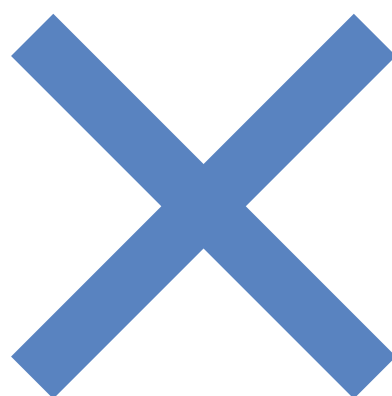




Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Souhrnná zpráva

o závislostech
v České republice



> 2022



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022

Pavla Chomynová, Kateřina Grohmannová, Zuzana Dvořáková, Barbora Orliková,
Zdeněk Rous, Tereza Černíková

Praha, březen 2023

Z pověření vlády České republiky

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI
SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI POLITIKY V OBLASTI ZÁVISLOSTÍ
ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY

Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022
© Úřad vlády České republiky, 2023
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1
tel.: +420 224 002 111
www.drogy-info.cz

Editor/ Mgr. Pavla Chomynová
Odpovědný redaktor/ Mgr. Zuzana Tion Leštinová

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

Zpráva byla projednána Poradním výborem pro sběr dat o závislostech. Dne 6. března 2023 zprávu schválila Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Dne 12. 4. 2023 zprávu projednala vláda ČR.

Pro bibliografické citace/

CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., DVOŘÁKOVÁ, Z., ORLÍKOVÁ, B., ROUS, Z., ČERNÍKOVÁ, T. 2023. Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022 [Summary Report on Addictions in the Czech Republic in 2022] CHOMYNOVÁ, P. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 978-80-7440-311-8 (online, PDF)

Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022 je v pořadí druhou zprávou Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS), která přináší komplexní přehled o situaci v oblasti užívání návykových látek a dalších forem závislostního chování v České republice. Zpráva shrnuje aktuální situaci a vývoj v oblasti legislativy a politiky, uvádí výsledky studií zaměřených na rozsah a vzorce užívání nelegálních drog, shrnuje situaci a změny v oblasti prevence, léčby a snižování rizik, popisuje vývoj kriminality a aktuální trendy na trzích s produkty se závislostním potenciálem. Popisovány jsou poslední dostupné výsledky (z běžných statistik jde obvykle o údaje za r. 2021, z výběrových šetření také výsledky z r. 2022) a tam, kde jsou dostupné časové řady studií, jsou prezentovány i trendy ve vývoji situace v posledních deseti letech. Tematické kapitoly shrnují situaci a vývoj podle jednotlivých témat politiky v oblasti závislostí.

Zdrojem informací uvedených v této zprávě jsou dílčí tematické zprávy zpracované Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti v l. 2021 a 2022, doplněné o aktuální data dostupná z běžných statistik, výročních a výzkumných zpráv:

- > Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021,
- > Zpráva o alkoholu v České republice 2021,
- > Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2021,
- > Zpráva o hazardním hraní v České republice 2021,
- > Zpráva o digitálních závislostech v České republice 2022,
- > Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022.

Zdroje informací, dat a aktuálních trendů, které jsou citovány v jednotlivých tematických zprávách, jsou v souhrnné zprávě dále uváděny bez podrobných referencí. Tam, kde byla data aktualizována o nové údaje, jsou uváděny odkazy na jejich zdroj.

Vzhledem k aktuální situaci v r. 2022 se zpráva zabývá také dopady krize na Ukrajině a následné uprchlické vlny z Ukrajiny do evropských zemí na situaci v oblasti závislostí a adiktologické služby v České republice.

Všechny zprávy a další publikace vydané Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti jsou dostupné na internetových stránkách [drogy-info.cz](https://www.drogy-info.cz).¹

¹ <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/>, <https://www.drogy-info.cz/zprava-o-zavislostech/> [2023-01-12]

Obsah

Souhrn.....	7
Kroky k efektivní realizaci opatření v oblasti závislostí.....	15
Kapitola 1: Veřejnozdravotní význam návykových látek.....	19
Kapitola 2: Nabídka, trhy a dostupnost návykových látek.....	21
2.1 Tabákové, nikotinové a související výrobky.....	21
2.2 Alkohol.....	22
2.3 Psychoaktivní léky.....	23
2.4 Nelegální drogy.....	23
2.5 Hazardní hraní.....	24
2.6 Internet, hraní digitálních her a sociální sítě.....	25
Kapitola 3: Národní politika v oblasti závislostí.....	27
3.1 Politika v oblasti kontroly tabáku a v oblasti alkoholu.....	27
3.2 Politika v oblasti nelegálních drog a psychoaktivních léků.....	27
3.3 Politika a regulace v oblasti hazardního hraní.....	28
3.4 Národní strategie v oblasti závislostí.....	29
3.5 Financování politiky v oblasti závislostí.....	30
Kapitola 4: Adiktologická prevence.....	33
4.1 Systémový rámec v oblasti prevence.....	33
4.2 Všeobecná prevence.....	33
4.3 Selektivní a indikovaná prevence.....	34
4.4 Prevence na úrovni komunity.....	35
4.5 Mediální a informační kampaně.....	35
Kapitola 5: Adiktologické služby.....	37
5.1 Systémový rámec adiktologických služeb.....	37
5.2 Síť adiktologických služeb.....	37
5.3 Certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb.....	39
5.4 Léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií.....	39
5.5 Služby minimalizace rizik.....	39
5.6 Ambulantní programy.....	41
5.7 Substituční léčba.....	42
5.8 Rezidenční programy.....	43
5.9 Následná péče.....	44
5.10 Adiktologické služby ve vězení.....	44
5.11 Participativní a svépomocné aktivity.....	44
Kapitola 6: Užívání tabákových, nikotinových a souvisejících výrobků a jeho dopady.....	47
6.1 Veřejnozdravotní význam kouření.....	47
6.2 Užívání tabákových a nikotinových výrobků mezi dětmi a mládeží.....	47
6.3 Užívání tabákových a nikotinových výrobků v dospělé populaci.....	48
6.4 Zdravotní důsledky kouření.....	49
6.5 Sociální důsledky kouření.....	49
6.6 Kriminalita spojená s užíváním tabáku.....	50
6.7 Zdravotní varování před riziky kouření a krátké intervence.....	50
6.8 Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku.....	50
6.9 Kouření v ČR ve srovnání s Evropou.....	51
Kapitola 7: Užívání alkoholu a jeho dopady.....	53
7.1 Veřejnozdravotní význam užívání alkoholu.....	53
7.2 Užívání alkoholu mezi dětmi a mládeží.....	53
7.3 Užívání alkoholu v dospělé populaci.....	54
7.4 Zdravotní důsledky užívání alkoholu.....	55
7.5 Sociální důsledky a souvislosti užívání alkoholu.....	56

7.6	Kriminalita spojená s alkoholem	56
7.7	Zdravotní varování před riziky konzumace alkoholu a krátké intervence	56
7.8	Léčba uživatelů alkoholu	56
7.9	Harm reduction služby pro uživatele alkoholu	57
7.10	Konzumace alkoholu v ČR ve srovnání s Evropou	58
Kapitola 8: Problematické užívání psychoaktivních léků a jeho dopady		61
8.1	Veřejnozdravotní význam užívání psychoaktivních léků	61
8.2	Užívání psychoaktivních léků mezi dětmi a mládeží	61
8.3	Užívání psychoaktivních léků v dospělé populaci	62
8.4	Zdravotní a sociální důsledky problematické spotřeby psychoaktivních léků	63
8.5	Kriminalita spojená s psychoaktivními léky	63
8.6	Prevence zneužívání psychoaktivních léků	64
8.7	Léčba uživatelů psychoaktivních léků	64
8.8	Užívání psychoaktivních léků v ČR ve srovnání s Evropou	65
Kapitola 9: Užívání nelegálních drog a jeho dopady		67
9.1	Veřejnozdravotní význam užívání nelegálních drog	67
9.2	Užívání nelegálních drog mezi dětmi a mládeží	67
9.3	Užívání nelegálních drog v dospělé populaci	68
9.4	Zdravotní důsledky užívání nelegálních drog	70
9.5	Sociální důsledky a souvislosti užívání drog	71
9.6	Kriminalita spojená s nelegálními drogami	72
9.7	Léčba uživatelů nelegálních drog a harm reduction intervence	72
9.8	Drogy v ČR ve srovnání s Evropou	73
Kapitola 10: Hraní hazardních her a jeho dopady		75
10.1	Hazardní hry a jejich rizikovost	75
10.2	Hraní hazardních her mezi dětmi a mládeží	75
10.3	Hraní hazardních her v dospělé populaci	76
10.4	Zdravotní a sociální dopady hazardního hraní	77
10.5	Kriminalita související s hraním hazardních her	77
10.6	Léčba a služby pro hazardní hráče	77
10.7	Hraní hazardních her v ČR ve srovnání s Evropou	78
Kapitola 11: Nadužívání digitálních technologií a jeho dopady		81
11.1	Digitální hry, sociální sítě a jejich závislostní potenciál	81
11.2	Nadužívání digitálních technologií mezi dětmi a mládeží	81
11.3	Nadužívání digitálních technologií v dospělé populaci	82
11.4	Zdravotní a sociální dopady nadužívání digitálních technologií	82
11.5	Léčba a služby pro osoby v riziku digitální závislosti	83
11.6	Nadužívání technologií v ČR ve srovnání s Evropou	83
Kapitola 12: Dopady krize na Ukrajině na situaci v oblasti závislostí v ČR		87
12.1	Situace v oblasti užívání drog na Ukrajině	87
12.2	Výskyt infekčních onemocnění mezi uprchlíky z Ukrajiny	87
12.3	Dopad situace na adiktologické služby v ČR	88
Přílohy		91
	Vybrané stránky s informacemi v oblasti závislostí	91
	Zkratky	93
	Seznam tabulek	95
	Seznam grafů	95
	Seznam obrázků	96
	Zdroje	97



Souhrn

Současná situace a hlavní trendy v oblasti závislostního chování v ČR

Užívání tabákových, nikotinových a souvisejících výrobků

V České republice denně kouří přibližně 20 % populace starší 15 let, tedy přibližně 2 miliony lidí. Podíl kuřáků v dospělé populaci mírně klesal do r. 2015, v posledních letech se zásadně nemění. Dlouhodobě klesá podíl kuřáků mezi mladistvými. V r. 2019 podle studie ESPAD denně kouřilo 10 % 16letých studentů a studentek, což je třikrát méně než na konci 90. let. Pokles kouření klasických cigaret mezi dospívajícími potvrzují i studie realizované v r. 2021.

Ročně zemře v důsledku kouření 16–18 tis. osob, nejčastěji v souvislosti se zhoubným novotvarem průdušnice, průdušek a plic, případně chronickou obstrukční plicní nemocí. Na 1 zemřelého kuřáka připadá 15 ztracených let života.

V kontaktu se službami a v léčbě pro závislost na tabáku je ročně přibližně 1–2 tis. osob. Poradenství v oblasti odvykání kouření poskytují ambulantní lékaři různých odborností, lékárny i adiktologické programy. Značná část kuřáků se pokouší přestat bez odborné pomoci.

V posledních letech roste obliba alternativních výrobků, především tzv. elektronických cigaret (či vaporizérů), zahříváných tabákových výrobků a nikotinových sáčků, a to zejména mezi mladými dospělými. E-cigarety užívá v současnosti přibližně 5–7 % a zahřívané tabákové výrobky 3–7 % dospělých. Tyto výrobky jsou ze zdravotního hlediska méně rizikové než klasické cigarety, doutníky a dýmky a jsou využívány i při odvykání kouření cigaret.

Užívání alkoholu

Pití alkoholu v české populaci je dlouhodobě na vysoké úrovni. Spotřeba alkoholu v ČR dlouhodobě odpovídá 10 l čistého alkoholu na osobu. Denně pije alkohol téměř 10 % dospělé populace a podíl denních konzumentů je dlouhodobě stabilní. Časté pití nadměrných dávek alkoholu uvádí 12 % populace. Zatímco častá konzumace nadměrných dávek alkoholu je nejvyšší mezi mladými dospělými a s věkem klesá, každodenní konzumace alkoholu s věkem roste. Mezi dospívajícími dochází od r. 2011 k významnému poklesu pití alkoholu, včetně pravidelné konzumace a rizikových forem pití. Pokles pití alkoholu mezi dospívajícími potvrzují i studie realizované v r. 2021.

V evropském kontextu však zůstává míra konzumace alkoholu mezi dospívajícími na vysoké úrovni.

Dlouhodobě odhadem 1,5–1,7 milionu dospělých se nachází v kategorii rizikového pití alkoholu, v tom 800–900 tis. osob spadá do kategorie škodlivého pití. Podíl osob vykazujících známky rizikového a škodlivého pití alkoholu se dlouhodobě nemění, poslední dostupná data z r. 2021 naznačují mírný pokles výskytu rizikového pití v dospělé populaci.

Ročně zemře v souvislosti s konzumací alkoholu 6–7 tis. osob, z toho 2 tis. úmrtí je přímo přiřaditelných alkoholu (např. úmrtí na alkoholické onemocnění jater nebo intoxikaci alkoholem). U dalších 600 případů ročně jde o nepřímá úmrtí, tedy úmrtí pod vlivem alkoholu v důsledku nehod nebo sebevražd. Zátěží pro společnost a zdravotní systém jsou také úrazy, dopravní nehody či násilí páchané pod vlivem alkoholu. Závislí na alkoholu umírají v průměru o 24 let dříve než běžná populace.

V kontaktu se službami a v léčbě pro závislost na alkoholu je ročně přibližně 30 tis. osob, z nich největší část (cca 26–27 tis. osob) je v kontaktu s psychiatrickými zařízeními (cca 20 tis. v ambulantní péči, cca 6 tis. v lůžkové péči).

Problematická spotřeba psychoaktivních léků

Do kategorie problematické spotřeby psychoaktivních léků, definované jako užívání léků po dobu déle než 6 týdnů, subjektivního pocitu nadužívání léků a/nebo získání léků bez lékařského předpisu, spadá odhadem 13–15 % populace, což odpovídá 1,3–1,5 mil. osob. Sedativa a hypnotika užívá problémově odhadem 1,1 mil. osob a opioidní analgetika 550 tis. osob. Častěji jde o ženy, dlouhodobé trendy v této oblasti nejsou k dispozici.

Zneužívané psychoaktivní léky jsou získávány především z oficiálního zdravotního systému, ale také prostřednictvím rodiny či internetu, avšak objevují se i na trhu s nelegálními drogami.

Dlouhodobě klesá množství benzodiazepinů a barbiturátů distribuovaných do lékáren (přepočteno na mil. denních dávek léčiv) a naopak roste množství distribuovaných sedativ ze skupiny Z-léků, pregabalínu a opioidních analgetik.

Ročně v důsledku předávkování psychoaktivními léky zemře přibližně 40 osob, nejčastěji jde o předávkování benzodiazepiny. Kategorie opioidů zahrnuje také předávkování opioidními analgetiky (např. fentanyl, kodein, dihydrokodein, hydromorfon, oxycodon). Dalších 70 případů úmrtí pod vlivem psychoaktivních léků je ročně hlášeno z důvodu nemoci, nehody nebo sebevraždy. Pro úraz pod vlivem psychoaktivních léků je ročně hospitalizováno 150–200 osob.

V léčbě v souvislosti s užíváním psychoaktivních léků je ročně přibližně 3–4 tis. osob, většina z nich v ambulantní léčbě, v tom cca 2 tis. v souvislosti s problémy spojenými se sedativy a hypnotiky. Uživatelé léků tvoří dlouhodobě 5–6 % celkového počtu pacientů v ambulantní léčbě závislosti.

Užívání nelegálních drog

Nejčastěji užívanou nelegální drogou v ČR jsou konopné látky, ostatní nelegální drogy jsou užívány v mnohem menší míře. Mezi dospívajícími prevalence zkušeností s nelegálními drogami dlouhodobě klesá. Další pokles potvrzují také studie mezi dospívajícími z r. 2021.

Zkušenost s konopnými látkami uvádí přibližně čtvrtina až třetina dospělých osob. Přibližně 6–10 % dospělých uvádí aktuální užívání konopí (tj. užívání v posledních 12 měsících), což odpovídá přibližně 500–900 tis. osob. Užívání konopí je vyšší mezi muži a v mladších věkových skupinách.

Podíl dospělých, kteří užívají konopné látky, je dlouhodobě stabilní, mírně se však zvyšuje podíl uživatelů konopných látek mezi mladými dospělými (do 34 let věku). Konopí z důvodu samoléčby užilo v posledním roce 5–7 % dospělé populace, tj. odhadem 440–590 tis. osob. Výhradně pro samoléčbu ho užilo odhadem 190–250 tis. osob, nejvyšší míru užívání konopí z důvodů samoléčby uvádějí lidé starší 65 let. Zkušenost s extází má 4–6 % dospělých, s halucinogeny 5–6 % a s pervitinem, stejně jako s kokainem 2–3 % dospělých.

Odhadem 45 tis. lidí užívá drogy rizikově, nejčastěji pervitin (35 tis.) nebo opioidy (10 tis.). Za posledních deset let se jejich počet zvýšil přibližně o čtvrtinu. Odhadem 41 tis. lidí užívá nelegální drogy injekčně.

Výskyt HIV/AIDS je v české populaci i mezi injekčními uživateli drog dlouhodobě na nízké úrovni (5–7 případů ročně). Výskyt VHC je dlouhodobě stabilní (přibližně 300–500 případů ročně), nicméně představuje nejrozšířenější infekci mezi uživateli drog, která zatěžuje zdravotní systém.

Na předávkování nelegálními drogami ročně zemře 40–60 osob, dalších 150 případů úmrtí pod vlivem nelegálních drog je ročně hlášeno z důvodu nemoci, nehody nebo sebevraždy. Zátěž pro společnost a zdravotní systém jsou také úrazy a dopravní nehody pod vlivem drog.

V psychiatrických ambulancích je ročně léčeno odhadem 14 tis. uživatelů nelegálních drog, v lůžkových zařízeních přibližně 5 tis. V kontaktu s nízkoprahovými programy je ročně téměř 40 tis. uživatelů drog. Z dlouhodobého hlediska je patrný nárůst počtu uživatelů pervitinu. Průměrný věk uživatelů drog v kontaktu s adiktologickými službami se zvyšuje, u klientů v kontaktu s nízkoprahovými programy dosahoval 35 let.

Hazardní hraní

Hraní hazardních her v posledních 12 měsících uvedlo 35–50 % dospělých, nejvíce lidí hraje loterie, které dlouhodobě nejsou považovány za hazardní hru. Po vyloučení loterií uvádí hraní hazardních her 13–20 % dospělé populace.

V dlouhodobém horizontu dochází k mírnému nárůstu míry hazardního hraní v dospělé populaci, a to jak v případě loterií, tak v případě ostatních her (technické hry, živé hry a kurzové sázení). Podíl mužů je několikanásobně vyšší než podíl žen, rovněž mezi mladými dospělými (15–34 let) je podíl osob, které hrály hazardní hry, výrazně vyšší.

Dlouhodobě je odhadováno 150–250 tis. osob v riziku rozvoje problémů s hraním hazardních her, v kategorii vysokého rizika se nachází 80–100 tis. osob. Největší podíl osob v riziku je mezi hráči technických her a online kurzového sázení. Odhadovaný počet osob v riziku rozvoje problémového hráčství je dlouhodobě stabilní, mírně se však zvyšuje počet osob ve vysokém riziku.

Problémové hraní vede k finančním, rodinným i pracovním problémům. Ke zdravotním dopadům problémového hazardního hraní patří vysoký výskyt psychiatrické komorbidity. V porovnání s obecnou populací mají lidé, kteří mají problém s hraním, výrazně horší duševní zdraví včetně suicidálních myšlenek a pokusů.

V kontaktu se službami v souvislosti s hazardním hraním je přibližně 2–3 tis. osob ročně, z toho necelý 1 tis. v zařízeních psychiatrické péče. Jde zejména o muže, kterých se s tímto problémem léčí 5krát více než žen. Průměrný věk hráčů v léčbě je přibližně 35 let. Většina léčených má problém s technickými hrami (automaty), jejich podíl však klesá. Výrazně roste podíl osob v léčbě, které mají problém s online kurzovým sázením.

Nadužívání digitálních technologií

Nadměrné užívání digitálních technologií se týká poměrně velké části populace. V běžný pracovní den tráví dospělí na internetu v průměru 130–150 minut denně, o víkendu 160–180 minut.

V kategorii rizika závislosti na internetu a digitálních technologiích se nachází odhadem 5 % české populace starší 15 let, což odpovídá přibližně 445 tis. osob. Do kategorie vysokého rizika spadá odhadem 125 tis. osob starších 15 let. Nejvyšší podíl osob v riziku je ve věkové skupině 15–24 let.

Digitální hry hraje rizikově, tj. 4 a více hodin denně, přibližně 15–25 % dětí a 10–15 % dospívajících. Do kategorie závislosti na hraní her spadá odhadem 5–13 % dospívajících. Sociální sítě užívá rizikově, tj. 4 a více hodin denně, 25–30 % dětí a 45–50 % dospívajících. Do kategorie rizika v souvislosti s trávením času na sociálních sítích spadá odhadem 7–30 % dospívajících.

Přímé dopady nadužívání digitálních technologií zahrnují zanedbávání hygieny, jídla a/nebo spánku, únavu, bolesti hlavy, očí, zad nebo jiných částí pohybového aparátu. Mezi dlouhodobé dopady patří pokles fyzické aktivity, omezení sociálních kontaktů a ztráta přátel, konflikty v osobních vztazích, zanedbávání volnočasových aktivit, nesoustředěnost a problémy v práci nebo ve škole.

U dospívajících klientů se objevuje spojitost s úzkostnými poruchami, ADHD, depresivními stavy a sebevražednými myšlenkami.

V ČR v současné době neexistují léčebné a poradenské služby přímo zaměřené na klienty v riziku digitálních závislostí. Klienti v riziku digitálních závislostí se v rostoucí míře obracejí na adiktologické služby – dlouhodobě roste počet programů pracujících s klienty v riziku digitálních závislostí i počet těchto klientů. S digitálními závislostmi se služby stále častěji setkávají u dětí a dospívajících (ve věku 10–18 let), jde zejména o nadměrné hraní online her a trávení času na sociálních sítích. Až na výjimky vykazují klienty s digitální závislostí ambulantní služby.

V ČR funguje několik online poraden, které nabízejí poradenství klientům také v oblasti digitálních závislostí a poskytují odkazy na další služby.

Základní přehled situace v ČR v číslech

Výskyt závislostního chování v dospělé populaci

- **17–23 %** populace ve věku 15+ let, tj. **1,5–2,1 mil.** osob, denně nebo téměř denně kouří cigarety
- **10 %** osob ve věku 15+ let, tj. **800–980 tis.** osob, denně nebo téměř denně pije alkohol
- **17–19 %** osob, tj. **1,5–1,7 mil.** osob, pije rizikově, v tom **9–10 %** populace (**800–900 tis.** osob) spadá do kategorie škodlivého pití alkoholu
- **14–15 %** dospělých, tj. odhadem **1,3–1,5 mil.** osob, spadá do kategorie problematické spotřeby psychoaktivních léků
- **6–10 %** osob ve věku 15+ let, tj. odhadem **500–900 tis.** dospělých, užilo v posledních 12 měsících konopné látky, přibližně **400 tis.** dospělých spadá do kategorie rizika vzniku problémů spojených s užíváním konopných látek
- **5–7 %** dospělé populace užilo v posledních 12 měsících konopné látky pro samoléčbu, tj. odhadem **400–600 tis.** osob
- **1 %** dospělých užilo někdy v posledních 12 měsících extázi, **2 %** halucinogenní houby, méně než **1 %** pervitin (nebo amfetaminy) a kokain
- **44,9 tis.** osob užívá rizikově pervitin nebo opioidy, v tom **34,7 tis.** užívá rizikově pervitin, **5,3 tis.** buprenorfin, **3,1 tis.** heroin a **1,8 tis.** jiné opioidy
- **2–3 %** populace starší 15 let podle škály Lie/bet spadá do kategorie problémového hráčství (tj. přibližně **170–220 tis.** osob), z toho **90–120 tis.** osob spadá do kategorie vysokého rizika
- **5–6 %** osob (**375–510 tis.** osob) spadá do kategorie rizika digitálních závislostí, v tom **1–2 %** (**90–160 tis.** osob) spadá do kategorie vysokého rizika, nejčastěji ve věkových skupinách 15–24 let a 25–34 let

tabulka 1: Výskyt rizikových forem závislostního chování v populaci ČR starší 15 let

Rizikové formy závislostního chování mezi dospělými	Počet osob
Denní kuřáci	1,5–2,1 mil.
Denní konzumenti alkoholu	800–980 tis.
Rizikové pití alkoholu	1,5–1,7 mil.
➤ v tom ve vysokém riziku (tzv. škodlivé pití)	800–980 tis.
Problematické užívání psychoaktivních léků	1,3–1,5 mil.
Intenzivní uživatelé konopných látek	350–465 tis.
➤ v tom ve vysokém riziku	160–250 tis.
Lidé užívající drogy (pervitin a opioidy) rizikově	44–46 tis.
➤ uživatelé pervitinu	34–35 tis.
➤ uživatelé opioidů	10–11 tis.
➤ lidé užívající drogy injekčně	40–41 tis.
Osoby v riziku problémového hraní	170–220 tis.
➤ v tom ve vysokém riziku	91–120 tis.
Osoby v riziku digitální závislosti	375–510 tis.
➤ v tom ve vysokém riziku	90–160 tis.

Výskyt závislostního chování mezi dětmi a dospívajícími

- **10–11 %** 13- až 16letých studentů uvádí pravidelné nebo denní kouření tabáku
- **17 %** 11letých, **43 %** 13letých, **76 %** 15letých a **95 %** 16letých někdy v životě pilo alkohol, více než polovina z nich uvedla pití alkoholu v posledních 30 dnech
- **39 %** 16letých studentů pilo v posledních 30 dnech nadměrné dávky alkoholu (tj. 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti), **12 %** jednou týdně nebo častěji
- **24 %** 16letých studentů užilo v posledních 12 měsících nelegální drogu, **23 %** užilo konopné látky, **3,5 %** sedativa bez předpisu, **3,3 %** těkavé látky, **2,6 %** extázi, **1,1 %** halucinogenní houby, **1,9 %** LSD či jiné halucinogeny a přibližně **1 %** kokain či pervitin
- **9–11 %** dospívajících hrálo v posledních 12 měsících hazardní hry o peníze

- **15–25 %** dětí ve věku 11–15 let a **10–15 %** dospívajících ve věku 15–19 let hraje rizikově digitální hry
- **25–30 %** dětí a **45–50 %** dospívajících užívá rizikově sociální sítě, do kategorie rizika spadá odhadem **7 %** dětí a až **30 %** dospívajících

Dopady užívání návykových látek

- **16–18 tis.** úmrtí je ročně způsobeno kouřením tabáku
- **6–7 tis.** úmrtí je ročně způsobeno pitím alkoholu, u cca **2 tis.** případů je alkohol hlavní nebo jedinou příčinou úmrtí, z toho intoxikace alkoholem tvoří **400–500** případů ročně
- **64** lidí v r. 2021 zemřelo v důsledku smrtelných předávkování, z toho v **54** případech šlo o předávkování nelegálními drogami nebo těkavými látkami, **10** případů v souvislosti s benzodiazepiny
- **150** případů úmrtí bylo identifikováno pod vlivem nelegálních drog a psychoaktivních léků z jiných příčin než předávkování, z toho nejvíce v důsledku nemocí, nehod a sebevražd
- **7** nově zjištěných případů HIV v r. 2021 bylo pravděpodobně v souvislosti s injekčním užíváním drog, dalších **9** osob mělo injekční užívání drog v anamnéze
- **800–1 100** případů virové hepatitidy typu C je hlášeno ročně, z toho **400–600** případů mezi lidmi užívajícími drogy injekčně
- **14–15 tis.** případů hospitalizací je ročně hlášeno pro úraz pod vlivem návykových látek, v tom **13,5–14 tis.** osob pod vlivem alkoholu, **210–290** osob je ročně hospitalizováno pro úraz pod vlivem nelegálních drog, **160–200** osob pod vlivem psychoaktivních léků a **10–15** osob pod vlivem těkavých látek
- **4,5 tis.** dopravních nehod ročně je způsobeno pod vlivem alkoholu, **320** pod vlivem jiných drog
- více než **70 %** hráčů uvádí úzkostně-depresivní poruchu, **46 %** hráčů myšlenky na sebevraždu a **14 %** pokus o sebevraždu
- **2–6krát** častější je u dětí a dospívajících v riziku digitálních závislostí zanedbávání volnočasových aktivit, problémy se spánkem nebo jídlem, problémy ve škole a dopady na čas trávený s kamarády a rodinou

tabulka 2: Úmrtí způsobená ročně užíváním návykových látek v populaci ČR

Závislostní chování	Úmrtí spojená s užíváním	
	Celkem	Přímá (předávkování)
Kouření	16–18 tis.	–
Konzumace alkoholu	6–7 tis.	150–240
Užívání psychoaktivních léků	110–120	40–50
Užívání nelegálních drog	100–150	50–70

Sít' služeb pro klienty s problémem se závislostí

- **250–300** zařízení poskytuje specializované adiktologické služby, z nich je **55–60** nízkoprahových kontaktních center, **50** terénních programů, **90–100** ambulantních léčebných programů (z toho **10** programů pro děti a dorost), **10–15** detoxifikačních jednotek, **25–30** oddělení lůžkové zdravotní péče, **15–20** terapeutických komunit, **35–45** ambulantních doléčovacích programů (z nich **20–25** s chráněným bydlením) a **5–7** domovů se zvláštním režimem pro osoby závislé na návykových látkách; **60** zařízení hlásí pacienty v substituční léčbě a odhadem **600–700** praktických lékařů poskytuje substituční léčbu
- **1/2** adiktologických služeb pracuje s cílovou skupinou hráčů hazardních her, více než **1/3** služeb s osobami v riziku digitálních závislostí
- **43** center poskytuje léčbu závislosti na tabáku v rámci ambulancí nemocnic, cca **200** ambulantních lékařů a přibližně **300** specializovaných lékáren nabízí poradenství

tabulka 3: Odhad počtu osob ročně v kontaktu s adiktologickými službami a v léčbě závislosti v ČR

Závislostní chování	Odhadovaný počet osob v kontaktu se službami
Kouření	1–2 tis.
Konzumace alkoholu	25–35 tis.
Užívání psychoaktivních léků	3–4 tis.
Užívání nelegálních drog	40–45 tis.
Hazardní hraní	2–3 tis.
Digitální závislosti	200–300

Finance, trh, kriminalita

- **2 457,7 mil. Kč** činily výdaje na protidrogovou politiku, z toho **53 %** tvořily výdaje na oblast prosazování práva, **17 %** na snižování rizik, **11 %** na léčbu uživatelů drog, **3 %** na prevenci, **4 %** na následnou péči, **7 %** na záchytné stanice a necelé **1 %** na koordinaci, výzkum a evaluaci
- **938,0 mil. Kč** tvořily výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů návykových látek
- **55 mld. Kč** ročně vybere stát na spotřební dani z tabákových výrobků, **13 mld. Kč** na spotřební dani z alkoholických nápojů
- **23 miliard** kusů cigaret je ročně spotřebováno v ČR, což odpovídá v přepočtu cca **2 tis.** cigaret na 1 obyvatele
- **166,7 l** alkoholu na 1 obyvatele je spotřebováno ročně, což odpovídá **10 l** čistého alkoholu na osobu
- **40 mld. Kč** prohráli hráči v hazardních hrách v ČR
- **14 tis.** trestných činů bylo spácháno pod vlivem návykových látek (z toho **68 %** pod vlivem alkoholu a **32 %** pod vlivem nealkoholových drog)

tabulka 4: Odhad společenských nákladů v souvislosti se závislostním chováním v ČR

Závislostní chování	Společenské náklady (v Kč)
Kouření	100–170 mld.
Konzumace alkoholu	35–55 mld.
Užívání psychoaktivních léků	n. a.
Užívání nelegálních drog	5–7 mld.
Hazardní hraní	14–16 mld.



Kroky k efektivní realizaci opatření v oblasti závislostí

Na základě monitoringu v oblasti užívání návykových látek i behaviorálních závislostí v ČR byly identifikovány silné a slabé stránky současné situace a aktuálního vývoje. Na jejich základě, a s ohledem na mezinárodní doporučení, strategie a v zahraničí osvědčenou praxi, jsou formulovány kroky k efektivní realizaci opatření tak, aby politika v oblasti závislostí odrážela jak situaci v oblasti závislostí na národní úrovni a její specifika ve srovnání s ostatními zeměmi, tak mezinárodní trendy.

Zatímco některé kroky lze realizovat v relativně krátkém časovém horizontu, implementace jiných je dlouhodobou záležitostí, která bude vyžadovat shodu tvůrců politiky v oblasti závislostí a odpovídající lidské a finanční zdroje na jejich implementaci. Řada postupů již byla reflektována v aktuální *Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027* [1] a v jejích akčních plánech, které detailně rozpracovávají konkrétní kroky k dosažení jejích cílů, stanovují aktéry zodpovědné za realizaci jednotlivých aktivit a termíny jejich plnění, stejně jako vyčíslení finančních prostředků nezbytných pro jejich realizaci. Ukazuje se však, že ačkoliv je *Národní strategie* v platnosti již několikátým rokem, v řadě ukazatelů se situace zásadně nelepší.

Navrhovaná opatření vycházejí ze slabých míst současné situace v ČR – implementace vědecky ověřených přístupů a dobré praxe ze zahraničí by mohlo přispět ke snížení rizik souvisejících s užíváním návykových látek a hazardním hraním, resp. závislostním chováním v ČR. Návrhy jsou rozděleny do následujících oblastí: (1) monitoring situace, (2) nastavení politiky a koordinace, (3) opatření v oblasti regulace, (4) doporučení pro síť adiktologických služeb, (5) zvyšování povědomí a zdravotní gramotnosti.

Monitoring situace v oblasti závislostí

- nastavení systému pravidelného monitoringu situace pokrývajícího všechny oblasti závislostí (tabákové a nikotinové výrobky, alkohol, psychoaktivní léky, nelegální drogy, hazardní hraní, digitální závislosti), který umožní sledovat dlouhodobé trendy i zachytit nové látky a nové fenomény,
- definování základních/klíčových indikátorů monitoringu situace ve všech uvedených oblastech, včetně oblasti digitálních závislostí, které umožní srovnání výskytu jednotlivých fenoménů a jejich dopady v populaci,
- navržení nástroje pro identifikaci výdajů na různé oblasti závislostí, který umožní sledovat objem finančních prostředků vynakládaných na oblasti látkových i behaviorálních závislostí,
- nastavení monitorovacího systému tak, aby byl schopný pružně reagovat na nové trendy a fenomény i na požadavky vyhodnocení dopadu opatření politiky v oblasti závislostí.

Politika a koordinace

- posílení koordinačních mechanismů politiky v oblasti tabákových výrobků a alkoholu tak, aby umožňovaly efektivnější realizaci opatření v těchto oblastech,
- nastavení koordinačních mechanismů politiky v oblasti nadužívání digitálních technologií,
- zajištění centralizovaného zdroje financování politiky v oblasti závislostí a příprava nástroje pro efektivní vynakládání prostředků s ohledem na míru závažnosti jednotlivých fenoménů a rozsah problémů v populaci.

Regulace

- zdanění jednotlivých druhů tabákových a nikotinových výrobků, alkoholických nápojů a hazardních her na základě jejich rizikovosti, které by mělo vést ke snížení poptávky po produktech s vyšším závislostním potenciálem,
- nastavení efektivního regulačního rámce podle rizikovosti jednotlivých návykových látek, které by mělo vést k preferenci produktů s nižší mírou rizika,
- úprava trestní politiky nakládání s omamnými a psychotropními látkami pro vlastní potřebu tak, aby umožňovala použití těchto látek v pomáhajícím kontextu a podporovala alternativní tresty,
- implementace doporučení WHO pro komplexní politiku v oblasti tabáku (MPOWER) zahrnující varování před nebezpečím spojeným s užíváním tabáku, prosazování zákazu reklamy na tabákové výrobky, jejich propagace a sponzorování, která by měla vést ke snížení míry kouření v populaci a jeho dopadů,
- zavedení cenových a daňových opatření a omezení v oblasti reklamy, marketingu a sponzoringu směřující k omezení poptávky po alkoholu, regulace časové a místní dostupnosti prodeje alkoholu (WHO SAFER), která by měla vést ke snížení míry konzumace alkoholu v populaci a jeho dopadů,
- zavedení zdravotních varování na obalech alkoholických nápojů, zavedení varování na obalech léků s psychoaktivním účinkem, stanovení pravidel pro varování před riziky rozvoje hráček poruchy v reklamě na hazardní hraní,
- účinné potírání nelegální nabídky psychoaktivních látek a hazardního hraní, zejména na internetu,
- nastavení regulace online marketingu a influencingu na sociálních sítích.

