dalších krajích s významným počtem problémových uživatelů (kraje Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Jihomoravský) je podíl v substituci velmi nízký – v těchto krajích je zároveň hlášeno zneužívání opioidních analgetik. Finanční dostupnost substituční léčby zůstává nízká – téměř všichni pacienti užívatelé buprenorfin si jej musí zcela hradit, což představuje výdaje v řádu tisíců Kč měsíčně z vlastních prostředků.
- Zákon o léčivech s účinností od května 2017 nově umožňuje vydat substituční přípravek v rámci poskytování substituční léčby pacientovi domů, což sice byla běžná praxe substitučních programů, ale dosud stála za hranou zákona.
- Významný počet pacientů v opiatové substituční léčbě se v ČR nachází mimo registraci. Odhad z r. 2016 dosahuje až 3500 pacientů mimo registraci, neboť poskytování substituce uvádí odhadem stovky praktických lékařů pro dospělé a desítky lékařů pro děti a dorost. Přibližně třetina lékařů poskytujících substituci uvádí, že hlásí do registru pouze někdy nebo nehlásí nikdy.

Nabídka drog a kriminalita spojená s drogami

- Pracovní skupina sekretariátu RVKPP v r. 2016 vyhodnotila plnění Plánu nulové tolerance k černému trhu s lihovinami z r. 2012 a úkolů obsažených v Analýze činnosti státní správy v oblasti postihování černého trhu s alkoholem ze září 2012, které reagovaly na hromadný výskyt otrav metanolem v r. 2012. Z hodnocení vyplývá, že opatření byla účinná a efektivní a přispěla k redukci černého trhu s alkoholem v ČR.
- V r. 2016 bylo odhaleno 299 indoor pěstíren konopí. Přibližně polovinu tvořily malé domácí pěstírny s počtem rostlin do 50 kusů. Vypěstované konopí směřuje převážně na domácí trh. Na části indoor produkce se podílí dobře organizované skupiny osob původem z Vietnamu. V r. 2016 zajistily represivní orgány 722 kg marihuany, 58,2 tis. rostlin konopí a 6,6 kg hašiše. Koncentrace THC u zachyceného konopí činila průměrně 9,7 %.

- Při výrobě pervitinu stále převládají menší domácí varny s komunitním způsobem výroby i distribuce. V r. 2016 bylo odhaleno 261 varen, většina s objemem výroby do 50 g. Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu zůstává pseudoefedrin extrahovaný z léčiv. Rovněž do velkoobjemové výroby pervitinu jsou významně zapojeny organizované skupiny Vietnamců. Pokračujícím trendem jsou přesuny výroby pervitinu, případně její části, na území Polska. V r. 2016 bylo v ČR zajištěno celkem 90,7 kg pervitinu o průměrné čistotě 69 %.
- Heroin se do ČR dováží v menších zásilkách o hmotnosti do 10 kg. Pokračoval trend odklonu od historicky významné trasy, tzv. balkánské cesty, a na významu nabývala tzv. jižní kavkazská cesta. Na pašování a distribuci heroinu se podílí převážně etničtí Albánci, zejména z Kosova a Makedonie, a také Turci, na konečné úrovni distribuce olašští Romové. V r. 2016 bylo zajištěno 19,3 kg heroinu. Průměrná čistota činila 19,7 %. V r. 2016 bylo zajištěno 39,6 kg kokainu, jeho průměrná čistota byla 43 %.
- V Systému včasného varování před novými drogami koordinovaném NMS bylo za r. 2016 v ČR hlášeno celkem 44 nových psychoaktivních látek, nejčastěji to byly katinony a syntetické kanabinoidy. Mezi látky s největším zachyceným množstvím patřily katinony s označením 4-MEAP (26,4 kg) a 4-CEC (10,7 kg). Vůbec poprvé bylo v ČR zaznamenáno 9 látek.
- Za primární drogové trestné činy (DTČ) bylo v r. 2016 zadrženo, resp. stíháno 3657, resp. 4499 osob (počet i trend je v jednotlivých policejních databázích odlišný). Obžalováno bylo 3058 osob a pravomocně odsouzeno 2876 osob. DTČ v r. 2016 tvořily 3 % zjištěné trestné činnosti. V r. 2016 poklesl počet obžalovaných pro DTČ. Podle policejního prezidia se počet stíhaných pro DTČ meziročně zvýšil o 18 %. Nárůst byl zaznamenán u počtu odsouzených za DTČ.
- Nejvyšší počet zjištěných DTČ na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byl evidován v Praze (195,5), nejnižší ve Zlínském kraji (36,2). Nejvyšší podíl osob zadržených pro DTČ spáchalo daný trestný čin v souvislosti s pervitinem (47 %) a konopnými látkami (46 %). Trestné činy výroby, pašování a prodeje drog představovaly 83 % (§§ 283 a 286) a trestné činy přechovávání a pěstování pro vlastní potřebu 16 % DTČ (§§ 284 a 285).
- Nejčastěji uloženou sankcí byl podmíněně odložený trest odnětí svobody (65 % sankcí). Od r. 2008 roste počet osob odsouzených za primární DTČ. Mezi l. 2008–2013 se snižoval podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody. V posledních 3 letech je však zřejmý opačný trend, což může svědčit o zvyšování závažnosti a organizovanosti drogové trestné činnosti řešené trestněprávními orgány. Ochraně léčení bylo v r. 2016 uloženo 370 osobám, z toho bylo 144 závislých na nealkoholových drogách, 226 na alkoholu.
- V r. 2016 bylo projednáno 1702 přestupků neoprávněného držení drog v malém množství pro svoji potřebu a/nebo pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství pro svoji potřebu. Většina pachatelů se dopustila přestupku v souvislosti s konopnými látkami. Krajem s nejvyšším počtem drogových přestupků na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byla Praha.
- Podle údajů Police ČR bylo 16 tis. trestných činů v r. 2016 spácháno pod vlivem návykových látek, z toho 80 % pod vlivem alkoholu a 20 % pod vlivem nealkoholových drog. V přepočtu jde o 230 trestných činů pod vlivem návykové látky na 100 tis. osob ve věku 15–64 let, což představuje oproti předchozímu roku pokles o 44 trestných činů. Ve srovnání s r. 2015 došlo k poklesu podílu trestných činů spáchaných pod vlivem nelegálních drog. Pod vlivem alkoholu se pachatelé nejčastěji dopustili trestného činu ohrožení pod vlivem návykových látek, opilství nebo nedbalostní dopravní nehody. Pod vlivem nealkoholových drog šlo nejčastěji o ohrožení pod vlivem návykových látek, opilství a maření výkonu úředního rozhodnutí.
- Ekonomicky motivovaná sekundární drogová kriminalita byla mimo jiné zjišťována v dotazníkové studii mezi odsouzenými vězni realizované v r. 2016 na reprezentativním vzorku 1815 osob. Krádeže nebo jiného trestného činu či přestupku za účelem pořízení prostředků na nelegální drogy se někdy v minulosti dopustilo 26 % dotázaných.

- V r. 2016 proběhla 4. vlna dotazníkové studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody. Zkušenost s nelegální drogou někdy v životě uvedlo 59 % respondentů, v posledních 12 měsících před nástupem do výkonu trestu 46 % a v posledních 30 dnech 36 % odsouzených. Během pobytu ve vězení užilo nějakou nelegální drogu 21 % odsouzených. Nejčastěji šlo o léky na uklidnění, nespavost nebo proti bolesti užívané bez předepsání lékařem, dále pervitin, konopné látky a alkohol vyrobený ve vězení. Zkušenost s injekčním užitím drogy alespoň jednou v životě uvedlo 31 % respondentů, ve vězení užilo drogu injekčně 7 % respondentů. Za problémové uživatele drog lze označit 31 % vězňů, což v přepočtu na celou populaci odsouzených vězňů představuje 6200 osob.



Kapitola 1:

Národní protidrogová politika a její kontext

1.1 Legislativní rámec

1.1.1 Právní předpisy

1.1.1.1 Trestněprávní předpisy

V r. 2016 nedošlo ke změně v definici skutkových podstat ani druhů a výměru trestních sankcí u tzv. drogových trestných činů (DTČ) obsažených v §§ 283–287 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku (TZ).

V právní úpravě trestního řízení nedošlo v r. 2016 k žádné změně specificky dopadající na trestní stíhání související s drogovou kriminalitou vyjma změn, které souvisí s výkonem trestu odnětí svobody a které dopadají na všechny odsouzené včetně pachatelů drogových trestných činů. S účinností od 1. 10. 2017 dochází ke změně v diferenciaci věznic, kdy nově namísto 4 typů věznic (s dohledem, dozorem, s ostrahou a se zvýšenou ostrahou) TZ upravuje diferencovaný výkon trestu jen ve 2 typech věznic, a to s ostrahou a se zvýšenou ostrahou.³ Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, však v této souvislosti s účinností od 1. 1. 2017 nově člení věznice s ostrahou na oddělení s nízkým, středním a vysokým stupněm zabezpečení, kam budou odsouzení zařazováni podle míry vnějšího (např. charakter trestné činnosti, délka trestu, míra zavinění) a vnitřního rizika (např. riziko útěku).

1.1.1.2 Zákon o návykových látkách

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (ZNL), doznal v průběhu r. 2016 změn spíše technického rázu v návaznosti na nový celní zákon⁴ a nový zákon o zadávání veřejných zakázek⁵. K jeho podstatným změnám dochází od r. 2017 v souvislosti s novou právní úpravou přestupků.⁶ S účinností od 1. 7. 2017 jsou nově v § 39, odst. 2 definovány přestupky fyzických osob spočívající (1) v neoprávněném přechovávání návykové látky v malém množství pro vlastní potřebu, (2) v neoprávněném pěstování rostliny nebo houby v malém množství obsahující návykovou látku pro vlastní potřebu nebo (3) v umožnění neoprávněného požívání návykových látek osobě mladší 18 let. Za tyto přestupky lze uložit pokutu do 15 tis. Kč, propadnutí věci, případně další správní tresty podle nové právní úpravy o přestupcích.⁷

Seznam návykových látek je s účinností od 1. 1. 2014 obsažen v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek.⁸ V r. 2016 byla připravena novela tohoto nařízení vlády, která spočívala v rozšíření seznamu kontrolovaných látek o 63 položek, především nových syntetických drog. Nařízení je účinné od 1. března, resp. 1. května 2017.⁹

³ Změny jsou obsaženy v novele trestního zákona provedené zákonem č. 58/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

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

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

⁶ zákon č. 183/2017 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich a zákona o některých přestupcích

⁷ zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich

⁸ V l. 1999–2013 byl seznam návykových látek obsažen v přílohách zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.

⁹ Nejzásadnější rozšíření se týkalo přílohy č. 4. Kromě nových syntetických drog byl do seznamu zařazen např. též lisdexamfetamin, který je účinnou látkou léčiv využívaných k léčbě ADHD a který je registrován jako léčivo i v České republice, byť není aktuálně dostupný.

1.1.1.3 Prekurzory drog

V zákoně č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog, byly provedeny terminologické změny v souvislosti s již zmíněnou novou právní úpravou přestupků, kdy se namísto „správního deliktu“ používá termín „přestupek“ a namísto „sankcí“ termín „správní trest“. Seznam prekurzorů, stanovený prováděcím předpisem, tj. nařízením vlády č. 458/2013 Sb., o seznamu výchozích a pomocných látek a jejich ročních množstevních limitech, byl v r. 2015 rozšířen o 4 položky – chlorované deriváty efedrinu a pseudoefedrinu včetně jejich stereoizomerů, které se používají pro nelegální výrobu pervitinu. S účinností od 1. 1. 2017 však tyto látky byly z nařízení vypuštěny,¹⁰ neboť od září 2016 došlo k jejich zařazení na seznam společné evropské legislativy týkající se prekurzorů drog, který přejímá česká legislativa v oblasti prekurzorů bez dalšího.¹¹ Nařízení tak znovu obsahuje pouze 3 prekurzory, a to 1,4-butandiol, červený fosfor a gama-butyrolakton. K problematice efedrinu a pseudoefedrinu viz též kapitolu Aplikace práva (str. 20).

1.1.1.4 Zákon o léčivech

Zákon č. 387/2007 Sb., o léčivech, s účinností od 31. 5. 2017 nově obsahuje možnost vybavit pacienta v rámci poskytování léčby adiktologické poruchy substitučním přípravkem, resp. individuálně připraveným léčivým přípravkem s obsahem návykové látky. Toto ustanovení odstraňuje právní mezeru ohledně vybavení pacienta substituční látkou pro delší časový interval přímo zdravotnickým zařízením a umožňuje tzv. take-home výdej. Byť tento výdej standardně v praxi podle Standardu substituční léčby¹² probíhal, dosavadní právní úprava s ním až do účinnosti shora uvedené novelizace, provedené zákonem č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (ZOZNL), nepočítala.

1.1.1.5 Nový zákon o přestupcích

Dne 3. 8. 2016 byl vyhlášen zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich (přestupkový zákon), a s ním související zákon č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích. Oba zákony nabyly účinnosti dne 1. 7. 2017. Nový přestupkový zákon nevymezuje konkrétní skutkové podstaty, ale obecně upravuje podmínky vzniku odpovědnosti za přestupek, druhy správních trestů a ochranných opatření a zásady pro jejich ukládání, postup před zahájením a v průběhu řízení o přestupku. Přináší mimo jiné též nový správní trest spočívající ve zveřejnění rozhodnutí o přestupku. Promlčecí doba, s níž je spojen zánik odpovědnosti za přestupek, činí i nadále 1 rok. U přestupků s horní hranicí pokuty alespoň 100 tis. Kč promlčecí doba činí 3 roky. Zákon též obsahuje podrobnou úpravu vedení nově vznikající evidence přestupků, zápisu do ní i námitkového řízení proti zápisu v evidenci. Konkrétní skutkové podstaty byly přesunuty do věcně příslušných zákonů, některé přestupky vyskytující se napříč veřejnou správou jsou nově stanoveny v zákoně č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích. Většina přestupků v oblasti ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, vymezených v ustanovení § 30 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, byla převedena do ZOZNL. Některé přestupky v oblasti ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, do 30. 6. 2017 vymezené v ustanovení § 30 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v zákoně o některých přestupcích ani v jiném zákoně nedopatřením nebyly uvedeny a až novelizací byly s účinností od 1. 7. 2017 přesunuty do zákona o návykových látkách – blíže viz kapitolu Zákon o návykových látkách (str. 15).

¹⁰ novelou provedenou nařízením vlády č. 438/2016 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 458/2013 Sb., o seznamu výchozích a pomocných látek a jejich ročních množstevních limitech, ve znění nařízení vlády č. 242/2015 Sb.

¹¹ nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 273/2004 a č. 111/2005

¹² Standard substituční léčby, zveřejněný ve Věstníku MZČR, č. 3/2008

1.1.1.6 Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

Dne 19. 1. 2017 Senát schválil vládní návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (ZOZNL),¹³ který byl vyhlášen ve Sbírce zákonů dne 3. 3. 2017 pod č. 65/2017 Sb. a nabyl účinnosti dne 31. 5. 2017.¹⁴

Projednání zákona předcházely několikaletý proces přípravy a schvalování. Původní vládní návrh¹⁵ po projednání množstvím pozměňovacích návrhů ve druhém čtení, jejichž počet přesáhl 200, PS PČR dne 25. 5. 2016 ve 3. čtení neschválila.¹⁶ Zákon se změnami vyplývajícími z projednávání v PSP ČR dne 30. 5. 2016 urychleně schválila vláda a předložila jej znovu PS PČR s doporučením, aby byl zákon projednán již v 1. čtení. Projednávání návrhu zákona¹⁷ bylo navrženo na pořad 49. schůze od 6. 9. 2016 a poslanci jej poslali do projednávání ve 2. čtení ve standardním procesu (viz také VZ 2015).

ZOZNL nahradil dosavadní právní úpravu, obsaženou v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Cílem ZOZNL je zavedení systémových opatření zaměřených na ochranu zdraví před škodlivými účinky zejména tabáku a alkoholu ve smyslu snížení jejich nabídky i poptávky a snížení rizik souvisejících s jejich užíváním. Dále zákon upravuje působnost správních úřadů a územních samosprávních celků při přijímání a provádění opatření podle tohoto zákona, včetně nastavení koordinačních mechanismů při tvorbě a provádění protidrogové politiky na vládní, krajské i místní úrovni¹⁸. ZOZNL obsahuje také opatření týkající se vyšetření na přítomnost alkoholu a jiných návykových látek v těle.

Mezi opatření k omezení dostupnosti tabákových výrobků, kuřáckých pomůcek, bylinných výrobků určených ke kouření a elektronických cigaret patří zejména zákaz prodeje těchto výrobků mimo stanované prodejny specializovaného typu. Tento zákaz však obsahuje celou řadu výjimek včetně prodejen, které jsou potravinářským podnikem, a provozoven stravovacích služeb atd. Zákon dále obsahuje zákazy prodeje v zařízeních, jako jsou zdravotnická zařízení, školy a školská zařízení. Je zakázán prodej tabákových výrobků prostřednictvím prodejních automatů a prostředků komunikace na dálku (např. přes internet), nelze-li vyloučit jejich prodej osobám mladším 18 let.

Za nejzásadnější změnu je odbornou i širokou veřejností považováno zavedení plošného zákazu kouření, a to včetně vnitřních prostor provozoven stravovacích služeb, výjimka však umožňuje užívání vodních dýmek a elektronických cigaret ve stravovacích zařízeních. Zákon stanoví možnost vyhrazení stavebně odděleného prostoru ke kouření, např. provozovatelům mezinárodního letiště či poskytovatelům zdravotních služeb (uzavřená psychiatrická oddělení).

Zákon také obsahuje ustanovení, kterými se vymezují místa určená pro prodej a podávání alkoholických nápojů. Zákon zakazuje prodej a podávání výrobků obsahujících alkohol mimo místa v zákoně vymezená a upravuje absolutní zákaz pro některá místa a veřejně přístupné akce; zde však platí řada výjimek (např. pro prodej alkoholických nápojů, které obsahují do 4,3 % etanolu, a vína). Platí absolutní zákaz prodeje alkoholických nápojů prostřednictvím prodejních automatů i absolutní zákaz prodeje či podávání alkoholu osobám mladším 18 let. Zákon zakotvuje široké možnosti příležitostného prodeje alkoholických nápojů, a to včetně lihovin. Prodej alkoholických nápojů

¹³ <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=828> [2017-08-02]

¹⁴ Vzápětí po nabytí účinnosti byl zákon novelizován zákonem č. 183/2017 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich a zákona o některých přestupcích, a to s ohledem na potřebu uvedení ZOZNL do souladu s novou přestupkovou legislativou (zejména terminologicky a v oblasti ukládání správních trestů). Novela také zařadila přestupky podle ZOZNL mezi přestupky evidované Rejstříkem trestů.

¹⁵ sněmovní tisk 508, <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=508> [2017-10-18]

¹⁶ <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=508> [2016-08-04]

¹⁷ sněmovní tisk č. 828, <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?O=7&T=828> [2017-10-18]

¹⁸ viz Důvodovou zprávu k návrhu zákona, obsaženou ve Sněmovním tisku 828/0: Vládní návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=828> [2017-08-02]

prostřednictvím prostředku komunikace na dálku je možný, jen je-li vyloučen jejich prodej osobám mladším 18 let.

Zákon umožňuje obcím prostřednictvím obecních vyhlášek regulovat na svém území kouření a používání elektronických cigaret v blízkosti škol a zařízení pro osoby mladší 18 let. Obce též mohou zakázat konzumaci alkoholu na veřejně přístupných místech či akcích, jsou-li přístupné osobám do 18 let. Na veřejně přístupných místech dále mohou obce v určitých dnech nebo hodinách zakázat či omezit prodej, podávání i konzumaci alkoholu v případě konání veřejně přístupných akcí, a to bez ohledu na věk.

Zákon obsahuje výčet míst, do nichž nemohou vstupovat osoby, které jsou zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky a jsou ve stavu, kdy ohrožují sebe nebo jiného, majetek nebo veřejný pořádek (např. do škol, zdravotnických zařízení). Vlastníci prostor či provozovatelé služeb v těchto prostorách pak mají povinnost takové osoby vyzvat k ukončení jejich jednání nebo opuštění prostoru. Prodejci alkoholických nápojů jsou nově povinni v případě, že se v místě prodeje alkoholických nápojů vyskytuje osoba mladší 18 let zjevně pod vlivem alkoholu, tuto osobu vyzvat k opuštění uvedeného místa.

ZOZNL oproti předchozímu zákonu podrobněji upravuje problematiku vyšetření osob na přítomnost alkoholu a jiných návykových látek vyjma tabáku, a to zejména v oblasti úhrady odborného lékařského vyšetření. V rámci příslušných opatření je vymezen okruh osob, které jsou povinny se podrobit orientačnímu vyšetření a odbornému lékařskému vyšetření. Zákon výslovně ukládá povinnost podrobit se testování vězňům nebo osobám v zabezpečovací detenci a osobám v soudně nařízené léčbě závislosti. Testování se rovněž musí podrobit osoba, u níž je důvodné podezření, že pod vlivem návykové látky vykonává či vykonávala činnost, při níž by mohla ohrozit život či poškodit majetek, či u níž je podezření, že už v důsledku požití návykové látky včetně alkoholu ohrožuje sebe, jiného, majetek či veřejný pořádek, či dokonce způsobila újmu na zdraví či škodu na majetku v souvislosti s užitím návykové látky. Nově je stanovena povinnost podrobit se vyšetření osobám mladším 18 let, u nichž je podezření, že požily nebo jim byl prodán či podán alkoholický nápoj nebo jiná návyková látka nebo jim bylo jejich užití umožněno. Zákon dále upravuje problematiku výzvy k orientačnímu vyšetření, jeho úhrady a nově též specifikuje povinnost poskytovatelů zdravotních služeb provést odborné lékařské, případně toxikologické vyšetření.

Zákon dále vedle provádění krátké intervence, upravené již v předchozí právní úpravě, nově ukládá zdravotnickým pracovníkům povinnost provádět v odůvodněných případech orientační diagnostiku rizikového a škodlivého užívání návykové látky a diagnostiku adiktologických poruch. Tyto jsou široce definovány jako *„poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, patologické hráčství a další příbuzné poruchy chování charakterizované chronickým průběhem, bažením, sníženou schopností abstinovat, postižením kontroly chování a sníženou schopností rozpoznávat či připouštět si problémy vznikající v důsledku vlastního chování“*.

ZOZNL nově definuje odbornou péči o osoby s adiktologickou poruchou, a to relativně obecně a široce. Zákon tak již neobsahuje výčet konkrétních typů služeb, jak tomu bylo dosud. Odbornou péči podle zákona poskytují poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, ale i vězeňská služba, která podle zákona odbornou péči nejen zajišťuje, ale může ji i poskytovat. Rovněž výrazně stručněji je upravena organizace a provádění protidrogové politiky na národní a krajské úrovni, kde obavy odborné veřejnosti vzbuzuje zejména vypuštění povinnosti původně uložené kraji zřídit funkci krajského protidrogového koordinátora – viz také Politické, občanské a odborné akce a iniciativy (str. 26).

ZOZNL dále významně rozšiřuje a posiluje kontrolní činnost státních orgánů nad dodržováním povinností tímto zákonem stanovených. Nově umožňuje i uzavření provozovny v případě závažného porušení některých povinností podle zákona, a to až na dobu 2 provozních dnů následujících po zjištění porušení.

Kromě výše uvedeného se ZOZNL mění řada souvisejících předpisů. Vedle již zmíněné změny související s výdejem metadonu na delší časové období (viz kapitolu Zákon o léčivech, str. 16), lze za významné označit zejména změny právních předpisů v oblasti zdravotních služeb. Zákon o zdravotních službách¹⁹ byl doplněn o ustanovení týkající se poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení. Zásadní je též přesunutí právní úpravy protialkoholní a protitoxikomanické záchranné služby do zákona o specifických zdravotních službách,²⁰ které odstraňuje nejistotu ohledně postavení této služby v systému zdravotních služeb. Nově již nelze do záchranné stanice umístit osobu pod vlivem návykové látky vzbuzující veřejné pohoršení. Tato vážná a subjektivní možnost hodnocení umísťované osoby byla z nové právní úpravy vypuštěna na doporučení ombudsmanky.²¹

1.1.1.7 Požadavky na tabákové výrobky a elektronické cigarety

Ve VZ 2015 byla blíže popsána problematika označení tabákových výrobků zdravotním varováním, a to v návaznosti na implementaci směrnice 2014/40/EU ze dne 3. 4. 2014, o sblížování právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků a o zrušení směrnice 2001/37/ES. Směrnice 2014/40/EU byla do českého práva transponována zejména změnou zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích. Tato novela nabyla účinnosti dne 7. 9. 2016. Navazující vyhláška ministerstva zemědělství č. 261/2016 Sb., o tabákových výrobcích, stanovila podrobné podmínky pro označování tabákových výrobků a jejich uvádění na trh.

V r. 2017 v návaznosti na shora uvedenou směrnici a s ohledem na další prováděcí rozhodnutí Evropské komise²² došlo k zapracování dalších povinností, které se týkají problematiky elektronických cigaret a bylinných výrobků určených ke kouření, a to vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 37/2017 Sb., o elektronických cigaretách, náhradních náplních do nich a bylinných výrobcích určených ke kouření. Vyhláška upravuje kromě jiného např. požadavky na jakost a bezpečnost elektronických cigaret i náplní do nich, složení a množství náplní (max. objem náplně s obsahem nikotinu je stanoven na 10 ml, max. koncentrace nikotinu v náplni na 20 mg nikotinu/ml), povinnosti při označování elektronických cigaret a náhradních náplní do nich i bylinných výrobků určených ke kouření, a to včetně zakázaných prvků a rysů (např. propagující elektronickou cigaretu nebo naznačující, že elektronická cigareta je méně škodlivá než jiné výrobky).

1.1.1.8 Zákon o sociálních službách

V březnu 2017 předložila vláda Poslanecké sněmovně návrh novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.²³ Hlavním cílem této tzv. velké novely zákona o sociálních službách je podle MPSV zajistit, aby poskytované sociální služby lépe odpovídaly potřebám klientů a byly přístupnější a efektivnější pro klienty, občany a další aktéry systému sociálních služeb. Novela má přinést rovněž transparentní správu a nastavení sítě sociálních služeb, zjednodušení systému sociálních služeb a výrazné snížení administrativy. Návrh zavádí a podrobně definuje stav „nepříznivé sociální situace“ jako hlavní východisko pro poskytnutí sociální služby. Finanční prostředky určené na sociální služby jsou nově navrhovány jako mandatorní výdaje státního rozpočtu. Návrh také upřesňuje platnou

¹⁹ zákon č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

²⁰ zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

²¹ viz Veřejný ochránce práv (2014). Zpráva ze systematických návštěv protialkoholních záchranných stanic, https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Zdravotnicka_zarizeni/Zachytne-stanice-2014.pdf [2017-08-03]

²² Prováděcí rozhodnutí Evropské komise (EU) 2015/2183 ze dne 24. 11. 2015, kterým se stanoví společný formát pro oznamování elektronických cigaret a náhradních náplní.

Prováděcí rozhodnutí Evropské komise (EU) 2016/586 ze dne 14. 4. 2016 o technických normách pro plnicí mechanismus elektronických cigaret.

²³ sněmovní tisk č. 1081/0, <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=1081&CT1=0> [2017-08-28]

právní úpravu poskytování zdravotní péče v zařízeních pobytových sociálních služeb bez oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách.

1.1.2 Aplikace práva

Zásadním rozhodnutím pro aplikační praxi je především usnesení Soudního dvora EU (osmého senátu) ve věci C-497/16 (Sokáč) ze dne 2. 3. 2017,²⁴ kterým bylo rozhodnuto o předběžné otázce Nejvyššího soudu ČR, zda jsou léčivé přípravky obsahující efedrin a pseudoefedrin vyloučeny z působnosti nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 273/2004 ze dne 11. 2. 2014 o prekurzorech drog. Soudní dvůr konstatoval, že podle judikatury Soudního dvora EU samotné léčivé přípravky, byť obsahují prekurzory efedrinu a pseudoefedrinu, nelze považovat za prekurzory, a jsou tak vyloučeny z působnosti citovaného nařízení č. 273/2004. Předmětné rozhodnutí bude mít dopad na českou právní praxi v rámci postihu drogové trestné činnosti, konkrétně posuzování trestného činu nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (§ 283 TZ), a to v souvislosti s výrobou pervitinu z těchto léčivých přípravků a jejich dovozem ze zahraničí.

Definováním termínu „nabídnutí“ OPL, přípravku je obsahujícího, prekurzoru nebo jedu pro účely posuzování jednání pachatele trestného činu podle § 283 odst. 1 TZ se zabýval Nejvyšší soud ve svém usnesení z 2. 2. 2017.²⁵ Trestná činnost odsouzeného spočívala kromě dalších jednání v tom, že v prosinci 2014 až v lednu 2015 nejméně v jednom případě přes sociální síť Facebook přislíbil opatřit úplatně pervitin třetí osobě, přičemž k opatření a předání drogy nakonec nedošlo. Nejvyšší soud v odůvodnění usnesení konstatoval, že nabídnutím OPL se rozumí jednorázová nabídka prodeje, ale i obdarování, půjčení apod., přičemž pro dokonání trestného činu není nutno, aby k akceptaci nabídky došlo.

Problematikou právní kvalifikace jednání spočívajícího v pěstování konopí v kontextu nálezu většího počtu rostlin před sklizní a sušiny po sklizni se zabývalo usnesení Nejvyššího soudu z 23. 3. 2016.²⁶ Soud s odkazem na dřívější rozhodnutí připomněl, že neoprávněné pěstování rostliny konopí nelze ztotožňovat s výrobou OPL. Neoprávněným vypěstováním rostliny konopí však může pachatel s ohledem na množství vypěstovaných rostlin (např. jde-li o jejich větší množství zjevně přesahující osobní potřebu), způsob jejich pěstování (např. jde-li o tzv. velkopěstírnu) a na další okolnosti (např. pokud pachatel sám neužívá drogy, a pěstované rostliny tedy neslouží jeho vlastní potřebě) naplnit zákonné znaky trestného činu nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (§ 283 TZ) spočívající v tom, že OPL opatřuje nebo přechovává pro jiného.

1.2 Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace

1.2.1 Národní strategie protidrogové politiky

Hlavním strategickým dokumentem protidrogové politiky ČR je Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (Národní strategie 2010–2018) s její akčními plány. Po dvou revizích strategie v l. 2014 a 2016 je protidrogová politika ČR integrovaná, tzn. spojující témata užívání alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní – blíže viz VZ 2014 a VZ 2015.

Protidrogová politika ČR stojí na 4 pilířích, kterými jsou (1) primární prevence, (2) léčba a sociální začleňování, (3) snižování rizik a (4) snižování dostupnosti a prosazování práva, a opírá se o 3 podpůrné oblasti: (1) koordinace a financování, (2) mezinárodní spolupráce a (3) monitoring, výzkum, hodnocení. Hlavní cíle strategie a specifické cíle pro všechny oblasti (nelegální drogy, alkohol, hazardní hraní a tabák) viz VZ 2014 a VZ 2015.

²⁴ viz <http://curia.europa.eu/juris/celex.jsf?celex=62016CO0497&lang1=cs&type=TXT&ancre=> [2017-08-03]

²⁵ usnesení Nejvyššího soudu ze dne 2. 2. 2017, sp. zn. 11 Tdo 1432/2016

²⁶ usnesení Nejvyššího soudu ze dne 23. 3. 2016, sp. zn. 11 Tdo 131/2016

1.2.2 Akční plány realizace národní strategie a jejich implementace

Národní strategie 2010–2018 má 4 akční plány – pro problematiku nelegálních drog, hazardního hraní, alkoholu a tabáku – blíže viz VZ 2014 a VZ 2015. V r. 2016 proběhlo hodnocení akčního plánu pro oblast nelegálních drog na období 2013–2015 a byl přijat nový akční plán pro oblast nelegálních drog na období 2016–2018 – blíže viz VZ 2015.

Implementace akčních plánů se pravidelně jednou ročně hodnotí na jednáních Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). RVKPP v lednu 2017 projednala průběžné hodnocení Akčního plánu pro oblast nelegálních drog na období 2016–2018 a také průběžné hodnocení Akčního plánu pro oblast hazardního hraní na období 2015–2018.

Akční plán pro oblast kontroly tabáku v ČR v období 2015–2018 a Akční plán k omezení škod působených alkoholem v ČR pro období 2015–2018 jsou zároveň implementačními nástroji strategie Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.

1.2.2.1 Hodnocení akčního plánu pro oblast nelegálních drog

Rok 2016 byl prvním rokem platnosti Akčního plánu pro oblast nelegálních návykových látek na období 2016–2018. Akční plán obsahuje celkem 102 aktivit, z nichž je 44 aktivit se stanoveným průběžným plněním v l. 2016–2018, 11 aktivit má stanoveny termíny plnění v r. 2016 a dalších 47 aktivit v l. 2017 a 2018 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017f).²⁷ Informace o plnění aktivit předložilo všech 22 gestorů jednotlivých úkolů akčního plánu. Popis plnění jednotlivých oblastí akčního plánu poskytuje tabulka 1-1.

tabulka 1-1: Hodnocení jednotlivých oblastí Akčního plánu pro oblast nelegálních drog 2016–2018

Cíle/oblasti aktivit	Hodnocení	Komentář k plnění aktivit
Specifická primární prevence užívání návykových látek		
Posílit kvalitu a profesionalizaci primární prevence v oblasti závislostí	Plněno	Čtyřúrovňový model vzdělávání pedagogických pracovníků v prevenci nebyl dosud zaveden vzhledem k nedostatku finančních prostředků.
Zvýšit dostupnost poskytovaných programů primární prevence v oblasti závislostí	Částečně plněno	Finanční prostředky na primární prevenci jsou dlouhodobě nedostatečné. Jsou kraje s nedostatkem certifikovaných poskytovatelů primární prevence (např. v Karlovarském kraji není žádný).
Zvýšit informovanost o realizovaných a doporučených preventivních programech	Nehodnoceno	Realizace všech aktivit se předpokládá ke konci r. 2018.
Posílit realizaci specifických programů selektivní a indikované prevence v oblasti závislostí	Neplněno	Tato oblast není dostatečně systémově řešena. Zatím nebylo zřízeno centrum prevence závislostí, jak to předpokládá akční plán. Je nedostatek informačních a preventivních programů pro specifické cílové skupiny.
Léčba a sociální začleňování uživatelů návykových látek		
Zajistit dostupnost sítě služeb pro uživatele drog	Plněno	Dochází k mírnému nárůstu finančních prostředků na podporu provozu existujících adiktologických služeb a ojediněle ke vzniku nových programů. Podařilo se stimulovat vznik a rozvoj intervencí za použití moderních technologií.
Zvýšit kvalitu poskytované péče pro uživatele návykových látek	Nehodnoceno	Realizace většiny aktivit je plánována na r. 2017 a 2018.
Zvýšit dostupnost zdravotních adiktologických služeb	Nehodnoceno	Realizace aktivit je plánována na r. 2017.

²⁷ http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/AP_2016-18_drogy_prubezne_hodnoceni_2016.pdf [2017-07-18]

Cíle/oblasti aktivit	Hodnocení	Komentář k plnění aktivit
Posílit sociální reintegraci (ex)uživatelů návykových látek	Nehodnoceno	Realizace aktivit je plánována na roky 2017 a 2018.
Snížování rizik		
Omezit šíření negativních zdravotních důsledků, zejména infekčních nemocí spojených s užíváním drog	Částečně plněno	Daří se zajistit finanční prostředky na síť nízkoprahových služeb. Dlouhodobě se nedaří zpracovat metodický pokyn pro testování v programech pro uživatele drog, zejména nízkoprahových.
Prevence a kontrola šíření infekčních onemocnění mezi osobami ve výkonu vazby a trestu	Plněno	Nově byla zavedena distribuce kondomů v návštěvních místnostech ve věznicích. V jednotlivých věznicích je zřizována pozice adiktologa, byl vytvořen standard pro drogové poradny ve věznicích.
Snížování dostupnosti nelegálních drog		
Zvýšit efektivitu odhalování drogové trestné činnosti	Plněno	Byly vytvořeny stránky http://mapavarenapestiren.cz/ – mapa odhalených míst výroby a produkce metamfetaminu/pervitinu a marihuany pro veřejnost. Byla zřízena pracovní skupina pro mapování a kontrolu prekurzorů a pre-prekurzorů nelegálních drog a psychoaktivních léků pod MV za účasti CPJ, NPC a IOPL a SÚKL s cílem sjednocení postupu orgánů vymáhajících právo.
Posílit systém kontroly OPL a zákonného nakládání s nimi	Nehodnoceno	Realizace většiny aktivit je plánována na r. 2017 a 2018.
Koordinace a financování		
Zkvalitnit koncepční rámec integrované protidrogové politiky	Částečně plněno	Tato oblast je realizována v rámci evropského projektu Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky realizovaného Úřadem vlády ČR, resp. sekretariátem RVKPP, který byl zahájen v září 2016.
Zajistit činnost koordinačních mechanismů protidrogové politiky	Plněno	Jde vesměs o zavedené aktivity.
Zajistit vzdělávání aktérů protidrogové politiky	Částečně plněno	V r. 2016 se nepodařilo zrealizovat národní konferenci o realizaci protidrogové politiky na místní úrovni pro cílovou skupinu místních a krajských protidrogových koordinátorů (byla zorganizována v r. 2017).
Připravit změny v systému financování služeb pro uživatele drog	Nehodnoceno	Realizace aktivit je plánována na r. 2017 a 2018.
Monitoring, výzkum, hodnocení		
Zajistit pokračování zavedených a ověřených opatření	Plněno	Jde vesměs o zavedené aktivity. V r. 2016 byl zpracován a schválen Národní akční plán drogového informačního systému na r. 2016–2018.
Zajistit dostupnost specifických informací a výzkumných poznatků v oblasti protidrogové politiky	Plněno	Jde vesměs o zavedené aktivity. Významnou aktivitou, kterou se podařilo v r. 2016 naplnit, bylo spuštění národních stránek pro podporu odvykání kouření koureni-zabiji.cz , které jsou provozovány Úřadem vlády ČR, resp. sekretariátem RVKPP.
Mezinárodní spolupráce		
Zajistit účast ČR na procesech evropské a světové protidrogové politiky	Plněno	Resorty jsou aktivní v navazování mezinárodní spolupráce zejména v oblasti řešení problematiky pervitinu. Naplnění cílů těchto aktivit však závisí do značné míry právě na spolupráci zahraničních partnerů, např. Evropské komise a členských států EU.

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2017f)

1.2.2.2 Hodnocení akčního plánu pro oblast hazardního hraní

Rok 2016 byl druhým rokem platnosti Akčního plánu pro oblast hazardního hraní na období 2015–2018. Z průběžného hodnocení vyplývá, že ke konci r. 2016 se celkově podařilo splnit 14 (22 %) z původních 63 úkolů akčního plánu, částečně nebo průběžně bylo plněno 30 (48 %), nesplněno zůstalo 9 (14 %) úkolů. Nehodnocených aktivit bylo 10 (16 %), nejčastěji z důvodu

pozdějšího termínu realizace aktivity v roce 2017 nebo 2018. Z 8 priorit akčního plánu se daří zcela plnit 3 priority, částečně se plní 4 priority a plnění 1 priority dosud nebylo možné vyhodnotit (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017e).

Na základě průběžného hodnocení byla identifikována potřeba posílit kontrolní činnosti ve vztahu k dodržování zákazu hry osob mladších 18 let a akční plán byl doplněn o novou aktivitu.²⁸ Akční plán aktuálně obsahuje celkem 42 aktivit a 65 dílčích úkolů.

Podrobné informace poskytuje Výroční zpráva o hazardním hraní v ČR v r. 2016 (Mravčík a kol., 2017).

1.2.2.3 Hodnocení akčních plánů v oblasti tabáku a alkoholu

V říjnu 2016 projednala vláda zprávu o realizaci strategie Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.²⁹ Implementačními nástroji Zdraví 2020 jsou akční plány pro různé oblasti veřejného zdraví, mezi nimi i 2 akční plány pro oblast alkoholu a tabáku, které jsou současně také implementačními nástroji Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018:

- Akční plán pro oblast kontroly tabáku v České republice na období 2015–2018,
- Akční plán k omezení škod působených alkoholem v České republice na období 2015–2018.

Zpráva o stavu realizace Zdraví 2020 obsahuje souhrn informací od jednotlivých resortů o realizaci jednotlivých akčních plánů. Zpráva nehodnotí úroveň plnění jednotlivých aktivit definovaných v konkrétních akčních plánech ani míru dosažení stanovených cílů. Zpráva hodnotí dosavadní míru zapojení jednotlivých resortů do realizace Zdraví 2020 uspokojivě. Ve zprávě se také upozorňuje na nutnost zajištění odpovídajících finančních prostředků k realizaci aktivit akčních plánů, a to jak ze státního rozpočtu, tak z jiných zdrojů (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016).

1.2.3 Další opatření protidrogové politiky

V lednu 2017 projednávala RVKPP otázku užívání pervitinu v česko-německém pohraničí a potřebu spolupráce s Německem na společných projektech prevence a léčby. RVKPP doporučila zohlednit potřeby spolufinancování společných aktivit česko-německé spolupráce v oblasti řešení problémů spojených s pervitinem při vyjednávání o státním rozpočtu.

Diskuse na RVKPP mimo jiné navazovala na závěry česko-německého sympozia konaného pod záštitou českého a německého národního protidrogového koordinátora v prosinci 2016 v Berlíně za účasti odborníků z oblasti státní správy, prevence, harm reduction, léčby i výzkumu z obou zemí. Byly identifikovány následující oblasti dlouhodobé spolupráce: výzkum v rámci substituční léčby, sdílení zkušeností v oblasti intervencí a terénních programů, spolupráce v oblasti klinické léčby. V květnu 2017 se pod záštitou národních koordinátorů obou zemí uskutečnilo další česko-německé setkání v Praze.

V lednu 2016 schválila RVKPP metodiku Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace – metodické doporučení (Nerud a kol., 2016), které má krajům a obcím pomoci při vytváření a realizaci protidrogové politiky na místní úrovni.³⁰

V únoru 2016 vláda projednala dokument shrnující aktuální stav a příčiny výskytu nelegálního hazardu, zejména nelegálních technických herních zařízení (tzv. kvízomatů, slevostrojů) v ČR. Součástí dokumentu byla také analýza překážek efektivního řešení nastalé situace.

²⁸ Doplnění akčního plánu schválila vláda ČR usnesením č. 416 ze dne 31. 5. 2017.

²⁹ předloženo na jednání vlády dne 5. 10. 2016 pod č. j. 1251/16

³⁰ https://www.vlada.cz/assets/urad-vlady/vydavatelstvi/vydane-publikace/Realizace-protidrogove-politiky-v-krajich-a-obcich-a-jeji-koordinace_metodicke-doporuceni.pdf [2016-08-15]

V červenci 2016 se RVKPP zabývala otázkou testování žáků a analýzy odpadních vod ve školách, které byly zejména v obcích na severní Moravě prezentovány jako metody vhodné pro monitorování drogové situace a školní prevenci. RVKPP přijala usnesení, ve kterém nedoporučuje metodu vyšetřování drog a jejich metabolitů v odpadních vodách ani testování žáků na přítomnost drog jako metody monitorování drogové situace ani jako nástroj prevence nebo protidrogové politiky na národní nebo lokální úrovni. RVKPP doporučila zřizovatelům škol a místním samosprávám využívat vládními institucemi schválené metodické dokumenty a postupy pro monitorování situace a pro realizaci protidrogové politiky na místní úrovni a preventivních programů na školách a obcím doporučila postupovat podle metodiky pro realizaci protidrogové politiky v krajích a obcích (viz výše).³¹

V r. 2016 vznikla ad hoc pracovní skupina sekretariátu RVKPP pro koordinaci aktivit státu vůči černému trhu s alkoholem. Pracovní skupina pracovala na přípravě vyhodnocení Plánu nulové tolerance k černému trhu s lihovinami z r. 2012,³² který byl reakcí na hromadný výskyt otrav metanolem v ČR v r. 2012 – blíže viz VZ 2013. Dále se pracovní skupina zabývala vyhodnocením úkolů obsažených v dalším vládním dokumentu Analýza činnosti státní správy v oblasti postihování černého trhu s alkoholem, který vláda projednala v září 2012 a ve kterém jsou také identifikovány nedostatky a navrženo zlepšení výkonu kompetencí státních orgánů³³. Z hodnocení vyplývá, že opatření přijatá po metanolové kauze z r. 2012 jsou účinná a efektivní. Např. legislativní změny znamenaly modernizaci celého systému povinného značení lihu, umožnily kontrolním orgánům efektivněji kontrolovat trh s lihem a lihovinami a omezit prodej nezdaněného a nekvalitního alkoholu. Na základě provedených kontrol lze vyznívat snižování podílu případů porušení zákonů v oblasti výroby, nakládání a distribuce lihu. Podle Unie výrobců a dovozců lihovin dosahoval černý trh před metanolovou kauzou velikosti 15 % legální spotřeby, aktuální odhady činí 10–12 % spotřeby lihovin (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017c).

V r. 2016 vznikla pracovní skupina pro oblast mapování a kontroly prekurzorů a pre-prekurzorů nelegálních drog a psychoaktivních léčivých přípravků. Koordinátorem pracovní skupiny je ministerstvo vnitra (MV), členy jsou zástupci Celní protidrogové jednotky (CPJ), Národní protidrogové centrály Policie ČR (NPC), Inspektorátu pro omamné a psychotropní látky MZ (IOPL) a Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Pracovní skupina slouží k zajištění spolupráce, koordinace a výměně informací v oblasti kontroly a regulace dostupnosti prekurzorů drog a ke sjednocení postupu orgánů vymáhajících právo. Skupina se shodla na společném postupu ve vztahu k regulaci prekurzorů pro výrobu pervitinu na národní i mezinárodní úrovni a na postupu ve vztahu k červenému fosforu zneužívanému pro výrobu metamfetaminu.

V listopadu 2016 spustila Policie ČR web mapavarenapestiren.cz, kde jsou zveřejňována místa a počty odhalených varen pervitinu a nelegálních pěstíren psychoaktivního konopí v jednotlivých obcích. V souvislosti se spuštěním webu byla uspořádána konference za účasti policejního prezidenta, prostřednictvím které byla veřejnost upozorněna na rizika výroby drog pro životní prostředí, nebezpečí výbuchu ve varnách apod. Cílem webu je upozornit na rozsah nelegální výroby omamných a psychotropních látek v ČR a s ním spojených negativních dopadů a vzbudit zájem veřejnosti.

V r. 2016 vznikla v rámci Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním (A.N.O.) Sekce patologického hráčství. Sekce slouží jako platforma pro setkávání odborníků z center poskytujících služby prevence a léčby pro problémové hráče. Úkolem sekce je definovat odborné intervence a dobrou praxi ve vztahu k cílové skupině. V r. 2016 a 2017 A.N.O. posílila svou organizační strukturu, nově zřídila pozice ředitele kanceláře a metodika, který koordinuje práci šesti odborných sekcí A.N.O. Dále A.N.O. se více zaměřila na

³¹ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/jednanirady/jednani-18--cervence-2016-145702/> [2016-08-15]

³² usnesení vlády č. 736 ze dne 3. 10. 2012

³³ usnesení vlády č. 689 ze dne 19. 9. 2012

informování veřejnosti o svých aktivitách a o aktivitách členských organizací – vznikly nové webové stránky a je aktivní facebookový profil. V důsledku strukturálních změn A.N.O. dochází ke zvýšení komunikace v rámci A.N.O. i s externími partnery, zejména s Asociací poskytovatelů sociálních služeb, Českou asociací adiktologů (ČAA) a se Společností pro návykové nemoci (SNN) ČLS JEP.

1.2.4 Strategie a koncepce související s protidrogovou politikou

V březnu 2016 byla vládou schválena Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 jako střednědobý rámcový dokument sociální politiky ČR.³⁴ Jejím hlavním záměrem je nastavit systém sociálních služeb tak, aby odpovídal potřebám lidí v nepříznivé sociální situaci a umožnil jim žít v jejich přirozeném prostředí pokud možno s využitím neformální péče.³⁵

V únoru 2017 vláda schválila Akční plán rozvoje sociálních služeb na období 2017–2018, jehož cílem je mj. zajistit přechod od institucionálního modelu péče k podpoře osob v přirozeném prostředí (tj. zajistit přechod od ústavní péče směrem k terénním, ambulantním a pobytovým službám komunitního typu). Zabývá se také otázkou dostupnosti sociálních a zdravotních služeb, resp. plánuje zákonné vymezení tzv. zdravotně-sociálních služeb. Zabývá se rovněž otázkou stabilního financování služeb, kvalitou ve službách, nastavením personálních kapacit apod.

MPSV v r. 2017 nechalo v rámci projektu *Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí* zpracovat analýzu služeb pro rodiny a děti v České republice (Institut projektového řízení, 2017). Jako jedna z cílových skupin byly definovány děti a mladí lidé, kteří jsou problémovými uživateli návykových látek. Analýza doporučila přesun těžiště systému sociálních služeb z reaktivních na preventivní a podporu mezioborové spolupráce, která je pro adiktologické služby nacházející se na pomezí služeb zdravotních a sociálních typická. Rovněž navrhla decentralizaci finančních prostředků na úroveň krajů. Tato analýza také navazuje na studii *Návrh optimalizace řízení systému ochrany práv dětí a péče o ohrožené děti* z r. 2015 a další studie, které MPSV k tomuto tématu rovněž nechalo zpracovat.³⁶ MPSV na základě těchto analýz také navrhlo do své působnosti sjednotit služby sociální prevence, služby poskytující pobytovou péči dětem, služby sociálně zdravotní nebo výchovné a další služby pro ohrožené děti a jejich rodiny. Vláda tento návrh na jednání dne 21. 8. 2017 neschválila, zásadní připomínky uplatnilo MŠMT a MZ.

Přechod od ústavní směrem ke komunitní péči je také tématem reformy psychiatrické péče, která probíhá v gesci ministerstva zdravotnictví (MZ). Cílem této reformy je mimo jiné zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb pro psychiatrické pacienty zejména se závažnými duševními poruchami, zvýšit efektivitu a kvalitu psychiatrické péče a posílit začleňování nemocných do společnosti. V rámci reformy mají mj. vzniknout komunitní centra duševního zdraví pro různé cílové skupiny včetně pacientů se závislostí na poruchou.

V lednu 2016 schválila vláda Koncepti vězeňství do roku 2025.³⁷ Koncepce za své prioritní cíle považuje zvýšení zaměstnanosti vězňů, zkvalitnění náplně programů práce s vězni včetně vzdělávacích a mimopracovních aktivit, předcházení recidivě, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve věznicích, ale také zlepšení situace v oblasti užívání drog a závislostí – blíže viz VZ 2015.

V lednu 2016 byla vládou schválena Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2016 až 2020.³⁸ Jeden ze specifických strategických cílů se zaměřuje na „boj“ proti lichvě, nelegálnímu hazardu v sociálně vyloučených lokalitách a také na „boj“ proti drogové kriminalitě, a to ve všech jejích formách (výroba, distribuce, prodej). Otázky týkající se hazardního hraní jsou v této strategii zmíněny poprvé.

³⁴ usnesení č. 245 ze dne 21. 3. 2016

³⁵ <http://www.mpsv.cz/cs/26520> [2016-09-06]

³⁶ <http://www.mpsv.cz/cs/14319> [2017-10-04]

³⁷ usnesení vlády č. 50 ze dne 25. 1. 2016

³⁸ usnesení vlády č. 66 ze dne 25. 1. 2016, <http://www.mvcr.cz/clanek/strategie-prevence-kriminality-v-ceske-republice-na-leta-2016-az-2020.aspx> [2017-10-13]

1.2.5 Politické, občanské a odborné akce a iniciativy

V r. 2016 vzniklo několik iniciativ, které vyjadřovaly postoj veřejnosti či zákonodárců k přijetí zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (ZOZNL). Zájem byl především o témata spojená se zákazem kouření ve vnitřních prostorách provozoven stravovacích služeb. Mezi oponenty nové legislativy v Parlamentu ČR patřila Občanská demokratická strana (ODS), která argumentovala poškozením zájmů soukromých subjektů.³⁹

V březnu 2017 podala skupina dvaceti senátorů proti některým částem tohoto zákona ústavní stížnost. Podle nich ZOZNL nepřipustným způsobem zasahuje do svobody občanů a přenáší na provozovatele odpovědnost za škodu způsobenou podnapilými osobami. Senátoři také požadovali zrušit omezení prodeje a podávání alkoholu či tabákových výrobků na akcích, které jsou určeny převážně dětem.⁴⁰

Proti zákonu se vyjádřila např. Asociace hotelů a restaurací ČR, která vnímala ZOZNL jako krok směřující k likvidaci českých živnostníků v pohostinství. Asociaci vadilo zejména přenášení povinností souvisejících s prevencí konzumace alkoholu nezletilými a podnapilými na provozovatele.⁴¹

Z občanských sdružení se k zákonu stavěly kriticky Občanský institut a think-tank Právý břeh, jež společně uspořádaly happening nazvaný *Cigárem to neskončí!*, kde byl za účasti veřejně známých osobností vyjádřen nesouhlas se způsobem regulace spotřeby tabákových výrobků a alkoholu.⁴² Naopak kladně hodnotila zákaz kouření v restauracích např. Česká koalice proti tabáku.

A.N.O. vydala k ZOZNL prohlášení, ve kterém upozorňuje na důležitost koordinace protidrogové politiky a legislativního zakotvení adiktologických služeb. Zdůrazňuje, že zákon obsahuje vedle pozitiv i některé sporné změny, mezi něž patří především podle jejího názoru oslabení koordinace protidrogové politiky na krajské úrovni a absence nástrojů zajištění sítě adiktologických služeb.⁴³ Obavami z oslabení koordinace protidrogové politiky na místní úrovni a z oslabení zákonného rámce zajištění adiktologických služeb v důsledku ZOZNL se zabývala rovněž RVKPP na svém zasedání dne 24. 1. 2017.⁴⁴

Dne 30. 5. 2017 zahájilo MZ informační kampaň s názvem *Poslední típnutí*.⁴⁵ Kampaň měla za cíl informovat širokou veřejnost i média o nové legislativě v oblasti užívání zejména tabákových výrobků – více viz kapitolu Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (str. 17), o jejích pozitivních dopadech a upozornit na rizika spojená s kouřením. Kampaň pokračovala v médiích, na sociálních sítích a na webu posledni-tipnuti.cz, který odkazoval rovněž na národní stránky pro podporu odvykání kouření koureni-zabiji.cz – blíže viz kapitolu Mediální a informační kampaně (str. 89), a během září a první poloviny října 2017 také formou road show ve vybraných městech.⁴⁶

Za svou práci v oblasti regulace tabákových výrobků získala náměstkyně ministra zdravotnictví cenu v rámci Světového dne bez kouření 2017, kterou uděluje Světová zdravotnická organizace (WHO).⁴⁷

³⁹ <http://www.ods.cz/clanek/13630-zakaz-koureni-se-podle-zakona-vztahuje-na-prostory-stravovacich-sluzeb-temi-ale-bary-byt-nemusi> [2017-09-04]

⁴⁰ http://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Navrhy/PI_US_7_17_navrh.pdf [2017-09-04]

⁴¹ <http://www.ahrcr.cz/novinky/protikuracky-zakon-prinese-dalsi-likvidaci-hospod/> [2017-09-04]

⁴² <http://www.obcinst.cz/cigareem-to-neskonci-2/> [2017-09-04]

⁴³ <http://www.asociace.org/protikuracky-zakon/> [2017-07-27]

⁴⁴ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/jednanirady/jednani-24--ledna-2017-152643/> [2017-07-27]

⁴⁵ Název a načasování kampaně byly zvoleny s ohledem na to, že 31. 5. 2017 vstoupil v účinnost zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

⁴⁶ <http://posledni-tipnuti.cz/> [2017-09-04]

⁴⁷ http://www.mzcr.cz/dokumenty/who-oceni-namestkyni-teska-arnostovou-za-protikuracky-zakon_13890_1.html [2017-08-30]

Začátkem r. 2017 se v médiích veřejně diskutovalo o přetrvávající nedostupnosti léčebného konopí v ČR. Kritizována byla nedostupnost léčebného konopí v lékárnách, vysoká cena léčebného konopí dovezeného ze zahraničí (Nizozemsko) a nemožnost hradit léčbu konopím ze zdravotního pojištění. V dubnu a v červnu 2017 bylo proto svoláno jednání Pracovní skupiny RVKPP pro léčebné využití psychoaktivních látek a rostlin. Tématy jednání pracovní skupiny byly: (ne)dostupnost léčebného konopí v lékárnách, ekonomická (ne)dostupnost konopí pro pacienty a úhrada ze zdravotního pojištění, domácí produkce a legální export léčebného konopí, vzdělávání lékařů v léčbě konopím. Na základě jednání této pracovní skupiny vypracoval národní protidrogový koordinátor⁴⁸ pro předsedu vlády řadu doporučení, která zahrnují změnu podmínek individuální úhrady léčebného konopí,⁴⁹ změnu podmínek výběrového řízení na tuzemského pěstitele léčebného konopí tak, aby poptávaná služba nebyla pro dodavatele ztrátová, přípravu legislativní změny, aby byl možný vývoz konopí vypěstovaného v ČR, a intenzivnější vzdělávání lékařů.

Širokou mediální i odbornou diskusi vyvolal v r. 2016 návrh ministra financí snížit spotřební daň u sudového piva z dosavadních 21 % na 10 %. Na návrh reagoval svým tiskovým prohlášením i národní protidrogový koordinátor, který vyzýval k opatrnosti a upozornil na vysokou míru užívání alkoholu v ČR. Po politických diskusích za pomoci odborných argumentů nakonec ke snížení spotřební daně ze sudového piva nedošlo.

V r. 2016 stejně jako v předchozích letech se v ČR konala řada celostátních i regionálních konferencí a seminářů zaměřených na problematiku legálních a nelegálních drog.

V dubnu 2016 proběhla v Praze dvoudenní konference harm reduction s názvem *Snížování škod a drogy*, organizátorem byl SANANIM.⁵⁰ V září 2016 proběhl v Senátu Parlamentu ČR seminář s názvem *Harm reduction v boji proti závislostem*.

Na vzdělávání pracovníků nízkoprahových harm reduction programů byla zaměřena řada akcí. Aktivní je např. Česká asociace streetwork,⁵¹ která zaštiťuje Fórum terénní práce,⁵² které je dobrovolným sdružením organizací a terénních pracovníků pro sdílení zkušeností. SANANIM každoročně pořádá několikadenní konferenční akci *Letní škola harm reduction*.⁵³

SANANIM se rovněž zapojil do zpravodajství prostřednictvím videoreportů a psaných blogů na stránce *Drugreporter* maďarské neziskové organizace Report Rights Foundation, která si klade za cíl propagovat harm reduction strategie a racionální a na lidských právech založenou protidrogovou politiku.⁵⁴ ČR má zastoupení v mezinárodní organizaci Youth Rise, která lobuje za harm reduction aktivity pro mladé lidi.⁵⁵

V květnu 2016 proběhl 55. ročník celostátní adiktologické konference (AT konference), kterou pořádá Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SNN), s podtitulem *Před Skálou (se Skálou) a po Skálově*.⁵⁶ Další ročník AT konference proběhl v červnu 2017, jeho podtitul zněl *Zakázané myšlenky v adiktologii*.⁵⁷ Kromě celostátní konference se v průběhu r. 2016 konaly také krajské adiktologické konference, a to ve Středočeském, Jihočeském,

⁴⁸ V návaznosti na účinnost zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, se tato funkce nově od 31. 5. 2017 nazývá národní koordinátor pro protidrogovou politiku.

⁴⁹ Podle opatření obecné povahy 02–16 ze dne 16. 6. 2016, které bylo vydáno v řízení sp. zn. SUKLS114828/2016 a kterým Státní ústav pro kontrolu léčiv stanovuje výši a podmínky úhrady individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem kanabinoidů, nejsou individuálně připravované léčivé přípravky s obsahem kanabinoidů hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

⁵⁰ http://www.praha.eu/public/5/6f/9e/2162453_650719_03_14_PK_RHMP_zapis_overen.pdf; sborník ke stažení na <http://www.sananim.cz/ke-stazeni/publikace-sananimu.html> [2017-09-05]

⁵¹ <http://www.streetwork.cz/> [2017-08-23]

⁵² <http://forumtp.webnode.cz/> [2017-08-23]

⁵³ <http://sananim.cz/zveme-vas.../210/letni-skola-harm-reduction-2016.html> [2017-08-23]

⁵⁴ <http://drogriporter.hu/en/> [2017-08-23]

⁵⁵ <http://youthrise.org/about/#team> [2017-08-23]

⁵⁶ <http://at-konference.cz/archiv/2016-2/> [2017-07-20]

⁵⁷ <http://at-konference.cz/> [2017-09-05]

Plzeňském a Jihomoravském kraji. Ve Zlínském kraji se v červnu 2016 v Kroměříži konala odborná konference u příležitosti Mezinárodního dne boje proti drogám. V Moravskoslezském kraji byla v září 2016 v Karviné realizována odborná konference s názvem *Návykové látky, mladiství a děti školou povinné* a byla určena pro pedagogické, zdravotnické a sociální pracovníky, příslušníky policie a vysokoškolské studenty zdravotnických a sociálních oborů.⁵⁸

A.N.O. v r. 2016 zorganizovala řadu odborných setkání. Mezioborový seminář s názvem *Mods-on Drug Services 2016* byl realizován v říjnu v Brně a jeho obsahem bylo vzájemné zprostředkování pohledu na péči o drogově závislé z perspektivy zejména adiktologických a sociálních služeb.⁵⁹ V listopadu byl v Praze realizován workshop zaměřený na možnosti zlepšení propagace služeb členských organizací A.N.O.⁶⁰ Dále proběhly v listopadu a v prosinci v Brně a v Praze workshopy s názvem *Právní poradenství pro patologické hráče a jejich blízké ve službách prevence a léčby závislosti*.⁶¹

V říjnu 2016 se uskutečnila *Národní konference alkohol a jeho společenské dopady v ČR*, kterou organizoval sekretariát RVKPP. Konference se zabývala tématy dostupnosti alkoholu a jejího snížení zejména pro děti a mládež, dopady užívání alkoholu na veřejné zdraví a ekonomickými aspekty alkoholu, jako jsou spotřební daně, nelegální výroba či stínová ekonomika.

Na přelomu října a listopadu 2016 se v Praze konal 13. ročník konference *Primární prevence rizikového chování s podtitulem Co děláme, když děláme minimální preventivní program?*.⁶² Konferenci organizuje každoročně Sdružení SCAN, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Magistrát hl. m. Prahy a MŠMT. Jejím cílem bylo přinést co nejvíce praktických poznatků, dovedností a zkušeností z tvorby a aplikace minimálního preventivního programu ve škole. Vedle této národní konference se v průběhu r. 2016 konaly krajské konference zaměřené na prevenci rizikového chování v Praze, ve Středočeském, Jihočeském, Libereckém, Olomouckém, Moravskoslezském, Jihomoravském a Zlínském kraji. S cílem zvýšit kvalitu systému primární prevence rizikového chování připravil Národní ústav pro vzdělávání (NÚV) ve spolupráci s MŠMT pro r. 2016 cílenou metodickou podporu a systematické vzdělávání pro krajské školské koordinátory prevence, pro něž a také pro metodiky prevence z pedagogicko-psychologických poraden realizovalo MŠMT v květnu v Praze konferenci věnovanou tématům z oblasti prevence.⁶³

V září 2016 uspořádala mezinárodní společnost Society for Research on Nicotine and Tobacco v Praze odbornou konferenci své evropské sekce, zaměřena byla na užívání nikotinu, resp. tabáku, jako příčinu každého šestého úmrtí v ČR a na téma absence nabídky účinné prevence a léčby založené na důkazech.⁶⁴ V listopadu 2016 byl v Praze realizován 17. ročník konference *Tabák a zdraví*, jejím pořadatelem byla Pracovní skupina pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku ČLS JEP ve spolupráci s Centrem pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, Ústavem hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN v Praze a Společností pro léčbu závislosti na tabáku.

V listopadu 2016 se v Praze uskutečnila národní konference s názvem *Hazardní hraní v České republice 2016*, kterou pořádal sekretariát RVKPP ve spolupráci s MF. Konference představila novou legislativu v oblasti hazardního hraní a výsledky aktivit státu v oblasti potírání nelegálního hazardu a obecně přispěla ke zvýšení informovanosti odborné i laické veřejnosti o zdravotních a sociálních dopadech hazardního hraní. V září 2016 město Brno ve spolupráci se Společností Podané ruce a A.N.O. pořádalo konferenci zaměřenou na přenos dobré praxe v oblasti prevence, léčby

⁵⁸ <http://www.cnna.cz/akce/partneri/> [2017-08-30] a ZZ MSK 2016

⁵⁹ <https://www.facebook.com/events/1855272461362542/> [2017-08-30]

⁶⁰ <https://www.facebook.com/events/1256760654388926/> [2017-08-30]

⁶¹ <https://www.facebook.com/events/1622737064686788/> [2017-08-30]

⁶² <http://www.pprch.cz/Minule-rocniky/XIII-rocnik-konference-PPRCH-2016/> [2017-07-20]

⁶³ <http://www.nuv.cz/uploads/nuv/VZ/VZ2016.pdf> [2017-08-30]

⁶⁴ <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/3/5475/Konference-Society-for-Research-on-Nicotine-and-Tobacco-Europe;>
<http://www.srnt-e2016.com/> [2017-09-04]

a snižování škod souvisejících s patologickým hráčstvím a téma zodpovědného hraní a regulace hazardu.

První středy v měsíci s výjimkou července a srpna se v Praze konaly pravidelné schůze Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, tzv. purkyňky.⁶⁵

V Ústeckém kraji realizovalo v průběhu r. 2016 město Litoměřice 4. ročník projektu Národní protidrogové centrály (NPC) *Správným směrem* formou grafické soutěže v tvorbě plakátů s protidrogovou tematikou pro žáky 8. a 9. tříd základních škol a pro studenty středních škol. Součástí projektu byla přednáška NPC na téma protidrogová prevence na střední škole. Dále NPC v průběhu r. 2016 realizovala svůj projekt *Správným směrem* v Jihomoravském kraji. Projekt byl zahájen vernisáží některých protidrogových plakátů z celkového počtu 300 v knihovně Jiřího Mahena. Projekt v Jihomoravském kraji probíhal po celý r. 2016 a byl spojen s mnoha preventivními aktivitami v regionu a vyhodnocením v závěru roku. V říjnu 2016 realizovala NPC seminář pro Regionální muzeum města v Mělníce, kde probíhala výstava *Bílá temnota. Drogy. Cesta tam a zpět*, na jejíž realizaci se NPC rovněž podílela. Během r. 2016 NPC průběžně realizovala semináře pro odbornou veřejnost zaměřené na zvyšování právního vědomí a preventivních opatření v oblasti návykových látek.

Společnost SANANIM v září 2017 pořádala v parku v okolí svého kontaktního centra v Praze 5 sousedské setkání s hudebním programem v rámci akce *Zažít město jinak*.⁶⁶ Na organizaci akce se podíleli klienti služby, sousedé, obyvatelé lokality a pracovníci odborných služeb.

Ve dnech 3.–4. 11. 2016 se v Praze konala ministerská konference Salzburského fóra (ČR, Rakousko, Slovensko, Slovinsko, Maďarsko, Polsko, Bulharsko, Rumunsko a Chorvatsko), kde ministr vnitra ČR otevřel téma výroby a distribuce metamfetaminu (pervitinu). Členské státy v podepsané deklaraci potvrdily důležitost regulace dostupnosti prekurzorů a chemických látek (zejména červeného fosforu) pro výrobu metamfetaminu a zavázaly se k podpoře regulačních opatření na evropské úrovni.

V srpnu 2016 se v Českých Budějovicích konal 5. ročník benefičního amatérského závodu v triatlonu *Železný adiktolog*, který každoročně pořádá nezisková organizace PREVENT 99. Na jedné trati se společně setkávají lidé pracující v sociálních a adiktologických službách, klienti v léčbě závislosti a široká veřejnost.⁶⁷ V létě 2017 další ročník neproběhl kvůli organizační náročnosti.

V květnu 2017 proběhl druhý ročník přátelského fotbalového utkání klientů a pracovníků nízkoprahových služeb *HR Cup*. Do klání se zapojily pražské a středočeské programy.⁶⁸

1.2.6 Koordinace protidrogové politiky

1.2.6.1 Koordinace na národní úrovni

Odpovědnost za tvorbu a naplňování protidrogové politiky ČR nese vláda. Koordináčním a poradním orgánem vlády v otázkách protidrogové politiky je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Hlavní náplní RVKPP je vytváření jednotné a komplexní národní strategie protidrogové politiky, její koordinace a spolupráce při praktické implementaci národní strategie a jejich akčních plánů na centrální a místní úrovni. K poslední změně statutu RVKPP došlo v červenci 2016, kdy vláda schválila rozšíření členství o dva nové členy – ministra zahraničních věcí a zástupce Asociace poskytovatelů sociálních služeb. V současné době má RVKPP 19 členů – vysokých představitelů státní správy, krajů, odborných společností a zastřešujících organizací poskytovatelů adiktologických služeb. Od r. 2015, kdy byla provedena revize pracovních

⁶⁵ <http://snncls.cz/purkyanky/purkyanky-v-roce-2016/> [2017-09-05]

⁶⁶ http://zazitmestojinak.cz/locations/_praha/praha-5/na-zatlance [2017-09-21]

⁶⁷ <http://www.prevent99.cz/aktuality/vitezemzeleznegoadiktologaseststudentmediciny> [2017-07-20]

⁶⁸ http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=5518 [2017-09-21]

a poradních orgánů, má RVKPP celkem 5 stálých pracovních výborů a 7 stálých pracovních skupin – blíže viz VZ 2015 a VZ 2014. V r. 2016 RVKPP zasedala 4krát a 2krát hlasovala formou *per rollam*.

V r. 2017 byl přijat zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (ZOZNL), který s účinností od 31. 5. 2017 (symbolicky na Světový den bez tabáku) upravuje oblast realizace a koordinace protidrogové politiky.⁶⁹

ZOZNL nově dává povinnost vládě přijímat nejméně jednou za 10 let Národní strategii protidrogové politiky. Vláda na základě tohoto zákona může zřídit svůj poradní orgán pro protidrogovou politiku (toto ustanovení je stejné jako v přechozí právní úpravě) a může zřídit funkci národního protidrogového koordinátora (toto ustanovení je nové).⁷⁰ V oblasti financování protidrogové politiky zákon ukládá vládě a ministerstvům podílet se na zajištění opatření stanovených v Národní strategii protidrogové politiky. Blíže k zákonu viz kapitolu Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (str. 17) a reflexi zákona v odborné veřejnosti viz kapitolu Politické, občanské a odborné akce a iniciativy (str. 26).

1.2.6.2 Koordinace na krajské a obecní úrovni

Na místní úrovni je protidrogová politika zakotvena v krajských (a v případě zejména statutárních měst i obecních) strategiích a akčních plánech protidrogové politiky a koordinována prostřednictvím krajských či místních protidrogových koordinátorů a poradních orgánů pro oblast protidrogové politiky.

Přijetím ZOZNL došlo ke změně zákonného vymezení koordinace protidrogové politiky na místní úrovni. Zatímco předchozí právní úprava ukládala krajům v samostatné působnosti povinnost koordinovat a realizovat protidrogovou politiku na jejich území, spolupracovat se státními orgány i s orgány obcí, zpracovávat krajskou strategii protidrogové politiky, podílet se na financování programů protidrogové politiky, zřizovat funkci krajského protidrogového koordinátora, zřizovat iniciativní nebo poradní orgány pro protidrogovou politiku a sbírat a vyhodnocovat situaci v oblasti užívání návykových látek na jejich území, v ZOZNL pouze ukládá provádět protidrogovou politiku na jejich území a jednou za 10 let přijmout krajskou strategii protidrogové politiky. Zřízení funkce krajského koordinátora pro protidrogovou politiku zůstalo v ZOZNL jen jako možnost.

Obdobně i obce s rozšířenou působností podle předchozí právní úpravy zřizovaly v případě potřeby výše popsané koordinační mechanismy v případě potřeby. V ZOZNL zůstala pouze povinnost obcí provádět protidrogovou politiku na svém území a možnost v případě potřeby zřídit funkci místního koordinátora pro protidrogovou politiku. Blíže viz kapitolu Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (str. 17) a kapitolu Politické, občanské a odborné akce a iniciativy (str. 26).

Funkce krajského protidrogového koordinátora byla v r. 2016 obsazena ve všech krajích s výjimkou Moravskoslezského, kde tuto funkci dlouhodobě zastává referent pro sociální služby. Funkce krajského protidrogového koordinátora nebyla od prosince 2016 do května 2017 obsazena v Praze a od listopadu 2016 do července 2017 v Kraji Vysočina. V r. 2016 vykonávalo svou funkci na celý úvazek 8 krajských protidrogových koordinátorů. U ostatních je funkce krajského protidrogového koordinátora kumulována s jinou agendou, nejčastěji s agendou prevence kriminality. Krajsští protidrogoví koordinátoři jsou v organizační struktuře krajského úřadu zařazeni většinou na pozici referenta odboru sociálních věcí (9), odboru zdravotnictví (2), odboru školství (2) a v jednom případě je krajský koordinátor zařazen v odboru kanceláře hejtmána.

V 9 krajích ze 14 jsou zřízeny komise pro otázky protidrogové politiky, ve 2 krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem a ve 3 krajích pracovní skupiny. Celkem

⁶⁹ Doposud byla realizace protidrogové politiky od r. 2005 upravena zákonem č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

⁷⁰ oficiální označení funkce podle zákona š. 65/2017 Sb. je národní koordinátor pro protidrogovou politiku

13 krajů ve svých výročních zprávách uvádí, že komise či pracovní skupiny zabývající se protidrogovou politikou se rovněž věnují problematice alkoholu, tabáku a hazardního hraní alespoň ad hoc. Krajské volby v r. 2016 měly ve většině krajů vliv na složení protidrogových komisí, kde docházelo k obměnám. Tématy jednání poradních orgánů jsou většinou aktuální drogová situace, finanční zajištění protidrogové politiky v kraji, příprava a realizace strategie a akčních plánů protidrogové politiky atd. V r. 2016 byla často projednáváným tématem efektivita preventivních programů. V Kraji Vysočina od r. 2013 fungovala Pracovní skupina k problematice alkoholu, která se zabývala rovněž problematikou hazardního hraní; v r. 2016 však byla její činnost ukončena z důvodů obtížného řešení problematiky z pozice kraje.

Protidrogová politika krajů většinou vychází ze specifického krajského strategického dokumentu. Jen ve dvou krajích je protidrogová politika součástí strategického dokumentu se širším záběrem. V Plzeňském kraji byla v r. 2016 schválena nová Koncepce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2017–2020, která byla zpracována nově vzniklou Pracovní skupinou protidrogovou a prevence kriminality Plzeňského kraje. V Královéhradeckém kraji byla v r. 2016 schválena nová Strategie prevence sociálně nežádoucích jevů v Královéhradeckém kraji 2017–2021. Strategie zahrnuje 3 oblasti: prevence kriminality, protidrogová politika a sociálně vyloučené lokality (SVL), resp. zmírňování sociálního vyloučení osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách. Kraj uvádí, že na základě proběhlé analýzy se potvrdil předpoklad, že tyto 3 oblasti spolu úzce souvisí a ovlivňují se, proto je krajský strategický dokument integruje – do r. 2015 měl Královéhradecký kraj samostatný strategický dokument protidrogové politiky.

V r. 2016 byla schválena Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na období 2016–2020⁷¹ a Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016–2019. Až na výjimky specifické strategické dokumenty krajů zahrnují i problematiku hazardního hraní, alkoholu a tabáku. Koncepce Karlovarského kraje a strategie Jihomoravského kraje reálně nezačleňují ani oblast alkoholu a tabáku, ani hazardního hraní a zabývají se pouze otázkami nelegálních drog. Obdobně ani strategie Jihočeského kraje tyto nové oblasti protidrogové politiky nezahrnuje, ale dokument Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017 se zabývá službami jak pro uživatele drog a alkoholu, tak pro hazardní hráče.

V r. 2016 došlo rovněž ke schválení dalších strategických dokumentů krajů. Řada krajů přijala plány rozvoje sociálních služeb: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015–2019, Plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji 2011–2017, Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2016–2018 (a rovněž navazující Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na rok 2017 a základní síť sociálních služeb). V Praze a v Pardubickém kraji vešel v platnost nový střednědobý plán rozvoje sociálních služeb a k aktualizaci stávajícího střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb došlo v Kraji Vysočina. V dalších oblastech to byly např. Krajský plán primární prevence rizikového chování na období 2016–2018 (Středočeský kraj), Krajský plán primární prevence rizikového chování Jihomoravského kraje na období 2016–2018, Koncepce prevence kriminality v Pardubickém kraji 2017–2021.

Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři (MPK). Pozice místního protidrogového koordinátora byla v r. 2016 ustavena ve všech 22 městských částech hl. m. Prahy a ve 186 obcích s rozšířenou působností (z toho ve 14 obcích nejde přímo o funkci MPK, ale o kontaktní osobu pro tuto problematiku) z celkového počtu 205 (184 v r. 2014 a 188 v r. 2015). MPK ve všech obcích s rozšířenou působností má kromě Prahy dále Plzeňský, Jihočeský, Zlínský, Liberecký, Olomoucký kraj a Kraj Vysočina.

Od r. 2015 je nabízen akreditovaný kurz určený pro krajské a místní protidrogové koordinátory, který realizuje vzdělávací centrum Institut expertních služeb (I.E.S.) Společnosti Podané ruce. Jeho cílem je posílit kompetence a znalosti v oblasti koordinace protidrogové politiky na místní úrovni.

⁷¹ V předchozích letech byla protidrogová politika Středočeského kraje upravena ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb.

Kurz může být realizován rovněž na klíč. Školení bylo realizováno v r. 2015 pro Jihočeský kraj a v r. 2016 pro Ústecký kraj (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017f).

Blíže koordinační mechanismy protidrogové politiky na krajské úrovni popisuje Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích za r. 2016 (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

1.3 Rozpočty a financování

1.3.1 Výdaje z veřejných rozpočtů

Protidrogová politika byla v r. 2016 financována podobně jako v předchozích letech ze dvou úrovní: z centrální úrovně (státní rozpočet) a regionální úrovně (krajské a obecní rozpočty). Rozpočtové výdaje na programy protidrogové politiky, které jsou plánované a identifikovatelné, se označují jako účelově určené (*labelled*). Další nepřímé společenské náklady spojené s užíváním návykových látek se dosud neodhadují pravidelně každý rok a nejsou předmětem této podkapitoly.

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

Protidrogová politika jako samostatný rozpočtový program je vykazována v rozpočtech Úřadu vlády ČR, ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT), ministerstva obrany (MO), ministerstva zdravotnictví (MZ) a ministerstva spravedlnosti (MS). Kromě těchto resortů se na financování protidrogové politiky podílí též ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), které sice nemá v rozpočtu samostatnou položku na protidrogovou politiku, avšak v rámci dotačního řízení podporuje adiktologické služby, resp. sociální služby, kde jsou identifikovanou cílovou skupinou uživatelé návykových látek. Také ministerstvo zahraničních věcí (MZV) nemá samostatnou rozpočtovou položku na protidrogovou politiku, přesto podporuje projekty zahraniční spolupráce v oblasti drog. Podobně Policie ČR má zvlášť nerozpočtované, ale identifikované výdaje na činnost Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie (NPC), na náklady krajských ředitelství policie v oblasti drog (tzv. problematika toxikologie a toxikologické analýzy), dále na nákupy testů a testovacích souprav na alkohol a OPL, na znalecké posudky a náklady na forenzní toxikologické analýzy v oblasti drog. Dále se na realizaci protidrogové politiky podílí Celní protidrogová jednotka (CPJ), která je součástí Generálního ředitelství cel (GRČ) a na jejíž činnost rovněž není vyčleněna samostatná rozpočtová položka protidrogové politiky.⁷² Kromě veřejných rozpočtů jsou služby pro uživatele návykových látek a závislé financovány z veřejného zdravotního pojištění a z evropských fondů.⁷³

V r. 2016 činily identifikované výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtů státní správy a samosprávy celkem 1536,2 mil. Kč. Souhrnné identifikované výdaje státního rozpočtu dosáhly v r. 2016 částky 1267,5 mil. Kč – tabulka 1-2.

⁷² Struktura výdajů na protidrogovou politiku vykazovaných jako účelově určené se mezi institucemi liší. Zatímco některé vykazují pouze prostředky rozdělené v dotačních řízeních na projekty a služby protidrogové politiky (MPSV, MV), jiné instituce do výdajů počítají kromě dotací také prostředky na administraci dotačního řízení nebo platby za služby na výzkum a analýzy, certifikační řízení, publikační a informační činnost nebo materiálové výdaje (RVKPP, MŠMT, MO, MZ, MS), nebo mzdové a provozní výdaje (Policie ČR). Jakékoliv srovnání mezi jednotlivými institucemi nebo vývoj v čase je tedy potřeba posuzovat s vědomím této nesourodosti.

⁷³ V období 2009–2013 bylo v ČR na projekty protidrogové politiky (zejména na adiktologické služby) z prostředků evropských fondů vynaloženo přibližně 310,0 mil. Kč – blíže viz VZ 2014.

Úřad vlády ČR, resp. sekretariát RVKPP, vydal v r. 2016 celkem 125,9 mil. Kč. Cestou dotací RVKPP podporuje projekty v oblasti primární prevence (zejména selektivní a indikované), terénní programy, nízkoprahové služby a poradenství, ambulantní a rezidenční léčby včetně léčby v terapeutických komunitách, programy následné péče a projekty v oblasti koordinace / výzkum / hodnocení. V první výzvě, která byla zaměřena zejména na oblast nelegálních návykových látek a hazardního hraní, bylo podpořeno 166 projektů, ve druhé výzvě, která byla zaměřena zejména na oblasti nově integrované do protidrogové politiky (hazardní hraní, alkohol a tabák), 39 projektů v souhrnném objemu 118,2 mil. Kč. Na zajištění odborné činnosti sekretariátu RVKPP (administrace dotačního řízení RVKPP, certifikace odborné způsobilosti, monitoringu užívání drog a patologického hráčství) bylo čerpáno 6,6 mil. Kč a dalších 1,1 mil. Kč tvořilo financování systémového projektu Evropského sociálního fondu (ESF) Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky.

V r. 2016 vyčlenilo MŠMT ze svého rozpočtu celkem 11,9 mil. Kč na podporu 96 projektů v oblasti protidrogové prevence. Příjemci dotací byly školy, školská zařízení a NNO pracující s dětmi a mládeží a vzdělávající pedagogy.

MO financovalo v rámci programu protidrogové politiky částkou 468 tis. Kč vzdělávací a preventivní programy pro příslušníky resortu obrany.

MPSV v r. 2016 podpořilo 186 služeb celkovou částkou 185,4 mil. Kč na činnost kontaktních center, terénních programů, sociálního poradenství, terapeutických komunit, následné péče a domovů se zvláštním režimem.⁷⁴

MZ poskytlo celkově částku 21,0 mil. Kč. Z toho bylo 19,6 mil. Kč na dotace projektům zaměřeným na léčbu osob závislých na návykových látkách (AT ordinace, substituční léčba, detoxifikace, ústavní léčba) a v oblasti harm reduction na nákup zdravotnického materiálu pro kontaktní centra a terénní programy. Dále MZ poskytlo 1,4 mil. Kč na preventivní projekty v rámci dotačního programu na projekty podpory zdraví.

MS financovalo v celkové výši 14,9 mil. Kč. V tom bylo 4,2 mil. Kč neinvestičních dotací na programy protidrogové politiky ve vězení poskytované neziskovými organizacemi a prostředky Justiční akademie a Institutu pro kriminologii a sociální prevenci v souhrnné výši 0,4 mil. Kč.

V r. 2016 dosáhly výdaje Policie ČR v oblasti návykových látek celkové výše 903,5 mil. Kč. Policie dlouhodobě vykazuje osobní a provozní náklady na činnost NPC, které v r. 2016 dosáhly 198,5 mil. Kč. Od r. 2014 Policie ČR vykazuje celou řadu dalších výdajů. Jde o výdaje krajských ředitelství policie v oblasti drog (tzv. problematika toxů a činnost toxů týmů) v celkové výši 630,5 mil. Kč, dále např. náklady na nákupy testů a testovacích souprav na alkohol a OPL v celkové výši 53,6 mil. Kč.

Generální ředitelství cel (GŘC), jehož součástí je Celní protidrogová jednotka (CPJ), neposkytlo za r. 2016 údaje o výdajích na činnosti v rámci odhalování drogové trestné činnosti a protidrogové politiky.

Ministerstvo zahraničních věcí (MZV) podpořilo v r. 2016 v oblasti protidrogové politiky 3 projekty mezinárodní spolupráce v Afghánistánu, Íránu a Gruzii v souhrnné částce 4,4 mil. Kč.

⁷⁴ Domov se zvláštním režimem je speciální pobytová sociální služba pro klienty se specifickými potřebami danými přítomností chronického duševního nebo somatického onemocnění. Některé domovy se zvláštním režimem jsou určeny osobám s duševní poruchou vyvolanou účinkem alkoholu a dalších návykových látek, kteří mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiných osob. V r. 2016 bylo podpořeno 7 těchto programů pro osoby závislé na návykových látkách.

tabulka 1-2: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle resortů v l. 2010–2016, v tis. Kč

Resort	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RVKPP	85 504	90 852	90 502	95 854	93 198	94 987	125 940
MŠMT	14 967	12 993	11 521	10 455	11 956	12 196	11 905
MO	4 384	2 999	2 372	379	448	488	468
MPSV* > domovy se zvl. režimem	n. a.	n. a.	n. a.	28 867	29 956	30 399	46 019
> ostatní	91 743	76 931	84 356	96 444	113 068	130 258	139 356
> celkem	91 743	76 931	84 356	125 311	143 024	160 657	185 375
MZ	21 462	21 167	18 754	14 811	23 607	23 118	21 009
MS	7 081	4 059	11 095	9 531	11 064	11 938	14 911
MV	–	–	–	4 653	19 877	25 030	0
GŘC	2 100	1 931	1 800	2 500	n. a.	n. a.	n. a.
Policie > NPC	144 370	131 000	126 419	n. a.	146 834	166 941	198 458
ČR* > ostatní	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	559 531	670 412	705 032
> celkem	144 370	131 000	126 419	n. a.	706 365	837 353	903 490
MZV*	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	3 200	6 380	4 386
Celkem	371 611	341 932	346 819	263 494	1 012 739	1 174 081	1 267 484

Pozn.: MPSV, MV – výdaje v dotačních řízeních na prevenci kriminality a na výzkum, MŠMT, MZ – výdaje na dotační řízení a jeho administraci, RVKPP, MS – výdaje na dotační řízení, nákup služeb, materiálové a investiční výdaje, MO – nákup služeb a materiálové výdaje, NPC – mzdové a provozní výdaje. * Do výdajů MPSV od r. 2013 jsou nově započítány dotace domovům se zvláštním režimem. Do výdajů policie od r. 2014 jsou kromě výdajů NPC započítány rovněž další výdaje krajských ředitelství policie na znalecké posudky, laboratorní analýzy, testování alkoholu a OPL a odhalování trestné činnosti. Rovněž od r. 2014 jsou k dispozici výdaje v oblasti zahraniční pomoci a spolupráce. MV kromě Policie ČR nemělo v r. 2016 žádné další identifikovatelné výdaje spojené s protidrogovou politikou.

Protidrogová politika je financována kromě státního rozpočtu i z místních rozpočtů, tj. z rozpočtů krajů a obcí. V r. 2016 poskytly kraje na protidrogovou politiku 198,7 mil. Kč a obce 70,0 mil. Kč, dohromady 268,8 mil. Kč. Také zde je potřeba zdůraznit, že od r. 2014 jsou do výdajů krajů a obcí započítány výdaje krajů na domovy se zvláštním režimem (9,7 mil. Kč v r. 2016) – tabulka 1-5.

Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z místních rozpočtů od r. 2008 uvádí tabulka 1-3. Údaje o financování na krajské úrovni jsou rozděleny podle místa, kde byly finance realizátory jednotlivých projektů a činností spotřebovány. Prostředky na realizaci protidrogové politiky v r. 2016 s krajským určením čerpané ze státního a místních rozpočtů podle krajů zobrazuje mapa 1-1, mapa 1-2 a tabulka 1-6.

Celkové výdaje na protidrogovou politiku lze rozdělit i na hlediska snižování poptávky po drogách (prevence, harm reduction, léčba, doléčování) a na snižování nabídky (prosazování práva). Snižování poptávky po drogách je financováno jak ze státního, tak z místních rozpočtů, oblast snižování nabídky po drogách je financována ze státního rozpočtu. Podrobnou situaci v r. 2016 ukazuje tabulka 1-7, vývoj výdajů na protidrogovou politiku podle oblastí uvádí tabulka 1-4.

tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v l. 2008–2016, v tis. Kč

Kraj	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hl. m. Praha	63 934	60 494	62 415	54 834	63 478	61 938	57 394	72 499	63 441
Středočeský	22 677	16 072	21 516	17 750	17 052	6 241	13 316	15 562	20 186
Jihočeský	12 124	12 263	10 070	10 677	11 519	11 271	13 827	14 356	14 162
Plzeňský	14 122	13 656	14 403	15 217	14 278	12 824	13 183	14 458	13 190
Karlovarský	2 756	1 165	6 256	4 991	6 756	8 192	10 638	4 815	6 597
Ústecký	10 251	11 049	12 374	10 715	9 270	8 394	8 343	9 620	14 080
Liberecký	13 102	9 850	10 986	11 258	11 462	11 429	11 246	12 404	12 311
Královéhradecký	7 969	10 909	7 604	8 338	9 047	18 929	14 456	15 394	16 579
Pardubický	7 394	6 889	8 545	8 141	7 928	9 933	5 421	6 105	7 214
Vysočina	4 562	4 053	4 143	5 119	10 370	12 830	15 439	17 013	17 274
Jihomoravský	14 268	25 571	21 799	25 360	28 466	25 940	27 113	26 744	27 148
Olomoucký	10 791	12 174	11 082	11 419	12 071	12 380	9 907	15 852	13 335
Zlínský	8 886	11 671	20 734	7 447	6 797	10 033	10 429	9 774	11 740
Moravskoslezský	32 522	36 290	43 839	30 628	31 979	32 026	30 347	33 680	31 496
Celkem	225 357	232 106	255 764	221 895	240 474	242 359	241 059	268 276	268 753

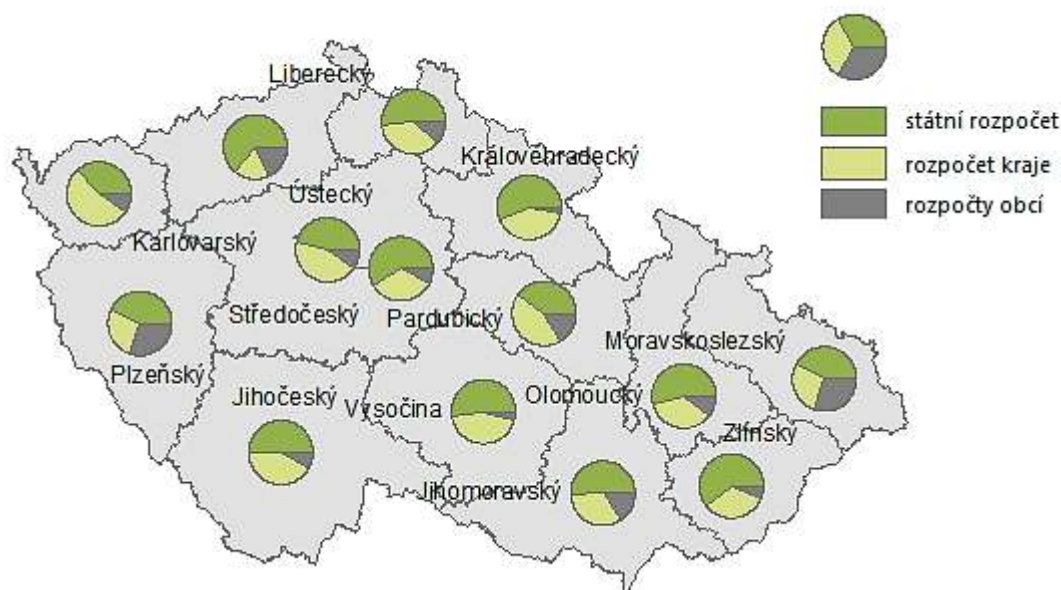
Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky.

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v r. 2016 podle krajů, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let



Pozn.: Uvedené údaje nezahrnují výdaje Policie ČR určené jednotlivým krajům vzhledem k tomu, že jejich rozdělení podle krajů není k dispozici.

mapa 1-2: Struktura výdajů s krajským určením na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů ČR v r. 2016 podle krajů



Pozn.: Uvedené údaje nezahrnují výdaje Policie ČR určené jednotlivým krajům vzhledem k tomu, že jejich rozdělení podle krajů není k dispozici.

tabulka 1-4: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v l. 2013–2016, v tis. Kč

Kategorie služby	2013		2014		2015		2016	
	Částka	Podíl (%)	Částka	Podíl (%)	Částka	Podíl (%)	Částka	Podíl (%)
Prevence	45 605	9,0	40 040	3,2	46 780	3,2	57 116	3,7
Harm reduction	174 281	34,5	192 111	15,3	208 004	14,5	237 690	15,5
Léčba	118 531	23,4	117 981	9,4	125 615	8,6	137 212	8,9
Záchytné stanice	79 784	15,8	74 142	5,9	80 120	5,6	67 065	4,4
Následná péče	35 152	6,9	40 757	3,3	59 909	4,3	51 335	3,3
Domovy se zvláštním režimem	36 293	7,2	37 112	3,0	38 075	2,7	55 764	3,6
Koordinace, výzkum, hodnocení	7 762	1,5	38 002	3,0	41 866	2,5	18 688	1,2
Prosazování práva*	3 086	0,6	710 398	56,7	837 353	58,4	903 490	58,8
Ostatní, nezařazeno	5 354	1,1	3 256	0,3	4 635	0,3	7 876	0,5
Celkem	505 853	100,0	1 253 798	100,0	1 442 357	100,0	1 536 236	100,0

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

V současné době se adiktologické služby (tj. služby poskytované pacientům s adiktologickou poruchou), které jsou registrovány jako sociální služby, potýkají s problémy spojenými s tzv. vyrovnávací platbou, která slouží k financování služeb hospodářské povahy, aniž jde o nepovolenou veřejnou podporu, a která je ve financování sociálních služeb zavedena od r. 2016. RVKPP ve spolupráci s A.N.O. a ČAA v r. 2016 provedla dotazníkové šetření mapující situaci v adiktologických službách po zavedení vyrovnávací platby (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017a). Ze 49 organizací účastnících se dotačního řízení RVKPP dotazník vyplnilo 42, které zastupují 155 adiktologických služeb, z nichž 143 je registrováno jako sociální služba. Bylo zjištěno, že:

- 44 % organizací se domnívá, že jejich služby nelze považovat za předmět obecného hospodářského zájmu,
- jedním ze zásadních problémů je samotné pochopení principu a výklad nově zavedeného pojmu „vyrovnávací platba“,
- poskytovatelé služeb nejsou schopni určit, které finanční příjmy patří do vyrovnávací platby,
- 56 % organizací považuje svou činnost za základní činnost sociálních služeb (která má být kryta vyrovnávací platbou), 44 % nikoli,

- poskytovatelům není jasné, kdo má určovat, zda přijatá dotace patří do vyrovnávací platby, či nikoli, podle 38 % to je poskytovatel každé dotace, podle 29 % vydavatel pověření (tedy kraj nebo MPSV), podle 12 % poskytovatel služby,
- 53 % organizací uvedlo, že donoři se v současnosti ve svých smluvních ujednáních neodkazují na již existující pověření hlavního zadavatele; 34 % uvedlo, že ve smlouvách není jednoznačně určen účel poskytnutých prostředků,
- 44 % organizací potřebovalo k realizaci služby více prostředků, než byly stanovené vyrovnávací platby, 43 % potřebovalo méně, u 13 % nebyla hodnota vyrovnávací platby stanovena,
- minimálně u 56 % služeb nebyly dotace dostatečné k tomu, aby pokryly rozsah činnosti, u 32 % stačily, u zbytku to nebylo zjištěno,
- použité metody výpočtu vyrovnávací platby v jednotlivých regionech se lišily, u některých služeb byly použity chybné postupy,
- 40 % organizací uvedlo, že reálná potřeba úvazků pro vykonávání služeb je vyšší, než kolik jich mají uvedeno v pověření,
- poskytnutá dotace byla u 28 % služeb nižší než 25 % vyrovnávací platby, u dalších 47 % byla nižší než 50 %, pouze u 10 % služeb byla vyšší než 75 %,
- mezi kraji existují značné rozdíly v nastavení výše vyrovnávací platby na jeden úvazek (např. jeden úvazek v kontaktním centru v Libereckém kraji má hodnotu 1,05 mil. Kč a v Praze 0,43 mil. Kč.).

1.3.2 Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog

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

Odhadovaný objem výdajů ze zdravotního pojištění na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek v r. 2015⁷⁵ činil 1707 mil. Kč (v r. 2014 to bylo 1583 mil. Kč, v r. 2013 1467 mil. Kč), z toho na léčbu poruch způsobených alkoholem (dg. F10) bylo vydáno 1145 mil. Kč (1062 mil. Kč v r. 2014, 977 mil. Kč v r. 2013) a na léčbu poruch způsobených nealkoholovými drogami (dg. F11–F19) 562 mil. Kč (520 mil. Kč v r. 2014, 490 mil. Kč v r. 2013). Vývoj a strukturu těchto nákladů ukazuje tabulka 1–8.

V r. 2015 dosáhla částka spotřebovaná adiktologickými (AT) odděleními jak ambulantní, tak lůžkové péče 250 mil. Kč (256 mil. Kč v r. 2014, 214 mil. Kč v r. 2013). Na péči o uživatele alkoholu bylo vydáno 159 mil. Kč (165 mil. Kč v r. 2014, 146 mil. Kč v r. 2013), z toho 150 mil. Kč na lůžkovou a 9 mil. Kč na ambulantní péči. U nealkoholových poruch (dg. F11–F19) dosáhly výdaje AT programů 91 mil. Kč (90 mil. Kč v r. 2014, 68 mil. Kč v r. 2013), z toho 85 mil. Kč na lůžkovou a 6 mil. Kč na ambulantní péči (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017h).

1.3.3 Společenské náklady spojené s užíváním drog

Společenské náklady tabáku, alkoholu a nelegálních drog zkoumala studie Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v r. 2007 (Zábranský a kol., 2011). Celkové hmotné náklady podle této studie činily v r. 2007 v ČR 56,2 mld. Kč (1,6 % HDP), z toho na tabák 33,1 mld. Kč (59,0 %), na alkohol 16,4 mld. Kč (29,1 %) a na nelegální drogy 6,7 mld. Kč (11,9 %) – blíže viz VZ 2011. Jiná studie vyčíslila náklady na alkohol v ČR v r. 2010 ve výši 19,6 mld. Kč

⁷⁵ Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek jsou zpracovány s ročním zpožděním ze statistiky zdravotnických účtů podle mezinárodní metodologie System of Health Accounts.

(Gustavsson a kol., 2011, Csémy a Winkler, 2012). V souvislosti s kouřením tabáku v ČR se často citují náklady ve výši 80–100 mld. Kč ročně.⁷⁶

Kromě toho byly poprvé v ČR vyčísleny společenské náklady na hazardní hraní, které za r. 2012 dosáhly 14,2–16,1 mld. Kč, z toho hmotné náklady 3,5–4,7 mld. Kč (Winkler a kol., 2014) – blíže viz Výroční zprávu o hazardním hraní v ČR v r. 2014 a 2015 (Mravčík a kol., 2015, Mravčík a kol., 2016b).

