



ČESKÁ REPUBLIKA 2001

**Výroční zpráva o stavu ve věcech drog
pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti**

REITOX

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti ČR

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Úřad vlády ČR

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2001

Vydal: © Úřad vlády ČR, 2002

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

**Kontaktní adresa: Sekretariát Rady vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky, Vladislavova 4,
110 00, Praha 1, tel.: +420 296 153 222**

Editor: MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

Pro bibliografické citace: Zábranský, T., Radimecký, J., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Petroš, O., Korčíšová, B., Miovský, M., Vopravil, J., Csémy, L., Kuda, A. (2002). Výroční zpráva o stavu ve věcech v České republice v r. 2001 (Annual Report on Drug Situation 2001 – Czech Republic). Praha & Lisabon: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & EMCDDA.

ISBN 80-238-9912-0

ČESKÁ REPUBLIKA 2001

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog Pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

**Ladislav Csémy
Hana Gajdošíková
Blanka Korčíšová
Aleš Kuda
Michal Miovský
Viktor Mravčík
Ondřej Petroš
Josef Radimecký
Jiří Vopravil
Tomáš Zábranský**

REITOX

**Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti ČR
Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
Úřad vlády ČR**

OBSAH

SOUHRN	6
ORGANIZAČNÍ PROSTŘEDÍ	6
MÍRA UŽÍVÁNÍ DROG V ČR	7
ZDRAVOTNÍ DOPADY	8
PREVENCE A LÉČBA	8
PROSAZOVÁNÍ PRÁVA	10
KVALITA A KONZISTENCE DAT	11
 ČÁST I: NÁRODNÍ STRATEGIE - INSTITUCIONÁLNÍ A PRÁVNÍ PROSTŘEDÍ	 13
1 VÝVOJ V PROTIDROGOVÉ POLITICE A AKTUÁLNÍ OPATŘENÍ	14
1.1 POLITICKÝ RÁMEC PROTIDROGOVÉ POLITIKY	14
1.2 PRÁVNÍ PROSTŘEDÍ	15
1.3 APLIKACE PRÁVA	19
1.4 VÝVOJ V DISKUSÍCH A V POSTOJÍCH VEŘEJNOSTI	22
1.5 ROZPOČTY A FINANČNÍ PROGRAMY V ROCE 2001	24
 ČÁST II: EPIDEMIOLOGICKÁ SITUACE	 29
2 PREVALENCE, TRENDY A VZORCE UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI	30
2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI	30
2.2 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG	34
3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	36
3.1 ŽÁDOSTI O LÉČBU	37
3.2 DROGOVÁ ÚMRTÍ (MORTALITA)	42
3.3 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	46
3.4 DALŠÍ PORUCHY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG	49
4 SOCIÁLNÍ A PRÁVNÍ VZTAHY A JEJICH NÁSLEDKY	50
4.1 SOCIÁLNÍ PROBLÉMY	50
4.2 DROGOVÉ TRESTNÉ ČINY A PŘESTUPKY	51
5 DROGOVÉ TRHY	57
5.1 ZÁCHYTÝ OPL	57
5.2 CENA A ČISTOTA OPL	58
6 TRENDY PODE DROG	59
6.1 SOUHRN	59
6.2 KONOPÍ A JEHO DERIVÁTY	60
6.3 SYNTETICKÉ DROGY	63
6.4 HEROIN A DALŠÍ OPIÁTY	73
6.5 KOKAIN A CRACK	76
6.6 POLYVALENTNÍ UŽÍVÁNÍ, TĚKAVÉ LÁTKY, LEGÁLNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY	77
6.7 TĚKAVÉ LÁTKY	78

6.8	ALKOHOL A TABÁK	79
7	DISKUSE	81
7.1	KONZISTENCE MEZI INDIKÁTORY	81
7.2	METODOLOGICKÁ OMEZENÍ A KVALITA DAT	81
	ČÁST III: SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY	83
8	STRATEGIE SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY NA NÁRODNÍ ÚROVNI	84
8.1	HLAVNÍ STRATEGIE A VÝVOJ	84
9	PREVENCE	85
9.1	KOORDINACE A HODNOCENÍ	86
9.2	NÁKLADY NA PRIMÁRNÍ PREVENCI	87
9.3	PROGRAMY REALIZOVANÉ VE ŠKOLÁCH	88
9.4	MIMOŠKOLNÍ PROGRAMY PRO MLÁDEŽ	88
9.5	RODINNÁ PREVENCE	89
9.6	JINÉ PROGRAMY	89
10	SNIŽOVÁNÍ RIZIK SPOJENÝCH S UŽÍVÁNÍM DROG	91
10.1	PRIORITY A CÍLE	91
10.2	POPIS INTERVENČÍ	92
10.3	STANDARDY A EVALUACE	96
11	LÉČBA	98
11.1	LÉČBA ORIENTOVANÁ K ABSTINENCI A ZDRAVOTNÍ PÉČE NA NÁRODNÍ ÚROVNI	98
11.2	SUBSTITUČNÍ A UDRŽOVACÍ PROGRAMY	99
11.3	NÁSLEDNÁ PÉČE	102
12	INTERVENCE V RÁMCI TRESTNĚPRÁVNÍHO SYSTÉMU	104
12.1	ZACHÁZENÍ S UŽIVATELI DROG VE VĚZNICÍCH	105
12.2	EVALUACE A ŠKOLENÍ	106
12.3	ALTERNATIVNÍ TRESTY K TRESTU ODNĚTÍ SVOBODY	107
13	ZAJIŠTĚNÍ KVALITY	109
	SEZNAM TABULEK	111
	SEZNAM OBRÁZKŮ	120
	ODKAZY	111
	STRÁNKY S DROGOVOU TÉMATIKOU NA ČESKÉM INTERNETU	121
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	125
	VĚCNÝ REJSTŘÍK	126

SOUHRN

Organizační prostředí

Rok 2001 byl prvním rokem realizace **Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004**, kterou schválila 23. října 2000 vláda svým usnesením č. 1045/00. Strategie navazuje na předešlé dva koncepční dokumenty o protidrogové politice vlády (z let 1993–1996 a 1998–2000) a dále je rozvíjí. Obsahově i časově **koresponduje s Akčním plánem EU boje proti drogám 2000–2004**.

Tento dokument deklaruje, že Česká republika usiluje o **vyvážený přístup** k řešení problému užívání drog z hlediska represe, prevence, léčby a resocializace drogově závislých a o komplexní, meziresortní, mezioborový a mezisektorový postup a spolupráci při řešení problémů.

Rok 2001 byl třetím rokem platnosti novelizované drogové legislativy. V říjnu dokončil tým nezávislých výzkumníků studii „**Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy**“ a předložil ji zadavateli studie – vládě ČR. Na svém zasedání 14. října 2001 vzala vláda na vědomí souhrnné výsledky studie, podle nichž **zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu nesplnilo očekávání předkladatele**,¹ ale ani se nepotvrdily katastrofické předpovědi² některých odpůrců zavedení trestnosti držení nezákonných drog pro vlastní potřebu. Studie ukázala, že novelizovaná drogová legislativa způsobila společnosti zbytečné náklady – tedy přiměla ji vynaložit prostředky, jež mohla využít jinak. Na základě souhrnných výsledků studie přijala vláda usnesení č. 1177/2001, jež obsahuje následující úkoly:

- I. Legislativně rozdělit drogy do 2 resp. 3 kategorií podle míry jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti – tj. podle negativních zdravotních a společenských dopadů v důsledku jejich zneužívání.
Provede: ministr zdravotnictví ve spolupráci s ministrem spravedlnosti a ministrem a vedoucím Úřadu vlády a výkonným místopředsedou Rady vlády - Meziresortní protidrogové komise.³
Termín: 31. 12. 2002
- II. V oblasti potlačování nabídky tzv. tvrdých drog věnovat zvýšenou pozornost heroinu, zdravotně i sociálně nejvíce devastující droze, která je – podle výsledků studie PAD – na černém trhu stále dostupnější.
Provede: ministr vnitra
Termín: průběžně
- III. Vytvořit na úrovni krajských a okresních ředitelství policie pracovníkům Policie ČR, specializovaným na vyhledávání a vyšetřování trestné činnosti v oblasti výroby, obchodu a distribuce nelegálních drog, odpovídající podmínky pro práci zejména tím, že nebudou zatěžováni plněním úkolů při řešení případů jiné trestné činnosti.
Provede: ministr vnitra
Termín: průběžně
- IV. V rámci přípravy rekodifikace trestního práva hmotného vzít v úvahu výsledky Analýzy dopadů nové drogové legislativy (PAD) a provést revizi skutkových podstat a revizi sankcí trestných činů spojených s drogovou problematikou.
Provede: ministr spravedlnosti
Termín: 31. 12. 2002
- V. Přehadit flunitrazepam z přílohy č. 6 do přílohy č. 5 z. č. 167/1998 Sb. o návykových látkách.
Provede: ministr zdravotnictví
Termín: 31. 12. 2002
- VI. Předložit výsledky projektu Analýza Radě vlády České republiky pro sociální a ekonomickou strategii (RASES) k dalšímu využití.
Provede: místopředseda vlády a ministr průmyslu a obchodu, předseda RASES
Termín: ihned

¹ ve smyslu snížení dostupnosti drog, snížení počtu uživatelů drog, jejich větší ochoty k léčbě, lepšího prosazování práva atd.

² tj. že novelizace povede k výraznému postihování uživatelů a současně i držitelů drog pro vlastní potřebu apod.

³ přejmenována na Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky

VII. Promítnout výsledky Analýzy dopadů nové drogové legislativy (PAD) při realizaci protidrogové politiky vlády ČR.

Provedou: členové Rady vlády - Meziresortní protidrogové komise

Termín: průběžně

V souvislosti s probíhající **územně-správní reformou** navázal sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) užší **spolupráci se zástupci krajů**. To se v praxi projevilo mimo jiné tím, že celkem 10 krajů již zřídilo funkci krajského protidrogového koordinátora a ve zbývajících krajích (tj. Karlovarský, Plzeňský, Vysočina a Liberecký) bylo vyhlášeno výběrové řízení na obsazení této funkce. Významnou část práce věnoval sekretariát RVKPP **zavedení systému vzájemné komunikace a nalezení odpovídajících mechanismů financování aktivit** v protidrogové činnosti tak, aby splňovaly místní potřeby i odborná kritéria.

V roce 2001 předložila vláda ČR **návrh zákona o ochraně před škodami, působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami**, který měl nahradit již nevyhovující zákon č. 37/1989Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Poslanecká sněmovna PČR však návrh zákona vrátila vládě k přepracování.

Nikoliv posledním významným předělem roku 2001 v oblasti drogové problematiky bylo **zahájení činnosti Probační a mediační služby**. Ta by měla významně přispět ke zlepšení stavu v oblasti trestů pro uživatele nelegálních drog, zejména rozšířením možnosti řádného výkonu alternativních trestů nebo zprostředkováním léčby nebo jiného vhodného opatření všude tam, kde je to společensky výhodnější než trest odnětí svobody.

Podrobně se institucionálním prostředím a aktuálními opatřeními protidrogové politiky zabývá *kapitola 1 (Vývoj v protidrogové politice a aktuální opatření)*.

Míra užívání drog v ČR

Stejně jako jinde v Evropě a ve Spojených státech, i v České republice neustále **narůstá obliba rekreačního užívání marihuany**, zejména mezi nejmladší populací (ve věku 15-25 let). **Pravidelně⁴ marihuanu užívá cca 15 % populace ve středoškolském věku (15-19 let)**, alespoň **jednu zkušenost** s ní má v téže věkové skupině téměř **polovina populace (46%)**.

Spolu s růstem obliby „taneční hudby“ **stoupá počet osob, užívajících „ecstasy“** v týdenních nebo delších intervalech – i to je součástí celoevropského trendu.

Počet problémových uživatelů drog (injekčních a/nebo dlouhodobých uživatelů opiátů, amfetaminových drog a/nebo kokainu) **je stabilní – neroste** – a pohybuje se **kolem 37 500 osob**. V posledních dvou až třech letech ale dochází k přelévání mezi jednotlivými typy drog – **stoupá míra užívání heroinu „na úkor“ pervitinu**.

Mezi roky 1995 a 1999 stoupl podíl šestnáctiletých se zkušeností s legálními i nelegálními drogami; vzestup ve zkušenostech s nelegální drogou v této věkové skupině je způsoben zvýšenou oblibou a dostupností marihuany a hašiše; naopak trend zkušeností s „problémovými drogami“ – tedy s heroinem a pervitinem – se na konci minulé dekády velmi pravděpodobně stabilizoval resp. došlo k jeho poklesu.

Podle celopopulačních průzkumů má v životě **alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou 16 % obyvatel ČR** (v EU mezi 20-25 %, v USA 34 %). **V posledním roce u nás alespoň jednou nelegální drogu užilo 8 % populace** (v zemích EU 5-10 %, v USA 10 %).

Pro většinu osob charakterizovaných v předchozím odstavci platí, že jedinou nelegální drogou, s níž se setkaly, bylo **konopí nebo hašiš**. Taneční drogu „ecstasy“ alespoň jednou v životě užila 4% obyvatel ČR ve věku 15-64 let, jiné drogy (**heroin, pervitin, kokain, LSD atd.**) pak méně než 1% populace.

Podrobně se rozsahem jednotlivých typů užívání nelegálních drog v populaci zabývá *kapitola 2 (Užívání drog v populaci)*; popisem drogové scény, trendy v užívání jednotlivých drog a jejich důsledky se zabývají *kapitoly 5 (Drogové trhy)* a *6 (Trendy podle drog)*.

⁴ tj. více než 20x za život

Zdravotní dopady

V roce 2001 vyhledalo **léčbu v souvislosti s drogami poprvé ve svém životě 4 233 osob** v průměrném věku 21,3 let. **Věk uživatelů**, kteří vyhledávají léčbu, **se v posledních letech zvyšuje** – to je možno považovat za velmi příznivý trend, signalizující pokles přílivu nových problémových uživatelů.

Ambulantní nebo ústavní či pobytovou léčbu využívá přibližně 8 000 problémových uživatelů drog ročně.

V kontaktu s institucemi, poskytujícími léčbu či jiné služby – zejména s nízkoprahovými centry –, je asi **40% uživatelů (cca 17 000)** a tento podíl je velmi pravděpodobně rostoucí. Na tomto trendu se podílí zejména přizpůsobení nabídky služeb potřebám klientů. V tomto směru patříme mezi **ty evropské země, jimž se účinně daří zachytit problémové uživatele drog** a snižovat tak celospolečenské škody, jež z problémového užívání nelegálních drog vyplývají.

Alarmující je velmi nedostatečný podíl uživatelů opiátů (především heroinu) **v substitučních programech – cca 3%, což je několikanásobně nižší podíl než v zemích EU.** To je způsobeno omezenou kapacitou a špatnou dostupností substituční léčby v ČR.

V roce 2001 v ČR přetrvával velmi **nízký výskyt HIV infekce (AIDS)** ve skupině injekčních uživatelů drog i v populaci, která drogy neužívá. Dostupné sérologické přehledy ukazují, že **přibližně každý třetí injekční uživatel drog je nakažen virovou hepatitidou C.** Tato promítenost uživatelů (cca 30%) je podstatně nižší než v zemích EU (55 – 80 %), přesto bude v budoucnu představovat významnou zátěž zdravotního systému.

Hlavní příčinou tohoto pozitivního stavu je především včasné zavedení programů harm reduction (výměny jehel, vzdělávání uživatelů drog o rizicích, street programy a K-centra atd.) **Českou republikou v devadesátých letech.**

V roce 2001 **zemřelo na předávkování psychotropní látkou 167 osob**; z toho **83 se předávkovalo léky na předpis**, velmi často v kombinaci s alkoholem. Nejvíce úmrtí v této kategorii (39) je třeba připsat léku Rohypnol®, vesměs v kombinaci s alkoholem.

Z nelegálních drog jsou za **nejvíce úmrtí zodpovědné opiáty (53) a z nich zejména heroin (30).** Významně se snížil počet **předávkování pervitinem** – z 31 v roce 2000 na loňských pět. Na předávkování **zemřelo také 14 uživatelů těkavých látek** (zejména toluenu). **Jedno úmrtí cizího státního příslušníka v ČR vyvolala látka PMA**, již zakoupil v Německu jako „ecstasy.“

Počet úmrtí na předávkování nelegálními drogami je v ČR ve vztahu k počtu obyvatel i k počtu problémových uživatelů drog v porovnání se státy EU a USA velmi nízký.

Podrobně se epidemiologickými a zdravotními indikátory zabývají *kapitoly 2* (Prevalence, trendy a vzorce užívání drog v populaci) a *3* (*Zdravotní důsledky užívání drog*).

Prevence a léčba

Primární prevence

V této oblasti patří mezi nejrozšířenější a nejvýznamnější aktivity preventivní programy ve školách a školských zařízeních. Celkem bylo v rámci těchto programů za rok 2001 realizováno **4 027 samostatných specificky protidrogově preventivních akcí**, jichž se zúčastnilo **68 601 dětí.** Pro 1 122 pedagogů bylo uskutečněno celkem 198 akcí. Jednalo se zejména o programy edukativního typu; ostatní typy programů jsou méně časté. Stoupá význam internetu v oblasti zvýšení informovanosti a poradenství i podíl zapojení nestátních organizací do primární prevence.

V oblasti specifické primární prevence jsme svědky kompetenčních překryvů mezi resorty i uvnitř nich. Zvýšení efektivity horizontální a vertikální koordinace primárně preventivních aktivit je do budoucna klíčovým faktorem.

V ČR neexistují žádné jednotné a prakticky použitelné mechanismy hodnocení účinnosti programů primární prevence.

Zatímco na poli primární prevence pro žáky a studenty existuje řada kompetitivních resortních, oblastních a dalších koncepcí, **pro řadu dalších cílových skupin (vymezených profesně, věkem sociálně), které se nalézají ve zvýšeném riziku zneužívání návykových látek, téměř žádné preventivní koncepce ani programy neexistují anebo jejich realizaci nelze označit za úspěšnou.** To beze zbytku platí např. pro profesní skupiny (policejní složky, zdravotní personál) a **především pro romskou populaci.**

Jako primární prevence jsou s úmyslem získání finančního příspěvku velmi často prezentovány nejrůznější **volnočasové aktivity.** Účinnost těchto volnočasových aktivit ve smyslu prevence užívání drog lze stěží hodnotit, obecně řečeno je významně nižší než účinnost specifických programů. V mezinárodní terminologii nejsou mezi „protidrogovou prevencí“ zařazovány.⁵

Podrobněji se primární prevencí zabývá kapitola 9 (Prevence).

Harm reduction

V ČR je poměrně stabilizovaná síť nízkoprahových zařízení: na konci roku 2001 ji tvořilo **65 zařízení**, z nichž **72 % zřizují nestátní neziskové organizace.** Do standardní nabídky služeb patří **výměna injekčního materiálu a dalších pomůcek, distribuce kondomů, motivační trénink** zaměřený na **bezpečnou likvidaci použitého injekčního materiálu, zprostředkování kontaktu se zařízeními zabývajícími se abstinencí orientovanou léčbou, případně s programy substituční léčby, poradenství v oblasti infekčních nemocí a prevence předávkování, zdravotní a sociální služby** pro uživatele drog (zkráceně UD), příp. jejich zprostředkování; většina kontaktních center nabízí **hygienický a potravinový servis.** 59 zařízení (91%) provozuje v rámci svých služeb streetwork, tj. **kontaktování uživatelů drog mimo instituci, na ulici, příp. v bytech.**

Cca 40% problémových uživatelů drog je v kontaktu s nízkoprahovými centry. Podíl injekčních uživatelů drog využívajících výměnné programy se odhaduje na více než 50%. Významný podíl (cca 40%) jehel a stříkaček spotřebovaných pro injekční aplikaci drog je zakoupen v lékárnách. **Situace v oblasti výskytu infekcí mezi injekčními uživateli drog v ČR je příznivá.**

V roce 2001 poskytovalo 6 zařízení preventivní aktivity pro uživatele tanečních drog na tanečních parties. Občanské sdružení Podané ruce (Brno) provozuje od roku 2000 **internetovou on-line poradnu** zaměřenou na tuto problematiku. Pod hlavičkou Ústavu farmakologie 3. lékařské fakulty University Karlovy je zveřejněna **databáze tablet extáze užívaných v ČR s kvantitativní analýzou obsahu.**

Opatřeními snižování škod se podrobně zabývá kapitola 10 (Snižování rizik spojených s užíváním drog).

Léčba a doléčování

Síť abstinencí orientovaných programů léčby drogově závislých je vybudována na relativně dobré úrovni a poměrně dobře pokrývá potřeby na místní i na celonárodní úrovni, ať už co do kapacity nebo co do regionální distribuce programů. Tvoří ji **státní zdravotnická zařízení, jejichž nabídka služeb detoxifikace, ambulantní léčby a krátkodobé ústavní léčby je na základě poptávky ze strany uživatelů drog doplňována nestátními neziskovými organizacemi (NNO), jež poskytují navazující služby v denních stacionářích, ve střednědobých a dlouhodobých programech rezidenční léčby a resocializace v terapeutických komunitách a v programech následné péče (ambulantních, chráněného bydlení nebo chráněných dílen).**

Nedostatečně je řešen problém užívání drog dětmi a mladými lidmi s výchovnými problémy v zařízeních speciálního školství určených pro jejich re-edukaci (výchovné ústavy pro děti a mládež), v nichž podle

⁵ protidrogová prevence = prevence, která by ztratila smysl / neexistovala v hypotetickém případě neexistence nelegálních drog (volně podle Single et al. 1996)

neoficiálních expertních odhadů tvoří podíl uživatelů drog 60 - 80 % ze všech dětí a dospívajících. Postupně jsou budovány i abstinenčně orientované **programy léčby drogově závislých ve věznicích**, jiné než abstinenčně orientované modality ve věznicích chybí.

K 5. srpnu 2002 se léčbě metadonem v České republice podrobovalo 369 pacientů. S výjimkou Plzně a Českých Budějovic jsou pokryta všechny bývalá krajská města, která tvoří přirozená centra regionů a jsou tradičně nejvíce postižená zneužíváním nelegálních i legálních drog.

Ambulantní nebo lůžkovou léčbu využívá cca 25% problémových uživatelů drog v ČR. Podíl uživatelů opiátů v substitučních programech v ČR je oproti stavu v zemích EU velmi nedostatečný – cca 3-4%.

Léčbou a doléčováním se podrobněji zabývá kapitola 11 (Léčba).

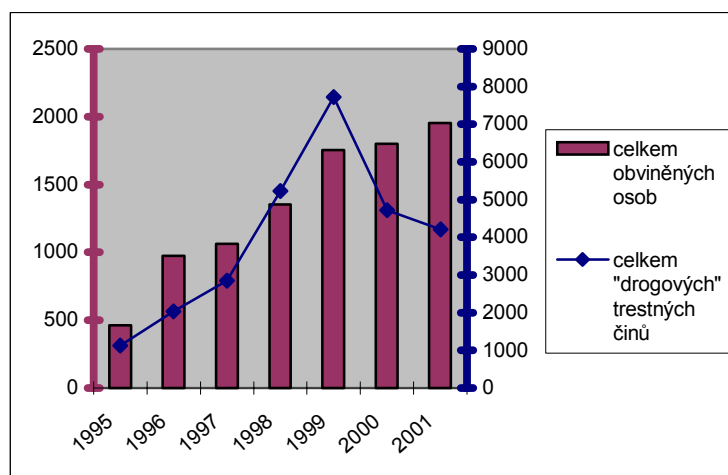
Následná péče

Specializované doléčovací programy realizuje celkem 12 nestátních zařízení, z toho ambulantní programy jsou realizovány v 5 zřízeních, program chráněného bydlení nabízí 7 zařízení. **Kapacita následné péče je nedostatečná.**

Následná péče je podrobně zpracována v kapitole 11.3 (Následná péče).

Prosazování práva

Rok 2001 můžeme v oblasti represe považovat za stabilizovaný. Hlavním problémem represivního sektoru i v roce 2001 zůstávala kvalita a konzistence dat (viz dále).



Policie zjistila 4 209 drogových trestných činů (TČ dle §§ 187, 187a, 188, 188a trestního zákona) a pro ty sdělila obvinění **1 952 osobám**; z držení drog pro vlastní potřebu obvinila 166 osob (z 241 zjištěných trestných činů). Pokračoval tak mírně vzestupný trend z minulých let (viz graf) co do počtu obviněných osob. **Zdánlivý pokles počtu drogových trestných činů však je způsoben zásadní změnou ve statistickém vykazování** Policie ČR mezi lety 1999 a 2000 a nikoliv změnou reálné situace. **Nedošlo tedy ani ke zvýšení objasněnosti trestných činů Policií ČR.**

Setrvalý mírně vzestupný trend (stejně jako v minulých letech) zaznamenala i **státní zastupitelství**; v souvislosti s nelegálními drogami **bylo obžalováno 2 160 osob** (v roce 2000 to bylo 2 043; 1 765 v roce 1999); totéž platí pro **soudy, které odsoudily 1 094 pachatelů „drogových trestných činů“** (2000: 972; 1999: 891). Případné nesrovnalosti, resp. neprovázanost statistik Ministerstva spravedlnosti ČR se statistikami Policejního prezidia ČR jsou dány jak odlišnou metodologií, tak možností státního zástupce změnit v souladu s trestním řádem kvalifikace trestného činu oproti obsahu sdělení obvinění, přičemž tato změna se nepromítne zpětně do policejních statistik. V neposlední řadě hraje roli také časový posun, kdy je např. trestní stíhání zahájeno v roce 2000 a obžaloba vznesena až v roce 2001.

V České republice se k 31.12. 2001 pro drogové trestné činy podrobovalo **trestu odnětí svobody 652 pachatelů**. Stále častěji mohou dobrovolně trávit výkon trestu v tzv. bezdrogových zónách, v některých případech dokonce mohou být ve věznicích i léčeni. **Ve srovnání s EU však není léčba zneužívání drog ve věznicích dostupná ani v dostatečné míře, ani v dostatečné šíři léčebných postupů. Opatření harm-reduction nejsou v českých zařízeních pro výkon trestu a vazby aplikována vůbec.**

Čísla a trendy v práci represivních složek, srovnána s ostatními výše uvedenými indikátory drogové situace, nasvědčují standardní „evropské“ úrovni práce českých represivních složek v oblasti potlačování nabídky.

Po několik minulých let byla za hlavní indikátor výkonnosti represe příslušným specializovaným útvarům Policie ČR (NPDC) oficiálně považována míra zabavení drog (tj. poměr zabavených drog k odhadu všech spotřebovaných drog), jež bývala zcela mylně uváděna ve výši 30 % (a někdy dokonce 40 %).⁶

Ve skutečnosti v roce 2001 represivní orgány zabavily necelého půl procenta (0,41 %) z odhadovaného množství všech nelegálních drog, spotřebovaných v tomto roce v ČR.

Nejvyšší míry zabavení pak dosáhly u ecstasy (přes 12 % – velký jednorázový záchyt Protidrogového oddělení Odboru boje s podlouductvím Celní správy) a u relativně nejméně rozšířeného kokainu (9%); nejnižší míry zabavení represivní složky dosahují u konopných drog (0,05% z odhadované spotřeby), které jsou naopak v ČR nejrozšířenější.

Podrobněji se popisem drogových trhů, represivními zásahy proti němu a jejich výsledky zabývají kapitoly 5 (Drogové trhy) a 6 (Trendy podle drog). Právní kontext, praktické prosazování práva, precedenční rozhodnutí apod. zpracovává kapitola 1.2 (Právní prostředí) a 1.3 (Aplikace práva).

Kvalita a konzistence dat

Epidemiologické indikátory a indikátory v oblastech léčby, všech typů prevence a harm reduction jsou vzájemně vysoce konzistentní a vytvářejí kompaktní obraz postkomunistické země, přibližující se (co do míry experimentálního, rekreačního i problémového zneužívání nelegálních drog i co do spektra zneužívaných drog) téměř ve všech ohledech „střednímu stavu“ v zemích EU.

Největší slabinu sběru dat a jejich vyhodnocování v oblasti prevence a léčby představuje primární prevence;⁷ tato oblast stále čeká na sjednocení metodiky a nastavení mechanismu sběru dat. Nevyjasněnost kompetencí a metodická nejednotnost mezi centrálními orgány státní správy i uvnitř nich dále přispívají k nepřehlednosti této složky protidrogové politiky.

Velmi problematická je situace v oblasti dat ze sektoru potlačování nabídky (represe). Zde neexistuje elementární shoda, co vlastně je indikátorem úspěšnosti či výkonnosti represe. Jako zcela nerelevantní se ukázalo používání „míry zabavení“ (viz předchozí kapitola).

V roce 2001 sbíraná kriminologická data vykazují řadu podstatných omezení jak co do metodologie, tak co do vlastní kvality. Policie ČR, státní zastupitelství, soudy a vězeňství drží vzájemně nekompatibilní data; nelze tedy určit, s jakou úspěšností se Policí stíhané případy daří předávat státním zástupcům, ani kolik z Policií identifikovaných a státními zastupitelstvími obviněných potenciálních pachatelů je skutečně v právním smyslu uznáno vinnými.

Další omezení představuje neschopnost represivního sektoru podat podrobnější charakteristiky stíhaných „drogových“ trestných činů a/nebo pachatelů – v roce 2001 i předchozích letech zcela chyběly údaje o typu drogy, pro níž je daná osoba vyšetřována, obviněna či odsouzena, o jejím množství, o případném souběhu s jinou trestnou činností atd.

Hlavní výzvu pro systém sběru „drogových“ dat v roce 2002 i dále do budoucna tak spolu s nutností zlepšení sběru dat o primární prevenci (viz níže) představuje především vybudování srozumitelného a kontinuálního mechanismu hodnocení výkonnosti a úspěšnosti orgánů činných v trestním řízení, obdobného mechanismům, které již fungují v oblasti snižování poptávky.

Podrobněji se konzistencí, kvalitou a interpretovatelností dat zabývá kapitola 7 (Diskuse).

⁶ Po zjištění skutečné hodnoty tohoto údaje i sama Policie ČR odmítla relevanci tohoto indikátoru pro své hodnocení (Komorous, 2002); alternativní indikátor(y) nicméně dosud nebyl navržen

⁷ jež spadá do kompetence Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy

ČÁST I: NÁRODNÍ STRATEGIE - INSTITUCIONÁLNÍ A PRÁVNÍ PROSTŘEDÍ

1 Vývoj v protidrogové politice a aktuální opatření

1.1 Politický rámec protidrogové politiky

Rok 2001 byl prvním rokem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2001–2004, kterou schválila 23. října 2000 vláda svým usnesením č. 1045/00 (Meziresortní protidrogová komise vlády ČR, 2000). Strategie navazuje na předešlé dva koncepční dokumenty o protidrogové politice vlády (z let 1993–1996 a 1998–2000) a dále je rozvíjí. **Obsahově i časově koresponduje s Akčním plánem EU boje proti drogám 2000–2004 (European Commission, 1999).**

Česká republika usiluje o vyvážený přístup k řešení problému užívání drog z hlediska represe, prevence, léčby a resocializace drogově závislých a o komplexní, meziresortní, mezioborový a mezisektorový postup a spolupráci při řešení problémů.

Národní strategie vychází z analýzy slabých a silných stránek, hrozeb a příležitostí stávajícího systému protidrogové politiky. Na jejich základě **definuje základní východiska, priority, cíle a úkoly ve třech základních (primární prevence, léčba a resocializace, represe) a čtyřech podpůrných oblastech protidrogové politiky (zahraniční spolupráce, vzdělávání, financování, koordinace).**

Protidrogová politika ČR je postavena na čtyřech základních pilířích – (1) prevenci, (2) léčbě a resocializaci, (3) snižování škod (harm reduction) a (4) prosazování práva. Národní strategie ukládá 84 krátkodobých a střednědobých úkolů jednotlivým odpovědným resortům a orgánům místní a krajské veřejné správy a je základem pro tvorbu a realizaci jejich protidrogových strategií.

Rok 2001 byl významným předělem v dosavadním vývoji. **Poprvé** od roku 1993, kdy jako poradní, iniciační a koordinační orgán vlády ČR vznikla Meziresortní protidrogová komise (MPK), **se podařilo vědecky zmapovat, analyzovat a popsat situaci v užívání nezákonných drog**, realizovaná opatření i jejich praktické dopady v celé šíři. To umožnila rozsáhlá „Analýza dopadů nové drogové legislativy (PAD)“ (Zábranský et al. 2001c), jež probíhala v letech 1999 až 2001.

Pro objektivní a komplexní zhodnocení dopadů zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu (v platnosti od 1. ledna 1999), bylo třeba zmapovat situaci v dílčích oblastech a porovnat jejich vývoj mezi lety 1998 a 2000 (rok před a rok po zavedení zákonné změny). Vedle pěti klíčových indikátorů se podařilo vyčíslit i společenské náklady na zneužívání nelegálních drog v ČR.

Ze závěrů studie PAD mj. vyplynulo, že **zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu (bez rozlišení drog podle míry jejich zdravotních a společenských rizik) je z ekonomického a společenského hlediska neefektivní.** Jenom na jeho prosazování vydala ČR v letech 1999–2000 nejméně 37 mil. Kč. Očekávané přínosy - tj. snížení dostupnosti drog, snížení poptávky po nich, snížení počtu uživatelů drog - se přitom nenaplnily. Nenaplnila se ale ani negativní očekávání odpůrců legislativní změny o masivním pronásledování uživatelů drog.

Vláda vzala závěry studie PAD na vědomí a usnesením č. 1177/01 přijala opatření s cílem zvýšit účinnost aktivit a postupů zejména v oblasti potlačování nabídky drog (viz Souhrn).

Mezi hlavní schválené úkoly patří předložit vládě návrh na legislativní rozdělení drog do kategorií podle míry jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti. Uživatelům drog (tedy i jejich držitelům či příležitostným malým dealerům) má být spíše než trestní postih nabízena léčba ze závislosti. Činnost orgánů trestně právního systému se má prioritně zaměřit především na kontrolu a postihování aktivit vysoce organizovaných zločineckých skupin, které nezákonné drogy (zejména heroin) vyrábějí, pašují a distribuují. Pro realizaci racionální a pragmatické protidrogové politiky stavějící na vědeckých poznatcích je třeba dosáhnout široký společenský konsensus.

Ministerstvo zdravotnictví zpracovalo spolu se sekretariátem MPK návrh zákona o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Ten má nahradit stávající zákon o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi z roku 1989, který nereflektuje změny a potřeby při řešení problému užívání návykových látek po změně politického režimu v ČR. **Návrh nového zákona definuje systém koordinace protidrogové politiky zohledňující reformu veřejné správy (vznik 14 krajů), odpovědnosti a kompetence orgánů veřejné správy na centrální, krajské a místní úrovni a podmínky pro distribuci a prodej tabákových výrobků a alkoholu, včetně postihů za jejich nedodržování.** Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR vrátila návrh na podzim roku 2001 Ministerstvu zdravotnictví k přepracování.

V lednu 2001 zahájily svoji činnost nově vzniklé vyšší územně samosprávné celky – kraje – jež mají do budoucna sehrávat v realizaci a koordinaci protidrogové politiky na místní úrovni významnou roli. Sekretariát MPK proto navázal s orgány krajů ihned po jejich vzniku komunikaci a spolupráci s cílem podpořit ustavení protidrogových koordinátorů a vznik meziresortních a mezioborových poradních orgánů pro otázky protidrogové politiky krajů. K 31. 12. 2001 byli koordinátoři ustanoveni v 8 z celkem 14 krajů ČR. Podle předpokladů by měly protidrogové koordinátory a odborné poradní sbory složené z místních odborníků ustanovit všechny kraje do konce roku 2002. V tomtéž termínu by měly zpracovat i krajské strategie protidrogové politiky.

1.2 Právní prostředí

V oblasti trestního práva v roce 2001 probíhala i nadále aplikace novely trestního zákona, vyhlášená ve Sbírce zákonů jako zákon č. 112/1998 Sb., která významným způsobem novelizovala ustanovení zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, pokud se týče tzv. **drogových trestných činů**.⁸ S ohledem na skutečnost, že právní systém, resp. činnost jednotlivých složek zabývajících se aplikací práva je obecně považována za velmi konzervativní, lze předpokládat, že **ve třetím roce aplikace novely již dochází ke „standardní“ aplikaci novely.** Současně lze v roce 2002 již vytvořit časovou řadu, odrážející aplikaci novely, byť trend z ní vyplývající je nutno brát s určitou rezervou.

Citovaná novela trestního zákona se dotkla všech skutkových podstat, upravujících tzv. drogové trestné činy. Účinnost novely byla rozdělena do dvou časových úseků. S účinností od 1. července 1998 byla skutková podstata § 187 (nedovolené nakládání a přechovávání OPL) zpřesněna, jak pokud se týče dalších způsobů nakládání s OPL, tak pokud jde o další předměty, se kterými je neoprávněně nakládáno (prekursory). Dále byl zpřísněn trestní postih za spáchání tohoto trestného činu, přičemž byly rozšířeny okolnosti podmiňující použití vyšší trestní sazby, které byly také rozčleněny do více odstavců příslušného paragrafu. Skutková podstata § 188, týkající se výroby OPL, byla rozšířena i na vyrobení, opatření nebo přechovávání předmětu určeného k výrobě přípravku, obsahujícího omamnou či psychotropní látku. Současně byl zpřísněn postih za tento trestný čin. Konečně u trestného činu šíření toxikomanie, upraveného v ustanovení § 188a trestního zákona, byl znovu zpřísněn postih.

Novela však přinesla další výraznou změnu, které byla předmětem obsáhlých diskusí jak laické, tak odborné veřejnosti. **S účinností od 1. ledna 1999 opětovně zakotvila trestnost přechovávání omamné nebo psychotropní látky nebo jedu v množství větším než malém pro sebe,** a to v rámci ustanovení §187a trestního zákona. Pachateli takového trestného činu hrozí trest odnětí svobody v délce až dvou let nebo peněžitý trest. K trestu odnětí svobody v trvání jednoho až pěti let může být pachatel odsouzen v případě, že tento trestný čin spáchá ve větším rozsahu.

V návaznosti na toto ustanovení bylo taktéž na úrovni správního práva klasifikováno v ustanovení § 30 odst. 1 písm. j) zákona č. 200/1990 o přestupcích, jako **přestupek jednání toho, kdo neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu omamnou nebo psychotropní látku.**

⁸ Drogovými trestnými činy označujeme v této Výroční zprávě skutkové podstaty trestných činů dle ustanovení §§ 187 až 188a trestního zákona.

Předmětná novela nedefinovala termín „množství větší než malé;“ očekávalo se ustavení tohoto množství cestou judikatury. Konkrétními obtížemi, spojenými s aplikací předmětné novely trestního zákona se dále zabýváme v kapitole 1.3 (str. 18).

Pro zjednodušený přehled platné právní úpravy v oblasti drogových trestných činů a přestupků viz *obrázek 1-1*.⁹

V oblasti úpravy průběhu trestního řízení je za zcela zásadní krok považováno **zahájení činnosti Probační a mediační služby**, a to na základě zákona č. 257/2000 Sb., který nabyl účinnosti **1. ledna 2001**. Činnost této nově zavedené služby se významně dotýká taktéž uživatelů drog a tedy i pachatelů drogové trestné činnosti¹⁰ a trestné činnosti související s užíváním omamných a psychotropních látek.¹¹ Podrobněji se prvním rokem aplikace tohoto zákona zabýváme v kapitole 1.3.

Pokud se týče definování omamných a psychotropních látek, tyto spadají v trestním právu pod nadřazený pojem „návyková látka“. Dle ustanovení § 89 odst. 10 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, se „**návykovou látkou rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování**“. Seznam návykových látek obsahuje zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů.

V příloze č. 1 až 3 citovaného zákona jsou vymezeny omamné látky, přičemž tento seznam omamných látek vychází ze seznamu I, II a IV Jednotné Úmluvy o omamných látkách, vyhlášené ve Sbírce zákonů pod č. 47/1965 Sb. Přílohy č. 4 až 7 citovaného zákona vymezují psychotropní látky, přičemž tento seznam vychází ze seznamu I – IV Úmluvy o psychotropních látkách, která byla vyhlášena ve Sbírce zákonů jako vyhláška č. 62/1989 Sb. Příloha č. 8 citovaného zákona je vypracována na základě seznamu III Jednotné úmluvy o omamných látkách. Příloha č. 9 obsahuje prekursory, zařazené v tabulce I Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami, jejíž přijetí ČR bylo ve Sbírce zákonů oznámeno v rámci sdělení č. 462/1991 Sb. Přílohy č. 10 a 11 citovaného zákona obsahují pomocné látky zařazené to tabulky II podle Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami.

Obsah zákona o návykových látkách je průběžně novelizován; v roce 2001 doznal tří změn:

- novelou provedenou zákonem č. 57/2001 Sb., byl do přílohy č. 9 **zařazen jako další prekursor Norefedrin**, a to s účinností od 19.2.2001
- novela provedená zákonem č. 407/2001 se taktéž dotkla zacházení s návykovými látkami, kromě toho však byl také znovu **s účinností od 1.1.2002 rozšířen seznam návykových látek, kdy příloha č. 4 byla rozšířena o další psychotropní látku „4-MTA“, do přílohy č. 5 byl zařazena psychotropní látka „2C-B“ a do přílohy č. 7 byly zařazené psychotropní látky „GHB“ a „Zolpidem“.**

V oblasti léčby vydalo v roce 2001 Ministerstvo zdravotnictví ČR v doplněném znění „Standardy substituční léčby“, zařazující mezi povolené přípravky preparát Subutex®, obsahující buprenorfin, a to jako metodický pokyn č. ZD07/2001, účinný od 1.4.2001.

V návaznosti na novelu zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, provedenou zákonem č. 260/2001 byly s účinností od 1.8.2001 zřízeny národní zdravotní registry. Na základě zmocnění v citované novele zřídilo

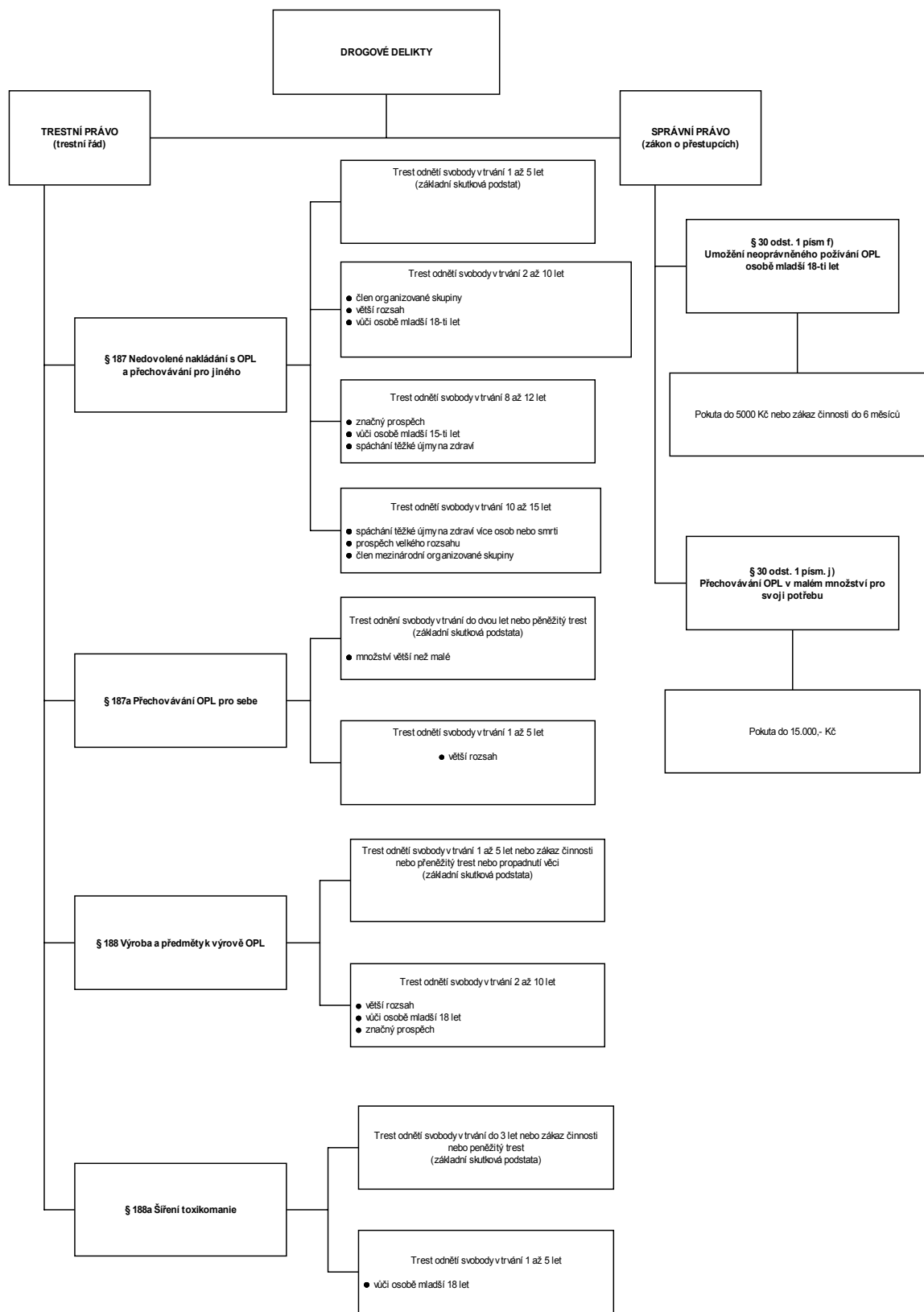
⁹ Je třeba podotknout, že ke dni sepsu této výroční zprávy již tato právní úprava doznala další změny. Novelou trestního zákona, provedenou zákonem č. 134/2002 byla rozšířena skutková podstata trestného činu dle ustanovení § 188a trestního zákona. S účinností od 1.7.2002 se ten, kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, přičemž se tohoto jednání dopustí tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem dopouští trestného činu, za který mu lze dle novelizovaného znění ustanovení § 188a odst. 2 trestního zákona udělit trest odnětí svobody v trvání jednoho až pěti let.

¹⁰ tzv. „primární drogové kriminality“ – v českém prostředí pachatelů trestných činů podle §§187, 187a, 188, 188a

¹¹ tzv. „sekundární drogové kriminality“, tj. především majetkové trestné činnosti a v menší míře i násilné trestné činnosti – obě s úmyslem opatřit si prostředky na drogy nebo přímo drogy

Ministerstvo zdravotnictví ČR sdělením č. ZD 06/2001 kromě jiného Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, a to s účinností 1.12.2001.

Další významným krokem v rámci změny právního prostředí v České republice byl Vládní návrh zákona o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže). Návrh tohoto zákona předložila vláda Poslanecké sněmovně ČR dne 10.8.2001, dne 16.8.2001 byl návrh zákona rozeslán poslancům jako tisk 1017/0, **dosud však proběhlo pouze první čtení.** Základním důvodem vypracování návrhu tohoto zákona jsou **zásadní nedostatky platné právní úpravy trestního postihu mladistvých pachatelů,** neboť tato právní úprava je obsažena v rámci ostatních trestněprávních předpisů formou jakýchsi výjimek z obecné právní úpravy trestání dospělých pachatelů. Stávající hmotněprávní i procesněprávní úprava nedostatečně diferencují trestní odpovědnost mladistvých pachatelů, nepřihlízejí k jiné genezi, povaze a projevům jimi spáchané trestné činnosti, nerespektují dostatečně potřebu odlišného přístupu orgánů činných v trestním řízení vůči mladistvým pachatelům. **S ohledem na četnost drogových trestných činů i trestných činů páchaných v souvislosti s užíváním OPL, spáchaných mladistvými pachateli bude mít nepochybně přijetí tohoto nového zákona významný dopad na trestání pachatelů této specifické trestné činnosti.**



obrázek 1-1: Právní úprava drogových trestných činů v ČR v roce 2001

1.3 Aplikace práva

1.3.1 Definice pojmu „množství větší než malé“

Nejvýznamnějším předpisem z oblasti trestního práva v oblasti drogové problematiky z poslední doby byla novela trestního zákona, kterou se do českého práva opět vrátilo trestání držení omamných a psychotropních látek (dále jen „OPL“) pro vlastní potřebu (viz kapitola 1.2), a to v množství větším než malém (§ 187a TZ). Právě toto nejasné vymezené množství OPL přineslo obtíže při aplikaci práva. Zákonodárci předpokládali, že stanovení tohoto množství přinese judikatura. Odhlédneme-li od skutečnosti, že v českém právním řádu není judikatura závazným pramenem práva, nýbrž pouze jakýmsi vodítkem pro praxi, nelze opomenout ani fakt, že vytvoření homogenní judikatury je otázkou let – ne-li desetiletí. Stanovení přesného množství OPL je kromě toho poněkud diskutabilní, zejména s ohledem na individuální rozměr závislostí.

Respektování judikatury nebylo však možno očekávat (ani požadovat) od orgánů Policie ČR, které se jako první v řadě orgánů činných v trestním řízení potýkaly od roku 1999 s aplikací předmětné novely. Policie tedy vycházela z pokynu policejního prezidenta, kterým bylo stanoveno „množství větší než malé“ u základních druhů OPL, vyskytujících se na českém drogovém trhu (viz tabulka 1-1). Tento pokyn však není závazný pro státní zástupce ani soudce.

tabulka 1-1: Orientační hodnoty malého množství OPL dle pokynu policejního prezidenta

Druh	množství větší než malé
Heroin	10 dávek (kus po 100 mg)
Kokain	10 dávek (kus po 50 mg)
Amfetamin	10 dávek (kus po 50 mg)
Metamfetamin (pervitin)	10 dávek (kus po 50 mg)
MDMA (extáze)	10 dávek (kus po 100 mg)
LSD	10 dávek (tripů, kus 50 mikrogramů)
Marihuana	20 cigaret s 1,5 % delta 9 THC

S ohledem na tuto skutečnost byl 27.4.2000 vydán pod pořadovým č. 6/2000 (Nejvyšší státní zastupitelství, 2000) pokyn nejvyšší státní zástupkyně, definující množství větší než malé pro potřeby státních zastupitelství (viz tabulka 1-2). Množství OPL stanovené tímto pokynem je v současné době využíváno taktéž Policií ČR, neboť se jeví jako přesnější.

tabulka 1-2: Orientační hodnoty odpovídající znění ustanovení § 187a odst. 1,2 tr. zák. nejčastěji se vyskytujících omamných a psychotropních látek dle pokynu nejvyššího státního zástupce

Druh	Hmotnost (g)	
	„množství větší než malé“	„větší rozsah“
Heroin	0,15 Heroin HCl (asi 5 dávek po 30 mg)	1,5 Heroin HCl (asi 30 dávek po 50 mg)
Morfin	0,3 Morfin HCl (asi 10 dávek po 30 mg)	4,5 Morfin HCl (asi 45 dávek po 100 mg)
Metadon	0,3 (asi 10 dávek po 30 mg)	4,5 (asi 45 dávek po 100 mg)
Kokain	0,25 kokain HCl (asi 5 dávek po 50 mg)	5 kokain HCl (asi 100 dávek po 50 mg)
THC(marihuana, hašiš)	0,3 (asi 10 dávek po 30 mg)	7,5 (asi 250 dávek po 30 mg)
LSD	0,0005 (asi 10 dávek po 50 mikrog.)	0,006 (asi 120 dávek po 50 mikrog)
MDMA a homology (MDEA, MDA, MDBD)	1 MDMA - base (asi 10 dávek po 100 mg)	24 MDMA - base (asi 240 dávek po 100 mg)
Amfetamin	0,5 amfetamin - base (asi 10 dávek po 50 mg)	10 amfetamin - base (asi 200 dávek po 50 mg)
Metamfetamin-base (Pervitin)	0,5 (asi 10 dávek po 50 mg)	10 (asi 200 dávek po 50 mg)
Psilocybin (lysohlávky)	0,05 (asi 5 dávek po 10 mg)	3 (asi 300 dávek po 10 mg)

pod pojmem dávka se rozumí průměrná jednorázová dávka pro provokonzumenta

Tento **pokyn Nejvyššího státního zastupitelství** (dále jen NSZ) opět **nezavazuje soudce, kteří jsou při svém rozhodování vázáni pouze zákonem.**

Soudní praxe si tedy vyžádala pro svá rozhodnutí potřebu vypracování znaleckých posudků, a to nejen pokud se týče stanovení množství a kvality OPL, ale také pokud se týče množství drogy ve vztahu k individuálním potřebám pachatele v souvislosti s jeho případnou závislostí. **Nejvyšší soud ČR při respektování těchto individuálních aspektů závislosti vydal v roce 2000 dva judikáty, kterými vymezil termíny „malé množství“ a „množství větší než malé“ takto:**

„Malé množství omamných a psychotropních látek ve smyslu § 187a tr. zák. lze vymezit tak, že se tím rozumí individuálně určená denní dávka omamné nebo psychotropní látky v množství obvyklém pro konkrétní osobu užívající tyto látky, která odpovídá stupni její závislosti na těchto látkách, aniž je způsobila vážně ohrozit zdraví nebo život této osoby.“ (Rozsudek Rt 13/2000 vydaný dne 16.2.2000 Nejvyšším soudem ČR).