Sít' adiktologických služeb

- zajištění dostupnosti adiktologických služeb ve všech regionech, zejména v regionech s vyšším výskytem osob v riziku závislostí, včetně zajištění časové dostupnosti,
- zajištění dostupnosti adiktologických služeb pro osoby s různými problémy v oblasti závislostí (konzumace alkoholu, digitální závislosti) a rozšíření stávající sítě služeb o nově řešená témata a cílové skupiny,
- zvýšení dostupnosti specializované zdravotní péče pro osoby se závislostním chováním a další psychiatrickou diagnózou,
- zajištění dostupnosti adekvátní zdravotní péče pro stárnoucí populaci uživatelů návykových látek,
- podpora dostupnosti a kapacit různých typů adiktologických služeb (zejména substituční léčby, HR programů kontrolovaného užívání) a ve specifických prostředích (např. v sociálně vyloučených lokalitách, v prostředí zábavy, ve věznicích, v zařízeních výchovně-léčebné péče),
- zajištění optimální kvality adiktologických služeb prostřednictvím systému ověření kvality, resp. certifikace programů,
- podpora programů a postupů snižování rizik závažných dopadů v oblasti závislostního chování (zejména distribuce naloxonu, aplikačních místností, programů testování drog, jasná pravidla pro ukazatele délky účasti na hazardní hře a přehledu čistých proher),
- aktivní vyhledávání klientů ve vyšším riziku rozvoje závislostí (tzv. skryté populace), průběžný screening a realizace krátkých intervencí (v případě užívání návykových látek, hazardního hraní i nadužívání digitálních technologií),

- zvýšení dostupnosti systematických dlouhodobých programů všeobecné prevence nejen ve školní populaci, programů selektivní a indikované prevence u ohrožených skupin a jednotlivců,
- podpora výzkumu a evaluace programů prevence a léčby (především v oblasti využití psychoaktivních látek pro terapeutické účely, evaluace preventivních programů),
- zlepšení provázanosti stávajících systémů služeb (zdravotních a sociálních, služeb v oblasti duševního zdraví a péče o klienty s duálními diagnózami),
- rozšiřování nabídky pomoci poskytované online formou, včetně využívání informačních a komunikačních technologií při práci s klientem (tzv. e-health, m-health).

Zvyšování povědomí a zdravotní gramotnosti

- zvyšování povědomí o rizicích a dopadech užívání návykových látek a dalších produktů se závislostním potenciálem (včetně nadužívání digitálních technologií), předávání evidence-based informací v komunikaci o produktech se závislostním potenciálem,
- zvyšování informovanosti o nižší rizikovosti alternativních tabákových a nikotinových výrobků v porovnání s kouřením tabáku,
- prostřednictvím vzdělávání lékařů dosažení odpovídající preskripce psychoaktivních léků (např. menší velikosti předepisovaných balení),
- detabuizace problematiky závislostí a problémů v oblasti duševního zdraví, destigmatizace problémů v oblasti duševního zdraví a potřeby vyhledání služeb a péče,
- podpora lidskoprávního přístupu k osobám s problémy v oblasti závislostí, podpora používání destigmatizačního jazyka ve veřejném prostoru a akcentování bio-psycho-socio-spirituálního kontextu závislostních poruch.



Kapitola 1: Veřejnozdravotní význam návykových látek

Užívání návykových látek patří mezi nejvýznamnější rizikové faktory podílející se na celkové úmrtnosti a nemocnosti a představuje tak významnou determinantu zdravotního stavu populace. Kumulativně představuje užívání návykových látek téměř 30 % globální zdravotní zátěže měřené jako ztracené roky života v důsledku nemocnosti a úmrtnosti vysvětlitelných sledovanými rizikovými faktory (tzv. DALYs, Disability-Adjusted Life Years).

Nejvyšší podíl zdravotní zátěže způsobené kouřením tabáku představují kardiovaskulární nemoci, nemoci dýchací soustavy a zhoubné novotvary [2, 3]. Expozice tabákovému kouři je příčinou přibližně 13 % zdravotní zátěže způsobené kouřením. Užívání alternativních nikotinových výrobků je spojeno s nižšími veřejnozdravotními riziky než kouření tabáku.

Ve vyspělých zemích patří k hlavním příčinám nemocnosti a předčasné úmrtnosti konzumace alkoholu. Největší podíl zdravotní zátěže alkoholu představují kardiovaskulární nemoci, novotvary, gastrointestinální nemoci (především nemoci jater), dále vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti jako nehody, úrazy nebo otravy [2, 4]. Dopady konzumace alkoholu tvoří větší podíl zátěže než léčba samotné poruchy v souvislosti s pitím alkoholu [5]. Alkohol je rovněž častou příčinou dopadů na okolí uživatele (fetální alkoholový syndrom, násilí, nehodovost, ztráta produktivity apod.).

Zneužívání či nadužívání psychoaktivních léků se týká poměrně velké části populace a je příčinou zdravotních poruch a negativních sociálních dopadů na uživatele i jejich okolí. Podle zastřešující definice Kűfner et al. [6] je za zneužití léku považováno užití léku na lékařský předpis i bez předpisu, avšak mimo přijaté lékařské postupy nebo doporučení, za rekreačním účelem nebo v rámci samoléčby, kdy rizika a problémy spojené s užitím převažují nad přínosy.

U uživatelů nelegálních drog se na celkové nemocnosti a úmrtnosti podílejí zejména poruchy v důsledku užívání drog (tzv. drug-use disorder), v menší míře infekční nemoci (HIV/AIDS, hepatitida typu C) a jejich klinické následky a vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti, tj. otravy předávkováním, nehody, sebevraždy [5].

Hazardní hraní může ve spojení s dalšími biologickými a psychologickými faktory vyústit ve ztrátu kontroly hráčského chování, tj. hráčskou poruchu či problémové nebo patologické hráčství. Problémové hráčství je charakterizováno vysokou intenzitou a epizodickým charakterem hraní, vysokými finančními ztrátami a negativními dopady na hráče i jejich okolí včetně psychiatrické komorbidity a zvýšené sebevražednosti [7].

Nadměrné užívání digitálních technologií je řadou odborníků vnímáno jako závažný veřejnozdravotní problém, který má řadu negativních dopadů na uživatele i jejich okolí [8]. Nadměrné užívání internetu může sloužit jako únik před jinými problémy, jako jsou např. úzkosti nebo nízká životní spokojenost, ale současně může přispívat k rozvoji problémů dalších [9–12].

Návykové látky a další závislosti jsou zdrojem významné zdravotní zátěže a společenských škod i v ČR. Ročně v ČR zemře 16–18 tis. osob v důsledku kouření, odhadem 6 tis. osob v důsledku konzumace alkoholu, 100–120 osob v souvislosti s užitím psychoaktivních léků a 100–150 osob v souvislosti s užitím nelegálních drog. Přibližně 5 % případů hospitalizací pro úrazy tvoří případy pod vlivem návykových látek, 5 % dopravních nehod bylo způsobeno pod vlivem návykových látek, v obou případech nejčastěji alkoholu.

Kromě negativních zdravotních dopadů je závislostní chování spojeno s rozsáhlými sociálními dopady v oblasti bydlení, zaměstnání, dluhové problematiky včetně exekucí a vlivu na rodiny a komunitu.

2

Kapitola 2: Nabídka, trhy a dostupnost návykových látek

Nabídka tabákových a nikotinových produktů, alkoholu a hazardního hraní je v ČR legální a trh je pod kontrolou řady státních orgánů a institucí. Jejich uvádění na trh je předmětem spotřební daně a dalších daní.

Ostatní látky, které jsou zařazeny na seznam omamných a psychotropních látek, mohou být na trh uváděny jen jako léky nebo mohou být použity k výzkumným účelům. Jejich uvádění na trh mimo uvedený kontext je nelegální. Nelegální je rovněž držení omamných a psychotropních látek pro vlastní potřebu nebo pěstování rostlin a hub s jejich obsahem – v malém množství jako přestupek, v množství větším jako trestný čin.

Podle odhadů ČSÚ činily v r. 2021 výdaje domácností na alkohol více než 100 mld. Kč, na tabákové výrobky cca 118 mld. Kč a na nelegální drogy cca 10 mld. Kč [13]. Výdaje na alkohol a tabákové výrobky dosahovaly v r. 2021 celkem 8,3 % výdajů domácností, což je téměř dvojnásobek evropského průměru (4,3 %).² V hazardních hrách hráči v r. 2021 prohráli cca 40 mld. Kč. Dohromady to představuje cca 270 mld. Kč ročně, což je cca 11 % celkových výdajů domácností.

2.1 Tabákové, nikotinové a související výrobky

Dostupnost tabákových a nikotinových výrobků je v ČR velmi vysoká. Je možné je prodávat v prodejnách potravin, v trafikách, na čerpacích stanicích apod. Jejich prodej je volnou živností.

Podle zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, platí zákaz prodeje nezletilým, zákaz prodeje v prodejních automatech nebo na internetu, pokud nelze ověřit věk kupujícího, i zákaz výroby, dovozu a prodeje potravinářských výrobků a hraček, které napodobují vzhled tabákových výrobků. Dále platí úplný zákaz kouření ve všech restauracích, barech, kavárnách, vinárnách a dalších provozovnách stravovacích služeb (zákaz se nevztahuje na e-cigarety a vodní dýmky), zákaz kouření v prostředcích hromadné veřejné dopravy a na zastávkách, zákaz kouření v zoologických zahradách (nevztahuje se na e-cigarety), ve školách, v nemocnicích, ve sportovních halách, na dětských hřištích, v zábavních zařízeních a v nákupních centrech.

Mimo regulaci dosud stály nikotinové sáčky, které neobsahují tabák, a proto se na ně dosud nevztahovala pravidla platná pro regulaci tabákových výrobků. Novela zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích (účinná od 12. 5. 2021), definuje pojem nikotinový sáček jako „výrobek bez tabáku obsahující nikotin pro orální užití, který není upraven přímo použitelným předpisem Evropské unie“. Poslanecký návrh novely zákona č. 65/2017 Sb. schválený v lednu 2023 s účinností od 1. 7. 2023 staví nikotinové sáčky na stejnou úroveň regulace, jaká platí pro tabákové výrobky a e-cigarety – nově tedy bude zakázán jejich prodej osobám mladším 18 let. Provděcí vyhláška omezí obsah nikotinu v nikotinových sáčcích a upraví vzhled obalů.

Nejrozšířenějším tabákovým výrobkem užívaným v ČR jsou průmyslově vyráběné cigarety, následuje tabák určený k ručnímu balení cigaret. V ČR je ročně spotřebováno cca 23 mld. kusů cigaret, což odpovídá 2 tis. cigaret či 100 krabičkám cigaret na 1 obyvatele. Na trhu je více než 5 tis. různých tabákových nebo bylinných výrobků určených ke kouření, z toho přibližně 500 značek cigaret.

Nabídka alternativních výrobků v ČR roste. Na trhu je registrováno více než 5 tis. různých výrobků e-cigaret. Dostupná je řada značek zahříváných tabákových výrobků, rozšiřuje se nabídka nikotinových sáčků. Velkou popularitu získávají také jednorázové e-cigarety, zejména mezi mladými

² https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/hhexpcofog/hhexpcofog_2021/ [2023-01-23]

dospělými, ale také mezi dětmi a dospívajícími, protože jsou nabízeny se širokou škálou příchutí a v atraktivních obalech.

Cena cigaret a tabáku se zvyšuje v důsledku zvyšování spotřební daně. Od r. 2020 se cena krabičky zvýšila přibližně o 24 Kč, poslední zvýšení ceny o další 4 Kč nastalo počátkem r. 2023. Státu je odvedeno přibližně 80 % ceny cigaret – 60 % na spotřební dani a 21 % na DPH. V r. 2019 byla zavedena spotřební daň také na zahřívané tabákové výrobky. Její sazba je nižší než sazba u klasických cigaret, byla tak mj. zohledněna rozdílná zdravotní rizikovost různých druhů tabákových výrobků.

Z tabáku stát aktuálně vybere na spotřební dani cca 54,8 mld. Kč ročně, 1,4 mld. Kč tvoří inkaso spotřební daně ze zahřívání tabákových výrobků. Inkaso daně z tabákových výrobků v r. 2021 meziročně kleslo, a to z několika důvodů – narůstá spotřeba alternativních výrobků s nižším daňovým zatížením na úkor klasických cigaret a tabáku, současně v r. 2021 došlo k poklesu poptávky zahraničních občanů v důsledku omezení přeshraničního pohybu. V r. 2022 podle MF inkaso daně z tabákových výrobků narostlo o 3,1 mld. Kč. Inkaso spotřební daně z tabákových výrobků odpovídá přibližně 3,5 % příjmů státního rozpočtu [14].

2.2 Alkohol

Dostupnost alkoholických nápojů v ČR je velmi vysoká. Alkohol je možné prodávat v jakékoli denní či noční době a na mnoha místech, v jakékoli prodejně potravin, ve stáncích s občerstvením, v prostředcích hromadné dopravy, na čerpacích stanicích apod. Pro výrobu, prodej a podávání lihovin je potřeba koncese, prodej dalších alkoholických nápojů (pivo, víno, atd.) je volnou živností.

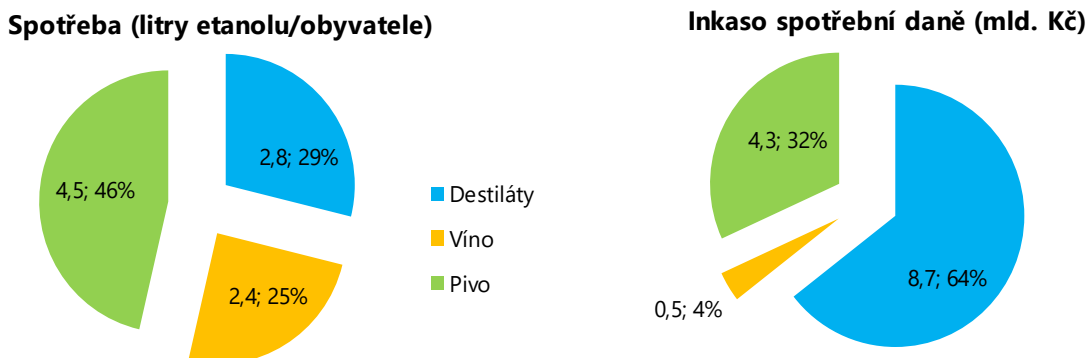
Dostupnost alkoholu je omezena zejména zákonem (č. 65/2017 Sb.), a to prostřednictvím zákazu prodeje alkoholu nezletilým osobám, zákazu dálkového prodeje alkoholu, pokud nelze ověřit zletilost nakupujícího, dále je zakázán prodej hraček napodobujících tvar a vzhled balení alkoholických nápojů, platí zákaz prodeje či podávání alkoholu ve zdravotnickém zařízení, škole a školském zařízení, zařízení sociálně-právní ochrany dětí, na akcích určených osobám mladším 18 let. Zákon současně upravuje příležitostný prodej alkoholu, v rámci něj omezení pro řadu veřejně přístupných akcí zmírňuje či ruší.

Domácí výroba lihovin, včetně ovocných a jiných destilátů, je zákonem (č. 61/1997 Sb.) zakázána. Pivo či víno je možno vyrobit doma do množství 2 000 l na domácnost. Českým specifikem jsou tzv. pěstitelské pálenice, kde si mohou pěstitelé nechat vyrobit omezené množství ovocného destilátu z vlastního ovoce (s nižší sazbou spotřební daně z lihu).

V ČR se ročně spotřebuje 100–150 mil. l etanolu, což odpovídá 10–14,5 l na 1 obyvatele včetně dětí a seniorů. Přibližně 46 % celkového množství spotřebovaného etanolu je zkonsumováno v pivu, 29 % v lihovinách a 25 % ve víně – graf 2-1 [15]. V pěstitelských pálenicích je v posledních letech vyrobeno 11–14 % etanolu spotřebovaného v lihovinách.

Výdaje českých domácností na alkoholické nápoje dosahovaly v r. 2021 celkem 3 584 Kč na osobu a rok (1 580 Kč tvořily výdaje za pivo, 1 095 Kč za víno a 909 Kč za lihoviny) [13].

graf 2-1: Spotřeba alkoholických nápojů v litrech etanolu v přepočtu na 1 obyvatele a inkaso spotřební daně v mld. Kč podle druhu nápojů v r. 2021



Zdroj: NMS podle údajů ČSÚ a Ministerstva financí ČR

2.3 Psychoaktivní léky

Dostupnost psychoaktivních léků v ČR pro léčbu, ale také pro jejich problematické užívání je vysoká. Základním opatřením proti zneužívání léčivých přípravků je výdej na lékařský předpis.

Zdrojem zneužívaných psychoaktivních léků je především zdravotní systém. Lidé nadužívající léky je získávají od lékařů různých odborností (tzv. doctor-shopping), dále od rodiny nebo známých, na internetu nebo na nelegálním trhu s drogami. Specifickým způsobem je padělání receptů nebo získávání léků ze zdravotnického nebo domovního odpadu. Některé léky jsou zdrojem pro výrobu drog, např. léky obsahující pseudoefedrin, efedrin nebo kodein.

Preparáty používané pro substituční léčbu závislosti na opioidech unikají ze zdravotního systému a obchoduje se s nimi na nelegálním trhu (v ČR se to týká především preparátů obsahujících buprenorfin). Dostupnost psychoaktivních léků, především opioidů, sedativ a hypnotik, na internetu je vysoká, a to i na online platformách v českém jazyce. Jejich cena však může být ve srovnání s cenou v lékárně výrazně vyšší a kvalita bez záruky. V nabídce jsou také falešné léky obsahující mnohdy jinou účinnou látku, včetně velmi nebezpečných látek.

Na nelegálním trhu (většinou online) jsou dostupné také tzv. nové benzodiazepiny, které nejsou registrovanými léčivými přípravky. Dostupné jsou také syntetické opioidy, např. deriváty fentanylu.

Do lékáren bylo v r. 2021 distribuováno 78 mil. doporučených denních dávek (DDD) sedativ ze skupiny Z-léků, 52 mil. dávek opioidních analgetik, 40 mil. dávek antiepileptik, 38 mil. dávek benzodiazepinů a 34 mil. dávek gabapentinoidů. V přepočtu na 1 obyvatele jde o 7,4 denní dávky sedativ ze skupiny Z-léků (nejčastěji Stilnox), 4,9 denní dávky opioidních analgetik, 3,8 denní dávky antiepileptik, 4,3 denní dávky benzodiazepinů (např. Neurol) a 3,3 denní dávky gabapentinoidů. Buprenorfinových preparátů pro substituční léčbu bylo v r. 2021 distribuováno 1,5 mil. denních dávek [16, 17].

Distribuované množství benzodiazepinů a barbiturátů v ČR dlouhodobě klesá, množství sedativ ze skupiny Z-léků naopak dlouhodobě roste. Spotřeba opioidních analgetik se za 15 let téměř ztrojnásobila, strmě narůstá také spotřeba antiepileptika a sedativa pregabalínu.

2.4 Nelegální drogy

Subjektivně vnímaná dostupnost nelegálních drog zůstává dlouhodobě na stejné úrovni, konopné látky považuje za snadno dostupné 36 % populace starší 15 let, extázi 20 %, halucinogenní houby a pervitin považuje za dostupné 13 % populace.

Postoje obyvatel ČR k užívání nelegálních návykových látek jsou dlouhodobě stabilní, mírně roste přijatelnost užívání konopných látek i dalších nelegálních drog.

Podle posledního odhadu spotřeby nelegálních drog se v ČR v r. 2021 spotřebovalo přibližně 17,5 tuny konopných drog, 6,4 tuny pervitinu, téměř 600 kg heroinu, 1,1 tuny kokainu, 1,1 mil. tablet extáze a přibližně 26 tis. kusů LSD [18]. Dlouhodobě klesá odhad spotřeby konopných drog a heroinu, zatímco odhad spotřeby pervitinu je relativně stabilní a odhad spotřeby kokainu v ČR mírně roste.

ČR je zemí, kam jsou nelegální drogy dováženy, ale je také produkční zemí. V ČR je vyráběn pervitin a pěstováno konopí, a to jak na samozásobitelské, tak na komerční bázi. Ostatní nelegální drogy jsou do ČR dováženy. Kromě nelegálních drog jsou na drogovém trhu dostupné farmaceutické přípravky obsahující omamné a psychotropní látky různých skupin, především opioidy, sedativa a hypnotika. Významnou roli hraje prodej drog v online prostředí a využívání kurýrních balíkových služeb k jejich distribuci.

Policie ČR a Celní správa ČR odhalily v r. 2021 celkem 151 indoor pěstíren konopí. Typické je pěstování konopí v menším počtu rostlin, klesá podíl odhalených pěstíren s produkční kapacitou více než 500 rostlin. Spotřeba konopí v ČR byla v r. 2021 kryta především domácí produkcí.

Varen pervitinu bylo odhaleno 188, šlo zejména o menší varny zásobující domácí trh. Hlavním prekurzorem je pseudoefedrin extrahovaný z léčiv, která jsou pašována ze zahraničí, zejména z Polska [19].

Kokain a extáze se do ČR dostávají zejména z Nizozemska a Belgie, heroin z Afghánistánu přes Pákistán, Írán nebo Spojené arabské emiráty. V posledních letech se zvyšuje dostupnost metamfetaminu v evropských zemích. Mezi významné zdroje patří Nizozemsko a Belgie, kde je velkoobjemová výroba realizovaná mexickými organizovanými skupinami. Metamfetamin je do Evropy dovážen také z Mexika, Íránu nebo Nigérie, na významu nabývá výroba metamfetaminu v Afghánistánu.

V rámci odhalování drogové trestně činnosti bylo v r. 2021 zajištěno 1,4 tuny sušiny a 17 tis. rostlin konopí, 30 kg pervitinu, 181 kg kokainu a 170 kg heroinu. Extáze bylo zajištěno 9 tis. tablet a 4 kg ve formě prášku. Čistota konopí ve formě sušiny byla v r. 2021 průměrně 9 %, hašiše 27 %, pervitinu 68 %, kokainu 60 %, heroinu 26 %, tablet extáze 34 % a extáze ve formě prášku 62 %.

V Systému včasného varování před novými drogami koordinovaném NMS bylo za r. 2021 v ČR hlášeno 21 nových psychoaktivních látek, z toho 6 poprvé. Nejčastěji šlo o syntetické katinony.

V posledních letech se v rostoucí míře objevuje na trhu kratom a syntetický kanabinoid HHC. Významnou roli hraje jejich prodej v online prostředí nebo prostřednictvím prodejních automatů. Omezení jejich dostupnosti je předmětem diskuze odborné veřejnosti.

2.5 Hazardní hraní

Dostupnost hazardního hraní je v ČR velmi vysoká. Dostupnost automatů a živých her v kasinech a hernách se dlouhodobě snižuje. V l. 2016–2021 se snížil počet provozoven s automaty (herny a kasina) ze 4 100 na 900, snížil se zejména počet heren, a to z 3 400 na 400, počet kasin klesl pouze z 600 na 500. Počet automatů se za stejnou dobu snížil z 57,5 tis. na 29,9 tis.

Technické hry (zejména tzv. herní automaty) lze provozovat pouze v hernách a kasinech. V restauracích a barech se zvyšuje počet zařízení s kurzovými sázkami a loteriemi. Hry na těchto zařízeních mají velmi rizikové charakteristiky.

Na konci r. 2021 bylo v ČR více než 2 tis. provozoven sázkových kanceláří, v posledních letech se však většina kurzového sázení přesunula do online prostředí. Roste počet webových stránek, kde lze hazardní hry hrát online, na začátku r. 2022 jich bylo 15.

Místa, kde lze provozovat číselné a okamžité loterie, nejsou v ČR regulována. Číselné loterie je možné vsadit na terminálech v trafikách, čerpacích stanicích, restauracích, v obchodech s potravinami, na poštách a v sázkových kancelářích. Stírací losy jsou ještě dostupnější.

K 1. 1. 2022 mělo povolení provozovat HH v ČR celkem 52 společností, pouze 2 z nich neměly sídlo v ČR. Celkem 6 společností provozovalo loterie (z toho 3 online), 8 kurzové sázky (z toho

6 online), 41 technické hry (z toho 13 online), 34 živou hru (z toho 5 online) a 1 bingo. Oproti předchozímu roku se výrazně zvýšil počet společností s povolením na provozování online technických her.

V r. 2021 výrazně vzrostl objem peněz prohraných v hazardních hrách, a to z 32,7 mld. na 39,4 mld. Kč (o 20 %). Podíl online hazardního hraní na trhu dlouhodobě roste a v r. 2021 byl poprvé většinový – 56 %. Celkem (na internetu a mimo něj) tvořily technické hry 46 % trhu, kurzové sázky 27 %, loterie 22 % a živé hry 4 %. Dlouhodobě roste podíl kurzových sázek online a technických her online, klesá podíl technických her v hernách a kasinech.

Daň z hazardních her má dvě sazby: 23 % pro kurzové sázky a živou hru (a také pro okrajové totalizátorové hry, bingo, tombolu a turnaj malého rozsahu) a 35 % pro loterie a technické hry.

Výnos z daně z hazardních her se dělí mezi obce a stát. U technických her v poměru 35 : 65 ve prospěch obcí, u ostatních her v poměru 70 : 30 ve prospěch státu. Výnos za zdanění technických her se mezi obce rozděluje podle počtu herních pozic technických her v hernách a kasinech na jejich území. To platí i pro výnos ze zdanění technických her online (3,4 mld. Kč v r. 2021), které jsou však dostupné bez ohledu na fyzické rozmístění technických her v hernách a kasinech.

Výnos daně z hazardních her byl v r. 2021 celkem 11,6 mld. Kč, o 15 % vyšší než v předchozím roce. Inkaso daně z technických her bylo 5,8 mld. Kč a z ostatních her také 5,8 mld. Kč [14]. Příjmy do obecních rozpočtů byly 5,5 mld. Kč a do státního rozpočtu 6,1 mld. Kč. Podíl státu na příjmech z daně z hazardních her dlouhodobě roste, v r. 2020 byl 52 %.

2.6 Internet, hraní digitálních her a sociální sítě

Internet používá 83 % osob starších 16 let, což představuje odhadem 7,3 mil. lidí, v tom 74 % (odhadem 6,5 mil. osob) používá internet denně. Mobilní telefon používá 99 % dospělé populace, v tom chytrý telefon (tzv. smartphone) 77 %. Celkem 72 % používá internet v mobilním telefonu.

Mobilní telefon vlastní přibližně 2/3 dětí ve věku 8–9 let, nejčastěji dostávají svůj první mobilní telefon právě v této době. Mnohem dříve než s mobilními telefony se děti setkávají s tablety – 27 % dětí má vlastní tablet již v 6 letech.

Internet je prostředkem reklamy na běžné spotřebitelské produkty (vedle tištěných médií, televize a rozhlasu). Je to velmi rychle se vyvíjející oblast a samostatný virtuální svět, kde reklama probíhá prostřednictvím placených příspěvků na sociálních sítích nebo formou tzv. influencingu. Blogeri a youtubeři mají velký vliv zejména na děti, které napodobují životní styl svých idolů.

Digitální hry lze hrát prostřednictvím různých platform, jako jsou osobní počítače, herní konzole, tablety, mobilní telefony či internetové prohlížeče. Mezi nejrozšířenější patří akční hry, jako jsou tzv. střílečky, bojové hry, dobrodružné hry (adventury), hry na hrdiny (RPG), strategické hry a simulátory. Běžnou součástí digitálních her se staly tzv. lootboxy, tj. virtuální balíčky, které může hráč získat v průběhu hry nebo si je zakoupit za virtuální měnu.

Sociální sítě jsou rychle se rozvíjející formou online komunikace, která je založena na zpětné vazbě a aktivní komunikaci s ostatními. Mezi sociální sítě bývají zařazovány i chatovací aplikace. Mezi nejužívanější sociální sítě v ČR patří Facebook, YouTube, WhatsApp, Instagram a TikTok. České sociální sítě byly populární do doby, než byl koncem r. 2008 spuštěn Facebook v češtině, následně začal zájem o české sociální sítě a komunitní servery opadat.

3

Kapitola 3: Národní politika v oblasti závislostí

Politika v oblasti závislostí ČR od r. 2014 postupně integruje témata legálních a nelegálních návykových látek a nelátkových závislostí.

Národní právní rámec pro zavádění opatření k ochraně před škodami působenými užíváním návykových látek obsahuje zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (ZOZNL). Základní právní rámec pro nakládání s OPL představuje zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (ZNL).

3.1 Politika v oblasti kontroly tabáku a v oblasti alkoholu

Základní právní rámec pro oblast regulace tabáku je obsažen v Rámcové úmluvě Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku (FCTC). Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku vstoupila v platnost v r. 2005, v ČR byla jako v posledním státě EU ratifikována v r. 2012.

WHO doporučuje 6 prioritních strategií politiky kontroly tabáku, které mají státům pomoci při zavádění opatření stanovených v FCTC [20, 21]:

- (1) monitorování užívání tabáku a politiky kontroly tabáku,
- (2) důsledné uplatňování zákazů kouření na veřejných místech,
- (3) podpora služeb odvykání kouření,
- (4) varování před škodami z kouření,
- (5) prosazování zákazu reklamy, propagace a sponzorování,
- (6) zvyšování ceny tabáku prostřednictvím zvyšování spotřebních daní.

Harm reduction přístup spočívající ve snižování rizik užívání tabáku, resp. nikotinu, se opírá o narůstající množství výzkumů a dostupných dat v této oblasti. Spočívá v přechodu kuřáků na méně rizikové perorální a bezdýmné tabákové a nikotinové výrobky, jako jsou žvýkačky, nikotinové sáčky, elektronické cigarety a zahřívání tabákové výrobky.

Harm reduction přístup není v národní politice kontroly tabáku v ČR dostatečně využíván. Důvodem jsou zejména obavy, že akceptování alternativních nikotinových výrobků povede k opětovné normalizaci kouření a oslabí strategie kontroly tabáku doporučené WHO. Panují také obavy, že alternativní nikotinové výrobky představují vstupní bránu ke kouření pro ex-kuřáky a nekuřáky, zejména děti. Z dostupných studií se však ukazuje, že nabídka alternativních výrobků nevede k normalizaci kouření tabáku a že je účinným substitutem kouření.

V oblasti alkoholu existuje mezinárodní odborná shoda na 5 hlavních doporučeních pro efektivní politiku snižování negativních dopadů jeho konzumace [22, 23]:

- (1) zvyšování ceny alkoholu prostřednictvím spotřebních daní a cenové politiky,
- (2) omezení dostupnosti alkoholu,
- (3) zákaz nebo rozsáhlé omezení reklamy na alkohol,
- (4) dostupnost screeningu, krátkých intervencí a léčby,
- (5) opatření proti řízení pod vlivem alkoholu.

Některá z těchto mezinárodních doporučení nejsou v ČR důsledně uplatňována.

3.2 Politika v oblasti nelegálních drog a psychoaktivních léků

Česká právní úprava kontroly a regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami (OPL), tedy i s léky je obsahujícími, je výrazně ovlivněna závazky, které vyplývají z mezinárodních dokumentů, tj. zejména Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961 a Úmluvy o psychotropních látkách z roku 1971.

Základní právní rámec pro nakládání s OPL představuje zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (ZNL). S léky s OPL mohou bez zvláštního povolení nakládat zdravotničtí pracovníci, trestněprávní

orgány a zákonem vymezené laboratoře. Od r. 2021 je zavedena elektronická preskripce místo do té doby používaných receptů s modrým pruhem.

Neoprávněné nakládání s OPL je trestné. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, vymezuje 4 tzv. drogové trestné činy: (1) výroba, distribuce a jiné nakládání s OPL (§ 283), (2) přechovávání OPL pro vlastní potřebu (§ 284), (3) výroba a držení předmětů určených k výrobě OPL (§ 286), (4) šíření toxikomanie (§ 287). Konkrétní látky stanovuje pro účely trestního zákoníku a následného vyvození trestní odpovědnosti ZNL, a to odkazem na jejich výčet v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek. Držení OPL v malém množství a pěstování rostlin nebo hub s obsahem OPL je podle ZNL přestupkem.

V r. 2022 byly zahájeny přípravy nových návrhů regulace v oblasti konopných látek a tzv. psychomodulačních látek, tj. látek, které obsahují psychoaktivní látky, avšak mají nižší veřejnozdravotní rizika a nižší závislostní potenciál. Současně byla zahájena diskuze ohledně úpravy trestní politiky v ČR týkající se drogových trestných činů v oblastech, kde je trestní represe při posuzování nakládání s omamnými a psychotropními látkami pro vlastní potřebu nepřiměřeně přísná a kde brání použití OPL v pomáhajícím kontextu (např. testování drog, aplikační místnosti).

Téma lidských práv bylo jednou z priorit českého předsednictví v Radě EU v druhé polovině r. 2022. Výstupem českého předsednictví jsou *Závěry Rady na téma lidských práv v drogových politikách* schválené členskými státy EU v prosinci 2022. Dokument významně přispívá ke změně paradigmatu v drogových politikách směrem od kriminalizace k racionální drogové politice a větší humanizaci politik v rámci EU.³

Oblast ochrany zdraví před škodlivými účinky návykových látek včetně psychoaktivních léků, stejně jako dozor nad léčivými spadá gesčně pod ministerstvo zdravotnictví (MZ). Pod resort MZ spadá Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), do jehož kompetence patří oblast cen a úhrad léčiv, jejich klinického hodnocení a registrace, dozor nad reklamou, výrobou, přípravou, prodejem, distribucí, výdejem léčiv a nad jejich bezpečností včetně jejich zneužívání (systém farmakovigilance). Základní legislativní rámec systémových opatření proti zneužívání psychoaktivních léků poskytuje zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech (ZL).

Základním opatřením proti zneužívání léčivých přípravků je výdej na lékařský předpis, případně výdej (ať už na lékařský předpis nebo bez lékařského předpisu) s omezením, ke kterému slouží Registr pro léčivé přípravky s omezením. Ke konci r. 2022 v něm nebyla žádná sedativa, hypnotika ani opioidy, obsahoval pouze 5 přípravků s pseudoefedrinem a léčebné konopí. Dalším opatřením je výdej léčivých přípravků pouze v lékárnách, které v případě pochybností o správném užívání léky nevydají.

3.3 Politika a regulace v oblasti hazardního hraní

Základní legislativní rámec regulace HH představuje od r. 2017 zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách (ZHH), který upravuje podmínky provozování HH na území ČR a působnost správních orgánů v oblasti provozování HH. Správními orgány v této oblasti jsou ministerstvo financí (MF), obecní úřady a orgány celní správy (CS). Dozor nad provozováním hazardních her vykonává Celní správa, dozorujícím orgánem je i ministerstvo financí.

MF spravuje *Rejstřík fyzických osob vyloučených z účasti na hazardních hrách*, ve kterém bylo v červnu r. 2022 zapsáno 190 tis. lidí, z toho více než 3 tis. na vlastní žádost. V rejstříku jsou také ze zákona zapsány osoby v úpadku (110 tis.), osoby pobírající dávky v hmotné nouzi (60 tis.) a osoby společně s nimi posuzované (20 tis.). Zapsáno tam bylo také téměř 50 osob, kterým byla soudem nařízena povinnost zdržet se hraní hazardních her.

³ <https://czech-presidency.consilium.europa.eu/cs/aktuality/drogove-politiky-by-mely-vzit-v-potaz-lidska-prava/>
[2023-01-16]

Obce mohou zakázat či omezit provozování technických i živých her prostřednictvím obecně závazné vyhlášky (OZV). V r. 2021 takovou vyhlášku mělo přibližně 700 obcí, z nich přibližně 450 zcela zakázalo provozování technických her na svém území. S účinností od r. 2022 byla zrušena povinnost obcí zasílat vyhlášky regulující hazardní hraní a MF přestalo od r. 2022 nové vyhlášky evidovat. Nově jsou obecní vyhlášky evidovány ve *Sbírce právních předpisů územních samosprávných celků a některých správních úřadů*, kterou provozuje ministerstvo vnitra (MV) na stránkách sbirkapp.gov.cz. Podle této sbírky vstoupilo v r. 2022 v účinnost 23 nových OZV regulujících hazardní hraní, a to i ve městech (např. Plzeň, Pardubice, Opava, Karlovy Vary, Aš).

