

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra statistiky**



**Diplomová práce**

**Statistická analýza drogové závislosti a substituční  
léčby v České republice**

**Lucie Kučerová**

© 2015 ČZU v Praze

# ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Katedra statistiky

Provozně ekonomická fakulta

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Lucie Kučerová

Hospodářská politika a správa

Název práce

**Statistická analýza drogové závislosti a substituční léčby v České republice**

Název anglicky

**Statistical analysis of drug addiction and substitutional treatment in the Czech Republic**

---

### Cíle práce

Cílem práce je statistická analýza drogové závislosti v souvislosti s požíváním návykových látek a léčbou návyku na omamných látkách na území České republiky na základě relevantních ukazatelů. Práce bude vycházet z protidrogové politiky ČR, bude si všímat rozdílů v postojích jednotlivých krajů ke drogám a genderových odlišností drogové závislosti. Součástí řešení může být též dotazníkové šetření. Výsledkem práce bude formulace návrhů a doporučení pro snižování drogové závislosti v ČR.

### Metodika

Vytvořená databáze bude statisticky vyhodnocena pomocí metod z oblasti časových řad, indexní analýzy a z oblasti analýzy závislosti kvalitativních znaků.

### Doporučený rozsah práce

60-80 stran

---

### Doporučené zdroje informací

Další literatura bude doporučena v průběhu zpracování diplomového úkolu.

HEJDA, J. 2000. Kriminologické, trestně právní a kriminalistické aspekty drogového problému v ČR a jeho řešení. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Praha, 176 s. ISBN 80-245-0080-9.

HINDLS, R., HRONOVÁ, S., SEGER, J. 2006. Statistika pro ekonomy. 6. vydání. Professional Publishing, Praha, 415 s. ISBN 80-86419-99-1.

MIOVSKÝ, M. (ed.) 2008. Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium. Grada, Praha, 533 s. ISBN 978-80-247-0865-2.

MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (eds.) 2010. Primární prevence rizikového chování ve školství. Sdružení SCAN a Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, TOGGA, Praha, 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.

NEŠPOR, K. 2007. Návykové chování a závislost. Portál, Praha 176. ISBN 978-80-7367-267-6.

ŘEZANKOVÁ, H. 2007. Analýza dat z dotazníkových šetření. Professional Publishing, Praha, 212 s. ISBN 978-80-86946-49-8.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. Vývojová psychologie I. Karolinum, Praha, 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

ZÁBRANSKÝ, T. (ed.) 2005. Užívání drog v Evropské unii legislativní přístupy. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost a Úřad vlády ČR, Praha, 42 s. ISBN 80-8673450-1.

---

### Předběžný termín obhajoby

2015/06 (červen)

### Vedoucí práce

doc. Ing. Marie Prášilová, CSc.

---

Elektronicky schváleno dne 29. 10. 2013

**prof. Ing. Libuše Svatošová, CSc.**

Vedoucí katedry

---

Elektronicky schváleno dne 5. 12. 2013

**Ing. Martin Pelikán, Ph.D.**

Děkan

V Praze dne 24. 02. 2015

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci "Statistická analýza drogové závislosti a substituční léčby v České republice" vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce doc. Ing. Marie Prášilové, CSc. a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autor uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 18. 3. 2015

.....  
Lucie Kučerová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí diplomové práce doc. Ing. Marii Prášilové, CSc. z katedry statistiky České zemědělské univerzity v Praze za rady a připomínky k této diplomové práci.

**STATISTICKÁ ANALÝZA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI A SUBSTITUČNÍ  
LÉČBY V ČESKÉ REPUBLICE**  
**STATISTICAL ANALYSIS OF DRUG ADDICTION AND  
SUBSTITUTIONAL TREATMENT IN THE CZECH REPUBLIC**

**Souhrn**

Diplomová práce se zabývá drogovou závislostí na opiátech/opioidech a její léčbou substituční terapií. Jsou porovnávány počty problémových uživatelů opiátů v jednotlivých krajích České republiky a žádosti o zapsání do Registru léčby drogové závislosti v souvislosti s počtem zařízení tuto terapii nabízejících. Práce vyhodnocuje také výdaje na programy typu Harm reduction zastřešující léčbu substituční látkou. Vývoj ukazatelů je popsán časovou řadou, která na základě trendu vývoje zvolené funkce předpovídá hodnoty údajů do dalších let. Na základě získaných výsledků jsou v práci formulovány návrhy a doporučení.

Klíčová slova: Drogy, drogová závislost, abúzus, prevence, represe, narkomanie, trestný čin, drogová kriminalita, statistická analýza, časové řady.

**Summary**

The diploma thesis is focused on drug addiction of opiates/opioids and its treatment by substitution treatment. There are also compared problem opiate users in different regions of the Czech Republic and the applications of enrolling the Register of drug treatment in relation to the number of facilities offering this therapy. The thesis evaluates spending on Harm reduction programs where the substitution treatment is included. The development of indicators is described by time series, which predicts the values of data in the next year based on the development trend of the selected functions. There are mentioned suggestions and recommendations based on the results of the thesis.

Key words: Drugs, drug addiction, abuse, prevention, repression, criminal offense, drug-related crime, statistical analysis, time series.

## **Stručný obsah:**

<b>1</b>	<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>CÍL PRÁCE A METODIKA .....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>LITERÁRNÍ REŠERŠE.....</b>	<b>15</b>
3.1	STRUČNÉ DĚJINY DROG .....	15
3.2	TOXIKOMÁNIE .....	17
3.2.1	<i>Drogová závislost.....</i>	<i>17</i>
3.2.1.1	Vznik drogové závislosti.....	19
3.2.1.2	Typy drogové závislosti.....	20
3.2.1.3	Stadia drogové závislosti .....	20
3.2.2	<i>Drogy.....</i>	<i>21</i>
3.3	PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	22
3.4	LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	23
3.5	ROLE RODINY A BLÍZKÝCH PŘÁTEL V DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	27
3.5.1	<i>Rizikové situace.....</i>	<i>27</i>
3.5.2	<i>Zvládání drogové závislosti blízké osoby .....</i>	<i>28</i>
3.6	NEPŘÍMÉ NÁSLEDKY ZNEUŽÍVÁNÍ DROG .....	29
3.7	POZITIVNÍ ÚČINKY DROG.....	31
<b>4</b>	<b>LEGISLATIVNÍ RÁMEC DROGOVÉ PROBLEMATIKY .....</b>	<b>33</b>
4.1	NÁRODNÍ STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY .....	33
4.2	TRESTNÉ ČINNOSTI V SOUVISLOSTI S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI .....	34
4.3	INSTITUCE POSKYTUJÍCÍ PREVENCI DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	37
<b>5</b>	<b>ANALYTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>38</b>
5.1	PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ UŽIVATELŮ OPIÁTŮ/OPIOIDŮ A ZDRAVOTNÍ RIZIKA SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	38
5.2	VÝVOJ JEDINCŮ ŽÁDAJÍCÍCH LÉČBU OPIÁTOVÉ ZÁVISLOSTI .....	50
5.3	VÝVOJ SUBSTITUČNÍ LÉČBY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	55
5.4	VÝDAJE NA PROTIDROGOVOU POLITIKU .....	69
5.5	NÁVRHY A DOPORUČENÍ .....	73
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>76</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>80</b>
<b>8</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>86</b>

## **SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**

**Tabulka č. 1:** Odhadovaný počet problémových uživatelů heroinu a buprenorfinu v jednotlivých krajích České republiky v roce 2013, str. 41

**Tabulka č. 2:** Celoživotní prevalence užívání heroinu a jiných opiátů v jednotlivých krajích mezi šestnáctiletými v roce 2011, str. 42

**Tabulka č. 3:** Vybrané elementární charakteristiky vývoje počtu zdravotnických zařízení poskytujících substituční léčbu, str. 59

**Tabulka č. 4:** Vybrané elementární charakteristiky vývoje počtu léčených pacientů substituční léčbou, str. 61

**Tabulka č. 5:** Výdaje na programy typu Harm reduction z místních rozpočtů v roce 2013, str. 73

**Graf č. 1:** Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání opiátů/opioidů, str. 39

**Graf č. 2:** Vývoj středních hodnot prevalenčních odhadů problémového užívání heroinu a buprenorfinu, str. 40

**Graf č. 3:** Počet hospitalizací pro intoxikaci opiáty/opioidy v nemocnicích akutní péče, str. 44

**Graf č. 4:** Vývoj počtu hospitalizací při intoxikaci opiáty/opioidy, str. 45

**Graf č. 5:** Počty nefatálních intoxikací opiáty/opioidy evidovaných hygienickou službou, str. 46

**Graf č. 6:** Vývoj nefatálních intoxikací opiáty/opioidy evidovaných hygienickou službou, str. 47

**Graf č. 7:** Podíl smrtelných předávkování opiáty/opioidy na celkovém počtu fatálních intoxikací v České republice, str. 48

**Graf č. 8:** Vývoj počtu smrtelných předávkování v důsledku užívání opiátů/opioidů v České republice, str. 49

**Graf č. 9:** Průzkum subjektivně vnímaného rizika spojeného s konzumací návykových látek v roce 2013, str. 50

**Graf č. 10:** Vývoj počtu prvožadatelů v registru žádostí o léčbu závislosti na opiátech/opioidech, str. 51



- Graf č. 11:** Vývoj počtu všech závislých jedinců na opiátech/opioidech žádajících o zapsání do Registru žádostí o léčbu, str. 52
- Graf č. 12:** Struktura žádostí o léčbu závislosti na opiátech/opioidech v roce 2013, str. 53
- Graf č. 13:** Průměrný věk žadatelů závislých na heroinu a buprenorfinu o léčbu, str. 54
- Graf č. 14:** Vývoj průměrného věku žadatelů závislých na heroinu a buprenorfinu o léčbu, str. 55
- Graf č. 15:** Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek, str. 56
- Graf č. 16:** Vývoj dovezeného (metadon) a distribuovaného (buprenorfin) množství substitučních látek, str. 57
- Graf č. 17:** Vývoj počtu zařízení poskytujících substituční léčbu, str. 60
- Graf č. 18:** Vývoj počtu pacientů léčících se substituční léčbou, str. 62
- Graf č. 19:** Počet mužů a žen léčících se substituční léčbou ve sledovaném období, str. 63
- Graf č. 20:** Vývoj počtu mužů a žen léčících se substituční léčbou, str. 64
- Graf č. 21:** Podíl léčených pacientů metadonem a buprenorfinem v rámci substituční léčby, str. 65
- Graf č. 22:** Vývoj počtu léčených pacientů metadonem a buprenorfinem v rámci substituční léčby, str. 67
- Graf č. 23:** Počet pacientů léčících se substituční léčbou u praktického lékaře v závislosti na používané náhradní látce v roce 2012, str. 68
- Graf č. 24:** Vývoj spotřeby heroinu v České republice, str. 69
- Graf č. 25:** Vývoj výdajů na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu, str. 71

# 1 ÚVOD

Drogy a drogová závislost se v lidské společnosti vyskytují již od jejího počátku, kdy se začaly nacházet v rostlinách či v jejích částech jako následek soužití říše živočišné a rostlinné. Lidé v dávných dobách zneužívali drogy bez přesných znalostí jejich účinku. Od těchto dob však uplynulo mnoho let a i drogy jako takové, včetně jejich pojetí ve společnosti, se změnilo. Zatímco dříve bylo pohlíženo pouze na pozitivní účinky drogy a ty negativní byly zastírány, nyní je tomu naopak. Všechny drogy po jejich prvotní syntetizaci či po jejich nalezení v přírodě a prvním ozkoušení jejich účinků byly legální. Většina uměle vyrobených látek byla dokonce využívána v lékařství s původní představou pomoci při určitých psychických či fyzických nemocech. Lékaři vkládali do nových medikamentů velké naděje nejen z důvodu široké škály jejich působnosti. Proto až později při jejich využívání v hojném počtu byl zjištěn a vzat v potaz negativní účinek těchto narkotik na lidský organismus. Některé původně obrozující medikamenty tak byly zakázány z důvodu jejich škodlivosti. V souvislosti s tím se také rozvinul trh s těmito již ilegálními látkami, a to nejen ve spojitosti s jejich distribucí, ale také výrobou. To zadalo zrodu a v podstatě do dnešních dnů i zadává vzniku drog nových a účinnějších. V současnosti je droga ve většině případů prezentována jako škodlivá látka lidskému organismu a seznam těchto nepříznivých a zakázaných látek se neustále rozšiřuje. I přes to dnes již existují výjimky, které se opět ohlíží spíše na pozitivní vlastnosti drogy, jako tomu bylo dříve. Příkladem mohou být dnes již spolehlivě prokázané léčebné účinky marihuany.

Tento fakt změnil i samotnou definici drogy, která označuje jakoukoli látku nebo substanci, která může přeměnit jednu či více životních funkcí v živém organismu, pokud je do něj vpravena. Obecnost této definice zastřešuje všechny substance i hmotné látky mající příznivý nebo nepříznivý vliv na lidský organismus. Jejím negativem je pouze chybějící zahrnutí všech psychických faktorů. Drogy jako takové lze pak rozdělit na legální a ilegální, které se dále člení na měkké, kam spadá i většina legálních drog, a tvrdé drogy. S návykovými látkami je úzce spojena závislost na nich, která představuje psychický někdy i fyzický stav, který se vyznačuje změnou chování a dalšími reakcemi. Tyto procesy pak neodvratně vedou k opakovanému užití drogy kvůli jejím účinkům na lidskou psychiku nebo z důvodu zamezení vzniku nepříjemných stavů, které vznikají při absenci drogy v organismu. Často se tak stává, že narkoman je stále uživatelem drog i přes to, že si uvědomuje jejich škodlivost. Tím se tak dostává do bludného kruhu.

Z důvodu rozšiřujícího se počtu závislých na drogách, ale také z důvodu snižování věkové hranice uživatelů narkotik, došlo ke značné změně zákona týkající se drog. Některé omamné látky byly označeny za méně nebezpečné než ostatní a u všech narkotik bylo přesně stanoveno množství, které může být drženo uživatelem pro vlastní potřebu bez trestního stíhání. V posledních pár letech dochází také ke zdokonalování prevence drogové závislosti. Mladí se účastní přednášek o omamných látkách a jejich nebezpečí již od útlého věku. Nastalo ale zlepšení i v oblasti kvalitnější a přístupnější odborné péče zdravotníků pro jedince již závislé na návykových látkách. Narkomani tak mají možnost si vybrat léčbu drogové závislosti, která bude vyhovovat nejen typu jejich závislosti, ale také jim osobně.

## 2 CÍL PRÁCE A METODIKA

Cílem diplomové práce je statistická analýza zneužívání návykových látek řadících se do skupin opiátů/opioidů na území České republiky z pohledu hodnot ukazatelů prevalenčních odhadů problémových uživatelů tohoto typu drog a rizik spojených s jejím užíváním, a to především se zaměřením na akutní intoxikaci. Diplomová práce bude zaměřena na substituční léčbu drogové závislosti na opiátech/opioidech a budou analyzovány počty drogově závislých jedinců žádající o léčbu a jejich průměrný věk. Práce se bude specializovat také na výdaje ze státních a jiných rozpočtů na programy typu Harm reduction. Výsledkem práce bude formulace návrhů a doporučení v souvislosti s drogovou závislostí na opiátech a substituční léčbou tohoto návyku.

Metodika diplomové práce spočívá ve statistickém vyhodnocení dat prostřednictvím metod z oblasti časových řad na základě využití programu STATISTICA a ve vypočtení konečných hodnot pro potřeby diplomové práce ze získaných údajů prostřednictvím MS Excel. Data pro zpracování diplomové práce budou hodnocena na základě informací získaných z Výročních zpráv o stavu ve věcech drog, které jsou vydávány každoročně Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti, a na podkladech poskytovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky.

### Časové řady

Časová řada představuje věcně a prostorově komparativní hodnoty zkoumání určitého ukazatele, které jsou jednoznačně utříděné ve směru rostoucího času. Jednotlivé stupně závisle proměnné veličiny  $Y$  jsou posuzovány jako funkce času. Praxe ukazuje, že modely časových řad jsou vhodné pro veličiny, na něž má vliv mnoho faktorů nespolehlivých a nekontrolovatelných. V takových případech lze předpokládat, že společné působení činitelů způsobuje změny v míře utváření veličiny v jednotlivých časových obdobích a lze interpretovat velikost hodnoty jako funkci času.

### Elementární charakteristiky časové řady

Dynamiku vývoje časových řad neboli zkoumání rychlosti změn hodnot sledovaných faktorů v závislosti na čase popisují grafy a elementární charakteristiky. Pro potřeby této diplomové práce byly vybrány charakteristiky:

První absolutní diference:  $d_{yt} = y_t - y_{t-1}; t = 1, 2, \dots, n$

Druhá absolutní diference:  $d^2_{yt} = d_{yt} - d_{y_{t-1}} = y_t - 2y_{t-1} + y_{t-2}; t = 3, \dots, n$

Bazický index:  $BI = y_t / y_0; t = 1, 2, \dots, n$

Absolutní přírůstek:  $d_{1t} = y_t - y_{t-1}; t = 2, 3, \dots, n$

Řetězový index:  $k_t = y_t / y_{t-1}; t = 2, 3, \dots, n$

Tempo přírůstku (úbytku):  $r_t = d_{1t} / y_{t-1}; t = 1, 2, \dots, n$

### Popis trendové funkce

Trendová funkce popisuje hlavní orientaci dlouhodobého vývoje časové řady. Mezi základní funkce analýzy časových řad, které byly využity pro potřeby této diplomové práce, jsou:

Lineární funkce:  $y' = a + bt$

Kvadratická funkce:  $y' = a + bt + ct^2$ ,

kde  $a$ ,  $b$  a  $c$  jsou neznámé proměnné, a  $t = 1, 2, \dots, n$  představuje časovou proměnnou.

### Vhodnost modelu

Vhodnost zvolené trendové funkce se v této práci posuzuje na základě indexu determinace, který stanovuje, kolika procenty jsou změny závisle proměnné vysvětlitelné trendovou funkcí.

$$\text{Index determinace: } I^2 = 1 - \frac{\sum_{t=1}^n (y_t - \hat{y}_t)^2}{\sum_{t=1}^n (y_t - \bar{y}_t)^2}$$

### Predikce do budoucnosti

Na základě analýzy časových řad lze provést prognózu vývoje do dalších let. V práci bylo využito prognózy na základě bodového a intervalového odhadu na jeden rok následující po sledovaném období.

## 3 LITERÁRNÍ REŠERŠE

### 3.1 *Stručné dějiny drog*

Narkotika neboli drogy jsou ve společnosti již od dávného starověku. Mezi historicky první pěstované přírodní drogy lze zařadit mák obsahující dávky opia. První písemná zmínka o něm se objevuje již 3 tisíce let před naším letopočtem, kde byl vyobrazován v tabulkách znakem, který současně zobrazoval radost. Ještě dříve se ale objevila rostlina konopí, která se začala pěstovat v Číně přibližně 4 tisíce let před naším letopočtem. Z tohoto období jsou taktéž známy první zmínky o halucinogenech, jako je například durman, či o stimulantech na bázi kokainu, jelikož již ve 3. století před naším letopočtem lze nalézt sochy zobrazující žvýkání listů kokového keře. O alkoholu se zde není třeba zmiňovat, jelikož je možné ho vyrobit prakticky z každé rostliny, a tudíž je jeho výroba snadná a dostupná všem taktéž od pradávna. (Escotado, 2003)

Významný průlom v pojetí drog přineslo starověké Řecko a Řím, kde narkotika již nebyla považována za něco nadpřirozeného. Naopak její základní charakteristikou bylo, že léčí lidský organismus skrze jeho prvotní ohrožení. (Davenport-Hines, 2004)

S příchodem středověku a rozvinutím náboženství do každodenního života, došlo současně i k rozšíření omamných látek do společnosti. Křesťanství souviselo s vínem, dokud nebylo ustanoveno pouze jako privilegium kněžím. Islám byl úzce spojen s opiáty a konopím. A duchovním, kněžím a lékařům staroamerických indiánských říší a asijským nomádským kmenům sloužily halucinogenní rostliny, přezdívané božské, k vypátrání a napravení povstalců vůči společnosti. Nové látky pak přineslo také objevení Ameriky roku 1492, kde kolonisté našli několik dalších opojných substancí, které se na dosud probádaných místech světa nevyskytovali. (Dundr, 1995; Escotado, 2003)

V 18. století nastal další významný mezník ve světě drog. Jako o látky s nevídanými příznivými účinky na lidský organismus se o ně začali zajímat lékaři a chemici. První úspěšný přípravek z opia bylo Paracelsovo laudánium. Ovšem mnohem slavnější, levnější a i účinnější byl Doverův prášek, který obsahoval 20 % opia a byl znám širokou škálou potírajících příznaků. Od chvíle, kdy se o omamné látky začali zajímat lékaři a chemikové, byl rozmach dalších narkotik vyráběných z přírodních drog pouze otázkou času. Nejvýznamnější lék, jaký kdy člověk objevil, jak mu bylo přezdíváno, přišel již o sto let později. Jednalo se o morfium. S ním taktéž souvisí mnohem efektnější droga, heroin, která

byla uvedena na trh pár let na to s velkou slávou. Heroin tak zcela nahradil původní morfium a začal se produkovat ve všech státech světa. Morfium a heroin byly prodávány jako látky utišující bolest. Kokain naproti doposud zmíněným drogám patří do jiné skupiny (viz níže). Odborníky byl nazván neškodným přípravkem na vyléčení smutku. Tato látka se natolik rozšířila, že byla součástí několika nápojů, mimo jiné i například slavné Coca Coly, která odtud odvodila i svůj název. Na přelomu 19. a 20. století jsou všechny dosud známé drogy volně k dostání v kterékoli lékárně. (Davenport-Hines, 2004; Escohotado, 2003)

První přítrž nebezpečnému šíření omamných látek do společnosti uštedřil Harrisonův zákon, který nařizuje, že výroba, šíření a vlastnění opia je možné jen pod podmínkou zapsání se do zvláštního registru, čímž chtěla vláda zamezit nemedicínskému zneužívání látek. Významnější je ale norma z Ženevy podepsaná v roce 1931, která vymezuje roční kvóty předpokládané produkce kontrolovaných omamných látek pro každou zemi a současně ustanovuje Stálou ústřední komisi v boji proti toxikomanii<sup>1</sup>. O pět let později nová smlouva podněcuje země k vytvoření zvláštních policejních oddílů, které by tvrdě postihovali nejen obchod, ale už samotné držení drog. Tím se nastolila nová éra v oblasti omamných látek. (Davenport-Hines, 2004; Escohotado, 2003)

Moderní dějiny drog se týkají již i nově vytvořených z větší části syntetických látek. S tím je spojeno například světoznámé hnutí Hippies<sup>2</sup>, které vzniklo společně s první dávkou LSD. Postupně po syntetizaci jednotlivých typů drog, jaké existují i dnes, a zjištění jejich účinků na lidský organismus došlo k jejich zahrnutí do ilegálních látek poškozujících jedince. Těmito látkami jsou například zmíněné LSD nebo MDMA (extáze). Jednotnou přítrž rozmáhajícímu se drogovému průmyslu pak jednoznačně učinila dohoda Single Convention on Narcotic Drugs od Organizace spojených národů sepsaná po druhé světové válce v roce 1961, která kompletně zakazuje všechny drogy škodlivé lidskému zdraví. (Davenport-Hines, 2004; Dunder, 1995; Escohotado, 2003; Ševela, 2011)

---

<sup>1</sup> Pojem toxikománie vysvětlen v kapitole 3.2 Toxikománie.

<sup>2</sup> Hippies je volnomyšlenkářské hnutí, jehož příslušníci kážou a naplňují ideály svobody a lásky. ([http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=hippies](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=hippies); 27. 3. 2013)



## 3.2 Toxikománie

V souvislosti s rozvíjejícím se zneužíváním nelegálních látek, bylo nutné tento stav definovat. Slovo toxikománie je odvozené od řeckého slova *toxikos*, které v překladu znamená „náležející k luku“, čímž byl původně myšlen jed, který se dával na hroty šípů. Druhá část slova je odvozena z řeckého *mania*, které představuje šílenost, zuřivost či nadšení. (Urban, 1973)

Definice toxikománie již tak jednoznačná není. Velké oblibě se těší formulace předložená komisí znalců Světové zdravotnické organizace z roku 1950, která definuje toxikománii jako stav periodické či chronické intoxikace škodlivé nejen pro jedince, ale i pro celou společnost, který je vyvolán intermitentním užíváním nebezpečné syntetické nebo přírodní látky. Toxikománie je pak dále charakterizovaná jako potřeba či nutkání požívat drogu, která je získána jakýmkoli způsobem, má tendence stupňovat dávky drogy a zapříčiňuje psychickou, někdy i fyzickou, závislost na účincích, které droga jedincům přináší. (Štefan, 2005; Urban, 1973)

Problém později nastal v odlišení toxikománie v užším slova smyslu od slova návyk, který představuje silnou touhu po droze a určen je tak pouze psychickou závislostí<sup>3</sup>. Proto došlo po 60. letech 20. století k jednoznačnému závěru a oba pojmy byly nahrazeny souslovím drogová závislost. (Urban, 1973)

### 3.2.1 Drogová závislost

Drogová závislost byla definována Komisí znalců Světové zdravotnické organizace jako psychický, někdy i fyzický stav, charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky, ale dále také proto, aby se zabránilo zrodu nepříjemných stavů, vznikajících při nepřítomnosti drogy v lidském organismu. (Göhlert, 2001; Urban, 1973)

Drogová závislost je onemocnění, které se nemusí vztahovat pouze k jedné substanci, ale může být vypěstováno i na skupinu látek uvnitř drogy. Podle ICD 10<sup>4</sup> je člověk závislý v případě, že splní následující kritéria v uplynulém roce: (Nešpor, 1998; Ševela, 2011)

» silná touha po užívání psychotropní substance a zvyšování tolerance na ni,

---

<sup>3</sup> Rozdělení závislostí je podrobně popsáno v kapitole 3.2.1 Drogová závislost.

<sup>4</sup> Mezinárodní klasifikace chorob.

- » neschopnost kontroly nad počátkem, ukončením a množstvím užívané látky,
- » zneužívání látky ke zmírnění abstinenčních příznaků,
- » zúžené obzory správného úsudku při manipulaci s látkou,
- » stupňující se nezájem o dříve oblíbené záliby, a
- » ustavičné zneužívání substance navzdory prokázaným škodlivým psychickým, fyzickým i sociálním následkům.

Kromě těchto kritérií lze definovat i vnější rysy, které jsou specifické právě pro drogově závislé jedince. Mezi tyto všeobecné příznaky patří změna okruhu přátel, záměna denního a nočního rytmu, potřeba peněz, zvrát v oblasti školních výsledků, bledý vzhled a nepřítomný pohled, změna osobnosti a kolísání nálad, nesoustředěnost. (Göhlert, 2001)

V dnešní době se rozlišují dva základní druhy závislostí – psychická (duševní) fyzická (somatická).

Psychická závislost je duševní stav, který vzniká při užívání drogy a který se projevuje různou mírou touhy drogu užívat. Tento typ závislosti vzniká jako určitý druh návykové paměti a je proto vázán na podstoupení určitých zážitků. Dříve byla některými odborníky označována jako „slabší“ ze dvou uvedených závislostí, ovšem dnes je již vědecky potvrzeno, že může být spouštěčem recidivy i po několikaleté abstinenci, tzn. být jedinou psychickou žádostivostí drogu opakovaně užít. (Göhlert, 2001; Ševela, 2011; Urban, 1973)

Fyzická závislost značí, že při nepřítomnosti omamné látky v lidském organismu<sup>5</sup> se dostavují abstinenční příznaky, které mají trýznivý charakter. Tyto příznaky se dostavují, jestliže si tělo závislého jedince zvyklo na přítomnost drogy a přizpůsobilo a zahrnuje ji do své látkové výměny. Proto organismus drogu potřebuje, i přes to, že mu škodí. (Göhlert, 2001; Urban, 1973)

Abstinenční příznaky se vyskytují u drogové závislosti na všech látkách bez výjimky. Rozdíl představují pouze jednotlivé omamné látky, které přináší různé odvykací příznaky v různé intenzitě. Některé lze snadno překonat či si jich jedinec nemusí ani všimnout, některé jsou naopak natolik silné, že donutí abstinujícího člověka opět sáhnout raději po droze. Abstinenční příznaky jednotlivých skupin drog jsou uvedeny v příloze č. 3. Klinické znaky tělesných abstinenčních příznaků lze pak rozdělit na znaky aktivace a na tlumivé znaky, které se dále člení do 4 stupňů a jsou uvedené v příloze č. 1. (Göhlert, 2001; Urban, 1973)

---

<sup>5</sup> Nemusí se nutně jednat o úplnou abstinenci jedince od drogy, stačí pouhé náhlé snižování jejich dávek.

V souvislosti s drogovou závislostí byl definován také profil problémového uživatele drog. Podle EMCDDA<sup>6</sup> do této skupiny spadají takoví uživatelé návykových látek, kteří zneužívají opioidy, kokain a (či) amfetaminy injekční formou, dlouhodobě nebo pravidelně. Do tohoto vymezení tak spadá také dlouhodobé užívání látek k substituční léčbě, jako je například metadon, ale vylučuje nepravidelné či občasné užití konopí nebo extáze.

### 3.2.1.1 Vznik drogové závislosti

S všeobecným rozmachem drogové závislosti byly hledány důvody tohoto rozvoje a jejich určující rysy. Při zkoumání nalezených faktorů bylo rozhodnuto o jejich rozdělení do tří faktorové struktury podmínek - jedinec (vlastní hodnota, rodina, samotný postoj k drogám apod.), droga (účinky, dosažitelnost, prostředí kolem drog atd.) a prostředí (hospodářská situace, trh s drogami apod.), jelikož je nutné drogu vidět neustále jednotně. (Göhlert, 2001)

Každý z těchto faktorů má své vlastní ochranné a rizikové faktory, které v důsledku způsobují vznik závislosti či nikoliv. Mezi ochranné činitele lze zařadit dobré duševní i tělesné zdraví, dobré fungování rodiny, negativní vztah k omamným látkám ať už samotného jedince či společnosti, dostatečná prevence a informovanost o škodlivosti zneužívání drog<sup>7</sup> a potírání trestných činů souvisejících s narkotiky. Naopak rizikové faktory jsou reprezentovány týráním a zneužíváním jedince, častým stěhováním, neschopností říci v kolektivu „ne“, naivní představou o pozitivní účinnosti drogy (odstranění nepříjemného stavu, podnícení slasti apod.) či snadnou dostupností omamných látek, existencí drogových gangů a chudobou. (Göhlert, 2001; Kalina, 2003; Nešpor, 1998)

Někteří autoři příčiny směřující ke zrodu, zachování nebo i ukončení drogové závislosti rozdělují do faktorů čtyř - faktory farmakologické představující drogu jako takovou, faktory somatické a psychické charakterizované osobností, environmentální faktory určené prostředím (nejčastěji rodinou) a percipitující faktory vyznačující daný podnět závislosti. Třídění na ochranné a rizikové činitele pak zůstává zachováno. (Illes, 2002; Urban, 1973)

Důvody, proč si jedinec vezme drogu, jsou různorodé od zvědavosti, přes tlaky sociálních skupin až k úniku od reality či tíživé životní situace. Nebezpečí vzniku závislosti

---

<sup>6</sup> EMCDDA je zkratka pro Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. (<http://www.emcdda.europa.eu/stats07/PDU/methods>, 14. 2. 2015).