⁷⁶ http://zpravy.idnes.cz/cesi-prestavaji-kourit-kvuli-krizi-musi-setrit-i-na-zavislostech-p9r-domaci.aspx?c=A100214_204732_domaci_abr; http://ceskapozice.lidovky.cz/jak-dopadne-boj-o-cigaretovy-dym-dnl-tema.aspx?c=A121229_003800_pozice_89103 [2015-09-06]

tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v r. 2016 podle kategorií služeb, v tis. Kč

Kraj		Primární prevence	Harm reduction	Ambulantní služby	Služby ve vězení	Rezidenční služby	– z toho domovy se zvláštním režimem	Následná péče	Záchytné stanice	Prevence drogové kriminality	Informace / výzkum / koordinace	Ostatní	Celkem
Rozpočty krajů	Hl. m. Praha	10 050	12 901	14 758	0	5 920	0	3 800	0	0	740	4 193	52 362
	Středočeský	1 731	3 233	2 623	0	1 769	0	1 289	5 500	0	0	0	16 145
	Jihočeský	1 300	3 740	1 260	90	670	0	630	4 000	0	115	0	11 805
	Plzeňský	900	1 291	88	140	388	0	692	2 668	0	0	0	6 168
	Karlovarský	651	1 339	0	0	0	0	0	3 598	0	0	0	5 588
	Ústecký	40	5 644	704	69	205	56	219	0	0	105	0	6 985
	Liberecký	300	1 463	416	300	1 220	0	504	5 000	0	17	28	9 248
	Královéhradecký	1 322	2 147	0	0	6 653	6 653	0	5 383	0	0	0	15 505
	Pardubický	1 690	571	298	0	0	0	0	2 572	0	100	0	5 231
	Vysočina	3 941	1 581	0	0	4 562	2 976	657	4 947	0	0	0	15 688
	Jihomoravský	2 419	4 901	210	430	1 900	0	1 462	7 057	0	0	200	18 579
	Olomoucký	150	3 050	994	50	0	0	0	6 099	0	0	0	10 343
	Zlínský	331	1 787	0	0	0	0	0	7 700	0	0	0	9 818
	Moravskoslezský	0	1 919	0	0	227	0	290	12 000	0	0	847	15 283
	Celkem	24 824	45 568	21 351	1 079	23 515	9 685	9 543	66 524	0	1 077	5 268	198 749
Rozpočty obcí	Hl. m. Praha	5 770	1 579	1 277	0	600	0	270	0	420	19	1 144	11 079
	Středočeský	1 102	1 859	740	0	0	0	0	340	0	0	0	4 041
	Jihočeský	71	1 614	419	0	0	0	200	0	0	54	0	2 357
	Plzeňský	1 522	3 036	587	160	988	0	729	0	0	0	0	7 021
	Karlovarský	132	877	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 009
	Ústecký	269	4 967	447	8	321	60	1 083	0	0	0	0	7 095
	Liberecký	637	1 442	358	74	265	0	286	0	0	0	0	3 062
	Královéhradecký	0	872	202	0	0	0	0	0	0	0	0	1 074
	Pardubický	80	1 325	528	0	0	0	50	0	0	0	0	1 983
	Vysočina	381	1 010	0	0	0	0	194	0	0	0	0	1 585
	Jihomoravský	184	5 068	270	252	540	0	1 815	0	440	0	0	8 570
	Olomoucký	871	1 186	629	105	0	0	0	201	0	0	0	2 992
	Zlínský	90	1 624	153	0	0	0	50	0	0	5	0	1 922

Kraj	Primární prevence	Harm reduction	Ambulantní služby	Služby ve vězení	Rezidenční služby	- z toho domovy se zvláštním režimem	Následná péče	Záchytné stanice	Prevence drogové kriminality	Informace / výzkum / koordinace	Ostatní	Celkem
Moravskoslezský	533	8 839	2 116	0	1 888	0	1 372	0	0	0	1 463	16 213
Celkem	11 642	35 299	7 726	599	4 602	60	6 050	541	860	78	2 607	70 004
Místní rozpočty celkem												
Hl. m. Praha	15 820	14 480	16 035	0	6 520	0	4 070	0	420	759	5 337	63 441
Středočeský	2 832	5 092	3 363	0	1 769	0	1 289	5 840	0	0	0	20 186
Jihočeský	1 371	5 354	1 679	90	670	0	830	4 000	0	169	0	14 162
Plzeňský	2 422	4 327	675	300	1 376	0	1 421	2 668	0	0	0	13 190
Karlovarský	783	2 216	0	0	0	0	0	3 598	0	0	0	6 597
Ústecký	309	10 611	1 151	76	526	116	1 302	0	0	105	0	14 080
Liberecký	937	2 905	774	374	1 485	0	790	5 000	0	17	28	12 311
Královéhradecký	1 322	3 019	202	0	6 653	6 653	0	5 383	0	0	0	16 579
Pardubický	1 770	1 896	826	0	0	0	50	2 572	0	100	0	7 214
Vysočina	4 322	2 591	0	0	4 562	2 976	851	4 947	0	0	0	17 274
Jihomoravský	2 603	9 969	480	682	2 440	0	3 277	7 057	440	0	200	27 148
Olomoucký	1 021	4 236	1 623	155	0	0	0	6 300	0	0	0	13 335
Zlínský	421	3 411	153	0	0	0	50	7 700	0	5	0	11 740
Moravskoslezský	533	10 758	2 116	0	2 115	0	1 662	12 000	0	0	2 310	31 496
Celkem	36 466	80 867	29 076	1 678	28 117	9 745	15 593	67 065	860	1 155	7 876	268 753

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

tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2016 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace, v tis. Kč

Kraje	RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	MV	GŘC	Policie ČR	MZV	Státní rozpočet celkem	Kraj	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
HL. m. Praha	32 810	1 120	–	11 197	8 961	–	–	n. a.	n. a.	–	54 088	52 362	11 079	63 441	117 529	7,7
Středočeský	4 816	1 042	–	21 014	2 216	–	–	n. a.	n. a.	–	29 088	16 145	4 041	20 186	49 274	3,2
Jihočeský	6 938	620	–	5 065	1 651	178	–	n. a.	n. a.	–	14 451	11 805	2 357	14 162	28 614	1,9
Plzeňský	4 071	508	–	3 788	1 551	26	–	n. a.	n. a.	–	9 944	6 168	7 021	13 190	23 134	1,5
Karlovarský	1 639	105	–	2 023		–	–	n. a.	n. a.	–	3 766	5 588	1 009	6 597	10 363	0,7
Ústecký	9 332	78	–	14 600	1 627	–	–	n. a.	n. a.	–	25 636	6 985	7 095	14 080	39 716	2,6
Liberecký	3 044	293	–	9 765		–	–	n. a.	n. a.	–	13 102	9 248	3 062	12 311	25 413	1,7
Královéhradecký	2 355	383	–	17 740	1 321	–	–	n. a.	n. a.	–	21 799	15 505	1 074	16 579	38 378	2,5
Pardubický	1 531	191	–	3 128		–	–	n. a.	n. a.	–	4 850	5 231	1 983	7 214	12 063	0,8
Vysočina	1 492	474	–	16 702	534	–	–	n. a.	n. a.	–	19 202	15 688	1 585	17 274	36 475	2,4
Jihomoravský	11 721	941	–	13 240	2 014	–	–	n. a.	n. a.	–	27 916	18 579	8 570	27 148	55 064	3,6
Olomoucký	7 336	568	–	7 602	168	–	–	n. a.	n. a.	–	15 674	10 343	2 992	13 335	29 009	1,9
Zlínský	4 065	466	–	13 679	116	–	–	n. a.	n. a.	–	18 326	9 818	1 922	11 740	30 066	2,0
Moravskoslezský	5 323	170	–	17 072	48	–	–	n. a.	n. a.	–	22 613	15 283	16 213	31 496	54 109	3,5
Výdaje s krajským určením	96 473	6 958	0	156 614	20 207	204	0	0	630 485*	0	910 940	198 749	70 004	268 753	1 179 692	76,8
Výdaje s centrálním určením	29 467	4 947	468	28 761	802	14 707	0	0	273 005	0	352 157	0	0	0	352 157	22,9
Výdaje s určením v zahraničí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 386	4 386	0	0	0	4 386	0,3
Celkem	125 940	11 905	468	185 375	21 009	14 911	0	0	903 490	4 386	1 267 484	198 749	70 004	268 753	1 536 236	100,0
➤ z toho investiční	0	0	0	0		0	0	0	23 147	0	23 147	0	0	0	23 147	1,5
Celkem (%)	8,2	0,8	0,0	12,1	1,4	1,0	0,0	0,0	58,8	0,3	82,5	12,9	4,6	17,5	100,0	–

Pozn.: Pro zkratky uvedené v tabulce viz kapitolu Zkratky. Od r. 2014 jsou započítány dotace domovům se zvláštním režimem, do výdajů policie kromě výdajů NPC rovněž další výdaje. * Uvedené údaje zahrnují výdaje Policie ČR určené jednotlivým krajům, jejich rozdělení podle krajů však není k dispozici.

tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2016 podle kategorií služeb, v tis. Kč

Kategorie služby		RVKPP	MŠMT	MO	MPSV	MZ	MS	MV	GŘC	Policie ČR	MZV	Státní rozpočet celkem	Kraje	Obce	Územní rozpočty celkem	Celkem	Celkem (%)
Prevence		3 995	11 905	468	–	1 429	1 993	–	–	–	–	19 790	24 824	11 642	36 466	56 256	3,7
Harm reduction	terénní programy	17 922	–	0	28 913	111	–	–	–	–	–	46 947	18 158	14 676	32 834	79 781	5,2
	kontaktní centra	37 396	–	0	44 138	376	–	–	–	–	–	81 911	21 733	17 108	38 842	120 753	7,9
	sloučené programy KPS a TP	3 982	–	0	0	9 428	–	–	–	–	–	13 410	5 564	2 876	8 441	21 850	1,4
	jiné a nezařazené HR programy	0	–	0	14 556		–	–	–	–	–	14 556	112	639	751	15 307	1,0
	celkem	59 300	–	0	87 608	9 915	–	–	–	–	–	156 823	45 568	35 299	80 867	237 690	15,5
Ambulantní služby	zdravotní	11 585	–	0	–	5 378	–	–	–	–	–	16 962	8 864	1 627	10 491	27 453	1,8
	sociální	7 594	–	0	–	–	–	–	–	–	–	7 594	9 848	4 517	14 365	21 959	1,4
	jiné a nezařazené	2 120	–	0	–	416	–	–	–	–	–	2 536	2 638	1 582	4 221	6 757	0,4
	celkem	21 298	–	0	–	5 794	–	–	–	–	–	27 092	21 351	7 726	29 076	56 168	3,7
Služby ve vězení		1 012		0	0		12 917	–		–	–	13 929	1 079	599	1 678	15 607	1,0
Rezidenční služby	lůžkové zdravotní	100	–	0	–	3 799	–	–	–	–	–	3 899	190	600	790	4 689	0,3
	terapeutické komunity	20 263	–	0	22 903	0	–	–	–	–	–	43 166	13 640	3 942	17 582	60 748	4,0
	domovy se zvláštním režimem	0	–	0	46 019	–	–	–	–	–	–	46 019	9 685	60	9 745	55 764	3,6
	jiné a nezařazené	0	–	0			–	–	–		–	0	0	0	0	0	0,0
	celkem	20 363	–	0	68 922	3 799	–	–	–	–		93 084	23 515	4 602	28 117	121 201	7,9
Služby následné péče		6 897	–	0	28 845	–	–	–	–	–	–	35 742	9 543	6 050	15 593	51 335	3,3
Sociální podniky		0	–	0	0	–	–	–	–	–	–	0	0	0	0	0	0,0
Záchytné stanice		0	–	0	–	–	–	–	–	–	–	0	66 524	541	67 065	67 065	4,4
Prevence drogové kriminality		0	–	0	–	–	–	–	–	–	–	0	0	860	860	860	0,1
Prosazování práva		0	–	0	–	–	–	–	–	903 490	–	903 490	–	–	0	903 490	58,8
Koordinace, výzkum, hodnocení		13 075	–	0	0	72	–	–	–	–	4 386	17 533	1 077	78	1 155	18 688	1,2
Ostatní, nezařazeno		0	–	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5 268	2 607	7 876	7 876	0,5
Celkem		125 940	11 905	468	185 375	21 009	14 911	0	0	903 490	4 386	1 267 484	198 749	70 004	268 753	1 536 236	100,0

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

tabulka 1-8: Odhad výdajů zdravotních pojištěn na dg. F10 a dg. F11–F19 podle druhu péče v l. 2008–2015, v mil. Kč

Druh péče	Výdaje na dg. F10						Výdaje na dg. F11–F19									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Léčebná péče	757,3	858,3	830,8	774,9	826,6	744,3	828,0	854,6	250,5	294,5	309,2	310,8	345,5	371,6	407,3	420,8
Lůžková péče	679,0	768,5	739,2	707,0	709,7	656,6	754,4	771,2	217,8	256,3	268,8	278,5	290,3	322,1	365,6	373,7
<i>Lůžková intenzivní péče</i>	24,2	35,1	41,3	30,7	30,9	30,1	28,2	27,6	9,4	13,0	14,8	12,4	11,4	11,8	13,7	9,7
> z toho psychiatrie	0,8	1,2	1,4	2,3	1,6	1,6	1,9	2,1	3,1	3,6	3,3	3,2	2,1	2,7	2,9	2,3
<i>Lůžková standardní péče</i>	85,8	102,0	77,5	64,6	79,9	69,7	58,3	63,1	43,1	44,0	46,1	31,8	41,4	39,8	35,6	39,8
> z toho psychiatrie	41,0	41,7	27,0	38,6	33,8	32,5	40,0	44,9	28,6	25,0	25,4	22,9	25,1	24,7	30,9	35,3
dětská psychiatrie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1
<i>Lůžková dlouhodobá péče</i>	569,0	631,5	620,3	611,7	598,8	556,8	667,9	680,5	165,3	199,4	208,0	234,2	237,5	270,5	316,4	324,2
> z toho AT	111,8	146,8	148,0	139,4	140,2	137,7	156,5	150,4	44,2	61,0	62,3	61,8	59,1	62,7	85,0	85,2
psychiatrie	455,2	481,4	468,9	469,0	454,5	415,5	507,0	526,8	118,7	135,4	142,3	167,7	174,9	204,2	228,6	235,1
dětská psychiatrie	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,5	0,1	2,4	2,7	3,3	4,5	3,3	3,4	2,5	3,9
Jednodenní péče	0,8	0,8	1,2	0,7	2,1	0,6	0,6	0,3	0,3	0,3	0,5	0,3	0,9	0,3	0,3	0,1
Ambulantní péče	74,8	87,8	89,4	66,3	113,9	86,3	72,1	82,1	31,4	37,4	39,5	31,7	54,0	48,8	41,0	46,6
Primární péče	1,1	1,6	1,7	1,5	2,5	1,7	0,7	1,7	0,4	0,7	0,8	0,7	0,9	0,8	0,4	0,9
Stomatologie	0,3	1,2	0,4	0,1	0,1	0,2	0,0	0,6	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,3
<i>Ambulantní specializovaná péče</i>	62,4	74,6	76,0	52,8	100,4	73,6	60,5	68,1	27,6	33,1	35,6	27,6	49,8	44,7	36,9	42,0
> z toho AT	7,2	7,8	7,7	7,4	7,7	8,3	8,7	8,8	3,5	4,5	4,0	4,7	4,9	5,0	5,4	5,7
psychiatrie	37,4	36,2	35,5	36,2	35,1	35,8	40,4	44,0	16,2	16,7	17,7	19,0	18,9	22,6	25,1	27,9
dětská psychiatrie	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3
<i>Další ambulantní specializovaná péče</i>	11,1	10,4	11,4	11,8	11,0	10,8	10,9	11,8	3,3	3,2	3,0	3,3	3,2	3,1	3,8	3,4
> z toho klinická psychologie	8,4	9,3	10,3	10,9	11,0	10,8	10,9	11,8	2,3	2,7	2,6	2,9	3,2	3,1	3,7	3,4
psychoterapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Domácí péče	2,7	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Rehabilitační péče	0,6	7,3	9,3	8,5	1,3	0,6	0,8	9,1	0,2	2,8	3,8	3,5	0,6	0,4	0,4	4,5
Dlouhodobá péče	18,8	18,8	21,7	24,6	20,2	16,9	22,9	24,2	3,8	2,8	4,0	3,8	1,8	3,1	3,8	2,6
Podpůrné služby	51,1	61,5	65,2	57,3	62,4	58,0	62,6	63,4	38,0	43,3	45,5	32,9	35,3	36,3	36,7	39,3
Laboratoře	19,3	25,3	27,7	24,4	27,2	23,5	27,2	28,2	30,5	34,6	36,3	25,1	26,2	25,5	27,4	29,8
> z toho toxikologie	4,1	5,1	4,9	4,8	6,7	5,1	5,1	5,2	8,4	10,8	8,9	9,1	8,0	6,8	7,1	7,2
Zobrazovací metody	7,6	10,0	10,4	5,7	6,4	6,8	3,7	4,0	2,4	3,4	3,7	1,9	2,4	2,6	0,8	1,1
Doprava a zdravotní záchranná služba	24,2	26,2	27,0	27,3	28,8	27,7	31,7	31,2	5,1	5,2	5,5	5,9	6,7	8,1	8,4	8,4
Léky a prostředky zdravotnické techniky	204,9	251,2	229,2	233,3	208,8	150,0	120,8	152,2	76,4	91,8	89,8	95,4	87,7	75,1	59,0	74,7
Léky	192,0	233,0	213,5	219,1	206,2	147,8	118,4	149,7	71,6	85,1	83,6	89,5	86,6	73,9	57,8	73,4
Prostředky zdravotnické techniky	12,9	18,3	15,7	14,2	2,5	2,2	2,4	2,5	4,8	6,7	6,2	5,8	1,1	1,2	1,2	1,3
Prevence	14,3	9,7	8,1	3,5	1,6	5,6	26,3	28,7	20,5	4,3	3,2	1,4	0,7	2,8	12,9	14,1
Neidentifikovaná péče	2,1	0,7	2,5	0,9	3,2	1,7	0,8	2,2	0,8	0,3	0,5	0,3	1,1	0,8	0,4	1,2
Celkem	1049,1	1207,5	1166,8	1103,1	1124,1	977,0	1062,2	1145,1	390,3	439,5	455,9	448,1	472,6	489,9	520,4	562,4

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017h)



Kapitola 2: Užívání drog v populaci

2.1 Užívání drog v obecné populaci

V r. 2016 realizovalo NMS další vlnu celopopulační studie na náhodně vybraném reprezentativním vzorku dospělé populace ČR pod názvem *Národní výzkum užívání návykových látek 2016*. Současně proběhlo na podzim r. 2016 každoroční omnibusové šetření *Prevalence užívání drog v populaci ČR*, které prostřednictvím jedné baterie otázek zjišťuje v obecné populaci rozsah zkušeností s nelegálními drogami. Rozsah užívání nelegálních drog byl zjišťován také v rámci každoročního omnibusového *Výzkumu názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života*.

V populaci dospívajících je ve čtyřletých intervalech prováděna studie ESPAD, která již od r. 1995 poskytuje podrobné informace o užívání alkoholu a jiných drog v populaci 16letých studentů. Poslední vlna mezinárodní studie proběhla v r. 2015, za r. 2016 jsou k dispozici výsledky studie obdobného rozsahu, která byla v ČR realizována s cílem ověřit výsledky studie ESPAD z r. 2015.

2.1.1 Národní výzkum užívání návykových látek 2016

Na podzim 2016 realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou MindBridge Consulting celopopulační studii na reprezentativním vzorku populace ve věku 15+ let s názvem *Národní výzkum užívání návykových látek 2016* (Národní výzkum 2016), která metodologicky navazuje na studie obdobného rozsahu a zaměření realizované v r. 2008 a 2012. Celkem bylo ve studii osloveno 6235 domácností, konečný výběrový soubor dotázaných tvořilo celkem 3601 respondentů starších 15 let, z nich bylo 2875 ve věkové skupině 15–64 let. Míra response po vyloučení domácností a respondentů, kteří nesplňovali kritéria zařazení do studie, dosáhla 57,8 %. Šlo o třístupňový⁷⁷ stratifikovaný náhodný výběr respondentů. Data byla sbírána prostřednictvím osobních rozhovorů tazatele s respondentem za použití papírového dotazníku (PAPI, pen-and-paper interview) (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting, 2016).

Studie byla primárně zaměřena na rozsah užívání legálních a nelegálních návykových látek v obecné populaci a podrobně pokrývala následující témata:

- kouření cigaret a zkušenosti s elektronickou cigaretou,
- konzumaci alkoholu,
- užívání psychoaktivních léků získaných bez lékařského předpisu (odděleně léků na uklidnění nebo na nespavost, léků na bolest na bázi opiátů a stimulačních léků),
- užívání konopných látek (léčebné i neléčebné),
- užívání nekonopných drog.

Součástí dotazníku byly otázky zaměřené na subjektivní vnímání dostupnosti drog, vnímání rizik spojených s užíváním drog a další postoje k návykovým látkám. Součástí dotazníku byly také bloky otázek věnované hraní počítačových a hazardních her, duševnímu zdraví, životní spokojenosti a rizikovému sexuálnímu chování. Moduly ke kouření, alkoholu a konopným látkám obsahovaly také screeningové škály umožňující odhad výskytu problémového užívání návykových látek – škálu HSI (Heaviness of Smoking Index) u kouření cigaret (Heatherton, 1989), škálu CAGE pro hodnocení míry rizikovosti užívání alkoholu (Ewing, 1984, Mayfield, 1974, Bühler a kol., 2004, Bradley a kol., 1998) a škálu CAST pro hodnocení výskytu intenzivního užívání konopných látek v populaci (Beck a Legleye, 2008, Legleye a kol., 2007, Legleye a kol., 2011, Spilka a kol., 2013). Výsledky týkající se problémového užívání drog jsou uvedeny v kapitole Problémové užívání drog (str. 95).

⁷⁷ Prvním stupněm byl výběr 476 obcí z předem nadefinovaných strat na základě krajů a velikostní kategorie sídel, druhým krokem byl náhodný výběr 750 startovacích adres v těchto obcích a výběr domácností náhodnou procházkou. Ve třetím kroku byli v domácnosti náhodně vybráni respondenti s nejbližším dnem narozenin (ve věku 15+ let).

2.1.1.1 Užívání legálních drog

Kouření tabáku ve formě cigaret, doutníků nebo pomocí dýmky nebo vodní dýmky alespoň jednou v životě uvedlo 61,4 % respondentů, v posledních 30 dnech kouřilo 30,7 % dotázaných. Pravidelné denní kouření v posledních 30 dnech uvedlo 26,6 % respondentů (35,6 % mužů a 18,3 % žen), nejčastěji ve věkových kategoriích 45–54 a 25–34 let – tabulka 2-1. Denní kuřáci uváděli nejčastěji kouření 11–20 cigaret denně (47,9 %), 31,7 % denních kuřáků kouřila více než 20 cigaret denně. Mezi silnějšími kuřáky bylo více mužů, k nejsilnějším kuřákům (více než 30 cigaret denně) patřili především respondenti ve věku 45–54 a 35–44 let – graf 2-1. Denní kuřáci si svou první cigaretu nejčastěji zapálí do 30 minut po probuzení (65,2 %), z nich 20,2 % vykouří první cigaretu do 5 minut od probuzení – graf 2-2.

Zkušenost s elektronickou cigaretou v životě uvedlo celkem 19,2 % respondentů (23,0 % mužů a 15,8 % žen), v posledních 12 měsících vapovalo elektronickou cigaretu celkem 7,9 %. Vyšší zkušenost měli muži a především respondenti v nejmladších věkových skupinách (29,5 % ve věku 15–24 let a 26,5 % ve věku 25–34 let) – graf 2-3.

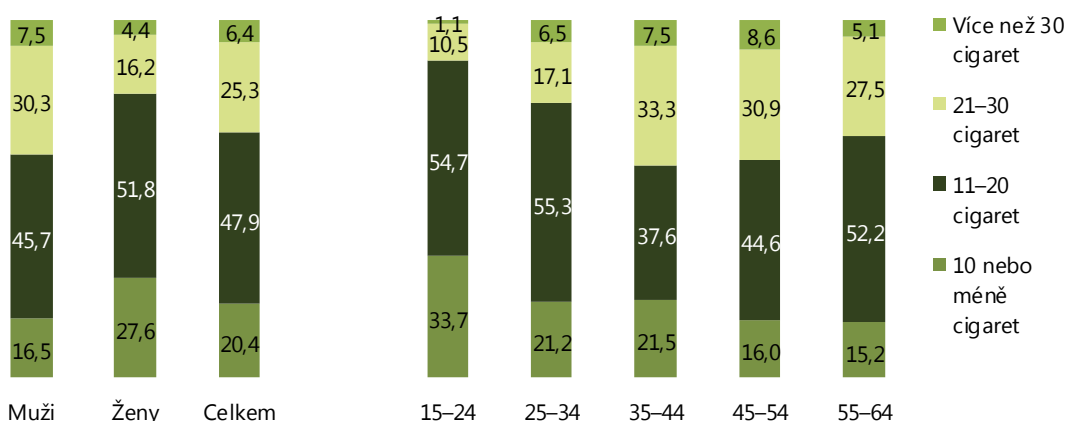
tabulka 2-1: Prevalence kouření, konzumace alkoholu, užívání psychoaktivních léků a těkavých látek podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %

Typ návykové látky	Věková skupina 15–64 let			15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let
	Muži (n=1385)	Ženy (n=1490)	Celkem (n=2875)	(n=431)	(n=586)	(n=725)	(n=567)	(n=566)
Kouření tabáku								
V životě	70,6	52,9	61,4	57,8	67,4	60,1	62,1	59,1
V posledních 30 D	39,7	22,4	30,7	27,1	35,2	30,1	33,1	27,2
Denně	35,6	18,3	26,6	22,3	28,8	25,7	30,8	24,4
Elektronické cigarety								
V životě	23,0	15,8	19,2	29,5	26,5	16,6	15,3	11,5
V posledních 12 M	9,9	6,1	7,9	17,1	10,4	5,8	4,8	4,2
V posledních 30 D	3,2	2,0	2,6	4,4	4,1	2,3	1,1	1,4
Denně	0,8	0,5	0,7	0,9	1,0	0,4	0,7	0,4
Konzumace alkoholu								
V posledních 12 M	88,5	76,4	82,3	70,5	86,7	84,8	86,6	79,0
V posledních 30 D	81,4	61,5	71,1	60,1	75,3	72,0	76,9	68,2
Binge drinking alespoň jednou týdně	19,9	6,6	13,0	7,4	15,9	12,4	15,8	11,8
Binge drinking denně	2,2	0,4	1,3	0,9	0,9	1,0	1,8	1,8
Psychoaktivní léky*								
V posledních 12 M	11,9	22,3	17,3	10,2	14,0	16,4	22,4	22,3
➤ sedativa a hypnotika	6,0	13,5	9,9	3,7	6,5	9,5	14,3	14,3
➤ opioidní analgetika	6,1	10,1	8,1	6,5	7,8	7,0	9,2	10,1
➤ stimulační léky	0,6	1,2	0,9	0,9	0,9	1,1	1,4	0,2
V posledních 30 D	6,1	14,5	10,5	5,3	7,5	9,9	13,7	15,0
➤ sedativa a hypnotika	3,4	8,6	6,1	2,1	2,9	5,9	9,7	9,2
➤ opioidní analgetika	3,0	7,2	5,2	3,7	5,0	4,6	5,3	7,1

Pozn.: 12 M odpovídá užití v posledních 12 měsících, 30 D užití v posledních 30 dnech. Binge drinking – 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti. * Jakékoliv užití včetně indikovaného lékařem.

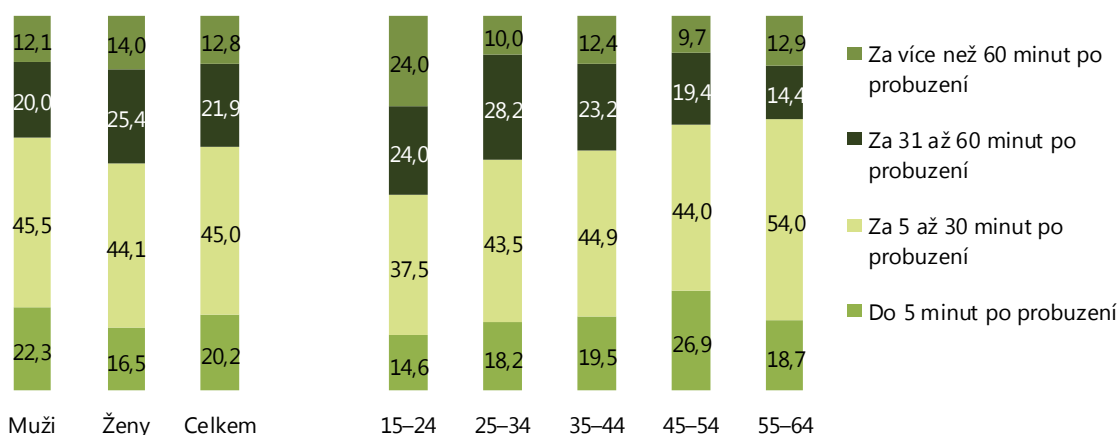
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016)

graf 2-1: Počet vykouřených cigaret mezi denními kuřáky podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %



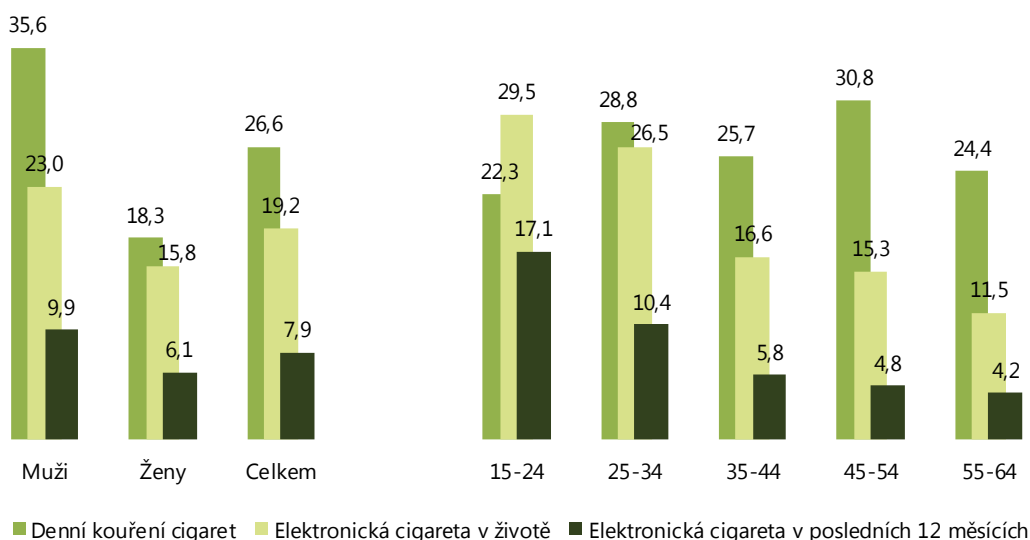
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016)

graf 2-2: Doba, kdy si kuřáci po probuzení zapálí svou první cigaretu podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %



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

graf 2-3: Denní kouření a zkušenost s elektronickou cigaretou v životě a posledních 12 měsících podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %

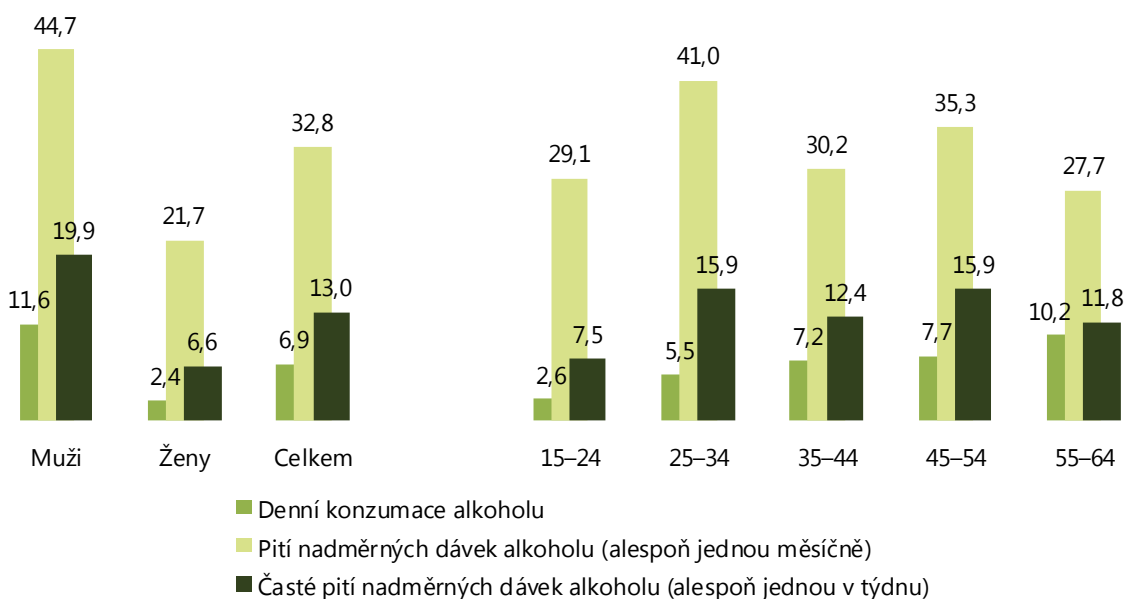


Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016)

Alkohol v posledních 12 měsících konzumovalo celkem 82,3 % respondentů (88,5 % mužů a 76,4 % žen). Přibližně polovina z nich (41,8 %) pila alkohol s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji, 6,9 % pilo alkohol denně nebo téměř denně (11,6 % mužů a 2,4 % žen). Denní konzumaci alkoholu, stejně jako konzumaci nadměrných dávek alkoholu (tj. konzumaci 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti) uváděli výrazně častěji muži.

Denní konzumaci alkoholu uváděli častěji respondenti ve starších věkových skupinách (10,2 % ve věku 55–64 let), konzumaci nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti uváděli naopak častěji respondenti v mladších věkových kategoriích (25–34 let) – graf 2-4.

graf 2-4: Denní konzumace alkoholu a pití nadměrných dávek alkoholu v populaci celkem podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %

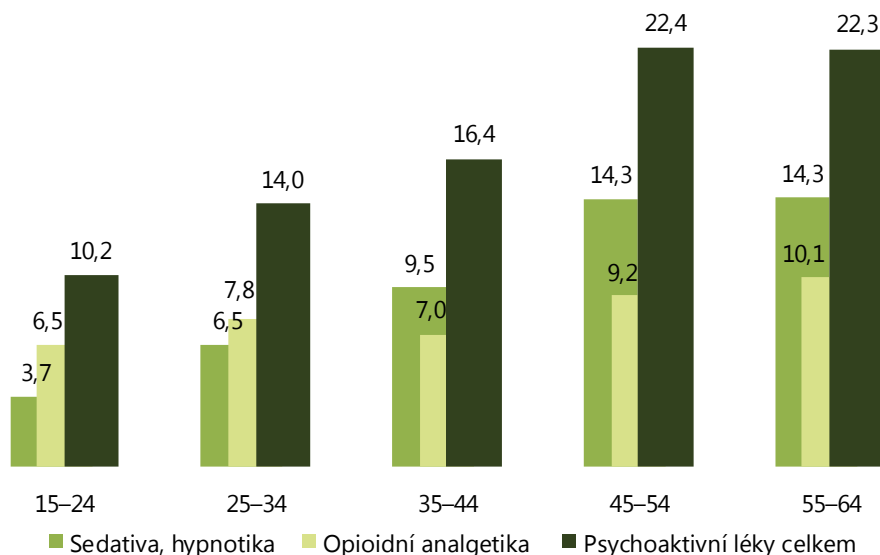


Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016)

Psychoaktivní léky užilo v posledních 12 měsících celkem 17,3 % dotázaných (11,9 % mužů a 22,3 % žen). Užití léků na uklidnění nebo nespavost (tj. sedativa nebo hypnotika) uvedlo 9,9 % dotázaných (6,0 % mužů a 13,5 % žen), léky na bázi opioidů užívané proti bolesti užilo 8,1 % (6,1 % mužů a 10,1 % žen) a stimulační léky 0,9 % respondentů (0,6 % mužů a 1,2 % žen). Užívání

psychoaktivních léků se zvyšuje s věkem respondentů – zatímco v mladších věkových kategoriích převažuje užívání opioidních analgetik, ve věkových kategoriích nad 35 let převažuje užívání léků na uklidnění a na nespavost – graf 2-5.

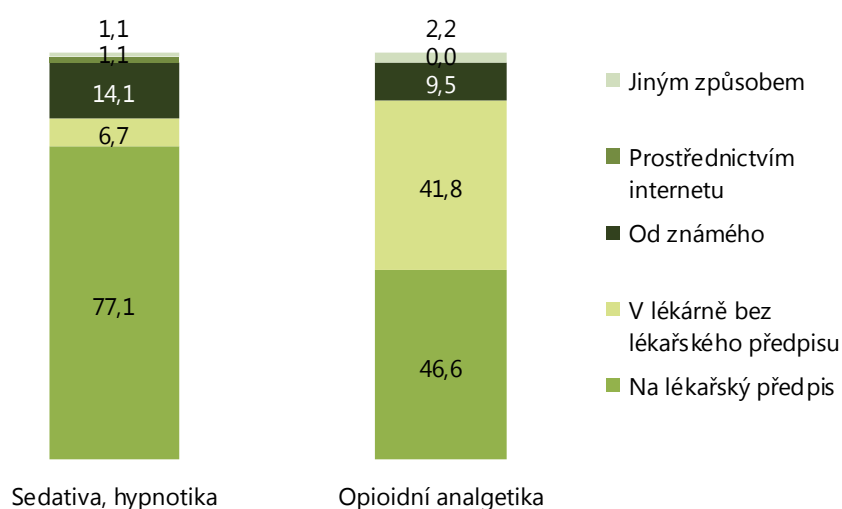
graf 2-5: Prevalence užívání psychoaktivních léků v posledních 12 měsících podle věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %



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

Respondenti nejčastěji získali psychoaktivní léky na lékařský předpis, nicméně podíl respondentů, kteří získali léky jiným způsobem, je překvapivě vysoký (22,9 % uživatelů sedativ a 53,4 % uživatelů opioidních analgetik) – graf 2-6. Léky se sedativním účinkem nebo hypnotika si respondenti často dokáží obstarat od známých (14,4 %) nebo v lékárně bez předpisu (6,7 %), v případě opioidních analgetik je získání léků bez předpisu v lékárně výrazně častější (41,8 %).

graf 2-6: Způsob získání psychoaktivních léků mezi respondenty, kteří léky užili v posledních 12 měsících – Národní výzkum 2016, v %



Pozn.: V kategorii osob, které získaly opioidní analgetika v lékárně bez předpisu (tj. 41,8 % uživatelů opioidních analgetik), pouze 7 z 96 osob uvedlo název konkrétního přípravku.

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

2.1.1.2 Užívání nelegálních drog

Některou ze sledovaných nelegálních drog užilo alespoň jednou v životě celkem 30,5 % obecné populace ve věku 15–64 let, 38,8 % mužů a 22,7 % žen. Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (26,6 %), následované extází (7,1 %), halucinogenními houbami (5,4 %), pervitinem (3,0 %) a LSD (2,1 %). Zkušenost s kokainem uvedlo 1,4 % a s poppers 1,8 % dotázaných, rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je v obecné populaci na nízké úrovni (méně než 1 %) – tabulka 2-2. Zkušenost s novými psychoaktivními drogami (rostlinnými nebo syntetickými)⁷⁸ uvedlo 0,7 % respondentů. Celkem 3,9 % uvedlo užití těkavých látek v životě, 4,0 % uvedla zkušenost s užitím anabolických steroidů.

Zkušenosti s užitím nelegálních drog v životě i aktuální užívání je výrazně vyšší u mužů a v mladších věkových kategoriích – mezi respondenty ve věku 15–34 let (tzv. mladými dospělými) mělo zkušenost s konopnými látkami 43,8 %, zkušenost s extází 14,3 % a s halucinogenními houbami 10,3 %; konopné látky v posledních 12 měsících užívalo 19,4 % a v posledních 30 dnech 11,1 % tzv. mladých dospělých.

V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je výskyt užívání nelegálních drog v obecné populaci velmi nízký, s výjimkou konopných látek, které užilo 9,5 %, resp. 5,5 % dotázaných. Aktuální užívání nelegálních drog je nejvyšší ve věkových skupinách 15–24 a 25–34 let – graf 2-7.

⁷⁸ Syntetické nebo rostlinné látky se stimulačním, halucinogenním nebo sedativním účinkem, syntetické jsou dostupné ve formě prášku, tekutiny, kapslí nebo tripů, rostlinné ve formě extraktu, drti, sušiny nebo rostlinné směsi. Tyto látky jsou prodávány pod různými komerčními či chemickými názvy, případně zkratkami. Příkladem jsou katinony, stimulační látky napodobující účinek amfetaminu, kokainu či extáze, bývají označovány jako funky a patří mezi ně např. Mefedron, pentedron, 3-metylmekatinon, bk-MDMA, alfa-PVP. Jiným příkladem jsou syntetické kanabinoidy označované jako syntetická marihuana či spice. Patří mezi ně látky s označením JWH, AM, HU, CHMICA, FUBINACA, PINACA apod. Příkladem rostlinných drog jsou kratom, kanna, marihuanilla (*Leonurus sibiricus*), wild dagga (*Leonotis leonurus*), durman, šalvěj divotvorná, calea, damiána, kolovník apod. Účinky těchto látek často imitují účinky známých tradičních drog, jako jsou konopné látky, pervitin, extáze, kokain, LSD apod. Některé tyto látky nejsou uvedeny v seznamu zakázaných omamných a psychotropních látek a jsou prodejci označovány jako legální produkty. Tyto látky jsou nejčastěji nabízeny prostřednictvím internetu.

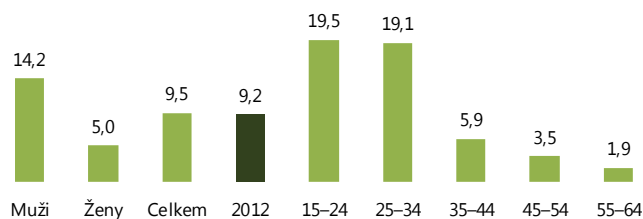
tabulka 2-2: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Národní výzkum 2016, v %

Typ drogy	Věková skupina 15–64 let			Tzv. mladí dospělí
	Muži (n=1385)	Ženy (n=1490)	Celkem (n=2875)	15–34 let (n=1017)
Celoživotní prevalence				
Jakákoliv nelegální droga celkem	38,8	22,7	30,5	48,8
Konopné látky	34,6	19,1	26,6	43,8
Extáze	10,0	4,4	7,1	14,3
Pervitin	4,5	1,5	3,0	5,9
Kokain	2,2	0,6	1,4	2,4
Heroin	1,2	0,3	0,7	1,3
LSD	3,3	1,1	2,1	3,6
Halucinogenní houby	8,0	3,0	5,4	10,3
Ketamin	0,2	0,1	0,2	0,1
Poppers	2,3	1,3	1,8	2,4
Nové psychoaktivní látky	0,9	0,4	0,7	1,2
Těkavé látky	6,1	1,8	3,9	4,7
Anabolické steroidy	7,1	1,1	4,0	5,6
Prevalence v posledních 12 měsících				
Jakákoliv nelegální droga celkem	16,2	7,0	11,5	22,5
Konopné látky	14,2	5,0	9,5	19,4
Extáze	2,4	0,9	1,6	4,0
Pervitin	1,0	0,6	0,8	1,7
Kokain	0,4	0,2	0,3	0,7
Heroin	0,4	0,1	0,2	0,5
LSD	1,0	0,3	0,7	1,4
Halucinogenní houby	2,5	0,5	1,5	3,1
Ketamin	0,2	0,1	0,2	0,1
Poppers	1,2	0,3	0,7	0,9
Nové psychoaktivní látky	0,3	0,1	0,2	0,3
Těkavé látky	2,2	0,6	1,4	2,1
Anabolické steroidy	3,1	0,4	1,7	3,0
Prevalence v posledních 30 dnech				
Jakákoliv nelegální droga celkem	9,6	2,8	6,1	12,4
Konopné látky	8,9	2,2	5,5	11,1
Extáze	0,4	0,3	0,3	0,9
Pervitin	0,7	0,1	0,3	0,9
Kokain	0,3	0,1	0,2	0,6
Heroin	0,2	0,1	0,1	0,3
LSD	0,1	0,0	0,1	0,2
Halucinogenní houby	0,4	0,0	0,2	0,2
Ketamin	0,1	0,0	0,0	0,0
Poppers	0,3	0,1	0,2	0,3
Nové psychoaktivní látky	0,0	0,1	0,0	0,1
Těkavé látky	0,3	0,1	0,2	0,1
Anabolické steroidy	1,2	0,1	0,6	0,1

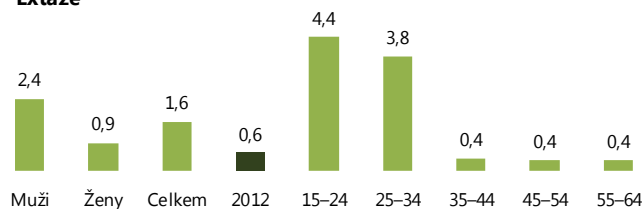
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016)

graf 2-7: Prevalence užívání vybraných nelegálních drog v obecné populaci v posledních 12 měsících – studie Národní výzkum 2016, v %

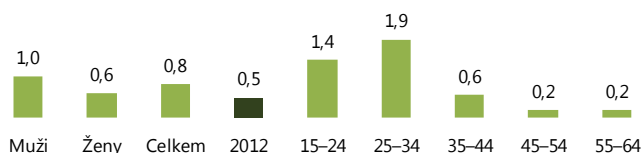
Konopné látky



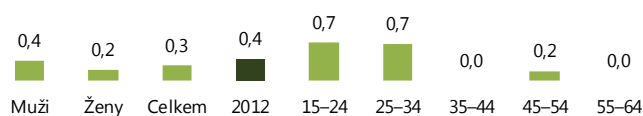
Extáze



Pervitin a amfetaminy



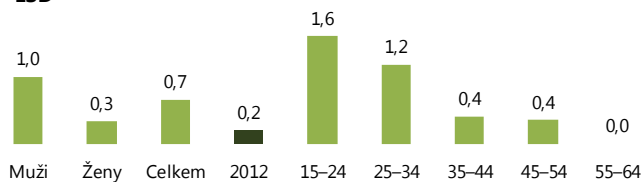
Kokain



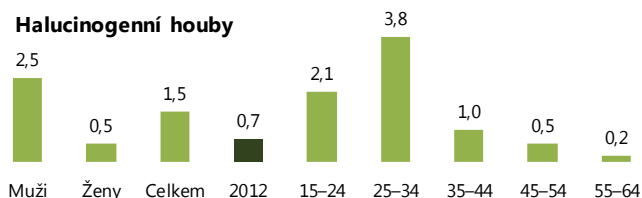
Heroin



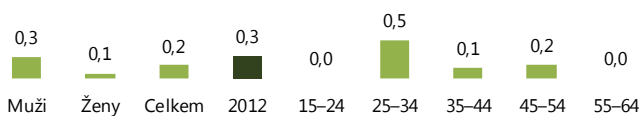
LSD



Halucinogenní houby



Nové psychoaktivní látky

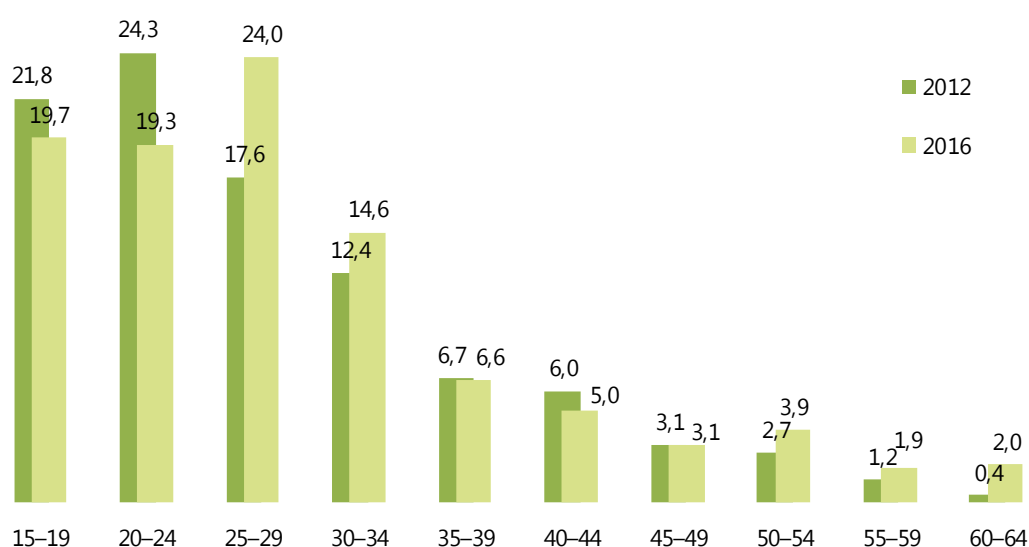


Pozn.: Pro srovnání je uvedena míra prevalence ve věkové skupině 15–64 let z r. 2012 ve sloupci označeném jako „2012“.

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

Ve srovnání s výsledky Národního výzkumu 2012 je patrné, že prevalence užívání konopných látek v obecné populaci zůstává dlouhodobě na stabilní úrovni – celoživotní prevalence mírně poklesla z 27,9 % v roce 2012 na 26,6 % v roce 2016, prevalence užití v posledních 12 měsících je na obdobné úrovni (9,2 % v roce 2012 a 9,5 % v roce 2016) a prevalence užití v posledních 30 dnech mírně vzrostla (ze 4,4 % na 5,5 %). Podrobnější analýza rozsahu užívání drog podle pětiletých věkových skupin je vzhledem k míře prevalence možná pouze u konopných látek. K významnému poklesu aktuálního užívání došlo v nejmladších věkových kategoriích (15–19 a 20–24 let), aktuální užívání naopak vzrostlo ve věkových skupinách 25–29 a 30–34 let; k mírnému nárůstu aktuálního užívání konopí došlo i ve starších věkových kategoriích – graf 2-8.

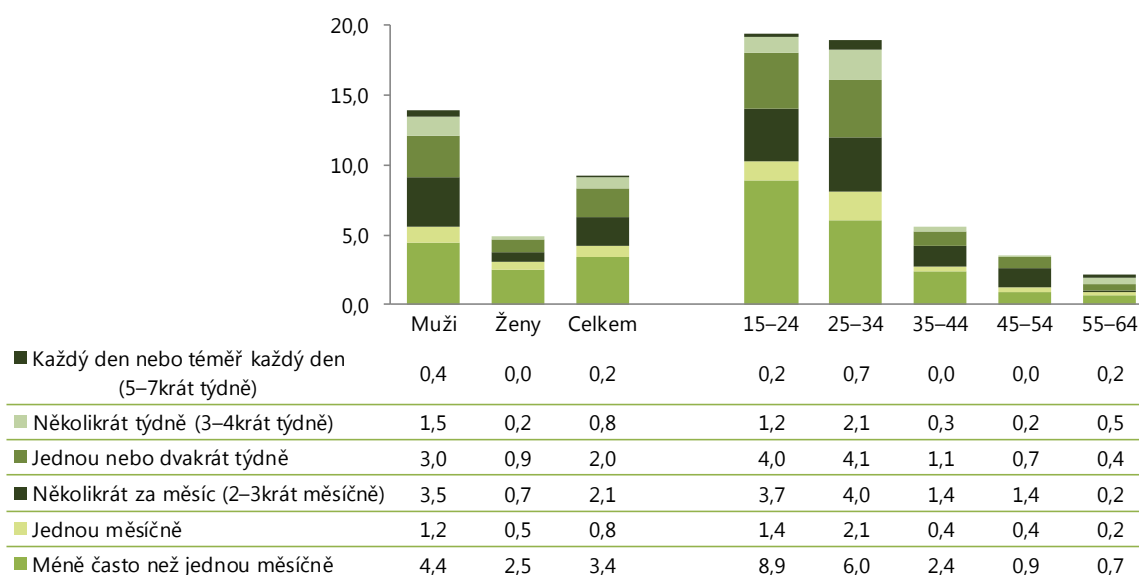
graf 2-8: Aktuální užívání konopných látek (v posledních 12 měsících) podle 5letých věkových skupin – srovnání výsledků Národního výzkumu 2012 a 2016, v %



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

Téměř tři čtvrtiny respondentů (73,9 %), kteří užili konopné látky v posledních 12 měsících, je užilo opakovaně (77,2 % mužů a 64,9 % žen). Celkem 32,0 % z nich užívalo konopné látky alespoň jednou týdně nebo častěji (34,9 % mužů a 23,3 % žen), denně nebo téměř denně užívalo konopné látky celkem 2,3 % dotázaných (pouze muži – 3,1 %). V populaci celkem bylo 0,2 % denních uživatelů konopných látek, nejčastěji pak ve věkových skupinách 25–34 a 15–24 let – graf 2-9.

graf 2-9: Frekvence užívání konopných látek v posledních 12 měsících podle pohlaví a věkových skupin, v %



Pozn.: Součet kategorií odpovídá prevalenci užití v posledních 12 měsících.

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

Naprostá většina uživatelů konopných látek uvedla, že v posledních 12 měsících užila marihuanu – 32,7 % uvedlo marihuanu vypěstovanou indoor, 41,4 % marihuanu vypěstovanou outdoor, 43,3 % marihuanu neznámého původu. Pouhých 2,6 % uživatelů konopných látek uvedlo užití hašiše v posledních 12 měsících.

2.1.1.3 Užívání konopí pro léčebné účely

Národní výzkum 2016 obsahoval rovněž modul otázek zaměřených na zkušenosti s užitím konopí v léčebném kontextu. Celkem 15,2 % dotázaných uvedlo, že někdy v životě užili konopí z léčebných důvodů (12,4 % mužů a 17,9 % žen) – tabulka 2-3. V r. 2012 to bylo 16,5 % osob (15,8 % mužů a 17,1 % žen).

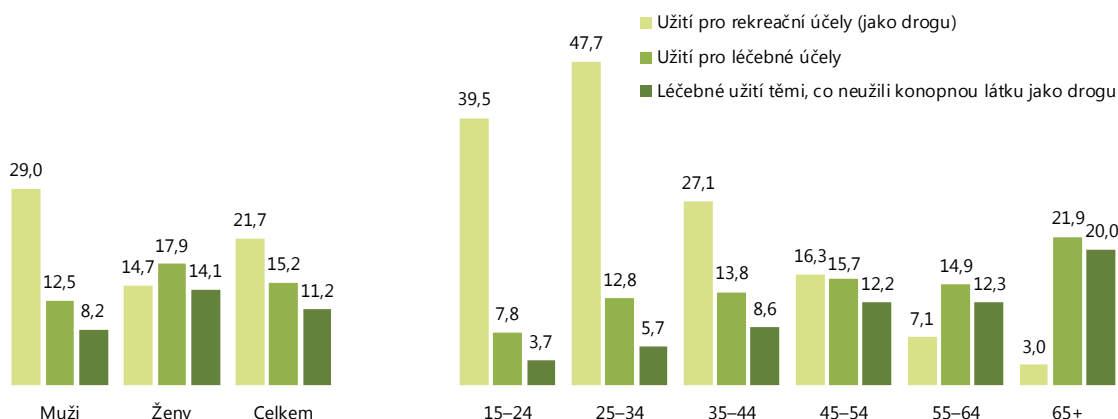
tabulka 2-3: Léčebné užití konopí podle pohlaví a věkových skupin – studie Národní výzkum 2016, v %

Léčebné užití konopí	Muži	Ženy	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	65+	Celkem
V životě	12,4	17,9	7,8	13,0	13,8	15,7	14,9	21,9	15,2
V posledních 12 měsících	7,8	11,6	5,1	8,0	8,0	9,5	9,1	15,7	9,8

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

Užití léčebného konopí uváděli častěji respondenti ve starších věkových skupinách, ve kterých je naopak ve srovnání s mladšími věkovými skupinami mnohem nižší míra užívání konopí v rekreačním kontextu – graf 2-10.

graf 2-10: Celoživotní prevalence užití konopných látek z rekreačních a léčebných důvodů u osob ve věku 15 a více let – Národní výzkum 2016, v %



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

Jako nejčastější důvody užití konopí pro léčebné účely uváděli respondenti bolest (53,7 %) a kožní problémy (46,0 %), dále ztuhlost (15,5 %), třes a křeče (7,8 %). Nejčastější příčinou uváděných potíží tak bylo kožní onemocnění (46,8 %), následované onemocněním kloubů (45,0 %), ostatní onemocnění uvedlo méně než 10 % dotázaných, např. nádorové onemocnění 3,7 %. Vzhledem k důvodům užití konopí uváděli respondenti nejčastěji užití ve formě masti (78,4 %) – tabulka 2-4.

tabulka 2-4: Forma užití konopí pro léčebné účely – studie Národní výzkum 2016

Forma konopí pro léčebné účely	Podíl (%)*
Ve formě léčivé masti	78,4
V konopné kosmetice	21,6
Ve formě konopného oleje	11,9
Ve formě konopného výtažku	8,2
Kouřil/a samotné	4,7
Kouřil/a ve směsi s tabákem	3,0
V jídle	2,9
V nápoji	2,7
Ve formě čípku	1,3
Vaporizérem	0,6
V jiné formě	1,6

Pozn.: * Bylo možno uvést více odpovědí, n = 544.

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

Zdroj naposledy získaného konopí pro léčebné účely uvádí graf 2-11. Vzhledem k tomu, že v souhrnu 35,1 % respondentů uvádí získání v lékárně, lze usuzovat, že přibližně třetina osob, které uvádějí léčbu konopím, užívá produkty bez THC jako aktivní složky. Pro přibližně 20 % je zdrojem pravděpodobně samopěstování nebo pěstování osobami blízkými.

graf 2-11: Zdroj naposledy získaného konopí pro léčbu – studie Národní výzkum 2016, v % respondentů, kteří uvedli užití konopí pro léčebné účely



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

V přepočtu na celou dospělou populaci (15 a více let) jde o cca 880 tis. osob, které uvádějí léčebné užití konopí v posledních 12 měsících, z toho cca 570 tis. pravděpodobně psychoaktivní konopí s vyšším obsahem THC.⁷⁹

2.1.1.4 Vnímání dostupnosti a rizikovosti návykových látek

V rámci Národního výzkumu 2016 byla zjišťována také subjektivně vnímaná dostupnost jednotlivých látek. Subjektivně vnímaná dostupnost nelegálních drog zůstává v ČR relativně vysoká – celkem 43,0 % respondentů by si celkem snadno nebo velmi snadno dokázalo obstarat konopné látky (48,9 % mužů a 37,6 % žen), 23,5 % by si snadno obstaralo extázi, 18,4 % pervitin a 16,4 % halucinogenní houby. Všechny sledované nelegální drogy vnímají jako dostupnější muži a respondenti v nejmladších věkových kategoriích (15–24 a 25–29 let). Mezi roky 2012 a 2016 lze sledovat významný nárůst subjektivně vnímané dostupnosti většiny nelegálních drog; v případě konopných látek a halucinogenních hub vzrostla vnímaná dostupnost jen mírně.

V rámci Národního výzkumu 2016 bylo také sledováno, nakolik podle respondentů člověk užíváním různých návykových látek ohrožuje své zdraví (ať už fyzické nebo psychické).

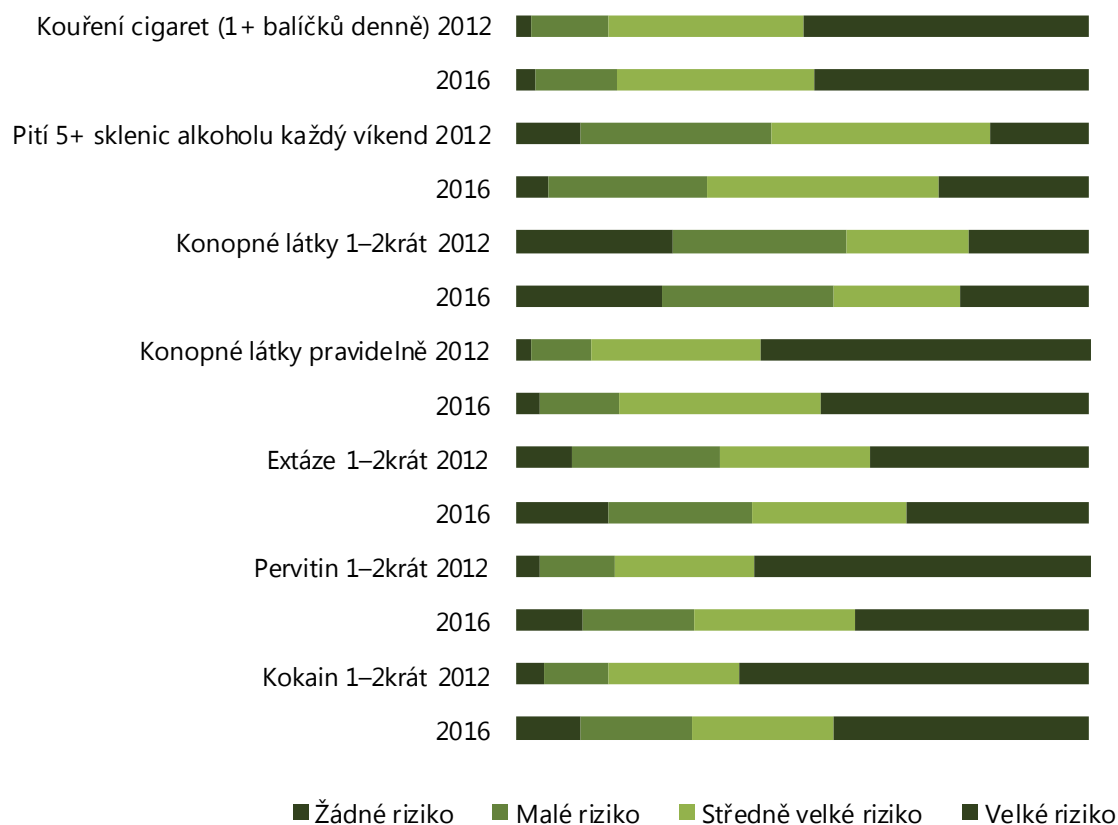
Za nejméně rizikové ze sledovaného výčtu bylo považováno jednorázové užití konopných látek a jednorázové užití extáze (jednorázovou zkušenost považuje za bezrizikovou nebo málo rizikovou 55,1 %, resp. 41,2 % respondentů) – graf 2-12. Za nejrizikovější považovali respondenti kouření 1 nebo více balíčků cigaret denně (82,6 % uvedlo střední nebo velké riziko) a pravidelné užívání konopných látek (82,1 %).

Ve srovnání s rokem 2012 se zvýšil podíl respondentů, kteří vnímají jako velmi rizikovou pravidelnou konzumaci nadměrných dávek alkoholu (pití 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti každý víkend) a naopak se snížil podíl respondentů, kteří považují za rizikové experimentování s nelegálními drogami – graf 2-12. Vnímání rizikovosti denního kouření, jednorázové i pravidelné konzumace konopných látek zůstalo mezi roky 2012 a 2016 na stejné úrovni. Při pohledu na vnímání rizik podle jednotlivých věkových skupin se v případě hodnocení rizik spojených s jednorázovým užitím konopných látek ukázalo, že respondenti v nejmladších věkových kategoriích (15–24 a 25–34 let) hodnotí častěji než dříve užití konopných látek jako

⁷⁹ tj. konopí s obsahem THC vyšším než 0,3 % v sušině

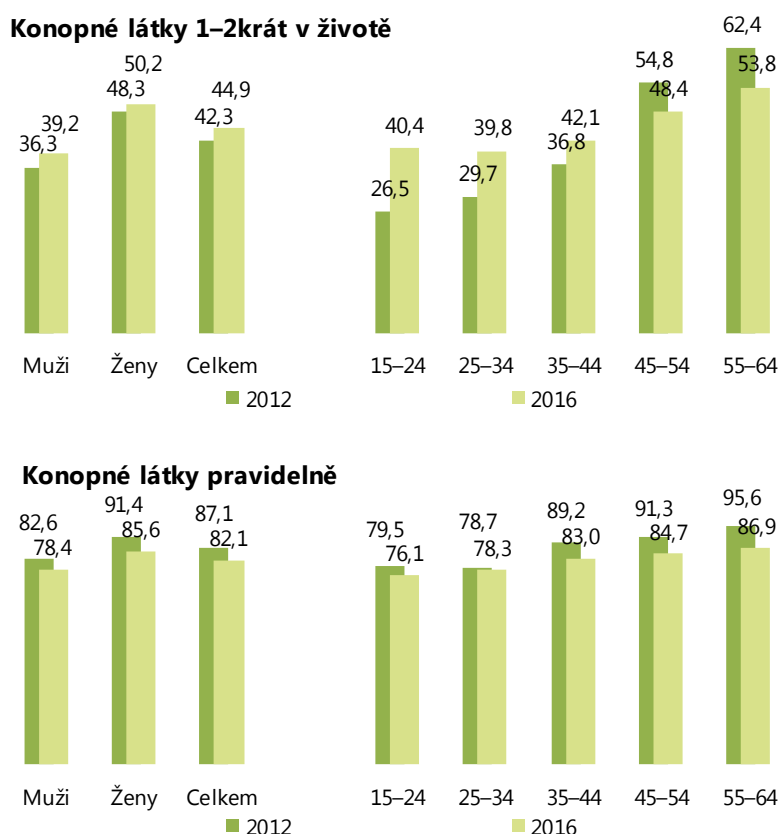
rizikové, zatímco respondenti ve věku 45–54 a 55–64 let považují užití konopí za méně rizikové než dříve – graf 2-13.

graf 2-12: Srovnání subjektivního vnímání rizik spojených s užíváním návykových látek mezi r. 2012 a 2016, v %



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

graf 2-13: Srovnání subjektivního vnímání rizik spojených s konopnými látkami podle pohlaví a věkových skupin mezi roky 2012 a 2016, % odpovědí střední nebo velké riziko



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

2.1.2 Výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR 2016

V prosinci 2016 realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research výzkum *Prevalence užívání drog v populaci ČR*; šlo o 6. vlnu každoročního omnibusového šetření s cílem monitorovat rozsah zkušeností respondentů starších 15 let s vybranými nelegálními návykovými látkami.

Celkem bylo osloveno 1040 respondentů starších 15 let, z toho bylo 849 respondentů ve věku 15–64 let. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem tak, aby reprezentovali populaci ČR s ohledem na věk, pohlaví, vzdělání, kraj a velikost místa bydliště. Data byla sbírána prostřednictvím osobních rozhovorů (face-to-face interview) s využitím počítače (CAPI).⁸⁰ Stejně jako v předchozích letech bylo v r. 2016 kromě tradičních nelegálních drog sledováno také užívání nových psychoaktivních látek (nově bylo užití syntetických a rostlinných drog sledováno v jedné kategorii)⁸¹, užití syntetických drog ketaminu, poppers nebo GHB/GBL, anabolických steroidů, léků na uklidnění, nespavost nebo bolest (na bázi opiátů) získaných bez lékařského předpisu a nově bylo sledováno užití jiných opiátů než heroinu (např. metadonu, buprenorfinu, fentanylu, a to bez lékařského předpisu).

Některou nelegální drogu užilo někdy v životě celkem 27,9 % dotázaných ve věkové kategorii 15–64 let (33,9 % mužů a 21,8 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (24,3 %), následované extází (5,1 %), halucinogenními houbami (4,3 %), pervitinem (2,6 %)

⁸⁰ Computer Assisted Personal Interview

⁸¹ Kategorie „jiné syntetické nebo rostlinné drogy“ zahrnovala mefedron, pentedron, AB-PINACA, katinony, Funky, El Magico, Cherry, syntetické kanabinoidy, šalvěj divotvornou, kannu, kratom a durman.

a kokainem (1,9 %). Rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je v obecné populaci na nízké úrovni (méně než 1,5 %) – tabulka 2-5. Zkušenost s novými psychoaktivními drogami (syntetickými nebo rostlinnými) uvedlo v r. 2016 celkem 2,3 % dotázaných. Celkem 3,4 % respondentů (5,6 % mužů a 1,2 % žen) uvedlo zkušenost s užitím anabolických steroidů někdy v životě.

V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je výskyt užívání nelegálních drog v obecné populaci velmi nízký s výjimkou konopných látek, jejichž užití uvedlo 8,3 %, resp. 3,0 % dotázaných. Prevalence užití konopných látek v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech je výrazně vyšší u tzv. mladých dospělých ve věku 15–34 let (16,5 %, resp. 5,1 %).

Léky se sedativním a hypnotickým účinkem nebo léky s obsahem opioidů užívaných proti bolesti, získané bez lékařského předpisu nebo užívané v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka, užílo někdy v životě 23,4 % dotázaných, 11,8 % je užílo v posledních 12 měsících a 3,5 % v posledních 30 dnech. Míra prevalence užití léků je ve všech 3 sledovaných horizontech vyšší u žen – tabulka 2-5. Na rozdíl od nelegálních drog byla míra prevalence aktuálního užívání léků vyšší ve věkových skupinách nad 35 let. Ve srovnání s r. 2015 došlo k poklesu uváděného užívání psychoaktivních léků, což může být do určité míry ovlivněno změnou formulace otázky, resp. aktualizovaným výčtem sledovaných léků (jako příklad nebyl oproti předchozím rokům uveden kodein, ve výčtu byl nahrazen oxykodonem).

tabulka 2-5: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2016, v %

Typ drogy	Věková skupina 15–64 let			Tzv. mladí dospělí
	Muži (n=430)	Ženy (n=419)	Celkem (n=849)	15–34 let (n=323)
Celoživotní prevalence				
Jakákoliv nelegální droga celkem	33,9	21,8	27,9	42,3
Konopné látky	28,6	20,0	24,3	37,8
Extáze	6,4	3,9	5,1	9,5
Pervitin	2,1	3,1	2,6	4,4
Kokain	2,1	1,7	1,9	2,8
Heroin	1,6	,5	1,1	1,3
LSD	1,9	1,0	1,4	2,2
Halucinogenní houby	6,3	2,1	4,3	6,3
Těkavé látky	2,3	1,2	1,8	2,2
Ketamin, poppers nebo GHB/GBL	0,9	0,7	0,8	1,2
Nové psychoaktivní drogy	2,3	2,2	2,3	3,8
Léky bez předpisu (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	21,4	25,4	23,4	18,8
Anabolické steroidy	5,6	1,2	3,4	5,3
Prevalence v posledních 12 měsících				
Jakákoliv nelegální droga celkem	13,0	7,1	10,0	19,9
Konopné látky	11,0	5,6	8,3	16,5
Extáze	1,4	1,0	1,2	2,5
Pervitin	0,2	0,7	0,5	0,9
Kokain	0,9	1,0	0,9	0,6
Heroin	0,2	0,2	0,2	0,3
LSD	0,2	0,2	0,2	0,0
Halucinogenní houby	0,9	0,5	0,7	0,9
Těkavé látky	0,5	0,2	0,4	0,6
Ketamin, poppers nebo GHB/GBL	0,2	0,5	0,4	0,3
Nové psychoaktivní drogy	0,5	0,7	0,6	0,9
Léky bez předpisu (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	10,4	13,3	11,8	10,7
Anabolické steroidy	2,6	0,2	1,4	2,5
Prevalence v posledních 30 dnech				
Jakákoliv nelegální droga celkem	5,3	2,9	4,1	7,5
Konopné látky	4,3	1,7	3,0	5,1
Extáze	0,5	0,0	0,2	0,3
Pervitin	0,2	0,0	0,1	0,0
Kokain	0,5	0,2	0,4	0,3
Heroin	0,2	0,2	0,2	0,3
LSD	0,2	0,0	0,1	0,0
Halucinogenní houby	0,2	0,0	0,1	0,0
Těkavé látky	0,2	0,0	0,1	0,0
Ketamin, poppers nebo GHB/GBL	0,2	0,0	0,1	0,0
Nové psychoaktivní drogy	0,2	0,2	0,2	0,3
Léky bez předpisu (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	3,3	3,6	3,5	2,5
Anabolické steroidy	0,5	0,0	0,2	0,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2017a)

2.1.3 Výzkum názorů a postojů občanů České republiky

V r. 2016 opět proběhlo omnibusové šetření *Výzkum názorů a postojů občanů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví*, které každoročně realizuje agentura INRES-SONES. Z iniciativy NMS byla do výzkumu zahrnuta i baterie otázek zjišťujících zkušenosti respondentů s užitím nelegálních drog. V rámci studie bylo osloveno 2225 osob získaných kvótním výběrem, výzkumný soubor tvořilo 1841 respondentů starších 15 let, z toho 1475 bylo ve věku 15–64 let. Míra response tedy dosáhla 82,7 %. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem tak, aby reprezentovali populaci ČR s ohledem na věk, pohlaví, vzdělání, kraj a velikost místa bydliště.

Kromě tradičních nelegálních drog bylo obdobně jako v omnibusovém výzkumu *Prevalence užívání drog v populaci ČR* také ve *Výzkumu občanů* v r. 2016 sledováno užívání ketaminu, poppers či GHB/GBL, nových psychoaktivních drog (syntetických nebo rostlinných), anabolických steroidů, léků na uklidnění, nespavost nebo bolest na bázi opiátů získaných bez lékařského předpisu. Výsledky týkající se hazardního hraní jsou uvedeny ve Výroční zprávě o hazardním hraní v ČR v r. 2016 (Mravčík a kol., 2017).

Podle *Výzkumu občanů 2016* užilo některou nelegální drogu v životě celkem 37,0 % dotázaných ve věkové kategorii 15–64 let (43,9 % mužů a 29,9 % žen). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (30,4 %), následované extází (3,6 %), halucinogenními houbami (2,7 %), LSD (2,0 %) a pervitinem (1,4 %). Rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je v obecné populaci na velmi nízké úrovni (méně než 1,4 %) – tabulka 2-6. Zkušenost s novými psychoaktivními drogami (syntetickými nebo rostlinnými) uvedlo v r. 2016 celkem 0,9 % dotázaných. Léky získané bez lékařského předpisu užilo někdy v životě 10,4 % respondentů. Celkem 1,4 % respondentů (2,3 % mužů a 0,6 % žen) uvedlo zkušenost s užitím anabolických steroidů (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES, 2017b).

Míra užívání nelegálních drog v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech je v obecné populaci velmi nízká s výjimkou konopných látek, jejichž užití uvedlo 7,8 %, resp. 2,8 % dotázaných. Prevalence užití konopných látek je přibližně dvakrát vyšší u tzv. mladých dospělých ve věku 15–34 let (15,9 % užilo konopné látky v posledních 12 měsících a 5,3 % v posledních 30 dnech). Podobný vzorec byl pozorován i u užití extáze a halucinogenních hub. Naopak užití léků (sedativ, hypnotik a opioidních analgetik) získaných bez lékařského předpisu nebo užívaných v rozporu s doporučením lékaře uváděli tzv. mladí dospělí méně často než respondenti ve starších věkových kategoriích.

Kromě modulu NMS zaměřeného na nelegální drogy byla součástí dotazníku *Výzkumu občanů 2016* rovněž sada otázek zaměřená na postoje obyvatel k drogám, která byla ve *Výzkumu občanů* zařazena rovněž v r. 1996 a 2006 (Prajsová a kol., 2008). Výsledky týkající se postojů jsou uvedeny v kapitole *Postoje k užívání návykových látek* (str. 66). Jedna z otázek z této sady se ptala na zkušenost s „nelegálními drogami“.

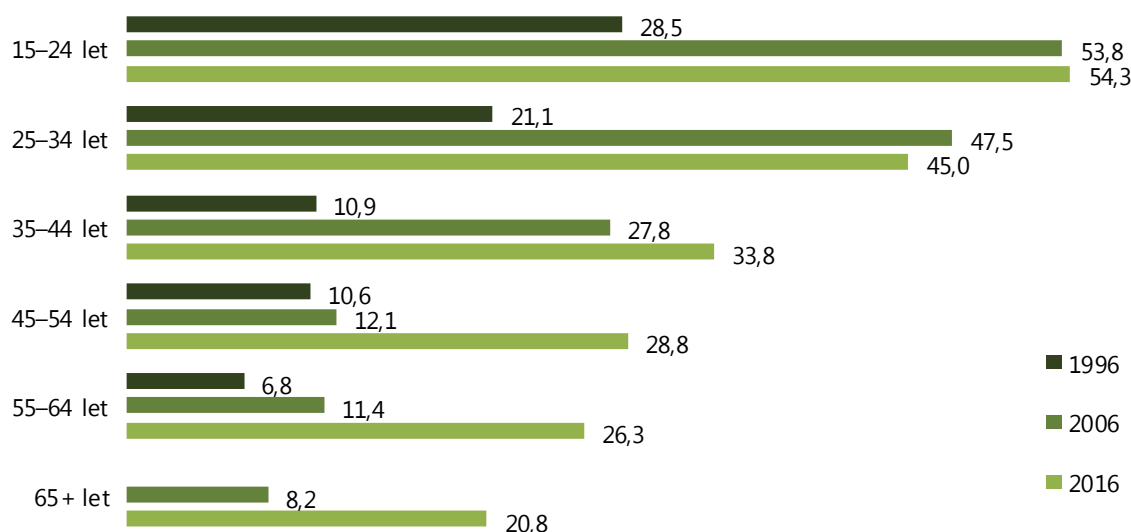
Z výsledků průzkumů v r. 1996 (1393 respondentů) a 2006 (1782 respondentů) vyplynulo, že celoživotní zkušenost s jakoukoli nelegální drogou mělo 15,7 %, resp. 27,4 % dotazovaných. V r. 2016 už to podle *Výzkumu občanů* (1841 respondentů) bylo 33,8 % – graf 2-14. Zatímco v mladších věkových kategoriích byl sledován největší nárůst rozsahu zkušeností s nelegálními drogami v období mezi r. 1996 a 2006, ve starších věkových kategoriích v období 2006–2016.

tabulka 2-6: Prevalence užívání drog v obecné populaci – studie Výzkum občanů 2016, v %

Typ drogy	Věková skupina 15–64 let			Tzv. mladí dospělí
	Muži (n=749)	Ženy (n=726)	Celkem (n=1475)	15–34 let (n=552)
Celoživotní prevalence				
Jakákoliv nelegální droga celkem	43,9	29,9	37,0	48,9
Konopné látky	37,8	22,7	30,4	43,5
Extáze	4,7	2,5	3,6	6,0
Pervitin	1,9	1,0	1,4	2,2
Kokain	1,9	1,0	1,4	2,0
Heroin	0,4	0,6	0,5	0,9
Jiné opiáty	0,7	0,4	0,5	0,9
LSD	2,5	1,4	2,0	3,3
Halucinogenní houby	3,3	2,1	2,7	4,3
Těkavé látky	0,9	0,6	0,7	1,3
Ketamin, poppers nebo GHB/GBL	1,1	0,8	0,9	2,2
Nové psychoaktivní drogy	1,1	0,7	0,9	1,6
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	10,5	10,2	10,4	9,1
Anabolické steroidy	2,3	0,6	1,4	2,0
Prevalence v posledních 12 měsících				
Jakákoliv nelegální droga celkem	13,4	9,9	11,7	18,5
Konopné látky	10,1	5,4	7,8	15,9
Extáze	1,3	0,8	1,1	2,7
Pervitin	0,7	0,3	0,5	0,7
Kokain	0,7	0,1	0,4	0,5
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0
Jiné opiáty	0,0	0,1	0,1	0,0
LSD	0,5	0,1	0,3	0,7
Halucinogenní houby	0,7	0,6	0,6	1,3
Těkavé látky	0,1	0,0	0,1	0,0
Ketamin, poppers nebo GHB/GBL	0,5	0,1	0,3	0,9
Nové psychoaktivní drogy	0,3	0,3	0,3	0,5
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	3,3	4,4	3,9	2,5
Anabolické steroidy	0,9	0,1	0,5	0,7
Prevalence v posledních 30 dnech				
Jakákoliv nelegální droga celkem	4,5	3,6	4,1	6,0
Konopné látky	3,9	1,7	2,8	5,3
Extáze	0,3	0,4	0,3	0,9
Pervitin	0,1	0,3	0,2	0,4
Kokain	0,1	0,1	0,1	0,2
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0
Jiné opiáty	0,0	0,0	0,0	0,0
LSD	0,3	0,0	0,1	0,4
Halucinogenní houby	0,1	0,1	0,1	0,2
Těkavé látky	0,0	0,0	0,0	0,0
Ketamin, poppers nebo GHB/GBL	0,1	0,1	0,1	0,4
Nové psychoaktivní drogy	0,1	0,0	0,1	0,2
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	0,8	1,5	1,2	0,4
Anabolické steroidy	0,1	0,0	0,1	0,2

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017b)

graf 2-14: Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog podle věku v l. 1996, 2006 a 2016 – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %



Pozn.: V r. 1996 byl průzkum proveden v dospělé populaci ve věku 15–64 let.

Zdroj: Prajsová a kol. (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017b)

2.1.4 Srovnání studií provedených v letech 2008–2016

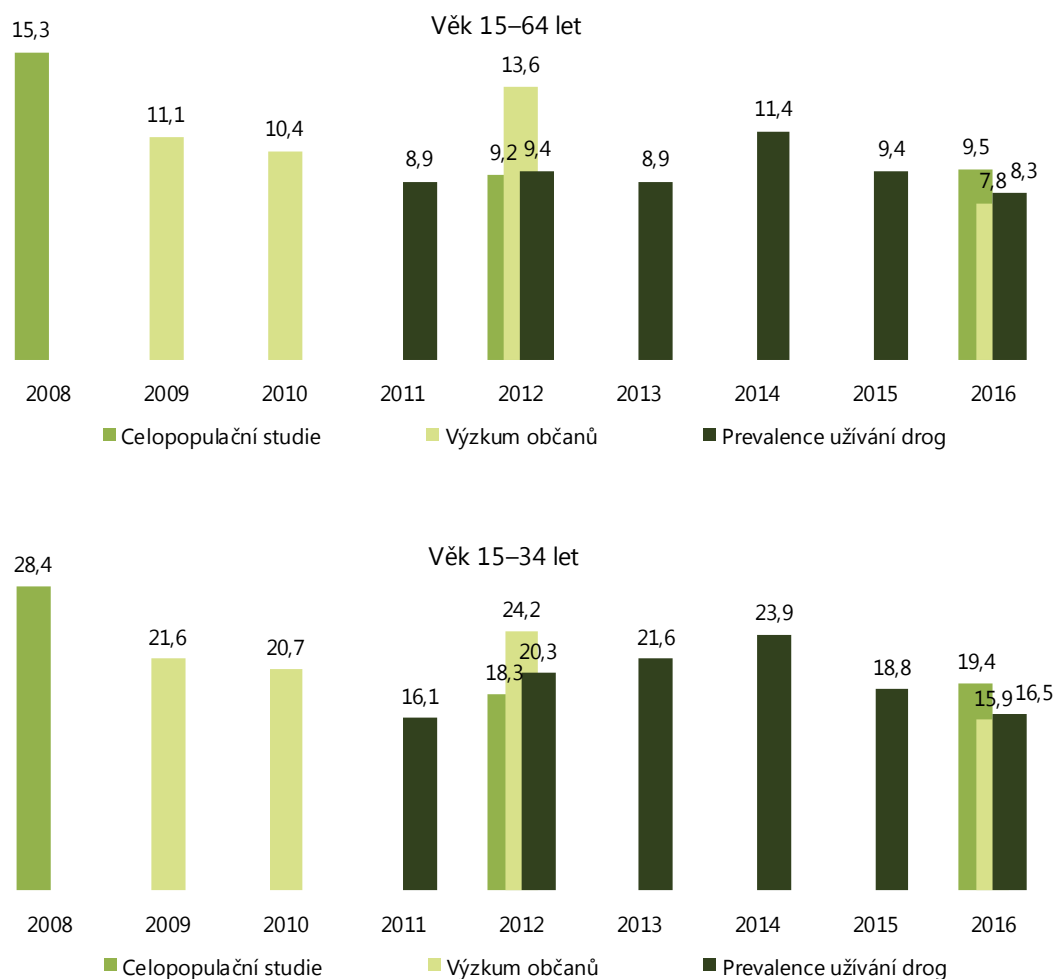
NMS provedlo od r. 2008 celkem 13 studií ve 3 řadách, které zjišťovaly míru zkušenosti s užitím nelegálních drog v obecné populaci:

- *Národní výzkum užívání návykových látek* (Národní výzkum) – 2 vlny sběru dat v l. 2012 a 2016, které navazovaly na *Celopopulační studii o užívání návykových látek a postojích k němu* z r. 2008,
- *Výzkum názorů a postojů občanů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví* ve spolupráci s agenturou INRES-SONES (Výzkum občanů) – 4 vlny sběru dat v l. 2009–2016,
- *Prevalence užívání drog v populaci ČR* ve spolupráci s agenturou ppm factum research (Prevalence užívání drog) – 6 vln sběru dat v l. 2011–2016.

Jednotlivé studie nepokrývají užívání nelegálních drog jednotně, neboť otázky v jednotlivých studiích se v průběhu času vyvíjely s ohledem na nové trendy na drogové scéně, a vzájemně se také liší v použité metodologii, což je třeba vzít v úvahu i při porovnávání výsledků a hodnocení trendů ve vývoji situace.

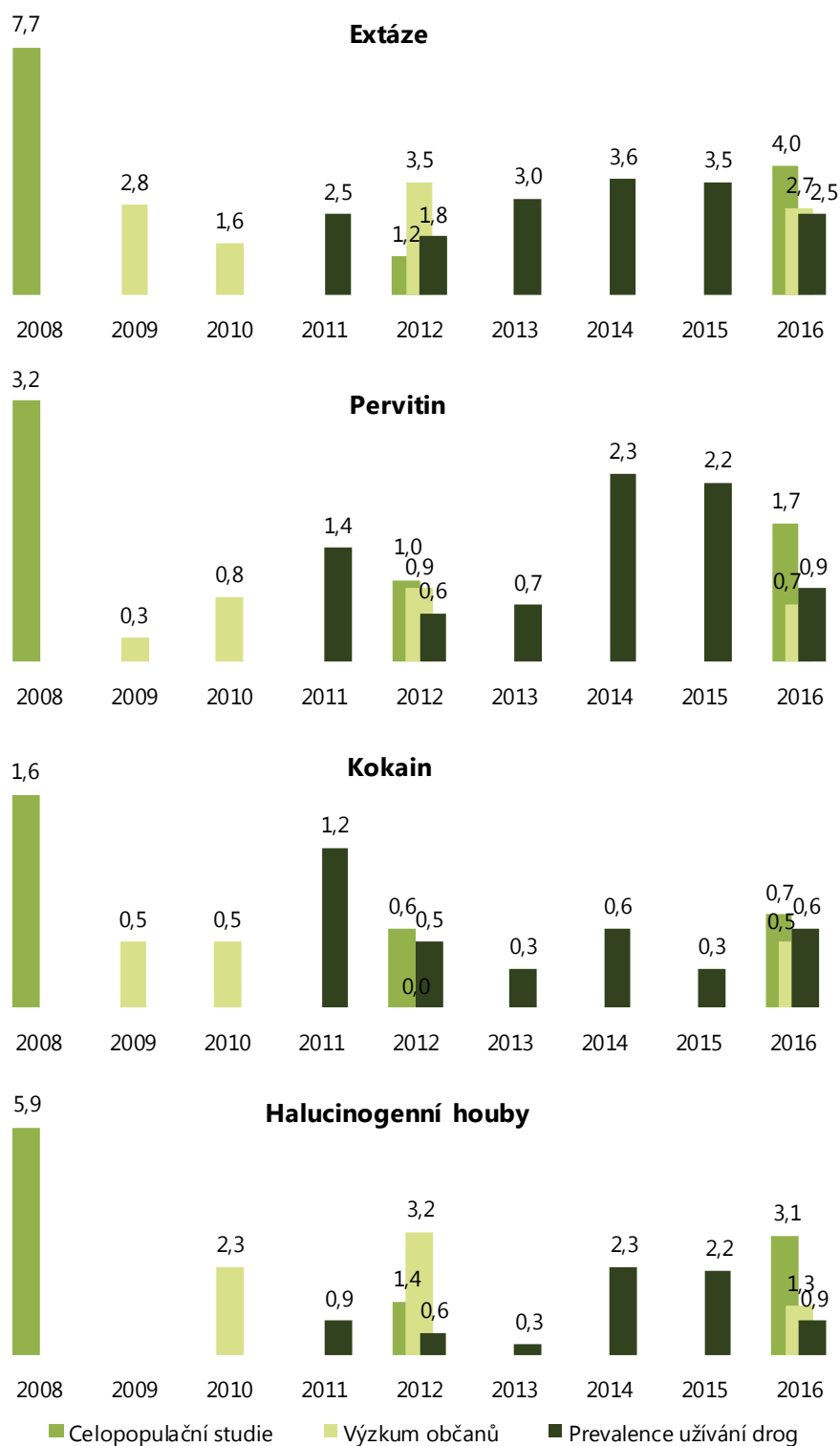
Všechny studie realizované v roce 2016 potvrdily, že nejčastěji užitou nelegální drogou jsou v ČR dlouhodobě konopné látky, které někdy v životě vyzkoušela přibližně čtvrtina a v posledních 12 měsících přibližně desetina dospělé populace. Při pohledu na dlouhodobé trendy je patrný relativně stabilní odhad míry prevalence užívání konopných látek v obecné populaci ve věku 15–64 let i mezi tzv. mladými dospělými ve věku 15–34 let, mezi tzv. mladými dospělými má trend vývoje spíše klesající charakter – graf 2-15. Relativně stabilní je mezi tzv. mladými dospělými i dlouhodobý trend v případě aktuálního užívání extáze, kokainu a halucinogenních hub, v posledních letech mírně roste rozsah aktuálního užívání pervitinu – graf 2-16.

graf 2-15: Prevalence užívání konopných látek v obecné populaci (15–64 let) a populaci tzv. mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2016, v %



Zdroje: Chomynová (2013), Běláčková a kol. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2013b), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2010b), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2009), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2016a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a ppm factum research (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Factum Invenio (2011), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2017a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016)

graf 2-16: Prevalence užívání extáze, pervitinu, kokainu a halucinogenních hub v populaci tzv. mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2016, v %



Zdroje: Chomynová (2013), Běláčková a kol. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2013b), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2010b), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2009), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2016a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a ppm factum research (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Factum Invenio (2011), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2017a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016)

2.2 Postoje k užívání návykových látek

2.2.1 Postoje občanů k návykovým látkám podle Výzkumu občanů

Součástí dotazníku *Výzkumu občanů 2016* byla mimo jiné sada otázek zaměřená na postoje obyvatel vůči osobám, které užívají drogy, názory na způsoby řešení problémů s drogami a na legalizaci užívání marihuany. Stejně formulované otázky byly položeny již v l. 1996 a 2006 (Prajsová a kol., 2008), výsledky tedy umožňují sledovat dlouhodobé trendy v postojích vůči drogám.

Pokud jde o postoje k drogám a jejich užívání, nelze pozorovat zřetelné změny. Postoj k uživatelům drog se však v průběhu let výrazně měnil. Z hodnot naměřených v l. 1996 a 2016 lze usoudit, že se dlouhodobě snižuje podíl lidí, kteří preferují léčbu uživatelů drog (ze 40,4 % v r. 1996 na 29,9 % v r. 2016), a naopak se zvyšuje podíl těch, kteří zastávají represivní postoj (z 35,9 % v r. 1996 na 53,6 % v r. 2016) – tabulka 2-7.

Názory obyvatel na způsob řešení problémů s drogami jsou dlouhodobě stabilní, respondenti přibližně stejně podporují represivní postihy (46,4 %) a kladou důraz na prevenci a vzdělávání (45,8 %), 2 % respondentů uvedla, že není třeba dělat vůbec nic – tabulka 2-8.

Celkem 22,0 % respondentů v r. 2016 uvedlo, že souhlasí s tím, aby se užívání marihuany společensky tolerovalo a nebylo trestně postihováno, což je nárůst na více než dvojnásobek oproti r. 1996 – tabulka 2-9. Podíl respondentů, kteří nemají na společenskou toleranci užívání konopí názor, zůstává dlouhodobě na úrovni 20 %.

tabulka 2-7: Názory respondentů na to, jak by se společnost měla stavět k osobám, které užívají drogy – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %

Společnost by měla osoby, které užívají drogy...	1996	2006	2016
Nijak neomezovat, protože k tomu není žádný důvod	3,8	4,4	2,9
Tolerovat, ale ochránit před nimi ostatní	19,8	32,2	13,6
Trpět, ale žádat od nich, aby se šly léčit	40,4	n. a.	29,9
Stíhat a jejich chování a činnost považovat za trestné	35,9	n. a.	53,6

Pozn.: Za r. 2006 nejsou dostupné zvláště výsledky odpovědí „Společnost by měla osoby, které užívají drogy, trpět, ale žádat od nich, aby se šly léčit“ a „Společnost by měla osoby, které užívají drogy, stíhat a jejich chování a činnost považovat za trestné“.

Zdroj: Prajsová a kol. (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017b)

tabulka 2-8: Názory respondentů na to, co by se mělo dělat, aby problémů s drogami ubylo – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %

Řešení problémů s drogami	1996	2006	2016
Více rozšiřovat různé formy pomoci postiženým	4,0	6,1	5,4
Více podporovat prevenci, vzdělávání a výchovu	45,9	50,8	45,8
Přitvrdit postihy za užívání drog a jejich šíření	49,1	41,7	46,4
Nemělo by se dělat vůbec nic	1,1	1,4	2,3

Zdroj: Prajsová a kol. (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017b)

tabulka 2-9: Souhlas respondentů se společenskou tolerancí užívání konopí – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %

Společenská tolerance užívání konopí	1996	2006	2016
Ano (odpovědi „rozhodně ano“ a „spíše ano“)	9,9	19,5	22,0
Ne (odpovědi „rozhodně ne“ a „spíše ne“)	71,2	64,4	57,7
Nevím	18,9	16,1	20,3

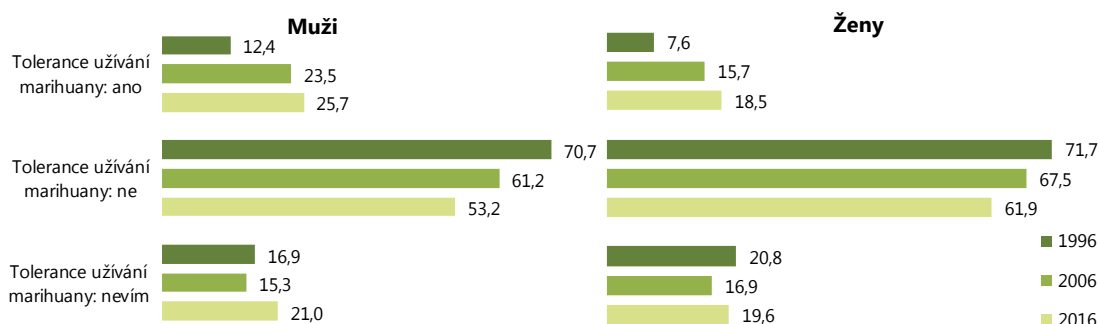
Pozn.: Znění otázky bylo následující: Souhlasil(a) byste s tím, aby se užívání marihuany společensky tolerovalo a nebylo trestně postihováno?

Zdroj: Prajsová a kol. (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017b)

Názory mužů a žen se zásadně neliší, ženy v l. 2006 a 2016 častěji souhlasily s tím, že by uživatele drog měla společnost stíhat nebo žádat po nich nástup do léčby. Také více žen věřilo tomu, že

řešením problémů s drogami je prevence. Muži naopak častěji zastávali názor, že společnost by neměla uživatele drog nijak omezovat a častěji souhlasili se společenskou tolerancí užívání marihuany – graf 2-17.

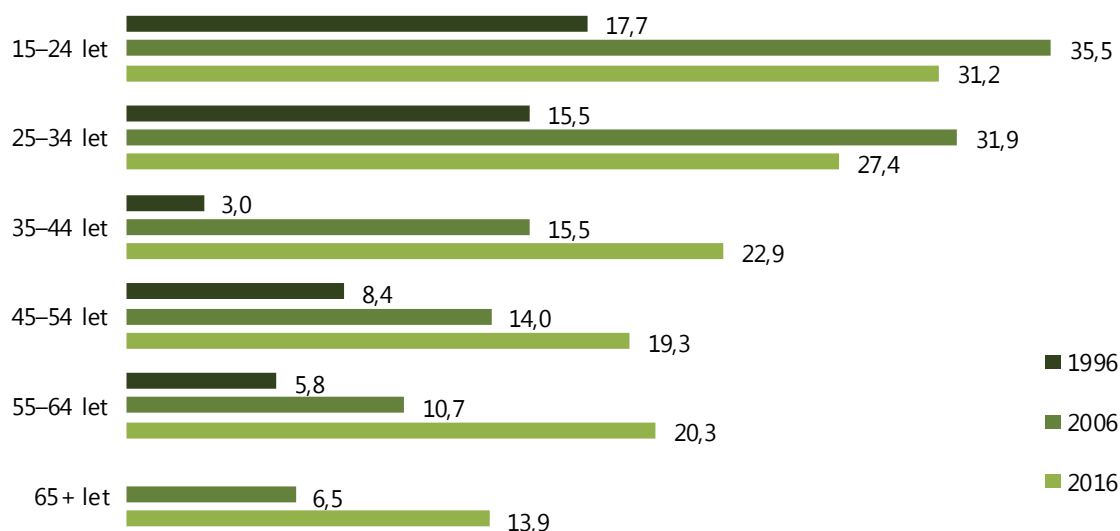
graf 2-17: Souhlas respondentů se společenskou tolerancí užívání marihuany podle pohlaví – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %



Zdroj: Prajsová a kol. (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017b)

Souhlas se společenskou tolerancí užívání konopí klesá s rostoucím věkem respondentů. Přibližně třetina (31,2 %) respondentů mladších 24 let souhlasila se společenskou tolerancí vůči užívání marihuany, stejně jako čtvrtina respondentů ve věku 25–34 let (27,4 %). K nejvýraznějším změnám však došlo v průběhu sledovaných 20 let u starších věkových skupin, u kterých výrazně vzrostla míra souhlasu s tolerancí užívání marihuany – graf 2-18.

graf 2-18: Souhlas respondentů se společenskou tolerancí užívání marihuany podle věkových skupin – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %



Pozn.: V r. 1996 byl průzkum proveden na dospělé populaci ve věku 15–64 let.

Zdroj: Prajsová a kol. (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017b)

2.2.2 Názory občanů na drogy podle průzkumů CVVM

V rámci projektu *Naše společnost* realizovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění další vlnu výzkumu s názvem *Názory občanů na drogy*, které navázalo na šetření z l. 2009, 2011, 2013 a 2015 (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2017a). Šetření je pravidelně zaměřené na postoj veřejnosti k drogové problematice, morální přijatelnost konzumace návykových látek a subjektivní vnímání zdravotních rizik spojených s jejich konzumací. Respondenti pro šetření jsou vybíráni kvótním výběrem, sběr dat probíhá prostřednictvím osobního rozhovoru (kombinace PAPI a CAPI). Výběrový soubor v r. 2017 tvořilo 1019 respondentů starších 15 let.

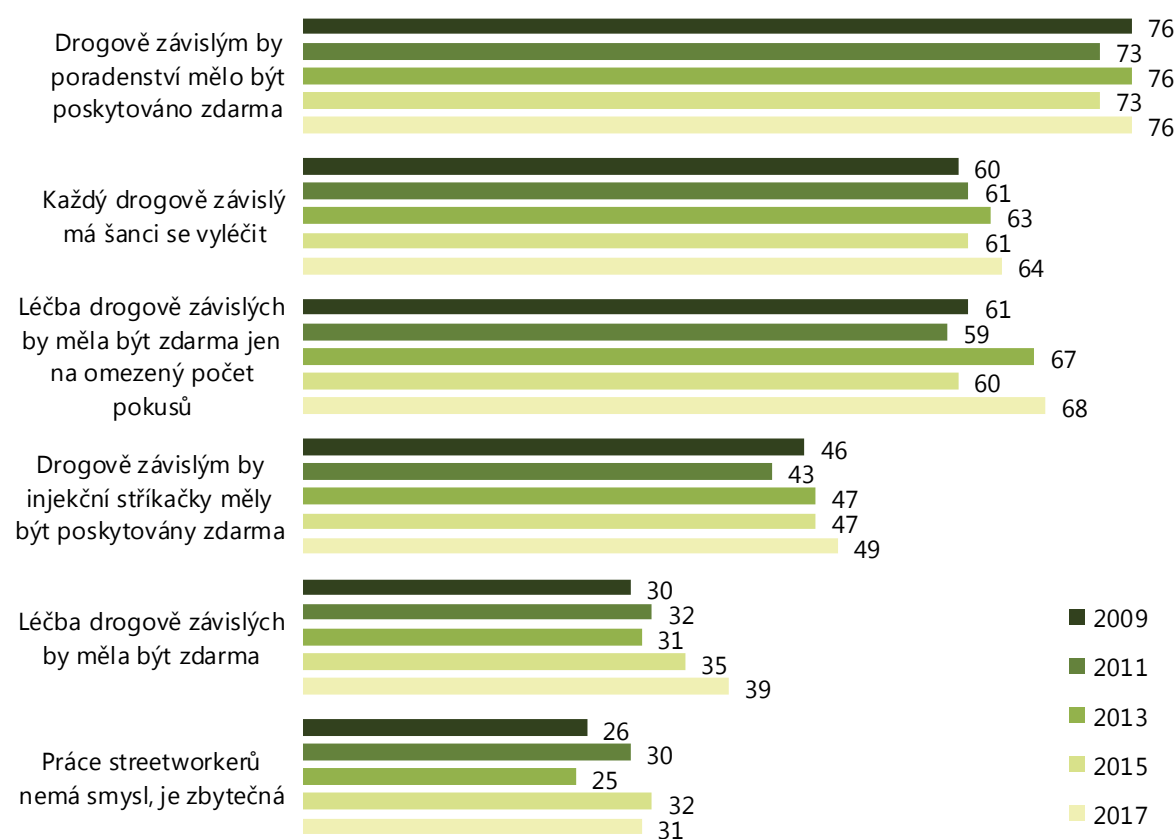
Současnou situaci v oblasti užívání drog vnímalo v r. 2017 jako problém celkem 82 % dotázaných, přibližně dvě pětiny (41 %) dotázaných jsou o tom dokonce přesvědčeny rozhodně. V místě svého bydliště vnímá drogovou situaci jako problém 51 % české populace.

Téměř dvě třetiny dotázaných (64 %) vyjádřily přesvědčení, že každý drogově závislý člověk má šanci se ze své závislosti vyléčit, a v souladu s tím také 76 % dotázaných souhlasilo, aby drogově závislým lidem byla poskytována poradenská pomoc zdarma. Jen necelé dvě pětiny (39 %) respondentů se domnívaly, že léčba by měla být zdarma bez jakéhokoli omezení; většina respondentů (68 %) naopak podporovala bezplatné poskytování pouze u omezeného počtu pokusů

o léčbu drogové závislosti.

Postoje české společnosti k uživatelům drog jsou dlouhodobě stabilní, od r. 2009 roste podíl respondentů, kteří souhlasí s názorem, že léčba uživatelů drog by měla být zdarma (z 30 % v r. 2009 na 39 % v r. 2017), zároveň ale mírně stoupl podíl respondentů, kteří si myslí, že práce terénních pracovníků je zbytečná (z 26 % v r. 2009 na 31 % v r. 2017) – graf 2-19.

graf 2-19: Postoje občanů k poskytování služeb uživatelům drog – srovnání let 2009–2017, % respondentů, kteří souhlasí



Zdroj: Centrum pro výzkum veřejného mínění (2017b)

V rámci téhož projektu proběhl i výzkum *Postoj veřejnosti ke konzumaci vybraných návykových látek* (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2017b). Respondenti hodnotili, nakolik je pro ně „morálně přijatelná“ různá intenzita konzumace návykových látek. Jako nejpříjemnější hodnotili dotázaní pravidelnou konzumaci tabáku (29 %). Přijatelná byla pro 14 % respondentů pravidelná konzumace alkoholu a pro 12 % užívání léků proti bolesti, na spaní či uklidnění. Pouze malá část respondentů považovala za přijatelné pravidelné užívání konopných drog (4 %), nikdo pak nepovažoval za morálně přijatelné pravidelné užívání drog, jako jsou extáze, pervitin nebo heroin.

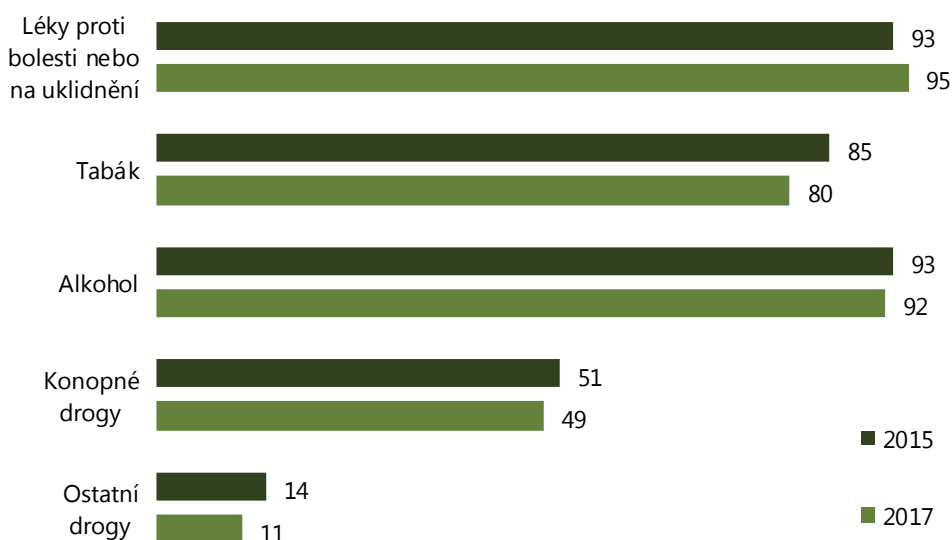
Občasná konzumace byla pro respondenty nejpříjemnější v případě léků proti bolesti, na spaní či uklidnění (73 %) a alkoholu (69 %). Téměř dvě pětiny (39 %) pak schvalovaly občasné užívání tabáku a 21 % dotázaných užívání konopných drog. Pouze 2 % dotázaných by považovala za morálně přijatelné občasné užívání drog jako extáze, pervitin a heroin. Necelá čtvrtina (24 %) občanů

označila jako přijatelné konopné drogy pouze zkusit. Jako nejvíce morálně nepřijatelná je hodnocena konzumace, ale i pouhé vyzkoušení drog typu extáze, pervitin a heroin (86 %). Necelá polovina (48 %) respondentů vnímala jako nemorální užívání či zkoušení konopných drog.

Rozdíly podle věku respondentů ukázaly, že hodnocení přijatelnosti pravidelné konzumace konopných drog klesá s věkem. Dotázaní ve věku 15–29 let významně častěji označili pravidelnou či občasnou konzumaci drog za přijatelnou (41 % respondentů ve věku 15–19 let, 34 % ve věku 20–29 let). Naopak osoby starší 60 let konzumaci konopných drog považovali převážně za nepřijatelnou (58 %). Také v případě drog typu extáze, pervitin či heroin jsou lidé ve věku 15–29 let více tolerantní k jejich vyzkoušení než lidé starší 45 let.