MF v průběhu I. 2020 a 2021 zpracovalo komplexní vyhodnocení nové regulace hazardního hraní (tzv. ex-post RIA).⁴

3.4 Národní strategie v oblasti závislosti

V současné době je v platnosti *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027* schválená vládou ČR v květnu 2019. Jejím hlavním cílem je předcházení a snižování zdravotních, sociálních i ekonomických škod vyplývajících z užívání návykových látek, hazardního hraní a dalšího závislostního chování a z existence legálních i nelegálních trhů s návykovými látkami, hazardním hraním a dalšími produkty se závislostním potenciálem. Oproti předešlé strategii se kromě alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní nově zaměřuje na témata, která dosud nebyla koordinovaně řešena, a to nadužívání psychoaktivních léčivých přípravků, nadužívání moderních technologií a oblast konopí a kanabinoidů.

Národní strategie 2019–2027 má 4 priority:

- posílení prevence a zvýšení informovanosti o negativních účincích užívání návykových látek a vzniku závislostního chování,
- zajištění kvalitní a dostupné sítě adiktologických služeb,
- efektivní regulace trhů s návykovými látkami a závislostními produkty,
- posílení řízení, koordinace a efektivní financování.

Implementace strategie je zajištěna akčním plánem. V dubnu 2022 bylo vládě ČR předloženo vyhodnocení plnění *Akčního plánu realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021*. Plnění řady aktivit bylo významně ovlivněno pandemií COVID-19. V r. 2022 byla zahájena příprava akčního plánu pro navazující období. Návrh nového akčního plánu byl odborné veřejnosti představen v říjnu 2022 – k prioritním tématům *Akčního plánu politiky v oblasti závislostí 2023–2025* patří:

- prevence a léčba závislostí,
- regulovaný trh s návykovými látkami,
- efektivní výběr daní zohledňující rizikovost produktů se závislostním potenciálem,
- prosazování principů vyvážené politiky v oblasti závislostí navazující na priority předsednictví ČR v Radě EU,
- minimalizace dopadů krize na Ukrajině na situaci v oblasti závislostí v ČR.

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní politiky ČR v oblasti závislostí nese vláda. Za tímto účelem je vládou zřízena funkce národního koordinátora pro protidrogovou politiku. Koordináčním a poradním orgánem vlády v otázkách politiky v oblasti závislostí je Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí (Rada, příp. RVKPZ), před r. 2022 nazývaná Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Rada má v současné době 24 členů. Předsedou Rady je předseda vlády, výkonným místopředsedou je národní koordinátor pro protidrogovou politiku. Členy Rady jsou ministři resortů, do jejichž působnosti problematika politiky v oblasti závislostí zasahuje,

⁴ <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2021/analyza-mf-moderni-regulace-hazardu-fung-42090> [2023-01-29]

zástupci odborných a profesních společností v oblasti adiktologie, zástupci nestátních organizací a věcně příslušných institucí. Funkci tajemníka Rady od r. 2022 zastává ředitel sekretariátu Rady.

ČR ve druhé polovině r. 2022 předsedalo Radě EU (CZ PRES), s tím bylo spojeno také předsednictví pracovním orgánům Rady EU zabývajícím se otázkami politiky v oblasti závislosti. Prioritou CZ PRES v oblasti závislosti bylo mj. podporovat efektivní, moderní, vědecky podložený přístup k drogovým politikám, které vycházejí z principu ochrany veřejného zdraví a zohledňují práva lidí, kteří drogy užívají a přechovávají pro vlastní potřebu [24].

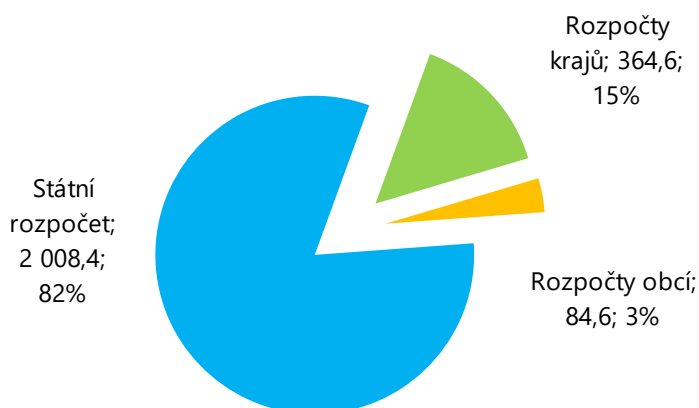
Na krajské úrovni zajišťují koordinaci politiky v oblasti závislosti krajské koordinátoři. Na obecní úrovni působí tzv. místní protidrogoví koordinátoři. Roste počet obcí s vlastní strategií politiky v oblasti závislosti.

3.5 Financování politiky v oblasti závislosti

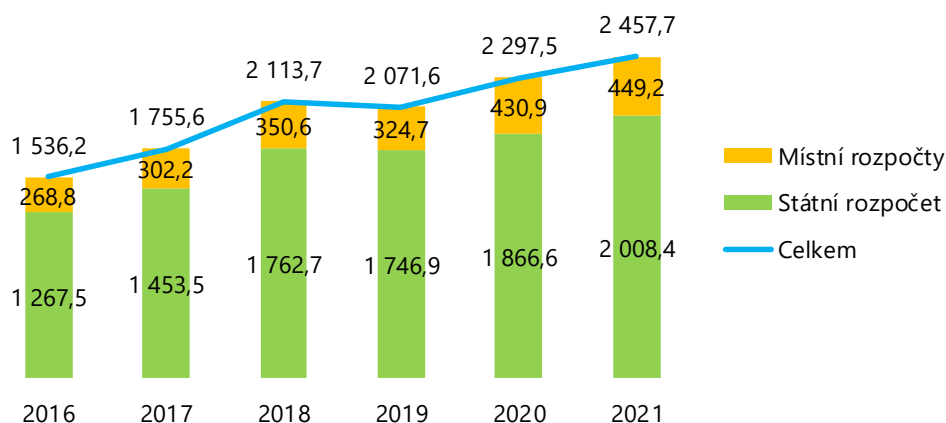
Politika v oblasti závislosti je financována ze dvou úrovní: z centrální úrovně (státní rozpočet) a z regionální úrovně (krajské a obecní rozpočty). Z dostupných zdrojů není možné odlišit výdaje na politiku v oblasti alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní.

V r. 2021 činily výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy (bez započítání výdajů ze zdravotního pojištění) na politiku v oblasti závislosti celkem 2 457,7 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu 2 008,4 mil. Kč a výdaje z rozpočtů samospráv celkem 449,2 mil. Kč, z toho z rozpočtu krajů 364,6 mil. Kč a obcí 84,6 mil. Kč – graf 3-1. Dlouhodobě dochází k mírnému růstu výdajů na úrovni státu a krajů – graf 3-2.

graf 3-1: Struktura výdajů na politiku v oblasti závislosti z veřejných rozpočtů v r. 2021, v mil. Kč

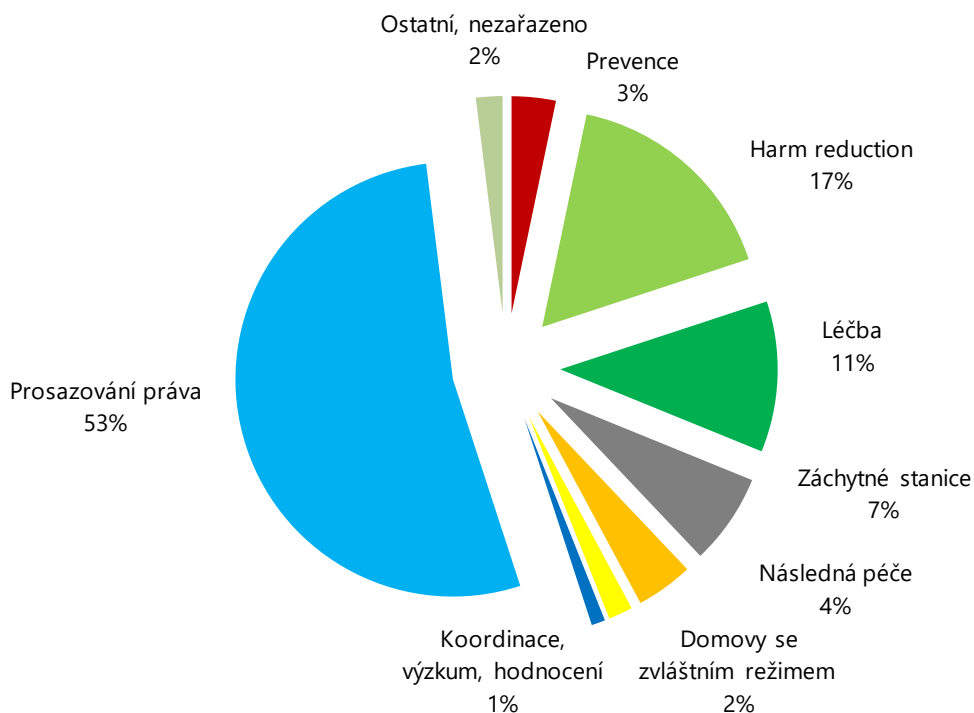


graf 3-2: Vývoj objemu výdajů na politiku v oblasti závislosti z veřejných rozpočtů v l. 2016–2021, v mil. Kč



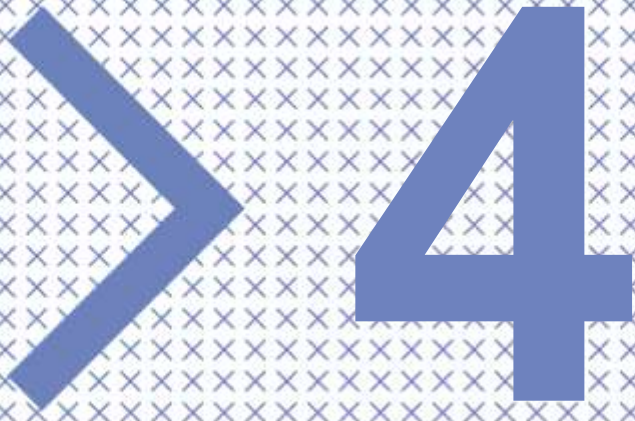
Výdaje na prosazování práva činily 53 % celkových identifikovaných výdajů z veřejných rozpočtů na politiku v oblasti závislostí, výdaje v oblasti harm reduction 17 % a v oblasti léčby 11 % – graf 3-3. Z hlediska služeb rostou výdaje na harm reduction a záchytné stanice. Výdaje na primární prevenci zůstávají dlouhodobě na stejné úrovni (tvoří přibližně 3 % celkových výdajů na politiku v oblasti závislostí).

graf 3-3: Struktura výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2021



Celkové výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů návykových látek v r. 2020 dosáhly 938,0 mil. Kč, z toho 201,7 mil. Kč tvořily výdaje na léčbu v oboru návykových nemocí a 6,7 mil. Kč na léčbu v oboru adiktologie.

Za období 2018–2021 jsou dostupná data týkající se výdajů Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) na péči v oblasti závislostního chování. Náklady na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek dosahovaly v r. 2021 celkem 1 134 mil. Kč, z toho 3,1 mil. Kč tvořila léčba poruch spojených s užíváním tabáku, 735,4 mil. Kč s užíváním alkoholu, 32,2 mil. Kč s užíváním sedativ/hypnotik a 363,1 mil. Kč s užíváním nelegálních drog. Trendy od r. 2017 naznačují nárůst výdajů VZP na léčbu závislostí, počet ošetřených zůstává dlouhodobě stabilní okolo 40 tis. osob ročně.



Kapitola 4: Adiktologická prevence

4.1 Systémový rámec v oblasti prevence

Prevence závislostí zaměřená na děti a mládež je součástí širšího rámce prevence rizikového chování, který koordinuje MŠMT. Hlavními strategickými dokumenty pro oblast prevence v resortu školství jsou *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027* a její akční plán. Základním metodickým dokumentem je *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* a jeho tematické přílohy. V r. 2022 byla příloha věnovaná oblasti tabáku aktualizována o problematiku nikotinových sáčků.⁵ Téma prevence a podpory zdraví je rovněž součástí strategie *Zdraví 2030*.

Na úrovni krajů působí krajsí školští koordinátoři prevence a na úrovni bývalých okresů jsou to metodici prevence v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP). Ve školách působí školní metodici prevence (ŠMP). Většina ŠMP má ve škole i jiné funkce, nejčastěji funkci třídního učitele. Ukončené akreditované studium k výkonu specializovaných činností má přibližně polovina ŠMP. Základním nástrojem školské prevence rizikového chování je preventivní program školy, který na každé ZŠ a SŠ každoročně vypracovává ŠMP ve spolupráci s vedením školy a dalšími pedagogickými pracovníky.

Od května 2019 je pozastaven systém certifikací odborné způsobilosti preventivních programů, tj. systém ověřování kvality programů primární prevence rizikového chování realizovaných ve školství externími subjekty. Znovuobnovení procesu certifikací zůstává nadále nevyjasněné. Dlouhodobá nefunkčnost systému certifikací představuje problém pro systém školské prevence v ČR, neboť umožňuje působení nekvalitních programů a nedochází k rozvoji sítě kvalitních programů. Dosud prošlo systémem certifikací 80 služeb poskytujících prevenci v adiktologii. Adiktologické preventivní programy jsou nově součástí systému certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb.

Od r. 2016 funguje *Systém evidence preventivních aktivit (SEPA)*, vytvořený Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze ve spolupráci s Národním ústavem pro vzdělávání, který slouží školám jako nástroj pro plánování preventivních aktivit. Přestože školy nemají povinnost systém používat, jde o nejrozšířenější nástroj sledování realizovaných preventivních aktivit v ČR.

Klinika adiktologie v r. 2021 vyvinula online vzdělávací kurz *Rychlý úvod do prevence založené na důkazech (INEP Mini)*, který v rozsahu 8 hodin nabízí základní orientaci v tématu prevence rizikového chování a představuje kratší verzi online vzdělávacího kurzu *Introduction to Evidence-based Prevention (INEP)* pro preventivní pracovníky [25].

V r. 2022 Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN pilotně spustila portál iprev.cz, tj. *Interaktivní platformu podpory duševního zdraví a prevence rizikového chování (IPREV)*. Jde o podpůrný systémový nástroj pro zvýšení kvality školské prevence a poskytování metodické podpory školám, která vznikla ve spolupráci s OSPRCH, SZÚ, Pedagogicko-psychologickou poradnou Brno a Diagnostickým ústavem a střediskem výchovné péče Praha 4. IPREV nahrazuje portál prevention-info.cz provozovaný OSPRCH.

4.2 Všeobecná prevence

Programy všeobecné prevence se zaměřují na obecnou populaci, nikoliv na vybrané rizikové skupiny či jednotlivce. Jednou z hlavních cílových skupin všeobecné prevence je školní populace.

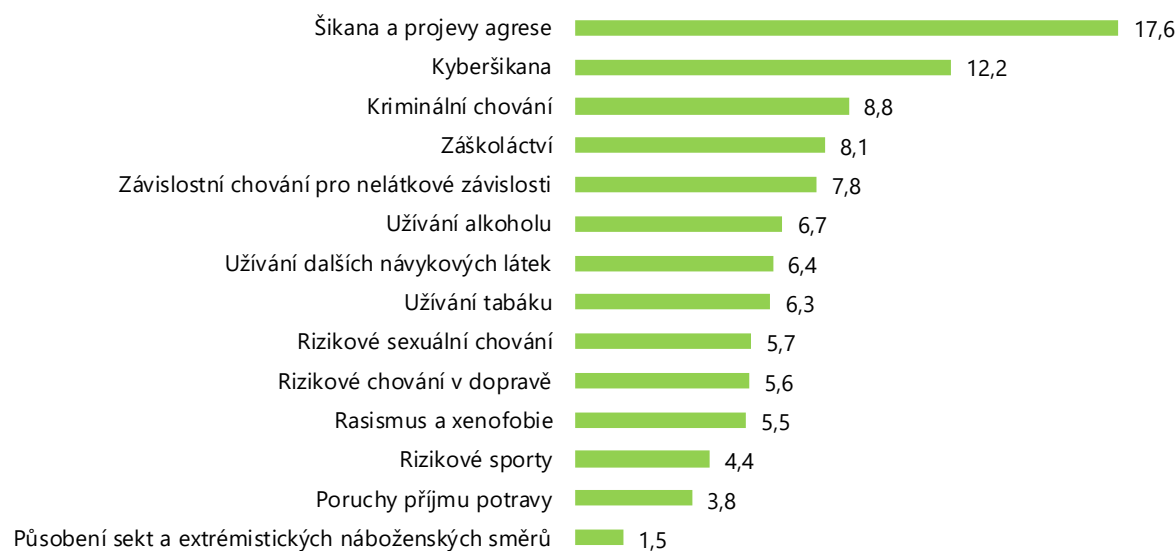
⁵ <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuzeni-a-pokyny> [2023-02-17]

Dosud prošlo systémem certifikací 52 programů všeobecné prevence v adiktologii (84,7 % z celkového počtu realizovaných samostatných preventivních programů ve školách). Pouze 22,5 % programů mělo certifikaci odborné způsobilosti. Preventivní programy ve školách jsou nejčastěji zaměřeny na šikanu a projevy agrese, kriminální chování, kyberšikanu a záškoláctví – graf 4-1.

V důsledku pandemie COVID-19 probíhala v první polovině r. 2021 výuka distanční formou a vstup externích lektorů do škol byl omezený. MŠMT a OSPRCH vydaly metodická doporučení pro podporu škol v oblasti prevence [26]. Poskytovatelé zejména certifikovaných programů školské primární prevence realizovali programy a intervence v online prostředí [27].

V posledních letech jsou kromě aktivit v oblasti primární prevence rizikového chování stále častěji realizovány preventivní aktivity v oblasti duševního zdraví [28]. Od května 2021 realizuje Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) projekt všeobecné primární prevence *supreme mh (Strengthening Universal Prevention, Resources, and Evaluation for Mental Health in Education)*, v rámci kterého probíhá evaluace programu *Všech pět pohromadě* pro podporu duševního zdraví žáků 6. tříd ZŠ.

graf 4-1: Zaměření preventivních programů podle typů chování ve školním roce 2020/2021, v %



Zdroj: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN [29]

4.3 Selektivní a indikovaná prevence

Programy selektivní, resp. indikované prevence jsou určeny pro skupiny osob, resp. jednotlivce, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a rozvoj různých forem rizikového chování, tj. jsou ohroženější než jiné skupiny populace či jednotlivci [30, 31].

Programů selektivní a indikované prevence je dlouhodobě nedostatek – dosud prošlo systémem certifikací 20 programů selektivní a 8 programů indikované prevence v adiktologii. Ze všech realizovaných samostatných preventivních programů ve školách bylo 6,4 % programů selektivní prevence a 1,4 % programů indikované prevence. Podrobnější informace o jejich realizaci nejsou k dispozici. Indikovanou prevenci realizovanou nestátními organizacemi doplňuje síť PPP (47 v ČR celkem) a středisek výchovné péče (32 s celkem 78 pracovišti).

Česká společnost pro inkluzivní vzdělávání v r. 2022 vydala ve spolupráci s MŠMT, MZ, MPSV a MV *Kartu k identifikaci špatného zacházení s dětmi (KID)*. Karta poskytuje profesím, které mohou být v kontaktu s ohroženými dětmi, vodítka pro jejich identifikaci a pro postup pomoci a ochrany dítěte.

4.4 Prevence na úrovni komunity

Pro prevenci na úrovni komunity jsou klíčové tzv. komunitní týmy, v rámci kterých probíhá dlouhodobá spolupráce různých profesních skupin a propojování sítě služeb a institucí na místní úrovni [32].

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN od r. 2021 realizuje projekt *Vývoj a pilotní ověření regionálního vzdělávacího modulu prevence duševního onemocnění dětí a dospívajících s důrazem na rizikové chování*, který cílí na posílení preventivního působení a zmírnění dopadů rizikového chování, včetně závislostního chování, dětí a dospívajících prostřednictvím regionálních modelů preventivních služeb, spolupráce a vzdělávání odborníků různých profesí.

4.5 Mediální a informační kampaně

V ČR každoročně probíhá řada mediálních kampaní zaměřených na problematiku návykových látek. Akce podporující odvykání kouření probíhají u příležitosti *Světového dne bez tabáku*, kampaň *Sucej únor* má za cíl prevenci užívání alkoholu v dospělé populaci, v oblasti nelegálních drog probíhá kampaň *Zůstaň nad vlivem*, ta je zaměřena na mladé lidi a nabízí jim pomoc při problémech s experimentováním nebo se závislostí na drogách, při problémech s užíváním alkoholu nebo digitální závislostí.

NMS provozuje několik webových stránek pro veřejnost věnujících se problematice závislostí: *Národní stránky pro podporu odvykání kouření* koureni-zabiji.cz, *Národní stránky pro podporu omezení konzumace alkoholu* alkohol-skodi.cz, *Národní stránky pro snížení rizik hazardního hraní* hazardni-hrani.cz a *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* drogy-info.cz.

Od srpna 2019 nabízí *Národní linka pro odvykání* (NLO) na tel. 800 350 000 služby nejen kuřákům, ale i osobám s jakýmkoliv závislostním problémem, včetně hazardního hraní, digitálních závislostí, užívání alkoholu, škodlivého užívání psychoaktivních léků, ale také užívání nelegálních drog.

5

Kapitola 5: Adiktologické služby

5.1 Systémový rámec adiktologických služeb

Síť adiktologických služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek a s dalším závislostním chováním a tvoří ji zařízení a programy různých typů služeb (zdravotní, sociální, výchovně-pedagogické), které jsou zakotveny v různých oborech a resortních (legislativních) rámcích.

Český adiktologický institut (ČAI) od r. 2022 realizuje 3letý projekt *Doporučené klinické postupy v adiktologii*, v rámci něhož jsou vytvářeny interdisciplinárně založené doporučené klinické postupy na shodě klíčových odborných společností v oboru adiktologie.

5.2 Síť adiktologických služeb

Síť adiktologických služeb v ČR tvoří dvě velké skupiny programů:

- Zdravotnická zařízení oboru psychiatrie, resp. se specializací v oboru návykových nemocí, historicky tzv. AT (alkohol a toxikomanie), která poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby uživatelům alkoholu, nealkoholových drog a patologickým hráčům. V posledních letech vznikají nelékařské adiktologické ambulance pro dospělé či děti vázané na odbornost adiktologa. Tato síť je hrazena především ze systému veřejného zdravotního pojištění, některá specializovaná centra také z dotací.
- Preventivní programy, nízkoprahové programy, programy ambulantní léčby a poradenství, terapeutické komunity a doléčovací centra, které mají převážně registraci sociální služby a jsou většinou provozovány nestátními neziskovými organizacemi (NNO). Cíli zejména na uživatele nelegálních drog, v menší, i když vzrůstající míře na uživatele alkoholu a patologické hráče a osoby blízké. Tato síť je hrazena především z dotací státu, krajů a obcí.

V ČR je přibližně 250–300 programů (center) adiktologických služeb různých typů. Z nich je 55–60 nízkoprahových kontaktních center, 50 terénních programů, 90–100 ambulantních léčebných programů (z toho 10 programů pro děti a dorost), 10–15 detoxifikačních jednotek, 25–30 oddělení lůžkové zdravotní péče, 15–20 terapeutických komunit, 35–45 ambulantních doléčovacích programů (z nich 20–25 s chráněným bydlením) a 5–7 domovů se zvláštním režimem pro osoby závislé na návykových látkách. Více než 60 zařízení hlásí pacienty v substituční léčbě, tu poskytuje odhadem také 600–700 praktických lékařů. Většina krajů popisuje stávající síť služeb dlouhodobě jako minimální či nedostačující.

Více se rozvíjí privátní segment adiktologických služeb. Roste také nabídka léčebných a poradenských intervencí poskytovaných prostřednictvím internetu a s využitím nových technologií. V posledních letech roste také nabídka participativních a svépomocných aktivit.

Nová *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*, schválená RVKPP v červnu 2021, stanovuje rámec a obsah oboru adiktologie a adiktologických služeb, definuje 6 základních typů služeb – obrázek 5-1 [33]:

- adiktologické preventivní služby,
- adiktologické služby minimalizace rizik,
- adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství,
- adiktologické služby krátkodobé stabilizace,
- adiktologické služby rezidenční léčby,
- adiktologické služby následné péče.

obrázek 5-1: Síť adiktologických služeb v České republice – typologie služeb



5.3 Certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb

K zajištění minimálních standardů kvality adiktologických služeb slouží od r. 2006 systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. V listopadu 2021 schválila RVKPP nové *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb* zpracované v rámci projektu *Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky* (projekt RAS), které odpovídají nové typologii služeb.

Na začátku r. 2020 byl proces certifikací pozastaven a dosud nebyl obnoven. K září 2022 mělo (na základě prodloužení platnosti certifikátů RVKPP) platnou certifikaci odborné způsobilosti RVKPP celkem 206 programů, nejčastěji šlo o kontaktní a poradenské služby (53) a terénní programy (53), programy ambulantní léčby (42), doléčovací programy (20) a terapeutické komunity (10). Obnovení procesu certifikace se předpokládá v r. 2023.

5.4 Léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií

V posledních letech roste nabídka léčebných a poradenských intervencí poskytovaných prostřednictvím internetu a s využitím nových technologií. Přibývá webových a mobilních aplikací pro uživatele tabáku, alkoholu, nelegálních drog, hazardní hráče a jejich blízké.

Poradenské a harm reduction služby používají sociální sítě ke komunikaci s klienty a k oslovování nových klientů, tento typ kontaktu byl klienty zvýšeně využíván v době nouzového stavu v souvislosti s epidemií COVID-19.

Od r. 2019 nabízí *Národní linka pro odvykání* (NLO) na tel. 800 350 000 služby osobám s jakýmkoliv závislostním problémem, včetně hazardního hraní a digitálních závislostí.

5.5 Služby minimalizace rizik

Harm reduction intervence (minimalizace rizik) pro lidi užívající drogy poskytují v ČR zejména stacionární kontaktní centra (KC) a terénní programy (TP), které se zaměřují zejména na prevenci onemocnění přenosných krví / pohlavní cestou a na sociální a psychickou stabilizaci uživatelů. Cílovou populací jsou lidé, kteří užívají drogy vysoce rizikově, zejména lidé užívající drogy injekčně (LDI), dále experimentátoři, rodinní příslušníci a blízcí. Nově se některá zařízení zaměřují i na služby harm reduction pro osoby se závislostí na alkoholu.

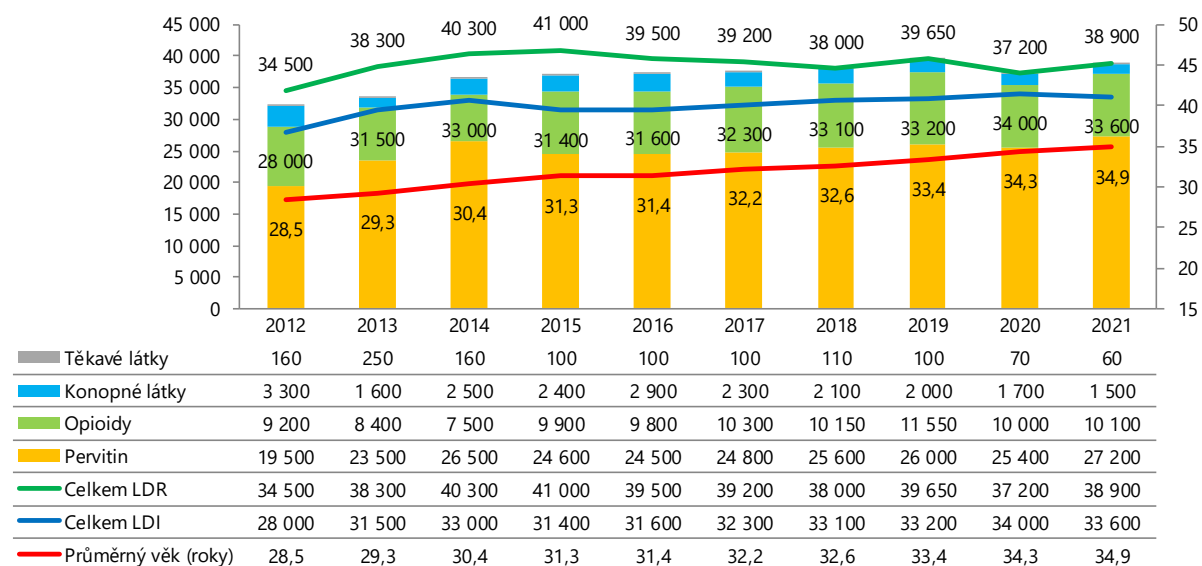
Počet nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje okolo 100, v kontaktu s nimi bylo v r. 2021 celkem 39 tis. uživatelů drog, z toho bylo 27 tis. uživatelů pervitinu (70 %), 10 tis. uživatelů opioidů (26 %) a necelé 2 tis. uživatelů konopných látek (4 %). Programy odhadly dalších téměř 12 tis. osob ve zprostředkovaném kontaktu. Z dlouhodobého hlediska je patrný postupný nárůst počtu uživatelů pervitinu, v posledních letech také opioidů. Podíl lidí užívajících drogy injekčně mezi klienty nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje přes 80 %, dlouhodobě roste průměrný věk klientů – graf 5-1.

Vzhledem k vysokému podílu injekčních uživatelů mezi lidmi užívajícími drogy rizikově (LDR) je nejčastěji poskytovanou službou distribuce injekčních setů a parafernálií, dlouhodobě roste počet výkonů zdravotního ošetření.

Distribuci injekčního materiálu v r. 2021 realizovalo všech 112 nízkoprahových programů, v objemu 9,4 mil. ks jehel a stříkaček – graf 5-2 [34]. Průměrný počet injekčního náčiní na jednu osobu ze skupiny LDI v kontaktu s výměnnými programy byl 276 ks, v přepočtu na jednoho odhadovaného

injekčního uživatele to představuje 232 ks ročně, což je podle WHO v rámci prevence přenosu HIV nad hranici pásma vysokého pokrytí [35].⁶

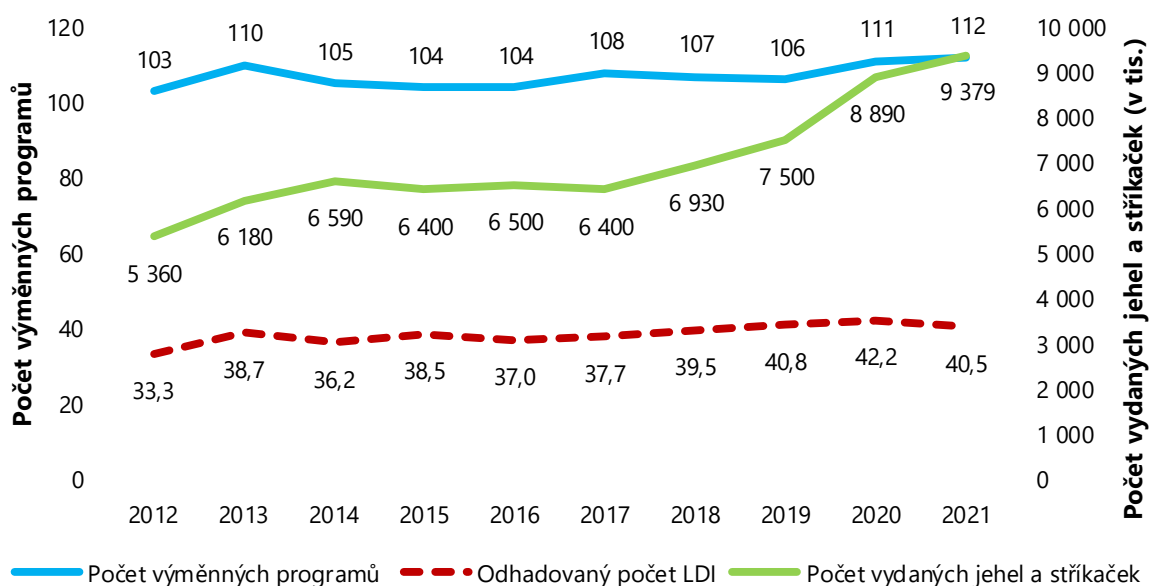
graf 5-1: Počty osob v kontaktu s nízkoprahovými programy v l. 2012–2021, podle typu užívané látky



Pozn.: LDR = lidé užívající drogy rizikově, LDI = lidé užívající drogy injekčně

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [34]

graf 5-2: Počet programů realizujících výměnný program, počet vydaných jehel a stříkaček (v tis.) a počet lidí užívajících drogy injekčně (v tis.) v l. 2012–2021



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [34]

Od r. 2021 v ČR běží pilotní projekt distribuce naloxonu spočívající v poskytování naloxonu klientům a dalším osobám v okolí uživatelů drog. Do projektu se zapojilo 14 nízkoprahových/ substitučních programů, distribuovaným přípravkem je nosní sprej Nyxoid obsahující 1,8 mg naloxonu v jedné dávce. V r. 2021 bylo k dispozici 600 dávek přípravku (520 v r. 2022). Od dubna do prosince r. 2021 bylo distribuováno 262 kusů přípravku. Programy zaznamenaly 20 případů použití přípravku.

⁶ Pro efektivní prevenci HIV je podle WHO žádoucí dosáhnout vysokého pokrytí, které je definováno jako distribuce 200 a více kusů jehel na 1 injekčního uživatele a rok, cíl pro r. 2030 je 300 a více kusů.

Další ověřené intervence k minimalizaci úmrtí dostupné v řadě evropských zemí, např. aplikační místnosti, nejsou v ČR zavedeny. Cílem aplikačních místností je podchytit marginalizované uživatele drog a přivést je do kontaktu s širší sítí služeb, minimalizovat akutní rizika zdravotních komplikací a smrtelných následků předávkování souvisejících s injekční a inhalační aplikací drog a omezit užívání drog na veřejnosti.

Možnost testování na HIV nabízí v ČR přibližně 80 nízkoprahových programů, na VHB 60, na VHC 90 a na syfilis téměř 70. Počet provedených testů v posledních letech stagnoval. V r. 2021 se počet testů výrazně zvýšil, i přesto je však míra testování LDI dlouhodobě nízká. Každoročně je na VHC a HIV otestováno přibližně 7–8 % z celkového odhadovaného počtu LDI.

Kontinuum péče v oblasti VHC od testování přes vstup do léčby a úspěšné dokončení péče není mezi LDR v ČR optimální. Léčba bývá zahájena u méně než poloviny osob, kterým byla infekce VHC potvrzena.

Specifické harm reduction programy na tanečních a hudebních akcích se v ČR v posledních letech rozvíjejí. V prostředí zábavy působí v ČR 10–18 programů. Programů specializovaných na prostředí zábavy je v ČR cca 3–5. Nízký počet těchto programů souvisí s omezenou finanční podporou těchto aktivit. Od r. 2020 probíhá projekt zaměřený na testování vzorků drog na tanečních akcích.

Ve 2 věznicích probíhá bezplatná distribuce kondomů prostřednictvím výdejních automatů a v 10 věznicích jsou kondomy dostupné v místnostech pro návštěvy bez zrakové a sluchové kontroly. Distribuce injekčních stříkaček nebo jiného harm reduction materiálu není v českých věznicích zavedena.

Inovativní harm reduction přístup v ČR představují tzv. managed alcohol programmes, tj. podávání alkoholu závislým na alkoholu za kontrolovaných podmínek. Jde o metodu používanou zejména u těžkých závislých s dalšími zdravotními a sociálními problémy (osoby bez domova, s problémy se zákonem atd.). Od r. 2020 v Brně fungují 2 denní centra fungující na tomto principu (tzv. mokrá centra). Dále se s prvky managed alcohol programů lze v ČR setkat v některých domovech se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí.

5.6 Ambulantní programy

Sít' ambulantních programů tvoří psychiatrické ambulance, specializované jsou tzv. AT ambulance, adiktologické ambulance a ambulantní programy sociálních služeb. Ambulantní léčbu a poradenství poskytují také programy indikované prevence a jiné programy působící v resortu školství.

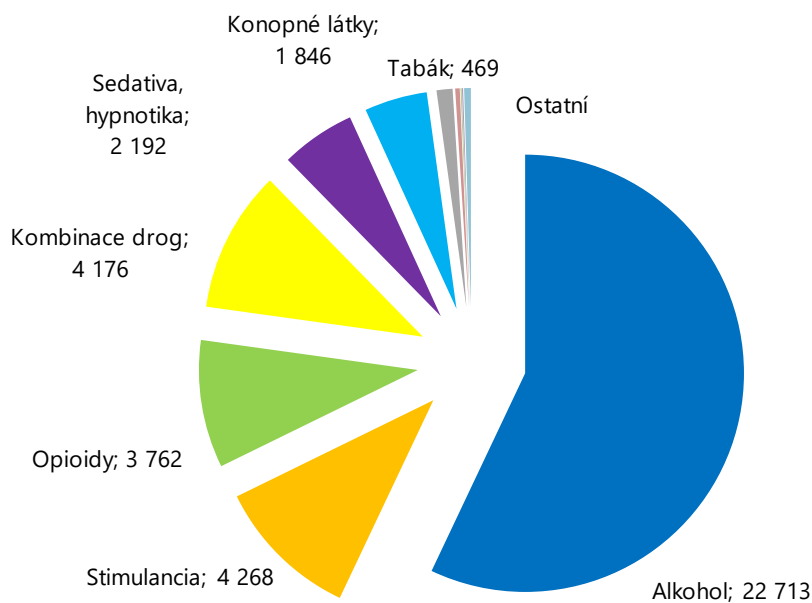
S psychiatrickými ambulancemi je ročně v kontaktu celkem 37–40 tis. uživatelů návykových látek, z toho 11 tis. v kontaktu s AT ambulancemi. Z celkového počtu bylo více než 20 tis. uživatelů alkoholu (55 %), 14,5 tis. uživatelů nelegálních drog a těkavých látek (39 %). Největší počet představují uživatelé pervitinu a amfetaminů (4,3 tis.), polyvalentní uživatelé (4,2 tis.) a uživatelé opioidů (3,8 tis.) – graf 5-3.