<sup>7</sup> Podrobněji se bude autor zabývat prevencí drogové závislosti v kapitole 4.1 Prevence drogové závislosti.

je tedy zvýšené při kombinaci rizikových činitelů v rámci jednotlivých faktorů. Naopak pokud ochranné faktory vyčnávají nad rizikovými, jedinec teoreticky může konzumovat drogu bez vytvoření pevné vazby na ni. (Göhlert, 2001)

### 3.2.1.2 Typy drogové závislosti

Vzhledem k různorodosti faktorů zapříčiňujících drogovou závislost, stanovila Světová zdravotnická organizace kromě rozdělení závislosti na psychickou a fyzickou, také další druhy drogové závislosti. U jedinců zneužívající omamné látky totiž vznikly příznačné rysy zneužívání jednotlivých omamných chemických substancí, které se zahrnují do odlišných typů závislosti. Existují dva základní typy závislostí - stimulancia neboli excitační (aktivující) druhy závislosti a uklidňující typy nazývané sedativa. (Göhlert, 2001)

Stimulancia zahrnují: (Göhlert, 2001; Urban, 1973)

- » Konopný typ,
- » Amfetaminový typ,
- » Halucinogenní typ, a
- » Kokainový typ.

Sedativa obsahují: (Göhlert, 2001; Urban, 1973)

- » Opiátový typ,
- » Benzodiazepinový typ,
- » Barbiturátový/alkoholový typ, a
- » Nikotinový typ.

Dalšími druhy závislosti jsou ještě lékařsky nedůležitý tzv. khatový typ a kofeinismus vyčnávající z důvodu legality látky. (Göhlert, 2001; Štefan, 2005)

### 3.2.1.3 Stadia drogové závislosti

Drogová závislost nevzniká ihned, ale rozvíjí se v průběhu času užívání drog jedincem. Tento vývoj je závislý mimo jiné na typu užívané látky a rychlosti a síle vytvoření psychické, fyzické či obou závislostí na ni. Dalším důležitým faktorem je tělesný, duševní, ale i sociální stav individua. Jsou stanoveny čtyři etapy vývoje návyku na omamnou látku<sup>8</sup> vystupňované od počátečního laxního přístupu k droze ke stadiu ohrožující život uživatele.

---

<sup>8</sup> Uvedená stadia rozvoje závislosti jsou platná pro ilegální drogy, pro závislost na alkoholu či nikotinu jsou vytvořeny analogické fáze vývoje.

1. Euforické počáteční stadium (stadium experimentální) - jedinec užívá drogy pouze občas za nějakým účelem (na diskotéce, pro lepší náladu apod.) a omamná látka tak přináší jednotlivci zatím spíše příznivé účinky. (Fisher, 2009; Hajný, 2001)
2. Kritické stadium návyku - jedinec je stále příležitostným uživatelem již ale s rozvíjejícími se problémy (poruchy koncentrace, finanční potíže apod.). Dochází ke vzniku fyzické závislosti. (Göhlert, 2001)
3. Stadium závislosti - jedinec je již naplno závislým uživatelem drog, i přes snahu dokázat svému okolí opak. Prohlubující se fyzický a psychický návyk vede k nepřehlédnutelným a specifickým problémům (ztráta zaměstnání, kriminalita, obklopení se závislými jedinci) a změně osobnosti. (Fisher, 2009; Göhlert, 2001)
4. Chronické stadium rozkladu - poslední fáze závislosti, která často končí smrtí jedince, se vyznačuje tělesným (nemoci, poškození orgánů), duševním (deprivační syndrom<sup>9</sup>, lhostejnost) i sociálním úpadkem (ztráta kontaktu s lidmi, bezdomovectví). (Fisher, 2009; Göhlert, 2001)

V příloze č. 2 jsou uvedeny stadia závislosti na alkoholu. Vývoj závislosti na nikotinu zatím není předmětem zkoumání odborníků, ale podle některých vědců je tím nejrychleji se rozvíjejícím.

### **3.2.2 Drogy**

Drogy jako takové se nemusí ale rozlišovat jen podle typu vznikajícího návyku na omamnou látku. Lze je rozdělit hned do několika skupin. Za tu nejzákladnější bývá považováno rozdělení na drogy legální a nelegální, tedy zákonné a protizákonné.

Legální látky jsou takové drogy, jejichž držení, výroba či konzumace za splněných podmínek neodporuje zákonným předpisům<sup>10</sup>. Lze je volně zakoupit v obchodě. Nutno podotknout, že jejich výroba ale není primárně vedená k vyvolání drogové závislosti u konzumentů, ale jejich nadměrným užíváním či zneužíváním k jiným než k předepsaným činnostem, může docházet ke vzniku vazeb na tyto látky. Do této skupiny lze zařadit alkohol,

---

<sup>9</sup> Deprivační syndrom představuje rozpad osobnosti v takové fázi, že z chování klienta a jeho příznaků jsou patrné četné projevy strádání. ([http://www.slovník-cizích-slov.cz/deprivační\\_syndrom.html](http://www.slovník-cizích-slov.cz/deprivační_syndrom.html), 5. 4. 2013)

<sup>10</sup> Splněním podmínek se v tomto případě rozumí zletilost, licence na výrobu alkoholu apod.

tabákové výrobky, léky na předpis a těkavé látky. Někteří autoři považují za legální drogu i kofein, obsažený především v kávě, protože příznivě stimuluje centrální nervovou soustavu a lidé jsou tak bdělejší a aktivnější. (Shapiro, 2005)

Nelegální drogy jsou takové, jejichž držení, výroba či konzumace je omezena či zcela zakázána zákonem. V právních předpisech lze nalézt rozdělení na měkké či tvrdé drogy. První skupina látek je obecně považována za bezpečnější, jelikož bylo prokázáno, že ve většině případů tyto drogy nezpůsobují fyzickou závislost, ale pouze psychickou. Do této kategorie spadají především konopné látky, či LSD a Extáze<sup>11</sup>. Na druhé straně, soubor tvrdých drog může vyvolávat jak psychickou, tak i fyzickou závislost, navíc jsou velmi často aplikovány nitrožilně, což vazbu na látky ještě více podporuje. Tvrdé drogy tak zahrnují heroin, kokain a pervitin. Dalším typem členění ilegálních látek je podle jejich účinku na psychiku zdravého člověka na konopné drogy (například marihuana), stimulancia (například kokain), tlumivé látky (například heroin) a halucinogeny (například LSD). (Illes, 2002; Kalina, 2003)

Nejnámější či nejužívanější typy legálních a ilegálních drog, jejich účinky a rizika a příznaky předávkování jsou uvedeny v příloze č. 3. Nutno podotknout, že na drogovém trhu se ale vyskytuje mnohem více omamných látek, než je v příloze uvedeno.

### ***3.3 Prevence drogové závislosti***

Prevenci drogové závislosti lze chápat jako ochranu před návykem na jakoukoli látku nebezpečnou organismu. Prevenci jako takovou lze rozdělit do třech fází. Primární ochrana je zaměřena výchovu (více v kapitole 3. 4 Role rodiny a blízkých přátel v drogové závislosti), a značí prevenci v pravém slova smyslu, což znamená, že vede jedince správným směrem bez drog. Sekundární prevence nastupuje až po kontaktu jedince s drogou. Využívá psychotherapeutické postupy v komunitních zařízeních a hlavně péči odborníků, kteří se snaží o návrat jednotlivců do společenského života. Posledním stupněm ochrany je tzv. terciální prevence. Tento pojem již zahrnuje předcházení vážnému či trvalému poškození zdraví

---

<sup>11</sup> Zatřídění LSD či extáze do měkkých drog není jednoznačné, mnoho autorů se totiž rozchází v otázce jejich nebezpečnosti už při prvním požití.

z užívání drog (například poskytování injekčních stříkaček, prezervativů či substituční léčby<sup>12</sup>). (Göhlert, 2001; Kalina, 2003)

Prevence drogové závislosti by řídit čtyřmi zásadami – pochopení, ráznost, podpora a sebehodnocení. K prevenci před návykovými látkami patří aktivní zapojení nikoliv pasivní postoj. V současnosti došlo k výrazné změně v prevenci, a to především díky novým vědomostem této problematiky, ale také kvůli neustále se snižujícímu se věku prvotního užití drog. Lze tedy zaznamenat změnu od různorodých přednášek mající za úkol odradit od experimentování na základě odstrašujícího případu, k tzv. interakční prevenci, která nabádá k běžnému životu bez drog. (Göhlert, 2001; Illes, 2002)

Prevence drogové závislosti je v současnosti nejvíce zaměřována na primární ochranu, a to již od útlého věku. Ve školách se tvoří programy, které dokáží dítěti ukázat, že vše jde i bez návykových látek. Na druhou stranu jsou zde i možnosti zaměstnání dítěte jinou činností než je braní drog. V tomto ohledu je opět největším problémem chudoba, jelikož ne všechny rodiny si mohou dovolit financovat vysoké sportovní náklady. I v tomto ohledu ale v současnosti dochází ke zlepšení, a to hlavně v podobě vytvoření programů financovaných z veřejných statků, kde takto postižení mohou zůstat v kontaktu s ostatními, mohou svůj volný čas využít smysluplněji a navíc se nedostávají na okraj společnosti a k narkotikům. (Illes, 2002)

O jednotlivých uzákoněních a institucích poskytujících prevenci drogové závislosti bude pojednáno v kapitole 4. Legislativní rámec drogové problematiky.

### ***3.4 Léčba drogové závislosti***

Pokud se jedinci nepodaří vyhnout drogám a následně se u něj vyvine drogová závislost, je důležitým krokem si uvědomit, že omamné látky jsou pro organismus škodlivé a je nutné co nejdříve nastoupit na léčbu (tzv. sekundární prevence drogové závislosti).

Účinnost léčby drogové závislosti se odvíjí od mnoha faktorů, například od typu a síly závislosti daného jedince. Na téma úspěšnosti léčby závislých jedinců bylo zpracováno

---

<sup>12</sup> Substituční léčba značí záměnu škodlivých substancí za méně škodlivé látky s podobnými účinky, či alespoň s účinky snižujícími abstinenční příznaky.

již mnoho studií. Jako příklad lze uvést Projekt MATCH nebo výzkum zaměřující se na komparaci methadonové substituce. (Nešpor, 1998)

Léčebný postup v rámci sekundární prevence drogové závislosti zahrnuje několik bodů, které se týkají nejen narkomana, ale i rodiny drogově závislého. Samotná léčba je pak<sup>13</sup>: (Kalina, 2003)

- » zastavením užívání drog a detoxifikací v širším smyslu slova,
- » zformováním úsudku na souvislosti abusu drogy a chybného životního rozhodnutí,
- » odpoutáním se od okolí závislého na drogách a uvědoměním si reálných vtaů,
- » hledáním smyslu budoucího žití a pátráním po určitých principech nebo ideálech života.
- » uvědoměním, pochopením a akceptací odpovědnosti životních rozhodnutí,

Jednotlivé body léčebného procesu se uplatňují v několika základních typech terapie. Ty se odlišují způsobem léčení, ale také prostředím, které je vhodné vždy pro určitý stupeň drogové závislosti<sup>14</sup>. Kromě uvedeného se při přijetí do terapie bere v úvahu ještě motivace narkomana, jeho celkové schopnosti a možnost zapojení rodinných příslušníků, případně blízkých přátel. (Votavová, 2007)

» Programy typu „Harm reduction“ – Komunity tohoto typu jsou vhodné pro narkomany, kteří nejsou schopni nebo ochotni změnit svůj životní styl a nastoupit léčbu k abstinenci. Z toho důvodu je péče zaměřena více na mírnění škod - poskytování nepoužitých injekčních stříkaček, substituční léčby, desinfekce či prezervativů, nebo i zajištění krátkodobého přístřeší a lehkého pokrmu. Nejčastější formou této pomoci jsou tzv. terénní programy<sup>15</sup>, které zajišťují přísun pomoci přímo v ulicích a na rizikových místech. V České republice je asi nejznámější instituce poskytující terénní programy Drop-In<sup>16</sup>. (Nešpor, 1998; Votavová, 2007)

Zmíněnou substituční léčbou se zabývá i tato diplomová práce. Tato terapie značí udržovací ambulantní léčbu prováděnou náhradní – substituční látkou, která není předem časově omezená a její postup je přesně stanoven ve Standardech substituční léčby. Tento léčebný postup, kdy je primární omamná látka zaměněna za jinou substanci tedy za lék, který

---

<sup>13</sup> V práci jsou uvedeny pouze základní body zahrnuté v léčbě drogové závislosti, více pak v knize K. Kaliny *Drogy a drogové závislosti 1*, r. 2003).

<sup>14</sup> Například Chronické stadium rozkladu – poslední fáze vývoje drogové závislosti by nebylo vhodné léčit prostřednictvím Skupin svépomoci apod.

<sup>15</sup> Terénní programy v rámci „Harm reduction“ představují tzv. terciální prevenci drogové závislosti.

<sup>16</sup> Drop-In je nadace pro prevenci a léčbu drogových závislostí a AIDS se sídlem v Praze.



je bezpečnější, je přesně známa koncentrace jeho složek a je podáván za lékařského dohledu v předem stanovených dávkách. Tyto dávky jsou určovány tak, aby potlačili pacientovi nástup abstinčních příznaků, a tím došlo ke zlepšení kvality jeho života. Cílem této terapie je omezení injekční aplikace drog a redukce nebo úplné zanechání zneužívání nelegálních omamných látek, zmírnění rizik souvisejících s nákupem a aplikací drogy a snížení kriminálních činů v návaznosti na drogovou závislost jedince. Substituční léčba vede také k celkovému zlepšení stavu pacienta, ať už po fyzické či psychické stránce a vzhledem k časové neomezenosti terapie může být prvním krokem k úplné abstinenci od nelegálních látek. Substituční léčba je zaznamenávána nejen do lékařských archů pacienta, ale spotřeba substituční medikace je zapsána také do opiátových knih. (Kalina, 2003; Nešpor, 1998; Nešpor, 2011; Standard, 2008)

Nejznámější látkou používanou při substituční léčbě drogově závislých jedinců na opiátech je metadon. Jedná se o umělý opioid s analgetickými účinky a centrálně tlumivým efektem. Nejčastěji je podáván ve formě roztoku za lékařského dohledu. V poslední době ovšem roste využití jiné substituční látky buprenorfinu více známou pod názvem Subutex. Buprenorfin je polosyntetický derivát thebainu (jeden z alkaloidů opia), který je méně nebezpečný a s méně výraznými účinky než heroin. I přes to je hojně zneužíván také jako hlavní látka drogové závislosti u jedinců. Tento zvrát mohl způsobit nedostatek heroinu nebo jeho nekvalitní složení na trhu a zároveň jeho snazší dostupnost na lékařský předpis<sup>17</sup>. V posledních letech roste využití také Suboxonu, kombinace buprenorfinu a naloxonu, který minimalizuje riziko zneužití této substance. (Kalina, 2003; Minařík)

» Skupiny svépomoci a poradny pro drogovou závislost – Do skupin svépomoci dochází především jedinci, kteří drogou řeší především nastalé problémy, ovšem nejsou v přímém ohrožení závislosti. V České republice jsou tyto formy pomoci teprve v začátcích a na našem území se jich nenalézá mnoho. Poradny pro drogově závislé jsou o jeden stupeň výše s většinou nepřetržitým provozem a poradcem, který pomáhá toxikomanům s každodenní správou (například kontakt s úřady či policií apod.). (Göhlert, 2001)

» Ambulantní léčba – Ambulantní léčba spočívá v docházení narkomana do zařízení a často je použita v doléčovacích procesech jedinců. Tento typ terapie nezasahuje přímo do života narkomana a ten tak může chodit do práce apod. Nevýhodou zůstává nejistota abstinence u toxikomana mimo léčbu. (Göhlert, 2001)

---

<sup>17</sup> Praktičtí lékaři mohou od roku 2001 předepsat buprenorfin jako substituční látku opiátové závislosti.

» Stacionární odvykání – Stacionární odvykání představuje speciální oddělení pro drogově závislé jedince v rámci psychiatrické kliniky. Hlavním znakem této terapie je krátkodobost (max. 3 týdny) a podpora medikamenty při abstinenci, která se tak stane jednodušší. V heroinové závislosti se v posledních letech také často mluví o tzv. rychlém odvykání<sup>18</sup>. U většiny pacientů pak následuje ústavní léčba. (Göhlert, 2001)

» Ústavní léčba – Ústavní péče spočívá v umístění narkomana do léčebny na kratší či delší období a provádění jak skupinové, tak individuální terapie<sup>19</sup>. Tento druh léčby může být trojího typu – krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá léčba. (Göhlert, 2001; Nešpor, 1993; Votavová, 2007)

**Krátkodobá léčba** slouží především k potlačení odvykacích potíží a vylepšení tělesného stavu, proto je také často nazývána jako tzv. detoxikační pobyt. Délka pobytu v zařízení se pohybuje od tří do jednadvaceti dnů. (Göhlert, 2001; Nešpor, 1993; Nešpor, 1998; Votavová, 2007)

**Středně dlouhá léčba** klade důraz na vlastní úsilí narkomana o abstinenci a umožňuje tak stabilizaci stavu. Formuje také dispozice pro následné úspěšné navázání ambulantní léčby. Trvá od tří týdnů do šesti měsíců. V České republice nabízí střednědobé léčení například Psychiatrická léčebna Bohnice v Praze. (Göhlert, 2001; Nešpor, 1998; Votavová, 2007)

**Dlouhodobá léčba** probíhá většinou v terapeutických komunitách (viz níže) a narkoman zde setrvává od jednoho roku dále. Tento typ terapie se využívá pouze v případech, že předchozí formy ústavní léčby selhaly, nebo pokud se závislý jedinec nachází v tíživé životní situaci s absencí vhodných sociálních vztahů. (Göhlert, 2001; Nešpor, 1998; Votavová, 2007)

» Terapeutické komunity – Terapeutické komunity jsou specifickou formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde se členové různého věku, pohlaví a vzdělání dělí o ubytovací prostory a mimo společnou terapii se účastní kolektivních aktivit (např. pracovní činnosti). V České republice je v současnosti snaha o rozvoj terapeutických komunit zaměřených na specifické cílové skupiny (například drogově závislý, mladiství apod.). (Kalina, 2008; Nevšímal, 2004)

» Doléčovací programy – Doléčovací programy se týkají především ochranných bydlení a pracovišť, které po skončení léčby pomáhají vyléčenému narkomanovi se začleněním se

---

<sup>18</sup> Rychlé odvykání spočívá v uvedení narkomana do narkózy a v následném vpravení antidota do organismu, který během 6 až 8 hodin způsobí vyplavení všech opiátů z těla ven.

<sup>19</sup> Prováděné terapie nemusí být pouze mluvené, může se jednat i např. o arteterapie (léčba prostřednictvím maleb) nebo hudební terapie apod.

do společnosti a s vyrovnáváním se s životními situacemi. V České republice takové instituce neexistují, proto jejich úlohu často přebírají ambulantní zařízení. (Votavová, 2007)

Vzhledem ke stále se snižujícímu věku drogově závislých jedinců, jsou některá zařízení přizpůsobena ústavní léčbě právě těmito pacientům. Mladiství jsou sice umístěni ve stejném pavilonu s dospělými toxikomany, ale dochází zde ke kombinaci terapie i bytového společenství a mladý narkoman se tudíž příliš neoddáli běžnému životu. Navíc je uzákoněno, že na rozdíl od dospělého toxikomana, je léčba takového pacienta považována za dobrovolnou i jen při podpisu zákonného zástupce (souhlas mladistvého tak není potřebný). Nedobrovolnou léčbu je dle zákona možno nařídit v soudním řízení, pokud byl spáchán trestný čin pod vlivem návykové látky, nebo pokud je dotčený nebezpečný sobě či svému okolí. (Göhlert, 2001; Nešpor, 1998)

### ***3.5 Role rodiny a blízkých přátel v drogové závislosti***

Vztah rodiny, stejně tak jako vztahy ostatních blízkých příbuzných nebo přátel, je při léčbě drogové závislosti velmi důležitý. Na druhou stranu ale mohou nastat i situace, kdy rodina či přátelé mohou ovlivnit jedince opačným směrem a ten se tak může stát toxikomanem. Autor práce se proto bude zabývat rizikovými situacemi, které závislosti na omamných látkách mohou předcházet a podněcovat ji, ale také jak závislost blízké osoby zvládá její okolí, případně správný způsob chování k takové osobě.

#### **3.5.1 Rizikové situace**

Rizikové situace, které jsou schopny dovést jedince až k drogové závislosti, mohou vznikat již v útlém věku člověka. Z toho vyplývá, že velkou roli na chování dítěte v období, kdy se střetává s drogou, má výchova, ať už ze strany rodičů, nebo školy. Lze tedy vyjmenovat několik hlavních faktorů, které zvyšují riziko užívání drog. Paradoxně jako nejrizikovější byla označena přílišná obava a ochránářství ze strany rodičů, kteří se snaží své dítě ubránit „proti nástrahám světa“. Na opačné straně pak riziko tkví v nezájmu rodičů a

v jejich apatii. Důležitým tématem v rodině by se proto měla stát svoboda jedince společně s jeho nezávislostí, které kompromisně určí hranice. (Arterburn, 2001; Hajný, 2001)

Po určení jasných pravidel, které by měl jedinec v rodině dodržovat, je třeba dbát na předcházení nudě. Pokud dítě nemá vazby na „zdravé“ jedince společnosti a není s nimi v kontaktu, může se stát, že přijde do kontaktu s těmi špatnými, kteří ho stáhnou na svou úroveň. Pokud ale bude mít jedinec své zájmy či koníčky, které ho budou bavit, zaměstnávat a spojovat s ostatními, je riziko drogové závislosti mnohem menší. (Nešpor, 1993)

Dalším rizikovým faktorem může být rodič pro své dítě sám. Děti mají tendenci vidět ve svých matkách a otcích své vzory, proto když samotní rodiče budou závislí na drogách, je pravděpodobné, že dítě bude pokračovat v jejich šlépějích. Důležité je ale nejen nebýt závislý, ale také dítěti již v útlém věku ukázat, co znamená rodina a že se zde může potomek cítit bezpečně. (Arterburn, 2001; Hajný, 2001)

Jako poslední nebezpečný činitel v rámci výchovy dítěte zde bude jmenována netečnost k problémům. Přehlížení či neřešení problémů v rodině vede pouze k dalším hádkám. Naopak pokud jedinec uvidí, že i nečekaný a nelehký spor lze vyřešit, bude schopný si to uvědomit i do budoucna v rámci jeho vlastních zauzlení. S neřešením konfliktů souvisí také potlačování emocí, které v důsledku může dovést až k nahrazování si nepříjemných pocitů nebezpečnými látkami. (Hajný, 2001)

Existuje mnoho dalších rizikových faktorů, a to především těch, které jsou s výchovou dítěte spjaty pouze nepřímo. Mezi takové patří například rozvod rodičů, stěhování, nepřijetí na požadovanou školu či nemoc (fyzická či psychická). (Hajný, 2001; Nešpor, 1996)

### **3.5.2 Zvládání drogové závislosti blízké osoby**

Drogová závislost nepostihuje pouze onoho závislého jedince, ale také celé jeho blízké okolí. Příznaky užívání návykových látek lze rozdělit na nenápadné (například samotářství, změna přátel, ztráta původních zájmů), nápadné (například deprese a apatie, nedostatek financí, vyloučení ze školy) a neklamné známky (například krádeže v domácnosti, červené a unavené oči, napuchlá víčka, mizení léků z domácí lékárničky). Důležitým prvním krokem při kontaktu s danou osobou by měla být komunikace. Ta by měla

zaručit včasný zásah v případě drogové závislosti a vyloučit možnost jiného zavinění uvedených příznaků (například deprese). (Arterburn, 2001)

Na zjištění přítomnosti drog v organismu v dnešní době existují spolehlivé testy. Ty může nařídít lékař nebo policejní kontrola, pokud to uzná za vhodné. Pokud je zde ale možnost, že někdo v okolí užívá omamné látky, existují zásady, jak se v takové situaci zachovat. Mezi ty nejzákladnější patří zachování klidu, stanovení o jakou látku se jedná, určení fáze závislosti jedince a důvod konzumace narkotik. (Hajný, 2001; Nešpor, 1993)

Pokud je nutné zahájit léčbu, je nezbytná porada s odborníkem. Pokud se jedná o dítě mladší 18 let, stačí, když s umístěním do léčebného programu souhlasí rodiče, nehledě na názor potomka. Samozřejmostí zůstává, že léčba bude účinnější, pokud bude sám závislý jedinec přesvědčen o nutnosti léčby. V tuto chvíli již role rodičů a blízkých přátel ztrácí původní význam a nastává fáze, kde je hlavním cílem toxikomana podpořit v „normálním životě“ bez drog. Vzhledem k tomu, že i pro blízké osoby, zejména rodiče, je tato situace velmi psychicky náročná, jsou zřízené speciální střediska, kam se mohou obrátit. Tam je zprostředkována podpora od odborných lékařů i od ostatních členů prožívajících tutéž situaci. (Hajný, 2001)

Důležitou součástí hraje rodina v příznačně označené rodinné terapii. Té se účastní důležití členové rodiny či blízcí přátelé a probíhá prostřednictvím rozhovorů, kde se řeší nevyjasněné problémy, za dohledu terapeuta. Tato terapie může také pomoci rodičům zvládnout návrat již vyléčeného dítěte zpátky domů či může usnadnit cestu, jak předejít recidivě<sup>20</sup>. (Hajný, 2001)

### ***3.6 Nepřímé následky zneužívání drog***

S drogami a drogovou závislostí je spojeno mnoho vedlejších faktorů. Jedná se především o nemoci spojované se zneužíváním návykových látek a s prostředím, kde se takto postižení jedinci vyskytují. Zároveň je ale následkem toxikománie i trestná činnost, které se drogově závislý jednotlivci dopouští hlavně z důvodu pořízení další dávky narkotika. O trestné činnosti bude pojednáno v kapitole 4 Legislativní rámec drogové problematiky.

---

<sup>20</sup> Recidiva = návrat k drogové závislosti.

### Nemoci spojené s užíváním drog

Užívání drog je již samo o sobě nebezpečným jednáním. Vzhledem ale k faktu, že závislí mají jedinou potřebu, a to sehnat si další dávku omamné látky, jdou stranou často i základní hygienické návyky. Pokud nakonec narkoman látku nesežene, nastává tato situace z důvodu abstinenčních příznaků a neschopnosti jedince činit cokoli, co by znamenalo pohyb. Z toho vyplývá, že pro toxikomany není složité nakazit se některou z infekčních chorob.

Další situace, které výrazně přispívají ke vzniku onemocnění, je například absence pevného a trvalého bytového zázemí. Drogově závislý jedinci po čase ztrácí práci, a tudíž i trvalý příjem peněz, proto přichází i o své bydlení a stěhují se na periferie do opuštěných budov a do parků. Lze se ovšem setkat i se situací, že závislý jedinec má svůj byt, ve kterém žije s největší pravděpodobností z důvodu finanční podpory od rodičů či blízkých přátel nebo kvůli distribuci drog ostatním. Byty drogově závislých jedinců jsou holé (vyjma baněk a chemikálií na výrobu drog, injekčních stříkaček, poházeného umazaného oblečení, případně matrace na zemi), špinavé, často bez teplé vody, páchnoucí po různých chemikáliích po pokusech o výrobu omamné látky.

Jako další důvod vzniku infekčního onemocnění u narkomanů lze definovat rizikové chování, prostituci. Při nechráněném sexuálním styku se značně zvyšuje riziko přenosu pohlavní choroby. Drogově závislý jedinec nepomyslí na koupi prezervativu, ale často neuvažuje ani nad preventivním vyšetřením a případným zaléčením nemoci včas. Do nemocničního zařízení se pak jedinec dostává mnohdy pozdě v poslední fázi nemoci, kdy ji již nelze vyléčit buď úplně bez trvalých následků, nebo vůbec.

Posledním rizikovým faktorem vzniku a rozvinutí nemocí u toxikomanů zde bude zmíněna ta netypičtější a nejčastěji vyskytovaná. Tu představují místa vpichu drogy do těla a samozřejmě opakované používání či půjčování injekčních stříkaček. V místě vpichu, pokud není správně ošetřeno, vznikají infekce. Vzniklý absces<sup>21</sup> v poslední fázi lze pak léčit už jen amputací v případě, že to postižené místo dovoluje<sup>22</sup>. V místě vpichu se dále také mohou vyskytnout tromby či embolie<sup>23</sup>. Opakované používání a půjčování jehel, je

---

<sup>21</sup> Absces je hnisavý zánět tkání. ([http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=absces](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=absces), 16. 7. 2013)

<sup>22</sup> Nejčastěji dochází k amputaci končetin, ovšem narkomani aplikují drogy injekčně i do jiných částí těla, které amputovány být nemohou – např. krk.

<sup>23</sup> Tromby představují krevní sraženiny, které mohou přejít až v trombózu – ucpání cévy. Embolie pak vzniká při uvolnění části krevní sraženiny, která vede k ucpání cévy v jiném místě než je místo vzniku sraženiny. ([http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=Emb%F3lie](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=Emb%F3lie), 16. 7. 2013)

nebezpečné kvůli přímému přenosu nemocí do těla. Injekční stříkačka by měla být použita vždy maximálně právě jednou, obzvláště v případě, kdy před její aplikací není místo řádně ošetřeno dezinfekcí (což u narkomanů většinou není). (Nešpor, 1996; Zábranský, 1997)

Mezi nejběžnější choroby, kterými se drogově závislých jedinci infikují, jsou HIV/AIDS, Hepatitida A, B nebo C, abscesy, syfilis, kapavka, genitální opar či bradavice. V současnosti se odhaduje, že 2/3 nitrožilních uživatelů drog jsou přenašeči žloutenky typu C. Za nejnebezpečnější z uvedených nemocí je považováno HIV/AIDS<sup>24</sup> kvůli nevyléčitelnosti, ovšem i ostatní neléčené choroby mohou skončit smrtí. (Ganeri, 2001; Nešpor, 1996; Zábranský, 1997)

Nemoci, které ohrožují drogově závislé jedince, nemusí být pouze fyzického charakteru. V důsledku dlouhodobého užívání drog se mohou dostavit i psychické potíže, a to především různorodé psychózy. Zde lze jmenovat jako nejčastější schizofrenii nebo stihomam. (Zábranský, 1997)

### ***3.7 Pozitivní účinky drog***

Je všeobecně známé, že jsou drogy nebezpečné, ale že mohou být i přínosem už ve společnosti tak rozšířené není. Mnoho návykových látek dostalo prvotního významu především v lékařství před tím, než byly nahrazeny méně návykovými a označeny za nelegální. Příkladem může být marihuana, na kterou se zde autor zaměří. Z hlediska návykových látek se konopí řadí mezi měkké ilegální drogy, přes to jsou její léčivé účinky často nenahraditelné.

