

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Lucie Vyskočilová

Trestná činnost klientů metadonových substitučních zařízení v Praze

Crimes of clients in methadone substitution facilities in Prague

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Šejvl

Praha, 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27. 07. 2013

LUCIE VYSKOČILOVÁ

Identifikační záznam:

VYSKOČILOVÁ, Lucie. *Trestná činnost klientů metadonových substitučních zařízení v Praze. [Crimes of clients in methadone substitution facilities in Prague]*. Praha, 2013. 51 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. Šejvl Jaroslav

Poděkování:

V první řadě děkuji Mgr. Jaroslavu Šejvlovi za ochotu, trpělivost a cenné rady, které mi pomohly při zpracování této práce.

Dále bych ráda poděkovala pracovníkům a klientům substitučních zařízení, v nichž probíhalo dotazníkové šetření, za ochotu a příjemnou spolupráci.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za nepostradatelnou podporu během celého studia.

Abstrakt

Tato práce se věnuje tématu trestné činnosti klientů metadonových substitučních zařízení v Praze. Je rozdělena na dvě části – teoretickou, jejíž kapitoly se věnují klíčovým tématům souvisejícím s metadonovou substitucí, pražskými zařízeními, které substituční léčbu poskytují, a drogovou trestnou činností a související platnou legislativou, a výzkumnou, která shrnuje data získaná v dubnu-květnu roku 2013 z dotazníkového šetření provedeného ve třech pražských substitučních zařízeních.

Snížení trestné činnosti je jedním z cílů substituční léčby (vedle snížení zdravotních rizik, stabilizace sociálního stavu atd.), zároveň by jeho naplnění mohlo být důvodným argumentem pro kompetentní orgány, které přerozdělují finanční prostředky, stejně jako pro laickou veřejnost, která má tendence vnímat míru drogové trestné činnosti a ekonomickou nákladnost služeb jako směrodatné ukazatele. Je tedy vhodné zkoumat, zda se tento cíl daří naplnit, tato práce se zaměřila na pražská zařízení.

Se souhlasem Etické komise VFN v Praze bylo provedeno dotazníkové šetření ve třech zařízeních, kde autorka získala data od 119 klientů (75 z vysokoprahových a 44 z nízkoprahového programu). Dotazník se kromě základních demografických ukazatelů zaměřoval na trestnou činnost před nástupem a po nástupu do programu metadonové substituce, na míru páčání jednotlivých trestných činů, které uvádí *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v roce 2011* jako nejčastěji páchané trestné činy související s užíváním drog.

Z výzkumu vyplývá, že momentem nástupu do programu se výrazně sníží páčání trestné činnosti, mění se i charakteristika trestných činů, jichž se pachatelé dopouštějí. Překvapivě však není výrazný rozdíl v počtu pachatelů trestných činů mezi nízkoprahovým a vysokoprahovými zařízeními. Liší se však druh trestné činnosti a míra jejího páčání, která je nižší u klientů vysokoprahových zařízení.

Významný je také rozdíl v charakteristice užívání nelegálních návykových látek během účasti v programu metadonové substituce. Podíl klientů, kteří přiznali užívání další substance vedle metadonu, se výrazně nelišil mezi zařízeními, avšak velmi významný rozdíl byl v typu užívané látky. Zatímco klienti nízkoprahového programu uváděli nejčastěji užívání heroínu a pervitinu (často současně), u klientů vysokoprahových programů převládá užívání konopných drog. S nimi je také často spojená i trestná činnost již se dopouštějí.

Klíčová slova: Metadonová substituce – drogová kriminalita – nízkoprahové zařízení – vysokoprahové zařízení

Abstract

This bachelor's work focuses on the area of crime committed by clients of facilities providing methadone substitution in Prague. It is divided into two parts – theoretical, where the chapters deal with main topics related with methadone substitution, substitution facilities in Prague, drug related crime and valid legislation concerning drug crime, whereas the research part provides data from questionnaire inquiry that took place in April – May 2013 in three Prague methadone facilities.

Decrease of drug related crime is one of the goals of methadone maintenance treatment (next to lowering health risks, stabilization of social status etc.), so fulfilment of this goal might provide a convincing argument for the appropriate authorities competent to distribute financial sources into social and medical services, just as for the public who also tend to see aspects of crime and financial costs for society with great importance. It then seems only fitting to research whether we are successful in meeting these goals.

With the permission of the Ethics committee of the General University Hospital, Prague there has been carried out a questionnaire inquiry in three different Prague facilities and data was gathered from 119 respondents (75 of them were from high-threshold facilities, 44 from low-threshold facility). Apart from basic sociodemographic indicators the questionnaire targeted criminal activity before and after the beginning of methadone maintenance treatment (MMT). The individual crimes that occur with the highest frequency for the needs of the questionnaire were chosen according to the *Annual Report on Drug Situation 2011 – Czech Republic*.

The research shows that the moment of entering the program of methadone maintenance treatment lowers occurrence of committing crime by clients of substitution centers. The difference in character of the crime committed before and after starting the treatment is apparent as well. Surprisingly there is no significant difference in the ratio of those clients who admit criminal activities during the MMT among the two different types of facilities. However there are differences in the character as well as amount of the crime committed by clients which is generally lower at the respondents of high-threshold facilities.

Difference in illicit drug abuse among the facilities is also significant. The percentage of the clients who admitted using other illegal substance beside methadone was similar among the facilities; however, there was a big difference in type of the drugs. Whereas the clients of

low-threshold facilities reported abusing of heroin and methamphetamine (very often these two drugs simultaneously), respondents from high-threshold facilities tend to use THC.

Key words: Methadone substitution – drug related crime – low-threshold facility – high-threshold facility

Obsah

1. Úvod	10
2. Cíl práce	11
3. Teoretická část.....	12
3.1. Substituční léčba	12
3.1.1. Metadonová substituce.....	13
3.1.2. Nákladová efektivita	13
3.1.3. Kvalita života	14
3.1.4. Standard substituční léčby.....	16
3.2. Metadonová substituční zařízení v Praze	16
3.2.1. Centrum substituční léčby u Apolináře.....	16
3.2.2. Centrum metadonové substituce 2 – o. p. s. Drop In.....	18
3.2.3. Centrum metadonové substituce 1 – o. p. s. Drop In.....	19
3.2.4. Remedis, s.r.o.	20
3.3. Drogová kriminalita	21
3.3.1. Drogová kriminalita dle EMCDDA.....	21
3.3.2. Primární, sekundární a terciární drogová kriminalita	23
3.4. Právní problematika drogové trestné činnosti	24
3.4.1. Porovnání starého a nového TZ – trestné činy související s užíváním drog.....	25
3.4.2. Zákon o přestupcích a drogová kriminalita.....	29
3.4.3. Zákon o návykových látkách.....	30
4. Výzkumná část	32
4.1. Metodika.....	32
4.2. Výsledky.....	33
4.3. Diskuse	43
4.4. Závěr.....	43

5. Použitá literatura.....	45
6. Seznam tabulek a grafů.....	48
7. Přílohy.....	49
7.1. Příloha č. 1: Dotazník pro klienty programů metadonové substituce	49
7.2. Příloha č. 2: Souhlas Etické komise VFN v Praze s dotazníkovým šetřením v CSL u Apolináře	51

1. Úvod

Vztah mezi užíváním drog a trestnou činností se definuje na základě použití několika teoretických modelů, z nichž žádný není možné aplikovat samostatně a univerzálně.

Výsledky studií a zkušenosti odborníků se však shodují na tom, že užívání drog a trestná činnost jsou provázány nezanedbatelnou souvislostí.

Modely se liší v tom, zda je užívání návykových látek příčinou nebo následkem trestné činnosti, zda stojí bez příčinné souvislosti vedle sebe nebo zda mají společnou etiologii (Kuchta a kol. 2005).

Tento vztah je však podmíněn mnoha faktory (typem a charakteristikou užívané látky, sociálními a osobnostními faktory jedince, popřípadě vzorci chování dané subkultury, s níž jedinec návykové látky užívá (Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007)

Budeme-li vycházet z teorie, že užívání drog vede k páčání trestné činnosti například u některých sociálně slabších jedinců, kdy tato je podmíněna nedostatkem finančních prostředků k opatření návykové látky (tzv. ekonomicky motivovaná neboli sekundární drogová kriminalita), (Kuchta a kol, 2005), měl by nástup do programu legální opiátové substituce zapříčinit snížení výskytu tohoto druhu trestné činnosti u daného klienta v této službě.

Snížení kriminality uživatelů drog je jedním z cílů substitučních programů (vedle snížení zdravotních rizik spojených s užíváním látek získaných nelegální cestou nebo stabilizace klienta a zvýšení sociálního statutu), (Verster, Buning, 2003).

Studie dokládají, že substituční léčba je pro společnost ekonomicky velmi výhodnou intervencí v souvislosti s užíváním opiátových drog.

Přes tyto skutečnosti, pravděpodobně z důvodu nedostatečné informovanosti a osvědčenosti veřejnosti a zároveň nepopulárnosti tématu drogových služeb, je u nás substituce metadonem mnohem méně často možností volby v porovnání se zahraničními zkušenostmi. Náš systém služeb je nastaven tak, že substituce je až jednou z posledních možností volby ve chvíli, kdy všechny ostatní, byť ekonomicky méně výhodné, intervence selžou. V zahraničí je tomu naopak – stabilizovaný uživatel v metadonovém programu je pro společnost mnohem menší ekonomickou zátěží, neboť je schopen najít a udržet si legální zaměstnání, čímž se snižuje mimo jiné riziko páčání trestné činnosti.

Tato práce se zaměřuje v teoretické části na popis vztahu mezi užíváním drog a kriminalitou, na právní úpravu trestné činnosti nejčastěji páchané uživateli drog, definuje a stručně vysvětluje princip substituční léčby závislosti na opiátech se zvláštním zaměřením na substituci metadonem. Dále se věnuje popisu konkrétních vybraných programů poskytujících substituci v rámci některých pražských zařízení systému léčebné péče o drogově závislé klienty. Z těchto zařízení pochází data sebraná pro účely výzkumné části, v níž se zaměřuji na trestnou činnost klientů vysoko a nízkoprahových metadonových substitučních zařízení v Praze.

2. Cíl práce

Tato práce si klade za cíl zmapovat souvislost mezi pácháním trestné činnosti uživateli opiátů a jejich nástupem a případně délkou setrvání v programu metadonové substituce.

Dále zkoumá, zda existuje statisticky významná odlišnost v míře a typu páchání trestné činnosti mezi vysoko a nízkoprahovými programy, tedy mezi programy s rozdílnými nároky, jež jsou kladeny na klienta ze strany zařízení, zejména co se abstinence a pravidelnosti docházení do služby týče.

Výsledky by eventuelně mohly posloužit jako argument pro zavádění a provozování substitučních programů, který by mohl mít váhu mezi laickou veřejností, jež má tendence zaujímat k tomuto typu služeb spíše odmítavý postoj, ačkoli se sama může stát obětí drogové trestné činnosti.

3. Teoretická část

3.1. Substituční léčba

Princip substituční léčby spočívá v pravidelném podávání legální čisté látky se stejnými nebo podobnými účinky, které má původní zneužívaná látka. Co se týče nejčastěji zneužívaných nelegálních drog, je v současné době dostupná zejména opiátová substitute, a to ve formě tablet či roztoku. Ve formě tablet se podává Subutex a Suboxone, jejichž účinnou látkou je buprenorfin. Buprenorfin je parciálním agonistou opiátových receptorů, působí tedy tak, že tento receptor obsadí, ale nevyvolá tak silnou euforii a útlum jako například heroin nebo morfin. V substitučním preparátu Suboxone se mísí jak buprenorfin, tak naloxon, což je antagonist opiátových receptorů (podává se jako antidotum při předávkování opiáty). Tato kombinace působí při orálním užití stejně jako samotný buprenorfin (naloxonová složka se neprojeví), ale při aplikaci intravenózní vyvolá abstinenci syndrom. Je tedy vhodnou indikací u klientů, kde je důvodné podezření na zneužívání právě k intravenózní aplikaci.

Dalším preparátem užívaným v substituční léčbě závislosti na opiátech je metadon, který se podává ve formě roztoku (u nás nejčastěji 5 mg/ml). Je to syntetický opioid a na rozdíl od buprenorfinu plný agonista opiátových receptorů.

Substituční léčba je u nás určena především klientům s dlouhou anamnézou užívání drog a zpravidla i několika neúspěšnými pokusy o léčbu v historii. Principiálně se totiž nejedná o tzv. abstinenci orientovanou léčbu, ačkoli Světová zdravotnická organizace uznává klienty v substituční léčbě za aktuálně abstinující uživatele, pokud abstinují od všech ostatních drog (včetně alkoholu), (MKN-10, 2009).