Přibližně dvě třetiny klientů ambulantních adiktologických programů tvoří muži – relativně nejvíce mužů bylo mezi klienty záchytných stanic (83 %). Podíl dětí a osob do 20 let je velmi nízký – pod 5 % téměř ve všech typech programů s výjimkou ambulancí dětské a dorostové psychiatrie.

V dotačním řízení Úřadu vlády / RVKPP bylo v r. 2021 podpořeno 66 programů ambulantní léčby, které měly v péči celkem 12 367 osob se závislostním chováním (z toho 6 120 uživatelů drog) [34].

V posledních letech jsou v ČR realizovány systémové aktivity v oblasti adiktologické péče o děti a mladistvé a rozvíjí se síť ambulantní adiktologické péče specializované na děti a mládež.

graf 5-3: Struktura klientů ambulantních adiktologických programů podle typu užívané látky v r. 2021



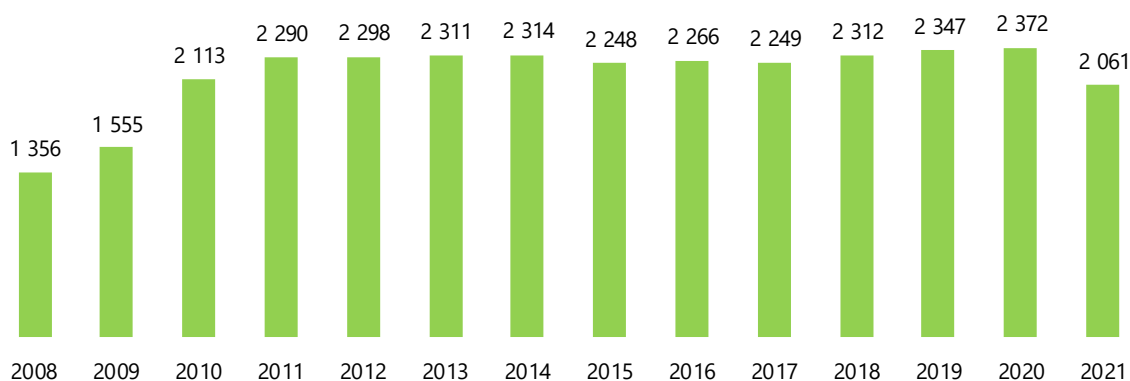
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [36]

5.7 Substituční léčba

Počet osob hlášených do registru opiátové substituční léčby dlouhodobě stagnuje. Do *Národního registru léčby uživatelů drog* (NRLUD) hlásí pacienti přibližně 60–70 zdravotnických zařízení, v léčbě je každoročně evidováno více než 2 tis. osob. V r. 2021 byl zaznamenán pokles počtu osob v substituční léčbě – graf 5-4. Dostupnost substituční léčby je problematická ve všech krajích ČR.

Významný počet pacientů v opiátové substituční léčbě se však v ČR nachází mimo NRLUD. Substituční léčbu vykazují také psychiatrické ambulance a praktičtí lékaři. Z agregovaných údajů z výkazů psychiatrických ambulancí a výzkumu mezi praktickými lékaři vyplývá, že celkový počet pacientů v substituční léčbě může být až dvojnásobek počtu uváděného v NRLUD [37]. V průměru je v ČR v posledních letech registrováno v substituční léčbě 20–40 % odhadovaného počtu lidí užívajících opioidy rizikově.

graf 5-4: Počet pacientů v substituční léčbě hlášených do NRLUD v l. 2008–2021



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [38]

V r. 2021 bylo na trhu 6 substitučních preparátů, v r. 2022 byl na trh nově uveden přípravek Zubsolv®. Celkem 72 % pacientů je poskytována substituční léčba buprenorfinem a 28 % metadonem. Z 1 477 osob léčených buprenorfinem v r. 2021 užívalo 648 (44 %) monopřípravky (nejčastěji Subutex) a 829 (56 %) kombinované přípravky obsahující buprenorfin a naloxon (Suboxone). Počet a kapacita metadonových center se v průběhu let téměř nezměnily.

Metadon je pacientům poskytován zdarma, oproti tomu problémem zůstává finanční dostupnost substitučních preparátů s účinnou látkou buprenorfin, které si pacienti hradí sami. Kombinovaný preparát Suboxone 8 mg je jako jediný hromadně vyráběný substituční preparát od r. 2010 hrazen ze systému veřejného zdravotního pojištění, ale v praxi si nadále většina pacientů hradí buprenorfinové preparáty z vlastních zdrojů.

K poskytování substituční léčby má v ČR povolení 10 věznic, metadon je poskytován pouze pokračujícím pacientům, od r. 2019 je možné u osob, které nastupují do věznice se substituční léčbou buprenorfinem, v léčbě pokračovat či započít léčbu i ve vězení, ale pacient si léky musí hradit sám.

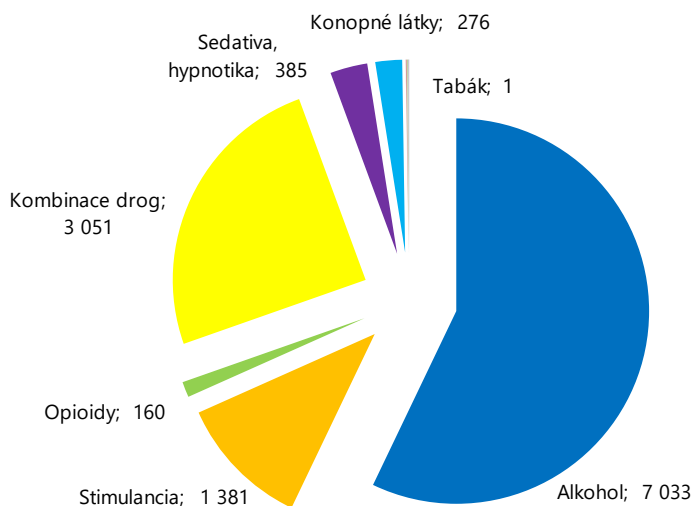
Substituční léčba závislosti na metamfetaminu není v ČR standardně dostupná. Ojedinele jsou v klinické praxi předepisovány preparáty s centrálně stimulačním účinkem mimo jejich schválenou indikaci. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP vydala v r. 2020 doporučení k off-label farmakologicky asistované léčbě uživatelů pervitinu centrálními stimulanty.⁷

5.8 Rezidenční programy

Rezidenční péči poskytují v ČR detoxifikační a lůžková oddělení léčebných zdravotnických zařízení, zejména psychiatrických nemocnic, terapeutické komunity, zařízení speciálního školství a programy chráněného bydlení.

Ročně je pro závislost na návykových látkách hospitalizováno v psychiatrických lůžkových zařízeních 11–12 tis. osob, z toho 7 tis. (58 %) v souvislosti s konzumací alkoholu a 4–5 tis. (42 %) v souvislosti s užíváním nelegálních drog – graf 5-5. Muži tvoří dlouhodobě 70 % hospitalizovaných osob, ženy 30 %. Věk léčených uživatelů nelegálních drog se postupně zvyšuje.

graf 5-5: Pacienti v rezidenční psychiatrické péči v souvislosti s užíváním návykových látek v r. 2021



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [39]

V ČR působí 19 terapeutických komunit (TK), 15 je registrováno jako sociální služba. V 10 komunitách podporovaných v dotačním řízení Úřadu vlády ČR je ročně léčeno téměř 400 osob. Klienty komunit tvoří nejčastěji uživatelé pervitinu (70–80 %), alkoholu (15–20 %), heroínu (5 %) a kanabinoidů (5 %). Průměrný věk klientů byl 31 let [34].

Pod resort školství spadá systém náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči (diagnostické ústavy, dětské domovy, výchovné ústavy a střediska výchovné péče). Celkem je v ČR 235 zařízení. Součástí 6 zařízení jsou oddělení specializovaná pro pobyt dětí ohrožených drogovou závislostí –

⁷ <https://snncls.cz/2020/04/15/farmakologicky-asistovana-lecba-zavislosti-na-pervitinu/> [2023-01-05]

celková kapacita těchto speciálních oddělení v r. 2020 byla 92 míst a pobyt v nich absolvovalo 175 dětí [40].

5.9 Následná péče

V září 2022 bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV evidováno 30 poskytovatelů služeb, kteří provozovali celkem 42 programů, z nichž bylo 23 pobytových.

Služeb některého z 21 programů následné péče dotovaných Úřadem vlády ČR využilo v r. 2021 celkem 1,3 tis. klientů, nejčastěji šlo o uživatele nelegálních návykových látek (46 %), alkoholu (31 %) a klienty s diagnózou nelátkových závislostí. V kontaktu s těmito službami jsou také rodinní příslušníci a blízké osoby [41].

Následnou péči pacientům, kteří absolvovali léčbu v daném zařízení, poskytují také psychiatrické nemocnice.

5.10 Adiktologické služby ve vězení

Prevence, léčba závislostí a snižování zdravotních a sociálních dopadů užívání nelegálních drog jsou ve věznicích realizovány prostřednictvím poraden drogové prevence, bezdrogových zón, specializovaných oddělení a programů adiktologických služeb [42].

Od r. 2016 působí ve věznicích profese adiktologa, kteří jsou ve věznicích jedinými zaměstnanci specializovanými výhradně na poskytování péče osobám s adiktologickou poruchou. V r. 2021 pracovalo v 11 věznicích 14 adiktologů. V kontaktu s nimi je ročně přibližně 3 tis. osob (32 % žen). Celkem 42 % z nich uvedlo zkušenost s injekčním užitím drog někdy v životě. Mezi nejčastěji užívanými nelegálními drogami byly uváděny konopné drogy (45 %), stimulancia (16 %), opioidy (19 %) a halucinogeny (7 %).

Poradny drogové prevence byly dostupné ve všech věznicích, jejich služeb využívá ročně cca 11–12 tis. osob. Uživatelé nelegálních drog tvořili 83 %, celkem 39 % uvedlo injekční užívání.

Léčbu závislosti během výkonu trestu odnětí svobody bylo možno v r. 2021 absolvovat na specializovaných oddílech ve 14 věznicích, z toho 11 věznic mělo oddíly pro dobrovolnou léčbu. Celková kapacita specializovaných oddílů s dobrovolným léčením činila v r. 2021 celkem 319 míst.

Soudem nařízené ochranné léčení bylo v r. 2021 možno absolvovat v 6 specializovaných oddílech v 5 věznicích. Celková kapacita oddílů pro ochranné léčení byla 151 míst, v péči těchto oddílů bylo 156 osob.

Intenzivní spolupráci s NNO, tj. 10 a více návštěv za rok, vykazalo celkem 22 věznic. Poskytování služeb bylo v r. 2021 nadále výrazně ovlivněno pandemií COVID-19. Intervence byly poskytovány také online. V kontaktu s některou z NNO byly 4 tis. osob ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody.

5.11 Participativní a svépomocné aktivity

V posledních letech vznikají nové organizace a neformální skupiny založené na participativních aktivitách a jsou síťováni lidé s žitou zkušeností. V rámci adiktologických služeb častěji probíhá vzdělávání lidí s žitou zkušeností a jejich zapojení do týmů pracovníků na principu recovery koučování.

Svépomocné skupiny představují specifickou, neformální pomoc a podporu lidem v náročných životních situacích, nejen v souvislosti se závislostním chováním. Členové skupin si vzájemně poskytují podporu a sdílejí své zkušenosti. V ČR jsou nejrozšířenější *Anonymní alkoholici (AA)*. V I. 2020 a 2021 byla v souvislosti s pandemií COVID-19 online setkání svépomocných skupin jedinou možnou formou setkávání.

6

Kapitola 6: Užívání tabákových, nikotinových a souvisejících výrobků a jeho dopady

6.1 Veřejnozdravotní význam kouření

Kouření je celosvětově jednou z hlavních příčin úmrtnosti a nemocnosti, jde především o kardiovaskulární nemoci, nemoci dýchací soustavy a zhoubné novotvary [2, 3]. Kouření má dopad i na zdraví osob vystavených tabákovému kouří, tzv. pasivní kouření je příčinou přibližně 13 % zdravotní zátěže způsobené kouřením. Kuřáci umírají v průměru o 15 let dříve než nekuřáci [20].

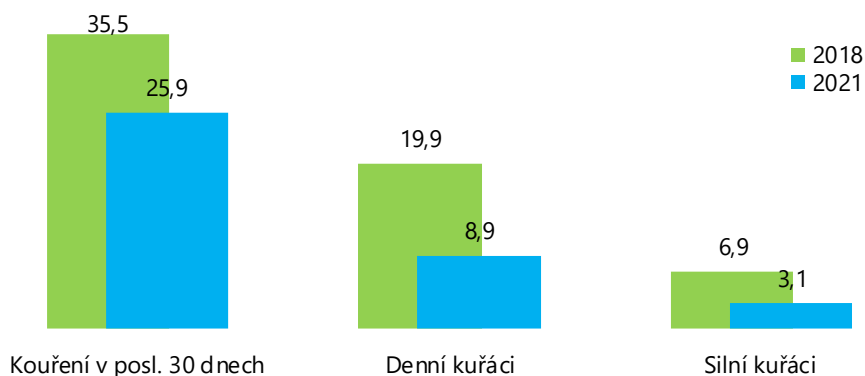
Nejrozšířenějším tabákovým výrobkem užívaným v ČR jsou průmyslově vyráběné cigarety, následuje tabák určený k ručnímu balení cigaret. Nikotin lze užívat i jiným způsobem než kouřením, na trhu je řada alternativních výrobků k užívání nikotinu, u kterých nedochází ke spalování tabáku. Jde o tabákové i netabákové výrobky k orálnímu užití (tzv. snus či žvýkací tabák, resp. nikotinové sáčky), zahřívané výrobky umožňující nikotin přijímat prostřednictvím páry, a to jak tabákové (např. IQOS a Glo), tak netabákové (tzv. elektronické cigarety), šňupací tabák, ale i tzv. náhradní terapii nikotinem ve formě žvýkaček, pastilek a ústního spreje.

Užívání alternativních nikotinových výrobků je spojeno s nižšími veřejnozdravotními riziky než kouření tabáku. Některé jsou účinné při odvykání kouření [43, 44]. Užívání alternativních nikotinových výrobků je substitucí kouření, podle dostupných výzkumů nevede k jeho renormalizaci. Nárůst užívání alternativních nikotinových výrobků je jedním z vysvětlení poklesu kouření mezi dětmi i dospělými [45, 46].

6.2 Užívání tabákových a nikotinových výrobků mezi dětmi a mládeží

Zkušenosti s kouřením má 40 % 15letých dětí a 54 % 16letých. Pravidelné denní kouření uvádí 10–11 % dospívajících, 3 % kouří 11 a více cigaret denně (tzv. silní kuřáci). Od r. 2011 dochází k poklesu prevalence kouření cigaret u dospívajících, a to včetně prevalence denního i silného kouření [47]. Klesající trend v kouření cigaret potvrzují rovněž zjištění ze studie realizované mezi 15–19letými studenty v r. 2021 – graf 6-1.

graf 6-1: Prevalence kouření cigaret mezi 15–19letými studenty – studie UPOL 2018 a 2021, v %

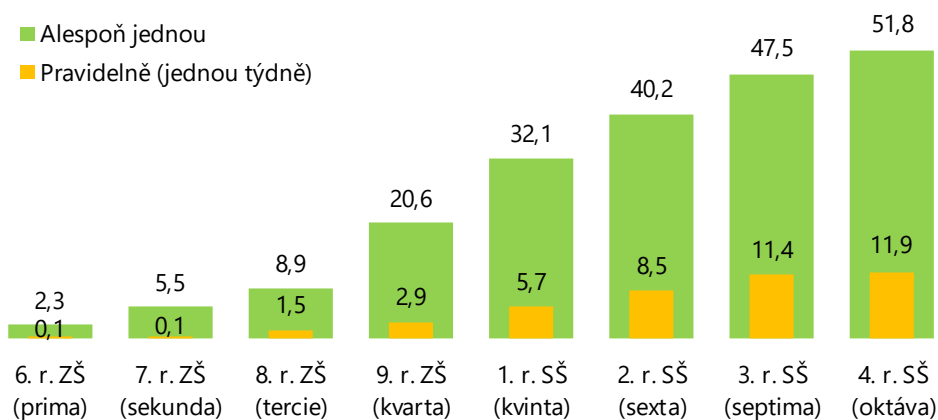


Zdroj: Chomynová et al. [48], Chomynová et al. [49]

Zároveň roste v posledních letech počet dospívajících, kteří mají zkušenost s alternativními (méně rizikovými) tabákovými a nikotinovými výrobky. Podle studie z r. 2021 užilo v posledních 30 dnech e-cigarety 19 % studentů ve věku 15–19 let, 13 % užilo zahřívané tabákové výrobky. Pokles kouření klasických cigaret mezi mladými lidmi lze částečně vysvětlit nárůstem užívání alternativních nikotinových výrobků.

Výzkumy dlouhodobě ukazují, že významným mezníkem z pohledu expozice návykovým látkám, resp. jejich pravidelného a rizikového užívání, je přechod ze základní na střední školu – graf 6-2. Kouření je častější mezi mladistvými ze znevýhodněných sociálních skupin.

graf 6-2: Kouření cigaret v posledních 12 měsících mezi žáky ZŠ a studenty SŠ v Praze v r. 2021, v %



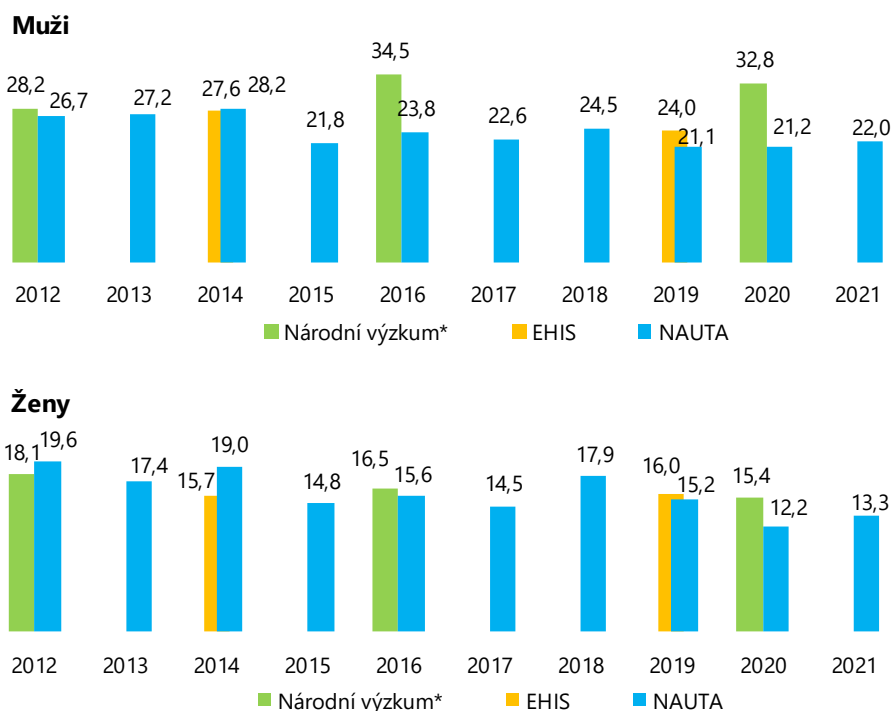
Zdroj: Petrenko and Líbal [50]

6.3 Užívání tabákových a nikotinových výrobků v dospělé populaci

Kouří přibližně třetina dospělé české populace (30–34 %), dvakrát více mužů (přes 40 %) než žen (přibližně 20 %), přibližně 20 % dospělé populace kouří denně [51, 52] [53]. Míra denního kouření je nižší v populaci ve věku 15–24 let a 65+ let (cca 15 %). Muži nejčastěji kouří 15–24 klasických cigaret denně, ženy 5–9 cigaret denně.

Podíl kuřáků v české populaci mírně klesal do r. 2015, v posledních letech se příliš nemění – graf 6-3.

graf 6-3: Trendy v prevalenci denního kouření v dospělé populaci (starší 15 let) podle pohlaví – srovnání studií z let 2012–2021, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Evropské výběrové šetření o zdraví, Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu)



Pozn.: *Výsledky Národního výzkumu 2012 se vztahují k populaci ve věku 15–64 let.

Zdroje: Mravčík et al. [54], Csémy et al. [53]

E-cigarety v současnosti užívá odhadem 5–7 % dospělé populace, přibližně polovina z nich denně, a zahříváné tabákové výrobky přibližně 3–7 % [51, 52]. Nikotinové sáčky v současnosti užívají 2 % dospělých, denně třetina z nich [53]. Podíl osob užívající alternativní tabákové a nikotinové výrobky s rostoucím věkem uživatelů klesá.

Kouření je velkou většinou populace (80 %) vnímáno jako společensky přijatelné, jeho přijatelnost se však dlouhodobě snižuje. Spokojenost se zákazem kouření v restauracích je vysoká a dlouhodobě roste.

Nikotinové výrobky prodávané v lékárnách, žvýkáci či šňupací tabák a vodní dýmka jsou z tabákových a nikotinových výrobků považovány za nejméně škodlivé, jako nejvíce škodlivé je vnímáno kouření cigaret, dýmky či doutníků. Více než čtvrtina dospělé populace nepovažuje za rizikové denní užívání e-cigaret ani zahříváných tabákových výrobků. Kouřit krabičku cigaret denně považuje za rizikové přes 80 % populace [51].

6.4 Zdravotní důsledky kouření

Tabákovému kouři na pracovišti je dlouhodobě vystaveno až 20 % populace, v domácnosti to je 17 %. Expozici tabákovému kouři doma uvedlo 35 % dospívajících ve věku 13–15 let [55]. Ve věznicích je kouři vystaveno dokonce až 60 % odsouzených [56].

Ročně na nemoci způsobené kouřením zemře 16–18 tis. lidí, což je přibližně pětina úmrtí v ČR [57, 58] a 50 osob denně. Důvodem jsou především kardiovaskulární nemoci, nemoci dýchací soustavy a zhoubné novotvary. Kuřáci umírají v průměru o 15 let dříve. Předčasná úmrtnost je koncentrována do regionů s vyšším výskytem denního kouření.

Kouření lze přičíst přibližně 80 % případů rakoviny plic a chronické obstrukční plicní nemoci.

Rakovina plic je třetím nejčastějším nádorovým onemocněním a nejčastější příčinou úmrtí na zhoubné novotvary, ročně je jí nově diagnostikováno téměř 7 tis. případů, přes 5 tis. lidí na ni každý rok zemře. Přes 70 % nově diagnostikovaných onemocnění rakoviny plic je zachyceno v pozdních stadiích.

Chronická obstrukční plicní nemoc je příčinou více než 30 tis. hospitalizací a více než 3 tis. úmrtí ročně, úmrtnost na toto onemocnění dlouhodobě roste.

Kouření v těhotenství má prokazatelně negativní dopad na plod. Novorozenci matek kuřáček mají nižší porodní hmotnost a vyšší riziko porodních a poporodních komplikací, častější je výskyt syndromu náhlého úmrtí novorozence (SIDS).

6.5 Sociální důsledky kouření

Odhaduje se, že v souvislosti s kouřením vznikají v ČR ročně společenské škody ve výši 100–170 mld. Kč,⁸ nejvíce v důsledku výdajů na léčbu a v důsledku ztráty produktivity.

Podle různých odhadů představují výdaje na cigarety a tabákové výrobky 1–4 % spotřebních výdajů českých domácností [13, 59].

Z celkového počtu 16–17 tis. požárů evidovaných v ČR ročně jich 5–6 % bylo způsobeno kouřením, jejich přímé materiální škody jsou odhadovány na 40–60 mil. Kč ročně.⁹

⁸ Podle odhadů WHO odpovídají společenské náklady spojené s kouřením tabáku cca 3,6 % HDP pro východní Evropu: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/1/58> [2023-01-03]

⁹ <https://www.hzscr.cz/clanek/statisticke-rocenky-hasicskeho-zachranneho-sboru-cr.aspx> [2023-01-29]

6.6 Kriminalita spojená s užíváním tabáku

V ČR bylo podle odhadů uvedeno na trh 480 mil. ks padělaných a pašovaných cigaret, tj. 24 mil. krabiček. Z domácí spotřeby (14,5 mld. ks cigaret) to znamená podíl nelegálního trhu ve výši 3 %. Celní správa v r. 2021 odhalila 2 nelegální výroby cigaret a tabáku. Eviduje 609 porušení zákona v souvislosti s cigaretami a 136 porušení v souvislosti s tabákem. Zajištěno bylo více než 61 mil. ks nelegálních cigaret a 152 t tabáku [60].

Ministerstvo spravedlnosti eviduje v souvislosti s tabákem 4,6 tis. přestupků, v 97 % šlo o kouření v místech, kde je to zakázáno [61].

Krádeže nebo jiného nezákonného jednání se kvůli získávání prostředků na cigarety dopustilo 17 % odsouzených [62].

6.7 Zdravotní varování před riziky kouření a krátké intervence

Od r. 2016 jsou na krabičkách cigaret a obalech tabákových a nikotinových výrobků v ČR zdravotní varování odpovídající směrnici EU. Kolem 15 % dotazovaných kuřáků uvedlo, že je v souvislosti s nimi napadlo přestat kouřit.

Míra provádění krátkých intervencí je v ČR poměrně nízká, i když je podle zákona povinná pro všechny zdravotnické pracovníky. Pouze přibližně každý třetí kuřák, který v ČR navštíví lékaře, dostane doporučení, aby kouření zanechal [52]. Podle odhadu z r. 2020 tyto intervence dělá pouze polovina lékařů. Jejich poskytování v ČR však brání fakt, že v současnosti není možné vykazovat krátkou intervenci jako zdravotní výkon [63].

6.8 Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku

Odvykání kouření bez odborné asistence má úspěšnost pouze 3–5 %, léčba formou poradenství má přibližně 10 %, pokud je doprovázena farmakoterapií, tak 30–35 % [64].

Léčbu v ČR poskytuje 43 center pro léčbu závislosti na tabáku v rámci nemocnic, 200 ambulantních lékařů, 300 specializovaných lékáren a také některé adiktologické programy. Síť center a lékařů garantuje Společnost pro léčbu závislosti na tabáku.

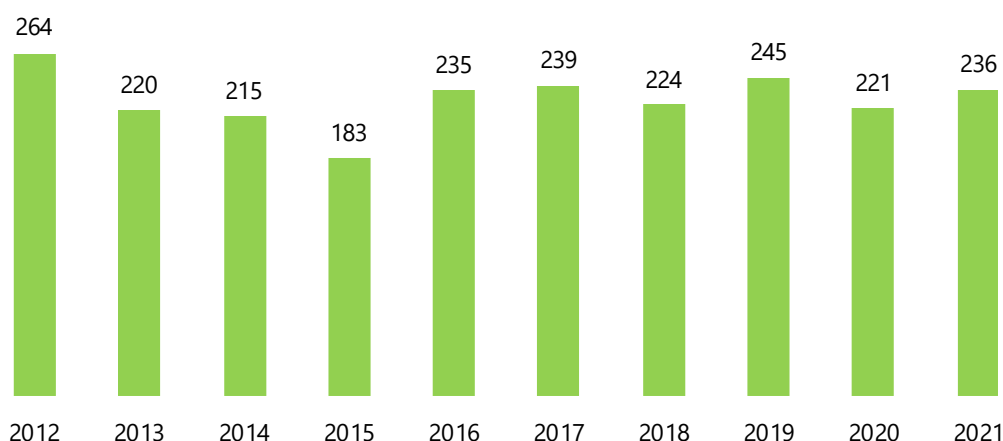
Od r. 2016 funguje *Národní linka pro odvykání* 800 350 000 a související online poradna na webu chciodvykat.cz,¹⁰ poskytují strukturovanou telefonickou a e-mailovou intervenci.

Podporu v odvykání kouření poskytuje i řada dalších webů, Společnost pro léčbu závislosti na tabáku provozuje stránky slzt.cz a Úřad vlády ČR stránky koureni-zabiji.cz, na které odkazují povinná varování na krabičkách cigaret. Existuje také několik aplikací pro mobilní telefony.

V ambulantní psychiatrické péči je ročně přibližně 400–1 000 osob s diagnózou závislosti na tabáku (dg. F17), v r. 2021 to bylo 469 osob. V Národním registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS) bylo v r. 2021 s touto diagnózou v ambulantní léčbě hlášeno pouze 236 osob, rezidenční léčbu lidé se závislostí na tabáku nevyhledávají – graf 6-4.

¹⁰ Zpočátku byla linka zaměřena pouze na pomoc v odvykání kouření.

graf 6-4: Počet osob léčených pro základní diagnózu závislosti na tabáku hlášených do NRHZS v l. 2012–2021



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [39]

Přestat kouřit se v posledním roce pokusil přibližně každý třetí kuřák [51, 52], z toho tři čtvrtiny bez odborné pomoci, čtvrtina k tomu využila prostředky náhradní terapie nikotinem volně dostupné v lékárnách. Jejich evidovaná spotřeba svědčí o velkém množství pokusů přestat kouřit bez asistence odborníků.¹¹ Mnoho kuřáků přechází na užívání méně rizikových alternativních výrobků. Využívání těchto výrobků při odborné pomoci s odvykáním kouření však není součástí schválených doporučených postupů [54]. V r. 2022 byla publikována nová *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*, která zmiňují přístup HR ve smyslu užívání výrobků na bázi nikotinu, a to bez hoření (kouře) [65].

6.9 Kouření v ČR ve srovnání s Evropou

Prevalence současného i denního kouření cigaret v dospělé populaci ČR je mírně nad průměrem evropských zemí,¹² na rozdíl od většiny zemí Evropy však dlouhodobě neklesá.

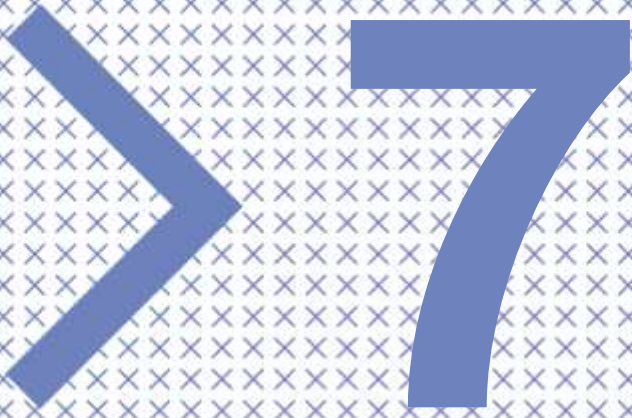
Pokles míry kouření cigaret u dospívajících, a to včetně prevalence denního i silného kouření, který lze v ČR pozorovat od r. 2011, má obdobný trend i v řadě dalších evropských zemí [66, 67]. Také počet dospívajících, kteří mají zkušenost s alternativními (méně rizikovými) tabákovými a nikotinovými výrobky, roste v posledních letech napříč Evropou.

V ČR připadá v přepočtu na 100 tis. obyvatel celkem 195 případů úmrtí v důsledku kouření ročně, což ČR řadí přibližně na průměr EU; nejvíce úmrtí na 100 tis. obyvatel připadá v Maďarsku (257) a Řecku (255), nejméně v Portugalsku (114) a na Kypru (117).¹³

¹¹ <https://www.sukl.cz/rok-2020>, <https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php> [2023-01-19]

¹² https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_sk3e/default/map?lang=en [2023-01-30]

¹³ https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/smoking-deaths_en [2023-01-30]



Kapitola 7: Užívání alkoholu a jeho dopady

7.1 Veřejnozdravotní význam užívání alkoholu

Alkohol je jednou z hlavních příčin nemocnosti a předčasné úmrtnosti, přispívá ke vzniku více než 200 onemocnění [68–70]. Největší podíl zdravotní zátěže alkoholu představují kardiovaskulární nemoci, novotvary, gastrointestinální nemoci (především nemoci jater), ale také zranění v důsledku nehod, úrazů a otravy [2, 4].

Vztah mezi množstvím alkoholu (etanolu) ve vypitém alkoholickém nápoji a škodlivými zdravotními důsledky je jednoznačný. Ze zdravotního hlediska je důležité množství konzumovaného etanolu, nikoliv druh alkoholického nápoje. Žádnou dávku alkoholu nelze považovat ze zdravotního hlediska za bezpečnou či doporučovat jako prospěšnou [71, 72].

Za rizikové je považováno průměrné denní pití více než 20 g etanolu (1–2 sklenice) u žen a 40 g etanolu (2–4 sklenice) u mužů. Za škodlivé (s vysokým rizikem) je považováno průměrné denní pití více než 40 g etanolu (2–4 sklenic) denně u žen a 60 g etanolu (3–6 sklenic) u mužů [73]. Dodatečné riziko představuje pití 5 a více sklenic při jedné příležitosti (tzv. nárazové pití).

ČR patří mezi země s největší průměrnou spotřebou alkoholu na obyvatele a také země s nejvyšším výskytem nárazového pití alkoholu na světě [74].

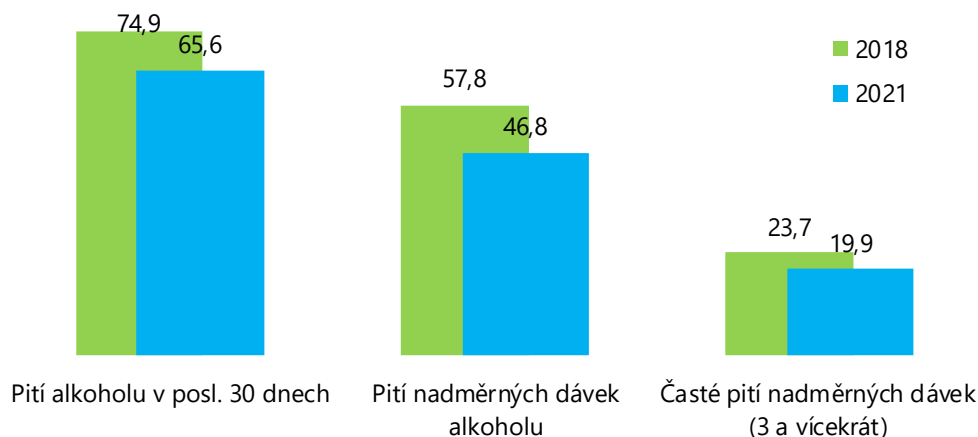
7.2 Užívání alkoholu mezi dětmi a mládeží

Míra užívání alkoholu i rizikového užívání mezi dětmi a dospívajícími v posledních letech klesá, podle pravidelně realizovaných mezinárodních studií HBSC a ESPAD však v evropském kontextu zůstávají zkušenosti mládeže s alkoholem v ČR na vysoké úrovni, stejně jako míra rizikového užívání [47, 75].

Zkušenost s konzumací alkoholu má přes 40 % 13letých dětí, čtvrtina 15letých dětí se v životě nejméně dvakrát opila. Z 16letých již má zkušenost s alkoholem 95 %, téměř 40 % 16letých v posledním měsíci pilo alkohol tzv. nárazově (5 a více sklenic při jedné příležitosti).¹⁴

Ve věkové kategorii 15–19 let pilo alkohol nárazově v posledních 30 dnech 47 %. Časté pití nadměrných dávek alkoholu uvádí 20 %, častěji chlapci (23 %) než dívky (17 %). Dlouhodobé klesající trendy v oblasti konzumace alkoholu dospívajícími byly patrné i v r. 2021 – graf 7-1 [49].

graf 7-1: Trendy v pití alkoholu mezi 15–19letými studenty – studie UPOL 2018 a 2021, v %

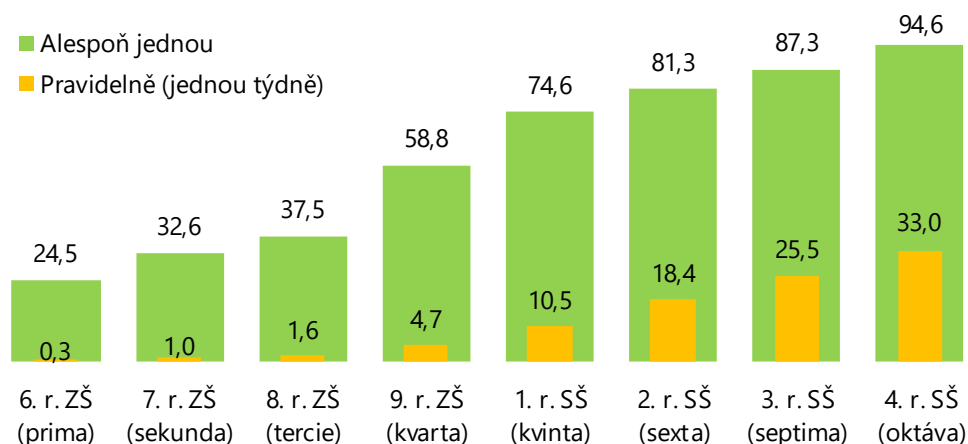


Zdroj: Chomynová et al. [48], Chomynová et al. [49]

¹⁴ Tzv. standardní sklenice – 0,5 l piva, 2 dl vína nebo 5 cl 40 % destilátu – obsahuje 10–20 g etanolu.