„Za množství větší než malé ve smyslu § 187a odst. 1 trestního zákona je třeba považovat takové množství omamné nebo psychotropní látky nebo jedu, které podle ohrožení vyplývajícího pro život a zdraví lidí ze škodlivosti

jednotlivých dávek pětinasobně až desetinásobně převyšuje běžnou jednorázovou dávku průměrného konzumenta.“ (Rozsudek 4 Tz 142/2000, vydaný dne 12.7.2000 Nejvyšším soudem ČR).

1.3.2 Praxe státních zastupitelství a soudů

Výsledky aplikace nové drogové legislativy, tzn. nejen nového ustanovení § 187a TZ, ale taktéž novelizací ostatních drogových trestních činů, **hodnotilo taktéž NSZ**, které v letech 2000 a 2001 zpracovalo poznatky o aplikaci předmětných právních norem v rámci „Zvláštní zprávy o poznatcích k aplikaci novely trestního zákona č. 112/1998 Sb., zejména skutkové postaty trestného činu podle § 187a trestního zákona“ (Analytický a legislativní odbor Nejvyššího státního zastupitelství, 2000) a dále v rámci „Výpisu ze zprávy NSZ o činnosti státního zastupitelství v roce 2000,“ která byla poskytnuta dne 16.5.2000 řešitelům projektu PAD prostřednictvím Meziresortní protidrogové komise Úřadu vlády ČR (nyní Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky).

Z předmětných dokumentů kromě jiného vyplývají toto hodnocení aplikace předmětné novely:

- lze přepokládat, že jen díky velice liberálnímu postoji policie nedošlo k extrémnímu vzestupu trestné činnosti dle ustanovení § 187a TZ
- aplikace ust. § 187a odst. 1 TZ v praxi působí závažné obtíže. I když jde o úpravu skutkové podstaty trestného činu, který nevykazuje zvlášť výrazný stupeň společenské nebezpečnosti, přesto jde o úpravu neúměrně nákladnou, komplikovanou a z řady důvodů navíc rozpornou. **V této souvislosti je nutno poukázat na obtíže spojené s dokazováním závažnější trestní činnosti (dealing OPL), kdy dříve svědci se nyní stali potencionálními pachatelé a nemusí tedy v dané věci vypovídat.**
- novela nepřinesla žádoucí efekt ani ve vztahu k ostatním skutkovým podstatám drogových trestných činů. U trestných činů podle § 187 a § 188 TZ není zajištěna náležitá provázanost základních a kvalifikovaných (přísněji trestných) skutkových podstat, chybí také návaznost trestních sazeb. S ohledem na tuto skutečnost se jeví jako nezbytné využívat všech stávajících alternativ trestního postihu, resp. všech forem odklonů v trestním řízení.

Kromě obtížné aplikace ust. § 187a TZ státními zastupitelství a v návaznosti na ně i soudy zaznamenaly **zvýšené obtíže při aplikaci ust. § 187 odst. 3 TZ, a to u konzumentů marihuany, kteří předají byt i jedinou dávku osobě mladší 15-ti let** (což se s ohledem na způsob a četnost užívání marihuany v této věkové skupině stává velmi často – školní studie potvrzují, že prvokonzumenti získají drogu, tedy i marihuanu většinou od spolužáka). **Předání byt i jediné dávky drogy osobě mladší 15-ti let je stíháno trestní sazbou v rozsahu od 8 do 12 let.**¹² Orgány činné v trestním řízení jsou tedy potom nuceny argumentovat úvahou o nižším stupni společenské nebezpečnosti, event. aplikovat ust. § 40 odst. 1 TZ o snížení trestu pod dolní hranici trestní sazby.

S ohledem na shora uvedené lze konstatovat, že všechny složky, zabývající se aplikací práva, vykazují při aplikaci novely drogových trestných činů obdobné aplikační problémy, a to jak při posuzování, tak při projednávání nejen trestného činu dle ustanovení § 187a TZ, ale i ostatních drogových deliktů. Absence rozlišení „tvrdých“ a „měkkých“ drog působí závažné problémy zejména při aplikaci ustanovení § 187 tr. zákona.

1.3.3 Probační a mediační služba

Probační a mediační služba (dále jen „PMS“) **zahájila svoji činnost 1.1.2001**, a to na základě zákona č. 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě. Ze statistik PMS a z „Komentáře ke statistickému vyhodnocení činnosti středisek Probační a mediační služby v České republice za období od 1.1.2001 do 31.12.2001“ vyplývají tyto informace o prvním roce aplikace nové právní úpravy o PMS.

¹² „spolužák“ mladší 15 let není trestně odpovědný; do 18 let je mladistvý a hrozí mu tak trest max. do 5 let

- **PMS pracovala v roce 2001 se 24 961 případy** (v roce 2001 bylo státními zastupitelstvími celkem stíháno 110 461 osob a 60 182 osob bylo odsouzeno soudy)
- ze souhrnného počtu případů je **pouze 8,1 % případů, které se týkaly trestné činnosti mladistvých** (1 486 případů)
- **vzhledem k celkovému počtu případů evidovaných PMS je procento případů týkající se tzv. drogové kriminality (628 případů, tj. 3,4 %) relativně nízké** (přitom státními zastupitelstvími bylo vzneseno 2 160 obžalob a soudy odsouzeno 1 094 osob pro drogové trestné činy)
- **při srovnání vytíženosti středisek PMS je zřetelná výrazně větší vytíženost v oblasti vykonávacího řízení (16 813 případů) oproti řízení přípravnému (2 401 případů)**
- v rámci přípravného řízení **největší vytíženost středisek PMS ležela v oblasti příprav podkladů** pro alternativní způsoby trestního řízení (institut podmíněného zastavení trestního stíhání a institut narovnání)
- v oblasti vykonávacího řízení vykazovala střediska činnost v oblasti zajištění výkonu trestu obecně prospěšných prací a dále v oblasti sledování zkušební doby za současného uložení přiměřené povinnosti/omezení zastavení trestního stíhání

Další podstatnou otázkou – alternativními tresty – související s aplikací jednak novely TZ, tak nového zákona o PMS, se zabýváme dále v kapitole 12.3.

1.4 Vývoj v diskusích a v postojích veřejnosti

Rok 2001 byl třetím rokem platnosti novelizace drogové legislativy, jež do českého právního řádu zavedla **trestnost držení drog pro vlastní potřebu**. Hlavním tématem veřejných i politických diskusí proto bylo zavedení tohoto paragrafu a jeho dopady. Na počátku roku provedlo Centrum pro výzkum veřejného mínění u 989 osob **průzkum názorů občanů na drogy, na jejich uživatele a na účinnost výše uvedené novelizace drogové legislativy**. Přes svoji omezenou validitu průzkum naznačuje určité **kvalitativní posuny v názorech veřejnosti**; zejména **u mladší části populace je patrné zvýšení tolerance k užívání ilegálních drog i k jejich uživatelům**. To vyplývá pravděpodobně ze skutečnosti, že mladí lidé do 29 roku života se s užíváním nezákonných drog ve svém okolí více setkávají. Drogy jsou jim rovněž častěji nabízeny, častěji uvádějí i osobní zkušenost s užitím nějaké nezákonné drogy. Tyto skutečnosti se odrážejí i v postupném **mírném snižování podílu občanů, kteří si myslí, že by uživatelé nezákonných drog měli být trestáni**. Zvyšující se **tolerance občanů zejména mladších věkových kategorií vůči uživatelům drog se nejvíce projevuje v případě tzv. lehkých drog (zejm. marihuany)**, nejvyšší míra tolerance je pak patrná ve vztahu k příležitostným konzumentům těchto látek.

tabulka 1-3: Souhlas s případným trestním postihem uživatelů drog (Glasová and Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002)

	1996	1997	2000	2001
uživatelé tzv. tvrdých drog	79	77	77	73
pravidelní uživatelé tzv. lehkých drog	62	58	60	52
příležitostní uživatelé tzv. lehkých drog	46	46	45	38

Dopočet do 100 % ve sloupcích tvoří záporné odpovědi a odpovědi nevím.

Mnohem jednoznačnější postoj zaujali respondenti průzkumu v otázce, zda zpřísnění drogové legislativy vedlo ke snížení počtu konzumentů a prodejců drog. **Že měla novelizace zákona příznivý dopad a napomohla snížení uživatelů drog a jejich prodejců se domnívá necelá desetina dotázaných. Žádná účinnost přísnější legislativy se neprojevila podle tří pětín respondentů.** Téměř třetina odpovědí „nevím“ dokumentuje relativně nízký zájem veřejnosti o drogovou problematiku či neznalost nového zákona.

tabulka 1-4: Vývoj hodnocení účinnosti protidrogového zákona (podle Glasová and Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002)

zákon vedl:	2000	2001
a) ke snížení počtu uživatelů drog		
ano	9	8
ne	60	58
b) ke snížení počtu prodejců drog		
ano	10	8
ne	60	59

Nedůvěra či nespokojenost se zavedením trestnosti držení nezákonných drog pro vlastní potřebu, která se nepromítla do snížení počtu konzumentů drog ani jejich prodejců, se odrazila i v parlamentních diskusích. Několik poslanců otevřeně komentovalo v médiích svůj zamítavý postoj k postihům za držení drog pro vlastní potřebu, jež v konečném důsledku dopadaly na uživatele a nikoli na prodejce drog, jak předkladatelé návrhu na zpřísnění legislativy slibovali. Výsledkem mediálních názorových střetů byla příprava dvou nezávislých zákonodárných iniciativ poslanců, z nichž pouze jedna byla dovršena předložením pozměňovacího návrhu do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR.

15. 6. 2001 inicioval poslanec František Pejřil (ODS) v **Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR odborný seminář o cannabisu (marihuaně)**, zařazený Sněmovním výborem pro sociální politiku a zdravotnictví. Přizváni byli zástupci ministerstev zdravotnictví, spravedlnosti, vnitra, Meziresortní protidrogové komise (MPK), odborníci na drogovou problematiku, novináři a poslanci. **Poslanci se zúčastnili pouze tři.** Na semináři byla diskutována akutní a chronická rizika, současná zjištění o psychosociálních rizicích a důsledcích konzumace konopí a různé legislativní přístupy ve vztahu k držení a užívání konopí.¹³ Iniciátor semináře na závěr informoval o svém záměru předložit Poslanecké sněmovně **návrh novely trestního zákona a zákona o přestupcích, kterým chtěl dosáhnout zrušení §187a, jenž od 1. 1. 1999 definuje držení drog pro vlastní potřebu jako trestný čin respektive přestupek v závislosti na jejím množství.**

Uvedený návrh byl sněmovně skutečně předložen a dne 12. 12. 2001 projednán. Předkladatel návrhu využil ke své argumentaci mj. i závěry z *Analýzy dopadů nové drogové legislativy*, na jejichž základě hodnotil zavedení předmětného paragrafu jako posun české protidrogové politiky k represivnímu přístupu ve vztahu k užívání drog. V následné parlamentní diskusi se naprostá většina poslanců vyslovila proti návrhu předkladatele. Z diskuse byla patrná **nedostatečná orientace poslanců** (která odrážela i stav ve společnosti) **v chápání významu a rozdílů mezi různými legislativními pojmy** - zejména legalizace drog a nepostihování jejich držení pro osobní potřebu (tzv. dekriminlizace). Jako odstrašující vzor byl uváděn příklad Nizozemska, jež dle mylných informací marihuanu legalizovalo. To mělo údajně vést k dramatickému nárůstu zneužívání všech ilegálních drog a zejména heroinu mezi mladými Nizozemci.¹⁴ Po argumentačně velmi chudé, ale emotivně velmi vypjaté diskusi byl **návrh v prvním čtení zamítnut.**

Téma nezákonných drog a jejich užívání se velmi často objevovalo v celostátních i regionálních médiích. Přetrvával zjednodušující a odsuzující postoj vůči drogám, jejich uživatelům a souvisejícím problémům. Přesto byl patrný rostoucí trend některých médií poskytovat více objektivní informace o faktorech ovlivňujících užívání drog a rozvoj závislosti či o závislosti jako o nemoci spíše než o trestném činu. Objevovала se i rostoucí snaha přinášet

¹³ některé dokumenty z tohoto semináře jsou vystaveny na webu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (<http://www.vlada.cz/1250/vrk/vrk.htm>) v sekci „Dokumenty → Marihuana – mýty a fakta“

¹⁴ ze všech dostupných studií – např. mezinárodní školní studie ESPAD (Hibbell et al. 1999)– a výročních zpráv EMCDDA (www.emcdda.org) nicméně vyplývá, že Nizozemí se co do závažnosti problémového užívání drog i celoživotních zkušeností 16letých žáků a studentů s jakoukoliv nelegální drogou včetně marihuany řadí mezi nejméně postižené země EU

komplexnější a autentičtější informace o různých programech prevence užívání drog, léčby a sociální (re-) integrace drogově závislých. Významnou úlohu v tomto měnícím se postoji novinářů sehrála a ve stále větší míře sehrávala aktivní mediální politika odborných programů a pracovišť.

1.5 Rozpočty a finanční programy v roce 2001

Usnesením č. 1045 ze dne 23. října 2000 vláda ČR schválila Národní strategii protidrogové politiky na období 2001 – 2004 (Meziresortní protidrogová komise vlády ČR, 2000). V té mj. stanovila, že **financování protidrogové politiky bude realizováno ve dvou úrovních: centrální a místní**. Stejným usnesením vláda pověřila Radu vlády – Meziresortní protidrogovou komisi rozdělováním finančních prostředků z rozpočtové kapitoly Všeobecná pokladní správa – výdaje na protidrogovou politiku.

Kromě toho se na přímém financování protidrogové politiky ze svých resortních rozpočtů podílejí i další ministerstva. V oblasti prosazování zákona jsou to ministerstva vnitra, financí a spravedlnosti. V oblasti snižování poptávky po drogách (prevence, léčba a resocializace) MŠMT (financování realizace programů primární prevence státních i nestátních subjektů), MZ a MPSV (dotace na zabezpečení specifických služeb zdravotní péče resp. sociálních služeb, jež jsou součástí programu sekundární a terciární prevence). MZe ČR se podílelo na financování protidrogové politiky z rozpočtu resortu v oblasti primární prevence.

Dotační řízení na místní programy protidrogové politiky představuje:

- zpracování metodiky pro předkladatele žádosti o dotace,
- spolupráci s protidrogovými komisemi na místní úrovni a koordinátory při předkládání žádosti o dotace,
- zajištění odborných posudků předložených žádostí externími oponenty,
- vyhodnocení zpráv o realizaci programů žadatelů o dotaci v předcházejícím roce, zpracování podkladů pro jednání dotačního Výboru a následně pro jednání Rady.

Výdaje RV-MPK a jednotlivých resortů shrnuje *tabulka 1-5*; podrobněji jsou popsány v následujících subkapitolách.

tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku ČR v roce 2001 (v tis. Kč)

	MPK (místní úroveň a Úřad vlády)	Ministerstvo zdravotnictví	Ministerstvo školsství, mládeže a tělovýchovy	Ministerstvo práce a sociálních věcí	Ministerstvo zemědělství	Ministerstvo obran	Ministerstvo spravedlnosti	Ministerstvo financí (Generální ředitelství cel)	Ministerstvo vnitra	CELKEM
Neinvestiční prostředky	109 535	26 842	17 047	29 938	500	12 459	6 432	939	15 448	219 140
Investiční prostředky		7 167						18 102		25 269
CELKEM	109 535	34 009	17 047	29 938	500	12 459	6 432	19 041	15 448	244 409

1.5.1 Sekretariát RV-MPK

Za rok 2001 byla z rozpočtové kapitoly VPS - výdaje na protidrogovou politiku čerpána částka celkem 109 535 tis. Kč. Z toho bylo 21 215 tis. Kč rozděleno na programy resortů (Ministerstvo [zdravotnictví](#), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo zemědělství), 84 308 tis. Kč na programy protidrogové politiky na místní úrovni a 4 012 tis. do kapitoly Úřadu vlády na odbornou činnost sekretariátu.

V dotačním řízení na místní programy protidrogové politiky bylo podpořeno celkem 175 protidrogových programů okresních a magistrátních úřadů:

- 57 kontaktních center (30 415 tis. Kč)
- 22 terapeutických komunit a pobytových zařízení (24 076 tis. Kč)

- 8 doléčovacích programů (7 974 tis. Kč)
- 20 terénních programů (8 271 tis. Kč)
- 55 programů primární prevence (9 290 tis. Kč)
- 8 programu ambulantní léčby a denních stacionářů (3 038 tis. Kč)
- 5 ostatních (1 245 tis. Kč)

Finanční prostředky převedené z rozpočtové kapitoly VPS – výdaje na protidrogovou politiku do kapitoly Úřadu vlády podporují mimo jiné výzkumné projekty, vědecké práce a projekty mezinárodní spolupráce. V roce 2001 to byly:

- posuzování projektů (98 tis. Kč)
- překlad knihy „Handbook on Prevention of Alcohol, Tobacco and Drug Use“ (41 tis. Kč)
- vytvoření odborných standardů – příspěvek na AT konferenci ČLS JEP, Průvodce evaluacemi, Analýza potřeb a procesu (překlady Světové zdravotnické organizace), (200 tis. Kč)
- vytváření nástrojů měření efektivity programů – zpracovány manuály pro terénní programy, nízkoprahová zařízení a terapeutické komunity/ programy léčby závislostí (317 tis. Kč)
- tisk odborné literatury – tisk Výroční zprávy o stavu a vývoji ve věcech drog v ČR v roce 2000, tisk anglické verze PAD, Supervize – pracovní skriptum (635 tis. Kč)
- projekt DDRSTP II – práce odborníků a tisk Glosáře pojmů z oblasti drog a drogových závislostí (197 tis. Kč)
- projekt Phare 2000, náklady na práci českých odborníků – spoluúčast ČR (604 tis. Kč)
- informační a mediální aktivity – dotisk Katalogů služeb, příspěvek na odborný časopis Adiktologie, příspěvek na vydání knihy O rodičích, dětech a drogách, řetězová vyhledávací databáze programů prevence a léčby závislostí pro veřejnost – zapojení do Help Line (542 tis. Kč)
- realizace PAD – analýza dopadů, dokončení sběru a analýzy dat, tisk závěrečné zprávy (1 177 tis. Kč)
- informatika – nákup software pro sledování a hlášení drogové mortality z odd. soudní toxikologie (202 tis. Kč)

1.5.2 Ministerstvo zdravotnictví

Program protidrogové politiky MZ byl zaměřen na plnění úkolů vyplývajících z Národní strategie. Hlavní důraz byl kladen zejména na udržení provozu stávajících zařízení a programů, na proces zvyšování kvality služeb zaměřených na drogově závislé (systém akreditací), na zvyšování dostupnosti substitučního programu a ambulantní léčby pro drogově závislé. Tomu odpovídaly i dotační priority.

V roce 2001 MZ k tomuto účelu schválilo celkem 145 projektů protidrogové politiky a rozdělilo celkem 34 009 tis. Kč, z toho 26 842 tis. Kč neinvestičních a 7 167 tis. Kč investičních prostředků.

Finanční prostředky poskytnuté MZ z rozpočtové kapitoly VPS – výdaje na protidrogovou politiku byly využity na:

- Podporu provozu nízkoprahových center (8 007 tis. Kč)
- Pilotní projekt akreditací zařízení léčby závislostí (1 000 tis. Kč)

1.5.3 Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Resort poskytl nově vzniklým krajům na realizaci Minimálních preventivních programů ve školách a školských zařízeních formou transferu finanční prostředky ve výši 4 148 tis. Kč.

Dotaci přidělenou z rozpočtové kapitoly VPS – výdaje na protidrogovou politiku (11 948 tis. Kč) využil resort školství, mládeže a tělovýchovy na:

- projekt Vypracování standardů prevence drogových závislostí a vytvoření systému akreditací a licencí v oblasti protidrogové prevence (dotace 2 497 tis. Kč, realizátor PedF Univerzity Palackého Olomouc)
- realizace systému sekundární prevence uplatňované ve školách (2 409 tis. Kč)
- národní program rozvoje sportu pro všechny (2 042 tis. Kč)

- mzdy okresních metodiků prevence (5 000 tis. Kč)

Celkem uvolnil resort v roce 2001 na protidrogovou prevenci finanční prostředky ve výši 17 047 tis. Kč. V rámci sociální prevence a prevence kriminality poskytlo MŠMT ještě částku 10 000 tis. Kč.

1.5.4 Ministerstvo práce a sociálních věcí

V roce 2001 MPSV poskytlo ze svého rozpočtu 29 938 tis. Kč na protidrogovou politiku. Z této částky byly podpořeny projekty zajišťující zejména tyto služby:

- kontaktní práce (13 441 tis. Kč)
- denní stacionář (1 529 tis. Kč)
- terapeutické komunity (7 846 tis. Kč)
- krizová pomoc (403 tis. Kč)
- poradenství (1 167 tis. Kč)
- podporované zaměstnání (1 852 tis. Kč)
- chráněné bydlení (1 732 tis. Kč)

Všechny dotace byly přísně účelově přidělovány, finanční prostředky mohly být využity pouze k plnění úkolů a v členění daném rozhodnutím.

1.5.5 Ministerstvo zemědělství

Z rozpočtové kapitoly VPS – výdaje na protidrogovou politiku byly převedeny do kapitoly MZe prostředky pro příspěvkové organizace státních učňovských zařízení (260 tis. Kč). Z této částky byla financována realizace 7 projektů prevence užívání drog na 7 resortních středních odborných učilištích. Samotný resort MZe poskytl navíc dotaci 240 tis. Kč jako příspěvek na vybrané projekty primární protidrogové prevence pro oblast učňovského školství a na zajištění kursu pro metodiky protidrogové prevence. **MZe tedy v roce 2001 poskytlo na programy protidrogové politiky celkem 500 tis. Kč.** K tomu uvolnilo na zajištění sportovních a dalších volnočasových aktivit částku 1 065 tis. Kč.

1.5.6 Ministerstvo obrany

Celkem bylo z resortu obrany využito na prevenci sociálně-patologických jevů (viz kapitola 9) 12 459 tis. Kč, z toho nejvíce na tělovýchovu a sport (5 822 tis. Kč), kulturu (2 879 tis. Kč) a vzdělávání (1 176 tis. Kč).

Na protidrogovou prevenci Ministerstvo obrany (dále jen MO) vydalo celkem 2 582 tis. Kč.

Na základě předložených projektů, schválených Komisí pro prevenci sociálně-patologických jevů, byly neinvestiční finanční prostředky rozděleny na jednotlivé programy:

- LABIS – „Laboratorní monitorování zneužívání návykových látek u příslušníků AČR
- DROGIS – „Drogový informační systém“
- „Diagnostika – nutnost pro adekvátní prevenci“
- „Salutogenetický přístup v prevenci závislosti u VŠ populace“
- EKO 2005 (projekt PEKO 1,2,4)
- „Monitorování aktuální situace AČR pro oblast prevence sociálně patologických jevů SPJ“

1.5.7 Ministerstvo spravedlnosti

Resort spravedlnosti v roce 2001 v rámci běžných výdajů skutečně čerpal na programy protidrogové politiky celkem 6 432 tis. Kč.

Z toho Vězeňská služba použila 5 952 tis. Kč na své programy:

- zavádění programu bezdrogových zón
- realizace programu zacházení s drogově závislými vězni
- odborné vybavení poraden

- vzdělávání zaměstnanců v drogové politice
- testovací látky na zjišťování drog

Justiční část čerpala 480 tis. Kč na uspořádání jednoho semináře pro úředníky Probační a mediační služby a na vydání příručky k protidrogové tematice.

1.5.8 Ministerstvo financí (Generální ředitelství cel)

Generální ředitelství cel (součást Ministerstva financí) se významně podílí na snižování nabídky drog buď samostatně nebo ve spolupráci s příslušnými tuzemskými a zahraničními partnery. **Běžné výdaje ve výši 939 tis. Kč** byly použity na nákupy ochranných pracovních pomůcek pro pracovníky drogových skupin, drobného materiálu, psů a jejich veterinárních vyšetření. **Kapitálové výdaje byly čerpány ve výši 18 102 tis. Kč** především na nákup vozidel, detektory drog, počítačovou techniku včetně softwaru, dokompletaci systému Motorola.

1.5.9 Ministerstvo vnitra

Ministerstvo vnitra podpořilo v roce 2001 řadu projektů sociální prevence zaměřených na rizikové skupiny mládeže, oběti trestných činů, handicapované romské obyvatelstvo a další rizikové skupiny, např. propuštěné vězně, drogově závislé, bezdomovce, prostitutky. **Na tyto 242 blíže nespecifikované programy bylo vyčleněno celkem 15 448 tis. Kč.**

ČÁST II: EPIDEMIOLOGICKÁ SITUACE

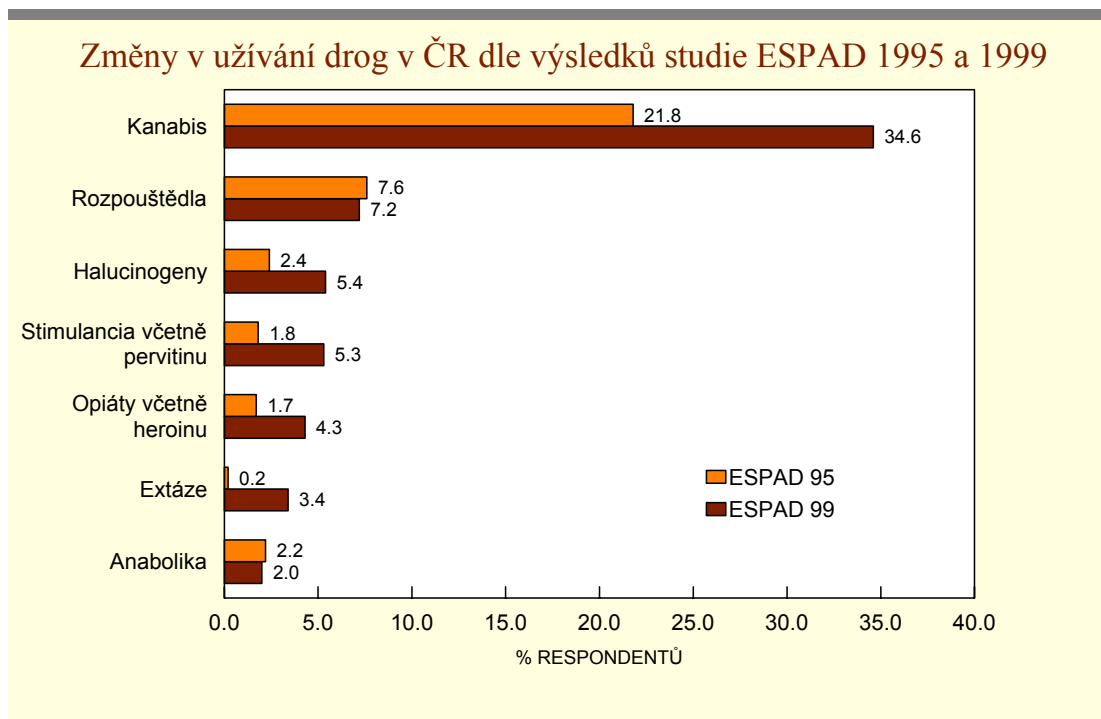
2 Prevalence, trendy a vzorce užívání drog v populaci

2.1 Užívání drog v populaci

2.1.1 Prevalence, trendy a vzorce užívání drog mezi dospívajícími

Užívání drog je spojeno s obdobím dospívání, případně mladé dospělosti. Ve většině vyspělých zemí se míra expozice mladých lidí droze zjišťuje prostřednictvím školních dotazových šetření. V minulých letech proběhla i v ČR různá šetření, mezi nimiž jsou **tři projekty**, které mají pro svůj rozsah a metodickou náročnost zvláštní význam. Na prvním místě je potřeba se zmínit o **Evropské školní studii o alkoholu a jiných drogách - ESPAD** (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Jak z názvu vyplývá, jde o **mezinárodní výzkum**, jehož cílem je srovnávat změny v návykovém chování dospívajících po čtyřletých časových intervalech. **ČR se projektu účastní od jejího počátku, a k dispozici jsou data z let 1995 a 1999.** Kompletní výsledky mezinárodního srovnání byly publikovány v roce 2001 (Hibbell et al. 1999). **Pokud jde o spotřebu ilegálních drog, výsledky ukazují nárůst ve většině sledovaných evropských zemí.**

Podstatné změny z výzkumu v roce 1995 a 1999 naznačuje *obrázek 2-1*. Zcela zřetelně je **nejrozšířenější užívání konopných drog** - 22 % dotázaných v roce 1995 a 35 % v roce 1999 uvedlo alespoň jednu osobní zkušenost s marihuanou nebo hašišem. Na dalších místech pomyslného žebříčku se umísťují inhalování těkavých rozpouštědel (7,2 % v roce 1999), užívání halucinogenů, stimulantů, drog obsahujících opiáty a konzumace extáze, kterou v roce 1995 ještě bylo obtížné vůbec zachytit. Z těchto změn je možné za závažný považovat zejména již **zmíněný nárůst užívání opiátových a amfetaminových drog.**



obrázek 2-1: Změny v celoživotní prevalenci (počtu těch, kteří alespoň jednou za život užili nezákonnou drogu) drog mezi šestnáctiletými v ČR dle výsledků studie ESPAD 1995 a 1999

Výskyt opakovaného užívání, jímž rozumíme užívání drogy častěji než 5x, zachycuje *tabulka 2-1*. Jde o vzorec chování, které již nelze považovat za výjimečné či zcela ojedinělé experimentování, i když nemusí znamenat užívání problémové. V období mezi rokem 1995-1999 vzrostl výskyt opakovaného užívání drog 2,5 - 3x. Znamená to také, že výrazně narůstá počet mladých lidí s vyšším ohrožením přímými i nepřímými zdravotními riziky užívání drog (intoxikace, šíření infekčních onemocnění).

Užívání drog je obecně více rozšířeno mezi chlapci. Statisticky významný rozdíl jsme zjistili v případě užívání marihuany. **Odlišná je situace, porovnáváme-li zkušenosti s drogami jinými, než jsou kanabinoidy. Zde jsou rozdíly mezi pohlavími nevýznamné** (4,6 % chlapci a 4,0 % dívky v roce 1995, resp. 9,6 % a 8,5 % v roce 1999). U zkušeností s opiáty a stimulancií je situace zcela vyrovnaná, pokud jde o pohlaví, v roce 1999 byl dokonce výskyt vyšší u dívek.

tabulka 2-1: Opakované užívání drogy (častěji než 5x) v roce 1995 a 1999

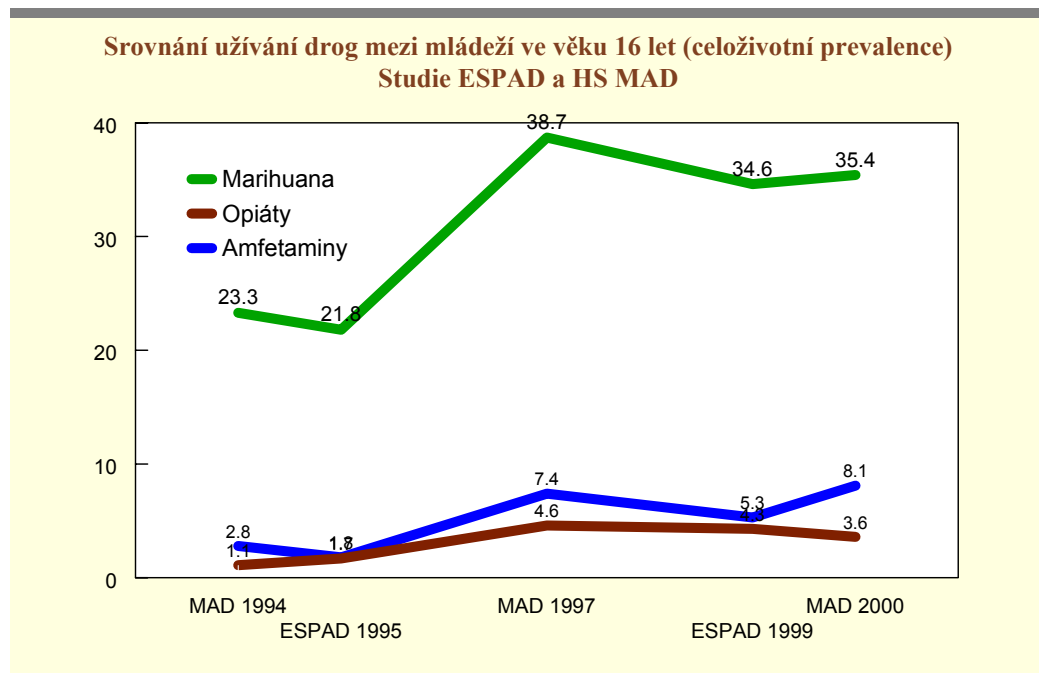
Opakované užívání drogy (častěji než 5x) v roce 1995 a 1999		
	1995	1999
Užití jakékoli ilegální drogy	7,2	17,4
Užití drogy jiné než kanabis	1,1	3,6
Marihuana nebo hašiš	6,4	16,2
Opiáty (celkem včetně heroinu)	0,4	0,8
Stimulancia (amfetaminy, pervitin)	0,2	1,3

Ve studii ESPAD bylo zastoupení žáků dle typů škol shodné s distribucí pro celou populaci, kontrolovanou podle údajů z ročenek Ústavu pro informace ve vzdělávání. Sledování souvislostí mezi typem studované školy a užíváním drog prokázalo, že **míra ohroženosti drogou má nepřímý vztah k úrovni vzdělání** (ta je dána mj. také typem školy, na níž se vzdělání získává). **Nízká úroveň vzdělání či nízká úroveň studijních aspirací patří mezi sociodemografické rizikové faktory.**

První a nejzřetelnější poznatek pocházející z porovnání regionálních diferencí v užívání návykových látek ukazuje na **výrazné postavení Prahy jako oblasti s mimořádně vysokým výskytem užívání drog mezi mládeží**. Nejde o nečekané zjištění. Je známo, že ve velkoměstech je obecně vyšší výskyt i jiných sociálně-patologických jevů. Ve výzkumu v roce 1999 byly **dalšími exponovanými regiony severní a západní Čechy a jižní Morava**. Skutečnost, že v roce 1995 byly dominantní jiné regiony naznačuje, že dostupnost drog a také poptávka po drogách se mohou v jednotlivých oblastech měnit. Údaje z výzkumu potvrzují, že **mezi roky 1995 a 1999 se dostupnost zvýšila ve všech regionech.**

Druhým projektem, který zmíníme, je **studie Mládež a drogy (MAD)**, kterou realizovalo speciální pracoviště Hygienické stanice Hl. m. Prahy v letech 1994, 1997 a 2000. Rovněž tento projekt má celonárodní charakter, s tím,

že oproti ESPADu je zahrnuto širší věkové pásmo adolescentů (tj. prakticky 15-19 let) (Polanecký et al. 2001). Při srovnání odpovídajících věkových kohort je možné výsledky studie MAD porovnat s výsledky ESPADu. O takovou sekundární analýzu se pokusili Mravčík a Zábranský (2001), kteří dospěli k závěru, že **po prudkém nárůstu užívání drog dochází u šestnáctiletých během druhé poloviny 90. let ke zploštění křivky a k diferenciaci postojů a zkušeností s pervitinem a heroinem na straně jedné a ostatních drog na straně druhé.** Tento trend znázorňuje obrázek 2-2. Hlavní výsledky školních studií shrnuje tabulka 2-2.



obrázek 2-2: Srovnání užívání drog mezi mládeží ve věku 16 let (Mravčík & Zábranský 2001a)

Posledním velkým projektem je NEAD, na jehož řešení se spolupodílí občanské sdružení Podané ruce a Psychologický ústav ČAV (Miovský and Urbánek, 2001). Na rozdíl od předchozích dvou studií bylo jedním z hlavních cílů NEADu **sledovat meziregionální rozdíly na úrovni okresů a nabídnout tak data prakticky využitelná pro prevenci na lokální úrovni.** Projekt realizovaný v roce 2000 pokrýval téměř všechny moravské okresy, pokrytí Čech však bylo neuspokojivé. Vzorce užívání drog zjištěné v rámci projektu NEAD se v podstatě nelišily od dvou předchozích projektů: Nejrozšířenější bylo užívání drog mezi adolescenty z velkých měst (nad 100 000 obyv.). V okresech venkovského resp. zemědělského charakteru byly prevalence hodnoty o něco nižší než v industriálních oblastech. **Čichání rozpouštědel bylo nejvíce rozšířené v hospodářsky deprivovaných oblastech s vysokou mírou nezaměstnanosti.** Projekt NEAD je dobrým příkladem studie přispívající k lepšímu porozumění sociogeografického kontextu užívání drog.

tabulka 2-2: Přehled výsledků školních studií MAD a ESPAD

	1994	1995	1997	1999	2000
Mládež a drogy (MAD) Hygienická stanice HI. m. Prahy Věk 15-19 N(1994) = 3997 N(1997) = 8767 N(2000) = 6340	<i>[Celoživotní prevalence]</i> Marihuana - 30 % Heroin - (+opiáty) <1 % Amfetaminy - 3 % LSD - 6,3 % Extáze - n.a.		<i>[Celoživotní prevalence]</i> Marihuana - 35 % Heroin (+opiáty) - 2,7 % Amfetaminy - 6,1 % LSD - 6,0 % Extáze - 3,6%		<i>[Celoživotní prevalence]</i> Marihuana - 47 % Heroin (+opiáty) - 2,5 % Amfetaminy - 7,5 % LSD - 9,1 % Extáze - 6,8 %
ESPAD Psychiatrické Centrum Praha/ Státní zdravotní ústav Věk 16 N (1995) = 2962 N (1999) = 3579		<i>[Celoživotní prevalence]</i> Marihuana - 21,8 % Heroin (+opiáty) - 1,7 % Amfetaminy - 1,8 % LSD - 2,4 % Extáze - 0,2 %		<i>[Celoživotní prevalence]</i> Marihuana- 34,6 % Heroin (+opiáty) - 4,3 % Amfetaminy - 5,3 % LSD - 5,4 % Extáze - 3,4 %	

2.1.2 Užívání drog ve vybraných skupinách mládeže

Je známo, že **mladí lidé preferující techno hudbu a rave party mají vyšší afinitu k užívání drog** a představují z tohoto hlediska zvláštní skupinu či populaci mládeže. Tossmann se spolupracovníky (Tossmann et al. 2001) koordinoval zajímavou multicentrickou studii srovnávající užívání drog na taneční scéně. Vzhledem k tomu, že Praha byla jednou z metropolí, která se studie účastnila, máme možnost porovnat užívání drog mezi mladými Pražany navštěvujícími taneční party a jejich vrstevníky ze západoevropských metropolí. Výsledky, publikované také v češtině (Csémy et al. 2000a), přinášejí podporu ve prospěch hypotézy, podle níž je v této populaci více rozšířeno užívání drog než v obecné populaci dospívajících. Srovnání mezi městy naznačuje, že je zde překvapivě více podobností než rozdílů (viz *tabulka 2-3*). **Mladí Češi v Praze nejen poslouchají stejnou hudbu jako mladí v Německu nebo Švýcarsku, ale také se velmi podobně chovají ve vztahu k drogám.** Otázkou zůstává, zda podobnosti v postojích a chování implikují to, že také v oblasti prevence lze aplikovat obdobné přístupy se srovnatelnou efektivitou.

tabulka 2-3: Užívání drog během posledního měsíce návštěvníky tanečních party (uváděné hodnoty jsou procenta)

	Amster- dam	Berlín	Madrid	Praha	Řím	Vídeň	Curych
Marihuana	66,5	54,9	66,0	69,5	44,4	45,3	63,6
Extáze	57,1	22,6	33,4	19,2	16,3	12,1	27,8
Amfetaminy	19,0	23,6	16,4	19,8	9,9	16,2	17,6
Halucinogeny	16,5	13,2	15,8	21,6	8,1	12,1	18,6
Kokain	27,0	10,2	46,6	6,1	17,7	9,7	12,0
Opiáty	0,6	0,8	1,2	5,7	1,0	3,0	2,2

Zdroj: Tossmann et al. 2001

2.1.3 Metodologická informace

Realizace školních studií předpokládá dodržet metodologické standardy, které jsou podmínkou zevšeobecnitelnosti a srovnatelnosti získaných poznatků. V případě studie ESPAD musí každá země dodržet **relativně striktní pravidla**, která se týkají přípravy jednotného dotazníkového formuláře, aplikace výběrové techniky, postupu při sběru dat a formátu základních výstupů. Standardní dotazníkový formulář ESPAD obsahově pokrývá oblast užívání legálních i ilegálních návykových látek a postojovou oblast vztahující se k návykovým látkám. **Vedle základních sociodemografických údajů** mohou řešitelé po dohodě s koordinátory zahrnout do výzkumu i další oblasti (fakultativní moduly), např. oblast psychosociálního fungování, oblast deviantního chování atd. Jako techniky pro konstrukci výzkumného souboru se zpravidla používá víceúrovňový stratifikovaný výběr, kdy nejnižší výběrovou jednotkou je školní třída, popřípadě škola. **Studie MAD a studie NEAD používají jako základ rovněž dotazník ESPAD s menšími modifikacemi, které však umožňují srovnatelnost dat.**

Z hlediska zmíněné srovnatelnosti výsledků představuje mnohem významnější **problém způsob výběru a shoda parametrů výběrového souboru s parametry populace.** Pokud se podstatné odchylky zjistí, je nutné aplikovat statistické postupy, které efekty odchylného rozložení korigují.

V tomto smyslu by v případě studie MAD uplatnění odpovídajícího vážení vedlo k přesnějšímu odhadu prevalence hodnot platných pro národní úroveň a k větší platnosti zjištěných trendů.

Studie NEAD vzhledem k nedostatečnému pokrytí okresů v Čechách **odhad prevalence na národní úrovni neumožňuje**, tato okolnost však nijak **neomezuje již zmíněné možnosti meziregionálních komparací na úrovni okresů.**

2.2 Problémové užívání drog

Počet problémových uživatelů drog, z nichž převážnou část tvoří uživatelé pervitinu a heroinu, dosahuje v ČR odhadem 37,5 tisíce osob, z toho injekčních uživatelů je 30 tisíc osob. Počet problémových uživatelů pervitinu se odhaduje na 22,5 tisíce osob, heroinu na 15 tisíc osob. V posledních letech dochází k růstu užívání heroinu, užívání pervitinu vykazuje stagnaci až pokles. Počet uživatelů těkavých látek je obtížné odhadnout vzhledem k nízkému podílu těch, kteří jsou v kontaktu s léčebnými zařízeními. **Situaci v oblasti problémového užívání drog v ČR v r. 2001 lze stručně charakterizovat jako stabilizovanou.**

2.2.1 Situace v ČR 2001

Problémové užívání je dle definice EMCDDA definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo amfetaminů a/nebo kokainu. Z ekonomického hlediska jsou problémoví uživatelé právě tou skupinou uživatelů, která je nositelem společenských nákladů spojených s užíváním drog. Uživatelé konopných drog a extáze nejsou z definice uživateli problémovými. **V podmínkách České republiky lze vzhledem k dosud velmi nízkému výskytu uživatelů kokainu problémové užívání definovat jako injekční užívání a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů (zejména heroinu) a amfetaminů (zejména pervitinu).** Užívání opiátů podomácku vyráběných z makovic je v ČR spíše sezónní výjimkou.¹⁵ Zneužívání opiátů, které jsou součástí léčivých přípravků, je v ČR málo časté.¹⁶ Uživatelé jiných opiátů než heroinu tvoří jen cca 2% všech léčených uživatelů opiátů v r. 2001 (Polanecký et al. 2002b).

První a dosud poslední odhad počtu problémových uživatelů drog v České republice (ČR) byl proveden v rámci projektu PAD pro roky 1998 - 2000 (Zábranský et al. 2001c; Zábranský et al. 2001a; Mravčík and Zábranský, 2002). Páteří metodologie byla multiplikační metoda s využitím dat o léčbě.

¹⁵ na rozdíl od výrazného postavení opiátů, připravovaných z makové šťávy (surového opia) v Polsku či zemích bývalého SSSR

¹⁶ v polovině roku 2002 se ale objevily zprávy o významnějším užívání buprenorfinu (Subutex ®) na pražské ilegální drogové scéně

Počet problémových uživatelů v ČR v r. 2000 dosahuje pravděpodobně 30 000 – 45 000 osob, z toho 18 000 – 27 000 uživatelů pervitinu, 12 000 – 18 000 uživatelů heroinu. Střední odhad je tedy 37 500 problémových uživatelů drog. Střední odhad injekčních uživatelů drog je 30 000 osob.

Obdobný odhad byl stanoven i pro rok 1998, mezi lety 1998 – 2000 se tedy trend počtu problémových uživatelů drog zdá být setrvalý, srovnání s dřívějším obdobím 90. let minulého století je nemožné vzhledem k absenci podobných odhadů.

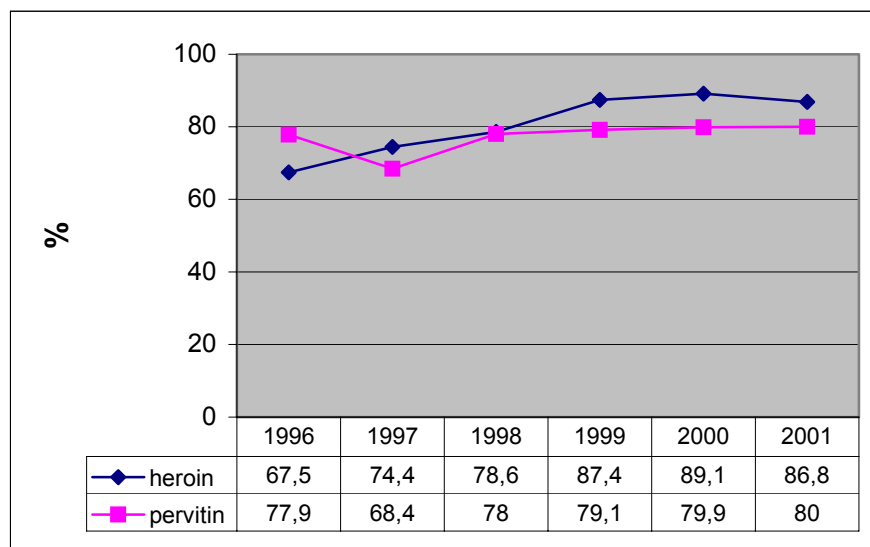
2.2.2 Trendy: pervitin, heroin, těkavé látky

Přes přetrvávající dominanci pervitinu lze **vystopovat nárůst užívání heroinu na úkor užívání pervitinu** a to nejen u prvouživatelů: časté jsou i **přechody z pervitinu na heroin**. Tento trend započal v Praze v letech 1997 – 1998 a postupně se šíří do ostatních regionů, s 2 až 3-letým zpožděním se objevuje na střední a severní Moravě. Příčiny této konverze jsou nejméně trojí: (i) Potírání domácích výrobců pervitinu a tudíž pokračující rozpad domácí pervitinové scény kolem těchto výrobců. (ii) Masivní vstup heroinu na trh a postupné ovládnutí trhu nadnárodními gangy. (iii) Komeracionalizace rekreačního užívání drog, včetně užívání kanabinoidů, a neoddělení tohoto trhu od trhu s heroinem (Miovský et al. 2001).

Inhalace („čichání“) **těkavých látek** je bezesporu dalším typem užívání drog, které s sebou **nese obrovská zdravotní rizika**, i když není součástí definice EMCDDA pro problémové užívání drog. Problémem **léčebných a kontaktních zařízení** pro uživatele drog je, že vesměs **nejsou orientována na skupinu uživatelů těkavých látek**, což je příčinou jen vzácných vstupů těchto uživatelů do léčebných programů a tudíž pravděpodobné podhlášení jejich počtu (uživatelé těkavých látek tvoří pouze 3,5% všech poprvé léčených uživatelů drog v r. 2001).

Zdravotně nejrizikovějším způsobem aplikace drogy je **aplikace injekční**. V České republice se týká zejména uživatelů heroinu a pervitinu. Největším rizikem této aplikace je přenos infekčních onemocnění mezi uživateli navzájem a šíření těchto onemocnění do populace obecně. K tomuto šíření dochází zejména krví při **sdílení téže jehly, stříkačky a dalších parafernálií** (tj. filtry, nádoby, voda k ředění, připravená droga) více uživateli současně. Jedná se především o HIV/AIDS a virové hepatitidy typu B a C, které poškozují uživatelské zdraví (velmi často fatálně) z důvodu svých chronických průběhů či následků.

Trend injekčního užívání na vzorku všech poprvé léčených uživatelích heroinu a pervitinu ukazuje *obrázek 2-3*:



obrázek 2-3: Podíl injekčních uživatelů ze všech poprvé léčených uživatelích heroinu a pervitinu, ČR, 1996 - 2001

Zatímco podíl injekčních uživatelů na všech uživatelích heroinu poprvé žádajících o léčbu ve 2. polovině 90. let minulého století rostl (r. 2000 je zatím vrcholem), v r. 2001 došlo k mírnému poklesu. Tento pokles jde na vrub šíření méně rizikového způsobu aplikace heroinu – kouření z aluminiové fólie. Podíl injekčních uživatelů u prvožadatelů o léčbu v souvislosti s pervitinem se zdá být stabilní a je nižší než u heroinu.¹⁷ **Údaje o sdílení jehel, stříkaček a dalších parafernálií** injekčními uživateli v r. 2001 se různí a **kolísají od 35% (Polanecký et al. 2002) do 45% (Mravčík and Šebáková 2002)** uživatelů v současnosti (poslední 1-3 měsíce). Podíl těch, kteří uvádějí sdílení v dřívější minulosti, je obecně vyšší. Je obtížné objektivně zhodnotit trend rizikového chování českých injekčních uživatelů drog; obecně se zdá, že **rizikovost užívání ve smyslu sdílení spíše klesá.** Z výsledků lokální studie výskytu virových hepatitid mezi injekčními uživateli drog v okrese Karviná vyplývá, že **došlo ke statisticky významnému poklesu v minulosti sdílejících injekčních uživatelů z 87% v r. 1998 na 35% v r. 2001.**

Kvalitativní analýza PAD potvrdila dvě alarmující zjištění (Miovský et al. 2001): (1) **nezkušenosti uživatelé mají tendenci k nejvíce rizikovému užívání drog**, rizikovým faktorem je přitom nízký věk, (2) **uživatelé celkově velmi podceňují zdravotní rizika zejména virových hepatitid.** Krátkodobě snížená dostupnost drogy a/nebo vyšší cena na trhu (vyvolané často policejní aktivitou) v období nutkové touhy po droze je velmi často faktorem vedoucím k rizikovější aplikaci. Ke sdílení jehel, stříkaček a parafernálií dochází i přes znalost rizik v nezanedbatelné míře i u klientů v harm reduction programech, i když počet těchto rizikových situací je nižší. **U začínajících injekčních uživatelů se lze setkat s obavou z výměny či nákupu čisté injekční jehly a stříkačky z důvodu ztráty anonymity.**

Výsledky dotazníkové studie provedené v lékárnách ČR za roky 1998 a 2000 v rámci projektu PAD ukazují, že **personál 38 až 43 % lékáren v ČR zaujímá k prodeji injekčního materiálu uživatelům drog negativní postoj** (Mravčík and Zábranský, 2001b)).

Jako místo, kde velmi často dochází k první zkušenosti s nelegální drogou a kde rekreační užívání přechází k rizikovějším vzorcům a skupinám látek, se ve stále vzrůstající míře ukazuje **základní vojenská služba** (Miovský et al. 2001).