Od roku 2015, kdy toto šetření proběhlo poprvé, se názory na experiment s návykovými látkami či jejich pravidelnou konzumaci změnily minimálně. Při sloučení kategorií „je přijatelná pravidelná konzumace“, „je přijatelná pouze občasná konzumace“, „je přijatelné pouze vyzkoušet“ jsou nejpřijatelnějšími látkami dlouhodobě alkohol a léky proti bolesti nebo na uklidnění, naopak konopí je stále přijatelné pro přibližně polovinu respondentů. Užívání tabáku považovalo v r. 2017 za přijatelné o 5 procentních bodů méně respondentů než v r. 2015 – graf 2-20.

graf 2-20: Přijatelnost vyzkoušení nebo užívání návykových látek, v %



Zdroj: Centrum pro výzkum veřejného mínění (2017b)

V březnu 2017 proběhla další vlna každoročního šetření CVVM *Tolerance k vybraným skupinám obyvatel* na kvótně vybraném vzorku 1045 respondentů starších 15 let. Jednou z hodnocených skupin jsou také uživatelé drog. Osoby závislé na drogách by nechtělo mít za sousedy 89 % dotázaných, 77 % by nechtělo mít za sousedy osoby závislé na alkoholu, 74 % osoby s kriminální minulostí, 68 % osoby s psychickým onemocněním, 37 % osoby jiné barvy pleti, 32 % cizince, 23 % osoby s homosexuální orientací (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2017c). Postoje respondentů vůči vybraným skupinám obyvatel jsou stabilní, pořadí hodnocených skupin obyvatel se ve srovnání s předchozím rokem nijak nezměnilo. Při porovnání výzkumu z r. 2017 s prvním obdobným výzkumem realizovaným v r. 2003 se ukazuje, že dlouhodobě mírně roste podíl respondentů, kteří by nechtěli mít za sousedy uživatele drog, psychicky nemocné osoby, osoby jiné barvy pleti a jiného náboženského přesvědčení, naopak jsou lidé tolerantnější k osobám s kriminální minulostí a lidem s homosexuální orientací.

2.3 Užívání drog ve školní populaci

V r. 2016 byla realizována studie s cílem ověřit výsledky *Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)* z roku 2015. Podrobné výsledky studie ESPAD 2015 jsou uvedeny ve VZ 2015 a speciálním čísle bulletinu *Zaostřeno* (Chomynová a kol., 2016).

V r. 2016 byla v ČR realizována také studie *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) 2016 zaměřená na užívání tabáku mezi dospívajícími, která je součástí globálního systému sledování tabáku (GTSS). Jde o reprezentativní školní průzkum mezi žáky základních škol ve věku 13–15 let, výsledky by měly být k dispozici v listopadu 2017.⁸²

2.3.1 Validizační studie ESPAD 2016

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

Opakovaná studie 2016 použila reprezentativní výběr škol konstruovaný obdobně jako studie ESPAD 2015. Soubor tvořilo 2471 studentů ve věku 15–16 let ze 115 základních a všech typů středních škol – blíže viz VZ 2015. Studie v r. 2016 potvrdila výsledky zjištěné ve studii ESPAD 2015 – srovnání základních indikátorů poskytuje tabulka 2-10.

Výskyt pravidelného kouření i rizikovější konzumace alkoholu byl stejně jako v předchozích letech vyšší mezi chlapci, stejně tak chlapci častěji uváděli zkušenosti s užitím nelegálních drog (v životě i v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech). Pokud jde o nelegální drogy, studenti nejčastěji uváděli zkušenosti s užitím konopných látek, užívání ostatních nelegálních drog zůstávají na řádově nižší úrovni.

Výsledky současně naznačují, že trendy v oblasti užívání návykových látek mezi 16letými studenty sledované v l. 2011–2015 dále pokračovaly i v r. 2016 – na příkladu celoživotní prevalence zkušeností s konopnými látkami je patrné, že nadále pokračoval trend poklesu sledovaný již od r. 2007, k poklesu došlo shodně u chlapců a dívek a potvrdil se tak i trend postupného vyrovnávání rozdílů v užívání návykových látek mezi pohlavími – graf 2-21.

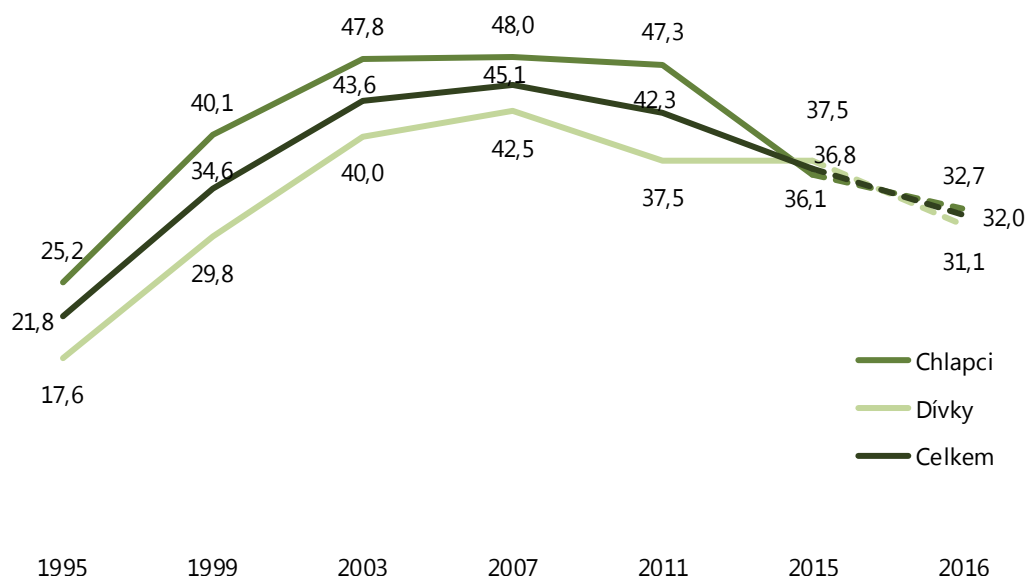
⁸² <http://nspz.cz/gyts-2016/> [2017-10-18]

tabulka 2-10: Vybrané ukazatele užívání návykových látek mezi 16letými studenty – srovnání studie ESPAD 2015 a validizační studie ESPAD 2016, v %

Typ návykové látky	Validizační studie ESPAD 2016			ESPAD 2015
	Chlapci (n=1317)	Ženy (n=1154)	Celkem (n=2471)	Celkem (n=2738)
Kouření v posledních 30 dnech				
Kouření cigaret	26,3	27,9	27,0	29,9
Denní kouření	14,2	11,2	12,9	16,4
Silné kouření (11 a více cigaret denně)	4,9	3,1	4,1	4,4
Konzumace alkoholu v posledních 30 dnech				
Pití nadměrných dávek (5 a více sklenic)	42,8	36,7	40,0	41,9
Časté pití nadměrných dávek (3krát a častěji)	14,9	8,4	11,9	12,2
Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog				
Konopné látky	32,7	31,1	32,0	36,8
Extáze	3,7	2,9	3,3	2,7
Pervitin a amfetaminy	1,1	1,4	1,2	1,4
Kokain	1,5	1,5	1,5	1,4
Heroin a jiné opiáty	1,2	0,9	1,1	0,7
LSD	3,6	3,1	3,4	3,8
Halucinogenní houby	4,3	3,2	3,8	3,3
Anabolické steroidy	3,1	2,4	2,8	3,3
Těkavé látky	7,1	6,4	6,8	5,7
Prevalence v posledních 12 měsících				
Konopné látky	24,1	23,6	23,9	27,0
Extáze	2,6	1,8	2,3	1,7
Pervitin a amfetaminy	0,6	1,0	0,8	0,8
Kokain	0,6	0,7	0,7	0,8
Heroin a jiné opiáty	0,5	0,6	0,5	-
LSD	1,8	1,5	1,6	1,7
Halucinogenní houby	1,5	1,2	1,4	1,1
Anabolické steroidy	1,3	1,4	1,3	2,0
Těkavé látky	4,0	2,8	3,4	2,8
Prevalence v posledních 30 dnech				
Konopné látky	12,0	8,0	10,2	12,8
Extáze	1,1	0,5	0,8	0,6
Pervitin a amfetaminy	0,4	0,4	0,4	0,4
Kokain	0,2	0,5	0,3	0,3
Heroin a jiné opiáty	0,2	0,1	0,2	-
LSD	0,7	0,7	0,7	0,8
Halucinogenní houby	0,5	0,3	0,4	0,4
Anabolické steroidy	0,6	0,6	0,6	0,8
Těkavé látky	2,1	1,5	1,8	1,0

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

graf 2-21: Trendy v celoživotní prevalenci užití konopných látek mezi 16letými studenty – studie ESPAD 1995–2016, v %



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

2.4 Užívání drog ve specifických skupinách populace

V roce 2016 byla realizována již čtvrtá vlna sběru dat *Dotazníkové studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody*, studie probíhá každé dva roky na reprezentativním vzorku osob ve výkonu trestu – blíže viz kapitolu Užívání drog ve vězení (str. 215).

Nově realizovalo v r. 2017 NMS ve spolupráci s Kanceláří Rady vlády pro záležitosti romské menšiny studii s názvem *Zdraví a návykové látky mezi Romy* zaměřenou na zjištění rozsahu kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog v romské komunitě.

Jsou k dispozici rovněž výsledky studií zaměřených na prostředí zábavy nebo užívání návykových látek mezi seniory realizované v rámci závěrečných vysokoškolských prací.

2.4.1 Užívání návykových látek mezi seniory

Na problematiku užívání návykových látek mezi seniory se zaměřil kvalitativní výzkum v rámci diplomové práce (Pasecká, 2016), jehož hlavní část spočívala v rozhovorech s 8 pracovníky (sociální pracovníci, ergoterapeut, zdravotní sestra, speciální pedagog) ve 3 domovech pro seniory.

Podle zkušeností pracovníků se mezi klienty běžně vyskytuje zneužívání léků, a to jak léků na předpis, tak volně prodejných. Často se vyskytuje kombinace léků s alkoholem. Zneužívání se nejčastěji projevuje jako užívání vyšších dávek, než má klient předepsáno. Na druhé straně je přítomno i záměrné odmítání léků. Ve všech třech zařízeních je vysoký výskyt kouření tabáku, ale z rozhovorů vyplynulo, že pracovníky není považováno za konzumaci návykové látky. Pracovníci ke kouření přistupují jako k volnočasové činnosti klienta. Ze skupiny nelegálních drog bylo zmíněno výjimečné užívání marihuany (Pasecká, 2016).

Specifická je situace týkající se alkoholu, konzumace alkoholu není zakázána (s ohledem na základní lidská práva a svobody), je ve všech třech zařízeních běžná. Vzorce užívání jsou různé (klienti pijí sami nebo ve skupině, v domově nebo mimo zařízení). Intoxikace u seniorů působí problémy zejména s ohledem na zdravotní následky. Pracovníci užívání řeší, pokud v rozporu s domácím řádem senior porušuje zásady společenského chování. Vnášení alkoholu do zařízení bývá zakázáno. V případech, kdy klienti užívají alkohol nebo kouří pravidelně a ve větší míře, pracovníci aplikují

metody ve smyslu dohodnutého přidělování dávek, kdy např. pečovatelé mají alkohol a cigarety konkrétních klientů u sebe a vydávají jim je podle sestaveného plánu (Pasecká, 2016).

Autorka doporučuje mimo jiné zaměřit se na redukci kouření v domovech pro seniory, problematiku užívání léků v kombinaci s alkoholem a intenzivněji ze strany domovů pro seniory spolupracovat s adiktologickými službami (Pasecká, 2016).

2.4.2 Užívání návykových látek mezi Romy

V r. 2017 NMS ve spolupráci s agenturou ppm factum research a kanceláří Rady vlády pro záležitosti romské menšiny (RVZRM) realizovalo studii s názvem *Zdraví a návykové látky mezi Romy* (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research, 2017b). Designem šlo o průřezovou dotazníkovou studii na vybraném vzorku příslušníků romské menšiny v lokalitách, kde dlouhodobě působí romští terénní sociální pracovníci (TSP) podporovaní v rámci dotačního programu na podporu terénní práce vyhlášeného RVZRM. V r. 2016 bylo v rámci programu Podpora terénní práce podpořeno celkem 41 obcí, které zřizovaly funkci TSP, s výjimkou krajů Vysočina a Zlínského byli TSP podporováni ve všech krajích ČR. Administrátory sběru dat byli TSP, respondenti vyplňovali dotazník za jejich asistence. Kritéria pro zařazení do studie byla:

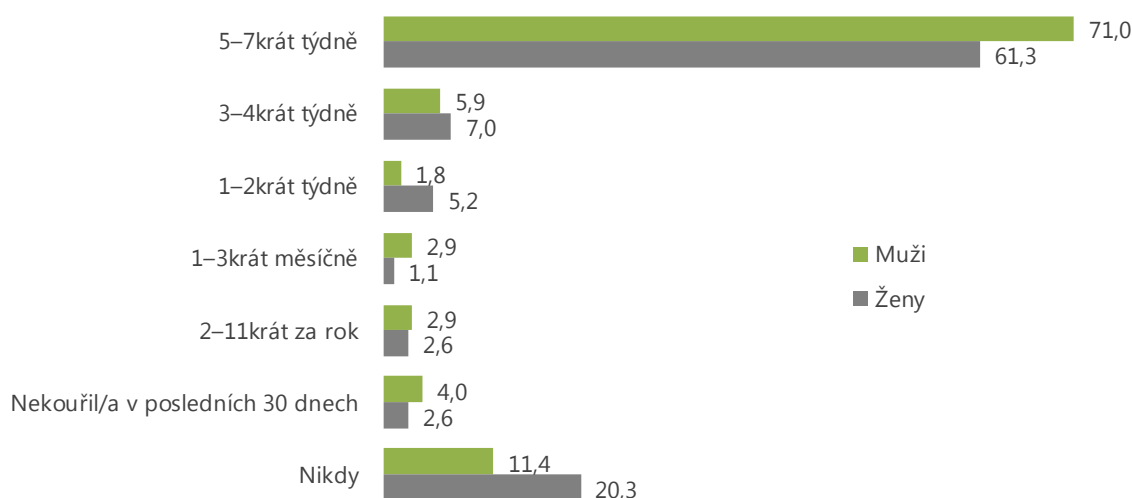
- osoba je v jednorázovém nebo pravidelném kontaktu s romským terénním pracovníkem (TSP) v lokalitě, kde TSP působí,
- osoba je způsobilá k vyplňování dotazníku (je gramotná, mluví česky nebo romsky, její fyzický i duševní zdravotní stav umožňuje účastnit se osobního rozhovoru s tazatelem),
- osoba není při náboru do studie pod vlivem návykových látek,
- osoba souhlasí s účastí ve studii.

Dotazník obsahoval 7 tematických modulů – zdraví a životní spokojenost, tabák, alkohol, nelegální drogy, hazardní hry, využití služeb, sociodemografické údaje.

Celkem bylo osloveno 612 respondentů (50,1 % mužů a 49,9 % žen). Po očištění dat o respondenty, kteří neodpověděli na klíčové otázky týkající se užívání návykových látek, a po omezení věku na respondenty ve věku 15 a více let čítal vzorek 546 respondentů, z toho 274 mužů (50,2 %) a 272 žen (49,8 %) z 11 krajů ČR, z nichž 287 (52,6 %) byli tzv. mladí dospělí ve věku 15–34 let. Jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 69,7 % respondentů základní, 23,1 % střední odborné bez maturity, 5,5 % střední s maturitou, 0,7 % uvedlo vyšší odborné či pomaturitní nástavbu a vysokoškolské vzdělání uvedlo 0,9 % respondentů. Nějaký typ zaměstnání uvedlo 33,3 % respondentů, 37,3 % bylo nezaměstnaných. Ostatní respondenti uvedli důchod, rodičovskou dovolenou či studium.

Na otázku týkající se četnosti kouření tabáku ve formě cigaret, doutníků nebo dýmky uvedlo 84,2 % dotázaných (88,6 % mužů a 79,7 % žen), že někdy kouřilo – graf 2-22. Denní nebo téměř denní kouření uvedlo celkem 66,1 % dotázaných (71,0 % mužů a 61,3 % žen). Největší podíl denních či téměř denních kuřáků byl ve věkové kategorii 35–44 let (69,4 %). Zastoupení silných kuřáků mezi kuřáky (11 a více cigaret denně) bylo u mužů 73,2 % a u žen 55,0 %. Z celkového počtu uvedlo 27,6 % mužů, že vykouří více než 30 cigaret denně, zatímco u žen to bylo 11,4 %.

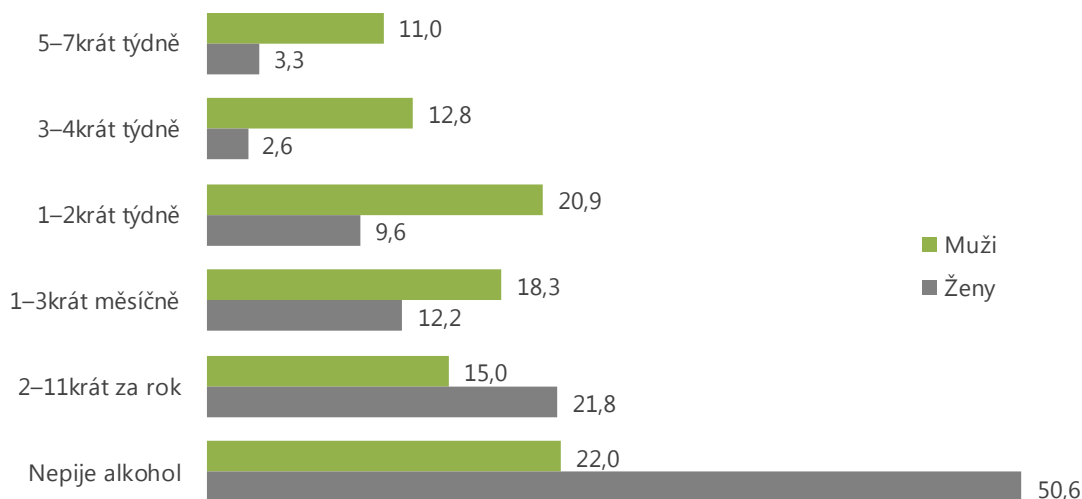
graf 2-22: Prevalence kouření tabákových výrobků podle pohlaví – studie Zdraví a návykové látky mezi Romy, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2017b)

Na otázku frekvence konzumace alkoholu uvedlo 22,0 % mužů a 50,6 % žen, že alkohol nepijí. Denní nebo téměř denní konzumaci alkoholu uvedlo 11,0 % mužů a 3,3 % žen – graf 2-23. Nadměrnou konzumaci alkoholu alespoň jednou za měsíc (5 a více sklenic při jedné příležitosti) uvedlo 50,2 % mužů 21,7 % žen. Denní nebo téměř denní nadměrnou konzumaci alkoholu uvedlo 5,5 % mužů a 2,2 % žen.

graf 2-23: Prevalence konzumace alkoholu podle pohlaví – studie Zdraví a návykové látky mezi Romy, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2017b)

Nejčastěji užitou nelegální drogou někdy v životě byly konopné látky (52,4 %), následované léky na uklidnění nebo nespavost bez lékařského předpisu (30,2 %), pervitinem a amfetaminy (25,5 %), extází (15,8 %), těkavými látkami a rozpouštědly (15,4 %), lysohlávkami (15,4 %), anaboliky a steroidy (9,5 %), LSD (9,0 %), heroinem a opiáty (7,1 %), kokainem a crackem (6,4 %), novými syntetickými drogami (5,7 %) a přípravky Subutex® či Suboxone® (5,3 %) – tabulka 2-11.

Nejvyšší hodnoty dosáhla prevalence v posledních 12 měsících u konopných látek (27,1 %), následovaly léky na uklidnění nebo nespavost bez lékařského předpisu (17,9 %), pervitin a amfetaminy (11,9 %), těkavé látky a rozpouštědla (5,5 %), extáze (4,6 %), lysohlávky (4,6 %), anabolika a steroidy (3,1 %), LSD (2,4 %), kokain a crack (2,0 %), Subutex® či Suboxone® (1,6 %), heroin a opiáty uvedlo 1,3 % dotázaných a stejně tak nové syntetické drogy.

V horizontu posledních 30 dnů byly nejčastěji uvedeny konopné látky (18,1 %), následovaly léky na uklidnění nebo nespavost bez lékařského předpisu (9,0 %), pervitin a amfetaminy (6,4 %), těkavé látky a rozpouštědla (2,9 %), lysohlávky (1,6 %), extáze a anabolika (shodně 1,5 %), užití ostatních látek bylo na nízké úrovni (méně než 1,0 %).

Ve věkové skupině tzv. mladých dospělých ve věku 15–34 let je míra celoživotní prevalence vyšší než u respondentů starších 34 let s výjimkou heroinu, LSD, těkavých látek a sedativ. U všech sledovaných drog ve všech časových horizontech je patrná vyšší míra prevalence u mužů než u žen.

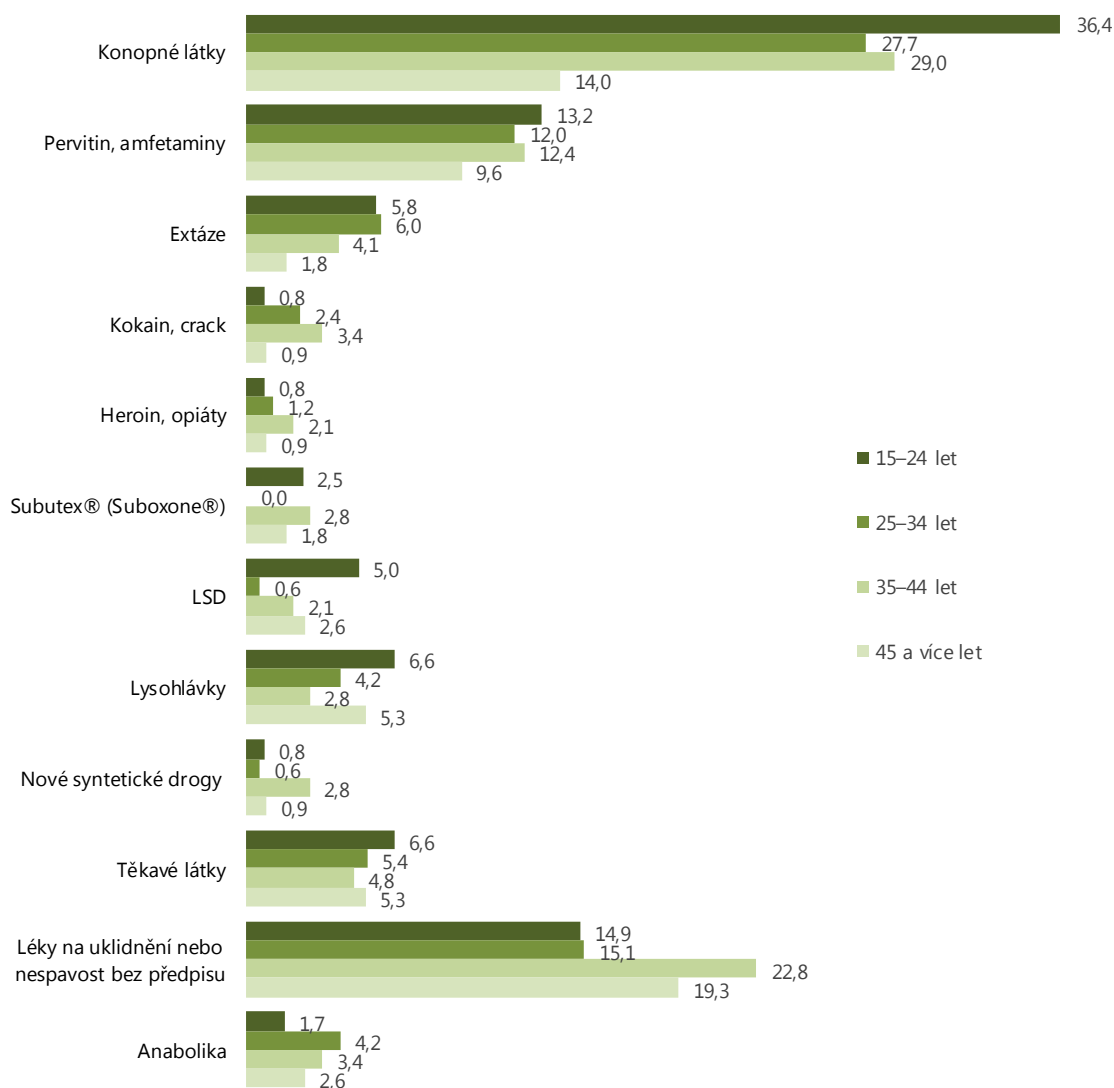
tabulka 2-11: Rozsah užívání drog mezi Romy – studie Zdraví a návykové látky mezi Romy, v %

Typ drogy	Muži (n=274)	Ženy (n=272)	Celkem (n=546)	15–34 let (n=287)	35 let a více let (n=259)
Celoživotní prevalence					
Konopné látky	66,1	38,6	52,4	61,3	42,5
Pervitin, amfetaminy	37,6	13,2	25,5	27,9	22,8
Extáze	24,1	7,4	15,8	19,5	11,6
Kokain, crack	8,4	4,4	6,4	6,6	6,2
Heroin, opiáty	10,6	3,7	7,1	6,3	8,1
Subutex® (Suboxone®)	8,4	2,2	5,3	5,6	5,0
LSD	15,0	2,9	9,0	8,7	9,3
Lysohlávky	24,8	5,9	15,4	17,8	12,7
Nové syntetické drogy	9,9	1,5	5,7	6,3	5,0
Těkavé látky	23,0	7,7	15,4	14,6	16,2
Léky na uklidnění nebo nespavost bez předpisu	34,3	26,1	30,2	28,6	32,0
Anabolika	16,4	2,6	9,5	11,5	7,3
Prevalence v posledních 12 měsících					
Konopné látky	42,0	12,1	27,1	31,4	22,4
Pervitin, amfetaminy	16,4	7,4	11,9	12,5	11,2
Extáze	8,0	1,1	4,6	5,9	3,1
Kokain, crack	2,2	1,8	2,0	1,7	2,3
Heroin, opiáty	2,2	0,4	1,3	1,0	1,5
Subutex® (Suboxone®)	1,8	1,5	1,6	1,0	2,3
LSD	3,3	1,5	2,4	2,4	2,3
Lysohlávky	6,2	2,9	4,6	5,2	3,9
Nové syntetické drogy	1,8	0,7	1,3	0,7	1,9
Těkavé látky	8,4	2,6	5,5	5,9	5,0
Léky na uklidnění nebo nespavost bez předpisu	20,4	15,4	17,9	15,0	21,2
Anabolika	4,7	1,5	3,1	3,1	3,1
Prevalence v posledních 30 dnech					
Konopné látky	28,1	8,1	18,1	21,3	14,7
Pervitin, amfetaminy	8,4	4,4	6,4	6,6	6,2
Extáze	2,2	0,7	1,5	1,0	1,9
Kokain, crack	1,1	0,7	0,9	0,0	1,9
Heroin, opiáty	1,5	0,4	0,9	0,3	1,5
Subutex® (Suboxone®)	0,4	0,7	0,5	0,3	0,8
LSD	0,7	0,4	0,5	0,3	0,8
Lysohlávky	2,2	1,1	1,6	1,4	1,9
Nové syntetické drogy	1,1	0,0	0,5	0,0	1,2
Těkavé látky	4,0	1,8	2,9	3,1	2,7
Léky na uklidnění nebo nespavost bez předpisu	9,1	8,8	9,0	6,6	11,6
Anabolika	2,6	0,4	1,5	1,7	1,2

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2017b)

Dále byla provedena podrobnější analýza rozsahu užívání podle věkových skupin v posledních 12 měsících – graf 2-24. U konopných látek je patrná nejvyšší míra prevalence u věkové skupiny 15–24 let. Ve věkových skupinách 35–44 let a 45 a více let byla zjištěna vysoká míra prevalence užívání léků na uklidnění nebo nespavost bez lékařského předpisu.

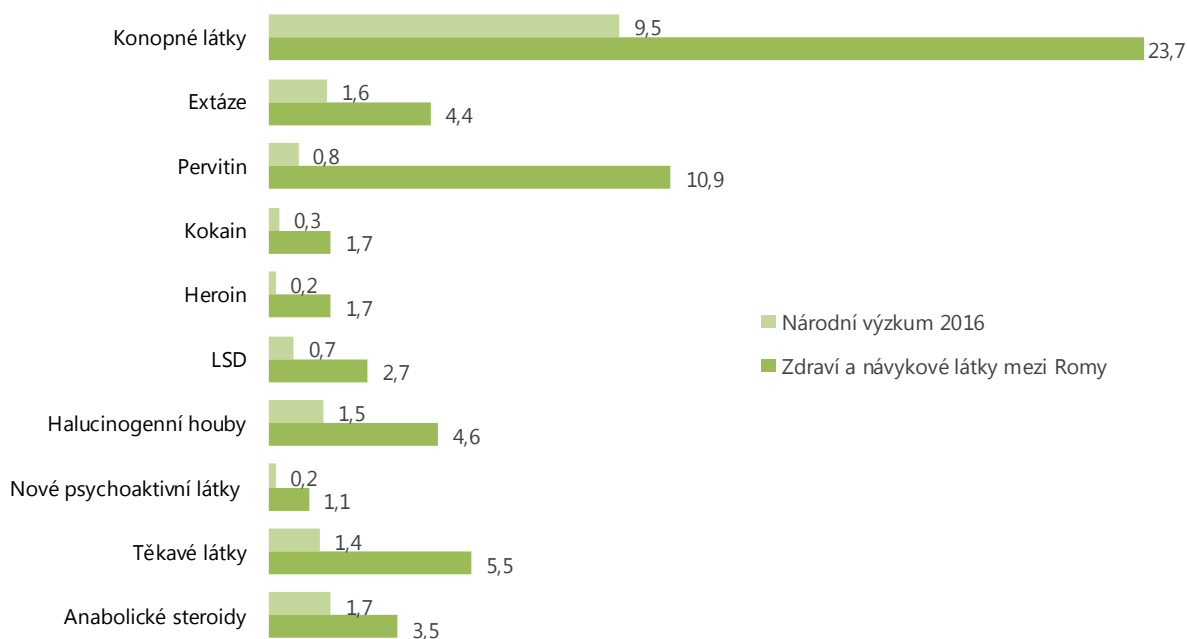
graf 2-24: Prevalence užívání drog mezi Romy za posledních 12 měsíců – studie Zdraví a návykové látky mezi Romy, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2017b)

Bylo provedeno rovněž srovnání míry prevalence užívání návykových látek ze studie *Zdraví a návykové látky mezi Romy* s hodnotami zjištěnými ve studii *Národní výzkum užívání návykových látek 2016* týkajícími se obecné populace – blíže viz kapitolu *Národní výzkum užívání návykových látek 2016* (str. 45) – graf 2-25. Pro tyto účely byl soubor studie *Zdraví a návykové látky mezi Romy* převážně na strukturu obecné populace ČR z r. 2016 podle pohlaví a věku. Srovnávané hodnoty tedy představují teoretickou míru prevalence, které by soubor studie mezi Romy dosáhl, pokud by měl stejnou strukturu podle pohlaví a věku jako obecná populace.

graf 2-25: Srovnání prevalence užívání návykových látek v posledních 12 měsících ve studii Národní výzkum 2016 a Zdraví a návykové látky mezi Romy po převážení na strukturu obecné populace podle pohlaví a věku, v %

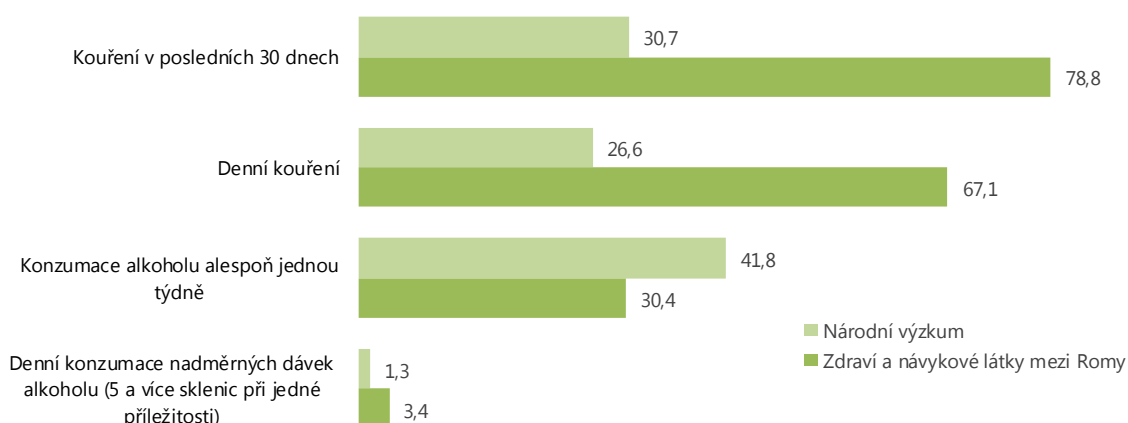


Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2017b)

Komparace obou studií poukázala na významně vyšší míru užívání všech sledovaných látek mezi Romy. Největší rozdíl je patrný u pervitinu, jehož hodnota je více než desetinásobně vyšší ve studii *Zdraví a návykové látky mezi Romy* než v *Národním výzkumu 2016*.

Srovnání některých indikátorů užívání legálních návykových látek shrnuje graf 2-26. Z něj je patrná vyšší míra prevalence u kouření v posledních 30 dnech, denního kouření a konzumace nadměrných dávek alkoholu (tj. konzumaci 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti) ve studii *Zdraví a návykové látky mezi Romy* než v *Národním výzkumu 2016*.

graf 2-26: Srovnání vybraných ukazatelů užívání návykových látek ve studii Národní výzkum 2016 a Zdraví a návykové látky mezi Romy, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2017b)

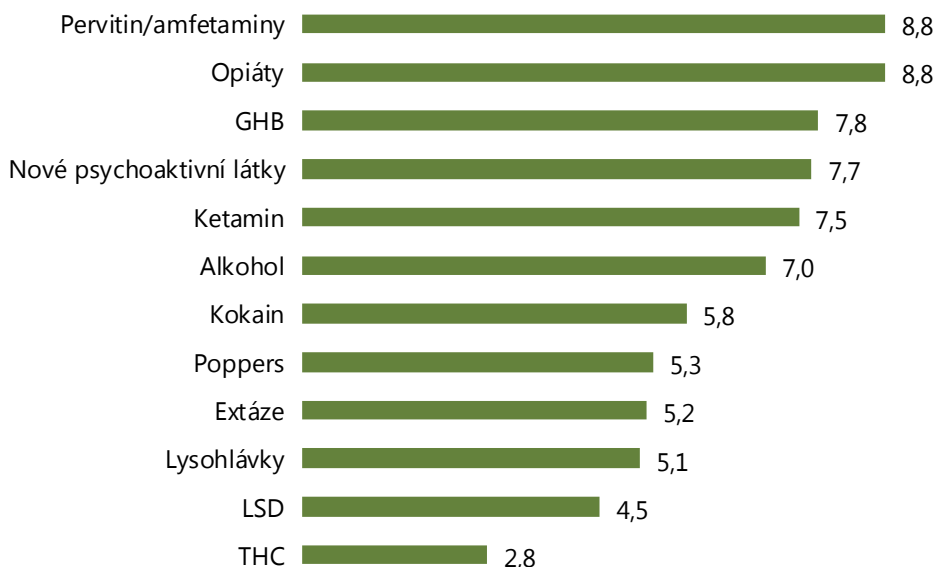
2.4.3 Užívání drog v prostředí nočního života

V rámci diplomové práce proběhl dotazníkový průzkum zaměřený na užívání drog a vnímání jejich rizikovitosti u návštěvníků hudebních akcí s elektronickou taneční hudbou (Klíma, 2016). Data byla sbírána v průběhu r. 2015 v rámci projektu Hard and Smart Společnosti Podané ruce v Brně nebo autorem samotným na 9 hudebních akcích převážně stylu drum and bass a techno spíše undergroundového charakteru.⁸³ Dotazník vyplnilo 113 respondentů, z toho 23 žen, 55 mužů a 35 dotazovaných pohlaví neuvedlo. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 16–35 let, průměr 23,3 roku. Průměrná frekvence návštěv hudebních akcí za rok byla 40,5 (medián 25). Dotazy na zkušenosti s užíváním návykových látek nebyly standardní.⁸⁴

Podíl uživatelů, kteří uvedli, že danou látku užívají na tanečních akcích (součet odpovědí od „výjimečně“ po „vždy“), byl nejvyšší u alkoholu s 96 % užívajících osob. Následovaly marihuana (87 %), extáze (70 %). U látek jako LSD (54 %), kokain (50 %), lysohlávky (44 %), pervitin/amfetaminy (32 %), poppers (29 %), nové psychoaktivní látky („designer drugs“) (16 %), ketamin (12 %), opiáty (8 %), GHB (4 %), převažovaly odpovědi „výjimečně“ – např. u kokainu např. 90 % z těch, co jej na taneční akci užili, označili užití jako výjimečné, u pervitinu 64 %. S rostoucím věkem respondentů mírně klesala četnost užívání marihuany a rostla četnost užívání kokainu. Pervitin/amfetaminy, extázi a poppers užívali častěji ti respondenti, kteří navštěvují hudební akce výhradně s elektronickou taneční hudbou, ve srovnání s těmi, kteří navštěvují také akce s multižánrovou či rockovou hudbou. Dotazník se zaměřil rovněž na mapování látek užitých na akci, na níž proběhl sběr dat. Nejčastěji užitou látkou byl alkohol, který užilo 56 % dotazovaných, dále marihuana (39 %), extáze (18 %), pervitin/amfetaminy (11 %); ostatní drogy byly často užity v kombinaci s alkoholem (Klíma, 2016).

Za nejnebezpečnější či nejškodlivější látku z výběru zkoumaných substancí považovali respondenti pervitin a opiáty, za nejméně nebezpečnou marihuanu – graf 2-27. Ti respondenti, kteří nějakou látku užívali častěji, ji obvykle hodnotili jako méně rizikovou.

graf 2-27: Pořadí látek podle nebezpečnosti subjektivně hodnocené návštěvníky tanečních akcí, průměr na škále 1 (nízká nebezpečnost) až 10 (vysoká nebezpečnost)



Zdroj: Klíma (2016)

⁸³ Hrnem Brnem, Bassinfection presents DOPE D.O.D, Open Airport, Acid Test, Weed In Da Beat, Exploration, Let It Roll, Bass Wednesday, Drum'n'Tekk.

⁸⁴ Směřovaly na četnost užívání dané látky na tanečních akcích s možnostmi odpovědí od „neužívám“ přes „výjimečně“ po „každá 2. párty“, „téměř vždy“, „vždy“.

2.4.4 Užívání návykových látek a bezdomovectví

V rámci výzkumného projektu HOBOhemia Sociologického ústavu AV ČR *Jak se žije lidem na ulici?* bylo provedeno dotazníkové šetření na souboru osob získaných metodou respondent-driven sampling.⁸⁵ Cílem projektu bylo popsat časoprostorovou distribuci bezdomovectví v prostředí měst Prahy a Plzně. Celkem se výzkumu zúčastnilo 468 osob s nejrůznějšími podobami neformálního ubytování. V rámci výsledů byla zveřejněna data o užívání alkoholu v této populaci. Celkem 46 % respondentů uvedlo, že nepijí buď vůbec, nebo jen při zvláštních příležitostech. Pouze 15 % uvádí, že pije průběžně celý den (20 % mužů), muži konzumují alkohol výrazně častěji než ženy. Alkohol nepije vůbec 40 % žen a 20 % mužů. Méně pijí jedinci žijící v institucích a bytech (60 %) v porovnání s těmi, kteří nocují na ulici nebo v noclehárně (40 %).⁸⁶

⁸⁵ Šetření spočívá v aktivním zapojení samotných respondentů, kteří jsou získáváni pomocí kuponů s pobídkami. Respondenti dále kupony distribuují do sítě svých známých a pobídky motivují takto kontaktované osoby k zapojení do výzkumu.

⁸⁶ <http://www.soc.cas.cz/aktualita/jak-se-zije-lidem-na-ulici> [2017-09-25]



Kapitola 3: Prevence

3.1 Politika a strategie v oblasti prevence

Oblast prevence tvoří jeden ze 4 základních pilířů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a jejích navazujících akčních plánů – blíže viz kapitolu Národní strategie protidrogové politiky (str. 20).

Prevence závislosti zaměřená na děti a mládež je v oblasti školství součástí širšího rámce prevence rizikového chování. Celý systém je na národní úrovni koordinován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), na úrovni krajů působí krajsí školští koordinátoři prevence a na nižší úrovni jsou to metodici prevence pedagogicko-psychologických poraden. Na školách působí školní metodici prevence.

Základními dokumenty pro oblast prevence v resortu školství jsou Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018 a Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č. j. 21291/2010-28 (metodické doporučení). Metodické doporučení popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka, stanovuje požadavky pro tzv. minimální preventivní program, doporučuje postupy škol a školských zařízení při výskytu vybraných rizikových forem chování dětí a mládeže. V prosinci 2016 bylo toto metodické doporučení rozšířeno o přílohu č. 21, která je věnována problematice hazardního hraní – blíže viz Výroční zprávu o hazardním hraní v ČR v r. 2014 (Mravčík a kol., 2015). Strategickým nástrojem na krajské úrovni jsou krajské plány primární prevence rizikového chování. Tyto krajské plány charakterizují oblast primární prevence v daném kraji (popisují síť služeb v oblasti primární prevence v kraji, financování primární prevence, priority kraje atd.) a jsou zdrojem informací pro subjekty působící v oblasti primární prevence na krajské, obecní i národní úrovni.

Mimo oblast školství jsou preventivní aktivity realizovány v oblasti prevence řízení pod vlivem alkoholu a drog. V jiných oblastech jsou systematické preventivní programy s prokázanou účinností realizovány výjimečně.

Téma prevence a podpory zdraví je rovněž součástí strategie Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.

3.1.1 Kvalita preventivních programů a dobrá praxe

V ČR od r. 2006 funguje systém ověřování kvality programů primární prevence rizikového chování realizovaných ve školství externími subjekty. Jde o proces posouzení poskytovatele a jeho programu podle kritérií kvality stanovených schválenými standardy (Pavlas Martanová et al., 2012) a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění. Certifikační systém v prevenci koordinuje Pracoviště pro certifikace⁸⁷ Národního ústavu pro vzdělávání (NÚV). K lednu 2017 evidoval NÚV celkem 56 organizací s 90 certifikovanými programy primární prevence (k prosinci 2015 to bylo 51 organizací a 84 programů). Z celkového počtu 90 certifikovaných programů se 72 zaměřovalo na prevenci v adiktologii, tj. obsahovaly témata z oblasti prevence užívání návykových látek a závislostí, z nich bylo 46 v oblasti všeobecné, 19 selektivní a 7 indikované prevence – tabulka 3-1.

⁸⁷ <http://www.nuv.cz/t/pracoviste-pro-certifikace/poskytovatele> [2017-05-18]

tabulka 3-1: Počet certifikovaných programů primární prevence rizikového chování se zaměřením na prevenci v adiktologii podle krajů v r. 2016

Kraj	Všeobecná prevence	Selektivní prevence	Indikovaná prevence	Celkem
Hl. m. Praha	13	5	1	19
Středočeský	15	6	0	21
Jihočeský	7	2	1	10
Plzeňský	8	2	1	11
Karlovarský	4	1	0	5
Ústecký	5	1	0	6
Liberecký	5	1	0	6
Královéhradecký	8	2	0	10
Pardubický	8	3	1	12
Vysočina	10	3	0	13
Jihomoravský	6	4	4	17
Olomoucký	8	1	1	10
Zlínský	9	1	1	11
Moravskoslezský	8	2	1	11
Celkem*	46	19	7	72

Pozn.:*V některých krajích působí organizace, které mají sídlo v jiném kraji. Programy některých organizací působí v několika krajích najednou, údaje v řádku „celkem“ nejsou součtem počtu programů podle krajů.

Zdroj: http://www.nuv.cz/modules/catalog/index.php?h=product&a=index&id_catalog=15 [2017-07-11]

V r. 2016 byl v rámci projektu VYNSPI⁸⁸ spuštěn jednotný systém výkaznictví a sběru dat ve školské prevenci. Na jeho rozvoji a uvádění do praxe spolupracuje NÚV, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze (KAD) a MŠMT. V praktické rovině jde o elektronický výkaz realizovaných preventivních aktivit každé školy strukturovaný do 7 částí, který obvykle zpracovává školní metodik prevence. Struktura výkazu je následující:

- školní metodik prevence,
- specifická prevence – preventivní témata obsažená v rámcovém vzdělávacím programu,
- specifická prevence – preventivní programy,
- nespecifická prevence,
- práce s dalšími cílovými skupinami (pedagogy, rodiči aj.) ve školním roce,
- specifická prevence – evidence typů a míry rizikového chování na škole ve školním roce,
- kvalitativní hodnocení školního roku.

Hlášení probíhá on-line prostřednictvím samostatného webu.⁸⁹ Data sesbírání od škol se dostávají v agregované podobě okresním a krajským metodikům prevence a MŠMT. Systém je v současné době pro školy dobrovolný. V r. 2016 v něm bylo registrováno 5119 ZŠ a SŠ, ale aktivně do systému vstupuje 1134 z nich. Za školní rok 2015/2016 se shromáždila data z celkem 893 škol.

V r. 2016 vznikla Odborná společnost pro prevenci rizikového chování (OSPRCH),⁹⁰ která vystupuje jako nezávislá platforma s cílem zastřešit oblast prevence. Cílem této společnosti je podporovat efektivní a ověřené postupy v prevenci.

3.2 Preventivní působení prostředí – environmentální prevence

Příznivé nastavení faktorů prostředí má preventivní účinek, označuje se jako environmentální prevence nebo environmentální strategie. V oblasti návykových látek jde zejména o opatření

⁸⁸ Implementace a evaluace minimálního preventivního programu, systémových nástrojů ve vzdělávání a vytvoření sběrného systému v oblasti prevence rizikového chování pro pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni; ESF OPVK č. CZ.1.07/1.1.00/53.0017

⁸⁹ <http://www.preventivni-aktivita.cz/> [2017-08-07]

⁹⁰ <http://www.osprch.cz/> [2017-08-07]

snižující místní, časovou a finanční dostupnost alkoholu (tj. daňová a jiná opatření zvyšující cenu), regulace reklamy a marketingu, pravidla na lokální úrovni (obecní vyhlášky), ve školách (školní řády) apod.

Nový zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (ZOZNL), obsahuje řadu ustanovení týkajících se preventivního nastavení faktorů prostředí v oblasti alkoholu a tabáku – viz také kapitolu Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (str. 17). Zákon nabyl účinnost 31. května 2017, o jeho aplikační praxi tedy nejsou dostatečné informace. Zákon obsahuje např. následující opatření:

- úplný zákaz kouření cigaret ve všech restauracích, barech, kavárnách, vinárnách a dalších provozovnách stravovacích služeb (zákaz se nevztahuje na elektronické cigarety a vodní dýmky),
- povinnost umístit informaci o zákazu kouření na provozovnu,
- zákaz kouření na zastávkách veřejné dopravy včetně nekrytých částí (vztahuje se i na elektronické cigarety),
- zákaz kouření v zoologických zahradách (nevztahuje se na elektronické cigarety),
- zákaz kouření ve školách, nemocnicích, v prostředcích hromadné veřejné dopravy, ve sportovních halách, na dětských hřištích, v zábavních zařízeních a v nákupních centrech (vztahuje se i na elektronické cigarety),
- zákaz zřizování kuřáren v kinech, divadlech, koncertních a výstavních síních, sportovních halách a v areálech zdravotnických zařízení (s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení),
- zákaz prodeje alkoholu osobě, která je zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky,
- zákaz prodeje alkoholu na akcích určených převážně pro děti,
- zákaz prodeje alkoholu při sportovních akcích, s výjimkou vína a alkoholických nápojů obsahujících nejvýše 4,3 % etanolu,
- zákaz prodeje alkoholu v prodejních automatech,
- zákaz prodeje tabákových výrobků v prodejních automatech, pokud nelze ověřit věk kupujícího,
- zákaz prodeje tabákových výrobků, elektronických cigaret a alkoholu na internetu v případech, kdy nelze ověřit věk kupujícího,
- zákaz výroby, dovozu a prodeje potravinářských výrobků a hraček, které napodobují vzhled tabákových nebo alkoholických výrobků,
- zákaz prodeje alkoholu v dopravních prostředcích kromě dálkových a zájezdových spojů a při tzv. nostalgických nebo historických jízdách a při jízdách na objednávku,
- možnost pro obce zakázat kouření (včetně elektronických cigaret) v blízkosti škol a jiných zařízení určených pro aktivity dětí a mladistvých,
- zavedení sankce až dvoudenního uzavření provozovny, pokud její provozovatel nevyzve mladistvé osoby pod vlivem alkoholu k opuštění provozovny.

Zákon neobsahuje tyto body původního, popř. pozměňovacího návrhu zákona:

- zákaz kouření na restauračních zahrádkách,
- povinnost nabízet jeden nealkoholický nápoj levněji než nejlevnější alkoholický nápoj o stejném objemu,
- zákaz kouření v automobilech, pokud v nich cestují děti.

Na vnímání kombinovaného zdravotního varování, zejména jeho obrazové části, kuřáky i nekuřáky se zaměřily průzkumy provedené pomocí on-line dotazníků v rámci studentských prací, které byly provedeny na souboru 276 zákazníků rekrutovaných před cíleně zvolenou trafikou v Praze (Červenková, 2017) a na souboru 140 osob rekrutovaných na sociální síti (Šálená, 2017). Z výsledků vyplývá, že obrazová varování fungují, kuřáci i nekuřáci si jich všimají a dokáží si vybavit konkrétní obrázky, které jsou součástí kombinovaného varování. Nejčastěji to byly obrázky zobrazující zčernalé plíce, otvor po tracheostomii, nekrózu nohy, vykašlávanou krev, tyto obrázky pokládali rovněž za nejodpudivější. Obrazová varování odpuzují rovněž nekuřáky. Z mapovaných reakcí vyplynulo, že přibližně 60 % kuřáků považuje rizika na obrázcích za reálná a věří tedy zobrazovaným důsledkům. Přibližně třetina kuřáků se snaží kombinovanému varování aktivně vyhnout, nejčastěji

používáním tabatěrky, ale také si krabičku přelepují samolepkou, přemísťují cigarety do starých krabiček bez obrázků apod. Čtvrtina si v obchodě vybírá krabičku podle obrázků. Přibližně pětina byla kvůli kouření v souvislosti s obrázky kritizována okolím, pětinu nutí obrázky k zamyšlení o rizicích vlastního kouření. Desetina kuřáků v souvislosti s kombinovaným varováním snížila denní počet vykouřených cigaret. Ukázalo se, že textová varování jsou méně důležitá, neboť respondenti si je příliš nevybavovali.

Za zmínku stojí zásahy do literatury pro děti a mládež, které se týkají také témat užívání návykových látek. V lednu 2016 otiskl časopis *Vesmír* první článek série o cenzuře literatury v moderní české kultuře s názvem *Honzíkova cesta za cenzurou a politickou korektností*. Ten na příkladu knih Bohumila Říhy *Honzíkova cesta* (1. vyd. 1954) a *O letadélku Káněti* (1. vyd. 1957) popisuje zásahy vydavatele do původního textu, jež se objevily po r. 1989. Změny se netýkaly pouze dobových referencí (např. vypouštění pasáží o jednotných zemědělských družstvech), ale také témat, jež by z pohledu dnešních (nejen) rodičů mohla být považována za závadná. Zejména jde o popisy násilí (např. tělesných trestů), z knih však byly odstraněny též zmínky o pokřizování, obezitě a kouření. Autor tyto zásahy do české literatury pro děti a mládež zasazuje do kontextu moderní vlny vydávání dětské literatury, resp. uměleckých děl obecně, v euroamerickém regionu. V rámci této vlny jsou mj. v animovaných filmech retušovány cigarety (např. Tom a Jerry).⁹¹

3.3 Všeobecná prevence

Programy všeobecné prevence se zaměřují na obecnou populaci, nikoliv na rizikové skupiny či jednotlivce. Základním prvkem prevence rizikového chování ve školách a školských zařízeních je minimální preventivní program (MPP), který na základních a středních školách (ZŠ, SŠ) vypracovává školní metodik prevence ve spolupráci s vedením školy a ostatními pedagogickými pracovníky. MPP podléhá kontrole České školní inspekce.

O realizaci preventivních aktivit ve školách v rámci MPP nejsou na národní úrovni k dispozici souhrnné informace.

Ve Středočeském kraji v r. 2016 proběhla pátá vlna on-line dotazníkového šetření škol s cílem získat ucelenější přehled o realizaci programů prevence rizikového chování na školách a porovnat data z 5 uplynulých školních let. Součástí výzkumu bylo mapování vývoje výskytu rizikového chování dětí a mládeže ve školách (Šebková, 2017). Šetření se věnovalo realizaci minimálního preventivního programu (MPP), financování prevence, činnosti školního metodika prevence (ŠMP), výskytu a způsobu řešení rizikového chování, spolupráci s externími organizacemi a rodiči, vzdělávání odborných pracovníků školy.

Šetření se v r. 2016 zúčastnilo 502 škol, což je o 81 škol více než v předešlém roce, response byla 70,6 %. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že v r. 2016 pouze 3 školy (0,6 %) neměly vytvořen MPP vůbec, 20 škol (3,9 %) nemělo v MPP zahrnut program pokrývající prevenci šikany. Navzdory poklesu celkových finančních prostředků vynaložených na prevenci považovalo celkem 215 škol (43 %) škol objem finančních prostředků spojených s pokrytím nákladů na prevenci za rozhodně nebo spíše dostačující. Celkem 24 (4,8 %) škol nemělo v r. 2016 zřízení funkce ŠMP (v r. 2015 celkem 19), přičemž 36 % ŠMP (34 % v r. 2015) mělo dokončené specializační studium k výkonu funkce ŠMP. Odměnu za výkon funkce ŠMP dostává 48,5 % pedagogů (Šebková, 2017).

Nejčastěji řešenými oblastmi rizikového chování byly záškoláctví, kouření, šikana (vztahové problémy mezi žáky), krádeže, vandalismus a kyberšikana. V posledních 4 školních letech mírně klesal podíl škol s výskytem problémů spojených s kouřením, alkoholem i ostatními drogami, naopak vrostl počet škol řešících výskyt vandalismu, kyberšikany a poruch příjmu potravy – tabulka 3-2. V oblasti prevence školy spolupracovaly s řadou externích organizací. Ke komunikaci s rodiči

⁹¹ <http://casopis.vesmir.cz/clanek/honzikova-cesta-za-cenzurou-a-politickou-korektnosti> [2017-09-05]

byly nejčastěji využívány třídní schůzky, nástěnky, webové stránky, e-mailová komunikace, schránky důvěry, letáky s tematikou prevence, konzultační hodiny (Šebková, 2017).⁹²

Také v Jihomoravském kraji v r. 2016 pokračovalo mapování výskytu rizikového chování u dětí a mládeže. Z elektronické evidence, kterou vyplnilo 65 % škol v Jihomoravském kraji, vyplývá, že hlavními problémy ve školním roce 2015/2016 školy v oblasti projevů rizikového chování u dětí jsou záškoláctví, kouření a šikana. U výskytu problémů souvisejících s kouřením, alkoholem i dalšími drogami je patrný pokles – tabulka 3-3.

tabulka 3-2: Výskyt rizikového chování ve školách Středočeského kraje ve školních letech 2011/2012 až 2015/2016 (v % škol, na kterých se daný jev vyskytl/řešil)

Rizikové chování	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016
Záškoláctví	64	61	62	62	62
Kouření	62	61	59	56	54
Šikana	56	53	54	56	59
Krádeže	45	47	44	43	41
Vandalismus	27	42	45	43	41
Kyberšikana	29	26	30	37	37
Alkohol	22	19	19	15	14
Ostatní návykové látky	16	15	15	14	14
Poruchy příjmu potravy	10	10	12	14	15
Rizikové chování v dopravě	18	19	16	12	17
Rizikové sexuální chování	5	6	8	9	7
Týrání a zneužívání dítěte	6	7	8	8	8
Extremismus, rasismus	7	8	7	6	6
Netolismus	4	5	5	6	8
Rizikové sporty	2	4	5	2	4
Hraní hazardních her	2	2	2	2	3
Působení sekt	0	1	1	0	1
Jiné	15	11	13	14	–

Zdroj: Šebková (2017)

tabulka 3-3: Výskyt případů rizikového chování ve školách Jihomoravského kraje ve školních letech 2013/2014 až 2015/2016

Rizikové chování	2013/2014			2014/2015			2015/2016		
	ZŠ	SŠ	Celkem	ZŠ	SŠ	Celkem	ZŠ	SŠ	Celkem
Záškoláctví	1 003	2 572	3 575	537	2 200	2 737	1 154	1 821	2 975
Kouření	927	1 323	2 250	680	1 081	1 761	508	685	1 193
Alkohol	393	584	977	223	524	747	196	54	250
Šikana	821	118	939	659	81	740	729	82	811
„Měkké drogy“	120	240	360	89	186	275	84	37	121
Kriminalita	148	51	199	41	37	78	98	14	112
„Tvrdé drogy“	5	11	16	2	14	16	2	7	9

Zdroj: Jihomoravský kraj (2017)

V ČR bylo k lednu 2017 certifikováno celkem 55 programů všeobecné prevence rizikového chování realizovaných ve školách externími subjekty. Součástí 46 programů byla prevence v adiktologii (tj. prevence zaměřená na kouření, alkohol, nelegální drogy a hazardní hraní). Nejsou k dispozici souhrnné informace o jejich realizaci.

Jsou k dispozici dílčí informace o realizaci některých evaluačních nebo pilotních preventivních projektů.

⁹² <http://www.kr-stredocesky.cz/documents/20875/5327836/V%C3%BDsledky+hodnoti%C3%ADch+dotazn%C3%ADk%C5%AF/8be389c3-0367-4e64-a122-7e58b3c625c1> [2017-07-31]

Pro žáky 7. tříd ZŠ a sekund 8letých gymnázií byl pilotován český program prevence užívání návykových látek s názvem *nPrevence*. Tento program vyvinutý KAD volně navazuje na původních 12 lekcí programu *Unplugged*, který je určen žákům 6. tříd. Program *nPrevence* má čtyři lekce, první dvě lekce jsou zaměřeny na sociální normy a normativní přesvědčení, nácvik dovedností odmítat drogy, přičemž zohledňují genderové rozdíly. Další dvě lekce se zaměřují na dopady užívání drog a jsou doprovázeny dvěma podpůrnými animovanými videi pro děti o neurobiologii závislostí.

V rámci randomizované kontrolované prospektivní studie byla zkoumána účinnost dvou nezávislých preventivních intervencí (*Unplugged* a *nPrevence*) ve srovnání s jednorázovou preventivní intervencí (*Unplugged*) a bez intervence. *Unplugged* byl realizován v 6. ročníku ve školním roce 2013/2014, *nPrevence* o rok později v 7. třídě. V období od září 2013 do června 2017 bylo uskutečněno 7 vln sběru dat, přičemž bylo shromážděno téměř 15 tisíc dotazníků. Výsledky budou prezentovány s ohledem na příslušnost ke skupinám, pohlaví a region na začátku r. 2018.⁹³

Preventivní aktivity realizoval v r. 2016 i Státní zdravotní ústav v Praze (SZÚ). Jednou z aktivit byla interaktivní hra *Jak se (ne)stát závislákem*⁹⁴ určená pro mládež ve věku 13–17 let s tematikou primární prevence rizikového chování. Hra je založena na poskytování informací o možných následcích užívání návykových látek a také na rozvíjení osobnosti a sociálních dovedností a trvá 2 vyučovací hodiny. Interaktivní hra byla realizována prostřednictvím pracovníků Centra veřejného zdraví oddělení podpory zdraví SZÚ a pedagogicko-psychologických poraden (PPP) v Jihomoravském a v Ústeckém kraji a na Vysočině. Celkem se interaktivní hry zúčastnilo 2254 žáků ZŠ a SŠ. V Ústeckém kraji v r. 2016 realizoval Zdravotní ústav (ZÚ) dlouhodobý program školské všeobecné primární prevence rizikového chování *Hravě o prevenci*.⁹⁵ V Ústeckém kraji proběhlo celkem 201 preventivních bloků pro ZŠ (4139 žáků) a 32 preventivních bloků pro SŠ (687 žáků) v rámci projektů podpořených MŠMT, MZ a Ústeckým krajem, nad rámec podpořených bloků ještě dalších 94 preventivních bloků.

V r. 2016 v ČR proběhla evaluace programu *Zipyho kamarádi (Zippy's Friends)* určeného pro děti mateřských škol a 1. stupně ZŠ, jejich rodiče a učitele.⁹⁶ Tento program je zaměřen na podporu duševního zdraví, sociálních dovedností a nácviku kompetencí práce se stresem a přispívá tak ke včasnému řešení problémů v oblasti rizikového chování. Evaluace projektu doložila významná zlepšení ve většině sledovaných jevů u dětí, které v průběhu jednoho školního roku programem prošly. Významné rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou se ukázaly zejména v oblasti sebeovládání (Pražské centrum primární prevence, 2016).

V rámci diplomové práce provedla Frombergová (2017) evaluaci primárně preventivního programu *Boys and Girls Plus* realizovaného v českých ZŠ a SŠ. Program je postaven na třech pilířích: upřesňování informací o drogách a rizicích spojených s jejich užíváním, podpora rozvoje zdravých postojů a rozvoj životních dovedností. Hodnocení mělo podobu průřezové dotazníkové studie na 26 školách mezi žáky (dotazník vyplnilo 614 žáků před i po absolvování programu) a školními metodiky prevence. Z evaluační studie vyplynulo, že program na žáky nejsilněji zapůsobil ve čtyřech oblastech:

- naučil žáky efektivněji volit strategie, jak řešit problémy, se kterými se setkávají,

⁹³ Jako součást této studie Vacek a kol. (2017) publikovali studii, v níž srovnávali anonymní auto-generované identifikační kódy získané od dětí (N = 2571, průměrný věk 12 let, 50,4 % žen) a jejich rodičů (N = 1931, průměrný věk 41 let, 83,3 % žen) a sledovali metodologické vlastnosti těchto kódů. Kód o devíti znacích vyplňovali děti a zrcadlovou verzi stejného kódu jejich rodiče. Jednotlivé znaky vycházely z písmen (nikoliv pouze prvních) ve jménech či příjmeních dětí, rodičů či prarodičů, z čísel z dat narození dětí a z označení barvy očí dětí. Byl zjištěn vysoký počet jedinečných párů rodičů a dětí při dodržení garance anonymity účastníků. Ukázalo se, že anonymní auto-generovaný identifikační kód je vhodným nástrojem pro propojování respondentů mezi skupinami a má vysokou míru shody, to vše při zachování anonymity.

⁹⁴ http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/Nabidka_seminaru_2014/Jak_se_nestat_zavislakem_popis_programu_1452014.pdf [2017-09-25]

⁹⁵ <http://www.zuusti.cz/oddeleni-podpory-zdravi/> [2017-09-25]

⁹⁶ <http://www.zipyhokamaradi.cz/> [2017-08-01]

- upevnil životní cíle žáků, nejvýrazněji u mladších žáků a chlapců, kde se vliv projevil jako nejsilnější,
- zvýšil citlivost žáků v otázce uvědomování si vlastních pocitů,
- naučil žáky lépe vnímat své potřeby a uvědomovat si, co chtějí.

V oblasti nelegálních drog jsou realizovány rovněž následující kampaně a projekty, které jsou odbornou veřejností kritizovány za to, že nenaplnují standardy kvality v prevenci.⁹⁷

Od r. 2015 převzal Nadační fond Nové Česko projekt *Revolution Train* nabízející multimediální interaktivní zážitky v prostředí vlakové soupravy. Součástí projektu je návazný program realizovaný formou interaktivní diskuse zaměřený na zvyšování právního vědomí návštěvníků. Na jaře 2016 projel vlak 16 městy v německém příhraničí. Na podzim 2016 a na jaře 2017 projel vlak 14 městy v Moravskoslezském, Zlínském, Královéhradeckém, Olomouckém a Jihočeském kraji, přičemž získal podporu z veřejných rozpočtů na krajské i obecní úrovni. Na podzim 2016 také poprvé navštívil 3 města v Sasku. Od září 2017 vlak cestuje Durynskem a Bavorskem, celkem má v programu 15 německých měst. Během fungování se setkal s pozitivním ohlasem jak v Česku, tak v německých, polských a slovenských médiích, ale i mezi německými odborníky a politiky (pověřenkyňe vlády SRN pro oblast drog vyhlásila v r. 2016 *Revolution Train* jako vůbec první zahraniční projekt v Německu projektem měsíce). Od opětovného spuštění projektu v březnu 2015 absolvovalo program do 1. 10. 2017 přibližně 50 tis. návštěvníků (z toho více než 10 tis. ze SRN, přes 600 ze Slovenska a přes 300 z Polska), z toho více než 40 tis. dětí a 2,3 tis. pedagogů. Partnerem projektu je NPC, projekt má podporu některých českých odborníků. Většina odborné české veřejnosti však projekt kritizuje za to, že nenaplnuje standardy kvality v prevenci, protože nemá certifikaci MŠMT, přičemž odčerpává prostředky z veřejných rozpočtů – tabulka 3-4.

tabulka 3-4: Platby z rozpočtů obcí/kraje nadačnímu fondu Nové Česko za realizaci projektu *Revolution Train* na jejich území v l. 2016–2017 (k 10. 10. 2017 podle Registru smluv)

Město/kraj	Částka (v Kč)
2016	
Bohumín	271 290
Havířov	254 040
Chomutov	172 900
Orlová	334 720
Český Těšín	230 790
Obecní rozpočty celkem v r. 2016	1 263 740
2017	
Moravské Budějovice	77 550
Frýdlant nad Ostravicí	94 700
Havířov	344 300
Krnov	248 850
Ostrava-Poruba	569 000
Kopřivnice	82 950
Karviná	304 800
Nový Jičín	82 950
Prostějov	97 200
Přerov	92 400
Valašské Meziříčí	142 700
Znojmo	194 400
Obecní rozpočty celkem v r. 2017	2 331 800
Moravskoslezský kraj v r. 2016	150 000
Moravskoslezský kraj v r. 2017	966 700
CELKEM	5 828 940

Zdroj: Registr smluv, <https://smlouvy.gov.cz/> [2017-10-10]

⁹⁷ <http://www.asociace.org/aktuality/zakazana-prevence/> [2017-09-04]

Již po čtrnácté se v r. 2016 uskutečnila akce *Cyklo-běh za Českou republiku bez drog* organizace Řekni ne drogám – řekni ano životu, v rámci něhož probíhaly tiskové konference a besedy k tématu závislostí. Přes výtky k odbornosti a účinnosti převzal nad akcí záštitu Výbor pro vzdělávání, vědu, kulturu, lidská práva a petice Senátu PČR.

3.4 Selektivní a indikovaná prevence

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

V ČR bylo v červenci 2017 certifikováno celkem 25 programů selektivní a 10 programů indikované prevence rizikového chování, z toho 19 programů selektivní prevence a 7 programů indikované prevence se zaměřovalo na prevenci v oblasti závislostí. Nejsou k dispozici souhrnné informace o jejich realizaci.

Kromě metodické činnosti směrem ke školním metodikům prevence se metodici prevence v PPP věnují také diagnostice a poradenství u individuálních případů. Podrobné informace o činnosti metodiků prevence v PPP jsou uvedeny ve VZ 2015. V současné době působí v ČR celkem 90 PPP a 43 SVP – tabulka 3-5.

tabulka 3-5: Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a střediska výchovné péče (SVP) podle krajů

Kraj	Počet PPP	Počet SVP
Hl. m. Praha	13	6
Středočeský	12	3
Jihočeský	7	3
Plzeňský	5	2
Karlovarský	3	1
Ústecký	8	4
Liberecký	4	1
Královéhradecký	5	4
Pardubický	4	3
Vysočina	5	1
Jihomoravský	8	3
Olomoucký	5	0
Zlínský	4	6
Moravskoslezský	7	6
Celkem	90	43

Zdroj: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/kontakty-a-adresare-1> [2017-08-30]

Sdružení Cesta z krize zřídilo v r. 2016 linku Ztracené dítě na čísle 116 000.⁹⁸ Tato bezplatná nonstop telefonická služba pomoci je určena pro metodiky prevence ve školství a pedagogické pracovníky, ale také pro rodinu, žáky a studenty. Odborníci odpovídají na otázky týkající se všech projevů rizikového chování.

⁹⁸ <https://linkaztracenedite.cz/> [2017-08-08]

3.5 Mediální a informační kampaně

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

V r. 2017 byl pod hlavičkou Světové zdravotnické organizace (WHO) zorganizován každoročně pořádaný Světový den bez tabáku (31. 5.) s podtitulem *Tabák ohrožuje rozvoj*. Kampaň upozornila na způsoby, jakými tabák ohrožuje rozvoj států, a vytvořila tlak na vlády k přijetí tvrdé regulace tabákových výrobků.⁹⁹ Kampaň WHO doplnil svými aktivitami Státní zdravotní ústav (SZÚ), který v rámci kampaně *Prevence kouření hravě* připravil soutěž pro žáky základních škol o nejlepší tematické video. Žáci 4.–5. tříd měli natočit pohádku nebo příběh o negativním vlivu kouření na lidský organismus a žáci 6.–9. tříd měli natočit příběh, ve kterém odmítají cigaretu způsobem doporučeným v manuálu SZÚ.¹⁰⁰

Ke Světovému dni bez tabáku se v roce 2017 připojila Národní síť zdravých měst. Ve městech a obcích zapojených do projektu byly připraveny akce pro veřejnost. Například v Jihlavě proběhla *Cesta za čistým vzduchem*, během které bylo pro kuřáky připraveno měření oxidu uhelnatého ve vydechaném vzduchu.¹⁰¹ Mladá Boleslav se zapojila do kampaně projektem *Normální je nekouřit aneb cesta za čistým vzduchem*, během něž 20 žáků vybraných mladoboleslavských základních škol s pedagogickým doprovodem vystoupilo na Sněžku, kde rozvinuli protikuřácký transparent.

Na Světový den bez tabáku byla záměrně stanovena účinnost zákona č. 65/2017 Sb., MZ k tomuto dni zahájilo kampaň Poslední típnutí – více viz kapitolu Politické, občanské a odborné akce a iniciativy (str. 26).

Při příležitosti Světového dne bez tabáku realizovala regionální pracoviště SZÚ aktivity pro zvýšení informovanosti veřejnosti o škodlivosti kouření (Karviná, Liberec, Praha, Plzeň, Brno, Vysočina a Jihlava). Český rozhlas v červnu 2017 vysílal dva audiospoty na téma škodlivosti vodních dýmek a na téma dopadů užívání tabáku. Spoty byly podpořeny z projektu Významné dny ve zdravotnictví v kontextu podpory zdraví a jejich vysílání bylo zahájeno 31. 5. 2017.

V září 2016 byl zahájen provoz národních stránek pro podporu odvykání kouření koureni-zabiji.cz, které provozuje NMS. Odkaz na webové stránky je součástí kombinovaného zdravotního varování uvedeného na obalech tabákových výrobků. Stránky jsou propojeny s Národní linkou pro odvykání kouření (800 35 00 00), kterou provozuje Česká koalice proti tabáku za podpory Úřadu vlády ČR – podrobněji viz VZ 2015.

Preventivně-informační aktivity zaměřené na rizika plynoucí z užívání alkoholu a návykových látek realizovala také Policie ČR. Formou celostátních, regionálních či lokálních kampaní působila zejména na účastníky silničního provozu s cílem zamezit řízení pod vlivem návykových látek, a na děti a mládež s cílem snížit míru užívání alkoholu a jiných drog nezletilými.

Příklady preventivně-informačních kampaní Policie ČR zaměřených na účastníky silničního provozu:

- Kampaň *Řídím bez opice III.* se v r. 2017 uskutečnila v Moravskoslezském kraji a na Českolipsku. Během akce se převážně začínající řidiči a žáci autoškol mohli pomocí brýlí simulujících užití alkoholu a drog přesvědčit o zhoršení řidičských schopností. Po praktické části následovala krátká beseda s dopravními policisty na téma alkohol a drogy za volantem.¹⁰²
- V roce 2016 probíhala na území Ústeckého, Pardubického a Plzeňského kraje kampaň *Zkus to ne! Bezpečně.*¹⁰³ Řidiči si mohli vyzkoušet jízdu za volantem osobního automobilu v simulovaném stavu opilosti nebo pod vlivem návykových látek, např. konopí nebo pervitinu.

⁹⁹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/no-tobacco-day/en/> [2017-07-27]

¹⁰⁰ <http://www.szu.cz/publikace/svetovy-den-bez-tabaku-2017-kampan-prevence-koureni-hrave> [2017-07-27]

¹⁰¹ <https://www.zdravamesta.cz/index.shtml?apc=r2365314kC> [2017-07-27]

¹⁰² <http://www.policie.cz/clanek/ridim-bez-opice-iii.aspx> [2017-08-08]

¹⁰³ <http://www.policie.cz/clanek/preventivni-projekt-zkus-to-ne-bezpecne.aspx> [2017-08-08]

Veřejnosti byly dále představeny prostředky Policie ČR ke zjišťování přítomnosti alkoholu a návykových látek v krvi.

- Ve spolupráci s BESIP a Českým svazem pivovarů a sladoven Policie ČR připravila v r. 2017 sérii kontrol zaměřených na pití alkoholu před a během řízení. V případě negativního výsledku bylo řidičům předáno nealkoholické pivo.¹⁰⁴ V rámci této kampaně s názvem *Řídím, piju nealko pivo* byla připravena také webová prezentace, kde může široká veřejnost nalézt informace o negativním vlivu alkoholu a drog na řízení.¹⁰⁵
- Policisté ve Zlínském kraji se v r. 2017 zaměřili na dodržování zákazu jízdy na kole pod vlivem alkoholu. V předstihu upozornili účastníky akce *Na kole vinohrady Uherskohradištska* na plánované kontroly dodržování zákazu pití alkoholických nápojů pro cyklisty.¹⁰⁶ Postup policie kritizoval starosta Uherského Hradiště s tím, že směřuje proti hladkému průběhu této regionální atrakce.¹⁰⁷
- Kontroly cyklistů na přítomnost alkoholu v krvi probíhaly i na jiných místech v ČR. Například v Teplicích v Čechách se policisté v rámci akce *Na kole bezpečně* zaměřili, mimo kontroly dodržování zákona o provozu na pozemních komunikacích, na informování cyklistů o zjištěných nedostacích a rozdávání svítilen bílé a červené barvy.¹⁰⁸
- Policie ČR využívá k informování veřejnosti o vlivu alkoholu a OPL na pozornost řidiče také audiospoty v rozhlasovém vysílání. Kampaní *Nenech se ovlivnit* se nažila za pomoci devíti audiospotů zlepšit bezpečí v silniční dopravě.¹⁰⁹
- Ve spolupráci s Magistrátem města Plzně a Krajským úřadem Plzeňského kraje připravilo plzeňské krajské ředitelství policie kampaň s názvem *Piješ. Řídíš. Zabíjíš!*, ve které upozornilo veřejnost na rizika spojená s konzumací alkoholu při řízení nebo jízdě na kole. Podle vyjádření policie je tato kampaň realizována vzhledem k vysokému počtu nehod způsobených při řízení pod vlivem alkoholu. Projekt byl zahájen v srpnu 2017 a bude doprovázen spoty ve vybraných rádiích a také grafickým zpracováním formou tzv. city lightů a plakátů umístěných například na autobusových zastávkách, obchodních centrech a benzinových stanicích.¹¹⁰ Rozhlasové spoty inspirované skutečnými dopravními nehodami jsou přístupné široké veřejnosti na YouTube.¹¹¹

Příklady preventivně-informačních kampaní Policie ČR zaměřených na děti a mládež:

- V r. 2016 se uskutečnila celostátní akce *Alkohol* zaměřená na podávání alkoholu mladistvým. Na akci spolupracovali zástupci Policie ČR, ČOI a dalších složek státní správy a samosprávy včetně národního protidrogového koordinátora. Akce Alkohol 2016 si kladla podobně jako v r. 2015 za cíl zvýšit povědomí společnosti o vysoké konzumaci alkoholu dětmi a mladistvými, upozornit na vysokou dostupnost a toleranci k užívání alkoholu v ČR, podpořit odpovídající legislativní změny a nastavit adekvátní preventivní programy v této oblasti.

Ve spolupráci s národním protidrogovým koordinátorem policie realizovala celostátní akci *Hazard, alkohol a děti* (HAD 2017)¹¹², která se zaměřila především na dodržování zákazu prodeje a podávání alkoholu, cigaret a nelegálních drog a také na dodržování zákazu hazardního hraní u nezletilých.

Celkem 3 kola kontrolní akce, které se účastnili také zástupci hasičů, ČOI, hygieny a celníků, proběhly v období od července do září 2017. Během prvního kola kontrol v termínu 10.–16. 7. 2017

¹⁰⁴ <http://www.policie.cz/clanek/ridim-piju-nealko-pivo-897302.aspx> [2017-08-23]

¹⁰⁵ <http://www.rpnz.cz/o-projektu> [2017-08-23]

¹⁰⁶ <http://www.policie.cz/clanek/zpravodajstvi-zlinskeho-kraje-zpravodajstvi-uo-uherske-hradieste-cykliste-pozor.aspx> [2017-08-23]

¹⁰⁷ http://zlin.idnes.cz/policejni-kontroly-cyklistu-na-vinarskych-stezkach-u-uherskeho-hradieste-1rm-/zlin-zpravy.aspx?c=A170428_160838_zlin-zpravy_ras [2017-08-23]

¹⁰⁸ <http://www.policie.cz/clanek/na-kole-bezpecne-134462.aspx> [2017-08-23]

¹⁰⁹ <http://www.policie.cz/clanek/nenech-se-ovlivnit.aspx> [2017-08-08]

¹¹⁰ <http://www.policie.cz/clanek/dopravni-nehodovost-a-preventivni-kampan-pijes-ridis-zabijis> [2017-09-09]

¹¹¹ <https://www.youtube.com/watch?v=bk4HJAFT7vU&index=1&list=PL7q4z0ZRpaLA8z7c4-E2J-oPwgHPiYnDQ> [2017-09-09]

¹¹² <http://www.policie.cz/clanek/had-2017.aspx> [2017-08-08]

policisté v provozovnách stravovacích služeb, hernách a kasinech zjistili celkem 53 osob mladších 18 let pod vlivem alkoholu. Z tohoto počtu bylo pěti osobám méně než 15 let. V průběhu kontrolního týdne byly zjištěny i dva případy, ve kterých osoby mladší 18 let držely nelegální drogy.

Policie ČR mimo akcí zaměřených na konzumaci alkoholu a jiných drog nezletilými a účastníky silničního provozu připravila také v r. 2017 sérii kontrol zaměřených na zvýšení povědomí o zákazu pití alkoholu pro vůdce vodních plavidel. V rámci celorepublikové akce *Voda 2017* policie ve spolupráci se Státní plavební správou provedla kontroly vodáků a vůdců malých plavidel na požití alkoholických nápojů a/nebo jiných drog.¹¹³ Od r. 2016 je v provozu webový portál voda-nebo-alkohol.cz, který vznikl z iniciativy vodáckých organizací – blíže viz VZ 2015. Jeho cílem je upozornit na problematiku konzumace alkoholu při řízení lodi, při sjíždění řek a dalších rekreačních aktivitách spojených s pobytem u vody během letní sezony, neboť alkohol je často faktorem (spolu)zodpovědným za tragické nehody vodáků.¹¹⁴ Na webu pijsrozumem.cz byla v r. 2017 vytvořena sekce pro vodáky nazvaná *Pluj s rozumem*, která informuje o rizicích pití alkoholu při sjíždění řek.¹¹⁵ V rámci této kampaně bylo také připraveno video a umístěno na YouTube, ve kterém český reprezentant ve vodním slalomu doporučuje vodákům nepít během plavby, ale „až v kempu a s rozvahou“.¹¹⁶

Iniciativa Liga otevřených mužů zorganizovala v únoru 2016 a 2017 další ročníky kampaně *Suchej únor*,¹¹⁷ která má za cíl podporu mužského zdraví a zároveň osvětu a motivaci k vědomému snížení konzumace alkoholu.

Edukativní akce připravují také zástupci alkoholového průmyslu ve spolupráci se samosprávou i se službami pro závislé. Například Fórum *Pij s rozumem* provozuje webové stránky pijsrozumem.cz a realizuje vzdělávací program *Pobavme se o alkoholu*, jehož hlavním cílem je zvýšení znalostí a povědomí o rizicích souvisejících s konzumací alkoholu nezletilými. V r. 2017 proběhl v Plzni, Ostravě a Praze již 5. ročník cyklu akcí *Den Respektuj 18*, jejichž součástí byla beseda s adiktologem a autogramiáda mistra ČR v lyžování.

Potravinářská komora ČR spustila v r. 2016 druhý ročník kampaně *Alkohol zodpovědně* zaměřené na mladistvé.¹¹⁸ Na projektu podpořeného ministerstvem zdravotnictví spolupracuje Český svaz pivovarů a sladoven, Unie výrobců lihovin České republiky a Vinařský fond České republiky a další výrobci alkoholu. V rámci kampaně vznikly webové stránky alkoholzodpovedne.cz, probíhala distribuce alkohol-testerů a informačních materiálů, byly pořádány přednášky na školách a osvětové kampaně na hudebních festivalech. Kampaň je pochybná a nedůvěryhodná tím, že prezentuje pití alkoholu jako zdraví prospěšné.¹¹⁹

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

Stejně jako v minulých letech organizoval v r. 2016 Magistrát hl. m. Prahy ve spolupráci s městskými částmi a Centrem sociálních služeb Praha – Pražským centrem primární prevence soutěžní festival s názvem *Antifetfest*¹²⁰ – blíže viz VZ 2015.

V listopadu 2016 probíhal podobně jako v minulých letech *Evropský týden testování na HIV a žloutenky* s cílem včasné identifikace infekce HIV a poprvé i virové hepatitidy typu B a C.¹²¹

¹¹³ <http://www.policie.cz/clanek/voda-2017.aspx> [2017-08-24]

¹¹⁴ <http://www.voda-nebo-alkohol.cz/> [2017-08-08]

¹¹⁵ <http://pijsrozumem.cz/pluj-s-rozumem/> [2017-08-24]

¹¹⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=8x503OhIXLE> [2017-08-24]

¹¹⁷ <http://suchejunor.cz/> [2017-08-08]

¹¹⁸ <http://www.alkoholzodpovedne.cz/> [2017-08-08]

¹¹⁹ <http://www.alkoholzodpovedne.cz/temata/alkohol-a-zdravi> [2017-08-08]

¹²⁰ <http://rs.antifetfest.cz/hlavni-stranka-2016> [2017-08-29]

¹²¹ <http://www.prevencehiv.cz/akce/evropsky-testovaci-tyden/> [2017-08-29]

Evropský týden testování vyvrcholil 1. 12. 2016, kdy se každoročně připomíná Světový den boje proti AIDS.

Řada NNO působících v oboru závislostí se v r. 2016 v rámci mezinárodního Dne boje proti drogám (26. 7. 2016)¹²² připojila k mezinárodní kampani *Podpoř, netrestej*.¹²³ Organizace SANANIM při této příležitosti upozornila na to, že přehnaná represe v drogové politice (tzv. válka proti drogám) přináší více negativních dopadů na veřejné zdraví a finance a že prostředky vynakládané na léčbu a prevenci zneužívání drog a léčbu drogové závislosti v ČR jsou nedostatečné.¹²⁴

Informační kampaně realizovaly také jednotlivé územní samosprávy. Například Krajský úřad Ústeckého kraje vytvořil informační videospoty prezentující jednotlivé druhy sociálních služeb pro osoby závislé či závislosti ohrožené a jejich blízké. Cílem bylo seznámit především laickou veřejnost s protidrogovými službami a jejich nabídkou v kraji. Videospoty byly součástí katalogu sociálních služeb Ústeckého kraje.¹²⁵

Během r. 2016 pokračovala policie v Moravskoslezském kraji v kampani, která je založena na zastrašování mládeže v podobě uvádění extrémních dopadů užívání drog s názvem *Bereš? Zemřeš!*¹²⁶ – blíže viz VZ 2015.

¹²² <http://www.sananim.cz/aktuality/231/26-cerven-2016-je-mezinarodnim-dnem-boje-proti-drogam.html> [2017-08-29]

¹²³ <http://supportdontpunish.org/> [2017-08-29]

¹²⁴ <http://www.sananim.cz/aktuality/231/26-cerven-2016-je-mezinarodnim-dnem-boje-proti-drogam.html> [2017-09-07]

¹²⁵ <http://socialnisluzby.kr-ustecky.cz/protidrogova-prevence/> [2017-07-20]

¹²⁶ <http://www.policie.cz/clanek/beres-zemres.aspx> [2017-08-08]

obrázek 3-1: Plakát kampaně Bereš? Zemřeš! s plyšovým medvídkem demonstrujícím fatální dopady užití drogy



Zdroj: <http://www.policie.cz/SCRIPT/ViewImage.aspx?id=718707&docname=plakat-obrazek-maly.jpg> [2017-09-07]



Kapitola 4: Problémové užívání drog

4.1 Odhady počtu problémových uživatelů drog

Problémové užívání nelegálních drog bylo v Evropě tradičně definováno jako injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). Tato zastřešující definice byla v r. 2013 Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) revidována a rozšířena o další drogy užívané s vysokou frekvencí (u konopí denně či téměř denně a u ostatních drog alespoň jednou týdně) nebo přinášející uživatelům zdravotní či sociální problémy (Thanki a Vicente, 2013).

V ČR je jako problémové užívání drog označováno dlouhodobé nebo pravidelné užívání pervitinu a opioidů a injekční užívání jakékoliv drogy.

4.1.1 Odhad počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů

4.1.1.1 Národní odhad multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení

Národní odhad počtu problémových uživatelů drog (PUD), resp. problémových uživatelů pervitinu a opioidů (PUPO), je každoročně od r. 2002 prováděn multiplikační metodou za použití dat o počtu klientů nízkoprahových programů.¹²⁷ Odhad je proveden pro jednotlivé kraje, národní odhad vzniká jako součet odhadů pro jednotlivé kraje.

Zdrojem údajů o počtu problémových uživatelů drog v kontaktu jsou každoročně závěrečné zprávy projektů dotovaných RVKPP (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016) a průzkum mezi programy, které nebyly podpořeny v tomto dotačním řízení, a není tudíž k dispozici jejich závěrečná zpráva. Zdrojem multiplikátoru pro odhady za r. 2015 a 2016 byla dotazníková studie mezi klienty nízkoprahových kontaktních center Multiplikátor 2016, v předchozích letech studie obdobného charakteru – blíže viz VZ 2015.

V r. 2016 bylo v ČR odhadnuto 46,8 tis. PUPO (95% CI: 45,1–48,4 tis.), z toho 34,3 tis. (33,7–34,9 tis.) uživatelů pervitinu, 3,4 tis. (3,2–3,6 tis.) uživatelů heroinu a 7,3 tis. (7,0–7,6 tis.) uživatelů buprenorfinu (především Subutexu®). Za r. 2016 je opět k dispozici odhad problémových uživatelů jiných opioidů, který dosáhl 1,7 tis. (1,6–1,8). Uživatelů opioidů bylo tedy odhadnuto celkem 12,5 tis. (12,0–12,9 tis.). Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (IUD) dosáhl 42,8 tis. (41,8–43,7 tis.). V r. 2016 dosáhla míra prevalence problémového užívání drog v ČR 0,67 % obyvatel ve věku 15–64 let, což je nižší relativní prevalence než v předchozích dvou letech (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2017a). Trendy v l. 2002–2016 prezentuje tabulka 4-1 a graf 4-1.

Počet PUPO se v r. 2016 proti odhadu v r. 2015 snížil¹²⁸ – týká se to jak celkového odhadu, tak odhadovaného počtu uživatelů pervitinu i opioidů. Struktura užívaných opioidů se změnila – počet uživatelů buprenorfinu a heroinu se snížil, narostl odhadovaný počet uživatelů jiných opioidů, mezi

¹²⁷ Odhad vzniká jako podíl velikosti známé populace uživatelů (tj. počtu PUPO v kontaktu s nízkoprahovými programy v kalendářním roce) a hodnoty multiplikátoru. Multiplikátor vyjadřuje podíl problémových uživatelů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, na všech problémových uživatelích. Zbytek je skrytá část populace problémových uživatelů drog.

¹²⁸ Odhad za r. 2015 byl revidován na základě zpřesnění vstupních dat o počtu klientů v kontaktu s programy v některých krajích. Změna oproti údajům publikovaným ve VZ 2015 je mírná.

kteří patří především opioidní analgetika. Možný vliv artefaktů nebo systematického zkreslení na platnost odhadů je diskutován ve VZ 2015.

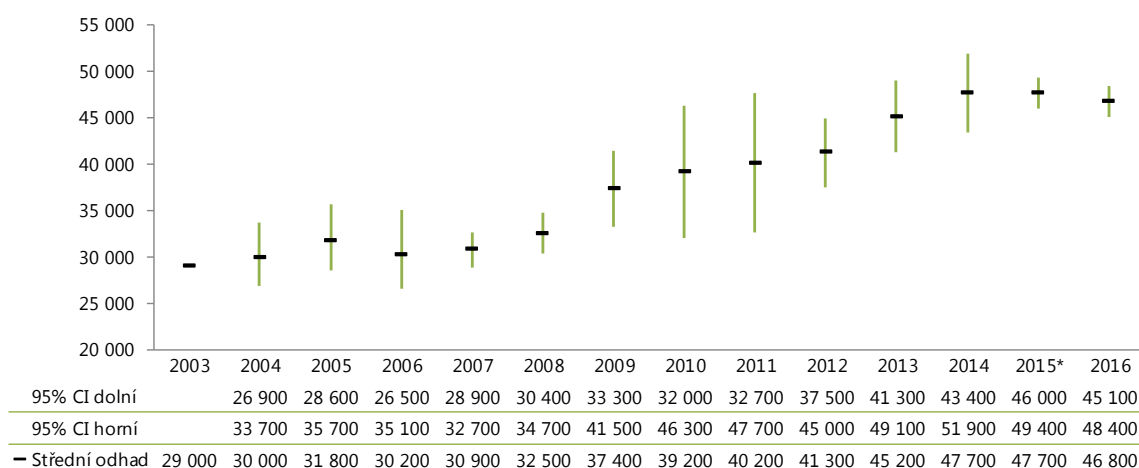
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2016

Rok	Problémoví uživatelé celkem		Uživatelé opioidů				Uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé drog	
	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Uživatelé heroínu	Uživatelé buprenorfinu	Uživatelé jiných opioidů	Celkem	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89	–	–	–	13 300	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	–	–	–	10 200	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	–	–	–	9 700	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	–	–	–	11 300	20 500	2,82	29 800	4,10
2006	30 200	4,13	6 200	4 300	–	10 500	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,20	5 750	4 250	–	10 000	20 900	2,84	29 500	4,01
2008	32 500	4,39	6 400	4 900	–	11 300	21 200	2,87	31 200	4,21
2009	37 400	5,04	7 100	5 100	–	12 100	25 300	3,40	35 300	4,75
2010	39 200	5,30	6 000	5 000	–	11 000	28 200	3,81	37 200	5,03
2011	40 200	5,51	4 700	4 600	–	9 300	30 900	4,24	38 600	5,29
2012	41 300	5,71	4 300	6 300	–	10 600	30 700	4,25	38 700	5,35
2013	45 200	6,32	3 500	7 200	–	10 700	34 500	4,82	44 400	6,22
2014	47 700	6,73	4 100	7 200	–	11 300	36 400	5,13	45 600	6,43
2015*	47 700	6,78	4 300	7 300	1 100	12 700	35 000	4,98	43 400	6,18
2016	46 800	6,71	3 400	7 300	1 700	12 500	34 300	4,92	42 800	6,14

Pozn.: * revidovaný odhad

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017a)

graf 4-1: Střední hodnoty a 95% interval spolehlivosti odhadů počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2003–2016



Pozn.: * revidovaný odhad

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017a)

Odhadovaný počet PUPO podle krajů ukazuje tabulka 4-2 a vývoj v časové řadě od r. 2006 tabulka 4-3. Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog je tradičně odhadován v Praze a Ústeckém kraji, tedy současně v oblastech s vysokým výskytem problémových uživatelů opioidů. Nadprůměrný výskyt PUPO na počet obyvatel vykazují také kraje Karlovarský a Liberecký. K největšímu meziročnímu nárůstu v r. 2016 došlo v Praze a v Ústeckém kraji. Meziroční změny

v krajích je však potřeba hodnotit opatrně, neboť odhady jsou ovlivněny malou velikostí souboru pro odhad multiplikátoru v jednotlivých krajích a artefakty ovlivňujícími počet evidovaných klientů.

tabulka 4-2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2016 podle krajů – střední hodnoty

Kraj	Celkem PUD		Uživatelé opioidů				Uživatelé pervitinu	IUD
	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let	Heroin	Buprenorfin	Jiné opioidy	Celkem		
Hl. m. Praha	16 200	19,17	2 500	5 700	700	8 900	7 300	15 800
Středočeský	2 400	2,75	100	600	< 50	700	1 700	2 200
Jihočeský	2 700	6,35	< 50	300	200	500	2 100	2 000
Plzeňský	1 900	4,91	< 50	< 50	300	400	1 500	1 700
Karlovarský	1 800	9,19	< 50	< 50	< 50	100	1 800	1 700
Ústecký	6 500	11,94	400	400	< 50	900	5 600	5 900
Liberecký	2 200	7,54	< 50	< 50	< 50	< 50	2 200	2 000
Královéhradecký	1 000	2,89	< 50	100	< 50	200	900	800
Pardubický	400	1,20	< 50	< 50	< 50	< 50	400	400
Vysočina	900	2,55	< 50	< 50	< 50	< 50	800	800
Jihomoravský	3 200	4,11	300	< 50	100	400	2 800	2 700
Olomoucký	2 400	5,71	< 50	< 50	100	100	2 300	2 000
Zlínský	1 800	4,55	< 50	< 50	100	100	1 700	1 500
Moravskoslezský	3 500	4,34	100	100	100	300	3 300	3 200
Celkem ČR	46 800	6,71	3 400	7 300	1 700	12 500	34 300	42 800

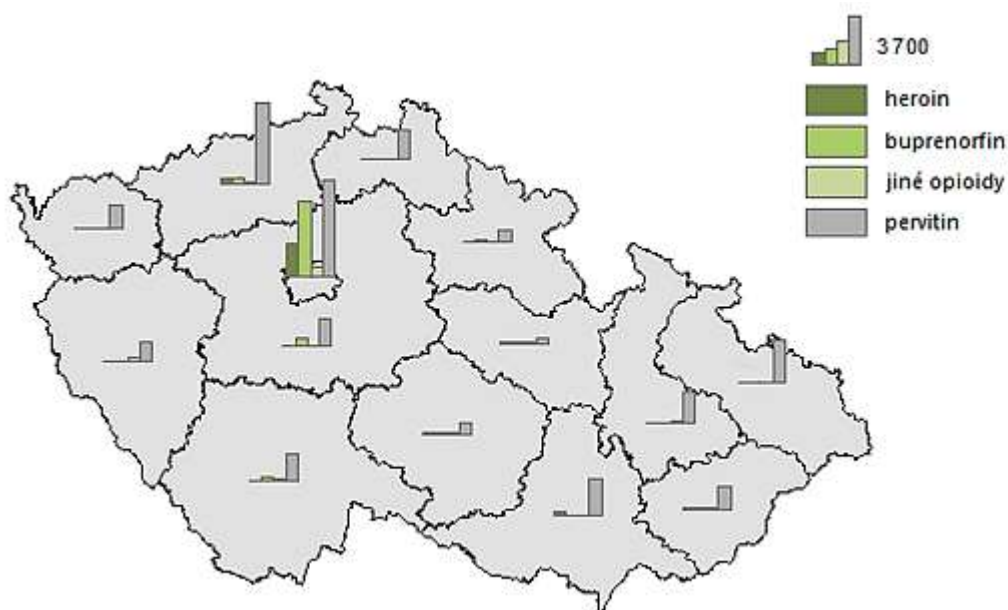
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017a)

mapa 4-1: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2016 podle krajů – střední hodnoty



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017a)

mapa 4-2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v r. 2016 podle drog a krajů



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017a)

tabulka 4-3: Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů v ČR v l. 2007–2016 podle krajů, střední hodnoty

Kraj	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016
Hl. m. Praha	10 000	11 500	10 400	11 350	10 900	14 600	14 300	15 700	14 900	16 200
Středočeský	1 700	1 750	2 400	2 150	2 100	2 500	3 100	2 300	2 500	2 400
Jihočeský	1 500	1 550	1 500	1 400	1 300	2 000	2 800	2 800	2 900	2 700
Plzeňský	1 300	1 650	2 400	2 000	1 900	1 250	1 400	1 400	2 200	1 900
Karlovarský	900	1 000	1 200	900	1 200	1 950	1 700	1 900	1 500	1 800
Ústecký	4 100	4 150	5 300	4 900	6 200	4 600	5 900	6 800	6 000	6 500
Liberecký	500	1 500	1 300	2 650	2 800	1 750	2 500	2 900	2 500	2 200
Královéhradecký	1 750	1 100	1 000	950	1 100	1 050	1 100	1 100	1 200	1 000
Pardubický	450	450	500	400	400	1 000	600	600	400	400
Vysočina	700	500	600	600	600	750	1 300	1 300	900	900
Jihomoravský	3 400	3 250	3 400	3 900	4 000	2 650	3 100	3 100	3 300	3 200
Olomoucký	1 650	1 600	3 000	3 300	3 200	2 350	3 000	2 900	2 600	2 400
Zlínský	1 850	1 350	2 400	2 350	2 500	1 850	1 900	2 100	1 900	1 800
Moravskoslezský	1 100	1 150	2 000	2 350	2 000	3 000	2 500	2 800	4 800	3 500
Celkem ČR	30 900	32 500	37 400	39 200	40 200	41 300	45 200	47 700	47 700	46 800

Pozn.: * revidovaný odhad

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017a)

4.1.1.2 Regionální odhady problémového užívání drog

Za r. 2016 jsou k dispozici odhady PUD z krajských zpráv o realizaci protidrogové politiky (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d). Kraje při odhadování populace PUD vychází nejčastěji z odhadů NMS (viz výše) a z expertních odhadů služeb působících v daném regionu, méně často jsou prováděny vlastní metodologicky propracované regionální odhady.

Odhady provedené na krajské úrovni se zásadně neliší od odhadu počtu PUD v krajích provedeného NMS pomocí multiplikační metody (viz výše). Za r. 2016 jsou k dispozici následující odhady problémových uživatelů pervitinu a opioidů provedené na krajské úrovni:

- V Jihočeském kraji byl proveden odhad PUD založený na údajích nízkoprahových služeb. Bylo odhadnuto 2100 PUD (3/4 byli uživatelé pervitinu, 1/4 opioidů), z toho 1800 IUD. Odhad NMS multiplikační metodou (viz výše) činí 2700 osob.

- V Karlovarském kraji poskytovatelé služeb odhadují populaci PUD na cca 2000 osob; v kontaktu s nízkoprahovými službami je odhadem přibližně 60 % PUD, více než 90 % klientů služeb jsou injekční uživatelé pervitinu. Odhad NMS multiplikační metodou (viz výše) činí 2000 osob.
- Odhad počtu PUD v Libereckém kraji na základě výkaznictví adiktologických služeb a odhadů obcí činí 3000 osob. Odhad NMS multiplikační metodou (viz výše) činí 2200 osob.
- Zpráva Ústeckého kraje uvádí lokální odhady PUD: Ústí nad Labem 5000–6000, Most 1500, Litvínov 500, Bílina 400, Louny 200, Žatec 200 a v některých dalších obcích 100 a méně osob. Souhrnný odhad NMS multiplikační metodou pro celý Ústecký kraj v r. 2016 (viz výše) činí 7000 osob.
- V Pardubickém kraji se dlouhodobě odhaduje počet PUD na cca 650 osob. Tento odhad se zásadně neliší od kvalifikovaného odhadu pracovníků harm reduction služeb, který činí 750 osob. Odhad NMS multiplikační metodou pro r. 2016 (viz výše) činí 400 osob.

4.1.2 Odhad počtu problémových uživatelů návykových látek z průzkumu mezi lékaři

V listopadu a prosinci r. 2016 proběhla další vlna omnibusového výzkumu na souboru lékařů ČR získaných kvótním výběrem (mimo stomatologů), který opakuje ve dvouletých intervalech agentura INRES-SONES a do kterého je z iniciativy NMS zařazen také modul s otázkami na prevalenci problémového užívání drog a patologického hráčství (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES, 2017a). V r. 2016 bylo dotazováno celkem 1237 lékařů z celé ČR. Soubor proporcionálně odpovídal populaci lékařů ČR podle pohlaví, věku, způsobu výkonu lékařského povolání a krajů. Osloveno bylo 1551 lékařů, rozhovor odmítlo poskytnout 304 lékařů (míra response 80,4 %).

Kromě otázek na prevalenci problémového užívání návykových látek a problémové hráčství jsou součástí dotazníku také otázky na zkušenosti lékařů s podáváním substituční léčby a poprvé v r. 2016 byly do dotazníku zařazeny otázky na provádění krátkých intervencí u kuřáků a uživatelů alkoholu – blíže viz kapitoly Krátké intervence (str. 121) a Substituční léčba (str. 129).

Metoda odhadu prevalence z reprezentativního průzkumu mezi lékaři¹²⁹ je založena na tom, že celá česká populace je rozdělena mezi praktické lékaře, neboť podle zákona může být každá osoba registrována pouze u jednoho registrujícího poskytovatele primární ambulantní péče v oborech všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství nebo gynekologie a porodnictví. Výskyt určitého jevu (např. problémového užívání drog) v subpopulaci registrované u lékařů v (reprezentativním) souboru praktických lékařů je tak možné extrapolovat na populaci jako celek.

Vzhledem k tomu, že na otázky k prevalenci problémových uživatelů drog odpovídali pouze lékaři registrující své pacienty pro účely kapitační platby ze zdravotního pojištění, byl počet praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost ve vzorku navýšen na přibližně dvojnásobek, než jak by odpovídalo jejich reálnému zastoupení v populaci lékařů ČR – do průzkumu v r. 2016 jich bylo zařazeno celkem 352 (28,5 % celého souboru), resp. 220 (17,8 %).

Lékařům byly položeny otázky na počet následujících osob mezi osobami u nich registrovanými:

- patologických hráčů nebo osob se závažnými problémy s hraním hazardních her, jako jsou tzv. automaty, hry v kasinu nebo kurzové sázky (včetně internetového sázení),
- alkoholiků nebo osob se závažnými problémy způsobenými nadměrnou konzumací alkoholu,
- pravidelných nebo intenzivních uživatelů marihuany nebo hašiše,

¹²⁹ Pracovně se tato metoda označuje jako metoda nepřímého odhadu populační prevalence (*indirect estimation of population prevalence rate*).

- osob užívajících injekčně nebo pravidelně nebo dlouhodobě opiáty (heroin nebo substituční preparáty z černého trhu),
- osob užívajících injekčně nebo pravidelně nebo dlouhodobě pervitinu.

Ve srovnání s r. 2014 se formulace otázek na prevalenci problémových forem užívání návykových látek a problémového hráčství nezměnila. Podobný modul byl zařazen do předchozích vln stejného průzkumu také v r. 2005, 2007, 2010, 2012 a 2014. Srovnatelné otázky byly položeny praktickým lékařům rovněž v průzkumu v r. 2003 (Mravčík a kol., 2005).