Výzkumy dlouhodobě ukazují, že významným mezníkem z pohledu expozice návykovým látkám, resp. jejich pravidelného a rizikového užívání, je přechod ze základní na střední školu – graf 7-2.

graf 7-2: Užití alkoholu a jeho pravidelná konzumace v posledních 12 měsících mezi žáky ZŠ a studenty SŠ v Praze v r. 2021, v %



Zdroj: Petrenko and Líbal [50]

Subjektivně vnímaná dostupnost alkoholu mezi dospívajícími je relativně vysoká. Pivo si umí snadno nebo celkem snadno obstarat 80 % 16letých, 40 % uvedlo konzumaci alkoholu v restauracích. Povědomí o rizikosti intenzivní konzumace alkoholu se zvyšuje.

Větší zkušenosti s alkoholem mají děti socioekonomicky znevýhodněné, klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, děti v institucionální péči nebo děti s romským původem.

7.3 Užívání alkoholu v dospělé populaci

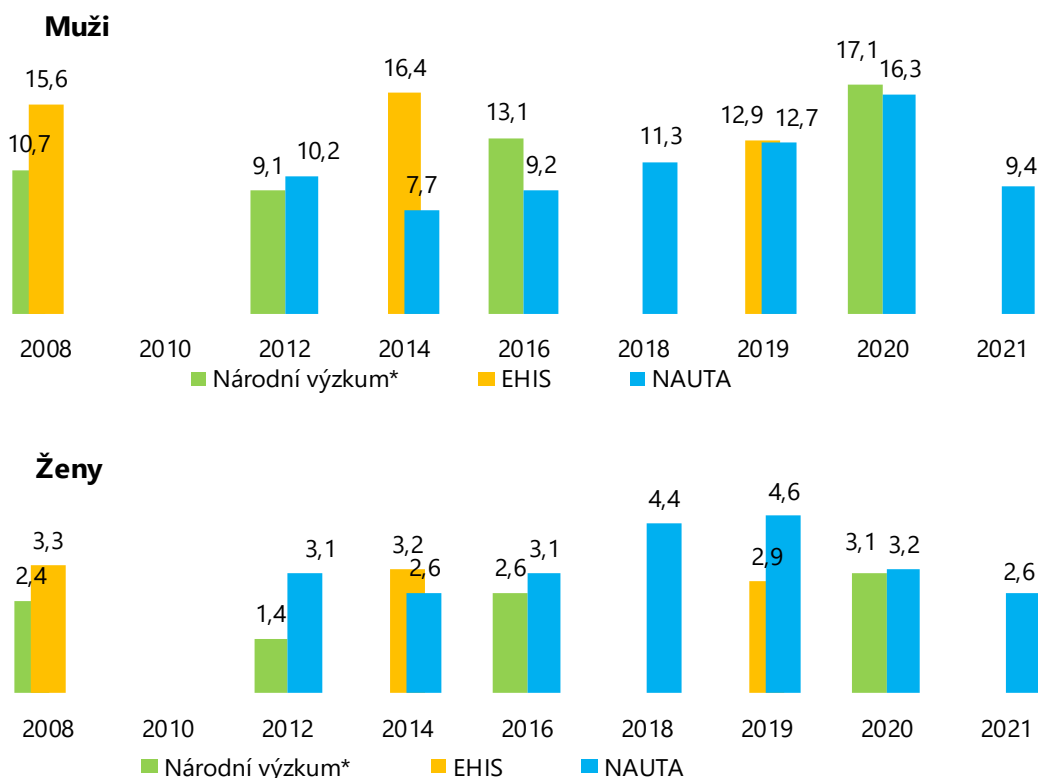
Denně pije alkohol téměř 10 % osob starších 15 let [51, 52] – graf 7-3. Odhadem 11 % splňuje diagnostická kritéria pro závislostní poruchu spojenou s konzumací alkoholu.

Rizikově pije alkohol 17–19 % dospělé populace, tj. v přepočtu odhadem 1,5–1,7 mil. obyvatel ČR, z nich téměř 900 tis. (9–10 % populace) spadá do kategorie škodlivé konzumace alkoholu. Výskyt škodlivého pití alkoholu je dlouhodobě 2–3krát vyšší mezi muži. Prevalence denního pití alkoholu i dalších forem rizikové konzumace je výrazně nižší ve věkové skupině 15–24 let.

Dlouhodobé trendy ukazují nárůst prevalence škodlivého užívání alkoholu mezi l. 2012 a 2020, poslední dostupná data za r. 2021 ukazují pokles rizikových forem konzumace – denní pití uvedlo 6 % dospělých, rizikově pilo alkohol 14 % dospělé populace, v tom do kategorie škodlivé konzumace alkoholu spadalo 7 % populace (11 % muži a 4 % ženy). Aktuální odhady rizikového pití alkoholu v ČR uvádějí přibližně 1,1–1,4 mil. osob, z nich cca 540–750 tis. vykazuje znaky škodlivého užívání alkoholu [53]. Lze předpokládat, že vliv na spotřebu alkoholu v r. 2021 měla do určité míry také opatření zavedená v souvislosti s pandemií COVID-19.

Z průzkumu mezi lékaři vyplývá, že odhad rizikových konzumentů alkoholu, u kterých si jsou lékaři vědomi, že mají problém s konzumací alkoholu, je 150–170 tis. osob [37].

graf 7-3: Denní nebo téměř denní konzumace alkoholu v dospělé populaci (starší 15 let) – srovnání studií z l. 2008–2021, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Evropské výběrové šetření o zdraví, Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu)



Pozn.: *Výsledky Národního výzkumu 2008 a 2012 se vztahují k populaci ve věku 15–64 let.
Zdroje: Mravčík et al. [76], Csémy et al. [53]

Dvě třetiny žen konzumovaly alkohol během těhotenství [77, 78], 10–20 % těhotných žen konzumuje alkohol pravidelně.

Postoje české společnosti k alkoholu jsou velmi tolerantní. Pravidelnou konzumaci alkoholu považuje za přijatelnou 90 % lidí, reklamu na lihoviny by zakázala pouze čtvrtina Čechů, na pivo či víno pouze 10 %.

7.4 Zdravotní důsledky užívání alkoholu

Celkové zdravotní dopady užívání alkoholu nejsou v ČR systematicky monitorovány.

Poslední odhad celkové úmrtnosti přiřaditelné alkoholu byl v ČR proveden za r. 2010, kdy bylo vyčísleno 6,5 tis. úmrtí, což představovalo 6 % celkové úmrtnosti v ČR (10 % u mužů a 2 % u žen) [79].

Z 6–7 tis. odhadovaných alkoholových úmrtí ročně lze u třetiny určit alkohol jako hlavní nebo jedinou příčinu úmrtí. Úmrtnost pro příčiny související s alkoholem roste, zvyšuje se počet případů alkoholických onemocnění jater, nehod a sebevražd pod vlivem alkoholu [80]. Předčasná úmrtnost spojená s alkoholem je nejvyšší v regionech střední Moravy a také Slezska.

Osoby závislé na alkoholu umírají v průměru o 24 let dříve než běžná populace, téměř 83 % z nich v ekonomicky aktivním věku do 64 let [81]. Nejčastějšími důvody jsou tzv. vnější příčiny (24 %), jde zejména o náhodná poranění (13 %) a sebevraždy (6 %), onemocnění jater (18 %), nemoci oběhové soustavy (15 %) a zhoubné novotvary (7 %).

Ročně je hlášeno 13–14 tis. hospitalizací pro nemoci zcela přiřaditelné alkoholu [82] – 8 tis. případů pro závislost na alkoholu (cca 60 %), 4 tis. pro alkoholické onemocnění jater (30 %) a 1 tis. pro alkoholickou pankreatitidu. Alkohol je dlouhodobě příčinou 98 % úrazů pod vlivem návykových látek.

7.5 Sociální důsledky a souvislosti užívání alkoholu

Alkohol je spojen s domácím násilím. Odhaduje se, že je v ČR spojen až s 2/3 všech případů domácího násilí [83]. Násilím vyvolaným alkoholem jsou postiženy zejména ženy. Riziko agresivního chování zvyšuje nárazové pití. Vedle fyzického násilí zvyšuje alkohol pravděpodobnost sexuálního násilí a také intenzivního psychického násilí [84].

Pod vlivem alkoholu je zapříčiněno přibližně 5 % dopravních nehod a při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu zemře přibližně 10 % usmrčených při dopravních nehodách. Pravděpodobnost dopravní nehody roste s hladinou alkoholu v krvi – u 79 % všech nehod zaviněných alkoholem měl viník hladinu alkoholu v krvi nad 1 ‰, tj. šlo o trestný čin [85].

Odhad celkových společenských nákladů spojených s konzumací alkoholu v ČR dosahuje 33–55 mld. Kč ročně [86, 87]. Nejvyšší podíl tvoří náklady na úslou produktivitu a zdravotní náklady, zejména náklady na rezidenční léčbu.

7.6 Kriminalita spojená s alkoholem

V r. 2021 bylo evidováno 118 trestných činů podání alkoholu nezletilému, odsouzeno bylo 73 osob [88, 89].

Trestné činy spáchané pod vlivem alkoholu tvoří 13 % celkové objasněné trestné činnosti [90]. Bylo objasněno 7,6 tis. trestných činů ohrožení pod vlivem návykové látky a opilství, z nich 5,2 tis. souviselo s alkoholem.

Ochranné léčení bylo v souvislosti s alkoholem uloženo 210 osobám, z nich 150 v ambulanci formě.

Krádeže nebo jiného nezákonného jednání s motivem pořízení prostředků na alkohol se dopustilo 13 % odsouzených vězňů [62].

V souvislosti s alkoholem nebo jinými návykovými látkami bylo v r. 2021 evidováno 13 tis. přestupků a 1 tis. přestupků v kontextu ochrany veřejného zdraví [61, 91].

7.7 Zdravotní varování před riziky konzumace alkoholu a krátké intervence

Varování před riziky a škodami působenými alkoholem na obalech alkoholických nápojů není v ČR povinné. Povinně musí být uveden obsah etanolu v procentech objemových.

Provádění krátkých intervencí je zákonnou povinností všech zdravotnických pracovníků. U rizikových či intenzivních uživatelů alkoholu je však provádí pouze polovina lékařů [92]. Odhadem pouze čtvrtina osob splňujících kritéria škodlivého pití alkoholu dostane od lékaře doporučení konzumaci alkoholu omezit.

7.8 Léčba uživatelů alkoholu

Léčba závislosti v ČR probíhá ambulantně nebo rezidenčně, obvykle ve zdravotnických zařízeních. Rezidenční léčba bývá abstinenčně orientovaná, typický je tzv. Skálův model: detoxifikační začínající léčba se strukturovaným programem aktivit s prvky psychoterapie i aktivit fyzických, která může být doplněna farmakologickou podporou [93].

Léčba závislosti na alkoholu je poskytována také v adiktologických programech, které poskytují služby lidem, kteří mají problém s užíváním nelegálních drog či hazardním hraním. Léčené ze závislosti na alkoholu tvoří ze 2/3 muži, průměrný věk se pohybuje kolem 45 let.

V ČR funguje přibližně 250–300 adiktologických programů různého typu [33], z nich je 30–40 rezidenčních programů a 40 doléčovacích programů. V kontaktu s nimi je ročně přibližně 30 tis. uživatelů alkoholu, z toho 27 tis. s psychiatrickými zařízeními (6 tis. v lůžkové péči). V ČR

funguje 19 terapeutických komunit pro léčbu závislosti, v 10 komunitách podporovaných v dotačním řízení Úřadu vlády ČR je ročně léčeno téměř 400 osob, uživatelé alkoholu tvoří 15–20 % jejich klientů.

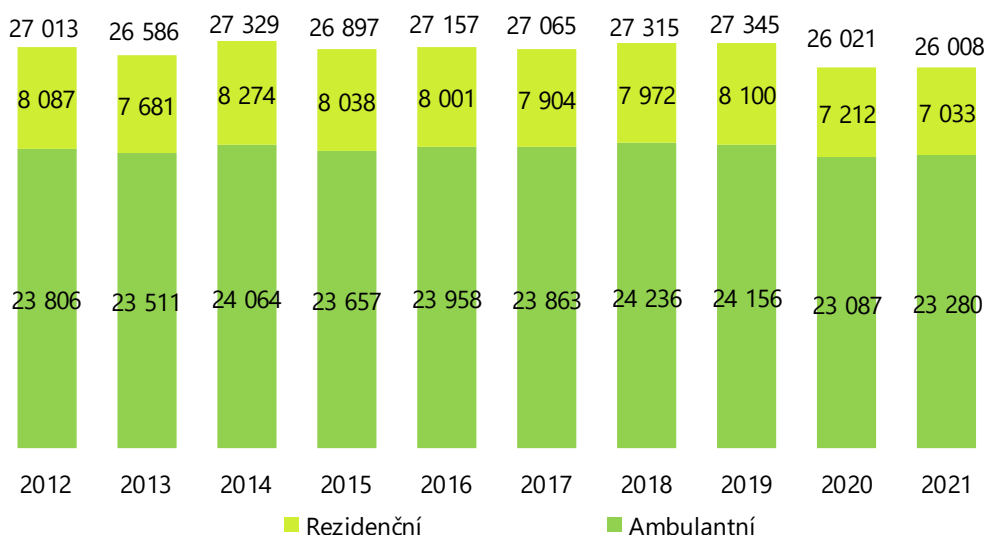
Data ÚZIS z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS) ukazují, že počet uživatelů alkoholu v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči se dlouhodobě nemění – graf 7-4, zvyšuje se věk léčených uživatelů alkoholu.

V posledních letech se rozvíjí také privátní segment služeb zejména zaměřený na pomoc osobám s problémovým užíváním alkoholu. Tyto programy nejsou součástí sítě služeb hrazených z veřejných zdrojů. Rozvíjí se také léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií.

Podporu na bázi svépomoci nabízí uživatelům alkoholu několik sdružení v ČR. Společenství Anonymní alkoholici (AA) je aktivní v 45 městech, aktuálně v ČR působí 65 skupin AA. Kromě AA je v ČR realizováno několik málo dalších projektů na bázi svépomoci v Brně a Českých Budějovicích.

V září 2022 bylo registrováno 30 poskytovatelů následné péče, z nich 23 nabízelo chráněné bydlení s kapacitou cca 230 lůžek. Uživatelé alkoholu tvoří cca 40 % jejich klientů [34].

graf 7-4: Počet pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním alkoholu (dg. F10) v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči v l. 2012–2021, NRHZS



Pozn.: Údaj celkem je nižší než součet obou kategorií, protože někteří pacienti byli léčeni v obou typech léčby.
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [39]

7.9 Harm reduction služby pro uživatele alkoholu

Uživatelé alkoholu jsou také klienty nízkoprahových harm reduction programů primárně určených pro osoby užívající nelegální drogy. V r. 2021 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 38,9 tis. uživatelů návykových látek, z toho 3 tis. uživatelů alkoholu (přibližně 8 %) [41].

Harm reduction intervence, jejichž cílem je snížení nebo kontrola konzumace alkoholu, nejsou v řešení problémového užívání nebo závislosti na alkoholu v ČR rozšířené. Poměrně novým přístupem, který leží na pomezí prevence, léčby a harm reduction, je přístup kontrolované konzumace alkoholu [94-96]. Tuto tzv. nonabstinentní léčbu lze definovat jako kognitivně-behaviorální trénink sebekontroly konzumace. Cílovou skupinou jsou především uživatelé, kteří se nacházejí v počátečních fázích rozvoje závislosti na alkoholu [97].

Funkci harm reduction v oblasti alkoholu plní také záchytné stanice: poskytují zdravotní dohled a péči intoxikovaným osobám, předcházejí zdravotnímu poškození ve stavu intoxikace a ohrožení ostatních osob, veřejného pořádku a majetku způsobeného chováním intoxikovaných osob. V r. 2021 bylo v ČR celkem 17 záchytných stanic, které poskytly služby 18 tis. osobám [36].

V ČR v r. 2021 působilo 8 programů poskytujících služby v prostředí zábavy poskytujících poradenské a informační intervence, harm reduction materiál nebo dechové zkoušky na alkohol. V r. 2021 programy působily na 185 akcích a vykázaly cca 15 tis. kontaktů. Mezi klienty programu *Hard & Smart*, který vykázal většinu kontaktů, bylo cca 6 tis. uživatelů alkoholu (průměrný věk 24 let).

7.10 Konzumace alkoholu v ČR ve srovnání s Evropou

ČR patří dlouhodobě mezi země s největší průměrnou spotřebou alkoholu na obyvatele (spolu s Litvou a Rakouskem) a také země s nejvyšším výskytem nárazového pití alkoholu na světě [74]. V řadě evropských zemí (např. Estonsku, Řecku a Litvě) je v posledních letech zaznamenáván pokles míry konzumace alkoholu mezi dospělými, v ČR je situace dlouhodobě stabilní. Znamky poklesu lze sledovat v posledních 2 letech pouze v populaci mužů.

Mezi dětmi a dospívajícími míra užívání alkoholu, včetně rizikových forem pití, v posledních 10 letech klesá. Obdobné trendy zaznamenává dlouhodobě řada evropských zemí [98-100], v evropském kontextu zůstávají zkušenosti mládeže s alkoholem v ČR stále nad evropským průměrem.

V ČR připadá ročně v přepočtu na 100 tis. obyvatel celkem 104 případů úmrtí v důsledku konzumace alkoholu u mužů a 24 případů u žen, což ČR řadí přibližně na průměr EU; nejvíce úmrtí na 100 tis. obyvatel připadá v případě mužů v Bulharsku (213), Lotyšsku (175) a Rumunsku (174), v případě žen v Německu (61) a Belgii (43).¹⁵

¹⁵ https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/alcoholic-beverages-deaths-men_en
[2023-01-30]

> 8

Kapitola 8: Problematické užívání psychoaktivních léků a jeho dopady

8.1 Veřejnozdravotní význam užívání psychoaktivních léků

Zneužívání či nadužívání užívání psychoaktivních léků se týká poměrně velké části populace a je příčinou zdravotních poruch a negativních sociálních dopadů na uživatele i jejich okolí.

Zastřešující definice zneužívání léků [6] zahrnuje jakýkoliv způsob užití léku, u kterého byla prokázána problematická spotřeba. Jde například o užití léku (na lékařský předpis nebo bez něj) v rozporu s lékařskými postupy nebo pokyny, za rekreačním účelem či v rámci samoléčby, kdy rizika a problémy spojené s užitím převažují nad jeho přínosy.

Specifickými formami zneužití léku je jejich použití jako zdroje (prekurzoru) pro výrobu jiných drog nebo podání léku jiné osobě s cílem ji nedobrovolně omámit.

Lze rozlišit 2 skupiny osob zneužívajících psychoaktivní léky: (1) osoby trpící zdravotními problémy, které ztratí nad užíváním léků kontrolu, (2) osoby závislé na návykových látkách včetně alkoholu nebo nelegálních drog, které užívají léky jako náhradu jiných drog nebo ke zmírnění abstinenčních příznaků [101, 102].

Problematická spotřeba psychoaktivních léků zahrnuje nepřiměřenou léčbu (nevhodné dávkování, nevhodnou indikaci), užívání léku mimo lékařskou indikaci (v kombinaci s návykovými látkami, nelegální získání) i užívání léku v rizikových situacích (při řízení vozidel, ve sportu) [101, 103].

Psychoaktivní léky jsou často nadužívány v kontextu samoléčby při potížích se spánkem, při úzkosti, při bolestech apod. Lidé o závislostním potenciálu užívaných léků často neví.

Zneužívány jsou zejména léky se sedativním, hypnotickým a anxiolytickým účinkem (především benzodiazepiny a Z-hypnotika) a opioidy, ale zneužívání se vyskytuje i u jiných léků ze skupiny stimulantů a antiepileptik (např. pregabalin). Specifickým problémem je užívání buprenorfinu z nelegálního trhu lidmi užívajícími drogy rizikově/injekčně a používání pseudoefedrinových přípravků pro nelegální výrobu pervitinu.

8.2 Užívání psychoaktivních léků mezi dětmi a mládeží

Monitoring rozsahu užívání psychoaktivních léků není konceptualizován.

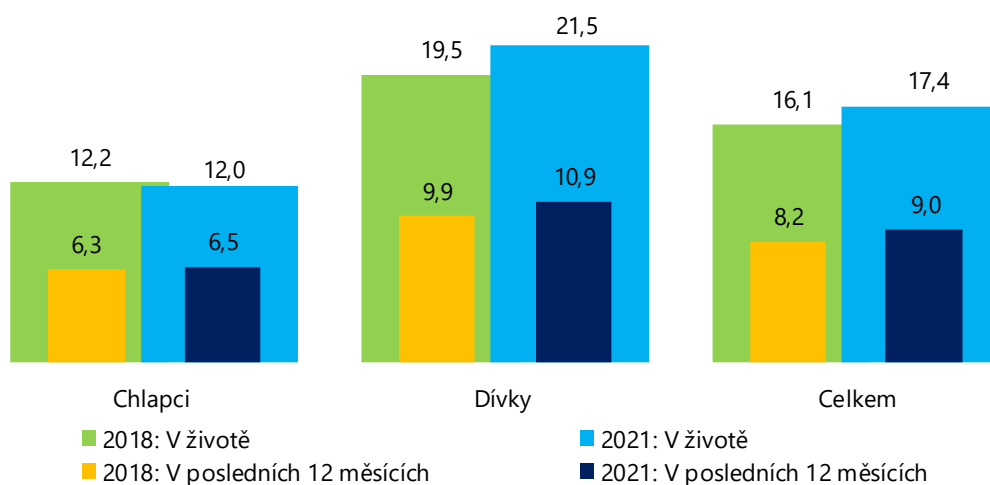
Zneužívání léků, tj. užití sedativ bez doporučení lékaře, léků proti bolesti za účelem dostat se do nálady nebo léků v kombinaci s alkoholem uvádí 14–17 % dospívajících [47, 49], v tom přibližně 5 % opakovaně. Užívání je častější u dívek. V porovnání s ostatními evropskými zeměmi jsou zkušenosti českých studentů s užitím léků nadprůměrné, zejména léků proti bolesti za účelem dostat se do nálady nebo léků v kombinaci s alkoholem [47].

V r. 2021 mělo zkušenost s léky na uklidnění nebo spaní bez doporučení lékaře 17 % studentů SŠ, 9 % užílo léky v posledních 12 měsících a 4 % v posledních 30 dnech. Míra užívání psychoaktivních léků je mezi dospívajícími poměrně stabilní, s mírným nárůstem prevalence u dívek, které mají zároveň častější zkušenosti s užíváním léků než chlapci – graf 8-1.

Stejně jako u ostatních návykových látek se ukazuje, že užívání psychoaktivních léků roste s věkem a významným mezníkem z pohledu expozice návykovým látkám, resp. jejich pravidelného a rizikového užívání, je období přechodu ze základní na střední školu – graf 8-2.

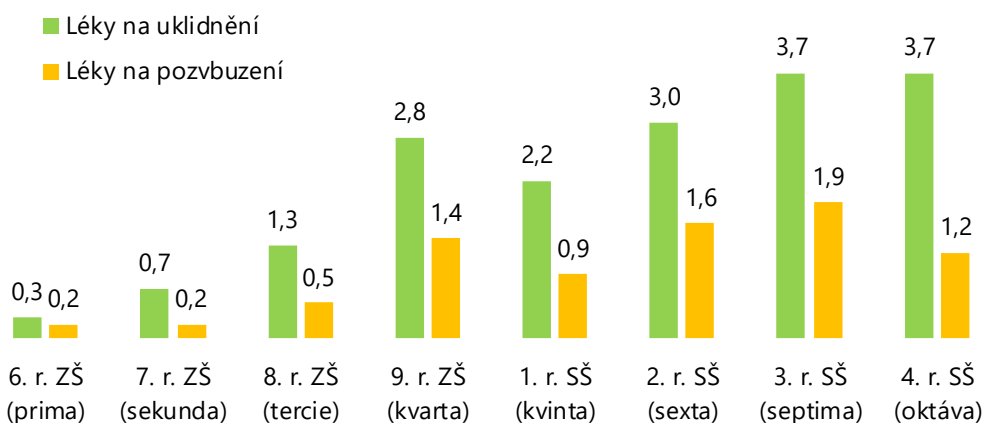
Obdobně jako v případě dalších návykových látek mají větší zkušenosti s psychoaktivními léky děti socioekonomicky znevýhodněné, klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, děti v institucionální péči nebo děti s romským původem.

graf 8-1: Užívání psychoaktivních léků na uklidnění/spaní bez doporučení lékaře mezi 15-19letými studenty SŠ – studie UPOL 2018 a 2021, v %



Zdroj: Chomynová et al. [48], Chomynová et al. [49]

graf 8-2: Užití psychoaktivních léků bez doporučení lékaře v posledních 12 měsících mezi žáky ZŠ a studenty SŠ v Praze v r. 2021, v %



Zdroj: Petrenko and Líbal [50]

8.3 Užívání psychoaktivních léků v dospělé populaci

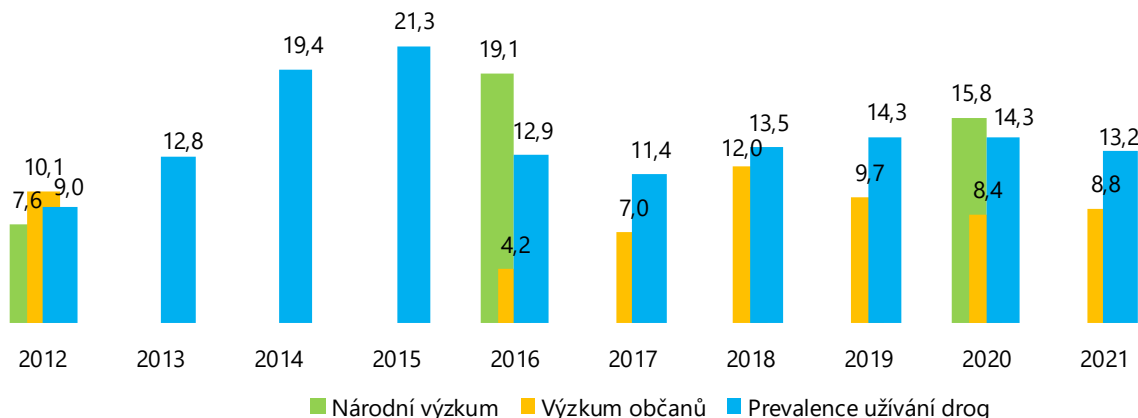
Psychoaktivní léky (získané na lékařský předpis i bez předpisu) užilo v posledních 12 měsících 16 % dospělých starších 15 let – graf 8-3. Sedativa nebo hypnotika 13 % a opioidní analgetika 7 % dospělých. Sedativa užívají denně 2 % a opioidní analgetika 0,5 % populace.

Přibližně 90 % uživatelů psychoaktivních léků je užívalo po dobu delší než 6 týdnů, 60 % dokonce po dobu delší než 1 rok. Do kategorie problémového užívání psychoaktivních léků (tj. užívali léky déle než 6 týdnů, měli pocit, že v posledních 12 měsících užívali léky ve větším množství nebo léky získali jinak než na lékařský předpis) spadá odhadem 15 % dospělých (20 % žen a 10 % mužů), v tom 12 % užívá sedativa a hypnotika a 6 % opioidní analgetika [51]. Aktuální odhady za r. 2021 uvádějí 9–13 % dospělých, kteří užívají psychoaktivní léky získané bez lékařského předpisu nebo užívané v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka [104, 105].

Při extrapolaci na celou populaci ČR starší 15 let jde celkem o 1,3–1,5 mil. osob vykazujících známky problémového užívání psychoaktivních léků, z toho 900 tis. jsou ženy. Sedativa a hypnotika užívá problémově odhadem 1,1 mil. osob a opioidní analgetika 550 tis. osob.

Postoje populace k užívání psychoaktivních léků jsou dlouhodobě tolerantní, jejich užívání je přijatelnější než užívání jiných návykových látek včetně tabáku. Pouze 10 % populace by zakázalo reklamu na volně prodejné léky.

graf 8-3: Prevalence zneužívání psychoaktivních léků (sedativ, hypnotik a opioidních analgetik) v obecné populaci ve věku 15+ let v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2012–2021, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Výzkum občanů, Prevalence užívání drog v populaci ČR)



Pozn.: Výsledky Národního výzkumu 2012 se vztahují k populaci ve věku 15–64 let. V Národním výzkumu je sledováno užívání léků bez ohledu na to, zda jde o léky předepsané lékařem, nebo užívané bez lékařského předpisu. Ve studiích Prevalence užívání drog v populaci a Výzkum občanů je sledováno užívání léků bez lékařského předpisu.

Zdroj: Mravčík et al. [106], Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research [104], Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES [105]

8.4 Zdravotní a sociální důsledky problematické spotřeby psychoaktivních léků

Zdravotní dopady užívání psychoaktivních léků nejsou v ČR systematicky monitorovány.

Nadměrné užívání psychoaktivních léků vede ke vzniku závislosti, zhoršení duševního zdraví a snížení kvality života. Závislost narušuje sociální, rodinné a pracovní fungování. Rozvojem závislosti a s ní spojených psychických a somatických komplikací jsou ohroženi zvláště senioři [107]. Kromě ztráty vitality se závislost může projevit i poruchami pohybové koordinace a znamená tak vyšší riziko pádů a zranění.

Mezi nejčastější obtíže při závislosti na sedativech a hypnoticích patří nespavost, úzkost, bolesti, slabost, únava či pokles nálady.

Ročně je evidováno okolo 40 případů smrtelných předávkování psychoaktivními léky.¹⁶ Celkem bylo v r. 2021 zjištěno 10 případů smrtelných předávkování benzodiazepiny (13 v r. 2020).

Případů úmrtí pod vlivem psychoaktivních léků z jiných příčin než předávkování, zejména v důsledku nemocí, nehod a sebevražd, bylo u benzodiazepinů evidováno přes 30 a u jiných psychoaktivních léků téměř 40.

Každoročně je hlášeno 14–16 tis. případů hospitalizací pro úraz pod vlivem návykových látek, v tom 150–200 případů pod vlivem psychoaktivních léků. Psychoaktivní léky se tak podílí cca na 1 % všech úrazů v ČR.

Odhad celkových společenských nákladů spojených s problematickou spotřebou psychoaktivních léků nebyl dosud proveden.

8.5 Kriminalita spojená s psychoaktivními léky

Za nedovolené nakládání s psychoaktivními léky bylo v r. 2021 zadrženo celkem 28 osob, ve většině případů šlo o trestný čin nedovolené výroby, pašování a prodeje (§ 283). V souvislosti s nedovoleným nakládáním se substitučními preparáty bylo zadrženo 69 osob, ve 21 případech šlo

¹⁶ Smrtelná předávkování opioidními analgetiky jsou evidována v rámci širší kategorie smrtelných předávkování opioidy.

o přestupek. Předmětem nedovoleného nakládání byly nejčastěji alprazolam, diazepam, Rivotril® a Hypnogen®.

8.6 Prevence zneužívání psychoaktivních léků

Pro prevenci zneužívání psychoaktivních léků jsou důležité zejména vzdělávací programy pro lékaře, jejichž zodpovědností je správná indikace, dávkování a délka léčby a kteří by měli pacienty poučit o rizicích vzniku závislosti [108]. Jako nejúčinnější se dlouhodobě ukazují kombinované programy zahrnující různé regulační a edukační intervence (dopisy nebo e-maily lékařům, automatická počítačová upozornění, schůzky, mediální kampaně, ale také audity a preskripční profily lékařů).

Novelizace zákona o návykových látkách v r. 2021 zavedla povinnost předepisujícího lékaře informovat pacienta o tom, že je mu předepisován vysoce návykový léčivý přípravek.

Efektivní metodou prevence nadužívání sedativ a hypnotik jsou krátké intervence prováděné praktickými a dalšími lékaři.

V ČR nejsou systematicky realizovány preventivní programy cílící na lékaře zaměřené na kontrolu spotřeby psychoaktivních léků mezi pacienty.

Zdravotníci by měli být dále vzděláváni k používání nefarmakologických postupů a léků s nižším závislostním potenciálem, důslednému monitorování užívání psychoaktivních léků pacienty a případnému zajišťování přístupu k léčbě závislosti.

Součástí Národního zdravotního informačního portálu nzip.cz je sekce *Závislost na lécích: co to je?*. SÚKL provozuje webové stránky olecich.cz zaměřené na zvýšení informovanosti veřejnosti v oblasti lékové problematiky.

8.7 Léčba uživatelů psychoaktivních léků

V důsledku dlouhodobé a nadměrné preskripce psychoaktivních léků vzniká u většiny osob závislost s rozvojem dalších psychických a somatických komplikací. Závislost bývá dlouho nerozpoznána a typický program léčby závislosti pro ně často není vhodný [109].

U nadužívání psychoaktivních léků je důležitá včasná identifikace problému a včasná intervence [107]. Efektivní metodou léčby u indikovaných pacientů jsou krátké intervence zaměřené na postupné snižování dávky psychoaktivních léků. Provádění krátkých intervencí je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky, ale jsou cílené především na návykové látky jako tabák, alkohol, případně na nelegální drogy. Pozornost věnovaná užívání psychoaktivních léků není v krátkých intervencích příliš velká.

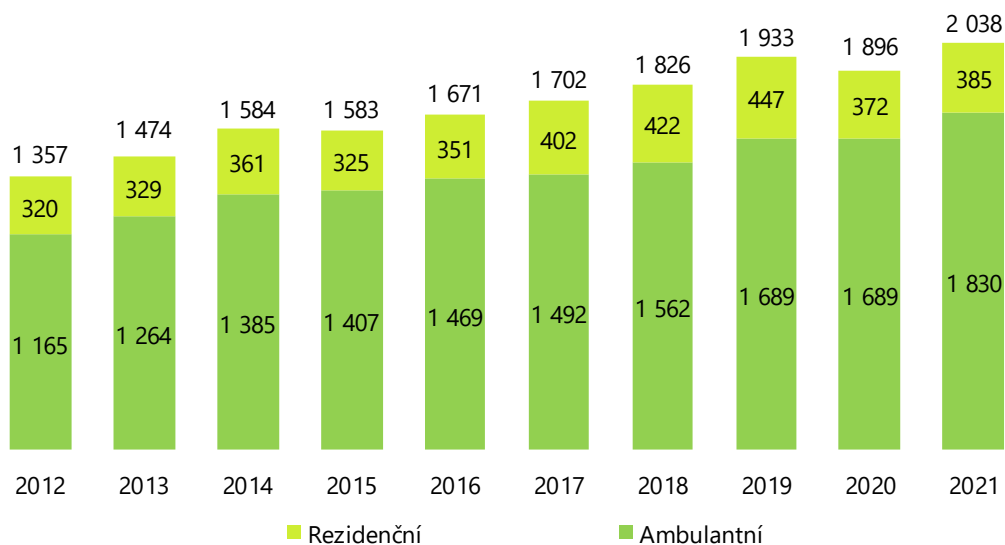
K léčbě je využívána tzv. bezpečná detoxifikace, která v případě sedativ a hypnotik spočívá v nahrazení zneužívaného léku dlouze působícím benzodiazepinem (diazepamem) a postupném snižování jeho dávek [110], v kombinaci s psychologickou podporou a poradenstvím a adekvátní léčbou psychických i somatických komplikací.

Specifickou léčebnou modalitou určenou závislým na opioidech je substituční léčba. Ta je indikována také u pacientů s chronickou bolestí léčených opioidními analgetiky, u kterých se rozvinula závislost.

Léčba závislosti na psychoaktivních lécích je integrována do systému léčby závislosti, probíhá ambulantně i rezidenčně. V léčbě závislosti na psychoaktivních lécích jsou ročně přibližně 2 tis. uživatelů sedativ a hypnotik, z toho v ambulantních programech přibližně 1,8 tis. osob, hospitalizováno je ročně cca 400 osob.