3 Zdravotní důsledky užívání drog

V roce 2001 v ČR o léčbu poprvé ve svém životě požádalo celkem 4 233 osob – z toho 2 755 mužů a 1 470 žen (u 8 případů není pohlaví známo). Mezi prvožadatelů o léčbu je v posledních letech pozorován stabilní podíl žen a zvyšující se průměrný věk uživatelů. Klesající podíl uživatelů mladších 20 let je velmi pravděpodobně odrazem **stagnace až poklesu skutečné incidence problémového užívání od r. 1998 – 1999.** V posledních letech dochází k růstu užívání heroinu, užívání pervitinu vykazuje stagnaci až pokles. Klesá podíl uživatelů extáze a kanabinoidů¹⁸ jako primární drogy na žadatelích o první léčbu – otázkou je vliv změn uvnitř hlásného systému jako takového. **Došlo ke stabilizaci až poklesu injekčních uživatelů na všech prvouživatelích heroinu a pervitinu.**

Ukazuje se, že v kontaktu s léčebnou institucí, zejména s nízkoprahovými centry, je 30 – 40% uživatelů a tento podíl je velmi pravděpodobně rostoucí. Na tomto trendu se podílí zejména atraktivita výměnných programů. Lze odhadnout, že v kontaktu s výměnnými programy je v současné době více než 50% injekčních uživatelů drog; distribuovaný objem jehel a stříkaček navíc rok od roku stoupá. **Alarmující je velmi nedostatečný podíl uživatelů opiátů v substitučních programech – cca 3%, což je několikanásobně nižší podíl než v zemích EU.**

¹⁷ Je nutno podotknout, že u (prvo)žadatelů o léčbu nalézáme vyšší procento injekčních uživatelů, než jich nacházíme v celém vzorku problémových uživatelů; právě injekční uživatelé totiž nejdříve zažívají negativní následky užívání drog, které je nakonec přimějí vyhledat pomoc. Injekční užívání je tedy mezi problémovými uživateli rozšířeno méně než mezi těmi, kdo využívají léčby nebo služeb.

¹⁸ kanabinoidy: psychoaktivní látky, získávané z konopí setého (především marihuana a hašiš)

Na **předávkování drogami zemřelo v r. 2001 v ČR 167 osob**, což je vzhledem k situaci v EU a vzhledem k odhadovanému počtu problémových uživatelů drog relativně příznivé číslo. **Předávkování drogami v užším slova smyslu tvoří 84 případů, z toho předávkování heroinem 53 případů. Zbylých 83 případů je tvořeno předávkováním léky**, u kterých nelze vyloučit významný podíl sebevražedných nebo náhodných otrav; významný podíl zde zauímají benzodiazepiny – převážně v kombinaci s alkoholem. Rostoucí trend je zaznamenáván u počtu úmrtí na heroin a benzodiazepiny. U předávkování pervitinem došlo k nevysvětlitelnému výraznému poklesu z 31 případů v r. 2000 na 5 případů v r. 2001.

Situace v oblasti výskytu infekčních onemocnění spojených s užíváním drog je taktéž stabilizovaná. Přetrvává nízký výskyt HIV infekce ve skupině injekčních uživatelů drog i v populaci, která drogy neužívá. Virové hepatitidy se vyskytují v různé míře v závislosti na skupině vyšetřovaných injekčních uživatelů (jejich stáří, délce užívání, místě bydliště). Celkově je hlášený výskyt nových případů VHB a VHC relativně stabilní, u akutních případů došlo v r. 2001 dokonce k poklesu. **Lokálně dostupné sérologické přehledy ukazují v průměru nižší hodnoty výskytu VHC než v zemích EU a indikují klesající trend rizika získání VHC IUD na konci 90. let** - vliv harm reduction opatření včetně výměnných programů jehel a stříkaček je zde velmi pravděpodobný.

3.1 Žádosti o léčbu

V České republice je funkční **čtvrtletní systém hlášení prvních žádostí o léčbu**, který pracuje od r. 1995 v rámci Hygienické služby ČR (Polanecký et al. 2002a). Od ledna 2002 jsou v rámci tohoto systému sledovány všechny (nejen první) žádosti o léčbu. V r. 2001 bylo evidováno celkem 234 léčebně/kontaktních center, která svým hlášením do tohoto systému přispěla.

Jejich přehled podává *tabulka 3-1*. Relativně nejnavštěvovanějším typem zařízení jsou nízkoprahová centra s 31,2 klienty na 1 zařízení, nejméně navštěvované jsou zdravotnické ambulance s průměrně 7,5 klientů za rok.

tabulka 3-1: Léčebně / kontaktní centra v r. 2001 podle typu zařízení (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

Typ zařízení	Zařízení		Klienti		Počet klientů na 1 zařízení
	Počet	%	Počet	%	
Ambulantní zdravotnická	103	44,0	770	18,2	7,5
Ambulantní nezdravotnická	20	8,5	245	5,8	12,3
Lůžková	26	11,1	712	16,8	27,4
Nízkoprahová centra	72	30,8	2 248	53,2	31,2
Zdravotnická ambulantní + lůžková	12	5,15	229	5,4	19,8
Nezdravotnická ambulantní + lůžková	1	0,4	24	0,6	24,0
Celkem	234	100	4 228*)	100	18,0

*) Počet nových klientů z léčebně/kontaktních center, která byla v databázi k 31. 12. 2001; dalších 5 klientů hlášeno mimo evidovaná léčebně/kontaktní centra

Ve všech čtyřech čtvrtletích roku 2001 hlásilo alespoň jednoho klienta 90 léčebně/kontaktních center, tj. pouze 38% z celkového počtu 234 zařízení v registru Hygienické služby.

Celkový počet nově evidovaných klientů léčebně/kontaktních center v ČR za rok 2001 dosáhl 4 233 osob, tj. 41,2 / 100 000 obyvatel. Je to nejvyšší roční incidence od zavedení registru v r.1995. Věkově specifická incidence ve skupině 15 - 39letých byla 3 996 osob, tj. 106,1/100 000 obyvatel, nejvyšší od r. 1995.

Je otázkou, nakolik se na růstu počtu žadatelů o první léčbu podílejí **změny uvnitř hlášeného systému**, včetně změn pozitivních (jako je zvyšující se pokrytí zařízení, která spolupracují na hlášení a zvyšující se hlásná kázeň samotných

zařízení). Počet nových žadatelů o léčbu je ovlivněn zejména jejich počtem hlášeným z nízkoprahových center a je statisticky významně korelován s počtem hlásících kontaktních center.

Rostoucí počet žadatelů o léčbu tedy může být odrazem následujících skutečností:

- Skutečného růstu počtu problémových uživatelů drog v ČR a tedy růstu jejich skutečné incidence na konci 90. let minulého století
- Změn uvnitř hlásného systému, zejména rostoucího počtu hlásících nízkoprahových center
- Zvýšenou ochotou uživatelů drog ke vstupu do léčby

Data z ostatních základních (klíčových) indikátorů drogové epidemiologie nepodporují hypotézu o růstu počtu problémových uživatelů v ČR, pravděpodobnější je vliv změn v hlásném systému a rostoucí podíl uživatelů v kontaktu s léčebným zařízením¹⁹ (viz dále).

Následující *tabulka 3-2* srovnává počty žadatelů o léčbu celkem a jejich počty hlášené ze tří léčebných modalit, které nejvíce přispívají do hlásného systému a počty léčebně/kontaktních center celkem a opět tří nejčtenějších modalit.

tabulka 3-2: Srovnání počtu nových žadatelů o léčbu a počtu hlásících léčebně/kontaktních center (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

Rok	Incidence (abs.)	Incidence z nízkoprah. center	Incidence z amb.zdrav. zařízení	Incidence z lůžkových zařízení	Počet zařízení celkem	Z toho počet nízkoprah. center	Z toho počet amb. zdrav. zařízení	Z toho počet lůžkových zařízení
1995	2905	n.a.	n.a.	n.a.	226	n.a.	n.a.	n.a.
1996	3252	n.a.	n.a.	n.a.	252	n.a.	n.a.	n.a.
1997	3132	n.a.	n.a.	n.a.	269	n.a.	n.a.	n.a.
1998	3858	1704	1014	551	237	42	126	25
1999	3891	1698	1030	780	259	56	138	30
2000	4148	2020	896	691	287	69	145	31
2001	4233	2248	770	712	234	72	103	26

Vybrané charakteristiky prvožadatelů o léčbu v letech 1995 – 2001 uvádí *tabulka 3-3*.

tabulka 3-3: Žádosti o první léčbu, vybrané charakteristiky, ČR, 1995 – 2000 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

Charakteristika	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Incidence/100 000 obyvatel	23,9	31,5	30,4	37,4	37,7	40,3	41,2
Incidence ve věk. skupině 15 – 39 let/100 000 obyvatel	62,9	78,7	75,1	96,3	99,0	105,5	106,1
Poměr mužů/ženy	2,4 : 1	1,9 : 1	1,7 : 1	2,0 : 1	1,9 : 1	1,9 : 1	1,9 : 1
Průměrný věk	22,8	21,5	20,8	20,6	20,8	20,9	21,3
Podíl uživatelů do 19 let věku	47,2	57,4	54,1	52,4	49,1	47,5	43,9
Podíl injekčních uživatelů do 19 let věku na všech injekčních uživatelích	44,9	54,7	51,2	46,5	40,3	38,3	35,5
Počet nově registrovaných uživatelů heroinu (základní a sekundární droga), procento ze všech uživatelů	529 21,4%	1050 32,3%	945 30,2%	909 23,6%	1094 28,1%	1229 29,6%	1362 32,2%
Počet nově registrovaných uživatelů pervitinu (základní a sekundární droga), procento ze všech uživatelů	1252 50,7%	1757 54,0%	1946 62,1%	2642 68,5%	2554 65,6%	2576 62,1%	2545 60,1%

¹⁹ tzv. *in-treatment rate*

Nejčastěji jsou jako základní droga zastoupena **stimulancia** – 2023 případů (47,8% všech žadatelů o první léčbu), z toho pervitin tvoří 1969 a extáze 50 případů (46,5%, resp. pouhých 1,2% všech žadatelů o první léčbu).

Druhou nejčastější skupinou základní drogy jsou **opiáty** s 1213 případy (28,7% všech žadatelů o první léčbu) reprezentované především heroinem s 1184 případy (28,0% všech žadatelů o první léčbu).

Další v pořadí jsou uživatelé **kanabinoidů** se 747 případy (17,6% všech žadatelů o první léčbu) a uživatelů těkavých látek se 147 případy (3,5% všech žadatelů o první léčbu).

Trendy absolutních počtů a podílů jednotlivých skupin základní drogy jsou uvedeny v následující tabulce.

tabulka 3-4: Žádosti o první léčbu podle skupin základní drogy, ČR, 1999 – 2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

Skupina základní drogy	1999 abs.	1999 %	2000 abs.	2000 %	2001 abs.	2001 %	Změna 2000- 2001 v % (v souboru)	Změna 2000-2001 v % (ve skupině)
Heroin a další opiáty	869	22,3	1044	25,2	1213	28,7	+ 3,5	+ 16,2
Pervitin a další stimulancia	2064	53,0	1917	46,2	2023	47,8	+ 1,6	+ 5,5
Kanabinoidy	648	16,7	912	22,0	747	17,6	- 4,4	- 18,1
Halucinogeny	44	1,1	36	0,9	25	0,6	- 0,3	- 30,6
Těkavé látky	166	4,3	161	3,9	147	3,5	- 0,4	- 8,7
Sedativa a hypnotika	62	1,6	56	1,3	35	0,8	- 0,5	- 37,5
Jiné drogy a léky	19	0,5	17	0,4	22	0,5	+ 0,1	+ 29,4
Neznámo	19	0,5	5	0,1	15	0,4	- 0,3	+ 300,0
Celkem	3891	100	4148	100	4233	100	-	+ 2,0

Z předchozí tabulky je patrný zvyšující se podíl a počet uživatelů stimulancií a opiátů (čili drog, jejichž užívání je součástí definice problémového užívání drog) na všech prvožadatelích o léčbu.

Celkem bylo evidováno 2 755 mužů a 1 470 žen (u 8 uživatelů nebylo pohlaví uvedeno). Podíl žen v posledních 3 letech se nemění. Stejně tak došlo v r. 2001 ke stabilizaci poměru mužů a žen užívajících heroin (v r. 2000 i 2001 2,2:1), poměr mužů a žen užívajících pervitin je stabilizován již několik let na 1,6:1. U těkavých látek dochází ke zvyšování podílu žen (poměr muži : ženy v r. 2000 4,6 : 1, v r. 2001 3,3 : 1).

Nejpostiženější věkovou skupinou zůstávají 15 - 19letí, kterých bylo v r. 2001 nově evidováno 1763 osob, došlo ale k poklesu jejich podílu ze 45,5% v r. 2000 na 41,6% v r. 2001. **Pokračuje posun do starších věkových skupin, roste průměrný věk žadatelů o léčbu (viz tabulka 3-5). Rostoucí průměrný věk a s tím spojené ubývání uživatelů v mladších věkových skupinách je příznivým ukazatelem vývoje problémového užívání drog – s největší pravděpodobností klesá skutečná incidence problémových uživatelů drog jako taková a o léčbu dnes žádají ve větší míře uživatelé s počátkem drogové kariéry ve druhé polovině 90. let minulého století.** Porovnáme-li průměrný věk uživatelů heroinu a průměrný věk počátku jejich první aplikace heroinu, lze vysledovat, že k poklesu skutečné incidence došlo pravděpodobně v letech 1998 – 1999. Stejně tak rostoucí věk uživatelů může odrážet pozitivní skutečnost, že programy léčebně/kontaktních center jsou stále atraktivnější i pro skupinu starších, déle užívajících klientů.

tabulka 3-5: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu, ČR, 1999 -2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

Skupina drog	1999	2000	2001
Heroin a ost. opiáty	21,8	21,6	22,2
Pervitin a ost. stimul.	21,0	21,4	21,6
Kanabinoidy	18,6	18,5	18,3
Halucinogeny	18,0	18,6	19,8
Těkavé látky	17,5	18,6	18,3
Sedativa, hypnotika	38,4	35,3	39,4
Jiné drogy a léky	24,4	26,0	33,7
Neznámá	27,0	22,6	25,1
Celkem	20,8	20,9	21,3

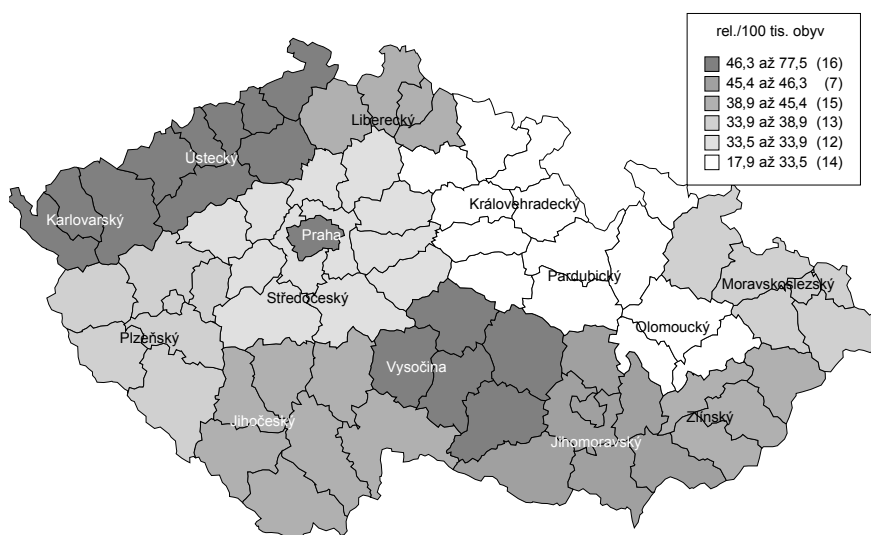
Z hlediska věku lze žadatele o léčbu rozdělit do tří skupin:

- Uživatelé pervitinu a heroinu mají v průměru kolem 21 let
- Uživatelé kanabinoidů a těkavých látek jsou v průměru o málo starší než 18 let
- Vymykají se uživatelé sedativ a hypnotik, případně dalších drog a léků, kteří jsou v průměru o 10 – 20 let starší než ostatní uživatelé drog žádající o léčbu

Vzhledem k faktu, že užívání kanabinoidů je spojeno s relativně nejnižším rizikem zdravotního či jiného poškození, je otázkou, nakolik v průměru 18-ti letí uživatelé kanabinoidů splňují definici žadatele o léčbu podle EMCDDA.

Relativně nejvíce žadatelů o první léčbu bylo hlášeno z kraje Ústeckého, Karlovarského, Prahy a Vysočiny, nejméně z Královehradeckého, Pardubického a Olomouckého, viz *obrázek 3-1*.

obrázek 3-1: Žadatelé o první léčbu dle krajů, ČR, 2001 (rel./100 tis.)



Existují výrazné regionální rozdíly v druzích užívaných drog, zejména ve vzájemném poměru uživatelů pervitinu a heroinu. **Pervitin je rozšířen na celém území ČR**, uživatelé pervitinu tvoří v jednotlivých krajích 32% (Středočeský) až 95% (Pardubický) všech žadatelů o první léčbu. **Uživatelé heroinu tvoří v jednotlivých krajích 1% (Pardubický) až 53% (Praha)** všech žadatelů o první léčbu, v Praze má heroin nad pervitinem převahu jako

v jediném kraji. Vyrovnáný je poměr ve Středočeském, Jihočeském a Ústeckém kraji. Ve zbývajících krajích má pervitin převahu nad heroinem. Zdá se, že na tyto regionální rozdíly nemá vliv spektrum poskytovaných služeb, protože kromě substituční léčby závislosti na opiátech neexistují podstatné rozdíly v charakteru služeb poskytovaných u závislosti na heroin a pervitin. **Relativně nejvíce uživatelů těkavých látek je v kraji Moravskoslezském** – 9% ze všech žadatelů o první léčbu. U užívání těkavých látek existuje důvodná obava z podhodnocení jeho rozsahu, protože většina léčebných programů včetně nízkoprahových zařízení není primárně zaměřena na uživatele těkavých látek a potřeby léčby či jiného typu pomoci těchto uživatelů tudíž nejsou uspokojeny.

Injekční aplikace jako nejčastější způsob užití drogy byla zaznamenána u 2636 z 4233 (62,3 %) nových žadatelů o léčbu, vezmeme-li v úvahu i injekční aplikaci sekundární drogy, pak procento injekčních uživatelů dosahuje 64,8 %. Trend tohoto podílu je rostoucí díky zvyšujícímu se relativnímu i absolutnímu počtu žádostí uživatelů heroínu a pervitinu o léčbu, z nichž většina jsou injekční uživatelé – vztahovat tedy injekční uživatele na všechny žadatele o léčbu může tedy zkreslující. **Trend podílu injekčních uživatelů ze všech uživatelů pervitinu je však dlouhodobě stabilní, u heroínu došlo v r. 2001 dokonce k poklesu podílu injekčních uživatelů na úkor méně rizikového vdechování par z aluminiové fólie.**

Nejčastěji užívanou sekundární drogou nových žadatelů o léčbu je marihuana, což je přirozeným odrazem jejího výsadního postavení mezi rekreačními uživateli a experimentátory a její v podstatě neomezené dostupnosti na našem území (viz kapitola 2.1). Z celkového počtu 4 233 nově evidovaných uživatelů v roce 2001 užívalo alespoň jednu další drogu v kombinaci se základní drogou 2172 osob, z toho kanabinoidy 1260 osob.

Ze závěrečných zpráv projektů jednotlivých nízkoprahových zařízení vyplývá, že v r. 2001 se v „živé kartotéce“ kontaktních center nacházelo 13 500 – 14 000 osob (z nich cca 80% se účastnilo výměnných programů), v kontaktu s terénními programy výměny jehel a stříkaček bylo 4500 – 6500 osob. **Celkem je tedy v kontaktu s nízkoprahovými službami v ČR cca 18 500 – 19 500 klientů, z toho výměnné programy využívá cca 15 500 – 17 500 klientů.**

Lze vysledovat plynulý nárůst pacientů hospitalizovaných v lůžkových psychiatrických zařízeních na poruchy způsobené psychoaktivními látkami (mimo alkoholu). Od r. 1994, kdy bylo hospitalizováno 1 131 osob, došlo k nárůstu na 5 078 hospitalizovaných v r. 2000 (údaje za rok 2001 prozatím nejsou k dispozici).

3.1.1 Podíl problémových uživatelů drog v různých typech léčby

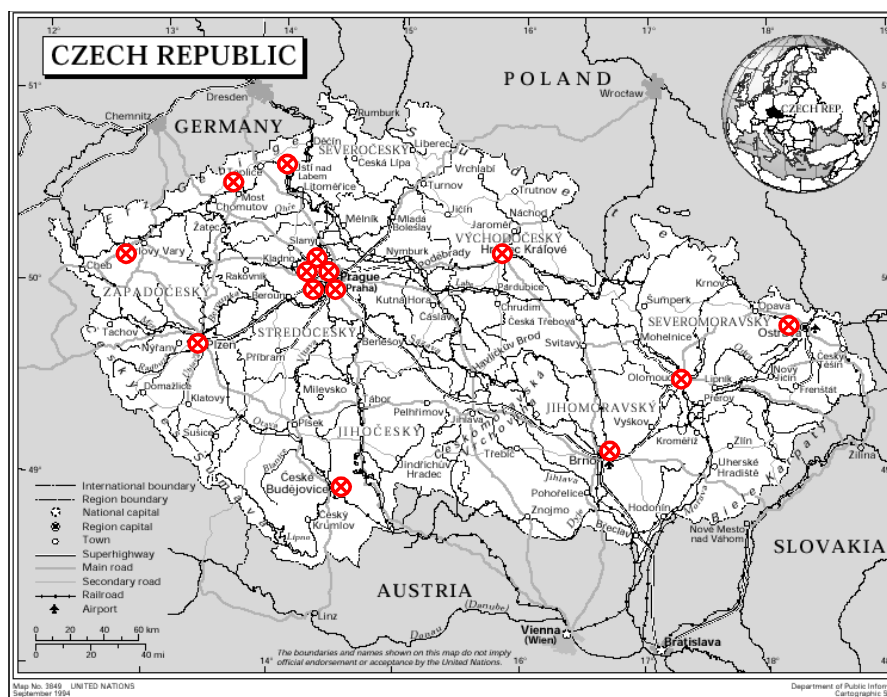
Ukazatelem úspěšnosti léčebného systému a současně ukazatelem stabilizace drogové scény je podíl problémových uživatelů v léčbě či v kontaktu s léčebným zařízením (in-treatment rate). Metodou zpětného zachytu (capture-recapture method) byl na lokální úrovni (okres Karviná, Plzeň, Brno) stanoven podíl problémových uživatelů v léčbě na 15 – 20%. Kvalitativní metodou – analýzou 128 rozhovorů s problémovými uživateli drog v 6 regionech (Karviná, Brno, Olomouc, Praha, Ústí nad Labem, Třebíč) byl podíl v léčbě stanoven na 20 – 37%. Porovnáním „živé kartotéky kontaktních center“ a odhadovaného počtu problémových uživatelů drog v ČR docházíme k podílu **cca 37% hlášených problémových uživatelů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovým zařízením.**

Z veřejně zdravotního hlediska je významným ukazatelem **zapojení injekčních uživatelů drog do léčebných programů snižování rizika zdravotního poškození (harm reduction).** Podíl uživatelů ve výměnných programech lze odhadnout na více než 50% z celkem 30 tisíc odhadovaných injekčních uživatelů drog v ČR (Exchange coverage rate) a tento podíl má velmi pravděpodobně vzestupný trend (viz data o rostoucím počtu vyměňovaných jehel a stříkaček v kapitole 10.2.4.2). **Do metadonového substitučního programu bylo v r. 2001 v ČR přijato 521 osob,** což znamená cca 3% z celkem 12 000 – 18 000 odhadovaných uživatelů heroínu (substitution coverage rate), z nichž většina (téměř 90%) užívá heroin injekčně.

3.2 Drogová úmrtí (mortalita)

Data o předávkování nelegálními drogami byla v ČR po dlouhou dobu nejméně spolehlivými z tzv. „pěti harmonizovaných indikátorů“ EMCDDA. To bylo obzvláště alarmující vzhledem k faktu, že jde bez jakýchkoliv pochybností o nejzávažnější negativní následek zneužívání nelegálních drog.

Přelom v této neuspokojivé situaci představuje studie PAD a její substudie (Zábranský and Vorel, 2001), která v zájmu určení ušlé produktivity v důsledku zneužívání drog začala od roku 1998 sbírat tato data z celé republiky podle metodologie EMCDDA. Poslední krok v metodické konsolidaci byl učiněn v roce 2001, kdy **Meziresortní protidrogová komise (MPK – dnes RVKPP) v těsné spolupráci s Odbornou společností soudního lékařství a toxikologie ČLS JEP (dále jen SSLST ČLS JEP) vyvinula mechanismus pro automatické poskytování a vyhodnocování dat o drogové úmrtnosti v ČR.** V současnosti tento systém pokrývá celou republiku (viz obrázek 3-2); všechna násilná úmrtí, ke kterým v České republice dojde, by podle platné legislativy (Ministerstvo zdravotnictví ČSSR, 1988) měla být jedním z těchto 14 pracovišť vyšetřena tak, aby byla jednoznačně určena příčina úmrtí. Přestože existují rozdíly ve vyšetřovací taktice a přístrojovém vybavení jednotlivých pracovišť, **SSLST ČLS JEP s technickou, materiální i odbornou pomocí Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, EMCDDA a Phare Twinning Project-u vyvinula v roce 2001 významné úsilí v zájmu sjednocení metodiky, zajištění laboratorních standardů a zvyšování odbornosti jednotlivých pracovišť.**



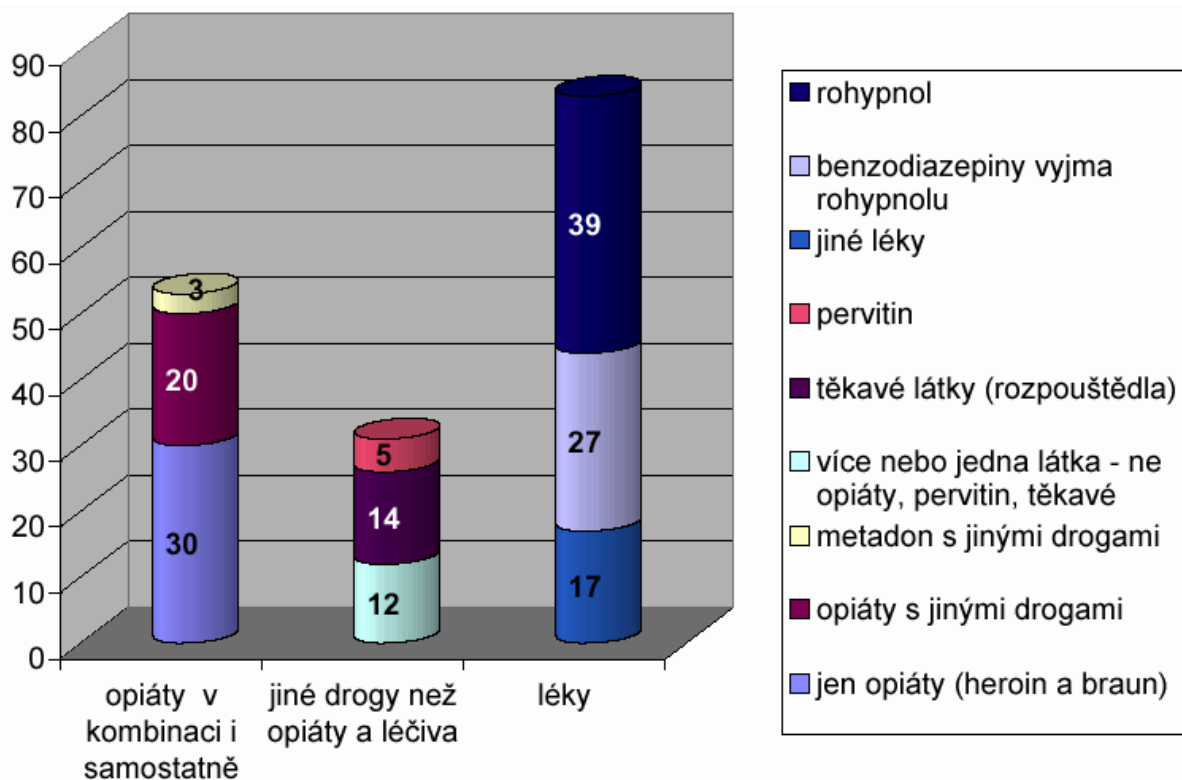
obrázek 3-2: Rozmístění 14 toxikologických laboratoří oddělení soudních lékařství, účastných systému NMS pro sledování drogové mortality

EMCDDA rozeznává především dvě kategorie úmrtí: „předávkování“ a „úmrtí za přítomnosti drog.“ Srovnatelnosti v rámci EU je dosaženo pouze v první kategorii, která je také považována za důležitější indikátor škod, plynoucích ze zneužívání drog. Jemu se bude věnovat i následující text.

3.2.1 Výsledky za rok 2001

V roce 2001 bylo identifikováno celkem 167 „drogových úmrtí“ - předávkování. To je s ohledem na situaci v EU ve vztahu k počtu obyvatel i ve vztahu k počtu problémových uživatelů velmi nízké – „příznivé“²⁰ – číslo.

Poprvé v historii se podařilo věrohodně oddělit otravy uživatelů těkavých látek od pracovních otrav a dalších nehod; zajímavá je přítomnost metadonu u tří předávkovaných (i když je třeba zdůraznit, že metadon ani v jednom z těchto případů nebyl důvodem úmrtí).

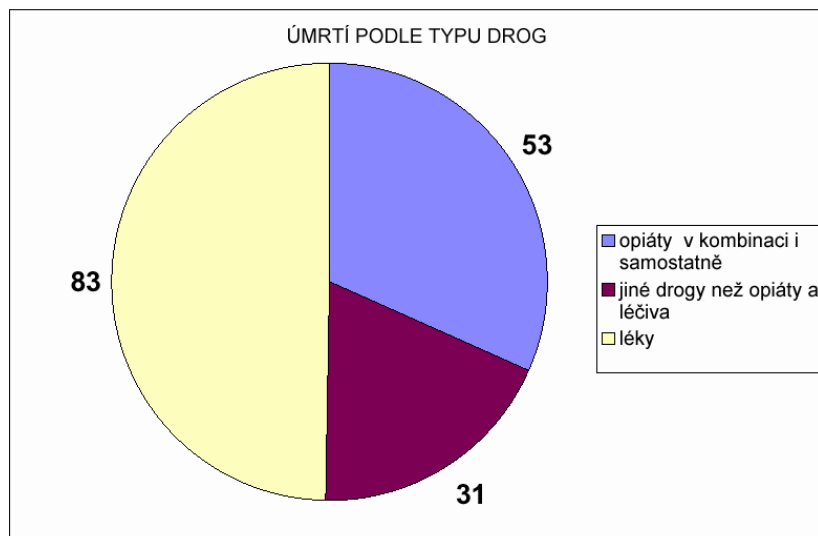


obrázek 3-3: Předávkování drogami v roce 2001 podle jednotlivých skupin - podrobně

Prim si mezi „pouličními drogami“ udržují nelegální opiáty, a to samostatně i v kombinaci. Úmrtí na předávkování těkavými látkami²¹ významně převyšují úmrtí na předávkování pervitinem, nejrozšířenější českou „problémovou“ drogou.

²⁰ jakkoliv lze plným právem tvrdit, že těchto úmrtí je přesně o 167 více, než by bylo žádoucí

²¹ které jsou legálně a bez významnějších omezení prodávány v malo- i velkoobchodní síti

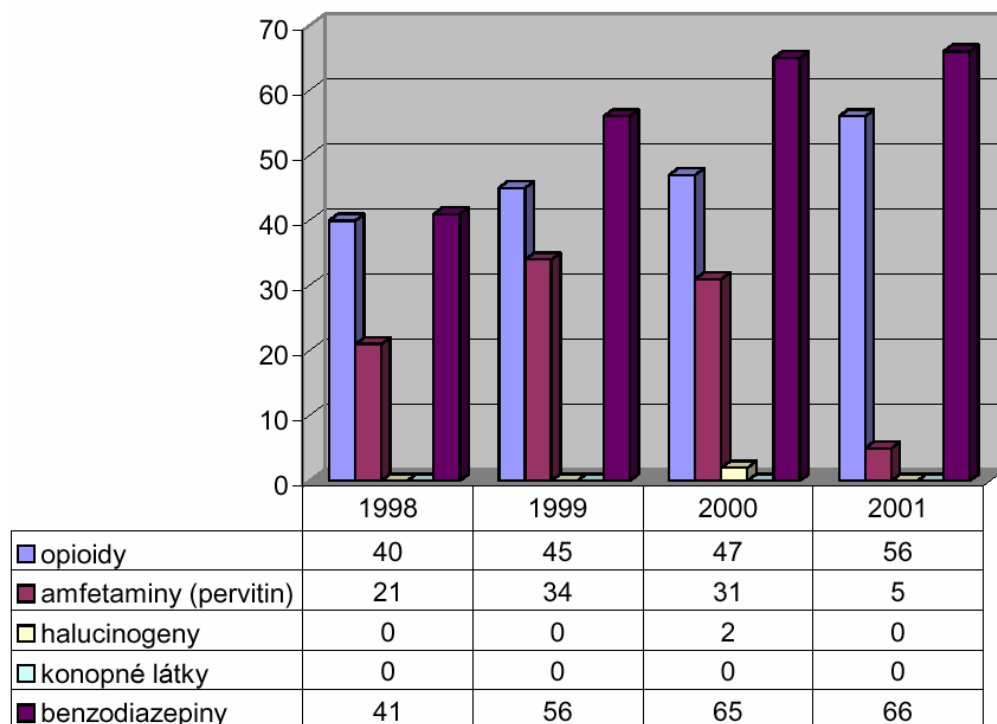


obrázek 3-4: Předávkování drogami a léky podle typu psychotropní látky

Vůbec nejvíce úmrtí jsme v roce 2001 (i v letech předchozích – viz *obrázek 3-5*) zaregistrovali v kategorii „předávkování psychotropními léky.“ Opět se potvrzuje význam Rohypnolu® na nelegální drogové scéně (neúmyslná fatální předávkování) i jako nástroje sebevražd a náhodných předávkování – vše vesměs v kombinaci s alkoholem; **žádná jiná látka není zodpovědná za tak vysoký počet předávkování jako toto hypnotikum.** Jiné benzodiazepiny sehrávají také významnou roli. Z obrázku výše je jasné, že **psychotropní léky jsou zodpovědné za vyšší počet otrav než kterákoliv jiná kategorie psychotropních látek (s výjimkou alkoholu).**

3.2.2 Trendy 1998-2001

Trendy v předávkování podle jednotlivých drog se věnuje podrobněji kapitola 6. Tato část *Výroční zprávy* obsahuje pouze souhrnné trendy. V zájmu zachování dlouhodobé srovnatelnosti dat je z následujícího souhrnu vyřazena kategorie „jiné léky“ (do roku 2000 se sledovaly jen benzodiazepiny včetně Rohypnolu®) a kategorie „těžké látky“ (do roku 2000 nebylo možno oddělit „průmyslové“ otravy od předávkování).



obrázek 3-5: trendy v předávkováních podle typů drog

Obrázek a tabulka výše přesvědčivě dokládají **další nárůst předávkování opiátů/opioidy**, které je ve shodě s poznatky o trvalém nárůstu nabídky heroinu napříč republikou. Heroin se navíc počínaje rokem 2000 vyskytuje na pouličním černém trhu ve **velmi rozdílné koncentraci** (od 5 do 80 %), což **riziko předávkování uživatelů významně zvyšuje**.

K nevýznamnému zvýšení došlo u benzodiazepinů. **Překvapením není nulový počet úmrtí u konopných látek** (smrtná dávka není známa) **ani u halucinogenů**.²²

Velmi překvapivé naopak je výrazné snížení předávkování pervitinem. Možná vysvětlení zahrnují

- snížení prevalence užívání pervitinu díky úspěšným policejním akcím
- homogenní kvalita díky homogenizaci trhu – vymizení malých laboratoří a převzetí trhu velkovýrobci, ovládanými organizovaným zločinem
- změna ve způsobu vyšetřování jednotlivých pracovišť a ve vyšetřovací taktice
- přecenění této položky v minulých letech resp. její dvojité vykazování v případech, kdy byly v mrtvých tělech identifikovány spolu s pervitinem i opioidy

V současné situaci není možno rozhodnout, která z příčin či jejich kombinace se na prudkém zlomu v trendu podílely; více nám napoví vývoj v příštích letech.

²² pro „čisté“ halucinogeny platí vesměs totéž, co pro konopné látky; v roce 2000 šlo o požití durmanu – rostliny, obsahující delirogeny *skopolamin* a *atropin*)

3.3 Infekce spojené s užíváním drog

3.3.1 HIV/AIDS

V České republice bylo k 31.12.2001 evidováno celkem 551 HIV+ osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 21 IUD (z nichž jsou 2 osoby ve stádiu AIDS) a 6 dalších osob je současně IUD a homo-/bisexuály – cestu přenosu HIV infekce nelze tudíž s jistotou určit (Jedlička et al. 2002).

Table 3.3-A: Incidence HIV+ v ČR do 31.12.2001 dle způsobu přenosu

Způsob přenosu	do 1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	celkem
Homo- a bisex.	69	9	16	14	17	14	31	32	15	19	27	27	287
IUD	0	1	0	1	2	3	1	2	3	1	4	3	21
Homo a IUD	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	2	6
Hemofilici	16	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	17
Příjemci krve	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Heterosex.	6	2	6	9	16	17	16	25	9	23	21	13	163
Matka-dítě	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3
Nozokomiální	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Nezjištěno	3	1	1	3	2	5	2	2	1	5	4	6	38
Celkem	108	13	23	27	38	40	50	63	31	50	57	51	551

Situace ve výskytu nových případů HIV infekce jak mezi injekčními uživateli drog, tak ve výskytu HIV infekce vůbec je v ČR od poloviny 90. let minulého století stabilizovaná. Ročně jsou hlášeni 1 až 4 noví HIV pozitivní injekční uživatelé drog.

V r. 2001 bylo v ČR provedeno celkem 754 847 vyšetření HIV protilátek s 51 pozitivními výsledky (0,007%). Jako vyšetření injekčních uživatelů drog bylo označeno 2 169 HIV testů (v r. 2000 to bylo 2 091 HIV testů) s 1 pozitivním výsledkem (0,046%). **Lokální výsledky také naznačují velmi nízkou prevalenci HIV ve skupině IUD:** např. v letech 1998 – 2001 byl v okrese Karviná proveden HIV test celkem 308 IUD – všechny s negativním výsledkem.

3.3.2 Virové hepatitidy

Z dat o hlášených nových případech akutní virové hepatitidy typu B (VHB) a typu C (VHC) v ČR v letech 1997 – 2001 je zřejmé, že **v r. 2001 došlo v ČR k absolutnímu poklesu počtu případů mezi IUD u obou typů parenterální²³ virové hepatitidy.** Vzhledem k tomu, že v posledním roce nedošlo k zásadní změně systému hlášení a povědomí o roli injekčního užívání v šíření virových hepatitid spíše vzrostlo, je tento **trend velmi pozitivní.** Protože ve většině případů nelze při prvozáchytu VHC rozlišit, zda se jedná o akutní či chronickou infekci, objektivnější obraz poskytuje výskyt všech VHC včetně chronických. **Incidence VHC mezi IUD včetně chronických případů již vykazuje vzestupný trend, i když podíl na všech případech je v posledních letech více méně stabilní – kolem 60% (Řehák and Krekulová, 2002b).** Je třeba ovšem poznamenat, že vzhledem k tomu, že u značné části případů probíhá VHB i VHC bezpříznakově (50 a více % u VHB, 75 a více % u VHC), není hlášená incidence ideálním indikátorem pro sledování a hodnocení výskytu VHB a VHC ve skupině IUD (viz tabulka 3-6).

²³ parenterální = šířící se jinak než požitím resp. ústý; v tomto případě jde zejména o virovou hepatitidu B a C a jejich šíření nesterilními injekčními pomůckami; jen okrajově je v ČR důležité jejich šíření pohlavním stykem

tabulka 3-6: Hlášená incidence VHB a VHC a podíl IUD v ČR v letech 1997 – 2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

typ VH	rok	Celkem případů	Z toho IUD	% IUD
akutní VHB	1997	557	46	8,3
	1998	575	107	18,6
	1999	636	150	23,6
	2000	604	160	26,5
	2001	457	129	28,2
VHC	1997	268	132	49,3
	1998	448	261	58,3
	1999	634	362	57,1
	2000	637	360	56,5
	2001	798	486	60,9
z toho akutní VHC	1997	220	116	52,7
	1998	319	195	61,1
	1999	329	211	64,1
	2000	319	215	67,4
	2001	276	167	60,5

Daleko lépe vypovídá o výskytu virových hepatitid vyšetření protilátek proti původcům jednotlivých typů, případně vyšetření jejich antigenů – čili provedení séroprevalenční studie neboli sérologického přehledu. V této oblasti jsou k dispozici prozatím jen výsledky lokálních studií; jejich přehled uvádí *tabulka 3-7*.

tabulka 3-7: Séroprevalence²⁴ VHB a VHC ve skupině IUD – přehled dostupných dat, ČR, 1998 – 2001 (zdroje dat: Mravčík and Šebáková, 2002; Trmal J. et al. 1999; Řehák and Krekulová, 2002a)

Typ VH	Geografická oblast	Subpopulace	Rok	Počet vyšetřených	Výskyt protilátek (%)
VHB	Karviná	klienti nízkoprahových zařízení	1998 – 2001	308	8,6
	Praha	klienti metadonové substituce	2000	60	46
VHC	Karviná	klienti nízkoprahových zařízení	1998 – 2001	308	21,1
	Ústí n. Labem	klienti nízkoprahového zařízení	1999	224	37,1
	Praha	klienti metadonové substituce	2000	60	68

Z předcházející tabulky je patrná značná rozdílnost ve výskytu protilátek proti oběma typům virových hepatitid, daná jednak lokálními rozdíly, zejména však rozdílnou charakteristikou souboru co do ukazatelů injekčního užívání. Výskyt protilátek proti VHB a VHC závisí zejména na délce a intenzitě injekční aplikace.

Gradient výskytu VHC v závislosti na vybraných faktorech a další charakteristiky a trendy výskytu VHB a VHC byly sledovány v rámci projektu IKTERUS, viz *tabulka 3-8 až tabulka 3-11* (Mravčík and Šebáková, 2002):

²⁴ Séroprevalence = promořenost = výskyt protilátek proti dané infekci v krevním séru; je známkou kontaktu člověka s touto infekcí v blízké či vzdálené minulosti

tabulka 3-8: Výskyt anamnestických protilátek proti VHB a VHC v závislosti na věku (projekt IKTERUS 1998 – 2001)

Věk (roky)	výskyt VHB (%)	výskyt VHC (%)
< 15	0,0	0,0
15-19	1,3	11,9
20-24	14,6	23,2
25-29	17,2	44,8
30-34	33,3	55,6
> 35	66,7	100,0
Celkem	8,6	21,1

tabulka 3-9: Výskyt anamnestických protilátek proti VHB a VHC v závislosti na celkové délce injekčního užívání (projekt IKTERUS 1998 – 2001)

Délka injekčního užívání (roky)	výskyt VHB (%)	výskyt VHC (%)
< 1	4,8	0,0
1-2	6,2	19,6
3-5	9,3	33,3
6-9	20,0	55,8
> 10	66,7	100,0
Celkem	8,6	21,1

tabulka 3-10: Výskyt anamnestických protilátek proti VHB a VHC v závislosti na roku první injekční aplikace (projekt IKTERUS 1998 – 2001)

Rok první injekční aplikace	výskyt VHB (%)	výskyt VHC (%)
< 1990	83,0	100,0
1990 - 1994	17,9	60,7
1995 - 1999	4,5	16,7
> 1999	11,1	0,0
Celkem	8,6	21,1

tabulka 3-11: Výskyt anamnestických protilátek proti VHB a VHC v závislosti na bydlišti (projekt IKTERUS 1998 – 2001)

Bydliště	výskyt VHB (%)	výskyt VHC (%)
Bohumín	7,1	30,8
Český Těšín	2,9	20,6
Havířov	16,3	45,9
Karviná	7,0	4,0
Orlová	2,3	11,6
ostatní	8,3	16,7
Celkem	8,6	21,1

Pomocí krokové lineární regresní analýzy byly v souboru projektu IKTERUS identifikovány nezávislé proměnné spojené s výskytem VHB a VHC.

U VHB to jsou **časnější rok počátku injekční aplikace, mužské pohlaví, prodělání VHC** a paradoxně **absence sdílení jehel a stříkaček v minulosti vzdálenější než 3 měsíce** (pravděpodobně artefakt daný dvěma lokálními epidemickými výskyty VHB mezi IUD v době trvání projektu).

U VHC jsou nezávislými proměnnými **časnější počátek injekční aplikace, bydliště v Havířově a prodělání VHB**.

Celkem 102 osob s negativním výsledkem vyšetření VHC u prvního odběru bylo podrobeno alespoň jednomu následnému vyšetření. Lze tedy vyčíslit *incidence rate* – čili počet nových infekcí v určité skupině (100 osob) za určitou časovou jednotku (rok) onemocnění, která indikuje rychlost šíření infekce. V souboru projektu IKTERUS

byla incidence rate stanovena z důvodu dostatečného počtu pozitivních výsledků u následných vyšetření (sérokonzerví) pouze u VHC - za období 1998 – 2001 je 15,4 případů/100 osob a rok, za období 1998 – 1999 to bylo 19,3 případů/100 osob a rok, viz *tabulka 3-12*.

tabulka 3-12: Incidence rate VHC, projekt IKTERUS 1998 - 2001

Období	Incidence rate VHC (případy/100 osob a rok)
1998 – 1999	19,3
1998 – 2000	18,4
1998 – 2001	15,4

Potvrdilo se, že faktor času vyjádřený různými proměnnými (věk uživatele, délka injekční aplikace, rok první injekční aplikace) je pro výskyt VHC rozhodující – rok první injekční aplikace byl identifikován jako nezávislá proměnná, která tento výskyt nejvíce ovlivňuje. Výsledky projektu IKTERUS tedy naznačují **pokles rizika získání VHC (analogicky pravděpodobně i VHB) ve skupině IUD v okrese Karviná v 90. letech minulého století.** Souvislost s opatřeními typu *harm reduction* (snižování škod) se nabízí, jednoznačně prokázat ji však nelze.

3.4 Další poruchy spojené s užíváním drog

3.4.1 Nefatální intoxikace drogami

Sběr dat o (nefatálních) intoxikacích je založen na sentinelovém systému, provozovaném hygienickou službou ČR. Přetrvávají značné regionální rozdíly v systému sběru dat jak co do kvality, tak co do kvantity. Zdrojem dat o intoxikacích v souvislosti s užitím drog jsou různé druhy zdravotnických zařízení. Intoxikace dle skupin základní drogy a pohlaví shrnuje *tabulka 3-13*.

tabulka 3-13 Intoxikace drogami ČR – 2001, Základní drogy podle pohlaví (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

Základní drogy	Muži	Ženy	Celkem	Procento ze všech uživatelů
Heroin	208	77	285	24,1
Metadon	0	2	2	0,2
Ostatní opiáty	11	5	16	1,4
Pervitin	127	36	163	13,8
Ecstasy	7	8	15	1,3
Kokain	3	1	4	0,3
Amfetamin a další stimulancia	2	2	4	0,3
Marihuana	50	13	63	5,3
Barbituráty	6	13	19	1,6
Benzodiazepiny	55	82	137	11,6
Sedativa, hypnotika	59	117	176	14,9
LSD	1	2	3	0,3
Psilocybin	9	6	15	1,3
Těkavé látky	59	16	75	17,8
Durman	4	0	4	0,3
Jiné drogy a léky	74	108	182	18,7
Neznámá	12	8	20	1,7
Celkem	687	496	1183	100

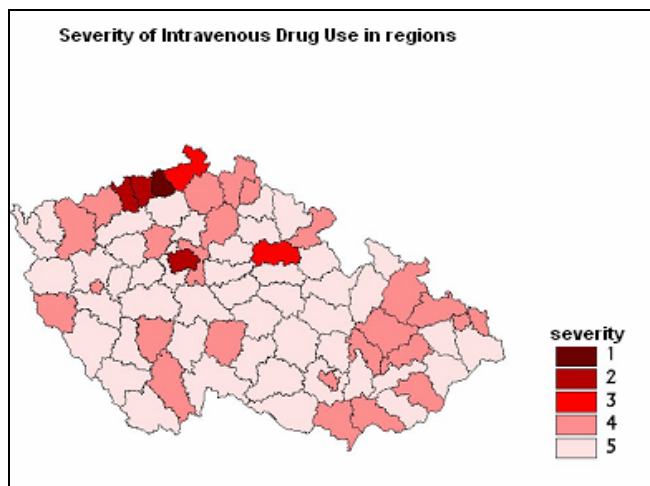
4 Sociální a právní vztahy a jejich následky

4.1 Sociální problémy

Sociální problémy a sociální marginalizace je vnímána jako jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů problémového užívání legálních i nelegálních drog. V řadě případů užívání alkoholu, tabáku a dalších drog je spíše sekundárním symptomem než primární poruchou.

V oblasti nelegálních drog prozatím v ČR neexistuje tématický výzkum, který by se výhradně touto problematikou zabýval. K dispozici jsou jen dva mezinárodní projekty:

- **Projekt Copernicus** „Globální přístup k drogovému problému“ (Palm and Zábranský, 2001), zabývající se v tomto kontextu jednak **rizikovými faktory u mládeže** (Miovský, 2000), jednak za jiným účelem podniknutou analýzou **lokální závažnosti zneužívání návykových látek** (Mravčík, 2002); výsledný kartogram (viz *obrázek 4-1*) se s výjimkou pražské aglomerace až překvapivě často shoduje s kartogramem míry nezaměstnanosti, případně jiných negativních sociálních jevů.
- **Kvalitativní výzkum** (Grund et al. 2000), zabývající se mírou **užívání legálních** (alkohol, těkavé látky) **a nelegálních** (především heroin) **drog v romské minoritě** v zemích bývalého východního bloku, jenž byl v letech 1998 a 1999 prováděn i v naší zemi; poukázal na **nárůst tohoto jevu** v romských komunitách po společenských změnách na přelomu osmdesátých a devadesátých let, na **spojitost se sociální marginalizací**, jíž Romové trpí, na **neschopnost stávajících sítí zařízení a služeb** (s výjimkou substituční léčby) **vyjít vstříc potřebám** takto definovaných pacientů/klientů a v neposlední řadě na **flagrantní selhání romské reprezentace tento problém pojmenovat a racionálně řešit**.



obrázek 4-1: Závažnost intravenózního užívání drog v regionech v roce 1998 (Mravčík, 2002)

Národní monitorovací středisko připravuje pro rok 2003 kombinovaný kvantitativní a kvalitativní výzkum, zabývající se užíváním návykových látek v romské populaci.

4.2 Drogové trestné činy a přestupky

4.2.1 Drogové trestné činy dle údajů Policie ČR

V roce 2001 bylo Policií ČR zjištěno celkem 358 577 trestných činů, za které bylo stíháno celkem 127 856 pachatelů.

Z toho bylo zjištěno celkem 4 209 drogových trestných činů (tj. podle §§ 187-188a trestního zákona), v souvislosti se kterými bylo stíháno/vyšetřováno celkem 1 952 osob. Z celkového počtu vyšetřovaných/stíhaných osob/pachatelů drogových trestných činů bylo 139 dětí (tj. osob do 15 let věku) a 221 mladistvých (tj. osoby od 15 do 18 let věku). Podrobné údaje o drogové trestné činnosti za období od roku 1995 do roku 2001 shrnuje *tabulka 4-1*. Ze statistických dat nelze vyčíst, o jaký druh ani o jaké množství omamné či psychotropní látky se u jednotlivých trestných činů jednalo.

Ustavením nové metodologie mapování těchto jevů, která umožní jejich přesnější posouzení, se zabývá pracovní skupina *Data Collection Map* v rámci *Phare Twinning Project „Strengthening National Drug Policy“*, který je na pokladě mezinárodní smlouvy realizován Českou republikou a Rakouskem.

tabulka 4-1: Počet zjištěných drogových trestných činů a stíhaných osob dle údajů Policejního prezidia ČR

Rok	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a	
	Zjištěno TČ	Stíháno osob	Zjištěno TČ	Stíháno osob	Zjištěno TČ	Stíháno osob	Zjištěno TČ	Stíháno osob
1995	932	363	0	0	67	36	132	65
1996	1436	827	0	0	156	20	446	126
1997	2303	887	0	0	101	45	449	131
1998	4056	1075	0	0	101	49	1077	231
1999	6100	1436	228	98	90	42	1302	177
2000	3395	1401	229	137	134	77	963	185
2001	3198	1525	241	166	157	80	613	181

Trend vývoje zjištěné drogové trestné činnosti Policií ČR ukazuje *obrázek 4-2*. Na první pohled se může zdát, že v roce 2000 došlo k významnému snížení četnosti zjištěných drogových trestných činů.