Výsledky získané od praktických lékařů ze vzorku byly extrapolovány jak na celkový počet osob v ČR,¹³⁰ tak na celkový počet praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost v ČR v r. 2015 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016c, Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016b). Frekvence jednotlivých skupin problémových uživatelů a hráčů mezi registrovanými osobami byla vypočítána jako průměrná frekvence vážená počtem registrovaných pacientů. Odhady pro celou ČR ukazuje tabulka 4-4 a tabulka 4-5.

tabulka 4-4: Odhad počtu patologických hráčů, problémových uživatelů alkoholu, konopí, opioidů a pervitinu v r. 2016 z průzkumu mezi lékaři extrapolací na počet obyvatel ČR

Odbornost	Odhad	Patologičtí hráči	Problémoví uživatelé alkoholu	Problémoví uživatelé konopí	Problémoví uživatelé opioidů a pervitinu		
					opioidů	pervitinu	celkem
PL pro dospělé	Střední hodnota	95 141	238 102	96 911	21 036	15 588	36 625
	95% CI – dolní	78 340	199 290	76 249	15 582	11 671	28 637
	95% CI – horní	111 943	276 913	117 573	26 491	19 506	44 613
PL pro děti	Střední hodnota	9 087	16 273	22 273	2 678	1 783	4 461
	95% CI – dolní	5 437	10 451	14 132	1 023	1 090	2 394
	95% CI – horní	12 737	22 095	30 415	4 333	2 475	6 528
Celkem	Střední hodnota	104 228	254 375	119 184	23 715	17 371	41 086
	95% CI – dolní	83 777	209 742	90 381	16 605	12 761	31 031
	95% CI – horní	124 679	299 008	147 988	30 824	21 981	51 141

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017a)

tabulka 4-5: Odhad počtu patologických hráčů, problémových uživatelů alkoholu, konopí, opioidů a pervitinu v r. 2016 z průzkumu mezi lékaři extrapolací na celkový počet lékařů

Odbornost	Odhad	Patologičtí hráči	Problémoví uživatelé alkoholu	Problémoví uživatelé konopí	Problémoví uživatelé opioidů a pervitinu		
					opioidů	pervitinu	celkem
PL pro dospělé	Střední hodnota	69 627	174 250	70 922	15 395	11 408	26 803
	95% CI – dolní	55 748	144 109	55 892	9 055	8 329	18 955
	95% CI – horní	83 506	204 391	85 953	21 735	14 488	34 651
PL pro děti	Střední hodnota	11 144	19 957	27 316	3 284	2 186	5 471
	95% CI – dolní	5 242	10 696	15 239	673	1 204	2 270
	95% CI – horní	17 046	29 219	39 392	5 896	3 169	8 672
Celkem	Střední hodnota	80 771	194 207	98 238	18 680	13 595	32 274
	95% CI – dolní	60 990	154 804	71 131	9 728	9 533	21 225
	95% CI – horní	100 552	233 610	125 345	27 631	17 657	43 323

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017a)

Pro r. 2016 dosáhl střední odhad počtu problémových uživatelů drog 32–41 tis. (42–54 tis. pro r. 2014), z toho 19–24 tis. uživatelů opioidů (22–29 tis. pro r. 2014) a 14–17 tis. uživatelů pervitinu (20–26 tis. pro r. 2014); z toho praktickými lékaři pro děti a dorost bylo odhadnuto přibližně 4,5–5,5 tis. problémových uživatelů opioidů a pervitinu, tj. problémových uživatelů drog ve věku pravděpodobně do 18 let (4,5 tis. pro r. 2014). Je potřeba vzít v úvahu, že prevalenční odhady

¹³⁰ Údaje za r. 2015 vzhledem k tomu, že v době kalkulace nebyl střední stav obyvatel za r. 2016 k dispozici.

získané prostřednictvím praktických lékařů jsou založeny na kvalifikovaných odhadech jednotlivých lékařů a jsou zatíženy poměrně vysokou chybou (viz intervaly spolehlivosti). Podobně jako v uplynulých letech velmi pravděpodobně nadhodnocují počty uživatelů opiátů a podhodnocují počty uživatelů pervitinu, neboť u praktického lékaře existuje možnost substituční léčby preparáty obsahujícími buprenorfin, což může vést ke zvýšenému kontaktu s lékařem; pro uživatele pervitinu žádná podobná léčebná alternativa v ordinacích praktických lékařů neexistuje. V r. 2012 dosáhl odhad stejnou metodou 16,5 tis., což znamenalo oproti odhadům z minulých let značný pokles, který se nepodařilo vysvětlit. V r. 2014 a 2016 se odhady vrátily k hodnotám minulých let a odpovídají (celkové odhady) odhadům získaným multiplikační metodou – tabulka 4-6.

V r. 2012 byl poprvé do průzkumu mezi lékaři zařazen dotaz na intenzivní uživatele konopí a na patologické hráče, v r. 2014 poprvé na problémové uživatele alkoholu. Střední odhad počtu problémových uživatelů konopí dosáhl v r. 2016 přibližně 98–119 tis. osob, z nich 22–27 tis. bylo odhadnuto praktickými lékaři pro děti a dorost, tj. pravděpodobně do věku přibližně 18 let. Střední odhad počtu problémových uživatelů alkoholu dosáhl přibližně 194–254 tis. osob, z toho přibližně 16–20 tis. do 18 let. Střední odhad počtu patologických hráčů dosáhl v r. 2016 přibližně 81–104 tis. osob, z toho přibližně 9–11 tis. do 18 let. Trend středních odhadů získaných pomocí extrapolace na počet obyvatel ukazuje tabulka 4-7.

tabulka 4-6: Střední odhady počtu problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v l. 2003–2016 pomocí extrapolace na počet obyvatel

Rok	Počet problémových uživatelů drog celkem		Počet injekčních uživatelů drog		Počet uživatelů opioidů		Počet uživatelů pervitinu	
	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let
2003	n. a.	–	n. a.	–	21 200	2,6*	n. a.	–
2005	32 000	4,4	n. a.	–	17 000	2,3	15 000	2
2007	28 500	3,9	n. a.	–	11 600	1,6	16 600	2,3
2010	32 900**	4,4	23 300	3,2	20 400	2,8	12 500	1,7
	53 500***	7,2						
2012	16 600**	2,3**	9 500	1,3	7 700	1,1	8 800	1,2
	15 600***							
2014	54 000**	6,8	n. a.	–	25 500	3,6	23 000	3,2
2016	41 000**	5,8	n. a.	–	23 700	3,4	17 400	2,5

Pozn.: * Na 1000 osob ve věku 18 a více let. ** Odhad ze součtu uživatelů podle drog. *** Odhad z otázky na celkový počet problémových uživatelů drog.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2010a), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2013a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017a)

tabulka 4-7: Střední odhady počtu problémových uživatelů alkoholu, konopí a patologických hráčů získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v letech 2012, 2014 a 2016 pomocí extrapolace na počet obyvatel

Rok	Počet problémových uživatelů alkoholu		Počet problémových uživatelů konopí		Počet patologických hráčů	
	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let
2012	n. a.	–	155 000	21,5	89 000	9,9
2014	310 000	34,8	200 000	28,0	113 000	12,6
2016	254 000	28,5	119 000	17,0	104 000	11,7

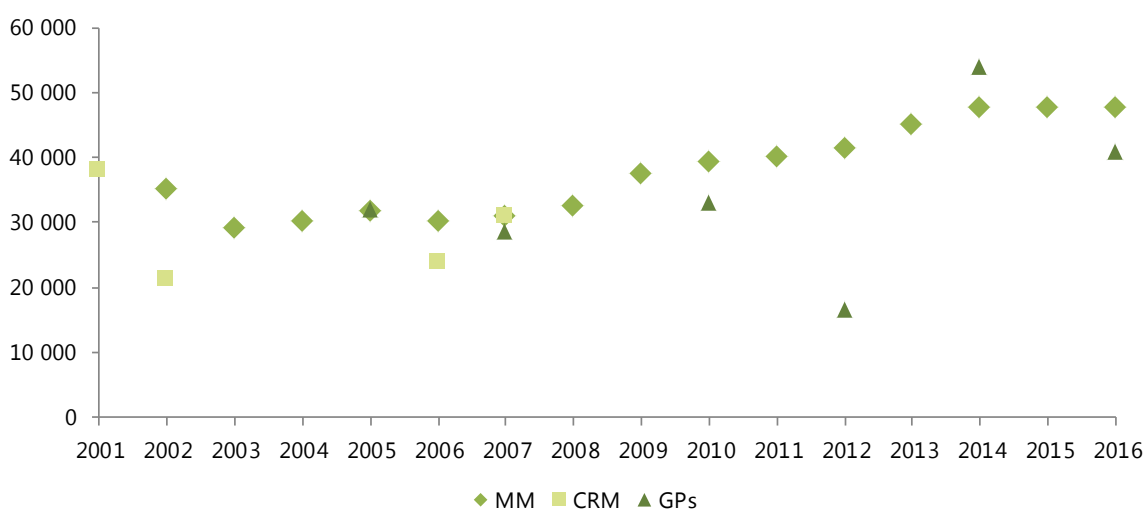
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2010a), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a INRES-SONES (2013a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017a)

Výsledky odhadu problémových/patologických hráčů provedené jinými metodami jsou uvedeny ve Výroční zprávě o hazardním hraní v ČR v r. 2016 (Mravčík a kol., 2017).

4.1.3 Dlouhodobý trend odhadovaného počtu problémových uživatelů opioidů a pervitinu z různých zdrojů

Následující graf 4-2 shrnuje národní odhady PUPO získané různými metodami od r. 2001. Podrobnější údaje o odhadech získanými multiplikační metodou a metodou nepřímého odhadu populační prevalence z průzkumu mezi lékaři uvádí předchozí kapitoly. Odhad metodou zpětného záchytu je blíže popsán ve VZ 2011 a VZ 2012 a v samostatných pracích (Mravčík a kol., 2005, Mravčík a Sopko, 2013).

graf 4-2: Souhrn středních hodnot odhadů počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů v letech 2001–2016 provedených různými metodami



Pozn.: MM – multiplikační metoda, CRM – metoda zpětného záchytu, GPs – metoda nepřímého odhadu populační prevalence z průzkumu mezi lékaři
Zdroj: Mravčík a kol. (2005), Mravčík a Sopko (2013), Mravčík a kol. (2016a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017a)

4.1.4 Kouření, problémové užívání alkoholu a intenzivní formy užívání nelegálních drog v obecné populaci

Součástí dotazníku Národního výzkumu užívání návykových látek 2016 (Národní výzkum 2016), který realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou MindBridge Consulting na podzim 2016 na reprezentativním souboru 3601 respondentů ve věku 15+ let (bližší informace o metodologii studie viz kapitolu Národní výzkum užívání návykových látek 2016, str. 45) byly mimo jiné screeningové škály poskytující odhad výskytu problémového užívání návykových látek:

- > 2položková škála HSI (Heaviness of Smoking Index) pro kouření cigaret (Heatherton, 1989),
- > 4položková škála CAGE pro hodnocení rizikové a škodlivé konzumace alkoholu (Ewing, 1984, Mayfield, 1974, Bühler a kol., 2004, Bradley a kol., 1998),
- > 7položková škála ASC pro hodnocení výskytu problémů v souvislosti s alkoholem (Moskalewicz a Sieroslawski, 2010),
- > 6položková škála CAST pro hodnocení výskytu intenzivního užívání konopných látek v populaci (Beck a Legleye, 2008, Legleye a kol., 2007, Legleye a kol., 2011, Spilka a kol., 2013).

4.1.4.1 Denní kouření a riziko vzniku závislosti na tabáku

V posledních 30 dnech kouřilo 30,7 % dotázaných, každodenní kouření v posledních 30 dnech uvedlo 26,6 % respondentů (35,6 % mužů a 18,3 % žen) – blíže viz kapitolu Národní výzkum užívání návykových látek 2016 (str. 45).

Škála Heaviness of Smoking Index (Heatherton, 1989) sestává ze dvou otázek:¹³¹

1. Kolik cigaret vykouříte denně?
2. Jak brzy po probuzení si dáte svou první cigaretu?

Výsledné skóre Heaviness of Smoking Index (HSI) může nabývat hodnoty 0–6 bodů, přičemž 1–2 body indikují velmi nízké riziko závislosti, 3 body nízké až střední riziko závislosti, 4 body střední riziko závislosti a 5–6 bodů vysoké riziko závislosti na tabáku.

Výsledky screeningové škály HSI naznačují, že v kategorii rizika vzniku závislosti na tabáku se nacházelo celkem 32,7 % populace ve věku 15–64 let (44,2 % mužů a 22,1 % žen), z nich 20,0 % (24,2 %, resp. 16,2 %) respondentů spadalo do kategorie velmi nízkého až středního rizika (1–3 body), 7,9 % (12,4 %, resp. 3,7 %) spadalo do kategorie středního rizika (4 body) a 4,8 % (7,6 %, resp. 2,2 %) spadalo do kategorie vysokého rizika závislosti na tabáku (5–6 bodů) – tabulka 4-8.

tabulka 4-8: Výsledky screeningové škály HSI (Heaviness of Smoking Index) v obecné populaci a mezi denními kuřáky podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %

Škála HSI	Muži	Ženy	Celkem	95% CI	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let
V obecné populaci ve věku 15–64 let (n=2785)									
Bez závislosti (0 bodů)	55,8	77,9	67,3		73,1	63,2	67,4	63,2	71,4
V riziku závislosti (1+ bodů)	44,2	22,1	32,7	30,7–34,7	26,9	36,8	32,6	36,8	28,6
➤ velmi nízká závislost (1–2 body)	12,2	8,8	10,4	9,1–11,7	13,1	14,0	10,9	9,9	4,7
➤ nízká až střední závislost (3 body)	11,9	7,4	9,6	8,3–10,8	9,0	11,2	7,7	9,5	11,2
➤ střední závislost (4 body)	12,4	3,7	7,9	6,7–9,0	3,2	7,5	7,9	9,9	9,3
➤ vysoká závislost (5+ bodů)	7,6	2,2	4,8	3,9–5,7	1,6	4,2	6,0	7,5	3,5
Mezi denními kuřáky (n=764)									
Bez závislosti (0 bodů)	6,9	8,9	7,6		11,5	6,5	6,5	4,6	10,9
V riziku závislosti (1+ bodů)	92,9	91,1	92,3	90,5–94,3	87,5	93,5	93,5	95,4	89,1
➤ velmi nízká závislost (1–2 body)	25,7	36,2	29,4	26,1–32,6	42,7	35,5	31,4	25,7	14,5
➤ nízká až střední závislost (3 body)	25,1	30,6	27,1	23,9–30,2	29,2	28,4	22,2	24,6	34,8
➤ střední závislost (4 body)	26,1	15,1	22,2	19,3–25,2	10,4	18,9	22,7	25,7	29,0
➤ vysoká závislost (5+ bodů)	16,0	9,2	13,6	11,2–16,1	5,2	10,7	17,3	19,4	10,9

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

¹³¹ Možné odpovědi na první otázku jsou „více než 30 cigaret denně“ (3 body), „21–30 cigaret denně“ (2 body), „11–20 cigaret denně“ (1 bod) a „méně než 10 cigaret denně“ (0 bodů); na druhou otázku „do 5 minut po probuzení“ (3 body), „5–30 minut“ (2 body), „30–60 minut“ (1 bod) a „více než 60 minut po probuzení“ (0 bodů).

Po zúžení odhadu pouze na denní kuřáky bylo v riziku vzniku závislosti na tabáku odhadem 92,3 % denních kuřáků (92,9 % mužů a 91,1 % žen), z nich 56,5 % (50,8 %, resp. 66,8 %) spadalo do kategorie velmi nízkého až středního rizika (1–3 body), 22,2 % (26,1 %, resp. 15,1 %) spadalo do kategorie středního rizika (4 body) a 13,6 % (16,0 %, resp. 9,2 %) denních kuřáků spadalo do kategorie vysokého rizika závislosti na tabáku – tabulka 4-8.

Nejvyšší zastoupení kuřáků v riziku závislosti, a zejména středním nebo vysokém riziku závislosti, bylo ve věkové skupině 45–54 let, následované skupinami 35–44 a 55–64 let, naopak nejméně byly v riziku závislosti osoby ve věku 15–24 let.

4.1.4.2 Rizikové a škodlivé pití alkoholu

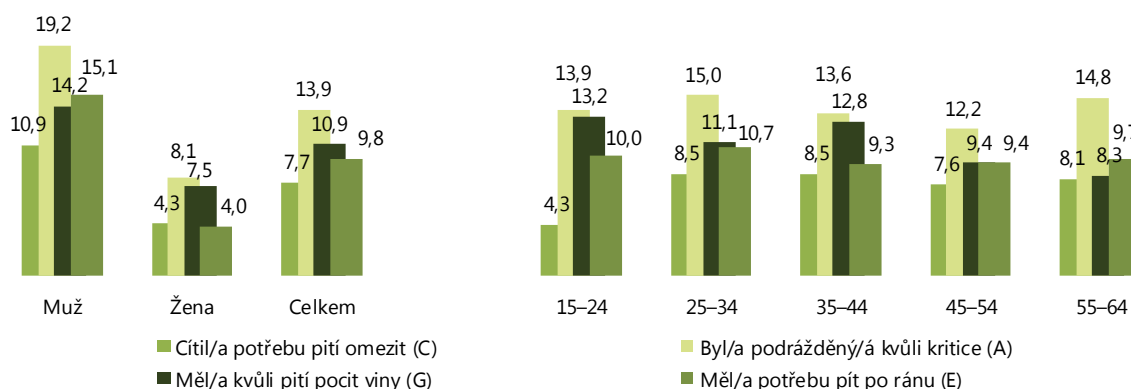
Škála CAGE pro hodnocení rizikové a škodlivé konzumace alkoholu (Ewing, 1984, Mayfield, 1974, Bühler a kol., 2004, Bradley a kol., 1998) sestává ze čtyř otázek:

1. Cítil/a jste někdy potřebu svoje pití omezit?
2. Podráždilo Vás někdy, když druzí kritizovali Vaše pití alkoholu?
3. Měl/a jste někdy kvůli Vašemu pití alkoholu pocit viny?
4. Měl/a jste někdy potřebu pít alkohol hned po ránu, abyste se uklidnil/a nebo zbavil/a kocoviny?

Možné odpovědi na otázky jsou „ano“ (1 bod) a „ne“ (0 bodů), výsledné skóre vzniklé jejich součtem tak může nabývat hodnoty 0–4 body, přičemž alespoň 1 pozitivní odpověď indikuje rizikovou konzumaci alkoholu (tzv. risky drinking) a 2 nebo více bodů naznačují vysoké riziko škodlivého pití alkoholu (tzv. harmful drinking).

Respondenti nejčastěji odpovídali, že byli podráždění, když jiní lidé kritizovali jejich pití alkoholu (13,9 %), měli kvůli pití pocit viny (10,9 %) a měli potřebu pít alkohol hned po ránu, aby se uklidnili nebo zbavili kocoviny (9,8 %), pouze 7,7 % uvedlo, že cítili potřebu svoje pití omezit – graf 4-3. Pozitivně na jednotlivé otázky odpovídali především muži, rozdíly podle věku respondentů nebyly statisticky významné.

graf 4-3: Odpovědi respondentů na otázky screeningové škály CAGE – studie Národní výzkum 2016, v %



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

Výsledky screeningové škály CAGE naznačují, že v kategorii rizikové konzumace alkoholu (tj. získali alespoň 1 bod na uvedené škále) se nacházelo celkem 18,1 % populace ve věku 15–64 let (26,5 % mužů a 10,2 % žen), z nich 8,2 % (11,3 %, resp. 5,3 %) respondentů spadalo do kategorie nízkého rizika (1 bod) a 9,9 % (15,2 %, resp. 4,9 %) spadalo do kategorie vysokého rizika, tj. do kategorie škodlivého pití alkoholu (2 a více bodů) – tabulka 4-9.

Po zúžení odhadu pouze na respondenty, kteří konzumovali alkohol v posledních 12 měsících, se výsledky zásadně nezměnily, a to s ohledem na fakt, že konzumaci alkoholu v posledních 12 měsících uvedlo celkem 82,3 % respondentů. Mezi konzumenty alkoholu bylo v kategorii

rizikové konzumace 22,0 % osob (30,0 % mužů a 13,4 % žen), z nich 10,0 % (12,8 %, resp. 7,0 %) spadalo do kategorie nízkého rizika (1 bod) a 12,0 % (17,2 %, resp. 6,4 %) konzumentů alkoholu spadalo do kategorie škodlivého pití – tabulka 4-9.

tabulka 4-9: Výsledky screeningové škály CAGE pro odhad rizikové konzumace alkoholu v obecné populaci a mezi respondenty, kteří konzumovali alkohol v posledních 12 měsících, podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %

Škála CAGE	Muži	Ženy	Celkem	95% CI	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let
V obecné populaci ve věku 15–64 let (n=2875)									
Žádné riziko (0 bodů)	73,5	89,8	81,9		83,4	78,1	82,1	82,5	84,1
V riziku (1+ bodů)	26,5	10,2	18,1	16,7–19,5	16,6	21,9	17,9	17,5	15,9
➤ rizikové pití (1 bod)	11,3	5,3	8,2	7,2–9,2	8,4	10,7	7,1	8,3	6,9
➤ škodlivé pití (2+bodů)	15,2	4,9	9,9	8,8–10,9	8,2	11,2	10,8	9,2	9,0
Mezi konzumenty alkoholu v posledních 12 měsících (n=2365)									
Žádné riziko (0 bodů)	70,0	86,6	78,0		76,4	74,8	78,9	79,8	79,8
V riziku (1+ bodů)	30,0	13,4	22,0	20,3–23,7	23,6	25,2	21,1	20,2	20,2
➤ rizikové pití (1 bod)	12,8	7,0	10,0	8,8–11,2	12,0	12,3	8,4	9,6	8,8
➤ škodlivé pití (2+bodů)	17,2	6,4	12,0	10,7–13,3	11,6	12,9	12,8	10,6	11,5

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

Ve srovnání s r. 2012, kdy byla škála CAGE také součástí alkoholového modulu dotazníku Národního výzkumu, v ČR mírně vzrostl podíl populace, která vykazuje známky rizikové konzumace alkoholu (ze 17,0 % na 18,1 %), přičemž se podíl respondentů zařazených do kategorie rizikové konzumace zvýšil z 8,2 % na 9,9 % (Mravčík a kol., 2013, Chomynová, 2013, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting, 2016).

Součástí dotazníku Národního výzkumu 2016 byla také škála zaměřená na nežádoucí sociální dopady konzumace alkoholu (tzv. Adverse Social Consequences Scale, ASC) (Moskalewicz a Sieroslawski, 2010). Škála se skládá ze 7 otázek:

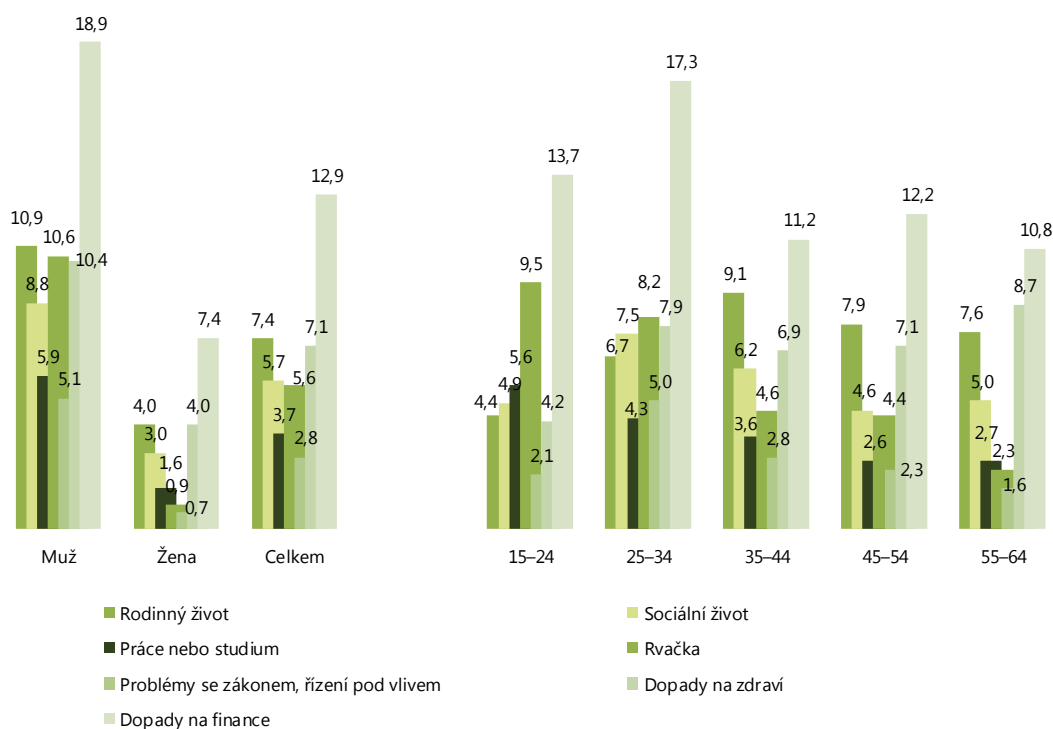
1. Měl/a jste v průběhu posledních 12 měsíců pocit, že Vaše pití poškodilo Váš rodinný život nebo manželství?
2. Cítil/a jste v průběhu posledních 12 měsíců, že Vaše pití poškodilo Vaše přátelské vztahy nebo sociální život?
3. Cítil/a jste v průběhu posledních 12 měsíců, že pití poškodilo Vaši práci nebo studium?
4. Popral/a jste se v průběhu posledních 12 měsíců, když jste pil/a nebo hned poté?
5. Měl/a jste v průběhu posledních 12 měsíců problémy se zákonem, protože jste byl/a opilý/á nebo jste řídil/a auto pod vlivem alkoholu?
6. Měl/a jste v průběhu posledních 12 měsíců pocit, že Vaše pití má dopady na Vaše zdraví?
7. Měl/a jste v průběhu posledních 12 měsíců pocit, že Vaše pití má dopady na Vaše finance?

Možné odpovědi na obě otázky jsou „ano“ (1 bod) a „ne“ (0 bodů), výsledné skóre vzniklé jejich součtem tak může nabývat hodnoty 0–7 bodů, přičemž alespoň 1 pozitivní odpověď indikuje problémy vzniklé v důsledku konzumace alkoholu v posledních 12 měsících.

Respondenti nejčastěji uváděli dopady konzumace alkoholu na finance (12,9 %), na rodinný život (7,4 %) a na zdravotní stav (7,1 %). V menší míře byly uváděny dopady na sociální život (5,7 %) a rvačka po konzumaci alkoholu (5,6 %), méně často dopady na práci nebo studium (3,7 %) a problémy se zákonem nebo řízení pod vlivem alkoholu (2,8 %). Všechny sledované problémy uváděli statisticky významněji muži. Výskyt jednotlivých problémů se liší podle věku respondentů – finanční dopady, dopady na práci nebo studium a rvačku po konzumaci alkoholu uváděli nejčastěji

respondenti v nejmladších věkových skupinách (15–24 a 25–34 let), dopady na sociální život a problémy se zákonem pak respondenti ve věku 25–34 a 35–44 let, dopady na rodinný život a manželství osoby ve věku 35–44 let, resp. starších věkových skupinách, a dopady na zdraví uváděli nejčastěji respondenti ve věku 55–64 let – graf 4-4.

graf 4-4: Výskyt nežádoucích sociálních dopadů konzumace alkoholu v obecné populaci ve věku 15–64 let podle pohlaví a věkových skupin – studie Národní výzkum, 2016, v %



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

Alespoň jednu pozitivní odpověď na škále ASC, tedy problémy v souvislosti s konzumací alkoholu, uvedlo celkem 19,4 % respondentů ve věku 15–64 let (28,8 % mužů a 11,2 % žen), nejčastěji ve věku 25–34 let (25,6 %) a 15–24 let (21,2 %) – graf 4-5. Celkem 12,7 % uvedlo 1 nebo 2 problémy (16,8 % mužů a 8,8 % žen), 4,8 % uvedlo výskyt 3 nebo 4 problémů (8,3 %, resp. 1,5 %) a 1,8 % dotázaných (2,9 %, resp. 0,8 %) uvedlo kombinaci 5 nebo více sledovaných problémů.

Po zúžení odhadu na konzumenty alkoholu uvedlo problémy v důsledku konzumace alkoholu v posledních 12 měsících celkem 23,6 % (31,9 % mužů a 14,7 % žen).

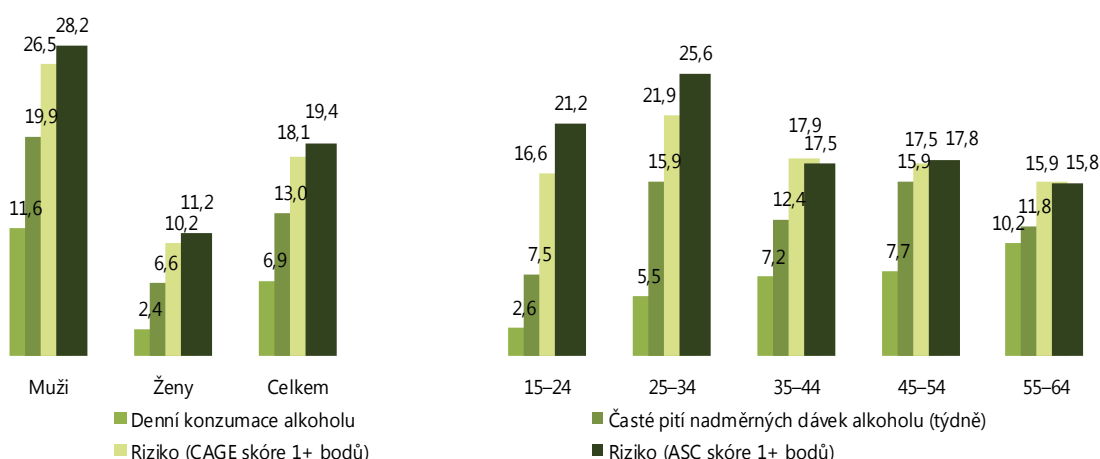
Odhady populace problémových konzumentů alkoholu podle screeningové škály ASC hodnotící výskyt zdravotních a sociálních problémů v důsledku konzumace alkoholu v posledních 12 měsících korespondují s odhady osob nacházejících se v kategorii rizikové konzumace alkoholu podle screeningové škály CAGE (1 a více bodů na škále) – tabulka 4-10 a graf 4-5. Na základě srovnání odhadů provedených oběma screeningovými škálami je patrné, že v riziku problémového užívání alkoholu podle obou škál současně se nachází 12,3 % populace. Rozložení podle pohlaví a věku (zejména ve starších věkových kategoriích) odpovídá také prevalenci častého pití nadměrných dávek alkoholu (tj. konzumaci 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji). Odhady výskytu problémového užívání alkoholu podle screeningových škál jsou dvojnásobně vyšší než podíly denních konzumentů alkoholu – ukazuje se tedy, že problémy spojené s pitím alkoholu vykazují i respondenti, kteří nepijí alkohol denně, a ukazatel denní konzumace alkoholu sám o sobě tak není pro odhad problémových konzumentů dostačující.

tabulka 4-10: Odhady problémových konzumentů alkoholu v obecné populaci podle výsledků screeningové škály CAGE a ASC – studie Národní výzkum 2016, v %

Škála	ASC		
	Žádné problémy	Problémy v důsledku pití (1+ bodů)	Celkem
CAGE			
Žádné riziko	74,9	7,0	81,9
V riziku (1+ bodů)	5,8	12,3	18,1
Celkem	80,6	19,4	100,0

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

graf 4-5: Výskyt rizikových forem konzumace alkoholu a odhady podílu konzumentů alkoholu v riziku podle screeningových škál CAGE a ASC podle pohlaví a věkových skupin – studie Národní výzkum 2016, v %



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

4.1.4.3 Problémové užívání konopí a dalších drog v obecné populaci

Škála CAST pro hodnocení výskytu intenzivního užívání konopných látek v populaci (Beck a Legleye, 2008, Legleye a kol., 2007, Legleye a kol., 2011, Spilka a kol., 2013) se skládá z 6 otázek:

1. Užil/a jste v posledních 12 měsících marihuanu nebo hašiš před polednem?
2. Užil/a jste v posledních 12 měsících marihuanu nebo hašiš, když jste byl/a sám/sama?
3. Měl/a jste v posledních 12 měsících problémy s pamětí, které podle Vás mohly souviset s užíváním marihuany nebo hašiše?
4. Řekli Vám v posledních 12 měsících Vaši přátelé nebo rodinní příslušníci, že byste měl/a omezit nebo přestat užívat marihuanu nebo hašiš?
5. Zkusil/a jste v posledních 12 měsících omezit nebo přestat užívat marihuanu nebo hašiš, ale nepodařilo se Vám to?
6. Měl/a jste v posledních 12 měsících někdy problémy kvůli Vašemu užívání marihuany nebo hašiše (např. hádka, rvačka, nehoda, špatné výsledky ve škole)?

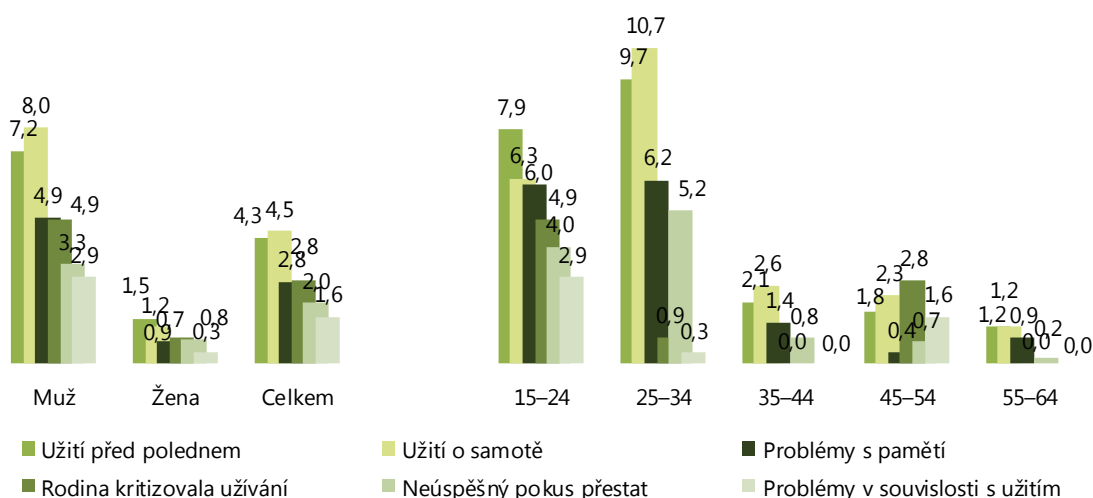
Odpovědi na jednotlivé otázky mohou nabývat hodnot 0 (nikdy) až 4 (velmi často), výsledné skóre vzniklé jejich součtem tak může nabývat hodnoty 0–24 bodů, přičemž respondenti, kteří získají 0–2 body, nejsou v riziku v souvislosti s užíváním konopných látek, zatímco 3–6 bodů značí mírné riziko a 7 a více bodů pak vysoké riziko v souvislosti s užíváním konopí.

Nejčastěji respondenti uváděli užívání konopných látek o samotě a užívání před polednem (4,5 %, resp. 4,3 %), problémy s pamětí uvedlo 2,8 % dotázaných, stejně jako doporučení omezit užívání konopných látek ze strany přátel nebo rodinných příslušníků. Užívání konopných látek zkoušela omezit 2,0 %, problémy připustilo 1,6 % respondentů – graf 4-6. Mezi respondenty, kteří užívali konopné látky v posledních 12 měsících, uvedla téměř polovina užívání marihuany nebo hašiše před polednem a o samotě (46,4 %, resp. 48,7 %), necelá třetina uvedla problémy s pamětí a doporučení

rodiny nebo přátel omezit užívání (30,0 %, resp. 30,4 %) a pětina uvedla neúspěšný pokus s užíváním přestat nebo výskyt dalších problémů v souvislosti s užíváním konopných látek (22,1 %, resp. 17,1 %).

Výskyt všech problémů uváděli výrazně častěji muži a respondenti v nejmladších věkových kategoriích (15–24 a 25–34 let) – nejmladší respondenti (15–24 let) uváděli častěji doporučení ze strany rodiny a přátel omezit užívání a výskyt problémů kvůli užívání konopí (např. hádka, rvačka, nehoda, špatné výsledky ve škole), zatímco respondenti ve věku 25–34 let častěji uváděli užívání konopí před polednem, o samotě, problémy s pamětí a neúspěšné pokusy s užíváním přestat – graf 4-6.

graf 4-6: Odpovědi respondentů 15–64 let na otázky screeningové škály CAST – studie Národní výzkum 2016, v %



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

Výsledky screeningové škály CAST naznačují, že v kategorii rizika v souvislosti s užíváním konopných látek (tj. získali alespoň 3 body na uvedené škále) se nacházelo celkem 4,4 % populace ve věku 15–64 let (7,6 % mužů a 1,5 % žen), z nich 2,7 % (4,3 %, resp. 1,1 %) respondentů spadalo do kategorie nízkého rizika (3–6 bodů) a 1,8 % (3,3 %, resp. 0,3 %) spadalo do kategorie vysokého rizika v souvislosti s užíváním konopných látek (7 a více bodů na škále) – tabulka 4-11.

Po zúžení odhadu pouze na respondenty, kteří užili konopné látky v posledních 12 měsících, bylo v kategorii rizikového užívání 48,3 % osob (55,5 % mužů a 31,0 % žen), z nich 28,9 % (30,9 %, resp. 23,9 %) spadalo do kategorie nízkého rizika (3–6 bodů) a 19,4 % (24,1 %, resp. 7,0 %) uživatelů konopí spadalo do kategorie vysokého rizika – tabulka 4-11.

Odhad počtu intenzivních uživatelů konopných látek na základě screeningové škály CAST byl naposledy proveden na základě dat Národního výzkumu užívání návykových látek v r. 2012 (Chomynová, 2013). Ve srovnání s r. 2012 došlo ke zvýšení podílu aktuálních uživatelů konopí v riziku v souvislosti s užíváním konopí – zatímco v r. 2012 vykazovala přibližně třetina (29,5 %) uživatelů problémy související s užíváním konopí, v r. 2016 to byla již polovina uživatelů konopí (48,3 %) – graf 4-7. K nárůstu podílu intenzivních uživatelů došlo u mužů i u žen a ve všech věkových kategoriích. Nejvyšší podíl intenzivních uživatelů byl (mezi aktuálními uživateli konopí) ve věkové skupině 55–64 let, což však souvisí s nízkým absolutním počtem zachycených uživatelů konopí v tomto věku, dále pak ve skupinách 25–34 let a 45–54 let.

Současně se zvýšil i podíl uživatelů konopí v obecné populaci v riziku z 2,7 % na 4,4 %, nárůst je patrný zejména u mužů a ve věkové skupině 25–34 let, nicméně k nárůstu došlo v podstatě u všech věkových skupin. Zatímco v roce 2012 bylo nejvyšší zastoupení intenzivních uživatelů konopných látek ve věku 15–24 let, v roce 2016 uváděli problémy v souvislosti s užitím konopných látek zejména respondenti ve věku 25–34 let a současně dochází k vyrovnávání rozdílů mezi nejstaršími

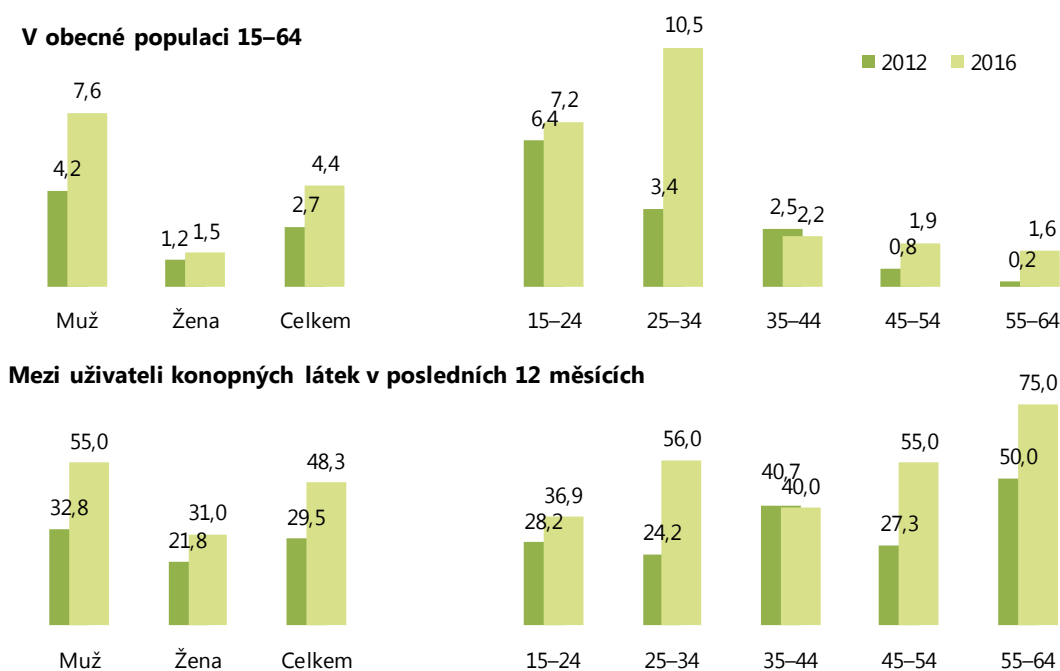
věkovými kategoriemi (35–44, 45–54 a 55–64 let). Mezi staršími věkovými skupinami je sice relativně méně uživatelů konopných látek (tj. nižší prevalence užívání v posledních 12 měsících), ale ti, kteří v tomto věku konopné látky užívají, častěji spadají do kategorie rizikových uživatelů – graf 4-7 a graf 4-8.

tabulka 4-11: Výsledky screeningové škály CAST pro odhad Intenzivních forem užívání konopných látek v obecné populaci a mezi respondenty, kteří užili konopné látky v posledních 12 měsících, podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %

Škála CAST	Muži	Ženy	Celkem	95% CI	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let
V obecné populaci ve věku 15–64 let (n=2875)									
Žádné riziko (0–2 body)	92,4	98,5	95,6	–	92,8	89,5	97,8	98,1	98,4
V riziku (3+ bodů)	7,6	1,5	4,4	3,7–5,2	7,2	10,5	2,2	1,9	1,6
> mírné riziko (3–6 bodů)	4,3	1,1	2,7	2,1–3,2	3,9	6,2	1,1	1,8	0,9
> vysoké riziko (7+ bodů)	3,3	0,3	1,8	1,3–2,3	3,2	4,3	1,1	0,2	0,7
Mezi respondenty, kteří užili konopné látky v posledních 12 měsících (n=271)									
Žádné riziko (0–2 body)	45,0	69,0	51,7	–	63,1	44,0	60,0	45,0	25,0
V riziku (3+ bodů)	55,0	31,0	48,3	42,2–54,3	36,1	56,0	40,0	55,0	75,0
> mírné riziko (3–6 bodů)	30,9	23,9	28,9	23,3–34,2	20,2	33,0	20,0	50,0	41,7
> vysoké riziko (7+ bodů)	24,1	7,0	19,4	14,7–24,3	16,7	22,9	20,0	5,0	33,3

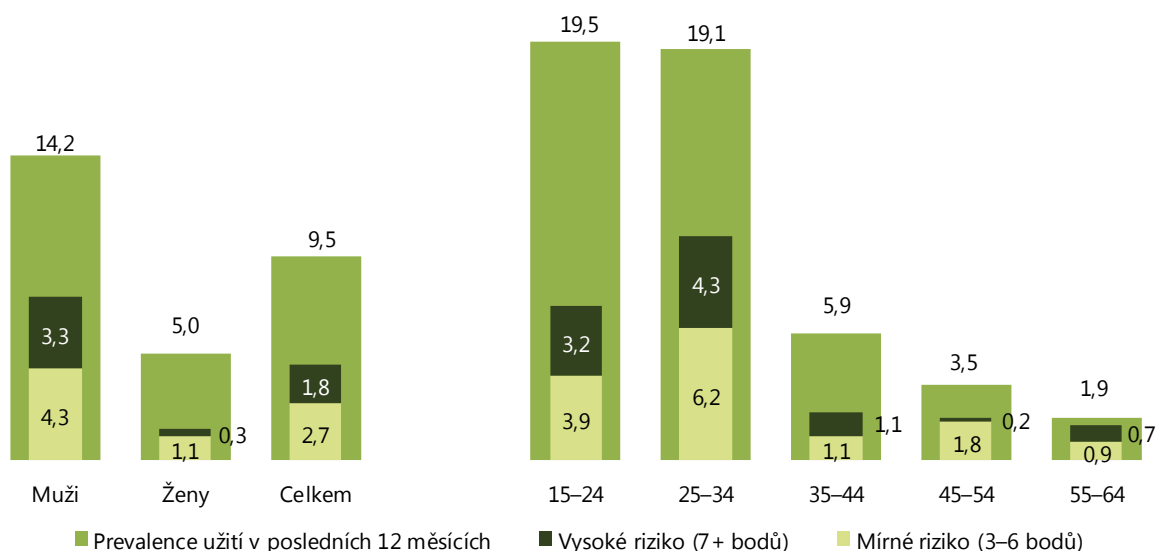
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016)

graf 4-7: Zastoupení intenzivních uživatelů konopných látek podle škály CAST v obecné populaci a mezi uživateli konopných látek v posledních 12 měsících – srovnání Národního výzkumu 2012 a 2016, v %



Pozn.: Odpovídá podílu osob v riziku v souvislosti s užíváním konopných látek – 3 a více bodů na screeningové škále CAST.
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016), Chomynová (2013)

graf 4-8: Prevalence užití konopných látek v obecné populaci v posledních 12 měsících a podíl intenzivních uživatelů konopí – studie Národní výzkum 2016, v %



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

4.1.4.4 Extrapolace odhadů problémových uživatelů na populaci celkem

Při extrapolaci výsledků na celou populaci ČR ve věku 15–64 let se ukázalo, že v ČR bylo odhadem 1,86 milionu denních kuřáků (95% CI: 1,74–1,97 mil.) a 2,28 milionu osob v riziku závislosti na tabáku (95% CI: 2,14–2,42 mil.), z nich odhadem 550 tis. osob bylo v riziku střední a 335 tis. osob v riziku vysoké závislosti na tabáku – tabulka 4-12. Odhady počtu denních kuřáků se shodují s dřívějšími studiemi (Sovinová a Csémy, 2015, Daňková, 2016, Chomynová, 2013).

V ČR je odhadem 480 tis. denních konzumentů alkoholu (95% CI: 410–540 tis.) a přibližně dvojnásobek populace (tj. 910 tis. osob) konzumuje pravidelně alespoň jednou týdně nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti), nadměrné dávky alkoholu s denní nebo téměř denní frekvencí pak pije přibližně 90 tis. osob (95% CI: 63–119 tis. osob). Podle screeningové škály CAGE vykazuje známky rizikové konzumace alkoholu celkem 1,26 mil. osob (95% CI: 1,16–1,36 mil. osob), z nich 690 tis. spadá do kategorie velmi vysokého rizika (95% CI: 613–760 tis. osob).

Při přepočtu na celou dospělou populaci ve věku 15 a více let je střední odhad počtu denních kuřáků přibližně 2,4 mil. osob. V nízkém riziku vzniku problémů spojených s alkoholem se nachází přibližně 700 tis. osob, ve vysokém riziku 900 tis. osob. Denních konzumentů alkoholu je přibližně 600 tis. a z toho přibližně na 100 tis. osob je možno odhadnout počet denních konzumentů nadměrných dávek alkoholu.

Odhady počtu konzumentů alkoholu získané na základě škály CAGE odpovídají odhadům získaným metodou BSQF (Beverage-Specific Quantity Frequency method, tj. metodou, kdy jsou respondenti dotázáni na obvyklou konzumaci jednotlivých druhů alkoholických nápojů) (Sovinová a Csémy, 2015, Moskalewicz a Sieroslawski, 2010). Touto metodou bylo v ČR v r. 2014 odhadnuto přibližně 1 mil. konzumentů alkoholu v riziku, z toho 540 tis. osob v kategorii nižšího rizika (40–60 g alkoholu u mužů a 20–40 g alkoholu u žen) a dalších 640 tis. osob v kategorii vysoce rizikové konzumace alkoholu (více než 60 g u mužů a více než 40 g alkoholu u žen).

tabulka 4-12: Intenzivní a rizikové užívání návykových látek v populaci ČR ve věku 15–64 let – studie Národní výzkum 2016, v % a extrapolace na populaci celkem

Ukazatel	2012	2016			
		Podíl (%)		Počet	
	Střední odhad	Střední odhad	95% CI	Střední odhad	95% CI
Denní kuřáci	23,1	26,6	25,0–28,2	1 853 900	1 742 400–1 965 400
Škála HSI (v riziku závislosti na tabáku, tj. skóre 1+ bodů)	n. a.	32,7	30,7–34,7	2 279 000	2 139 600–2 418 400
➤ velmi nízká závislost (1–2 body)	n. a.	10,4	9,1–11,7	724 800	634 200–815 400
➤ nízká až střední závislost (3 body)	n. a.	9,6	8,3–10,8	669 000	578 500–752 700
➤ střední závislost (4 body)	n. a.	7,9	6,7–9,0	550 600	466 900–627 300
➤ vysoká závislost (5+ bodů)	n. a.	4,8	3,9–5,7	334 500	271 800–397 300
Denní konzumenti alkoholu	6,6	6,9	5,9–7,8	480 900	411 200–543 600
Pravidelní konzumenti nadměrných dávek alkoholu (5+ sklenic s frekvencí alespoň 1x týdně)	12,8	13,1	10,9–15,1	913 000	759 700–1 052 400
Pravidelní konzumenti nadměrných dávek alkoholu (5+ sklenic s frekvencí denně nebo téměř denně)	2,3	1,3	0,9–1,7	90 600	62 700–118 500
Škála CAGE (v riziku v souvislosti s pitím alkoholu, tj. skóre 1+ bodů)	17,0	18,1	16,7–19,5	1 261 500	1 163 900–1 359 059
➤ rizikové pití (1 bod)	8,8	8,2	7,2–9,2	571 500	501 800–641 197
➤ škodlivé pití (2+ bodů)	8,2	9,9	8,8–10,9	689 900	613 300–759 700
Pravidelní uživatelé konopí (s frekvencí alespoň 1x týdně nebo častěji)	2,0	2,9	1,9–3,9	202 100	132 400–271 800
Denní uživatelé konopí	0,3	0,2	0,0–0,4	13 900	0–27 900
Škála CAST (v riziku v souvislosti s užíváním konopných látek, tj. skóre 3+ bodů)	2,7	4,4	3,7–5,2	306 700	257 900–362 400
➤ mírné riziko (3–6 bodů)	1,6	2,7	2,1–3,2	188 200	146 400–223 000
➤ vysoké riziko (7+ bodů)	1,1	1,8	1,3–2,3	125 500	90 600–160 300
Pravidelní uživatelé pervitinu (s frekvencí alespoň 1x týdně)	0,1	0,0	–	–	–
Pravidelní uživatelé kokainu (s frekvencí alespoň 1x týdně)	0,1	0,1	0,0–0,2	7 000	0–13 900
Injekční uživatelé drog (v posledních 12 měsících)	0,7	0,7	0,4–0,9	48 800	27 900–62 700

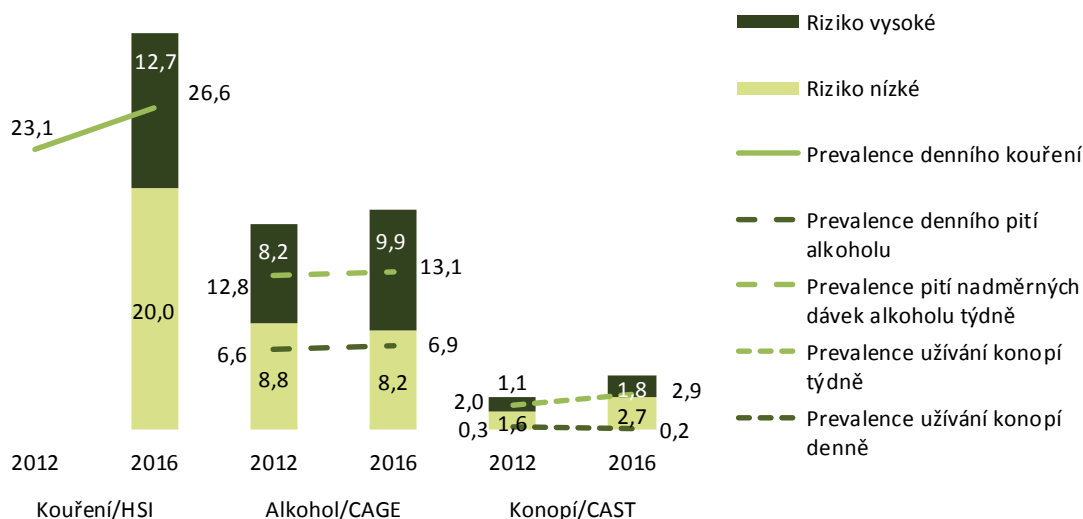
Pozn.: Odhady počtu byly zaokrouhleny na stovky.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016), Chomynová (2013)

Odhad počtu problémových uživatelů alkoholu a konopných drog vycházející z průzkumu mezi praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost jsou podrobně popsány v kapitole Odhad počtu problémových uživatelů návykových látek z průzkumu mezi lékaři (str. 99).

Je obtížné srovnávat odhady provedené různými metodami, např. za pomoci různých screeningových škál zařazených do populačních studií a za pomoci nepřímých metod, např. v průzkumu mezi lékaři. Široký rozptyl odhadů odpovídá různému prahu stanovení problémového užívání různých metod a nástrojů použitých v různých studiích.

graf 4-9: Intenzivní a rizikové užívání návykových látek v populaci ČR ve věku 15–64 let – srovnání studií Národní výzkum 2012 a 2016, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016), Chomynová (2013)

4.2 Vzorce a charakteristiky problémového užívání drog

Charakteristiky souborů uživatelů drog v léčbě a službách jsou uvedeny rovněž v kapitolách Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (str. 117), Rizikové chování uživatelů drog (str. 162), Nízkoprahové harm reduction programy (str. 177), Doléčovací programy (str. 199), Uživatelé drog ve vězení (str. 215).

Z dostupných údajů vyplývá, že ze skupiny drog amfetaminového typu se v ČR užívá výhradně pervitin (metamfetamin), který představuje v ČR hlavní problémovou drogu. Opioidy užívané v ČR problémovými uživateli jsou především buprenorfin z černého trhu a v menší míře heroin. Aktuálně roste míra užívání dalších opioidů, resp. zneužívání opioidních analgetik – fentanyl, morfinu, hydromorfonu a oxykodonu, které mohou lokálně představovat nejčastější opioid mezi PUD; běžné je také užívání tramadolu. Současně se vyskytuje užívání benzodiazepinů (diazepam, flunitrazepam, klonazepam) jak v tabletách, tak v injekční formě. V letních měsících se stále objevuje užívání surového opia na makových polích. Problémové užívání nových psychoaktivních látek (zejména syntetických katinonů označovaných jako *funky*) se vyskytuje především v Praze, ale v omezené a aktuálně spíše klesající míře. Syntetické katinony představují pro problémové uživatele drog (pervitinu) spíše doplňkovou drogu. Běžné je polymorfní užívání, tj. užívání více drog. Ženy tvoří přibližně 30 % populace PUD, průměrný věk dosahuje podle typu programu 30–35 let, uživatelé opioidů jsou v průměru o cca 6–7 let starší než uživatelé pervitinu a ženy o cca 3 roky mladší než muži. Průměrný věk PUD v ČR v posledních letech roste. Injekční užívání je u problémových uživatelů pervitinu a opiátů převažujícím způsobem aplikace, i když se zdá, že míra injekčního užívání aktuálně klesá – mezi klienty v kontaktu s pomáhajícími programy dosahuje jeho podíl od cca 40 % v psychiatrických ambulancích do cca 90 % v nízkoprahových programech.

Zdrojem informací o aktuální situaci na drogové scéně jsou zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích, které jsou tvořeny z podkladů poskytovatelů služeb pro PUD. I když struktura zprávy je společná, kvalita s ohledem na úplnost a relevanci informací se liší napříč kraji. Ze zpráv za r. 2016 vyplývá, že v Praze, Plzeňském, Ústeckém, Středočeském a Karlovarském kraji narůstá problém s injekční aplikací opioidního analgetika fentanyl, resp. roztokem vzniklého vyvařením použitých fentanylových náplastí ze zdravotnického odpadu nebo získaných přímo od (onkologických) pacientů či jejich příbuzných. Např. v Plzeňském kraji se zvyšuje také počet uživatelů opioidů, pro

kteří se fentanyl stává primární drogou. Experimenty s fentanylem byly nově zaznamenány také v Jihočeském kraji (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

V Praze, Jihočeském a Plzeňském kraji pokračoval vzestupný trend injekčního užívání opioidního analgetika Vendal® Retard, obsahujícího morfin. V Plzni jde po pervitinu o druhou nejčastější primární drogu mezi problémovými uživateli drog. Noví klienti substitučního centra Spolku Ulice v Plzni jako primární drogu označují nejčastěji právě Vendal® Retard, ale stále častěji i fentanyl. V Plzeňském kraji rovněž nově zaznamenali výskyt vyvažování buprenorfinových náplastí pro léčbu bolesti a následné injekční užívání vzniklého roztoku. V Plzeňském a Ústeckém kraji se nadále objevuje injekční užívání opioidního analgetika Palladone® (účinná látka hydromorfon). V Jihomoravském (na Kyjovsku) a nově i ve Středočeském kraji (na Kolínsku, Kutnohorsku a Čáslavsku) se objevuje injekční užívání opioidního analgetika OxyContin® (účinná látka oxykodon). V Jihomoravském kraji (na Kyjovsku a na Břeclavsku) bylo nově zaznamenáno injekční užívání tramadolu (Tramal®) (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

V Jihočeském kraji byl zaznamenán nárůst užívání heroínu. Naopak ve Středočeském kraji došlo v r. 2016 ke snížení jeho nabídky poté, co se v letech 2014–2015 heroin na drogovou scénu vrátil. Např. ve středočeských Kralupech nad Vltavou v první polovině r. 2016 uživatelé opioidů preferovali heroin, po snížení jeho dostupnosti ke konci roku se ve zvýšené míře začalo objevovat zneužívání fentanylových a buprenorfinových náplastí. Pouze na Mladoboleslavsku je i nadále heroin dostupný na drogové scéně (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

Sběr surového opia na makových polích a jeho užívání během letních měsíců bylo hlášeno ze Středočeského kraje (Benešovsko a Mělnicko), Libereckého, Královéhradeckého, Jihomoravského, Olomouckého a Zlínského kraje (Kroměřížsko a Vsetínsko) (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d), ale zřejmě se v různé míře vyskytuje všude, kde se pěstuje mák.¹³²

Kraje ve svých zprávách hlásily vzrůstající trend polymorfního užívání či nahrazování primárních drog jinými látkami – např. alkoholem (Jihomoravský, Karlovarský, Středočeský, Olomoucký a Plzeňský kraj), těkavými látkami (Plzeňský a Jihomoravský kraj), marihuanou (Jihomoravský, Olomoucký, Liberecký a Plzeňský kraj), novými syntetickými psychoaktivními látkami (Praha a Jihočeský kraj) a benzodiazepiny (Jihočeský, Karlovarský, Olomoucký, Jihomoravský, Plzeňský a Středočeský kraj). V Jihomoravském a Plzeňském kraji byl zaznamenán vzrůstající počet klientů, kteří užívají těkavé látky. Z Jihočeského kraje hlásí nárůst užívání kokainu. Kraje rovněž upozorňují na stárnutí uživatelů drog spojené se zhoršováním jejich zdravotního stavu (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

Zpráva Libereckého kraje upozorňuje na to, že velkou skupinu na místní drogové scéně tvoří uživatelé pervitinu ve věku kolem 19 let, kteří užívají pervitin šňupáním v prostředí nočního života. Zpráva Karlovarského kraje upozorňuje na klienty nízkoprahových služeb, kteří mají stále zaměstnání, bydlení a rodiny a své užívání kontrolují. Na Kyjovsku (Jihomoravský kraj) služby pozorují změnu v intenzitě kontaktu s klienty, kdy klienti ve službě tráví výrazně méně času. To pravděpodobně souvisí se změnou míry zaměstnanosti klientů – cca 80 % klientů mělo v r. 2016 práci.

Adiktologické služby jsou v různé míře v kontaktu rovněž s intenzivními uživateli konopí. Např. výroční zpráva Královéhradeckého kraje stejně jako v předchozích letech rovněž v r. 2016 upozorňuje na vysoký počet klientů ve věku 15–19 let, jejichž primární drogou je marihuana. V Pardubickém kraji se služby v r. 2016 více zaměřily na klienty, jejichž primární drogou jsou konopné látky (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

Kraje oproti předchozím letům hlásí pokles míry užívání nových psychoaktivních látek. Výjimku představuje Praha, kde byl v první polovině r. 2016 zaznamenán nárůst užívání syntetických katinonů (*funky*). Ve druhé polovině roku klienti pražských nízkoprahových služeb referovali o horší

¹³² Obdobně je sezonně běžné užívání halucinogenních hub (např. Liberecký a Olomoucký kraj).

dostupnosti syntetických katinonů (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

Běláčková a kol. (2016) publikovali analýzu dvou vln prevalenční dotazníkové studie z r. 2013 a 2014 zaměřenou na užívání a rizika nových (syntetických) psychoaktivních látek mezi klienty nízkoprahových programů v Praze, Třebíči, Ostravě, Brně a v Pardubicích. Zjistili rovněž spíše klesající míru jejich užívání a vyšší míru rizikového chování a sociální exkluze (polyvalentní užívání, injekční užívání, sdílení jehel a stříkaček, bezdomovectví, nezaměstnanost) mezi jejich uživateli. V r. 2017 publikovali (Běláčková a kol.) další analýzu tohoto souboru za pomoci logistické regrese se vzájemnou kontrolou vstupních proměnných, ze které vyplynulo, že statisticky významnými prediktory opakovaného užití nových psychoaktivních látek byly bezdomovectví a polyvalentní užívání (Běláčková a kol., 2017).



Kapitola 5:

Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog

5.1 Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislosti

Léčba spolu se sociálním začleňováním tvoří jeden ze čtyř pilířů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. Jednotlivé aktivity jsou obsaženy v navazujících akčních plánech – viz také kapitolu Institucionální rámec, strategie, evaluace a koordinace (str. 20).

Akční plán pro oblast nelegálních návykových látek obsahuje v oblasti léčby a adiktologických služeb priority zaměřené na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů, zvýšení místní, časové a finanční dostupnosti specializované adiktologické péče a zavedení nového systému hodnocení dostupnosti a podpory specializovaných adiktologických služeb – blíže viz VZ 2015.

V březnu 2017 vstoupil v platnost zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (ZOZNL). S účinností od 31. 5. 2017 změnil ustanovení týkající se služeb poskytovaných osobám s adiktologickou poruchou, které byly vyjmenované v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. ZOZNL zrušil podrobné vyjmenování jednotlivých typů odborné péče poskytované osobám s adiktologickou poruchou (adiktologických služeb), přičemž nově definuje tyto služby jako odbornou péči zahrnující prevenci adiktologických poruch, jejich včasnou diagnostiku a léčbu, poradenství, snižování zdravotních a sociálních rizik, sociální rehabilitaci a reintegraci osob postižených adiktologickými poruchami. Odbornou péči zajišťují jak poskytovatelé zdravotních služeb, tak poskytovatelé sociálních služeb a vězeňská služba. ZOZNL rovněž změnil ustanovení týkající se koordinace protidrogové politiky včetně koordinace na místní úrovni – blíže viz kapitolu Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (str. 17). Odborná obec vyjádřila obavy z oslabení koordinace protidrogové politiky na místní úrovni a z oslabení zákonného rámce zajištění adiktologických služeb – blíže viz kapitolu Politické, občanské a odborné akce a iniciativy (str. 26).

Adiktologické služby jsou financovány z více zdrojů – dotacemi nebo příspěvky MZ (zdravotní služby), MPSV (sociální služby), MS (služby pro uživatele drog ve vězení), MŠMT (služby na pomezí indikované prevence a poradenství), RVKPP (různé typy služeb), krajů a obcí (různé typy služeb); plátcí adiktologické péče jsou také zdravotní pojišťovny (zdravotní služby) – blíže viz kapitolu Rozpočty a financování (str. 32).

Podle průzkumu České asociace adiktologů (ČAA) bylo v ČR k 22. 5. 2017 celkem 24 zdravotnických zařízení poskytujících péči ve zdravotnické odbornosti adiktologie (odbornost 919), která prošla výběrovým řízením na poskytování zdravotních služeb v oboru adiktologie s doporučením uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou.¹³³ Alespoň s jednou zdravotní pojišťovnou (z celkem 7 v ČR) mělo přitom uzavřeno smlouvu pouze 12 zařízení, přičemž většina má smlouvy pouze s některými pojišťovnami, např. s VZP má smlouvu pouze 8 zařízení. Ambulantní adiktologická péče je dostupná v 17 okresech z celkem 77 okresů, žádná adiktologická ambulance není v Plzeňském a Moravskoslezském kraji – tabulka 5-1. Od r. 2015, kdy byly uzavřeny první smlouvy na úhradu výkonů v oboru adiktologie, vynaložily zdravotní pojišťovny na jejich úhradu celkem 1,7 mil. Kč, z toho VZP 1,1 mil. Kč, průměrně stál 1 pacient zdravotní pojišťovnu 2471 Kč. ČAA považuje pokrytí ambulantní adiktologickou péčí za nedostatečné (Čalovka a Sklenář, 2017).

Od 1. 9. 2017 v důsledku novelizace zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících

¹³³ V polovině r. 2015 to bylo 13 zařízení – viz VZ 2014.

s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), se již výkon povolání zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu, mezi které patří i adiktolog, neváže na vydávání rozhodnutí o oprávnění vykonávat příslušné zdravotnické povolání bez odborného dohledu a zápis do Registru zdravotnických pracovníků a hostujících osob. K výkonu povolání adiktologa bez odborného dohledu tak postačuje získání odborné způsobilosti k výkonu povolání adiktologa v souladu s § 21a zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, tj. absolvování akreditovaného zdravotnického bakalářského studia v oboru pro přípravu adiktologů, příp. v minulosti též studiem jiných oborů (nejméně tříletého studia v oborech sociálního, psychologického nebo speciálně pedagogického zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách) a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu adiktolog, zahájeném do konce roku 2011. Novela dále ruší kreditní systém, který sloužil ke kontrole celoživotního vzdělávání, přičemž není zatím zřejmé, jak bude vypadat ze zákona stále povinné celoživotní vzdělávání nelékařů v budoucnu. Od příštího roku by měla být zavedena registrace v Národním registru zdravotnických pracovníků, zápis do něj však bude administrativním úkonem, který neovlivňuje odborný dohled a nebude vázán na získávání kreditů.

tabulka 5-1: Počet ambulantních zařízení odbornosti adiktologa k 22. 5. 2017 podle krajů

Kraj	Počet zařízení	z toho má smlouvu se zdravotní pojišťovnou
Hl. m. Praha	6	3
Středočeský	1	1
Jihočeský	3	2
Plzeňský	0	–
Karlovarský	1	0
Ústecký	3	1
Liberecký	1	1
Královéhradecký	1	1
Pardubický	1	0
Vysočina	3	0
Jihomoravský	1	1
Olomoucký	2	2
Zlínský	1	0
Moravskoslezský	0	–
Celkem	24	12

Zdroj: Čalovka a Sklenář (2017)

V únoru 2017 vyhlásilo MZ jako jednu ze svých priorit podporu adiktologických služeb pro děti a mladistvé.¹³⁴ V dubnu 2017 vyhlásilo MZ druhé kolo dotačního řízení na podporu projektů v oblasti protidrogové politiky, a to prioritně ve 3 oblastech:¹³⁵

- vznik a provoz specializovaných adiktologických ambulancí pro děti a dorost,
- provoz adiktologických ambulancí pro osoby se závislostním chováním ve věku 15–18 let,
- aktivity přispívající k plnění Akčního plánu pro oblast kontroly tabáku a Akčního plánu k omezení škod působených alkoholem.

Další informace o strategii a akčních plánech v oblasti protidrogové politiky uvádí kapitola Národní strategie protidrogové politiky (str. 20) a o souvisejících strategiích, jako je např. tzv. reforma psychiatrie a její vztah k adiktologickým službám, kapitola Strategie a koncepce související s protidrogovou politikou (str. 25).

¹³⁴ https://www.mzcr.cz/dokumenty/deti-zavislych-na-drogach-ci-alkoholu-pribyvav%C2%A0krajich-chybi-adiktologicke-amb_13391_1.html [2017-08-01]

¹³⁵ http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodika-pro-poskytovani-financnich-prostredku-na-realizaci-neinvesticnich-proje_13727_3601_1.html [2017-08-01]

5.1.1 Zajištění kvality péče

K zajištění minimálních standardů kvality adiktologických služeb slouží od r. 2006 systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (certifikační systém RVKPP).¹³⁶ Jeho základem jsou multidisciplinární Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Aktuálně je v platnosti 10 speciálních standardů pro 10 typů služeb. K červenci 2017 mělo platnou certifikaci RVKPP celkem 189 programů (koncem června 2016 to bylo 182 programů), k meziročnímu nárůstu došlo zejména díky nárůstu počtu certifikovaných ambulantních programů – tabulka 5-2.

tabulka 5-2: Přehled certifikovaných programů podle typu v l. 2011–2017

Typ služeb	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Detoxifikace	2	1	2	2	3	3	3
Terénní programy	49	50	49	52	53	51	52
Kontaktní a poradenské služby	52	49	50	52	52	52	53
Ambulantní léčba	15	13	18	19	22	28	32
Stacionární programy	1	1	1	1	1	1	1
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	2	2	2	5	6	6	6
Rezidenční péče v terapeutické komunitě	10	10	10	10	10	10	10
Doléčovací programy	16	17	17	17	18	19	18
Substituční léčba	8	8	7	7	8	8	8
Adiktologické služby ve vězení	–	–	–	–	–	4	6
Celkem	155	151	156	165	173	182	189

Pozn.: v jednotlivých l. k 16. 5. 2011, 29. 5. 2012, 28. 6. 2013, 30. 6. 2014, 31. 3. 2015, 30. 6. 2016 a 24. 7. 2017

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2017b)

5.2 Síť specializované adiktologické péče

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

- síť nízkoprahových programů, programů ambulantní léčby a následné péče a terapeutických komunit, které mají převážně registraci sociální služby (některé jsou i zdravotní službou) a jsou provozovány NNO, cílí zejména na uživatele nelegálních drog, v menší, i když vzrůstající míře na uživatele alkoholu a patologické hráče, přičemž není výjimkou, že jedna organizace provozuje více zařízení poskytujících adiktologické služby různých typů,
- síť zdravotnických zařízení oboru psychiatrie, popř. se specializací AT, která poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby uživatelům alkoholu, méně často uživatelům nealkoholových drog a patologickým hráčům,
- centra pro léčbu závislosti na tabáku, která vznikla převážně na lůžkových odděleních nemocnic, především na pneumologických odděleních.

Zatímco poslední uvedená síť funguje prakticky nezávisle, první dvě jmenované sítě ve stále vzrůstající míře spolupracují a vytvářejí do značné míry společnou síť, neboť mají podobné či totožné cílové skupiny, personální a organizační propojení, do značné míry systém ověřování kvality (certifikační systém RVKPP), a zejména se hlásí k adiktologii jako multidisciplinárnímu oboru. Liší se rovněž financování všech sítí – zatímco první síť NNO je financována většinou z dotací z veřejných rozpočtů (státního, krajských, obecních), ostatní dvě sítě jsou financovány z veřejného zdravotního pojištění.

Ze zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2016 vyplývá, že v ČR je celkem 244 specializovaných adiktologických center (tj. programů bez započítání preventivních a terénních

¹³⁶ schválen usnesením vlády č. 300 ze dne 16. 3. 2005

programů) – tabulka 5-3 (269 v r. 2015). Většina krajů popisuje stávající síť služeb jako nedostačující. Napříč kraji se liší přístupy ke tvorbě sítě a kritéria pro zařazení do sítě specializovaných adiktologických služeb. Ve všech krajích s výjimkou 3 (Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský kraj) je síť adiktologických služeb definována ve strategickém dokumentu kraje, nejčastěji ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

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

Významné nedostatky hlásí kraje zejména v dostupnosti (geografické i časové) ambulantní léčby a péče pro klienty s duálními diagnózami. Kraje upozorňují na nerovnoměrné rozložení sítě ambulantní léčby a její nízkou kapacitu. Rovněž upozorňují na to, že vytváření sítě zdravotních specializovaných (adiktologických) služeb je nesystematické. Kraje poukazují na nedostatek ambulantních psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů, kteří jsou ochotni pracovat s uživateli návykových látek. Praha uvádí vyčerpání kapacity adiktologických služeb a nedostatek některých typů služeb, zejména ubytoven pro uživatele drog, substitučních center a nízkoprahových kontaktních center. Diskutovaným tématem je i zřízení aplikační místnosti. V Pardubickém kraji je také hlášen nedostatek kontaktních a poradenských center a absence substitučních programů. Obzvláště špatná situace je již řadu let v Karlovarském kraji, kde chybí specializované programy primární prevence, detoxifikace, substituční program, doléčovací program a terapeutická komunita (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2016).

Zejména díky dotačnímu titulu RVKPP na podporu služeb pro patologické hráče byl i v r. 2016 napříč kraji zaznamenán vznik nových služeb či rozšíření spektra stávajících ambulantních a doléčovacích programů.

tabulka 5-3: Dostupnost adiktologických služeb podle výročních zpráv krajů v r. 2016

Kraj	Počet okresů	PP*	Kontaktní centrum		TP	AL	SL	SP	DX	LZ	TK	DR	DP	
			KC	KT									z toho s CH	
Hl. m. Praha	22**	7	3	0	4	11	6	1	3	2	0	0	4	3
Středočeský	12	3	4	1	6	7	2	0	1	1	2	0	2	2
Jihočeský	7	5	5	0	4	3	1	0	1	4	3	0	2	1
Plzeňský	7	2	3	0	3	1	1	0	1	1	1	0	2	2
Karlovarský	3	0	3	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Ústecký	7	4	9	0	8	9	1	0	1	2	1	1	2	2
Liberecký	4	2	2	0	1	7	1	0	1	1	1	1	3	1
Královéhradecký	5	5	1	1	1	3	1	0	2	1	0	1	1	0
Pardubický	4	2	1	0	1	8	0	0	2	1	0	1	1	0
Vysočina	5	7	0	3	0	1	0	0	3	3	1	1	2	1
Jihomoravský	7	3	1	4	3	6	2	0	2	2	1	0	4	3
Olomoucký	5	3	4	1	4	5	1	0	4	3	3	0	2	2
Zlínský	4	4	3	1	3	3	0	0	1	1	0	1	1	0
Moravskoslezský	6	9	5	1	6	6	1	1	1	3	2	0	2	3
Celkem	98	56	44	12	46	71	17	2	23	26	15	6	28	20

Pozn.: * celkový počet poskytovatelů programu primární prevence (organizací), ** počet městských částí Prahy; PP – primární prevence, KC – kontaktní centrum, TP – terénní program, KT – sloučený program KC a TP, AL – ambulantní léčba, SL – substituční léčba, SP – stacionární program, DX – detoxifikace, LZ – lůžková zdravotní služba, TK – terapeutická komunita, DR – domov se zvláštním režimem, DP – ambulantní doléčovací program, CH – chráněné bydlení
Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2017d)

Počet certifikovaných programů primární prevence uvádí kapitola Prevence (str. 81) a počet programů následné péče v registru poskytovatelů sociálních služeb kapitola Doléčovací programy (str. 199).

5.2.1 Krátké intervence

Podle zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, účinného do května 2017, a nově rovněž podle zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (ZOZNL), jsou zdravotničtí pracovníci při výkonu svého povolání povinni provádět orientační vyšetření rizikového a škodlivého užívání návykové látky a nelátkové závislostní poruchy, provádět krátkou intervenci a případně doporučit navazující odbornou péči.

Souhrn projektů a iniciativ v ČR podporujících kvalitu a míru zavádění krátké intervence do zdravotnické praxe je uveden ve VZ 2015. Dosavadní údaje naznačují, že míra provádění krátkých intervencí je poměrně nízká. Pouze každý třetí kuřák, který v ČR navštíví lékaře, dostane doporučení, aby kouření zanechal, a pouze třetina osob je při návštěvě lékaře dotázána na konzumaci alkoholu a pouze 8 % dostane doporučení s pitím přestat nebo je omezit (Sovinová a kol., 2014).

Nové údaje z r. 2016 nízkou míru provádění krátkých intervencí potvrzují. V listopadu a prosinci 2016 proběhla další vlna omnibusového průzkumu na souboru lékařů ČR získaných kvótním výběrem, který opakuje ve dvouletých intervalech agentura INRES-SONES a do kterého je z iniciativy NMS zařazena série otázek na téma závislosti (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES, 2017a). V r. 2016 bylo osloveno 1551 lékařů z celé ČR, průzkumu se zúčastnilo 1237 z nich (míra response 80,4 %) – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 95). Výsledky týkající se opiátové substituční léčby viz kapitolu Substituční léčba (str. 129).

Poprvé v r. 2016 byly do dotazníku zařazeny otázky na provádění krátkých intervencí u kuřáků a uživatelů alkoholu: „Pokud je Vaším pacientem kuřák tabáku, provádíte u něj krátkou intervenci s cílem kouření omezit nebo úplně abstinovat?“ a „Pokud je Vaším pacientem rizikový či intenzivní uživatel alkoholu, provádíte u něj krátkou intervenci s cílem pití omezit nebo úplně abstinovat?“.

Přibližně polovina všech lékařů uvedla, že krátké intervence provádí jak u kuřáků, tak u rizikových či intenzivních uživatelů alkoholu. Výjimečně provádí nebo vůbec neprovádí krátké intervence přibližně čtvrtina lékařů – tabulka 5-4.

tabulka 5-4: Provádění krátkých intervencí u kuřáků a u rizikových či intenzivních uživatelů alkoholu – výzkum Lékaři ČR 2016

Provádění krátkých intervencí	U kuřáků		U uživatelů alkoholu	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Ano, u všech pacientů	334	27,0	366	29,6
Ano, u většiny pacientů	289	23,4	306	24,7
Ano, u některých pacientů	320	25,9	290	23,4
Ano, ale výjimečně	161	13,0	125	10,1
Ne, neprovádí	133	10,8	150	12,1
Celkem	1237	100,0	1237	100,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017a)

SZÚ v r. 2016 pokračoval ve vzdělávání v intervenčních aktivitách v oblasti tabáku a alkoholu realizovaných z grantů Národního programu zdraví MZ. Vzdělávací program *Krátké intervence v praxi II* je určen zdravotnickým pracovníkům ve zdravotnických zařízeních a vybraným vysokým školám v metodice krátkých intervencí. K projektu, který trvá od roku 2013, je vytvořen web kratke-intervence.info. Proškoleným pracovníkům a studentům jsou předány edukační obrazové karty a dotazníky pro práci s pacienty. Program probíhal v 11 nemocnicích, 3 vysokých školách a 3 vyšších odborných školách.

5.2.2 Léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií

V r. 2016 zřídilo NMS Národní stránky pro podporu odvykání kouření koureni-zabiji.cz a Národní linku pro odvykání kouření 800 35 00 00, kterou provozuje Česká koalice proti tabáku.¹³⁷ Webové stránky poskytují základní informace, rady a tipy pro osoby, které chtějí s kouřením přestat, kontakty na centra pro závislé na tabáku a další pomáhající programy. V r. 2016 došlo za podpory RVKPP k vytvoření webu Národní linky pro odvykání kouření bezcigaret.cz.

SANANIM spustil v r. 2016 webové stránky mamaadroggy.cz, které se zabývají tématem užívání drog rodiči, resp. vlivem užívání drog na rodičovskou roli. Jsou určeny rodičům – uživatelům drog a odborníkům, kteří s nimi pracují. Obsahují informace, kontakty na pomáhající instituce a zdroje, praktické rady.

Od r. 2013 provozuje SANANIM internetové stránky koncimshulenim.cz, které poskytují informace, on-line poradenství a léčbu uživatelům konopí – blíže viz VZ 2015.

V r. 2016 byl spuštěn projekt *Záleží mi na jeho zdraví*, jehož cílem bylo zvýšit informovanost o škodlivém působení alkoholu na zdravý vývoj plodu během těhotenství. Součástí projektu je informační web fas.cindi.cz, který poskytuje komplexní informace o účincích alkoholu na plod a o fetálním alkoholovém syndromu. Jeho cílem je motivovat ženy k redukci konzumace alkoholu v průběhu těhotenství. Obsahuje rovněž kontakty na další pomáhající programy.

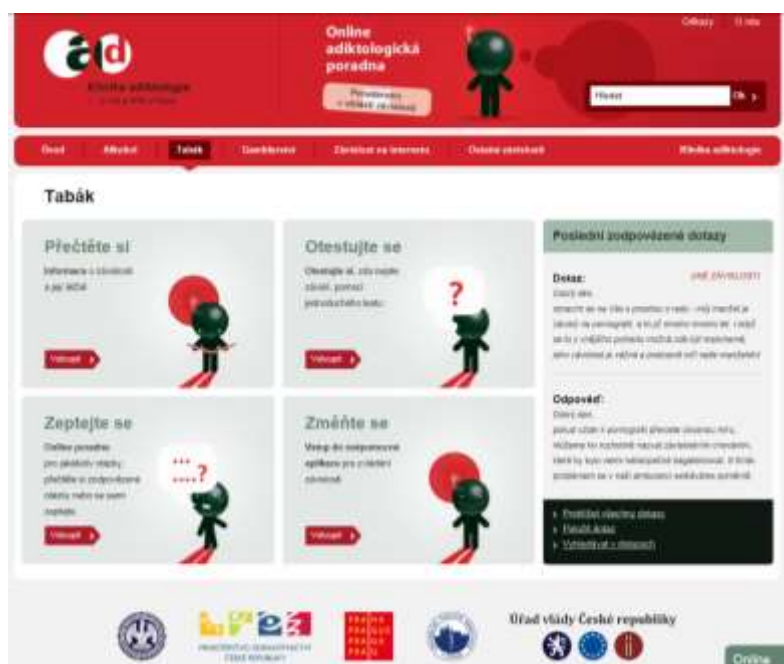
Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) v r. 2016 spustil aplikaci na snižování rizikové konzumace alkoholu na adrese nudz-snasa.cz. Aplikace je dosud v pilotním evaluačním provozu. Cílovou skupinou projektu jsou mladí dospělí do 34 let. Návštěvník si může otestovat konzumaci alkoholu a ověřit si, jak je na tom v porovnání s vrstevníky, a zároveň zjistit, jaké zdravotní dopady může riziková konzumace alkoholu mít na jeho zdraví. V případě, že uživatel aplikace spadá do pásma rizikového či škodlivého pití alkoholu, postupuje do motivačního „rozhovoru“, který je koncipován jako postupný sled otázek, které se zabývají žebříčkem hodnot či důvody nadměrné konzumace.

KAD vytvořila a v současnosti testuje českou verzi norské mobilní aplikaci ENDRE pro kuřáky, která věrohodně simuluje terapeutický proces a do značné míry individualizuje komunikaci s uživatelem, přizpůsobuje se mu, reaguje na jeho rozpoložení. Aplikace komunikuje s uživatelem prostřednictvím SMS nebo e-mailů. Kuřák pak může být v procesu odvykání kouření podporován prakticky v reálném čase. Aplikace zatím není dostupná.

V r. 2011 spustila KAD on-line poradnu pro osoby se závislostí na internetu a pro osoby s problémy s užíváním alkoholu na adrese poradna.adiktologie.cz. V r. 2016 byla poradna rozšířena o moduly problémového hráčství a závislost na tabáku. Každý modul obsahuje informace, možnost sebetestování, on-line poradnu a interaktivní webovou aplikaci pro zvládání závislosti – obrázek 5-1.

¹³⁷ <http://www.ckpt.cz/> [2017-07-31]

obrázek 5-1: Vstupní strana modulu Tabák on-line adiktologické poradny Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN



Zdroj: <http://poradna.adiktologie.cz/> [2017-08-01]

Informace a pomoc prostřednictvím anonymní komunikace v on-line prostředí nabízejí i další internetové poradny, jako např. drogovaporadna.cz organizace SANANIM či poradna extc.cz Společnosti Podané ruce.

5.2.3 Ambulantní programy

5.2.3.1 Síť ambulantních programů

Přehled programů ambulantní adiktologické péče poskytuje tabulka 5-5. Síť nízkoprahových zařízení pro uživatele drog blíže popisuje kapitola Nízkoprahové harm reduction programy (str. 177), adiktologické služby ve věznicích kapitola Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 220), služby následné péče kapitola Doléčovací programy (str. 199).

Ambulantní zdravotnická péče o uživatele drog je poskytována především v ambulancích psychiatrů a v adiktologických lékařských ordinacích specializovaných na léčbu závislostí (tzv. AT ambulance) – tabulka 5-5. V r. 2016 vykázalo 474 ordinací (447 v r. 2015) léčbu celkem 36 419 adiktologických pacientů, tj. pacientů se základní diagnózou F10–F19. Nejde výhradně o specializované AT ambulance, ale o všechny psychiatrické ambulance, které v r. 2016 léčily alespoň jednoho adiktologického pacienta (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017g).

Pouze v 54 z těchto 474 ambulančí tvořili adiktologičtí pacienti více než 50 % celkového počtu pacientů (47 v r. 2015). Z nich bylo 36 AT ordinací, 16 psychiatrických ambulančí a 2 ordinace dětské psychiatrie. Více než 200 adiktologických pacientů v péči uvedlo 44 ambulančí (49 v r. 2015), z nich bylo 12 AT ordinací, 31 psychiatrických ambulančí a 1 ordinace dětské psychiatrie. Alespoň jedno z obou kritérií¹³⁸ splnilo v r. 2016 celkem 81 ordinací (75 v r. 2015), z nich bylo 40 AT ambulančí a 41 ambulančí psychiatrů (včetně 2 oddělení dětské psychiatrie). V těchto 81 „specializovaných“ ambulancích bylo evidováno 19 809 (54 % celkového počtu 36 419 léčených pacientů s poruchami způsobenými návykovými látkami v psychiatrických ambulancích). Obě kritéria současně splnilo

¹³⁸ Tj. adiktologičtí pacienti tvořili více než 50 % celkového počtu pacientů ambulance nebo ambulance měla více než 200 adiktologických pacientů za rok.

celkem 17 ordinací (19 v r. 2015). V těchto 17 „superspecializovaných“ ambulancích bylo léčeno 7862 pacientů (21,6 % celkového počtu vykázaných psychiatrickými ambulancemi, resp. 16,5 % pacientů léčených pro problémy s alkoholem a 29,0 % pacientů léčených pro užívání nealkoholových drog).

V r. 2016 poskytlo informace o své činnosti všech 18 záchytných stanic, v nichž se nacházelo 171 lůžek. Záchytná stanice v Příbrami obnovila v průběhu r. 2016 svou činnost poté, co ji v polovině r. 2015 přerušila (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017g).

Na stránkách Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT) bylo v srpnu 2017 registrováno 41 center pro závislé na tabáku (42 v r. 2016).¹³⁹ Jde především o ambulantní provozy lůžkových oddělení pneumologie, dále vnitřního lékařství, kardiologie a ojediněle dalších oborů. Podle studie provedené SLZT v r. 2016, které se zúčastnilo celkem 36 center, vychází průměrně 55 nových pacientů na 1 centrum ročně (medián 32) (Zvolská a Králíková, 2017).

¹³⁹ <http://www.slzt.cz/centra-lecby> [2017-08-04]

tabulka 5-5: Síť programů ambulantní adiktologické péče v r. 2016

Typ programu	Počet programů	Kapacita (místa)	Charakteristika
Záchytné stanice	18	171	krátkodobá detence (v řádu hodin) do vystřízlivění, určená především pro intoxikované alkoholem, v menší míře jinými drogami
Ambulantní léčba	➤ ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie	17 (474)*	n. a. ambulance oboru návykových nemocí (resp. psychiatrie), jejíž cílovou skupinou jsou především uživatelé alkoholu a nelegálních drog
	➤ adiktologické (zdravotnické) ambulance	24 (12) ^o	n. a. ambulantní adiktologické zdravotní a psychosociální služby, cílovou skupinou jsou uživatelé návykových látek a klienti s problémem v oblasti nelátkových závislostí
	➤ ambulantní (nezdravotnické) programy**	10	n. a. ambulantní adiktologické (sociální) služby, jejichž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog
Substituční léčba	➤ NRLUD	63	n. a. substituční léčba formou ambulantní
	➤ roční výkaz psychiatrů	62	n. a. zdravotní služby různých odborností, jejichž cílovou skupinou jsou uživatelé opioidů, případně v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentní uživatelé)
	➤ roční výkaz praktických lékařů ⁺	215	n. a.
Poradenství a léčba ve věznicích	➤ poradny drogové prevence	35	n. a. ambulantní adiktologické léčba a poradenství ve výkonu vazby a trestu
	➤ substituční léčba	7	n. a. vazby, a především pro uživatele nelegálních drog
	➤ dobrovolná léčba	9	335
	➤ ochranná léčba ⁺⁺	3	131
	➤ bezdrogové zóny ⁺⁺⁺	38	2 035
	➤ programy NNO ⁺⁺⁺⁺	34 (24)	n. a.
Krizová centra	1	n. a.	programy poskytující krizovou intervenci
Psychoterapeutické stacionáře	3	110	stacionární programy (denní centra) především pro uživatele nelegálních drog
Speciální programy následné péče	44 (20)***	1 100 (230)**	adiktologické programy, jejichž cílem je podpora a resocializace klientů po absolvování léčby, určené především pro uživatele nelegálních drog
Centra pro závislé na tabáku	41	n. a.	ambulantní léčba závislosti na tabáku realizovaná především v rámci lůžkových zařízení oboru pneumologie nebo vnitřního lékařství

Pozn.: * Počet ambulaní, které je možno považovat za specializované na adiktologii (počet všech ambulaní, které nahlásily v r. 2015 alespoň jednoho adiktologického pacienta). ^o Počet adiktologických ambulaní (z nich počet těch, které mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou). ** Programy podpořené v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2016 (z ambulantních programů ty, které nemají statut zdravotnického zařízení). *** Počet programů následné péče v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV, jejichž cílovou skupinu tvořily osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách (z toho počet programů s chráněným bydlením). ⁺ Údaj se vztahuje k r. 2013, neboť za l. 2014–2016 není k dispozici. ⁺⁺ 4 oddělení ve 3 věznicích. ⁺⁺⁺ Z toho v 35 bez terapeutického režimu a ve 3 s terapeutickým režimem, ⁺⁺⁺⁺ Počet věznic, v nichž probíhá spolupráce s NNO (počet věznic s intenzivní spoluprací s NNO, tj. s 10 a více návštěvami za rok). ^o Odhad na základě extrapolace dat z 15 programů dotovaných RVKPP.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017g), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c), Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2017), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2017c), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

V r. 2016 vykazovalo péči o uživatele drog 1 krizové centrum v Praze. O uživatele návykových látek pečovalo 5 psychoterapeutických stacionářů s celkovou kapacitou 163 míst, ale pouze 3 pečovaly o uživatele nealkoholových drog. Dva stacionáře se nacházely v Praze a jeden v Moravskoslezském

kraji. Většina stacionářů pečovala pouze o jednotkové počty klientů, pouze stacionář v Praze vykázal vyšší počet pacientů s problémy s návykovými látkami.

Od r. 2014 je v provozu první ambulance dětské a dorostové adiktologie na KAD v Praze. V r. 2016 byla otevřena další adiktologická dorostová ambulance v Kladně. Pobídka ze strany MZ v podobě druhého kola dotačního řízení v r. 2017 (blíže viz kapitolu Legislativní rámec, strategie a organizace léčby závislostí, str. 117) byla jedním z důvodů vzniku dalších dětských adiktologických ambulancí. Např. v Ústí nad Labem vznikla v r. 2017 krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost organizace DRUG-OUT Klub.

V r. 2016 byly publikovány výsledky evaluace pilotního provozu dětské a dorostové ambulance KAD. Ta byla koncipována jako specifické zdravotnické zařízení nabízející kompletní spektrum ambulantních služeb a intervencí s case managementem jako základním přístupem. Cílovou skupinou jsou děti do 15 let a dále mladiství do 18 let s problémy s návykovými látkami (dg. F10–F19 podle MKN-10) a případně s problémy v oblasti tzv. nelátkových závislostí (problémové hráčství, závislost na informačních technologiích apod.) a jejich blízcí. Tým ambulance tvoří dětský psychiatr, adiktolog, klinický psycholog, zdravotní sestra, pedagog volného času/speciální pedagog, sociální pracovník (všichni jen na část úvazku). Program je rozdělen na diagnostickou (2–4 měsíce) a terapeutickou fázi. Pilotní projekt trval 10 měsíců od září 2014 do června 2015. Do diagnostické fáze vstoupilo 119 pacientů s rodinami (90 % z těch, kteří se dostali do kontaktu s ambulancí), z nich 46 vypadlo v diagnostické fázi, 25 v terapeutické fázi a jen 38 dětí program dokončilo. Ukázalo se, že přes očekávaný počet pacientů vyplývající z analýzy potřeb v řádu tisíců byl do služby v realitě referován pouhý zlomek pacientů. Byla identifikována potřeba intenzivní týmové spolupráce, intenzivnější práce s rodinou a komunikace s jinými institucemi (OSPOD, škola, jiná zdravotnická zařízení atd.). Odbornost adiktologa prokázala své klinické možnosti a přednosti, ale také slabá místa spojená s osobní zralostí a připraveností pro práci ve zdravotnickém provozu velké fakultní nemocnice. Z ekonomického hlediska bylo nutné spojit provoz ambulance pro děti s provozem pro dospělé, neboť péče o dospělé rodinné příslušníky představuje odhadem 35–45 % celkového objemu poskytované péče dětské ambulance. Pro zajištění služeb nezdravotnických profesí (pedagog, sociální pracovník) je zásadní financování ze zdrojů mimo zdravotní pojištění (Miovský a kol., 2016, Miovský a Popov, 2016).

5.2.3.2 Klienti ambulantních programů

Přibližně dvě třetiny klientů ambulantních adiktologických programů tvoří muži – relativně nejvíce mužů bylo mezi klienty záchytných stanic (84 %) a nejméně v krizových centrech (57 %) a psychoterapeutických stacionářích (28 %). Podíl dětí a osob do 20 let je velmi nízký – pod 5 % téměř ve všech typech programů – tabulka 5-6. Podíl klientů podle primární (základní) návykové látky se významně liší v závislosti na typu programu.

Klienty nízkoprahových zařízení blíže popisuje kapitola Nízkoprahové harm reduction programy (str. 177), služeb následné péče kapitola Doléčovací programy (str. 199), adiktologických služeb ve věznicích kapitola Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 220).

tabulka 5-6: Uživatelé návykových látek v ambulantních adiktologických programech v r. 2016

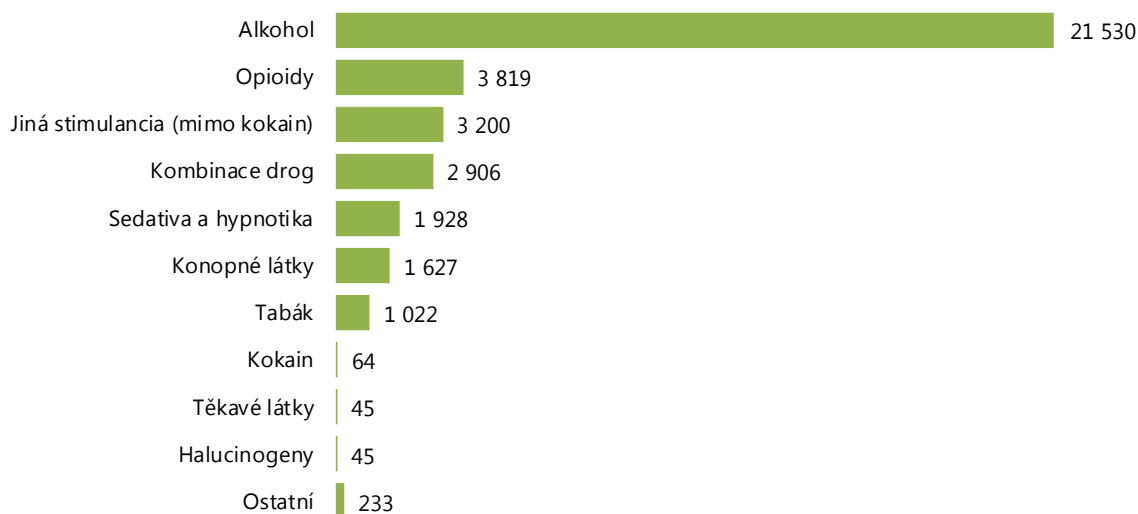
Typ zařízení	Počet klientů	Podíl (%)	
		Ženy	Osoby do 19 let
Záchytné stanice	21 577	16	1
Ambulantní léčba	36 419 (7 862)	36	4
> ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie (z toho „superspecializované“ ambulance)			
> adiktologické (zdravotnické) ambulance	690 [°]	n. a.	n. a.
> ambulantní (nezdravotnické) programy*	1 471	41	n. a.
Substituční léčba	2 266	29	0
> registr substituční léčby			
> roční výkaz psychiatrů	2 792	32	0
> roční výkaz praktických lékařů**	494	30	n. a.
Věznice	9 329	n. a.	n. a.
> poradny drogové prevence			
> substituční léčba	67	n. a.	n. a.
> dobrovolná léčba	578	–	n. a.
> ochranná léčba	213	25	n. a.
> bezdrogové zóny***	4 014	4	n. a.
> programy NNO	7 090	n. a.	n. a.
Krizová centra	47	43	2
Psychoterapeutické stacionáře ⁺	39	72	5
Speciální programy následné péče ⁺⁺	2 880	34	n. a.
Centra pro závislé na tabáku ⁺⁺⁺	2 300	n. a.	n. a.

Pozn.: * programy dotované RVKPP (z programů ambulantní léčby ty, které nemají statut zdravotnického zařízení), ** údaj se týká r. 2013, *** 3616 osob v bezdrogových zónách standardních a 196 osob v bezdrogových zónách s terapeutickým režimem, ⁺ údaje se týkají jednoho stacionáře podpořeného v dotačním řízení RVKPP v r. 2016, ⁺⁺ odhad získaný extrapolací dat o programech dotovaných RVKPP, ⁺⁺⁺ odhad získaný na základě průměrného počtu nových pacientů na jedno centrum a počtu center, [°] odhad na základě výkaznictví zdravotních pojišťoven

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017g), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2017c), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017), Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (2017), Králíková a kol. (2014)

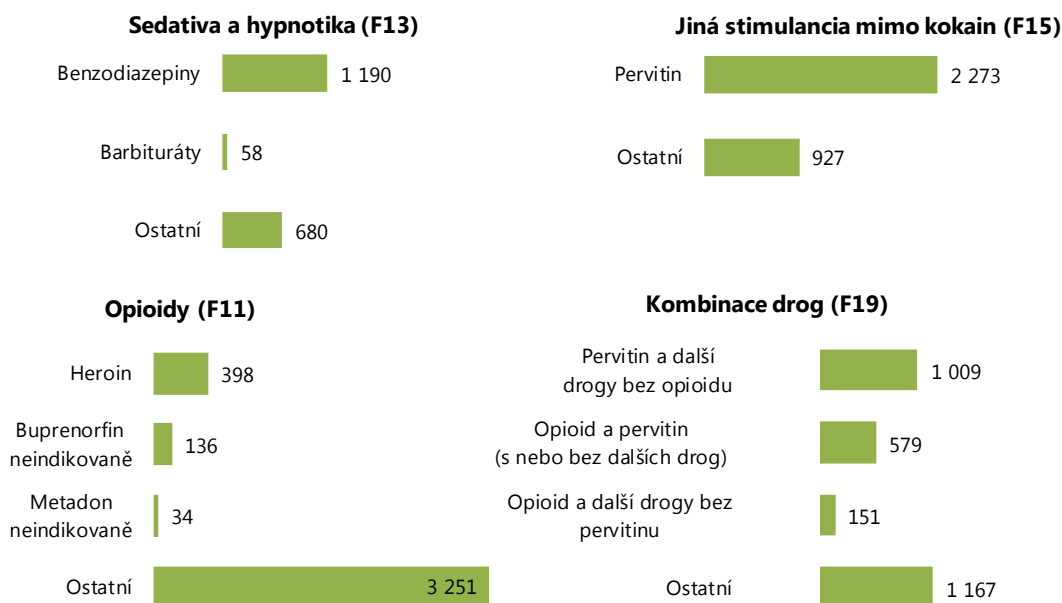
V psychiatrických ambulancích bylo v r. 2016 léčeno 36 419 pacientů s problémy s návykovými látkami, z nich nejvíce s poruchami způsobenými užíváním alkoholu, a to 21 530 pacientů, tj. téměř 59 %. Pacientů s poruchami způsobenými užíváním nealkoholových drog (bez tabáku) bylo 13 867 (38 %), uživatelů tabáku 1022 (2 %). Nejvíce uživatelů nealkoholových drog bylo léčeno pro poruchy způsobené užíváním opioidů (28 % všech pacientů léčených pro nelegální drogy), pro užívání stimulantů mimo kokainu (23 %), především pervitinu (16 %) a více drog současně (21 %). Podíl pacientů léčených pro užívání konopných látek činil 12 % a pro užívání sedativ a hypnotik 14 %. Počet a podíl uživatelů ostatních drog byl velmi nízký – graf 5-1. U všech sledovaných návykových látek je podíl mužů vyšší než podíl žen, výjimku představují sedativa a hypnotika, kde ženy dlouhodobě tvoří téměř 60 %. Děti a mladistvých se v r. 2016 léčilo celkem 1407 (necelá 4 %). Psychiatrické ambulance specializované na adiktologickou klientelu jsou hlavním typem zařízení, která v ČR poskytují opiátovou substituci.

graf 5-1: Pacienti v ambulantní psychiatrické péči podle skupin drog v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017g)

graf 5-2: Pacienti v ambulantní psychiatrické péči podle jednotlivých látek ve skupinách drog v r. 2016



Pozn.: * Kategorie „ostatní“ vzniká tak, že zdravotnické zařízení vyplní počty u nadřazené kategorie, např. kategorie F15 jiná stimulancia (mimo kokain), a nikoliv již konkrétní podkategorii, kterou výkaz nabízí (např. pervitin).

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017g)

Záchytné stanice v r. 2016 vykázaly 21 577 osob (21 722 v r. 2015), z toho bylo 429 (necelá 2 %) intoxikováno nealkoholovými drogami. Ženy tvořily 16 %, mladiství do 20 let 1 % a osoby starší 65 let 6 % celkového počtu.

Krizová centra v r. 2016 hlásila 47 osob s problémy způsobenými užíváním návykových látek, ženy tvořily 43 %, mladiství 2 %.

V dotačním řízení RVKPP byl podpořen jeden denní stacionář, který v r. 2016 poskytl služby celkem 255 uživatelům (ženy tvořily 62 %), průměrný věk všech klientů byl 32 let. V programu stacionární léčby bylo 38 klientů.

5.2.3.3 Substituční léčba

V r. 2015 byl spuštěn nový Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který integroval Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL) – blíže viz VZ 2014 a 2015. Rok 2016 byl prvním rokem rutinního provozu NRLUD.

V r. 2016 nahlásilo do NRLUD pacienty v substituční léčbě celkem 63 zdravotnických zařízení (stejně jako v r. 2015) a bylo evidováno celkem 2266 léčených osob (2248 v r. 2015). Ženy tvořily 29 %, 67 % z celkového počtu pacientů bylo ve věku 30–39 let a 10 % ve věku 20–29 let, mladistvých ve věku 15–19 let bylo necelé 1 %. Jediným krajem bez aktivně hlásícího zařízení zůstává Pardubický kraj (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017c). Počet zařízení hlásících poskytování substituční léčby v r. 2016 a celkový počet pacientů v substituci podle krajů uvádí tabulka 5-7.

tabulka 5-7: Počet zařízení poskytujících opiátovou substituční léčbu a počet klientů hlášených do NRLUD v r. 2016

Kraj	Počet hlásících zařízení	Počet osob Podle kraje zařízení	Počet osob Podle kraje bydliště
Hl. m. Praha	20	1 317	892
Středočeský	8	138	389
Jihočeský	5	52	116
Plzeňský	3	41	54
Karlovarský	1	7	8
Ústecký	4	299	346
Liberecký	3	22	26
Královéhradecký	3	105	105
Pardubický	0	0	28
Vysočina	2	20	21
Jihomoravský	8	142	138
Olomoucký	1	42	37
Zlínský	1	1	6
Moravskoslezský	4	80	90
Celkem	63	2 266	2 266*

Pozn.: * Součet osob podle kraje bydliště je 2256, 10 osob byli cizinci.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

V r. 2016 byla 1578 (69,6 %) pacientům poskytována substituční léčba buprenorfinem a 688 (30,4 %) metadonem. Z 1575 osob léčených buprenorfinem užívalo 881 (55,8 %) monopřípravky (především Subutex®) a 697 (44,2 %) kombinovaný přípravek Suboxone®. Počet pacientů podle užívaných přípravků v r. 2016 uvádí tabulka 5-8.

