

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra statistiky**



**Diplomová práce**

**Statistická analýza**

**incidence, prevalence a mortality drogově  
závislých v ČR a v zemích Evropské unie**

**Autorka:** Bc. Martina Kaprová

**Vedoucí práce:** Ing. Marie Prášilová, CSc.

**Praha 2010**

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji tímto, že jsem diplomovou práci na téma „Statistická analýza incidence, prevalence a mortality drogově závislých v ČR a v zemích Evropské unie“ zpracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce, s využitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů uvedených v seznamu literatury na konci práce.

V Praze 15. března 2010

Martina Kaprová



## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Ing. Marii Prášilové, CSc. za odborné vedení diplomové práce, přínosné připomínky k obsahu a za návrhy k řešení daného tématu.

**Statistická analýza incidence, prevalence a  
mortality drogově závislých v ČR a v zemích  
Evropské unie**

**Social analysis of incidence, prevalence and  
mortality of the drug addicts in CR and in EU  
countries**

**Souhrn:**

Předkládaná diplomová práce se zabývala hodnocením vývoje incidence a prevalence registrovaných léčených uživatelů drog v České republice a mortalitou, související s užíváním drog. Analýza se soustředila na vybrané socioekonomické ukazatele drogově závislých a na další souvislosti, spojené s touto problematikou. Vývoj ukazatelů byl popisován pomocí časových řad, na základě kterých byl určen trend vývoje pro roky 2009 a 2010. Výsledky, získané analýzou těchto dat, vytvořily základ pro návrhy a opatření, které by mohly směřovat ke snížení drogové závislosti v České republice. Část práce byla věnována porovnání některých vybraných ukazatelů drogově závislých v zemích Evropské unie.

**Klíčová slova:**

Droga, drogově závislý, incidence, prevalence, mortalita, prevence, analýza časových řad.

**Summary:**

The submitted diploma work was dealing with the evaluation of development of incidence and prevalence of registered drug users in the Czech Republic and with the mortality linked with drug use. The analysis was focused on selected socioeconomic indicators of drug addicted and other connections linked to this problems. Indicators development was described with the help of time lines. Based on them, the trend of development for 2009 a 2010 was established. The results obtained by the analysis of these data formed the ground for proposals and measures which could lead to the decrease of drug addiction in the Czech Republic. A part of the work was dedicated to the comparison of selected indicators of drug addicts in the EU member countries.

**Key words:**

Drug, drug addict, incidence, prevalence, mortality, prevention, time lines analysis.

## Obsah:

1. Úvod.....	4
2. Cíl práce a metodika .....	6
2.1. Cíl práce .....	6
2.2. Metodika .....	6
2.2.1 Způsoby analýzy statistických dat .....	8
2.2.2 Vizualní analýza chování ukazatele .....	9
3. Literární rešerše.....	10
3.1. Incidence, prevalence, mortalita drogově závislých .....	10
3.2. Droga.....	11
3.3. Drogová závislost.....	16
3.4. Uživatelé drog .....	17
3.5. Důvody užívání drog.....	18
3.6. Drogy jako globální problém .....	19
3.7. Prevence v oblasti drog .....	20
4. Charakteristika populace z hlediska řešené problematiky .....	23
4.1. Charakteristika populace drogově závislých v ČR .....	23
4.1.1. Incidence a prevalence .....	23
4.1.2. Mortalita.....	24
4.1.3. Prevence .....	25
4.2. Charakteristika populace drogově závislých v EU .....	27
4.2.1. Incidence a prevalence .....	27
4.2.2. Mortalita.....	27
4.2.3. Prevence .....	28
5. Analýza dosažených výsledků .....	30
5.1. Situace v České republice .....	30
5.1.1. Incidence a prevalence .....	30
5.1.2. Mortalita.....	54
5.2. Situace v zemích Evropské unie .....	58
5.2.1. Incidence a prevalence .....	58

5.2.2. Mortalita.....	59
5.3. Návrhy možných opatření.....	61
6. Závěr .....	64
7. Seznam literatury .....	68
8. Přílohy.....	71
9. Seznam tabulek a grafů .....	72

## 1. Úvod

20. století sebou přineslo kromě celé řady dobrých a prospěšných věcí i problém zneužívání návykových látek. Ať si to vlády jednotlivých států připouští či nikoliv, zneužívání drog je jedním z nejzávažnějších problémů dnešní moderní společnosti a má zdravotní a sociální dopad nejen na jednotlivé osoby či rodiny, ale negativně ovlivňuje i celou společnost. Globální rozšíření tohoto problému do států na všech kontinentech donutilo představitele jednotlivých mocností, ale i dalších států různého stupně hospodářského a politického rozvoje a stability, aby jej začali řešit.

Přijetí protidrogové politiky jako celku, plánování a příprava národních protidrogových programů a politiky není jistě jednoduchá záležitost. Jedna ze základních potřeb pro jejich tvorbu, rozvoj a správné fungování je analýza toho, co o drogové situaci víme. Komplexní shrnutí všech aspektů a faktů týkajících se sledované problematiky, jasná představa o problému, jsou podmínkou pro produktivní diskuzi, pro tvorbu názorů a obtížných politických rozhodnutí. Proto bylo nutné vytvořit efektivní systém sběru dat, týkající se drogové problematiky, a to nejen z hlediska drogově závislých, ale také z hlediska opačného – tedy trestné činnosti spojené s nedovoleným nakládáním s omamnými a psychotropními látkami a jedy (drogové kriminality).

Dnešní moderní společnost naštěstí chápe problematiku drog jako globální problém. Nesporný je také fakt, že mezinárodní spolupráce přináší efektivitu pro všechny zúčastněné. Proto bylo za tímto účelem v roce 1993 zřízeno Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA) jako jedna z decentralizovaných agentur Evropské unie. Svoji činnost centrum zahájilo v r. 1995 a sídlí v Lisabonu. Úkolem EMCDDA je poskytovat EU a jejím členským zemím faktický přehled o evropských problémech v oblasti drog a spolehlivou znalostní základnu na podporu diskuse o drogách. Nejen politickým činitelům, ale i odborníkům a pracovníkům z praxe nabízí údaje, které potřebují ke kvalifikované přípravě právních předpisů a formulování strategií týkajících se drog, upozorňuje na osvědčené postupy a nové oblasti výzkumu, varuje před nepříznivými trendy v oblasti drog apod.

Jednou z nejdůležitějších oblastí práce této organizace je podpora vysoké vědecké úrovně. Aby mohla poskytovat spolehlivé a srovnatelné informace o drogách v Evropě, vyvinula agentura EMCDDA infrastrukturu a nástroje potřebné k shromažďování údajů za jednotlivé země. Tyto údaje pak národní monitorovací centra pro oblast drog (sít' Reitox) předávají agentuře v Lisabonu k analýze. EMCDDA se opírá o přibližně 30 národních monitorovacích center, která sbírají a analyzují údaje v jednotlivých zemích. Rovněž úzce spolupracuje s institucemi EU a s evropskými mezinárodními organizacemi, které se zabývají drogovou problematikou. Českým partnerem sítě Reitox je Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), které je organizační součástí Úřadu vlády České republiky [33].

## **2. Cíl práce a metodika**

### **2.1. Cíl práce**

Cílem diplomové práce je pomocí shromážděných dat o léčených uživatelích drog (nealkoholových), zhodnotit vývoj vybraných socioekonomických i jiných ukazatelů v oblasti registrované léčby drogové závislosti v letech 2002 – 2008. Prostřednictvím statistické analýzy časových řad určit trend sledovaných indikátorů a odhadnout jejich budoucí vývoj. Na základě výsledků analýzy zhodnotit celkovou situaci a doporučit návrhy, které by mohly přispět ke zlepšení situace v oblasti užívání drog obyvateli ČR. Porovnat situaci v ČR se situací v oblasti drogové závislosti v zemích EU jako celku.

### **2.2. Metodika**

Základním statistickým souborem pro incidenci a prevalenci jsou léčení, tzn. registrovaní uživatelé drog - žadatelé o léčbu drogové závislosti, klienti odborných léčebných zařízení. Sběr dat v této problematice je v České republice prováděn plně v souladu s požadavky evropského monitorovacího systému. Rutinní sběr a vyhodnocování je organizován od roku 1995 centrálním pracovištěm drogové epidemiologie Hygienické stanice hl. m. Prahy ve spolupráci s pracovišti drogové epidemiologie v jednotlivých krajských hygienických stanicích. Po vzniku Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti v ČR centrální pracoviště drogové epidemiologie s tímto střediskem úzce spolupracuje při řešení konkrétních úkolů, ale i při sledování a hodnocení sběru dat a získaných výsledků. Při Národním monitorovacím středisku pro drogy a drogové závislosti (NMS) existuje, kromě dalších, pracovní skupina pro sběr dat o léčených uživatelích drog, která se pravidelně zabývá organizačními otázkami týkajícími se sběru dat o léčených uživatelích drog, problematikou sběru dat, jejich zdroji, možnostmi porovnávání a propojení zdrojů dat. K tomuto sběru byla zpracována metodika s přesným vysvětlením pro vyplňování formulářů hlášení. Formuláře hlášení o léčených uživatelích drog jsou vyplňovány v léčebných/kontaktních centrech (L/K - jde o zdravotnická i nezdravotnická zařízení, která poskytují léčebnou, poradenskou či sociální službu osobám drogově závislým; zařízení nízkoprahová, ambulantní a zařízení lůžková), odkud je po skončení každého



čtvrtletí přebírají pracovníci poboček jednotlivých krajských hygienických stanic a po kontrole úplnosti dat předávají hlášení pracovišti drogové epidemiologie KHS. To zajistí vložení dat do databáze. Data za kraje jsou shromážděna na centrálním pracovišti drogové epidemiologie Hygienické stanice hl. m. Prahy, kde je provedena komplexní kontrola dat a vyhledání opakujících se záznamů o stejném klientovi z různých krajů – tzv. mezikrajová duplicitní hlášení. Formulář užívaný ke sběru dat o léčených uživatelích drog vychází ze standardu EMCDDA s malými úpravami pro české podmínky. Je k dispozici jak v papírové, tak elektronické formě, která je generována z aplikace FreeBase používané pro evidenci klientů a služeb v nízkoprahových programech [24].

Sběr statistických dat drogové mortality probíhá prostřednictvím automatizovaného systému sběru dat o úmrtích pod vlivem drog. K dispozici jsou údaje ze všech pracovišť soudního lékařství a soudní toxikologie na území ČR. Soudním lékařem jsou obligatorně prováděny pitvy všech neočekávaných, náhlých úmrtí, u nichž prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti. Rovněž u všech násilných úmrtí [28].

Data, týkající se drogové trestné činnosti jsou shromažďována na analytickém pracovišti Policie ČR, Národní protidrogové centrály, které sbírá, zpracovává a vyhodnocuje statistická data na základě měsíčních statistických hlášení útvarů Policie a Celní správy ČR. Tato data se týkají jednak osob, páchajících trestnou činností spojenou s výrobou, obchodováním, vývozem a dovozem nelegálních drog, jednak záchytů, příp. nálezů drog či prostředků a nástrojů k jejich výrobě (zařízení nelegálních laboratoří a pěstíren marihuany). Mnoho pachatelů drogové trestné činnosti je zároveň uživateli drog. Roční výstupy tohoto analytického pracoviště jsou mimo jiné poskytovány NMS.

V rámci EU probíhá sběr dat prostřednictvím sítě Reitox, zmíněné již v úvodu práce. Jednotlivé země zasílají prostřednictvím standardních formulářů roční hlášení z jednotlivých oblastí drogové problematiky. Jejich zpracování a analýza je jedním z hlavních úkolů EMCDDA.

### 2.2.1 Způsoby analýzy statistických dat

Časovými řadami se rozumí posloupnost věcně a prostorově srovnatelných pozorování (dat), jednoznačně uspořádaných z hlediska času ve směru minulost – přítomnost. Časové řady se obvykle určitým způsobem člení. Základní druhy časových řad ekonomických ukazatelů se rozlišují:

- a) podle rozhodného časového hlediska časové řady intervalové – aritmetický průměr a časové řady okamžikové – chronologický průměr;
- b) podle periodicity, s jakou jsou údaje v řadách sledovány časové řady roční (dlouhodobé) a časové řady krátkodobé - údaje zaznamenávané ve čtvrtletních, měsíčních, týdenních aj. periodách;
- c) podle druhu sledovaných ukazatelů časové řady primárních (prvotních) ukazatelů a časové řady sekundárních (odvozených) ukazatelů;
- d) podle způsobu vyjádření údajů: časové řady naturálních ukazatelů - hodnoty ukazatele jsou vyjadřovány v naturálních jednotkách a časové řady peněžních ukazatelů [5].

Dynamiku vývoje časových řad vyjadřujeme pomocí různých statistických charakteristik. Absolutní charakteristiky umožňují absolutní porovnání hodnot jednotlivých členů časové řady. Mezi nejčastější patří první absolutní diference  $dy_t$ , které charakterizují absolutní přírůstek nebo úbytek zkoumaného ukazatele v určitém okamžiku proti okamžiku bezprostředně předcházejícímu. Prvních absolutních diferencí je celkem  $n - 1$ :

$$dy_t = y_t - y_{t-1} \quad t = 2, 3, \dots, n.$$

Vedle absolutních charakteristik se také užívají relativní charakteristiky růstu/poklesu, jež jsou bezrozměrnými veličinami – např. koeficienty růstu, charakterizující relativní postupnou rychlost změn hodnot v časové řadě. Vyjádříme-li koeficient růstu v %, hovoříme o tempu růstu  $k_t$ .

$$k_t = \frac{y_t}{y_{t-1}}, \quad t = 2, 3, \dots, n.$$

Vycházíme z předpokladu, že uvažovaná časová řada obsahuje tři složky:

- 1) trend – hlavní tendenci dlouhodobého vývoje hodnot analyzovaného ukazatele v čase, který může být rostoucí, klesající nebo konstantní. Nejužívanější metodou odhadu parametrů trendových funkcí je metoda nejmenších čtverců, použitelná v případě, že zvolená trendová fce je lineární v parametrech. Lineární trend (trendová přímka), patří k nejčastěji používaným typům trendové funkce. Vyjádříme ho ve tvaru,  $T_t = \beta_0 + \beta_1 t$ , kde  $\beta_0$  a  $\beta_1$  (označené symboly  $b_0$  a  $b_1$ ) jsou neznámými parametry. Znamená to vyřešit dvě normální rovnice:

$$\sum y_t = nb_0 + b_1 \sum t, \quad \sum ty_t = b_0 \sum t + b_1 \sum t^2$$

kde  $\Sigma$  se rozumí součet přes  $t$  od 1 do  $n$ . Řešením soustavy dvou normálních rovnic jsou odhady parametrů:

$$b_0 = \bar{y} - b_1 \bar{t} \quad b_1 = \frac{\sum ty_t - \bar{t} \sum y_t}{\sum t^2 - n\bar{t}^2}$$

Rovnice odhadované trendové přímky má tvar  ${}^{(0)}T_t = \beta_0 + \beta_1 t$ ;

- 2) periodická kolísání, která jsou důsledkem působení periodicky se opakujících faktorů na sledovaný jev, projevuje se periodickými výkyvy ukazatelů časové řady okolo trendu (cyklické, sezónní, krátkodobé);
- 3) náhodná kolísání, vyvolaná působením vedlejších faktorů náhodného charakteru [5,27].

### 2.2.2 Vizuální analýza chování ukazatele

Vizuální analýza je základní metoda, jak získat rychlou a orientační představu o charakteru procesu, který časovou řadu charakterizuje. Tato metoda využívá grafů spolu s určováním elementárních statistických metod. Pomocí vizuálního rozboru grafického záznamu průběhu časové řady můžeme rozpoznat např. dlouhodobou tendenci v průběhu řady či některé periodicky se opakující vývojové změny [5].

### **3. Literární rešerše**

#### **3.1. Incidence, prevalence, mortalita drogově závislých**

Mezi základní pojmy práce patří především pojmy incidence, prevalence a mortalita drogově závislých.

Incidence představuje počet, míru nového výskytu nějakého stavu nebo onemocnění ve vybrané populaci za určité časové období. Jde o významný statistický parametr v epidemiologii a epizootologii (nauce o infekčních nemocech zvířat). Poukazuje na dynamiku onemocnění v populaci. Incidence léčených uživatelů drog ve sledovaném roce eviduje všechny nově evidované uživatele drog – žadatele o první léčbu v životě v průběhu roku. Incidence problémových uživatelů drog ve sledovaném roce eviduje všechny nově evidované problémové uživatele drog.

Prevalencí, nemocností, rozumíme základní parametr v epidemiologii. Udává poměr nemocných jedinců k celkovému počtu jedinců ve sledované populaci k určitému datu. Je vztažena k určitému časovému okamžiku a nejčastěji se vyjadřuje v %. Prevalence léčených uživatelů drog v roce eviduje všechny uživatele drog, žadatele o léčbu, kteří v průběhu sledovaného roku alespoň jedenkrát navštívili některé ze zařízení poskytujících péči osobám užívajícím drogy [1,24].

Mortalita neboli úmrtnost je demografický ukazatel udávající podíl zemřelých z určité skupiny za určité časové období.

Platí, že smrt je registrována jako smrt v souvislosti s drogami, jen pokud existuje zcela zřejmé kauzální s pojení s užíváním drog (nebo substituentů). Za přímá drogová úmrtí (předávkování) se považují všechna úmrtí, u kterých bylo prokázáno selhání životních funkcí v důsledku (bio)chemických vlastností zjištěné drogy. Zjednodušeně – dochází k nim bezprostředně, resp. ve velmi krátkém časovém intervalu po užití drog. Mezi přímá úmrtí se řadí úmrtí v důsledku úmyslného nebo náhodného předávkování. Za nepřímá drogová úmrtí (jiná úmrtí za přítomnosti drogy) se považují všechny případy, kdy byly v tělních tekutinách nebo tkáních zemřelého/ho identifikovány metabolity drogy. Zahrnují úmrtí v důsledku dlouhodobého zneužívání drog (HIV/AIDS, cirhotické jaterní selhání, imunitní selhání, sepse, endokarditida),

sebevraždy, spojené se závislostí na drogách (pod vlivem drog, v abstinčním stavu) a smrtelné nehody a zranění ovlivněná drogami (pády z výšek, dopravní nehody, zranění způsobená obsluhou nebezpečných strojů či zařízení) [28].

Jednotlivými organizacemi, které se zabývají drogovou problematikou, byly v minulosti zaváděny rozličné termíny – např. „úmrť se vztahem k drogám“, „úmrť se vztahem ke zneužívání drog“, „úmrť vyvolaná drogami“, „otrava“, „předávkování“, „intoxikace“ atd. S ohledem na mezinárodní srovnatelnost dat na poli drogové mortality tak dlouho představovala nejzávažnější problém regulární analýzy dat neexistence společné terminologie. Různé definice se donedávna užívaly dokonce i v rámci Evropské unie (EU). Jednotlivé země EU navíc v druhé polovině minulého století zavedly rozdílné hlášené systémy a jednotlivé seznamy látek, spojovaných s „drogovými úmrtími,“ obsahovaly široké spektrum legálních a ilegálních látek, které se zcela neshodovaly. Proto byla standardizace sběru dat o drogové mortalitě jedním z prvních úkolů Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogovou závislost, pracujícího od roku 1995 jako vrcholné odborné pracoviště EU pro danou problematiku. Z výsledků EMCDDA čerpal celý postup zavedení a standardizace sledování tohoto mimořádně důležitého indikátoru závažnosti drogového problému v České republice [32].

### **3.2. Droga**

Existuje celá řada definicí, ale nejstručněji lze asi drogu chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- a) má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, působí na psychiku;
- b) může vyvolat závislost.

Podle další definice je drogou jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí. Jiný zdroj drogu definuje v širokém slova smyslu jako surovinu rostlinného nebo živočišného původu, používanou k přípravě léků. V některých zemích je za drogu pokládáno každé léčivo [18,22].

Dalším kritériem pro dělení drog je riziko vzniku závislosti na nich. Z tohoto hlediska je možno drogy rozdělit do dvou základních skupin:

1. drogy měkké/lehké (drogy s akceptovatelným rizikem), mezi které zařazujeme např. kávu, tabákové výrobky, alkohol a produkty konopí;
2. drogy tvrdé/těžké (drogy s neakceptovatelným rizikem), kam patří např. heroin, kokain, crack a metamfetamin [22,31].

Nejčastěji zneužívané nealkoholové drogy jsou konopné drogy s psychotropními účinky, jako jsou marihuana a hašiš. Marihuana představuje název pro sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí (*Cannabis sativa*, *Cannabis indica*, *Cannabis ruderalis*).

Zákon č. 167/1998 Sb., § 24, zakazuje pěstovat druhy a odrůdy rostliny konopí (rod *Cannabis*), které mohou obsahovat více než 0,3 % látek ze skupiny tetrahydrokanabinolů. Marihuana z domácí produkce se pohybuje v mezích 2 – 8 % obsahu aktivních látek. Zahraniční pak někde v rozmezí 6 – 14 % [10].

Hašiš je konopná pryskyřice. Barvu má tmavě zelenou, spíše přecházející do tmavě hnědé. Obsah aktivních látek může být až okolo 40 %. Rozdíl oproti marihuaně v obsahu aktivních látek zároveň určuje základní rozdíl v dynamice účinku obou forem i potencionálních rizik spojených s jejich užíváním.

Další skupinou jsou tzv. stimulancia – budivé aminy, mezi které řadíme amfetamin, metamfetamin a tablety extáze. Látky spadající do této skupiny se také označují jako „uppers“ neboli látky zvyšující úroveň duševního stavu; jsou zneužívány především pro jejich psychostimulační účinky, které vyvolávají pocit zvýšených duševních i fyzických schopností. Velké dávky mohou mít halucinogenní účinky. Při výčtu akutních a dlouhodobých účinků psychostimulancií se mimo jiné uvádí, že psychostimulancia povšechně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, především urychlení myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti (na úkor přesnosti). Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly (duševní i tělesné) a energie. Snižují chuť k jídlu [10,11].

Amfetamin a metamfetamin (pervitin) jsou látky stimulující centrální nervovou soustavu, dvě úzce příbuzné syntetické látky, patřící mezi fenetylaminu. Obě látky stimulují centrální nervovou soustavu a vyznačují se stejným mechanismem působení, behaviorálními účinky, tolerancí, odvykacím stavem a (chronickými) účinky dlouhodobého užívání. Amfetaminové a metamfetaminové produkty se většinou vyskytují ve formě prášku, ale používá se také tzv. „sníh“, čistá krystalická hydrochloridová sůl metamfetaminu. Vzhledem k tomu, v jaké formě jsou k dispozici, je možné je užívat perorálně, šňupat, inhalovat, příp. aplikovat injekčně [3].

Extáze svým účinkem spadá na pomezí stimulancií a psychedelik (halucinogenů). Vedle svého stimulačního účinku obvykle vyvolává příjemné, snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací a bez pocitů strachu, pocitu štěstí a blaha, a toto vše někdy může být provázeno halucinacemi. Chemicky je látka odvozena od amfetaminu, patří mezi fenyletylaminy a chemický název je 3,4-metylendioxy-N-metylmfetamin (MDMA). V čisté formě je to bílá, krystalická, silně hořká látka. Na trhu je obyčejně dostupná ve formě tablet či kapslí. Obsah účinné látky je průměrně mezi 50 – 100 mg.

Kokain je alkaloid jihoamerického keře Rudodřev koka (*Erythroxylon coca*), pocházejícího z Jižní Ameriky. Je to houževnatý keřík se zlatozelenými listy, které obsahují nepatrné množství nikotinu a o poznání větší podíl kokainu, což jsou dva nejvýznamnější alkaloidy v něm obsažené. Nevyvolává somatickou závislost, o to mocnější je ale závislost psychická. Někteří autoři považují závislost na kokainu za vůbec nejsilnější. Užívání kokainu je nejčastěji šňupáním, injekční aplikace je méně častá. Crack (chemická forma volné báze) lze kouřit [10,20].

Mezi opioidy a opiáty řadíme morfin, heroin, „braun“, metadon, Subutex, Subuxone (obě posledně jmenované látky patří mezi přípravky substituční léčby). Opioidy se v lékařství používají jako nejsilnější léky proti bolesti, nebo jako léky proti kašli. Mají povšechný tlumivý účinek. Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti, působí příjemnou euforii a zklidnění až ospalost. Mají vysoký potenciál pro vznik závislosti.

Heroin byl syntetizován v roce 1874, v roce 1898 jej začala německá firma Bayer prodávat, po léta byl považován za účinný lék pro závislost na morfinu. Chemicky jde o diacetylmorfin, který patří mezi polosyntetické deriváty morfinu. Nejčastější a nejrizikovější je aplikace nitrožilní, méně rizikové jsou šňupání, kouření a inhalace z aluminiové folie. Závislost vzniká pravidelně a poměrně rychle, rozvíjí se již po několika týdnech nebo nejpozději několika měsících užívání. Závislost těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci včetně kriminality, prostituce apod. jako jediných možných způsobů získání finančních prostředků na drogu.

„Braun“ je velmi účinnou směsí derivátů kodeinu (dikodid, dihydrokodeinon, hydrokodon), chemicky patří mezi polosyntetické opioidy. Je to specificky česká droga, vyrábí se v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein, výsledný produkt je tinktura hnědé barvy. Je prakticky bez výjimky užíván nitrožilním vpichováním. Braun má poněkud nižší potenciál pro závislost než heroin. V 2. polovině 90. let byl z české drogové scény prakticky zcela vytěsněn heroinem, nyní se dostává ke slovu jako náhradní droga při výkyvech heroinového trhu.

Benzodiazepinová anxiolytika, benzodiazepiny (Bromazepam, Diazepam, Nitrazepam, Oxazepam, Rivotril, Apaurin, Valium, Rohypnol, Neurol, Xanax aj.) jsou terapeuticky využívány při poruchách spánku, zmírnění úzkostných stavů a při léčení epilepsie. Svým účinkem se podobají účinkům alkoholu. Mohou uvolnit vztek a agresivitu, mohou způsobit zmatenost a neklid, zhoršují paměť, pozornost, exekutivní funkce, zřídka zažívací potíže, závratě, pokles tlaku. Akutní intoxikace samotnými benzodiazepiny není výrazněji toxická, daleko horší je kombinace benzodiazepinů a jiného preparátu tlumícího centrální nervový systém – alkoholu, bazálních neuroleptik a antidepresiv. Při dlouhodobém užívání benzodiazepinů je největším nebezpečím vznik závislosti, která má psychickou i fyzickou složku.

Těkavé látky – jedná se o skupinu organických rozpouštědel, reprezentovanou především toluenem. Hrubě poškozuje tkáň, se kterými se setkává. Vdechování koncentrovaných par toluenu (s hlavou v pytlíku či pod dekou) vede k poškození dýchacích cest, postupně dochází k poškození jaterní tkáň. Na rozdíl od všech



ostatních drog jde u čichání toluenu jen těžko odměřit přesnou dávku. Tím se markantně zvyšuje riziko předávkování.

Halucinogenní drogy jsou považovány za jednu z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Velkou pozornost vědců i laiků přitahují nejen jejich velmi neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale především jistá nevyzpytatelnost, tajemnost, možná až mystičnost spojovaná s těmito účinky a využívaná lidskou kulturou od nepaměti. Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin:

1. přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub – mezkalin, durman, betel, kata, mandragora, námel, pepřovník, peyotl, v českých podmínkách muchomůrka červená a psilocybin. Psilocybin je psychicky velmi aktivní látkou, je obsažen v houbách rodu *Lysohlávek*. Ty se běžně vyskytují na velké části území ČR. Lysohlávky lze označit spíše jako příležitostnou (sezónní) doplňkovou drogu.
2. přírodní halucinogenní drogy živočišného původu – bufotenin (ropušší jed);
3. semisyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy – LSD, PCP („andělský prach“ – původně veterinární anestetikum Sernyl). LSD se na našem současném černém trhu objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů – malých papírových čtverečků s potiskem, zobrazujícím různé symboly. Používají se perorálně, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem. Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové – LSD-25.

Účinky psilocybinu a LSD látek si jsou vzájemně velmi podobné. Nástup bývá doprovázen pocíty mírného chvění, neschopnosti ovládat pohyby, někdy pocíty závratě či nevolnosti. U nižších dávek je charakteristický výskyt iluzí a pseudohalucinací. Typický je výraznější sklon k ornamentalizaci, zvýšené citlivosti k prostorovému vnímání a vnímání barev. Intoxikace je většinou doprovázena pocíty mírné euforie, dobrou náladou, někdy přecházející až v nabuzený extatický stav. Vyšší dávky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, mohou způsobit výraznější poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku a pozornosti. LSD ani psilocybin u člověka nevyvolávají závislost tak, jak ji známe u jiných skupin drog [10,22,31].

V průběhu posledních let lze sledovat nárůst nových rozmanitých syntetických látek s výraznými účinky (ketamin, GHB). Ke slovu se také hlásí i tzv. „chytré drogy“, patřící do skupiny nootropních látek (z řečtiny „noos“- mysl, trope – obrat). V podstatě jde o farmaceutické přípravky – léky nebo jejich součásti, zlepšující činnost mozku a jeho metabolismus. Jsou zpravidla aplikovány při některých formách senilní demence nebo alkoholismu. Vesměs nejsou toxické, nepoškozují zdravý organismus, ale jejich dlouhodobé používání přináší poruchy spánku, nevolnost, útlum a deprese. Nejčastěji se setkáváme s látkami Piracetam, Hydergin, Vasopressin, Pemolin a jiné [30].

### 3.3. Drogová závislost

Existuje řada definic drogové závislosti. Definice se časem proměňovaly, nicméně můžeme říci, že základ vždy tvořilo několik bodů:

- a) nezvladatelná, neodolatelná touha po opakovaném braní drogy;
- b) tendence ke zvyšování látek;
- c) existence psychické či fyzické závislosti na určité droze, vyjádřená přítomností tzv. abstinčního syndromu psychického nebo fyzického typu. Jde o jeden z projevů již patrné drogové závislosti, organismus reaguje za určitou dobu na původně dostatečné množství drogy nedostatečně;
- d) negativní důsledky pro jedince a společnost.

Problematické je, že jednotlivá kritéria závislosti mohou být vyjádřena u různých typů drog různou intenzitou, některá mohou chybět. Známe drogy, u kterých není příliš patrná tendence ke zvyšování dávek. Známe drogy, kde není přítomen výraznější abstinční syndrom. Známe skupinu drog, kde o závislosti klasického typu v podstatě nelze mluvit [22].

Každá závislost jedince na návykové látce představuje poruchu, která má svůj kód v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Syndrom závislosti se vyvíjí po opakovaném podávání mnoha různých látek a vede k příznakům, které jsou dnes diagnostikovány jako „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené psychoaktivními látkami“.

Zneužívání návykových látek se často označuje jako abúzus látek. Vzniklý stav látkové závislosti se dnes především označuje jako syndrom závislosti na návykových

látkách a víme o něm, že jde vždy o duševní poruchu vyvolanou působením psychoaktivních látek.

Fyzická závislost na droze se týká hlavně užívání opiátů a tlumivých léků. Když tyto látky nebude mít uživatel ve svém těle, bude se postupem času fyzicky, a tím pádem i psychicky, cítit velmi špatně. Bude ho trápit zimnice, bolesti svalů a kloubů, křeče, zvracení, únava, nespavost, deprese atd.

Psychická závislost je společná pro všechny drogy. Mozek uživatele si postupně zvykl a stále více si zapamatovával, že mu drogy dělají dobře a tak si o ně bude říkat tím, že v uživateli bude vyvolávat velké chutě, které mohou být velmi neodbytné a mohou vést k nutkavému chování si drogu obstarat a užít ji. Odborně se tomu říká „bažení“ (anglicky craving) a je velmi nepříjemné i po několika letech abstinence.

Sociální závislost je závislost na „feťáckém“ životním stylu. Uživatel si bude stále více zvykat na pravidla života ve společenství drogové závislých a bude zapomínat na pravidla chování v nedrogové společnosti [11].

### **3.4. Uživatelé drog**

Podle Světové zdravotnické organizace se skupina, která je negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohrožena více než zbytek populace, označuje jako riziková skupina. V souvislosti s užíváním drog můžeme celou věkovou kategorii od 13. do 18. let považovat za rizikovou. Rovněž existují skupinová rizika profesní, sociální či etnická. Rizikové skupiny jsou cílovými skupinami ve specifické primární prevenci. Individuální riziko zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice, dysfunkční primární rodina. Rovněž děti, sourozence a partnery uživatelů lze pokládat za osoby se zvýšeným rizikem.

Označení „experimentátoři“ je nepřesné, ale i v odborné mluvě používané označení pro osobu, která drogy tzv. „zkouší“: občasné a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přítom problémy v jiných oblastech.

Cílová skupina příležitostních a rekreačních uživatelů - užívání drog se již stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem není

(dosud) vznik závislosti a dalších problémů. Typické je zejména u marihuany, LSD či extáze na tzv. parties.

U pravidelných uživatelů pravidelnost (tj. užívání častější než 1x týdně) obvykle implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Podle EMCDDA je problémové užívání, (resp. problémoví uživatelé) definováno jako intravenózní užívání drog nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí.

Závislími jsou uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti – často, ale ne vždy jde zároveň o „problémové uživatele“. Pojem „toxikoman“ dnes již z odborné terminologie mizí [10].

### **3.5. Důvody užívání drog**

Jednotlivé důvody, příčiny či motivace pro užívání drog se různí a v odborné literatuře jich najdeme hned několik. Např. fyzický důvod, snaha zbavit se únavy, udržet si výkon, uvolnit se; smyslový důvod - zesílit si vnímání barev, hudby, prožitku ze sexu; pocitový důvod, tedy potřeba vyvolat pocity štěstí, ulevit si od strachu, zlosti, smutku; vztahový důvod, s cílem prolomit komunikační bariéry, vyzvat děvče k tanci; sociální důvod, snaha patřit do nebo nebýt vyloučen z nějaké skupiny, kde se cítím dobře, např. školní parta, „skejtáři“, „máničky“, „hipíci“, „pankáči“; politický důvod, potřeba protestovat proti protidrogovým zákonům, proti kapitalismu; intelektuální důvod – hledat nové pohledy na řešení různých problémů; kreativně estetický, touha hledat inspirace pro namalování obrazu; filozofický důvod, prostřednictvím účinků drog hledat smysl života, pochopit myšlenky některých filozofů nebo spirituálně mystický důvod, potřeba navázat kontakt s Bohem, s minulými inkarnacemi.