Cílem substituční léčby je stabilizace klienta, v pokud možno co nejvíce rozměrech, do nichž zasáhly životní návyky spojené s užíváním nelegální substance. Jde o stabilizaci zdravotního stavu (na jedné straně spojenou s méně rizikovým užíváním čisté látky, na druhé straně je ve většině substitučních zařízení k dispozici lékař, který provádí pravidelné lékařské prohlídky a případně indikuje klienty do specializovaných služeb), dále sociálního stavu (bydlení, dluhy atd.) a v neposlední řadě i právního stavu (klient má v substituci více času se na tyto stránky zaměřit, neboť nemusí většinu dne trávit sháněním drogy na černém trhu případně sháněním finančních prostředků za účelem jejího opatření).

V roce 2012 bylo v ČR v substituční léčbě registrováno celkem 2298 osob. Významně větší část byla léčena přípravky s účinnou látkou buprenorfinem (Subutex, Suboxone), a to dohromady 68,8%, oproti 28,6% klientů léčených metadonem (ÚZIS ČR, 2013).

3.1.1. Metadonová substituce

Metadon je syntetický opioid, s dlouhým časem působnosti, plný agonista opiátových receptorů (vyvolá v organismu velmi podobné reakce a pochody jako např. morfin). Poprvé byl v substituční udržovací léčbě použit v USA v 60. letech 20. století (About methadone, 2003).

Je-li podáván v adekvátně nastavených dávkách, nezpůsobuje metadon stavy euforie ani významný útlum, který by limitoval uživatele v každodenních činnostech. Účinnou látkou metadonu je metadone hydrochloride a k dostání je ve formě tablet, prášku, nejčastěji je však podáván v podobě roztoku. Účinek (zabránění abstinčním příznakům z nedostatku heroinu) je možno pozorovat 24 – 36 hodin po užití látky – tedy déle než je tomu například u heroinu, což umožňuje dávkování pouze jednou denně. Na rozdíl od buprenorfinu zde však existuje významné riziko předávkování, neboť metadon je silný opioid, navíc jak již bylo řečeno také plný agonista opiátových receptorů, proto je třeba individuální dávku nastavovat pozvolna a po konzultaci s lékařem. Metadon je ve světě také lékem volby při terapii závislosti na opiátech u těhotných žen (About methadone, 2003).

V případě, že je substituční dávka u klienta nastavena správně, neměl by metadon ovlivňovat kognitivní funkce, pozornost ani reakční čas, z toho tedy vyplývá, že nijak neomezuje klienty v každodenních činnostech – nevyjímaje řízení motorových vozidel.

Metadon může být v ČR vydáván jen ve specializovaných centrech (na rozdíl od buprenorfinu, který může předepsat každý lékař bez ohledu na specializaci, ale pouze na opiátovém receptu s modrým pruhem). To je zřejmě důvodem, proč je metadonová substituce u nás méně rozšířená.

3.1.2. Nákladová efektivita

Z vědeckých důkazů vyplývá, že substituční léčba snižuje trestnou činnost, riziko přenosu infekčních chorob a počet úmrtí spojených s užíváním drog (Zaostřeno na drogy, 2003/02).

Počet klientů substituční léčby v ČR a jejich podíl ve vztahu k počtu problémových uživatelů opiátů je nižší, než je standard v zemích Evropské unie, avšak od roku 2002 můžeme v této oblasti pozorovat významné vzrůstající tendence. Zatímco v roce 2002 činil podíl uživatelů opiátů v substituční léčbě 2,3% (přičemž evropský průměr se pohyboval mezi 27-63%) celkového počtu (Zaostřeno na drogy, 2003/02), v roce 2011 to bylo již 24,6% (Mravčík a kol, 2012, ÚZIS ČR, 2013)

Dle Verster a Buning (2003) vyplývají společenské náklady na užívání drog z:

- *Ztráty životů předávkováními a úmrtími na nemoci způsobené užíváním drog*
- *Léčby předávkování a dalších zdravotních důsledků užívání drog*
- *Šíření nemocí – zvláště HIV a hepatitidy – především prostřednictvím injekčního užívání*
- *Ztráty kvality života rodin pacientů závislých na opiátech*
- *Prosazování práva a soudních výdajů*
- *Trestné činnosti*
- *Ušlé produktivity a pracovních úrazů. (Verster, Buning, 2003, str. 22)*

Tabulka č. 1 uvádí srovnání nákladů spojených s užíváním drog v USA dle vybraných odvětví:

Tabulka č. 1.: Srovnání nákladů na péči o uživatele opiátů

Neléčený, na ulici	43 000 USD	40 000 EUR
Ve vězení	43 000 USD	40 000 EUR
V pobytové léčbě „bez drog“	11 000 USD	10 000 EUR
V udržovací metadonové léčbě	2 400 USD	2 250 EUR

(Verster, Buning, 2003, str. 23)

Společenské výnosy ze substituční léčby, pokud uvažujeme úspěšnost léčby v 61% případů, činí 246,57 mil. Kč, což významně převyšuje společenské náklady spojené se substituční léčbou, které v roce 2007 činily 101 mil. Kč (Kourková, 2011). Společenské výnosy byly vyčísleny na základě zohlednění faktorů, jako je neuskutečněný pobyt ve vězení, produktivita v případě neuvěznění, neléčení infekčních nemocí a nepředávkování heroinem (Kourková, 2011). Z těchto údajů vyplývá, že substituční léčba je pro společnost ekonomicky výhodná.

3.1.3. Kvalita života

Odborná i laická veřejnost často zaměřuje svou pozornost zejména na ekonomickou efektivitu substituční léčby, málokterá studie je však zaměřena na kvalitu života klientů v dlouhodobé substituční metadonové léčbě. Domnívám se však, že i tato složka je velmi

významná, proto zde uvádím stručné výsledky výzkumu, který byl proveden na *Fakultě psychologie a vzdělávání (Faculty of Psychology and Educational Science)* na universitě v belgickém Gentu v roce 2010.

Jedná se o průřezovou studii o 159 respondentech, aktuálních a bývalých klientech metadonových center v Gentu. Data od nich byla odebrána formou rozhovorů (v letech 2007 – 2008). Jednalo se o klienty, kteří nastoupili substituční léčbu v období mezi lety 1997 – 2002) a jejich průměrný věk byl 36 let.

Studie zkoumala aktuální kvalitu života v souvislosti s celoživotní a aktuální závažností užívání drog a k němu přidružených problémů.

Z výsledků studie vyplývá, že 56,6% respondentů mělo pouze základní vzdělání, 26,4% bylo v době výzkumu legálně zaměstnáno, 69,8% nikdy neuzavřelo manželství a 40,3% žilo aktuálně bez partnera. Co se užívání drog týče, průměrná doba užívání heroinu před nástupem do programu byla 10,8 let, 49,7% udalo užívání v době výzkumu (mezi respondenty byli i bývalí klienti metadonového programu, skupina současných klientů metadonových zařízení činila 74,2% z celkového vzorku. Průměrná délka účasti v programu byla 7,6 let.

Velmi častá byla i přidružená psychiatrická komorbidita, jejíž výskyt významně zvyšoval pravděpodobnost udávání nižších hodnot u většiny kategorií. Nejnížší skóre udávali respondenti v kategoriích „celkový rámec“ (framework), která označuje schopnost klienta vidět smysl a cíl života, mít plány do budoucna, dále pak v kategorii „pozitivní sebeúcta“ (positive self-esteem) a „bezpečí“ (safety). Velmi nízké hodnoty uváděli klienti často i v kategorii „finance“, toto bylo zřejmé zejména ve skupině klientů, kteří uváděli užívání heroinu v posledních 30 dnech, zároveň je toto i kategorie, kterou hodnotí nejnižše i studie v rámci všeobecné populace.

Poměrně vysokou míru spokojenosti vykazují respondenti ohledně svého zdraví (vzhledem k délce užívání), zde pouze 24% udává nízké hodnoty.

Nízké hodnoty uváděli v kategorii „naplnění (fulfilment)“, což naznačuje představu obtížné dosažitelnosti vytyčených cílů, časté jsou zkušenosti se stigmatizací, která negativně ovlivňuje klientovo běžné každodenní fungování v sociálním prostředí.

Důležitým závěrem je, že nízké hodnoty v jedné kategorii automaticky neimplikují nízké hodnoty ve všech kategoriích – to je důvodem, proč je nutné přistupovat k opiátové

lčbě jako k multidimenzionálnímu problému a snažit se zabezpečit rozličnou škálu klientových potřeb pomocí mezioborové péče.

Psychické obtíže (psychological distress) jsou nejsilnějším faktorem predikujícím nízké hodnocení napříč doménami společně s užíváním psychofarmak. Oproti tomu nejsilnější pozitivní vliv měly faktory jako „alespoň jeden blízký přítel“ nebo „strukturovaný denní režim“ (Maeyer a kol., 2011).

3.1.4. Standard substituční léčby

Standard substituční léčby vydalo Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2001, částka 4/2001. Jedná se o metodický pokyn, který je závazný pro poskytovatele substituční léčby financované ze zdrojů Ministerstva zdravotnictví.

Jsou v něm definovány látky, které jsou v ČR oficiálně používané k substituční léčbě. Dále je jedna kapitola věnována popisu návykových poruch souvisejících s užíváním opiátů dle Mezinárodní klasifikace nemoci, 10. revize (MKN-10). Je zde popsána substituční léčba se všemi svými součástmi, personální a technické předpoklady zabezpečení dané služby, vstupní podmínky, které musí klient před nástupem splňovat a průběh a formy terapie.

Součástí standardu je i příložený formulář, který je povinně odevzdáván poskytovateli substituční léčby do národního registru.

3.2. Metadonová substituční zařízení v Praze

3.2.1. Centrum substituční léčby u Apolináře

Centrum substituční léčby u Apolináře (dále CSL) patří vedle Centra metadonové substituce 2 (dále jen CMS 2) o. p. s. Drop In mezi vysokoprahové programy substituční léčby v Praze. Vysokoprahovost spočívá zejména v pevně nastavených a poměrně přísných pravidlech, jež musí pacienti dodržovat, aby se v programu udrželi. Tato pravidla mohou být bariérou, jež zabrání jejich vstupu do programu, či dlouhodobému udržení v něm jedincům, kteří by byli indikováni spíše do jiných služeb péče a ve zmíněném zařízení by neprosperovali a zabírali tak místo jiným zájemcům.

Historie vzniku CSL sahá do devadesátých let minulého století, kdy byl v roce 1997 spuštěn program v tehdejší Oddělení pro léčbu závislostí 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice, který nabízel služby pouze 20 pacientům. Tento program vznikl na základě evaluace pilotního programu, jenž proběhl v roce 1992 pod vedením MUDr. Presla, který vydával svým pacientům metadon dovezený ze Švýcarska, neboť metadon v té době

v ČR nebyl ještě oficiálně uznán za legální substituční látku (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008).

V současnosti se tedy jedná o zdravotnické zařízení spadající pod Klinikou adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Kapacita centra je 70 pacientů, která je v současné době téměř naplněna (69 k 10. 6. 2013). (CSL u Apolináře, ústní sdělení, 2013) Jednotliví pacienti jsou v kartotéce vedeni pod vlastním jménem, jako v běžné zdravotnické dokumentaci je součástí jejich spisu podrobná anamnéza, výsledky vyšetření a zápisy z individuálních sezení.

Při vstupu do programu uzavírají pacienti s týmem terapeutickou smlouvu, v níž se zavazují plnit pravidla, docházet pravidelně a podrobovat se toxikologickým vyšetřením. Pacient se s pracovníkem dohodne na terapeutickém plánu, který by chtěl během léčby plnit.

Léčba v programu je rozdělena do pěti stupňů (fází), jimž předchází dvouměsíční zkušební doba, během níž se u pacienta do určité míry toleruje neschopnost naprosté abstinence od nelegálních látek a alkoholu. Na konci zkušební doby rozhoduje terapeutický tým o setrvání v léčbě, příp. o jejím ukončení, pokud se pacient ve zkušební době neosvědčil. V prvním stupni léčby chodí pacienti pro metadon každý den, později mohou dostávat i výdeje domů, pokud náležitě dodržují všechna pravidla programu.

Jedná se zejména o přísnou abstinenci od alkoholu i nealkoholových drog. Pacienti jsou pravidelně testováni – moč je odebírána pod dohledem sestry, namátkově a dle zhodnocení klinického stavu přibližně jednou týdně. Pokud se v moči prokáže přítomnost některé nepovolené látky (drogy nebo jejího metabolitu), je na to pacient upozorněn, může být sankcionován (v první řadě odebráním výdeje metadonu domů) a při opakovaném nedodržení pravidel může být z programu vyloučen. Zpravidla dostane pacient jeden týden na to, aby si našel jiný program, do kterého by mohl přestoupit. Pokud tak neučiní, je mu řízeně snižována dávka.

Dávka metadonu je individuální u každého pacienta dle jeho subjektivní potřeby a dle toho, jakou dávku opiátu byl zvyklý užívat. Nastavení dávky konzultuje vždy s lékařem programu a s ním probírá skutečné i domnělé abstinenci příznaky. Univerzálně se ale začíná u každého pacienta na bezpečné dávce 30 mg (6 ml) metadonu, kterou poté lékař po dohodě s pacientem zvyšuje až do takové dávky, kdy pacient nepocítuje abstinenci příznaky.