Konopí bylo známo již před tisíci lety s jeho léčivými účinky a bylo tak zapsáno i v mnoha lékařských listech. Jako příklad lze uvést jeho účinky při potížích revmatismu, při onemocněním malárií či při poruchách koncentrace. V dnešní době je již ale nutné rozlišovat mezi jednotlivými odrůdami. Konopí indické neboli Cannabis indica, se pěstuje výlučně pro její omamné účinky. Naproti tomu konopí seté (Cannabis sativa) má výrazně nižší obsah opojné látky tetrahydrocannabinolu (THC). Dnešní zvané technické konopí se potom pěstuje již s počátečním úmyslem snížení obsahu THC pod úroveň 1 % a má využití v mnoha

---

<sup>24</sup> Human Immunodeficiency Virus či Acquired Immune Deficiency Syndrome

oblastech<sup>25</sup>. Lékařské využití je připisováno právě složce THC, rostliny ovšem obsahují i cannabidiol, u něhož byly prokázány protizánětlivé a mírně sedativní účinky. (Conrad, 2001)

Konkrétní pozitivní účinky marihuany při léčbě pacienta byly prokázány při **zlepšování neurologických reakcí** (snížení neurologických a svalových potíží, potlačení epileptického záchvatu), **zmírnění neuralgických bolestí z rozrušení a migrény, ztlumení psychologických účinků** (pozitivní účinky na pacienty s depresí, nechutenstvím a paradoxně i na pacienty závislé na drogách například při zmírňování abstinenčních příznaků), **snížování nitroočního tlaku při zeleném zákalu, zvyšování chuti k jídlu** (využití při léčbě nechutenství), **onemocnění rakovinou** (zmírnění bolestí a vedlejších účinků ozařování a chemoterapie), **onemocnění HIV/AIDS, působení na kardiovaskulární a dýchací ústrojí** (zvýšení krevního tepu, rozšíření cév, stimulace kardiovaskulární aktivity, zmírnění stresu, uvolnění dýchacího svalstva a ulehčení výměny vzduchu v plicích), **užívání konopných mastí a olejů** (úleva od otoků, zánětů, při popálení, při revmatismu, působí proti bakteriálním infekcím, užití při onemocnění uší). (Conrad, 2001)

Vyjmenované účinky cannabisu, nejsou kompletní z důvodu menšího významu či prozatímního testování na lidský organismus. Je také nutné si uvědomit, že i přes pozitivní účinky v lékařství, se stále jedná o návykovou látku a dávkování musí být přesné a pod dohledem lékaře, jelikož pak není zaručen ani pozitivní účinek, ani nemožnost vzniku negativního působení látky v těle.

---

<sup>25</sup> Technické konopí může být obsaženo v textilií, lze ho využít ve stavebnictví díky izolačním schopnostem či při výrobě papíru.



## 4 LEGISLATIVNÍ RÁMEC DROGOVÉ PROBLEMATIKY

Drogový trh se v České republice začal rozvíjet po sametové revoluci v roce 1989, kdy se otevřely hranice do ostatních evropských zemí. První zákony se tehdy týkaly více rozvoje nízkoprahových zařízení typu „Harm reduction“ kvůli hrozbě z rozmachu HIV. Další zákony pak navazovaly přímo na trestné činy v souvislosti s drogovou závislostí a na distribuci a držení drog, které bylo trestné při přechovávání množství „většího než malého“<sup>26</sup>. Samotné užívání drog nebylo považováno za protizákonné. Z uvedených důvodů a kvůli vstupu České republiky do Evropské unie<sup>27</sup> se zákonodárci rozhodli provést razantní změnu zákona o drogách. Tento zákon z roku 2009 ustanovuje přesná množství jednotlivých narkotik, které lze uchovávat pro vlastní potřebu bez trestního stíhání (viz příloha č. 4 aktuální k roku 2014, kdy Nejvyšší soud zpřísnil hodnoty), a zároveň se velice přibližuje evropskému modelu v rozlišení typů drog na měkké a tvrdé, respektive na látky konopné, kde byly legislativně zavedeny nižší tresty u vybraných deliktů, a ostatní narkotika. Protidrogová politika se i nadále sjednocovala s tou evropskou například v ohledu poskytování prevence drogové závislosti, přičemž si Česká republika zachovala originalitu především v organizaci nízkoprahových zařízení, kde pracují odborníci, ale i jedinci, kteří dříve sami přišli do kontaktu s návykovými látkami. (Csete, 2012)

### 4.1 Národní strategie protidrogové politiky

Kromě legislativního ustanovení v trestním zákoně vydává Úřad vlády České republiky také jedno až dvou leté Akční plány realizace v rámci Národní strategie protidrogové politiky. Tyto Akční plány jsou vytvářeny k podrobnějšímu rozpracování cílů a opatření Národní strategie protidrogové politiky (její koncept uvádí příloha č. 5) schválené pro roky 2010 – 2018 a k vymezení podpůrných a klíčových technicko-organizačních sfér. Nejnovější plán je druhým v pořadí, platí pro období 2013 – 2015 a byl schválen usnesením Vlády č. 219 dne 27. března 2013.

Prioritami Akčního plánu 2013-2015 jsou:

» redukce nadměrného užívání alkoholu a nadměrného zneužívání konopí u mladistvých,

---

<sup>26</sup> Zákon dovoloval přechovávání malého množství omamné látky bez trestního stíhání, ovšem nikde nebyla definována přesná kvantita.

<sup>27</sup> Česká republika vstoupila do Evropské unie 1.5.2004.

- » specializovat se na vyšší míru užívání pervitinu a opiátů,
- » provést financování protidrogové politiky účinnější, a
- » sjednocená protidrogová politika.

Akční plán 2013-2015 zároveň vymezuje sedm oblastí intervence – specifická primární prevence, léčení, redukce rizik, omezení dostupnosti, koordinace a financování, monitoring-výzkum-hodnocení a nadnárodní spolupráce. Každá tato oblast se dále zaměřuje na aktivity a výstupy jejich plnění, termíny, spolupracující organizace a způsoby financování. Právě financování je problémem protidrogové politiky posledních let, jelikož dochází k vládním škrtům v oblasti veřejného života. V České republice se dlouhodobě daří zachovávat nízký výskyt přenosných chorob (například HIV/AIDS), i počet problémových narkomanů je poměrně nízký. Snížení finančních dotací by ale tyto situace mohlo zhoršit.

Dne 15. září 2014 vláda schválila také začlenění problematiky hazardního hraní do Národní protidrogové strategie 2010 – 2018. Hráčství bude monitorováno a každoročně budou vytvářeny na toto téma výroční zprávy<sup>28</sup>.

## ***4.2 Trestné činnosti v souvislosti s návykovými látkami***

Do legislativního rámce spojeného s drogami spadá také trestná činnost související s omamnými látkami. Tato trestná činnost se pak neomezuje pouze na samotnou výrobu či distribuci drog, ale zahrnuje taktéž trestné činy spáchané pod vlivem návykové látky nebo obchody s narkotiky v nadnárodním měřítku. V České republice tuto problematiku upravuje Trestní zákoník, je ale možné se obrátit i na předpisy a uzákonění Evropské unie, a to především v oblasti mezinárodního obchodu s drogami.

Trestnou činnost související s návykovými látkami lze rozdělit do několika kategorií. Dvěma základními jsou spáchaní trestného činu při působení narkotik v těle bez zjevné příčiny a úkony účelné. Za nebezpečnější se ve společnosti považuje první ze zmíněných typů, bezdůvodné protizákonné skutky. Do této skupiny lze zařadit dopravní nehody a pracovní a jiné úrazy způsobené osobou závislou na drogách. Jedinci zapomínají, že

---

<sup>28</sup> Zdroj: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press\\_centrum/problematika\\_hazardu\\_bude\\_soucasti\\_narodni\\_protidrogove\\_strategie](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/problematika_hazardu_bude_soucasti_narodni_protidrogove_strategie); 19. 9. 2014

návykové látky zhoršují zpracování informací v mozku a dochází tak k ovlivnění lidských smyslů. (Nešpor, 1998)

Do druhé zmíněné kategorie se řadí úkony vědomé. Tento typ protizákonného chování je mnohem obsáhlejší a pojímá činy od výroby a distribuce drog až po problémy s překupníky drog a se samotným obchodem s narkotiky. Mezi lehčí delikty se řadí kriminalita z důvodu obstarání si další dávky návykové látky. Toxikomani porušují zákon z důvodu pro ně vysoké ceny drogy, ale také kvůli cravingu, který označuje velmi silnou touhu po droze. Craving tak může dovést i jinak spořádaného občana k vykonání protizákonného jednání. Závažnějšími proviněními jsou činy spojené s překupníky drog, jako je například zastrasování, korupce apod. (Nešpor, 1998; Zábanský, 1997)

V mezinárodním měřítku je nejrozšířenějším problémem trestná činnost obchodníků s drogami. Tyto trestné činy se týkají korupce v řadách veřejné správy státu, vzniku drogových gangů, pašování drog po celém světě atd. V současnosti je problémem neustále se rozrůstající černý trh s nelegálními látkami. V době ekonomické krize, kdy mnoho lidí finančně strádá především v méně rozvinutých státech světa, nastává tzv. demoralizující efekt společnosti. Ten vzniká mimo jiné z důvodu nezdanitelnosti peněz plynoucích z nelegálních obchodů, které jsou stále jedny z nevýdělečnějších. Od této situace pak není daleko ani ke vzniku korupce ze strany policie či rovnou celého státu. Nelegální trh s sebou nese i riziko vzniku gangů, které proti sobě vzájemně a otevřeně bojují, a jejichž dealeři a vůdci jsou mladistvými považováni za hrdiny či idoly. (Zábanský, 1997)

S výrobou a distribucí drog je spojeno jejich pašování. To probíhá na území celého světa a zapojují se do něj tzv. kurýři, kteří za určitou částku peněz transportují drogy do určitého státu. Ve světě jsou známé tři hlavní trasy návykových látek - „Zlatý půlměsíc“ na Středním východě, „Zlatý trojúhelník“ v pevninské jihovýchodní Asii a latinskoamerické „kokainové“ státy. Česká republika je v současnosti transportní, cílovou i výrobní zemí kvůli své poloze ve středu Evropy, a protože vytvoření Schengenského prostoru způsobilo téměř nemožnost odhalení pašeráctví drog v rámci Evropské unie. V příloze č. 6 je přiložen obrázek přepravy drog do Evropy.

Rozlišují se 4 základní skupiny: (Nožina, 1997)

1. Pašování konopných drog<sup>29</sup> - Vzhledem ke klimatu převažujícího v České republice vymizeli transporty celých rostlin či jejich částí obsahujících THC a dováží se pouze

---

<sup>29</sup> Konopné drogy jsou látky obsahující THC.

jejich semena a k vypěstování celé byliny dochází až na našem území. V současnosti je možné si semena objednat i přes internet, a to především z Nizozemí.

2. Pašování syntetických drog - Syntetické drogy vzhledem k jejich povaze jsou vyráběny přímo v Evropské unii a do České republiky se dováží látky z Bulharska, z Polska, z Nizozemí a z Belgie.
3. Pašování heroinu – K pašování heroinu se využívá tzv. Balkánská cesta, která vede od Afganistánu až do Západní Evropy. Drogy ale mohou pocházet až z Indie. V této trase tvoří Česká republika významnou roli, jelikož je zde látka i rozdělována na více či méně kvalitní heroin. Tento způsob přepravy má v Evropě tři směry:
  - a. Turecko → Bulharsko → Rumunsko → Maďarsko → Slovensko → Česká republika → Německo → západní Evropa
  - b. Turecko → Bulharsko → Srbsko → Maďarsko → Slovensko → Česká republika → Německo → západní Evropa
  - c. Turecko → Černé moře → Rumunsko → Maďarsko → Slovensko → Česká republika → Německo → Nizozemí
4. Pašování kokainu – Kokain bývá do České republiky dovážen z valné většiny z Jižní Ameriky přes Španělsko, kde se kurýrem může stát i občan ČR. Byl zaznamenán převoz i balkánskou cestou, to se však zdálo vzhledem k již plnému využití trasy neefektivní. Část importu kokainu pochází také z Afriky. Letiště Václava Havla bylo v tomto případě označeno jako významné tranzitní místo pro mezinárodní nezákonnou přepravu kokainu. Nejznámější trasy putující Českou republikou patří:
  - a. Latinská Amerika → Velká Británie → Polsko → Česká republika → cílová země
  - b. Latinská Amerika → Německo → Polsko → Česká republika → cílová země

Samotná Česká republika se stala významným distributorem pervitinu, který je považován za drogu českou a ve velkém se zde již dlouho vyrábí.

### ***4.3 Instituce poskytující prevenci drogové závislosti***

V rámci legislativy jsou do zákona zakotveny nejen trestné činy, ale zároveň i jednotlivé ústavy pomáhající při prevenci drogové závislosti. Prevenci drogové závislosti poskytují instituce v závislosti na jejím typu. Primární prevenci umožňuje především škola v podobě přednášek či publikací přesně zaměřených na věk dítěte či mladistvého. Sekundární a terciální prevence už představuje instituce s odbornou péčí. V České republice se nachází mnoho ústavů toho typu. Jednotlivé zařízení lze rozdělit podle jejich účelu na lékařské instituce (Centrum metadonové substituce Drop-In), nízkoprahová zařízení (Drop-In, K-centrum, Anima), léčebny (Psychiatrická léčebna Bohnice), komunity (Sananim), detoxy (Detoxifikační jednotka Apolinář), krizová centra (Riaps) a ambulantní postpéče (Občanské sdružení SANANIM)<sup>30</sup>. (Göhlert, 2001; Presl, 1995)

Jednou z nejstarších institucí vzniklých po sametové revoluci je SANANIM z.ú. Tato společnost poskytuje profesionální pomoc prostřednictvím programů a služeb drogově závislým od programu Harm reduction až po doléčovací a resocializační programy, ale slouží i jako poradenské centrum pro rodinu a blízké přátele toxikomanů. Mimo jiné vedou také specializované programy, například pro závislé matky a jejich děti. SANANIM provozuje také dvě z terapeutických komunit na území České republiky<sup>31</sup>.

Mezi nejznámější nízkoprahové zařízení patří Drop-In. Toto obecně prospěšná společnost vznikla za účelem první pomoci, poradenství a terapie. Je jednou z mála zařízení poskytující podporu v rámci tzv. Harm reduction, tedy snižování rizik, které drogová závislost přináší. Současně s organizací byla vytvořena i Nadace Drop In, která výrazně pomohla rozvoji zařízení. V současnosti tak společnost poskytuje pomoc více směry (Centrum pro rodinu, Streetwork, Program substituční léčby, Mobil street, Centrum následné péče)<sup>32</sup>.

V souvislosti s prevencí drogové závislosti a protidrogovou politikou vydává také vydavatelství MEDEA KULTUR, s.r.o. společně s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky každý rok publikace o návykových látkách zaštitěné celorepublikovým programem „Řekni drogám ne!“.

---

<sup>30</sup> Uvedené instituce se nachází v Praze a přilehlém okolí.

<sup>31</sup> Zdroj: <http://www.sananim.cz/o-nas/kdo-jsme.html>; 21.9.2014

<sup>32</sup> Zdroj: <http://www.dropin.cz/index.php/historie-drop-in>; 21.9.2014

## 5 ANALYTICKÁ ČÁST

Analytická část diplomové práce je zaměřena na problematiku návykových látek řadících se do skupin opiátů a opioidů. Budou prozkoumány hodnoty prevalenčních odhadů problémových uživatelů těchto drog a rizika spojená s jejich užíváním, a to především se zaměřením na akutní intoxikaci. Následující část diplomové práce bude zaměřena na léčbu drogové závislosti na opiátech/opioidech. Budou analyzovány počty drogově závislých jedinců žádajících o léčbu a jejich průměrný věk a následně bude proveden rozbor léčby drogové závislosti substituční terapií. Na závěr bude provedena analýza vynaložených prostředků z jednotlivých rozpočtů na léčbu drogové závislosti v rámci programu Harm reduction, do níž spadá i substituční léčba.

Data pro zpracování analytické části diplomové práce byla zpracována na základě Výročních zpráv o stavu ve věcech drog, které jsou vydávány každoročně Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti, a na podkladech poskytovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky. Podkladové údaje k jednotlivým grafům jsou umístěné v příslušných přílohách.

### ***5.1 Problémové chování uživatelů opiátů/opioidů a zdravotní rizika spojené s užíváním drog***

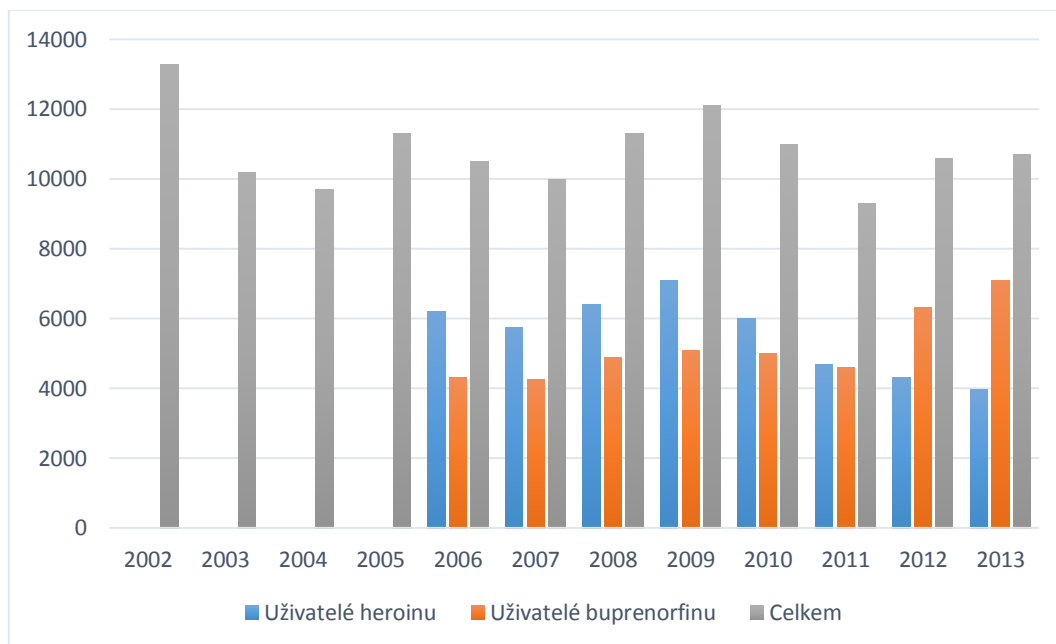
Opiáty patří mezi nejnebezpečnější drogy kvůli rychle se rozvíjejícímu návyku a kvůli samotné nebezpečnosti látky a její aplikaci do těla, která je často prostřednictvím injekčních stříkaček. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti za použití dat z nízkoprahových programů vytvořilo seznam středních hodnot prevalenčních odhadů problémového užívání drog<sup>33</sup> v letech 2002 – 2013. Na grafu č. 1, který vychází z podkladových údajů v příloze č. 7, je vidět vývoj užívání heroínu a buprenorfinu, u jejichž užívání došlo v průběhu let ke značným změnám. Zlomovým rokem je rok 2011, po němž uživatelů heroínu ubývá a počet jedinců zneužívajících buprenorfin naopak roste. Tuto změnu lze připsat snadnější dostupnosti buprenorfinu společnosti a jeho rozsáhlým

---

<sup>33</sup> Odhady problémového užívání opiátů/opioidů udávají pravděpodobné počty problémových uživatelů, jelikož nelze přesně určit jejich počet.

využíváním při substituční léčbě drogové závislosti. Naopak snižující se počet uživatelů heroinu může být způsoben výkyvy na trhu s heroinem v souvislosti s jeho čistotou a dostupností.

Graf č. 1 Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání opiátů/opioidů



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Vývoji problémových uživatelů heroinu a buprenorfinu odpovídá kvadratická trendová funkce, která je vytvořená z údajů v příloze č. 7 a viditelná na grafu č. 2. Její tvar je v případě heroinu:

$$y' = -105,36t^2 + 600,6t + 5533,93 \text{ s mírou těsnosti závislosti } 72,52 \%,$$

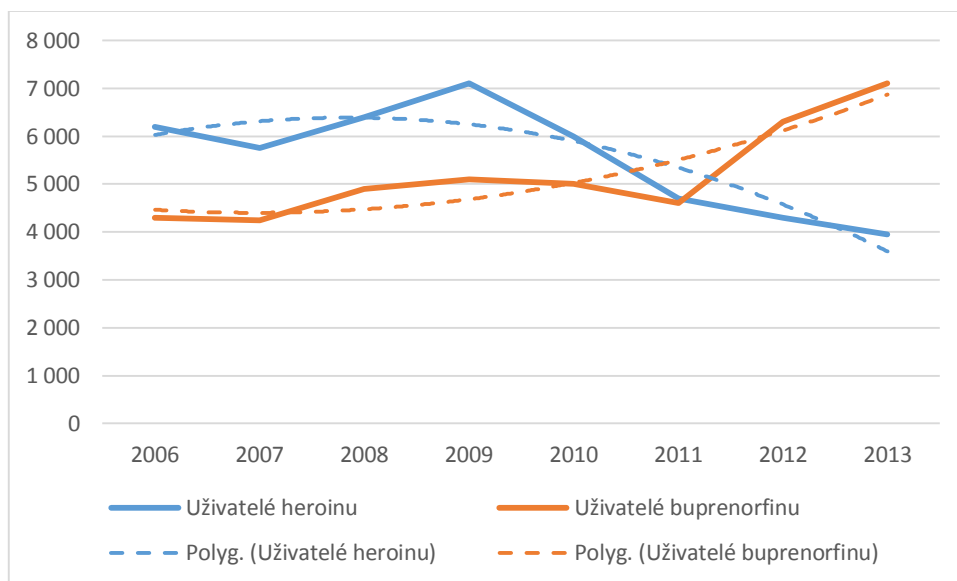
v případě buprenorfinu:

$$y' = 67,56t^2 - 264,58t + 4661,61 \text{ s indexem determinace } 73,9 \%.$$

Lze odhadnout, že počet problémových uživatelů heroinu bude v roce 2014 roven 2 405 osobám. V rámci přesnějšího intervalového odhadu se počet pohybuje mezi 317 a 4 493 jednotlivci. V souvislosti s užíváním buprenorfinu se odhaduje 7 752 problémových uživatelů v roce 2014. Vzhledem k rostoucímu charakteru funkce je ovšem

spolehlivější intervalový odhad počtu problémových uživatelů buprenorfinu mezi 5 916 a 9 589 individui. Všechny předpovědi jsou udávány s 95% přesností odhadu.

Graf č. 2 Vývoj středních hodnot prevalenčních odhadů problémového užívání heroinu a buprenorfinu (provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

V roce 2013 byl sestaven seznam odhadovaného počtu problémových uživatelů drog v jednotlivých krajích České republiky. Pro potřeby této diplomové práce bude využito pouze dat týkajících se problémového užívání opiátů/opioidů v krajích. Z tabulky č. 1 lze vyčíst, že nejvíce problémových uživatelů heroinu a buprenorfinu se nacházelo na území hlavního města Praha. Naopak v některých krajích (např. Pardubický kraj, Vysočina) byl jejich počet tak nízký (zpravidla se udává méně než 50), že je jejich význam statisticky nevýznamný. Tento fakt lze připsat již zmíněné dostupnosti jednotlivých látek, jelikož na území hlavního města je větší pravděpodobnost sehnat dané narkotikum než na území jiného menšího města. Zajímavostí je také rozrůzněnost jednotlivých uživatelů. Zatímco ve Středočeském kraji počet problémových uživatelů buprenorfinu (700 jednotlivců) výrazně převyšoval uživatele heroinu (100 narkomanů), v Jihomoravském kraji tomu bylo naopak (problémoví uživatelé více zneužívali heroin - přibližně 600 osob, narkomanů užívajících buprenorfin bylo méně než 50). Ve Středočeském kraji vzhledem k blízkosti Prahy lze předpokládat, že většina uživatelů buprenorfinu jsou závislí, kteří využívají služeb



substituční léčby. Zároveň vzhledem k velikosti drogového trhu v okolí hlavního města Prahy je také složitější nalézt kvalitní omamnou látku kvůli rostoucí konkurenci mezi dealery. Naopak v uvedeném Jihomoravském kraji je látka vzhledem k relativně nízkému počtu drogově závislých jedinců čistší a také zde není snadno dostupná možnost využít programů substituční léčby.

Tabulka č. 1 Odhadovaný počet problémových uživatelů heroinu a buprenorfinu v jednotlivých krajích České republiky v roce 2013

KRAJE	HEROIN	BUPRENORFIN	CELKEM
Praha	2 200	5 400	7 600
Středočeský	100	700	800
Jihočeský	100	400	500
Plzeňský	100	100	200
Karlovarský	100	< 50	100
Ústecký	300	400	700
Liberecký	< 50	< 50	< 50
Královéhradecký	< 50	100	100
Pardubický	< 50	< 50	< 50
Vysočina	< 50	< 50	100
Jihomoravský	600	< 50	600
Olomoucký	100	< 50	100
Zlínský	< 50	< 50	< 50
Moravskoslezský	< 50	< 50	< 50
ČR CELKEM	3500	7200	10 700

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

V Rámci studie ESPAD<sup>34</sup> bylo v roce 2011 provedeno šetření u 16 letých mladistvých ohledně celoživotní prevalence užívání heroinu a jiných opiátů v jednotlivých krajích České republiky (viz tabulka č. 2). Překvapivým zjištěním byl fakt, že ačkoli nejvíce problémových uživatelů opiátů/opioidů se nachází v Praze, největší podíl celoživotní prevalence u mladistvých je v Jihomoravském kraji s 2,2 %, následovaném krajem Jihočeským s 1,9 % a dále Olomouckým krajem a hlavním městem Praha s 1,8% prevalence. V Praze není překvapením vysoké procento prevalence užití heroinu, jelikož mladiství rádi

<sup>34</sup> ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) – Celoevropská studie zaměřená na šestnáctileté studenty, u nichž zjišťuje rozsah zneužívání legálních a nelegálních návykových látek. ([http://www.drogvy-info.cz/index.php/drogova\\_situace/press\\_centrum/espac\\_2011\\_vysledky\\_za\\_cr\\_tiskova\\_zprava](http://www.drogvy-info.cz/index.php/drogova_situace/press_centrum/espac_2011_vysledky_za_cr_tiskova_zprava); 25.1.2015)

experimentují a v hlavním městě není složité sehnat, byť i jen na ozkoušení účinků, jakoukoli látku. V ostatních krajích lze vysokou prevalenci přičíst například i vysoké nezaměstnanosti. To platí především v Olomouckém kraji, kde ve sledovaném období byla nezaměstnanost druhou nejvyšší v celé České republice, a to 11,4 % (viz příloha č. 7). Mladiství v tomto věku již vnímají situace dějící se kolem nich, a tak dlouhodobá nezaměstnanost rodičů může způsobit jejich nezájem o potomka, a tím odsun dítěte na kraj společnosti. V ostatních krajích s vysokou prevalencí užití opiátů/opioidů u mladistvých nelze situaci připisovat stejným důvodům, ačkoli ani tam nebyla nezaměstnanost nejnižší. Z tohoto důvodu lze prevalenci v Jihomoravském a Jihočeském kraji přisoudit tlaku společnosti a okolí vyzkoušet omamné látky, zároveň i vyšší nezaměstnanosti a v neposlední řadě také ne všude dostupné kvalitní prevenci drogové závislosti.

Tabulka č. 2 Celoživotní prevalence užití heroinu a jiných opiátů v jednotlivých krajích mezi šestnáctiletými v roce 2011 (údaje jsou udávány v %)

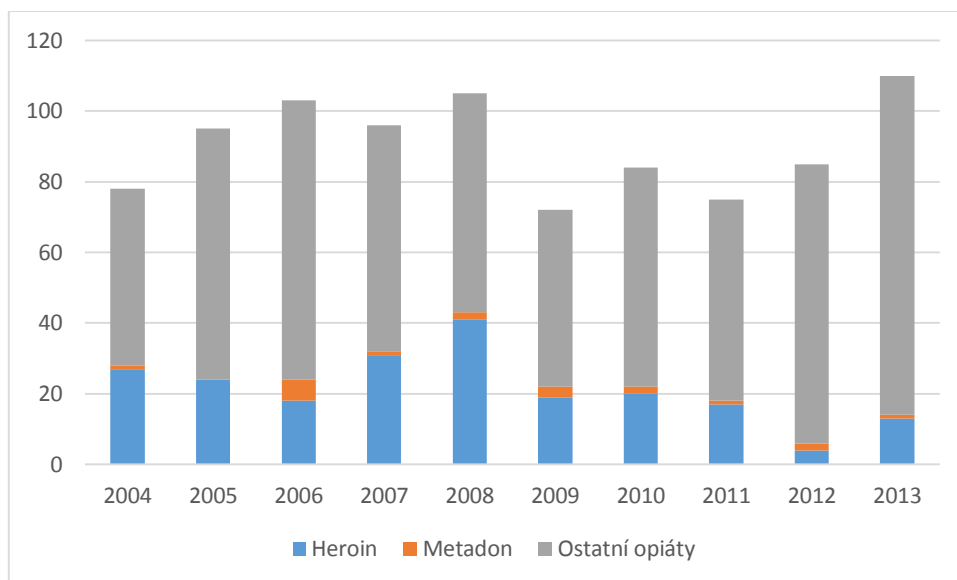
Kraje ČR	Heroin a jiné opiáty
Praha	1,8
Středočeský	0,9
Jihočeský	1,9
Plzeňský	1
Karlovarský	0,8
Ústecký	1,3
Liberecký	1,5
Královéhradecký	1,1
Pardubický	0
Vysočina	1,5
Jihomoravský	2,2
Olomoucký	1,8
Zlínský	1,5
Moravskoslezský	1,5

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Se zneužíváním návykových látek jako jsou heroin a jiné opiáty je úzce spojeno i nebezpečí předávkování. V tom lepším případě se jedná o nefatální intoxikace, které mohou vyústit k dlouhodobému poškození jedincova těla, ovšem nekončí smrtí. Z grafu č. 3 sestaveného na základě podkladových údajů uvedených v příloze č. 7 je patrné, že počtu hospitalizací následkem intoxikace metadonem je zanedbatelné množství. Substituční léčba

terciální prevence drogové závislosti se provádí ve většině případů právě metadonem, ovšem za lékařského dohledu. Tato léčba je nastavena tak, aby nepoškozovala jedincovo tělo, ale zároveň aby zamezila vzniku abstinenčních příznaků při odvykací kúře, například na heroínu. Metadon je také ochuzen o euforické účinky drogy jako takové, takže jedinci nemají důvod vzít drogy více, než je potřeba. Nejvíce hospitalizací v důsledku předávkování touto látkou nastalo v roce 2006, kdy se tato substance ještě ve většině případů využívala při substituční terapii (přibližně u 63 % léčených pacientů). Po tomto roce pak došlo k rapidnímu snížení hospitalizací předávkování metadonem, a to i z důvodu, že ho v léčbě nahradil buprenorfin. Počet hospitalizací v důsledku intoxikace heroínem se pohybuje kolem stále stejné hranice s většími či menšími odchylkami. V roce 2012 byli dokonce hospitalizováni pouze 4 jedinci s akutní intoxikací heroínem, což je významný rozdíl oproti roku předcházejícímu, kdy bylo hospitalizováno 17 osob, nebo oproti roku 2008, který zaznamenal nejvíce hospitalizací ve sledovaném období, a to 41 závislých osob. Lze usoudit, že i z tohoto důvodu došlo v roce 2009 k navýšení počtu o 11 zařízení, které poskytují substituční léčbu lidem závislých na heroínu. Co se týče ostatních typů opiátů (například buprenorfin) je situace jiná. Oproti začátku sledovaného období, roku 2004, došlo ke zdvojnásobení počtu hospitalizací s akutní intoxikací do roku 2013. V období let 2009 a 2011 došlo sice k mírnému poklesu, ale počet nadále zůstal vysoko nad hranicí hospitalizací ostatních opiátů. Nutno podotknout, že tento údaj v sobě zahrnuje více než jeden typ opiátů/opioidů, takže vysoké hodnoty nejsou přímo srovnatelné s ostatními jednotlivými drogami. Ostatní opiáty ovšem v roce 2013 způsobily, že to je rok, kdy došlo vůbec k nejvyššímu počtu hospitalizací z důvodu akutní intoxikace za celé sledované období. Celkově bylo hospitalizováno 110 jedinců, z toho 96 bylo intoxikováno jinými opiáty, než je metadon nebo heroín. V budoucnosti by se tak mohlo stát, že jednotlivé opiáty/opioidy sloučené do kategorie ostatních opiátů v této analýze, dosáhnou stejných hodnot jako heroín v rámci hospitalizací pro intoxikaci těmito látkami, či jej některé ze substancí dokonce převýší. Z tohoto důvodu by mělo být apelováno nejen na léčbu závislosti na heroínu, ale celkově na léčbu opiátové závislosti, ať už je hlavní omamnou látkou jakákoli substance.