Na vysvětlenou je nutno zdůraznit, že srovnáme-li trend vývoje počtu zjištěných trestných činů (viz *obrázek 4-2*) a trend vývoje počtu stíhaných pachatelů Policí ČR (viz *obrázek 4-3*), a dáme-li tyto trendy do souvislosti s de facto neměnným procentem objasněnosti (viz níže), tato skutečnost se nepotvrzuje. Křivky trendů zjištěné trestné činnosti a pachatelů stíhaných Policí ČR jdou zcela proti sobě, což by teoreticky mohlo znamenat větší procento spolupachatelství. Tuto úvahu však zcela vyvrací trendy vývoje osob obžalovaných státními zastupitelstvími (viz *obrázek 4-4*) a počtu odsouzených osob (viz *obrázek 4-5*), u nichž k žádnému takovému zlomu nedošlo, ač by k němu v případě neměnného vykazování dat dojít muselo, neboť zachycují vývoj navazující fáze trestního řízení. Srovnání trendů vývoje potvrzuje níže uvedené vysvětlení o změně metodologie sběru policejních dat o zjištěné trestné činnosti, která významně zkresluje časové trendy vývoje kriminality v ČR.

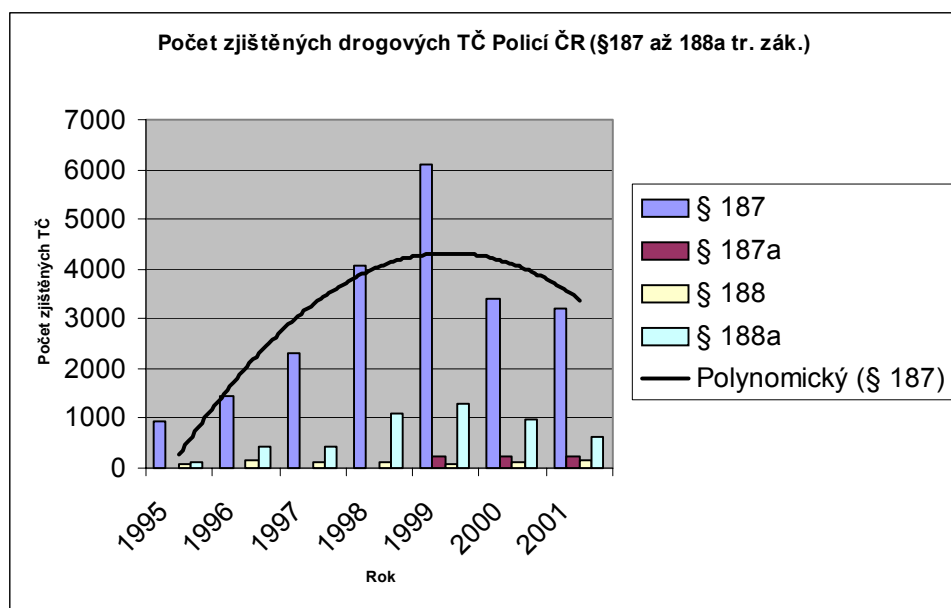
Objasněnost drogových trestných činů se tradičně pohybuje v rozmezí od 90 do 100 %. V roce 2001 byla objasněnost u trestného činu dle ust. § 187 trestního zákona 92,53 %, u § 187a trestního zákona 99,02 %, u § 188 trestního zákona 95,85 0 a u § 188a trestního zákona 99,36 %. **Vysoká objasněnost těchto trestných činů vyplývá ze samotných skutkových podstat, resp. potřeby důkazních materiálů.** Tak např. zjištění trestného činu držení drogy v množství větším než malém dle ust. § 187a trestního zákona předpokládá zajištění drogy u pachatele trestného činu. Těžko lze taktéž předpokládat trestní oznámení na neznámého pachatele pro trestný čin dle ust. § 187 trestního zákona.

„Snížení“ počtu stíhaných trestných činů je dáno pouze změnou ve vykazování zjištěných trestných činů oproti minulým letům: jeden trestný čin tedy nadále neznamená jeden útok proti zájmu chráněnému trestním zákonem, ale může jít o více útoků, páchaných tímtež pachatelem v určitém časovém období.

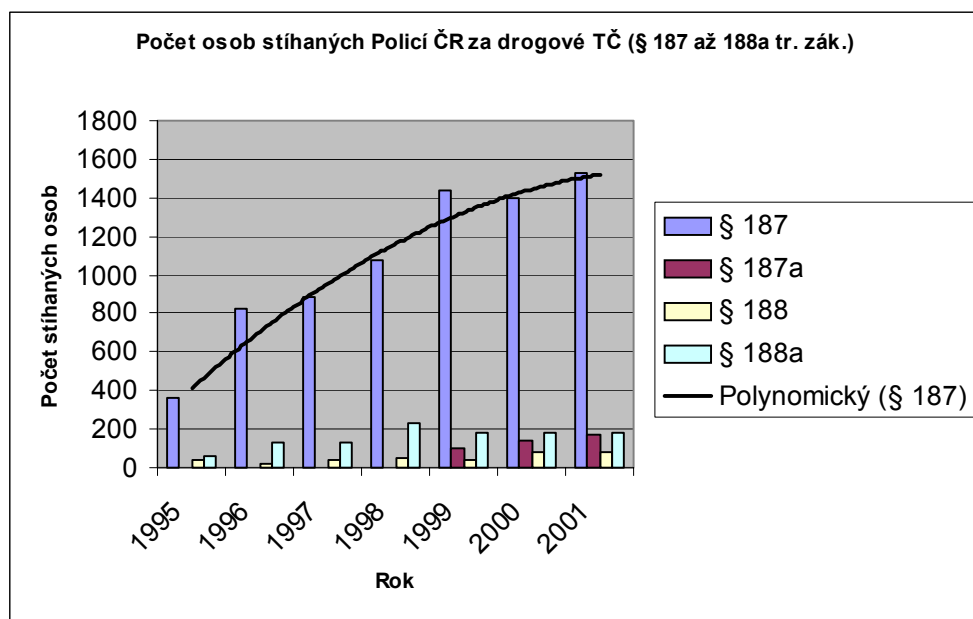
S ohledem na teorii práva tato změna de facto přiblížila statistiky chápání trestního práva, z hlediska monitorování však statistiky znehodnocuje.

Významný pokles počtu zjištěných drogových trestných činů tedy není způsoben zlepšením situace v oblasti drogové kriminality, ale je pouze důsledkem shora popsané změny ve statistickém výkaznictví.

O tom také svědčí **relativně stabilní** (vzestupný) trend vývoje počtu stíhaných osob (viz obrázek 4-3).



obrázek 4-2: Trend vývoje zjištěné drogové trestné činnosti Policí ČR



obrázek 4-3: Trend vývoje počtu osob stíhaných Policí ČR za drogové trestné činy

4.2.2 Drogové trestné činy dle údajů státních zastupitelství a soudů

V roce 2001 bylo státními zastupitelstvími v ČR vzneseno celkem 84 855 obžalob, z toho bylo 2 160 obžalob vzneseno proti pachatelům drogové trestné činnosti.

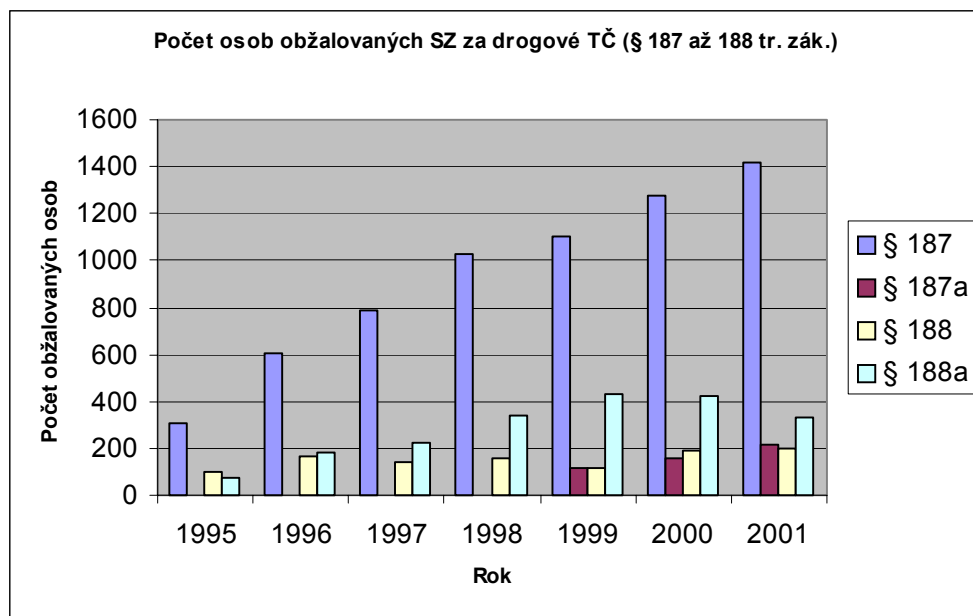
Za drogové trestné činy bylo následně českými soudy **pravomocně odsouzeno 1 094 pachatelů**. Je třeba připomenout, že v rámci reformy justičního systému dochází ke zrychlování soudních řízení, tedy i řízení trestních. Tato skutečnost má tedy i vliv na větší počet odsouzených osob než v předchozích letech.

Přesná data o trestné činnosti dle statistik Ministerstva spravedlnosti ČR shrnuje *tabulka 4-2*. Případné nesrovnalosti, resp. **neprovázanost statistik Ministerstva spravedlnosti ČR se statistikami Policejního prezidia ČR jsou dány jak odlišnou metodologií, tak možností státního zástupce změnit v souladu s trestním řádem kvalifikace trestného činu oproti obsahu sdělení obvinění**, přičemž tato změna se nepromítne zpětně do policejních statistik. V neposlední řadě hraje roli také časový posun, kdy je např. trestní stíhání zahájeno v roce 2000 a obžaloba vznesena až v roce 2001.

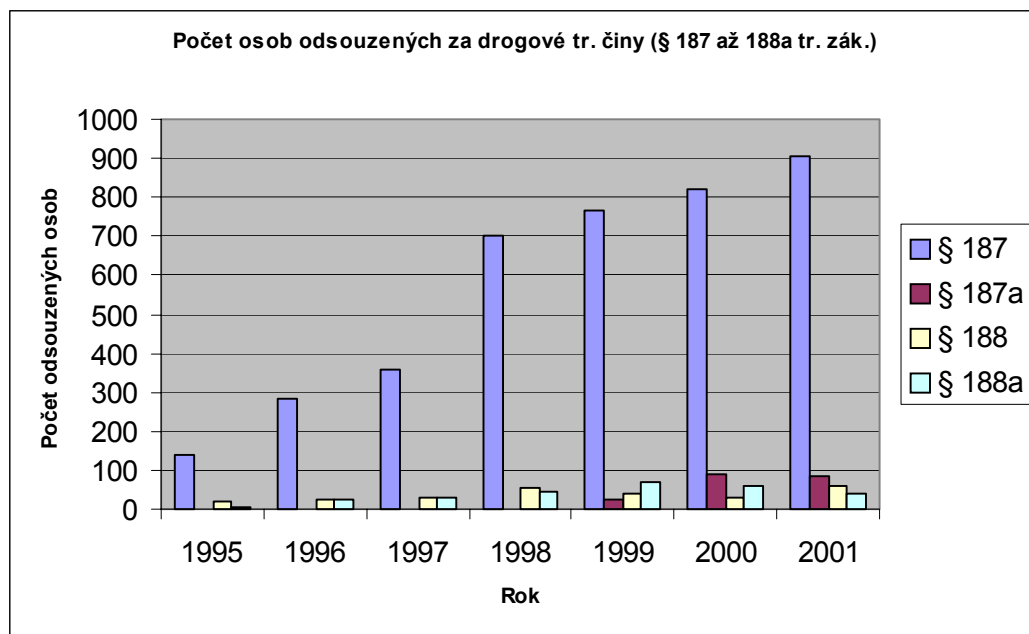
tabulka 4-2: Počet obžalovaných pachatelů drogových trestných činů a počet odsouzených dle statistiky MS ČR (dle údajů státních zastupitelství a soudů)

Rok	§ 187		§ 187a		§ 188		§ 188a	
	Obžalováno	Odsouzeno	Obžalováno	Odsouzeno	Obžalováno	Odsouzeno	Obžalováno	Odsouzeno
1995	309	138	0	0	98	20	75	4
1996	608	283	0	0	165	27	183	24
1997	789	357	0	0	140	32	223	30
1998	1029	702	0	0	159	55	342	45
1999	1102	765	115	26	119	38	429	70
2000	1276	819	158	92	190	29	419	61
2001	1418	905	215	86	195	62	332	41

Trend vývoje počtu obžalovaných osob v letech 1995 až 2001 ukazuje *obrázek 4-4*, trend vývoje počtu pravomocně odsouzených osob v tomtéž období obsahuje *obrázek 4-5*. S ohledem na skutečnost, že **metodologie vykazování** statistických údajů v resortu Ministerstva spravedlnosti ČR se ve sledovaném období nezměnila, **jsou trendy vývoje počtu obžalovaných i odsouzených osob obdobné**, resp. odpovídají logicky postupu trestního řízení.



obrázek 4-4: Trend vývoje počtu obžalovaných osob státními zastupitelstvími v ČR 1995 – 2001



obrázek 4-5: Trend vývoje počtu pravomocně odsouzených osob za drogové trestné činy v ČR 1995 - 2001

4.2.3 Drogové přestupky

Právní úprava drogových přestupků je obsažena v zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích. Tento zákon spadá do oblasti správního práva, nikoli do oblasti práva trestního. Drogové přestupky jsou upraveny v § 30 – Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Dle ust. § 30 odst. 1 písm. f) citovaného zákona se **„přestupku dopustí ten, kdo umožní neoprávněné požívání omamných a psychotropních látek osobě mladší osmnácti let, nejde-li o čin přísněji trestný“**. Údaje o počtu spáchání těchto přestupků však nejsou k dispozici, neboť pro projednání těchto prostředků jsou příslušné obce, příp. okresní úřady. Údaje těchto orgánů státní správy nejsou zpracovávány na centrální úrovni.

Dle ust. § 30 odst. 1 písm. j) citovaného zákona se **„přestupku dopustí ten, kdo neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu omamnou nebo psychotropní látku.“** Pro projednání tohoto přestupku jsou příslušné orgány Policie ČR, které tuto činnost také statisticky evidují. **V roce 2001 bylo Policií ČR přijato 804 oznámení** o tomto přestupku (oproti 349 v roce 2000), z toho byly **4 případy vyřízeny domluvou, 17 případů blokovou pokutou**. Z celkového počtu 804 přijatých oznámení bylo ve správním řízení projednáno 401 oznámení. Odložení, zastavením nebo postoupením věci jinému orgánu skončilo 325 případů, 9 případů však bylo předáno orgánům činným v trestním řízení, neboť zde byly dány skutečnosti, nasvědčující spáchání trestného činu dle ust. § 187a TZ, tj. držení drogy v množství větším než malém. Do 31.12.2001 zůstalo nevyřízeno 133 případů. **Celková výše uložených pokut za spáchání předmětného přestupku činila 688 250,- Kč, údaje o zaplacení pokut však nejsou k dispozici.**

4.2.4 Sekundární drogová kriminalita

Trestné činy, související s drogovými trestnými činy, resp. s užíváním omamných a psychotropních látek, tj. trestné činy páchané v rámci drogových gangů na úrovni „vyřizování účtů“ či trestné činy páchané drogově závislými za účelem obstarání si prostředků na drogy **nejsou na úrovni státní správy nijak evidovány.**

K jejich přibližnému odhadu lze dojít pouze na základě expertních odhadů. **Stanovením podílu trestné činnosti se v roce 2000 zabývala Expertní skupina**, složená z analytiků a vysokých úředníků jednotlivých institucí trestně právního sektoru, a to v rámci studie Analýzy dopadů nové drogové legislativy (Zábranský et al. 2001c). Závěrem jednání bylo rozhodnutí použít pro potřeby studie **odhady etiologických faktorů** (podílů trestných činů, souvisejících s drogami, na celku), odvozených z amerických studií před nástupem cracku. **Jejich přehled uvádí tabulka 4-3.**

tabulka 4-3: Etiologický faktor pro jednotlivé typy trestných činů (podle Zábranský et al. 2001b)

typ zločinu	Fe
vraždy a ublížení na zdraví s následkem smrti	0,100
násilné napadení (úmyslné ublížení na zdraví, rvačka)	0,100
sexuální napadení (znásilnění, pohlavní zneužívání)	0,100
Loupeže	0,268
Krádeže vloupáním vyjma krádeží vloupáním do osobních automobilů	0,224
Krádeže (krádeže prosté a krádeže vloupáním do motorových vozidel, krádeže vozidel apod.)	0,186
Manipulace s kradenou věcí (podílnictví)	0,186

4.2.5 Trestná činnost páchaná pod vlivem nezákonných drog

V rámci Policie ČR je statisticky sledována i trestná činnost páchaná „pod vlivem OPL.“

Vzhledem k **závažným chybám v metodologii** (nejsou používány testy na přítomnost drogy v organismu a není standardně prováděno není ani dotazování na vliv drog) **jsou takto získaná data zcela nerelevantní.**

Údaje o takové trestné činnosti se dostávají do statistik spíše nahodile (přistižený pachatel sám dozná závislost na OPL z důvodu potřeby policejního detoxu apod.). Z tohoto důvodu tato data nebyla v rámci *Výroční zprávy* dále zpracovávána.

5 Drogové trhy

5.1 Záchyty OPL

Sledováním vývoje drogového trhu se na úrovni státní správy zabývají především dvě hlavní represivní agentury: Národní protidrogová centrála (dále jen NPDC) v resortu Ministerstva vnitra ČR a dále Protidrogové oddělení Generálního ředitelství cel ČR v resortu Ministerstva financí ČR (dále jen PDO GŘ).

5.1.1 Záchyty drog dle NPDC

V roce 2001 bylo dle *Výroční zprávy – Situace v oblasti drog v roce 2001 v České republice* (NPDC, 2002a) v rámci činnosti NPDC provedeno celkem 118 realizací (tj. akcí) při nichž byly zachyceny OPL v množství, jež uvádí *tabulka 5-1*.

tabulka 5-1: Záchyty OPL provedené NPDC v roce 2001

Druh OPL	Měrná jednotka	Množství zachycené OPL
Heroin	kg	4
Metamfetamin	kg	9
Amfetamin	kg	0,5
Kokain	kg	2
Hašiš	kg	3,5
Marihuana	kg	0,17
Ecstasy	tablety	20 247
Modafen	kg	1
Solutan	l	1,5

5.1.2 Záchyty drog dle Celní správy

Orgány Celní správy ČR odhalily v roce 2001 celkem 402 případy pašování OPL, zadrženo bylo celkem 228 kg OPL. Oproti roku 2000 došlo ke snížení počtu záchytů (510 případů), zachycené a zabavené množství OPL je však ve srovnání se stejným obdobím vyšší (174 kg). Nejvýznamnější pašovanou OPL co do množství zůstává heroin. Oproti minulému období došlo k nárůstu pašování syntetickým drog, zejména tablet extáze a pervitinu. Podrobný přehled o množství zadržených drog GŘ v roce 2001 podává *tabulka 5-2*.

Největší množství záchytů v roce 2001 (celkem 293 případy) bylo stejně jako v roce 2000 zaznamenáno v poštovní letecké přepravě. Nejvíce drogových zásilek tímto druhem přepravy bylo uskutečněno po vánočních svátcích a v letních měsících v rámci tzv. drogové turistiky.

tabulka 5-2: Množství zadržených drog v gramech celními orgány za období 1995-2001

Druh drogy	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Amfetamin	0,0	20 767,1	11,0	16 021,4	4 129,1	222,3	5047,6
Ecstasy	0,0	0,0	2,2	124,2	202,7	3 737,0	27333,1
Efedrin	0,0	1 600 400,0	17 900,0	113,0	22 534,0	4 047,0	6929,1
Hašis	222,1	2 806,2	324,3	2 654,9	1 188,1	19 021,9	2823,4
Heroin	3 049,3	15 670,0	21 442,5	240 296,0	96 830,8	98 657,9	92 012
Khat	0,0	3 100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Kodein	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0
Kokain	49 892,0	23 133,5	66 828,0	42 969,1	131 488,9	11 947,4	2986,5
Koka-čaj	0,0	0,0	0,0	0,0	376,0	672,0	0
Koka-listy	0,0	0,0	0,0	0,0	401,3	1 081,3	0
Marihuana	742,2	11 866 134,6	5 402,8	3 986,8	20 675,3	15 202,4	5855,6
Methadon	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0
Morfin	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	85,0	4,9
Opium	0,0	1 000,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2
Rohypnol	0,0	0,0	0,0	0,0	55 000,0	1 701,0	0
Paracetamol	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18 966,0	83264
Pervitin	0,6	650,0	596,2	277,5	1 501,6	2 576,3	2317,8
Celkem	53 912,9	13 533 661,4	112 507,0	306 444,0	334 327,8	177 917,5	228 578,2

5.2 Cena a čistota OPL

5.2.1 Cena OPL

Sledováním ceny OPL na úrovni státní správy se zabývá NPDC. Dle údajů uvedených ve Výroční zprávě NPDC (NPDC, 2002a), se průměrná cena drog pohybovala v roce 2001 v sumách, jež uvádí *tabulka 5-3*.

tabulka 5-3: Cena drog v roce 2001 dle NPDC

Druh OPL	Pouliční cena	Pozn.
Heroin	1000,- Kč/g	
Pervitin	900,- Kč/g	ceny při odběru dealery z výroby se pohybují od 450,- do 600,- Kč/g v závislosti na odebíraném množství
Kokain	2250,- Kč/g	
LSD/Halucinogeny	200,- Kč/ks	
Ecstasy	175,- Kč/ks	
Konopné drogy	250,-/g	

Tyto poznatky se v zásadě kryjí i s výsledky dostupných kvalitativních průzkumů (viz např. Miovský and Zábranský, 2001b)

5.2.2 Čistota OPL

Sledováním čistoty zadržených drog se zabývá taktéž NPDC, které v této oblasti spolupracuje s Kriminalistickým ústavem. Dle závěrů laboratorních testů provedených Kriminalistickým ústavem se čistota drog pohybovala na úrovni, již shrnuje *tabulka 5-4*.

tabulka 5-4: Čistota drog v ČR 2001 dle NPDC (NPDC, 2002a)

Druh OPL	Čistota OPL (obsah účinné látky) v %	Pozn.
Marihuana		
- domácí volně rostoucí konopí	0,1 až 3	
- domácí hydroponická produkce	5 - 10	
- dovoz „skunk“ ²⁵	10 - 17	ojediněle zjištěna vyšší čistota ²⁶
Metamfetamin hydrochlorid (pervitin)		
- vzorky zajištěné při výrobě a záchytech, převyšujících 1 g	80 - 97	
- záchyty pod 1 g	60 - 80	ojediněle záchyty o čistotě 15 %
Heroin		
- pouliční vzorky	30 - 40	často forma kamenů (lisovaný heroin), ojediněle vzorky s obsahem méně než 10 %
- jednorázový záchyt zásilky o hmotnosti 87,5 kg	54 %	
- jednorázový záchyt zásilky o hmotnosti 67,3 kg	47 - 55	jeden balíček s obsahem 5,5 %

6 Trendy pode drog

6.1 Souhrn

Devadesátá léta, charakterizovaná otevřením naší společnosti a jejím postupným návratem k (západo)evropské kultuře, s sebou přinesla i některé nežádoucí jevy. Na poli drogové problematiky je to zejména postupné **přibližování všech důležitých ukazatelů** (rozšíření nelegálních drog a jejich užívání, související zdravotní poškození, primární a sekundární drogová kriminalita atd.) **k typickému obrazu středo/severoevropské země** (typu Belgie, Rakouska, Německa či Dánska).

S jistotou mírou zjednodušení tak lze český vývoj v posledních dvanácti letech prohlásit za akcelerovaný obraz toho, co západní Evropa prožila a prožívá od konce let šedesátých.

Rok 2001 – podobně jako dva předešlé roky – charakterizuje především:

- **další vzestup experimentální a rekreační konzumace konopných látek mezi mládeží a mladými dospělými, analogický vývoji v EU;**
- **vzestup v pravidelném užívání konopných látek v populaci** (a to především mezi mládeží a mladými dospělými, kteří ve stále vzrůstající míře považují konopné psychotropní látky za jakousi „generační obdobu alkoholu“), **analogický vývoji v EU;**

²⁵ skunk – samičí rostliny marihuany, u nichž bylo zabráněno oplodnění; tím se dosahuje vyššího podílu psychoaktivní pryskyřice; dováží se pouze vrcholové části rostliny (okvěti) s nejvyšším obsahem psychoaktivních látek

²⁶ je nutno podotknout, že v tomto případě NPDC není schopna použít stejnou metodiku jako při záchytu celých rostlin a tyto údaje tedy nejsou srovnatelné s ostatními, jež jsou uvedeny v tabulce; lze se důvodně domnívat, že při analýze celé rostliny by laboratoř dospěla k hodnotě kolem 10 %

- **další šíření heroinu mimo primárně zasažené oblasti (Praha, Severní Čechy) do větších měst napříč republikou a také do „venkovských oblastí“,** jež je v zásadě v protikladu k vývoji v EU; „heroinová situace“ je nicméně v ČR oproti EU ještě stále výrazně příznivější, jedná se tedy spíše o „přibližování k okolní situaci“;
- **zmenšování relativně uzavřené pervitinové scény, skládající se z malých skupinek, seskupených kolem „vaříče/ky“, a**
- **nahrazování této nespojité pervitinové scény klasickou sítí organizovaného (především ruskojazyčného) zločinu, který ve vzrůstající míře získává kontrolu nad výrobní a prodejní částí tržní pyramidy a úspěšně hledá pro tuto drogu trhy v zahraničí;** to představuje – stejně jako celý český fenomén pervitinu – unikátní vývoj, paradoxně „podporovaný“ narůstajícím policejním tlakem na samozásobitelské skupiny, jejichž uprázdněné místo zabírají dealeri vysoce organizovaných skupin; místo řady vzájemně nepropojených „minitrhů“ tedy v ČR stále rychleji vzniká velký, organizovaný pervitinový trh, který strukturou i zákonitostmi plně přebírá mechanismy trhu heroinového a ve vzrůstající míře se s ním propojuje;
- **narůstající komercializace a „standardizace“ původně subkulturní taneční scény, od počátku spjaté s rekreačním užíváním tzv. „tanečních drog“ (ecstasy, halucinogeny);** nárůst popularity a komercializace²⁷ těchto volnočasových aktivit představuje celosvětový fenomén.

6.2 Konopí a jeho deriváty

6.2.1 Rozšíření v populaci

Tak jako jinde ve světě, i v ČR je **nejoblíbenější a v populaci nejčastěji (zne)užívanou drogou** konopí seté (*Cannabis sativa*) a jeho deriváty.²⁸

Podle šetření Centra pro výzkum veřejného mínění z února 2002 má **alespoň jednorázovou zkušenost s užitím konopné drogy 16 % obyvatel** České republiky ve věkovém rozpětí 15-64, tedy cca **1 150 000 osob**. Alespoň jedno užití v **posledním roce uvádí 8 %** dotázaných, což představuje cca **570 000 osob** (Glasová and Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002).

Tento způsob užívání nelegálních drog mívá standardní průběh: minimální procento osob se zkušenostmi s nelegální drogou se objevuje v populaci kolem 12 let, aby narostlo až na hodnoty mezi 40 – 50 % kolem osmnáctého roku. Podíl osob, které rekreačně či experimentálně užívají nelegální psychotropní látky, pak dále vzrůstá až po věkové kohorty kolem 25 let, aby se vzápětí začal zvolna snižovat (Hartnoll, 2002).

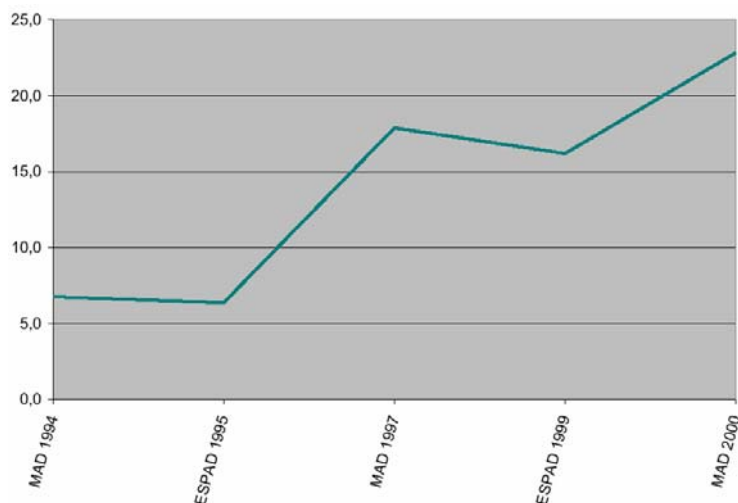
Nejtypičtější nelegální rekreační drogou v ČR i jinde ve světě je konopí. Školní průzkumy poskytují cenný vhled do vzorců užívání drog ve (věkem) vysoce rizikové skupině. **Pro srovnání dlouhodobějšího časového trendu v užívání konopí je možno použít šestnáctileté,** kteří byli jako jediná věková skupina sledováni ve všech dostupných celostátních i regionálních školních studiích.

Takto pojatá analýza, podniknutá v rámci studie PAD (Mravčík and Zábranský, 2001a), prokazuje **setrvale vzestupný trend (alespoň jednorázové) zkušenosti s konopím mezi šestnáctiletými, který vzdoruje dosavadním preventivním i represivním opatřením včetně zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu. Ještě výraznější je tento trend co do opakované zkušenosti s konopím - tedy co do počtu šestnáctiletých, kteří**

²⁷ sledovatelná v reklamních sloganech a grafických prvcích reklam na nejrůznější zboží a služby, jež masivně používají identifikační prvky taneční subkultury; jiným výrazným jevem je jasné soustředění marketingových aktivit výrobců legálních drog (cigaret a alkoholových nápojů) do tohoto prostředí

²⁸ nejčastěji herbální konopí (marihuana), následované konopnou pryskyřicí (hašiš); vzácně se objevuje konopný olej, máslo, další kuchyňské úpravy, lihové extrakty atd.

nezůstávají u jednorázového experimentu, ale přecházejí k rekreačnímu užívání konopných drog (viz *obrázek 6-1*). Příští školní studie²⁹ je plánována na rok 2003.



obrázek 6-1: Procentuální zastoupení 16letých žáků a studentů s opakovanou zkušeností s konopím – nejméně 5x za život (zdroj dat: Mravčík and Zábranský, 2001a)

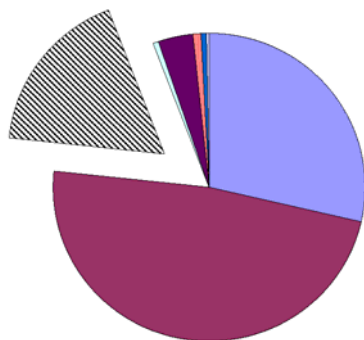
6.2.2 Léčba a služby v souvislosti s konopím

Specifickou a složitou otázku představuje **sledování osob, které v souvislosti s konopím požádaly o první léčbu nebo jinou pomoc**. Vzrůstající trend počtu takových klientů vedl v roce 2001 spolupracovníky sekretariátu Meziresortní protidrogové komise k jednoduchému telefonickému a korespondenčnímu průzkumu u zařízení, která vykazovala těchto klientů v ČR nejvíce. Výsledky nasvědčují tomu, že jako „prvožadatelé o léčbu“ bylo spíše vykazováno sociální poradenství rodinným příslušníkům mladistvých, u nichž byla marihuana objevena – většinou ve škole – a jimž byla tato intervence doporučena (Slavík and Počarovský, 2002). Tento fakt přispívá k závěru, že **většina osob, vykazovaná jako „prvožadatelé o léčbu v souvislosti s marihuanou“ (viz *obrázek 6-3*) nesplňuje definici případu** podle mezinárodních kritérií – nedochází vždy ke kontaktu terapeuta resp. poradce s osobou, zneužívající drogu, a tato osoba vesměs subjektivně své užívání nechápe jako problém *per se*.

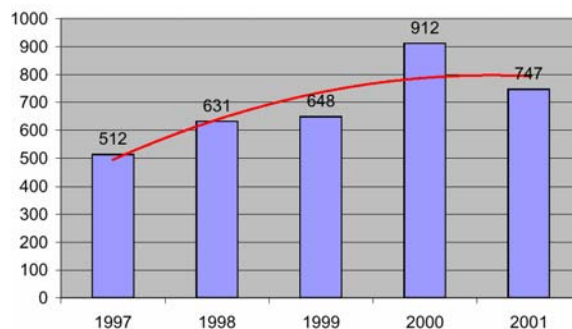
Předchozí odstavec by nicméně v žádném případě neměl vést k podcenění možných rizik marihuany, a to zejména u nedospělých osob; tak například v posledním roce Psychiatrická léčebna (PL) Bohnice hospitalizovala nejméně tři mladistvé pacientky v psychotickém stavu, u nichž podle všech dostupných informací bylo spouštěcím mechanismem právě užívání marihuany (Csémy 2002: osobní rozhovor). Současná nejednotnost v definici případu nicméně neumožňuje odlišit tyto vzácné zdravotně závažné případy³⁰ od častého jednorázového sociálního poradenství, které souvisí s trestně-právním statutem konopí coby „zakázané látky.“

²⁹ mezinárodní výzkumný projekt ESPAD

³⁰ současná věda usuzuje, že marihuana sice není příčinou psychotických atak, může však odbrzdít psychotickou poruchu u predisponovaných jedinců (viz např. Hall and Solowij, 1998); ti by se obecně měli vystríhat konzumace jakýchkoliv psychoaktivních látek bez ohledu na jejich legalitu či ilegalitu



obrázek 6-2: Podíl poskytovatelů, kteří v roce 2001 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním konopných látek (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)



obrázek 6-3: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním konopí a/nebo jeho derivátů v letech 1997-2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

6.2.3 Výroba a dovoz

V České republice existují **tři zdroje konopných látek**:

- dovoz z pěstitelských zemí (Indie, Pákistán, Maroko, Afghánistán, Nigérie, Nizozemí, Libanon atd.)
- venkovní pěstování v ČR (zahrady, pole, maskovaná pěstitelská místa v lánech jiných plodin, typicky v kukuřici) – tzv. *outdoor*
- pěstování ve sklenících, ale i v běžných bytech atd. v ČR – tzv. *indoor*

Vzhledem k faktu, že trh s touto plodinou je nelegální a represivním složkám se daří zadržovat jen zcela zanedbatelnou část předpokládané konzumace (viz dále), jsme v informacích o trhu s marihuanou odkázáni na sdělení jeho „zákazníků.“ Podle výsledků poslední studie na toto téma (Miovský a Zábranský, 2001b) došlo ke **znatelnému odklonu od tuzemského „samozásobitelského“ venkovního pěstování a nahrazování tohoto zdroje ze strany rekreačních i habituálních uživatelů buď pěstováním v poměrně sofistikovaných zařízeních, umístěných v domácnostech (*indoor*) nebo – častěji – zakupováním marihuany či hašiše na černém trhu.**

Ten se v důsledku popsaného procesu významně zvětšil a ve stále vyšší míře se propojuje s trhem s jinými, nebezpečnějšími druhy drog.

6.2.4 Prosazování práva v souvislosti s psychoaktivním konopím

Současný systém vykazování v působnosti represivních složek – Ministerstva vnitra a jeho Policejního presidia, Ministerstva spravedlnosti resp. státních zastupitelství, soudů a vězeňské správy – **nedokáže určit typ drog(y), v souvislosti s níž/nímiž došlo ke zjištění, stíhání trestného činu resp. uložení trestu.** Jakákoliv podrobnější analýza trestné činnosti podle jednotlivých drog je tedy vyloučena.

V roce 2001 existovaly dva na sobě nezávislé systémy monitorování **zadržených drog** – celní (vedený Protidrogovým oddělením Odboru boje proti podloudnictví Generálního ředitelství cel – dále jen PDO GŘC) a policejní (vedený Národní protidrogovou centrálou služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR – dále jen NPDC).

Přestože nebyly ošetřeny překryvy obou systémů³¹, při sečtení hodnot z obou systémů docházíme k výsledku 12,4 kg zabaveného konopí a hašiše³². **V roce 2001 tedy represivní orgány zabavily zhruba 0,05% (pět desetitisícin) minimální předpokládané spotřeby konopných drog v ČR** (viz Vopravil, 2001).

³¹ a tak zabavené drogy ze společných akcí vykazuje jak specializovaný odbor generálního ředitelství cel, tak Národní protidrogová centrála; součet obou hodnot tedy přeceňuje skutečnost

³² zdroje dat:

6.2.5 Úmrtnost

V roce 2001 ani jindy v historii nebyl zaznamenán ani jeden případ fatálního předávkování konopnou látkou. **Smrtná dávka této drogy pro člověka není známa.**

6.3 Syntetické drogy

Pervitin (metamfetamin) představuje v dlouhodobém měřítku „tradiční“ českou drogu. Marginální evidence existuje o zneužívání „čistých“ amfetaminů na Severní Moravě (pravděpodobně zahraniční provenience), amfetaminy též obsahují některé zachycené tablety, prodávané jako **ecstasy** (obvykle v kombinaci s halucinogenem). Právě **halucinogeny**³³ a z nich především **LSD** představují další skupinu syntetických drog. Sama taneční droga „ecstasy“³⁴ a její napodobeniny³⁵ představují velmi specifickou a heterogenní skupinu, systematicky rovněž řazenou mezi syntetické drogy.

6.3.1 Pervitin a jiné látky amfetaminového typu

Zatímco „čisté“ amfetaminy (benzedrin, dexedrin a jejich směsi³⁶) se v ČR objevují jen velmi vzácně³⁷, **pervitin**³⁸ **byl pravděpodobně první nelegální látkou, jež byla v ČR³⁹ masově zneužívána.** K tomu došlo nejpozději ve druhé polovině konce sedmdesátých let, kdy byl na pražské drogové scéně objeven velmi jednoduchý postup jeho přípravy za použití tehdy volně dostupných léčiv, obsahujících efedrin.

6.3.1.1 Rozšíření v populaci

Celopopulační průzkumy nedokáží podat spolehlivá data o osobní zkušenosti obyvatel s touto drogou, protože prevalence je extrémně nízká a výsledky jsou tudíž pod hranici přesnosti použitých metod (Hartnoll, 2002).

Jsme tedy odkázáni na sofistikovanější metody statistických výpočtů. První takový výpočet v historii ČR byl proveden v roce 2000⁴⁰ a dospěl k hodnotě cca **22 500** (18-27 tisíc) **problémových uživatelů⁴¹ pervitinu** (Mravčík and Zábranský, 2002). V každém případě **se jedná o nejvíce rozšířenou vysoce rizikovou drogu; její uživatelé představují cca 2/3 všech problémových uživatelů drog na našem území.**

Školní studie ve svých analýzách striktně neoddělovaly pervitin a jiné amfetaminy od skupiny „halucinogenních aminů“ (tanečních drog) a tak je mírný vzestup ve skupině „všech amfetaminů a příbuzných látek“ (viz *obrázek 6-7*) nehodnotitelný. Vzhledem ke snižování celoživotní prevalence užití opiátů v těchto průzkumech a vzhledem k výsledkům několika dlouhodobých a každoročně opakovaných lokálních školních studií lze ale usuzovat, že **se míra celoživotních zkušeností s pervitem a jinými (nehalucinogenními) amfetaminy zhruba od roku 1997-8 snižuje.**

6.3.1.2 Léčba a služby v souvislosti s (met)amfetaminy

- (NPDC, 2002a) – zabavila v samostatných i společných akcích 3,512 kg hašiše a 0,171 kg marihuany;

- (PDO - GRČ, 2002) – celní orgány v samostatných i společných akcích zabavily 2,823 kg hašiše a 5,855 kg marihuany

³³ z nichž se v České republice zneužívají ještě halucinogenní houby (lysohlávky, obsahující psilocybin a psilocin, některé muchomůrky, obsahující řadu psychoaktivních látek) a další halucinogenní rostliny; psychotropní účinky mají v ČR podle střízlivých odhadů desítky rostlin a hub

³⁴ MDMA (methylenldioxymetamfetamin), MDA, MBDB a MDEA; toto dělení, rozšiřující pojem „ecstasy“ z MDMA na další tři příbuzné látky bez možnosti fatálního předávkování, je přejato z (Griffiths et al. 1997)

³⁵ 4-MT, 2-CB, PMA, PMMA, a desítky dalších látek – vesměs s možností smrtelného předávkování uživatele

³⁶ jak benzedrin (l-amfetamin), tak dexedrin (d-amfetamin) se nejčastěji vyrábějí z benzylmethylketonu; reakce ústí ve směs obou podobných amfetaminů

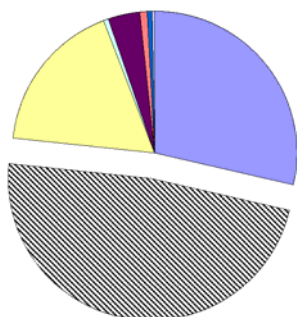
³⁷ za zmínku stojí občasné pašování amfetaminů z Polska, spotřebovávaných v ČR především kuplíři, prostitutkami a jejich osobními strážci (NPDC, 2002a)

³⁸ pervitin = metamfetamin = metylamfetamin

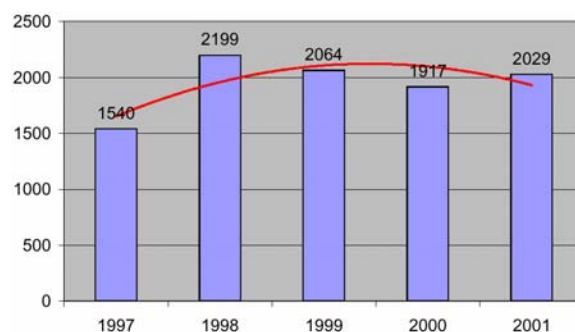
³⁹ resp. české části ČSSR

⁴⁰ NMS v současnosti pracuje na dalším zpřesnění tohoto odhadu

⁴¹ podle definice EMCDDA je problémové užívání drog definováno jako intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo drog amfetaminového typu (EMCDDA and Institute for Therapy Research: 1998)



obrázek 6-4: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2001 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním stimulantů (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)



obrázek 6-5: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním stimulantů (v drtivé většině pervitinu) v letech 1997-2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

Pervitin představuje od počátku systému monitorování první poptávky po léčbě/službě⁴² (1996) nejdůležitější drogu, pro niž uživatelé vyhledávají odbornou pomoc; sám o sobě se každoročně „zasluhuje“ o téměř polovinu nové klientely (viz obrázek 6-4). Jeho dominantní úloha ale zhruba od roku 1999 postupně slábne (do této doby stálý nárůst se vyhlazuje a dokonce dochází k poklesu); naopak heroin je od roku 1997 na stabilním vzestupu (viz obrázek 6-5 a obrázek 6-12).

6.3.1.3 Výroba a dovoz

Podle všech dostupných informací je **kompletní konzumace pervitinu zajišťována tuzemskou výrobou**; nemáme žádné zprávy o dovozech metamfetaminu z Asie (ice, crystal) ani Spojených států (meth, bathtube crank). Výrobu lze rozdělit na dva velké okruhy:

- „**kuchyňská výroba**“ v malých improvizovaných domácích laboratořích, kdy jednoduché laboratorní vybavení⁴³, vstupní suroviny a katalyzátory dodává nevelká skupina, soustředěná kolem výrobce; ta také vyrobený pervitin z valné části spotřebovává a „přebytky“ prodává na černém trhu,
- **organizovaná výroba**, kdy „patronát“ nad domácími laboratořemi a laboratořemi o velké kapacitě přebírá organizovaný zločin; jeho zástupci dodávají suroviny i vybavení a odebírají kompletní produkci, kterou pak dále distribuují.

Podle dostupných zpráv (NPDC, 2002a) zapojení organizovaných (především ruskojazyčných) zločineckých skupin do pervitinového trhu stále vzrůstá. Tyto skupiny také hledají nové trhy v zahraničí; kromě policejních a celních vyšetřování tomuto trendu nasvědčují i zprávy ze sousedních zemí: největší slovenské terapeutické zařízení zažívá v posledním roce příliv pervitinových pacientů, pro něž nelze nalézt obdobu ani z let existence česko-slovenské federace (Okruhlica 2002: osobní rozhovor); terapeutická zařízení a terénní pracovníci v Německu (zvl. Bavorsku, ale i jinde – např. Frankfurtu n./M.) a Horním Rakousku se začínají setkávat s klienty/problémovými uživateli, užívajícími „Fliegersalz“⁴⁴ – podle všech známek opět pervitin (Haas 2002: osobní rozhovor).

Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (dále jen NPDC) i její velitel (Komorous and Šimsová, 2002) poukazují také na případy, kdy jsou čeští výrobci drogy najímáni pro výrobu drogy v zahraničí – především v Německu.

Hlavní surovinou pro výrobu pervitinu je efedrin a řidčeji též pseudoefedrin. Menší část výroby v „kuchyňských laboratořích“ používá efedrinu a pseudoefedrinu, extrahovaných z preskripčních nebo volně prodejných léků.

⁴² za jehož koordinaci zodpovídá na národní úrovni Hygienická stanice hl. m. Prahy (dále jen HS HMP)

⁴³ i když zkušený „vařič“ dokáže poměrně kvalitní pervitin vyrobit z dostupných surovin pouze s pomocí teploměru, kuchyňského nádobí a několika dalších volně prodejných pomůcek

⁴⁴ německy „letecká sůl“

Navzdory medializaci „lékárenských“ případů je **hlavní surovinou** i pro tuto skupinu výrobců stále především **průmyslový efedrin, pocházející z továrny v Roztokách u Prahy** (NPDC, 2002a).

Tentýž zdroj poukazuje na fakt, že v roce 2001 se na českém trhu v dosud nevídané míře objevil efedrin z jiných zemí⁴⁵; tato skutečnost významně podporuje zprávy o vzrůstajícím zapojení mezinárodního organizovaného zločinu do tuzemské pervitinové scény.

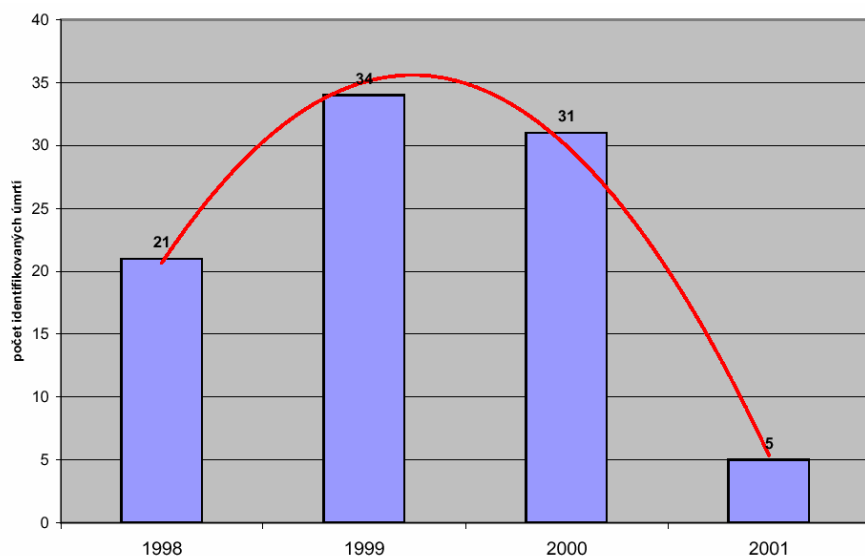
6.3.1.4 Prosazování práva v souvislosti s pervitinem a jinými amfetaminy

Současný systém statistik represivních složek (v resortech vnitra a spravedlnosti) **neumožňuje zjistit**, ke které droze nebo drogám se váže zjištěný, stíhaný, souzený či trestaný trestný čin nebo přestupek.

V roce 2001 existovaly dva na sobě nezávislé systémy monitorování **zadržených drog** – celní a policejní. Přestože nebyly ošetřeny překryvy obou systémů⁴⁶, při sečtení hodnot z obou systémů docházíme k výsledku 11,317 kg zabaveného pervitinu⁴⁷. **V roce 2001 tedy represivní orgány zabavily zhruba 0,3% (tři tisíce) minimální předpokládané spotřeby pervitinu v ČR** (viz Vopravil, 2001). Při zohlednění množství zabaveného amfetaminu, efedrinu a Modafenu a jejich převedení na ekvivalent pervitinu lze dospět k téměř dvojnásobné hodnotě – **nejvýše se tedy represivním složkám podařilo zabavit pět tisícin z minimálního odhadu množství pervitinu**, jenž byl v roce 2001 zkonzumován problémovými uživateli.

6.3.1.5 Úmrtnost

Pervitin od počátku celorepublikového systému sledování „drogové mortality“ (1998) až do loňského roku **představoval v pořadí druhou nejčastější nelegální drogu, identifikovanou coby hlavní příčina úmrtí** (předstíženou jen zneužívanými „legálními“ léčivý a opiáty). **Trend pozvolného snižování zastoupení této drogy ve fatálních předávkách doznal prudkého zlomu v roce 2001, kdy se snížil na pouhých pět případů** (viz obr. 6).



obrázek 6-6: Předávkování pervitinem 1998-2001

⁴⁵ aniž by se Policii ČR podařilo zjistit přesný původ; v úvahu přicházejí Ukrajina, Rumunsko, Bulharsko a Maďarsko

⁴⁶ a tak zabavené drogy ze společných akcí vykazuje jak specializovaný odbor Generálního ředitelství cel, tak Národní protidrogová centrála; součet obou hodnot tedy přeceňuje skutečnost

⁴⁷ zdroje dat:

- (NPDC, 2002a) – zabavila v samostatných i společných akcích 9 kg pervitinu, 0,5 kg amfetaminu, 1,5 l roztoku antitusika Solutan® a 1 kg tablet registrovaného léku Modafen®
- (PDO - GŘC, 2002) – celní orgány v samostatných i společných akcích zabavily {Generální ředitelství Vězeňské služby ČR 2001 #230} 2,317 kg pervitinu a 6,929 kg efedrinu

Tak prudký zlom lze jen těžko interpretovat s jistotou. Možná vysvětlení zahrnují:

- e) snížení dostupnosti pervitinu díky úspěšným policejním akcím
- f) homogenní kvalitu drogy díky homogenizaci trhu – vymizení malých laboratoří a převzetí pervitinového trhu velkovýrobci, ovládanými organizovaným zločinem;
- g) změnu v zatížení (testování podezřelých případů) jednotlivých pracovišť s rozdílnou vyšetřovací taktikou
- h) přecenění této položky v minulých letech resp. její dvojité vykazování v případech, kdy se na úmrtí podílely také opioidy/opiáty (zejm. heroin).

V současné situaci není možno rozhodnout, která z příčin či jejich kombinace se na prudkém zlomu v trendu podílely; více napoví vývoj v příštích letech.

6.3.2 Taneční drogy - ecstasy (MDMA) a její napodobeniny

České republice se nijak nevyhnula vlna, která v souvislosti s novými tanečními směry (*techno, rave, drum'n'bass, hiphop, triphop* atd.) vytvořila v první fázi silnou a poměrně uzavřenou subkulturu, jež v posledních několika letech zmasověla, „otevřela se“ a stala se v zásadě majoritním proudem („mainstreamem“) zábavy mladistvých a mladých dospělých. Do České republiky dospěla s poměrně malým zpožděním a zhruba od roku 1998 lze tento stav prohlásit za analogický situaci v zemích EU, a to jak co do masovosti této zábavy, tak co do základních charakteristik jejich příznivců včetně užívání legálních a nelegálních drog; přesvědčivý obrázek tohoto stavu poskytuje česká část mezinárodního výzkumu „Rave a drogy“ (Csémy et al. 2000a; Tossmann et al. 2001).

Při odhlédnutí od skutečnosti, že nakládání (výroba, dovoz, distribuce držení pro vlastní potřebu) s těmito drogami představují trestný čin, je z ryze veřejnozdravotního hlediska **největším nebezpečím výskyt řady látek s výrazně vyšším potenciálem poškodit uživatelské zdraví** – až po fatální předávkování – než jaké v sobě obsahuje „ecstasy“ (tedy MDMA⁴⁸). České terapeutické a pomáhající organizace poměrně rychle převzaly strategie harm reduction, úspěšně používané od počátku devadesátých let v zemích EU (Kriener et al. 2001).

Testování ecstasy přímo na tanečních akcích je však především policejními složkami vnímáno jako „nevhodné“ či „nemorální“ (viz např. Kovalík, 2002); **poskytovatelé léčby a služeb nicméně v provádění testů pokračují** za podpory svých odborných společností – mj. s poukazem na stanovisko brněnského státního zastupitelství, podle něhož **testování tablet nenaplňuje znaky nezákonného jednání.**

6.3.2.1 Rozšíření v populaci

Typičtí uživatelé „technodrog“ se významně liší od problémových uživatelů drog podle definice EMCDDA.⁴⁹ Vesměs jsou sociálně plně funkční,⁵⁰ nevnímají své užívání psychotropních drog jako problém (sami sebe nepovažují za „narkomany“) a psychotropní látky typicky užívají v periodách – vesměs „o víkendech“, tedy v rámci relaxačních, volnočasových aktivit. **Nejčastější frekvencí rekreačního užívání ecstasy je 1x za dva měsíce až dvakrát za měsíc** (Kubů et al. 2000).