Počet léčených se od r. 2012 zvyšuje – graf 8-4. Ženy tvoří přibližně 2/3 pacientů léčených pro závislost na sedativech a hypnoticích. Odhadem 74 % tvoří osoby starší 45 let, téměř čtvrtina pacientů (23 %) je starší 70 let.

graf 8-4: Počet léčených pro poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik (dg. F13) v ambulantní a rezidenční péči v l. 2012–2021, dle NRHZS



Pozn.: Údaj celkem je nižší než součet obou kategorií, protože někteří pacienti byli léčeni v obou typech léčby.
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [39]

Počet léčených pro dg. F13 v terapeutických komunitách není znám, pravděpodobně jde spíše o výjimečné případy. Není známa existence žádné svépomocné skupiny v ČR, která by se specificky věnovala závislosti na psychoaktivních lécích, nicméně je možné využít např. skupiny Anonymních alkoholiků, které jsou otevřené i osobám s jiným typem závislosti než na alkoholu.

Přibývá online poraden, webových a mobilních aplikací pro osoby s adiktologickým problémem, jejich rozvoj dále urychlila epidemie COVID-19. Jedinou online poradnou specializovanou na poskytování pomoci uživatelům psychoaktivních léků je benzodiazepinová poradna benzo.cz, kterou provozuje organizace SANANIM. Na *Národní linku pro odvykání* 800 350 000 se ročně obrací desítky osob s problémem v oblasti užívání psychoaktivních léků (20–70 v posledních letech).

8.8 Užívání psychoaktivních léků v ČR ve srovnání s Evropou

Vzhledem k nejednotnému konceptu monitoringu užívání psychoaktivních léků a jejich problematické spotřeby v dospělé populaci v evropských zemích není k dispozici evropské srovnání.

V populaci dospívajících je míra užívání léků se sedativním a/nebo hypnotickým účinkem na evropském průměru. Mezi českými dospívajícími je však častá kombinace psychoaktivních léků s alkoholem, kde se ČR řadí na přední místa v žebříčku evropských zemí [111].

9

Kapitola 9: Užívání nelegálních drog a jeho dopady

9.1 Veřejnozdravotní význam užívání nelegálních drog

Užívání návykových látek patří mezi nejvýznamnější rizikové faktory podílející se na celkové úmrtnosti a nemocnosti ve světě a představuje tak významnou determinantu zdravotního stavu populace. Ve studii globální zdravotní zátěže provedené WHO za r. 2016 zaujímal užívání tabáku čtvrtou a alkohol spolu s nelegálními drogami dohromady osmou pozici na žebříčku z celkem 84 sledovaných preventabilních rizikových faktorů [112]. Nelegální drogy se podílejí na 1 % všech úmrtí ve světě [4].

Jednotlivé návykové látky vykazují různou míru zdravotních i sociálních škod, které jsou s jejich užíváním spojeny, a to jak na individuální, tak na populační úrovni [3]. Studie hodnotící škodlivost jednotlivých látek ukazují, že nejvyšší místa na žebříčku rizikového potenciálu zaujímají heroin, kokain, metamfetamin, ale také legální alkohol a tabák [113-115]. Ukazuje se tak, že legální status látek a míra legislativní a další kontroly s ním spojená nesouvisí příliš s veřejnozdravotní a společenskou nebezpečností látek [3].

Závislost na opioidech se na veřejnozdravotní zátěži v důsledku užívání nelegálních drog v r. 2010 podílela 46 % a závislost na drogách amfetaminového typu 13 % [116].

U uživatelů nelegálních drog se na celkové nemocnosti a úmrtnosti podílely zejména infekční nemoci, nemoci trávicího systému (zejména hepatitida typu C a její klinické následky) a vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti, tj. otravy předávkováním, nehody, sebevraždy [4, 112, 116, 117].

9.2 Užívání nelegálních drog mezi dětmi a mládeží

Nejčastěji užitou nelegální drogou mezi dospívajícími i mezi dospělými v ČR jsou konopné látky, zkušenosti s ostatními drogami jsou mnohem méně časté (na řádově nižší úrovni). Podle studie *ESPAD 2019* má zkušenost s užitím nelegální drogy alespoň jednou v životě 29 % 16letých studentů [47], nejčastěji (28 %) s konopím. Zkušenosti s ostatními drogami jsou mnohem méně časté – 4 % mají zkušenost s extází a s LSD, 3 % s halucinogenními houbami, pervitin nebo kokain užila 2 % a heroin nebo jiné opiáty méně než 1 % 16letých. Těžké látky někdy v životě užilo 5 %.

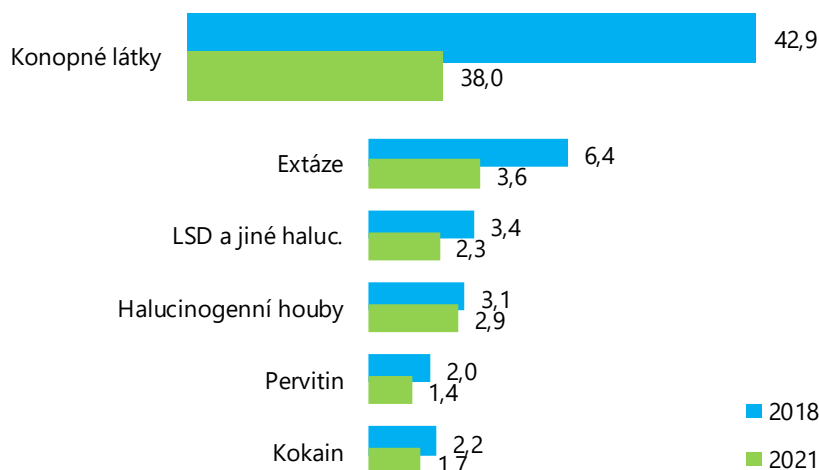
Mezi 15letými žáky ZŠ má zkušenost s užitím konopných látek někdy v životě 17–20 %, v posledních 30 dnech je užilo přibližně 8 % 15letých [75].

V kategorii rizika se v souvislosti s užíváním konopných látek nachází odhadem 7 % 16letých studentů. Při extrapolaci na populaci dospívajících ve věku 15–19 let jde odhadem o 27–35 tis. osob, v tom 6–10 tis. ve vysokém riziku v souvislosti s užíváním konopí.

Podíl studentů, kteří mají zkušenost s nelegálními drogami, dlouhodobě klesá – u konopných látek od r. 2007, u extáze je pokles patrný od r. 2003, u dalších drog již od r. 1999. Další pokles potvrzuje také studie mezi 15–19letými studenty z r. 2021 – graf 9-1. V porovnání s evropskými zeměmi mají čeští studenti nadprůměrné zkušenosti s extází, pervitinem, halucinogeny a zejména konopím a podprůměrné zkušenosti s heroinem, kokainem a těžkými látkami.

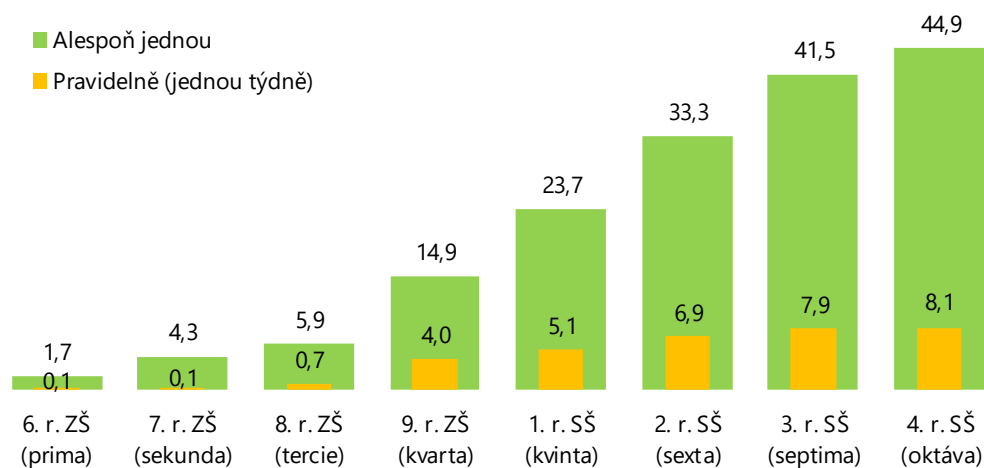
Dlouhodobě dochází mezi dospívajícími k nárůstu průměrného věku při prvním užití návykových látek. Průměrný věk první zkušenosti s užitím konopných látek je 14,5 roku. Přechod ze ZŠ na SŠ je významným mezníkem z pohledu expozice návykovým látkám, resp. jejich pravidelného a rizikového užívání, což platí i v případě konopných látek – graf 9-2.

graf 9-1: Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog mezi 15–19letými studenty SŠ – studie UPOL 2018 a 2021, v %



Zdroj: Chomynová et al. [48], Chomynová et al. [49]

graf 9-2: Užívání konopných látek v posledních 12 měsících mezi žáky ZŠ a studenty SŠ v Praze v r. 2021, v %



Zdroj: Petrenko and Libal [50]

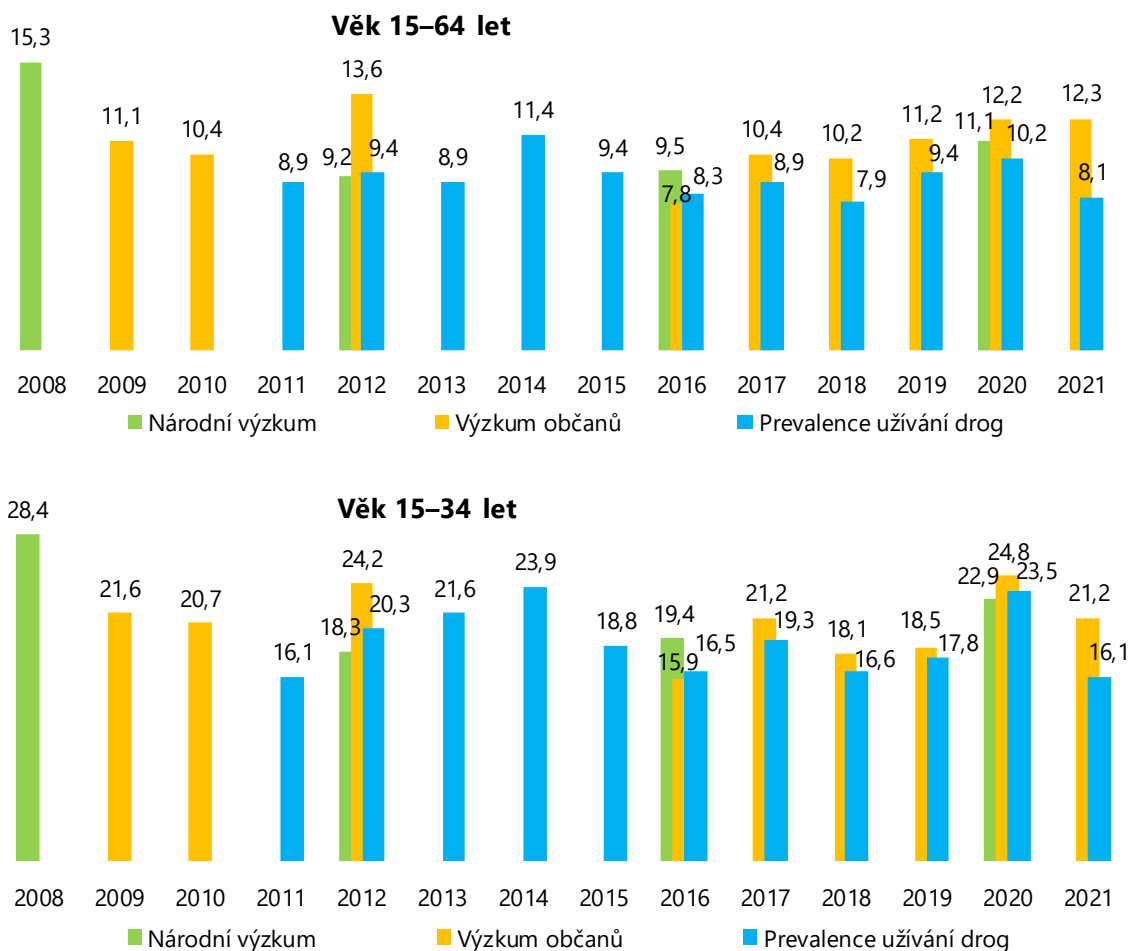
9.3 Užívání nelegálních drog v dospělé populaci

S konopnými látkami má zkušenost přibližně čtvrtina osob starších 15 let (21–34 %), extázi někdy v životě užilo přibližně 4–6 %, halucinogenní houby 5–6 %, pervitin (nebo amfetaminy) a kokain někdy v životě užila 2–3 % osob starších 15 let [51].

V posledních 12 měsících užilo konopné látky 6–10 % a v posledních 30 dnech 3–5 % starších 15 let. Míra užívání nelegálních drog je přibližně 2–3krát vyšší u tzv. mladých dospělých (ve věku 15–34 let) a mezi muži [118].

Míra užívání nelegálních drog, včetně konopných látek, v obecné populaci ve věku 15–64 let i v populaci mladých dospělých ve věku 15–34 let je dlouhodobě stabilní – graf 9-3. V posledních letech však mírně roste prevalence užívání kokainu, mezi mladými dospělými naopak mírně klesá užívání extáze.

graf 9-3: Prevalence užití konopných látek v obecné populaci ve věku 15–64 let a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2021, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Výzkum občanů, Prevalence užívání drog v populaci ČR)



Pozn.: Dlouhodobé trendy v míře užívání konopných látek nejsou dostupné pro populaci ve věku 15+ let.

Zdroj: Chomynová et al. [118]

Odhadem 45 tis. lidí v ČR rizikově užívá pervitin nebo opioidy, z toho 41 tis. injekčně. Celkem 35 tis. užívá rizikově pervitin a 10 tis. opioidy, zejména buprenorfin (5 tis.) a heroin (3 tis.). Relativně nejvíce lidí rizikově užívajících pervitin nebo opioidy je v Praze a v Ústeckém kraji.

Počet lidí užívajících drogy rizikově (LDR) se v r. 2021 mírně zvýšil, a to vzhledem k nárůstu odhadovaného počtu uživatelů pervitinu o 1,6 tis., zatímco počet lidí užívajících rizikově opioidy mírně klesl. Po poklesu zaznamenaném v r. 2020, ke kterému pravděpodobně došlo v souvislosti s pandemií COVID-19, se odhadované počty LDR vrátily na hodnoty z r. 2019 – graf 9-4.

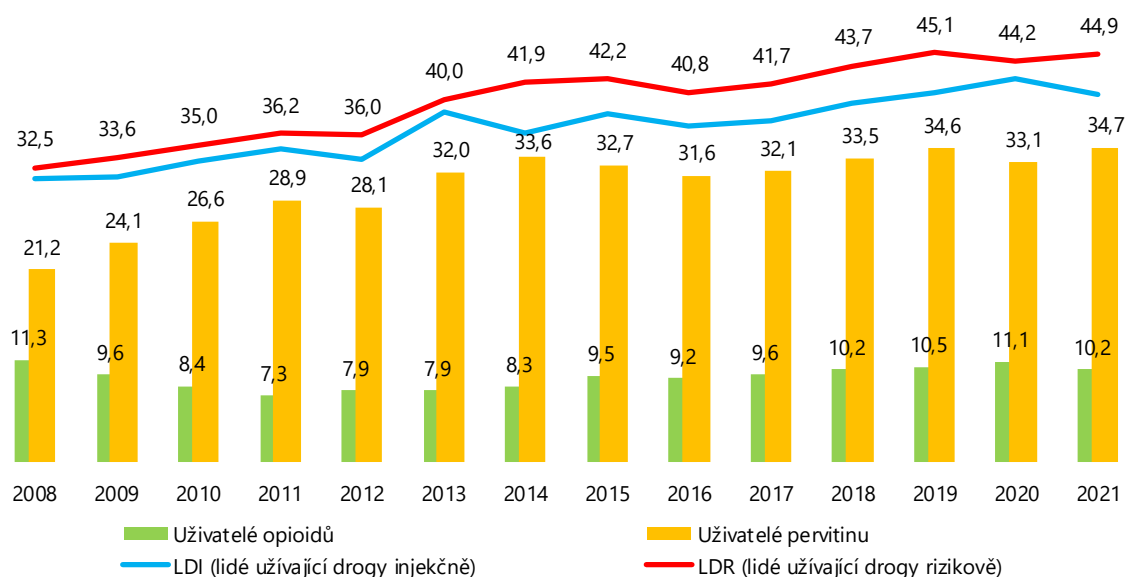
Do kategorie rizika v souvislosti s užíváním konopných látek spadá odhadem 400 tis. lidí [51].

Konopí za účelem samoléčby užilo v posledním roce 440–590 tis. obyvatel ČR, z toho 190–250 tis. užilo konopí výhradně pro samoléčbu, aniž ho užilo také rekreačně. Užívání konopí z důvodu samoléčby roste s věkem, nejvyšší je ve věkových skupinách 55–64 a zejména 65+ let.

CBD konopné produkty (s převažujícím obsahem nepsychoaktivního kanabidiolu) někdy v životě užilo 550 tis. až 1 mil. lidí (v posledních měsících přibližně 190–450 tis. osob), což je dvojnásobek oproti předchozím letům. Zkušenosti se CBD produkty mají častěji muži a respondenti v mladších věkových skupinách.

Postoje k užívání nelegálních drog jsou dlouhodobě stabilní, aktuálně mezi dospělými mírně roste přijatelnost užívání konopných látek i dalších nelegálních drog.

graf 9-4: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2008–2021



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [119]

9.4 Zdravotní důsledky užívání nelegálních drog

Počet nově hlášených případů HIV u lidí, kteří užívají drogy injekčně, je dlouhodobě nízký, ročně je zaznamenáno 5–9 případů. Případů hepatitidy typu B mezi lidmi užívajícími drogy injekčně je ročně hlášeno 1–5 (od r. 2001 toto číslo díky zavedení očkování klesá) a případů hepatitidy typu C přibližně 300–400 (v předchozích letech to bylo 500–600 případů ročně).

Prevalence HIV mezi injekčně užívajícími je dlouhodobě velmi nízká, pod 1 %. Séroprevalence virové hepatitidy typu C u klientů nízkoprahových programů se pohybuje okolo 30–37 %, mezi uživateli ve vězení až 70 %.

Z lidí rizikově užívajících pervitin nebo opioidy, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, jich více než 90 % užívá drogy injekčně. Snižuje se míra sdílení injekčního náčiní, jehly a stříkačky sdílelo v posledních 30 dnech přes 20 % a paraferniále 40 % z nich.

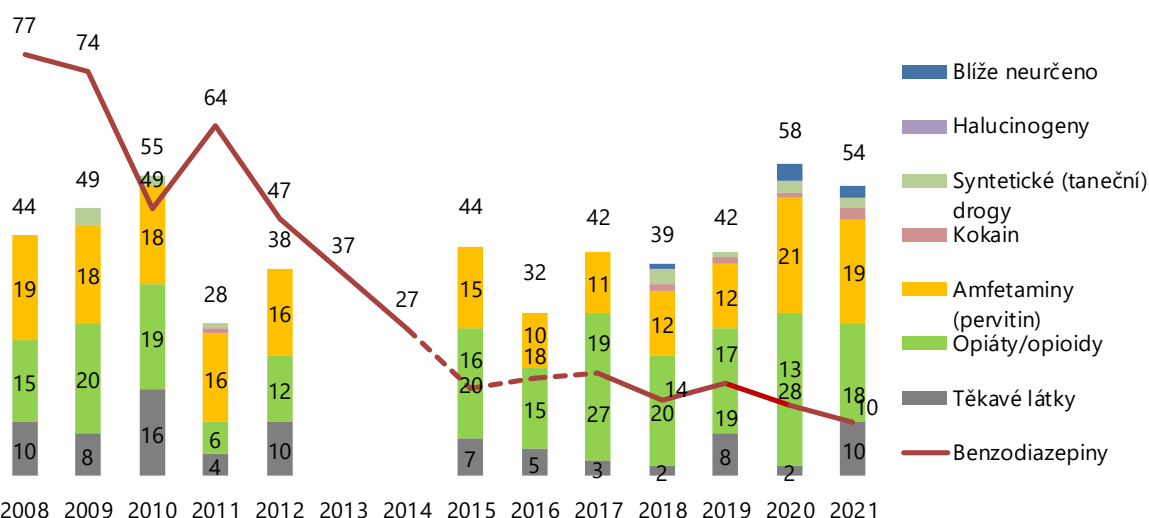
V průběhu pandemie COVID-19 zaznamenali pracovníci nízkoprahových služeb zhoršení celkového zdravotního stavu klientů. Důvodem byly následky omezení v souvislosti s protiepidemickými opatřeními, v tomto případě zhoršená dostupnost běžné zdravotnické péče.

Služby evidují vzrůstající trend výskytu psychiatrické komorbidity u klientů, nejčastěji uváděné problémy v oblasti duševního zdraví jsou toxické psychózy, depresivní a úzkostná onemocnění, schizofrenie, halucinace, psychotické stavy, sebepoškozování, suicidální pokusy, posttraumatická stresová porucha a poruchy spánku. Odhaduje se, že přibližně 40 % klientů trpí současně dalším duševním onemocněním.

Ročně zemře necelé 1 % lidí užívajících rizikově pervitin nebo opioidy. Úmrtnost uživatelů pervitinu je odhadem 6krát a uživatelů heroinu až 12krát vyšší než u obecné populace stejného věku. Přibližně třetina z nich zemře v důsledku nehody, časté jsou také sebevraždy (třetina rizikově užívajících pervitin), které zahrnují smrti předávkováním.

V r. 2021 bylo ve speciálním registru mortality zjištěno 54 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, nejvíce opioidy (18) a pervitinem nebo amfetaminem (19) – graf 9-5 [120]. Nárůst byl zaznamenán v případě těkavých látek.

graf 9-5: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami ve speciálním registru v l. 2008–2021



Pozn.: * Data za r. 2013 a 2014 nejsou dostupná. Od r. 2015 došlo ke změně dosavadního informačního systému Speciálního registru drogových úmrtí na Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na odděleních soudního lékařství. Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [121]

Ročně je identifikováno 130–150 úmrtí pod vlivem nelegálních drog a psychoaktivních léků z jiných příčin než předávkování, nejvíce stejně jako v minulosti v důsledku nemocí, nehod a sebevražd. Pokud jde o nelegální drogy, nejvyšší počet případů je uváděn v souvislosti s pervitinem, opioidy a THC. V dlouhodobém horizontu je nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí spojen s pervitinem a konopnými látkami.

Přibližně 14–15 tis. osob je ročně hospitalizováno pro úraz pod vlivem návykových látek, v naprosté většině pod vlivem alkoholu. Pod vlivem nelegálních drog je ročně evidováno cca 260 úrazů. Ročně je hlášeno 4,5 tis. nehod pod vlivem alkoholu a cca 300 nehod pod vlivem nelegálních drog.

9.5 Sociální důsledky a souvislosti užívání drog

U lidí užívajících drogy rizikově (LDR) dochází často ke kumulaci negativních sociálních a ekonomických faktorů – jde zejména o problémy s bydlením, finanční problémy, nezaměstnanost či nestabilní a neformální zaměstnání a problémy ve vztazích s blízkými. Vyhraněnou formou sociálních následků a souvislostí užívání návykových látek je sociální vyloučení.

Nestabilní bydlení a zadluženost lidí rizikově užívajících drogy znemožňují jejich úzdravu, jsou významnou překážkou sociální a ekonomické integrace a často představují neřešitelný problém. Nestabilní ubytování nebo bezdomovectví uvádí téměř 3/4 klientů, často bydlí na ubytovnách, ve squatech, v garážích apod. nebo využívají sociální služby (noclehárny, azylové domy). Polovina klientů má nestabilní nebo nelegální příjem. Dluhy mají 3/4 klientů nízkoprahových programů.

Rok 2021 byl nadále ovlivněn opatřeními zavedenými v souvislosti s pandemií COVID-19, pro řadu LDR to znamenalo snížení příjmu nebo jeho úplný výpadek. Nouzový stav a s ním spojená opatření vedla k omezení dostupnosti krátkodobého zaměstnání, agenturní práce i možností tzv. práce načerno.

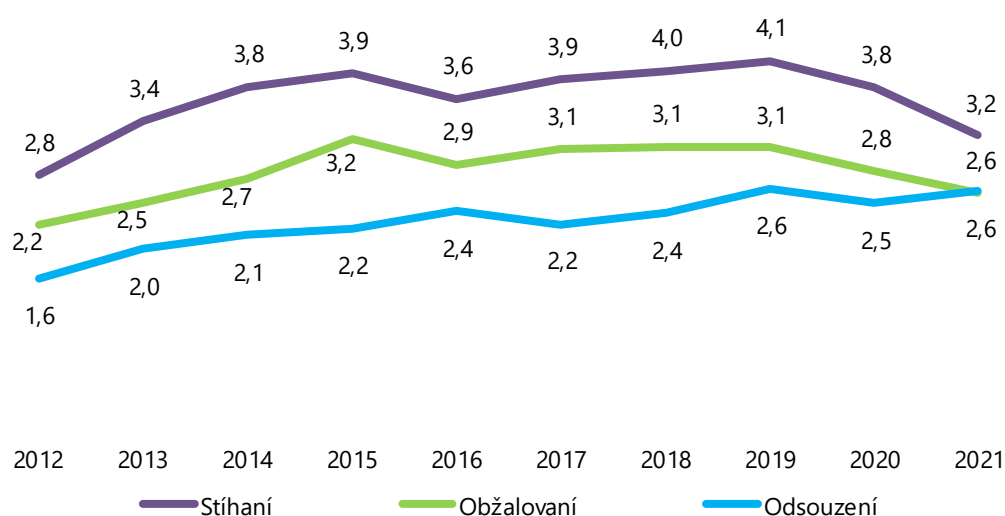
Aktuální odhady společenských nákladů spojených s užíváním nelegálních drog pro r. 2017 na základě údajů v NRHZS odpovídají 3–6 mld. Kč; tři čtvrtiny tvořily přímé výdaje na prosazování práva [86].

Výdaje na nelegální drogy tvoří podle odhadů ČSÚ dlouhodobě kolem 10 mld. Kč, tj. 0,4–0,5 % celkových výdajů domácností, což je přibližně 10krát méně než na alkoholické nápoje nebo tabákové výrobky.¹⁷

9.6 Kriminalita spojená s nelegálními drogami

V r. 2021 bylo registrováno 4,2 tis. primárních drogových trestných činů (DTČ; §§ 283–287 trestního zákoníku), což představuje 3 % ze všech zjištěných trestných činů. Stíháno bylo 3,6 tis. osob, obžalováno a odsouzeno shodně 2,6 tis. osob. Nejčastěji šlo o DTČ v souvislosti s pervitinem a konopnými látkami. Nejčastěji uloženou hlavní sankcí za DTČ bylo podmíněně odložené odnětí svobody (59 % sankcí). Počet osob obviněných, obžalovaných a odsouzených pro DTČ dlouhodobě roste – graf 9-6.

graf 9-6: Počty osob stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2012–2021, v tis.



Zdroj: Policejní prezidium ČR [90], Ministerstvo spravedlnosti ČR [89], Ministerstvo spravedlnosti ČR [88]

Pod vlivem nelegálních drog bylo spácháno 4,5 tis. trestných činů, to je 6 % ze všech trestných činů a 32 % ze všech trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek. Nejčastěji šlo o trestné činy ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství podle §§ 274 a 360 trestního zákoníku. Dlouhodobě je patrný nárůst počtu i podílu trestných činů spáchaných pod vlivem nelegálních drog.

Krádeže nebo jiného trestného činu či přestupku za účelem pořízení prostředků na nelegální drogy se někdy v minulosti dopustilo 33 % odsouzených vězňů.

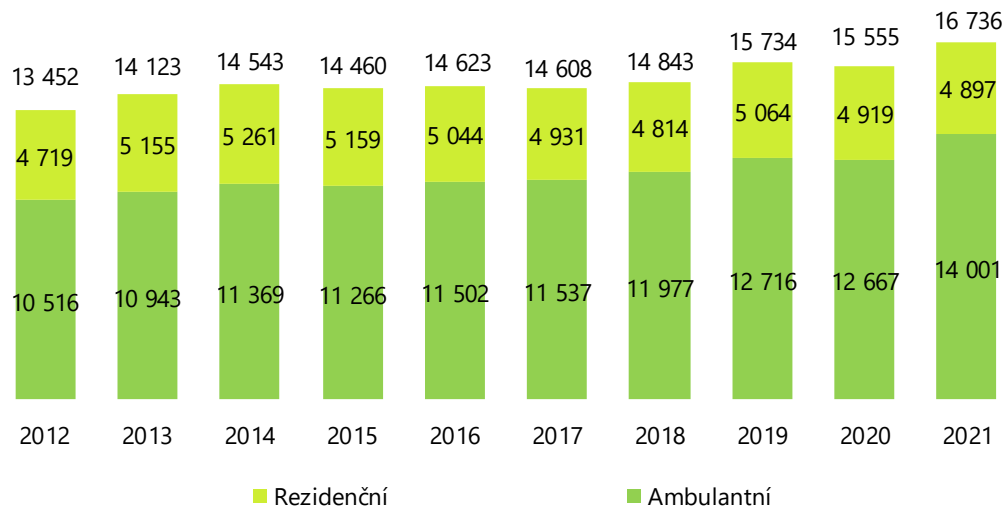
9.7 Léčba uživatelů nelegálních drog a harm reduction intervence

Nejvyšší počet uživatelů nelegálních drog je v kontaktu se službami minimalizace rizik (39 tis.), většinu tvoří uživatelé pervitinu (69 %) a opioidů (26 %), nejčastěji užívající drogy injekčně (84 %). Uživatelé konopných látek tvoří 4 %. Programy odhadují dalších 11 tis. osob ve zprostředkovaném kontaktu. Průměrný věk klientů v r. 2021 byl 34,9 roku, klientela dlouhodobě stárne. Ženy tvoří zhruba třetinu uživatelů nízkoprahových služeb. Další údaje o léčených v jednotlivých segmentech služeb uvádí kapitola Adiktologické služby (str. 37).

¹⁷ <https://apl.czso.cz/pll/rocenka/rocenka.presmcasceny> [2022-09-05]

Data ÚZIS z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS) ukazují, že počet uživatelů nelegálních drog v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči dlouhodobě mírně roste – graf 9-7. Věk léčených uživatelů nelegálních drog se postupně zvyšuje.

graf 9-7: Počet pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním nelegálních drog v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči v l. 2012–2021, NRHZS



Pozn.: Údaj celkem je nižší než součet obou kategorií, protože někteří pacienti byli léčeni v obou typech léčby.
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [39]

Dlouhodobým problémem je nedostupnost specializované zdravotní péče pro osoby se závislostním chováním a další psychiatrickou diagnózou.

Podobný problém s nedostupností zdravotní péče lze identifikovat i v kontextu stárnutí populace uživatelů návykových látek. S jejich zhoršujícím se zdravotním stavem vyvstává potřeba zajištění adekvátní péče o tuto cílovou skupinu. Potřeby těchto klientů organizací často není možné uspokojivě naplnit například v rámci klasických azylových domů. Zároveň je téměř nemožné umístit tyto osoby do domovů pro seniory.

9.8 Drogy v ČR ve srovnání s Evropou

ČR patří dlouhodobě k zemím s nadprůměrnými zkušenostmi dospělé i dospívající populace s konopnými látkami, ale i s extází [111, 122]. Intenzivní a rizikové užívání drog v ČR je na evropské úrovni, v mezinárodním kontextu je však ČR charakteristická vysokým výskytem problémového užívání pervitinu a nadprůměrnou mírou injekčního užívání drog [122].

Výskyt závažných dopadů spojených s užíváním drog (fatální předávkování, výskyt infekčních onemocnění) je v ČR ve srovnání s evropskými zeměmi na velmi nízké úrovni [122].

➤ 10

Kapitola 10: Hraní hazardních her a jeho dopady

10.1 Hazardní hry a jejich rizikovost

Hazardní hraní přináší napětí a vzrušení, které je zdrojem zábavy, ale také příčinou nutkání k opakování hraní a podkladem behaviorálního podmiňování, které ve spojení s dalšími biologickými a psychologickými faktory (jako jsou tzv. hráčské omyly nebo dohánění ztrát) může vést k rozvoji návyku na hraní a ztráty kontroly nad ním [123].

U části osob dochází k poruše kontroly hráčského chování. Charakteristickým rysem hráčské poruchy (kompulzivního či problémového hraní) je vysoká intenzita hraní, epizodický charakter hraní a vysoké finanční částky vložené do hry (relativně vzhledem k ekonomické situaci hráče), s následnými negativními dopady pro hráče i jejich okolí [124-128]. V posledních letech roste význam internetu a online hraní, neboť internet (a nové technologie jako chytré telefony) nabízí prakticky neomezený přístup k hraní a širokou škálu online her [129, 130]. Bezhotovostní transakce a možnost hraní více her současně zvyšují riziko ztráty kontroly nad hraním [130-132].

MF provedlo v rámci analýzy ex-post RIA vyhodnocení rizikovosti jednotlivých typů hazardních her. Jako nejrizikovější se ukázaly online kurzové sázky (zejména live sázky), online technické hry (TH), online kasinové hry, ale také technické hry v prostředí kamenných provozoven. Jako nejméně rizikové se ukázaly loterie, a to včetně online loterií, ovšem s výjimkou okamžitých online loterií. Současná právní úprava totiž umožňuje velmi vysokou rychlost online loterií a na trhu jsou nabízeny online okamžité loterie velmi podobné online technickým hrám.

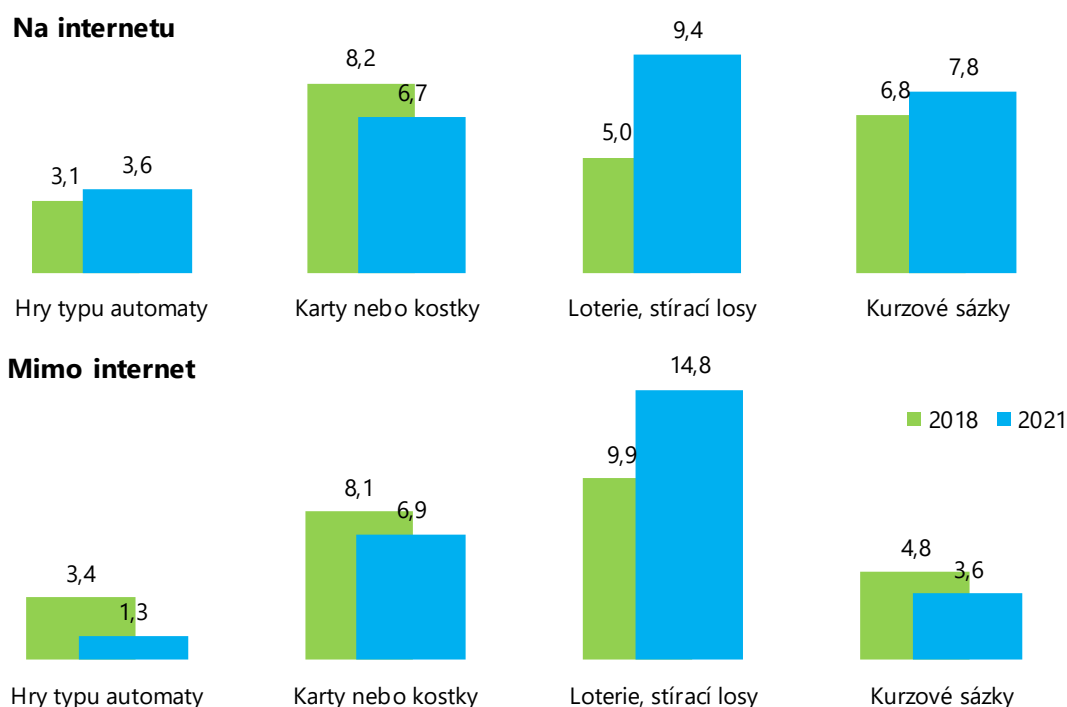
Velkou část problémových hráčů tvoří v řadě evropských zemí i v ČR hráči technických her (zejména automatů) [133]. Technické hry (TH) uvedlo v r. 2021 jako svou hlavní problémovou hru přibližně 60 % těch, kteří se léčili kvůli problémům s hraním, živé hry uvedlo 21 % a kurzové sázky 17 %. Při rozdělení kategorií hazardních her podle toho, zda jsou hrány online či offline, uvedlo 52 % TH mimo internet, 17 % živé hry mimo internet a 13 % online kurzové sázky. Online hry uvedlo jako svou hlavní problémovou hru 25 % léčených hráčů.