Graf č. 3 Počet hospitalizací pro intoxikaci opiáty/opioidy v nemocnicích akutní péče

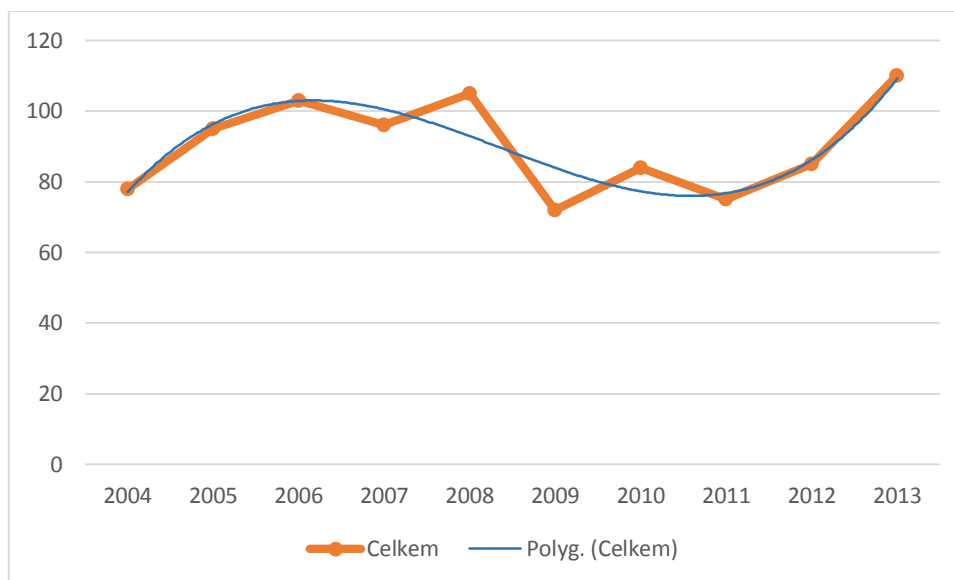


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Celkový vývoj počtu hospitalizací při předávkování jakýmkoli typem opiátů/opioidů je znázorněn na grafu č. 4 (podkladové údaje v příloze č. 7). Z grafu č. 4 je patrné snížení počtu hospitalizací především mezi léty 2008 a 2009, v posledních letech má ale graf opět rostoucí tendenci. Vzhledem k neustálému narůstání počtu hospitalizací kvůli opiátům rozdílným od heroinu a metadonu se dá tento růst očekávat i v budoucnosti.

Kvůli charakteru funkce vývoje počtu hospitalizací v souvislosti s předávkováním opiáty či opioidy nelze definovat trendovou funkci, která by z větší míry popisovala její průběh. Lze však odhadnout, že počet hospitalizací v dalších letech stále poroste. Vzhledem k povaze funkce nelze použít bodový odhad, je možné aplikovat pouze odhad intervalový, který předpokládá hospitalizaci do 143 osob v roce 2014 s 95% pravděpodobností. Pokud by tento odhad byl v roce 2014 naplněn v plné výši, tedy pokud by bylo hospitalizováno celkových 143 osob, znamenalo by to oproti předcházejícímu roku 2013 nárůst o 33 jedinců. To by na základě vypočtené první diference značilo nejvyšší meziroční nárůst za sledované období.

Graf č. 4 Vývoj počtu hospitalizací při intoxikaci opiáty/opioidy

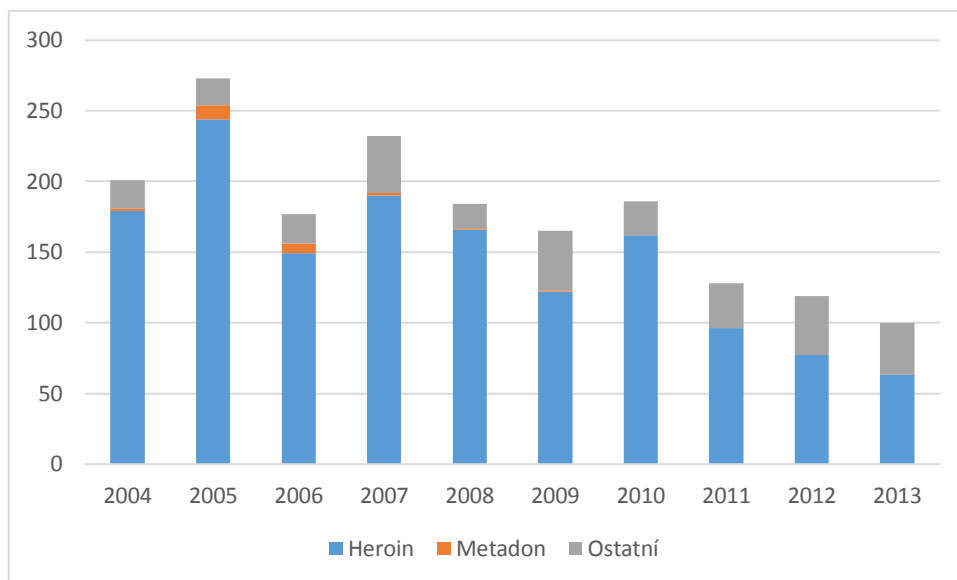


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

K hospitalizaci u intoxikací dochází pouze, pokud je to nezbytně nutné, jelikož drogově závislí jedinci jsou často nebezpeční a nespolupracující pacienti. Celkový počet intoxikací, které nebyly fatální, eviduje hygienická služba. Za sledované období 2004 – 2013 (viz graf č. 5, podkladové údaje v příloze č. 7) se eviduje největší počet předávkování v souvislosti s heroinem, a to celkových 1 448 intoxikací. Nejvíce nefatálních předávkování heroinem (244 jedinců) nastalo v roce 2005. Ve stejném roce bylo zaznamenán také největší počet intoxikací v souvislosti s metadonem - 10. Tento stav lze přiřadit malé dostupnosti léčby či programů podpory, jelikož v roce 2005 bylo na území České republiky pouze 9 zařízení poskytující substituční léčbu, z toho dvě instituce byly v Praze a třetí ve Středočeském kraji. Na zbytek republiky tak zbývalo 6 zařízení. V současnosti již ale hygienická služba ve své režii 4 roky neeviduje žádný případ předávkování metadonem. Totéž platí i pro druhou látku využívanou v substituční terapii – Subutex, neboli buprenorfin. I přes to, že je v dnešní době více využívanou látkou při dané léčbě, není zaznamenán u hygienické služby žádný případ akutní intoxikace. Substituční látky se tak z tohoto hlediska opravdu dají považovat za bezpečnější. Počty předávkovaných jedinců heroinem mají také klesající charakter, který se tak dá očekávat i v budoucnosti, nejspíše právě z důvodu dostupné bezpečnější substituční léčby. Počty ostatních opiátů/opioidů jsou stále zanedbatelné, jelikož se jedná o údaj několika látek dohromady. V posledních letech sice dochází k jejich pomalému nárůstu a k vyrovnání se počtu nefatálních intoxikací heroinem,

ale zároveň k tomuto efektu dochází z důvodu snížení počtu předávkování právě touto látkou.

Graf č. 5 Počty nefatálních intoxikací opiáty/opioidy evidovaných hygienickou službou



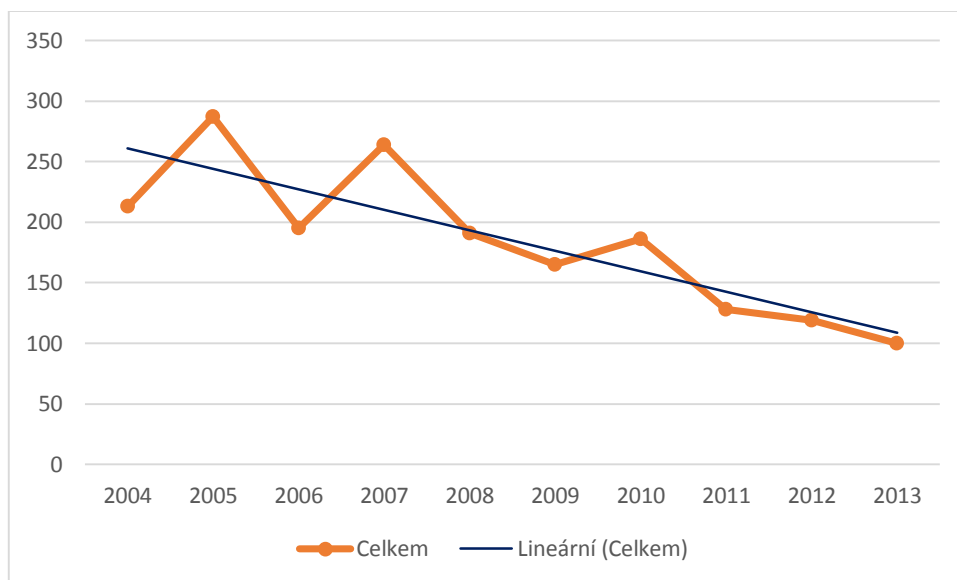
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Intoxikace, jak již bylo řečeno, jsou velmi nepředvídatelné. Předávkování v režii hygienické služby je provázáno lineární trendovou funkcí (viz graf č. 6) vytvořenou na základě podkladových údajů uvedených v příloze č. 7:

$$y' = -1,5417t^2 + 0,0614t + 243,82 \text{ s indexem determinace } 68,69 \%$$

V roce 2014 bodový odhad předpovídá 58 osob, v rámci intervalového odhadu počet do 152 nefatálních intoxikací opiáty/opioidy evidovaných hygienickou službou. Odhady jsou určeny s 95% spolehlivostí. Do dalších let se vzhledem k neustále se rozšiřující substituční léčbě dá očekávat neustálé snižování počtu nefatálních intoxikací v důsledku požití heroinu, ovšem na druhou stranu je nutné očekávat a včas zabránit rozšíření těchto intoxikací v rámci užívaných substitučních látek.

Graf č. 6 Vývoj nefatálních intoxikací opiáty/opioidy evidovaných hygienickou službou

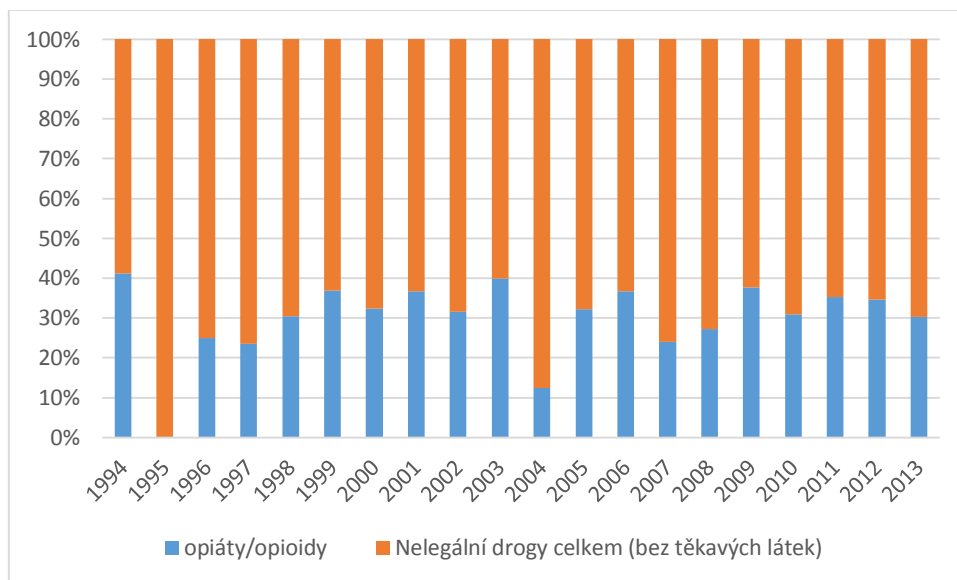


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Opiáty a opioidy jsou jednou z nejnebezpečnějších drog na trhu. Nejen, že dochází k rychlému návyku organismu na tyto látky, stejně rychle se ale vyvíjí i psychická závislost. Jedinec potřebuje k dosažení stejného účinku stále více narkotika a často, vzhledem také k injekční aplikaci drogy, dochází k neodhadnutí přesné dávky. To způsobuje akutní intoxikaci, která může skončit smrtí. Opiáty/opioidy představují většinu počtu smrtelných předávkování vzhledem ke všem nelegálním drogám na trhu, jak ukazují podkladová data v příloze č. 7. Údaje sledované od roku 1994 do roku 2013 na grafu č. 7 ukazují, že největší počet fatálních intoxikací opiáty (zemřelo 7 jedinců) bylo právě v roce 1994, kdy tvořily až 70% celkových předávkování ilegálními látkami. To lze připsat i faktu, že v roce 1989 došlo k otevření českých hranic do západního světa, a tak také ke snazší distribuci a zneužívání omamných látek. Údaje za rok 1995 jsou nepřesné, ale v následujících letech dochází k mírným výkyvům, ovšem čísla se stále pohybují v průměru okolo 45 %. To značí, že téměř polovinu případů předávkování s následkem smrti mají na svědomí opiáty/opioidy. Významný výkyv nastal pouze v roce 2004, kdy zemřeli v důsledku intoxikace opiáty/opioidy 2 jedinci, a tento podíl byl tak roven „pouhým“ 14,286 %. Tuto odchylku lze přičíst faktu, že právě v roce 2004 zažádalo nejvíce jedinců (2 169 osob, z čehož bylo 710 prvožadatelů) o zápis do Registru žadatelů o léčbu opiátové závislosti za sledované období let 2003 – 2013 (více v kap. 5.2 Vývoj jedinců žádajících léčbu opiátové závislosti). Nutno podotknout, že podíl smrtelných předávkování všech nelegálních drog se udává bez

těkavých látek, které v posledních letech zaznamenávají vysoký nárůst, především vzhledem k znovu nalezené oblíbenosti a snadné dostupnosti u mládeže.

Graf č. 7 Podíl smrtelných předávkování opiáty/opioidy na celkovém počtu fatálních intoxikací v České republice



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

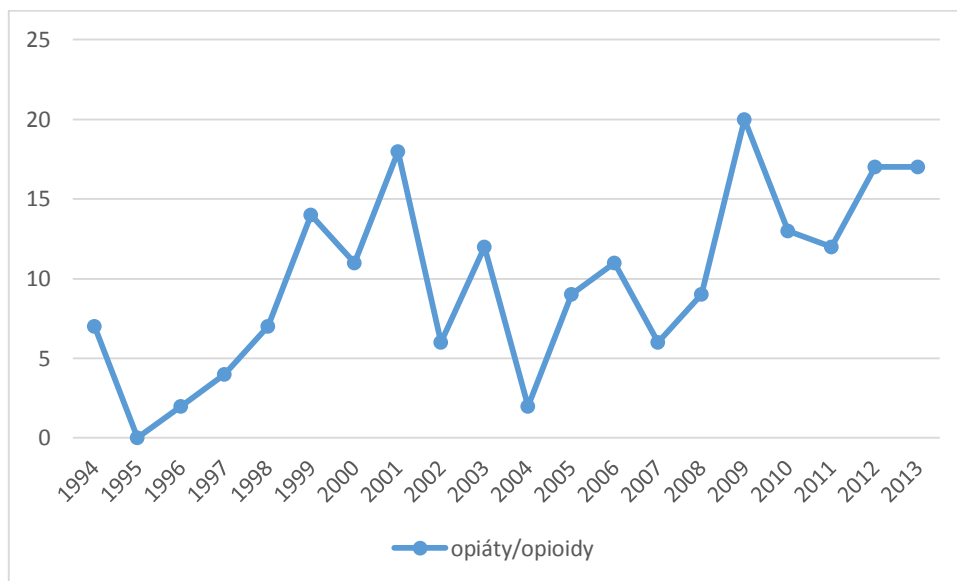
Z podkladových údajů v příloze č. 7 vychází také graf č. 8, který ukazuje vývoj počtu smrtelných intoxikací v České republice po zneužití návykových látek ze skupiny opiátů/opioidů. Dané hodnoty jsou nepředvídatelné, takže nelze stanovit ani trendovou funkci, na jejímž základě se počet fatálních předávkování vyvíjí, ani bodový či intervalový odhad počtu smrtelných předávkování do dalších let. Celkem zemřelo na následky předávkování opiáty/opioidy 197 osob. Průměrně v každém roce sledovaného období let 1994 – 2013 zemřelo 10 drogově závislých jedinců. Z uvedeného počtu zemřelých následkem předávkování opiáty se 6 jedinců za celé sledované období intoxikovalo užitím metadonu. Opiáty/opioidy se staví na druhou pozici po těkavých látkách (celkem 267 skonanych za sledované období) co do počtu zemřelých na předávkování. Pro srovnání je možné uvést, že následkem užití stimulancií (kokain, pervitin a jiné) došlo k fatálním následkům za pozorované období v 52 případech.

V souvislosti s rozšiřující se dostupností substituční léčby se předpokládá snížení počtu fatálních intoxikací mezi uživateli opiátů/opioidů, jelikož jednou z avizovaných výhod této terapie je právě užívání bezpečnějšího narkotika za dohledu lékařů. Tento efekt je ale



stále ještě v očekávání, jelikož i přes dostupnější léčbu, která je možná i u praktických lékařů od roku 2001 a která byla v roce 2013 dostupná ve více než 50 specializovaných zařízení, počet úmrtí kvůli předávkování zatím neklesá, pouze stagnuje (v roce 2012 a 2013 zemřelo 17 závislých na opiátech/opioidech).

Graf č. 8 Vývoj počtu smrtelných předávkování v důsledku užití opiátů/opioidů v České republice

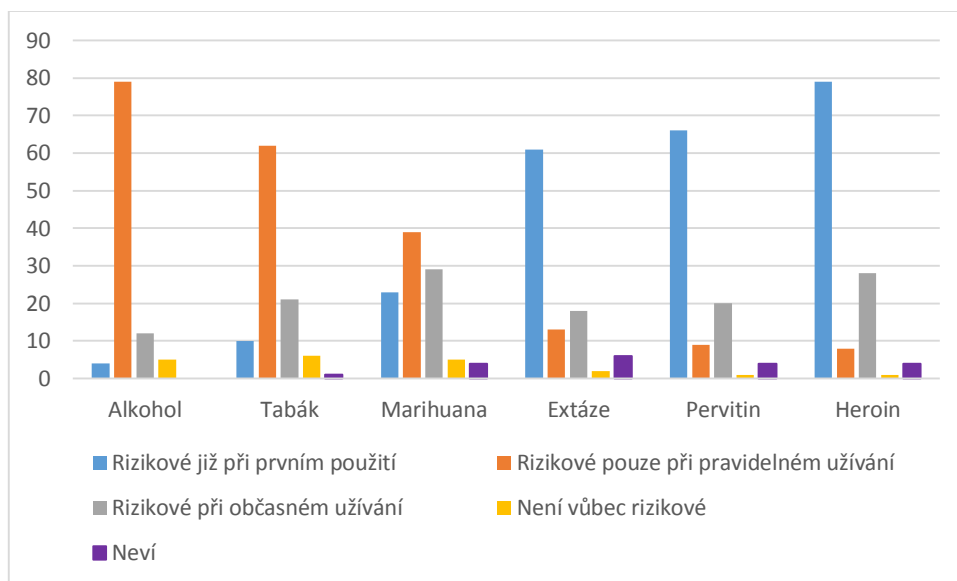


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Vzhledem k relativně vysokým počtům úmrtí v souvislosti s návykovými látkami byl v roce 2013 Centrem pro výzkum veřejného mínění proveden průzkum veřejného mínění ohledně subjektivně vnímaných zdravotních rizik, které souvisejí s užíváním drog. Bylo osloveno 1 062 respondentů starších 15 let a jednalo se o kvótní výběr dotazovaných podle pohlaví, věku, vzdělání, velikosti místa bydliště a regionu. Na základě procentuální četnosti jejich odpovědí vznikla podkladová data, uvedená v příloze č. 7, pro graf č. 9. V rámci průzkumu bylo zjištěno (viz graf č. 9), že heroin je pro 79 % dotázaných rizikový už při prvním použití. Pouhé 1 %, které odpovídá přibližně 10 jedincům, zastává názor, že heroin není vůbec rizikový. Heroin se tak dostal na první příčky nebezpečnosti i v povědomí větší části společnosti. Alarmující jsou ovšem odpovědi, kdy pro 8 % jedinců účastnících se průzkumu je heroin rizikový pouze při pravidelném užívání a pro stejně početnou skupinu je rizikový při občasném užívání. A přibližně 42 jedinců neví o nebezpečnosti heroínu, nebo se zdrželo hlasování. Do budoucna by tak bylo vhodné zvýšit povědomí občanů o

nebezpečnosti této látky již při prvním požití, což by vedlo nejen ke snížení počtu drogově závislých jedinců, ale také by se s největší pravděpodobností snížil i počet smrtelných předávkování heroinem.

Graf č. 9 Průzkum subjektivně vnímaného rizika spojeného s konzumací návykových látek v roce 2013 (uvedené hodnoty jsou v %)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

## 5.2 Vývoj jedinců žádajících léčbu opiátové závislosti

Každý léčebný proces, ať už se jedná o ambulantní procedury nebo hospitalizace v zařízeních či terapeutických komunitách, má několik fází. Drogově závislý jedinec, pokud žádá o vstup do jistého léčebného programu, pak jednotlivými fázemi musí projít. O tom, zda budou do programu zahrnuti, rozhoduje také fakt, zda již podobný proces absolvovali či nikoliv. Jedinci, kteří žádají poprvé, tzv. prvožadatelé, tvoří přibližně 1/4 všech žadatelů. Všichni žadatelé jsou zapsáni do Registru žadatelů o léčbu.

Z podkladových dat tohoto registru z přílohy č. 8 je patrné, že dochází ke snížení zájmu uživatelů opiátů či opioidů o léčbu. Za sledované období došlo ke snížení o více než polovinu, konkrétně z 656 prvožadatelů v roce 2003 na 362 jedinců o deset let později v roce 2013. Na počátku sledovaného období tvořili také prvožadatelé přibližně 30 % všech žadatelů o léčbu, v roce 2013 to již ale bylo „pouhých“ 21,5 % všech uchazečů o terapii.

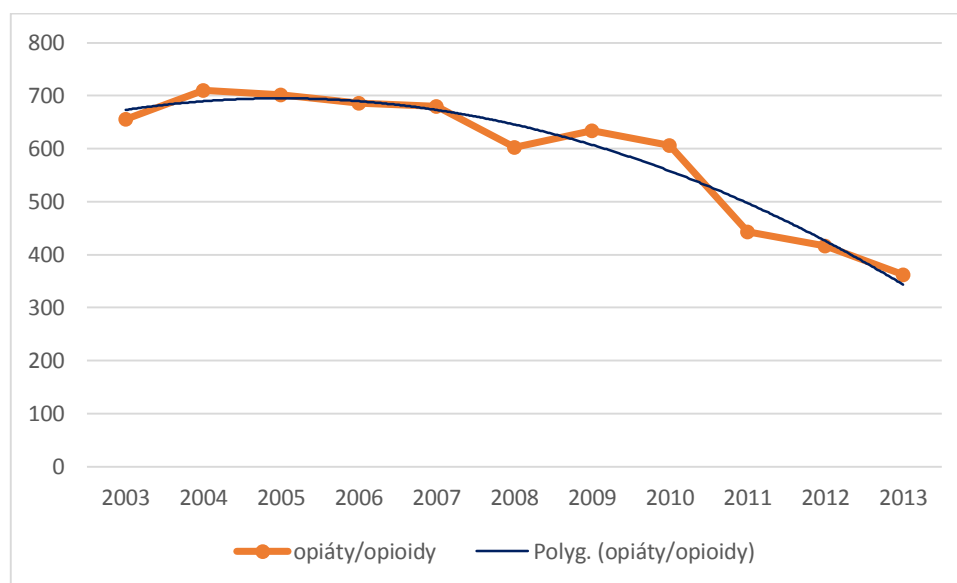
Z podrobného hlediska ale vyplývá, že dochází sice k redukci počtu narkomanů závislých na heroinu, kteří se ucházejí o místo v léčebném procesu, ovšem počet osob zneužívajících buprenorfin, kteří současně požadují léčbu, neustále roste (za posledních 10 let došlo k nárůstu o 486 osob). Tato čísla dokazují, že ačkoli je buprenorfin indikován při substituční léčbě, někteří drogově závislí jedinci jej zneužívají jako čistě návykovou látku. Celkem zažádalo ve sledovaném období poprvé o zapsání do Registru žádostí o léčbu 6 498 osob, tedy každý rok průměrně 590 jedinců.

Na základě podkladových dat z přílohy č. 8 byl sestaven graf č. 10, který popisuje kvadratická trendová funkce mající tvar:

$$y' = -6,2576t^2 + 40,142t + 633,73 \text{ s mírou těsnosti závislosti rovnou } 88,94 \text{ \%}.$$

Lze předpokládat, že v roce 2014 klesne počet prvožadatelů o zapsání do Registru na 250 osob, v intervalovém odhadu se očekává 165 – 336 osob s přesností odhadu 95 %.

Graf č. 10 Vývoj počtu prvožadatelů v registru žádostí o léčbu závislosti na opiátech/opioidech



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Na základě podkladových údajů v příloze č. 8 lze usoudit, že vývoj počtu všech žadatelů závislých na opiátech/opioidech požadujících zapsání do Registru žádostí o léčbu byl do roku 2010 konstantní a pohyboval se v průměru okolo 2 080 osob. Poté nastal zlom a počet žadatelů se začal snižovat. Za sledované období let 2003 – 2013 se celkový počet

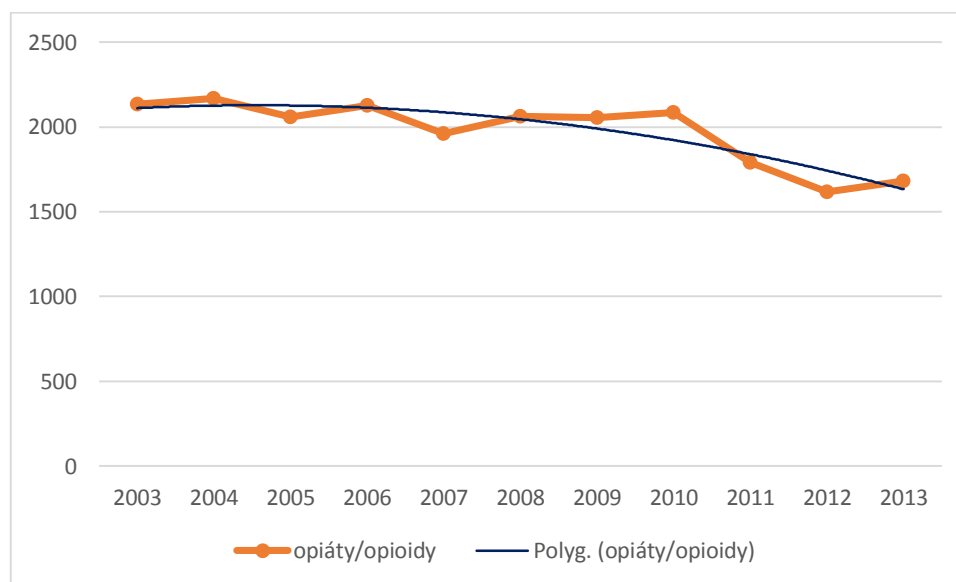
žádostí o léčbu snížil o 452 jedinců, což představuje redukci počtu žadatelů přibližně o 20 %. Tento trend je možné spojit i s předchozím grafem, který značil výrazný úbytek prvožadatelů ucházejících se o léčbu. Průměrně tvoří prvožadatelé za celé sledované období necelých 30 % všech uchazečů o zapsání do Registru žádostí o léčbu, a tak pokud klesá jejich počet, je analogicky zřejmé, že bude klesat i počet celkový. Celkem za sledované období zažádalo o zapsání 21 734 osob. Největší počet jedinců žádající léčbu za sledované období (2 169 osob, z nichž bylo 710 prvožadatelů) pak zažádalo v roce 2004.