Na důvody užívání drog je možné se podívat také ze širších souvislostí. Současná doba a společnost jsou orientované na trvale udržovanou rychlost a výkon (ten si lze na chvíli zvýšit některými drogami). S tím souvisí hektický životní styl plný stresu a strachů ze ztráty práce, ze ztráty partnera atd. (od těchto nepříjemných myšlenek,

představ a emocí si lze dočasně a rychle ulevit pomocí alkoholu, léků a jiných drog), pracovně zaneprázdnění rodiče nemají mnoho času na kvalitní výchovu svých dětí (ty mohou nepozorovaně začít experimentovat s drogami), společnost je konzumní, lidé se chtějí co nejvíce bavit a užívat si (droga může sloužit jako snadný a vydatný prostředek zábavy), ostych je považován za slabost, lidé považují za zbytečné truchlit a přirozeným způsobem se vyrovnávat s různými životními ztrátami, chtějí vypadat stále spokojení a v pohodě (toho lze docílit nadužíváním různých léků, např. antidepressiv, která nemálo farmaceutických firem pro svůj zisk proklamuje jako nenávyková), tradiční sociokulturní hodnoty jsou zpochybňovány (lidé si mohou existencionální úzkost ze složitosti, nečitelnosti a nesmyslnosti života rozpouštět drogami), hodnota člověka je často dáována do spojitosti s jeho schopnostmi a úspěchem (mladí lidé mohou brzy a poměrně snadno získat úspěch, uznání a přijetí v toxikomanské partě), socioekonomické nůžky se rozvírají – bohatší bohatnou a chudší chudnou (od tíže dopadu nepříznivých sociálních podmínek, včetně dlouhodobé nezaměstnanosti si lze ulevovat drogami...)[21].

### **3.6. Drogy jako globální problém**

V novodobé historii šíření a zneužívání drog, tj. v 19. a 20. století, se rozlišují tři období: v první období, asi do r. 1960, se drogy pokládaly za odborný problém, kterým se zabývala poměrně úzká skupina vysoce kvalifikovaných specialistů – kriminalistů na straně potírání trestné činnosti – lékařů – psychiatrů na straně léčení závislostí. V letech 1960 – 1990 se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích problémem společenským, který se dotýká mnoha sociálních vrstev a skupin, a stejně tak mnoha profesí. V tomto období dochází v USA a v západní Evropě k enormnímu nárůstu užívání drog s vážnými zdravotními a sociálními důsledky, což kvalitativně změnilo koncepce a přístupy drogových politik. Od r. 1990 již mezinárodní společenství charakterizuje problém drog jako problém globální. „Globální problém“ má tyto charakteristiky: ovlivňuje prakticky všechny země světa, každá země v něm má svou úlohu – u drog se rozlišují země producentské, transitní a spotřebitelské; takřka nikdo nezůstává stranou, každá rodina a každý jednotlivec ve své roli osobní, pracovní či sociální přichází

s problémem drog do styku minimálně jako s konkrétním rizikem; globální problém nelze řešit na jednom místě a jedním přístupem, vyžaduje mezioborovou, meziresortní, mezisektorovou a mezinárodní spolupráci.

Globalizace drogového trhu přináší epidemický charakter zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog. Tyto důsledky jsou ovšem co do rozsahu méně katastrofální než u legálních drog - alkoholu nebo tabáku. K přímým důsledkům zneužívání však navíc přistupuje riziko šíření závažných infekčních nemocí (AIDS, hepatitis B a C) a kriminalizace uživatelské populace, což jsou fenomény, které se u alkoholu a tabáku neobjevují. Sociální akceptace zneužívání nezákonných drog je tak daleko nižší než u legálních návykových látek [10].

### **3.7. Prevence v oblasti drog**

Bohužel, neexistují žádné zaručené metody prevence. Cílem prevence je předcházet škodám působeným návykovými látkami, kdy nejde jen o to předat maximum informací bez ohledu na to, jak budou použity. Účinná prevence musí ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví. Proto je nutné, aby spektrum možností v této oblasti bylo co nejširší, prevence musí být orientována k zasažení všech osobnostních struktur napříč celou společností.

Lze rozlišit některé základní mechanismy, kterými se dá riziko vzniku drogového problému zmenšit na minimum. Do oblasti tzv. primární prevence patří veškeré aktivity směřující k tomu, aby drogový problém vůbec nevznikl. Tzn. především motivovat k životnímu stylu bez drog. Primární prevenci včetně prevence v oblasti užívání drog koordinuje v ČR Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Hlavní cíle a aktivity v této oblasti jsou uvedeny ve Strategii prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 2009 – 2012. Drogová prevence se postupně stává běžnou součástí výuky na všech stupních škol a rovněž i nejrůznějších mimoškolních aktivit. Základním článkem primární prevence však byla, je a bude rodina. Dítě se zdravým sebevědomím, schopné se prosadit, je zodpovědné za svoje chování a mnohem odolnější již k experimentům s drogami různého typu [22].

Vyšší účinnost v rámci protidrogové prevence se prokázala v případě tzv. peer programů (peer – vrstevník), které spočívají na principu aktivního zapojení předem připravených vrstevníků, tedy někoho, s nímž se cílová populace může ztotožnit. Jsou účinné především u skupin se středním rizikem (normální populace). Svoji roli zde hraje nejen věk, ale i např. sociální situace nebo zaměstnání. Smyslem peer programů je, aby mladí lidé pochopili nebezpečí experimentování s drogami, utvořili si vlastní názor, který jsou schopni uhájít a nedali se snadno ovlivnit druhými [19].

Do oblasti sekundární prevence – včasné vyhledání problému a jeho léčba - patří fáze, kdy se postupně objevují první, sledovatelné příznaky pravidelného braní drog. Nejde již o začátečnické období, ale fázi pokročilého experimentování nebo rozvoje závislosti. V těchto případech hrají nezastupitelnou roli terapeutické instituce. Cílem je dojít k úpravě celého stavu a abstinenci od drog i bez pomoci terapeutické instituce.

K tomu, aby člověk z drogového problému vybředl, musí především přežít. To je úkolem oblasti působnosti, nazývané terciální prevence – harm reduction, snižování negativních důsledků. Akceptuje fakt, že jsou zde lidé, kteří své braní drog nevidí jako problém a nehodlají se léčit, alespoň v určité fázi vývoje. Péčí o rizikové skupiny chrání společnost především sama sebe. Mezi základní mechanismus terciální prevence patří např. distribuční program čistých stříkaček a jehel (snižuje riziko přenosu infekčních nemocí a především HIV/AIDS), dále tzv. substituční léčba, jejíž základní myšlenkou je nahradit užívání ilegální, nečisté drogy drogou chemicky čistou (např. Metadon, Subutex, Subuxone) a podanou legálně v zařízení k tomu určeném. Navíc droga není podávána nitrožilně, tedy odpadá riziko přenosu infekce. Dalším přínosem je denní kontakt závislého jedince s terapeutickou institucí. Harm reduction intervence je rovněž realizována na úrovni poskytování informací, distribuce letáků upozorňujících na nebezpečí infekčních chorob a dalších zdravotních problémů, vzdělávání a motivace k bezpečnější aplikaci drog, vzdělávání a motivace k bezpečnému sexu, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování infekcí a případně další zdravotní péče, nově výdejní automaty na harm reduction materiál atd. [12,22].

Jiná odborná literatura dělí prevenci na prevenci všeobecnou, selektivní a indikovanou. Všeobecná prevence je určena celé populaci, snaží se odvrátit, případně co

nejvíce zpozdít nástup užívání drog a problémů s drogami tím, že mladým lidem poskytuje informace, znalosti a dovednosti nutné k tomu, aby drogy vůbec nezačali užívat. Selektivní prevence působí na konkrétní skupiny, rodiny nebo komunity, kde lze předpokládat větší pravděpodobnost, že lidé začnou užívat drogy nebo se u nich vyvine závislost na drogách. Cílem indikované prevence je určit osoby s problémy v chování nebo s psychickými problémy, u kterých lze později v životě předpokládat problémové užívání látek, a individuálně se na ně zaměřit speciálními intervencemi [3].



## **4. Charakteristika populace z hlediska řešené problematiky**

### **4.1. Charakteristika populace drogově závislých v ČR**

#### **4.1.1. Incidence a prevalence**

Přes veškeré snahy příslušných institucí a orgánů jak v oblasti prevence (zejména primární), tak v oblasti represe (orgánů činných v trestním řízení), je počet drogově závislých v České republice stále vysoký.

Po vzniku České republiky došlo k uvolnění hranic a náš stát se stal nejen tranzitní zemí pro přepravu drog, ale postupně také zemí cílovou, a to především pro heroin, tablety extáze, LSD, kokain, posléze marihuanu s vysokým obsahem THC. Drogový trh, do té doby omezovaný uzavřenými hranicemi na omamné látky domácí provenience, byl najednou plně nasycen. Nedostatečně restriktivní právní systém v oblasti drog a zneužívání legálních léčiv, nefungující nezávislost soudnictví i stále nedostatečné financování nákladů represivních složek přispívají k situaci, kdy nabídka drog převyšuje poptávku. Příkladem, typickým pro ČR, může být stále se zvyšující objem vyrobeného metamfetaminu z (do r. 2008) volně dostupných léčiv jako je Modafen, Nurofen Stop Grip, Panadol Plus apod., o čemž svědčí statistiky zajištěných domácích „varen“, tedy malých nelegálních laboratoří na výrobu metamfetaminu (388 v r. 2007, 434 v r. 2008). Rovněž pěstování marihuany v tzv. „indoor“ pěstírnách plní trh vysoce kvalitní marihuanou [14,15]. Metamfetamin a marihuana patří také dlouhodobě k nejdostupnějším drogám na českém trhu. I celkově je však dostupnost všech drog v ČR vysoká. Proto není až tak zarážející, že ČR v současnosti patří v Evropě mezi země s nejvyšší prevalencí užívání většiny sledovaných drog. Podle průzkumů podíl osob majících alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou stále stoupá, některé z posledních průzkumů hovoří o 37 % populace ve věku 15 – 64 let. Prevalence užití nelegálních návykových látek za posledních 12 měsíců činí 17 % populace ve věku 15 – 64 let. U konopných drog dosahuje zdaleka nejvyšší prevalence v Evropě. Nejčastější uživatelé metamfetaminu, heroinu a kokainu spadají do věkové kategorie 25 – 34 let, nejmladší věková skupina 15 – 24 nejčastěji užívá konopné látky, extázi a lysohlávky.

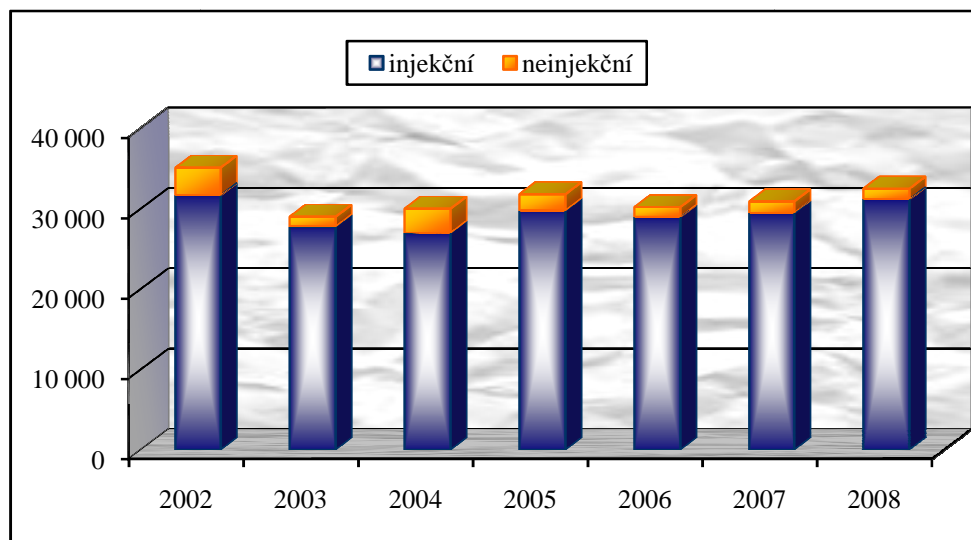
Tabulka č. 1 a graf č. 1 ukazují odhad stále stoupajícího počtu problémových uživatelů drog. V posledním období činí přibližně 32,5 tisíc osob, z nichž cca 65 % tvoří uživatelé metamfetaminu a 34 % uživatelé opiátů. Injekčně dle odhadu užívá drogy cca 31,2 tisíc, tedy 96 % všech problémových uživatelů.

**Tabulka č. 1 – Prevalenční odhady problémového užívání drog**

rok	celkem všech uživatelů	z toho injekční uživatelé	tj.%
2002	35 100	31 700	90,3
2003	29 000	27 800	95,9
2004	30 000	27 000	90,0
2005	31 800	29 800	93,7
2006	30 200	29 000	96,0
2007	30 900	29 500	95,5
2008	32 500	31 200	96,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

**Graf č. 1 - Prevalenční odhady problémového užívání drog**



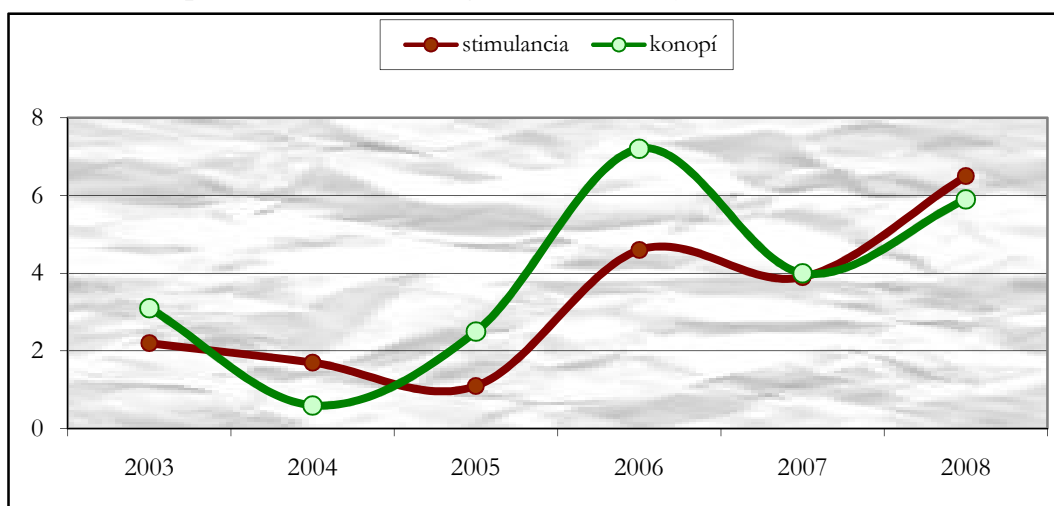
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

#### 4.1.2. Mortalita

K úmrtím v souvislosti s drogami dochází nejčastěji v centrech větších měst, pro která je typická koncentrace drogově závislých. Podobně jako v západní Evropě však i

v ČR postupně dochází k decentralizaci prodeje drog směrem od metropole i center měst a v té souvislosti také k decentralizaci jejich užívání. Nejčastější příčinou úmrtí na předávkování nelegálními látkami v posledních letech jsou benzodiazepiny, na pomyslném druhém místě především stimulanty. U jiných příčin úmrtí než předávkování (sebevraždy, nehody či úrazy) od r. 2004 stoupá počet nálezů metamfetaminu a konopných drog, rovněž účinné látky substitučních přípravků (Subutex, Subuxone). Je možné zaznamenat výrazný meziroční nárůst pozitivních nálezů metamfetaminu a konopných drog u osob, které zemřely při dopravních nehodách, jak ukazuje graf č. 2. Příloha č. 1 se podrobněji zabývá i dalšími kategoriemi a druhy drog k tomuto ukazateli [12,21].

**Graf č. 2 – Počet pozitivních nálezů drog v tělech zemřelých účastníků DN (v %)**



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

#### 4.1.3. Prevence

Prevenci je třeba koordinovat a realizovat na všech úrovních – centrálně, prostřednictvím ústředních státních orgánů i nižšími články jako jsou např. krajské a obecní orgány. Velmi důležitou roli také hrají nestátní, neziskové organizace, angažující se v oblasti primární, sekundární i terciální prevence.

Na národní úrovni je problematika drog řešena prostřednictvím klíčového koncepčního dokumentu vlády ČR - Národní strategie protidrogové politiky, zpracované vždy na určité období (aktuálně na období 2010 až 2018). Vyjadřuje záměry

a postupy vlády při řešení problému užívání drog, definuje základní východiska a směry řešení tohoto problému. Je postavena na čtyřech základních pilířích – snižování dostupnosti drog, primární prevenci, léčbě a resocializaci a snižování rizik. Na její přípravě se podílí zástupci veřejné správy na centrální i krajské úrovni společně se zástupci odborné obce.

Primární prevence v oblasti užívání drog v resortu školství je realizována prostřednictvím minimálního preventivního programu, závazným pro všechny školy. Jeho podmínky jsou rámcově definovány MŠMT a podléhá kontrole České školní inspekce. Minimální preventivní program je zacílen na podporu zdravého životního stylu a prevenci všech forem rizikového chování včetně prevence užívání návykových látek. V r. 2008 MŠMT podpořilo 234 projektů s více než 500 programy. Nejčastěji se jedná o adaptační kurzy (48 %), zážitkové programy (10 %) a jednorázové přednášky, besedy a semináře (4 %) [12].

Jako konkrétní příklad preventivní celonárodní bezpečnostní kampaně lze uvést akci „Nemyslíš – zaplatíš!“, jejímž zadavatelem je Ministerstvo dopravy ČR. Kampaň probíhá v televizi, rádiu, kinech, na internetu i prostřednictvím tištěných informačních letáků. Jejím cílem je mimo jiné odradit řidiče od užívání alkoholu a jiných návykových látek. Nezvykle a novátorsky se nevyhýbá ukázkám možných následků užití alkoholu a drog.

Také Policie ČR, i přesto, že jejím hlavním cílem je činnost v oblasti represe, se poměrně významně podílí na primární prevenci, a to nejen proti drogám. V r. 2009 realizovala Národní protidrogová centrála Policie ČR (NPC) dva významné projekty. Projekt s názvem „Nepodporuji výrobu drog“ byl zaměřený na odbornou lékárnickou a další zdravotnickou veřejnost. Jeho smyslem bylo poukázat na souvislost mezi dostupností léků s obsahem pseudoefedrinu a nezákonnou výrobou metamfetaminu. Všechny lékárny v České republice (cca 3000) byly osloveny společným dopisem NPC a České lékárnické komory, ve kterém byla přiložena samolepka, vyjadřující jejich odmítavý postoj k výrobě drog. Cílem byla změna postoje veřejnosti k problematice zneužívání volně dostupných léků. Druhý projekt „STOP pěstírám konopí; STOP výrobnám pervitinu“ byl zaměřen cca na 50 tisíc občanů Chebska. Občané byli osloveni

prostřednictvím dopisu, ve kterém jim byly poskytnuty informace z oblasti nelegálního pěstování konopí a výroby pervitinu v jejich okolí, indicie k odhalení a možnosti informování policie o tomto protiprávním jednání. Cílem projektu byla eliminace výskytu pěstíren konopí a výroben pervitinu [16,17].

## **4.2. Charakteristika populace drogově závislých v EU**

### **4.2.1. Incidence a prevalence**

Odhady užívání konopných drog v Evropě hovoří o celoživotní prevalenci nejméně 71 milionů, tj. 22 % všech dospělých osob (ve věku 15 až 64 let). Užívání v posledním roce je odhadováno na cca 23 milionů dospělých, resp. jedna třetina celoživotních uživatelů. Celoživotní prevalence kokainu je odhadována na nejméně 12 milionů dospělých, tj. 3,6 % evropských dospělých, incidence v posledním roce činí 4 miliony evropských dospělých, stejně jako u konopných drog cca třetina celoživotních uživatelů. U amfetaminů činí celoživotní prevalence téměř 11 milionů, tj. 3,3 % evropských dospělých, užití v posledním roce je odhadováno cca u jedné pětiny celoživotních uživatelů. Prevalence uživatelů extáze je asi 9,5 milionu, tj. 2,8 % evropských dospělých. Odhady počtu problémových uživatelů opiátů jsou obvykle nejisté vzhledem k poměrně nízké prevalenci a skryté povaze tohoto typu užívání drog. Problémové užívání opiátů je odhadováno mezi jedním a šesti případy na 1000 jedinců dospělé populace [3].

### **4.2.2. Mortalita**

Úmrtnost populace v důsledku užívání drog se v jednotlivých evropských zemích velmi liší a pohybuje se v rozmezí od 0,2 do 50 úmrtí na 1 milion obyvatel; průměrná hodnota je 13 úmrtí. Ve většině zemí se pohybuje v rozmezí od 7 do 30 úmrtí na milion obyvatel. U mužů ve věku 15 – 39 let je úmrtnost zpravidla třikrát vyšší (v průměru 40 úmrtí na milion obyvatel). Úmrtí související s drogami tvořila 3% všech úmrtí Evropanů ve věku 15 – 39 let v letech 2003 – 2004 a představovala více než 7% v Dánsku, Řecku, Lucembursku, na Maltě, v Rakousku, Spojeném království a Norsku.

Od roku 1990 bylo v západní Evropě hlášeno téměř 100 000 případů akutních úmrtí v souvislosti s užíváním drog. Většina těchto případů byla spojena s užíváním opiátů. Během 90. let byl počet úmrtí souvisejících s užíváním drog v Evropě na vzestupu. Nyní se ukazuje, že úmrtí na předávkování zůstávají na stejné úrovni, nebo že dokonce jejich počet klesá. Předávkování drogami představuje stále jednu z hlavních příčin ztráty života mezi mladými lidmi v Evropě, jíž je možné předejít. Úmrtí na předávkování se vyskytuje častěji mezi zkušenými a více závislými uživateli než mezi mladými a nezkušenými.

Riziko předávkování značně zvyšuje injekční užívání opiátů. Většina informací o úmrtnosti problémových uživatelů drog je mnohem méně známá. Kolektivní studie, zahájená v roce 2007 v rámci projektu EMCDDA, zkoumala úmrtnost uživatelů opiátů přijatých do léčby v osmi evropských lokalitách – Amsterdam, Barcelona, Dublin, Dánsko, Lisabon, Londýn, Řím a Vídeň. V rámci studie se zjistilo, že úmrtnost uživatelů opiátů je ve srovnání s jejich vrstevníky šestkrát až dvacetkrát vyšší u mužů a desetkrát až padesátkrát vyšší u žen. V šesti sledovaných lokalitách bylo podle odhadů 10 – 23 % všech úmrtí dospělých ve věku 15 – 49 let způsobeno užíváním opiátů, zejména v důsledku předávkování, AIDS a ostatních externích příčin (nehody a sebevraždy). Přibližně jedna třetina těchto úmrtí byla způsobena předávkováním; tento poměr byl však vyšší ve městech s nízkou prevalencí HIV mezi injekčními uživateli drog [28,29].

### **4.2.3. Prevence**

V oblasti všeobecné prevence ve všech evropských zemích patří mezi hlavní přístupy zprostředkování informací souvisejících s drogami jednorázové přednášky. Jejich účinnost však není potvrzena dostupnými důkazy.

V sedmi evropských zemích proběhla studie EU-Dap, zabývající se programy prevence s prokázanou účinností. Studie zahrnuje 7000 respondentů/studentů ve věku 12 – 14 let a hodnotila program založený na přístupu komplexního sociálního vlivu, spojující nácvik životních dovedností s normativní výukou a získáváním znalostí o látkách. V některých státech EU byly vytvořeny kampaně v hromadných sdělovacích

prostředcích zaměřené na užívání konopných produktů (Dánsko, Irsko, Francie, Nizozemí, Velká Británie) a také na užívání kokainu (Irsko, Španělsko, Velká Británie).

V rámci selektivní prevence byly v Belgii a Lucembursku realizovány programy zaměřené na etnické skupiny. Od roku 2008 je s podporou EU prováděn v deseti členských státech systematický protokol intervencí pro mladistvé pachatele FRED.

Projekty indikované prevence v současné době probíhají v omezené míře, přestože patří k velmi účinným. Jako příklad lze uvést např. model OREGON, který je realizován v Nizozemí a Norsku pro rodiče dětí ve věku 4 – 12 let s disruptivní poruchou chování, nebo metodu „Komet för föräldrar“, využívanou přibližně ve čtvrtině švédských obcí, zaměřenou na rodiče dětí, u nichž se projevují problémy chování [3].

## 5. Analýza dosažených výsledků

### 5.1. Situace v České republice

#### 5.1.1. Incidence a prevalence

##### Léčebná/kontaktní centra

Počet léčebně/kontaktních center poskytujících údaje o incidenci a prevalenci v průběhu sledovaného období uvádí tabulka č. 2.

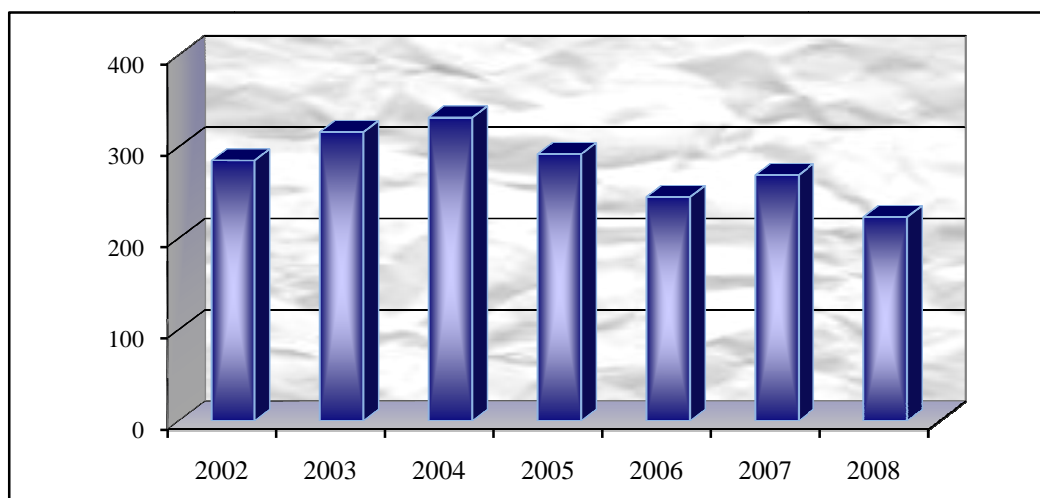
**Tabulka č. 2 – Počet léčebných/kontaktních center v l. 2002 – 2008**

rok	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
počet	285	316	332	292	245	269	223

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Je patrný kolísavý trend vývoje jejich počtu, který v letech 2003 až 2004 vzrostl o 10,9 % a 5 %. V r. 2005 však počet L/K center poklesl o 12 %, následně v r. 2007 došlo k navýšení o 9,8 %. Nejnižší počet L/K center je vykazován v r. 2008, kdy došlo k poklesu o 17 % oproti roku předchozímu. Celkově došlo od r. 2002 do r. 2008 k poklesu o 22 %. Graf č. 3 graficky znázorňuje vývoj počtu L/K. Vzhledem k ekonomické krizi, která v poslední době postihuje všechny oblasti společnosti, nelze bohužel očekávat v nejbližší době vznik dalších.

**Graf č. 3 – Celkový počet léčebně/kontaktních center v l. 2002 - 2008**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy



Nejvíce L/K pracuje tradičně v Moravskoslezském kraji (46 v r. 2002), druhý nejvyšší počet L/K center působí střídavě v Praze (31 v r. 2004 a 2007), Středočeském (30 v r. 2003) a Zlínském kraji (31 v r. 2005). Naopak nejméně zařízení působí v krajích Pardubickém (4 v r. 2006) a Karlovarském (5 v r. 2008). Podrobné počty L/K center v jednotlivých krajích jsou uvedeny v příloze č. 2.

### **Léčení uživatelé drog**

Celkový počet léčených uživatelů drog ve sledovaném období, rozdělený na nově léčené, tedy prvožadatele o léčbu (incidence), a opakovaně léčené (prevalence), tj. recidivující uvádí tabulka č. 3. Hranice 9 tisíc léčených osob byla překročena jen v r. 2002, nejméně osob se léčilo v r. 2008. V r. 2003 došlo k výraznějšímu poklesu léčených, a to o 7,7 %, následoval mírný nárůst o 3,8 % v r. 2004, opět pokles o 3,5 % v r. 2005, který pokračoval i v následujícím roce – o 2 %. V r. 2007 lze vidět nepřilíš významný nárůst o 1,4 %, poté znovu propad počtu léčených uživatelů o 2,4 %. Celkově se počet léčených uživatelů drog ve sledovaném období propadl o 10 %.

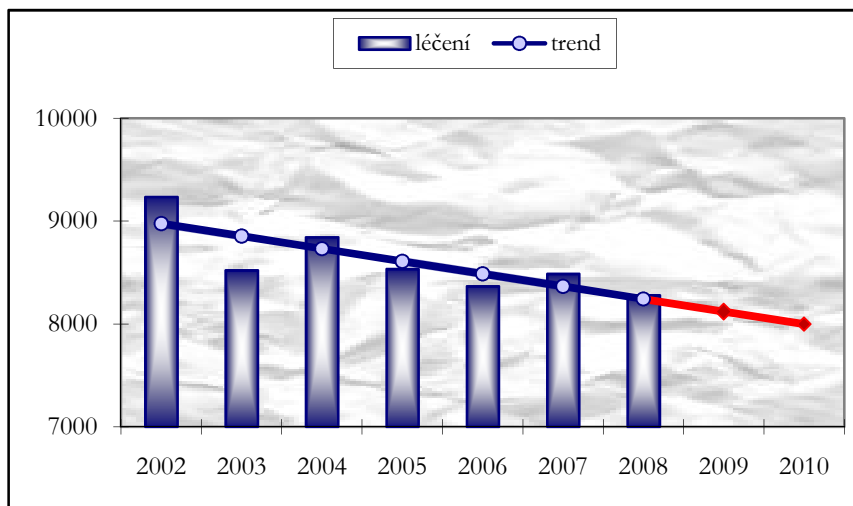
**Tabulka č. 3 – Počet léčených uživatelů drog v letech 2002- 2008**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>nově léčení</b>	4 719	4 158	4 600	4 372	4 119	4 346	3 981
<b>opakovaně léčení</b>	4 518	4 364	4 245	4 162	4 247	4 141	4 298
<b>všichni léčení</b>	<b>9 237</b>	<b>8 522</b>	<b>8 845</b>	<b>8 534</b>	<b>8 366</b>	<b>8 487</b>	<b>8 279</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Vývoj počtu všech léčených uživatelů je popsán lineární trendovou funkcí ve tvaru  ${}^{(0)}T_t = 9099 - 122,25t$ . Graf č. 4 názorně ukazuje trvale klesající trend, počet léčených klientů bude tedy pravděpodobně dále klesat.

**Graf č. 4 – Počet všech léčených uživatelů drog v l. 2002 - 2008 a odhad na l. 2009 a 2010**

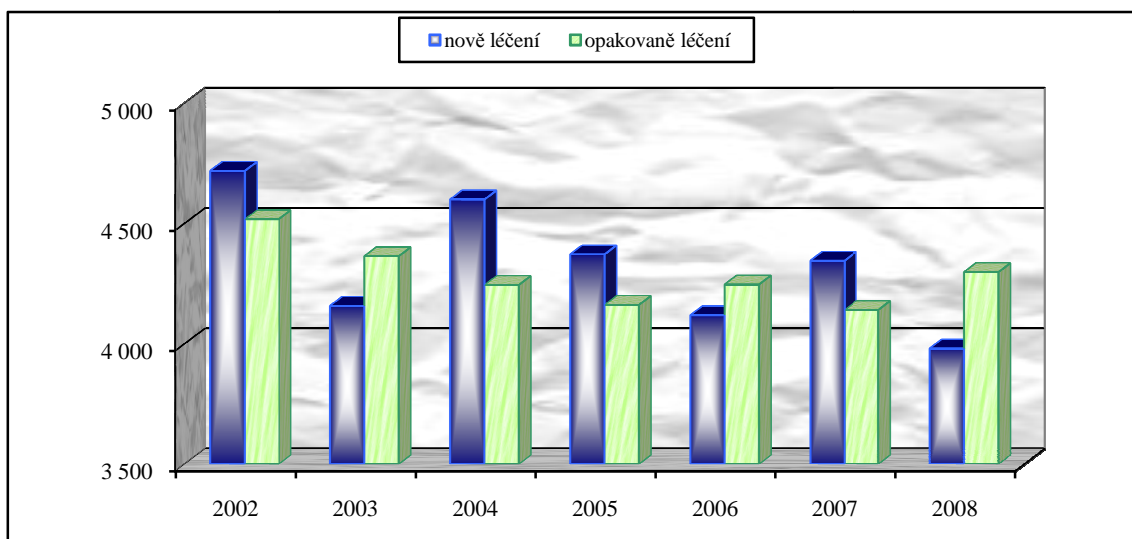


Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

Je nutné poznamenat, že celkový počet klientů je ovlivněn i způsobem kódování klientů z nízkoprahových center, u nichž je uváděn místo data narození pouze rok narození (na základě závěru Úřadu pro ochranu osobních údajů, který datum narození označil jako citlivý údaj a nepovolil jeho předávání v rámci drogového informačního systému Hygienické služby ČR). Proto jsou každé čtvrtletí prověřovány stovky záznamů a je upřesňováno, zda se nejedná o záznam o stejném klientovi. Centrální pracoviště drogové epidemiologie tak v průběhu roku vyřazuje několik set záznamů jako tzv. „duplicitní“ nebo změnová hlášení. Záznam o léčení klienta je z analyzované evidence vyřazen již v případě podezření na stejnou osobu klienta, pokud se nepodaří jednoznačně prokázat, že se jedná o dva různé klienty. Tím vzniká určité zkreslení, podhodnocení celkového počtu léčených klientů.

Nejvíce nově léčených klientů přibýlo v r. 2002, v následujícím roce jich léčbu nastoupilo o 561 méně, tedy pokles o 11,9 %. V r. 2004 požádalo o léčbu 4600 dosud neléčených žadatelů, což činí nárůst 10,6 %. Následuje pokles o 5 % a 5,6 % v letech 2005 a 2006. V r. 2007 vzrostl počet nově léčených klientů o 227 osob, tj. nárůst o 5,5 %. V následujícím roce počet klientů výrazněji klesl o 365 osob, propadl činil 8,4 %. Graf č. 5 porovnává jejich počty.

**Graf č. 5 – Počty nově a opakovaně léčených uživatelů drog**



Zdroj: Hygienická stanice hl. města Prahy

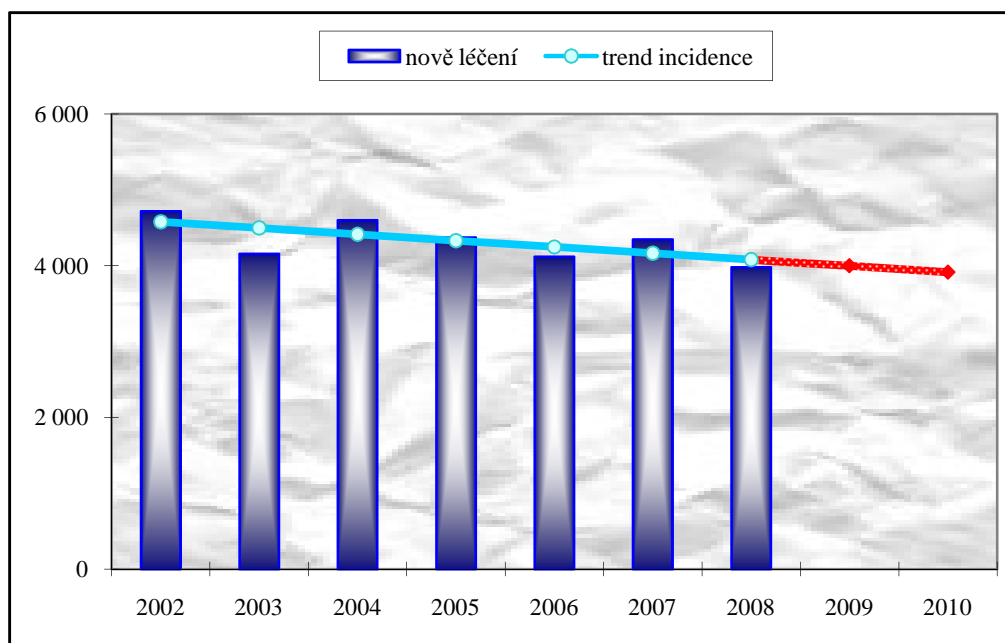
Celkově ve sledovaném období klesl počet nově léčených klientů o 15,6 %, opakovaně léčených klientů o 4,8 %.