Do jisté míry překvapivý je údaj z letošního průzkumu CVVM, podle nějž mají alespoň **jednorázovou zkušenost s užitím ecstasy 4 % respondentů**. To by při vztahování na celou populaci ve věku 15-64 let znamenalo cca **285 000**

⁴⁸ Úmrtí, která byla v souvislosti s MDMA v zemích EU dosud registrována, byla způsobena nevhodným chováním pod vlivem této látky – nulový příjem tekutin, vyčerpání z excesivního tance – jež vyústilo v dehydrataci a přehřátí organismu. Další nebezpečí představuje kombinace s jinými drogami a především některými léky, inhibujícími enzym MAO.

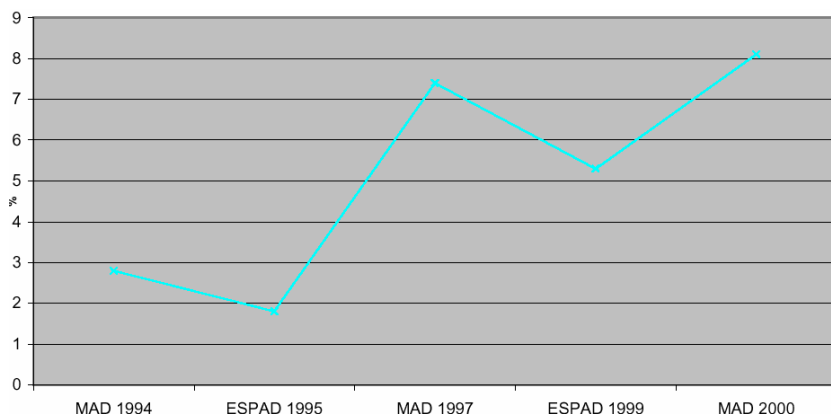
⁴⁹ Proto jsou ostatně uživatelé konopných drog a ecstasy z této definice explicitně vyloučeni

⁵⁰ 58% návštěvníků (*techno, rave, drum'n'bass* atd. parties) jsou studenti VŠ a SŠ, 24% zaměstnaní, 11% nezaměstnaní, 3% žáků, 4% civilní služba a další (Csémy et al. 2000b)

obyvatel. Tento údaj je neočekávaně vysoký; vzhledem k faktu, že předmětná otázka byla do citovaného průzkumu zařazena poprvé, není možné ji konfrontovat s časovým trendem.

Výsledek v každém případě přesahuje hranici statistické chyby použité metodiky **a není v rozporu se známou návštěvností podobně zaměřených festivalů** (Creamfields 2001: kolem 20 000 platících účastníků) **ani s výsledky školských průzkumů.**

Ty naznačují vzrůst zkušenosti s „amfetaminy“ – mezi něž byla ve většině školských průzkumů vřazena i ecstasy. Posouzení školních studií v rámci menších geografických celků však naznačuje, že zatímco zkušenost s pervitinem se snižuje, za vzrůst křivky z obrázku dole je zodpovědná **zvyšující se dostupnost a popularita „tanečních drog.“**



obrázek 6-7: Celoživotní prevalence (alespoň jednorázového užití) „amfetaminové drogy“ mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: Mravčík and Zábranský, 2001a)

6.3.2.2 Léčba a služby v souvislosti s „tanečními drogami“

Jak již bylo řečeno výše, uživatelé subjektivně nevidí v „tanečních drogách“ problém a pomoc vyhledávají jen velmi výjimečně – **v roce 2001 jich poprvé odbornou pomoc vyhledalo 48, což lze považovat za mimořádně nízké číslo** jak vzhledem k celkové poptávce o první léčbu/službu (4 233), tak vzhledem k předpokládanému rozšíření užívání této skupiny drog (viz výše).

Uživatelé těchto drog nevykazují žádné znaky přítomné např. u uživatelů pervitinu nebo heroinu: nedopouštějí se tzv. sekundární kriminality⁵¹, nedochází u nich k závažným zdravotním poškozením a sociálně jsou spíše příslušníky středních a vyšších středních vrstev.

Druhou stranou mince je **postupné pronikání dealerů „tvrdých drog“ do tohoto prostředí; podobně jako obchodníci s legálními drogami** (alkohol a tabák) i narkodealeři rychle pochopili sílící ekonomický potenciál dané skupiny mladých lidí (viz *tabulka 6-2*). **Spojování trhů „tanečních“ a „tradičních“ (legálních i nelegálních) drog tak představuje významný potenciální problém.**

Všeobecně zaměřené „osvětové“ kampaně u cílové skupiny osob z technoscény a taneční scény nemají dopad a cílená kampaň je vzhledem k jejich sociální různorodosti nemožná – s jedinou výjimkou. **Tou jsou místa a společenské akce, kde se mladí lidé – potenciální uživatelé „nových syntetických drog“ – scházejí, tedy „raves“, „parties“, „dance events“, „taneční kluby“ atd.**

⁵¹ majetková, příp. násilná trestná činnost za účelem obstarání prostředků na drogy

tabulka 6-1: Zkušenosti s drogami mezi návštěvníky parties a diskoték podle pohlaví (Kubů et al. 2000)

Zkusil drogu / pohlaví	Muži (%)	Ženy (%)
Alkohol	77,8	74,9
THC	73,6	71,4
Ecstasy	47,0	48,6
LSD	44,3	43,6
Lysohlávky	34,7	33,2
Pervitin	30,9	29,8
Amfetaminy	17,7	16,8
Kokain	16,5	16,5
Poppers	10,8	7,8
GHB	9,0	7,5
Heroin	8,9	7,2
Barbituráty	4,9	4,3
Rozpouštědla	4,1	3,5
Crack	2,4	1,2

tabulka 6-2: Zkušenosti s drogami mezi návštěvníky parties a diskoték podle množství peněz „k útratě“ (Kubů et al. 2000)

Zkusil drogu / utratí na party	Do 300 Kč (%)	Do 500 Kč (%)	Nad 500 Kč (%)
Alkohol	82,6	87,3	86,5
THC	77,1	82,3	87,8
LSD	40,9	48,9	62,4
Ecstasy	39,6	54,9	75,5
Lysohlávky	32,8	35,5	48,5
Pervitin	21,2	36,5	50,2
Amfetaminy	11,7	18,5	34,2
Kokain	8,7	17,5	39,7
GHB	7,0	6,2	21,1
Poppers	7,0	8,9	21,1
Heroin	5,3	8,6	16,9
Rozpouštědla	3,6	2,9	7,2
Barbituráty	3,6	5,5	7,2
Crack	1,3	1,2	5,5

Indoktrinační metody prevence u této populace selhávají; prokazatelně **nejúčinnější jsou služby typu harm-reduction, které jsou spojeny s nenásilnou distribucí preventivních informací a vzdělávacích materiálů**; v tomto případě se jako základní harm-reduction modalita celoevropsky nejlépe osvědčují **projekty testování tablet na přítomnost MDMA** (pro přehled viz Kriener et al. 2001) pro jejich konzumenty a **ustavení institutu tzv. „bezpečných klubů“**, podle pravidel, garantovaných veřejnými orgány (jako je např. britský systém Safer Clubbing podle Webster et al. 2002).

Aktivity „testování tablet na místě“ spojené s předáním preventivních informací se v ČR objevily již na konci devadesátých let (Drop-In, Podané ruce) a dále se rozvíjejí za extenzivního využití internetu, jenž je v cílové populaci vnímán jako primární informační médium.⁵² Naproti tomu v ČR dosud **neexistují závazné a dokonce ani neformální směrnice, které by v zájmu zachování zdraví upravovaly podmínky pro provoz příslušných klubů a pro organizátory těchto akcí „pod širým nebem.“**

6.3.2.3 Výroba a dovoz

Podle policejních analýz (viz např. NPDC, 2002a) **od roku 1995**, kdy byla v Jesenici-Horních Jirčanech (Střední Čechy) těsně před uvedením do provozu odhalena továrna na výrobu a tabletování MDMA, **neexistuje na území ČR významnější zdroj domácí výroby „tanečních drog“ včetně ecstasy**. Tato droga je tedy na český trh pašována ze zahraničí – policejní zdroje (NPDC, 2002b) uvádějí jako země původu zejména SRN, Nizozemí a Belgii.

obrázek 6-8: Kapsle ketaminu, prodávaná v lednu 2001 na českém trhu jako „ecstasy“ (přejato z www.lf3.cuni.cz/drogy/)



Prozatím nebyla na území České republiky zachycena stopa po (pančovaných) tabletách „fake-ecstasy“

⁵² pro bližší informace viz <http://www.extc.cz> resp. <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/> příp. <http://www.drogmem.cz>

s výjimkou plzeňského smrtelného případu jednorázového dovozu z Německa (viz níže). U těchto tablet, výrazně zdravotně nebezpečnějších než je „pravá“ ecstasy, se nicméně předpokládá polský původ a tak je **jejich budoucí výskyt na českém trhu poměrně pravděpodobný**.

Ojedinele bývá systémem testování drog (poskytnutých uživateli na parties) zachycena tableta se směsí jiných látek než je „ecstasy“ a než jsou vysoce nebezpečné „fake-ecstasies.“ Nejčastěji se jedná o směsi (met)amfetaminu a halucinogenu, na přelomu let 2000 a 2001 se podle kvalitativních informací ze scény jako „ecstasy“ objevovalo i veterinární anestetikum ketamin (viz *obrázek 6-8*).

6.3.2.4 Prosazování práva v souvislosti s ecstasy a „fake-ecstasy“

Dosavadní systém statistik represivních složek (v resortech vnitra a spravedlnosti) **neumožňuje zjistit**, ke které droze nebo drogám se váže zjištěný, stíhaný, souzený či trestaný trestný čin nebo přestupek.

Pro akce NPDC⁵³ a PDO GRČ⁵⁴ lze prostým součtem, který velmi pravděpodobně přeceňuje skutečný stav,⁵⁵ dospět k hodnotě 110 839 tablet (aniž by bylo rozlišeno, zda šlo o pravou nebo pančovanou ecstasy). **To by po konfrontaci s odhadem cca 300 000 tablet roční spotřeby v ČR** (Vopravil, 2001) znamenalo **zadržení cca 36% minimální spotřeby těchto drog na našem území**.

Citovaný odhad ČSÚ však lze považovat za hrubě podhodnocený (vznikal v době, kdy nebyly známy údaje CVVM). I s přihlédnutím k faktu, že většina tablet nebyla určena pro tuzemský trh, by bylo lze **ecstasy považovat za jednu z drog, kde se míra zabavení přibližuje hypotézám** Institutu pro prevenci kriminality a sociálně patologických jevů a NPDC o hodnotách kolem 30% (viz např. NPDC, 2002a), které se jinak ukazují jako zcela mylné.

Naproti tomu **trvale se snižující cena ecstasy na černém trhu** (400 Kč za tabletu v roce 1996, 150-200 Kč v roce 2001) nasvědčuje spíše **významné převaze nabídky nad poptávkou a tedy dlouhodobé neúspěšnosti ve snižování nabídky**.

6.3.2.5 Úmrtnost

Zatímco možná neurotoxicita běžných dávek MDMA při jeho dlouhodobém užívání je stále předmětem vědeckých diskusí (viz souhrnné články v „Ainsworth, 2002; Olszewski, 2002), škodlivé následky tzv. „fake-ecstasy“ jsou nepochybné. **Všechny smrtelné případy, popsané v západní Evropě, vznikly buď díky záměně se škodlivější drogou nebo díky nevhodným podmínkám na „parties“ – nedostatku tekutin a přehřátí** (Griffiths et al. 1997).

V České republice není znám případ úmrtí po požití ecstasy na taneční party. V loňském roce se však v lednu objevilo **fatální předávkování** osmadvacetiletého Asiata **v Plzni**, který se během soukromé oslavy v úzkém kruhu předávkoval v Německu zakoupenou drogou, obsahující látku **PMA** a **prodávanou jako ecstasy** (Petrová 2001: osobní rozhovor).

Druhým případem fatálního následku v souvislosti s ecstasy byla **brněnská sebevražda**, při níž si v roce 2000 pětadvacetiletý sebevrah vpravil **injekčně do oběhu smrtelnou směs pervitinu a roztoku MDMA** (Samková et al. 2001).

Třetí případ byl zaregistrován v roce **1998 v Praze**, kdy sedmnáctiletá dívka požila **kombinaci ecstasy, pervitinu, antidepresiva/inhibitoru MAO, kávy a alkoholu**; tato neuvěřitelná směs způsobila maligní hypertermii a syndrom multiorgánového selhávání, jemuž dívka přes veškerou péči zdravotníků podlehl (Anděl, 2000: osobní rozhovor).

6.3.3 LSD (a rostlinné halucinogeny)

Dietylamid kyseliny 25-lysergové je poměrně silný halucinogen. **Dávky, které jsou v současnosti v České republice prodávány především ve formě papírků, nasáklých účinnou látkou, jsou výrazně menší než**

⁵³ 20 247 vykázaných tablet

⁵⁴ 27 333 gramů (90 592 tbl.)

⁵⁵ protože zabavení z největší akce vykázaly obě agentury, které ale prozatím neumějí vyřadit duplicitu

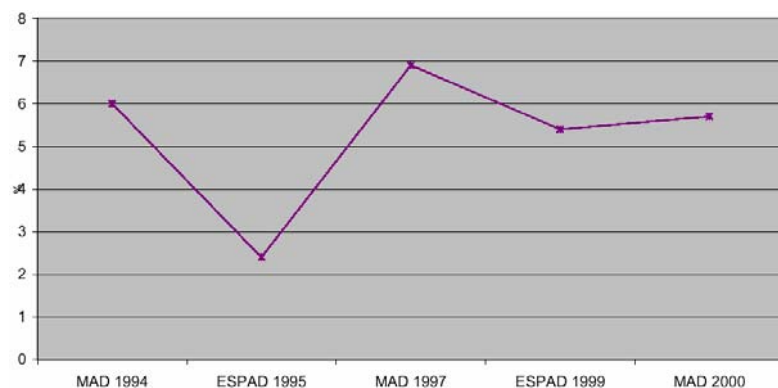
„psycholytické.“⁵⁶ Namísto mohutných halucinačních stavů dochází spíše k jakési excitaci a „zjitřenému vnímání.“ Lze se domnívat, že **dávky jsou výrobci této drogy úmyslně sníženy na úroveň, která účinky přibližuje populární ecstasy**; spolu s ní také bývá LSD často distribuováno a někdy jsou prodávány jako tablety ecstasy i směsi LSD, amfetaminu a celulózy (nebo jiného pojidla).

V lesích České republiky je rozšířeno **několik druhů halucinogenních hub** (lysohlávek); na přelomu léta a podzimu jsou sbírány a požívány nesourodou skupinou lidí. I tento halucinogen je poměrně populární na taneční scéně, jeho užívání má ale jen sezónní charakter.

6.3.3.1 Rozšíření v populaci

Určení nebo jen prostý odhad rozšíření užívání LSD a dalších „silných“ halucinogenů v populaci je v zásadě nemožné. Je natolik nízké, že uniká celopopulačním průzkumům.

Ve školních průzkumech je sruženo s dalšími halucinogeny – především halucinogenními houbami (viz *obrázek 6-9*). Stejně s LSD nakládá ČSÚ, které je ve svém odhadu řadí co do počtu **osob s jednorázovou zkušeností s LSD na roveň ecstasy, co do frekvence užívání asi na úroveň jedné šestiny frekvence u ecstasy.**



obrázek 6-9: Celoživotní zkušenost s halucinogeny mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: Mravčík and Zábranský, 2001a)

Lze tvrdit, že užívání LSD je jako jev marginální s nízkou společenskou nebezpečností a nedosahuje zřejmě ani míry užívání problémových drog, natož míry užívání drog konopných. V rizikové populaci návštěvníků tanečních parties se podle obou dostupných výzkumů (Kubů et al. 2000; Csémy et al. 2000b) míra celoživotní zkušenosti s LSD přibližuje ecstasy (viz *tabulka 6-1*); frekvence užívání LSD i pravidelné užívání LSD jsou ale opět výrazně nižší než u ecstasy.

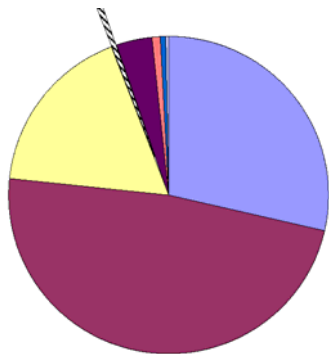
6.3.3.2 Léčba a služby v souvislosti s LSD a jinými halucinogeny

V ČR je každoročně díky nezvládnuté intoxikaci⁵⁷ halucinogenními látkami hospitalizováno několik osob (v roce 2001 jich bylo 18).

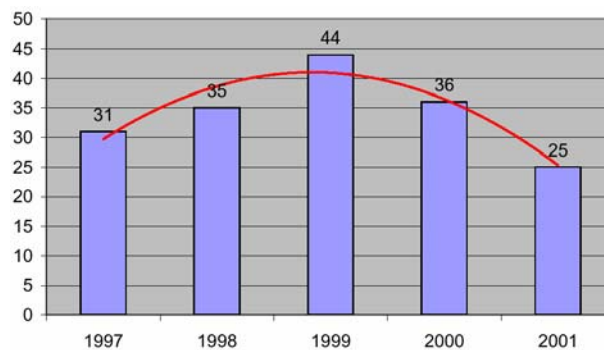
Počet osob, které v souvislosti s halucinogeny žádají o první pomoc nebo léčbu, je extrémně nízký (kolem procenta z celkového počtu prvožadatelů) a má tendenci dále klesat (viz *obrázek 6-10* a *obrázek 6-11*).

⁵⁶ tj. maximálně 50 mikrogramů (μ) oproti dávkám v rozmezí 100-500 μ , jež byly běžné v „psychedelických“ šedesátých letech

⁵⁷ nezvládnutá intoxikace je intoxikace, která (a) ohrožuje zdraví nebo život uživatele (b) je negativně vnímána uživatelem a tudíž (v obou případech) vede k hospitalizaci nebo využití rychlé zdravotnické pomoci



obrázek 6-10: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2001 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním halucínogenů (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)



obrázek 6-11: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním halucínogenů (především LSD a psilocybinu) v letech 1997-2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

6.3.3.3 Výroba a dovoz

Předpokládá se, že LSD na našem trhu pochází výhradně z dovozu. Od roku 1997 nebyl zaznamenán žádný případ ztráty prekursorů LSD – kyseliny lysergové, ergotaminu a ergometrinu – z výroby podniku IVAX CR a.s. v Opavě (NPDC, 2002a).

Halucinogenní houby (lysohlávky a některé druhy muchomůrek) **a rostliny s potenciálně halucinogenním účinkem se vyskytují sezónně;** lysohlávky si někteří uživatelé suší nebo mrazí do zásoby. **Obchod s halucinogenními houbami a rostlinami** (s výjimkou konopí) **je vzácný.**

6.3.3.4 Prosazování práva v souvislosti se zneužíváním halucínogenů

Současný systém statistik represivních složek (v resortech vnitra a spravedlnosti) **neumožňuje zjistit**, ke které droze nebo drogám se váže zjištěný, stíhaný, souzený či trestaný trestný čin nebo přestupek.

V roce 2001 bylo celními orgány zachyceno 8,1 g hub Psilocybe a 5 papírků, napuštěných LSD. Policie zabavení halucínogenů neudává. **Vzhledem k zanedbatelnosti uvedených množství je míra zabavení možno vyčíslit jako limitně blízkou nule.**

6.3.3.5 Úmrtnost

Předávkování halucínogeny nebylo v České republice zaznamenáno.

Za jediný případ úmrtí v souvislosti s halucínogenem je v ČR považován brněnský případ z roku 1995, kdy americký student tamní vysoké školy vyskočil z okna nemocnice, kam jej přivezli díky nezvládnuté intoxikaci blíže nezjištěným množství lysohlávek (Nožina, 1997a).

Speciální kategorií jsou **dvě úmrtí v důsledku předávkování atropinem a skopolaminem, obsaženými v durmanu obecném.**⁵⁸ Atropin i skopolamin jsou alkaloidy/delirogeny, jež nebývají klasifikovány jako halucínogeny – zmíněná rostlina⁵⁹ je však obsahuje a je v malých množstvích používána za účelem vyvolání halucinací již po staletí. **Obě zmíněná úmrtí byly zaznamenána v roce 2000 ve Východočeském kraji.**

6.4 Heroin a další opiáty

V České republice⁶⁰ bylo již od sedmdesátých let značně rozšířeno zneužívání medikamentů, obsahujících opiáty, a to jak samostatně,⁶¹ tak v kombinaci s alkoholem. Značného rozšíření dosáhlo též zneužívání tzv.

⁵⁸ *Datura stramonium* L. – plevelná a okrasná rostlina

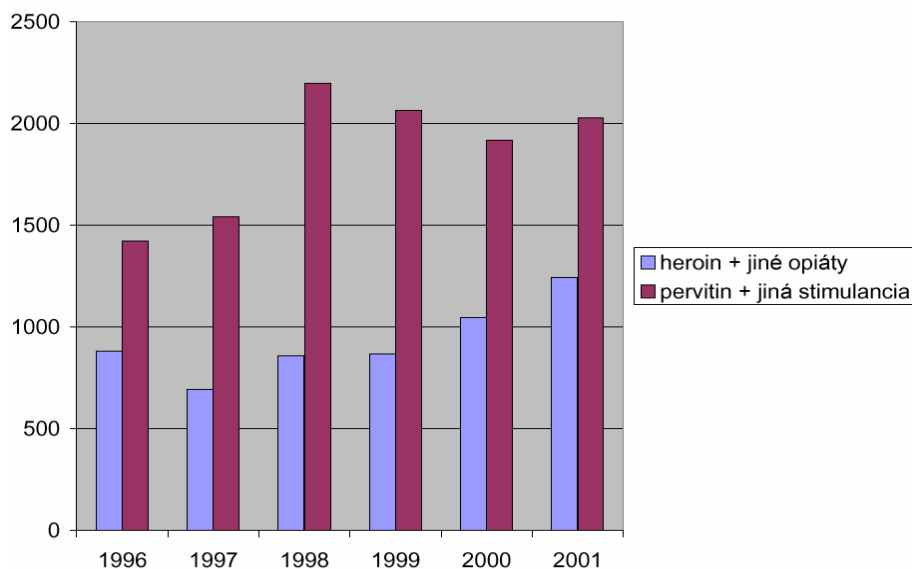
⁵⁹ a jiné - blín, rulík atd.

⁶⁰ resp. ČSSR a později ČSFR

⁶¹ orálně i injekčně

braunu – směsi opiátů⁶² podomácku vyráběné z dostupných léčiv. **Medikamenty i braun** byly mezi lety 1993-1997 **vytláčený importovaným heroinem především z Prahy a Severních Čech**; mezi lety 1999 a 2001 se heroin **rozšířil do všech zbylých oblastí ČR, kde postupně vytlačuje do té doby jednoznačně dominující pervitin**. Tento trend je dobře ilustrovatelný i vývojem poptávky po první léčbě (viz *obrázek 6-12*).

Krátký výkyv v dostupnosti heroinu a jeho vyšší cena na konci roku 2001, jež NPDC stavěla do souvislosti s protiteroristickou akcí v Afghánistánu (viz dále) vyvolal především v Praze **krátký a nevýznamný návrat braunu na trh**; tento jev byl ale přechodný a na počátku roku 2002 pominul spolu s návratem k „normálu“ v zásobování heroinem i v jeho cenách.

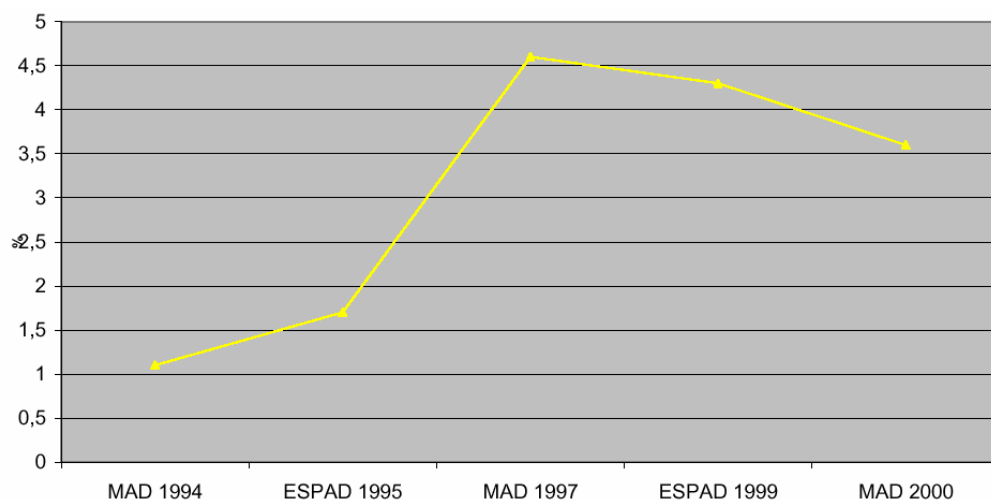


obrázek 6-12: Vývoj počtu prvních požadavků o léčbu/službu mezi lety 1996 a 2001: heroin a pervitin (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

6.4.1 Rozšíření v populaci

Vzestupný trend (alespoň jednorázové) zkušenosti s opiáty mezi šestnáctiletými žáky a studenty vyvrcholil v roce 1997 a od té doby se snižuje (viz *obrázek 6-13*). Jako možné vysvětlení se nabízí kombinace preventivních aktivit a konfrontace dospívajících s otevřenou drogovou scénou a jejím neatraktivním stavem.

⁶² ideálně hydrokodonu, obvykle ale hydrokodonu a kodeinu, někdy dokonce s příměsí hydromorfinu a morfia



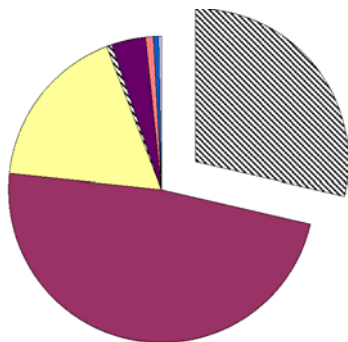
obrázek 6-13: Celoživotní zkušenost s opiáty mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: Mravčík and Zábranský, 2001a)

Podle prevalenčního odhadu problémového užívání z roku 2000 (Mravčík and Zábranský, 2002) žilo **v roce 2000 v České republice cca 15 000 dlouhodobých a/nebo injekčních uživatelů opiátů** (především heroinu).

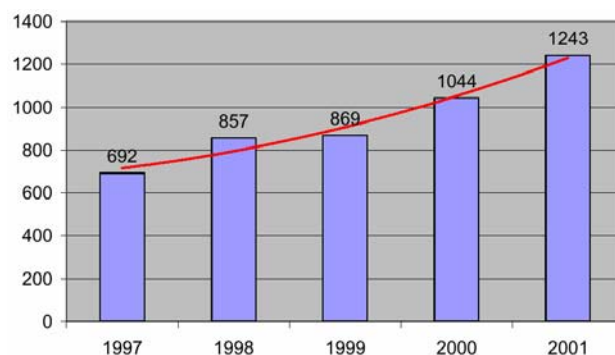
6.4.2 Léčba a služby v souvislosti s opiáty

Od roku 1997 zažívá naše republika pozvolný a setrvalý trend vzestupu prvních žádostí o léčbu či službu v souvislosti s užíváním opiátů, který v posledních dvou letech dále akceleroval (viz obrázek 6-15).

6.4.3



obrázek 6-14: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2001 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním opiátů (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)



obrázek 6-15: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním heroinu a/nebo jiných opiátů v letech 1997-2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)

Tento trend zvyšování první poptávky po léčbě či službě v souvislosti s užíváním heroinu „na úkor“ pervitinu může být v budoucnu vyrovnán nebo zvrácen – podle všech dostupných informací i obchod s pervitinem postupně přebírá organizovaný zločin s podobným *modem operandi* jako mají organizované skupiny obchodníků s heroinem (viz výše).

6.4.4 Výroba a dovoz

Heroin je droga, pro níž se výrobní část tržní pyramidy bez výjimky nachází mimo území republiky. Drtivá většina heroinu na českém trhu pochází z Afghánistánu, Pákistánu a Iránu, zatímco význam producentů

z oblasti tzv. „Zlatého trojúhelníku“ (Myanmar, Thajsko, Laos) a Jižní Ameriky (Kolumbie, Bolívie, Peru) je pro Českou republiku spíše marginální.

Česká republika leží na tzv. balkánské trase pašování heroinu z Turecka přes Bulharsko dále do zemí Západní Evropy a Skandinávie; **již řadu let se spekuluje o existenci velkých překladišť heroinu na našem území** (Nožina, 1997b), **zatím ale nebylo žádné odhaleno.**

Zajímavým jevem konce roku 2001 bylo přechodné snížení dostupnosti a následné zvýšení cen heroinu v listopadu a prosinci, provázené znovuobjevením tzv. braunu (viz výše) na českém černém trhu. **Drogoví dealeri i Policie ČR** (viz např. MF Dnes, 2001) **tento jev spojovali se spojeneckou protiteroristickou operací v Afghánistánu.** Policie navíc předpovídala velkou dodávku heroinu do Čech, vypravenou z Afghánistánu ještě před započítím války proti Talibánu (Právo, 2001). Tato prognóza se nevyplnila.

Spekulace o snížení dostupnosti heroinu v důsledku afghánských operací nebraly v úvahu prostý fakt, že **mezi surovým afghánským opiem a heroinem na evropském trhu zeje časová prodleva dvanácti až osmnácti měsíců**; neexistoval tedy racionální důvod pro snížení dostupnosti heroinu v ČR nebo jinde v Evropě v době započetí vojenské operace. Na drogové scéně panuje mezi uživateli od samého počátku tohoto vývoje názor, že se jednalo o **pokus dealerů využít situace ke zvýšení cen** jejich zboží (Korčíšová 2002: osobní rozhovor); tomu nasvědčuje i návrat k normálu ještě během probíhající vojenské intervence v Afghánistánu.

Jinak byl rok 2001 charakterizován dalším nárůstem dostupnosti heroinu napříč republikou. Pokračoval trend z let 1999 a 2000 (Miovský et al. 2001; Miovský and Zábranský, 2001a), kdy je prostor, uvolněný úspěšným zatýkáním malovýrobce pervitinu, vyplňován organizovanými zločineckými skupinami obchodujícími především s heroinem (ale i pervitinem, ovšem na kvalitativně vyšší úrovni organizace celého výrobně-obchodního řetězce).

6.4.5 Prosazování práva v souvislosti s opiáty

Současný systém statistik represivních složek (v resortech vnitra a spravedlnosti) **neumožňuje zjistit**, ke které droze nebo drogám se váže zjištěný, stíhaný, souzený či trestaný trestný čin nebo přestupek.

V roce 2001 existovaly dva na sobě nezávislé systémy monitorování **zadržených drog** – celní a policejní. Přestože nebyly ošetřeny překryvy obou systémů⁶³, při sečtení hodnot z obou systémů docházíme k výsledku **96,012 kg zabaveného heroinu**⁶⁴. **V roce 2001 tedy represivní orgány zabavily cca 2% (dvě setiny) předpokládané minimální spotřeby heroinu na našem území (viz Vopravil, 2001).**

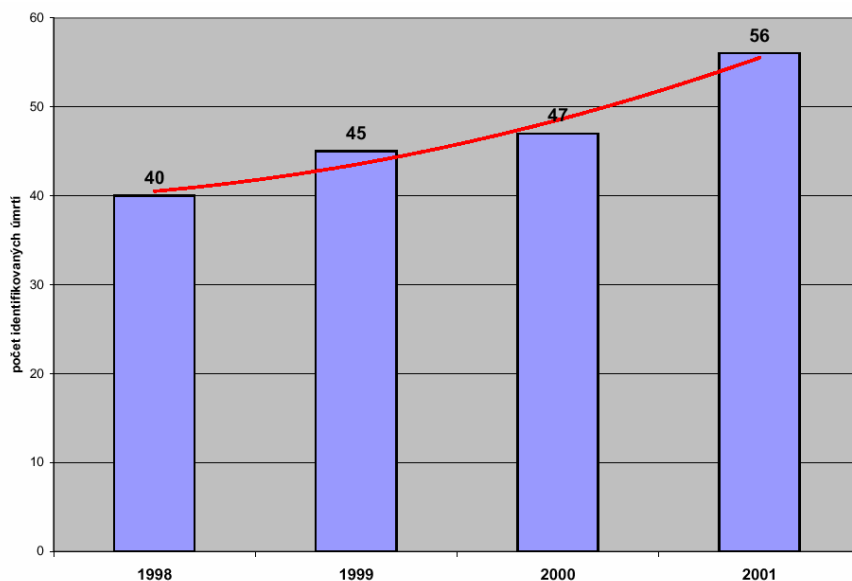
6.4.6 Úmrtnost

Heroin a další opiáty jsou (s výjimkou léčiv) **nejčastější příčinou předávkování uživatelů nelegálních drog v ČR.** I u nás tak potvrzují pověst **nejnebezpečnější, zdravotně nejvíce devastující drogy.** Rozpětí v čistotě heroinu, prodávaného na černém trhu (od 5 do 80 % - uživatel si tedy může vpravit do organismu mnohonásobně silnější dávku, než předpokládá), pravděpodobnost předávkování dále zvyšuje. Počet předávkování opiáty – ať už samostatně nebo v kombinaci s jinými drogami, léky či alkoholem – má **od roku 1998 vzestupnou tendenci** (viz *obrázek 6-16*), která potvrzuje informace o zvyšující se dostupnosti této drogy na území celé republiky.

⁶³ a tak zabavené drogy ze společných akcí vykazuje jak specializovaný odbor Generálního ředitelství cel, tak Národní protidrogová centrála; součet obou hodnot tedy přeceňuje skutečnost

⁶⁴ zdroje dat:

- (NPDC, 2002a) – zabavila v samostatných i společných akcích 4 kg heroinu
- (PDO - GRČ, 2002) – celní orgány v samostatných i společných akcích zabavily 92,012 kg heroinu a 4,2 g opia



obrázek 6-16: Úmrtí na předávkování opiáty v ČR 1998-2001

6.5 Kokain a crack

6.5.1 Rozšíření v populaci

Kokain je v České republice stále vnímán jako „exkluzivní“ droga, kterou její cena predisponuje – v konkurenci mnohem levnějšího, podobně a přitom déle účinkujícího pervitinu – spíše k výjimečnému a nárazovému zneužívání v uzavřených skupinách osob. Některé náznaky – **především mírné snižování jeho ceny** – ale **nasvědčují vzrůstajícímu etablování této drogy v prostředí tanečních parties** (NPDC, 2002a). Takovému vývoji nasvědčují také výsledky průzkumu, zaměřeného výhradně na tuto scénu (viz *tabulka 6-1*).

Zatím neexistují žádné známky podstatnějšího výskytu cracku⁶⁵ na území ČR.

6.5.2 Léčba a služby v souvislosti s kokainem a/nebo crackem

V roce 2001 o první léčbu nebo o službu v souvislosti s kokainem požádali dva muži a tři ženy, v souvislosti s crackem 1 muž (vše z celkového počtu 4 233 prvožadatelů). Bližší charakteristiky těchto klientů nejsou známy.

6.5.3 Prosazování práva v souvislosti s kokainem a crackem

Současný systém statistik represivních složek (v resortech vnitra a spravedlnosti) **neumožňuje zjistit**, ke které droze nebo drogám se váže zjištěný, stíhaný, souzený či trestaný trestný čin nebo přestupek.

Vzhledem k tomu, že v České republice v podstatě neexistuje významnější trh s kokainem (i v prostředí tanečních parties, kde se podle některých zdrojů nárazově objevuje, je vnímán jako něco „výjimečného“), **má pro Českou republiku kokain největší význam jako pro tranzitní zemi. Mezinárodní spolupráce Generálního ředitelství cel** (konkrétně PDO GRČ) **a Policie ČR** (resp. její NPDC) **se v tomto ohledu úspěšně rozvíjí od počátku 90. let** – oběma represivním složkám se periodicky daří zajišťovat velké zásilky v řádu desítek a někdy i stovek kg kokainu nebo se podílet na jejich zadržení v zahraničí. V devadesátých letech celní orgány rovněž zachytily – především na ruzyňském letišti – řadu polykačů, tj. osob především jihoamerického původu, kteří za úplatu a úhradu cestovného pašují zabalené drogy ve svých útrokách.

⁶⁵ obě látky jsou chemicky v podstatě totožné; zatímco „kokain“ je rozpustný ve vodě a užívá se především šňupáním a někdy injekčně, crack („volná báze kokainu“) ve vodě rozpustný není a užívá se výhradně kouřením; crack je v Západní Evropě i obou Amerikách považován – mj. pro svou láci a popularitu v marginalizovaných skupinách obyvatel – za výrazně nebezpečnější drogu než sám kokain

V roce 2001, který byl na uzavření větších mezinárodních akcí v porovnání s předchozími lety „chudší“ bylo NPDC zabaveno při společných i samostatných akcích 2,017 kg kokainu, PDO-GŘC zabavilo ve společných i samostatných akcích 2,987 kg kokainu.

Minimální odhad roční spotřeby kokainu v ČR činí podle ČSÚ 56 kg (Vopravil, 2001) – represivní orgány tedy zabavily v roce 2001 téměř 10% minimální odhadované spotřeby.

Obě české specializované represivní agentury se nicméně v roce 2001 podílely na několika mezinárodních akcích, při nichž bylo zadrženo v různých částech Evropy (Itálie, Bulharsko) dalších cca 20 kg kokainu.

Nádavkem je třeba znovu připomenout, že dosavadní systém sběru dat neumožňoval určit, kolik z kokainu vykazaly obě represivní složky zároveň a tedy kolik kokainu bylo na území ČR v roce 2001 zabaveno celkem; tento neuspokojivý stav, kdy prostý součet obou údajů přeceňuje realitu, nicméně platí pro všechny údaje o zadržených drogách v ČR.

6.5.4 Úmrtnost

Na území ČR nebylo dosud zaznamenáno úmrtí v souvislosti s kokainem a/nebo crackem. Úmrtí „polykačů“, kterým během transportu praskl obal drogy, pašované v útrokách, nejsou podle definice EMCDDA do „drogových úmrtí“ zahrnována.

6.6 Polyvalentní užívání, těkavé látky, legální návykové látky

Polyvalentní užívání je v prostředí českých problémových uživatelů drog tradičně spíše pravidlem nežli výjimkou. Čeští problémoví uživatelé plynule přecházejí z drogy na drogu podle dostupnosti a poměrně často mezi sebou drogy kombinují, aby upravili jejich působení.

Z 4 233 uživatelů drog, resp. z 3 242 problémových uživatelů drog⁶⁶, kteří požádali o první léčbu, sekundární (nelegální) drogu užívá 2 172 osob, z nichž 756 užívá ještě třetí drogu.

Často se tak mezi sebou kombinují opiáty a pervitin – pervitinista si pomocí heroinu přivozuje spánek po několikadenním užívání pervitinu nebo si jím dokonce „léčí stíhu.“ Naopak heroinista při přílišném utlumení sahá po pervitinu, aby „fungoval.“ Mimořádně nebezpečný fenomén „českého speedballu“,⁶⁷ který se okrajově objevoval ve větších městech v polovině devadesátých let, se naštěstí nerozšířil.

Kvalitativní studie PAD (Miovský and Zábranský, 2001a) popisuje **nahrazování užívání pervitinu užíváním průmyslových rozpouštědel** (zejména toluenem), které se rozšířilo v roce 1999 mezi problémovými uživateli zejména na Střední Moravě v reakci na krátkodobé výpadky v zásobování pervitinem a zostření policejního postupu.

Mezi uživateli všech nelegálních drog se stále vzrůstající popularitě těší (zne)užívání preskripčních léků a z nich zejména anxiolytik benzodiazepinové řady. Vzorce jejich užívání jsou různé – od málo častého užívání běžných terapeutických dávek „při dojezdu“ nebo „špatném tripu“ přes kombinování s opiáty po zneužívání desítek tablet benzodiazepinů denně. V takovém případě již jde o primární závislost na benzodiazepinech, projevující se agresivními stavy, hypoxií, při déletrvajícím užívání epileptickými záchvaty a ztrátami vědomí.

Velké „popularity“ v tomto směru dosahuje zejména Rohypnol® (flunitrazepam). Represivní složky registrují každoročně nelegální dodávky Rohypnolu na domácí i zahraniční černý trh, obvykle za účasti českého zdravotnického a/nebo farmaceutického personálu. Takto **odhalená trestná činnost v roce 2001 se týkala téměř dvou miliónů tablet Rohypnolu.**

⁶⁶ podle platné definice EMCDDA

⁶⁷ tj. směs pervitinu a heroinu v jedné injekční dávce

Standardní užívání alkoholu a tabáku a kombinování těchto legálních drog s nelegálními platí odhadem pro více než 90 % problémových uživatelů drog. **Tabák a především alkohol jsou pro tyto uživatele také naprosto pravidelně „vstupními drogami“** – tedy prvními psychoaktivními látkami, jež užívají.

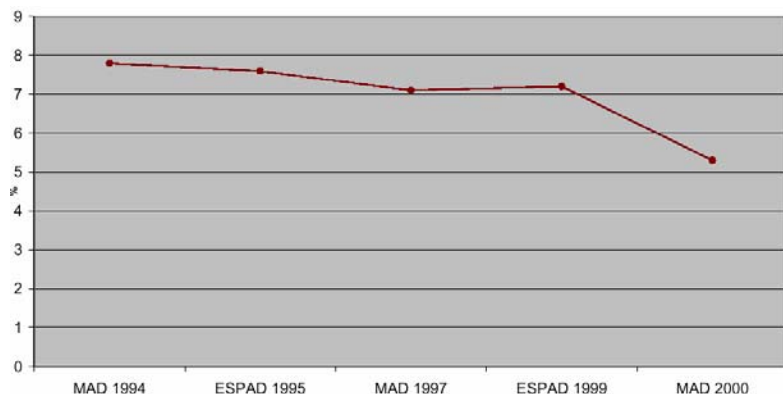
6.7 Těkavé látky

Zneužívání těkavých látek jako primární drogy zasahuje především extrémně mladé příslušníky marginalizovaných skupin – v ČR tedy v první řadě **mladou romskou populaci**. Užívá se „tradiční“ **toluen** (1/2 litru se neomezeně prodává v maloobchodní síti za 30 Kč), trichloretylén, technický benzín, náplně do zapalovačů, vzácněji éter a součásti některých sprejů a barviv.

Populační průzkumy a školní průzkumy 16letých studentů v identifikaci tohoto jevu selhávají; klesající zastoupení rozpouštědel v celoživotní prevalenci⁶⁸ šestnáctiletých není důkazem zlepšující se situace v tomto ohledu, nýbrž druhotným projevem přetrvávající sociální segregace ve školství; početná populace, užívající rozpouštědla, není žádným z těchto průzkumů zastížena.

V majoritní populaci přetrvává náhled na rozpouštědla jako na drogu „blbejch a chudejch.“ Ani jí se však zneužívání těkavých látek nevyhýbá – častěji však jde o jednorázový experiment ze zvědavosti, který nebývá opakován. V marginalizovaných populacích je „foukání“ rozšířeno více a přetrvává po delší periody.

V posuzování této otázky tak zůstáváme odkázáni na kvalitativní data. Je smutnou skutečností, že žádný výzkum tohoto typu nebyl dosud v ČR podniknut a tak jediným kvalitním zdrojem informací je mezinárodní výzkumný projekt, který se zabýval mj. i naší zemí (Grund et al. 2000).



obrázek 6-17: Celoživotní zkušenost s těkavými látkami mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: Mravčík and Zábanský, 2001a)

Zařízení léčby a služeb nejsou pro poskytování pomoci uživatelům těkavých látek vybavena ani materiálně, ani personálně. Situaci dále komplikuje fakt, že Romové nemají důvěru k „bílým službám“ a nevyžívají je; v důsledku faktu, že potenciální klientela je většinou mladší patnácti let, by navíc vyvstaly i problémy s dodržením platné legislativy. Proto ani **údaje o prvních žádostech o léčbu/službu neodrážejí reálný stav co do zneužívání rozpouštědel.**

Speciální kategorií představuje zneužívání tzv. „poppers“ na tanečních parties; jde o kapsle, obsahující těkavý roztok⁶⁹ s periferní vasodilatačním účinkem; tento lék se v zahraničí užívá pro léčení hypertenze, na parties se používá spíše pro své afrodiziakální účinky.

⁶⁸ alespoň jednorázovém užití

⁶⁹ butylnitrát a isobutylnitrát

V roce 2001 bylo po doplnění metodiky pro zjišťování drogových úmrtí zachyceno 14 předávkování těkavými látkami, ke kterým došlo v důsledku abusu. Otravy technickými rozpouštědly v průmyslu a zemědělství nejsou zahrnuta.

6.8 Alkohol a tabák

Česká republika tradičně zaujímá nejvyšší místa ve světovém žebříčku konzumace čistého alkoholu na osobu, absolutního prvenství dosahujeme v konzumaci piva.⁷⁰ Podobně se řadíme mezi země s nejvíce rozšířeným kuřáctvím tabáku v Evropě – u obou legálních návykových látek nás tak naše postavení jednoznačně zařazuje mezi postkomunistické, „východní“ země.

Spotřeba alkoholu a tabáku a vysoká tolerance, které se obě zmíněné legální návykové látky v naší zemi těší, má navíc vzestupný trend – a to bez ohledu na to, že řada zdravotních i sociálních účinků obou z nich má závažnější dopady než je tomu u kterékoliv nelegální látky.

Spotřeba alkoholu a cigaret v 90. letech minulého století prakticky kontinuálně roste (viz tabulka 6-3)

tabulka 6-3: Spotřeba alkoholu a cigaret, ČR, 1990–99 (Zdroj: Statistická ročenka ČR, 2001, ČSÚ)

Druh	Měřicí jednotka	1990	1995	1997	1998	1999
Nápoje alkoholické*	l	8,9	9,4	9,8	9,8	9,9
Lihoviny (40 %)	l	7,2	7,9	8,3	8,2	8,3
Pivo	l	155,2	156,9	161,4	161,1	159,8
Víno	l	14,8	15,4	15,9	16,0	16,1
Cigarety	kusy	2 151	2 185	2 354	1 852	2 090

* v hodnotě čistého etanolu (100 %)

Zejména školní studie vykazují znepokojivý růst spotřeby alkoholu a cigaret a zkušeností s nimi. Populační studie vykazují stagnaci nebo slabý pokles.

tabulka 6-4: Kuřáctví a konzumace alkoholu, ČR, 1993, 96, 99, věk 15+ (Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace - HIS ČR 93, 96, 99, ÚZIS)

	Kuřáctví	nikdy	bývalí	příležitostní	slabí	silní
Muži	1993	35,1	23,1	8,6	20,7	11,2
	1996	37,4	21,3	8,1	19,8	12,5
	1999	36,9	24,3	8,6	18,3	11,4
	Konzumace alkoholu	výjimečná	přiměřená	nadměrná		
	1993	39,8	44,5	15,7	x	x
	1996	39,0	48,5	12,5	x	x
	1999	41,8	48,7	9,5	x	x
Ženy	Kuřáctví	nikdy	bývalí	příležitostní	slabí	silní
	1993	55,0	13,7	8,5	17,6	3,3
	1996	55,9	15,3	8,5	16,1	4,1
	1999	61,1	15,1	6,5	15,7	1,6
	Konzumace alkoholu	výjimečná	přiměřená	nadměrná		
	1993	73,6	24,7	1,8	x	x
	1996	72,6	24,5	2,9	x	x
	1999	81,2	17,3	1,5	x	x

⁷⁰ téměř 160 litrů (320 půltrů) piva na jednoho obyvatele ČR včetně nemluvňat za rok 2001

Výzkum CVVM (Glasová and Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002) uvádí na otázku: „**Jak často pijete alkoholické nápoje?**“, toto spektrum odpovědí v nabízených variantách:

tabulka 6-5: Frekvence užívání alkoholu v populaci mezi 15-64 lety (Glasová and Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002)

4 krát týdně nebo častěji	8%
2-3 krát týdně	17%
2-4 krát za měsíc	31%
1 krát měsíčně nebo méně často	40%
NEVÍ	4%

Výzkum ESPAD zjistil znepokojivý nárůst téměř všech ukazatelů „problémového užívání alkoholu“ mezi šestnáctiletými.⁷¹

tabulka 6-6: Vybrané ukazatele návykového chování podle pohlaví v procentech (Csémy et al. 2000c)

Alkohol za posledních 30 dnů	Chlapci		Dívky		Studenti celkem	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Pivo 6x a více	26,7	37,4	6,9	12,1	17,8	24,1
Víno 6x a více	5,8	6,3	3,7	7,5	4,8	7,0
Destiláty 6x a více	13,0	15,5	9,7	10,1	11,5	12,7
Nadměrné pití 3x a více	19,9	24,0	6,6	10,4	13,9	16,8
Opilost 3x a více	14,3	18,5	5,5	8,2	10,3	13,1

tabulka 6-7: Vztah mezi pitím alkoholu, kouřením, zkušeností s marihuanou a zkušeností s jinou drogou (Csémy and Nešpor: Platí „gateway“ teorie?, Zdravotnické noviny 24.5.2002)

		Zkušenost s marihuanou	Relativní riziko	Zkušenost s opiáty nebo amfetaminy	Relativní riziko
Pití alkoholu v posledním měsíci	Ano	41	3,4	8,9	3,4
	Ne	12		2,6	
Opakovaná opilost v posl. roce (3x a častěji)	Ano	65,2	3,6	14,7	4,2
	Ne	17,9		3,5	
Pravidelné kouření	Ano	69	4,3	17,7	9,7
	Ne	16		1,8	
Zkušenost s marihuanou	Ano			20,1	28
	Ne			0,7	

Jinými slovy: čtvrtina českých, moravských a slezských žáků a studentů ve věku 16 let vypila během posledního měsíce 6 a více piv; více než osmina šestnáctiletých žáků a studentů se v posledním měsíci více než 3x opila. Obzvláště alarmující pohled nabízí *tabulka 6-7*, která hodnotí souběh zneužívání nelegálních a legálních látek mezi šestnáctiletým žáky a studenty.

⁷¹ je nutno připomenout, že jde o ty šestnáctileté, kteří pravidelně navštěvují některou ze středních škol nebo učilišť různých typů; důvodně se lze domnívat, že v populaci s nižším sociálním statutem bychom zjistili podstatně horší stav

7.1 Konzistence mezi indikátory

Epidemiologické indikátory a indikátory v oblastech léčby, všech tří typů prevence a harm reduction jsou vzájemně vysoce konzistentní a vytvářejí kompaktní obraz postkomunistické země, přibližující se (co do zneužívání nelegálních drog) téměř ve všech ohledech „střednímu stavu“ v zemích EU.

Stejně jako jinde v Evropě, i v ČR je podle všech dostupných údajů na vzestupu rekreační užívání konopných a tanečních drog (jakkoliv v obou ohledech zůstáváme pod průměrem zemí EU i kandidátských zemí – (viz např. EMCDDA, 2002)). Počet problémových uživatelů se stabilizoval kolem hodnoty 0,5 % a dále neroste; dochází spíše k přelévání problémových uživatelů mezi heroinem, pervitinem (který představuje české specifikum) a dalšími typy drog – zejména legálními těkavými látkami a preskripčními léky v různých kombinacích mezi sebou a s alkoholem.

Promořenost uživatelů drog i neužívající populace krevně přenosnými infekcemi je v evropském i světovém kontextu velmi nízká – stav, který je třeba s vysokou pravděpodobností přičíst zejména včasnému zavedení opatření typu „harm reduction.“ Přitažlivost zařízení, poskytujících léčbu a služby uživatelům drog je na velmi slušné evropské úrovni; populace léčbu vyhledávajících uživatelů drog postupně stárne, což je dalším indikátorem stabilizace drogové scény a snižujícího se přílivu „nových“ problémových uživatelů.

Zcela rozdílná situace je v oblasti indikátorů potlačování nabídky (represe). V první řadě v této oblasti neexistuje elementární shoda, co vlastně je indikátorem úspěšnosti či výkonnosti represe.

Po několik minulých let za něj byla příslušným specializovaným útvarům Policie ČR (NPDC) oficiálně považována míra zabavení drog, jež byla zcela mylně uváděna ve výši 30 % (a někdy dokonce 40 %) (NPDC, 2002a); kalkulací tohoto údaje na podkladě ověřených dat nicméně docházíme k číslu o tři řády nižšímu: **represivními orgány bylo v roce 2001 zajištěno 0,41% předpokládané spotřeby nelegálních drog na našem území.** Po zjištění tohoto údaje i sama Policie ČR odmítá relevanci tohoto indikátoru pro své hodnocení (Komorous, 2002), aniž by však nabídla alternativu.