Podkladová data v příloze č. 8 dala vzniknout grafu č. 11, který je popsán kvadratickou trendovou funkcí ve tvaru:

$$y' = -8,966t^2 + 54,413t + 2051,217 \text{ s indexem determinace } 67,55 \text{ \%}.$$

Na základě bodového odhadu bude počet závislých jedinců žádajících o zapsání do Registru roven 1 508 osobám. Podle intervalového odhadu bude jejich počet s 95% pravděpodobností mezi 1 264 a 1 752 individui. Očekává se tedy stále mírně klesající tendence počtu závislých jedinců ucházejících se o léčbu drogové závislosti.

Graf č. 11 Vývoj počtu všech závislých jedinců na opiátech/opioidech žádajících o zapsání do Registru žádostí o léčbu

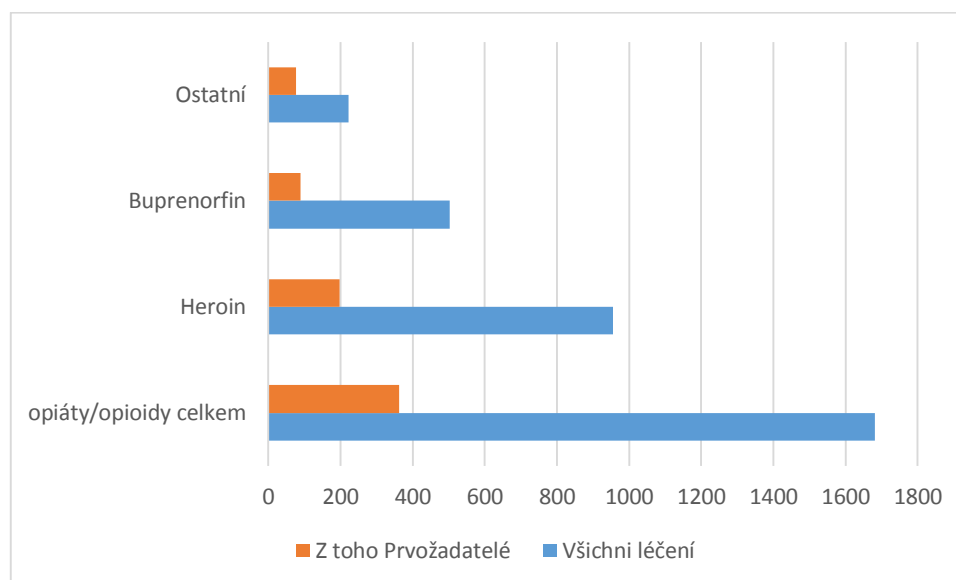


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

V roce 2013 byla vytvořena podrobná analýza žádostí o léčbu drogové závislosti na opiátech/opioidech, ze které je patrné, že právě tyto návykové látky zaujímali druhé místo

co do množství podaných žádostí o léčbu po pervitinu. Graf č. 12, vytvořený z podkladů umístěných v příloze č. 8, ukazuje podrobný popis opiátů/opioidů, na nichž závislý jedinci žádali o léčbu. Celkem se jednalo o 1 681 osob, z čehož je 362 pacientů, kteří žádali poprvé. Nejvíce se ucházeli o místo v léčbě drogově závislí na heroinu (celkem 956 osob), kteří tvořili více než polovinu všech žadatelů a současně i prvožadatelů. Následovala žádost o léčbu závislosti na buprenorfinu s 502 jednotlivci (z toho 89 prvotních uchazečů). Tato látka se využívá k léčbě substituční terapií (viz níže) především v posledním desetiletí a je považována za bezpečnější než heroin, přesto se však stále jedná o návykovou substanci. Není tedy překvapením, že někteří drogově závislý jedinci zneužívají jako omamnou látku i buprenorfin, a to i z důvodu snazšího přístupu k čistší látce, než jak je tomu u heroinu.

Graf č. 12 Struktura žádostí o léčbu závislosti na opiátech/opioidech v roce 2013

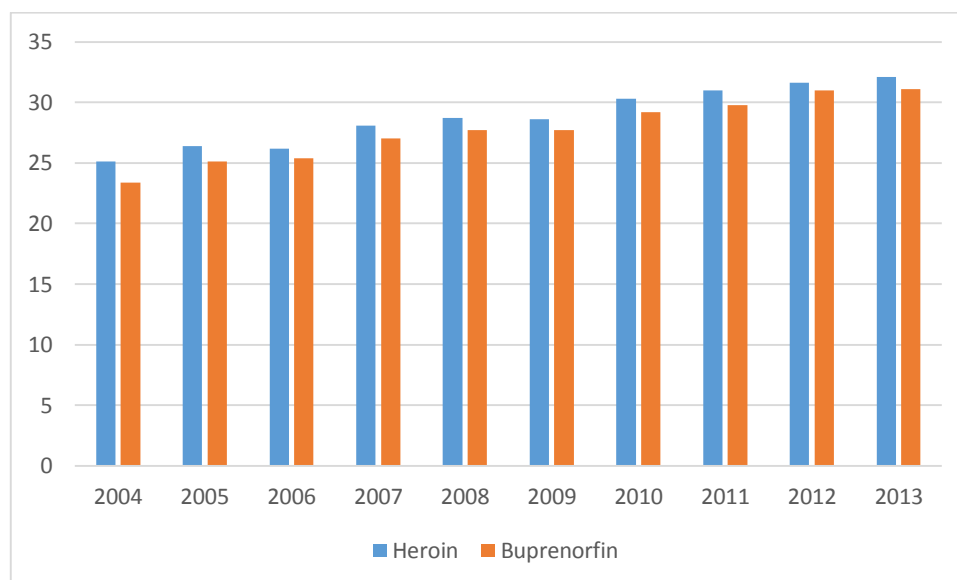


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Žadatelé o zápis do Rejstříku žádostí o léčbu se liší nejen pohlavím, ale především věkem. V posledních letech dochází k nárůstu věku žadatelů o léčbu, a to právě v případě opiátů/opioidů (viz graf č. 13). Zatímco v roce 2004 žádali o léčení 25 letý jedinci, v roce 2013 jsou to již 31 – 32 letí drogově závislí. Drogová scéna opiátů/opioidů je tak věkově výrazně odlišena od ostatních návykových látek. Největší rozdíl lze spatřit v komparaci s konopnými látkami, jak je uvedeno na datech umístěných v příloze č. 8. I když i uživatelé marihuany a hašiše, kteří žádají léčbu, pomalu stárnou, stále se věkový průměr uchazečů o zápis do Registru rovná 21,4 let. Na rozdíl od opiátů/opioidů, kde byl stanoven za sledované

období průměrný věk žadatele o léčbu ze závislosti na heroinu na 28,8 let, u buprenorfinu na 27,7 let. Diferenci lze rozpoznat i v jednotlivých letech sledovaného období, jelikož odlišnost mezi věkovým průměrem obou typů drog strmě roste. Zatímco v roce 2004 byl rozdíl v průměrném věku roven 5 rokům u heroinu a 3,3 let u buprenorfinu, na konci sledovaného období v roce 2013 již rozdíl činil u heroinu 9,3 let a u buprenorfinu 8,3 let. Průměrný věk žadatelů závislých na opiátech/opioidech je i vyšší než je průměrný věk všech drogově závislých jedinců ucházející se o terapii. V roce 2004 byl rozdíl roven 1 roku u heroinu, průměrný věk žadatelů závislých na buprenorfinu byl ještě o 0,7 roku nižší, než je průměrný věk všech drogově závislých požadujících léčbu. Za devět let narostla tato diference na 3,9 let u heroinu a 2,9 let u buprenorfinu.

Graf č. 13 Průměrný věk žadatelů závislých na heroinu a buprenorfinu o léčbu



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

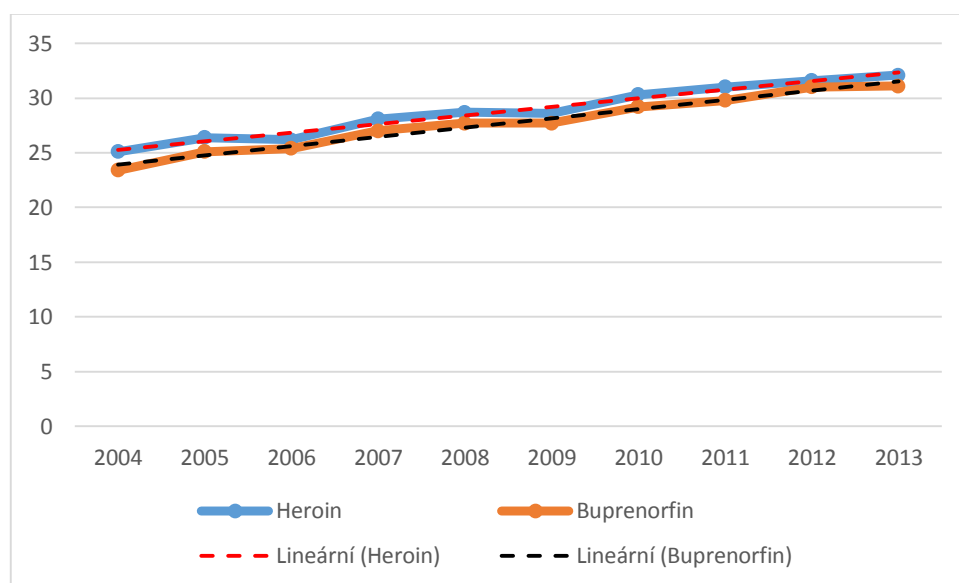
Vývoj průměrného věku žadatelů o léčbu, kteří jsou závislí na heroinu nebo buprenorfinu, je rostoucí a prostoupen trendovou lineární funkcí ve tvaru (viz graf č. 14 sestaven z dat přílohy č. 8):

$$y' = 0,7873t + 24,48 \text{ u heroinu s indexem determinace rovným } 96,93 \%,$$

$$y' = 0,8436t + 23,1 \text{ u buprenorfinu s mírou těsnosti závislosti } 97,37 \%.$$

Lze vyčíst, že průměrný věk závislých uchazečů na buprenorfinu roste rychleji, a to 0,7x vzhledem k jedincům závislým na heroinu. Podle bodového odhadu bude v roce 2014 průměrný věk uchazečů o terapii roven 33,14 let u heroinové závislosti a 32,38 let u závislosti na buprenorfinu. Intervalové odhady jsou mezi 32,47 a 33,81 lety u závislosti na heroinu a mezi 31,72 a 33,04 u závislosti na buprenorfinu. Všechny odhady jsou udávány s 95% pravděpodobností. Posudky tak značí neustálé navyšování průměrného věku žadatelů závislých na heroinu a buprenorfinu o léčbu, a to nad rámec průměrného věku všech drogově závislých jedinců ucházející se o terapii.

Graf č. 14 Vývoj průměrného věku žadatelů závislých na heroinu a buprenorfinu o léčbu



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

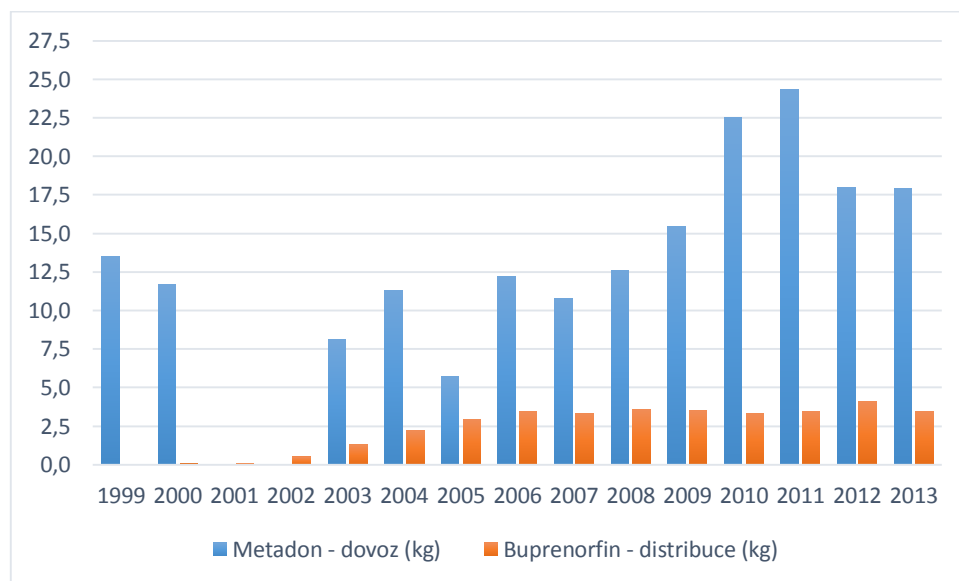
### 5.3 Vývoj substituční léčby drogové závislosti

Substituční léčba drogové závislosti je považována za terciální prevenci drogové závislosti. To znamená, že slouží spíše ke zmírnění rizik spojených s užíváním návykových látek než k prevenci jako takové.

Nejznámějšími látkami používanými při substituční léčbě drogově závislých jedinců na opiátech jsou metadon a buprenorfin. Podkladové údaje v příloze č. 9 a na jejich základě

vytvořený graf č. 15 ukazují, že v roce 2000<sup>35</sup> byla distribuce buprenorfinu velmi nízká, menší než 100 gramů. Buprenorfin se v České republice začal využívat k substituční terapii teprve v roce 2001. Není tedy překvapením, že druhý největší meziroční nárůst této látky (735,4 g) nastal právě mezi lety 2002 a 2003. Nejpočetnější meziroční nárůst distribuovaného Subutexu (912,5 g) pak byl v letech 2003 a 2004, kdy se začal celoplošně využívat. Postupem času pak došlo k navýšení distribuce až na přibližnou hodnotu 4,1 kg v roce 2012, která byla také nejvyšší za sledované období, a po které došlo opět k mírnému snížení na 3,5 kg v roce 2013. Údaje z dovozu metadonu nejsou dostupné z let 2001 a 2002. V ostatních letech v období let 1999 až 2013 má dovoz metadonu kolísavou tendenci, největší množství, 24,3 kg, bylo dovezeno v roce 2011. A to i přes to, že výdaje na protidrogovou politiku v roce 2011 začaly klesat. V roce 2013 bylo dovezeno 17,9 kg, což je přibližně 5x více než distribuovaného buprenorfinu. Průměrně bylo za celé sledované období každoročně distribuováno 2,5 kg buprenorfinu a dovezeno 14,1 kg metadonu.

Graf č. 15 Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek (údaje udávané v kg)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

<sup>35</sup> Údaje za distribuci buprenorfinu z roku 1999 nejsou dostupné.



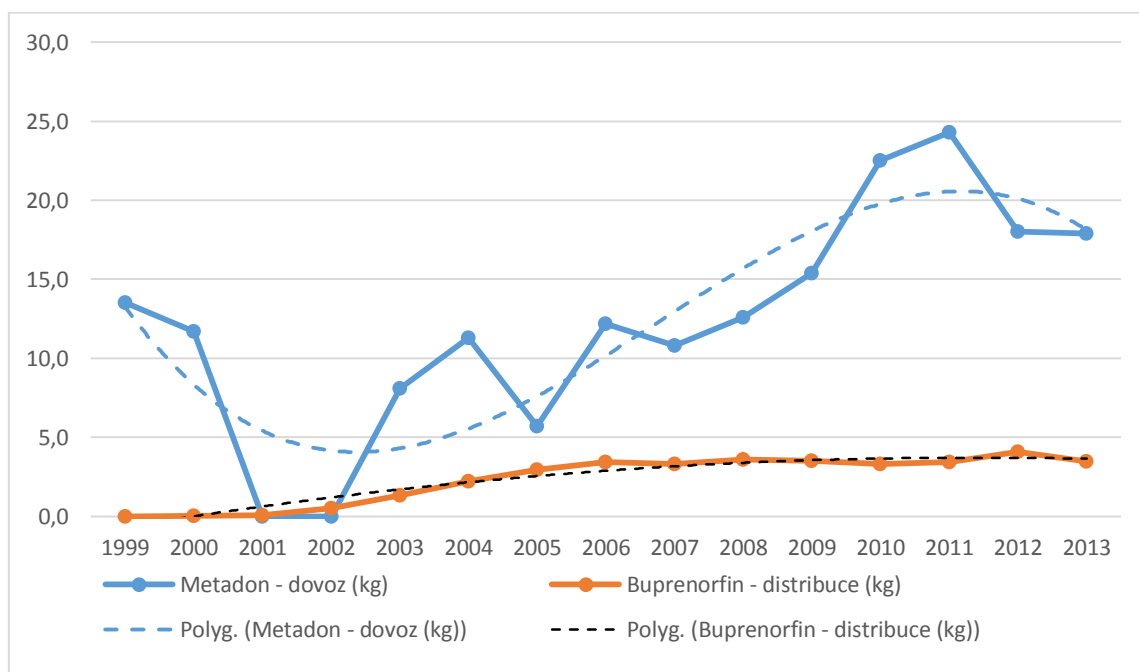
Vývoj dovezeného (metadon) a distribuovaného (buprenorfin) množství substitučních látek ukazuje graf č. 16 (základní data v tabulce v příloze č. 9). Funkce distribuovaného buprenorfinu je provázená kvadratickou trendovou funkcí, která má tvar:

$$y' = -0,0383t^2 + 0,8883t - 1,3167 \text{ s mírou těsnosti závislosti rovnou } 93,87 \text{ \%}.$$

Bodový odhad předpokládá mírné snížení na 3,26 kg. V intervalovém odhadu se z 95 % jedná o hodnoty mezi 2,53 kg a 3,99 kg. Z dlouhodobého hlediska lze počítat s neustálým mírným navyšováním distribuovaného buprenorfinu.

Funkce vývoje dovezeného metadonu je v čase velmi proměnlivá a nestálá a nelze ji tak proložit žádnou trendovou funkcí s vysokým indexem determinace. Lze ale využít odhady do dalšího roku, kde vzhledem k charakteru funkce byl použit intervalový odhad, jelikož bodový by byl nepravděpodobný (dle výpočtů byl roven 25,69 kg). Dle intervalového odhadu by se s 95% pravděpodobností hodnoty měly pohybovat mezi 14,32 kg a 37,07 kg. Dá se tedy předpokládat, že i množství dovezeného metadonu se bude navyšovat s jistými výchyly v jednotlivých letech.

Graf č. 16 Vývoj dovezeného (metadon) a distribuovaného (buprenorfin) množství substitučních látek (údaje udávané v kg)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Vzhledem k navyšujícím se počtům distribuovaných a importovaných náhradních látek pro substituční léčbu lze usoudit, že tato terapie je čím dál tím více přijatelnější pro drogově závislé jedince na opiátech. Substituční léčba poskytuje možnost abstinence od nebezpečných návykových látek, ale také ulevuje od abstinenčních příznaků. Počet zařízení poskytujících tuto terapii se tak neustále navyšuje. Od roku 2000, kdy na území České republiky bylo 7 zdravotnických zařízení, které tuto službu nabízeli, se do roku 2013 jejich počet až zosminásobil. A to i přes to, že v prvních 5 letech sledovaného období se zvýšil počet o pouhé jedno zařízení. V roce 2013 byl počet zdravotnických zařízení už 59 dle údajů v tabulce č. 3. Na základě vypočtené první diference lze dojít k závěru, že největší meziroční nárůst počtu zařízení poskytujících substituční léčbu byl v roce 2010, kdy se počet zařízení oproti předchozímu roku navýšil o 16. Tento nárůst lze přičíst zvyšujícímu se počtu drogově závislých jedinců žádajících substituční léčbu, jak ukazuje tabulka č. 4 níže. Vypočtená druhá diference naznačuje zrychlení a zpomalení vývoje časové řady. Z tabulky č. 3 vyplývá, že v letech 2002, 2009, 2011, 2012 a 2013 došlo ke zpomalení růstu počtu zdravotnických zařízení poskytujících substituční léčbu. V roce 2001 došlo k převratu způsobu absolvování substituční léčby. V tomto roce se totiž začala využívat nová substance při terapii, buprenorfin, která byla dostupná i u praktických lékařů, tudíž byla domněnka, že nebude nutné rozšiřovat počet zařízení poskytující tuto léčbu. Metadonová léčba ovšem stále zůstala v režii těchto zařízení. Kvůli neustálému nárůstu počtu drogově závislých jedinců žádajících léčbu, proto bylo nutné v dalších letech zvýšit počet zařízení tuto službu nabízející. V roce 2009 lze zpomalení růstu přičíst faktu, že zařízení poskytující substituční léčbu byly dostupné již ve všech krajích, kromě Pardubického, Libereckého a Karlovarského, přičemž v Pardubickém kraji takové zařízení stále chybí<sup>36</sup>. V posledních letech od roku 2011 je zpomalení růstu počtu zařízení nabízející substituční terapii vysvětlováno nižšími výdaji na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu od roku 2011, ale zároveň může být příčinou i zvyšující se počet jedinců léčených buprenorfinem, který lze obdržet i u praktického lékaře. U této substance není tedy potřeba specializovaných pracovišť.

---

<sup>36</sup> Údaje platné ke konci roku 2013.

Tabulka č. 3 Vybrané elementární charakteristiky vývoje počtu zdravotnických zařízení poskytujících substituční léčbu

Rok	t	Počet zařízení poskytující SL <sup>37</sup>	1. diference	2. diference	Bazický index	Absolutní přírůstek	Řetězový index	Tempo přírůstku (úbytku)
2000	1	7			100,000	0		
2001	2	8	1		114,286	1	114,286	14,286
2002	3	8	0	-1	114,286	1	100,000	0,000
2003	4	8	0	0	114,286	1	100,000	0,000
2004	5	8	0	0	114,286	1	100,000	0,000
2005	6	9	1	1	128,571	2	112,500	12,500
2006	7	10	1	0	142,857	3	111,111	11,111
2007	8	11	1	0	157,143	4	110,000	10,000
2008	9	17	6	5	242,857	10	154,545	54,545
2009	10	21	4	-2	300,000	14	123,529	23,529
2010	11	37	16	12	528,571	30	176,190	76,190
2011	12	47	10	-6	671,429	40	127,027	27,027
2012	13	54	7	-3	771,429	47	114,894	14,894
2013	14	59	5	-2	842,857	52	109,259	9,259

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Vývoj počtu zařízení poskytujících substituční léčbu v letech 2000 až 2013 z tabulky č. 3 lze proložit kvadratickou trendovou funkcí s 81,01% těsností závislosti (viz graf č. 17), která má tvar:

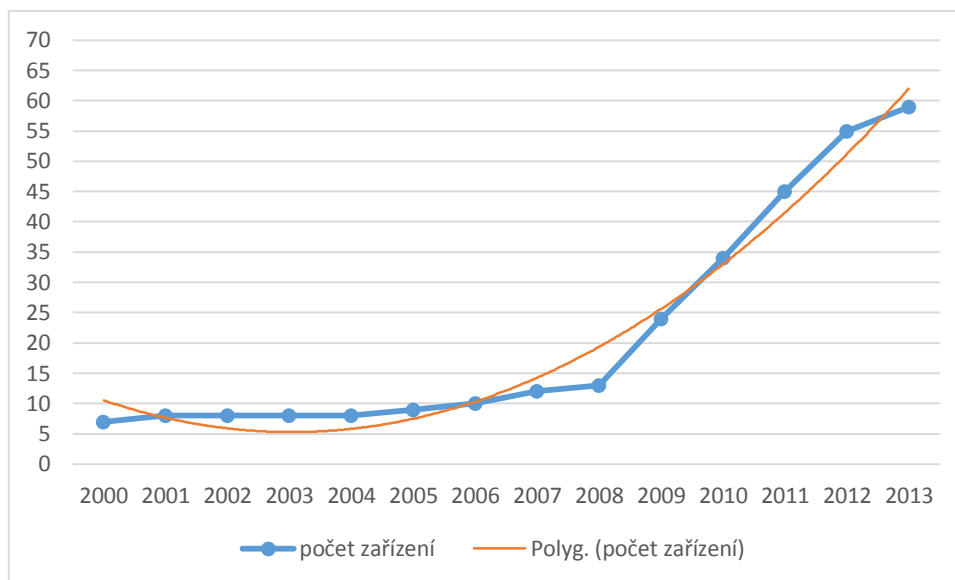
$$y' = 0,3258t^2 - 2,2803t + 10,7.$$

Na základě bodového odhadu lze posoudit, že počet zařízení poskytujících substituční léčbu se bude stále navyšovat. V roce 2014 se s 95% pravděpodobností jejich počet odhaduje na 74. Podle intervalového odhadu by počet mohl být mezi 67 – 81 zařízeními. V současnosti se ale rozšiřuje trend využití substituční léčby u praktického lékaře, který má možnost předepsat látku buprenorfin. Metadonová léčba je stále dostupná pouze ve specializovaných zařízeních. Otázkou tak zůstává, zda je nutné neustálé rozšiřování zařízení, které poskytují substituční léčbu, když pro většinu jedinců užívajících Subutex je snadnější dostupnost k jejich praktickému lékaři. Lze tedy předpovědět, že pokud se počet

<sup>37</sup> SL = Substituční léčba

léčených drogově závislých jedinců stabilizuje, nebo bude většina z nich podstupovat terapii buprenorfinem, nebude již třeba dalšího rozšiřování zařízení nabízejících substituční léčbu.

Graf č. 17 Vývoj počtu zařízení poskytujících substituční léčbu



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Vývoj počtu zařízení poskytující substituční léčbu je podřízený počtu jedinců závislých na drogách, kteří tuto terapii budou v rámci své léčby využívat.

Jak ukazuje tabulka č. 4, bylo v roce 2000 v České republice léčeno substituční terapií 245 jedinců, na konci sledovaného období v roce 2013 se jejich počet mnohonásobně zvýšil, a to na 2 311 osob. Za pozorované období tak došlo k nárůstu počtu léčených osob substituční léčbou o 2 066 jedinců. Na základě vypočtených výsledků první diference je patrné, že největší meziroční zvýšení počtu pacientů nastalo v roce 2010, kdy bylo léčeno o 558 jedinců více než předcházející rok 2009. Také z počátku sledovaného období lze sledovat velké změny v růstu. V roce 2001 bylo léčeno o 288 osob více než rok předcházející. To lze přisoudit nově zavedenému způsobu využívání substituční léčby u praktického lékaře. Na druhé straně největší meziroční pokles je patrný v roce 2005, kdy se počet jedinců snížil o 41 osob oproti roku 2004. Na základě vypočtené druhé diference lze usoudit, že časová řada je z pohledu jejího zrychlení a zpomalení relativně vyrovnaná, jelikož jednorozhodné urychlení vývoje počtu pacientů léčených substituční léčbou je záhy následované jejím zbrzděním. Příčinou těchto výkyvů a vyrovnavání může být dobrovolnost léčby drogové

závislosti, pokud ovšem není nařízená soudně, ale také pevná vůle léčených osob, která ovlivňuje jedincovo rozhodnutí, zda v léčbě pokračovat do následujících let či nikoliv.

Tabulka č. 4 Vybrané elementární charakteristiky vývoje počtu léčených pacientů substituční léčbou

Rok	t	Počet pacientů léčících se SL	1. diference	2. diference	Bazický index	Absolutní přírůstek	Řetězový index	Tempo přírůstku (úbytku)
2000	1	245			100,000	0		
2001	2	533	288		217,551	288	217,551	117,551
2002	3	560	27	-261	228,571	315	105,066	5,066
2003	4	789	229	202	322,041	544	140,893	40,893
2004	5	866	77	-152	353,469	621	109,759	9,759
2005	6	825	-41	-118	336,735	580	95,266	-4,734
2006	7	938	113	154	382,857	693	113,697	13,697
2007	8	1038	100	-13	423,673	793	110,661	10,661
2008	9	1356	318	218	553,469	1111	130,636	30,636
2009	10	1555	199	-119	634,694	1310	114,676	14,676
2010	11	2113	558	359	862,449	1868	135,884	35,884
2011	12	2290	177	-381	934,694	2045	108,377	8,377
2012	13	2298	8	-169	937,959	2053	100,349	0,349
2013	14	2311	13	5	943,265	2066	100,566	0,566

Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

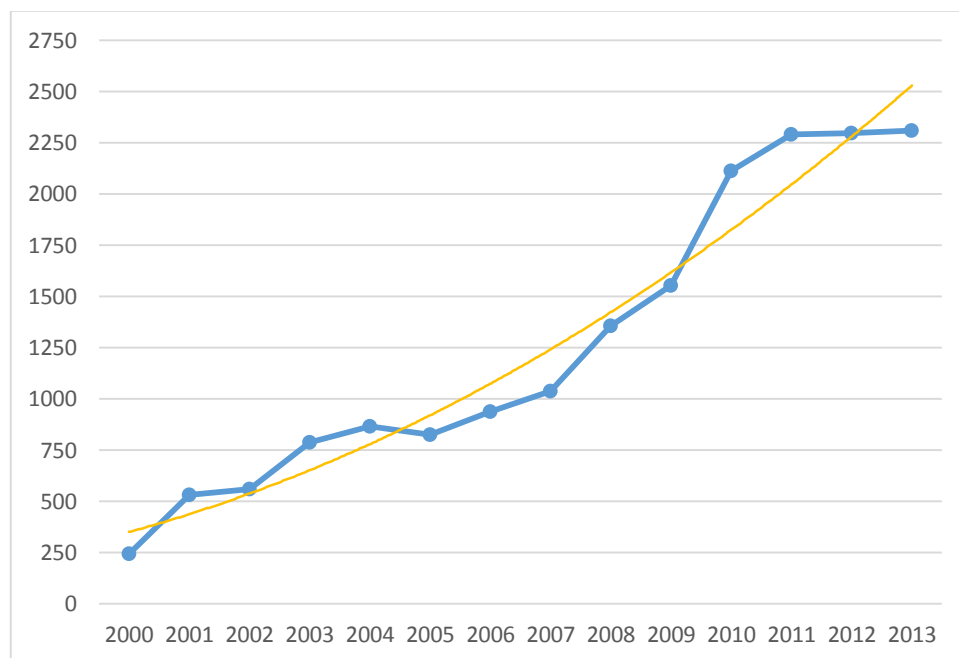
Vývoj počtu pacientů léčících se substituční léčbou lze proložit kvadratickou trendovou funkcí, která má s indexem determinace 91,94 % tvar:

$$y' = 3,9205t^2 + 80,1902t + 278,52.$$

Z dat v tabulce č. 4 byl vytvořen grafu č. 18, ze kterého je patrné, že se počet pacientů zvyšuje, i když od roku 2011 se již nejedná o tak vysoké počty přibývajících osob léčících se substituční léčbou. Do tohoto roku rostl počet jedinců v průměru v řádu stovek, od roku 2011 se ovšem počty mění pouze v řádu desítek individuí. Dle bodového odhadu pro rok 2014 by mělo dojít k opětovnému zvýšení počtu jedinců, a to konkrétně na 2 790 osob. Intervalový odhad předpokládá s 95% přesností, že se čísla budou pohybovat mezi 2 444 a 3 137 jedinců. Do dalších let se předpokládá stejný trend vývoje počtu pacientů žádajících substituční léčbu jako dosud, tedy neustálé navyšování. To je způsobeno

především rozvíjejícími se možnostmi terapie, kdy lidé již nemusí dojíždět daleko do určených zařízení, pokud nejsou léčeni metadonem, ale stačí jim navštívit praktického lékaře, který jim náhradní substanci předepíše. Tento přístup, který je praktikován v České republice od roku 2001, je osobnější a diskrétnější, takže se jedinci již nemusí za svou závislost stydět v očích veřejnosti. Stále se však nutné vzít v potaz, že se jedná o dobrovolnou léčbu, s výjimkou jejího nařízení soudem, takže záleží pouze na jednotlivcích, zda ji podstoupí či nikoliv. Stávajícím problémem zůstává i závislost na samotné substituční látce buprenorfinu, který je často zneužíván jako omamná látka nad rámec samotné léčby.