Od začátku poskytování substituční léčby v ČR je patrná stagnace počtu osob léčených metadonem (počet a kapacita metadonových center se totiž v průběhu let prakticky nezměnily). V posledních letech je patrný nárůst pacientů léčených Suboxone® na úkor pacientů léčených monopřípravky. Celkový počet pacientů v substituci přitom od r. 2012 stagnuje – graf 5-3.

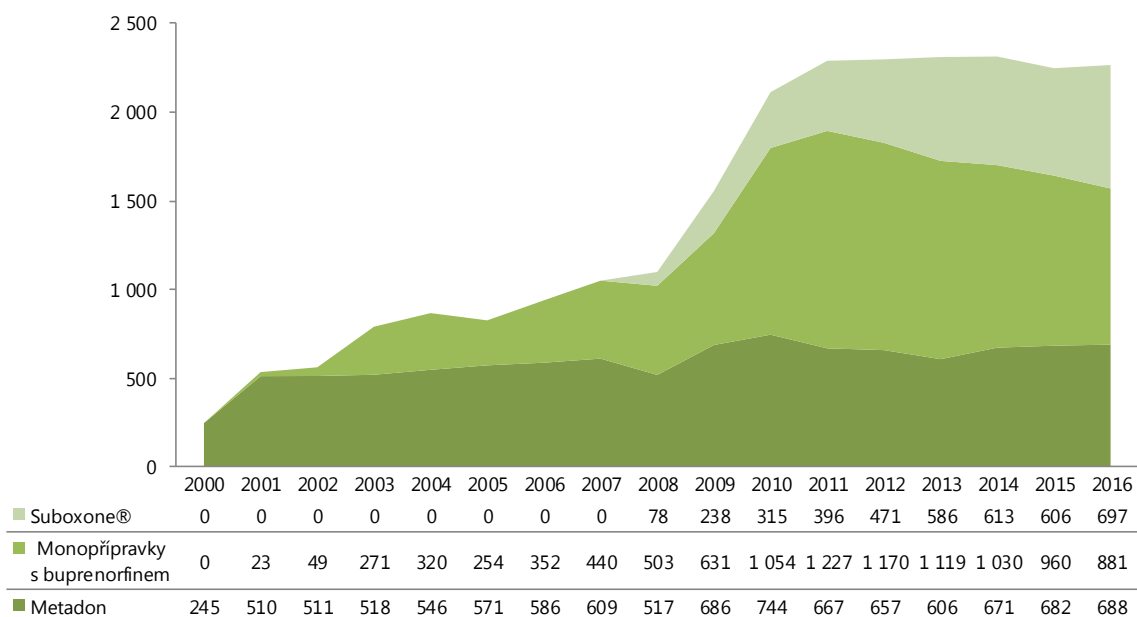
tabulka 5-8: Počet pacientů v opiátové substituční léčbě v r. 2016 podle užívaných přípravků a krajů

Kraj sídla	Metadon	Monopreparáty s buprenorfinem	Suboxone® (buprenorfin s naloxonem)	Celkem
Hl. m. Praha	283	363	246	892
Středočeský	45	238	106	389
Jihočeský	21	59	36	116
Plzeňský	33	7	14	54
Karlovarský	3	1	4	8
Ústecký	148	115	83	346
Liberecký	6	3	17	26
Královéhradecký	8	52	45	105
Pardubický	9	6	13	28
Vysočina	2	3	16	21
Jihomoravský	105	10	23	138
Olomoucký	11	6	20	37
Zlínský	0	1	5	6
Moravskoslezský	10	17	63	90
Celkem*	688	881	697	2 266

Pozn.: * Údaje zahrnují i 10 cizinců, z nich 4 byli v substituční léčbě metadonem a 6 Suboxonem®.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

graf 5-3: Počet pacientů v opiátové substituční léčbě podle užívaných přípravků v l. 2000–2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Představu o geografickém pokrytí ČR substituční léčbou poskytuje tabulka 5-9. V průměru bylo v ČR v r. 2016 registrováno v substituční léčbě 17,8 % problémových uživatelů opioidů. V Praze, kde se nachází cca 68 % odhadovaných problémových uživatelů opioidů celé ČR, je podíl registrovaných v substituci 15,3 %. Rovněž v ostatních krajích s významným počtem problémových uživatelů je jejich podíl v substituci velmi nízký (nejvíce v Ústeckém kraji, kde dosahuje 33,2 %). Mimo jiné v těchto krajích zároveň dochází v posledních letech k nárůstu zneužívání opioidních analgetik.

Je však potřeba mít na paměti, že významný počet pacientů v opiátové substituční léčbě se v ČR nachází mimo registr NRLUD (viz dále).

tabulka 5-9: Pokrytí problémových uživatelů opioidů opiátovou substituční léčbou v r. 2016 podle kraje zařízení

Kraj	Odhadovaný počet POU	Počet registrovaných pacientů v OST	Počet registrovaných poskytovatelů OST	Počet odhadovaných POU na 1 poskytovatele	Podíl POU v OST (%)
Hl. m. Praha	8 900	1 317	20	445	14,8
Středočeský	700	138	8	88	19,7
Jihočeský	500	52	5	100	10,4
Plzeňský	400	41	3	133	10,3
Karlovarský	100	7	1	100	7,0
Ústecký	900	299	5	180	33,2
Liberecký	<50	22	3	17	44,0
Královéhradecký	200	105	3	67	52,5
Pardubický	<50	0	0	0	0,0
Vysočina	<50	20	2	25	40,0
Jihomoravský	400	142	7	57	35,5
Olomoucký	100	42	1	100	42,0
Zlínský	100	1	1	100	1,0
Moravskoslezský	300	80	4	75	26,7
Celkem	12 500	2 266	63	198	18,1

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017a)

V r. 2016 bylo evidováno celkem 2436 léčebných epizod v substituční léčbě (případů), z toho 473 bylo v r. 2016 zahájeno a 536 ukončeno. Nejčastějším důvodem ukončení bylo vyloučení pro porušování léčebného režimu – tabulka 5-10.

tabulka 5-10: Ukončené epizody opiátové substituční léčby podle důvodu ukončení a kraje bydliště v r. 2016, v %

Kraj bydliště	Počet ukončení	z toho z důvodu* (%)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hl. m. Praha	234	2,6	1,7	6,4	1,3	13,2	9,8	3,8	1,3	21,4	35,9	1,7	0,9
Středočeský	55	1,8	–	9,1	3,6	7,3	3,6	7,3	–	29,1	29,1	–	9,1
Jihočeský	23	–	–	4,3	8,7	4,3	8,7	–	–	26,1	47,8	–	–
Plzeňský	14	7,1	–	–	14,3	–	7,1	21,4	–	21,4	21,4	–	7,1
Karlovarský	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100,0	–	–
Ústecký	85	3,5	–	3,5	1,2	4,7	5,9	14,1	1,2	40,0	24,7	1,2	–
Liberecký	4	–	–	–	25,0	–	25,0	–	–	–	50,0	–	–
Královéhradecký	7	–	–	–	–	–	–	–	–	57,1	28,6	14,3	–
Pardubický	2	–	–	50,0	–	–	–	50,0	–	–	–	–	–
Vysočina	2	–	–	–	–	50,0	–	–	–	50,0	–	–	–
Jihomoravský	61	–	–	55,7	6,6	11,5	8,2	6,6	–	8,2	–	–	3,3
Olomoucký	10	–	–	–	–	30,0	10,0	10,0	–	20,0	20,0	–	10,0
Zlínský	1	–	–	–	–	–	–	–	–	100,0	–	–	–
Moravskoslezský	32	3,1	–	–	3,1	–	–	–	–	34,4	3,1	–	56,3
Celkem**	536	2,2	0,7	11,0	3,0	9,7	7,5	6,3	0,7	25,4	26,7	1,1	5,6

Pozn.: * 1 převeden do péče jiné adiktologické služby, 2 převeden do péče jiné neadiktologické služby, 3 převeden do substituce jiného zařízení, 4 převeden na jiný typ léčby, 5 řádné ukončení léčby, 6 ukončení léčby na vlastní žádost, 7 ukončení léčby z důvodu nástupu trestu, 8 vyloučen pro agresi, 9 vyloučen pro opakovanou nebo trvalou absenci, 10 vyloučen pro porušování režimu, 11 zemřel, 12 jiný. ** Součet zahrnuje i ukončení léčby 5 cizinců, z nichž 1 ukončil léčbu řádně, 3 byli vyloučeni z důvodu absence a 1 z jiného důvodu.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Kromě NRLUD jsou údaje o pacientech v substituci v agregované formě sledovány v ročním výkazu o činnosti oboru psychiatrie. Substituční léčbu v r. 2016 vykázalo celkem 62 psychiatrických ambulancí (v r. 2015 to bylo 55 ambulancí). Z výkazu vyplývá, že substituční léčba v psychiatrických ambulantních zařízeních byla poskytnuta 2792 pacientům (2253 v r. 2015), z nichž bylo 32 % žen. Roční výkazy praktických lékařů nejsou za r. 2014–2016 k dispozici. V r. 2013 vykázalo substituční léčbu celkem 215 ordinací praktických lékařů.

V listopadu a prosinci 2016 proběhla další vlna omnibusového průzkumu na souboru lékařů ČR získaných kvótním výběrem, který opakuje ve dvouletých intervalech agentura INRES-SONES a do kterého je z iniciativy NMS zařazena série otázek na téma závislosti (Národní monitorovací středisko

pro drogy a závislosti a INRES-SONES, 2017a). V r. 2016 bylo osloveno 1551 lékařů z celé ČR, průzkumu se zúčastnilo 1237 z nich (míra response 80,4 %) – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 95), kde jsou uvedeny rovněž prevalenční odhady. Výsledky týkající se krátkých intervencí jsou uvedeny v kapitole Krátké intervence (str. 121).

Celkem 50 lékařů (4,0 % celého souboru) uvedlo, že poskytuje substituční léčbu závislosti na opiátech (3,3 % v r. 2012 a 4,2 % v r. 2014). Uvedený počet pacientů na substituci byl celkem 461, což činí 9,2 pacientů na předepisujícího lékaře a 0,4 na jednoho lékaře v souboru celkem – tabulka 5-11.

tabulka 5-11: Lékaři poskytující substituci a počet pacientů v substituci v průzkumu Lékaři České republiky 2016

Odbornost	Celkem ve vzorku	Poskytuje substituci		Počet pacientů v substituci		
		Počet	Podíl (%)	Celkem počet	Průměr za předepisující lékaře	Průměr za všechny lékaře
Praktický lékař pro dospělé	352	25	7,1	230	9,2	0,65
Praktický lékař pro děti a dorost	220	7	3,2	19	2,7	0,09
Gynekologie, porodnictví	172	0	–	–	–	–
Chirurgie	109	6	5,5	72	12,8	0,66
Interna	108	4	3,7	11	2,8	0,10
Psychiatrie	10	3	30,0	82	27,3	8,20
Ostatní*	266	5	1,9	47	9,4	0,18
Celkem	1 237	50	4,0	461	9,2	0,37

Pozn.: * Mezi předepisujícími lékaři jiných odborností byl anesteziolog, endokrinolog, gastroenterolog, geriatr, urolog.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017a)

Počet předepisujících lékařů i počet pacientů je vyšší než ve stejném průzkumu v r. 2012 i 2014. V r. 2014 poskytovalo substituční léčbu 4,1 % praktických lékařů pro dospělé, na jednoho předepisujícího lékaře a na jednoho praktického lékaře celkem připadalo v r. 2014 průměrně 6 pacientů, resp. 0,25 pacienta (v r. 2012 to bylo 4,0 a 0,26) – blíže viz VZ 2014.

Vzhledem ke struktuře výzkumného souboru a výsledkům podle odborností byl odhad počtu pacientů v substituční léčbě v ČR proveden pouze u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost – výsledky z výběrového souboru byly extrapolovány na celkový počet 5122 praktických lékařů pro dospělé (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016c) a 2119 ambulantních praktických lékařů pro děti a dorost v ČR v r. 2015 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016b) – tabulka 5-12.

tabulka 5-12: Odhad počtu pacientů v opiátové substituční léčbě u praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost v r. 2016

Pohlaví	PL pro dospělé			PL pro děti a dorost		
	Střední odhad	95% CI dolní	95% CI horní	Střední odhad	95% CI dolní	95% CI horní
Muži	1 500	500	2 400	100	0	200
Ženy	1 900	500	3 200	100	0	200
Celkem	3 300	1 100	5 600	200	0	400

Pozn.: zaokrouhleno na stovky

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017a)

Na základě výše uvedeného odhadu poskytovalo v r. 2016 v ČR substituční léčbu přibližně 360 praktických lékařů pro dospělé a 70 praktických lékařů pro děti a dorost celkem 3300, resp. 200 pacientům, dohromady tedy přibližně 3500 pacientům.

Oproti r. 2014 došlo k více než dvojnásobnému nárůstu u odhadu počtu pacientů léčených u praktických lékařů, a to zejména léčených žen. V r. 2014 bylo odhadnuto, že substituci poskytuje

220 praktických lékařů a 20 praktických lékařů pro děti a dorost, a to celkem 1300 pacientům (800 mužů, 500 žen), resp. 300 (160 mužů, 140 žen), dohromady tedy přibližně 1600 pacientům.

Lékaři byli rovněž dotazováni, zda hlásí pacienty v substituční léčbě do NRLUD. Z 50 lékařů, kteří v r. 2016 uvedli poskytování substituční léčby, uvedlo 31 (62 %), že hlásí vždy; ostatní hlásí někdy (32 %) nebo nehlásí nikdy (6 %) – tabulka 5-13.

tabulka 5-13: Hlášení pacientů v substituční léčbě do Národního registru léčby uživatelů drog v r. 2016

Hlášení do NRLUD	Počet	Podíl (%)
Ano, vždy	31	62,0
Ano, někdy	16	32,0
Ne, nikdy	3	6,0
Celkem	50	100,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a INRES-SONES (2017a)

Substituční přípravky jsou v ČR léčebně podávány výhradně orální formou a může je předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. V ČR bylo v r. 2016 na trhu 5 přípravků pro substituční léčbu závislosti na opioidech:

- metadon připravovaný jako magistraliter¹⁴⁰ z dovážené generické substance dostupný ve specializovaných substitučních centrech (od r. 1997),
- Subutex® obsahující účinnou látku buprenorfin (od r. 2000),
- kompozitní přípravek Suboxone® s účinnými látkami buprenorfin a naloxon (od února 2008),
- přípravek Buprenorphine Alkaloid® obsahující buprenorfin (od ledna 2011),
- přípravek Ravata® obsahující buprenorfin (od června 2011, znovu na trhu od prosince 2016).

V r. 2016 bylo do ČR dovezeno 16,3 kg čisté metadonové substance (18,1 kg hydrochloridu metadonu). Spotřebováno bylo 17,6 kg metadonové báze (19,6 kg hydrochloridu metadonu)¹⁴¹ a distribuováno bylo necelých 3,4 kg buprenorfinu v přípravcích Buprenorphine Alkaloid®, Ravata®, Suboxone® a Subutex®, každý z nich v balení po 7 sublingválních tabletách a ve dvou různých silách 2 mg a 8 mg v jedné tabletě (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017) – tabulka 5-14.

V r. 2016 se tak spotřeba substitučních preparátů v ČR meziročně opět snížila – tento pokles lze hodnotit spíše negativně vzhledem k poměrně vysokému odhadovanému počtu problémových uživatelů opioidů v posledních 2 letech (blíže viz Problémové užívání drog, str. 95).

Od uvedení kompozitního přípravku Suboxone® na český trh v r. 2008 dochází postupně k nárůstu jeho spotřeby na úkor přípravků obsahujících pouze buprenorfin – graf 5-4. Nejužívanějším přípravkem s obsahem buprenorfinu je Suboxone®. Hlavní příčinou tohoto trendu může být kromě preference ze strany lékařů z veřejnozdravotních důvodů (injekční užití Suboxone® je díky přítomnosti naloxonu méně pravděpodobné) také cena přípravku – Suboxone® je výrazně levnější než monopreparáty buprenorfinu, a pacienti tak mohou dávat přednost levnějšímu Suboxone®.¹⁴²

¹⁴⁰ lék připravovaný v lékárně

¹⁴¹ V r. 2015 bylo spotřebováno při substituční léčbě 21,4 kg hydrochloridu metadonu (odpovídá 19,3 kg metadonové báze).

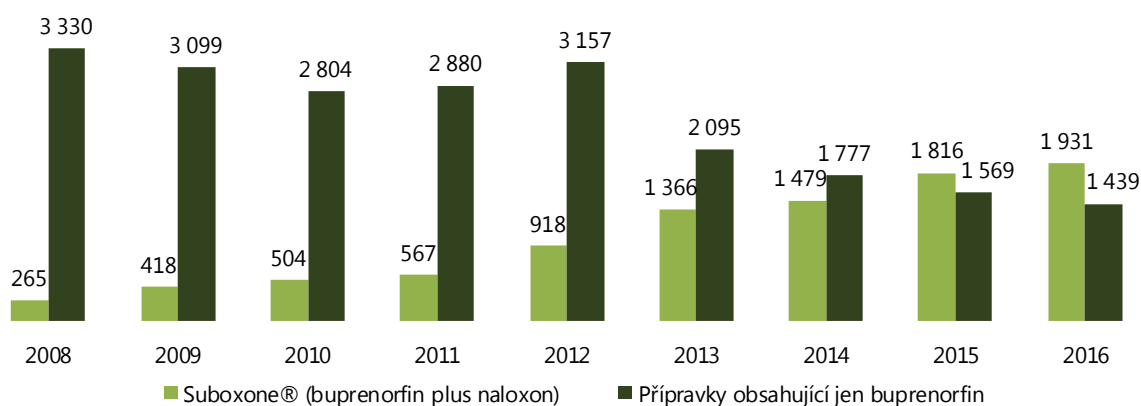
¹⁴² Průměrná cena balení pro pacienta v květnu 2017 byla 459 Kč pro Suboxone® a 1470 Kč pro Subutex® v síle 8 mg.

tabulka 5-14: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v l. 1999–2016

Rok	Metadon (báze) – dovoz (kg)	Buprenorfin – distribuce (g)
1999	13,5	0,0
2000	11,7	23,5
2001	0,0	86,2
2002	0,0	509,8
2003	8,1	1 309,4
2004	11,3	2 221,9
2005	5,7	2 957,3
2006	12,2	3 414,3
2007	10,8	3 315,0
2008	12,6	3 594,5
2009	15,4	3 517,0
2010	22,5	3 308,0
2011	24,3	3 446,8
2012	18,0	4 075,1
2013	17,9	3 460,7
2014	16,3	3 256,3
2015	16,4	3 384,8
2016	16,3	3 370,3

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR (2017)

graf 5-4: Množství buprenorfinu distribuované v přípravcích obsahujících pouze buprenorfin a v kompozitním přípravku v kombinaci s naloxonem v l. 2008–2016, v gramech



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR (2017)

Centrální nákup metadonové substance je hrazen z dotace MZ a metadon je pro pacienty zdarma. Dostupnost metadonových programů je však omezená a jejich kapacita je dlouhodobě naplněná. Pro řadu zájemců je tak metadonová léčba nedostupná.

Problémem zůstává finanční dostupnost substitučních preparátů s účinnou látkou buprenorfin. Monopreparáty s buprenorfinem nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění a pacient tedy hradí v lékárně plnou cenu. Kombinovaný preparát Suboxone® 8 mg je jako jediný hromadně vyráběný substituční preparát od r. 2010 hrazen ze zdravotního pojištění. Maximální úhrada balení 7 tablet Suboxone® ze zdravotního pojištění je stanovena na 637,15 Kč, maximální cena aktuálně na 309,94 Kč, orientační maloobchodní cena pro pacienta v lékárně je 459 Kč.¹⁴³ Teoreticky tedy výdej Suboxone® v lékárně zcela kryje zdravotní pojištění.

¹⁴³ <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0027903&tab=prices> [2016-08-01]

V praxi však k úhradě nedochází, neboť podmínky jsou pro léčebná centra restriktivní a nevýhodné. Počet pacientů na hrazeném Suboxone® se odhaduje na několik desítek – blíže viz VZ 2014. Většina pacientů užívajících buprenorfinové preparáty tak nakupuje lék v plné ceně, což představuje výdaje v řádu tisíců Kč měsíčně z vlastních prostředků.¹⁴⁴ Nízká finanční dostupnost zůstává vedle nízké místní dostupnosti jednou z příčin existence černého trhu s buprenorfinem (Mravčík, 2017, Malinovská a Mravčík, 2017).

Substituční léčba závislosti na metamfetaminu není v ČR standardně dostupná, není v běhu ani žádná klinická studie v této oblasti. Jsou k dispozici kazuistiky z *off label* preskripce některými preparáty s centrálně stimulačním účinkem, zejména s metylfenidátem (Hampl, 2004, Minařík a kol., 2015, Bém a kol., 2017).

5.2.4 Rezidenční programy

5.2.4.1 Síť rezidenčních programů

Detoxifikace od návykových látek byla v r. 2016 poskytována ve 38 lůžkových zařízeních (47 v r. 2015), z toho v 6 fakultních nemocnicích, 18 nemocnicích akutní péče a 14 psychiatrických nemocnicích/léčebnách. Jediným krajem bez možnosti detoxifikace byl stejně jako v minulých letech Karlovarský kraj. Vyčleněná lůžka k detoxifikaci byla hlášena v celkovém počtu 203 v 15 lůžkových zařízeních (182 v 15 zařízeních v r. 2015). V dalších 23 lůžkových zařízeních (32 v r. 2015) detoxifikovali pacienti na různých odděleních bez vyčleněných lůžek pro tyto účely (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017g). Detoxifikace je dostupná také ve věznicích – viz kapitolu Prevence a léčba užívání drog ve vězení (str. 213).

Rezidenční abstinenci orientovanou léčbu pacientům závislým na návykových látkách poskytují v ČR převážně psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení nemocnic. Zejména v psychiatrických nemocnicích je léčba organizována na speciálních odděleních pro léčbu závislostí. Počet psychiatrických lůžkových zařízení se v r. 2016 nezměnil – v ČR bylo 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé a 3 pro děti, 30 psychiatrických oddělení nemocnic a 2 psychiatrická oddělení v ostatních lůžkových zařízeních. Počet lůžek na psychiatrických odděleních nemocnic se nepatrně snížil (z 1308 v r. 2015 na 1298 v r. 2016), ale došlo k nárůstu lůžek v psychiatrických nemocnicích pro dospělé (z 8364 v r. 2015 na 8572 v r. 2016).

Sekce terapeutických komunit A.N.O. dlouhodobě sdružuje celkem 14 zařízení¹⁴⁵ v 10 krajích (terapeutická komunita pro závislé neexistuje v Praze, krajích Karlovarském, Královéhradeckém, Pardubickém, Zlínském a Vysočina). Počet terapeutických komunit, které mají certifikát odborné způsobilosti, je dlouhodobě 10. V Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV¹⁴⁶ je vedeno 12 terapeutických komunit poskytujících služby osobám ohroženým závislostí nebo závislým na návykových látkách. V r. 2013 bylo sjednocením všech 3 výše uvedených zdrojů identifikováno 16 jedinečných programů (blíže viz VZ 2013), ve Sčítání adiktologických služeb v r. 2014 odpovědělo 17 terapeutických komunit, kraje za r. 2016 hlásí 15 zařízení.

Do resortu školství spadá systém náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči, kam patří diagnostické ústavy pro děti a pro mládež, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, dětské domovy a střediska výchovné péče – celkem to v r. 2016 bylo 242 zařízení (stejný počet jako v r. 2015). Součástí 6 zařízení jsou oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou

¹⁴⁴ Při dávce 16 mg denně je to 3700 Kč za Suboxone® a 12 000 Kč za Subutex®.

¹⁴⁵ <http://www.terapeutickakomunita.cz/> [2017-09-24]

¹⁴⁶ <http://iregistr.mpsv.cz/> [2017-09-24]

závislosti¹⁴⁷ – celková kapacita těchto speciálních oddělení v r. 2016 byla 83 míst¹⁴⁸ (84 v r. 2015) a pobyt v nich absolvovalo 175 dětí (179 v r. 2015 a 200 v r. 2014) (MŠMT, 2017).

Počet a kapacitu programů lůžkových léčebných zařízení v r. 2015 ukazuje tabulka 5-15.

tabulka 5-15: Síť adiktologických lůžkových léčebných zařízení v r. 2016

Typ zařízení	Počet programů	Kapacita (lůžka)	Charakteristika
Detoxifikace	15 (38*)	203	zdravotnická služba, jejímž účelem je minimalizovat odvykací příznaky na začátku léčby
	6	n. a.	
Psychiatrická lůžková péče	18	8 572	abstinenčně orientovaná zdravotnická léčba závislosti v lůžkových zařízeních oboru psychiatrie, využívající farmakologické i psychoterapeutické přístupy, určená pro všechny závislostní poruchy
	3	230	
	30	1 298	
	2	60	
Terapeutické komunity	15	257**	rezidenční péče na principu terapeutické komunity, jejíž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog
Zařízení speciálního školství	6	83	specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových školských zařízeních
Chráněné bydlení***	12	147	ubytování pro klienty programu následné péče, jejichž cílovou skupinou jsou především uživatelé nelegálních drog

Pozn.: * včetně zařízení s nevyčleněnými lůžky, ** odhadem 257, protože 10 programů podporovaných v dotačním řízení RVKPP má kapacitu 171 míst, *** programy podpořené v rámci dotačního řízení RVKPP v r. 2016

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017g), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017b), MŠMT (2017)

Byla publikována práce hodnotící pohled klientů Psychiatrické nemocnice Bohnice na hagioterapii.¹⁴⁹ Šlo o dotazníkovou studii, výzkumný soubor tvořilo 20 respondentů (16 mužů a 4 ženy). Ukázalo se, že biblické texty jsou, pro svou duchovní hloubku a moudrost, vhodným terapeutickým nástrojem. Respondenti hagioterapii vnímají jako příjemné zpestření léčebného procesu, byla hodnocena jako pozitivní součást léčby. Klienti si hagioterapeutická sezení oblíbili, během sezení mohou hovořit naprosto otevřeně a bez obav vyjadřovat své názory (Česneková a Vacek, 2016).

5.2.4.2 Klienti rezidenčních programů

Muži tvoří přibližně dvě třetiny klientů rezidenčních programů. Podíl dětí a mladistvých je s výjimkou dětských psychiatrických léčen a zařízení speciálního školství nižší než 10 % – tabulka 5-16.

¹⁴⁷ Výchovné ústavy Dvůr Králové, Praha 9 – Klíčov, Žulová, Hostouň, oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí Cesta Řevnice a od září 2014 Výchovný ústav Pšov. Cesta Řevnice je koedukované zařízení, ostatní jsou pouze pro chlapce.

¹⁴⁸ Cesta Řevnice z důvodu rekonstrukce snížila kapacitu ve 2. pol. 2016 z 9 na 6 a nepřijímají chlapce. Celková kapacita všech specializovaných školských programů se tak snížila z 83 na 80 míst.

¹⁴⁹ terapeutická metoda v léčbě závislosti na bázi skupinové existenciální terapie a projektivní práce s posvátnými (biblickými) texty, kterou od roku 1998 aplikuje v Psychiatrické nemocnici Bohnice MUDr. Remeš

tabulka 5-16: Uživatelé návykových látek v rezidenčních adiktologických programech v r. 2016

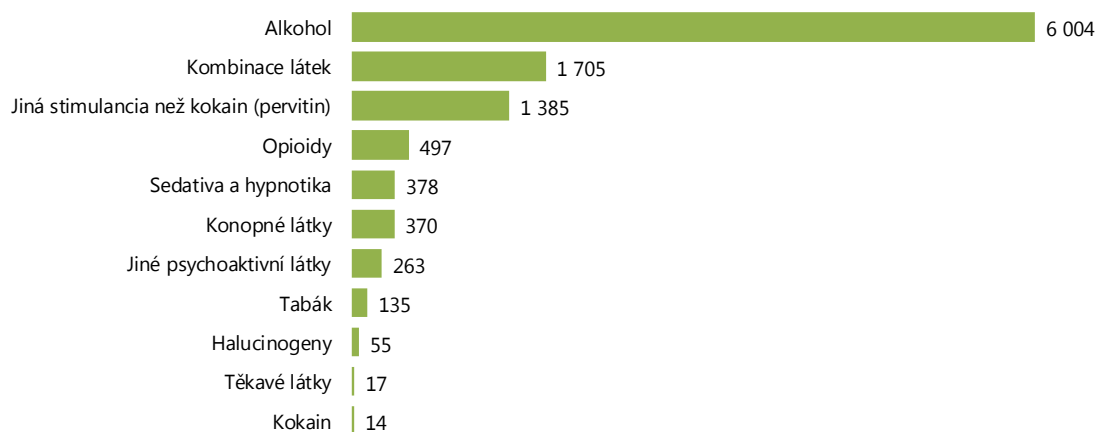
Typ zařízení	Počet klientů	Podíl v %	
		Ženy	Osoby do 19 let
Detoxifikace			
> lůžková zdravotnická zařízení	10 823	31	5
> věznice	194	27	n. a.
Psychiatrická			
> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro dospělé	11 158	29	3
> psychiatrické nemocnice (léčebny) pro děti	10	40	100
> psychiatrická oddělení nemocnic	4 321	37	6
> ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	49	29	2
Terapeutické komunity*	560	41	n. a.
Zařízení speciálního školství**	175	17	100

Pozn.: * Extrapolace z 10 programů podpořených v dotačním řízení RVKPP v r. 2016 na celkem 15 programů. ** 5 z 6 zařízení jsou určena pouze pro chlapce

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017b), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017g), MŠMT (2017)

Z důvodu detoxifikace od návykových látek bylo v r. 2016 hospitalizováno celkem 10 823 pacientů (11 632 v r. 2015), z nichž téměř třetinu tvořily ženy a více než 5 % dětí a mladistvů ve věku do 20 let. Pro detoxifikaci od alkoholu bylo hospitalizováno 6004 (56 %) pacientů. Od nealkoholových drog bylo detoxifikováno 4819 pacientů (44 %), z toho od kombinace dvou a více látek 1705, od jiných stimulantů 1385 a od opioidů 497 pacientů (tj. 35 %, 29 %, resp. 10 % uživatelů nealkoholových drog) – graf 5-5.

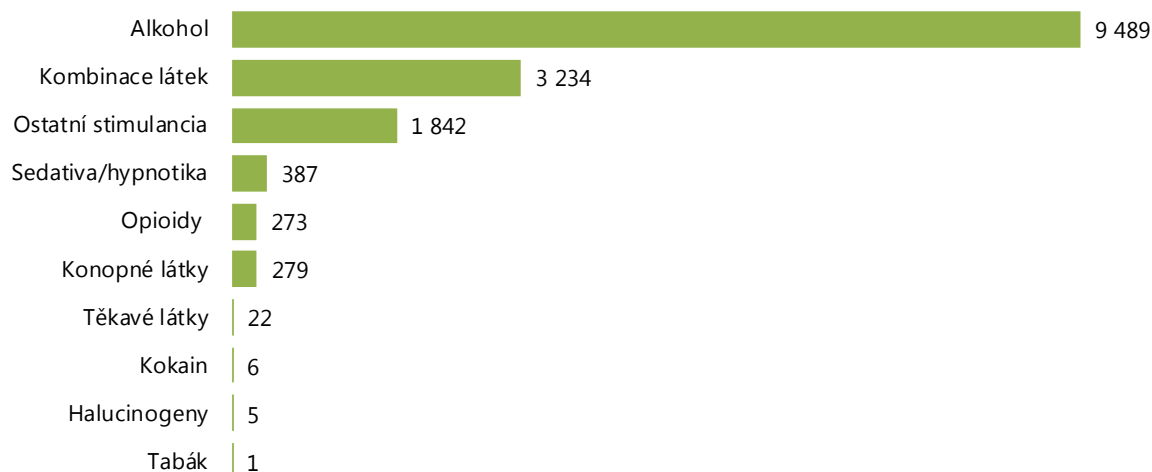
graf 5-5: Pacienti hospitalizovaní z důvodu detoxifikace od návykových látek podle drogy v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017g)

V r. 2016 bylo evidováno 15 538 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9489 (61 %) hospitalizací bylo pro poruchy způsobené alkoholem, 6048 (39 %) pro poruchy způsobené nealkoholovými drogami a 1 osoba byla hospitalizována pro závislost na tabáku. Téměř třetinu hospitalizovaných tvořily ženy a necelá 4 % děti a mladiství do 19 let včetně. Necelé tři čtvrtiny hospitalizací se uskutečnily v psychiatrických léčebnách/nemocnicích, více než čtvrtina byla na psychiatrických odděleních nemocnic. U hospitalizací uživatelů nealkoholových drog bylo nejčastější příčinou užívání kombinace látek (53 % všech případů hospitalizace pro nealkoholové drogy), dále užívání stimulantů mimo kokain (30 %). Sedativa a hypnotika, opioidy a konopné látky se na hospitalizacích pro nelegální drogy podílely v 6 %, resp. 5 % a 5 % – graf 5-6.

graf 5-6: Pacienti v lůžkové psychiatrické péči podle drogy v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017b))

V 10 terapeutických komunitách byli léčeni převážně muži (59 %), primární drogou byl v 78 % pervitin, uživatelé opioidů tvořili 10 % léčených, 82 % léčených byli injekční uživatelé drog. Uživatelé alkoholu a konopných látek tvořili malou část klientely (5 %, resp. 3%). Pro patologické hráčství byli léčeni 3 klienti.

5.2.5 Národní registr léčby uživatelů drog

V r. 2015 spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD)¹⁵⁰ – blíže viz VZ 2014 a VZ 2015. První rok se registr potýkal s počátečními technickými problémy, od r. 2016 je dostupné datové rozhraní, které je základem pro import dat z existujících informačních systémů používaných v léčebných zařízeních (nemocniční informační systémy, programy pro ambulantní zdravotnická zařízení, UniData – software pro evidenci klientů a výkonů v adiktologických službách apod.). Přes toto zlepšení v registru stále chybí data z významné části léčebné sítě za r. 2015 i 2016.

Údaje o léčených klientech v r. 2016 nahlásilo do registru celkem 143 programů (148 v r. 2015) a celkem bylo evidováno 7198 klientů, z nichž 2128 (29,6 %) zahájilo léčbu poprvé v životě (tzv. prvožadatelé); pro srovnání v r. 2015 to bylo 7641 klientů, z nichž 1895 (24,8 %) bylo prvožadatelů.¹⁵¹ Ze 7198 klientů byla více než polovina z nich poskytnuta ambulantní péče (z toho 31 % substituční léčba), 38 % lůžková péče a 10 % služby v nízkoprahových zařízeních.

Z celkového počtu 143 programů poskytuje 64 % ambulantní léčbu (z toho 44 % substituční léčbu), 15 % představují kontaktní centra a terénní programy, 15 % lůžková zdravotnická zařízení a 6 % terapeutické komunity (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017c). Nejčastěji zastoupenými regiony v registru z hlediska počtu zařízení byly Praha (29 programů), Ústecký kraj (17 programů) a Jihomoravský kraj (16 programů). Podrobné členění hlásících programů v r. 2016 podle krajů uvádí tabulka 5-17.

V r. 2016 bylo v registru celkem 1917 (27 %) léčených uživatelů alkoholu, 188 (3 %) uživatelů tabáku a 198 (3 %) léčených patologických hráčů. Uživatelů drog mimo alkohol a tabák (nelegálních drog)¹⁵² bylo celkem 4895 (68 %). Poprvé v životě bylo léčeno 676 uživatelů alkoholu (35 % ze

¹⁵⁰ <http://www.uzis.cz/registry/narodni-zdravotni-registry/nr-lecby-uzivatelu-drog> [2015-08-05]

¹⁵¹ V r. 2014 nahlásilo do Registru žádosti o léčbu hygienické služby, který byl předchůdcem NRLUD, 194 programů celkem 10 108 žadatelů o léčbu, z nichž 4743 bylo prvožadatelů. Více než polovina (51,5 %) hlášení pocházela z 66 nízkoprahových programů, čtvrtina (24,5 %) z 84 ambulantních programů a čtvrtina (24,0 %) ze 44 pobytových léčebných zařízení (Füleová a kol., 2015).

¹⁵² kategorie zahrnující především nelegální drogy, ale také těkavé látky a zneužívané psychoaktivní léky

všech léčených uživatelů alkoholu), 94 uživatelů tabáku (50 %), 104 patologických hráčů (53 %) a 1254 (26 %) uživatelů ostatních drog – graf 5-7.

Mimo alkohol byly nejčastějšími drogami opioidy (2534 osob; 35 %). Následovala stimulancia (1478 osob; 21 %), z nich zejména pervitin, který jako hlavní užívanou látku označilo 1404 osob (20 %), a konopné látky (723 osob; 10 %). U prvožadatelů o léčbu je pořadí podle primární drogy jiné – nejvyšší počet klientů je u stimulancií, resp. pervitinu (599 osob; 28 %), následují konopné látky (360 osob; 17 %) a opioidy (207 osob; 10 %).

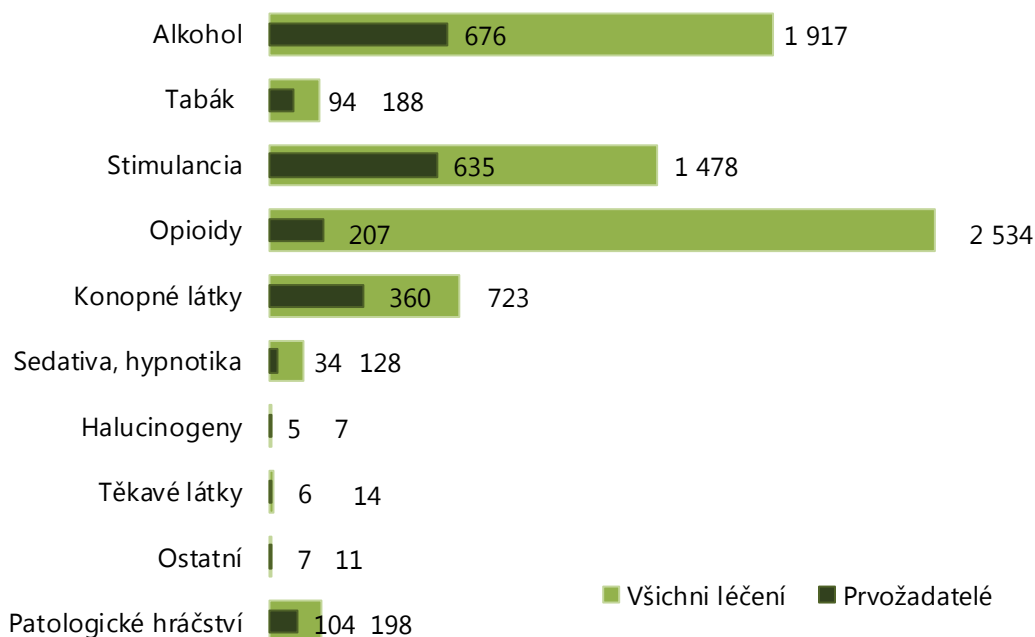
tabulka 5-17: Počet programů hlásících léčené klienty do NRLUD v r. 2016 podle krajů

Kraj	Ambulantní péče		Kontaktní centra a terénní programy	Lůžková péče	Terapeutické komunity	Celkem
	Celkem	z toho substituční léčba				
Hl. m. Praha	22	20	3	4	0	29
Středočeský	9	8	1	1	1	12
Jihočeský	7	5	3	1	1	12
Plzeňský	6	3	1	0	0	7
Karlovarský	1	1	1	0	0	2
Ústecký	7	4	5	3	2	17
Liberecký	4	3	0	0	1	5
Královéhradecký	5	3	0	1	0	6
Pardubický	0	0	1	1	0	2
Vysočina	7	2	2	4	1	14
Jihomoravský	13	8	0	1	2	16
Olomoucký	3	1	3	3	0	9
Zlínský	4	1	2	1	0	7
Moravskoslezský	4	4	0	1	0	5
Celkem	92	63	22	21	8	143

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Téměř 90 % (2266 z 2534 osob) uživatelů opioidů tvořili v r. 2016 pacienti v substituční léčbě, neboť NRLUD integroval předchozí samostatný registr substituční léčby (NRULISL). Z uživatelů opioidů více než dvě třetiny (68 %; 1733 osob) užívalo heroin a pětina (20 %; 507 osob) buprenorfin – graf 5-7 a tabulka 5-18.

graf 5-7: Žadatelé o léčbu v r. 2016 podle primární (základní) drogy/problému

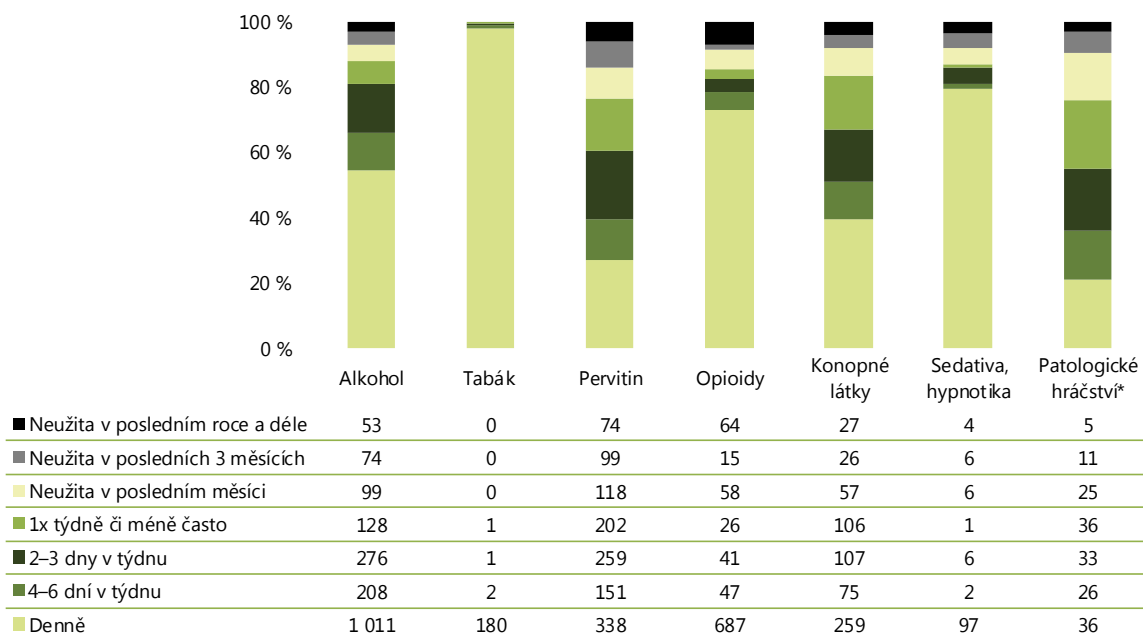


Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Zdroj: Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky (2017c)

Denní užívání alkoholu bylo zaznamenáno u 55 % klientů s touto základní drogou, tabák denně užívalo 98 % uživatelů, pervitin 27 %, opioidy 73 %, konopné látky 39 % a sedativa a hypnotika 80 % uživatelů. Denně hrálo při vstupu do léčby 21 % patologických hráčů – graf 5-8.

graf 5-8: Frekvence užívání základní drogy mezi všemi žadateli o léčbu v r. 2016



Pozn.: * u patologického hráčství frekvence hraní hazardních her

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Dalším ukazatelem, který se povinně sleduje v NRLUD, je způsob aplikace drogy – tabulka 5-19. Injekční forma aplikace se vyskytovala zejména u uživatelů pervitinu a opioidů (65 % resp. 68 %). Většina injekčních uživatelů pervitinu užila drogu injekčně v posledním měsíci (60 %), u injekčních uživatelů opioidů to byla přibližně polovina (49 %). Mezi prvožadateli injekční aplikaci uvedlo 55 % uživatelů pervitinu a 60 % uživatelů opioidů, z nich v posledních 30 dnech injekčně užilo drogu 75 % uživatelů pervitinu a 59 % uživatelů opioidů.

Dalšími způsoby aplikace drogy bylo šňupání, které bylo evidováno u více než 30 % uživatelů pervitinu, a perorální užití, které bylo zaznamenáno u necelé čtvrtiny uživatelů opioidů. U prvožadatelů užívajících pervitin uvedlo jako způsob aplikace drogy šňupání 39 % klientů a téměř čtvrtina prvožadatelů užívajících opioidy uvedla užití perorální.

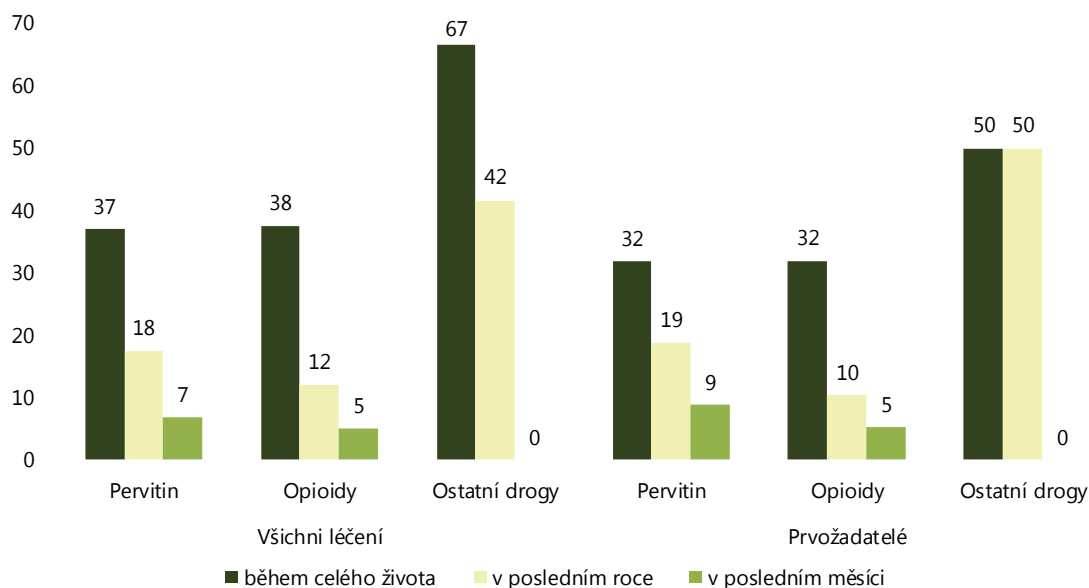
tabulka 5-19: Žadatelé o léčbu v r. 2016 podle užívané drogy (problému) a způsobu aplikace, v %

Způsob aplikace	Alkohol	Tabák	Pervitin	Opioidy	Konopné látky	Sedativa, hypnotika
Všichni léčeni						
Injekční, z toho	0,0	0,0	65,1	67,7	0,0	3,1
➤ v posledních 30 dnech	0,0	0,0	38,7	33,3	0,0	3,1
➤ v posledních 12 měsících	0,0	0,0	10,9	13,5	0,0	0,0
➤ před 12 měsíci	0,0	0,0	12,9	9,8	0,0	0,0
Perorální	100,0	0,0	0,7	22,1	0,4	95,3
Kouření	0,0	100,0	3,9	7,3	99,3	0,0
Šňupání/čichání	0,0	0,0	30,3	2,1	0,3	0,8
Jiný	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,8
Prvožadatelé						
Injekční, z toho	0,0	0,0	54,8	60,2	0,0	0,0
➤ v posledních 30 dnech	0,0	0,0	40,9	35,3	0,0	0,0
➤ v posledních 12 měsících	0,0	0,0	4,9	15,4	0,0	0,0
➤ před 12 měsíci	0,0	0,0	8,1	7,0	0,0	0,0
Perorální	100,0	0,0	1,0	23,9	0,8	97,1
Kouření	0,0	100,0	4,9	13,9	98,9	0,0
Šňupání/čichání	0,0	0,0	39,2	2,0	0,3	2,9
Jiný	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Pokud byla u klienta zaznamenána injekční aplikace ať v současnosti, v posledních 12 měsících, nebo před více než 12 měsíci, je povinně vyplňován ukazatel týkající se sdílení stříkaček či jehel. Z platných odpovědí (po vyloučení odpovědí „neznámo“ a „neodpověděl“) téměř 6 % injekčních uživatelů drog uvedlo sdílení v posledních 30 dnech před začátkem léčby (8 % prvožadatelů), 9 % klientů uvedlo sdílení v posledních 12 měsících, ale ne v posledním měsíci (9 % prvožadatelů) a 22 % uvedlo sdílení někdy v životě, ale nikoliv v posledním roce (15 % prvožadatelů). Nikdy nesdílelo podle vlastních výpovědí téměř 36 % injekčních uživatelů drog (polovina prvožadatelů). Sdílení jehel a stříkaček podle vybraných drog ukazuje graf 5-9.

graf 5-9: Žadatelé o léčbu v r. 2016 podle skupin užívaných drog a sdílení jehel a stříkaček, %



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Kromě primární (základní) drogy se sledují u klientů až 4 další drogy. Většina měla uvedenou jen základní drogu. Nejčastější další drogou byly konopné látky, opioidy a pervitin.

Klienti, kteří jako základní drogu uvedli alkohol, kromě jiného druhu alkoholického nápoje užívali pervitin a konopné látky. Uživatelé tabáku jako další drogu nejčastěji užívali alkohol, pervitin, konopné látky a opiáty. Nejvíce patologických hráčů uvedlo užívání alkoholu, pervitinu a konopných látek.

Více než 29 % uživatelů pervitinu uvedla užívání konopných látek, desetina užívání alkoholu a 6 % opiátů. Uživatelé opioidů nejčastěji jako další drogu uváděli jiný opioid, dále pervitin a konopné látky. Klienti, kteří se léčili primárně pro užívání konopných látek, uváděli v téměř 59 % případů jako další drogu pervitin, dále alkohol a tabák – tabulka 5-20.

tabulka 5-20: Počet žadatelů o léčbu podle základní a další drogy/problému v r. 2016

Základní droga	Počet klientů celkem	Bez další drogy (%)	Další droga (%)						
			alkohol	tabák	pervitin	opioidy	konopí	sedativa, hypnotika	patologické hráčství
Alkohol	1 917	75,4	8,5	7,1	8,2	1,4	7,0	2,0	1,2
Tabák	188	5,3	61,7	0,0	33,5	10,1	33,0	8,0	5,3
Pervitin	1 404	60,4	10,1	3,2	–	5,8	29,3	1,1	1,6
Opioidy	2 534	74,2	2,3	1,3	12,7	13,1	5,2	3,7	0,0
Konopí	723	27,4	19,8	8,9	58,6	4,1	0,6	1,1	2,2
Sedativa, hypnotika	128	43,8	35,9	14,8	13,3	14,8	3,9	5,5	3,9
Patologické hráčství	198	79,3	7,6	5,1	10,6	1,0	6,6	0,0	–
Celkem	7 092	64,8	9,6	4,3	14,2	7,2	10,7	2,5	1,1

Pozn.: Žadatelé o léčbu mohli uvést více látek ze stejné skupiny nebo různé formy téže látky.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Nejvyšší počet všech léčených uživatelů alkoholu byl v r. 2016 hlášen v Praze (271 osob), dále v Jihomoravském (268 osob) a Olomouckém kraji (216 osob), nejvíce uživatelů opioidů bylo hlášeno v Praze (962 osob), Středočeském (432 osob) a Ústeckém kraji (391 osob). Nejvíce uživatelů pervitinu bylo hlášeno z Ústeckého kraje (321 osob), Prahy (212 osob) a Středočeského kraje (152 osob).

Uživatelů alkoholu, kteří nastoupili léčbu poprvé v životě, bylo nejvíce v Jihomoravském kraji (84 osob), Olomouckém kraji (66 osob), v Praze a v Jihočeském kraji (každý 64 osob), nejvíce prvožadatelů užívajících pervitin bylo hlášeno v Ústeckém (160 osob), v Praze (83 osob) a Středočeském kraji (68 osob), nejvíce prvožadatelů užívajících opioidy bylo evidováno v Praze (53 osob) a v Ústeckém kraji (31 osob) – tabulka 5-21.

Nejvyšší počet léčených klientů v přepočtu na počet obyvatel byl v r. 2016 vykázán v Ústeckém kraji (194 osob / 100 tis. obyvatel) a v Praze (191) – mapa 5-1. Nejvyšší podíl uživatelů opioidů ze všech žadatelů o léčbu byl hlášen z Prahy, Středočeského a Ústeckého kraje – mapa 5-2. Při hodnocení situace je však potřeba vzít v úvahu neúplnost dat za r. 2016.

tabulka 5-21: Počet žadatelů o léčbu podle drog/problému a kraje bydliště v r. 2016

Kraj	Droga/problém								Celkem
	alkohol	tabák	pervitin	opioidy	konopí	sedativa, hypnotika	patologické hráčství	ostatní	
Všichni léčeni									
Hl. m. Praha	271	26	212	962	71	20	30	19	1 611
Středočeský	179	32	152	432	76	24	25	5	925
Jihočeský	130	8	78	129	40	10	5	3	403
Plzeňský	96	5	70	69	30	4	5	2	281
Karlovarský	27	2	43	8	18	1	2	2	103
Ústecký	124	17	321	391	161	15	17	10	1 056
Liberecký	80	12	65	29	35	8	20	5	254
Královéhradecký	125	20	80	118	37	19	38	1	438
Pardubický	85	9	37	33	33	3	15	1	216
Vysočina	70	4	73	22	42	4	9	6	230
Jihomoravský	268	15	91	156	59	9	3	11	612
Olomoucký	216	26	59	47	36	3	20	5	412
Zlínský	140	3	46	15	20	2	1	1	228
Moravskoslezský	86	6	68	109	60	6	6	35	376
Bezdomovci	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Cizinci	19	3	9	14	5	0	2	0	52
Celkem	1 917	188	1 404	2 534	723	128	198	106	7 198
Prvožadatelé									
Hl. m. Praha	64	13	83	53	23	5	9	10	260
Středočeský	63	16	68	21	38	4	11	1	222
Jihočeský	64	2	38	8	20	5	5	2	144
Plzeňský	35	4	26	13	13	3	3	2	99
Karlovarský	11	2	16	1	14	0	2	0	46
Ústecký	48	8	160	31	95	5	9	9	365
Liberecký	38	7	36	1	17	3	17	3	122
Královéhradecký	57	9	24	15	16	2	16	1	140
Pardubický	28	3	16	6	20	1	9	1	84
Vysočina	24	3	24	0	25	0	8	6	90
Jihomoravský	84	7	28	14	23	4	2	7	169
Olomoucký	66	16	23	10	15	0	10	1	141
Zlínský	52	1	19	2	13	2	0	0	89
Moravskoslezský	33	2	34	28	25	0	2	11	135
Bezdomovci	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Cizinci	8	1	4	4	3	0	1	0	21
Celkem	676	94	599	207	360	34	104	54	2 128

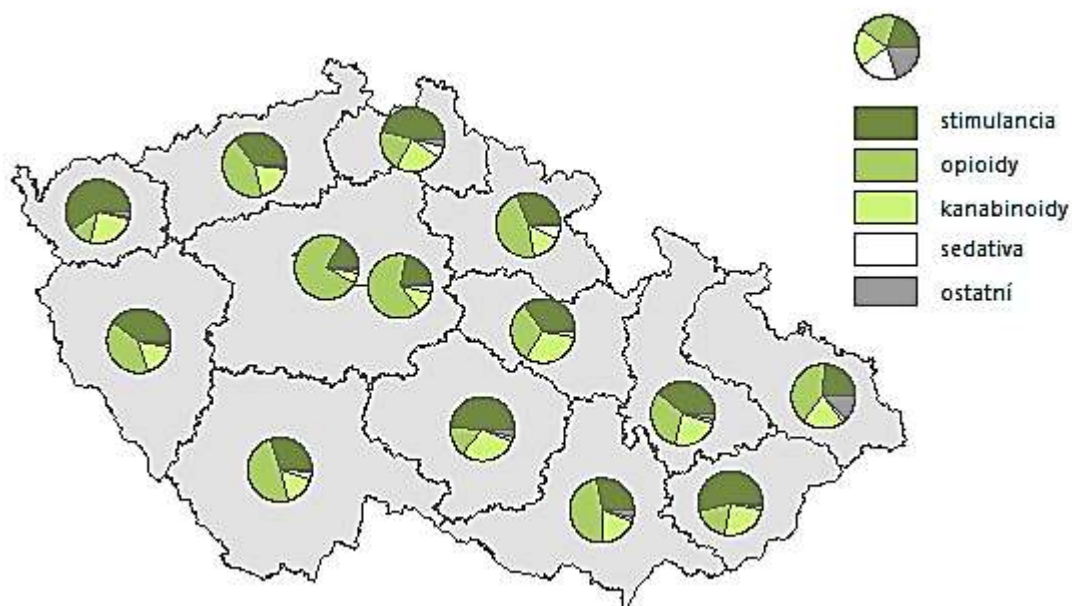
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

mapa 5-1: Počet všech žádostí o léčbu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2016 podle krajů



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

mapa 5-2: Struktura žádostí o léčbu spojených s nelegálními drogami v r. 2016 podle krajů



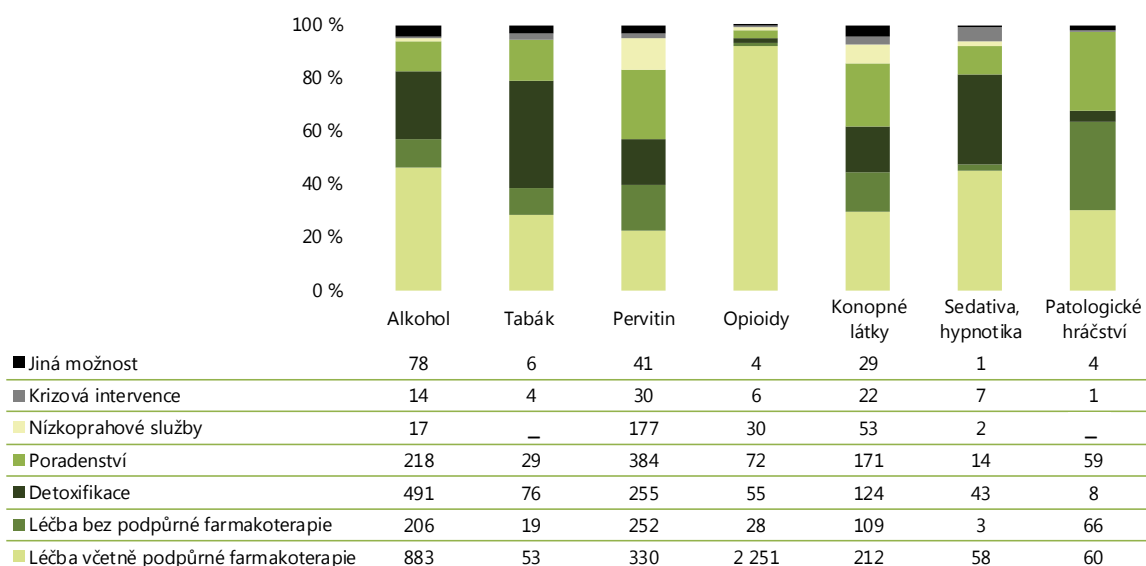
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Téměř polovina uživatelů alkoholu podstoupila léčbu včetně podpůrné farmakoterapie, čtvrtina detoxifikaci. U uživatelů tabáku téměř 41 % osob podstoupilo detoxifikaci a více než čtvrtina léčbu včetně podpůrné farmakoterapie. Patologickým hráčům bylo ve 30 % poskytnuto poradenství a u třetiny léčba bez podpůrné farmakoterapie.

Většina uživatelů opioidů podstoupila léčbu včetně podpůrné farmakoterapie (tj. především substituční léčbu), uživatelé pervitinu ve více než čtvrtině případů využili poradenství, dále léčbu včetně podpůrné farmakoterapie (více než pětina). Více než 29 % uživatelů konopných látek podstoupilo léčbu včetně podpůrné farmakoterapie, necelá čtvrtina poradenství a 17 % klientů

detoxifikaci. Mezi uživateli sedativ a hypnotik byla nejvíce poskytována léčba včetně podpůrné farmakoterapie (45 %) a detoxifikace (34 %) – graf 5-10.

graf 5-10: Struktura žadatelů o léčbu podle drog/problému a podle poskytnuté intervence v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Podíl žen v populaci všech žadatelů o léčbu v r. 2016 dosáhl 30 %, a to i mezi prvožadateli. V mladších věkových skupinách byl podíl žen vyšší, u skupiny 15–19letých byl podíl žen a mužů vyrovnaný. Nejnižší byl podíl žen u osob mladších 15 let (14 %). Průměrný věk všech léčených uživatelů v r. 2016 byl 35,9 roku (muži 36,5 a ženy 34,6) a 33,8 roku (muži 34,3 a ženy 32,9) u prvožadatelů – tabulka 5-22.

tabulka 5-22: Podíl žadatelů o léčbu podle věku a pohlaví v r. 2016

Věková skupina	Všichni léčení			Prvožadatelé		
	Celkem (počet)	Muži (%)	Ženy (%)	Celkem (počet)	Muži (%)	Ženy (%)
<15	7	85,7	14,3	4	75,0	25,0
15–19	390	50,5	49,5	228	53,1	46,9
20–24	619	65,6	34,4	301	69,4	30,6
25–29	948	66,8	33,2	379	70,4	29,6
30–34	1 373	68,0	32,0	336	72,9	27,1
35–39	1 671	75,9	24,1	276	76,1	23,9
40–44	908	74,7	25,3	205	73,7	26,3
45–49	450	73,6	26,4	126	64,3	35,7
50–54	361	69,5	30,5	107	73,8	26,2
55–59	224	70,1	29,9	68	64,7	35,3
60–64	150	76,7	23,3	61	70,5	29,5
≥65	96	63,5	36,5	37	67,6	32,4
Celkem	7 197	70,0	30,0	2 128	69,5	30,5
Průměrný věk (v letech)	35,9	36,5	34,6	33,8	34,3	32,9

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Mezi uživateli alkoholu tvořily ženy 29 % léčených osob, u uživatelů tabáku byl podíl žen více než třetinový a u patologického hráčství netvořily ani desetinu léčených osob. U ostatních (nelegálních) drog (bez alkoholu a tabáku) byla situace velice podobná jako u všech evidovaných klientů. Podíl žen byl v r. 2016 mezi uživateli nelegálních drog 31 % a mezi prvožadateli téměř 33 %. Nejvyšší byl podíl žen mezi uživateli sedativ a hypnotik, a to jak mezi všemi žadateli o léčbu (48 %), tak mezi prvožadateli (65 %) – tabulka 5-23.

tabulka 5-23: Podíl žadatelů o léčbu podle drogy/problému a pohlaví v r. 2016

Druh drogy	Všichni léčeni			Prvožadatelé		
	Celkem (počet)	Muži (%)	Ženy (%)	Celkem (počet)	Muži (%)	Ženy (%)
Alkohol	1 917	70,9	29,1	676	70,1	29,9
Tabák	188	65,4	34,6	94	64,9	35,1
Stimulancia	1 477	65,4	34,6	635	63,1	36,9
> pervitin	1 403	65,1	34,9	599	62,3	37,7
> kokain a crack	19	89,5	10,5	13	84,6	15,4
Opiáty	2 534	70,7	29,3	207	71,0	29,0
Konopí	723	72,5	27,5	360	75,6	24,4
> marihuana	723	72,5	27,5	360	75,6	24,4
Sedativa, hypnotika	128	51,6	48,4	34	35,3	64,7
Halucinogeny	7	85,7	14,3	5	–	–
Těkavé látky	14	78,6	21,4	6	83,3	16,7
Ostatní	11	81,8	18,2	7	71,4	28,6
Patologické hráčství	198	90,9	9,1	104	93,3	6,7
Celkem	7 197	70,0	30,0	2 128	69,5	30,5

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Průměrný věk léčených uživatelů alkoholu byl 43,6 roku a uživatelů tabáku 34,7 roku. Mezi uživateli ostatních drog byl průměrný věk 33,1 roku a průměrný věk patologických hráčů byl při zahájení léčby 33,9 roku – tabulka 5-24. Průměrný věk uživatelů pervitinu byl 29,5 roku, uživatelů opioidů 36,6 roku a uživatelů konopných drog 25,9 roku.

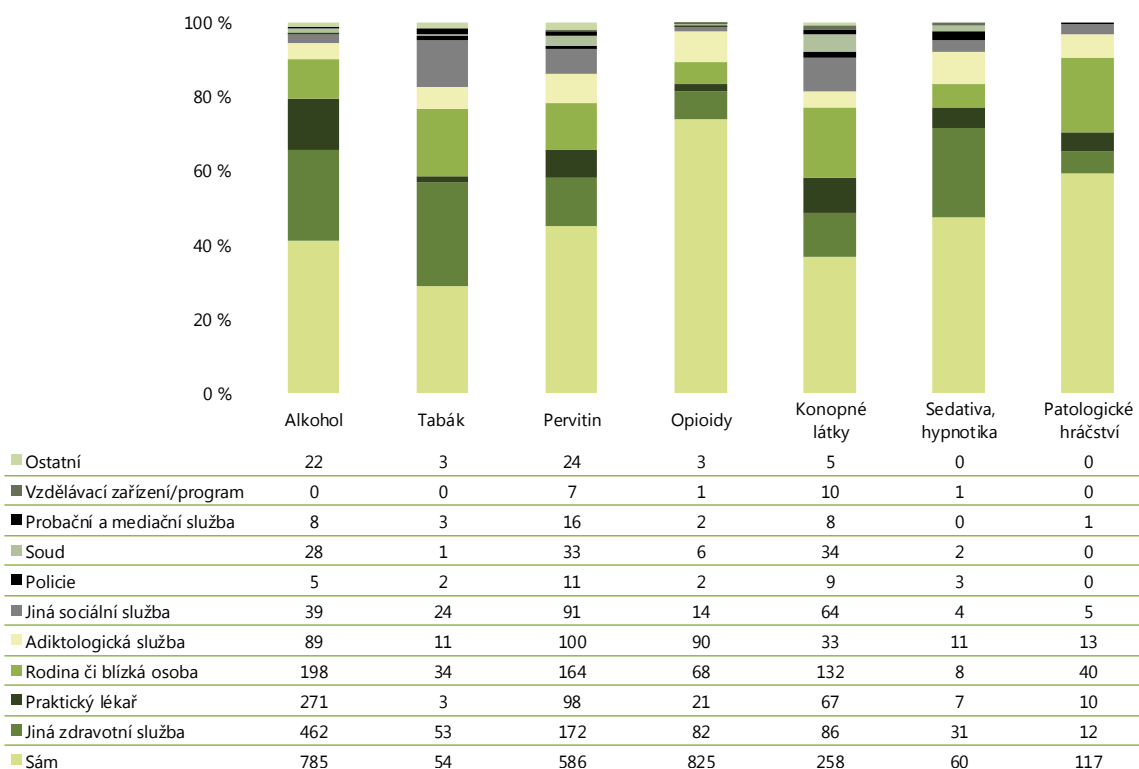
tabulka 5-24: Podíl žadatelů o léčbu podle drogy/problému a věkových skupin v r. 2016, v %

Věková skupina	Alkohol	Tabák	Pervitin	Opioidy	Konopí	Sedativa, hypnotika	Patologické hráčství
<15	0,1	0,5	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0
15–19	1,5	21,8	8,3	0,4	24,5	0,0	3,0
20–24	2,6	8,5	20,1	2,5	19,8	4,7	20,2
25–29	7,2	10,1	25,6	7,3	26,0	7,0	16,2
30–34	11,6	10,1	21,4	24,9	17,2	10,9	18,2
35–39	15,5	14,4	14,5	40,5	7,1	13,3	15,7
40–44	16,9	6,9	6,8	16,0	3,0	15,6	10,6
45–49	13,5	6,9	2,1	4,3	1,1	14,8	5,6
50–54	11,8	10,1	0,9	2,7	0,3	13,3	6,6
55–59	9,1	5,9	0,2	0,7	0,4	9,4	1,0
60–64	6,4	2,1	0,1	0,5	0,1	3,9	2,0
≥65	3,8	2,7	0,1	0,2	0,0	7,0	1,0
Průměrný věk (v letech)	43,6	34,7	29,5	36,6	25,9	44,3	33,9

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Kromě základních informací o užívaných látkách, pohlaví, věku, bydlišti se v NRLUD povinně sleduje informace o tom, kdo doporučil klientovi léčbu nebo z jakého zařízení byl odeslán. Z dat vyplývá, že nejčastěji klienti přicházejí sami, a to 41 % uživatelů alkoholu, 29 % uživatelů tabáku a 59 % patologických hráčů. Mezi uživateli ostatních drog je podíl těch, kteří sami nastoupili léčbu, ještě vyšší, a to 45 % uživatelů pervitinu, 74 % uživatelů opioidů, necelá polovina uživatelů sedativ a hypnotik a více než třetina uživatelů konopných látek. Mezi další, kdo nejčastěji klientovi doporučil léčbu, patří jiné zdravotní služby a praktičtí lékaři, rodina či blízké osoby a adiktologické služby. Podrobné informace uvádí graf 5-11.

graf 5-11: Žadatelé o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle zdroje doporučení léčby v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Další informace o rodinném stavu, národnosti, vzdělání, zaměstnání a bydlení žadatelů o léčbu jsou uvedeny v kapitole Socioekonomické charakteristiky uživatelů drog (str. 189).

5.3 Trendy léčených uživatelů drog

5.3.1 Vývoj počtu klientů v Národním registru léčby uživatelů drog

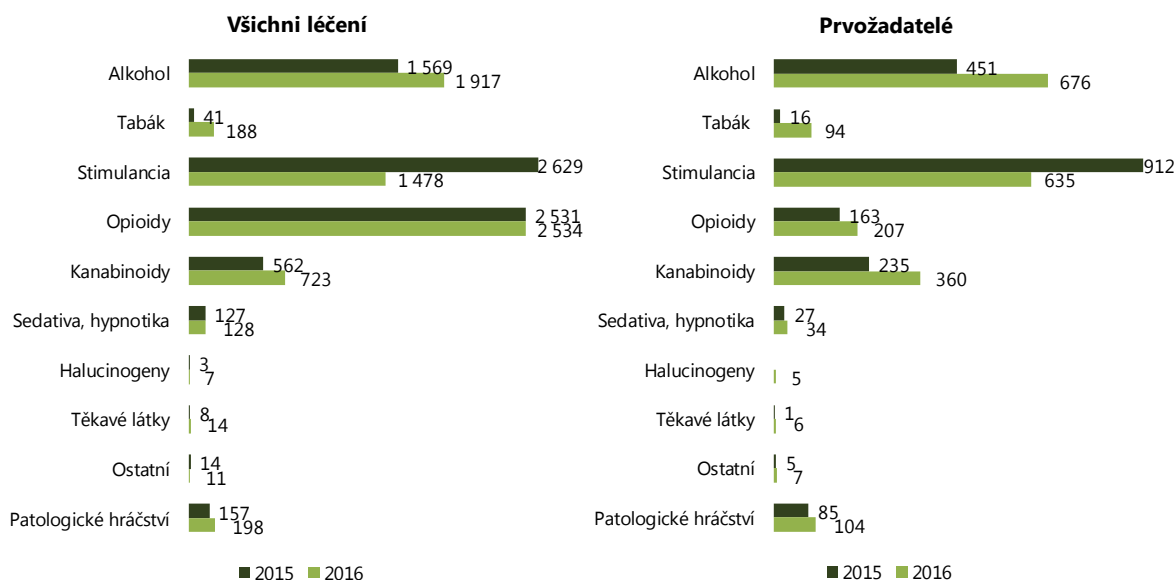
Na začátku března 2015 ÚZIS spustil Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který spojil dva do té doby samostatné informační systémy – Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). Kvůli změnám v systému hlášení a také kvůli technickým komplikacím, které do poloviny r. 2016 neumožňovaly export z evidenčních systémů používaných v hlásících zařízeních, chybí v registru pravděpodobně data z významné části léčebné sítě za r. 2015 i 2016 (viz také kapitolu Národní registr léčby uživatelů drog, str. 138).

Do r. 2014 včetně bylo do Registru žádostí o léčbu hlášeno kolem 10 tis. případů. Osoby žádající o léčbu poprvé v životě (prvožadatelé) tvořily dlouhodobě přibližně polovinu všech hlášených případů. Uživatelé pervitinu jako primární drogy tvořili dlouhodobě kolem 70 % všech žadatelů a jejich počet dlouhodobě rostl, dlouhodobě naopak klesal počet uživatelů opioidů (zejména heroinu).

V NRLUD bylo v I. 2015 a 2016 hlášeno přes 7 tis. klientů včetně nově hlášených uživatelů alkoholu a tabáku jako primární drogy a patologických hráčů, kteří do r. 2014 včetně nebyli předmětem hlášení, z nich přibližně čtvrtinu tvoří prvožadatelé. Uživatelé alkoholu tvoří přibližně čtvrtinu všech hlášených klientů, uživatelé nelegálních drog téměř 70 % (uživatelé opioidů tvoří přibližně třetinu a uživatelé pervitinu přibližně pětinu všech klientů). Srovnání obou let podle typu drogy ukazuje graf 5-12. Trendy do r. 2014 jsou uvedeny ve VZ 2014.

Rozdíl v podílu uživatelů opioidů a pervitinu mezi dřívějším registrem hygienické služby a NRLUD je dán především tím, že NRLUD mnohem více pokrývá substituční léčbu a naopak méně nízkoprahové kontaktní a poradenské služby.

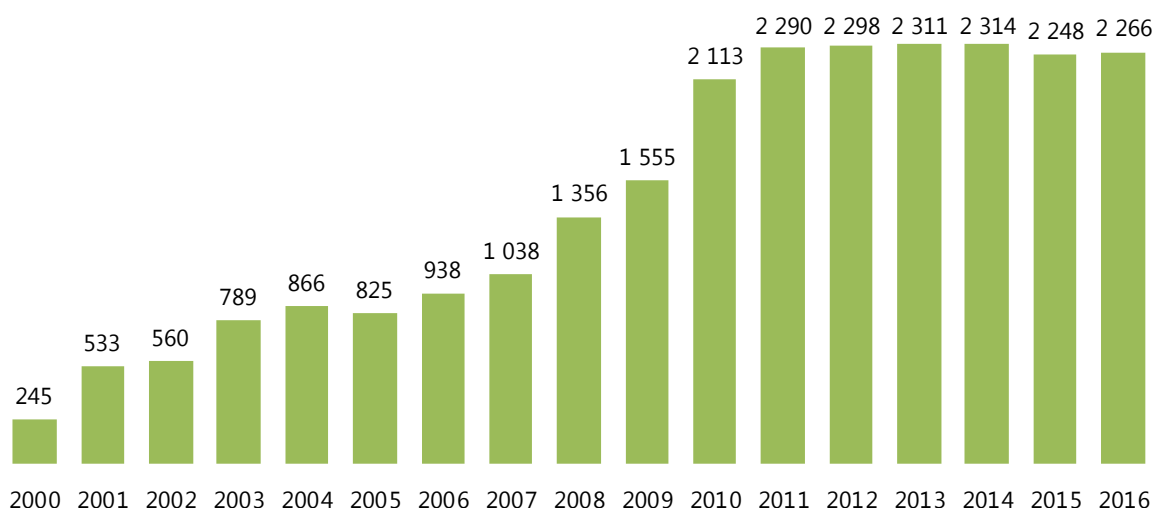
graf 5-12: Vývoj počtu všech žadatelů a prvožadatelů v NRLUD v l. 2015 a 2016 podle typu drogy



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Počet pacientů v opiátové substituční léčbě nahlášených do registru substituční léčby (NRULISL), resp. do nového Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD), strmě rostl od r. 2000, kdy byla substituční léčba v ČR spuštěna jako standardní léčebná modalita, a zejména od r. 2007, kdy byla spuštěna webová aplikace registru, až do r. 2010. V r. 2011 došlo ke zpomalení nárůstu a v l. 2011–2014 počet léčených v substituci stagnoval. V r. 2015 došlo poprvé k mírnému poklesu počtu pacientů v opiátové substituční léčbě, což lze hodnotit jako negativní jev. V r. 2016 počet léčených osob v substituční léčbě opět mírně vzrostl – graf 5-13.

graf 5-13: Počet pacientů v substituční léčbě hlášených do NRLUD v l. 2000–2016



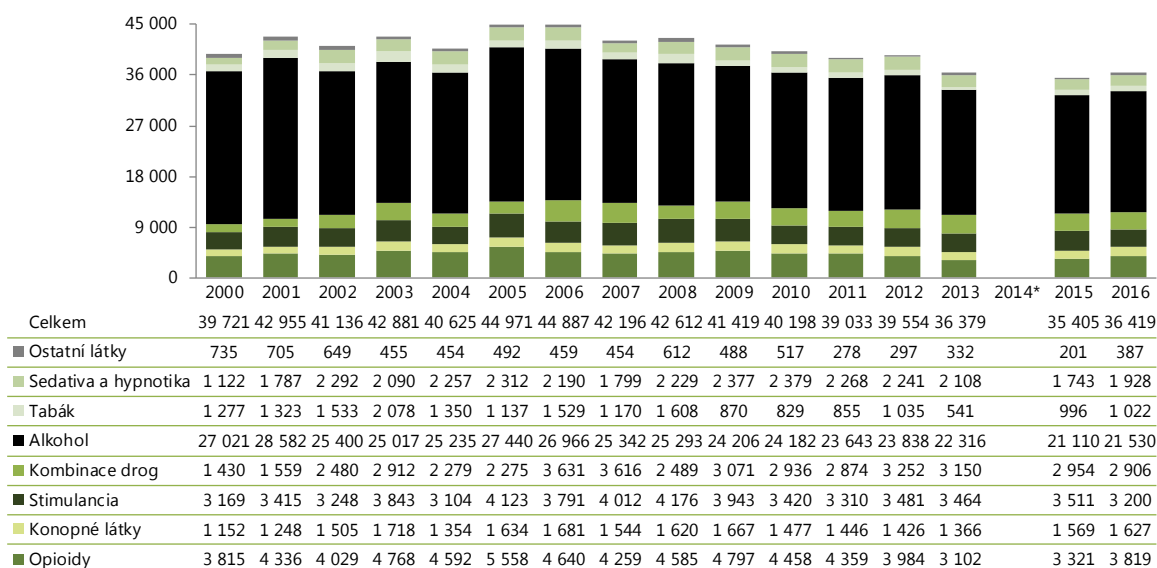
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

5.3.2 Vývoj počtu klientů v ostatních informačních systémech

Počet pacientů léčených pro problémy spojené s užíváním návykových látek v ambulantních zařízeních oboru psychiatrie dlouhodobě klesá. Zatímco v l. 2005–2006 bylo léčeno téměř

45 tis. osob, v r. 2016 to bylo 36,4 tis. K největšímu poklesu došlo u uživatelů alkoholu a opioidů – graf 5-14.

graf 5-14: Počet léčených pacientů v ambulantní psychiatrické léčbě v l. 2000–2016

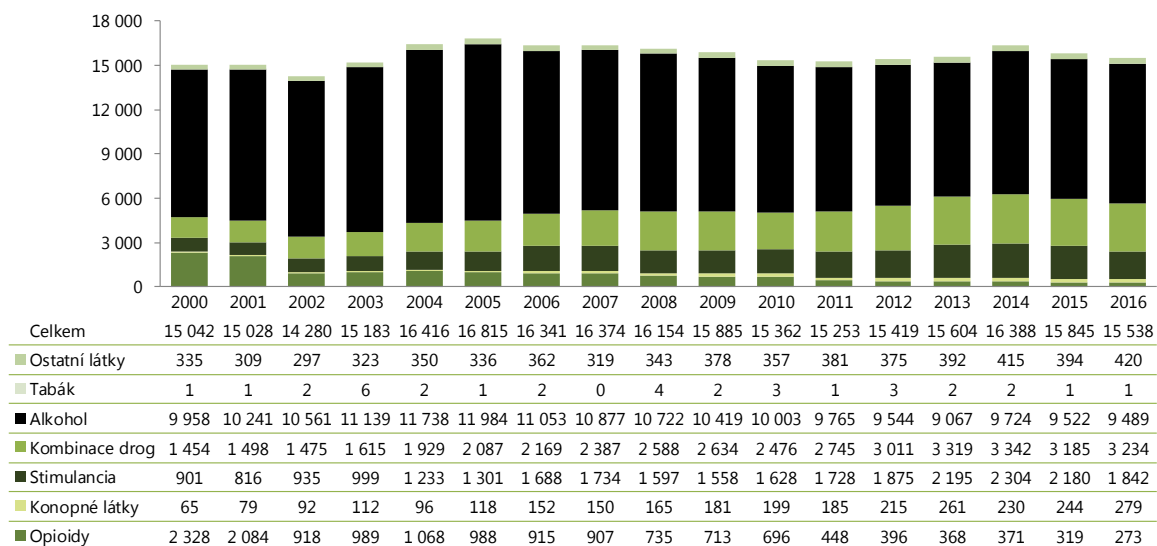


Pozn.: * Data za r. 2014 nejsou dostupná.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017g)

Počet hospitalizací pro problémy způsobené návykovými látkami v psychiatrických zařízeních se v l. 2000–2016 s výkyvy pohyboval mezi 15,5 a 16,5 tis. pacientů. Dlouhodobě je patrný nárůst případů spojených s kombinací drog, stimulancií (pervitinem) a konopnými látkami, naopak pokles v souvislosti s opioidy – graf 5-15.

graf 5-15: Počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v l. 2000–2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017b)

5.4 Hodnocení výsledků léčby

V NRLUD je hodnocena situace klienta v 5 oblastech a jeho celková kvalita života na škále od 1 (velmi dobrá) po 5 (velmi špatná). Toto hodnocení je možné provést při začátku léčby a rovněž na konci léčebné epizody. Za r. 2016 mělo obě hodnocení vyplněno 1155 klientů, z toho většina (1036) byli klienti rezidenční léčby.

V průběhu léčby došlo průměrně ke zlepšení ve všech hodnocených oblastech kromě oblasti konfliktů se zákonem. Zlepšení bylo průměrně o 0,4–0,6 bodu hodnocení – tabulka 5-25.

tabulka 5-25: Hodnocení situace klientů hlášených v NRLUD na začátku a na konci léčby podle jednotlivých oblastí

Oblast hodnocení	Průměrné hodnocení	
	na začátku léčby	na konci léčby
Psychické zdraví	2,99	2,40
Fyzické zdraví	2,55	2,10
Sociální fungování	3,01	2,57
Vztahy s blízkými	2,71	2,38
Konflikt se zákonem	1,22	1,38
Celková kvalita života	3,04	2,53

Pozn.: Hodnocení probíhá na škále od 1 (velmi dobrá) po 5 (velmi špatná). Pro statistickou analýzu změny hodnocení byl použit párový t-test. Změny hodnocení ve všech oblastech jsou statisticky významné ($p < 0,001$).

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)



Kapitola 6: Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

6.1 Infekce spojené s užíváním drog

6.1.1 Nově diagnostikované případy

6.1.1.1 HIV/AIDS

Výskyt HIV/AIDS podle způsobu přenosu infekce sleduje Státní zdravotní ústav Praha (SZÚ) od r. 1985. I když počet nových případů narůstá, podíl přenosu viru HIV prostřednictvím injekčního užívání drog je v ČR dlouhodobě nízký. V r. 2016 bylo diagnostikováno 7 nových případů (6 mužů a 1 žena) HIV u injekčních uživatelů drog (IUD), u kterých došlo k přenosu infekce HIV velmi pravděpodobně prostřednictvím injekčního užívání drog. Tyto případy tvořily 2,4 % nových případů v r. 2016. V anamnéze mělo injekční užívání drog dalších 16 nově diagnostikovaných HIV pozitivních osob – tabulka 6-1. Dominantní cestou přenosu HIV v ČR je sexuální styk mezi muži (MSM), tato cesta přenosu tvoří 74,5 % všech nových případů¹⁵³ v r. 2016 a je to jedna z nejvyšších hodnot tohoto ukazatele v rámci evropských zemí (Státní zdravotní ústav Praha, 2017a).

tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV do r. 2016 podle způsobu přenosu

Způsob přenosu	1985–2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Celkem
IUD	55	8	4	4	6	5	6	9	4	7	108
> muži	40	7	4	3	6	2	4	4	3	6	79
> ženy	15	1	0	1	0	3	2	5	1	1	29
MSM/IUD	20	4	3	3	6	5	4	6	6	4	61
Jiný s IUD v anamnéze	38	2	4	5	3	2	3	6	6	12	81
Jiný bez IUD v anamnéze	925	134	145	168	138	200	222	211	250	263	2 656
Celkem	1 038	148	156	180	153	212	235	232	266	286	2 906

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

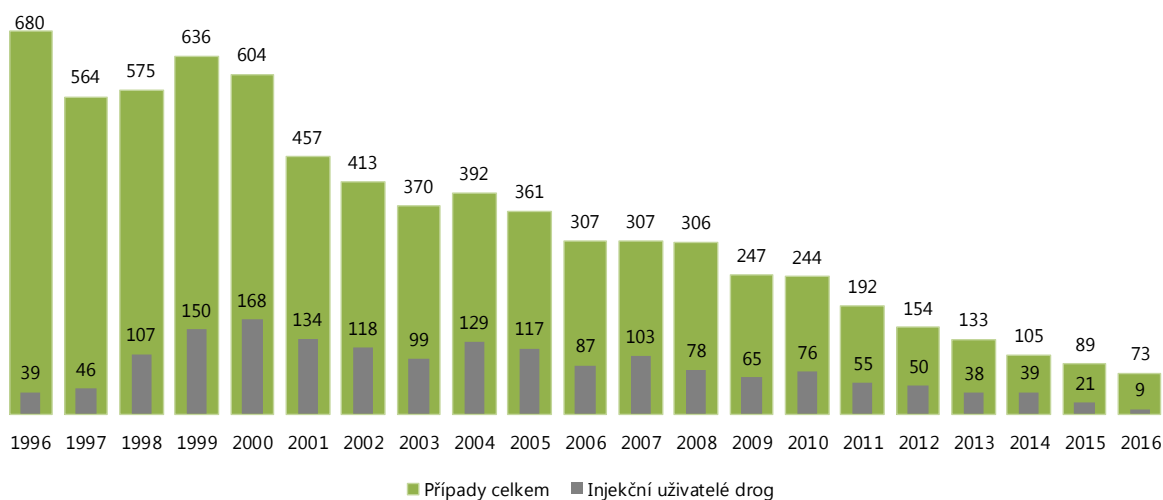
Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2017a)

6.1.1.2 Virové hepatitidy

Počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB, dg. B16) celkem i mezi IUD má od r. 2000 klesající tendenci, a to zejména díky povinnému očkování od r. 2001. U virové hepatitidy typu C (VHC, dg. B17.1 a B18.2) tvoří IUD dlouhodobě více než polovinu všech nakažených (58,1 % v r. 2016) – graf 6-1 a graf 6-2. Dlouhodobě roste průměrný věk nakažených injekčních uživatelů drog u nově hlášených případů akutní VHB, průměrný věk u nakažených VHC se v posledních 3 letech pohybuje kolem 31 let – graf 6-3.

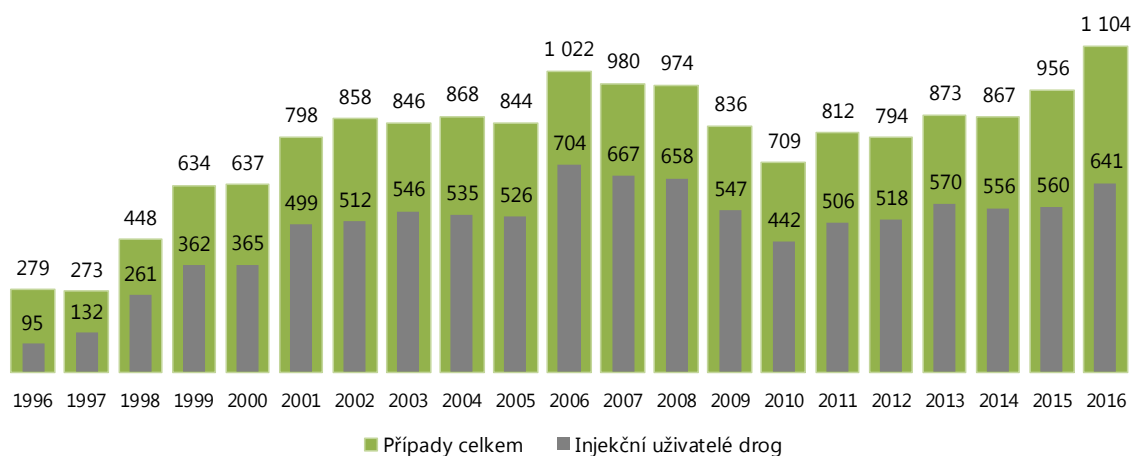
¹⁵³ V r. 2016 bylo zjištěno 213 nových případů mezi MSM, z nich 4 byly rovněž IUD, ale sexuální přenos se u nich jeví jako pravděpodobnější.

graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v l. 1996–2016



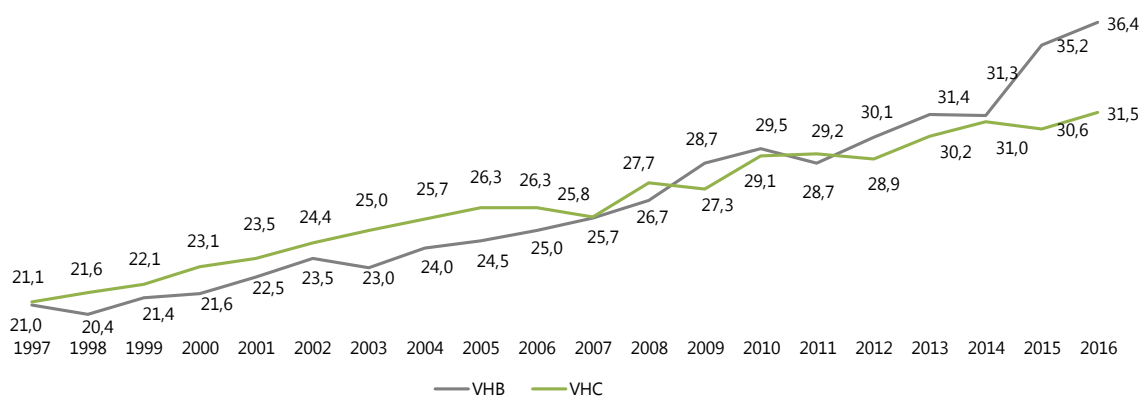
Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2017b)

graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v l. 1996–2016



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2017b)

graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u kterých byla hlášena VHB a VHC v l. 1997–2016

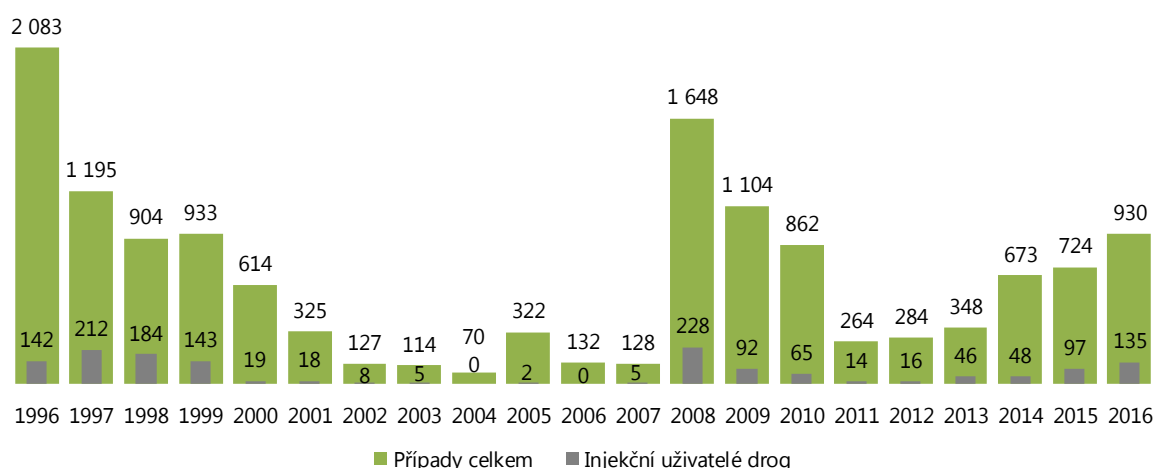


Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2017b)

Výskyt virové hepatitidy typu A (VHA, dg. B15) má kolísavý charakter. Po epidemii v r. 2008 s ohnisky zejména v Praze a středních Čechách, která byla na počátku spojena s IUD (blíže viz VZ

2008), se roční počet případů do r. 2011 snižoval. Od r. 2012 je patrný vzrůstající trend celkem i mezi IUD – graf 6-4. V období od srpna 2014 do července 2016 proběhla v Karlovarském kraji epidemie akutní VHA, celkem v kraji onemocnělo 339 osob, z toho 114 uživatelů drog (33,6 %), většinou uživatelů pervitinu. Aktivní vyhledávání osob v riziku infekce bylo provedeno ve spolupráci s neziskovou organizací KOTEC – viz také VZ 2015. V Libereckém kraji od r. 2015 probíhala epidemie VHA s případy i ve skupině uživatelů drog. Z r. 2016 bylo hlášeno celkem 146 případů, podíl uživatelů drog není znám. Na konci roku 2016 Krajská hygienická stanice Libereckého kraje oznámila vyhasínání epidemie.¹⁵⁴ Dalším regionem zasaženým epidemií byl Jihomoravský kraj, kde bylo od konce r. 2015 do června 2017 hlášeno 501 případů, z toho více než 30 % tvořili lidé bez domova a uživatelé drog (Krajská hygienická stanice Jihomoravského kraje, 2017).

graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v l. 1996–2016



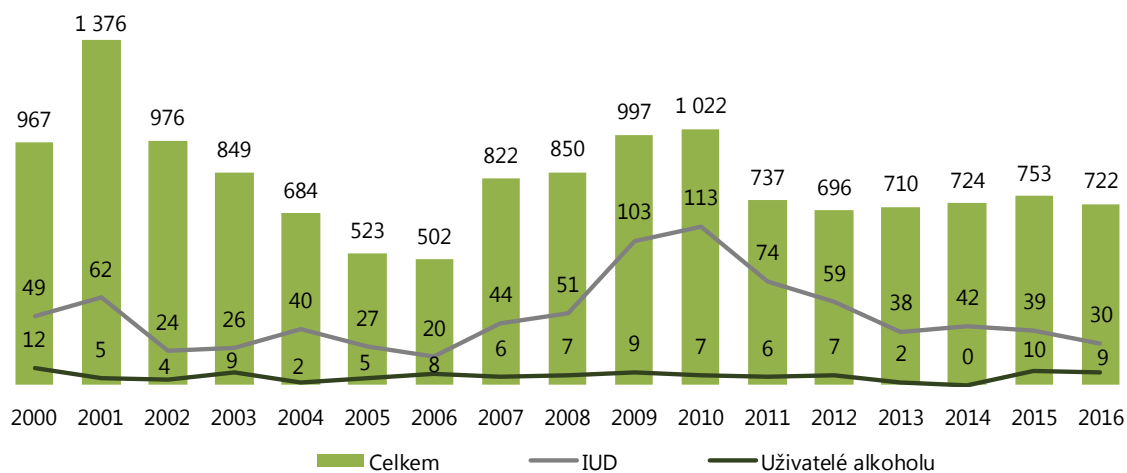
Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2017b)

6.1.1.3 Pohlavní nemoci

Vývoj celkového počtu případů syfilis hlášených do Národního registru pohlavních nemocí a počtu případů u IUD a uživatelů alkoholu ukazuje graf 6-5. Po nárůstu v l. 2006–2010 počet všech hlášených případů syfilis v l. 2011–2016 stagnoval, počet případů mezi IUD v l. 2011–2016 klesal. Po nárůstu v l. 2012–2013 se celkový počet hlášení onemocnění kapavkou v l. 2014–2016 stabilizoval. Počet případů u uživatelů drog nebo alkoholu je dlouhodobě v řádu jednotek, v r. 2016 došlo k nárůstu počtu hlášení u IUD – graf 6-6.

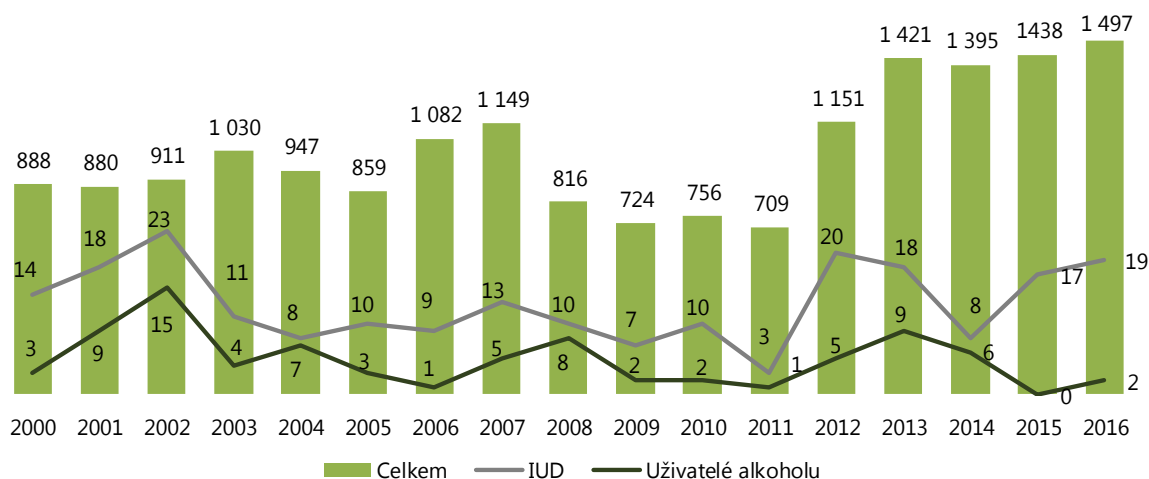
¹⁵⁴ <http://www.khslbc.cz/epidemicky-vyskyt-akutni-virove-hepatitidy-a-na-jablonecku/> [2017-09-24]

graf 6-5: Hlášená incidence syfilis celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v l. 2000–2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017e)

graf 6-6: Hlášená incidence kapavky celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v l. 2000–2016

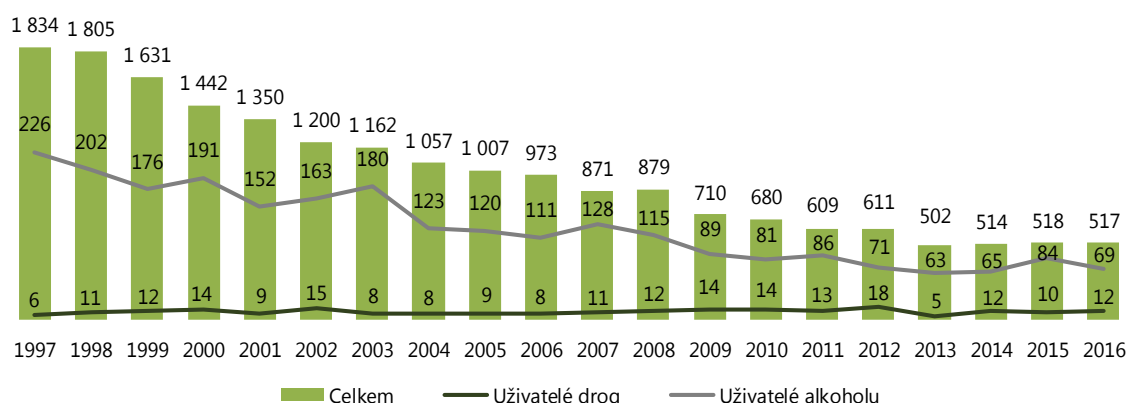


Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017e)

6.1.1.4 Tuberkulóza

V l. 1997–2016 se počet ročně evidovaných hlášených onemocnění v Registru tuberkulózy snížil téměř čtyřikrát. Počet hlášených případů u uživatelů nealkoholových drog je několikanásobně nižší než u uživatelů alkoholu; u uživatelů alkoholu lze pozorovat klesající trend, u uživatelů drog se počet případů v letech příliš nemění – graf 6-7.

graf 6-7: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v l. 1997–2016



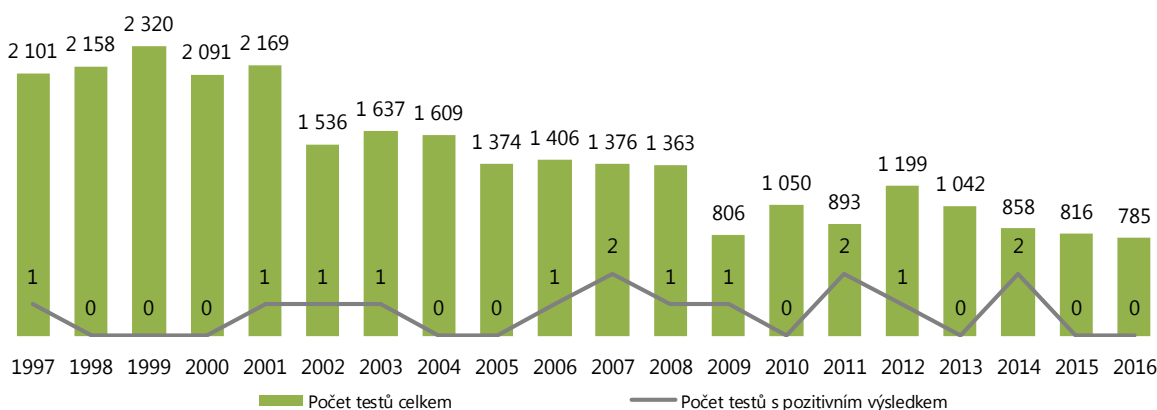
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017f)

6.1.2 Prevalence infekčních onemocnění mezi uživateli drog

6.1.2.1 Monitoring HIV testů v laboratořích

V r. 2016 bylo Národní referenční laboratoří pro AIDS (NRL AIDS) evidováno 785 HIV testů¹⁵⁵ provedených injekčním uživateli drog, žádný test nebyl pozitivní. Počet HIV testů IUD evidovaný NRL AIDS dlouhodobě klesá, míra prevalence je dlouhodobě nízká – graf 6-8.

graf 6-8: Výsledky vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1997–2016



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2017a)

6.1.2.2 Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových programech

Od r. 2004 realizuje NMS každoroční průzkum mezi nízkoprahovými programy pro uživatele drog s cílem zmapovat dostupnost testování, počty a výsledky provedených testů a základní charakteristiky otestovaných klientů. Údaje za r. 2016 byly získány v on-line dotazníkovém šetření v průběhu července 2017. Bylo vyplněno celkem 43 dotazníků pokrývajících dohromady 53 nízkoprahových programů napříč ČR, z nich 43 shodně uvedlo výsledky testování na VHC a na HIV, 29 na VHB a 28 na syfilis; jsou zjišťovány výsledky všech typů testů (rychlých imunochromatografických i laboratorních imunoenzymatických typu ELISA) – tabulka 6-2. Celkový

¹⁵⁵ Jde o testy, kdy je informace o užívání drog známa před testem či je uváděným důvodem jeho provedení. Injekční uživatelé drog mohou být testováni i z mnoha jiných důvodů, přičemž se v případě pozitivního výsledku zpětně zjistí, že jde o injekčního uživatele drog – takto byly identifikovány i další hlášené případy HIV positivity u IUD. Testování v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog není v celém rozsahu Národní referenční laboratoří pro AIDS evidováno.

počet nízkoprahových programů nabízejících testování na infekční onemocnění je uveden v kapitole Testování infekcí (str. 183).

tabulka 6-2: Počet nízkoprahových programů v monitoringu testování infekcí v r. 2016

Kraj	Počet programů	Počet programů provádějících testy na			
		HIV	VHB	VHC	syfilis
Hl. m. Praha	2	2	0	2	2
Středočeský	6	6	5	6	3
Jihočeský	5	5	4	5	3
Plzeňský	1	1	1	1	1
Karlovarský	0	0	0	0	0
Ústecký	6	6	5	6	5
Liberecký	2	2	1	2	2
Královéhradecký	3	3	2	3	1
Pardubický	1	1	0	1	0
Vysočina	3	3	3	3	3
Jihomoravský	5	5	3	5	3
Olomoucký	3	3	2	3	2
Zlínský	4	4	1	4	1
Moravskoslezský	2	2	2	2	2
Celkem	43	43	29*	43	28

Pozn.: * 3 programy nabízejí testy na HBsAg a zároveň na anti-HBcIgG, což odpovídá součtu 32 v tabulce výsledků testování níže.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017c)

Podobně jako v minulých letech naznačují výsledky za r. 2016 poměrně nízký výskyt infekcí mezi klienty nízkoprahových zařízení – tabulka 6-3. Je však nutné zohlednit fakt, že vzorek zúčastněných programů a soubor otestovaných klientů nelze označit za reprezentativní výběr. Do průzkumu se nezapojuje 100 % testujících programů. Navíc jde o diagnostický screening, kterého pravděpodobně ve vyšší míře využívají dosud negativní klienti. Uvedené výsledky tedy spíše podhodnocují výskyt daných nemocí v populaci uživatelů drog, resp. klientů nízkoprahových zařízení.

tabulka 6-3: Výsledky testování uživatelů drog na infekční nemoci v nízkoprahových programech v r. 2016

Infekce	Testovaný ukazatel	Počet programů podle typu používaného testu			Osoby		
		Rychlý	Laboratorní	Celkem	Testováno celkem	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
HIV	anti-HIV*	40	4	43	920	1	0,1
VHC	anti-HCV*	40	4	43	1 165	175	15,0
VHB	HBsAg**	23	3	26	282	0	–
	anti-HBc IgG***	4	2	6	179	0	–
Syfilis	anti-treponema pallidum	26	4	28	1 283	17	1,3

Pozn.: * Jedno zařízení používá oba typy testů, ** antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci VHB, *** anti-HBc IgG jsou protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravě.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017c)

Existují regionální odlišnosti v prevalenci VHC, je však potřeba vzít v úvahu, že v rámci monitoringu infekčních chorob skrze výsledky testování v nízkoprahových službách nejde o reprezentativní vzorek uživatelů drog ani zařízení (některá testující zařízení se průzkumu nezúčastnila, response byla 58 %, resp. 72 % při přepočtu na počet programů). Soubor testovaných je v některých případech velmi malý a indikační kritéria jednotlivých zařízení pro testování klientů se mohou lišit. Ve většině krajů byla prevalence VHC pod 15 %. Nejvyšší prevalence byla zjištěna v Ústeckém kraji (30,5 %) a v Praze (19,3 %). Rozdíly mezi kraji mohou být odrazem rozdílu v riziku infekce VHC, ale

mohou být také výsledkem výše zmíněných faktorů – tabulka 6-4. V r. 2016 byla hlášena nulová prevalence VHB.

tabulka 6-4: Výsledky testování uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2016 podle krajů

Kraj	Počet programů testujících na VHC	Počet osob		
		Testováno celkem	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
Hl. m. Praha	2	238	46	19,3
Středočeský	6	146	24	16,4
Jihočeský	5	101	7	6,9
Plzeňský	1	121	16	13,2
Karlovarský	0	0	0	–
Ústecký	6	318	97	30,5
Liberecký	2	33	1	3,0
Královéhradecký	3	105	6	5,7
Pardubický	1	13	0	–
Vysočina	3	182	8	4,4
Jihomoravský	5	205	31	15,1
Olomoucký	3	131	14	10,7
Zlínský	4	149	6	4,0
Moravskoslezský	2	16	0	–
Celkem	43	1 758	256	14,6

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017c)

V rámci monitoringu infekcí v nízkoprahových zařízeních (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2017c) byly nahlášeny výsledky průzkumu, který provedlo v r. 2016 Kontaktní centrum SANANIM v rámci projektu Screeningové testování na HIV, edukace uživatelů drog v Praze a case management s nemocnými. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 232 osob testovaných na infekční onemocnění (151 mužů a 81 žen), jejichž průměrný věk činil 32 let. Pobyt v Praze uvedlo 92,2 %, 7,3 % žilo v jiném městě ČR a 1 klient byl cizinec. Nestabilní bydlení (squat, ulice, toxi byt) mělo 54,3 % klientů. Většina dotázaných (53,4 %) byla nezaměstnaných, 22,8 % mělo řádné zaměstnání, 8,1 % pracovalo „na černo“, 4,7 % studovalo, 4,3 % bylo ekonomicky neaktivních (důchodci a ženy v domácnosti), 6,4 % klientů uvedlo jinou ekonomickou aktivitu (např. nelegální trestnou činnost, jako krádeže, výrobu a distribuci drog). S pravidelným užíváním návykových látek začali klienti v průměru v 18 letech a ve 20 letech začali aplikovat návykové látky injekčně. V současnosti aplikuje návykové látky injekčně 85,4 % dotázaných, 8,6 % klientů injekčně drogu nikdy v životě neaplikovalo. Nejčastěji uvedenou primární drogou byl pervitin (68,7 %), buprenorfin získávaný z černého trhu (6,0 %), konopné drogy (4,7 %) a alkohol (4,3 %). Legálně získávanou substituční látku uvedlo jako svou primární drogu 5,6 % klientů, z nich čtvrtina metadon a tři čtvrtiny buprenorfin. V průběhu své drogové kariéry sdílelo injekční stříkačku s jinou osobou 69,8 % klientů, z toho 25,7 % v posledních 30 dnech. Parafernálie sdílelo 50,9 %, z toho 31,4 % v uplynulých 30 dnech. Celkem 90 osob (38,8 %) uvedlo, že bylo někdy v životě uvězněno, včetně vazby, z nich 27,7 % aplikovalo během pobytu ve vězení drogu injekčně.