To spolu se zavádějícími – opět nadhodnocenými o řád – údaji o míře latence drogové kriminality ze strany Institutu pro kriminologii a sociální prevenci⁷² (Cejp, 2001) vytváří v sektoru represe velmi nepřehlednou a nehodnotitelnou situaci, dále zhoršenou faktem, že neexistuje propojení mezi daty Policie ČR, státních zastupitelství, soudů a věznic a že kvalita dat v této oblasti je s ohledem na možné evaluace velmi nízká (viz dále).

Souhrnně lze uvést, že úroveň dat z represivního sektoru je mnohonásobně horší než kvalita dat z ostatních sektorů české protidrogové politiky, a to jak co do konzistence dat mezi jednotlivými etážemi trestního procesu, tak co do jejich kvality. Právě tato oblast tak představuje největší výzvu do budoucna.

7.2 Metodologická omezení a kvalita dat

Metodicky se všechny důležité epidemiologické indikátory drží směrnic a doporučení EMCDDA; z pěti harmonizovaných epidemiologických indikátorů vykazují nejnižší komparabilitu s těmito směrnici každoroční průzkumy veřejného mínění s ohledem na drogovou problematiku (CVVM), a to zejména s ohledem na malý výběrový vzorek.

Omezením dosud podniknutých odhadů prevalence problémového užívání v ČR je především jen velmi omezená dostupnost dat z represivního sektoru, které by bylo možno použít pro statistické výpočty kteréhokoliv

⁷² podle nějž je odhalováno 20-30 % dovozu a tranzitu drog přes naše území, 50-60 % nedovolené výroby drog, 40-50 % nedovoleného vývozu pervitinu, 15-20 % nedovoleného obchodování drogami a 20-30 % nedovoleného držení drog pro vlastní potřebu (!); takové údaje jsou již při běžném pohledu zcela nerealistické

typu, jenž je pro tyto účely doporučován EMCDDA (EMCDDA and Institute for Therapy Research: 1998). Má-li být zúžen interval spolehlivosti, který dosavadní české odhady vykazují, je dohoda o sdílení dat⁷³ nezbytná.

Je nutno podotknout, že v rámci Phare Twinning Project-u „Posílení národní protidrogové politiky“ (Vlády České republiky a Rakouska, 2001) **bylo v tomto směru dosaženo v roce 2002 výrazného pokroku.**

V roce 2001 sbírané kriminologické indikátory vykazují řadu podstatných omezení jak co do metodologie, tak co do vlastní kvality. Již v předchozí kapitole byla zmíněna neprovázanost dat mezi Policií ČR, státními zastupitelstvími, soudy a vězeňstvím. Nelze tedy určit, s jakou úspěšností se Policí stíhané případy daří předávat státním zástupcům, ani kolik z Policií identifikovaných a státními zastupitelstvími obviněných potenciálních pachatelů je skutečně v právním smyslu uznáno vinnými.

Další omezení představuje neschopnost Policie ČR a celého represivního sektoru podat podrobnější charakteristiky stíhaných trestných činů a/nebo pachatelů – chybí údaje o typu drogy, pro níž je daná osoba vyšetřována, obviněna či odsouzena, o jejím množství, o případném souběhu s jinou trestnou činností atd.

Do konce roku 2001 rovněž nebyly ošetřeny překryvy v údajích o zabavených drogách a prekursorech mezi Policií ČR a Celní správou MF ČR; i tak překvapivě nízký údaj o míře zabavení drog v ČR (0,46 %) je tedy nutno považovat za nadhodnocený.

Výrazné zlepšení tohoto neuspokojivého stavu lze očekávat od ustavení společného „Monitorovacího střediska pro data z oblasti Police a Celní správy,“ ke kterému došlo v rámci výše zmíněného Phare TP „Posílení národní protidrogové politiky.“ S řešením nekompatibility dat mezi Policií ČR, soudní mocí a vězeňstvím však dosud nebylo ani započato.

⁷³ za zachování ochrany osobních údajů podle příslušné legislativy

ČÁST III: SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY

8.1 Hlavní strategie a vývoj

Národní strategie protidrogové politiky 2001 – 2004 je v pořadí třetím koncepčním a strategickým materiálem, který určuje podobu a úkoly protidrogové politiky vlády pro dané období. Kontinuálně navazuje na předcházející koncepce z let 1993 a 1998 a rozvíjí strategie a aktivity v nich definované. **V předcházejících dvou etapách se podařilo vybudovat funkční celonárodní síť služeb prevence, léčby a resocializace závislých, která relativně dobře pokrývá potřeby v dané oblasti** (Csémy and Krch, 2001).

V roce 2001 byl **důraz kladen na udržení stávající sítě služeb, na zvyšování jejich kvality a efektivity, na větší diferencovanost a cílenost existujících programů, na rozšiřování spektra služeb a na důslednou evaluaci výstupů a praktických dopadů realizovaných opatření.**

Z výročních zpráv protidrogových koordinátorů a poskytovatelů služeb vyplývá, že **nedostatečně pokryté se jeví léčebné programy pro nezletilé, programy následné péče s chráněným bydlením a chráněnou prací pro absolventy programů léčby a metadonová substituční léčba.** Stávajícímu **podpůrnému systému služeb pro uživatele drog se až na výjimky nedaří vytvářet programy prevence a léčby schopné integrovat uživatele drog z řad romské komunity.** Vedle finančního zabezpečení sítě existujících programů prevence, léčby a resocializace drogově závislých a vedle podpory opatření zaměřených na zvyšování kvality a efektivity programů a dalšího vzdělávání profesionálů patřily mezi dotační priority centrálních institucí právě chybějící typy programů.

Závěry vyplývající z výročních zpráv protidrogových koordinátorů potvrdily i **závěry analýzy institucionálního kontextu protidrogových programů v ČR** (Krch et al. 2001), **do níž se zapojilo celkem 253 organizací pracujících výhradně (62) nebo částečně (191) v oblasti prevence a léčby závislostí.** Analýza také ukázala, že přes velkou divergenci existujících programů **je potřeba se soustředit na zvýšení jejich efektivity.** Analýza byla uskutečněna v roce 2000 a její závěry byly publikovány v roce 2001.

Hlavní cíle Národní strategie protidrogové politiky 2001 - 2004 v oblasti snižování poptávky po drogách lze shrnout do čtyř základních bodů:

1. **zastavit nárůst uživatelů drog, snížit zdravotní dopady a počet úmrtí, jež souvisejí s jejich užíváním;**
2. **poskytnout rodinám a jedincům, kteří to potřebují, odpovídající dostupnou, včasnou a profesionální pomoc;**
3. **zachovat stávající síť poskytovaných služeb;**
4. **vyčlenit odpovídající finanční prostředky a zavést nákup služeb na základě zjištěných potřeb a stanovených kritérií kvality a efektivity programů prevence, léčby a resocializace.**

Za plnění úkolů a za realizaci aktivit v jednotlivých oblastech snižování poptávky po drogách nesou na centrální úrovni odpovědnost věcně příslušné resorty. Za prevenci užívání drog odpovídá Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), za léčbu drogově závislých resort zdravotnictví (MZ) a za resocializaci a sociální re-integraci uživatelů drog Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Meziresortní spolupráci a aktivity v oblasti snižování poptávky po drogách koordinuje Meziresortní protidrogová komise (MPK).

S cílem systémově řešit otázky zajištění kvality a efektivity služeb v jednotlivých oblastech protidrogové politiky (primární prevence, léčba, sociální služby) zahájily příslušné resorty **práce na vytváření minimálních standardů kvality a na přípravě nástrojů pro hodnocení efektivity programů.** MPSV zpracovalo a na regionálních konferencích s poskytovateli služeb představilo minimální standardy kvality sociálních služeb, jež se vztahují i na

multidisciplinární programy pro uživatele drog. Standardy mají být v následujícím roce pilotně ověřeny a následně implementovány do praxe.

Pracovní skupina složená ze zástupců MZ, MPSV, MPK, České lékařské společnosti J. E. Purkyně - Společnosti pro návykové nemoci (SNN) a Asociace nestátních organizací v oblasti prevence a léčby závislostí (A.N.O.) provedla v první polovině roku 2001 **pilotní ověření „Akreditačních standardů pro zařízení a programy léčby pro drogově závislé“ a zpracovala konečnou verzi standardů**, kterou na svém jednání v září 2001 schválila MPK.

Návrh minimálních standardů pro primární prevenci užívání drog mělo připravit MŠMT, jež na zpracování tohoto úkolu obdrželo grant od MPK. MŠMT zadalo zpracování návrhu standardů Pedagogické fakultě University F. Palackého v Olomouci. **V době poslední redakce této zprávy (říjen 2002) standardy dosud nebyly k dispozici.**

S cílem systémově řešit zabezpečení, koordinaci a realizaci protidrogové politiky zpracovalo MZ ve spolupráci s MPK **návrh zákona o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami**. Ten mj. definuje jednotlivé typy programů prevence a léčby závislostí (některé typy programů - např. terénní výměnné programy, nízkoprahová kontaktní centra, terapeutické komunity, programy následné péče - realizované převážně nestátními neziskovými organizacemi (NNO) dosud nemají v ČR oficiální statut) a odpovědnost jednotlivých článků veřejné správy (včetně nově vzniklých samosprávných úřadů krajů) za jejich zabezpečení a financování. **Návrh zákona byl schválen vládou, Poslanecká sněmovna PČR jej vrátila MZ k přepracování.**

Sekretariát MPK zpracoval **pro pracovníky programů léčby a resocializace závislých metodiku o problematice ochrany osobních údajů klientů** při jejich zpracování do státem spravovaných registrů. Metodika navíc nabízí návody, jak řešit často se vyskytující konfliktní situace, do nichž se poskytovatelé služeb pro uživatele drog (zejména NNO) ve vztahu k veřejnoprávním institucím na místní úrovni dostávají. Jde zejména o již zmíněný chybějící oficiální statut některých typů léčby a harm reduction.

Na zakázku sekretariátu MPK zpracovali externí odborníci **návrh jednotných nástrojů pro hodnocení efektivity terénních výměnných programů, nízkoprahových kontaktních center a terapeutických komunit**. Evaluační nástroje byly pilotně ověřeny v několika studiích pro každý uvedený typ programů. Dále budou dopracovávány podle připomínek pracovišť zařazených do ověřovacího procesu. Konečnou verzi nástrojů hodnocení efektivity programů předloží sekretariát Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky do konce roku 2002, aby je Rada projednala a případně schválila jejich standardní zavedení do praxe.

I v roce 2001 pokračoval **program dalšího vzdělávání pracovníků v oblasti léčby a resocializace drogově závislých při Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví - subkatedry pro návykové nemoci**. Programu se ve dvou kurzech, z nichž jeden byl v roce 2001 ukončen a druhý pokračoval v průběhu roku, **účastnilo celkem 70 frekventantů** – převážně vedoucích programů léčby a resocializace NGOs.

9 Prevence

Pro účely Výroční zprávy byla provedena sekundární analýza klíčových materiálů⁷⁴ vztahujících se k oblasti primární prevence v České republice. Materiály byly hodnoceny celkem z pěti hledisek: (1) jednotlivé dílčí koncepce a jejich návaznost, (2) výzkum, (3) institucionální kontext, (4) financování primární prevence, (5) analýza potřeb poskytovatelů služeb a programů.

⁷⁴ (I) Národní strategie protidrogové politiky ČR na období 2001-2004, schválená vládou ČR usnesením č.1045 ze dne 23.října 2000; (II) Usnesení vlády č.1045 z 23.října 2000; (III) Miovský, M. a kol. (2002): Souhrn analýzy potřeb v primární prevenci. Phare; (IV) Situační zprávy v primární prevenci jednotlivých resortů; (V) Výroční zprávy MPK 1999-2001; (VI) Koncepce prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001-2004.

Primární prevence představuje část protidrogové politiky, vzbuzující dojem velké obsazenosti a působení velkého množství programů. Jako primární prevence jsou s motivem finančního příspěvku velmi často prezentovány nejrůznější volnočasové aktivity, v některých případech kuriózní⁷⁵. Účinnosti těchto volnočasových aktivit ve smyslu prevence užívání drog lze ztížit hodnotit, obecně řečeno je významně nižší než účinnost specifických programů a v mezinárodní terminologii nejsou mezi primární prevencí zařazovány.

V oblasti specifické primární prevence jsme svědky zpoždování v plnění úkolů Národní strategie, kompetenčních překryvů mezi resorty (mezi Ministerstvy školství a vnitra) **i uvnitř nich** (např. mezi Odborem prevence kriminality MV a Skupinou metodiky a prevence Národní protidrogové centrály). Zvýšení efektivity **horizontální a vertikální koordinace primárně preventivních aktivit je do budoucna klíčovým faktorem.**

V ČR neexistují žádné jednotné a prakticky použitelné mechanismy hodnocení účinnosti programů primární prevence. Hodnocení typu „programem prošlo 20 000 dětí“ nevypovídají nic o kvalitě nebo výsledcích programu v reálném časovém horizontu.

Další slabou stránkou primární prevence v ČR je fakt, že zatímco na poli primární prevence pro žáky a studenty existuje řada kompetitivních resortních, oblastních a dalších koncepcí, **pro řadu dalších cílových skupin (vymezených profesně, věkem sociálně), které se nalézají ve zvýšeném riziku zneužívání návykových látek, téměř žádné preventivní koncepce ani programy neexistují anebo jejich realizaci nelze označit za úspěšnou.** To beze zbytku platí např. pro skupiny jako policejní složky, zdravotní personál a **především pro romskou populaci.**

9.1 Koordinace a hodnocení

Národní strategie (Meziresortní protidrogová komise vlády ČR, 2000) definuje obecné zásady primární prevence. Obecně **rozděluje kompetence resortů, avšak neobsahuje popis zastřešujícího rámce celé oblasti (který je usnesením č. 1045 ze dne 23.10.2000 uložen Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT)).**

Národní strategie obsahuje popis všech podstatných kroků potenciálně vedoucích ke zlepšení koordinace a řízení primárně preventivních aktivit v ČR a obsahuje všechny podstatné části, které má kvalitní strategie mít a které jsou obecně považovány za účinné přístupy v této oblasti. Obsahuje také seznam všech úkolů, které je třeba splnit pro zlepšení současného stavu provádění primární prevence. Popis úkolů je však obecný a nespecifikuje přesně role, podíly a zodpovědnosti jednotlivých resortů.

Součinnost a propojení jak na vertikální, tak na horizontální úrovni je s ohledem na každodenní praxi nedostatečně zpracovaná bez jasné deklarované zodpovědnosti a pravomocí. V rozporu s cíli Národní strategie **chybí jak jasné definování funkčních vztahů** mezi jednotlivými resortními strategiemi i všemi úrovněmi poskytovatelů programů primární prevence, **tak popis způsobu koordinace a řízení celého systému primárně preventivních aktivit podporovaných státem.** Navržené **dlouhodobé, střednědobé i krátkodobé cíle** Národní strategie prozatím nejsou uvedeny do časové posloupnosti - některé se předbíhají, jiné opoždují.⁷⁶

Koordináční funkce MŠMT pro celou oblast primární prevence (vyplývající jak z Národní strategie, tak z usnesení vlády č.1045) neodpovídá postavení MŠMT v celém systému a ani jeho kompetencím pro všechny oblasti prevence. Jednoznačně se ukazuje být výhodnější přenést **centrální koordináční funkci v primární prevenci na meziresortní úroveň.** Bez tohoto kroku není možné očekávat vyrovnání a vyjasnění rolí, pozice a zodpovědnosti jednotlivých resortů. Realizace tohoto kroku však bezpodmínečně vyžaduje **definovat jasná pravidla řízení a**

⁷⁵ Včetně velmi exkluzivních sportů typu golfu, tenisu či bowlingu, asijských bojových sportů atd.; výjimkou nejsou ani rockové festivaly apod.

⁷⁶ V praxi to znamená, že některé z kroků mohou být splněny až po předchozím splnění jiných kroků. Např. není možné připravit *systém udělování akreditací a licencí poskytovatelům vzdělávání* bez předchozího schválení a existence *Minimálních standardů celé oblasti primární prevence*. Tzn. že není možné splnit bod č.6 Usnesení vlády č.1045 ze dne 23.10.2000 bez předchozího splnění bodů č.4 a 5b.

koordinace na všech úrovních, tedy kompetencí a pravomocí jednotlivých článků systému (Mioviský, Michal, et al., 2002).

Aktuálně je pozornost věnována **analýze potřeb** (první byla provedena v rámci Twining Phare Project: Drug Policy, pracovní skupina Primární prevence) a **analýze institucionálního kontextu** (první a jediná byla zpracovaná v roce 2001 na zakázku a s finanční dotací RVKPP (Kirch et al. 2001)).

9.1.1 Evaluace

Kvalitní evaluační studie nejsou k dispozici. Současná praxe je omezena na provádění některých typů vnitřní evaluace programů dle různých kritérií.⁷⁷ MŠMT vydalo publikaci věnující se evaluaci preventivních programů.⁷⁸ Materiál je zpracován poměrně kvalitně a obsahuje vysvětlení základních pojmů i východisek evaluace.

Ke zlepšení v oblasti evaluace preventivních programů přispívá aktuálně Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky ČR⁷⁹ (dále jen RVKPP) a NNO.⁸⁰ Klíčovým problémem pak je již zmíněná neexistence jednotného systému řízení a koordinace státem prosazované podoby preventivních programů a neexistence standardů preventivních programů.

9.1.2 Školní dotazníkové studie

Pro potřeby pravidelného monitorování v rámci primární prevence jsou nejdůležitější zdroje výzkumných dat z tzv. školních a celopulačních studií. Ty tvoří součást povinného minima souboru údajů, k nimž je zavázána každá členská země EU. ČR již má aktuálně tyto údaje zpracovány. Díky tomu máme k dispozici dokonce i několik meziročních srovnání (podrobněji viz kapitola 2.1.2). Na lokální úrovni je prováděna řada školských studií v různé kvalitě a s různou mírou shody s mezinárodními standardy.

9.2 Náklady na primární prevenci

Klíčovým problémem vyčíslení nákladů na primární prevenci jsou nejasnosti v chápání definice termínu primární prevence a její náplně. Prostředky na podporu různých zájmových sdružení a organizací zabývajících se volným časem mládeže obecně jsou slučovány a často zaměňovány za programy specifické prevence. K podpoře těchto nespecifických aktivit existuje řada různých zdrojů na centrální i regionální úrovni. Velmi často se rozpočty institucí veřejné správy určené na volnočasové aktivity a primární prevenci slučují a zaměňují. **Přitom za náklady na specifickou primární prevenci považujeme pouze takové náklady, které by nebyly vynaloženy, kdyby problém - tj. drogová závislost – neexistoval.**⁸¹

Analýza nákladů prevence identifikovala aktuální zdroje pro financování primární prevence. Z analýzy potřeb (Mioviský, Michal, et al., 2002) jednoznačně vyplývá, že **problém tkví v evidenci a kontrole užívání finančních prostředků z identifikovaných zdrojů.** Díky tomu **není možné přesně vyčíslit náklady specifických primárně-preventivních programů.**

Z dostupných údajů odhadujeme, že pouze na programy specifické prevence bylo v roce 2001 vynaloženo jen z centrálních zdrojů minimálně 70-80 milionů korun (spodní hranice odhadu). Přesto není možné v současnosti jasně odpovědět, zda je objem těchto prostředků adekvátní či nikoli, neboť jak prokázala citovaná analýza, nemáme aktuálně k dispozici ani dostatečně kvalitní přehled jakým způsobem je s finančními prostředky nakládáno, ani přehled aktivit a služeb všech poskytovatelů v této oblasti. Z tohoto zevrubného zhodnocení financování primární

⁷⁷ Provádění vnitřní evaluace se ve většině případů omezuje na krátké slovní zhodnocení ze strany organizátora či realizátora, někdy doplněné také o krátké hodnocení ze strany účastníků programu. Provádění těchto evaluací však není jednotné a je vzájemně nesrovnatelné.

⁷⁸ Evaluace a diagnostika preventivních programů. (MŠMT ČR, 2001)

⁷⁹ Plán práce (a jeho plnění) pracovní skupiny Primární prevence v rámci Twining Phare Project: Drug Policy.

⁸⁰ Výzkumný projekt s cílem vývoje a ověření evaluativních metod pro komunitní preventivní programy (Prev-centrum Praha, 2001)

⁸¹ Nelze jistě pochybovat o tom, že např. fotbalové oddíly pro dorost a žáky by existovaly i bez existence návykových látek; v uvádění podobných příkladů by bylo lze pokračovat do nekonečna

prevence se tedy zdá, že do této oblasti je obecně investováno výrazně více prostředků, než bylo doposud známo. Analýza nákladů a výnosů primárně preventivních programů v ČR nebyla dosud provedena.

9.3 Programy realizované ve školách

Celkem bylo za rok 2001 realizováno 4 027 samostatných specificky protidrogově preventivních akcí, jichž se zúčastnilo 68 601 dětí. Není však možné již rozlišit typ programu, délku programu, intenzitu programu ani jiné specifické informace. Pro pedagogy bylo uskutečněno celkem 198 akcí bez bližší specifikace, jimiž prošlo 1122 pedagogů.

9.3.1 Specifika strategií a modelů školních intervencí

Základním programem v resortu školství je tzv. **Minimální preventivní program**,⁸² rozvíjený již několik let. Kontrola jeho naplňování spadá do kompetence České školní inspekce. Základním článkem programu jsou tzv. školní metodici prevence. Ti jsou v současnosti rekrutováni z řad pedagogů, práci dělají vesměs nad rámec svých základních pedagogických povinností, rezervy existují v zajištění optimálních podmínek jejich práce jako je metodické vedení, ohodnocení atd. (Miovský, Michal, et al., 2002).

Především jsou v rámci Minimálního preventivního programu realizovány edukativní programy, výjimečně jsou doplněny o programy zaměřené na postoje a nácvik dovedností. **Skutečně navazující programy, prováděné kooperujícími poskytovateli podporovanými školou a místními úřady a majícími jasnou vzájemnou návaznost, jsou výjimečné.**

Velmi slibný je rozvoj preventivních programů prováděných ze strany NNO (nestátních neziskových organizací). Za funkční programy lze v ČR označit zejména ty, kde bylo využito horizontálního propojení práce školních metodiků, místních NNO a dalších institucí na regionální úrovni.

9.4 Mimoškolní programy pro mládež

9.4.1 Definice

Za mimoškolní programy pro mládež považujeme všechny typy preventivních aktivit a opatření, realizované mimo školy a školská zařízení a tvořící součást tzv. Minimálních preventivních programů.

9.4.2 Typy a charakteristiky intervencí s mládeží mimo školy

Právě v této oblasti se často zaměřují specifické primárně preventivní programy s volnočasovými aktivitami.

V oblasti specifických primárně preventivních programů působí mimo školu – až na několik výjimek – převážně nestátní neziskové organizace (NNO). Jedná se však současně o jednu z nejméně rozvinutých oblastí prevence v ČR. Existuje několik funkčních modelů **komunitních programů s mládeží na ulici, s rizikovými skupinami mládeže** (v hustě osídlených oblastech) a přímo také **v klubech** a různých zábavních zařízeních. Ojedinele se začínají objevovat **první cílené programy pro rizikovou mládež v sociálně segregovaných skupinách** či v rámci etnických menšin. Náplň těchto programů se již částečně prolíná s nízkoprahovými programy typu kontraktních center nebo terénních programů. Limitem je absence metodických materiálů pro tyto specifické primárně preventivní programy.

Volnočasové aktivity zahrnují aktivity podporující programy pro volný čas mládeže. Jde o programy, které jednak v oblasti **sportovních aktivit** postupně navázaly na tradici organizací jako např. Sokol, Orel atd. a jednak aktivity spadající do **zájmové činnosti** (např. Lidové školy umění, kroužky při školách apod.). Určitým nedostatkem je **neschopnost nabízet modifikované formy těchto aktivit rizikovým skupinám mládeže** a efektivně tyto skupiny oslovovat zajímavými nabídkami. Jedním z posledních pokusů o oslovení takových skupin je např. budování tzv. skateparků – jejich účinnost ve smyslu drogové prevence je však závislá na podmínkách jejich provozování (Kábrt,

⁸² Minimální preventivní program specifikuje čl.II (str. 2-3) Metodického pokynu ministra školství Č.j.14514/2000-51 (MŠMT ČR, 2000a).

2002). Právě rizikové skupiny mládeže na sídlištích městských aglomerací jsou největším zdrojem dětské kriminality a začátku drogové kariéry.

9.5 Rodinná prevence

9.5.1 Definice

Práce s rodinami je zakotvena ve všech dílčích koncepcích prevence v ČR (resortních, regionálních, atd.). Téměř žádná z nich však tuto oblast nespecifikuje blíže. V zásadě lze programy rodinné prevence v ČR **rozdělit do čtyř skupin**:

1. **Edukativní programy pro rodiče** - omezují se jednak na účelové publikace pro rodiče a dále na besedy a přednášky pro rodiče.
2. **Programy zaměřené na předcházení rizikovému chování rodičů** (požívání alkoholu a jiných drog apod.) - patří mezi nejvíce podceněné. Tyto programy se objevují jen zřídka, a to většinou na regionální úrovni.
3. **Preventivní programy s aktivním podílem rodičů** (zapojení a spolupráce do programů škol a organizací v rámci komunitních programů atd.) - jedná se např. o několik úspěšných programů komunitního typu (konceptně je jedním z dobrých příkladů program realizovaný ve spolupráci správy místní části a NNO - *Prevcentrum* v Praze 6).
4. Podíl rodičů na včasné diagnostice a efektivní intervenci (především na úrovni spolupráce se školou).

9.6 Jiné programy

9.6.1 Peer (vrstevnické) programy

Peer programy a trénink vrstevnických skupin nemá jednotnou koncepci. Existuje několik různých modelů, z nichž většina doposud nemá zakotvení v podobě manuálu, metodiky či zpracované monografie (a neexistuje ani žádná navazující kvalitní evaluační studie). Není tak možné získat přehled o rozšíření těchto programů (neboť jsou pod tímto termínem vykazovány i aktivity nemající charakter *peer* programu), ani srovnávací studie či publikované manuály dobré praxe. Zpracované (existující) materiály tvoří *know-how* jednotlivých poskytovatelů. **Nedostatek kvalitně zpracovaných a dobře přístupných příkladů dobré praxe je výrazným limitem v šíření těchto programů.** Prostřednictvím práce expertní skupiny sestavené v rámci Phare Twining project: Drug policy bylo vytypováno několik kvalitních programů, které se v roce 2002 zpracovávají do první verze manuálu dobré praxe.

9.6.2 Linky pomoci po telefonu

V ČR je zajištěna dostatečná síť, pokrývající všechny regiony ČR. Otázkou je zajištění kvalitního kontinuálního vzdělávání personálu linek důvěry zaměřeného specificky na oblast zneužívání drog.

9.6.3 Komunitní programy

Prvních několik programů vzniklých v letech 2000-2001 prozatím vykazuje v rámci vnitřní evaluace dobré výsledky. Zásadním problémem však zůstává malá podpora těmto programům (zejména ekonomická a informační) a dosavadní **nedostatečné odborné zakotvení** (koncepce, příklady dobré praxe atd.).

9.6.4 Masmediální kampaně

Víceméně náhodně prováděné (v závislosti na ekonomických možnostech), bez koncepčního rámce, bez vyhodnocení dopadu a bez možnosti kvalitní odborné oponentury.

9.6.5 Internet

V roce 2001 došlo k významnému rozvoji těchto programů (v závislosti na postupném zpřístupnění technologie většímu počtu mladých lidí). Začínají kvalitněji fungovat drogové poradny provozované NNO. Dvě největší (nejnavštěvovanější) poradny v ČR jsou www.drogovaporadna.cz (návštěvnost cca 5000 přístupů/měsíc) a

www.extc.cz (návštěvnost cca 4000 přístupů/měsíc), obě jsou provozovány nestátními organizacemi. Další internetové adresy jsou uvedeny v příloze této zprávy.

Historicky vůbec nejdražším preventivním projektem na internetu v historii ČR (Kubů, 2002) je projekt www.sidliste.cz jehož dosavadní výsledky zjevně neodpovídají vloženým nákladům ve výši 3,7 mil. Kč (návštěvnost nebyla provozovatelem přes opakované výzvy poskytnuta). **Projekt hradilo MŠMT.**

9.6.6 Prevence na pracovišti

Prevence na pracovišti jako soubor programů zaměřených na dospělou populaci patří v ČR dlouhodobě k zanedbávaným a podceněným typům prevence. Dokonce ani pro tak rizikové skupiny jako je zdravotní personál nebyl v roce 2001 připraven a realizován ucelený preventivní program. Ministerstvo vnitra v roce 2001 zpracovalo projekt „Detekce omamných a psychotropních látek u uchazečů o přijetí do služebního poměru a u příslušníků Policie ČR.“

10 Snižování rizik spojených s užíváním drog

Snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, harm reduction (dále HR) je jedním ze čtyř pilířů **Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004** (Meziresortní protidrogová komise vlády ČR, 2000), dále jen *Národní strategie*), která **definuje HR jako soubor specifických přístupů, jejichž cílem je:**

- **napomáhat drogově závislým lidem přežít a minimalizovat poškození jejich zdravotního a sociálního stavu a současně je motivovat ke změně rizikového chování s cílem života bez drog,**
- **ochraňovat společnost před negativními důsledky užívání drog včetně krví přenosných nemocí.**

10.1 Priority a cíle

V Národní strategii jsou definovány **konkrétní cíle**, které jsou průběžně s větším či menším úspěchem naplňovány a jejichž plnění je kontrolováno. Podle podkladů pro zpracování Bilanční zprávy o plnění úkolů za rok 2001 vyplývajících z Národní strategie **se daří plnit úkoly týkající oblasti sběru dat a výzkumů v oblasti protidrogové politiky** (zřízení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, usnesení vlády č.643/02) a **doplňování sítě služeb pro uživatele drog (dále jen UD):**

úkol: **Vytvoření sítě programů detoxifikace:** mapováním bylo zjištěno, že kapacita detoxifikačních lůžek je dostatečná, pouze rozložení pacientů je nerovnoměrné, pomocí síťování v rámci akreditačního procesu bude tento nedostatek odstraněn

úkol: **Rozšíření kapacity substituční léčby:** průběžně probíhá

úkol: **Vytvoření koncepce práce s UD v podmínkách věznic a její zavedení do praxe:** v březnu 2001 přijalo Generální ředitelství Vězeňské služby ČR dokument „Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001-2004;“ již běží programy léčby drogové závislosti ve dvou věznicích a plánuje se zřízení „Drug free“ zón vybraných věznicích^{83, 84}

S menšími úspěchy se daří plnit úkoly z oblasti zavádění systému akreditací, hodnocení a udržování kvality poskytované péče do praxe.

Ministerstvo práce a sociálních věcí připravuje k zavedení do praxe k 31.12. 2002 systém registrací a inspekce v sociálních službách. Tento systém bude povinný pro poskytovatele sociálních služeb.

Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo a pilotně ověřilo systém akreditací pro poskytovatele služeb UD již v roce 2000, nicméně se tento systém ještě nepodařilo uvést do praxe.

Nejmenší úspěchy zaznamenáváme při plnění úkolů vyplývajících z cílů v oblasti financování služeb pro UD (vytvořit transparentní a funkční systém víceletého financování služeb v dané oblasti, vytvořit podmínky pro rovné příležitosti poskytovatelů služeb v oblasti léčby drogově závislých). Stále přetrvávají **nevyřešené problémy ve financování programů** (kolísající rozpočet na protidrogovou politiku, poskytování dotací z více zdrojů na centrální úrovni, dotační systém - každoroční předkládání žádostí o dotace, pozdní uvolňování dotací ze státního rozpočtu). **Tyto problémy lze odstranit pouze systémovými kroky, tj.**

- vyčleněním stabilních prostředků na programy protidrogové politiky ve státním rozpočtu,
- posílením kompetence centrálního koordinačního orgánu v oblasti přímého financování a kontroly programů,
- zavedením systému nákupu služeb za státem stanovené ceny a

⁸³ Ve věznicích probíhá monitoring drogové i lékové závislosti u vězňů při přijetí a v průběhu výkonu trestu: Lékařská služba vyšetřila v roce 2001 celkem 4900 osob (30346 testů), přičemž u celkem 1245 osob byl laboratorně zjištěn pozitivní nález (46,7 % benzodiazepiny, 31,3% amfetaminy), Vězeňská služba předpokládá, že od roku 2002 bude monitoringem drog procházet ročně 10 tisíc vězňů, tedy polovina vězeňské populace.

⁸⁴ Některé z uvedených cílů týkající se doplnění sítě zařízení sítě pro UD by dle definic EMCDDA spadaly do kapitoly Léčba, v Národní strategii jsou však uvedeny v rámci pilíře Harm reduction.

- vytvořením podmínek pro účinnější vymáhání plnění úkolů Národní strategie protidrogové politiky.

V rámci projektu Phare Twinning 2000 „Posílení národní protidrogové politiky“ v pracovní skupině „Financování“, v níž jsou zastoupeny všechny klíčové resorty, byla zpracována **analýza současného stavu a potřeb poskytovatelů i příjemců dotací**. Rakouští odborníci následně vypracovali **návrhy možných modelů financování protidrogové politiky v ČR**. Navržené modely budou v pracovní skupině dále diskutovány a **konečný návrh má být vytvořen v termínu do konce roku 2003**.

10.2 Popis intervencí

Služby určené uživatelům drog v oblasti HR poskytují v ČR zejména nízkoprahová zařízení (kontaktní centra, terénní programy/streetwork). Ve většině z nich pracují **multidisciplinární týmy**: sociální pracovníci, terapeuti, lékaři, zdravotní sestry, psychologové, pedagogové a v některých případech ex-useri.⁸⁵ **Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou především problémoví uživatelé drog, příp. jejich blízcí, v některých případech nově i rekreační uživatelé tanečních drog**. Nízkoprahová zařízení v menších městech se často angažují také na poli primární prevence.

Základní **specifické cíle služeb** poskytovaných v oblasti HR jsou:

- zvyšovat motivaci UD k **méně rizikovému chování v souvislosti s užíváním drog**,
- zvyšovat motivaci UD ke **změně životního stylu směrem k abstinenci**,
- vést injekční UD k **pravidelné výměně použitého injekčního materiálu, k jeho bezpečné likvidaci**,
- **snížit výskyt hepatitidy A,B,C mezi uživateli drog**,
- **udržet nízký výskyt HIV/AIDS**,
- **prevence kriminality**,
- **sběr dat v oblasti užívání drog, sledování trendů v užívání drog**.

10.2.1 Rozsah služeb HR v České republice

V ČR je **poměrně stabilizovaná síť nízkoprahových zařízení**: na konci roku 2001 ji tvořilo **65 zařízení**⁸⁶, z nichž **72 % zřizují nestátní neziskové organizace**. Do standardní nabídky služeb patří **výměna injekčního materiálu včetně motivačního tréninku zaměřeného na bezpečnou likvidaci použitého injekčního materiálu**, zprostředkování **kontaktního se zařízeními zabývajícími se abstinencí orientovanou léčbou**, případně s programy **substituční léčby, poradenství v oblasti infekčních nemocí a prevence předávkování, zdravotní a sociální služby** pro UD, příp. jejich zprostředkování; většina kontaktních center nabízí **hygienický a potravinový servis**. 59 zařízení (91%) provozuje v rámci svých služeb streetwork, tj. **kontaktování uživatelů drog mimo instituci, na ulici, příp. v bytech**.

V některých zařízeních (cca 15) funguje **program sekundární výměny injekčního materiálu**.⁸⁷ Službou HR, kterou provádějí nízkoprahová zařízení nově a jen ojediněle (v roce 2001 jich bylo celkem 6) je **informační servis doprovázený orientačním testováním kvality drog pro rekreační uživatele ecstasy (MDMA)**, který se provádí přímo na tanečních party. **Tři nízkoprahová zařízení se zabývají kontaktováním a poskytováním služeb zejména romským uživatelům drog**. Zaměstnanci **2 nízkoprahových zařízení** mají možnost **přístupu do některých českých věznic**, kde poskytují obviněným a vězňům informace o službách HR, případně zprostředkovávají kontakt s léčebnými institucemi. Terénní programy občanského sdružení SANANIM (Praha) vydávají pátým rokem **časopis Dekontaminace** (náklad 2000 ks), který je určen aktivním UD a věnuje se tématům spojeným s bezpečnějším užíváním drog a sítí služeb pro UD. Časopis vychází čtvrtletně a je rozesílán do nízkoprahových zařízení po celé ČR.

⁸⁵ bývalí uživatelé drog, kteří prošli po rehabilitaci příslušným výcvikem

⁸⁶ 65 zařízení provozuje 78 jednotlivých projektů (57 nízkoprahových/kontaktních center, 20 terénních programů/ streetwork)

⁸⁷ zapojení aktivních uživatelů drog, kteří vyměňují injekční materiál a poskytují informace dalším uživatelům drog

V ČR doposud neexistují aplikační místnosti pro injekční uživatele drog – viz kapitola 10.2.4.4.

tabulka 10-1: Nízkoprahová zařízení v roce 2001 (zdroj dat: Zdroj: Závěrečné zprávy projektů nízkoprahových zařízení finančně podpořených prostřednictvím MPK za rok 2001)

	Počet kontaktů	Počet vyměněných stříkaček a jehel
77 projektů	230 327	1 567 059 ks

tabulka 10-2: Výměnné programy 2001 (Zdroj: HS HMP, 2001)

	Počet vykazujících výměnných programů	Počet vyměněných stříkaček a jehel
2001	82	1 179 011 ks
2000	80	1 152 334 ks
1999	64	850 285 ks
1998	42	486 600 ks

Odhaduje se, že služeb výměnných programů využívá v České republice více než 50 % injekčních uživatelů.

10.2.2 Spolupráce mezi zařízeními HR

V rámci Asociace neziskových organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogově závislých vznikla v říjnu 1999 Sekce Harm Reduction A.N.O. (dále Sekce HR). Hlavní náplní Sekce HR je zajišťovat plynulou komunikaci mezi jednotlivými zařízeními, napomáhat profesionalizaci stávajících programů, garantovat naplňování minimálních standardů poskytované péče u svých členů a napomáhat k vytvoření jednotných definicí pojmů, které se týkají služeb poskytovaných v HR oblasti. Na konci roku 2001 měla Sekce HR A.N.O. 31 členů.

Od listopadu 2001 vychází e-mailový zpravodaj Sekce HR, který slouží především jako informační bulletin zaměřený na diskuse, odborné příspěvky na aktuální témata, přináší informace a tipy o vzdělávání v oblasti HR, obsahuje informace z jednání výboru Sekce HR atd. (podrobnosti viz www.asociace.org).

Koncem roku 2001 vypracovala pracovní skupina výboru Sekce HR nové podmínky a mechanismy pro přijetí organizací či programů poskytujících služby HR do Sekce HR. Nový mechanismus rovněž slouží jako nástroj k udělení vnitřní akreditace v rámci akreditačního procesu Sekce HR.

Sekce HR A.N.O. pracuje již třetí rok na projektu *Sjednocení sběru dat*, ve kterém je nyní zapojeno 17 zařízení, která kromě jednotné metody sběru dat (a jejich vyhodnocování) užívají i stejné kódování anonymních klientů a připravují vytvoření jednotné databáze svých klientů.

Část profesionálů pracujících v HR je sdružena v profesní organizaci Česká asociace streetwork (ČAS), která funguje od roku 1997.

10.2.3 Náklady na oblast HR

Ze státního rozpočtu bylo prostřednictvím MPK, Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví v roce 2001 podpořeno 86 projektů v oblasti HR celkovou částkou 76 956 359,- Kč. Jde o zařízení, která na svůj provoz žádala finanční prostředky v rámci dotačního řízení MPK. Jedná se o zhruba 85% všech zařízení poskytujících služby HR.

U zařízení, která se tohoto dotačního řízení nezúčastnila, nemáme informace o způsobu jejich financování, případně o jejich rozpočtu. Může jít o některá státní zařízení (např. zařízení zřízená Hygienickou stanicí, zařízení, která jsou součástí nemocnice apod.) a zařízení financovaná z jiných zdrojů (místními samosprávami, církvemi, soukromými donory aj.)

10.2.4 Specializované aktivity v oblasti HR

10.2.4.1 Aktivity HR určené uživatelům tanečních drog

V roce 2001 poskytovalo 6 zařízení přímo na tanečních parties informativní rozhovory a materiály (letáčky) a krizové intervence o problémech spojených s konzumací tanečních drog a případně nabízeli možnost orientačních kvalitativních testů tablet extáze.

Testování tablet je důležitým krokem pro navázání kontaktu odborníků s potenciálními i faktickými uživateli “extáze” a eventuálně i dalších drog. Možnost využití tohoto kontaktu k poskytování preventivních informací o rizicích užívání drog, eventuálně krizové intervence, jsou hlavním účelem a přínosem těchto aktivit. Analýza obsahu tablet odhalí skutečný obsah pilulek a upozorní na eventuální nebezpečné či neočekávané složení a příměsi. Jde o neocenitelné informace především preventivní pro samotné uživatele, pro přesnější a rychlejší orientaci lékaře a toxikologa při zásazích v krizových situacích, pro znalost aktuálních poměrů a trendů na černém trhu drog atp. **Pro funkčnost tohoto “harm reduction” systému je nutné příslušné legislativní zázemí, stejně jako dobrá spolupráce s policií a správními úřady a v neposlední řadě dostatek finančních zdrojů, respektive fungující mechanismus krytí nákladů na testování.** Pro systém “harm reduction” je zásadní dostupnost informací. Kontaktování uživatelů a testování tablet přímo na místě patří k nejefektivnějším možnostem, ovšem pouze kvalitativní testy tablet nejsou dostačující (nedostatečná **přesnost, neznalost obsažených dávek**). **Je tedy nutné kombinovat tyto orientační analýzy s analýzou kvantitativní. Jako nejvýhodnější se jeví vytvoření přehledné, pravidelně aktualizované databáze tablet s výsledky kvantitativní analýzy – tj. udáním typu a množství obsažených substancí** (Fišerová and Páleníček, 2002).

Občanské sdružení Podané ruce (Brno) provozuje od roku 2000 **internetovou on-line poradnu** (<http://www.extc.cz/>), zaměřenou na problematiku užívání tanečních drog.

V roce 2002 byla pod hlavičkou Ústavu farmakologie 3. lékařské fakulty University Karlovy zveřejněna **Databáze tablet extáze užívaných v ČR s kvantitativní analýzou obsahu** (<http://www.lf3.cuni.cz/drogy/>).

Jedná se o **přehled náhodně sebraných tablet extáze** (v oblasti Prahy a okolí) s kompletním kvantitativním vyhodnocením obsahových látek a přesnou dokumentací vč. fotografické. Databáze by měla být postupně kontinuálně aktualizována a doplňována a vhodným způsobem zpřístupněna nejen lékařům toxikologům (pro jejichž potřeby primárně vznikla), ale i pro ostatní účely např. v rámci “harm reduction” programů.

- **Databáze obsahuje 107 tablet** náhodně nasbíraných zejména v posledních dvou letech. Současně s chemickou analýzou byla pořízena fotodokumentace (ze tří stran) a popis tablet, u každé tablety byla zaznamenána doba výskytu, tableta byla zvážena, změřena, popsána co do tvaru a barvy. Z celkového počtu 107 už zpracovaných tablet v databázi, bylo 9 nasbíráno v roce 2001, 67 v roce 2000, 18 pochází z roku 1999, 10 z roku 1998 a 3 z roku 1996. Výsledkem analýz byla zejména tato zjištění (Fišerová and Páleníček, 2001):
- **naprostá většina tablet obsahovala pouze MDMA** a pojivo (nejč. laktózu), **dávky MDMA** v tabletách se pohybovaly většinou **mezi 30mg – 100mg**, maximální obsah byl 152mg,
- **v osmi tabletách byl obsažen amfetamin**, z toho 3 tablety byly v kombinaci s efedrinem a 2 tablety současně obsahovaly i MDMA,
- **2 tablety obsahovaly metamfetamin**, z čehož jedna obsahovala ještě ketamin a MDMA,
- **4 kapsle obsahovaly ketamin se stopami metamfetaminu**,
- v několika tabletách se mezi příměsemi vyskytl **piracetam, thiamin, kofein, paracetamol** atp., byly nalezeny také pilulky s nulovým obsahem účinných látek (pouhá laktóza) **a originální léky** jako např. Nurofen (ibuprofen)
- v databázi se někdy i několikrát opakují tablety se stejnými znaky, zjištěné obsahy substancí se však zejména u tablet sebraných v různých obdobích vždy neshodují

Služby HR určené uživatelům tanečních drog jsou v ČR v počátcích, ale vzhledem k rozšíření konzumace tanečních drog v České republice⁸⁸ (viz kapitola 2.2) se jeví jako velmi potřebné tyto aktivity dále rozvíjet. V rámci RVKPP byla zřízena pracovní skupina, jejímž úkolem je analýza současné situace a definování potřeb v oblasti prevence zneužívání těchto látek, včetně návrhu legislativních a organizačních podmínek pro zavedení vhodných opatření.

10.2.4.2 Prevence infekčních chorob

Prevence infekčních chorob je **standardní součástí nabídky služeb v nízkoprahových zařízeních**. Mezi aktivity prevence infekčních chorob patří :

- **poskytování informací o infekčních chorobách** (často i v tištěné formě: letáky, časopis Dekontaminace)
- **vzdělávání a motivace k bezpečnějším způsobům užívání drog** (nesdílení injekčního náčiní, pravidelná výměna jehel apod.)
- **výměnný program** – včetně bezpečné likvidace použitých stříkaček
- **sekundární výměnný program**
- **vzdělávání a motivace k bezpečnému sexu**, distribuce kondomů
- **motivační trénink ke znalosti svého zdravotního stavu** – k testování
- **zprostředkování kontaktu s lékařem odborníkem** v případě onemocnění
- **provádění orientačních testů**
- **zprostředkování očkování**

V rámci přípravy seroprevalenční studie VHC mezi uživateli drog proběhlo **mapování služeb spojených s prevencí infekčních chorob v nízkoprahových zařízeních**. Dotazníkem bylo osloveno 75 jednotlivých projektů, informace nám poskytlo 65 z nich (viz tabulka 10-3).

tabulka 10-3: Spektrum služeb snižujících riziko infekčních nemocí u uživatelů nelegálních drog (zdroj dat: orientační mapování NMS k přípravě seroprevalenční studie VHC)

Služba	Počet zařízení poskytujících službu	Počet provedených testů v roce 2001
Testy HIV – celkem	47	2307
Testy HIV ze slin	18	954
Testy HIV z kapilární krve	23	344
Testy HIV z žilní krve	15	1009
Testy HBV – celkem	36	901
Testy HBV z kapilární krve	25	264
Testy HBV z žilní krve	13	637
Testy HCV – celkem	40	1257
Testy HCV z kapilární krve	29	607
Testy HCV z žilní krve	13	650
Očkování	5	N/A

10.2.4.3 Prevence předávkování

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

⁸⁸ Podle průzkumu CVVM (2002) mají alespoň jednorázovou zkušenost s extází 4% populace ve věku 15 – 64 let, což představuje cca 285 000 obyvatel.

Kromě zavádění a rozšiřování substitučních programů žádné další specifické aktivity, které bychom mohli považovat za strategie vedoucí k prevenci předávkování v ČR nefungují (neexistence aplikačních místností viz. dále podrobněji). Také, kromě evidence úmrtí spojených s užíváním drog, neproběhly v této oblasti žádné výzkumy ani vyhodnocování prováděných aktivit.

10.2.4.4 Místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog

V roce 1999 vznikl na Obecním úřadě Městské části Praha 1⁸⁹ záměr zřídit pilotní Centrum hygienické aplikace pro injekční uživatele drog. Pro značnou kontroverzi, kterou tento záměr vyvolal v Obecní radě, si Městská část nechala vypracovat rešeršní materiál, shrnující zkušenosti s touto modalitou „snížování rizik/pomoci přežít“ ve světě (Zábranský, 1999) a právní expertizu proveditelnosti takového záměru (Gajdošíková, 1999). Vyžádala si též vyjádření sekretariátu MPK (kladné), Ministerstva zdravotnictví (kladné), Společnosti pro léčení návykových nemocí ČLS JEP (kladné) a Policie ČR resp. její Národní protidrogové centrály (záporné). Protože první jednání a veřejná slyšení nedospěla ke konsenzu, byly městskou radou vysláni vybraní členové rady, protidrogový koordinátor městské části a dva nezávislí odborníci na studijní cestu do Frankfurtu nad Mohanem, prvního evropského města, kde se tato modalita stala součástí městské (a posléze i státní) protidrogové politiky.

Po návratu ze studijní cesty proběhlo další hlasování; **Městská část Prahy 1 těsnou většinou jednoho hlasu záměr zřídit toto zařízení odmítla a doporučilo tuto záležitost k řešení Magistrátu hl. m. Prahy s poukazem na skutečnost, že jde o problematiku přesahující hranice jednoho městského obvodu.**

Diskuse se tedy na přelomu let 2000 a 2001 přenesly na magistrátní úroveň.

Magistrát „Velké Prahy“ procházel v té době opakovanými koly neschválení základního koncepčního dokumentu⁹⁰ městské protidrogové politiky městskou radou a/nebo zastupitelstvem. Zřízení pilotní „Aplikační místnosti“ bylo součástí všech jeho předkládaných verzí s výjimkou poslední; právě ta (Hl. m. Praha, 2002) byla usnesením Rady HMP schválena (Rada hl. m. Prahy,); vzápětí tuto **verzi, neobsahující „aplikační místnosti“, schválilo rovněž zastupitelstvo** (Zastupitelstvo hl. m. Prahy, 2002).

Téma aplikačních místností v současnosti není považováno odbornou obcí za prioritu; zároveň v ČR neexistuje silný tlak občanů na snížení rozsahu nebo viditelnosti veřejných injekčních aplikací nezákonných drog. Rovněž mortalita z předávkování nezákonnými drogami je v porovnání s okolními státy velmi nízká. Veřejná diskuse na toto téma tudíž v podstatě zcela utichla.

Rozhodnutí Magistrátu hl. m. Prahy nezabývat se touto otázkou v koncepčním/strategickém dokumentu lze tedy považovat za pragmatické.

10.3 Standardy a evaluace

10.3.1 Monitorování

Sít' nízkoprahových zařízení se potýká s nejednotnou metodologií sběru dat o UD a službách jim poskytovaných. Služby jsou UD poskytovány většinou anonymně, což sběr dat komplikuje.

Přesto jsou všechna zařízení již v současnosti schopna poskytnout informace o počtu vyměněných injekčních stříkaček a jehel, o počtu kontaktů⁹¹ za určité časové období; většina zařízení též vykazuje objem uskutečněných služeb.

⁸⁹ konkrétně na jeho odboru sociální a zdravotní péče

⁹⁰ tzv. *Strategický plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2002 až 2006*

⁹¹ každá návštěva/situace, při které dochází k interakci mezi klientem a pracovníkem programu (tzn. poskytnutí určité služby, informace, nebo poradenství - včetně skupinového), Sekce HR A.N.O.

Nejednotnost sběru dat se projevuje i ve vyhodnocování kvality poskytovaných služeb. Iniciativy vedoucí ke sjednocení sběru dat i k vyhodnocování kvality služeb přicházejí během posledních tří let jak ze strany zařízení, která služby poskytují, tak ze strany donorů.

V rámci projektu Phare Twinning 2000 „Posílení národní protidrogové politiky“ v oblasti „Zajištění systému sběru dat o drogách a drogových závislostech“ byla zřízena **pracovní skupina „Žádosti o léčbu/službu“** na jejíž činnosti se podíleli též Hygienická stanice hl. města Prahy (dále jen HS HMP)⁹² a zástupci Sekce Harm Reduction A.N.O. (dále jen HR A.N.O.) za nestátní poskytovatele služeb pro UD. **Pracovní skupina pracuje na zlepšení existujícího systému, který zatím nezahrnuje všechna relevantní zařízení pro UD**, na vytvoření manuálu, který by umožňoval vyhnout se dosavadnímu nejednotnému způsobu vykazování⁹³ a v neposlední řadě na implementaci definic relevantních pojmů ve smyslu terminologie EU a EMCDDA (problémové užívání, žádosti o (první) léčbu).

10.3.2 Evaluace

Na zakázku sekretariátu MPK zpracovali externí odborníci **návrh jednotných nástrojů pro hodnocení efektivity terénních výměnných programů, nízkoprahových kontaktních a poradenských center.**⁹⁴

Evaluační nástroje jsou vytvořeny pro základní indikátory hodnocení efektivity programů:

- dostupnost poskytovaných služeb – navázání kontaktu,
- udržení kontaktu – udržení klienta v programu léčby,
- finanční náklady na realizaci programů léčby závislostí.