Nově léčení převyšují počet opakovaně léčených v letech 2002, 2004, 2005 a 2007, vždy v poměru 51 % ku 49 %. Výjimku tvoří r. 2004 s poměrem 52 : 48 %. Opačný případ lze sledovat v letech 2003 a 2006, kdy poměr opakovaně léčených převýšil počet nově léčených v poměru 51 : 49 %, rovněž v r. 2008 (52 : 48 %). Graficky znázorňuje poměrové zastoupení obou skupin v jednotlivých letech příloha č. 3.

Vývoj počtu nově léčených uživatelů je popsán lineární trendovou funkcí ve tvaru:  ${}^{(O)}T_t = 4659,28 - 82,2t$ . U opakovaně léčených uživatelů lineární trendovou funkcí  ${}^{(O)}T_t = 4282,1 - 39,4t$ . Vzhledem ke klesající vývojové křivce u počtu všech léčených klientů není překvapivý klesající trend u nově i opakovaně léčených uživatelů drog. Graficky je trend u obou ukazatelů znázorněn v grafech č. 6 a 7.

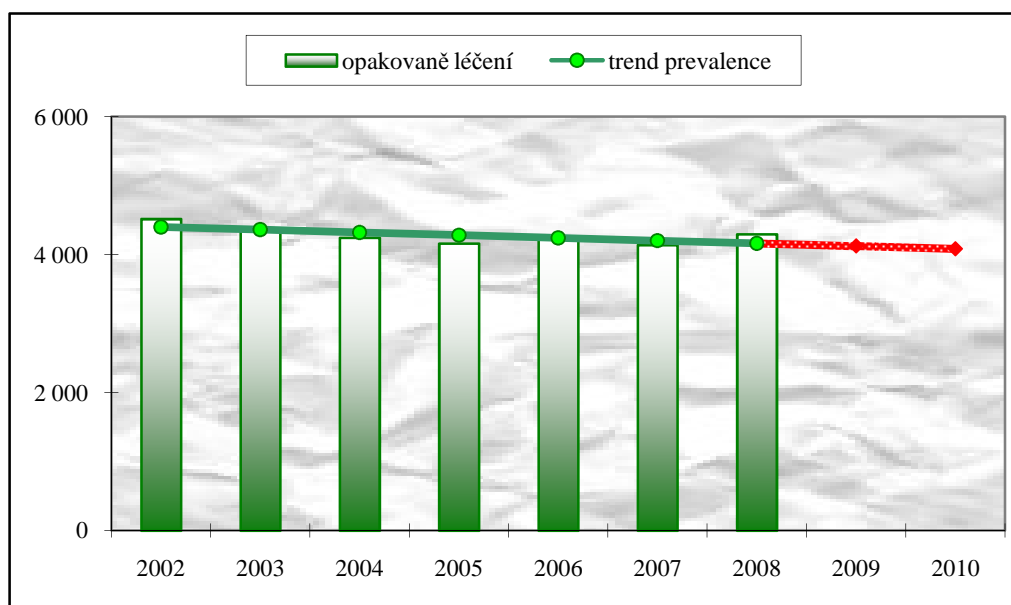
Podrobný přehled o výsledcích statistické analýzy této časové řady obsahují pomocné tabulky v příloze č. 3.

**Graf č. 6 - Počet nově léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 + odhad na l. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočty

**Graf č.7 - Počet opakovaně léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 + odhad na l. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočty

- **Léčení uživatelé dle pohlaví**

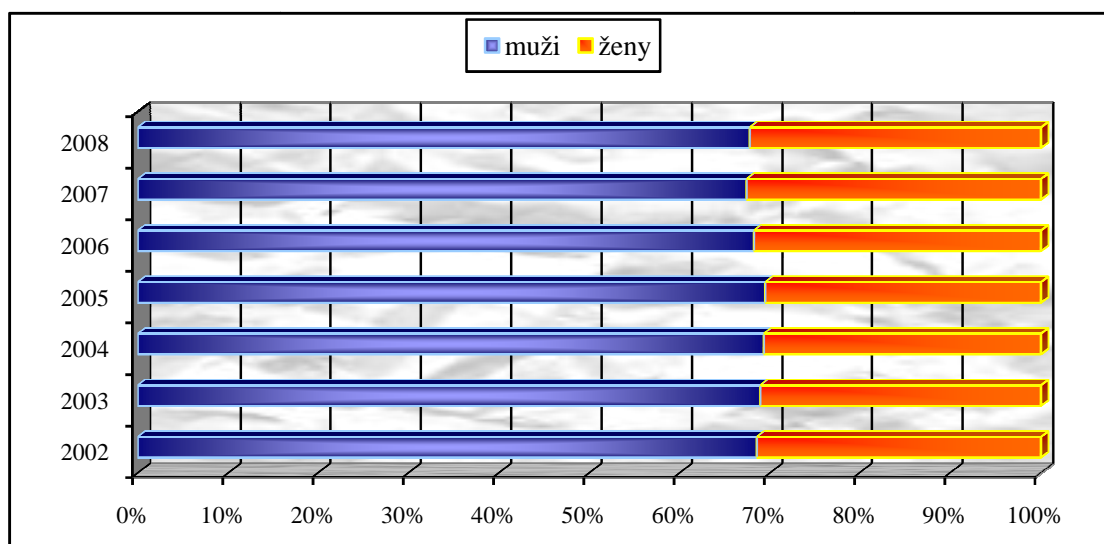
Mezi všemi léčenými uživateli drog převažují muži. S výjimkou let 2003 až 2005 tvoří jejich poměr vůči ženám/uživatelkám 2,1 : 1. V ostatních letech byl podíl mužů dokonce ještě vyšší – 2,2 : 1, resp. 2,3 : 1. Tabulka č. 4 ukazuje celkové počty léčených mužů a žen, poměrové zastoupení a počet léčených klientů, u kterých pohlaví není známo. Graf č. 8. znázorňuje počet léčených mužů a léčených žen v %.

**Tabulka č. 4 – Počet léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 - dle pohlaví**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>muži</b>	6 302	5 865	6 115	5 917	5 699	5 710	5 592
<b>ženy</b>	2 895	2 646	2 709	2 602	2 656	2 763	2 663
<b>poměr mužů a žen</b>	2,1 : 1	2,2 : 1	2,3 : 1	2,3 : 1	2,1 : 1	2,1 : 1	2,1 : 1
<b>neznámo</b>	40	11	21	15	11	14	24
<b>Celkem</b>	<b>9 237</b>	<b>8 522</b>	<b>8 845</b>	<b>8 534</b>	<b>8 366</b>	<b>8 487</b>	<b>8 279</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. města Prahy

**Graf č. 8 – Léčení uživatelé drog v l. 2002 – 2008 - dle pohlaví (v %)**

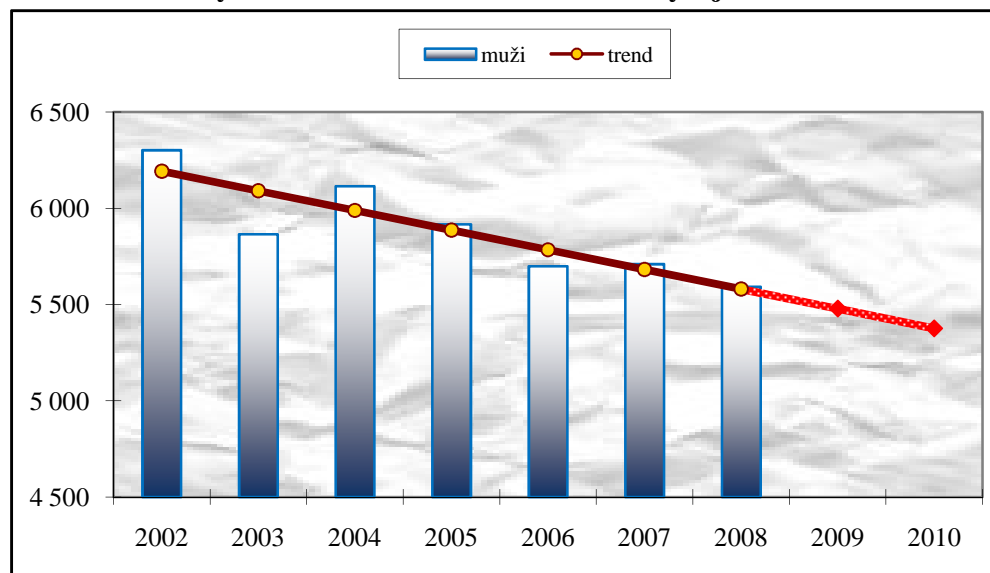


Zdroj: Hygienická stanice hl. města Prahy

Vývoj počtu léčených mužů je popsán lineární trendovou funkcí ve tvaru  ${}^{(0)}T_t = 6294 - 102t$ , vývoj počtu léčených žen rovněž lineární trendovou funkcí ve tvaru  ${}^{(0)}T_t = 2778,6 - 18,4t$ . Ani v těchto případech není trvale klesající vývojová křivka

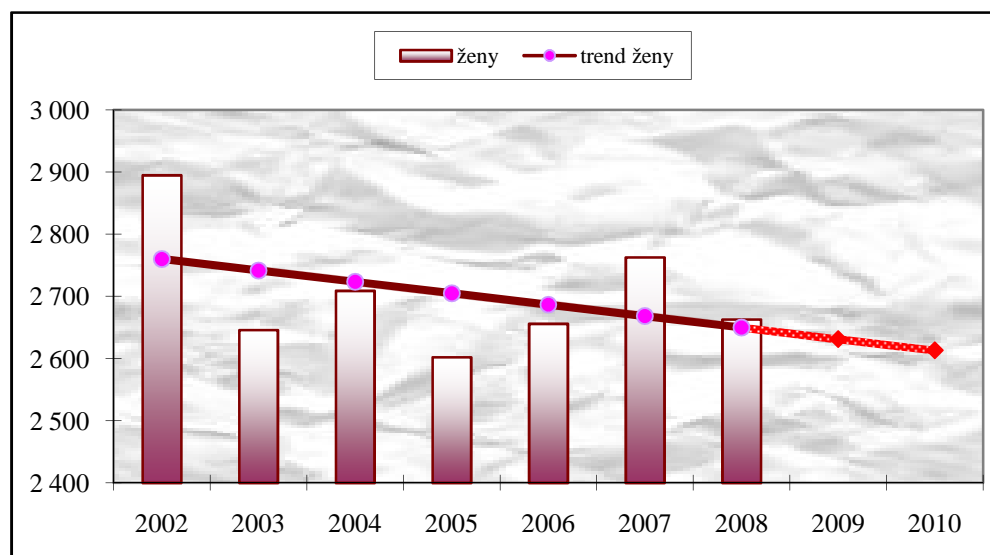
ničím překvapivým. Podrobný přehled o výsledcích statistické analýzy těchto časových řad obsahují pomocné tabulky v příloze č. 4. Graficky je znázorňují grafy č. 9 a 10.

**Graf č. 9 – Počet léčených mužů v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje v l. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

**Graf č. 10 – Počet léčených žen v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje v l. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

Podíl nově léčených mužů tvoří 66 – 68 %, u nově léčených žen je situace obdobná, představují 64 – 67 %. Situaci v jednotlivých letech zobrazuje podrobně příloha č. 4.

• **Uživatelé dle závislosti na jednotlivých druzích základních drog**

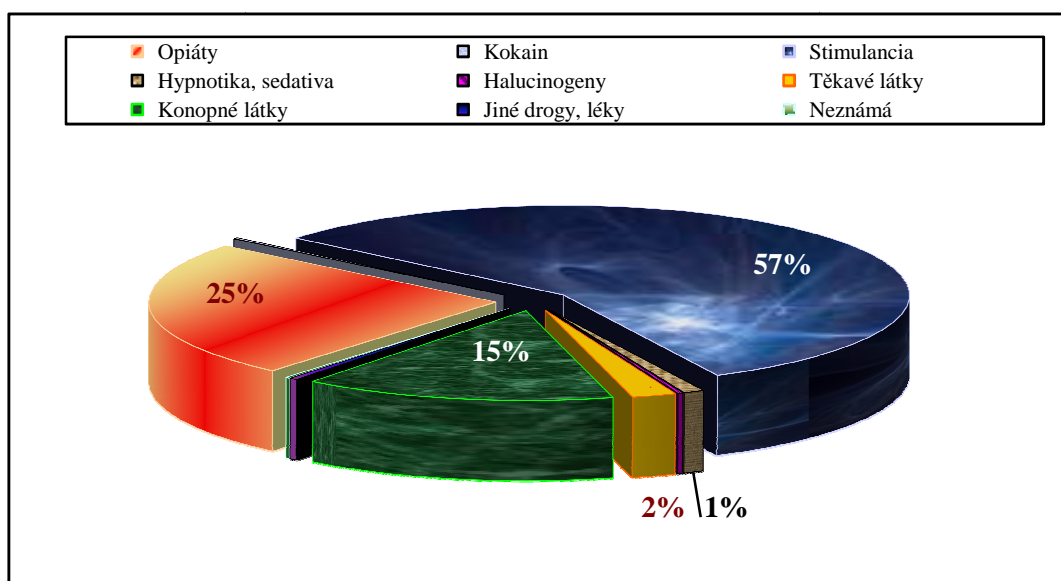
Tabulka č. 5 člení léčené klienty dle závislosti na druhu základní drogy. Graf č. 11 zobrazuje celkový podíl jednotlivých skupin drog při léčbě závislosti.

**Tabulka č. 5 – Počet všech léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 dle závislosti na druhu základní drogy**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Opiáty	2 353	2 133	2 169	2 058	2 127	1 961	2 063
Kokain	13	22	18	15	12	22	24
Stimulancia	4 831	4 549	4 833	4 891	4 923	5 199	4 953
Hypnotika, sedativa	114	104	80	90	64	60	73
Halucinogeny	47	29	22	17	6	17	8
Těkavé látky	332	226	221	183	124	94	62
Konopné látky	1 489	1 403	1 462	1 238	1 044	1 083	1 053
Jiné drogy, léky	45	37	28	24	37	24	31
Neznámá	13	19	12	18	30	27	12

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Graf č. 11 – Celkový podíl léčených uživatelů v l. 2002 – 2008 dle závislosti na druhu základní drogy**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Nejvíce klientů se léčilo ze závislosti na stimulantech. Závislost na metamfetaminu (pervitinu) jako základní droze byla léčena u 57 % klientů v průběhu sledovaného období. Důvod je jednoznačný – metamfetamin patří k nejdostupnějším drogám v ČR, protože pochází z „domácích“ zdrojů, není nutné ho dovážet ze zahraničí a lze ho za přispění zdatnějšího chemika – amatéra vyrobit v domácích podmínkách pomocí prekurzorů a chemikálií, dostupných v každé lékárně a drogerii. Počet všech léčených závislých na metamfetaminu se v průběhu jednotlivých let pohyboval v rozmezí 53 % (r. 2002) až 65 % (r. 2007). Počet nově léčených v jednotlivých letech překračuje u stimulantů padesátiprocentní hranici, a to minimálně o 1 % (v r. 2008), maximálně o 10 % (r. 2003). Celkem došlo v průběhu sledovaných let k nárůstu léčených uživatelů stimulantů o 2,5 %. Data, týkající se počtu nových a opakovaně léčených dle závislosti na jednotlivých druzích drog ve sledovaných letech jsou uvedena v příloze č. 5.

Závislost na opiátech je druhou nejrozšířenější drogovou závislostí. Počet klientů, závislých na opiátech, především heroinu, je oproti závislým na metamfetaminu více než o polovinu nižší. Vzhledem k tomu, že jeho výroba je v českých podmínkách vyloučena, je jeho dostupnost nižší. Nutností je dovážet heroin ze zahraničí a jeho prodej je spojen s organizovanou trestnou činností. Všichni závislí na opiátech zastávají 25 % všech léčených klientů v průběhu sledovaného období, v jednotlivých letech se jejich počet pohybuje mezi 23 % (r. 2007) a 26 % (r. 2006). Celkem došlo v průběhu sledovaných let k poklesu léčených uživatelů opiátů o 12 %. Podíl nově léčených se pohybuje v poměrně širokém rozmezí, od 21 % v r. 2008 do 38 % v r. 2006.

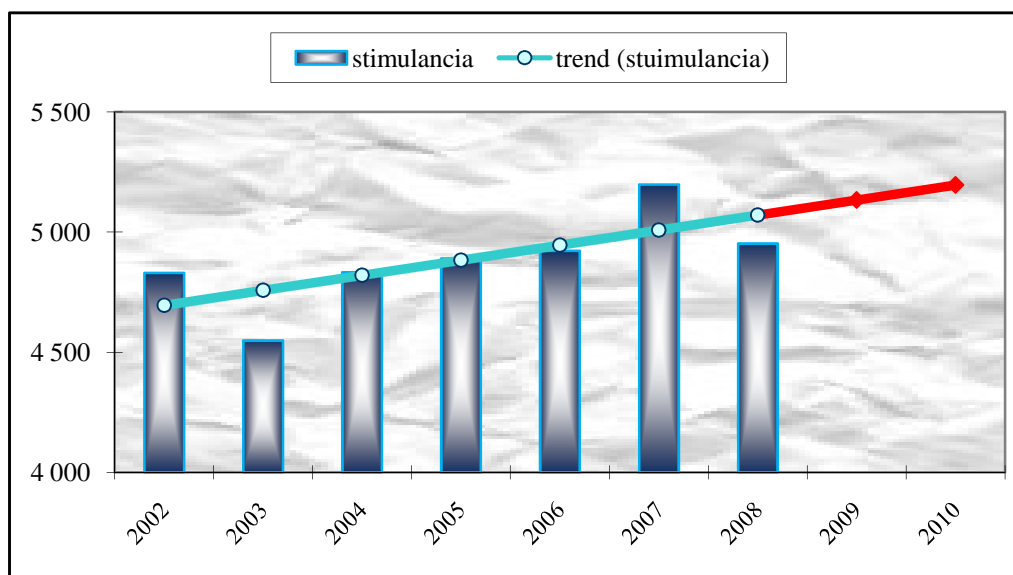
Další nezanedbatelnou skupinu léčených tvoří závislí na produktech z konopí, a to 15 % ze všech léčených klientů v průběhu sledovaných 7 let. Počet takto závislých je podstatně nižší než u předchozích typů drog, neboť k závislosti na marihuaně a hašiši nedochází tak snadno jako u opiátů a stimulantů, vede k ní jejich dlouhodobé a pravidelné užívání. Během jednotlivých let počet závislých na konopí kolísá mezi 12 % (r. 2006) a 17 % (r. 2004) ze všech léčených uživatelů drog. Nově léčení klienti představují, s výjimkou r. 2003 (59 %), vysoký podíl ze všech léčených závislých na konopných produktech – od 64 % v r. 2005 do 72 % v letech 2002, 2006 – 2008.



Na těkavých látkách a rozpustidlech je celkem léčena závislost u 2 % klientů. Toluen a jiná organická rozpouštědla jsou v současnosti hůře dostupné. Vysoké riziko předávkování, poměrně rychle nastupující zdravotní komplikace a také skutečnost, že „čichání“ lze jen obtížně skrývat, odsouvá užívání této drogy na okraj zájmu osob, užívajících návykové látky. V jednotlivých letech se počet léčených, užívajících tyto látky, pohyboval v rozmezí od 1 % (r. 2006, 2007, 2008) až 4 % (r. 2002).

Vývoj počtu léčených uživatelů stimulantů je popsán lineární trendovou funkcí ve tvaru  ${}^{(0)}T_t = 4\ 632,16 + 62,71t$ . Jak ukazuje graf č. 12, vývoj přímkou pro r. 2009 a 2010 má stoupající tendenci, lze tedy předpokládat, že počet léčených uživatelů stimulantů bude i nadále vzrůstat.

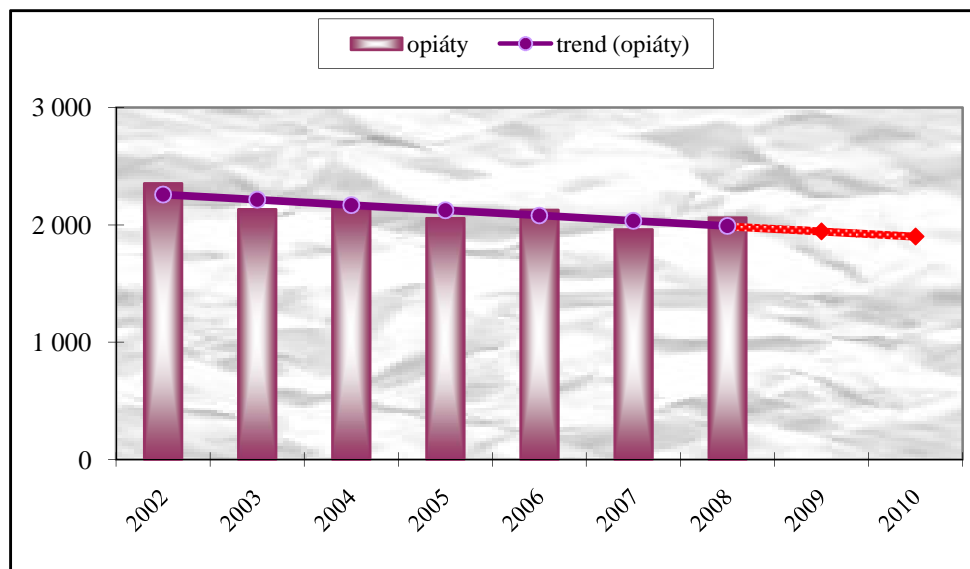
**Graf č. 12 – Počet léčených uživatelů stimulantů v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje na l. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

Pro popis tendence vývoje počtu léčených uživatelů opiátů byla rovněž užitá lineární trendová funkce, a to ve tvaru  ${}^{(0)}T_t = 2301,84 - 44,71t$ . Zde je trend opačný, počet léčených uživatelů opiátů má trvale mírně klesající tendenci, viz graf č. 13. Podrobnější přehled o výsledcích statistické analýzy těchto časových řad obsahují pomocné tabulky v příloze č. 5.

**Graf č. 13 – Počet léčených uživatelů opiátů v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje na l. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

- **Uživatelé dle věku**

Nejvíce léčených uživatelů/klientů drog spadá do věkové kategorie 15 – 24 let, jejich počet v tomto věku však klesá. Nejvíce jich bylo v r. 2002, postupně však počet klesl až o 2 194 klientů, tj. o 36 % během sledovaného období. Nejdříve pokles činil 714 klientů (11,7 %), v dalším roce jen o 2,1 %, ale následuje poměrně významný pokles o 516 klientů (9,8 %) v r. 2005, o 8,2 % v r. 2006. Náhlý propad se zastavil v r. 2007 – počet léčených ve věku 15 – 24 let poklesl jen o 53 (1,2 %), v následujícím roce se však opět snížil o 407 osob, tedy o 9,4 %. Tabulka č. 6 ukazuje počty léčených uživatelů v jednotlivých letech dle věkových kategorií.

Naopak počet léčených ve věkové kategorii 25 – 34 let (druhá nejčastěji zastoupená) má stoupající tendenci. V r. 2003 o 64 klientů (2,8 %), ale v následujících letech postupně o 409 (17,2 %); 163 (5,6 %) klientů, v r. 2006 o 262 klientů (8,9 %), o dalších 1,3 % a 5,1 % v letech 2007 a 2008. Rozdíl mezi r. 2002 a 2008 činil 1108 léčených osob, tj. nárůst o 51 %. I přes menší pokles v r. 2003, lze sledovat také postupný nárůst ve věkové kategorii 35 - 44 let a 45 a více let.

**Tabulka č. 6 – Počet všech léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 - dle věku**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>do 15</b>	121	109	77	100	58	54	66
<b>15 - 24</b>	6 080	5 366	5 251	4 735	4 346	4 293	3 886
<b>25 - 34</b>	2 309	2 373	2 782	2 945	3 207	3 250	3 417
<b>35 - 44</b>	493	491	542	586	597	649	708
<b>45 a víc</b>	124	119	125	125	131	164	183

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Jiná situace je u věkové kategorie klientů mladších 15 let, kdy počet osob kolísá oběma směry, přesto je rozdíl mezi počátkem sledovaného období a jeho koncem 55 klientů, což představuje pokles o 45 %.

Vývoj počtu léčených uživatelů v jednotlivých věkových kategoriích je popsán lineární trendovou funkcí ve tvaru:

$$\text{do 15 let věku } {}^{(0)}T_t = 126 - 10,5t;$$

$$15 - 24 \text{ let } {}^{(0)}T_t = 6\,227 - 344t;$$

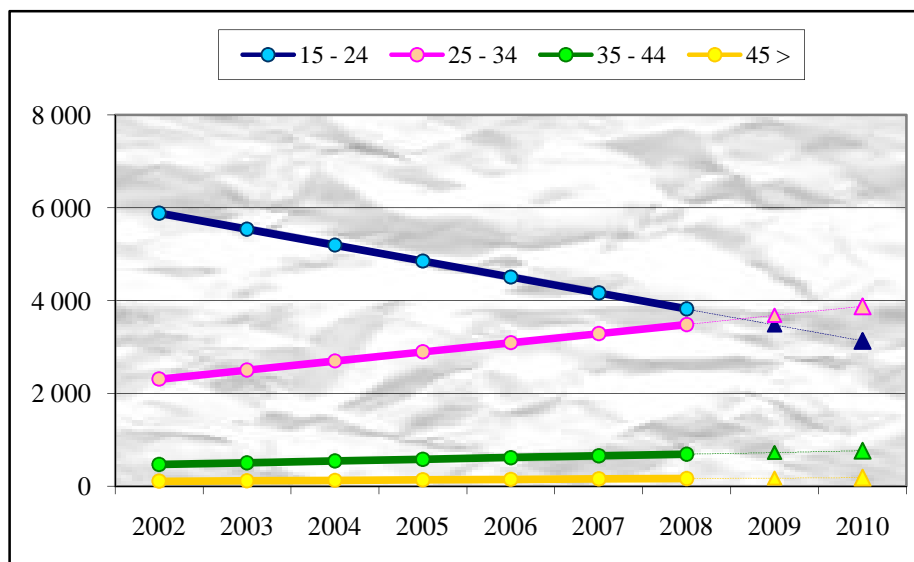
$$25 - 34 \text{ let } {}^{(0)}T_t = 2\,112 + 196,5t;$$

$$35 - 44 \text{ let } {}^{(0)}T_t = 435,8 + 36,3t$$

$$\text{a u léčených osob starších 45 let } {}^{(0)}T_t = 100 + 9,75t.$$

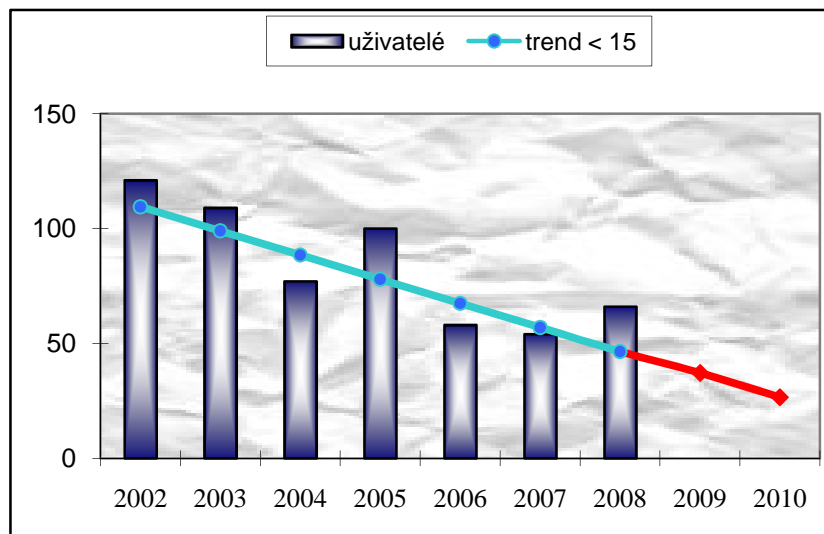
Trendová křivka má u jednotlivých věkových struktur různou tendenci vývoje. U léčených uživatelů drog mladších 15 let a ve věku 15 - 24 let lze předpokládat další, poměrně vysoký pokles; u starších uživatelů ve věku 25 – 34 let naopak výraznější nárůst, mírný nárůst v kategoriích 35 – 44 let a starších 45 let. Podrobnější přehled o výsledcích statistické analýzy těchto časových řad obsahují pomocné tabulky v příloze č. 6. Graficky znázorněno v grafech č. 14 a 15.

**Graf č. 14 – Trendy vývoje věkové struktury léčených uživatelů v letech 2002 – 2008 + odhad vývoje pro l. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

**Graf č. 15 – Počet léčených uživatelů do 15 let věku v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje na l. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

Poměr mezi nově léčenými klienty a opakovaně léčenými dle věku je velmi rozdílný. Nejvyšší podíl nově léčených je u věkové kategorie do 15 let, kdy opakovaně léčení tvoří pouhých 11 % v r. 2002, 16 % v r. 2003, 23 % a 24 % v letech 2004 a 2005, 17 – 19 % v letech 2006 – 2008. Ve věku 15 – 24 let je podíl nově a opakovaně

lčených vyrovnanější, do r. 2004 téměř na stejné úrovni, opakovaně léčení představují 43 % v r. 2002, 45 % v r. 2003 a 44 % v r. 2004. Poté následuje pokles na 39 % v letech 2005 a 2006 a 38 % v r. 2007 a 2008.

Ve vyšších věkových kategoriích podíl opakovaně léčených naopak převažuje nad nově léčenými – u kategorie 25 – 34 let je nejvyšší v r. 2002 (69 %), v r. 2003 tvoří 63 %, nejnižší je v r. 2004 (59 %). Ve zbylých letech se pohybuje mezi 61 – 64 %. V kategorii mezi 35 a 44 roky života je podíl opakovaně léčených až 70 % v letech 2002, 2003, 2006, nejnižší je v r. 2007 – 60 %. V letech 2004, 2005 a 2008 se pohybuje v rozmezí 60 – 64 %. Podrobně je podílem nově a opakovaně léčených klientů dle věkových kategorií v jednotlivých letech zabývá příloha č. 6.

- **Uživatelé dle nejvyššího dosaženého vzdělání**

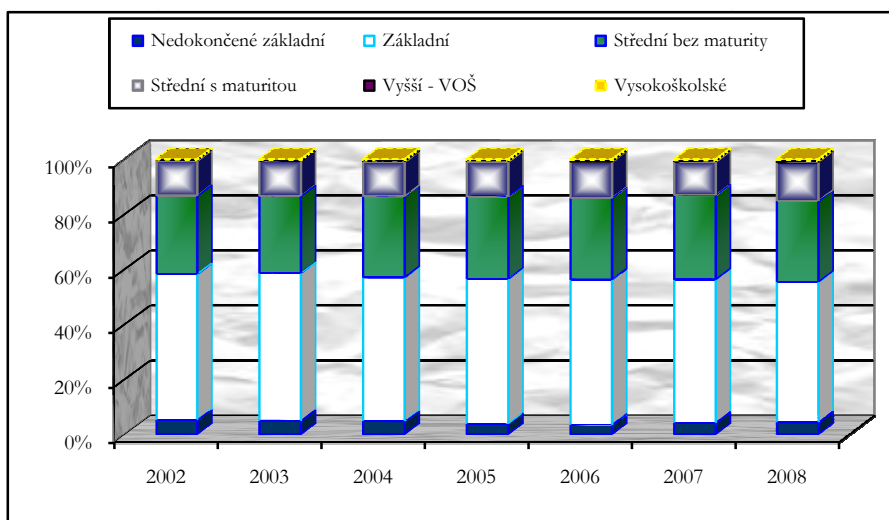
Základní vzdělání dokončilo 49 % všech léčených uživatelů v letech 2002 – 2008 (29 435 osob), 4 % (2 446 osob) základní vzdělání nedokončilo. 27 % klientů (16 447 osob) ukončilo středoškolské vzdělání bez maturity, 12 % (7 166 osob) dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou. Podíl vysokoškolsky vzdělaných uživatelů drog činí 1 % (348 osob). Počty léčených uživatelů dle jednotlivých stupňů nejvyššího dosaženého vzdělání uvádí tabulka č. 7 a graf č. 16.

**Tabulka č. 7 – Počet léčených uživatelů v letech 2002 – 2008 - dle nejvyššího dosaženého vzdělání**

	r. 2002	r. 2003	r. 2004	r. 2005	r. 2006	r. 2007	r. 2008
<b>Nedokončené základní</b>	433	384	396	302	266	328	337
<b>Základní</b>	4 356	4 254	4 371	4 213	4 131	4 136	3 974
<b>Střední bez maturity</b>	2 344	2 212	2 462	2 391	2 317	2 429	2 292
<b>Střední s maturitou</b>	1 042	1 004	1 042	1 007	1 019	963	1 089
<b>VOŠ</b>	21	13	32	28	31	26	40
<b>Vysokoškolské</b>	31	44	56	51	58	54	54
<b>Neznámo</b>	1 010	611	486	542	544	551	493
	<b>9 237</b>	<b>8 522</b>	<b>8 845</b>	<b>8 534</b>	<b>8 366</b>	<b>8 487</b>	<b>8 279</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Graf č. 16 – Počet léčených uživatelů drog v r. 2002 – 2008 – dle nejvyššího vzdělání**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Nejméně klientů s nedokončeným vzděláním se léčilo v r. 2006, nejvíce v r. 2002. Nejméně klientů se základním vzděláním prošlo léčbou v r. 2008, nejvíce v r. 2004. U osob středoškolsky vzdělaných bez maturity lze minimální počet vysledovat v r. 2003, maximální v r. 2004. Středoškolsky vzdělaných se léčilo nejméně v r. 2007, nejvíce v r. 2008. Nejméně absolventů vysokých škol prošlo léčbou v r. 2002, nejvíce v r. 2006. Narůstající počty léčených bez vzdělání či jakékoliv odborné kvalifikace představují vážný problém při řešení otázek nezaměstnanosti, a to i v případech jejich úspěšného vyléčení. Užívání drog je nepřímo úměrné s dosaženým vzděláním.