10.2 Hraní hazardních her mezi dětmi a mládeží

V r. 2021 hrálo hazardní hry v posledních 12 měsících, a to jak na internetu, tak mimo internet, celkem 30 % 15–19letých studentů, po vyloučení loterií pak 18 % [49]. Hraní na automatech (technické hry) hrála 4 %, celkem 9 % uvedlo kurzové sázení, 10 % kasinové hry (karty, kostky) a 20 % loterie – graf 10-1. Ukazuje se, že většina studentů nepovažuje hry typu karty a kostky nebo loterie za hazard. Trendy v posledních letech naznačují nárůst účasti na loteriích, a to jak na internetu, tak mimo internet.

Podle studie *ESPAD 2019* byla v riziku rozvoje problémů v souvislosti s hraním hazardních her (škála Lie/bet) odhadem 2–3 % 16letých, u chlapců je tento podíl 4krát vyšší než u dívek. Prevalence hraní hazardních her i výskyt problémů v souvislosti s hraním zůstává v populaci 16letých dlouhodobě na stejné úrovni, klesá však podíl těch, kteří uvádějí pravidelné hraní her o peníze [47].

graf 10-1: Hraní hazardních her na internetu a mimo internet mezi 15–19letými studenty SŠ – studie UPOL 2018 a 2021, v %

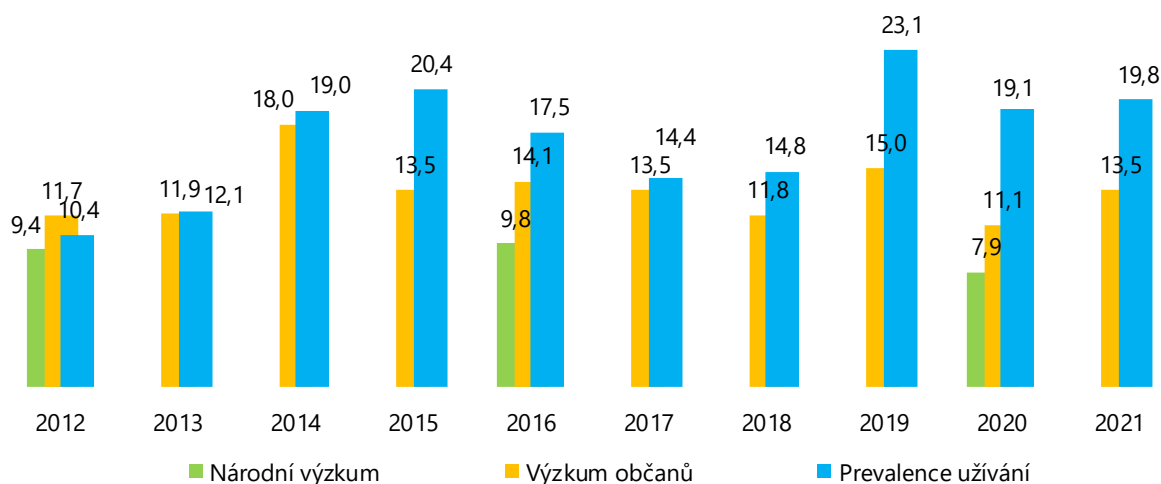


Zdroj: Chomynová et al. [48], Chomynová et al. [49]

10.3 Hraní hazardních her v dospělé populaci

Hraní hazardních her v posledních 12 měsících uvádí dlouhodobě 35–50 % dospělých, nejvíce lidí hraje loterie [51]. Po vyloučení loterií uvádí hraní hazardních her 13–20 % dospělé populace – graf 10-2. Podíl mužů je několikanásobně vyšší než podíl žen, rovněž mezi mladými dospělými (15–34 let) je podíl osob, které hrály hazardní hry, výrazně vyšší.

graf 10-2: Prevalence hraní hazardních her (bez loterií) v populaci ve věku 15+ let v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2012–2021, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Výzkum občanů, Prevalence užívání drog v populaci ČR)



Zdroj: Mravčík et al. [134], Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research [104], Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES [105]

Z dlouhodobého hlediska dochází k mírnému nárůstu míry hazardního hraní v dospělé populaci, a to jak v případě loterií, tak v případě ostatních her (technické hry, živá hra a kurzové sázení).

V r. 2021 hrálo podle odhadů kromě loterií v posledních 12 měsících nejvíce lidí kurzové sázky (11–16 %), technické hry (4–6 %) a živé hry v kasinu (3–4 % populace).

Počet osob, které jsou v riziku rozvoje problémů s hraním hazardních her, je dlouhodobě odhadován na 150–250 tis. pomocí škály Lie/bet a na 400–800 tis. pomocí škály PGSI. Do kategorie vysokého rizika spadá dlouhodobě podle obou škál 80–100 tis. osob.

Největší podíl hráčů v riziku je mezi hráči technických her a kurzového sázení online. Z těch, kteří hráli v posledních 12 měsících technické hry, je ve vysokém riziku 20–35 %. Z těch, kteří hráli v posledních 12 měsících online kurzové sázky nebo jinou hazardní hru, je ve vysokém riziku 10–20 %.

10.4 Zdravotní a sociální dopady hazardního hraní

Studie mezi hráči v léčbě v r. 2021 potvrdila vysoký výskyt psychiatrické komorbidity. Přes 70 % hráčů před vstupem do léčby trpělo úzkostně-depresivní poruchou, dalších 10 % vykazovalo zvýšené riziko této poruchy [135].

Myšlenky na sebevraždu mělo podle studie někdy v životě 46 % hráčů a 14 % uvedlo pokus o sebevraždu, z nich polovina opakovaně. Mezi léčenými s hráčskou poruchou je vyšší výskyt užívání návykových látek, ve 30 dnech před nástupem do léčby užilo alkohol 67 %, konopí 18 % a pervitin 8 % z nich.

Průměrné měsíční výdaje na hraní v posledním roce před začátkem léčby byly 34 tis. Kč, průměrná měsíční bilance minus (–) 70 tis. Kč. Celkovou zápornou finanční bilanci uvedlo 92 % hráčů, zadluženo bylo 86 % respondentů, průměrný dluh byl přibližně 800 tis. Kč. Kromě legální práce byly hlavním zdrojem příjmů půjčky.

10.5 Kriminalita související s hraním hazardních her

Celní správa v r. 2021 zjistila 420 případů porušení zákona o hazardních hrách a zajistila téměř 700 nelegálně provozovaných technických her (automatů), což je nejméně od r. 2017, kdy se Celní správa stala zodpovědnou za kontrolu provozování hazardních her (v prostředí kamenných provozoven).

Na seznamu blokových internetových stránek s nelegální nabídkou hazardních her, který vede MF, bylo na konci r. 2022 zapsáno téměř 560 variací přibližně 90 webových stránek (v r. 2021 celkem 320 variací 60 stránek).

Za r. 2021 bylo evidováno 18 trestných činů neoprávněného provozování hazardní hry (§ 252). Stíháno bylo podle ministerstva spravedlnosti 63 osob, obžalováno 28 a odsouzeno 18 osob.

Podle průzkumu z r. 2021 se 2/3 lidí, kteří se léčili s problémy s hraním hazardních her, dopustily trestného činu. Nejčastěji šlo o krádež (46 %), podvod (36 %), zpronevěru (31 %) a loupež (10 %). Trestně stíháno někdy bylo 28 % a odsouzeno 17 % osob v léčbě v souvislosti s hraním hazardních her. Spáchání krádeže nebo jiného trestného činu či přestupku kvůli hraní hazardních her uvedlo 20 % osob ve výkonu trestu, což je nejvíce od r. 2014.

10.6 Léčba a služby pro hazardní hráče

O rizicích spojených s hraním hazardních her a možnostech léčby problémového hráčství mají informace dvě třetiny lidí, kteří hráli v posledních 12 měsících hazardní hry, možnost sebeomezujících opatření zaznamenalo 10 %, u hráčů online her to bylo téměř 30 % [136].

Hlavními důvody pro vyhledání odborné pomoci jsou zejména finanční problémy a problémy ve vztazích s blízkými, ale také problémy v oblasti duševního zdraví a v zaměstnání.

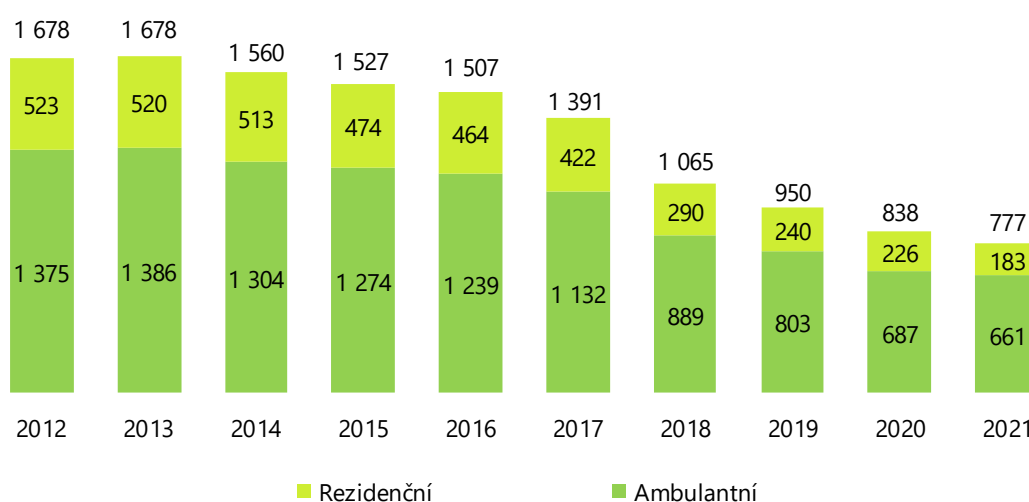
Služby pro problémové hráče a jejich rodiny jsou v ČR poskytovány v ambulantních adiktologických programech, psychiatrických ambulancích a také v pobytových programech. Rozvíjejí se online poradenské a léčebné intervence.

V posledních letech roste podpora specializovaných služeb pro hráče HH, a to zejména díky finanční podpoře ÚV ČR / RVKPP. Cílem této podpory je mj. vytvořit základní síť specializovaných programů pro problémové hráče ve všech krajských městech.

Ze *Sčítání adiktologických služeb* z r. 2020 vyplývá, že hráči hazardních her jsou jednou z cílových skupin 156 z celkem 292 služeb (53 %) [137]. Jde zejména o sociální služby (67 %). Hráčům nabízí převážně ambulantní a kontaktně-poradenské služby.

V kontaktu se službami v souvislosti hazardním hraním je přibližně 2–3 tis. osob ročně, přibližně pětkrát více mužů než žen, v tom necelý 1 tis. osob v zařízeních psychiatrické péče (ambulantních i rezidenčních) – graf 10-3. Průměrný věk hráčů v léčbě byl přibližně 35 let. Téměř 60 % léčených mělo jako hlavní problémovou hru automaty (technické hry). Roste podíl lidí, kteří mají problém zejména s kurzovým sázením, v některých službách již převažují.

graf 10-3: Vývoj počtu pacientů s hráčskou poruchou v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči v l. 2012–2021, NRHZS



Pozn.: Údaj celkem je nižší než součet obou kategorií, protože někteří pacienti byli léčeni v obou typech léčby.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [39]

Programy pro HH byly v ČR dostupné ve 33 městech ČR. Nejvyšší počet programů pro HH představují ambulance, z toho bylo 12 specializovaných ambulancí na HH. V r. 2020 fungovalo v ČR 10 krajských center pro HH. Na doléčování a stabilizaci klientů po léčbě bylo zaměřeno 9 projektů.

Poskytování služeb bylo v posledních letech ovlivněno pandemií COVID-19 – došlo k poklesu počtu výkonů poskytovaných v osobním kontaktu, ale výrazný meziroční nárůst byl zaznamenán u telefonického a internetového poradenství.

10.7 Hraní hazardních her v ČR ve srovnání s Evropou

ČR patří k zemím s mírně podprůměrnou prevalencí hraní hazardních her v dospělé populaci, a to jak při zahrnutí loterií, tak v případě vyloučení loterií. Výskyt problémového hráčství je v ČR na evropském průměru [138], srovnání ovšem komplikuje fakt, že různé země používají pro hodnocení problémového hráčství jiné screeningové nástroje.

Mezi českými dospívajícími je míra hraní her o peníze srovnatelná s evropskými vrstevníky. Výskyt problémového hráčství (3 %) je v ČR nižší, než je celoevropský průměr (5 %) [111].



11

Kapitola 11: Nadužívání digitálních technologií a jeho dopady

11.1 Digitální hry, sociální sítě a jejich závislostní potenciál

Nadměrné užívání digitálních technologií je komplexní a závažný veřejnozdravotní fenomén. Týká se poměrně velké části populace a je příčinou zdravotních poruch a negativních sociálních dopadů na uživatele i jejich okolí [139]. Typickým dopadem dlouhodobého nadužívání internetu je vznik závislostní poruchy.

Konsensus ve věci definice digitální závislosti dosud neexistuje [140-142] a lze se setkat s různým vymezením tohoto fenoménu. Obecně lze závislost na internetu definovat jako kompulzivní užívání internetu, ve kterém je pokračováno i přes jeho negativní důsledky [143]. V oficiálních klasifikacích duševních poruch zatím internetová závislost či porucha spojená s užíváním internetu nejsou zařazeny.

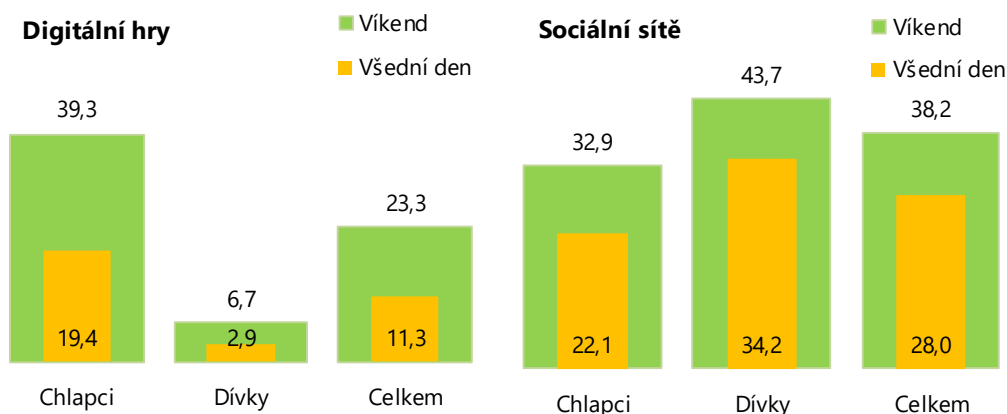
Nejrozšířenějšími a z hlediska možné závislosti nejproblematictějšími internetovými aktivitami jsou hraní her a sledování pornografie, proto je také porucha spojená s hraním her první oficiálně klasifikovanou duševní poruchou související s internetem. Další specificky vymezené závislosti zahrnují závislost na sociálních sítích, textové komunikaci, seznamkách, online hazardu, nakupování, internetových aukcích, sledování filmů či seriálů, zpravodajství či fitness aplikacích [144]. Závislost na sociálních sítích souvisí zejména s potřebou mezilidských vztahů. Z hlediska závislostního potenciálu bylo významné zavedení tzv. lajku, který zavedl Facebook v r. 2009 a kterým dnes disponují i další sociální sítě (Instagram, Twitter či TikTok).

11.2 Nadužívání digitálních technologií mezi dětmi a mládeží

Digitální hry hraje rizikově, tj. 4 a více hodin denně, přibližně 15–25 % dětí ve věku 11–15 let a 10–15 % dospívajících ve věku 15–19 let. Čas strávený hraním her je dvakrát vyšší o víkendech – graf 11-1. Do kategorie závislosti na hraní her spadá podle různých screeningových škál odhadem 5 % dětí a až 13 % dospívajících.

Sociální sítě užívá rizikově, tj. 4 a více hodin denně, 25–30 % dětí a 45–50 % dospívajících, o víkendech je čas strávený na sociálních sítích ještě delší. Do kategorie rizika v souvislosti s trávením času na sociálních sítích spadá odhadem 7 % dětí a až 30 % dospívajících.

graf 11-1: Nadměrné trávení času (4 a více hodin denně) hraním digitálních her a na sociálních sítích, ve všední den a o víkendu – studie ESPAD 2019, v %



Zdroj: Chomynová et al. [47]

Zatímco výskyt rizikového hraní her je 2–3krát vyšší mezi chlapci a klesá s věkem, výskyt rizikového užívání sociálních sítí je 1–2krát vyšší u dívek a s věkem roste. Čeští adolescenti mají v průměru 5 profilů na sociálních sítích, první profil si nejčastěji zakládají v 11–12 letech.

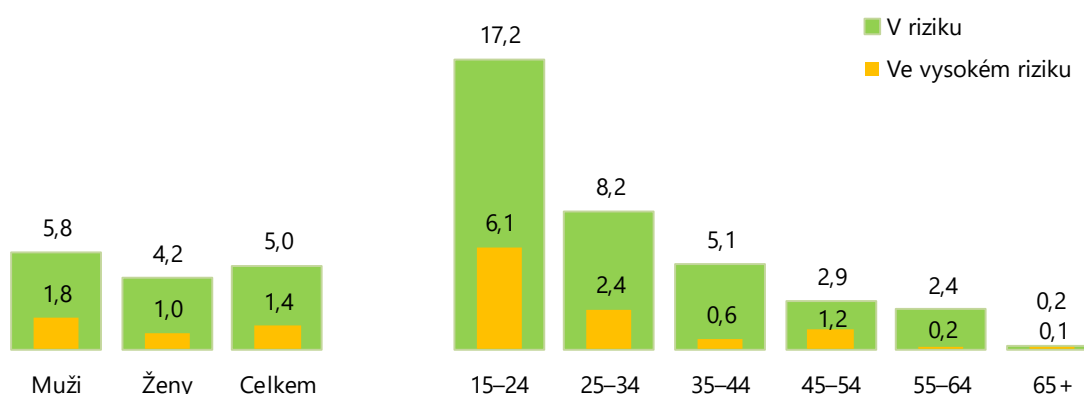
11.3 Nadužívání digitálních technologií v dospělé populaci

Počet osob, které nadužívají digitální technologie, roste v posledních letech nejen mezi dětmi a mládeží, ale i mezi dospělými. Dostupné informace uvádějí, že stejně jako u dětí i u dospělých roste podíl osob v riziku nadměrného užívání internetu, hraní digitálních her a užívání sociálních sítí.

V běžný pracovní den tráví dospělá populace na internetu (mimo práci a studium) v průměru 130–150 minut, o víkendu 160–180 minut denně.

Podle škály EIU se v kategorii rizika závislosti na internetu a digitálních technologiích nacházelo celkem 5 % české populace ve věku 15+ let, z nich 4 % respondentů spadalo do kategorie středního rizika a 1 % spadalo do kategorie vysokého rizika. Nejvyšší podíl osob v riziku byl ve věkové skupině 15–24 let – graf 11-2. Odhaduje se, že v ČR je přibližně 445 tis. osob nadměrně užívajících internet, v tom 253 tis. mužů a 192 tis. žen. Do kategorie vysokého rizika spadá odhadem 125 tis. osob starších 15 let.

graf 11-2: Podíl osob v riziku digitálních závislostí v populaci ve věku 15+ let – Národní výzkum užívání návykových látek 2020, v %



Zdroj: Chomynová and Mravčík [51]

11.4 Zdravotní a sociální dopady nadužívání digitálních technologií

Mezi přímé dopady nadužívání digitálních technologií se řadí narušení denního rytmu, zanedbávání osobní hygieny, jídla a/nebo spánku, únava, bolesti hlavy, očí, zad nebo jiných částí pohybového aparátu a zhoršená orientace v čase [145]. Mezi dlouhodobé dopady patří pokles fyzické aktivity, obezita, omezení sociálních kontaktů mimo online prostředí a ztráta přátel, konflikty v osobních vztazích, zanedbávání volnočasových aktivit, nesoustředěnost a problémy v práci nebo ve škole [8, 146–148].

Děti a dospívající v riziku digitálních závislostí 2–6krát častěji než jejich vrstevníci uvádějí zanedbávání volnočasových aktivit, problémy se spánkem nebo jídlem, problémy ve škole (např. horší prospěch) a dopady na čas trávený s kamarády a rodinou [149, 150]. U dospívajících klientů se současně objevuje spojitost s úzkostnými poruchami, ADHD, depresí, sebevražednými myšlenkami, ale i s agresivitou a konzumací alkoholu [151–153].

Dopady digitálních závislostí je potřeba vnímat také v kontextu duševního zdraví – často je v souvislosti s pandemií COVID-19 zmiňován nárůst výskytu úzkostí, změn nálad, depresí, agresivního chování, domácího násilí, a to jak u dospělých, tak u dětí a dospívajících.

11.5 Léčba a služby pro osoby v riziku digitální závislosti

V ČR v současné době neexistují léčebné a poradenské služby přímo zaměřené na klienty v riziku digitálních závislostí. Tradiční abstinenčně orientovaný přístup k léčbě závislostí není v případě digitálních závislostí příliš uplatňován – technologie jsou běžnou součástí každodenního života a abstinence od technologií a internetu může představovat překážku v pracovním i osobním životě.

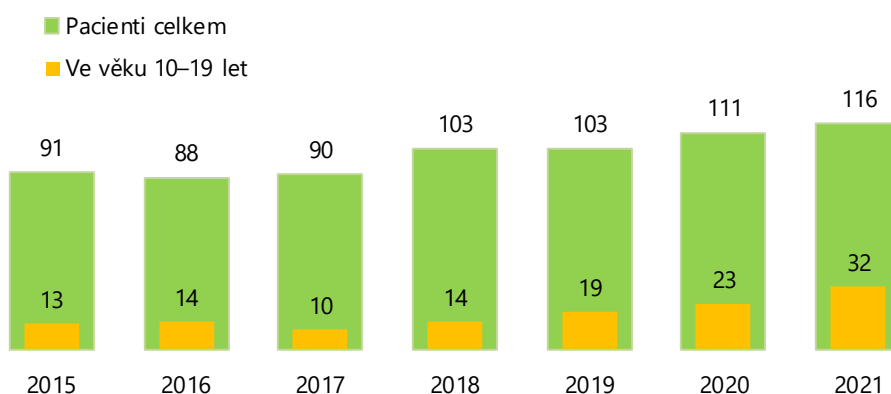
Léčba a další intervence pro osoby v riziku digitálních závislostí jsou zaměřeny na snížení množství času věnovaného digitálním technologiím a zvýšení kontroly nad jejich používáním [142, 154].

Více než třetina adiktologických služeb v ČR poskytuje služby osobám nadužívajícím digitální technologie [137]. Počet programů pracujících s klienty v riziku digitálních závislostí dlouhodobě roste, současně roste i počet jejich klientů. Až na výjimky vykazují klienty s digitální závislostí ambulantní služby, především specializované ambulantní programy pro hazardní hráče a ambulance pro děti a dorost [34].

S digitálními závislostmi se služby stále častěji setkávají u dětí a dospívajících (ve věku 10–18 let), jde zejména o nadměrné hraní online her a trávení času na sociálních sítích.

Od r. 2015 je ročně pojišťovněm vykazováno 150–180 osob se závislostí na digitálních technologiích (dg. F63.8) [39]. Rostou především počty dětí a dospívajících ve věku 10–19 let.

graf 11-3: Počty klientů s hlavní nebo vedlejší dg. F63.8 (jiné nutkavé a impulzivní poruchy) v l. 2015–2021 – vybrané odbornosti psychiatrie a adiktologie



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [39]

V ČR funguje několik online poraden, které nabízejí poradenství klientům také v oblasti digitálních závislostí a poskytují odkazy na další služby. Nabídka i využívání poradenských a léčebných služeb poskytovaných prostřednictvím internetu se zvýšila během pandemie COVID-19.

11.6 Nadužívání technologií v ČR ve srovnání s Evropou

Monitoring situace a trendů v oblasti nadužívání digitálních technologií, trávení času na internetu, sociálních sítích a hraním digitálních her není v řadě evropských zemí konceptualizován a k dispozici pro evropské srovnání jsou jen průřezové mezinárodní studie. V dospělé populaci se podle různých studií pohybuje míra prevalence závislosti na internetu v rozpětí od méně než 1 % do více než 37 % [11, 155–159], v ČR je odhadováno přibližně 5 % dospělých v riziku digitálních závislostí [139].

Ve srovnání s evropskými vrstevníky tráví čeští studenti v průměru stejně času hraním digitálních her, ale méně času na sociálních sítích, a to jak ve všední den (28 % oproti 35 % v průměru v Evropě), tak o víkendu (38 % v ČR oproti 57 % v Evropě). Největší množství času na sociálních sítích uváděli v r. 2019 studenti ve Finsku, v Rumunsku a v Lotyšsku [111].

Nárůst množství času tráveného online, rostoucí výskyt problémů dětí a dospívajících v souvislosti s nadužíváním nových technologií a rostoucí výskyt digitálních závislostí v populaci dospívajících je uváděn jako jeden ze zásadních celosvětově sledovaných dopadů pandemie COVID-19 na tuto

skupinu populace [160]. Podle řady autorů je nárůst nadužívání digitálních technologií v době pandemie COVID-19 také jedním z faktorů výrazného nárůstu problémů dospívajících v oblasti duševního zdraví [161-164].

> 12

Kapitola 12: Dopady krize na Ukrajině na situaci v oblasti závislostí v ČR

V důsledku vojenské agrese Ruské federace vůči Ukrajině, zahájené dne 24. února 2022, uprchly z Ukrajiny před válkou miliony lidí hledající ochranu v zemích EU. Počet osob z Ukrajiny registrovaných souhrnně všemi evropskými státy činil zhruba 7,3 mil. lidí. Dočasnou ochranu nebo ekvivalentní status obdržely v zemích EU asi 4 mil. lidí.

Jednou z hlavních cílových zemí uprchlíků byla ČR. Ke konci září 2022 získalo v ČR dočasnou ochranu více než 430 tis. osob, v přepočtu na 100 tis. obyvatel šlo v ČR o nejvyšší počet uprchlíků (více než 3,5 tis.) z celé EU.¹⁸

V souvislosti s příchodem žadatelů o dočasnou ochranu z Ukrajiny panovaly od počátku r. 2022 obavy o dopady na situaci v oblasti závislostí v ČR.

12.1 Situace v oblasti užívání drog na Ukrajině

Situace v oblasti užívání nelegálních drog na Ukrajině je odlišná od situace v ČR. Primární drogou lidí užívajících drogy rizikově (LDR) na Ukrajině, užívanou především injekčně, jsou opiáty/opioidy na rozdíl od ČR, kde je primární drogou LDR pervitin. Na Ukrajině je odhadováno přibližně 320–400 tis. lidí užívajících drogy rizikově (LDR) (44–46 tis. v ČR), v tom je odhadem 280–300 tis. lidí užívajících rizikově opioidy (10–11 tis. v ČR). V přepočtu na počet obyvatel je prevalence LDR na Ukrajině dvojnásobná oproti ČR.

Zatímco v ČR tvoří uživatelé opioidů přibližně 25 % z celkového počtu LDR, na Ukrajině tvoří uživatelé opioidů 75 % LDR. V substituční léčbě je na Ukrajině odhadem méně než 10 % uživatelů opioidů (25 % v ČR). Zatímco v ČR je větší podíl osob v substituční léčbě buprenorfinem, na Ukrajině je hlavní substituční látkou metadon [165]. Vysoká je na Ukrajině také prevalence injekčního užívání drog [166, 167].

Výskyt HIV infekce mezi lidmi užívajícími drogy injekčně je na Ukrajině řádově 100krát vyšší a hepatitidy C (VHC) dvakrát vyšší než mezi lidmi užívajícími drogy v ČR. Očekávalo se, že s příchodem žadatelů o dočasnou ochranu z Ukrajiny do ČR se zvýší epidemiologická rizika v oblasti HIV/AIDS a VHC včetně šíření těchto infekcí v české populaci. U uživatelů opiátů/opioidů je také vyšší riziko fatálního předávkování.

12.2 Výskyt infekčních onemocnění mezi uprchlíky z Ukrajiny

Za r. 2021 bylo v ČR hlášeno celkem 233 nových případů HIV/AIDS, v tom 7 případů mezi lidmi užívajícími drogy injekčně (LDI) a dalších 5 případů s anamnézou injekčního užívání. Dominantní cestou přenosu HIV v ČR je sexuální styk mezi muži (58,8 % nových případů v r. 2021) [168]. Za r. 2022 bylo v ČR k 31. 8. 2022 hlášeno celkem 202 nových případů HIV.

Od počátku konfliktu na Ukrajině k 31. 8. 2022 přišlo do HIV/AIDS center, případně jiných zdravotnických zařízení celkem 486 HIV pozitivních osob z Ukrajiny se statutem dočasné ochrany (140 mužů, 328 žen, 18 dětí mladších 15 let). Naprostá většina těchto osob (92,5 %) věděla o své HIV pozitivitě, byla na Ukrajině léčena antiretrovirovou terapií (ART) a důvodem návštěvy HIV centra bylo zajištění kontinuity léčby HIV infekce. Určité riziko představují osoby, které o své HIV pozitivitě nevědí, nebo se neléčí, příp. léčbu přerušily.

¹⁸ <https://www.mvcr.cz/clanek/statistika-v-souvislosti-s-vaikou-na-ukrajine-archiv.aspx> [2022-11-02]

12.3 Dopad situace na adiktologické služby v ČR

V ČR se v průběhu r. 2022 projevila zvýšená poptávka klientů po adiktologických službách. Zejména jde o služby prvního kontaktu a nízkoprahové služby, které nabízí tzv. harm reduction intervence (tj. intervence snižující riziko šíření infekcí a předávkování) – testování infekcí, výměnný program jehel a stříkaček, programy prevence předávkování včetně distribuce naloxonu. Zvýšený zájem klientů byl také o opiátovou substituční léčbu.

První odhady potenciálního dopadu ukrajinské krize na adiktologické služby v ČR na základě počtu lidí užívajících drogy rizikově na Ukrajině očekávaly poptávku po službách ze strany přibližně 1–5 tis. osob. Vzhledem k vyšší promoženosti osob z Ukrajiny užívajících drogy infekčními nemocemi bylo odhadováno, že v souvislosti s HIV/AIDS bude léčbu vyhledávat cca 1 tis. osob a v souvislosti s VHC cca 1–2 tis. osob [169].

Z průzkumu realizovaného na přelomu dubna a května 2022 mezi adiktologickými službami zaměřeného na problematiku závislostního chování u lidí, kteří opustili Ukrajinu v důsledku válečného stavu, se ukázalo, že přibližně 10 % adiktologických služeb zaznamenalo zájem o služby ze strany uživatelů nelegálních drog, alkoholu a/nebo psychoaktivních léků z Ukrajiny, zejména šlo o ambulantní programy a programy poskytující substituční léčbu [170].

Klientům byla často poskytnuta krizová intervence a zdravotní ošetření. Zájem o služby uváděly zejména programy v Praze a Brně, ale také České Budějovice, Krnov, Olomouc, Ostrava, Tábor a Ústí nad Labem. Podle informací od jednotlivých programů 9 provádělo testování osob z Ukrajiny na infekční nemoci, 4 programy uvedly, že klienti si jsou často vědomi HIV pozitivitu. Po prvotním zájmu o adiktologické služby v ČR v dubnu až květnu 2022, kdy šlo řádově o desítky případů, zůstává počet osob z Ukrajiny v kontaktu se službami na úrovni jednotek. Vyšší poptávka po adiktologických službách se objevuje v regionech Karlovarského a Libereckého kraje.

V březnu 2022 vydal sekretariát RVKPP ve spolupráci s Asociací poskytovatelů adiktologických služeb (APAS) leták s informacemi o možnostech využití adiktologických služeb pro Ukrajince přicházející do ČR zaměřený na typy péče v ČR, odkazy na adiktologické služby a internetové poradenství, včetně služeb poskytujících poradenství v oblasti HIV/AIDS. Vlastní letáky s informacemi zpracovalo 10 organizací v ČR, letáky byly také mezi organizacemi sdíleny.

Státní zdravotní ústav (SZÚ) provozuje stránky tadyted.com zaměřené na informace o sexuálně přenosných nemocech, zejména HIV/AIDS, o možnostech testování a nabízí kontakty na testovací místa a léčebná centra.

Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) od jara 2022 rozšířil nabídku psychosociální podpory lidem přicházejícím z Ukrajiny, ambulantní psychiatrickou péči dospělým pacientům a řadu nástrojů a doporučení k péči o duševní zdraví.

V souvislosti s příchodem dětí z Ukrajiny je věnována zvýšená pozornost také jejich začleňování do českých škol, primární prevenci rizikového chování a podpory duševního zdraví dětí.¹⁹

¹⁹ <https://dusevnizdravi.edu.cz/> [2023-02-20]



Přílohy

Vybrané stránky s informacemi v oblasti závislostí

V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané stránky klíčových institucí a služeb v oblasti užívání návykových látek a nelátkových závislostí. Vyčerpávající seznam pomáhajících organizací je uveden v aplikaci Mapa pomoci na internetových stránkách <https://www.drogy-info.cz>.