Sexuálně aktivních bylo v uplynulých 12 měsících 92,2 % dotázaných klientů, z nichž 60,7 % ve zmíněném období kondom nikdy nepoužilo, 15,8 % jej použilo pouze příležitostně, 3,3 % použilo kondom zhruba v polovině případů, 13,1 % ve většině případů a 7 % ho použilo při každém pohlavním styku. Z klientů majících v posledních 12 měsících pohlavní styk, si 75,7 % bylo vědomo injekčního užívání u některého ze sexuálních partnerů, u 23,4 % nebylo injekční užívání přítomno a 0,9 % klientů nemělo informace. Sex za peníze či jinou úplatu uvedlo 8,9 % dotázaných. Z výpovědí klientů vyplynulo, že v uplynulých 12 měsících měli pohlavní styk v průměru se 7 osobami. Celkem 4 klienti nebyli schopni počet sexuálních partnerů určit, šlo o klientky pracující v sexbyznysu.

6.1.2.3 Testování pacientů v NRLUD na infekční nemoci

Výsledky testování osob hlášených v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD), který vznikl v r. 2015 sloučením substitučního registru (NRULISL) a Registru žádostí o léčbu, na HIV, VHB a VHC uvádí tabulka 6-5. Celkem bylo v r. 2016 v registru hlášeno 7198 léčených osob (z toho 5093 uživatelů nelegálních drog, z toho 2266 v substituční léčbě) – blíže viz kapitolu Národní registr léčby uživatelů drog (str. 138). Provedení HIV testu bylo nahlášeno u 453 osob, ve všech případech s negativním výsledkem. Test na přítomnost protilátek viru VHC (anti-HCV) byl hlášen u 826 osob, pozitivních bylo 224 (séroprevalence 27,1 %), z toho PCR pozitivních bylo 54,7 % (tj. míra přechodu infekce do chronické aktivní fáze). U injekčních uživatelů byla séroprevalence VHC 65,9 % s podobnou mírou přechodu do chronicity. V substituční léčbě byla míra promořenosti VHC nejvyšší (79,7 %).

Míru séroprevalence infekcí mezi registrovanými injekčními uživateli drog v dlouhodobém horizontu ukazuje tabulka 6-6. Srovnatelnost dat v l. 2015–2016 a dat hlášených dříve je však omezená z důvodu změny systému hlášení – do r. 2014 byl zdrojem dat Registr žádostí o léčbu hygienické služby, od r. 2015 je zdrojem nový Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD). Séroprevalenci VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2016 ukazuje graf 6-9, opět je potřeba vzít v úvahu přechod z NRULISL na NRLUD v r. 2015.

tabulka 6-5: Výsledky testování pacientů v NRLUD na HIV, VHB a VHC v r. 2016

Infekce	Ukazatel	Všichni klienti			Prvožadatelé		
		Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Počet pozitivních	Pozitivní (%)
Všichni léčení							
HIV	anti-HIV	453	0	–	170	0	–
	self-report*	40	0	–	12	0	–
VHA	anti-HAV total**	516	128	24,8	161	31	19,3
VHB	HBsAg***	769	14	1,8	276	4	1,4
	anti-HBc IgG***	184	30	16,3	80	5	6,3
VHC	anti-HCV	826	224	27,1	271	53	19,6
	➤ z toho PCR HCV****	106	58	54,7	24	13	54,2
Injekční uživatelé drog							
HIV	anti-HIV	156	0	–	41	0	–
	self-report*	22	0	–	8	0	–
VHA	anti-HAV total**	93	45	48,4	26	13	50,0
VHB	HBsAg***	146	8	5,5	47	1	2,1
	anti-HBc IgG***	55	24	43,6	18	4	22,2
VHC	anti-HCV	214	141	65,9	61	38	62,3
	➤ z toho PCR HCV****	75	42	56,0	19	9	47,4
Pacienti substituční léčby							
HIV	anti-HIV	131	0	–	22	0	–
	self-report*	3	0	–	0	0	–
VHA	anti-HAV total**	113	75	66,4	25	18	72,0
VHB	HBsAg***	1	1	100,0	0	0	–
	anti-HBc IgG***	6	3	50,0	4	2	50,0
VHC	anti-HCV	148	118	79,7	29	22	75,9
	➤ z toho PCR HCV****	99	96	97,0	21	20	95,2

Pozn.: * výsledky podle vlastní výpovědi klienta, ** protilátky ukazující jak proběhlou, tak akutní infekci, *** antigen ukazující na akutní nebo chronickou aktivní infekci VHB, anti-HBc IgG jsou protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po uzdravě, **** je uveden počet vyšetření PCR HCV a jeho výsledky u anti-HCV pozitivních

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

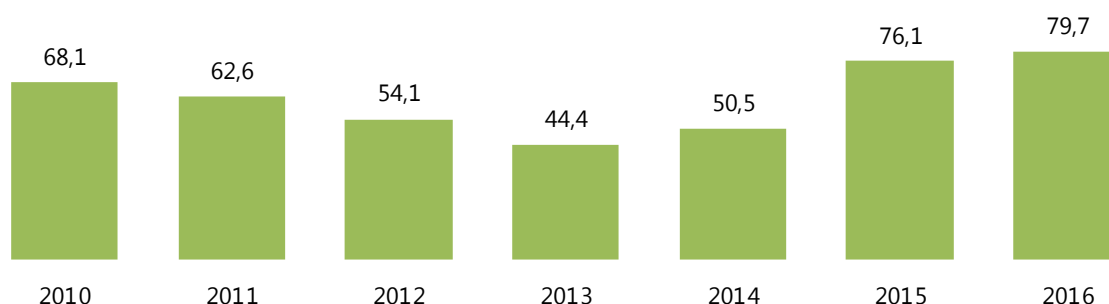
tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHA, VHB a VHC v Registru žádostí o léčbu v l. 2003–2014 a v NRLUD v r. 2015 a 2016

Rok	HIV		VHA		VHB		VHC	
	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)
2003	2 471	0,8	2 132	7,1	2 504	11,2	2 884	31,5
2004	2 483	0,4	2 059	5,5	2 581	9,9	2 913	33,6
2005	2 253	0,2	1 931	4,5	2 332	10,1	2 577	35,0
2006	2 196	0,5	1 997	3,3	2 290	10,0	2 497	32,6
2007	1 905	0,3	1 774	3,3	2 004	8,4	2 168	31,0
2008	2 332	0,6	2 271	8,4	2 463	8,9	2 636	32,0
2009	2 558	0,5	2 307	6,1	2 553	8,3	2 852	29,8
2010	2 865	0,6	2 515	5,8	2 837	8,1	3 189	30,4
2011	2 933	0,9	2 429	5,5	2 915	7,2	3 276	28,7
2012	2 942	0,7	2 428	7,0	2 888	10,3	3 286	29,2
2013	3 603	0,6	2 740	8,4	3 494	10,3	3 976	29,0
2014	3 607	0,2	2 566	7,0	3 361	8,7	3 991	29,4
2015*	145	0,7	105	25,7	58	19,0	218	45,0
2016	156	–	93	48,4	55	43,6	214	65,9

Pozn.: Jsou zahrnuty pouze testy se známým výsledkem. * V r. 2015 došlo k přechodu z Registru žádostí o léčbu hygienické služby na Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD).

Zdroj: Füleová a kol. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

graf 6-9: Séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2016, v %



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

6.1.2.4 Testování vězněných uživatelů drog

Vězeňská služba eviduje počty testovaných vězněných injekčních uživatelů drog na vybrané krvi přenosné infekce – tabulka 6-7. Meziroční srovnání poskytuje graf 6-10. Výsledky naznačují pokles výskytu VHC mezi vězněnými osobami, zejména pokud jde o podíl pozitivních (séroprevalenci) mezi testovanými (z 61,8 % v r. 2015 na 35,9 % v r. 2016). Absolutní počet pozitivních případů se nesnížil natolik výrazně, pokles séroprevalence v průběhu výkonu trestu je teoreticky možné přičíst intenzivnímu screeningu v posledních letech. Je však potřeba mít na paměti, že jde o diagnostický screening vězněných osob, a soubor testovaných tedy není reprezentativní. Nelze vyloučit ani opakovaná vyšetření téže (pozitivní) osoby v různých fázích výkonu trestu odnětí svobody (VTOS). Je proto nutná opatrnost při interpretaci a zobecňování výsledků a trendů.

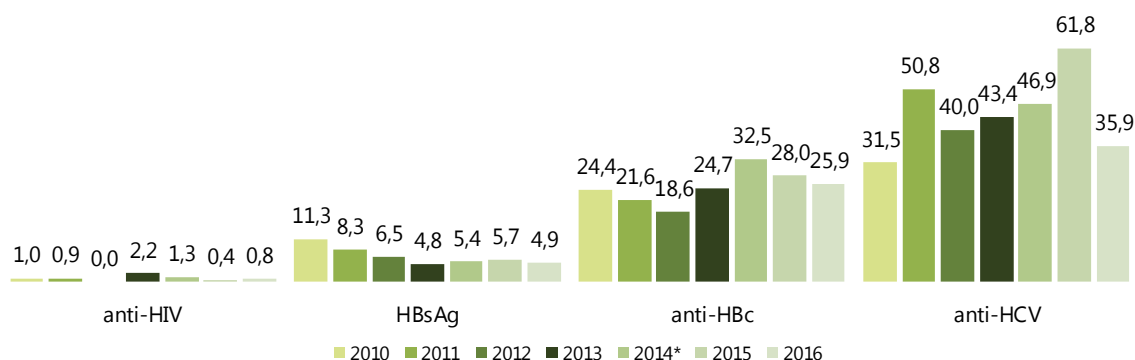
tabulka 6-7: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2015 a 2016

Infekce	Ukazatel	Nástup VTOS		Nástup VV		V průběhu VTOS		Celkem	
		2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
HIV	anti-HIV	Celkem testováno	694	533	872	202	854	2 450	1 020
		Pozitivní (%)	0,3	0,6	0,1	1,5	0,9	0,4	0,8
VHB	HBsAg*	Celkem testováno	2 300	2 541	1 729	1 719	870	4 899	5 018
		Pozitivní (%)	3,3	2,8	9,3	6,2	4,6	5,7	4,9
	anti-HBc IgG**	Celkem testováno	1 067	957	1 007	688	527	2 601	2 317
		Pozitivní (%)	23,7	26,0	17,2	17,9	57,3	33,9	25,9
VHC	anti-HCV	Celkem testováno	1 733	3 206	1 414	1 988	967	4 114	6 530
		Pozitivní (%)	56,1	34,1	46,7	30,1	94,3	49,0	61,8

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

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2017a)

graf 6-10: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězněných injekčních uživatelů drog v l. 2010–2016, v %



Pozn.: * výsledky za 2. pololetí 2014

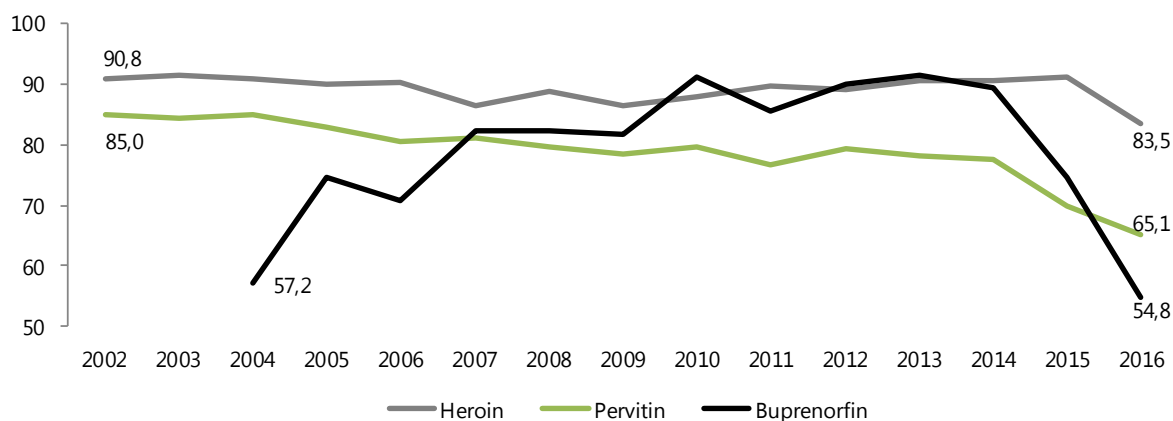
Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2017a)

6.1.3 Rizikové chování uživatelů drog

6.1.3.1 Injekční aplikace

Mezi žadateli o léčbu je míra injekčního užívání drog dlouhodobě velmi vysoká a představuje nejčastější způsob aplikace pervitinu, heroinu a buprenorfinu – graf 6-11. Při hodnocení aktuálního trendu je potřeba vzít v úvahu, že v r. 2015 došlo ke změně ve způsobu sběru dat, neboť do r. 2014 byla data sbírána v Registru žádostí o léčbu hygienické služby a od r. 2015 v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD), který vznikl sloučením substitučního registru (NRULISL) a Registru žádostí o léčbu. Srovnatelnost dat z r. 2015 a 2016 s daty z předchozích let je tedy omezená.

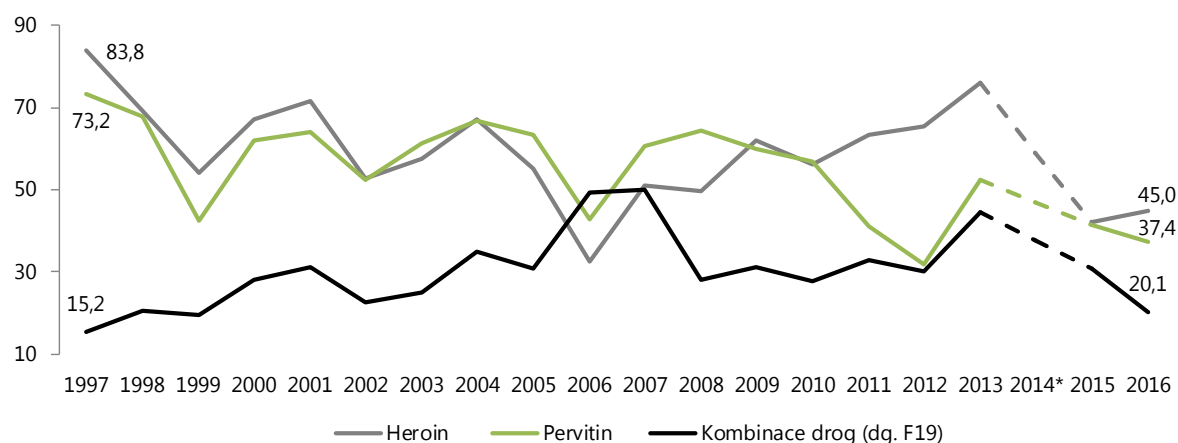
graf 6-11: Podíl injekční aplikace mezi žadateli o léčbu s primární (základní) drogou heroin, pervitin a buprenorfin v l. 2002–2016, v %



Zdroj: Füleová a kol. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Podíl injekční aplikace u uživatelů léčených v psychiatrických ordinacích je nižší než v Registru žádostí o léčbu, zejména z důvodu nedůsledného hlášení údajů o injekčním užívání drog ve výkazu o činnosti psychiatrických ordinací – graf 6-12.

graf 6-12: Podíl injekční aplikace u uživatelů heroinu, pervitinu a kombinace drog léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2016, v %



Pozn.: * Data za r. 2014 nejsou k dispozici.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

6.1.3.2 Sdílení jehel a stříkaček

Podíl injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu, kteří uvedli sdílení jehel a stříkaček někdy v minulosti, ukazuje tabulka 6-8. V dlouhodobém horizontu je patrná klesající míra sdílení jehel, zkušenost se sdílením jehel někdy v životě uvádí přibližně 1/3 IUD žádajících o léčbu. Je potřeba vzít v úvahu, že v r. 2015 došlo ke změně v systému sběru dat. Výsledky sdílení injekčního náčiní mezi problémovými uživateli drog v nízkoprahových zařízeních z průzkumu Multiplikátor 2016 byly popsány ve VZ 2015.

tabulka 6-8: Sdílení jehel a stříkaček někdy v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v l. 2002–2016

Rok	Počet IUD	Počet sdílejících	Podíl sdílejících (%)
2002	6 437	2 590	40,2
2003	5 901	2 356	39,9
2004	6 314	2 725	43,2
2005	5 769	2 421	42,0
2006	5 860	2 313	39,5
2007	5 338	2 139	40,1
2008	5 766	2 057	35,7
2009	6 012	2 263	37,6
2010	6 581	2 146	32,6
2011	6 471	2 136	33,0
2012	6 481	1 976	30,5
2013	7 184	2 395	33,3
2014	7 213	2 544	35,3
2015*	2 325	868	37,3
2016	1 607	548	34,1

Pozn.: * V r. 2015 došlo k přechodu z Registru žádostí o léčbu hygienické služby na Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD).

Zdroj: Füleová a kol. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

6.2 Další zdravotní důsledky a souvislosti užívání drog

6.2.1 Nefatální intoxikace drogami

Sledování výskytu akutních předávkování a zdravotních komplikací v souvislosti s užitím návykové látky provádí hygienická služba. Data o výskytu akutních předávkování, podílu jednotlivých drog na evidovaných případech i o charakteristikách intoxikovaných osob jsou longitudinálně zajišťována prostřednictvím tzv. sentinelových pracovišť. Tento systém vykazuje značné regionální rozdíly komplikující interpretaci aktuální situace i trendů.¹⁵⁶ V r. 2016 bylo hygienickým stanicím zapojeným do sběru dat nahlášeno celkem 1101 případů akutních intoxikací či jiných zdravotních komplikací v souvislosti s užitím drogy. Ve srovnání s r. 2015 došlo k poklesu o 104 případů (Füleová a kol., 2017).

¹⁵⁶ V rámci tohoto systému jsou hlášeny případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících urgentní hospitalizaci. Hlášení do systému poskytují různé typy zdravotnických zařízení, zejména pracoviště záchranné služby a JIP. V r. 2016 nebyl sběr dat realizován ve 4 krajích (Jihočeský, Jihomoravský, Královéhradecký a Praha).

tabulka 6-9: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2005–2016 evidované hygienickou službou

Droga	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pervitin	222	231	343	364	187	148	150	260	245	257	394	297
Heroin	244	149	190	166	122	162	96	77	63	44	29	11
Metadon	10	7	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Subutex®	14	18	32	7	0	0	0	0	0	0	0	4
Ostatní opioidy	19	21	40	17	42	24	32	42	37	60	65	61
Benzodiazepiny	153	124	139	113	180	136	138	206	248	282	223	205
Jiná sedativa a hypnotika	88	107	125	135	127	112	105	120	101	97	157	172
Konopné látky	73	72	127	108	105	102	84	125	125	118	104	133
Těkavé látky	48	28	31	9	33	18	25	26	15	15	9	10
Lysolávk	6	5	10	9	7	4	2	7	4	5	3	2
Kokain, crack	7	8	1	7	2	0	1	5	3	4	1	1
Durman	1	0	1	5	2	0	0	2	1	0	0	1
LSD	3	5	7	4	13	3	7	15	7	8	16	3
Extáze	8	12	12	3	1	2	0	4	0	7	6	10
Jiné známé drogy a léky	111	89	124	140	173	137	139	147	191	224	195	189
Ostatní/neznámo	186	78	71	58	23	1	26	3	3	2	3	2
Celkem	1 193	954	1 255	1 146	1 018	849	805	1 039	1 043	1 123	1 205	1 101

Zdroj: Füleová a kol. (2017)

Dále jsou k dispozici informace o výskytu intoxikací návykovými látkami z Národního registru hospitalizovaných.¹⁵⁷ V dlouhodobém horizontu lze pozorovat pokles hospitalizací pro intoxikaci návykovými látkami, zejména alkoholem – tabulka 6-10.

tabulka 6-10: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v l. 2005–2016

Droga	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Heroin	24	18	31	41	19	20	17	4	13	8	14	10
Metadon	0	6	1	2	3	2	1	2	1	3	2	0
Jiné opioidy	71	79	64	62	50	62	57	79	96	107	81	101
Kokain	7	2	1	4	1	3	1	1	9	2	2	1
Konopné drogy	78	67	55	86	66	66	58	57	65	62	35	55
LSD	0	6	5	3	4	1	2	2	2	2	1	2
Pervitin a jiná stimulancia	25	22	29	30	25	25	17	30	39	57	52	48
Jiné a neurčené drogy	116	146	136	83	94	77	79	87	98	107	77	93
Nelegální drogy celkem	321	346	322	311	262	256	232	262	323	324	264	310
Alkohol	1 220	1 184	1 161	1 125	919	724	714	738	608	557	433	464
Těkavé látky	401	401	306	264	230	243	241	262	234	303	210	191
Celkem	1 942	1 931	1 789	1 700	1 411	1 223	1 187	1 262	1 165	1 184	907	965

Pozn.: heroin (T40.1), metadon (T40.3), jiné opioidy (T40.0, T40.2), kokain (T40.5), konopné drogy (T40.7), LSD (T40.8), pervitin a jiná stimulancia (T43.6), jiné a neurčené drogy (T40.4, T40.6, T40.9), alkohol (T51.0, T51.9), těkavé látky (T52.0–T52.9)

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017b)

6.2.2 Otravy metanolem

Hromadný výskyt otrav metanolem, který se objevil v září 2012, dozníval ještě v l. 2013 a 2014. V r. 2016 byly hlášeny 3 hospitalizace pro intoxikaci metanolem a 1 případ úmrtí a výskyt se tak vrátil na úroveň sledovanou před hromadným výskytem – tabulka 6-11. Ke kauze z r. 2012 blíže viz VZ 2012.

¹⁵⁷ Národní registr hospitalizovaných spravuje ÚZIS a jsou v něm evidovány pouze případy vyžadující hospitalizaci delší než 24 hodin. Extrahovány byly případy náhodné, úmyslné nebo blíže nezjištěné otravy nelegálními drogami, tj. diagnózy pro otravu nealkoholovými drogami mimo léků (dg. T40 a T43.6) a pro toxický účinek alkoholu (T51.0, T51.9) a těkavých látek (T52.0–T52.9).

tabulka 6-11: Počet hospitalizací a úmrtí na intoxikaci metanolem v l. 2002–2016

Rok	Počet hospitalizovaných*	Počet zemřelých
2002	11	0
2003	8	2
2004	12	0
2005	9	3
2006	8	1
2007	2	1
2008	7	1
2009	3	3
2010	11	3
2011	10	3
2012	97	36
2013	15	9
2014	11	7
2015	4	2
2016	3	1

Pozn.: * Zahrnuje hospitalizace pro náhodné, úmyslné nebo blíže nezjištěné intoxikace.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017b), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017a)

6.2.3 Úrazy pod vlivem drog

Z Národního registru hospitalizovaných jsou extrahovány všechny případy s vnější příčinou úrazu a případy pod vlivem návykových látek, resp. ty případy, u nichž byl vliv návykových látek patrný z vedlejší diagnózy.¹⁵⁸ Podíl úrazů pod vlivem návykových látek v r. 2016 byl téměř 5,0 %, z toho největší podíl tvořily úrazy pod vlivem alkoholu (3,3 %), přičemž podíl úrazů pod vlivem alkoholu dlouhodobě roste. Podíl úrazů pod vlivem psychoaktivních léků dosáhl 1,3 %, podíl nelegálních drog a těkavých látek 0,2 %, resp. 0,1 % – tabulka 6-12.

tabulka 6-12: Počet hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v l. 2002–2016

Rok	Celkem úrazů	Pod vlivem návykových látek		z toho pod vlivem			
		počet	podíl (%)	alkoholu	nelegálních drog	psychoaktivních léků	těkavých látek
2002	187 090	8 942	4,8	4 959	443	3 350	441
2003	196 577	9 080	4,6	5 373	428	3 090	421
2004	203 211	9 681	4,8	6 010	402	3 098	446
2005	202 815	9 341	4,6	5 845	391	2 991	415
2006	195 803	8 659	4,4	5 216	423	2 872	412
2007	191 937	9 157	4,8	5 878	410	2 812	315
2008	196 013	9 588	4,9	6 650	425	2 566	271
2009	198 738	9 670	4,9	6 974	370	2 385	242
2010	200 319	9 163	4,6	6 615	365	2 255	249
2011	200 553	9 416	4,7	6 807	326	2 325	250
2012	205 090	10 032	4,9	7 190	384	2 519	271
2013	204 603	10 040	4,9	7 049	458	2 692	237
2014	210 340	10 846	5,2	7 611	464	2 961	309
2015	210 030	10 388	4,9	7 384	375	2 870	215
2016	209 281	9 713	4,6	6 855	438	2 690	197

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017b)

¹⁵⁸ Vliv alkoholu byl definován jako dg. F10.0 nebo T51.0, nebo T51.9, u nelegálních drog jako dg. F11.0, F12.0, F14.0, F15.0, F16.0, F19.0, T40 nebo T43.6, u těkavých látek jako dg. F18.0 nebo T52 a u psychoaktivních léků jako dg. F13.0, T42, T43 (kromě T43.6), a to v základní nebo vedlejší dg.

6.2.4 Drogy a dopravní nehody

Policie ČR v r. 2015 evidovala 4373 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu (tj. 4,4 % z celkového počtu), při kterých bylo 52 osob usmrceno (tj. 9,5 % všech usmrcených) a 2085 zraněno (7,7 % všech zraněných). Vliv alkoholu na dopravní nehodovost v posledních letech klesá. Z celkového počtu 4373 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu připadá na řidiče motorového vozidla 3520 nehod (tj. 4,2 % nehod zaviněných řidiči motorového vozidla), na řidiče nemotorového vozidla 695 nehod (26,5 % všech jimi zaviněných nehod) a na chodce 151 (13,3 % všech jimi zaviněných nehod).

Dále policie evidovala 251 nehod s pozitivním nálezem nealkoholových drog u viníka nehody (0,25 %), při nichž bylo 10 osob usmrceno (1,8 %) – tabulka 6-13. Z uvedených nehod bylo 59, u kterých byl viník pozitivní jak na alkohol, tak na nealkoholové drogy (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2017).

Údaje o nálezech etanolu a ostatních drog u zemřelých účastníků dopravních nehod pitvaných na odděleních soudního lékařství v ČR do r. 2012 jsou uvedeny ve VZ 2013. Novější údaje nejsou k dispozici.

tabulka 6-13: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v l. 2003–2016 – vliv alkoholu a jiných drog

Rok	Nehody					Usmrcení při nehodách*				
	Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem jiných drog		Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem jiných drog	
	Počet	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
2003	195 851	9 076	4,9	39	0,02	1 319	111	8,5	0	–
2004	196 484	8 445	4,5	53	0,03	1 215	59	4,9	1	0,1
2005	199 262	8 192	4,3	60	0,03	1 127	59	5,2	0	–
2006	187 965	6 807	3,8	64	0,03	956	42	4,3	1	0,1
2007	182 736	7 266	4,3	78	0,04	1 123	36	3,2	2	0,2
2008	160 376	7 252	4,8	109	0,07	992	80	8,1	1	0,1
2009**	74 815	5 725	8,1	137	0,18	832	123	14,9	6	0,7
2010	75 522	5 015	6,6	165	0,22	753	102	13,5	15	2,0
2011	75 137	5 242	7,5	165	0,24	707	89	12,6	10	1,4
2012	81 404	4 974	6,7	173	0,22	681	45	6,6	9	1,3
2013	84 398	4 686	6,1	244	0,32	583	52	9,0	14	2,4
2014	85 859	4 637	5,4	260	0,30	629	63	10,0	6	1,0
2015	93 067	4 544	4,9	301	0,32	660	62	9,4	12	1,8
2016	98 864	4 373	4,4	251	0,25	545	52	9,5	10	1,8

Pozn.: * Do 24 hodin po nehodě. ** Od 1. 1. 2009 se zvýšila hranice odhadované škody pro povinné hlášení nehody policii z původních 50 tis. Kč na 100 tis. Kč, proto došlo k poklesu počtu hlášených dopravních nehod.

Zdroj: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2017)

Celkem Policie ČR v r. 2016 použila 1 891 531 orientačních testů na alkohol (2 007 248 v r. 2014 a 1 336 324 v r. 2015) a 149 885 na OPL (98 785 v r. 2014 a 128 770 v r. 2015).

6.3 Drogová úmrť a mortalita uživatelů drog

6.3.1 Drogová úmrť ve speciálním registru mortality

Do r. 2012 včetně byla drogová úmrť z dat poskytovaných odděleními soudního lékařství sledována ve speciálním registru drogových úmrtí – od r. 1998 přímá drogová úmrť (smrtelná předávkování drogami) a od r. 2003 také nepřímá úmrť (úmrť z jiných příčin pod vlivem drog). Za r. 2013 a 2014 nejsou tato data k dispozici.

V únoru 2015 byl spuštěn Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (NRPATV), který spravuje ÚZIS a který nahradil speciální registr

drogových úmrtí – blíže viz VZ 2015. Za r. 2015 a 2016 jsou data o drogových úmrtích extrahována z NRPATV.

V ČR jsou povinně podle zákona soudním lékařem prováděny pitvy všech náhlých úmrtí, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a u všech násilných úmrtí (tj. také všech úrazů a otrav).

V r. 2016 bylo provedeno necelých 13 tisíc soudních pitev (přibližně stejně jako v r. 2015), u 46 % z nich bylo provedeno toxikologické vyšetření.

V r. 2016 bylo zjištěno 94 přímých drogových úmrtí (104 v r. 2015), tj. smrtelných předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychoaktivními léky, a to jak předávkování sebevraždou, tak náhodná či bez zjištěného úmyslu. Z toho bylo 32 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (44 v r. 2015). Psychoaktivní léky byly příčinou předávkování v 62 případech (60 případů v r. 2015) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017d).

Bylo identifikováno celkem 15 případů smrtelných předávkování opioidy (20 v r. 2015).

V 7 případech byl v r. 2016 příčinou opioid samotný, v 8 případech šlo o kombinaci s benzodiazepiny či jinými psychoaktivními léky. Mezi detekovanými opioidy byly zastoupeny dihydrokodein (5), morfin (3), oxykodon (2), buprenorfin (1) a fentanyl (1).

Pervitin byl příčinou smrtelného předávkování v 10 případech (15 v r. 2015), z toho v 9 případech byl užit samotný nebo v kombinaci s amfetaminem (který je metabolitem metamfetaminu).

V 5 případech šlo o smrtelné předávkování těkavými látkami (7 v r. 2015), z toho po 2 případech chloroformem a isopropanolem, po 1 případu toluenem, butanem a chlorovanými uhlovodíky.

V r. 2016, stejně jako v r. 2015, nebylo hlášeno žádné úmrtí v důsledku předávkování tanečními drogami typu MDMA nebo novými syntetickými drogami, halucinogeny ani THC. V r. 2016 nebylo hlášeno ani smrtelné předávkování kokainem – tabulka 6-14.

Smrtelná předávkování psychoaktivními léky jsou ve více než polovině případů sebevraždou, většinou jde o kombinaci léků s alkoholem. Celkem bylo v r. 2016 zjištěno 62 případů smrtelných předávkování psychoaktivními léky (60 v r. 2015), z toho v 18 případech šlo o benzodiazepiny, v 10 případech o zolpidem samotný nebo v kombinaci s jinými léky, v 6 případech šlo o kombinaci tramadolu s jinými léky a ve 2 případech o samotný tramadol.

tabulka 6-14: Smrtelná předávkování drogami v r. 2016 ve speciálním registru podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví

Droga	Věková skupina												Pohlaví		Celkem
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Muži	Ženy	
Opioidy	0	0	2	0	3	3	3	0	1	1	0	2	11	4	15
> jen opioidy	0	0	1	0	1	1	3	0	1	0	0	0	5	2	7
> více látek včetně opioidů	0	0	1	0	2	2	0	0	0	1	0	2	6	2	8
Jiné drogy než opioidy	0	0	1	2	3	3	3	0	2	2	1	0	12	5	17
> těkavé látky	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	3	2	5
> pervitin	0	0	1	1	1	3	2	0	2	0	0	0	8	2	10
Celkem nelegální drogy a těkavé látky	0	0	3	2	6	6	6	0	3	3	1	2	23	9	32
Psychoaktivní léky	0	0	2	3	5	4	10	6	7	9	3	13	28	34	62
> benzodiazepiny	0	0	2	1	2	1	4	2	1	0	0	5	7	11	18
Celkem	0	0	5	5	11	10	16	6	10	12	4	15	51	43	94

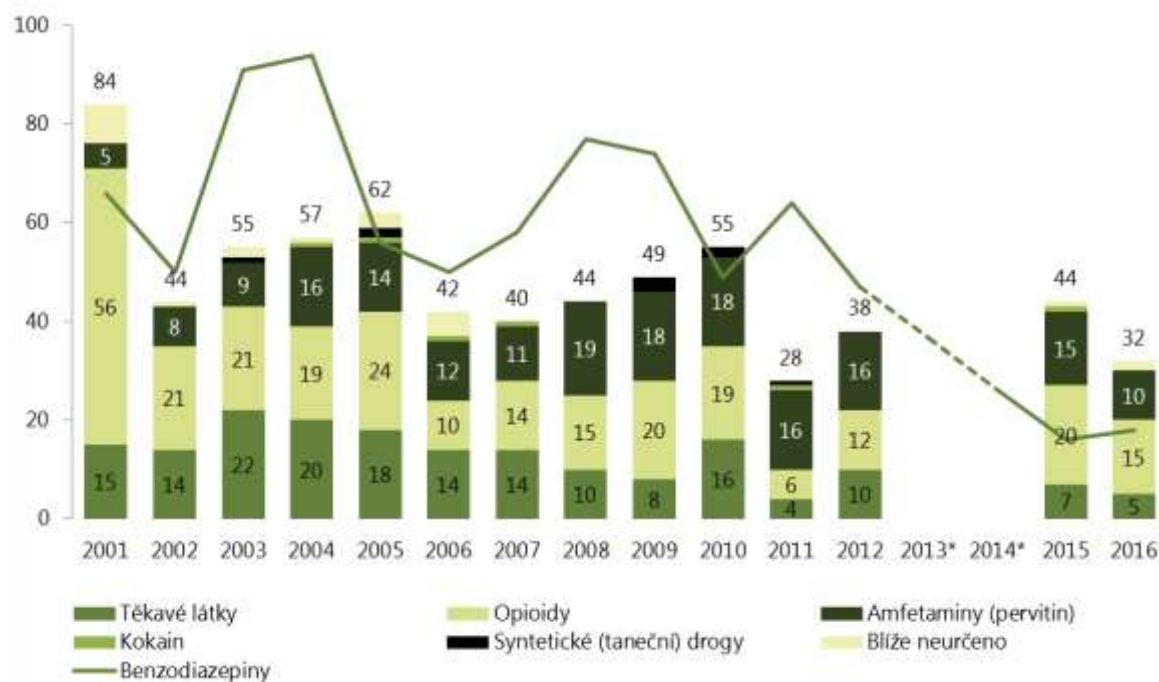
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017d)

V r. 2016 zůstal počet smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami nadále na nízké úrovni. Oproti r. 2015 došlo ke snížení počtu předávkování opioidy i pervitinem. Předávkování

ostatními nelegálními drogami jsou stále velmi sporadická. Počet předávkování benzodiazepiny oproti předchozímu období mírně vzrostl. Dlouhodobý trend ukazuje graf 6-13.

Výskyt smrtelných předávkování podle krajů v r. 2016 uvádí tabulka 6-15. Je patrný vyšší výskyt smrtelných předávkování opioidy ve Středočeském kraji a v Plzeňském kraji, kde je vysoký výskyt užívání opioidních analgetik jako fentanylu a morfinu.

graf 6-13: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami ve speciálním registru v l. 2001–2016



Pozn.: * Data za r. 2013 a 2014 nejsou dostupná. Od r. 2015 došlo ke změně dosavadního informačního systému Speciálního registru drogových úmrtí na Národní registr pítav a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství. Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017d)

tabulka 6-15: Smrtelná předávkování ve speciálním registru v r. 2016 podle krajů

Kraj bydliště	Nelegální drogy a těkavé látky				Psychoaktivní léky	Celkem
	Opioidy	Pervitin	Těkavé látky	Celkem		
Hl. m. Praha	0	1	0	2	5	7
Středočeský	5	2	0	7	6	13
Jihočeský	2	1	1	3	6	9
Plzeňský	3	1	0	4	11	15
Karlovarský	1	0	0	1	6	7
Ústecký	0	0	0	0	0	0
Liberecký	0	1	1	2	5	7
Královéhradecký	0	2	0	2	4	6
Pardubický	1	0	0	1	3	4
Vysočina	0	0	0	1	2	3
Jihomoravský	0	1	1	3	6	9
Olomoucký	1	1	1	3	2	5
Zlínský	0	0	0	0	2	2
Moravskoslezský	1	0	1	2	0	2
Neuvedeno	1	0	0	1	4	5
Celkem	15	10	5	32	62	94

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017d)

6.3.2 Úmrtí pod vlivem drog

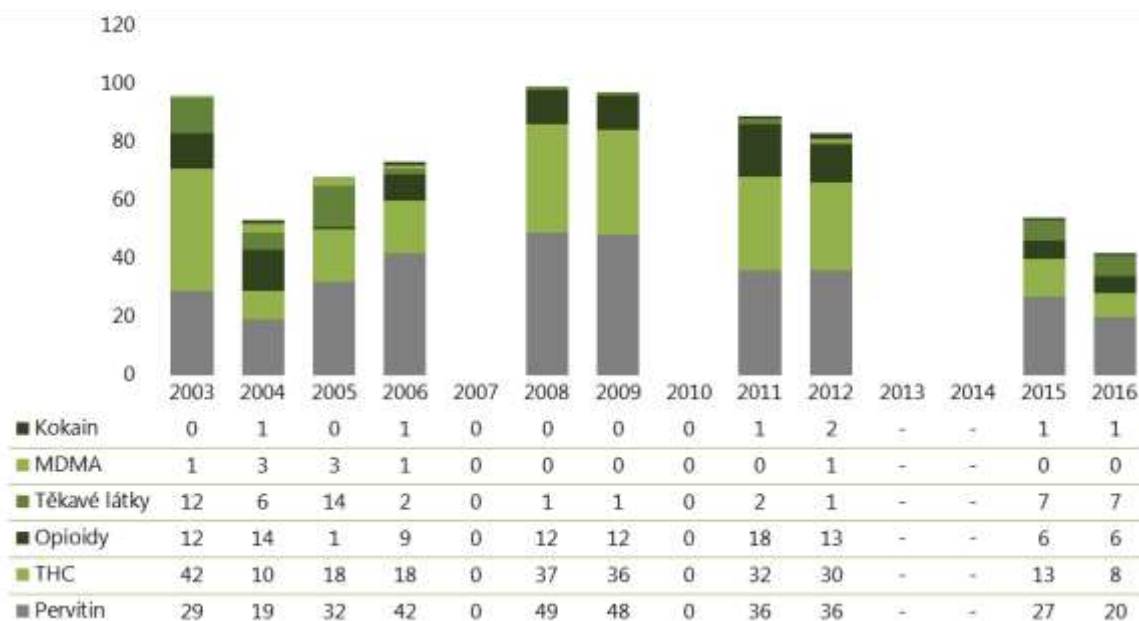
Celkem bylo v NRPATV v r. 2016 identifikováno 97 úmrtí pod vlivem drog (99 v r. 2015), včetně léků, z jiných příčin než předávkování, z toho nejvíce stejně jako v minulosti v důsledku nehod a sebevražd. Přehled počtu a podílu vybraných skupin drog na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti drog uvádí tabulka 6-16, trend od r. 2004 ukazuje graf 6-14. V dlouhodobém horizontu je nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí s nálezem nelegálních drog spojen s pervitinem a konopnými látkami.

tabulka 6-16: Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v r. 2016 podle vybraných skupin drog a příčin smrti

Droga	Nehoda	Sebevražda	Napadení	Nemoc	Nezjištěno	Celkem	Podíl (%)
Benzodiazepiny	13	11	0	8	7	39	40,2
Jiné psychoaktivní léky	7	0	0	3	3	13	13,4
Pervitin	10	7	0	2	1	20	20,6
Kokain	0	1	0	0	0	1	1,0
Ostatní stimulancia	1	0	0	0	2	3	3,1
Konopné látky	4	3	0	1	0	8	8,2
Těkavé látky	2	3	0	2	0	7	7,2
Opiáty	3	1	0	0	2	6	6,2
Celkem	40	26	0	16	15	97	100,0

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017d)

graf 6-14: Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v l. 2003–2016



Pozn.: Od r. 2015 došlo ke změně dosavadního informačního systému Speciálního registru drogových úmrtí na Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství. Data za r. 2013 a 2014 nejsou dostupná.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017d)

6.3.3 Drogová úmrtí v obecném registru mortality

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

Počet předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v r. 2016 dosáhl 48 (57 v r. 2015), z toho bylo 20 případů předávkování opioidy (27 případů v r. 2015), z nich byly 2 případy

předávkování metadonem, 1 případ heroinem a 1 případ opiem, zbytek tvoří jiné blíže neurčené opioidy. Dále byl hlášen 1 případ předávkování kokainem, 6 případů předávkování stimulancií mimo kokainu (pravděpodobně převážně pervitinem), 14 nespecifikovanými látkami a 7 těkavými látkami (4 v r. 2015) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017a). Strukturu smrtelných předávkování v r. 2016 podle standardní i rozšířené selekce B podle EMCDDA¹⁵⁹ podle věku, pohlaví a druhu drogy ukazuje tabulka 6-17 a vývoj počtu úmrtí podle jednotlivých drog v období 1994–2016 tabulka 6-18. Počet případů předávkování v posledních letech rostl, v r. 2016 došlo k poklesu počtu případů.

tabulka 6-17: Smrtelná předávkování drogami v r. 2016 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví

Droga	Věková skupina												Pohlaví		
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Muži	Ženy	Celkem
Opioidy	0	0	0	1	2	5	5	1	1	2	1	2	13	7	20
Konopné látky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokain	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Ostatní stimulancia	0	0	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	2	4	6
Halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drogy blíže nespecifikované	0	0	0	2	2	1	1	1	3	2	0	2	9	5	14
Celkem nelegální drogy*	0	0	2	3	6	7	8	2	4	4	1	4	24	17	41
Těkavé látky	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	0	2	3	4	7
Celkem nelegální drogy a těkavé látky	0	0	3	3	7	7	8	2	4	7	1	6	27	21	48

Pozn.: * selekce B standardu EMCDDA

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017a)

¹⁵⁹ Jako standard je používána tzv. selekce B podle EMCDDA, která spočívá ve výběru úmrtí, kde je prvotní příčinou duševní porucha a porucha chování způsobená nelegálními drogami a jejich kombinacemi (dg. F11–F19 bez F13, F17 a F18) nebo jde o náhodnou, úmyslnou nebo blíže nezjištěnou otravu nelegálními drogami, tj. kombinaci diagnóz uvedených pod písmeny X nebo Y s diagnózami pro otravu danou substancí (dg. T40 a T43.6). Ve snaze co nejvíce sblížit selekci B z obecného registru se selekcí D ze speciálního registru mortality bylo provedeno rozšíření standardní selekce B o těkavé látky, tzn. o dg. F18 (duševní porucha a porucha chování způsobená užíváním těkavých látek) a o dg. X46, X66 a Y16 v kombinaci s dg. T52, tj. náhodná, úmyslná nebo nezjištěná otrava těkavými látkami.

tabulka 6-18: Smrtelná předávkování drogami podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2016

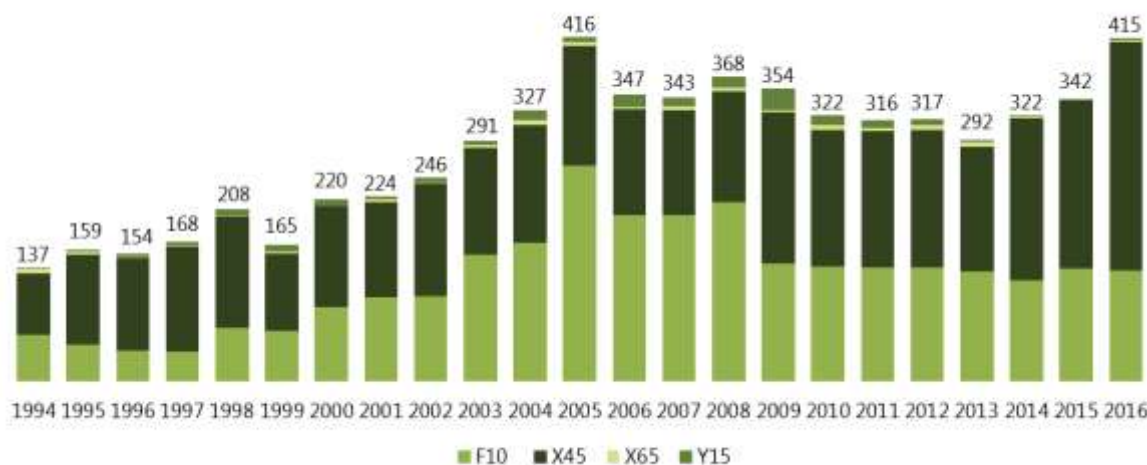
Rok	Opioidy	z toho metadon	Konopné látky	Kokain	Ostatní stimulancia (pervitin)	Halucinogeny	Drogy blíže neurčené	Celkem nelegální drogy	Těkavé látky	Celkem nelegální drogy a těkavé látky
1994	7	0	0	0	0	0	3	10	12	22
1995	0	0	0	0	0	0	3	3	9	12
1996	2	0	0	0	0	0	4	6	18	24
1997	4	0	0	0	0	0	9	13	17	30
1998	7	0	0	0	0	0	9	16	10	26
1999	14	1	1	0	1	0	8	24	14	38
2000	11	0	0	0	0	0	12	23	19	42
2001	18	0	0	0	0	0	13	31	21	52
2002	6	0	0	0	3	0	4	13	17	30
2003	12	0	0	0	2	0	4	18	14	32
2004	2	0	0	0	1	0	11	14	14	28
2005	9	0	0	1	2	0	7	19	16	35
2006	11	0	1	1	1	0	5	19	14	33
2007	6	1	1	0	2	0	10	19	15	34
2008	9	0	0	0	7	0	8	24	8	32
2009	20	1	1	0	2	0	10	33	10	43
2010	13	1	0	0	8	0	8	29	13	42
2011	12	0	0	1	3	1	5	22	5	27
2012	17	1	0	0	7	0	8	32	13	45
2013	17	1	3	0	10	0	9	39	8	47
2014	14	0	0	0	10	0	11	35	13	48
2015	27	0	0	0	16	0	10	53	4	57
2016	20	2	0	1	6	0	14	41	7	48

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017a)

6.3.4 Úmrtí spojená s alkoholem

V r. 2016 bylo v obecném registru mortality, tj. v informačním systému Zemřelí, hlášeno 415 smrtelných předávkování alkoholem, vývoj od r. 1994 ukazuje graf 6-15. V posledních 3 letech je patrný nárůst počtu případů.

graf 6-15: Počet smrtelných předávkování alkoholem v obecném registru úmrtí v l. 1994–2015 podle diagnostických skupin



Pozn.: dg. F10 – duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, dg. X45 – náhodná otrava alkoholem a expozice jeho působení, dg. X65 – úmyslná otrava alkoholem a expozice jeho působení, dg. Y15 – otrava alkoholem a expozice jeho působení, nezjištěného úmyslu; poslední 3 v kombinaci s dg. T51.0 (etanol), T51.1 (metanol) a T51.9 (nespecifikovaný alkohol)

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017a)

V r. 2015 byla poprvé provedena analýza úmrtí spojených s etanolem z dat z oddělení soudních lékařství, resp. z nového NRPATV. V r. 2016 bylo identifikováno celkem 788 alkoholových úmrtí (815 v r. 2015), z toho 148 přímých (smrtelných předávkování) a 640 úmrtí, na která měla intoxikace alkoholem vliv (z toho nejvíce v důsledku vnějších příčin, jako jsou nehody a sebevraždy) – tabulka 6-19.

Rozdíly mezi počtem úmrtí na předávkování v obecném registru úmrtí (graf 6-15) a speciálním registru úmrtí (tabulka 6-19) je způsoben tím, že oba systémy používají jiné postupy pro kódování příčin úmrtí a vlivu návykových látek, a zejména tím, že na soudních lékařstvích je pitváno přibližně pouze 13 % zemřelých v ČR a řada úmrtí spojených s konzumací alkoholu je tedy do obecného registru pravděpodobně hlášena mimo soudnělékařská oddělení.

tabulka 6-19: Úmrtí spojená s alkoholem (etanolem) zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2016

Etanol a jeho kombinace s dalšími látkami	Přímá úmrtí (předávkování)	Úmrtí pod vlivem					celkem
		nehody	sebevraždy	napadení	nemoci	nezjištěno	
Etanol samotný nebo s metanolem	135	173	61	1	185	50	470
Etanol v kombinaci s OPL	1	4	4	0	0	2	10
Etanol v kombinaci s jiným lékem	8	32	18	0	18	18	86
Etanol v kombinaci s jinou látkou (např. kofein, nikotin, aceton)	4	48	8	0	8	10	74
Celkem	148	257	91	1	211	80	640

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017d)

6.3.5 Mortalita uživatelů drog

V NRLUD, v části registru evidujícího substituční léčbu se jako jeden z důvodů ukončení léčby uvádí také úmrtí klienta. V r. 2016 bylo registrováno celkem 2266 léčených osob, z nichž 6 v průběhu roku

zemřelo (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016a), což znamená hrubou roční míru úmrtnosti 2,6 ‰ – tabulka 6-20. Míra úmrtnosti v registru substituční léčby je však podhodnocena, protože v NRLUD nejsou evidována úmrtí všech pacientů.

tabulka 6-20: Míra úmrtnosti pacientů podle registru substituční léčby v l. 2000–2016

Rok	Počet registrovaných	Počet zemřelých	Míra úmrtnosti (%)
2000	245	0	0,0
2001	533	2	3,8
2002	560	0	0,0
2003	789	2	2,5
2004	866	2	2,3
2005	825	1	1,2
2006	938	1	1,1
2007	1 038	0	0,0
2008	1 356	3	2,2
2009	1 555	3	1,9
2010	2 113	4	1,9
2011	2 290	4	1,7
2012	2 298	3	1,3
2013	2 311	3	1,3
2014	2 314	5	2,2
2015	2 248	6	2,7
2015	2 266	6	2,6

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)



Kapitola 7:

Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

7.1 Legislativní rámec a strategie v oblasti snižování rizik

Snižování rizik tvoří jeden ze čtyř pilířů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a jednu z oblastí Akčního plánu pro oblast nelegálních návykových látek na období 2016–2018 – blíže viz VZ 2015. Rovněž další akční plány strategie pro hazardní hraní, pro alkohol a pro kontrolu tabáku obsahují části zaměřené na snižování rizik.

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013–2017 obsahuje řadu aktivit, jejichž cílovou skupinou jsou rovněž injekční uživatelé drog – blíže viz VZ 2015. V r. 2017 byl připraven nový Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v ČR na období 2018–2022, který prioritně cílí na populaci mužů majících sex s muži (MSM), kteří aktuálně představují největší část nových případů HIV infekce v ČR.¹⁶⁰

7.2 Prevence předávkování

Prevence předávkování je v ČR poskytována prostřednictvím poradenství a vzdělávání uživatelů drog v rámci služeb nízkoprahových a léčebných zařízení – blíže viz kapitoly Nízkoprahové harm reduction programy (str. 177) a Sít specializované adiktologické péče (str. 119). Dosud nebyly zavedeny ani testovány programy distribuce naloxonu.¹⁶¹ V posledních letech roste míra užívání opioidních analgetik (včetně potentních, jako např. fentanyl) – blíže viz kapitolu Problémové užívání drog (str. 95), avšak po zvýšení počtu smrtelných předávkování opioidy v r. 2015 byl za r. 2016 v registrech zaznamenán pokles – viz kapitolu Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog (str. 167). Data o nefatálních intoxikacích viz kapitolu Nefatální intoxikace drogami (str. 164).

Sekce harm reduction Asociace nestátních organizací zprovoznila v únoru 2017 on-line sdílenou databázi Přehled úmrtí a fatálních předávkování klientů služeb HR, kam mohou nízkoprahové služby reportovat údaje o nefatálních i fatálních předávkováních a jiných úmrtích svých klientů. Důvodem zřízení databáze bylo umožnit srovnání údajů z oficiálních registrů se zkušeností z terénu a využít je pro další práci s klienty. Záznamy byly doplněny i zpětně od r. 1999. Za r. 2016 a 2017 (do srpna) bylo hlášeno 58 případů úmrtí, z toho 8 případů bylo identifikováno jako úmrtí následkem předávkování opioidy (Sekce harm reduction A.N.O. a Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2017).

7.3 Prevence a léčba infekcí mezi uživateli drog

7.3.1 Nízkoprahové harm reduction programy

Sít nízkoprahových služeb v ČR tvoří kontaktní centra a terénní programy. Cílovou populací nízkoprahových zařízení v oblasti prevence onemocnění přenosných krví a pohlavní cestou (výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů, testování, poradenství a zprostředkování léčby) jsou problémoví uživatelé drog, zejména injekční uživatelé drog, experimentátoři i jejich rodiny a blízcí. Nízkoprahové programy jsou zpravidla místem prvního kontaktu s uživateli, kteří se rozhodují nastoupit do léčby. Programy kontaktních center a terénních programů fungují buď samostatně, nebo jsou úzce propojeny (členové týmu, kancelář). Stále častěji se vyskytuje služba harm reduction

¹⁶⁰ http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c10/2016_13122_11.html [2017-09-04]

¹⁶¹ Naloxon je antagonist opioidních receptorů, váže se na ně a vytěsňuje z vazby na nich jiné opioidy a ruší jejich účinek. Používá se (jako antidotum) ve formě injekčního roztoku či spreje při předávkování opioidy.

programu (kontaktního centra) místně integrovaná s adiktologickou ambulancí (např. v téže budově). Ve velmi omezené míře jsou v ČR realizovány programy určené rekreačním uživatelům drog v prostředí noční zábavy.

Zdrojem údajů o nízkoprahových službách jsou závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2017), informace o programech dotovaných z jiných zdrojů a informace vyžádané pro potřeby této zprávy.

Počet nízkoprahových programů se v posledních letech pohybuje kolem 100. V r. 2016 jich bylo 104, v tom 57 kontaktních center a 47 terénních programů.¹⁶² V r. 2016 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 39,5 tis. uživatelů drog,¹⁶³ což představuje mírný pokles ze 41 tis. v r. 2015. Nejčastěji šlo o uživatele pervitinu (24,5 tis.), dále uživatele opioidů (9,8 tis.) a konopných látek (2,9 tis.). Programy navíc odhadují 12,6 tis. osob ve zprostředkovaném kontaktu.¹⁶⁴ Z dlouhodobého hlediska je patrný postupný nárůst problémových uživatelů pervitinu, v posledních letech také opioidů. Vzhledem k výskytu užívání jiných opioidů než heroinu a buprenorfinu (především opioidních analgetik ve formě tablet či náplastí) byla od r. 2015 do přehledu zařazena kategorie primární drogy „jiné opioidy“. Za r. 2016 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 1200 uživatelů jiných opioidů. Podíl injekčních uživatelů drog (IUD) mezi klienty nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje na úrovni 75–80 % (80 % v r. 2016). Průměrný věk klientů se od r. 2006 zvýšil o 5 let na 31,4 roku, ženy tvoří 30 % klientů nízkoprahových programů – tabulka 7-1. V r. 2016 pracovaly nízkoprahové programy rovněž s uživateli alkoholu (905 osob) a s patologickými hráči (78 osob).

Vzhledem k vysokému podílu injekčních uživatelů mezi problémovými uživateli drog je nejčastěji poskytovanou službou výměnný program injekčních setů a distribuce parafernálií – tabulka 7-2. Nejvyšší počet kontaktů i výměn injekčního materiálu vykázaly v r. 2016 stejně jako v minulých letech nízkoprahové programy v Praze, následované programy v Ústeckém, Jihočeském a Moravskoslezském kraji (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2017). Vzhledem k celkovému objemu kontaktů se počet prvních kontaktů jeví jako nízký (1,8 % všech kontaktů), počet prvních kontaktů je poměrně nízký zejména v Praze. Podrobný přehled o výkonech v nízkoprahových programech podle krajů v r. 2016 poskytuje tabulka 7-3.

tabulka 7-1: Uživatelé návykových látek v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR v l. 2006–2016

Primární droga	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pervitin	12 100	14 600	14 900	16 000	17 500	19 400	19 500	23 500	26 500	24 600	24 500
Opioidy, z toho	6 900	7 300	8 300	8 900	8 100	6 800	9 200	8 400	7 500	9 900	9 800
> heroin	4 000	4 100	4 600	4 950	4 200	3 300	2 800	2 700	2 900	3 400	2 700
> buprenorfin	2 900	3 200	3 700	3 950	3 900	3 500	6 200	5 500	4 700	5 700	5 800
> jiné opioidy*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	700	1 200
Konopné látky	2 700	2 000	1 700	2 200	1 900	3 200	3 300	1 600	2 500	2 400	2 900
Těkavé látky	450	390	300	250	300	250	160	250	160	100	100
Celkem uživatelů drog	25 900	27 200	28 300	30 000	32 400	35 500	34 500	38 300	40 300	41 000	39 500
Injekční uživatelé	18 300	20 900	22 300	23 700	24 500	25 300	28 000	31 500	33 000	31 400	31 600
Průměrný věk (roky)	25,3	26,1	26,4	27,4	27	28,1	28,5	29,3	30,4	31,3	31,4

Pozn.: * např. Palladone-SR®, fentanyl, Vendal Retard®

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

¹⁶² Počet programů je ovlivňován formálním členěním jednotlivých organizací a dotační politikou organizace a donorů.

Kontaktní centrum a terénní program mohou být provozovány jedním subjektem v rámci jednoho zařízení či organizace, v jiných případech nebo v různých letech může jít o 2 i více programů.

¹⁶³ součet identifikovaných i anonymních klientů

¹⁶⁴ Osoby, které využívají služeb programu (zejména výměnu injekčního materiálu) prostřednictvím jiných osob.

tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových programů v l. 2006–2016, v tis.

Výkony	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hygienický servis	41,1	40,0	34,8	44,3	56,3	53,0	46,4	42,4	44,7	44,5	47,5
Individuální poradenství	21,9	24,1	21,0	27,8	37,6	30,8	34,0	27,4	30,9	29,0	30,6
Krizová intervence	1,8	1,6	1,1	1,6	2,4	2,4	1,8	1,4	1,3	1,3	1,3
Potravinový servis	97,6	94,1	87,8	108,8	107,7	100,7	94,3	100,2	97,7	86,3	93,0
Skupinové poradenství	1,5	1,0	1,1	1,3	1,3	0,7	0,5	0,5	0,6	0,7	0,5
Výměnný program	191,0	215,8	217,2	237,8	234,9	256,5	240,1	279,1	292,2	284,1	283,4
Zdravotní ošetření	10,5	9,4	7,7	10,2	9,7	9,5	9,2	10,8	11,7	11,9	12,0
Celkem	322,9	338,1	329,5	365,6	396,8	415,4	421,5	458,1	476,7	454,3	468,3

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových programů v r. 2016 podle krajů

Kraj	Kontakty celkem	První kontakt	Výměnný program	Individuální poradenství	Krizová intervence	Zdravotní ošetření
Hl. m. Praha	151 214	376	99 674	7 328	130	5 776
Středočeský	18 214	510	10 309	1 066	68	136
Jihočeský	30 418	1128	12 555	4 407	160	588
Plzeňský	18 494	546	9 739	1 164	194	216
Karlovarský	25 458	610	14 428	1166	33	195
Ústecký	87 785	1 775	63 153	2 443	177	1 176
Liberecký	17 259	505	11 721	445	22	65
Královéhradecký	8 128	170	4 744	465	18	78
Pardubický	2 887	153	1 360	112	10	1
Vysočina	8 531	239	2 718	900	17	54
Jihomoravský	27 575	876	16 668	2 481	60	1 068
Olomoucký	21 492	733	10 976	4 929	153	2 376
Zlínský	13 404	369	5 688	1 326	82	149
Moravskoslezský	30 208	340	19 710	2 334	200	146
Celkem ČR	461 067	8 330	283 443	30 566	1 324	12 024

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

7.3.2 Výměnné programy injekčních jehel a stříkaček

Distribuci stříkaček, jehel a dalších parafernálií v r. 2016 realizovalo 104 nízkoprahových programů.¹⁶⁵ Množství distribuovaného materiálu dlouhodobě roste, ale v r. 2015 byl historicky vůbec poprvé zaznamenán pokles počtu vydaných injekčních setů (z 6,6 mil. kusů v r. 2014 na 6,4 mil. kusů v r. 2015), v r. 2016 počet vydaných kusů opět stoupl na téměř 6,5 mil. kusů. Vývoj počtu programů a distribuovaných injekčních stříkaček ukazuje tabulka 7-4, počet vydaných stříkaček podle krajů ukazují tabulka 7-5 a mapa 7-1.

Injekční uživatelé, kteří navštívili nízkoprahová zařízení v r. 2016, si vyměnili průměrně 204 kusů injekčního náčiní na jednoho klienta. V přepočtu na jednoho odhadovaného IUD celkem to představuje 151 kusů ročně, což je podle WHO v rámci prevence přenosu HIV v pásmu středního pokrytí (WHO a kol., 2013).¹⁶⁶ Množství injekčního materiálu distribuovaného v jednotlivých krajích odpovídá relativnímu počtu injekčních, resp. problémových uživatelů drog.

¹⁶⁵ Do tohoto počtu jsou zahrnuty výměnné programy jehel a stříkaček i prodejní automaty.

¹⁶⁶ Pro efektivní prevenci HIV je žádoucí dosáhnout vysokého pokrytí, které je definováno jako distribuce 200 a více kusů jehel na 1 injekčního uživatele a rok.

tabulka 7-4: Počet výměnných programů a vydaných jehel a stříkaček v ČR v l. 1998–2016

Rok	Počet výměnných programů	Počet vydaných jehel a stříkaček
1998	42	486 600
1999	64	850 285
2000	80	1 152 334
2001	77	1 567 059
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	93	3 868 880
2007	107	4 457 008
2008	98	4 644 314
2009	95	4 859 100
2010	96	4 942 816
2011	99	5 292 614
2012	103	5 356 318
2013	110	6 175 118
2014	105	6 594 069
2015	104	6 403 404
2016	104	6 469 441

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v l. 2005–2016 podle krajů, v tis.

Kraj	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hl. m. Praha	1 697,6	1 850,3	2 071,8	2 060,6	2 130,7	2 130,4	2 198,7	2 266,9	2 516,1	2 634,3	2 479,4	2 436,4
Středočeský	110,3	168,2	215,6	309,6	345,2	350,1	332,8	414,1	486,6	439,8	440,3	458,4
Jihočeský	124,5	141,8	212,8	228,9	239,7	183,3	202,5	206,8	253,9	318,5	311,4	343,3
Plzeňský	116,6	157,3	189,9	207,9	188,4	190,6	181,4	204,1	247,6	270,7	261,8	268,7
Karlovarský	58,7	66,4	83,5	79,8	102,5	141,4	177,8	151,5	150,3	211,8	181,9	196,3
Ústecký	479,4	612,3	655,9	637,9	678,0	604,2	735,9	616,6	830,7	941,8	932,4	992,2
Liberecký	32,8	47,8	64,0	129,9	87,3	130,0	150,8	174,7	220,2	207,7	252,8	268,1
Královéhradecký	86,2	98,3	139,1	173,4	183,2	200,6	253,3	217,8	245,6	266,8	235,4	265,9
Pardubický	38,7	48,1	29,9	52,7	62,5	85,0	88,9	93,8	87,8	92,3	88,7	83,5
Vysočina	61,4	68,7	99,4	65,3	81,1	89,8	86,1	79,5	136,7	145,2	116,4	99,6
Jihomoravský	173,1	227,8	269,2	264,9	252,1	286,3	331,1	311,6	318,8	336,1	352,5	338,3
Olomoucký	96,4	150,0	134,4	137,3	164,7	197,8	199,9	175,9	199,5	213,5	194,1	171,9
Zlínský	52,2	69,0	115,7	89,9	111,1	96,3	91,5	88,9	97,8	112,3	129,2	124,3
Moravskoslezský	143,8	162,8	175,7	206,1	232,5	257,0	261,9	354,1	383,4	403,3	427,1	421,7
Celkem ČR	3 271,6	3 868,9	4 457,0	4 644,3	4 859,1	4 942,8	5 292,6	5 356,3	6 175,1	6 594,1	6 403,4	6 469,4

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

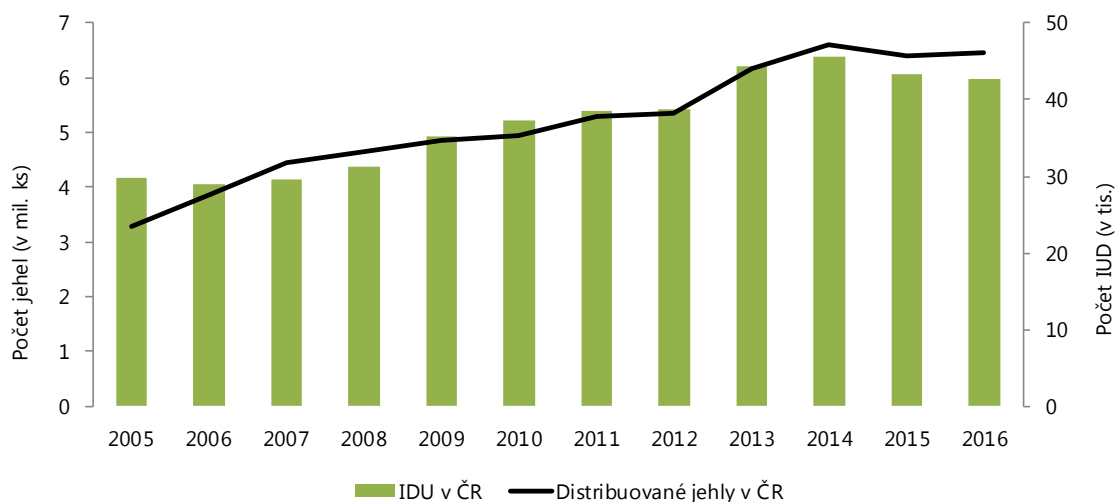
mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2016 na 1 mil. obyvatel ve věku 15–64 let



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

Trend vývoje odhadu počtu injekčních uživatelů drog v ČR a trend distribuce injekčního materiálu zobrazuje graf 7-1.

graf 7-1: Trend distribuce injekčních jehel (setů) a vývoj odhadovaného počtu injekčních uživatelů drog v ČR, 2005–2016



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

V Kolíně (Středočeský kraj) a Strakonících (Jihočeský kraj) byly k distribuci injekčních setů v r. 2016 využívány prodejní automaty, ze kterých bylo vydáno 8,5 tis. stříkaček. Ve Strakonících došlo k meziročnímu poklesu vydaného materiálu, v Kolíně byl naopak zaznamenán meziroční nárůst přibližně o 1 tis. kusů. V minulosti byl automat instalován rovněž v Plzni (Plzeňský kraj), v prosinci 2015 byl však demontován poté, co došlo k úmrtí klienta v blízkosti automatu. Zrušený automat využívaly zejména těžce dosažitelné skupiny, jako jsou cizinci, etnické menšiny či skryté populace uživatelů drog. Náhradou za zrušený automat spustilo kontaktní centrum v prosinci 2016 výměnný program. O opětovném zprovoznění automatu jedná program se zástupci Magistrátu města Plzně, zatím bez výsledku.

V celé ČR zajistily nízkoprahové programy sběrem ve veřejném prostoru celkem 61,5 tis. (o 10 tis. více než v r. 2015) kusů injekčních jehel. Sběr pohozeného injekčního materiálu zajišťuje rovněž městská policie, např. Městská policie v Praze za r. 2016 vykazala téměř 13 tis. kusů injekčních jehel.¹⁶⁷ V Praze od r. 2012 realizuje Progressive projekt FIXPOINT, který zajišťuje instalaci a správu kontejnerů na použitý injekční materiál ve veřejném prostoru. V r. 2016 bylo prostřednictvím 17 kontejnerů na území pěti městských částí Prahy bezpečně odhozeno celkem 3,5 tis. kusů injekčních stříkaček.

Výměna injekčních stříkaček a jehel je v nízkoprahových programech doplňována distribucí aluminiové fólie určené ke kouření heroinu a želatinových kapslí určených k perorální aplikaci jako alternativy injekčního užívání drog, především pervitinu. Součástí nabídky služeb harm reduction programů je rovněž distribuce kondomů a lubrikantů. Mezi další pomůcky, které mohou být kontaminovány a sdíleny, a proto jsou v rámci prevence přenosu infekčních chorob nabízeny uživatelům drog, patří nádoby k rozpouštění drogy, speciální filtry pro filtraci roztoku od pevných nečistot (např. Sterifilt®, Sterimix®, Stericup®), sterilní voda, náplasti, LDS injekční stříkačky¹⁶⁸ a další materiál.

V monitoringu testování a prevence infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových programech za r. 2016 bylo vyplněno celkem 43 dotazníků za 53 nízkoprahových programů¹⁶⁹ – viz také kapitolu Prevalence infekčních onemocnění mezi uživateli drog (str. 157). Z nich nabízelo želatinové kapsle 40 programů (93 %) a vydalo 101 tis. kapslí (v průměru 2,5 tis. na jedno zařízení, které kapsle distribuuje) – tabulka 7-6. V průzkumu Sčítání adiktologických služeb 2014 (blíže viz VZ 2014) uvedlo distribuci želatinových kapslí 84 a aluminiové fólie 73 nízkoprahových programů. Odhadem 84 nízkoprahových programů vydá cca 220 tis. kapslí ročně.

tabulka 7-6: Distribuce želatinových kapslí v nízkoprahových programech v l. 2008–2016

Rok	Počet programů, které odpověděly na dotazník	Programy distribuující kapsle		Počet distribuovaných kapslí (tis.)
		Počet	Podíl (%)	
2008	50	16	32,0	23,9
2009	20	14	70,0	28,6
2010	43	30	69,8	56,9
2011	52	42	80,8	72,6
2012	38	27	71,1	46,8
2013	49	44	89,7	112,8
2014	57	47	82,5	123,1
2015	33*	28	84,8	69,8
2016	43*	40	93,0	101,1

Pozn.: * V r. 2015 bylo celkem vyplněno 33 dotazníků (v r. 2016 celkem 43), 9, resp. 10 dotazníků bylo vyplněno v obou letech za 2 či více programů.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2017c)

7.3.3 Testování infekcí

Počet všech testujících programů a počet provedených testů v nízkoprahových zařízeních zjišťuje NMS ze závěrečných zpráv projektů podpořených v dotačním řízení RVKPP a z dotazování mezi nedotovanými programy. Výsledky testování v nízkoprahových programech jsou k dispozici z jiných zdrojů – blíže viz Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových programech (str. 157).

¹⁶⁷ <http://www.mppraha.cz/uvod-czech/hlavni-clanky/2088-celkem-615-kusu-nebezpecneho-infekcniho-materialu-po-narkomanech-nasli-po-cele-republice-straznici-ze-32-mest> [2017-08-31]

¹⁶⁸ Tzv. low dead space stříkačky mají malý „mrtvý“ prostor (zejména kónus stříkačky a průsvit jehly), který je po aplikaci kontaminován krví, a snižují tak riziko přenosu infekce při sdílení injekčního materiálu.

¹⁶⁹ Deset dotazníků bylo vyplněno za kontaktní centrum i terénní program dané organizace.

V r. 2016 nabízelo možnost testování na HIV 76 programů, na VHB 56, na VHC 78 a na syfilis 57 programů – tabulka 7-7. Od r. 2008 je patrný dlouhodobý nárůst počtu provedených testů, zejména na HIV a VHC, v r. 2015 však byl zaznamenán u obou typů testů mírný meziroční pokles.

tabulka 7-7: Počet testů na infekční nemoci a počet testujících nízkoprahových programů v l. 2003–2016

Rok	HIV		VHB		VHC		Syfilis	
	Programy	Testy	Programy	Testy	Programy	Testy	Programy	Testy
2003	64	2 629	21	739	60	2 499	4	209
2004	58	2 178	25	932	53	2 582	1	84
2005	54	2 425	28	1 370	55	2 664	2	54
2006	46	1 253	56	693	62	1 133	3	209
2007	53	609	19	370	24	401	4	62
2008	50	1 120	18	399	40	862	3	124
2009	47	1 592	23	560	43	1 501	4	143
2010	58	1 821	40	1 200	59	2 134	20	771
2011	78	2 833	69	1 598	80	3 158	66	1 516
2012	64	2 892	48	1 468	67	3 011	46	1 969
2013	72	2 952	52	1 756	78	3 278	51	1 811
2014	74	3 028	54	1 889	79	3 359	57	1 829
2015	67	2 964	51	1 713	74	2 975	50	1 845
2016	76	3 332	56	2 128	78	3 347	57	2 406

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

Jsou k dispozici údaje z pravidelného monitoringu testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových programech za r. 2016, ve kterém odpovědělo 43 programů – blíže viz kapitolu Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových programech (str. 157). Průměrná otevírací doba programů je 36 hodin týdně, služba testování je dostupná 30 hodin týdně. Otázku na personál zařízení odpovědělo 30 programů, v nichž pracuje 150 osob, z nich testování provádí 104 osoby (1–9 pracovníků na program, průměr 3,5 osoby na zařízení).

Anonymní testování na HIV a VHC nabízí cca 60 % programů, na VHB a syfilis přibližně třetina. Část programů (15 ze 43) uplatňuje postup, kdy je klientovi test nabídnut anonymně s podmínkou, že při reaktivním výsledku bude následné konfirmační vyšetření neanonymní. Minimum programů (2) klienty ke konfirmačnímu vyšetření doprovází, cca třetina vystavuje písemné doporučení. Menší část (7) programů je schopno odebrat plnou krev na konfirmaci a výsledek konfirmace sdělit přímo v zařízení. Malá část zařízení (5) si ověřuje telefonicky či písemně, zda klient s reaktivním testem podstoupil konfirmační odběr, případně mají informaci pouze od klienta. Dvě zařízení uvedla, že kontaktují zdravotnické zařízení pouze v případě vyšetření na syfilis, u dalších infekcí vyžadují zprávu od lékaře nebo mají informaci od klienta. Jedno zařízení dostává výsledky přímo z laboratoře. V průměru přibližně 36 % klientů podstoupí konfirmační vyšetření u VHC (10–100 % podle programu), 90–100 % u HIV a 100 % u syfilis.

Malá část zařízení (4) má navázanu funkční spolupráci se stomatologem, s gynekologem (5), větší část s psychiatrem (11). Dvě zařízení uvedla, že pro klienty není dostupný substituční program. Přibližně polovina programů (25) má navázanu funkční spolupráci s odborníky v oblasti léčby HIV/AIDS a VHC, méně v oblasti léčby pohlavních nemocí (21) nebo tuberkulózy (5). Spolupráci se specialisty v oboru infekčního lékařství, venerologie či hepatologie hodnotí většina zařízení kladně, 3 zařízení ji hodnotí spíše jako problematickou (setkávají se s odmítáním konfirmačních testů, stigmatizací klientů, čelí nízké časové a místní dostupnosti). Klienti služeb jsou aktivně oslovováni pracovníky zařízení s nabídkou testů, sami nejsou v tomto směru příliš aktivní. Služby, které jsou v kontaktu s klienty z vyloučených lokalit, hlásí nízkou protestovanost, neinformovanost a bagatelizaci rizik. Některé programy pozorují u mladších klientů kolem 20 let vyšší zájem o pomůcky pro aplikaci šňupáním (tzv. šňupátka) nebo požitím (kapsle).

Mezi faktory bránící vyšší míře testování populace uživatelů drog byly uvedeny legislativně-procesní (metodické) překážky, které snižují dostupnost testování mimo zdravotnická zařízení. Na straně klientů jsou to faktory jako nízká informovanost a mýty o rizicích a infekčních nemocech, obavy z reaktivního výsledku, nezáměr o zdravotní stav nebo nedostatek financí.

Historie testování klientů na HIV, VHB a VHC je sledována v Registru žádostí o léčbu spravovaném hygienickou službou, resp. od r. 2015 v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD). Informace pochází částečně od samotných uživatelů, případně může jít o údaje z dokumentace nebo přímo výsledky vyšetření v rámci dané léčebné epizody. Počet injekčních uživatelů drog žádajících o léčbu v l. 2004–2016 a podíl jejich vyšetření na jednotlivé infekce někdy v životě ukazuje tabulka 7-8. Při hodnocení trendů je potřeba vzít v úvahu, že v r. 2015 došlo ke změně ve způsobu sběru dat, kdy byl spuštěn nový Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který integroval Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL), a srovnatelnost s daty z předchozích let je tedy omezená.

tabulka 7-8: Testování klientů – IUD na VHB, VHC a HIV v Registru žádostí o léčbu v l. 2004–2016

Rok	Počet IUD žádajících o léčbu	Testováno (%)		
		VHB	VHC	HIV
2004	6 364	38,7	44,8	52,8
2005	6 125	39,8	44,1	54,8
2006	6 022	38,4	42,2	55,7
2007	6 109	37,4	40,3	53,4
2008	5 986	42,1	45,0	55,1
2009	6 157	42,9	48,2	57,8
2010	6 581	43,1	48,5	57,7
2011	6 471	45,0	50,6	57,1
2012	6 481	44,6	50,7	55,2
2013	7 184	48,6	55,3	50,2
2014	7 213	46,6	55,3	50,0
2015	2 325	48,5	52,5	47,8
2016	1 615	46,4	48,2	45,6

Pozn.: Jde o podíl testovaných na dané infekce ze všech injekčních uživatelů drog, kteří v daném roce žádali o léčbu, bez ohledu na znalost výsledku testu.

Zdroj: Füleová a kol. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Ve studii Multiplikátor 2016 (blíže viz VZ 2015) z 1079 klientů nízkoprahových zařízení uvedlo 55,1 % respondentů, že podstoupilo testování v posledních 12 měsících na HIV. Testování na VHC podstoupilo 64,4 %, z nich u 28,9 % byl test reaktivní, přičemž 66,7 % bylo vyšetřeno specialistou na léčbu virových hepatitid, z nichž 41 % podstoupilo léčbu.

7.3.4 Léčba HIV/AIDS a virové hepatitidy typu C

Diagnostika, profylaxe a léčba HIV/AIDS v ČR probíhá v 8 regionálních HIV centrech pod metodickým vedením Národního centra HIV/AIDS Nemocnice na Bulovce. Aktuální verze Doporučeného postupu péče o dospělé infikované HIV a postexpoziční profylaxe infekce HIV¹⁷⁰ Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP neupravuje na rozdíl od doporučení mezinárodních organizací používání tzv. preexpoziční profylaxe (PrEP), kdy jsou antiretrovirotika preventivně podávána jedincům s velmi rizikovým chováním.

Léčba VHC je koncentrována do tzv. garantovaných center, jejichž seznam společně stanoví Společnosti infekčního lékařství a Česká hepatologická společnost ČLS JEP. Postup a volbu preparátů stanovuje Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C vydaný Českou hepatologickou společností a Společností infekčního lékařství v únoru

¹⁷⁰ <http://www.infekce.cz/DoporART16.htm> [2016-08-30]

2017¹⁷¹. V minulých 2 dekádách byla standardní terapie chronické infekce VHC založena na podání kombinace pegylovaného interferonu α (PEG-IFN) s ribavirinem (RBV). Od r. 2011 se celosvětově začala při léčbě VHC uplatňovat léčba přímo působícími antiviroty (Direct-Acting_Antiviral – DAA), která cílí na různé fáze replikace viru. Ta je od r. 2014 v léčebné praxi dostupná i v ČR. Standard stanoví za současné situace dostupnosti řady antivirotik léčebné varianty ve skupinách podle genotypu viru hepatitidy C, stále s odkazem na dostupnost léčby u vhodných pacientů umožňuje léčbu PEG-IFN (přes ústup od terapie PEG-IFN v mezinárodních doporučeních). Uživatelé drog jsou indikováni k léčbě jakýmkoli typem preparátu za podmínky předpokladu dodržování léčebného režimu. Obě společnosti vygenerovaly seznam 18 center, kde je léčba DAA v ČR dostupná.¹⁷²

V I. 2012 a 2013 sledoval ÚZIS v ročním výkazu oborů gastroenterologie a infekční lékařství počet pacientů celkem i IUD léčených pro VHC (blíže viz VZ 2012 a 2013). V r. 2013 zahájilo léčbu ve 39 zařízeních obou odborností celkem 931 osob, z toho 536 osob s anamnézou IUD (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2014), data za r. 2014–2016 bohužel nejsou k dispozici.

Jsou k dispozici informace o léčbě HIV/AIDS a virových hepatitid u vězněných osob. Z nich vyplývá, že počet odsouzených a obviněných léčených pro virové hepatitidy a HIV/AIDS v zařízeních výkonu vazby a trestu narůstají, dominuje počet nově zavedené léčby VHC. V r. 2016 začalo léčbu VHC 610 odsouzených a 7 obviněných osob – tabulka 7-9. Ve srovnání s předchozími lety počet případů léčených pro VHC narůstá: r. 2010 (69), r. 2011 (239), r. 2012 (272), r. 2013 (246), r. 2014 (325)¹⁷³, r. 2015 (594) (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015b, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2015a). Z dostupných dat není zřejmý celkový počet nemocných s danou diagnózou ve věznicích, je možná rovněž duplicita v hlášení.

tabulka 7-9: Počty osob léčených na vybrané infekční nemoci v zařízeních výkonu vazby a trestu v ČR v r. 2016

Antivirová léčba	Pokračování zavedené léčby*	Nově zavedená léčba
Odsouzení		
VHB	1	36
VHC	32	610
HIV/AIDS	43	3
Obvinění		
VHB	0	0
VHC	5	7
HIV/AIDS	4	2
Celkem		
VHB	1	36
VHC	37	617
HIV/AIDS	47	5

Pozn.: * pokračování zavedené léčby z civilního zdravotnického zařízení

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2017a)

7.4 Programy v prostředí zábavy

Specifické preventivní programy zaměřené na snížení rizik užívání návykových látek v prostředí nočního života, na tanečních a hudebních akcích, nejsou v ČR příliš rozšířené, což souvisí s velmi limitovanou finanční podporou těchto aktivit a negativním postojem policie ke kvalitativním testům drog, které sloužily jako nástroj kontaktu harm reduction programů s cílovou skupinou. V poslední

¹⁷¹ <http://www.cgs-cls.cz/wp-content/uploads/2017/02/04.pdf> [2017-09-20]

¹⁷² <http://www.ces-hep.cz/file/426/seznam-pracovist-pro-bezinterferonove-rezimy2.pdf> [2017-09-21]

¹⁷³ Data za r. 2014 jsou pouze za 1. pololetí.

době se však postupně aktivita adiktologických harm reduction programů v prostředí zábavy zvyšuje.

Ze závěrečných zpráv dotačního řízení RVKPP vyplývá, že počet programů a počet akcí, které navštívily adiktologické programy, klesá. V r. 2016 poskytovalo služby na tanečních akcích celkem 11 programů (stejně jako v r. 2015), které navštívily 107 akcí (110 akcí v r. 2015). Celkem programy vykazaly 19 714 kontaktů (11 827 v r. 2015) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2017).

Na brněnské a pražské klubové scéně působí program Terénních programů Brno Společnosti Podané ruce – terénní práce v prostředí noční zábavy, které realizují projekt *Hard & Smart* – blíže viz VZ 2014 a rovněž kapitolu Užívání drog v prostředí nočního života (str. 78). Plzeňská organizace Point 14 zahájila v r. 2016 program *Be Safe* zaměřený na experimentátory s drogami na taneční scéně, kteří nejsou v kontaktu s žádnou pomáhající institucí. Program poskytuje informační servis, individuální poradenství či testování na pohlavně přenosné choroby.¹⁷⁴

V r. 2016 SANANIM v rámci programů *INFO* a *K-LEE-DECK* poskytoval informace, poradenství a testování na alkohol řidičům na 17 hudebních festivalech, na kterých se uskutečnilo 16,5 tis. kontaktů s účastníky festivalů a bylo provedeno téměř 9 tis. orientačních testů na alkohol.

V r. 2016 Česká psychedelická společnost spustila projekt *Psycare*,¹⁷⁵ v jeho rámci zdarma poskytuje služby uživatelům psychedelik v prostředí letních hudebních festivalů a její pracovníci pomáhají při bezpečném zvládnutí náročné psychedelické zkušenosti, která by jinak mohla zanechat vážné psychické následky.

¹⁷⁴ <http://www.point14.cz/data/vyrocní-zprava-2016-cs.pdf> [2017-09-18]

¹⁷⁵ <https://czeps.org/> [2017-08-23]



Kapitola 8:

Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog

8.1 Socioekonomická situace uživatelů drog

Sociální dopady a souvislosti užívání drog představují poměrně široké spektrum problémů od problémů s bydlením (bezdomovectví) přes nezaměstnanost a zadluženost po problémy ve vztazích s blízkými.

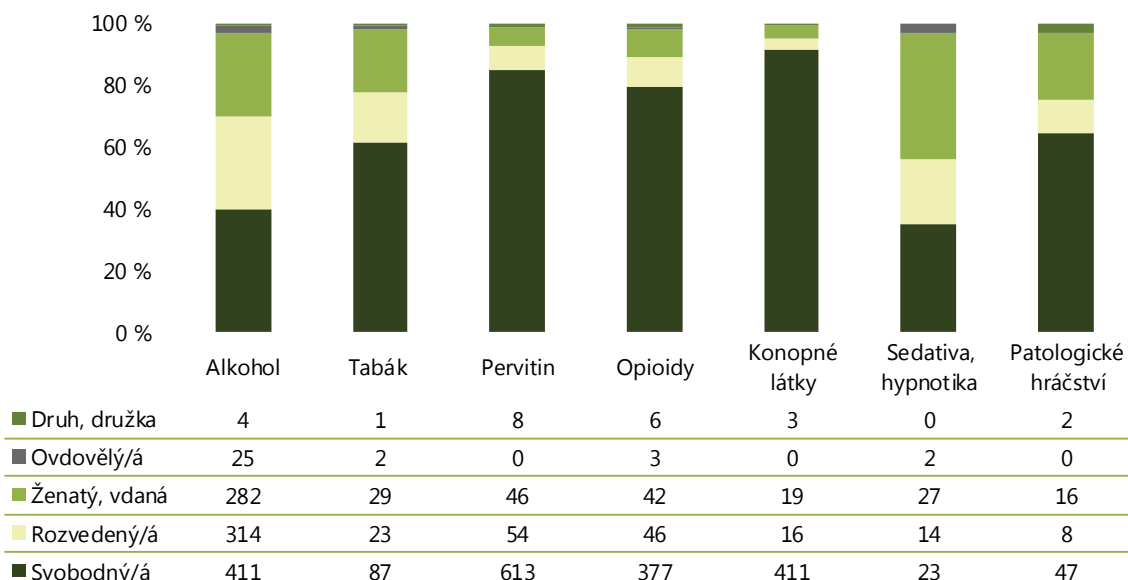
8.1.1 Socioekonomické charakteristiky uživatelů drog

Charakteristiky uživatelů drog v léčbě, včetně popisu jejich sociální situace a ekonomických ukazatelů, jsou získávány z Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD) – blíže viz kapitolu Národní registr léčby uživatelů drog (str. 138).

Údaje o léčených klientech v r. 2016 nahlásilo do NRLUD celkem 143 programů a evidováno bylo 7198 klientů, z nichž 2128 zahájilo léčbu poprvé v životě (prvožadatelé). Kromě uživatelů nelegálních drog jsou do registru hlášeni také uživatelé alkoholu, tabáku a patologičtí hráči. Při posuzování socioekonomických charakteristik jednotlivých skupin žadatelů o léčbu je potřeba zohlednit jejich rozdílné demografické charakteristiky, zejména pohlaví a věk, např. nízký věk uživatelů konopných látek vstupujících do léčby (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017c).

Mezi uživateli nelegálních drog převažovali svobodní – mezi uživateli pervitinu 85 %, uživateli opioidů 80 % a uživateli konopných látek 92 %. Mezi uživateli alkoholu bylo 40 % osob svobodných, 30 % osob rozvedených a více než čtvrtina byla sezdaná. Kuřáků bylo svobodných 61 % a patologických hráčů 64 %. Největší část uživatelů sedativ a hypnotik byli sezdáni (41 %) – graf 8-1.

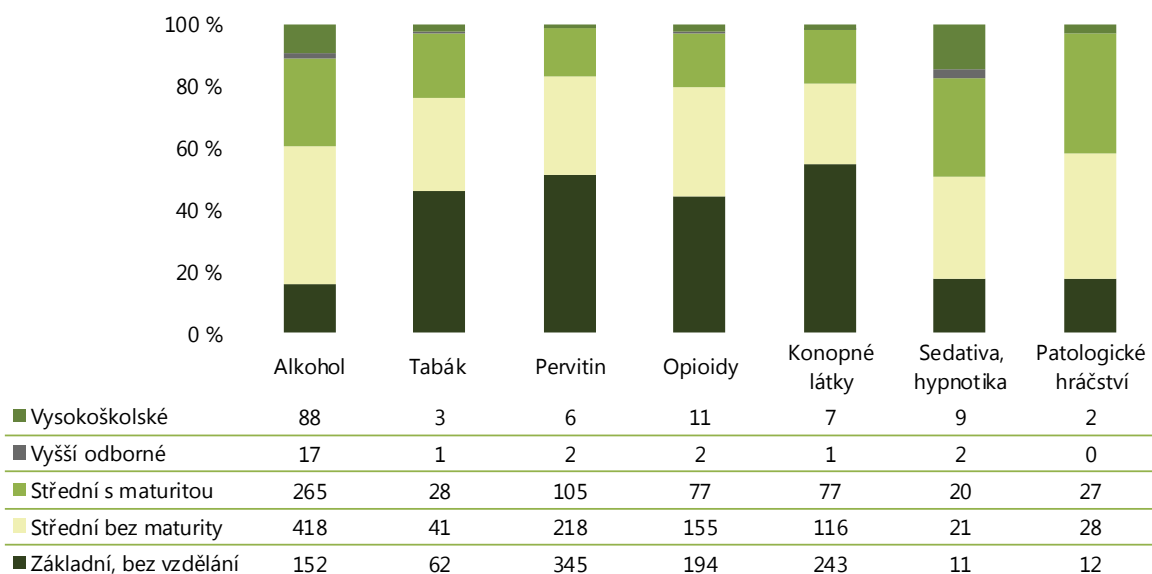
graf 8-1: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a podle rodinného stavu v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Zatímco uživatelé konopných látek a pervitinu měli nejčastěji vzdělání základní (55 %, resp. 51 %), uživatelé ostatních návykových látek (včetně opioidů) uváděli nejčastěji vzdělání středoškolské. Největší podíl středoškolsky vzdělaných s maturitou bylo mezi problémovými hráči hazardních her (39 %). Vysoký podíl středoškoláků byl rovněž mezi uživateli sedativ a hypnotik (32 %) a alkoholu (28 %). V těchto dvou skupinách byl největší podíl vysokoškoláků – graf 8-2.

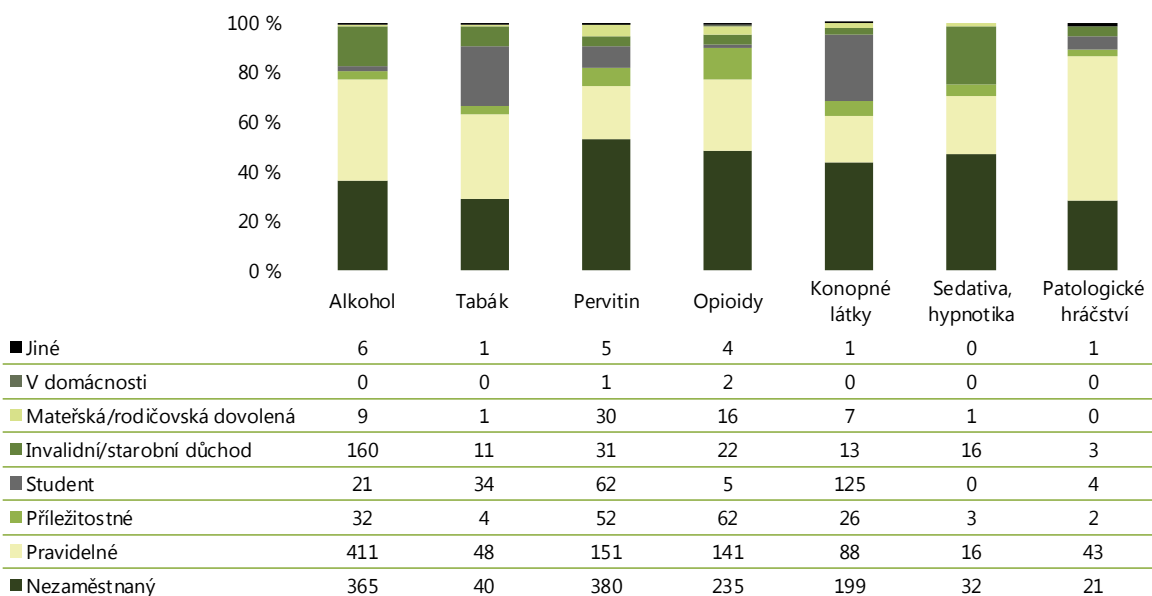
graf 8-2: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a podle vzdělání v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Nejvyšší podíl osob s pravidelným zaměstnáním bylo mezi patologickými hráči (58 %) a uživateli alkoholu (41 %). Nezaměstnaní převládali mezi uživateli pervitinu (53 %), opioidů (48 %) a konopných látek (43 %) – graf 8-3.

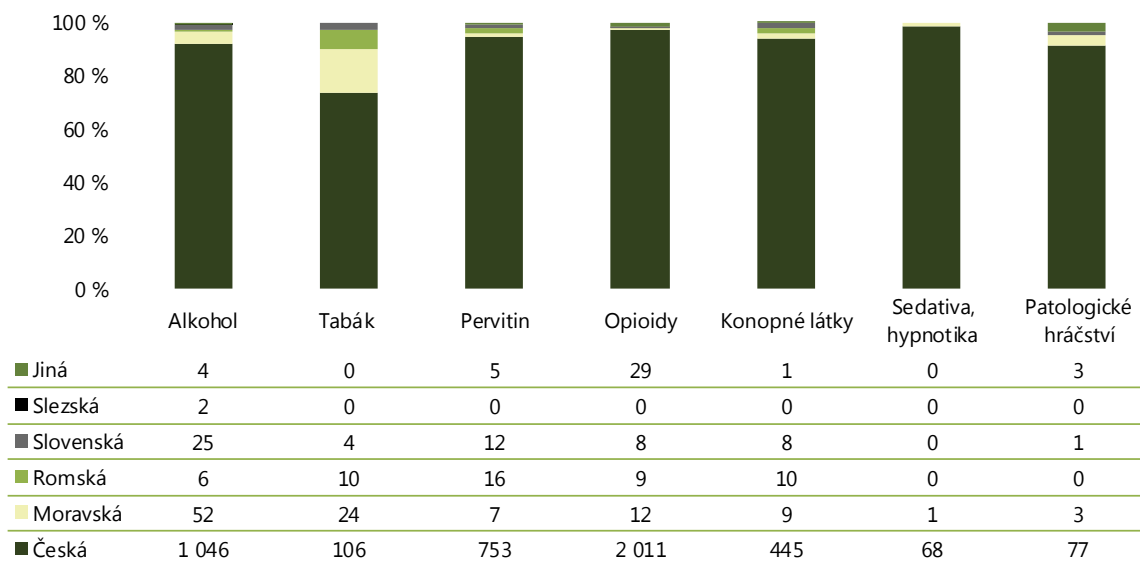
graf 8-3: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a zaměstnání v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Většina klientů uvedla českou nebo moravskou národnost, jinou národnost uvedla 3 % uživatelů nelegálních drog, a to především romskou (1 %) a slovenskou (1 %) – graf 8-4.

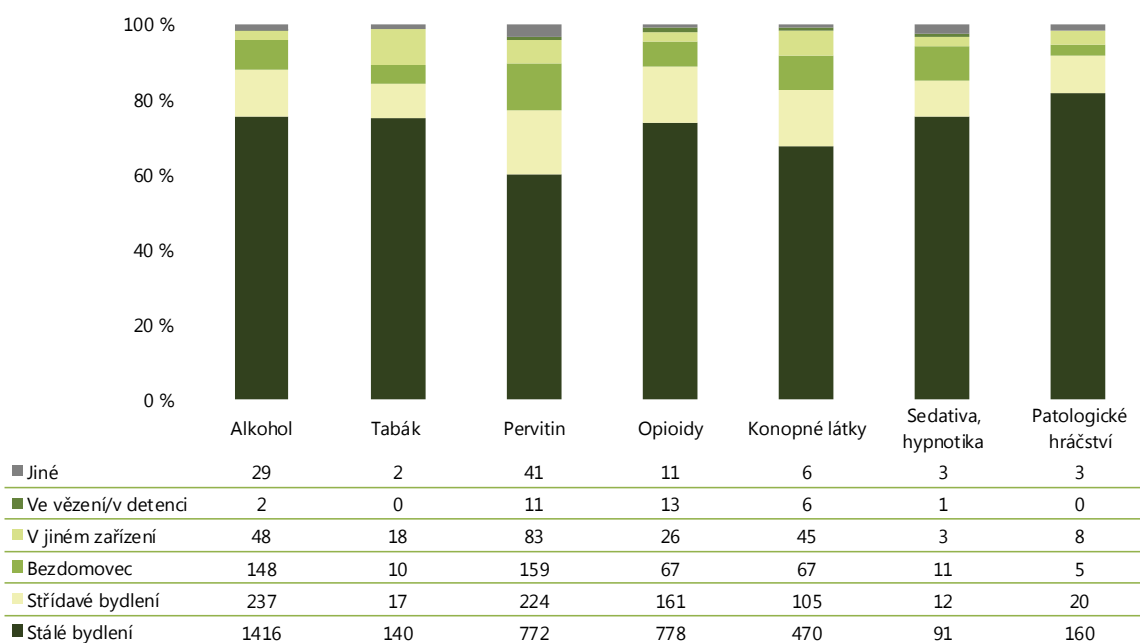
graf 8-4: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a národnosti v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Dalším povinně sledovaným ukazatelem v NRLUD je charakter bydlení, který popisuje stabilitu životní situace klienta. Mezi léčenými uživateli všech typů návykových látek i patologickými hráči převládá stálé bydlení, má ho přibližně 82 % patologických hráčů a 75 % uživatelů alkoholu, tabáku a sedativ a hypnotik. Méně často bylo stálé bydlení evidováno u uživatelů konopných látek (67 %) a pervitinu (60 %) – graf 8-5.