U osob s nedokončeným vzděláním se počet nově léčených pohybuje vysoko nad 50 %, nejnižší byl v r. 2004, kdy nově léčení tvořili 61 %, nejvyšší naopak v r. 2005, kdy dosáhl 80 % všech léčených v tomto roce. Počet nově léčených klientů s dokončeným základním vzděláním je v průběhu sledovaného období poměrně stálý - pohybuje se těsně nad polovinou - 51 % ze všech léčených v r. 2006, 2007, 2008; 52 % v r. 2002 a 2003; nejvíce jich bylo v r. 2005, kdy představovali 56 % všech léčených klientů. Opačnou situaci lze pozorovat u nově léčených uživatelů s odborným vzděláním. Počet nově léčených uživatelů nepřekročil hodnotu 50 %. Jejich počty se pohybují od 43 % (r. 2003) až po 50 % (r. 2004). Obdobná situace je i u nově léčených klientů se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou – počet nově léčených

klientů je nejnižší v r. 2003 - 42 %, nejvyšší hodnota – 49 % v r. 2004. Kolísavý vývoj lze pozorovat u počtu nově léčených vysokoškoláků. Poloviční hranici překročil v letech 2005 (51 %) a 2008 (54 %). Tento vývoj zobrazuje podrobně příloha č. 7.

Vývoj počtu léčených uživatelů s vybraným dosaženým stupněm vzdělání je popsán lineární trendovou funkcí ve tvaru:

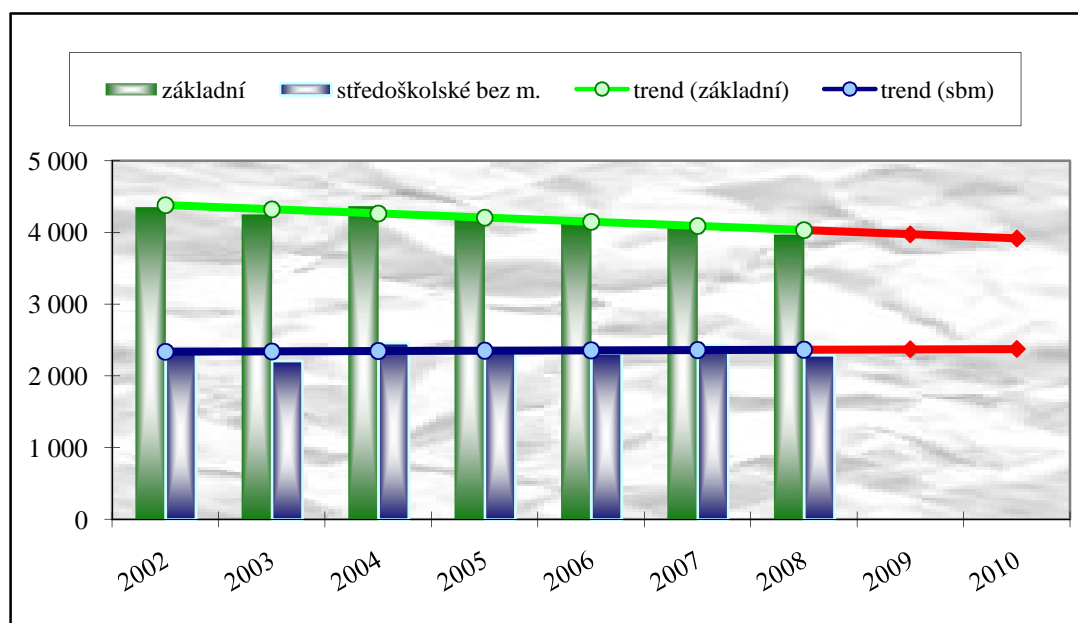
$$\text{základní vzdělání } {}^{(0)}T_t = 4436,68 - 57,92t;$$

$$\text{středoškolské vzdělání bez maturity } {}^{(0)}T_t = 2330,57 + 4,75t;$$

$$\text{a vysokoškolské } {}^{(0)}T_t = 36,714 + 3,25t.$$

Jak ukazuje graf č. 17, u léčených uživatelů s dokončeným základním vzděláním trend trvale mírně klesá a dle odhadované předpovědi bude, za předpokladu stejného vývoje, i nadále v poklesu pokračovat. Počet středoškoláků bez maturity má naopak stoupající tendenci, byť téměř nepatrnou.

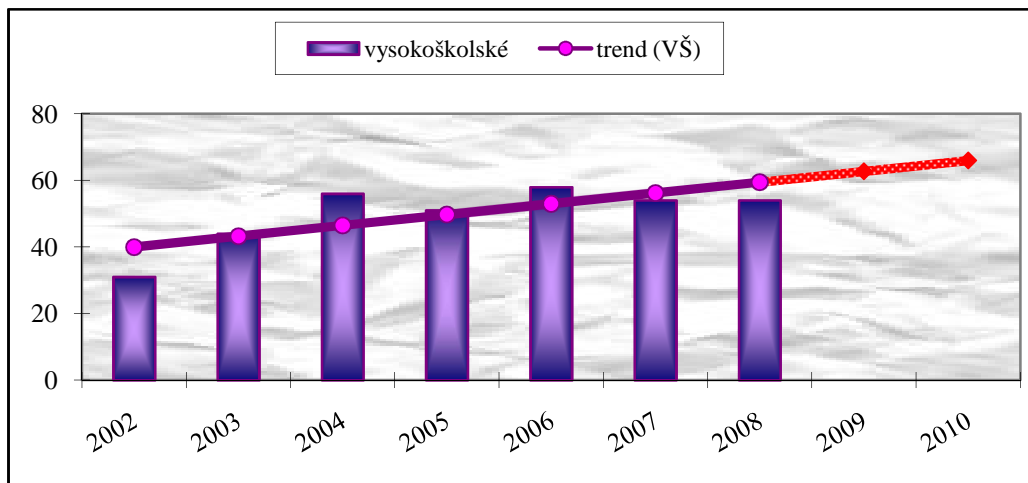
**Graf č. 17 – Počty léčených uživatelů drog v l. 2002 -2008 se základním a středoškolským vzděláním bez maturity + odhad na l. 2009 – 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

Vysokoškolsky vzdělaných léčených uživatelů drog by, za předpokladu stejného vývoje, mělo dle odhadu přibývat, jak je jasně patrné z grafu č. 18.

**Graf č. 18 - Počty léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 s vysokoškolským vzděláním + odhad na l. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

- **Uživatelé dle zaměstnání**

Nejvíce léčených klientů bylo nezaměstnaných, případně nepravidelně zastávajících příležitostné práce. Tvoří 52 %, tj. 31 246 všech léčených uživatelů drog. Pravidelně pracovalo 18 %, tj. 10 650 léčených klientů, 19 %, tedy 11 436 osob patřilo mezi studenty/žáky.

I v jednotlivých letech tvoří nadpoloviční většinu nezaměstnaní. Jejich počet, s výjimkou r. 2004, kdy došlo k nárůstu o 2,6 % pomalu klesá – o téměř 3 % v r. 2003, a o 1,6 % v r. 2005. Další pokles na 4,6 % lze zaznamenat v r. 2006, o minimálních 0,8 % v r. 2007 a o 2,4 % v r. 2008.

Druhou, do počtu nejvýznamnější skupinu představují studenti, příp. žáci; v r. 2002 a 2003 se tato kategorie vztahovala na 23 % všech léčených uživatelů, v r. 2004 na 21 %, v r. 2008 již jen na 15 %.

Pravidelně pracovalo 14 % až 22 % všech léčených klientů. Od r. 2004 počet klientů s pravidelným zaměstnáním stoupá – o 5 % v tomto hraničním roce, o téměř 4 % v r. 2005. Vysoký nárůst o 181 osob, tj. 12,5 %, představuje r. 2006, dalších 7,8 % lze zaznamenat v r. 2007 a 4,9 % v r. 2008.



Počet důchodců (včetně invalidních) a osob v domácnosti se pohybuje mezi 3 - 4 % v průběhu celého sledovaného období, u 3 – 6 % klientů není charakter zaměstnání znám. Jednotlivé kategorie zobrazuje tabulka č. 8.

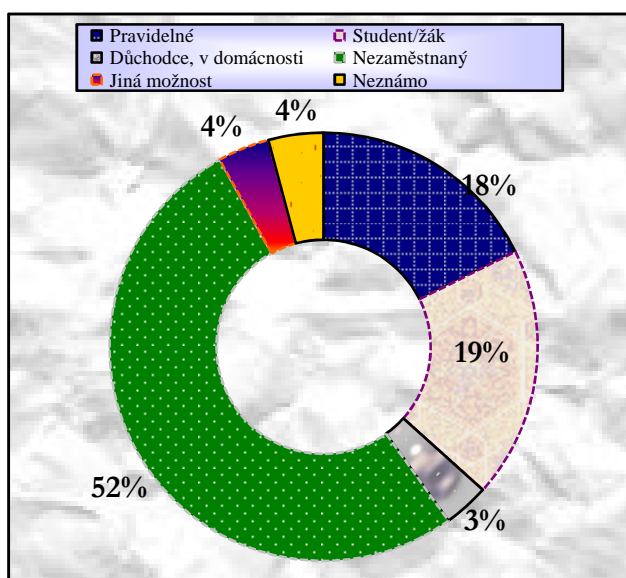
**Tabulka č. 8 – Počet léčených uživatelů drog v letech 2002 – 2008 – dle zaměstnání**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Pravidelné zaměstnání</b>	1 364	1 232	1 390	1 445	1 626	1 754	1 839
<b>Student/žák</b>	2 134	1 942	1 823	1 564	1 383	1 355	1 235
<b>Důchodce (vč. invalidní), v domácnosti</b>	252	258	279	283	320	358	323
<b>Nezaměstnaný, příležitostná práce</b>	4 657	4 518	4 634	4 558	4 349	4 316	4 214
<b>Jiná možnost</b>	286	218	436	394	378	320	327
<b>Neznámo</b>	544	354	283	290	310	384	341
<b>Celkem</b>	<b>9 237</b>	<b>8 522</b>	<b>8 845</b>	<b>8 534</b>	<b>8 366</b>	<b>8 487</b>	<b>8 279</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. města Prahy

Graf č. 19 znázorňuje procentuální podíl jednotlivých kategorií zaměstnání na celkovém počtu všech léčených klientů ve sledovaném období.

**Graf č. 19 - Charakter zaměstnání všech léčených uživatelů v letech 2002 – 2008**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Ve sledované skupině nezaměstnaných léčených klientů představují opakovaně léčení více než 50 %, v r. 2003 se jejich počet přiblížil až 60 %. Stejný vývoj lze pozorovat i u pravidelně pracujících, počet opakovaně léčených převyšuje polovinu min. o 1% v r. 2007 a max. o 6 % v letech 2002 a 2003.

Naopak vysoký podíl, min. 70 % studentů/žáků, tvoří nově léčení. Nejvyšší je jejich počet v r. 2005, kdy tvoří 80 % oproti 20 % opakovaně léčených klientů. Příloha č. 8 uvádí a graficky znázorňuje podíly obou skupin v jednotlivých letech.

Vývoj trendu u počtu léčených uživatelů podle vybraných druhů zaměstnání je popsán lineární trendovou funkcí ve tvaru:

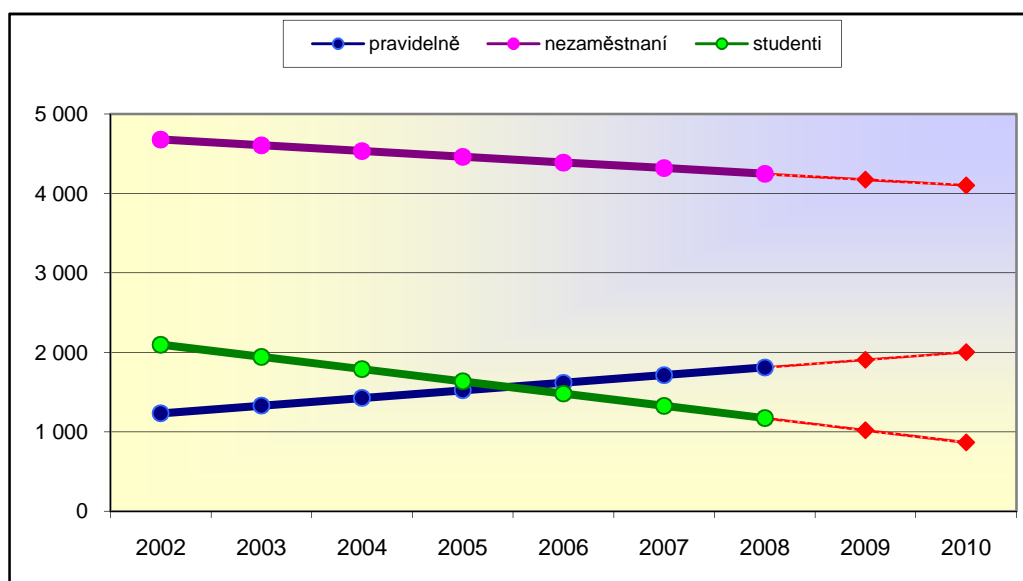
u pravidelně pracujících  ${}^{(0)}T_t = 1\,134,6 + 96,6t$ ;

u nezaměstnaných  ${}^{(0)}T_t = 4\,752,28 - 72,07t$ ;

u studentů/žáků  ${}^{(0)}T_t = 2\,251 - 154t$ .

Vývojová křivka u počtu nezaměstnaných má trvale klesající tendenci, za předpokladu stejného vývoje bude dle odhadu i nadále klesat, stejná situace je i u léčených studentů/žáků. Opačný trend lze pozorovat u pravidelně pracujících léčených uživatelů, jejichž počet bude, za předpokladu neměnného vývoje, nadále stoupat. Vizualně znázorněno v grafu č. 20.

**Graf č. 20 – Trendové křivky vývoje u léčených uživatelů drog v l. 2002 -2008 dle zaměstnání + odhad na l. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

- **Uživatelé dle způsobu aplikace drogy**

Přestože injekční užívání drog patří k nejrizikovějším (zvýšené riziko infekce z nesterilního materiálu, přenos infekčních nemocí – HIV, virových hepatitid) je nejčastěji používaným způsobem aplikace drog. Injekčně si drogy do organismu vpravilo 68 % všech léčených uživatelů v průběhu sledovaného období, jak dokumentuje graf č. 21. Jedná se především o aplikaci metamfetaminu, který je, jak již bylo uvedeno výše, nejužívanější drogou mezi léčenými klienty v ČR, a heroinu, jehož oblíbenost zaujímá druhou příčku, příp. „brownu“. Vývoj počtu léčených klientů, aplikujících si drogu injekčně, je poměrně stabilní, pohybuje se v rozmezí v rozmezí 67 % (v r. 2003, 2004) až 70 % (r. 2006). Výjimku tvoří r. 2004 s 64 % injekčních uživatelů drog.

**Tabulka č. 9 – Počty léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 d – dle způsobu aplikace**

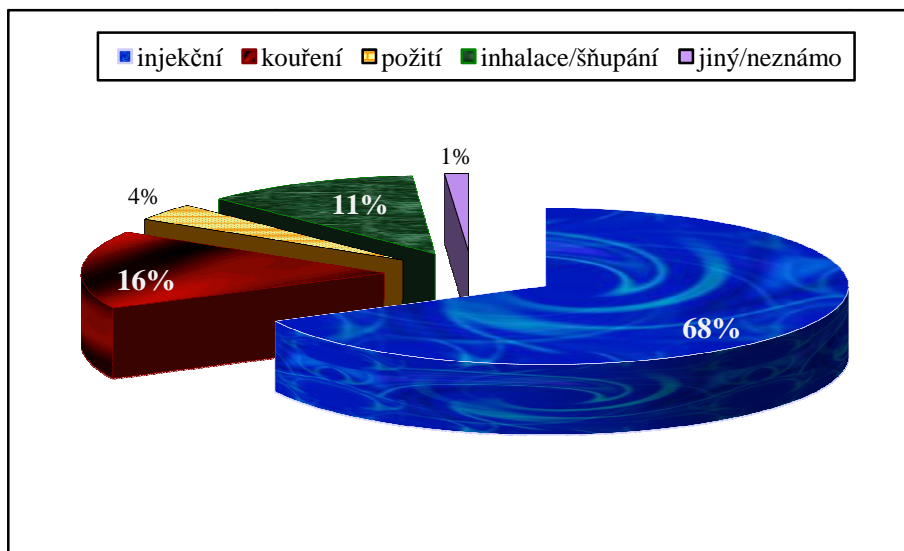
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>injekční</b>	5 909	5 690	5 961	5 837	5 797	5 858	5 710
<b>kouření</b>	1 615	1 517	1 590	1 387	1 182	1 252	1 202
<b>požití</b>	608	288	295	258	250	219	234
<b>inhalace/šňupání</b>	998	902	937	981	1 012	1 035	1 019
<b>jiný/neznámo</b>	107	125	62	71	125	123	114
<b>Celkem</b>	<b>9 237</b>	<b>8 522</b>	<b>8 845</b>	<b>8 534</b>	<b>8 366</b>	<b>8 487</b>	<b>8 279</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Dalším rozšířeným způsobem aplikace je kouření, kterým drogu užívá 16 % uživatelů. Vzhledem k tomu, že konopné drogy jsou třetím nejčastěji užívaným druhem drog mezi léčenými uživateli, není tato skutečnost překvapující. Počet uživatelů, kteří drogu kouří, se pohybuje v rozmezí 14 % až 18 %.

Inhalaci (toluenových výparů) a šňupání (kokainu, příp. metamfetaminu) upřednostnilo 11 % léčených; požití (zneužívané léky, lysohlávky, příp. výrobky s příměsí konopí, čaj s kokainových listů aj.) 4 % všech klientů v průběhu období sledovaných 7 let. Podrobný vývoj počtu léčených uživatelů dle jednotlivých způsobů aplikace drog dokumentuje příloha č. 9.

**Graf č. 21 – Způsoby aplikace drog u léčených uživatelů  
v období let 2002 – 2008**



Počet nově léčených klientů, užívajících drogy injekčně, se pohybuje v rozmezí 42 % (v r. 2003 a 2006) až 47 % v r. 2004. U aplikace drogy kouřením je situace zcela jiná – počet nově léčených převyšuje hranici 69 % v r. 2003, v ostatních letech je vývoj stabilní – 70 – 71 %. Podrobně tuto situaci znázorňuje příloha č. 9.

Vývoj trendu u počtu léčených uživatelů podle vybraných způsobů aplikace drogy je popsán lineární trendovou funkcí ve tvaru:

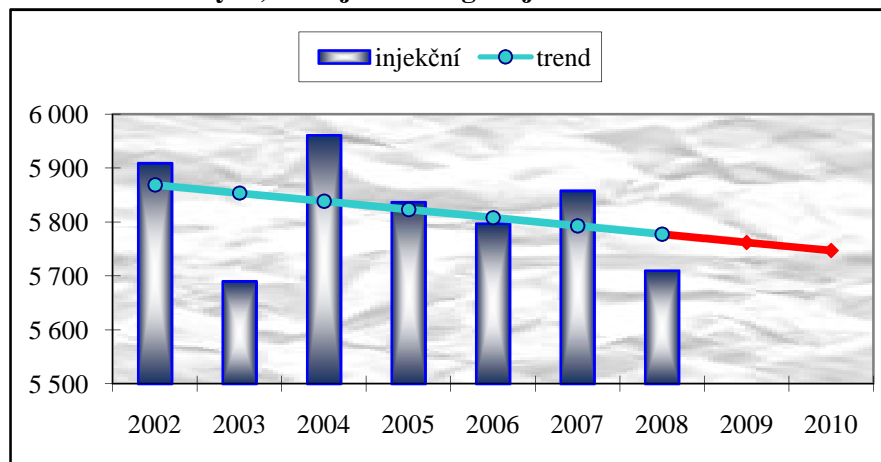
$$\text{u injekční aplikace } {}^{(0)}T_t = 5\,883,63 - 15,17t;$$

$$\text{u kuřáků drog } {}^{(0)}T_t = 1703 - 77,75t;$$

$$\text{u závislých inhalujících drogy } {}^{(0)}T_t = 925,4 + 14,43t.$$

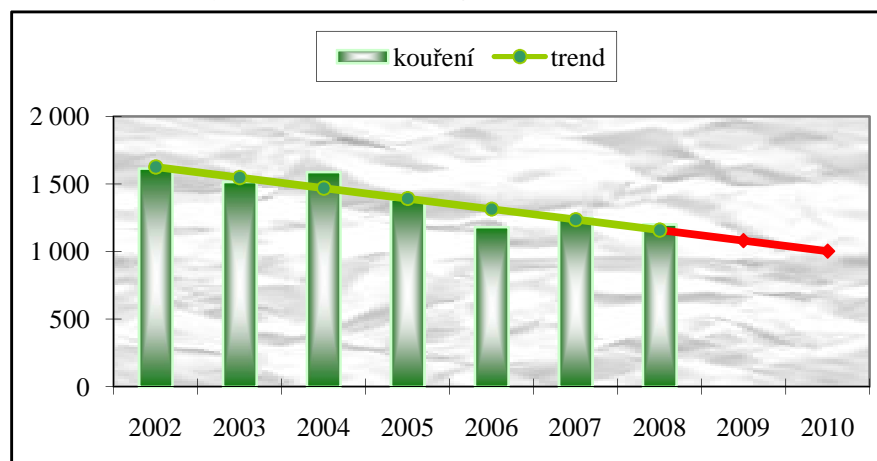
U závislých, užívajících drogy injekčně vývojová křivka trvale klesá a při současném vývoji bude pravděpodobně klesat i nadále, viz graf č. 22. Stejná situace je i u vývoje počtu uživatelů – kuřáků drog, jak ukazuje graf č. 23. U uživatelů, inhalujících drogy však vývojová křivka ukazuje postupný nárůst, který bude, při zachování současného vývoje pokračovat vzestupně i do budoucnosti, viz graf č. 24.

**Graf č. 22 - Počet léčených, užívajících drogu injekčně + odhad na r. 2009 a 2010**



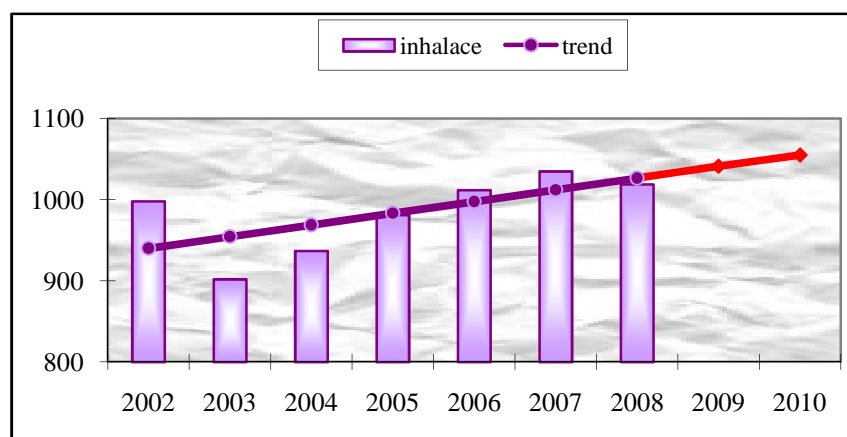
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

**Graf č. 23 - Počet léčených, užívajících drogu kouřením + odhad na r. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

**Graf č. 24 - Počet léčených, užívajících drogu inhalací + odhad na r. 2009 a 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

- **Problémoví uživatelé**

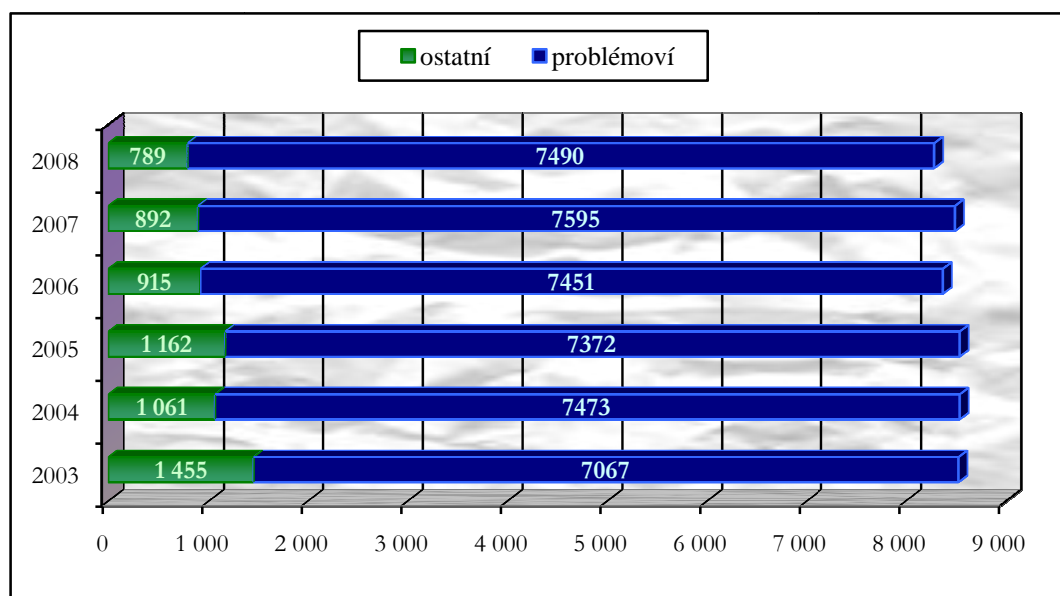
Problémoví uživatelé drog, tedy osoby, které užívají drogy injekčně či dlouhodobě a pravidelně užívají stimulantia, opiáty nebo kokain, mají jednoznačnou převahu. Opět je zde souvislost s nejčastěji užívanými druhy drog, které se až na výjimky aplikují injekčně. Tabulka č. 10 a graf č. 25 dokumentují vysoké % počty problémových uživatelů ve skupině registrovaných léčených klientů.

**Tabulka č. 10 – Poměr problémových a ostatních uživatelů drog v letech 2003 – 2008**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Celkem všech klientů</b>	8 522	8 534	8 534	8 366	8 487	8 279
<b>z toho % problémových uživ.</b>	82,9	86,4	86,4	89,1	88	90,4

Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

**Graf č. 25 – Poměr problémových a ostatních uživatelů drog v l. 2003 – 2008**



Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

Metodika sběru dat v r. 2002 jako „problémové uživatele“ označuje pouze klienty, aplikující si drogu injekčně, proto data z r. 2002 nejsou v této kategorii zahrnuta. V r. 2004 došlo k nárůstu léčených problémových uživatelů drog o téměř 6 %,

následoval mírný pokles o 1,3 % v r. 2005, poté stoupající tendence o 1 % a 1,9 % v letech 2006 a 2007. V r. 2008 opět jejich počet poklesl o 1,4 %. Nejvíce problémových uživatelů drog se léčilo v r. 2008 (90,4 %), nejméně v r. 2003 (82,9%). Poměr mužů a žen činil v celém sledovaném období 2 : 1, mužů bylo 68 %, podrobněji viz příloha č. 10.

Nejvíce problémových uživatelů (19 271 osob) spadá do věkové kategorie 25 –39 let - 43 %, skupinu 20 – 24 let zastupuje 14 853 osob, tj. 33 %. 8 279 osob ve věku 15 – 19 let tvoří 19 % z celkového počtu problémových uživatelů ve sledovaném období. Osob starších 40 let byla 4 %. Počet problémových uživatelů v letech 2003 – 2008 podle jednotlivých věkových kategorií znázorňuje tabulka č. 11, procentuální podíl věkových kategorií v jednotlivých letech je znázorněn v příloze č. 10.

**Tabulka č. 11 – Počet problémových uživatelů v letech 2003 – 2008 - dle věku**

<b>Věková skupina</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>do 15</b>	15	17	45	12	14	20
<b>15 - 19</b>	1 650	1 494	1 368	1 301	1 282	1 184
<b>20 - 24</b>	2 636	2 716	2 496	2 425	2 387	2 193
<b>25 - 39</b>	2 510	2 941	3 186	3 400	3 506	3 728
<b>40 a více</b>	197	245	238	286	333	347
<b>neznámá</b>	59	60	39	27	73	18
<b>Celkem</b>	<b>7 067</b>	<b>7 473</b>	<b>7 372</b>	<b>7 451</b>	<b>7 595</b>	<b>7 490</b>

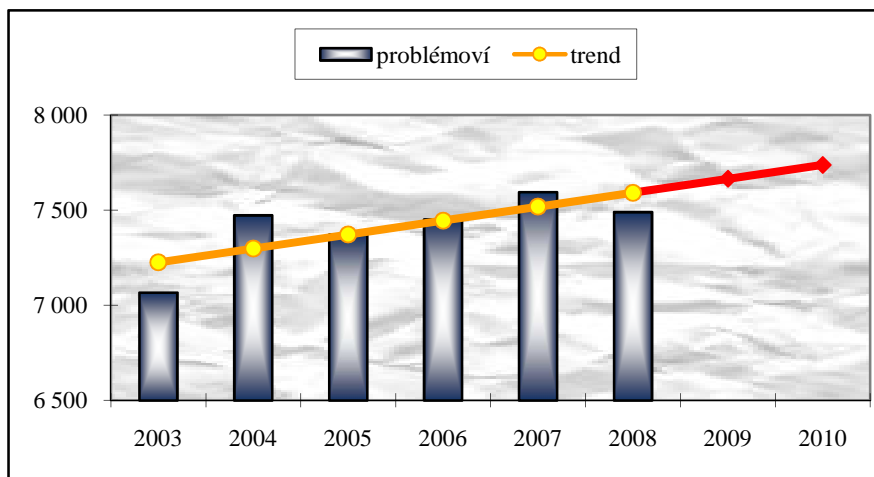
Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

Nově léčení problémoví uživatelé pouze v r. 2003 převýšili polovinu všech léčených klientů, tvořili 57 % všech léčených. V ostatních letech se jejich počet pohyboval od 38 % v r. 2005 do 49 % v r. 2007. Téměř vyrovnaný byl počet nově a opakovaně léčených klientů v r. 2004. Podrobnější údaje poskytuje příloha č. 10.

Vývoj trendu u počtu léčených problémových uživatelů drog je popsán lineární trendovou funkcí ve tvaru  ${}^{(0)}T_t = 7\,152 - 73,14t$ . Vývojová křivka má trvale stoupající

tendenci a při zachování současného vývoje lze předvídat její další nárůst. Graficky znázorněno v grafu č. 26.

**Graf č. 26 - Počet problémových uživatelů drog v l. 2003 – 2008 + odhad na l. 2009 – 2010**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

### 5.1.2. Mortalita

Počet přímých úmrtí (tedy předávkování) uživatelů drog v každém roce sledovaného období (kromě r. 2002 – 115 úmrtí) překročil hranici 200 zemřelých. V r. 2003 vzrostl počet přímých drogových úmrtí o 93 % na 222 úmrtí. V následujícím roce nárůst činil dalších 8,5 %. Poté dva roky jejich počet klesal – o 9,5 %, resp. 2,7 %. Velmi mírný nárůst lze sledovat v r. 2007 – 0,5 %, výraznější v r. 2008 – 11,7 %. Nejvíce osob se fatálně předávkovalo v r. 2004 (241), nejméně v r. 2002 (115).

Celkem 76 % všech úmrtí v průběhu sledovaného období bylo způsobeno předávkováním psychotropními léky, především benzodiazepiny (Rohypnol, Alnagon, Diazepam, Fenobarbital apod.). V 9 % došlo k úmrtí po aplikaci opiátů, v 8 % se jednalo o těkavé látky (Toluen, rozpouštědla, plyn do zapalovače), 6 % z celkového počtu přímých úmrtí bylo způsobeno aplikací metamfetaminu. Počet přímých drogových úmrtí způsobených jednotlivými druhy drog podrobně dokumentuje tabulka č. 12 a graf č. 27.

Jako u všech sledovaných ukazatelů souvisejících s drogami převažují i u přímých drogových úmrtí muži. Poměr zemřelých mužů vůči zemřelým ženám se pohybuje



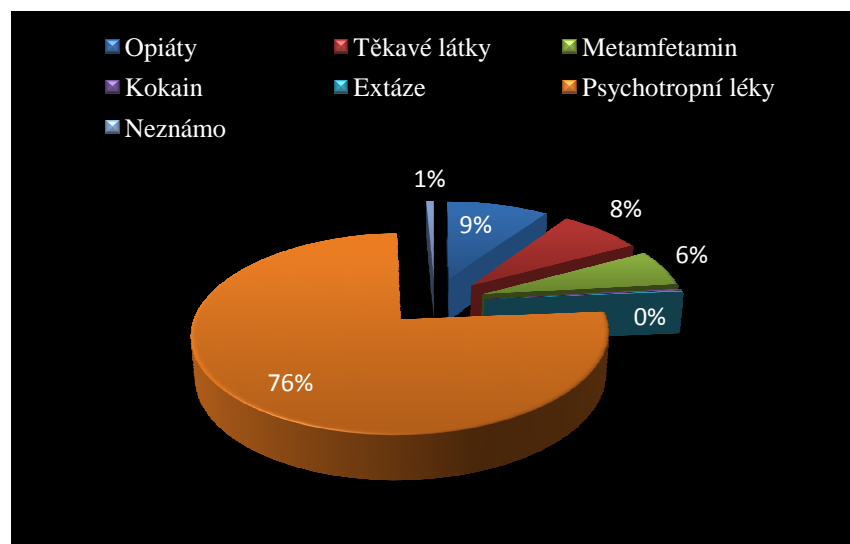
v rozmezí 1,3 : 1 (r. 2006) až 1,8 : 1 v r. 2004. Počet přímých drogových úmrtí v jednotlivých letech dle pohlaví a věku vykazuje příloha č. 11.

**Tabulka č. 12 – Počet přímých drogových úmrtí v letech 2002 – 2008 - dle jednotlivých druhů drog**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Opiáty</b>	21	21	32	24	10	14	15
<b>Těkavé látky</b>	14	22	20	18	14	14	10
<b>Metamfetamin</b>	8	10	16	14	12	11	19
<b>Kokain</b>	0	0	1	1	1	1	0
<b>Extáze</b>	0	1	0	2	0	0	0
<b>Psychotropní léky</b>	72	167	171	156	170	173	194
<b>Neznámo</b>	0	1	1	3	5	0	0
<b>Celkem</b>	<b>115</b>	<b>222</b>	<b>241</b>	<b>218</b>	<b>212</b>	<b>213</b>	<b>238</b>

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

**Graf č. 27 – Podíl jednotlivých druhů drog na přímých úmrtích v l. 2002 - 2008**



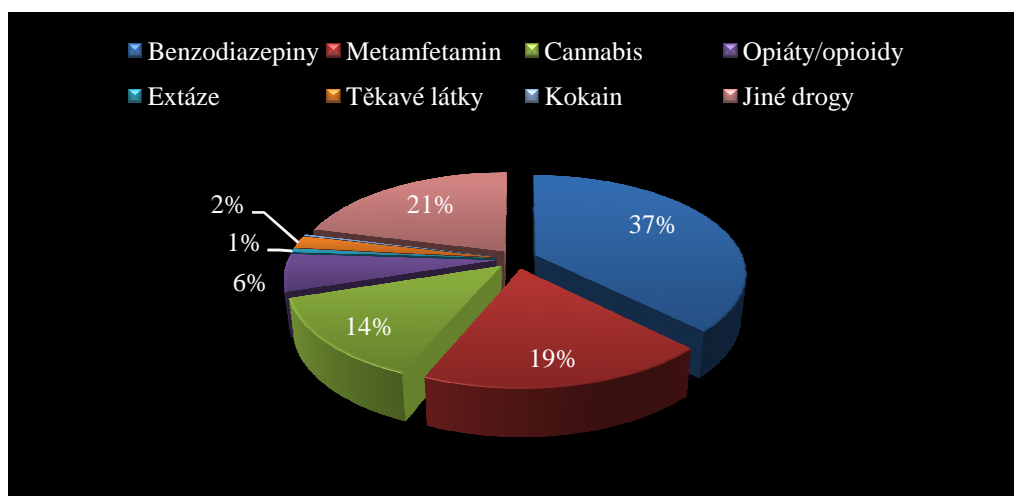
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Nejčastěji se předávkovaly osoby ve věku 50 – 64 let (27 % z celkového počtu všech předávkovaných zemřelých), následují poměrně vyrovnané věkové kategorie

40 – 49 let (20 %), 30 – 39 let (19 %), 20 – 29 let (17 %). V nízkém věku je úmrtnost o poznání menší, nejméně zemřelo na předávkování drogami mladých do 15 let (1 %) a osob mezi 15 – 19 lety (4 %). Nelze opomenout starší 64 let, úmrtí osob v tomto věku činilo 12 %.