Graf č. 18 Vývoj počtu pacientů léčících se substituční léčbou

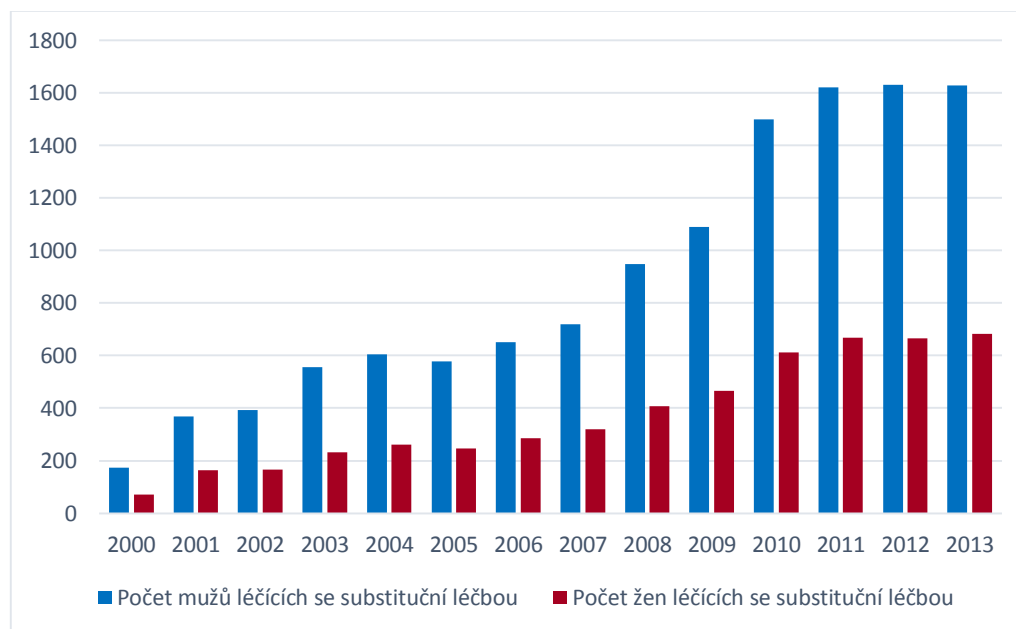


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Počty léčených pacientů substituční léčbou se liší také v závislosti na pohlaví, jak ukazují data v příloze č. 9. Na jejich základě byl sestaven graf č. 19, z něhož vyplývá, že počet mužů léčených substituční terapií výrazně převyšuje počet žen. Zatímco v roce 2000 se rozdíl rovnal pouhým 101 jedincům, v roce 2008 byl rozdíl 542 osob a v roce 2013 dokonce 945 jednotlivců. Celkový počet léčených pacientů je tak ze 70 % tvořen muži. Substituční léčba je poskytována všem individuům bez ohledu na jejich pohlaví. Nelze tak přesně určit, z jakého důvodu počet mužů tak výrazně převyšuje počet žen léčených touto terapií. Podle průzkumů však bylo dokázáno, že ženy dodržují substituční léčbu častěji než

muži, kterým je mnohdy nařízena soudně ve vězení a kteří po opuštění žaláře v terapii nepokračují. Lze tedy usoudit, že tak výrazná převaha mužů ve využívání služeb substituční léčby je zapříčiněna jejich opakovaným zápisem a zahájením léčby od jejího začátku, ale také podstupováním nedobrovolné terapie nařízené soudem ve vězení. Podílet se na této nerovnováze může také všeobecně známý fakt, že ženy tíhnou více k jiným typům závislosti než je ta opiátová, nejvíce žen se stane závislými na práscích nebo alkoholu. Naproti tomu u mužů byl prokázán výrazně vyšší předpoklad ke vzniku závislosti na opiátech/opioidech, či na drogách všeobecně.

Graf č. 19 Počet mužů a žen léčících se substituční léčbou ve sledovaném období



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

V souvislosti s počty léčených mužů a žen lze z grafu č. 20 vyčíst, že se počet léčených obou pohlaví v posledních letech stabilizuje. Největší nárůst byl zaznamenán v roce 2010, jak již bylo zmíněno u analýzy počtu zařízení poskytujících substituční léčbu, a to konkrétně o 411 osob u mužů a o 147 jednotlivců u žen. U žen nakonec došlo ke snížení v roce 2012 o 3 pacientky, u mužů nastala tato redukce o rok později o 4 osoby. Jak již bylo řečeno v souvislosti s celkovým vývojem počtu pacientů využívající substituční léčbu, rychlost vývoje je relativně stabilní z hlediska vyrovnávání zrychleného růstu jejím zpomalením v následujícím roce a naopak, což je dané dobrovolností léčby.

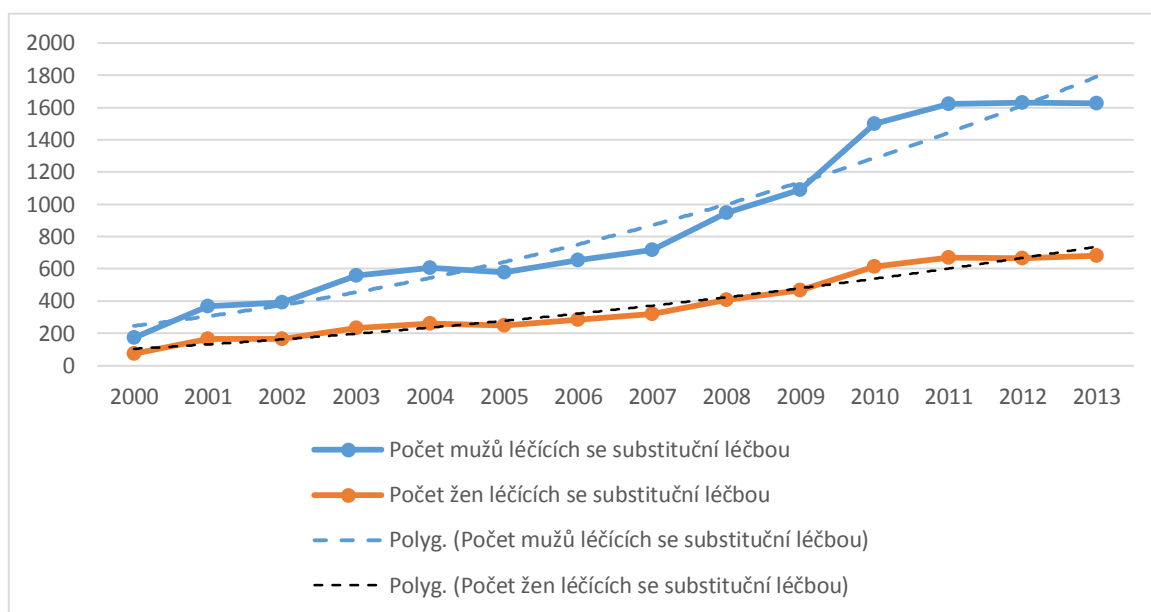
Jednotlivé funkce vývoje počtu léčících se mužů a žen substituční léčbou je možné doprovodit kvadratickými trendovými funkcemi, které mají tvar:

$$y' = 2,792t^2 + 55,3038t + 196,75 \text{ u mužů s indexem determinace } 91,5 \%, \text{ a}$$

$$y' = 1,1288t^2 + 24,8864t + 81,767 \text{ u žen s mírou těsnosti závislosti } 92,8 \%.$$

Bodový a intervalový odhad zhodnocuje s 95% přesností, že vývoj počtu mužů i žen bude nadále růst. U mužů bodový odhad ukazuje v dalším roce 2014 léčení 1 979 osob. Při využití odhadu intervalového se stanovuje počet léčených mužů v roce 2014 mezi 1 725 a 2 234 jedinci. U počtu léčících se žen je využití bodového odhadu přesnější a usuzuje na 811 individuí léčených v roce 2014. Intervalový odhad je v tomto případě 718 až 904 žen.

Graf č. 20 Vývoj počtu mužů a žen léčících se substituční léčbou



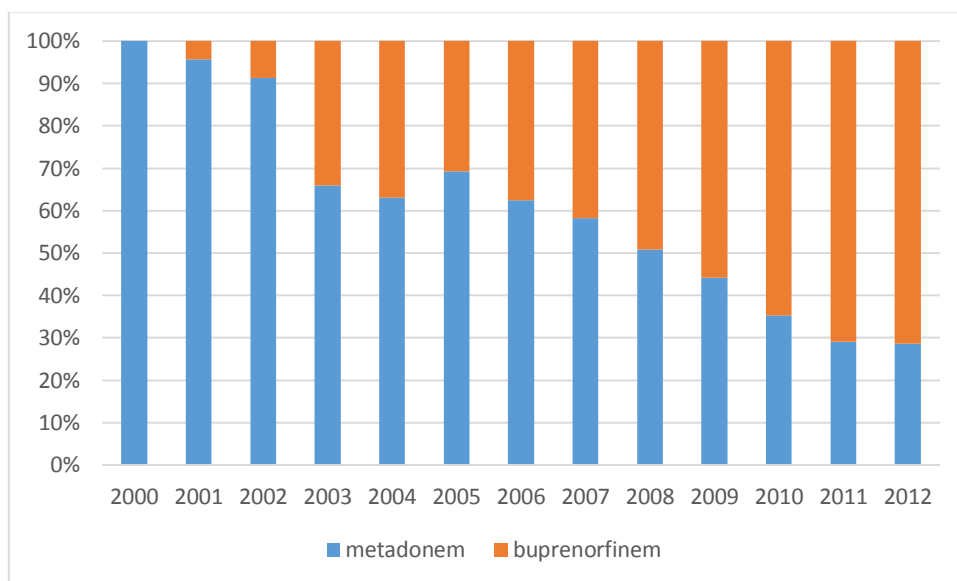
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

V rámci analýzy substituční léčby je možné zhodnotit také vývoj použití jednotlivých náhradních látek při terapii. Jak již bylo zmíněno, k substituční léčbě se nejvíce používá metadon a buprenorfin. Z grafu č. 21 zformulovaného z podkladových údajů v příloze č. 9 je vidět podíl počtu léčených pacientů jednotlivými látkami. Počet pacientů léčených buprenorfinem se mnohonásobně zvýšil. I když v roce 2000 nebyl léčen jediný pacient, v roce 2012 to bylo 1 641 pacientů. Subutex jako substituční látka našel své uplatnění až po



jeho zpřístupnění u praktických lékařů v roce 2001. K největšímu meziročnímu nárůstu došlo v roce 2010, kdy se počet jedinců léčících se buprenorfinem navýšil o 500 osob oproti předcházejícímu roku. Opět lze spatřit souvislost s počtem individuí substituční terapii využívající, jelikož v roce 2010 byl zaznamenán jejich nejpočetnější nárůst. V současnosti se více než 70 % všech jedinců léčících se substituční terapií léčí právě Subutexem. Ne všichni pacienti ovšem mohou být léčeni buprenorfinem. Z tohoto důvodu množství jedinců užívající metadon také roste, i když mnohem pomaleji. V roce 2000 bylo metadonem léčeno 245 individuí, kteří představovali 100 % léčených drogově závislých osob. V roce 2012 byl metadon uplatňován u 657 jedinců, ovšem toto číslo již představuje necelých 30 % všech mužů a žen, kteří substituční terapii podstupují. Největší meziroční nárůst užití metadonu jako substituční látky byl zaznamenán v roce 2001, konkrétně se jednalo o vzrůst o 265 osob.

Graf č. 21 Podíl léčených pacientů metadonem a buprenorfinem v rámci substituční léčby



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Vývoj léčených pacientů metadonem a buprenorfinem v rámci substituční léčby, jak ukazuje graf č. 22 (formulovaný z podkladových dat v příloze č. 9) je velmi zajímavý. V roce 2000 byli všichni pacienti léčeni metadonem, ale v roce 2008 došlo k vyrovnání jednotlivých náhradních látek (metadon využívalo 689 jedinců a buprenorfin 667 osob) a od té doby klesá podíl metadonu na úkor léčení buprenorfinem. Počet pacientů léčených metadonem se dlouhodobě udržuje na hranici okolo 650 pacientů se zaznamenaným mírným poklesem v roce 2012. Počet léčených pacientů buprenorfinem ale závratně stoupá a byly

identifikovány dva zlomové body. První nastal v roce 2003, kdy došlo k navýšení o 220 pacientů a druhý v roce 2010, kdy vzrostl počet o 500 jedinců. První z převratů lze vysvětlit zavedením předepisování buprenorfinu praktickými lékaři v roce 2001. Přelom nenastal ihned, ale s mírným zpožděním, ať už kvůli nedostatečné informovanosti o této možnosti drogově závislé jedince, nebo kvůli nemožnosti aplikovat tuto látku u všech osob, kteří substituční terapii využívali. Nárůst v roce 2010 je spojen s celkovým nárůstem počtu osob vyžadující substituční léčbu ve stejném roce.

Kvadratická trendová funkce popisuje vývoj léčených mužů a žen u metadonu s indexem determinace 75 % a u buprenorfinu s mírou těsnosti závislosti 91,55 %. Tvar funkce je u metadonu:

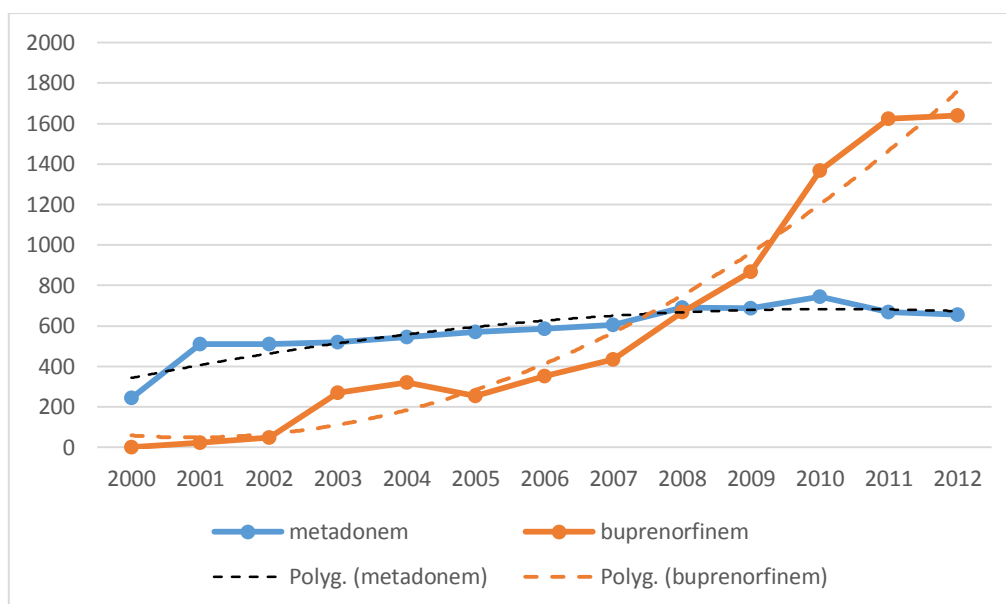
$$y' = -3,4773t^2 + 74,099t + 273,23,$$

u buprenorfinu:

$$y' = 7,4t^2 + 6,092t + 5,283.$$

Bodový odhad pro rok 2013 odhaduje z 95 % stagnaci počtu pacientů léčených metadonem, tedy 657 pacientů. Intervalový odhad udává 535 až 780 jednotlivců. U buprenorfinu se očekává nárůst dle borového odhadu na 2 080 osob, u intervalového odhadu počet mezi 1 810 a 2 351 drogově závislými. Vzhledem k tomu, že ne všichni jedinci mohou být léčeni buprenorfinem, předpokládá se u obou látek se i tak v dalších letech nárůst počtu jedinců, kteří je budou užívat. U buprenorfinu bude ovšem tento vzestup radikálnější. A to i z důvodu vyššího využití kombinované substance buprenorfinu s naloxonem, který brání zneužití narkotika jako čistě návykové látky. Již v roce 2012 bylo tímto lékem léčeno u praktických lékařů 30 % jednotlivců z celkového počtu 1 539 osob (viz níže graf č. 23 Počet pacientů léčících se substituční léčbou u praktického lékaře v závislosti na používané náhradní látce v roce 2012).

Graf č. 22 Vývoj počtu léčených pacientů metadonem a buprenorfinem v rámci substituční léčby

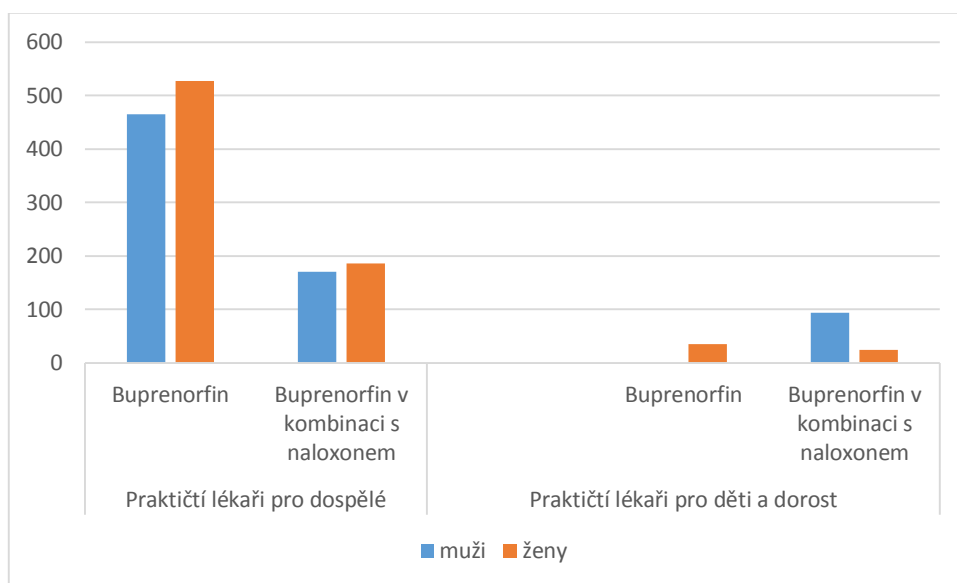


Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

V roce 2001 nastal zlom v aplikaci substitučních látek, jelikož byla dána pravomoc praktickým lékařům předepisovat buprenorfin. Léčící se závislí jedinci už tak nemuseli jezdit do specializovaných zařízení, čímž se substituční terapie stala dostupnější pro všechny. O jedenáct let později, v roce 2012, byl proveden odhad počtu drogově závislých jedinců, kteří se léčí právě u svého praktického lékaře. Jak vidno z grafu č. 23 (sestaven na základě podkladových dat v příloze č. 9) u praktického lékaře se lze léčit buprenorfinem samotným nebo v kombinaci s naloxonem (tzv. Suboxon). Počet jednotlivců léčících se u praktického lékaře pro dospělé značně převyšuje počet jedinců léčících se u lékaře pro děti a dorost. Tento fakt ovšem není překvapením kvůli již zmíněnému vysokému průměrnému věku léčících se osob z opiátové závislosti (kap. 5.2 Vývoj žadatelů o léčbu závislých na opiátech). Zajímavostí ale je, že počet žen léčících se u praktického lékaře pro dospělé, převyšuje počet mužů, a to u obou používaných látek. Konkrétně se u buprenorfinu jedná o 62 více osob, u kombinovaného buprenorfinu s naloxonem o 15 více žen než mužů. Celkově tak bylo u praktických lékařů pro dospělé v roce 2012 léčeno 527 žen Subutexem a 186 žen Suboxonem. Naproti tomu stojí počet léčících se u praktických lékařů pro děti a dorost, kde jsou ženy opět léčeny více, a to o 35 osob. To se ovšem týká pouze léčby buprenorfinem, kde je konkrétně léčeno 35 žen. Překvapivým zjištěním je, že tuto léčbu u zmíněného lékaře

nepodstupoval v roce 2012 žádný muž. Naproti tomu u praktických lékařů pro děti a dorost bylo léčeno buprenorfinem s naloxonem 94 mužů, což je o 70 více než žen. Z výsledku průzkumu lze tedy usoudit, že ženám v léčbě opiátové závislosti substituční léčbou více vyhovuje osobní přístup praktického lékaře, za kterým nemusí zároveň daleko dojíždět. Převaha žen nad muži v léčbě u praktického lékaře také potvrzuje tvrzení, že většina mužů podstupuje substituční terapii ve vězení, a po jeho opuštění v léčbě již nepokračují.

Graf č. 23 Počet pacientů léčících se substituční léčbou u praktického lékaře v závislosti na používané náhradní látce v roce 2012



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

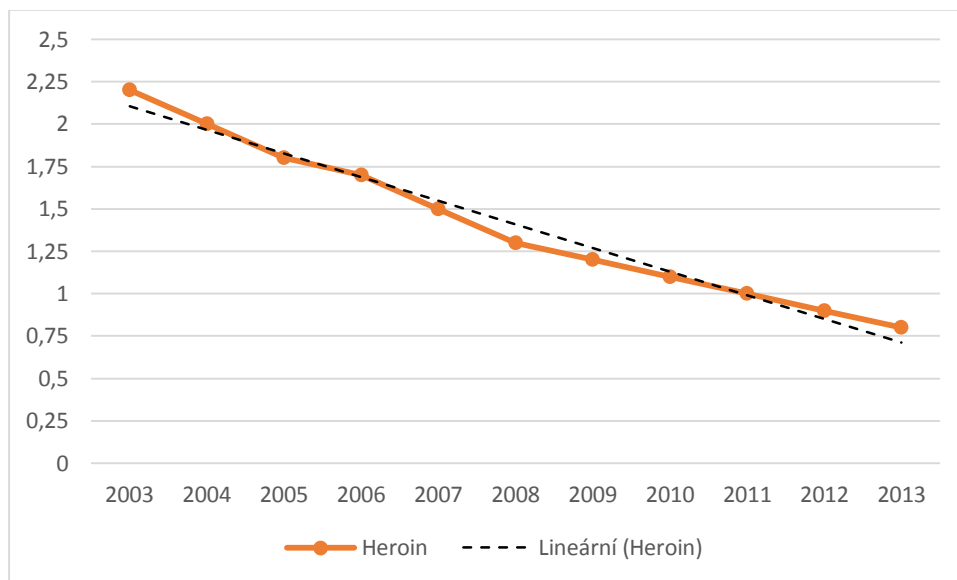
V závislosti na provedené analýze lze zhodnotit, že počet drogově závislých jedinců na opiátech/opioidech by se měl v průběhu let snižovat. Vzhledem k dostupné substituční léčbě, která zaměňuje nebezpečné omamné látky za relativně neškodné náhradní substance, které jsou podávány za lékařského dohledu, by mělo dojít alespoň ke snížení spotřeby jednotlivých drog. Jako příklad je možné uvést heroin, jehož spotřeba v letech má klesající tendenci (viz graf č. 24 sestavený z podkladových údajů uvedených v příloze č. 9). Spotřeba heroinu od roku 2003, kdy byla rovna 2,2 tun, klesla na 0,8 tun v roce 2013, tedy za 10 let. Lze očekávat i další snižování spotřeby heroinu v dalších letech, a to především z důvodu neustále se rozšiřujícím možností léčby opiátové závislosti.

Trendová lineární funkce spotřeby heroinu s indexem determinace 97,9 % má tvar:

$$y' = -0,1391t + 2,2436.$$

Na základě bodového odhadu lze s velmi vysokou pravděpodobností (95 %) určit, že spotřeba heroinu bude v roce 2014 rovna 0,74 tunám. Intervalový odhad hodnotí spotřebu tohoto typu opiátu také s klesající tendencí v rámci 0,67 – 0,81 tun.

Graf č. 24 Vývoj spotřeby heroinu v České republice (údaje udávané v tunách)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

#### 5.4 Výdaje na protidrogovou politiku

Jelikož jsou omamné látky chápány ve společnosti jako škodlivé, má na odstranění jejich zneužívání hlavní zájem také samotný stát. Proto je v rámci každé země definována tzv. Protidrogová politika, která zároveň stanovuje i jednotlivé sumy, které budou vynaloženy proti boji s drogovou závislostí.

Na grafu č. 25 lze sledovat vývoj vynaložených výdajů na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu mezi léty 2004 – 2013. Údaje z roku 2013 ovšem nejsou úplné, jelikož zde ještě nejsou započítány výdaje Národní protidrogové centrály na služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR. Z tohoto důvodu dojde ke zkrácení časové řady na období let 2004 až 2012, aby nedošlo k výkyvům z důvodu neúplnosti dat. Do roku 2009 lze sledovat mírný každoroční růst výdajů na protidrogovou politiku, poté nastává mírné snížení nákladů na boj s drogami a drogovou závislostí. Největší každoroční nárůst výdajů na protidrogovou politiku byl zaznamenán v roce 2005, kdy bylo vyšetřeno 344 722 tis. Kč, což je

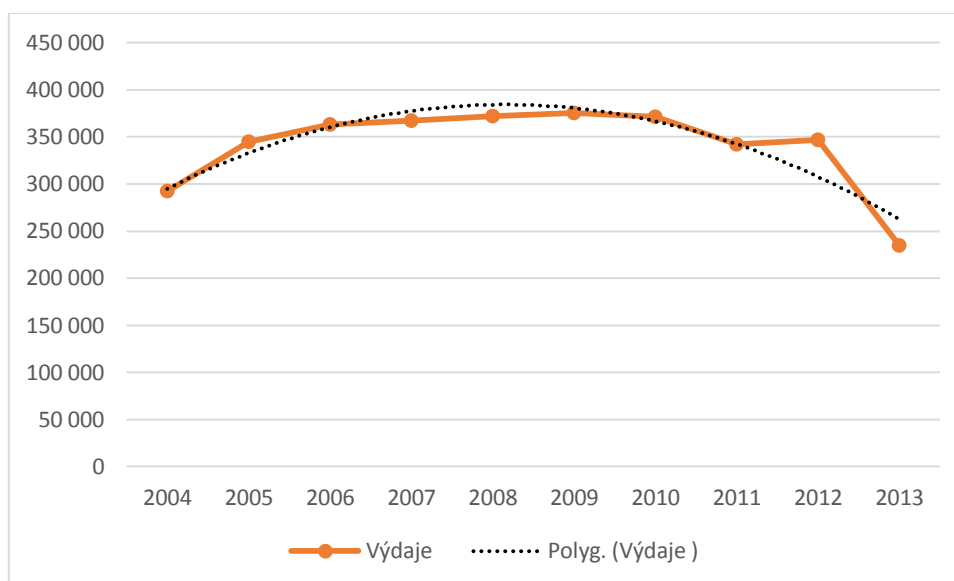
o 52 458 tis. Kč více než v roce 2004. Vzhledem k obecnosti výdajů na boj s drogami, nelze tento nárůst spojovat pouze se souvislostmi opiátové závislosti, ovšem jistý podíl je možný. Ve stejném roce totiž došlo k náhlému snížení počtu drogově závislých jedinců žádajících substituční léčbu na opiátech (o 41 osob) a zároveň bylo v roce 2005 distribuováno druhé největší množství buprenorfinu za léta 1999 – 2013 (2,96 kg). Od roku 2007, i když výdaje na protidrogovou politiku neustále rostou, byl zaznamenán pokles jejich výše. Do roku 2006 se pohybovaly meziroční změny v řádu desítek tisíc korun českých, od roku 2007 se výdaje ale zvyšovaly pouze o několik jednotek tisíc Kč. První snížení nastalo v roce 2010, a to i přes to, že tento rok byl zaznamenán největší nárůst počtu jedinců žádajících substituční léčbu opiátové závislosti (navýšení o 558 individuí), a zároveň došlo k největšímu nárůstu počtu zařízení tuto terapii nabízející (o 16 institucí). V roce 2012 byl zaznamenán opětovný slabý nárůst na 346 819 tis. Kč a výlohy se tak téměř rovnaly těm v roce 2005. Rozdíl mezi počátkem sledovaného období v roce 2004 a jeho koncem v rámci zkrácené časové řady v roce 2012 tak není velký a rovná se 54 555 tisíc korun českých. Za osm let se tak výdaje na protidrogovou politiku nijak závratně nezměnily, a to i přes to, že za tuto dobu došlo k výrazným změnám v oblasti drogového trhu. Vyvíjejí se nové, nebezpečnější nelegální látky, drogoví dealeři jsou schopnější převést i větší množství narkotik kamkoliv po celém světě či v lokálním měřítku v rámci České republiky lze vymezit kriminalitu spojenou s drogovou závislostí, která neutichá.

Na základě podkladových údajů v příloze č. 10 byl vytvořen graf č. 25 doplněný o trendovou kvadratickou funkci ve tvaru:

$$y' = -5173,8t^2 + 53312,3t + 246935 \text{ s indexem determinace rovným } 80,1 \text{ \%}.$$

Vzhledem k chybějícím údajům za rok 2013 lze dopočítat, jaké celkové výdaje se očekávají v tomto roce. S 95% pravděpodobností budou souhrnné náklady v roce 2013 rovny 262 683 tis. Kč. Podle intervalového odhadu bude částka v rozmezí 225 577 tis. Kč a 299 789 tis. Kč. Dle výpočtu lze odhadnout i předpověď pro rok 2014 se stejnou pravděpodobností. Ta se bude pohybovat mezi 151 839 tis. Kč a 262 854 tis. Kč. V budoucích letech se tak očekává snižování, i přes to, že by v rámci zachování dobrých mravů ve společnosti mělo dojít minimálně ke stabilizaci výdajů na protidrogovou politiku.