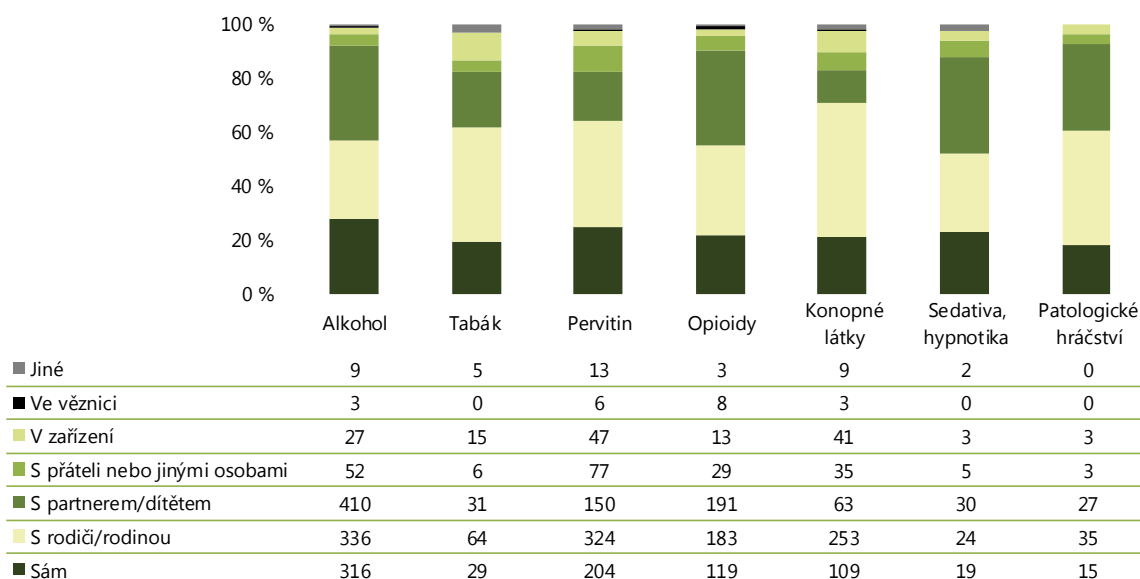
graf 8-5: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a charakteru bydlení v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Nepovinně sledovanou položkou v NRLUD je informace o tom, s kým klient v době před nástupem do léčby žil. Mezi uživateli nelegálních drog je ve srovnání s uživateli alkoholu a tabáku a patologickými hráči vyšší podíl těch, kteří žili s přáteli nebo jinými osobami – graf 8-6.

graf 8-6: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a podle toho, s kým bydleli v r. 2016



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

Dalšími nepovinně uváděnými položkami, které popisují životní podmínky uživatelů, jsou informace o tom, zda klient má vlastní děti a zda s dětmi žije. Kromě uživatelů alkoholu a sedativ či hypnotik, z nichž přibližně dvě třetiny mají vlastní děti, většina uživatelů návykových látek vlastní děti nemá ani s dětmi nežije. Největší je tento podíl u uživatelů konopných látek (79 %, resp. 86 %), což je pravděpodobně způsobeno nižším věkem uživatelů konopných látek v léčbě – tabulka 8-1.

tabulka 8-1: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a toho, zda mají děti nebo žijí s dětmi v r. 2016, v %

Odpověď	Alkohol	Tabák	Pervitin	Opioidy	Konopné látky	Sedativa, hypnotika	Patologické hráčství
Klient má vlastní děti							
Ano	67,8	42,1	34,2	46,8	20,6	64,8	41,8
Ne	32,2	57,9	65,8	53,2	79,4	35,2	58,2
Klient žije s dětmi							
Ano	28,9	18,5	22,2	38,3	13,7	25,0	37,7
Ne	71,1	81,5	77,8	61,7	86,3	75,0	62,3

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017c)

8.1.2 Zadluženost uživatelů drog

8.1.2.1 Klienti dluhových poraden v souvislosti s užíváním drog

V r. 2016 stejně jako v minulých 3 letech analyzovalo NMS data 22 poraden Asociace občanských poraden (AOP) zapojených do projektu Dluhové poradenství.¹⁷⁶ V r. 2016 vykázaly dluhové poradny celkem 6239 kontaktů, tj. konzultací poradců s klienty. Stejně jako v předchozích 3 letech byly jako nejčastější příčina zadlužení uváděny nadměrné půjčky nebo úvěry (1352 případů s průměrnou

¹⁷⁶ Projekt Dluhové poradenství proti dluhové pasti má za cíl nabízet kvalifikované dluhové poradenství všem občanům ČR. V r. 2016 fungovalo 22 občanských poraden v 19 městech: Bohumín, Brno, České Budějovice, Hlinsko, Jihlava, Karlovy Vary, Karviná, Liberec, Most, Nymburk, Ostrava, Pardubice, Praha 1, 2, 3 a 12, Rokycany, Rumburk, Rychnov nad Kněžnou, Šumperk, Třebíč a Valašské Meziříčí. Více o projektu na <http://dluhy.obcanskeporadny.cz> [2017-08-23].

celkovou výší závazků 530 tis. Kč), dále ztráta nebo snížení příjmu v důsledku nezaměstnanosti či nemoci (653) a změna životní situace v důsledku rozchodu, rozvodu či ovdovění (468).

Užívání návykových látek včetně alkoholu bylo uvedeno jako příčina nebo jedna z příčin zadlužení u 123 kontaktů, tj. 2 % z celkového počtu kontaktů, což je přibližně stejný podíl jako v předchozích letech (1,5 % v r. 2014, 1,6 % v r. 2015). Z toho ve 100 případech se na dluhové poradny obrátili dlužníci sami, ve 23 případech osoby blízké. Ve skupině klientů, kteří uvedli jako příčinu či jednu z příčin zadlužení užívání návykových látek včetně alkoholu, převažovali muži nad ženami (76, resp. 47), klienti byli nejčastěji ve věku 31–40 let (47). Polovina uvedla příjem do 13 200 Kč a 28 % příjem neuvedlo. Celková výše závazků byla uvedena pouze v 8 případech, a to v rozmezí 200 tis. až 3,5 mil. Kč. Výše dluhu po splatnosti byla známa ve 33 případech a dosahovala průměrně 677 tis. Kč (medián 481 tis. Kč, min. 7,8 tis. Kč, max. 1,28 mil. Kč). Banky jako věřitele uvedlo 45 % kontaktů, nebankovní poskytovatele půjček 47 % kontaktů a jiné věřitele¹⁷⁷ uvedlo 54 % dlužníků. Maximální počet věřitelů na klienta dosáhl 22. V 62 % případů čelili uživatelé návykových látek či jejich blízcí exekucím a v 9 % měli zájem o oddlužení (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Asociace občanských poraden, 2017).

Podíl klientů dluhových poraden, jejichž zadlužení je dáváno do souvislosti s problémy s návykovými látkami, je poměrně nízký pravděpodobně proto, že uživatelé návykových látek tuto skutečnost při konzultacích neuvádějí. Z průzkumu zadluženosti mezi klienty adiktologických služeb provedeného NMS v r. 2015 vyplývá, že pro významnou část problémových uživatelů drog je zadluženost obtížně řešitelná nebo zcela neřešitelná i přes využití všech legitimních možností a svou situaci většinou neřeší. Pro významnou část problémových uživatelů drog zadluženost představuje bariéru návratu do společnosti (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research, 2015b) – blíže viz VZ 2014.

8.2 Užívání drog a sociální vyloučení

8.2.1 Užívání drog v sociálně vyloučených lokalitách

Podle posledního mapování sociálně vyloučených lokalit (SVL) bylo v ČR v r. 2015 celkem 606 lokalit, v nichž žilo přibližně 105 tis. obyvatel, z nich nejvíce v Ústeckém (37 tis.) a Moravskoslezském (20 tis.) kraji (GAC, 2015).

Ze souhrnu dostupných informací vyplývá (viz VZ 2015), že výroba, distribuce a užívání v některých SVL představují závažný jev. Časté je polymorfní užívání drog – alkoholu i různých nelegálních drog – a problémové hráčství. Je rovněž uváděno vícegenerační užívání návykových látek v rodinách.

Na začátku r. 2017 realizovalo NMS ve spolupráci s Agenturou pro sociální začleňování (ASZ) při Úřadu vlády ČR dotazníkové šetření mezi zástupci ASZ v sociálně vyloučených lokalitách (SVL), které se týkalo problematiky hazardu a užívání drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování, 2017) a které navazovalo na předchozí obdobná šetření z l. 2013, 2015 a 2016 (Mravčík a kol., 2014, Mravčík a kol., 2015, Mravčík a kol., 2016b). V r. 2017 dotazník vyplnilo 27 zástupců ASZ působících v SVL v 29 obcích.¹⁷⁸ Soubor SVL byl v každém roce jiný podle toho, kde ASZ aktuálně působí.

¹⁷⁷ Mezi jiné věřitele patří telefonní operátoři, advokáti, orgány činné v trestním řízení, VS ČR, zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení, městské úřady, správa sociálního zabezpečení, dopravní podniky, fyzické osoby.

¹⁷⁸ V r. 2017 působila ASZ v těchto obcích: Brno, Bruntál, České Velenice (oblast „za tunelem“), Děčín, Dubí, Frýdlantsko, Chodov (sídliště u KASS, Železný dvůr, Pod Železným dvorem), Chomutov (především na sídlištích Kamenná, Písečná, Zahradní a Březenecká), Jesenicko, Klášterec nad Ohří, Kadaň (Pruněfov), Kolín, Liberec (Vesec/Doubí, Jeřáb, centrum, Vojanova, Dobiášova), Litvínov, Most, Nový Bor, Obrnice, Ostrava, Poběžovicko, Postoloprty, Roudnice nad Labem a spolupracující obce, Rumburk, Sokolov, Štětí, Tanvaldsko, Varnsdorf (Kovářská), Vejprty, Žďár n. Sázavou (lokalita Stalingrad), Žlutice.

V rámci studie byla hodnocena míra závažnosti užívání návykových látek v porovnání s ostatními problémy v SVL, míra užívání jednotlivých typů drog v SVL, a to jak mezi dospělými, tak mezi osobami mladšími 15 let. Dále byla zjišťována míra rozšířenosti nelegální výroby a distribuce drog v SVL.

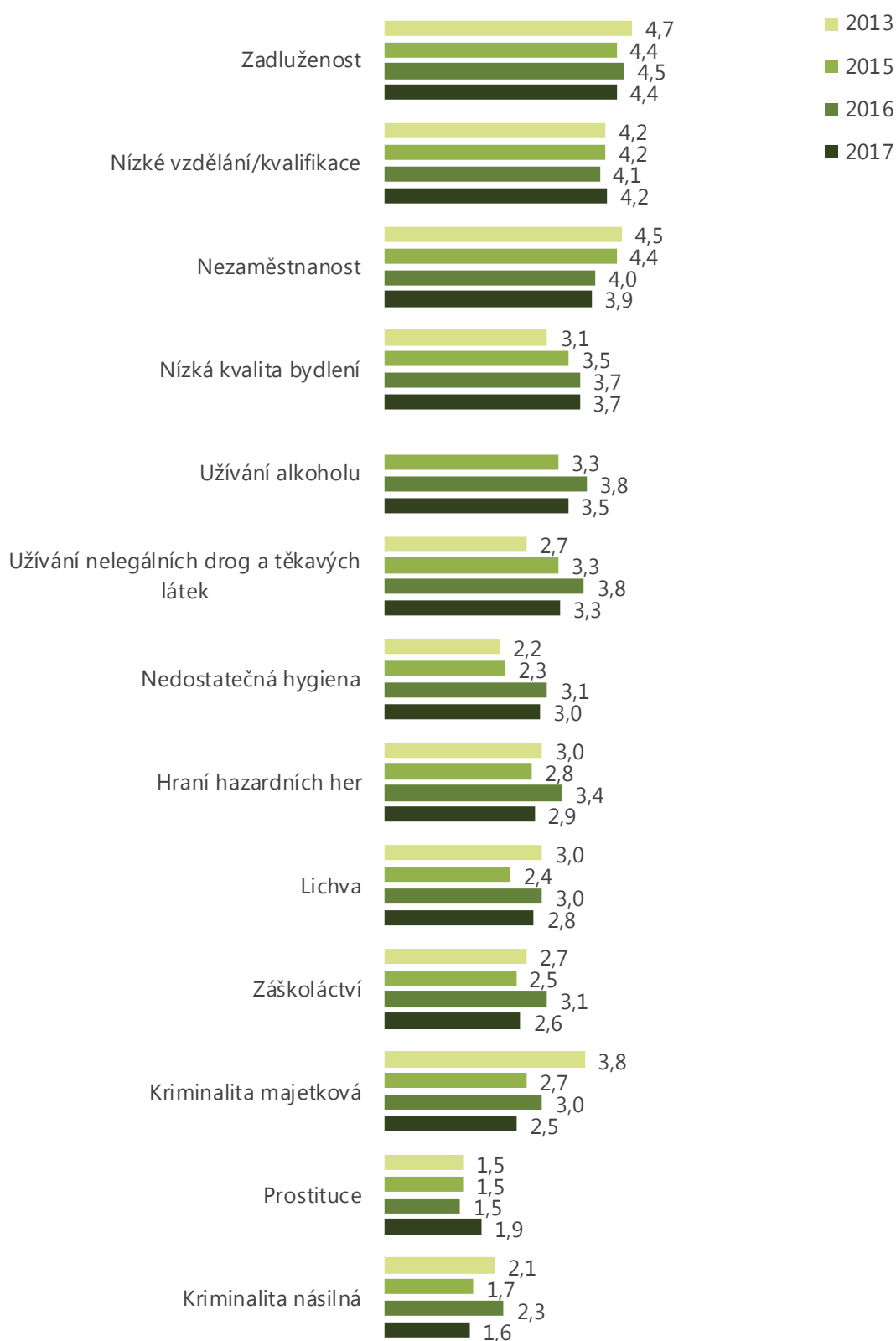
Míra závažnosti užívání návykových látek v SVL ve srovnání s ostatními negativními jevy byla stejně jako v l. 2013, 2015 a 2016 zjišťována na 6bodové škále od 0 (daný jev nepředstavuje problém) do 5 (jev v dané lokalitě představuje velmi závažný problém). Výsledky za všechny 4 roky ukazuje graf 8-7. Jako nejzávažnější problémy označili zástupci ASZ v daných lokalitách zadluženost, nízké vzdělání/kvalifikaci a nezaměstnanost. Užívání alkoholu a návykových látek bylo hodnoceno jako středně závažný jev.

Zástupci ASZ v lokalitách hodnotili rovněž míru užívání jednotlivých návykových látek mezi dětmi a dospělými, a to na škále od 0 (neužívá se vůbec) do 5 (užívání je velmi rozšířené). Nejrozšířenější je podle zástupců ASZ užívání legálních návykových látek – tabáku a alkoholu, následují konopné drogy a pervitin. Jako poměrně rozšířené se jeví injekční užívání drog u osob starších 15 let. U dětí do 15 let věku bylo hodnoceno jako nejzávažnější užívání tabáku, alkoholu a konopných látek, přičemž míra užívání konopných látek a alkoholu byla shodná – graf 8-8.

Výroba a distribuce drog v SVL byly respondenty hodnoceny na škále od 0 (žádný výskyt) do 3 (velmi vysoký výskyt). Rozšířenost výroby a prodeje konopných látek nebo pervitinu byla v r. 2017 hodnocena na úrovni 0,7–2,0 bodu – graf 8-9. Pěstování marihuany bylo hodnoceno jako velmi rozšířené ve 2 lokalitách, prodej marihuany v 7 lokalitách, výroba pervitinu ve 4 lokalitách, prodej pervitinu v 8 lokalitách a prodej jiných drog v 1 lokalitě. Vysoká míra distribuce heroinu byla hlášena pouze v jedné lokalitě. V některých SVL, jako je žďárské sídliště Stalingrad či Bruntál nehlásili výskyt problémů s drogami.

Zástupci ASZ měli možnost odpovědět rovněž na otevřenou otázku ohledně užívaných návykových látek v SVL. Zástupce z Mostu uvedl výskyt tzv. putovních vaříčů pervitinu. Podle zástupce pracujícího v libereckých SVL je pervitin levný a snadno dostupný a jeho pravidelné užívání je naprosto běžné i ve věkové kategorii 13–15 let. Výroba pervitinu v Liberci je ve značné míře založena na nelegálním dovozu prekurzoru pseudoefedrinu z Polska. V SVL v Liberci běžně v partě kouří již osmileté děti. V další severočeské SVL, a to ve Varnsdorfu, pozorují nárůst psychiatrické komorbidity uživatelů pervitinu. Rovněž v SVL na Šluknovsku je užívání drog velmi rozšířené, drogy jsou levné, např. cena dávky pervitinu začíná na 50–70 Kč, a jsou snadno dostupné i pro nezletilé. Pervitin je převážně užíván injekčně, promořenost uživatelů pervitinu virovou hepatitidou typu C je údajně vysoká. Ve Varnsdorfu je kapacitně nedostačující terénní výměnný program a dlouhodobě roste počet vyměněných injekčních stříkaček. Zástupce ASZ z Frýdlantska upozornil na uzavřenost populace uživatelů drog a bariéry při kontaktu se službami, zejména obavy ze stigmatizace.

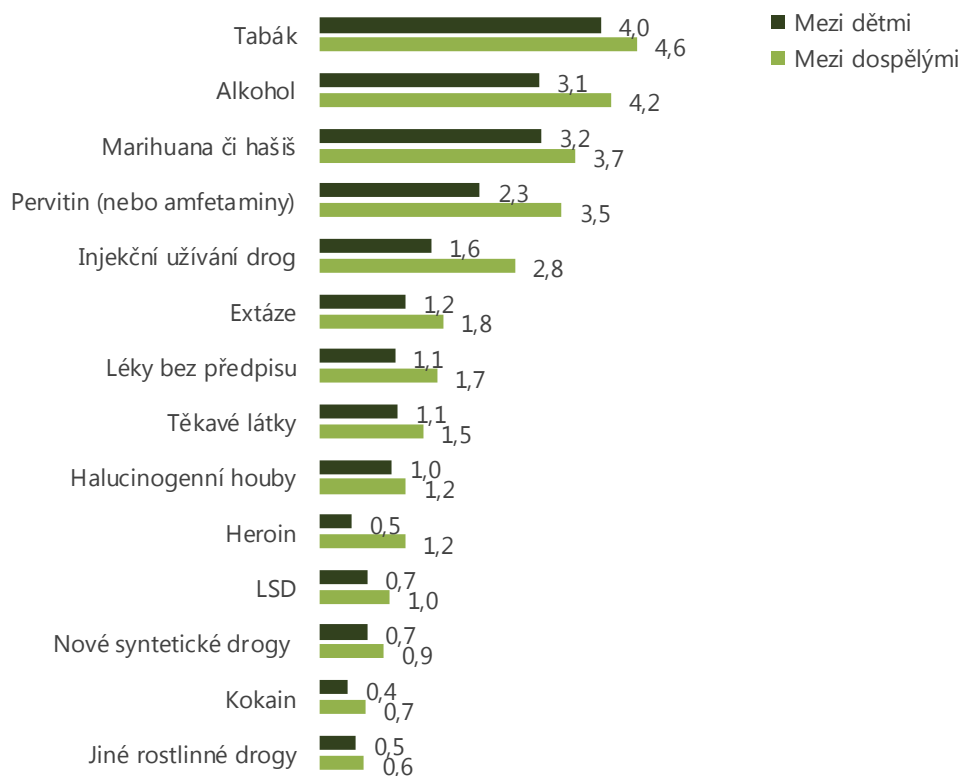
graf 8-7: Průměrná závažnost výskytu sociálně negativních jevů ve sledovaných SVL v l. 2013–2017



Pozn.: Respondenti odpovídali na 6bodové škále od 0 (daný jev nepředstavuje problém) do 5 (jev v dané lokalitě představuje velmi závažný problém). Soubor SVL se v jednotlivých letech liší. V r. 2013 nebyl sledován ukazatel „užívání alkoholu“.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2016), (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování, 2017)

graf 8-8: Průměrný výskyt užívání návykových látek ve sledovaných SVL v l. 2013–2017



Pozn.: Respondenti odpovídali na 6bodové škále od 0 (nevyskytuje se) do 5 (velmi rozšířené).

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2016), (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování, 2017)

graf 8-9: Průměrný výskyt drogové trestné činnosti v SVL v l. 2015–2017



Pozn.: Respondenti odpovídali na škále 0 (nulový výskyt), 1 (nízký výskyt), 2 (vysoký výskyt), 3 (velmi vysoký výskyt).

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

Podle výročních zpráv krajů o realizaci protidrogové politiky (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d) až na výjimky neexistují specializované programy zaměřené na užívání drog v SVL, uživatelům drog ze SVL se věnují adiktologické služby v rámci své běžné činnosti. V SVL působí většinou programy (často ve spolupráci s ASZ) a terénní sociální pracovníci zaměřeni na celé spektrum problémů, mezi něž může patřit i užívání drog.

V SVL v Brně působí Terénní programy Společnosti Podané ruce. Terapeutické centrum na Bratislavské v Brně (Společnost Podané ruce), které pracuje především s klienty ze SVL, rozšířilo v r. 2016 svou nabídku služeb o výměnný injekční program přímo v prostorách centra. V Brně využilo služeb ambulantního programu (Společnost Podané ruce) 70 klientů ze sociálně vyloučené lokality. V březnu 2017 byla v SVL na Bratislavské ulici v Brně otevřena Adiktologická ambulance Remedis nabízející léčbu všech typů závislostí nejen pro klienty ze SVL. Léčba probíhá formou individuální, rodinné, partnerské i skupinové terapie. Součástí léčebného týmu je psychiatr, psycholog a gastroenterolog. Provádí se zde screening a následná léčba infekčních nemocí včetně hepatitid. V Moravskoslezském kraji působil v r. 2016 v SVL v Ostravě terénní program zaměřený na uživatele alkoholu. Od února 2016 je v Praze na území SVL nově realizován terénní program organizace PROGRESSIVE.

Na Kladensku, Slánsku, Unhošťsku a Stochovsku (Středočeský kraj) se adiktologickým službám podařilo navázat spolupráci s organizací Člověk v tísni a s terénními programy pro osoby ohrožené bezdomovectvím. Díky této spolupráci se zlepšuje kontakt s uživateli návykových látek včetně uživatelů alkoholu. Obdobnou spolupráci se podařilo navázat i v kraji Vysočina mezi terénním programem SOVY realizovaném Oblastní charitou Jihlava v SVL a kontaktním centrem pro uživatele drog. V Královéhradeckém a Ústeckém kraji byl hlášen pokles věku uživatelů drog. Společnost Podané ruce odhaduje, že do přímého kontaktu s uživateli heroinu se dostane přes 60 % dětí ve věku 11–15 let v SVL v Brně (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

8.2.2 Příslušníci národnostních menšin jako klienti adiktologických služeb

V r. 2017 realizovalo NMS průřezovou dotazníkovou studii Zdraví a návykové látky mezi Romy, blíže viz kapitolu Užívání návykových látek mezi Romy, str. 73.

Informace o výskytu problémového užívání drog mezi Romy a o kontaktu Romů s adiktologickými službami jsou k dispozici ze zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

Terénní programy v Jihočeském kraji odhadují, že v některých oblastech užívá pervitin až 10 % Romů. Na Karlovarsku byl zaznamenán postupný nárůst uživatelů návykových látek z romského etnika v kontaktu s nízkoprahovými programy. Romové tvoří přibližně třetinu všech klientů terénních programů a téměř polovinu klientů kontaktního centra. Terénní programy v Brně odhadují, že až 60 % klientů je romského etnika, v metadonovém substitučním programu v Brně se k romskému etniku hlásí všichni registrovaní klienti. Na Ústecku tvoří Romové až třetinu klientů adiktologických služeb, na Mostecku a Šluknovsku (Ústecký kraj) až jednu polovinu. Na Nymbursku (Středočeský kraj) služby odhadují 35% podíl klientů z romského etnika z celkového počtu klientů, většinou jde o uživatele heroinu s polyvalentním vzorcem užívání (výskyt VHC je v této skupině cca 60 %). Rovněž mezi klienty Terénních programů Ulice v Plzni tvoří Romové přibližně 50 % všech klientů. Na Mostecku, Děčínsku a Lounsku (Ústecký kraj) byla v r. 2016 mezi Romy zaznamenána rostoucí míra užívání těkavých látek. Obdobná situace byla hlášena i z Benešovska (Středočeský kraj), kde jsou těkavé látky ve větší míře užívány romskou mládeží. V Olomouckém kraji je injekční užívání buprenorfinu spojeno téměř výhradně s komunitou olašských Romů (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

Práce s romskou menšinou je komplikována řadou faktorů, mezi které patří nedůvěra Romů vůči adiktologickým programům a potíže programů při navazování strukturovaného kontaktu s nimi (Jihomoravský kraj), opakované používání injekčních stříkaček a sdílení jehel (Ústecký, Královéhradecký a Středočeský kraj), vícegenerační užívání (Středočeský a Královéhradecký kraj), nízký věk prvních zkušeností s legálními návykovými látkami a nízký věk počátku problémového užívání drog (Ústecký kraj).

Z nabízených programů využívají romští uživatelé drog nejčastěji služeb výměnných programů a substituční léčby. V Praze i nadále působí terénní program organizace SANANIM zaměřený na cizince a Romy. Na Kolínsku se terénním programům v r. 2016 podařilo proniknout do skupiny olašských Romů, se kterou byly v minulých letech kontakty velmi sporadické, a odkazovat je do služeb kontaktního centra a AT ambulance. Poskytovatelé služeb v Ústeckém kraji pracují s romskými uživateli drog dlouhodobě a jejich klienty jsou mladší Romové. Významnou roli při informovanosti o službách hrají osobní zkušenosti Romů předávané ústně, informační letáky se neosvědčily, a to ani v romštině. V práci s romskou komunitou se osvědčili romští kontaktní pracovníci (Ústecký, Plzeňský kraj), kontaktní práce v bytech (Plzeňský kraj) a sekundární výměna¹⁷⁹ jehel a stříkaček (Středočeský kraj) (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

Adiktologické služby se dlouhodobě pokoušejí o navázání kontaktu rovněž s uživateli drog z vietnamské komunity, což je poměrně skrytá skupina uživatelů drog v ČR.

Ve zprávě o realizaci protidrogové politiky v Praze v r. 2016 byly stejně jako v předchozím roce hlášeny osoby vietnamské národnosti či původu v komunitě uživatelů drog bez domova. Adiktologických služeb ve Středočeském, Jihomoravském, Karlovarském, Královéhradeckém a Plzeňském kraji využívají také Slováci, Poláci a Ukrajinci. Zájem cizinců o adiktologickou péči se po počátečním kontaktu snižuje, neboť mívají problémy s dodržáním léčebného režimu v důsledku

¹⁷⁹ Sekundární výměna je výměna, kterou zprostředkovává injekční uživatel drog pro jiného uživatele nebo skupinu uživatelů.

pracovního vyčerpání nebo abstinenci často porušují užíváním pervitinu za účelem zvýšení pracovního výkonu. Výskyt cizinců v kontaktu se službami se zvyšuje v souvislosti se zvyšující se nabídkou zaměstnání v regionech, bariéru kontaktu představuje jejich nezakotvení v místní komunitě. Vietnamci jsou často zapojeni do výroby a distribuce drog, osoby dojíždějící za prací z Polska se na Liberecku údajně podílejí na nelegálním dovozu pseudoefedrinu pro výrobu pervitinu (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d).

8.3 Následná péče a sociální reintegrace

8.3.1 Doléčovací programy

V srpnu 2017 evidovalo MPSV v Registru poskytovatelů sociálních služeb¹⁸⁰ 36 poskytovatelů služeb následné péče, jejichž cílovou skupinu tvořily osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách (v přibližně stejném období r. 2015 a 2016 uváděl registr 35 poskytovatelů). Podrobnou analýzou bylo zjištěno, že jde o 29 organizací, které provozovaly celkem 44 programů/center následné péče. Nejvíce programů následné péče bylo stejně jako v r. 2016 v Jihomoravském a Moravskoslezském kraji (8 a 6 programů). V Karlovarském kraji nebyla v l. 2015–2017 služba následné péče dostupná vůbec – tabulka 8-2.

tabulka 8-2: Služby následné péče v Registru poskytovatelů sociálních služeb k 21. 8. 2017

Kraj	Počet poskytovatelů	Počet programů	z toho počet		
			pobytových programů	ambulantních programů	certifikovaných programů*
Hl. m. Praha	4	4	2	4	4
Středočeský	3	3	2	3	1
Jihočeský	2	2	1	2	2
Plzeňský	2	2	2	2	2
Karlovarský	0	–	–	–	–
Ústecký	3	3	2	3	2
Liberecký	1	1	1	1	1
Královéhradecký	1	1	0	1	0
Pardubický	1	1	0	1	1
Vysočina	3	3	3	2	2
Jihomoravský	5	6	3	5	4
Olomoucký	2	2	2	2	2
Zlínský	1	1	0	1	0
Moravskoslezský	4	8	3	6	1
Celkem	29	37	21	33	22

Pozn.: Celkový počet poskytovatelů je nižší než součet počtu poskytovatelů v jednotlivých krajích, neboť 3 poskytovatelé působí ve 2 krajích, * systém certifikace RVKPP

Zdroj: <http://iregistr.mpsv.cz/>, zpracováno NMS

Ze 44 programů následné péče mělo v r. 2016 certifikaci RVKPP 18 programů a 15 z nich bylo podpořeno v rámci dotačního řízení RVKPP.

V r. 2016 využilo služeb následné péče v rámci 15 programů dotovaných RVKPP celkem 1017 klientů, z nich bylo 199 klientů neuživatelů, rodinných příslušníků a blízkých osob. Z celkových 818 uživatelů návykových látek bylo 502 mužů (61 %). Primární drogou byl u většiny klientů pervitin (62 %), alkohol (23 %), heroin (7 %), konopné látky (4 %) – graf 8-10. Průměrný věk uživatelů alkoholu v programech následné péče byl 39 let, uživatelů ostatních drog 30 let.

Celková kapacita programů v r. 2016 byla 317 míst, kapacita chráněného bydlení 12 programů byla 147 míst. V r. 2016 úspěšně ukončilo léčbu 167 klientů, 201 klientů ukončilo program předčasně, průměrná délka programu na jednoho klienta byla 201 dnů. Počet klientů ve strukturovaném

¹⁸⁰ <http://iregistr.mpsv.cz/> [2016-07-20]

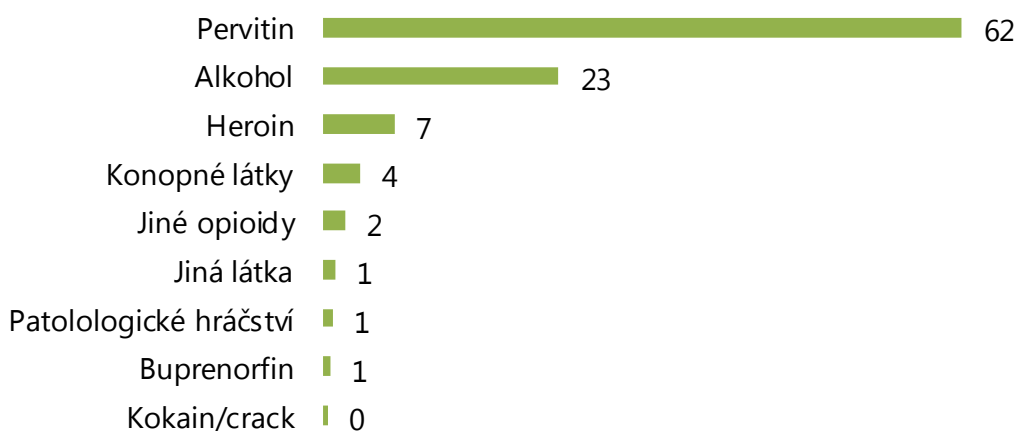
programu dosáhl 606 osob, v nestrukturovaném programu 236 osob (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2017) – tabulka 8-3.

tabulka 8-3: Programy následné péče dotované RVKPP v l. 2007–2016

Ukazatel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Počet programů	18	18	15	16	15	11	11	11	11	15
Počet klientů v následné péči	883	1 041	986	987	1 095	1 134	1 412	970	849	1 017
Kapacita chráněného bydlení (počet míst)	126	283	134	127	129	108	99	120	127	147
Počet klientů v chráněném zaměstnání	44	25	29	25	20	4	–	9	16	6

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

graf 8-10: Primární droga u klientů programů následné péče dotovaných RVKPP v r. 2016, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

Programy následné péče poskytují zejména terapeutické a poradenské služby, socioterapii a pomoc prostřednictvím sociální práce – tabulka 8-4. Celkem 11 zařízení vykázalo 44 734 kontaktů s klienty.

tabulka 8-4: Vybrané služby programů následné péče a počty výkonů provedených v l. 2014–2016

Poskytovaná služba	Počet výkonů		
	2014	2015	2016
Individuální poradenství	6 241	7 579	7 543
Individuální psychoterapie	7 746	6 637	11 132
Informační servis	7 294	6 299	6 604
Socioterapie	3 516	4 649	4 432
Sociální práce	4 337	4 066	4 564
Telefonické, písemné a internetové poradenství	4 123	3 407	3 837
Testy na přítomnost drog	1 963	2 862	3 559
Skupinová psychoterapie	2 711	2 444	1 208
Skupinové poradenství	1 106	1 568	1 988
Krizová intervence	152	248	463

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2017)

Program následné péče byl RVKPP v r. 2016 podpořen rovněž v 2. dotačním okruhu určeném pro cílovou skupinu patologických hráčů (1 program) – blíže viz Výroční zprávu o hazardním hraní v ČR v r. 2016.

Uživatelé drog jsou cílovou skupinou projektů sociálního podnikání. Např. Sociální družstvo Stabilita Olomouc ve spolupráci s olomouckým P-centrem otevřelo v říjnu 2016 za podpory ESF

výrobnu dortů jako pobočku sociálního podniku Naše Café. Ta navazuje na abstinenčně-nekuřáckou kavárnu Naše Café, která byla otevřena v r. 2013.¹⁸¹

Organizace SANANIM se v r. 2017 zapojila do mezinárodního projektu *Lepší péče o stárnoucí uživatele drog* (*Better Treatment for Ageing Drug User, BeTrAD*). Projekt má za cíl identifikovat a zhodnotit existující služby pro tuto skupinu uživatelů, zmapovat příklady dobré praxe v poskytování služeb a systém vzdělávání poskytovatelů služeb v této oblasti a rozšířit je na evropské i národní úrovni. Pro projekt je důležité zapojení samotných uživatelů drog.

¹⁸¹ <http://nasecafe.cz/dortovna-projekt> [2017-08-25]



Kapitola 9:

Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení

9.1 Primární drogová kriminalita

Jako primární drogové trestné činy (DTČ) jsou označovány trestné činy spočívající v porušování drogové legislativy a souvisejících právních předpisů v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami (OPL). Jde o 5 trestných činů definovaných zákonem č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále TZ):¹⁸²

- výroba, distribuce a jiné nakládání s OPL (§ 283),
- přechovávání OPL pro vlastní potřebu (§284),
- pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu (285 TZ),
- výroba a držení předmětů určených k výrobě OPL (§ 286 TZ),
- podněcování či svádění jiného k užívání jiné návykové látky než alkoholu (§ 287 TZ).

Zdrojem dat o drogové kriminalitě jsou zejména Evidenční systém statistik kriminality (ESSK) Policejního prezidia Policie ČR (PP PČR) a statistiky Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), Ministerstva spravedlnosti ČR (MS), Vězeňské služby ČR (VS ČR) a Probační a mediační služby ČR (PMS). Informace o osobách zadržených nebo stíhaných za primární DTČ jsou evidovány v systémech NPC, PP PČR i MS. Odlišnosti údajů z těchto zdrojů jsou dány rozdíly v hlášené praxi a postupech při sběru dat.

9.1.1 Primární drogové trestné činy podle skutkových podstat a drog

Za primární DTČ bylo v r. 2016 zadrženo celkem 3657 osob a stíháno 3325–4499 osob (podle zdroje dat). Jak ukazují data PP PČR, ženy tvořily 15 %, mladiství (15–17 let) 4 % a nezletilí (do 15 let) 2 % stíhaných osob. Téměř 46 % stíhaných tvořili recidivisté. V r. 2016 bylo obžalováno 3058 a odsouzeno 2876 osob.

V r. 2016 byl v porovnání s předchozím rokem zaznamenán nárůst počtu primárních DTČ, jejich podílu na zjištěné trestné činnosti i počtu zjištěných DTČ v přepočtu na 100 tis. osob ve věku 15–64 let – tabulka 9-1.

¹⁸² Trestní zákoník nahradil s účinností od 1. 1. 2010 zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon. Případy, které nebyly uzavřeny před nabytím účinnosti nové právní normy, se posuzovaly podle té právní normy, která za dané jednání stanovila mírnější trestní sazbu. V r. 2016 docházelo k minimálnímu souběhu obou právních norem. NPC se vedle stíhání tzv. primárních drogových trestných činů zabývá rovněž stíháním trestného činu výroby a jiného nakládání s látkami s hormonálním účinkem podle § 288 TZ.

tabulka 9-1: Vývoj počtu primárních drogových trestných činů (DTČ) a jejich podílu na všech zjištěných trestných činech (TČ) v l. 2002–2016

Rok	Zjištěné TČ	Počet DTČ	Podíl DTČ ze zjištěných (%)	Počet DTČ na 100 tis. os. 15–64 let
2002	372 341	4 330	1,2	60,2
2003	357 740	3 760	1,1	52,0
2004	351 629	3 086	0,9	42,5
2005	344 060	2 915	0,8	40,0
2006	336 446	2 922	0,9	39,9
2007	357 391	2 865	0,8	38,8
2008	343 799	3 041	0,9	40,9
2009	332 829	3 069	0,9	41,4
2010	313 387	3 179	1,0	43,1
2011	317 177	3 834	1,2	52,8
2012	304 528	4 032	1,3	56,1
2013	325 366	5 117	1,6	72,0
2014	288 660	5 597	1,9	79,3
2015	247 628	5 549	2,2	79,3
2016	217 927	5 564	2,6	80,1

Zdroj: Mravčík a kol. (2016a), Policejní prezidium Policie ČR (2017)

Za r. 2016 je evidován pokles počtu zadržených, stíhaných (data NPC a MS) a obžalovaných pro DTČ. Naproti tomu nárůst za r. 2016 vykázalo PP PČR v případě počtu stíhaných osob a MS v případě počtu odsouzených za DTČ. Nejvýraznější meziroční změnu představuje nárůst počtu osob stíhaných pro DTČ evidovaných PP PČR (18 %) – tabulka 9-2.¹⁸³

tabulka 9-2: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2002–2016

Rok	Zadržení (NPC)	Stíhaní (PP PČR)	Stíhaní (MS)	Obžalování (MS)	Odsouzení (MS)
2002	2 000	2 204	2 504	2 247	1 216
2003	2 357	2 295	3 088	2 737	1 304
2004	2 157	2 149	2 944	2 589	1 376
2005	2 168	2 209	2 429	2 157	1 326
2006	2 198	2 344	2 630	2 314	1 444
2007	2 031	2 023	2 282	2 042	1 382
2008	2 322	2 296	2 304	2 100	1 360
2009	2 340	2 415	2 553	2 332	1 535
2010	2 525	2 437	2 377	2 152	1 652
2011	2 759	2 782	2 798	2 549	1 870
2012	3 065	2 827	2 593	2 368	2 079
2013	3 701	3 568	2 836	2 615	2 522
2014	3 925	3 989	3 208	2 929	2 654
2015	3 752	3 816	3 659	3 340	2 708
2016	3 657	4 499	3 325	3 058	2 876

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017b), Policejní prezidium Policie ČR (2017), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017b), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017a)

Stejně jako v předchozích letech bylo trestní řízení nejčastěji vedeno proti osobám, které se dopustily nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (81 % shodně v r. 2015 i 2016) – tabulka 9-3. Skladba primárních DTČ podle jednotlivých skutkových podstat se ve srovnání s předchozím rokem

¹⁸³ Do r. 2015 byla stíhaným osobám započítávána (pouze) nejzávažnější trestná činnost. Byl-li by tedy drogový delikt spáchán v souběhu se závažnější TČ (např. vraždou), osoba pro DTČ započítána nebyla. Od r. 2016 jsou stíhané osoby počítány bez ohledu na závažnost TČ, proto došlo v r. 2016 k nárůstu.

zásadně nezměnila. Meziroční změny ve všech fázích trestního řízení nepřesahují 2 procentní body. Nejvýraznější meziroční změny představuje nárůst podílu osob stíhaných pro přechovávání OPL pro vlastní potřebu (§ 284) v datech PP PČR (z 13,7 % v r. 2015 na 14,9 % v r. 2016) a nárůst podílu odsouzených pro tento trestný čin (z 13,9 % v r. 2015 na 15,2 % v r. 2016). Celkově v meziročním srovnání došlo k poklesu podílu osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených v souvislosti s výrobou, pašováním a prodejem drog (podle zdroje pokles v rozmezí 0–0,8 procentního bodu) a naopak k nárůstu u trestných činů v souvislosti s držením OPL pro vlastní potřebu a pěstováním rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu (podle zdroje nárůst v rozmezí 0,5–1,4 procentního bodu).

tabulka 9-3: Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle jednotlivých trestných činů v r. 2016

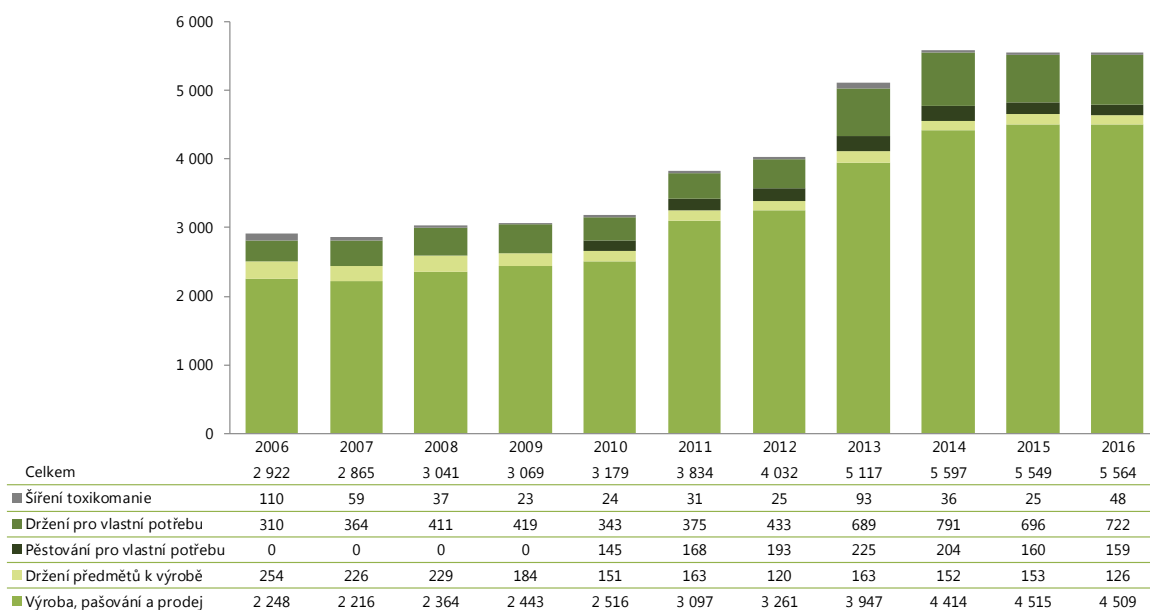
Pachatelé podle fáze trestního řízení	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Zadržení	2 973	81,3	513	14,0	119	3,3	48	1,3	4	0,1	3 657	100,0
Stíhání (PP PČR)	3 530	78,5	670	14,9	156	3,5	123	2,7	20	0,4	4 499	100,0
Stíhání (MS)	2 672	80,4	428	12,9	100	3,0	101	3,0	24	0,7	3 325	100,0
Obžalování	2 501	81,8	365	11,9	73	2,4	100	3,3	19	0,6	3 058	100,0
Odsouzení	2 240	77,9	438	15,2	92	3,2	82	2,9	24	0,8	2 876	100,0

Pozn.: § 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, § 284 – přechovávání OPL pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky

Zdroje: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017b), Policejní prezidium Policie ČR (2017), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017b), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017a)

Trestné činy výroby, pašování a prodeje drog (§ 283) představovaly v posledních 10 letech průměrně 79 % DTČ. Nejnižší podíl, 77 %, byl zaznamenán v r. 2013 a nejvyšší, 81 %, v r. 2016. Druhým nejčastějším trestným činem je přechovávání drog pro vlastní potřebu (§ 284), v r. 2016 tvořily 13 %. V posledních 10 letech představovaly tyto trestné činy průměrně 12 % DTČ. Nejnižší podíl, tj. 10 %, byl zaznamenán v r. 2011 a nejvyšší, tj. 14 %, v r. 2014 – graf 9-1.

graf 9-1: Počet zjištěných primárních drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v l. 2006–2016



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2017)

Pokud jde o skladbu primární DTČ podle drog, pachatelé primární DTČ v r. 2016 byli stejně jako v předchozím roce nejčastěji zadrženi z důvodu nedovolené výroby, pašování a prodeje pervitinu.

Druhým nejčastějším důvodem zadržení bylo pěstování, pašování a prodej konopných látek – tabulka 9-4. Nejvýraznější meziroční změnu představuje snížení podílu zadržených v souvislosti s pervitinem (z 55 % v r. 2015 na 47 % v r. 2016) a naopak nárůst podílu zadržených v souvislosti s konopnými látkami (z 39 % v r. 2015 na 45 % v r. 2016). Podíly zadržených v souvislosti s konopnými látkami a v souvislosti s pervitinem byly v r. 2016 téměř stejné, na rozdíl od předchozího roku, kdy byl podíl zadržených v souvislosti s pervitinem výrazně vyšší (39 % zadržených v souvislosti s konopnými látkami a 55 % v souvislosti s pervitinem v r. 2015). Ostatní meziroční změny se pohybují řádově v desetinách procentního bodu.

tabulka 9-4: Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu primární drogové trestné činnosti v r. 2016

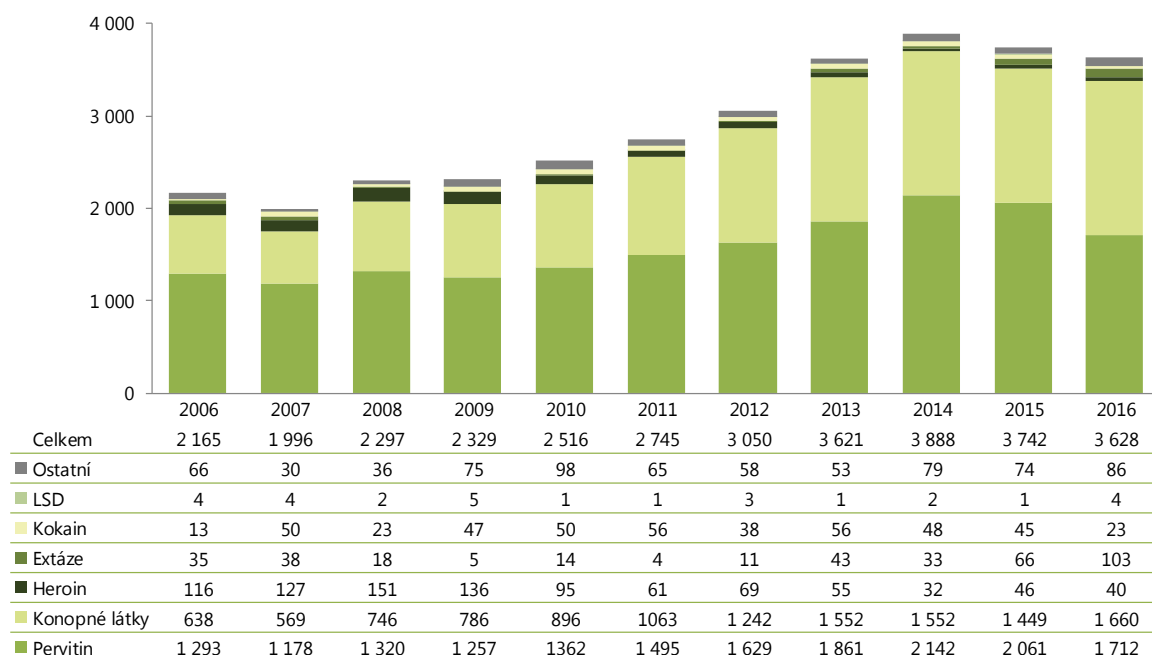
Droga	Výroba/pěstování, pašování a prodej		Držení a pěstování pro vlastní potřebu		Šíření toxikomanie		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	1 222	40,5	438	69,3	2	50,0	1 662	45,4
Pervitin	1 591	52,7	121	19,1	0	–	1 712	46,8
Kokain	19	0,6	4	0,6	0	–	23	0,6
Heroin	30	1,0	10	1,6	0	–	40	1,1
Extáze	59	2,0	44	7,0	0	–	103	2,8
LSD	4	0,1	0	0,0	0	–	4	0,1
Amfetamin	24	0,8	1	0,2	0	–	25	0,7
Ostatní drogy	72	2,4	14	2,2	2	50,0	88	2,4
Celkem osob	3 021	100,0	632	100,0	4	100,0	3 657	100,0

Pozn.: Výroba, pašování a prodej zahrnuje §§ 283 a 286, držení a pěstování pro vlastní potřebu zahrnuje §§ 284 a 285 a šíření toxikomanie je samostatný trestný čin podle § 287.

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017b)

Od r. 2006 tvoří zadržení v souvislosti s pervitinem průměrně 55 % zadržených pro primární DTČ. Nejvyšší podíl byl zaznamenán v r. 2006, šlo o 60 % zadržených pro DTČ, nejnižší pak v r. 2016, kdy podíl zadržených v souvislosti s pervitinem představoval 47 %. Podíl osob zadržených pro primární DTČ v souvislosti s konopnými látkami činí průměrně 37 %. Nejvyšší podíl v souvislosti s konopnými látkami byl v r. 2016, kdy šlo o 46 % zadržených pro DTČ, nejnižší pak za r. 2007, kdy bylo v souvislosti s konopnými látkami zadrženo 29 %. Podíl osob zadržených v souvislosti s ostatními drogami se dlouhodobě pohybuje pod hranicí 10 % a od r. 2011 nepřesahuje 3 % – graf 9-2.

graf 9-2: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL a předměty k jejich výrobě v l. 2006–2016 podle drog



Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017b)

Podle evidence MS došlo v r. 2016 v porovnání s předchozím rokem k poklesu počtu stíhaných i obžalovaných osob u všech primárních DTČ. Nejvíce osob bylo stíháno a obžalováno pro nedovolenou výrobu, pašování a prodej pervitinu – 1 641 osob bylo obviněno a 1 596 obžalováno (§ 283). Druhou nejpočetnější skupinu tvořily osoby stíhané či obžalované pro stejný trestný čin v souvislosti s konopnými látkami – 1 109 osob bylo obviněno a 997 obžalováno. Přehled počtu obviněných v rozdělení podle jednotlivých drog a DTČ uvádí tabulka 9-5, počty obžalovaných ve stejné struktuře uvádí tabulka 9-6.

tabulka 9-5: Počet stíhaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2016

Drogy	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	1 109	41,5	248	57,9	92	92,0	16	15,8	9	37,5	1 474	44,3
Pervitin	1 641	61,4	144	33,6	7	7,0	84	83,2	5	20,8	1 881	56,6
Kokain	37	1,4	7	1,6	1	1,0	0	–	0	–	45	1,4
Heroin	42	1,6	6	1,4	0	–	0	–	0	–	48	1,4
Extáze	48	1,8	32	7,5	1	1,0	0	–	0	–	81	2,4
Ostatní drogy	126	4,7	38	8,9	5	5,0	14	13,9	10	41,7	193	5,8
Celkem	2 672	–	428	–	100	–	101	–	24	–	3 325	–

Pozn.: Údaje v řádce „celkem“ nejsou součtem počtu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány za porušení více drogových paragrafů současně nebo ve spojení s více drogami, a jedna osoba tedy může být započítána vícekrát.

§ 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, § 284 – přechovávání OPL pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017b)

tabulka 9-6: Počet obžalovaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2016

Drogy	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Konopné látky	997	39,9	199	54,5	66	90,4	16	16,0	5	26,3	1 283	42,0
Pervitin	1 596	63,8	140	38,4	7	9,6	83	83,0	5	26,3	1 831	59,9
Kokain	36	1,4	7	1,9	1	1,4	0	–	0	–	44	1,4
Heroin	39	1,6	6	1,6	0	–	0	–	0	–	45	1,5
Extáze	42	1,7	21	5,8	1	1,4	0	–	0	–	64	2,1
Ostatní drogy	117	4,7	36	9,9	4	5,5	14	14,0	9	47,4	180	5,9
Celkem	2 501	–	365	–	73	–	100	–	19	–	3 058	–

Pozn.: Údaje v řádce „celkem“ nejsou součtem počtu trestných činů podle jednotlivých drog, protože některé osoby jsou stíhány za porušení více drogových paragrafů současně nebo ve spojení s více drogami, a jedna osoba tedy může být započítána vícekrát.

§ 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, § 284 – přechovávání OPL pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017b)

Nejvyšší počet zjištěných primárních DTČ na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byl evidován v Praze, Pardubickém a Ústeckém kraji. Naopak kraji s nejnižším počtem byly kraje Zlínský, Jihomoravský a Olomoucký. V 10 krajích byl ve srovnání s předchozím rokem zaznamenán pokles počtu zjištěných DTČ na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let. K nejvýraznějšímu meziročnímu poklesu došlo v Karlovarském kraji (103 DTČ/100 tis. v r. 2015 a 76 DTČ/100 tis. v r. 2016). Naopak krajem s nejvýraznějším nárůstem byl Pardubický kraj (37 DTČ/100 tis. v r. 2015 a 112 DTČ/100 tis. v r. 2016). Kraji s nejvyšším počtem stíhaných osob na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let byly Ústecký kraj, Praha a Liberecký kraj. Naopak nejnížší počet stíhaných osob na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let evidují za r. 2016 Zlínský, Jihomoravský a Olomoucký kraj – tabulka 9-7 a mapa 9-1.

tabulka 9-7: Zjištěné primární drogové trestné činy a stíhané osoby v r. 2016 podle krajů

Kraj	Zjištěné DTČ			Osoby stíhané pro DTČ		
	Počet	Podíl (%)	Na 100 tis. os. 15–64 let	Počet	Podíl (%)	Na 100 tis. os. 15–64 let
Hl. m. Praha	1 656	29,8	195,5	784	17,4	92,6
Středočeský	560	10,1	64,2	548	12,2	62,8
Jihočeský	237	4,3	56,7	235	5,2	56,2
Plzeňský	215	3,9	56,6	193	4,3	50,8
Karlovarský	150	2,7	76,4	144	3,2	73,4
Ústecký	502	9,0	92,9	547	12,2	101,2
Liberecký	230	4,1	80,2	234	5,2	81,6
Královéhradecký	240	4,3	67,5	250	5,6	70,3
Pardubický	380	6,8	112,4	170	3,8	50,3
Vysočina	237	4,3	71,0	204	4,5	61,1
Jihomoravský	324	5,8	41,9	362	8,0	46,9
Olomoucký	221	4,0	53,3	201	4,5	48,4
Zlínský	139	2,5	36,2	150	3,3	39,0
Moravskoslezský	473	8,5	58,9	477	10,6	59,4
Celkem	5 564	100,0	80,1	4 499	100,0	64,8

Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2017)

mapa 9-1: Primární drogové trestné činy v r. 2016 v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2017)

Trestná činnost spočívající v porušování alkoholové legislativy, tzv. primární alkoholová trestná činnost, zahrnuje pouze jeden trestný čin, kterým je podávání alkoholických nápojů mládeži, tedy osobám mladším osmnácti let (§ 218). Podle údajů z ESK bylo v r. 2016 zjištěno 116 těchto trestných činů (97 v r. 2015, 91 v r. 2014, 99 v r. 2013 a 101 v r. 2012). V dané souvislosti bylo stíháno 77 osob, z toho 16 žen. Vzhledem k míře užívání alkoholu mezi nezletilými je zřejmé, že primární alkoholové TČ se vyznačují značnou latencí (tj. nejsou odhaleny a postihovány).

9.1.2 Tresty uložené za primární drogové trestné činy

Za primární drogovou trestnou činnost bylo v r. 2016 odsouzeno 2876 osob. Ženy tvořily 15 % a mladiství 4 % odsouzených. Dosud netrestané osoby představovaly 38 % odsouzených za DTČ. Z hlediska věku byly nejpočetnější skupinou osoby ve věku 30–39 let (32 %). Jak ukazuje tabulka 9-8, nejčastěji uloženou sankcí bylo v r. 2016 podmíněně odložené odnětí svobody (65 % sankcí). Podíly jednotlivých sankcí za primární DTČ jsou v podstatě stejné jako v předchozím roce, změny představovaly max. 2 procentní body. Nepodmíněné tresty odnětí svobody tvořily druhou nejpočetnější skupinu (26 %). Délka trvání byla nejčastěji 1–5 let (69 % nepodmíněných trestů odnětí svobody).

tabulka 9-8: Hlavní sankce uložené za primární DTČ v r. 2016 podle jednotlivých trestných činů

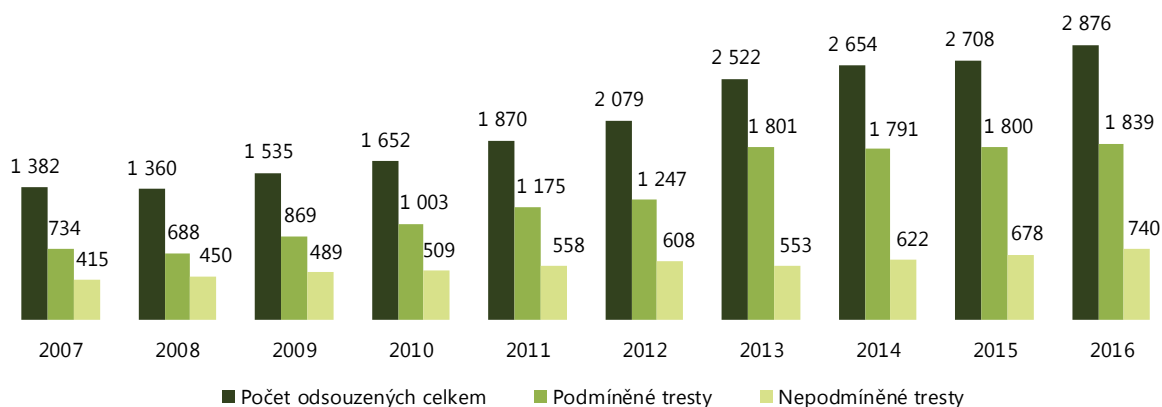
Uložené sankce	§ 283		§ 284		§ 285		§ 286		§ 287		Celkem	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Odnětí svobody nepodmíněně	650	29,4	59	13,6	4	4,5	26	32,5	1	4,2	740	26,1
Odnětí svobody podmíněně	1 395	63,1	306	70,3	73	82,0	43	53,8	22	91,7	1 839	64,8
Domácí vězení	9	0,4	0	–	0	–	1	1,3	0	–	10	0,4
Obecně prospěšné práce	108	4,9	38	8,7	6	6,7	7	8,8	1	4,2	160	5,6
Zákaz činnosti	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Propadnutí majetku	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–	0	–
Peněžitý trest	17	0,8	17	3,9	3	3,4	2	2,5	0	–	39	1,4
Propadnutí věci	4	0,2	10	2,3	3	3,4	1	1,3	0	–	18	0,6
Vyhoštění	25	1,1	5	1,1	0	–	0	–	0	–	30	1,1
Zákaz pobytu	2	0,1	0	–	0	–	0	–	0	–	2	0,1
Celkem	2 210	100,0	435	100,0	89	100,0	80	100,0	24	100,0	2 838	100,0

Pozn.: § 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, § 284 – přechovávání OPL pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky

Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017a)

Jak ukazuje graf 9-3, od r. 2008 roste počet osob odsouzených za primární DTČ. Mezi l. 2008–2013 se snižoval podíl nepodmíněných trestů odnětí svobody ve prospěch sankcí nespojených s odnětím svobody. V posledních 3 letech je však patrný pokles podílu podmíněně odložených trestů odnětí svobody (70 % v r. 2013, 67 % v r. 2014, 66 % v r. 2015 a 64 % v r. 2016) a současně mírný nárůst podílu nepodmíněných trestů odnětí svobody a ostatních trestů (22 % v r. 2013, 23 % v r. 2014, 25 % v r. 2015 a 26 % v r. 2016).

graf 9-3: Vývoj počtu osob odsouzených za primární DTČ a skladba sankcí uložených v l. 2007–2016



Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017a)

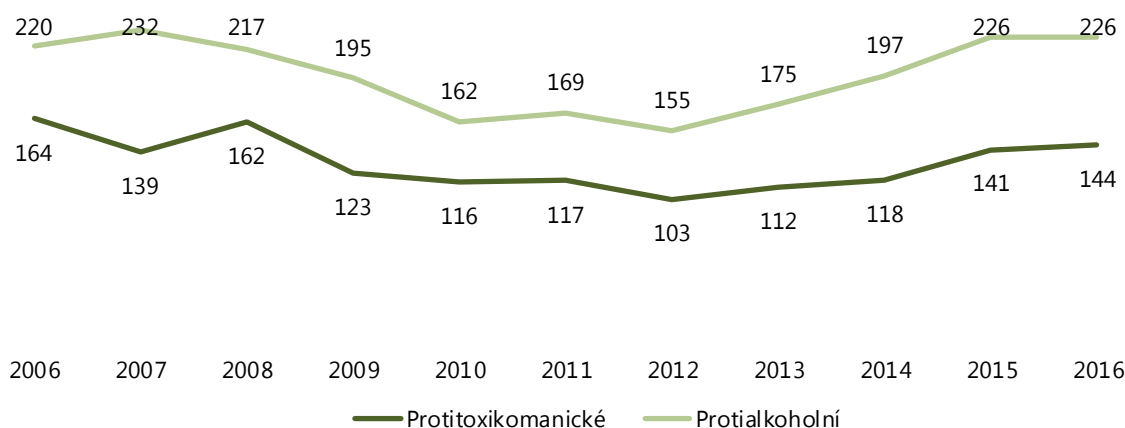
9.1.3 Ochranná a výchovná opatření

Ochranné léčení patří mezi nejčastěji ukládaná ochranná opatření.¹⁸⁴ V r. 2016 bylo podle evidence MS ochranné léčení uloženo 370 osobám, z toho 144 závislým na nealkoholových drogách a 226 na

¹⁸⁴ Ochranné léčení se vykonává na základě pravomocného rozhodnutí soudu, a to formou lůžkové nebo ambulantní péče. Soud může uložit ochranné léčení samostatně nebo vedle trestu, a to v případech, že pachatel, který zneužívá návykovou

alkoholu. Ochranné léčení protialkoholní bylo nejčastěji uloženo osobám odsouzeným za trestný čin výtržnictví, nebezpečného vyhrožování nebo týrání osoby žijící ve společném obydlí. Ochranné léčení protitoxikomanické soud nejčastěji uložil osobám, které spáchaly trestný čin krádeže, porušování domovní svobody nebo nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL. Z dlouhodobého hlediska i nadále pokračuje nárůst počtu uložených ochranných opatření, na němž se podílí zejména ochranná léčba protialkoholní (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2017a). Vývoj počtu uložených ochranných léčení ukazuje graf 9-4.

graf 9-4: Počet ochranných léčení uložených v l. 2006–2016



Zdroj: Ministerstvo spravedlnosti ČR (2017a)

Soud v souvislosti s primární DTČ uložil 155 omezení a povinností, z toho většinou (146 omezení/povinností) šlo o přiměřená omezení a povinnosti,¹⁸⁵ čili např. léčení závislosti na návykových látkách, zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek, podrobit se vhodnému programu poradenství nebo léčby. Dále byla soudem uložena ve 27 případech výchovná opatření, a to v podobě výchovných omezení¹⁸⁶ (17), dohledu probačního úředníka (7), výchovných povinností¹⁸⁷ (7), účasti v probačním programu (1) a napomenutí s výstrahou (2) (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2017a). Vzhledem k vysokému počtu osob odsouzených za primární DTČ je počet uložených přiměřených omezení a povinností poměrně nízký.

Soud může uložit přiměřená omezení a povinnosti rovněž v rámci odklonů v trestním řízení nebo spolu s alternativním trestem. Podle evidence PMS došlo v r. 2016 k nárůstu počtu klientů s uloženým omezením nebo povinností, jejichž trestná činnost souvisela s užíváním drog. Povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách¹⁸⁸ mělo v r. 2016 uloženo 261 klientů PMS (253 v r. 2015, 220 v r. 2014, 167 v r. 2013), celkem 1378 klientů PMS v r. 2016 mělo soudem uloženou povinnost zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek (1189 v r. 2015, 920 v r. 2014, 534 v r. 2013) (Probační a mediační služba, 2017).

Za r. 2016 evidovala PMS celkem 29 787 osob v různých fázích trestního řízení. Celkem 1248 z nich (4,2 %) se dostalo do kontaktu s PMS v souvislosti s nedovolenou výrobou a jiným nakládáním s OPL či předměty k výrobě OPL (§§ 283 a 286), 166 osob (0,6 %) v souvislosti s držením OPL pro vlastní potřebu (§ 284), 21 osob (0,1 %) v souvislosti s nedovoleným pěstováním rostlin nebo hub

látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Výkon ochranného léčení probíhá ve zdravotnických zařízeních. Ochranné léčení v ambulantní formě uložené vedle trestu odnětí svobody lze vykonat také ve vězení. Pokud je vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že prostřednictvím ochranného léčení nelze dosáhnout dostatečné ochrany společnosti, může soud uložit opatření v podobě zabezpečovací detence. Ochranné léčení trvá, dokud to vyžaduje jeho účel. Nejdéle ho lze uložit na dobu 2 let. V případě potřeby však může soud rozhodnout o jeho prodloužení.

¹⁸⁵ podle § 48 odst. 4 TZ

¹⁸⁶ např. zákaz návštěv určitých akcí, zákaz styku s určitými osobami

¹⁸⁷ např. povinnost bydlet s rodiči, nahradit škodu nebo se podrobit léčení závislosti na návykových látkách

¹⁸⁸ podle § 48 odst. 4 TZ

obsahujících OPL pro vlastní potřebu (§ 285) a 15 osob (0,1 %) v souvislosti s šířením toxikomanie (§ 287). Ochranné léčení závislosti na návykových látkách mělo v r. 2016 uloženo 123 osob v kontaktu s PMS, z toho 82 osobám bylo uloženo ochranné léčení protialkoholní a 41 protitoxikomanické (Probační a mediační služba, 2017).

9.1.4 Přestupky nedovoleného nakládání s OPL

Za r. 2016 bylo podle evidence MV projednáno 1702 přestupků neoprávněného držení drog v malém množství pro svoji potřebu a/nebo pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství pro svoji potřebu¹⁸⁹. Mezi kraje s nejvyšším počtem drogových přestupků na 100 tis. obyvatel ve věku 15-64 let patřily Praha a Liberecký kraj. Naopak kraje s nejnižším počtem přestupků byly Vysočina a Královéhradecký kraj – tabulka 9-9.

Pokud jde o evidenci drogových přestupků, s účinností od 1. 7. 2017 jsou přestupky neoprávněného držení drog v malém množství pro svoji potřebu a/nebo pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství pro svoji potřebu nově vymezeny zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.¹⁹⁰

tabulka 9-9: Drogové přestupky projednané v r. 2016 podle paragrafů, věku pachatele a krajů

Kraj	Držení drog		Pěstování rostlin a hub		Drogové přestupky celkem	Na 100 tis. os. 15–64 let
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)		
Hl. m. Praha	395	97,8	9	2,2	404	47,8
Středočeský	313	95,7	14	4,3	327	37,4
Jihočeský	62	89,9	7	10,1	69	16,4
Plzeňský	87	100,0	0	0,0	87	22,8
Karlovarský	62	96,9	2	3,1	64	32,4
Ústecký	186	98,9	2	1,1	188	34,6
Liberecký	114	94,2	7	5,8	121	41,9
Královéhradecký	25	86,2	4	13,8	29	8,1
Pardubický	61	89,7	7	10,3	68	20,0
Vysočina	21	80,8	5	19,2	26	7,7
Jihomoravský	114	89,1	14	10,9	128	16,5
Olomoucký	40	83,3	8	16,7	48	11,5
Zlínský	51	83,6	10	16,4	61	15,8
Moravskoslezský	74	90,2	8	9,8	82	10,1
Celkem	1 605	94,3	97	5,7	1 702	24,4

Zdroj: Ministerstvo vnitra ČR (2017)

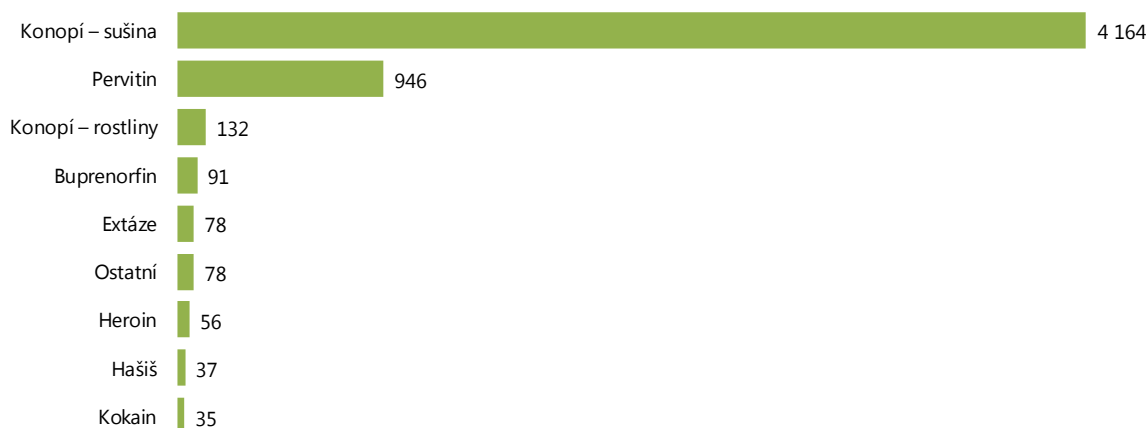
Kraje ve svých zprávách rovněž vykazují počet projednaných drogových přestupků (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d). Za r. 2016 vykázaly kraje celkem 2906 pachatelů přestupku neoprávněného držení drog v malém množství pro svoji potřebu a 171 pachatelů přestupku pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL v malém množství pro svoji potřebu. Rozdíly mezi hlášením z krajských zpráv o realizaci protidrogové politiky a údaji z MV nebo NPC jsou pravděpodobně způsobeny odlišnou metodologií sběru dat a hlášením případů z různých fází řízení o přestupcích.

Od r. 2016 jsou dostupná také data NPC o počtech pachatelů přestupků v rozdělení podle jednotlivých drog. Za r. 2016 policie eviduje 5683 osob, u kterých byly zjištěny přestupky nedovoleného nakládání s OPL. Největší podíl tvořily osoby, které se dopustily přestupku v souvislosti s konopím ve formě sušiny (73 %) a pervitinem (17 %) – graf 9-5.

¹⁸⁹ § 30 odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích

¹⁹⁰ § 39 odst. 2, písm. a) a b) zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách

graf 9-5: Pachatelé drogových přestupků zjištěných v r. 2016 podle drog



Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017a)

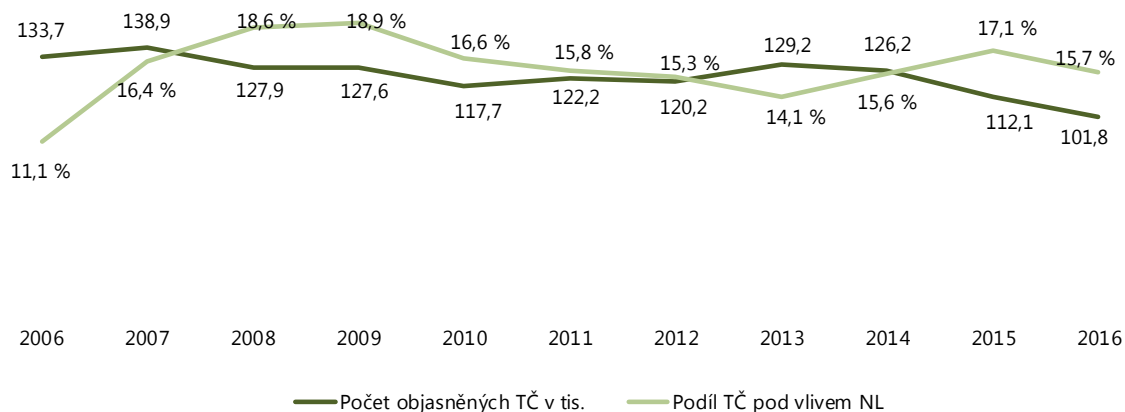
9.2 Sekundární drogová kriminalita

Sekundární drogová kriminalita zahrnuje psychofarmakologicky podmíněnou (pod vlivem návykových látek), ekonomicky motivovanou (za účelem získání prostředků na financování užívání drog) a systémovou trestnou činnost, tj. např. násilné trestné činy včetně vražd, korupce, praní špinavých peněz nebo zločiny proti lidskosti páchané v rámci drogové trestné činnosti (EMCDDA, 2007, Štefunková, 2011).

9.2.1 Trestná činnost pod vlivem drog

Pokud jde o trestnou činnost pod vlivem drog, v r. 2016 bylo objasněno celkem 101,8 tis. TČ, z toho 16,0 tis. (16 %) bylo spácháno pod vlivem návykových látek. Ve srovnání s předchozím rokem byl zaznamenán mírný pokles podílu TČ spáchaných pod vlivem návykových látek, vývoj od r. 2006 ukazuje graf 9-6.

graf 9-6: Vývoj počtu objasněných trestných činů a podílu trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek v l. 2006–2016



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2017)

Pod vlivem alkoholu bylo spácháno 12,8 tis. TČ, tj. 80 % objasněných TČ spáchaných pod vlivem návykových látek. Skladba trestné činnosti je v podstatě totožná se skladbou TČ v r. 2015. Největší podíl TČ spáchaných pod vlivem alkoholu tvořily TČ ohrožení pod vlivem návykových látek anebo

opilství¹⁹¹ (49 %, tj. 6255), nedbalostní dopravní nehody (19 %) a úmyslné ublížení na zdraví (7 %). Pod vlivem nealkoholových drog bylo v r. 2016 spácháno 3,2 tis. TČ, tj. 20 % TČ spáchaných pod vlivem návykových látek. Pachatelé se nejčastěji dopustili TČ ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství (73 %, tj. 2329), maření výkonu úředního rozhodnutí (10 %) nebo nedbalostní dopravní nehody (4 %) – tabulka 9-10.

Dlouhodobě je patrný vysoký podíl trestné činnosti páchané osobami pod vlivem alkoholu. V l. 2007–2015 se snižoval podíl TČ spáchané pod vlivem alkoholu. V r. 2016 došlo ke změně tohoto trendu, kdy se podíl TČ pod vlivem alkoholu meziročně zvýšil o téměř 4 procentní body (Policejní prezidium Policie ČR, 2017). Vzhledem k tomu, že TČ opilství nepatří obecně mezi frekventovanou trestnou činnost,¹⁹² dá se předpokládat převažující podíl TČ ohrožení pod vlivem návykových látek, a to především řízení motorového vozidla ve stavu vylučujícím způsobilost.

tabulka 9-10: Počet trestných činů (TČ) spáchaných pod vlivem alkoholu a dalších drog v l. 2003–2016

Rok	TČ pod vlivem alkoholu		TČ pod vlivem nealkoholových drog		Celkem TČ pod vlivem NL	TČ pod vlivem NL na 100 tis. os. 15–64 let
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)		
2003	10 143	91,5	939	8,5	11 082	153,2
2004	10 916	93,0	816	7,0	11 732	161,6
2005	11 020	93,4	781	6,6	11 801	161,8
2006	14 075	95,0	735	5,0	14 810	202,2
2007	22 030	96,5	793	3,5	22 823	308,8
2008	22 826	95,7	1 019	4,3	23 845	320,9
2009	22 277	92,1	1 900	7,9	24 177	326,1
2010	17 290	88,4	2 277	11,6	19 567	265,2
2011	17 168	88,9	2 142	11,1	19 310	265,9
2012	16 130	87,6	2 289	12,4	18 419	256,2
2013	15 265	84,1	2 890	15,9	18 155	255,4
2014	15 466	78,4	4 250	21,6	19 716	279,4
2015	14 489	75,6	4 668	24,4	19 157	273,8
2016	12 753	79,9	3 200	20,1	15 953	229,8

Zdroj: Mravčík a kol. (2016a), Policejní prezidium Policie ČR (2017)

9.2.2 Ekonomicky motivovaná sekundární drogová kriminalita

Odhad ekonomicky motivované sekundární drogové kriminality se provádí ve dvouletém intervalu (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016). Jde o expertní retrospektivní odhad pracovníků krajských ředitelství a územních odborů Policie ČR. Poslední výsledky jsou dostupné za r. 2015, kdy bylo zjištěno celkem 156 tis. vybraných (ekonomicky motivovaných) TČ, z nich odhadem 33 % spáchali uživatelé drog (51 tis. TČ). Nejvyšší podíl představovaly krádeže. Podrobné výsledky viz VZ 2015.

Ekonomicky motivovaná sekundární drogová kriminalita byla mimo jiné zjišťována také v dotazníkové studii mezi odsouzenými vězni realizované NMS ve spolupráci s VS ČR a agenturou ppm factum research, a to ve dvouletých intervalech na reprezentativním vzorku populace osob ve výkonu trestu odnětí svobody. V r. 2016 tvořilo výzkumný soubor 1815 respondentů – viz kapitolu Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni (str. 216). Krádeže nebo jiného trestného činu či přestupku za účelem pořízení prostředků na nelegální drogy se někdy v minulosti dopustilo

¹⁹¹ V evidenčním systému statistik kriminality (ESSK) jsou trestné činy ohrožení pod vlivem návykových látek (§ 274) a opilství (§ 360) vykazány souhrnně.

¹⁹² MS eviduje za r. 2016 celkem 87 osob stíhaných pro TČ opilství podle § 360 TZ (98 TČ) a 1227 osob stíhaných pro TČ ohrožení pod vlivem návykové látky podle § 274 TZ (11 515 TČ).

26 % dotázaných. V porovnání s předchozí vlnou studie z r. 2014 nedošlo k výrazné změně – tabulka 9-11 a tabulka 9-12.

tabulka 9-11: Výskyt krádeže nebo jiného trestného činu za účelem pořízení prostředků na návykové látky nebo hraní hazardních her někdy v životě v r. 2016, v %

Rok	Ano	Ne	Bez odpovědi
Tabák	13,7	65,2	21,1
Alkohol	9,6	67,2	23,2
Jiné drogy	25,8	54,9	19,2
Hazardní hry	16,4	61,9	21,7

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016)

tabulka 9-12: Výskyt krádeže nebo jiného trestného činu za účelem pořízení prostředků na návykové látky nebo hraní hazardních her někdy v životě v l. 2014 a 2016, v %

Rok	Tabák	Alkohol	Jiné drogy	Hraní hazardních her
2014	14,7	9,6	24,8	14,3
2016	13,7	9,6	25,8	13,7

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015)

9.3 Uživatelé drog ve vězení

Rok 2016 byl prvním rokem realizace Koncepce vězeňství do roku 2025,¹⁹³ která zahrnuje 9 oblastí včetně drogové problematiky. Jednotlivé oblasti koncepce jsou rozpracovány v navazujících ročních akčních plánech – blíže viz VZ 2015.

9.3.1 Užívání drog ve vězení

Vězeňská služba ČR (VS ČR) spravovala v r. 2016 celkem 35 věznic. K 31. 12. 2016 bylo ve vězení 22 481 osob (o 1615 více než v r. 2015), z toho 20 501 odsouzených a 1907 obviněných. V detenci bylo umístěno 73 osob. Ženy tvořily 7 % vězeňské populace, mladiství 0,4 %. Podíl cizinců představoval 8 % vězeňské populace. Počet osob odsouzených za primární DTČ vzrostl na 2284, tj. oproti předchozímu roku o téměř 15 % (1991 v r. 2015, 1670 v r. 2014). K největšímu nárůstu došlo zejména u trestného činu nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL (16 %). Také u trestných činů souvisejících přímo s intoxikací návykovou látkou – ohrožení pod vlivem návykové látky (§ 274) a opilství (§ 360) – byl v r. 2016 zaznamenán mírný nárůst počtu osob ve vězení za tuto trestnou činnost – tabulka 9-13.

¹⁹³ usnesení vlády č. 50 ze dne 25. ledna 2016

tabulka 9-13: Počet osob vězněných za primární drogové trestné činy a vybrané trestné činy v souvislosti s užíváním návykových látek k 31. 12. daného roku

Rok	§ 283	§ 284	§ 286	§ 287	§ 274	§ 360	Celkem
2007	1 314	101	144	69	299	95	2 022
2008	1 257	127	185	93	554	158	2 374
2009	3 073	323	365	138	1 595	106	5 600
2010	1 696	143	145	32	936	27	2 979
2011	1 929	126	155	26	1 077	27	3 340
2012	1 399	120	112	14	883	33	2 561
2013	1 281	98	78	8	480	27	1 972
2014	1 470	118	76	6	615	18	2 303
2015	1 719	166	97	9	864	23	2 878
2016	1 987	189	99	9	885	28	3 197

Pozn.: § 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedy, § 284 – přechovávání OPL a jedů pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedy, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky, § 274 – ohrožení pod vlivem návykové látky, § 360 – opilství

Zdroj: Mravčík a kol. (2016a), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2017c)

Za r. 2016 jsou opět k dispozici údaje o počtu uživatelů drog ve vězení získané z vyšetření/ošetření praktickými lékaři, z orientačních toxikologických testů a záchytů drog ve věznicích (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2017c, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2017b). V r. 2016 bylo provedeno celkem 457 186 vyšetření či ošetření vězněných osob. Na základě jejich výsledků evidovala zdravotní služba 11 381 osob s užíváním návykových látek v anamnéze (11 457 osob v r. 2015, 11 022 osob v r. 2014, 8 468 v r. 2013).

Na návykové látky bylo v r. 2016 testováno celkem 25 640 vězněných osob (22 596 v r. 2015, 30 394 v r. 2014), z toho 11 060 testovaných osob nastupujících do vězení. Z 14 580 osob testovaných během výkonu vazby (VV) nebo trestu odnětí svobody (VTOS) byl pozitivní výsledek na nealkoholové drogy zjištěn u 802, tj. 6 % (537 v r. 2015, tj. 5 %) Nejčastěji šlo o pervitin (48 % pozitivních), konopné látky (31 %) a benzodiazepiny (8 %). Užití více drog bylo zjištěno u 8 % osob s pozitivním výsledkem testu. Ve srovnání s předchozím rokem nedošlo k výrazným změnám. Na přítomnost alkoholu bylo provedeno 15 365 testů, z toho 39 s pozitivním výsledkem po confirmaci (32 v r. 2015).

V případě osob nastupujících VV nebo VTOS se provádí pouze orientační testování bez confirmace pozitivního výsledku, a to jako součást vstupní lékařské prohlídky. Z 11 060 osob nastupujících do vězení mělo 50 % osob pozitivní orientační test na některou z testovaných drog, nejčastěji šlo o pervitin (36 % pozitivních) a konopné látky (32 %, v r. 2015 konopí 34 % a pervitin 33 %). V téměř 25 % pozitivních případů bylo zjištěno více látek současně.

9.3.1.1 Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni

V r. 2016 proběhla 4. vlna dotazníkové studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody realizovaná NMS ve spolupráci s VS ČR a agenturou ppm factum research (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2016). Výsledky předchozích vln studie viz VZ 2010, Zaostřeno na drogy 5/2011 (Mravčík a kol., 2011), VZ 2012 a VZ 2014.

Výběrový soubor v r. 2016 tvořilo 2100 osob ve výkonu trestu odnětí svobody (VTOS), náhodně vybraných z celkem 20 171 osob vykonávajících k datu výběru trest odnětí svobody ve všech 35 věznicích v ČR. Vyplněno bylo 1815 dotazníků (míra response 86 %). Data byla shromážděna prostřednictvím skupinově administrovaného dotazníku – blíže viz VZ 2015. Administrace dotazníků probíhala stejně jako v předešlých vlnách skupinově. Pro sběr dat byl použit dotazník, jehož prostřednictvím byly mapovány zkušenosti s užíváním drog, včetně problémového užívání, a to jak v období před nástupem do vězení, tak po nástupu, dále kriminální kariéra, zkušenosti s léčbou závislostí, dostupnost drog ve vězení, hraní hazardních her a dostupnost adiktologických služeb ve

vězení. Součástí dotazníku byla také nově škála závažnosti závislosti na alkoholu a nelegálních drogách a set otázek zaměřený na předávkování.

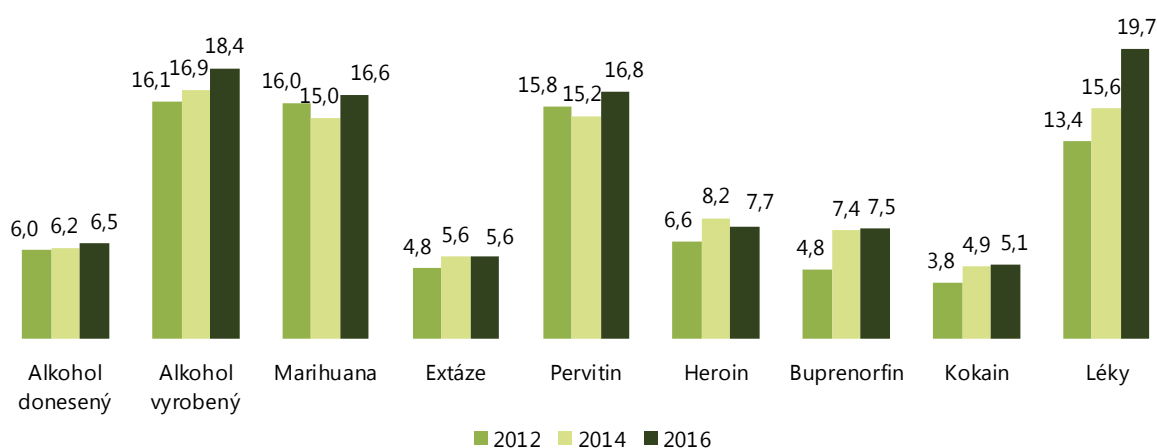
Zkušenost s nelegální drogou někdy v životě uvedlo 59 % respondentů. Nejčastěji šlo o zkušenost s konopnými látkami, pervitinem či amfetaminy a extází. Alespoň jednou v životě užilo konopné látky 44 % respondentů, amfetaminy (pervitin) 42 % a extázi 26 % dotázaných. V posledních 12 měsících před nástupem do vězení užilo nějakou nelegální drogu 46 % a v posledních 30 dnech před nástupem 36 % dotázaných.

Během pobytu ve vězení užilo nějakou nelegální drogu 21 % odsouzených. Nejčastěji šlo o léky na uklidnění, nespavost nebo proti bolesti užité bez předepsání lékařem, dále pervitin, konopné látky a alkohol vyrobený ve vězení. Léky bez předepsání lékařem užilo někdy během pobytu ve vězení 14 %, pervitin, konopné látky a alkohol vyrobený ve věznici shodně 11 % dotázaných.

Zkušenost s injekčním užitím drogy alespoň jednou v životě uvedlo 31 % respondentů, ve vězení užilo drogu injekčně 7 % respondentů. Za problémové uživatele drog lze označit 31 % vězňů (tj. injekční užití drogy nebo opakované užití pervitinu, opioidů nebo kokainu ve 30 dnech před nástupem do vězení), což v přepočtu na celou populaci odsouzených vězňů představuje 6200 osob.

Dostupnost nelegálních drog ve vězení hodnocená na základě výpovědi odsouzených se zdá být dlouhodobě relativně stabilní. V l. 2012–2016 patřily k nejdostupnějším drogám alkohol vyrobený ve věznici, konopné látky, pervitin a léky bez předpisu lékaře. Všechny tyto látky v posledních 3 vlnách studie hodnotilo jako velmi nebo celkem snadno dostupné více než 13 % dotázaných. Výjimku v relativně stabilním trendu představují léky bez předpisu lékaře. Zatímco v r. 2012 hodnotilo léky jako snadno nebo celkem dostupné 13 % respondentů, v r. 2016 to bylo téměř 20 %. Podrobné výsledky uvádí graf 9-7.

graf 9-7: Subjektivně vnímaná dostupnost drog ve vězení v l. 2012–2016*



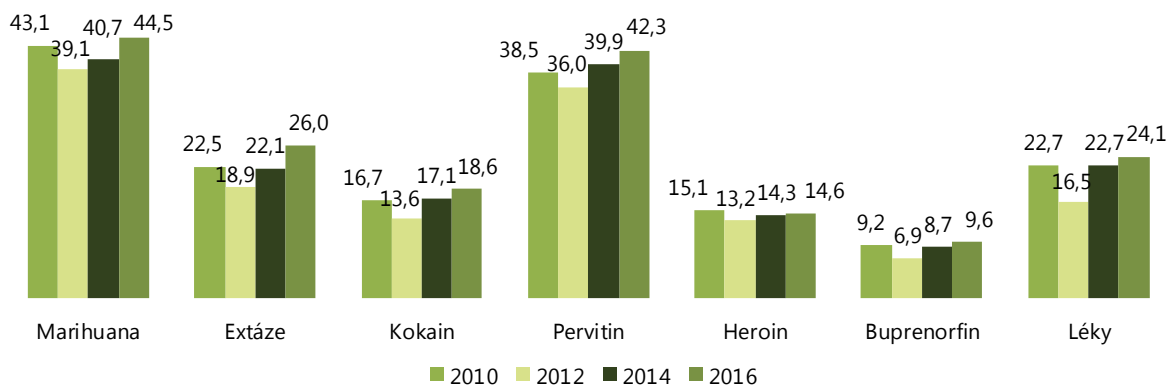
Pozn.: * Hodnocení trendu subjektivně vnímané dostupnosti drog nezahrnuje první vlnu studie, neboť otázka byla formulována jinak.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011)

Pokud jde o vývoj míry zkušeností s nelegálními drogami v populaci odsouzených, výsledky ukazují pokles celoživotní prevalence mezi r. 2010 a 2012 u všech sledovaných látek, v následujících dvou vlnách byl však zaznamenán nárůst. Nejvýraznější změnu představuje zvýšení celoživotní prevalence užití léků bez předpisu lékařem o 6 procentních bodů mezi r. 2012 a 2014. Mezi nejčastěji uváděné drogy patřily ve všech vlnách studie marihuana a pervitin. Podíly dotázaných, kteří tyto látky někdy v životě vyzkoušeli, se výrazně neliší. Nejvyšší podíl odsouzených byl v případě obou látek zaznamenán v r. 2016, kdy konopné látky někdy v životě vyzkoušelo 45 % a pervitin 42 % dotázaných. Pokud jde o prevalenci v posledních 12 měsících a 30 dnech, čili aktuální zkušenosti

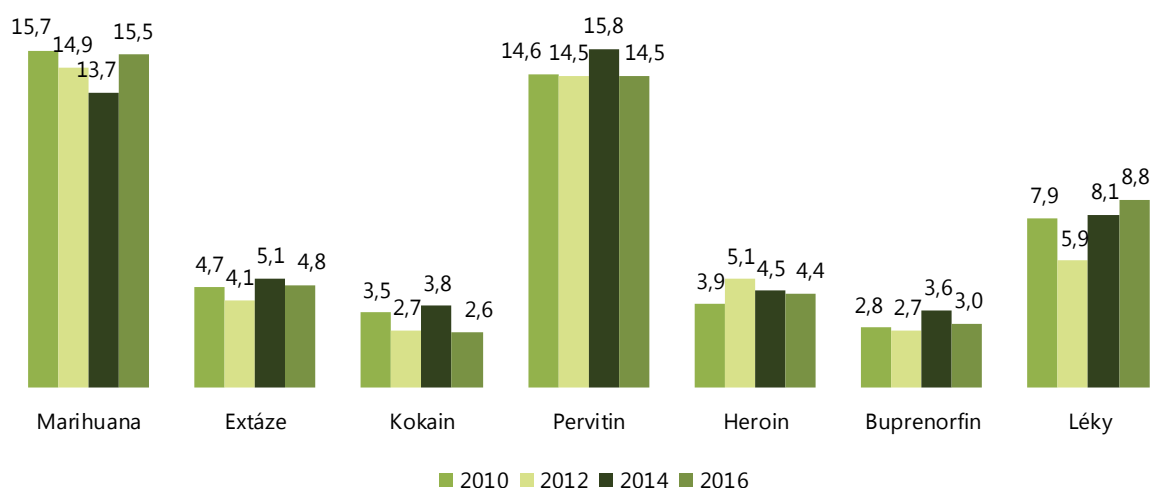
odsouzených s jednotlivými nelegálními drogami, situace se jeví poměrně stabilní bez výrazných výkyvů. Meziroční změny nepřesahují 2 procentní body. Podrobné výsledky uvádí graf 9-8, graf 9-9 a graf 9-10.

graf 9-8: Celoživotní prevalence užití drog mezi odsouzenými v l. 2010–2016, v %



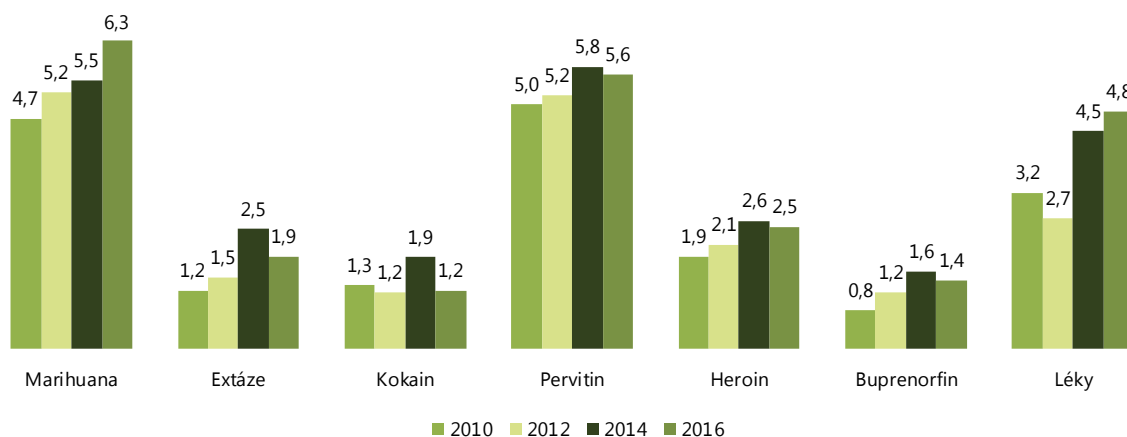
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011)

graf 9-9: Prevalence užití drog mezi odsouzenými v posledních 12 měsících v l. 2010–2016, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011)

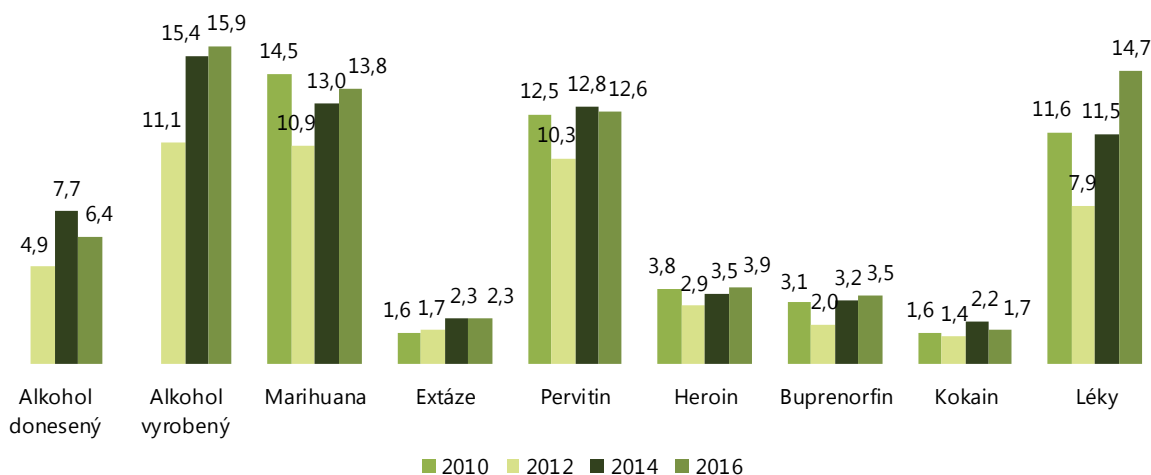
graf 9-10: Prevalence užití drog mezi odsouzenými v posledních 30 dnech v l. 2010–2016, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011)

Mezi drogy nejčastěji užívané během pobytu ve vězení dlouhodobě patří alkohol vyrobený ve vězení, konopné látky, pervitin a léky bez předpisu lékaře. Podíl respondentů, kteří uvedli zkušenost s užitím alkoholu vyrobeného ve vězení se v l. 2012–2016 pohyboval v rozmezí 11–16 %, přičemž v r. 2016 byla uváděna nejvyšší míra jeho užívání. Naproti tomu nejméně často byly uváděny zkušenosti s kokainem a extází s mírou zkušeností nepřesahující 3% hranici. Nejvýraznější meziroční změnu představoval nárůst míry užívání alkoholu vyrobeného ve vězení, a to z 11 % v r. 2012 na 15 % v r. 2014. Podrobné výsledky uvádí graf 9-11.

graf 9-11: Užití drog někdy během pobytu ve vězení v l. 2010–2016



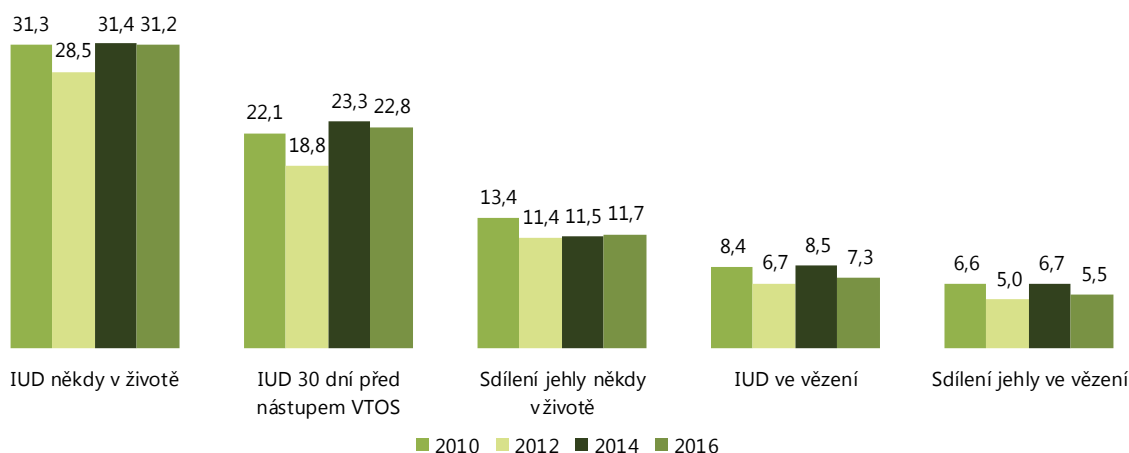
Pozn.: Od r. 2012 je zjišťováno zvlášť užívání alkoholu vyrobeného ve vězení a zvlášť alkoholu do vězení doneseného.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011)

Zkušenosti s injekčním užitím drog mezi odsouzenými jsou dlouhodobě poměrně četné. Celoživotní prevalence injekčního užití se pohybuje v rozmezí 18–31 %. Nástup do vězení však představuje obecně výraznou redukci míry injekční aplikace drog. Zatímco v posledních 30 dnech před nástupem do vězení se zkušenosti s injekčním užitím drogy pohybovaly v rozmezí 19–23 %, zkušenost s injekční aplikací drog přímo ve vězení uvádí 7–8 % odsouzených. Nejvýraznější meziroční změnu představoval nárůst podílu osob se zkušeností s injekční aplikací v posledních 30 dnech před nástupem do vězení, a to z 19 % v r. 2012 na 23 % v r. 2014. Sdílení injekčního

materiálu někdy v životě se pohybuje v rozmezí 11–13 %, ve vězení 5–7 %. Meziroční změny nepřesáhly 2 procentní body. Podrobné výsledky uvádí graf 9-12.

graf 9-12: Rizikové chování v populaci odsouzených v l. 2010–2016



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2011)

9.3.2 Prevence a léčba užívání drog ve vězení

Primární prevence, léčba závislosti a snižování zdravotních a sociálních dopadů užívání drog jsou ve věznicích realizovány prostřednictvím poraden drogové prevence, bezdrogových zón, specializovaných oddělení a programů NNO.

Poradny drogové prevence byly dostupné ve všech věznicích. Služeb některé z nich využilo v r. 2016 celkem 9329 osob,¹⁹⁴ což je o 1355 osob více než v předchozím roce. Poradny v jednotlivých věznicích se poměrně liší rozsahem poskytovaných služeb s ohledem na zaměření a kapacitu odborného personálu. Ve všech věznicích však poradny poskytovaly informační servis a individuální poradenství.

Bezdrogové zóny jsou zvláštní oddělení věznic, která mohou mít standardní nebo terapeutický režim zacházení.¹⁹⁵ Bezdrogová zóna se standardním zacházením byla v r. 2016 nově zřízena ve věznicích Kuřim, Plzeň a Vinařice. V r. 2016 tak mělo bezdrogovou zónu se standardním režimem všech 35 věznic, jejich ubytovací kapacita¹⁹⁶ činila 1943 míst. Možnosti umístění na bezdrogových zónách se standardním režimem využilo 3793 osob (3840 v r. 2015), z toho 1880 nově zařazených. Bezdrogovou zónu s terapeutickým režimem měly 3 věznice (Příbram, Vinařice, Znojmo). Ubytovací kapacita činila 92 míst. Možnost umístění na těchto odděleních využilo 221 osob, z toho 133 nově zařazených.

Léčbu závislosti během VTOS bylo možno v r. 2016 absolvovat na specializovaných odděleních ve 12 věznicích, z toho v 9 věznicích dobrovolnou léčbu (Bělušice, Kuřim, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Valdice, Všehrady a Heřmanice¹⁹⁷). V r. 2016 byla kapacita specializovaných oddělení

¹⁹⁴ Využitím služeb se rozumí poskytnutí minimálně jedné intervence. Každá osoba se v daném roce počítá v evidenci poradny pouze jednou bez ohledu na to, kolikrát službu využila.

¹⁹⁵ Hlavním cílem bezdrogové zóny se standardním zacházením je motivovat odsouzené k abstinenci. Cílovou skupinou bezdrogových zón s terapeutickým zacházením jsou výhradně uživatelé drog. Program je zaměřený na budování motivace k nastoupení do léčby buď v průběhu pobytu ve vězení, nebo po výstupu.

¹⁹⁶ Ubytovací plocha je 4 m² na osobu.

¹⁹⁷ V r. 2016 došlo k transformaci specializovaného oddělení s ochranným léčením věznice Heřmanice na oddělení s dobrovolným léčením, cílovou skupinou zůstali uživatelé alkoholu a patologičtí hráči.

s dobrovolným léčením závislosti celkem 335 míst. Možnosti dobrovolného léčení na některém z oddělení využilo v r. 2016 celkem 578 osob, z toho nově zařazeno bylo 299 osob.