Evaluační nástroje byly pilotně ověřeny v několika programech a připravuje se jejich zavedení do praxe.

⁹² která od roku 1995 formou standardizovaných dotazníků eviduje první žádosti o léčbu/službu (First Treatment Demand - FTD) v zařízeních, jež jsou zahrnuta v databázi léčebně-kontaktních center

⁹³ definice Žádosti o první léčbu v různých typech péče o UD, zejména v nízkoprahových zařízeních

⁹⁴ Tyto nástroje byly zároveň vypracovány i pro terapeutické komunity a jsou využitelné i pro hodnocení krátkodobých rezidenčních programů léčby a doléčovací programy

11.1 Léčba orientovaná k abstinenci a zdravotní péče na národní úrovni

Sít' na abstinenci orientovaných programů léčby drogově závislých je vybudována na relativně dobré úrovni a poměrně dobře pokrývá potřeby na místní i na celonárodní úrovni, ať už co do kapacity nebo co do regionální distribuce programů. Tvoří ji státní zdravotnická zařízení, jejichž nabídka služeb detoxifikace, ambulantní léčby a krátkodobé ústavní léčby je na základě poptávky ze strany uživatelů drog doplňována nestátními neziskovými organizacemi (NNO), jež poskytují navazující (státními zařízeními nezajištěné) služby v denních stacionářích, ve střednědobých a dlouhodobých programech rezidenční léčby a resocializace v terapeutických komunitách a v programech následné péče (ambulantních nebo s chráněným bydlením).

Nedostatečně je řešen problém užívání drog dětmi a mladými lidmi s výchovnými problémy v zařízeních speciálního školství určených pro jejich re-educaci (výchovné ústavy pro děti a mládež), v nichž podle neoficiálních expertních odhadů (Denniger: osobní rozhovor) tvoří podíl uživatelů drog 60 - 80 % ze všech dětí a dospívajících. Způsob práce s cílovou skupinou uživatelů drog ve výchovných zařízeních je dle stanoviska Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy pilotně ověřován ve třech vybraných zařízeních⁹⁵, následně by měl být rozšířen do dalších zařízení. S ohledem na omezené finanční prostředky jsou postupně budovány i abstinenci orientované programy léčby drogově závislých ve věznicích. Chybějící (nedostatečně zajištěné) typy programů léčby jsou diskutovány v kapitole 8.1.

Na základě zpracování a průběžné aktualizace přehledu o programech prevence a léčby v oblasti drogových závislostí (Sekretariát Meziresortní protidrogové komise vlády ČR, 2000), lze stávající síť programů léčby orientované na abstinenci od užívání drog popsat takto:

tabulka 11-1: Programy abstinenci léčby v ČR 2001

Typ programu	Počet v ČR	Kapacita	Zřizovatelé	Poznámka
detoxifikační jednotky	24	180 lůžek	výhradně státní zdravotnická zařízení	rezidenční detoxifikace (1-2 týdny)
denní stacionáře	2	30 míst	NNO	krátkodobá léčba (3 měs.)
psychiatrické léčebny / oddělení	13	800 lůžek	výhradně státní zdravotnická zařízení	krátkodobá (3-4 měs.) rezidenční léčba
terapeutické komunity	16	216 lůžek	87,5 % NNO	středně- (6-8 měs.), dlouhodobá (12-15 měs.) rezidenční léčba
pobytová oddělení s léčebnou péčí	3	-	výhradně státní zařiz. speciálního školství	pilotní ověřování
doléčovací programy	12	-	66 % NNO	rezidenční péče, ambulantní péče, chráněné dílny a chráněné bydlení
terapeutické komunity - věznice	5	-	výhradně státní zařízení pro výkon trestu odnětí svobody	muži (Plzeň, Rýnovice), ženy (Opava, Pardubice), mladiství muži (Opava)

⁹⁵ MŠMT - písemné podklady k Bilanční zprávě o plnění úkolů vyplývajících z Národní strategie protidrogové politiky 2001 - 2004, srpen 2002. Ověřování programů léčebné péče probíhá ve VÚ Dvůr Králové n.L., ve VÚ Žulová a ve Středisku pro mládež Praha - Klíčov.

Z již citovaného výzkumu (Krch et al. 2001), který si klade za cíl popsat a analyzovat **institucionální kontext protidrogových programů** vyplývá, že se léčbě a poskytování zdravotní péče uživatelům OPL věnuje **44,3 %** ze všech **253 organizací**, jež se studie účastnily.

V souladu s prioritami Národní strategie protidrogové politiky 2001 - 2004 (zvyšování odbornosti, evaluace, síťování, matching potřeb klientů, profilace programů) pokračovala v roce 2001 spolupráce institucí centrální správy s poskytovateli programů léčby drogově závislých, zejména s představiteli NNO či odborných společností.

S cílem přispět ke **zvyšování odbornosti pracovníků v oblasti drogových závislostí, iniciovat širokou odbornou diskusi mezi odborníky různých profesí a přispět ke sjednocení odborné terminologie** podpořila **Meziresortní protidrogová komise vznik odborného časopisu** pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí - **Adiktologie** (2 čísla v roce 2001), stejně jako **sestavení a vydání odborného slovníku pojmů z oblasti drog a drogových závislostí** (Kalina et al. 2001). Ten představil více než 360 medicinských i nemedicinských hesel, vztahujících se k léčbě a resocializace drogově závislých osob.

Tématu spolupráce odborníků z různých profesí, kteří se na léčbě a resocializaci drogově závislých podílejí a podle potřeb doplňují, stejně jako **snaze zvyšovat povědomí o programech léčby mezi policisty byla věnována národní odborná AT** (alkoholové a nealkoholové toxikománie) **konference** se symbolickým názvem "Přesahy..."⁹⁶ Konferenci pořádala Česká lékařská společnost J. E. Purkyně - Společnost pro návykové nemoci a občanské sdružení Sananim ve spolupráci s Odborem prevence kriminality Ministerstva vnitra ČR a pod záštitou Meziresortní protidrogové komise. Na konferenci se tradičně setkávají představitelé medicinského přístupu léčby závislostí (pracovníci zejména ze státních zdravotnických zařízení) a ostatních nemedicinských přístupů (pracovníci zejména z NNO). Odborná **konference je optimální platformou pro výměnu názorů a zkušeností, vzájemné poznávání, navazování a prohlubování spolupráce mezi pracovníky různých profesí i mezi představiteli různých sektorů.**

Mezi nejvýznamnější výstupy spolupráce sekretariátu MPK a sekce terapeutických komunit A.N.O. patří návrh evaluačních nástrojů práce TK s klienty a jejich pilotní ověření (viz kapitola 8.1). Tyto nástroje by měly být po dopracování zavedeny do praxe. Je nutno podotknout, že zájem představitelů státních zdravotnických zařízení o tento typ aktivit je spíše výjimečný. O výsledky projektu evaluací a možnosti jejich využití v praxi se zajímal pouze vedoucí pracovník programu krátkodobé rezidenční léčby drogově závislých Fakultní nemocnice v Plzni. Dalším **významným tématem činnosti terapeutických komunit je jejich postupná profilace** - specializace na práci se specifickými cílovými skupinami drogově závislých. V roce 2001 **byla jako součást již existující TK Karlov Sananim (dosud pro mladistvé drogově závislé) otevřena druhá skupina pro drogově závislé matky s dětmi.**

Z informací od poskytovatelů služeb vyplývá⁹⁷, že **spolupráce mezi státními zdravotnickými zařízeními a programy NNO se trvale zlepšuje**, zvyšuje se míra povědomí odborných zdravotnických pracovníků o nabídce TK a programů následné péče realizovaných převážně NNO. Zvyšuje se i počet klientů, kteří jsou z krátkodobých programů rezidenční léčby ve státních zdravotnických programech referováni do navazujících programů péče poskytovaných NNO.

11.2 Substituční a udržovací programy

V České republice má **substituční léčba poměrně dlouhou tradici**. Existují dobře zdokumentované případy závislosti na podomácku připravovaném opiátu „braun“, které byly léčeny tzv. „divokou substitucí“ – tedy předepisováním léku s nízkým potenciálem ovlivnit pacientovo vědomí, ale schopné obsadit opiátové receptory a tak potlačit abstinenci příznaky. Nejčastěji se od sedmdesátých let minulého století používal Diolan® (obsahující etylmorfin) a Temgesic® (obsahující buprenorfin).

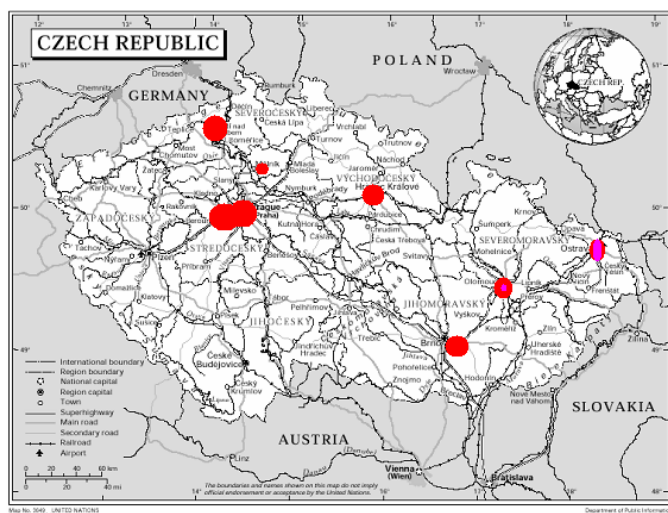
⁹⁶ 42. národní AT konference ČLS - SNN, Kašperské hory

⁹⁷ pravidelná setkání členů sekce TK A.N.O. - informace o vývoji v jednotlivých programech - ústní sdělení vedoucích pracovníků programů TK.

V roce 1992 dovezl MUDr. Jiří Presl (vedoucí lékař nadace Drop-In) ze Švýcarska **několik kilogramů metadonu**⁹⁸ se záměrem poskytovat jej svým nejproblematictějšími pacientům, u nichž selhaly všechny ostatní možnosti léčby. Po údobí úředních problémů s celními i zdravotními orgány mu Ministerstvo zdravotnictví ČSFR povolilo substituční léčbu provádět jako **jednoroční experiment**. Tento experiment nebyl příslušnými místy nikdy vyhodnocen – přesto lze jednoznačně konstatovat, že u pacientů, zařazených do „experimentu“, se podstatně zlepšil somatický i psychosociální stav. **Po uplynutí roku nebylo dr. Preslovi povoleno v experimentu pokračovat**; to mělo za následek návrat všech pacientů z menší části k divoké substituci, ve větší pak k ilegálně připravovaným drogám: braunu a pouličnímu heroinu.

Se silícím přílivem heroinu do České republiky a zvyšováním počtu jeho uživatelů se potřeba zavést substituční terapii opiátovými agonisty vynořila znovu a v naléhavější míře. V červenci 1997 rozhodlo Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále jen MZ ČR) o **spuštění dalšího „pilotního programu“** – tentokrát v Oddělení pro léčbu závislosti I. LF a VFN **pod vedením MUDr. Petra Popova (Popov, 2002)**. Rozsah programu byl **omezen na maximum 20 pacientů** a záměrem ministerstva bylo po roce trvání „experimentu“ ověřit léčebné výsledky. Za tímto účelem si MZ ČR sestavilo odbornou skupinu.

K **externí evaluaci nicméně opět nedošlo**; po roce běhu programu připravil personál oddělení krátký souhrn, dokumentující pozitivní změny ve zdravotním a psychickém stavu pacientů, stejně jako významný pokles v jejich kriminálních aktivitách; ten byl MZ ČR vzat na vědomí a experimentální program dále pokračoval omezen na 20 pacientů.



obrázek 11-1: Substituční programy v ČR

Paralelně se změnou Trestního zákona v dubnu 1998⁹⁹ přijala **Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR** na návrh poslanců Buzkové a Langera **doprovodné usnesení**, zaměřené na léčebnou složku protidrogové politiky a mj. **žádající MZ ČR o evaluaci „experimentu“ a následné rozšíření léčby** na všechna potřebná místa. Na vzrůstající potřebu zvýšení kapacity substituční léčby a následný tlak z léčebné sféry reagovala i Poslanecká sněmovna PČR a vláda ČR. Na počátku roku 1999 **Ministerstvo zdravotnictví ČR sestavilo novou pracovní skupinu** s dělnějším programem, která v poměrně krátké době připravila **Standardy substituční léčby** (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001), **vzdělávací program** pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál, stejně jako **Registr substituční léčby** (viz dále). V mezidobí se kapacita apolinářského programu zvýšila téměř na 100 pacientů; poptávku po léčbě v hlavním městě nicméně pokrýt nestačil. **V květnu 2000 bylo spuštěno dalších 7 substitučních programů** v nejpostiženějších lokalitách republiky (viz obrázek 11-1).

Během dvou let provádění substituční terapie v republice se ukázalo, že existující systém „center“ není schopen dostatečně vyhovět léčebné poptávce ve smyslu potřeb pacientů ani veřejného zdraví.

⁹⁸ Syntetický opioid, silný agonista opiátových receptorů; po jeho užití se nedostavuje „rauš“, při správném dávkování ale utlumí fyzické příznaky abstinčního syndromu jakkoliv silné opiátové závislosti

⁹⁹ zavádějící kromě jiných změn trestnost držení drog pro vlastní potřebu

tabulka 11-2: Registr pacientů substituční léčby metadonem – stav k 5. srpnu 2002

CENTRA	STAV REGISTRU CELKEM
VFN - Praha 2	59
FN s pol. Ostrava-Poruba	5
Ambulance AT Olomouc	2
DPS Elysium Brno	52
Metadon.jednotka Ústí n Labem	118
DROP IN o.p.s., Praha 1	111
Amb. OAT Hradec Králové	9
Ordinace AT Mělník	13
CELKEM	369

K 5. srpnu 2002 se léčbě metadonem v České republice podrobovalo 369 pacientů. Tento stav je možno považovat za stabilizovaný; s výjimkou Plzně a Českých Budějovic jsou pokryta všechna bývalá krajská města, která tvoří přirozené centra regionů a jsou tradičně nejvíce postižená zneužíváním nelegálních i legálních drog.

Počet klientů substituční léčby neodpovídá stavu ve vyspělých zemích.¹⁰⁰ **Při existujícím odhadu 15 000 problémových uživatelů opiátů v České republice by cílovým stavem mělo být nejméně 2,5-5 tisíc pacientů substituční léčby.**¹⁰¹

Pražské programy a programy v Ústí nad Labem a Brně byly během krátké doby naplněny na limit svých možností a byly nuceny zavést dlouhé „čekací listiny“ pacientů. Situace v Hradci Králové a Mělníce zřejmě odpovídá lokálním potřebám; **na hranici nefunkčnosti pracují oba severomoravské programy** – podle vedoucí olomouckého programu řada pacientů, která má o léčbu zájem a je pro ni indikována, **nedisponuje potřebnými prostředky pro každodenní cestování** z obcí Olomoucka do metadonového centra; ostravský program je umístěn uprostřed rozsáhlého komplexu porubské Fakultní nemocnice, což nepředstavuje nejvýhodnější řešení s ohledem na specifitu relevantní klientely, která by se teoreticky měla formovat především z místní romské komunity, značně postižené závislostí na heroinu. Příslušníci této menšiny představují většinu klientely Metadonové jednotky v Ústí nad Labem a podstatnou část klientely v Brně – v této souvislosti je nutno podotknout, že jde o **jedinou léčebnou modalitu v České republice, která dokázala přitáhnout alespoň část početné populace romských uživatelů opiátů do kontaktu s odbornou pomocí.**

Na počátku roku 2001 byl Státním Ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) registrován léčebný přípravek Subutex®, obsahující buprenorfin.¹⁰² Subutex nebyl – na rozdíl od metadonu – podle současné legislativy zařazen mezi léky s povinným hlášením do registru. Také **jeho preskripce není nijak omezena**¹⁰³ a tak je jediným limitem jeho cena; při průměrné kúře asi 840 Kč týdně. Podle sdělení výrobce se v první polovině roku 2002 významně zvýšil počet prodaných marží – počet pacientů nicméně není znám.

V rámci komponentu 3 Phare Twinning Projectu „Strengthening Drug Policy“ pracuje od podzimu 2001 desetičlenná **Expertní skupina „Substitute.“**¹⁰⁴ **Ta schválila výsledky analýzy potřeb:**

- 1) **Rozšířit dostupnost substituční léčby rovnoměrně na celé území republiky,** tj. umožnit podávání a preskripci metadonu a buprenorfinu (příp. dalších substitučních látek) pacientům nejen ve specializovaných zařízeních, ale také psychiatrům, všeobecným a dorostovým lékařům, a to za přesně definovaných podmínek. Za nejvýhodnější považuje expertní skupina model, používaný u jiných specializovaných terapií – tj. diagnózu a úvod do terapie specializovaným zařízením, možnost převodu stabilizovaného pacienta do dispenzární péče místně dostupného lékaře a ustavení toku informací a pacientů mezi dispenzární ordinací a specializovaným zařízením podle pacientových potřeb ve smyslu aktuálních poznatků lékařské vědy.

¹⁰⁰ celkem je v zemích EU 300 000 pacientů substituční léčby a 110 000 v USA (Nilson et al. 2002)

¹⁰¹ celkem léčbu bez použití opiátových agonistů v ČR využívá přibližně 3 200 „opiátových“ pacientů (Mravčík and Zábranský, 2002)

¹⁰² syntetický opioid, smíšený agonista/antagonista opiátových receptorů; účinný při léčení lehčích forem závislosti na opiátech a pro řízené postupné detoxifikace

¹⁰³ může jej tedy podepisovat každý lékař bez ohledu na odbornost

¹⁰⁴ za účasti zástupců poskytovatelů léčby, MZ ČR, MPSV ČR, MV ČR, zahraničního experta a epidemiologa,

- 2) Provádění substituční léčby **nesmí** pro poskytovatele **představovat ekonomickou ztrátu**; to musí být zohledněno v politice pojišťoven ve smyslu hrazení alespoň jednoho substitučního přípravku a hrazení příslušných zdravotních úkonů.
- 3) Léčba (nejen opiátové) závislosti musí být **dostupná v policejním zadržení i vazbě**, a to jak léčba opiátovými agonisty, tak bez jejich použití. Přerušení léčby může znamenat významnou hrozbu pro pacientovo zdraví.
- 4) Zvýšení dostupnosti substituční léčby musí předcházet relevantní vzdělávací **program pro jeho poskytovatele**.
- 5) Skupina klade důraz na **evaluaci substitučních léčeb** ve smyslu akreditačních standardů.

Skupina se tak zaměřila v další práci na vypracování vzdělávacích curicul pro poskytovatele substituční terapie – lékaře s jinou než AT atestací; podle sdělení zástupce MZ ČR¹⁰⁵ bude hrazení příslušných výkonů i registrace metadonového přípravku pro substituční léčbu schváleno do konce roku 2002. Rovněž bylo oznámeno zařazení buprenorfinu do Registru povinného hlášení substituční léčby.

11.3 Následná péče

11.3.1 Úvod

Následná péče se stala standardní součástí léčby osob závislých na OPL. Tradičně byla v naší republice následná péče nazývána doléčováním. Důraz byl kladen na posilování abstinence – často s naprostou absencí sociální práce. Zkušenosti s tímto typem péče byly ovlivněny téměř výhradně poznatky z léčby osob závislých na alkoholu. Se změnou politického systému a nárůstem zneužívání nealkoholových drog nastala potřeba adekvátně reagovat na specifika a potřeby osob užívajících nealkoholové drogy. První specializované zařízení na následnou péči pro osoby závislé na nealkoholových drogách vzniklo až v roce 1996. Od té doby vzniklo v České republice 12 programů následné péče pro uživatele nealkoholových drog.

Následná péče byla dlouhou dobu považována za jakýsi nadstandard v léčbě závislostí. Tento mýtus se však již podařilo odstranit. **Následná péče je jedním z programů vymezených v Minimálních standardech léčebné péče** přijatých Ministerstvem zdravotnictví. Je také součástí Národní strategie pro období 2001 – 2004. Meziřesortní protidrogová komise (MPK) již několik let řadí programy následné péče mezi prioritní v rámci své dotační politiky. **Z hlediska kapacity je nabídka tohoto typu služeb stále nedostatečná.**

Všech 12 zařízení specializovaných na následnou péči a reintegraci osob závislých na drogách zřizují nestátní neziskové organizace, jež v oblasti léčby závislostí působících. **Státní zařízení pokračují v tradici tzv. opakovacích léčeb, zaměřených na posilování abstinence většinou s absencí kontinuální socioterapie.** Přesto se podařilo navázat mezi nestátním a státním sektorem v této oblasti dobrou úroveň spolupráce při referování absolventů abstinencně orientované léčby závislostí do programů následné péče.

Nestátní organizace sehrávají významnou roli při facilitaci mezinárodní spolupráce zaměřené především na vzdělávání tuzemských profesionálů v následné péči. V roce 2001 byl nejvýznamnější událostí česko-italský projekt **Sdružení Podané ruce a italské organizace CEIS s názvem International Training for Re-entry Programes**, financovaný Phare. Jednalo se o takřka **roční výcvik v následné péči** vedený italskými kolegy, kterého se zúčastnilo cca 25 pracovníků z České republiky. Obsah byl zaměřen na prezentaci italského know-how v této oblasti a hledání možností aplikovatelnosti na tuzemské podmínky. Celý výcvik byl také důležitou příležitostí pro sítování zařízení následné péče.

¹⁰⁵ Březovský: Steering Committee Phare Twinning Project „Strengthening Drug Policy,“ 7. června 2002 - ústní sdělení

11.3.2 Situace

Jak vymezují Minimální standardy léčebné péče, **programy následné péče musejí nabízet multidisciplinární služby zajištěné adekvátně vzdělaným týmem**. V České republice je průměrný věk osob závislých na návykových látkách stále poměrně nízký. Většinou se jedná o osoby v průměru kolem 22 let, které začínaly svojí drogovou kariéru někdy mezi 15. a 17. rokem života. V roce 2001 lze zaznamenat následující **trendy** u klientů v programech léčby závislosti:

- **Chybí jakékoliv pracovní návyky**
- **Velmi nezralé osobnosti (začátek užívání v období pubescence a adolescence)**
- **Vzrůstá závažnost kriminální anamnézy**
- **Často chybí dokončené jakékoliv vzdělání (kromě ZŠ)**
- **Poměrně časté je somatické poškození (především Hepatitis B, C)**
- **Často závažné narušení rodinného systému**
- **Častěji se objevuje psychiatrická komorbidita**

Na druhou stranu bylo v roce 2001 možné zaznamenat určitý **nárůst klientů** poněkud starších, u nichž se průměrný věk pohybuje **nad 26 let**. Tato skupina závislých vykazuje určité odlišnosti a z toho vyplývající nároky na poskytovanou péči:

- **Zpravidla pozitivní kriminální anamnéza**
- **Častější somatické problémy**
- **Závažnější problémy v sociální oblasti**
- **Poměrně častý výskyt duálních diagnóz**
- **Ještě markantnější absence pracovních návyků a jakékoli pracovní zkušenosti**

Z předchozího nástinu profilu konzumentů služeb následné péče je jasné, že **není možné se zaměřovat pouze na tradiční posilování abstinence**. Cílem je **sociální integrace těchto osob do podmínek normálního života**. Programy působící v oblasti následné péče vycházejí z bio-psycho-sociálního pojetí závislosti.

11.3.3 Nabídka služeb

Programy následné péče poskytují tři oblasti služeb: 1. ambulantní doléčovací programy, 2. chráněné bydlení a 3. chráněné pracovní dílny a rekvalifikaci.

1. **ambulantní doléčovací programy** – z 12 zmíněných specializovaných programů následné péče nabízí 5 pouze ambulantní péči. Ta zahrnuje kromě terapeutické práce i sociální práci, socioterapii a často i nabídku volnočasových aktivit. Dva z těchto programů mají nasmlouvané ubytovací kapacity mimo svá zařízení a tím nahrazují vlastní chráněné bydlení. V těchto zařízeních pracují multidisciplinární týmy. Je třeba zmínit skutečnost, že i některé jiné typy programů (především nízkoprahová centra) supluje programy následné péče. Ta však nejsou v rámci svých kapacit vždy schopna naplnit celé spektrum služeb následné péče.

Následnou péči lze najít v náplni práce i u některých státních institucí, zajišťují ji i některé ordinace AT. V některých psychiatrických léčebnách je mimoto provozován tradiční model opakovacích léčeb, ty však postrádají kontinuitu péče a často v nich chybí kvalitní sociální práce a socioterapie.

2. **chráněné bydlení** – neboli domy na půli cesty – jsou v nabídce 7 ze zmíněných 12 zařízení. Programy chráněného bydlení většinou navazují na ambulantní programy centra. Veškeré programy chráněného

bydlení jsou poměrně vysokoprahové a jsou tak většinou koncipovány pro absolventy léčby v terapeutických komunitách (popřípadě jiných dlouhodobých programů). Většinou jsou poskytovány na omezenou dobu půl roku. Kapacita chráněného bydlení je naprosto nedostatečná, poptávka několikanásobně převyšuje nabídku. Pro ilustraci, kapacita chráněného bydlení dosahuje pouze 1/3 kapacity terapeutických komunit, které jsou primárními „dodavateli“ klientely chráněného bydlení.

3. **chráněné pracovní dílny a rekvalifikace** – nejméně rozvinutá oblast v následné péči. Dlouho nebyla potřeba tohoto typu služeb klíčovou. Vzhledem k nízkému věku klientů služeb následné péče, neexistovala poptávka hromadně tyto osoby zaměstnávat v chráněných dílnách. Potřeba daného typu služeb a poptávka po ní se liší v souvislosti s velikostí a mírou nezaměstnanosti ve městě, kde program působí. V Praze je mnohem jednodušší nalézt pro klienta programu následné péče řádné zaměstnání než je tomu u klienta stejného typu programu v menším městě. S pomalu rostoucím věkem klientů následné péče se vynořuje potřeba hledat způsoby budování zaměstnatelnosti závislých osob po návratu z odvykací léčby.

11.3.4 Závěr

Následná péče je jednou z priorit protidrogové politiky státu. Přesto se ne vždy daří tento typ péče dostatečně rozvíjet. Současná nabídka služeb neodpovídá velikosti poptávky. Léčebné programy svojí kapacitou několikanásobně převyšují reálné možnosti stávajících programů následné péče.

Chybí specializované programy pro specifické skupiny závislých, např. pro matky s dětmi.

Zcela chybí zajištění kvalitní následné péče pro osoby po výkonu trestu, které absolvovaly léčebný program přímo ve vězení.

Naopak se daří síťování jednotlivých programů pro následnou péči. Výrazně se zlepšila spolupráce v této oblasti mezi státními a nestátními organizacemi.

Podářilo se navázat spolupráci s nově vzniklou Probační a mediační službou ČR. Velké rezervy však lze nalézt ve spolupráci jak mezi jednotlivými poskytovateli služeb, tak ve spolupráci se institucemi veřejné správy, zejména s úřady práce.

12 Intervence v rámci trestněprávního systému

Podmínky výkonu trestu jsou upraveny zákonem č. 169/1999 o výkonu trestu odnětí svobody a vyhláškou Ministerstva spravedlnosti č. 345/1999, kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, podmínky výkonu vazby vymezuje zákon č. 293/1993 o výkonu vazby a vyhláškou Ministerstva spravedlnosti č. 109/1994, kterou se vydává řád výkonu vazby. V souladu s těmito předpisy **zajišťují zdravotní péči ve věznicích především zdravotnická střediska působící uvnitř věznic. Odsouzený či obviněný má v zásadě právo na zdravotní péči ve stejném rozsahu a za stejných podmínek jako je poskytována ostatním občanům, určitá omezení mohou vyplývat pouze z účelu vazby či trestu. Uvedené předpisy poskytují základní právní rámec rovněž např. pro výkon ochranného léčení, realizaci programů zacházení nebo výkon trestu odsouzených zneužívajících OPL ve specializovaných odděleních věznic.**

Novelizacemi trestního zákona a trestního řádu **byly vytvořeny nezbytné legislativní podmínky pro léčbu drogově závislých jako alternativu trestu odnětí svobody.** Trestní právo disponuje v této souvislosti instituty upuštění od potrestání a rovněž upuštění od potrestání s dohledem (v jehož rámci lze uložit i povinnost podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, které není ochranným léčením), institutem ochranného léčení, které může soud uložit jak vedle trestu, tak i při upuštění od potrestání.

Úkoly pro oblast vězeňství vyplývají rovněž z Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004 schválené vládou ČR. Jedná se o **vypracování koncepce práce s uživateli drog a léčby drogových závislostí**

v podmínkách věznic, vytvoření koncepce vzdělávání vybraných pracovníků věznic a Probační a mediační služby, podpora využívání alternativních trestů, zajištění monitorování drogové závislosti vězňů, zvyšování kapacity bezdrogových zón, zdokonalení podmínek k zamezení průniku drog do věznic aj.

V rámci projektu Phare TP „Strengthening Drug Policy“ začala působit pracovní skupina „Vězeňství“, jíž se účastní zástupci Generálního ředitelství Vězeňské služby (GRVS), některých věznic, Asociace nestátních neziskových organizací (A.N.O.) Hlavními tématy její činnosti jsou obecné otázky léčby drogových závislostí ve věznicích, opatření harm reduction, vzdělávání, substituční léčba, spolupráce s nestátními neziskovými organizacemi aj.

Druhy trestů a tedy i alternativní tresty k trestu odnětí svobody jsou upraveny v ust. § 27 TZ. Následující ustanovení přesně specifikují podmínky, za nichž lze jednotlivé tresty uložit. TZ zakotvuje instituty standardně využívané v evropských zemích jako tzv. alternativní tresty de facto v celé jejich šíři. Je však pravdou, že dosud stále významně převažuje ukládání trestů odnětí svobody a alternativní tresty nejsou vždy využívány tam, kde by to bylo možné i vhodné vzhledem k osobě pachatele a okolnostem trestného činu.

12.1 Zacházení s uživateli drog ve věznicích

K 31. 12. 2001 bylo v českých věznicích evidováno **19 320 osob ve výkonu trestu odnětí svobody a ve výkonu vazby** (dále jen souhrnně pro obě kategorie „VTOS“), což je nejnižší stav od roku 1995. Příčiny tohoto poklesu lze mimo jiné spatřovat také v častějším využívání odklonů v trestním řízení a alternativních trestů k trestům odnětí svobody. **Počet odsouzených a obviněných z primárních drogových trestných činů stejně jako jejich podíl v celkové vězeňské populaci se naopak od roku 1998 zvyšuje** (viz tabulka 12-1).

Kromě poraden protidrogové prevence, které fungují ve všech věznicích, mohou být uživatelé drog ve věznicích umístěni ve specializovaných odděleních pro diferencovaný VTOS nebo v bezdrogových zónách věznic.

tabulka 12-1: Podíl počtu osob ve VTOS pro drogové trestné činy v celkové vězeňské populaci

Rok (stav k 31. 12.)	1998	1999	2000	2001
Celkový počet osob ve VTOS	22067	23060	21538	19320
Počet osob ve VTOS pro drogové trestné činy	505	502	543	652
Podíl	2,29%	2,18%	2,52%	3,37%

12.1.1 Opatření zaměřená na abstinenci

Detoxifikace, tedy léčebná metoda, jejímž cílem je zastavení užívání drogy za současné minimalizace příznaků odvykacího syndromu, **je prováděna ve vězeňských nemocnicích Praha – Pankrác a Brno**.

Pro výkon **ochranné léčby v ústavní formě** dle ustanovení § 57 odst. 3 zák. č. 169/1996 o výkonu trestu odnětí svobody jsou uzpůsobena **specializovaná oddělení ve věznici Rýnovice a ve věznici Opava**, kde nově zřízené oddělení pro mladistvé muže doplnilo stávající oddělení pro ochrannou léčbu žen. Jejich **programy jsou založeny na komunitním systému**, přičemž využívají skupinové a individuální terapie, pracovní terapie a jiných léčebných postupů.

Dalším typem oddělení uplatňujícím diferencovaný přístup k drogově závislým jsou specializovaná **oddělení pro diferencovaný výkon trestu odsouzených s poruchami osobnosti a chování způsobenými užíváním OPL**. V roce 2000 fungovalo toto oddělení pouze ve věznici Plzeň (oddělení pro muže) s celkovou kapacitou 142 míst, která však byla využívána přibližně jen z 50 procent) a od 1. 9. 2002 bude zřízeno také ve věznici Příbram (uvažovaná kapacita 40 míst).

Došlo ke **zvýšení počtu bezdrogových zón ve věznicích na 13** (jsou tedy zřízeny ve více než jedné třetině z celkového počtu 34 věznic), jejich kapacita je 593 míst. Hlavním cílem těchto oddělení je zamezit odsouzeným

v kontaktu s návykovými látkami. Odsouzení jsou přijímáni na základě vlastní písemné žádosti a rozhodnutí komise složené z pracovníků věznic. Nezbytnou **podmínkou pro setrvání v programu je abstinence** a podrobení se jejím pravidelným kontrolám. Činnost bezdrogových zón má být stanovena tak, aby navazovala na činnost výše uvedených specializovaných oddělení a poraden drogové prevence. Pravidla pro zřizování a činnost bezdrogových zón jsou stanovena nařízením generální ředitelky Vězeňské služby (dále jen „VS“) č. 49 z roku 2001, kterým se stanoví ve vazebních věznicích a věznicích. Jejich **činnost spočívá v kombinaci bezpečnostních, zdravotnických, psychologických a pedagogických postupů.** Konkrétní podmínky specifikují vnitřní řády bezdrogových zón.

I přes příznivý trend zvyšujícího se počtu oddělení pro diferencovaný VTOS by měly být počet i kapacita těchto oddělení nadále rozšiřovány (to je rovněž jedním z úkolů vyplývajících z Národní strategie protidrogové politiky – viz výše). **Podle poznatků GRVS je však hlavním limitujícím faktorem realizace protitoxikomanické a protialkoholní ochranné léčby v průběhu výkonu trestu přetrvávající nezáměr zdravotníků** (zejména psychiatrů) **o interní i externí působení ve vězeňství.**

12.1.2 Substituční léčba

Substituční léčba závislosti na opiátech není v podmínkách věznic dosud zavedena. V současné době probíhají jednání iniciovaná pracovní skupinou Phare TP „Substituční léčba“ o jejím **zavedení alespoň ve vazebních věznicích.** Vzhledem ke skutečnosti, že osobám ve výkonu vazby **nebyla dosud prokázána vina, je požadavek na poskytování substituční léčby ve vazebních věznicích považován za prioritní.**

12.1.3 Opatření na minimalizaci škod spojených s užíváním drog (harm reduction)

I přes přísná bezpečnostní opatření a uzavřenost vězeňského prostředí je užívání drog osobami ve VTOS realitou. Intervence ve vztahu k uživatelům drog jsou však téměř výhradně soustředěny na abstinenci, přičemž **přístupy orientované na snižování rizik a poškození u odsouzených, kteří pokračují v užívání drog i v prostředí věznic nebo je zde začali užívat, jsou téměř zcela opomíjeny.** Nejsou prováděny výměnné programy ani výdej dezinfekčních přípravků nebo kondomů, očkování proti virovým hepatitidám jsou jen někteří zaměstnanci zdravotnické služby a další vybraný personál věznic. Krevní testy na infekční choroby nejsou prováděny plošně, jen v odůvodněných případech a na základě dobrovolnosti. V roce 2001 bylo provedeno 2219 testů na HIV a žádný z nich nebyl pozitivní. Bylo však evidováno celkem 11 nakažených virem HIV ve VTOS.

12.1.4 Spolupráce se subjekty mimo věznici

Před výstupem z výkonu trestu jsou odsouzení umístěni ve výstupním oddělení s přizpůsobeným programem zacházení. Zde s nimi pracují sociální pracovníci, nově se začala rozvíjet i spolupráce s Probační a mediační službou.

Občanské sdružení Podané ruce realizuje projekt **Péče o uživatele drog ve vězení.** Činnost tohoto programu je zaměřena na poradenství pro uživatele drog a jejich rodiny, skupinovou terapii, zprostředkování návazné péče a léčby po propuštění, vzdělávání atd. Spolupráci s pracovníky VS, která je nezbytnou podmínkou pro činnost tohoto programu, se podařilo nejlépe navázat ve věznicích **Kuřim, Brno a Břeclav.**

12.2 Evaluace a školení

12.2.1 Výsledky evaluace

GRVS vyhodnotilo efektivitu protidrogových aktivit vězeňství i kvalitu léčebných programů a na základě provedené analýzy přijalo v březnu 2001 dokument „Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001 – 2004“. Konkrétní opatření by se podle něj nadále měla zaměřovat na **využívání nefarmakologické terapie, zejména psychoterapie, další vzdělávání specializovaných pracovníků věznic, zřízení krizových oddělení ve všech věznicích, zvyšování počtu a kapacit bezdrogových zón a postupnou transformaci některých z nich na specializovaná oddělení pro diferencovaný výkon trestu a výkon ochranného léčení odsouzených s poruchami osobnosti a chování způsobenými užíváním OPL a využívání**

detoxifikačních center vězeňských nemocnic. V rámci sjednocení dosavadní praxe vydala generální ředitelka VS v roce 2001 **nařízení č. 33 o zřízení a činnosti poraden drogové prevence** ve VS a nařízení č. 49, kterým se stanoví pravidla pro zřizování a činnost bezdrogových zón ve vazebních věznicích a věznicích.

Další poznatky by měl přinést penologický výzkum „Zacházení s drogově závislými pachateli trestné činnosti;“ externí evaluační studie nejsou k dispozici.

12.2.2 Statistiky a výzkum

Základním pramenem informací o stavu a vývoji situace v oblasti vězeňství, o obviněných a odsouzených osobách, o úkolech, organizaci, personálu a hospodaření VS je Ročenka vězeňské služby ČR vydávaná GRVS.

Lékařská služba VS vyšetřila v roce 2001 **celkem 4 966 osob** (provedeno 30 346 testů) **nově přicházejících do vězení** nebo osob umístěných ve specializovaných odděleních pro výkon trestu toxikomanů, přičemž u celkem 1 245 osob (tedy u **25 % vyšetřených**) **byl laboratorně zjištěn pozitivní nález**. Největší počet nálezů se týká **benzodiazepinů (46,7 %) a amfetaminů (33,1 %)**. Předpokládá se, že **od roku 2002 bude monitoringem drog procházet ročně zhruba 10 tisíc vězňů, tedy zhruba polovina vězeňské populace.**

Výzkumný projekt "Zacházení s drogově závislými pachateli trestné činnosti" realizoval v roce 2001 Institut pro kriminologii a sociální prevenci. V rámci tohoto výzkumu, jehož výsledky mají být uveřejněny ve druhé polovině roku 2002, bylo získáno více než 600 dotazníků vyplněných vězni; jeho součástí je rovněž trestněprávní analýza jednotlivých případů stíhání a postihu osob odsouzených za drogovou trestnou činnost. **Účelem projektu je zmapování fenoménu zneužívání drog a závislosti na nich v prostředí věznic**, včetně zjištění postojů vězňů k zneužívání drog, popisu současného stavu a odhadu možného vývoje diferencovaného zacházení s drogově závislými.

12.2.3 Školení

Základní znalosti o drogové problematice jsou vězeňskému personálu zprostředkovány při zahájení pracovního poměru ve všech typech nástupních kurzů. V roce 2001 byl dále vypracován a schválen Program celoživotního vzdělávání pracovníků VS, do něhož byla integrována koncepce vzdělávání pracovníků věznic, zejména pro mladistvé, věnujících se odsouzeným s drogovými problémy a drogově závislým.

Dokument „Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001 – 2004“ (viz výše) doporučuje další odborné vzdělávání specialistů pro tuto oblast, tj. psychologů, speciálních pedagogů a vychovatelů-terapeutů, i pravidelné doškolování zdravotnického personálu odborníky z oborů psychologie, psychiatrie, toxikologie a klinické farmakologie v problematice lékové závislosti a toxikomanie, včetně stáží pracovníků vězeňství ve specializovaných civilních zařízeních.

Institut vzdělávání Vězeňské služby organizoval v roce 2001 několik víkendových vzdělávacích kurzů týkajících se práce s uživateli drog ve vězení, které byly určeny pro odborné pracovníky věznic, zejména psychology a speciální pedagogy.

Občanské sdružení Podané ruce uspořádalo v rámci svého projektu Péče o uživatele drog ve vězení **školení "Drogové služby ve vězení"** ve věznici Kuřim. Zúčastnili se jej zaměstnanci VS z několika věznic, pracovníci neziskových organizací a Probační a mediační služby.

12.3 Alternativní tresty k trestu odnětí svobody

Výčet trestů, které dle českého práva může soud uložit za spáchané trestné činy je obsažen v ust. § 27 TZ. Jedná se o tyto tresty: odnětí svobody, obecně prospěšné práce, ztrátu čestných titulů a vyznamenání, ztrátu vojenské hodnosti, zákaz činnosti, propadnutí majetku, peněžitý trest, propadnutí věci, vyhoštění a zákaz pobytu.

V systému trestů převažují tresty, které nejsou spojeny s odnětím svobody a s izolací pachatelů od společnosti, tj. **alternativní tresty**. Ne všechny druhy trestů lze však ukládat samostatně. Mezi alternativní tresty, tj. tresty které mohou být ukládány samostatně a nejsou tedy vázány na odsouzení k trestu odnětí svobody, patří obecně prospěšné práce, peněžitý trest, trest zákazu pobytu a trest vyhoštění.

Jako nejčastější forma trestu se však v České republice i přes možnost ukládání alternativních trestů stále jeví trest odnětí svobody, a to ve formě podmíněného odsouzení, event. podmíněného odsouzení s dohledem. Podmíněné odsouzení lze využít v případech, kdy soud ukládá trest odnětí svobody nepřevyšující dvě léta, zkušební doba může být stanovena v trvání jednoho až pěti let. Podmíněné odsouzení s dohledem lze využít v případě, kdy soud ukládá trest odnětí svobody v nepřevyšující tři roky, zkušební doba může činit jeden až pět let. Při využití těchto trestů soud přihlíží k osobě pachatele, zejména k jeho dosavadnímu životu, k okolnostem případu apod.

V roce 2001 bylo státními zastupitelstvími stíháno celkem 110 461 osob, obžalováno bylo 84 855 osob. Soudy bylo dosouzeno celkem 60 182 osob, z toho nepodmíněný trest odnětí svobody byl uložen 12 533 osobám, podmíněný trest byl uložen 32 814 osobám, zákaz činnosti 94 osobám, peněžitý trest 3 324 osobám, obecně prospěšné práce 8 835 osobám. Přehled o trestech uložených pachatelům drogových trestných činů, tj. trestných činů dle ustanovení § 187 až 188a TZ je obsažen v *tabulce 12-2*. Tabulka obsahuje také údaje o počtu uložených ochranných léčení. Ochranné léčení však v rámci českého právního systému není považováno za trest, nýbrž za ochranné opatření. Ochranné léčení lze ukládat jak vedle trestů, tak i v případě upuštění od potrestání.

tabulka 12-2: Přehled trestů uložených soudy v České republice v roce 2001 pachatelům drogových trestných činů

ROK 2001	§ 187	§ 187a	§ 188	§ 188a	Celkem
stíháno státními zastupitelstvími	1 640	261	222	396	2 519
obžalováno	1 418	215	195	332	2 160
odsouzeno	905	86	62	41	1 094
trest nepodmíněný	365	16	13	10	404
trest podmíněný	474	45	40	23	582
obecně prospěšné práce	41	18	4	5	68
jiný trest	8	2	4	1	15
ochranné léčení protitoxikomanické	41	1	1	0	43

Od alternativní trestů je třeba odlišovat alternativní způsoby trestního řízení, tzv. odklony od klasického trestního řízení, ke kterým patří: podmíněné zastavení trestního stíhání, narovnání, odložení věci a zastavení trestního stíhání v důsledku odepření nebo zpětvzetí souhlasu poškozené/ho. Dále je třeba odlišovat tzv. alternativy o potrestání, ke kterým patří upuštění od potrestání a podmíněné upuštění od potrestání s dohledem. **Lze předpokládat, že význam těchto alternativních řešení trestních věcí významně vzroste v souvislosti s účinností novely TR, provedené zákonem č. 265/2001 Sb., tj. od 1.1.2002.**

Je to patrně kombinace celé řady faktorů, které přispívají ke skutečnosti, že široká veřejnost, politici, úředníci veřejné správy, ale i samotní poskytovatelé služeb volají po vytvoření systému, který vytvoří podmínky pro záruku kvality poskytovaných služeb a efektivity vynakládaných veřejných i soukromých prostředků v protidrogové politice.

Zneužívání návykových látek a tím spíše zneužívání nezákonných drog je patologií, která u naprosté většiny veřejnosti vyvolává negativní konotace. **Řada postupů a metod používaných v protidrogové politice je poměrně kontroverzní**, ať už se jedná např. o programy výměn a distribuce injekčních stříkaček a jehel, o substituční léčbu či o testování kvality a čistoty ecstasy, jejichž cílem je předcházet nebo co nejvíce snižovat negativní zdravotní a sociální dopady, jež z jejich konzumace mohou pro uživatele nastat. **Podstatnou část nemedicínských programů, jež nejsou primárně orientované na abstinenci od užívání drog** (tj. akceptují skutečnost, že uživatelé drog nejsou schopni nebo ochotni od užívání drog v danou chvíli upustit), **realizují nestátní neziskové organizace.**

Ty nemají v České republice dlouhou tradici a jsou veřejností i politiky často vnímány spíše jako zájmová sdružení, než jako profesionální poskytovatelé odborné péče, kteří se oproti státním zdravotnickým institucím vyznačují flexibilitou při uzpůsobování poskytovaných služeb potřebám svých klientů. A konečně, dosud nebyl (a patrně nikdy nebude) nalezen jediný, jednoduchý a obecně účinný postup, jak zamezit poptávce po drogách či jejich nabídce.

Všechny tyto faktory (jejichž výčet zdaleka nemusí být vyčerpávající) vyústily v přijetí „**zvyšování kvality a efektivity stávající sítě služeb a důsledné evaluace výstupů a praktických realizovaných opatření**“ jako jednoho z hlavních cílů Národní strategie protidrogové politiky vlády na období 2001 – 2004 (Meziresortní protidrogová komise vlády ČR, 2000) v oblasti snižování poptávky po drogách. Tohoto cíle má být dosaženo prostřednictvím:

- vydefinování **minimálních standardů služeb** poskytovaných v prevenci, léčbě a resocializaci drogově závislých;
- **proškolení akreditátorů**, kteří se budou na procesu akreditací jednotlivých programů protidrogové politiky podílet;
- **zavedení systému akreditací** těchto služeb do praxe;
- **vytvoření nástrojů pro hodnocení efektivity služeb** poskytovaných v prevenci, léčbě a resocializaci drogově závislých;
- **zavedení hodnocení efektivity služeb do praxe.**

S cílem systémově řešit otázky zajištění kvality a efektivity služeb v jednotlivých oblastech protidrogové politiky (primární prevence, léčba, sociální služby) zahájily příslušné resorty práce na vytváření minimálních standardů kvality a na přípravě nástrojů pro hodnocení efektivity programů. **MPSV zpracovalo a na regionálních konferencích s poskytovateli služeb představilo minimální standardy kvality sociálních služeb, jež se vztahují i na multidisciplinární programy pro uživatele drog. Standardy mají být v následujícím roce pilotně ověřeny a následně implementovány do praxe.**

Pracovní skupina složená ze zástupců MZ, MPSV, MPK, České lékařské společnosti J. E. Purkyně - Společnosti pro návykové nemoci (SNN) a Asociace nestátních organizací v oblasti prevence a léčby závislosti (A.N.O.) provedla v první polovině roku 2001 pilotní ověření v předešlém roce zpracovaného návrhu „**Minimálních akreditačních standardů pro zařízení a programy léčby pro drogově závislé**“ a zpracovala

jejich konečnou verzi, kterou na svém jednání v září 2001 schválila MPK. K této verzi standardů se přihlásil i ministr spravedlnosti pro programy léčby drogově závislých ve výkonu trestu. Práce na vytvoření „Minimálních akreditačních standardů pro zařízení a programy léčby pro drogově závislé“ byly poprvé zahájeny v roce 1995. Jejich původní verze doznala řadu změn a byla opakovaně diskutována se zástupci poskytovatelů služeb v jednotlivých typech programů, než dosáhla své (zatím) konečné podoby.

Návrh minimálních standardů pro primární prevenci užívání drog mělo připravit MŠMT, jež na zpracování tohoto úkolu obdrželo grant od MPK. MŠMT zadalo zpracování návrhu standardů Pedagogické fakultě University F. Palackého v Olomouci. Přesto MŠMT požadované výsledky ve stanoveném termínu do 31. 12. 2001 MPK nepředložilo.

Zpracování konečných verzí minimálních standardů služeb poskytovaných v prevenci, léčbě a resocializaci drogově závislých bylo zařazeno i do Phare Twining Projektu 2000 – Posílení národní protidrogové politiky. Realizaci projektu koordinuje sekretariát MPK ve spolupráci s rakouskými partnery, podílí se na něm zástupci všech věcně příslušných ministerstev. Projekt byl zahájen v červenci 2001, má být dokončen k 31. 1. 2003.

Na zakázku sekretariátu MPK zpracovaly pracovní skupiny složené z externích odborníků **návrh jednotných nástrojů pro hodnocení efektivity terénních výměnných programů, nízkoprahových kontaktních center a terapeutických komunit.** Evaluační nástroje byly v druhém pololetí roku 2001 pilotně ověřeny v několika zařízeních pro každý uvedený typ programů. Dále budou dopracovávány podle připomínek pracovišť zařazených do ověřovacího procesu. Konečnou verzi nástrojů hodnocení efektivity programů předloží sekretariát RVKPP (MPK) v průběhu roku 2002, aby je projednala a rozhodla o jejich standardním zavedení do praxe.

Jako **dosavadní základní nástroje** pro posuzování kvality a efektivity realizovaných programů prevence, léčby a resocializace drogově závislých byly v roce 2001, stejně jako v předchozích letech používány:

- **strukturované žádosti o dotace** na nový kalendářní rok s popisem a rozpočtem realizovaného programu s předepsanou osnovou;
- **průběžné a závěrečné zprávy o realizaci** programu za uplynulý kalendářní rok (podle jednotné osnovy).

Tyto písemně zpracované podklady jsou pro potřeby jednotlivých poskytovatelů státních dotací vyhodnocovány jak externími odborníky, tak vlastními pracovníky sekretariátu RVKPP. Jejich hlavní nevýhodou je skutečnost, že **nejsou používány všemi poskytovateli dotací** na programy protidrogové politiky stejné formuláře. **Ty sdílí pouze RVKPP a MZ, naopak MPSV a MŠMT používají každý své vlastní formuláře.** To komplikuje situaci nejenom poskytovatelům služeb při podávání žádostí o státní dotace, ale při zpětném hodnocení znemožňuje i jejich spolehlivé vyhodnocení a srovnání mezi jednotlivými resorty a MPK.

Tento nedostatek by měl být odstraněn **vytvořením systému jednotných (společných) akreditací a změnou ve stávajícím systému poskytování finančních prostředků** na realizaci jednotlivých programů prevence, léčby a resocializace drogově závislých. V průběhu roku 2001 byly v rámci Phare Twining Projektu 2000 – Posílení národní protidrogové politiky zahájeny práce na přípravě návrhu nového modelu financování.

Odkazy

Ainsworth, C. New Scientist (2002) Ecstasy on the Brain (Editorial). *New Scientist* **174** (1329):3

Analytický a legislativní odbor Nejvyššího státního zastupitelství (2000) Zvláštní zpráva o poznatcích k aplikaci novely trestního zákona č. 112/1998 Sb., zejména nové skutkové podstaty trestného činu podle §187a trestního zákona. 1 Spr 169/2000, Praha: Nejvyšší státní zastupitelství.

Cejp, M. (2001) Pravděpodobný vývoj vybraných druhů kriminality. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Csémy, L. and Krch, F.D. (2001) Analýza institucionálního kontextu programů protidrogové politiky v ČR (An Analysis of Institutional Development in the Czech Republic). In: Kenis, P., Maas, F. and Sobiech, R., (Eds.) *Institutional responses to drug demand in Central Europe an analysis of institutional developments in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovenia*, pp. 277-290. Aldershot, England - Brookfield, Vermont: Ashgate]
Notes: Includes bibliographical references

Csémy, L., Sovinová, H. and Komárek, J. (2000a) Drogy a taneční scéna (Drugs and the dance scene). Praha: Státní zdravotní ústav. 80-7071-167-1.

Csémy, L., Sovinová, H. and Komárek, J. (2000b) Drogy a taneční scéna (Drugs and the Dance Scene). Praha: Státní zdravotní ústav. 80-7071-167-1.
Notes: Reviewer: Miovsky, M.