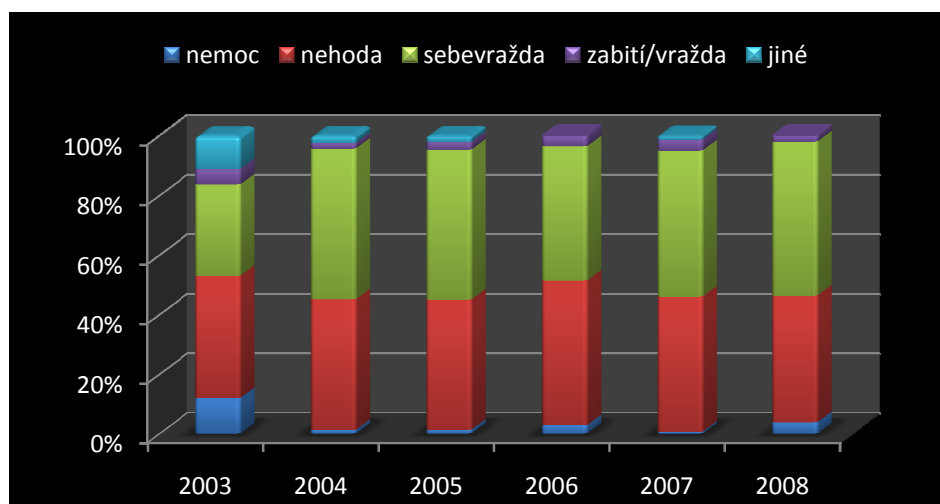
Nepřímá úmrtí, tedy úmrtí spojená s přítomností drogy, jsou statisticky sledována od r. 2003. Stejně jako u přímých úmrtí nejvíce osob zemřelo v souvislosti s benzodiazepiny, a to ve všech letech kromě r. 2006, kdy je o 2 úmrtí převýšil metamfetamin. Nejvyšší počet nepřímých úmrtí z celého sledovaného období (251) byl evidován v r. 2003. V tomto roce byla nejčastějším důvodem úmrtí nehoda, smrtelný následek užívání benzodiazepinů nastal u 38 % zemřelých. V r. 2004 byly ve více jak polovině případů úmrtí příčinou sebevraždy (51 %), benzodiazepiny užívalo 49 % zemřelých. Také v r. 2005 nejvíce osob pod vlivem drog spáchalo sebevraždu (50 %); v přítomnosti benzodiazepinů došlo k úmrtí v 35 % případech. Rok 2006 eviduje nejnižší počet nepřímých úmrtí ve sledovaném období (145). Nejvíce lidí zemřelo na následky nehod (49 %); 28 % úmrtí mělo souvislost s metamfetaminem. V r. 2008 opět nejvíce osob spáchalo sebevraždu (51 %); benzodiazepiny sehrály tragickou úlohu v 39 % všech nepřímých úmrtí. Vývoj těchto ukazatelů znázorňují grafy č. 28 a 29. Podrobné informace ke způsobům úmrtí dle jednotlivých skupin drog uvádí příloha č. 11.

**Graf č. 28 – Podíl jednotlivých druhů drog na nepřímých úmrtích v l. 2003 – 2008**



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

**Graf č. 29 – Příčiny nepřímých úmrtí uživatelů drog v letech 2003 - 2008**



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

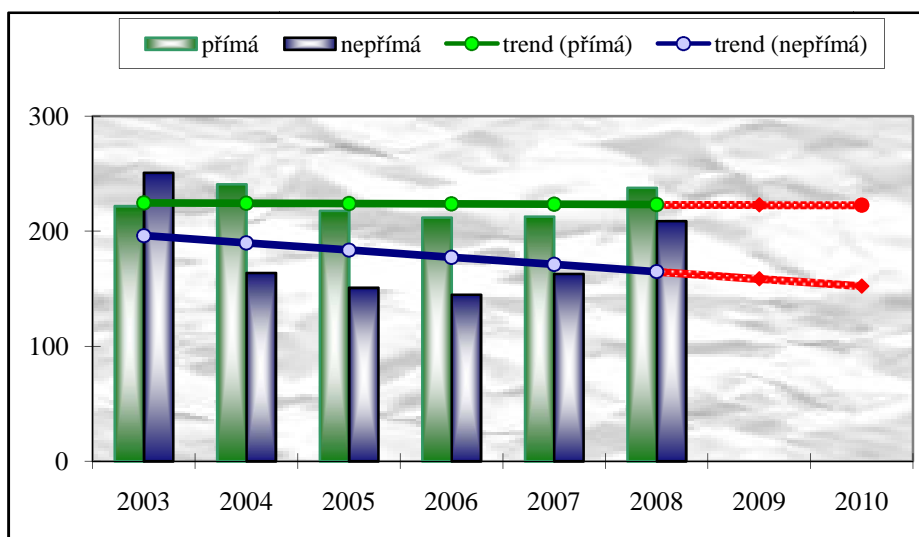
Vývoj trendu u počtu úmrtí, souvisejících s drogami je popsán lineární trendovou funkcí ve tvaru:

$$\text{u přímých úmrtí } {}^{(0)}T_t = 224,99 - 0,285t;$$

$$\text{u nepřímých úmrtí } {}^{(0)}T_t = 202,399 - 6,257t.$$

Pokud bude zachován současný vývoj, lze předvídat, že počet přímých úmrtí bude nadále velmi pozvolna klesat, u nepřímých úmrtí je pokles jejich počtu výraznější. Graf č. 30 tento trend jasně dokládá.

**Graf č. 30 - Počty přímých a nepřímých úmrtí uživatelů drog v l. 2003 – 2008 + odhad na l. 2009 a 2010**



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti + vlastní výpočet

## 5.2. Situace v zemích Evropské unie

### 5.2.1. Incidence a prevalence

V době dokončení diplomové práce bohužel dosud nebyly k dispozici statistické údaje o vývoji počtu léčených uživatelů drog v zemích EU za rok 2008. Statistický bulletin EU 2009 obsahuje data za rok 2007 a popisuje stav drogové problematiky v Evropě v tomto období.

Tabulka v příloze č. 12 ukazuje vývoj počtu léčených uživatelů (nezahrnuje údaje Belgie, Estonska, Lotyšska a Portugalska, neboť tyto státy neposkytly údaje o léčených uživatelích drog za více než dvě období ze sledované řady). Bohužel, pouze v letech 2005 a 2006 byl dodán kompletní výčet sledovaných ukazatelů, v ostatních letech některé státy úplné údaje v rámci hlášení sítě Reitox neposkytly. Proto je nutné vzít tuto skutečnost při hodnocení vývoje prezentovaných údajů v úvahu.

Na první pohled je patrné, že situace se v jednotlivých zemích EU značně liší. Celkově za r. 2002 až 2007 vykazuje nejvyšší počet léčených uživatelů Spojené království – 646 543 léčených uživatelů drog, což činí přibližně 27,3 % z celkového počtu všech léčených klientů. Itálie je další zemí evidující vysoký počet léčených uživatelů drog, „zaostává“ za Spojeným královstvím o 13 580 léčených klientů, i tak eviduje 26,8 % všech léčených uživatelů drog za období 2002 – 2007 v zemích EU. Další zemí s vysokým počtem léčených je Německo, jehož léčení klienti však představují pouze 11,7 %. Počet léčených v ČR představuje 2,1 %. Nejméně zájemců o léčbu eviduje Kypr (0,11 %) a Malta (0,17 %), což vzhledem k velikosti těchto států není překvapující. Přehledně počet léčených uživatelů drog v zemích EU zobrazuje tabulka a graf v příloze č. 12.

Mezi všemi léčenými ve státech EU převažují muži, největší zastoupení (nad 85 %) mají v Itálii, na Kypru a Maltě, nejnižší (pod 70 %) Finsku, Švédsku, ČR a Lucembursku. Průměrný věk léčených klientů se pohybuje v rozmezí 24 – 33 let. Klienti s nejnižším průměrným věkem se léčí v ČR, na Slovensku, v Bulharsku a Maďarsku, nejstarší jsou léčení v Itálii, Španělsku, Švédsku a Německu.

Rozdíl mezi poměrem nově a opakovaně léčených klientů v jednotlivých zemích je také výrazný. Podrobně vývoj těchto ukazatelů sleduje příloha č.12. Největší podíl nově léčených uživatelů je evidován v ČR (52 % z celkového počtu léčených uživatelů v letech 2002 – 2007), v Nizozemsku (51,7 %) na Kypru (50 %), v Rumunsku (49,5 %) a v Polsku (47 %). Naopak výrazně nižší podíl opakovaně léčených lze sledovat v Litvě (7,3 %) a v Lucembursku (9 %).

Opiáty, převážně heroin, jsou dlouhodobě hlavním důvodem, pro který léčení klienti v zemích EU vyhledávají léčbu. Existují však značné rozdíly u podílu jejich uživatelů – nejvíce osob v souvislosti s touto drogou nastupuje v Bulharsku a Slovinsku (přes 90 %), nejméně v Maďarsku (< 15%), Nizozemí, Polsku a Švédsku (< 25%). Zajímavý je podíl užívání kokainu mezi léčenými – velmi nízký u zemí tzv. bývalého východního bloku, pohybuje se mezi 0,1 – 2 %. Ve Španělsku však dosahuje více než 45 %. Amfetaminy představují základní problém pro téměř 60 % uživatelů v ČR, cca 35 % ve Švédsku. Nulový či minimální výskyt užívání amfetaminů u léčených klientů eviduje Řecko, Slovinsko a Itálie. Konopné produkty jsou příčinou k zahájení léčby ve více než 46 % ve Francii, minimálně pak v Litvě (< 1%), Bulharsku a Lucembursku (< 2%).

Nelze si nepovšimnout rozdílů v počtu injekčních uživatelů v jednotlivých zemích. V Rumunsku mezi léčenými představují 96 – 98,7 %, ve Slovinsku v r. 2003 dokonce 99,3 %. I v ČR je jejich počet vysoký, přesahuje 90 % v r. 2008. V Maďarsku a Finsku jejich počet převyšuje 80 %. Nejnižší počty vykazuje Nizozemí – mezi 10 a 12,2 %, ve Španělsku a Francii přesahují lehce hranici 20 %.

### **5.2.2. Mortalita**

Porovnání úmrtí spojených s užíváním drog v zemích EU v časové řadě sledovaného období je velmi obtížné, téměř nemožné. V r. 2002 byl ukazatel mortality sledován pouze u členských zemí EU, údaje o kandidátských zemích chybí. Hlavním důvodem však je skutečnost, že až do r. 2006 nebyla v zemích EU sjednocena definice pojmu „úmrtí spojené s drogami“ a jednotlivé země používaly různý výklad tohoto pojmu. Dále nelze opominout skutečnost, že některé z členských i kandidátských zemí

neposkytují data za určitá časová období vůbec, či pouze neúplná, bohužel také kvalita hlášení z jednotlivých zemí EU je odlišná. Proto byla v diplomové práci použita pouze data za roky 2006 a 2007, kdy snaha EMCDDA sjednotit pojem úmrtí spojené s užíváním drog přinesla ovoce, a která jsou úplná, tedy zahrnují data všech 27 členských zemí. Přesto vzhledem ke kvalitě dat je nutné ke srovnávání přistupovat s velkou opatrností. Data vyjadřují počet úmrtí na milion obyvatel.

Z tabulky a grafu v příloze č. 13, které uvádějí konkrétní počty úmrtí souvisejících s užíváním drogy v jednotlivých členských zemích EU je patrné, že nejmenší počet úmrtí je evidován v Maďarsku – shodně 3,6 zemřelých na milion obyvatel. Nízký počet úmrtí také vykazuje Slovensko – 4,1 úmrtí v r. 2006 a 5,2 úmrtí v r. 2007 a Česká republika – 5,3 úmrtí (r. 2006) a 5,6 úmrtí (r. 2007). Na opačné straně stojí Lucembursko, které v r. 2006 evidovalo 85,3 úmrtí na milion obyvatel, v r. 2007 data ukazují pokles o téměř 30 % na 60 úmrtí. Přesto i v r. 2007 patřilo Lucembursko k zemím s nejvyšším výskytem úmrtí souvisejícím s drogami v populaci. Rovněž Estonsko (totožný počet 74,2 úmrtí v r. 2006 i 2007) patří k zemím s vysokým počtem úmrtí souvisejících s drogami. Největší meziroční rozdíl vykazuje Irsko – pokles téměř o 30 % v r. 2007 a již výše zmíněné Lucembursko.

Velmi zásadní podíl na úmrtí uživatelů drog v zemích EU mají opiáty. Tyto mají v letech 2006 a 2007 na svědomí úmrtí více než 90 % uživatelů drog v Bulharsku (97,9 - 97,8 %) a Slovinsku (91,1 – 95,8 %), přes 80 % v Řecku ( 86,2 – 87,8 %) a Litvě (80,4 – 80,8 %). Naopak nejmenší podíl uvádí Maďarsko (10,5 – 15 %), Nizozemí (19,7 – 22,3 %) a ČR (23,2 – 25,4 %). Zajímavý je počet úmrtí, způsobených užíváním kokainu, neboť je v jednotlivých zemích velmi rozdílný. Pohybuje se od úrovně 0,2 – 2,5 % v zemích bývalého tzv. „východního bloku“ až po 45,1 – 46,9 % ve Španělsku, které má jednoznačně nechvalné prvenství. Nizozemí a Itálie také vykazují vysoké počty úmrtí, způsobené užíváním touto drogou. Rovněž u amfetaminů počet úmrtí představuje široký rozptyl. Nejvýraznější podíl tvoří v ČR – 58,6 až 60,9 %, kdy se jedná téměř výlučně o metamfetamin. Důvody byly zmíněny již několikrát. Poměrně vysoký počet udávají překvapivě severské země, Švédsko – 34,3 až 34,9 % a Finsko – 22,7 až 25 %. Nelze nezmínit ani Slovensko (24,7 – 26,3 %) a Lotyšsko

(16,3 – 24,5 %). Nulový počet úmrtí, způsobených touto skupinou drog, uvádí Řecko, Kypr a Malta. Konopné drogy také mají poměrně výrazný podíl na úmrtnosti drogově závislých. Nejvíce uživatelů drog zemřelo z důvodu požití konopných látek v Maďarsku (37,9 – 68,2 %). Rovněž ve Francii (46,9 – 48,8 %) a Nizozemí (31,8 – 37,2 %) je počet nezanedbatelný. Na druhém konci žebříčku je Litva (0,5 – 0,6 %), Bulharsko (0,7 – 1,1 %) a Polsko (3 %). Halucinogeny se podílejí na úmrtí velmi malým procentem – od 0 % - 1,6 %, výjimku tvoří Lucembursko s 30 % v r. 2006.

### **5.3. Návrhy možných opatření**

Vzhledem k tomu, že drogová problematika se v posledních letech stala vážným celospolečenským problémem, je nutné k jejímu řešení přistupovat na všech úrovních, počínaje zpracováním a uplatňováním celosvětových, evropských i národních protidrogových strategií a opatřeními a činnostmi na úrovni škol, zájmových volnočasových organizací a především rodiny, konče.

Bohužel, v současné době nelze jednoznačně říci, která konkrétní opatření či činnost v rámci boje proti drogám a drogové závislosti jsou účinnější než ostatní, přinášející výraznější úspěch. Proto je nutné nalézt rovnováhu mezi uplatňováním opatření v rámci prevence a represe, neupřednostňovat ani jednu z těchto složek, snažit se o vyvážené uplatňování obou. Je nepochybné, že oblast prevence nabízí širší možnosti, a to především prevence primární. Jejím hlavním úkolem je a vždy musí být takové působení, které odradí či přímo zabráni jedinci vůbec drogu zkusit, užít byť jednou „na ochutnání“. Je nutné přinutit společnost, aby brala nebezpečí drog vážně, přestala bagatelizovat jejich užívání, ukončit nesmyslnou diskusi o „měkkých“ či „tvrdých“ drogách. Je nezbytné dát jasně najevo, že společnost netoleruje užívání žádných nelegálních drog i zneužívání těch legálních a vedení státu zastává jednoznačný a jednomyslný názor, jak k této problematice přistupovat. Přiznat si, že tento problém existuje a je nutné ho řešit, veřejně informovat, mluvit a debatovat o něm. Společnost by se neměla bát ukázat přímo a otevřeně možné následky užívání drog, nadále podporovat mediální kampaně typu „Nemyslíš, zaplatíš!“, přestože jsou na užívání drog zaměřené jen zčásti. Média mají obrovskou moc, schopnost ovlivnit

názory velké části společnosti. Pokud se tedy ukáže reálný, konkrétní příběh nebo situace, nemusí být pouze s „dobrým“ koncem, právě viditelný, případně fatální následek užití či užívání drogy může ovlivnit mnoho lidí, odradit je tím, že si uvědomí rizika psychického a fyzického poškození. Právě aktuální, časosběrný filmový snímek režisérky Heleny Třeštíkové „Katka“ toho může být důkazem.

Školy nesmí zůstat stranou. Nejohroženější skupinou z hlediska vzniku drogové závislosti jsou děti a mládež. Rozhodně je nutné s nimi o drogách hovořit, organizovat a podporovat tematicky zaměřené přednášky, besedy, zážitkové programy. Nevyhýbat se spolupráci s nestátními neziskovými organizacemi, jejichž činnost je na primární prevenci zaměřená. Je nutné naučit mladé lidi, jak zvládat případné obtížné situace, které je v životě mohou potkat, hledat jiné cesty, než se uchýlit k užívání legálních (např. alkohol) či nelegálních drog. A také je nezbytné ukázat jim, jak se chovat v situacích, kdy s drogami přijdou do kontaktu, jak se jim vyhnout. V neposlední řadě je důležité v nich vzbudit ctižádost, touhu něčeho v životě dosáhnout, něčím být. Znovu upozorňovat na škodlivé následky užívání drog, zvláště u skupin v pubertálním věku citlivých na vzhled a na názor okolí. Jistě by stálo za úvahu zařadit starším dětem mezi povinnou četbu literaturu, popisující život s drogou těmi, kteří jí propadli, jako například knihy „My děti ze stanice ZOO“, „Memento“, z poslední doby „Bílá moc“, „Junky a smrt“ a další.

Zavedení testování žáků a studentů, u kterých je oprávněné podezření, že v době školní docházky užili alkohol nebo drogu by mohlo přinést značný výchovný efekt. Je však nutné předem stanovit a zveřejnit (např. prostřednictvím školního řádu) sankce, které za toto pochybení škola může udělit, a také je striktně a důsledně v případě pozitivního nálezu udělovat.

Velký význam pro prevenci, a to nejen v oblasti užívání drog, má také vhodné využívání volného času. Děti, které mají nadbytek volného, smysluplně nevyužitého času se nudí. Volný čas tráví na ulici s partou vymyšlením činností pro zabití volného času. Snadno potom mohou pod vlivem party sklouznout k drobné delikvenci, příp. začnou experimentovat s drogami.



V oblasti sekundární a terciální prevence je potřebné se nadále zaměřovat na snižování rizik užívání drog. Je nutné podporovat a rozvíjet síť poradenských i zdravotnických služeb, zvyšovat jejich dostupnost a kapacitu. Nadále se musí účelně vynakládat finanční prostředky pro programy na distribuci čistých injekčních stříkaček a jehel a snižovat tak riziko přenosu infekčních nemocí. Podpora substituční léčby by měla být samozřejmostí. Ale pouze to nestačí. Velmi důležité je podpořit ty, kteří se rozhodli přestat drogy brát a pomoci jim začlenit se zpět do společnosti, což je často velmi obtížné. Je nutné iniciovat resocializační programy, zaměřené na pomoc s hledáním zaměstnání i bydlení, neboť nezaměstnanost a bezdomovectví jsou velkým problémem, které často vrací již vyléčené jedince zpět na dno společnosti. I možnost doplnit si vzdělání je důležitá, téměř polovina registrovaných klientů dosáhla pouze základního vzdělání. Snaha něco nového se naučit, získat možnost, jak v budoucnu vydělat finanční prostředky může být silným pomocníkem v boji se závislostí.

Na druhé straně je nutné potlačovat dostupnost látek, které mohou být zneužívány k výrobě drog. Přestože je dostupnost toluenu již omezena - v podstatě by měl být dostupný pouze podnikatelským subjektům a firmám, které ho používají ke své práci – k jeho únikům a zneužívání stále dochází. Je proto nezbytné stávající legislativu ještě zpřísnit. V oblasti zneužívání volně dostupných léčiv k výrobě metamfetaminu učinila Česká republika v r. 2009 velký krok vpřed. Zavedení limitu pro prodej těchto léků výrazně omezilo jejich dostupnost a tím i možnost jejich zneužití.

Důležitým krokem v boji proti drogám je také zpřísnění trestů pro výrobce a prodejce nelegálních drog a důsledné potírání trestné činnosti v této oblasti. A také nezávislé, nezaujaté soudy. Nezbytná je i široká mezinárodní spolupráce všech represivních složek (policejní sbory, celníci, státní zastupitelství, soudy).

## 6. Závěr

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na problematiku drogové závislosti, její charakter, vývoj a analýzu statistických dat, vztahujících se k registrovaným léčeným uživatelům drog v České republice.

Cílem práce bylo analyzování vybraných, především socioekonomických a dalších ukazatelů incidence a prevalence drogově závislých, kteří nastoupili léčbu v období let 2002 – 2008. Dalším úkolem práce bylo zhodnotit vývoj trendu mortality související s užíváním drog. Tato statistická data byla vyhodnocena jednak prostřednictvím elementárních charakteristik vývoje časových řad, jednak za pomoci vizuální analýzy pro získání rychlé a orientační představy o charakteru vývojové křivky sledovaného procesu.

Dle hodnocení EMCDDA je léčba drogové závislosti v ČR dostupná ve značném rozsahu (avšak ne téměř všem), tzn. většina zájemců o léčbu má reálnou šanci ji získat. Tato situace se však může změnit, neboť počet léčebně/kontaktních center, poskytujících poradenskou, zdravotnickou, resocializační a další potřebné služby postupně klesá, od r. 2002 do r. 2008 se jejich počet snížil o 22 % a vzhledem k neblahým následkům finanční krize, která ovlivnila ekonomiku všech států, nelze bohužel očekávat výraznější nárůst dalších L/K center ani jim podobných zařízení.

Přímou souvislost s existencí a fungováním L/K center, která poskytují informace o registrovaných léčených uživatelích drog, má i počet léčených uživatelů drog. Jejich počet má trvale klesající vývojovou tendenci. V r. 2002 se léčilo z drogové závislosti 9 237 osob, v r. 2008 již jen 8 279 osob, tzn. došlo k poklesu o 10 %. Dle odhadovaného vývoje bude jejich počet i nadále klesat. Poměr nově a opakovaně léčených klientů se pohybuje kolem 50 %, nejčastěji v poměru 51 : 49 s výkyvy na obě strany.

Mezi léčenými uživateli drog převažují jednoznačně muži, kteří tvoří každoročně téměř 70 %, pouhou třetinu představují ženy.

Nejvíce léčených klientů bylo závislých na stimulantech, především na metamfetaminu, který patří k nejdostupnějším drogám v ČR a jehož výroba je

specifická pro naši zemi a kromě Slovenska nedosahuje nikde jinde takové obliby. Počet léčených závislých na této droze přesahoval každoročně hranici 50 % z celkového počtu a dle odhadovaného vývoje se bude jejich počet i dále zvyšovat. Následují uživatelé opiátů, jejichž počet by měl naopak pomalu klesat. Obě skupiny drog se zpravidla užívají injekčně, není tedy překvapující, že 68 % všech léčených užívá tento nejrizikovější způsob aplikace drogy. 16 % uživatelů drogu kouří, což odpovídá oblíbenosti užívání konopných produktů.

Nejčastější věk nástupu léčby spadá do věkové kategorie 15 – 24 let, jejich zastoupení ve skupině léčených však výrazně poklesl, a to o 36 %. V r. 2002 absolvovalo protidrogovou léčbu 6 080 osob v této věkové kategorii, v r. 2008 to bylo jen 3 886.

Pouze základního vzdělání dosáhlo 49 % všech léčených klientů, 4 % nedokončila základní vzdělání vůbec. Vývojová křivka má však u osob s nižším vzděláním klesající tendenci, i odhad budoucího vývoje naznačuje další pokles. U vysokoškolsky vzdělaných léčených klientů však trendová přímka stoupá a lze se domnívat, že v budoucnu bude jejich počet narůstat.

Více jak polovina registrovaných klientů L/K center je nezaměstnaných, příp. nepravidelně zastávají příležitostné práce, 19 % tvoří studenti/žáci, pravidelně pracuje pouze 18 % léčených uživatelů drog. Počet pravidelně pracujících má však stoupající tendenci, opačný trend lze pozorovat u nezaměstnaných léčených, což můžeme označit za pozitivní jev.

Problémoví uživatelé drog představují velmi vysoké procento ze skupiny léčených závislých, v r. 2003 tvořili 82,9 %, v r. 2008 to bylo již 90,4 %. Podle dosavadního stoupajícího vývoje trendu bude jejich nárůst pokračovat. Nejvíce jich spadá do věkové kategorie 25 – 39 let, alarmující je skutečnost, že 19 % problémových uživatelů je ve věku 15 – 19 let.

Úmrtí způsobená předávkováním drogami, tedy tzv. přímá úmrtí, překračují v posledních letech hranici 200 osob ročně. V 76 % byla způsobena předávkováním psychotropními léky, což je oproti dalším zneužívaným látkám velmi vysoké %. Po

aplikaci nejčastěji užívané látky – metamfetaminu – zemřelo „pouhých“ 6 %, v důsledku užití opiátů 9 % zemřelých. Nejčastěji se předávkovaly osoby ve věkové kategorii 50 – 64 let (27%), v nízkém věku je úmrtnost o poznání nižší – 1 %. Vývojová křivka počtu přímých úmrtí má pozvolna snižující se tendenci, ve které bude pravděpodobně i nadále pokračovat.

Počty nepřímých úmrtí jsou ve sledovaném období nižší, než úmrtí přímých, jejich počet se s výjimkou let 2002 a 2008 pohyboval pod hranicí 200 za rok. Nejvíce osob zemřelo v souvislosti s benzodiazepiny – 37 %, vysoký podíl představují úmrtí spojená s užíváním metamfetaminu. Příčinou nepřímých úmrtí byla v 45 % sebevražda, 44 % nehoda a ve 4 % nemoc související s užíváním drog. I u tohoto indikátoru je patrná sestupná tendence, počet nepřímých úmrtí bude dle odhadů dále klesat.

Část práce je věnována stručné analýze incidence, prevalence a mortality drogově závislých v zemích EU.

Na první pohled je patrné, že situace v této oblasti je v jednotlivých zemích značně odlišná. Nejvíce registrovaných léčených uživatelů eviduje Spojené království, jejich počet činí cca 27 % ze všech léčených drogově závislých v členských a kandidátských zemích EU v období let 2002 – 2008. Následuje Itálie a Německo. Rozdíl v incidenci, tedy počtu nově léčených uživatelů, je v jednotlivých zemích také výrazný. Největší podíl nově léčených klientů je evidován v ČR a Nizozemí, nejmenší naopak v Litvě a Lucembursku.

Převažují muži, v Itálii, na Maltě a Kypru jejich podíl na léčených klientech přesahuje v posledních letech 85 %, nejnižší podíl mužů se pohybuje pod 70 % např. v ČR, Finsku a dalších státech.

Konkrétní počty úmrtí souvisejících s užíváním drog ukazují nejnižší počet úmrtí v Maďarsku, které eviduje v r. 2006 a 2007 shodně 3,6 zemřelých na milion obyvatel. Nízký počet úmrtí vykazuje také Slovensko – 4,1 a 5,2 úmrtí na mil. obyvatel v l. 2006 a 2007. Naopak nejvyšší počet – 85,3 úmrtí na milion obyvatel lze vysledovat v Lucembursku v roce 2006, i v r. 2007 stojí v čele tabulky s 60 úmrtími na mil. obyvatel. Velmi zásadní podíl na úmrtí uživatelů drog mají opiáty, mají na svědomí více

než 97 % úmrtí v Bulharsku, přes 86 % v Řecku a 80 % v Litvě. Zajímavý je počet úmrtí v souvislosti s užíváním kokainu – velmi nízký (na úrovni 0,2 – 2,5 %) v zemích bývalého „východního“ bloku a naopak velmi vysoký např. ve Španělsku, Nizozemí a Itálii. Nelze nepřipomenout podíl amfetaminů, které souvisí se značnou částí úmrtí především v ČR a Slovensku, také v severských zemích jako je Švédsko a Finsko. I konopné produkty mají v některých zemích vysoký podíl na úmrtí uživatelů, především v Maďarsku, Francii a Nizozemí. Nejmenší měrou se na úmrtí evropských uživatelů drog podílejí halucinogeny, max. 1,6 %, ovšem výjimku tvoří Lucembursko s 30 % podílem halucinogenů v r. 2006.

V boji s drogou závislostí je nutné uplatňovat co nejširší škálu opatření a činností na všech úrovních, od mezinárodních institucí, nejvyšších státních orgánů až po školy, rodiny a jednotlivce. Stát musí zaujmout jednoznačný postoj k problematice drog a realizovat jej prostřednictvím národní protidrogové strategie, zahrnující všechny související oblasti, včetně školství, zdravotnictví, vězeňství aj. Je nutné rovnoměrně podporovat jak oblast prevence, tak oblast represe. V rámci prevence je nutné se zaměřit především na mladé lidi, kteří patří mezi nejohroženější skupiny, z tohoto důvodu hrají nezastupitelnou roli především školy a také nestátní neziskové organizace, zaměřující se na prevenci, včetně protidrogové. Média (televize, rozhlas, internet), která mají zásadní vliv na názor společnosti je třeba motivovat a nasměrovat správným směrem.

V oblasti represe se stát musí zasadit o vytvoření a následné důsledné dodržování funkčních a efektivních zákonů, potlačujících nabídku drog. Důležitá je v této oblasti i mezinárodní spolupráce policejních a celních složek, státních zastupitelství i soudů.

## 7. Seznam literatury

1. BARTÁK, M., VEBROVÁ, J., RYCHLÁ, R. *Nový slovník cizích slov pro 21. století*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Plot. 2008. 368 s. ISBN 978-80-8652389-7.
2. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST: *Výroční zpráva za rok 2007 Stav drogové problematiky v Evropě*, Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství. 2008. 91 s. ISBN 978-92-9168-284-3.
3. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST: *Výroční zpráva za rok 2008 Stav drogové problematiky v Evropě*, Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2008. 97 str. ISBN 978-92-9168-320-8.
4. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST: *Výroční zpráva za rok 2009 Stav drogové problematiky v Evropě*, Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2009. 98 s. ISBN 978-92-9168-379-6.
5. HINDLS, R., HRONOVÁ, S., SEGER, J., FISCHER, J. *Statistika pro ekonomy*, 8. vyd. Praha: Professional Publishing. 2007. ISBN 978-80-86946-43-6.
6. HYGIENICKÁ STANICE HL. M. PRAHY, Centrální pracoviště drogové epidemiologie. *Incidence léčených uživatelů drog a prevalence léčených uživatelů drog (ČR – 2002)*.
7. HYGIENICKÁ STANICE HL. M. PRAHY, Centrální pracoviště drogové epidemiologie. *Incidence léčených uživatelů drog a prevalence léčených uživatelů drog (ČR – 2003)*.
8. HYGIENICKÁ STANICE HL. M. PRAHY, Centrální pracoviště drogové epidemiologie. *Incidence léčených uživatelů drog a prevalence léčených uživatelů drog (ČR – 2004)*.
9. HYGIENICKÁ STANICE HL. M. PRAHY, Centrální pracoviště drogové epidemiologie. *Incidence léčených uživatelů drog a prevalence léčených uživatelů drog (ČR – 2005)*.
10. KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti, Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 267 s. ISBN 80-86734-05-6.
11. KLENEROVÁ, V., HYNIE, S. *Závislost na návykových látkách*. Neprodejný manuál. 1. vyd. Praha: MŠMT a I.LF UK v Praze. 2002. 267 s. ISBN 80-239-0910-X.

12. MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., ŠTASTNÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., BĚLÁČKOVÁ, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H., VOPRAVIL, J. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky. 2009. 123 s. ISBN 978-80-87041-99-4.
13. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B., ŠKAŘUPOVÁ, K., ŠKRDLANTOVÁ, E., PEŠEK, R., MIOVSKÁ, L., GAJDOŠÍKOVÁ, H., VOPRAVIL, J. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky. 2008. 135 s. ISBN 978-80-87041-46-8.
14. NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA, *Výroční zpráva za rok 2007*.
15. NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA, *Výroční zpráva za rok 2008*.
16. NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA, *Závěrečná zpráva o realizaci projektu „Nepodporuji výrobu drog“*. 2009.
17. NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA, *Závěrečná zpráva o realizaci projektu „STOP pěstírnám, STOP výrobnám pervitinu“*. 2009.
18. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.
19. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Příručka MŠMT pro pedagogy. Praha: Sportpropag, 1996. 156 s. bez ISBN.
20. NOŽINA, M., VANĚČEK, M. *Mandragora, morfin, kokain*. 1. vyd. Praha: Koniasch Latin Press. 2009. 296 s. ISBN 978-80-86791-60-9.
21. PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb Rychlý běh po dlouhé trati*, 2. vydání. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum. 2008, 84 s. ISBN 978-80-239-9405-6.
22. PRESL, J. *Drogová závislost*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. 1994. 85 s. ISBN 80-85800-18-7.
23. STUDNIČKOVÁ, B., BENÁKOVÁ, Z., ŠEBLOVÁ, J., ZEMANOVÁ, R. *Výroční zpráva ČR – 2006*. 1. vyd. Praha: Centrální pracoviště drogové epidemiologie, Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2007. 196 s. ISBN 978-80-239-9163-5.
24. STUDNIČKOVÁ, B., BENÁKOVÁ, Z., ŠEBLOVÁ, J., ZEMANOVÁ, R. *Výroční zpráva ČR – 2007*, Praha: Centrální pracoviště drogové epidemiologie, Hygienická stanice hl. m. Prahy. 2008. 204 s. ISBN 978-80-254-1552-8.