Graf č. 25 Vývoj výdajů na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu (hodnoty udávané v tis. Kč)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Protidrogová politika ovšem není financovaná pouze ze státního rozpočtu. Její financování probíhá také prostřednictvím Rozpočtů krajů a obcí, tzv. místních rozpočtů. Data, která by vystihovala přesný počet nákladů jednotlivých typů rozpočtů na substituční léčbu, nejsou k dispozici. Je ovšem možné provést analýzu výdajů, které byly vynaloženy na programy typu Harm reduction, z níž je substituční léčba jednou z možností. Získaná data ohledně výdajů na tyto programy jsou zapsána v tabulce č. 5. Z údajů v roce 2013, lze vyčíst, že nejvíce z místních rozpočtů na programy Harm reduction přispívalo z hlediska krajů hlavní město Praha, a to celkovými 11 994 tis. Kč, naopak nejméně to byl Středočeský kraj, který na tyto služby nepřispěl vůbec. To je ovšem vzhledem k vysoké částce, kterou vynaložilo hlavní město, které je v těsné blízkosti Středočeského kraje, zcela pochopitelné. Průměrně v roce 2013 přispíval každý kraj 2 735 tis. Kč. Tento průměr je výrazně navýšen kraji, které participovali mnohonásobně více než ostatní, například již zmíněné hlavní město s 11 994 tis. Kč, nebo Královéhradecký kraj s 6 531 tis. Kč. Naopak je průměr snížen především dvěma kraji, které přispěli výrazně méně než jiní, a to jsou Pardubický a Karlovarský kraj. U Pardubického kraje se jedná o částku 592 tis. Kč a je pochopitelné, že se jedná o nevelkou částku. V Pardubickém kraji totiž do roku 2013 nebyla zřízena jediná instituce, která by poskytovala substituční léčbu opiátové závislosti. Vzhledem k tomu, že je tato terapie součástí programů Harm reduction je jasné, z jakého důvodu tento kraj neměl

vyšší výdaje. V podobné situaci je i druhý z krajů mající nižší výdaje na dané programy, Karlovarský kraj. Ten participoval ještě méně, a to 500 tis. korunami českými, a to i přes to, že se v kraji nachází jedno zařízení poskytující substituční léčbu jedincům. K redukci na jednu takovou organizaci ale došlo v roce 2012, a tak je možné, že důvodem byly právě ony výdaje. Celkově bylo v roce 2013 z rozpočtů všech krajů v České republice vynaloženo na danou léčbu 38 291 tis. Kč.

Z rozpočtů obcí vynaložily největší částky na programy Harm reduction obce Moravskoslezského kraje, a to 8 011 tis. Kč. V tomto kraji je těžko zjiřitelná drogová situace u sociálně vyloučených skupin, a proto se jednotlivé obce snaží rozvinout programy typu Harm reduction v rámci samotných vesnic. Naopak nejméně z rozpočtu obcí přispěly ty v Královéhradeckém kraji, kdy ve sledovaném roce 2013 to bylo 398 tis. Kč. V Královéhradeckém kraji je mnoho aktivit z programu Harm reduction financováno přímo z rozpočtu kraje (v roce 2013 vydal kraj 6 531 tis. Kč), tudíž v rámci jednotlivých obcí již není potřeba výrazných příspěvků. Jednotlivé obce v krajích České republiky přispěly ze svého rozpočtu na programy Harm reduction v roce 2013 částkou 28 763 tis. Kč, průměrně tedy každá obec pomohla 2 055 tisíci Kč.

Pokud by došlo k celkovému součtu, největší množství vynaložených prostředků plynulo z hlavního města Prahy, a to ve výši 13 359 tis. Kč. Nepřekvapivé je pak zjištění, že naopak nejmenší částky byly z krajů a obcí ve Středočeském kraji (1 127 tis. Kč), jelikož je léčba v tomto ohledu směřována více právě do Prahy. Hlavní město je největším městem v České republice, a tudíž je zde i nejvíce problémových uživatelů opiátů a nejvíce zařízení poskytujících substituční léčbu. Fakt, že Praha nejvíce přispívala na programy typu Harm reduction, je tak zcela oprávněný. Druhé nejvyšší výdaje na měl Moravskoslezský kraj (s 9 461 tis. Kč), z již výše zmíněných důvodů. Celkově se na místních rozpočtech nejvíce podílel Královéhradecký kraj, a to celkovými 94,26 %. Obce v tomto kraji naopak participovali pouhými 5,74 %, což bylo z obcí v jednotlivých krajích v České republice nejméně. Vzhledem k tomu, že Středočeský kraj nemá žádné výdaje na Harm reduction programy, připadá největší podíl na místních rozpočtech obcím právě v tomto kraji. Pokud by ale Středočeský kraj nebyl brán v potaz z důvodu nulových výdajů, na pomyslném prvním místě by pak skončili obce Moravskoslezského kraje, které by participovali 84,67 %. Na samotný kraj by pak připadlo 15,33 % z celkových místních rozpočtů. V roce 2013 bylo



souhrnně vynaloženo z místních rozpočtů, které představují rozpočty krajů a obcí, na programy typu Harm reduction 67 054 tis. Kč.

Tabulka č. 5 Výdaje na programy typu Harm reduction z místních rozpočtů v roce 2013 (hodnoty udávané v tis. Kč)

Kraje ČR	Celkem	Kraje	Obce	Kraje/Celkem (v %)	Obce/Celkem (v %)
Praha	13 359	11 994	1 365	89,78	10,22
Středočeský	1 127	0	1 127	0,00	100,00
Jihočeský	4 961	3 780	1 181	76,19	23,81
Plzeňský	3 472	1 221	2 251	35,17	64,83
Karlovarský	1 179	500	679	42,41	57,59
Ústecký	6 601	2 170	4 431	32,87	67,13
Liberecký	2 870	1 071	1 799	37,32	62,68
Královéhradecký	6 929	6 531	398	94,26	5,74
Pardubický	1 505	592	913	39,34	60,66
Vysočina	2 418	1 639	779	67,78	32,22
Jihomoravský	6 703	3 662	3 041	54,63	45,37
Olomoucký	3 236	1 850	1 386	57,17	42,83
Zlínský	3 233	1 831	1 402	56,63	43,37
Moravskoslezský	9 461	1 450	8 011	15,33	84,67
ČR celkem	67 054	38 291	28 763		

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

## 5.5 Návrhy a doporučení

Z analytické části diplomové práce vychází, že v posledních letech sice ubývá množství problémových jedinců, kteří jsou závislí na heroinu, ovšem neustále roste počet osob závislých na buprenorfinu. Souběžně s tím pak roste i počet závislých na této substanci, kteří žádají léčbu svého návyku (za posledních 10 let došlo k nárůstu o 486 osob). Negativem této závislosti je, že právě Subutex je jednou z látek využívanou při substituční terapii drogové závislosti. Tato látka se v poslední době začala využívat především z důvodu její snazší a levnější distribuce, jelikož je vyráběna přímo na území České republiky. Z tohoto důvodu by se dalo odhadovat, že také došlo ke snížení množství výdajů ze státních a jiných rozpočtů na protidrogovou politiku typu Harm reduction, kam substituční léčba spadá. Proto by bylo vhodné zaměřit se přímo na distribuci jiných látek používaných při substituční

terapii, například na metadon. Ten se na území České republiky sice nevyrobí, ale počet jedinců, kteří jsou na něm závislí je nižší. Situace by se tak vrátila do období před deseti lety, kdy nejvíce jedinců využívalo při léčbě právě tuto látku. Záporom metadonové léčby je ovšem nutnost existence specializovaných institucí tuto léčbu nabízejících, jelikož je nutné přesné dávkování metadonu a kontrola jeho užití. V současnosti je ale na trhu dostupná také další látka zvaná Suboxon, která představuje kombinaci buprenorfinu s naloxonem, který redukuje nebezpečí zneužití. Druhou možností snížení počtu jedinců, kteří se stali závislí na buprenorfinu, je tak využívat Suboxon ve větší míře na úkor Subutexu. Tím by se vyřešil jak problém s počtem osob závislých na heroínu, a zároveň by se zamezilo vzniku novým závislostem na substituční látce. Vzhledem k distribuci buprenorfinu na území České republiky by výměna Subutexu za Suboxon nebyla ani takovou finanční zátěží na státní rozpočet. A to i z důvodu, jelikož Suboxon lze podávat v ordinaci praktického lékaře obdobně jako samotný buprenorfin. Není tak potřeba specializovaných zařízení. Z pohledu výhod pro danou společnost pak vyplývá, že by v České republice bylo méně závislých jedinců, čímž by došlo také k redukcí počtu hospitalizací spojených především s akutní intoxikací, případně by situace vedla až k redukcí množství fatálních intoxikací u opiátové závislosti, které představuje přibližně 45 % všech úmrtí z předávkování.

V souvislosti se zavedením širšího užívání kombinovaného buprenorfinu s naloxonem by bylo vhodné zvýšit informovanost drogově závislých jedinců o této dostupné látce. Dle průzkumu již bylo v roce 2012 Suboxonem u praktických lékařů léčeno 475 jedinců. To je ovšem stále o polovinu méně než kolik osob bylo léčeno Subutexem, který byl aplikován u 1 027 individuů. Informační letáky, které by poukazovaly na lepší substanci, která nevyvolává závislost, a tudíž snižuje riziko zneužití, by měly být dostupné nejen v ordinacích praktických lékařů, ale také v kontaktních centrech. Dostupnost substituční léčby u praktických lékařů se ukázala jako velmi přínosná. Přístup lékařů je více osobní, ale zároveň se tím snížila nutnost dalekého dojíždění závislých individuů pro danou substanci. Osobnější přístup je z hlediska analýz přínosnější právě pro ženy, které substituční léčbu u praktických lékařů využívají více než muži (u praktických lékařů pro dospělé bylo v roce 2012 léčeno 729 žen a 621 mužů). A dojezdová vzdálenost, jelikož se například v roce 2013 nacházelo na celém území České republiky pouze 59 zařízení poskytujících substituční terapii je jistě pro závislé pacienty velmi odpuzující. Substituční léčba je pro narkomany obtížná a závisí pouze na síle jejich vůle, a tak by jim stát mohl toto rozhodování usnadnit

především snazší dostupností. Z tohoto důvodu by měla být dostupná léčba u praktických lékařů nadále podporována a rozšiřována.

Posledním důležitým zlepšením, které by v oblasti drogové závislosti na opiátech/opioidech dle autora diplomové práce mělo nastat je vylepšení povědomí jedinců o nebezpečnosti látky. I přes čísla, která ukazují počty smrtelných předávkování jedinců závislých na heroinu (v letech 1994 až 2013 zemřelo na předávkování opiáty/opioidy 197 osob), a i přes četné propagace primární prevence drogové závislosti již na základních školách, si stále určité procento myslí, že heroin není vůbec rizikový. V roce 2013 to ukázal průzkum veřejného mínění ohledně subjektivně vnímaných zdravotních rizik souvisejících s užíváním drog, kde 1 % dotázaných, které odpovídalo přibližně 10 jedincům, zastávalo názor, že heroin není nebezpečný. Alarmující je i zjištění, že 8 % osob účastnících se průzkumu uvedlo, že heroin je nebezpečný pouze při pravidelném užívání. Stejně procento dotázaných, tedy 84 jedinců, odpovědělo, že je tato látka nebezpečná i při občasném užívání. Je důležité, aby si společnost uvědomila, že opiáty/opioidy jsou jedny z nejnebezpečnějších látek, a proto by bylo vhodné specializovat některé přednášky či publikace zaměřené na primární prevenci drogové závislosti, přímo na problematiku těchto drog. Různé besedy či výtisky by mohly být obohaceny o zkušenosti jedinců závislých na těchto drogách, ukazující, jak ohrožující je již jejich první požití. Pokud by se tak stalo, bylo by možné snížit i celoživotní prevalenci užití heroinu a jiných opiátů mezi šestnáctiletými v nejvíce zasažených krajích České republiky. Těmi jsou kraje Jihomoravský, kde je prevalence rovna 2,2 %, Jihočeský s 1,9% prevalencí, či Olomoucký kraj a hlavní město Praha s 1,8% prevalencí. V ideálním případě by nastalo snížení prevalence pod 1 %, ovšem pokud by situace přinesla zlepšení, že by například v Jihomoravském kraji byla v dalších letech prevalence jen 1,5 %, i to je dobrý začátek k boji proti drogové závislosti.

## 6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou drogové závislosti na opiátech/opioidech, její léčbou substituční terapií a výdaji na protidrogovou politiku. Bylo zjištěno, že problémových uživatelů heroinu od roku 2011 ubývá, zatímco počet jedinců zneužívající buprenorfin roste. Za sledované období let 2006 – 2013 došlo ke snížení počtu uživatelů heroinu o 2 250 osob, zatímco nastalo navýšení problémových uživatelů buprenorfinu o 2 800 jedinců. To lze vysvětlit dvěma způsoby. V posledních letech nastává krize na drogovém trhu s heroinem, jelikož kvůli otevření hranic v rámci Schengenského prostoru již není natolik složité drogy do České republiky dopravit. Navíc je zde i několik různých dopravních cest z rozdílných světových stran. Z toho důvodu se distributoři snaží ušetřit a látku ředí, takže již není natolik čistá, což narkomanům nevyhovuje. Druhým důvodem je rozšíření dostupnosti substituční léčby heroinistům, kteří tak mohou za lékařského dohledu užívat bezpečnější drogu. Negativním efektem ovšem zůstává růst počtu jedinců závislých na buprenorfinu, který je jednou ze substitučních substancí. Současně tak dochází k navýšení počtu uživatelů Subutexu, kteří by uvítali léčbu své drogové závislosti. Za posledních deset let došlo k nárůstu žadatelů závislých na buprenorfinu o 486 osob.

Buprenorfin, který může být čistý nebo kombinovaný s naloxonem, a metadon jsou hlavní látky užívající se k substituční léčbě opiátové závislosti. Metadon se převážně do České republiky dováží, zatímco buprenorfin je distribuován přímo na území ČR. Vývoj dovozu a distribuce jednotlivých substitučních látek je pozoruhodný především z pohledu buprenorfinu. Jeho distribuce byla na počátku sledovaného období v roce 2000 velmi nízká, nižší než 100g. Postupem času ale došlo k navýšení distribuce až na 4,1 kg v roce 2012. S tím souvisí také počátek vývoje jeho používání jako substituční látky. V roce 2000 nebyl léčený jediný pacient buprenorfinem, v roce 2012 to bylo 1 641 jedinců, což je ve stejném roce o téměř 2,5x více osob, než kteří byli léčeni metadonem. Ten se naproti tomu na území České republiky nevyrábí. Dováží se ze zahraničí a tento import má velmi kolísavou tendenci. V roce 2005 spadl dovoz této látky o 5,5 kg, ale hned následující rok opět vzrostl o 6,5 kg. Největší množství dovezeného metadonu bylo v roce 2011, a to 24,3 kg. To souvisí i s navýšením počtu jedinců léčených Subutexem, jelikož jejich počet v roce 2010 vzrostl o 500 osob na celkových 1 369 individuí. Pokud by došlo k porovnání jednotlivých látek, tak v roce 2013 bylo do České republiky dovezeno přibližně 5x více metadonu, než bylo

vyrobena buprenorfinu. Do budoucna se dá očekávat navýšení množství distribuovaného buprenorfinu a mírný vzrůst či stagnace množství u dováženého metadonu. Využití této substituční látky při léčbě drogové závislosti na opiátech/opioidech se totiž v minulých letech stabilizovalo na hodnotě okolo 650 jedinců. To je výrazná změna, jelikož v roce 2000 byli všichni pacienti léčeni právě touto látkou, ale v roce 2008 došlo k částečnému vyrovnání počtu osob léčených buprenorfinem (667 individuí) a metadonem (689 jedinců), a od té doby klesá počet narkomanů léčených metadonem na úkor buprenorfinu. I v roce 2014 se počítá s navýšením počtu osob léčených buprenorfinem na 2080, u pacientů využívajících metadon se odhaduje počet na 657 narkomanů.

S vývojem využívání substitučních látek při léčbě drogové závislosti úzce souvisí také počet jedinců, kteří jsou na opiátech/opioidech závislí a tuto terapii využívají. V roce 2000 bylo v České republice léčeno substituční léčbou 245 jedinců v 7 zařízeních, na konci sledovaného období se počet mužů a žen více než zdevítinásobil, a to na 2 311 osob. U zařízeních poskytujících tyto služby došlo ke zosminásobení až na 59, i přes to, že v prvních pěti letech sledovaného období se množství zvýšilo o pouhou jednu instituci. Největší meziroční nárůst počtu pacientů nastal v roce 2010, kdy bylo léčeno o 558 osob (z toho 411 mužů a 147 žen) více než rok předcházející. S tím je také spojen nárůst počtu zařízení poskytujících substituční léčbu v roce 2010, jelikož tento rok se již na území České republiky nacházelo 37 zařízení poskytujících tuto terapii, což je o 16 více než rok předtím. Lze předpokládat, že počty léčících se jedinců neustále porostou, i když mírnějším tempem než dosud, a to společně s počty zařízení, které tuto službu nabízejí. Zajímavým rozdílem v léčení osob substituční léčbou je jejich genderová nevyrovnanost. Ačkoli se substituční léčba poskytuje jedincům bez výhrad či upřednostňování jednoho či druhého pohlaví, počty léčících se mužů výrazně převyšují počty léčených žen substituční terapií. V roce 2000 se rozdíl rovnal 101 jedincům, ovšem v roce 2008 došlo k navýšení na 542 osob, a na konci sledovaného období v roce 2013 až na 945 individuí. Dle propočtů tak vychází, že substituční léčba je ze 70 % poskytována mužům. Z dlouhodobého hlediska lze tento vývoj a narůstající rozdíl předpokládat i do budoucna. Tento markantní rozdíl mezi léčenými lze přisoudit faktu, že ženy více tíhnou k jiným než opiátovým/opioidovým závislostem, ale také že jsou ženy v dané léčbě stabilnější než muži. Ti totiž s terapií začínají často nedobrovolně ve vězení, po jehož opuštění léčby zanechají.

Od roku 2001 je možné podstoupit substituční terapii buprenorfinem u praktických lékařů. Zde je nutné pak rozlišit praktického lékaře pro dospělé a pro děti a dorost a zároveň využívanou látku, která je buď samostatný buprenorfin, nebo buprenorfin v kombinaci s naloxonem. Pozoruhodným zjištěním byl fakt, že počet žen léčících se u svého praktického lékaře pro dospělé převyšuje počet mužů, a to u obou využívaných látek. U buprenorfinu se jedná o 62 více žen než mužů, u kombinovaného buprenorfinu s naloxonem o 15 více žen než mužů. Překvapivým zůstává i fakt, že při průzkumu v roce 2012 bylo zjištěno, že i u praktických lékařů pro děti a dorost převažuje léčba dívek nad chlapci, a to konkrétně o 35 jedinců. To se ovšem týká pouze samotného buprenorfinu, jelikož ve sledovaném roce nepodstoupil žádný chlapec tuto léčbu. Naproti tomu všichni chlapci podstoupili terapii kombinovanou, buprenorfin s naloxonem, a tak se není čemu divit, že zde bylo zaregistrováno 94 mužů, kteří o 70 jedinců převyšovali ženy. Léčba u praktických lékařů je považována za osobnější a dostupnější, takže převaha žen nad muži je zcela očekávaná.

Diplomová práce byla zaměřena také na výdaje státu na protidrogovou politiku, jelikož je to nedílnou součástí úspěšného boje proti drogám. Na protidrogovou politiku stát přispívá nejen ze státního rozpočtu, ale také z rozpočtu jednotlivých krajů či obcí. Bylo vysledováno, že ze státního rozpočtu bylo na protidrogovou politiku vyměřeno téměř 350 000 tis. Kč v roce 2012, což je o 54 555 tis. Kč více, než kolik tomu bylo na počátku sledovaného období v roce 2004. Od roku 2009 jsou výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku na ústupu, ale vzhledem ke komplexnosti využití těchto výdajů nelze odhadnout, z jakého důvodu. I když jako jeden z nich může být identifikován fakt, že v tomto roce se začal v substituční léčbě drogové závislosti více využívat buprenorfin, který se distribuuje přímo v České republice a není tak třeba větších nákladů na dovoz metadonu. Substituční léčba jako taková spadá svým zaměřením pod tzv. terciální prevenci, konkrétně pod program Harm reduction. Vzhledem k tomu, že nejsou dostupné údaje v souvislosti přímo se substituční terapií, zaměřil se autor na výdaje na Harm reduction programy, pod které tato služba spadá. Z krajských rozpočtů nejvíce na tyto programy přispívá hlavní město Praha, a to v roce 2013 konkrétně 11 994 tis. Kč, kvůli tamní největší koncentraci problémových uživatelů opiátů (7 600 osob). Nejméně, resp. vůbec, přispěl ve stejném roce Středočeský kraj, což ale není překvapivé, vzhledem k blízkosti Prahy, kde uživatelé opiátů/opioidů mohli programů Harm reduction využívat. I tak se ale v roce 2013 nacházelo ve Středočeském kraji 7 zařízení poskytující substituční léčbu. V Moravskoslezském kraji

měli nejvíce výdajů z obecních rozpočtů, i když se v kraji v roce 2013 nacházely pouze 4 zařízení, které poskytují substituční léčbu. Lze tedy usuzovat, že většina financí plynoucích z těchto místních rozpočtů byla poskytnuta na např. terénní programy v rámci Harm reduction programů. Při součtu vynaložených nákladů z krajských a obecních rozpočtů, vydávala v roce 2013 nejvíce opět Praha, a to s celkovými 13 359 tis. Kč, a nejméně Středočeský kraj s 1 127 tis. Kč, což se vzhledem k blízkosti hlavního města považuje za dostatečné.

V závěru diplomové práce byly nastíněny návrhy a doporučení autora práce, které by měli nastat v souvislosti se zlepšením situace v oblasti drog a drogové závislosti. Zlepšení spočívala především v opětovném plošném využívání metadonu více než buprenorfinu, či ve využití kombinovaného buprenorfinu s naloxonem, který potlačuje riziko zneužití. V souvislosti s vyšším využitím Suboxonu by také souviselo zachování či dokonce rozšiřování substituční léčby při drogové závislosti u praktického lékaře, jelikož je terapie považována za osobnější a dostupnější všem narkomanům. V poslední době by se i primární prevence drogové závislosti měla zaměřit přímo na závislost na opiátech/opioidech, čímž by nastala redukce prevalence užití heroinu u šestnáctiletých v nejvíce zasažených krajích, ale také by se ještě více rozšířilo povědomí o nebezpečnosti této látky již při prvním užití.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ARTERBURN, Stephen, BURNS, Jim. *Drogy klepou na dveře*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Nová naděje, 2001. 211 s. ISBN 80-86077-03-9.
- CONRAD, Chris. *Konopí pro zdraví*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Pragma, 2001. 210 s. ISBN 80-7205-834-7.
- CSETE, Joanne. *Hledání rovnováhy*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Úřad vlády České republiky, 2012. 56 s. ISBN 978-80-7440-066-7.
- DAVENPORT-HINES, Richard. *Honba za zapomněním*. 1. vyd. Praha: nakladatelství BB art, 2004. 503 s. ISBN 80-7341-202-0.
- EHRMANN, Jiří, HŮLEK, Petr a kol. *Hepatologie*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3118-6. str. 321-322.
- ESCOHOTADO, Antonio. *Stručné dějiny drog*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Volvox Globator, 2003. 173 s. ISBN 80-7207-512-8.
- FISHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Grada Publishing, 2009. 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GANERI, Anita. *Drogy*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Amulet, 2001. 149 s. ISBN 80-86299-70-8.
- GÖHLERT, Fr.-Christoph, KÜHN, Frank. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: nakladatelství IKAR, 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9.
- HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Grada Publishing, 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9.



HOŠKOVÁ, Pavla, JINDROVÁ, Andrea, PROCHÁZKOVÁ, Radka. *Statistika v manažerské a obchodní praxi*. Praha: PEF ČZU, 2014. 233 s. ISBN xxx.

ILLES, Tom. *Děti a drogy*. 2. upravené vyd. Praha: nakladatelství ISV, 2002. 55 s. ISBN 80-85866-50-1.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Grada Publishing, 2008. 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, Michal. *LSD a jiné halucinogeny*. 1. vyd. Boskovice: nakladatelství Albert, 1996. 108 s. ISBN 80-85834-35-9.

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a Vaše děti*. 3. rozšířené vyd. Praha: nakladatelství Sportpropag, 1993. 160 s. ISBN ???.

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, Karel, DVOŘÁK, Václav. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Armex ve spolupráci s TRIVIS, 1998. 98 s. ISBN 80-902283-9-9.

NEVŠÍMAL, Petr, DE LEON, George, KOOYMAN, Martien. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Lidové noviny, 2004. 239 s. ISBN 80-7106-876-4.

NOVÁK, Tomáš. *Jak bojovat se stresem*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0695-4. str. 54-61.

- NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Koniasch Latin Press, 1997. 347 s. ISBN 80-85917-36-X.
- PRESL, Jiří. *Drogová závislost*. 2. rozšířené vyd. Praha: nakladatelství MAXDORF, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
- PRESTON, Andrew. *Drogy na předpis II*. 1. vyd. Olomouc: nakladatelství Votobia, 1999. 166 s. ISBN 80-7198-383-7.
- SHAPIRO, Harry. *Drogy*. 1. čes. vyd. Praha: nakladatelství Svojtka, 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0.
- SVATOŠOVÁ, Libuše, KÁBA, Bohumil, PRÁŠILOVÁ, Marie. *Zdroje a zpracování sociálních a ekonomických dat*. Praha: ČZU, 2006. 196 s. ISBN 80-213-1189-4.
- ŠEVELA, Kamil, ŠEVČÍK, Pavel a kol. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2. doplněné a aktualizované vyd. Praha: nakladatelství Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9.
- ŠTEFAN, Jiří, MACH, Jan. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Grada Publishing, 2005. 247 s. ISBN 80-247-0931-7.
- TYLER, Adrew. *Drogy v ulicích*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Železný, 2000. 426 s. ISBN 80-237-3606-X.
- URBAN, Eduard. *Toxikománie*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Avicenum, 1973. 200 s. ISBN xxx.
- VOTAVOVÁ, Milada a kol. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1734-0. str. 377 – 391.

*Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013.* Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2014. 193 s. ISBN 978-80-7440-109-1.

*Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012.* Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. 145 s. ISBN 978-80-7440-077-3.

ZÁBRANSKÝ, Tomáš a kol. *Racionální protidrogová politika.* 1. vyd. Olomouc: nakladatelství Votobia, 1997. 119 s. ISBN 80-7198-250-4.

#### Internetové zdroje

ABZ.cz: Slovník cizích slov. *Absces* [online]. [cit. 2013-07-16]. Dostupné z [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=absces](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=absces).

ABZ.cz: Slovník cizích slov. *Embolie* [online]. [cit. 2013-07-16]. Dostupné z [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=Emb%F3lie](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=Emb%F3lie)

ABZ.cz: Slovník cizích slov. *Hippies* [online]. [cit. 2013-03-27]. Dostupné z [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=hippies](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=hippies).

*Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013-03-27. 41 s. (PDF). [cit. 2014-09-09]. Dostupné z [http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/media/akcni\\_plan\\_2013\\_2015.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/media/akcni_plan_2013_2015.pdf).

DROGY-INFO.cz. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012-02-20. 2 s. [cit. 2015-01-25]. Dostupné z [http://www.drogy-info.cz/index.php/drogova\\_situace/press\\_centrum/espád\\_2011\\_vysledky\\_za\\_cr\\_tiskova\\_zprava](http://www.drogy-info.cz/index.php/drogova_situace/press_centrum/espád_2011_vysledky_za_cr_tiskova_zprava).

DROGY-INFO.cz. *Problematika hazardu bude součástí národní protidrogové strategie* [online]. Praha: Vláda České republiky, 2014-09-15. (PDF). [cit. 2014-09-19]. Dostupné z [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press\\_centrum/problematika\\_hazardu\\_bude\\_soucasti\\_narodni\\_proti\\_drogove\\_strategie](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/problematika_hazardu_bude_soucasti_narodni_proti_drogove_strategie).

DROP IN. *Historie Drop In*, o.p.s. [online]. Praha: Drop In. [cit. 2014-09-21]. Dostupné z <http://www.dropin.cz/index.php/historie-drop-in>.

DUNDR, Milan. *Původ a rozšíření drog* [online]. Vesmír, 1995 č. 4. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z <http://www.vesmir.cz/clanek/puvod-a-rozsireni-drog>.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. *Methods and Definitions – Problematic drug use population* [online]. EMCDDA, 2012-03-20. [cit. 2015-02-14]. Dostupné z <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/PDU/methods>.

LIDOVKY.cz. *Pervitin* [online]. [cit. 2015-03-18]. Dostupné z [http://i.lidovky.cz/10/122/lnc460/MTR37d806\\_shutterstock\\_53732905.jpg](http://i.lidovky.cz/10/122/lnc460/MTR37d806_shutterstock_53732905.jpg).

MINAŘÍK, Jakub. *Subutex® (Buprenorfin)*. [online]. Praha: Sananim. [cit. 2015-02-14]. Dostupné z <http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-%28buprenorfin%29.html>.

*Míra registrované nezaměstnanosti k 31. 12. 2015*. [online]. Praha: Český statistický úřad, 2014-09-15. [cit. 2015-03-09]. Dostupné z [http://www.czso.cz/xk/redakce.nsf/i/nezamestnanost\\_v\\_karlovarskem\\_kraji\\_podle\\_mpsv\\_k\\_31\\_12\\_2011](http://www.czso.cz/xk/redakce.nsf/i/nezamestnanost_v_karlovarskem_kraji_podle_mpsv_k_31_12_2011).

NAHUBY.sk. *Durman obyčejný* [online]. [cit. 2015-03-18]. Dostupné z [http://www.nahuby.sk/images/fotosutaz/2013/01/11/emilia\\_smikova\\_369318.jpg](http://www.nahuby.sk/images/fotosutaz/2013/01/11/emilia_smikova_369318.jpg).

OSEL.cz. *Extáze* [online]. [cit. 2015-03-18]. Dostupné z [http://www.osel.cz/popisky/121/\\_s\\_1212618130.jpg](http://www.osel.cz/popisky/121/_s_1212618130.jpg).

*Rozhodnutí vlády ČR: Hazardní hraní bude součástí protidrogové strategie* [online]. Praha: Vláda České republiky, 2014-09-15. [cit. 2014-10-09]. Dostupné z <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/rozhodnuti-vlady-cr-hazardni-hrani-bude-soucasti-protidrogove-strategie-122552/>.

SANANIM z. ú. *Kdo jsme* [online]. Praha: Sananim. [cit. 2014-09-21]. Dostupné z <http://www.sananim.cz/o-nas/kdo-jsme.html>.

SLOVNÍK CIZÍCH SLOV.cz. *Deprivační syndrom* [online]. [cit. 2013-03-27]. Dostupné z [http://www.slovník-cizich-slov.cz/deprivacni\\_syndrom.html](http://www.slovník-cizich-slov.cz/deprivacni_syndrom.html).

*Substituční léčba* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2015-01-27]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/cr-kraje/dynamicke-prezentace/substitutni-lecba>.

TESAŘ, Filip. *Jdou, jdou tou balkánskou cestou* [online]. Mezinárodní politika, 2010 č. 1. [cit. 2014-09-21]. Dostupné z <http://www.iir.cz/list/mezinarodni-politika-1-2010>.

THECANYONMALIBU.com. *Heroin* [online]. [cit. 2015-03-18]. Dostupné z <http://thecanyonmalibu.com/wp-content/uploads/heroin-addiction-recovery.jpg>.