Pacienti, kteří jsou v prvních dvou stupních léčby, se musí povinně účastnit skupinových sezení, a to jednou za dva měsíce, dále může pacient využít možnost konzultace

či vyšetření lékařem psychiatrem, který do zařízení dochází 4x týdně. Individuální poradenství je pro všechny pacienty povinné jednou za měsíc.

Služba je financována ze zdrojů Ministerstva zdravotnictví, Magistrátu Hlavního města Praha a ze zdravotního pojištění.

Tým centra sestává z vedoucí adiktoložky, dvou lékařů, kteří do centra pravidelně docházejí každý dvakrát týdně, jedné staniční sestry a čtyř zdravotních sester. Otevírací doba pro pacienty je od pondělí do pátku od 6:30 do 11:00 a následně od 13:00 do 14:00 (o víkendu 8:30 – 11:30). V této době si mohou chodit pro metadon i pro výdeje domů. Dostaví-li se mimo výdejní dobu, není jim metadon zpravidla vydán.

3.2.2. Centrum metadonové substituce 2 – o. p. s. Drop In

CMS 2 o. p. s. Drop In je druhým pražským vysokoprahovým zařízením v Praze, které vedle CSL u Apolináře poskytuje metadonovou substituci. Organizace Drop In vznikla v roce 1991 v té době jako Nadace Drop In, která se postupem času vyprofilovala do dnešní podoby a v roce 1999 se transformovala v nový právní subjekt – Středisko prevence a léčby drogových závislostí – DROP IN o. p. s. a získala status nestátního zdravotnického zařízení. (Drop In, o. p. s., dostupné z: <http://www.dropin.cz/index.php/historie-drop-in>)

První pokusy o substituční léčbu se datují do roku 1993, kdy byla poskytována opiátová substituce Diolanem (lék na opiátové bázi). Substituci metadonem zahájil Drop In v roce 2002 zatím pouze v jednom zařízení, které se ale rok nato rozdělilo na dvě části – nynější vysokoprahové zařízení CMS 2, které sídlí ve Španělské ulici (Praha 2) a nízkoprahové CMS 1 (viz kapitola 3.2.3.).

V dubnu roku 2013 bylo v tomto zařízení registrováno 111 klientů v metadonové substituční péči a jeden klient v substituci Suboxonem.

Metadon klientům, stejně jako v jiných zařízeních, vydává zdravotní personál (zdravotní sestra), dále jsou pravidelně k dispozici dva lékaři, s nimiž je konzultováno případné zvyšování dávky metadonu nad hranici 150 mg a který provádí také potřebná vyšetření a v neposlední řadě je součástí týmu i sociální pracovnice.

Výdejní doba je od pondělí do čtvrtka vždy od 8 do 12 hodin a od 14 do 16 hodin. Mimo tyto stanovené hodiny není možné metadon vydat.

Podobně jako v CSL u Apolináře je léčba v CMS 2 rozdělena do několika fází/stupňů, které se liší zejména frekvencí návštěv v centru (tedy i počtem výdejů metadonu s sebou).

Klienti v prvním (tedy nejvyšším stupni) mohou do zařízení docházet pouze jednou týdně, na ostatní dny si odnášejí výdeje s sebou. Podmínkou je dlouhodobá stabilní brigáda nebo zaměstnání a negativní toxikologie. Brigáda či legální zaměstnání je podmínkou zařazení i do druhého stupně, stejně tak alespoň jeden rok negativní toxikologie. Pro přestup do prvního stupně je nutno být v trvalém pracovním poměru po dobu alespoň jednoho roku. Klienti ve druhém stupni dostávají výdeje 2-3 krát týdně. Do druhého stupně mohou přestoupit ti klienti třetího stupně, kteří absolvují 4 setkání terapeutické skupiny. Třetí stupeň je tvořen převážně klienty z CMS 1, klienti dochází do centra 3-4 krát týdně, z nízkoprahového centra mohou přestoupit, prokáží-li legální zaměstnání alespoň půl roku zpětně a absolvují-li 4 sezení v aktivitě Přípravka pro Job klub. Dále je nutno doložit 1-2 negativní toxikologie, které jsou však nehlášené (v CMS 1 jsou toxikologická vyšetření prováděna vždy na základě předchozí domluvy, výjimku tvoří klienti, kteří chtějí přestoupit do vysokoprahového zařízení).

Společná pravidla pro všechny stupně léčby, která musí dodržovat každý klient programu, spočívají zejména v dodržování výdejních hodin, pravidelné docházce do zařízení dle terapeutického plánu, nezdržování se zbytečně v prostorách centra, zákazu manipulace se substituční látkou, povinnosti podrobit se toxikologickým vyšetřením moči, užití substituční látky pod dohledem personálu, zákazu agrese atd.

3.2.3. Centrum metadonové substituce 1 – o. p. s. Drop In

Nízkoprahové centrum metadonové substituce CMS 1 vzniklo v roce 2003 rozdělením původně jednoho centra na dvě části. Od roku 2006 sídlilo v ulici Ve Smečkách, později krátkodobě probíhal výdej v autobuse Drop In a od roku 2012 je z důvodu nedostatku prostor metadon vydáván v prostorách kontaktního centra Drop In na Boršově (Praha 1). Tato skutečnost s sebou kromě stísněných prostorových podmínek přináší ještě další negativum vyplývající z faktu, že se zde v jednu chvíli setkávají jak klienti metadonové substituce (tedy bývalí uživatelé nelegálních opiátů jako například heroinu, kteří by v současné době měli od těchto drog abstinovat), tak klienti nízkoprahových harm reduction programů (tedy aktuální uživatelé nelegálních drog).

Přes tyto okolnosti provoz funguje každý všední den od 9:30 h do 11:30 h, stejně jako ve výše zmíněných programech není klientům metadon mimo tuto stanovenou dobu vydán. V dubnu 2013 bylo v CMS 1 registrovaných 90 klientů metadonové a 5 klientů suboxonové substituce.

Provoz obou center spadajících pod o. p. s. Drop In je hrazen z rozpočtu této neziskové organizace, tedy z dotací Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Metadon je klientům se zdravotním pojištěním vydáván zdarma, ostatní hradí částku 1500 Kč měsíčně.

Rozdíl oproti vysokoprahovému centru CMS 2 spočívá kromě umístění v rámci kontaktního harm-reduction zařízení zejména v intenzitě docházení do zařízení (CMS 1 neumožňuje výdeje metadonu kromě víkendů a výjimečných případů), dále v toxikologických vyšetřeních moči (vyšetření v rámci programu v CMS 1 jsou vždy předem hlášena, výjimkou jsou klienti s ambicí přestupu do třetího stupně CMS 2) a tolerance pozitivní toxikologie u klientů starších 45 let. Tolerována je jedna pozitivní toxikologie, která je následována podmíněným vyloučením. Při opakované pozitivitě je danému klientovi program ukončen, což v praxi znamená, že je klientovi postupně každý den snižována dávka, dokud nedosáhne nulové hranice (Terapeutická smlouva, interní materiál Drop In, o. p. s.).

3.2.4. Remedis, s.r.o.

Remedis je zdravotnické zařízení, které poskytuje svým klientům komplexní služby z oblasti gastroenterologie, gynekologie, vnitřního lékařství, psychiatrie, hematologie a adiktologie. Z oblasti drogové problematiky se věnuje zejména substituci buprenorfinem, provozuje však také program metadonové substituce. Vzhledem ke skutečnosti, že tento program se zásadně liší od výše zmíněných služeb v několika významných parametrech, rozhodla jsem se jeho klienty do výzkumu trestné činnosti nezařadit. Tato práce se však zabývá trestnou činností metadonových substitučních zařízení v Praze, uvádím zde tedy Remedis pro úplnost alespoň okrajově.

Metadonovou substitucí poskytuje Remedis, s. r. o. od roku 2010, v dubnu 2013 bylo v programu stabilně 15 klientů.

Hlavním a stěžejním rozdílem oproti ostatním programům je povinnost všech klientů bez výjimky finančně se podílet na hrazení substituční léčby, a to konkrétně ve výši 2000 Kč měsíčně. Tato skutečnost dle mého názoru vytváří významný rozdíl v klientele mezi těmito službami. Na druhou stranu většina současných klientů jsou bývalí klienti nebo pacienti ostatních programů, jimž z rozličných důvodů nevyhovovaly služby center u Apolináře nebo v Drop Inu (Ústní sdělení, Remedis, s. r. o., 2013)

Struktura a pravidla programu nejsou zcela přesně a jasně definována a stanovena, pracovníci se snaží přizpůsobovat je co nejvíce individuálním potřebám klientů. I z tohoto

důvodu není možné přesně určit, zda by program měl být považován spíše za nízkoprahový nebo vysokoprahový.

Tato služba zatím nezískala certifikaci Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, proto na svůj provoz nedostává od tohoto orgánu žádné dotace.

Práce s klienty probíhá pouze na individuální úrovni, klientům je zde však poskytnut komplexní servis zdravotnických a psychiatrických služeb, včetně léčby virových hepatitid, gynekologických služeb atd.

Nejsou stanoveny výdejní hodiny, které by klienti museli dodržovat, pro metadon si mohou přijít kdykoli během ordinačních hodin, tj. každý všední den od 8 do 18 hodin.

Podmínkou přijetí je pouze absolvování několika vyšetření, psychiatrický pohovor a samozřejmě užívání opiátů v anamnéze. Toxikologická vyšetření jsou nehlášená, provádějí se přibližně jednou za měsíc u každého klienta. Není však jasně stanoven postih za pozitivní toxikologii – setrvání v programu či případné vyloučení z něj tedy závisí spíše na uvážení pracovníka a na domluvě s klientem.

3.3. Drogová kriminalita

3.3.1. Drogová kriminalita dle EMCDDA

Teoretické modely vysvětlující vztah užívání drog a kriminality se v pohledu na tento vztah různí (například v názoru, zda užívání drog vede k páčání trestné činnosti či naopak, nebo zda tyto dva jevy existují vedle sebe za předpokladu společné etiologie), (Kuchta a kol., 2005). Definice vztahu trestné činnosti a užívání drog, kterou používá Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) ke komplexnímu popisu tohoto složitého jevu, vychází z Goldsteinova modelu tripartity¹. Jedná se o tříúrovňový model, vytvořený na základě empirického přístupu, popisující jednotlivé základní kategorie a aspekty drogové kriminality, k němuž EMCDDA přidává ještě čtvrtou rovinu.

Psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost je první rovinou z výše zmíněného konceptuálního rámce. Jedná se o páčání trestné činnosti pod vlivem akutní intoxikace návykové substance. Charakter tohoto typu trestné činnosti je tedy závislý na účincích dané užití látky. Jiné trestné činy páčá člověk pod vlivem alkoholu, jehož účinkem je například

¹ Paul J. Goldstein zkoumal v 80. letech 20. století vztah mezi drogami a zvyšujícím se výskytem vražd v New Yorku. Výsledky publikoval v roce 1985 v americkém Journal of Drug Issues. Koncept tripartity je přenositelný na drogovou kriminalitu obecně.

odstraňování zábran nebo zvyšování agrese, a jiné člověk v akutní paranoidní toxické psychose v důsledku užívání pervitinu. Do této kategorie můžeme zařadit například trestné činy výtržnictví, loupeže, sexuální napadení nebo jiná násilná trestná činnost. Z údajů Policie ČR vyplývá, že „*trestná činnost spáchaná pod vlivem návykových látek činila v roce 2011 15,8 % všech objasněných trestných činů, tj. 19,3 tis. trestných činů.*“ (Mravčík a kol., 2012, str. 124). Zároveň můžeme zahrnout do této kategorie trestné činy ohrožení pod vlivem návykové látky či opilství, u nichž je užití návykové látky přímo znakem skutkové podstaty TČ.

Dalším aspektem tříúrovňového (respektive čtyřúrovňového) konceptu je ekonomicky motivovaná trestná činnost. Do této kategorie spadá zejména majetková trestná činnost páchaná za účelem opatřit si finanční a jiné prostředky na návykové látky. Jedná se tedy zejména o trestné činy krádeže, neoprávněného opatření platebního prostředku, loupeže, porušování domovní svobody, podvodu, zpronevěry atd. (Mravčík a kol., 2012).