25. STUDNIČKOVÁ, B., PETRÁŠOVÁ, B. *Výroční zpráva ČR – 2008*, Praha: Centrální pracoviště drogové epidemiologie, Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2009. 210 s. ISBN 978-80-254-4035-3.
26. STUDNIČKOVÁ, B. *Zaostřeno na drogy*, 2009, roč. 7, č.1, 17 s.
27. SVATOŠOVÁ, L., KÁBA, B. *Statistické metody II*. Praha: ČZU. 2008. 107 s. ISBN 978-80-213-1736-9.
28. ŠEJVL, J. *Shrnutí drogové mortality za roky 1998 – 2008*. Mimořádné číslo Bulletinu Národní protidrogové centrály, 2009, roč. 15.
29. ŠEJVL, J. a kolektiv: *Vybrané kapitoly z adiktologie: fatální předávkování uživatelů nelegálních drog*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum. 2007. 151 s. ISBN 978-80-246-1349-9.
30. ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA, B. a kolektiv. *Drogy. Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie ČR. 2005. 115 s. ISBN 80-7251-186-6.
31. VALÍČEK, P. a kolektiv. *Rostlinné omamné drogy*. 1. vyd. Benešov: Start, 2009. 191 s. ISBN 80-86231-09-7.
32. ZÁBRANSKÝ, T., VOREL, F., BALÍKOVÁ, M. A ŠEJVL, J. *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR – stručný souhrn a manuál pro monitorování*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2004. ISBN 80-86734-37-4.

**Internetové stránky:**

33. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST [cit 12.10.2009]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index373cs.html>>.
34. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION: *Statistical bulletin 2008* [cit. 12.10.2009]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>>.
35. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION: *Statistical bulletin 2009* [cit.15.1.2010]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>>.



## **8. Přílohy**

Příloha č. 1 – Počet pozitivních nálezů drog v tělech zemřelých účastníků DN

Příloha č. 2 – Léčebná/kontaktní centra podle krajů

Příloha č. 3 – Nově a opakovaně léčení uživatelé drog

Příloha č. 4 – Léčení uživatelé drog dle pohlaví

Příloha č. 5 – Léčení uživatelé drog dle závislosti na jednotlivých druzích drog

Příloha č. 6 – Léčení uživatelé dle věku

Příloha č. 7 – Léčení uživatelé drog dle vzdělání

Příloha č. 8 – Léčení uživatelé dle zaměstnání

Příloha č. 9 – Léčení uživatelé dle způsobu aplikace drogy

Příloha č. 10 – Problémoví uživatelé drog

Příloha č. 11 – Mortalita drogově závislých

Příloha č. 12 – Léčení uživatelé drog v zemích EU

Příloha č. 13 – Úmrtí za přítomnosti drog v zemích EU

## **9. Seznam tabulek a grafů**

### **Seznam tabulek**

- Tabulka č. 1 - Prevalenční odhady problémového užívání drog
- Tabulka č. 2 - Počet léčebných/kontaktních center v l. 2002 - 2008
- Tabulka č. 3 - Počet léčených uživatelů drog v l. 2002 - 2008
- Tabulka č. 4 - Počet léčených uživatelů drog v l. 2002 - 2008 - dle pohlaví
- Tabulka č. 5 - Počet všech léčených uživatelů drog v l. 2002 - 2008 dle závislosti na druhu základní drogy
- Tabulka č. 6 - Počet všech léčených uživatelů drog v l. 2002 - 2008 - dle věku
- Tabulka č. 7 - Počet léčených uživatelů v l. 2002 – 2008 - dle nejvyššího dosaženého stupně vzdělání
- Tabulka č. 8 - Počty léčených uživatelů v l. 2002 - 2008 - dle zaměstnání
- Tabulka č. 9 - Počty léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 – dle způsobu aplikace
- Tabulka č. 10 - Poměr problémových a ostatních uživatelů drog v l. 2003 – 2008
- Tabulka č. 11 - Počet problémových uživatelů v l. 2003 – 2008 - dle věku
- Tabulka č. 12 - Počet přímých drogových úmrtí v l. 2002 – 2008 – dle jednotlivých druhů drog

### **Seznam grafů:**

- Graf č. 1 - Prevalenční odhady problémového užívání drog
- Graf č. 2 - Počet pozitivních nálezů drog v tělech zemřelých účastníků DN (v %)
- Graf č. 3 - Celkový počet léčebně/kontaktních center v l. 2002 - 2008
- Graf č. 4 - Počet všech léčených uživatelů drog v l. 2002 - 2008 a odhad na r. 2009 a 2010
- Graf č. 5 - Počty nově a opakovaně léčených uživatelů drog v letech 2002 – 2008
- Graf č. 6 - Počet nově léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje na l. 2009 a 2010
- Graf č. 7 - Počet opakovaně léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje pro l. 2009 a 2010
- Graf č. 8 - Léčení uživatelé drog v l. 2002 – 2008 - dle pohlaví (v %)
- Graf č. 9 - Počet léčených mužů v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje v l. 2009 a 2010
- Graf č. 10 - Počet léčených žen v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje v l. 2009 a 2010

- Graf č. 11 - Celkový podíl léčených uživatelů v l. 2002 – 2008 dle závislosti na jednotlivých druzích drog
- Graf č. 12 - Počet léčených uživatelů stimulancií v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje na l. 2009 a 2010.
- Graf č. 13 - Počet léčených uživatelů opiátů v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje na l. 2009 a 2010.
- Graf č. 14 - Trendy vývoje věkové struktury léčených uživatelů v letech 2002 – 2008 + odhad vývoje pro l. 2009 a 2010
- Graf č. 15 - Počet léčených uživatelů do 15 let věku v l. 2002 – 2008 + odhad vývoje na l. 2009 a 2010
- Graf č. 16 - Počet léčených uživatelů drog v r. 2002 – 2008 – dle nejvyššího vzdělání
- Graf č. 17 - Počty léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 se základním a středoškolským vzděláním bez maturity + odhad na l. 2009 - 2010
- Graf č. 18 - Počty léčených uživatelů drog v l. 2002 – 2008 s vysokoškolským vzděláním + odhad na l. 2009 + 2010
- Graf č. 19 - Charakter zaměstnání všech léčených uživatelů v letech 2002 – 2008
- Graf č. 20 - Trendové křivky vývoje u léčených uživatelů drog v l. 2002 - 2008 dle zaměstnání + odhad na r. 2009 a 2010
- Graf č. 21 - Způsoby aplikace drog u léčených uživatelů v období let 2002 – 2008
- Graf č. 22 - Počet léčených, užívajících drogu injekčně + odhad na r. 2009 – 2010
- Graf č. 23 - Počet léčených, užívajících drogu kouřením + odhad na r. 2009 a 2010
- Graf č. 24 - Počet léčených, užívajících drogu inhalací + odhad na r. 2009 a 2010
- Graf č. 25 - Poměr problémových a ostatních uživatelů drog v l. 2003 – 2008
- Graf č. 26 - Počet problémových uživatelů drog v l. 2003 – 2008 + odhad na l. 2009 – 2010
- Graf č. 27 - Podíl jednotlivých druhů drog na přímých úmrtích v l. 2002 - 2008
- Graf č. 28 - Podíl jednotlivých druhů drog na nepřímých úmrtích v l. 2003 - 2008
- Graf č. 29 - Příčiny nepřímých úmrtí uživatelů drog v letech 2003 – 2008
- Graf č. 30 - Počty přímých a nepřímých úmrtí uživatelů drog v l. 2003 – 2008 + odhad na l. 2009 a 2010

## Příloha č. 1 - Počet pozitivních nálezů drog v tělech zemřelých účastníků DN

Droga	rok	chodci		cyklisté		řidiči		Celkem	
		vyšetřeno	pozitivní (%)	vyšetřeno	pozitivní (%)	vyšetřeno	pozitivní (%)	vyšetřeno	pozitivní (%)
Stimulancia	2003	91	1,1	27	0	152	3,3	270	2,2
	2004	109	1,8	23	0	170	1,8	302	1,7
	2005	103	1,9	17	0	148	0,7	268	1,1
	2006	79	1,3	15	0	125	7,2	219	4,6
	2007	107	0,9	27	0	223	5,8	357	3,9
	2008	121	3,3	21	0	195	9,2	337	6,5
Konopné látky	2003	70	2,9	21	0	101	4	192	3,1
	2004	44	2,3	14	0	100	0	158	0,6
	2005	54	1,9	11	0	94	3,2	159	2,5
	2006	53	11,3	8	12,5	91	4,4	152	7,2
	2007	61	3,3	11	0	154	4,5	226	4
	2008	60	6,7	13	0	130	6,2	203	5,9
Benzodiazepiny	2003	89	3,4	28	7,1	150	2	267	3
	2004	109	5,5	23	4,3	172	2,9	304	3,9
	2005	103	2,9	17	5,9	147	4,1	267	3,7
	2006	81	2,5	15	0	127	3,9	223	3,1
	2007	114	7	30	3,3	223	5,8	367	6
	2008	135	5,2	24	12,5	204	2	363	3,9
Barbituráty	2003	88	0	28	3,6	149	0	265	0,4
	2004	109	1,8	23	0	169	1,2	301	1,3
	2005	101	2	15	0	131	0,8	247	1,2
	2006	77	0	14	0	111	0,8	202	0,5
	2007	109	0	29	3,4	195	1,5	333	1,2
	2008	134	1,5	23	0	191	1,6	348	1,4
Jakákoli droga mimo etanol	2003	108	7,4	35	11,4	171	6,4	314	7,3
	2004	117	9,4	26	7,7	181	5,5	324	7,1
	2005	110	8,2	19	5,3	158	7	287	7,3
	2006	84	9,5	18	5,6	133	12,8	235	11,1
	2007	122	9	30	6,7	233	13,7	385	11,7
	2008	142	10,6	29	10,3	213	12,7	384	11,7

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

**Příloha č. 2 - Léčebná a kontaktní centra - dle jednotlivých krajů**

<b>Kraj</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Jihočeský	19	21	21	19	17	19	15
Jihomoravský	22	22	24	21	19	19	16
Karlovarský	6	11	14	9	6	9	5
Královehradecký	16	17	18	12	11	12	6
Liberecký	15	15	15	13	10	11	11
Moravskoslezský	46	43	44	38	33	35	29
Olomoucký	22	27	31	24	21	20	21
Pardubický	8	9	9	7	4	8	7
Plzeňský	14	18	19	16	10	10	8
Praha	26	30	31	29	29	31	28
Středočeský	26	30	28	27	22	25	20
Ústecký	22	26	28	27	23	24	22
Vysočina	22	21	21	19	15	15	16
Zlínský	21	26	29	31	25	31	19
<b>Celkem</b>	<b>285</b>	<b>316</b>	<b>332</b>	<b>292</b>	<b>245</b>	<b>269</b>	<b>223</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

### Příloha č. 3 - Nově a opakovaně léčení uživatelé drog

Pomocná tabulka pro výpočet trendu vývoje všech léčených uživatelů

Rok	t	$y_t$	$d_{li}$	$k_t$	$y_t t$	$t^2$	${}^{(0)}T_t$
2002	1	9 237			9237	1	8 977
2003	2	8 522	-715	0,92259	17044	4	8 855
2004	3	8 845	323	1,0379	26535	9	8 732
2005	4	8 534	-311	0,96484	34136	16	8 610
2006	5	8 366	-168	0,98031	41830	25	8 488
2007	6	8 487	121	1,01446	50922	36	8 366
2008	7	8 279	-208	0,97549	57953	49	8 243
<b>2009</b>	8						<b>8 121</b>
<b>2010</b>	9						<b>7 999</b>

Zdroj: vlastní výpočty

$b_0 = 9099$
$b_1 = -122,25$

Pomocná tabulka pro výpočet trendu vývoje nově léčených uživatelů

Rok	t	$y_t$	$y_t t$	$t^2$	${}^{(0)}T_t$
2002	1	4 719	4 719	1	4 576
2003	2	4 158	8 316	4	4 494
2004	3	4 600	13 800	9	4 411
2005	4	4 372	17 488	16	4 328
2006	5	4 119	20 595	25	4 245
2007	6	4 346	26 076	36	4 162
2008	7	3 981	27 867	49	4 080
<b>2009</b>	8				<b>3 997</b>
<b>2010</b>	9				<b>3 914</b>

Zdroj: vlastní výpočty

$b_0 = 4659,28$
$b_1 = -82,82$

**Pomocná tabulka pro výpočet trendu vývoje opakovaně léčených uživatelů**

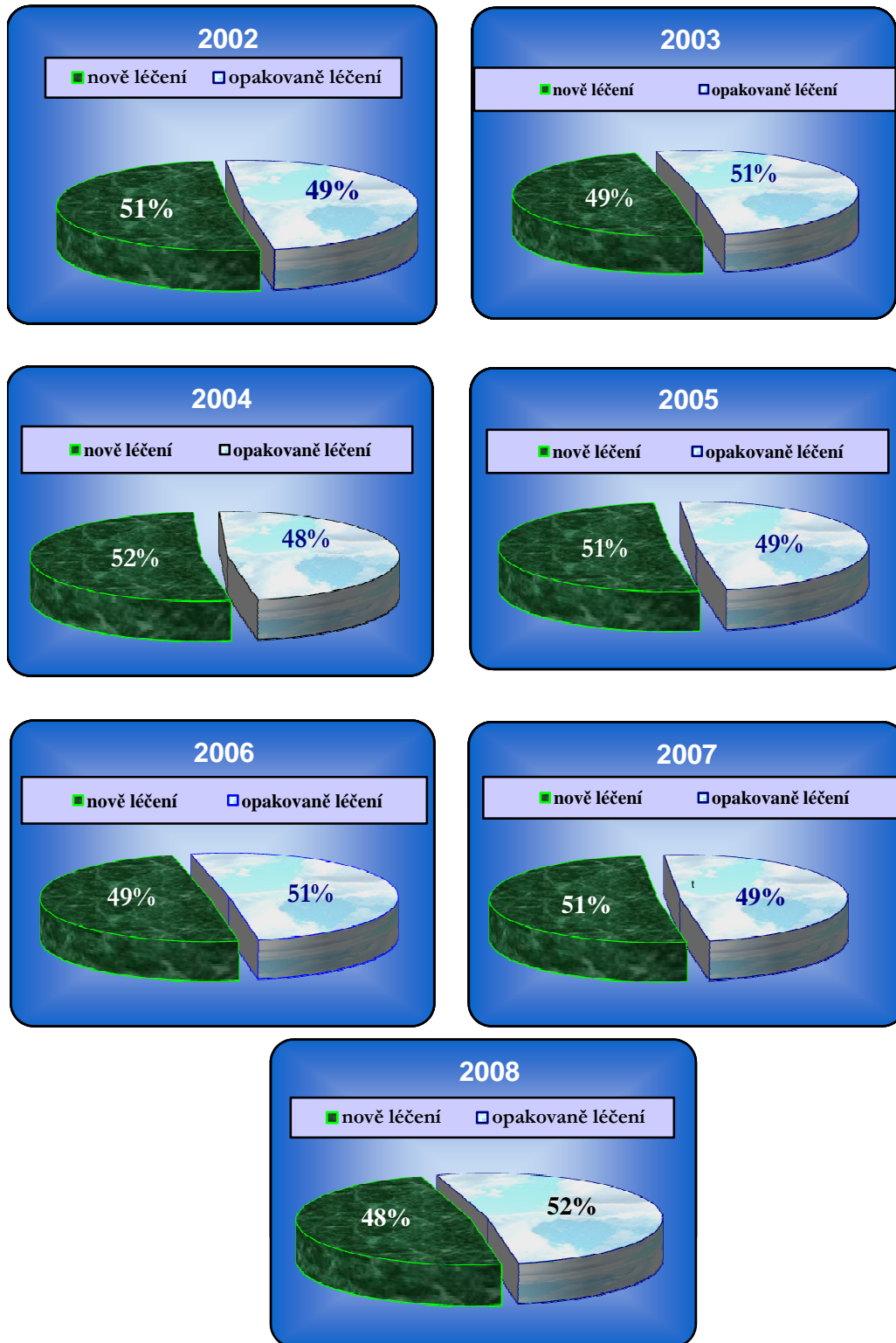
<b>Rok</b>	<b>t</b>	<b>y<sub>t</sub></b>	<b>y<sub>t</sub>t</b>	<b>t<sup>2</sup></b>	<b><sup>(0)</sup>T<sub>t</sub></b>
<b>2002</b>	1	4 518	4 518	1	4 400
<b>2003</b>	2	4 364	8 728	4	4 361
<b>2004</b>	3	4 245	12 735	9	4 322
<b>2005</b>	4	4 162	16 648	16	4 282
<b>2006</b>	5	4 247	21 235	25	4 243
<b>2007</b>	6	4 141	24 846	36	4 203
<b>2008</b>	7	4 298	30 086	49	4 164
<b>2009</b>	8				<b>4 125</b>
<b>2010</b>	9				<b>4 085</b>

Zdroj: vlastní výpočty

$$b_0 = 4439,7$$

## Incidence a prevalence léčených uživatelů v jednotlivých letech

### Poměry nově a opakovaně léčených uživatelů drog v jednotlivých letech



Zdroje grafů: Hygienická stanice hl. města Prahy



## Příloha č. 4 - Léčení uživatelé drog dle pohlaví

Poměr opakované a nově léčených uživatelů drog v letech 2002 - 2008 - dle pohlaví

	r. 2002		r. 2003		r. 2004		r. 2005		r. 2006		r. 2007		r. 2008	
	opakované	nově	opakované	nově	opakované	nově	opakované	nově	opakované	nově	opakované	nově	opakované	nově
muži	6 302	3 173	5 865	2 788	6 115	3 084	5 917	2 991	5 699	2 731	5 710	2 889	5 592	2 622
ženy	2 895	1 541	2 646	1 359	2 709	1 503	2 602	1 381	2 656	1 384	2 763	1 449	2 663	1 338

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Pomocná tabulka pro výpočet trendu vývoje léčených mužů

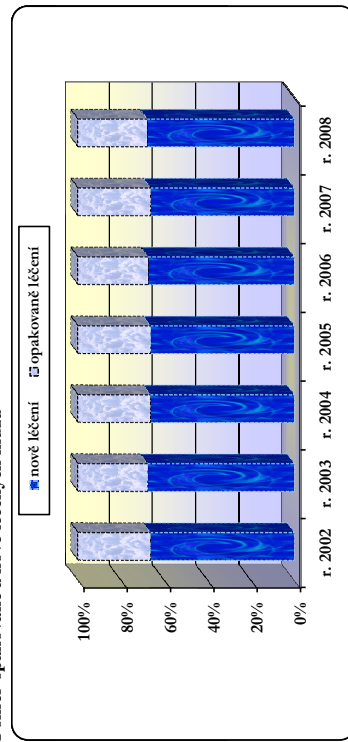
muži	t	$y_t$	$d_{1t}$	$k_t$	$y_t$	$t^2$	$(0)T_t$
2002	1	6 302			6 302	1	6 192
2003	2	5 865	-437	0,93066	11 730	4	6 090
2004	3	6 115	250	1,04263	18 345	9	5 988
2005	4	5 917	-198	0,96762	23 668	16	5 886
2006	5	5 699	-218	0,96316	28 495	25	5 784
2007	6	5 710	11	1,00193	34 260	36	5 682
2008	7	5 592	-118	0,97933	39 144	49	5 580
<b>2009</b>	8						<b>5 478</b>
<b>2010</b>	9						<b>5 580</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$$b_1 = -102$$

$$b_0 = 6294$$

Poměr opakované a nově léčených mužů



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Pomocná tabulka pro výpočet trendu vývoje léčených žen

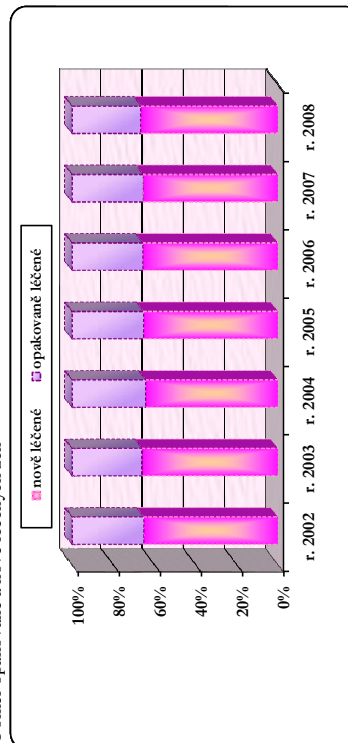
ženy	t	$y_t$	$d_{1t}$	$k_t$	$y_t$	$t^2$	$(0)T_t$
2002	1	2 895			2 895	1	2 760
2003	2	2 646	-249	0,91399	5 292	4	2 742
2004	3	2 709	63	1,02381	8 127	9	2 723
2005	4	2 602	-107	0,960502	10 408	16	2 705
2006	5	2 656	54	1,020753	13 280	25	2 687
2007	6	2 763	107	1,040286	16 578	36	2 668
2008	7	2 663	-100	0,963807	18 641	49	2 650
<b>2009</b>	8						<b>2 631</b>
<b>2010</b>	9						<b>2 613</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$$b_1 = -18,4$$

$$b_0 = 2778,6$$

Poměr opakované a nově léčených žen



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

## Příloha č. 5 - Léčení uživatelé drog dle závislosti na jednotlivých druzích drog

Počet léčených uživatelů dle závislosti na jednotlivých druzích drog

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Opiáty celkem</b>	<b>2 353</b>	<b>2 133</b>	<b>2 169</b>	<b>2 058</b>	<b>2 127</b>	<b>1 961</b>	<b>2 063</b>
Heroin	2 060	1 923	1 832	1 683	1 595	1 472	1 562
Morfin	9	1	8	3	4	2	6
Kodein	33	23	16	6	7	4	7
Brown	24	29	50	49	45	42	34
Metadon	136	54	34	20	34	27	32
Subutex	0	0	145	225	331	315	336
Ostatní opiáty	91	103	84	72	111	99	86
<b>Kokain celkem</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>24</b>
Kokain	12	21	18	13	12	22	23
Crack	1	1	0	2	0	0	1
<b>Stimulancia celkem</b>	<b>4 831</b>	<b>4 549</b>	<b>4 833</b>	<b>4 891</b>	<b>4 923</b>	<b>5 199</b>	<b>4 953</b>
Amfetamin	10	5	4	1	1	1	3
Metamfetamin	4 589	4 609	4 790	4 855	4 889	5 177	4 925
Extáze (MDMA)	218	50	37	23	12	11	14
Fenmetrazin, efedrin	14	4	2	12	21	10	11
<b>Hypnotika, sedativa</b>	<b>114</b>	<b>104</b>	<b>80</b>	<b>90</b>	<b>64</b>	<b>60</b>	<b>73</b>
Barbituráty	0	0	4	7	6	1	0
Benzodiazepiny	48	50	44	41	24	20	28
Ostatní sedativa	66	54	32	42	34	39	45
<b>Halucinogeny - celkem</b>	<b>47</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>8</b>
LSD	34	15	19	10	4	7	6
Psilocybin	12	7	1	7	1	10	2
Durman	1	7	2	0	1	0	0
<b>Těkavé látky - celkem</b>	<b>332</b>	<b>226</b>	<b>221</b>	<b>183</b>	<b>124</b>	<b>94</b>	<b>62</b>
Toluen	289	200	201	168	108	84	56
Jiná rozpustidla	43	26	20	15	16	10	6
<b>Kanabinoidy celkem</b>	<b>1 489</b>	<b>1 403</b>	<b>1 462</b>	<b>1 238</b>	<b>1 044</b>	<b>1 083</b>	<b>1 053</b>
Marihuana	1 486	1 395	1 458	1 233	1 039	1 081	1 052
Hašiš	3	8	4	5	5	2	1
Jiné drogy, léky	45	37	28	24	37	24	31
Neznámá	13	19	12	18	30	27	12

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Počet nově a opakovaně léčených v l. 2002 - 2008 dle jednotlivých druhů drog

	2002		2003		2004		2005	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
Opiáty	1 565	788	1 607	526	1 459	710	1 363	695
Kokain	10	3	9	13	5	13	6	9
Stimulancia	2 237	2 594	2 707	1 842	2 118	2 715	2 157	2 734
Hypnotika	73	41	74	30	50	30	61	29
Halucinogeny	27	20	13	16	8	14	2	15
Těkavé	161	171	136	90	114	107	100	83
Konopné produkty	419	1 070	570	833	468	994	447	791
Jiné	20	25	25	12	17	11	15	9
Neznámá	6	7	14	5	6	6	10	8
<b>Celkem</b>	<b>4 518</b>	<b>4 719</b>	<b>5 155</b>	<b>3 367</b>	<b>4 245</b>	<b>4 600</b>	<b>4 161</b>	<b>4 373</b>

	2006		2007		2008	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
Opiáty	1 140	686	1 281	680	1 461	602
Kokain	7	5	9	13	9	15
Stimulancia	2 380	2 543	2 442	2 757	2 449	2 504
Hypnotika	38	26	38	22	36	37
Halucinogeny	2	4	8	9	1	7
Těkavé	58	66	41	53	30	32
Konopné produkty	289	755	305	778	298	755
Jiné	26	11	15	9	10	21
Neznámá	7	23	2	25	4	8
<b>Celkem</b>	<b>3 947</b>	<b>4 119</b>	<b>4 141</b>	<b>4 346</b>	<b>4 298</b>	<b>3 981</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky

stimulancia	t	y <sub>t</sub>	d <sub>11</sub>	k <sub>t</sub>	y <sub>t</sub> t	t <sup>2</sup>	<sup>(0)</sup> T <sub>t</sub>
2002	1	4 831			4 831	1	4 695
2003	2	4 549	-282	0,94163	9 098	4	4 758
2004	3	4 833	284	1,06243	14 499	9	4 820
2005	4	4 891	58	1,012	19 564	16	4 883
2006	5	4 923	32	1,00654	24 615	25	4 946
2007	6	5 199	276	1,05606	31 194	36	5 008
2008	7	4 953	-246	0,95268	34 671	49	5 071
2009	8						5 134
2010	9						5 197

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$b_1 = 62,71$
$b_0 = 4632,16$

**Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky**

opiáty	t	y <sub>t</sub>	d <sub>i</sub>	k <sub>t</sub>	y <sub>t</sub> t	t <sup>2</sup>	<sup>(0)</sup> T <sub>t</sub>
2002	1	2 353			2 353	1	2 257
2003	2	2 133	-220	0,9065	4 266	4	2 212
2004	3	2 169	36	1,01688	6 507	9	2 168
2005	4	2 058	-111	0,94882	8 232	16	2 123
2006	5	2 127	69	1,03353	10 635	25	2 078
2007	6	1 961	-166	0,92196	11 766	36	2 034
2008	7	2 063	102	1,05201	14 441	49	1 989
2009	8						1 944
2010	9						1 899

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

<b>b<sub>1</sub> = - 44,71</b>
<b>b<sub>0</sub> = 2301,84</b>

**Pomocné tabulky**

konopné	t	y <sub>t</sub>	d <sub>i</sub>	k <sub>t</sub>
2002	1	1 489		
2003	2	1 403	-86	0,94224
2004	3	1 462	59	1,04205
2005	4	1 238	-224	0,84679
2006	5	1 044	-194	0,84333
2007	6	1 083	39	1,03736
2008	7	1 053	-30	0,9723

rozpuštědla	t	y <sub>t</sub>	d <sub>i</sub>	k <sub>t</sub>
2002	1	332		
2003	2	226	-106	0,68072
2004	3	221	-5	0,97788
2005	4	183	-38	0,82805
2006	5	124	-59	0,6776
2007	6	94	-30	0,75806
2008	7	62	-32	0,65957

hypnotika	t	y <sub>t</sub>	d <sub>i</sub>	k <sub>t</sub>
2002	1	114		
2003	2	104	-10	0,91228
2004	3	80	-24	0,76923
2005	4	90	10	1,125
2006	5	64	-26	0,71111
2007	6	60	-4	0,9375
2008	7	73	13	1,21667

halucinogeny	t	y <sub>t</sub>	d <sub>i</sub>	k <sub>t</sub>
2002	1	47		
2003	2	29	-18	0,61702
2004	3	22	-7	0,75862
2005	4	17	-5	0,77273
2006	5	6	-11	0,35294
2007	6	17	11	2,83333
2008	7	8	-9	0,47059

Zdroj: vlastní výpočty

## Příloha č. 6 - Léčení uživatelé drog dle věku

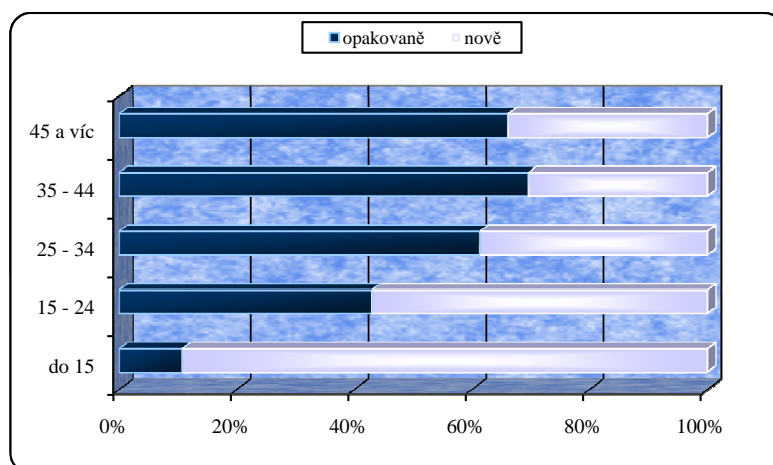
Počet opakovaně a nově léčených uživatelů drog v letech 2002 - 2008 dle věku

	2002		2003		2004		2005	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
<b>do 15</b>	13	108	17	92	18	59	24	76
<b>15 - 24</b>	2 613	3 467	2 396	2 970	2 301	2 950	1 826	2 909
<b>25 - 34</b>	1 417	892	1 505	868	1 652	1 130	1 849	1 096
<b>35 - 44</b>	343	150	343	148	357	185	358	228
<b>45 a víc</b>	82	42	80	39	81	44	82	43

	2006		2007		2008	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
<b>do 15</b>	10	48	10	44	12	54
<b>15 - 24</b>	1 696	2 650	1 617	2 676	1 522	2 364
<b>25 - 34</b>	2 020	1 187	1 995	1 255	2 175	1 242
<b>35 - 44</b>	419	178	391	258	456	252
<b>45 a víc</b>	89	42	105	59	124	59

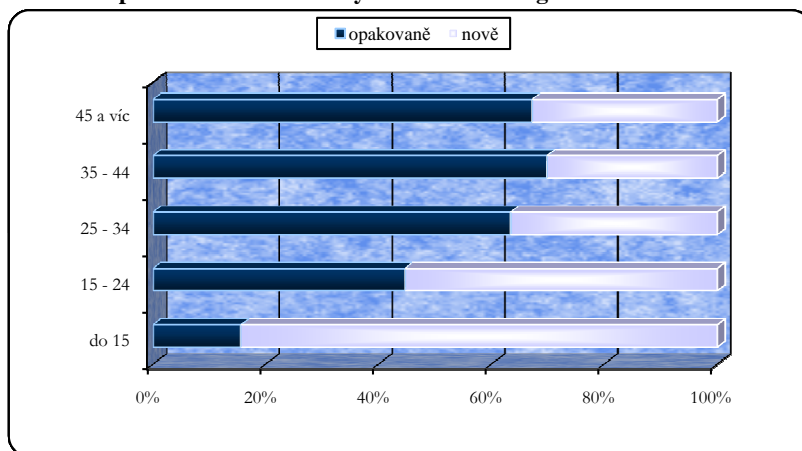
Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

Počet opakovaně a nově léčených uživatelů drog v r. 2002 - dle věku



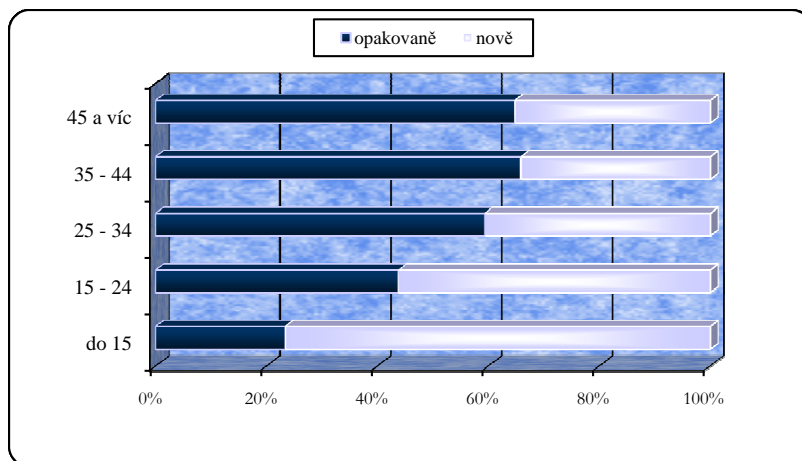
Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených uživatelů drog v r. 2003 dle věku**



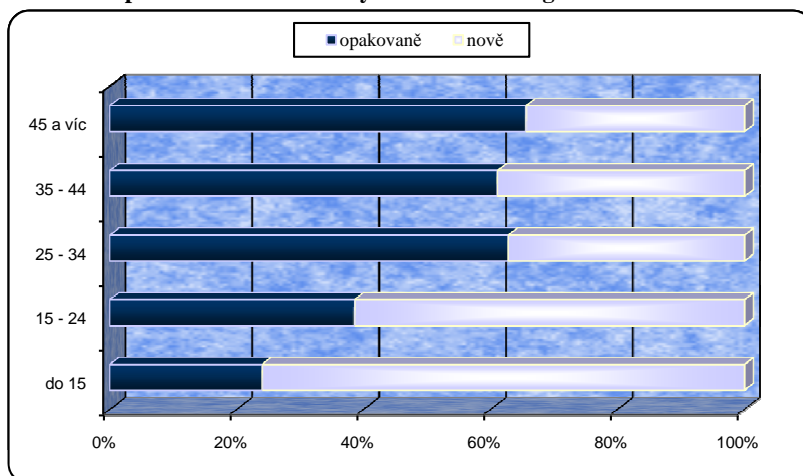
Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených uživatelů drog v r. 2004 dle věku**



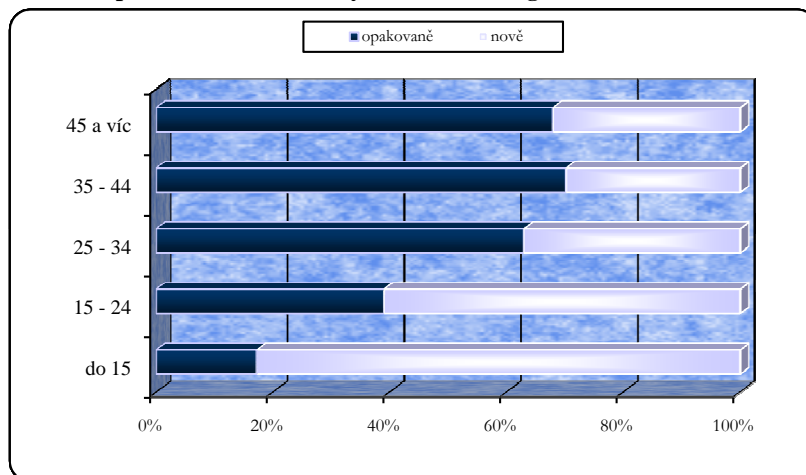
Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených uživatelů drog v r. 2005 dle věku**