WIKIPEDIA.org. *Hašiš* [online]. [cit. 2015-03-18]. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ha%C5%A1i%C5%A1#/media/File:Hashish.jpg>.

WIKIPEDIA.org. *LSD* [online]. [cit. 2015-03-18]. Dostupné z [http://img2.wikia.nocookie.net/\\_cb20091111213629/recreationaldrugs/images/d/d3/LSD\\_blotter\\_tabs.jpg](http://img2.wikia.nocookie.net/_cb20091111213629/recreationaldrugs/images/d/d3/LSD_blotter_tabs.jpg).

WIKIPEDIA.org. *Unrolled joint* [online]. [cit. 2015-03-18]. Dostupné z [http://en.wikipedia.org/wiki/Joint\\_%28cannabis%29#/media/File:Unrolled\\_joint.jpg](http://en.wikipedia.org/wiki/Joint_%28cannabis%29#/media/File:Unrolled_joint.jpg).

## **8 PŘÍLOHY**

**Příloha č. 1:** Klinické znaky tělesných abstinenčních příznaků

**Příloha č. 2:** Vývoj závislosti na alkoholu

**Příloha č. 3:** Drogy

**Příloha č. 4:** Množství „větší než malé“ při uchovávání drog

**Příloha č. 5:** Koncept Národní strategie protidrogové politiky České republiky 2010 – 2018

**Příloha č. 6:** Trasy pašování drog

**Příloha č. 7:** Podkladové údaje k analýze problémového chování uživatelů opiátů/opioidů a zdravotních rizik spojených s užíváním těchto drog

**Příloha č. 8:** Podkladové údaje k analýze vývoje žadatelů o léčbu závislých na opiátech

**Příloha č. 9:** Podkladové údaje k vývoji substituční léčby drogové závislosti

**Příloha č. 10:** Podkladové údaje k analýze výdajů na protidrogovou politiku

Příloha č. 1 Klinické znaky tělesných abstinenčních příznaků

	<b>STUPEŇ 1</b>	<b>STUPEŇ 2</b>	<b>STUPEŇ 3</b>	<b>STUPEŇ 4</b>
<b>STUPNĚ ZNAKŮ AKTIVACE</b>	Pocení Podrážděnost Třes Rozšíření zornic Zesílené reflexy Nevolnost až zvracení či průjmy	Dezorientace Vysoká teplota a krevní tlak Bušení srdce	Psychotické příznaky Dočasná ztráta vědomí Poruchy srdečního rytmu	Silné křeče až záchvaty Bezvědomí až kóma Ohrožení života jedince
<b>TLUMIVÉ ZNAKY</b>	Zákal vědomí Omámenost Ospalost	Zákal vědomí Komatózní stav Pokles krevního tlaku	Kóma s poruchami dýchání	Poškození mozku Ztráta reflexů Bolesti Snížení dechové frekvence, krevního tlaku a tepu Ohrožení života

Zdroj: Vlastní zpracování na základě informací z uvedené literatury (Göhlert, 2001)

Příloha č. 2 Vývoj závislosti na alkoholu

<b>STADIA ZÁVISLOSTI</b>	<b>PŘÍZNAKY</b>
<b>POČÁTEČNÍ STADIUM</b>	Příležitostné pití z důvodu zlepšení nálady Nevýrazná opilost Vývoj tolerance na alkohol
<b>PRODROMÁLNÍ (varovné) STADIUM</b>	Zvýšená tolerance k alkoholu Skryté užívání alkoholu a výraznější opilost Není nutno vyhledávat pouze jeden druh alkoholu Stydlivost kvůli vznikajícímu alkoholismu
<b>KRUCIÁLNÍ (rozhodné) STADIUM</b>	Vysoké dávky alkoholu s nepřehlédnutelnou opilostí Ztráta kontroly nad pitím a výpadky paměti Neúspěšná racionální touha s užíváním přestat Tzv. ranní doušky (pití po ránu)
<b>TERMINÁLNÍ (konečné) STADIUM</b>	Rychlejší a častější opíjení při nevhodných příležitostech Nepříjemné stavy při abstinenci Deprivace osobnosti a poškození tělesných orgánů Snížení tolerance k alkoholu

Zdroj: Vlastní zpracování na základě informací z uvedené literatury (Ehrmann, 2010; Novák 2004)

Příloha č. 3 Drogy

**LEGÁLNÍ DROGY**

Do skupiny legálních drog patří alkohol, cigarety, léky na předpis a těkavé látky.

	ÚČINKY DROG	RIZIKA UŽÍVÁNÍ	PŘÍZNAKY PŘEDÁVKOVÁNÍ	ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY
<b>ALKOHOL</b>	Uklidňující a tlumivé účinky, později možná agresivita Citová labilita Nízká hranice soudnosti Nejistý krok Dvojité vidění Nesrozumitelná řeč	Somatické defekty (cirhóza jater, rakovina jícnu) Alkoholická psychóza Alkoholická epilepsie	Nejistá chůze Zakalení vědomí Povrchové dýchání Selhání krevního oběhu Únava, bezvědomí až smrt	Křeče Nespavost Nevolnost a pocení Tachykardie nebo hypertenze Bolesti hlavy Poruchy stability
<b>TABÁKOVÉ VÝROBKY</b>	Návaly potu a nevolnost či zvracení Úleva při stresových situacích Útlum chuti k jídlu Pocit povzbuzení a vzrušení Zvýšení krevního tepu a tlaku Zhoršení výkonnosti	Nemoci dýchacích cest Srdeční choroby Potence u mužů Mozkové mrtvice	Bledost a studený pot Bolesti hlavy Nevolnost, zvracení, průjem Při vysokých dávkách poruchy dýchání, bezvědomí, smrt	Craving Deprese Podrážděnost Změny nálad Nespavost Kašel Závratě
<b>LÉKY NA PŘEDPIS</b>	Útlum centrální nervové soustavy Ospalost, otupělost, ataxie Umírnění reflexů Lhostejnost Apatie	Bezvědomí Kóma Smrt Vznik psychické i fyzické závislosti	Bušení srdce Ospalost Křeče Nevolnost Bezvědomí Kóma až smrt	Nespavost Neklid Podrážděnost až agresivita Křeče Bolesti svalů Nevolnost, průjem
<b>TĚKAVÉ LÁTKY</b>	Pocity euforie Změny vnímání a halucinace Nekontrolovatelné chování Únava až spánek Nesrozumitelná řeč Motorické poruchy Bolest hlavy a nevolnost	Rozklad osobnosti Afektivní labilita Toxické poškození vnitřních orgánů Poleptání dýchacích cest Neuropatie	Zakalené vidění Únava a spánek Bezvědomí až kóma Smrt	Poruchy spánku Neklid a třes celého těla Pocení Nevolnost a zvracení Tiky v obličeji

Zdroj: Vlastní zpracování na základě informací z uvedené literatury (Ganeri, 2001; Göhlert, 2001; Hajný, 2001; Illes, 2002; Kalina, 2003; Nešpor, 1998; Nožina, 1997; Presl, 1995; Shapiro, 2005; Tyler, 2000)



## ILEGÁLNÍ DROGY

Existují čtyři základní typy ilegálních drog podle působení na psychiku zdravého člověka - konopné látky, stimulantia, tlumivé látky a halucinogeny.

	NEJBĚŽNĚJŠÍ ZÁSTUPCI DROG	ÚČINKY DROG	RIZIKA UŽÍVÁNÍ	PŘÍZNAKY PŘEDÁVKOVÁNÍ	ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY
<b>KONOPNÉ DROGY</b>	Marihuana (viz obr. č. 1) Hasiš (viz obr. č. 2)	Zarudnutí očí Pocit hladu a sucho v ústech Deformace vnímání času, prostoru, hmatu i sluchu Lehká euforie Nekontrolovatelný a nevysvětlitelný smích Závratě, úzkostné stavy Nevolnost až zvracení	Vznik psychologických poruch Oslabení imunitního systému	Zakalené vidění Problémy s dýcháním Porucha motorických funkcí Křeče	Nespavost Labilita Podráždění nervového systému Úzkost Bolesti hlavy
<b>STIMULANCIA</b>	Kokain Pervitin (viz obr. č. 3) Amfetaminy Extáze (viz obr. č. 4)	Zvýšené sebevědomí a sexualita Halucinace Hyperaktivita Schizofrenní obrazy Potlačené potřeby spánku Zrychlení srdeční frekvence Úzkost, pocení Pocity přátelství k okolí	Nádory cest dýchacích Srdeční selhání Poškození cév Vznik toxické psychózy Vznik epileptických záchvatů	Svalové křeče Horečka Tachykardie a arytmie Bezvědomí	Únava, hlad a deprese Pocit absolutní vyčerpanosti Paranoia Agresivita
<b>TLUMIVÉ LÁTKY</b>	Opium Morfium Heroin (viz obr. č. 5) Metadon	Útlum dýchání Euforie Zklidnění až ospalost Snížení tělesné teploty Útlum bolesti	Depresivní nálady Ztráta schopnosti plodnosti Neurologické výpadky Degradace člověka Vznik somatické závislosti	Nevolnost Podchlazení Hučení v uších Povrtní dýchání až jeho útlum Křeče Hyperreflexe Zástava srdce	Sebevražedné sklony Bolesti břicha, zvracení, průjmy Nechutenství Křeče a poruchy řeči Pocení, dehydratace Nespavost Kolaps organismu
<b>HALUCINOGENY</b>	LSD (viz obr. č. 6) Psilocybin Durman (viz obr. č. 7)	Deformace reality Nekontrolovatelné pohyby Závratě a nevolnost Halucinace a sklony k ornamentalizaci Euforie Derealizační účinky Pocity horka a chladu	Poškození mozku Nemožnost odhadu množství požitých látek Sebeпоškození či sebevražda Poškození ledvin a jater	Rozšířené zorničky Rychlý srdeční tep Zvýšená teplota, krevní tlak a hladina cukru v krvi Úzkost, panika a neklid Halucinace	Psychická nestabilita Emocionální labilita Deprese

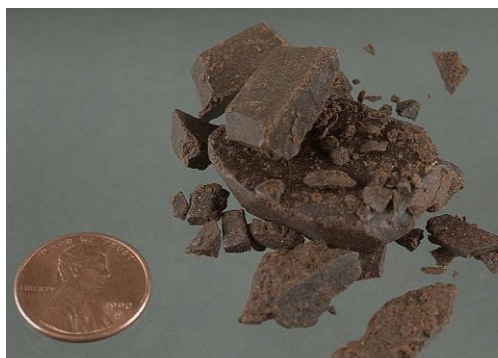
Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z uvedené literatury (Göhlert, 2001; Illes, 2002; Kalina, 2003; Miovský, 1996; Nešpor, 1998; Presl, 1995; Preston, 1999; Shapiro, 2005; Tyler, 2000)

Obrázek č. 1 Marihuana



Zdroj: [http://en.wikipedia.org/wiki/Joint\\_%28cannabis%29#/media/File:Unrolled\\_joint.jpg](http://en.wikipedia.org/wiki/Joint_%28cannabis%29#/media/File:Unrolled_joint.jpg); 18.3.2015

Obrázek č. 2 Hašiš



Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ha%C5%A1i%C5%A1#/media/File:Hashish.jpg>; 18.3.2015

Obrázek č. 3 Pervitin



Zdroj: [http://i.lidovky.cz/10/122/inc460/MTR37d806\\_shutterstock\\_53732905.jpg](http://i.lidovky.cz/10/122/inc460/MTR37d806_shutterstock_53732905.jpg); 18. 3. 2015

Obrázek č. 4 Extáze



Zdroj: [http://www.osel.cz/popisky/121/s\\_1212618130.jpg](http://www.osel.cz/popisky/121/s_1212618130.jpg); 18.3.2015

Obrázek č. 5 Heroin



Zdroj: <http://thecanyonmalibu.com/wp-content/uploads/heroin-addiction-recovery.jpg>; 18.3.2015

Obrázek č. 6 LSD



Zdroj: [http://img2.wikia.nocookie.net/\\_cb20091111213629/recreationaldrugs/images/d/d3/LSD\\_blotter\\_tabs.jpg](http://img2.wikia.nocookie.net/_cb20091111213629/recreationaldrugs/images/d/d3/LSD_blotter_tabs.jpg); 18.3.2015



Obrázek č. 7 Durman obecný

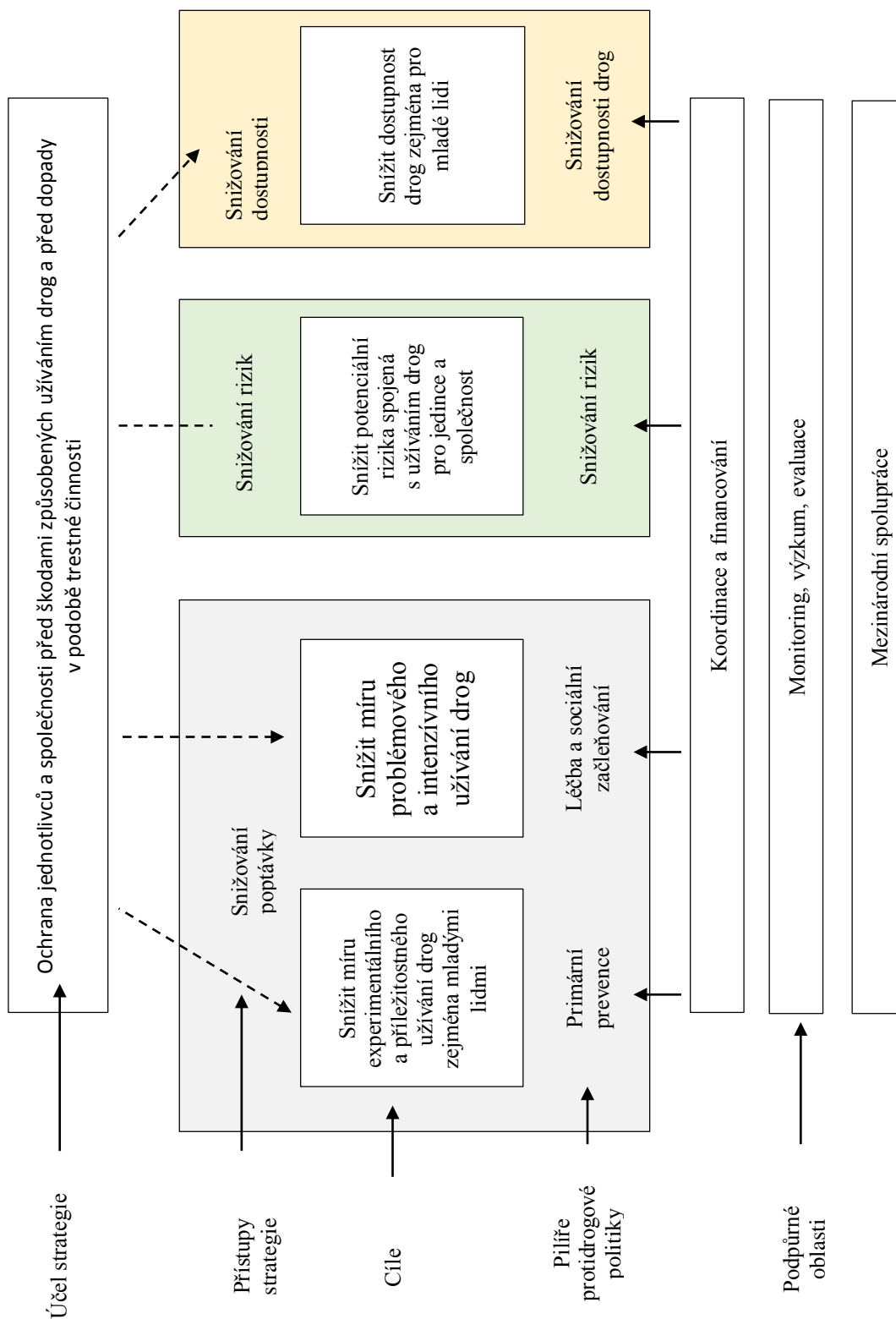


Zdroj: [http://www.nahuby.sk/images/fotosutaz/2013/01/11/emilia\\_smikova\\_369318.jpg](http://www.nahuby.sk/images/fotosutaz/2013/01/11/emilia_smikova_369318.jpg); 18.3.2015

Příloha č. 4 Množství „větší než malé“ při uchování drog

<i>Typ látky</i>	<i>Větší než malé množství</i>	<i>Nejmenší množství účinné látky, které musí droga obsahovat</i>
<b>PERVITIN</b>	Více než 1,5 gramu	0,5 gramu (0,6 gramu u hydrochloridu)
<b>HEROIN</b>	Více než 1,5 gramu	0,2 gramu (0,22 gramu u hydrochloridu)
<b>KOKAIN</b>	Více než 1 gram	0,54 gramu (0,6 gramu u hydrochloridu)
<b>EXTÁZE (MDMA)</b>	Více než 4 tablety/kapsle nebo více než 0,4 gramu prášku či krystalů	0,34 (0,4 gramu u hydrochloridu)
<b>MARIHUANA</b>	Více než 10 gramů sušiny	1 gram
<b>HAŠIŠ</b>	Více než 5 gramů	1 gram
<b>LYSOHLÁVKY</b>	Více než 40 plodnic	0,05 gramu báze (psilocinu) nebo odpovídající množství psilocinu

Zdroj: Vlastní zpracování na základě stanoviska Nejvyššího soudu č. 303/2013 upravující zákon č. 112/1998 Sb.; 19.9.2014



Zdroj: Vlastní zpracování na základě Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky v České republice

Příloha č. 6 Trasy pašování drog



Zdroj: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/64/Drugroutemap.gif>; 22.9.2014

Příloha č. 7 Podkladové údaje k analýze problémového chování uživatelů opiátů/opioidů a zdravotních rizik spojených s užíváním těchto drog

**Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání opiátů/opioidů**

Rok	t	Problémoví uživatelé opiátů/opioidů		Celkem
		Uživatelé heroinu	Uživatelé buprenorfinu	
2002	1	x	x	13 300
2003	2	x	x	10 200
2004	3	x	x	9 700
2005	4	x	x	11 300
2006	5	6 200	4 300	10 500
2007	6	5 750	4 250	10 000
2008	7	6 400	4 900	11 300
2009	8	7 100	5 100	12 100
2010	9	6 000	5 000	11 000
2011	10	4 700	4 600	9 300
2012	11	4 300	6 300	10 600
2013	12	3 950	7 100	10 700

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

**Nezaměstnanost v České republice dle krajů v roce 2011 (údaje udávané v %)**

Kraje ČR	Nezaměstnanost
Praha	3,95
Středočeský	7,07
Jihočeský	7,53
Plzeňský	7,01
Karlovarský	9,83
Ústecký	12,94
Liberecký	9,46
Královéhradecký	7,49
Pardubický	8,44
Vysočina	9,44
Jihomoravský	9,81
Olomoucký	11,37
Zlínský	9,35
Moravskoslezský	11,18

Zdroj: [http://www.czso.cz/xk/redakce.nsf/i/nezamestnanost\\_v\\_karlovarskem\\_kraji\\_podle\\_mpsv\\_k\\_31\\_12\\_2011](http://www.czso.cz/xk/redakce.nsf/i/nezamestnanost_v_karlovarskem_kraji_podle_mpsv_k_31_12_2011); 9.3.2015



### Počet hospitalizací pro intoxikaci opiáty/opioidy v nemocnicích akutní péče

Rok	t	Heroin	Metadon	Ostatní opiáty	Celkem	1. diference
2004	1	27	1	50	78	
2005	2	24	x	71	95	17
2006	3	18	6	79	103	8
2007	4	31	1	64	96	-7
2008	5	41	2	62	105	9
2009	6	19	3	50	72	-33
2010	7	20	2	62	84	12
2011	8	17	1	57	75	-9
2012	9	4	2	79	85	10
2013	10	13	1	96	110	25
<b>Celkem</b>		214	19	670	903	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

### Počet nefatálních intoxikací opiáty/opioidy evidovaných hygienickou službou

Rok	t	Heroin	Metadon	Subutex	Ostatní	Celkem
2004	1	179	2	12	20	213
2005	2	244	10	14	19	287
2006	3	149	7	18	21	195
2007	4	190	2	32	40	264
2008	5	166	1	7	17	191
2009	6	122	1	0	42	165
2010	7	162	0	0	24	186
2011	8	96	0	0	32	128
2012	9	77	0	0	42	119
2013	10	63	0	0	37	100
<b>Celkem</b>		1448	23	83	294	1848

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

## Smrtelná předávkování opiáty/opioidy v České republice

Rok	t	Opiáty/Opioidy	Nelegální drogy celkem (bez těkavých látek)	Poměr opiátů/opioidů na celkovém počtu (bez těkavých látek)
1994	1	7	10	70,000
1995	2	0	3	0,000
1996	3	2	6	33,333
1997	4	4	13	30,769
1998	5	7	16	43,750
1999	6	14	24	58,333
2000	7	11	23	47,826
2001	8	18	31	58,065
2002	9	6	13	46,154
2003	10	12	18	66,667
2004	11	2	14	14,286
2005	12	9	19	47,368
2006	13	11	19	57,895
2007	14	6	19	31,579
2008	15	9	24	37,500
2009	16	20	33	60,606
2010	17	13	29	44,828
2011	18	12	22	54,545
2012	19	17	32	53,125
2013	20	17	39	43,590
<b>Celkem</b>		197	407	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

**Výsledky průzkumu subjektivně vnímaného rizika spojeného s konzumací  
návykových látek v r. 2013 (hodnoty udávané v %)**

<b>Vnímané riziko/Návyková látka</b>	<b>Alkohol</b>	<b>Tabák</b>	<b>Marihuana</b>	<b>Extáze</b>	<b>Pervitin</b>	<b>Heroin</b>
<i>Rizikové již při prvním použití</i>	4	10	23	61	66	79
<i>Rizikové pouze při pravidelném užívání</i>	79	62	39	13	9	8
<i>Rizikové při občasném užívání</i>	12	21	29	18	20	8
<i>Není vůbec rizikové</i>	5	6	5	2	1	1
<i>Neví</i>		1	4	6	4	4

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Příloha č. 8 Podkladové údaje k analýze vývoje žadatelů o léčbu závislých na opiátech

**Počty závislých jedinců na opiátech/opioidech žádajících o zapsání do registru žádostí o léčbu**

Rok	t	Počet závislých na opiátech žádající léčbu			Poměr prvožadatelů/všech
		Prvožadatelé	Všichni žadatelé	→ z toho závislých na buprenorfinu	
2003	1	656	2133	16	0,308
2004	2	710	2169	x	0,327
2005	3	702	2058	x	0,341
2006	4	686	2126	x	0,323
2007	5	680	1961	x	0,347
2008	6	602	2063	x	0,292
2009	7	634	2053	x	0,309
2010	8	606	2084	x	0,291
2011	9	443	1791	x	0,247
2012	10	417	1615	x	0,258
2013	11	362	1681	502	0,215
<b>Celkem</b>		6498	21734	518	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

**Struktura počtu žádostí o léčbu závislosti na opiátech/opioidech v roce 2013**

	Všichni léčení	Z toho Prvožadatelé
opiáty/opioidy celkem	1681	362
Heroin	956	197
Buprenorfin	502	89
Ostatní	223	76

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

**Průměrný věk žadatelů závislých na heroinu a buprenorfinu o léčbu ve srovnání s konopnými látkami a uživateli drog celkově**

Průměrný věk žadatelů

<b>Rok</b>	<b>t</b>	<b>u heroinu</b>	<b>u buprenorfinu</b>	<b>u konopných látek</b>	<b>Drogy celkem</b>
2004	1	25,1	23,4	20,1	24,1
2005	2	26,4	25,1	20	24,8
2006	3	26,2	25,4	20	24,9
2007	4	28,1	27	21	25,3
2008	5	28,7	27,7	21,3	25,9
2009	6	28,6	27,7	21	25,9
2010	7	30,3	29,2	22,4	27,3
2011	8	31	29,8	22,8	27,4
2012	9	31,6	31	22,9	27,8
2013	10	32,1	31,1	22,8	28,2

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Příloha č. 9 Podkladové údaje k vývoji substituční léčby drogové závislosti

**Dovezené (metadon) a distribuované (buprenorfin) množství substitučních látek**

(hodnoty udávané v kg)

<b>Rok</b>	<b>t</b>	<b>Metadon - dovoz (kg)</b>	<b>Buprenorfin - distribuce (kg)</b>	<b>1. diference buprenorfin (g)</b>
1999	1	13,5	x	x
2000	2	11,7	0,0235	x
2001	3	0,0	0,0862	62,7
2002	4	0,0	0,5098	423,6
2003	5	8,1	1,3094	799,6
2004	6	11,3	2,2219	912,5
2005	7	5,7	2,9573	735,4
2006	8	12,2	3,4143	457,0
2007	9	10,8	3,315	-99,3
2008	10	12,6	3,5945	279,5
2009	11	15,4	3,517	-77,5
2010	12	22,5	3,308	-209,0
2011	13	24,3	3,4468	138,8
2012	14	18,0	4,0751	628,3
2013	15	17,9	3,4607	-614,4
<b>Celkem</b>		184,0	35,2395	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

## Počty pacientů léčících se substituční léčbou

Rok	t	Počet pacientů celkem	Počet mužů léčících se SL <sup>38</sup>	Počet žen léčících se SL <sup>38</sup>	→ z toho	
					metadonem	buprenorfinem
2000	1	245	173	72	245	0
2001	2	533	369	164	510	23
2002	3	560	393	167	511	49
2003	4	789	557	232	520	269
2004	5	866	605	261	546	320
2005	6	825	578	247	571	254
2006	7	938	652	286	586	352
2007	8	1038	719	319	605	433
2008	9	1356	949	407	689	667
2009	10	1555	1089	466	686	869
2010	11	2113	1500	613	744	1369
2011	12	2290	1621	669	667	1623
2012	13	2298	1632	666	657	1641
2013	14	2311	1628	683	x	x
<b>Celkem</b>		<b>17717</b>	<b>12465</b>	<b>5252</b>	<b>7537</b>	<b>7869</b>

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

<sup>38</sup> SL = Substituční léčba

### Vybrané elementární charakteristiky vývoje počtu léčených mužů substituční léčbou

Rok	t	Počet mužů léčících se SL	1. diference	2. diference	Bazický index	Absolutní přírůstek	Řetězový index	Tempo přírůstku (úbytku)
2000	1	173			100,000	0		
2001	2	369	196		213,295	196	213,295	113,295
2002	3	393	24	-172	227,168	220	106,504	6,504
2003	4	557	164	140	321,965	384	141,730	41,730
2004	5	605	48	-116	349,711	432	108,618	8,618
2005	6	578	-27	-75	334,104	405	95,537	-4,463
2006	7	652	74	101	376,879	479	112,803	12,803
2007	8	719	67	-7	415,607	546	110,276	10,276
2008	9	949	230	163	548,555	776	131,989	31,989
2009	10	1089	140	-90	629,480	916	114,752	14,752
2010	11	1500	411	271	867,052	1327	137,741	37,741
2011	12	1621	121	-290	936,994	1448	108,067	8,067
2012	13	1632	11	-110	943,353	1459	100,679	0,679
2013	14	1628	-4	-15	941,040	1455	99,755	-0,245

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

### Vybrané elementární charakteristiky vývoje počtu léčených žen substituční léčbou

Rok	t	Počet žen léčících se SL	1. diference	2. diference	Bazický index	Absolutní přírůstek	Řetězový index	Tempo přírůstku (úbytku)
2000	1	72			100,000	0		
2001	2	164	92		227,778	92	227,778	127,778
2002	3	167	3	-89	231,944	95	101,829	1,829
2003	4	232	65	62	322,222	160	138,922	38,922
2004	5	261	29	-36	362,500	189	112,500	12,500
2005	6	247	-14	-43	343,056	175	94,636	-5,364
2006	7	286	39	53	397,222	214	115,789	15,789
2007	8	319	33	-6	443,056	247	111,538	11,538
2008	9	407	88	55	565,278	335	127,586	27,586
2009	10	466	59	-29	647,222	394	114,496	14,496
2010	11	613	147	88	851,389	541	131,545	31,545
2011	12	669	56	-91	929,167	597	109,135	9,135
2012	13	666	-3	-59	925,000	594	99,552	-0,448
2013	14	683	17	20	948,611	611	102,553	2,553

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog



## Vybrané elementární charakteristiky vývoje počtu jedinců léčených při substituční léčbě metadonem a buprenorfinem

Počet pacientů léčených látkou

Rok	t	Počet pacientů celkem	Metadon	buprenorfin	1. diference metadon	1. diference buprenorfin	Metadon/celkem	Buprenorfin/celkem
2000	1	245	245	0			100,00	0,00
2001	2	533	510	23	265	23	95,68	4,32
2002	3	560	511	49	1	26	91,25	8,75
2003	4	789	520	269	9	220	65,91	34,09
2004	5	866	546	320	26	51	63,05	36,95
2005	6	825	571	254	25	-66	69,21	30,79
2006	7	938	586	352	15	98	62,47	37,53
2007	8	1038	605	433	19	81	58,29	41,71
2008	9	1356	689	667	84	234	50,81	49,19
2009	10	1555	686	869	-3	202	44,12	55,88
2010	11	2113	744	1369	58	500	35,21	64,79
2011	12	2290	667	1623	-77	254	29,13	70,87
2012	13	2298	657	1641	-10	18	28,59	71,41
<b>Celkem</b>		15406	7537	7869				

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

## Odhad počtu pacientů v opiátové substituční léčbě u praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost v roce 2012

Pohlaví	Praktičtí lékaři pro dospělé			Praktičtí lékaři pro děti a dorost		
	Celkem pacientů v léčbě	z toho		Celkem pacientů v léčbě	z toho	
		buprenorfinem	kombinací buprenorfinu s naloxonem		buprenorfinem	kombinací buprenorfinu s naloxonem
Muži	621	465	171	118	0	94
Ženy	729	527	186	71	35	24
<b>Celkem</b>	1350	992	357	189	35	118

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

### Spotřeba heroinu v České republice (hodnoty udávané v tunách)

Rok	t	Heroin
2003	1	2,2
2004	2	2
2005	3	1,8
2006	4	1,7
2007	5	1,5
2008	6	1,3
2009	7	1,2
2010	8	1,1
2011	9	1
2012	10	0,9
2013	11	0,8
<b>Celkem</b>		15,5

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog

Příloha č. 10 Podkladové údaje k analýze výdajů na protidrogovou politiku

**Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu (hodnoty udávané v tis. Kč)**

<b>Rok</b>	<b>t</b>	<b>Výdaje</b>	<b>1. diference</b>
2004	1	292 264	
2005	2	344 722	52 458
2006	3	363 391	18 669
2007	4	366 926	3 535
2008	5	371 935	5 009
2009	6	375 406	3 471
2010	7	371 611	-3 795
2011	8	341 932	-29 679
2012	9	346 819	4 887
2013	10	234 627	
<b>Celkem</b>		<b>3 409 633</b>	

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat Výročních zpráv o stavu ve věcech drog