Na posledním místě Goldstein uvádí tzv. systémovou trestnou činnost, která vychází z nezákonnosti nakládání s návykovými látkami a odsouvá tak veškeré obchodování na černý trh. Ten je spojen s velikými majetkovými zisky, a tedy kromě samotné ilegálnosti nakládání s omamnými a psychotropními látkami (dále jen OPL) i s násilnou trestnou činností, jako jsou vraždy, napadení, dále vydírání atd. (EMCDDA, 2007)

EMCDDA pokládá za vhodné k výše zmíněnému modelu přidat ještě čtvrtý aspekt, kterým je trestná činnost spočívající v porušování drogových předpisů, tedy trestné činy, u nichž je návyková látka přímo znakem skutkové podstaty. Ta se liší v různých zemích mimo jiné podle toho, jak nahlíží různé právní systémy trestnost nakládání s různými OPL. V ČR do této kategorie například nebude spadat nakládání s alkoholem, neboť tato návyková látka je u nás legální. V souvislosti s nelegálními OPL se jedná o trestnou činnost porušování drogových předpisů (někdy také primární drogová kriminalita), tedy konkrétně §283-287 zák. č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, dále jen TZ.

Definovat a analyzovat tyto vztahy je důležité zejména proto, aby byl poskytnut smysluplný základ, na němž je možno stavět a následně aplikovat efektivní systém kontroly, represe i prevence. (EMCDDA, 2007)

3.3.2. Primární, sekundární a terciární drogová kriminalita

V ČR je zvykem rozdělovat drogovou kriminalitu na primární a sekundární (eventuelně terciární), jak ji popisuje například Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v roce 2011.

Primární drogovou kriminalitou rozumíme porušování tzv. drogových předpisů – tato kategorie je tedy analogická s poslední úrovní konceptu dle EMCDDA (viz. kapitola 3.2.1.).

Sekundární drogová kriminalita zahrnuje veškerou ostatní trestnou činnost páchanou uživateli drog. Spadá sem tedy trestná činnost za účelem opatření drogy nebo finančních prostředků na drogy, TČ páchaná pod vlivem návykových látek, násilné trestné činy atd. Nejčastější trestné činy páchané uživateli drog byly v roce 2011 krádež, krádež a porušování domovní svobody, krádež a neoprávněné užívání cizí věci, neoprávněné opatření platebního prostředku, loupež, zanedbání povinné výživy, porušování domovní svobody, podvod, zpronevěra, úmyslné ublížení na zdraví, vydírání, omezování a zbavení osobní svobody a vražda (Mravčík a kol., 2012)

Jsou patrné odlišnosti v typu páchané trestné činnosti v souvislosti s užívanou drogou, zejména mezi alkoholovými a nealkoholovými drogami. Trestná činnost související s užíváním alkoholu může být trojího charakteru – okolnosti konzumace nebo opatřování mohou být v nesouladu se zákonem (například ohrožení pod vlivem návykové látky, ustanovení o nedovolené výrobě lihu, podávání alkoholu mládeži), dále může alkohol působit jako iniciační prvek snižující morální zábrany, do této kategorie spadají hlavně verbální a násilné trestné činy, sexuální trestné činy a nedbalostní trestné činy. Ostatní trestná činnost může s užíváním alkoholu souviset nepřímo, může být důsledkem spojeným s chronickým abusem (zanedbávání povinné výživy, příživnictví atd.) (Kuchta a kol., 2005)

Kriminalita spojená s užíváním nealkoholových OPL souvisí z velké části s nelegální povahou těchto látek a tedy jejich dostupností výhradně na černém trhu. To zapříčiňuje i nesrovnatelně vyšší ceny oproti alkoholu, což s sebou nese i nutnost získávat vyšší finanční prostředky často také prostřednictvím trestné činnosti, zejména krádežemi a loupežemi. Celkem bylo v roce 2011 spácháno pod vlivem NL 19 310 TČ, z toho 17 168 pod vlivem alkoholu a 2 142 pod vlivem dalších drog (Mravčík a kol., 2012).

Samostatně stojí trestný čin opilství (§360 TZ), podle něhož může být posuzováno nezákonné chování, bylo-li spácháno ve stavu nepřičetnosti, do něhož se pachatel uvedl sám (neučinil-li tak za účelem páchaní trestné činnosti). Pachatel je trestně stíhán za tento trestný

čin, hrozí-li mu za něj nižší trestní sazba než za čin, který ve skutečnosti spáchal. (§360 TZ.) Nepřičetnost je definována § 26 v obecné části TZ takto: „*Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný*“ (§26 TZ.)

Terciární drogovou kriminalitou rozumíme trestnou činnost páchanou na uživatelích drog, tedy takové případy, kdy se uživatelé drog v důsledku svého životního stylu stávají sami oběťmi trestné činnosti. Některé zdroje uvádějí sekundární a terciární drogovou kriminalitu v rámci jedné kategorie. Jedná se například o zneužívání k páčání majetkové trestné činnosti, vydírání nebo nedobrovolnou prostituci.

3.4. Právní problematika drogové trestné činnosti

V právní problematice uživatelů drog užívá česká legislativa zejména pěti závazných předpisů – zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách ve znění pozdějších předpisů a nařízení vlády č. 467/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů, a č. 455/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku.

Pojem návyková látka je upraven v trestním zákoníku paragrafem ustanovení §130:

„Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.“ (§130 TZ)

Trestní zákoník upravuje takové nakládání s návykovými látkami, které právní systém ČR považuje za trestné – tzv. drogové trestné činy neboli primární drogová kriminalita. Jak již však bylo řečeno výše, kriminalita související s užíváním drog se netýká pouze porušování drogových předpisů, významné jsou tedy i trestné činy například na úseku majetkové či násilné kriminality.

Dále se ČR jako jeden ze signatářů řídí úmluvami Organizace spojených národů, které jsou součástí jejího právního řádu. Jedná se o Jednotnou úmluvu o omamných látkách (1961), Úmluvu o psychotropních látkách (1971) a Úmluvu OSN proti nedovolenému obchodu

s omamnými a psychotropními látkami (1988). Společně tvoří hlavní legislativní pilíře pro mezinárodní kontrolu drog (Zaostřeno na drogy, 2003/03).

3.4.1. Porovnání starého a nového TZ – trestné činy související s užíváním drog

V lednu roku 2010 vešel v platnost nový trestní zákoník č. 40/2009 Sb., který tak nahradil původní trestní zákon č. 140/1961 Sb. (trestní zákon) ve znění k 31. 12. 2009. Nová právní úprava se dotkla mimo jiné i problematiky tzv. drogových trestných činů, což mělo dopad na postih uživatelů drog páchajících trestnou činností.

Vzhledem k tomu, že metadonová substituce je léčba charakteristická svou dlouhodobostí, setkáváme se u současných klientů substitučních programů často s dosud probíhajícími trestními stíháními za činy posuzované ještě podle starého TZ. Považuji tedy za vhodné na tomto místě uvést stručné srovnání původní a současné platné legislativy a věnovat se zejména konkrétním rozdílům v právní úpravě tzv. drogových trestných činů a dalších TČ spadajících do drogové kriminality.

Co se týče všeobecného konceptu, došlo ke změně z materiálního na formální pojetí práva. V praxi to má význam takový, že stávající právní úprava na rozdíl od té předchozí přesně a jasně definuje znaky skutkové podstaty jednotlivých trestných činů, čímž odebírá soudcům možnost posuzovat jednotlivé případy individuálně na základě nebezpečnosti daného chování pro společnost. Materiální koncept právní úpravy umožňoval soudci právě na základě stupně nebezpečnosti chování zhodnotit, zda dané jednání je nebo není trestným činem. Ve výsledku tedy nelze nezákonné jednání posuzovat přísněji, než stanovuje právní předpis, ale ani mírněji, například jedná-li se o pěstování konopí pro léčebné účely. (Zaostřeno na drogy, 2010)

Na druhou stranu však nový trestní zákoník počítá s rozličnými účinky a tedy i riziky spojenými s užíváním různých návykových látek, nenahlíží již na všechny látky stejně. Došlo k vyčlenění například konopí a jiných rostlin obsahujících omamné a psychotropní látky, nakládání s těmito látkami je nyní posuzováno a trestáno mírněji – jedná se o tzv. privilegované skutkové podstaty. Nová právní úprava dala také vzniknout i nové skutkové podstatě, která nebyla v TZ z roku 1961 vůbec známa, a to §285 TZ – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou a psychotropní látku. (Zeman, 2009)

Zároveň byly definovány i podmínky, za nichž bude trestné jednání posuzováno přísněji a za něž hrozí také vyšší trestní sazby než za naplnění znaků základní skutkové podstaty – tzv. kvalifikované skutkové podstaty. Zde se jedná zejména o recidivu, páchání

trestné činnosti jako člen organizované skupiny, dopouštění se trestné činnosti vůči mladistvému atd.

Dále je s novou právní úpravou §289 TZ zmocněna vláda ke stanovení tzv. malých množství návykových látek, tedy hodnot, které představují hranici mezi přestupkem a trestným činem. Tato množství doposud byla stanovena pouze v interních předpisech Policie ČR a státního zastupitelství (Závazný pokyn Policejního prezidenta č. 86/2006 – Příloha 1 Závazného pokynu a Pokyn obecné povahy nejvyšší státní zástupkyně č. 1/2008 – Příloha 2 Pokynu obecné povahy), tato ustanovení však nebyla závazná pro soudce, v praxi k nim však často přihlíželi. Zároveň byla také využívána zavedená judikatura ohledně stanovených množství jednodolých drog – například koncept „spotřební držby“, který rozlišuje mezi držením drogy konzumentem před jejím užitím a přechovávání OPL. Přechovávání je dle judikatury *držení OPL pro sebe v množství převyšujícím dávku potřebnou pro držitele* (Zeman, 2009, str. 6), tedy přechovávání látky na pozdější dobu. (Zeman, 2009)

Dnes jsou tato množství ustanovena prováděcími nařízeními vlády č. 467/2009 Sb., (určující, jaké je malé množství OPL) a č. 455/2009 Sb., (obsahující seznam rostlin a hub a stanovující jejich malá množství).

Trestní zákoník definuje nyní celkem pět skutkových podstat tzv. drogových trestných činů, které upravují konkrétně paragrafy 283 – 287 (dříve 187, 187a, 188 a 188a).

Tabulka č. 2 poskytuje srovnání jednotlivých vybraných paragrafů ve starém a novém trestním zákoníku, co se týče odpovídajících skutkových podstat TČ. Paragrafy byly vybrány dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti z roku 2011 z kapitoly *Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení*, kde jsou uvedeny trestné činy nejčastěji páchané uživateli drog.

Tabulka č. 2: Srovnání vybraných paragrafů starého a nového TZ

Zákon č. 140/1961 Sb.	Zákon č. 40/2009 Sb.
§ 187 Nedovolené nakládání	§283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a s jedy
§ 187a Přechovávání pro sebe	§284 Přechovávání OPL a jedu
-	§285 Nedovolené pěstování rostlin obsahujících OPL

§188 Předmět k nedovolené výrobě	§286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedu
§188a Šíření toxikomanie	§287 Šíření toxikomanie
§ 201 Ohrožení po vlivem NL	§274 Ohrožení pod vlivem NL
§ 201a Opilství	§360 Opilství
§219 Vražda	§140 Vražda
§ 221 Úmyslné ublížení	§146 Ublížení na zdraví
§ 232 Zbavení osobní svobody	§170 Zbavení osobní svobody
§ 231 Omezování osobní svobody	§171 Omezování osobní svobody
§ 234 Loupež	§173 Loupež
§ 235 Vydírání	§175 Vydírání
§ 238 Porušování domovní svobody	§178 Porušování domovní svobody
§ 213 Zanedbání povinné výživy	§196 Zanedbání povinné výživy
§ 247 Krádež	§205Krádež
§ 248 Zpronevěra	§206 Zpronevěra
§ 249 Neoprávněné užívání cizí věci	§207 Neoprávněné užívání cizí věci
§ 250 Podvod	§209 Podvod
§ 143 Společné ustanovení, § 249b Neoprávněné držení platební karty	§234 Neoprávněné opatření, padělání a pozměnění platebního prostředku

(Nový trestní zákoník a trestní řád, přestupky, C. H. Beck, 2009)

Podrobněji se zde budu věnovat pouze srovnání zmíněných pěti „drogových“ paragrafů.

- §283 – Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy

Skutková podstata je do značné míry odpovídající §187 zákona č. 140/1961 Sb. Nová právní úprava na rozdíl od staré definuje vedle základní skutkové podstaty také kvalifikovanou skutkovou podstatu. Dojde-li k naplnění jejích znaků, je takové jednání

posuzováno přísněji a zároveň sankcionováno vyšší trestní sazbou. Jedná se zejména o recidivu (pachatel byl již za stejný čin trestán) nebo o páchaní trestné činnosti jako člen organizované skupiny. Dříve bylo možno k těmto okolnostem přihlídnout a zvolit vyšší trestní sazbu na základě posouzení nebezpečnosti daného chování pro společnost soudcem.

- §284 – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu

V tomto ustanovení je velmi dobře patrná snaha o rozlišení mezi jednotlivými OPL při posuzování trestné činnosti. Dle tohoto paragrafu bude posuzováno mírněji přechovávání většího než malého množství konopí či hub („*Trest odnětí svobody až na 1 rok, zákaz činnosti nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty*“) (§284, zák. č. 40/2009 Sb.) oproti ostatním OPL, jejichž přechovávání v množství větším než malém může být sankcionováno „*TOS až na 2 roky, zákazem činnosti nebo propadnutím věci či jiné majetkové hodnoty*“ (§284, zák. č. 40/2009 Sb.)