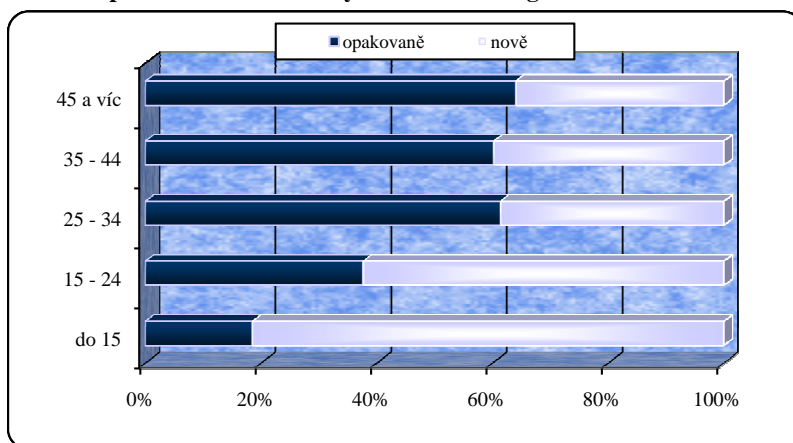
Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

### Počet opakovaně a nově léčených uživatelů drog v r. 2006 - dle věku



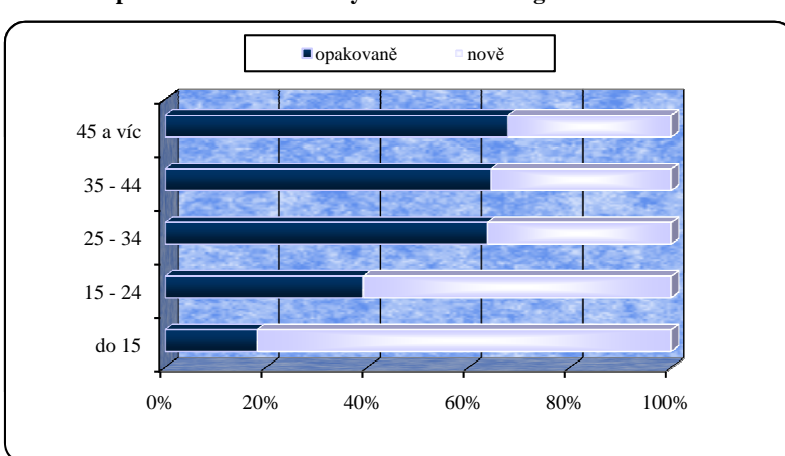
Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

### Počet opakovaně a nově léčených uživatelů drog v r. 2007 - dle věku



Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

### Počet opakovaně a nově léčených uživatelů drog v r. 2008 - dle věku



Zdroj: Hygienická stanice hl.m. Prahy

Pomocné tabulky pro výpočet trendové přímky

< 15	t	y <sub>t</sub>	d <sub>ii</sub>	k <sub>t</sub>	y <sub>t</sub> t	t <sup>2</sup>	<sup>(0)</sup> T <sub>t</sub>
2002	1	121			121	1	110
2003	2	109	-12	0,900826	218	4	99
2004	3	77	-32	0,706422	231	9	89
2005	4	100	23	1,298701	400	16	78
2006	5	58	-42	0,58	290	25	68
2007	6	54	-4	0,931034	324	36	57
2008	7	66	12	1,222222	462	49	47
2009	8						42
2010	7						26

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$$\begin{aligned} b_1 &= -10,5 \\ b_0 &= 126 \end{aligned}$$

15 - 24	t	y <sub>t</sub>	d <sub>ii</sub>	k <sub>t</sub>	y <sub>t</sub> t	t <sup>2</sup>	<sup>(0)</sup> T <sub>t</sub>
2002	1	6 080			6 080	1	5 883
2003	2	5 366	-714	0,882566	10 732	4	5 539
2004	3	5 251	-115	0,978569	15 753	9	5 195
2005	4	4 735	-516	0,901733	18 940	16	4 851
2006	5	4 346	-389	0,917846	21 730	25	4 507
2007	6	4 293	-53	0,987805	25 758	36	4 163
2008	7	3 886	-407	0,905195	27 202	49	3 819
2009	8						3 475
2010	9						3 131

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$$\begin{aligned} b_1 &= -344 \\ b_0 &= 6227 \end{aligned}$$

25 - 34	t	y <sub>t</sub>	d <sub>ii</sub>	k <sub>t</sub>	y <sub>t</sub> t	t <sup>2</sup>	<sup>(0)</sup> T <sub>t</sub>
2002	1	2309			2 309	1	2 309
2003	2	2373	64	1,027718	4 746	4	2 505
2004	3	2782	409	1,172356	8 346	9	2 702
2005	4	2945	163	1,058591	11 780	16	2 898
2006	5	3207	262	1,088964	16 035	25	3 095
2007	6	3250	43	1,013408	19 500	36	3 291
2008	7	3417	167	1,051385	23 919	49	3 488
2009	8						3 684
2010	9						3 881

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$$\begin{aligned} b_1 &= 196,5 \\ b_0 &= 2112 \end{aligned}$$



35 - 44	t	y <sub>t</sub>	d <sub>ii</sub>	k <sub>t</sub>	y <sub>t</sub> t	t <sup>2</sup>	<sup>(0)</sup> T <sub>t</sub>
2002	1	493			493	1	472
2003	2	491	-2	0,995943	982	4	509
2004	3	542	51	1,10387	1 626	9	546
2005	4	586	44	1,081181	2 344	16	582
2006	5	597	11	1,018771	2 985	25	619
2007	6	649	52	1,087102	3 894	36	655
2008	7	708	59	1,090909	4 956	49	692
2009	8	4 066					729
2010	9	581					765

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$b_1 = 36,3$
$b_0 = 435,8$

45 >	t	y <sub>t</sub>	d <sub>ii</sub>	k <sub>t</sub>	y <sub>t</sub> t	t <sup>2</sup>	<sup>(0)</sup> T <sub>t</sub>
2002	1	124			124	1	110
2003	2	119	-5	0,959677	238	4	120
2004	3	125	6	1,05042	375	9	129
2005	4	125	0	1	500	16	139
2006	5	131	6	1,048	655	25	149
2007	6	164	33	1,251908	984	36	159
2008	7	183	19	1,115854	1 281	49	168
2009	8						178
2010	9						188

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$b_1 = 9,75$
$b_0 = 100$

## Příloha č. 7 - Léčení uživatelé drog dle vzdělání

**Počet opakovaně a nově léčených klientů v l. 2002 - 2008 - dle nejvyššího dosaženého stupně vzdělání**

	r. 2002		r. 2003		r. 2004		r. 2005		r. 2006	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
<b>Nedokončené zákl.</b>	115	318	102	282	153	243	61	241	85	181
<b>Základní</b>	2 079	2 277	2 057	2 197	2 018	2 353	1 872	2 341	2 010	2 121
<b>Střední bez maturity</b>	1 252	1 092	1 256	956	1 240	1 222	1 312	1 079	1 252	1 065
<b>Střední s maturitou</b>	596	446	578	426	529	513	540	467	549	470
<b>VOŠ</b>	14	7	4	9	17	15	15	13	16	15
<b>Vysokoškolské</b>	23	8	24	20	33	23	25	26	33	25
<b>Neznámo</b>	439	571	343	268	255	231	337	205	302	242

	r. 2007		r. 2008	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově
<b>Nedokončené zákl.</b>	94	234	98	239
<b>Základní</b>	2 010	2 126	2 020	1 954
<b>Střední bez maturity</b>	1 260	1 169	1 253	1 039
<b>Střední s maturitou</b>	516	447	621	468
<b>VOŠ</b>	15	11	23	17
<b>Vysokoškolské</b>	32	22	25	29
<b>Neznámo</b>	214	337	258	235

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

Pomocné tabulky pro výpočet trendové přímky

základní	t	$y_t$	$y_t \cdot t$	$t^2$	$(^{(0)})T_t$
2002	1	4 356	4 356	1	4 379
2003	2	4 254	8 508	4	4 321
2004	3	4 371	13 113	9	4 263
2005	4	4 213	16 852	16	4 205
2006	5	4 131	20 655	25	4 147
2007	6	4 136	24 816	36	4 089
2008	7	3 974	27 818	49	4 031
2009	8				<b>3 973</b>
2010	9				<b>3 915</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$b_1 = - 57,92$
$b_0 = 4436,68$

Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky

vysokoškolské	t	$y_t$	$y_t \cdot t$	$t^2$	$(^{(0)})T_t$
2002	1	31	31	1	40
2003	2	44	88	4	43
2004	3	56	168	9	46
2005	4	51	204	16	50
2006	5	58	290	25	53
2007	6	54	324	36	56
2008	7	54	378	49	59
2009	8				<b>63</b>
2010	9				<b>66</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

střední bez m.	t	$y_t$	$t^2$	$(^{(0)})T_t$
2002	1	2 344	1	2 335
2003	2	4 424	4	2 340
2004	3	7 386	9	2 345
2005	4	9 564	16	2 350
2006	5	11 585	25	2 354
2007	6	14 574	36	2 359
2008	7	16 044	49	2 364
2009	8			<b>2 369</b>
2010	9			<b>2 373</b>

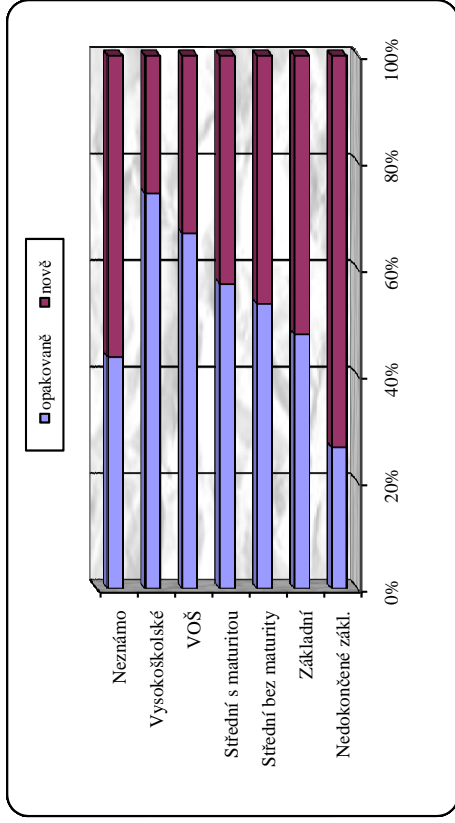
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$b_1 = 4,75$
$b_0 = 2330,57$

$b_1 = 3,25$
$b_0 = 36,714$

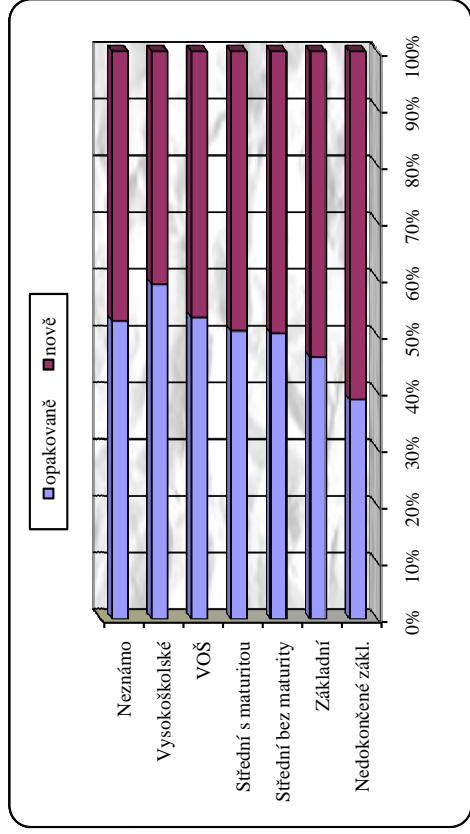
;

Počet opakovaně a nově léčených v r. 2002 – dle nejvyššího vzdělání



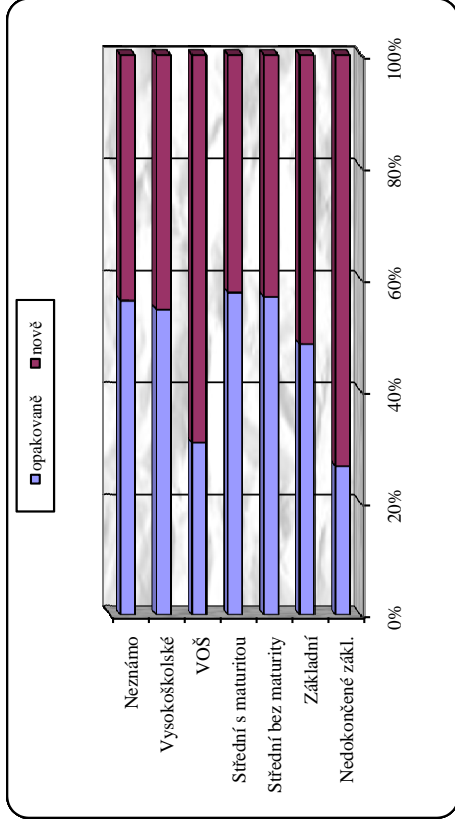
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Počet opakovaně a nově léčených v r. 2004 – dle nejvyššího vzdělání



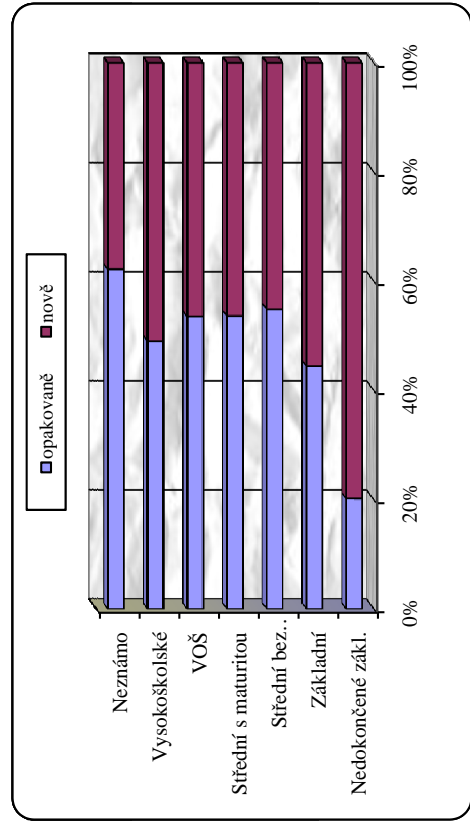
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Počet opakovaně a nově léčených v r. 2003 – dle nejvyššího vzdělání



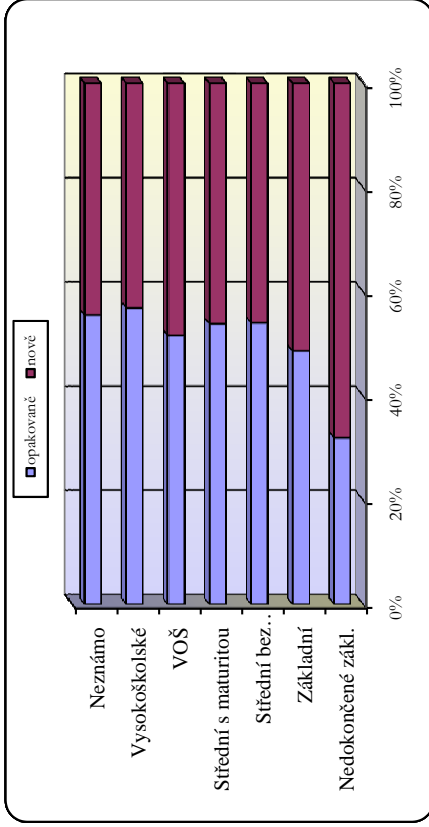
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Počet opakovaně a nově léčených v r. 2005 – dle nejvyššího vzdělání



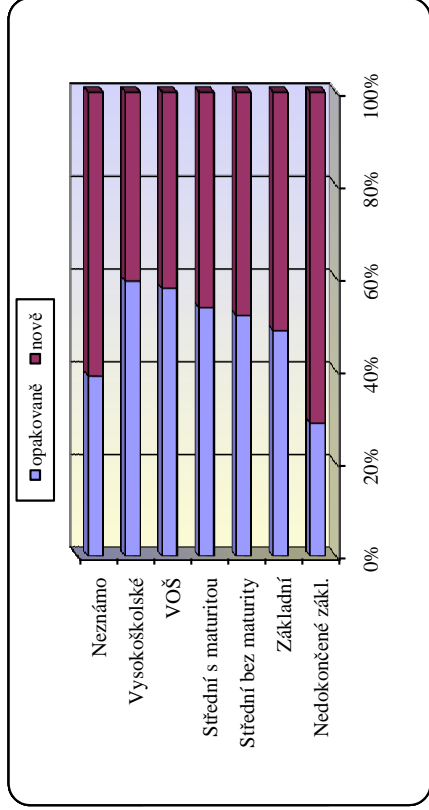
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Počet opakovaně a nově léčených v r. 2006 – dle nejvyššího vzdělání



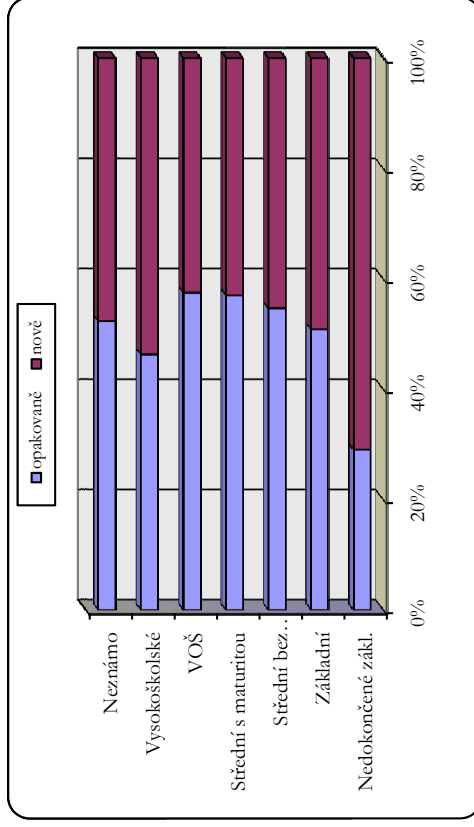
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Počet opakovaně a nově léčených v r. 2007 – dle nejvyššího vzdělání



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Počet opakovaně a nově léčených v r. 2008 – dle nejvyššího vzdělání



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

## Příloha č. 8 - Léčení uživatelé drog dle zaměstnání

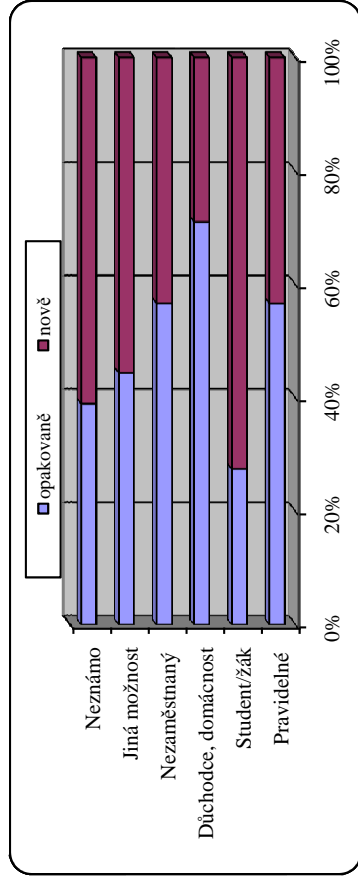
**Počet nově a opakovaně léčených uživatelů drog v letech 2002 - 2008 - dle zaměstnání**

	2002		2003		2004		2005	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
Pravidelné	773	591	685	547	736	654	766	679
Student/žák	586	1 548	532	1 410	572	1 251	314	1 250
Důchodce, domácnost	179	73	176	82	177	102	174	109
Nezaměstnaný	2 641	2 016	2 614	1 904	2 351	2 283	2 480	2 078
Jiná možnost	127	159	136	82	241	195	265	129
Neznámo	212	332	221	133	168	115	162	128
<b>Celkem</b>	<b>4 518</b>	<b>4 719</b>	<b>4 364</b>	<b>4 158</b>	<b>4 245</b>	<b>4 600</b>	<b>4 161</b>	<b>4 373</b>

	2006		2007		2008	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
Pravidelné	841	785	890	864	1 011	828
Student/žák	341	1 042	329	1 026	344	891
Důchodce, domácnost	203	117	245	113	119	113
Nezaměstnaný	2 447	1 902	2 350	1 966	2 377	1 837
Jiná možnost	242	136	160	160	165	162
Neznámo	173	137	167	217	191	150
<b>Celkem</b>	<b>4 247</b>	<b>4 119</b>	<b>4 141</b>	<b>4 346</b>	<b>4 207</b>	<b>3 981</b>

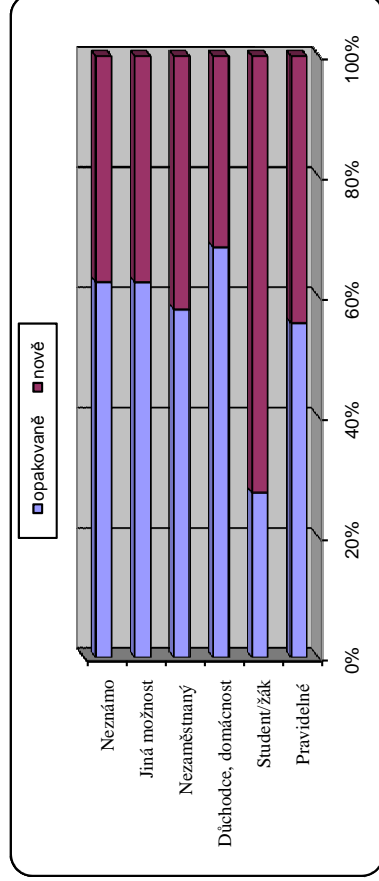
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2002 – dle zaměstnání**



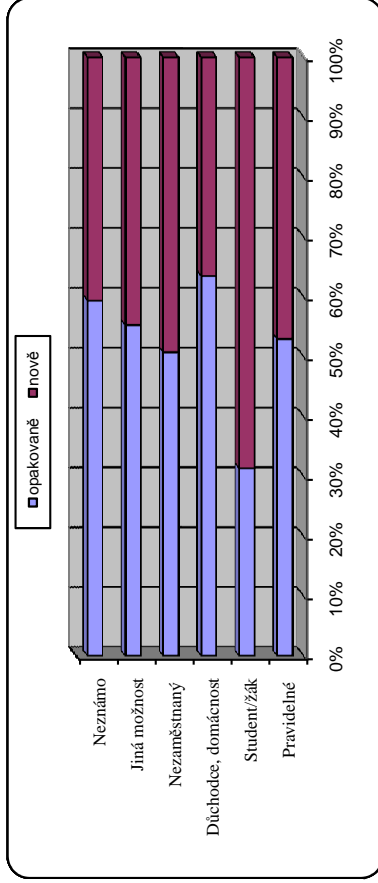
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2003 – dle zaměstnání**



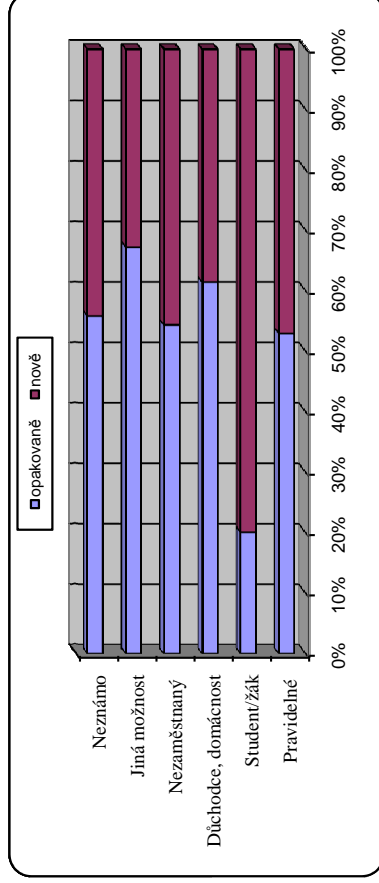
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2004 – dle zaměstnání**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

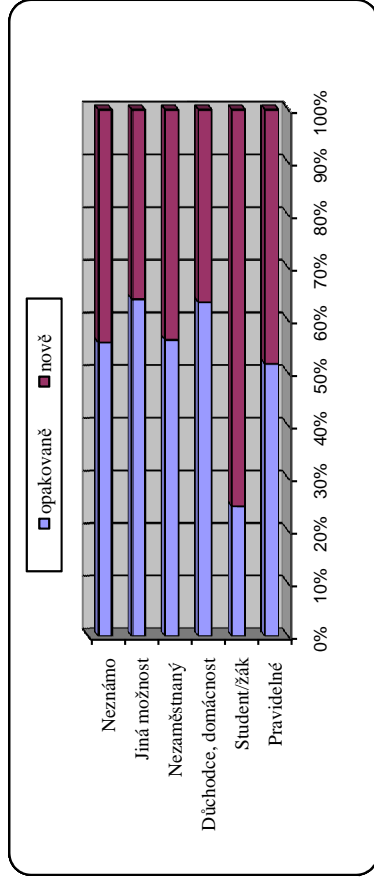
**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2005 – dle zaměstnání**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

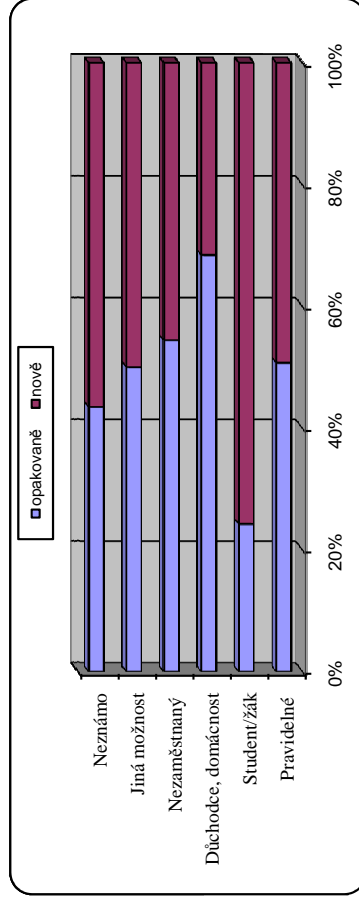


**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2006 – dle zaměstnání**



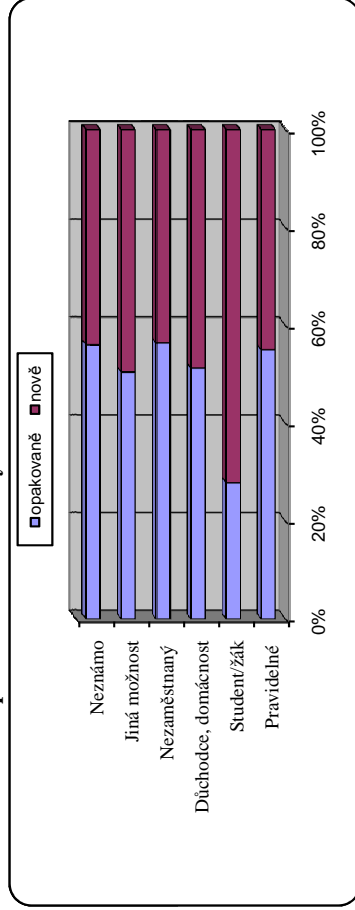
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2007 – dle zaměstnání**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2008 – dle zaměstnání**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky**

pravidelně	t	$y_t$	$d_{jt}$	$k_t$	$y_t t$	$t^2$	$(0)T_t$
2002	1	1 364			1364	1	1 231
2003	2	1 323	-41	0,9699413	2464	4	1 328
2004	3	1 390	67	1,0506425	4170	9	1 424
2005	4	1 445	55	1,0395683	5780	16	1 521
2006	5	1 626	181	1,1252595	8130	25	1 618
2007	6	1 754	128	1,0787208	10524	36	1 714
2008	7	1 839	85	1,0484607	12873	49	1 811
<b>2009</b>	8						<b>1 907</b>
<b>2010</b>	9						<b>2 004</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

$$b_1 = 96,6$$

$$b_0 = 1134,6$$

Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky

nezaměstnaní	t	$y_t$	$d_{ii}$	$k_t$	$y_t t$	$t^2$	${}^{(0)}T_t$
2002	1	4 657			4 657	1	4 680
2003	2	4 518	-139	0,9701525	9 036	4	4 608
2004	3	4 634	116	1,0256751	13 902	9	4 536
2005	4	4 558	-76	0,9835995	18 232	16	4 464
2006	5	4 349	-209	0,9541466	21 745	25	4 392
2007	6	4 316	-33	0,992412	25 896	36	4 320
2008	7	4 214	-102	0,976367	29 498	49	4 248
2009	8						4 176
2010	9						4 104

$$b_1 = -72,07$$

$$b_0 = 4\,752,28$$

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky

studenti	t	$y_t$	$d_{ii}$	$k_t$	$y_t t$	$t^2$	${}^{(0)}T_t$
2002	1	2 134			2 134	1	2 097
2003	2	1 942	-192	0,9100281	3 884	4	1 943
2004	3	1 823	-119	0,938723	5 469	9	1 789
2005	4	1 564	-259	0,8579265	6 256	16	1 635
2006	5	1 383	-181	0,8842711	6 915	25	1 481
2007	6	1 355	-28	0,9797542	8 130	36	1 327
2008	7	1 235	-120	0,9114391	8 645	49	1 173
2009	8						1 019
2010	9						865

$$b_1 = -154$$

$$b_0 = 2\,251$$

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

**Příloha č. 9 - Léčení uživatelé drog dle způsobu aplikace drogy**

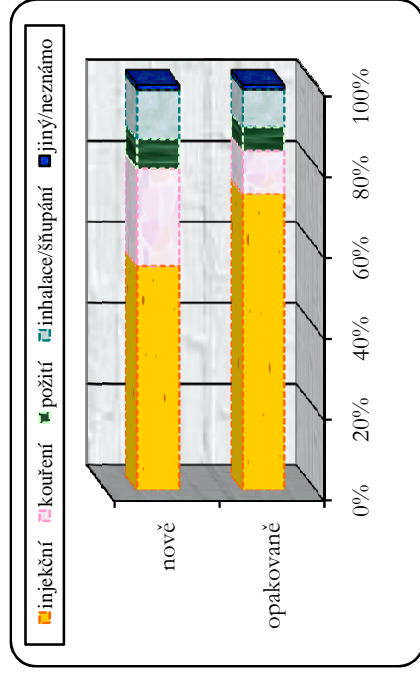
**Počet nově a opakovaně léčených uživatelů drog v l. 2002 - 2008 - dle způsobu aplikace drogy**

	2002		2003		2004		2005		2006	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
injekční	3 299	2 610	3 311	2 379	3 179	2 782	3 207	2 630	3 352	2 445
kouření	482	1 133	469	1 048	527	1 063	420	967	348	834
požití	264	344	179	109	161	134	159	99	145	105
inhalace/šňupání	423	575	327	575	346	591	357	624	354	658
jiný/neznámo	50	57	78	47	32	30	19	52	48	77
<b>Celkem</b>	<b>9 237</b>		<b>8 522</b>		<b>8 845</b>		<b>8 534</b>		<b>8 366</b>	

	2007		2008	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově
injekční	3 233	2 625	3 390	2 320
kouření	375	877	370	832
požití	138	81	127	107
inhalace/šňupání	347	688	355	664
jiný/neznámo	48	75	56	58
<b>Celkem</b>	<b>8 487</b>		<b>8 279</b>	

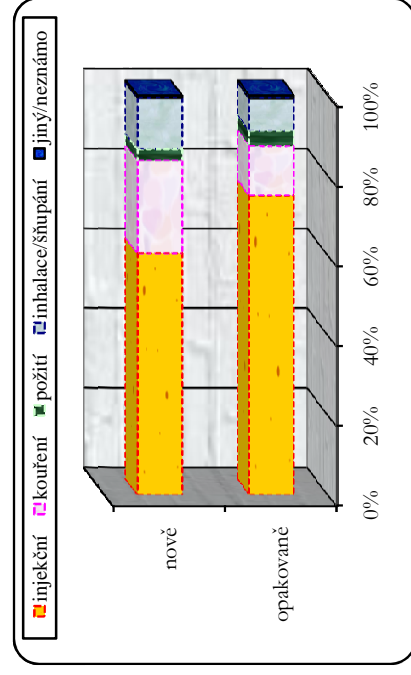
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2002  
dle způsobu aplikace drogy**



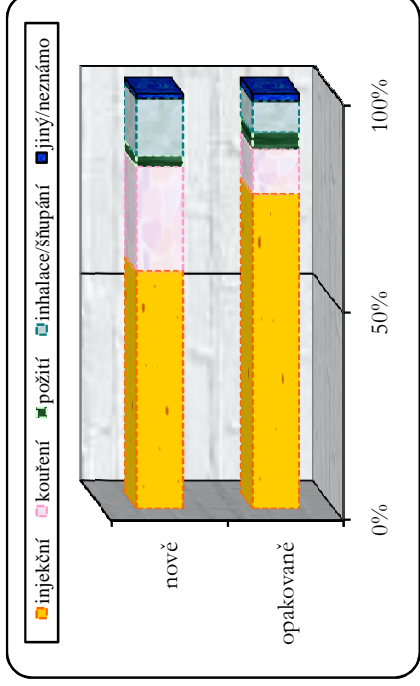
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2004  
dle způsobu aplikace drogy**



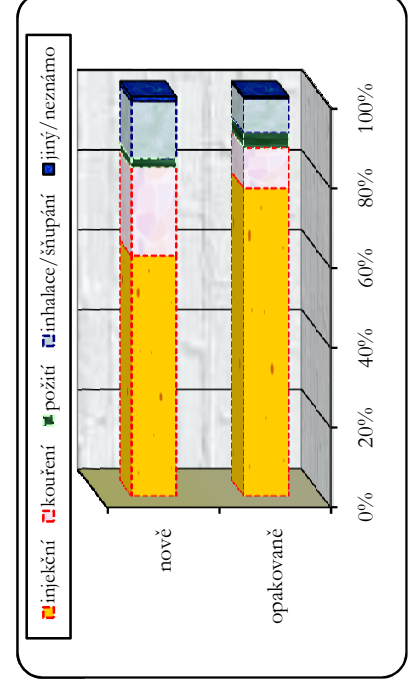
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2003  
dle způsobu aplikace drogy**



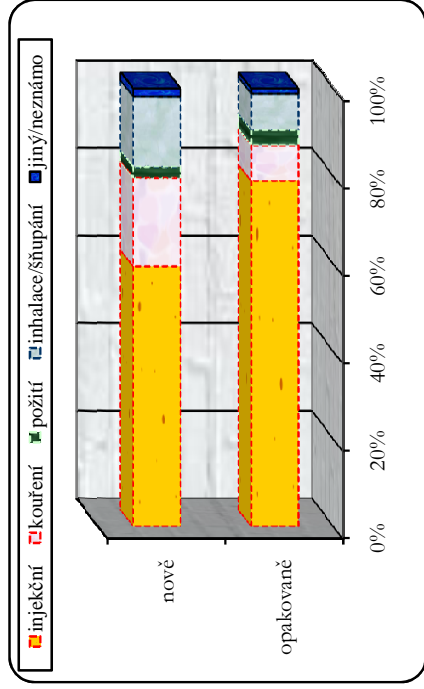
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2005  
dle způsobu aplikace drogy**