Alkohol pod kontrolou – informační portál Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze:

<https://www.alkoholpodkontrolou.cz>

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí (archiv, 2001–2015):

<https://www.medvik.cz>

Adiktologie – Professional Journal for the Prevention, Treatment and Research Into Addiction: <https://adiktologie-journal.eu>

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi: <https://www.aplp.cz>

Agentura pro sociální začleňování (Odbor pro sociální začleňování Ministerstva pro místní rozvoj):

<https://www.socialni-zaclenovani.cz>

Anonymní alkoholici:

<https://www.anonymnialkoholici.cz>

APAS (Asociace poskytovatelů adiktologických služeb, do dubna 2022 A.N.O. – Asociace nestátních organizací):

<http://www.asociace.org>

Aplikace pro kompletní správu práce s klientem v drogových službách – UniData: <https://www.drogovesluzby.cz>

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky: <https://www.apsscr.cz/>

Benzodiazepinová poradna (provozuje SANANIM): <http://www.benzo.cz>

Celní správa České republiky: <https://www.celnisprava.cz>

Centrum pro výzkum veřejného mínění (Sociologický ústav AV ČR):

<https://cvvm.soc.cas.cz>

Česká asociace adiktologů:

<https://www.asociaceadiktologu.cz>

Česká asociace streetwork:

<https://www.streetwork.cz/>

Česká asociace studentů adiktologie: addictology.net

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně:

<https://www.cls.cz>

Česká neuropsychofarmakologická společnost: <https://www.cnps.cz>

Český statistický úřad:

<https://www.czso.cz>

DaDA – Dětská a dorostová adiktologie (sekce SNN ČLS JEP): <http://dada-info.cz>

Drogový informační server (provozuje SANANIM): <https://www.drogy.net>

Drogová poradna (provozuje SANANIM): <http://www.drogovaporadna.cz>

EXTC – webová poradna a prevence zneužívání syntetických drog (provozuje Společnost Podané ruce):

<https://www.extc.cz>

Hygienická stanice hl. m. Prahy:

<https://www.hygp Praha.cz>

Informace pro pracovníky a klienty terénních programů a kontaktních center –eDEKONTAMINACE (provozuje SANANIM):

<http://new.edekontaminace.cz>

Informační centrum OSN v Praze:

<https://www.osn.cz>

Institut pro kriminologii a sociální prevenci: <http://www.ok.cz/iksp>

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze: <https://www.adiktologie.cz>

Ministerstvo spravedlnosti (oficiální server českého soudnictví):

<https://portal.justice.cz>

Ministerstvo práce a sociálních věcí:

<https://www.mpsv.cz>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: <https://www.msmt.cz>

Ministerstvo vnitra: <https://www.mvcr.cz>

Ministerstvo zdravotnictví: <https://www.mzcr.cz>

Národní linka pro odvykání (800 35 00 00): <https://chciodvykat.cz>

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti: <https://www.drogy-info.cz>

Národní program HIV/AIDS v ČR (stránku provozuje Státní zdravotní ústav): <https://www.tadyted.eu>

Národní protidrogová centrála SKPV PČR (útvár Policie České republiky): <https://www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skpv>

Národní stránky pro podporu odvykání kouření: <https://www.koureni-zabiji.cz>

Národní stránky pro podporu omezení konzumace alkoholu: <https://www.alkohol-skodi.cz>

Národní stránky pro snížení rizik hazardního hraní: <https://www.hazardni-hrani.cz>

Národní ústav duševního zdraví: <https://www.nudz.cz>

Národní pedagogický institut České republiky: <https://www.npi.cz>

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, Výbor pro zdravotnictví: <https://www.psp.cz>

Prevence rizikového chování (Prevence-info.cz, projekt podporovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy): <https://www.prevence-info.cz>

Probační a mediační služba České republiky: <https://www.pmscr.cz>

Projekt RAS (Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky): <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz>

Psycare (projekt psychedelické první pomoci České psychedelické společnosti): <https://psycare.cz>

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: rvkpp.vlada.cz

Registr poskytovatelů sociálních služeb (Ministerstvo práce a sociálních věcí): <http://iregistr.mpsv.cz>

Sdružení azylových domů v ČR – Síť aktérů pro domov: <https://sad-cr.cz>

Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně: <https://snncls.cz>

Společnost sociálních pracovníků ČR: <http://socialnipracovnici.cz>

Státní agentura pro konopí pro léčebné použití (SAKL, pracoviště SÚKL): <https://www.sakl.cz>

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL): <https://www.sukl.cz>

Státní zdravotní ústav: <http://www.szu.cz>

Ústav farmakologie 3. LF UK – Drogy a drogové závislosti: <https://www.lf3.cuni.cz>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: <https://www.uzis.cz>

Vězeňská služba České republiky – Generální ředitelství: <https://www.vscr.cz>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: <https://www.vupsv.cz>

Zkratky

AA – Anonymní alkoholici	iPREV – Interaktivní platforma podpory duševního zdraví a prevence rizikového chování
AIDS – syndrom získané imunodeficiency (Acquired Immune Deficiency Syndrome)	KC – kontaktní centrum
APAS – Asociace poskytovatelů adiktologických služeb	LDI – lidé užívající drogy injekčně
ART – antiretroviróvá terapie	LDR – lidé užívající drogy rizikově
AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislostí)	LSD – diethylamid kyseliny lysergové
CBD produkty – konopné produkty s převažujícím obsahem nepsychoaktivního kanabidiolu	MF – ministerstvo financí
CS – Celní správa	m-health – mobilní zdravotnictví, oblast elektronického zdravotnictví (e-health), poskytování zdravotnických služeb a informací pomocí mobilní technologie (např. mobilní telefony), využívá bezdrátové technologie
ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně	MPOWER – doporučení WHO pro komplexní politiku v oblasti tabáku
ČSÚ – Český statistický úřad	MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí
DDD – doporučená denní dávka	MŠMT – ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
dg. – diagnóza	MV – ministerstvo vnitra
DPH – daň z přidané hodnoty	MZ – ministerstvo zdravotnictví
DTČ – drogový trestný čin / drogová trestná činnost	NAUTA – Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu
e-health – elektronické zdravotnictví, systematické využití informačních a komunikačních technologií ve zdravotnictví	NLO – Národní linka pro odvykání
EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)	NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)	NNO – nestátní nezisková organizace
EU – Evropská unie	NRHZZ – Národní registr hrazených zdravotních služeb
FCTC – Rámcová úmluva Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku (Framework Convention on Tobacco Control)	NRLUD – Národní registr léčby uživatelů drog
HBSC – studie Health Behaviour in School-aged Children	NUDZ – Národní ústav duševního zdraví
HH – hazardní hraní, hazardní hráč/i, hazardní hra/y	OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)
HHC – hexahydrocannabinol	OSPRCH – Odborná společnost pro prevenci rizikového chování
HIV – virus lidské imunodeficiency (Human Immunodeficiency Virus)	OZV – obecně závazná vyhláška
HR – harm reduction	PGSI – Problem Gambling Severity Index
INEP – vzdělávací kurz v oblasti prevence (Introduction to Evidence-based Prevention)	PPP – pedagogicko-psychologická poradna
	RIA – Hodnocení dopadů regulace (Regulatory Impact Assessment)
	RVKPP – Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí
	SEPA – Systém evidence preventivních aktivit
	SŠ – střední škola/y
	SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv
	SZÚ – Státní zdravotní ústav

ŠMP – školní metodik prevence
TH – technická hra
THC – delta-9-tetrahydrokanabinol
TK – terapeutická komunita
TP – terénní program
UPOL – Univerzita Palackého v Olomouci
ÚV ČR – Úřad vlády České republiky
ÚZIS – Ústav zdravotnických informací
a statistiky ČR
VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
VHB – virová hepatitida typu B
VHC – virová hepatitida typu C
VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO – Světová zdravotnická organizace
(World Health Organization)
ZHH – zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních
hrách
ZL – zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech
ZNL – zákon č. 167/1998 Sb., o návykových
látkách
ZOZNL – zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně
zdraví před škodlivými účinky návykových
látek
ZŠ – základní škola/y

Seznam tabulek

tabulka 1: Výskyt rizikových forem závislostního chování v populaci ČR starší 15 let	10
tabulka 2: Úmrtí způsobená ročně užíváním návykových látek v populaci ČR	11
tabulka 3: Odhad počtu osob ročně v kontaktu s adiktologickými službami a v léčbě závislosti v ČR....	12
tabulka 4: Odhad společenských nákladů v souvislosti se závislostním chováním v ČR.....	12

Seznam grafů

graf 2-1: Spotřeba alkoholických nápojů v litrech etanolu v přepočtu na 1 obyvatele a inkaso spotřební daně v mld. Kč podle druhu nápojů v r. 2021	23
graf 3-1: Struktura výdajů na politiku v oblasti závislostí z veřejných rozpočtů v r. 2021, v mil. Kč	30
graf 3-2: Vývoj objemu výdajů na politiku v oblasti závislostí z veřejných rozpočtů v l. 2016–2021, v mil. Kč.....	30
graf 3-3: Struktura výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2021	31
graf 4-1: Zaměření preventivních programů podle typů chování ve školním roce 2020/2021, v %.....	34
graf 5-1: Počty osob v kontaktu s nízkoprahovými programy v l. 2012–2021, podle typu užívané látky40	
graf 5-2: Počet programů realizujících výměnný program, počet vydaných jehel a stříkaček (v tis.) a počet lidí užívajících drogy injekčně (v tis.) v l. 2012–2021	40
graf 5-3: Struktura klientů ambulantních adiktologických programů podle typu užívané látky v r. 2021	42
graf 5-4: Počet pacientů v substituční léčbě hlášených do NRLUD v l. 2008–2021	42
graf 5-5: Pacienti v rezidenční psychiatrické péči v souvislosti s užíváním návykových látek v r. 2021 ...	43
graf 6-1: Prevalence kouření cigaret mezi 15–19letými studenty – studie UPOL 2018 a 2021, v %.....	47
graf 6-2: Kouření cigaret v posledních 12 měsících mezi žáky ZŠ a studenty SŠ v Praze v r. 2021, v %..	48
graf 6-3: Trendy v prevalenci denního kouření v dospělé populaci (starší 15 let) podle pohlaví – srovnání studií z let 2012–2021, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Evropské výběrové šetření o zdraví, Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu).....	48
graf 6-4: Počet osob léčených pro základní diagnózu závislosti na tabáku hlášených do NRHZS v l. 2012–2021.....	51
graf 7-1: Trendy v pití alkoholu mezi 15–19letými studenty – studie UPOL 2018 a 2021, v %	53
graf 7-2: Užití alkoholu a jeho pravidelná konzumace v posledních 12 měsících mezi žáky ZŠ a studenty SŠ v Praze v r. 2021, v %.....	54
graf 7-3: Denní nebo téměř denní konzumace alkoholu v dospělé populaci (starší 15 let) – srovnání studií z l. 2008–2021, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Evropské výběrové šetření o zdraví, Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu).....	55
graf 7-4: Počet pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním alkoholu (dg. F10) v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči v l. 2012–2021, NRHZS.....	57
graf 8-1: Užívání psychoaktivních léků na uklidnění/spaní bez doporučení lékaře mezi 15-19letými studenty SŠ – studie UPOL 2018 a 2021, v %.....	62
graf 8-2: Užití psychoaktivních léků bez doporučení lékaře v posledních 12 měsících mezi žáky ZŠ a studenty SŠ v Praze v r. 2021, v %	62

graf 8-3: Prevalence zneužívání psychoaktivních léků (sedativ, hypnotik a opioidních analgetik) v obecné populaci ve věku 15+ let v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2012–2021, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Výzkum občanů, Prevalence užívání drog v populaci ČR).. 63	63
graf 8-4: Počet léčených pro poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik (dg. F13) v ambulantní a rezidenční péči v l. 2012–2021, dle NRHZS..... 65	65
graf 9-1: Celoživotní prevalence užití nelegálních drog mezi 15–19letými studenty SŠ – studie UPOL 2018 a 2021, v %..... 68	68
graf 9-2: Užívání konopných látek v posledních 12 měsících mezi žáky ZŠ a studenty SŠ v Praze v r. 2021, v %..... 68	68
graf 9-3: Prevalence užití konopných látek v obecné populaci ve věku 15–64 let a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2021, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Výzkum občanů, Prevalence užívání drog v populaci ČR) 69	69
graf 9-4: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2008–2021 70	70
graf 9-5: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami ve speciálním registru v l. 2008–2021..... 71	71
graf 9-6: Počty osob stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2012–2021, v tis. 72	72
graf 9-7: Počet pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním nelegálních drog v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči v l. 2012–2021, NRHZS..... 73	73
graf 10-1: Hraní hazardních her na internetu a mimo internet mezi 15–19letými studenty SŠ – studie UPOL 2018 a 2021, v %..... 76	76
graf 10-2: Prevalence hraní hazardních her (bez loterií) v populaci ve věku 15+ let v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2012–2021, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Výzkum občanů, Prevalence užívání drog v populaci ČR) 76	76
graf 10-3: Vývoj počtu pacientů s hráčskou poruchou v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči v l. 2012–2021, NRHZS..... 78	78
graf 11-1: Nadměrné trávení času (4 a více hodin denně) hraním digitálních her a na sociálních sítích, ve všední den a o víkend – studie ESPAD 2019, v %..... 81	81
graf 11-2: Podíl osob v riziku digitálních závislostí v populaci ve věku 15+ let – Národní výzkum užívání návykových látek 2020, v % 82	82
graf 11-3: Počty klientů s hlavní nebo vedlejší dg. F63.8 (jiné nutkavé a impulzivní poruchy) v l. 2015–2021 – vybrané odbornosti psychiatrie a adiktologie 83	83

Seznam obrázků

obrázek 5-1: Síť adiktologických služeb v České republice – typologie služeb..... 38	38
--	----

Zdroje

1. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. Praha: Úřad vlády ČR; 2019.
2. Gakidou E., Afshin A., Abajobir A. A., Abate K. H., Abbafati C., Abbas K. M., et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1345–422.
3. Mravčík V., Chomynová P., Grohmannová K. Veřejnozdravotní význam užívání návykových látek. *Hygiena*. 2019;64 (1):21–6.
4. Lim S. S., Vos T., Flaxman A.D., Danaei G., Shibuya K., Adair-Rohani H., et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224–60.
5. Degenhardt L., Charlson F., Ferrari A., Santomauro D., Erskine H., Mantilla-Herrera A., et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The lancet Psychiatry*. 2018;5(12):987–1012.
6. Kűfner H., Casati A., Pfeiffer-Gerschel T. Conceptualization of a Methodology for Monitoring the Misuse of Medicines in Europe (EMCDDA tender CT.10.EPI.058.1.0) – draft report dated 4 March 2011. Munich: IFT – Institut für Therapieforſchung, 2011.
7. Mravčík V., Chomynová P., Grohmannová K., Rous Z. Hazardní hry a jejich rizikovost z hlediska rozvoje problémového hráčství. *Časopis lékařů českých*. 2020;159 (5):196–202.
8. Quaglio G., Millar S. Potentially negative effects of internet use. Brussels: EPRS | European Parliamentary Research Service; 2020.
9. Douglas A. C., Mills J. E., Niang M., Stepchenkova S., Byun S., Ruffini C., et al. Internet addiction: Meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996–2006. *Computers in Human Behavior*. 2008;24(6):3027–44.
10. Griffiths M. D. Internet and video-game addiction. In: Essau CA, editor. Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, and treatment. New York, NY: Academic Press; 2008. p. 231–67.
11. Kuss D. J., Griffiths M.D., Karila L., Billieux J. Internet addiction: a systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current pharmaceutical design*. 2014;20(25):4026–52.
12. Kuss D. J., Griffiths M.D. Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2012;10(2):278–96.
13. Český statistický úřad. Spotřební výdaje domácností – 2021. Praha: Český statistický úřad, 2022.
14. Ministerstvo financí ČR. Zpráva o činnosti Finanční správy ČR a Celní správy ČR za rok 2021. 2022.
15. Český statistický úřad. Spotřeba potravin – 2021. Praha: Český statistický úřad, 2022.
16. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Dodávky léčivých přípravků do lékáren a zdravotnických zařízení v ČR. Praha: Nепublikováno, 2023.
17. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Distribuce léčiv obsahujících buprenorfin do lékáren v ČR v r. 2021. Nепublikováno, 2022.
18. Vopravil J. Odhad spotřeby drog v r. 2021. Nепublikováno, 2022.
19. Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR. Výroční zpráva 2021. Praha: Národní protidrogová centrála, 2022.

20. World Health Organisation. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER Package. World Health Organization: 2008.
21. World Health Organization. MPOWER 2021 [cited 2021 3. 9.]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/mpower>.
22. World Health Organization. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva. Geneva: World Health Organization; 2019.
23. Barták M., Petruželka B., Gavurová B., Šejvl J., Rolová G., Fidesová H., et al. Uplatnění iniciativy WHO SAFER pro snížení škod souvisejících s alkoholem v České republice. Praha: World Health Organisation, Klinika adiktologie 1. LF UK, Státní zdravotní ústav; 2019.
24. Horáčková K., Mihalová I., Cibulka J., Jarošíková H., Černíková T., Chomynová P. Česká politika v oblasti závislosti a priority předsednictví České republiky v Radě EU v r. 2022. *Zaostřeno*. 2022;8(1):1-16.
25. Gabrhelík R., Fialová H., Miovský M. Introduction To Evidence-Based Prevention (INEP). 2020.
26. Skácelová L. Preventivní (minimální) program školy v období distanční výuky. 2021.
27. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Vyhodnocení dotačního programu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2020. Praha: Úřad vlády ČR, 2021.
28. Vrbová A. Duševní zdraví není tabu: Oblast duševního zdraví hledá své místo v systému školské prevence. *Školní poradenství v praxi*. 2020;2020(5).
29. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. On-line systém evidence preventivních aktivit (SEPA) zpracováno NMS. Nepublikováno, 2022 [8 August 2022]. Available from: <https://www.preventivni-aktivity.cz/>.
30. Pavlas Martanová V. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. *Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga*. 2012.
31. Miovský M., et al. Prevence rizikového chování ve školství. Miovský M., editor. Praha: Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova; 2015.
32. EMCDDA. European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
33. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Česká asociace adiktologů, Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, Odborná společnost pro prevenci rizikového chování. Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021.
34. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2021. nepublikováno, 2022.
35. WHO, UNODC, UNAIDS. The WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for IDUs - 2012 revision. Geneva, Switzerland: WHO, 2013.
36. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkazy ambulantních zařízení oboru psychiatrie, detoxifikace a záchytných stanic. Nepublikováno, 2022.
37. Mravčík V. Dotazníková studie Lékaři ČR 2020 se zaměřením na problematiku závislostí. Praha: Úřad vlády ČR; 2021.
38. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje z Národního registru léčby uživatelů drog. Nepublikováno, 2022.
39. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje z Národního registru hrazených zdravotních služeb. Nepublikováno, 2022.

40. MŠMT. Údaje o specializovaných odděleních pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství. Nepublikováno, 2021.
41. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2020. Nepublikováno, 2021.
42. Generální ředitelství Vězeňské služby ČR. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2019. 2020.
43. Abrams D. B., Glasser A. M., Pearson J. L., Villanti A. C., Collins L. K., Niaura R. S. Harm Minimization and Tobacco Control: Reframing Societal Views of Nicotine Use to Rapidly Save Lives. *Annual review of public health*. 2018;39:193-213.
44. Nutt D. J., Phillips L. D., Balfour D., Curran H. V., Dockrell M., Foulds J., et al. Estimating the Harms of Nicotine-Containing Products Using the MCDA Approach. *European Addiction Research*. 2014;20(5):218-25.
45. Hallingberg B., Maynard O. M., Bauld L., Brown R., Gray L., Lowthian E., et al. Have e-cigarettes renormalised or displaced youth smoking? Results of a segmented regression analysis of repeated cross sectional survey data in England, Scotland and Wales. *Tobacco Control*. 2020;29(2):207.
46. Pesko M., Warman C. Re-exploring the early relationship between teenage cigarette and e-cigarette use using price and tax changes. *SSRN*. 2021.
47. Chomynová P., Csémy L., Mravčík V. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno*. 2020;6(5):1-20.
48. Chomynová P., Dolejš M., Suchá J. Vybrané položky dotazníku ESPAD pro studii zaměřenou na hraní digitálních her mezi adolescenty. Nepublikováno: 2019.
49. Chomynová P., Dvořáková Z., Banárová K., Čerešník M., Dolejš M. Vybrané položky dotazníku ESPAD pro studii Pilíře života. Prosociálnost a seberegulace v kontextu rizikového chování v dospívání. Nepublikováno, 2022.
50. Petrenko R., Líbal M. Výsledky šetření o rizikovém chování žáků 2. stupně ZŠ a SŠ v Praze v r. 2021. Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2022.
51. Chomynová P., Mravčík V. Národní výzkum užívání návykových látek 2020. *Zaostřeno*. 2021;7(5):1-20.
52. Csémy L., Dvořáková Z., Fialová A., Kodl M., Malý M., Skývová M. Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020 (NAUTA). Praha: Státní zdravotní ústav, 2021.
53. Csémy L., Dvořáková Z., Fialová A., Kodl M., Malý M., Skývová M. Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021 (NAUTA). Praha: Státní zdravotní ústav, 2022.
54. Mravčík V., Chomynová P., Grohmannová K., Janíková B., Černíková T., Rous Z., et al. Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky; 2021.
55. Sovinová H., Kostecká L. Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Czech Republic 2016 Country Report. Praha: Státní zdravotní ústav, 2018.
56. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2020. Nepublikováno, 2021.
57. Peto R., Lopez A. D., Pan H., Boreham J., Thun M. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2020. Geneva: International Union Against Cancer (IICC), 2006.
58. Reitsma M. B., Fullman N., Ng M., Salama J. S., Abajobir A., Abate K. H., et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2013;2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2017;389(10082):1885-906.

59. Český statistický úřad. Vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů – 2016. Praha: Český statistický úřad, 2017.
60. Celní správa ČR. Informace o činnosti Celní správy České republiky za rok 2021. Praha: Ministerstvo financí ČR, 2022.
61. Ministerstvo spravedlnosti ČR. Přehled přestupků na úseku návykových látek podle zákona č. 65/2017 Sb. za rok 2021. Praha: Ministerstvo spravedlnosti ČR, Informační systém evidence přestupků, 2022.
62. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2022. Nepublikováno, 2022.
63. Králíková E., Zvolská K., Štěpánková L., Pánková A., Felbrová V., Kulovaná S. Tobacco dependence treatment in the Czech Republic: history, presence, and future. *Cas Lek Cesk.* 2020;159(3-4):147-52.
64. Králíková E., Češka R., Pánková A., Štěpánková L., Zvolská K., Felbrová V., et al. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitř Léč.* 2015;61(5, Suppl 1):1S4–1S15.
65. Králíková E., Zvolská K., Štěpánková L., Pánková A. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku [Tobacco dependence treatment guidelines]. *Čas Léč čes.* 2022;161:33-43.
66. Hanafin J., Sunday S., Clancy L. Sociodemographic, personal, peer, and familial predictors of e-cigarette ever use in ESPAD Ireland: A forward stepwise logistic regression model. *Tobacco Induced Diseases.* 2022;20(12).
67. Cerrai S., Benedetti E., Colasante E., Scalese M., Gorini G., Gallus S., et al. E-cigarette use and conventional cigarette smoking among European students: findings from the 2019 ESPAD survey. *Addiction.* 2022;117(11):2918-32.
68. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.* 2011;34(2):135-43.
69. Connor J. Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction.* 2017;112(2):222-8.
70. Goel S., Sharma A., Garg A. Effect of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health. *Current cardiology reports.* 2018;20(4):19.
71. Mioviský M. Positive effects of moderate alcohol use on human health: The futile search for a third side of the coin. *Adiktologie.* 2017;17(2):148-60.
72. Griswold M. G., GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2018;392(10152):1015-35.
73. Rehm J., Shield K. D., Gmel G., Rehm M. X., Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology.* 2013;23(2):89-97.
74. World Health Organization. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019.
75. Univerzita Palackého v Olomouci. České děti už nepatří mezi největší konzumenty tabáku a marihuany. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019.
76. Mravčík V., Chomynová P., Grohmannová K., Janíková B., Černíková T., Rous Z., et al. Zpráva o alkoholu v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky; 2021.
77. Švarcová Z. Konzumace alkoholu těhotnými ženami – pilotní studie [Bc.]: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, studijní program: porodní asistence; 2021.

78. Jakubíková O. Návykové látky v těhotenství (alkohol, tabák) [Mgr.]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK; 2017.
79. Kohoutová I. Odhad vlivu konzumace alkoholu na úmrtnost v České republice. *Adiktologie*. 2013;13(1)(1):14-23.
80. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje z informačního systému Zemřelí ČSÚ. Nepublikováno, 2021.
81. Nechanská B., Drbohlavová B., Csémy L. Struktura mortality osob ústavně léčených pro poruchy vyvolané alkoholem v ČR v letech 1994–2013. *Adiktologie*. 2017;17(2):84–91.
82. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje z Národního registru hrazených zdravotních služeb. Nepublikováno, 2021.
83. Nešpor K., Csémy L. Domácí násilí a alkohol. *Čes slov Psychiat*. 2005;101(3):174-5.
84. Dvořáčková J. Analýza existujících výzkumů v ČR v oblasti partnerského násilí Praha: Úřad vlády ČR; 2017 [9 Aug 2021]. Available from: http://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/dokumenty/Metaanaliza_final.pdf.
85. Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR. INFORMACE o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice v roce 2020 Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR; 2021 [updated 8 January 2021; cited 2021 30 August]. Available from: <https://www.policie.cz/soubor/informace-o-nehodovosti-prosinec-2020-pdf.aspx>.
86. Gavurová B., Kulhánek A., Gabrhelík R., Tarhaničová M. Ekonomická kvantifikace společenských nákladů užívání alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní v České republice v roce 2017. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 2021.
87. Gavurová B., Tarhaničová M. Methods for Estimating Avoidable Costs of Excessive Alcohol Consumption. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18:4964.
88. Ministerstvo spravedlnosti ČR. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2021. Nepublikováno, 2022.
89. Ministerstvo spravedlnosti ČR. Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách v r. 2021. Nepublikováno, 2022.
90. Policejní prezidium ČR. Statistické přehledy kriminality v r. 2021 (ESSK). Praha: Policejní prezidium ČR, 2022.
91. Ministerstvo dopravy. Přestupky a trestné činy 2021 – Informace o stavu bodového systému v České republice. Praha: Ministerstvo dopravy, 2022.
92. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, INRES-SONES. Lékaři České republiky 2020 – Substituční léčba, krátké intervence, problémové užívání návykových látek a patologické hráčství mezi pacienty. Nepublikováno, 2021.
93. Kalina K. Developing the System of Drug Services in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues*. 2007;37 (1):181-204.
94. Vallance K., Stockwell T., Pauly B., Chow C., Gray E., Krysowaty B., et al. Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. *Harm Reduct J*. 2016;13(1).
95. Stockwell T., Pauly B., Chow C., Erickson R. A., Krysowaty B., Roemer A., et al. Does managing the consumption of people with severe alcohol dependence reduce harm? A comparison of participants in six Canadian managed alcohol programs with locally recruited controls. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37 Suppl 1:S159-S66.
96. Pauly B., Brown M., Evans J., Gray E., Schiff R., Ivsins A., et al. "There is a Place": impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness. *Harm Reduct J*. 2019;16(1).

97. Funke M., Profeldová M., Miovský M. Kontrolovaná konzumace alkoholu: možnosti a limity nového terapeutického přístupu. *Adiktol prevent léčeb praxi*. 2021;4(2):86-94.
98. Pennay A., Holmes J., Törrönen J., Livingston M., Kraus L., Room R. Researching the decline in adolescent drinking: The need for a global and generational approach. *Drug and Alcohol Review*. 2018;37(S1):S115-S9.
99. Törrönen J., Roumeliotis F., Samuelson E., Kraus L., Room R. Why are young people drink less than earlier? Identifying and specifying social mechanisms with a pragmatist approach. *International Journal Drug Policy*. 2019;64(2019):13-20.
100. Kraus L., Seitz N.-N., Piontek D., Molinaro S., Siciliano V., Guttormsson U., et al. 'Are The Times A-Changin'? Trends in adolescent substance use in Europe. *Addiction*. 2018;113(7):1317-32.
101. Kufner H., Casati A., Pfeiffer-Gerschel T. Conceptualization of a Methodology for Monitoring the Misuse of Medicines in Europe (EMCDDA tender CT.10.EPI.058.1.0). Munich: IFT – Institut für Therapieforschung, 2011.
102. Casati A., Sedefov R., Pfeiffer-Gerschel T. Misuse of medicines in the European Union: a systematic review of the literature. *Eur Addict Res*. 2012;18(5):228-45.
103. Pecinová O., editor. Závislost na lécích. Seminář na 3. LF UK; 6 April 2021.
104. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, ppm factum research. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2021. Nепublikováno, 2022.
105. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, INRES-SONES. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2021. Nепublikováno, 2022.
106. Mravčík V., Chomynová P., Grohmannová K., Janíková B., Rous Z., Grolmusová L., et al. Zpráva o problematice užívání psychoaktivních léků v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky; 2021.
107. Kubová K., Franc A., Vysloužil J., Šaloun J., Vetchý D. New approach for detoxification of patients dependent on benzodiazepines and Z-drugs for reduction of psychogenic complications. *Ceska a Slovenska farmacie : casopis Ceske farmaceuticke spolecnosti a Slovenske farmaceuticke spolecnosti*. 2019;68(4):139-47.
108. Bourcier E., Korb-Savoldelli V., Hejblum G., Fernandez C., Hindlet P. A systematic review of regulatory and educational interventions to reduce the burden associated with the prescriptions of sedative-hypnotics in adults treated for sleep disorders. *PLoS one*. 2018;13(1):e0191211-e.
109. Marek R. Zneužívání psychofarmak poznámky z praxe. Praha: Národní konference Psychoaktivní léky 2020, 27. 10. 2020.
110. Ford C., Law F. Doporučení k užívání a snižování míry zneužívání benzodiazepinů a dalších hypnotik a anxiolytik. Praha: Úřad vlády ČR; 2021.
111. ESPAD Group. ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union; 2020. 136 p.
112. Gakidou E., Afshin A., Abajobir A. A., Abate K. H., Abbafati C., Abbas K. M., et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2013;2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1345-422.
113. Nutt D. J., King L. A., Phillips L. D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010;376(9752):1558-65.
114. van Amsterdam J., Opperhuizen A., Koeter M., van den Brink W. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *Eur Addict Res*. 2010;16(4):202-7.

115. Taylor M., Mackay K., Murphy J., McIntosh A., McIntosh C., Anderson S., et al. Quantifying the RR of harm to self and others from substance misuse: results from a survey of clinical experts across Scotland. *BMJ open*. 2012;2(4).
116. Degenhardt L., Whiteford H. A., Ferrari A. J., Baxter A. J., Charlson F. J., Hall W. D., et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1564-74.
117. Degenhardt L., Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*. 2012;379(9810):55-70.
118. Chomynová P., Grohmannová K., Dvořáková Z., Černíková T., Orliková B., Rous Z., et al. Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022. Praha: Úřad vlády České republiky; 2022.
119. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení v r. 2021. Nepublikováno, 2022.
120. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje z Národního registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství. Nepublikováno, 2021.
121. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje z Národního registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství. Nepublikováno, 2022.
122. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2022: Trends and Developments. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022.
123. Blaszczynski A., Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. 2002;97(5):487-99.
124. Abbott M., Binde P., Hodgins D., Korn D., Pereira A., Volberg R., et al. Conceptual Framework of Harmful Gambling: An International Collaboration. Guelph, Ontario, Canada.: The Ontario Problem Gambling Research Centre (OPGRC), 2013.
125. Vacek J. Jak snížit či zamezit vzniku škod způsobených hazardním hráčstvím. Praha: Úřad vlády ČR, 2014.
126. Williams R. J., West B. L., Simpson R. I. Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence, and Identified Best Practices. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. 2012; October 1, 2012.
127. Neal P., Delfabbro P., O'Neil M. Problem gambling and harm: Towards a national definition. Victoria. Dept. of Justice. Office of Gaming and Racing, Australia. Ministerial Council on Gambling, University of Adelaide. Dept. of Psychology, Gambling Research Australia, 2005.
128. Richard D. C. S., Humphrey J. The Conceptualization and Diagnosis of Disordered Gambling. In: Richard D. C. S., Blaszczynski A., Nower L., editors. *The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. p. 1-25.
129. Humphreys B. R., Perez L. Participation in Internet Gambling Markets: An International Comparison of Online Gamblers' Profiles. *Journal of Internet Commerce*. 2012;11(1):24-40.
130. Volberg R. A., Williams R. J. Epidemiology: An International Perspective. In: Richard D. C. S., Blaszczynski A., Nower L., editors. *The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. p. 26-48.
131. Wood R. T., Williams R. J. Internet gambling: Prevalence, patterns, problems, and policy options. Final report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph, Ontario. 2009.
132. Ejova A., Licehammerová S., Chomynová P., Tion Leštinová Z., & Mravčík, V. The Risks of Online Gambling for Younger Males: Insights from Czech National Surveys. In: Pascaline Lorentz D. S., Monika Metykova, & Michelle Wright, editor. *Living in the Digital Age: Self-Presentation, Networking, Playing and Participating in Politics*. Brno: Masaryk University Press; 2015.

133. Griffiths M. Problem gambling in Europe: An overview. Nottingham: International gaming research unit, Nottingham Trent University, 2009.
134. Mravčík V., Rous Z., Chomynová P., Grohmannová K., Janíková B., Černíková T., et al. Zpráva o hazardním hraní v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky; 2021.
135. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, ppm factum research. Patologičtí hráči v léčbě 2021 – analýza výsledků studie. Nepublikováno, 2022.
136. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, INRES-SONES. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2020. Nepublikováno, 2021.
137. Janíková B., Nechanská B. Sčítání adiktologických služeb 2020. *Zaostřeno*. 2021;7(3):1-20.
138. Carran M. Monitoring gambling engagement and problem gambling prevalence within selected European jurisdictions. London: European Gaming and Betting Association 2022.
139. Chomynová P., Dvořáková Z., Černíková T., Rous Z., Grohmannová K., Cibulka J., et al. Zpráva o digitálních závislostech v České republice 2022. Praha: Úřad vlády ČR; 2022.
140. Almourad B., McAlaney J., Skinner T., Pleva M., Ali R. Defining Digital Addiction: Key Features From the Literature. *Psichologija*. 2020;53.
141. Pezoa-Jares R. W., Lizarindari Espinoza-Luna I., Vasquez-Medina J. A. Internet Addiction: A Review. *Journal of addiction research & therapy*. 2012.
142. Kuss D. J. Internet addiction: The problem and treatment. 2016; *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*,(3):185-92.
143. Vercillo K. Internet Addiction: Greenwood; 2020.
144. Friedman E. Internet Addiction: A Critical Psychology of Users. 1 ed: Routledge; 2020.
145. Young K. S. Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. In: VandeCreek L., Jackson T., editors. Innovations in clinical practice: a source book. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1999. p. 19-31.
146. Young K. S., Rogers R. C. The relationship between depression and Internet addiction. *Cyberpsychol Behav* 1998;1(1):25-8.
147. Young K. S. Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. *American Behavioral Scientist*. 2004;48(4):402-15.
148. Chou C., Condrón L., Belland J. A Review of the research on Internet addiction. *Educational Psychology Review*. 2005;17(4):363-88.
149. Suchá J., Dolejš M., Pipová H. Hraní digitálních her u českých adolescentů. *Zaostřeno*. 2019;17(4):1-16.
150. Suchá J. Vývoj psychodiagnostické metody pro zhodnocení rizikového hraní digitálních her u adolescentů a vybrané aspekty související s gamingem. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci; 2020.
151. Lin M. P., Ko H. C., Wu J. Y. W. Prevalence and psychosocial risk factors associated with Internet addiction in a nationally representative sample of college students in Taiwan. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011;14(12):741-6.
152. Lee H. W., Choi J. S., Shin Y., Lee J., Jung H. Y., Kwon J. S. Impulsivity in internet addiction: A comparison with pathological gambling. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2012;15(7):373-7.
153. Brand M., Young K. S., Laier C., Wölfling K., Potenza M. N. Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. *Neurosci Biobehav Rev* 2016;71:252-66.

154. Young K. Internet Addiction: Symptoms, Evaluation, And Treatment. Dostupné online: <http://netaddiction.com/articles/symptoms.pdf>. 1999.
155. Petry N. M., Zajac K., Ginley M. K. Behavioral Addictions as Mental Disorders: To Be or Not To Be? *Annual review of clinical psychology*. 2018;14:399-423.
156. Kuss D. J., Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World journal of psychiatry*. 2016;6(1):143-76.
157. Duong X.-L., Liaw S.-Y., Augustin J.-L. P. M. How has Internet Addiction been Tracked Over the Last Decade? A Literature Review and 3C Paradigm for Future Research. *Int J Prev Med*. 2020;11:175.
158. Blinka L., Škařupová K., Ševčíková A., Wölfling K., Müller K. W., Dreier M. Excessive internet use in European adolescents: What determines differences in severity? *International journal of public health*. 2015;60:249-56.
159. Cheng C., Li A. Y.-I. Internet addiction prevalence and quality of (real) life: a meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychology, behavior and social networking*. 2014;17(12):755-60.
160. Johnston L. D., Miech R. A., O'Malley P. M., Bachman J. G., Schulenberg J. E., Patrick M. E. Monitoring the Future national survey results on drug use 1975-2021: Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan, 2022.
161. Gjoneska B., Potenza M. N., Jones J., Corazza O., Hall N., Sales C. M. D., et al. Problematic use of the internet during the COVID-19 pandemic: Good practices and mental health recommendations. *Comprehensive psychiatry*. 2022;112:152279.
162. Chawla N., Tom A., Sen M. S., Sagar R. Psychological Impact of COVID-19 on Children and Adolescents: A Systematic Review. *Indian J Psychol Med*. 2021;43(4):294-9.
163. Pandya A., Lodha P. Social Connectedness, Excessive Screen Time During COVID-19 and Mental Health: A Review of Current Evidence. *Frontiers in Human Dynamics*. 2021(July 2021).
164. Masaeli N., Farhadi H. Prevalence of Internet-based addictive behaviors during COVID-19 pandemic: a systematic review. *Journal of Addictive Diseases*. 2021.
165. Public Health Centre of the Ministry of Health of Ukraine. Situational report on OST in Ukraine as of 15/05/2022. 2022.
166. Ministry of Health of Ukraine. Report on Drug and Alcohol Situation in Ukraine for 2021 (Based on data 2020). Kiev: Ministry of Health of Ukraine, 2021.
167. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Responsiveness and preparedness in addressing drug-related needs of displaced Ukrainians in EU countries bordering Ukraine. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022.
168. Státní zdravotní ústav. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2021 – analýza zpracovaná NRL pro HIV/AIDS. Nепublikováno, 2022.
169. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Akční plán politiky v oblasti závislostí 2022–2025. Podklad pro jednání 17. 10. 2022. Nепublikováno: 2022.
170. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Studie mezi adiktologickými službami zaměřená na problematiku závislostního chování u lidí, kteří opustili Ukrajinu v důsledku válečného stavu. Nепublikováno: 2022.

Souhrnná zpráva

o závislostech

v České republice 2022

Tato zpráva je druhou souhrnnou zprávou Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti o závislostním chování v České republice.

Zpráva komplexně shrnuje situaci v oblasti tabákových a nikotinových výrobků, alkoholu, problematického užívání psychoaktivních léků, nelegálních drog, hazardního hraní a digitálních závislostí v ČR. Přináší souhrnné informace o fenoménu závislostí v celé šíři a obsahuje informace o trhu a nabídce, legislativním rámci, národní strategii a politice v oblasti závislostí, shrnuje informace z populačních i dalších výběrových studií, data ze zdravotnické statistiky týkající se dopadů užívání různých návykových látek a nelátkových závislostí i data týkající se léčby závislostí. Na jednom místě tak shrnuje výstupy z různých informačních zdrojů – a to jak rutinně sbíraná jednotlivými institucemi, tak nárazově realizované studie.

Součástí zprávy jsou také návrhy kroků k efektivní realizaci opatření v oblasti závislostí, které vycházejí ze slabých míst stávajícího systému identifikovaných v rámci komplexního monitoringu rozsahu závislostního chování, jeho dopadů a existujících opatření současné politiky v oblasti závislostí.

Souhrnnou zprávu o závislostech v České republice 2022 vydává Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Distribuci zajišťuje vydavatel. Elektronická verze je k dispozici na webových stránkách www.drogy-info.cz.

Vydal Úřad vlády České republiky
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
(www.vlada.cz)

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-311-8