- §285 – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku

Tímto ustanovením vzniká nová privilegovaná skutková podstata, která odlišuje nahlížení na pěstování rostlin s obsahem OPL a nedovolenou výrobu OPL. Sankce jsou odstupňovány podle rozsahu trestné činnosti, přičemž pouze při pěstování v množství menším než malém a větším než malém rozlišujeme mezi druhem rostlin či hub „*Pěstování hub nebo jiných rostlin obsahujících OPL pro vlastní potřebu v množství větším než malém postihuje trestní zákoník trestem odnětí svobody až na 1 rok, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty. Za pěstování ve větším rozsahu stanoví trest odnětí svobody v délce až do 3 let nebo peněžitý trest a trest odnětí svobody na 6 měsíců až 5 let za pěstování ve značném rozsahu.*“ (Zaostřeno na drogy, 2010/01, str. 6)

- §286 – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu

Tento paragraf je odpovídající obdobou původního §188, rozdílem je pouze snížení dolní hranice trestní sazby TOS u základní skutkové podstaty (až na 5 let, dříve 1-5 let). Dále nová právní úprava definuje okolnosti umožňující použití vyšší trestní sazby – spáchání tohoto trestného činu jako člen organizované skupiny, vůči dítěti či ve větším rozsahu. V takovém případě hrozí pachateli TOS na 2-10 let.

- §287 – Šíření toxikomanie

Skutková podstata trestného činu šíření toxikomanie byla dříve posuzována podle §188a, nové ustanovení definuje pouze okolnosti pro využití vyšší trestní sazby – v případě spáchání tohoto trestného činu jako člen organizované skupiny (TOS na 1-5 let), vůči dítěti mladšímu 15 let (TOS na 2-8 let). (Zaostřeno na drogy, 2010/01)

3.4.2. Zákon o přestupcích a drogová kriminalita

Zákonem ČNR č. 200/1990 Sb. o přestupcích ve znění pozdějších předpisů je upraveno protiprávní jednání související s návykovými látkami upraveno ustanovením §30 – Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Jedná se celkem o 17 skutkových podstat přestupků, z nichž zejména dvě se týkají uživatelů nelegálních OPL – „přestupku se dopustí ten, kdo: j) neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu omamnou nebo psychotropní látku, k) neoprávněně pěstuje pro vlastní potřebu v malém množství rostlinu nebo houbu obsahující omamnou nebo psychotropní látku.“ (§30, cit. zák.) Za uvedené přestupky hrozí pachateli pokuta do 15 000 Kč. Jak je zmíněno výše, definované jednání je přestupkem pouze v případě, jedná-li se o množství OPL, které je menší než malé. Tato množství jsou stanovena nařízením vlády č. 467/2009 Sb. a č. 455/2009 Sb. Tabulka č. 3 shrnuje tato množství u vybraných nejčastěji zneužívaných nelegálních OPL či rostlin v ČR.

Tabulka č. 3: Hodnoty malých množství vybraných OPL, rostlin či hub dle nařízení vlády č. 467/2009 a č. 455/2009

OPL	Malé množství směsi OPL	Malé množství účinné látky
Heroin	1,5 g	0,2 g báze, 0,22 g
Pervitin	2 g	0,6 g báze, 0,72 g
Extáze (MDMA, MDA, MDEA)	4 tablety nebo 0,4 práškovité či krystalické substance	0,34 g báze, 0,4 g
Kokain	1 g	0,54 g báze, 0,6 g
Marihuana	15 g sušiny	1,5 g delta-9-THC
LSD	5 papírků, tablet, kapslí, krystalů	0,000134 g báze

Lysohlávky	40 plodnic houby	0,05 g báze psilocin nebo odpovídající množství psilocybinu
Rostliny či houby obsahující OPL	Malé množství	----
Rostliny konopí	5 ks	----
Rostliny obsahující psilocybin a psilocin	40 ks	----
Rostliny obsahující meskalin	5 ks	----

3.4.3. Zákon o návykových látkách

Výše zmíněné právní předpisy definují trestnou činnost a sankce za protiprávní jednání v souvislosti s drogovou problematikou. Legální zacházení s definovanými látkami v souladu s mezinárodními úmluvami OSN upravuje zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. „*Tento zákon upravuje a) zacházení s návykovými látkami, s přípravky obsahujícími návykové látky (dále jen „přípravky“), s některými látkami používanými při výrobě nebo zpracování návykových látek (dále jen „prekursory“)* a zacházení s pomocnými látkami, jejich vývoz, dovoz a tranzitní operace s nimi, b) pěstování máku, konopí a koky a vývoz a dovoz makoviny.“ (§1, zák. č. 167/1998 Sb.) Návykovou látkou je dle definice „*omamná a psychotropní látka uvedená v příloze 1 až 7 tohoto zákona*“ (§2, tamtéž)

Všechny zákonem upravované látky jsou uvedeny v příloze, kde jsou uspořádány do čtyř skupin podle míry zdravotních a sociálních rizik spojených s jejich užíváním. Podle zařazení do jednotlivých skupin se na tyto látky také vztahují přísnější nebo méně přísná opatření a omezení. Nejprísněji posuzovány jsou látky v přílohách 3 a 4, jedná se například o látky jako je heroin, LSD, MDMA, THC atd.

V roce 2011 bylo novelou tohoto zákona (č. 160/2011 Sb.) přidáno na seznam zakázaných OPL 33 nových látek, některých ze skupiny tzv. nových syntetických drog, jako je například mephedron. Kromě jiných látek přibyl na seznam i salvinorin A, což je účinná látka obsažená v šalvěji divotvorné.

Zákon o návykových látkách tedy definuje situace, okolnosti a podmínky, za nichž je legální s danými látkami nakládat a kdo může být odpovědnou a oprávněnou osobou,

způsobitou k zacházení s NL. Povolení k zacházení s uvedenými substancemi vydává Inspektorát omamných a psychotropních látek Ministerstva zdravotnictví. Povolení se vydává na dobu jednoho roku a na jeho vydání není právní nárok.

Tento zákon mimo jiné nařizuje předepisovat léky či substituční preparáty opiátového typu na recepty s modrým pruhem. Také určuje povinnost opatřit si certifikát k vývozu metadonu (povolení MZ, neboli vývozní povolení) v případě, cestuje-li klient v substituční léčbě do zahraničí.

Definuje také sankce za takové nakládání s návykovou látkou, které není v souladu s tímto právním předpisem a není zároveň upraveno jinde.

4. Výzkumná část

4.1. Metodika

Zde je popsán postup při realizaci výzkumu a zpracování dat, jejichž výsledky jsou uvedeny v kapitole 4.2.

Jedná se o kvantitativní výzkum, který byl proveden formou dotazníkového šetření ve třech pražských substitučních zařízeních. Data byla sbírána v průběhu měsíců dubna a května. Před realizací výzkumu byla oslovena Etická komise VFN 1. LF UK v Praze se žádostí o souhlas s výzkumem na pracovišti CSL u Apolináře spadající pod Kliniku Adiktologie. Vyjádření Etické komise je k dispozici v příloze (7.2.)

Výzkumný soubor tvoří 44% základního souboru, v každém zařízení byl osloven přibližně stejný počet respondentů. Celkem bylo odebráno 124 dotazníků, z nichž 119 bylo vyplněno úplně a mohlo být využito k vyhodnocení. Jednalo se o 44 klientů nízkoprahového zařízení a 75 klientů vysokoprahových zařízení.

Data z každého dotazníku byla zanesena do tabulek v programu Microsoft Excel. Byla vyhodnocena každá otázka dotazníku zvlášť a poté byly vytvořeny tabulky, kde jsou data porovnána a jsou hledány souvislosti mezi jednotlivými ukazateli.

Vzhledem k nesouladu v počtu klientů vysokoprahových a nízkoprahového zařízení bylo nutno v případech, kde byla tato zařízení srovnávána, vynásobit počet nízkoprahových klientů koeficientem podílu počtu nízkoprahových a vysokoprahových respondentů. Stejně tak tomu bylo i v ostatních kategoriích, kde by v opačném případě bylo porovnávání absolutních čísel nerelevantní.

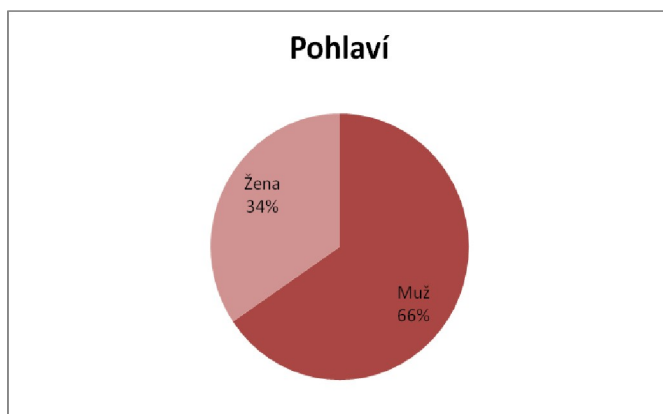
Nejdůležitější výsledky jsou uvedeny v kapitole 4.2. ve formě tabulek a grafů s komentáři.

4.2. Výsledky

Na tomto místě budou shrnuty výsledky z dotazníkového šetření ve třech pražských zařízeních metadonové substituce. Některá data jsou pro názornější možnost zhodnocení a srovnání zpracována do přehledných tabulek a grafů.

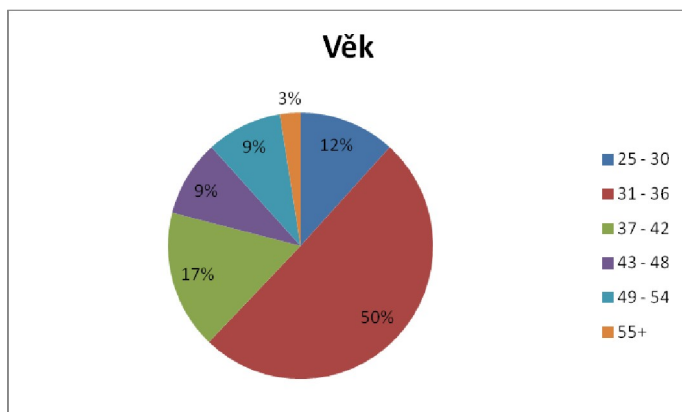
Výzkumný soubor tvořilo 119 respondentů, z nichž 66% tvořili muži a 34% ženy. Tento poměr nebyl vybrán záměrně, vznikl pravděpodobně na základě absolutního podílu mužů a žen v substitučních zařízeních a kopíruje tak všeobecnou charakteristiku klientů v léčbě. (Mravčík a kol., 2012)

Graf č. 1: Pohlaví



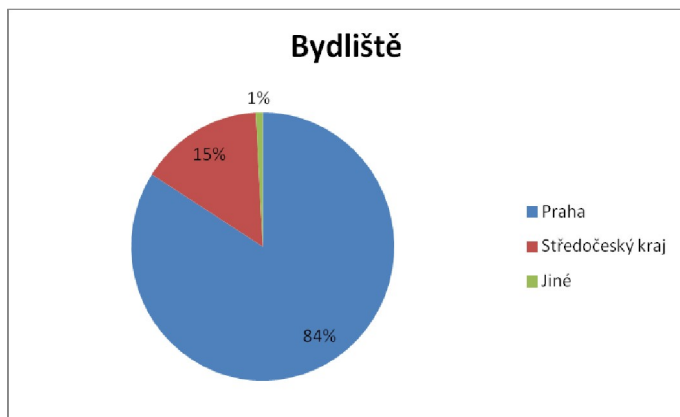
Polovina všech respondentů byla ve věku mezi 31 a 36 lety, pouze 12% všech respondentů bylo mladších 30 let, což koresponduje se současným paradigmatem v pojetí substituční léčby, která je indikována často až jako poslední možnost volby, selžou-li ostatní abstinčně orientované léčebné pokusy. Pouhá 3% klientů starších 55 let vyplývají z výrazně horšího zdravotního stavu klientů v metadonové substituce v porovnání s obecnou populací v důsledku užívání drog.

Graf č. 2: Věk



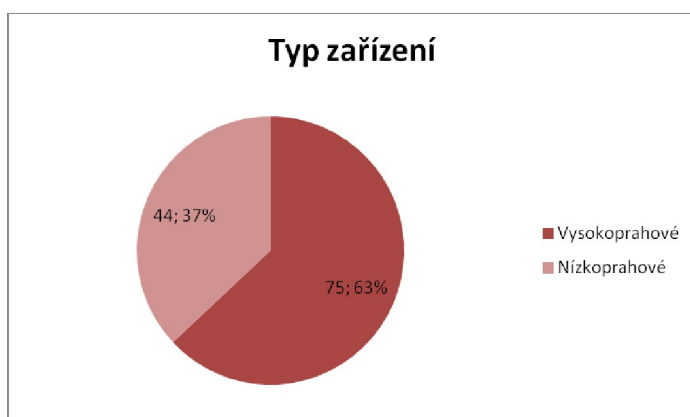
Z grafu č. 3 je patrné, že drtivá většina respondentů bydlí nebo se zdržuje v Praze. 16% respondentů však pravidelně pro metadon dojíždí, a to převážně ze Středočeského kraje. To souvisí s nižší dostupností služeb v mimopražských regionech.