Csémy, L., Sovinová, H. and Sadílek, P. (2000c) Pití alkoholu a užívání drog u dospívajících v České republice - Srovnání změn během druhé poloviny 90. let. In: Csémy, L., Sovinová, H. and Sadílek, P., (Eds.) *ESPAD 99: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika, 1999 - Přehled hlavních výsledků*, 1 edn. pp. 1-13. Praha: MPK]

EMCDDA (2002) 2002 Report on the Drugs Situation in Candidate Central and Eastern European Countries. 1. Lisbon: EMCDDA. 92-9168-138-5. www.candidates.emcdda.org.

EMCDDA and Institute for Therapy Research: (1998) Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States. EMCDDA Project (CT.97.EP.04), Lisboa/München: EMCDDA.
Notes: http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/situation/study_national_pdu_report.pdf

Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on a European Union Action Plan to Combat Drugs (2000-2004). (May 26, 1999) COM (1999) 239 final,
Notes: http://www.emcdda.org/multimedia/actionplan/action_en.pdf

Fišerová, M. and Páleníček, T. (2002) Testování tablet "Extáze" - kvantitativní analýza obsahu v České republice II (On-site Pill Testing of "Ecstasy" - Quantitative Analysis in CZ Part II). *Adiktologie* **1**, 41-52.

Fišerová, M. and Páleníček, T. (2001) Testování tablet "Extáze" - kvantitativní analýza obsahu v České republice I (On-site Pill Testing of "Ecstasy" - Quantitative Analysis in CZ Part I). *Adiktologie* **2**, 106-109.

- Gajdošíková, H. (1999) *Zákonné aspekty zřízení uživatelských místností*. Praha: Městský úřad Praha 1.
- Glasová, A. and Centrum pro výzkum veřejného mínění (2002) *Problematika drog očima veřejnosti (Drugs in View of Public)*. Praha: CVVM.
- Griffiths, P., Vingoe, L., Jansen, K., Sherval, J., Lewis, R., Hartnoll, R. and Nilson, M. (1997) *New Trends in Synthetic Drugs in the European Union: Epidemiology and Demand Reduction Responses*. EMCDDA Insight Series edn, 1. Lisbon: EMCDDA. 92-9168-030-3.
- Grund, J.-P.C., Öfner, P.J. and Verbraeck, H.T. (2000) *Marel o Del, kas kamel, le Romes duvar. (God hits whom he chooses; the Rom gets hit twice.): An Exploration of Drug Use and HIV Risks among the Roma of Central and Eastern Europe. Final Research Report to the International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, New York. Amsterdam-Rotterdam-Frankfurt/M: DV8 Research, Training and Development.*
- Hall, W. and Solowij, N. (1998) Adverse Effects of Cannabis. *The Lancet* **352**, 1611-1616.
- Hartnoll, R. (2002) Measuring Prevalence and Incidence of Drug Use. *Drugs in Focus - Briefing* **3** (1): 1681-5157. Notes: http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb1_3/pb_03_EN.pdf
- Hibbell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. and Morgan, M. (1999) *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: CAN.
- Příloha č. 1 k usnesení ZHMP č. 41/06 . Hl. m. Praha (Apr 25, 2002) *Strategický plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2002 až 2006 (Strategic Plan of Drug Policy in The Capital City Prague)*. Notes: http://dokumenty.prague-city.cz/cgi-bin/SBJWebDemo37e.csh/z024106%23.doc?qs=protidrogov%E9&f_CUSNES=&f_CTISKU=&f_TYPSOUC=&o_DATETIME=%3E%3D&d_DATETIME=1.1.2000&b_DATETIME=AND&o_DATETIME=%3C%3D&d_DATETIME=31.12.2002&f_TYPDOK=Z+OR+Z&srm=10&rel=%272%3A1%27&mt=120&key=USNESDES&md=5000&ssf=&rl=n&pr=n&ct=application/x-native&fc=USNES&row=14006&ef=z024106%23.doc
- Jedlička, J., Brůčková, M., Mruškovičová, L. and Chmelová, B. (2002) *Přehled o činnosti na úseku řešení problematiky HIV/AIDS v ČR v roce 2001 (Overview of the activities in the field of HIV/AIDS in CR in 2001)* . In: SZÚ, (Ed.) *Ročenka národního programu HIV/AIDS v České republice 2001-2002 (Annual Report of the National HIV/AIDS Programme in CR 2001-2002)*, Praha: Státní zdravotní ústav]
- Kábrt, T. (Nov 2, 2002) *Skatepark se vymyká kontrole (Okolí místa určenému pro prevenci drog sytí kouř marihuany)*. MF Dnes 1 Praha: MaFra a.s. Notes: www.mfdnes.cz
- Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, M., Minařík, J., Miovský, M. and Nešpor, K. (2001) *Glosář pojmů z oblasti drog a závislostí (Glossary of Terms in the Field of Drugs and Addictions)*. Praha: Úřad vlády ČR / Filia Nova / Group Pompidou. 80-238-8014-4.
- Tisková konference NPDC při příležitosti dokončení reformy útvaru. Oct 21, 2002. Praha. PČR.

- Komorous, J. and Šimsová, E. (2002) Protidrogová brigáda (Drug Squad). Liberec: Závislosti a my & Mostecká uhelná.
- Kovalík, J. (Mar 4, 2002) Tanec s extází. *Respekt* 10 (XIII):5 Praha: R-PRESSE, spol. sr.o.
- Krch, F., Sadílek, P. and Csémy, L. (2001) Protidrogové programy v České republice - Analýza institucionálního kontextu (Drug Programmes in the Czech Republic - Institutional Context Analysis). Praha: Meziřesortní protidrogová komise.
- Kriener, H., Billeth, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P. and Schmid, R. (2001) An Inventory of On-Site Pill-Testing Interventions in The EU. Vienna, Lisbon: EMCDDA, Verein Wiener Socialprojekte, CheckIt! Notes: www.checkyourdrugs.at
- Obecné zásady, kritéria kvality, testování a cílová skupina využití internetu v projektech prevence závislostí a harm reduction. edn. Praha: ČSL JEP. (2002)
- Kubů, P., Křížová, E. and Csémy, L. (2000) Anketa Semtex Dance 2000. *Tripmag* (4):24-30. Praha: imédia s.r.o. Notes: <http://www.drogmem.cz/html/projekty/anketa.htm>
- Interpelace poslance Ivana Langera ve věci terapie závislých na opiátech. May 13, 1999. Poslanecká sněmovna, Parlament ČR.
- Národní protidrogová strategie 2001-2004 (National Drug Policy Strategy 2001-2004). (Oct 13, 2000) Vládní usnesení (Governmental Resolution No.) 1045/2000, Notes: http://wtd.vlada.cz/files/rvk/rvkpp/dokumenty/mpk_strategie_cz.pdf
- MF Dnes (Oct 23, 2001) Komorous: Afghánské drogy míří do Evropy. *Mladá fronta DNES* 2
- Metodické opatření MZ ČR č. 4 - Standard substituční léčby. (Apr, 2001) Věstník MZ ČR, p. částka 4/2001 Notes: http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_stand.doc
- Ministerstvo zdravotnictví ČSSR (1988) Vyhláška MZ č. 19/1988 Sb. Sbírka vyhlášek a nařízení MZ.
- Miovský, M., et al. (2002) Souhrn analýzy potřeb v primární prevenci: Zpráva Phare Twinning Project "Posílení národní protidrogové politiky" (Primary Prevention (Needs Analysis in the Primary Prevention: Report for Phare Twinning Project "Strengthening National Drug Policy"). Praha: RVKPP.
- Miovský, M. (2000) Závěrečná zpráva výzkumu: Analýza faktorů vulnerability pro drogovou kariéru - kvalitativní biografická analýza s uživateli drog v rámci kvalitativní substudie projektu Copernicus (Copernicus Project "Global Approach on Drugs" Substudy Final Report: Analysis of Vulnerability Factors for Starting Drug Career - Qualitative Analysis of Biographies of Drug Users). Praha, Brno, Brusel: eeDV.
- Miovský, M., Gajdošíková, H., Skutilová, K. and Zábranský, T. (2001) Přehled výsledků substudie provedené s policisty, vyšetřovateli, kriminalisty a soudci ve vztahu k trestné činnosti uživatelů nelegálních psychoaktivních látek: kvalitativní analýza (Overview of the Qualitative Substudy with Policemen, Investigators, Criminalists and Judges). *Adiktologie Supplementum: Substudie Analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Substudies of the Impact Analysis Project of New Drug Legislation)* 1 (1):
- Miovský, M. and Urbánek, T. (2001) Výzkumná zpráva NEAD 2000 (The NEAD 2000 - Research Report). Tišnov:

Scan.

- Miovský, M. and Zábranský, T. (2001a) Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek a s pracovníky zdravotnických zařízení a poskytovateli služeb uživatelům nelegálních drog (Overview of PAD Qualitative Substudy Results - Drug Users and Care & Treatment Providers). *Adiktologie - Supplementum* **1** (1):
- Miovský, M. and Zábranský, T. (2001b) Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek a pracovníky zdravotnických zařízení a významnými poskytovateli služeb uživatelům nelegálních drog (Summary of Results of a Substudy Carried Out with Users of Illicit Psychoactive Drugs and Workers at Medical Facilities and Significant Providers of Services for Illicit Drug Users). *Adiktologie Supplementum (Vybrané substudie analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR / Selected Substudies of the Impact Analysis Project of New Drugs Legislation in The Czech Republic)* **1**, 41-75.
- Miovský, M., Zábranský, T., Gajdošíková, H. and Mravčík, V. (2001) PAD - Kvalitativní analýza (PAD - Qualitative Analysis). Tišnov: Scan.
Notes: Assistance: Bullington, B.
- Mravčík, V. (2002) Clusterová analýza lokální závažnosti zneužívání nelegálních drog v ČR. *Adiktologie* (In Press)
Notes: Assistance: Zábranský, T.
- Mravčík, V. and Šebáková, H. (2002) Séroprevalence virových hepatitid typu B a C u injekčních uživatelů drog – projekt IKTERUS (Seroprevalence HBV and HCV in IDUs – IKTERUS Project). *Adiktologie* **2** (II):13-35. 1213-3841.
- Mravčík, V. and Zábranský, T. (2001a) Sekundární analýza školních studií 1994-2000 (Secondary Analysis of School Surveys 1994-2000 in Czech Republic). *Adiktologie Supplementum* **1**,
Notes: Assistance and data provided by: Csemy, Ladislav; Studničková, Běla, Miovský, Michal
- Mravčík, V. and Zábranský, T. (2001b) Dotazníkový průzkum injekčního užívání drog v lékárnách České republiky (The Estimate of Intravenous Drug Use in Czech Republic: Questionnaire Survey in Pharmacies). *Adiktologie* **1** (1):11-21. 1213-3841.
- Mravčík, V. and Zábranský, T. (2002) Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR - syntéza dostupných dat (The prevalence estimate of problem drug use in Czech Republic - synthesis of available data). *Adiktologie Supplementum* **1** (1):
- MŠMT ČR (1997) Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociální patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 1998-2000.
- MŠMT ČR (2000a) Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. 14514/2000 - 51.
Notes: <http://www.msmt.cz/cp1250/web/51/Metodpokyn2000konecnaverze.doc>
- MŠMT ČR (2000b) Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001 - 2004 (Strategy of Prevention on Socio-Pathological Phenomena in Youth for 2001-2004). 14514/2000 - 51.

MŠMT ČR. Evaluace a diagnostika preventivních programů. 2001. 2002.

Nilson, M., Solberg, U., Ballotta, D. and Wiessing, L. (2002) Key role of substitution in drug treatment. *Drugs in Focus - Briefing* **1** (1): 1681-5157.
Notes: http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb1_1/pb_01_EN.pdf

Nožina, M. (1997a) Česká drogová scéna 90. let (Czech Drug Scene in 90s). Nožina, M., (Ed.) 1 edn, 223-302. Praha, & Orlík nad Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone. 80-85917-36-X.

Nožina, M. (1997b) Svět drog v Čechách. 1 edn, Praha, & Orlík nad Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone. 80-85917-36-X.

NPDC (2002a) Výroční zpráva - Situace v oblasti drog v roce 2001 v České republice (Annual Report 2001 - Illicit drugs situation in Czech Republic 2001). Praha: Policie ČR.

NPDC (2002b) Drogová současnost (Drugs up-to-date). *Policista* **5/2002**, Příloha (Addendum)
Notes: <http://www.mvcr.cz/casopisy/policista/2002/05/npdc.html>

Olszewski, D. (2002) Feature E is for Evidence. *Drugnet Europe* **36**, 4

Palm, R. and Zábranský, T. (2001) Basics of Social Diagnosis of the Drugs Problem . In: Cassiopea XXI, g., (Ed.) *Copernicus Programme: Global Approach on Drugs - Final Report*, pp. II/I: 1-33. Brussels: Cassiopea XXI, geie]

PDO - GŘC (2002) Roční zpráva 2001 (Annual Report 2001). Praha: Generální ředitelství cel - Odbor Boje proti podloudnictví - protidrogové oddělení.

Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klaka, J., Šeblová, J. and Hančlová, H. (2002a) Epidemiologie drog a uživatelů drog - Česká republika 2001, 2000, 1999, 1998, 1997, 1996, 1995. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klaka, J., Šeblová, J. and Hančlová, H. (2002b) Epidemiologie drog a uživatelů drog, Česká republika - 2001 (Epidemiology of Drugs and Drug Users - Czech Republic 2001). Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy .

Polanecký, V., Šmídová, O., Studničková, B., Šafr, J., Šejda, J. and Hustopecký, J. (2001) Mládež a návykové látky v České republice - trendy let 1994 -1997 - 2001 (Youth and Addictive Substances in Czech Republic: Trends 1994-1997-2001). Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy. 80-238-8200-7.

Popov, P. (2002) Metadonová substituční léčba v České republice (Methadone Maintenance Treatment in the Czech Republic). *Adiktologie* **2** (1):24-31. 1213-3841.

Právo (Oct 23, 2001) Komorou: Tálíban se chystá otevřít drogovou trasu do ČR. *Právo* 6

0452 . Rada hl. m. Prahy Usnesení Rady hlavního města Prahy k návrhu Strategického plánu protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2002 až 2006.

Notes: [http://dokumenty.prague-city.cz/cgi-](http://dokumenty.prague-city.cz/cgi-bin/SBJWebDemo37e.csh/r020452%23.doc?qs=drog*&f_CUSNES=&f_CTISKU=&f_TYPSOUC=U+OR+P+OR+U%2CP&o_DATETIME=%3E%3D&d_DATETIME=1.9.1999&b_DATETIME=AND&o_DATE)

[bin/SBJWebDemo37e.csh/r020452%23.doc?qs=drog*&f_CUSNES=&f_CTISKU=&f_TYPSOUC=U+OR+P+OR+U%2CP&o_DATETIME=%3E%3D&d_DATETIME=1.9.1999&b_DATETIME=AND&o_DATE](http://dokumenty.prague-city.cz/cgi-bin/SBJWebDemo37e.csh/r020452%23.doc?qs=drog*&f_CUSNES=&f_CTISKU=&f_TYPSOUC=U+OR+P+OR+U%2CP&o_DATETIME=%3E%3D&d_DATETIME=1.9.1999&b_DATETIME=AND&o_DATE)

TIME=%3C%3D&d_DATETIME=31.12.2002&f_TYPDOK=R+OR+J&srm=10&rel=%272%3A1%27&m
t=120&key=USNESDES&md=5000&srs=10&ssf=&rl=n&pr=n&ct=application/x-
native&fc=USNES&row=13697&ef=r020452%23.doc

- Řehák, V. and Krekulová, L. (2002a) Virové hepatitidy - prevence, diagnostika. léčba (Viral hepatitis - Prevention, Diagnostics, Treatment). 2 edn, Praha: Triton.
- Řehák, V. and Krekulová, L. (2002b) Virové hepatitidy u injekčních uživatelů psychoaktivních látek (Viral hepatitis at IDUs). *Adiktologie* 2 (2): 1213-3841.
- Samková, H., Brzobohatá, A., Pivnička, J., Špačková, M. and Hirt, M. (2001) Fatal Poisoning with Methylenedioxymethamphetamine (MDMA). *TIAFT 2001 Prague - Programme and Abstracts* 39, 115(Abstract)
- Sekretariát Meziřesortní protidrogové komise vlády ČR (2000) Katalog služeb poskytovaných v protidrogové prevenci (Catalog of Services Provided in Drug Prevention). 1 edn, Praha: Úřad vlády ČR.
- Slavík, I. and Počarovský, O. Zábranský, T., Apr 15, 2002. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Notes: Problematika sociálních intervencí, vykazovaných jako FTD
- Tossmann, P., Boldt, S. and Tensil, M.D. (2001) The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *European Addiction Research* 7, 2-23.
- Trmal J., Kellerová J. and Koblížková R. (1999) Dopad výměnného programu injekčních jehel a stříkaček na šíření virové hepatitidy typu C (The Impact of Needle Exchange Programmes at HVC Spreading) . *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie* III (4):
- CZ 2000/IB/JH/03. Vlády České republiky a Rakouska (2001) Twinning Covenant Between The Czech Republic (Cc) And The Republic Of Austria (Ms). Strengthening National Policy to Combat Illicit Drugs.
- Vopravil, J. Český statistický úřad, (Ed.) (2001) Nelegální ekonomika v ČR v roce 2000 (drogy, prostituce). Praha: Český statistický úřad.
- Webster, R., The Drugs Prevention Advisory Service and London Drug Policy Forum (2002) Safer Clubbing - Guidance for Licensing Authorities, Club Managers and Promoters. The Drugs Prevention Advisory Service, (Ed.) London: Drug Prevention Advisory Service. 1840827807.
- Zábranský, T. (1999) Aplikační a uživatelské místnosti: přehled dostupných zkušeností a výzkumu (Application and User Rooms: an Overview of Available Experiences and Research). Praha: Městská část Praha 1.
- Zábranský, T., Miovský, M., Mravčík, V., Gajdošíková, H. and Kalina, K. (2001a) Projekt analýzy dopadů novelizované protidrogové legislativy v ČR: metodologie a průběžná zpráva pro zasedání vlády ČR 17. ledna 2001 (č.j. 23/01) (Impact Analysis Project of New Drug Legislature: Methodology and State-of-Art Report for the Governmental session 2001-01-17 #23/01). Praha: Meziřesortní protidrogová komise vlády ČR.
- Notes: Interní materiál pro potřeby vlády ČR a Rady PAD (Internal paper for Czech Government and PAD Research Team)

Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Kalina, K. and Vopravil, J. (2001b) Ekonomické náklady společnosti na zneužívání nelegálních ("pouličních") drog v České republice 1998 (The Social Costs of Illicit Drugs Abuse in Czech Republic 1998). *Adiktologie - Supplementum* **1**,

Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdošíková, H. and Miovský, M. (2001c) PAD: projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva) - PAD: Impact Analysis Project of New Drugs Legislation (Summary Final Report). Praha: ResAd / Scan. 80-86620-01-8 (Czech version), 80-86620-02-6 (English version).

Notes: Assistance Bullington, B & Rasmussen, D.

Zábranský, T. and Vorel, F. (2001) Odhad počtu zemřelých v přímém důsledku zneužívání omamných a psychotropních látek a v souvislosti s ním – pilotní fáze (odhad pro rok 1998) (Estimate of drug-related deaths in Czech Republic – Pilot phase (1998)). *Adiktologie* **2** 8-27. 1213-3841.

41/06. Zastupitelstvo hl. m. Prahy (Apr 25, 2002) Usnesení Zastupitelstva hlavního města Prahy číslo 41/06 ze dne 25.4.2002 k návrhu Strategického plánu protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2002 až 2006

. 41/06.

Notes: [http://dokumenty.prague-city.cz/cgi-](http://dokumenty.prague-city.cz/cgi-bin/SBJWebDemo37e.csh/z024106%23.doc?qs=protidrogov%E9&f_CUSNES=&f_CTISKU=&f_TYPSOUC=U+OR+U%2CP&o_DATETIME=%3E%3D&d_DATETIME=1.1.2000&b_DATETIME=AND&o_DATETIME=%3C%3D&d_DATETIME=31.12.2002&f_TYPDOK=Z+OR+Z&srm=10&rel=%272%3A1%27&mt=120&key=USNESDES&md=5000&ssf=&rl=n&pr=n&ct=application/x-native&fc=USNES&row=14006&ef=z024106%23.doc)

[bin/SBJWebDemo37e.csh/z024106%23.doc?qs=protidrogov%E9&f_CUSNES=&f_CTISKU=&f_TYPSOUC=U+OR+U%2CP&o_DATETIME=%3E%3D&d_DATETIME=1.1.2000&b_DATETIME=AND&o_DATETIME=%3C%3D&d_DATETIME=31.12.2002&f_TYPDOK=Z+OR+Z&srm=10&rel=%272%3A1%27&mt=120&key=USNESDES&md=5000&ssf=&rl=n&pr=n&ct=application/x-native&fc=USNES&row=14006&ef=z024106%23.doc](http://dokumenty.prague-city.cz/cgi-bin/SBJWebDemo37e.csh/z024106%23.doc?qs=protidrogov%E9&f_CUSNES=&f_CTISKU=&f_TYPSOUC=U+OR+U%2CP&o_DATETIME=%3E%3D&d_DATETIME=1.1.2000&b_DATETIME=AND&o_DATETIME=%3C%3D&d_DATETIME=31.12.2002&f_TYPDOK=Z+OR+Z&srm=10&rel=%272%3A1%27&mt=120&key=USNESDES&md=5000&ssf=&rl=n&pr=n&ct=application/x-native&fc=USNES&row=14006&ef=z024106%23.doc)

Seznam tabulek

tabulka 1-1: Orientační hodnoty malého množství OPL dle pokynu policejního prezidenta.....	19
tabulka 1-2: Orientační hodnoty odpovídající znění ustanovení § 187a odst. 1,2 tr. zák. nejčastěji se vyskytujících omamných a psychotropních látek dle pokynu nejvyššího státního zástupce	20
tabulka 1-3: Souhlas s případným trestním postihem uživatelů drog (Glasová and Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002)	22
tabulka 1-4: Vývoj hodnocení účinnosti protidrogového zákona (podle Glasová and Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002)	23
tabulka 1-5: Výdaje na protidrogovou politiku ČR v roce 2001 (v tis. Kč).....	24
tabulka 2-1: Opakované užívání drogy (častěji než 5x) v roce 1995 a 1999.....	31
tabulka 2-2: Přehled výsledků školních studií MAD a ESPAD	33
tabulka 2-3: Užívání drog během posledního měsíce návštěvníky tanečních party (uváděné hodnoty jsou procenta)	33
tabulka 3-1: Léčebně / kontaktní centra v r. 2001 podle typu zařízení (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a).....	37
tabulka 3-2: Srovnání počtu nových žadatelů o léčbu a počtu hlásících léčebně/kontaktních center (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	38
tabulka 3-3: Žádosti o první léčbu, vybrané charakteristiky, ČR 1995 – 2000 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a) ...	38
tabulka 3-4: Žádosti o první léčbu podle skupin základní drogy, ČR 1999 – 2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	39
tabulka 3-5: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu, ČR, 1999 -2001(zdroj dat: Polanecký et al. 2002a).....	39
tabulka 3-6: Hlášená incidence VHB a VHC a podíl IUD v ČR v letech 1997 – 2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	47
tabulka 3-7: Séroprevalence VHB a VHC ve skupině IUD – přehled dostupných dat, ČR, 1998 – 2001 (zdroje dat: Mravčík and Šebáková, 2002; Trmal J. et al. 1999; Řehák and Krekulová, 2002a)	47
tabulka 3-8: Výskyt anamnestických protilátek proti VHB a VHC v závislosti na věku (projekt IKTERUS 1998 – 2001)	48
tabulka 3-9: Výskyt anamnestických protilátek proti VHB a VHC v závislosti na celkové délce injekčního užívání (projekt IKTERUS 1998 – 2001).....	48
tabulka 3-10: Výskyt anamnestických protilátek proti VHB a VHC v závislosti na roku první injekční aplikace (projekt IKTERUS 1998 – 2001).....	48
tabulka 3-11: Výskyt anamnestických protilátek proti VHB a VHC v závislosti na bydlišti (projekt IKTERUS 1998 – 2001)	48
tabulka 3-12: Incidence rate VHC, projekt IKTERUS 1998 - 2001	49
tabulka 3-13 Intoxikace drogami ČR – 2001, Základní droga podle pohlaví (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a).....	49
tabulka 4-1: Počet zjištěných drogových trestných činů a stíhaných osob dle údajů Policejního prezidia ČR.....	51
tabulka 4-2: Počet obžalovaných pachatelů drogových trestných činů a počet odsouzených dle statistiky MS ČR (dle údajů státních zastupitelství a soudů).....	53
tabulka 4-3: Etiologický faktor pro jednotlivé typy trestných činů (podle Zábranský et al. 2001b)	56
tabulka 5-1: Záchyty OPL provedené NPDC v roce 2001	57
tabulka 5-2: Množství zadržených drog v gramech celními orgány za období 1995-2001.....	58
tabulka 5-3: Cena drog v roce 2001 dle NPDC.....	58
tabulka 5-4: Čistota drog v ČR 2001 dle NPDC (NPDC, 2002a)	59
tabulka 6-1: Zkušenosti s drogami mezi návštěvníky parties a diskoték podle pohlaví (Kubů et al. 2000).....	69
tabulka 6-2: Zkušenosti s drogami mezi návštěvníky parties a diskoték podle množství peněz „k útratě“ (Kubů et al. 2000)	69
tabulka 6-3: Spotřeba alkoholu a cigaret, ČR, 1990 –99 (Zdroj: Statistická ročenka ČR, 2001, ČSÚ)	79
tabulka 6-4: Kuřáctví a konzumace alkoholu, ČR, 1993, 96, 99, věk 15+ (Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace - HIS ČR 93, 96, 99, ÚZIS).....	79
tabulka 6-5: Frekvence užívání alkoholu v populaci mezi 15-64 lety (Glasová and Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2002)	80
tabulka 6-6: Vybrané ukazatele návykového chování podle pohlaví v procentech (Csémy et al. 2000c)	80
tabulka 6-7: Vztah mezi pitím alkoholu, kouřením, zkušeností s marihuanou a zkušeností s jinou drogou (Csémy and Nešpor: Platí „gateway“ teorie?, Zdravotnické noviny 24.5.2002).....	80

tabulka 10-1: Nízkoprahová zařízení v roce 2001 (zdroj dat: Zdroj: Závěrečné zprávy projektů nízkoprahových zařízení finančně podpořených prostřednictvím MPK za rok 2001).....	93
tabulka 10-2: Výměnné programy 2001 (Zdroj: HS HMP, 2001)	93
tabulka 10-3: Spektrum služeb snižujících riziko infekčních nemocí u uživatelů nelegálních drog (zdroj dat: orientační mapování NMS k přípravě séroprevalenční studie VHC).....	95
tabulka 11-1: Programy abstinenční léčby v ČR 2001	98
tabulka 11-2: Registr pacientů substituční léčby metadonem – stav k 5. srpnu 2002	101
tabulka 12-1: Podíl počtu osob ve VTOS pro drogové trestné činy v celkové vězeňské populaci	105
tabulka 12-2: Přehled trestů uložených soudy v České republice v roce 2001 pachatelům drogových trestných činů	108

Seznam obrázků

obrázek 1-1: Právní úprava drogových trestných činů v ČR v roce 2001	18
obrázek 2-1: Změny v celoživotní prevalenci (počtu těch, kteří alespoň jednou za život užili nezákonnou drogu) drog mezi šestnáctiletými v ČR dle výsledků studie ESPAD 1995 a 1999	30
obrázek 2-2: Srovnání užívání drog mezi mládeží ve věku 16 let (Mravčík & Zábranský 2001a)	32
obrázek 2-3: Podíl injekčních uživatelů ze všech poprvé léčených uživatelů heroinu a pervitinu, ČR, 1996 - 2001 ..	35
obrázek 3-1: Žadatelé o první léčbu dle krajů, ČR, 2001 (rel./100 tis.)	40
obrázek 3-2: Rozmístění 14 toxikologických laboratoří oddělení soudních lékařství, účastných systému NMS pro sledování drogové mortality	42
obrázek 3-3: Předávkování drogami v roce 2001 podle jednotlivých skupin - podrobně	43
obrázek 3-4: Předávkování drogami a léky podle typu psychotropní látky	44
obrázek 3-5: trendy v předávkováních podle typů drog	45
obrázek 4-1: Závažnost intravenózního užívání drog v regionech v roce 1998 (Mravčík, 2002)	50
obrázek 4-2: Trend vývoje zjištěné drogové trestné činnosti Policí ČR	52
obrázek 4-3: Trend vývoje počtu osob stíhaných Policí ČR za drogové trestné činy	53
obrázek 4-4: Trend vývoje počtu obžalovaných osob státními zastupitelstvími v ČR 1995 – 2001	54
obrázek 4-5: Trend vývoje počtu pravomocně odsouzených osob za drogové trestné činy v ČR 1995 - 2001	54
obrázek 6-1: Procentuální zastoupení 16tiletých žáků a studentů s opakovanou zkušeností s konopím – nejméně 5x za život (zdroj dat: Mravčík and Zábranský, 2001a)	61
obrázek 6-2: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2001 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním konopných látek (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	62
obrázek 6-3: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním konopí a/nebo jeho derivátů v letech 1997-2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	62
obrázek 6-4: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2001 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním stimulancií (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	64
obrázek 6-5: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním stimulancií (v drtivé většině pervitinu) v letech 1997-2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	64
obrázek 6-6: Předávkování pervitinem 1998-2001	66
obrázek 6-7: Celoživotní prevalence (alespoň jednorázového užití) „amfetaminové drogy“ mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: Mravčík and Zábranský, 2001a)	67
obrázek 6-8: Kapsle ketaminu, prodáváná v lednu 2001 na českém trhu jako „ecstasy“ (přejato z www.lf3.cuni.cz/drogy/)	69
obrázek 6-9: Celoživotní zkušenost s halucinogeny mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: Mravčík and Zábranský, 2001a)	71
obrázek 6-10: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2001 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním halucinogenů (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	72
obrázek 6-11: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním halucinogenů (především LSD a psylocybinu) v letech 1997-2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	72
obrázek 6-12: Vývoj počtu prvních požadavků o léčbu/službu mezi lety 1996 a 2001: heroin a pervitin (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	73
obrázek 6-13: Celoživotní zkušenost s opiáty mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: Mravčík and Zábranský, 2001a)	74
obrázek 6-14: Podíl prvožadatelů, kteří v roce 2001 o léčbu či službu požádali v souvislosti s užíváním opiátů (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	74
obrázek 6-15: Počet uživatelů, žádajících o první léčbu/pomoc v souvislosti s užíváním heroinu a/nebo jiných opiátů v letech 1997-2001 (zdroj dat: Polanecký et al. 2002a)	74
obrázek 6-16: Úmrtí na předávkování opiáty v ČR 1998-2001	76
obrázek 6-17: Celoživotní zkušenost s těkavými látkami mezi šestnáctiletými žáky a studenty v procentech (zdroj dat: Mravčík and Zábranský, 2001a)	78
obrázek 11-1: Substituční programy v ČR	100

Stránky s drogovou tematikou na českém internetu

Následující přehled poskytuje nesetříděné odkazy stránek s drogovou tematikou.

V žádném případě nejde o seznam „doporučených webů;“ zahrnují široké spektrum obsahu a názorů provozovatelů webů od represivních a dalších státních institucí přes výzkumné ústavy, internetové poradny, preventivní stránky, weby uživatelů tzv. měkkých drog, jejich pěstitelů, propagátorů změn v legislativě – až po stránky, zřízené očividně psychicky narušenými jedinci.

Uvádíme stránky, nalezené vyhledávacími službami po zadání klíčových slov v primární doméně CZ a tématické prezentace v češtině na běžně dostupných freemailových serverech. **Podrobný rozbor a kritické hodnocení těchto stránek však přesahuje rozsah a účel této publikace.**

- SEX - AIDS -

<http://www.sex-aids.cz/>

<http://www.techno.cz/represe/>

:- Travička.zde.cz :-

<http://mujweb.cz/www/travaatd/>

d r o g y . j i n a k . c z

<http://drogy.jinak.cz/>

.DROGMEM.

<http://www.drogmam.cz/>

Domovská stránka Viktora Vereše

<http://www.veres.cz/>

abraka

<http://www.abraka.cz>

Drogový Informační Server (Sananim)

<http://www.sananim.cz/>

Adiktologie

<http://www.adiktologie.cz/>

Drogy

<http://www.mujweb.cz/www/jpdepot/danger/drugs.htm>

anotherReason

<http://lsd.kgb.cz/>

drogy & počítače

<http://www.geocities.com/TimesSquare/Tower/5190/drogy.html>

Antidopingový výbor České Republiky

<http://www.antidoping.cz/>

Drogy - tráva

<http://bimbo.fjfi.cvut.cz/~sokolovs/drogy.htm>

Antinaivistická drogová stránka

<http://www.nazor.cz/drogy.htm>

Drogy a závislosti, léčení z drog

<http://www.mujweb.cz/web/sokolovs/DROGY2.HTM>

Bacha! Drogy.

<http://www.bachadrogy.cz/>

Drogy neeee!

<http://no-drog.hyperlink.cz/index2.htm>

canabisweb

<http://members.tripod.com/~xb1/cana.html>

E n t h e o g e n y

<http://entheogeny.jinak.cz/meni.htm>

Czech Techno - Represe

Ecstasy.cz

<http://www.ecstasy.cz/>

Encyklopedie psychotropních rostlin

<http://www.biotox.cz/drogy/>

GROWER.CZ

<http://grower.cz/>

Guild International s.r.o. - Program protidrogové prevence

<http://www.guild.cz/drogy.htm>

HIMÁLAJ - Realitou proti drogám

<http://www.thegate.cz/himalaj/>

<http://cannabis.fbi.cz/>

<http://cannabis.fbi.cz/>

<http://marihuana.webzdarma.cz/>

<http://marihuana.webzdarma.cz/>

<http://sweb.cz/xsecrets/drugs.htm>

<http://sweb.cz/xsecrets/drugs.htm>

<http://www.angelfire.com/in/freelife/piko.html>

<http://www.angelfire.com/in/freelife/piko.html>

<http://www.doktorka.cz/run/redsys/r-art.asp?id=34>

<http://www.doktorka.cz/run/redsys/r-art.asp?id=34>

<http://www.drogy.cz/>

<http://www.drogy.cz/>

<http://www.mujweb.cz/www/drogin/>

<http://www.mujweb.cz/www/drogin/>

<http://www.mujweb.cz/www/secretreality/>

<http://www.mujweb.cz/www/secretreality/>

<http://www.nazor.cz/drogy/>

<http://www.nazor.cz/drogy/>

<http://www.ohs-karvina.cz/>

<http://www.ohs-karvina.cz/>

<http://www.vlada.cz/1250/vrk/komise/mpk/mpk.htm>

<http://www.vlada.cz/1250/vrk/komise/mpk/mpk.htm>

index AIDS-HIV

<http://www.aids-hiv.cz/>

Jednička proti drogám!

<http://drogy-praha1.cz/>

Johnny's home page

<http://www.spsselib.hiedu.cz/~xmastni/>

Joint

<http://www.joint.cz/>

K O K A I N

<http://www.angelfire.com/indie/coca/KOKA IN>

K-centrum HB

<http://www.kcentrumhb.cz/>

K-centrum SRDÍČKO

<http://www.volny.cz/drakos/>

KONOPI JAKO LÉK - obsah publikace

<http://www.konopa.cz/oblasti/medicina/1954/>

Kontaktní a krizové centrum Kappa - Přerov

<http://kkckappa.misto.cz/>

Kontaktní centrum pro drogově závislé - Ústí nad Labem

<http://www.minimax.cz/drugout/>

KOUKAT

<http://www.koukat.cz/>

Kriminalistický ústav

<http://www.mvcr.cz/policie/ku/index.html>

Legalizace.cz

http://www.legalizace.cz/	Pablova encyklopedie rostlinných drog http://pablohonej.hyperlink.cz/phws/
LSD, psychedelika - reality designer's homepage http://lsd.cz/	Podvýbor pro oblast drogové problematiky http://snemovna.cz/sqw/fsnem.sqw?id=575
Luke Stealth's Smart DrugZ http://www.smartdrugs.cz/	Policista 7/98 (Ministerstvo vnitra) http://www.mvcr.cz/casopisy/policista/9807/index.html
Lysohlávky a jejich pěstování http://www.geocities.com/SoHo/Cafe/3067/	Poradna DIXI Jihlava http://www.vysocina.cz/dixi/
Manu http://www.koukat.cz/joint.html	Prev-Centrum - prevence drogových závislostí Praha http://www.volweb.cz/prevcent/
Metadonovy program Drop-In Praha http://www.methadone.cz/	První česká stránka o Kava-Kava http://home.zf.jcu.cz/~dusakd00/
Ministerstvo vnitra - časopis Policista 2/2000 http://www.mvcr.cz/casopisy/policista/2000/0002/rous.html	Rozcestník: »znamení doby« http://www.pravoslav.gts.cz/zn_doby.htm
MZČR - Odbor zdravotní péče - péče o drogově závislé a drogami ohrožené občany http://www.mzcr.cz/index.php3?kat=37	Sdružení Podané Ruce http://www.podaneruce.cz/cz/
Neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí http://www.lf3.cuni.cz/drogy/	Společenstvo Látkového Badatelství http://www.volny.cz/spolecenstvo/
New Page 2 http://www.volny.cz/pruvodce/	Stránky proti drogám - www ERROR page http://no-drog.hyperlink.cz/
Newton IT - Přehled tisku s tematikou drog http://imm.newtonit.cz/drogy.newton.cz.asp	Státní zdravotní ústav http://www.szu.cz/
nootropika kgb http://nootropika.kgb.cz/	Svršek: drogová závislost http://natura.eridan.cz/natura/1998/5/9805-5.html
Národní protidrogová centrála Policie ČR http://www.mvcr.cz/policie/npdc.html	SYSTÉM POMOCI PRO OHROŽENÉ DROGOU - Praha http://www.esethelp.cz/3.htm
Odborný slovník drogových závislostí - ČVUT http://www.cbmi.cvut.cz/slovník_odborny/slovník_odborny.htm	Teen Challenge Czech Republic http://www.teenchallenge.cz/
Oficiální homepage časopisu Hondzik http://fly.to/hondzik	

Terapeutická komunita pro drogově závislé Nova Ves

<http://tkdz.hypermart.net/>

Terapeutická komunita WHITE LIGHT I.

<http://www.volny.cz/tkwl/>

THC Club Olomouc

<http://mujweb.cz/zabava/thcclub/>

Vlastenecká Fronta proti drogám

http://www.vfronta.cz/vlastenecká_fronta_proti_drogám.htm

Welcome to Ganja.virt pag

<http://www.mujweb.cz/www/mad.maq/>

Whoop site

<http://whoop.hypermart.net/>

WORLD of drugs

<http://drogy.satelit.cz/>

WWW.SEEDS.CZ

<http://allhighseeds.cz/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky

<http://www.uzis.cz/>

Útvar pro odhalování organizovaného zločinu

<http://www.mvcr.cz/policie/zlocin.htm>

Seznam použitých zkratk

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

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

ČSÚ – Český statistický úřad

EMCDDA – Evropské monitorovací středisko pro drogy a závislosti

ESPAD – školní průzkum „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs“

EU – Evropská unie

GŘVS – Generální ředitelství Vězeňské služby ČR

HMP – hlavní město Praha

HS HMP – Hygienická stanice hlavního města Prahy

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

IUD – injekční uživatel drog

MAD – školní průzkum „Mládež A Drogy“

MF – Ministerstvo financí

MO – Ministerstvo obrany

MPK – Meziresortní protidrogová komise; poradní, iniciační a koordinační orgán vlády, složený z předsedy – premiéra vlády, z výkonného místopředsedy - ministr bez portfeje a ministrů věcně příslušných ministerstev – zdravotnictví, školství, mládeže a tělovýchovy, práce a sociálních věcí, vnitra, spravedlnosti a obrany. Činnost Meziresortní protidrogové komise zajišťuje v obdobích mezi jejími jednáními sekretariát.

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT – Ministerstvo mládeže, školství a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NEAD – školní průzkum „NEAlkoholové Drogy“

NMS - Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (v ČR)

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

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

NSZ – Nejvyšší státní zastupitelství ČR

PAD – Analýza dopadů nové drogové legislativy – výzkumná studie uskutečněná v letech 1999 – 2001, jejímž hlavním cílem bylo zhodnotit praktické dopady zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu

PDO GŘC – Protidrogové oddělení Odboru boje proti podloupnictví Generálního ředitelství cel

Phare TP – Phare Twinning Project „Posílení národní protidrogové politiky“

PL – psychiatrická léčebna

PMS – Probační a mediační služba

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SLNN ČLS JEP – Společnost pro léčení návykových nemocí České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

SSLST ČLS JEP – Společnost soudního lékařství a soudní toxikologie České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

TŘ – trestní řád

TZ – trestní zákon

UD – uživatel drog

VHB, VHC – virová hepatitida B, virová hepatitida C

VPS – kapitola „Veřejná pokladní správa“ Národního účtu ČR

VS – Vězeňská služba ČR

VTOS – výkon trestu odnětí svobody a výkon vazby

A

abstinence · 102, 103, 106
aktivity · 8, 9, 25, 84, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 96
 volnočasové · 9, 86, 87, 88
alkohol · 15, 16, 30, 41, 44, 50, 59, 68, 70, 78, 79, 80, 89,
 102, 111, 118
amfetamin · 20, 63, 64, 65, 67, 80, 91, 94
analýza · 6, 9, 14, 25, 36, 41, 48, 50, 60, 62, 84, 85, 87, 92,
 94, 95, 101, 106, 107, 111, 113, 114, 116, 117
 kvalitativní · 113
 kvantitativní · 9, 94, 111
Analýza dopadů nové drogové legislativy · 6, 7, 14, 21, 25,
 34, 36, 42, 60, 77, 114, 116, 117, 125
aplikace · 15, 16, 19, 21, 34, 35, 36, 39, 41, 47, 48, 49, 96,
 118
 drog · 35
 práva · 19
Asociace nestátních organizací (A.N.O.) zabývajících se
 prevencí a léčbou drogových závislostí · 85, 93, 97, 99,
 105, 109, 125

B

bezdrogové zóny · 11, 105
braun · 73, 75, 99, 100
buprenorfin · 17, 100, 101

C

cena · 36, 58, 70, 73, 76, 101
 drog · 58
Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického
 ústavu Akademie věd ČR · 67, 70, 80, 81, 95, 112, 125
crack · 4, 55, 76

D

doléčování · 9

E

ecstasy · 7, 8, 11, 60, 63, 66, 67, 69, 70, 71, 92, 109
efedrin · 63, 65
efektivita · 9, 25, 84, 85, 86, 97, 109, 110
ESPAD (školní průzkum · 23, 30, 31, 33, 34, 61, 80, 111,
 112, 118, 120, 125
evaluace · 5, 81, 87, 89, 96, 99, 106, 109

Evropská unie · 6, 7, 8, 10, 11, 14, 23, 36, 37, 42, 43, 59,
 60, 66, 67, 81, 87, 97, 101, 111, 113, 125

G

gateway theory (teorie vstupní drogy) · 80
Generální ředitelství Vězeňské služby ČR · 105, 106, 107,
 125

H

halucinogeny · 45, 60, 63, 71, 72, 120
harm reduction · 8, 9, 11, 14, 36, 37, 41, 49, 67, 69, 81, 85,
 91, 94, 96, 105, 106, 113
hašiš · 7, 20, 36, 60
hepatitida · 35, 37, 46, 92, 116, 125
heroin · 6, 7, 8, 14, 23, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 50,
 57, 59, 60, 64, 66, 68, 73, 74, 75, 77, 100, 101, 120
Hygienická stanice hl. m. Prahy (HS HMP) · 49, 64, 93, 97,
 118, 125

I

intoxikace · 31, 49

K

kapacita · 91, 100, 104, 105, 106
K-centra · 8, 122
kokain · 7, 20, 76
konopí · 7, 20, 21, 22, 23, 31, 36, 41, 59, 60, 61, 62, 63, 72,
 112, 120, 122
konzistence · 4, 10, 11, 81
koordinace · 9, 14, 15, 86, 87
kouření · 36, 76, 80
kvalita · 5, 10, 45, 81
 zajištění · 84, 109

L

léčba · 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 24, 25, 34, 36, 38, 40, 41,
 50, 64, 67, 73, 75, 78, 81, 84, 85, 91, 92, 93, 97, 98, 99,
 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 110, 113, 115,
 116, 118, 119, 125
 lůžková · 10
 substituční · 8, 10, 36, 84, 99, 100, 102, 105, 109, 115
legislativa · 6, 7, 14, 21, 22, 23, 42, 55, 78, 82, 101, 113,
 114, 116, 117, 125
léky · 8, 37, 39, 40, 44, 49, 67, 76, 81, 94, 101, 120
 preskripční · 8

LSD · 7, 19, 20, 33, 49, 58, 63, 69, 71, 72, 120, 123
lysohlávky · 20, 63, 72

M

marihuana · 20, 36, 41, 60, 61, 122
MDMA (ecstasy) · 7, 8, 9, 11, 19, 20, 30, 34, 36, 39, 57, 60,
63, 66, 67, 69, 70, 71, 92, 94, 109, 116, 120, 122
metadon · 10, 43, 100, 101, 119
Ministerstvo
financí · 24, 27, 75, 82, 112, 113, 125
obraný · 24, 26, 125
práce a sociálních věcí · 24, 26, 84, 85, 91, 101, 109,
110, 125
školský, mládeže a tělovýchovy · 24, 25, 26, 84, 85, 86,
87, 88, 90, 98, 110, 114, 115, 125
vnitřní · 24, 27, 86, 90, 101, 123, 125
zdravotnictví · 15, 17, 24, 25, 42, 84, 85, 91, 100, 101,
102, 109, 110, 113, 125
Místnosti hygienické aplikace pro injekční uživatele drog ·
96
množství · 11, 15, 16, 19, 20, 23, 51, 55, 57, 58, 65, 69, 72,
82, 86, 94, 118
malé · 20
větší než malé · 16, 19, 20

N

Národní protidrogová centrála služby kriminální policie a
vyšetřování Policie ČR (NPDC) · 11, 57, 58, 59, 62, 63,
64, 65, 69, 70, 72, 73, 75, 76, 77, 81, 112, 115, 118, 125
Nejvyšší státní zastupitelství · 20, 21, 125
nizkoprahová zařízení · 25, 92
NNO (nestátní neziskové organizace) · 9, 85, 87, 88, 89, 90,
98, 99, 125
novela · 6, 15, 16, 19, 21, 22, 23, 108, 111, 113, 114, 117
novelizace · 15, 16, 19, 21

O

odnětí svobody · 5, 7, 11, 15, 16, 91, 98, 104, 105, 106, 107,
108, 125
otrava · 43, 44

P

péče · 5, 10, 24, 84, 85, 91, 93, 96, 97, 98, 99, 101, 102,
103, 104, 106, 109, 123
následná · 102
pervitin · 7, 19, 35, 39, 40, 59, 63, 64, 73, 77, 120
PHARE Twinning Project · 25, 42, 51, 82, 85, 87, 89, 92,
97, 101, 102, 105, 106, 110, 113, 125
Policie ČR · 6, 10, 11, 19, 51, 55, 56, 62, 64, 75, 76, 81, 82,
96, 115, 123, 125

politika · 1, 2, 3, 6, 7, 11, 14, 15, 21, 23, 24, 25, 26, 42, 81,
82, 84, 85, 86, 87, 91, 92, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104,
106, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 125
protidrogová · 1, 2, 3, 4, 6, 7, 11, 14, 15, 21, 23, 24, 25,
26, 42, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 91, 92, 96, 97, 98, 100,
104, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 125
poradna · 90, 121
právo · 4, 6, 10, 11, 14, 15, 19, 21, 52, 55, 62, 65, 70, 72,
75, 76, 104, 107
prosazování · 6, 11, 14
prevence · 5, 6, 8, 9, 11, 14, 24, 25, 26, 27, 33, 69, 81, 84,
85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 95, 98, 99, 105, 106, 107, 109,
110, 113, 114, 116, 122, 123
aktivity · 9
Probační a mediační služba · 21, 22, 125
problémové užívání · 34, 35, 63, 97
Protidrogové oddělení Odboru boje proti podloudnictví
Generálního ředitelství cel (PDO GRČ) · 57, 62, 70, 72,
76, 125
předávkování · 8, 9, 37, 42, 43, 44, 45, 63, 66, 70, 72, 75,
76, 79, 92, 96, 120
psilocybin · 20, 63, 72

R

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) ·
7, 42, 87, 95, 110, 113, 125
represe · 6, 10, 11, 14, 81, 121
Rohypnol® · 8, 44, 77
rozpočet · 87, 91

Ř

řízení · 7, 12, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 51, 53, 54, 55, 86, 87,
93, 105, 108
trestní · 12, 17, 19, 21, 55, 105

S

služba · 7, 8, 9, 16, 21, 24, 25, 26, 27, 36, 37, 40, 50, 60, 61,
62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 74, 76, 78, 81, 84, 85, 86,
88, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 105,
106, 107, 109, 110, 114, 116, 118, 125
probační a mediační · 21, 22, 125
služby · 7, 8, 9, 16, 21, 24, 25, 26, 27, 36, 37, 40, 50, 60, 61,
62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 74, 76, 78, 81, 84, 85, 86,
88, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 105,
106, 107, 109, 110, 114, 116, 125
sociálně-patologické jevy · 26, 31
soud · 20, 104, 107, 108
Nejvyšší · 20
Spojené státy · 7
sport · 25, 26
správa · 11, 14, 15, 24, 55, 57, 58, 62, 82, 85, 87, 89, 99,
104, 109, 125
veřejná · 14, 15, 85, 87, 104, 109
standardy · 34, 84, 85, 87, 103, 109
Státní zastupitelství

Nejvyšší · 19, 111, 125
strategie · 4, 5, 6, 13, 14, 15, 25, 67, 84, 85, 86, 91, 92, 96,
98, 99, 102, 104, 106, 109, 113
streetwork · 8, 9, 92, 93
Subutex® · 17, 34, 101

Š

školy · 10, 11, 24, 25, 26, 31, 34, 72, 78, 84, 85, 86, 88, 89,
98, 114, 125
speciální · 10, 98

T

tabák · 5, 50, 68, 78, 79
taneční drogy · 9, 60, 63, 67, 68, 69, 81, 92, 94, 95
techno · 33, 66, 67, 116, 121
parties · 9, 67, 68, 69, 70, 71, 76, 79, 94, 118
těkavé látky · 4, 8, 34, 35, 39, 40, 43, 44, 50, 77, 78
testování · 66, 67, 69, 70, 90, 94, 95, 109, 113
tablet tanečních drog · 67, 69, 94
THC · 19, 20, 69, 124
toluen · 78
trendy · 4, 8, 11, 30, 44, 45, 47, 51, 54, 103, 115, 120
trest · 7, 15, 16, 21, 107, 108

U

úmrtnost · 4, 8, 37, 42, 43, 44, 45, 65, 66, 70, 72, 77, 79, 84,
96
usnesení · 6, 14, 24, 85, 86, 91, 96, 100, 112, 113
územně-správní reforma · 7
užívání · 4, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 21, 22, 23, 26, 30, 31, 32,
33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 50, 59, 60,

61, 63, 66, 67, 68, 70, 71, 74, 77, 78, 80, 81, 84, 85, 86,
87, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 103, 105, 106, 109,
110, 111, 114, 118, 120
drog · 4, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 23, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35,
36, 39, 50, 60, 63, 71, 84, 85, 86, 90, 91, 92, 94, 95,
98, 105, 106, 109, 110, 111, 114, 118, 120

V

vazba · 11, 91, 104, 105, 106, 107, 125
Veřejná pokladní správa · 24, 25, 26, 125
vězeňství · 11, 104, 106, 107
vláda ČR · 6, 7, 14, 17, 24
výkon · 11, 98, 104, 105, 106, 107, 125
trestu · 11, 22, 91, 98, 104, 105, 106, 107, 110, 125

Z

zabavení · 11, 70, 81, 82
míra · 11, 70, 81
záchyt · 11, 59
zákon · 7, 10, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 51, 52, 55,
85, 100, 104, 108, 111, 118, 125
zařízení · 8, 9, 10, 11, 24, 25, 26, 35, 37, 38, 41, 47, 49, 50,
61, 62, 64, 81, 85, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99,
101, 102, 103, 107, 109, 110, 114, 118
léčby a služeb
Drop-In · 69, 100, 123
Podané ruce · 9, 32, 69, 94, 102, 106, 107
Sananim · 99, 121
nestátní · 10
pro výkon trestu odnětí svobody a/nebo vazby · 98, 105,
106, 119, 125
státní · 93, 98