Soudem nařízené ochranné léčení¹⁹⁸ bylo možno absolvovat ve 3 věznicích (Opava, Rýnovice, Znojmo). K tomuto účelu sloužila 4 oddělení, přičemž ve Věznici a ústavu pro výkon zabezpečovací detence Opava bylo k dispozici specializované oddělení zvláště pro muže a pro ženy. Celková kapacita oddělení pro ochranné léčení byla 131 míst. V r. 2016 evidovala VS ČR 213 osob v péči těchto oddělení, z toho nově zařazeno bylo 108 osob. Přehled o počtech osob, kapacitě a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení pro dobrovolnou a ochrannou léčbu poskytuje tabulka 9-14. Počet oddělení zaměřených na ochrannou léčbu protitoxikomanickou ani jejich zařazení podle typu věznice¹⁹⁹ se ve srovnání s předchozím rokem v podstatě nezměnily.

tabulka 9-14: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení pro dobrovolnou a ochrannou léčbu ve věznicích v l. 2006–2016

Rok	Bezdrogové zóny		Oddělení pro dobrovolnou léčbu			Oddělení pro ochrannou léčbu			
	Počet věznic	Kapacita	Počet osob	Počet věznic	Kapacita	Počet osob	Počet věznic	Kapacita	Počet osob
2006	31	1 665	3 201	6	286	625	3	105	162
2007	35	1 877	3 524	6	258	419	3	114	200
2008	33	1 998	3 646	6	262	422	3	120	206
2009	33	2 057	4 224	7	294	507	3	120	117
2010	33	2 075	3 443	7	300	437	3	109	128
2011	33	1 905	4 279	7	287	535	3	113	206
2012	34	1 918	4 549	7	287	537	3	128	184
2013	34	1 898	3 747	8	306	589	3	128	184
2014	34	1 889	3 528	8	287	504	3	129	188
2015	34	1 888	3 812	8	287	494	3	131	215
2016	35	2 035	4 014	9	335	578	3	131	213

Zdroj: Mravčík a kol. (2016a), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2017c)

K poskytování substituční léčby²⁰⁰ mělo v r. 2016 povolení 10 věznic, z toho 7 věznic hlásilo léčené pacienty, zbývající 3 věznice (Břeclav, Ostrava a Praha-Ruzyně) substituční léčbu dlouhodobě neprovádějí (od r. 2011 nevykázaly žádného pacienta v léčbě). V průběhu r. 2016 klesl počet věznic poskytujících substituční léčbu na 9, a to z důvodu jejího zrušení ve věznici Kuřim. Programy substituční léčby ve věznicích evidovaly 67 léčených osob, tj. o 14 osoby více než v předchozím roce. Průměrná délka léčby se ve srovnání s r. 2015 zvýšila na 7,6 měsíce – tabulka 9-15. Substituční látkou ve věznicích je metadon. U osob, které nastupují do věznice se substituční léčbou buprenorfinem, je možné v léčbě pokračovat i ve vězení, ovšem pouze za předpokladu, že si jedinec bude dané léky (zpravidla Subutex[®] nebo Suboxone[®]) sám hradit.

Detoxifikaci provádělo v průběhu r. 2016 celkem 6 věznic²⁰¹, tj. o 2 více než v předchozím roce. Léčbu akutních odvykacích stavů podstoupilo 194 osob, z toho 141 mužů. Většinu detoxifikovaných představovali uživatelé opioidů (65 % v r. 2016, 70 % v r. 2015). Oproti předchozímu roku došlo k nárůstu počtu detoxifikovaných (147 osob v r. 2015, 154 v r. 2014, 187 v r. 2013).

Intenzivní spolupráci s NNO, tj. 10 a více návštěv za rok, vykázalo celkem 24 věznic (21 v r. 2015, 17 v r. 2014, 15 v r. 2013). V kontaktu s některou z NNO bylo celkem 7090 osob ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody, což představuje téměř 8% pokles ve srovnání s r. 2015 (7665 osob v r. 2015,

¹⁹⁸ Podle § 83 odst. 2 zákona č. 373/2011 Sb., o speciálních zdravotních službách, lze ochranné léčení vykonat během VTOS ve zdravotnických zařízeních VS ČR, a to ochranné léčení ústavní v podobě jednodenní péče a ochranné léčení ambulantní. Ochranné léčení ve věznicích má tedy charakter ambulantní péče.

¹⁹⁹ věznice s dohledem, dozorem, ostrahou a zvýšenou ostrahou

²⁰⁰ Zařazení do programu substituční terapie ve vězení je podmíněno předchozí účastí v substitučním programu před vzetím do vazby nebo před nástupem VTOS.

²⁰¹ Brno, Kuřim, Ostrava, Plzeň, Praha-Pankác a Praha-Ruzyně

8073 v r. 2014 a 5035 v r. 2013). Individuální výkony tvořily stejně jako v předchozím roce 53 % kontaktů. Přehled jednotlivých NNO poskytujících drogové služby ve vězení, počtu návštěv a počtu klientů uvádí tabulka 9-17.

tabulka 9-15: Počet osob v substituční léčbě ve vězení podle věznic v l. 2011–2016

Věznice	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brno	22	28	20	24	21	26
Břeclav	0	0	0	0	0	0
Kuřim	12	13	12	6	2	4
Litoměřice	11	9	3	3	5	7
Opava	13	5	5	4	4	4
Ostrava	0	0	0	0	0	0
Praha-Pankrác	24	15	11	3	10	10
Praha-Ruzyně	0	0	0	0	0	0
Příbram	14	17	7	7	9	10
Rýnovice	3	2	4	3	2	6
Celkem	99	89	62	50	53	67

Zdroj: Mravčík a kol. (2016a), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2017c)

tabulka 9-16: Průměrná délka léčby (v měsících) podle věznic v l. 2011–2016

Věznice	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brno	3,0	4,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Břeclav	–	–	–	–	–	–
Kuřim	2,0	3,0	1,3	7,0	1,5	10,0
Litoměřice	1,0	3,0	7,0	11,0	12	5,5
Opava	1,5	1,0	6,0	18,0	6,0	5,0
Ostrava	–	–	–	–	–	–
Praha-Pankrác	5,2	5,0	7,0	4,0	12,0	12,0
Praha-Ruzyně	–	–	–	–	–	–
Příbram	11,0	8,0	10,0	12,0	12,0	12,0
Rýnovice	12,0	3,0	21,0	12,0	7,0	n. a.
Celkem	5,1	3,9	7,6	9,3	7,4	7,6

Zdroj: Mravčík a kol. (2016a), Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2017c)

tabulka 9-17: Neziskové organizace poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet předvedených osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody v r. 2016

Organizace	Věznice	Počet návštěv	Počet klientů
Centrum protidrogové prevence a terapie	Plzeň, Ostrov, Oráčov, Horní Slavkov	90	544
Kotec	Horní Slavkov, Kynšperk nad Ohří	4	120
Laxus	Hradec Králové, Jiřice, Liberec, Odolov, Pardubice, Praha-Pankrác, Rýnovice, Stráž pod Ralskem, Světlá nad Sázavou, Valdice	293	1 443
Magdaléna	Příbram, Opava	7	86
Most k naději	Bělušice, Liberec, Nové Sedlo, Všehrady	275	1 695
Společnost Podané ruce	Brno, Břeclav, Heřmanice, Kuřim, Mírov, Olomouc, Opava, Ostrov, Rapotice, Světlá nad Sázavou, Znojmo	372	2 289
Prevent 99	České Budějovice	18	40
Renarkon	Heřmanice, Opava	2	91
SANANIM	Ostrov, Praha-Ruzyně, Světlá nad Sázavou, Vinařice, Znojmo	100	733
White Light I.	Litoměřice, Teplice	3	49
Celkem		1 164	7 090

Pozn.: Pokud byla osoba kontaktována během 1 dne vícekrát, např. se zúčastnila besedy a poté využila možnosti individuálního poradenství, počítá se v daném dni pouze 1 kontakt. Pokud byla tatáž osoba kontaktována během 2 nebo více dní, počítá se 1 den jako 1 kontakt.

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2017c)

V r. 2016 pokračovala spolupráce VS ČR a NMS na realizaci projektu Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction (HA-REACT). V souladu s Konceptí vězeňství do roku 2025 a jejími akčními plány na r. 2016 a 2017 byla ve věznicích zavedena bezplatná distribuce kondomů v rámci návštěv bez zrakové a sluchové kontroly a zahájena pilotní distribuce kondomů ve věznici Praha-Pankrác. Kondomy jsou ve Věznici Praha-Pankrác distribuovány na 2 odděleních prostřednictvím automatů, na zbývajících odděleních jsou dostupné u vychovatelů.

≥ 10

Kapitola 10: Drogové trhy

10.1 Produkce, spotřeba, dovoz a vývoz drog

10.1.1 Domácí produkce, dovoz a vývoz drog

Zdrojem informací o produkci, dovozu a vývozu nelegálních drog jsou data Národní protidrogové centrály SKPV Policie ČR (NPC) a Celní protidrogové jednotky Generálního ředitelství cel (CPJ). Jde především o počty odhalených pěstíren a varen, počty záchytů jednotlivých drog a zajištěné množství drog v rozdělení podle místa záchytu (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2017c, Celní protidrogová jednotka, 2017).

Policie ČR a Celní správa ČR odhalily v r. 2016 celkem 299 indoor pěstíren konopí,²⁰² což je o 79 více než v r. 2015. Největší podíl odhalených pěstíren tvořily pěstírny do 49 rostlin,²⁰³ tzv. malé domácí pěstírny (54 %), jejich podíl vzrostl meziročně o 5 procentních bodů. Podíl tzv. malých pěstíren (50–249 rostlin) se snížil z 33 % v r. 2015 na 27 % v r. 2016. Nejvyšší počet odhalených pěstíren byl v r. 2016 hlášen v Moravskoslezském kraji (49), Praze (33) a Ústeckém kraji (31); nejvýraznější meziroční změnu v r. 2016 představoval nárůst počtu odhalených pěstíren v Praze (z 11 na 33).

Podle NPC lze sledovat rostoucí trend v provozování středních indoor pěstíren (do 500 rostlin). Z důvodu minimalizace pravděpodobnosti odhalení a případné ztráty je pěstování konopí jednotlivými organizovanými skupinami rozděleno do více pěstíren (zpravidla maximálně do 5), každá s počtem cca 300–500 rostlin. Za účelem zajištění kontinuální produkce bývají pěstírny rozděleny do několika částí, v nichž jsou umístěny rostliny v různých fázích růstu. Pěstírny bývají budovány v zemědělských objektech, skladech, ale také v pronajatých rodinných domech a bytech. Část indoor produkce je dobře organizovaná a významně se na ní podílí organizované skupiny osob s vietnamským původem, roste zapojení občanů ČR do velkoobjemového pěstování s produkcí určenou na vývoz. Vypěstované konopí podle NPC směřuje převážně na domácí trh, část je určena i k vývozu, a to zejména nejen do sousedních států, ale také do Maďarska, Velké Británie, Skandinávie a na Ukrajinu.

Za r. 2016 evidovala CPJ celkem 264 záchytů při vývozu marihuany v celkovém množství 39,5 kg (200 záchytů o celkové hmotnosti 9,9 kg v r. 2015). Většinou (97 %) šlo o záchyty do 100 g přepravované letecky v poštovních zásilkách. Největším záchytem bylo zajištění marihuany o hmotnosti 17 kg. Marihuana byla nejčastěji zajištěna na trase z ČR do Velké Británie (166 záchytů) a Německa (43 záchytů). V porovnání s daty za r. 2015 byl zaznamenán nárůst počtu záchytů při vývozu do obou uvedených zemí. Za r. 2016 jsou evidovány také záchyty marihuany při dovozu do ČR, a to celkem 32 záchytů o celkové hmotnosti 2,1 kg, většinou z Nizozemska.

Pokud jde o výrobu pervitinu, podle NPC stále převládají menší domácí varny s komunitním způsobem výroby i distribuce. Tyto varny zásobují zejména domácí trh. V r. 2016 bylo v ČR odhaleno 261 varen, tj. o 2 méně než v předchozím roce. Největší podíl tvořily varny s objemem výroby do 50 g (77 %). Největší počet odhalených varen byl v r. 2016 stejně jako v loňském roce hlášen v Moravskoslezském, Jihomoravském a Ústeckém. Největší koncentrace velkoobjemových varen je podle NPC v severozápadních Čechách.

Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu je pseudoefedrin extrahovaný z léčiv. Léčiva s obsahem pseudoefedrinu určená pro nelegální výrobu pervitinu pocházejí nejčastěji z Turecka a do ČR se pašují přes Rumunsko, Bulharsko, Maďarsko, Slovensko a Polsko. Polsko se podle NPC stalo pro

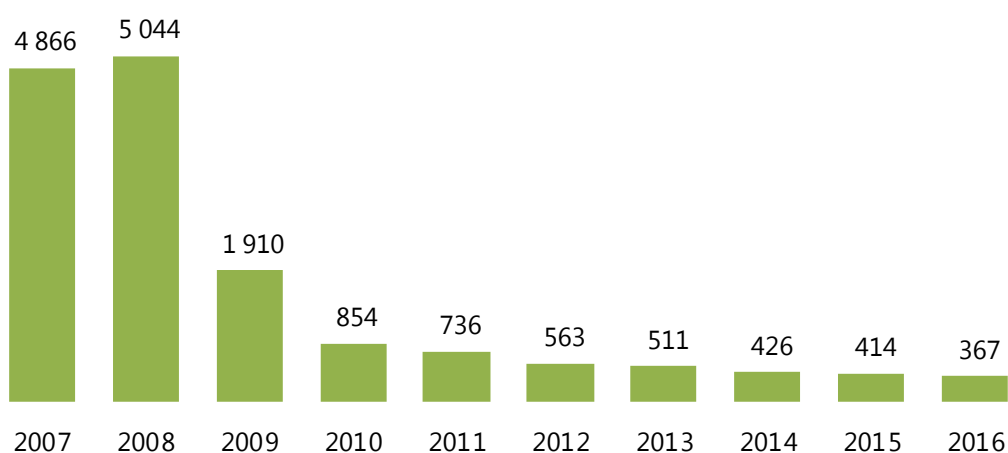
²⁰² pěstování rostlin v uzavřeném prostředí pod umělým osvětlením

²⁰³ Podle NPC má malá domácí pěstírna 6–49 rostlin, malá pěstírna 50–249 rostlin, střední pěstírna 250–499 rostlin, velká pěstírna 500–999 rostlin a průmyslová pěstírna 1000 a více rostlin.

pseudoefedrin tranzitní zemí, což je velmi pravděpodobně důsledek omezení výdeje v polských lékárnách od r. 2015 – viz VZ 2015. V Polsku operují dobře organizované skupiny zaměřené na nelegální dovoz léčiv s obsahem pseudoefedrinu, jeho extrakci a distribuci do ČR. V ČR je výdej léčiv s obsahem pseudoefedrinu regulován od r. 2009.²⁰⁴ Od zavedení regulace je patrný nízký výdej těchto léčiv v českých lékárnách, na druhou stranu také výrazný nárůst záchytů při jejich dovozu – graf 10-1.

graf 10-1: Objem léčiv obsahujících pseudoefedrin prodaných v lékárnách v ČR (graf Výdej léčiv...) a zajištěných represivními orgány (graf Zajištěná léčiva...) v l. 2007–2016

Výdej léčiv s pseudoefedrinem v lékárnách (v tis. ks balení)



Zajištěná léčiva s pseudoefedrinem (v tis. ks tablet)



Pozn.: Kromě tablet léčiv s obsahem pseudoefedrinu byl v r. 2016 zachycen také pseudoefedrin ve formě prášku 20,4 g a efedrin – 431 g prášku, 92 tablet a 170 ml.

Zdroj: Státní ústav pro kontrolu léčiv (2017), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017c)

Kromě použití pseudoefedrinu byly v r. 2016 zaznamenány také případy výroby pervitinu z efedrinu, nejpoužívanějšího prekurzoru pro výrobu pervitinu v ČR v minulosti.

Do velkoobjemové výroby pervitinu jsou významně zapojeny organizované skupiny osob původem z Vietnamu. Výrobní proces bývá rozdělen na několik fází, které jsou prováděny na různých místech. Daná místa jsou vybírána tak, aby se v každé fázi minimalizovala pravděpodobnost odhalení

²⁰⁴ Jednorázový výdej léčiva s obsahem pseudoefedrinu je omezen max. na 900 mg pseudoefedrinu, což odpovídá množství 30 tablet či sáčků obsahujících 30 mg pseudoefedrinu.

(např. odlehlá místa pro extrakci pseudoefedrinu z důvodu typického zápachu používaných chemikálií).

Pokračujícím trendem jsou přesuny výroby pervitinu, případně její části, na území Polska, a to z důvodu zkrácení trasy pro dodání léčiv s obsahem pseudoefedrinu a tím i minimalizace rizika odhalení a finančních ztrát. Vyrobený pervitin se do ČR převáží buď v tekuté formě a další výrobní postup probíhá v ČR, nebo je do ČR dovážen již výsledný produkt. Popsaný postup předpokládá úzkou spolupráci organizovaných skupin na území obou států. Vyrobený pervitin směřuje podle NPC zejména do Německa, Rakouska, Francie, Norska nebo Švédska. Zaznamenány byly i případy pašování pervitinu do Austrálie a Japonska. Pro převoz bývají najímáni kurýři, často sociálně marginalizované osoby.

S cílem zvýšit informovanost a angažovanost občanů spustila NPC v r. 2016 internetové stránky s mapou varen a pěstíren.²⁰⁵ Mapa je průběžně aktualizována a zobrazuje pěstírny a varny odhalené v l. 2016 a 2017.

V r. 2016 pokračovala spolupráce represivních složek ČR na mezinárodní úrovni, a to zejména expozitur NPC v příhraničních regionech (České Budějovice, Plzeň, Ústí nad Labem, Brno a Ostrava). V říjnu 2016 vstoupila v platnost česko-německá smlouva o policejní spolupráci (podepsaná v dubnu 2015) – viz VZ 2015. V Ústeckém kraji byl v r. 2016 zaznamenán výrazný útlum tzv. drogové turistiky občanů z Německa, který může být důsledkem zvýšených hraničních kontrol v souvislosti s ilegální migrací (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2017c). V červenci 2016 byla podepsána smlouva o realizaci projektu *Drugstop – přeshraniční spolupráce policejních jednotek v oblasti boje s drogovou kriminalitou* financovaného z prostředků Evropského fondu pro regionální rozvoj v rámci *Programu Interreg V-A Česká republika – Polsko* s rozpočtem téměř 2,5 mil. eur.²⁰⁶ Cílem projektu je posílení spolupráce českých a polských policejních jednotek. Za ČR jsou do projektu zapojena krajská ředitelství krajů Libereckého, Královehradeckého, Pardubického, Olomouckého a Moravskoslezského.

Kokain se do ČR dostává ze zemí Jižní Ameriky, jako jsou zejména Peru, Venezuela, Brazílie nebo Dominikánská republika. Zásilky kokainu se do Evropy dostávají přes přístavy v Nizozemsku, Belgii a Španělsku a odtud dále do ostatních evropských států včetně ČR. ČR není nikterak významnou cílovou ani tranzitní zemí. Do pašování a distribuce kokainu bývají kromě občanů ČR zapojeny zejména skupiny osob pocházejících z Nigérie, ale také ze zemí západního Balkánu (Srbsko, Chorvatsko, Bosna a Hercegovina) a v nižší míře také občané ČR. K přepravě kokainu do zemí EU bývají najímáni kurýři ze zemí střední a východní Evropy (Balkán a pobaltské země) pocházející často ze sociálně marginalizovaných skupin. Kokain je přepravován v tělních dutinách, v poštovních zásilkách nebo cestovních zavazadlech. Přepravované množství se nejčastěji pohybuje od 0,5 do 5 kg.

V r. 2016 nedošlo k žádným výrazným změnám v oblasti pašování heroinu do Evropy a jeho distribuci. Pokračoval trend odklonu od historicky významné trasy, tzv. balkánské cesty, a na významu nabývá tzv. jižní kavkazská trasa.²⁰⁷ ČR je cílovou destinací i tranzitní zemí, nicméně nikterak významnou. Heroin se do ČR dováží v menších zásilkách o hmotnosti do 10 kg. Na pašování a distribuci heroinu se podílejí převážně etničtí Albánci z Kosova a Makedonie a Turci. Na nižší úrovni trhu tvoří distribuční síť olašští Romové a samotní uživatelé. K ředění heroinu se nejčastěji používá směs paracetamolu a kofeinu a léků s anestetickým účinkem (prokain, mezokain). Zásilky heroinu směřují z Turecka do západní Evropy a bývají často převáženy v kamionech se spotřebním zbožím. V r. 2016 nebyl hlášen žádný případ odhalení výroby opioidů, jako tomu bylo v r. 2015 (1 varna braunu, 1 případ výroby heroinu z morfinu extrahovaného z analgetik).

²⁰⁵ <http://mapavarenapestiren.cz> [2017-09-21]

²⁰⁶ <http://www.policie.cz/clanek/projekt-drugstop.aspx> [2017-09-21]

²⁰⁷ z Íránu přes Arménii, Ázerbájdžán a Gruzii na Ukrajinu nebo do Moldavska

V r. 2016 se spotřebovalo přibližně 20,1 tuny konopných drog, 6,5 tuny pervitinu, 0,7 tuny heroinu, 1,0 tona kokainu a 1,2 milionu tablet extáze – tabulka 10-1. Ve shodě s trendy v prevalenci užívání v populaci včetně problémového užívání drog se spotřeba konopných drog a heroinu dlouhodobě snižuje, spotřeba pervitinu a kokainu se naopak zvyšuje.

tabulka 10-1: Vývoj spotřeby vybraných drog v ČR v letech 2003–2016

Droga	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2016
Konopné drogy (t)	24,8	26,5	27,5	28,4	29,4	27,5	26,3	25,1	23,8	22,6	21,4	20,1
Pervitin (t)	3,6	3,8	3,9	4,0	4,2	4,3	4,6	5,0	5,3	5,7	6,0	6,5
Heroin (t)	2,2	2,0	1,8	1,7	1,5	1,3	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7
Kokain (t)	0,0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	1,0
Extáze (mil. ks)	4,8	6,3	7,3	6,2	5,2	3,6	3,1	2,6	2,1	1,6	1,1	1,2
LSD (mil. ks)	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	n. a.

Zdroj: Vopravil (2014), Vopravil (2017)

10.1.2 Nové psychoaktivní látky na českém trhu

Nové psychoaktivní látky (NPS) jsou látky různých chemických skupin pokrývající široké spektrum účinků, které nejsou vůbec nebo jsou relativně krátkou dobu kontrolované mezinárodními úmluvami OSN, případně evropskou či národní legislativou jakožto omamné a psychotropní látky. NPS bývají nabízeny jako legální alternativa již kontrolovaných drog (*legal highs*), chemické látky pro výzkumné účely (*research chemicals*), potravinové doplňky určené pro maximalizaci výkonu, napodobeniny nelegálních drog, případně se objevují jako příměsi již známých nelegálních drog. Specifickou skupinou jsou farmaceutické přípravky. NPS bývají většinou dováženy z Číny a v Evropě pak probíhá zpracování, balení a distribuce. V posledních přibližně 3 letech jsou stále častěji hlášeny případy výroby NPS i v evropských zemích. V ČR takový případ dosud nebyl zaznamenán.

V Systému včasného varování před novými drogami koordinovaném NMS²⁰⁸ bylo za r. 2016 v ČR hlášeno celkem 44 NPS, z toho 9 vůbec poprvé. Nejčastěji to byly katinony²⁰⁹ (23 látek) a syntetické kanabinoidy (8 látek). Látkami s největším celkovým zachyceným množstvím byly katinony s označením 4-MEAP (26,4 kg) a 4-CEC (10,7 kg) (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2017b).

10.2 Záchyty drog

Záchytem drog se rozumí zajištění jedné nebo více látek v daném místě a čase v rámci řešení případu neoprávněného nakládání s OPL orgány vymáhajícími právo. Hlavní zdroj informací představují data NPC a CPJ (Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2017b, Celní protidrogová jednotka, 2017). Počet záchytů a množství drog zajištěných v rámci trestního řízení za období 2007–2016 shrnuje tabulka 10-2 a počet záchytů a množství drog zajištěných v rámci přestupkového řízení za období 2014–2016 tabulka 10-3.

²⁰⁸ <http://www.drogy-info.cz/nms/pracovni-skupiny/pracovni-skupina-system-vcasneho-varovani-pred-novymi-drogami/> [2017-09-22]

²⁰⁹ Pro katinony, tzn. látky chemicky podobné amfetaminům, se na černém trhu ujal označení funky. Původně šlo o komerční název jednoho z produktů nabízených v ČR v r. 2010, od té doby se výraz funky ujal jako označení pro nové psychoaktivní látky se stimulačním účinkem. Složení funky se mění v čase.

tabulka 10-2: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci trestního řízení v l. 2007–2016

Rok	Ukazatel	Marihuana (g)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Rostliny konopí (ks)	Hašiš (g)	Extáze (tablety)	Kokain (g)	LSD (dávký)
2007	Počet	563	374	96	46	25	30	38	5
	Množství	122 124	5 978	20 332	6 992	387	62 226	37 587	117
2008	Počet	602	405	105	69	30	18	24	5
	Množství	392 527	3 799	46 302	25 223	696	16 610	7 631	246
2009	Počet	384	326	73	117	41	13	26	5
	Množství	171 799	3 599	31 257	33 427	12 499	198	12 904	142
2010	Počet	455	283	61	189	27	16	42	8
	Množství	277 988	21 301	30 453	64 904	9 354	865	14 162	1 218
2011	Počet	508	304	34	240	24	15	44	7
	Množství	440 780	20 054	4 730	62 817	2 375	13 000	16 071	1 313
2012	Počet	558	355	41	259	24	12	44	3
	Množství	563 335	31 901	7 576	90 091	20 532	1 782	8 050	44
2013	Počet	875	464	38	361	28	114	106	11
	Množství	735 362	69 137	5 046	73 639	1 321	5 061	35 788	471
2014	Počet	975	596	41	346	49	74	123	24
	Množství	558 116	49 811	156 782	77 182	14 820	1 521	5 394	357
2015	Počet	1 025	538	34	249	76	75	97	25
	Množství	645 193	106 915	1 562	30 321	7 507	3 019	120 375	980
2016	Počet	1 260	587	33	374	58	144	97	16
	Množství	713 042	90 145	19 304	57 515	6 492	47 104	39 615	1 031

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017b)

tabulka 10-3: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci přestupkového řízení v l. 2014–2016

Rok	Ukazatel	Marihuana (g)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Rostliny konopí (ks)	Hašiš (g)	Extáze (tablety)	Kokain (g)	LSD (dávký)
2014	Počet	1 858	577	24	138	24	16	21	11
	Množství	11 448	427	28	503	32	112	12	81
2015	Počet	2 647	519	42	112	29	28	16	3
	Množství	9 863	448	23	449	51	91	10	16
2016	Počet	3 517	756	40	144	38	66	34	7
	Množství	9 065	572	30	686	74	152	22	10

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017b)

Nejčastěji zachycenou drogou byly stejně jako v předchozích letech konopné látky. Za r. 2016 evidují NPC a CPJ ČR 1260 případů zajištění marihuany v rámci vyšetřování drogové trestné činnosti, a to v celkovém množství 713,0 kg (v r. 2015 celkem 1025 případů v množství 645,2 kg). Hmotnost největšího záchytu byla 34,8 kg. Od r. 2009 roste počet záchytů, v r. 2016 byl zaznamenán nejvyšší meziroční nárůst počtu záchytů. Nejvyšší množství marihuany bylo zachyceno v r. 2013, a to celkem 735,4 kg. V přestupkovém řízení byla marihuana zajištěna ve 3517 případech v celkovém množství 9,1 kg (v r. 2015 celkem 2647 případů v množství 9,9 kg). V 71 % případů šlo o množství do 2 g.

Rostliny konopí byly v r. 2016 zajištěny v 374 případech trestných činů. Celkem šlo o 57,5 tis. rostlin (v r. 2015 celkem 249 případů a 30,3 tis. rostlin). Největším záchytem bylo zajištění 5,4 tis. rostlin konopí. V porovnání s předchozím rokem vykázaly represivní orgány jak vyšší počet záchytů rostlin konopí, tak počet zabavených rostlin, a to o 27,2 tis. rostlin. V přestupkovém řízení byly rostliny

konopí zajištěny ve 144 případech, a to v celkovém množství 686 rostlin (v r. 2015 celkem 112 případů a 449 rostlin).

Počet případů zajištění hašišu v trestním řízení se oproti předchozímu roku snížil. V r. 2016 bylo hlášeno 58 případů o celkové hmotnosti 6,5 kg (76 záchytů o hmotnosti 7,5 kg v r. 2015). Hmotnost největšího záchytu hašišu byla 6,0 kg. V přestupkovém řízení byl hašiš zajištěn ve 38 případech v celkovém množství 74 g (v r. 2015 celkem 29 případů v celkovém množství 51 g).

Druhou nejčastěji zadrženou drogou byl pervitin. Za r. 2016 je v kontextu trestního řízení evidováno 587 záchytů v množství 90,1 kg v krystalické formě, dále 385 ml a 2 tablety obsahující pervitin (v r. 2015 celkem 538 záchytů v množství 106,9 kg v krystalické formě). Hmotnost největšího záchytu byla 18,6 kg. V přestupkovém řízení byl pervitin zajištěn v 756 případech v celkovém množství 572 g (519 případů v celkovém množství 448 g v r. 2015).

Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu jsou léčiva s obsahem pseudoefedrinu. CPJ a Policie ČR zajistily v r. 2016 celkem 206,7 tis. tablet různých léků s obsahem pseudoefedrinu, což je o 450,1 tis. tablet méně než v předchozím roce. Celkem bylo hlášeno 153 záchytů tablet s obsahem pseudoefedrinu. Stejně jako v l. 2013–2015 patřil mezi nejčastěji zachycené Cirrus®. Pokud jde o původní prekurzor pro výrobu pervitinu v ČR, tj. efedrin, v r. 2016 zachytily represivní orgány 431 g efedrinu, 92 tablet obsahujících efedrin a 170 ml efedrinu. Záchyt jiných prekurzorů pervitinu nebyl represivními orgány v l. 2015 a 2016 hlášen. Záchyty jednotlivých léků s obsahem pseudoefedrinu za období posledních 6 let shrnuje tabulka 10-4.

tabulka 10-4: Počet tablet jednotlivých léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu zachycených v l. 2011–2016

Název léku	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Acatar®	240	168	72	1 880	1 245	3 382
Apselan®	–	160	1 647	4 222	8 644	16 782
Cirrus®	17 551	24 788	158 842	618 767	616 983	163 997
Clarinase Repetabs®	–	–	–	70	0	42
Claritine Active®	10 926	20 981	36 221	24 795	7 161	6 854
Disophrol® repetabs	16	282	0	0	0	0
Gripex, Gripex Max®	–	–	170	0	0	40
Ibuprom®	1 474	0	1 499	180	3 466	3 402
Modafen®	2 762	2 208	1 095	420	825	1 031
Neoafirin®	2 120	2 492	0	0	0	0
Nurofen Stop Grip®	14 892	228	2 760	8 200	6 896	2 772
Panadol Plus Grip®	0	0	0	0	1 032	240
Paralen Plus®	0	0	0	0	0	0
Pseudoefedrin	40	0	0	0	0	0
Reactine® duo	10 940	0	0	0	0	0
Rhinafen®	960	0	0	0	0	0
Rhinopront®	660	588	24	0	0	72
Sudafed®	403 105	169 348	21 052	27 181	7 565	6 382
Neurčené léky	–	–	–	6 152	3 308	1 668
Celkem	465 646	221 243	223 382	691 867	657 125	206 664

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017c)

Za r. 2016 byl hlášen stejný počet záchytů kokainu jako v předchozím roce, jeho zadržené množství však bylo trojnásobně nižší. Za r. 2016 bylo v kontextu trestního řízení vykázano 97 případů v celkovém množství 39,6 kg (97 případů o celkové hmotnosti 120,4 kg v r. 2015). Hmotnost největšího záchytu kokainu byla 32,1 kg. Největší počet záchytů kokainu při dovozu byl v r. 2016 zaznamenán ze Španělska – šlo o 21 záchytů v celkovém množství 86,4 g (28 záchytů v množství 153,4 g v r. 2015), největší záchyt měl hmotnost 23,7 g, ostatní záchyty nepřesáhly hranici 10 g. V přestupkovém řízení byl kokain zajištěn v 34 případech v celkovém množství 22 g.

U heroinu byl v porovnání s r. 2015 hlášen v podstatě stejný počet záchytů a současně mnohonásobně vyšší množství zajištěné látky. V kontextu trestního řízení bylo za r. 2016 evidováno 33 záchytů o celkové hmotnosti 19,3 kg (34 případů o celkové hmotnosti 1,6 kg v r. 2015). Hmotnost největšího záchytu heroinu byla 9,3 kg. V přestupkovém řízení byl heroin zajištěn ve 40 případech v celkovém množství 30 g.

V r. 2016 byl hlášen nejvyšší počet zachycených tablet extáze od r. 2007. Represivní orgány zajistily v rámci 144 záchytů celkem 47,1 tis. tablet. Největším záchytem bylo 30 tis. tablet. Kromě tablet bylo v r. 2016 zajištěno také 2,6 kg MDMA. V přestupkovém řízení byly tablety extáze v r. 2016 zajištěny v 66 případech v celkovém počtu 152 tablet, dále bylo zajištěno 5,1 g krystalické MDMA.

V r. 2016 bylo zachyceno nejvyšší množství LSD za posledních 5 let. V kontextu trestního řízení je evidováno 16 záchytů v celkovém počtu 1031 dávek (25 záchytů v celkovém počtu 980 dávek v r. 2015). Největším záchytem bylo 700 dávek LSD. V přestupkovém řízení bylo LSD zajištěno v 7 případech, a to v celkovém množství 10 dávek.

Kraje ve svých zprávách rovněž uvádějí počet drogových přestupků a množství zachycených drog (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2017d). V souhrnu za celou ČR v r. 2016 vykázaly kraje 21,3 kg konopných drog, 371 rostlin konopí, 376 g pervitinu, 34 tablet extáze, 15 g heroinu a 16 g kokainu. U některých drog se vykazované údaje výrazně liší od dat poskytnutých NPC – např. v případě konopných drog NPC vykázala množství 9,1 kg zachycených konopných drog u přestupků, zatímco kraji hlášené množství je více než dvojnásobné. Příčinou rozdílu mezi hlášením z krajských zpráv o realizaci protidrogové politiky a evidencí NPC je pravděpodobně odlišná metodologie sběru dat o případech z různých fází řízení o přestupcích.

Vězeňská služba vykázala v r. 2016 celkem 117 záchytů návykových látek (50 v r. 2015) ve věznicích. Nejčastěji zachycenými drogami byly pervitin (49 případů v r. 2016 a 24 v r. 2015) a konopné drogy (41 případů v r. 2016 a 25 v r. 2015). Mezi nejčastěji zachycené léky patřily léky obsahující klonazepam (Rivotril®) a tramadol. Z důvodu změny hlášeného systému nejsou za r. 2016 k dispozici data o množství zachycených látek. Kontroly provádějí psi speciálně vycvičení na vyhledávání drog (SPD psi). V r. 2016 bylo provedeno celkem 501 764 prohlídek (451 412 v r. 2015), údaj o počtu případů, kdy byla zajištěna podezřelá látka, není za r. 2016 k dispozici (v r. 2015 to bylo 18 případů).

10.3 Ceny a čistota drog

Zdroj informací o cenách drog představuje dokumentace případů drogových trestných činů vyšetřovaných Policií ČR. Informace o čistotě drog poskytují prostřednictvím NPC odbory kriminalisticko-technických expertíz krajských ředitelství Policie ČR (OKTE), Kriminalistický ústav Praha a CPJ. Data o cenách a čistotě drog mají omezenou vypovídací hodnotu, která je daná počtem případů, kdy je cena drog známa, a počtem analyzovaných vzorků.²¹⁰ Přehled průměrné čistoty jednotlivých drog a jejich průměrné a nejčastěji udávané ceny uvádí tabulka 10-5 a tabulka 10-6.

V r. 2016 bylo zkoumáno 579 vzorků konopných drog (o 64 vzorků méně než v r. 2015). Nejnižší podíl THC činil 0,12 %, nejvyšší 31,8 %, průměr 9,7 % (průměrná čistota se oproti r. 2015 nepatrně zvýšila). Cena byla známa v 367 případech. Nejnižší zjištěná cena za 1 g marihuany byla 40 Kč, nejvyšší 700 Kč, obvyklá 200 Kč. Průměrná cena hašiše v r. 2016 byla 300 Kč/g.

Ze záchytů heroinu bylo zkoumáno 19 vzorků. Nejnižší podíl účinné látky byl 11,3 %, nejvyšší 56,0 %, průměr 19,7 %. Cena byla známa ve všech 19 případech. Obvyklá cena za 1 g heroinu byla 1000 Kč, nejvyšší evidovaná cena byla 2000 Kč.

²¹⁰ Při evidenci případů se navíc nezaznamenává úroveň obchodního řetězce, takže v souhrnném přehledu dat nejsou rozlišovány vzorky ze záchytů většího objemu s vyšší koncentrací účinné látky a vzorky z pouličního prodeje, jejichž čistota bývá výrazně nižší. Bez rozlišení úrovně obchodního řetězce je však jakákoliv interpretace vývoje cen a čistoty drog velmi obtížná.

V případě pervitinu bylo analyzováno 264 vzorků, tj. přibližně stejný počet jako v r. 2015. Nejnižší podíl účinné látky činil 0,1 %, nejvyšší 82,6 %, průměr 68,5 %. Cena byla známá u 594 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 g pervitinu byla 400 Kč, nejvyšší 6000 Kč, nejčastěji 1000 Kč.

Čistota kokainu byla zkoumána u 38 vzorků. Nejnižší podíl účinné látky činil 10,0 %, nejvyšší 87,0 %, průměr 42,5 %. Cena byla známá u 14 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 g kokainu byla 1000 Kč, nejvyšší 2500 Kč, nejčastěji 2000 Kč.

Tablety extáze byly zkoumány v 88 případech. Nejnižší podíl účinné látky činil 5,9 %, nejvyšší 47,1 %. Cena byla známá u 47 vzorků. Nejnižší zjištěná cena za 1 tabletu byla 100 Kč, nejvyšší 250 Kč.

tabulka 10-5: Počet analyzovaných vzorků drog a jejich průměrná čistota v l. 2007–2016, v % čisté látky

Rok	Marihuana		Hašiš		Extáze		Pervitin		Heroin		Kokain	
	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)	Počet vzorků	Čistota (průměr)
2007	177	4,7	2	8,1	31	27,4	123	66,4	31	17,4	48	49,1
2008	404	5,5	5	5,2	20	17,5	145	64,3	47	22,6	35	43,5
2009	289	8,1	3	15,9	6	3,4	144	68,1	57	16,6	21	33,1
2010	391	7,7	8	9,3	9	15,3	160	64,4	51	24,6	35	27,9
2011	497	7,2	24	11,0	5	43,0	163	69,0	31	14,0	52	45,0
2012	599	7,1	11	12,2	7	37,5	146	71,6	40	14,7	49	36,9
2013	478	10,0	7	19,2	32	38,1	241	71,0	14	20,2	34	33,0
2014	743	8,2	7	13,9	33	42,1	320	69,8	13	29,3	41	25,9
2015	643	8,3	10	26,6	44	35,6	261	70,4	21	25,1	31	39,1
2016	579	9,7	11	24,6	88	34,5	264	68,5	19	19,7	38	42,5

Pozn.: U konopných drog jde o koncentraci THC. Průměrná čistota tablet extáze je vyjádřena jako průměrné množství MDMA v mg v jedné tabletě obsahující MDMA.

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017b)

tabulka 10-6: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v l. 2007–2016, v Kč

Rok	Marihuana (g)		Hašiš (g)		Extáze (tbl.)		Pervitin (g)		Heroin (g)		Kokain (g)	
	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus	Průměr	Modus
2007	180	100	260	200	210	200	1 130	1 000	1 100	1 000	2 060	2 000
2008	180	200	240	250	220	200	1 130	1 000	1 080	1 000	2 000	2 000
2009	210	250	270	300	220	250	1 290	1 000	1 280	1 000	1 920	2 500
2010	200	250	220	250	200	250	1 290	1 000	1 280	1 000	2 000	2 000
2011	190	200	220	–	150	150	1 290	1 000	1 080	1 000	2 210	2 000
2012	190	200	200	–	250	–	1 220	1 000	1 080	1 000	1 750	1 500
2013	180	200	170	–	210	200	1 290	1 000	1 110	1 000	1 620	2 000
2014	190	200	170	–	230	200	1 270	1 000	1 040	1 000	1 980	2 000
2015	180	200	–	–	190	200	1 190	1 000	1 050	1 000	2 110	2 000
2016	180	200	300	–	190	200	1 250	1 000	1 060	1 000	1 890	2 000

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2017b)



Přílohy

Vybrané stránky s drogovou tematikou na českém internetu

V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané stránky klíčových institucí a služeb v oblasti drog. Vyčerpávající seznam pomáhajících organizací je uveden v aplikaci Mapa pomoci na internetových stránkách www.drogy-info.cz.

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí:

<http://casopis.adiktologie.cz/cs>

Agentura pro sociální začleňování:

<http://www.socialni-zaclenovani.cz>

A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním:

<http://www.asociace.org>

Anonymní alkoholici:

<http://www.anonymnialkoholici.cz>

Aplikace pro evidenci klientů a služeb v adiktologických službách (UniData):

<http://www.drogoesluzby.cz>

Benzodiazepinová poradna (provozuje SANANIM):

<http://www.benzo.cz>

Celní správa České republiky:

<http://www.cs.mfcr.cz>

Centrum pro výzkum veřejného mínění – Sociologický ústav AV ČR:

<http://www.cvvm.cas.cz>

<http://cvvm.soc.cas.cz>

Česká asociace adiktologů:

<http://www.asociace-adiktologu.cz>

Česká asociace streetwork:

<http://www.streetwork.cz>

Česká asociace studentů adiktologie:

<http://www.addictology.net/>

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně:

<http://www.cls.cz>

Česká neuropsychofarmakologická společnost:

<http://www.cnps.cz>

Český statistický úřad:

<http://www.czso.cz>

Informační portál a databáze služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením:

<https://www.sluzbyprevence.mpsv.cz>

Drogový informační server (provozuje SANANIM):

<http://www.drogy.net>

Drogová poradna (provozuje SANANIM):

<http://www.drogovaporadna.cz>

EXTC – webová poradna a prevence zneužívání syntetických drog (provozuje Společnost Podané ruce):

<http://www.extc.cz>

Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie:

<http://www.hygp Praha.cz>

Informace pro pracovníky a klienty terénních programů a kontaktních center (provozuje SANANIM):

<http://www.edekontaminace.cz>

Informační centrum OSN v Praze:

<http://www.osn.cz>

Informační portál primární prevence (provozuje SANANIM):

<http://www.odrogach.cz>

Institut pro kriminologii a sociální prevenci:

<http://www.ok.cz/iksp>

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze:

<http://www.adiktologie.cz>

Ministerstvo spravedlnosti (oficiální server českého soudnictví):

<http://portal.justice.cz>

Ministerstvo práce a sociálních věcí:

<http://www.mpsv.cz>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy:

<http://www.msmt.cz>

Ministerstvo vnitra:

<http://www.mvcr.cz>

Ministerstvo zdravotnictví:

<http://www.mzcr.cz>

Národní linka pro odvykání kouření (800 35 00 00):

<http://www.bezcigaret.cz>

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti:

<http://www.drogy-info.cz>

Národní program boje proti AIDS v České republice (stránku provozuje Státní zdravotní ústav):

<http://www.aids-hiv.cz>

Národní protidrogová centrála SKPV PČR,
(útvary Policie České republiky):
<http://www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skpvc.aspx>

Národní stránky pro podporu odvykání
kouření: <http://www.koureni-zabiji.cz>

Národní stránky pro snížení rizik hazardního
hraní: <http://www.hazardni-hrani.cz>

Národní ústav duševního zdraví:
<http://www.nudz.cz>

Národní ústav pro vzdělávání (školské
poradenské zařízení a zařízení pro další
vzdělávání pedagogických pracovníků):
<http://www.nuv.cz>

Poslanecká sněmovna Parlamentu České
republiky, Výbor pro zdravotnictví:
<http://www.psp.cz>

Prevence rizikového chování (prevence-
info.cz, projekt podporovaný Ministerstvem
školské, mládeže a tělovýchovy):
<http://www.prevence-info.cz>

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

Psycare: <http://psycare.cz/>

Psychiatrické centrum Praha: viz Národní
ústav duševního zdraví

Rada vlády pro koordinaci protidrogové
politiky: <http://rvkpp.vlada.cz>

Registr poskytovatelů sociálních služeb
(Ministerstvo práce a sociálních věcí):
<http://iregistr.mpsv.cz>

Sdružení azylových domů v ČR:
<http://www.azylovedomy.cz>

Společnost pro návykové nemoci České
lékařské společnosti J. E. Purkyně:
<http://snncls.cz>

Společnost sociálních pracovníků ČR:
<http://socialnipracovnici.cz>

Státní agentura pro konopí pro léčebné
použití: <http://www.sakl.cz>

Státní ústav pro kontrolu léčiv:
<http://www.sukl.cz>

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

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

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

Vězeňská služba České republiky:
<http://www.vscr.cz>

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

Zkratky

1. LF UK a VFN – 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
- ADHD – poruchy pozornosti s hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
- AIDS – syndrom získané imunodeficiency (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
- A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním
- AOP – Asociace občanských poraden
- ASC – 7položková škála pro hodnocení výskytu problémů v souvislosti s alkoholem (Adverse Social Consequences Scale)
- ASZ – Agentura pro sociální začleňování
- AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislosti)
- BESIP – oddělení bezpečnosti silničního provozu ministerstva dopravy
- BSQF – metoda odhadu počtu konzumentů alkoholu (Beverage-Specific Quantity Frequency)
- CAGE – 4položková škála pro hodnocení rizikové a škodlivé konzumace alkoholu; název vychází z počátečních písmen anglických slov obsažených v dotazovaných oblastech: C (cut): pocit potřeby omezit pití alkoholu, A (annoyed): podráždění kritikou pití alkoholu, G (guilt): pocit viny v souvislosti s pitím alkoholu, E (eye-opener): pití alkoholu po ránu za účelem uklidnění nebo zbavení se kocoviny
- CAPI – metoda sběru dat prostřednictvím osobních rozhovorů tazatele s respondentem s využitím počítače (computer-assisted personal interviewing)
- CAST – 6položková škála pro hodnocení výskytu intenzivního užívání konopných látek v populaci (Cannabis Abuse Screening Test)
- CI – interval spolehlivosti (Confidence Interval)
- CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění
- CPJ – Celní protidrogová jednotka
- CRM – metoda zpětného zachytu (Capture-Recapture Method)
- ČAA – Česká asociace adiktologů
- ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
- ČOI – Česká obchodní inspekce
- ČSÚ – Český statistický úřad
- dg. – diagnóza
- DAA – přímo působící antivirotika (Direct-Acting Antivirals)
- DTČ – drogový trestný čin / drogová trestná činnost
- EHIS – Evropské šetření o zdraví (European Health Interview Survey)
- EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
- ES – Evropské společenství (1992–2009)
- ESF – Evropský sociální fond
- ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)
- ESSK – Evidenční systém statistik kriminality Policie ČR
- EU – Evropská unie
- GHB/GBL – gama-hydroxybutyrát / gama-butyrolakton
- GPs – metoda nepřímého odhadu populační prevalence
- GŘC – Generální ředitelství cel
- HBSC – studie Health Behaviour in School-aged Children
- HIV – virus lidské imunodeficiency (Human Immunodeficiency Virus)
- HR – harm reduction
- HSI – 2položková screeningová škála intenzity kouření cigaret (Heaviness of Smoking Index)
- IOPL – Inspektorát omamných a psychotropních látek
- IUD – injekční uživatel(é) drog
- KAD – Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze
- KPK – krajský protidrogový koordinátor

KPS – kontaktní a poradenské služby	PL – praktický lékař, praktičtí lékaři
LSD – diethylamid kyseliny lysergové	PMS – Probační a mediační služba ČR
MDMA – methylen-dioxy-methamfetamin (extáze)	PPP – pedagogicko-psychologická poradna
MF – ministerstvo financí	PPRCH – primární prevence rizikového chování
MM – multiplikační metoda	PP PČR – Policejní prezidium Policie ČR
MO – ministerstvo obrany	PUA – problémový(i) uživatel(é) alkoholu
MPK – místní protidrogový koordinátor	PUD – problémový(i) uživatel(é) drog
MPP – minimální preventivní program	PUPO – problémový(i) uživatel(é) opioidů a/nebo pervitinu
MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí	RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
MS – ministerstvo spravedlnosti	RVZRM – Rada vlády pro záležitosti romské menšiny
MSM – muži mající sex s muži	SKPV – Služba kriminální policie a vyšetřování Policie ČR
MŠMT – ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy	SLZT – Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku
MV – ministerstvo vnitra	SNN – Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP
MZ – ministerstvo zdravotnictví	SPD psi – psi speciálně vycvičení na vyhledávání drog
MZV – ministerstvo zahraničních věcí	SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv
NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti	SVL – sociálně vyloučená lokalita
NNO – nestátní nezisková(é) organizace	SVP – středisko výchovné péče
NPC – Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR	SZÚ – Státní zdravotní ústav
NPS – nové psychoaktivní látky (New Psychoactive Substances)	ŠMP – školní metodik prevence
NRLUD – Národní registr léčby uživatelů drog	TBC – tuberkulóza
NRPATV – Národní registr pítav a toxikologických vyšetření prováděných na odd. soudního lékařství	TČ – trestný čin / trestná činnost
NRULISL – Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek	THC – delta-9-tetrahydrokanabinol
NS ČR – Nejvyšší soud	TK – terapeutická komunita
NSD – nové syntetické drogy	TP – terénní program
NUDZ – Národní ústav duševního zdraví	TSP – terénní sociální pracovník
NÚV – Národní ústav pro vzdělávání	TZ – zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
NZDM – nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)	VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí	VHA – virová hepatitida typu A
OSPRCH – Odborná společnost pro prevenci rizikového chování	VHB – virová hepatitida typu B
PAPI – metoda sběru dat prostřednictvím osobních rozhovorů tazatele s respondentem za použití papírového dotazníku (pen-and-paper interview)	VHC – virová hepatitida typu C
PEG-IFN – pegylovaný interferon α	VS ČR – Vězeňská služba ČR
	VTOS – výkon trestu odnětí svobody
	VV – výkon vazby
	VZ – Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR
	VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – Světová zdravotnická organizace
(World Health Organization)

ZNL – zákon č. 167/1998 Sb., o návykových
látkách

ZOZNL – zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně
zdraví před škodlivými účinky návykových
látek

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Seznam tabulek

tabulka 1-1: Hodnocení jednotlivých oblastí Akčního plánu pro oblast nelegálních drog 2016–2018	21
tabulka 1-2: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle resortů v l. 2010–2016, v tis. Kč	34
tabulka 1-3: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v l. 2008–2016, v tis. Kč	35
tabulka 1-4: Srovnání výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v l. 2013–2016, v tis. Kč	36
tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů v r. 2016 podle kategorií služeb, v tis. Kč	39
tabulka 1-6: Výdaje na protidrogovou politiku v r. 2016 ze státního a místních rozpočtů podle místa (kraje) realizace, v tis. Kč	41
tabulka 1-7: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2016 podle kategorií služeb, v tis. Kč	42
tabulka 1-8: Odhad výdajů zdravotních pojišťoven na dg. F10 a dg. F11–F19 podle druhu péče v l. 2008–2015, v mil. Kč	43
tabulka 2-1: Prevalence kouření, konzumace alkoholu, užívání psychoaktivních léků a těkavých látek podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %	46
tabulka 2-2: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Národní výzkum 2016, v %	51
tabulka 2-3: Léčebné užití konopí podle pohlaví a věkových skupin – studie Národní výzkum 2016, v %	54
tabulka 2-4: Forma užití konopí pro léčebné účely – studie Národní výzkum 2016	55
tabulka 2-5: Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR 2016, v %	60
tabulka 2-6: Prevalence užívání drog v obecné populaci – studie Výzkum občanů 2016, v %	62
tabulka 2-7: Názory respondentů na to, jak by se společnost měla stavět k osobám, které užívají drogy – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %	66
tabulka 2-8: Názory respondentů na to, co by se mělo dělat, aby problémů s drogami ubylo – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %	66
tabulka 2-9: Souhlas respondentů se společenskou tolerancí užívání konopí – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %	66
tabulka 2-10: Vybrané ukazatele užívání návykových látek mezi 16letými studenty – srovnání studie ESPAD 2015 a validizační studie ESPAD 2016, v %	71
tabulka 2-11: Rozsah užívání drog mezi Romy – studie Zdraví a návykové látky mezi Romy, v %	75
tabulka 3-1: Počet certifikovaných programů primární prevence rizikového chování se zaměřením na prevenci v adiktologii podle krajů v r. 2016	82
tabulka 3-2: Výskyt rizikového chování ve školách Středočeského kraje ve školních letech 2011/2012 až 2015/2016 (v % škol, na kterých se daný jev vyskytl/řešil)	85
tabulka 3-3: Výskyt případů rizikového chování ve školách Jihomoravského kraje ve školních letech 2013/2014 až 2015/2016	85
tabulka 3-4: Platby z rozpočtů obcí/kraje nadačnímu fondu Nové Česko za realizaci projektu Revolution Train na jejich území v l. 2016–2017 (k 10. 10. 2017 podle Registru smluv)	87

tabulka 3-5: Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a střediska výchovné péče (SVP) podle krajů.....	88
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2016	96
tabulka 4-2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2016 podle krajů – střední hodnoty	97
tabulka 4-3: Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů v ČR v l. 2007–2016 podle krajů, střední hodnoty.....	98
tabulka 4-4: Odhad počtu patologických hráčů, problémových uživatelů alkoholu, konopí, opioidů a pervitinu v r. 2016 z průzkumu mezi lékaři extrapolací na počet obyvatel ČR.....	100
tabulka 4-5: Odhad počtu patologických hráčů, problémových uživatelů alkoholu, konopí, opioidů a pervitinu v r. 2016 z průzkumu mezi lékaři extrapolací na celkový počet lékařů	100
tabulka 4-6: Střední odhady počtu problémových uživatelů drog získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v l. 2003–2016 pomocí extrapolace na počet obyvatel	101
tabulka 4-7: Střední odhady počtu problémových uživatelů alkoholu, konopí a patologických hráčů získané z dotazníkových průzkumů mezi praktickými lékaři v letech 2012, 2014 a 2016 pomocí extrapolace na počet obyvatel	101
tabulka 4-8: Výsledky screeningové škály HSI (Heaviness of Smoking Index) v obecné populaci a mezi denními kuřáky podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %.....	103
tabulka 4-9: Výsledky screeningové škály CAGE pro odhad rizikové konzumace alkoholu v obecné populaci a mezi respondenty, kteří konzumovali alkohol v posledních 12 měsících, podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %	105
tabulka 4-10: Odhady problémových konzumentů alkoholu v obecné populaci podle výsledků screeningové škály CAGE a ASC – studie Národní výzkum 2016, v %.....	107
tabulka 4-11: Výsledky screeningové škály CAST pro odhad Intenzivních forem užívání konopných látek v obecné populaci a mezi respondenty, kteří užívali konopné látky v posledních 12 měsících, podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %	109
tabulka 4-12: Intenzivní a rizikové užívání návykových látek v populaci ČR ve věku 15–64 let – studie Národní výzkum 2016, v % a extrapolace na populaci celkem	111
tabulka 5-1: Počet ambulantních zařízení odbornosti adiktologa k 22. 5. 2017 podle krajů	118
tabulka 5-2: Přehled certifikovaných programů podle typu v l. 2011–2017	119
tabulka 5-3: Dostupnost adiktologických služeb podle výročních zpráv krajů v r. 2016	120
tabulka 5-4: Provádění krátkých intervencí u kuřáků a u rizikových či intenzivních uživatelů alkoholu – výzkum Lékaři ČR 2016	121
tabulka 5-5: Síť programů ambulantní adiktologické péče v r. 2016	125
tabulka 5-6: Uživatelé návykových látek v ambulantních adiktologických programech v r. 2016	127
tabulka 5-7: Počet zařízení poskytujících opiátovou substituční léčbu a počet klientů hlášených do NRLUD v r. 2016	129
tabulka 5-8: Počet pacientů v opiátové substituční léčbě v r. 2016 podle užívaných přípravků a krajů	130
tabulka 5-9: Pokrytí problémových uživatelů opioidů opiátovou substituční léčbou v r. 2016 podle kraje zařízení	131
tabulka 5-10: Ukončené epizody opiátové substituční léčby podle důvodu ukončení a kraje bydliště v r. 2016, v %.....	131

tabulka 5-11: Lékaři poskytující substituci a počet pacientů v substituci v průzkumu Lékaři České republiky 2016.....	132
tabulka 5-12: Odhad počtu pacientů v opiátové substituční léčbě u praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost v r. 2016.....	132
tabulka 5-13: Hlášení pacientů v substituční léčbě do Národního registru léčby uživatelů drog v r. 2016.....	133
tabulka 5-14: Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek v l. 1999–2016.....	134
tabulka 5-15: Síť adiktologických lůžkových léčebných zařízení v r. 2016.....	136
tabulka 5-16: Uživatelé návykových látek v rezidenčních adiktologických programech v r. 2016....	137
tabulka 5-17: Počet programů hlásících léčené klienty do NRLUD v r. 2016 podle krajů.....	139
tabulka 5-18: Počet žadatelů o léčbu v r. 2016 podle primární (základní) drogy/problému.....	140
tabulka 5-19: Žadatelé o léčbu v r. 2016 podle užívané drogy (problému) a způsobu aplikace, v %	141
tabulka 5-20: Počet žadatelů o léčbu podle základní a další drogy/problému v r. 2016.....	143
tabulka 5-21: Počet žadatelů o léčbu podle drogy/problému a kraje bydliště v r. 2016.....	144
tabulka 5-22: Podíl žadatelů o léčbu podle věku a pohlaví v r. 2016.....	146
tabulka 5-23: Podíl žadatelů o léčbu podle drogy/problému a pohlaví v r. 2016.....	147
tabulka 5-24: Podíl žadatelů o léčbu podle drogy/problému a věkových skupin v r. 2016, v %.....	147
tabulka 5-25: Hodnocení situace klientů hlášených v NRLUD na začátku a na konci léčby podle jednotlivých oblastí.....	151
tabulka 6-1: Počet nově zjištěných případů HIV do r. 2016 podle způsobu přenosu.....	153
tabulka 6-2: Počet nízkoprahových programů v monitoringu testování infekcí v r. 2016.....	158
tabulka 6-3: Výsledky testování uživatelů drog na infekční nemoci v nízkoprahových programech v r. 2016.....	158
tabulka 6-4: Výsledky testování uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2016 podle krajů	159
tabulka 6-5: Výsledky testování pacientů v NRLUD na HIV, VHB a VHC v r. 2016.....	160
tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHA, VHB a VHC v Registru žádostí o léčbu v l. 2003–2014 a v NRLUD v r. 2015 a 2016	161
tabulka 6-7: Výsledky testování vězněných injekčních uživatelů drog na HIV, VHB a VHC v r. 2015 a 2016.....	162
tabulka 6-8: Sdílení jehel a stříkaček někdy v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v l. 2002–2016.....	164
tabulka 6-9: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2005–2016 evidované hygienickou službou	165
tabulka 6-10: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v l. 2005–2016	165
tabulka 6-11: Počet hospitalizací a úmrtí na intoxikaci metanolem v l. 2002–2016	166
tabulka 6-12: Počet hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v l. 2002–2016.	166
tabulka 6-13: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v l. 2003–2016 – vliv alkoholu a jiných drog.....	167

tabulka 6-14: Smrtelná předávkování drogami v r. 2016 ve speciálním registru podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví	168
tabulka 6-15: Smrtelná předávkování ve speciálním registru v r. 2016 podle krajů	169
tabulka 6-16: Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v r. 2016 podle vybraných skupin drog a příčin smrti	170
tabulka 6-17: Smrtelná předávkování drogami v r. 2016 podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví.....	171
tabulka 6-18: Smrtelná předávkování drogami podle selekce B a rozšířené selekce B v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2016.....	172
tabulka 6-19: Úmrtí spojená s alkoholem (etanolem) zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2016	173
tabulka 6-20: Míra úmrtnosti pacientů podle registru substituční léčby v l. 2000–2016	174
tabulka 7-1: Uživatelé návykových látek v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR v l. 2006–2016	178
tabulka 7-2: Vybrané výkony nízkoprahových programů v l. 2006–2016, v tis.....	179
tabulka 7-3: Vybrané výkony nízkoprahových programů v r. 2016 podle krajů	179
tabulka 7-4: Počet výměnných programů a vydaných jehel a stříkaček v ČR v l. 1998–2016	180
tabulka 7-5: Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v l. 2005–2016 podle krajů, v tis.	181
tabulka 7-6: Distribuce želatinových kapslí v nízkoprahových programech v l. 2008–2016.....	183
tabulka 7-7: Počet testů na infekční nemoci a počet testujících nízkoprahových programů v l. 2003–2016.....	184
tabulka 7-8: Testování klientů – IUD na VHB, VHC a HIV v Registru žádostí o léčbu v l. 2004–2016	185
tabulka 7-9: Počty osob léčených na vybrané infekční nemoci v zařízeních výkonu vazby a trestu v ČR v r. 2016.....	186
tabulka 8-1: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a toho, zda mají děti nebo žijí s dětmi v r. 2016, v %	192
tabulka 8-2: Služby následné péče v Registru poskytovatelů sociálních služeb k 21. 8. 2017	199
tabulka 8-3: Programy následné péče dotované RVKPP v l. 2007–2016	200
tabulka 8-4: Vybrané služby programů následné péče a počty výkonů provedených v l. 2014–2016	200
tabulka 9-1: Vývoj počtu primárních drogových trestných činů (DTČ) a jejich podílu na všech zjištěných trestných činech (TČ) v l. 2002–2016.....	204
tabulka 9-2: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2002–2016.....	204
tabulka 9-3: Počet osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle jednotlivých trestných činů v r. 2016	205
tabulka 9-4: Počet zadržených osob podle jednotlivých drog a typu primární drogové trestné činnosti v r. 2016	206
tabulka 9-5: Počet stíhaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2016	207

tabulka 9-6: Počet obžalovaných osob v rozdělení podle jednotlivých drog a primárních drogových trestných činů v r. 2016	208
tabulka 9-7: Zjištěné primární drogové trestné činy a stíhané osoby v r. 2016 podle krajů	208
tabulka 9-8: Hlavní sankce uložené za primární DTČ v r. 2016 podle jednotlivých trestných činů.....	210
tabulka 9-9: Drogové přestupky projednané v r. 2016 podle paragrafů, věku pachatele a krajů.....	212
tabulka 9-10: Počet trestných činů (TČ) spáchaných pod vlivem alkoholu a dalších drog v l. 2003–2016	214
tabulka 9-11: Výskyt krádeže nebo jiného trestného činu za účelem pořízení prostředků na návykové látky nebo hraní hazardních her někdy v životě v r. 2016, v %.....	215
tabulka 9-12: Výskyt krádeže nebo jiného trestného činu za účelem pořízení prostředků na návykové látky nebo hraní hazardních her někdy v životě v l. 2014 a 2016, v %.....	215
tabulka 9-13: Počet osob vězněných za primární drogové trestné činy a vybrané trestné činy v souvislosti s užíváním návykových látek k 31. 12. daného roku	216
tabulka 9-14: Počet, kapacita a využití bezdrogových zón a specializovaných oddělení pro dobrovolnou a ochrannou léčbu ve věznicích v l. 2006–2016.....	221
tabulka 9-15: Počet osob v substituční léčbě ve vězení podle věznic v l. 2011–2016	222
tabulka 9-16: Průměrná délka léčby (v měsících) podle věznic v l. 2011–2016.....	222
tabulka 9-17: Neziskové organizace poskytující drogové služby ve vězení, počet návštěv a počet předvedených osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody v r. 2016.....	223
tabulka 10-1: Vývoj spotřeby vybraných drog v ČR v letech 2003–2016.....	228
tabulka 10-2: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci trestního řízení v l. 2007–2016	229
tabulka 10-3: Počet záchytů a množství jednotlivých drog zajištěných v rámci přestupkového řízení v l. 2014–2016	229
tabulka 10-4: Počet tablet jednotlivých léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu zachycených v l. 2011–2016	230
tabulka 10-5: Počet analyzovaných vzorků drog a jejich průměrná čistota v l. 2007–2016, v % čisté látky.....	232
tabulka 10-6: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v l. 2007–2016, v Kč	232

Seznam grafů

graf 2-1: Počet vykouřených cigaret mezi denními kuřáky podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %	47
graf 2-2: Doba, kdy si kuřáci po probuzení zapálí svou první cigaretu podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %	47
graf 2-3: Denní kouření a zkušenost s elektronickou cigaretou v životě a posledních 12 měsících podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %	48
graf 2-4: Denní konzumace alkoholu a pití nadměrných dávek alkoholu v populaci celkem podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %	48
graf 2-5: Prevalence užívání psychoaktivních léků v posledních 12 měsících podle věkových skupin – Národní výzkum 2016, v %	49

graf 2-6: Způsob získání psychoaktivních léků mezi respondenty, kteří léky užili v posledních 12 měsících – Národní výzkum 2016, v %	49
graf 2-7: Prevalence užívání vybraných nelegálních drog v obecné populaci v posledních 12 měsících – studie Národní výzkum 2016, v %	52
graf 2-8: Aktuální užívání konopných látek (v posledních 12 měsících) podle 5letých věkových skupin – srovnání výsledků Národního výzkumu 2012 a 2016, v %	53
graf 2-9: Frekvence užívání konopných látek v posledních 12 měsících podle pohlaví a věkových skupin, v %	54
graf 2-10: Celoživotní prevalence užití konopných látek z rekreačních a léčebných důvodů u osob ve věku 15 a více let – Národní výzkum 2016, v %	55
graf 2-11: Zdroj naposledy získaného konopí pro léčbu – studie Národní výzkum 2016, v % respondentů, kteří uvedli užití konopí pro léčebné účely	56
graf 2-12: Srovnání subjektivního vnímání rizik spojených s užíváním návykových látek mezi r. 2012 a 2016, v %	57
graf 2-13: Srovnání subjektivního vnímání rizik spojených s konopnými látkami podle pohlaví a věkových skupin mezi roky 2012 a 2016, % odpovědí střední nebo velké riziko	58
graf 2-14: Celoživotní prevalence užití nelegálních drog podle věku v l. 1996, 2006 a 2016 – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %	63
graf 2-15: Prevalence užívání konopných látek v obecné populaci (15–64 let) a populaci tzv. mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2016, v %	64
graf 2-16: Prevalence užívání extáze, pervitinu, kokainu a halucinogenních hub v populaci tzv. mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2016, v %	65
graf 2-17: Souhlas respondentů se společenskou tolerancí užívání marihuany podle pohlaví – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %	67
graf 2-18: Souhlas respondentů se společenskou tolerancí užívání marihuany podle věkových skupin – studie Výzkum občanů 1996, 2006 a 2016, v %	67
graf 2-19: Postoje občanů k poskytování služeb uživatelům drog – srovnání let 2009–2017, % respondentů, kteří souhlasí	68
graf 2-20: Přijatelnost vyzkoušení nebo užívání návykových látek, v %	69
graf 2-21: Trendy v celoživotní prevalenci užití konopných látek mezi 16letými studenty – studie ESPAD 1995–2016, v %	72
graf 2-22: Prevalence kouření tabákových výrobků podle pohlaví – studie Zdraví a návykové látky mezi Romy, v %	74
graf 2-23: Prevalence konzumace alkoholu podle pohlaví – studie Zdraví a návykové látky mezi Romy, v %	74
graf 2-24: Prevalence užívání drog mezi Romy za posledních 12 měsíců – studie Zdraví a návykové látky mezi Romy, v %	76
graf 2-25: Srovnání prevalence užívání návykových látek v posledních 12 měsících ve studii Národní výzkum 2016 a Zdraví a návykové látky mezi Romy po převážení na strukturu obecné populace podle pohlaví a věku, v %	77
graf 2-26: Srovnání vybraných ukazatelů užívání návykových látek ve studii Národní výzkum 2016 a Zdraví a návykové látky mezi Romy, v %	77
graf 2-27: Pořadí látek podle nebezpečnosti subjektivně hodnocené návštěvníky tanečních akcí, průměr na škále 1 (nízká nebezpečnost) až 10 (vysoká nebezpečnost)	78

graf 4-1: Střední hodnoty a 95% interval spolehlivosti odhadů počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2003–2016	96
graf 4-2: Souhrn středních hodnot odhadů počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů v letech 2001–2016 provedených různými metodami.....	102
graf 4-3: Odpovědi respondentů na otázky screeningové škály CAGE – studie Národní výzkum 2016, v %	104
graf 4-4: Výskyt nežádoucích sociálních dopadů konzumace alkoholu v obecné populaci ve věku 15–64 let podle pohlaví a věkových skupin – studie Národní výzkum, 2016, v %	106
graf 4-5: Výskyt rizikových forem konzumace alkoholu a odhady podílu konzumentů alkoholu v riziku podle screeningových škál CAGE a ASC podle pohlaví a věkových skupin – studie Národní výzkum 2016, v %	107
graf 4-6: Odpovědi respondentů 15–64 let na otázky screeningové škály CAST – studie Národní výzkum 2016, v %	108
graf 4-7: Zastoupení intenzivních uživatelů konopných látek podle škály CAST v obecné populaci a mezi uživateli konopných látek v posledních 12 měsících – srovnání Národního výzkumu 2012 a 2016, v %	109
graf 4-8: Prevalence užití konopných látek v obecné populaci v posledních 12 měsících a podíl intenzivních uživatelů konopí – studie Národní výzkum 2016, v %	110
graf 4-9: Intenzivní a rizikové užívání návykových látek v populaci ČR ve věku 15–64 let – srovnání studií Národní výzkum 2012 a 2016, v %	112
graf 5-1: Pacienti v ambulantní psychiatrické péči podle skupin drog v r. 2016	128
graf 5-2: Pacienti v ambulantní psychiatrické péči podle jednotlivých látek ve skupinách drog v r. 2016	128
graf 5-3: Počet pacientů v opiátové substituční léčbě podle užívaných přípravků v l. 2000–2016 ..	130
graf 5-4: Množství buprenorfinu distribuované v přípravcích obsahujících pouze buprenorfin a v kompozitním přípravku v kombinaci s naloxonem v l. 2008–2016, v gramech.....	134
graf 5-5: Pacienti hospitalizovaní z důvodu detoxifikace od návykových látek podle drogy v r. 2016	137
graf 5-6: Pacienti v lůžkové psychiatrické péči podle drogy v r. 2016	138
graf 5-7: Žadatelé o léčbu v r. 2016 podle primární (základní) drogy/problému	139
graf 5-8: Frekvence užívání základní drogy mezi všemi žadateli o léčbu v r. 2016.....	141
graf 5-9: Žadatelé o léčbu v r. 2016 podle skupin užívaných drog a sdílení jehel a stříkaček, %.....	142
graf 5-10: Struktura žadatelů o léčbu podle drog/problému a podle poskytnuté intervence v r. 2016	146
graf 5-11: Žadatelé o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle zdroje doporučení léčby v r. 2016	148
graf 5-12: Vývoj počtu všech žadatelů a prvožadatelů v NRLUD v l. 2015 a 2016 podle typu drogy	149
graf 5-13: Počet pacientů v substituční léčbě hlášených do NRLUD v l. 2000–2016	149
graf 5-14: Počet léčených pacientů v ambulantní psychiatrické léčbě v l. 2000–2016.....	150
graf 5-15: Počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek v l. 2000–2016	150
graf 6-1: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v l. 1996–2016.....	154

graf 6-2: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v l. 1996–2016.....	154
graf 6-3: Průměrný věk injekčních uživatelů drog, u kterých byla hlášena VHB a VHC v l. 1997–2016	154
graf 6-4: Hlášená incidence VHA celkem a u injekčních uživatelů drog v l. 1996–2016	155
graf 6-5: Hlášená incidence syfilis celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v l. 2000–2016	156
graf 6-6: Hlášená incidence kapavky celkem, u injekčních uživatelů drog a u uživatelů alkoholu v l. 2000–2016	156
graf 6-7: Hlášená incidence TBC celkem, u uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v l. 1997–2016	157
graf 6-8: Výsledky vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1997–2016.....	157
graf 6-9: Séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2016, v %	161
graf 6-10: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězněných injekčních uživatelů drog v l. 2010–2016, v %	162
graf 6-11: Podíl injekční aplikace mezi žadateli o léčbu s primární (základní) drogou heroin, pervitin a buprenorfin v l. 2002–2016, v %.....	163
graf 6-12: Podíl injekční aplikace u uživatelů heroinu, pervitinu a kombinace drog léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2016, v %.....	163
graf 6-13: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami ve speciálním registru v l. 2001–2016.....	169
graf 6-14: Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v l. 2003–2016.....	170
graf 6-15: Počet smrtelných předávkování alkoholem v obecném registru úmrtí v l. 1994–2015 podle diagnostických skupin.....	173
graf 7-1: Trend distribuce injekčních jehel (setů) a vývoj odhadovaného počtu injekčních uživatelů drog v ČR, 2005–2016.....	182
graf 8-1: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a podle rodinného stavu v r. 2016.....	189
graf 8-2: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a podle vzdělání v r. 2016.....	190
graf 8-3: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a zaměstnání v r. 2016.....	190
graf 8-4: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a národnosti v r. 2016.....	191
graf 8-5: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a charakteru bydlení v r. 2016	191
graf 8-6: Žadatelé o léčbu podle drogy/problému a podle toho, s kým bydleli v r. 2016	192
graf 8-7: Průměrná závažnost výskytu sociálně negativních jevů ve sledovaných SVL v l. 2013–2017	195
graf 8-8: Průměrný výskyt užívání návykových látek ve sledovaných SVL v l. 2013–2017.....	196
graf 8-9: Průměrný výskyt drogové trestné činnosti v SVL v l. 2015–2017.....	197
graf 8-10: Primární droga u klientů programů následné péče dotovaných RVKPP v r. 2016, v %....	200
graf 9-1: Počet zjištěných primárních drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v l. 2006–2016.....	205
graf 9-2: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL a předměty k jejich výrobě v l. 2006–2016 podle drog.....	207

graf 9-3: Vývoj počtu osob odsouzených za primární DTČ a skladba sankcí uložených v I. 2007–2016	210
graf 9-4: Počet ochranných léčení uložených v I. 2006–2016	211
graf 9-5: Pachatelé drogových přestupků zjištěných v r. 2016 podle drog	213
graf 9-6: Vývoj počtu objasněných trestných činů a podílu trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek v I. 2006–2016	213
graf 9-7: Subjektivně vnímaná dostupnost drog ve vězení v I. 2012–2016*	217
graf 9-8: Celoživotní prevalence užívání drog mezi odsouzenými v I. 2010–2016, v %	218
graf 9-9: Prevalence užívání drog mezi odsouzenými v posledních 12 měsících v I. 2010–2016, v % ..	218
graf 9-10: Prevalence užívání drog mezi odsouzenými v posledních 30 dnech v I. 2010–2016, v %	219
graf 9-11: Užití drog někdy během pobytu ve vězení v I. 2010–2016	219
graf 9-12: Rizikové chování v populaci odsouzených v I. 2010–2016	220
graf 10-1: Objem léčiv obsahujících pseudoefedrin prodaných v lékárnách v ČR (graf Výdej léčiv...) a zajištěných represivními orgány (graf Zajištěná léčiva...) v I. 2007–2016	226

Seznam obrázků

obrázek 3-1: Plakát kampaně Bereš? Zemřeš! s plyšovým medvídkem demonstrujícím fatální dopady užívání drogy	93
obrázek 5-1: Vstupní strana modulu Tabák on-line adiktologické poradny Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN	123

Seznam map

mapa 1-1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v r. 2016 podle krajů, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let	35
mapa 1-2: Struktura výdajů s krajským určením na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů ČR v r. 2016 podle krajů	36
mapa 4-1: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2016 podle krajů – střední hodnoty	97
mapa 4-2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v r. 2016 podle drog a krajů	98
mapa 5-1: Počet všech žádostí o léčbu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let v ČR v r. 2016 podle krajů	145
mapa 5-2: Struktura žádostí o léčbu spojených s nelegálními drogami v r. 2016 podle krajů	145
mapa 7-1: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2016 na 1 mil. obyvatel ve věku	182
mapa 9-1: Primární drogové trestné činy v r. 2016 v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let podle krajů	209

Rejstřík

- abstinence, 135, 136, 220
akční plán Národní strategie protidrogové politiky, 3, 20, 30, 177, 223
alkohol, 1, 5, 7, 8, 9, 12, 20, 31, 32, 33, 34, 37, 69, 83, 90, 91, 111, 119, 125, 127, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 155, 156, 157, 165, 166, 167, 173, 177, 189, 192, 194, 203, 209, 211, 213, 214, 216, 217
aluminiová fólie, 183
amfetamin, 140, 168, 217, 228
anabolické steroidy, 58, 59, 61
Asociace nestátních organizací (A.N.O)
zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí, 135
AT poradny, 33, 123
benzodiazepiny, 113, 140, 168, 169, 216
bezdrogové zóny, 125, 127, 220, 221
braun, 227
buprenorfin, 11, 95, 96, 98, 129, 133, 134, 135, 139, 140, 162, 163, 178, 221
Celní protidrogová jednotka Generálního ředitelství cel (CPJ), 32, 33, 225, 228, 229, 230, 231
cena drog, 231, 232
Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR, 69
certifikace, 8, 33, 119, 199
cizinec, 198, 215
crack, 140, 147, 165
čistota drog, 231
děti, 33, 84, 86, 88, 90, 111, 132, 137, 192, 194, 209
detoxifikace, 33, 120, 137, 145, 221
doléčování, 34, 120
dopravní nehoda, 12, 167, 214
ESPAD (školní průzkum European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), 69, 70
etanol, 165, 167, 173
Evropská unie, 12, 227
Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), 95, 170, 171
extáze, 58, 61, 65, 140, 168, 217, 232
fenetylaminy, 228
fentanyl, 112, 140, 169, 178
funky, 113, 228
Generální ředitelství cel, 32, 33, 34, 41, 42
GHB, 58, 60, 61, 62
halucinogeny, 58, 61, 168
harm reduction, 10, 27, 33, 34, 120, 177, 183
hazardní hraní, 38, 141, 144, 177, 189
hepatitida, 91, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 184, 185, 186, 198
heroin, 12, 95, 96, 113, 139, 140, 162, 163, 165, 168, 171, 178, 183, 198, 227, 231
HIV/AIDS, 91, 153, 157, 158, 160, 161, 162, 177, 179, 184, 185, 186, 223
hospitalizace, 137, 150, 164, 165, 166
hydromorfon, 113
hygienická služba, 160, 162, 185
incidence, 154, 155, 156, 157
indoor, 11, 225
injekční užívání, 13, 95, 112, 113, 114, 142, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 177, 178, 179, 183, 185, 217
intoxikace, 165, 166, 173, 215
kodein, 140
kokain, 128, 137, 140, 147, 165, 230
komorbidita, 10, 120
kondom, 183
konopné látky, 12, 58, 59, 61, 63, 64, 111, 127, 137, 139, 140, 142, 145, 147, 150, 165, 170, 178, 189, 190, 206, 207, 212, 216, 217, 229, 231, 232
hašiš, 11, 230
marihuana, 11, 113, 140, 147, 225, 229
kouření, 5, 38, 84, 121, 122
kriminalita, 12, 15, 33, 34, 42, 197, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 229, 231
léčba, 132, 216, 220, 221, 222
ambulantní, 10, 33, 37, 119, 120, 123, 125, 127, 128, 138, 150, 210, 211, 221
lůžková, 33, 37, 119, 120, 136, 137, 138, 210
ochranná, 10, 125, 127, 210, 211, 212, 221
substituční, 11, 33, 101, 120, 125, 127, 129, 131, 132, 133, 138, 139, 145, 149, 160, 161, 173, 174, 198, 221, 222
léky, 58, 59, 61, 165, 166, 168, 169, 170, 221, 225, 226, 230
LSD, 51, 60, 61, 62, 71, 75, 140, 165, 206, 228, 229
menšiny, 198
metadon, 11, 129, 133, 134, 140, 165, 172, 221
metanol, 165, 166, 173
ministerstvo
obran, 32, 34, 41, 42
práce a sociálních věcí, 32, 33, 34, 41, 42, 117, 125, 135
spravedlnosti, 32, 33, 34, 41, 42, 117, 203, 204, 205, 207, 210, 214
školský, mládeže a tělovýchovy, 32, 33, 34, 41, 42, 117
vnitřní, 34, 41, 42
zdravotnictví, 32, 33, 34, 41, 42, 117, 134
mladiství, 7, 9, 90, 91, 127, 128, 136, 137, 203, 209, 215
morfin, 113, 140, 168, 169, 227
náklady, 32, 33, 37, 38

- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS), 1, 12, 58, 70, 98, 157, 183, 199, 216, 228
- Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC), 32, 33, 34, 36, 41, 42, 203, 204, 212, 225, 228, 229, 231
- Národní strategie protidrogové politiky, 20, 21, 81, 117, 177
- návykové látky, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 32, 33, 37, 58, 67, 68, 70, 82, 117, 119, 120, 121, 125, 127, 135, 165, 166, 173, 194, 203, 205, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 231
- nízkoprahová zařízení, 9, 10, 33, 96, 119, 120, 123, 125, 126, 138, 139, 157, 158, 177, 178, 179, 183, 184, 198
- NNO (nestátní neziskové organizace), 10, 33, 119, 125, 127, 220, 221, 223
- noční zábava, 5, 178
- nové drogy, 15, 228
- obvinění, 186, 207, 215
- obžalování, 204, 205, 207, 208
- očkování, 153
- odnětí svobody, 209, 210, 211, 216, 222
- odsouzení, 12, 13, 186, 204, 205, 209, 210, 211, 215, 217, 220
- ochranná výchova, 135
- omamné a psychotropní látky, 32, 33, 34, 167, 173, 203, 204, 205, 207, 208, 210, 211, 212, 215, 216, 228
- opilství, 12, 214, 215, 216
- opiooidní analgetika, 60, 62, 169
- opium, 113, 140
- otrava, 165, 173
- oxykodon, 113, 168
- pervitin, 7, 16, 58, 61, 65, 95, 96, 97, 98, 101, 113, 117, 127, 128, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 150, 162, 163, 165, 168, 170, 171, 172, 178, 183, 189, 190, 194, 198, 205, 207, 212, 216, 217, 225, 230, 231, 232
- policie, 32, 33, 34, 36, 41, 42, 167, 203, 214, 225, 230, 231
- polyvalentní užívání, 37, 43, 114, 123, 166, 171
- poppers, 51, 58, 60, 61, 62
- poradenství, 33, 88, 117, 122, 123, 125, 127, 145, 177, 179, 200, 220, 223
- probace, 203, 211, 212
- problémové užívání, 96, 117
- předávkování, 7, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 177, 217
- přechovávání, 12, 205, 207, 208, 210, 211, 212, 216
- přestupek, 16, 212, 213, 231
- pseudoefedrin, 225, 226
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), 3, 32, 33, 34, 41, 42, 95, 117, 119, 120, 125, 127, 128, 136, 137, 178, 183, 187, 199, 200
- registr žádostí o léčbu, 161, 163
- rodič, 84, 86, 211
- Romové, 190, 198
- sociálně vyloučená lokalita, 193, 194, 195, 196, 197
- společenské náklady, 32, 38
- stíhání, 203, 204, 205, 207, 208, 214
- Suboxone[®], 11, 129, 133, 134, 221
- substituce, 131, 132, 149
- Subutex[®], 95, 129, 133, 165, 221
- syfilis, 155, 156, 184
- Systém včasného varování před novými drogami, 12, 228
- šíření toxikomanie, 206, 212
- tabák, 1, 5, 20, 37, 89, 119, 122, 124, 125, 127, 137, 138, 140, 142, 144, 145, 146, 147, 177, 189
- taneční drogy, 168, 178
- těkávé látky, 7, 113, 140, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 178
- terapeutická komunita, 33, 119, 120, 135, 136, 138
- testování, 34, 91, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 183, 184, 186, 216
- THC, 11, 168, 170, 231, 232
- toluen, 140
- tretný čin, 12, 15, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 229, 231
- úmrtnost, 7, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174
- vězení, 10, 13, 25, 37, 39, 42, 117, 119, 123, 125, 126, 135, 136, 137, 161, 162, 186, 210, 211, 215, 216, 217, 220, 221, 222, 223
- Vietnamci, 11, 199
- vláda, 15, 16, 17, 23, 25, 29, 32, 193, 215
- výdaje, 32, 33, 34, 37, 40, 41, 42, 135
- výměnný program, 178, 179
- zadluženost, 189, 194
- záchyt, 216, 225, 228, 229, 230, 231
- záchytné stanice, 7, 124, 126, 128
- zdravotní pojištění, 4, 32, 37, 135
- želatinové kapsle, 183

Použitá literatura

- BECK, F. & LEGLEYE, S. 2008. Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. In: EMCDDA (ed.) *A cannabis reader: global issues and local experiences, vol. II*. Luxembourg: EMCDDA.
- BĚLÁČKOVÁ, V., JANÍKOVÁ, B., TOMKOVÁ, A., VACEK, J., ZÁBRANSKÝ, T., MRAVČÍK, V. & CSÉMY, L. 2016. The Use of NSDs among Problem Drug Users – Prevalence, Patterns of Use, and Related Risks as a Challenge for Harm Reduction Programmes in the Czech Republic. *Adiktologie*, 16, 106–119.
- BĚLÁČKOVÁ, V., NECHANSKÁ, B., CHOMYNOVÁ, P. & HORÁKOVÁ, M. 2012. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*, Praha: Úřad vlády České republiky.
- BĚLÁČKOVÁ, V., VACEK, J., JANÍKOVÁ, B., MRAVČÍK, V., ZÁBRANSKÝ, T., IVANOVÁ, L. & CSÉMY, L. 2017. "Just another drug" for marginalized users: The risks of using synthetic cathinones among NSP clients in the Czech Republic. *Journal of Substance Use*, 1-7.
- BÉM, P., PEŠEK, D., KALINA, K. & KOL. SANANIM 2017. Prášky pro nespolehlivé "smažky"? Nízkoprahová psychiatrická péče v K-centru (prezentace). *AT konference 2017*. Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady.
- BRADLEY, K. A., BUSH, K. R., MCDONELL, M. B., MALONE, T. & FIHN, S. D. 1998. Screening for problem drinking: Comparison of CAGE and AUDIT. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 379-388.
- BÜHLER, A., KRAUS, L., AUGUSTIN, R. & KRAMER, S. 2004. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addictive Behaviors*, 29, 867-878.
- CELNÍ PROTIDROGOVÁ JEDNOTKA 2017. Záchyty OPL a prekurzorů drog v roce 2016 Celní správou ČR. Nепublikováno.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2017a. Názor občanů na drogy - květen 2017. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2017b. Postoj veřejnosti ke konzumaci vybraných návykových látek - květen 2017. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2017c. Tolerance k vybraným skupinám obyvatel - březen 2017. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.
- CSÉMY, L. & WINKLER, P. 2012. Alkohol v České republice: spotřeba, zdravotní důsledky a ekonomické náklady společnosti. *Psychiatrie*, 16, 210-216.
- ČALOVKA, O. & SKLENÁŘ, O. 2017. Zajištění ambulantní adiktologické péče v rámci smluv se zdravotními pojišťovnami (poster). *AT konference 2017*. Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady.
- ČERVENKOVÁ, A. 2017. *Postoje kuřáků tabáku ke zdravotním varováním na obalech tabákových výrobků zavedených od r. 2016*. Bakalářská práce. . Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- ČESNEKOVÁ, M. & VACEK, J. 2016. The Contribution of Hagiotherapy to Addiction Treatment: a Patient's Perspective. *Adiktologie*, 16 (1), 18-24.
- DAŇKOVÁ, Š. 2016. EHIS 2014 - Základní výsledky šetření. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- EMCDDA 2007. *Úkol drogy. Drogy a trestná činnost — složitý vztah.*, Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION 2009. An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.
- EWING, J. A. 1984. Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 1905-1907.
- FROMBERGOVÁ, A. 2017. *Evaluační primárně preventivního programu Boys and Girls Plus*. Praha: Univerzita Karlova, pedagogická fakulta.

- FÜLEOVÁ, A., ZÓNOVÁ, J. & ANTOŠOVÁ, D. 2017. *Výroční zpráva: Léčení uživatelé drog v Česku v roce 2016*, Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- FÜLEOVÁ, A., ZÓNOVÁ, J. & PETRÁŠOVÁ, B. 2015. *Výroční zpráva: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2014*, Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie.
- GAC 2015. Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR. Praha: GAC.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2015a. Údaje o testování a léčbě vězňů pro VHB, VHC a HIV v r. 2014. Nepublikováno.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2015b. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2014. Nepublikováno.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2017a. Analýza pro potřeby VZ 2016. Nepublikováno.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2017b. Statistická ročenka VS ČR za rok 2016. Praha: GRVS.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2017c. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2016.
- GUSTAVSSON, A., SVENSSON, M., JACOBI, F., ALLGULANDER, C., ALONSO, J., BEGHI, E., DODEL, R., EKMAN, M., FARAVELLI, C., FRATIGLIONI, L., GANNON, B., JONES, D. H., JENNUM, P., JORDANOVA, A., JONSSON, L., KARAMPAMPA, K., KNAPP, M., KOBELT, G., KURTH, T., LIEB, R., LINDE, M., LJUNGCRANTZ, C., MAERCKER, A., MELIN, B., MOSCARELLI, M., MUSAYEV, A., NORWOOD, F., PREISIG, M., PUGLIATTI, M., REHM, J., SALVADOR-CARULLA, L., SCHLEHOFER, B., SIMON, R., STEINHAUSEN, H. C., STOVNER, L. J., VALLAT, J. M., VAN DEN BERGH, P., VAN OS, J., VOS, P., XU, W., WITTCHEN, H. U., JONSSON, B. & OLESEN, J. 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21, 718-79.
- HAMPL, K. 2004. Substituční léčba závislosti na pervitinu. *Čes. slov. Psychiat.*, 100 (5), 274 - 278.
- HEATHERTON, T. F., KOZLOWSKI, L. T., FRECKER, R. C., RICKERT, W., ROBINSON, J. 1989. Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Addiction*, 84, 791-800.
- CHOMYNOVÁ, P. 2013. Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci. *Zaostřeno na drogy*, 11, 1-16.
- CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L. & MRAVČÍK, V. 2016. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. *Zaostřeno*, 14, 1-16.
- INSTITUT PROJEKTOVÉHO ŘÍZENÍ 2017. Analýza inovativních postupů a služeb pro rodiny a děti v České republice. Pardubice.
- JIHOMORAVSKÝ KRAJ 2017. Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky kraje v r. 2016.
- KLÍMA, J. 2016. *Užívání omamných látek a vnímání jejich rizikovosti u návštěvníků hudebních akcí s elektronickou taneční hudbou*. Mgr., Masarykova univerzita.
- KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE JIHOMORAVSKÉHO KRAJE 2017. Výskyt VHA v Jihomoravském kraji-analýza pro účely VZ 2016. Nepublikováno.
- KRÁLÍKOVÁ, E., KMEŤOVÁ, A., FELBROVÁ, V., KULOVANÁ, S., RAMEŠ, J., ŠTĚPÁNKOVÁ, L., ZVOLSKÁ, K. & SKOUPÁ, J. 2014. Centra pro závislé na tabáku v České republice v roce 2012: přehled, ekonomika. *Časopis lékařů českých*, 153 (5), 246-250.
- LEGLEYE, S., KARILA, L., BECK, F. & REYNAUD, M. 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use* 12, 233-242.
- LEGLEYE, S., PIONTEK, D. & KRAUS, L. 2011. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 229-235.
- MALINOVSKÁ, J. & MRAVČÍK, V. 2017. Vývoj problémového užívání opioidů na území České republiky: literární přehled. *odesláno k posouzení k časopisecké publikaci*.
- MAYFIELD, D., MCLEOD, G., HALL, P. 1974. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*, 1121-1123.
- MINAŘÍK, J., GABRHELÍK, R., MALCOLM, R., PAVLOVSKÁ, A. & MILLER, P. 2015. Methylphenidate substitution for methamphetamine addiction and implications for future randomized clinical trials: a unique case series. *Journal of Substance Use*, 1-4.

- MINISTERSTVO SPRÁVEDLNOSTI ČR 2017a. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2016 podle typů drog a paragrafů trestního zákoníku. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO SPRÁVEDLNOSTI ČR 2017b. Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách v r. 2016 podle typů drog a paragrafů trestního zákoníku. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO VNITRA ČR 2017. Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi v r. 2016. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2016. *Informace o stavu realizace Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, Praha Ministerstvo zdravotnictví.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2017. Přehled dovozu a distribuce metadonu a přípravků obsahujících buprenorfin v r. 2016. Nepublikováno.
- MIOVSKÝ, M., ET AL 2015. *Prevence rizikového chování ve školství*, Praha: Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova.
- MIOVSKÝ, M. & POPOV, P. 2016. Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16, 292-318.
- MIOVSKÝ, M., ŠTASTNÁ, L. & POPOV, P. 2016. Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16, 330-341.
- MOSKALEWICZ, J. & SIEROSLAWSKI, J. 2010. Drinking Population Surveys – Guidance Document for Standardized Approach. Final Report for the Project Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles – SMART. . Warsaw: Institute of Psychiatry and Neurology.
- MRAVČÍK, V. 2017. Opiátová substituční léčba v ČR: aktuální situace (prezentace). *AT konference 2017*. Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady.
- MRAVČÍK, V., ČERNÝ, J., LEŠTINOVÁ, Z., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., LICEHAMMEROVÁ, Š., ZIEGLER, A. & KOCAREVOVÁ, V. 2014. Hazardní hraní v České republice a jeho dopady. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., HORÁKOVÁ, M., PEŠEK, R. & KOŇÁK, T. 2011. Drogy a vězni v ČR: Výsledky dotazníkové studie mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody. *Zaostřeno na drogy*, 9 (5), 1-15.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDISOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L. & VOPRAVIL, J. 2016a. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*, Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDISOVÁ, H., VOPRAVIL, J. & JURYSTOVÁ, L. 2013. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*, Praha: Úřad vlády ČR.
- MRAVČÍK, V., LEJČKOVÁ, P. & KORČÍŠOVÁ, B. 2005. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR - souhrnný článek. *Adiktologie*, 5(1), 13-20.
- MRAVČÍK, V., ROUS, Z., CHOMYNOVÁ, P., TION LEŠTINOVÁ, Z., DRBOHLAVOVÁ, B., KOZÁK, J., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., VLACH, T. & KIŠŠOVÁ, L. 2017. Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2016. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., DRBOHLAVOVÁ, B., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B. & VLACH, T. 2015. Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2014. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., DRBOHLAVOVÁ, B., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B. & VLACH, T. 2016b. Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V. & SOPKO, B. 2013. Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR v letech 2006 a 2007 metodou zpětného zachytu. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie*, 62(2), 74-82.
- MŠMT 2017. Údaje o specializovaných odděleních pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2006. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z průzkumu mezi praktickými lékaři v r. 2003 a 2005.

- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2017. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2016.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2013. Problematika hazardu a drog v sociálně vyloučených lokalitách. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & FACTUM INVENIO 2011. Prevalence užívání drog v populaci ČR. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2011. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2013. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2008. Lékaři České republiky 2007 - Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2009. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2010a. Lékaři České republiky 2010 - Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2010b. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2013a. Lékaři České republiky 2012 - Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2013b. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2013. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2016. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2017a. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení v r. 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2017b. Systém včasného varování před novými drogami - zpráva za rok 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2017c. Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2015. Problematika hazardu a drog v sociálně vyloučených lokalitách v roce 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2016. Problematika hazardu a drog v sociálně vyloučených lokalitách v roce 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2017. Problematika hazardu a drog v sociálně vyloučených lokalitách v roce 2017. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & ASOCIACE OBČANSKÝCH PORADEN 2017. Monitoring klientů dluhových poraden Asociace občanských poraden

- zaměřený na hazard a užívání návykových látek jako příčiny zadluženosti v roce 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2015. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2014. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2016. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2015. Lékaři České republiky 2014 - Problematika substituční léčby, problémové užívání návykových látek a patologické hráčství mezi pacienty. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2017a. Lékaři České republiky 2016 - Problematika substituční léčby, krátkých intervencí, problémové užívání návykových látek a patologické hráčství mezi pacienty. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2017b. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & MINDBRIDGE CONSULTING 2016. Národní výzkum užívání návykových látek 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2014. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2013. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2015a. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2014. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2015b. Výskyt zadluženosti mezi klienty adiktologických programů. Praha: Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2016a. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2016b. Validizační studie ESPAD 2016: předběžné výsledky. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2017a. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2017b. Zdraví a návykové látky mezi Romy. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA & NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2016. Retrospektivní odhad rozsahu finančně motivované sekundární drogové kriminality v r. 2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2017a. Pachatelé drogových přestupků zjištěných v r. 2016 podle drog.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2017b. Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2017c. Výroční zpráva 2016. Praha: Národní protidrogová centrála.
- NERUD, M., KIŠŠOVÁ, L., DÁREK, D., MRAVČÍK, V. & GROHMANNOVÁ, K. 2016. *Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace. Metodické doporučení*, Praha: Úřad vlády České republiky.
- PASECKÁ, L. 2016. *Užívání návykových látek v domovech pro seniory z pohledu pracovníků - zkušenosti a vliv na sociální interakce*. Masarykova univerzita.
- PAVLAS MARTANOVÁ ET AL. 2012. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze and Togga.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*.
- POLICEJNÍ PREZIDIUM POLICIE ČR 2017. Statistické přehledy kriminality v r. 2016 (ESSK). Praha: Policejní prezidium Policie České republiky.

- PRAJSOVÁ, J., CSÉMY, L. & SADÍLEK, P. 2008. Postoje společnosti k problematice drog. Vývoj postojů společnosti k osobám užívajícím drogy, k řešení problémů s drogami a k legalizaci marihuany v letech 1996-2006. Praha: CEPROS, o.p.s., Státní zdravotní ústav a Lékařské informační centrum.
- PRAŽSKÉ CENTRUM PRIMÁRNÍ PREVENCE 2016. Zpráva z evaluace programu Zipyho kamarádi v ČR.
- PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA 2017. Informace o činnosti Probační a mediační služby v souvislosti s drogovou problematikou za r. 2016. Nepublikováno.
- ŘEDITELSTVÍ SLUŽBY DOPRAVNÍ POLICIE POLICEJNÍHO PREZIDIA ČR 2017. Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2016. Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR.
- SEKCE HARM REDUCTION A.N.O. & NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2017. Analýza databáze Přehled úmrtí a fatálních předávkování klientů služeb HR. Nepublikováno.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2016. Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích ČR za r. 2015. Praha: Úřad vlády ČR.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2017a. Problematika vyrovnávacích plateb v adiktologických službách v České republice. Nepublikováno.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2017b. Seznam certifikovaných programů k 24. červenci 2017.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2017c. Souhrnná zpráva o plnění aktivit Plánu nulové tolerance k černému trhu s lihovinami. nepublikováno.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2017d. Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích ČR za r. 2016. Praha: Úřad vlády ČR.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2017e. Zpráva o průběhu plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015–2018 pro oblast hazardního hraní. Praha: Úřad vlády ČR.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2017f. Zpráva o průběhu plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016 až 2018 pro oblast nelegálních návykových látek. Praha: Úřad vlády ČR.
- SOVINOVÁ, H. & CSÉMY, L. 2015. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014. The Use of Tobacco and alcohol in the Czech Republic 2014. Praha.
- SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. & KERNOVÁ, V. 2014. Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let. Praha: Státní zdravotní ústav.
- SPIILKA, S., JANSSEN, E. & LEGLEYE, S. 2013. Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis: Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies.
- SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. 2017. *Centra pro závislé na tabáku* [Online]. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Available: <http://www.slzt.cz/centra-lecby> [Accessed 4 August 2017].
- STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV 2017. Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR 2007-2016. Nepublikováno.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2017a. Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2016. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, NRL pro HIV/AIDS.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2017b. Virové hepatitidy 1996-2016 (EPIDAT) – analýza pro účely VZ 2016. Nepublikováno.
- ŠÁLENÁ, A. 2017. *Názory na obrazová varování na tabákových výrobcích*. Klasifikovaná zápočtová práce pro předmět: Metodologie výzkumu v adiktologii 2, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- ŠEBKOVÁ, M. 2017. Výsledky hodnotících dotazníků prevence rizikového chování na školách ve středočeském kraji ve školním roce 2015/2016.
- ŠTEFUNKOVÁ, M. 2011. Drog a kriminalita - jaký je mezi nimi vztah? *Adiktologie*, 11, 156-164.
- THANKI, D. & VICENTE, J. 2013. PDU (Problem drug use) revision summary. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014. Informace z ročního výkazu oboru gastroenterologie a infekční lékařství.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016a. Údaje z Národního registru léčby uživatelů drog. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016b. ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro děti a dorost za období 2007–2015. NZIS REPORT č. K/18 (09/2016). Praha: ÚZIS ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016c. ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé 2007–2015. NZIS REPORT č. K/17 (09/2016). Praha: ÚZIS ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2017a. Údaje z informačního systému Zemřelí ČSÚ – extrakce případů drogových úmrtí. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2017b. Údaje z Národního registru hospitalizovaných. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2017c. Údaje z Národního registru léčby uživatelů drog. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2017d. Údaje z Národního registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství – extrakce případů drogových úmrtí. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2017e. Údaje z Národního registru pohlavních nemocí. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2017f. Údaje z Registru tuberkulózy. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2017g. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkazy ambulantních zařízení oboru psychiatrie, detoxifikace a záchytných stanic. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2017h. Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů alkoholu a nealkoholových drog v letech 2007–2015. Nepublikováno.
- VACEK, J., VONKOVA, H. & GABRHELIK, R. 2017. A Successful Strategy for Linking Anonymous Data from Students' and Parents' Questionnaires Using Self-Generated Identification Codes. *Prev Sci*, 18, 450–458.
- VOPRAVIL, J. 2014. Odhad drogových trhů a spotřeby drog v r. 2013. Nepublikováno.
- VOPRAVIL, J. 2017. Odhad drogových trhů a spotřeby drog v r. 2016. Nepublikováno.
- WHO, UNODC & UNAIDS 2013. The WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for IDUs - 2012 revision. Geneva, Switzerland: WHO.
- WINKLER, P., BEJDOVÁ, M., CSÉMY, L. & WEISSOVÁ, A. 2014. *Problémové hráčství: Společenské náklady na hazardní hraní v České republice*, Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V., ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J. & LANGROVÁ, M. 2011. *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*, Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze.
- ZVOLSKÁ, K. & KRÁLÍKOVÁ, E. 2017. Centra pro závislé na tabáku v ČR v roce 2016 [Centers for tobacco-dependent in the Czech Republic in 2016]. *Cas Lek Cesk*, 156, 19–23.

Výroční zpráva

o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016

- › Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 vydává Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Poprvé v knižní podobě byla výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR připravena za rok 2001.
- › Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS) je součástí Sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který je organizačně začleněn do Úřadu vlády České republiky. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky je stálým poradním, iniciačním a koordinačním orgánem vlády České republiky v oblasti integrované protidrogové politiky, kterou se rozumí politika v oblasti legálních i nelegálních návykových látek a patologického hráčství, s nimi souvisejících závislostních poruch a dalších zdravotních a sociálních dopadů a souvislostí. NMS je součástí mezinárodní sítě monitorovacích středisek Reitox (národních monitorovacích středisek evropských zemí), která je koordinována Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). Sít' monitorovacích středisek Reitox ustavily a podporují vlády zemí EU. Jejím úkolem je sběr a analýza dat o situaci v oblasti drog v Evropě.
- › Distribuci zajišťuje vydavatel. Elektronická verze je k dispozici webových stránkách NMS www.drogy-info.cz.

Vydal Úřad vlády České republiky
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
www.vlada.cz

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-200-5



9 788074 402005