Graf č. 3: Bydliště



Dotazníkové šetření probíhalo ve třech pražských zařízeních, z nichž dvě mají charakter vysokopražového a jedno nízkopražového zařízení. Poměr respondentů nebyl v souladu s celkovým počtem klientů v jednotlivých zařízeních, a to zejména z důvodu technických potíží v důsledku aktivity nízkopražového CMS 1 v rámci prostor K-centra na Boršově, což zapříčinilo ztížení podmínek pro sběr dat. Z grafu č. 4 je patrné zastoupení v obou typech zařízení, ze 75 respondentů ze dvou vysokopražových zařízení se jednalo konkrétně o 38 klientů CSL u Apolináře a 37 z CMS 2 ve Španělské. Pro potřeby srovnání charakteristik klientů jednotlivých typů zařízení byla data upravena tak, aby byla zachována relevance srovnávaných a hodnocených údajů.

Graf č. 4: Typ zařízení

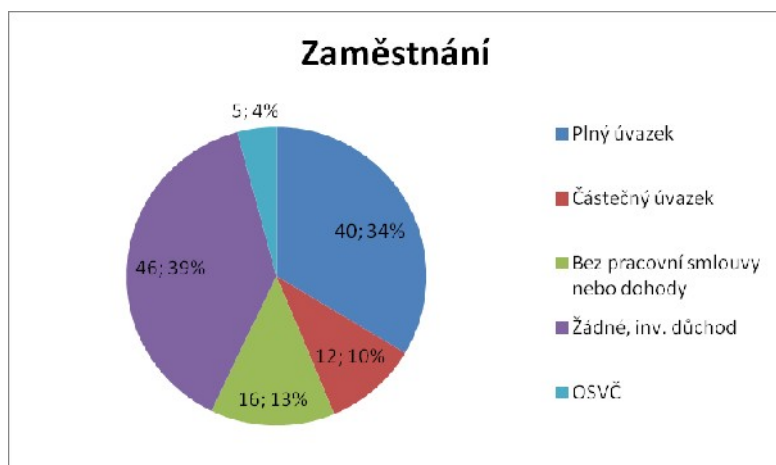


Graf č. 5 popisuje zaměstnanost klientů substitučních zařízení, nejčastěji klienti uváděli možnost „Žádné“ a „Plný úvazek“. Samostatnou výdělečnou činnost uvedlo pouze 5 klientů, z nichž všichni navštěvovali vysokopražové zařízení. 10 % respondentů uvedlo, že

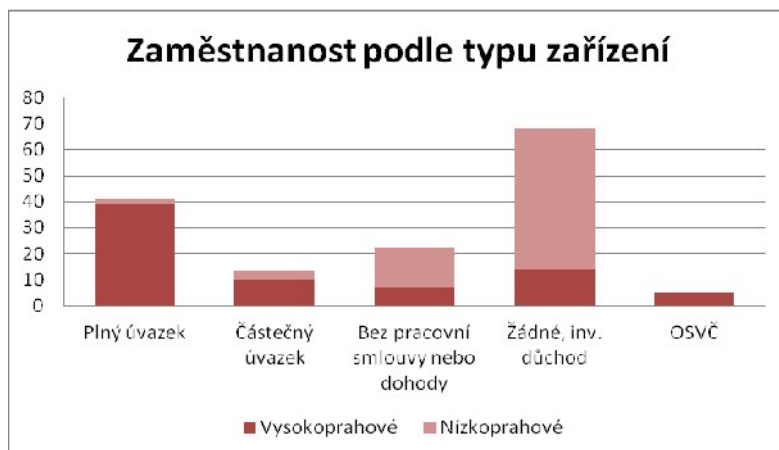
má legální zaměstnání na částečný úvazek a 13 % má placené zaměstnání bez legálního úvazku (pracovní smlouvy, Dohody o provedení práce, Dohody o pracovní činnosti). Graf č. 6 nabízí srovnání zaměstnanosti mezi různými typy zařízení. Zde je patrný velmi významný rozdíl mezi klienty nízkoprahového a vysokoprahových zařízení – 95,8 všech respondentů, kteří uvedli zaměstnání na plný úvazek, byli klienti vysokoprahových zařízení. Tato skutečnost koresponduje s podmínkami programů, CMS 2 ve Španělské ukládá svým klientům povinnost doložit potvrzení o zaměstnání či brigádě alespoň půl roku zpětně i pro vstup do nejnižšího stupně léčby (viz kapitolu 3.2.2.).

Oproti tomu 79,5 % respondentů uvádějících variantu „Žádné, inv. důchod“ byli klienti nízkoprahového centra. Z tohoto zařízení neuvedl žádný respondent možnost „OSVČ“ (osoba samostatně výdělečně činná), z vysokoprahových zařízení to bylo celkem pouze 5 klientů. V legálním, ale částečném pracovním poměru jsou častěji klienti vysokoprahových center, naproti tomu nelegální zaměstnání uvádějí častěji klienti CMS 1 (Graf č. 6).

Graf č. 5: Zaměstnání



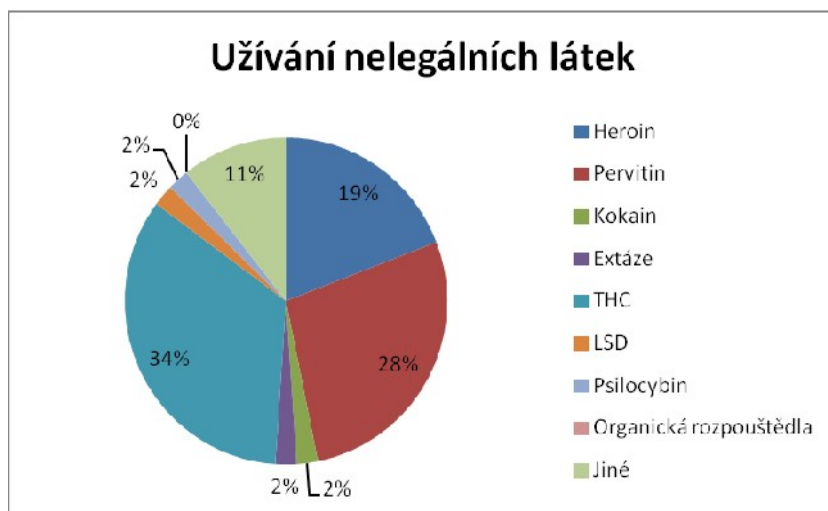
Graf č. 6: Zaměstnanost podle typu zařízení



Důležitým ukazatelem efektivity substituční léčby je přítomnost nebo nepřítomnost užívání dalších OPL vedle pravidelně podávaného metadonu. Užívání některé z nelegálních OPL přiznalo v dotazníku celkem 29 respondentů (24% z celkového počtu). Zajímavé je, že se nejednalo převážně o klienty nízkoprahového zařízení, ačkoli mezi nimi byl výskyt zneužívání nelegálních látek i po nástupu do programu častější (konkrétně se jednalo o 15 respondentů, tedy 34,1% ze všech nízkoprahových klientů). Z celkového počtu vysokoprahových klientů uvedlo užívání NL 18,7%). Za důležité považují zmínit, že v 54,5% se jednalo o THC, oproti tomu klienti nízkoprahového centra ve výrazně vyšší míře uváděli současné užívání pervitinu (40% ze všech klientů CMS 1, kteří uvedli užívání) a heroinu (28%).

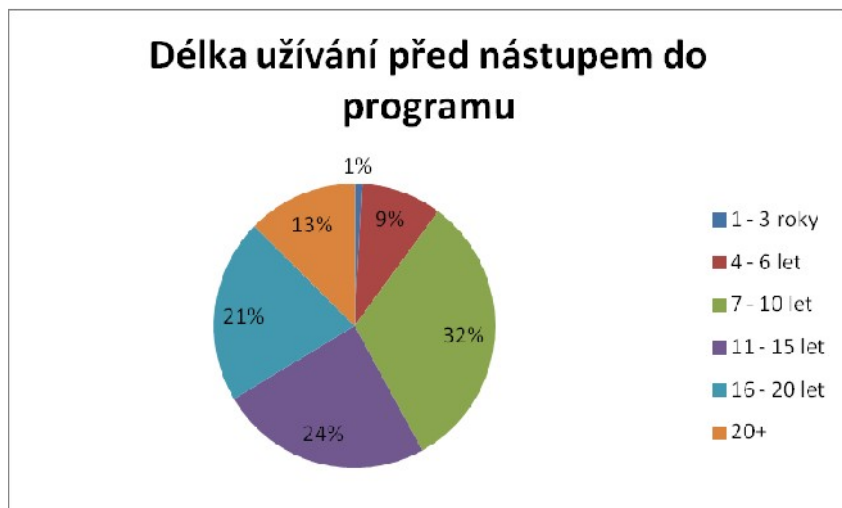
THC, heroin a pervitin jsou tři nečastěji zneužívané látky klienty metadonových center – THC uvedlo 34 % všech respondentů, kteří přiznali užívání, následuje užívání pervitinu (28%) a heroinu (19%) (Graf č. 7). Klienti často uváděli společné užívání heroinu i pervitinu zároveň.

Graf č. 7: Užívání nelegálních OPL po nástupu do programu metadonové substituce



Z celkového pojetí substituční léčby vyplývá, že jejími klienty jsou zejména drogově závislí s dlouhou anamnézou užívání opiátů a jiných NL. Není tedy překvapující, že nejčastěji uváděli klienti délku užívání v rozmezích 7-10 let (32%), 11-15 let (24%) a 16-20 let (21%). Průměrná délka užívání drog před nástupem do programu byla 13,29 let. Pouze 1% respondentů užívalo NL krátce, než nastoupili substituční léčbu (kategorie 1-3 roky), (Graf č.8). Žádný respondent neuvedl délku zneužívání NL kratší než jeden rok.

Graf č. 8: Celková doba užívání OPL před nástupem do programu metadonové substituce



Z výzkumného souboru bylo aktuálně v programu 33% respondentů stabilně po dobu 1-3 let, 23% po dobu 4-6 let a 23% po dobu 7-10 let (Graf č. 9). Průměrná délka účasti v programu je 5,91 let. Pouhá 4% klientů, kteří jsou v programu déle než 16 let, souvisejí se skutečností, že metadonové programy byly zakládány až po roce 1996. Někteří klienti patrně počítali do celkové doby i zkušební účast v programu z roku 1992, kdy byl malému vzorku uživatelů opiátů vydáván metadon dovezený ze Švýcarska. Také je nutno brát v potaz riziko, že někteří respondenti nemají reálnou představu o skutečné délce své drogové kariéry, stejně tak jako o svém působení v metadonové substituci.

Graf č. 9: Celková délka účasti v programu



Průměrná délka setrvání v programu se liší i mezi typy zařízení – respondenti z vysokoprahových zařízení byli v substituční léčbě v průměru 6,21 let, respondenti z nízkoprahových zařízení o něco méně, tedy 5,25 let. Tento rozdíl však nemůžeme přičítat zcela podmínkám a nárokům programu ani jeho efektivitě, jelikož oba vysokoprahové programy vznikly dříve než CMS 1 (2003). Mnozí klienti navíc přecházejí mezi programy

nebo jsou přesouváni z jednoho zařízení do druhého například pro porušení pravidel. Graf č. 10 ukazuje srovnání v jednotlivých rozmezích mezi zařízeními. Zde vidíme, že klienti nízkoprahových zařízení uváděli nejméně delší dobu účasti než 16 let, ostatní kategorie jsou poměrně vyrovnané. To je zapříčiněno pravděpodobně tím, že klienti mezi programy často přecházejí, jak již bylo řečeno výše.

Graf č. 10: Srovnání délky účasti v programu podle typu zařízení



Ze všech dotazovaných uvedlo páchaní trestné činnosti během své účasti v metadonovém programu 35 (29,4%) respondentů, což činí 32,1% z těch klientů, kteří přiznali trestnou činnost i před nástupem do programu. Jednalo se z větší části o muže – 32,05% z celkového počtu mužů oproti 24,39% z celkového počtu žen. Muži uváděli i větší míru páchaní trestné činnosti ve své kategorii – na jednoho připadá 2,44 trestných činů během účasti v programu, na jednu ženu 1,9. Muži nejvíce uváděli §283 (Nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedy) – 10 z 25 respondentů, § 284 (Přechovávání OPL a jedy) – 13 z 25 a § 205 (Krádež) – celkem 10 z 25 respondentů. Ženy nejvíce páchaly trestné činy § 284 a §285 (Nedovolené pěstování rostlin obsahujících OPL). Ženy se oproti mužům v menší míře dopouštějí trestného činu Výroby a jiného nakládání a Krádeže, ačkoli i tak jsou to velmi časté trestné činy i v této kategorii.