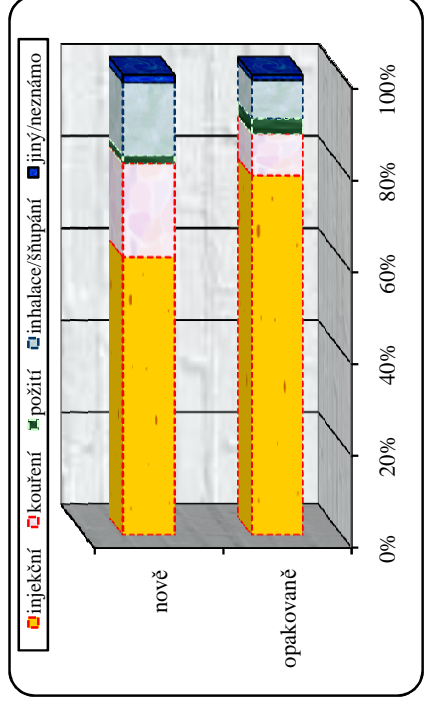
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2006  
dle způsobu aplikace drogy**



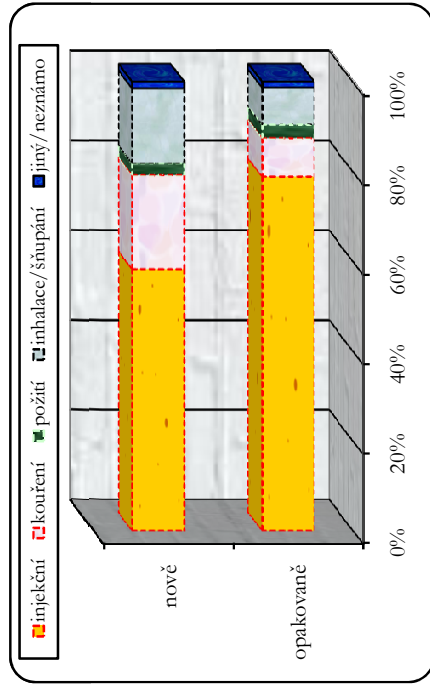
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2007  
dle způsobu aplikace drogy**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených v r. 2008  
dle způsobu aplikace drogy**



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky injekčních uživatelů**

injekční	t	$y_t$	$d_{1t}$	$k_t$	$y_t t$	$t^2$	$(t)T_t$
2002	1	5 909			5 909	1	5 868
2003	2	5 690	-219	0,96294	11 380	4	5 853
2004	3	5 961	271	1,04763	17 883	9	5 838
2005	4	5 837	-124	0,9792	23 348	16	5 823
2006	5	5 797	-40	0,99315	28 985	25	5 808
2007	6	5 858	61	1,01052	35 148	36	5 793
2008	7	5 710	-148	0,97474	39 970	49	5 777
<b>2009</b>	8						<b>5 762</b>
<b>2010</b>	9						<b>5 747</b>

$$b_1 = -15,17$$

$$b_0 = 5883,63$$

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

**Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky kuřáků drog**

kouření	t	$y_t$	$d_{1t}$	$k_t$	$y_t t$	$t^2$	$(t)T_t$
2002	1	1 615			1 615	1	1 625
2003	2	1 517	-98	0,93932	3 034	4	1 548
2004	3	1 590	73	1,04812	4 770	9	1 470
2005	4	1 387	-203	0,87233	5 548	16	1 392
2006	5	1 182	-205	0,8522	5 910	25	1 314
2007	6	1 252	70	1,05922	7 512	36	1 237
2008	7	1 202	-50	0,96006	8 414	49	1 159
<b>2009</b>	8						<b>1 081</b>
<b>2010</b>	9						<b>1 003</b>

$$b_1 = -77,75$$

$$b_0 = 1703$$

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

**Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky inhalujících uživatelů**

inhalace	t	$y_t$	$d_{li}$	$k_t$	$y_t t$	$t^2$	$(O)T_t$
2002	1	998			998	1	940
2003	2	902	-96	0,90381	1 804	4	954
2004	3	937	35	1,0388	2 811	9	969
2005	4	981	44	1,04696	3 924	16	983
2006	5	1 012	31	1,0316	5 060	25	998
2007	6	1 035	23	1,02273	6 210	36	1 012
2008	7	1 019	-16	0,98454	7 133	49	1 026
<b>2009</b>	8						<b>1 041</b>
<b>2010</b>	9						<b>1 055</b>

<b><math>b_1 = 14,43</math></b>
<b><math>b_0 = 925,4</math></b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

požití	t	$y_t$	$d_{li}$	$k_t$
2002	1	608		
2003	2	288	-320	0,47368
2004	3	295	7	1,02431
2005	4	258	-37	0,87458
2006	5	250	-8	0,96899
2007	6	219	-31	0,876
2008	7	234	15	1,06849



## Příloha č. 10 - Problémoví uživatelé drog

Poměr problémových a ostatních uživatelů drog v l. 2003 – 2008 - dle pohlaví

		2003	2004	2005	2006	2007	2008
Muži	Počet	4 773	5 127	5 056	5 036	5040	4997
	%	67,5	68,8	68,6	67,6	66,4	66,7
Ženy	Počet	2 284	2 329	2 304	2 404	2544	2471
	%	32,3	31,2	31,3	32,2	33,5	33
Neznámo	Počet	10	17	12	11	11	22
	%	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3
<b>Celkem</b>		<b>7 067</b>	<b>7 473</b>	<b>7 372</b>	<b>7 451</b>	<b>7 595</b>	<b>7 490</b>

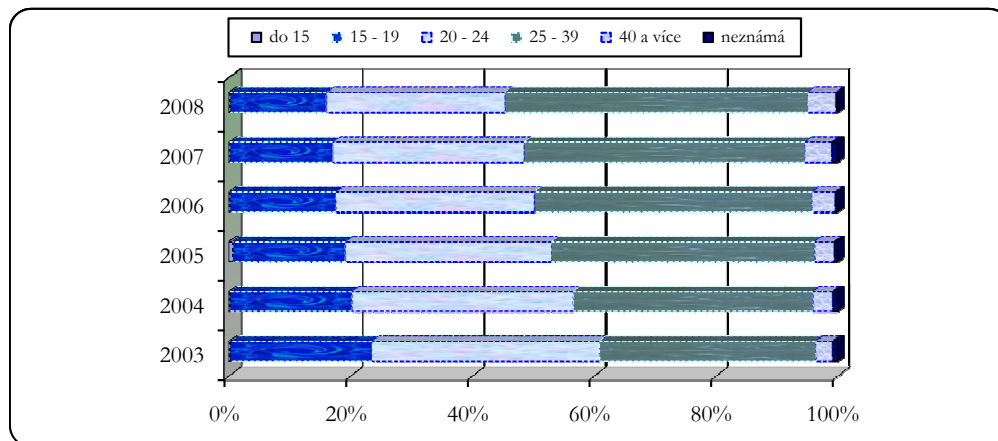
Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Počet problémových uživatelů v l. 2003 – 2008 - dle věku

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
do 15	15	17	45	12	14	20
15 - 19	1 650	1 494	1 368	1 301	1 282	1 184
20 - 24	2 636	2 716	2 496	2 425	2 387	2 193
25 - 39	2 510	2 941	3 186	3 400	3 506	3 728
40 a více	197	245	238	286	333	347
neznámá	59	60	39	27	73	18
<b>Celkem</b>	<b>7 067</b>	<b>7 473</b>	<b>7 372</b>	<b>7 451</b>	<b>7 595</b>	<b>7 490</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

Celkový počet probl. uživatelů drog v l. 2003 – 2008 v % - dle věku



Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy

**Počet opakovaně a nově léčených uživatelů drog v l. 2003 – 2008 dle věku**

věková skupina	2003		2004		2005		2006	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
do 15	3	12	5	12	36	9	4	8
15 - 19	252	1 398	447	1 047	597	771	389	912
20 - 24	1 233	1 403	1 348	1 368	1 461	1 035	1 164	1 261
25 - 39	1 400	1 110	1 778	1 163	2 265	921	2 196	1 204
40 a více	119	78	169	76	175	63	210	76
neznámá	9	50	21	39	4	35	13	14
<b>Celkem</b>	<b>3 016</b>	<b>4 051</b>	<b>3 768</b>	<b>3 705</b>	<b>4 538</b>	<b>2 834</b>	<b>3 976</b>	<b>3 475</b>

věková skupina	2007		2008	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově
do 15	4	10	5	15
15 - 19	367	915	354	830
20 - 24	1 100	1 287	1 048	1 145
25 - 39	2 157	1 349	2 399	1 329
40 a více	217	116	248	99
neznámá	23	50	8	10
<b>Celkem</b>	<b>3 868</b>	<b>3 727</b>	<b>4 062</b>	<b>3 428</b>

Zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy + vlastní výpočet

**Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky vývoje problémových uživatelů**

	t	y <sub>t</sub>	d <sub>li</sub>	k <sub>t</sub>	y <sub>t</sub> t	t <sup>2</sup>	<sup>(0)</sup> T <sub>t</sub>
2003	1	7 067			7067	1	7 225
2004	2	7 473	406	1,05745	14946	4	7 298
2005	3	7 372	-101	0,986485	22116	9	7 371
2006	4	7 451	79	1,010716	29804	16	7 445
2007	5	7 595	144	1,019326	37975	25	7 518
2008	6	7 490	-105	0,986175	44940	36	7 591
<b>2009</b>	7						<b>7 664</b>
<b>2010</b>	8						<b>7 737</b>

$$b_1 = 73,14$$

$$b_0 = 7 152$$

## Příloha č. 11 - Mortalita drogově závislých

Počet přímých drogových úmrtí v l. 2002 – 2008 - dle pohlaví a věku

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>muži</b>	133	156	133	118	124	138
<b>ženy</b>	89	85	85	94	89	100
<b>&lt; 15</b>	2	2	1	1	0	1
<b>15 - 19</b>	9	10	11	4	7	7
<b>20 - 29</b>	41	40	41	37	41	34
<b>30 - 39</b>	34	48	46	37	39	54
<b>40 - 49</b>	41	57	39	49	34	50
<b>50 - 64</b>	64	52	54	60	67	60
<b>&gt; 64</b>	31	29	24	24	25	32
<b>neznámo</b>	0	0	2	0	0	0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Úmrtí za přítomnosti drog v r. 2003

	nemoc	nehoda	sebevražda	zabití/vražda	Jiná	celkem
<b>Benzidiazepiny</b>	17	31	28	7	13	<b>96</b>
<b>Metamfetamin</b>	0	16	8	3	2	<b>29</b>
<b>Cannabis</b>	3	27	6	1	5	<b>42</b>
<b>Opiáty/opioidy</b>	0	8	1	1	2	<b>12</b>
<b>Extáze</b>	0	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>Těkavé látky</b>	0	5	6	0	0	<b>11</b>
<b>Kokain</b>	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Jiné drogy</b>	10	15	28	1	6	<b>60</b>

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

### Úmrtí za přítomnosti drog v r. 2004

	nemoc	nehoda	sebevražda	zabití/vražda	Jiné	celkem
<b>Benzodiazepiny</b>	0	35	44	1	2	<b>82</b>
<b>Metamfetamin</b>	0	9	9	1	0	<b>19</b>
<b>Cannabis</b>	2	2	6	0	0	<b>10</b>
<b>Opiáty/opioidy</b>	0	5	9	0	0	<b>14</b>
<b>Extáze</b>	0	3	0	0	0	<b>3</b>
<b>Těkavé látky</b>	0	2	3	0	1	<b>6</b>
<b>Kokain</b>	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>Jiné drogy</b>	0	16	12	0	1	<b>29</b>

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

### Úmrtí za přítomnosti drog v r. 2005

	nemoc	nehoda	sebevražda	zabití/vražda	Jiné	celkem
<b>Benzodiazepiny</b>	1	17	32	0	0	<b>50</b>
<b>Metamfetamin</b>	1	20	9	2	0	<b>32</b>
<b>Cannabis</b>	0	11	4	1	0	<b>16</b>
<b>Opiáty/opioidy</b>	0	8	5	0	0	<b>13</b>
<b>Extáze</b>	0	2	1	0	0	<b>3</b>
<b>Těkavé látky</b>	0	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>Kokain</b>	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Jiné drogy</b>		7	25	1	3	<b>36</b>

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

### Úmrtí za přítomnosti drog v r. 2006

2006	nemoc	nehoda	sebevražda	zabití/vražda	jiné	celkem
<b>Benzidiazepiny</b>	0	17	19	2	2	<b>40</b>
<b>Metamfetamin</b>	2	26	12	2	0	<b>42</b>
<b>Cannabis</b>	1	15	1	0	1	<b>18</b>
<b>Opiáty/opioidy</b>	1	2	5	0	0	<b>8</b>
<b>Extáze</b>	0	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>Těkavé látky</b>	0	0	2	0	0	<b>2</b>
<b>Kokain</b>	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>Jiné drogy</b>	0	8	25	0	0	<b>33</b>

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

### Úmrtí za přítomnosti drog v r. 2007

2007	nemoc	nehoda	sebevražda	zabití/vražda	Jiné	celkem
<b>Benzidiazepiny</b>	0	28	29	2	0	<b>59</b>
<b>Metamfetamin</b>	1	20	9	1	0	<b>31</b>
<b>Cannabis</b>	0	20	4	1	0	<b>25</b>
<b>Opiáty/opioidy</b>	0	3	4	0	0	<b>7</b>
<b>Extáze</b>	0	2	0	0	0	<b>2</b>
<b>Těkavé látky</b>	0	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>Kokain</b>	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>Jiné drogy</b>	0	0	34	1	2	<b>37</b>

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

### Úmrtí za přítomnosti drog v r. 2008

2008	nemoc	nehoda	sebevražda	zabití/vražda	Jiná	celkem
<b>Benzidiazepiny</b>	1	27	50	1	0	<b>79</b>
<b>Metamfetamin</b>	2	24	21	2	0	<b>49</b>
<b>Cannabis</b>	1	19	15	1	0	<b>36</b>
<b>Opiáty/opioidy</b>	2	4	6	0	0	<b>12</b>
<b>Extáze</b>	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Těkavé látky</b>	0	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>Kokain</b>	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Jiné</b>	2	14	16	0	0	<b>32</b>

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

### Úmrtí za přítomnosti drog v l. 2003 - 2008

	nemoc	nehoda	sebevražda	zabití/vražda	jiné
<b>2003</b>	30	103	77	13	28
<b>2004</b>	2	72	83	3	4
<b>2005</b>	2	66	76	4	3
<b>2006</b>	4	69	64	5	0
<b>2007</b>	1	74	80	6	2
<b>2008</b>	8	89	108	4	0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

**Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky vývoje přímých drogových úmrtí**

	<b>t</b>	<b>y<sub>t</sub></b>	<b>d<sub>1i</sub></b>	<b>k<sub>t</sub></b>	<b>y<sub>t</sub>t</b>	<b>t<sup>2</sup></b>	<b><sup>(0)</sup>T<sub>t</sub></b>
2003	1	222			222	1	224,7
2004	2	241	19	1,086	482	4	224,4
2005	3	218	-23	0,905	654	9	224,1
2006	4	212	-6	0,972	848	16	223,9
2007	5	213	1	1,005	1065	25	223,6
2008	6	238	25	1,117	1428	36	223,3
<b>2009</b>	7						<b>223,0</b>
<b>2010</b>	8						<b>222,7</b>

$$b_1 = -0,285$$

$$b_0 = 224,99$$

**Pomocná tabulka pro výpočet trendové přímky vývoje úmrtí za přítomnosti drog**

	<b>t</b>	<b>y<sub>t</sub></b>	<b>d<sub>1i</sub></b>	<b>k<sub>t</sub></b>	<b>y<sub>t</sub>t</b>	<b>t<sup>2</sup></b>	<b><sup>(0)</sup>T<sub>t</sub></b>
2003	1	251			251	1	196,1
2004	2	164	-87	0,653	328	4	189,9
2005	3	151	-13	0,921	453	9	183,6
2006	4	145	-6	0,960	580	16	177,4
2007	5	163	18	1,124	815	25	171,1
2008	6	209	46	1,282	1254	36	164,9
<b>2009</b>	7						<b>158,6</b>
<b>2010</b>	8						<b>152,3</b>

$$b_1 = -6,257$$

$$b_0 = 202,399$$

## Příloha č. 12 - Léčení uživatelé drog v zemích EU

Počet léčených uživatelů drog v jednotlivých zemích EU

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Celkem
<b>Bulharsko</b>	1 376	1 321	2 037	1 443	1 328	1 398	<b>8 903</b>
<b>ČR</b>	9 237	8 522	8 845	8 041	8 164	8 121	<b>50 930</b>
<b>Dánsko</b>	4 310	5 134	5 212	5 228	5 426	4 661	<b>29 971</b>
<b>Finsko</b>	3 497	3 411	3 150	2 935	2 487	2 221	<b>17 701</b>
<b>Francie</b>	:	22 118	:	20 989	37 494	32 542	<b>113 143</b>
<b>Irsko</b>	4 985	5 146	4 270	4 671	5 280	5 775	<b>30 127</b>
<b>Itálie</b>	159 051	163 516	162 230	48 734	47 823	51 609	<b>632 963</b>
<b>Kypr</b>	242	265	450	423	528	726	<b>2 634</b>
<b>Litva</b>	4 405	4 689	5 011	5 371	5 574	5 715	<b>30 765</b>
<b>Lucembursko</b>	470	412	389	383	379	376	<b>2 409</b>
<b>Maďarsko</b>	12 777	14 993	14 165	14 793	15 480	4 142	<b>76 350</b>
<b>Malta</b>	929	958	1 055	511	758	:	<b>4 211</b>
<b>Německo</b>	20 889	38 285	44 448	61 243	62 046	48 475	<b>275 386</b>
<b>Nizozemsko</b>	10 403	10 784	9 887	9 411	9 623	8 718	<b>58 826</b>
<b>Polsko</b>	11 915	11 778	12 818	13 320	13 198	:	<b>63 029</b>
<b>Rakousko</b>	5 857	6 413	6 995	7 554	5 603	5 611	<b>38 033</b>
<b>Rumunsko</b>	1 905	2 070	1 502	1 538	1 350	1 891	<b>10 256</b>
<b>Řecko</b>	3 630	3 637	4 269	4 248	4 847	4 786	<b>25 417</b>
<b>Slovensko</b>	2 111	2 136	2 315	2 078	1 927	1 985	<b>12 552</b>
<b>Slovinsko</b>	1 395	1 485	1 130	634	657	689	<b>5 990</b>
<b>Španělsko</b>	43 831	:	52 922	50 638	49 283	:	<b>196 674</b>
<b>Švédsko</b>	3 173	3 394	4 405	6 750	6 962	6 480	<b>31 164</b>
<b>Spojené království</b>	74 546	98 078	99 482	117 783	128 446	128 208	<b>646 543</b>

Zdroj: EMCDDA

Počet nově a opakovaně léčených uživatelů drog v zemích EU

	2002		2003		2004		2005	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
Bulharsko	826	550	859	462	1 370	667	1 055	388
ČR	4 518	4719	4 364	4158	4 245	4600	3 669	4372
Dánsko	2 946	1364	3 389	1745	3 516	1696	3 650	1578
Finsko	2 601	896	2 599	812	2 415	735	2 304	631
Francie	:	:	14 910	7 208	:	:	16 822	4 167
Irsko	2 898	2 087	2 968	2 178	2 490	1 780	2 664	2 007
Itálie	126 204	32 847	129 334	34 182	127 922	34 308	13 559	35 175
Kypr	75	167	135	130	223	227	214	209
Litva	3 934	471	4 333	356	4 587	424	5 022	349
Lucembursko	434	36	384	28	345	44	356	27
Maďarsko	8 660	4 117	9 035	5 958	8 510	5 655	8 474	6 319
Malta	833	96	844	114	915	140	199	312
Německo	11 315	9 574	27 402	10 883	31 244	13 204	47 210	14 033
Nizozemsko	5 556	4 847	5 680	5 104	5 102	4 785	5 112	4 299
Polsko	5 378	6 537	5 081	6 697	5 878	6 940	6 296	7 024
Rakousko	5 168	689	5 522	891	6 148	847	6 681	873
Rumunsko	846	1 059	1 146	924	792	710	885	653
Řecko	1 843	1 787	1 734	1 903	2 107	2 162	2 023	2 225
Slovensko	1 268	843	1 259	877	1 270	1 045	1 115	963
Slovinsko	867	528	981	504	604	526	292	342
Spojené království	74 546	:	69 991	28 087	69 617	29 865	74 860	42 923
Španělsko	26 603	17 228	:	:	26 753	26 169	26 085	24 553
Švédsko	2 131	1 042	2 298	1 096	2 988	1 417	5 413	1 337

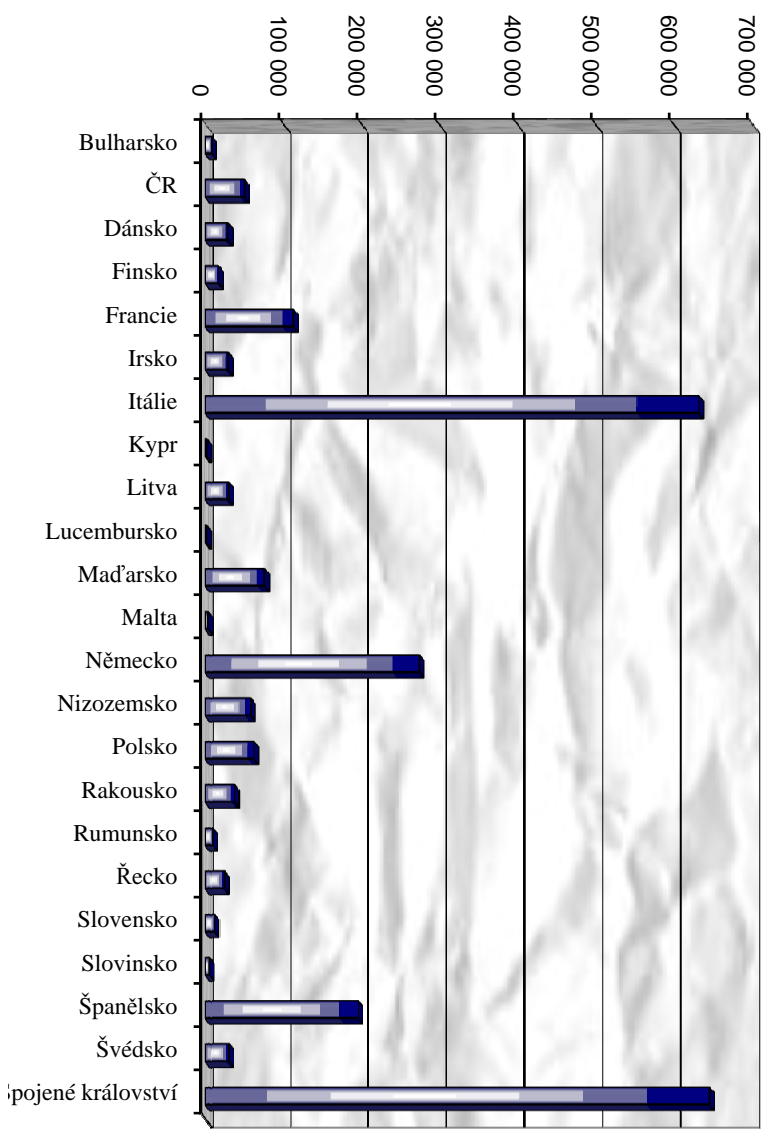
	2006		2007		Celkem	
	opakovaně	nově	opakovaně	nově	opakovaně	nově
Bulharsko	1 032	296	1 032	366	6 174	2 729
ČR	4 045	4119	3 775	4346	24 616	26314
Dánsko	4 097	1329	3 146	1515	20 744	9227
Finsko	1 995	492	1 814	407	13 728	3973
Francie	29 445	8 049	22 840	9 702	84 017	29 126
Irsko	3 003	2 277	3 300	2 475	17 323	12 804
Itálie	12 987	34 836	16 023	35 586	426 029	206 934
Kypr	304	224	355	371	1 306	1 328
Litva	5 251	323	5 397	318	28 524	2 241
Lucembursko	327	52	342	34	2 188	221
Maďarsko	9 807	5 673	1 409	2 733	45 895	30 455
Malta	341	417	:	:	3 132	1 079
Německo	47 743	14 303	28 982	19 493	193 896	81 490
Nizozemsko	4 397	5 226	2 640	6 078	28 487	30 339
Polsko	6 718	6 480	:	:	29 351	33 678
Rakousko	3 461	2 142	3 685	1 926	30 665	7 368
Rumunsko	743	607	765	1 126	5 177	5 079
Řecko	2 454	2 393	2 540	2 246	12 701	12 716
Slovensko	1 079	848	1 095	890	7 086	5 466
Slovinsko	368	289	413	276	3 525	2 465
Spojené království	78 821	49 625	81 043	47 165	374 332	197 665
Španělsko	26 950	22 333	:	:	106 391	90 283
Švédsko	5 522	1 440	5 134	1 346	23 486	7 678

Zdroj: EMCDDA

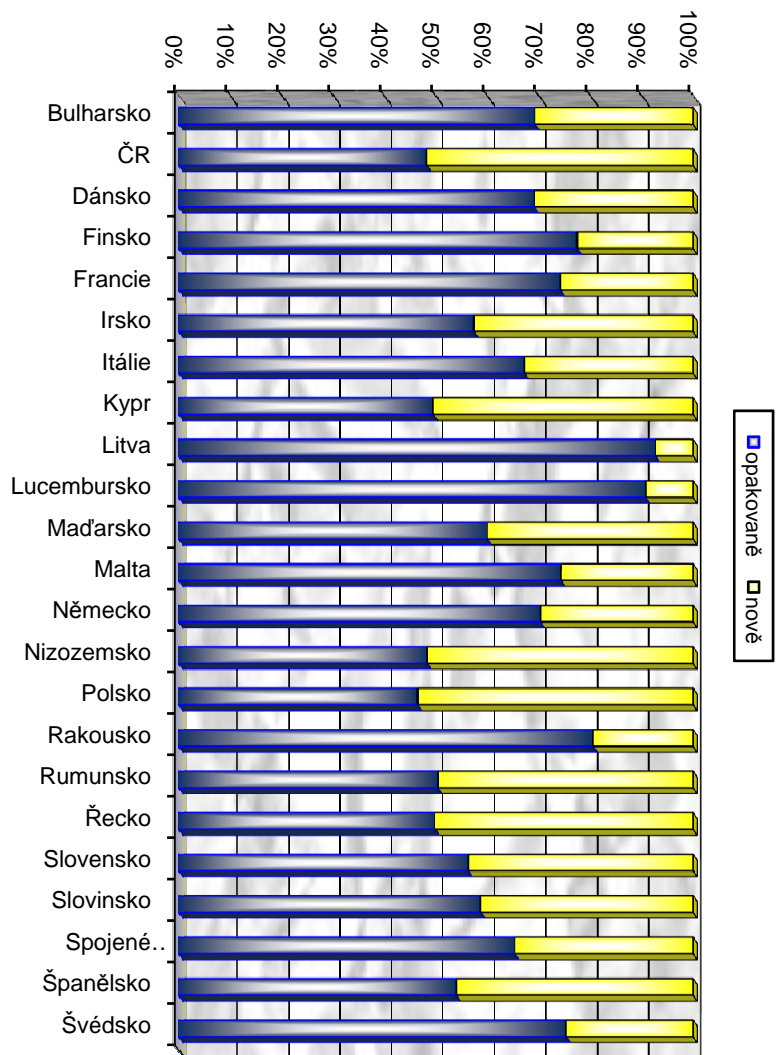


### Celkový počet léčených uživatelů drog v zemích EU v l. 2002 - 2007

Zdroj: EMCDDA



**Počet nové a opakovaně léčených uživatelů drog v EU v 1. 2002 - 2007**  
 zdroj: EMCDDA



**Příloha č. 13 - Úmrtí za přítomnosti drog v zemích EU**

**Úmrtí za přítomnosti drog v dospělé populaci (15 - 64 let)  
v zemích EU na milion obyvatel**

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>d<sub>1i</sub></b>	<b>k<sub>t</sub></b>
<b>Belgie</b>	16,2	16,2	0	1
<b>Bulharsko</b>	9	5,4	-3,6	0,6
<b>ČR</b>	5,3	5,6	0,3	1,057
<b>Dánsko</b>	57,7	55,2	-2,5	0,957
<b>Estonsko</b>	74,2	74,2	0	1
<b>Finsko</b>	39,9	35,6	-4,3	0,892
<b>Francie</b>	6,7	5,9	-0,8	0,881
<b>Irsko</b>	53,5	37,9	-15,6	0,708
<b>Itálie</b>	15,1	13,3	-1,8	0,881
<b>Kypr</b>	16,9	18,8	1,9	1,112
<b>Litva</b>	30,6	26,7	-3,9	0,873
<b>Lotyšsko</b>	13,3	10,8	-2,5	0,812
<b>Lucembursko</b>	85,3	60	-25,3	0,703
<b>Maďarsko</b>	3,6	3,6	0	1
<b>Malta</b>	25	24	-1	0,96
<b>Německo</b>	24,9	23,4	-1,5	0,940
<b>Nizozemsko</b>	8,7	9,5	0,8	1,092
<b>Polsko</b>	7,3	9,3	2	1,274
<b>Portugalsko</b>	39,6	30,4	-9,2	0,768
<b>Rakousko</b>	30,9	35,2	4,3	1,139
<b>Rumunsko</b>	22,9	15	-7,9	0,655
<b>Řecko</b>	23,4	23,2	-0,2	0,991
<b>Slovensko</b>	4,1	5,2	1,1	1,268
<b>Slovinsko</b>	26,3	29,1	2,8	1,106
<b>Spojené království</b>	49	47,5	-1,5	0,969
<b>Španělsko</b>	16,2	21,1	4,9	1,302
<b>Švédsko</b>	24,1	22	-2,1	0,913

Zdroj: EMCDDA + vlastní výpočet

**Podíl jednotlivých druhů drog na úmrtí souvisejících s drogou**

země	Opiáty	Kokain	Amfetaminy	Extáze	Konopné	Halucino- geny	ostatní
<b>Belgie</b>							
2007	50,5	11,2	10,4	1,1	24,6	0,3	1,9
2006							
<b>Bulharsko</b>							
2007	97,8	0,3	0,7	0,0	0,7	0,0	0,6
2006	97,7	0,2	0,8		1,1		0,2
<b>ČR</b>							
2007	23,2	0,3	60,9	0,1	13,1	0,2	2,3
2006	25,4	0,2	58,6	0,2	12,7	0,1	2,7
<b>Dánsko</b>							
2007	44,5	6,8	9,1	0,9	33,2	0,1	5,5
2006	43,0	4,7	6,4	0,9	24,5	0,4	20,6
<b>Finsko</b>							
2007	53,4	0,2	22,7	0,3	12,5	0,1	10,8
2006	45,0		25,0		18,0	0,0	12,0
<b>Francie</b>							
2007	39,8	6,9	0,3	0,5	48,8	0,3	3,4
2006	41,2	6,6	0,3	0,7	46,9	0,5	3,8
<b>Irsko</b>							
2007	63,9	13,3	0,7	2,2	16,3	0,0	3,6
2006	63,8	10,8	0,6	1,8	20,5	0,0	2,5
<b>Itálie</b>							
2007	62,4	23,3	0,1	0,3	12,8	0,1	1,1
2006	56,7	24,8	0,1	0,4	15,7	0,1	2,2
<b>Kypr</b>							
2007	55,0	13,2	0,0	1,5	29,5	0,0	0,8
2006	56,8	15,9		2,8	24,1	0,0	0,4
<b>Lotyšsko</b>							
2007	65,7	1,1	16,3	0,0	5,7	0,5	10,8
2006	39,6	0,4	24,5	0,4	11,1	1,3	22,7
<b>Litva</b>							
2007	80,8	0,2	2,6	0,0	0,6	0,1	15,8
2006	80,4	0,1			0,5	0,1	18,8
<b>Lucembursko</b>							
2007	76,9	11,8	0,3	2,7	5,6	1,6	1,1
2006	79,8	14,6	0,5	1,9	1,9	30,0	0,0
<b>Maďarsko</b>							
2007	10,5	2,5	10,5	1,8	68,2	0,6	6,0
2006	15,0	1,0	4,4	2,2	37,9	0,5	39,0

země	Opiáty	Kokain	Amfetaminy	Extáze	Konopné	Halucino- geny	ostatní
<b>Malta</b>							
2007	76,2	8,4	0,0	2,7	11,8	0,1	0,7
2006	76,0	8,0		3,0	12,0	0,0	1,0
<b>Německo</b>							
2007	50,3	7,9	7,0		29,9	0,1	4,7
2006	49,8	6,9	6,2		29,6	0,1	7,4
<b>Nizozemí</b>							
2007	19,7	31,8	5,9	1,3	37,2	0,5	3,6
2006	22,3	34,7	5,9	0,9	31,8	1,2	3,2
<b>Polsko</b>							
2006	23,3	0,9	8,9		3,0	0,6	63,3
<b>Portugalsko</b>							
2006	76,5	8,5	0,2	0,3	10,8	0,4	3,4
<b>Rakousko</b>							
2007	67,5	7,5	1,9	0,7	19,4	0,1	2,9
2006	65,8	6,3	2,0	0,7	20,7	0,1	4,3
<b>Rumunsko</b>							
2007	70,8	0,6	0,1	1,2	7,5	0,1	19,7
2006	69,5	0,2	0,5	0,4	3,1	0,0	26,4
<b>Řecko</b>							
2007	86,2	3,8	0,0	0,1	8,2	0,1	1,7
2006	87,8	2,6	0,0	0,2	7,3	0,0	2,0
<b>Slovinsko</b>							
2007	95,8	0,9	0,0	0,1	3,1	0,0	0,1
2006	91,1	1,3	0,1	0,2	7,0	0,0	0,3
<b>Slovensko</b>							
2007	45,8	0,5	26,3	0,3	17,9	0,3	8,8
2006	47,0	1,2	24,7	0,3	18,0	0,1	8,7
<b>Spojené království</b>							
2007	63,7	12,7	3,8	0,7	15,6	0,1	3,3
2006	65,2	11,6	3,5	0,6	15,8	0,1	3,2
<b>Španělsko</b>							
2007	40,4	45,1	0,9	0,3	10,8	0,1	2,4
2006	39,3	46,9	0,8	0,5	10,9	0,1	1,6
<b>Švédsko</b>							
2007	25,7	2,7	34,3	0,2	16,1	0,2	20,8
2006	24,4	2,7	34,9	0,1	17,0	0,3	20,6

Zdroj: EMCDDA

**Úmrtí za přítomnosti drog v dospělé populaci (15 - 64 let) v zemích EU  
na milion obyvatel**  
zdroj: EMCDDA