Překvapivé bylo, že podíl klientů, kteří se dopouštějí trestné činnosti po nástupu do programu, se mezi oběma typy zařízení prakticky vůbec neliší. Vysokoprahoví klienti páchají trestnou činnost z 29,33% a nízkoprahoví z 29,55%. Viditelný rozdíl je však v počtu trestných činů na jednoho pachatele- zde je patrné, že klienti nízkoprahového zařízení mají na svědomí v průměru 2,85 TČ na osobu, kdežto klienti vysokoprahových zařízení 1,95. Nízkoprahoví klienti uváděli například TČ podle § 283 více než dvakrát častěji než vysokoprahoví. Oproti tomu § 285 se vyskytoval výrazně častěji (téměř osmkrát) u klientů vysokoprahových

zařízení. To jen dokládá výše zmíněné tvrzení, že vysokoprahoví klienti se z uživatelů tzv. tvrdých pouličních drog profilují spíše do uživatelů marihuany, kterou si sami pěstují. Trestný čin § 284 a § 205 uvádějí obě kategorie ve srovnatelné míře.

Tabulka č. 4 ještě uvádí vztah mezi páčáním trestné činnosti a délkou účasti v programu metadonové substituce. Zde je vzhledem k velmi nízkému počtu respondentů v každé kategorii (kterých je dohromady pět) obtížné data reálně porovnat a vyvodit z nich platné závěry. Je možné tvrdit, že klienti působící v programu 1-3 roky, se ve větší míře dopouštějí páčání trestných činů §283, §284 a §285. Klienti se 7-10 letou kariérou v substituční léčbě páchají TČ §284 a §205 ve vyšší míře v porovnání s ostatními kategoriemi.

Podobný problém jako s ukazatelem „Délka účasti v programu“ byl i s ukazatelem „Zaměstnání“, neboť převážná většina respondentů páchajících TČ po nástupu do programu uvedla kategorii „Plný úvazek“ nebo „Žádné, inv. důchod“. Ostatní kategorie obsahovaly neprůkazný vzorek respondentů. Je však možno porovnat alespoň tyto dvě největší kategorie. Počet pachatelů TČ zde koreluje s počty pachatelů dle typu zařízení, neboť jak již bylo popsáno výše, drtivá většina klientů pracujících na plný úvazek byla z vysokoprahového zařízení, oproti tomu většina nezaměstnaných respondentů patřila do programu nízkoprahového. I zde vidíme jen velmi nepatrný rozdíl v podílu počtu pachatelů oproti celkovému počtu v dané kategorii (25% z klientů pracujících na plný úvazek, 28,26% z klientů nemajících žádné zaměstnání uvádí trestnou činnost), avšak rozdíl je v míře páčání TČ v rámci dané skupiny (1,4 TČ na jednoho pachatele v kategorii „Plný úvazek“ a 2,62 TČ v kategorii „Žádné, inv. důchod“).

Tabulka č. 4: Charakteristika pachatelů trestné činnosti po nástupu do programu metadonové substituce

Ukazatel	Kategorie	Počet pachatelů	Podíl z celkového počtu v dané kategorii	Počet TČ na jednoho pachatele
Pohlaví	Muži	25	32,05%	2,44
	Ženy	10	24,39%	1,9
Typ zařízení	Vysokoprahové	22	29,33%	1,95
	Nízkoprahové	13	29,55%	2,85
Délka účasti v programu	1 - 3 roky	12	30,77%	1,75
	4 - 6 let	8	29,63%	2,75
	7 - 10 let	8	28,57%	2,75
	11 - 15 let	6	50,00%	2,17
	16 - 20 let	1	20,00%	2

Graf č. 11 nabízí přehledné srovnání v páčání vybraných trestných činů, a to jak před nástupem, tak po nástupu do programu. Třetí sloupec pak ukazuje počet trestních stíhání za daný trestný čin. Z grafu není zřejmé, zda se klient daného TČ dopouštěl opakovaně či pouze jednou.

Ze všech respondentů uvedlo trestnou činnost před nástupem 109 z nich (tedy 91,6% respondentů). Po nástupu do programu přiznává TČ pouze již 35 respondentů (32,1% z počtu pachatelů před nástupem do substituční léčby, 29,4% z celkového počtu respondentů).

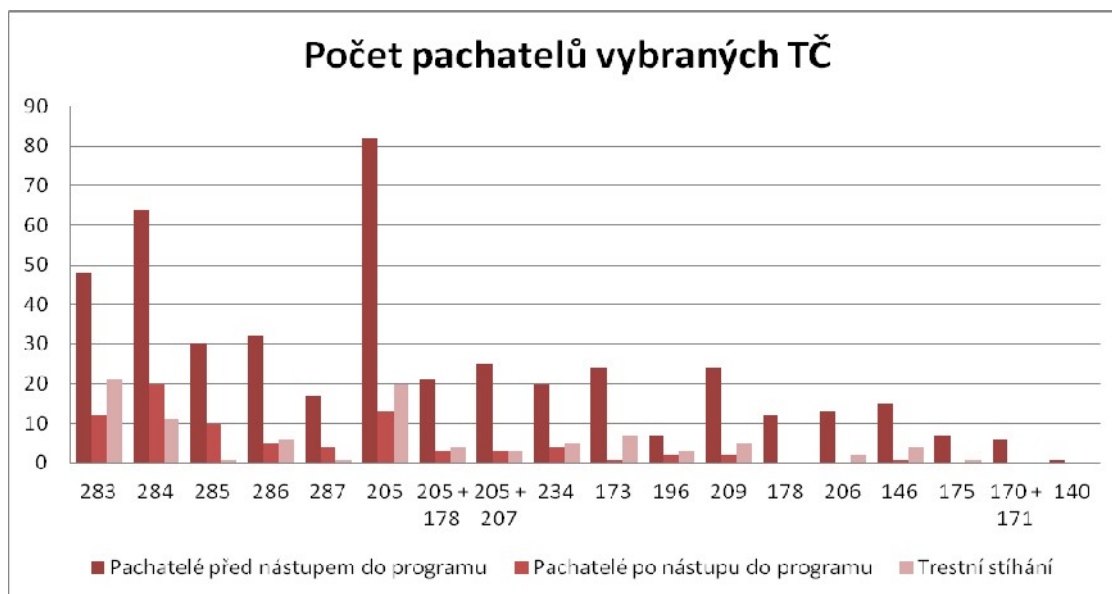
Trestně stíháno za některý z uvedených trestných činů bylo celkem 46 respondentů (42,2% respondentů přiznávajících trestnou činnost, nebo 38,66% všech respondentů).

Nejčastějším trestným činem, jehož se respondenti dopouštěli před nástupem do substituční léčby, byla Krádež (§205), tu uvedlo 75,23% všech pachatelů trestných činů, 68,91% všech respondentů. Většina klientů uváděla, že se tohoto TČ dopouštěla opakovaně (72 respondentů) oproti 10 respondentům, kteří vybrali variantu „jednou“. Pozitivní je, že výskyt tohoto TČ po nástupu do programu výrazně klesl – zde ho uvádí už pouze 13 respondentů (10,92%). V kategorii TČ po nástupu se již nejedná o nejčastější trestný čin, dopouští se ho 37,14% z pachatelů po nástupu. Nejčastějším TČ po nástupu byl §284 (Přechovávání OPL a jedu), který uvedlo 57,14% pachatelů, zatímco před nástupem se ho dopouštělo 58,72% všech pachatelů (53,78% všech respondentů).

Ve všech kategoriích vidíme významný pokles v trestné činnosti od momentu nástupu do programu. Některé trestné činy dokonce po nástupu do programu respondenti vůbec neuváděli (§178, §206, §175, §170+§171 a §140).

Trestně stíhání byli klienti nejčastěji za TČ §283 (45,65% trestně stíhaných pachatelů) a §205 (43,48% trestně stíhaných pachatelů). V 92,55% byli klienti trestně stíháni za čin, který spáchali před nástupem do programu metadonové substituce.

Graf č. 11: Srovnání páchaní TČ a trestního stíhání za vybrané TČ před a po nástupu do programu metadonové substituce²



Jak již bylo řečeno výše, heroin, pervitin a THC byly nejčastěji zneužívané OPL celkově. Heroin i pervitin uváděli však významně častěji klienti nízkoprahových programů, oproti tomu výskyt zneužívání THC byl vyšší u klientů vysokoprahových programů (75% uživatelů THC byli vysokoprahoví klienti, celkem užívání THC přiznalo 12 ze 14 vysokoprahových klientů, kteří uvedli užívání OPL během léčby).

Polovina klientů nízkoprahového programu, kteří uvedli užívání OPL, uváděla mimo jiných látek užívání heroin, 2/3 z nich uváděly pervitin.

Graf č. 12: Užívání nelegálních OPL po nástupu do programu metadonové substituce



² Skutkové podstaty uvedených paragrafů pojmenovává tabulka v kapitole 3.4.1.

V tabulce č. 5 můžeme vidět srovnání počtu uživatelů OPL podle jednotlivých kategorií rozdělených podle počtu let strávených v substituční léčbě. Jedná se jak o absolutní čísla, tak o procentuelní podíly v rámci každé kategorie. Vzhledem k velmi nízkému počtu klientů v každé kategorii jsou však uvedené výsledky neprůkazné a není možno z nich vyvozovat všeobecně platné závěry.

Z těchto dat vyplývá, že ve větší míře zneužívají OPL v programu překvapivě ti klienti, kteří jsou v něm nejdelší dobu. Mezi uživateli, působícími v programu 4-6 let je 37,04% uživatelů nelegálních OPL, překvapivě mezi těmi, kteří fungují v metadonové substituci 1-3 roky (tedy poměrně krátkou dobu), je současných uživatelů OPL pouze 7,69%, přičemž průměr ve všech kategoriích je 24%.

Tabulka č. 5: Srovnání počtu uživatelů nelegálních OPL v programu metadonové substituce podle délky účasti

Délka účasti v programu	6 měsíců - 1 rok	1 - 3 roky	4 - 6 let	7 - 10 let	11 - 15 let	16 - 20 let
Počet uživatelů	1	3	10	5	6	4
Celkový počet v kategorii	8	39	27	28	12	5
Podíl z celkového počtu	12,50%	7,69%	37,04%	17,86%	50,00%	80,00%

Užitečné je také srovnání míry užívání dalších OPL vedle metadonu v rámci jednotlivých kategorií podle typu zaměstnání. Z tabulky č. 6 vyplývá, že v největší podíl uživatelů je mezi respondenty, kteří jsou zaměstnání bez smlouvy nebo jiné dohody (37,5% z celkového počtu v dané kategorii) a respondenty bez zaměstnání (28,26%).

Kategorie OSVČ nenabízí srovnatelná data, neboť celkový počet respondentů je zde velmi nízký (pouze 5 klientů, z nichž jeden uvedl užívání nelegálních OPL).

Naopak nejméně zneužívají v současné době OPL ti respondenti, kteří uvedli zaměstnání na částečný úvazek (8,33%).

Tabulka č. 6: Srovnání počtu uživatelů nelegálních OPL v programu metadonové substituce podle zaměstnání

Zaměstnání	Plný úvazek	Částečný úvazek	Bez pracovní smlouvy nebo dohody	Žádné, inv. důchod	OSVČ
Počet uživatelů	8	1	6	13	1
Celkový počet v kategorii	40	12	16	46	5
Podíl z celkového počtu	20,00%	8,33%	37,50%	28,26%	20,00%

4.3. Diskuse

Největším problémem tohoto výzkumu je zřejmě relativně nízká spolehlivost respondentů cílové skupiny, zejména klientů nízkoprahového zařízení v důsledku ovlivnění vědomí návykovou látkou. Na uvedené odpovědi je tedy nutno nahlížet kriticky.

Vzhledem k malé velikosti základního souboru obsahují některé kategorie (například věkové, typ zaměstnání atd.) nedostatečný počet respondentů, není tedy možné na základě dat z jejich odpovědí vyvozovat obecně platné závěry, které by bylo možno aplikovat na populaci klientů v metadonové substituci.

Ačkoli bylo všem respondentům srozumitelně vysvětleno, že se jedná o anonymní dotazníkové šetření a že žádnou odpověď si nemohou způsobit trestní stíhání nebo jinou nepříjemnost (např. vyloučení z programu pro porušení pravidla abstinence od jiných NL), mohly se některé otázky jevit jako citlivé, což mohlo zapříčinit nepravdivost nebo neúplnost odpovědí. Toto riziko bylo do určité míry sníženo při procesu sběru dat, kdy respondenti odkládali vyplněné dotazníky do schránky s víkem, nikoli do rukou zkoušejícího, nebylo tedy možno propojit konkrétní osoby s jednotlivými dotazníky. Autorka výzkumu byla po celou dobu sběru dat k dispozici respondentům pro zodpovězení případných dotazů.

Kriminalita uživatelů drog a nákladová efektivita služeb určených této cílové skupině je na úrovni laické veřejnosti oblastí, která je obestřená nemnohými mýty a neúplnými či zkreslenými informacemi. Dle mého názoru je žádoucí realizovat studie na celostátní úrovni, které by se zaměřily právě na tuto problematiku, a poskytly tak argument pro obhajobu potřebnosti a efektivity zavádění služeb pro drogově závislé a jejich hrazení ze státního rozpočtu.

4.4. Závěr

Z výzkumu jednoznačně vyplývá, že momentem nástupu do substituční léčby metadonem klesá trestná činnost uživatelů drog. Klesá nejenom absolutní počet pachatelů trestné činnosti, ale i míra páchání TČ na jednoho pachatele, stejně jako rozložení výskytu jednotlivých trestných činů. Klesá majetková a násilná kriminalita, méně často se vyskytuje výroba a jiné nakládání s OPL.

Poměrně častým trendem je přechod od užívání heroínu k užívání konopných drog, s nímž se pojí i častý výskyt trestné činnosti dle §285 TZ zejména u klientů vysokoprahových zařízení.

Co se týče srovnání dvou typů zařízení, neliší se nízkoprahové a vysokoprahové zařízení v počtu klientů, kteří přiznávají trestnou činnost po nástupu do programu, výrazně se ale liší míra páchání trestné činnosti na jednoho pachatele. Klienti nízkoprahového programu se dopouštějí trestné činnosti ve vyšší míře oproti vysokoprahovým, častější je u nich výskyt majetkové a násilné kriminality.

Rozdíly můžeme sledovat i v míře zneužívání dalších návykových látek vedle metadonu. I zde je patrné, že nízkoprahoví klienti častěji uvádějí užívání dalších NL (zejména pervitinu a heroinu), mezi vysokoprahovými klienty je nejčastější THC.

Velmi významný rozdíl je i v zaměstnanosti klientů, což souvisí i s pravidly vysokoprahových programů. Jejich klienti mají častěji legální zaměstnání na plný úvazek, oproti tomu nejvíce odpovědí „Žádné, inv. důchod“ v této kategorii bylo mezi klienty nízkoprahového programu.

Výsledky tohoto výzkumu bych ráda poskytla k dispozici jednotlivým zařízením, s nimiž jsem během realizace výzkumu spolupracovala, aby tak mohly posloužit jako zpětná vazba jedné ze složek jejich práce.

Vzhledem k tomu, že pro laickou veřejnost je nejpádňějším argumentem pro zavádění a hrazení drogových služeb ze státního rozpočtu právě kriminalita (vedle nákladové efektivity), mohla by tato studie posloužit i jako argument pro potřebu, vhodnost a výhodnost zavádění a podporování těchto služeb.

5. Použitá literatura

About methadone (2nd ed.). (2003). New York, NY.: Drug Policy Alliance.

Brzoňová, K. (ústní sdělení). Metadonová substituce ve zdravotnickém zařízení Remedis, s. r. o., duben 2013

Bukten, A. e. (2011). Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal national cohort study. *Addiction*, 107, 393-399.

Bukten, A., Skurtveit, S., Stangeland, P., Gossop, M., Willersrud, A. B., Waal, H., et al. (2011). Criminal Convictions Among Dependent Heroin Users During A 3-year Period Prior To Opioid Maintenance Treatment: A Longitudinal National Cohort Study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 407-414.

Interní materiál Drop In, o. p. s. *Terapeutická smlouva*. Praha: Drop In, o. p. s., květen 2013

Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 143-174

Kourková, Z. (2011). *Efektivita substituční léčby závislých na opiátech*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze Národohospodářská fakulta.

Kuchta, J., Válková, H. a kol. (2005). *Základy kriminologie a trestní politiky*. 1. Vydání. Praha: C. H. Beck

Maeyer, J. D., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., Nieuwenhuizen, C. v., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011). Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Qual Life Res*, 20, 139-150.

Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001 – Standard substituční léčby. (2001). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009. (2., aktualiz. vyd. ed., 185-252).

(2008). Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99). Praha: Bomton Agency.

Minařík, J. (2003). Opioidy a opiáty. In Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. 159-163. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., Jurystová, L. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 [Annual Report on Drug Situation 2011 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012.

Nový trestní zákoník, Trestní řád, Přestupky (Právní stav ke dni 1. ledna 2010 ed.). (2009). Praha: Beck.

Nový trestní zákoník - změny v postihu (nejen) drogové kriminality (2010). *Zaostřeno na drogy*, 8(1), Praha: Úřad vlády ČR. 1-12.

Praha, C. (2006). *Trestní zákon: úplné znění zákona č. 140/1961 Sb.* (Vyd. 3. ed.). Praha: Armex.

Praha, C. (2006). *Úplné znění zákona č. 283/1991 Sb. o Policii České republiky; Úplné znění zákona č. 200/1990 Sb. o přestupcích* (Vyd. 6. ed.). Praha: Armex.

Praha, C. (2011). *Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník* (Vyd. 2. ed.). Praha: Armex.

Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách (2003). *Zaostřeno na drogy*, 2(1), Praha: Úřad vlády ČR. 1-4

Středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop In, o. p. s. (2012). *Výroční zpráva 2011*, dostupné z <http://www.dropin.cz/index.php/vyrocnizpravy>, ověřeno 19. 7. 2013

Substituční léčba v ČR - něco z historie / Substituční léčba / Pomoc a podpora / drogy-info.cz . (n. d.). [drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) . dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substi, ověřeno 19. 7. 2013

Úkol drogy - Drogy a trestná činnost - složitý vztah. (2007). Lisabon: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2013): *Informace z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - rok 2012*. Praha: ÚZIS ČR

Uživatelé drog a zákony (2003). *Zaostřeno na drogy* 3(1), Praha: Úřad vlády ČR, 1-4

Uživatelé drog v konfliktu se zákonem (2006). *Zaostřeno na drogy*, 2(1), Praha: Úřad vlády ČR. 1-8

Verster, A., & Buning, E. (2003). *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech* (1. vyd. v českém jazyce ed.). Praha: Úřad vlády ČR.

Zábranský, T., & Praha, C. (2011). *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007: zpráva z výzkumu : Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, ve znění pozdějších předpisů, účinný od 1. 1. 1999

Zeman, P. (2009). *Drogové trestné činy podle trestního zákoníku v kontextu formálního pojetí trestného činu*. Sborník příspěvků z mezinárodní konference Dny práva (Brno, 18. - 19. 11. 2009), Právnická fakulta MU, Brno

6. Seznam tabulek a grafů

Graf č. 1: Pohlaví

Graf č. 2: Věk

Graf č. 3: Bydliště

Graf č. 4: Typ zařízení

Graf č. 5: Zaměstnání

Graf č. 6: Zaměstnanost podle typu zařízení

Graf č. 7: Užívání nelegálních OPL po nástupu do programu metadonové substituce

Graf č. 8: Celková doba užívání OPL před nástupem do programu metadonové substituce

Graf č. 9: Celková délka účasti v programu

Graf č. 10: Srovnání délky účasti v programu podle typu zařízení

Graf č. 11: Srovnání páchání TČ a trestního stíhání za vybrané TČ před a po nástupu do programu metadonové substituce

Graf č. 12: Užívání nelegálních OPL po nástupu do programu metadonové substituce

Tabulka č. 1.: Srovnání nákladů na péči o uživatele opiátů

Tabulka č. 2: Srovnání vybraných paragrafů starého a nového TZ

Tabulka č. 3: Hodnoty malých množství vybraných OPL, rostlin či hub dle nařízení vlády č. 467/2009 a č. 455/2009

Tabulka č. 4: Charakteristika pachatelů trestné činnosti po nástupu do programu metadonové substituce

Tabulka č. 5: Srovnání počtu uživatelů nelegálních OPL v programu metadonové substituce podle délky účasti

Tabulka č. 6: Srovnání počtu uživatelů nelegálních OPL v programu metadonové substituce podle zaměstnání

7. Přílohy

7.1. Příloha č. 1: Dotazník pro klienty programů metadonové substituce

Dotazník pro klienty programů metadonové substituce

Vážení klienti, prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku, který poslouží jako zdroj dat pro výzkum v rámci mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní, prosím, neuvádějte zde tedy své jméno. Prohlašuji, že všechna data budou zpracována pouze za účelem výzkumu, ráda bych Vás tedy požádala o co nejpravdivější odpovědi.

Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas.

Lucie Vyskočilová, studentka 3. ročníku Adiktologie, 1. LF UK v Praze

1. Pohlaví

- Muž Žena

2. Věk

- 16 – 18 let 19 – 24 let 25 – 30 let 31 – 36 let
 37 – 42 let 43 – 48 let 49 – 54 let 55+ let

3. Bydliště

- Praha Středočeský kraj Jiné

4. Typ zařízení metadonové substituce

- Vysokoprahové Nízkoprahové

5. Zaměstnání

- Plný úvazek Částečný úvazek Bez pracovní smlouvy nebo DPP Žádné

6. Užíváte kromě metadonu nějaké nelegální drogy?

- Ano Ne

7. Pokud ano, uveďte jaké.

- Heroin Extáze Psilocybin
 Pervitin THC Organická rozpouštědla
 Kokain LSD Jiné

8. Jak dlouho jste užíval nelegální drogy, než jste nastoupil do programu metadonové substituce? Uveďte, prosím, v letech/měsících.

.....

9. Jak dlouho se účastníte metadonového programu? Uveďte, prosím, v letech/měsících.

.....

10. Spáchal jste v době před nástupem do substitučního programu některý z trestných činů uvedených v tabulce na druhé straně?

11. Spáchal jste v době účasti v substitučním programu některý z trestných činů uvedených v tabulce na druhé straně (kolonka „Po nástupu do programu“)?

12. Byl jste někdy trestně stíhán? Pokud ano, uveďte prosím, za jaký trestný čin – v tabulce na druhé straně.

- Ano Ne

13. Věnujete se nyní nějaké trestné činnosti?

- Ano Ne

Pokud ano, jaké?.....

	Trestná činnost						Trestní stíhání	
	Před nástupem do programu			Po nástupu do programu				
	Nikdy	Jednou	Opakovaně	Nikdy	Jednou	Opakovaně		
Nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL a jedy								
Přechovávání OPL a jedů pro vlastní potřebu								
Nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu								
Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL a jedy								
Podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky (Šíření toxikomanie)								
Krádež								
Krádež a porušování domovní svobody								
Krádež a neoprávněné užívání cizí věci								
Neoprávněné opatření platebního prostředku								
Loupež								
Zanedbání povinné výživy								
Podvod								
Porušování domovní svobody								
Zpronevěra								
Úmyslné ublížení na zdraví								
Vydírání								
Omezování a zbavení osobní svobody								
Vražda								

7.2. Příloha č. 2: Souhlas Etické komise VFN v Praze s dotazníkovým šetřením v CSL u Apolináře

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
 128 08 Praha 2
 tel. 224964131
 e-mail: zuzana.balikova@vfn.cz

Vážená paní
 Lucie Vyskočilová
 Centrum substituční léčby
 Klinika adiktologie VFN a 1. LFUK
 Apolinářská 4, 128 08 Praha 2
Zasílací adresa: Ostašova 462, 284 01 Kutná Hora

28.3.2013
 čj.: 139/13 S-IV (ind.výzkum)

Vážená paní,
 Etická komise VFN projednávala na své schůzi dne 14.2.2013 Vámi předložený projekt – ind.výzkum:
 čj.: 139/13 S-IV.

Název studie – ind.výzkumu : bakalářská práce: Dotazníkový projekt:
 Trestná činnost klientů metadonových substitučních zařízení v Praze.

Datum doručení žádosti : 24.1.2013

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement: 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/ Other
 Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion: Ano/Yes Ne , zdůvodnění/ No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session:
14.2.2013 (15,30 – 18,50 hod.) - pozastaveno- připomínky; Na základě dodaného (26.3.) vysvětlujícího dopisu a vyjádření oponentů byl vydán souhlas s realizací již bez zasedání dne 28.3.2013

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled / List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Lucie Vyskočilová, Centrum substituční léčby, Klinika adiktologie VFN a 1. LFUK, Apolinářská 4, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na všední / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis a popis projektu (7.1.2013)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zkrácený formulář EK VFN k neintervenci dotazníkové studii u pacientů (z 7.1.2013)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro klienty programů metadonové substituce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN v Praze bez finanční podpory třetím subjektem (vč. podpisu přednosta kliniky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci podepsaná Mgr.Svobodovou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vysvětlující dopis ze dne 25.3.2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise: EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a souhlasí s jeho realizací na Klinice adiktologie VFN a 1.LF UK.

Podpis předsedy EK /Signature of Chairperson

MUDr. Josef SEDIV, CSc.

